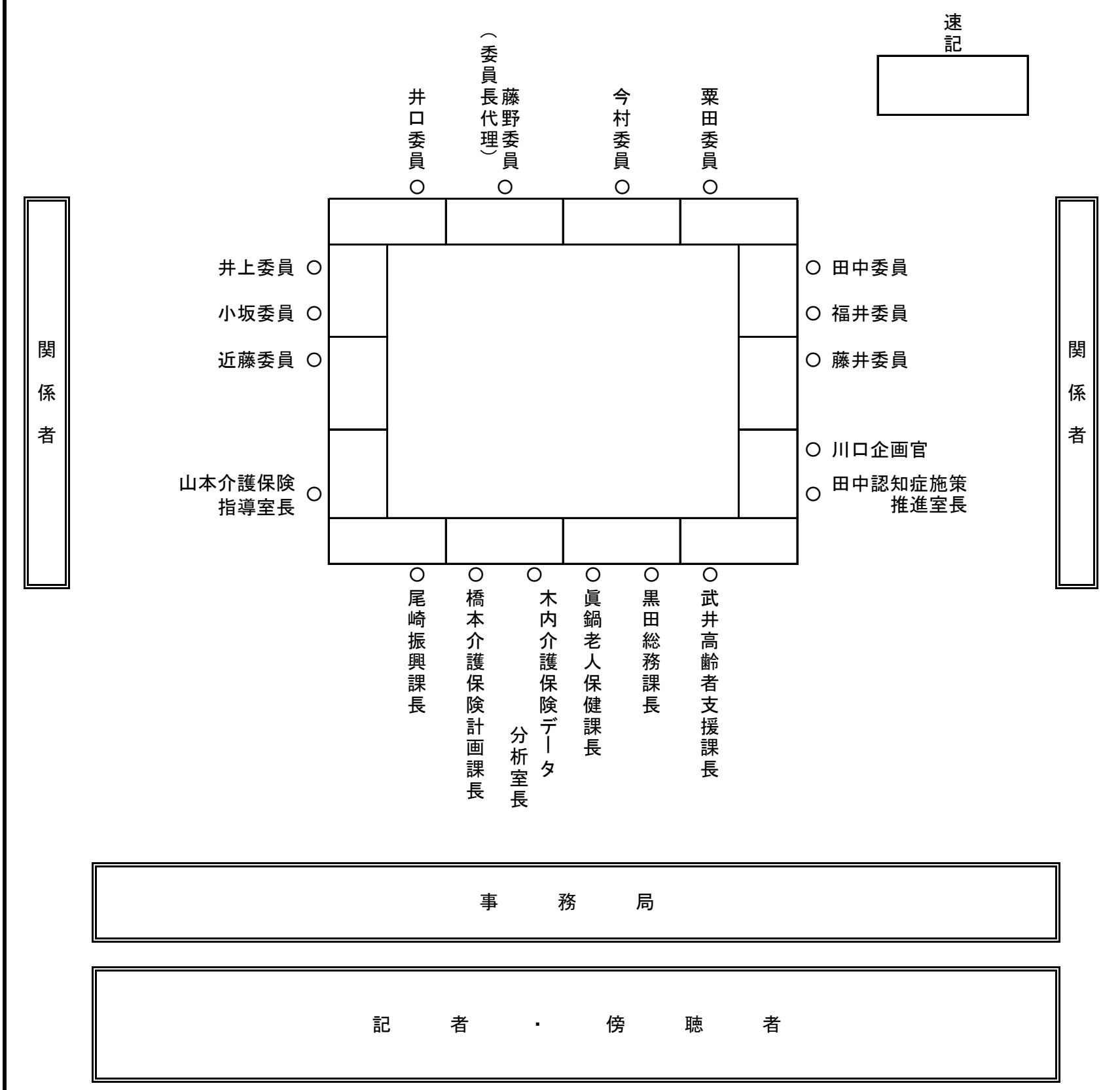
第１７回社会保障審議会介護給付費分科会　介護報酬改定検証・研究委員会

日時　平成３１年３月１４日（木）１５：００～１７：００
場所　ベルサール九段　Room１＋２（３階）



社会保障審議会介護給付費分科会
介護報酬改定検証・研究委員会（第１７回）議事次第

日時：平成３１年３月１４日（木）１５時００分から

於：ベルサール九段　Ｒｏｏｍ１＋２（３階）

議　題

１．平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
（平成 30 年度調査）の結果について

２．その他

介護報酬改定検証・研究委員会

委員名簿

平成３１年３月１４日現在

粟田　主一（あわた　しゅいち）	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究部長
井口　経明（いぐち　つねあき）	東北福祉大学客員教授
井上　由起子（いのうえ　ゆきこ）	日本社会事業大学大学院教授
今村　知明（いまむら　ともあき）	奈良県立医科大学教授
小坂　健（おさか　けん）	東北大学大学院歯学研究科　国際歯科保健学分野
川越　雅弘（かわごえ　まさひろ）	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 兼研究開発センター教授
近藤　和泉（こんどう　いずみ）	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター　副院長 リハビリテーション科・部　部長 健康長寿支援ロボットセンター　センター長
田中　滋（たなか　しげる）	埼玉県立大学理事長
福井　小紀子（ふくい　さきこ）	大阪大学大学院教授
藤井　賢一郎（ふじい　けんいちろう）	上智大学准教授
藤野　善久（ふじの　よしひさ）	産業医科大学産業生態科学研究所教授
堀田　聰子（ほった　さとこ）	慶應大学大学院教授
◎　松田　晋哉（まつだ　しんや）	産業医科大学教授

◎：委員長

（五十音順　敬称略）

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第 17 回（H31.3.14）	資料１

平成３０年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成３０年度調査）の結果について（案）

平成３１年３月１４日
社会保障審議会介護給付費分科会
介護報酬改定検証・研究委員会

○　調査（平成３０年度調査）の実施について

社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会（以下、「改定検証・研究委員会」という。）では、平成３０年４月４日に開催された社会保障審議会介護給付費分科会（以下、「介護給付費分科会」という。）において了承された「平成３０年度介護報酬改定検証・研究委員会における調査項目」に掲げられた以下の７調査項目について、効果検証及び調査研究を行った。

事業№	調査項目名
(1)	介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業
(2)	介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業
(3)	居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業
(4)	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業
(5)	介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業
(6)	介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
(7)	介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

この調査研究は、外部委託により実施され、実施に当たっては、必要に応じて受託機関内に「調査検討組織」等を設置し、調査票の作成及び集計・分析方法等の検討を行った。

これらの調査結果について、とりまとめるとともに、調査に対する本改定検証・研究委員会の評価結果も含めて、今回、調査結果として介護給付費分科会に報告する。

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３.14）	資料１－１

（１）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業（結果概要）（案）

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

1. 調査の目的

○ 「褥瘡マネジメント加算」を算定するまでのプロセス及び課題を整理しつつ、その効果を検証する。
○ 同時に、リスク評価及び報告を行うというプロセスにおいて、今後どのようにサービスの質の評価が可能であるか検討するため、各施設・事業所での評価項目の収集状況について調査を行う。
○ また、昨年度事業において作成したデータ項目ver.2.1について、同一利用者に対するアセスメント結果を収集することにより、Barthel Index、FIMにおける類似項目の相関関係を把握し、妥当性の検証を行う。

2. 調査方法

○ 褥瘡マネジメント及び褥瘡マネジメント加算の状況※、データ項目の収集状況の把握（施設・事業所調査）

調査対象	調査方法	発出数・回収状況（平成31年1月31日時点）
介護老人保健施設	アンケート調査（郵送配布・郵送回収）	【母集団】全国の介護老人保健施設4,275施設 【発出数】悉皆（災害救助法の適用地域を除く、以下同じ） 【回収数】1,241施設【回収率】33.1%【有効回収数】1,238施設【有効回収率】33.0%
介護老人福祉施設		【母集団】全国の介護老人福祉施設7,879施設 【発出数】全国の施設から無作為抽出し4,035施設 【回収数】1,621施設【回収率】40.2%【有効回収数】1,619施設【有効回収率】40.1%
介護医療院		【母集団】全国の介護医療院63施設 【発出数】悉皆 【回収数】30施設【回収率】47.6%【有効回収数】29施設【有効回収率】46.0%
居宅介護支援事業所		【母集団】全国の居宅介護支援事業所39,685事業所 【発出数】全国の事業所から無作為抽出した3,918事業所 【回収数】2,115事業所【回収率】54.0%【有効回収数】2,080事業所【有効回収率】53.1%

※「褥瘡マネジメント及び褥瘡マネジメント加算の状況」については施設票のみで調査し、「褥瘡のマネジメントの実施状況」に関するに関する設問については、褥瘡マネジメント加算の算定の有無によらず、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院の全てを回答対象とし、「褥瘡マネジメント加算に関する状況」については、介護老人保健施設・介護老人福祉施設のみが回答対象。

○ データ項目ver.2.1の妥当性の検証（利用者調査）

調査対象	調査方法	発出数・回収状況（平成31年1月31日時点）
上記施設・事業所調査の対象施設・事業所の利用（入所）者	アンケート調査（郵送配布・郵送回収）	【回収数】1,210人（介護老人保健施設）、1,585人（介護老人福祉施設）、31人（介護医療院）、2,094人（居宅介護支援事業所）（抽出方法は、各施設・事業所において利用（入所）者を1名抽出） 【有効回収数】1,205人（介護老人保健施設）、1,579人（介護老人福祉施設）、30人（介護医療院）、2,059人（居宅介護支援事業所）

3. 調査結果概要

褥瘡マネジメントの実施状況について （1）褥瘡マネジメント加算の算定状況・褥瘡の定義

- ○ 褥瘡マネジメント加算を「算定している」と回答した施設は介護老人保健施設では37.3%、介護老人福祉施設では19.2%であった。
- ○ 褥瘡の定義について、「持続する発赤」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設が約5割、「真皮までの損傷」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設が約3割であり、施設によって定義が様々であった。

※施設票　問5.（1）褥瘡マネジメント加算の算定と施設種別のクロス集計、施設票　問4. 9（1）褥瘡の定義と施設種別のクロス集計

図表1【施設票】加算の算定状況
（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）

	件数	算定している	算定していない	無回答
全体	2853	772 27.1%	2040 71.5%	41 1.4%
介護老人保健施設	1237	461 37.3%	763 61.7%	13 1.1%
介護老人福祉施設	1616	311 19.2%	1277 79.0%	28 1.7%

※サービス別に割合の高い上位1項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

図表2【施設票】褥瘡の定義
（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院）

	件数	皮膚損傷・発赤なし	持続する発赤	真皮までの損傷	皮下組織までの損傷	皮下組織を超える損傷	関節腔、体腔に至る損傷	その他	無回答
全体	2882	220 7.6%	1406 48.8%	784 27.2%	157 5.4%	14 0.5%	－ －	57 2.0%	244 8.5%
介護老人保健施設	1237	87 7.0%	654 52.9%	315 25.5%	51 4.1%	5 0.4%	－ －	15 1.2%	110 8.9%
介護老人福祉施設	1616	131 8.1%	737 45.6%	461 28.5%	105 6.5%	9 0.6%	－ －	42 2.6%	131 8.1%
介護医療院	29	2 6.9%	15 51.7%	8 27.6%	1 3.4%	－ －	－ －	－ －	3 10.3%

※サービス別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

褥瘡マネジメントの実施状況について （2）褥瘡の定義と褥瘡の発生率

○ 介護老人保健施設について、褥瘡の定義別に全入所者に対する施設で褥瘡が発生した入所者の割合（以下、褥瘡の発生率）を見たところ、「持続する発赤」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設では、褥瘡の発生率が「0%」の施設は全体の14.2%であった。一方、「真皮までの損傷」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設では、褥瘡の発生率が「0%」の施設が17.8%であり、「持続する発赤」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設の方が、検出している褥瘡の数が多くなっていた。

○ 介護老人福祉施設では、「持続する発赤」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設では、褥瘡の発生率が「0%」の施設は全体の12.3%、「真皮までの損傷」からを「褥瘡」と捉えていると回答した施設では、褥瘡の発生率が「0%」の施設は21.3%であり、介護老人保健施設と同様の傾向であった。

※施設票　問4．9（2）施設で褥瘡が発生した入所者数（平成30年4月1日～9月30日までの6ヶ月間の実人数）÷同期間内の入所者数（実人数）と問4．9（1）褥瘡の定義と施設種別のクロス集計

図表3【施設票】施設で褥瘡が発生した入所者の割合×褥瘡の定義
（左：介護老人保健施設、右：介護老人福祉施設）

	件数	0%	0%超～2%未満	2～4%未満	4～6%未満	6～8%未満	8～10%未満	10%以上	無回答
全体	1237	188 15.2%	209 16.9%	255 20.6%	156 12.6%	109 8.8%	60 4.9%	123 9.9%	137 11.1%
皮膚損傷・発赤なし	87	7 8.0%	18 20.7%	22 25.3%	10 11.5%	9 10.3%	6 6.9%	6 6.9%	9 10.3%
持続する発赤	654	93 14.2%	104 15.9%	131 20.0%	95 14.5%	66 10.1%	34 5.2%	80 12.2%	51 7.8%
真皮までの損傷	315	56 17.8%	53 16.8%	72 22.9%	40 12.7%	27 8.6%	14 4.4%	24 7.6%	29 9.2%
皮下組織までの損傷	51	14 27.5%	13 25.5%	12 23.5%	1 2.0%	1 2.0%	–	3 5.9%	7 13.7%
皮下組織を超える損傷	5	2 40.0%	1 20.0%	2 40.0%	–	–	–	–	–
関節腔、体腔に至る損傷	–	–	–	–	–	–	–	–	–
その他	15	2 13.3%	4 26.7%	3 20.0%	1 6.7%	–	1 6.7%	1 6.7%	3 20.0%

	件数	0%	0%超～2%未満	2～4%未満	4～6%未満	6～8%未満	8～10%未満	10%以上	無回答
全体	1616	264 16.3%	228 14.1%	277 17.1%	190 11.8%	121 7.5%	105 6.5%	265 16.4%	166 10.3%
皮膚損傷・発赤なし	131	13 9.9%	17 13.0%	17 13.0%	17 13.0%	12 9.2%	7 5.3%	37 28.2%	11 8.4%
持続する発赤	737	91 12.3%	85 11.5%	131 17.8%	97 13.2%	56 7.6%	63 8.5%	147 19.9%	67 9.1%
真皮までの損傷	461	98 21.3%	78 16.9%	77 16.7%	56 12.1%	35 7.6%	24 5.2%	53 11.5%	40 8.7%
皮下組織までの損傷	105	33 31.4%	19 18.1%	24 22.9%	9 8.6%	6 5.7%	5 4.8%	6 5.7%	3 2.9%
皮下組織を超える損傷	9	3 33.3%	3 33.3%	2 22.2%	1 11.1%	–	–	–	–
関節腔、体腔に至る損傷	–	–	–	–	–	–	–	–	–
その他	42	8 19.0%	14 33.3%	6 14.3%	5 11.9%	3 7.1%	1 2.4%	4 9.5%	1 2.4%

※定義別に割合の高い上位1項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

褥瘡マネジメントの実施状況について （3）入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価状況

【リスク評価の実施頻度】

○ 褥瘡マネジメント加算を「算定している」と回答した施設において、リスク評価の実施頻度が「3ヶ月に1回程度」と回答した施設の割合は、前年度は約2～3割であったが、今年度は約6～7割と増加した。

○ 褥瘡マネジメント加算を「算定していない」と回答した施設では、リスク評価の実施頻度が「3ヶ月に1回程度」と回答した施設の割合が、前年度は約2割、今年度は約2～3割と微増した。

※施設票　問4．1（1）リスク評価の頻度と問5．（1）褥瘡マネジメント加算の算定状況のクロス集計

図表4【施設票】リスク評価の実施頻度×褥瘡マネジメント加算の算定状況
（左：介護老人保健施設、右：介護老人福祉施設）

		件数	入所時のみ	1ヶ月に1回程度	2ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月以上に1回程度	不定期	その他	無回答
平成29年度 褥瘡マネジメント加算導入前	全体	961	124 12.9%	163 17.0%	8 0.8%	250 26.0%	34 3.5%	149 15.5%	81 8.4%	152 15.8%
	算定している	430	57 13.3%	46 10.7%	– –	124 28.8%	15 3.5%	70 16.3%	40 9.3%	78 18.1%
	算定していない	522	66 12.6%	116 22.2%	8 1.5%	122 23.4%	19 3.6%	78 14.9%	41 7.9%	72 13.8%
平成30年度 褥瘡マネジメント加算導入後	全体	961	46 4.8%	189 19.7%	11 1.1%	444 46.2%	28 2.9%	69 7.2%	42 4.4%	132 13.7%
	算定している	430	8 1.9%	58 13.5%	2 0.5%	276 64.2%	14 3.3%	7 1.6%	13 3.0%	52 12.1%
	算定していない	522	38 7.3%	129 24.7%	9 1.7%	166 31.8%	14 2.7%	62 11.9%	29 5.6%	75 14.4%

		件数	入所時のみ	1ヶ月に1回程度	2ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月以上に1回程度	不定期	その他	無回答
平成29年度 褥瘡マネジメント加算導入前	全体	1086	40 3.7%	219 20.2%	16 1.5%	206 19.0%	123 11.3%	220 20.3%	97 8.9%	165 15.2%
	算定している	290	16 5.5%	37 12.8%	2 0.7%	67 23.1%	22 7.6%	46 15.9%	33 11.4%	67 23.1%
	算定していない	778	24 3.1%	177 22.8%	13 1.7%	135 17.4%	100 12.9%	172 22.1%	60 7.7%	97 12.5%
平成30年度 褥瘡マネジメント加算導入後	全体	1086	16 1.5%	225 20.7%	16 1.5%	383 35.3%	116 10.7%	145 13.4%	51 4.7%	134 12.3%
	算定している	290	1 0.3%	41 14.1%	1 0.3%	200 69.0%	11 3.8%	4 1.4%	1 0.3%	31 10.7%
	算定していない	778	15 1.9%	179 23.0%	15 1.9%	177 22.8%	105 13.5%	139 17.9%	48 6.2%	100 12.9%

※加算の算定状況別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

褥瘡マネジメント加算について （1）褥瘡マネジメントの実施状況との関係

【入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価】

○ 褥瘡マネジメント加算を「算定している」と回答した施設では、リスク評価を「全ての入所者について実施している」と回答した施設が約9割と多かった。一方、褥瘡マネジメント加算を「算定していない」と回答した施設では、リスク評価を「実施していない」と回答した施設が約3～4割と多くなっていた。

【褥瘡ケア計画の作成】

○ 褥瘡マネジメント加算を「算定している」と回答した施設では、褥瘡ケア計画の作成を「全ての入所者について実施している」と回答した施設が約6～7割と多かった。一方、褥瘡マネジメント加算を「算定していない」と回答した施設では、褥瘡ケア計画の作成を「実施していない」と回答した施設が約4～5割と多くなっていた。

※ 施設票　問5.（1）褥瘡マネジメント加算の算定と問4. 1（1）リスク評価の実施の有無、問4. 2（1）褥瘡ケア計画作成の有無のクロス集計

図表5【施設票】リスクの評価の実施状況×褥瘡マネジメント加算の算定状況
（左：介護老人保健施設、右：介護老人福祉施設）

	件数	全ての入所者について実施している	一部の入所者について実施している	実施していない	その他	無回答
全体	1237	749 60.5%	212 17.1%	217 17.5%	4 0.3%	55 4.4%
算定している	461	396 85.9%	34 7.4%	5 1.1%	－	26 5.6%
算定していない	763	344 45.1%	178 23.3%	209 27.4%	4 0.5%	28 3.7%

	件数	全ての入所者について実施している	一部の入所者について実施している	実施していない	その他	無回答
全体	1616	766 47.4%	320 19.8%	459 28.4%	5 0.3%	66 4.1%
算定している	311	274 88.1%	16 5.1%	4 1.3%	1 0.3%	16 5.1%
算定していない	1277	480 37.6%	298 23.3%	450 35.2%	4 0.3%	45 3.5%

図表6【施設票】褥瘡ケア計画の作成×褥瘡マネジメント加算の算定状況
（左：介護老人保健施設、右：介護老人福祉施設）

	件数	全ての入所者について実施している	一部の入所者について実施している	実施していない	その他	無回答
全体	1237	425 34.4%	461 37.3%	292 23.6%	13 1.1%	46 3.7%
算定している	461	293 63.6%	144 31.2%	2 0.4%	－	22 4.8%
算定していない	763	129 16.9%	312 40.9%	286 37.5%	13 1.7%	23 3.0%

	件数	全ての入所者について実施している	一部の入所者について実施している	実施していない	その他	無回答
全体	1616	347 21.5%	528 32.7%	669 41.4%	21 1.3%	51 3.2%
算定している	311	222 71.4%	75 24.1%	4 1.3%	2 0.6%	8 2.6%
算定していない	1277	120 9.4%	444 34.8%	658 51.5%	19 1.5%	36 2.8%

※各項目別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

褥瘡マネジメント加算について　（2）加算を算定していない理由

○ 褥瘡マネジメント加算を算定していない施設の中では、今後の加算の算定予定について「今のところ、予定していない」施設の割合は介護老人保健施設で約4割、介護老人福祉施設で約5割であった。

○ 加算を算定していない理由としては、「入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい」と回答した施設が約3～4割と最も多く、次いで「褥瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい」と回答した施設が約2～3割であった。

※施設票　問5.（1）褥瘡マネジメント加算の算定、問5（3）今後の算定予定と施設種別のクロス集計および施設票　問5.（2）褥瘡マネジメント加算の算定が困難な理由と施設種別のクロス集計

図表7【施設票】褥瘡マネジメント加算の今後の算定予定

	件数	今後、予定している	今のところ、予定していない	分からない	無回答
全体	2040	653 32.0%	908 44.5%	357 17.5%	122 6.0%
介護老人保健施設	763	285 37.4%	307 40.2%	130 17.0%	41 5.4%
介護老人福祉施設	1277	368 28.8%	601 47.1%	227 17.8%	81 6.3%

※サービス別に割合の高い上位1項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

図表8【施設票】加算を算定していない理由（複数回答）

	件数	褥瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい	入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい	複数の職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成するのが難しい	褥瘡ケア計画に従い褥瘡マネジメントを実施するのが難しい	褥瘡マネジメントの内容について定期的に記録するのが難しい	少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直すのが難しい	複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい	低栄養リスク改善加算を算定しているため	分からない	その他	無回答
全体	2040	571 28.0%	681 33.4%	409 20.0%	247 12.1%	292 14.3%	402 19.7%	267 13.1%	77 3.8%	152 7.5%	518 25.4%	188 9.2%
介護老人保健施設	763	172 22.5%	216 28.3%	151 19.8%	94 12.3%	95 12.5%	103 13.5%	87 11.4%	44 5.8%	56 7.3%	228 29.9%	65 8.5%
介護老人福祉施設	1277	399 31.2%	465 36.4%	258 20.2%	153 12.0%	197 15.4%	299 23.4%	180 14.1%	33 2.6%	96 7.5%	290 22.7%	123 9.6%

※サービス別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

図表9　加算を算定していない理由：「その他」（自由記述）の主な内容

項目	具体的なご意見（抜粋）
本人・家族への説明と同意の取得が困難	• 本人・ご家族に説明し、署名をしてもらうのが難しい • 入所者が認知かつ家族が施設へ来る事がなく同意を得られない利用者がいる • 計画変更の都度、ご家族に同意のサインをもらうのが難しい　等
加算の単位数が少ない	• 報酬単価が低く、事務量に見合わない • 3ヶ月に1回に10単位で加算を算定するための書類を作成するのは割に合わない • 様式変更や内容変更の労力に対し、加算が少ない　等

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

入所者・利用者の心身状態に関する記録・評価の状況について　（1）主に使用しているアセスメント様式

【主に使用しているアセスメント様式】

○ 介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「包括的自立支援プログラム方式」が最も多く、それぞれ29.3%、42.6%であった。

○ 介護医療院では「MDS方式・MDS-HC方式」が34.5%と最も多く、次いで「包括的自立支援プログラム方式」が31.0%であった。

○ 居宅介護支援では「居宅サービス計画ガイドライン方式」が最も多く、37.5%であった。

※施設票　問6．1（1）（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、問5．1（1）（介護医療院）および事業所票　問4．1（1）（居宅介護支援）とサービス種別のクロス集計

図表10【施設・事業所票】主に使用しているアセスメント様式

	件数	包括的自立支援プログラム方式	居宅サービスガイドライン方式	MDS方式・DSー HC方式・M	ICFステージング（R4～）	その他	無回答
全体	4965	1191 24.0%	879 17.7%	567 11.4%	323 6.5%	1534 30.9%	471 9.5%
介護老人保健施設	1237	362 29.3%	26 2.1%	108 8.7%	275 22.2%	331 26.8%	135 10.9%
介護老人福祉施設	1616	689 42.6%	72 4.5%	108 6.7%	17 1.1%	500 30.9%	230 14.2%
介護医療院	29	9 31.0%	－ －	10 34.5%	3 10.3%	5 17.2%	2 6.9%
居宅介護支援	2083	131 6.3%	781 37.5%	341 16.4%	28 1.3%	698 33.5%	104 5.0%

※サービス別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

入所者・利用者の心身状態に関する記録・評価の状況について （2）記録・評価の状況と負担感

【基本情報・既往歴の記録】

○ 入所・利用開始時の記録状況は、いずれのサービスも「全ての入所者について記録している」と回答した施設・事業所が9割以上であった。

○ 情報を収集する負担感について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「あまりない」、介護医療院では「全くない」と回答した施設が最も多く、それぞれ約3～4割であった。居宅介護支援では「あまりない」と回答した事業所が約4割と最も多いが、「ややある」と回答した事業所も20.0%であった。

※施設票　問6．1（2）（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、問5．1（2）（介護医療院）および事業所票　問4．1（2）（居宅介護支援）とサービス種別のクロス集計

図表11【施設・事業所票】入所・利用開始時の既往歴の記録状況

	件数	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他	無回答
全体	4965	4782 96.3%	92 1.9%	12 0.2%	10 0.2%	69 1.4%
介護老人保健施設	1237	1197 96.8%	10 0.8%	3 0.2%	2 0.2%	25 2.0%
介護老人福祉施設	1616	1554 96.2%	12 0.7%	8 0.5%	5 0.3%	37 2.3%
介護医療院	29	29 100.0%	－ －	－ －	－ －	－ －
居宅介護支援	2083	2002 96.1%	70 3.4%	1 0.0%	3 0.1%	7 0.3%

※サービス別に割合の高い上位1項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

図表12【施設・事業所票】情報を収集する負担感

	件数	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある	無回答
全体	4965	987 19.9%	1848 37.2%	927 18.7%	733 14.8%	191 3.8%	279 5.6%
介護老人保健施設	1237	302 24.4%	399 32.3%	240 19.4%	136 11.0%	48 3.9%	112 9.1%
介護老人福祉施設	1616	406 25.1%	583 36.1%	252 15.6%	178 11.0%	52 3.2%	145 9.0%
介護医療院	29	11 37.9%	4 13.8%	6 20.7%	2 6.9%	3 10.3%	3 10.3%
居宅介護支援	2083	268 12.9%	862 41.4%	429 20.6%	417 20.0%	88 4.2%	19 0.9%

※サービス別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

入所者・利用者の心身状態に関する記録・評価の状況について （2）記録・評価の状況と負担感

【基本情報・体重の記録】

○ 入所・利用開始時の記録状況は、施設サービスでは「全ての入所者について記録している」と回答した施設が最も多く、約9～10割であった。居宅介護支援では「一部の利用者について記録している」と回答した事業所が最も多く、約6割であった。

○ 情報を収集する負担感について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「あまりない」、介護医療院では「全くない」と回答した施設が最も多く、それぞれ約3～4割であった。居宅介護支援では「あまりない」と回答した事業所が約3割と最も多いが、「ややある」と回答した事業所も24.1%であった。

※施設票　問6．1（2）（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、問5．1（2）（介護医療院）および事業所票　問4．1（2）（居宅介護支援）とサービス種別のクロス集計

図表13【施設・事業所票】入所・利用開始時の体重の記録状況

	件数	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他	無回答
全体	4965	3292 66.3%	1373 27.7%	176 3.5%	49 1.0%	75 1.5%
介護老人保健施設	1237	1108 89.6%	80 6.5%	28 2.3%	－ －	21 1.7%
介護老人福祉施設	1616	1402 86.8%	115 7.1%	44 2.7%	19 1.2%	36 2.2%
介護医療院	29	28 96.6%	1 3.4%	－ －	－ －	－ －
居宅介護支援	2083	754 36.2%	1177 56.5%	104 5.0%	30 1.4%	18 0.9%

※サービス別に割合の高い上位1項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

図表14【施設・事業所票】情報を収集する負担感

	件数	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある	無回答
全体	4965	925 18.6%	1727 34.8%	1069 21.5%	792 16.0%	169 3.4%	283 5.7%
介護老人保健施設	1237	347 28.1%	404 32.7%	205 16.6%	132 10.7%	42 3.4%	107 8.6%
介護老人福祉施設	1616	411 25.4%	608 37.6%	256 15.8%	156 9.7%	39 2.4%	146 9.0%
介護医療院	29	11 37.9%	5 17.2%	5 17.2%	2 6.9%	3 10.3%	3 10.3%
居宅介護支援	2083	156 7.5%	710 34.1%	603 28.9%	502 24.1%	85 4.1%	27 1.3%

※サービス別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

入所者・利用者の心身状態に関する記録・評価の状況について （2）記録・評価の状況と負担感

【基本情報・栄養状態の記録】

○ 入所・利用開始時の記録状況は、施設サービスでは「全ての入所者について記録している」と回答した施設が最も多く、約8～9割であった。居宅介護支援では「一部の利用者について記録している」と回答した事業所が最も多く、約5割であった。

○ 情報を収集する負担感について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「あまりない」、介護医療院では「全くない」と回答した施設が最も多く、それぞれ約3割であった。居宅介護支援では「どちらともいえない」と回答した事業所が約3割と最も多いが、次いで「あまりない」と回答した事業所が30.0%、「ややある」と回答した事業所が21.1%であった。

※施設票　問6．1（2）（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、問5．1（2）（介護医療院）および事業所票　問4．1（2）（居宅介護支援）とサービス種別のクロス集計

図表15【施設・事業所票】入所・利用開始時の栄養状態の記録状況

	件数	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他	無回答
全体	4965	3064 61.7%	1440 29.0%	320 6.4%	30 0.6%	111 2.2%
介護老人保健施設	1237	1020 82.5%	118 9.5%	58 4.7%	4 0.3%	37 3.0%
介護老人福祉施設	1616	1253 77.5%	197 12.2%	100 6.2%	12 0.7%	54 3.3%
介護医療院	29	26 89.7%	1 3.4%	1 3.4%	－ －	1 3.4%
居宅介護支援	2083	765 36.7%	1124 54.0%	161 7.7%	14 0.7%	19 0.9%

※サービス別に割合の高い上位1項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

図表16【施設・事業所票】情報を収集する負担感

	件数	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある	無回答
全体	4965	747 15.0%	1529 30.8%	1365 27.5%	771 15.5%	206 4.1%	347 7.0%
介護老人保健施設	1237	256 20.7%	398 32.2%	291 23.5%	131 10.6%	44 3.6%	117 9.5%
介護老人福祉施設	1616	334 20.7%	503 31.1%	347 21.5%	198 12.3%	63 3.9%	171 10.6%
介護医療院	29	10 34.5%	4 13.8%	6 20.7%	2 6.9%	3 10.3%	4 13.8%
居宅介護支援	2083	147 7.1%	624 30.0%	721 34.6%	440 21.1%	96 4.6%	55 2.6%

※サービス別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

（1）. 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

入所者・利用者の心身状態に関する記録・評価の状況について （2）記録・評価の状況と負担感

【基本情報・過去3ヶ月の転倒の有無】

○ 入所・利用開始時の記録状況は、いずれのサービスも「全ての入所者について記録している」と回答した施設・事業所が最も多く、約6～8割であった。居宅介護支援では「一部の利用者について記録している」と回答した事業所も多く、約4割であった。

○ 情報を収集する負担感について、介護老人保健施設、介護老人福祉施設では「あまりない」、介護医療院では「全くない」と回答した施設が最も多く、それぞれ約3割であった。居宅介護支援では「あまりない」と回答した事業所が約4割と最も多いが、次いで「どちらともいえない」と回答した事業所が26.4%、「ややある」と回答した事業所が12.7%であった。

※施設票　問6．1（2）（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、問5．1（2）（介護医療院）および事業所票　問4．1（2）（居宅介護支援）とサービス種別のクロス集計

図表17【施設・事業所票】入所・利用開始時の過去3ヶ月の転倒の有無の記録状況

	件数	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他	無回答
全体	4965	3046 61.3%	1429 28.8%	275 5.5%	81 1.6%	134 2.7%
介護老人保健施設	1237	818 66.1%	272 22.0%	81 6.5%	17 1.4%	49 4.0%
介護老人福祉施設	1616	1047 64.8%	351 21.7%	124 7.7%	32 2.0%	62 3.8%
介護医療院	29	24 82.8%	3 10.3%	－ －	1 3.4%	1 3.4%
居宅介護支援	2083	1157 55.5%	803 38.6%	70 3.4%	31 1.5%	22 1.1%

※サービス別に割合の高い上位1項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

図表18【施設・事業所票】情報を収集する負担感

	件数	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある	無回答
全体	4965	957 19.3%	1771 35.7%	1161 23.4%	568 11.4%	143 2.9%	365 7.4%
介護老人保健施設	1237	252 20.4%	400 32.3%	264 21.3%	134 10.8%	48 3.9%	139 11.2%
介護老人福祉施設	1616	365 22.6%	537 33.2%	341 21.1%	169 10.5%	36 2.2%	168 10.4%
介護医療院	29	10 34.5%	3 10.3%	6 20.7%	1 3.4%	3 10.3%	6 20.7%
居宅介護支援	2083	330 15.8%	831 39.9%	550 26.4%	264 12.7%	56 2.7%	52 2.5%

※サービス別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

入所者・利用者の心身状態に関する記録・評価の状況について （3）各種記録の保管方法

○ 介護老人保健施設では、いずれの入力項目も「紙」と回答した施設が最も多く、それぞれ約4～7割であった。
○ 介護老人福祉施設では「紙」と回答した施設が約2～6割であったが、入所者の基本情報、手段的日常生活動作（IADL）、栄養状態、うつ・閉じこもりの評価・記録は「介護ソフト」と回答した施設が最も多かった。
○ 居宅介護支援では「介護ソフト」と回答した事業所が最も多く、それぞれ約6～7割であった。

※施設票　問8（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、問7（介護医療院）および事業所票　問6（居宅介護支援）とサービス種別のクロス集計

図表19【施設・事業所票】各種記録の保管方法（複数回答）

	件数	入所者の基本情報					日常生活動作（ADL）の評価・記録					手段的日常生活動作（IADL）の評価・記録					認知機能の評価・記録				
		介護ソフト	紙	様式の電子化されたソフト以外	その他	無回答	介護ソフト	紙	様式の電子化されたソフト以外	その他	無回答	介護ソフト	紙	様式の電子化されたソフト以外	その他	無回答	介護ソフト	紙	様式の電子化されたソフト以外	その他	無回答
全体	4965	3163	3080	983	79	200	2709	2916	923	119	390	2441	2579	795	192	739	2303	2852	739	153	602
		63.7%	62.0%	19.8%	1.6%	4.0%	54.6%	58.7%	18.6%	2.4%	7.9%	49.2%	51.9%	16.0%	3.9%	14.9%	46.4%	57.4%	14.9%	3.1%	12.1%
介護老人保健施設	1237	604	851	276	10	64	505	837	267	18	90	390	672	205	57	250	380	908	202	18	110
		48.8%	68.8%	22.3%	0.8%	5.2%	40.8%	67.7%	21.6%	1.5%	7.3%	31.5%	54.3%	16.6%	4.6%	20.2%	30.7%	73.4%	16.3%	1.5%	8.9%
介護老人福祉施設	1616	1054	953	346	25	61	852	883	325	36	156	724	722	253	70	323	652	805	227	54	299
		65.2%	59.0%	21.4%	1.5%	3.8%	52.7%	54.6%	20.1%	2.2%	9.7%	44.8%	44.7%	15.7%	4.3%	20.0%	40.3%	49.8%	14.0%	3.3%	18.5%
介護医療院	29	6	7	7	4	22	3	4	3	15	12	16	12	16	14	12	11	4	14	11	8
		20.7%	24.1%	24.1%	13.8%	75.9%	10.3%	13.8%	10.3%	51.7%	41.4%	55.2%	41.4%	55.2%	48.3%	41.4%	37.9%	13.8%	48.3%	37.9%	27.6%
居宅介護支援	2083	1499	1269	354	40	53	1349	1192	328	50	132	1311	1173	321	51	154	1260	1135	296	70	185
		72.0%	60.9%	17.0%	1.9%	2.5%	64.8%	57.2%	15.7%	2.4%	6.3%	62.9%	56.3%	15.4%	2.4%	7.4%	60.5%	54.5%	14.2%	3.4%	8.9%

	件数	栄養状態の評価・記録					口腔機能の評価・記録					うつ・閉じこもりの評価・記録				
		介護ソフト	紙	様式の電子化されたソフト以外	その他	無回答	介護ソフト	紙	様式の電子化されたソフト以外	その他	無回答	介護ソフト	紙	様式の電子化されたソフト以外	その他	無回答
全体	4965	2489	2684	934	149	539	2041	2713	703	213	770	1763	1920	497	476	1420
		50.1%	54.1%	18.8%	3.0%	10.9%	41.1%	54.6%	14.2%	4.3%	15.5%	35.5%	38.7%	10.0%	9.6%	28.6%
介護老人保健施設	1237	433	817	297	19	110	290	806	196	40	195	185	450	92	182	466
		35.0%	66.0%	24.0%	1.5%	8.9%	23.4%	65.2%	15.8%	3.2%	15.8%	15.0%	36.4%	7.4%	14.7%	37.7%
介護老人福祉施設	1616	877	789	344	38	156	558	814	225	86	319	415	401	119	197	679
		54.3%	48.8%	21.3%	2.4%	9.7%	34.5%	50.4%	13.9%	5.3%	19.7%	25.7%	24.8%	7.4%	12.2%	42.0%
介護医療院	29	6	10	11	10	17	4	–	–	2	24	–	1	3	4	24
		20.7%	34.5%	37.9%	34.5%	58.6%	13.8%	–	–	6.9%	82.8%	–	3.4%	10.3%	13.8%	82.8%
居宅介護支援	2083	1173	1068	282	82	256	1189	1093	282	85	232	1163	1068	283	93	251
		56.3%	51.3%	13.5%	3.9%	12.3%	57.1%	52.5%	13.5%	4.1%	11.1%	55.8%	51.3%	13.6%	4.5%	12.0%

※サービス別・入力項目別に割合の高い上位2項目を橙色で表示している（無回答は除く）。

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３.14）	資料１－２

（２）介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業（結果概要）（案）

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

1. 調査の目的

○平成30年度介護報酬改定では、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、夜勤職員配置加算の見直しを行うとしたところである。あわせて、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告では、今後の課題として、介護ロボットの幅広い活用に向けて、効果実証等を進めるべきといった内容が明記された。

○本事業においては、見守り機器をはじめとする介護ロボットの活用について、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果の把握のほか、その幅広い活用に向けて調査を行う。

2. 調査対象

		調査方法	調査対象・回収状況
平成28年度「介護ロボット等導入支援特別事業」の対象施設並びに対象外の介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設調査	① 施設票（01票）	各施設・事業所に紙の調査票を送付し、郵送にて回収した。 【母集団】11,261施設・事業所（平成30年10月時点）【発出数】5,029施設・事業所	平成28年度「介護ロボット等導入支援特別事業」の対象施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設入居者介護、認知症対応型共同生活介護、短期入所生活介護）並びに対象外の介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設を無作為抽出した。【回収数】1,845件【回収率】施設票36.7% 【有効回収率】施設票36.7%
	② 利用者票（02票）	上記施設・事業所の利用者に紙の調査票を送付し、郵送にて回収した。 【母集団】11,261施設・事業所（平成30年10月時点）【発出数】25,145件	上記施設・事業所の利用者を層化二段無作為抽出した。※協力施設に5票送付 【回収数】3,074件
	③ 職員票（03票）	上記施設・事業所の職員に紙の調査票を送付し、郵送にて回収した。 【母集団】11,261施設・事業所（平成30年10月時点）【発出数】25,145件	上記施設・事業所の職員を層化二段無作為抽出した。※協力施設に5票送付 【回収数】4,458件
平成29年度「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」の見守り機器導入施設調査	④ 施設票（04票）	各施設・事業所に紙の調査票を事前送付し、訪問調査（ヒアリング）実施、調査票を回収した。 【母集団】30施設・事業所（平成30年10月時点）【発出数】30施設・事業所	介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業(平成29年度)の見守り機器導入施設を対象とした。 【回収数】28件【回収率】93.3% 【有効回収率】93.3%
	⑤ 利用者票（05）	各施設・事業所に紙の調査票を事前送付し、訪問により調査票を回収した。 【母集団】30施設・事業所（平成30年10月時点）	上記施設・事業所の29年度調査対象利用者と同じ利用者を対象とした。【回収数】55件
	⑥ 職員票（06票）	各施設・事業所に紙の調査票を事前送付し、訪問により調査票を回収した。 【母集団】30施設・事業所（平成30年10月時点）	上記施設・事業所の平成29年度調査の対象職員と同じ職員を対象とした。 【回収数】191件

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

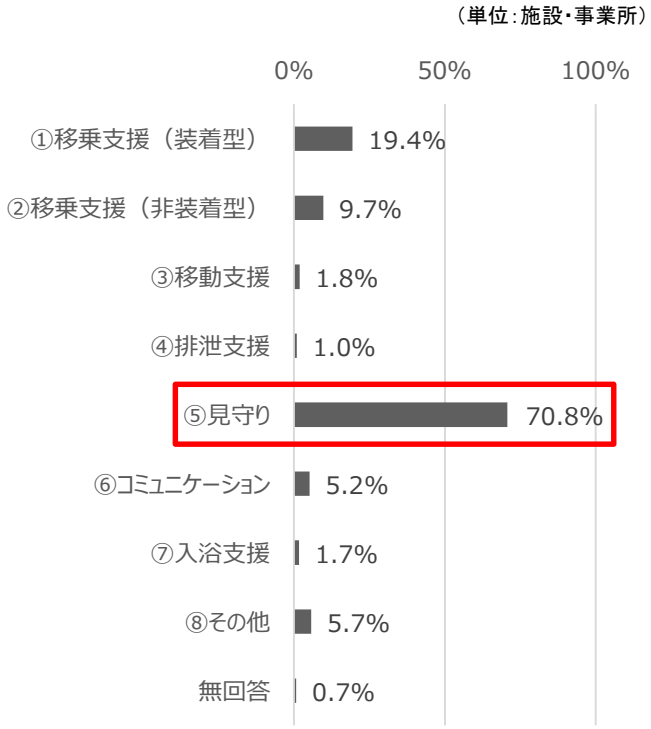
3. 調査結果概要

＜ロボット導入状況＞

○導入した介護ロボットの種類については、「⑤見守り」が70.8%であり、最も割合が高かった。【01票 問2(2)導入した介護ロボットの種類】

○介護ロボット購入・リース時の費用負担方法については、「国・県・市町村の助成/補助」が48.4%であった。【01票 問2(3)介護ロボット購入・リース時の費用負担方法】

01票問2(2)導入した介護ロボットの種類
(有効回答数=1,262)(複数回答)



※介護ロボットを導入している施設・事業所の回答を有効回答数とした。

01票問2(3)介護ロボット購入・リース時の費用負担方法(複数回答)

（単位：台）

	導入台数	自己負担	国・県・市町村の助成/補助	研究協力による助成/補助
①移乗支援（装着型）	390	141 (36.2%)	297 (76.2%)	16 (4.1%)
②移乗支援（非装着型）	189	85 (45.0%)	115 (60.8%)	22 (11.6%)
③移動支援	48	8 (16.7%)	41 (85.4%)	2 (4.2%)
④排泄支援	45	31 (68.9%)	18 (40.0%)	0 (0.0%)
⑤見守り	5,648	3,053 (54.1%)	2,635 (46.7%)	146 (2.6%)
⑥コミュニケーション	121	54 (44.6%)	38 (31.4%)	34 (28.1%)
⑦入浴支援	30	19 (63.3%)	10 (33.3%)	0 (0.0%)
⑧その他	81	73 (90.1%)	17 (21%)	1 (1.2%)
全体	6,552	3,464 (52.9%)	3,171 (48.4%)	221 (3.4%)

※各割合は、各種別の導入台数で除した。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボット導入のきっかけ＞
〇介護ロボット導入のきっかけについて、ほとんどの介護ロボット種別では、「理事長（経営層）の判断」、「施設長（現場責任者）の判断」、「導入に関して助成・補助があった」の割合が高かった。（各種別ごとに比較）【01票 問2（4）介護ロボット導入のきっかけ・目的】

01票 問2（4）介護ロボット導入のきっかけ・目的（複数回答）

【きっかけ】

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援(装着型)	②移乗支援(非装着型)	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
理事長（経営層）の判断	83 (33.9%)	29 (24.0%)	7 (30.4%)	6 (50.0%)	216 (24.2%)	17 (26.6%)	3 (14.3%)	2 (2.8%)
施設長（現場責任者）の判断	104 (42.4%)	57 (46.7%)	10 (43.5%)	5 (41.7%)	368 (41.2%)	24 (36.9%)	14 (66.7%)	4 (5.6%)
現場職員からの要望	36 (14.7%)	33 (27.0%)	5 (21.7%)	2 (16.7%)	287 (32.1%)	7 (10.8%)	9 (42.9%)	5 (6.9%)
導入に関して助成・補助があった	164 (66.9%)	60 (49.2%)	14 (60.9%)	6 (50.0%)	570 (63.8%)	22 (33.8%)	3 (14.3%)	2 (2.8%)
メーカーの営業活動	32 (13.1%)	8 (6.6%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)	198 (22.2%)	4 (6.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
実証研究への協力	13 (5.3%)	7 (5.7%)	2 (8.7%)	1 (8.3%)	21 (2.4%)	4 (6.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
無回答	12 (4.9%)	23 (18.9%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	36 (4.0%)	18 (27.7%)	5 (23.8%)	64 (88.9%)
有効回答数	245	122	23	12	893	65	21	72

※ ①～⑧の介護ロボットを導入している施設・事業所の回答を有効回答数とした。
※「②移乗支援（非装着型）」、「⑤見守り」、「⑥コミュニケーション」、「⑧その他」のうち「理事長（経営層）の判断」 については、各1件ずつ無効回答があったため、有効回答数から減じた。
※上位3項目についてハイライトした（「無回答」を除く）。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボット導入の目的＞

○介護ロボット導入の目的について、ほとんどの介護ロボット種別では、「利用者の負担軽減」、「職員の負担軽減」の割合が高かった。（各種別ごとに比較）

○このほか、「①移乗支援（装着型）」、「②移乗支援（非装着）」では、「職員の離職防止」の割合が高く、「⑤見守り」では、「ヒヤリハット・介護事故の防止」の割合が高かった。（各種別ごとに比較）【01票 問2（4）介護ロボット導入の目的・きっかけ】

01票 問2（4）介護ロボット導入のきっかけ・目的（複数回答）

【目的】

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
利用者の負担軽減	58 (23.7%)	61 (50.0%)	16 (69.6%)	6 (50.0%)	232 (26.0%)	15 (23.1%)	13 (61.9%)	5 (6.9%)
職員の負担軽減	232 (94.7%)	96 (78.7%)	8 (34.8%)	10 (83.3%)	758 (84.9%)	34 (52.3%)	18 (85.7%)	8 (11.1%)
職員の確保	49 (20.0%)	13 (10.7%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	65 (7.3%)	5 (7.7%)	2 (9.5%)	2 (2.8%)
職員の離職防止	78 (31.8%)	37 (30.3%)	3 (13.0%)	1 (8.3%)	122 (13.7%)	4 (6.2%)	3 (14.3%)	3 (4.2%)
ヒヤリハット・介護事故の防止	24 (9.8%)	33 (27.0%)	9 (39.1%)	3 (25.0%)	679 (76.0%)	4 (6.2%)	7 (33.3%)	3 (4.2%)
費用対効果	9 (3.7%)	5 (4.1%)	1 (4.3%)	1 (8.3%)	70 (7.8%)	5 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
業務効率化	50 (20.4%)	27 (22.1%)	4 (17.4%)	4 (33.3%)	355 (39.8%)	13 (20.0%)	12 (57.1%)	3 (4.2%)
テスト導入	54 (22.0%)	17 (13.9%)	3 (13.0%)	3 (25.0%)	86 (9.6%)	16 (24.6%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)
無回答	12 (4.9%)	24 (19.7%)	3 (13.0%)	2 (16.7%)	43 (4.8%)	14 (21.5%)	3 (14.3%)	63 (87.5%)
有効回答数	245	122	23	12	893	65	21	72

※ ①～⑧の介護ロボットを導入している施設・事業所の回答を有効回答数とした。

※上位3項目についてハイライトした（「無回答」を除く）。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボット導入効果（利用者に対する効果）＞

○使用している介護ロボットを利用者がどのように感じているかについて、ほとんどの介護ロボット種別では、「自分が介護者に気を遣わなくても良い」の割合が高かった。（各種別ごとに比較）

○「⑤見守り」では、「転倒が減る」が37.1%と最も割合が高く、次いで「緊急時にすぐに対応してもらえる安心感がある」が28.6%であった。【02票 問2使用している介護ロボットについて、利用者はどのように感じていますか】

02票 問2使用している介護ロボットについて、利用者はどのように感じていますか（複数回答）

（単位：人）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
自分が介護者に気を遣わなくても良い	60 (17.4%)	58 (26.7%)	31 (29.2%)	17 (19.1%)	259 (13.6%)	36 (21.4%)	54 (34.4%)	5 (11.9%)
自分の心身の衰えの防止につながる	22 (6.4%)	22 (10.1%)	31 (29.2%)	16 (18.0%)	134 (7.0%)	42 (25.0%)	32 (20.4%)	6 (14.3%)
転倒が減る（しりもち、座り込み等のヒヤリハット含む）	37 (10.7%)	61 (28.1%)	36 (34.0%)	12 (13.5%)	708 (37.1%)	7 (4.2%)	42 (26.8%)	10 (23.8%)
睡眠の質が高まる（まとまった睡眠、寝覚め、眠剤減）	1 (0.3%)	10 (4.6%)	2 (1.9%)	5 (5.6%)	229 (12.0%)	9 (5.4%)	11 (7.0%)	6 (14.3%)
排泄の失敗が減る	5 (1.4%)	12 (5.5%)	4 (3.8%)	15 (16.9%)	324 (17.0%)	3 (1.8%)	3 (1.9%)	3 (7.1%)
人による介護よりも安全性が高い	43 (12.5%)	78 (35.9%)	17 (16.0%)	8 (9.0%)	138 (7.2%)	5 (3.0%)	58 (36.9%)	2 (4.8%)
職員から見守られている安心感が高まる	16 (4.6%)	25 (11.5%)	12 (11.3%)	11 (12.4%)	445 (23.3%)	12 (7.1%)	44 (28.0%)	3 (7.1%)
緊急時にすぐに対応してもらえる安心感がある	10 (2.9%)	23 (10.6%)	11 (10.4%)	8 (9.0%)	547 (28.6%)	5 (3.0%)	33 (21.0%)	4 (9.5%)
最先端の機器を用いた介護を受けられる	44 (12.8%)	27 (12.4%)	13 (12.3%)	10 (11.2%)	130 (6.8%)	22 (13.1%)	25 (15.9%)	5 (11.9%)
職員からの干渉・制止が減る	5 (1.4%)	6 (2.8%)	3 (2.8%)	2 (2.2%)	256 (13.4%)	19 (11.3%)	16 (10.2%)	1 (2.4%)
見張られているようで何となく嫌である	5 (1.4%)	8 (3.7%)	2 (1.9%)	2 (2.2%)	267 (14.0%)	6 (3.6%)	5 (3.2%)	0 (0.0%)
見慣れないものが設置されていて違和感がある	77 (22.3%)	26 (12.0%)	6 (5.7%)	14 (15.7%)	167 (8.7%)	14 (8.3%)	14 (8.9%)	0 (0.0%)
準備・片付けに時間がかかる	45 (13%)	27 (12.4%)	10 (9.4%)	7 (7.9%)	19 (1.0%)	6 (3.6%)	8 (5.1%)	1 (2.4%)
その他	12 (3.5%)	3 (1.4%)	2 (1.9%)	2 (2.2%)	30 (1.6%)	8 (4.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
特にない	63 (18.3%)	5 (2.3%)	6 (5.7%)	7 (7.9%)	157 (8.2%)	31 (18.5%)	10 (6.4%)	3 (7.1%)
わからない	140 (40.6%)	59 (27.2%)	13 (12.3%)	19 (21.3%)	703 (36.8%)	40 (23.8%)	26 (16.6%)	17 (40.5%)
無回答	25 (7.2%)	34 (15.7%)	30 (28.3%)	27 (30.3%)	158 (8.3%)	34 (20.2%)	37 (23.6%)	0 (0.0%)
有効回答数	345	217	106	89	1,910	168	157	42

※ ①～⑧の介護ロボットを利用している利用者の回答を有効回答数とした。
※「②移乗支援（非装着型）」のうち「その他」、「⑤見守り」のうち「特にない」については、各1件ずつ無効回答があったため、有効回答数から減じた。
※ 上位3項目についてハイライトした（「その他」、「特にない」、「わからない」、「無回答」を除く）。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボット導入効果（職員に対する効果）＞

○職員や施設業務の変化について、ほとんどの介護ロボット種別では、「身体的負担（体の痛みなど）の軽減」の割合が最も高かった。（各種別ごとに比較）

○「⑤見守り」では、「利用者の行動パターンが把握できる」が67.8%と最も割合が高く、次いで「優先順位の判断ができる」が64.7%であった。【03票 問3 職員や施設業務の変化（定性的な変化）について】

03票 問3 職員や施設業務の変化（定性的な変化）について（複数回答）

（単位：人）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
気持ちに余裕ができる	114 (16.4%)	127 (27.3%)	45 (31.0%)	39 (29.8%)	1,759 (57.3%)	82 (32.4%)	88 (33.3%)	12 (16.7%)
身体的負担（体の痛みなど）の軽減	400 (57.5%)	332 (71.4%)	57 (39.3%)	65 (49.6%)	381 (12.4%)	10 (4.0%)	204 (77.3%)	23 (31.9%)
精神的負担（ストレスなど）の軽減	62 (8.9%)	99 (21.3%)	33 (22.8%)	28 (21.4%)	1,285 (41.9%)	53 (20.9%)	72 (27.3%)	10 (13.9%)
利用者とのコミュニケーションやケアの時間が充分に取れる	17 (2.4%)	48 (10.3%)	26 (17.9%)	17 (13.0%)	381 (12.4%)	108 (42.7%)	51 (19.3%)	8 (11.1%)
訪室しなくても利用者の状況が分かる（即時性）	9 (1.3%)	14 (3.0%)	10 (6.9%)	11 (8.4%)	1,965 (64.0%)	10 (4.0%)	2 (0.8%)	27 (37.5%)
利用者の行動パターンが把握できる（排泄、夜間行動）	14 (2.0%)	27 (5.8%)	20 (13.8%)	35 (26.7%)	2,079 (67.8%)	8 (3.2%)	3 (1.1%)	25 (34.7%)
事故原因分析の参考情報にできる	27 (3.9%)	30 (6.5%)	22 (15.2%)	19 (14.5%)	1,483 (48.3%)	7 (2.8%)	28 (10.6%)	14 (19.4%)
優先順位の判断ができる（同時コールの発生、他の利用者の介護中）	28 (4.0%)	53 (11.4%)	33 (22.8%)	25 (19.1%)	1,985 (64.7%)	10 (4.0%)	15 (5.7%)	16 (22.2%)
利用者のペースに合わせた介助ができる（予測による予防介入、訪室タイミング、声かけの内容等）	75 (10.8%)	88 (18.9%)	45 (31.0%)	48 (36.6%)	1,355 (44.2%)	19 (7.5%)	70 (26.5%)	22 (30.6%)
訪室の前に心の準備ができる	47 (6.8%)	35 (7.5%)	17 (11.7%)	24 (18.3%)	1,126 (36.7%)	11 (4.3%)	5 (1.9%)	7 (9.7%)
見守り以外の業務・休憩等が分断されない	8 (1.1%)	10 (2.2%)	6 (4.1%)	8 (6.1%)	332 (10.8%)	11 (4.3%)	6 (2.3%)	2 (2.8%)
休憩時間を確保することができる	16 (2.3%)	26 (5.6%)	10 (6.9%)	10 (7.6%)	386 (12.6%)	11 (4.3%)	12 (4.5%)	4 (5.6%)
走って訪室することが減る	35 (5.0%)	20 (4.3%)	15 (10.3%)	16 (12.2%)	785 (25.6%)	7 (2.8%)	3 (1.1%)	2 (2.8%)
機器対象者以外の利用者へのケア時間が増える	25 (3.6%)	35 (7.5%)	17 (11.7%)	17 (13.0%)	548 (17.9%)	23 (9.1%)	10 (3.8%)	6 (8.3%)
訪室回数合計が減る	13 (1.9%)	8 (1.7%)	13 (9.0%)	16 (12.2%)	965 (31.5%)	3 (1.2%)	1 (0.4%)	11 (15.3%)
必要以上に利用者を見に行くことになる	4 (0.6%)	6 (1.3%)	6 (4.1%)	5 (3.8%)	643 (21.0%)	8 (3.2%)	2 (0.8%)	0 (0.0%)
機器の初期設定・微調整が煩雑である	109 (15.7%)	33 (7.1%)	12 (8.3%)	10 (7.6%)	452 (14.7%)	45 (17.8%)	5 (1.9%)	4 (5.6%)
複数端末の携帯が煩雑である	30 (4.3%)	7 (1.5%)	7 (4.8%)	12 (9.2%)	242 (7.9%)	11 (4.3%)	2 (0.8%)	2 (2.8%)
無回答	228 (32.8%)	98 (21.1%)	44 (30.3%)	32 (24.4%)	127 (4.1%)	84 (33.2%)	39 (14.8%)	10 (13.9%)
有効回答数	696	465	145	131	3,068	253	264	72

※ ①～⑧の介護ロボットを利用している職員の回答を有効回答数とした。

※「③移動支援」のうち「気持ちに余裕ができる」で1件、「⑤見守り」のうち「気持ちに余裕ができる」で1件、「優先順位の判断ができる」で3件、「⑦入浴支援」のうち「優先順位の判断ができる」で1件無効回答があったため、有効回答数から減じた。

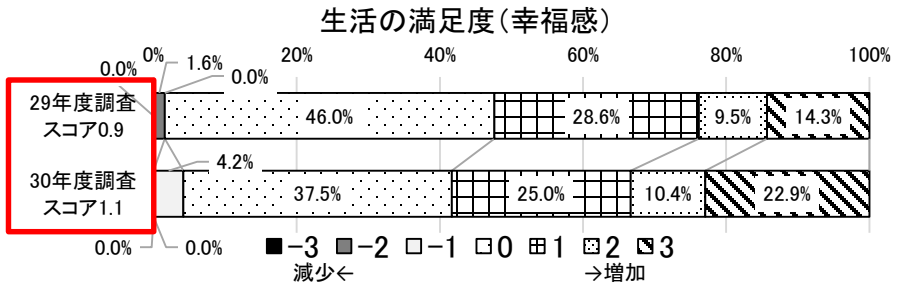
※上位3項目についてハイライトした（「無回答」を除く）。

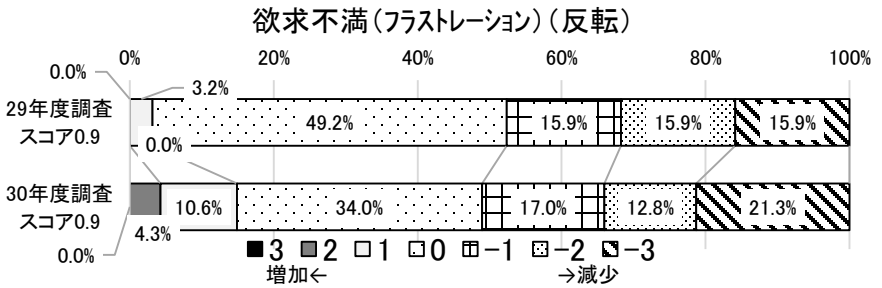
（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

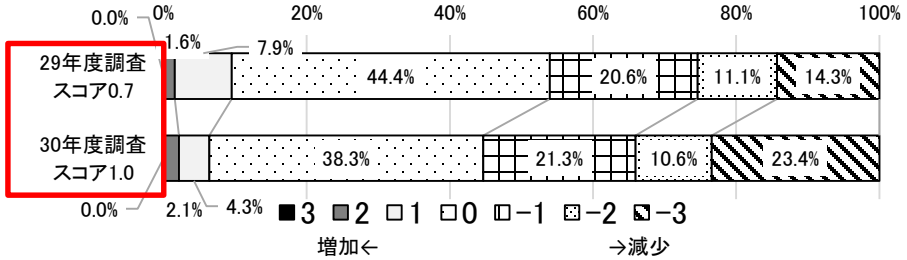
＜利用者に対する長期的な使用効果＞

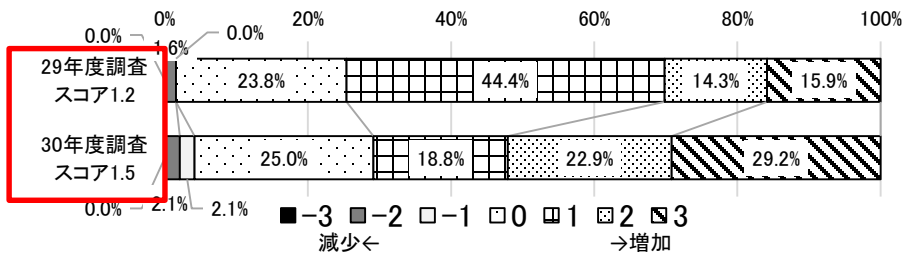
○見守り機器の長期的な使用効果について、福祉用具心理評価スケール（PIADS 日本語版）では、29年度調査と比較すると、「生活の満足度（幸福感）」、「とまどい（困ること）」、「QOL（生活の質）」、「したいことが思い通りできる」の項目においてスコア（平均値）が改善した。

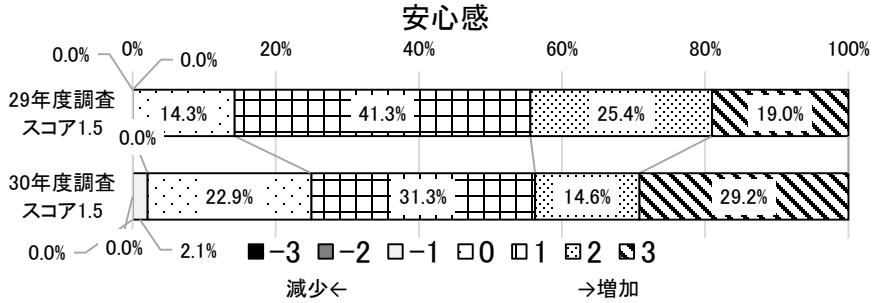
05票　職員から見た対象利用者の変化（29年度調査との比較）（単数回答）

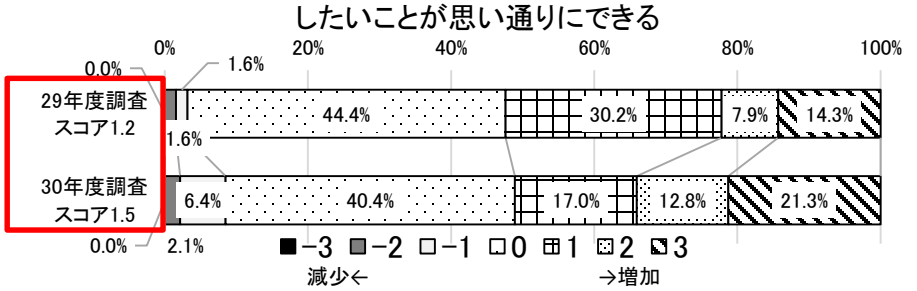












※福祉用具心理評価スケール（PIADS 日本語版）：福祉用具を使うことで利用者自身がどのように変化したかを 評価するスケール。26項目で構成され各項目は－3から＋3までの7段階のスケールで得点化される。

※29年度調査：平成29年度「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」（厚生労働省）調査

※有効回答数：29年度調査は63人、30年度調査は48人を有効回答数とした（30年度調査では、「とまどい」、「欲求不満」、「したいことが思い通りにできる」について、各1件ずつ無効回答があったため、有効回答数から減じた）。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

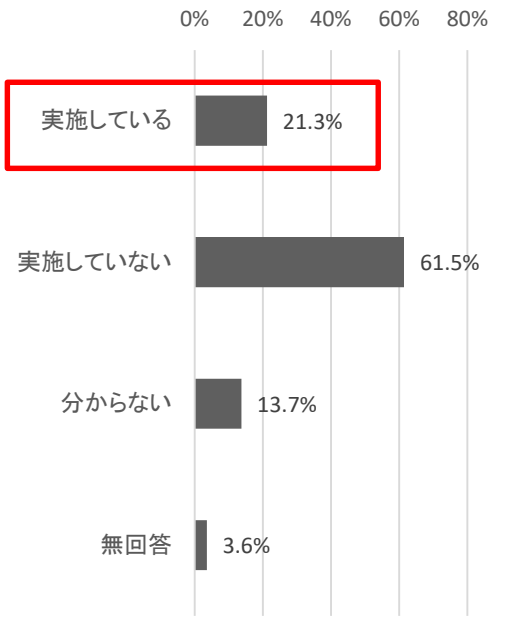
＜効果実証＞

○介護ロボット導入の効果実証について、「実施している」が21.3%であった。【01票 問2（8）介護ロボット導入の効果実証（タイムスタディやアンケート調査について）】

○介護ロボット導入の効果実証方法について、「⑤見守り」では、「アンケート 」が37.2%、「タイムスタディによる導入前後での比較」が26.1%であった。【01票 問2（9）介護ロボット導入の効果実証（実証方法）】

01票 問2（8）介護ロボット導入の効果実証（タイムスタディやアンケート調査について）（有効回答数＝1,261）（単数回答）

（単位：施設・事業所）



※介護ロボットを導入している施設・事業所の回答を有効回答数とした。

01票　問2（9）介護ロボット導入の効果実証（実証方法）（複数回答）

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援(装着型)	②移乗支援(非装着型)	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
タイムスタディによる導入前後での比較	12 (17.4%)	10 (28.6%)	2 (33.3%)	2 (66.7%	47 (26.1%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)
アンケート	56 (81.2%)	14 (40.0%)	1 (16.7%)	1 (33.3%	67 (37.2%)	2 (14.3%)	2 (40.0%)	4 (30.8%)
その他	7 (10.1%)	6 (17.1%)	1 (16.7%)	1 (33.3%)	37 (20.8%)	1 (7.1%)	1 (25%)	1 (7.7%)
無回答	5 (7.2%)	9 (25.7%)	2 (33.3%)	1 (33.3%)	44 (24.4%)	11 (78.6%)	1 (20.0%)	9 (69.2%)
有効回答数	69	35	6	3	180	14	5	13

※ ①～⑧の介護ロボット導入の効果実証を実施していると回答した施設・事業所の回答を有効回答数とした。
※「⑤見守り」のうち「その他」 については、無効回答が1件あったため、有効回答数から減じた。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボット導入に配慮した点＞
〇介護ロボット導入時に配慮した点について、すべての介護ロボット種別では、「職員を対象とした講習会やトレーニングの実施」の割合が高かった。（各種別ごとに比較）【01票 問2（5）介護ロボット導入時に配慮した点】

01票 問2（5）介護ロボット導入時に配慮した点（複数回答）

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
課題分析と導入目的の明確化	78 (31.8%)	47 (38.5%)	12 (52.2%)	6 (50.0%)	371 (41.5%)	17 (26.2%)	7 (33.3%)	6 (8.3%)
会議や委員会等を通じた職員への周知と合意形成	108 (44.1%)	64 (52.5%)	8 (34.8%)	5 (41.7%)	303 (33.9%)	12 (18.5%)	7 (33.3%)	6 (8.3%)
職員を対象とした講習会やトレーニングの実施	176 (71.8%)	79 (64.8%)	13 (56.5%)	5 (41.7%)	318 (35.6%)	20 (30.8%)	10 (47.6%)	7 (9.7%)
Wi-Fi環境などの物理的環境の配慮	3 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	267 (29.9%)	25 (38.5%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)
機器導入による業務見直しなどの業務環境への配慮	62 (25.3%)	36 (29.5%)	3 (13%)	5 (41.7%)	349 (39.1%)	13 (20.0%)	9 (42.9%)	2 (2.8%)
データの蓄積・分析	25 (10.2%)	9 (7.4%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	157 (17.6%)	5 (7.7%)	0 (0.0%)	2 (2.8%)
ケアプランへの位置づけ	8 (3.3%)	22 (18.0%)	6 (26.1%)	3 (25.0%)	221 (24.7%)	5 (7.7%)	3 (14.3%)	2 (2.8%)
機器導入・定着の効果検証	88 (35.9%)	35 (28.7%)	10 (43.5%)	2 (16.7%)	285 (31.9%)	10 (15.4%)	3 (14.3%)	2 (2.8%)
無回答	14 (5.7%)	20 (16.4%)	0 (0.0%)	3 (25%)	37 (4.1%)	17 (26.2%)	3 (14.3%)	63 (87.5%)
有効回答数	245	122	23	12	893	65	21	72

※ ①～⑧の介護ロボットを導入している施設・事業所の回答を有効回答数とした。
※上位3項目についてハイライトした（「無回答」を除く）。

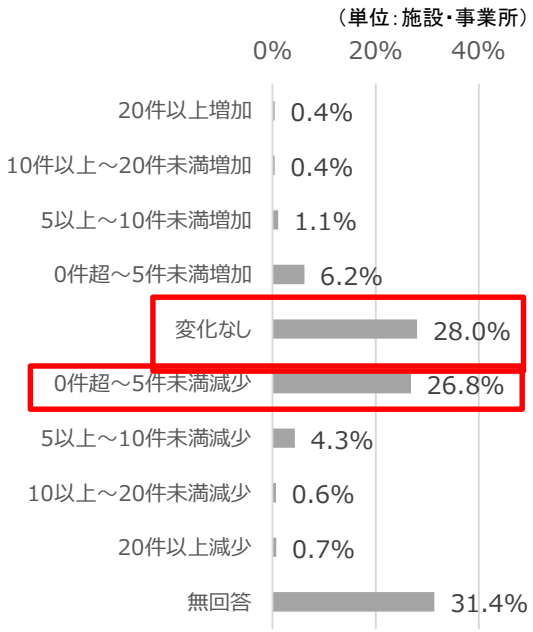
（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボットの安全性の確保（ヒヤリハット・介護事故）＞

○介護ロボット導入前後のヒヤリハット・介護事故発生件数について、「変化なし」が28.0%と最も割合が高く、次いで「0件超～5件未満減少」が26.8%であった。【01票問2（7）（ア）導入前後のヒヤリハット・介護事故発生件数（1ヶ月あたり）】

○このうち、「⑤見守り」では、「0件超～5件未満減少」が29.9%と最も割合が高かった。（「導入前後のヒヤリハット・介護事故発生件数（1ヶ月あたり）」、「導入した介護ロボットの種別が1つの施設・事業所」の回答を基に分析）【 01票 問2（2）導入した介護ロボットの種類 × 問2（7）（ア）導入前後のヒヤリハット・介護事故発生件数（1ヶ月あたり）】

01票問2（7）（ア）導入前後の
ヒヤリハット・介護事故発生件数
（1ヶ月あたり）
（有効回答数＝1,252）（単数回答）



01票 問2（2）導入した介護ロボットの種類 × 問2（7）（ア）導入前後のヒヤリハット・介護事故発生件数
（1ヶ月あたり）

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
20件以上増加	0 (0.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.4%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
10～20件増加	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)
5～10件増加	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)
0～5件増加	12 (6.1%)	3 (4.5%)	0 (0.0%)	3 (33.3%)	47 (6.4%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	2 (14.3%)
変化なし	74 (37.8%)	33 (49.3%)	6 (66.7%)	2 (22.2%)	167 (22.7%)	12 (52.2%)	4 (100.0%)	2 (14.3%)
0～5件減少	19 (9.7%)	11 (16.4%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	220 (29.9%)	3 (13.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
5～10件減少	6 (3.1%)	4 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	59 (8.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
10～20件減少	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20件以上減少	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
無回答	79 (40.3%)	15 (22.4%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	207 (28.1%)	5 (21.7%)	0 (0.0%)	8 (57.1%)
有効回答数	196	67	9	9	737	23	4	14

※1ヶ月あたりの件数は、介護ロボット導入前後半年の状況を基に回答している。
※介護ロボットを導入している施設・事業所の回答を有効回答数とした。

※上位3項目についてハイライトした（「無回答」を除く）。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

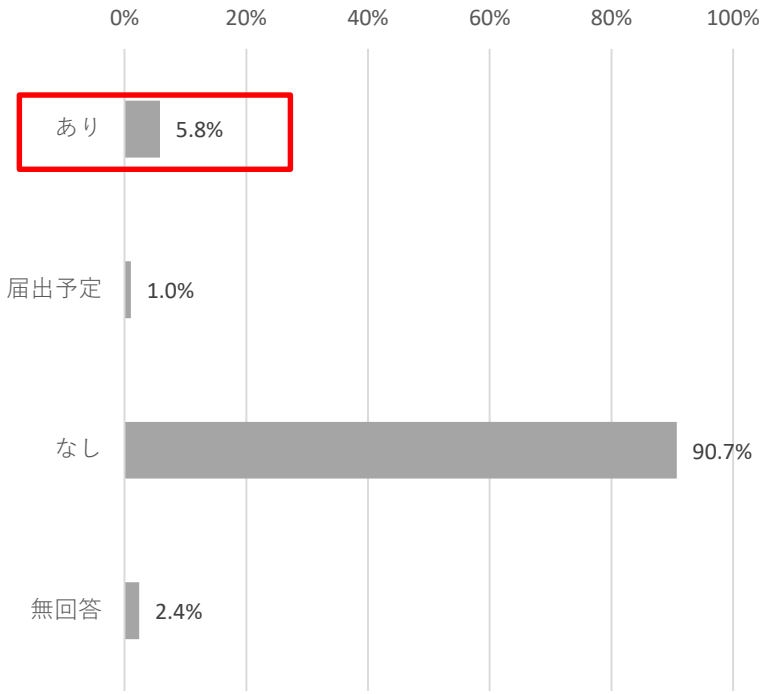
＜介護報酬改定の影響＞

○見守り機器の導入による夜勤職員配置加算届出について、「あり」が5.8%であった。【01票 問1（1）⑦見守り機器の導入による夜勤職員配置加算届出】

○見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出を出していない理由について、「見守り機器の導入（0.1人分の要件緩和）がなくとも人員配置基準を満たしている」が55.0%と最も割合が高く、次いで「要件(入所者の15%以上)を満たす見守り機器の台数を導入していない」が31.4%であった。【01票 問2（16）①見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出を出していない理由】

01票 問1（1）⑦見守り機器の導入による夜勤職員配置加算届出（有効回答数=583）（単数回答）

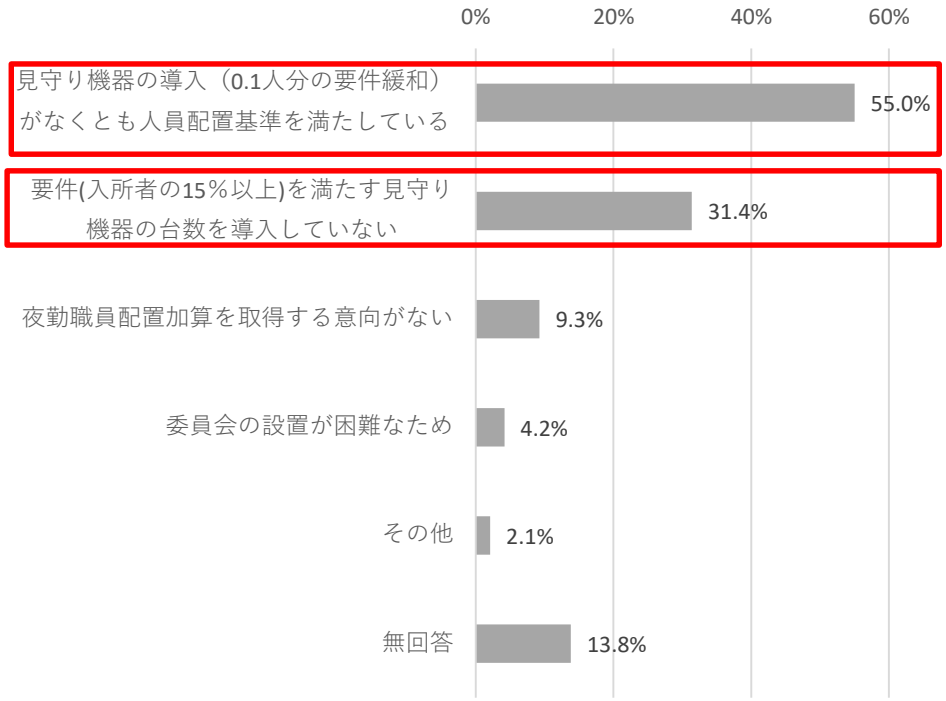
（単位：施設・事業所）



※見守り機器を導入している「介護老人福祉施設」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「短期入所生活介護」の回答を有効回答数とした。

01票 問2（16）①見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出を出していない理由（有効回答数=529）（複数回答）

（単位：施設・事業所）



※左記設問の「なし」を回答した施設・事業所の回答を有効回答数とした。

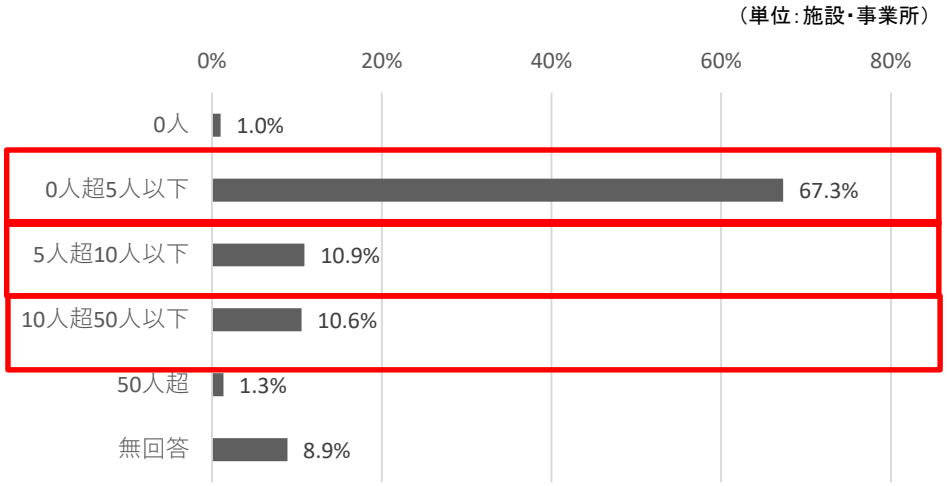
（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜見守り機器の導入による夜勤職員配置加算に関する項目＞

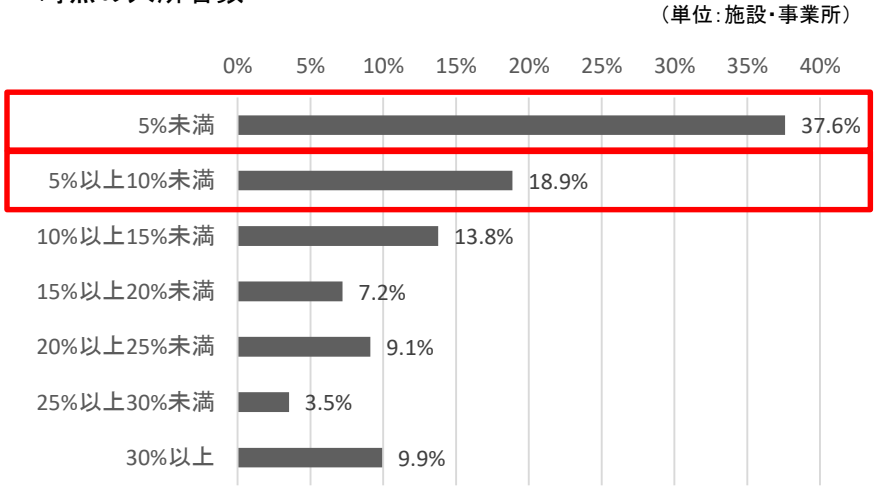
○見守り機器の対象利用者数について、「0人超5人以下」が67.3%と最も割合が高く、次いで「5人超10人以下」が10.9%、「10人超50人以下」が10.6%%であった。【01票 問2（13）見守り機器の対象利用者数】

○見守り機器の対象利用者数の割合について、「5%未満」が37.6%で最も多く、次いで「5%以上10%未満」が18.9%であった。（「見守り機器の対象利用者数」、「調査対象日時点の入所者数」の回答を基に分析）【01票 問2（13）見守り機器の対象利用者数×問1（1）⑧調査対象日時点の入所者数】

01票 問2（13）見守り機器の対象利用者数（有効回答数=890）（単数回答）



01票 問2（13）見守り機器の対象利用者数×問1（1）⑧調査対象日時点の入所者数



※見守り機器を導入している施設・事業所の回答を有効回答数とした。

＜参考＞上記設問に係る施設・事業所からの意見例（訪問調査）

- 利用者全員には必要ではなく、1割程度に導入されていれば十分。
- 費用面さえクリアできれば、全室に設置すること自体は良いが、全員に使う必要はない。
- 入所者の15%以上に導入するためには、機器のコストダウンが必要。
- ショートステイでの利用効果が高い。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボットを導入して感じた課題＞

○介護ロボットを導入している施設・事業所では、介護ロボットを導入して感じた課題について、すべての介護ロボット種別において、「導入費用が高額」の割合が高かったほか、ほとんどの介護ロボット種別において、「研修や使い方の周知が必要」の割合が高かった。（各種別ごとに比較）（「導入した介護ロボットの種類」、「介護ロボットを導入して感じた課題」の回答を基に分析）【 01票 問2（2）導入した介護ロボットの種類 × 01票問2（17）介護ロボットを導入して感じた課題、もしくは介護ロボットを導入していない理由】

01票 問2（2）導入した介護ロボットの種類 × 01票問2（17）介護ロボットを導入して感じた課題、もしくは介護ロボットを導入していない理由（介護ロボットを導入している施設・事業所の回答）

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援(装着型)	②移乗支援(非装着型)	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
導入費用が高額	159 (64.9%)	80 (65.6%)	17 (73.9%)	3 (25.0%)	494 (55.3%)	37 (56.9%)	10 (47.6%)	6 (8.3%)
有効性を感じない(期待できない)	109 (44.5%)	19 (15.6%)	2 (8.7%)	1 (8.3%)	60 (6.7%)	10 (15.4%)	1 (4.8%)	0 (0.0%)
利用者の安全面に不安	30 (12.2%)	21 (17.2%)	5 (21.7%)	1 (8.3%)	68 (7.6%)	1 (1.5%)	1 (4.8%)	0 (0.0%)
職員の安全面に不安	43 (17.6%)	6 (4.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 (1.3%)	1 (1.5%)	2 (9.5%)	0 (0.0%)
機器に関する情報が少ない	22 (9.0%)	11 (9.0%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	107 (12.0%)	8 (12.3%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)
準備・片付けに時間がかかる	175 (71.4%)	45 (36.9%)	2 (8.7%)	1 (8.3%)	45 (5.0%)	7 (10.8%)	1 (4.8%)	0 (0.0%)
機器のメンテナンスが大変	61 (24.9%)	15 (12.3%)	1 (4.3%)	3 (25%)	133 (14.9%)	19 (29.2%)	2 (9.5%)	1 (1.4%)
機器を活用した業務改革が必要	51 (20.8%)	25 (20.5%)	2 (8.7%)	2 (16.7%)	131 (14.7%)	8 (12.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
機器の誤作動が不安	20 (8.2%)	15 (12.3%)	5 (21.7%)	0 (0.0%)	309 (34.6%)	9 (13.8%)	2 (9.5%)	1 (1.4%)
研修や使い方の周知が必要	104 (42.4%)	47 (38.5%)	7 (30.4%)	2 (16.7%)	279 (31.2%)	23 (35.4%)	6 (28.6%)	1 (1.4%)
機器の操作が難しい	53 (21.6%)	25 (20.5%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	95 (10.6%)	10 (15.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
無回答	17 (6.9%)	23 (18.9%)	4 (17.4%)	6 (50.0%)	156 (17.5%)	17 (26.2%)	6 (28.6%)	65 (90.3%)
	245	122	23	12	893	65	21	72

※上位3項目についてハイライトした（「無回答」を除く）。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜介護ロボットを導入していない理由＞

〇介護ロボットを導入してない施設・事業所では、介護ロボットを導入していない理由について、すべての介護ロボット種別において、「導入費用が高額」、「研修や使い方の周知が必要」の割合が高かった。（各種別ごとに比較）（「導入した介護ロボットの種類」、「介護ロボットを導入して感じた課題」の回答を基に分析）【 01票問2（1）導入の有無 × 01票問2（17）介護ロボットを導入して感じた課題、もしくは介護ロボットを導入していない理由】

〇このほか、介護ロボットを導入している施設・事業所と比較すると、「機器に関する情報が少ない」の割合が高かった。

01票問2（1）導入の有無 × 01票問2（17）介護ロボットを導入して感じた課題、もしくは介護ロボットを導入していない理由（介護ロボットを導入していない施設・事業所の回答）

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援(装着型)	②移乗支援(非装着型)	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
導入費用が高額	390 (68.7%)	333 (58.6%)	299 (52.6%)	294 (51.8%)	317 (55.8%)	273 (48.1%)	310 (54.6%)	64 (11.3%)
有効性を感じない(期待できない)	107 (18.8%)	58 (10.2%)	69 (12.1%)	93 (16.4%)	39 (6.9%)	111 (19.5%)	56 (9.9%)	22 (3.9%)
利用者の安全面に不安	90 (15.8%)	124 (21.8%)	150 (26.4%)	78 (13.7%)	64 (11.3%)	40 (7.0%)	116 (20.4%)	20 (3.5%)
職員の安全面に不安	90 (15.8%)	49 (8.6%)	37 (6.5%)	22 (3.9%)	14 (2.5%)	11 (1.9%)	42 (7.4%)	13 (2.3%)
機器に関する情報が少ない	141 (24.8%)	140 (24.6%)	145 (25.5%)	176 (31.0%)	132 (23.2%)	139 (24.5%)	146 (25.7%)	35 (6.2%)
準備・片付けに時間がかかる	200 (35.2%)	114 (20.1%)	60 (10.6%)	81 (14.3%)	25 (4.4%)	21 (3.7%)	52 (9.2%)	16 (2.8%)
機器のメンテナンスが大変	171 (30.1%)	130 (22.9%)	111 (19.5%)	142 (25.0%)	96 (16.9%)	84 (14.8%)	120 (21.1%)	23 (4.0%)
機器を活用した業務改革が必要	126 (22.2%)	117 (20.6%)	97 (17.1%)	115 (20.2%)	110 (19.4%)	86 (15.1%)	112 (19.7%)	25 (4.4%)
機器の誤作動が不安	114 (20.1%)	110 (19.4%)	103 (18.1%)	92 (16.2%)	104 (18.3%)	54 (9.5%)	102 (18%)	23 (4.0%)
研修や使い方の周知が必要	213 (37.5%)	198 (34.9%)	165 (29%)	170 (29.9%)	169 (29.8%)	146 (25.7%)	154 (27.1%)	36 (6.3%)
機器の操作が難しい	73 (12.9%)	58 (10.2%)	52 (9.2%)	56 (9.9%)	53 (9.3%)	37 (6.5%)	48 (8.5%)	19 (3.3%)
無回答	78 (13.7%)	116 (20.4%)	132 (23.2%)	124 (21.8%)	130 (22.9%)	154 (27.1%)	138 (24.3%)	477 (84.0%)
	568	568	568	568	568	568	568	568

※上位3項目についてハイライトした（「無回答」を除く）。

（2）. 介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

＜今後の介護ロボットの導入意向＞

○今後の介護ロボットのさらなる導入について、「導入したい」との回答では、「⑤見守り」が30.8%と最も多く、次いで「②移乗支援（非装着型）」が16.8%であった。【01票 問4 今後の介護ロボットのさらなる導入について】

01票 問4 今後の介護ロボットのさらなる導入について（複数回答）

（単位：施設・事業所）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
導入したい	216 (11.7%)	310 (16.8%)	199 (10.8%)	206 (11.2%)	568 (30.8%)	227 (12.3%)	281 (15.2%)	－
検討中	284 (15.4%)	304 (16.5%)	267 (14.5%)	256 (13.9%)	379 (20.5%)	293 (15.9%)	278 (15.1%)	－
導入しない	381 (20.7%)	311 (16.9%)	329 (17.8%)	341 (18.5%)	173 (9.4%)	309 (16.7%)	294 (15.9%)	23 (1.2%)
無回答	963 (52.3%)	923 (50.1%)	1,054 (57.1%)	1,043 (56.5%)	737 (40%)	1,021 (55.3%)	997 (54%)	1,787 (96.9%)
有効回答数	1,845	1,845	1,845	1,845	1,845	1,845	1,845	1,845

※全施設・事業所の回答を有効回答数とした。
※「②移乗支援（非装着型）」のうち「導入したい」に1件、「⑤見守り」のうち「導入したい」に1件、「①移乗支援（装着型）」のうち「導入しない」に2件無効回答があったため、有効回答数から減じた。
※「⑧その他」のうち「導入したい」、「検討中」については、非選択式の設問のため集計しない。

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３.14）	資料１－３

（３）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業（結果概要）（案）

（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

1. 調査の目的

○平成30年度介護報酬改定においては、医療・介護連携の強化、訪問介護事業所から伝達された利用者の状態等についての伝達、末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント、質の高いケアマネジメントの推進、公正中立なケアマネジメントの確保等の観点から、基準及び評価の見直しが行われた。 これらの見直しが居宅介護支援の提供にどのような影響を与えたかを調査するとともに、次期介護報酬改定に向け、事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査方法

		調査方法	調査対象・回収状況
A 介護保険総合データベースに基づく介護報酬の算定状況の調査		介護保険総合データベースより条件に該当するレセプトデータを抽出した。	報酬改定の前後を比較するため、サービス提供月が平成27年9月、平成28年9月、平成29年9月、平成30年9月の結果を比較した。また、ターミナルケアマネジメント加算や退院・退所加算の新しい区分の算定状況を確認するため、サービス提供月が平成30年4月～10月のレセプトを月別で集計した。新規のレセプト情報のみを対象とし、月遅れ請求を含めていない。
B 居宅介護支援事業所調査	①事業所調査票	各事業所の管理者宛に「インターネットによる回答について」を郵送し、電子調査票を調査専用ホームページにて配布・回収した。 【母集団】39，685事業所（サービス提供月平成30年3月）	厚生労働省より提供を受けた全国の事業所名簿から、指定居宅介護支援事業所5，000事業所を利用者規模別に層化無作為抽出した。利用者規模は、40名以下、41～80名、81名～150名、151名の4区分を設定した。【発出数】5，000事業所【有効回収数】1，288件【有効回収率】25．8%
	②ケアマネジャー調査票	電子調査票をケアマネジャーごとの調査専用ホームページにて配布・回収した。	①で選定した事業所に平成30年10月3日時点で在籍しているケアマネジャー全員を対象として実施した。【有効回収数】3，489件
	③利用者調査票	電子調査票をケアマネジャーごとの調査専用ホームページにて配布・回収した。調査対象の利用者を担当するケアマネジャーが記入した。	①で選定した調査対象事業所の利用者のうち、次の2パターンで抽出した。 ・要介護1～5に該当する利用者をケアマネジャー1名につき1名抽出した。 ・入退院や看取りに該当した利用者のうち最近の事例を事業所ごとに1～2名抽出した（事業所規模2区分）。【有効回収数】5，792件
	④利用者本人調査票	紙の調査票を担当のケアマネジャーが配布して利用者本人または家族に依頼し、郵送にて回収した。	③利用者調査の対象となった利用者。【有効回収数】6，306件
C 介護予防支援事業所調査	⑤事業所調査票	①と同様の方法で実施した。【母集団】4，908事業所（サービス提供月平成30年3月）	厚生労働省より提供を受けた全国の事業所名簿から介護予防事業所3，000事業所を単純無作為抽出した。【発出数】3，000事業所【有効回収数】819件【有効回収率】27．3%
	⑥ケアマネジャー調査票	②と同様の方法で実施した。	⑤で選定した事業所に平成30年10月3日時点で在籍しているケアマネジャー全員を対象として実施した。【有効回収数】3，354件
	⑦利用者調査票	③と同様の方法で実施した。	⑤で選定した調査対象事業所の利用者のうち、要支援1～2に該当する利用者をケアマネジャー1名につき1名抽出した。【有効回収数】3，244件
	⑧利用者本人調査票	⑦の対象者に対して④と同様の方法で実施した。	⑦利用者調査の対象となった利用者。【有効回収数】3，200件
D 医療機関調査	⑨医療機関調査票	医療機関に「インターネットによる回答について」を郵送し、WEB回答方式で実施した。【母集団】1，543 施設	平成28年度病床機能報告にて退院支援加算ⅠまたはⅡを算定している医療機関を対象とした。【発出数】1，325施設【有効回答数】 377件【有効回収率】28．5%

（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

3. 調査結果概要　（1）.介護レセプトデータの集計結果

【居宅介護支援費及び加算・減算の算定状況】
- ○ 特定事業所加算は、平成29年度と平成30年度で比較すると（Ⅰ）が0．1%、（Ⅲ）が0．3%低下し、（Ⅱ）は1．9%上昇した。
- ○ 特定事業所集中減算は、平成27年度の1．9%から平成28年度の7．4%まで上昇したのち、低下傾向にある。
- ○ 入院時情報連携加算（Ⅰ）は、平成29年度は1．1%であったが、平成30年度には1．5%まで上昇した。（Ⅱ）は横ばいである。
- ○ 退院・退所加算は、平成29年度は0．6%であったが、平成30年度には0．9%まで上昇した。
- ○ ターミナルケアマネジメント加算は、平成30年4月に365件、それ以降は400～500件程度の算定件数で概ね横ばいである。

図表 1　加算・減算の算定件数・構成割合の年度比較（介護保険総合データベース）

	レセプト件数（件）				加算・減算の構成割合（各月のレセプト総数あたり）			
	平成27年度（9月）	平成28年度（9月）	平成29年度（9月）	平成30年度（9月）	平成27年度（9月）	平成28年度（9月）	平成29年度（9月）	平成30年度（9月）
総数	2,449,790	2,518,815	2,589,469	2,630,148	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
居宅介護支援（Ⅰ）	2,444,276	2,512,698	2,582,760	2,623,275	99.8%	99.8%	99.7%	99.7%
居宅介護支援（Ⅱ）	5,385	5,886	6,438	6,474	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
居宅介護支援（Ⅲ）	129	231	271	399	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
特定事業所加算（Ⅰ）	71,607	76,979	80,168	78,264	2.9%	3.1%	3.1%	3.0%
特定事業所加算（Ⅱ）	833,633	860,487	915,127	978,988	34.0%	34.2%	35.3%	37.2%
特定事業所加算（Ⅲ）	364,877	359,435	368,733	366,445	14.9%	14.3%	14.2%	13.9%
運営基準減算	626	817	785	874	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
特定事業所集中減算	46,899	185,946	153,890	144,980	1.9%	7.4%	5.9%	5.5%
初回加算	70,039	73,073	76,037	67,439	2.9%	2.9%	2.9%	2.6%
入院時情報連携加算（Ⅰ）	21,805	25,659	27,387	39,681	0.9%	1.0%	1.1%	1.5%
入院時情報連携加算（Ⅱ）	4,870	5,690	6,423	5,675	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
退院・退所加算	15,589	16,063	15,873	24,300	0.6%	0.6%	0.6%	0.9%
退院・退所加算の算定回数1回	12,159	12,505	12,412	17,281	0.5%	0.5%	0.5%	0.7%
退院・退所加算の算定回数2回	3,108	3,249	3,162	6,219	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%
退院・退所加算の算定回数3回	319	304	295	800	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
居宅支援小規模多機能型連携加算	556	483	558	534	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
居宅支援看護小規模多機能連携加算	49	42	52	91	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
緊急時等居宅カンファレンス加算	235	217	191	176	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

注）総数は、基本報酬の件数（居宅介護支援（Ⅰ）～（Ⅲ）の合計）

居宅介護支援事業所のみを集計している。
報告書から一部を抜粋している。

図表 2　加算・減算の算定件数の月別比較（介護保険総合データベース）

（レセプト件数）

	平成30年度						
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
総数	2,590,984	2,611,318	2,625,056	2,632,073	2,623,425	2,630,148	2,650,190
ターミナルケアマネジメント加算	365	437	501	474	489	474	469
	0.01%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%

注）総数は、基本報酬の件数（居宅介護支援（Ⅰ）～（Ⅲ）の合計）

居宅介護支援事業所のみを集計している。
報告書から一部を抜粋している。

（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

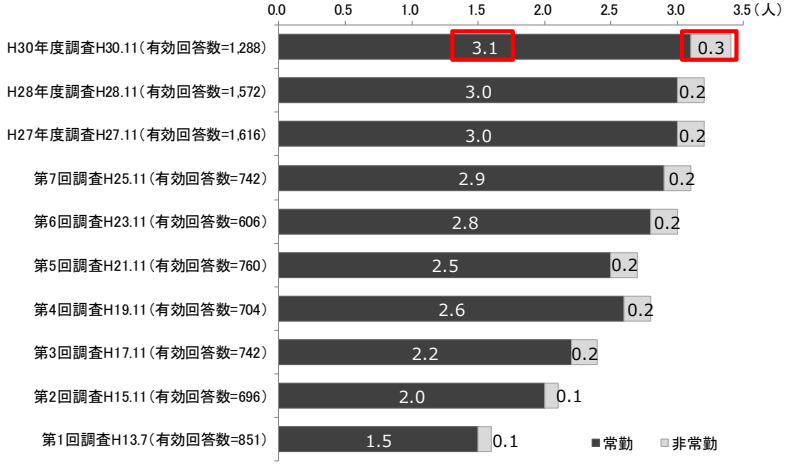
（2）. 調査対象の基本情報（事業所属性）

【事業所の基本情報】
○ 居宅介護支援事業所で同一法人（同系列を含む）が運営する「併設施設あり」と回答した事業所は88．9%、「併設施設なし」と回答した事業所は10．0%であった。 また、「併設施設あり」と回答した事業所が併設しているサービスは、「訪問介護」が36．2%と最も多く、次いで「通所介護」が32．2%であった。
○ 居宅介護支援事業所1事業所あたりのケアマネジャーの常勤換算数は、常勤3．1人、非常勤0．3人、合計3．4人であった。
※事業所調査票：2(1)併設施設の有無，2(2)法人が運営する併設施設の状況，6(1)ケアマネジャー数

図表 3　併設施設の有無（事業所調査票）

		全体	併設施設あり	併設施設なし	無回答
平成30年度	居宅介護支援事業所	1,288	1,145	129	14
		100.0%	88.9%	10.0%	1.1%
	介護予防支援事業所	819	485	329	5
		100.0%	59.2%	40.2%	0.6%
平成28年度	居宅介護支援事業所	1,572	1,405	151	16
		100.0%	89.4%	9.6%	1.0%

図表 5　1事業所あたりのケアマネジャー人数(常勤換算)（事業所調査票）



注1）第1回～第7回調査は「老健事業」、H27年度調査およびH28年度調査は「改定検証事業」である。
注2）老健事業：老人保健健康増進等事業

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 4　法人が運営する併設施設の状況（事業所調査票）

		全体	地域包括支援センター	在宅介護支援センター	介護老人福祉施設（地域密着型を含む）	介護老人保健施設	介護医療院	療養病床を有する病院・診療所	病院・診療所（上記以外）	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	有料老人ホーム・ケアハウス等（特定施設含む）	訪問介護
居宅介護支援事業所	併設しているもの（A）	1,145	76	58	132	70	4	30	66	59	70	415
		100.0%	6.6%	5.1%	11.5%	6.1%	0.3%	2.6%	5.8%	5.2%	6.1%	36.2%
	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの（B） ※%値はB÷A	196	5	33	9	4	0	1	9	7	5	46
		17.1%	6.6%	56.9%	6.8%	5.7%	0.0%	3.3%	13.6%	11.9%	7.1%	11.1%
介護予防支援事業所	併設しているもの（A）	485		25	106	22	2	14	17	22	26	125
		100.0%		5.2%	21.9%	4.5%	0.4%	2.9%	3.5%	4.5%	5.4%	25.8%
	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの（B） ※%値はB÷A	56		7	5	1	0	0	0	3	1	3
		11.5%		28.0%	4.7%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	13.6%	3.8%	2.4%

		訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	福祉用具貸与	福祉用具販売	夜間対応型訪問介護	定期巡回・随時対応型訪問介護
居宅介護支援事業所	併設しているもの	28	183	66	369	116	154	71	40	33	1	12
		2.4%	16.0%	5.8%	32.2%	10.1%	13.4%	6.2%	3.5%	2.9%	0.1%	1.0%
	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの	3	28	2	45	3	8	1	2	1	0	0
		10.7%	15.3%	3.0%	12.2%	2.6%	5.2%	1.4%	5.0%	3.0%	0.0%	0.0%
介護予防支援事業所	併設しているもの（A）	13	35	19	171	25	99	20	8	7	0	5
		2.7%	7.2%	3.9%	35.3%	5.2%	20.4%	4.1%	1.6%	1.4%	0.0%	1.0%
	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの（B） ※%値はB÷A	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1
		0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%

		小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	認知症対応型通所介護	住宅改修を行っている事業所	薬局	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院	通所介護における宿泊サービス	サービス付高齢者住宅	その他	無回答
居宅介護支援事業所	併設しているもの	32	11	43	5	5	8	6	42	40	311
		2.8%	1.0%	3.8%	0.4%	0.4%	0.7%	0.5%	3.7%	3.5%	27.2%
	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの	7	4	3	0	2	1	0	10	12	－
		21.9%	36.4%	7.0%	0.0%	40.0%	12.5%	0.0%	23.8%	30.0%	－
介護予防支援事業所	併設しているもの（A）	8	0	35	3	3	0	0	3	84	194
		1.6%	0.0%	7.2%	0.6%	0.6%	0.0%	0.0%	0.6%	17.3%	40.0%
	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの（B） ※%値はB÷A	1	0	0	0	0	0	0	1	40	－
		12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	47.6%	－

（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

【居宅介護支援事業所の基本情報・ケアマネジャーの基本情報】
○ １事業所あたりの利用者数は、「４１人以上８０人以下」が２３．３％と最も多く、次いで「２１人以上４０人以下」が１９．８％であり、平均は８６．９人であった。
○ ケアマネジャー１人あたりの利用者数は、「３０人以上４０人未満」が３３．２％と最も多く、次いで「２０人以上３０人未満」が２８．７％であり、平均は２７．１人であった。
○ ケアマネジャーの勤務形態は、「常勤・専従」が最も多く７１．２％であり、次いで「常勤・兼務」が１６．４％であった。
※事業所調査票：5(2)平成30年９月分の給付管理を行った実利用者数，5(2)平成30年９月分の給付管理を行った実利用者数，
ケアマネジャー調査票：1(3)主任介護支援専門員研修修了の有無，1(4)勤務形態

図表 6　1事業所あたりの利用者数（事業所調査票）

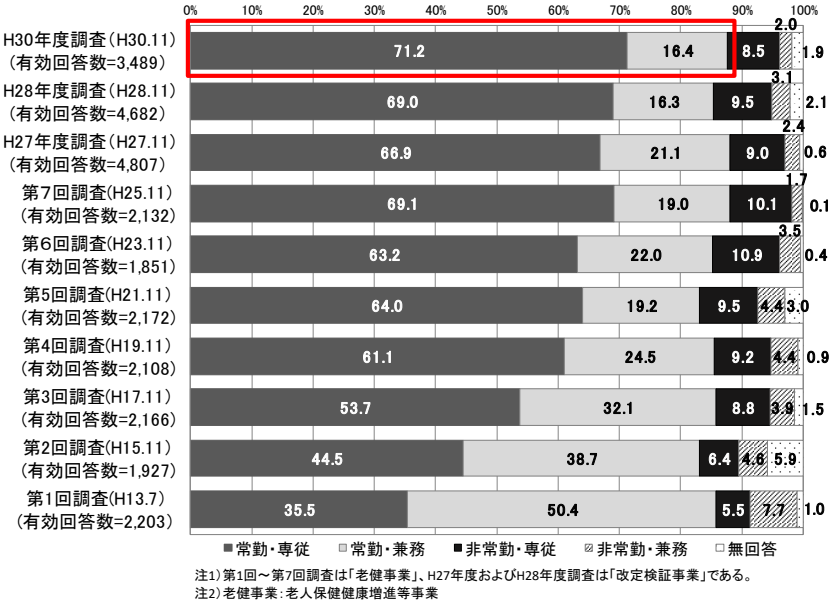
		全体	0人	1人以上 20人以下	21人以上 40人以下	41人以上 80人以下	81人以上 120人以下	121人以上 150人以下	151人以上	無回答	1事業所あたりの 利用者数（人）
平成30年度	居宅介護支援事業所	1,288 100.0%	6 0.5%	116 9.0%	255 19.8%	300 23.3%	235 18.2%	122 9.5%	178 13.8%	76 5.9%	86.9 –
平成28年度	居宅介護支援事業所	1,572 100.0%	6 0.4%	158 10.1%	315 20.0%	410 26.1%	298 19.0%	143 9.1%	210 13.4%	32 2.0%	82.8 –

図表 7　ケアマネジャー１人あたりの利用者数　（事業所調査票）

		全体	10人未満	10人以上 20人未満	20人以上 30人未満	30人以上 40人未満	40人以上 50人未満
平成30年度	居宅介護支援事業所	1,288 100.0%	86 6.7%	248 19.3%	370 28.7%	427 33.2%	49 3.8%
平成28年度	居宅介護支援事業所	1,572 100.0%	105 6.7%	285 18.1%	493 31.4%	506 32.2%	115 7.3%

		50人以上 60人未満	60人以上 70人未満	70人以上 80人未満	80人以上	無回答	ケアマネジャー１人あたりの利用者数(人)
平成30年度	居宅介護支援事業所	14 1.1%	7 0.5%	2 0.2%	6 0.5%	79 6.1%	27.1 –
平成28年度	居宅介護支援事業所	17 1.1%	7 0.4%	2 0.1%	4 0.3%	38 2.4%	25.2 –

図表8　勤務形態（ケアマネジャー調査票）



注1）第1回～第7回調査は「老健事業」、H27年度およびH28年度調査は「改定検証事業」である。
注2）老健事業：老人保健健康増進等事業

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

【 利用者の基本情報・医療機関の基本情報 】

○ 居宅介護支援事業所の利用者の要介護度については、
- 「入院、退院、看取りのいずれにも該当しない利用者」は、「要介護１」が33．0%と最も多く、次いで「要介護２」が23．9%
- 「入院した利用者」は、「要介護２」が24．7%と最も多く、次いで「要介護１」が19．6%
- 「退院した利用者」は、「要介護２」が23．8%と最も多く、次いで「要介護１」が20．1%
- 「看取りを行った利用者」は、「その他（認定申請中）」が37．3%と最も多く、次いで「要介護１」が20．3%であった。

○ 医療機関の種類は、「病院」が97．1%であった。また、病床数については、総病床数は「101～200」が22．0%と最も多く、次いで「301～400」が18．0%であった。

※利用者調査票：2(1)現在の要介護度，医療機関調査票：1(2)医療機関の種類，1(5)病床数

図表 9　現在の要介護度 （利用者調査票）

		全体	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他（認定申請中）	無回答
平成30年度	入院、退院、看取りのいずれにも該当しない利用者	2,391	171	267	790	571	279	154	79	7	73
		100.0%	7.2%	11.2%	33.0%	23.9%	11.7%	6.4%	3.3%	0.3%	3.1%
	入院した利用者	194,565	6,988	17,999	38,231	47,979	32,825	25,906	20,897	2,097	1,644
		100.0%	3.6%	9.3%	19.6%	24.7%	16.9%	13.3%	10.7%	1.1%	0.8%
	退院した利用者	139,582	4,724	11,251	28,066	33,281	24,778	18,586	16,163	1,534	1,200
		100.0%	3.4%	8.1%	20.1%	23.8%	17.8%	13.3%	11.6%	1.1%	0.9%
	看取りを行った利用者	74,085	278	1,690	15,058	10,647	4,881	6,000	6,339	27,615	1,577
		100.0%	0.4%	2.3%	20.3%	14.4%	6.6%	8.1%	8.6%	37.3%	2.1%
平成28年度	入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者	3,473	78	119	1,154	952	605	308	211	3	43
		100.0%	2.2%	3.4%	33.2%	27.4%	17.4%	8.9%	6.1%	0.1%	1.2%
	入院した利用者	213,329	3,020	5,381	44,551	60,800	33,449	32,721	27,401	3,745	2,262
		100.0%	1.4%	2.5%	20.9%	28.5%	15.7%	15.3%	12.8%	1.8%	1.1%
	退院した利用者	171,262	1,807	3,619	33,458	44,838	27,376	29,126	24,731	2,003	4,305
		100.0%	1.1%	2.1%	19.5%	26.2%	16.0%	17.0%	14.4%	1.2%	2.5%
	看取りを行った利用者	63,189	1,017	383	3,593	11,450	9,838	10,986	18,790	2,141	4,991
		100.0%	1.6%	0.6%	5.7%	18.1%	15.6%	17.4%	29.7%	3.4%	7.9%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

注1）　本調査では、「入院した」、「退院した」、「看取りを行った」に該当する利用者について、事業所の規模を考慮せず利用者を抽出したため、抽出率（回収率）の逆数を用いて、ウエイトバック調整を実施している。

注2）事業所調査票から得られる当該事業所内の入院者数（3か月間）、退院者数（3か月間）、看取りを行った利用者数（平成30年度は半年間、平成28年度は1年間）の真の値を用いて母集団の割合を推定している。

注3）本資料では「入院した」、「退院した」、「看取りを行った」に該当する利用者数については、ウエイトバック調整後の数値を「有効回答数」と表記する。

注4）ここでいう看取りとは、医師が終末期と判断し、本人もしくは家族から同意を得て、ケアマネジャーが医師等と連携し必要な支援を行ったケース。最終的な死亡場所は問わない。

図表 10　医療機関の種類 （医療機関調査票）

全体	病院	有床診療所
377	366	11
100.0%	97.1%	2.9%

注）平成28年度病床機能報告（調査時点で最新）にて退院支援加算Ⅰ又はⅡを算定している医療機関を対象として調査を実施した。

図表 11　病床数 （医療機関調査票）

	全体	1～50	51～100	101～200	201～300	301～400	401～500	501～600	601～700	701～1000	1001～	無回答	平均(床)
総病床数	377	17	37	83	49	68	44	24	22	23	7	3	339.4
	100.0%	4.5%	9.8%	22.0%	13.0%	18.0%	11.7%	6.4%	5.8%	6.1%	1.9%	0.8%	－

注）報告書から一部抜粋

（3）. 医療と介護の連携強化（入院時の連携）

【医療介護連携の推進（入院時）】

○ 居宅介護支援事業所の利用者において、平成30年7月～9月に医療機関に入院した人数の平均は8．0人、うち「入院時に医療機関へ情報提供を行った人数」の平均は6．6人、うち「入院時情報連携加算適用人数」は加算（Ⅰ）の平均が5．1人、加算（Ⅱ）の平均が0．7人であった。

○ 「入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した」または「入院時に医療機関を訪問し情報提供をした」と回答した場合について、入院時に医療機関に情報提供を行った日は、「入院後2日目」が38．9%と最も多く、次いで「入院後1日目」が32．4%であった。

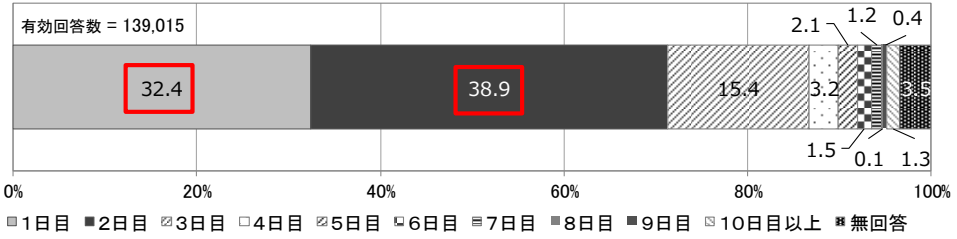
※事業所調査票：9(4)1)7月～9月に1回でも給付管理を行った人，利用者調査票：5-(1)5)情報提供した日（入院した日を1日目とする日数）（「入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した」または「入院時に医療機関を訪問し情報提供をした」回答者限定質問）

図表 12　7月～9月に医療機関に入院した利用者数（事業所調査票）

			全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7～9人	10人以上	無回答	平均（人）
平成30年度	医療機関に入院した利用者がいる事業所		1,288	49	102	151	122	86	89	63	147	327	152	8.0
			100.0%	3.8%	7.9%	11.7%	9.5%	6.7%	6.9%	4.9%	11.4%	25.4%	11.8%	–
	うち入院時に医療機関へ情報提供を行った利用者がいる事業所		1,288	78	147	153	112	85	74	50	144	251	194	6.6
			100.0%	6.1%	11.4%	11.9%	8.7%	6.6%	5.7%	3.9%	11.2%	19.5%	15.1%	–
	うち「入院時情報連携加算」を適用した利用者がいる事業所		1,288	205	107	117	89	59	69	43	127	213	259	5.9
			100.0%	15.9%	8.3%	9.1%	6.9%	4.6%	5.4%	3.3%	9.9%	16.5%	20.1%	–
		加算（Ⅰ）	1,288	241	112	125	83	66	66	49	104	183	259	5.1
			100.0%	18.7%	8.7%	9.7%	6.4%	5.1%	5.1%	3.8%	8.1%	14.2%	20.1%	–
		加算（Ⅱ）	1,288	695	177	69	36	21	9	5	10	7	259	0.7
			100.0%	54.0%	13.7%	5.4%	2.8%	1.6%	0.7%	0.4%	0.8%	0.5%	20.1%	–
平成28年度	医療機関に入院した利用者がいる事業所		1,572	80	168	194	184	132	99	82	197	292	144	7.7
			100.0%	5.1%	10.7%	12.3%	11.7%	8.4%	6.3%	5.2%	12.5%	18.6%	9.2%	–
	うち入院時に医療機関へ情報提供を行った利用者がいる事業所		1,572	333	223	186	146	104	73	62	128	173	144	4.2
			100.0%	21.2%	14.2%	11.8%	9.3%	6.6%	4.6%	3.9%	8.1%	11.0%	9.2%	–
	うち「入院時情報連携加算」を適用した利用者がいる事業所		1,572	678	138	111	94	69	55	48	98	137	144	3.1
			100.0%	43.1%	8.8%	7.1%	6.0%	4.4%	3.5%	3.1%	6.2%	8.7%	9.2%	–

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 13　入院時に情報提供を行った場合、情報提供を行った日【入院した利用者】（利用者調査票）



注1）「入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した」または「入院時に医療機関を訪問し情報提供をした」と回答した場合に限定している。
注2）入院した日を1日目とした。

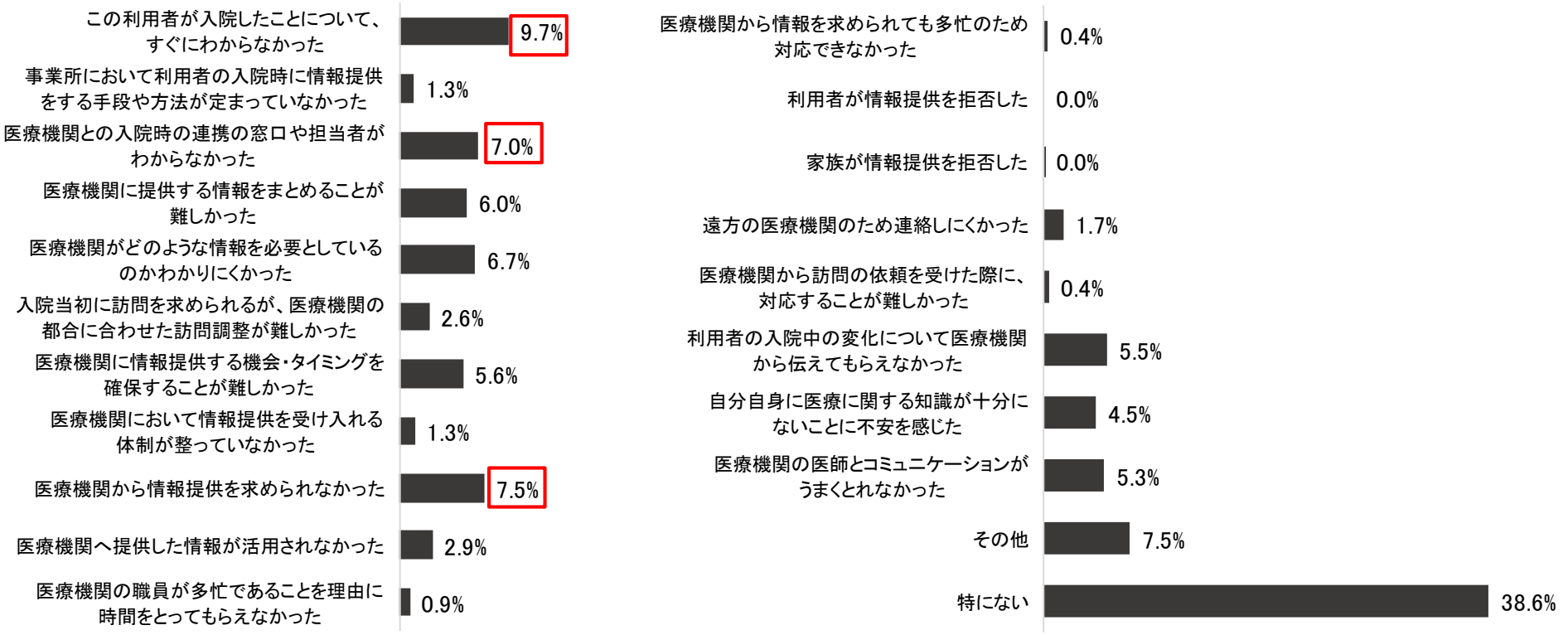
注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（3）. 医療と介護の連携強化（入院時の連携）

【医療介護連携の推進（入院時）】
○ 利用者が入院する際の医療機関に対する情報提供において、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが困難と感じた点は、「この利用者が入院したことについて、すぐにわからなかった」が9．7%と最も多く、次いで「医療機関から情報提供を求められなかった」が7．5%、「医療機関との入院時の連携の窓口や担当者がわからなかった」が7．0%であった。

利用者調査票：5-(1)7)入院時の情報提供において困難と感じた点

図表 14　入院時の情報提供において困難と感じた点（複数回答可）
【入院した利用者】（利用者調査票）



有効回答数＝194,565

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（3）. 医療と介護の連携強化（入院時の連携）

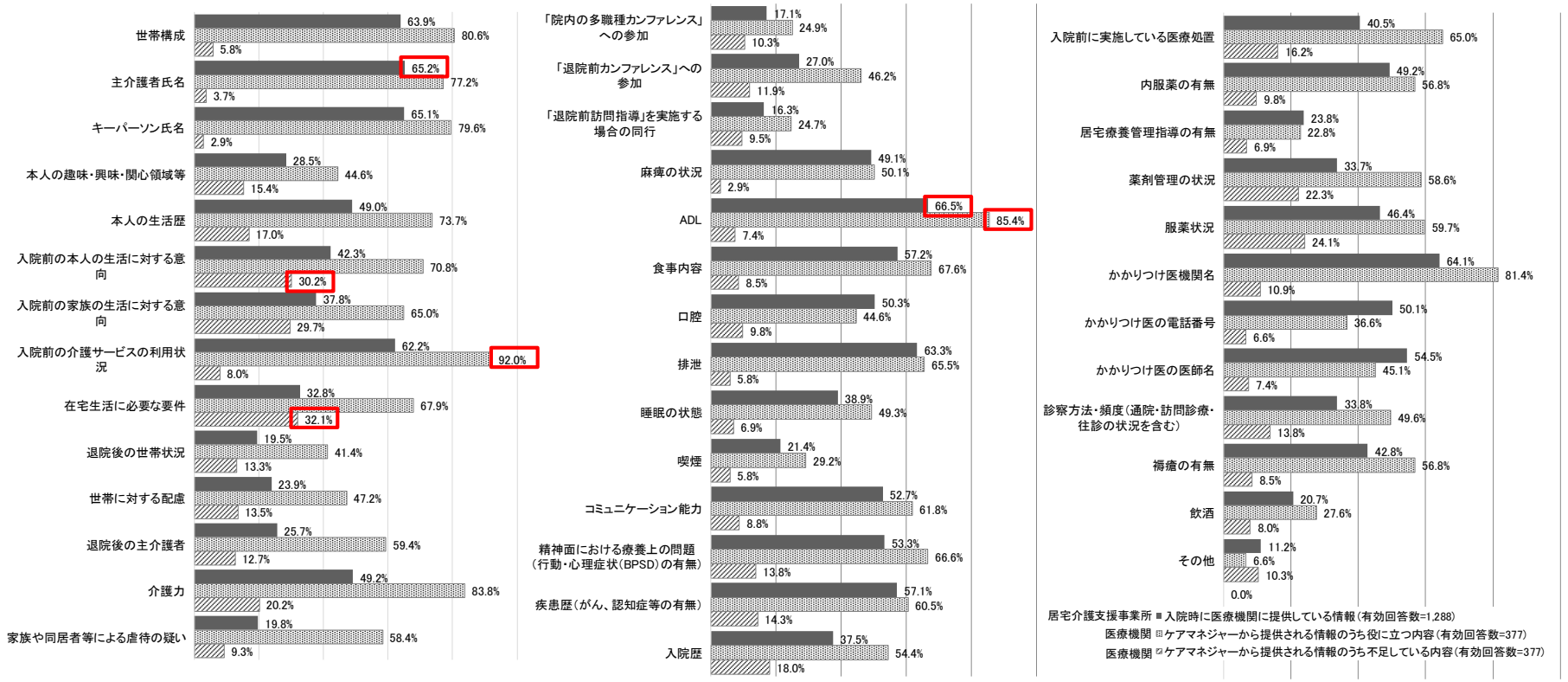
【医療介護連携の推進（入院時）】

○ 利用者が入院する際の居宅介護支援事業所と医療機関の連携において、医療機関がケアマネジャーから提供される情報のうち、不足していると感じている内容は、「在宅生活に必要な要件」が32．1%と最も多く、次いで「入院前の本人の生活に対する意向」が30．2%であった。
一方で、医療機関が役に立つと感じている内容は、「入院前の介護サービスの利用状況」が92．0%と最も多く、次いで「ADL」が85．4%であった。

○ また、ケアマネジャーが医療機関に提供している情報は、「ADL」が66．5%と最も多く、次いで「主介護者氏名」が65．2%であった。

※事業所調査票：9(5)2)利用者入院時に医療機関に提供している情報，医療機関調査票：2(7)患者入院時にケアマネジャーから提供される情報のうち役に立つ内容，2(8)患者入院時にケアマネジャーから提供される情報のうち不足している内容

図表 15　入院時連携情報状況（事業所調査票・医療機関調査票）



（3）. 医療と介護の連携強化（退院時の連携）

【医療介護連携の推進（退院時）】
○ 居宅介護支援事業所で平成30年7月～9月に給付管理の対象となった利用者のうち、同期間中に「退院した利用者数」の平均は5．7人であり、そのうち「退院時に医療機関の職員と面談を行った人」の平均は4．2人であった。
○ 平成30年4月～9月に退院・退所加算を算定している事業所について、平成29年4月～9月と算定件数を比較すると、「医療機関との連携が1回又は2回の場合では、退院時カンファレンス等への「参加なし」と「参加あり」それぞれの平均値が増加した。「医療機関との連携が3回」の平均値は同程度であった。

※事業所調査票：9(8)1)7月～9月に1回でも給付管理の対象となった人数，
9(10)事業所において退院・退所加算を算定している件数_退院・退所加算（医療機関）

図表 16　7月～9月に退院し給付管理の対象となった利用者数（事業所調査票）

		全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7～9人	10人以上	無回答	平均（人）
平成30年度	退院した利用者がいる事業所	1,288	94	159	153	147	105	74	63	123	206	164	5.7
		100.0%	7.6%	12.9%	12.3%	11.9%	8.4%	5.8%	4.6%	9.9%	16.5%	10.2%	–
	退院した利用者のうち退院時に医療機関の職員と面談を行った人がいる事業所	1,288	144	203	158	150	87	80	43	92	120	211	4.2
		100.0%	11.6%	16.0%	12.6%	12.3%	7.0%	6.3%	3.1%	7.5%	9.5%	14.1%	–
平成28年度	退院した利用者がいる事業所	1,572	113	253	201	169	130	99	71	155	182	199	6.0
		100.0%	7.2%	16.1%	12.8%	10.8%	8.3%	6.3%	4.5%	9.9%	11.6%	12.7%	–
	退院した利用者のうち退院時に医療機関の職員と面談を行った人がいる事業所	1,572	334	271	202	148	115	73	54	94	82	199	3.1
		100.0%	21.2%	17.2%	12.8%	9.4%	7.3%	4.6%	3.4%	6.0%	5.2%	12.7%	–

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 17　事業所において退院・退所加算を算定している件数（事業所調査票）

			全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7～9人	10人以上	無回答	平均（人）
連携1回	会議参加なし	平成29年4月～9月	1,288	609	65	54	43	28	27	15	33	41	373	1.7
			100.0%	47.3%	5.0%	4.2%	3.3%	2.2%	2.1%	1.2%	2.6%	3.2%	29.0%	–
		平成30年4月～9月	1,288	552	98	79	53	41	27	21	44	50	323	2.1
			100.0%	42.9%	7.6%	6.1%	4.1%	3.2%	2.1%	1.6%	3.4%	3.9%	25.1%	–
	会議参加あり	平成29年4月～9月	1,288	573	110	65	44	40	33	10	15	25	373	1.4
			100.0%	44.5%	8.5%	5.0%	3.4%	3.1%	2.6%	0.8%	1.2%	1.9%	29.0%	–
		平成30年4月～9月	1,288	500	157	92	59	30	36	22	31	38	323	1.9
			100.0%	38.8%	12.2%	7.1%	4.6%	2.3%	2.8%	1.7%	2.4%	3.0%	25.1%	–
連携2回	会議参加なし	平成29年4月～9月	1,288	824	25	19	15	6	8	4	6	8	373	0.4
			100.0%	64.0%	1.9%	1.5%	1.2%	0.5%	0.6%	0.3%	0.5%	0.6%	29.0%	–
		平成30年4月～9月	1,288	776	58	49	20	14	17	4	12	15	323	0.8
			100.0%	60.2%	4.5%	3.8%	1.6%	1.1%	1.3%	0.3%	0.9%	1.2%	25.1%	–
	会議参加あり	平成29年4月～9月	1,288	811	39	24	13	6	6	2	5	9	373	0.4
			100.0%	63.0%	3.0%	1.9%	1.0%	0.5%	0.5%	0.2%	0.4%	0.7%	29.0%	–
		平成30年4月～9月	1,288	732	93	48	23	26	12	5	12	14	323	0.8
			100.0%	56.8%	7.2%	3.7%	1.8%	2.0%	0.9%	0.4%	0.9%	1.1%	25.1%	–
連携3回	会議参加あり	平成29年4月～9月	1,288	886	18	6	3	1	0	0	0	1	373	0.1
			100.0%	68.8%	1.4%	0.5%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	29.0%	–
		平成30年4月～9月	1,288	895	43	11	6	4	3	1	2	0	323	0.1
			100.0%	69.5%	3.3%	0.9%	0.5%	0.3%	0.2%	0.1%	0.2%	0.0%	25.1%	–

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（3）. 医療と介護の連携強化（退院時の連携）

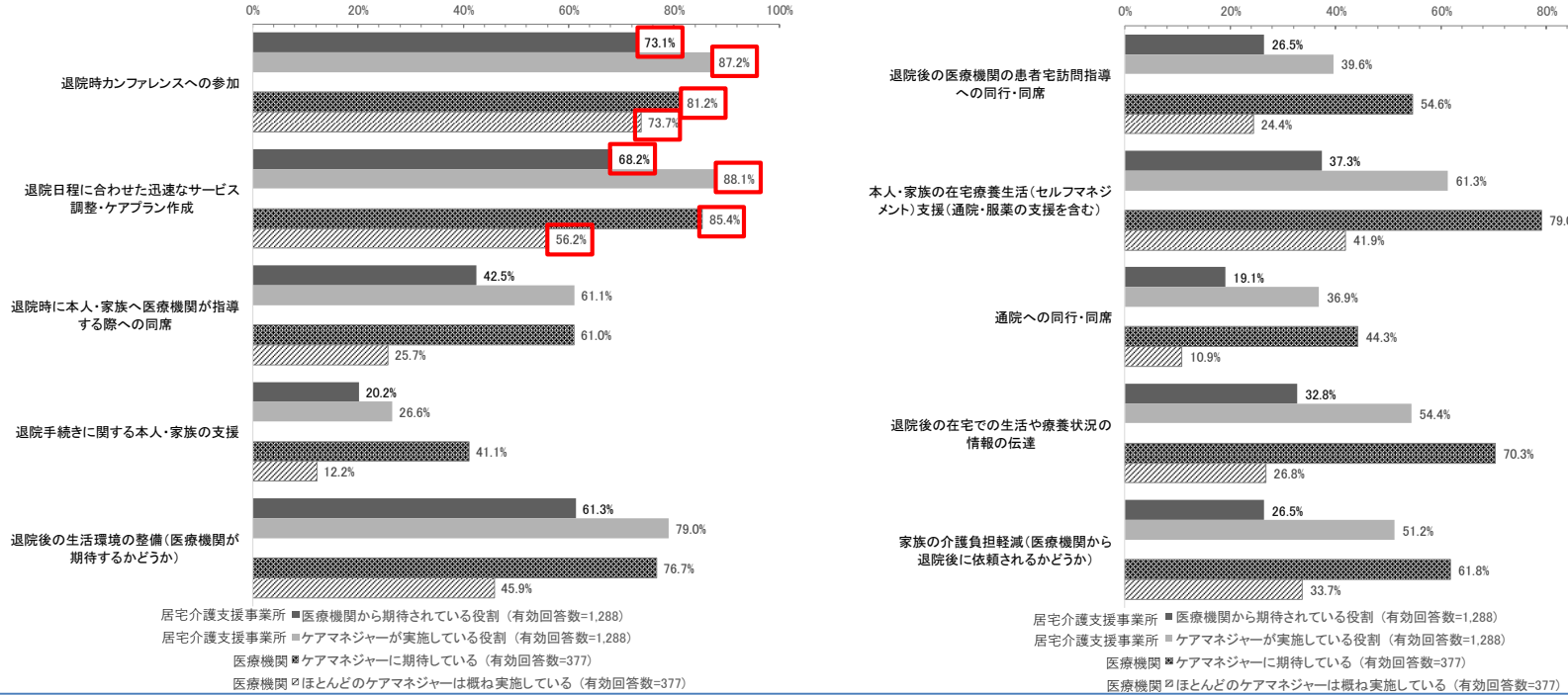
【医療介護連携の推進（退院時）】

○ 退院時における医療機関との連携について、居宅介護支援事業所が医療機関から期待されていると感じているケアマネジャーの役割は、「退院時カンファレンスへの参加」が73．1%と最も多く、「退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成」が次いで68．2%であった。
一方で、ケアマネジャーが実施している役割は、「退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成」が88．1%と最も多く、次いで「退院時カンファレンスへの参加」が87．2%であった。

○ また、医療機関が ケアマネジャーに期待している役割は、「退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成」が85．4%と最も多く、次いで、「退院時カンファレンスへの参加」が81．2%であった。
一方で、ほとんどのケアマネジャーが概ね実施していると考えているのは、「退院時カンファレンスへの参加」が73．7%と最も多く、次いで「退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成」が56．2%であった。

※事業所調査票：9(2)平成30年7月～9月中の医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点，9(1)医療機関から期待されている役割
医療機関調査票： 2(17)ケアマネジャーに期待している役割

図表 18　ケアマネジャーの役割（事業所調査票・医療機関調査票）

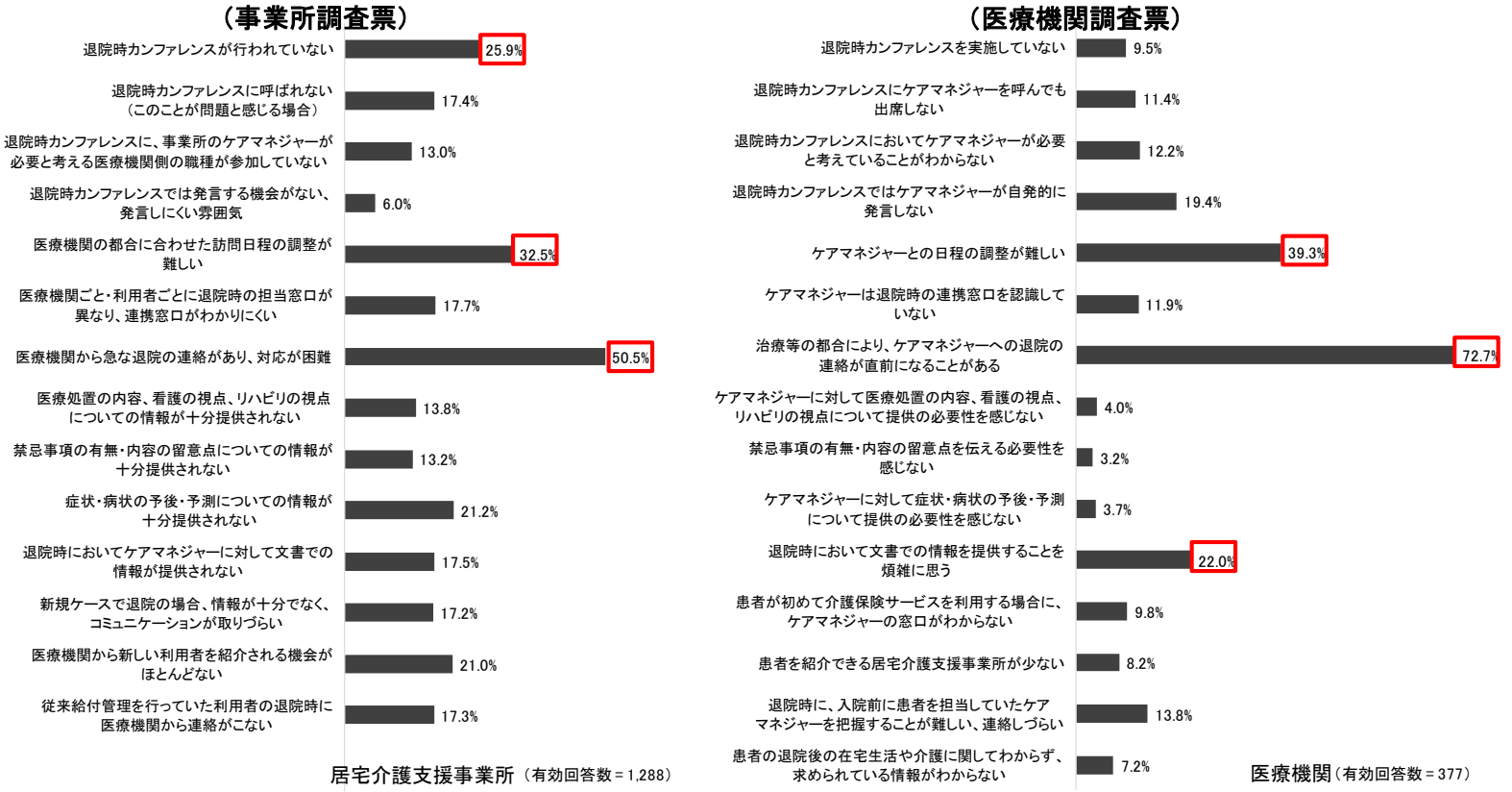


（3）. 医療と介護の連携強化（退院時の連携）

【医療介護連携の推進（退院時）】
○ 利用者が退院する際の医療機関との連携において、居宅介護支援事業所が困難と感じる点・問題と感じる点は、「医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難」が50．5%で最も多く、次いで「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が32．5%、「退院時カンファレンスが行われていない」が25．9%であった。
○ 一方で、医療機関が困難と感じる点・問題と感じる点は、「治療等の都合により、ケアマネジャーへの退院の連絡が直前になることがある」が72．7%で最も多く、次いで「ケアマネジャーとの日程調整が難しい」が39．3%、「退院時において文書での情報を提供することを煩雑に思う」が22．0%であった。

※事業所調査票： 9(2)平成30年7月～9月中の医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点，
医療機関調査票： 2(19)ケアマネジャーとの連携について、困難と感じる点・問題と感じる点

図表 19　医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点（事業所調査票・医療機関調査票）

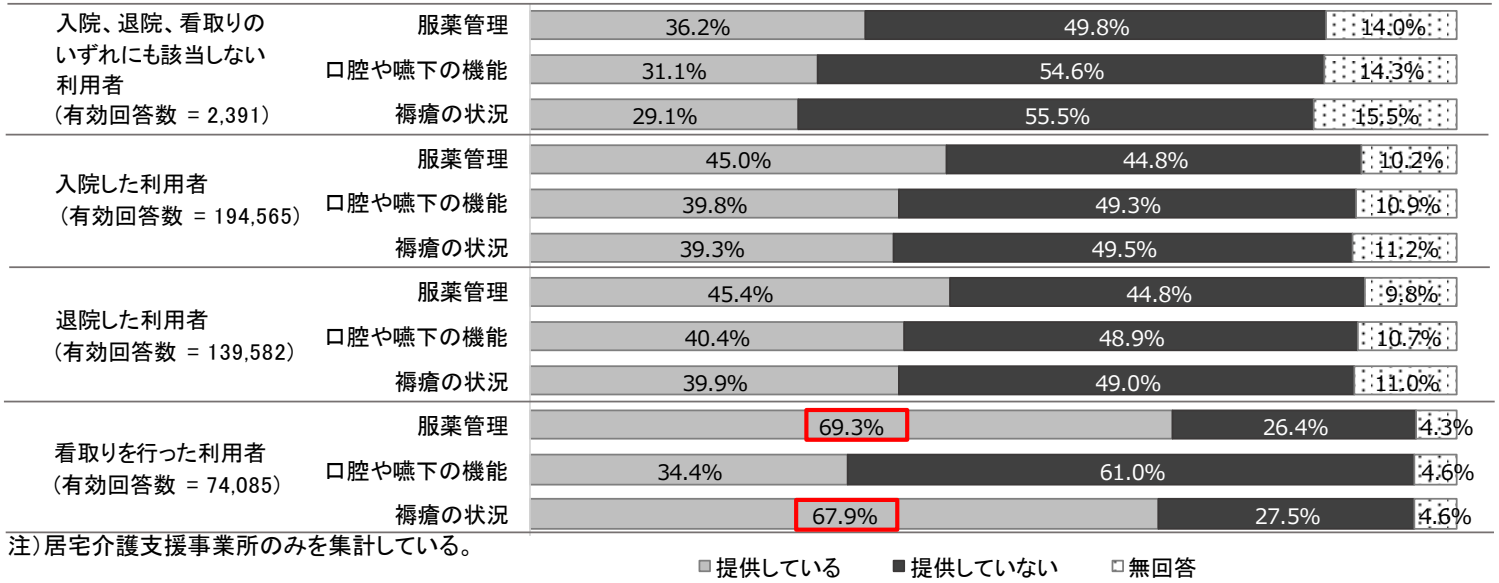


（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

（3）. 医療と介護の連携強化（日常的な連携）

【医療介護連携の推進（日常的な連携）】
○ 訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像について、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから主治の医師等に対する情報提供は、看取りを行った利用者に関しては「服薬管理」が69．3%と最も多く、次いで「褥瘡の状況」が67．9%であった。
○ 利用者に対する医療系サービスの提供について、主治の医師等に意見を求めた後にケアプランを提出したことによる効果については、居宅介護支援事業所では、「ケアプランを提出したが、活用されていない／活用されていることが不明」が46．5%と最も多く、次いで「ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった」が28．1%であった。
※利用者調査票：4(13)アセスメントやモニタリングの際の、利用者の状態の確認
ケアマネジャー調査票：5(4)主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携

図表 20　訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像についての主治の医師等への情報提供（利用者調査票）



注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 21　主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携（複数回答可）（ケアマネジャー調査票）

	全体	ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった	ケアプランを提出したが、活用されていない／活用されていることが不明	その他	無回答
居宅介護支援事業所	3,489	980	657	1,621	184	593
	100.0%	28.1%	18.8%	46.5%	5.3%	17.0%
介護予防支援事業所	3,354	779	426	1,127	445	902
	100.0%	23.2%	12.7%	33.6%	13.3%	26.9%

（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

（4）. 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

【ケアマネジメントプロセスの簡素化】
○ 居宅介護支援事業所において、末期がんに該当し、平成30年4月～9月末までの期間に亡くなった利用者数は、「1人」が39．6%で最も多く、次いで「2人」が20．7%であった。
○ また、主治の医師等に助言を得ることを前提として、ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数は、「0人」が72．0%で最も多く、次いで「1人」が11．9%であった。
【ターミナルケアマネジメント加算】
○ ターミナルケアマネジメント加算の届出有無は、「届出ていない」が67．9%で、「届出済み（平成30年9月より前に届けた場合を含む）」の26．5%であった。
○ また、ターミナルケアマネジメント加算を算定する上での課題は、「死亡日を含む死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問することが難しい」が49．0%と最も多かった。
※事業所調査票：4(2)ターミナルケアマネジメント加算の届出有無，4(2)2)加算算定の上で他機関・他事業所と連携して整える必要がある体制（事業所外），4(2)「届出済み」回答者限定質問） ケアマネジャー調査票：3(4)3)ターミナルケアマネジメント加算を算定する上での課題，3(4)2)ターミナルケアマネジメント加算を算定した人数（ア～ウ）

図表22 ケアマネジメントプロセスの簡素化の状況（ケアマネジャー調査票）

	全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答	平均
平成29年10月～平成30年9月に担当した末期がんに該当する利用者のうち、平成30年4月～9月末までの期間に亡くなった利用者数	2,002	379	793	415	169	114	107	25	1.6
	100.0%	18.9%	39.6%	20.7%	8.4%	5.7%	5.3%	1.2%	－
平成29年10月～平成30年9月に担当した末期がんに該当する利用者で、平成30年4月～9月末までの期間に亡くなった利用者のうち、主治の医師等に助言を得ることを前提として、ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数	2,002	1,441	239	59	26	4	17	216	0.3
	100.0%	72.0%	11.9%	2.9%	1.3%	0.2%	0.8%	10.8%	－

注）末期がんに該当する利用者が0人、未記入のケアマネジャーを除く
注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 23 ターミナルケアマネジメント加算の届出有無（事業所調査票）

全体	届出済み（平成30年9月より前に届けた場合を含む）	届出ていない	無回答
1,288	341	875	72
100.0%	26.5%	67.9%	5.6%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 24 ターミナルケアマネジメント加算を算定する上での課題（ケアマネジャー調査票）

全体	利用者またはその家族の同意を得ることができない	死亡日を含む死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問することが難しい	主治の医師等の助言を得ることが困難である	利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握し、利用者への支援を行うことが困難である	訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者等への提供が難しい	その他
626	164	307	150	113	153	155
100.0%	26.2%	49.0%	24.0%	18.1%	24.4%	24.8%

注）所属する事業所がターミナルケアマネジメントの体制を市町村に届け出ている場合で、かつターミナルケアマネジメント加算を算定できなかったケースがある場合に該当するケアマネジャーが回答している。「ターミナルケアマネジメントの体制を市町村に届け出ている場合」とは、厚生労働大臣が定める基準（大臣基準告示・八十五の三）に適合しているものとして市町村長に届け出たことを指す。ターミナルケアマネジメントを受けること同意した利用者に対して24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していることが要件として示されている。
居宅介護支援事業所のみを集計している。

（3）. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

（5）. 質の高いケアマネジメントの推進

【質の高いケアマネジメントの推進】
○ 特定事業所加算の届出有無は、「届出ていない」が59．1%で、「届出済み（平成30年9月より前に届けた場合を含む）」の39．0%より多かった。また、算定状況は、（Ⅰ）が5．4%、（Ⅱ）が53．8%、（Ⅲ）が31．9%であった。
○ 特定事業所加算の新たな算定要件として追加された研修を実施するにあたっての課題は、「業務多忙で研修のための時間を確保するのが難しい」が51．9%で最も多く、次いで「研修の講師を確保するのが難しい」が27．8%であった。
※事業所調査票：4(1)特定事業所加算の届出有無，4(1)1)特定事業所加算の算定状況，4(1)2)平成30年の報酬改定で新たに算定要件に追加された研修に関する課題

図表 25　特定事業所加算の届出有無（事業所調査票）

全体	届出済み（平成30年9月より前に届けた場合を含む）	届出ていない	無回答
1,288	502	761	25
100.0%	39.0%	59.1%	1.9%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 26　特定事業所加算の算定状況（事業所調査票）

全体	特定事業所加算（Ⅰ）	特定事業所加算（Ⅱ）	特定事業所加算（Ⅲ）	算定していない	無回答
502	27	270	160	44	1
100.0%	5.4%	53.8%	31.9%	8.8%	0.2%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 27　平成30年の報酬改定で新たに特定事業所加算の算定要件に追加された研修に関する課題（事業所調査票）

全体	他法人の事業所に呼びかけても共同で実施するのが難しい	他の事業所のニーズを把握するのが難しい	他の事業所が求める研修と、こちらが必要と考える研修が食い違う	研修内容を考えること自体が難しい	研修の講師を確保するのが難しい	研修の場所を確保するのが難しい	研修を実施しても参加者が集まらない	業務多忙で研修のための時間を確保するのが難しい	研修の進め方や効果的な実施方法が分からない	行政が協力的でない	地域包括支援センターが協力的でない	その他	無回答
457	86	113	62	114	127	49	18	237	104	41	29	37	59
100.0%	18.8%	24.7%	13.6%	24.9%	27.8%	10.7%	3.9%	51.9%	22.8%	9.0%	6.3%	8.1%	12.9%

注）特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）を算定している事業所に限定して集計している。
注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（5）. 質の高いケアマネジメントの推進

【質の高いケアマネジメントの推進】
○ 居宅介護支援事業所の管理者について、主任ケアマネジャーの資格の有無は、「資格を保有する」が51．2%で、「資格を保有していない（3年間の経過措置に該当）」の43．7%より多かった。
また、主任ケアマネジャーでない管理者において、ケアマネジャーとして通算の業務経験年数は「5年以上」が60．2%であった。

※事業所調査票：7(3)管理者の主任ケアマネジャーの資格の有無,7(2)管理者としての業務経験年数

図表 28　管理者の主任ケアマネジャーの資格の有無
（事業所調査票）

	合計	管理者が主任ケアマネジャーである	管理者が主任ケアマネジャーでない	無回答
平成30年度	1,288 100.0%	660 51.2%	563 43.7%	65 5.0%
平成28年度	1,572 100.0%	706 44.9%	804 51.1%	62 3.9%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 29　主任ケアマネジャーでない管理者の業務経験年数
（事業所調査票）

	全体	管理者のケアマネジャーとしての業務経験年数（通算年数）								
		1年未満	1～2年未満	2～3年未満	3～4年未満	4～5年未満	5年以上	無回答	平均（年）	標準偏差
管理者が主任ケアマネジャーでない	563 100.0%	21 3.7%	37 6.6%	39 6.9%	54 9.6%	56 9.9%	339 60.2%	17 3.0%	6.9 -	4.8 -

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（5）. 質の高いケアマネジメントの推進

【質の高いケアマネジメントの推進】

○ 管理者が主任ケアマネジャーである居宅介護支援事業所における事業所内ミーティングの開催頻度は「週１回」が62．５%と最も多く、次いで「月に1回」が12．５%であった。一方で、管理者が主任ケアマネジャーでない居宅介護支援事業所は、「月に1回」が27．７%で最も多く、次いで「行っていない」が24．５%であった。

○ また、管理者が主任ケアマネジャーである居宅介護支援事業所では、管理者が主任ケアマネジャーではない事業所と比較して、「事業所内事例検討会を定期的に開催している」「定期的に相談の時間を設けている」「訪問等へ同行し指導している」の全ての割合が高かった。

※事業所調査票：7(3)管理者の主任ケアマネジャーの資格の有無,8(2)ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み,8（3）事業所内で実施している研修の内容

図表 30　管理者が主任ケアマネジャーか否かによる事業所内ミーティングの開催頻度（事業所調査票）

		全体	事業所内ミーティングの開催頻度					
			週1回	2週に1回	月に1回	その他	行っていない	無回答
全体		1,288	553	46	242	194	191	62
		100.0%	42.9%	3.6%	18.8%	15.1%	14.8%	4.8%
管理者が主任ケアマネジャーか否か	管理者が主任ケアマネジャーである	648	405	14	81	78	51	19
		100.0%	62.5%	2.2%	12.5%	12.0%	7.9%	2.9%
	管理者が主任ケアマネジャーでない	542	121	30	150	104	133	4
		100.0%	22.3%	5.5%	27.7%	19.2%	24.5%	0.7%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 31　管理者が主任ケアマネジャーか否かによる育成・研修の取り組みの違い（事業所調査票）

			事業所内で実施している研修の内容「1.事業所内事例検討会を定期的に開催している」			ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み_取り組んでいる項目「7.定期的に相談の時間を設けている」			ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み_取り組んでいる項目「6.訪問等へ同行し指導している」		
		全体	該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答
全体		1,288	578	337	373	435	483	370	395	523	370
		100.0%	44.9%	26.2%	29.0%	33.8%	37.5%	28.7%	30.7%	40.6%	28.7%
管理者が主任ケアマネジャーか否か	管理者が主任ケアマネジャーである	648	390	151	107	263	274	111	277	260	111
		100.0%	60.2%	23.3%	16.5%	40.6%	42.3%	17.1%	42.7%	40.1%	17.1%
	管理者が主任ケアマネジャーでない	542	158	172	212	152	165	225	103	214	225
		100.0%	29.2%	31.7%	39.1%	28.0%	30.4%	41.5%	19.0%	39.5%	41.5%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（6）. 公正中立なケアマネジメントの確保

【公正中立なケアマネジメントの確保】

○ 平成30年4月～8月末日の紹介率が最も高かった法人との関係は、訪問介護では「最も紹介件数の多い法人は同一法人（同系列を含む）が運営している」が44．8%、通所介護では「同一法人が運営していない」が44．8%、地域密着型通所介護では「最も紹介件数の多い法人は同一法人（同系列を含む）が運営していない」が53．1%、福祉用具貸与では「同一法人が運営していない」が86．8%で最も多くなっている。

○ また、当該事業所を選定している理由は、訪問介護では「利用者の個別の生活状況に合わせた細やかな対応が可能であるため」が42．8%、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与では「利用者・家族が希望したため」がそれぞれ69．2%、49．0%、52．5%で最も多くなっている。

※クロス集計表：3(2)B 法人関係，3(2)C 当該事業所を選定している理由，7(14)複数事業所の紹介における理由の説明の周知

図表 32　平成30 年4月～8 月末日の紹介率が最も高かった法人との法人関係（事業所調査票）

	全体	同一法人が運営していない	最も紹介件数の多い法人は同一法人（同系列を含む）が運営している	最も紹介件数の多い法人は同一法人（同系列を含む）が運営していない	無回答
訪問介護	1,288	553	577	86	72
	100.0%	42.9%	44.8%	6.7%	5.6%
通所介護	1,288	577	444	153	114
	100.0%	44.8%	34.5%	11.9%	8.9%
地域密着型通所介護	1,288	129	164	684	311
	100.0%	10.0%	12.7%	53.1%	24.1%
福祉用具貸与	1,288	1,118	119	25	26
	100.0%	86.8%	9.2%	1.9%	2.0%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 33　当該事業所を選定している理由　紹介率80%超に該当するサービスのみ（複数回答可）（事業所調査票）

	全体	中重度の対応力が高いため	認知症ケアの質が高いため	退院時等、急な医療機関への訪問やサービス調整が可能であるため	主治医の指示があるため	土日、早朝・夜間に対応できるため	看取りに対応できるため	利用者の個別の生活状況に合わせた細やかな対応が可能であるため	利用者・家族が希望したため	法人の方針として	地域の中には他に適切な事業所がないため	その他	無回答
訪問介護	138	23	19	39	3	45	25	59	89	9	17	20	17
	100.0%	16.7%	13.8%	28.3%	2.2%	32.6%	18.1%	42.8%	64.5%	6.5%	12.3%	14.5%	12.3%
通所介護	107	17	11	8	1	3	2	32	74	5	26	27	7
	100.0%	15.9%	10.3%	7.5%	0.9%	2.8%	1.9%	29.9%	69.2%	4.7%	24.3%	25.2%	6.5%
地域密着型通所介護	155	10	19	5	1	3	1	33	76	3	48	19	25
	100.0%	6.5%	12.3%	3.2%	0.6%	1.9%	0.6%	21.3%	49.0%	1.9%	31.0%	12.3%	16.1%
福祉用具貸与	40	4	1	9	0	4	0	14	21	2	5	7	4
	100.0%	10.0%	2.5%	22.5%	0.0%	10.0%	0.0%	35.0%	52.5%	5.0%	12.5%	17.5%	10.0%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 34　ケアプラン作成に際して、利用者に複数事業所を紹介することや当該サービス・事業所をケアプランに位置づけた理由を説明することについての、事業所内のケアマネジャーへの周知（事業所調査票）

全体	周知している	周知していない	自身以外にケアマネジャー	無回答
1,288	1,055	14	153	66
100.0%	81.9%	1.1%	11.9%	5.1%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

（7）. 障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

【障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携】
○ 居宅介護支援事業所において、平成29年10月から平成30年9月の間に障害福祉制度から介護保険制度に移行した利用者の対応をしたケースは、「ある」が22．9%、「ない」が70．3%であった。
○ また、対応したケースが「ある」場合に、介護保険利用開始の何ヵ月前から情報共有等の連携を図っていたかについては、「1～2か月前」が61．7%で最も多く、次いで「3～4か月前」が13．2%、「5～6か月前」が7．8%であった。

※事業所調査票：11(7)障害福祉制度から介護保険制度に移行したケースの有無，11(7)1)介護保険利用開始の何ヵ月前から情報共有等の連携を図っていたか（移行したケース「ある」回答者限定質問）

図表 35　平成29年10月から平成30年9月に障害福祉制度から介護保険制度に移行したケースの有無（事業所調査票）

全体	ある	ない	無回答
1,288	295	906	87
100.0%	22.9%	70.3%	6.8%

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

図表 36　介護保険利用開始の何ヵ月前から情報共有等の連携を図っていたか【移行したケース「ある」】（事業所調査票）

全体	0か月	1～2か月	3～4か月	5～6か月	7～12か月	13か月以上	無回答	平均
295	13	182	39	23	4	2	32	2.5
100.0%	4.4%	61.7%	13.2%	7.8%	1.4%	0.7%	10.8%	－

注）居宅介護支援事業所のみを集計している。

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３.14）	資料１－４

（４）福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業（結果概要）（案）

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

1. 調査の目的

〇福祉用具については、平成30年10月から、商品ごとの全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定が行われた。
〇あわせて、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告では、全国平均貸与価格や貸与価格の上限は、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う等の内容が盛り込まれるとともに、これらは、「施行後の実態も踏まえつつ、実施していく」旨が明記されたところである。
〇上記の見直し内容が、平成30年10月以降の福祉用具貸与価格や福祉用具貸与事業所の経営状況、提供されるサービス等に対してどのような影響を与えたかを調査することにより、平成31年度以降の制度施行に向けた課題等を抽出する。

2. 調査方法

A. 介護保険総合データベースを用いた分析

調査対象	分析対象期間・分析対象データ件数
介護保険総合データベースに登録された福祉用具貸与（介護予防を含む）の請求全データ（「給付実績情報作成区分コード」が「新規」のレコード）	平成29年10月サービス提供分（上限価格の公表前・施行前）： レコード件数6,168,904件、利用者数1,779,961人、貸与額総額：22,165,235,220円 平成30年10月サービス提供分（上限価格の公表後・施行後）： レコード件数 6,935,814件、利用者数1,926,915人、貸与額総額：24,041,478,090円

B. 事業所の対応、経営への影響調査（事業所調査）

調査対象	調査方法	発出数・回収状況
福祉用具貸与事業所	郵送による配布・回収	【母集団】全国の福祉用具貸与事業所6,325事業所 【発出数】悉皆（災害救助法の適用地域を除く） 【回収数】2,988事業所【回収率】47.2%【有効回収数】2,978事業所【有効回収率】47.1%

C. 利用者へのサービスへの影響（利用者調査）

調査対象	調査方法	発出数・回収状況
上記事業者から福祉用具貸与サービスを受けており、1商品でも貸与価格の上限を超える貸与を受けていた利用者	郵送による配布・回収	【回収数】13,508人（抽出方法は、貸与価格の上限を超える福祉用具貸与サービスを受けていた利用者の総数に応じて事業所ごとに調査人数を設定。1～10人の場合は1部、21～30人の場合は2部、以降、当該利用者数が10人増えるごとに1部増加、最大10部（当該利用者数91人以上）） ※利用者調査は、回答数が事業所ごとに異なり、母数が把握できないため、回収率は算出しない。

※レコードとは、介護給付費明細書の明細欄に記載された1件ごとの請求内容のことを指す。

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

3. 調査結果概要

A. 貸与価格の上限設定への影響（介護保険総合データベースを用いた分析）

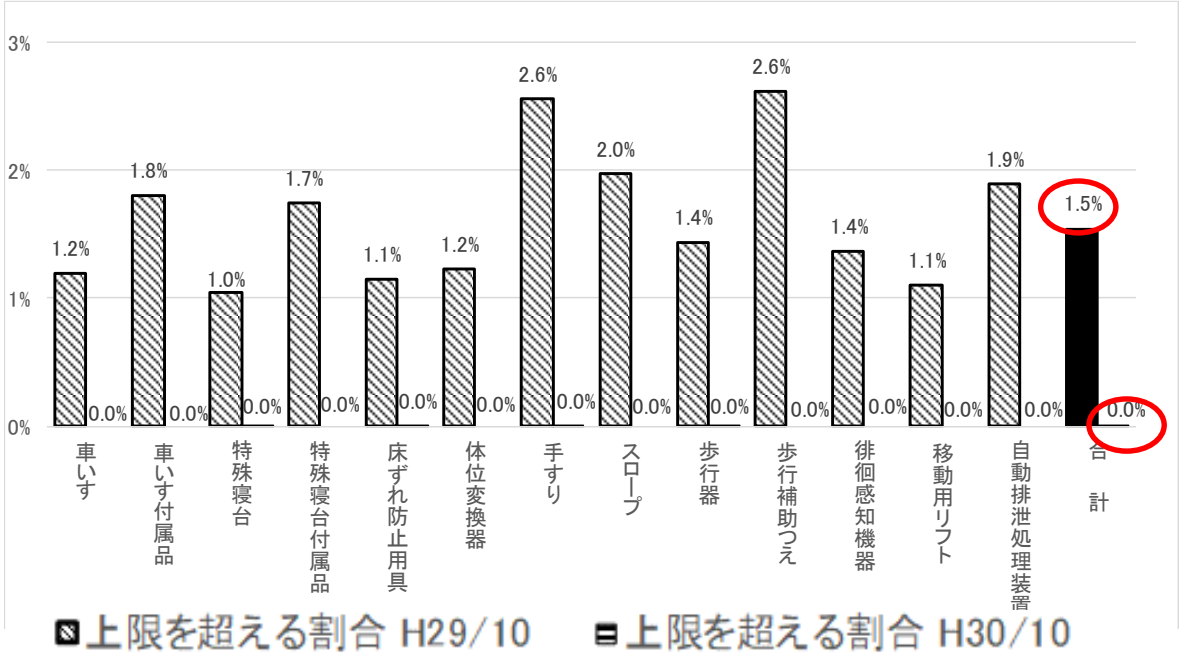
【貸与価格の上限の状況（平成29年10月貸与分）】
〇平成29年10月貸与実績で、貸与価格の上限を超える貸与は約61万レコード（商品ごとの請求件数）、貸与価格の上限を超える額の総額は約3.4億円、貸与額総額に占める貸与価格の上限を超える金額の割合は約1.5%であった。
〇平成30年10月貸与分では、価格の上限を超える貸与が0.0%になっていることが確認された。

図表1【介護DB分析】価格の上限を超える貸与状況：概要

分析対象レコード数：6,168,904件

名称	上限を超える分の総額（H29/10）
車いす	44,205,510
車いす付属品	6,696,030
特殊寝台	66,606,840
特殊寝台付属品	47,195,060
床ずれ防止用具	13,000,470
体位変換器	973,830
手すり	109,714,860
スロープ	13,664,230
歩行器	25,538,860
歩行補助つえ	4,526,400
徘徊感知機器	2,160,220
移動用リフト	7,685,320
自動排泄処理装置	132,210
合　　計	342,099,840

単位：円



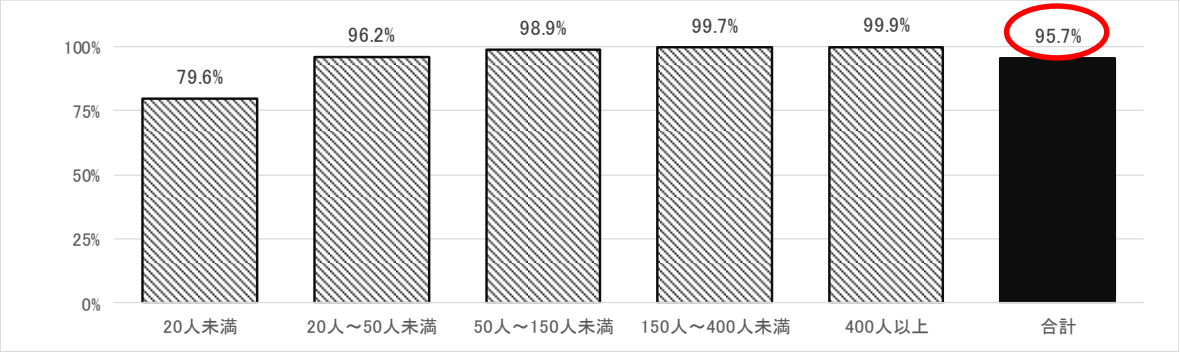
※上限を超える割合：貸与価格の上限を超える金額合計÷貸与額総額（貸与種目別）
※レコードとは、介護給付費明細書の明細欄に記載された1件ごとの請求内容のことを指す。

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

A. 貸与価格の上限設定への影響（介護保険総合データベースを用いた分析）

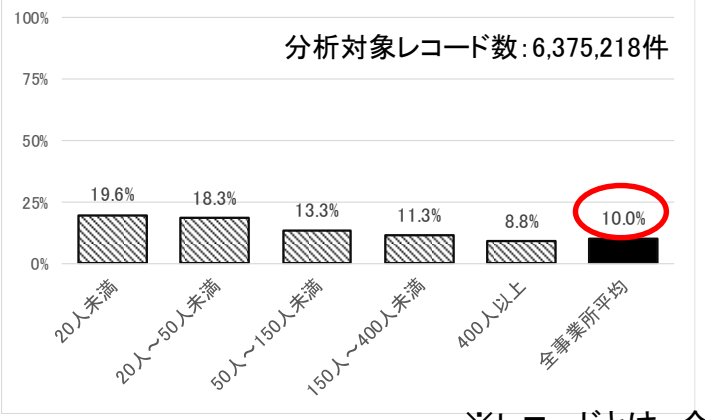
【貸与価格の上限の状況（平成29年10月貸与分）】
〇貸与価格の上限を超える貸与が1件以上あった事業所は、全事業所のうち95.7%であった。
〇平成29年10月貸与分で、価格の上限を超える貸与をしているのは全レコード（商品ごとの請求件数）のうち10.0%、全利用者のうち25.5%であった。

図表2【介護DB分析】事業所利用者数別貸与価格の上限を超える貸与があった事業所の割合（平成29年10月貸与分）

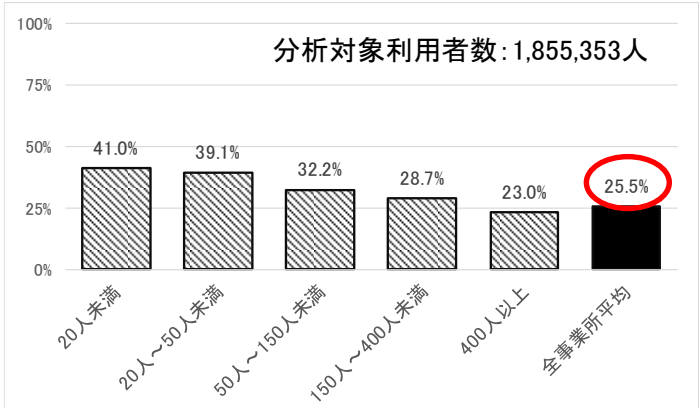


分析対象事業所数：6,977事業所

図表3【介護DB分析】利用者数別貸与価格の上限を超えるレコード件数の割合（平成29年10月貸与分）



図表4【介護DB分析】利用者数別貸与価格の上限を超える利用者の割合（平成29年10月貸与分）



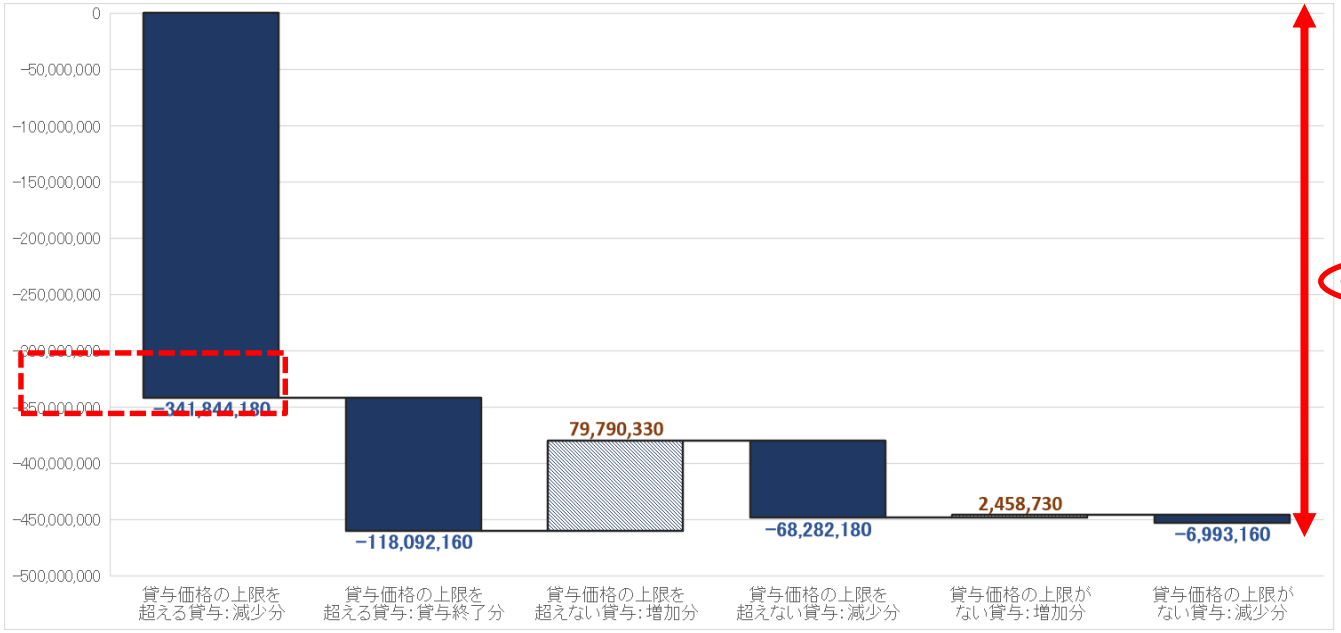
※レコードとは、介護給付費明細書の明細欄に記載された1件ごとの請求内容のことを指す。

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

A. 貸与価格の上限設定への影響（介護保険総合データベースを用いた分析）

【平成29年10月貸与分と平成30年10月貸与分の事業所別商品別貸与額の変化】
〇事業所別・商品別で、平成29年10月と平成30年10月貸与分の貸与価格の変化分を求めたうえで、平成29年10月貸与分のレコード（商品ごとの請求件数）数を乗じることで貸与額の変化を算出した。平成29年10月貸与分で貸与価格の上限を超える貸与をしていた商品であって、当該事業所で平成30年10月貸与分では1レコード（商品ごとの請求件数）も貸与していない商品については、貸与価格の上限―平成29年10月貸与分の価格を貸与額の変化分とみなした。
〇貸与価格見直し等によって、図表1（P.2）に示した貸与価格の上限を超える額の総額約3.4億円を超える、約4.5億円の削減、貸与価格総額に占める割合では2.0%の削減と計算された。

図表5【介護DB分析】平成29年10月貸与分と平成30年10月貸与分の事業所別商品別貸与額の変化



分析対象貸与価格総額：
22,162,947,830円

総額
−452,962,620円

単位：円

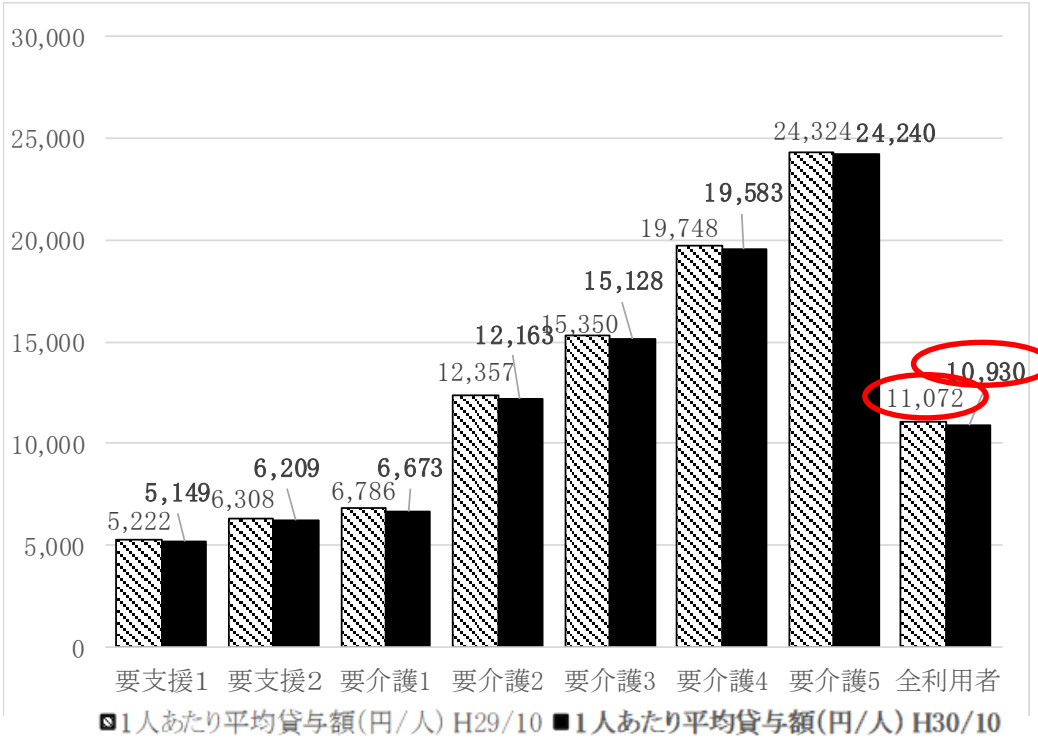
※レコードとは、介護給付費明細書の明細欄に記載された1件ごとの請求内容のことを指す。

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

A. 貸与価格の上限設定への影響（介護保険総合データベースを用いた分析）

【平成29年10月貸与分と平成30年10月貸与分の比較（同一要介護度利用者）】
〇平成29年10月貸与分と平成30年10月貸与分の利用者で要介護度の変化がなく、かつ貸与している商品数、レコード数（商品ごとの請求件数）ともに変化がない利用者637,760人について比較した。
〇利用者1人あたり平均貸与額は平成29年10月貸与分が11,072円、平成30年10月貸与分が10,930円であった。

図表6【介護DB分析】同一要介護度、同一商品数、同一レコード数利用者1人あたり平均貸与額



分析対象利用者数：637,760人

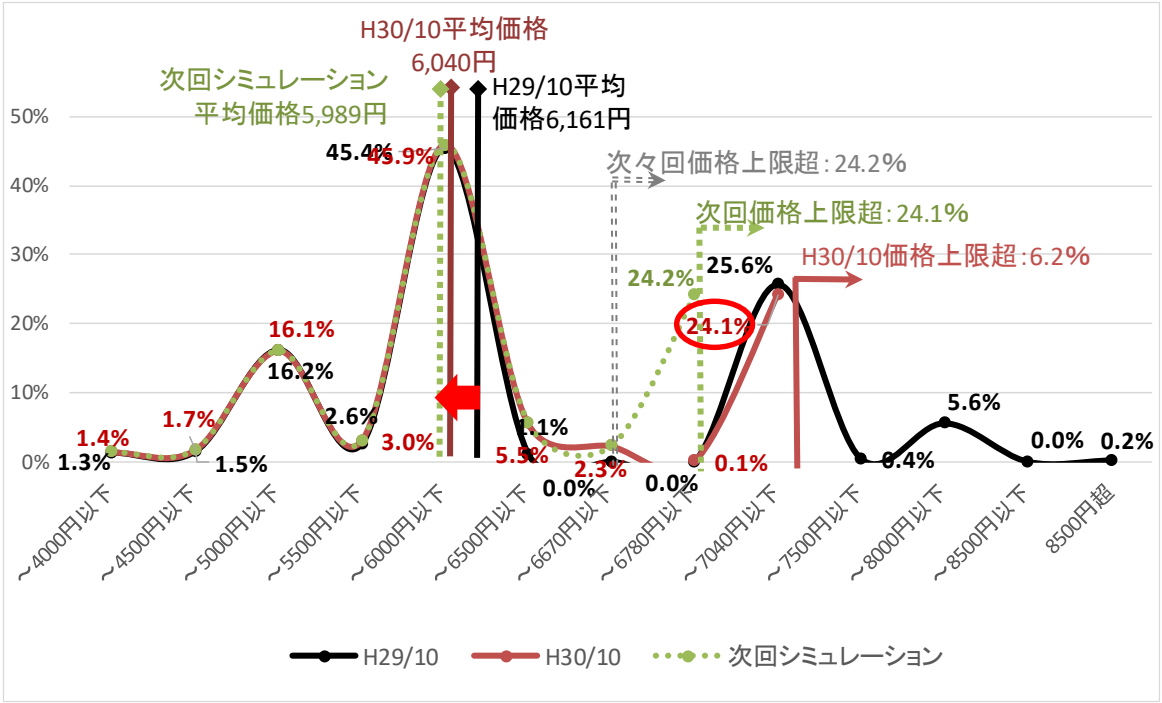
※レコードとは、介護給付費明細書の明細欄に記載された1件ごとの請求内容のことを指す。

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

A. 貸与価格の上限設定への影響（介護保険総合データベースを用いた分析）

【個別商品分析】
〇各貸与種目において種目、貸与件数の最も多かった1品目について、平成29年10月貸与分及び平成30年10月貸与分の貸与価格の分布状況及び、再度貸与価格の上限を設定した場合のシミュレーションを行った。車いすの商品Aでは、次回の貸与価格の上限設定により、約24%が上限を超える計算であった。

図表7【介護DB分析】個別商品分析：車いす 商品A



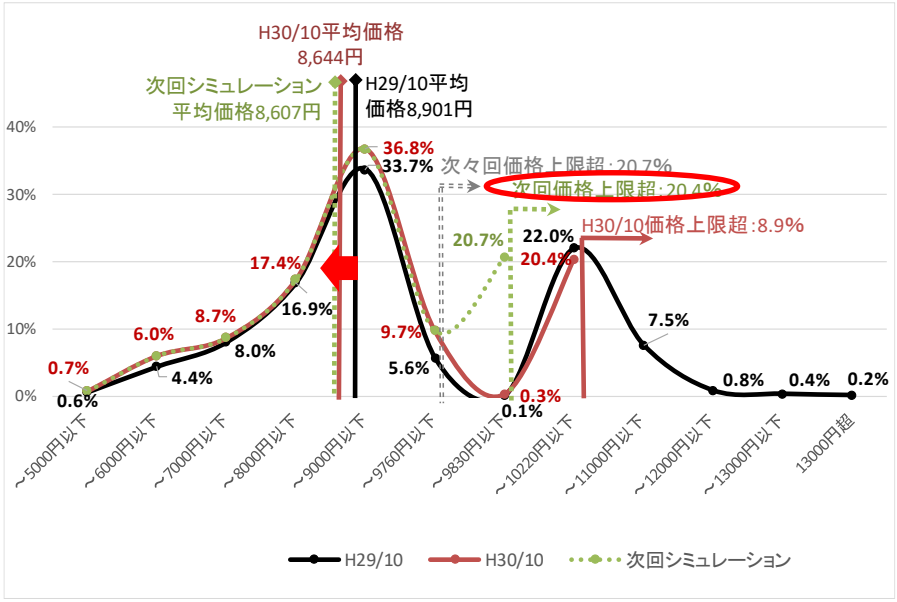
※折れ線は、平成29年10月貸与分の実績、平成30年10月貸与分の実績、及び平成30年10月実績分から再度貸与価格を設定した場合のシミュレーションにおける、貸与価格別レコード数の割合をしめしている。
※平均価格及び貸与価格の上限の位置は参考情報としての掲載のため、正確な位置とは限らない。

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

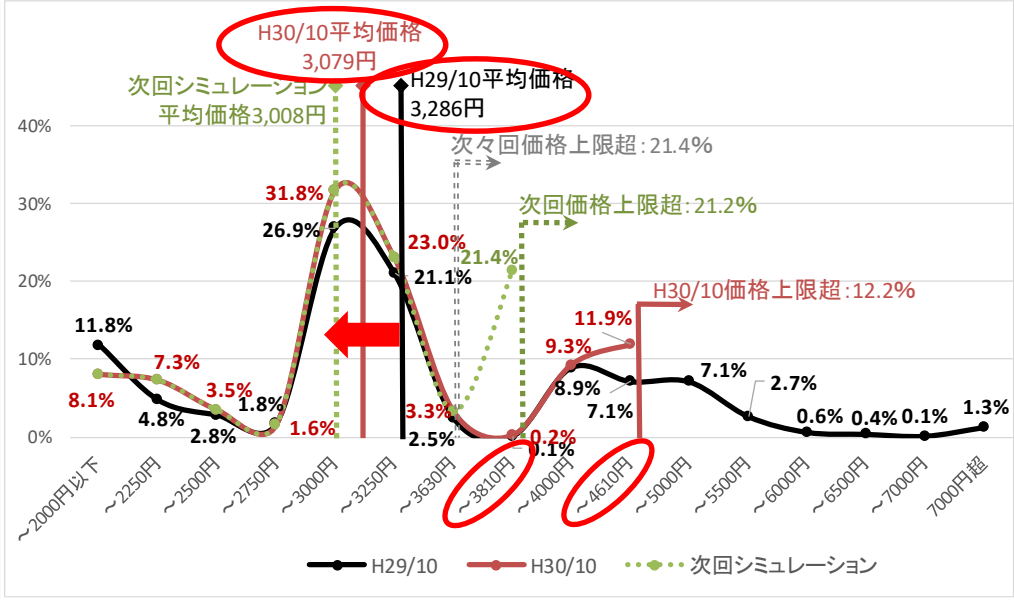
A. 貸与価格の上限設定への影響（介護保険総合データベースを用いた分析）

【個別商品分析】
〇特殊寝台の商品Bでは、次回の貸与価格の上限設定により、貸与件数のうち20.4%が上限を超える計算であった。
〇手すりの商品Cは平成29年10月貸与分の平均価格が3,286円、平成30年10月貸与分の平均価格が3,079円で差は207円だが、標準偏差が小さくなった関係で、次回の貸与価格の上限は4,610円から3,810円と800円下がる計算となった。

図表8【介護DB分析】個別商品分析：特殊寝台　商品B



図表9【介護DB分析】個別商品分析：手すり　商品C



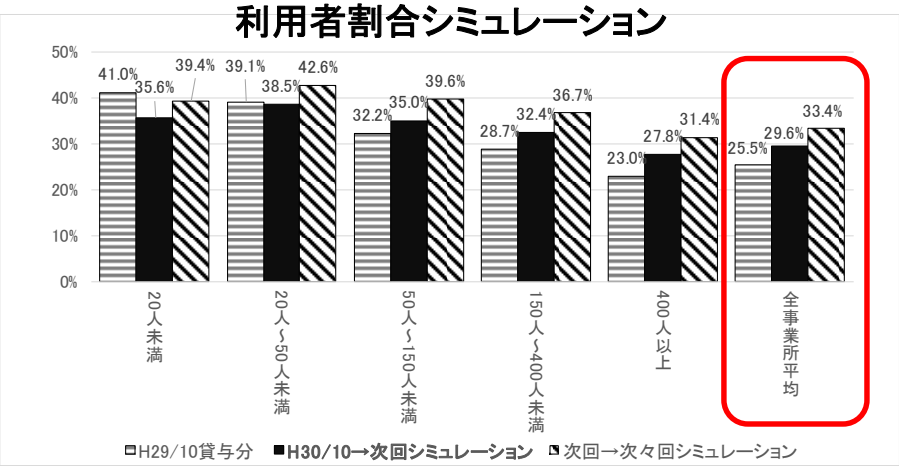
※折れ線は、平成29年10月貸与分の実績、平成30年10月貸与分の実績、及び平成30年10月実績分から再度貸与価格を設定した場合のシミュレーションにおける、貸与価格別レコード数の割合をしめしている。
※平均価格及び貸与価格の上限の位置は参考情報としての掲載のため、正確な位置とは限らない。

（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

A. 貸与価格の上限設定への影響（介護保険総合データベースを用いた分析）

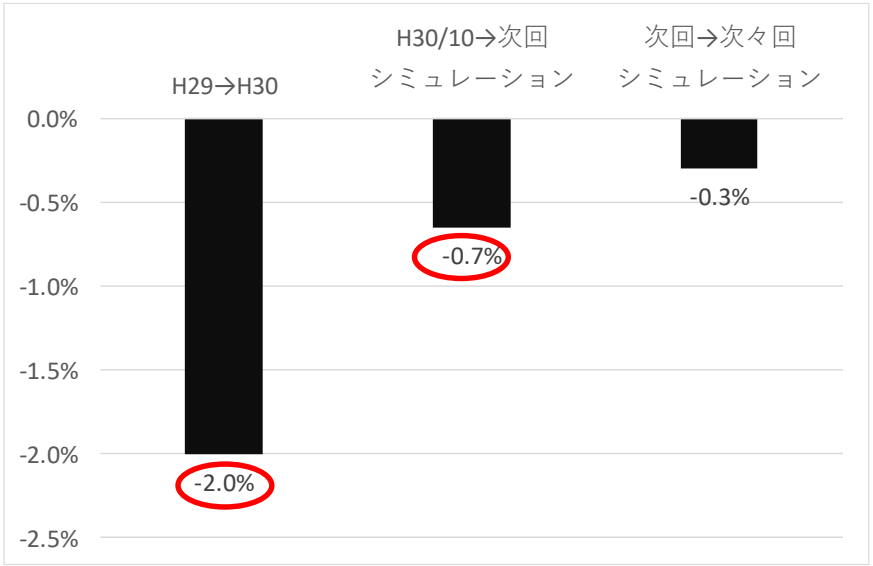
【次回シミュレーション】
〇貸与価格の上限を超える貸与を1件でもしている利用者の割合は、平成29年10月貸与分実績では25.5%、平成30年10月貸与分から次回の上限価格をシミュレーションした場合には29.6%になる計算であった。
〇平成29年10月貸与分から平成30年10月貸与分では、貸与価格総額の削減率は2.0%と計算されたが、次回シミュレーション結果では0.7%の削減にとどまる計算であった

図表10【介護DB分析】上限を超える貸与をしている利用者割合シミュレーション



利用者数	貸与件数に占める上限を超える割合			利用者数に占める上限を超える割合		
	H29/10 貸与分	次回シミュレーション	次々回シミュレーション	H29/10 貸与分	次回シミュレーション	次々回シミュレーション
20人未満	19.6%	18.0%	20.1%	41.0%	35.6%	39.4%
20人～50人未満	18.3%	19.2%	21.5%	39.1%	38.5%	42.6%
50人～150人未満	13.3%	15.4%	17.7%	32.2%	35.0%	39.6%
150人～400人未満	11.3%	13.4%	15.5%	28.7%	32.4%	36.7%
400人以上	8.8%	11.0%	12.6%	23.0%	27.8%	31.4%
全事業所平均	10.0%	12.0%	13.8%	25.5%	29.6%	33.4%

図表11【介護DB分析】貸与価格総額の削減率



（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

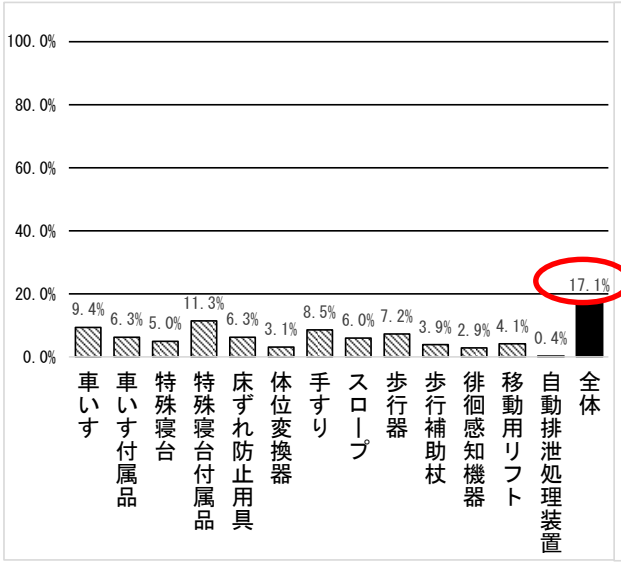
B. 事業所の対応、経営への影響調査（事業所調査）

【貸与価格の上限を超えた商品の有無、事業所の対応】
〇平成30年10月貸与の貸与件数のうち、7月貸与分から価格の増額・減額等が発生したかを確認した。貸与価格の増額が1商品以上あった事業所の割合は17.1%であった。
〇商品の減額が1商品以上あった事業所の割合は87.6%であった。
〇商品の変更が1商品以上あった事業所の割合は15.2%であった。
※事業所票　問5（2）　7月貸与分の商品についての貸与実績、変更状況

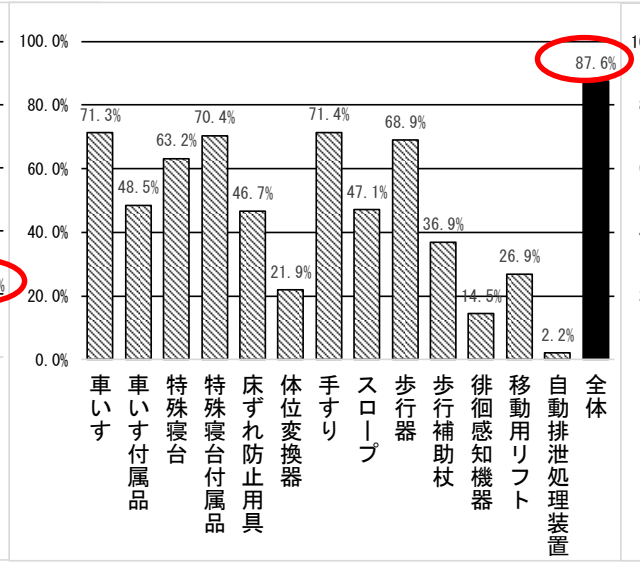
図表12【事業所票調査】平成30年10月貸与の貸与数のうち、7月貸与分から変更があった事業所の状況

有効回答数：2,314

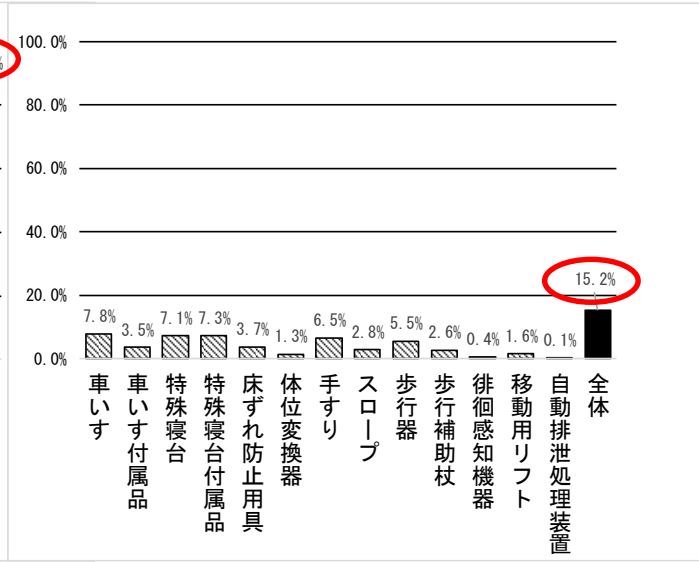
増額が1商品以上あった事業所の割合



減額が1商品以上あった事業所の割合



商品の変更が1商品以上あった事業所の割合



（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

B. 事業所の対応、経営への影響調査（事業所調査）

【貸与価格の上限を超えた商品の有無、事業所の対応】

〇貸与価格を変更にあたり考慮した点として、「貸与価格の上限を考慮して変更した」が最も多く75.7%であり、次いで「全国平均貸与価格を考慮して変更した」が64.0%であった。

【貸与価格の変更に伴う事務負担・経費負担】

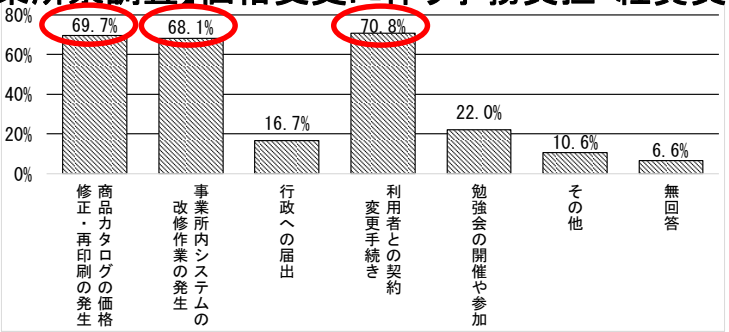
〇貸与価格の変更に伴い事務負担・経費負担がある（あった）項目は、「利用者との契約変更手続き」が最も多く70.8%であり、次いで「商品カタログの価格修正・再印刷の発生」が69.7%、「事業所内システムの改修作業の発生」が68.1%であった。

※事業所票　問5（3）貸与価格変更にあたり考慮した点×問8（2）レンタル卸利用の有無　、　問5（4）価格変更に伴う事務負担・経費負担

図表 13 【事業所票調査】貸与価格変更にあたり考慮した点（複数回答）

		件数	貸与価格の変更にあたり考慮した点														
			仕入（購入）価格を考慮して変更した	レンタル卸の価格を考慮して変更した	アセスメントに係る経費を考慮して変更した	フィッティングに係る経費を考慮して変更した	モニタリングに係る経費を考慮して変更した	搬入出に係る経費を考慮して変更した	メンテナンスに係る経費を考慮して変更した	消毒に係る経費を考慮して変更した	その他経費を考慮して変更した	利用者負担に考慮して変更した	当該事業所における全ての商品の貸与価格を考慮して変更した	地域における相場を考慮して変更した	全国平均貸与価格を考慮して変更した	貸与価格の上限を考慮して変更した	その他の要素を考慮して変更した（
レンタル卸の利用の有無	レンタル卸利用「あり」	2,753	650	1,230	122	107	162	140	168	104	218	522	425	691	1,767	2,123	120
			23.6%	44.7%	4.4%	3.9%	5.9%	5.1%	6.1%	3.8%	7.9%	19.0%	15.4%	25.1%	64.2%	77.1%	4.4%
	レンタル卸利用「なし」	181	61	48	6	3	7	9	13	4	9	35	15	32	110	97	6
			33.7%	26.5%	3.3%	1.7%	3.9%	5.0%	7.2%	2.2%	5.0%	19.3%	8.3%	17.7%	60.8%	53.6%	3.3%
	全体	2,934	711	1,278	128	110	169	149	181	108	227	557	440	723	1,877	2,220	126
			24.2%	43.6%	4.4%	3.7%	5.8%	5.1%	6.2%	3.7%	7.7%	19.0%	15.0%	24.6%	64.0%	75.7%	4.3%

図表 14 【事業所票調査】価格変更に伴う事務負担・経費負担（複数回答）



有効回答数：2,978

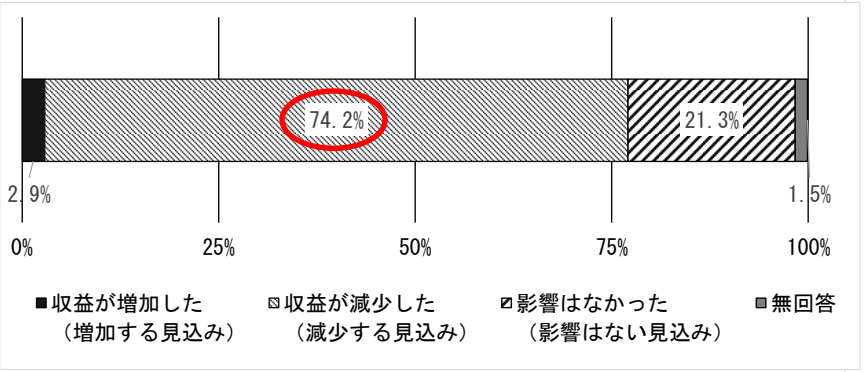
（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

B. 事業所の対応、経営への影響調査（事業所調査）

【貸与価格の上限設定による経営への影響】
〇平成29年度の収益と比較して、現時点での平成30年度の収益への影響について「収益が減少した（減少する見込み）」が最も多く74.2%であった。
〇平成29年度の経費と比較した、現時点での平成30年度の経費への影響について、いずれの費目についても「影響はなかった（影響はない見込み）」と回答した事業所が半数以上であった。人件費について「費用が増加した（増加する見込み）」と回答した事業所は37.8%であった。
※事業所票　問7（1）収益への影響　、　問7（2）経費への影響

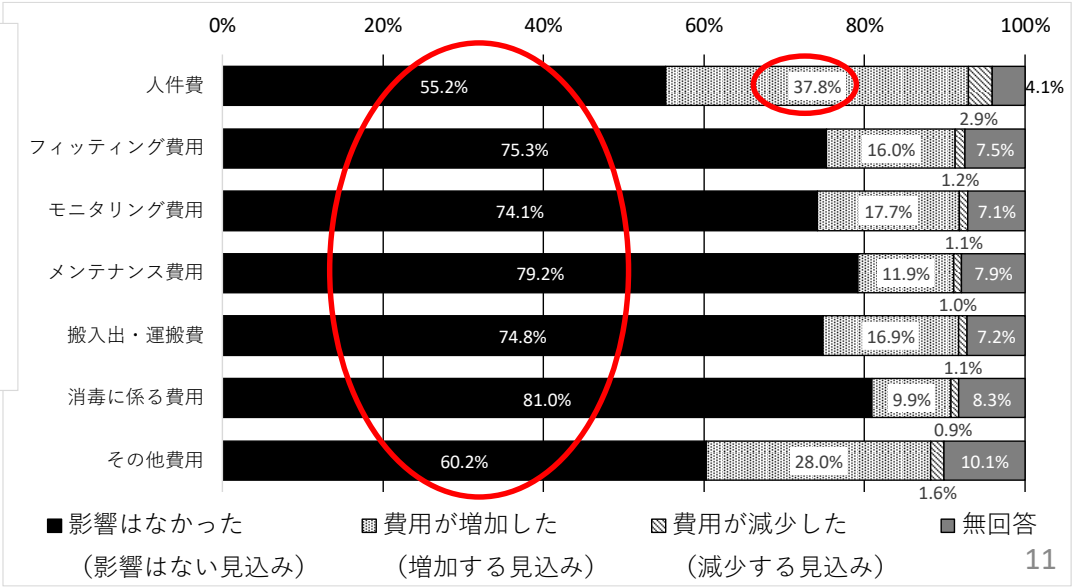
図表 15 【事業所票調査】収益への影響

有効回答数：2,978



図表 16 【事業所票調査】経費への影響

有効回答数：2,978

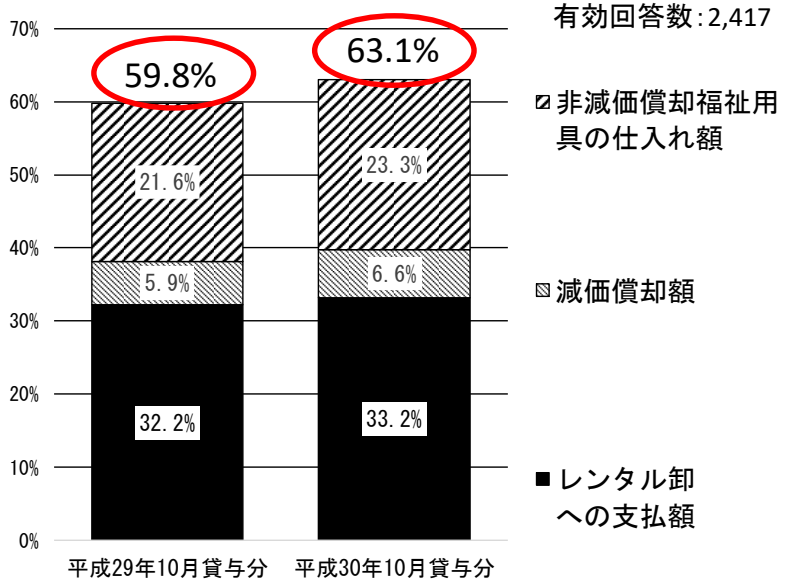


（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

B. 事業所の対応、経営への影響調査（事業所調査）

【仕入れ価格への影響】
〇介護保険請求額を100%とした場合の仕入れに関する費用が占める割合を比較したところ、全体の仕入に関する費用の割合は、平成29年10月と平成30年10月において、いずれも約60%程度であり、大きな変動は見受けられなかったが、レンタル卸への支払額、減価償却費、非減価償却福祉用具の仕入れ額、いずれも介護保険請求額に対する割合が微増していた。
※事業所票　問8（3）仕入れ価格の変化の状況

図表 17 【事業所票調査】介護保険請求額に対する仕入に関する費用の割合の変化



（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

B. 事業所の対応、経営への影響調査（事業所調査）

【利用者・家族等への説明】

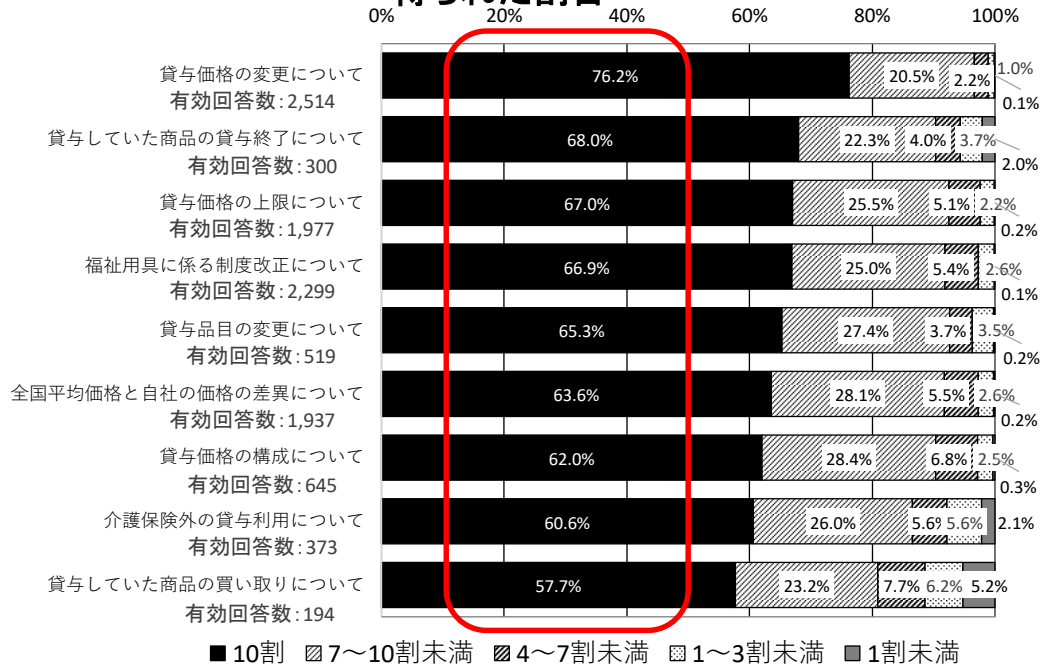
〇事業所が利用者・家族に説明した内容について、説明した事業所が利用者の理解が得られたと感じた割合を内容別に確認したところ、いずれの内容についても10割の理解が得られたとの回答が半数以上であった。

〇平成30年度の制度改正によるケアマネジャーの反応について、「価格についての問合せが増えた」が50.0%で最も多かった。

〇利用者に影響する内容として「ケアプランの見直しが実施された」が11.0%、「他の貸与事業所が貸与していた利用者について、当該事業所からの貸与に変更があった」が8.8%、「当該事業所から貸与していた利用者について、他の事業所からの貸与に変更があった」が7.5%という結果であった。

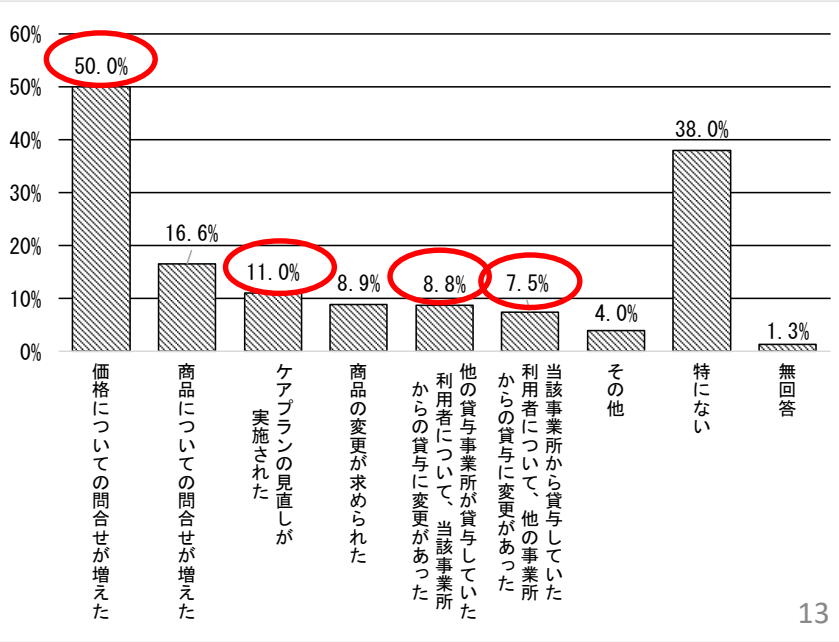
※事業所票　問6（1）利用者・家族に説明した内容・反応、問6（2）ケアマネジャーの反応

図表 18　【事業所票調査】利用者へ説明した内容の理解が得られた割合



図表 19　【事業所票調査】ケアマネジャーの反応（複数回答）

有効回答数：2,978



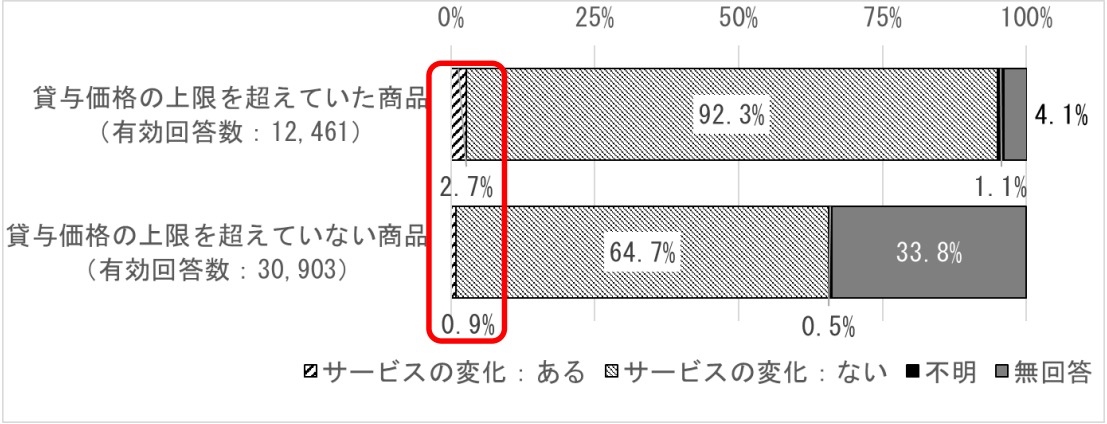
（4）. 福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

C. 利用者へのサービス提供への影響（利用者調査）

【貸与価格の見直しによるサービスの変化】
〇価格の上限を超えていた商品についてサービスの変化があったのは2.7%、超えていない商品については0.9%であった。
〇変更された具体的な内容（自由記述）では、訪問頻度の減少、訪問時の時間短縮などの回答があった。

※利用者票　問3（1）⑤貸与価格の上限を超えていたか×問3（2）貸与価格の見直しによるサービスの変化の有無
問3（1）⑤貸与価格の上限を超えていたか×問3（2）貸与価格の見直しによるサービスの変化（内容）

図表 20　【利用者票調査】貸与価格の見直しによるサービスの変化



介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３.14）	資料１－５

（５）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業（結果概要）（案）

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

1. 調査の目的

○平成30年度介護報酬改定の審議報告における今後の課題において、新たに創設された介護医療院については、サービス提供の実態や介護療養型医療施設、医療療養病床からの転換状況を把握した上で、円滑な転換の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきとされており、検討のための基礎資料を作成することを目的とし、調査検証を行った。

2. 調査方法

○介護医療院、介護療養型医療施設、医療療養病床、介護療養型老人保健施設を対象とする施設調査（施設票、主に施設管理者等が回答）と、当該施設に在院又は在所している患者・利用者に対する個票調査（患者・利用者票、主に担当看護職員等が回答）を平成30年11月に郵送配布・郵送回収にて実施した。
○調査対象施設は厚生労働省より提供を受けた9月末時点の全国の事業所・施設名簿をもとに抽出した。

施設票の回収状況（平成31年1月28日時点）

調査対象	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
介護医療院（悉皆）	63	63	40	63.5%	63.5%
病院・診療所（共通票）（被災地を除き悉皆）	4,065	3,412	1045	30.6%	30.0%
介護療養型医療施設（被災地を除き悉皆）	1,051	898	377	42.0%	41.8%
医療療養病床（被災地を除き悉皆）	3,818	3,197	961	30.1%	30.1%
介護療養型老人保健施設（被災地を除き悉皆）	176	137	46	34.3%	34.3%

患者・利用者票の回収状況（平成31年1月28日時点）

調査対象	病床数又は定員数 （当該施設票より算定）	有効回収数 （利用者票）	有効抽出率 ※括弧内は想定抽出率
介護医療院（患者の1/2無作為抽出）	2,841	1,230	43.2%（50.0%）
介護療養型医療施設（患者の1/30無作為抽出）	16,357	596	3.6%（ 3.3%）
医療療養病床（患者の1/30無作為抽出）	54,445	1,669	3.1%（ 3.3%）
介護療養型老人保健施設（利用者の1/5無作為抽出）	2,374	315	13.2%（20.0%）

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

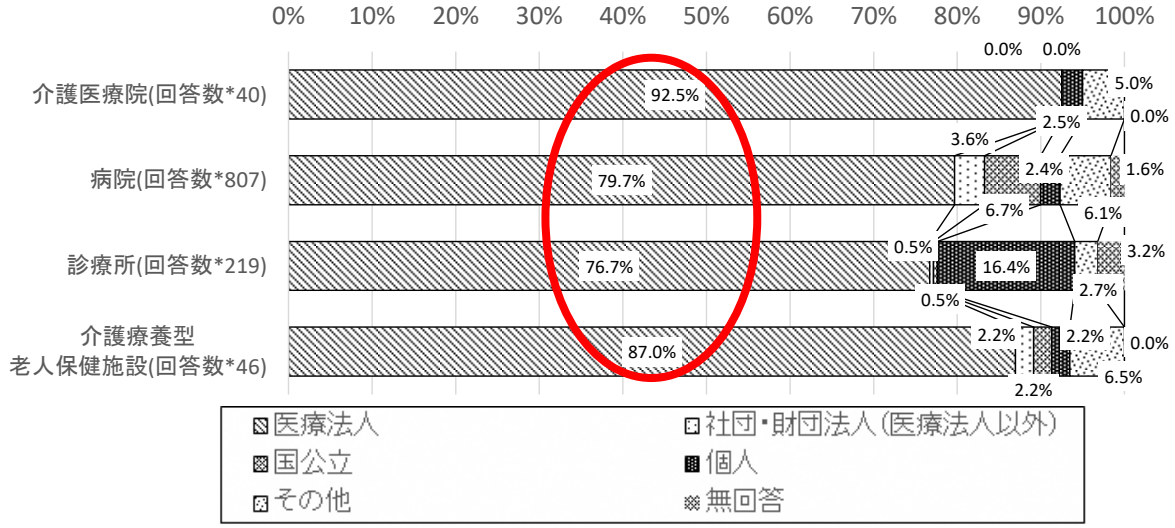
3. 調査結果概要

1 対象施設の基本情報

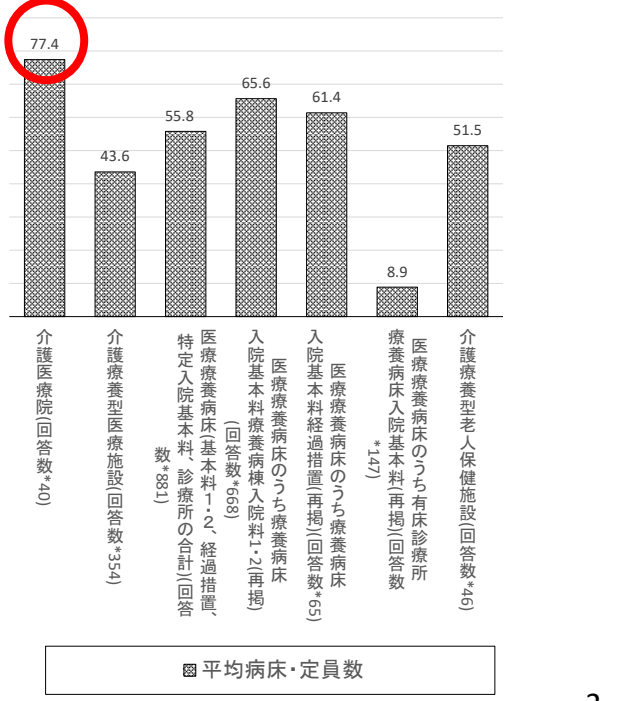
〇介護医療院、病院、診療所、介護療養型老人保健施設における開設主体では、医療法人の構成比が最も高く、いずれの施設も医療法人が76.7%～92.5%を占めた。特に、介護医療院は、最も高い92.5% の構成比を占めた。
〇各施設類型の平均病床数・定員数では、介護医療院が77.4床と最も多かった。

図表1：介護医療院票問1-2)、病院・診療所　共通票問1、介護療養型老人保健施設票問1-1)をもとにした施設類型別のクロス集計
図表2：介護医療院票問1-3)、介護療養型医療施設票問2-1)、医療療養病床票問2-1)、介護療養型老人保健施設票問1-2)をもとにした施設類型別のクロス集計

図表1　開設主体（平成30年9月30日時点）



図表2　平均病床数・定員数（平成30年9月30日時点）



＊回答数は施設数

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

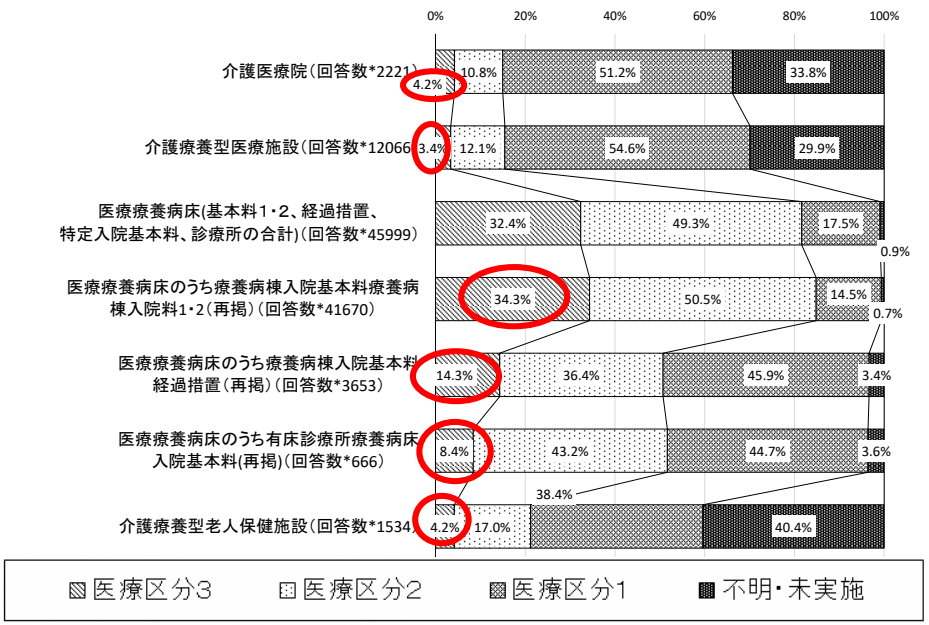
２－１ 利用者の状態像：医療区分及び要介護度

〇各施設類型における医療区分のうち、医療区分3の患者数構成比が最も高いのは療養病棟入院基本料1・2（再掲）の34.3%であった。次いで、療養病棟入院基本料経過措置（再掲）が14.3%、有床診療所療養病床入院基本料（再掲）が8.4%、介護医療院が4.2%、介護療養型老人保健施設が4.2%、介護療養型医療施設は3.4%であった。介護医療院と介護療養型医療施設の医療区分の患者数構成は比較的同じ傾向であった。

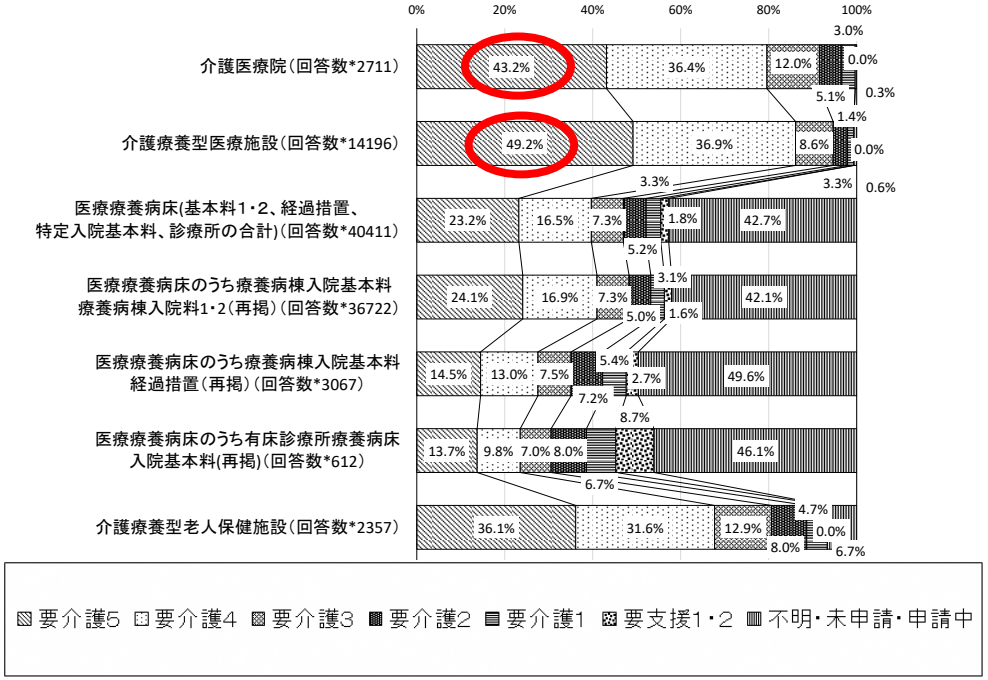
〇各施設類型における要介護度のうち、要介護5の患者数構成比が最も高かったのは介護療養型医療施設の49.2%であった。次いで、介護医療院が43.2%であった。

図表3：介護医療院票問15、介護療養医療施設票問5、医療療養病床票問5、介護療養型老人保健施設票問5をもとにした施設類型別のクロス集計
図表4：介護医療院票問15、介護療養医療施設票問5、医療療養病床票問5、介護療養型老人保健施設票問5をもとにした施設類型別のクロス集計

図表3　医療区分　（平成30年9月30日時点）



図表4　要介護度　（平成30年9月30日時点）



＊回答数は施設票における患者・利用者数の合計

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

２－２ 利用者の状態像：障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度

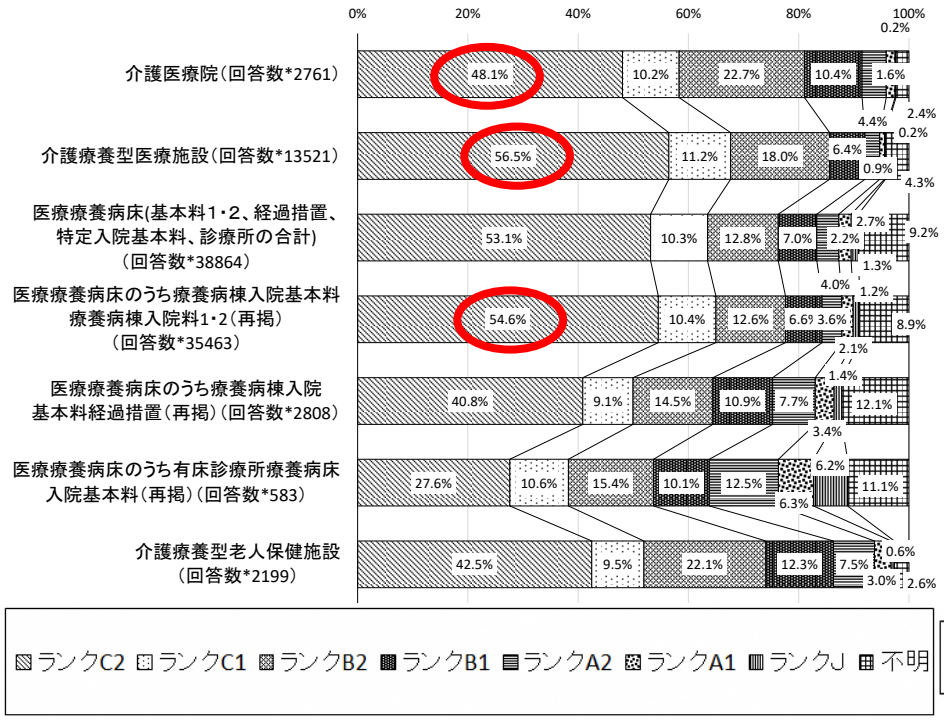
○各施設類型における障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）のうち、ランクC2の患者数構成比が最も高かったのは、介護療養型医療施設の56.5%であった。次いで、療養病棟入院料1・2（再掲）が54.6%、介護医療院が48.1%であった。

○各施設類型における認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅢb、Ⅳ、Mをあわせた患者数構成比は、介護医療院が66.9%で最も高く、次いで、介護療養型医療施設が64.3%、介護療養型老人保健施設が59.0%であった。

図表5・6：介護医療院票問15、介護療養医療施設票問5、医療療養病床票問5、介護療養型老人保健施設票問5をもとにした施設類型別のクロス集計

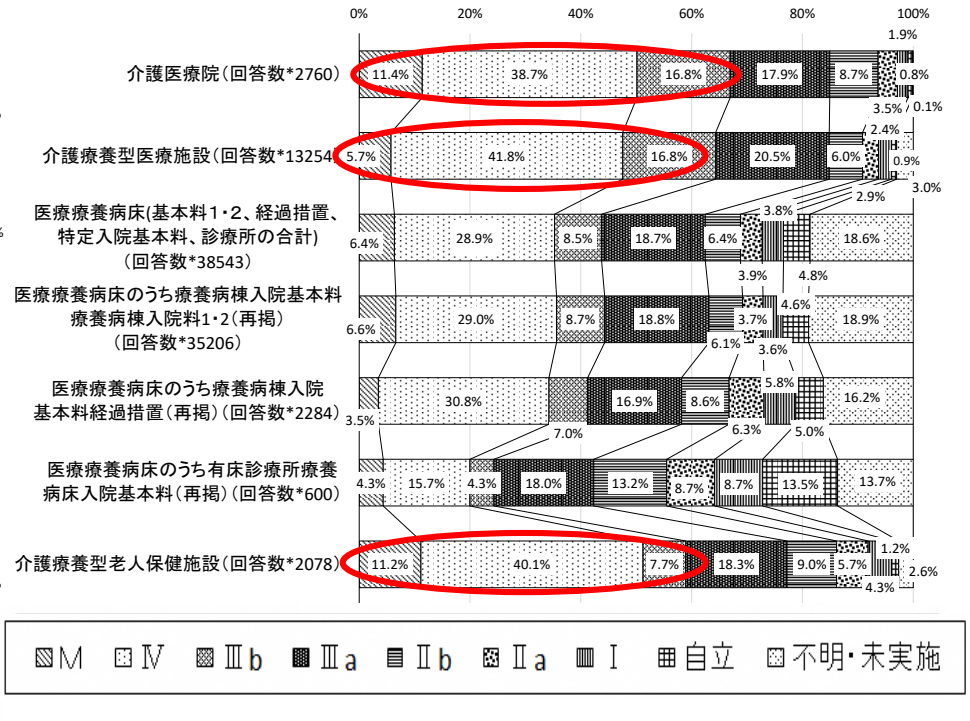
図表5　障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

（平成30年9月30日時点）



図表6　認知症高齢者の日常生活自立度

（平成30年9月30日時点）



＊回答数は施設票における患者・利用者数の合計

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

３リハビリテーションの実施状況

〇利用者１人あたりリハビリテーション回数及び合計時間は、療養病棟入院基本料１・２が4.3回、133.8時間で最も多く、次いで療養病棟入院基本料経過措置の3.9回、127.8時間であった。介護医療院は3.3回、79.5時間であった。介護療養型老人保健施設は、2.6回、54.7時間で最も少なかった。

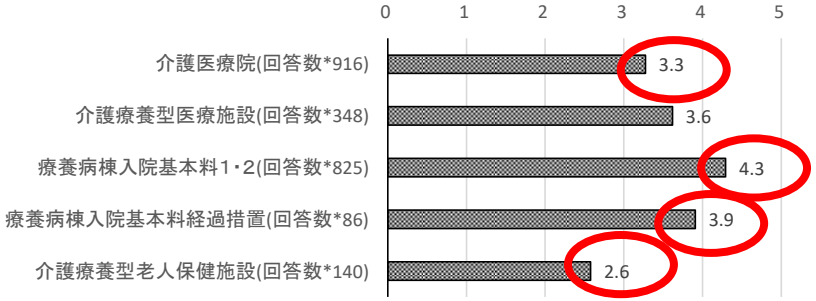
〇リハビリテーションの維持向上させようとした生活機能では、各施設類型とも「座位保持」が最も大きかった。次いで「寝返り」や「起き上がり」、「両足での立位」等であった。

図表7・8：患者・利用者票24)-③をもとにした施設類型別のクロス集計

図表9：患者・利用者票24)-②をもとにした施設類型別のクロス集計

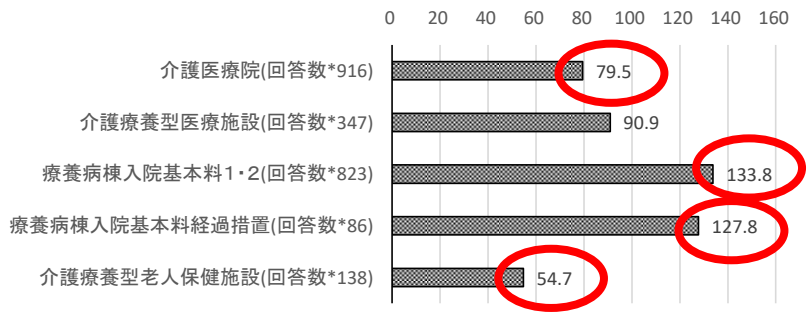
図表7　利用者１人あたりリハビリテーション回数（回/人・週）

（平成30年9月中の1週間）

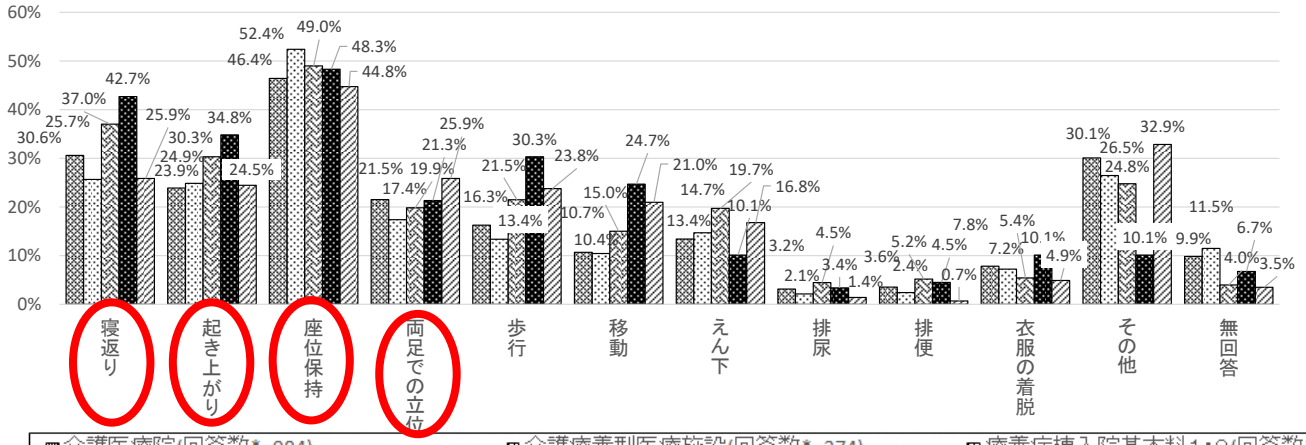


図表8　利用者１人あたりリハビリテーション合計時間（時間/人・週）

（平成30年9月中の1週間）



図表9　維持向上させようとした生活機能（複数回答）（平成30年9月中の1週間）



＊回答数は患者・利用者票における患者・利用者数の合計

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

4 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）及びターミナルケアの実施状況

〇ACPに関する取り組みでは、取り組んでいる施設数構成比が42.5%の介護医療院が最も高く、各施設ともおおよそ20%～40%の間となっていた。

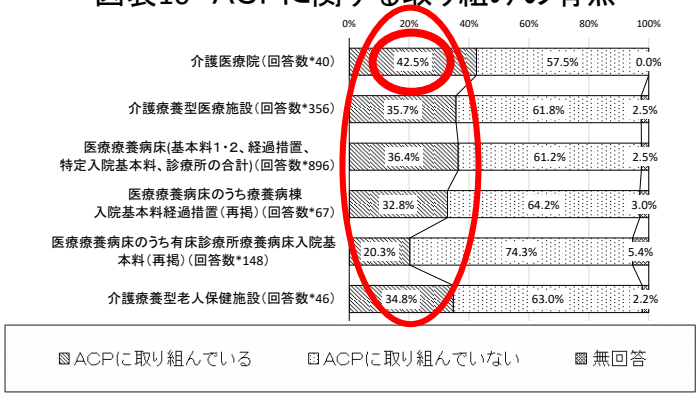
〇ACPに関する取り組みを行っている施設のうち、ACPで特に重視する内容は、各施設類型とも「治療や療養に関する意向」の割合が最も大きかった。次いで「病状や予後の理解」や「入所者の気がかりや意向」等であった。

〇一方で、ターミナルケアに関する取り組みでは、施設要件となっている介護医療院が取り組み100%となっている他は、療養病棟入院料1・2（再掲）が79.0%、介護療養型老人保健施設が77.8%、介護療養型医療施設が77.7%で高かった。

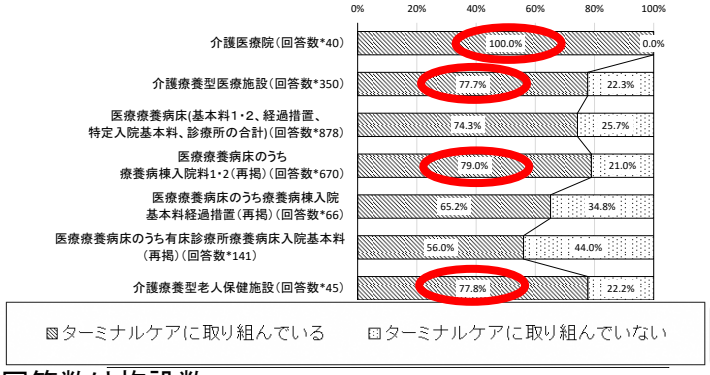
図表10・11：介護医療院票問19、介護療養医療施設票問8、医療療養病床票問8、介護療養型老人保健施設票問8をもとにした施設類型別のクロス集計

図表12：介護医療院票問20、介護療養医療施設票問9、医療療養病床票問9、介護療養型老人保健施設票問9をもとにした施設類型別のクロス集計

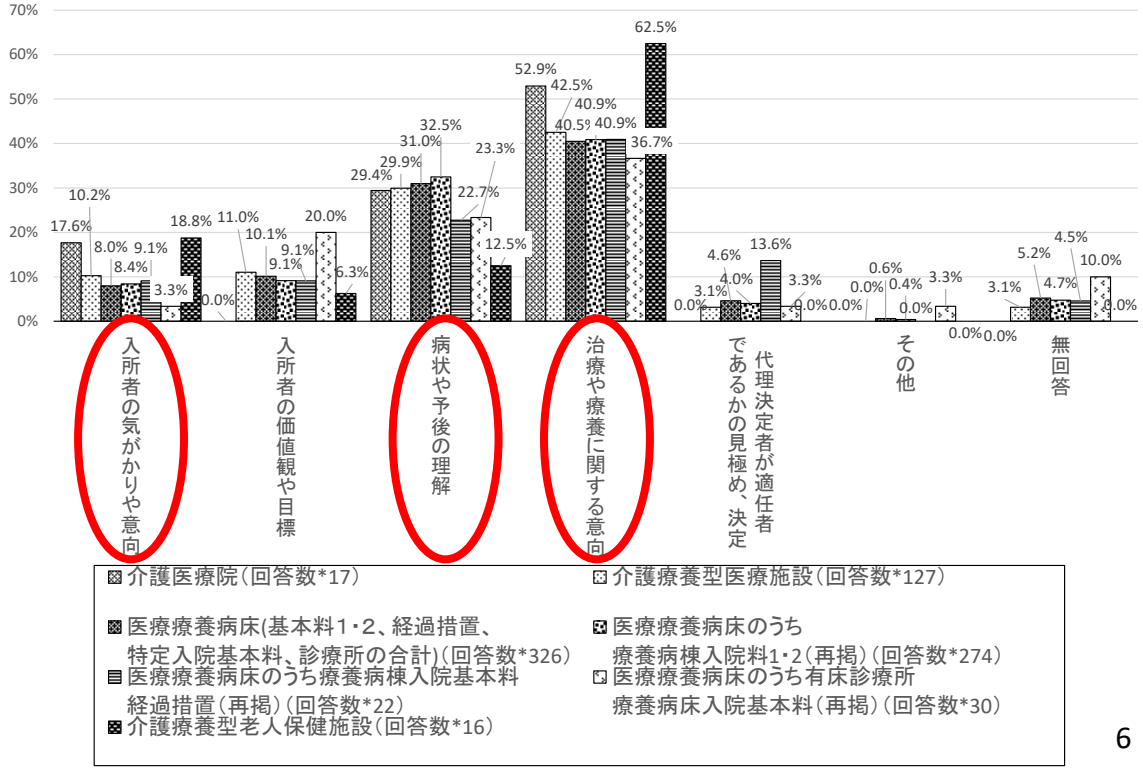
図表10　ACPに関する取り組みの有無



図表12　ターミナルケアに関する取り組みの有無



図表11　「ACPに取り組んでいる」と回答した場合
ACPで話し合う内容のうち特に重視すること（複数回答）



＊回答数は施設数

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

5 介護医療院の開設を決めた理由、介護医療院開設にあたっての取組状況

〇介護医療院の開設を決めた理由のうち最も大きかった施設割合は「自院（施設）には介護医療院にふさわしい利用者が多いと考えられた」の75.0%であった。次いで「病院からの退院先となる場合には自宅等として取り扱われることに魅力を感じた」が62.5%であった。

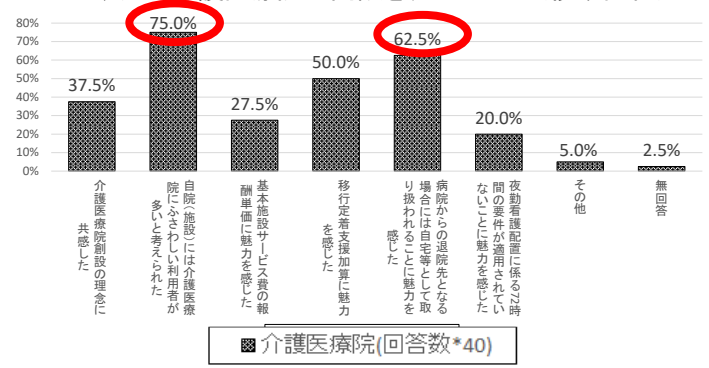
〇介護医療院開設に当たって87.5%の利用者は移行前施設から転院せず移行していた。

〇介護医療院開設に向けた準備としては「家具・パーティション等を購入」した施設は60.0%であった。

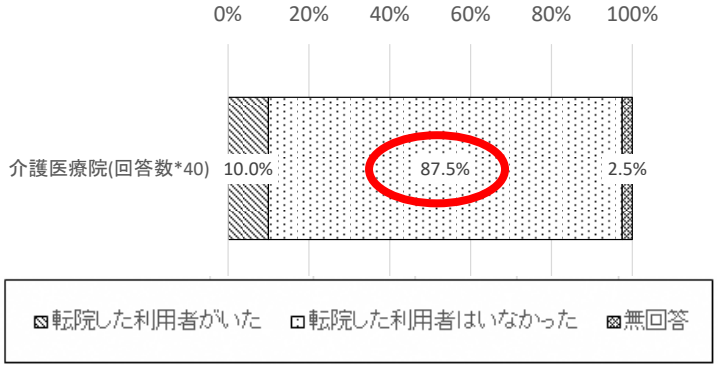
〇介護医療院開設に当たって活用した経過措置のうち、「経過措置は該当しない」を除くと最も多かったのは「療養室の床面積の経過措置」の25.0%であった。

図表13：介護医療院票問4　図表14：介護医療院票問10　図表15：介護医療院票問5-4)　図表16：介護医療院票問5-5)

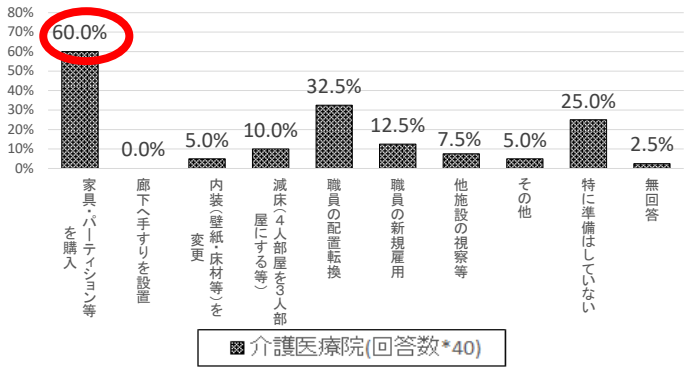
図表13　介護医療院の開設を決めた理由（複数回答）



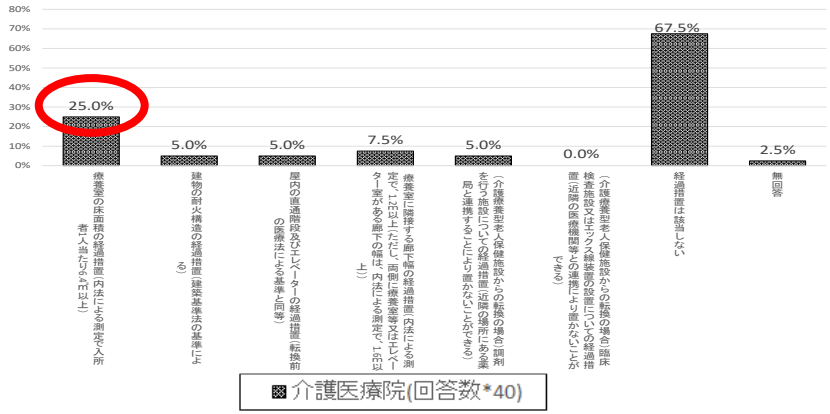
図表14　介護医療院開設に当たって転院（転棟）した利用者



図表15　介護医療院開設に向けた準備（複数回答）



図表16　介護医療院開設に当たって活用した経過措置（複数回答）



＊回答数は施設数

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

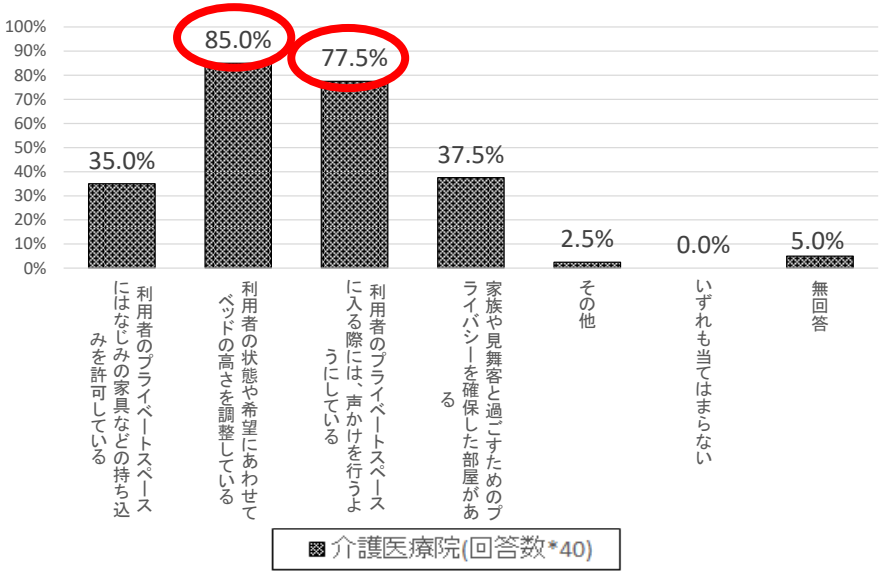
6 介護医療院の生活施設としての取り組み状況

〇介護医療院の生活施設としての環境整備として、プライベートスペース確保の取り組みの施設数割合では「利用者の状態や希望にあわせてベッドの高さを調整している」が85.0%と最も大きく、次いで「利用者のプライベートスペースに入る際には、声かけを行うようにしている」の77.5%であった。

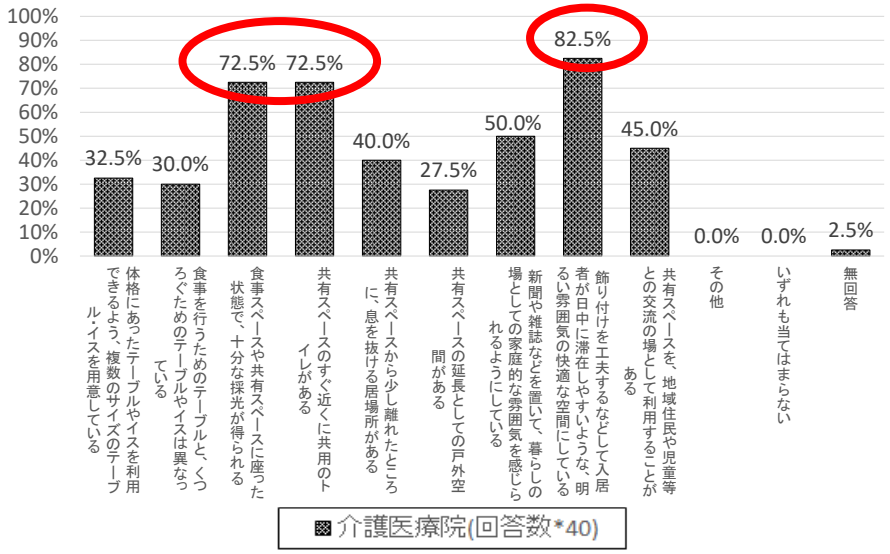
〇共有スペースの状況の施設数割合では、「飾り付けを工夫するなどして入居者が日中に滞在しやすいような、明るい雰囲気の快適な空間にしている」が82.5%と最も大きく、次いで「共有スペースのすぐ近くに共用のトイレがある」と「食事スペースや共有スペースに座った状態で十分な採光が得られる」がそれぞれ72.5%であった。

図表17：介護医療院票問9-1）
図表18：介護医療院票問9-2）

図表17　介護医療院の生活施設としての環境を整える取組・工夫等（プライベートスペースの確保）（複数回答）



図表18　介護医療院の生活施設としての環境を整える取組・工夫等（共有スペースの状況）（複数回答）

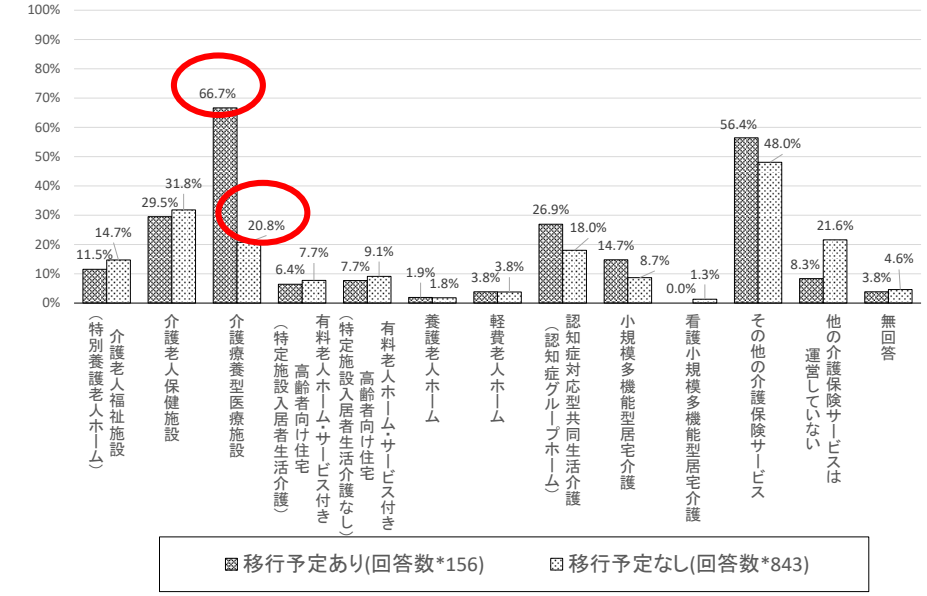


＊回答数は施設数

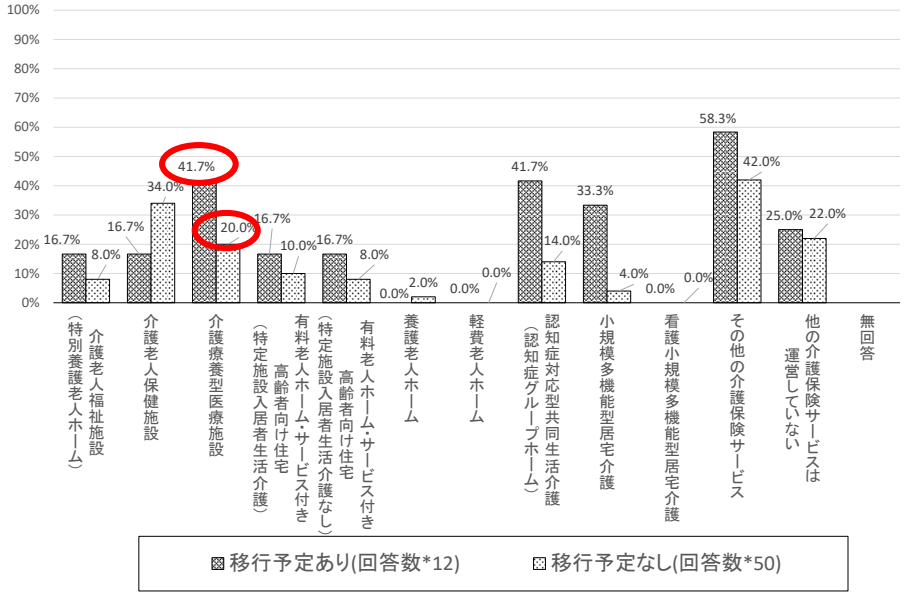
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

7 移行予定別の状況：医療療養病床における移行有無別と同法人・関連法人での介護保険サービス実績の状況
〇医療療養病床において、2023年度末までの介護医療院への移行予定有無と、同法人・関連法人での介護保険サービス実績有無をみたところ、移行予定のある場合の同法人・関連法人における介護保険サービス（介護療養型医療施設）実績の施設数割合は66.7%であった。一方で移行予定のない場合では、20.8%で、介護保険サービスの実績有無と移行予定の有無との差異が大きかった。
〇医療療養病床のうち療養病棟入院基本料経過措置（再掲）においては移行予定のある場合の同法人・関連法人における介護保険サービス（介護療養型医療施設）実績の施設数割合は41.7%であった。一方で移行予定のない場合では、20.0%で、医療療養病床全体と同様に介護保険サービスの実績有無と移行予定の有無との差異が大きかった。
図表19・20：共通票問4（医療療養病床）、医療療養病床票問11で「介護医療院」に移行を予定する病床がある施設の有無別クロス集計

図表19　医療療養病床（基本料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計）における移行予定有無と同法人・関連法人での介護保険サービスの実績状況（複数回答）



図表20　医療療養病床療養病棟入院基本料経過措置（再掲）における移行予定有無と同法人・関連法人での介護保険サービスの実績状況（複数回答）



＊回答数は施設数

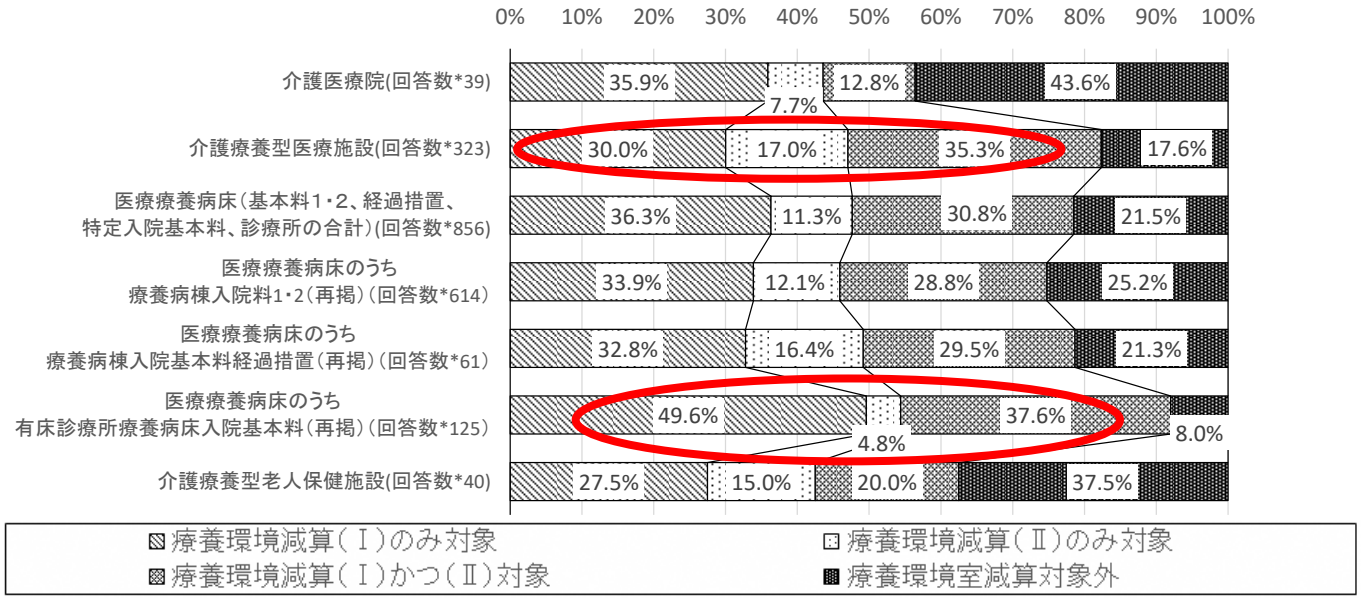
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

8 療養環境減算の状況

〇各施設類型のうち、療養環境減算（Ⅰ）（廊下幅1.8m未満または中廊下幅2.7m未満）、療養環境減算（Ⅱ）（利用者一人当たり床面積8.0㎡未満）いずれかまたは両方の対象となる施設数構成比は、有床診療所療養病床入院基本料（再掲）が92.0%と他の類型と比較して最も高かった。次いで介護療養型医療施設が82.3%であった。

図表21：介護医療院票問3−1）、介護療養型医療施設票問2−2）、医療療養病床票問2−2）、介護療養型老人保健施設問3−1）
介護医療院票問3−2）、介護療養型医療施設票問2−3）、医療療養病床票問2−3）、介護療養型老人保健施設問3−2）をもとにした施設類型別クロス集計

図表21　療養環境減算の対象となる施設の状況



※施設から回答いただいた延べ床面積を尋ねた設問及び廊下幅を尋ねた設問から、療養環境減算に該当する条件をもとに集計した。

＊回答数は施設数

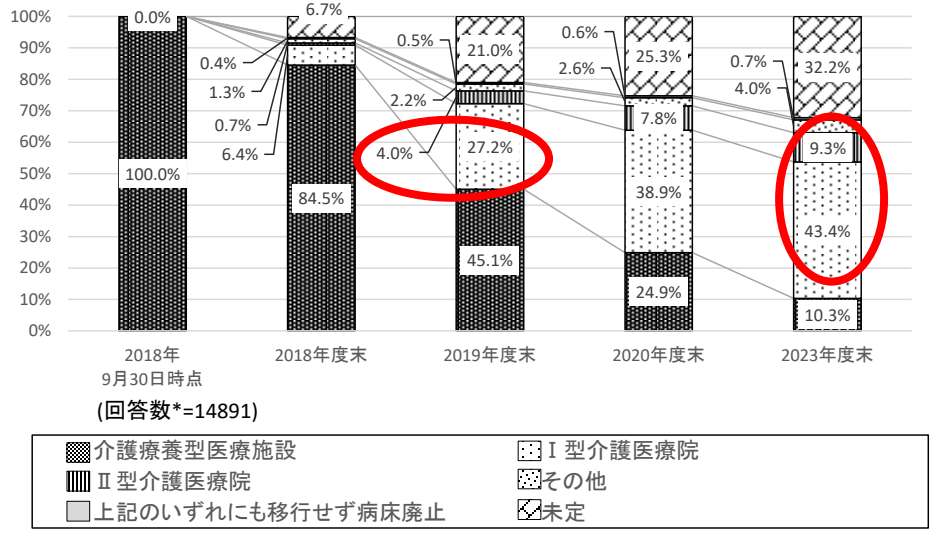
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

９－１ 2023年度末までの介護医療院への移行予定：介護療養型医療施設及び介護療養型老人保健施設

〇介護療養型医療施設のうち、2019年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床はⅠ型介護医療院・Ⅱ型介護医療院を合計すると31.2%の病床数構成比であった。2023年度末時点では52.7%であった。
〇介護療養型老人保健施設のうち、2019年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床はⅠ型介護医療院・Ⅱ型介護医療院を合計すると20.2%の定員数構成比であった。2023年度末時点では36.9%であった。

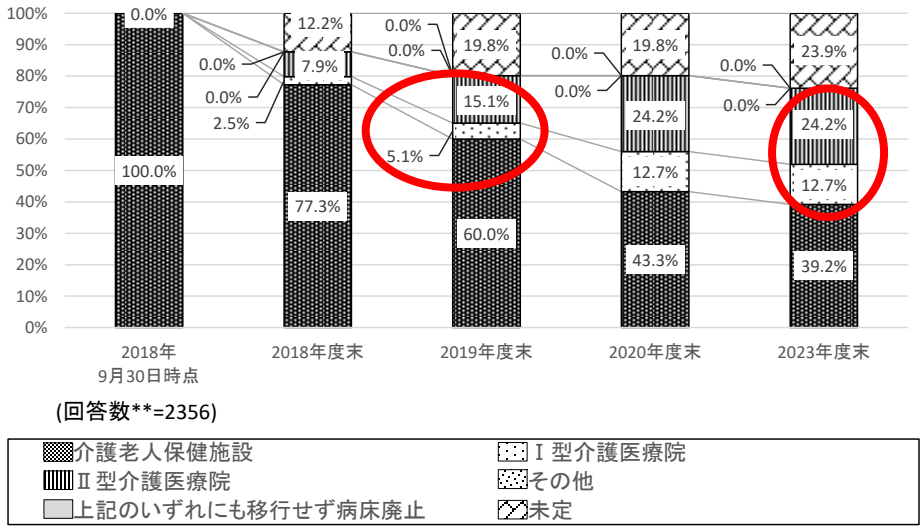
図表22：介護療養型医療施設票問11、図表23：介護療養型老人保健施設票問11

図表22　介護療養型医療施設（病院・診療所合計）の移行予定



(回答数*=14891)

図表23　介護療養型老人保健施設の移行予定



(回答数**=2356)

※介護老人保健施設」には介護療養型老人保健施設のほか介護老人保健施設が含まれる場合がある。

＊回答数は施設票における病床数
＊＊回答数は施設票における定員数

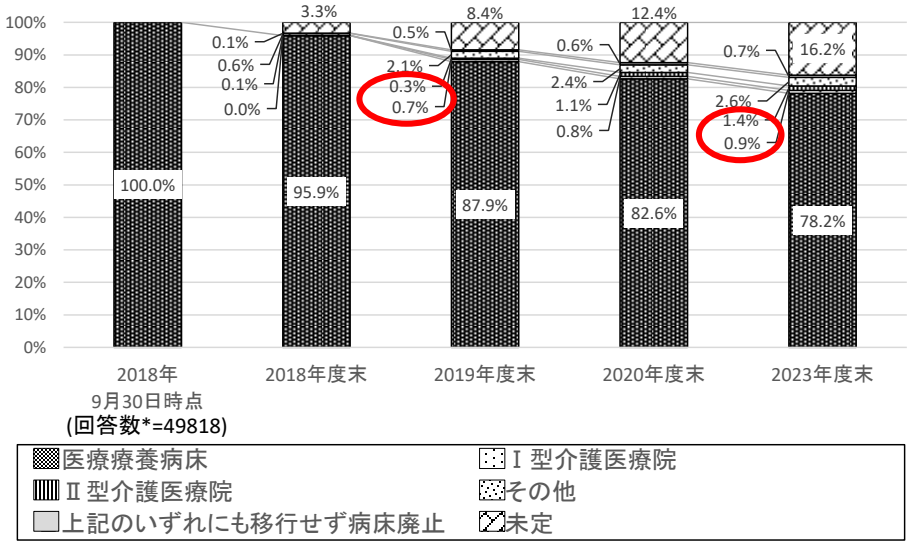
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

９－２ 2023年度末までの介護医療院への移行予定：医療療養病床①

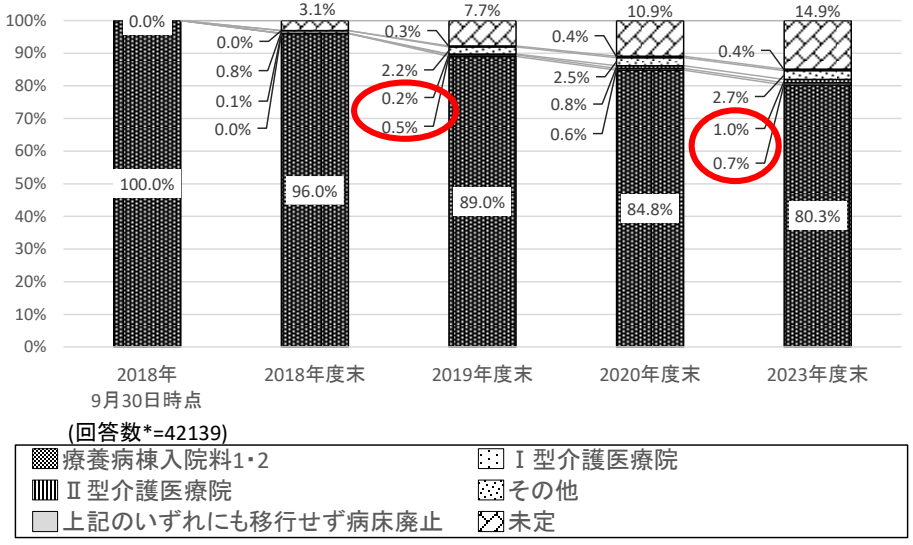
〇医療療養病床（療養病棟入院料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計）において2019年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床はⅠ型介護医療院・Ⅱ型介護医療院を合計すると1.0%の病床数構成比であった。2023年度末時点では2.3%であった。
〇医療療養病床のうち、療養病棟入院料1・2（再掲）において2019年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床は、Ⅰ型介護医療院・Ⅱ型介護医療院を合計すると0.7%の病床数構成比であった。2023年度末時点では1.7%であった。

図表24、25：医療療養病床票問11をもとにした類型別集計

図表24　医療療養病床（療養病棟入院料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計）の移行予定



図表25　医療療養病床　療養病棟入院料1・2（再掲）の移行予定



＊回答数は施設票における病床数

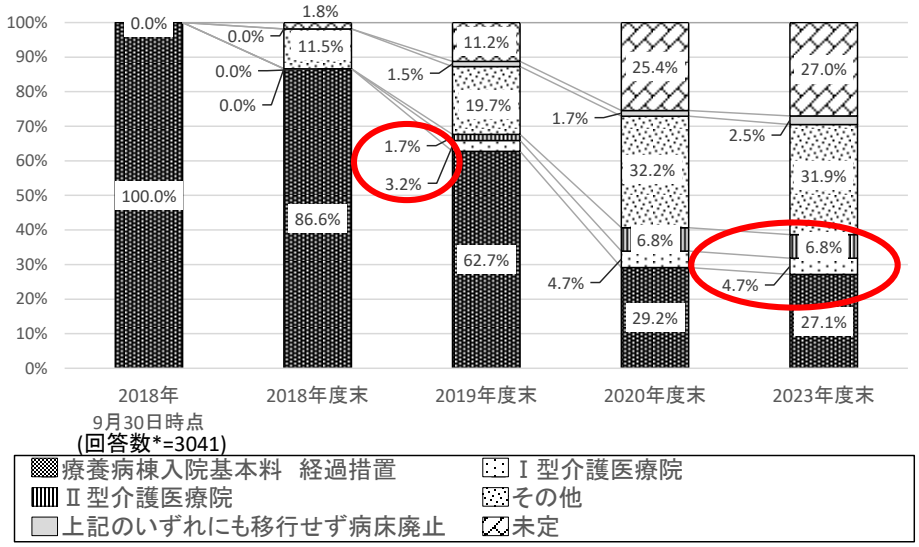
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

９－３ 2023年度末までの介護医療院への移行予定：医療療養病床②

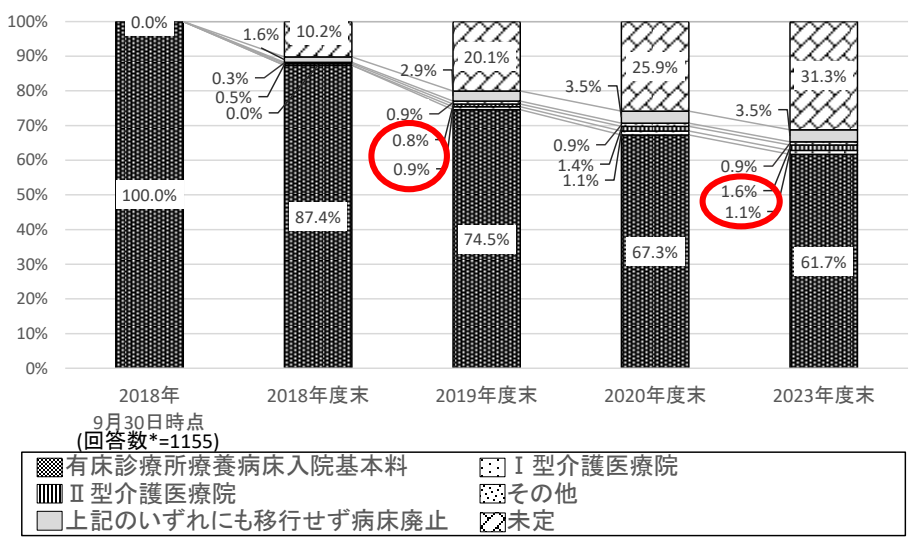
〇医療療養病床のうち、療養病棟入院基本料経過措置（再掲）において2019年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床は、Ⅰ型介護医療院・Ⅱ型介護医療院を合計すると4.9%の病床数構成比であった。2023年度末時点では11.5%であった。
〇医療療養病床のうち、有床診療所療養病床入院基本料（再掲）において2019年度末までに介護医療院へ移行を予定している病床はⅠ型介護医療院・Ⅱ型介護医療院を合計すると1.7%の病床数構成比であった。2023年度末時点では2.7%であった。

図表26、27：医療療養病床票問11をもとにした類型別集計

図表26　医療療養病床　療養病棟入院料経過措置（再掲）の移行予定



図表27　医療療養病床　有床診療所療養病床入院基本料（再掲）の移行予定

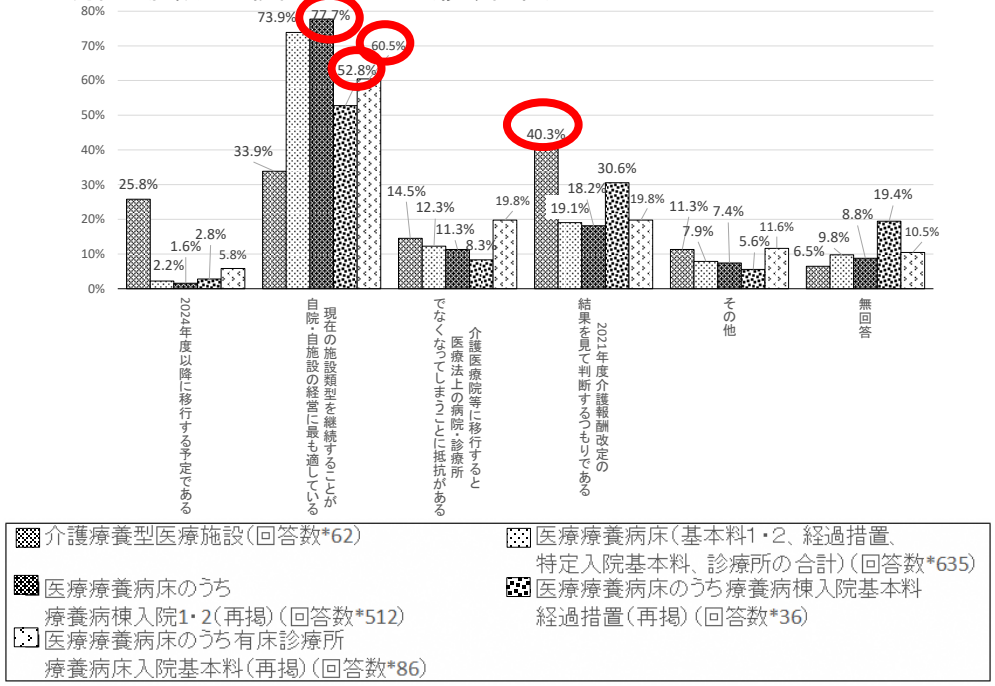


＊回答数は施設票における病床数

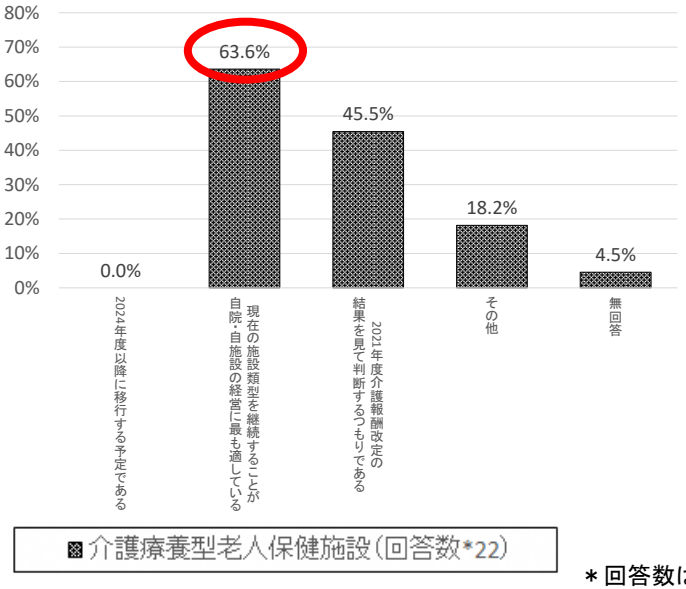
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

10－1　2023年度末までの介護医療院への移行予定：2023年度末まで移行予定がない施設の検討状況
〇2023年度末の予定病床数が2018年9月30日時点の病床から変更がない施設のうち療養病棟入院料1・2（再掲）、療養病棟入院基本料経過措置（再掲）、有床診療所療養病床入院基本料（再掲）では「現在の施設類型を継続することが自院・自施設の経営に最も適している。」と回答した施設が77.7%、52.8%、60.5%、とそれぞれの類型で最も大きい施設数割合であった。一方で、介護療養型医療施設では「2021年度介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである」と回答した割合が40.3%と最も大きかった。
〇 2023年度末の予定病床数が2018年9月30日時点の病床から変更がない施設のうち介護療養型老人保健施設では「現在の施設類型を継続することが自院・自施設の経営に最も適している。」と回答した割合が63.6%と最も大きかった。
図表28：介護療養型医療施設問12、医療療養病床票問12、をもとにした類型別集計
図表29：介護療養型老人保健施設票問15をもとにした類型別集計

図表28　2023年度末で2018年9月30日時点の病床から変更がない施設について現在の施設から移行しない理由（複数回答）



図表29　2023年度末で2018年9月30日時点の病床から変更がない施設について現在の施設から移行しない理由（介護療養型老人保健施設）（複数回答）



＊回答数は施設数

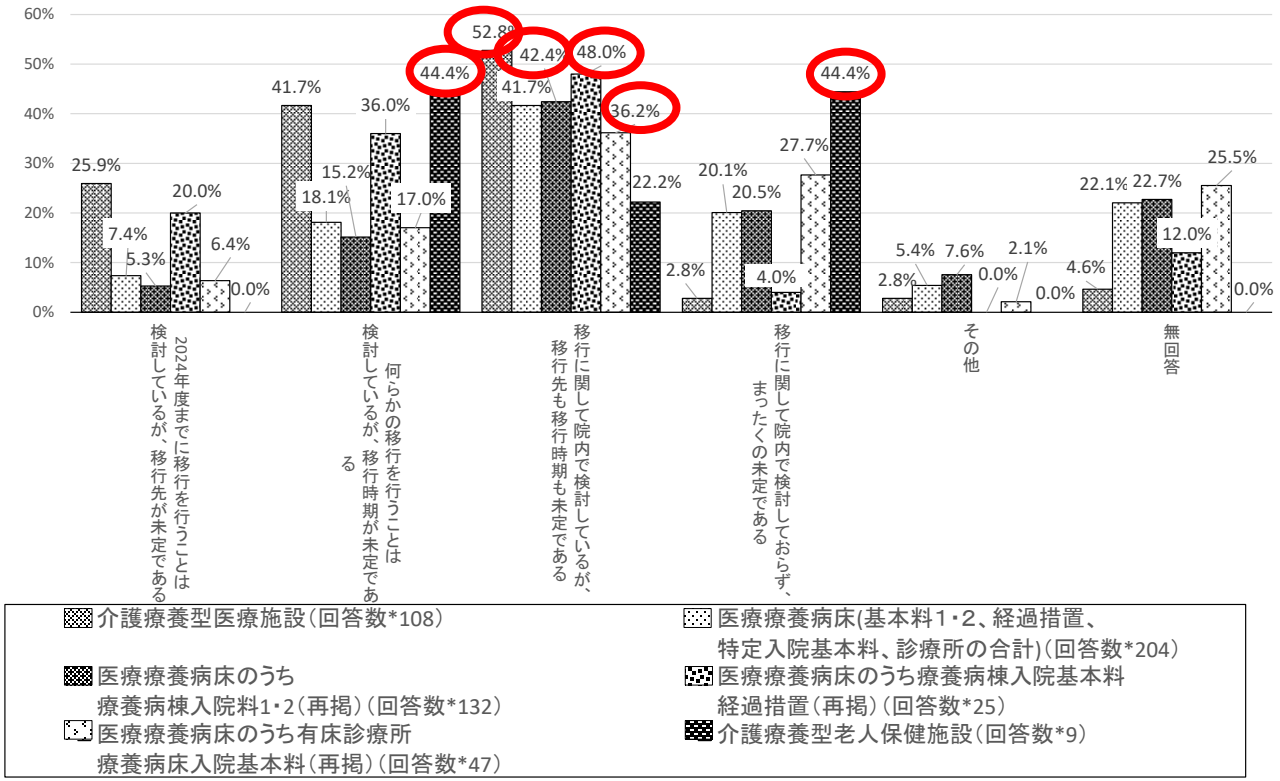
※介護療養型老人保健施設票の選択肢には「介護医療院に移行すると医療法上の病院・診療所でなくなってしまうことに抵抗がある」という選択肢は尋ねていないため別表としている。

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

10－2　2023年度末までの介護医療院への移行予定：2023年度末までの移行予定が未定の施設の検討状況
〇2023年度末の予定病床数で未定と回答した施設の検討状況のうち、介護療養型医療施設、療養病棟入院料1・2（再掲）、療養病棟入院基本料経過措置（再掲）、有床診療所療養病床入院基本料（再掲）では「移行に関して院内で検討しているが移行先も移行時期も未定である」と回答した施設数割合がそれぞれ52.8%、42.4%、48.0%、36.2 %と最も大きかった。一方で、介護療養型老人保健施設は、「何らかの移行を行うことは検討しているが、移行時期が未定である」と「移行に関して院内で検討しておらずまったくの未定である」と回答した割合がそれぞれ44.4%と最も大きかった。

図表30：介護療養型医療施設問13、医療療養病床票問13、介護療養型老人保健施設票問16をもとにした類型別集

図表30　2023年度末の予定病床数で「未定」の回答がある施設について、
現在の検討状況（複数回答）



＊回答数は施設数

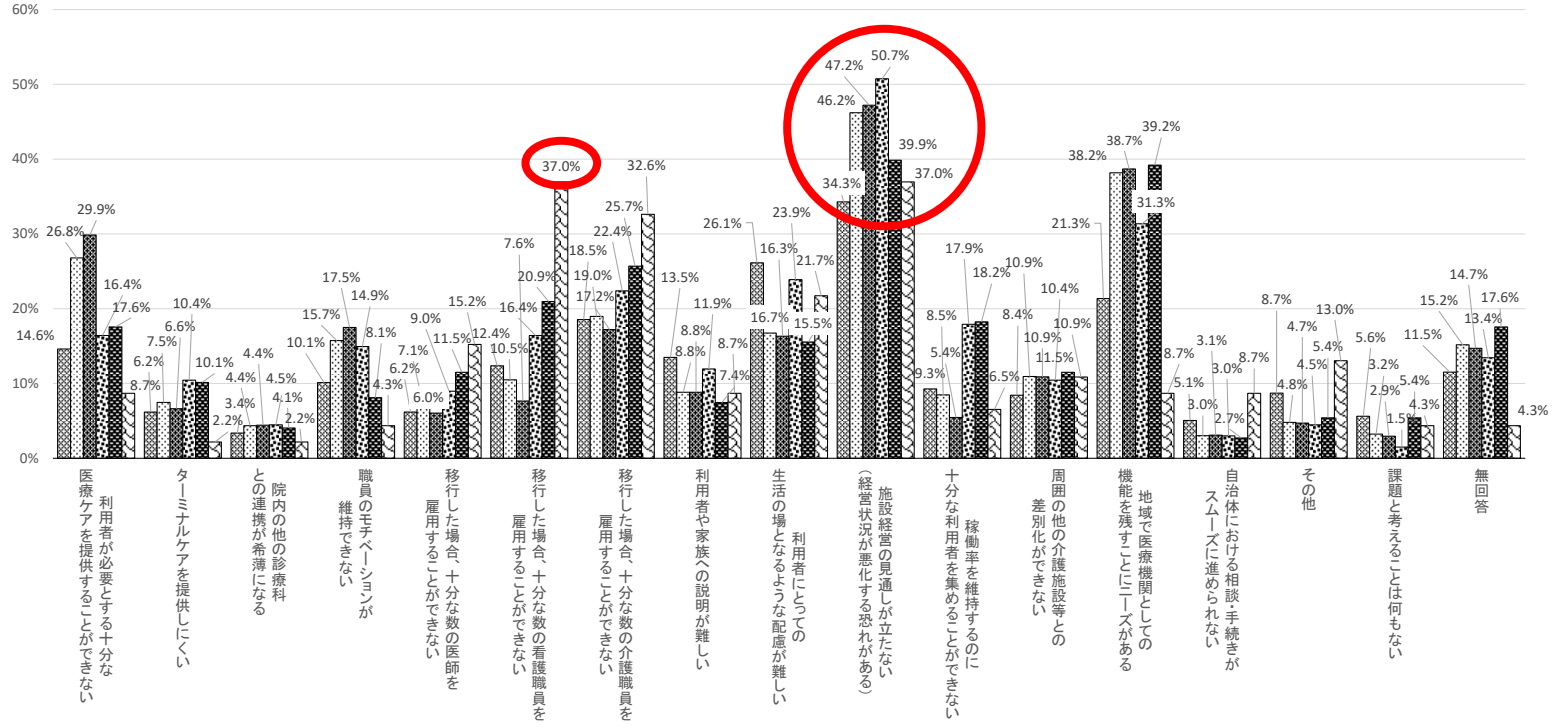
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

11－1 介護医療院開設にあたって課題と考えること①

〇介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目として、いずれの施設類型においても「施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）」が34.3%～50.7%と最も大きい施設数割合であった。介護療養型老人保健施設は、「移行した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない」も37.0%で同数であった。

図表31：介護療養医療施設票問14、医療療養病床票問14、介護療養型老人保健施設票問17をもとにした施設類型別クロス集計

図表31　介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目（複数回答）



介護療養型医療施設（回答数*356）

医療療養病床（基本料1・2、経過措置、特定入院基本料、診療所の合計）（回答数*896）

医療療養病床のうち療養病棟入院料1・2（再掲）（回答数*680）

医療療養病床のうち療養病棟入院基本料経過措置（再掲）（回答数*67）

医療療養病床のうち有床診療所療養病床入院基本料（再掲）（回答数*148）

介護療養型老人保健施設（回答数*46）

＊回答数は施設数

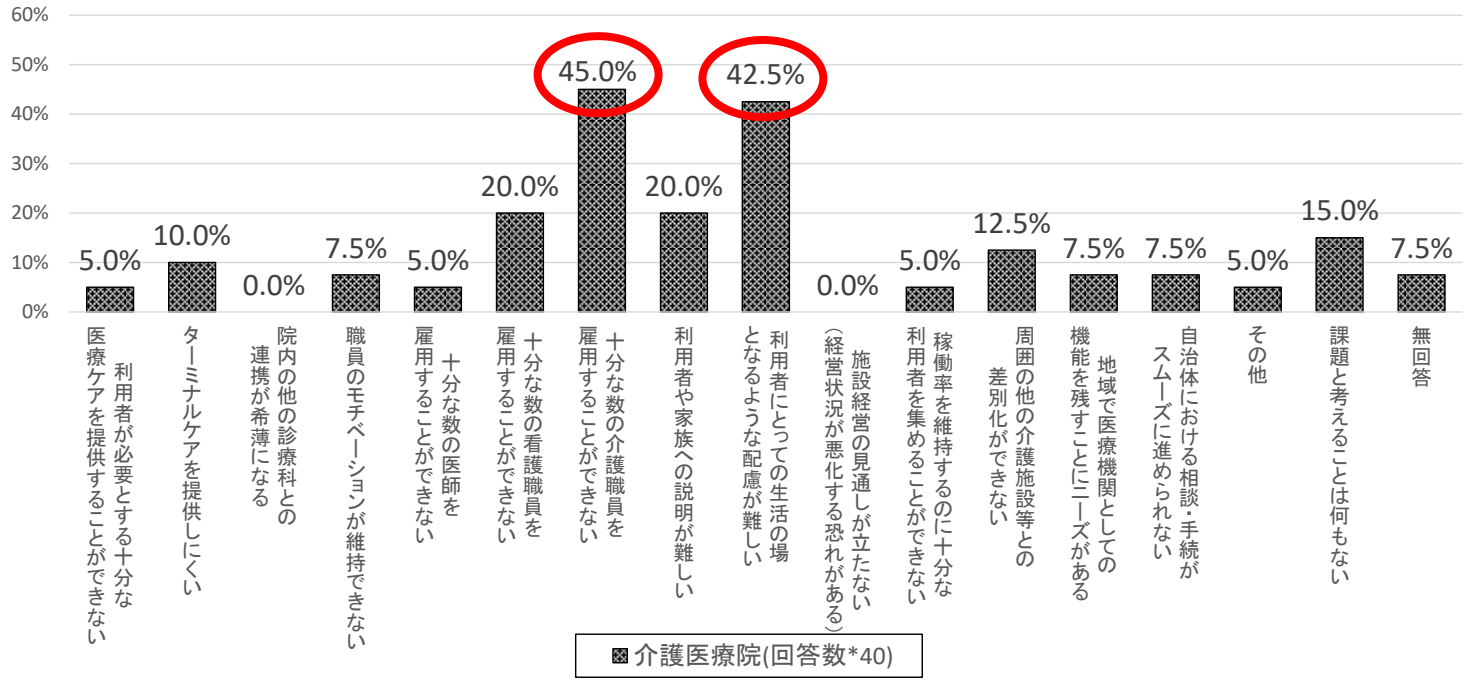
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

11 －2介護医療院開設にあたって課題と考えること②

〇すでに移行した介護医療院が、開設にあたって課題と考えることのうち最も大きい割合を占めたのは「十分な数の介護職員を雇用することができない」の45.0%であった。次いで、「利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい」が42.5%であった。

図表32：介護療養医療施設票問14、医療療養病床票問14、介護療養型老人保健施設票問17をもとにした施設類型別クロス集計

図表32　介護医療院の開設にあたって課題と考えること（複数回答）



＊回答数は施設数

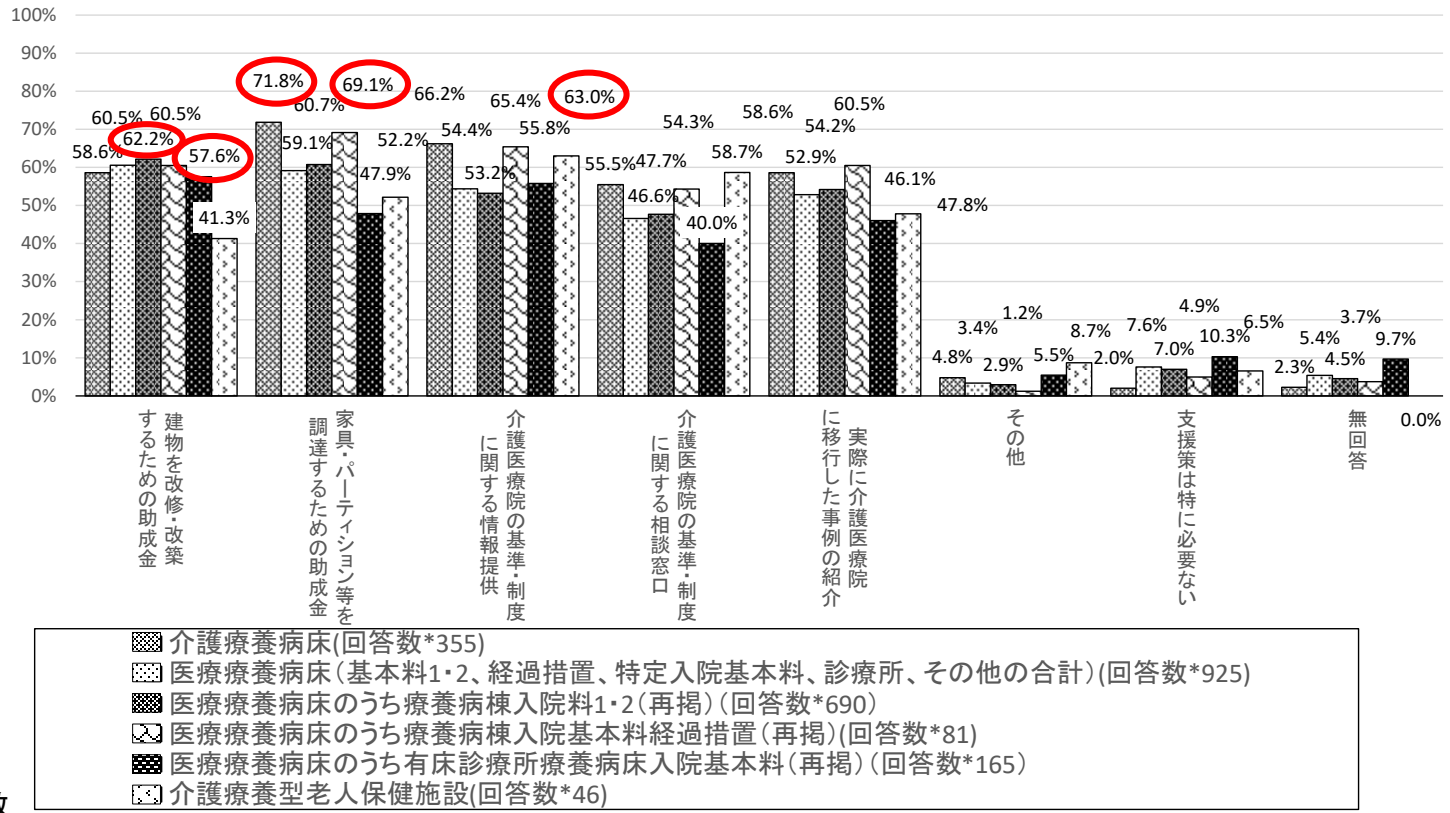
（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

12－1 介護医療院に移行する際必要と考える支援策①

〇介護医療院に移行する際必要と考えられる支援策において、介護療養病床、療養病棟入院基本料経過措置（再掲）では、「家具パーティション等を調達するための助成金」の項目の施設数割合がそれぞれ71.8%、69.1%で最も大きかった。療養病棟入院料1・2（再掲）、有床診療所療養病床入院基本料（再掲）では、「建物を改修・改築するための助成金」の項目がそれぞれ62.2%、57.6%で最も大きかった。介護療養型老人保健施設では、「介護医療院の基準・制度に関する情報提供」が63.0%で最も大きかった。

図表33：病院・診療所　共通票問7、介護療養型老人保健施設票問7をもとにした施設類型別クロス集計

図表33　介護医療院に移行する際必要と考える支援策（複数回答）



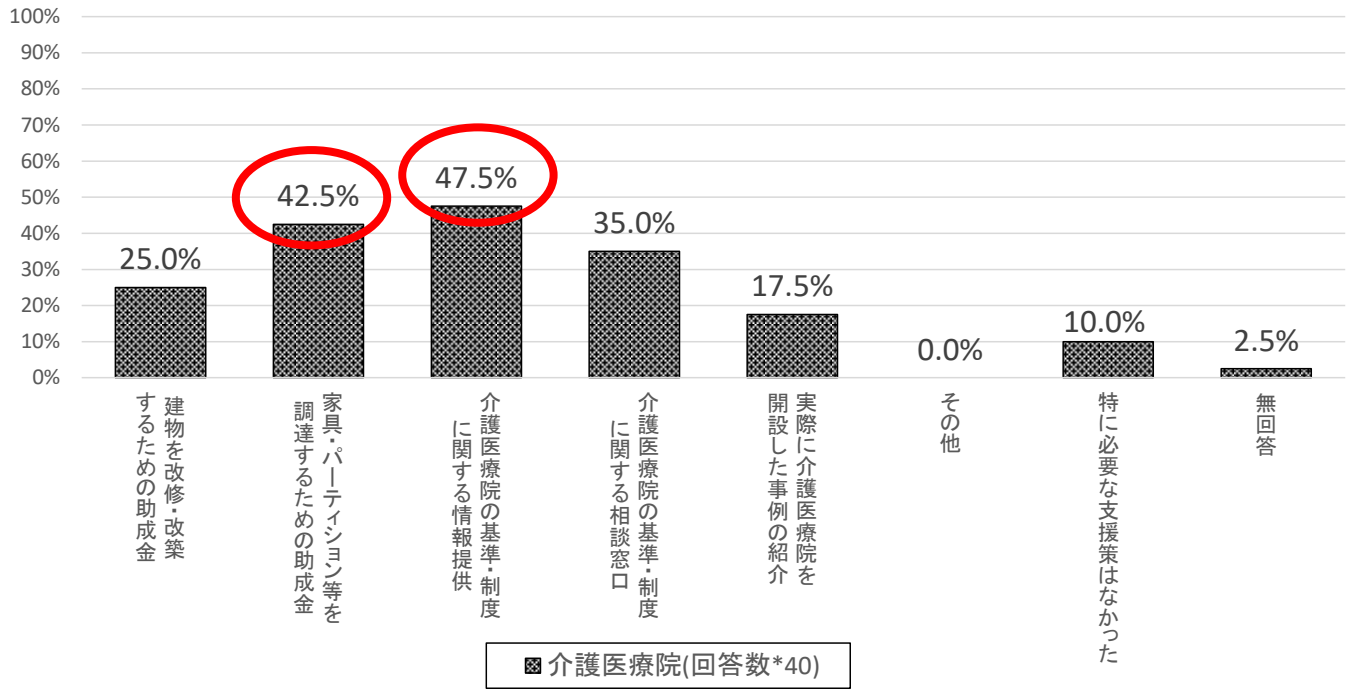
＊回答数は施設数

（5）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

12－2 介護医療院に移行する際必要と考える支援策②
〇既に移行した介護医療院が開設に必要と感じた支援策は「介護医療院の基準・制度に関する情報提供」の47.5%が最も大きく、次いで「家具・パーティション等を調達するための助成金」が42.5%であった。

図表34：介護医療院票問15

図表34　介護医療院の開設にあたって必要だと感じた支援策（複数回答）



＊回答数は施設数

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３.14）	資料１－６

（６）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業（結果概要）（案）

（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

1. 調査の目的

①介護老人福祉施設における安全管理体制（事故発生の防止のための指針や委員会、事故の認識・把握・分析）の実態を明らかにすること

②介護事故等について、介護老人福祉施設から市区町村への報告件数や報告方法等について検証すること

③市区町村（都道府県）において、介護老人福祉施設で発生した事故等の情報収集や活用状況等の実態を把握すること

2. 調査方法

調査方法はいずれも調査票を用いた郵送調査。介護老人福祉施設は、厚生労働省より提供を受けた全国の事業所名簿（平成30年6月介護報酬請求事業所）をもとに対象事業所を抽出。なお、市区町村調査、都道府県調査は、介護老人保健施設についても調査対象とした。

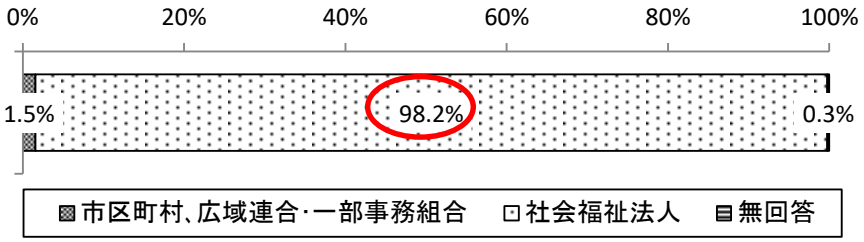
	調査対象・回収状況
①介護老人福祉施設調査	【母集団】全国の介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設10,075事業所 【発出数】無作為抽出（系統抽出）（被災地を除く）の2,519事業所 【回収数】1,188事業所【回収率】47.2% 【有効回収数】1,164事業所【有効回収率】46.2%
②市区町村調査	【母集団】市区町村1,741か所　（平成30年9月時点）【発出数】全数1,741か所 【回収数】1,195か所【回収率】68.6% 【有効回収数】1,173か所【有効回収率】67.4%
③都道府県調査	【母集団】都道府県47か所（平成30年9月時点）　【発出数】全数47か所 【回収数】46か所【回収率】97.9% 【有効回収数】46か所【有効回収率】97.9%

（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

3. 調査結果概要

【施設票：基本情報（問2、4、6、8、15）】
〇運営主体は、「社会福祉法人」が98.2%であった。
〇介護報酬上の届け出は「介護福祉施設サービス費」が50.9%であった。
〇入所定員は、平均62.8人、入所者数は、平均61.5人であった。
〇ISO等のマネジメントシステムは「導入している」が4.0%であった。

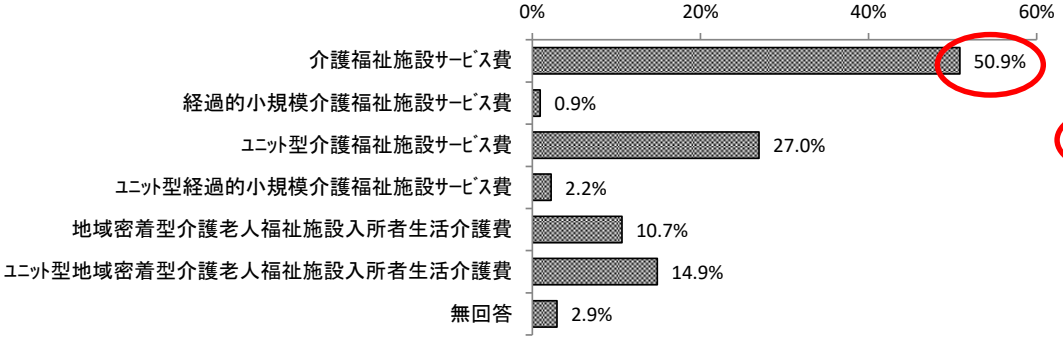
図表1　運営主体(回答件数1,164)



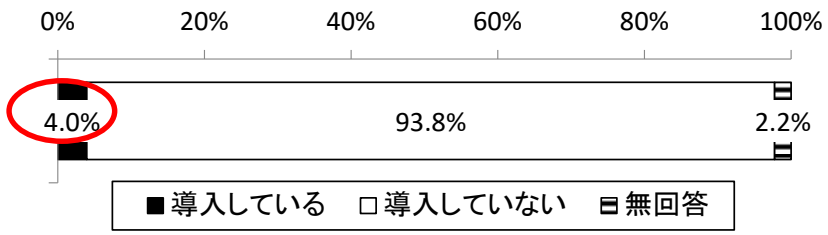
図表3　入所定員・入所者数

	回答件数	平均値
入所定員（人）	1,031	62.8
入所者数（人）	1,132	61.5

図表2　介護報酬上の届け出(複数回答)（回答件数1,164)



図表4　ISO等のマネジメントシステムの導入状況(回答件数1,164)

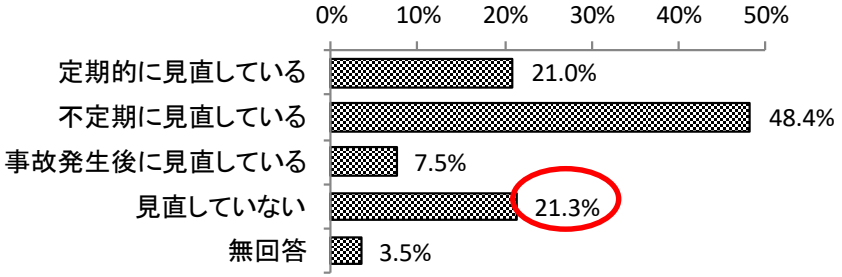


※法人種別及び介護老人福祉施設と地域密着型介護老人福祉施設の比率は、母集団と概ね相違なく、偏りがないことを確認した。

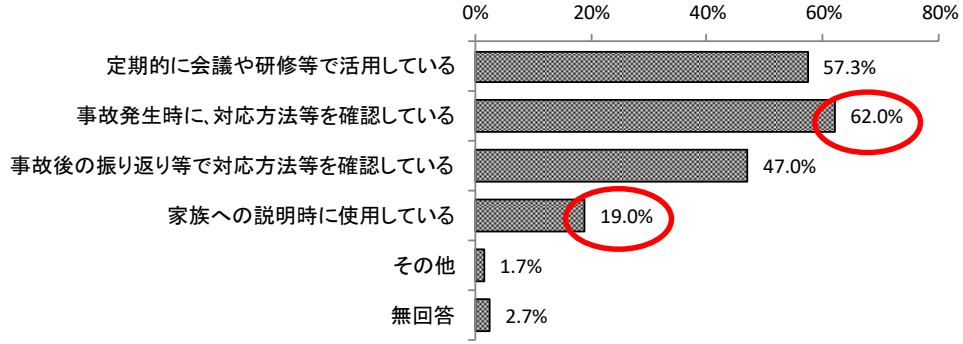
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【施設票：指針・マニュアル（問19、24）】
○事故発生の防止のための指針の見直しは「見直していない」が21.3%であった。
○指針に基づくマニュアルの活用状況は「事故発生時に、対応方法等を確認している」が62.0%、「家族への説明時に使用している」が19.0%であった。
○直近の介護事故について「事故発生時、報告手順に沿い、報告している」が91.3%であった。
○マニュアルの見直しは「見直していない」が13.5%であった。

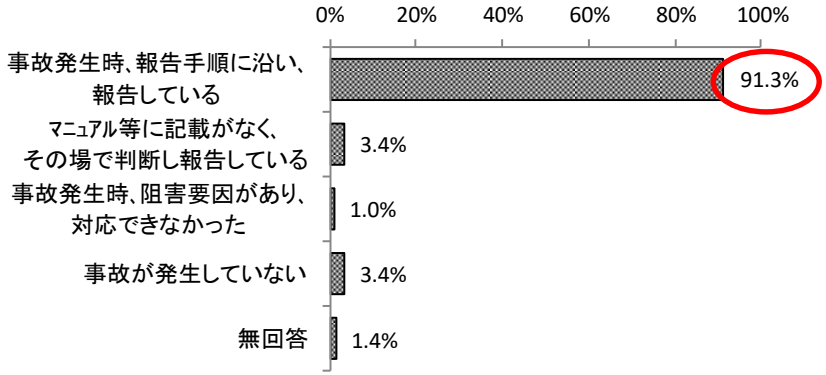
図表5　事故発生の防止のための指針の見直し状況(複数回答)
(回答件数1,092)



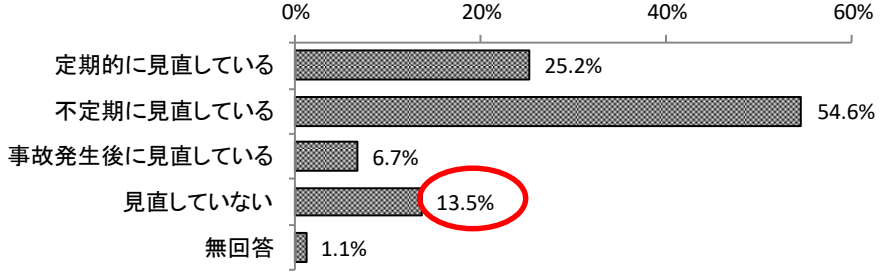
図表6　（指針に基づくマニュアルがある場合）
マニュアルの活用状況(複数回答)(回答件数1,048)



図表7　（指針に基づくマニュアルがある場合）
直近の介護事故について、事故発生時の対応状況(複数回答)(回答件数1,048)



図表8　（指針に基づくマニュアルがある場合）
マニュアルの見直し状況(複数回答)(回答件数1,048)



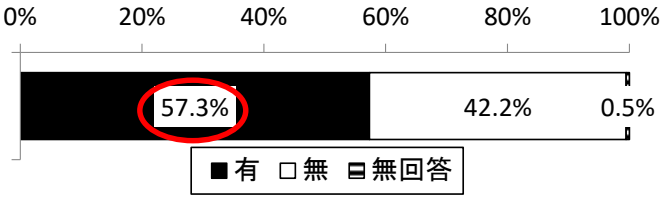
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【施設票：リスク評価（問23）】

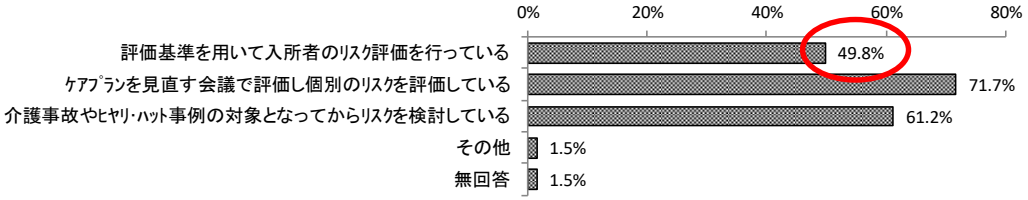
○介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価は、「有」が57.3%で、その場合、「評価基準を用いて入所者のリスク評価を行っている」が49.8%であった。評価基準は「施設」が定めている場合が87.7%、対象は「転倒」が89.2%、「転落」が75.6%であった。

○入所者家族とのリスク共有は「有」が92.1%で、その平均的な共有頻度は「半年以上に1回程度」が38.9%であった。

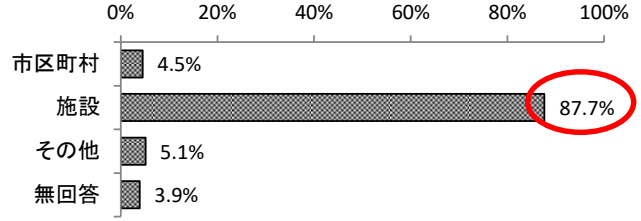
図表9　介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無(回答件数1,164)



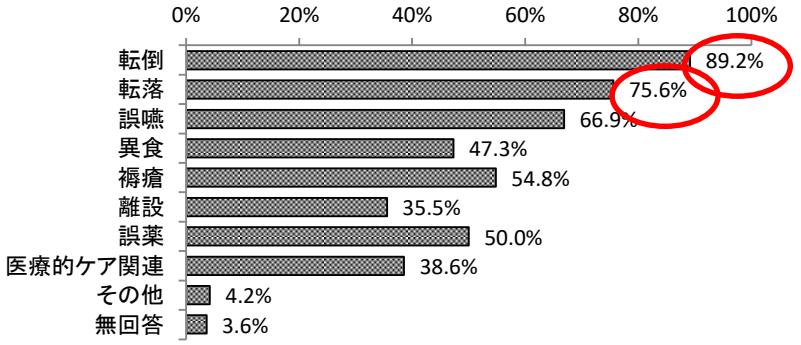
図表10（入所者ごとのリスク評価がある場合）リスク評価の方法（複数回答）（回答件数667）



図表11（評価基準を用いている場合）評価基準を定めた者(複数回答)（回答件数332）

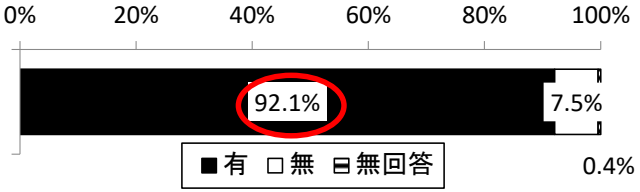


図表12（評価基準を用いている場合）対象のリスク(複数回答)（回答件数332）

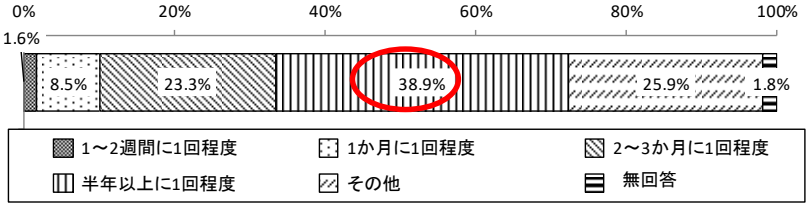


注)医療的ケア関連は、点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等。以下同じ

図表13（入所者ごとのリスク評価がある場合）家族との共有の有無（回答件数667）



図表14（家族との共有がある場合）家族との平均的な共有頻度(回答件数614)



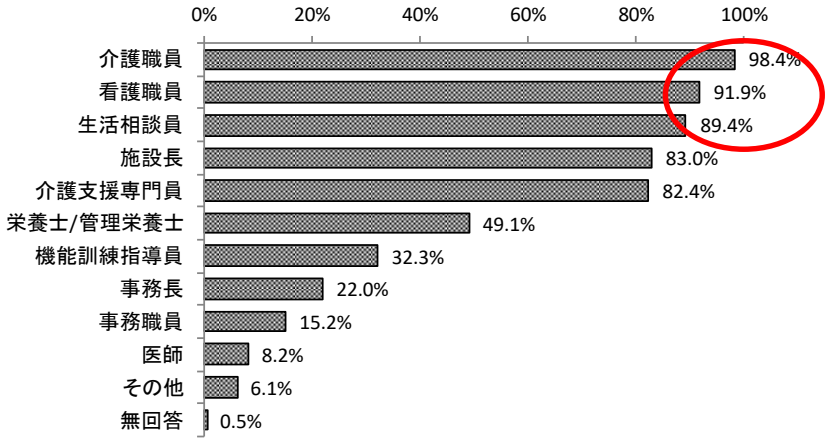
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【施設票：委員会（問25、28）】

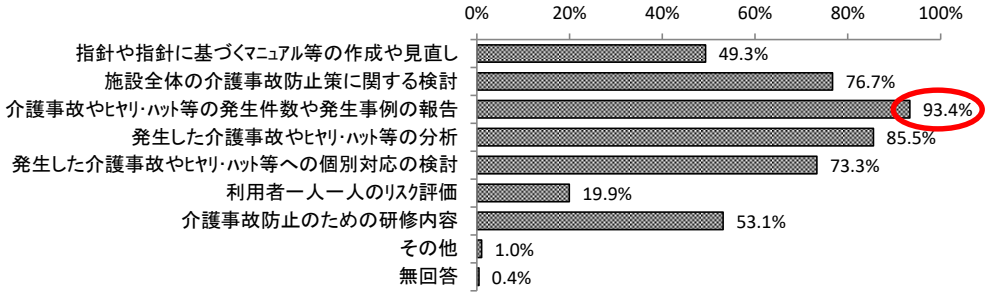
○事故発生の防止のための委員会のメンバーは「介護職員」が98.4%、「看護職員」が91.9%、「生活相談員」が89.4%であった 。検討事項は「介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告」が93.4%であった。

○専任の安全対策を担当する者は「有」が54.1%であった。職種は「介護職員」が68.1%、「生活相談員」が56.0%、「看護職員」が48.6%であった。

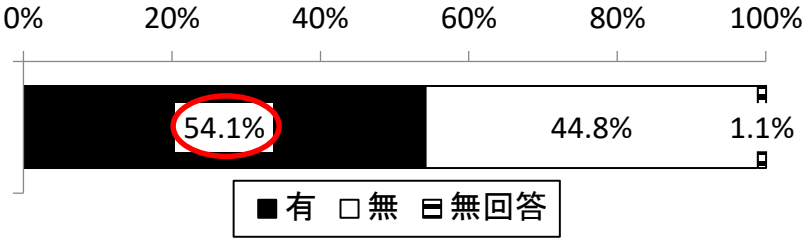
図表15　事故発生の防止のための委員会のメンバー(複数回答)（回答件数1,158）



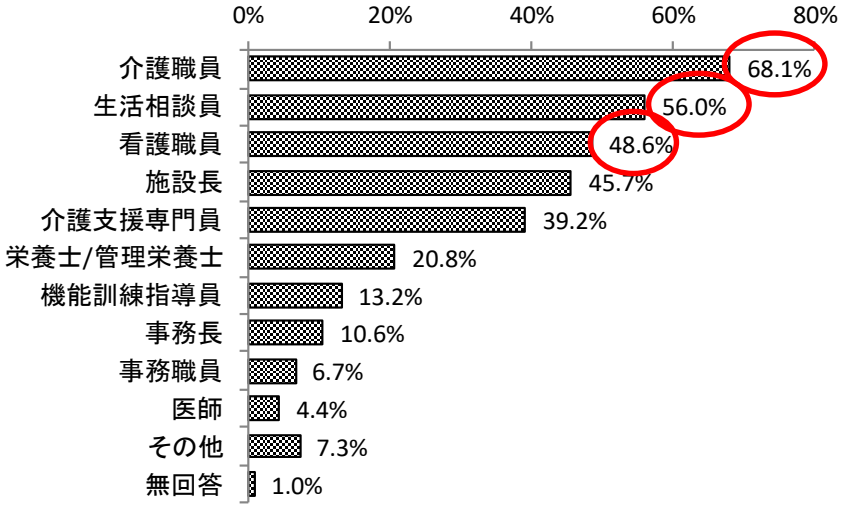
図表16　事故発生の防止のための委員会での検討事項(複数回答)（回答件数1,158）



図表17　専任の安全対策を担当する者(回答件数1,164)



図表18　専任の安全対策を担当する者の職種(複数回答)（回答件数630）



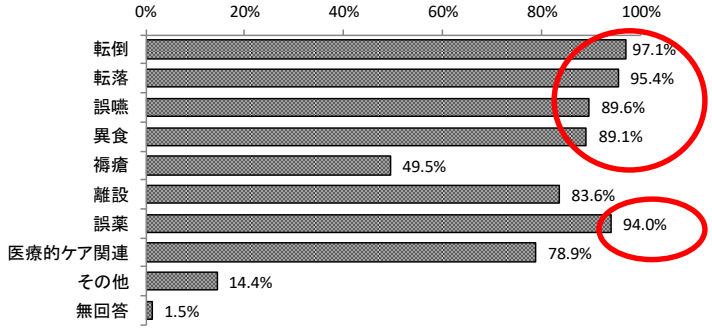
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【施設票：事故の認識・把握・分析（問31、37）】

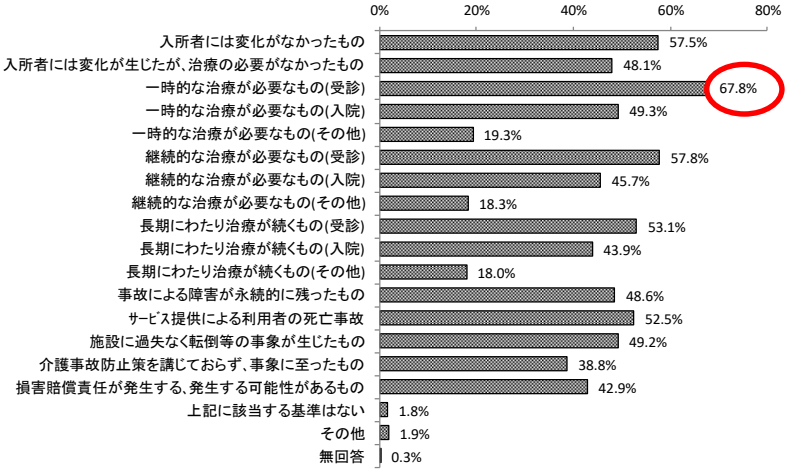
○事故を施設内でどのように認識しているか、介護事故として取り扱う事故の種別は、「転倒」が97.1%、「転落」が95.4%、「誤薬」が94.0%、「誤嚥」が89.6%、「異食」が89.1%であった。介護事故として取り扱う被害状況は、転倒についてみると、事故のため「一時的な治療が必要なもの（受診）」が67.8%であった。

○介護事故については、「分析している」が95.8%で、そのうち、「事故発生の防止のための委員会で分析している」が78.1%であった。

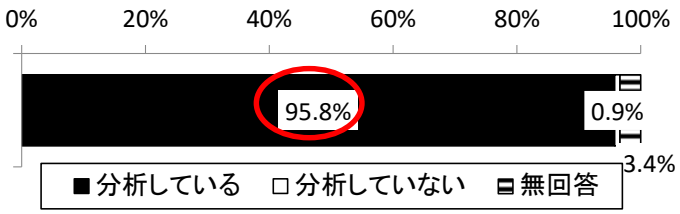
図表19　介護事故として取り扱う事故の種別(複数回答)（回答件数1,164）



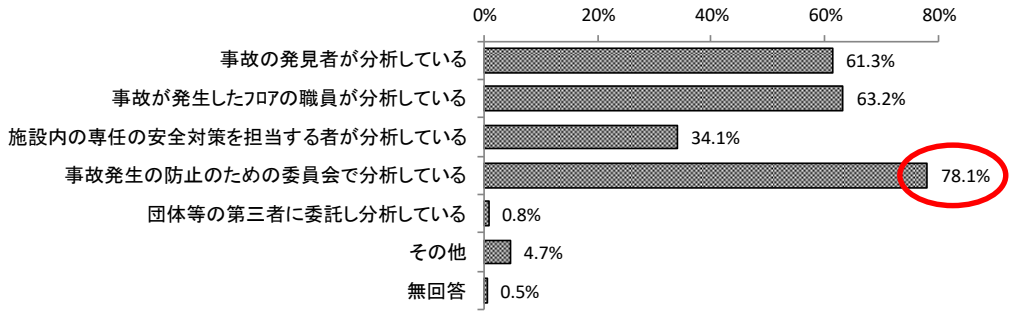
図表20　介護事故として取り扱う被害状況の範囲(転倒の場合)(複数回答)（回答件数1,130）



図表21　発生した介護事故の分析の有無（回答件数1,164）



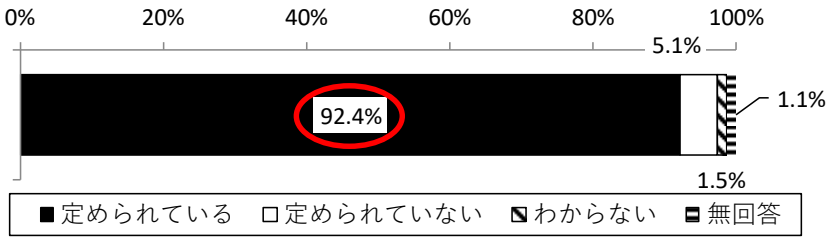
図表22　介護事故の分析者(複数回答)（回答件数1,115）



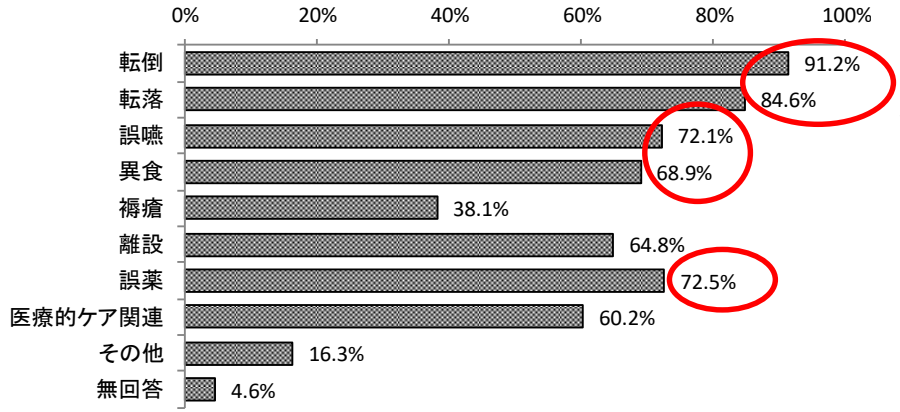
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【施設票：市区町村への介護事故の報告（問33、35）】
○市区町村への報告対象の範囲について「定められている」が92.4%であった。
○市区町村に報告している事故の種別は「転倒」が91.2%、「転落」が84.6%、「誤薬」が72.5%、「誤嚥」が72.1%、「異食」が68.9%であった。
○報告する被害の範囲について転倒の場合をみると、事故のため「一時的な治療が必要なもの（受診）」が65.3%であった。

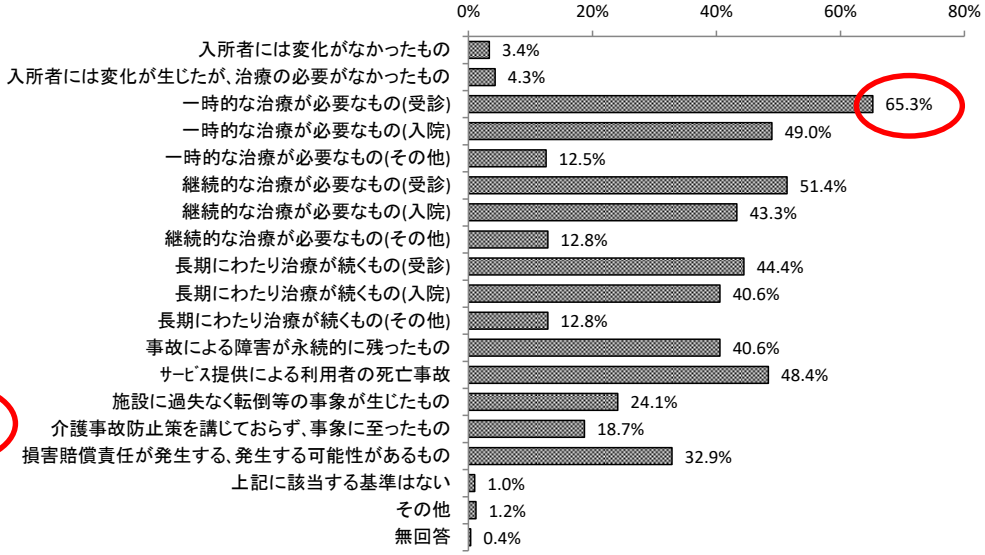
図表23　施設から市区町村への報告対象の範囲（回答件数1,164）



図表24　施設から市区町村への報告対象の事故種別(複数回答)
（回答件数1,164）



図表25　施設から市区町村へ報告する被害状況の範囲（転倒の場合）
（複数回答）（回答件数1,062）



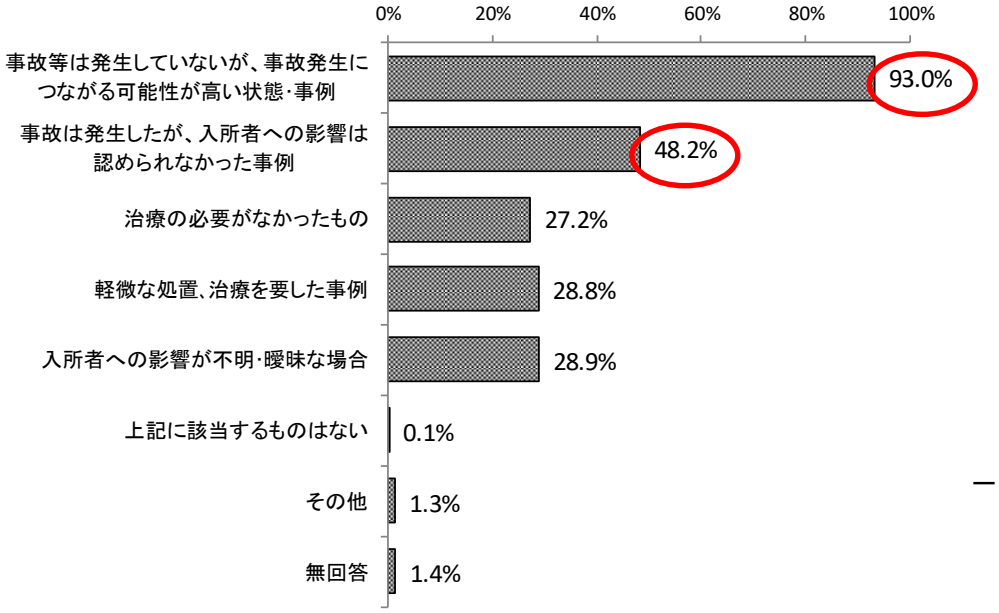
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【施設票：ヒヤリ・ハットの把握（問38、40）】

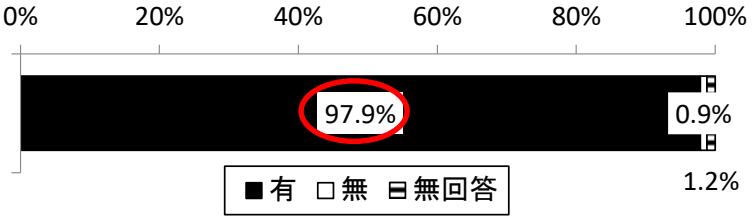
○ヒヤリ・ハットとして、報告対象としているのは「事故等は発生していないが、事故発生につながる可能性が高い状態・事例」が93.0%、「事故は発生したが、入所者への影響は認められなかった事例」が48.2%であった。

○ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決めは「有」が97.9%、その取り決めの内容は、「記録する」が93.6%であった。

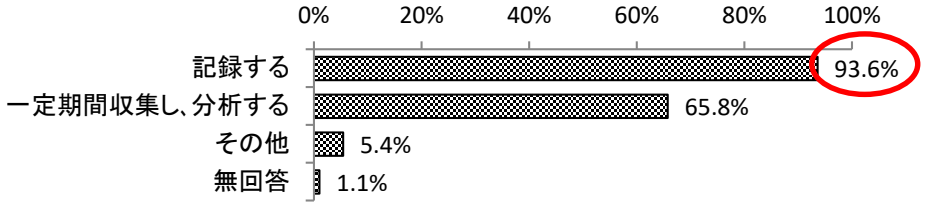
図表26　ヒヤリ・ハットとして、報告対象の範囲(複数回答)（回答件数1,164）



図表27　ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決めの有無
（回答件数1,164）



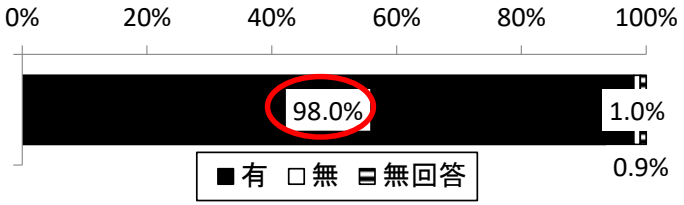
図表28（ヒヤリ・ハットの施設内での対応の取り決めがある場合）
取り決めの内容(複数回答)（回答件数1,139）



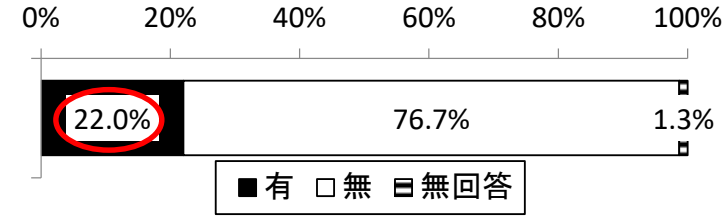
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【施設票：損害賠償、利用者・家族からのクレーム（問21、22、42、45、46）】
〇損害賠償保険の加入は、「有」が98.0%であった。
〇過去１年間に損害賠償請求を受けたことは「有」が22.0%であった。
〇クレーム対応体制の構築は「している」が97.1%であった。
〇平成30年4月～9月の利用者・家族からのクレームは「有」が51.8%であった。
〇クレームへの主な対応者は「生活相談員」が81.0%であった。

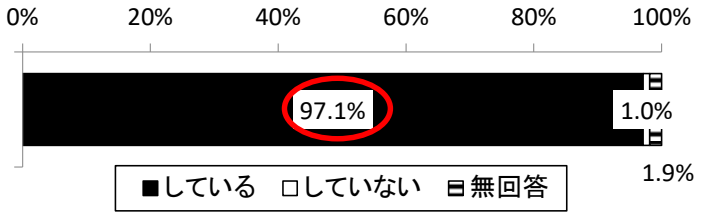
図表29　損害賠償保険の加入の有無(回答件数1,164)



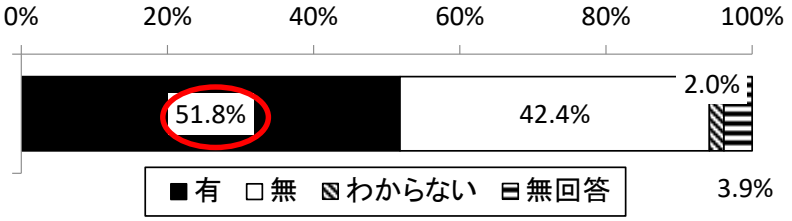
図表30　過去１年間に損害賠償請求を受けたか（回答件数1,164）



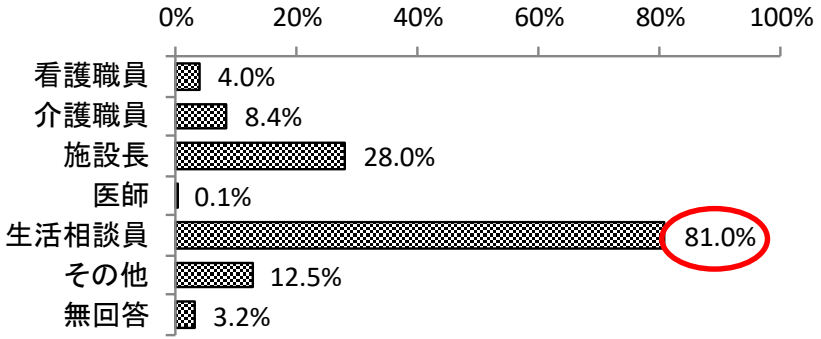
図表31　クレーム対応体制の構築(回答件数1,164)



図表32　利用者・家族からのクレームの有無(平成30年4月～9月)（回答件数1,164）



図表33　クレーム対応の主な対応者(複数回答)（回答件数1,164）



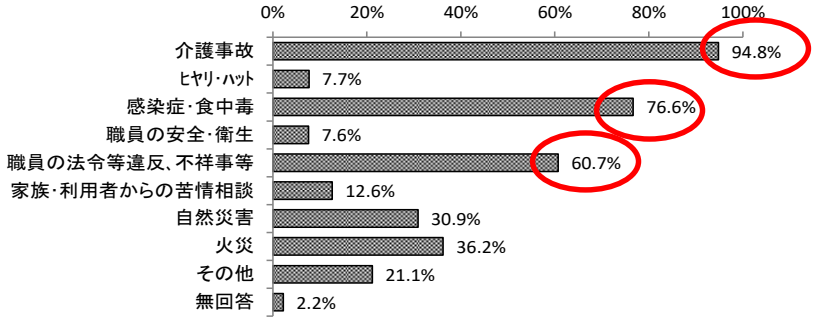
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【市区町村票：市区町村への報告（問1～6）】

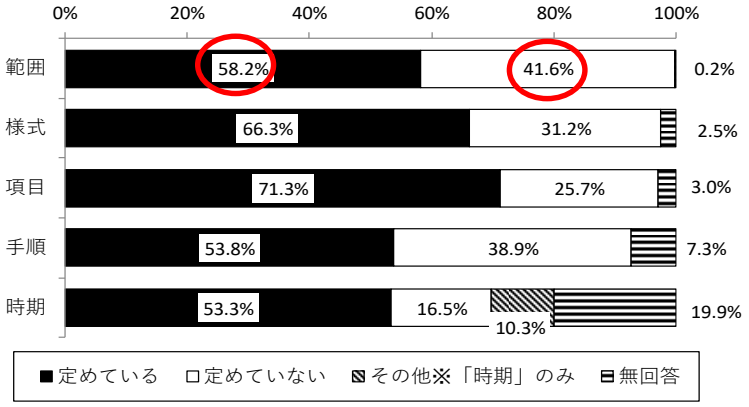
○市区町村内の施設に事故報告として求めている範囲は「介護事故」が94.8%、「感染症・食中毒」が76.6%、「職員の法令等違反、不祥事等」が60.7%であった。

○市区町村への報告に関して介護事故の「範囲」を「定めている」が58.2%、「定めていない」が41.6%であった。報告する事故の範囲を定めている場合、その報告対象の介護事故の種別は「転倒」が83.9%、「転落」が82.4%、「誤嚥」が81.5%、「異食」が77.6%、「誤薬・薬剤」が74.5%であった。転倒において、報告対象の被害状況の範囲をみると、事故のため「一時的な治療が必要なもの（受診）」が89.1 %「サービス提供による利用者の死亡事故」が82.9 %であった。

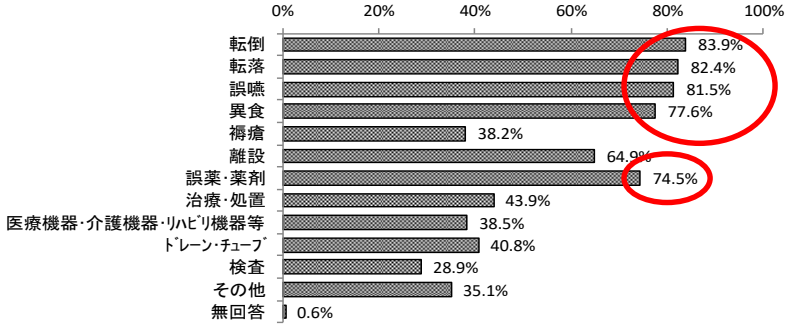
図表34　市区町村が施設に事故報告として求めている範囲（複数回答）(回答件数1,173)



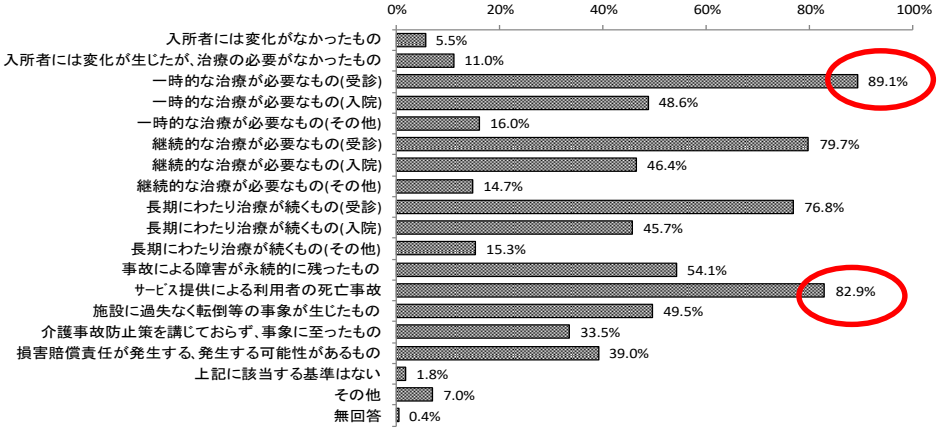
図表35（市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合）市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)



図表36（市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合）報告対象の介護事故の種別(複数回答)（回答件数647）



図表37　市区町村が施設に報告を求めている被害状況の範囲(転倒)（複数回答）（回答件数543）



※数値は速報値であり精査中であるが、平成29年度の介護老人福祉施設からの「死亡」報告件数は、772施設で1,117件（域内7,925施設）

（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【市区町村票：報告の活用状況（問10、12、13、15～17）】

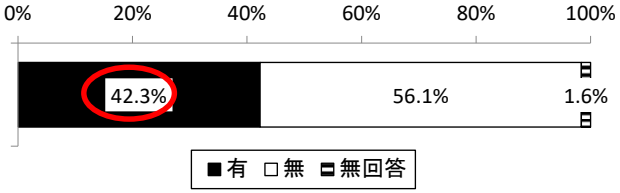
○市区町村から都道府県への報告は「有」が42.3%であった。

○報告された介護事故情報について「集計や分析は行っていない」が46.7%であった。介護事故情報について「事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行う」「他の施設の実地指導や助言のために活用する」がそれぞれ39.6%であった。「活用していない」が30.7%であった。

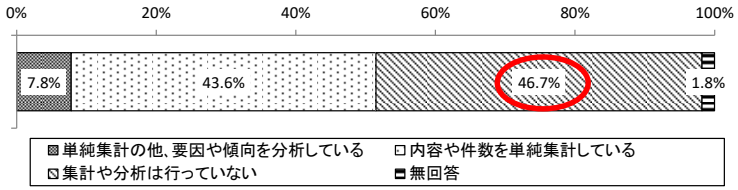
○介護事故が発生した施設に対して「支援を行っていない」が35.2%、「家族等への対応を行うよう助言を行う」が35.0%であった。

○「実地検証を実施していない」が51.2%であった。施設への支援や実地検証を行ったあと、当該施設において再発防止のための取組が行われているかの確認は、「特に確認していない」が40.0%であった。

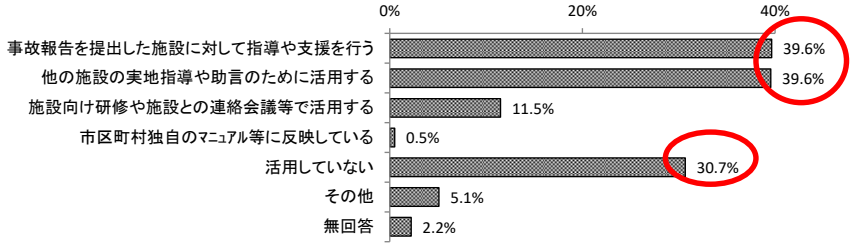
図表38　市区町村から都道府県への報告の有無(回答件数1,173)



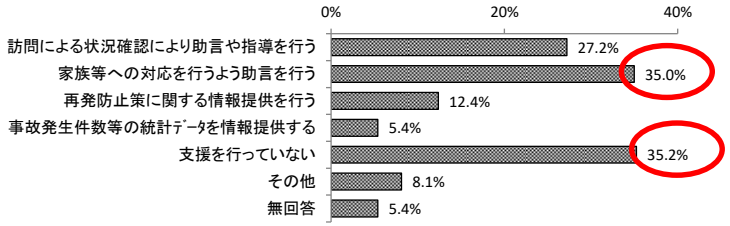
図表39　市区町村に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数1,173)



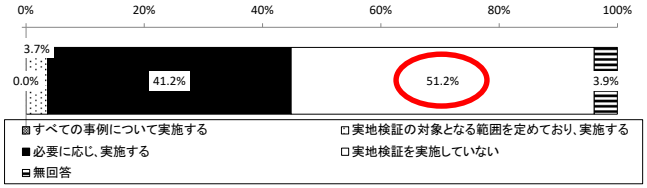
図表40　市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答)(回答件数1,173)



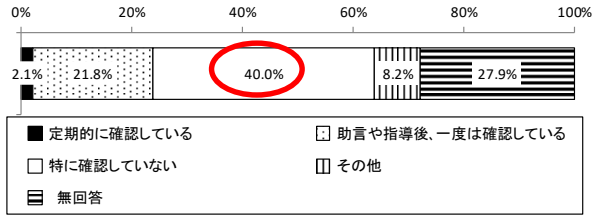
図表41　市区町村から施設への支援の内容(複数回答)(回答件数1,173)



図表42　市区町村における実地検証の実施状況(回答件数1,173)



図表43（施設への支援または実地検証を行っている場合）再発防止の取組の確認(回答件数854)



（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

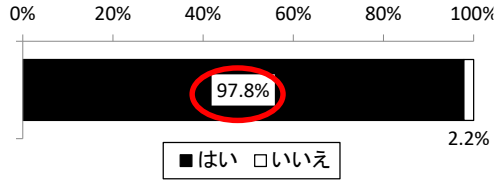
【都道府県票：事故情報の収集・市区町村から都道府県への報告（問1、3～8）】

○都道府県内の施設で発生した事故情報の収集は「はい（している）」が97.8%、収集方法は「市区町村に義務づけている」が53.3%、「事業者に義務づけている」が48.9%であった。

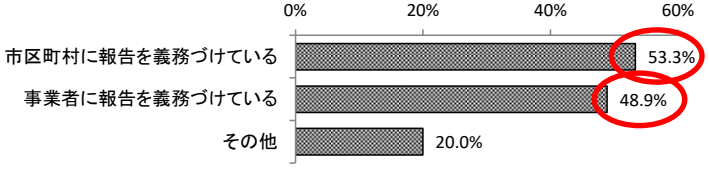
○都道府県が市区町村に事故報告として求めている範囲は「介護事故」が79.2%であった。

○都道府県への報告に関して「定めている」ものは、介護事故の「範囲」「項目」がそれぞれ84.2%であった。報告する介護事故の範囲を定めている場合、報告対象の介護事故の種別は「誤嚥」「異食」がそれぞれ68.8%、「転倒」「転落」「誤薬・薬剤」が62.5%であった。また、報告対象の被害状況の範囲は、誤嚥についてみると「サービス提供による利用者の死亡事故」が81.8%であった。

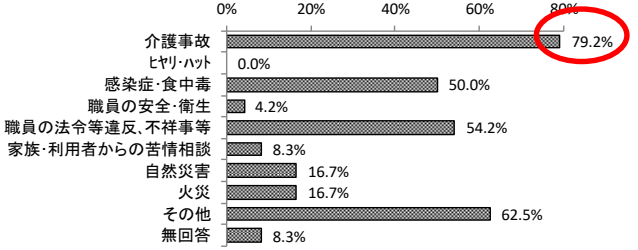
図表44　事故情報の収集の有無(回答件数46)



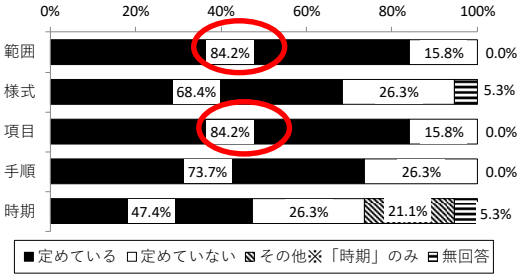
図表45　収集方法(複数回答)(回答件数45)



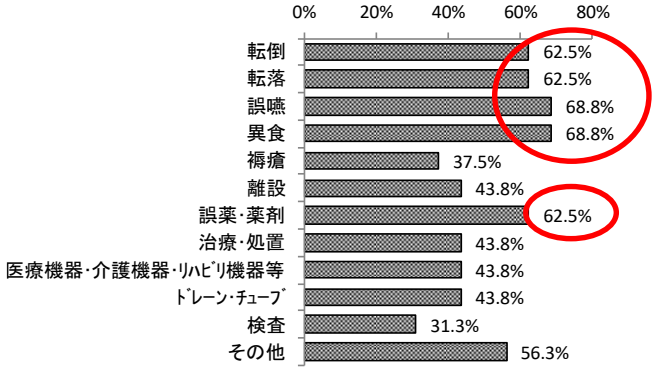
図表46　都道府県が市区町村に事故報告として求めている範囲（複数回答）(回答件数24)



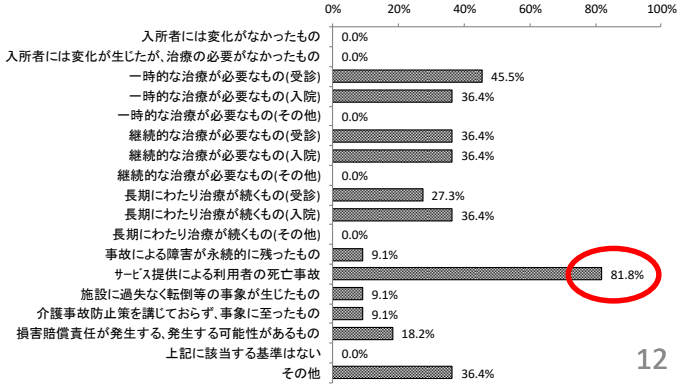
図表47　（都道府県が市区町村に介護事故の報告を求めている場合）都道府県への報告に関して定めの有無(回答件数19)



図表48　（都道府県が市区町村に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合）報告対象の介護事故の種別(複数回答)（回答件数16)



図表49　都道府県が市区町村に報告を求めている被害状況の範囲（誤嚥）(複数回答)（回答件数11)

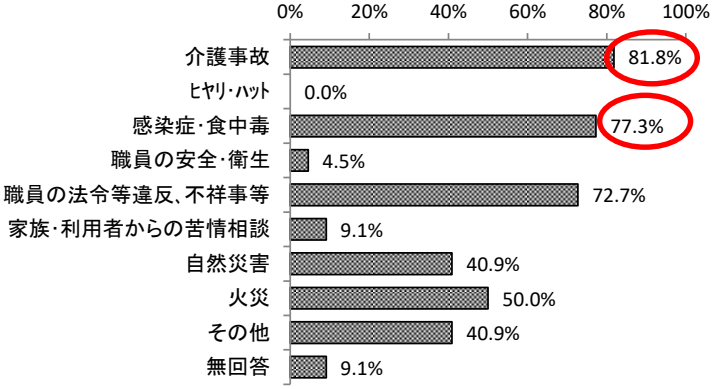


（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

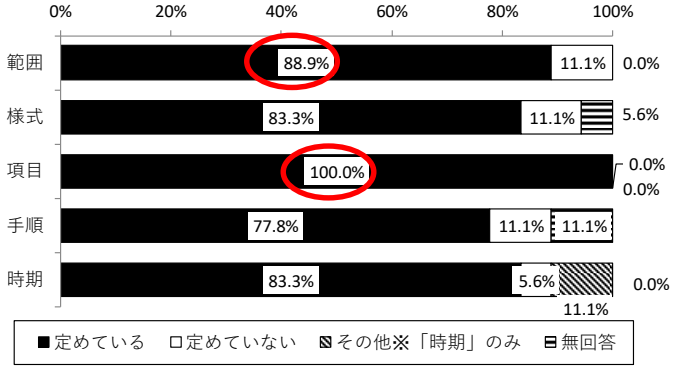
【都道府県票：事業者から都道府県への報告（問13～18）】

○事業者に報告を求めている範囲は「介護事故」が81.8%、「感染症・食中毒」が77.3%であった。施設で介護事故が起こった場合、都道府県への報告に関して「定めている」ものは、介護事故の「範囲」が88.9%、「項目」が100.0%であった。報告対象の介護事故の種別は「誤嚥」「異食」「誤薬・薬剤」がそれぞれ68.8%、「転倒」「転落」がそれぞれ62.5%であった。また、報告対象の被害状況の範囲は、誤嚥についてみると「サービス提供による利用者の死亡事故」が100.0%であった。

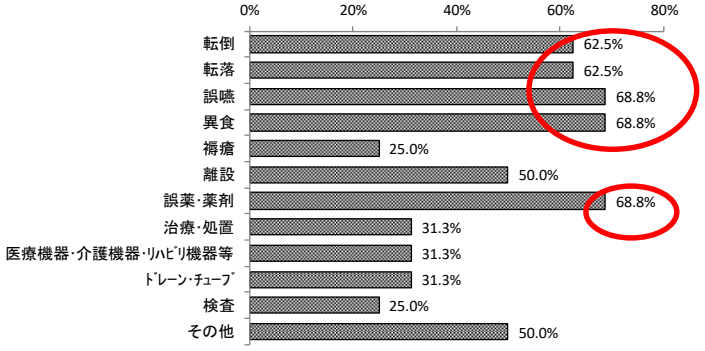
図表50　都道府県が事業者に事故報告として求めている範囲（複数回答）（回答件数22）



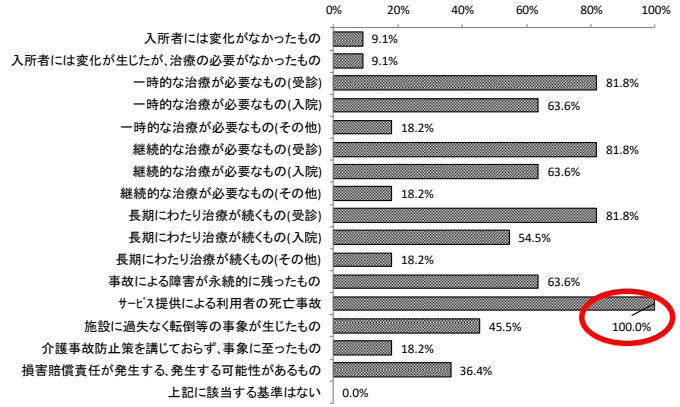
図表51　（都道府県が事業者に介護事故の報告を求めている場合）都道府県への報告に関して定めの有無（回答件数18）



図表52　（都道府県が事業者に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合）報告対象の介護事故の種別（複数回答）（回答件数16）



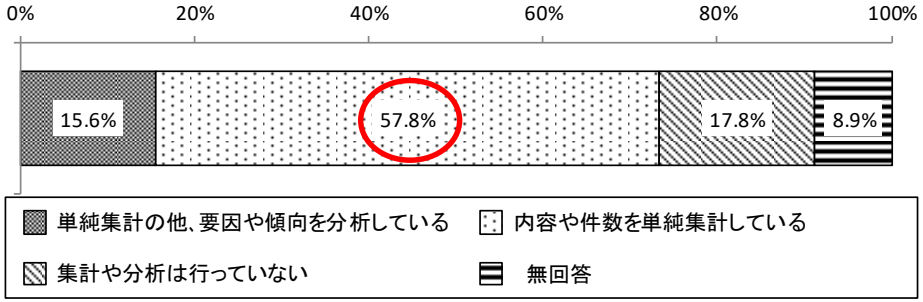
図表53　都道府県が事業者に報告を求めている被害状況の範囲（誤嚥）（複数回答）（回答件数11）



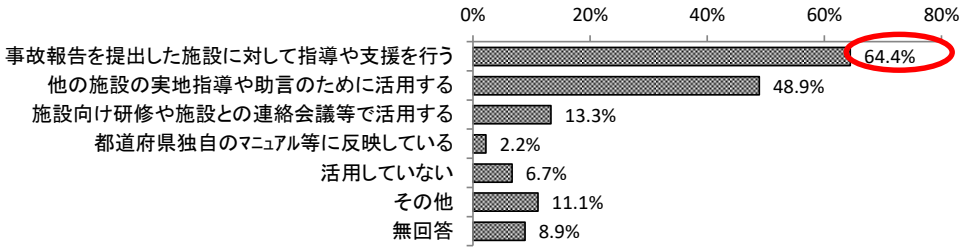
（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【都道府県票：報告の活用状況・研修の実施状況（問22～25）】
○報告された介護事故情報について「内容や件数を単純集計している」が57.8%であった。
○介護事故情報の活用状況は「事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行う」が64.4%であった。
○介護事故防止のための研修は「有」が8.7%であった。
○介護事故が発生した施設への実地検証は「必要に応じ、実施する」が76.1%であった。

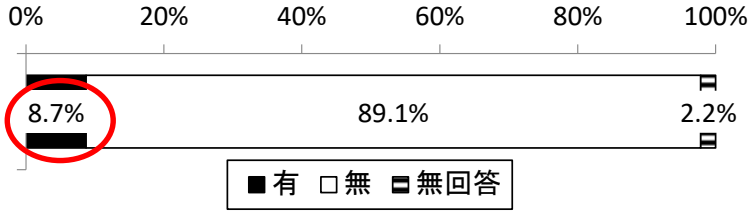
図表54（都道府県内の施設で発生した事故情報を収集している場合）
都道府県に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数45)



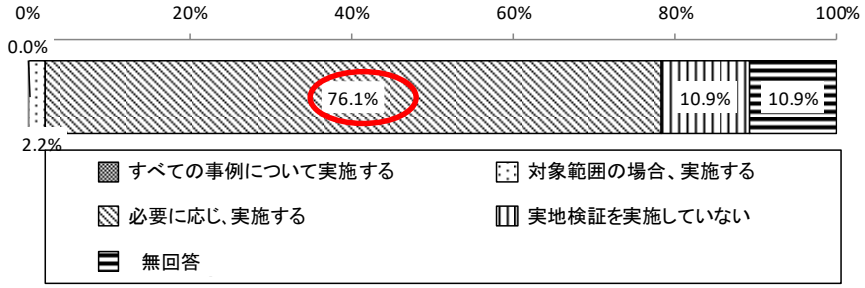
図表55　都道府県における介護事故情報の活用状況(複数回答)（回答件数45）



図表56　介護事故防止のための研修の有無（回答件数46）



図表57　介護事故が発生した施設への実地検証(回答件数46)



介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３.14）	資料１－７

（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業（結果概要）（案）

（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

1. 調査の目的

介護老人保健施設において行われている医療処置等の実態を踏まえ、事故、衛生管理、身体拘束廃止、災害対策、家族等からのクレームへの対応状況を明らかにする。特に事故については報告ルールを把握する。また、対応にあたって専任の担当者の職種等、対応体制がどのように構築されているかを明らかにし、さらに、職員がどのような研修を受講しているかを検証する。

2. 調査方法

調査票を用いた郵送調査。厚生労働省より提供を受けた全国の事業所名簿（平成30年6月介護報酬請求事業所）をもとに全数調査を実施した。

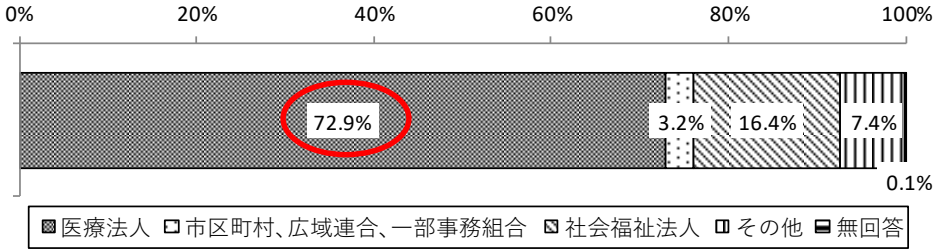
【母集団】全国の介護老人保健施設4,275事業所
【発出数】3,696事業所（被災地域の事業所を除く）
【回収数】1,205事業所
【回収率】32.6%
【有効回収数】1,163事業所
【有効回収率】31.5%

（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

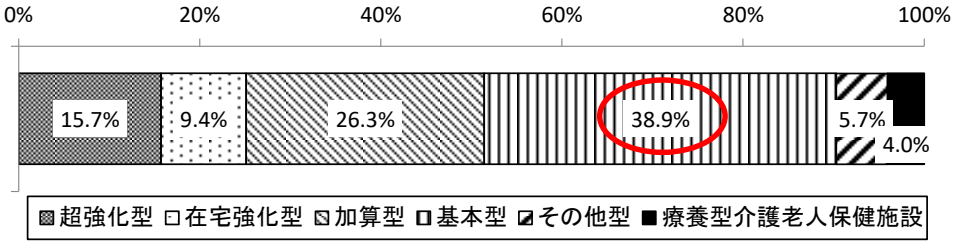
3. 調査結果概要

【基本情報（問2、4、5、8、9、16）】
〇運営主体は、「医療法人」が72.9%、施設の類型は「基本型」が38.9%であった。
〇入所定員は、平均87.9人、入所者数は、平均79.1人であった。
〇病院・診療所の併設状況は「病院併設」が32.8%、「診療所併設」が16.2%であった。
〇ISO等のマネジメントシステムは「導入している」が6.1%であった。

図表1　運営主体（回答件数1,163）



図表2　施設の類型（回答件数1,163）

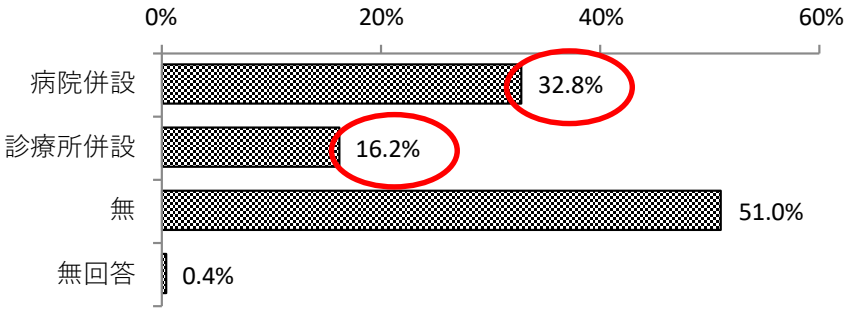


図表3　入所定員・利用者数

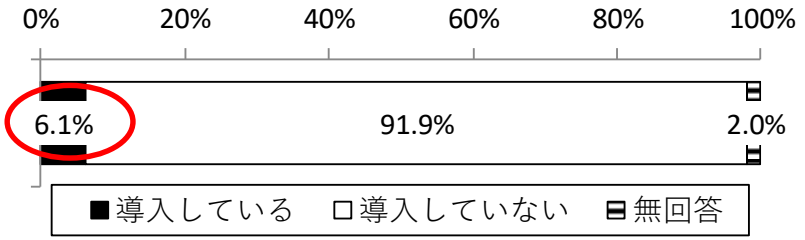
	回答件数	平均値
入所定員(人)	1,160	87.9
入所者数(人)	1,151	79.1

※法人種別の分布は、母集団と概ね相違なく、偏りがないことを確認した。

図表4　病院・診療所の併設状況（複数回答）（回答件数1,163）



図表5　ISO等のマネジメントシステムの導入状況（回答件数1,163）



（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【医療処置等の実施状況（設問4．④～⑨、⑪）】

○回答施設において、平成30年2月または8月に入所時点で行っていなかった治療、処置を行った利用者数(延べ人数）は14,570人であった。治療等の原因となった疾患について、疾患分類は「呼吸器系」が21.7%、「腎・泌尿器系」が17.4%であった。「疾患名」でみたところ、「肺炎」が11.1%、「膀胱炎」が7.1%、「誤嚥性肺炎」が5.2%であった。

○関連しての入院は「有」が15.5%、関連して要した検査等は、介護老人保健施設内で、「血液・生化学検査」が25.7%、「尿検査」が19.1%であった。病院・診療所で「単純エックス線撮影」が15.3%、「血液・生化学検査」が11.1%であった。関連して要した処置等は介護老人保健施設内で「静脈内注射」が27.7%であった。

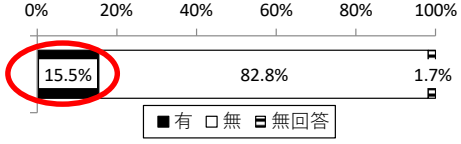
図表6　疾患分類（回答件数14,570）

疾患分類	割合
呼吸器系	21.7%
感染症系	7.6%
消化器系	7.3%
内分泌系	2.5%
循環器系	5.5%
腎・泌尿器系	17.4%
血液疾患系	1.1%
神経・精神系	5.8%
筋骨格系	8.2%
皮膚	13.2%
特に診断をしていない	7.7%
無回答	2.1%
全体	100.0%

図表7　疾患名（上位10位まで）（回答件数14,570）

疾患名	割合
肺炎	11.1%
膀胱炎	7.1%
誤嚥性肺炎	5.2%
ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ	4.8%
骨折	3.7%
褥瘡	3.5%
心不全	2.8%
脳卒中	2.4%
ｶﾃｰﾃﾙ関連尿路感染	2.3%
糖尿病	2.0%

図表8　関連して入院の有無（回答件数14,570）



図表9　関連して要した検査等（複数回答）（回答件数14,570）

	老健内で実施	病院・診療所で実施
尿検査	19.1%	3.4%
糞便検査	0.9%	0.1%
血液・生化学検査	25.7%	11.1%
培養検査	2.4%	0.8%
呼吸機能検査	0.3%	0.1%
心電図検査	1.3%	2.3%
超音波検査	0.1%	1.1%
脳波検査	0.1%	0.1%
上部・下部消化管内視鏡検査	0.0%	0.5%
気管支鏡検査	0.0%	0.0%
喉頭鏡検査	0.1%	0.2%
単純ｴｯｸｽ線撮影	2.6%	15.3%
透視	0.2%	0.2%
CT	1.0%	9.7%
MRI	0.1%	0.9%
ﾄﾞﾚﾅｰｼﾞ	0.0%	0.0%
脳室穿刺	0.1%	0.1%
胸腔・腹腔穿刺	0.0%	0.0%
腰椎穿刺	0.0%	0.0%
骨髄穿刺	0.0%	0.0%
透析(腹膜灌流を含む)	0.0%	0.0%
該当なし	45.3%	45.9%
無回答	15.4%	26.4%
全体	100.0%	100.0%

図表10　関連して要した処置等（複数回答）（回答件数14,570）

	老健内で実施	病院・診療所で実施	老健で処置後に、病院・診療所で実施
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	0.8%	0.3%	0.1%
経鼻経管栄養	0.5%	0.1%	0.1%
中心静脈栄養	0.4%	0.3%	0.2%
ｶﾃｰﾃﾙの管理	2.8%	0.6%	0.2%
ｽﾄｰﾏ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0.1%	0.0%	0.0%
喀痰吸引	6.6%	0.6%	0.5%
ﾈﾌﾞﾗｲｻﾞｰ	0.9%	0.1%	0.1%
酸素療法(酸素吸入)	5.8%	1.5%	1.0%
気管切開のｹｱ	0.0%	0.0%	0.0%
人工呼吸器の管理	0.0%	0.1%	0.0%
静脈内注射(点滴含む)	27.7%	4.6%	1.7%
皮内、皮下及び筋肉内注射	0.5%	0.3%	0.1%
簡易血糖測定	1.3%	0.0%	0.0%
ｲﾝｽﾘﾝ注射	0.5%	0.3%	0.1%
疼痛管理(麻薬なし)	3.6%	0.6%	0.5%
疼痛管理(麻薬使用)	0.3%	0.1%	0.0%
創傷処置	5.4%	1.2%	0.7%
褥瘡処置	3.7%	0.3%	0.2%
浣腸	1.3%	0.0%	0.0%
摘便	1.2%	0.0%	0.0%
導尿	1.3%	0.1%	0.0%
膀胱洗浄	1.9%	0.4%	0.4%
持続ﾓﾆﾀｰ測定	1.1%	0.6%	0.2%
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	0.9%	0.2%	0.1%
歯科治療(訪問を含む)	1.8%	0.9%	0.1%
該当なし	33.8%	58.6%	62.1%
無回答	10.2%	31.3%	33.0%
全体	100.0%	100.0%	100.0%

（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

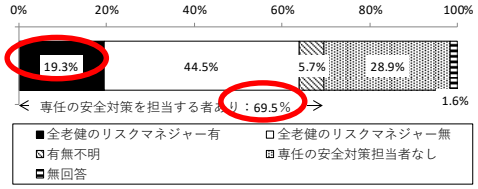
【事故防止・安全管理（問20）】

○「専任の安全対策を担当する者あり」が69.5%であった。全老健のリスクマネジャーがいる施設は19.3%であった。専任の安全対策を担当する者は1施設あたり平均5.4人、全老健のリスクマネジャーは平均0.4人であった。専任の安全対策を実施する者の外部研修の受講状況は「自治体」が16.6%、「全国老人保健施設協会」が11.9%であった。

○職種別には「看護職員」が担当している施設が71.4%、「介護職員」が61.4%であった。

○専任の安全対策を担当する者の職種別に担当業務をみたところ、事務長は「職員の法令等違反、不祥事等」が84.1%、「職員の安全・衛生」が79.8%、「火災」が79.5%、「自然災害」が77.9%であった。看護職員は「ヒヤリ・ハット」が82.2%、介護職員は「ヒヤリ・ハット」が92.2%、「介護事故」が91.6%であった。栄養士・管理栄養士は「感染症・食中毒」が89.4%、支援相談員は「家族・利用者からの苦情相談」が88.2%であった。

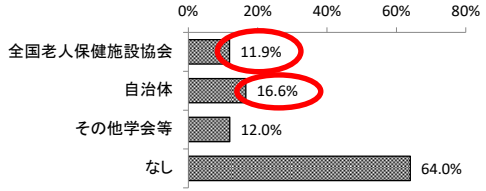
図表11　専任の安全対策を担当する者の有無
（回答件数1,163）



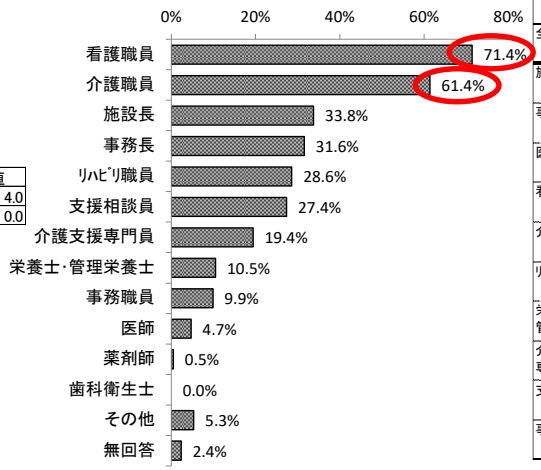
図表12　専任の安全対策を担当する者の人数等

	回答件数	平均値	標準偏差	中央値
専任の安全対策を担当する者の人数(人)	742	5.4	4.9	4.0
（うち）全老健リスクマネジャーの人数(人)	742	0.4	0.7	0.0

図表13　（専任の安全対策を担当する者）
外部研修の受講状況（複数回答）（回答件数2,578）



図表14　専任の安全対策を担当する者がいる場合：
職種ごとの有無(施設ベース)（複数回答）
（回答件数808）



図表15　専任の安全対策を担当する者の職種ごとの担当する業務
（複数回答）

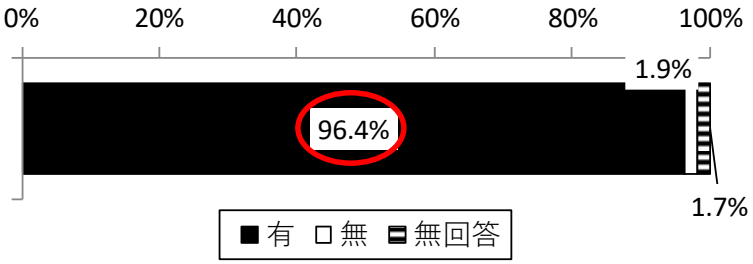
	回答件数	介護事故	ヒヤリ・ハット	感染症・食中毒	職員の安全・衛生	職員の法令等違反、不祥事等	家族・利用者からの苦情相談	自然災害	火災
全体	2,578	1,887	1,838	1,213	1,127	745	1,057	717	750
	100.0%	73.2%	71.3%	47.1%	43.7%	28.9%	41.0%	27.8%	29.1%
施設長	276	206	154	186	196	167	102	114	109
	100.0%	74.6%	55.8%	67.4%	71.0%	60.5%	37.0%	41.3%	39.5%
事務長	258	137	105	96	206	217	159	201	205
	100.0%	53.1%	40.7%	37.2%	79.8%	84.1%	61.6%	77.9%	79.5%
医師	39	23	23	22	22	8	8	6	5
	100.0%	59.0%	59.0%	56.4%	56.4%	20.5%	20.5%	15.4%	12.8%
看護職員	600	483	493	431	262	101	195	94	103
	100.0%	80.5%	82.2%	71.8%	43.7%	16.8%	32.5%	15.7%	17.2%
介護職員	562	515	518	198	146	60	144	84	98
	100.0%	91.6%	92.2%	35.2%	26.0%	10.7%	25.6%	14.9%	17.4%
リハビリ職員	232	197	210	59	85	28	60	36	37
	100.0%	84.9%	90.5%	25.4%	36.6%	12.1%	25.9%	15.5%	15.9%
栄養士・管理栄養士	85	14	32	76	26	5	8	11	14
	100.0%	16.5%	37.6%	89.4%	30.6%	5.9%	9.4%	12.9%	16.5%
介護支援専門員	157	114	114	39	37	28	114	27	27
	100.0%	72.6%	72.6%	24.8%	23.6%	17.8%	72.6%	17.2%	17.2%
支援相談員	221	130	131	51	57	54	195	49	52
	100.0%	58.8%	59.3%	23.1%	25.8%	24.4%	88.2%	22.2%	23.5%
事務職員	81	29	25	23	48	41	32	60	64
	100.0%	35.8%	30.9%	28.4%	59.3%	50.6%	39.5%	74.1%	79.0%

○その他の職種は省略したため、全体件数は内訳と一致していない。
○回答割合が7割以上に黄色の網掛けをした。

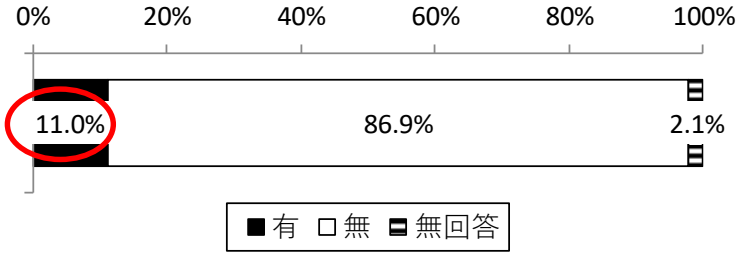
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【損害賠償（問25、26）】
○損害賠償保険の加入は「有」が96.4%であった。
○過去１年間に損害賠償の請求を受けたことは「有」が11.0%であった。
【施設における事故防止検討委員会の構成メンバー（問28）】
○施設における事故防止検討委員会の構成メンバーは「看護職員」が96.5%、「介護職員」が96.0%であった。

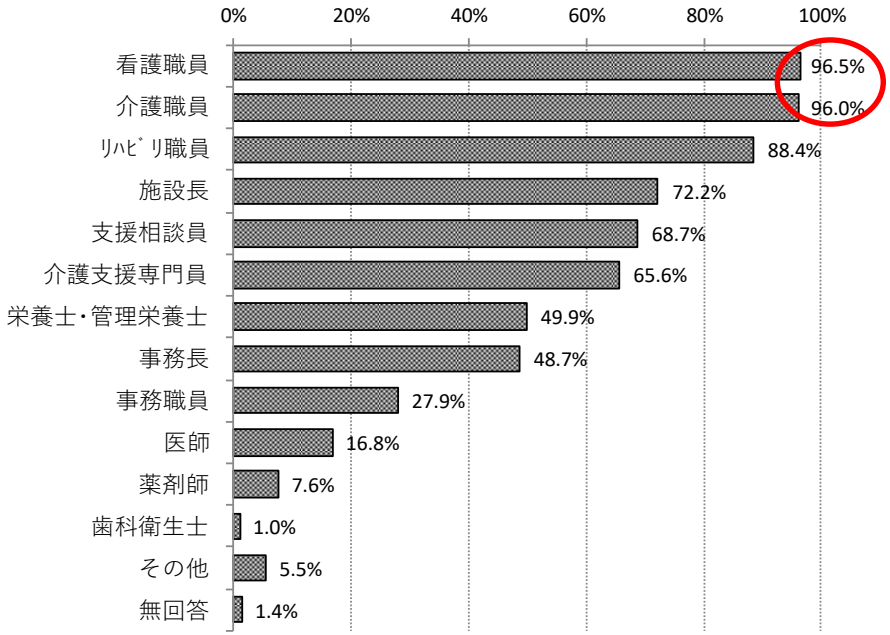
図表16　損害賠償保険の加入の有無（回答件数1,163）



図表17　損害賠償請求を受けたことの有無（回答件数1,163）



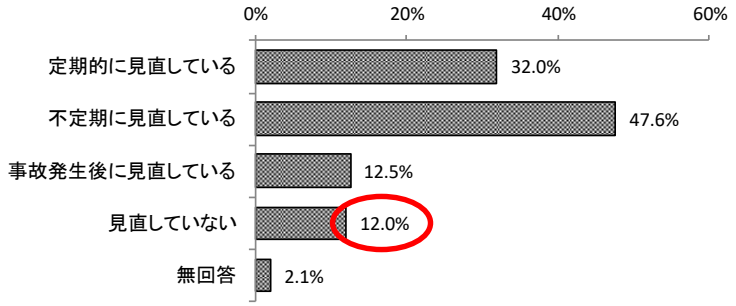
図表18　施設における事故防止検討委員会の構成メンバー(複数回答)（回答件数1,163）



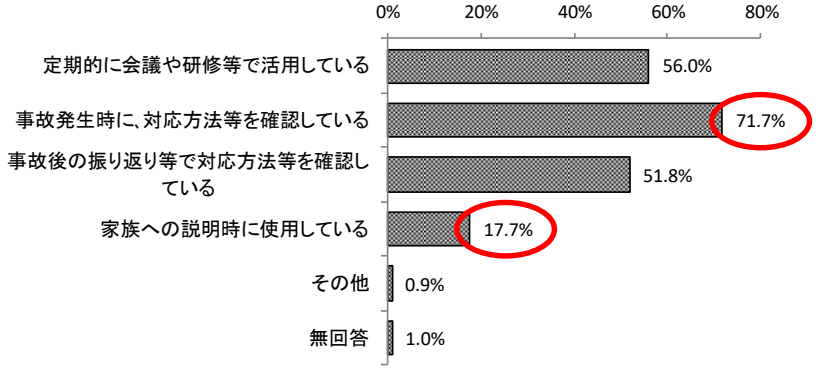
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【指針、マニュアル等（問22、23）】
○事故発生の防止のための指針の見直しは「見直していない」が12.0%であった。
○指針に基づくマニュアル等の活用状況は「事故発生時に、対応方法等を確認している」が71.7%、家族への説明時に使用している」が17.7%であった。
○直近の介護事故について「事故発生時、報告手順に沿い、報告している」が90.7%であった。
○マニュアルの見直しは「見直していない」が8.4%であった。

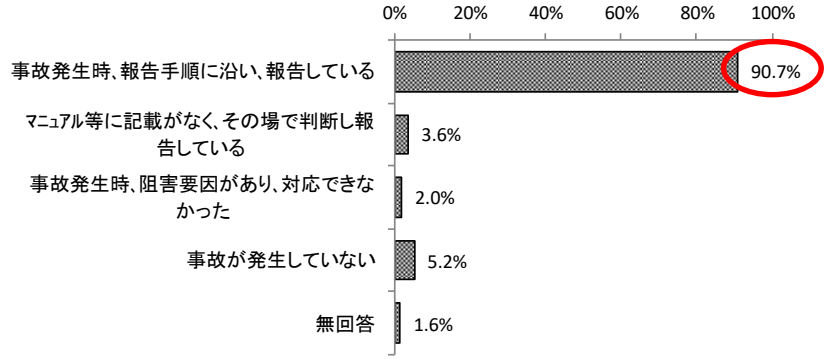
図表19　事故発生の防止のための指針の見直し状況
（複数回答）（回答件数1,054）



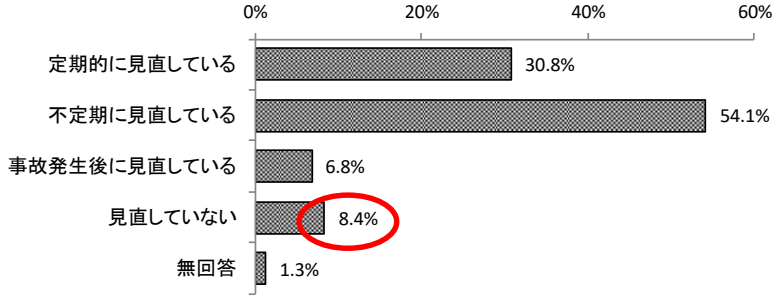
図表20　（指針に基づくマニュアルがある場合）
指針に基づくマニュアル等の活用状況（複数回答）（回答件数1,073）



図表21　（指針に基づくマニュアル等がある場合）
直近の介護事故について、事故発生時の対応状況（複数回答）（回答件数1,073）



図表22　（指針に基づくマニュアル等がある場合）
指針に基づくマニュアル等の見直し状況（複数回答）（回答件数1,073）



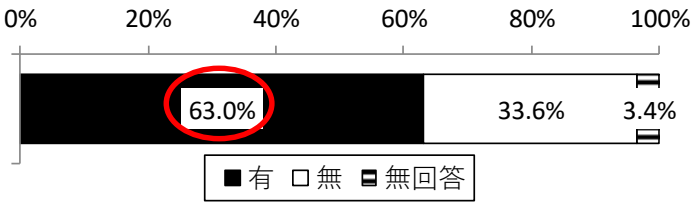
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【リスク評価（問27）】

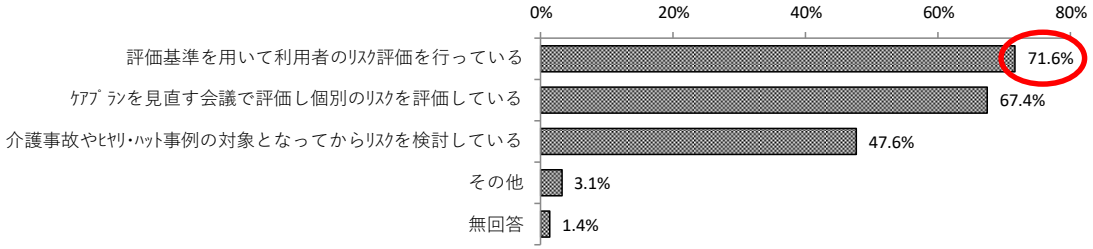
○介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価は、「有」が63.0%で、その場合、「評価基準を用いて利用者のリスク評価を行っている」が71.6%であった。評価基準は「施設」が定めている場合が89.0%、対象は「転倒」が93.7%、「転落」が86.1%であった。

○入所者家族とのリスク共有は「有」が93.6%でその頻度は「2～3か月ごとに1回程度」が52.2%であった。

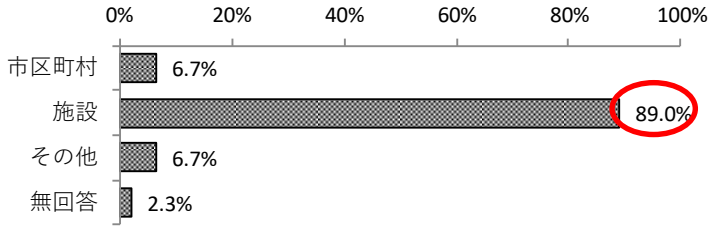
図表23　介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無（回答件数1,163）



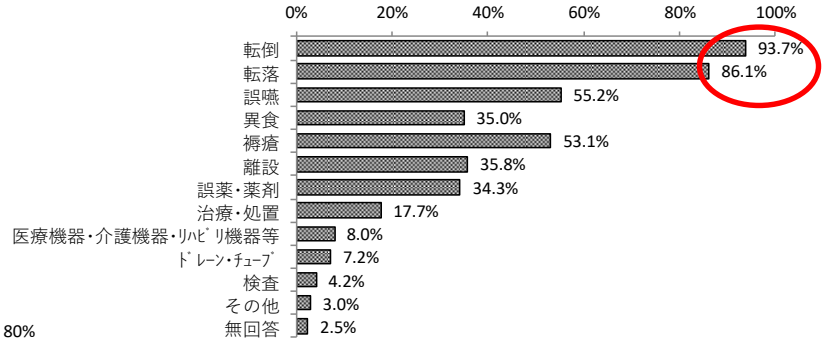
図表24　（入所者ごとのリスク評価を実施している場合）
リスク評価の方法（複数回答）（回答件数733）



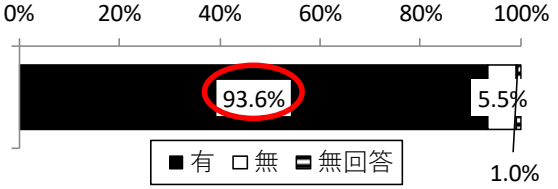
図表25　（評価基準を用いている場合）評価基準を定めた者（複数回答）（回答件数525）



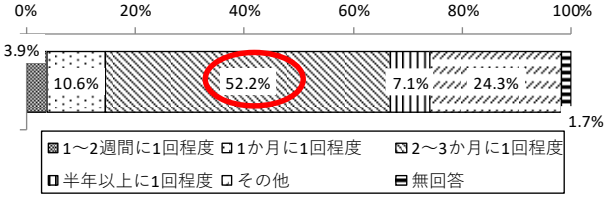
図表26　（評価基準を用いている場合）対象のリスク（複数回答）（回答件数525）



図表27　（入所者ごとのリスク評価を実施している場合）
家族との共有の有無（回答件数733）



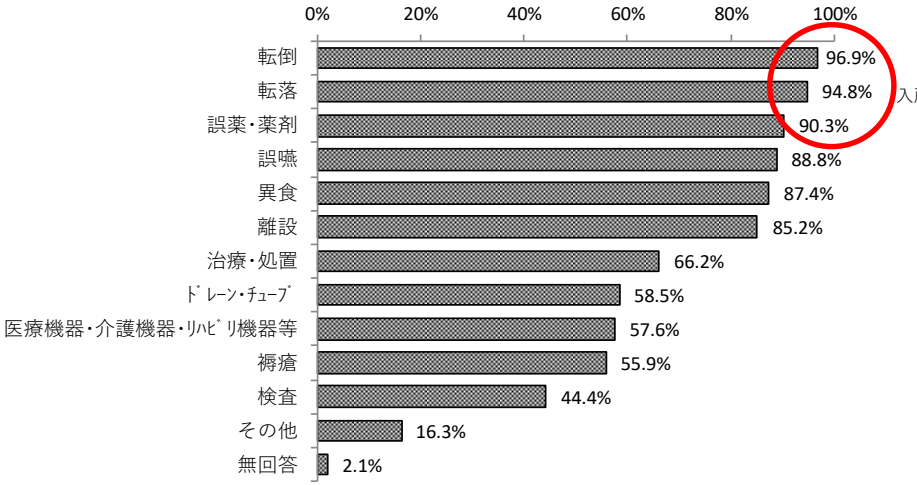
図表28　（入所者家族とリスク評価を共有している場合）
家族との平均的な共有頻度（回答件数686）



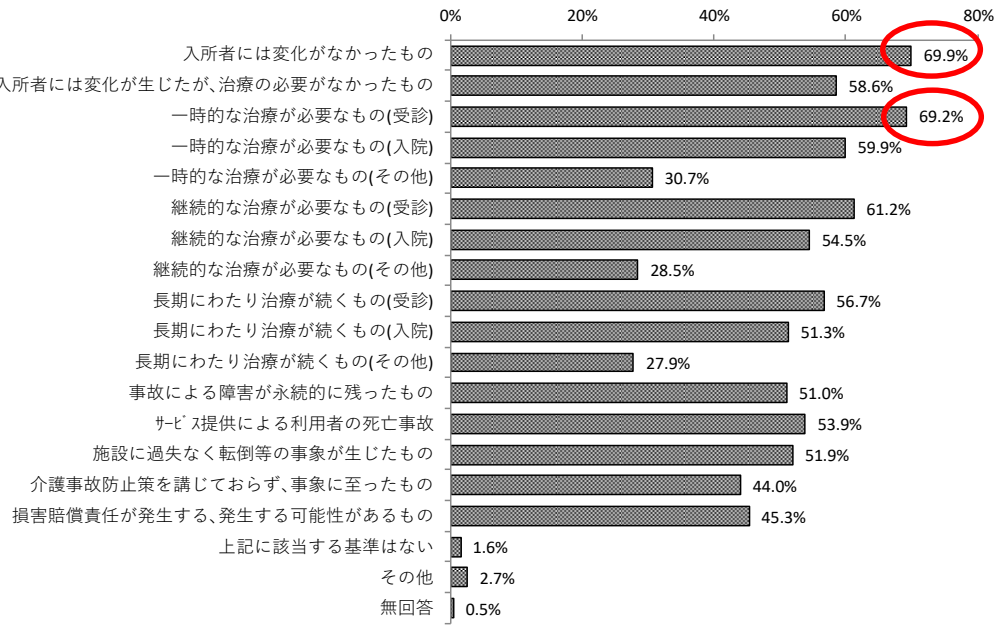
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【事故の把握（問34）】
〇事故の施設内での報告ルールとして、報告対象の事故の種別は、「転倒」が96.9%、「転落」が94.8%、「誤薬・薬剤」が90.3%であった。
〇報告対象とする被害状況については、転倒をみると「入所者に変化がなかったもの」が69.9%、「一時的な治療が必要となったもの（受診）」が69.2%であった。

図表29　報告対象の事故の種別(複数回答)（回答件数1,163）



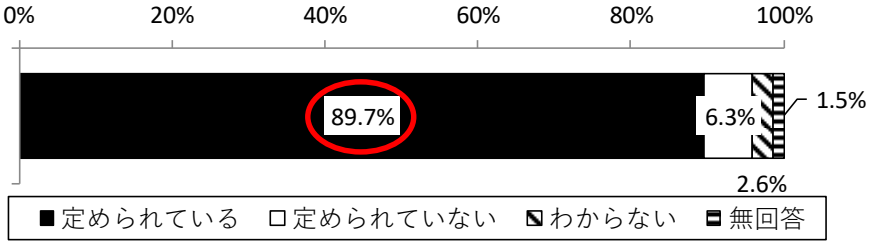
図表30　報告対象とする被害状況の範囲(転倒の場合)(複数回答)
（回答件数1,127）



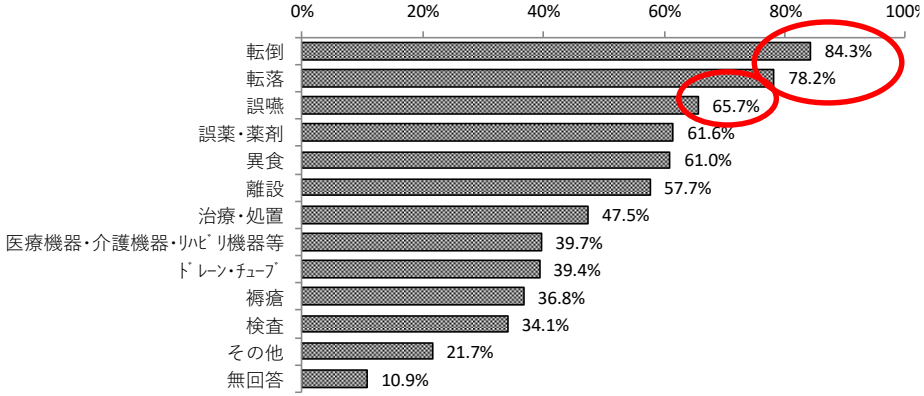
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【市区町村への報告（問46、48）】
○市区町村への報告対象の範囲について「定められている」が89.7%であった。
○市区町村に報告している事故の種別は「転倒」が84.3%、「転落」が78.2%、「誤嚥」が65.7%であった。
○報告する被害の範囲について転倒をみてみると、「一時的な治療が必要となったもの（入院）」が54.0%であった。

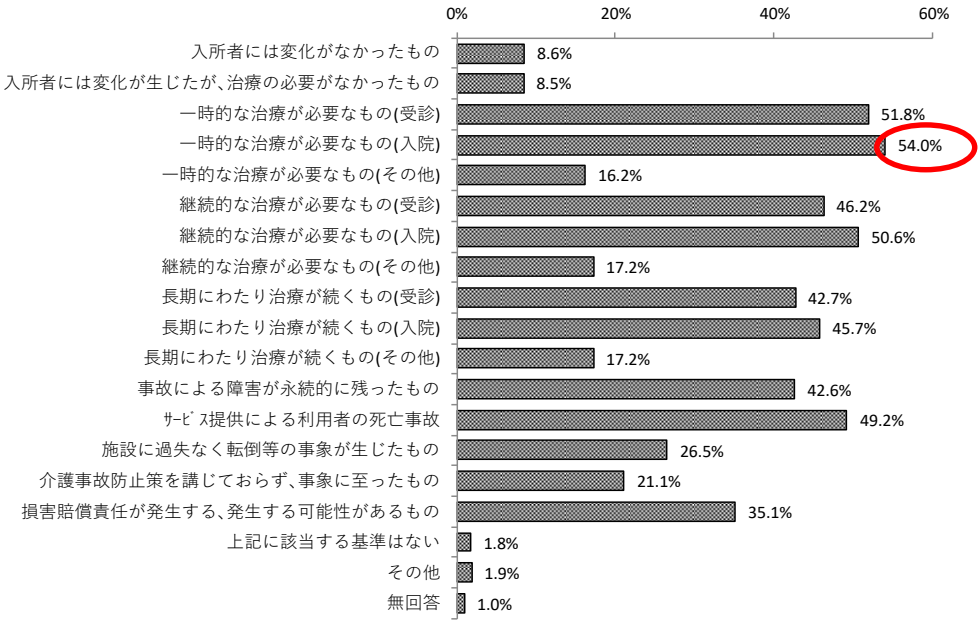
図表31　施設から市区町村への報告対象の範囲（回答件数1,163）



図表32　市区町村への報告対象の事故種別(複数回答）（回答件数1,163）



図表33　報告する被害の範囲（転倒の場合）(複数回答）（回答件数980）



※数値は速報値であり精査中であるが、「（6）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」の市区町村票において、平成29年度の介護老人保健施設からの「死亡」報告件数は、275施設で430件（域内3205施設）。

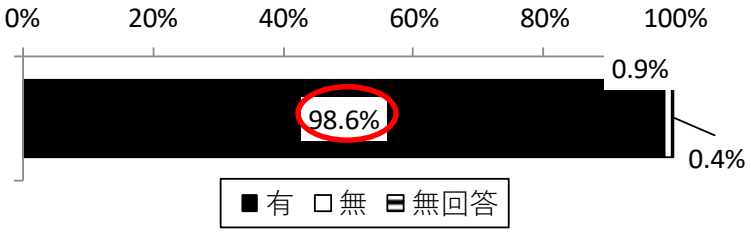
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【ヒヤリ・ハットの把握・介護事故の分析（問40、41、50）】

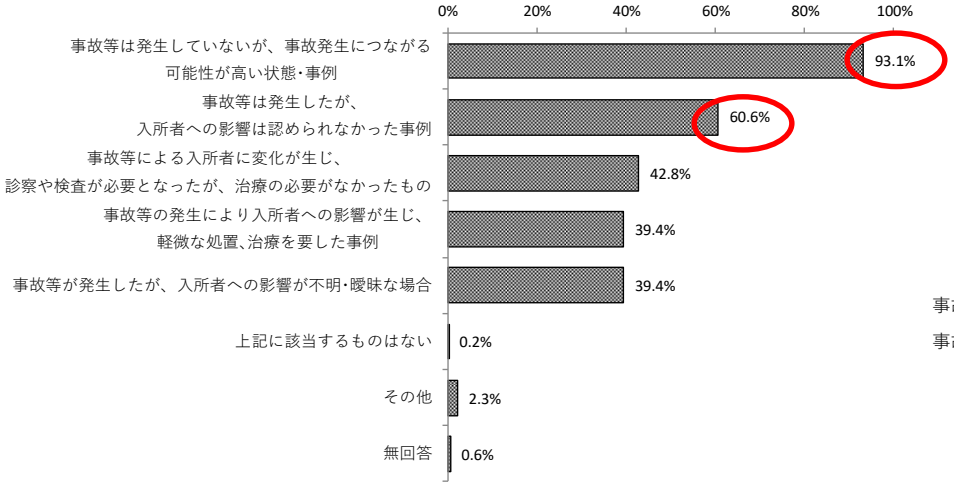
○ヒヤリ・ハットは報告「有」が98.6%、ヒヤリ・ハットとして、報告対象としているのは「事故等は発生していないが、事故発生につながる可能性が高い状態・事例」が93.1%、「事故等は発生したが、入所者への影響は認められなかった事例」が60.6%であった。

○介護事故については、「分析している」が95.1%で、そのうち、「事故発生防止のための委員会で分析している」が77.5%であった。また、分析内容としては「改善策を検討している」が88.8%であった。

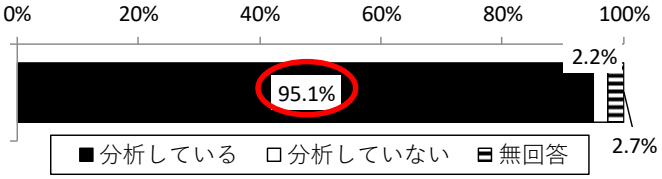
図表34　ヒヤリ・ハットの報告体制の有無（回答件数1,163）



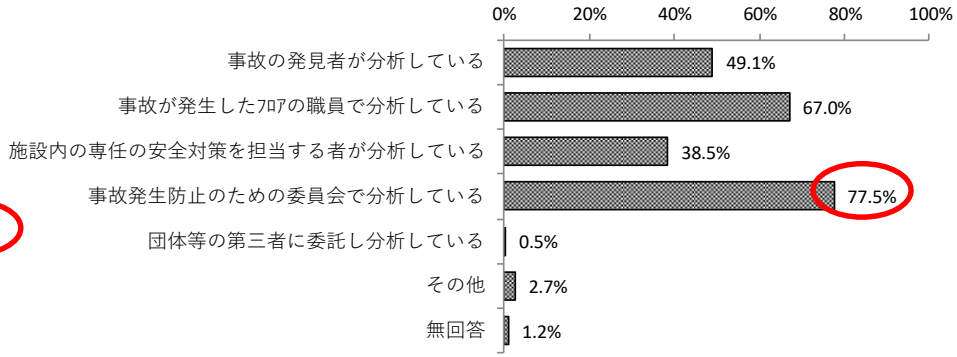
図表35　（ヒヤリ・ハットの報告体制がある場合）報告対象の範囲（複数回答）（回答件数1,147）



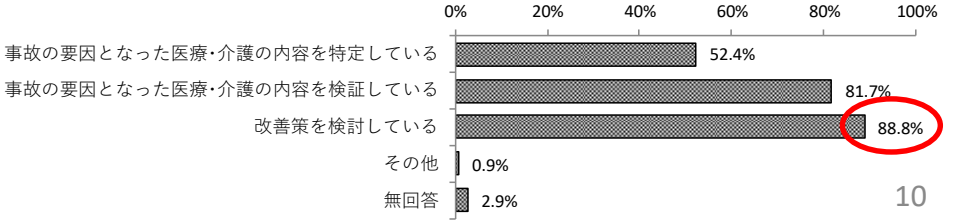
図表36　介護事故の分析の有無（回答件数1,163）



図表37　介護事故の分析者（複数回答）（回答件数1,106）



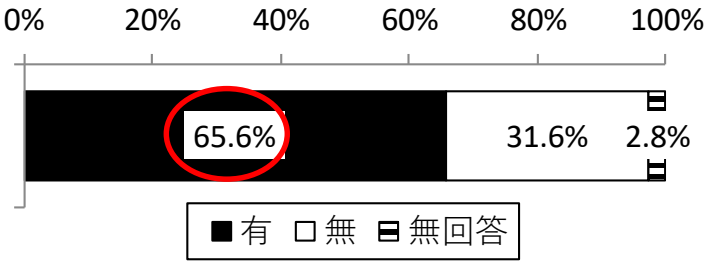
図表38　介護事故の分析内容（複数回答）（回答件数1,106）



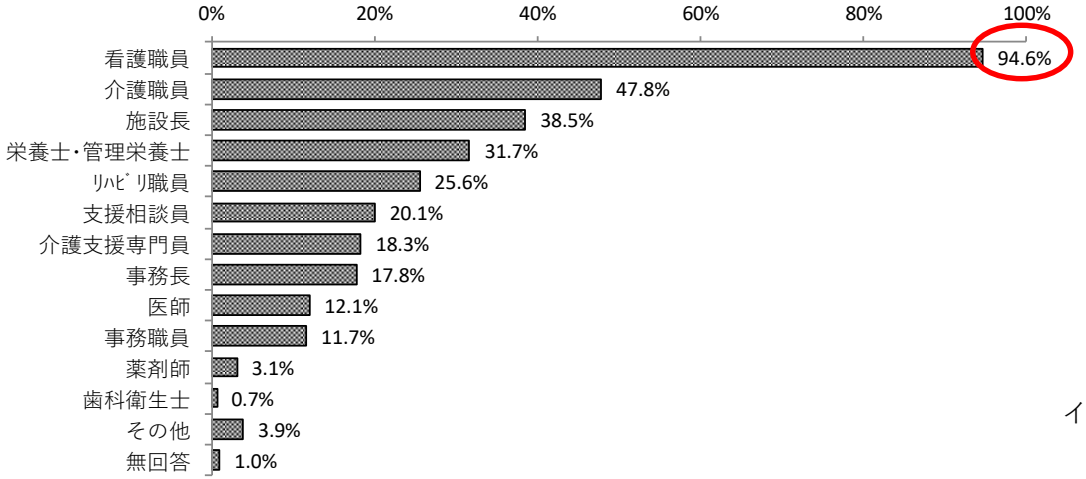
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【衛生管理・感染管理（問52、55、59、61）】
○専任の感染対策を担当する者は「有」が65.6%、その職種は「看護職員」が94.6%であった。
○感染対策のためのマニュアルは「作成している」が98.5%、感染症が発生した際、マニュアルをもとに全職員が適切な対応が「できる」が82.7%、「できない」が16.1%であった。
○平成29年度に、ノロウィルスの集団発生があった施設は4.6%、インフルエンザは36.6%であった。

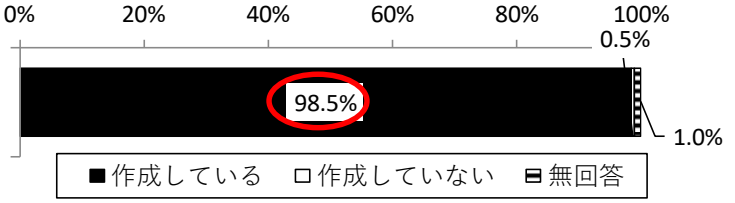
図表39　専任の感染対策を担当する者の有無（回答件数1,163）



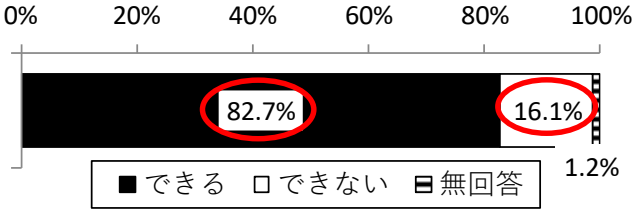
図表40　（専任の感染対策を担当する者がいる場合）職種(複数回答)（回答件数763）



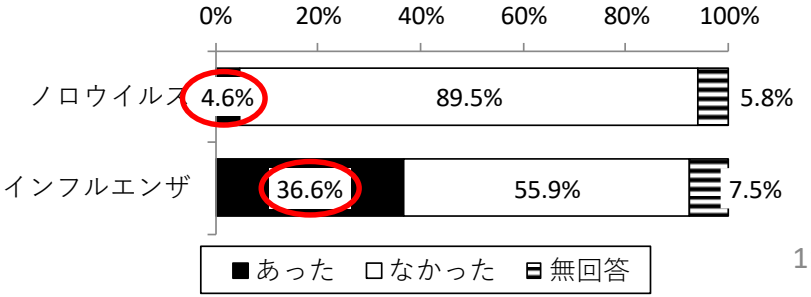
図表41　感染対策のためのマニュアルの作成状況（回答件数1,163）



図表42　（マニュアルがある場合）感染症が発生した際、マニュアルをもとに全職員が適切な対応をできるか（回答件数1,145）



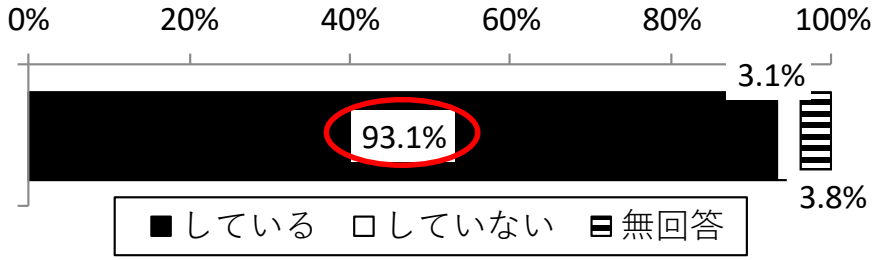
図表43　感染症の集団発生の有無(平成29年度)（回答件数1,163）



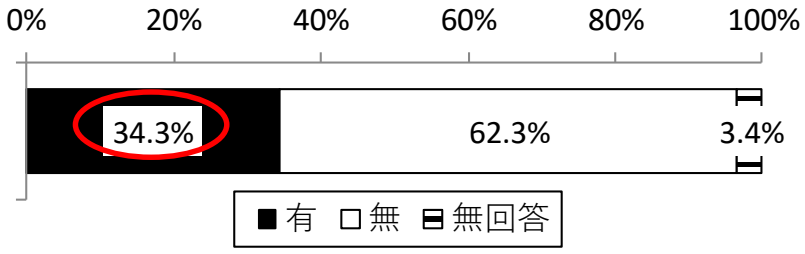
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【身体拘束（問63、65、66）】
〇施設として身体拘束廃止について方針を表明「している」が93.1%であった。
〇緊急やむをえない場合の身体拘束の実施「有」が34.3%であった。
〇専任の身体拘束廃止を担当する者は「有」が60.3%で、その職種は、「介護職員」が70.5%、「看護職員」が69.2%であった。

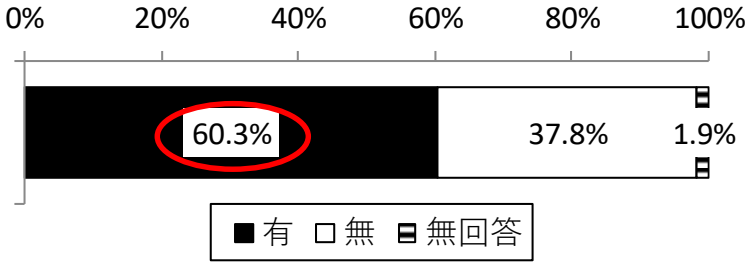
図表44　身体拘束廃止についての方針表明（回答件数1,163）



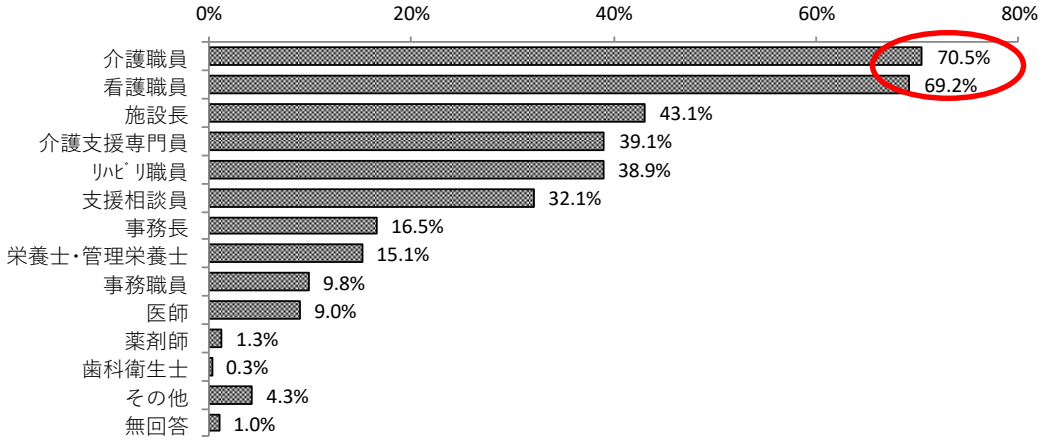
図表45　緊急やむをえない場合の身体拘束の実施の有無（平成29年度）（回答件数1,163）



図表46　専任の身体拘束廃止を担当する者の有無（回答件数1,163）



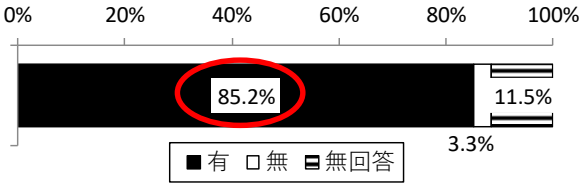
図表47　専任の身体拘束廃止を担当する者の職種(複数回答)（回答件数701）



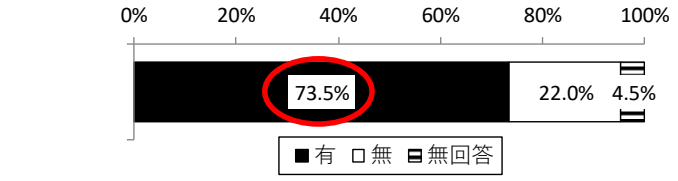
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【災害対策（問68～71）】
○非常時・災害時に関する計画・マニュアル策定は「有」が85.2%であった。
○専任の災害対策を担当する者は「有」が73.5%で、その場合、「事務長」が53.1%であった。
○防災訓練の実施は「有」が96.8%、施設外の人の参加状況は「消防関係者」が64.9%、「地域住民」は7.9%であった。訓練の反省点のマニュアルへの反映は「している」が77.3%であった。
○事業継続計画の策定は「している」が34.8%、「していない」が56.1%であった。

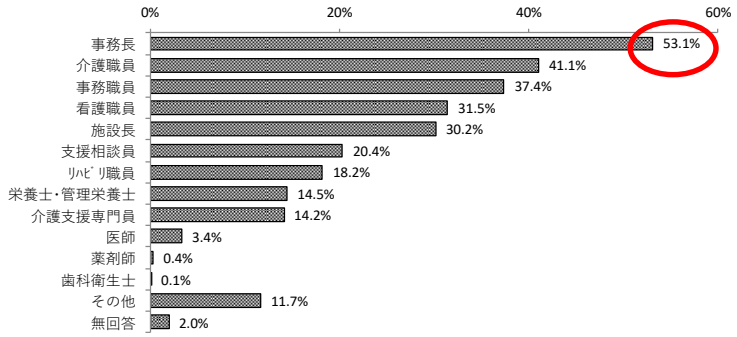
図表48　非常時・災害時に関する計画・マニュアルの策定の有無（回答件数1,163）



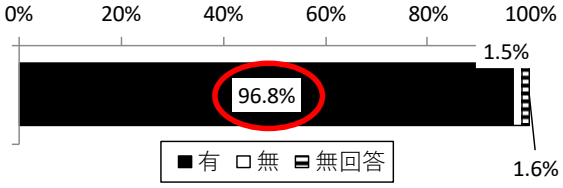
図表49　専任の災害対策を担当する者の有無（回答件数1,163）



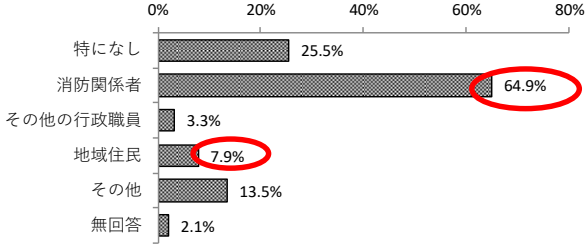
図表50　（専任の災害対策を担当する者がいる場合）職種（複数回答）（回答件数855）



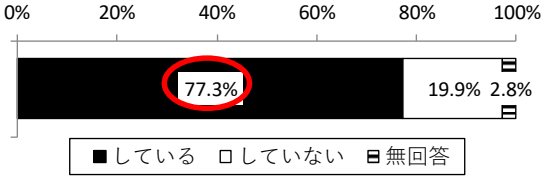
図表51　防災訓練（回答件数1,163）



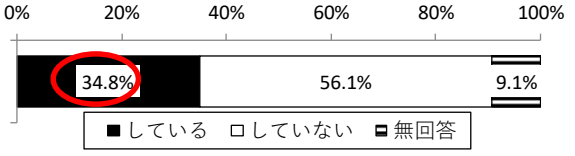
図表52　（防災訓練を実施している場合）施設外の参加者（複数回答）（回答件数1,126）



図表53　訓練の反省点のマニュアルへの反映（回答件数1,126）



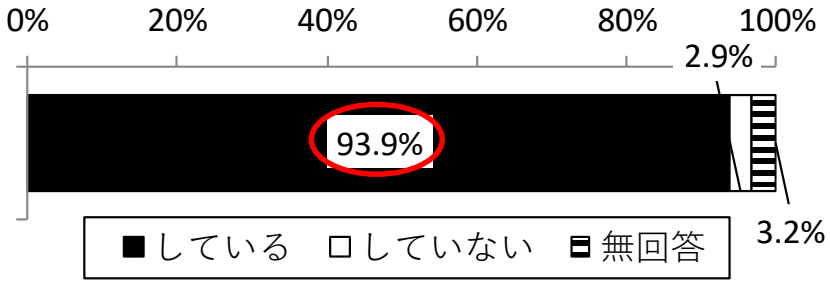
図表54　事業継続計画の策定状況（回答件数1,163）



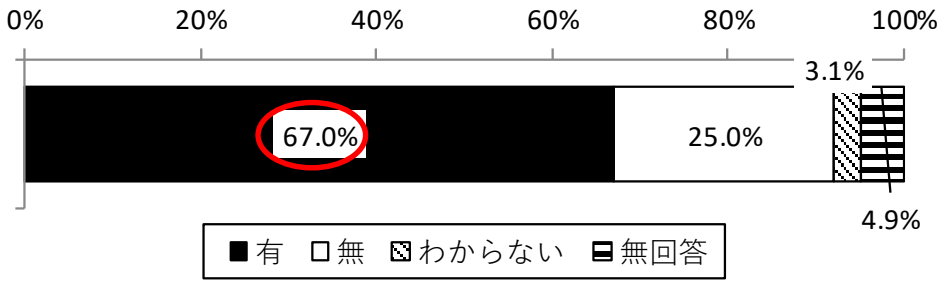
（7）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

【利用者・家族からのクレーム（問74、77～79）】
〇クレーム対応体制の構築は「している」が93.9%であった。
〇平成30年4月～9月の利用者・家族からのクレームは「有」が67.0%であった。
〇主な対応者は「支援相談員」75.1%であった。
〇直近のクレーム1例をたずねたところ「職員の態度、言葉遣い」が37.7%であった。

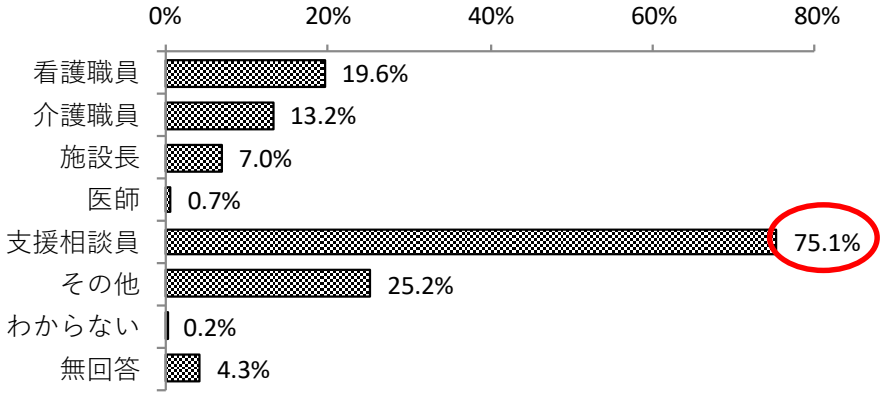
図表55　クレーム対応体制の構築（回答件数1,163）



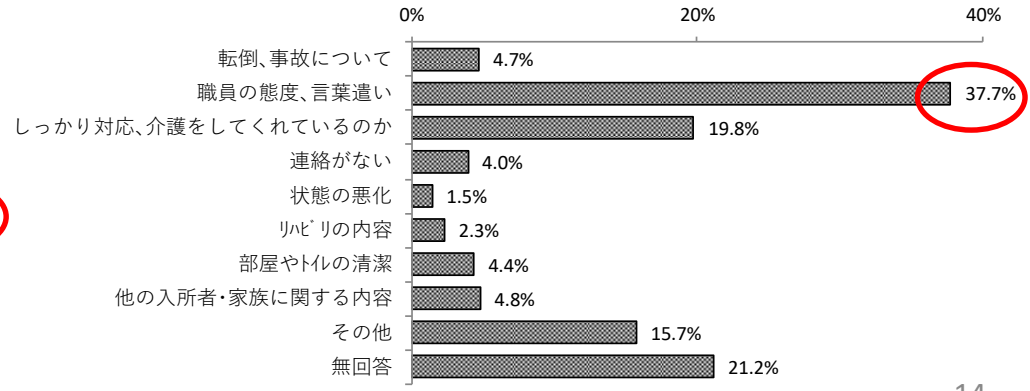
図表56　利用者・家族からのクレームの有無(平成30年4月～9月)（回答件数1,163）



図表57　クレームへの主な対応者(複数回答)（回答件数1,163）



図表58　直近のクレーム1例(単数回答)（回答件数1,163）



介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第 17 回（H31.3.14）	資料２

平成３０年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成３０年度調査）の評価シートについて

（１）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業・・・・・・・・・・・１

（２）介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２

（３）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業・・・・３

（４）福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・４

（５）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業・・・・・・・・・・・・５

（６）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業・・６

（７）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業・・７

【評価シート】

事業番号	（1）
調　査　名	介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業
検 討 課 題	持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供について検討を進める必要がある。介護保険制度におけるサービスの質の評価については、平成 25 年度より、介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査において継続的に議論され、サービスの質を評価する上で必要なデータ項目について、現場での収集可能性も踏まえつつ、サービス横断的に開発を行ってきた。平成 28 年度調査では、それまでに作成されたデータ項目 ver.2 をもとに、褥瘡などのハザードの発生を予測する際のデータの妥当性を検証した。その際褥瘡の発生と関連が認められた項目を用いて、褥瘡のリスク評価を行い、リスク評価に基づいた褥瘡ケア計画を作成し、評価結果を厚生労働省へ報告することに対して介護報酬上の評価を行った「褥瘡マネジメント加算」が平成 30 年度より新設された。本事業では、「褥瘡マネジメント加算」を算定するまでのプロセス及び課題を整理しつつ、その効果を検証することを目的とする。同時に、リスク評価及び報告を行うというプロセスにおいて、今後どのようにサービスの質の評価が可能であるか、各施設での評価項目の収集状況について調査を行う。

検討すべき課題の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

①新設された褥瘡マネジメント加算の算定プロセス及び課題の確認、②施設・事業所における評価項目の収集状況の実態把握、③過年度事業で作成したデータ項目 ver.2.1 の他アセスメント様式における類似項目の相関関係の把握は、今後科学的介護の具現化に向け利用者に関する情報を施設・事業所から収集していく方向性を検討する点から重要である。

検討課題から見た対象の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

居宅介護支援事業所（約 4,000 事業所）、介護老人保健施設（約 4,000 施設）、介護老人福祉施設（約 4,000 施設）、介護医療院（悉皆）を対象とした横断的な調査は、上記課題を検討する上で妥当であった。

検討課題からみた方法論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

調査票は、検討課題①・②に関して、事業所の基本情報や各課題の実態等を把握するための事業所票と、検討課題③に関して利用者票の二部構成とすることで、必要な情報を十分に収集することができ、妥当であった。

結果及び結果から導かれる結論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

①については、褥瘡マネジメント加算導入によって、施設における褥瘡マネジメントの取組を一定程度向上したことの確認や、褥瘡の定義が異なる等褥瘡マネジメント上の課題を浮き彫りにした。②については、各評価項目における各サービスの収集状況・負担感の把握により、今後利用者に関する情報を施設・事業所から収集していく上での基礎情報が整理できた。③については、過去の検討経緯も踏まえ、引き続きデータ項目 ver.2.1 の取り扱いについて検討が必要である。

【評価シート】

事業番号	（2）
調　査　名	介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業
検 討 課 題	平成 30 年度介護報酬改定では、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、夜勤職員配置加算の見直しを行うとしたところである。 あわせて、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告では、今後の課題として、介護ロボットの幅広い活用に向けて、効果実証等を進めるべきといった内容が明記されたところである。 本事業においては、見守り機器をはじめとする介護ロボットの活用について、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果の把握のほか、その幅広い活用に向けて調査を行う。

検討すべき課題の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

高齢化に伴い、生産年齢人口が減少して行くにも関わらず、介護人材の大幅な不足が見込まれる中で、高齢者の生活を支え、可能であれば機能の改善・維持を計って健康長寿を実現するためには、ロボットの導入が不可欠であると予想される。

このため持続可能な介護保険制度を構築していく上で、ロボット導入は有効な方策の一つとなり得るため、今回の課題設定は妥当である。

検討課題から見た対象の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

母集団と標本の設定、抽出方法は妥当であり、回収率もロボット導入が加速化されていないことを前提にすれば一定の水準を満たしていると言える。

検討課題からみた方法論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

今回の調査全体として、郵送配布・回収、アンケート調査は妥当と言える。
昨年度の厚生労働省の調査事業を受けた見守り機器の活用による長期的な効果の把握・検証は、昨年度と同様の聞き取り調査を行っており、これも妥当と考えられる。

結果及び結果から導かれる結論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

夜間職員配置加算の取得状況が低かった理由として、ロボットの導入の基準が実情と適合していない点が明らかにされており、この結論は妥当である。

ヒヤリハット・介護事故発生件数が減少していると結論しているが、これが非特異的な変化なのか、各介護ロボットの効果であるのかは判別できておらず、今後の検討が必要である。

【評価シート】

事業番号	（3）
調　査　名	居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業
検討課題	平成 30 年度介護報酬改定においては、医療・介護連携の強化（入退院時加算の見直し、訪問介護事業所から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について主治の医師等への伝達等）、末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント（ターミナルケアマネジメント加算の新設）、質の高いケアマネジメントの推進（特定事業所加算、管理者要件の見直し）、公正中立なケアマネジメントの確保（特定事業所集中減算の見直し、ケアプランに位置付ける複数事業所の提示を求めることが可能であること等の説明の義務づけ）等の観点から、基準及び評価の見直しが行われた。これらの見直しが居宅介護支援の提供にどのような影響を与えたかを調査するとともに、次期介護報酬改定に向け、利用者本位に基づき、公正中立に機能し、サービスの質を担保するための効果的・効率的な事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を得ることを目的として調査を行う。
検討すべき課題の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
平成 30 年度の居宅介護支援の介護報酬は大きな制度改定であり、これが事業所にどのようなインセンティブをもたらし、当初狙った改定効果が得られたどうかを検討・検証することは、次期制度改定を検証する上でも意義が大きく、課題の妥当性は高い。	
検討課題から見た対象の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
今回、初めてレセプト（居宅介護支援給付）（平成 27 年 9 月、平成 28 年 9 月、平成 29 年 9 月、平成 30 年 4～10 月分）を対象とした。これは制度改定が価格や給付にどのような影響を与えたかを調査するために妥当である。また、層化無作為抽出した居宅介護支援事業所 5000 か所・介護予防支援事業所 3000 か所とともに、調査対象事業所における悉皆のケアマネジャーと、段階抽出である利用者を対象としたことは妥当である。さらに、今回、過去の居宅介護支援に関わる調査では初めての医療機関（退院支援Ⅰ Ⅱ算定悉皆）を調査対象としたことは、改定影響を調べる上で意義が大きい。	
検討課題からみた方法論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護総合ＤＢの分析と事業所郵送調査および段階抽出によるケアマネ、利用者調査を併用したことによって、両者の情報を補完的に活用し、制度改定の影響を明らかにすることが可能となり、方法論として妥当であった。 ただし、インターネット調査としたためこれまでの調査や他の調査と比較すると回収率が低くなった点に反省点が残る。インターネット調査は、記入漏れの防止等のより正確な回答にはつながっており、統計調査の趨勢ではあるといえるものの、今後の課題としたい。	
結果及び結果から導かれる結論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護報酬改定により影響は、おおむね想定していた範囲で具体的な変化を知ることができ、妥当であるといえる。 連携先の医療機関がケアマネからの情報提供を役立つが不足しているとした情報として「入院前の本人の生活に対する意向」「入院前の家族の生活に対する意向」「在宅生活に必要な要件」等としており、これはケアマネの提供している情報の回答とほぼ一致した傾向となっており、大変示唆深い結果が得られている。	

【評価シート】

事業番号	（4）
調　査　名	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究
検 討 課 題	福祉用具については、平成 30 年 10 月から、商品ごとの全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うこととしている。 あわせて、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告では、全国平均貸与価格や貸与価格の上限は、平成 31 年度以降も、概ね 1 年に 1 度の頻度で見直しを行う等の内容が盛り込まれるとともに、これらは、「施行後の実態も踏まえつつ、実施していく」旨が明記されたところである。 これらの見直し内容が、平成 30 年 10 月以降の福祉用具貸与価格や福祉用具貸与事業所の経営状況、提供されるサービス等に対してどのような影響を与えたかを調査することにより、平成31年度以降の制度施行に向けた課題等を抽出する。

検討すべき課題の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
平成 30 年 10 月に行われた制度改定は、福祉用具の流通や介護保険給付のあり方に影響を与える大きな制度改革であり、その影響を調査することは有用である。また、平成 31 年度以降も引き続き見直しが行われていくことが想定されていることから、改定初年度から、その影響を調査することは必須であり、妥当であると言える。	
検討課題から見た対象の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
福祉用具貸与の給付（レセプト）を平成 29 年 10 月分と平成 30 年 10 月分に関して全て対象としたことは、制度改定が価格や給付にどのような影響を与えたかを調査するために妥当である。また、福祉用具貸与事業所の悉皆調査を行ったことは、福祉用具貸与事業者の経営状況への影響を調べるために妥当である。さらに、福祉用具貸与利用者に対して事業者の利用者規模に応じて抽出調査を行ったことは、利用者への影響を調べる上で妥当である。	
検討課題からみた方法論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護総合ＤＢの分析と事業所郵送調査および段階抽出による利用者調査を併用したことによって、両者の情報を補完的に活用し、制度改定の影響を明らかにすることが可能となり、方法論として妥当であった。 なお、本年度 10 月に施行された制度改定であるため短期的な影響のみをみることとなった。特に一年を通じた事業者の経営に与える影響については、介護経営実態調査によって補完する必要があることは、当初から予定されたものであったが、次年度以降の課題となる	
結果及び結果から導かれる結論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
今回の改定によって貸与価格の受けた影響および影響を受けた貸与事業所や利用者の割合、給付等の変化を明確にするとともに、本改定による財政効果を推計することが可能となった。また、貸与事業者への業務上の影響や利用者への影響、制度改定による事業者のインセンティブや経営上の影響についても、方法論上の限界の範囲で明確にすることができた。 これらを通じて得られた結果及び結果から導かれる結論は妥当なものであった。	

【評価シート】

事業番号	（5）
調　査　名	介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業
検 討 課 題	平成 30 年度介護報酬改定の審議報告における今後の課題において、新たに創設された介護医療院については、サービス提供の実態や介護療養型医療施設、医療療養病床からの移行状況を把握した上で、円滑な移行の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきとされており、検討のための基礎資料を作成する。

検討すべき課題の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護医療院サービスの創設を受け、先駆的に移行した施設で実施されているサービス内容等を把握するための調査を行うことは重要な課題であり、妥当であった。	
検討課題から見た対象の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護医療院の全数、介護医療院へ移行することが予定されている介護療養型老人保健施設の全数、介護療養型医療施設全数に加えて、医療保険の療養病床を有する病院全数、さらには療養病床を有する診療所全数を対象にしたのは有用であった。 また、利用者調査として、介護老人保健施設の入所患者、療養病床の入院患者から無作為抽出で対象を抽出したことも妥当であった。	
検討課題からみた方法論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
調査は、施設票と、患者・利用者票で構成された。サービスの提供実態に関しては施設票にてサービスの取り組み状況を把握し、患者・利用者票にて具体的なリハビリテーションやターミナルケア等について個別の実施状況をたずねることで、より詳しいサービス提供実態を把握することができ妥当であった。 介護医療院への円滑な移行に関する課題については、すでに移行した介護医療院と移行を検討している療養病床等へ同じ設問をたずねることで、移行前後で求められる支援策の違いを検討する上で妥当な設計であった。 介護医療院には利用者への生活施設としての環境づくりをたずねており、介護医療院として求められるソフト面・ハード面の取り組みを把握できる設計として妥当であった。	
結果及び結果から導かれる結論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
すでに移行した介護医療院と他の療養病床等について患者・利用者の状態像やサービス提供を比較することができ、実態把握をする上で妥当であった。 現在の施設が介護医療院へ移行するにあたっての課題として、施設類型ごとの課題が明らかになった。さらに施設類型ごとに減算対象となる設備の状況を把握することができたことから、今後必要な支援策等を検討する上で有用な結果となった。 将来の介護医療院への移行予定については、介護療養型医療施設は 2023 年度までに半数以上の病床が移行を予定している結果であったほか、医療保険の療養病床からの移行予定も把握できたことから、将来の介護保険財政への負担を検討する有用な結果となった。	

【評価シート】

事業番号	（6）
調　査　名	介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
検討課題	介護老人福祉施設については、今後、入所者の重度化や医療ニーズへの対応に伴うリスクの増大が考えられ、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告書においても、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なのかを検討すべきである。」と指摘されている。 平成 30 年度は、①介護老人福祉施設における介護事故等のリスクマネジメント及び②自治体への介護事故等の報告に関する実態把握を行うとともに、入所者が安全で安心した生活を送れるような施設の安全管理体制や自治体との連携の在り方等を検討する。

検討すべき課題の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

入所者が安全で安心した生活を送れるような施設サービスを提供するため、介護老人福祉施設における介護事故等のリスクマネジメントの実態及び自治体への介護事故等の報告に関する実態把握を行うことは有用であり、妥当であった。

検討課題から見た対象の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

介護老人福祉施設における介護事故に関する実態を把握するうえで、施設や自治体への調査はあまり行われておらず、これらを対象としたことは有用で有り、妥当であった。

また、基準省令上、施設から報告を受ける市区町村に加え、指定権者である都道府県を対象としたことは、保険者または指定権者の立場において施設への関与のあり方に違いがあることを把握でき、検討を深めることができたため、妥当であった。

検討課題からみた方法論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

今回の調査法（郵送配布・回収、自記式アンケート調査）は、妥当であった。

また、これまであまり調査が行われてない介護事故に関する実態把握を課題としたため、一部の施設及び自治体へインタビューを行うことで、課題等を補足的に把握することができ、今後の検討に資する情報を収集できたため、妥当であった。

結果及び結果から導かれる結論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない

介護老人福祉施設、市区町村、都道府県において、それぞれに事故やヒヤリ・ハットの範囲等を定め、報告し、収集した介護事故情報等を分析する等、リスクマネジメントに取組んでいることが分かった。施設から報告される市区町村においては、46.7%は介護事故情報の集計や分析が行われず、30.7%は介護事故情報を活用していないことが分かった。一方、都道府県の 97.8%は県内施設の介護事故情報を収集していることや介護事故情報を収集している都道府県の 64.4%はこれらの情報を活用し事故報告した施設に対する指導や支援等を行っていることが分かった。

また、自治体への報告ルートや自治体に報告された介護事故情報の活用等について今後の課題が明らかになり、妥当であった。

【評価シート】

事業番号	（7）
調　査　名	介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
検 討 課 題	医療が内包される介護老人保健施設については、入所者の重度化や医療ニーズへの対応に伴うリスクの増大が考えられ、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告書においても、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なのかを検討すべきである。」と指摘されている。 そこで、介護老人保健施設における安全・衛生管理体制構築のため、実態把握を行うとともに、入所者が安全で安心した生活を送れるような施設の体制や職員に求められる知識・研修について検討を行う。

検討すべき課題の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護保険施設においてリスクの評価やマネジメントは質の評価とも関連しておる。自然災害などの多い我が国での、広いハザードを対象としたハード・ソフト両面の対応を検討することは極めて重要性の高い課題であり、妥当と言える。	

検討課題から見た対象の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
すべての介護老人保健施設を対象としており、(6)の介護老人福祉施設に対する調査と合わせて、介護保険制度の施設系の重要な施設を含んでおり適切と思われる。また、介護保健施設のさらされているリスクについて、実態把握を実施するという試みであるので、悉皆という対象設定も妥当であったと言える。なお、今後、すべてのサービス事業者で同様の調査を実施することも検討されたい。	

検討課題からみた方法論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護老人保健施設に対して、紙媒体でのアンケートを行った。関係団体の協力依頼文を同封するなど工夫を行ったが、民間業者が行う調査とバッティングし回収率が高くなかった。なお、国の調査であることから、現場の負担に配慮しつつも、回答施設の一覧を掲載するなど回収率を高める方策を全調査で検討されたい。	

結果及び結果から導かれる結論の妥当性	A:とてもよい　B:よい　C:あまりよくない　D:よくない
介護老人保健施設の直面する医療リスクや介護事故及びヒヤリハットの概念のばらつきや行政への報告の意義づけ、また、災害時の事業継続計画 BCP の策定状況など課題が明らかになり妥当であると言える。	

平成３０年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成３０年度調査）の調査票の回収率等について

（１）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
介護老人保健施設（施設票）	4,275	3,751	1,241	33.1%	33.0%
介護老人保健施設（利用者票）	―	―	1,210	―	―
介護老人福祉施設（施設票）	7,879	4,035	1,621	40.2%	40.1%
介護老人福祉施設（利用者票）	―	―	1,585	―	―
介護医療院（施設票）	63	63	30	47.6%	46.0%
介護医療院（利用者票）	―	―	31	―	―
居宅介護支援（事業所票）	39,685	3,918	2,115	54.0%	53.1%
居宅介護支援（利用者票）	―	―	2,094	―	―

（平成 31 年２月 28 日時点）

（２）介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
介護老人福祉施設等（施設票）	11,261	5,029	1,845	36.7%	36.7%
介護老人福祉施設等（利用者票）	－	25,415	3,074	－	－
介護老人福祉施設等（職員票）	－	25,415	4,458	－	－
実証施設ヒアリング（施設票）	30	30	28	93.3%	93.3%
実証施設（利用者票）	－	－	55	－	－
実証施設（職員票）	－	－	191	－	－

（平成 31 年２月 15 日時点）

※介護老人福祉施設等（利用者票）、介護老人福祉施設等（職員票）、実証施設（利用者票）、実証施設（職員票）は、施設ごとに対象数が異なり、確定できないため、回収率等は記載していない。

（３）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
居宅介護支援（事業所票）	39,685	5,000	1,288	25.8	25.8
居宅介護支援（ケアマネジャー票）	－	－	3,489	－	－
居宅介護支援（利用者票）	－	－	5,792	－	－
居宅介護支援・介護予防支援事業所(利用者本人票)（居宅介護支援事業所分）	－	50,000	6,306	－	－
居宅介護支援・介護予防支援事業所(利用者本人票)（介護予防支援事業所分）	－	15,000	3,200	－	－
介護予防支援事業所（事業所票）	4,908	3,000	819	27.3	27.3
介護予防支援事業所（ケアマネジャー票）	－	－	3,354	－	－
介護予防支援事業所（利用者票）	－	－	3,244	－	－
医療機関調査票	1,543	1,325	377	28.5	28.5

（平成 31 年２月４日時点）

※ケアマネジャー票、利用者票、利用者本人票は、回答対象数が事業所ごとに異なり母集団の数が把握できないため、回収率は算出していない。

※ケアマネジャー票、利用者票は、電子調査票を Web 上で配布したため、発出数を把握できないため、発出数を記載していない。

※医療機関調査票は、平成 28 年度の病床機能報告に届け出のある有床の医療機関を母集団名簿とし、「退院支援加算１」または「退院支援加算２」を算定している医療機関を母集団として、平成 30 年７月以降の被災地を除いて悉皆で調査した。

（４）福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
福祉用具貸与事業所（事業所票）	6,325	6,325	2,994	47.2%	47.1%
福祉用具貸与事業所（利用者票）	-	63,250	13,508	-	-

（平成 31 年１月 31 日時点）

（５）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
介護医療院（施設票）	63	63	40	63.5%	63.5%
病院・診療所（共通票）	4,065	3,412	1045	30.6%	30.0%
介護療養型医療施設（施設票）	1,051	898	377	42.0%	41.2%
医療療養病床（病院・診療所票）	3,818	3,197	961	30.1%	30.1%
介護療養型老人保健施設（施設票）	176	137	46	34.3%	34.3%
患者・利用者票	－	－	3,967	33.1%	33.0%

※患者・利用者票の回収率、有効回収率は介護医療院（施設票）、介護療養型医療施設（施設票）、医療療養病床（病院・診療所票）、介護療養型老人保健施設（施設票）の発出数と回収数の合計をもとに算出したもの。

（平成 31 年 1 月 31 日時点）

（６）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
介護老人福祉施設（施設票）	10,075	2,519	1,188	47.2%	46.2%
市区町村票　※	1,741	1,741	1,195	68.6%	67.4%
都道府県票　※	47	47	46	97.9%	97.9%

（平成 31 年２月 28 日時点）

※　市区町村票（案）、都道府県票（案）は以下、（７）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業と合同実施）

（７）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収率
介護老人保健施設（施設票）	4,275	3,696	1,205	32.6%	31.5%

（平成 31 年２月 28 日時点）

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第 17 回（H31.3.14）	参考資料２

（第 162 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料 3（H30.10.15））

（第 16 回介護報酬改定検証・研究委員会 資料 1（H30.10. 3））

平成３０年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成３０年度調査）の事前確認シートについて

（１）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業・・・・・・・・・・１

（２）介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・２

（３）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業・・・・３

（４）福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業・・・・・・・・・・・・・・・・・４

（５）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業・・・・・・・・・・・５

（６）介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業・・６

（７）介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業・・７

事前確認シート

事業番号	（1）
調 査 名	介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

調査の趣旨

持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供について検討を進める必要がある。介護保険制度におけるサービスの質の評価については、平成 25 年度より、介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査において継続的に議論され、サービスの質を評価する上で必要なデータ項目について、現場での収集可能性も踏まえつつ、サービス横断的に開発を行ってきた。平成 28 年度調査では、それまでに作成されたデータ項目 ver.2 をもとに、褥瘡などのハザードの発生を予測する際のデータの妥当性を検証した。その際褥瘡の発生と関連が認められた項目を用いて、褥瘡のリスク評価を行い、リスク評価に基づいた褥瘡ケア計画を作成し、評価結果を厚生労働省へ報告することに対して介護報酬上の評価を行った「褥瘡マネジメント加算」が平成 30 年度より新設された。本事業では、「褥瘡マネジメント加算」を算定するまでのプロセス及び課題を整理しつつ、その効果を検証することを目的とする。同時に、リスク評価及び報告を行うというプロセスにおいて、今後どのようにサービスの質の評価が可能であるか、各施設での評価項目の収集状況について調査を行う。

当該調査の目的

- 褥瘡マネジメントの実態及び褥瘡マネジメント加算の取得実態の把握
- サービスの質の向上に資するデータ項目の収集状況及び収集可能性の把握
- データ項目 ver. 2. 1 の妥当性の検証

調査内容

- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院を対象とし、褥瘡マネジメントの評価・計画作成・管理・計画見直しの状況や褥瘡マネジメント加算の算定状況等の実態を把握する。
- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、居宅介護支援事業所を対象とし、サービスの質の向上に資するデータ項目の収集状況及び収集可能性を把握する。
- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、居宅介護支援事業所を対象とし、データ項目 ver.2.1 の妥当性の検証を行う。

集計・分析の視点

- 褥瘡マネジメントの実態及び褥瘡マネジメント加算の取得実態の把握
- 褥瘡マネジメントの評価・計画作成・管理・計画見直しの状況や褥瘡マネジメント加算の算定状況等の実態を把握し、サービス別に集計・分析する。
- サービスの質の向上に向けたデータ項目の収集状況及び収集可能性の把握
- サービスの質の向上に向けたデータ項目の収集状況及び収集可能性を把握し、サービス別に集計・分析する。その上で収集が難しい項目を特定し、収集可能性に関する課題を整理する。
- データ項目 ver.2.1 の妥当性の検証
- 同一利用者に対する、データ項目 ver.2.1、Barthel Index、FIM のアセスメント結果を収集し、類似項目の相関関係を把握し、妥当性の検証を行う。

事前確認シート

事業番号	（２）
調 査 名	介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業

調査の趣旨

平成３０年度介護報酬改定では、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、夜勤職員配置加算の見直しを行うとしたところである。

あわせて、平成３０年度介護報酬改定に関する審議報告では、今後の課題として、介護ロボットの幅広い活用に向けて、効果実証等を進めるべきといった内容が明記されたところである。

本事業においては、見守り機器をはじめとする介護ロボットの活用について、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果の把握のほか、その幅広い活用に向けて調査を行う。

当該調査の目的

- 見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の取得状況等の把握・検証
- 介護ロボットの導入目的、導入に関する課題、活用効果等の把握・検証
- 見守り機器の活用による長期的な効果の把握・検証　　等

調査内容

【施設調査】
- 介護ロボットの導入状況（導入目的、導入時に配慮した点、利用時に実施している点、ヒヤリハット・介護事故発生件数の変化、効果実証の状況、介護ロボットの導入による夜勤職員配置加算の取得状況　等）
- ICT 等の導入・活用状況
- 今後の介護ロボットの活用意向　等

【利用者調査】
- 介護ロボットの活用による利用者への効果　等

【職員調査】
- 介護ロボットの活用による職員への効果　等

集計・分析の視点

施設調査、利用者調査、職員調査により、介護ロボットの活用による効果を把握するとともに、介護ロボットの未導入施設については、導入に向けての課題を把握すること等を通じ、介護ロボットの幅広い活用に向けた分析を行う。

あわせて、昨年度実施した「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」の協力施設に対するヒアリングを通じ、見守り機器の活用による長期的な効果の分析を行う。

事前確認シート

事業番号	（３）
調　査　名	居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

調査の趣旨

- 平成 30 年度介護報酬改定においては、医療・介護連携の強化（入退院時加算の見直し、訪問介護事業所から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について主治の医師等への伝達等）、末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント（ターミナルケアマネジメント加算の新設）、質の高いケアマネジメントの推進（特定事業所加算、管理者要件の見直し）、公正中立なケアマネジメントの確保（特定事業所集中減算の見直し、ケアプランに位置付ける複数事業所の提示を求めることが可能であること等の説明の義務づけ）等の観点から、基準及び評価の見直しが行われた。これらの見直しが居宅介護支援の提供にどのような影響を与えたかを調査するとともに、平成 33 年度介護報酬改定に向け、利用者本位に基づき、公正中立に機能し、サービスの質を担保するための効果的・効率的な事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を得ることを目的として調査を行う。

当該調査の目的

- 平成 30 年度に実施された介護報酬改定の影響を検証する。

調査内容

- 全国の居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所を対象としたアンケート調査により、事業所の運営の状況、ケアマネジメントの実態に関する情報を収集する。
- 事業所の管理者が回答する「事業所調査」、ケアマネジャーが回答する「ケアマネジャー調査」、ケアマネジャーが担当する利用者に関する「利用者調査」、利用者本人または家族が回答する「利用者本人調査」の４つの調査を実施する。
- 医療機関を対象とした医療機関調査を実施し、医療機関側から見た医療介護連携の評価と課題、連携内容において実態を把握する。
- あわせて、介護保険総合データベースを用いて、介護レセプト情報を活用し、アンケート調査の結果を組み合わせて、介護報酬改定の影響を把握する。

集計・分析の視点

- 事業所調査、ケアマネジャー調査、利用者調査、利用者本人調査について一体でデータ収集・集計を行い、事業所の運営状況とケアマネジメント業務との関連を分析する。
- 入退院時における医療機関とケアマネジャーの連携状況を分析する。
- 自立支援や公正中立の視点から、事業所やケアマネジャーがどのような取組みを行っているかを把握し、事業所の規模、他のサービス事業所等の併設状況、ケアマネジャーの経験年数等に応じて比較・検証を行う。
- 利用者本人の自立支援や公正中立に対する意識を把握し、ケアマネジメント業務との関連を分析する。
- 継続的に把握している調査項目については、経年比較し傾向を分析する。

事前確認シート

事業番号	（4）
調 査 名	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究

調査の趣旨

- 福祉用具については、平成30年10月から、商品ごとの全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うこととしている。
- あわせて、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告では、全国平均貸与価格や貸与価格の上限は、平成 31 年度以降も、概ね 1 年に 1 度の頻度で見直しを行う等の内容が盛り込まれるとともに、これらは、「施行後の実態も踏まえつつ、実施していく」旨が明記されたところである。
- これらの見直し内容が、平成30年10月以降の福祉用具貸与価格や福祉用具貸与事業所の経営状況、提供されるサービス等に対してどのような影響を与えたかを調査することにより、平成 31 年度以降の制度施行に向けた課題等を抽出する。

当該調査の目的

- 平成 30 年 10 月以降の福祉用具貸与価格の上限設定が、実際の価格設定に与える影響のほか、福祉用具貸与事業所の経営、利用者へのサービス提供に与える影響等について把握・検証を行う。

調査内容

- 全国の福祉用具貸与事業所を対象としたアンケート調査により、上限価格設定への対応、経営及びサービス提供に与える影響について情報を収集する。
- 事業所の管理者が回答する「事業所調査」及び抽出された利用者へのサービス提供状況等に関する「利用者調査」の２つの調査を実施する。
- あわせて、介護保険総合データベースを活用し、制度施行後の貸与価格の変化を把握する。

集計・分析の視点

- アンケート調査の単純集計により、制度施行後の福祉用具貸与価格の状況、事業所の対応や経営への影響、利用者に対するサービスへの影響について把握するとともに、事業所の基本属性や特徴（レンタル卸の利用状況、上限設定された福祉用具の取扱い割合等）、福祉用具種別等によるクロス集計を行う。
- 介護保険総合データベースを用いた介護レセプト情報の集計により、制度施行後の貸与価格の変化を把握するほか、アンケート調査の結果と紐付け、事業所の基本属性、福祉用具種別等による分析を行う。

事前確認シート

事業番号	（5）
調 査 名	介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

調査の趣旨

平成30年度介護報酬改定の審議報告における今後の課題において、新たに創設された介護医療院については、サービス提供の実態や介護療養型医療施設、医療療養病床からの移行状況を把握した上で、円滑な移行の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきとされており、検討のための基礎資料を作成する。

当該調査の目的

本事業では、介護医療院、介護療養型医療施設、医療療養病床、介護療養型老人保健施設に対するアンケート調査を行い、以下の３点を明らかにすることを目的とする。

①介護医療院におけるサービス提供の実態の把握

②介護療養型医療施設等からの円滑な移行の促進に向けた課題の把握

③介護療養型医療施設等からの移行が介護保険財政に与える影響の検討に必要な情報の把握

調査内容

・介護医療院、介護療養型医療施設、医療療養病床及び介護療養型老人保健施設の基本情報（サービスの実施状況、職員体制等）

・介護医療院開設にあたっての取組・課題
・利用者に実施されたサービス状況（生活環境を整えるための取組、ターミナルケア等）
・介護療養型医療施設等からの介護医療院への移行の意向

集計・分析の視点

・介護医療院におけるサービス提供内容等は、介護療養型医療施設、医療療養病床、介護療養型老人保健施設とどのような違いがあるか。
・介護医療院においてはどのような生活環境が提供されているか。
・介護療養型医療施設等は介護医療院への移行の意向をどの程度有しているか。
・介護療養型医療施設等からの円滑な移行の促進に向けた課題として何があるか。

事前確認シート

事業番号	（６）
調 査 名	介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

調査の趣旨

介護老人福祉施設については、今後、入所者の重度化や医療ニーズへの対応に伴うリスクの増大が考えられ、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告書においても、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なのかを検討すべきである。」と指摘されている。

平成 30 年度は、①介護老人福祉施設における介護事故等のリスクマネジメント及び②自治体への介護事故等の報告に関する実態把握を行うとともに、入所者が安全で安心した生活を送れるような施設の安全管理体制や自治体との連携の在り方等を検討する。

当該調査の目的

① 介護老人福祉施設における安全管理体制（介護事故防止のための指針の作成状況や事故防止検討委員会の設置状況、研修の実施業況等）の実態を明らかにすること
② 介護事故等について、介護老人福祉施設から市町村への報告件数や報告方法等について検証すること
③ 市区町村（都道府県）において、介護老人福祉施設で発生した事故等の情報収集や活用状況等の実態を把握すること

調査内容

（介護老人福祉施設調査）
・施設の基本情報
・職員体制：施設長の経験年数、施設長の保有資格、職員配置等
・安全管理体制：安全対策担当者、介護事故防止のための指針、事故発生の防止のための検討委員会、指針に基づくマニュアル、研修、施設内における介護事故等の報告
・利用者・家族からのクレーム対応体制
・市区町村への介護事故等の報告状況
（市区町村調査）
・介護老人福祉施設で発生した事故報告の範囲
・「介護事故」について報告を求めている内容
・介護老人福祉施設から報告された介護事故等の件数
・介護老人福祉施設から報告された情報の活用状況
（都道府県調査）
・都道府県内の介護老人福祉施設で発生した介護事故情報の収集状況
・「介護事故」について報告を求めている事故報告の範囲
・市区町村から報告された介護事故等の報告件数
・市区町村から報告された情報の活用状況

集計・分析の視点

・施設内において、リスクマネジメントがどのようになされているか。
・市区町村への報告内容や報告手続きにばらつきがあるか。
・市区町村（都道府県）において、事故報告をどのように活用しているか。

事前確認シート

事業番号	（７）
調 査 名	介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

調査の趣旨

医療が内包される介護老人保健施設については、入所者の重度化や医療ニーズへの対応に伴うリスクの増大が考えられ、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告書においても、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なのかを検討すべきである。」と指摘されている。

そこで、介護老人保健施設における安全・衛生管理体制構築のため、実態把握を行うとともに、入所者が安全で安心した生活を送れるような施設の体制や職員に求められる知識・研修について検討を行う。

当該調査の目的

介護老人保健施設において行われている医療処置等の実態を踏まえ、事故、衛生管理、身体拘束廃止、災害対策、家族等からのクレームへの対応状況を明らかにする。特に事故については報告ルールを把握する。また、対応にあたっての指針やマニュアルの整備状況、委員会の設置状況や専任の担当者の職種等、対応体制がどのように構築されているかを明らかにし、さらに、職員に対して施設内外でどのような研修が実施、受講されているかを検証する。

調査内容

・介護老人保健施設の基本情報、職員体制
・入所中に必要性が生じた検査、処置等の施設内外での実施状況
・介護老人保健施設での事故や衛生管理、身体拘束廃止、災害対策、家族等からのクレームの発生状況や対応の状況、及び対応体制の構築状況や研修の実施状況など施設におけるリスクマネジメントの実態
・事故等についての施設内での報告ルール

集計・分析の視点

・事故、衛生管理、身体拘束廃止、災害対策、家族等からのクレームの対象ごとのリスクマネジメントについて、どのような職種が主に担当しているか。また、委員会等の構成メンバーがどのように異なっているか。
・施設の規模や類型別（超強化型、在宅強化型、加算型、基本型、その他）にリスクマネジメントの実施状況はどのように異なっているか。
・指針やマニュアルの整備状況、施設内の研修の実施状況や外部への研修の派遣状況の違いによって、職員の対応状況や事故等の発生状況に違いがあるか。

（第 162 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 5（H30.10.15））
（第 16 回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料 4（H30.10. 3））
（第 159 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 3（H30. 4. 4））
（第 15 回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料 3（H30. 3. 5））
（第 148 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 7（H29.10.27））
（第 14 回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料 4（H29.10.25））
（第 136 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 3（H29. 3.31））
（第 13 回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料 3（H29. 3.13））
（第 131 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 3（H28.10.12））
（第 12 回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料 3（H28. 9.23））
（第 129 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 4（H28. 6. 1））
（第 11 回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料 4（H28. 5.24））
（第 128 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 3（H28. 3.30））
（第 10 回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料 3（H28. 3.16））
（第 124 回社会保障審議会介護給付費分科会・資料 3（H27. 9.18））
（第 9 回介護報酬改定検証・研究委員会・資料 3（H27. 9.14））

平成２７年度以降の調査の実施における基本的な考え方

※　平成２６年度調査までの主な議論と対応に加えて、平成２７年度以降の調査の実施においては、平成２６年度調査の実施における基本的な考え方と同様の以下の事項に留意し、また、各調査検討組織委員長からの指摘も踏まえ、調査を実施する。

なお、最終的には各調査検討組織委員長の判断により対応することを妨げるものではない。

１．調査票配付に関する事項

（１）記入者負担の軽減を図るため、抽出調査については、各調査の対象施設が重複しないよう、以下のような配慮を行う。

①　調査実施主体間で可能な限り重複調整を実施する。

②　その上で、各調査検討組織においては、選定したサービス別標本について母集団名簿から把握できる項目から、以下の基本的事項（※）を集計し、母集団名簿における同様の集計結果と比較した結果を各調査検討組織に提示し、各調査検討組織の了解を得た上で標本を確定する。

※　基本的事項：以下の項目の構成比率

都道府県別事業所数、法人等種別事業所数、事業開始年別事業所数、施設等の区分コード別事業所数、人員配置区分コード別事業所数、地域区分コード別事業所数、利用者数規模階級別（＊）事業所数、要介護度別利用者数（（＊）規模階級の区分は各実施主体間で協議・調整。）

（２）母集団名簿との比較の結果、乖離が大きい（偏りがある）と判断された場合には重複調整は行わず、母集団名簿全体から標本を無作為に選定する。

２．調査設計に関する事項

（１）各調査結果について、例えば、地域別に一定の標本が確保できるように

するためにも、調査設計における抽出段階において、例えば以下のような一定の工夫を行う。

① 推定したい（把握したい）値は母平均であることを前提として、標本調査による場合は、実施主体の計算負担が著しく多くならないような標本抽出方法を基本的な方法とする。

② その上で、各調査の内容に応じて、以下の基本的考え方を参考に、各調査検討組織において検討を行って判断する。

【事業所調査の場合】

○ 単純な算術平均によって母平均を推定可能な単純無作為抽出法又は比例配分法による層化無作為抽出法を基本とする。

ただし、比例配分法による層化無作為抽出法によって層別の標本数が保証されても層別の標本誤差の大きさは保証されないので層間での比較が可能かどうかは各調査検討組織において判断を行う。

○ また、比例配分法によらず層別の抽出率を変える場合には算術平均によって母平均を推定することが適切とは言えない点を考慮した上で、各調査検討組織において、推定方法について検討を行う。

【利用者調査・従事者調査の場合】

○ 以下の方法を基本とする。

① 母集団名簿→標本となる事業所を選定

② ①で選定された事業所において標本となる従事者・利用者を選定

という二段抽出法を基本的な抽出方法とする。

○ 二段抽出法による場合には、算術平均によって母平均の推定を行うことは難しいため、算術平均によって母平均を推定することが適切とはいえない点を考慮した上で、各調査検討組織において、推定方法について検討を行う。

○ 同様に、①②の抽出において層が必要であるか（①については事業所調査と同様、②については従業者の職種別や利用者の年齢・要介護度等別に抽出する必要があるか）についても各調査検討組織において検討し、推定方法についても検討を行う。

【参考：以下、標本抽出方法と母集団の推定方法についての基本的な整理】

各調査研究における標本設計（標本抽出方法及び母平均の推定方法等）については、一般的には以下に挙げる方法が考えられるが、明らかにすべき内容や他の制約から考えて一般的な方法によることが適切でない場合には、各調査検討組織において、具体的な方法について検討を行うこととする。

	事業所を対象とした標本調査		従事者・利用者を対象とした標本調査
標本	単純無作為	層化無作為	層化二段

抽出方法	抽出法	抽出法(*1)		抽出法(*3)
標本配置	―	比例 配分法(*2)	比例 配分法以外	―
母平均の 推定方法	算術平均	算術平均	層別抽出率の 逆数を ウエイトとした 加重平均	第一次抽出単位及び第二次抽出単位の層別抽出率の逆数をウエイトとした加重平均

*1)層化無作為抽出法とは、母集団を属性（例：事業所が所在する二次医療圏等）に区分（層化）して、区分した層ごとに標本を無作為抽出する方法

*2)比例配分法とは、層に区分された母集団の大きさ（例：二次医療圏別の事業所数）に比例して各層の標本数を決める標本配置方法

*3)層化二段抽出法とは、調査の対象となる標本を直接抽出するのではなく、まず調査の対象が属する集団（例：介護サービス事業所；第一次抽出単位と呼ばれる）を抽出し、抽出された集団の中から調査の対象となる標本（例：従事者；第二次抽出単位と呼ばれる）を無作為抽出する方法

３．調査結果の分析に関する事項

（１）調査結果の分析に際しては、既存の全国の調査結果との乖離を確認し、妥当性を検証する。乖離が出た場合は、その前提で分析を行う。

なお、既存の全国調査結果（全国値）との比較にあたっては、以下の基本的事項を比較することとする。（各調査で項目を揃えておく必要がある。）

【事業所調査の場合】

○　回収された標本（事業所）について名簿に収載されている項目から以下の基本的事項（※）を集計し、母集団名簿における同様の集計結果と比較した結果を各調査検討組織に提示し、各調査検討組織において、比較結果を基に回収バイアスの評価を行う。

※　基本的事項：以下の項目の構成比率

都道府県別事業所数、法人等種別事業所数、事業開始年別事業所数、施設等の区分コード別事業所数、人員配置区分コード別事業所数、地域区分コード別事業所数、利用者数規模階級別（＊）事業所数、要介護度別利用者数（（＊）規模階級の区分は各実施主体間で協議・調整。）

【利用者調査の場合】

○　「介護給付費実態調査」（厚生労働省大臣官房統計情報部）を比較対象として、比較可能な事項（例：年齢階級別要支援・介護度別利用者数の構成比等）について、各調査検討組織に提示する。各調査検討組織は提示された比較結果を基に回収バイアスの評価を行う。

【従事者調査の場合】

○　「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省大臣官房統計情報部）を比較対象として、各調査検討組織において、調査設計に応じた比較事項の検討を行う。

※　上記の分析において、調査の内容によって、全国値と比較できない場合を除く。

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31．３．14）	参考資料４

（第162回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料6（H30.10.15））
（第16回介護報酬改定検証・研究委員会 参考資料5（H30.10. 3））

平成３０年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成３０年度調査）の実施一覧

事業No.	調査項目名	検討組織 委員長（敬称略）	担当課
(1)	介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業	藤野　善久	老人保健課
(2)	介護ロボットの効果実証に関する調査研究事業	近藤　和泉	高齢者支援課
(3)	居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業	藤井　賢一郎	振興課
(4)	福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業	藤井　賢一郎	高齢者支援課
(5)	介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業	今村　知明	老人保健課
(6)	介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業	福井　小紀子	高齢者支援課
(7)	介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業	小坂　健	老人保健課

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第17回（H31.3.14）	参考資料５

（第168回社会保障審議会介護給付費分科会・参考資料2改（H31.2.13））
（第162回社会保障審議会介護給付費分科会・参考資料4改（H30.10.15））
（第16回介護報酬改定検証・研究委員会・参考資料3（H30.10.3））
（第159回社会保障審議会介護給付費分科会・資料4（H30.4.4））
（第15回介護報酬改定検証・研究委員会・資料4（H30.3.5））

◆ 平成30年度介護報酬改定を踏まえた今後の課題及び次期改定に向けた検討について

○ 「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項等を以下の形で整理を行う。

「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の主な課題

【横断的事項】
○同一建物等居住者へのサービス提供に係る報酬見直しの影響について
○介護サービスの質の評価・自立支援に向けたエビデンスの集積について
○外部のリハビリテーション専門職等との連携に関する実施状況や効果検証について
○介護人材確保のための、介護ロボットやAI・ICT等など最新技術の活用について
○はり師、きゅう師が新たに機能訓練指導員の対象となることの影響検証について
○介護職員処遇改善加算のあり方について
○サービス提供責任者や居宅介護支援事業所の管理者の要件見直しの影響について
○基準費用額や地域区分に関する実態把握や今後の対応の検討について
○地域包括ケアシステム推進のための、見直し実施状況の把握及び今後の対応について
○介護サービスの適正化や重点化、及び報酬体系の簡素化について

【居宅系】
○「訪問介護」における、今回の各種見直しの影響について
○「ケアマネジメント」における、公正中立性を確保するための取組及び質の向上のための指標の検討について
○「共生型サービス」の実施状況把握や、地域共生社会実現のためのあり方等について
○「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」のオペレーター兼務などの要件緩和の影響について

【施設系】
○「介護医療院」への転換状況把握や、転換促進のための検討について
○「介護保険施設」のリスクマネジメントに関する実態把握や今後の対応の検討について

各種調査・研究を活用し実態を把握

各種調査・研究

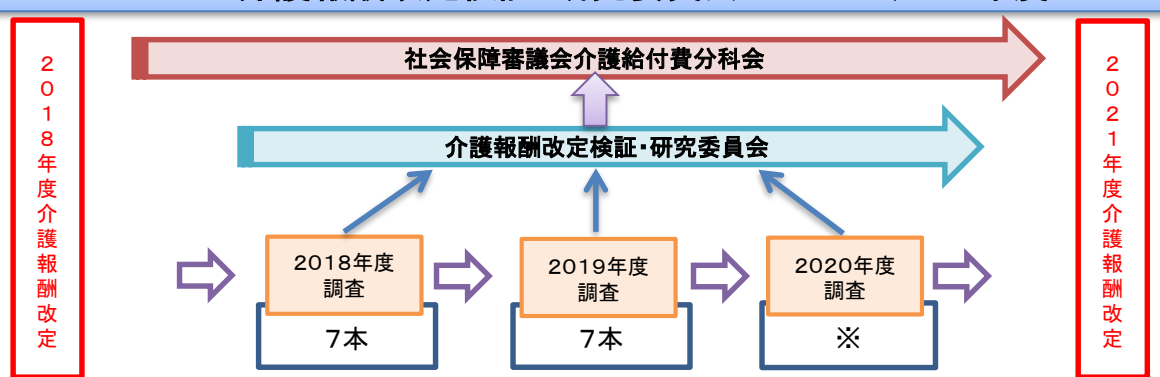
介護報酬改定の効果検証及び調査研究

（介護サービスの経営状況等に関する事項）
介護事業経営概況調査
介護事業経営実態調査

（介護従事者の処遇改善及び処遇改善加算に関する事項）
介護従事者処遇状況等調査

その他、老人保健健康増進等事業等を活用

介護報酬改定検証・研究委員会について（2018年度～2020年度）【全体像】



【委員会の概要】
平成30年度介護報酬改定の効果の検証や、2021年度介護報酬改定に向けた検討課題に関する調査・研究等を実施する。
（各種課題について、次期改定までの３年間の本調査の中で主に実施することを想定）

※ 2019年度の調査項目等については今後の分科会・委員会において議論・承認をしていただく

（参考）
平成２７年度　７本
平成２８年度　７本
平成２９年度　５本

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護老人保健施設・施設票】

■記入にあたってのご注意

- この調査票は、**貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- 特に指定の無い限り、**平成 30 年 10 月3日（水）現在の状況についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- （　　）の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日（金）までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　:0120－380－641（平日10:00～17:00）
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX:03－6826－5060（24時間受付）
E-mail:kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1．基本情報	
(1)開設年	（　　）年（　　）月
(2)定員数	（　　）人

問2．貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス
※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。
※ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)		(1)	(2)	
		■居宅サービス			■施設サービス
□	□	1.　訪問介護	□	□	20. 介護老人福祉施設
□	□	2.　訪問入浴	□	□	21. 介護療養型医療施設
□	□	3.　訪問看護	□	□	22. 介護医療院
□	□	4.　訪問リハビリテーション			■医療サービス
□	□	5.　通所介護	□	□	23. 病院
□	□	6.　通所リハビリテーション	□	□	24. 診療所（在宅療養支援診療所）
□	□	7.　短期入所生活介護、療養介護	□	□	25. 診療所（在宅療養支援診療所以外）
□	□	8.　特定施設入居者生活介護			
□	□	9.　福祉用具貸与、販売			■その他
□	□	10. 居宅介護支援	□	□	26. サービス付き高齢者向け住宅
		■地域密着型サービス	□	□	27. 有料老人ホーム
□	□	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	□	□	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス A、B）
□	□	12. 夜間対応型訪問介護			
□	□	13. 認知症対応型通所介護	□	□	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
□	□	14. 小規模多機能型居宅介護	□	□	30. 地域包括支援センター（在宅介護支援センター）
□	□	15. 認知症対応型共同生活介護			
□	□	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護			
□	□	17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護	□	□	31. 特になし
□	□	18. 看護小規模多機能型居宅介護			
□	□	19. 地域密着型通所介護			

問3. 職員体制　平成 30 年 10 月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。
※該当者がいない場合は0を記入してください。

	(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数	(　　)人	(　　)人
①医師	(　　)人	(　　)人
②歯科医師	(　　)人	(　　)人
③薬剤師	(　　)人	(　　)人
④看護師	(　　)人	(　　)人
⑤准看護師	(　　)人	(　　)人
⑥理学療法士	(　　)人	(　　)人
⑦作業療法士	(　　)人	(　　)人
⑧言語聴覚士	(　　)人	(　　)人
⑨歯科衛生士	(　　)人	(　　)人
⑩栄養士	(　　)人	(　　)人
⑪うち、管理栄養士	(　　)人	(　　)人
⑫介護支援専門員	(　　)人	(　　)人
⑬介護福祉士	(　　)人	(　　)人
⑭その他の介護職員	(　　)人	(　　)人
⑮その他の職員	(　　)人	(　　)人

(2)派遣職員の人数	介護職員	看護職員	事務職員	その他の職員
	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人

問4. 褥瘡マネジメントの実施状況
1. 入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価

(1)入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価を実施しているか	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(4)に回答してください 3. 実施していない → 2.に進んでください 4. その他 (　　) → 2.に進んでください
(2)評価している内容 (複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 (　　)
(3)評価の職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 (　　)

		前年度	今年度
	(4)評価の頻度	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他
2. 褥瘡ケア計画の作成			
(1)褥瘡ケア計画の作成		1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 (　　) → 5.に進んでください	
	(2)褥瘡ケア計画への記載内容 (複数回答可)	1. 上記「問4. 1.(2) 評価している内容」の結果 2. 褥瘡の状態の評価 3. ベッド上の圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 4. イス上の圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 5. スキンケア 6. 栄養状態改善 7. リハビリテーション 8. その他 (　　)	
	(3)褥瘡ケア計画を作成する際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 (　　)	
	(4)褥瘡のリスク評価の内容を褥瘡ケア計画へ反映しているか	1. 反映している 2. 反映していない	
	(5)褥瘡ケア計画について、入所者・家族への説明の実施の有無	1. 説明している 2. 説明していない	
3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネジメントの実施			
(1)褥瘡ケアにおいて記録している情報(複数回答可)		1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 (　　)	
(2)褥瘡マネジメントの記録頻度		1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他	
(3)褥瘡予防マットレスの使用の有無		1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください	
	(4) 上記で「2. 使用していない」を選択した場合、その理由 (複数回答可)	1. 効果を感じないため 2. 適切な使用方法が分からないため 3. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 4. 高価であるため 5. 入所者が使用したがらないため 6. その他(　　)	

4. 褥瘡ケア計画の見直し	
(1)褥瘡ケア計画の見直し	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 (　　) → 5.に進んでください
(2)見直しをする際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 (　　)
(3)見直しの頻度	1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他
5. 褥瘡が発生した場合の対応	
(1)褥瘡のステージの記録	1. 全ての入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 記録していない → 以下の(3)に回答してください 4. その他 (　　) → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1. 全ての入所者について記録している」、「2. 一部の入所者について記録している」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)	1. NPUAP分類 2. DESIGN－R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他 (　　)
(3)褥瘡が発生した際の医療機関との連携	1. 定期的に医師が診察している 2. 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 3. 医師は診察していない 4. その他 (　　)
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1)褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 (　　)
(3)上記で「1.ある」を選択した場合、周知・共有方法 (複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他 (　　)
(4)上記で「1.ある」を選択した場合、内容の見直しの実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5)上記で「2.なし」を選択した場合、整備していない理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他 (　　)
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1)褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、どのような研修を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的に開催している 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他 (　　)
(3)上記で「2.なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他 (　　)

8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1)褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合も含みます。	1. 設置している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 設置していない → 9.に進んでください
(2)上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 (　　)
(3)上記で「1.設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法 (複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他 (　　)
9. その他	
(1)貴施設では、どのような状態からを「褥瘡」と捉えていますか	1. 皮膚損傷・発赤なし 2. 持続する発赤 3. 真皮までの損傷 4. 皮下組織までの損傷 5. 皮下組織を超える損傷 6. 関節腔、体腔に至る損傷 7. その他 (　　)
(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日～9月30日の6ヶ月間)	(　　)人
(3)上記「(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数」のうち、褥瘡が原因で入院した人数	(　　)人

問5. 褥瘡マネジメント加算に関する状況	
(1)褥瘡マネジメント加算の算定有無 (平成30年4月1日から9月30日までの6ヶ月間に一度でも算定していれば、「算定している」を選択)	1. 算定している → 問6に進んでください 2. 算定していない → 以下の(2)～(3)に回答してください
(2)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、算定が困難な理由(複数回答可)	1. 褥瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい 2. 入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 3. 複数の職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 4. 褥瘡ケア計画に従い褥瘡マネジメントを実施するのが難しい 5. 褥瘡マネジメントの内容について定期的に記録するのが難しい 6. 少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 7. 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 8. 低栄養リスク改善加算を算定しているため 9. 分からない 10. その他 (　　)
(3)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、今後の算定予定	1. 今後、予定している 2. 今のところ、予定していない 3. 分からない

問6. 「入所時」における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

（1） 主に使用しているアセスメント様式（1つだけに○）	1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS－HC方式 4. ICFステージング（R4） 5. その他 （　　）

（2） 基本情報の記録状況	記録状況（1つだけに○）					情報を収集する負担感（5段階評価）						記録している者（複数回答可）				
	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他	→その他の場合 具体的に	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある		看護師	介護支援専門員	介護職員	支援相談員	その他職種
①身長	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5

記録している場合、右の設問にご回答ください。

左記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要

2. 日常生活動作（ADL）の評価についてお伺いします。

（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他 （　　） 5. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （　　）
（4） 評価を行う者（複数選択可）	1. 看護師　5. 介護支援専門員 2. 理学療法士　6. 介護職員 3. 作業療法士　7. 支援相談員 4. 言語聴覚士　8. その他職種 （　　）

3. 手段的日常生活動作(IADL)の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他 (　　) 4. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 (　　)
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師　5. 介護支援専門員 2. 理学療法士　6. 介護職員 3. 作業療法士　7. 支援相談員 4. 言語聴覚士　8. その他職種 (　　)
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini－Mental State Examination) 4. MOCA－j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC－21(The Dementia Assessment Sheet for Community－based Integrated Care System-21 items) 7. その他 (　　) 8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で、「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 (　　)
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師　6. 介護支援専門員 2. 看護師　7. 介護職員 3. 理学療法士　8. 支援相談員 4. 作業療法士　9. その他職種 (　　) 5. 言語聴覚士
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
(1) 必要栄養量の計算	1. 全ての入所者について計算している 2. 一部の入所者について計算している 3. 計算していない 4. その他 (　　)
上記で「1. 全ての入所者について計算している」「2. 一部の入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 (　　)
(2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	1. BMI　5. 栄養補給法 2. 体重減少率　6. 褥瘡の有無 3. 血清アルブミン値　7. その他 (　　) 4. 食事摂取量　8. 評価していない
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある

（2）で選択した項目についてお伺いします。（上記（2）で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（4） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（5） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 2. 看護師 3. 言語聴覚士 4. 管理栄養士 5. 栄養士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 支援相談員 9. その他職種 （ ）
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
（1） 歯の状況の把握	1. 全ての入所者について把握している 2. 一部の入所者について把握している 3. 把握していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価項目（複数回答可）	1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況（義歯の有無など） 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価を行う者（複数選択可）	1. 歯科医師 2. 看護師 3. 歯科衛生士 4. 介護支援専門員 5. 介護職員 6. 支援相談員 7. その他職種 （ ）
（2） 嚥下機能の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価方法（複数回答可）	1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3） 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコキネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 （ ） 6. 評価していない
（4） 上記（3）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3）で選択した項目についてお伺いします。（上記（3）で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（5） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（6） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. 介護支援専門員 11. 介護職員 12. 支援相談員 13. その他職種 （ ）

7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査（SLTA） 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度（GDI） 5. WHOによるQOL尺度（WHOQOL） 6. SF－36・SF－12・SF－8 7. Vitality Index 8. その他 （ ） 9. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（4） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 支援相談員 9. その他職種 （ ）
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
（1） 介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 （ ）
上記で「1.全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価の方法（複数回答可）	1. Zarit介護負担尺度を用いての評価 2. BIC－11（多次元介護負担感尺度）を用いての評価 3. その他の尺度を用いての評価 （ ） 4. 尺度は用いないでの評価 5. その他 （ ）
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容（複数回答可）	1. 精神的負担感（介護によるストレス等） 2. 身体的負担感（肉体的な介護疲れ、睡眠障害等） 3. 環境要因による負担感（介護者の住まいが遠方、経済的負担等） 4. その他 （ ）

問7. 「入所中」における入所者の心身状態等に関する記録の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

（1） 基本情報の記録状況	記録状況（1つだけに○）							「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	記録の頻度（1つだけに○）				
	全ての入所者について定期的に記録している	一部の入所者について定期的に記録している	全ての入所者について状態の著変時のみ記録している	一部の入所者について状態の著変時のみ記録している	記録していない	その他	→その他の場合具体的に		概ね月1回	概ね3ヶ月に1回	概ね半年に1回	概ね1年に1回	その他
①身長	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5

2.日常生活動作（ADL）の記録についてお伺いします。

（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.2.（1）で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

3.手段的日常生活動作（IADL）の記録についてお伺いします。

（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.3.（1）で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。		
（1） 認知機能の記録の収集状況 ※問6.4.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
5. 栄養状態の記録についてお伺いします。		
（1） 必要栄養量	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
（2） 栄養状態のアセスメント ※問6.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
6. 口腔機能の記録についてお伺いします。		
（1） 歯の状況の把握	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
（2） 嚥下機能の記録	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

（3） 口腔機能のアセスメント ※問6.6.（3）で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。		
（1） うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問6.7.（1）で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

問8. 入所時・入所中に収集・評価した記録（問6・問7）の保管
各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に○を付けてください。（複数選択可）
※入力項目は問6・問7で選択した項目について回答してください。

		記録媒体			
		介護ソフト	紙	介護ソフト以外の電子化された様式（Office ソフト等）	その他
入力項目	1.入所者の基本情報について	1	2	3	4
	2.日常生活動作（ADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	3.手段的日常生活動作（IADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4
	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4

問9. 退所時における入所者に関する記録の状況	
（1） 転帰（死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等）の記録の有無	1. 記録している 2. 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護老人保健施設・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- この調査票は、**当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方**がご記入下さい。
- 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、**記入要領の P.2をご参照ください。**
- **問1～5共通として**特に指定の無い限り、**記載日時点における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号 1 つを選んで○印をお付け下さい。
- （　　）の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日（金）までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　:0120－380－641（平日10:00～17:00）
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX:03－6826－5060（24時間受付）
E-mail:kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1. アセスメント実施者の情報		
（1）基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護師 5.准看護師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.歯科衛生士 10.栄養士 11.管理栄養士 12.介護支援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してください （　　） 23.資格なし
（2）資格ありの場合、経験年数	（　　）年	
（3）Barthel Index による評価（問4の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない
（4）FIM（Functional Independence Measure）による評価（問5の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない

問2. 利用者の基本情報 記載日時点における状況	
※記載日を記入してください	平成（　）年（　）月（　）日

(1)性別	1.男性　　2.女性
(2)年齢	(　　)歳
(3)要介護度	1.要介護1　2.要介護2　3.要介護3　4.要介護4 5.要介護5　6.申請中
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立　2.Ⅰ　3.Ⅱa　4.Ⅱb　5.Ⅲa 6.Ⅲb　7.Ⅳ　8.M　9.不明
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立　2.J1　3.J2　4.A1　5.A2 6.B1　7.B2　8.C1　9.C2　10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成(　)年(　)月
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成(　)年(　)月

問3. 利用者の状態に関する情報
記載日時点における状況　※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1)ADL の状況	入浴		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	排泄	排尿	1.自分で行っている　2.自分で行っていない　3.対象外(バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿の場合)
		排便	1.自分で行っている　2.自分で行っていない　3.対象外(人工肛門等の場合)
	食事摂取		1.自分で行っている　2.自分で行っていない　3.対象外(経管栄養・経静脈栄養等の場合)
	更衣	上衣	1.自分で行っている　2.自分で行っていない
		下衣	1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	個人衛生(洗顔・整髪)		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
(2)基本動作	寝返り		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	座位の保持		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	座位での乗り移り		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	立位の保持		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
(3)排泄の状況	尿失禁		1.あり　2.なし　3.対象外
	便失禁		1.あり　2.なし　3.対象外
	バルーンカテーテルの使用		1.あり　2.なし
(4)食事の状況	食事の回数		(　　)回
	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 ・ 小食 ・ その他 (　　) 2.問題なし
(5)視力の状況			1.問題あり　2.問題なし

(6)薬の状況	服薬状況	1.薬を飲んでいる　2.薬を飲んでいない
	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤 7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類を記載してください (　　) 9.不明

	飲んでいる場合の薬の種類数	（　　）種類			
（7）歯の状態	義歯の有無	1.あり		2.なし	
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で行っている		2.自分で行っていない	
（8）過去3か月間の入院の有無		1.あり		2.なし	
（9）過去3か月間の在宅復帰の有無		1.あり		2.なし	
（10）過去3か月間の骨折の有無		1.あり		2.なし	
（11）過去3か月以内に転倒をしましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明	
（12）過去3か月以内に 37.5 度以上の発熱がありましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明	
（13）過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明	
（14）（介護に注意が必要な）嚥下機能の低下がありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明	4.対象外（経管栄養・経静脈栄養等の場合）
（15）（介護に注意が必要な）摂食困難な状況がありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明	4.対象外（経管栄養・経静脈栄養等の場合）
（16）過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明	
（17）過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明	
（18）見当識	自分の名前がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	どこにいるかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
（19）コミュニケーション	簡単な指示を理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	周囲の人（友人・知人やスタッフ等）と簡単なあいさつや会話をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	周囲の人（友人・知人やスタッフ等）とトラブルなくにコミュニケーションが取れていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
（20）認知機能	意識障害がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	簡単な計算はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	
	時間管理はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明	

（21）行動心理症状	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
（22）歩行移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください。	屋内（施設や自宅内で居室から別の部屋へと）の移動をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明

	公共交通機関を利用して外出をしていますか。※自家用車での移動含む。	1.はい　　2.いいえ　　3.不明
	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な用具の名称を記載してください （　　） 5.移動に器具は用いていない 6.不明

(23)問3. 利用者の状態に関する情報(1)～(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による評価 記載日時点における状況 ※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。		
(1)食事	10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0:全介助	(　　)点
(2)車椅子からベッドへの移動	15:自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10:軽度の部分介助または監視を要する 5:座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0:全介助または不可能	(　　)点
(3)整容	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0:部分介助または不可能	(　　)点
(4)トイレ動作	10:自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0:全介助または不可能	(　　)点
(5)入浴	5:自立 0:部分介助または不可能	(　　)点
(6)歩行	15:45m 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない 10:45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5:歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 0:上記以外	(　　)点
(7)階段昇降	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する 0:不能	(　　)点
(8)着替え	10:自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5:部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0:上記以外	(　　)点
(9)排便コントロール	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点
(10)排尿コントロール	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点

問5. FIM(Functional Independence Measure)による評価
記載日時点における状況　※該当する点数を右側の行に記入してください。
※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1)運動項目	セルフケア	食事	(　　)点
		整容	(　　)点
		清拭(入浴)	(　　)点
		更衣(上半身)	(　　)点
		更衣(下半身)	(　　)点
		トイレ	(　　)点
	排泄コントロール	排尿管理	(　　)点
		排便管理	(　　)点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	(　　)点
		トイレ	(　　)点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	(　　)点　□浴槽　□シャワー
	移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行＝(　　)点 車椅子＝(　　)点 □歩行　□車椅子
		階段	(　　)点
(2)認知項目	コミュニケーション	理解	(　　)点　□聴覚　□視覚
		表出	(　　)点　□音声　□非音声
	社会的認識	社会的交流	(　　)点
		問題解決	(　　)点
		記憶	(　　)点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典)　千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護老人福祉施設・施設票】

■記入にあたってのご注意

- この調査票は、**貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- 特に指定の無い限り、**平成 30 年 10 月3日(水)現在の状況についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- (　　)の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日(金)までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　:0120－380－641(平日10:00～17:00)
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX:03－6826－5060(24時間受付)
E-mail:kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1. 基本情報	
(1)開設年	(　　)年(　　)月
(2)定員数	(　　)人

問2. 貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス
※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。
※ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)		(1)	(2)	
		■居宅サービス			■施設サービス
□	□	1.　訪問介護	□	□	20. 介護老人保健施設
□	□	2.　訪問入浴	□	□	21. 介護療養型医療施設
□	□	3.　訪問看護	□	□	22. 介護医療院
□	□	4.　訪問リハビリテーション			■医療サービス
□	□	5.　通所介護	□	□	23. 病院
□	□	6.　通所リハビリテーション	□	□	24. 診療所(在宅療養支援診療所)
□	□	7.　短期入所生活介護、療養介護	□	□	25. 診療所(在宅療養支援診療所以外)
□	□	8.　特定施設入居者生活介護			
□	□	9.　福祉用具貸与、販売			■その他
□	□	10. 居宅介護支援	□	□	26. サービス付き高齢者向け住宅
		■地域密着型サービス	□	□	27. 有料老人ホーム
□	□	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	□	□	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス A、B)
□	□	12. 夜間対応型訪問介護			
□	□	13. 認知症対応型通所介護	□	□	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
□	□	14. 小規模多機能型居宅介護	□	□	30. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
□	□	15. 認知症対応型共同生活介護			
□	□	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護			
□	□	17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護	□	□	31. 特になし
□	□	18. 看護小規模多機能型居宅介護			
□	□	19. 地域密着型通所介護			

問3. 職員体制　平成 30 年 10 月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。
※該当者がいない場合は0を記入してください。

	(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数	(　　)人	(　　)人
①医師	(　　)人	(　　)人
②歯科医師	(　　)人	(　　)人
③薬剤師	(　　)人	(　　)人
④看護師	(　　)人	(　　)人
⑤准看護師	(　　)人	(　　)人
⑥理学療法士	(　　)人	(　　)人
⑦作業療法士	(　　)人	(　　)人
⑧言語聴覚士	(　　)人	(　　)人
⑨歯科衛生士	(　　)人	(　　)人
⑩栄養士	(　　)人	(　　)人
⑪うち、管理栄養士	(　　)人	(　　)人
⑫介護支援専門員	(　　)人	(　　)人
⑬介護福祉士	(　　)人	(　　)人
⑭その他の介護職員	(　　)人	(　　)人
⑮その他の職員	(　　)人	(　　)人

(2)派遣職員の人数	介護職員	看護職員	事務職員	その他の職員
	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人

問4. 褥瘡マネジメントの実施状況
1. 入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価

(1)入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価を実施しているか	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(4)に回答してください 3. 実施していない → 2.に進んでください 4. その他 (　　) → 2.に進んでください
(2)評価している内容 (複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 (　　)
(3)評価の職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 (　　)

		前年度	今年度
	(4)評価の頻度	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他
2. 褥瘡ケア計画の作成			
(1)褥瘡ケア計画の作成		1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 (　　) → 5.に進んでください	
	(2)褥瘡ケア計画への記載内容 (複数回答可)	1. 上記「問4. 1. (2) 評価している内容」の結果 2. 褥瘡の状態の評価 3. ベッド上の圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 4. イス上の圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 5. スキンケア 6. 栄養状態改善 7. リハビリテーション 8. その他 (　　)	
	(3)褥瘡ケア計画を作成する際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 (　　)	
	(4)褥瘡のリスク評価の内容を褥瘡ケア計画へ反映しているか	1. 反映している 2. 反映していない	
	(5)褥瘡ケア計画について、入所者・家族への説明の実施の有無	1. 説明している 2. 説明していない	
3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネジメントの実施			
(1)褥瘡ケアにおいて記録している情報(複数回答可)		1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 (　　)	
(2)褥瘡マネジメントの記録頻度		1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他	
(3)褥瘡予防マットレスの使用の有無		1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください	
	(4) 上記で「2. 使用していない」を選択した場合、その理由 (複数回答可)	7. 効果を感じないため 8. 適切な使用方法が分からないため 9. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 10. 高価であるため 11. 入所者が使用したがらないため 12. その他 (　　)	

4. 褥瘡ケア計画の見直し	
(1)褥瘡ケア計画の見直し	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 (　　) → 5.に進んでください
(2)見直しをする際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護支援専門員 4. 介護職員 5. その他の職員 (　　)
(3)見直しの頻度	1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他
5. 褥瘡が発生した場合の対応	
(1)褥瘡のステージの記録	1. 全ての入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 記録していない → 以下の(3)に回答してください 4. その他 (　　) → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1. 全ての入所者について記録している」、「2. 一部の入所者について記録している」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)	1. NPUAP分類 2. DESIGN－R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他 (　　)
(3)褥瘡が発生した際の医療機関との連携	1. 定期的に医師が診察している 2. 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 3. 医師は診察していない 4. その他 (　　)
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1)褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、 どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 (　　)
(3)上記で「1.ある」を選択した場合、周知・共有方法 (複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他 (　　)
(4)上記で「1.ある」を選択した場合、内容の見直しの実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5)上記で「2.なし」を選択した場合、整備していない理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他 (　　)
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1)褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1.ある」を選択した場合、どのような研修を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的に開催している 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他 (　　)
(3)上記で「2.なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他 (　　)

8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1)褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合も含みます。	1. 設置している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 設置していない → 9.に進んでください
(2)上記で「1.設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 ( )
(3)上記で「1.設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法 (複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他 ( )
9. その他	
(1)貴施設では、どのような状態からを「褥瘡」と捉えていますか	1. 皮膚損傷・発赤なし 2. 持続する発赤 3. 真皮までの損傷 4. 皮下組織までの損傷 5. 皮下組織を超える損傷 6. 関節腔、体腔に至る損傷 7. その他 ( )
(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日～9月30日の6ヶ月間)	( )人
(3)上記「(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数」のうち、褥瘡が原因で入院した人数	( )人

問5. 褥瘡マネジメント加算に関する状況	
(1)褥瘡マネジメント加算の算定有無 (平成30年4月1日から9月30日までの6ヶ月間に一度でも算定していれば、「算定している」を選択)	1. 算定している → 問6に進んでください 2. 算定していない → 以下の(2)～(3)に回答してください
(2)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、算定が困難な理由(複数回答可)	1. 褥瘡マネジメント加算の算定要件であるリスク評価項目について、少なくとも3ヶ月に1回以上、評価を行うのが難しい 2. 入所者ごとの褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 3. 複数の職種が共同して、褥瘡ケア計画を作成するのが難しい 4. 褥瘡ケア計画に従い褥瘡マネジメントを実施するのが難しい 5. 褥瘡マネジメントの内容について定期的に記録するのが難しい 6. 少なくとも3ヶ月に1回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 7. 複数の職種で褥瘡ケア計画を見直すのが難しい 8. 低栄養リスク改善加算を算定しているため 9. 分からない 10. その他 ( )
(3)上記で「2. 算定していない」を選択した場合、今後の算定予定	1. 今後、予定している 2. 今のところ、予定していない 3. 分からない

問6. 「入所時」における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

（1） 主に使用しているアセスメント様式（1つだけに○）	1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS－HC方式 4. ICFステージング（R4） 5. その他（　　）

（2） 基本情報の記録状況	記録状況（1つだけに○）					情報を収集する負担感（5段階評価）						記録している者（複数回答可）				
	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他	→その他の場合具体的に	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある	記録している場合、右の設問にご回答ください。 左記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要	看護師	介護支援専門員	介護職員	生活相談員	その他職種
①身長	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作（ADL）の評価についてお伺いします。

（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他（　　） 5. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他（　　）
（4） 評価を行う者（複数選択可）	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. 生活相談員 8. その他職種（　　）

3. 手段的日常生活動作(IADL)の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他 (　　) 4. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 (　　)
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. 生活相談員 8. その他職種 (　　)
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini－Mental State Examination) 4. MOCA－j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC－21(The Dementia Assessment Sheet for Community－based Integrated Care System-21 items) 7. その他 (　　) 8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 (　　)
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 生活相談員 9. その他職種 (　　)
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
(1) 必要栄養量の計算	1. 全ての入所者について計算している 2. 一部の入所者について計算している 3. 計算していない 4. その他 (　　)
上記で「1. 全ての入所者について計算している」「2. 一部の入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他 (　　)

（2） 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 （1つだけに○）	1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 （ ） 8. 評価していない
（3） 上記（2）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（2）で選択した項目についてお伺いします。（上記（2）で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（4） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（5） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 2. 看護師 3. 言語聴覚士 4. 管理栄養士 5. 栄養士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 生活相談員 9. その他職種 （ ）
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
（1） 歯の状況の把握	1. 全ての入所者について把握している 2. 一部の入所者について把握している 3. 把握していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価項目 （複数回答可）	1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況（義歯の有無など） 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価を行う者（複数選択可）	1. 歯科医師 2. 看護師 3. 歯科衛生士 4. 介護支援専門員 5. 介護職員 6. 生活相談員 7. その他職種 （ ）
（2） 嚥下機能の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価方法 （複数回答可）	1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3） 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 （1つだけに○）	1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコキネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 （ ） 6. 評価していない

（4） 上記（3）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3）で選択した項目についてお伺いします。（上記（3）で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（5） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（6） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. 介護支援専門員 11. 介護職員 12. 生活相談員 13. その他職種 （ ）
7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査（SLTA） 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度（GDI） 5. WHOによるQOL尺度（WHOQOL） 6. SF－36・SF－12・SF－8 7. Vitality Index 8. その他 （ ） 9. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（4） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 介護支援専門員 7. 介護職員 8. 生活相談員 9. その他職種 （ ）
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
（1） 介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 （ ）
上記で「1.全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価の方法（複数回答可）	6. Zarit介護負担尺度を用いての評価 7. BIC－11（多次元介護負担感尺度）を用いての評価 8. その他の尺度を用いての評価 （ ） 9. 尺度は用いないでの評価 10. その他（ ）
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容（複数回答可）	5. 精神的負担感（介護によるストレス等） 6. 身体的負担感（肉体的な介護疲れ、睡眠障害等） 7. 環境要因による負担感（介護者の住まいが遠方、経済的負担等） 8. その他 （ ）

問7. 「入所中」における入所者の心身状態等に関する記録の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

（1） 基本情報の記録状況	記録状況（1つだけに○）								記録の頻度（1つだけに○）				
	全ての入所者について定期的に記録している	一部の入所者について定期的に記録している	全ての入所者について状態の著変時のみ記録している	一部の入所者について状態の著変時のみ記録している	記録していない	その他	→その他の場合具体的に	「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	概ね月1回	概ね3ヶ月に1回	概ね半年に1回	概ね1年に1回	その他
①身長	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作（ADL）の記録についてお伺いします。

（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.2.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

3. 手段的日常生活動作（IADL）の記録についてお伺いします。

（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問6.3.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。

（1） 認知機能の記録の収集状況 ※問6.4.(1)で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）

（2） 上記で「1．全ての入所者について定期的に記録している」「2．一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
5．栄養状態の記録についてお伺いします。		
（1） 必要栄養量	記録状況	1．全ての入所者について定期的に記録している 2．一部の入所者について定期的に記録している 3．全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての入所者について定期的に記録している」「2．一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
（2） 栄養状態のアセスメント ※問6.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1．全ての入所者について定期的に記録している 2．一部の入所者について定期的に記録している 3．全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての入所者について定期的に記録している」「2．一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
6．口腔機能の記録についてお伺いします。		
（1） 歯の状況の把握	記録状況	1．全ての入所者について定期的に記録している 2．一部の入所者について定期的に記録している 3．全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての入所者について定期的に記録している」「2．一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
（2） 嚥下機能の記録	記録状況	1．全ての入所者について定期的に記録している 2．一部の入所者について定期的に記録している 3．全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての入所者について定期的に記録している」「2．一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
（3） 口腔機能のアセスメント ※問6.6.(3)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1．全ての入所者について定期的に記録している 2．一部の入所者について定期的に記録している 3．全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての入所者について定期的に記録している」「2．一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他

7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。	
（1） うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問6.7.（1）で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

問8. 入所時・入所中に収集・評価した記録（問6・問7）の保管
各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に○を付けてください。（複数選択可）
※入力項目は問6・問7で選択した項目について回答してください。

		記録媒体			
		介護ソフト	紙	介護ソフト以外の電子化された様式（Office ソフト等）	その他
入力項目	1.入所者の基本情報について	1	2	3	4
	2.日常生活動作（ADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	3.手段的日常生活動作（IADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4
	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4

問9. 退所時における入所者に関する記録の状況	
（1） 転帰（死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等）の記録の有無	1. 記録している 2. 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護老人福祉施設・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- この調査票は、**当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方**がご記入下さい。
- 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、**記入要領の P.2をご参照ください。**
- **問1～5共通として**特に指定の無い限り、**記載日時点における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- （　　）の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日（金）までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　:0120－380－641（平日10:00～17:00）
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX:03－6826－5060（24時間受付）
E-mail:kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1. アセスメント実施者の情報		
（1）基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください。	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護師 5.准看護師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.歯科衛生士 10.栄養士 11.管理栄養士 12.介護支援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してください （　　） 23.資格なし
（2）資格ありの場合、経験年数	（　　）年	
（3）Barthel Index による評価（問4の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない
（4）FIM（Functional Independence Measure）による評価（問5の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない

問2. 利用者の基本情報 記載日時点における状況					
※記載日を記入してください。	平成(　)年(　)月(　)日				
(1)性別	1.男性		2.女性		
(2)年齢	(　　)歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要介護2 6.申請中	3.要介護3	4.要介護4	
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2.Ⅰ 7.Ⅳ	3.Ⅱa 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5.Ⅲa
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2	5.A2 10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成(　)年(　)月				
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成(　)年(　)月				

問3. 利用者の状態に関する情報 記載日時点における状況　※記入方法については、記入要領を確認ください。				
(1)ADL の状況	入浴		1.自分で行っている	2.自分で行っていない
	排泄	排尿	1.自分で行っている	2.自分で行っていない　3.対象外(バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿の場合)
		排便	1.自分で行っている	2.自分で行っていない　3.対象外(人工肛門等の場合)
	食事摂取		1.自分で行っている	2.自分で行っていない　3.対象外(経管栄養・経静脈栄養等の場合)
	更衣	上衣	1.自分で行っている	2.自分で行っていない
		下衣	1.自分で行っている	2.自分で行っていない
	個人衛生(洗顔・整髪)		1.自分で行っている	2.自分で行っていない
(2)基本動作	寝返り		1.自分で行っている	2.自分で行っていない
	座位の保持		1.自分で行っている	2.自分で行っていない
	座位での乗り移り		1.自分で行っている	2.自分で行っていない
	立位の保持		1.自分で行っている	2.自分で行っていない
(3)排泄の状況	尿失禁		1.あり　2.なし	3.対象外
	便失禁		1.あり　2.なし	3.対象外
	バルーンカテーテルの使用		1.あり	2.なし
(4)食事の状況	食事の回数		(　　)回	
	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 ・ 小食 ・ その他 (　　) 2.問題なし	
(5)視力の状況			1.問題あり	2.問題なし

(6)薬の状況	服薬状況	1.薬を飲んでいる　2.薬を飲んでいない
	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤 7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類を記載してください (　　) 9.不明
	飲んでいる場合の薬の種類数	(　　)種類
(7)歯の状態	義歯の有無	1.あり　2.なし
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で行っている　2.自分で行っていない
(8)過去3か月間の入院の有無		1.あり　2.なし
(9)過去3か月間の在宅復帰の有無		1.あり　2.なし
(10)過去3か月間の骨折の有無		1.あり　2.なし
(11)過去3か月以内に転倒をしましたか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(12)過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(13)過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(14)(介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明　4.対象外(経管栄養・経静脈栄養等の場合)
(15)(介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明　4.対象外(経管栄養・経静脈栄養等の場合)
(16)過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(17)過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(18)見当識	自分の名前がわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	どこにいるかわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
(19)コミュニケーション	簡単な指示を理解していますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話をしていますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブルなくにコミュニケーションが取れていますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
(20)認知機能	意識障害がありましたか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	簡単な計算はできますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	時間管理はできますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明

(21)行動心理症状	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22)歩行移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください。	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の移動をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	公共交通機関を利用して外出をしていますか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な用具の名称を記載してください (　　)		5.移動に器具は用いていない 6.不明

(23)問3. 利用者の状態に関する情報(1)～(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による評価 記載日時点における状況 ※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。		
(1)食事	10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0:全介助	(　　)点
(2)車椅子からベッドへの移動	15:自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10:軽度の部分介助または監視を要する 5:座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0:全介助または不可能	(　　)点
(3)整容	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0:部分介助または不可能	(　　)点
(4)トイレ動作	10:自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0:全介助または不可能	(　　)点
(5)入浴	5:自立 0:部分介助または不可能	(　　)点
(6)歩行	15:45m 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない 10:45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5:歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 0:上記以外	(　　)点
(7)階段昇降	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する 0:不能	(　　)点
(8)着替え	10:自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5:部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0:上記以外	(　　)点
(9)排便コントロール	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点
(10)排尿コントロール	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点

問5. FIM(Functional Independence Measure)による評価
記載日時点における状況　※該当する点数を右側の行に記入してください。
※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1)運動項目	セルフケア	食事	(　　)点
		整容	(　　)点
		清拭(入浴)	(　　)点
		更衣(上半身)	(　　)点
		更衣(下半身)	(　　)点
		トイレ	(　　)点
	排泄コントロール	排尿管理	(　　)点
		排便管理	(　　)点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	(　　)点
		トイレ	(　　)点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	(　　)点　□浴槽　□シャワー
	移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行＝(　　)点 車椅子＝(　　)点 □歩行　□車椅子
		階段	(　　)点
(2)認知項目	コミュニケーション	理解	(　　)点　□聴覚　□視覚
		表出	(　　)点　□音声　□非音声
	社会的認識	社会的交流	(　　)点
		問題解決	(　　)点
		記憶	(　　)点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典)　千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護医療院・施設票】

■記入にあたってのご注意

- この調査票は、**貴施設において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- 特に指定の無い限り、**平成 30 年 10 月3日(水)現在の状況についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- (　　)の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日(金)までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　:0120－380－641(平日10:00～17:00)
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX:03－6826－5060(24時間受付)
E-mail:kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1. 基本情報

(1)開設年	(　　)年(　　)月
(2)定員数	(　　)人

問2. 貴法人が提供しているサービスおよび貴施設に併設されているサービス
※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴施設に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。
※ここで「併設サービス」とは、貴施設と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)		(1)	(2)	
		■居宅サービス			■施設サービス
□	□	1. 訪問介護	□	□	20. 介護老人福祉施設
□	□	2. 訪問入浴	□	□	21. 介護老人保健施設
□	□	3. 訪問看護	□	□	22. 介護療養型医療施設
□	□	4. 訪問リハビリテーション			■医療サービス
□	□	5. 通所介護	□	□	23. 病院
□	□	6. 通所リハビリテーション	□	□	24. 診療所(在宅療養支援診療所)
□	□	7. 短期入所生活介護、療養介護	□	□	25. 診療所(在宅療養支援診療所以外)
□	□	8. 特定施設入居者生活介護			
□	□	9. 福祉用具貸与、販売			■その他
□	□	10. 居宅介護支援	□	□	26. サービス付き高齢者向け住宅
		■地域密着型サービス	□	□	27. 有料老人ホーム
□	□	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	□	□	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス A、B)
□	□	12. 夜間対応型訪問介護			
□	□	13. 認知症対応型通所介護	□	□	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
□	□	14. 小規模多機能型居宅介護	□	□	30. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
□	□	15. 認知症対応型共同生活介護			
□	□	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護			
□	□	17. 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護	□	□	31. 特になし
□	□	18. 看護小規模多機能型居宅介護			
□	□	19. 地域密着型通所介護			

問3. 職員体制　平成 30 年 10 月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
※複数の資格を有する職員はそれぞれの資格の記入欄に計上してください。
※該当者がいない場合は0を記入してください。

	(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数	(　　)人	(　　)人
①医師	(　　)人	(　　)人
②歯科医師	(　　)人	(　　)人
③薬剤師	(　　)人	(　　)人
④看護師	(　　)人	(　　)人
⑤准看護師	(　　)人	(　　)人
⑥理学療法士	(　　)人	(　　)人
⑦作業療法士	(　　)人	(　　)人
⑧言語聴覚士	(　　)人	(　　)人
⑨歯科衛生士	(　　)人	(　　)人
⑩栄養士	(　　)人	(　　)人
⑪うち、管理栄養士	(　　)人	(　　)人
⑫介護支援専門員	(　　)人	(　　)人
⑬介護福祉士	(　　)人	(　　)人
⑭その他の介護職員	(　　)人	(　　)人
⑮その他の職員	(　　)人	(　　)人

(2)派遣職員の人数	介護職員	看護職員	事務職員	その他の職員
	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人

問4. 褥瘡マネジメントの実施状況
1. 入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価

(1)入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクの評価を実施しているか	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(4)に回答してください 3. 実施していない → 2.に進んでください 4. その他 (　　) → 2.に進んでください
(2)評価している内容 (複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 (　　)
(3)評価の職種 (複数回答可)	1. 医師　4. 介護職員 2. 看護職員　5. その他の職員 (　　) 3. 介護支援専門員

(4)評価の頻度	前年度	今年度
	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他	1. 入所時のみ 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月に1回程度 5. 3ヶ月以上に1回程度 6. 不定期 7. その他

2. 褥瘡ケア計画の作成	
(1)褥瘡ケア計画の作成	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(5)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 (　　) → 5.に進んでください
(2)褥瘡ケア計画への記載内容 (複数回答可)	1. 上記「問4. 1. (2) 評価している内容」の結果 2. 褥瘡の状態の評価 3. ベッド上の圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 4. イス上の圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) 5. スキンケア 6. 栄養状態改善 7. リハビリテーション 8. その他 (　　)
(3)褥瘡ケア計画を作成する際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師　　4. 介護職員 2. 看護職員　　5. その他の職員 (　　) 3. 介護支援専門員
(4)褥瘡のリスク評価の内容を褥瘡ケア計画へ反映しているか	1. 反映している 2. 反映していない
(5)褥瘡ケア計画について、入所者・家族への説明の実施の有無	1. 説明している 2. 説明していない
3. 褥瘡ケア計画に基づいた褥瘡マネジメントの実施	
(1)褥瘡ケアにおいて記録している情報(複数回答可)	1. 基本動作能力 2. 病的骨突出 3. 関節拘縮 4. 栄養状態低下 5. 多汗 6. 尿失禁 7. 便失禁 8. 皮膚の脆弱性(浮腫) 9. 皮膚の脆弱性(スキン―テアの保有、既往) 10. 入浴 11. 食事摂取 12. バルーンカテーテル等の使用 13. その他 (　　)
(2)褥瘡マネジメントの記録頻度	1. 褥瘡ケアを提供する都度 2. 1日1回程度 3. 週に1回程度 4. 月に1回程度 5. 3ヶ月に1回程度 6. 半年に1回程度 7. 1年に1回程度 8. その他
(3)褥瘡予防マットレスの使用の有無	1. 使用している 2. 使用していない → 以下の(4)に回答してください
(4) 上記で「2. 使用していない」を選択した場合、その理由 (複数回答可)	13. 効果を感じないため 14. 適切な使用方法が分からないため 15. 褥瘡の発生がほとんどなく、必要性を感じないため 16. 高価であるため 17. 入所者が使用したがらないため 18. その他 (　　)
4. 褥瘡ケア計画の見直し	
(1)褥瘡ケア計画の見直し	1. 全ての入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について実施している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 実施していない → 5.に進んでください 4. その他 (　　) → 5.に進んでください
(2)見直しをする際の参加職種 (複数回答可)	1. 医師　　4. 介護職員 2. 看護職員　　5. その他の職員 (　　) 3. 介護支援専門員
(3)見直しの頻度	1. 1ヶ月に1回程度 2. 2ヶ月に1回程度 3. 3ヶ月に1回程度 4. 3ヶ月以上に1回程度 5. その他

5. 褥瘡が発生した場合の対応	
(1)褥瘡のステージの記録	1. 全ての入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 一部の入所者について記録している → 以下の(2)～(3)に回答してください 3. 記録していない → 以下の(3)に回答してください 4. その他 (　　) → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1. 全ての入所者について記録している」、「2. 一部の入所者について記録している」を選択した場合、評価指標 (複数回答可)	1. NPUAP分類 2. DESIGN－R(2008年改訂版褥瘡経過評価用) 3. その他 (　　)
(3)褥瘡が発生した際の医療機関との連携	1. 定期的に医師が診察している 2. 初回のみ医師が診察し、経過は施設の職員が観察している 3. 医師は診察していない 4. その他 (　　)
6. 褥瘡ケアに関するマニュアル	
(1)褥瘡ケアに関するマニュアル・手順書の有無	1. ある → 以下の(2)～(4)に回答してください 2. なし → 以下の(5)に回答してください
(2)上記で「1. ある」を選択した場合、どのように整備しているか(複数回答可)	1. 独自に作成 2. 外部研修等の資料を活用 3. 関連する一般の文献を活用 4. その他 (　　)
(3)上記で「1. ある」を選択した場合、周知・共有方法 (複数回答可)	1. 内部の新任の職員研修の際に使用している 2. 新任の職員研修以外の内部研修等で定期的に使用している 3. 職員が常に閲覧可能な場所に保管している 4. マニュアルはあるが周知・共有していない 5. その他 (　　)
(4)上記で「1. ある」を選択した場合、内容の見直しの実施	1. 定期的に内容の見直しを行っている 2. 必要時にのみ内容の見直しを行っている 3. 内容の見直しは行っていない
(5)上記で「2. なし」を選択した場合、整備していない理由(複数回答可)	1. 整備に必要な時間がない 2. マニュアルの整備に必要な専門的知識が職員に不足している 3. マニュアルの必要性を感じない 4. その他 (　　)
7. 褥瘡ケアに関する研修	
(1)褥瘡ケアに関する研修の有無	1. ある → 以下の(2)に回答してください 2. なし → 以下の(3)に回答してください
(2)上記で「1. ある」を選択した場合、どのような研修を行っているか(複数回答可)	1. 法人内で定期的に開催している 2. 法人外の研修を受講させている 3. 現場での実践として指導している(OJT) 4. その他 (　　)
(3)上記で「2. なし」を選択した場合、ない理由 (複数回答可)	1. 研修を開催するのに必要な時間がない 2. 研修内容に関する専門的知識が職員に不足している 3. 外部研修の機会がない 4. 研修の必要性を感じない 5. その他 (　　)
8. 褥瘡ケアに関する体制	
(1)褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンスの設置 ※ここで「褥瘡ケアに関する委員会・カンファレンス」とは、褥瘡ケアに対象を限定して設置したものに限らず、他の会議体において褥瘡ケアを取り扱う場合も含みます。	1. 設置している → 以下の(2)～(3)に回答してください 2. 設置していない → 9.に進んでください
(2)上記で「1. 設置している」を選択した場合、褥瘡ケアの検討状況 (複数回答可)	1. 定期的に検討している 2. 褥瘡が発生した場合等の必要時に検討している 3. 委員会を設置しているが、ほとんど検討されていない 4. その他 (　　)
(3)上記で「1. 設置している」を選択した場合、検討事項の職員への周知方法 (複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知している 2. 施設内報で周知している 3. 施設内の掲示により周知している 4. 施設内の情報システムを活用して周知している 5. その他 (　　)
9. その他	
(1)貴施設では、どのような状態からを「褥瘡」と捉えていますか	1. 皮膚損傷・発赤なし　5. 皮下組織を超える損傷 2. 持続する発赤　6. 関節腔、体腔に至る損傷 3. 真皮までの損傷　7. その他 (　　) 4. 皮下組織までの損傷
(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数(実人数) (平成30年4月1日～9月30日の6ヶ月間)	(　　)人
(3)上記「(2)貴施設で褥瘡が発生した入所者数」のうち、褥瘡が原因で入院した人数	(　　)人

問5. 「入所時」 における入所者の心身状態等に関する記録・評価の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

（1） 主に使用しているアセスメント様式 （1つだけに○）	1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS－HC方式 4. ICFステージング（R4） 5. その他 （ ）

（2） 基本情報の記録状況	記録状況（1つだけに○）					情報を収集する負担感（5段階評価）					記録している場合、右の設問にご回答ください。 左記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要	記録している者（複数回答可）			
	全ての入所者について記録している	一部の入所者について記録している	記録していない	その他	→その他の場合 具体的に	全くない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある		看護師	介護支援専門員	介護職員	その他職種
①身長	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
②体重	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
③既往歴	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
④栄養状態	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4		1	2	3	4	5	⇒	1	2	3	4

2. 日常生活動作（ADL）の評価についてお伺いします。

（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他 （ ） 5. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（4） 評価を行う者（複数選択可）	1. 看護師 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 言語聴覚士 5. 介護支援専門員 6. 介護職員 7. その他職種 （ ）

3. 手段的日常生活動作(IADL)の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目(1つだけに○)	1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他 (　　) 4. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 (　　)
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 看護師　　5. 介護支援専門員 2. 理学療法士　　6. 介護職員 3. 作業療法士　　7. その他職種 (　　) 4. 言語聴覚士
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
(1) 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale) 3. MMSE(Mini－Mental State Examination) 4. MOCA－j(日本語版MontrealCognitiveAssessment) 5. Mini Cog 6. DASC－21(The Dementia Assessment Sheet for Community－based Integrated Care System-21 items) 7. その他 (　　) 8. 評価していない
(2) 上記(1)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
(1)で選択した項目についてお伺いします。(上記(1)で「8　評価していない」を選択した場合は回答不要)	
(3) 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 (　　)
(4) 評価を行う者(複数選択可)	1. 医師　　5. 言語聴覚士 2. 看護師　　6. 介護支援専門員 3. 理学療法士　　7. 介護職員 4. 作業療法士　　8. その他職種 (　　)
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
(1) 必要栄養量の計算	1. 全ての入所者について計算している 2. 一部の入所者について計算している 3. 計算していない 4. その他　(　　)
上記で「1. 全ての入所者について計算している」「2. 一部の入所者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法(複数回答可)	1. 推定エネルギー必要量(基礎代謝量×身体活動レベル) 2. 日本人の食事摂取基準(2015年版) 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量(基礎代謝量×活動係数×障害係数) 5. その他　(　　)
(2) 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 (1つだけに○)	1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他　(　　) 8. 評価していない
(3) 上記(2)で選択した情報を収集する負担感(5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある

（2）で選択した項目についてお伺いします。（上記（2）で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（4） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（5） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 5. 栄養士 2. 看護師 6. 介護支援専門員 3. 言語聴覚士 7. 介護職員 4. 管理栄養士 8. その他職種 （ ）
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
（1） 歯の状況の把握	1. 全ての入所者について把握している 2. 一部の入所者について把握している 3. 把握していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価項目（複数回答可）	1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況（義歯の有無など） 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について把握している」「2. 一部の入所者について把握している」を選択した場合、評価を行う者（複数選択可）	1. 歯科医師 4. 介護支援専門員 2. 看護師 5. 介護職員 3. 歯科衛生士 6. その他職種 （ ）
（2） 嚥下機能の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価方法（複数回答可）	1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 （ ）
上記で「1. 全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3） 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコキネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 （ ） 6. 評価していない
（4） 上記（3）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3）で選択した項目についてお伺いします。（上記（3）で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（5） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他 （ ）
（6） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師 7. 歯科衛生士 2. 歯科医師 8. 管理栄養士 3. 看護師 9. 栄養士 4. 理学療法士 10. 介護支援専門員 5. 作業療法士 11. 介護職員 6. 言語聴覚士 12. その他職種 （ ）

7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査（SLTA） 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度（GDI） 5. WHOによるQOL尺度（WHOQOL） 6. SF－36・SF－12・SF－8 7. Vitality Index 8. その他（ ） 9. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. その他（ ）
（4） 評価を行う者（複数選択可）	1. 医師　5. 言語聴覚士 2. 看護師　6. 介護支援専門員 3. 理学療法士　7. 介護職員 4. 作業療法士　8. その他職種（ ）
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
（1） 介護負担の評価	1. 全ての入所者について評価している 2. 一部の入所者について評価している 3. 評価していない 4. その他（ ）
上記で「1.全ての入所者について評価している」「2. 一部の入所者について評価している」を選択した場合、評価の方法（複数回答可）	11. Zarit介護負担尺度を用いての評価 12. BIC－11（多次元介護負担感尺度）を用いての評価 13. その他の尺度を用いての評価（ ） 14. 尺度は用いないでの評価 15. その他（ ）
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容（複数回答可）	9. 精神的負担感（介護によるストレス等） 10. 身体的負担感（肉体的な介護疲れ、睡眠障害等） 11. 環境要因による負担感（介護者の住まいが遠方、経済的負担等） 12. その他（ ）

問6. 「入所中」における入所者の心身状態等に関する記録の状況

※貴施設における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。

1. 基本情報の記録についてお伺いします。

（1） 基本情報の記録状況	記録状況（1つだけに○）							「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	記録の頻度（1つだけに○）				
	全ての入所者について定期的に記録している	一部の入所者について定期的に記録している	全ての入所者について状態の著変時のみ記録している	一部の入所者について状態の著変時のみ記録している	記録していない	その他	→その他の場合 具体的に		概ね月1回	概ね3ヶ月に1回	概ね半年に1回	概ね1年に1回	その他
①身長	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
②体重	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
③既往歴	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
④栄養状態	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑤過去3ヶ月の入院の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5
⑨褥瘡の有無	1	2	3	4	5	6		⇒	1	2	3	4	5

2. 日常生活動作（ADL）の記録についてお伺いします。

（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問5.2.（1）で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

3. 手段的日常生活動作（IADL）の記録についてお伺いします。

（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問5.3.（1）で選択した項目について回答してください。	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（　　）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。		
（1） 認知機能の記録の収集状況 ※問5.4.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
（2） 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
5. 栄養状態の記録についてお伺いします。		
（1） 必要栄養量	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
（2） 栄養状態のアセスメント ※問5.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
6. 口腔機能の記録についてお伺いします。		
（1） 歯の状況の把握	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
（2） 嚥下機能の記録	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

(3) 口腔機能のアセスメント ※問5.6.(3)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。		
(1) うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問5.7.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての入所者について定期的に記録している 2. 一部の入所者について定期的に記録している 3. 全ての入所者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の入所者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
(2) 上記で「1. 全ての入所者について定期的に記録している」「2. 一部の入所者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

問7. 入所時・入所中に収集・評価した記録（問5・問6）の保管
各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に○を付けてください。（複数選択可）
※入力項目は問5・問6で選択した項目について回答してください。

		記録媒体			
		介護ソフト	紙	介護ソフト以外の電子化された様式（Office ソフト等）	その他
入力項目	1.入所者の基本情報について	1	2	3	4
	2.日常生活動作（ADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	3.手段的日常生活動作（IADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4
	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4

問8. 退所時における入所者に関する記録の状況	
(1) 転帰（死亡・入院・他施設・在宅復帰・その他等）の記録の有無	1. 記録している 2. 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【介護医療院・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- この調査票は、**当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方**がご記入下さい。
- 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、**記入要領の P.2をご参照ください。**
- **問1～5共通として**特に指定の無い限り、**記載日時点における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- （　　）の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日（金）までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　：0120－380－641（平日10：00～17：00）
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX：03－6826－5060（24時間受付）
E-mail：kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1．アセスメント実施者の情報		
（1）基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください。	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護師 5.准看護師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.歯科衛生士 10.栄養士 11.管理栄養士 12.介護支援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してください （　　） 23.資格なし
（2）資格ありの場合、経験年数	（　　）年	
（3）Barthel Index による評価（問4の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない
（4）FIM（Functional Independence Measure）による評価（問5の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない

問2. 利用者の基本情報 記載日時点における状況	
※記載日を記入してください。	平成(　)年(　)月(　)日
(1)性別	1.男性　2.女性
(2)年齢	(　)歳
(3)要介護度	1.要介護1　2.要介護2　3.要介護3　4.要介護4 5.要介護5　6.申請中
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立　2.Ⅰ　3.Ⅱa　4.Ⅱb　5.Ⅲa 6.Ⅲb　7.Ⅳ　8.M　9.不明
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立　2.J1　3.J2　4.A1　5.A2 6.B1　7.B2　8.C1　9.C2　10.不明
(6)貴施設に入所した年月	平成(　)年(　)月
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成(　)年(　)月

問3. 利用者の状態に関する情報 記載日時点における状況　※記入方法については、記入要領を確認ください。			
(1)ADLの状況	入浴		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	排泄	排尿	1.自分で行っている　2.自分で行っていない　3.対象外(バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿の場合)
		排便	1.自分で行っている　2.自分で行っていない　3.対象外(人工肛門等の場合)
	食事摂取		1.自分で行っている　2.自分で行っていない　3.対象外(経管栄養・経静脈栄養等の場合)
	更衣	上衣	1.自分で行っている　2.自分で行っていない
		下衣	1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	個人衛生(洗顔・整髪)		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
(2)基本動作	寝返り		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	座位の保持		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	座位での乗り移り		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
	立位の保持		1.自分で行っている　2.自分で行っていない
(3)排泄の状況	尿失禁		1.あり　2.なし　3.対象外
	便失禁		1.あり　2.なし　3.対象外
	バルーンカテーテルの使用		1.あり　2.なし
(4)食事の状況	食事の回数		(　)回
	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 ・ 小食 ・ その他 (　) 2.問題なし
(5)視力の状況			1.問題あり　2.問題なし

(6)薬の状況	服薬状況	1.薬を飲んでいる	2.薬を飲んでいない	
	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤	7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類を記載してください (　　) 9.不明	
	飲んでいる場合の薬の種類数	(　　)種類		
(7)歯の状態	義歯の有無	1.あり	2.なし	
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で行っている	2.自分で行っていない	
(8)過去3か月間の入院の有無		1.あり	2.なし	
(9)過去3か月間の在宅復帰の有無		1.あり	2.なし	
(10)過去3か月間の骨折の有無		1.あり	2.なし	
(11)過去3か月以内に転倒をしましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(12)過去3か月以内に 37.5 度以上の発熱がありましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(13)過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(14)(介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。		1.はい	2.いいえ　3.不明	4.対象外 (経管栄養・経静脈栄養等の場合)
(15)(介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。		1.はい	2.いいえ　3.不明	4.対象外 (経管栄養・経静脈栄養等の場合)
(16)過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(17)過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。		1.はい	2.いいえ	3.不明
(18)見当識	自分の名前がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	どこにいるかわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(19)コミュニケーション	簡単な指示を理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブルなくにコミュニケーションが取れていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(20)認知機能	意識障害がありましたか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	簡単な計算はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	時間管理はできますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明

(21)行動心理症状	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22)歩行移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください。	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の移動をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	公共交通機関を利用して外出をしていますか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な用具の名称を記載してください (　　)	5.移動に器具は用いていない 6.不明	

(23)問3. 利用者の状態に関する情報(1)～(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による評価 記載日時点における状況 ※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。		
(1)食事	10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0:全介助	(　　)点
(2)車椅子からベッドへの移動	15:自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10:軽度の部分介助または監視を要する 5:座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0:全介助または不可能	(　　)点
(3)整容	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0:部分介助または不可能	(　　)点
(4)トイレ動作	10:自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0:全介助または不可能	(　　)点
(5)入浴	5:自立 0:部分介助または不可能	(　　)点
(6)歩行	15:45m 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない 10:45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5:歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 0:上記以外	(　　)点
(7)階段昇降	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する 0:不能	(　　)点
(8)着替え	10:自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5:部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0:上記以外	(　　)点
(9)排便コントロール	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点
(10)排尿コントロール	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点

問5. FIM(Functional Independence Measure)による評価
記載日時点における状況　※該当する点数を右側の行に記入してください。
※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1)運動項目	セルフケア	食事	(　　)点
		整容	(　　)点
		清拭(入浴)	(　　)点
		更衣(上半身)	(　　)点
		更衣(下半身)	(　　)点
		トイレ	(　　)点
	排泄コントロール	排尿管理	(　　)点
		排便管理	(　　)点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	(　　)点
		トイレ	(　　)点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	(　　)点　□浴槽　□シャワー
	移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行＝(　　)点 車椅子＝(　　)点 □歩行　□車椅子
		階段	(　　)点
(2)認知項目	コミュニケーション	理解	(　　)点　□聴覚　□視覚
		表出	(　　)点　□音声　□非音声
	社会的認識	社会的交流	(　　)点
		問題解決	(　　)点
		記憶	(　　)点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典)　千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【居宅介護支援・事業所票】

■記入にあたってのご注意

- この調査票は、**貴事業所において当該調査の項目に一番適切に回答ができる方**がご記入下さい。
- 特に指定の無い限り、**平成 30 年 10 月3日(水)現在の状況についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- (　　)の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日(金)までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　:0120－380－641(平日10:00～17:00)
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX:03－6826－5060(24時間受付)
E-mail:kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1. 基本情報

(1)開設年	(　　)年(　　)月

問2. 貴法人が提供しているサービスおよび貴事業所に併設されているサービス
※(1)貴法人が提供しているサービス、(2)貴事業所に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。
※ここで「併設サービス」とは、貴事業所と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1)	(2)	■居宅サービス
□	□	1. 訪問介護
□	□	2. 訪問入浴
□	□	3. 訪問看護
□	□	4. 訪問リハビリテーション
□	□	5. 通所介護
□	□	6. 通所リハビリテーション
□	□	7. 短期入所生活介護、療養介護
□	□	8. 特定施設入居者生活介護
□	□	9. 福祉用具貸与、販売
		■地域密着型サービス
□	□	10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
□	□	11. 夜間対応型訪問介護
□	□	12. 認知症対応型通所介護
□	□	13. 小規模多機能型居宅介護
□	□	14. 認知症対応型共同生活介護
□	□	15. 地域密着型特定施設入居者生活介護
□	□	16. 地域密着型老人福祉施設利用者生活介護
□	□	17. 看護小規模多機能型居宅介護
□	□	18. 地域密着型通所介護

(1)	(2)	■施設サービス
□	□	19. 介護老人保健施設
□	□	20. 介護老人福祉施設
□	□	21. 介護療養型医療施設
□	□	22. 介護医療院
		■医療サービス
□	□	23. 病院
□	□	24. 診療所(在宅療養支援診療所)
□	□	25. 診療所(在宅療養支援診療所以外)
		■その他
□	□	26. サービス付き高齢者向け住宅
□	□	27. 有料老人ホーム
□	□	28. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウスA、B)
□	□	29. 旧高齢者専用賃貸住宅
□	□	30. 地域包括支援センター(在宅介護支援センター)
□	□	31. 特になし

問3. 職員体制　平成 30 年 10 月3日(水)に在籍していた職員数(実人数)
※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

	(1)常勤	(2)非常勤
(1)職員の総数	(　　)人	(　　)人
①介護支援専門員数 (介護支援専門員業務を実施している管理者も含む)	(　　)人	(　　)人
②うち、主任介護支援専門員数	(　　)人	(　　)人
③その他の職員数	(　　)人	(　　)人
(2)派遣職員の人数	(　　)人	

問4. 「利用開始時」における利用者の心身状態等に関する記録・評価の状況
※貴事業所における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。
1. 基本情報の記録についてお伺いします。

(1) 主に使用しているアセスメント様式 (1つだけに○)		1. 包括的自立支援プログラム方式 2. 居宅サービスガイドライン方式 3. MDS方式・MDS－HC方式 4. ICFステージング(R4) 5. その他 (　　)
(2) 基本情報の記録状況		
①身長	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 (　　)
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 (　　)
②体重	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他 (　　)
	情報を収集する負担感 (5段階評価)	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。(上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要)	
	収集先(複数回答可)	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 (　　)

③既往歴	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他（　　）
	情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。（上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要）	
	収集先（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）
④栄養状態	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他（　　）
	情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。（上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要）	
	収集先（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）
⑤過去3ヶ月の入院の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他（　　）
	情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。（上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要）	
	収集先（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）
⑥過去3ヶ月の骨折の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他（　　）

	情報を収集する負担感 （5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。（上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要）	
	収集先（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）
⑦過去3ヶ月の転倒の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他（　　）
	情報を収集する負担感 （5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。（上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要）	
	収集先（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）
⑧誤嚥性肺炎の既往の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他（　　）
	情報を収集する負担感 （5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。（上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要）	
	収集先（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）

⑨褥瘡の有無	記録状況	1. 全ての利用者について記録している 2. 一部の利用者について記録している 3. 記録していない 4. その他（　　）
	情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
	記録している場合、以下の設問に回答してください。（上記の記録状況で「3. 記録していない」を選択した場合は回答不要）	
	収集先（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）
2. 日常生活動作（ADL）の評価についてお伺いします。		
（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）		1. Barthel Index 2. FIM 3. Katz index 4. その他（　　） 5. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）		1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「5. 評価していない」を選択した場合は回答不要）		
（3） 項目の評価状況		1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他（　　）
（4） 収集先 （複数回答可）		1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他（　　）
3. 手段的日常生活動作（IADL）の評価についてお伺いします。		
（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、日常生活や運動器機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）		1. Lawton index 2. 老研式活動能力指標 3. その他（　　） 4. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）		1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「4.評価していない」を選択した場合は回答不要）		
（3） 項目の評価状況		1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他（　　）

（4） 収集先 （複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 （ ）
4. 認知機能の評価についてお伺いします。	
（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、認知機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 （1つだけに○）	1. 改訂長谷川式認知症スケール 2. DBD13（Dementia Behavior Disturbance Scale） 3. MMSE（Mini－Mental State Examination） 4. MOCA－j（日本語版MontrealCognitiveAssessment） 5. Mini Cog 6. DASC－21（The Dementia Assessment Sheet for Community－based Integrated Care System-21 items） 7. その他 （ ） 8. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「8. 評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 （ ）
（4） 収集先 （複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 （ ）
5. 栄養状態の評価についてお伺いします。	
（1） 必要栄養量の計算	1. 全ての利用者について計算している 2. 一部の利用者について計算している 3. 計算していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての利用者について計算している」「2. 一部の利用者について計算している」を選択した場合、用いている評価方法（複数回答可）	1. 推定エネルギー必要量（基礎代謝量×身体活動レベル） 2. 日本人の食事摂取基準（2015年版） 3. 食事バランスガイドライン 4. 必要エネルギー量（基礎代謝量×活動係数×障害係数） 5. その他 （ ）
（2） 主に使用しているアセスメント様式以外に、栄養状態のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 （1つだけに○）	1. BMI 2. 体重減少率 3. 血清アルブミン値 4. 食事摂取量 5. 栄養補給法 6. 褥瘡の有無 7. その他 （ ） 8. 評価していない
（3） 上記（2）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（2）で選択した項目についてお伺いします。（上記（2）で「8.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（4） 項目の評価状況	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 （ ）

（5） 収集先 （複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 （ ）
6. 口腔機能の評価についてお伺いします。	
（1） 歯の状況の把握	1. 全ての利用者について把握している 2. 一部の利用者について把握している 3. 把握していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての利用者について把握している」「2. 一部の利用者について把握している」を選択した場合、評価項目 （複数回答可）	1. 健全歯の本数 2. 未処置歯の本数 3. 補綴の状況（義歯の有無など） 4. 歯列の状況 5. 咬合の状況 6. 歯肉出血 7. その他 （ ）
上記で「1. 全ての利用者について把握している」「2. 一部の利用者について把握している」を選択した場合、評価を行った者（複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 （ ）
（2） 嚥下機能の評価	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. 評価していない 4. その他 （ ）
上記で「1. 全ての利用者について評価している」「2. 一部の利用者について評価している」を選択した場合、評価方法 （複数回答可）	1. 水飲みテスト 2. 頸部聴診法 3. 嚥下内視鏡検査 4. 嚥下造影検査 5. その他 （ ）
上記で「1. 全ての利用者について評価している」「2. 一部の利用者について評価している」を選択した場合、情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3） 主に使用しているアセスメント様式以外に、口腔機能のアセスメントを実施する際に主として使用している項目 （1つだけに○）	1. RSST 2. フードテスト 3. オーラルディアドコキネシス 4. アイヒナー分類 5. その他 （ ） 6. 評価していない
（4） 上記（3）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（3）で選択した項目についてお伺いします。（上記（3）で「6.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（5） 項目の評価状況	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 （ ）

（6） 収集先 （複数回答可）	1. 介護支援専門員自身 2. 医師 3. 歯科医師 4. 薬剤師 5. 地域包括支援センターの職員 6. 市町村の職員 7. 介護サービス事業所の職員 8. 家族 9. その他 （ ）
7. うつ・閉じこもりの評価についてお伺いします。	
（1） 主に使用しているアセスメント様式以外に、うつ・閉じこもりのアセスメントを実施する際に主として使用している項目（1つだけに○）	1. 興味・関心チェックシート 2. 標準失語症検査（SLTA） 3. WAB失語症検査日本語版 4. 高齢者うつ尺度（GDI） 5. WHOによるQOL尺度（WHOQOL） 6. SF－36・SF－12・SF－8 7. Vitality Index 8. その他 （ ） 9. 評価していない
（2） 上記（1）で選択した情報を収集する負担感（5段階評価）	1. 全くない 2. あまりない 3. どちらともいえない 4. ややある 5. とてもある
（1）で選択した項目についてお伺いします。（上記（1）で「9.評価していない」を選択した場合は回答不要）	
（3） 項目の評価状況	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. その他 （ ）
（4） 収集先 （複数回答可）	1. 利用者本人から介護支援専門員自身が収集 2. 医療機関 3. 歯科医療機関 4. 薬局 5. 地域包括支援センター 6. 市町村 7. 介護サービス事業所 8. 家族 9. その他 （ ）
8. 介護負担の評価についてお伺いします。	
（1） 介護負担の評価	1. 全ての利用者について評価している 2. 一部の利用者について評価している 3. 評価していない 4. その他 （ ）
上記で「1.全ての利用者について評価している」「2. 一部の利用者について評価している」を選択した場合、評価の方法（複数回答可）	16. Zarit介護負担尺度を用いての評価 17. BIC－11（多次元介護負担感尺度）を用いての評価 18. その他の尺度を用いての評価（ ） 19. 尺度は用いないでの評価 20. その他（ ）
上記で「3. その他の尺度を用いての評価」「4. 尺度は用いないでの評価」を選択した場合、評価の内容（複数回答可）	13. 精神的負担感（介護によるストレス等） 14. 身体的負担感（肉体的な介護疲れ、睡眠障害等） 15. 環境要因による負担感（介護者の住まいが遠方、経済的負担等） 16. その他（ ）

問5. 「利用期間中」 における利用者の心身状態等に関する記録の状況
※貴事業所における方針としてどのように実施しているかについてお答えください。
1. 基本情報の記録についてお伺いします。

（1） 基本情報の記録状況

①身長	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
②体重	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
③既往歴	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
④栄養状態	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑤入院の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
⑥骨折の発生の有無	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他（ ）

	上記で「1．全ての利用者について定期的に記録している」「2．一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
⑦転倒の発生の有無	記録状況	1．全ての利用者について定期的に記録している 2．一部の利用者について定期的に記録している 3．全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての利用者について定期的に記録している」「2．一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
⑧誤嚥性肺炎の発生の有無	記録状況	1．全ての利用者について定期的に記録している 2．一部の利用者について定期的に記録している 3．全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての利用者について定期的に記録している」「2．一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合）記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
⑨褥瘡の発生の有無	記録状況	1．全ての利用者について定期的に記録している 2．一部の利用者について定期的に記録している 3．全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
	上記で「1．全ての利用者について定期的に記録している」「2．一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合）記録の頻度	1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
2．日常生活動作（ADL）の記録についてお伺いします。		
（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問4.2.（1）で選択した項目について回答してください。		1．全ての利用者について定期的に記録している 2．一部の利用者について定期的に記録している 3．全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
（2） 上記で「1．全ての利用者について定期的に記録している」「2．一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他
3．手段的日常生活（IADL）の記録についてお伺いします。		
（1） 日常生活や運動器機能の記録の状況 ※問4.3.（1）で選択した項目について回答してください。		1．全ての利用者について定期的に記録している 2．一部の利用者について定期的に記録している 3．全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4．一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5．記録していない 6．その他（　　）
（2） 上記で「1．全ての利用者について定期的に記録している」「2．一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1．概ね月1回 2．概ね3ヶ月に1回 3．概ね半年に1回 4．概ね1年に1回 5．その他

4. 認知機能の記録についてお伺いします。		
（1） 認知機能の記録の収集状況 ※問4.4.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
（2） 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
5. 栄養状態の記録についてお伺いします。		
（1） 必要栄養量	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
（2） 栄養状態のアセスメント ※問4.5.(2)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
6. 口腔機能の記録についてお伺いします。		
（1） 歯の状況の把握	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
（2） 嚥下機能の記録	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

(3) 口腔機能のアセスメント ※問4.6.(3)で選択した項目について回答してください。	記録状況	1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
	上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度	1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他
7. うつ・閉じこもりの記録についてお伺いします。		
(1) うつ・閉じこもりの記録の状況 ※問4.7.(1)で選択した項目について回答してください。		1. 全ての利用者について定期的に記録している 2. 一部の利用者について定期的に記録している 3. 全ての利用者について状態の著変時のみ記録している 4. 一部の利用者について状態の著変時のみ記録している 5. 記録していない 6. その他 （ ）
(2) 上記で「1. 全ての利用者について定期的に記録している」「2. 一部の利用者について定期的に記録している」を選択した場合、記録の頻度		1. 概ね月1回 2. 概ね3ヶ月に1回 3. 概ね半年に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他

問6. 利用開始時・利用期間中に収集・評価した記録（問4・問5）の保管
各種記録の保管方法についてお伺いします。該当する選択肢に○を付けてください。（複数選択可）
※入力項目は問4・問5で選択した項目について回答してください。

		記録媒体			
		介護ソフト	紙	介護ソフト以外の電子化された様式（Office ソフト等）	その他
入力項目	1.利用者の基本情報について	1	2	3	4
	2.日常生活動作（ADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	3.手段的日常生活動作（IADL）の評価・記録について	1	2	3	4
	4.認知機能の評価・記録について	1	2	3	4
	5.栄養状態の評価・記録について	1	2	3	4
	6.口腔機能の評価・記録について	1	2	3	4
	7.うつ・閉じこもりの評価・記録について	1	2	3	4

問7. 利用終了時における利用者に関する記録の状況	
(1) 転帰（死亡・入院・施設入所・その他等）の記録の有無	1. 記録している 2. 記録していない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査
【居宅介護支援・利用者票】

■記入にあたってのご注意

- 本事業は介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する検討を行うため、介護サービス利用者の状態に関する情報の収集可能性を検証することを目的として実施しています。
- この調査票は、**当該利用者のアセスメントを実施した方、またはアセスメント結果を把握している方**がご記入下さい。
- 調査対象の利用者は無作為にご記入いただきます。調査対象利用者の選定方法については、**記入要領の P.2をご参照ください。**
- **問1～5共通として**特に指定の無い限り、**記載日時点における状況をアセスメントした結果についてご回答下さい。**
- 特に指定の無い限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付け下さい。
- （　　）の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- **平成 30 年 11 月 30 日（金）までにご回答**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査」事務局
電話　:0120－380－641（平日10:00～17:00）
◎お問合せの際に、調査名をお伝え下さい◎
FAX:03－6826－5060（24時間受付）
E-mail:kaigoshitsu-h30-help@surece.co.jp
〒100－8141　東京都千代田区永田町2－10－3

問1. アセスメント実施者の情報		
（1）基礎資格 ※保有している資格を全て選択してください。	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.看護師 5.准看護師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.歯科衛生士 10.栄養士 11.管理栄養士 12.介護支援専門員 13.社会福祉士	14.介護福祉士 15.視能訓練士 16.義肢装具士 17.あん摩マッサージ指圧師 18.はり師 19.きゅう師 20.柔道整復師 21.精神保健福祉士 22.その他 →具体的な資格を記載してください （　　） 23.資格なし
（2）資格ありの場合、経験年数	（　　）年	
（3）主任介護支援専門員資格の有無	1.あり	2.なし
（4）上記（3）で「1. あり」を選択した場合、取得後の経験年数	（　　）年	
（5）Barthel Index による評価（問4の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない
（6）FIM（Functional Independence Measure）による評価（問5の評価項目）を日常的に行っているか	1.行っている	2.行っていない

問2. 利用者の基本情報 記載日時点における状況					
※記載日を記入してください。	平成(　)年(　)月(　)日				
(1)性別	1.男性			2.女性	
(2)年齢	(　　)歳				
(3)要介護度	1.要介護1 5.要介護5	2.要介護2 6.申請中	3.要介護3	4.要介護4	
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.Ⅲb	2.Ⅰ 7.Ⅳ	3.Ⅱa 8.M	4.Ⅱb 9.不明	5.Ⅲa
(5)障害高齢者の日常生活自立度	1.自立 6.B1	2.J1 7.B2	3.J2 8.C1	4.A1 9.C2	5.A2 10.不明
(6)貴事業所の利用開始年月	平成(　)年(　)月				
(7)直近の要介護認定調査実施年月	平成(　)年(　)月				

問3. 利用者の状態に関する情報 記載日時点における状況　※記入方法については、記入要領を確認ください。				
(1)ADLの状況	入浴		1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
	排泄	排尿	1.自分で行っている　2.自分で行っていない	3.対象外 (バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿の場合)
		排便	1.自分で行っている　2.自分で行っていない	3.対象外 (人工肛門等の場合)
	食事摂取		1.自分で行っている　2.自分で行っていない	3.対象外 (経管栄養・経静脈栄養等の場合)
	更衣	上衣	1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
		下衣	1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
	個人衛生(洗顔・整髪)		1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
(2)基本動作	寝返り		1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
	座位の保持		1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
	座位での乗り移り		1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
	立位の保持		1.自分で行っている　2.自分で行っていない	
(3)排泄の状況	尿失禁		1.あり　2.なし	3.対象外
	便失禁		1.あり　2.なし	3.対象外
	バルーンカテーテルの使用		1.あり　2.なし	
(4)食事の状況	食事の回数		(　　)回	
	食事量の問題		1.問題あり ありの場合→ 過食 ・ 小食 ・ その他 (　　) 2.問題なし	
(5)視力の状況			1.問題あり　2.問題なし	

(6)薬の状況	服薬状況	1.薬を飲んでいる　2.薬を飲んでいない
	飲んでいる場合の薬の種類	1.抗生物質 2.ステロイド剤 3.抗がん剤 4.向精神剤 5.降圧剤 6.鎮痛剤 7.睡眠薬 8.その他 →具体的な薬の種類を記載してください (　　) 9.不明
	飲んでいる場合の薬の種類数	(　　)種類
(7)歯の状態	義歯の有無	1.あり　2.なし
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分で行っているか否かをご記入ください。	1.自分で行っている　2.自分で行っていない
(8)過去3か月間の入院の有無		1.あり　2.なし
(9)過去3か月間の在宅復帰の有無		1.あり　2.なし
(10)過去3か月間の骨折の有無		1.あり　2.なし
(11)過去3か月以内に転倒をしましたか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(12)過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(13)過去3か月以内に誤嚥性肺炎を起こしましたか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(14)(介護に注意が必要な)嚥下機能の低下がありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明　4.対象外(経管栄養・経静脈栄養等の場合)
(15)(介護に注意が必要な)摂食困難な状況がありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明　4.対象外(経管栄養・経静脈栄養等の場合)
(16)過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(17)過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。		1.はい　2.いいえ　3.不明
(18)見当識	自分の名前がわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	どこにいるかわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	今日の年月日がわかりますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
(19)コミュニケーション	簡単な指示を理解していますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話をしていますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)とトラブルなくにコミュニケーションが取れていますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
(20)認知機能	意識障害がありましたか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	過去の記憶の再生はできますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	簡単な計算はできますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明
	時間管理はできますか。	1.はい　2.いいえ　3.不明

(21)行動心理症状	暴言・暴行はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	昼夜逆転はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	介護に対する抵抗はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	不適切な場所での排尿はありますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
(22)歩行移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください。	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の移動をしていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	施設や自宅から外出していますか。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	公共交通機関を利用して外出をしていますか。※自家用車での移動含む。	1.はい	2.いいえ	3.不明
	移動用具の使用状況	1.車いす 2.歩行器 3.杖 4.その他 →具体的な用具の名称を記載してください (　　)	5.移動に器具は用いていない 6.不明	

(23)問3. 利用者の状態に関する情報(1)～(22)において回答が難しかった項目がございましたら、ご意見をお書きください。(自由記述)

問4. Barthel Index による評価 記載日時点における状況 ※各項目の選択肢のうち、該当する点数を右側の行に記入してください。		
(1)食事	10:自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5:部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0:全介助	(　　)点
(2)車椅子からベッドへの移動	15:自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 10:軽度の部分介助または監視を要する 5:座ることは可能であるが、ほぼ全介助 0:全介助または不可能	(　　)点
(3)整容	5:自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0:部分介助または不可能	(　　)点
(4)トイレ動作	10:自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5:部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0:全介助または不可能	(　　)点
(5)入浴	5:自立 0:部分介助または不可能	(　　)点
(6)歩行	15:45m 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わない 10:45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5:歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 0:上記以外	(　　)点
(7)階段昇降	10:自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5:介助または監視を要する 0:不能	(　　)点
(8)着替え	10:自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5:部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0:上記以外	(　　)点
(9)排便コントロール	10:失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5:ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点
(10)排尿コントロール	10:失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5:時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0:上記以外	(　　)点

問5. FIM(Functional Independence Measure)による評価
記載日時点における状況　※該当する点数を右側の行に記入してください。
※記入方法については、記入要領を確認ください。

(1)運動項目	セルフケア	食事	(　　)点
		整容	(　　)点
		清拭(入浴)	(　　)点
		更衣(上半身)	(　　)点
		更衣(下半身)	(　　)点
		トイレ	(　　)点
	排泄コントロール	排尿管理	(　　)点
		排便管理	(　　)点
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	(　　)点
		トイレ	(　　)点
		浴槽・シャワー (浴槽かシャワーか)	(　　)点　□浴槽　□シャワー
	移動	歩行・車椅子 (主な移動手段)	歩行＝(　　)点 車椅子＝(　　)点 □歩行　□車椅子
		階段	(　　)点
(2)認知項目	コミュニケーション	理解	(　　)点　□聴覚　□視覚
		表出	(　　)点　□音声　□非音声
	社会的認識	社会的交流	(　　)点
		問題解決	(　　)点
		記憶	(　　)点

FIM の採点基準

得点	運動項目	認知項目	和訳
7	自立	自立	完全自立
6	修正自立(用具の使用、安全性の配慮、時間がかかる)	軽度の困難、または補助具の使用	修正自立
5	監視・準備	90%以上している	監視・介助
4	75%以上、100%未満している	75%以上、90%未満している	最小介助
3	50%以上、75%未満している	50%以上、75%未満している	中等度介助
2	25%以上、50%未満している	25%以上、50%未満している	最大介助
1	25%未満しかしていない	25%未満しかしていない	全介助

出典)　千野 直一ほか(編)「脳卒中の機能評価-SIAS と FIM[基礎編]」(金原出版、2012 年)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第 17 回（H31．3．14）	参考資料６－２

平成３０年度 介護ロボットの効果実証に関する調査研究
介護ロボットの導入などの実態に関する調査
介護老人福祉施設等（施設票）

介護サービス施設・事業所ごとの介護ロボットの導入、活用及び効果の実態を把握するために、ご協力をお願いいたします。

- 調査の目的
  - この調査は、平成 30 年度介護報酬改定（社会保障審議会介護給付費分科会）等をふまえて、介護ロボットの効果実証に関する調査研究に活用する情報を収集することを目的としています。
- ご回答にあたりましては、同封しております「記載要領」と「介護ロボット製品一覧」を参照の上、ご記入ください。
- 2018 年 10 月 3 日時点での情報をもとにご回答ください。

問１ 【施設基本情報】 貴施設の基本情報についてお伺いします。

（１） 基本属性

①事業所名		
②連絡先	ご記入者： 貴施設の代表電話番号：（ ） －	
③施設種別 （あてはまるものに○を付けてください）	１．介護老人福祉施設　２．地域密着型介護老人福祉施設 ３．介護老人保健施設　４．介護療養型医療施設または介護医療院 ５．特定施設入居者生活介護　６．地域密着型特定施設入居者生活介護 ７．認知症対応型共同生活介護　８．短期入所生活介護	
④開設主体／関連法人で経営している施設の有無 （あてはまるものすべてに○を付けてください）	１．診療所	有 ／ 無
	２．病院	有 ／ 無
	３．訪問介護	有 ／ 無
	４．訪問看護	有 ／ 無
	５．介護老人福祉施設	有 ／ 無
	６．地域密着型介護老人福祉施設	有 ／ 無
	７．介護老人保健施設	有 ／ 無
	８．介護療養型医療施設または介護医療院	有 ／ 無
	９．特定施設入居者生活介護	有 ／ 無
	１０．認知症対応型共同生活介護	有 ／ 無
	１１．小規模多機能型居宅介護	有 ／ 無
	１２．定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 ／ 無
	１３．サービス付き高齢者向け住宅	有 ／ 無
	１４．その他（ ）	有 ／ 無

⑤介護報酬上の届出 （あてはまるものに〇を付けてください） ※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る	**（介護老人福祉施設）** **介護福祉施設サービス費** １．従来型個室 ２．多床室 **経過的小規模介護福祉施設サービス費** ３．従来型個室 ４．多床室 **ユニット型介護福祉施設サービス費** ５．ユニット型個室 ６．ユニット型個室的多床室 **ユニット型経過的小規模介護福祉施設サービス費** ７．ユニット型個室 ８．ユニット型個室的多床室 **（地域密着型介護老人福祉施設）** **地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費** ９．従来型個室 １０．多床室 **経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費** １１．従来型個室 １２．多床室 **ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費** １３．ユニット型個室 １４．ユニット型個室的多床室 **ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費** １５．ユニット型個室 １６．ユニット型個室的多床室 **（短期入所生活介護）** **単独型短期入所者生活介護費** １７．従来型個室 １８．多床室 **併設型短期入所者生活介護費** １９．従来型個室 ２０．多床室 **単独型ユニット型短期入所者生活介護費** ２１．ユニット型個室 ２２．ユニット型個室的多床室 **併設型ユニット型短期入所者生活介護費** ２３．ユニット型個室 ２４．ユニット型個室的多床室
⑥介護加算 （あてはまるものに〇を付けてください） ※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る	１．夜勤職員配置加算 (介護福祉施設サービス) a. （Ⅰ）イ　b. （Ⅰ）ロ　c. （Ⅱ）イ　d. （Ⅱ）ロ e. （Ⅲ）イ　f. （Ⅲ）ロ　g. （Ⅳ）イ　h. （Ⅳ）ロ (短期入所生活介護費) a. （Ⅰ）　b. （Ⅱ）　c. （Ⅲ）　d. （Ⅳ） (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護) a. （Ⅰ）イ　b. （Ⅰ）ロ　c. （Ⅱ）イ　d. （Ⅱ）ロ e. （Ⅲ）イ　f. （Ⅲ）ロ　g. （Ⅳ）イ　h. （Ⅳ）ロ ２．その他（　　）
⑦見守り機器の導入による夜勤職員配置加算届出 ※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る	あり　　なし　　届出予定
⑧調査対象日時点の入所者(入院者)数	人
⑨定員数	人

（１）　職種別の従事者数

※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る

医師	人	作業療法士	人
薬剤師	人	言語聴覚士	人
看護師	人	精神保健福祉士	人
准看護師	人	介護支援専門員（ケアマネジャー）	人
社会福祉士	人	管理栄養士	人
介護福祉士	人	栄養士	人
介護職員（介護福祉士以外）	人	調理師	人
臨床検査技師	人	その他（　　）	人
理学療法士	人		

問２　【介護ロボット導入・活用状況】

介護ロボットの導入・活用状況についてお伺いします。

※介護ロボットの詳細につきましては、同封しております「介護ロボット製品一覧」をご覧ください。

（１）　導入の有無（どちらかに〇を付けてください）

１．導入している	２．導入していない

※問２（１）で**「２．導入していない」と回答した方は問２(１７)まで進んでください。**

問２（１）で**「１．導入している」と回答した方**にお伺いします。（問２(２)～(１６)まで）

※介護ロボットの詳細につきましては、同封しております「介護ロボット製品一覧」をご覧ください。

（２）　導入した介護ロボットの種類（施設に導入しているすべての介護ロボットを記載してください）

製品コード	導入数	導入時期	製品コード	導入数	導入時期
(ア)	台	年　月	(キ)	台	年　月
(イ)	台	年　月	(ク)	台	年　月
(ウ)	台	年　月	(ケ)	台	年　月
(エ)	台	年　月	(コ)	台	年　月
(オ)	台	年　月	(サ)	台	年　月
(カ)	台	年　月	(シ)	台	年　月
製品名（　　） メーカー（　　）	台	年　月	製品名（　　） メーカー（　　）	台	年　月

（３）　介護ロボット購入・リース時の費用負担方法（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

製品コード	自己負担	国・県・市町村の助成/補助	研究協力による助成/補助	その他※(　)に記載してください	製品コード	自己負担	国・県・市町村の助成/補助	研究協力による助成/補助	その他※(　)に記載してください
(ア)				(　　)	(キ)				(　　)
(イ)				(　　)	(ク)				(　　)
(ウ)				(　　)	(ケ)				(　　)
(エ)				(　　)	(コ)				(　　)
(オ)				(　　)	(サ)				(　　)
(カ)				(　　)	(シ)				(　　)
その他				(　　)	その他				(　　)

（４）　介護ロボット導入のきっかけ・目的（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

		①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
きっかけ	１．理事長（経営層）の判断								
	２．施設長（現場責任者）の判断								
	３．現場職員からの要望								
	４．導入に関して助成・補助があった								
	５．メーカーの営業活動								
	６．実証研究への協力								
目的	７．利用者の負担軽減								
	８．職員の負担軽減								
	９．職員の確保								
	１０．職員の離職防止								
	１１．ヒヤリハット・介護事故の防止								
	１２．費用対効果								
	１３．業務効率化								
	１４．テスト導入								

上記の項目（1～14）以外のきっかけ・目的があれば記載してください。

①移乗支援(装着型)	
②移乗支援(非装着型)	
③移動支援	
④排泄支援	
⑤見守り	
⑥コミュニケーション	
⑦入浴支援	
⑧その他	

（５）　介護ロボット導入時に配慮した点（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
１．課題分析と導入目的の明確化								
２．会議や委員会等を通じた職員への周知と合意形成								
３．職員を対象とした講習会やトレーニングの実施								
４．Wi-Fi 環境などの物理的環境の配慮								
５．機器導入による業務見直しなどの業務環境への配慮								
６．データの蓄積・分析								
７．ケアプランへの位置づけ								
８．機器導入・定着の効果検証								

上記の項目（1～8）以外に配慮した点があれば記載してください。

① 移乗支援(装着型)	
② 移乗支援(非装着型)	
③ 移動支援	
④ 排泄支援	
⑤ 見守り	
⑥ コミュニケーション	
⑦ 入浴支援	
⑧ その他	

（６） 介護ロボット利用時に実施している点（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
1. 利用者のアセスメント								
2. 利用者本人の意向確認								
3. 利用者の状態と介護ロボットの性能を踏まえた検討（マッチング）								
4. 利用者のロボット利用計画の策定・見直し								
5. 利用者へのテスト利用								

上記（１～５）以外に実施している点があれば記載してください。

① 移乗支援(装着型)	
② 移乗支援(非装着型)	
③ 移動支援	
④ 排泄支援	
⑤ 見守り	
⑥ コミュニケーション	
⑦ 入浴支援	
⑧ その他	

（７） 介護ロボットに関連したヒヤリハット・介護事故発生件数とその対処

（ア） 導入前後のヒヤリハット・介護事故発生件数（1 か月あたり）

（導入前後半年の状況をもとに記入してください。）

導入前	導入後
1 か月あたり（ ）件	1 か月あたり（ ）件

（イ） 介護ロボットに関連したヒヤリハット・介護事故の発生の有無

１．発生したことがある	２．発生したことはない

※（イ）で**「２．発生したことはない」と回答した方は(エ)まで進んでください。**

（イ）で**「１．発生したことがある」と回答した方**にお伺いします。（問２(７)（ウ）～(エ)まで）

（ウ） 直近で発生した介護ロボットに関連したヒヤリハット・介護事故の内容について

①ロボット種別	①移乗支援（装着型）　②移乗支援（非装着型） ③移動支援　④排泄支援　⑤見守り ⑥コミュニケーション　⑦入浴支援　⑧その他
②機器の誤操作やヒヤリハットなどの種類	１．機械の誤作動 ２．Wi-Fi などの電波環境などによる誤作動 ３．職員の操作ミス ４．利用者による誤操作 ５．機器を過信したために起きた機器の誤操作やヒヤリハット ６．その他
③具体的な内容	
④どのように対処したか	

（エ） 介護ロボットに関連したヒヤリハット・介護事故の発生を未然に防ぐために取り組んでいること

ハード面 （機器の性能、構造）	
ソフト面 （利用者や介護者との適用）	

（８） 介護ロボット導入の効果実証（タイムスタディやアンケート等）について

１．実施している　２．実施していない　３．分からない

※問２（８）で**「２．実施していない」「３．分からない」と回答した方は問２(１３)まで進んでください。**

問２（８）で**「１．実施している」と回答した方**にお伺いします。（問２(９)～(１２)まで）

（９）　介護ロボット導入の効果実証（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

（施設内の委員会や検討会等で効果測定を行っている場合は、その対象期間をもとに記載してください）

		①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
実証期間	実証開始時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	実証終了時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
実証方法	１．タイムスタディによる導入前後での比較								
	２．アンケート								
	３．その他								
実証に用いたデータ	４．職員の身体的・精神的負担の軽減								
	５．ヒヤリハット・介護事故件数								
	６．夜間居室の訪問回数								
	７．介護時間								
	８．要介護状態								
	９．障害高齢者の日常生活自立度								
	１０．認知症高齢者の日常生活自立度								
	１１．その他								
実証による導入効果		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
効果実証結果を職員（外部者を含む）に共有している		有 / 無							

問２（９）の**「実証方法」で「３．その他」に〇を付けた方**にお伺いします。

（１０）　実証方法（その他の実証方法について記載してください）

①移乗支援(装着型)	
②移乗支援(非装着型)	
③移動支援	
④排泄支援	
⑤見守り	
⑥コミュニケーション	
⑦入浴支援	
⑧その他	

問２（９）の**「実証に用いたデータ」で「１１．その他」に○を付けた方**にお伺いします。

（１１） 実証に用いたデータ（その他のデータについて記載してください）

①移乗支援(装着型)	
②移乗支援(非装着型)	
③移動支援	
④排泄支援	
⑤見守り	
⑥コミュニケーション	
⑦入浴支援	
⑧その他	

問２（９）の**「実証による導入効果」で「有」に○を付けた方**にお伺いします。

（１２） 導入効果（「有」を選んだ理由を記載してください）

①移乗支援(装着型)	
②移乗支援(非装着型)	
③移動支援	
④排泄支援	
⑤見守り	
⑥コミュニケーション	
⑦入浴支援	
⑧その他	

問２（２）で**「製品コード 20～50、56（見守り機器）」を記載した方**にお伺いします。（問２(１３)～(１６)まで）

（１３） 見守り機器の対象利用者数

入所者数のうち （ ）名で見守り機器を利用

見守り機器の導入前後での人員配置（利用者：職員（介護・看護職員））

導入前	導入後（2018 年９月）
（ ： ）	（ ： ）

（１４） 「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会(以降「委員会」とする)」の実施状況

①委員会の設置 （どちらかに○を付けてください）	あり なし
②委員会の構成員数	（ ）人
③委員会の構成員 （あてはまるものにすべてに○を付けてください）	１．医師 ２．薬剤師 ３．看護師 ４．准看護師 ５．社会福祉士 ６．介護福祉士 ７．介護職員（介護福祉士以外） ８．臨床検査技師 ９．理学療法士 １０．作業療法士 １１．言語聴覚士 １２．精神保健福祉士 １３．介護支援専門員（ケアマネジャー） １４．管理栄養士 １５．栄養士 １６．調理師 １７．その他（ ）
④委員会の開催状況	約（ ）回 / 年

⑤委員会での協議内容 （あてはまるものにすべてに〇を付けてください）	１．使い方周知（研修・説明ツール等） ２．Wi-Fi 環境などの物理的環境の配慮 ３．機器導入による業務見直しなどの業務環境への配慮 ４．データ蓄積・分析・検証方法　　５．ケアプランへの位置づけ ６．機器導入の効果測定　　７．機器定着化 ８．その他（　　）

問１（１）⑦で**「あり」又は「届出予定」を選択した方**にお伺いします。

（１５）　人員配置状況（どちらかに〇を付けてください）

１．見守り機器の導入（0.1 人分の要件緩和）がなくとも人員配置基準を満たしている
２．見守り機器の導入（0.1 人分の要件緩和）により人員配置基準を満たしている

問１（１）⑦で**「なし」を選択した方**にお伺いします。

（１６）　見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出

①　見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出を出していない理由 （あてはまるものすべてに〇を付けてください）	１．夜勤職員配置加算を取得する意向がない ２．見守り機器の導入（0.1 人分の要件緩和）がなくとも人員配置基準を満たしている ３．要件(入所者の 15%以上)を満たす見守り機器の台数を導入していない ４．委員会の設置が困難なため ５．その他（　　）
②　今後の届出の意向について （最もあてはまるものに〇を付けてください）	１．届出したい ２．届出するつもりはない ３．どちらとも言えない、分からない

問２（１）の回答内容に関わらず、**すべての方にお伺いします。**

（１７）　介護ロボットを導入して感じた課題、もしくは介護ロボットを導入していない理由
（あてはまるものにすべてに〇を付けてください）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
１．導入費用が高額								
２．有効性を感じない(期待できない)								
３．利用者の安全面に不安								
４．職員の安全面に不安								
５．機器に関する情報が少ない								
６．準備・片付けに時間がかかる								
７．機器のメンテナンスが大変								
８．機器を活用した業務改革が必要								
９．機器の誤作動が不安								
１０．研修や使い方の周知が必要								
１１．機器の操作が難しい								

上記（１～１１）以外の理由があれば記載してください。

①移乗支援(装着型)	
②移乗支援(非装着型)	
③移動支援	
④排泄支援	
⑤見守り	
⑥コミュニケーション	
⑦入浴支援	
⑧その他	

問３ 【ICT（情報通信技術）等の導入・活用】

ICT（情報通信技術）を活用した機器の導入状況についてお伺いします。

（１） 現在施設で使用している ICT（情報通信技術）を活用した機器（介護ロボットと連動し得るもの）（あてはまるものにすべてに○を付けてください）

１．介護記録ソフト	７． バイタル機器（見守り機器の活用による）
２．介護レセプト作成ソフト	８． バイタル機器（見守り機器の活用以外）
３．リスク情報管理ソフト（事故・ヒヤリハット）	９． 電話・ナースコール（インターフォンを含む）
４．タブレット・スマートフォン	１０．その他（ ）
５．電子メール・パソコン	１１．導入していない
６．インカム	

ICT（情報通信技術）を活用した機器を１つでも導入していると回答した方にお伺いします。（問３（２）～（４）まで）

（２） 介護ロボットと連動しているもの（あてはまるものにすべてに○を付けてください）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
１．介護記録ソフト								
２．介護レセプト作成ソフト								
３．リスク情報管理ソフト(事故・ヒヤリハット)								
４．タブレット・スマートフォン								
５．電子メール・パソコン								
６．インカム								
７．バイタル情報(見守り機器の活用による)								
８．バイタル情報（見守り機器の活用以外）								
９．電話・ナースコール（インターフォンを含む）								
１０．その他（ ）								

（３）　ICT 機器からのデータの利活用内容

具体的な取得データの内容について記載してください。

例）バイタル情報（呼吸・脈拍数など）

ICT 機器から得られたデータの活用状況（どちらかに〇を付けてください）

１．活用している	２．活用していない

「１．活用している」を選択した方は、具体的な活用方法について記載してください。

（４）　ICT（情報通信技術）の活用について、あなたの満足度に最もあてはまるものに〇を付けてください。

１．満足	２．やや満足	３．普通	４．やや不満	５．不満

上記を選んだ理由について記載してください。

問３(１)現在施設で使用している ICT（情報通信技術） を活用した機器で、「(１１)導入していない」と回答した方にお伺いします。

（５）　ICT（情報通信技術）を活用した機器を導入していない理由

（あてはまるものにすべてに〇を付けてください）

	①介護記録ソフト	②介護レセプト作成ソフト	③リスク情報管理ソフト	④タブレット・スマートフォン	⑤電子メール・パソコン	⑥インカム	⑦バイタル情報（見守り機器の活用による）	⑧バイタル情報（見守り機器の活用以外）	⑨電話・ナースコール	⑩その他（　　）
１．導入費用が高額										
２．有効性を感じない(期待できない)										
３．利用者の安全面に不安										
４．職員の安全面に不安										
５．機器に関する情報少ない										
６．準備・片付けに時間がかかる										
７．機器のメンテナンスが大変										
８．機器を活用した業務改革が必要										
９．機器の誤作動が不安										
１０．研修や使い方の周知が必要										
１１．機器の操作が難しい										

上記（１～１１）以外の理由があれば記載してください。

①介護記録ソフト	
②介護レセプト作成ソフト	
③リスク情報管理ソフト	
④タブレット・スマートフォン	
⑤電子メール・パソコン	
⑥インカム	
⑦バイタル情報（見守り機器の活用による）	
⑧バイタル情報（見守り機器の活用以外）	
⑨電話・ナースコール（インターフォンを含む）	
⑩その他（　　）	

ICT（情報通信技術）を活用した利用機器の導入に関わらず、ご回答ください。

（６）　介護ロボット・ICT の活用以外に介護の質の向上や業務効率化に取り組んでいることについて教えてください。（あてはまるものにすべてに〇を付けてください）

１．派遣職員の活用（　　）人	２．業務委託（アウトソーシング）
３．業務の分析	４．専門性を活かした業務の分担
５．業務効率化についての職員向け研修	６．その他（　　）

問４　今後の介護ロボットのさらなる導入について教えて下さい。（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

	導入したい	導入しない	検討中
①移乗支援(装着型)			
②移乗支援(非装着型)			
③移動支援			
④排泄支援			
⑤見守り			
⑥コミュニケーション			
⑦入浴支援			
⑧その他 ※(　　)に記載してください	(　　)		(　　)

問５　介護ロボットに関してご意見をお願いします。【自由記載】（気付き・課題意識等）

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

記入済の調査票は、返信用封筒に入れ、**１１月３０日まで**にご返送ください。

平成３０年度　介護ロボットの効果実証に関する調査研究
介護ロボットの導入などの実態に関する調査
介護老人福祉施設等（利用者票）

介護サービス施設・事業所ごとの介護ロボットの導入、活用及び効果の実態を把握するために、ご協力をお願いいたします。

- 調査の目的
  - この調査は、平成 30 年度介護報酬改定（社会保障審議会介護給付費分科会）等をふまえて、介護ロボットの効果実証に関する調査研究に活用する情報を収集することを目的としています。
- 対象者ご本人へのヒアリングのうえ、職員（担当者）がご回答ください。
- 2018 年 10 月 3 日時点での情報をもとにご回答ください。

問１　利用者ご自身についてお伺いします。

年齢	（　　）歳				
性別（どちらかに〇を付けてください）	男性　　女性				
要介護状態 （いずれかに○をつけてください）	要支援１	要支援２			
	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
障害高齢者の日常生活自立度 （現在の状況に〇を付けてください）	自立	J1	J2	A1	A2
	B1	B2	C1	C2	不明
認知症高齢者の日常生活自立度 （現在の状況に〇を付けてください）	自立	Ⅰ	Ⅱａ	Ⅱｂ	Ⅲａ
	Ⅲｂ	Ⅳ	M	不明	
利用者が使用している機器 （あてはまるものすべてに〇を付けてください）	１．　移乗支援(装着型) ２．　移乗支援(非装着型) ３．　移動支援 ４．　排泄支援		５．　見守り ６．　コミュニケーション ７．　入浴支援 ８．　その他（　　）		
記入した職員の連絡先	氏名　：		貴施設の代表電話番号： （　　）　　－		

問２　使用している介護ロボットについてお伺いします。
使用している介護ロボットについて、利用者はどのように感じていますか。
（**対象者本人に聞き取りをした上で、**あてはまるものすべてに〇をつけてください）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
１．　自分が介護者に気を遣わなくても良い								
２．　自分の心身の衰えの防止につながる								
３．　転倒が減る（しりもち、座り込み等のヒヤリハット含む）								
４．　睡眠の質が高まる（まとまった睡眠、寝覚め、眠剤減）								
５．　排泄の失敗が減る								
６．　人による介護よりも安全性が高い								
７．　職員から見守られている安心感が高まる								
８．　緊急時にすぐに対応してもらえる安心感がある								
９．　最先端の機器を用いた介護を受けられる								
１０．職員からの干渉・制止が減る								
１１．見張られているようで何となく嫌である								
１２．見慣れない物が設置されていて違和感がある								
１３．準備・片付けに時間がかかる								
１４．その他								
１５．特にない								
１６．わからない								

問３　介護ロボットの導入が、**利用者に与えた影響について**お伺いします。

（１）　使用している機器

（利用者が使用している機器が複数ある場合は、もっともよく使う機器に〇をつけてください）

１．移乗支援(装着型)	２．移乗支援(非装着型)	３．移動支援	４．排泄支援
５．見守り	６．コミュニケーション	７．入浴支援	８．その他(　　)

（２）　**施設職員からみて、**（１）で選択した機器を使うことによって、利用者に与えた影響をもっとも良く表すものを、それぞれ１つずつ選んで、○をつけてください。

	← 減少したと感じる						増加したと感じる →
１．能力（生活の大切なことをうまくできる）	-3	-2	-1	0	1	2	3
２．生活の満足度(幸福感)	-3	-2	-1	0	1	2	3
３．自立度	-3	-2	-1	0	1	2	3
４．様々な生活場面もどうにか対処できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
５．とまどい(困ること)	-3	-2	-1	0	1	2	3
６．日課を処理する効率	-3	-2	-1	0	1	2	3
７．自分を好ましく感じる(自尊心)	-3	-2	-1	0	1	2	3
８．生産性（たくさんのことができる）	-3	-2	-1	0	1	2	3
９．安心感	-3	-2	-1	0	1	2	3
１０．欲求不満（フラストレーション）	-3	-2	-1	0	1	2	3
１１．自分が世の中の役に立つ（有用性）	-3	-2	-1	0	1	2	3
１２．自信	-3	-2	-1	0	1	2	3
１３．知識を得ることができる	-3	-2	-1	0	1	2	3
１４．仕事や作業がうまくできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
１５．生活がとてもうまくいっている	-3	-2	-1	0	1	2	3
１６．もっといろいろなことができる(有能性)	-3	-2	-1	0	1	2	3
１７．QOL(生活の質)	-3	-2	-1	0	1	2	3
１８．自分の能力を示すことができる（パフォーマンス）	-3	-2	-1	0	1	2	3
１９．活力（パワー）	-3	-2	-1	0	1	2	3
２０．したいことが思い通りにできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
２１．恥ずかしさ	-3	-2	-1	0	1	2	3
２２．チャレンジしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
２３．活動に参加できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
２４．新しいことがしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
２５．日常の生活行動の変化に適応できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
２６．チャンスを活かせる	-3	-2	-1	0	1	2	3

出典：福祉用具心理評価スケール（PIADS 日本語版）

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。
記入済の調査票は、施設でまとめて返信用封筒に入れ、**１１月３０日まで**にご返送ください。

平成３０年度 介護ロボットの効果実証に関する調査研究
介護ロボットの導入などの実態に関する調査
介護老人福祉施設等（職員票）

介護サービス施設・事業所ごとの介護ロボットの導入、活用及び効果の実態を把握するために、ご協力をお願いいたします。

- 調査の目的
  - この調査は、平成 30 年度介護報酬改定（社会保障審議会介護給付費分科会）等をふまえて、介護ロボットの効果実証に関する調査研究に活用する情報を収集することを目的としています。
- ご回答にあたりましては、同封しております「記載要領」を参照の上、ご記入ください。
- 2018 年 10 月 3 日時点での情報をもとにご回答ください。

問１ あなたについてお伺いします。

（１） あなたの有する資格・経験年数・役職について（あてはまるものに〇をつけてください）

１．医師	２．薬剤師	３．看護師	４．准看護師
５．社会福祉士	６．介護福祉士	７．介護職員(介護福祉士以外)	８．臨床検査技師
９．理学療法士	１０．作業療法士	１１．言語聴覚士	１２．精神保健福祉士
１３．介護支援専門員(ケアマネジャー)		１４．管理栄養士	１５．栄養士
１６．調理師		１７．その他（ ）	

経験年数	（ 年）	役職	1．リーダー　3．役職なし 2．サブリーダー　4．その他( )
連絡先	回答者氏名：	貴施設の代表電話番号： （ ） －	

問２ 介護ロボットの導入・職員の利用状況についてお伺いします。

（１） 介護ロボットの導入・職員の利用状況について、あてはまるものに○を付けてください。

	導入	利用頻度※ 高 1	2	3	4 低	5 他	導入時から継続利用	今後の継続利用の意向
１．移乗支援(装着型)	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無
２．移乗支援(非装着型)	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無
３．移動支援	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無
４．排泄支援	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無
５．見守り	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無
６．コミュニケーション	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無
７．入浴支援	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無
８．その他( )	有 ／ 無	1	2	3	4	5	有 ／ 無	有 ／ 無

※利用頻度の目安 1:ほぼ毎日使用 2: 週に４～５日使用 3:週に２～３日使用 4:週に１日使用
5:その他（ ）

（２） あなたが担当するおおよその利用者数(1 勤務あたり)(過去 1 ヶ月の状況をもとに記入してください)

日勤の時間帯	夜勤の時間帯
人	人

（３） 上記のうち、介護ロボットの利用者数

	日勤の時間帯	夜勤の時間帯
１．移乗支援(装着型)	人	人
２．移乗支援(非装着型)	人	人
３．移動支援	人	人
４．排泄支援	人	人
５．見守り	人	人
６．コミュニケーション	人	人
７．入浴支援	人	人
８．その他	人	人

（４） あなたがロボットを利用するおおよその時間(1 勤務あたり)(過去 1 か月の状況をもとに記入して下さい)

	日勤の時間帯	夜勤の時間帯
１．移乗支援(装着型)	時間	時間
２．移乗支援(非装着型)	時間	時間
３．移動支援	時間	時間
４．排泄支援	時間	時間
５．見守り	時間	時間
６．コミュニケーション	時間	時間
７．入浴支援	時間	時間
８．その他	時間	時間

問３ 職員や施設業務の変化（定性的な変化）について教えてください。（あてはまるもの全てに〇）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
１． 気持ちに余裕ができる								
２． 身体的負担（体の痛みなど）の軽減								
３． 精神的負担（ストレスなど）の軽減								
４． 利用者とのコミュニケーションやケアの時間が充分に取れる								
５． 訪室しなくても利用者の状況が分かる（即時性）								
６． 利用者の行動パターンが把握できる（排泄、夜間行動）								
７． 事故原因分析の参考情報にできる								

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
8．　優先順位の判断ができる（同時コールの発生、他の利用者の介護中）								
9．　利用者のペースに合わせた介助ができる(予測による予防介入、訪室タイミング、声かけの内容等)								
１０．訪室の前に心の準備ができる								
１１．見守り以外の業務・休憩等が分断されない								
１２．休憩時間を確保することができる								
１３．必要以上に利用者を見に行くことになる								
１４．走って訪室することが減る								
１５．機器対象者以外の利用者へのケア時間が増える								
１６．訪室回数合計が減る								
１７．機器の初期設定・微調整が煩雑である								
１８．複数端末の携帯が煩雑である								

問４　職員から見た利用者の生活の変化（定性的な変化）について教えて下さい。（あてはまるもの全てに〇）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
1．　介護者に気を遣わなくても良い								
2．　心身の衰えの防止につながる								
3．　転倒が減る(しりもち、座り込み等のヒヤリハット含む)								
4．　睡眠の質が高まる(まとまった睡眠、寝覚め、眠剤減)								
5．　排泄の失敗が減る								
6．　不穏行動が少なくなる								
7．　人による介護よりも安全性が高い								
8．　職員から見守られている安心感が高まる								
9．　緊急時にすぐに対応してもらえる安心感がある								
１０．最先端の機器を用いた介護を受けられる								
１１．職員からの干渉・制止が減る								
１２．見張られているようで何となく嫌そうである								
１３．見慣れない物が設置されていて違和感がある								
１４．準備に時間がかかる								
１５．その他								
１６．特にない								
１７．わからない								

問５　使用している介護ロボット導入の満足度についてお伺いします。（あてはまるものに〇を付けてください）

	満足	やや満足	普通	やや不満	不満
①　移乗支援(装着型)					
②　移乗支援(非装着型)					
③　移動支援					
④　排泄支援					
⑤　見守り					
⑥　コミュニケーション					
⑦　入浴支援					
⑧　その他					

問６　介護ロボットに関してご意見をお願いします。【自由記載】（気付き・課題意識等）

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。
記入済の調査票は、返信用封筒に入れ、**11 月 30 日まで**にご返送ください。

平成３０年度 介護ロボットの効果実証に関する調査研究
介護ロボットの導入などの実態に関する調査
実証施設ヒアリング（施設票）

介護サービス施設・事業所ごとの介護ロボットの導入、活用及び効果の実態を把握するために、ご協力をお願いいたします。

- 調査の目的
  - この調査は、平成 30 年度介護報酬改定（社会保障審議会介護給付費分科会）等をふまえて、介護ロボットの効果実証に関する調査研究に活用する情報を収集することを目的としています。
- ご記入にあたりましては、同封しております「記載要領」と「介護ロボット製品一覧」を参照の上、ご回答ください。
- 2018 年 10 月 3 日時点での情報をもとにご回答ください。
  ※前回ヒアリング時に伺いましたご意見を事前に転記しております。

問１ 【施設基本情報】 貴施設の基本情報についてお伺いします。

（１） 基本属性

① 事業所名		
② 連絡先	ご記入者： 貴施設の代表電話番号：（　　）　　－	
③ 施設種別 （あてはまるものに〇を付けてください）	１．介護老人福祉施設 ２．地域密着型介護老人福祉施設 ３．介護老人保健施設 ４．特定施設入居者生活介護	
④ 開設主体/関連法人で経営している施設の有無 （あてはまるものすべてに〇を付けてください）	１．診療所	有 ／ 無
	２．病院	有 ／ 無
	３．訪問介護	有 ／ 無
	４．訪問看護	有 ／ 無
	５．介護老人福祉施設	有 ／ 無
	６．地域密着型介護老人福祉施設	有 ／ 無
	７．介護老人保健施設	有 ／ 無
	８．介護療養型医療施設または介護医療院	有 ／ 無
	９．特定施設入居者生活介護	有 ／ 無
	１０．認知症対応型共同生活介護	有 ／ 無
	１１．小規模多機能型居宅介護	有 ／ 無
	１２．定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 ／ 無
	１３．サービス付き高齢者向け住宅	有 ／ 無
	１４．その他（　　）	有 ／ 無

<table>
<tr><td>⑤ 介護報酬上
の届出
（あてはまるものに〇を付けてください）
※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る</td><td colspan="2"><u>（介護老人福祉施設）</u>
介護福祉施設サービス費
１． 従来型個室
２． 多床室
経過的小規模介護福祉施設サービス費
３． 従来型個室
４． 多床室
ユニット型介護福祉施設サービス費
５． ユニット型個室
６． ユニット型個室的多床室
ユニット型経過的小規模介護福祉施設サービス費
７． ユニット型個室
８． ユニット型個室的多床室

<u>（地域密着型介護老人福祉施設）</u>
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費
９． 従来型個室
１０． 多床室
経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費
１１． 従来型個室
１２． 多床室</td><td>ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費
１３． ユニット型個室
１４． ユニット型個室的多床室
ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費
１５．ユニット型個室
１６．ユニット型個室的多床室

<u>（短期入所生活介護）</u>
単独型短期入所者生活介護費
１７．従来型個室
１８． 多床室
併設型短期入所者生活介護費
１９． 従来型個室
２０． 多床室
単独型ユニット型短期入所者生活介護費
２１． ユニット型個室
２２． ユニット型個室的多床室
併設型ユニット型短期入所者生活介護費
２３．ユニット型個室
２４． ユニット型個室的多床室</td></tr>
<tr><td>⑥ 介護加算
（あてはまるものに〇を付けてください）
※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る</td><td>１．夜勤職員配置加算
(介護福祉施設サービス)
a. （Ⅰ）イ
b. （Ⅰ）ロ
c. （Ⅱ）イ
d. （Ⅱ）ロ
e. （Ⅲ）イ
f. （Ⅲ）ロ
g. （Ⅳ）イ
h. （Ⅳ）ロ</td><td>(短期入所生活介護費)
a. （Ⅰ）
b. （Ⅱ）
c. （Ⅲ）
d. （Ⅳ）</td><td>(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)
e. （Ⅰ）イ
f. （Ⅰ）ロ
g. （Ⅱ）イ
h. （Ⅱ）ロ
i. （Ⅲ）イ
j. （Ⅲ）ロ
k. （Ⅳ）イ
l. （Ⅳ）ロ</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">２．その他（　　）</td></tr>
</table>

⑦ 見守り機器の導入による夜勤職員配置加算届出 ※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る	あり　　なし　　届出予定
⑧ 調査対象日時点の入所者(入院者)数	人
⑨ 定員数	人

（２） 職種別の従事者数

※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に限る

医師	人	作業療法士	人
薬剤師	人	言語聴覚士	人
看護師	人	精神保健福祉士	人
准看護師	人	介護支援専門員（ケアマネジャー）	人
社会福祉士	人	管理栄養士	人
介護福祉士	人	栄養士	人
介護職員（介護福祉士以外）	人	調理師	人
臨床検査技師	人	その他（　　）	人
理学療法士	人		

問２ 【介護ロボット導入・活用状況】

介護ロボットの導入・活用状況についてお伺いします。

※別紙の「介護ロボット製品一覧」を参照していただき、ご記入ください。

（１）施設に導入している介護ロボットの種類（施設に導入しているすべての介護ロボットを記載してください）

製品コード	導入数	導入時期	製品コード	導入数	導入時期
(ア)	台	年　月	(キ)	台	年　月
(イ)	台	年　月	(ク)	台	年　月
(ウ)	台	年　月	(ケ)	台	年　月
(エ)	台	年　月	(コ)	台	年　月
(オ)	台	年　月	(サ)	台	年　月
(カ)	台	年　月	(シ)	台	年　月
製品名（　　） メーカー（　　）	台	年　月	製品名（　　） メーカー（　　）	台	年　月

（２）介護ロボット購入・リース時の費用負担方法（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

製品コード	自己負担	国・県・市町村の助成/補助	研究協力による助成/補助	その他 ※( )に記載してください	製品コード	自己負担	国・県・市町村の助成/補助	研究協力による助成/補助	その他 ※( )に記載してください
(ア)				( )	(キ)				( )
(イ)				( )	(ク)				( )
(ウ)				( )	(ケ)				( )
(エ)				( )	(コ)				( )
(オ)				( )	(サ)				( )
(カ)				( )	(シ)				( )
その他				( )	その他				( )

（３）介護ロボット導入のきっかけ・目的（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

		①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
きっかけ	１．理事長（経営層）の判断								
	２．施設長（現場責任者）の判断								
	３．現場職員からの要望								
	４．導入に関して助成・補助があった								
	５．メーカーの営業活動								
	６．実証研究への協力								
目的	７．利用者の負担軽減								
	８．職員の負担軽減								
	９．職員の確保								
	１０．職員の離職防止								
	１１．ヒヤリハット・介護事故の防止								
	１２．費用対効果								
	１３．業務効率化								
	１４．テスト導入								

上記の項目（1～14）以外の目的があれば記載してください。

① 移乗支援(装着型)	
② 移乗支援(非装着型)	
③ 移動支援	
④ 排泄支援	
⑤ 見守り	
⑥ コミュニケーション	
⑦ 入浴支援	
⑧ その他	

（４） 介護ロボット導入時に配慮した点（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
１． 課題分析と導入目的の明確化								
２． 会議や委員会等を通じた職員への周知と合意形成								
３． 職員を対象とした講習会やトレーニングの実施								
４． Wi-Fi 環境などの物理的環境の配慮								
５． 機器導入による業務見直しなどの業務環境への配慮								
６． データの蓄積・分析								
７． ケアプランへの位置づけ								
８． 機器導入・定着の効果検証								

上記の項目（1～8）以外に配慮した点があれば記載してください。

① 移乗支援(装着型)	
② 移乗支援(非装着型)	
③ 移動支援	
④ 排泄支援	
⑤ 見守り	
⑥ コミュニケーション	
⑦ 入浴支援	
⑧ その他	

（５） 介護ロボット利用時に実施している点

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
1. 利用者のアセスメント								
2. 利用者本人の意向確認								
3. 利用者の状態と介護ロボットの性能を踏まえた検討（マッチング）								
4. 利用者のロボット利用計画の策定・見直し								
5. 利用者へのテスト利用								

上記（１～５）以外に実施している点があれば記載してください。

①移乗支援(装着型)	
②移乗支援(非装着型)	
③移動支援	
④排泄支援	
⑤見守り	
⑥コミュニケーション	
⑦入浴支援	
⑧その他	

問３　見守り機器導入による効果や変化についてお伺いします。

（１）　見守り機器の対象利用者数

入所者数のうち　（　　）名で見守り機器を利用

見守り機器の導入前後での人員配置（利用者数：職員数（介護・看護職員））

導入前月	導入後（平成 30 年 9 月実績）
（　　：　　）	（　　：　　）

（２）　「見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会(以降「委員会」とする)」の実施状況

① 委員会の設置 （どちらかに〇を付けてください）	あり　　なし
② 委員会の構成員数	（　　）人
③ 委員会の構成員 （あてはまるものにすべてに〇を付けてください）	１．医師 ２．薬剤師 ３．看護師 ４．准看護師 ５．社会福祉士 ６．介護福祉士 ７．介護職員（介護福祉士以外） ８．臨床検査技師 ９．理学療法士 １０．作業療法士 １１．言語聴覚士 １２．精神保健福祉士 １３．介護支援専門員（ケアマネジャー） １４．管理栄養士 １５．栄養士 １６．調理師 １７．その他（　　）
④ 委員会の設置開催状況	約（　　）回 / 年
⑤ 委員会での協議内容 （あてはまるものにすべてに〇を付けてください）	１．　使い方周知（研修・説明ツール等） ２．　Wi-Fi 環境などの物理的環境の配慮 ３．　機器導入による業務見直しなどの業務環境への配慮 ４．　データ蓄積・分析・検証方法 ５．　ケアプランへの位置づけ ６．　機器導入の効果測定 ７．　機器定着化 ８．　その他（　　）

問１（１）⑦で **「あり」又は「届出予定」を選択した方**にお伺いします。

（３） 見守り機器の導入状況

① 人員配置状況 （どちらかに〇を付けてください）	１． 見守り機器の導入（0.1 人分の要件緩和）がなくとも人員配置基準を満たしている ２． 見守り機器の導入（0.1 人分の要件緩和）により人員配置基準を満たしている

問１（１）⑦で **「なし」を選択した方**にお伺いします。

（４） 見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出

① 見守り機器の導入による夜勤職員配置加算の届出を出していない理由 （あてはまるものすべてに〇を付けてください）	１． 夜勤職員配置加算を取得する意向がない ２． 見守り機器の導入（0.1 人分の要件緩和）がなくとも人員配置基準を満たしている ３． 要件(入所者の 15%以上)を満たす見守り機器の台数を導入していない ４． 委員会の設置が困難なため ５． その他（　　）
② 今後の届出の移行について （最もあてはまるものに〇を付けてください）	１． 届出したい ２． 届出するつもりはない ３． どちらとも言えない、分からない

（５） 導入した機器への慣れ

	導入機器に慣れ始めた時期	導入時に困ったことや感じたこと
管理者	月経過頃	
介護者	月経過頃	
利用者	月経過頃	
その他	月経過頃	

（６） 機器導入による介護負担の変化

	項目	前回ヒアリング調査時 （平成 29 年 8 月頃）	現在
機器を用いた見守り全般	良い点	(昨年度の内容を記載)	
	課題	(昨年度の内容を記載)	
居室訪問	定時訪問回数の変化	(昨年度の内容を記載)	
	随時訪問回数の変化	(昨年度の内容を記載)	
	居室訪問時間の変化	(昨年度の内容を記載)	
排泄介助	排泄支援（随時対応）の変化	(昨年度の内容を記載)	
	排泄支援（定時対応）の変化	(昨年度の内容を記載)	
業務全般	対象者へのケア	(昨年度の内容を記載)	
	職員の見守り業務時間の変化	(昨年度の内容を記載)	
	職員の業務内容・領域変化の可能性	(昨年度の内容を記載)	
	休憩等の時間・仮眠時間の変化	(昨年度の内容を記載)	
負担感	身体的負担	(昨年度の内容を記載)	
	心理的負担	(昨年度の内容を記載)	

（７） 利用者の生活の質の維持・向上

	項目	前回ヒアリング調査時 （平成 29 年 8 月頃）	現在
ヒヤリハット事例・介護事故	件数の変化	(昨年度の内容を記載)	
	内容の変化	(昨年度の内容を記載)	
対象者とのコミュニケーション	コミュニケーション時間の変化	(昨年度の内容を記載)	
	コミュニケーション内容の変化	(昨年度の内容を記載)	

	項目	前回ヒアリング調査時 （平成 29 年 8 月頃）	現在
対象者の行動・心理状態	対象者の夜間生活行動の変化	(昨年度の内容を記載)	
	対象者の不穏行動・症状の変化	(昨年度の内容を記載)	
対象者への負担	機器利用に伴う対象者への負担	(昨年度の内容を記載)	

（8） 施設運営・管理面の変化

		前回ヒアリング調査時 （平成 29 年 8 月頃）	現在
管理面	機器導入に伴う管理の変化	(昨年度の内容を記載)	
	機器導入に伴うマニュアルの変更	(昨年度の内容を記載)	
経営面	機器の価格に関するご意見	(昨年度の内容を記載)	
	介護ロボット導入に関する経営コストの捉え方の変化	(昨年度の内容を記載)	

（9） 今後の機器利用促進に向けた課題とその理由

	課題	理由
機器の操作性		
機器の誤作動		
機器のメンテナンス		
研修や使い方周知		
その他		

問４ 【ICT（情報通信技術）導入・活用】

ICT（情報通信技術）を活用した機器の導入状況についてお伺いします。

（１） 現在施設で使用している ICT（情報通信技術）を活用した機器（介護ロボットと連動し得るもの）

（あてはまるものにすべてに〇を付けてください）

１．介護記録ソフト	７． バイタル機器（見守り機器の活用による）
２．介護レセプト作成ソフト	８． バイタル機器（見守り機器の活用以外）
３．リスク情報管理ソフト（事故・ヒヤリハット）	９． 電話・ナースコール（インターフォンを含む）
４．タブレット・スマートフォン	１０．その他（ ）
５．電子メール・パソコン	１１．導入していない
６．インカム	

（２） 介護ロボットと連動しているもの（あてはまるものにすべてに〇を付けてください）

	①移乗支援（装着型）	②移乗支援（非装着型）	③移動支援	④排泄支援	⑤見守り	⑥コミュニケーション	⑦入浴支援	⑧その他
１． 介護記録ソフト								
２． 介護レセプト作成ソフト								
３． リスク情報管理ソフト(事故・ヒヤリハット)								
４． タブレット・スマートフォン								
５． 電子メール・パソコン								
６． インカム								
７． バイタル情報(見守り機器の活用による)								
８． バイタル情報（見守り機器の活用以外）								
９． 電話・ナースコール(インターフォンを含む)								
１０．その他（ ）								

（３） ICT 機器からのデータの利活用内容

ICT 機器から得られたデータの活用状況（どちらかに〇を付けてください）

１． 活用している	２． 活用していない

「１． 活用している」を選択した方は、具体的な取得データの内容について記載してください。

例）バイタル情報（呼吸・脈拍数など）

「１． 活用している」を選択した方は、具体的な活用方法について記載してください。

（４）　ICT（情報通信技術）の活用について、あなたの満足度に最もあてはまるものに〇を付けてください。

１．満足	２．やや満足	３．普通	４．やや不満	５．不満

上記を選んだ理由について記載してください。

（５）　ICT（情報通信技術）を活用した機器を導入していない理由

（あてはまるものにすべてに〇を付けてください）

	①介護記録ソフト	②介護レセプト作成ソフト	③リスク情報管理ソフト	④タブレット・スマートフォン	⑤電子メール・パソコン	⑥インカム	⑦バイタル情報（見守り機器の活用による）	⑧バイタル情報（見守り機器の活用以外）	⑨電話・ナースコール（インターフォンを含む）	⑩その他（　　）
１．導入費用が高額										
２．有効性を期待できない										
３．利用者の安全面に不安										
４．職員の安全面に不安										
５．機器に関する情報少ない										
６．準備・片付けに時間がかかる										
７．機器のメンテナンスが大変										
８．機器を活用した業務改革が必要										
９．機器の誤作動が不安										
１０．研修や使い方の周知が必要										
１１．機器の操作が難しい										

上記（１～１１）以外の理由があれば記載してください。

① 介護記録ソフト	
② 介護レセプト作成ソフト	
③ リスク情報管理ソフト	
④ タブレット・スマートフォン	
⑤ 電子メール・パソコン	
⑥ インカム	
⑦ バイタル情報(見守り機器の活用による)	
⑧ バイタル情報(見守り機器の活用以外)	
⑨ 電話・ナースコール(インターフォンを含む)	
⑩ その他（　　）	

ICT（情報通信技術）を活用した利用機器の導入に関わらず、ご回答ください。

（６） 介護ロボット導入、ICT 活用以外に介護の質の向上や業務効率化に取り組んでいることについて教えてください。（あてはまるものにすべてに〇を付けてください）

１．派遣職員の活用 （ ）人	４． 専門性を活かした業務の分担
２．業務委託（アウトソーシング）	５． 業務効率化についての職員向け研修
３．業務の分析	６． その他（ ）

問５ 今後の介護ロボットのさらなる導入について教えて下さい。（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

	導入したい	導入しない	検討中
① 移乗支援（装着型）			
② 移乗支援（非装着型）			
③ 移動支援			
④ 排泄支援			
⑤ 見守り			
⑥ コミュニケーション			
⑦ 入浴支援			
⑧ その他			

問６ 現在使用中の介護ロボットが使用できなくなった場合（製造中止 等）どう感じますか。（あてはまるものに〇を付けてください）

１．非常に困る（業務内容・体制の変更が生じる）	４． それほど変わらない
２．困るが何とかなる	５． なくても良い
３．新しい介護ロボットを購入したい	６． その他（ ）

問７ 介護ロボットに関してご意見をお願いします。【自由記載】（気付き・課題意識等）

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

05_実証施設（利用者票）

（**介護ロボットを使った介護を受けている利用者に聞き取りをした上で記入**してください）

施設管理番号	対象者 ID		記入月
			月

1. 見守り機器について（対象者本人に聞き取りをお願いします）

(1) 導入されている機器について、あなたはどのように感じますか。（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

1 自分が介護者に気を遣わなくても良い	8 最先端の機器を用いた介護を受けられる
2 自分でできることが増える	9 緊急のときにすぐに対応してもらえる安心感がある
3 自分の心身の衰えの防止につながる	10 見張られているようで何となく嫌である
4 介護者の身体的負担が軽くなる	11 見慣れない物が設置されていて違和感がある
5 介護者の心理的負担が軽くなる	12 その他（ ）
6 介護に係る費用が減る	13 特にない
7 人による介護よりも安全性が高い	14 分からない

(2) あなたは施設で介護を受ける際に、今後も導入されている機器を利用してほしいですか。（最もあてはまるものに〇を付けてください）

1 利用してほしい
2 どちらかと言えば利用してほしい
3 どちらかと言えば利用してほしくない
4 利用してほしくない
5 分からない

2. 対象者の変化について

(1) 導入されている機器を使うことによって、対象者の気持ちがどの程度変化したか、**本人に聞き取りのうえで、その程度を<u>もっとも良く表すもの</u>を 1 つ選んで、〇をつけてください。**

例えば、「1)能力」について、機器を利用しない時を「 0 」とし、それに比べて「能力」が著しく増加したと感じられる場合には「 3 」に〇をつけて下さい。26 項目すべてにご回答ください。
ただし、どうしてもわからない場合は「 0 」に〇をつけて下さい。

	減少したと感じる ←						**増加したと感じる** →
1 能力（生活の大切なことをうまくできる）	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 生活の満足度(幸福感)	-3	-2	-1	0	1	2	3
3 自立度	-3	-2	-1	0	1	2	3
4 様々な生活場面もどうにか対処できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
5 とまどい(困ること)	-3	-2	-1	0	1	2	3
6 日課を処理する効率	-3	-2	-1	0	1	2	3
7 自分を好ましく感じる(自尊心)	-3	-2	-1	0	1	2	3
8 生産性（たくさんのことができる）	-3	-2	-1	0	1	2	3
9 安心感	-3	-2	-1	0	1	2	3
10 欲求不満（フラストレーション）	-3	-2	-1	0	1	2	3
11 自分が世の中の役に立つ（有用性）	-3	-2	-1	0	1	2	3
12 自信	-3	-2	-1	0	1	2	3
13 知識を得ることができる	-3	-2	-1	0	1	2	3
14 仕事や作業がうまくできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
15 生活がとてもうまくいっている	-3	-2	-1	0	1	2	3
16 もっといろいろなことができる(有能性)	-3	-2	-1	0	1	2	3
17 QOL(生活の質)	-3	-2	-1	0	1	2	3
18 自分の能力を示すことができる（パフォーマンス）	-3	-2	-1	0	1	2	3
19 活力（パワー）	-3	-2	-1	0	1	2	3
20 したいことが思い通りにできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
21 恥ずかしさ	-3	-2	-1	0	1	2	3
22 チャレンジしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
23 活動に参加できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
24 新しいことがしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
25 日常の生活行動の変化に適応できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
26 チャンスを活かせる	-3	-2	-1	0	1	2	3

（2）**施設職員からみて**、今回導入した機器を使うことによって、対象者の気持ちがどの程度変化したか、その程度を**もっとも良く表すものを１つ選んで、○をつけてください。**

	減少したと感じる ←						**増加したと感じる** →
1 能力（生活の大切なことをうまくできる）	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 生活の満足度(幸福感)	-3	-2	-1	0	1	2	3
3 自立度	-3	-2	-1	0	1	2	3
4 様々な生活場面もどうにか対処できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
5 とまどい(困ること)	-3	-2	-1	0	1	2	3
6 日課を処理する効率	-3	-2	-1	0	1	2	3
7 自分を好ましく感じる(自尊心)	-3	-2	-1	0	1	2	3
8 生産性（たくさんのことができる）	-3	-2	-1	0	1	2	3
9 安心感	-3	-2	-1	0	1	2	3
10 欲求不満（フラストレーション）	-3	-2	-1	0	1	2	3
11 自分が世の中の役に立つ（有用性）	-3	-2	-1	0	1	2	3
12 自信	-3	-2	-1	0	1	2	3
13 知識を得ることができる	-3	-2	-1	0	1	2	3
14 仕事や作業がうまくできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
15 生活がとてもうまくいっている	-3	-2	-1	0	1	2	3
16 もっといろいろなことができる(有能性)	-3	-2	-1	0	1	2	3
17 QOL(生活の質)	-3	-2	-1	0	1	2	3
18 自分の能力を示すことができる（パフォーマンス）	-3	-2	-1	0	1	2	3
19 活力（パワー）	-3	-2	-1	0	1	2	3
20 したいことが思い通りにできる	-3	-2	-1	0	1	2	3
21 恥ずかしさ	-3	-2	-1	0	1	2	3
22 チャレンジしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
23 活動に参加できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
24 新しいことがしたくなる	-3	-2	-1	0	1	2	3
25 日常の生活行動の変化に適応できる	-3	-2	-1	0	1	2	3
26 チャンスを活かせる	-3	-2	-1	0	1	2	3

3. ロボット導入後の対象者に関する振り返り

以下の設問は自由記述になります。

(1) 介護ロボット導入に伴う**利用者にとっての**プラスの変化

(2) 介護ロボット導入に伴う**利用者にとっての**マイナスの変化

(3) 介護ロボット導入に関する自由意見（気づき、課題意識等）

出典：福祉用具心理評価スケール（PIADS 日本語版）

06_実証施設（職員票）

（**介護業務に従事している職員が記入**してください）

施設管理番号	対象者 ID		記入月
			月

平均的ロボット利用時間(勤務日 1 日あたり) (過去 3 週間の状況をもとに記入してください)	時間／日

あてはまる番号に〇をつけてください。

1. 見守り機器導入について

(1) 導入されている機器について、あなたはどのように感じていますか。（あてはまるものすべてに〇を付けてください）

1 導入対象者が介護者に気を遣わなくても良い	8 最先端の機器を用いた介護ができる
2 導入対象者が自分でできることが増える	9 緊急のときにすぐに対応してもらえる安心感がある
3 導入対象者の心身の衰えの防止につながる	10 見張られているようで何となく嫌である
4 介護者の身体的負担が軽くなる	11 見慣れない物が設置されていて違和感がある
5 介護者の心理的負担が軽くなる	12 その他（ ）
6 介護に係る費用が減る	13 特にない
7 人による介護よりも安全性が高い	14 分からない

(2) あなたは施設で介護業務をする際に、今後も導入されている機器を利用したいですか。（最もあてはまるものに〇をつけてください）

1 利用したい	
2 どちらかと言えば利用したい	
3 どちらかと言えば利用したくない	→理由（ ）
4 利用したくない	→理由（ ）
5 分からない	

2. あなたご自身のことについて

(1) あなたの仕事についてうかがいます。(**最もあてはまるものに**〇をつけてください**)**

	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
1 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4 かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7 からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない	1	2	3	4
16 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

(2) 最近 1 か月間のあなたの状態についてうかがいます。（**最もあてはまるものに**〇を付けてください）

	ほとんど なかった	ときどき あった	しばしば あった	ほとんど いつもあった
1 活気がわいてくる	1	2	3	4
2 元気がいっぱいだ	1	2	3	4
3 生き生きする	1	2	3	4
4 怒りを感じる	1	2	3	4
5 内心腹立たしい	1	2	3	4
6 イライラしている	1	2	3	4
7 ひどく疲れた	1	2	3	4
8 へとへとだ	1	2	3	4

	ほとんど なかった	ときどき あった	しばしば あった	ほとんど いつもあった
9 だるい	1	2	3	4
10 気がはりつめている	1	2	3	4
11 不安だ	1	2	3	4
12 落着かない	1	2	3	4
13 ゆううつだ	1	2	3	4
14 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15 物事に集中できない	1	2	3	4
16 気分が晴れない	1	2	3	4
17 仕事が手につかない	1	2	3	4
18 悲しいと感じる	1	2	3	4
19 めまいがする	1	2	3	4
20 体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22 首筋や肩がこる	1	2	3	4
23 腰が痛い	1	2	3	4
24 目が疲れる	1	2	3	4
25 動悸や息切れがする	1	2	3	4
26 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27 食欲がない	1	2	3	4
28 便秘や下痢をする	1	2	3	4
29 よく眠れない	1	2	3	4

(3) あなたの周りの方々についてうかがいます。（**最もあてはまるものに**○を付けてください）				
	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1 上司	1	2	3	4
2 職場の同僚	1	2	3	4
3 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4
あなたが困ったとき、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
1 上司	1	2	3	4
2 職場の同僚	1	2	3	4
3 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
1 上司	1	2	3	4
2 職場の同僚	1	2	3	4
3 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

(4) 満足度について（**最もあてはまるものに**○を付けてください）				
	満足	まあ満足	やや不満足	不満足
1 仕事に満足だ	1	2	3	4
2 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

3. ロボット導入後の関する振り返り

以下の設問は自由記述になります。

(1) 介護ロボット導入に伴う**あなたにとっての**プラスの変化
(2) 介護ロボット導入に伴う**あなたにとっての**マイナスの変化
(3) 介護ロボット導入に関する自由意見（気づき、課題意識等）

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

居宅介護支援事業所　事業所調査票

※この調査票は事業所の管理者の方が記入してください

事業所名	

1　貴居宅介護支援事業所の概況

(1)開設年	平成(　　)年
(2)開設主体 (○は1つ)	1．都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 2．社会福祉協議会 3．社会福祉法人(社協以外) 4．医療法人 5．社団・財団法人 6．協同組合及び連合会 7．営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社) 8．特定非営利活動法人(NPO) 9．その他の法人 10．その他
(3)地域区分 (○は1つ)	1．1級地　2．2級地　3．3級地　4．4級地　5．5級地　6．6級地　7．7級地　8．その他

2　併設施設の状況

(1)併設施設の有無（○は1つ）

1．法人が運営する併設施設あり　(同一法人(同系列を含む)が運営する施設・事業所が複数)
2．法人が運営する併設施設なし　(施設・事業所は貴事業所のみ)　→ 3に進んでください

(2)法人が運営する併設施設の状況（※介護予防含む）	同一法人(同系列を含む)が運営しているサービス(複数回答可)	併設しているもの(複数回答可)	うち、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰが兼務しているもの(複数回答可)	(2)法人が運営する併設施設の状況　(続き)	同一法人(同系列を含む)が運営しているサービス(複数回答可)	併設しているもの(複数回答可)	うち、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰが兼務しているもの(複数回答可)
地域包括支援センター	1	1	1	短期入所生活介護(※)	16	16	16
在宅介護支援センター	2	2	2	短期入所療養介護(※)	17	17	17
介護老人福祉施設(地域密着型を含む)	3	3	3	福祉用具貸与(※)	18	18	18
介護老人保健施設	4	4	4	福祉用具販売(※)	19	19	19
介護医療院	5	5	5	夜間対応型訪問介護	20	20	20
療養病床を有する病院・診療所	6	6	6	定期巡回・随時対応型訪問介護	21	21	21
病院・診療所(上記以外)	7	7	7	小規模多機能型居宅介護(※)	22	22	22
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(※)	8	8	8	看護小規模多機能型居宅介護	23	23	23
有料老人ホーム・ケアハウス等(特定施設(※)含む)	9	9	9	認知症対応型通所介護(※)	24	24	24
訪問介護	10	10	10	住宅改修を行っている事業所	25	25	25
訪問入浴介護(※)	11	11	11	薬局	26	26	26
訪問看護(※)	12	12	12	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院	27	27	27
訪問リハビリテーション(※)	13	13	13	通所介護における宿泊サービス	28	28	28
通所介護	14	14	14	サービス付高齢者住宅	29	29	29
通所リハビリテーション(※)	15	15	15	その他(　　)	30	30	30

3 特定事業所集中減算について （平成 30 年4月～8月末日）

(1)事業所において平成30年4月1日から8月末日までに給付管理を行ったのべ件数	(　　)件

	事業所において平成 30 年4月1日から8月末日までに給付管理を行ったのべ件数	A 最も紹介件数の多い法人(紹介率最高法人)の割合	B 法人関係 ※同一割合の法人が複数ある場合は、貴事業所と同一法人(同系列を含む)について優先してご記載ください		C 紹介率が 80%超に該当するサービス種別のみ、その理由を下記選択肢の番号(1～11)を記入(複数回答可) ※同一割合の法人が複数ある場合は、貴事業所と同一法人(同系列を含む)について優先してご記載ください ◆当該事業所を選定している理由 1. 中重度の対応力が高いため 2. 認知症ケアの質が高いため 3. 退院時等、急な医療機関への訪問やサービス調整が可能であるため 4. 主治医の指示があるため 5. 土日、早朝・夜間に対応できるため 6. 看取りに対応できるため 7. 利用者の個別の生活状況に合わせた細やかな対応が可能であるため 8. 利用者・家族が希望したため 9. 法人の方針として 10. 地域の中には他に適切な事業所がないため 11. その他(内容は選択肢番号と併せて空欄に記入)	D 特定事業所集中減算の適用の有無 ※保険者に届出を行い、特定事業所集中減算の適用を受けた場合、その対象となったサービスすべてに○をつけてください。正当な理由に該当した場合、○は不要です
(2)平成 30 年4月1日から8月末日の期間における紹介率 A、B、C は特定事業所集中減算に該当しない場合もお答えください			1. 貴事業所と同一法人(同系列を含む)	2. 貴事業所と同一法人(同系列を含む)でない		
1)訪問介護	(　　)件	約(　　)%	1	2		
2)通所介護	(　　)件	約(　　)%	1	2		
3)地域密着型通所介護	(　　)件	約(　　)%	1	2		
4)福祉用具貸与	(　　)件	約(　　)%	1	2		

(3)平成 30 年4月以降(特定事業所集中減算の改定後)、事務負担は軽減されましたか	1. 軽減された　2. 軽減されていない
1)どのように特定事業所集中減算の管理をしていますか (○は1つ)	1. システムから対象となるサービスが表示される 2. システムから対象となるサービスの紹介率が表示される 3. システムのデータを表計算ソフト等で計算している 4. 利用者名簿や帳票から、表計算ソフト等で計算している 5. 利用者名簿や帳票から、手計算している
2)平成 30 年の報酬改定では、特定事業所集中減算の事務負担が軽減される内容の改定でしたが、公正中立の観点から課題があるとも言われています。事務負担と公正中立との兼ね合い・バランスについてどのように認識していますか	自由記述:

4 特定事業所加算・ターミナルケアマネジメント加算について

(1)特定事業所加算の届出有無 (○は1つ)	1. 届出済み(平成 30 年9月より前に届けた場合を含む)　2. 届出ていない
1)特定事業所加算の算定状況 (○は1つ)	1. 特定事業所加算(Ⅰ)　3. 特定事業所加算(Ⅲ) 2. 特定事業所加算(Ⅱ)　4. 算定していない

2)平成 30 年の報酬改定で新たに算定要件に追加された研修に関する課題(複数回答可)	1. 他法人の事業所に呼びかけても共同で実施するのが難しい 2. 他の事業所のニーズを把握するのが難しい 3. 他の事業所が求める研修と、こちらが必要と考える研修が食い違う 4. 研修内容を考えること自体が難しい 5. 研修の講師を確保するのが難しい 6. 研修の場所を確保するのが難しい 7. 研修を実施しても参加者が集まらない 8. 業務多忙で研修のための時間を確保するのが難しい 9. 研修の進め方や効果的な実施方法が分からない 10. 行政が協力的でない 11. 地域包括支援センターが協力的でない 12. その他(　　)
3)特定事業所加算の算定要件以外で地域の支援等のために行っている取組み(複数回答可)	1. 支援困難な事例を積極的に受け入れている 2. 制度や地域の資源についての情報提供を積極的に行っている 3. 他の事業所のケアマネジャーのスーパーバイズや相談を積極的に受け行っている 4. 一人事業所や経験の浅いケアマネジャー等に対して、必要に応じて事業所に出向いて助言等を行っている 5. 地域包括支援センターや行政と役割分担して、事業所として地域内の拠点の役割を担っている 6. 地域支援会議等の地域内で中心的な役割を担っている 7. その他(　　)
4)平成 31 年4月1日以降の特定事業所加算(Ⅳ)の取得可能性の有無(○は1つ)	1. 取得できる見込みである　2. 取得できない　3. わからない 取得できない、わからないと考える理由(複数回答可) 1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかの条件も満たせない ⇒平成 30 年度改定で算定要件が変わったことの影響(　1. あり　2. なし) 2. 退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携(※1)を年間 35 回以上実施できない 3. ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上の算定ができない 4. その他(　　)
(2)ターミナルケアマネジメント加算の届出有無 (○は1つ)	1. 届出済み(平成 30 年9月より前に届けた場合を含む)　2. 届出ていない
1)加算算定の上で、事業所として整える必要のある体制(事業所内)	自由回答:
2)加算算定の上で他機関・他事業所と連携して整える必要がある体制(事業所外) (複数回答可)	1. 24 時間・緊急時対応が可能な訪問看護との連携体制 2. 深夜時間外・緊急時対応が可能な訪問介護との連携体制 3. 定期巡回随時訪問型介護看護事業所との連携体制 4. 小規模多機能型居宅介護との連携体制 5. 往診や時間外対応できる医療機関との連携体制 6. 急変時に救急・入院に対応できる医療機関との連携体制 7. その他(　　)

(3)事業所において看取り(※2)の体制を整えたケースの実利用者数	実利用者数			
	平成 29 年 10 月～平成 30 年9月(1年間)	うち平成 30 年4月～9月(半年間)		
			うち主たる疾患が悪性腫瘍の利用者	
	(　　)人	(　　)人	(　　)人	うちターミナルケアマネジメント加算算定数 (　　)人

※1　退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携とは、医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行うことをいう。

※2　ここでいう看取りとは、医師が終末期と判断し、本人もしくは家族から同意を得て、ケアマネジャーが医師等と連携し必要な支援を行ったケース。最終的な死亡場所は問わない。

5 居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および給付管理の状況

(1)平成 30 年9月の居宅介護支援費の算定状況(人数)	1. 居宅介護支援費(Ⅰ)(　　)人　3. 居宅介護支援費(Ⅲ)(　　)人 2. 居宅介護支援費(Ⅱ)(　　)人							
(2)平成 30 年9月分の給付管理を行った実利用者数	地域包括支援センターから委託			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	介護予防ケアマネジメント※3	要支援1	要支援2					
	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人
(3)過去半年間(平成 30 年4月～9月)の新規利用者の状況別人数	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人
1)うち同一法人(同系列を含む)からの紹介件数	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人
2)うち他法人からの紹介件数	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人
3)うち本人や家族から貴事業所に直接依頼があった件数				(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人

(4)平成 29 年 10 月～平成 30 年9月における退院予定者へ在宅生活に移行するため支援(※4)を行ったが、給付管理に至らなかった実人数

悪性腫瘍(がん)

(　)人	うち給付管理に至らなかった理由別				
	要介護認定非該当	転院	施設等に入所	死亡	その他
	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人

悪性腫瘍(がん)以外

(　)人	うち給付管理に至らなかった理由別				
	要介護認定非該当	転院	施設等に入所	死亡	その他
	(　)人	(　)人	(　)人	(　人)	(　)人

※3 ホームヘルパー・デイサービスのみを利用する要支援者は、介護予防ケアマネジメントに含め、要支援1・要支援2には含めないでください。

※4 退院支援とは、病院を訪問し面会した、あるいは病院からの情報を得てアセスメントを行うなどケアマネジメントプロセスの一部を実行したことを指す。

6 職員について(平成 30 年 10 月3日現在)

(1)ケアマネジャー数(ケアマネジャー業務を実施している管理者含む) (他のサービス・事業と兼務している場合は、「併設事業所と兼務」の欄に人数を記入してください)	常勤			非常勤			
	居宅介護支援事業所に専従	併設事業所と兼務		居宅介護支援事業所に専従		併設事業所と兼務	
		実人員	換算人員※5	実人員	換算人員※5	実人員	換算人員※5
	(　)人	(　)人	(　.　)人	(　)人	(　.　)人	(　)人	(　.　)人

(2)採用・退職の状況 (平成 29 年1月1日から平成 29 年 12 月 31 日)	常勤ケアマネジャー(実人数を記入)	非常勤ケアマネジャー(実人数を記入)
1)採用したケアマネジャー数	(　　)人	(　　)人
2)退職したケアマネジャー数	(　　)人	(　　)人

(3)事務職員(ケアマネジャー以外の職員)の人数(実人数)	事務職員	常勤	非常勤
	居宅介護支援事業所専従の事務職員	(　　) 人	(　　) 人
	他の併設事業所等と兼務の事務職員	(　　) 人	(　　) 人

※5:換算人員の計算は、記入要領3ページをご参照ください。

7 管理者の役割と管理の状況について

(1)管理者の兼務状況(○は1つ)	1. 居宅介護支援事業以外も兼務している　　2. 兼務はしていない
1)居宅介護支援事業所の管理者の換算人員※5	(　.　)人
(2)管理者のケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	(　　)年 (管理者になる前の経験と、他法人での経験も含めてください)
(3)管理者の主任ケアマネジャーの資格の有無(○は1つ)	1. 主任ケアマネジャーの資格を保有する 2. 主任ケアマネジャーの資格を保有していない (3年間の経過措置に該当)

(4)新規利用者への対応(平成 30 年7月～9月)		件数または割合
1) 誰が新規利用者の担当を割り振っていますか	1. 管理者自身が実施している	(　　)件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)件
	4. その他 (　　)	(　　)件
2) 誰が新規利用者のケアプラン原案の内容を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	(　　)件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)件
	4. その他 (　　)	(　　)件
3) 誰が新規利用者のケアマネジメントの実施状況(アセスメントから 1 回目のモニタリングまでのプロセス)の進捗を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	(　　)件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)件
	4. その他 (　　)	(　　)件
(5)事業所内の全ケースのケアマネジメントプロセスが運営基準に従っているように、誰が実施状況を確認していますか (選択肢1～5の合計が 10 割になるように記入)	1. 管理者自身が実施している	(　　)割
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)割
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)割
	4. その他 (　　)	(　　)割
	5. 確認していない	(　　)割

(6)事業所内ミーティング (利用者に関する情報またはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議)の開催頻度(○は1つ) ※個別ケースに時間をかけて事例検討を行うことを目的とするミーティングは除いてください	1. 週 1 回 2. 2週に 1 回 3. 月に 1 回 4. その他(　　) 5. 行っていない
(7)事業所に係る加減算の管理 (○は1つ) (例:特定事業所集中減算等)	1. 管理者自身が行っている 2. 管理者以外のケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 3. 事務職員が実施したものを管理者が確認 4. その他(　　) 5. 管理していない

(8)誰が給付管理事務(国保連請求事務)を行っていますか 作成・確認のそれぞれについて、主に担当している者に○をつけてください(○は1つ)		1)作成	2)確認
	A. 管理者	1	1
	B. ケアマネジャー	2	2
	C. 事務職員	3	3
	D. その他	4(　　)	4(　　)

(9)苦情発生時の対応 (複数回答可)	1. 管理者自身が一連の対応を行う 2. 主任ケアマネジャーに対応させ、それを管理している 3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している 4. 事務職員に対応させ、それを管理している 5. 個別苦情に対して管理者は関与していない 6. その他(　　)
(10)事故発生時の対応 (○は主なもの1つ)	1. 管理者自身が一連の対応を行う 2. 主任ケアマネジャー等に対応させ、それを管理している 3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している 4. 事務職員に対応させ、それを管理している 5. 個別の事故に対して管理者は関与していない 6. その他(　　)
(11)従業者(ケアマネジャーや事務職員等)のストレスや不満への対応やバーンアウト予防などに配慮して管理をしていますか (○は主なもの1つ)	1. 管理者自身が行っている 2. 管理者以外の主任ケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 3. 管理者・主任ケアマネジャー以外のケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 4. 事務職員が実施したものを管理者が確認 5. 特に配慮していない 6. その他(　　)
(12)従業者(ケアマネジャーや事務職員等)の健康状態、身だしなみや清潔の保持に関して、どのようなことを行っていますか (複数回答可) 法人全体で行っているものも含めてください	1. 管理を行う責任者を決めている 2. ミーティング(朝礼等)の際などに定期的に確認している 3. 健康や清潔の保持の必要性に関して、研修等で教育している 4. 従業者に定期的に健康診断を受診させている 5. 行っていない 6. その他(　　)

(13)ケアマネジャーが特定のサービスや事業所をケアプランに位置づけることはありますか（○は1つ）	1. ある　　2. ない
1)位置づけている場合の理由についてお答えください（複数回答可）	1. 法人や事業所の指示により位置づけている 2. 法人や事業所による指示はないが、地域のサービス事業者数が限られているため位置づけている 3. 法人や事業所による指示はないが、利用者に対して必要な機能を備えているため位置づけている 4. その他（　　）
(14)ケアプラン作成に際して、利用者に複数事業所を紹介することや当該サービス・事業所をケアプランに位置づけた理由を説明するように事業所内のケアマネジャーに周知していますか（○は1つ）	1. 周知している　2. していない　3. 自身以外にケアマネジャーはいない

8 ケアマネジャーの育成の仕組みについて

(1)ケアマネジメントに関する研修の実施・受講状況（平成30年4月～9月の実績）	法人内の研修の実施回数（事業所単位の研修を含む）	（　　）回	
	法人外の研修の受講回数と受講者実人数	のべ受講回数	受講者実人数
		（　　）回	（　　）人

貴事業所のケアマネジャーが2名以上の場合、(2)以降の設問にお答えください
貴事業所のケアマネジャーが1名の場合は 9 へお進みください

	項目	取り組んでいる項目	効果的であると考える項目
(2)ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み（新人、経験ありは問わない）（複数回答可） ※「事業所内」には併設事業所を含む	1. 事業所内でキャリアパスを設定し、明示している	1	1
	2. 育成計画を作成、管理している	2	2
	3. ケアマネジャーごとに目標を設定し、面談を行っている	3	3
	4. 主任ケアマネジャー等がスーパーバイズを行っている	4	4
	5. 日常の OJT を実施している	5	5
	6. 訪問等へ同行し指導している	6	6
	7. 定期的に相談の時間を設けている	7	7
	8. ケアプラン等を確認し、指導している	8	8
	9. 主任ケアマネジャー等の育成担当者を配置している	9	9
	10. 他の居宅介護支援事業所（自法人以外）からケアマネジャーを受入れ、教育、育成をしている	10	10
	11. 自主研究／研究会・学会等への参加など、自己啓発活動を事業所として援助している	11	11
	12. 通信教育を援助している	12	12
	13. 他の資格取得のための援助をしている	13	13
	14. 事業所外の研修や勉強会へケアマネジャーを派遣している	14	14
	15. 他事業所へケアマネジャーを派遣している	15	15
	16. その他（　　）	16	16
	17. 上記1～16は十分取り組めていない	17	
(3)事業所内で実施している研修の内容（新人、経験ありは問わない）（複数回答可） ※「事業所内」には併設事業所を含む	1. 事業所内事例検討会を定期的に開催している⇒**開催頻度**（　　）回（平成30年4～9月） 2. 他の居宅介護支援事業所と共同して行う事例検討会の開催 3. 多職種による事例検討会の開催 4. 事業所において資質向上のための研修会（事例検討会以外）を開催している 5. その他（　　） 6. 実施していない		

（4）新人ケアマネジャーに特化した育成方法（複数回答可） 過去3年以内に新人ケアマネジャーを採用した事業所管理者のみお答えください	1．育成担当者の配置　　⇒指導期間（　　）か月 2．訪問等への同行指導 ⇒ 指導者（ 1．他のケアマネジャー 2．主任ケアマネジャー 3．管理者 ）※複数回答可 3．ケアプラン等の確認 ⇒ 確認者（ 1．他のケアマネジャー 2．主任ケアマネジャー 3．管理者 ）※複数回答可 4．定期的な面談 ⇒ 面談者（ 1．他のケアマネジャー 2．主任ケアマネジャー 3．管理者 ）※複数回答可 5．事業所外の研修や勉強会への参加支援 6．事務手続きや介護保険制度に関する指導 7．その他（具体的に：　　） 8．上記の 1～7を実施していない

9 医療機関との連携の状況について （平成 30 年7月～9月中の状況について尋ねます。）

（1）医療機関からどのような役割を期待されていますか。また、その役割を実施していますか（複数回答可）

	役割	ア．医療機関から期待されている	求められる時期（入院前・入院時に該当する箇所、1か所又は2か所に○）		イ．ケアマネジャーは実施している
			入院前	入院時	
入院前または入院した時	1）入院前利用の介護サービス・福祉サービスの伝達	1	1	1	1
	2）入院前の ADL や IADL、介護が必要な内容の状況についての伝達	2	2	2	2
	3）同居家族や介護体制の状況の伝達	3	3	3	3
	4）入院前の虐待や生活困窮の状況の伝達	4	4	4	4
	5）入院前の入退院に関する情報の伝達	5	5	5	5
	6）入院前の褥瘡や栄養状態、服薬中薬剤に関する情報の伝達	6	6	6	6
	7）その他身体・社会・精神的背景、退院困難な要因等に関する患者の情報の伝達	7	7	7	7
	8）退院時の支援・困難性を事前に判断するための事前カンファレンス等への出席	8	8	8	8
入院する時	9）入院時の手続きに関する本人・家族の支援	9			9
	10）入院時の必要品等の準備等の支援	10			10
入院中	11）本人や家族、医療機関の状況に合わせた即時の対応	11			11
	12）要介護認定の申請手続きや介護サービスに対する情報提供	12			12
	13）要介護認定の区分変更申請手続きの支援または代行	13			13
	14）医療機関に訪問し、指導への同席や本人・家族への情報提供	14			14
	15）医療機関が家族に連絡する際の仲介や支援（医療機関が連絡が取りにくい場合等）	15			15
退院時	16）退院時カンファレンスへの参加	16			16
	17）退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成	17			17
	18）退院時に本人・家族へ医療機関が指導する際への同席	18			18
	19）退院手続きに関する本人・家族の支援	19			19
	20）退院後の生活環境の整備（医療機関が期待するかどうか）	20			20
退院後	21）退院後の医療機関の患者宅訪問指導への同行・同席	21			21
	22）本人・家族の在宅療養生活（セルフマネジメント）支援（通院・服薬の支援を含む）	22			22
	23）通院への同行・同席	23			23
	24）退院後の在宅での生活や療養状況の情報の伝達	24			24
	25）家族の介護負担軽減（医療機関から退院後に依頼されるかどうか）	25			25

	時期を問わず	26)疾患や医療的処置・服薬の理解	26			26
		27)医療機関の決まりごと等の理解	27			27
		28)その他 （ ）	28			28
		29)特にない（医療機関に期待されていることが「特にない」場合に 29 を〇で囲んでください）	29			

（2）平成 30 年7月～9月中の医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点 （複数回答可）		困難と感じる・問題と感じる点	困難と感じる・問題と感じる
	入院した時	1）利用者が入院したことについてすぐに伝わってこない	1
		2）事業所において利用者の入院時に情報提供をする手段や方法が定まっていない	2
		3）医療機関との入院時の連携の窓口や担当者がわからない	3
		4）医療機関に提供する情報をまとめることが難しい	4
		5）医療機関がどのような情報を必要としているのかわかりにくい	5
		6）入院当初に訪問を求められるが、医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しい	6
		7）医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい	7
		8）医療機関において情報提供を受け入れる体制が整っていない	8
		9）医療機関から情報提供を求められない	9
		10）医療機関へ提供した情報が活用されない	10
		11）医療機関の職員が多忙であることを理由に時間を取ってもらえない	11
		12）医療機関から情報を求められても多忙のため対応できない	12
		13）本人が情報提供を拒否する	13
		14）家族が情報提供を拒否する	14
	入院している時	15）遠方の医療機関と連絡しにくい	15
		16）医療機関から訪問の依頼を受けた際に、対応することが難しい	16
		17）利用者の入院中の変化について医療機関から伝えてもらえない	17
	退院時	18）退院時カンファレンスが行われていない	18
		19）退院時カンファレンスに呼ばれない（このことが問題と感じる場合）	19
		20）退院時カンファレンスに、事業所のケアマネジャーが必要と考える医療機関側の職種が参加していない	20
		21）退院時カンファレンスでは発言する機会がない、発言しにくい雰囲気	21
		22）医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい	22
		23）医療機関ごと・利用者ごとに退院時の担当窓口が異なり、連携窓口がわかりにくい	23
		24）医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難	24
		25）医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点についての情報が十分提供されない	25
		26）禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されない	26
		27）症状・病状の予後・予測についての情報が十分提供されない	27
		28）退院時においてケアマネジャーに対して文書での情報が提供されない	28
		29）新規ケースで退院の場合、情報が十分でなく、コミュニケーションが取りづらい	29
		30）医療機関から新しい利用者を紹介される機会がほとんどない	30
		31）従来給付管理を行っていた利用者の退院時に医療機関から連絡がこない	31
	退院後	32）医療機関が在宅生活や介護に対する知識や理解が不足している【退院時に】	32
		33）退院後に医療機関に情報提供を行うことが難しい	33
		34）医療機関から提供される情報や指示をケアプランに反映することが難しい【退院時に】	34
		35）退院後のサービスメニューについて一方的に依頼される【退院時に】	35
		36）退院後に医療機関に質問する際に労力が大きい	36
		37）事業所のケアマネジャーが、医療に関する知識を十分に有していない【時期を問わず】	37
		38）介護保険制度を連携先の医療機関が理解してくれない【時期を問わず】	38
	時期を問わず	39）入院していた医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない	39
		40）連携や情報共有のために必要となる会議や連絡等の時間や労力が大きい	40
		41）その他 （ ）	41
		42）特にない	42

【入院時連携の状況】

(3) 平成 30 年7月～9月中に利用者の入院先となった医療機関の数	( )箇所			
(4) 平成 30 年7月～9月中に医療機関に入院した利用者数	ア. 医療機関に入院した人数	イ. うち入院時に医療機関へ情報提供を行った人数	ウ. うち「入院時情報連携加算」適用人数	
			加算(Ⅰ)	加算(Ⅱ)
1)7月～9月に1回でも給付管理を行った人数(合計)	( )人	( )人	( )人	( )人
2) うちもっとも多く入院した医療機関への入院者数	( )人	( )人	( )人	( )人
3)7月～9月に給付管理を行わなかった人数	( )人	( )人		

(5)医療機関への情報提供

1)情報提供を行っている場合、医療機関への情報提供の方法	書式の有無 (主なものに○は1つ)	1. あり ⇒書式の種類:(複数回答可) 【1. 自事業所作成様式 2. 連携先の医療機関作成様式 3. 厚生労働省様式(入院時情報提供書) 4. 地域で作成した様式(自治体、保険者、医師会等) 5. その他様式 ( )】 2. なし
	情報連携の工夫や取り決め	【具体的にお書き下さい】

【厚生労働省様式以外】
2)利用者入院時に医療機関に提供している情報(主に利用する書式に記載された情報)
(複数回答可)

※情報提供の書式を添付することで右記の代替可

1. 世帯構成	15.「院内の多職種カンファレンス」への参加	29. 入院前に実施している医療処置
2. 主介護者氏名	16.「退院前カンファレンス」への参加	30. 内服薬の有無
3. キーパーソン氏名	17.「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	31. 居宅療養管理指導の有無
4. 本人の趣味・興味・関心領域等	18. 麻痺の状況	32. 薬剤管理の状況
5. 本人の生活歴	19. ADL	33. 服薬状況
6. 入院前の本人の生活に対する意向	20. 食事内容	34. かかりつけ医機関名
7. 入院前の家族の生活に対する意向	21. 口腔	35. かかりつけ医の電話番号
8. 入院前の介護サービスの利用状況	22. 排泄	36. かかりつけ医の医師名
9. 在宅生活に必要な要件	23. 睡眠の状態	37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む)
10. 退院後の世帯状況	24. 喫煙	38. 褥瘡の有無
11. 世帯に対する配慮	25. コミュニケーション能力	39. 飲酒
12. 退院後の主介護者	26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無)	40. その他( )
13. 介護力	27. 疾患歴(がん、認知症等の有無)	
14. 家族や同居者等による虐待の疑い	28. 入院歴	

「40. その他」を回答した場合、書ききれない場合は、こちらに記入ください。

(6)平成 30 年度の診療報酬改定で、医師がWEB会議を活用できるようになり、ケアマネジャーが参加するカンファレンス等も Web 会議となる可能性があることをご存知でしたか。(○は1つ)

1. 知っている ⇒ WEB 会議の活用状況(平成 30 年4月～9月)(○は1つ)
2. 知らなかった
   1. 活用している医療機関がある ⇒ 活用機関( )箇所
   2. 活用していない

【退院等連携の状況】

(7)平成30年7月～9月中に利用者が退院した医療機関の数	( )箇所			
(8)平成30年7月～9月に退院し給付管理の対象となった利用者数 ※月遅れの請求を含む	ア. 退院した利用者数	イ. 退院者のうち初回加算を適用した人	ウ. 退院者のうち退院時に医療機関の職員との面談を行った人	エ. うち、「退院・退所加算」を適用した人
1)7月～9月に1回でも給付管理の対象となった人数	( )人	( )人	( )人	会議(※6)参加なし / 会議(※6)参加あり 連携1回 ( )人 / ( )人 連携2回 ( )人 / ( )人 連携3回 / ( )人
2) うち、もっとも多く退院した医療機関の退院者数	( )人	( )人	( )人	会議(※6)参加なし / 会議(※6)参加あり 連携1回 ( )人 / ( )人 連携2回 ( )人 / ( )人 連携3回 / ( )人

3)退院時に利用者情報を得る際の主な方法	連携相手(複数回答可)	1. 看護師・准看護師 2. MSW 3. PT 4. OT 5. ST 6. その他( )
	アクセス方法(複数回答可)	1. 医療機関から連絡を受ける 2. 利用者・家族から連絡を受けて医療機関に連絡する 3. 医療機関に直接連絡をとる 4. 最初に利用者・家族と連絡をとる
	書式の有無(○は1つ)	1. あり ⇒**書式の種類:(複数回答可)** 【1. 自事業所作成様式 2. 連携先の医療機関作成様式 3. 厚生労働省様式(退院・退所情報記録書) 4. 地域で作成した様式(自治体、保険者、医師会等) 5. その他様式 ( )】 2. なし
	連携手段(複数回答可)	1. 対面・面談 2. Web 会議 3. 電話 4. メール 5. FAX 6. その他( )
(9)入退院に関わる医療機関の診療報酬について(複数回答可)	1. 医療機関の入退院に関わる診療報酬の加算等の概要を理解している 2. どの医療機関が入退院に関わる加算等を算定しているか理解している 3. 医療機関のケアマネジャーへの期待と診療報酬加算との関係を具体的に理解している 4. 入退院に関わる医療機関の診療報酬制度改定によってケアマネジャーの業務の負荷が増加している 5. その他( )			

(10)事業所において退院・退所加算を算定している件数

医療機関と医療機関以外(地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院、介護療養型医療施設)を分けて記入してください

	入院中の担当医等の会議(※6)に参加なし		入院中の担当医等の会議(※6)に参加あり	
対象期間	平成29年4月～9月	平成30年4月～9月	平成29年4月～9月	平成30年4月～9月
退院・退所加算(医療機関)				
医療機関との連携1回	( )件	( )件	( )件	( )件
医療機関との連携2回	( )件	( )件	( )件	( )件
医療機関との連携3回			( )件	( )件
退院・退所加算(医療機関以外)				
医療機関以外との連携1回	( )件	( )件	( )件	( )件
医療機関以外との連携2回	( )件	( )件	( )件	( )件
医療機関以外との連携3回			( )件	( )件

※6 退院時カンファレンス等

10 個別サービス計画への対応とサービス提供事業所・関係機関との連携	
(1)サービス提供事業所からの個別サービス計画の取得と活用について、事業所が管理していること(複数回答可)	1. 提出状況を管理している 2. 積極的にサービス提供事業所から取り寄せている 3. 提出された計画の内容がケアプランに沿っているか確認している 4. その他 (　　) 5. 個別サービス計画は取得していない
(2)サービス提供事業所との連携状況(複数回答可)	1. サービス提供事業所から個別サービス計画のモニタリング情報の提供を受けている 2. 提供を受けた情報を活用してケアプランの変更の必要性等を確認している 3. サービス提供事業所とICT機器(スマートフォン・タブレット等)を活用して情報を共有している 4. その他 (　　)
(3)関係機関との連携状況 (複数回答可)	1. 他の関係機関から、サービスの提供状況やモニタリング情報の提供を受けている 2. 他の関係機関とICT(スマートフォン・タブレット等)を活用して情報を共有している 3. その他 (　　)

11 地域づくりの取組みについて(平成 29 年 10 月～平成 30 年9月の状況について回答してください)		
(1)地域包括支援センターから紹介・相談された介護予防支援の受託状況 (○は1つ)	1. 受託した → **件数** : 過去 1 年間に(　　)件程度 2. 受託してない 3. わからない(記録を残していない)	
(2)地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースの受託状況(○は1つ)	1. 受託した → **件数** : 過去 1 年間に(　　)件程度 2. 受託していない 3. わからない(記録を残していない)	
(3)地域包括支援センター等による事例検討会等への参加状況 (○は1つ)	1. 参加している → **回数** : 過去 1 年間に(　　)回程度 2. 開催されているが参加していない 3. 開催されていない、わからない	
(4)地域の人材育成のために実習を受け入れる体制がありますか(○は1つ) (実務研修を除く)	1. 受け入れている → **人数** : 過去 1 年間に(　　)人程度 2. 受け入れ体制はあるが、過去 1 年間に実績はない 3. 今後、体制をつくる予定がある 4. 体制をつくる予定はない 5. 地域の人材育成にどのような実習があるかわからない	
(5)貴事業所では、地域の様々な資源(インフォーマル・サポートを含む)をどのように把握していますか (複数回答可)	1. 地域包括支援センターが提供する、センター圏域内におけるサービス情報により把握している 2. 地域の事業者連絡会等で情報共有している 3. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーと個別に情報交換している 4. 介護保険サービス情報公表システムを活用して情報収集している 5. 地域ケア会議を活用して情報収集している 6. 社会福祉協議会、地域ボランティアセンターを活用して情報収集している 7. 民生委員から情報を収集している 8. その他(　　) 9. 特に情報収集していない	
(6)貴事業所では、認知症の利用者の対応のために、関係機関と連携したりその体制を具体的に明確にしていますか (複数回答可) 地域全体で連携体制がある場合を含みます	1. 認知症地域支援推進員と連携体制がある 2. 認知症初期集中支援チームと連携する体制がある 3. 地域包括支援センターと認知症利用者に関して連携する体制・取り決めを明確にしている 4. 医師会または歯科医師会と認知症利用者に関して連携する体制・取り決めを明確にしている 5. 社会福祉協議会・ボランティア団体・住民参加型の在宅福祉サービスと、認知症利用者に関して連携する体制・取り決めを明確にしている 6. 民生委員・民生委員協議会と、認知症利用者について連携する体制・取り決めを明確にしている 7. ケアマネジャーの連絡会と、認知症利用者について連携できる体制がある 8. その他(　　)	
(7)貴事業所では、障害福祉制度から介護保険制度に移行したケースはありますか(○は1つ)	1. ある　　2.ない	
	→ 1)介護保険利用開始の何ヵ月前から情報共有等の連携を図っていましたか	(　　)ヵ月前から
	→ 2)移行のために実施している工夫	自由回答:
	→ 3)連携において課題となった点	自由回答:

12 ICT 機器の利用について	
(1)ケアマネジメントのプロセスにおける ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)の利用状況 (複数回答可)	1. 利用している 2. 利用する予定　⇒　1.(　　)年 (　　)月頃から　2.時期は未定 3. 利用する予定はない 4. その他(　　)
(2)他事業所・多職種との情報連携の状況(複数回答可)	1. 地域全体の取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 2. 一部の他法人の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 3. 同一法人(同系列含む)の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 4. 多職種や他事業所とデータの連携をしていない
(3)事業所内のシステムの状況 (○は1つ)	1. 専門職は訪問先からも利用者情報にアクセスできる 2. 専門職は事業所等特定の場所のみから利用者情報にアクセスできる 3. システム化されていない
(4)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することで期待している効果 (複数回答可)	1. 自宅から勤務場所への直行・直帰が出来る等業務の効率化が可能 2. 事業所内の情報共有が進む 3. 他機関(他事業所・医療機関)と情報共有が進む 4. 勤務状況、サービス内容等の把握が効率化され管理者が時間を有効に活用出来る 5. 利用者の状態把握が効率的・効果的に行える 6. 同じ様態の過去の利用者の情報を参照できるようになりサービス向上に資する 7. 介護報酬請求に係る業務、利用者負担の請求業務が効率的に行える 8. 記録が手書きより読みやすくなる 9. 記録の管理が効率的に行える 10. 監査や報酬算定上の書類が自動に作成される 11. 転記ミスの減少 12. 特になし 13. その他(　　)
(5)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することによる考えられる課題 (複数回答可)	1. どの会社の機器・ソフトがよいかわからない 2. 導入コストが高い 3. 紙による資料保管の必要性が高い 4. 職員の介護ソフト導入に対する抵抗感や反発がある 5. パソコンや介護ソフトを扱える人材がいない(入力したデータを活用できない) 6. セキュリティ面の不安がある 7. その他(　　)

13 介護予防支援の受託状況について	
「介護予防支援費」を算定している事業所のみ、(1)(2)に回答した上で、「ケアマネジャー個別の属性等」を回答してください。 居宅介護支援費のみを算定している事業所は「ケアマネジャー個別の属性等」を回答してください。	
(1)介護予防支援特有の困難な点や負担が大きい点を記入してください。 (複数回答可)	1. 業務負担に対して報酬が少ない 2. 地域包括支援センターとの関係性維持のためやむを得ず受託する必要がある 3. 地域包括支援センターからの委託が少ない 4. 介護予防サービス事業所にサービスの回数を制限されることがある 5. 介護予防サービス事業所にサービスを断られることがある 6. 区分変更等で総合事業や介護給付との出入りに手続きの手間を要する 7. その他(　　)
(2)(1)の困難な点や負担を改善するために、必要だと思うことを記入してください。	自由回答:

ケアマネジャー個別の属性等												
ケアマネジャー	主任ケアマネジャーに○※7	（平成30年度予定も含む）主任ケアマネジャー研修受講修了年度	管理者に○	性別		年齢	勤務形態（○は1つ）				総労働時間（9月中）※8	再掲 うち事業に係る勤務時間
No				男	女	歳	常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務	時間	時間
記入例	○	H20			○	32		○			172	130
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

事業所 ID（※別紙「インターネットによる回答について」に記載）と上記の **No** をもとに、**介護支援専門員様を識別するための番号（ケアマネジャーID）を作成してください。**作成した***ケアマネジャーID は「ケアマネジャー調査票」P1、「利用者調査票」P1、「利用者本人調査票」P1に、必ず記入してください。*

常勤職員１人あたりの所定労働時間（9月中）	時間

※7　主任介護支援専門員研修を修了した方を指します。　※8　実働時間を申請ベースで記入してください。

ケアマネジャーID について（事業所 ID が「B 10001」の場合の例）
（事業所 ID）（No.）
1人目が「B 10001」＋「01」⇒「B 1000101」、
2人目が「B 10001」＋「02」⇒「B 1000102」、
20人目が「B 10001」＋「20」⇒「B 1000120」です。
※先頭の5ケタは事業所 ID に、介護支援専門員ごとの通番の組み合わせになります。

自由記入欄

現在、貴居宅介護支援事業所で問題や困難と感じる点、およびその解決方法（行政の支援も含め）、事務手続きで簡素化できる点、サービスの質を維持した上で現行の基準で緩和できる点などについて、自由にご意見をご記入ください。

以上で調査は終了です。
お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

居宅介護支援事業所　ケアマネジャー調査票

※この調査票は、貴事業所に勤務する全員のケアマネジャーの方が、1人1部記入してください。

ケアマネジャーID	管理者から連絡されたIDを必ず記入してください。

1. 属性等

(1)性別	1. 男性　2. 女性	(2)年齢	(　　)歳	(3)主任介護支援専門員研修修了の有無(○は1つ)	1. あり　2. なし
(4)勤務形態(○は1つ)	1. 常勤専従　2. 常勤兼務　3. 非常勤専従　4. 非常勤兼務				
(5)保有資格(資格一覧より該当する番号を記入)	1) 保有している資格を取得した順にご記入ください	(　　)→(　　)→(　　)→(　　)→(　　)			
	2) 介護支援専門員実務研修受講試験を受験するための実務経験証明書で用いた資格の番号を記載してください				
	＜資格一覧＞ 1. 介護支援専門員　2. 医師　3. 歯科医師　4. 薬剤師 5. 保健師　6. 助産師　7. 看護師　8. 准看護師 9. 理学療法士　10. 作業療法士　11. 社会福祉士　12. 介護福祉士 13. 視能訓練士　14. 義肢装具士　15. 歯科衛生士　16. 言語聴覚士 17. あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師　18. はり師　19. きゅう師　20. 柔道整復師 21. 栄養士(管理栄養士を含む)　22. 精神保健福祉士 23. 介護福祉士養成のための実務者研修(旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ1級)　24. 介護職員初任者研修(旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ2級) 25. 旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ3級　26. なし　27. その他				
(6)ケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	(　　)年(　　)か月				
(7)障害のある人の相談支援を行う職種の資格として「相談支援専門員」の資格がありますが、保有していますか(○は1つ)	1. 資格を保有している　2. 資格を保有していない				

2. 業務プロセスの負担感

(1)負担感の大きい業務を、A～Cそれぞれについて全て選んでください	実施している場合、○を記入してください	負担感の大きいもの(複数回答可)		
		A.介護予防ケアマネジメント	B.介護予防支援	C.居宅介護支援
1)利用者宅への初回訪問(重要事項説明・契約業務を含む)	1	1	1	1
2)利用者の状態像等に関するアセスメント	2	2	2	2
3)サービス導入のための事業所探し・調整	3	3	3	3
4)インフォーマル・サポート導入のための事業所探し・調整	4	4	4	4
5)初回のケアプラン作成　※1	5	5	5	5
6)サービス担当者会議の開催(招集、実施、記録)	6	6	6	6
7)サービス担当者会議に代わるサービス担当者への専門的な意見の照会　※2	7	7	7	7
8)ケアプランの利用者への交付	8	8	8	8
9)ケアプランのサービス担当者への交付	9	9	9	9
10)サービス提供事業所との日常的な連絡・調整	10	10	10	10
11)医療機関・主治医との連絡・調整	11	11	11	11
12)利用者宅への月1回(介護予防は3ヶ月に1回)以上の訪問	12	12	12	12
13)ケアプラン内容のモニタリング	13	13	13	13
14)1ヶ月に1回のモニタリング結果の記録	14	14	14	14
15)目標の達成状況の評価	15	15	15	15

※1　ここでいうケアプランとは、A.　B. の場合は「介護予防サービス・支援計画書」のことで、 C. の場合は、居宅サービス計画のことです。 C. には、長期目標・短期目標、援助内容、週間サービス計画等が含まれている用紙 (H11. 11. 12　老企29　別紙1 第1表、第2表、第3表、第7表、第8表)を全て作成している担当利用者数を元に回答してください。

※2　サービス担当者会議に欠席する担当者に対し、事前に専門的意見を聴取することを指します。

2. 業務プロセスの負担感

(1)負担感の大きい業務を、A～Cそれぞれについて全て選んでください	実施している場合、○を記入してください	負担感の大きいもの(複数回答可)		
		A.介護予防ケアマネジメント	B.介護予防支援	C.居宅介護支援
16)給付管理業務(実績確認、国保連への請求事務等) ※介護予防は地域包括支援センターへの協力	16	16	16	16
17)市町村との相談・連携	17	17	17	17
18)地域包括支援センターとの連携	18	18	18	18
19)地域ケア会議への参加	19	19	19	19
20)制度の変更に伴う情報等について利用者への説明	20	20	20	20
21)指導・監査等に対応するための諸準備	21	21	21	21
22)介護サービス情報の公表制度への対応	22	―	―	22
23)24 時間体制による緊急対応	23	23	23	23

3. 担当利用者について

(1)平成 30 年9月分の給付管理を行った実利用者数 ヘルパー及びデイサービスのみ利用の要支援は「介護予防ケアマネジメント」に含める	介護予防ケアマネジメント	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人

(2)平成 30 年9月分の給付管理を行った利用者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度別利用者数	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明
	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人

(3)平成 29 年 10 月～平成 30 年9月に担当した指定難病に該当する利用者数	(　　)人

(4)平成 29 年 10 月～平成 30 年9月に担当した末期がんに該当する利用者数	(　　)人		
		1)該当する利用者のうち、終了ケース1名(五十音順で最も順番が早い利用者)について、 終了する前 2 ヶ月の間にケアプランを変更した回数 ※2 ヶ月に満たない場合は、その間に変更した回数	(　　)回
		2)該当する利用者のうち平成 30 年4月～9月末までの期間に亡くなった利用者数(死亡場所は問わない)	(　　)人
		ア. 主治の医師等に助言を得ることを前提として、ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数	(　　)人
		イ. 2)のうち在宅で亡くなった利用者数	(　　)人
		ウ. ターミナルケアマネジメント加算を算定した人数	(　　)人

【事業所がターミナルケアマネジメントの体制を整えていることを市町村に届け出ている場合(※3)でかつターミナルケアマネジメント加算を算定できなかったケースがあった場合のみお答えください】	
3)ターミナルケアマネジメント加算を算定する上での課題 (複数回答可)	1. 利用者またはその家族の同意を得ることができない 2. 死亡日を含む死亡日前 14 日以内に2日以上在宅を訪問することが難しい 3. 主治の医師等の助言を得ることが困難である 4. 利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握し、利用者への支援を行うことが困難である 5. 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者等への提供が難しい 6. その他(　　)

※3 ターミナルケアマネジメントの体制を整えていることを市町村に届け出ている場合とは、厚生労働大臣が定める基準(大臣基準告示・八十五の三)に適合しているものとして、市町村長に届け出たことを指す。ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24 時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していることが要件として示されている。

(5)本人を支援するにあたり、福祉等の支援が必要にも関わらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可) ※平成30年7月～平成30年9月において、利用者本人を支援した際に把握したケースの有無について回答してください。		1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる 2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる 3. 経済上の問題を抱えている家族がいる 4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる 5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる 6. その他(　　)
	1)平成30年7月～平成30年9月までに上記の家族に具体的な援助(相談先の紹介等)を行った利用者の人数(実人数)	援助を行った人数　(　　) 人 援助を行ったが十分な支援を受けるに至っていない人数　(　　) 人 援助を行えなかった人数　(　　) 人
	2)上記家族の事例の相談先の有無 平成30年7月～平成30年9月 (○は1つ)	1. ある　　2. なし
	3)十分な支援を受けられていなかった家族の課題に関する相談先(複数回答可)	1. 行政機関(福祉課等)　　4. 社会福祉協議会 2. 自身が所属する事業所・法人　　5. 民生委員 3. 地域包括支援センター　　6. その他(　　)

4. ケアマネジャーの業務について		
アセスメント	(1)アセスメントについて困難と感じている点 (複数回答可)	1. 課題分析標準項目に関する情報収集 ⇒情報収集が難しい項目(複数回答可)　1. 家族関係　2. 生活歴　3. 経済状況　4. 生活リズム　5. 医療情報　6. その他(　　) 2. 収集した情報の分析(情報の活用や分析の手順・方法) 3. 課題の原因・背景の把握 4. 改善・維持・悪化の見通し、今後の生活機能の予測 5. その他(　　) 6. 特に困難を感じる点はない
ケアプラン作成	(2)ケアプランの作成について、困難と感じている点 (複数回答可)	1. 全員のケアプラン(長期目標・短期目標、援助内容等)を十分に熟考して作成できない 2. 利用者の意見を十分に聞く時間がない 3. 家族の意見を十分に聞く時間がない 4. 利用者に複数事業所の紹介が可能であると伝えることが難しい 5. 当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能であると伝えることが難しい 6. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい 7. 利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい 8. 利用者の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい 9. 家族の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい 10. ケアプランの表記の仕方が難しい 11. 必要な介護保険サービスが地域に不足している(質・量の両面で) 12. 介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している 13. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる 14. 事業所の併設サービス等をケアプランに入れるような事業所の方針がある 15. その他、医師との連携が取りづらい 16. 医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点に関する十分な情報提供がない 17. 禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されない 18. 症状・病状の予後・予測に関する十分な情報提供がない 19. 住民相互の見守り、助け合いの支援の継続性が不安定であるため、プランに位置づけにくい 20. 指導・監査等を前提にしてサービスを調整してしまう 21. 書類作成や書類のやり取りの量的負担が多い 22. その他(　　) 23. 特に困難と感じている点はない

	(3)利用者本位に基づくケアプラン作成のために行っている取組み (複数回答可)	1. 利用者の意向の聴き取りを十分に行っている 2. 利用者にアセスメント結果を説明し十分理解してもらっている 3. 利用者と目標の共有をしている 4. 利用者に複数のサービスの選択肢を示して情報提供している 5. 個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの機能、特徴などを説明している 6. 利用者と家族の意向が異なる場合、十分に調整している 7. 利用者が理解・納得するまで説明している 8. 利用後に、利用者がイメージした内容であったか、納得できるものであるか確認している 9. 特定のサービスや事業所に誘導することなく、利用者のニーズに応じて提案している 10. その他(　　) 11. 特に行っていない
	(4)認知症の人のケアプラン作成に十分に実施できていない点 (複数回答可)	1. 本人の意向や希望を重視してケアプランを作成する 2. 家族の意向や希望を重視してケアプランを作成する 3. 認知症の重症化予防を重視してケアプランを作成する 4. 今後起こり得る変化やリスクを想定してケアプランを作成する 5. その他(　　)
	(5)ケアプランの説明時に実施している工夫	自由回答:
	(6)利用者・家族へのサービスや事業所の説明に用いる情報源・ツール (複数回答可)	1.「介護サービス情報公表システム」を使用している 2. 行政等で配布されているサービス事業所等の一覧表 3. 自法人や自身の所属する事業所が作成した資料を使用している 4. 自身で作成した資料や経験を情報源としている 5. サービス事業所が配布しているパンフレット等を使用している 6. その他(　　)
	(7)自立支援という目標を達成するために実施している取組み (複数回答可)	1. 利用者と家族に対して、介護保険の理念や目的を説明して理解を得ている 2. 利用者と家族に対して、自立に向けた利用者自らの取組の重要性を説明して理解を得ている 3. 利用者と家族に対して、アセスメント⇒目標⇒サービスのつながりについて理解を得ている 4. 自立支援に向け、身体的に改善(悪化)する可能性について多職種から意見を取り入れ、ケアプランを作成・モニタリングしている 5. 利用者の置かれた状況(環境等)を踏まえ、精神心理を理解すると共に、より意欲を喚起するはたらきかけを行っている 6. 介護サービス事業所や多職種と一緒になり、利用者や家族の意欲へ働きかけを行っている 7. 自立支援に向けて必要となる地域の関係機関や協力者等にはたらきかけている 8. その他(　　) 9. 特に行っていない
	(8)サービス提供事業所を選定するにあたり重視している点 (複数回答可)	1. 利用者の状態をモニタリングして、適切にフィードバックしてくれる 2. その他、ケアマネジャーとの連携がうまくいっている 3. 利用者の状態像に応じたサービス提供をしてくれる 4. 何か問題が生じた場合に適切に対応してくれる 5. 貴事業所と同一法人(同系列を含む)のサービス事業所である 6. 同一法人(同系列を含む)に複数のサービスがあり、利用しやすい(事業所が所属する法人に限らず) 7. 早朝、夜間、休日などのサービス提供に応じてくれる 8. 利用者との相性が良い 9. 本人または家族の希望 10. その他(　　)
	(9)地域における各サービス事業所の力量(特徴)を把握していますか (○は1つ)	1. 把握している 2. おおむね把握している 3. あまり把握できていない 4. どのように把握したらいいか情報がないのでわからない
	(10)平成 29 年 10 月～平成 30 年 9 月に、自法人の系列のサービスの利用を、必要性を超えて推奨したことがありますか	1. ある　　2. ない 1)「1. ある」と回答した場合 当該期間において、回数や提供時間など本来ご利用者の必要とするサービス量を超えたサービスを位置づけたことがありますか 1. ある → 2. ない 2)1)で「ある」の場合、その理由(○は1つ) 1. 法人の方針 2. 上司の指示 3. 自身の判断 4. その他 (　　)

<table>
<tr><td rowspan="6">モニタリング</td><td rowspan="5">(11)モニタリングの結果を踏まえた検討の状況
(それぞれ、あてはまるものに〇)</td><td></td><td>実施している(担当利用者のうち9割以上)</td><td>概ね実施している(担当利用者のうち6～8割程度)</td><td>あまり実施していない(担当利用者のうち3～5割程度)</td><td>実施していない(担当利用者のうち2割未満)</td></tr>
<tr><td>1)目標の達成状況を評価し、未達成の場合に原因分析を行っている</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2)目標の妥当性を検証し、必要と判断された場合は見直しを行っている</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3)モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合は再アセスメントを実施している</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4)モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合はサービス担当者会議を開催している</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5)その他 (　　)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">インフォーマル・サポートについて</td><td>(12)地域のインフォーマル・サポートをどのように収集していますか
(複数回答可)</td><td colspan="4">1. 地域包括支援センターが提供する情報により把握している
2. 地域の事業者連絡会等で情報共有している
3. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーと個別に情報交換している
4. 地域ケア会議を活用して情報収集している
5. 社会福祉協議会・ボランティアセンターを利用して情報収集している
6. 民生委員から情報を収集している
7. その他(　　)
8. 収集していない</td></tr>
<tr><td>(13)担当している利用者のうち、ケアプランにインフォーマル・サポート(近隣住民、民生委員、ボランティア等)を位置づけているケース数</td><td colspan="4">(　　) 件 (平成 30 年 9 月給付管理対象者)</td></tr>
<tr><td>(14)インフォーマル・サポートをケアプランに導入・管理する場合に問題があると考える点
(複数回答可)</td><td colspan="4">1. 調整に手間がかかる
2. サービス担当者会議への出席依頼について判断に迷う
3. 個人情報保護の観点から情報提供の範囲の判断に迷う
4. 実際に支援が提供されたかどうかの実績を、確実に確認することが困難である
5. 指定事業と異なるため、支援提供の安定性や継続性に不安がある
6. 事故が起きた場合の責任の所在が不明確
7. ケアマネジャーとしての責任の範囲が不明確
8. インフォーマルな支援者を支えることに労力を要する
9. その他(　　)
10. 問題があると考える点がなかった</td></tr>
<tr><td>(15)介護保険給付以外にケアプランに位置づけているサービスや支援活動の種類
(複数回答可)</td><td colspan="4">1. 医療保険の訪問看護
2. 訪問診療・往診
3. 行政保健師の訪問
4. 訪問歯科診療
5. 配食サービス
6. 障がい者・難病対象サービス(自立支援法を含む)
7. 軽度生活援助サービス(草むしり等)
8. 外出支援・移送サービス
9. 紙おむつの支給・おむつ代の助成
10. 訪問理美容サービス
11. 民生委員による訪問
12. 緊急通報システム
13. 友愛訪問(老人クラブ、社協等)
14. 成年後見制度
15. 日常生活自立支援事業
16. 家族支援サービス
17. ボランティアによるサロン活動
18. 定期的な安否確認
19. その他(　　)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">サービス担当者会議</td><td rowspan="2">(16)サービス担当者会議の開催頻度
(○は１つ)</td><td>1)実施頻度の高い利用者の場合</td><td>A. 開催頻度
(それぞれ○は1つ)</td><td>B. 典型的利用者像
(複数回答可)</td></tr>
<tr><td></td><td>1. 1か月に1回以上
2. 2か月に1回程度
3. 3か月に1回程度
4. それより少ない</td><td>1. ターミナル　6. 退院直後
2. 指定難病　7. 軽度
3. 虐待　8. 中度・重度
4. 要求が多い　9. 心身状態が不安定である
5. 新規ケース　10. その他(　　)</td></tr>
<tr><td></td><td>2)実施頻度の低い利用者の場合</td><td>1. 3か月に1回程度
2. 6か月に1回程度
3. 1 年に1回程度
4. それより少ない</td><td>1. 新規ケース　4. 中度・重度
2. 利用期間の長いケース　5. コミュニケーションがとれている
3. 軽度　6. 心身状態が安定している
7. その他(　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="7">(17)一回あたりの開催時間(該当する数値と利用者像を記入)</td><td colspan="2">1)標準的な場合</td><td colspan="2">(　　)分程度</td></tr>
<tr><td colspan="2">2)特に長い場合</td><td colspan="2">(　　)分程度</td></tr>
<tr><td rowspan="5">特に長い場合における典型的な利用者像

A～C:○は1つ
D,E:複数回答可</td><td>A</td><td colspan="2">1. 新規　2. 更新　3. 区分変更</td></tr>
<tr><td>B</td><td colspan="2">1. 軽度　2. 中度　3. 重度</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">1. 状態安定　2. 状態不安定</td></tr>
<tr><td>D</td><td colspan="2">1. 子や孫との同居　3. 認認介護　5. その他
2. 独居　4. 老老介護　(　　)</td></tr>
<tr><td>E</td><td colspan="2">1. 他の制度の利用　3. 要求が多い　5. 虐待
2. 退院直後　4. 家族に課題がある場合　6. その他(　　)</td></tr>
<tr><td>(18)サービス担当者会議の開催について、困難と感じている点
(複数回答可)</td><td colspan="4">1. 本人・家族との日程調整が困難
2. ケアマネジャーが業務多忙のため、サービス担当者会議の調整が困難
3. サービス提供事業者が業務多忙のため日程調整が困難
4. サービス担当者会議を開催するのが、事業所の業務時間外になってしまう
5. サービス提供事業者がサービス担当者会議に出席してくれない
6. サービスや利用者の状況を把握している専門職が出席しない
7. サービス担当者会議に医師に参加してもらいにくい
8. サービス担当者会議を開催する必要性が低い
9. サービス担当者会議を開催する場所が確保できない
10.その他(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">(19)ケアマネジメントのプロセスにおけるICT 機器(スマートフォン、タブレット等)の利用状況</td><td colspan="2">1.　利用している
2.　利用していない</td></tr>
<tr><td></td><td>1)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を使用している場面(複数回答可)</td><td colspan="2">1.　利用者のアセスメント
2.　ケアプラン作成
3.　利用者宅へのモニタリング訪問
4.　サービス担当者会議の情報共有
5.　その他(</td></tr>
<tr><td colspan="3">(20)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することで実現できている効果
(複数回答可)</td><td colspan="2">1.　自宅から勤務場所への直行・直帰が出来る等業務の効率化が可能
2.　事業所内の情報共有が進む
3.　他機関(他事業所・医療機関)と情報共有が進む
4.　勤務状況、サービス内容等の把握が効率化され管理者が時間を有効に活用出来る
5.　利用者の状態把握が効率的・効果的に行える
6.　同じ様態の過去の利用者の情報を参照できるようになりサービス向上に資する
7.　介護報酬請求に係る業務、利用者負担の請求教務が効率的に行える
8.　記録が手書きより読みやすくなる
9.　記録の管理が効率的に行える
10.　監査や報酬算定上の書類が自動に作成される
11.　転記ミスの減少
12.　特になし
13.　その他(　　)</td></tr>
</table>

(21) 個別サービス計画の入手状況と活用方法	1)個別サービス計画の提出を求めていますか(○は1つ)	1. 求めている 2. 一部求めている ⇒(　　)割程度 3. 求めていない
	2)入手できている個別サービス計画の割合	(　　)割程度
	3)入手できない理由(複数回答可)	1. 事業所の理解がない 2. 業務が多忙で提出を求める余裕がない 3. その他(　　) 4. 特にない
(22)ケアマネジャーとして業務を行う上での不安要素はありますか(複数回答可)	1. 特に不安はない 2. 求められる役割に対して、知識や能力が不足している 3. 求められる役割に対して、経験が不足している 4. 時間配分が適切にできず、業務を効率的に行えない 5. 現在の業務を行う上で能力が不足しているわけではないが、専門職としてさらに向上したいが方法が分からない 6. 業務を遂行する上で事業所・上司からの十分なサポートがない 7. 相談相手がいない 8. その他(　　)	
(23)事業所内に主任介護支援専門員はいますか(○は1つ)	1. いる　⇒ 4(24)に進んでください 2. いない　⇒ 5(1)に進んでください	
(24)【**主任介護支援専門員以外の方**のみお答えください】主任介護支援専門員がいることの効果(複数回答可)	1. 日常の業務等について相談がしやすい 2. 困難事例の対応の負担が軽減される 3. ケアマネジメントの各プロセスについて指導・助言が得られる ⇒**指導・助言を求めているプロセス**　(　　) 4. 他職種との連携が円滑になる 5. 事業所全体のケアマネジメントの質が向上する 6. ケアマネジメントの実施方法について、事業所の共通ルールができる 7. 特に効果はない 8. その他(　　)	

(25)【**主任介護支援専門員の方**のみお答えください】あなたが担う役割について、研修の受講前、受講後であてはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

	研修受講前	研修受講後
1)事業所内で他の介護支援専門員に対する指導・助言	1	1
2)事業所内で困難事例を多く担当する	2	2
3)事業所内で事例検討会などの開催、進行、指導	3	3
4)地域の中の関係機関とのネットワーク構築	4	4
5)地域の中の事例検討会や勉強会の企画・講師	5	5
6)地域の中で他の介護支援専門員に対する個別の指導援助	6	6
7)その他　(　　)	7	7

5. 医療機関等との連携について

(1)医療機関への通院同行の状況(平成30年9月)(○は1つ)

1. 同行したことがある　　2. 同行したことがない

【同行した場合】

1)平成30年9月の1か月間に同行した利用者数　(　　)人

2)サービス提供地域内の医療機関　延べ同行回数(　　)回、1回あたりに要する時間　(　　)時間

3)サービス提供地域外の医療機関　延べ同行回数(　　)回、1回あたりに要する時間　(　　)時間

（2）通院同行する場合の理由 （複数回答可）	1. 主治医意見書では確認できない医療情報が必要 2. 具体的な医師の指示や指導が必要 3. 利用者が必要な情報を医師に説明できない場合 4. 医師からの指導を利用者が理解できない場合 5. 医師に利用者の生活に関する具体的な情報を提供する場合 6. 服薬状況等に関する相談 7. 経済的理由又は、支援者がいない等により、1 人で通院できない場合の付き添い 8. 急な体調不良により、サービス調整が行えず受診同行しなければならない場合 9. 軽度者の福祉用具貸与等、医師の指示に基づく例外的な給付の申請が必要な場合 10. 医療系サービスの導入を相談する場合 11. 電話、FAX、メール等では、医師とのやりとりができない場合 12. 医師との連携強化を図り、ケアプランを手渡しする場合 13. やむを得ず院内での付き添いが必要な場合 14. その他（　　）	
（3）通院同行した際に医師から収集した情報 （複数回答可）	1. 診療内容 2. 利用者の病状・予後に関すること 3. 利用者の服薬に関すること 4. その他療養生活を送る上での留意事項 5. その他（　　）	
（4）主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携 （複数回答可）	1. ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった 2. ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった 3. ケアプランを提出したが、活用されていない（活用されていることが不明な場合を含む） 4. その他（　　）	
（5）服薬管理に関する取組の状況	1）利用者の服薬内容を把握していますか （○は1つ）	1. 全ての利用者について把握している 2. ほとんどの利用者について把握している 3. 一部の利用者について把握している 4. 把握していない
	2）利用者の服薬状況を確認できる体制で支援していますか （○は1つ） ※サービス提供事業者や多職種と連携して確認しているケースを含めてください	1. 全ての利用者について確認できる体制が整っている 2. ほとんどの利用者について確認できる体制が整っている 3. 一部の利用者について確認できる体制が整っている 4. 確認できる体制は整えていない
	3）医師や、薬剤師に情報を伝える際の課題はありますか（複数回答可）	1. 医師や薬剤師に情報を伝えるタイミングがない 2. 服薬状況において伝えるポイントがわからない 3. 医師、薬剤師が情報を求めていない 4. 課題は特にない 5. その他（　　）
	4）医師や薬剤師との連携により利用者の課題分析を行う際に、服薬の副作用の影響を想定したアセスメントやモニタリングを行っていますか（○は1つ） 例：副作用による眠気があった場合の対応など	1. 全てのケースで行っている 2. 必要に応じて行っている 3. 行っていない
（6）口腔や嚥下の問題に対する取組の状況	1）アセスメントやモニタリングの際、利用者の口腔や嚥下の機能を確認していますか （○は1つ）	1. 全ての利用者について確認している　→（6）2）～7）へ 2. ほとんどの利用者について確認している　→（6）2）～7）へ 3. 一部の利用者のみ確認している　→（6）2）～7）へ 4. 全く確認していない　→（7）へ
	2）ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか （○は1つ）	1. チェックシート等のツールを活用している 2. 特に活用していない
	3）訪問介護事業所等から口腔・嚥下に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか（○は1つ）	1. 訪問介護等を利用している全ての利用者について情報を得ている 2. 訪問介護等を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている 3. 訪問介護等を利用している一部の利用者について情報を得ている 4. 情報を得ていない

	4）口腔や嚥下の機能に問題があると疑われる場合、他の職種と連携していますか （○は1つ）	1．連携している （　　）件 2．連携していない （　　）件	【連携している場合】 どの職種と連携していますか（複数回答可） 1．医師（主治医）　5．看護師・准看護師 2．医師（主治医以外）　6．言語聴覚士 3．歯科医師　7．その他（　　） 4．歯科衛生士
	5）訪問介護事業所等から得た口腔・嚥下に関する情報、利用者の状態像を連携する医師や、歯科医師に提供していますか （○は1つ）	1．訪問介護等を利用している利用者の全てのケースで行っている 2．訪問介護等を利用している利用者の必要に応じて行っている 3．行っていない	
	6）口腔、嚥下における他の職種との連携において課題は、ありますか （複数回答可）	1．他職種に情報を伝えるタイミングや伝え方が難しい 2．口腔、嚥下において伝えるポイントがわからない 3．他職種が情報を求めていない 4．課題は特にない 5．その他（　　）	
	7）歯の痛みや入れ歯の破損などについて利用者から相談を受けた場合、連携する歯科医師又は歯科衛生士はいますか （○は1つ）	1．連携する歯科医師及び歯科衛生士がいる 2．連携する歯科医師がいる 3．連携する歯科衛生士がいる 4．連携する歯科医師及び歯科衛生士がいない 5．利用者から相談を受けたことがない	
（7）褥瘡の問題に対する取組の状況	1）アセスメントやモニタリングの際、利用者の褥瘡の状態を確認していますか（○は1つ）	1．全ての利用者について確認している　→（7）2）～6）へ 2．ほとんどの利用者について確認している　→（7）2）～6）へ 3．一部の利用者のみ確認している　→（7）2）～6）へ 4．全く確認していない　→6．へ	
	2）ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか （○は1つ）	1．チェックシート等のツールを活用している 2．特に活用していない	
	3）訪問介護事業所等から褥瘡に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか（○は1つ）	1．訪問介護等を利用している全ての利用者について情報を得ている 2．訪問介護等を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている 3．訪問介護等を利用している一部の利用者について情報を得ている 4．情報を得ていない 5．その他	
	4）褥瘡があると疑われる場合、他の職種と連携していますか （○は1つ）	1．連携している （　　）件 2．連携していない （　　）件	【連携している場合】 どの職種と連携していますか（複数回答可） 1．医師（主治医）　5．作業療法士 2．医師（主治医以外）　6．栄養士・管理栄養士 3．看護師・准看護師　7．その他（　　） 4．理学療法士
	5）訪問介護事業所等から得た褥瘡に関する情報、利用者の状態像を連携する医師に提供していますか（○は1つ）	1．訪問介護等を利用している利用者の全てのケースで行っている 2．訪問介護等を利用している利用者の必要に応じて行っている 3．行っていない	
	6）褥瘡における他の職種との連携の課題は、ありますか（複数回答可）	1．他職種に情報を伝えるタイミングがない 2．褥瘡において伝えるポイントがわからない 3．他職種が情報を求めていない 4．連携できる専門職はいない 5．課題は特にない 6．その他（　　）	

6. 地域との連携について		
（1）ケアマネジャー個人としての主な連携先 （複数回答可）	1. 地域包括支援センター 2. 医師・歯科医師 3. 社会福祉協議会・地域のボランティアセンター・住民参加型在宅福祉サービス 4. 民生委員 5. 市町村の担当部署の職員 6. 認知症地域支援推進員 7. 認知症初期集中支援チーム 8. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャー 9. その他（　　）	
（2）上記の連携先のうち連携の必要があるが、連携しにくい機関 （選択肢の番号を記載）	（　　）	自由回答：

7. ケアマネジャーの仕事について
ケアマネジャーの仕事について、日ごろ感じていること、思っていること、基準や事務上での効率化のための改善案などを自由に記入してください （記入欄が足りないときは、別紙に記入して本票と一緒に封入してください）

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

居宅介護支援事業所　利用者調査票

※　平成 30 年９月１日までにケアプランについて同意を得ている利用者の中から、実施要領に示した選定方法に従って利用者を選定してください。

※　この調査票は、この利用者を担当しているケアマネジャーの方がご記入ください。

※　ケアマネジャーID の欄には、管理者から連絡された ID を記入してください。
※　利用者 ID の欄には、調査対象となった利用者様について、ケアマネジャーごとに連番を記入してください。利用者 ID は、別紙の利用者本人調査票と対応するように番号を揃えてください。調査対象となった利用者様が１名の場合も「１」と記入してください。

必ず記入して下さい

ケアマネジャーID：

利用者 ID：

１．利用者の属性等について

(1)性別	(2)年齢	(3)利用開始年月日
男 ・ 女	(　　)歳	平成(　　)年 (　　) 月 (　　)日

(4)平成 30 年9月分の居宅介護支援費および介護予防支援費の加算・減算該当の有無(それぞれ○は1つ)	居宅介護支援	初回加算	1. 該当する　2. 該当しない
		運営基準減算	1. 該当する　2. 該当しない
		中山間地域等に住居するものへのサービス提供加算	1. 該当する　2. 該当しない
		看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する　2. 該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する　2. 該当しない
		緊急時等居宅カンファレンス加算	1. 該当する　2. 該当しない
	介護予防支援	初回加算	1. 該当する　2. 該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する　2. 該当しない

２．利用者の心身状況、介護者、経済状態等について(平成 30 年 10 月3日現在)

(1)現在の要介護度（○は1つ）	1. 要支援1　2. 要支援2　3. 要介護1　4. 要介護2　5. 要介護3 6. 要介護4　7. 要介護5　8. その他(認定申請中)
(2)障害高齢者の日常生活自立度（○は1つ） ※ケアマネジャーの判断による状態	1. 自立　2. J　3. A　4. B　5. C
(3)認知症高齢者の日常生活自立度（○は1つ）	1. 自立　2. Ⅰ　3. Ⅱa　4. Ⅱb　5. Ⅲa　6.Ⅲb　7.Ⅳ　8. M　9. 不明
(4)当該利用者は右記の困難等のケースに該当しますか（複数回答可）	1. 医療ニーズが高い 2. 入退院を繰り返す 3. 医療保険未加入 4. 本人と家族の意向が異なる 5. ケアマネジャーが必要と考えるサービスを受け入れない 6. 認知症など意思表示が困難である 7. 自己負担できる金額に制限がある 8. 生活困窮者※1 9. 独居 10. 虐待又はその疑いがある 11. 状態の変化が著しい 12. 介護保険法以外の生活保護法や障害者自立支援法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、難病医療など他の公的サービスと重複している 13. 排泄介助が必要 14. その他(　　) 15. いずれにも該当しない

※1　生活困窮者自立支援法による生活困窮者とは「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」を指す

(5)平成 30 年 10 月3日時点で罹患している傷病 (複数回答可) 回答に際して、主治医意見書の内容などを参照してください。	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常症) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物・悪性腫瘍)	12. 血液・免疫の病気 13. うつ病・精神疾患 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. 歯科疾患 19. その他の難病 20. その他(　　) 21. 把握していない 22. ない
1)がんの部位 (全て記入ください)		
2)末期がんの有無 (○は1つ)	1. 末期がんに該当する　　2. 末期がんに該当しない	
(6)同居者(※2)の有無 (○は1つ)	1. 有　　2. 無	
(「1. 有」の場合) 1)同居者の続柄(複数回答可)	1. 配偶者 2. 子(息子) 3. 子(娘) 4. 子(息子)の配偶者 5. 子(娘)の配偶者 6. 親(父母) 7. 兄弟姉妹 8. 孫・おい・めい	9. 友人・知人 10. その他 (　　)
(「1. 有」の場合) 2)福祉等の支援が必要にもかかわらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可)	1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる 2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる 3. 経済上の問題を抱えている家族がいる 4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる 5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる 6. その他(　　)	
(7)家族介護者等の有無(○は1つ)	1. 有　　2. 無	
(「1. 有」の場合) 家族介護者等の状況 (複数回答可)	1. 特に問題はない 2. 介護する人が高齢(65 歳以上) 3. 介護する人が病弱等心身の問題がある 4. 介護する人が要支援・要介護 5. 介護を必要とする人が複数いる 6. 仕事のため十分に介護できない 7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則 8. 自営業のため介護に十分対応できない	9. 育児を行っている 10. 同居しておらず介護の頻度が月1回未満 11. 家族が遠方にいる 12. 介護する人が介護に消極的 13. 家族・介護者の意見が異なる 14. 家族の意向が強く、振り回される 15. その他(　　)
(8)現在の住まい(○は1つ)	1. 自宅(持家マンション、家族・親戚宅含む) 2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む) 3. 特定施設(有料老人ホーム)	4. 特定施設(2・3以外) 5. 2～4以外の集合住宅(賃貸) 6. その他 (　　)
「2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む)」の場合(○は1つ)	1. 貴事業所の同一法人(同系列含む)のサービス付き高齢者住宅に居住 2. 貴事業所の同一法人(同系列含む)以外のサービス付き高齢者住宅に居住	
(9)生活保護(○は1つ)	1. 受給している　　2. 受給していない　　3. 不明	
(10)現在の主治医(複数回答可)	1. 通院(病院)　　2. 通院(診療所)　　3. 訪問診療　　4. 主治医はいない	
1)医療機関の規模(病床数)	→(　　)床　　→(　　)床	
2)このケースにおける主治医との連携の状況(複数回答可)	1. 主治医意見書を取得した医師に対してケアプランを提示した 2. 利用者の受診時に同行したことがある 3. 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 4. 主治医はサービス担当者会議に出席してくれている 5. 病状(予後・改善可能性)について説明を受けている 6. その他(　　)	

※2 同居とは、一つの家、または同敷地内に居住している場合。同じマンションも同居と見なす。

3. サービス利用状況について

(1)介護保険サービスの利用状況（複数回答可）（総合事業を除く） ※介護予防含む	平成30年9月中に利用しているもの（複数回答可）	うち、併設のサービス（複数回答可）※3	個別サービス計画の取得（複数回答可）	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの（複数回答可）		平成30年9月中に利用しているもの（複数回答可）	うち、併設のサービス（複数回答可）※3	個別サービス計画の取得（複数回答可）	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの（複数回答可）
1)訪問介護	1	1	1	1	8)短期入所生活介護※	8	8	8	8
2)訪問入浴介護※	2	2			9)短期入所療養介護※	9	9	9	9
3)訪問看護（医療保険除く）※	3	3	3	3	10)福祉用具貸与※	10	10	10	10
4)訪問リハビリテーション	4	4	4	4	11)特定福祉用具販売※	11	11	11	11
5)居宅療養管理指導（計画書ではなく報告書についてご回答ください）	5	5	5	5	12)住宅改修（これまでの利用の有無）※	12	12	12	12
6)通所介護	6	6	6	6	13)夜間対応型訪問介護※	13	13	13	13
7)通所リハビリテーション※	7	7	7	7	14)認知症対応型通所介護	14	14	14	14
					15)定期巡回・随時対応型訪問介護看護※	15	15	15	15

(2)その他のサービス利用状況（9月中）（複数回答可） ※医療保険、介護予防・日常生活支援総合事業も含む	
1. 総合事業における訪問型サービス	12. 紙おむつの支給・おむつ代の助成
2. 総合事業における通所型サービス	13. 訪問理美容サービス
3. 総合事業におけるその他生活支援サービス	14. 民生委員による訪問
4. 医療保険の訪問看護	15. 緊急通報システム
5. 訪問診療・往診	16. 友愛訪問（老人クラブ、社協等）
6. 行政保健師の訪問	17. 成年後見制度
7. 訪問歯科診療	18. 日常生活自立支援事業
8. 配食サービス	19. 家族支援サービス
9. 障害者・難病対象サービス（自立支援法を含む）	20. ボランティアによるサロン活動
10. 軽度生活援助サービス（草むしり等）	21. 定期的な安否確認
11. 外出支援・移送サービス	22. その他（　　）

※3 「併設」とは、貴居宅介護支援事業所と同一法人（同系列含む）の施設・事務所をさします。

4. ケアプランの作成およびサービス担当者会議等の実施状況

	(1)ケアマネジメントの各プロセスの説明状況（○はそれぞれに1つ）	ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度				
		本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない
ケアマネジメント全体	1)アセスメントの結果	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	2)長期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	3)短期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	4)ケアプラン原案	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	5)介護保険で使えるサービスの種類	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	6)利用するサービスを自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	7)サービス提供事業者を自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5

		ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度				
	(1)ケアマネジメントの各プロセスの説明状況 (○はそれぞれに1つ)	本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない
	8)ケアマネジャーを選べる(変更できる)こと	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	9)サービス担当者会議の結果(本人・家族が参加しなかった場合)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	10)確定したケアプラン	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	11)介護サービスの自己負担額	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5

アセスメント

(2)この利用者においてアセスメントで重視している(した)点

※特に重視している点 上位5つを選択

1. 本人が困っていること、心配していること
2. 家族が困っていること、心配していること
3. 本人が希望する生活や介護サービス
4. 家族が希望する生活や介護サービス
5. 本人の生活歴(大事にしてきたこと、こだわり)
6. 本人の生活状況
7. 本人の価値観
8. 認知症の診断名(原因疾患)
9. 認知症の重症度
10. 認知機能障害の特徴
11. 行動・心理症状(BPSD)の有無
12. 行動・心理症状(BPSD)が生じる要因
13. 身体の健康状態(睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等)
14. 手段的日常生活動作(IADL)
15. 身体的日常生活動作(ADL)
16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況
17. 居住環境
18. 経済状況
19. 家族状況・介護力
20. その他(　　)

1)上記のうち把握しづらいこと(把握するのが難しいこと)は何ですか

(複数回答可)

1. 本人が困っていること、心配していること
2. 家族が困っていること、心配していること
3. 本人が希望する生活や介護サービス
4. 家族が希望する生活や介護サービス
5. 本人の生活歴(大事にしてきたこと、こだわり)
6. 本人の生活状況
7. 本人の価値観
8. 認知症の診断名(原因疾患)
9. 認知症の重症度
10. 認知機能障害の特徴
11. 行動・心理症状(BPSD)の有無
12. 行動・心理症状(BPSD)が生じる要因
13. 身体の健康状態(睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等)
14. 手段的日常生活動作(IADL)
15. 身体的日常生活動作(ADL)
16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況
17. 居住環境
18. 経済状況
19. 家族状況・介護力
20. その他(　　)

(3)この利用者においてアセスメント結果の説明時に実施している(した)工夫

自由回答:

(4)アセスメントの結果、新たに医療機関の受診が必要と考えたことがありますか(○は1つ)

1. ある　2. ない

理由(複数回答可)

1. 認知症の症状等が見られ、専門医の診断が必要
2. 身体的不調により対応が必要
3. その他(　　)

2)専門医の受診につなげましたか

(○は1つ)

1. 受診につなげた
2. 受診につなげていない

【つなげていない理由】(複数回答可)

1. 本人が受診を希望しないため
2. 家族が受診を希望しないため
3. 本人の意思決定が困難のため
4. 通院が困難であるため
5. 地域に専門の医師がいないため
6. 予約がとりにくいため
7. 主治医が必要ないと考えたため
8. 今後受診する予定である
9. その他(　　)

		3）本人の希望を聞き自己決定してもらう上で、どのように支援しましたか（複数回答可）	1. 本人が理解出来るように時間をかけてわかりやすく、丁寧に受け入れやすいように説明した 2. 家族・後見人を通じて理解してもらうようにした 3. 本人の考え方や気持ちを理解するように努めた 4. ケアマネジャー（自分）以外の視点で関わるように努めた 5. その他（　　）
ケアプランの作成		（5）ケアプラン新規作成・変更（平成 30 年9月中）（複数回答可）	1. 9月中に新規作成した 2. 9月中に変更した ⇒要介護認定の更新・区分変更の結果を踏まえた変更であったか（1. はい　2. いいえ） 3. 9月中は新規作成も変更もしていない ⇒前回のケアプラン見直し時期（　　）年（　　）月
		（6）直近のケアプラン作成・変更にあたって、必要な情報を他職種から入手したのはいつですか（〇は1つ）	1. 継続ケースの場合、日常的に把握していた 2. サービス担当者会議開催前に連絡し入手した 3. サービス担当者会議を開催（他職種からの書面含む）した際に入手した 4. その他（　　） 5. 情報は得ていない
		（7）現在のケアプランのサービス種類の希望・提案（複数回答可）	1. 利用者が現在のサービスを希望　　2. 家族が現在のサービスを希望 3. ケアマネジャーが現在のサービスを提案　4. その他（　　）
		（8）現在のケアプランのサービス提供事業所の選択（複数回答可）	1. 利用者が現在の事業所を希望　　2. 家族が現在の事業所を希望 3. ケアマネジャーが現在の事業所を提案　4. その他（　　）

サービス担当者会議

（9）（6）において回答したケアプランの作成・変更について、直近のサービス担当者会議の開催状況をお答えください

1）開催した場合

出席状況

主治医以降の「※」部分については、サービス種別等（インフォーマル・サポートも含む）を全て記載してください

参加者	出欠状況（それぞれ〇は1つ）	欠席の場合	
		ケアマネジャーからの意見照会の有無（それぞれ〇は1つ）	事業所等からケアマネジャーへの回答の有無（それぞれ〇は1つ）
本人	1. 出席　2. 欠席		
家族	1. 出席　2. 欠席		
主治医	1. 出席　2. 欠席	1. 有　2. 無	1. 有　2. 無
※	1. 出席　2. 欠席	1. 有　2. 無	1. 有　2. 無
※	1. 出席　2. 欠席	1. 有　2. 無	1. 有　2. 無
※	1. 出席　2. 欠席	1. 有　2. 無	1. 有　2. 無
※	1. 出席　2. 欠席	1. 有　2. 無	1. 有　2. 無

協議内容（複数回答可）	1. 本人の意向の確認 2. 家族の意向の確認 3. ケアプラン原案に対する協議 4. サービス提供状況の報告、共有 5. サービス提供、支援内容に関する調整 6. 利用者の状態の報告、共有 7. ケアプラン変更の必要性に関する協議 8. ケアプランの変更にかかわらず、課題の解決に向けた話し合い 9. 利用者の家族を事由とした、課題の解決についての話し合い 10. その他（　　）
協議の状況（複数回答可）	1. 多職種から積極的な発言、提案があった 2. 参加者による活発な協議、意見交換を経て合意された 3. 一部の職種のみが発言し、議論に参加していた 4. 報告、連絡事項のみが共有され、そのまま承認された 5. その他（　　）
2）開催しなかった場合	開催していない理由（複数回答可）	1. 要介護認定の更新・区分変更を行わなかった 2. ケアプランの変更がなかった 3. 利用者・家族との日程調整がつかなかった 4. 他事業所との日程調整がつかなかった 5. ケアマネジャーが多忙のため開催できなかった 6. その他（　　）

(10)利用者についてのサービス担当者会議の開催回数	【平成 29 年 10 月～平成 30 年9月の開催回数】		(　　)回
	【平成 30 年9月中の開催回数】		(　　)回
(11)利用者の家族のためだけに実施する連絡・相談について ※内容及び方法別の頻度について	1)利用者の家族のためだけに連絡・相談することはありますか(○は1つ)	1. はい　　2. いいえ →(12)へ	
	2)連絡・相談する家族の状況	1. 同居している家族　　2. 別居している家族(二世帯同居含む) 3. 本人に関与する家族はいない	
	家族の居住地(利用者宅からの最短の所要時間)(○は1つ)	1. 2世帯同居 2. 徒歩で5分以内 3. 何らかの交通手段で 30 分以内(徒歩のみを含む) 4. 何らかの交通手段で1時間以内 5. 1時間より時間を要する	
	3)利用者の家族のみに連絡・相談する場合の内容 (複数回答可)	1.　家族の意向の確認 2.　家族介護者の健康状態の把握 3.　家族の状況に関する確認 4.　次月の計画に関するサービスの確認と調整 5.　本人と家族の意向が異なる場合の調整 6.　本人や将来に対する不安についての相談 7.　家族に対する労い 8.　不満への対応(サービスに対して、現状の介護について、本人等について) 9.　介護に対する意識の確認とはたらきかけ 10. その他(　　)	
	4)現在(直近数か月程度)の本人を除く家族への訪問頻度(○は1つ)	1. 月 1 回より多い 2. 月 1 程度	3. 数か月に 1 回 4. 実施していない
	月1回よりも訪問が多い理由		
	5)訪問以外の方法	頻度(それぞれ○は1つ)	
	ア. 電話	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
	イ. FAX	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
	ウ. メール・SNS 等	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
	エ. その他 (　　)	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
(12)サービス提供事業所のサービスに対するモニタリングについて ※内容及び方法別の頻度について	内容 (複数回答可)	1. 目標達成の状況 2. 利用者の心身状態の変化 3. 事業所からの提案 4. ケアプランの変更の必要性の有無 5. 利用者から事業所への要望、不満への対応 6. トラブルや事故の未然防止に関すること 7. その他(　　)	
	方法	頻度(それぞれ○は1つ)	
	ア. 訪問	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない

<table>
<tr><td rowspan="5"></td><td>イ. 電話</td><td colspan="2">1. 週 1 回以上
2. 隔週
3. 月 1 回</td><td>4. 2ヶ月に 1 回
5. 3ヶ月に 1 回
6. していない</td></tr>
<tr><td>ウ. FAX</td><td colspan="2">1. 週 1 回以上
2. 隔週
3. 月 1 回</td><td>4. 2ヶ月に 1 回
5. 3ヶ月に 1 回
6. していない</td></tr>
<tr><td>エ. メール・SNS 等</td><td colspan="2">1. 週 1 回以上
2. 隔週
3. 月 1 回</td><td>4. 2ヶ月に 1 回
5. 3ヶ月に 1 回
6. していない</td></tr>
<tr><td>オ. その他
（　　）</td><td colspan="2">1. 週 1 回以上
2. 隔週
3. 月 1 回</td><td>4. 2ヶ月に 1 回
5. 3ヶ月に 1 回
6. していない</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(13)アセスメントやモニタリングの際、利用者の状態を確認していますか（〇は1つ）</td><td>服薬管理
1. 確認している
2. 確認していない</td><td>口腔や嚥下の機能
1. 確認している
2. 確認していない</td><td>褥瘡の状況
1. 確認している
2. 確認していない</td></tr>
<tr><td>(14)訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像を主治医等に提供していますか（〇はそれぞれ1つ）</td><td>1. 提供している
2. 提供していない
↓
【提供していない理由】
1. 主治医等がいない
2. 主治医等がいるが
連絡がつかない
3. その他（　　）</td><td>1. 提供している
2. 提供していない
↓
【提供していない理由】
1. 主治医等がいない
2. 主治医等がいるが
連絡がつかない
3. その他（　　）</td><td>1. 提供している
2. 提供していない
↓
【提供していない理由】
1. 主治医等がいない
2. 主治医等がいるが
連絡がつかない
3. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>(15)利用者が認知症であるかどうかをどのように確認していましたか（複数回答可）</td><td colspan="3">1. 本人の会話、身なり、行動、生活環境等から確認する
2. 家族や介護者からの本人の日常生活に関する情報を収集して確認する
3. サービス事業所等から情報を収集して確認する
4. 近隣住民や本人の知人等から情報を収集して確認する
5. 主治医意見書や医師からの情報で確認する
6. 認知症専門医の診断結果を確認する
7. その他（　　）</td></tr>
</table>

5. 医療連携及び看取りの状況

(1)このケースでの入院、退院、看取りの有無について	直近 1 年間内の入院の有無（〇は1つ）	1. 入院した　→「5－(1)入院時における医療連携について」に回答ください 2. 入院していない
	直近 1 年間内の退院の有無※4（〇は1つ）	1. 退院した　→「5－(2)退院時における医療連携について」に回答ください 2. 退院していない
	看取りの状況※5（〇は1つ）	1. 看取りを行った　→「5－(3)看取りについて」に回答ください 2. 看取りには該当しない

※4 介護老人保健施設からの退所は除く

※5 看取りとは、医師が終末期と判断し、本人もしくは家族から同意を得て、ケアマネジャーが医師等と連携し必要な支援を行ったケース。最終的な死亡場所は問わない。

５－（１）入院時における医療連携について　【このケースで、「入院した」に該当する場合、回答ください】

１） 入院の契機となった状態像・外傷（複数回答可）	1. めまい 2. 発熱・不明熱 3. 頭部外傷 4. 頭部以外の外傷・火傷 5. 脱水・熱中症	6. 意識喪失 7. むくみ・浮腫 8. 骨や関節の異常・痛み 9. 食欲低下・摂取不可 10.体動困難・歩行困難	11.体調不良・体力低下・疲労 12.アルコール依存症 13.その他（　　） 14.把握していない
２） 入院の契機となった疾患 回答に際して、主治医意見書の内容等を参照してください。 （○は1つ）	1. 高血圧 2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症（脂質異常症） 6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格系の病気（骨粗しょう症、関節症等） 10. 外傷（転倒・骨折等） 11. がん（新生物・悪性腫瘍）		12. 血液・免疫の病気 13. うつ病・精神疾患 14. 認知症（アルツハイマー病等） 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. 歯科疾患 19. その他の難病 20. その他（　　） 21. 把握していない 22. ない
１）がんの部位	（全て記入）		
２）末期がんの有無（○は1つ）	1. 末期がんに該当する　　2. 末期がんに該当しない		
３）このケースの入院時情報連携加算の算定状況（○は1つ）	1. 最近１年間（平成 29 年 10 月～平成 30 年9月）に算定したことがある　⇒ 入退院時情報加算の種類（複数回答可） 2. 最近１年間に算定していない　　【1. 加算（Ⅰ）有　2. 加算（Ⅱ）有】		
４）入院前の連携の状況（複数回答可）	1. 入院前に利用者の情報を書面で送付し提供した 2. 入院前に医療機関を訪問し情報提供した	3. 入院前に電話・メール等で情報提供した 4. 入院前に利用者宅に同行訪問した	
５）入院時の連携の状況（複数回答可）	1. 入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した 2. 入院時に医療機関を訪問し情報提供をした 3. 退院が決定する前に経過や退院時期について病院側に確認した 4. 退院が決定する前に退院後の生活について病院側と意見交換した 5. その他（　　） 6. 情報提供していない		1. または2. と回答した場合 【情報提供した日】 入院後（　　）日目 （入院した日を１日目とする）
６）入院時に情報提供を行った職種（複数回答可）	1.　医師 2.　病棟の担当看護師・准看護師 3.　病棟の入退院支援専従の看護師 4.　病棟の師長・主任看護師 5.　病棟のその他の看護師・準看護師 （3かどうか不明の場合も含む）	6. 病棟の入退院支援専従の社会福祉士 7. 入退院支援部門の看護師 8. 入退院支援部門の社会福祉士 9. その他（　　） 10. やりとりしていない	
７）入院時の情報提供において困難と感じた点（複数回答可）	1. この利用者が入院したことについて、すぐにわからなかった 2. 事業所において利用者の入院時に情報提供をする手段や方法が定まっていなかった 3. 医療機関との入院時の連携の窓口や担当者がわからなかった 4. 医療機関に提供する情報をまとめることが難しかった 5. 医療機関がどのような情報を必要としているのかわかりにくかった 6. 入院当初に訪問を求められるが、医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しかった 7. 医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しかった 8. 医療機関において情報提供を受け入れる体制が整っていなかった 9. 医療機関から情報提供を求められなかった 10.医療機関へ提供した情報が活用されなかった 11.医療機関の職員が多忙であることを理由に時間をとってもらえなかった 12.医療機関から情報を求められても多忙のため対応できなかった 13.利用者が情報提供を拒否した 14.家族が情報提供を拒否した 15.遠方の医療機関のため連絡しにくかった 16.医療機関から訪問の依頼を受けた際に、対応することが難しかった 17.利用者の入院中の変化について医療機関から伝えてもらえなかった 18.自分自身に医療に関する知識が十分にないことに不安を感じた 19.医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれなかった 20.その他　（　　） 21.特にない		

5－(2)退院時における医療連携について　【このケースで、「退院した」に該当する場合、回答ください】

1)2)は、5－(1)で記入している場合は、回答不要です。

1) 入院の契機となった状態像・外傷(複数回答可)

1. めまい	6. 意識喪失	11.体調不良・体力低下・疲労
2. 発熱・不明熱	7. むくみ・浮腫	12.アルコール依存症
3. 頭部外傷	8. 骨や関節の異常・痛み	13.その他(　　)
4. 頭部以外の外傷・火傷	9. 食欲低下・摂取不可	14.把握していない
5. 脱水・熱中症	10.体動困難・歩行困難	

2) 入院の契機となった疾患 回答に際して、主治医意見書の内容等を参照してください。(○は1つ)

1. 高血圧		12. 血液・免疫の病気
2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		13. うつ病・精神疾患
3. 心臓病		14. 認知症(アルツハイマー病等)
4. 糖尿病		15. パーキンソン病
5. 高脂血症(脂質異常症)		16. 目の病気
6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)		17. 耳の病気
7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気		18. 歯科疾患
8. 腎臓・前立腺の病気		19. その他の難病
9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等)		20. その他(　　)
10. 外傷(転倒・骨折等)		21. 把握していない
11. がん(新生物・悪性腫瘍)		22. ない

1)がんの部位　(全て記入)

2)末期がんの有無(○は1つ)　1. 末期がんに該当する　2. 末期がんに該当しない

3)入院前の給付管理状況(○は1つ)

1. 入院前から自分が給付管理をしており、退院後、再度給付管理の担当となった
2. 入院前は要介護認定を受けておらず、退院後から給付管理の担当となった
3. 入院前は自法人(同系列を含む)の別のケアマネジャーが給付管理をしていた
4. 入院前は他法人のケアマネジャーが給付管理をしていた
5. 入院前の情報は得ていない

4)入院期間中の連携状況(複数回答可)

1. 退院に向けたカンファレンスの開催を依頼した
2. 介護サービスや申請手続きの情報を本人・家族に伝えるために連携した
3. 入院中から、在宅の医療機関や訪問看護と連絡をとり、退院に備えた
4. 在宅復帰の可能性を高められるように介護サービスや、インフォーマルサービスの体制を連携し受入体制の調整を行った
5. 在宅復帰の可能性を高められるように家族や介護者についての受入体制の調整を行った
6. 在宅で受け入れられる体制について入院元に提案を行った
7. その他 (　　)
8. 特に連携はしていない

5)退院に向けた連携窓口の職種(複数回答可)

1. 医師	6. 病棟の入退院支援専従の社会福祉士
2. 病棟の担当看護師・准看護師	7. 入退院支援部門の看護師
3. 病棟の入退院支援専従の看護師	8. 入退院支援部門の社会福祉士
4. 病棟の師長・主任看護師	9. その他(　　)
5. 病棟のその他の看護師・准看護師 (3かどうか不明の場合も含む)	10. やりとりしていない

6)退院時カンファレンスへの出席の有無

1. 出席した
2. 出席しなかった → 理由(複数回答可) 回答のうえ7)へ
   1. 業務多忙で出席できなかった
   2. 退院時カンファレンスに呼ばれなかった
   3. 退院時カンファレンスが開催されなかった
   4. その他(　　)

【出席した場合】退院時カンファレンスの状況について

延べ所要時間　(　　)時間(　　) 分

出席者(複数回答可)	【利用者側】	【入院・医療機関側】	【在宅支援側の関係者】サービス種別 (括弧内に出席者の職種(右欄の番号)を記入してください)	職種
	1. 本人 2. 家族	3. 医師 4. 看護師・准看護師 5. PT、ST、OT 6. 栄養士、管理栄養士 7. 薬剤師 8. MSW 9. その他(　　)	10. 病院・診療所(　　) 11. 訪問介護　(　　) 12. 訪問リハ　(　　) 13. 通所介護　(　　) 14. 通所リハ　(　　) 15. 地域密着型サービス(　　) 16. 福祉用具貸与(　　) 17. 地域包括支援センター(　　) 18. その他(サービス:　　) (職種:　　)	1. 医師 2. 看護師・准看護師 3. PT、ST、OT 4. 栄養士、管理栄養士 5. 薬剤師 6. 福祉用具専門相談員 7. 介護職員 (直接ケアにあたる職員) 8. 訪問介護のサービス提供責任者 9. 地域包括支援センター職員 10. その他(　　)

【出席した場合】退院時カンファレンスに向けて準備したこと（複数回答可）

1. 医療機関に、退院時カンファレンスに出席してもらいたいサービス提供事業所・職種を提案した
2. 在宅療養を行う上での疑問や、想定される課題を整理した
3. ケアプランに位置づけることが想定されるサービスに関わる職種から情報を収集した
4. ケアプランの原案をあらかじめ作成した
5. その他（　　）

7）退院・退所加算の算定有無（○は1つ）

1. 最近 1 年間（平成 29 年 10 月～平成 30 年9月）に算定したことがある
2. 最近 1 年間に算定していない

退院・退所加算の算定状況（○はそれぞれ1つ）

平成 29 年 10 月～平成 30 年3月

	会議(※)有無	該当するもの
連携 1 回	会議無し	1. 有　2. 無
	会議有り	1. 有　2. 無
連携 2 回	会議無し	1. 有　2. 無
	会議有り	1. 有　2. 無
連携 3 回	会議有り	1. 有　2. 無

※退院時カンファレンス等

平成 30 年4月～9月

	会議(※)有無	該当するもの
加算（Ⅰ）	会議無し	1. 有　2. 無
	会議有り	1. 有　2. 無
加算（Ⅱ）	会議無し	1. 有　2. 無
	会議有り	1. 有　2. 無
加算（Ⅲ）	会議有り	1. 有　2. 無

※退院時カンファレンス等

8）退院時カンファレンスに参加した際に、問題があると感じた点（複数回答可）

1. 退院時カンファレンスが行われなかった
2. 退院時カンファレンスに呼ばれなかった
3. 事業所のケアマネジャーが必要と考える医療機関側の職種が参加していなかった
4. 退院時カンファレンスでは発言する機会がない、発言しにくい雰囲気だった
5. 医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しかった
6. 医療機関ごと・利用者ごとに退院時の担当窓口が異なり、連携窓口がわかりにくかった
7. 医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難だった
8. 医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点についての情報が十分提供されなかった
9. 禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されなかった
10. 症状・病状の予後・予測についての情報が十分提供されなかった
11. 入院していた医療機関の在宅生活や介護に対する知識・理解不足だった
12. 退院後に医療機関に情報提供を行うことが難しかった
13. 医療機関から提供される情報をケアプランに反映することが難しかった
14. 退院後のサービスメニューについて一方的に依頼された
15. 退院後に医療機関に質問する際に労力が大きかった
16. 自分自身に医療に関する知識が十分にないことに不安を感じた
17. 介護保険制度を連携先の医療機関が理解してくれない
18. 医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれなかった
19. その他（　　）

9）入退院において、医療機関からどのような役割を期待されていましたか。また、その役割を実施しましたか（複数回答可）

	このケースにおいての役割	ア. 医療機関から期待されている	求められる時期（入院前・入院時該当する箇所、1か所又は2か所に○） 入院前	求められる時期（入院前・入院時該当する箇所、1か所又は2か所に○） 入院時	イ. 実施している
入院前又は入院した時	1）入院前利用の介護サービス・福祉サービスの伝達	1	1	1	1
	2）入院前の ADL や IADL、介護が必要な内容の状況についての伝達	2	2	2	2
	3）同居家族や介護体制の状況の伝達	3	3	3	3
	4）入院前の虐待や生活困窮の状況の伝達	4	4	4	4
	5）入院前の入退院に関する情報の伝達	5	5	5	5
	6）入院前の褥瘡や栄養状態、服薬中薬剤に関する情報の伝達	6	6	6	6
	7）その他身体・社会・精神的背景、退院困難な要因等に関する患者の情報の伝達	7	7	7	7
	8）退院時の支援・困難性を事前に判断するための事前カンファレンス等への出席	8	8	8	8

	入院する時	9）入院時の手続きに関する本人・家族の支援	9			9
		10）入院時の必要品等の準備等の支援	10			10
	入院中	11）本人や家族、医療機関の状況に合わせた即時の対応	11			11
		12）要介護認定の申請手続きや介護サービスに対する情報提供	12			12
		13）要介護認定の区分変更申請手続きの支援または代行	13			13
		14）医療機関に訪問し、指導への同席や本人・家族への情報提供	14			14
		15）医療機関が家族に連絡する際の仲介や支援（医療機関が連絡が取りにくい場合等）	15			15
	退院時	16）退院時カンファレンスへの参加	16			16
		17）退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成	17			17
		18）退院時に本人・家族へ医療機関が指導する際への同席	18			18
		19）退院手続きに関する本人・家族の支援	19			19
		20）退院後の生活環境の整備（医療機関が期待するかどうか）	20			20
	退院後	21）退院後の医療機関の患者宅訪問指導への同行・同席	21			21
		22）本人・家族の在宅療養生活（セルフマネジメント）支援（通院・服薬の支援を含む）	22			22
		23）通院への同行・同席	23			23
		24）退院後の在宅での生活や療養状況の情報の伝達	24			24
		25）家族の介護負担軽減（医療機関から退院後に依頼されるかどうか）	25			25
	時期を問わず	26）疾患や医療的処置・服薬の理解	26			26
		27）医療機関の決まりごと等の理解	27			27
		28）その他　（　　）	28			28
		29）特にない（医療機関に期待されていることが「特にない」場合に 29 を〇で囲んでください）	29			

5－（3）看取りについて【このケースで、「看取りを行った」に該当する場合、回答ください】

1）貴事業所でケアマネジメントを行った期間	（　　）年（　　）か月	2）看取りを予定して支援を行った期間	1.（　　）年（　　）か月（　　）日 2. いつから看取りに関するケアを行ったのか不明
3）看取りに対応するために行った支援内容（複数回答可） ※亡くなる前 30 日間に行った支援についてお答えください	1. 本人・家族との24時間連絡体制の整備（急変時、日時単位の迅速な対応を含む） 2. サービス事業所との24時間のチームケア体制の整備（急変時、日時単位の迅速な対応を含む） 3. 福祉用具等を用いた本人の安楽な姿勢や生活が送れる環境整備 4. 医療者からのタイムリーな病状や治療の情報把握 5. 病状の変化に合わせて、必要となるサービスの説明 6. 気持ちの揺れを想定した本人と家族の意向の確認 7. 症状緩和を行うための医療者との十分な連絡・協働 8. 本人および家族の精神的な支援 9. 本人が最期まで社会的役割・尊厳を持てる関わり・支援 10. 介護負担を軽減するための関わり・支援 11. 本人および家族の死への不安を軽減するための関わり・支援 12. 亡くなった後の、家族が到着するまでの遺体の付き添い 13. 葬儀関係の助言や支援		
4）ターミナルケアマネジメントの算定有無（〇は1つ）	1. 該当する　　2. 該当しない		

5)この利用者の死を迎えるにあたっての医療・介護や療養生活について、本人と十分な話し合いを行いましたか（〇は1つ）	1. 十分行った 2. 一応行った 3. ほとんど行わなかった ⟶ 4. 今後行う予定	ほとんど行わなかった場合の理由（自由回答）
（「1. 十分行った」「2. 一応行った」）の場合 ア. どのような内容を話し合っていますか。（複数回答可）	1．人生の最終段階の症状や行われる治療の内容や意向 2．人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報 3．本人の気がかりや意向 4．本人の価値観や目標 5．その他（　　）	
（「1. 十分行った」「2. 一応行った」）の場合 イ. 医療と介護の事業所間・専門職間で情報の共有、方針の決定を行いましたか	（〇は1つ） 1. 十分行った 2. 一応行った 3. ほとんど行わなかった	
6）利用者の終末期の療養場所に関する希望について本人に確認した内容（アドバンス・ケア・プランニング）（複回答可）	1．なるべく今まで通った（または現在入院中の）医療機関に入院したい 2．自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい 3．自宅で最期まで療養したい 4．なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい 5．自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい 6．専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療が受けたい 7．その他（　　） 8．終末期医療に関して意向を確認することは出来たがしなかった 9．担当した時点で、既に意向を確認できる状態ではなかった	
7）看取りの体制（複数回答可）	1．往診・訪問診療してもらえる医師と繋いだ 2．訪問看護の体制を整えた 3．訪問介護の体制を整えた 4．居宅介護支援事業所で 24 時間対応できる体制を整えた 5．家族と調整して在宅介護の体制を整えた 6．症状が急変した際の体制を整えた 7．症状急変時に入院出来る体制を整えた 8．居住環境を整えた 9．経済的課題を調整した	
8）看取り支援の実施状況 ※亡くなる前 30 日間に行った支援についてお答えください （それぞれに回答）	A. 本人や家族との相談や連絡のために電話をかけた回数（数値記入）	亡くなるまでの１ヶ月間の最初の１週間での回数 １日平均（　　）回 亡くなる前3日間での回数　１日平均（　　）回
	B. 本人宅を訪問した回数（数値記入）	亡くなるまでの１ヶ月間の最初の１週間での回数 （　　）回 亡くなる前3日間での回数　（　　）回
	C. 再アセスメントの回数（数値記入）	（　　）回
	D. サービス担当者会議の回数（数値記入）	（　　）回
	E. サービス担当者に対する照会の件数（一般のケースと比べて）（〇は1つ）	1. 多い　2. ほぼ同じ　3. 少ない
	F. 居宅サービス計画の変更の回数（数値記入）	（　　）回
	G. 居宅サービス計画の変更の回数（一般のケースと比べて）（〇は1つ）	1. 多い　2. ほぼ同じ　3. 少ない
	H. 主治医との連絡の回数（訪問、電話、FAX 等を含む）（数値記入）	亡くなるまでの１ヶ月間の最初の１週間での回数 （　　）回 亡くなる前3日間での回数　（　　）回
	I. 訪問看護との連絡の回数（訪問、電話、FAX 等を含む）（数値記入）	亡くなるまでの１ヶ月間の最初の１週間での回数 （　　）回 亡くなる前3日間 での回数　（　　）回
9）死亡場所（〇は1つ）	1．自宅(持家マンション、家族・親戚宅含む) 2．サービス付き高齢者住宅（有料老人ホームの届を出しているものも含む） 3．特定施設（有料老人ホーム） 4．特定施設（2・3以外） 5．2～4以外の集合住宅（賃貸） 6．病院・診療所　⇒死亡の何日前に入院しましたか 7．その他（　　）　⇒（　　）日前	

※　以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました　※

※ケアマネジャー記入欄：
右枠内のケアマネジャーID の欄には、管理者から連絡された ID を記入してください。また、利用者 ID の欄には、調査対象となった利用者様について、ケアマネジャーごとに連番を記入してから、ご利用者様にお渡しください。調査対象となった利用者様が１名の場合も「１」と記入してください。

必ず記入して下さい

ケアマネジャーID：
利用者 ID：

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

居宅介護支援･介護予防支援事業所　利用者本人調査票（案）

この調査票は、利用者ご本人のご意見をご記入ください。
（記入はご本人以外でも構いません。）

はじめに　この調査票に実際に記入される方についておたずねします。

１．本人が記入
２．家族や親類・知人等が本人の代わりに記入
３．ケアマネジャー以外の介護サービス職員が本人の代わりに記入
４．ケアマネジャーが本人の代わりに記入

1．利用者ご本人についておたずねします。

Q1．性別	1．男性　　2．女性
Q2．年齢 （平成 30 年 10 月3日現在） （数字を記入）	（　　）歳

2．介護保険サービスを利用するにあたって、ケアマネジャーの対応に対する印象をおたずねします（最も近いと思われるものをお選びください）。

■直近１か月のケアマネジャーの関わり（それぞれ、1～4のいずれかに○を1つ）

Q3．ケアマネジャーの訪問	1．数回以上顔を見にきて話をしている	2．会って話をしている(1回程度)	3．最近1カ月以上は会っていない	4．わからない・覚えていない
Q4．ケアマネジャーとの電話	1．数回以上電話で話をしている	2．電話で話をしている(1回程度)	3．最近1カ月以上は電話で話をしていない	4．わからない・覚えていない
Q5．訪問や電話でどのような話をしましたか	1．利用している介護サービスについての相談	2．身体や日常生活についての相談	3．その他の相談	4．特に相談はしていない

■ケアプラン作成・変更時の対応について（それぞれ、1～4のいずれかに○を1つ）

Q6．ケアプラン作成にあたってあなたの意向の聴き取りが十分に行われましたか	1．十分に意向を聴き取ってもらった	2．多少は意向を聴き取ってもらった	3．意向を聴き取ってもらえなかった	4．わからない・覚えていない

Q7. 生活の目標を一緒に立てることができましたか	1. 生活の目標を一緒に立てることができた	2. 一部自分の意見を生活の目標に活かしてくれた	3. ケアマネジャーが生活の目標を立てた	4. わからない・覚えていない
Q8. 個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの強み、弱みなどについての説明を受けましたか	1. 十分な説明を受けた	2. 説明を受けたが十分とはいえない	3. 説明を受けていない	4. わからない・覚えていない
Q9. 利用するサービスについて、複数の選択肢が示されましたか	1. 複数の選択肢が示され、自分で選択することができた	2. 選択肢は提示されたが、ケアマネジャーによりほぼ決定していた	3. 選択肢は示されなかった	4. 変更の経験がない・覚えていない
Q 10. 利用するサービスについて、特定の事業所を紹介されましたか。紹介された場合、その理由について納得しましたか	1. 特定の事業所は紹介されなかった	2. 特定の事業所を紹介されたが、理由は、納得できた	3. 特定の事業所を紹介されたが、理由は、納得できなかった	4. わからない・覚えていない
Q 11. ケアプランの内容について、十分な説明がありましたか	1. 納得するまで説明を受けることができた	2. 説明はあったが、十分に理解して納得できなかった	3. 十分な説明はなかった	4. 変更の経験がない・覚えていない
Q 12. 万が一入院することになった場合は、担当ケアマネジャーの氏名等を医療機関に提供することについて依頼を受けましたか	1. 説明を受けた	2. 説明を受けていない	3. わからない・覚えていない	

3. ケアマネジャーについてお答えください。

Q 13. 今のケアマネジャーに引き続きお願いしたい	1. そう思う	2. ややそう思う	3. あまりそう思わない	4. そう思わない
Q 14. 他の人にもこのケアマネジャーを紹介したい	1. そう思う	2. ややそう思う	3. あまりそう思わない	4. そう思わない
Q 15. うれしかったことや元気づけられたご経験があれば、ご紹介ください	.....			
Q 16. 不満や不快を感じたご経験があれば、ご紹介ください	.....			

※ 以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

※添付の返信用封筒に入れて、封をして、担当のケアマネジャーにお渡しください。
郵便ポストにご投函いただいてもかまいません（切手は不要です）。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

介護予防支援事業所　事業所調査票

※この調査票は事業所の管理者の方が記入してください

事業所名	

1　貴介護予防支援事業所の概況

(1)開設年	平成(　　)年
(2)開設主体 (○は1つ)	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人(社協以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社) 8. 特定非営利活動法人(NPO) 9. その他の法人 10. その他
(3)地域区分 (○は1つ)	1. 1級地　2. 2級地　3. 3級地　4. 4級地　5. 5級地　6. 6級地　7. 7級地　8. その他

2　併設施設の状況

(1)併設施設の有無(○は1つ)

1. 法人が運営する併設施設あり　(同一法人(同系列を含む)が運営する施設・事業所が複数)
2. 法人が運営する併設施設なし　(施設・事業所は貴事業所のみ)　→ 3に進んでください

(2)法人が運営する併設施設の状況(※介護予防含む)	同一法人(同系列を含む)が運営しているサービス(複数回答可)	併設しているもの(複数回答可)	うち、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰが兼務しているもの(複数回答可)	(2)法人が運営する併設施設の状況　(続き)	同一法人(同系列を含む)が運営しているサービス(複数回答可)	併設しているもの(複数回答可)	うち、ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰが兼務しているもの(複数回答可)
在宅介護支援センター	1	1	1	短期入所療養介護(※)	16	16	16
介護老人福祉施設(地域密着型を含む)	2	2	2	福祉用具貸与(※)	17	17	17
介護老人保健施設	3	3	3	福祉用具販売(※)	18	18	18
介護医療院	4	4	4	夜間対応型訪問介護	19	19	19
療養病床を有する病院・診療所	5	5	5	定期巡回・随時対応型訪問介護	20	20	20
病院・診療所(上記以外)	6	6	6	小規模多機能型居宅介護(※)	21	21	21
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(※)	7	7	7	看護小規模多機能型居宅介護	22	22	22
有料老人ホーム・ケアハウス等(特定施設(※)含む)	8	8	8	認知症対応型通所介護(※)	23	23	23
訪問介護	9	9	9	住宅改修を行っている事業所	24	24	24
訪問入浴介護(※)	10	10	10	薬局	25	25	25
訪問看護(※)	11	11	11	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院	26	26	26
訪問リハビリテーション(※)	12	12	12	通所介護における宿泊サービス	27	27	27
通所介護	13	13	13	サービス付高齢者住宅	28	28	28
通所リハビリテーション(※)	14	14	14	その他(　　)	29	29	29
短期入所生活介護(※)	15	15	15				

3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および給付管理の状況

	介護予防ケアマネジメント※1	要支援1	要支援2
(1)平成 30 年9月分の給付管理を行った実利用者数（契約のみで委託している件数を除く）	(　　)人	(　　)人	(　　)人
(2)過去半年間(平成 30 年4月～9月)の新規利用者の状況別人数	介護予防ケアマネジメント※1	要支援1	要支援2
	(　　)人	(　　)人	(　　)人
1)うち同一法人(同系列を含む)からの紹介件数	(　　)人	(　　)人	(　　)人
2)うち他法人からの紹介件数	(　　)人	(　　)人	(　　)人
3)うち本人や家族から貴事業所に直接依頼があった件数	(　　)人	(　　)人	(　　)人

※1 ホームヘルパー・デイサービスのみを利用する要支援者は、介護予防ケアマネジメントに含め、要支援1・要支援2には含めないでください。

4 職員について(平成 30 年 10 月3日現在)

(1)ケアマネジャー数(ケアマネジャー業務を実施している管理者含む) (他のサービス・事業と兼務している場合は、「併設事業所と兼務」の欄に人数を記入してください)	常勤			非常勤			
	介護予防支援事業所に専従	併設事業所と兼務		介護予防支援事業所に専従		併設事業所と兼務	
		実人員	換算人員※2	実人員	換算人員※2	実人員	換算人員※2
	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人

(2)採用・退職の状況 (平成 29 年1月1日から平成 29 年 12 月 31 日)	常勤ケアマネジャー(実人数を記入)	非常勤ケアマネジャー(実人数を記入)
1)採用したケアマネジャー数	(　　)人	(　　)人
2)退職したケアマネジャー数	(　　)人	(　　)人

(3)ケアマネジャー以外の職員の人数(実人数)	職員	常勤	非常勤
	介護予防支援事業所専従の職員	(　) 人	(　) 人
	他の併設事業所等と兼務の職員	(　) 人	(　) 人

※2:換算人員の計算は、記入要領3ページをご参照ください。

5 管理者の役割と管理の状況について

(1)管理者の兼務状況(○は1つ)	1. 介護予防支援事業所以外も兼務している　　2. 兼務はしていない	
1)介護予防支援事業所の管理者の換算人員※2	(　.　)人	
(2)管理者のケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	(　　)年 (管理者になる前の経験と、他法人での経験も含めてください)	
(3) 新規利用者への対応(平成 30 年7月～9月)		件数または割合
1)誰が新規利用者の担当を割り振っていますか	1. 管理者自身が実施している	(　　)件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)件
	4. その他 (　　)	(　　)件
2)誰が新規利用者のケアプラン原案の内容を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	(　　)件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)件
	4. その他 (　　)	(　　)件
3)誰が新規利用者のケアマネジメントの実施状況(アセスメントから1回目のモニタリングまでのプロセス)の進捗を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	(　　)件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)件
	4. その他 (　　)	(　　)件
(4)事業所内の全ケースのケアマネジメントプロセスが運営基準に従っているように、誰が実施状況を確認していますか (選択肢1～5の合計が 10 割になるように記入)	1. 管理者自身が実施している	(　　)割
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	(　　)割
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	(　　)割
	4. その他 (　　)	(　　)割
	5. 確認していない	(　　)割

(5)事業所内ミーティング （利用者に関する情報またはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議）の開催頻度（○は1つ） ※個別ケースに時間をかけて事例検討を行うことを目的とするミーティングは除いてください	1. 週１回 2. 2週に１回 3. 月に１回 4. その他（　　） 5. 行っていない

(6)誰が給付管理事務（国保連請求事務）を行っていますか 作成・確認のそれぞれについて、主に担当している者に○をつけてください（○は1つ）		1)作成	2)確認
	A. 管理者	1	1
	B. ケアマネジャー	2	2
	C. 事務職員	3	3
	D. その他	4（　　）	4（　　）

(7)苦情発生時の対応 （複数回答可）	1. 管理者自身が一連の対応を行う 2. 主任ケアマネジャーに対応させ、それを管理している 3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している 4. 事務職員に対応させ、それを管理している 5. 個別苦情に対して管理者は関与していない 6. その他（　　）
(8)事故発生時の対応 （○は主なもの1つ）	1. 管理者自身が一連の対応を行う 2. 主任ケアマネジャー等に対応させ、それを管理している 3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している 4. 事務職員に対応させ、それを管理している 5. 個別の事故に対して管理者は関与していない 6. その他（　　）
(9)従業者（ケアマネジャーや事務職員等）のストレスや不満への対応やバーンアウト予防などに配慮して管理をしていますか （○は主なもの1つ）	1. 管理者自身が行っている 2. 管理者以外の主任ケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 3. 管理者・主任ケアマネジャー以外のケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 4. 事務職員が実施したものを管理者が確認 5. 特に配慮していない 6. その他（　　）
(10)従業者（ケアマネジャーや事務職員等）の健康状態、身だしなみや清潔の保持に関して、どのようなことを行っていますか （複数回答可） 法人全体で行っているものも含めてください	1. 管理を行う責任者を決めている 2. ミーティング（朝礼等）の際などに定期的に確認している 3. 健康や清潔の保持の必要性に関して、研修等で教育している 4. 従業者に定期的に健康診断を受診させている 5. 行っていない 6. その他（　　）
(11)ケアプラン作成に際して、利用者に複数事業所を紹介することや当該サービス・事業所をケアプランに位置づけた理由を説明するように事業所内のケアマネジャーに周知していますか（○は1つ）	1. 周知している　2. していない　3. 自身以外にケアマネジャーはいない

6 ケアマネジャーの育成の仕組みについて

(1) ケアマネジメントに関する研修等の実施状況（平成 30 年4月～9月の実績）	法人内の研修の実施回数（事業所単位の研修を含む）	（　　）回	
	法人外研修の受講回数と受講者実人数	のべ受講回数	受講者実人数
		（　　）回	（　　）人

貴事業所のケアマネジャーが2名以上の場合、(2)以降の設問にお答えください
貴事業所のケアマネジャーが1名の場合は 7 へお進みください

(2) ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み（新人、経験ありは問わない）（複数回答可）※「事業所内」には併設事業所を含む	項目	取り組んでいる項目	効果的であると考える項目
	1. 事業所内でキャリアパスを設定し、明示している	1	1
	2. 育成計画を作成、管理している	2	2
	3. ケアマネジャーごとに目標を設定し、面談を行っている	3	3
	4. 主任ケアマネジャー等がスーパーバイズを行っている	4	4
	5. 日常の OJT を実施している	5	5
	6. 訪問等へ同行し指導している	6	6
	7. 定期的に相談の時間を設けている	7	7
	8. ケアプラン等を確認し、指導している	8	8
	9. 主任ケアマネジャー等の育成担当者を配置している	9	9
	10. 他の居宅介護支援事業所（自法人以外）からケアマネジャーを受入れ、教育、育成をしている	10	10
	11. 自主研究／研究会・学会等への参加など、自己啓発活動を事業所として援助している	11	11
	12. 通信教育を援助している	12	12
	13. 他の資格取得のための援助をしている	13	13
	14. 事業所外の研修や勉強会へケアマネジャーを派遣している	14	14
	15. 他事業所へケアマネジャーを派遣している	15	15
	16. その他　（　　）	16	16
	17. 上記1～16 は十分取り組めていない	17	

(3) 事業所内で実施している研修の内容（新人、経験ありは問わない）（複数回答可）※「事業所内」には併設事業所を含む	1. 事業所内事例検討会を定期的に開催している⇒**開催頻度**（　　）回（平成30年4～9月） 2. 他の居宅介護支援事業所と共同して行う事例検討会の開催 3. 多職種による事例検討会の開催 4. 事業所において資質向上のための研修会（事例検討会以外）を開催している 5. その他（　　） 6. 実施していない
(4) 新人ケアマネジャーに特化した育成方法（複数回答可） 過去3年以内に新人ケアマネジャーを採用した事業所管理者のみお答えください	1. 育成担当者の配置　　⇒指導期間（　　）か月 2. 訪問等への同行指導 ⇒ 指導者（ 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 ）※複数回答可 3. ケアプラン等の確認 ⇒ 確認者（ 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 ）※複数回答可 4. 定期的な面談 ⇒ 面談者（ 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 ）※複数回答可 5. 事業所外の研修や勉強会への参加支援 6. 事務手続きや介護保険制度に関する指導 7. その他（具体的に:　　） 8. 上記の 1～7を実施していない

7 ICT 機器の利用について	
(1)ケアマネジメントのプロセスにおける ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)の利用状況 (複数回答可)	1. 利用している 2. 利用する予定 ⇒1.(　　)年 (　　)月頃から　　2.時期未定 3. 利用する予定はない 4. その他(　　)
(2)他事業所・多職種との情報連携の状況 (複数回答可)	1. 地域全体の取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 2. 一部の他法人の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 3. 同一法人(同系列含む)の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 4. 多職種や他事業所とデータの連携をしていない
(3)事業所内のシステムの状況 (○は1つ)	1. 専門職は訪問先からも利用者情報にアクセスできる 2. 専門職は事業所等特定の場所のみから利用者情報にアクセスできる 3. システム化されていない
(4)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することで期待している効果 (複数回答可)	1. 自宅から勤務場所への直行・直帰が出来る等業務の効率化が可能 2. 事業所内の情報共有が進む 3. 他機関(他事業所・医療機関)と情報共有が進む 4. 勤務状況、サービス内容等の把握が効率化され管理者が時間を有効に活用出来る 5. 利用者の状態把握が効率的・効果的に行える 6. 同じ様態の過去の利用者の情報を参照できるようになりサービス向上に資する 7. 介護報酬請求に係る業務、利用者負担の請求教務が効率的に行える 8. 記録が手書きより読みやすくなる 9. 記録の管理が効率的に行える 10. 監査や報酬算定上の書類が自動に作成される 11. 転記ミスの減少 12. 特になし 13. その他(　　)
(5)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することによる考えられる課題 (複数回答可)	1. どの会社の機器・ソフトがよいかわからない 2. 導入コストが高い 3. 紙による資料保管の必要性が高い 4. 職員の介護ソフト導入に対する抵抗感や反発がある 5. パソコンや介護ソフトを扱える人材がいない(入力したデータを活用できない) 6. セキュリティ面の不安がある 7. その他(　　)

ケアマネジャー個別の属性等

ケアマネジャー	主任ケアマネジャーに○※3	（平成30年度予定も含む）主任ケアマネジャー研修受講修了年度	管理者に○	性別		年齢	勤務形態（○は1つ）				総労働時間（9月中）※4	再掲 うち事業に係る勤務時間
No				男	女	歳	常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務	時間	時間
記入例	○	H20			○	32		○			172	130
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

事業所 ID（※別紙「インターネットによる回答について」に記載）と上記の**ケアマネジャーNo** をもとに、**介護支援専門員様を識別するための番号（ケアマネジャーID）を作成してください。**作成した***ケアマネジャーID は「ケアマネジャー調査票」P1、「利用者調査票」P1、「利用者本人調査票」P1に、必ず記入してください。***

常勤職員１人あたりの所定労働時間（9 月中）	時間

※3　主任介護支援専門員研修を修了した方を指します。　※4　実働時間を申請ベースで記入してください。

例）事業所 ID が「B 20001」の場合は・・・
ケアマネジャーID は
（事業所 ID）（通番）
1人目が「B 20001」＋「01」⇒「B 2000101」、
2人目が「B 20001」＋「02」⇒「B 2000102」、
20人目が「B 20001」＋「20」⇒「B 2000120」です。
※先頭の5ケタは事業所 ID に、介護支援専門員ごとの通番の組み合わせになります。

自由記入欄

現在、貴介護予防支援事業所で問題や困難と感じる点、およびその解決方法（行政の支援も含め）、事務手続きで簡素化できる点、サービスの質を維持した上で現行の基準で緩和できる点などについて、自由にご意見をご記入ください。

以上で調査は終了です。 お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

介護予防支援事業所　ケアマネジャー調査票

※この調査票は、貴事業所に勤務する全員の介護支援専門員の方が、1人1部記入してください。

ケアマネジャーID	管理者から連絡されたIDを必ず記入してください。

1. 属性等

(1)性別	1. 男性　2. 女性	(2)年齢	(　　)歳	(3)主任介護支援専門員研修修了の有無	1. あり　2. なし
(4)勤務形態(○は1つ)	1. 常勤専従　2. 常勤兼務　3. 非常勤専従　4. 非常勤兼務				
(5)保有資格(資格一覧より該当する番号を記入)	1) 保有している資格を取得した順にご記入ください	(　　)→(　　)→(　　)→(　　)→(　　)			
	2) 介護支援専門員実務研修受講試験を受験するための実務経験証明書で用いた資格の番号を記載してください				
	＜資格一覧＞ 1. 介護支援専門員　2. 医師　3. 歯科医師　4. 薬剤師 5. 保健師　6. 助産師　7. 看護師　8. 准看護師 9. 理学療法士　10. 作業療法士　11. 社会福祉士　12. 介護福祉士 13. 視能訓練士　14. 義肢装具士　15. 歯科衛生士　16. 言語聴覚士 17. あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師　18. はり師　19. きゅう師　20. 柔道整復師 21. 栄養士(管理栄養士を含む)　22. 精神保健福祉士 23. 介護福祉士養成のための実務者研修(旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ1級)　24. 介護職員初任者研修(旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ2級) 25. 旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ3級　26. なし　27. その他				
(6)ケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	(　　)年(　　)か月				
(7)障害のある人の相談支援を行う職種の資格として「相談支援専門員」の資格がありますが、保有していますか	1. 資格を保有している　2. 資格を保有していない				

2. 担当利用者について

(1)平成30年9月分の給付管理を行った実利用者数 ※ヘルパー及びデイサービスのみ利用の要支援は「介護予防ケアマネジメント」に含める	介護予防ケアマネジメント	(　)人	要支援1	(　)人	要支援2	(　)人			
(2)平成30年9月分の給付管理を行った利用者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度別利用者数	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明
	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人
(3)本人を支援するにあたり、福祉等の支援が必要にも関わらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可) ※平成30年7月～平成30年9月において、利用者本人を支援した際に把握したケースの有無について回答してください。	1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる 2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる 3. 経済上の問題を抱えている家族がいる 4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる 5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる 6. その他(　　)								
1)平成30年7月～平成30年9月までに上記の家族に具体的な援助(相談先の紹介等)を行った利用者の人数(実人数)	1. 援助を行った人数　(　　)人 2. 援助を行ったが十分な支援を受けるに至っていない人数　(　　)人 3. 援助を行えなかった人数　(　　)人								
2)上記家族の事例の相談先の有無 平成30年7月～平成30年9月(○は1つ)	1. ある　2. なし								
3)十分な支援を受けられていなかった家族の課題に関する相談先(複数回答可)	1. 行政機関(福祉課等) 2. 自身が所属する事業所・法人 3. 地域包括支援センター 4. 社会福祉協議会 5. 民生委員 6. その他(　　)								

3. 業務プロセスの負担感			
(1)負担感の大きい業務を、A～Cそれぞれについて全て選んでください	実施している場合、〇を記入してください	負担感の大きいもの(複数回答可)	
		A.介護予防 ケアマネジメント	B.介護予防 支援
1)利用者宅への初回訪問(重要事項説明・契約業務を含む)	1	1	1
2)利用者の状態像等に関するアセスメント	2	2	2
3)サービス導入のための事業所探し・調整	3	3	3
4)インフォーマル・サポート導入のための事業所探し・調整	4	4	4
5)初回のケアプラン作成　※1	5	5	5
6)サービス担当者会議の開催(招集、実施、記録)	6	6	6
7)サービス担当者会議に代わるサービス担当者への専門的な意見の照会　※2	7	7	7
8)ケアプランの利用者への交付	8	8	8
9)ケアプランのサービス担当者への交付	9	9	9
10)サービス提供事業所との日常的な連絡・調整	10	10	10
11)医療機関・主治医との連絡・調整	11	11	11
12)利用者宅への月1回(介護予防は3ヶ月に1回)以上の訪問	12	12	12
13)ケアプラン内容のモニタリング	13	13	13
14)1ヶ月に1回のモニタリング結果の記録	14	14	14
15)目標の達成状況の評価	15	15	15
16)給付管理業務(実績確認、国保連への請求事務等)	16	16	16
17)市町村との相談・連携	17	17	17
18)地域包括支援センターとの連携	18	18	18
19)地域ケア会議への参加	19	19	19
20)制度の変更に伴う情報等について利用者への説明	20	20	20
21)指導・監査等に対応するための諸準備	21	21	21
22)介護サービス情報の公表制度への対応	22	22	22
23)24時間体制による緊急対応	23	23	23

※1　ここでいうケアプランとは、A.　B. の場合は「介護予防サービス・支援計画書」のことです。

※2　サービス担当者会議に欠席する担当者に対し、事前に専門的意見を聴取することを指します。

4. ケアマネジャーの業務について		
アセスメント	(1)アセスメントについて困難と感じている点 (複数回答可)	1. 課題分析標準項目に関する情報収集 ⇒**情報収集が難しい項目**(複数回答可)　1. 家族関係　2. 生活歴　3. 経済状況　4. 生活リズム　5. 医療情報　6. その他(　　) 2. 収集した情報の分析(情報の活用や分析の手順・方法) 3. 課題の原因・背景の把握 4. 改善・維持・悪化の見通し、今後の生活機能の予測 5. その他(　　) 6. 特に困難を感じる点はない

ケアプラン作成	(2)ケアプランの作成について、困難と感じている点 (複数回答可)	1. 全員のケアプラン(長期目標・短期目標、援助内容等)を十分に熟考して作成できない 2. 利用者の意見を十分に聞く時間がない 3. 家族の意見を十分に聞く時間がない 4. 利用者に複数事業所の紹介が可能であると伝えることが難しい 5. 当該事業者をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能であると伝えることが難しい 6. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい 7. 利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい 8. 利用者の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい 9. 家族の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい 10. ケアプランの表記の仕方が難しい 11. 必要な介護保険サービスが地域に不足している(質・量の両面で) 12. 介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している 13. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる 14. 事業所の併設サービス等をケアプランに入れるような事業所の方針がある 15. その他、医師との連携が取りづらい 16. 医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点に関する十分な情報提供がない 17. 禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されない 18. 症状・病状の予後・予測に関する十分な情報提供がない 19. 住民相互の見守り、助け合いの支援の継続性が不安定であるため、プランに位置づけにくい 20. 指導・監査等を前提にしてサービスを調整してしまう 21. 書類作成や書類のやり取りの量的負担が多い 22. その他(　　) 23. 特に困難と感じている点はない
	(3)利用者本位に基づくケアプラン作成のために行っている取組み (複数回答可)	1. 利用者の意向の聴き取りを十分に行っている 2. 利用者にアセスメント結果を説明し十分理解してもらっている 3. 利用者と目標の共有をしている 4. 利用者に複数のサービスの選択肢を示して情報提供している 5. 個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの機能、特徴などを説明している 6. 利用者と家族の意向が異なる場合、十分に調整している 7. 利用者が理解・納得するまで説明している 8. 利用後に、利用者がイメージした内容であったか、納得できるものであるか確認している 9. 特定のサービスや事業所に誘導することなく、利用者のニーズに応じて提案している 10. その他(　　) 11. 特に行っていない
	(4)認知症の人のケアプラン作成に十分に実施できていない点 (複数回答可)	1. 本人の意向や希望を重視してケアプランを作成する 2. 家族の意向や希望を重視してケアプランを作成する 3. 認知症の重症化予防を重視してケアプランを作成する 4. 今後起こり得る変化やリスクを想定してケアプランを作成する 5. その他(　　)
	(5)ケアプランの説明時に実施している工夫	自由回答:
	(6)利用者・家族へのサービスや事業所の説明に用いる情報源・ツール (複数回答可)	1.「介護サービス情報公表システム」を使用している 2. 行政等で配布されているサービス事業所等の一覧表 3. 自法人や自身の所属する事業所が作成した資料を使用している 4. 自身で作成した資料や経験を情報源としている 5. サービス事業所が配布しているパンフレット等を使用している 6. その他(　　)
	(7)自立支援という目標を達成するために実施している取組み (複数回答可)	1. 利用者と家族に対して、介護保険の理念や目的を説明して理解を得ている 2. 利用者と家族に対して、自立に向けた利用者自らの取組の重要性を説明して理解を得ている 3. 利用者と家族に対して、アセスメント⇒目標⇒サービスのつながりについて理解を得ている 4. 自立支援に向け、身体的に改善(悪化)する可能性について多職種から意見を取り入れ、ケアプランを作成している 5. 利用者の置かれた状況(環境等)を踏まえ、精神心理を理解すると共に、より意欲を喚起するはたらきかけを行っている 6. 介護サービス事業所や多職種と一緒になり、利用者や家族の意欲へ働きかけを行っている 7. 自立支援に向けて必要となる地域の関係機関や協力者等にはたらきかけている 8. その他(　　) 9. 特に行っていない

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td>（8）サービス提供事業所を選定するにあたり重視している点
（複数回答可）</td><td colspan="5">1. 利用者の状態をモニタリングして、適切にフィードバックしてくれる
2. その他、ケアマネジャーとの連携がうまくいっている
3. 利用者の状態像に応じたサービス提供をしてくれる
4. 何か問題が生じた場合に適切に対応してくれる
5. 貴事業所と同一法人（同系列を含む）のサービス事業所である
6. 同一法人（同系列を含む）に複数のサービスがあり、利用しやすい（事業所が所属する法人に限らず）
7. 早朝、夜間、休日などのサービス提供に応じてくれる
8. 利用者との相性が良い
9. 本人または家族の希望
10. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>（9）地域における各サービス事業所の力量（特徴）を把握していますか（〇は1つ）</td><td colspan="5">1. 把握している
2. おおむね把握している
3. あまり把握できていない
4. どのように把握したらいいか情報がないのでわからない</td></tr>
<tr><td>（10）平成 29 年 10 月～平成 30 年 9 月に、自法人の系列のサービスの利用を、必要性を超えて推奨したことがありますか</td><td colspan="5">1. ある　→　2. ない
1）「1. ある」と回答した場合
当該期間において、回数や提供時間など本来ご利用者の必要とするサービス量を超えたサービスを位置づけたことがありますか（〇なし）
1. ある →
2. ない
2）1）で「ある」の場合、その理由（〇は1つ）
1. 法人の方針
2. 上司の指示
3. 自身の判断
4. その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">モニタリング</td><td rowspan="6">（11）モニタリングの結果を踏まえた検討の状況
（それぞれ、あてはまるものに〇）</td><td></td><td>実施している（担当利用者のうち9割以上）</td><td>概ね実施している（担当利用者のうち6～8割程度）</td><td>あまり実施していない（担当利用者のうち3～5割程度）</td><td>実施していない（担当利用者のうち2割未満）</td></tr>
<tr><td>1）目標の達成状況を評価し、未達成の場合に原因分析を行っている</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2）目標の妥当性を検証し、必要と判断された場合は見直しを行っている</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3）モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合は再アセスメントを実施している</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4）モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合はサービス担当者会議を開催している</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5）その他　（　　）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">インフォーマル・サポートについて</td><td>（12）地域のインフォーマル・サポートをどのように収集していますか
（複数回答可）</td><td colspan="5">1. 地域包括支援センターが提供する情報により把握している
2. 地域の事業者連絡会等で情報共有している
3. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーと個別に情報交換している
4. 地域ケア会議を活用して情報収集している
5. 社会福祉協議会、地域ボランティアセンターを利用して情報収集している
6. 民生委員から情報を収集している
7. その他（　　）
8. 収集していない</td></tr>
<tr><td>（13）担当している利用者のうち、ケアプランにインフォーマル・サポート（近隣住民、民生委員、ボランティア等）を位置づけているケース数</td><td colspan="5">（　　）件（平成 30 年 9 月給付管理対象者）</td></tr>
</table>

	(14)インフォーマル・サポートをケアプランに導入・管理する場合に問題があると考える点 (複数回答可)	1. 調整に手間がかかる 2. サービス担当者会議への出席依頼について判断に迷う 3. 個人情報保護の観点から情報提供の範囲の判断に迷う 4. 実際に支援が提供されたかどうかの実績を、確実に確認することが困難である 5. 指定事業と異なるため、支援提供の安定性や継続性に不安がある 6. 事故が起きた場合の責任の所在が不明確 7. ケアマネジャーとしての責任の範囲が不明確 8. インフォーマルな支援者を支えることに労力を要する 9. その他(　　) 10. 問題があると考える点がなかった
	(15)介護保険給付以外にケアプランに位置づけているサービスや支援活動の種類 (複数回答可)	1. 医療保険の訪問看護 2. 訪問診療・往診 3. 行政保健師の訪問 4. 訪問歯科診療 5. 配食サービス 6. 障がい者・難病対象サービス(自立支援法を含む) 7. 軽度生活援助サービス(草むしり等) 8. 外出支援・移送サービス 9. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 10. 訪問理美容サービス 11. 民生委員による訪問 12. 緊急通報システム 13. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 14. 成年後見制度 15. 日常生活自立支援事業 16. 家族支援サービス 17. ボランティアによるサロン活動 18. 定期的な安否確認 19. その他(　　)

サービス担当者会議	(16)サービス担当者会議の開催頻度 (○は1つ)		A. 開催頻度 (それぞれ○は1つ)	B. 典型的利用者像 (複数回答可)	
		1)実施頻度の高い利用者の場合	1. 1か月に1回以上 2. 2か月に1回程度 3. 3か月に1回程度 4. それより少ない	1. ターミナル 2. 指定難病 3. 虐待 4. 要求が多い 5. 新規ケース	6. 退院直後 7. 軽度 8. 中度・重度 9. 心身状態が不安定である 10. その他(　　)
		2)実施頻度の低い利用者の場合	1. 3か月に1回程度 2. 6か月に1回程度 3. 1年に1回程度 4. それより少ない	1. 新規ケース 2. 利用期間の長いケース 3. 軽度 4. 中度・重度	5. コミュニケーションがとれている 6. 心身状態が安定している 7. その他(　　)
	(17)一回あたりの開催時間(該当する数値と利用者像を記入)	1)標準的な場合	(　　)分程度		
		2)特に長い場合	(　　)分程度		
		特に長い場合における典型的な利用者像 A～C:○は1つ D,E:複数回答可	A	1. 新規	2. 更新　3. 区分変更
			B	1. 軽度	2. 中度　3. 重度
			C	1. 状態安定	2. 状態不安定
			D	1. 子や孫との同居 2. 独居	3. 認認介護　5. その他 4. 老老介護　(　　)
			E	1. 他の制度の利用 2. 退院直後	3. 要求が多い　5. 虐待 4. 家族に課題がある場合　6. その他(　　)
	(18)サービス担当者会議の開催について、困難と感じている点(複数回答可)	1. 本人・家族との日程調整が困難 2. ケアマネジャーが業務多忙のため、サービス担当者会議の調整が困難 3. サービス提供事業者が業務多忙のため日程調整が困難 4. サービス担当者会議を開催するのが、事業所の業務時間外になってしまう 5. サービス提供事業者がサービス担当者会議に出席してくれない 6. サービスや利用者の状況を把握している専門職が出席しない 7. サービス担当者会議に医師に参加してもらいにくい 8. サービス担当者会議を開催する必要性が低い 9. サービス担当者会議を開催する場所が確保できない 10. その他(　　)			

(19)ケアマネジメントのプロセスにおける ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)の利用状況(○は1つ)		1. 利用している 2. 利用していない
	1)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を使用している場面(複数回答可)	1. 利用者のアセスメント 2. ケアプラン作成 3. 利用者宅へのモニタリング訪問 4. サービス担当者会議の情報共有 5. その他(
(20)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することで実現できている効果(複数回答可)		1. 自宅から勤務場所への直行・直帰が出来る等業務の効率化が可能 2. 事業所内の情報共有が進む 3. 他機関(他事業所・医療機関)と情報共有が進む 4. 勤務状況、サービス内容等の把握が効率化され管理者が時間を有効に活用出来る 5. 利用者の状態把握が効率的・効果的に行える 6. 同じ様態の過去の利用者の情報を参照できるようになりサービス向上に資する 7. 介護報酬請求に係る業務、利用者負担の請求教務が効率的に行える 8. 記録が手書きより読みやすくなる 9. 記録の管理が効率的に行える 10. 監査や報酬算定上の書類が自動に作成される 11. 転記ミスの減少 12. 特になし 13. その他( )
(21) 個別サービス計画の入手状況と活用方法	1)個別サービス計画の提出を求めていますか(○は 1 つ)	1. 求めている 2. 一部求めている ⇒( )割程度 3. 求めていない
	2)入手できている個別サービス計画の割合	( )割程度
	3)入手できない理由(複数回答可)	1. 事業所の理解がない 2. 業務が多忙で提出を求める余裕がない 3. その他( ) 4. 特にない
(22)ケアマネジャーとして業務を行う上での不安要素はありますか(複数回答可)		1. 特に不安はない 2. 求められる役割に対して、知識や能力が不足している 3. 求められる役割に対して、経験が不足している 4. 時間配分が適切にできず、業務を効率的に行えない 5. 現在の業務を行う上で能力が不足しているわけではないが、専門職としてさらに向上したいが方法が分からない 6. 業務を遂行する上で事業所・上司からの十分なサポートがない 7. 相談相手がいない 8. その他( )

5. 医療機関等との連携について	
(1)医療機関への通院同行の状況(平成 30 年 9 月)(○は1つ)	1. 同行したことがある　　2. 同行したことがない
	【同行した場合】 1)平成 30 年 9 月の 1 か月間に同行した利用者数 ( )人 2)サービス提供地域内の医療機関 延べ同行回数 ( )回、1 回あたりに要する時間 ( )時間 3)サービス提供地域外の医療機関 延べ同行回数 ( )回、1 回あたりに要する時間 ( )時間

（2）通院同行する場合の理由 （複数回答可）	1. 主治医意見書では確認できない医療情報が必要 2. 具体的な医師の指示や指導が必要 3. 利用者が必要な情報を医師に説明できない場合 4. 医師からの指導を利用者が理解できない場合 5. 医師に利用者の生活に関する具体的な情報を提供する場合 6. 服薬状況等に関する相談 7. 経済的理由又は、支援者がいない等により、1 人で通院できない場合の付き添い 8. 急な体調不良により、サービス調整が行えず受診同行しなければならない場合 9. 軽度者の福祉用具貸与等、医師の指示に基づく例外的な給付の申請が必要な場合 10. 医療系サービスの導入を相談する場合 11. 電話、FAX、メール等では、医師とのやりとりができない場合 12. 医師との連携強化を図り、ケアプランを手渡しする場合 13. やむを得ず院内での付き添いが必要な場合 14. その他（　　）	
（3）通院同行した際に医師から収集した情報 （複数回答可）	1. 診療内容 2. 利用者の病状・予後に関すること 3. 利用者の服薬に関すること 4. その他療養生活を送る上での留意事項 5. その他（　　）	
（4）主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携 （複数回答可）	1. ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった 2. ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった 3. ケアプランを提出したが、活用されていない（活用されていることが不明な場合を含む） 4. その他（　　）	
（5）服薬管理に関する取組の状況	1）利用者の服薬内容を把握していますか （○は1つ）	1. 全ての利用者について把握している 2. ほとんどの利用者について把握している 3. 一部の利用者について把握している 4. 把握していない
	2）利用者の服薬状況を確認できる体制で支援していますか （○は1つ） ※サービス提供事業者や多職種と連携して確認しているケースを含めてください	1. 全ての利用者について確認できる体制が整っている 2. ほとんどの利用者について確認できる体制が整っている 3. 一部の利用者について確認できる体制が整っている 4. 確認できる体制は整えていない
	3）医師や、薬剤師に情報を伝える際の課題はありますか（複数回答可）	1. 医師や薬剤師に情報を伝えるタイミングがない 2. 服薬状況において伝えるポイントがわからない 3. 医師、薬剤師が情報を求めていない 4. 課題は特にない 5. その他（　　）
	4）医師や薬剤師との連携により利用者の課題分析を行う際に、服薬の副作用の影響を想定したアセスメントやモニタリングを行っていますか（○は1つ） 例：副作用による眠気があった場合の対応など	1. 全てのケースで行っている 2. 必要に応じて行っている 3. 行っていない
（6）口腔や嚥下の問題に対する取組の状況	1）アセスメントやモニタリングの際、利用者の口腔や嚥下の機能を確認していますか（○は1つ）	1. 全ての利用者について確認している　→（6）2）～7）へ 2. ほとんどの利用者について確認している　→（6）2）～7）へ 3. 一部の利用者のみ確認している　→（6）2）～7）へ 4. 全く確認していない　→ 6. へ
	2）ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか（○は1つ）	1. チェックシート等のツールを活用している 2. 特に活用していない
	3）訪問介護事業所等から口腔・嚥下に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか（○は1つ）	1. 訪問介護を利用している全ての利用者について情報を得ている 2. 訪問介護を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている 3. 訪問介護を利用している一部の利用者について情報を得ている 4. 情報を得ていない

	4）口腔や嚥下の機能に問題があると疑われる場合、他の職種と連携していますか （○は1つ）	1．連携している （　　）件 2．連携していない （　　）件	【連携している場合】 どの職種と連携していますか（複数回答可） 1．医師（主治医）　5．看護師・准看護師 2．医師（主治医以外）　6．言語聴覚士 3．歯科医師　7．その他（　　） 4．歯科衛生士
	5）訪問介護事業所等から得た口腔・嚥下に関する情報、利用者の状態像を連携する医師や、歯科医師に提供していますか （○は1つ）	1．訪問介護を利用している利用者の全てのケースで行っている 2．訪問介護を利用している利用者の必要に応じて行っている 3．行っていない	
	6）口腔、嚥下における他の職種との連携において課題は、ありますか （複数回答可）	1．他職種に情報を伝えるタイミングや伝え方が難しい 2．口腔、嚥下において伝えるポイントがわからない 3．他職種が情報を求めていない 4．課題は特にない 5．その他（　　）	
	7）歯の痛みや入れ歯の破損などについて利用者から相談を受けた場合、連携する歯科医師又は歯科衛生士はいますか （○は1つ）	1．連携する歯科医師及び歯科衛生士がいる 2．連携する歯科医師がいる 3．連携する歯科衛生士がいる 4．連携する歯科医師及び歯科衛生士がいない 5．利用者から相談を受けたことがない	

6．地域との連携について		
（1）ケアマネジャー個人としての主な連携先 （複数回答可）	1．地域包括支援センター 2．医師・歯科医師 3．社会福祉協議会・地域のボランティアセンター・住民参加型在宅福祉サービス 4．民生委員 5．市町村の担当部署の職員 6．認知症地域支援推進員 7．認知症初期集中支援チーム 8．他の居宅介護支援事業所のケアマネジャー 9．その他（　　）	
（2）上記の連携先のうち連携の必要があるが、連携しにくい機関（選択肢番号を記載）	（　　）	自由回答：

7．ケアマネジャーの仕事について
ケアマネジャーの仕事について、日ごろ感じていること、思っていること、基準や事務上での効率化のための改善案などを自由に記入してください （記入欄が足りないときは、別紙に記入して本票と一緒に封入してください）

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

介護予防支援事業所　利用者調査票

※　平成 30 年９月１日までにケアプランについて同意を得ている利用者の中から、実施要領に示した選定方法に従って利用者を選定してください。

※　この調査票は、この利用者を担当している介護支援専門員の方がご記入ください。

※　ケアマネジャーID の欄には、管理者から連絡された ID を記入してください。
※　利用者 ID の欄には、調査対象となった利用者様について、ケアマネジャーごとに連番を記入してください。利用者 ID は、別紙の利用者本人調査票と対応するように番号を揃えてください。調査対象となった利用者様が１名の場合も「１」と記入してください。

必ず記入して下さい

ケアマネジャーID：
利用者 ID：

１．利用者の属性等について

（1）性別	（2）年齢（数値を記入）	（3）利用開始年月日	
男 ・ 女	（　　）歳	平成（　　）年 （　　） 月 （　　）日	
（4）平成 30 年9月分の介護予防支援費の加算・減算該当の有無（それぞれ○は1つ）	介護予防支援	初回加算	1．該当する　　2．該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1．該当する　　2．該当しない

２．利用者の心身状況、介護者、経済状態等について（平成 30 年 10 月3日現在）

（1）現在の要介護度（○は1つ）	1．要支援1　2．要支援2　3．その他（認定申請中）
（2）障害高齢者の日常生活自立度（○は1つ） ※ケアマネジャーの判断による状態	1．自立　2．J　3．A　4．B　5．C
（3）認知症高齢者の日常生活自立度（○は1つ）	1．自立　2．Ⅰ　3．Ⅱa　4．Ⅱb　5．Ⅲa　6.Ⅲb　7.Ⅳ　8．M　9．不明
（4）当該利用者は右記の困難なケースに該当しますか（複数回答可）	1．医療ニーズが高い 2．本人と家族の意向が異なる 3．ケアマネジャーが必要と考えるサービスを受け入れない 4．認知症など意思表示が困難である 5．自己負担できる金額に制限がある 6．生活困窮者※1 7．独居 8．虐待又はその疑いがある 9．家族の意向が強く、振り回される 10．家族が遠方にいる 11．状態の変化が著しい 12．介護保険法以外の生活保護法や障害者自立支援法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、難病医療など他の公的サービスと重複している 13．排泄介助が必要 14．その他（　　） 15．いずれにも該当しない
（5）平成 30 年 10 月3日時点で罹患している傷病（複数回答可） 回答に際して、主治医意見書の内容などを参照してください。	1．高血圧 2．脳卒中（脳出血・脳梗塞等） 3．心臓病 4．糖尿病 5．高脂血症（脂質異常症） 6．呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7．胃腸・肝臓・胆のうの病気 8．腎臓・前立腺の病気 9．筋骨格系の病気（骨粗しょう症、関節症等） 10．外傷（転倒・骨折等） 11．がん（新生物・悪性腫瘍） 12．血液・免疫の病気 13．うつ病・精神疾患 14．認知症（アルツハイマー病等） 15．パーキンソン病 16．目の病気 17．耳の病気 18．歯科疾患 19．その他の難病 20．その他（　　） 21．把握していない 22．ない

※1　生活困窮者自立支援法による生活困窮者「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」を指す。

(6)同居者(※2)の有無 (○は1つ)	1. 有　　2. 無
(「1. 有」の場合) 1)同居者の続柄(複数回答可)	1. 配偶者 2. 子(息子) 3. 子(娘) 4. 子(息子)の配偶者 5. 子(娘)の配偶者 6. 親(父母) 7. 兄弟姉妹 8. 孫・おい・めい 9. 友人・知人 10. その他 (　　)
(「1. 有」の場合) 2)福祉等の支援が必要にもかかわらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可)	1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる 2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる 3. 経済上の問題を抱えている家族がいる 4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる 5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる 6. その他(　　)
(7)家族介護者等の有無	1. 有　　2. 無
(「1. 有」の場合) 家族介護者等の状況 (複数回答可)	1. 特に問題はない 2. 介護する人が高齢(65 歳以上) 3. 介護する人が病弱等心身の問題がある 4. 介護する人が要支援・要介護 5. 介護を必要とする人が複数いる 6. 仕事のため十分に介護できない 7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則 8. 自営業のため介護に十分対応できない 9. 育児を行っている 10. 同居してらず介護の頻度が月1回未満 11. 家族が遠方にいる 12. 介護する人が介護に消極的 13. 家族・介護者の意見が異なる 14. 家族の意向が強く、振り回される 15. その他(　　)
(8)現在の住まい(○は1つ)	1. 自宅(持家マンション、家族・親戚宅含む) 2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む) 3. 特定施設(有料老人ホーム) 4. 特定施設(2・3以外) 5. 2～4以外の集合住宅(賃貸) 6. その他 (　　)
「2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む)」の場合(○は1つ)	1. 貴事業所の同一法人(同系列含む)のサービス付き高齢者住宅に居住 2. 貴事業所の同一法人(同系列含む)以外のサービス付き高齢者住宅に居住
(9)生活保護(○は1つ)	1. 受給している　　2. 受給していない　　3. 不明
(10)現在の主治医(○は1つ)	1. 通院(病院)　　2. 通院(診療所)　　3. 訪問診療　　4. 主治医はいない
1)医療機関の規模(病床数)	(　　)床　　(　　)床
2)このケースにおける主治医との連携の状況(複数回答可)	1. 主治医意見書を取得した医師に対してケアプランを提示した 2. 利用者の受診時に同行したことがある 3. 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 4. 主治医はサービス担当者会議に出席してくれている 5. 病状(予後・改善可能性)について説明を受けている 6. その他(　　)

※2 同居とは、一つの家、または同敷地内に居住している場合。同じマンションも同居と見なす。

3. サービス利用状況について

(1)介護保険サービスの利用状況（複数回答可）（全て介護予防）	平成30年9月中に利用しているもの（複数回答可）	うち、併設のサービス（複数回答可）※3	個別サービス計画の取得（複数回答可）	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの（複数回答可）		平成30年9月中に利用しているもの（複数回答可）	うち、併設のサービス（複数回答可）※3	個別サービス計画の取得（複数回答可）	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの（複数回答可）
1)訪問入浴介護	1	1			7)短期入所療養介護	7	7	7	7
2)訪問看護（医療保険除く）	2	2	2	2	8)福祉用具貸与	8	8	8	8
3)訪問リハビリテーション	3	3	3	3	9)特定福祉用具販売	9	9	9	9
4)居宅療養管理指導（計画書ではなく報告書についてご回答ください）	4	4	4	4	10)住宅改修（これまでの利用の有無）	10	10	10	10
5)通所リハビリテーション	5	5	5	5	11)夜間対応型訪問介護	11	11	11	11
6)短期入所生活介護	6	6	6	6	12)認知症対応型通所介護	12	12	12	12

(2)その他のサービス利用状況（9月中）（複数回答可）※医療保険、介護予防・日常生活支援総合事業も含む		
	1. 総合事業における訪問型サービス	12. 紙おむつの支給・おむつ代の助成
	2. 総合事業における通所型サービス	13. 訪問理美容サービス
	3. 総合事業におけるその他生活支援サービス	14. 民生委員による訪問
	4. 医療保険の訪問看護	15. 緊急通報システム
	5. 訪問診療・往診	16. 友愛訪問（老人クラブ、社協等）
	6. 行政保健師の訪問	17. 成年後見制度
	7. 訪問歯科診療	18. 日常生活自立支援事業
	8. 配食サービス	19. 家族支援サービス
	9. 障害者・難病対象サービス（自立支援法を含む）	20. ボランティアによるサロン活動
	10. 軽度生活援助サービス（草むしり等）	21. 定期的な安否確認
	11. 外出支援・移送サービス	22. その他（　　）

※3 「併設」とは、貴居宅介護支援事業所と同一法人（同系列含む）の施設・事務所をさします。

4. ケアプランの作成およびサービス担当者会議等の実施状況

ケアマネジメント全体	(1)ケアマネジメントの各プロセスの説明状況（○はそれぞれに1つ）	ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度				
		本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない
	1)アセスメントの結果	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	2)長期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	3)短期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	4)ケアプラン原案	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	5)介護保険で使えるサービスの種類	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	6)利用するサービスを自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	7)サービス提供事業者を自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5

ケアマネジメント全体

（1）ケアマネジメントの各プロセスの説明状況（〇はそれぞれに1つ）	ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度				
	本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない
8）ケアマネジャーを選べる（変更できる）こと	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
9）サービス担当者会議の結果（本人・家族が参加しなかった場合）	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
10）確定したケアプラン	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
11）介護サービスの自己負担額	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5

アセスメント

（2）この利用者においてアセスメントで重視している（した）点

※特に重視している点 上位５つを選択

1. 本人が困っていること、心配していること
2. 家族が困っていること、心配していること
3. 本人が希望する生活や介護サービス
4. 家族が希望する生活や介護サービス
5. 本人の生活歴（大事にしてきたこと、こだわり）
6. 本人の生活状況
7. 本人の価値観
8. 認知症の診断名（原因疾患）
9. 認知症の重症度
10. 認知機能障害の特徴
11. 行動・心理症状（BPSD）の有無
12. 行動・心理症状（BPSD）が生じる要因
13. 身体の健康状態（睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等）
14. 手段的日常生活動作（IADL）
15. 身体的日常生活動作（ADL）
16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況
17. 居住環境
18. 経済状況
19. 家族状況・介護力
20. その他（　　）

1）上記のうち把握しづらいこと（把握するのが難しいこと）は何ですか

（複数回答可）

1. 本人が困っていること、心配していること
2. 家族が困っていること、心配していること
3. 本人が希望する生活や介護サービス
4. 家族が希望する生活や介護サービス
5. 本人の生活歴（大事にしてきたこと、こだわり）
6. 本人の生活状況
7. 本人の価値観
8. 認知症の診断名（原因疾患）
9. 認知症の重症度
10. 認知機能障害の特徴
11. 行動・心理症状（BPSD）の有無
12. 行動・心理症状（BPSD）が生じる要因
13. 身体の健康状態（睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等）
14. 手段的日常生活動作（IADL）
15. 身体的日常生活動作（ADL）
16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況
17. 居住環境
18. 経済状況
19. 家族状況・介護力
20. その他（　　）

（3）この利用者においてアセスメント結果の説明時に実施している（した）工夫

自由回答：

（4）アセスメントの結果、新たに医療機関の受診が必要と考えたことがありますか（〇は1つ）

1. ある　2. ない

→ **理由（複数回答可）**
1. 認知症の症状等が見られ、専門医の診断が必要
2. 身体的不調により対応が必要
3. その他（　　）

2）専門医の受診につなげましたか（〇は1つ）

1. 受診につなげた
2. 受診につなげていない →

【つなげていない理由】（複数回答可）
1. 本人が受診を希望しないため
2. 家族が受診を希望しないため
3. 本人の意志決定が困難のため
4. 通院が困難であるため
5. 地域に専門の医師がいないため
6. 予約がとりにくいため
7. 主治医が必要ないと考えたため
8. 今後受診する予定である
9. その他（　　）

	3）本人の希望を聞き自己決定してもらう上で、どのように支援しましたか（複数回答可）	1．本人が理解出来るように時間をかけてわかりやすく、丁寧に受け入れやすいように説明した 2．家族・後見人を通じて理解してもらうようにした 3．本人の考え方や気持ちを理解するように努めた 4．ケアマネジャー（自分）以外の視点で関わるように努めた 5．その他（　　）
ケアプランの作成	（5）ケアプラン新規作成・変更（平成 30 年9月中）（複数回答可）	1．9月中に新規作成した 2．9月中に変更した ⇒要介護認定の更新・区分変更の結果を踏まえた変更であったか（1．はい　2．いいえ） 3．9月中は新規作成も変更もしていない ⇒前回のケアプラン見直し時期（　　）年（　　）月
	（6）直近のケアプラン作成・変更にあたって、必要な情報を他職種から入手したのはいつですか（○は1つ）	1．継続ケースの場合、日常的に把握していた 2．サービス担当者会議開催前に連絡し入手した 3．サービス担当者会議の開催（他職種からの書面含む）した際に入手した 4．その他（　　） 5．情報は得ていない
	（7）現在のケアプランのサービス種類の希望・提案（複数回答可）	1．利用者が現在のサービスを希望　　2．家族が現在のサービスを希望 3．ケアマネジャーが現在のサービスを提案　　4．その他（　　）
	（8）現在のケアプランのサービス提供事業所の選択（複数回答可）	1．利用者が現在の事業所を希望　　2．家族が現在の事業所を希望 3．ケアマネジャーが現在の事業所を提案　4．その他（　　）

サービス担当者会議

（9）（6）において回答したケアプランの作成・変更について、直近のサービス担当者会議の開催状況をお答えください

1）開催した場合

出席状況 主治医以降の※部分については、サービス種別等（インフォーマル・サポートも含む）を全て記載してください	参加者	出欠状況（それぞれ○は1つ）	欠席の場合	
			ケアマネジャーからの意見照会の有無（それぞれ○は1つ）	事業所等からケアマネジャーへの回答の有無（それぞれ○は1つ）
	本人	1．出席　2．欠席		
	家族	1．出席　2．欠席		
	主治医	1．出席　2．欠席	1．有　2．無	1．有　2．無
	※	1．出席　2．欠席	1．有　2．無	1．有　2．無
	※	1．出席　2．欠席	1．有　2．無	1．有　2．無
	※	1．出席　2．欠席	1．有　2．無	1．有　2．無
	※	1．出席　2．欠席	1．有　2．無	1．有　2．無

協議内容（複数回答可）	1．本人の意向の確認 2．家族の意向の確認 3．ケアプラン原案に対する協議 4．サービス提供状況の報告、共有 5．サービス提供、支援内容に関する調整 6．利用者の状態の報告、共有 7．ケアプラン変更の必要性に関する協議 8．ケアプランの変更にかかわらず、課題の解決に向けた話し合い 9．利用者の家族を事由とした、課題の解決についての話し合い 10．その他（　　）
協議の状況（複数回答可）	1．多職種から積極的な発言、提案があった 2．参加者による活発な協議、意見交換を経て合意された 3．一部の職種のみが発言し、議論に参加していた 4．報告、連絡事項のみが共有され、そのまま承認された 5．その他（　　）

2)開催しなかった場合	開催していない理由（複数回答可）	1. 要介護認定の更新・区分変更を行わなかった 2. ケアプランの変更がなかった 3. 利用者・家族との日程調整がつかなかった 4. 他事業所との日程調整がつかなかった 5. ケアマネジャーが多忙のため開催できなかった 6. その他（　　）	
(10)利用者についてのサービス担当者会議の開催回数	【平成29年10月～平成30年9月の開催回数】	（　　）回	
	【平成30年9月中の開催回数】	（　　）回	
(11)利用者の家族のためだけに実施する連絡・相談について ※内容及び方法別の頻度について	1)利用者の家族のためだけに連絡・相談することはありますか（○は1つ）	1. はい　　2. いいえ →(12)へ	
	2)連絡・相談する家族の状況	1. 同居している家族　　2. 別居している家族（二世帯同居含む） 3. 本人に関与する家族はいない	
	家族の居住地（利用者宅からの最短の所要時間）（○は1つ）	1. 2世帯同居 2. 徒歩で5分以内 3. 何らかの交通手段で30分以内（徒歩のみを含む） 4. 何らかの交通手段で1時間以内 5. 1時間より時間を要する	
	3)利用者の家族のみに連絡・相談する場合の内容（複数回答可）	1. 家族の意向の確認 2. 家族介護者の健康状態の把握 3. 家族の状況に関する確認 4. 次月の計画に関するサービスの確認と調整 5. 本人と家族の意向が異なる場合の調整 6. 本人や将来に対する不安についての相談 7. 家族に対する労い 8. 不満への対応（サービスに対して、現状の介護について、本人等について） 9. 介護に対する意識の確認とはたらきかけ 10. その他（　　）	
	4)現在（直近数か月程度）の本人を除く家族への訪問頻度（○は1つ）	1. 月1回より多い 2. 月1程度	3. 数か月に1回 4. 実施していない
	月1回よりも訪問が多い理由		
	5)訪問以外の方法	頻度（それぞれ○は1つ）	
	ア. 電話	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	イ. FAX	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	ウ. メール・SNS等	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	エ. その他		
	（　　）	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない

<table>
<tr><td rowspan="8">(12)サービス提供事業所のサービスに対するモニタリングについて
※内容及び方法別の頻度について</td><td>内容
（複数回答可）</td><td colspan="2">1. 目標達成の状況
2. 利用者の心身状態の変化
3. 事業所からの提案
4. ケアプランの変更の必要性の有無
5. 利用者から事業所への要望、不満への対応
6. トラブルや事故の未然防止に関すること
7. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>方法</td><td colspan="2">頻度（それぞれ○は1つ）</td></tr>
<tr><td>ア. 訪問</td><td>1. 週１回以上
2. 隔週
3. 月１回</td><td>4. 2ヶ月に1回
5. 3ヶ月に1回
6. していない</td></tr>
<tr><td>イ. 電話</td><td>1. 週１回以上
2. 隔週
3. 月１回</td><td>4. 2ヶ月に1回
5. 3ヶ月に1回
6. していない</td></tr>
<tr><td>ウ. FAX</td><td>1. 週１回以上
2. 隔週
3. 月１回</td><td>4. 2ヶ月に1回
5. 3ヶ月に1回
6. していない</td></tr>
<tr><td>エ. メール・SNS等</td><td>1. 週１回以上
2. 隔週
3. 月１回</td><td>4. 2ヶ月に1回
5. 3ヶ月に1回
6. していない</td></tr>
<tr><td>オ. その他
（　　）</td><td>1. 週１回以上
2. 隔週
3. 月１回</td><td>4. 2ヶ月に1回
5. 3ヶ月に1回
6. していない</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>(13)アセスメントやモニタリングの際、利用者の状態を確認していますか（○は1つ）</td><td>服薬管理
1. 確認している
2. 確認していない</td><td>口腔や嚥下の機能
1. 確認している
2. 確認していない</td><td>褥瘡の状況
1. 確認している
2. 確認していない</td></tr>
<tr><td>(14)訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像を主治医等に提供していますか（○はそれぞれ1つ）</td><td>1. 提供している
2. 提供していない
↓
【提供していない理由】
1.主治医等がいない
2.主治医等がいるが
連絡がつかない
3.その他（　　）</td><td>1. 提供している
2. 提供していない
↓
【提供していない理由】
1.主治医等がいない
2.主治医等がいるが
連絡がつかない
3.その他（　　）</td><td>1. 提供している
2. 提供していない
↓
【提供していない理由】
1.主治医等がいない
2.主治医等がいるが
連絡がつかない
3.その他（　　）</td></tr>
<tr><td>(15)利用者が認知症であるかどうかをどのように確認していましたか（複数回答可）</td><td colspan="3">1. 本人の会話、身なり、行動、生活環境等から確認する
2. 家族や介護者からの本人の日常生活に関する情報を収集して確認する
3. サービス事業所等から情報を収集して確認する
4. 近隣住民や本人の知人等から情報を収集して確認する
5. 主治医意見書や医師からの情報で確認する
6. 認知症専門医の診断結果を確認する
7. その他（　　）</td></tr>
</table>

※　以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました　※

「医療機関と居宅介護支援事業所の連携に関する調査」

医療機関調査票

※この調査票は入退院支援部門の方、または退院支援を担当している方、地域連携室の職員の方が記入してください。
部署や病棟ごとに担当の方が異なる場合は、平成 30 年 9 月に「入退院支援加算」を最も多く算定した患者を担当した部署・病棟の職員の方が記入してください。

医療機関名		休止・休診の状況
記入者	所属部署【　　】 職　　種【1. 医師　2. 看護師・准看護師　3. MSW 4. 社会福祉士　5. その他（　　）】	1. 休止・休診はしていない 2. 休止中 3. 休診中(1 年以上) 4. 休診中(1 年未満)

1　貴医療機関の概況(平成 30 年 10 月3日の状況)

(1)運営主体 (○は1つ)

1. 国
   - 厚生労働省
   - 独立行政法人国立病院機構
   - 国立大学法人
   - 独立行政法人労働者健康安全機構
   - 国立高度専門医療研究センター
   - 独立行政法人地域医療機能推進機構
   - その他の国立
2. 公的医療機関
   - 都道府県
   - 市町村
   - 一部事務組合
   - 地方独立行政法人
   - 日赤
   - 済生会
   - 北海道社会事業協会
   - 厚生連
   - 国民健康保険団体連合会
3. 社会保険関係団体
   - 全国社会保険協会連合会
   - 厚生年金事業振興団
   - 船員保険会
   - 健康保険組合及びその連合会
   - 共済組合及びその連合会
   - 国民健康保険組合
4. 医療法人
5. 個人
6. その他
   - 公益法人
   - 学校法人
   - 社会福祉法人
   - 医療生協
   - 会社
   - その他の法人

(2)医療機関の種類 (○は1つ)

1. 病院　2. 有床診療所

1)病院の機能区分 (複数回答可)

1. 高度救命救急センター
2. 救命救急センター
3. 二次救急医療機関
4. 特定機能病院
5. 地域医療支援病院
6. がん診療連携拠点病院
7. 専門病院(※1)

(3)救急告示の有無 (○は1つ)

1. あり　2. なし

(4)診療科目 (複数回答可)

1. 内科	16. 外科	31. 産婦人科
2. 呼吸器内科	17. 呼吸器外科	32. 産科
3. 循環器内科	18. 心臓血管外科	33. 婦人科
4. 消化器内科(胃腸内科)	19. 乳腺外科	34. リハビリテーション科
5. 腎臓内科	20. 気管食道外科	35. 放射線科
6. 神経内科	21. 消化器外科(胃腸外科)	36. 麻酔科
7. 糖尿病内科(代謝内科)	22. 泌尿器外科	37. 病理診断科
8. 血液内科	23. 肛門外科	38. 臨床検査科
9. 皮膚科	24. 脳神経外科	39. 救急科
10. アレルギー科	25. 整形外科	40. 歯科
11. リウマチ科	26. 形成外科	41. 矯正歯科
12. 感染症内科	27. 美容外科	42. 小児歯科
13. 小児科	28. 眼科	43. 歯科口腔外科
14. 精神科	29. 耳鼻咽喉科	
15. 心療内科	30. 小児外科	

※1　専門病院とは主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生(支)局長に届け出たものを指す。

(5)病床数	総病床数 ( )床 うち精神病床 ( )床 うち感染症病床 ( )床 うち結核病床 ( )床 うち医療療養病床 ( )床 うち回復期リハ病床(再掲) ( )床 うち地域包括ケア病床(再掲) ( )床 うち介護療養病床 ( )床 うち一般病床 ( )床 うち回復期リハ病床(再掲) ( )床 うち地域包括ケア病床(再掲) ( )床		
1)一般病床の看護体制 (複数回答可)	病院 (1.(2)で病院を選択した方のみ回答してください)	1. 急性期一般入院料1 2. 急性期一般入院料2 3. 急性期一般入院料3 4. 急性期一般入院料4 5. 急性期一般入院料5 6. 急性期一般入院料6 7. 急性期一般入院料7 8. 地域一般入院料1 9. 地域一般入院料2 10. 地域一般入院料3	
	有床診療所 (1.(2)で有床診療所を選択した方のみ回答してください)	1. 有床診療所入院基本料1 2. 有床診療所入院基本料2 3. 有床診療所入院基本料3 4. 有床診療所入院基本料4 5. 有床診療所入院基本料5 6. 有床診療所入院基本料6	
(6)入退院に関わる報酬算定状況 (平成30年9月診療分)	1. 入退院支援加算(Ⅰ) ⇒ ( )件 2. 入退院支援加算(Ⅱ) ⇒ ( )件 3. 地域連携診療計画管理料 ⇒ ( )件 4. 介護支援等連携指導料 ⇒ ( )件 5. 退院時共同指導料2 ⇒ ( )件		
(7)入院患者のうち、同一市区町村在住者の占める割合	( )割		
(8)入退院支援の窓口 (○は1つ)	1. 病院全体 2.病棟ごと 3. その他( )		
(9)入退院支援部門の有無(○は1つ)	1. あり 2. なし ⇒部署名 ( )		
(10)入退院支援・地域連携業務担当者の人数	1)入退院支援部門に配置され入退院支援・地域連携業務に関する経験を有する者	1. 看護師 ( )人 2. 社会福祉士( )人	
	2)病棟に配置され入退院支援及び地域連携業務に専従する者	1. 看護師 ( )人 2. 社会福祉士( )人	
(11)貴医療機関の運営法人が運営する居宅介護支援事業所の有無とその立地(複数ある場合は主な事業所3つについて記入) (○はそれぞれ1つ)	1. あり ⇒ 2. なし	1	立地 近接 ・ 近隣 ・ 市区町村内 ・ その他( )
		2	近接 ・ 近隣 ・ 市区町村内 ・ その他( )
		3	近接 ・ 近隣 ・ 市区町村内 ・ その他( )

2 居宅介護支援事業所・ケアマネジャーとの連携の状況について（指定がない場合、平成 30 年7月～9月の状況）

（1）ケアマネジャーとの連携窓口（○は1つ）	1. 医療機関全体で連携窓口を1つ定めている 2. 医療機関内で連携窓口は2つ以上定めており、かつ病棟数より少ない 3. 病棟ごとに連携窓口を1つ定めている 4. 連携窓口はない

平成 30 年9月に「入退院支援加算」を最も多く算定した病棟について回答してください。「入退院支援加算」を算定していない場合には、要介護認定を受けている方が最も多く退院している病棟について回答してください。
病院全体で退院支援をしている場合は、「調査対象の病棟」を病院全体と読み替えてください。

（2）本調査に回答するために選定した病棟について（以下では「調査対象の病棟」と表記します。） ※病棟が分かれていない場合、医療機関全体を調査対象としてください。	総病床数 （ ）床 うち精神病床 （ ）床 うち感染症病床 （ ）床 うち結核病床 （ ）床 うち医療療養病床 （ ）床 うち回復期リハ病床（再掲） （ ）床 うち地域包括ケア病床（再掲） （ ）床 うち介護療養病床 （ ）床 うち一般病床 （ ）床 うち回復期リハ病床（再掲） （ ）床 うち地域包括ケア病床（再掲） （ ）床

	病院 （ 1.（2）で病院を選択した方のみ回答してください）	有床診療所 （ 1.（2）で有床診療所を選択した方のみ回答してください）
1）一般病床の看護体制（○は1つ）	1. 急性期一般入院料1 2. 急性期一般入院料2 3. 急性期一般入院料3 4. 急性期一般入院料4 5. 急性期一般入院料5 6. 急性期一般入院料6 7. 急性期一般入院料7 8. 地域一般入院料1 9. 地域一般入院料2 10. 地域一般入院料3	1. 有床診療所入院基本料1 2. 有床診療所入院基本料2 3. 有床診療所入院基本料3 4. 有床診療所入院基本料4 5. 有床診療所入院基本料5 6. 有床診療所入院基本料6

（3）ケアマネジャーと連携している職種（複数回答可）	1. 看護師・准看護師（ ）人　2. MSW（ ）人 3. PT（ ）人　4. OT（ ）人　5. ST（ ）人 6. その他（ ）人　⇒主な職種　（ ）

【入院時の連携】

（4）平成 30 年7月～9月中に患者が新規で「調査対象の病棟」に入院した際に連携した居宅介護支援事業所の数	（ ）事業所

（5）平成 30 年7月～9月中に「調査対象の病棟」へ新規で入院した 65 歳以上の患者数	ア.「調査対象の病棟」に新規で入院した 65 歳以上の患者数	イ. うち入院時点で要介護認定を受けている患者数	ウ. うち入院時点で担当のケアマネジャーがいる患者数	エ. うち担当のケアマネジャーの氏名等がわかっている患者数	オ. うち入院時にケアマネジャーから情報提供を受けている人数
	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人

<table>
<tr><td rowspan="2">（6）情報提供を受けている場合、ケアマネジャーからの情報提供の方法

※書式がある場合
使用している書式（未記入のもの）を添付してください。</td><td>書式の有無
（複数回答可）</td><td colspan="3">1. あり　⇒書式の種類(複数回答可)
【 1. 貴医療機関が作成
2. 地域で作成した様式（自治体、医師会等）
3. その他（　　）】

2. なし</td></tr>
<tr><td>連携時の工夫や取り決め</td><td colspan="3">【具体的にお書きください】</td></tr>
<tr><td>（7）患者入院時にケアマネジャーから提供される情報のうち役に立つ内容
（複数回答可）</td><td>1. 世帯構成
2. 主介護者氏名
3. キーパーソン氏名
4. 本人の趣味・興味・関心領域等
5. 本人の生活歴
6. 入院前の本人の生活に対する意向
7. 入院前の家族の生活に対する意向
8. 入院前の介護サービスの利用状況
9. 在宅生活に必要な要件
10. 退院後の世帯状況
11. 世帯に対する配慮
12. 退院後の主介護者
13. 介護力
14. 家族や同居者等による虐待の疑い</td><td>15.「院内の多職種カンファレンス」への参加
16.「退院前カンファレンス」への参加
17.「退院前訪問指導」を実施する場合の同行
18. 麻痺の状況
19. ADL
20. 食事内容
21. 口腔の状況
22. 排泄の状況
23. 睡眠の状態
24. 喫煙の有無
25. コミュニケーション能力
26. 精神面における療養上の問題（行動・心理症状（BPSD）の有無）
27. 疾患歴（がん、認知症等の有無）
28. 入院歴（最近の入院の有無、入院頻度等）</td><td>29. 入院前に実施している医療処置
30. 内服薬の有無
31. 居宅療養管理指導の有無
32. 薬剤管理の状況
33. 服薬状況
34. かかりつけ医機関名
35. 電話番号
36. 医師名
37. 診察方法・頻度（通院・訪問診療・往診の状況を含む）
38. 褥瘡の有無
39. 飲酒
40. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>（8）患者入院時にケアマネジャーから提供される情報のうち不足している内容
（複数回答可）</td><td>1. 世帯構成
2. 主介護者氏名
3. キーパーソン氏名
4. 本人の趣味・興味・関心領域等
5. 本人の生活歴
6. 入院前の本人の生活に対する意向
7. 入院前の家族の生活に対する意向
8. 入院前の介護サービスの利用状況
9. 在宅生活に必要な要件
10. 退院後の世帯状況
11. 世帯に対する配慮
12. 退院後の主介護者
13. 介護力
14. 家族や同居者等による虐待の疑い</td><td>15.「院内の多職種カンファレンス」への参加
16.「退院前カンファレンス」への参加
17.「退院前訪問指導」を実施する場合の同行
18. 麻痺の状況
19. ADL
20. 食事内容
21. 口腔の状況
22. 排泄の状況
23. 睡眠の状態
24. 喫煙の有無
25. コミュニケーション能力
26. 精神面における療養上の問題（行動・心理症状（BPSD）の有無）
27. 疾患歴（がん、認知症等の有無）
28. 入院歴（最近の入院の有無、入院頻度等）</td><td>29. 入院前に実施している医療処置
30. 内服薬の有無
31. 居宅療養管理指導の有無
32. 薬剤管理の状況
33. 服薬状況
34. かかりつけ医機関名
35. 電話番号
36. 医師名
37. 診察方法・頻度（通院・訪問診療・往診の状況を含む）
38. 褥瘡の有無
39. 飲酒
40. その他（　　）</td></tr>
</table>

【退院時の連携】

(9)平成30年7月～9月に「調査対象の病棟」から退院した65歳以上の患者数	ア.「調査対象の病棟」から退院した65歳以上の患者数	イ.うち退院時点で要介護認定を受けている患者数	ウ.イのうち退院時にケアマネジャーと共同で患者に対し、退院後の介護サービスの必要性について指導・情報共有を行った人数	エ.イのうち入院中に、三者(※1)以上と共同して退院後の説明・指導を行った人数	オ.イのうち「入退院支援加算Ⅰ」を算定した人数	カ.イのうち「入退院支援加算Ⅱ」を算定した人数
	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人	(　　)人

(10)要介護認定を受けている患者が入院した際に、ケアマネジャーから連絡を受けていない場合、ケアマネジャーに連絡していますか(○は1つ)	1. 全ての場合に連絡している 2. ほとんど連絡している　※1(目安100件中90件以上) 3. 連絡している場合が多い　※2(目安100件中50～89件) 4. 連絡していない場合が多い　※3(目安100件中11～49件) 5. ほとんど連絡していない　※4(目安100件中10件以下) 6. 全く連絡していない	
(11)要介護認定を受けている患者について、退院時カンファレンスを行う際に、ケアマネジャーに連絡していますか(○は1つ)	1. 全ての場合に連絡している 2. ほとんど連絡している　※1(目安100件中90件以上) 3. 連絡している場合が多い　※2(目安100件中50～89件) 4. 連絡していない場合が多い　※3(目安100件中11～49件) 5. ほとんど連絡していない　※4(目安100件中10件以下) 6. 全く連絡していない　⇒(12)へ	
1)どのような場合に連絡をしていますか(複数回答可)	1. 独居 2. 老老などで家族に期待ができない 3. 服薬に関して不安がある 4. 通院に関して不安がある 5. 介護サービスが必須 6. 介護サービス以外のサービスが必要 7. その他(　　)	
(12)平成30年7月～9月中に患者が「調査対象の病棟」から退院する際に連携した居宅介護支援事業所の数	(　　)事業所	
(13)退院時に患者の情報をケアマネジャーに提供する際の主な手段・方法 ※書式がある場合 使用している書式(未記入のもの)を添付してください。	アクセス方法(複数回答可)	1. ケアマネジャー・居宅介護支援事業所に直接連絡する 2. 患者・家族に連絡し、ケアマネジャーに伝えてもらう 3. ケアマネジャーから連絡されるのを待つ 4. その他(　　)
	書式の有無(○は1つ)	1. あり　⇒**書式の種類**(複数回答可) 【 1. 貴医療機関が作成 2. 地域で作成した様式(自治体、医師会等) 3. その他(　　)】 2. なし
	連携手段(複数回答可)	1. 対面・面談　2. Web会議　3. 電話　4. メール　5. FAX 6. その他(　　)
(14)退院時に患者情報を提供・共有する際、特に重視している情報(複数回答可)	1. 疾患の状態 2. 食事の状況 3. 口腔の状況 4. 移動の状況 5. 排泄の状況 6. 夜間の状態 7. 療養上の留意事項 8. 薬の状況 9. その他(　　) 10. 特にない	

※1　※三者とは在宅療養を行う医療機関、歯科、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所のいずれか三者以上

(15)患者退院時にケアマネジャーとの連携で工夫している点(複数回答可)	1. 退院時カンファレンスでは必ず、ケアマネジャーとしての意見を求めている 2. 医療機関独自の様式等により、わかりやすく情報提供する工夫をしている 3. 専門用語を避けるなど、理解しやすくするための工夫をしている 4. 日頃から、ケアマネジャーや居宅介護支援事業所との協力関係を築いている 5. 医療機関内に、ケアマネジャーと連携がはかれる職員を十分に確保するようにしている

	6. その他(　　) 7. 特にない
(16)ケアマネジャーと連携してよかったこと (複数回答可)	1. 患者について考慮すべきことが早期にわかり、より効果的な医療的処置を実施できた 2. 退院が円滑に進んだ 3. 在宅サービスにスムーズに結びついた 4. 在宅療養が継続した 5. 手厚い体制で患者に寄り添うことができ、患者や家族の満足が得られた 6. 医療機関の関与が少なくて済んだ 7. その他(　　)

(17)ケアマネジャーに対してどのような役割を期待していますか。ケアマネジャーは、その役割を実施していますか (複数回答可)		役割	ア. ケアマネジャーに期待している	求める時期(入院前・入院時に該当する箇所、1か所又は2か所に○)		イ. ほとんどのケアマネジャーは概ね実施している
				入院前	入院時	
	入院前または入院した時	1)入院前利用の介護サービス・福祉サービスの伝達	1	1	1	1
		2)入院前の ADL や IADL、介護が必要な内容の状況についての伝達	2	2	2	2
		3)同居家族や介護体制の状況の伝達	3	3	3	3
		4)入院前の虐待や生活困窮の状況の伝達	4	4	4	4
		5)入院前の入退院に関する情報の伝達	5	5	5	5
		6)入院前の褥瘡や栄養状態、服薬中薬剤に関する情報の伝達	6	6	6	6
		7)その他身体・社会・精神的背景、退院困難な要因等に関する患者の情報の伝達	7	7	7	7
		8)退院時の支援・困難性を事前に判断するための事前カンファレンス等への出席	8	8	8	8
	入院する時	9)入院時の手続きに関する本人・家族の支援	9			9
		10)入院時の必要品等の準備等の支援	10			10
	入院中	11)本人や家族、医療機関の状況に合わせた即時の対応	11			11
		12)要介護認定の申請手続きや介護サービスに対する情報提供	12			12
		13)要介護認定の区分変更申請手続きの支援または代行	13			13
		14)医療機関に訪問し、指導への同席や本人・家族への情報提供	14			14
		15)医療機関が家族に連絡する際の仲介や支援(医療機関が連絡が取りにくい場合等)	15			15
	退院時	16)退院時カンファレンスへの参加	16			16
		17)退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成	17			17
		18)退院時に本人・家族へ医療機関が指導する際への同席	18			18
		19)退院手続きに関する本人・家族の支援	19			19
		20)退院後の生活環境の整備(医療機関が期待するかどうか)	20			20

(17)ケアマネジャーに対してどのような役割を期待していますか。その役割についてケアマネジャーは実施していますか。（複数回答可）	役割		ア. ケアマネジャーに期待している	求める時期（入院前・入院時に該当する箇所、1か所又は2か所に〇）		イ. ほとんどのケアマネジャーは概ね実施している
				入院前	入院時	
	退院後	21）退院後の医療機関の患者宅訪問指導への同行・同席	21			21
		22）本人・家族の在宅療養生活（セルフマネジメント）支援（通院・服薬の支援を含む）	22			22
		23）通院への同行・同席	23			23
		24）退院後の在宅での生活や療養状況の情報の伝達	24			24
		25）家族の介護負担軽減（医療機関から退院後に依頼されるかどうか）	25			25
	時期を問わず	26）疾患や医療的処置・服薬の理解	26			26
		27）医療機関の決まりごと等の理解	27			27
		28）その他 （ ）	28			28
		29）特にない（ケアマネジャーに期待することが「特にない」場合に 29 を〇で囲んでください）	29			

(18)要介護認定を受けている患者について、入院時・退院時以外で、必要に応じてケアマネジャーに連絡していますか（〇は1つ）	1. 必要な場合は全て連絡している 2. 必要な場合のうち、ほとんど連絡している ※1（目安 100 件中 90 件以上） 3. 必要な場合のうち、連絡している場合が多い ※2（目安 100 件中 50～89 件） 4. 必要な場合のうち、連絡していない場合が多い ※3（目安 100 件中 11～49 件） 5. 必要な場合のうち、ほとんど連絡していない ※4（目安 100 件中 10 件以下） 6. 必要な場合であっても、全く連絡していない

(19)ケアマネジャーとの連携について、困難と感じる点・問題と感じる点について 右の1）と2）に、回答してください （複数回答可）		1）今までに問題と感じたことがありますか	2）平成 30 年4月以降、改善したと思うことはありますか
入院した時	1. 担当のケアマネジャーやケアマネジャーの連絡先の確認に時間や労力を要する場合がある	1	1
	2. 患者の入院時にケアマネジャーから情報提供を受ける手段や方法が定まっていない	2	2
	3. ケアマネジャーに、入院時の連携の窓口や担当者の存在が伝わっていない	3	3
	4. ケアマネジャーから提供を受けた情報が、まとまっていない	4	4
	5. 適切な診療や看護のために、必要な情報が不足している	5	5
	6. ケアマネジャーに貴院を訪問してもらう際の、スケジュール調整が難しい	6	6
	7. 必要なタイミングで情報が、提供されない（提供されるタイミングが遅い）	7	7
	8. 情報提供を受け入れる体制が整っていない	8	8
	9. ケアマネジャーが受身で、依頼しなければ情報が提供されない	9	9
	10. ケアマネジャーから提供された情報について、病院で活用されていない	10	10
	11. 病院内の職員が多忙で、時間が取れない	11	11
	12. 情報提供を求めてもケアマネジャーが多忙のため、対応してもらえない	12	12
	13. 患者が情報提供を拒否する	13	13
	14. 家族が情報提供を拒否する	14	14
	15. 遠方の居住者の場合にケアマネジャーに連絡しにくい	15	15
	16. ケアマネジャーに連絡しても病院に来てもらえないことがある	16	16

	入院している時	17. ケアマネジャーは患者の入院中の変化について把握しない	17	17
		18. 退院時カンファレンスを実施していない	18	18
		19. 退院時カンファレンスにケアマネジャーを呼んでも出席しない	19	19
	退院時	20. 退院時カンファレンスにおいてケアマネジャーが必要と考えていることがわからない	20	20
		21. 退院時カンファレンスではケアマネジャーが自発的に発言しない	21	21
		22. ケアマネジャーとの日程の調整が難しい	22	22
		23. ケアマネジャーは退院時の連携窓口を認識していない	23	23
		24. 治療等の都合により、ケアマネジャーへの退院の連絡が直前になることがある	24	24
		25. ケアマネジャーに対して医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点について提供の必要性を感じない	25	25
		26. 禁忌事項の有無・内容の留意点を伝える必要性を感じない	26	26
		27. ケアマネジャーに対して症状・病状の予後・予測について提供の必要性を感じない	27	27
		28. 退院時において文書での情報を提供することを煩雑に思う	28	28
		29. 患者が初めて介護保険サービスを利用する場合に、ケアマネジャーの窓口がわからない	29	29
		30. 患者を紹介できる居宅介護支援事業所が少ない	30	30
		31. 退院時に、入院前に患者を担当していたケアマネジャーを把握することが難しい、連絡しづらい	31	31
		32. 患者の退院後の在宅生活や介護に関してわからず、求められている情報がわからない	32	32
	退院後	33. 退院後にケアマネジャーから情報が来ない	33	33
		34. 必要なサービス等の情報が反映されない	34	34
		35. 退院後のサービスメニューについてケアマネジャーに納得してもらえない	35	35
		36. 退院後に頻繁に質問や追加の説明を求められると労力が大きい	36	36
		37. ケアマネジャーが、医療に関する知識を十分に有していない	37	37
		38. 介護保険制度に関する表現や用語などを理解することが難しい	38	38
	その他	39. ケアマネジャーとコミュニケーションがうまくとれない	39	39
		40. 連携や情報共有のために必要となる会議や連絡等の時間や労力が大きい	40	40
		41. その他	41	41
		42. 特にない	42	42

自由記入欄

今後、ケアマネジャー・居宅介護支援事業所との連携を進める上でのご意見や要望など、ご自由にご記入ください。

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第 17 回（H31. 3. 14）	資料６－４

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査」【事業所票】

■ご記入にあたってのご注意

- この調査票は福祉用具貸与事業所の管理者の方（事業所全体の方針や経営について回答できる方）がご記入ください。
- 特に指定の無い限り、平成30年10月3日（水）現在の状況についてご回答ください。
- 数字を記入する欄が０（ゼロ）の場合は「０」とご記入ください。
- 具体的な回答方法については、同封の「記載要領」をご確認ください。
- 平成30年11月30日（金）までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-297-425（平日10:00～17:00）

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX:03-6826-5060

E-mail：h30rental@mri-ra.co.jp

〒100-6105　東京都千代田区永田町2-11-1　山王パークタワー5階

問1 基本情報

(1) 開設年	（西暦）　　年	
(2) 事業内容	以下、いずれかひとつに✔を入れてください。	

○ ① 福祉用具貸与・販売を専門に行っている →問２へ進んでください

○ ② 他の事業と兼業で福祉用具・販売を行っている

ア）他の事業について（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

□ ① 介護・医療サービスの提供

□ ② 介護・医療サービス以外の一般のサービス・販売等

□ ③ その他（　　）

イ）事業所収益に対する福祉用具貸与・販売の割合

約　　割

問2 提供サービス

(1)法人が提供しているサービス（関連法人を含む）、(2)貴事業所に併設されているサービスとして該当するもの全てに☑を付けてください。※「併設されているサービス」とは、貴事業所と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

(1) 法人が提供	(2) 事業所に併設		(1) 法人が提供	(2) 事業所に併設	
＜居宅サービス＞			＜施設サービス＞		
□	□	1 訪問介護	□	□	20 介護老人福祉施設
□	□	2 訪問入浴介護	□	□	21 介護老人保健施設
□	□	3 訪問看護	□	□	22 介護療養型医療施設
□	□	4 訪問リハビリ	□	□	23 介護医療院
□	□	5 通所介護	＜医療サービス＞		
□	□	6 通所リハビリ	□	□	24 病院
□	□	7 短期入所生活介護、療養介護	□	□	25 診療所
□	□	8 特定施設入居者生活介護	＜その他＞		
□	□	9 居宅介護支援	□	□	26 サービス付き高齢者向け住宅
□	□	10 福祉用具販売(特定福祉用具)	□	□	27 有料老人ホーム
＜地域密着型サービス＞			□	□	28 養護老人ホーム
□	□	11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	□	□	29 軽費老人ホーム（ケアハウス、A、B）
□	□	12 夜間対応型訪問介護	□	□	30 旧高齢者専用賃貸住宅
□	□	13 認知症対応型通所介護	□	□	31 地域包括支援センター
□	□	14 小規模多機能型居宅介護	□	□	32 住宅改修
□	□	15 認知症対応型共同生活介護			
□	□	16 地域密着型特定施設入居者生活介護	□	□	33 特になし
□	□	17 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護			
□	□	18 看護小規模多機能型居宅介護			
□	□	19 地域密着型通所介護			

問3 職員体制　※該当者がいない場合は0を記入してください。

	(1)常勤	(2)非常勤	(3)常勤換算数
職員の総数	**人**	**人**	**人**

（内訳）

福祉用具専門相談員		人	人	人
	うち、保健師	人	人	人
	うち、看護師	人	人	人
	うち、准看護師	人	人	人
	うち、理学療法士	人	人	人
	うち、作業療法士	人	人	人
	うち、社会福祉士	人	人	人
	うち、介護福祉士	人	人	人
	うち、義肢装具士	人	人	人
	うち、福祉用具専門相談員指定講習終了者	人	人	人
その他の職員数		人	人	人

※ １人の方が複数の資格を有している場合は、各資格のそれぞれの欄に重複して計上してください。

問4 貸与実績　※平成30年7月貸与分

(1)貸与商品数、(2)貸与件数について記載してください。　　※実績がない場合は０を記入してください。

	(1)貸与商品数		(2)貸与件数	
	合計	うち、レンタル卸	合計	うち、レンタル卸
車いす	商品	商品	件	件
車いす付属品	商品	商品	件	件
特殊寝台	商品	商品	件	件
特殊寝台付属品	商品	商品	件	件
床ずれ防止用具	商品	商品	件	件
体位変換器	商品	商品	件	件
手すり	商品	商品	件	件
スロープ	商品	商品	件	件
歩行器	商品	商品	件	件
歩行補助杖	商品	商品	件	件
認知症老人徘徊感知機器	商品	商品	件	件
移動用リフト	商品	商品	件	件
自動排泄処理装置	商品	商品	件	件

(3)　価格設定の方針(複数回答可)

※ 平成30年度の介護保険制度の改正に関わらず、貴事業所における価格設定の基本的な方針について、
重要と考えているものを**上位３つまで**の項目に☑をつけてください。

□	①　仕入（購入）価格を考慮して設定している	□	②　レンタル卸の価格を考慮して設定している
□	③　アセスメントに係る経費を考慮して設定している	□	④　フィッティングに係る経費を考慮して設定している
□	⑤　モニタリングに係る経費を考慮して設定している	□	⑥　搬入出に係る経費を考慮して設定している
□	⑦　メンテナンスに係る経費を考慮して設定している	□	⑧　消毒に係る経費を考慮して設定している
□	⑨　その他経費を考慮して設定している	□	⑩　利用者負担に考慮して設定している
□	⑪　地域における相場を考慮して設定している		
□	⑫　福祉用具情報システム（ＴＡＩＳ）(※)の介護保険商品詳細で公表されている最頻価格や平均価格を参考にしている		
□	⑬　その他の要素を考慮している　　）		

（※）公財）テクノエイド協会がＨＰ上で運用している福祉用具情報検索システム

問5　福祉用具貸与に関する平成30年度の制度改正の影響

(1)　7月貸与分の商品について、貸与価格の上限を超えた商品の有無　（いずれかひとつに✔を入れてください）

○	①　あり	○	②　なし ⟶(3) へ進んでください

(2)　「①あり」の場合の貸与実績、変更状況

※ 貸与価格の上限を超えた商品だけでなく、全ての商品について記入してください。

	10月貸与の商品数	うち、貸与価格の上限(7月公表)の価格を超えた商品数	10月貸与の貸与件数	うち、7月貸与分から価格を変更した件数		うち、7月貸与分から貸与価格の変更に伴い商品を変更した件数	10月時点で貸与価格の上限設定(7月公表)後、貸与価格の変更に伴い		
				増額した商品の貸与件数	減額した商品の貸与件数		貸与を終了した件数	利用者が買い取った件数	介護保険外での貸与利用とした件数
車いす	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
車いす付属品	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
特殊寝台	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
特殊寝台付属品	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
床ずれ防止用具	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
体位変換器	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
手すり	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
スロープ	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
歩行器	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
歩行補助杖	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
認知症老人徘徊感知機器	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
移動用リフト	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件
自動排泄処理装置	品目	品目	件	件	件	件	件	件	件

(3)　貸与価格の変更にあたり考慮した点（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

□	①　仕入（購入）価格を考慮して変更した	□	②　レンタル卸の価格を考慮して変更した
□	③　アセスメントに係る経費を考慮して変更した	□	④　フィッティングに係る経費を考慮して変更した
□	⑤　モニタリングに係る経費を考慮して変更した	□	⑥　搬入出に係る経費を考慮して変更した
□	⑦　メンテナンスに係る経費を考慮して変更した	□	⑧　消毒に係る経費を考慮して変更した
□	⑨　その他経費を考慮して変更した	□	⑩　利用者負担に考慮して変更した
□	⑪　当該事業所における全ての商品の貸与価格を考慮して変更した	□	⑫　地域における相場を考慮して変更した
□	⑬　全国平均貸与価格を考慮して変更した	□	⑭　貸与価格の上限を考慮して変更した
□	⑮　その他の要素を考慮して変更した（　　）		

(4)　価格変更に伴う事務負担・経費負担（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

※作業の発生有無ではなく、負担がある（あった）項目について、☑をつけてください。

□	①　商品カタログの価格修正・再印刷の発生	□	②　事業所内システムの改修作業の発生
□	③　行政への届出	□	④　利用者との契約変更手続き
□	⑤　勉強会の開催や参加	□	⑥　その他（　　）

問6 利用者等への説明の状況

(1)　利用者・家族に説明した内容・反応（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

以下の項目において、利用者・家族に説明した内容に☑を入れ、ご理解いただいた割合を記入してください。

	説明した内容	理解が得られた割合
1 福祉用具に係る制度改正について	□	約　　割
2 貸与価格の変更について	□	約　　割
3 貸与品目の変更について	□	約　　割
4 貸与価格の構成について	□	約　　割
5 全国平均価格と自社の価格の差異について	□	約　　割
6 貸与価格の上限について	□	約　　割
7 貸与していた商品の貸与終了について	□	約　　割
8 貸与していた商品の買い取りについて	□	約　　割
9 介護保険外の貸与利用について	□	約　　割
10 説明していない	□	

(2)　ケアマネジャーの反応（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

□　①　商品についての問合せが増えた	□　②　価格についての問合せが増えた
□　③　商品の変更が求められた	□　④　ケアプランの見直しが実施された
□　⑤　他の貸与事業所が貸与していた利用者について、当該事業所からの貸与に変更があった	
□　⑥　当該事業所から貸与していた利用者について、他の事業所からの貸与に変更があった	
□　⑦　その他（　　）	
□　⑧　特にない	

問7 貸与価格の上限設定による経営への影響

(1)　収益への影響※現時点での見込みでも構いません。（いずれかひとつに✔を入れてください）

平成29年度と比較して、平成30年度の収益への影響を回答いただき、その理由も記入してください。

		その理由
○	①　収益が増加した（増加する見込み）	
○	②　収益が減少した（減少する見込み）	
○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	

(2)　経費への影響　※現時点での見込みでも構いません。

平成29年度と比較して、平成30年度の経費について費目ごとに影響を回答いただき、その理由も記入してください。

	費用への影響		その理由
人件費（ひとつに✔）	○	①　費用が増加した（増加する見込み）	
	○	②　費用が減少した（減少する見込み）	
	○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	
フィッティング費用（ひとつに✔）	○	①　費用が増加した（増加する見込み）	
	○	②　費用が減少した（減少する見込み）	
	○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	
モニタリング費用（ひとつに✔）	○	①　費用が増加した（増加する見込み）	
	○	②　費用が減少した（減少する見込み）	
	○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	
メンテナンス費用（ひとつに✔）	○	①　費用が増加した（増加する見込み）	
	○	②　費用が減少した（減少する見込み）	
	○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	
搬入出・運搬費（ひとつに✔）	○	①　費用が増加した（増加する見込み）	
	○	②　費用が減少した（減少する見込み）	
	○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	
消毒に係る費用（ひとつに✔）	○	①　費用が増加した（増加する見込み）	
	○	②　費用が減少した（減少する見込み）	
	○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	
その他費用（ひとつに✔）	○	①　費用が増加した（増加する見込み）	
	○	②　費用が減少した（減少する見込み）	
	○	③　影響はなかった（影響はない見込み）	

問8 仕入れ価格への影響

(1)　事業所全体の仕入れ価格（購入単価）の変化の状況（いずれかひとつに✔を入れてください）

平成30年７月貸与分の仕入れ価格と、平成30年10月貸与分の仕入れ価格の変化について回答してください。

○	仕入れ価格が上がったものがある（下がったものはない）
○	仕入れ価格が下がったものがある（上がったものはない）
○	仕入れ価格が上がったものと下がったものの両方ある
○	変動はない

(2)　レンタル卸の利用の有無（いずれかひとつに✔を入れてください）

○	①　あり⟶ 利用社数		社
○	②　なし		

(3)　仕入価格の変化の状況

	①事業所全体における福祉用具貸与に関する介護保険請求額（税込み）	② ①の介護保険請求額に紐づくレンタル卸への支払額（税込み）	③介護保険貸与対象の福祉用具の減価償却額	④介護保険貸与対象の非減価償却福祉用具の仕入れ額（税込み）
平成29年10月貸与分の実績	千円	千円	千円	千円
平成30年10月貸与分の実績	千円	千円	千円	千円

問9　貸与価格見直しに伴う対応状況

貸与価格見直しを行うにあたり、これまでにどのような対応をしましたか。
（当てはまるもの全てに☑を入れてください）
※☑をつけた項目について、見直した内容も記入してください。

		見直した内容
□	① 商品の調達方法・調達先の変更	（　　）
□	② 商品の仕入れ価格の調整	（　　）
□	③ 商品のレンタル卸価格の調整	（　　）
□	④ 貸与品目（取り扱いの範囲など）	（　　）
□	⑤ アセスメント（計画書の作成含む）の方法	（　　）
□	⑥ フィッティングの頻度・内容・方法	（　　）
□	⑦ モニタリングの頻度・内容・方法	（　　）
□	⑧ メンテナンスの頻度・内容・方法	（　　）
□	⑨ 物品管理（消毒・保管・搬送）の内容・方法	（　　）
□	⑩ 人員体制	（　　）
□	⑪ 職員の研修・教育	（　　）
□	⑫ 展示会や広報・広告等	（　　）
□	⑬ ケアマネジャーへの営業活動	（　　）
□	⑭ 上限を超えた商品について、利用者が買い上げ	（　　）
□	⑮ 介護保険外の貸与商品の範囲拡大	（　　）
□	⑯ 営業所の統廃合	（　　）
□	⑰ 福祉用具貸与事業**以外**の事業のコスト削減策	（　　）
□	⑱ 福祉用具貸与事業**以外**の収益増加策	（　　）
□	⑲ その他のコスト削減策	（　　）
□	⑳ その他の収益増加策	（　　）
□	㉑ コスト削減策は行っていない	
□	㉒ 収益増加策は行っていない	

問10　介護保険制度についての意見		
ご意見がありましたら、以下のカテゴリーごとに記入してください。		
	貸与価格の 上限設定について	
	全国平均貸与価格 の公表について	
	複数商品の提示 について	

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査」【利用者票】

■ご記入にあたってのご注意

- この調査票は福祉用具貸与サービスにおいて、調査対象の利用者を担当している福祉用具専門相談員がご記入ください。
- 調査対象の利用者の選定方法については、同封の「記載要領」をご参照ください。
- 選択肢や表の中に「○」や「□」があるものには、✓をつけてください。
  （○はいずれかひとつ、□は複数選択可）
- 上記以外の箇所は、具体的に言葉や数字をご記入ください。
- 数字を記入する欄が０（ゼロ）の場合は「０」とご記入ください。
- 具体的な回答方法については、同封の「記載要領」をご確認ください。
- 平成30年11月30日（金）までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」事務局
電話：0120-297-425（平日10:00～17:00）
◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
FAX:03-6826-5060　　E-mail：h30rental@mri-ra.co.jp
〒100-6105　東京都千代田区永田町2-11-1　山王パークタワー5階

問1 基本情報　※平成30年10月３日時点（(5)(6)は平成30年７月時点）

(1) 性別	○ ① 男性	○ ② 女性	(2) 年齢	満　　歳
(3) 同居家族の有無	○ ① 有	○ ② 無		
(4) サービス利用開始時期	平成　　年　　月			
(5) 要介護度	○ ① 要支援１	○ ② 要支援２	○ ③ 要介護１	○ ④ 要介護２
※平成30年７月時点	○ ⑤ 要介護３	○ ⑥ 要介護４	○ ⑦ 要介護５	○ ⑧区分申請変更中など
(6) 障害高齢者の日常生活自立度	○ ① 自立	○ ② J1	○ ③ J2	○ ④ A1
	○ ⑤ A2	○ ⑥ B1	○ ⑦ B2	○ ⑧ C1
※平成30年７月時点	○ ⑨ C2	○ ⑩ 不明		
(7) 要介護度	○ ① 要支援１	○ ② 要支援２	○ ③ 要介護１	○ ④ 要介護２
※平成30年10月時点	○ ⑤ 要介護３	○ ⑥ 要介護４	○ ⑦ 要介護５	○ ⑧区分申請変更中など
(8) 障害高齢者の日常生活自立度	○ ① 自立	○ ② J1	○ ③ J2	○ ④ A1
	○ ⑤ A2	○ ⑥ B1	○ ⑦ B2	○ ⑧ C1
※平成30年10月時点	○ ⑨ C2	○ ⑩ 不明		
(9) 自己負担割合	○ ① １割負担	○ ② ２割負担	○ ③ ３割負担	○ ④ 負担なし
	○ ⑤ 不明			

問2 利用者が受けているサービス内容　※平成30年10月３日時点

＜居宅サービス＞（介護予防含む）	＜地域密着型サービス＞（介護予防含む）
□ 1 訪問介護	□ 8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
□ 2 訪問入浴介護	□ 9 夜間対応型訪問介護
□ 3 訪問看護	□ 10 認知症対応型通所介護
□ 4 訪問リハビリ	□ 11 小規模多機能型居宅介護
□ 5 通所介護	□ 12 看護小規模多機能型居宅介護
□ 6 通所リハビリ	□ 13 地域密着型通所介護
□ 7 短期入所生活介護、療養介護	

問3　福祉用具貸与の状況など

平成30年７月に貸与していた福祉用具について、７月時点の貸与価格が高い順に最大１０品まで、以下の(1)～(4)について回答してください。

(1)貸与していた福祉用具について
７月時点で貸与価格が高い順にNo.1～10に並べて、(1)①～④まで記入してください。（10月に取扱終了の商品については、(1)④貸与価格の欄に×（バツ）を記入してください）
さらに、(1)③７月の貸与価格が７月に公表された貸与価格の上限を超えていた場合は「(1)⑤貸与価格の上限を超えていたか」に〇をつけてください。

(2)貸与価格の見直しによるサービスの変化
(1)③７月の貸与価格と(1)④10月の貸与価格が異なる場合、価格が見直されたことに伴うサービス変化の有無を数字（1:ある／2:ない／3:不明）で記入してください。
サービス変化が「1：ある」と記入した場合、(2)①～④で該当する欄に〇をつけ、その具体的な内容を(2)⑤に記入してください。
※「2:なし／3:不明」の場合は(2)①～⑤の回答は不要です。

(3)貸与価格の変更に伴う貸与品の変化
７月に貸与していた商品について、貸与価格の変更に伴い10月は貸与していない商品について、貸与しなくなった理由として(3)①～④の該当する欄に〇をつけてください。
※７月から同じ商品を貸与している場合は回答不要です。

(4)他サービス利用等の変化
７月に貸与価格の上限が公表されて以降、福祉用具貸与以外の①他サービス利用の変化、②同居家族の負担の変化について、それぞれ数字（1～4）で記入してください。

	(1)　貸与していた福祉用具について （注）品目は、表下の【種目の番号】を数字で記載してください。					(2)　貸与価格の見直しによるサービスの変化 該当するものに〇をつけてください						(3)貸与価格の変更に伴う貸与品の変化 該当するものに〇をつけてください				(4)　他サービス利用等の変化	
No.	①商品コード（TAISｺｰﾄﾞ又は届出ｺｰﾄﾞ）	②種目（注）	③貸与価格（円）※平成30年7月貸与分	④貸与価格（円）※平成30年10月貸与分	⑤貸与価格の上限を超えていたか	サービス変化の有無 1:ある 2:ない 3:不明	①フィッティングの内容・方法・頻度	②モニタリングの内容・方法・頻度	③メンテナンスの内容・方法・頻度	④問合せ対応	⑤具体的な内容（自由記述）	①他商品への移行	②貸与終了（回収）	③利用者が買い上げ	④介護保険外での利用	①他サービス利用の変化 1:増えた 2:変わらない 3:減った 4:不明	②同居家族の負担の変化 1:増えた 2:変わらない 3:減った 4:不明
例	90000-000099	1	1,280	1,100	〇	1	〇	〇			月２回から１回へ変更						
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

【種目の番号】
1：車いす　2：車いす付属品　3：特殊寝台　4：特殊寝台付属品　5：床ずれ防止用具　6：体位変換器　7：手すり　8：スロープ　9：歩行器　10：歩行補助杖　11：認知症老人徘徊感知機器　12：移動用リフト　13：自動排泄処理装置

利用者票への回答は以上です。
ご協力ありがとうございました。

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会	
第 17 回（H31．3．14）	参考資料６－５

平成30年11月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査

介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査

＜介護医療院票＞

１．本調査票は「介護医療院」について、問１～問１４は施設長様もしくは事務長様が、問１５～２１は看護師長様がご回答ください。
２．ご回答にあたっては、同封の「調査説明資料」をご参照ください。
３．本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行ったうえで公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
４．ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
５．お忙しいところ恐縮ではございますが、**平成３０年１１月２７日（火）**までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【 お問合せ先 】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
ＴＥＬ：0120-252-441（平日 9:30～17:00）　　ＦＡＸ：0120-252-442（24 時間）
E-mail：h30kaigo@mizuho-ir.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先（tel）		所在地の郵便番号	

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。調査票をご返送いただいた後、事務局より記入内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。

問**1**　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の**貴施設の概要**をご回答ください。	
1）開設年月日	２０１８年（　　）月（　　）日
2）開設者	01　医療法人（医療法人社団・医療法人財団・社会医療法人） 02　社団・財団法人（01 以外） 03　国公立 04　個人 05　その他（　　）
3）定員	（　　）人
4）類型 （当てはまるものすべてに○）	01　Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）　09　ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ） 02　Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ）　10　ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅱ） 03　Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅲ）　11　ユニット型Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅲ） 04　Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅰ）　12　ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅰ） 05　Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅱ）　13　ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅱ） 06　Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅲ）　14　ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅲ） 07　Ⅰ型特別介護医療院サービス費　15　ユニット型Ⅰ型特別介護医療院サービス費 08　Ⅱ型特別介護医療院サービス費　16　ユニット型Ⅱ型特別介護医療院サービス費

5）併設する医療機関	01　病院を併設　　02　診療所を併設　　03　併設医療機関なし
6）併設医療機関がある場合、その医療機関の有する病床 （複数回答可）	01　一般病床（一般病棟入院基本料） 02　一般病床（地域包括ケア病棟入院料（病床を含む）） 03　一般病床（障害者施設等入院基本料） 04　一般病床（有床診療所入院基本料） 05　一般病床（その他） 06　療養病床（療養病棟入院基本料 療養病床入院料１・２（20:1）） 07　療養病床（療養病棟入院基本料 経過措置１（25:1、医療区分２・３の患者割合 50%未満）） 08　療養病床（療養病棟入院基本料 経過措置２（30:1）） 09　療養病床（療養病棟入院基本料 特別入院基本料） 10　療養病床（地域包括ケア病棟入院料（病床を含む）） 11　療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料） 12　療養病床（介護療養病床（病院）） 13　療養病床（有床診療所療養病床入院基本料） 14　療養病床（介護療養病床（診療所）） 15　その他の病床 16　病床なし（無床診療所）
7）介護医療院もしくは併設医療機関、併設事業所が実施している居宅介護サービス等 （複数回答可）	01　通所リハビリテーション 02　訪問リハビリテーション 03　外来リハビリテーション 04　訪問看護 05　短期入所療養介護 06　上記のいずれも実施していない。
8）同一法人・関連法人が運営している他の介護保険サービス等 （複数回答可）	01　介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 02　介護老人保健施設 03　介護療養型医療施設 04　有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護） 05　有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護なし） 06　養護老人ホーム 07　軽費老人ホーム 08　認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム） 09　小規模多機能型居宅介護 10　看護小規模多機能型居宅介護 11　その他の介護保険サービス 12　他の介護保険サービスは運営していない
9）臨床検査（分析）を委託していますか ※医療機関内のブランチラボは医療機関に含まれることとする。	01　臨床検査を委託していない 02　検査内容によって臨床検査を一部委託 →委託先 (11 関係医療機関のみ　12 衛生検査所のみ　13　11、12 の両方) 03　臨床検査を全部委託 →委託先 (11 関係医療機関のみ　12 衛生検査所のみ　13　11、12 の両方)

問**2**　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の貴施設の職員配置**（いずれも常勤換算※）**をご記入ください。

※平成 30 年 9 月 30 日には出勤していない者を含め、平成 30 年 9 月 30 日に在籍している全ての職員についてご回答ください。

	専従	他の施設等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1 日あたり人数
医師	. 人	. 人	
薬剤師	. 人	. 人	
看護師	. 人	. 人	. 人
准看護師	. 人	. 人	
介護福祉士	. 人	. 人	. 人
介護福祉士以外の介護職員	. 人	. 人	
理学療法士	. 人	. 人	
作業療法士	. 人	. 人	
言語聴覚士	. 人	. 人	
管理栄養士	. 人	. 人	
栄養士	. 人	. 人	
介護支援専門員	. 人	. 人	
診療放射線技師	. 人	. 人	

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」＋「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近 1 週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。（小数点第二位を切り捨てして下さい）

問**3**　貴施設の**構造設備**についてご回答ください。

1）療養室の部屋数と延べ床面積 ※1

	4 人部屋	3 人部屋	2 人部屋	個室	ユニット個室
部屋数	室	室	室	室	室
延べ床面積	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡

2）廊下幅 ※2

廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅	m ／ 中廊下はない

※1：「延べ床面積」は、合計値を回答してください（20 ㎡の部屋と 18 ㎡の部屋がある場合には計 38 ㎡）。

※2：「廊下幅」は、壁から壁で測定した場合に、最も狭い幅を回答してください。
「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。
該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に〇をつけてください。

問**4**　**介護医療院の開設を決めた理由**として、**あてはまる項目すべてに〇**をつけてください。

01　介護医療院創設の理念に共感した
02　自院（施設）には介護医療院にふさわしい利用者が多いと考えられた
03　基本施設サービス費の報酬単価に魅力を感じた
04　移行定着支援加算に魅力を感じた
05　病院からの退院先となる場合には自宅等として取り扱われることに魅力を感じた
06　夜勤看護配置に係る 72 時間の要件が適用されていないことに魅力を感じた
07　その他（　　）

問5　**介護医療院の開設にあたっての情報**をご回答ください。	
1）開設前の施設 （複数回答可）	01　医療療養病床（20:1） 02　医療療養病床（25:1） 03　医療療養病床（診療所） 04　介護療養型医療施設（病院） 05　介護療養型医療施設（診療所） 06　介護療養型医療施設（認知症疾患型） 07　介護療養型老人保健施設（転換老健） 08　その他の病床等 09　新設
2）既存建物の活用	01　既存建物をそのまま活用 02　改修工事（本体の躯体工事には及ばない屋内改修） 03　改築工事 04　新築
3）開設に向けた準備 （複数回答可）	01　家具・パーティション等を購入 02　廊下へ手すりを設置 03　内装（壁紙・床材等）を変更 04　減床（４人部屋を３人部屋にする等） 05　職員の配置転換 06　職員の新規雇用 07　他施設の視察等 08　その他（　　） 09　特に準備はしていない
4）活用した助成制度等 （複数回答可）	01　地域医療介護総合確保基金（介護施設等の施設開設準備経費等支援事業） 02　地域医療介護総合確保基金（定期借地権設定のための一時金の支援事業） 03　地域医療介護総合確保基金（ユニット化改修等支援事業） 04　地域医療介護総合確保基金（介護療養型医療施設等転換整備支援事業） 05　病床転換助成事業 06　福祉医療機構（WAM）の療養病床転換支援策（融資条件の優遇等） 07　その他（　　） 08　助成制度等は利用していない
5）活用した経過措置 （複数回答可）	01　療養室の床面積の経過措置（内法による測定で入所者１人当たり 6.4 ㎡以上） 02　建物の耐火構造の経過措置（建築基準法の基準による） 03　屋内の直通階段及びエレベーターの経過措置（転換前の医療法による基準と同等） 04　療養室に隣接する廊下幅の経過措置（内法による測定で、1.2 m以上（ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6 m以上）） 05　（介護療養型老人保健施設からの転換の場合）調剤を行う施設についての経過措置（近隣の場所にある薬局と連携することにより置かないことができる） 06　（介護療養型老人保健施設からの転換の場合）臨床検査施設又はエックス線装置の設置についての経過措置（近隣の医療機関等との連携により置かないことができる） 07　経過措置は該当しない

問6　**介護医療院の理念の共有**について、**あてはまる項目すべてに○**をつけてください。	
1）介護医療院が長期療養が必要な方の生活施設であることを受けて、貴施設の理念を創設しましたか	01　理念の創設を行った 02　理念の創設は行っていない →理由 （11　もともとの理念と変わらないため　12　検討中であるため 13　その他（　　））
2）職員で理念や意識を共有する際に、誰が中心となって行いましたか （複数回答可）	01　経営陣 02　開設の軸となる職員（事務長等） 03　現場の職員（医師、看護師等） 04　特に理念や意識の共有は行っていない 05　その他（　　）
3）職員との意識の共有方法 （複数回答可）	01　移行の中心となる職員が介護医療院の理念や役割について職員に話をした 02　職員に対して資料の配布を行った 03　特に職員に対して説明は行っていない 04　その他（　　）
4）職員への説明開始時期	01　介護医療院開設のおよそ６か月以上前 02　介護医療院開設のおよそ３か月以上前 03　介護医療院開設のおよそ２か月前 04　介護医療院開設のおよそ１か月前 05　特に職員に対する説明は行っていない 06　その他（　　）

問7　**移行定着支援加算**についてお伺いします。		
1）移行定着支援加算を算定していますか。	01　算定している　　02　算定していない	
2）移行定着支援加算を算定するための、利用者・家族への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の（　　）か月前から行った
	②説明方法 （複数回答可）	01　対面で説明した 02　説明資料を配布した 03　説明資料を掲示した 04　その他（　　）
3）移行定着支援加算を算定するための、地域住民への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の（　　）か月前から行った
	②説明を行った回数	延べ（　　）回
	③説明方法 （複数回答可）	01　対面で説明した 02　説明資料を配布した 03　説明資料を掲示した 04　その他（　　）
4）説明を行った地域住民は次のうちどれですか （複数回答可）	01　自治会・町内会の役員　　02　自治会・町内会の加入者 03　民生委員　　04　病院・診療所の受診者 05　募集に対して参加された方　06　その他	

※　2）～4）は「移行定着支援加算」を算定している場合にご回答ください。

問8　貴施設で実施されている**地域に貢献する活動・地域と交流する活動等**についてお伺いします。	
1）活動の実施件数（2018 年度実施済み・実施予定延べ回数）	
① 保健・医療・福祉	－
①-1　健康教室・介護予防教室・栄養教室等（施設内での開催、職員の派遣を含む）	回
①-2　介護教室・介護相談（家族介護者に対する支援）	回
①-3　認知症カフェ・住民カフェ	回
①-4　その他の取組み	回
② 教育支援（職場体験）	回
③ 文化・環境保全（祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全）	回
④ 経済の振興（地域産業の活性化・商店街の活性化・特産品や農水産物の活用）	回
⑤ 防犯・防災（防犯・消防や防災・災害対応）	回
⑥ ボランティアの受け入れ	回
⑦ その他（　　）	回

2）活動を実施するにあたって、連携している組織（複数回答可）	01　都道府県 02　市区町村 03　自治会・町内会 04　ボランティア団体 05　保育園・幼稚園 06　小・中学校 07　地域包括支援センター 08　その他（　　）
3）2017 年度と比較して、活動の実施件数（2018 年度実施済み・実施予定延べ回数）に変化は有りましたか	01　増加した 02　減少した 03　変化はなかった

問９　貴施設で実施されている**生活施設としての環境を整える取組・工夫等**についてお伺いします。 以下の取組について、当てはまるものに○をつけ、７）に特に工夫している点、力を入れている点についてご記入ください。	
１）プライベートスペースの確保 （複数回答可）	01 利用者のプライベートスペースにはなじみの家具などの持ち込みを許可している 02 利用者の状態や希望にあわせてベッドの高さを調整している 03 利用者のプライベートスペースに入る際には、声かけを行うようにしている 04 家族や見舞客と過ごすためのプライバシーを確保した部屋がある 05 その他（具体的な取り組みを７）にご記入ください） 06 上記 01～05 にはいずれも当てはまらない
２）共有スペースの状況 （複数回答可）	01 体格にあったテーブルやイスを利用できるよう、複数のサイズのテーブル・イスを用意している。 02 食事を行うためのテーブルと、くつろぐためのテーブルやイスは異なっている 03 食事スペースや共有スペースに座った状態で、十分な採光が得られる 04 共有スペースのすぐ近くに共用のトイレがある 05 共有スペースから少し離れたところに、息を抜ける居場所がある 06 共有スペースの延長としての戸外空間がある 07 新聞や雑誌などを置いて、暮らしの場としての家庭的な雰囲気を感じられるようにしている 08 飾り付けを工夫するなどして入居者が日中に滞在しやすいような、明るい雰囲気の快適な空間にしている 09 共有スペースを、地域住民や児童等との交流の場として利用することがある 10 その他（具体的な取り組みを７）にご記入ください） 11 上記 01～10 にはいずれも当てはまらない
３）食事支援 （複数回答可）	01 利用者ごとの食事の好みを把握している 02 利用者ごとの好みに合わせた食事を提供している 03 行事食や利用者ごとのライフイベントに配慮した特別食を提供している 04 おやつを提供している 05 調理方法や見た目にこだわった配膳を工夫している 06 本人が希望すれば食事の時間を変更することができる 07 経管栄養の利用者であっても、本人の希望に応じて口から食べる楽しみを支援している 08 その他（具体的な取り組みを７）にご記入ください） 09 上記 01～08 にはいずれも当てはまらない
４）排せつ支援 （複数回答可）	01 利用者のトイレタイムを把握し、個別にトイレ誘導している 02 残存能力をできる限り活用できるような手すりの配置などを工夫している 03 多床室にポータブルトイレを置かないなどの排せつのプライバシーに配慮している 04 排せつ動作等について専門職のアセスメントにもとづき、スタッフが共通の理解をもって支援している 05 その他（具体的な取り組みを７）にご記入ください） 06 上記 01～05 にはいずれも当てはまらない

5）入浴支援 （複数回答可）	01 本人が希望すれば週３回以上の入浴を実現している 02 本人が希望すれば夜間入浴（夕食後から就寝前の時間帯の入浴）を実現している 03 マンツーマン体制での入浴(浴室までの誘導～浴室内の介助を１人の職員が行う入浴）を実現している 04 その他（具体的な取り組みを７）にご記入ください） 05 上記 01～04 にはいずれも当てはまらない
6）レクリエーションの取り組み方針 （複数回答可）	01 利用者の希望に合わせレクリエーションを組み合わせている 02 外出行事を実施している 03 個別の外出に対応している 04 近隣の行事（運動会、お祭り）等に参加している 05 その他（具体的な取り組みを７）にご記入ください） 06 上記 01～05 にはいずれも当てはまらない
7）その他の取組 ※生活施設としての環境を整える取組・工夫等をご回答ください。 （自由記載）	

問１０　介護医療院の開設にあたって、移行前後で**転院（転棟）する必要のあった利用者**はいましたか。
（状態像の変化による転院（転棟）者は含めず、介護医療院を開設したことによる影響についてご回答ください。）
※新設の介護医療院の場合にはご回答は不要です。

1）移行にあたって併設医療機関や他の医療機関へ転院（転棟）した利用者はいましたか。	01　転院した利用者がいた 02　転院した利用者はいなかった	
2）【1）で転院（転棟）した利用者がいたと回答した場合】 あてはまる理由をご回答ください。(複数回答可)	①利用者の年齢が 40 歳未満だった	人
	②要介護認定されなかった	人
	③医療の必要性が高かった	人
	④介護保険施設では自己負担額が大きく変わった	人
	⑤本人・家族の希望	人
	⑥その他	人

問１１　介護医療院の開設にあたって、**課題と考えることがあれば、あてはまる項目すべてに○**をつけてください。(複数回答可)

01　利用者が必要とする十分な医療ケアを提供することができない
02　ターミナルケアを提供しにくい
03　院内の他の診療科との連携が希薄になる
04　職員のモチベーションが維持できない
05　十分な数の医師を雇用することができない
06　十分な数の看護職員を雇用することができない
07　十分な数の介護職員を雇用することができない
08　利用者や家族への説明が難しい
09　利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
10　施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）
11　稼働率を維持するのに十分な利用者を集めることができない
12　周囲の他の介護施設等との差別化ができない
13　地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある
14　自治体における相談・手続がスムーズに進められない
15　その他（　　）
16　課題と考えることは何もない

問１２　介護医療院の開設にあたって、**必要だと感じた支援策があれば、あてはまる項目すべてに○**をつけてください。(複数回答可)

01　建物を改修・改築するための助成金
02　家具・パーティション等を調達するための助成金
03　介護医療院の基準・制度に関する情報提供
04　介護医療院の基準・制度に関する相談窓口
05　実際に介護医療院を開設した事例の紹介
06　その他（　　）
07　特に必要な支援策はなかった

問１３　貴施設の**入所者数、延べ入所者数**をご記入ください。	
①　入所者数（平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点）	人
②うち、住民税非課税所得世帯（第一段階）の入所者	人
③うち、住民税非課税所得世帯（第二段階）の入所者	人
④うち、住民税非課税所得世帯（第三段階）の入所者	人
⑤延べ入所者数（平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間）※1, 2	人

※1: 7 月 2 日～9 月 30 日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。
※2 :「延べ入所者数」は、平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の入所者数を足しあげたものです。7 月 1 日の入所者が 50 人、7 月 2 日が 49 人、7 月 3 日が 51 人、・・・であれば、50＋49＋51＋･･･として算出してください。

問１４　**平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日**の 3 ヶ月間の貴施設の**新規入所者数・退所者数**をご記入ください。うち数は、入所前の居所／退所先別にご記入ください。（※1）

	新規入所者	退所者
①合計数	人	人
②うち、併設医療機関（※2）	人	人
③うち、他の医療機関（病院・診療所）	人	人
④うち、他の介護医療院	人	人
⑤うち、介護老人保健施設（老健）	人	人
⑥うち、介護老人福祉施設（特養）	人	人
⑦うち、他の介護療養型医療施設	人	人
⑧うち、本人の自宅	人	人
⑨上記以外の自宅等（※3）	人	人
⑩死亡		人
⑪その他	人	人
⑫不明	人	人

※1 : 7 月 2 日～9 月 30 日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。
※2 : 介護医療院に移行した場合で、移行前の病棟等から継続して入所されている方は新規入所者には含めずにご回答ください。
※3 :「自宅等」には、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホームなどが含まれます。

問１５　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**貴施設**における利用者の状態像**（医療区分・ADL 区分・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）・認知症高齢者の日常生活支援度）**についてご記入ください。
各回答欄の合計人数が、問 13①の入所者数と同じになるようにご記入ください。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
医療区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても医療区分の適用が可能な場合には、各医療区分別の該当人数をご記入ください。

	ADL 区分1	ADL 区分2	ADL 区分3	不明、未実施
ADL 区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても ADL 区分の適用が可能な場合には、各 ADL 区分別の該当人数をご記入ください。

	要支援1･2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中※
要介護度		人	人	人	人	人	人

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入所時点で区分未決定の場合を含みます。

	ランク J	ランク A1	ランク A2	ランク B1	ランク B2	ランク C1	ランク C2	不明
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	人	人	人	人	人	人	人	人

※障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）については、調査説明資料をご確認ください。

	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明 未実施
認知症高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※認知症高齢者の日常生活自立度については、調査説明資料をご確認ください。

問１６　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時点**の**貴施設**における入所者のうち、**重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者**（厚生労働省が示す基準による）について、各状態にあてはまる入所者数をご記入ください。※1
（同一の利用者が複数の状態にあてはまる場合、あてはまる状態全てにカウントしてください。）※2
併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入所者の実人数をご記入ください。

重篤な身体疾患を有する者			
	①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態		人
	②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態		人
	③各週 2 日以上の人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち		
		常時低血圧（収縮時血圧が 90mmHg 以下）	人
		透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
		出血性消化器病変を有するもの	人
		骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
	④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態		人
	⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態		人
	⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態		人
	⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態		人
身体合併症を有する認知症高齢者			
	①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者		人
	②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者		人
	③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者		人
上記の状態にあてはまる入所者の実人数（１つ以上の項目にあてはまった人数）			人

※1：「介護医療院Ⅰ型」の算定においては、各状態に当てはまる入所者を「延べ人数算定方式」で届け出ることとなっていますが、本調査では「平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点」の人数としてご回答ください。

※2：「介護医療院Ⅰ型」算定要件上は、同一の者について「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとなっていますが、本調査では入所者の状態像を把握するため、当てはまる状態全てにカウントしてください。

※3：「人工腎臓の実施」は他科受診によるものであっても構いません。

※4：「別に掲げる疾病」とは、厚生労働省の示す基準に則り、以下の疾病を指します。
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靱帯骨化症、黄色靱帯骨化症、悪性関節リウマチ

問**１７　平成 30 年 9 月の１か月間における貴施設**への入所者に対して行った医療処置についてご回答ください。（実人数）

1　胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14　インスリン注射	人
2　経鼻経管栄養	人	15　疼痛管理（麻薬なし）	人
3　中心静脈栄養	人	16　疼痛管理（麻薬使用）	人
4　ｶﾃｰﾃﾙ（尿道留置ｶﾃｰﾃﾙ･ｺﾝﾄﾞｰﾑｶﾃｰﾃﾙ）の管理	人	17　創傷処置	人
5　ｽﾄｰﾏ（人工肛門・人工膀胱）の管理	人	18　褥瘡処置	人
6　喀痰吸引	人	19　浣腸	人
7　ネブライザー	人	20　摘便	人
8　酸素療法（酸素吸入）	人	21　導尿	人
9　気管切開のケア	人	22　膀胱洗浄	人
10　人工呼吸器の管理	人	23　持続ﾓﾆﾀｰ測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	人
11　静脈内注射（点滴含む）	人	24　リハビリテーション	人
12　皮内、皮下及び筋肉内注射（ｲﾝｽﾘﾝ注射を除く）	人	25　ターミナルケア	人
13　簡易血糖測定	人	26　歯科治療(訪問を含む)	人

※平成 30 年９月の１か月間に１回以上実施した場合、「１人」と数えてください。

問**１８**　問１７で「リハビリテーション」を選択した場合**平成 30 年 9 月の１か月間における貴施設**への入所者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。
加算や特定診療費のうち、以下のリハビリテーションに関する算定はありましたか。
算定があった場合には算定延べ回数を、算定がなかった場合には 0（ゼロ）とご記入ください。

①栄養マネジメント加算	人日	⑨作業療法	回
②低栄養リスク改善加算	人	⑩言語聴覚療法	回
③経口移行加算	人日	⑪集団コミュニケーション療法	回
④経口維持加算	人	⑫摂食機能療法	人日
⑤口腔衛生管理加算	人	⑬短期集中リハビリテーション	人日
⑥排せつ支援加算	人	⑭認知症短期集中リハビリテーション	人日
⑦理学療法（Ⅰ）	回	⑮精神科作業療法	人日
⑧理学療法（Ⅱ）	回	⑯認知症入所精神療法	回（週）

問１９　貴施設における**アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）**※に関する取組についてご回答ください。	
1）貴施設では ACP に取り組んでいますか	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
2）ACP に取り組む上で何が困難ですか （複数回答可）	01　本人意思決定の評価 02　本人が意思表示できない 03　代理決定者が定まらない 04　ACP として関わり始める時期の見極め 05　ACP として実施する内容 06　施設としての方針・指針がない 07　ACP をするための体制が不十分 08　ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09　ACP を実施するための時間がとれない 10　ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11　その他（　　） 12　困難なことは特にない
3）【1）で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。（○はひとつ）	01　入所者の気がかりや意向 02　入所者の価値観や目標 03　病状や予後の理解 04　治療や療養に関する意向 05　代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06　その他（　　）
4）ACP に関する施設内での職員研修の有無	01　施設内で研修をしている 02　研修をしていない
5）【4）で「01」と回答した場合】ACP に関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
6）職員の中に ACP に関する施設外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）」とは、今後の治療・療養について利用者・家族と医療従事者等があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問２０　貴施設における**ターミナルケア**に関する取組についてご回答ください。	
１）貴施設では看取り期に入った入所者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
２）貴施設ではターミナルケアに取り組むにあたって、施設内でのマニュアル等を整備していますか。	01　整備している 02　整備していない
３）看取りに関する施設内での職員研修の有無	01　施設内で研修をしている 02　研修をしていない
４）【３）で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
５）職員の中にターミナルケアに関する施設外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

問**２１**

１）**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の入所者のうち、**アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）**を実施した入所者の**人数**をご記入ください。

２）以下の①～③の条件全てに適合する入所者（**ターミナル期のケアを提供している入所者**）の**人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の３ヶ月間の延べ入所日数**をご記入下さい。

① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。

② 入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。

③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

	人数（9 月 30 日時点）	
1）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入所者	人	

	人数（9 月 30 日時点）	3 ヶ月間の延べ入所日数（※）
2）ターミナルケアを提供している入所者（①～③の条件全てに適合する入所者）	人	日

※平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点にターミナルケアを提供している入所者がいる場合、ターミナルケアを開始した時期に関わらず、その方の過去 3 ヶ月間の延べ入所日数をご記入ください。

例）平成 30 年 1 月 1 日に入所し、9 月 15 日からターミナルケアを開始（9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供）している場合、3 ヶ月間の延べ入所日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

※７月２日～９月 30 日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。

以上で調査は終了です。ご協力誠にありがとうございました。

ご回答済みの調査票は、平成３０年１１月２７日（火）までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査

介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査

＜病院･診療所 共通票＞

１．本調査票は「病院・診療所」について、施設長様もしくは事務長様がご回答ください。
２．ご回答にあたっては、同封の「調査説明資料」をご参照ください。
３．本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行ったうえで公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
４．ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
５．お忙しいところ恐縮ではございますが、平成３０年１１月２１日（水）までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【 お問合せ先 】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
ＴＥＬ：0120-252-441（平日 9:30～17:00）　　ＦＡＸ：0120-252-442（24 時間）
E-mail：h30kaigo@mizuho-ir.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先（tel）		所在地の郵便番号	

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。調査票をご返送いただいた後、事務局より記入内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。

【本調査の構成】

〇療養病床を有する医療機関様には、共通票（本票）、介護療養型医療施設票、医療療養病床票（病院・診療所）、患者・利用者票の４種類の調査票をお送りしております。
貴院の構成にあわせて、必要な調査票についてご回答ください。

病院・診療所の属性	ご回答いただく調査票
介護療養型医療施設と医療療養病床を有する場合	共通票（本票） ＋介護療養型医療施設票（水色） ＋医療療養病床票（病院・診療所）（さくら色） ＋患者・利用者票（乳白色）
介護療養型医療施設を有する場合 ※「介護保険適用の療養病床」「老人性認知症疾患療養病棟」の両方を有している場合には、「介護療養型医療施設票」の調査票をコピーし、別々にご回答ください。	共通票（本票） ＋介護療養型医療施設票（水色） ＋患者・利用者票（乳白色）
医療療養病床を有する場合 ※「療養病棟入院基本料１・２」「療養病棟入院基本料経過措置」の両方を算定している場合には、「医療療養病床票」の調査票をコピーし、別々にご回答ください。	共通票（本票） ＋医療療養病床票（病院・診療所）（さくら色） ＋患者・利用者票（乳白色）

問1　貴院の**開設者**について、該当するもの**1つに**○をつけてください。

01　医療法人（医療法人社団・医療法人財団・社会医療法人）
02　社団・財団法人（01 以外）
03　国公立
04　個人
05　その他（　　）

問2　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の貴院の**届出病床数**をお答えください。

※地域包括ケア入院医療管理料を算定している病室を有している場合は、当該病室の病床数を一般病棟及び療養病棟の病床数から除外してください。

		基準病床	入院料等の種別	現在の届出病床数
病院	医療保険	療養病床	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料１・２（20:1）	床
			療養病棟入院基本料 経過措置（25:1、30:1）	床
			療養病棟入院基本料 特別入院基本料	床
			その他	床
		一般病床		床
		その他の病床（精神病床、感染症病床、結核病床）		床
	介護保険	療養病床	療養機能強化型Ａ	床
			療養機能強化型Ｂ	床
			その他	床
診療所	医療	一般病床	有床診療所入院基本料	床
		療養病床	有床診療所療養病床入院基本料	床
	介護	療養病床	療養機能強化型Ａ	床
			療養機能強化型Ｂ	床
			その他	床

問3　貴院の**病棟構造**について、該当するもの**1つに**○をつけてください。

01　医療療養病床と介護療養型医療施設の混合病棟が１病棟ある
02　医療療養病床と介護療養型医療施設の混合病棟が２病棟ある
03　医療療養病床と介護療養型医療施設の混合病棟はない

問4　貴法人・関連法人は介護保険サービスを運営していますか。該当するもの**すべてに**○をつけてください。（複数回答可）

01　介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
02　介護老人保健施設
03　介護療養型医療施設
04　有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）
05　有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護なし）
06　養護老人ホーム
07　軽費老人ホーム
08　認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）
09　小規模多機能型居宅介護
10　看護小規模多機能型居宅介護
11　その他の介護保険サービス
12　他の介護保険サービスは運営していない

問5　貴院で実施されている**地域に貢献する活動・地域と交流する活動等**についてお伺いします。	
1）活動の実施件数（2018 年度実施済み・実施予定延べ回数）	
① 保健・医療・福祉	―
①-1　健康教室・介護予防教室・栄養教室等（施設内での開催、職員の派遣を含む）	回
①-2　介護教室・介護相談（家族介護者に対する支援）	回
①-3　認知症カフェ・住民カフェ	回
①-4　その他の取組み	回
② 教育支援（職場体験）	回
③ 文化・環境保全（祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全）	回
④ 経済の振興（地域産業の活性化・商店街の活性化・特産品や農水産物の活用）	回
⑤ 防犯・防災（防犯・消防や防災・災害対応）	回
⑥ ボランティアの受け入れ	回
⑦ その他（　　）	回

2）活動を実施するにあたって、連携している組織（複数回答可）	01　都道府県 02　市区町村 03　自治会・町内会 04　ボランティア団体 05　保育園・幼稚園 06　小・中学校 07　地域包括支援センター 08　その他（　　）

問6　**介護医療院**に関する事項についてお伺いします。	
1）平成 30 年４月から創設された「介護医療院」にはどの程度関心がありますか。	01　非常に関心がある 02　関心がある 03　関心がない
2）【1）で「01」又は「02」と回答した場合】 介護医療院に関する情報収集を行っていますか。	01　行っている　　02　行っていない
3）「介護医療院」の具体的な開設手順を知っていますか。	01　知っている　　02　知らない
4）療養病床等を有する医療機関が「介護医療院」に転換する場合、右に挙げる経過措置が適用されることを知っていますか。 （知っている項目すべてに○）	01　療養室の床面積は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で入所者１人当たり 6.4 平方メートル以上でよい。 02　建物の耐火構造は、建築基準法の基準によるものでよい。 03　屋内の直通階段及びエレベーターについては、転換前の医療法による基準と同等のものでよい。 04　療養室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.2 メートル以上（ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6 メートル以上）であればよい。

問**7**　**貴院の療養病床を介護医療院に移行すると仮定**した場合、**必要と考える支援策すべてに○**をつけてください。（複数回答可）

01　建物を改修・改築するための助成金
02　家具・パーティション等を調達するための助成金
03　介護医療院の基準・制度に関する情報提供
04　介護医療院の基準・制度に関する相談窓口
05　実際に介護医療院に移行した事例の紹介
06　その他（　　）
07　支援策は特に必要ない

病院施設票は以上で終了です。引き続き、貴院の病棟種別に応じた病棟調査票にご回答ください。ご回答済みの調査票は、平成３０年１１月２１日（水）までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査

介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査

＜介護療養型医療施設票＞

１．本調査票は「介護療養型医療施設」について、問１～問４、問１１～１４は施設長様もしくは事務長様が、問５～１０は看護師長様がご回答ください。
２．ご回答にあたっては、同封の「調査説明資料」をご参照ください。
３．対象となる病棟が複数ある場合には、該当するすべての病棟を合算した数としてご回答ください。
４．本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行った上で公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
５．ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
６．お忙しいところ恐縮ではございますが、平成３０年１１月２１日（水）までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【 お問合せ先 】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
ＴＥＬ：0120-252-441（平日 9:30～17:00）　　ＦＡＸ：0120-252-442（24 時間）
E-mail：h30kaigo@mizuho-ir.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先（tel）			

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。調査票をご返送いただいた後、事務局より記入内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。

○本調査票は介護療養型医療施設に関する調査票です。

介護療養型医療施設を有する場合のみ、本調査票にご回答ください。

問**1**　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の**介護療養型医療施設**の**区分**をご回答ください。

問**1-1**　**施設サービス費の算定区分**をご回答ください。

01　療養型介護療養施設サービス費	05　診療所型介護療養施設サービス費
02　療養型経過型介護療養施設サービス費	06　ユニット型診療所型介護療養施設サービス費
03　ユニット型療養型介護療養施設サービス費	07　認知症疾患型介護療養施設サービス費
04　ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費	08　認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費
	09　ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費

問**1-2**　**療養機能強化型の届出**についてご回答ください。

01　療養機能強化型Ａ　　02　療養機能強化型Ｂ　　03　届出はしていない

問2　貴院の**介護療養型医療施設**の**定員と構造設備**についてご回答ください。					
1）　介護療養型医療施設の定員				人	
2）　病室の部屋数と延べ床面積 ※1					
	4人部屋	3人部屋	2人部屋	個室	ユニット個室
部屋数	室	室	室	室	室
延べ床面積	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡
3）　廊下幅 ※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅		m　／　中廊下はない	

※1：「延べ床面積」は、合計値を回答してください（20 ㎡の部屋と 18 ㎡の部屋がある場合には計 38 ㎡）。
※2：「廊下幅」は、壁から壁で測定した場合に、最も狭い幅を回答してください。
「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。
該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に○をつけてください。

問3　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の貴院の**介護療養型医療施設**の職員配置**（いずれも常勤換算※）**をご記入ください。
※平成 30 年 9 月 30 日には出勤していない者を含め、平成 30 年 9 月 30 日に在籍している全ての職員についてご回答ください。

	専従	他の病棟等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1病棟あたり人数
看護師	. 人	. 人	. 人
准看護師	. 人	. 人	
介護福祉士	. 人	. 人	. 人
介護福祉士以外の 看護補助者・介護職員	. 人	. 人	

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」＋「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。（小数点第二位を切り捨てして下さい）

問4　貴院の**介護療養型医療施設**の**入院患者数、延べ入院日数**をご記入ください。	
①入院患者数（平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点）	人
②うち、住民税非課税所得世帯（第一段階）の入院患者	人
③うち、住民税非課税所得世帯（第二段階）の入院患者	人
④うち、住民税非課税所得世帯（第三段階）の入院患者	人
⑤延べ入院患者数（平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間）※1	人

※1：「延べ入院患者数」は、平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の入院患者数を足しあげたものです。7 月 1 日の入院患者が 50 人、7 月 2 日が 49 人、7 月 3 日が 51 人、・・・であれば、50＋49＋51＋・・・として算出してください。

問５　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**介護療養型医療施設**における患者の状態像**（医療区分・ADL 区分・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）・認知症高齢者の日常生活支援度）**についてご記入ください。

各回答欄の合計人数が、問 4①の入院患者数と同じになるようにご記入ください。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
医療区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても医療区分の適用が可能な場合には、各医療区分別の該当人数をご記入ください。

	ADL 区分1	ADL 区分2	ADL 区分3	不明、未実施
ADL 区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても ADL 区分の適用が可能な場合には、各 ADL 区分別の該当人数をご記入ください。

	要支援1･2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中※
要介護度		人	人	人	人	人	人

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入院時点で区分未決定の場合を含みます。

	ランク J	ランク A1	ランク A2	ランク B1	ランク B2	ランク C1	ランク C2	不明
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	人	人	人	人	人	人	人	人

※障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）については、調査説明資料をご確認ください。

	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明 未実施
認知症高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※認知症高齢者の日常生活自立度については、調査説明資料をご確認ください。

問６　**平成 30 年 9 月の 1 か月間における介護療養型医療施設**への入院患者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。

1） 1 か月間にリハビリテーションが必要だった入院患者数	人

2） 加算や特定診療費のうち、以下のリハビリテーションに関する算定はありましたか。
算定があった場合には算定延べ回数を、算定がなかった場合には 0（ゼロ）とご記入ください。

①栄養マネジメント加算	人日	⑨作業療法	回
②低栄養リスク改善加算	人	⑩言語聴覚療法	回
③経口移行加算	人日	⑪集団コミュニケーション療法	回
④経口維持加算	人	⑫摂食機能療法	人日
⑤口腔衛生管理加算	人	⑬短期集中リハビリテーション	人日
⑥排せつ支援加算	人	⑭認知症短期集中リハビリテーション	人日
⑦理学療法（Ⅰ）	回	⑮精神科作業療法	人日
⑧理学療法（Ⅱ）	回	⑯認知症老人入院精神療法	回（週）

問**7**　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**介護療養型医療施設**における入院患者のうち、**重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者**（厚生労働省が示す基準による）について、各状態にあてはまる入院患者数をご記入ください。※1
（同一の患者が複数の状態にあてはまる場合、あてはまる状態全てにカウントしてください。）※2
併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入院患者の実人数をご記入ください。

重篤な身体疾患を有する者		
	①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
	②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
	③各週 2 日以上の人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち	
	常時低血圧（収縮時血圧が 90mmHg 以下）	人
	透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
	出血性消化器病変を有するもの	人
	骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
	④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態	人
	⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態	人
	⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態	人
	⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
身体合併症を有する認知症高齢者		
	①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	人
	②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者	人
	③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者	人
上記の状態にあてはまる入院患者の実人数（１つ以上の項目にあてはまった人数）		人

※1：本調査では「平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点」の人数としてご回答ください。
※2：療養機能強化型介護療養型医療施設の算定要件上は、同一の者について「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとなっていますが、本調査では入院患者の状態像を把握するため、当てはまる状態全てにカウントしてください。
※3：「人工腎臓の実施」は他科受診によるものであっても構いません。
※4：「別に掲げる疾病」とは、厚生労働省の示す基準に則り、以下の疾病を指します。
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靱帯骨化症、黄色靱帯骨化症、悪性関節リウマチ

問8　貴院の**介護療養型医療施設**におけるアドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）※に関する取組についてご回答ください。	
1）介護療養型医療施設では ACP に取り組んでいますか	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
2）ACP に取り組む上で何が困難ですか （複数回答可）	01　本人意思決定の評価 02　本人が意思表示できない 03　代理決定者が定まらない 04　ACP として関わり始める時期の見極め 05　ACP として実施する内容 06　病院としての方針・指針がない 07　ACP をするための体制が不十分 08　ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09　ACP を実施するための時間がとれない 10　ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11　その他（　　） 12　困難なことは特にない
3）【1）で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。（〇はひとつ）	01　入院患者の気がかりや意向 02　入院患者の価値観や目標 03　病状や予後の理解 04　治療や療養に関する意向 05　代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06　その他（　　）
4）ACP に関する院内での職員研修の有無	01　院内で研修をしている 02　研修をしていない
5）【4）で「01」と回答した場合】ACP に関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
6）職員の中に ACP に関する院外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）」とは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問９　貴院における**ターミナルケア**に関する取組についてご回答ください。	
1）貴院では看取り期に入った入院患者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
2）貴院ではターミナルケアに取り組むにあたって、院内でのマニュアル等を整備していますか。	01　整備している 02　整備していない
3）看取りに関する院内での職員研修の有無	01　院内で研修をしている 02　研修をしていない
4）【3）で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
5）職員の中にターミナルケアに関する院外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

問１０

１）**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**介護療養型医療施設**の入院患者のうち、**アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）**を実施した入院患者の**人数**をご記入ください。

２）以下の①～③の条件全てに適合する入院患者（**ターミナル期のケアを提供している入院患者**）の**人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の３ヶ月間の延べ入院日数**をご記入下さい。

① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。

② 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。

③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

	人数（9 月 30 日時点）	
1）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入院患者	人	
	人数（9 月 30 日時点）	3 ヶ月間の延べ入院日数（※）
2）ターミナルケアを提供している入院患者（①～③の条件全てに適合する入院患者）	人	日

※平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点にターミナルケアを提供している入院患者がいる場合、ターミナルケアを開始した時期に関わらず、その方の過去 3 ヶ月間の延べ入院日数をご記入ください。

例）平成 30 年 1 月 1 日に入院し、9 月 15 日からターミナルケアを開始（9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供）している場合、3 ヶ月間の延べ入院日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

問１１　**平成 30 年９月 30 日時点**の貴院の**介護療養型医療施設**に係る**届出病床数**と、**2018 年度末、2019 年度末、2020 年度末、2023 年度末時点に想定される予定病床数**についてお答えください。
（該当しない箇所は空欄としていただいて構いません。）
（予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。）

		基準病床	入院料・基準等の種別	現在の療養病床に係る届出病床数		2018 年度末の予定病床数	2019 年度末の予定病床数	2020 年度末の予定病床数	2023 年度末の予定病床数
病院	医療保険	療養病床	療養病棟入院基本料　療養病棟入院料１・２（20:1）			床	床	床	床
			療養病棟入院基本料 経過措置（25:1、30:1）			床	床	床	床
			地域包括ケア病棟入院料　※病室を含む			床	床	床	床
			回復期リハビリテーション病棟入院料			床	床	床	床
		一般病床	一般病棟入院基本料			床	床	床	床
			その他			床	床	床	床
	介護保険	療養病床	療養機能強化型Ａ	床		床	床	床	床
			療養機能強化型Ｂ	床		床	床	床	床
			その他	床		床	床	床	床
		精神病床	老人性認知症疾患療養病床	床		床	床	床	床
診療所	医療保険	療養病床	有床診療所療養病床入院基本料		→	床	床	床	床
		一般病床	有床診療所入院基本料			床	床	床	床
	介護保険	療養病床	療養機能強化型Ａ	床		床	床	床	床
			療養機能強化型Ｂ	床		床	床	床	床
			その他	床		床	床	床	床
（病床転換を行う場合）介護保険施設・居宅サービス等	介護保険施設	介護医療院	Ⅰ型介護医療院			床	床	床	床
			Ⅱ型介護医療院			床	床	床	床
		介護老人保健施設				床	床	床	床
		介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）				床	床	床	床
	居宅サービス・地域密着型サービス	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）※1				床	床	床	床
		有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護なし）			→	床	床	床	床
		養護老人ホーム				床	床	床	床
		軽費老人ホーム				床	床	床	床
		認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）				床	床	床	床
		小規模多機能型居宅介護				床	床	床	床
		看護小規模多機能型居宅介護				床	床	床	床
		その他				床	床	床	床
		上記のいずれにも移行せず病床廃止				床	床	床	床
		未定				床	床	床	床
合計				床		床	床	床	床

合計数はいずれも同じ

※1：この調査票では、平成 30 年 9 月 30 日時点の介護療養型医療施設分のみの予定をご記入ください。
（新規の開設や一般病床等他の病床を再編しての移行を考慮する必要はありません。）

問１２　**【問 11　2023 年度末の予定病床数で「介護療養型医療施設」に回答された方がお答えください】**
2023 年度末までに貴院の**介護療養型医療施設**を移行しない理由として、**現時点の考えにあてはまる選択肢すべてに**○をつけてください。
（複数回答可）

01　2024 年度以降に移行する予定である
02　介護療養型医療施設を継続することが自院の経営に最も適していると考えている
03　介護医療院等に移行すると医療法上の病院・診療所でなくなってしまうことに抵抗がある
04　2021 年介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
05　その他（　　）

問１３　**【問 11　2023 年度末の予定病床数で「未定」に回答された方がお答えください】**
予定病床数が未定の場合、**現在の検討状況**について該当する選択肢**すべてに**○をつけてください。
（複数回答可）

01　2023 年度までに移行を行うことは検討しているが、移行先が未定である
02　なんらかの移行を行うことは検討しているが、移行時期が未定である
03　移行に関して院内で検討しているが、移行先も移行時期も未定である
04　移行に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である
05　その他（　　）

問１４　貴院の**介護療養型医療施設を介護医療院に移行すると仮定**した場合、**課題と考える項目を最大３つまで選び○**をつけてください。
（複数回答可）

01　利用者が必要とする十分な医療ケアを提供することができない
02　ターミナルケアを提供しにくい
03　院内の他の診療科との連携が希薄になる
04　職員のモチベーションが維持できない
05　移行した場合、十分な数の医師を雇用することができない
06　移行した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない
07　移行した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない
08　利用者や家族への説明が難しい
09　利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
10　施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）
11　稼働率を維持するのに十分な利用者を集めることができない
12　周囲の他の介護施設等との差別化ができない
13　地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある
14　自治体における相談・手続がスムーズに進められない
15　その他（　　）
16　課題と考えることは何もない

以上で調査は終了です。ご協力誠にありがとうございました。
ご回答済みの調査票は、平成３０年１１月２１日（水）までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査

介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査

＜医療療養病床票（病院・診療所）＞

１．本調査票は「医療療養病床」について、問１～問４、問１１～１４は施設長様もしくは事務長様が、問５～１０は看護師長様がご回答ください。
２．ご回答にあたっては、同封の「調査説明資料」をご参照ください。
３．対象となる病棟が複数ある場合には、該当するすべての病棟を合算した数としてご回答ください。
４．本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行った上で公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
５．ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
６．お忙しいところ恐縮ではございますが、平成３０年１１月２１日（水）までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【 お問合せ先 】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
ＴＥＬ：0120-252-441（平日 9:30～17:00）　　ＦＡＸ：0120-252-442（24 時間）
E-mail：h30kaigo@mizuho-ir.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先（tel）			

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。調査票をご返送いただいた後、事務局より記入内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。

○本調査票は医療療養病床に関する調査票です。

「療養病棟入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」の医療療養病床を有する場合のみ、本調査票にご回答ください。

問**1**　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の**医療療養病床**の**区分**をご回答ください。
01　療養病棟入院基本料　療養病棟入院料１
02　療養病棟入院基本料　療養病棟入院料２
03　療養病棟入院基本料　経過措置１ （看護職員配置 25:1、又は医療区分２・３の患者割合 50%未満）
04　療養病棟入院基本料　経過措置２ （看護職員配置 30:1）
05　療養病棟入院基本料　特別入院基本料
06　有床診療所療養病床入院基本料

問2　貴院の**医療療養病床**の**届出病床数と構造設備**についてご回答ください。					
1）　医療療養病床の届出病床数				人	
2）　病室の部屋数と延べ床面積 ※1					
	4人部屋	3人部屋	2人部屋	個室	ユニット個室
部屋数	室	室	室	室	室
延べ床面積	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡
3）　廊下幅 ※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅		m　／　中廊下はない	

※1：「延べ床面積」は、合計値を回答してください（20 ㎡の部屋と 18 ㎡の部屋がある場合には計 38 ㎡）。
※2：「廊下幅」は、壁から壁で測定した場合に、最も狭い幅を回答してください。
「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。
該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に〇をつけてください。

問3　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の貴院の**医療療養病床**の職員配置**（いずれも常勤換算※）**をご記入ください。
※平成 30 年 9 月 30 日には出勤していない者を含め、平成 30 年 9 月 30 日に在籍している全ての職員についてご回答ください。

	専従	他の病棟等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1病棟あたり人数
看護師	. 人	. 人	. 人
准看護師	. 人	. 人	
介護福祉士	. 人	. 人	. 人
介護福祉士以外の 看護補助者・介護職員	. 人	. 人	

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」＋「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。（小数点第二位を切り捨てして下さい）

問4　貴院の**医療療養病床**の**入院患者数、延べ入院日数**をご記入ください。	
①入院患者数（平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点）	人
②うち、40 歳未満の入院患者	人
③うち、40～64 歳の入院患者	人
④うち要介護（要支援）認定者（2号被保険者）、または特定疾病（※1）を有する入院患者	人
⑤延べ入院患者数（平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間）（※2）	人

※1：特定疾病は、次に挙げる 16 種類とします。

1.末期がん、　2.筋萎縮性側索硬化症、　3.後縦靭帯骨化症、　4.骨折を伴う骨粗しょう症、　5.多系統萎縮症
6.初老期における認知症、　7.脊髄小脳変性症、　8.脊柱管狭窄症、　9.早老症
10.糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症、　11.脳血管疾患
12.進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
13.閉塞性動脈硬化症、　14.関節リウマチ、　15.慢性閉塞性肺疾患
16.両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※2：「延べ入院患者数」は、平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の入院患者数を足しあげたものです。7 月 1 日の入院患者が 50 人、7 月 2 日が 49 人、7 月 3 日が 51 人、・・・であれば、50＋49＋51＋･･･として算出してください。

問５　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の医療療養病床**における患者の状態像**（医療区分・ADL 区分・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）・認知症高齢者の日常生活支援度）**についてご記入ください。
各回答欄の合計人数が、問 4①の入院患者数と同じになるようにご記入ください。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
医療区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても医療区分の適用が可能な場合には、各医療区分別の該当人数をご記入ください。

	ADL 区分1	ADL 区分2	ADL 区分3	不明、未実施
ADL 区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても ADL 区分の適用が可能な場合には、各 ADL 区分別の該当人数をご記入ください。

	要支援1･2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中※	不明/未申請
要介護度	人	人	人	人	人	人	人	人

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入院時点で区分未決定の場合を含みます。

	ランク J	ランク A1	ランク A2	ランク B1	ランク B2	ランク C1	ランク C2	不明
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	人	人	人	人	人	人		人

※障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）については、調査説明資料をご確認ください。

	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明 未実施
認知症高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※認知症高齢者の日常生活自立度については、調査説明資料をご確認ください。

問６　**平成 30 年 9 月の１か月間における医療療養病床**への入院患者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。

1）　１か月間にリハビリテーションが必要だった入院患者数	人

2）　以下のリハビリテーション料の算定はありましたか。
算定があった場合には算定延べ単位数を、算定がなかった場合には 0（ゼロ）とご記入ください。

①心大血管疾患リハビリテーション料	単位	⑧難病患者リハビリテーション料	単位
②脳血管疾患等リハビリテーション料	単位	⑨障害児（者）リハビリテーション料	単位
③廃用症候群リハビリテーション料	単位	⑩がん患者リハビリテーション料	単位
④運動器リハビリテーション料	単位	⑪認知症患者リハビリテーション料	単位
⑤呼吸器リハビリテーション料	単位	⑫リンパ浮腫複合的治療料	単位
⑥摂食機能療法	単位	⑬集団コミュニケーション療法料	単位
⑦視能訓練	単位		

問**7**　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**医療療養病床**における入院患者のうち、**重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者**（厚生労働省が示す基準による）について、各状態にあてはまる入院患者数をご記入ください。※1
（同一の患者が複数の状態にあてはまる場合、あてはまる状態全てにカウントしてください。）※2
併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入院患者の実人数をご記入ください。

重篤な身体疾患を有する者		
	①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
	②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
	③各週 2 日以上の人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち	
	常時低血圧（収縮時血圧が 90mmHg 以下）	人
	透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
	出血性消化器病変を有するもの	人
	骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
	④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態	人
	⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態	人
	⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態	人
	⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
身体合併症を有する認知症高齢者		
	①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	人
	②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者	人
	③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者	人
上記の状態にあてはまる入院患者の実人数（１つ以上の項目にあてはまった人数）		人

※1：本調査では「平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点」の人数としてご回答ください。
※2：療養機能強化型介護療養型医療施設の算定要件上は、同一の者について「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとなっていますが、本調査では入院患者の状態像を把握するため、当てはまる状態全てにカウントしてください。
※3：「人工腎臓の実施」は他科受診によるものであっても構いません。
※4：「別に掲げる疾病」とは、厚生労働省の示す基準に則り、以下の疾病を指します。
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靱帯骨化症、黄色靱帯骨化症、悪性関節リウマチ

問８　貴院の**医療療養病床**におけるアドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）※に関する取組についてご回答ください。

１）医療療養病床では ACP に取り組んでいますか	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
２）ACP に取り組む上で何が困難ですか （複数回答可）	01　本人意思決定の評価 02　本人が意思表示できない 03　代理決定者が定まらない 04　ACP として関わり始める時期の見極め 05　ACP として実施する内容 06　病院としての方針・指針がない 07　ACP をするための体制が不十分 08　ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09　ACP を実施するための時間がとれない 10　ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11　その他（　　） 12　困難なことは特にない
３）【１）で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。（○はひとつ）	01　入院患者の気がかりや意向 02　入院患者の価値観や目標 03　病状や予後の理解 04　治療や療養に関する意向 05　代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06　その他（　　）
４）ACP に関する院内での職員研修の有無	01　院内で研修をしている 02　研修をしていない
５）【４）で「01」と回答した場合】ACP に関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
６）職員の中に ACP に関する院外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）」とは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問９　貴院における**ターミナルケア**に関する取組についてご回答ください。	
1）貴院では看取り期に入った入院患者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
2）貴院ではターミナルケアに取り組むにあたって、院内でのマニュアル等を整備していますか。	01　整備している 02　整備していない
3）看取りに関する院内での職員研修の有無	01　院内で研修をしている 02　研修をしていない
4）【3）で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
5）職員の中にターミナルケアに関する院外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

問１０

１）**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**医療療養病床**の入院患者のうち、**アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）**を実施した入院患者の**人数**をご記入ください。

２）以下の①～③の条件全てに適合する入院患者（**ターミナル期のケアを提供している入院患者**）の**人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の３ヶ月間の延べ入院日数**をご記入下さい。

① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。

② 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。

③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

	人数（9 月 30 日時点）	
1）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入院患者	人	
	人数（9 月 30 日時点）	3 ヶ月間の延べ入院日数（※）
2）ターミナルケアを提供している入院患者（①～③の条件全てに適合する入院患者）	人	日

※平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点にターミナルケアを提供している入院患者がいる場合、ターミナルケアを開始した時期に関わらず、その方の過去 3 ヶ月間の延べ入院日数をご記入ください。

例）平成 30 年 1 月 1 日に入院し、9 月 15 日からターミナルケアを開始（9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供）している場合、3 ヶ月間の延べ入院日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

問１１　**平成 30 年９月 30 日時点**の貴院の**医療療養病床**に係る**届出病床数**と、**2018 年度末、2019 年度末、2020 年度末、2023 年度末時点に想定される予定病床数**についてお答えください。
（該当しない箇所は空欄としていただいて構いません。）
（予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。）

		基準病床	入院料・基準等の種別	現在の療養病床に係る届出病床数		2018 年度末の予定病床数	2019 年度末の予定病床数	2020 年度末の予定病床数	2023 年度末の予定病床数
病院	医療保険	療養病床	療養病棟入院基本料　療養病棟入院料１・２（20:1）	床	→	床	床	床	床
			療養病棟入院基本料 経過措置（25:1、30:1）	床		床	床	床	床
			療養病棟入院基本料　特別入院基本料	床		床	床	床	床
			地域包括ケア病棟入院料　※病室を含む			床	床	床	床
			回復期リハビリテーション病棟入院料			床	床	床	床
		一般病床	一般病棟入院基本料			床	床	床	床
			その他			床	床	床	床
診療所	医療保険	療養病床	有床診療所療養病床入院基本料	床		床	床	床	床
		一般病床	有床診療所入院基本料			床	床	床	床
（病床転換を行う場合）介護保険施設・居宅サービス等	介護保険施設	介護医療院	Ⅰ型介護医療院			床	床	床	床
			Ⅱ型介護医療院			床	床	床	床
		介護老人保健施設				床	床	床	床
		介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）				床	床	床	床
	居宅サービス・地域密着型サービス	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）※1				床	床	床	床
		有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護なし）				床	床	床	床
		養護老人ホーム				床	床	床	床
		軽費老人ホーム				床	床	床	床
		認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）				床	床	床	床
		小規模多機能型居宅介護				床	床	床	床
		看護小規模多機能型居宅介護				床	床	床	床
		その他				床	床	床	床
		上記のいずれにも移行せず病床廃止				床	床	床	床
		未定				床	床	床	床
合計				床	→	床	床	床	床

合計数はいずれも同じ

※1：この調査票では、平成 30 年 9 月 30 日時点で「療養病棟入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」を届け出ている医療療養病床分のみの予定をご記入ください。
（新規の開設や一般病床等他の病床を再編しての移行を考慮する必要はありません。）

問１２　**【問 11　2023 年度末の予定病床数で「医療療養病床」に回答された方がお答えください】**
2023 年度末までに貴院の**医療療養病床**を移行しない理由として、**現時点の考えにあてはまる選択肢すべてに**○をつけてください。
（複数回答可）

01　2024 年度以降に移行する予定である
02　医療療養病床を継続することが自院の経営に最も適していると考えている
03　介護医療院等に移行すると医療法上の病院・診療所でなくなってしまうことに抵抗がある
04　2021 年介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
05　その他（　　）

問１３　**【問 11　2023 年度末の予定病床数で「未定」に回答された方がお答えください】**
予定病床数が未定の場合、**現在の検討状況**について該当する選択肢**すべてに**○をつけてください。
（複数回答可）

01　2023 年度までに移行を行うことは検討しているが、移行先が未定である
02　なんらかの移行を行うことは検討しているが、移行時期が未定である
03　移行に関して院内で検討しているが、移行先も移行時期も未定である
04　移行に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である
05　その他（　　）

問１４　貴院の**医療療養病床を介護医療院に移行すると仮定**した場合、**課題と考える項目を最大３つまで選び○**をつけてください。
（複数回答可）

01　利用者が必要とする十分な医療ケアを提供することができない
02　ターミナルケアを提供しにくい
03　院内の他の診療科との連携が希薄になる
04　職員のモチベーションが維持できない
05　移行した場合、十分な数の医師を雇用することができない
06　移行した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない
07　移行した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない
08　利用者や家族への説明が難しい
09　利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
10　施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）
11　稼働率を維持するのに十分な利用者を集めることができない
12　周囲の他の介護施設等との差別化ができない
13　地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある
14　自治体における相談・手続がスムーズに進められない
15　その他（　　）
16　課題と考えることは何もない

以上で調査は終了です。ご協力誠にありがとうございました。
ご回答済みの調査票は、平成３０年１１月２１日（水）までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年11月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査

介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査

＜介護療養型老人保健施設票＞

１．本調査票は療養病床等から転換し開設した経緯のある「介護老人保健施設」について、問１～４、問１１～問１７は施設長様もしくは事務長様が、問５～１０は看護師長様がご回答ください。
２．ご回答にあたっては、同封の「調査説明資料」をご参照ください。
３．本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行ったうえで公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
４．ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
５．お忙しいところ恐縮ではございますが、**平成３０年１１月２７日（火）**までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【 お問合せ先 】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
ＴＥＬ：0120-252-441（平日 9:30～17:00）　　ＦＡＸ：0120-252-442（24 時間）
E-mail：h30kaigo@mizuho-ir.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先（tel）		所在地の郵便番号	

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。調査票をご返送いただいた後、事務局より記入内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。

問**1**　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の**貴施設の概要**をご回答ください。	
1）開設者	01　医療法人（医療法人社団・医療法人財団・社会医療法人） 02　社団・財団法人（01 以外） 03　国公立 04　個人 05　その他（　　）
2）定員	（　　）人
3）施設サービス費	01　介護保健施設サービス費（Ⅰ） 02　介護保健施設サービス費（Ⅱ）（療養型老健、看護職員を配置） 03　介護保健施設サービス費（Ⅲ）（療養型老健、看護オンコール体制） 04　介護保健施設サービス費（Ⅳ） 05　ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ） 06　ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）（療養型老健、看護職員を配置） 07　ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）（療養型老健、看護オンコール体制） 08　ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）

4）併設する医療機関	01　病院を併設　　02　診療所を併設　　03　併設医療機関なし
5）併設医療機関がある場合、その医療機関の有する病床	01　一般病床（一般病棟入院基本料） 02　一般病床（地域包括ケア病棟入院料（病床を含む）） 03　一般病床（障害者施設等入院基本料） 04　一般病床（有床診療所入院基本料） 05　一般病床（その他） 06　療養病床（療養病棟入院基本料 療養病棟入院料１・２（20:1）） 07　療養病床（療養病棟入院基本料 経過措置１（25:1、医療区分２・３の患者割合 50%未満）） 08　療養病床（療養病棟入院基本料 経過措置２（30:1）） 09　療養病床（療養病棟入院基本料 特別入院基本料） 10　療養病床（地域包括ケア病棟入院料（病床を含む）） 11　療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料） 12　療養病床（介護療養病床（病院）） 13　療養病床（有床診療所療養病床入院基本料） 14　療養病床（介護療養病床（診療所）） 15　その他の病床 16　病床なし（無床診療所）

問**2**　**平成 30 年 9 月 30 日時点**の貴施設の職員配置**（いずれも常勤換算※）**をご記入ください。

※平成 30 年 9 月 30 日には出勤していない者を含め、平成 30 年 9 月 30 日に在籍している全ての職員についてご回答ください。

	専従	他の施設等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1 日あたり人数
医師	．　人	．　人	
薬剤師	．　人	．　人	
看護師	．　人	．　人	．　人
准看護師	．　人	．　人	
介護福祉士	．　人	．　人	．　人
介護福祉士以外の介護職員	．　人	．　人	
理学療法士	．　人	．　人	
作業療法士	．　人	．　人	
言語聴覚士	．　人	．　人	
管理栄養士	．　人	．　人	
栄養士	．　人	．　人	
介護支援専門員	．　人	．　人	
支援相談員	．　人	．　人	
診療放射線技師	．　人	．　人	

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」＋「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近１週間に当該施設で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。（小数点第二位を切り捨てして下さい）

問3　貴施設の**構造設備**についてご回答ください。					
1）療養室の部屋数と延べ床面積 ※1					
	4人部屋	3人部屋	2人部屋	個室	ユニット個室
部屋数	室	室	室	室	室
延べ床面積	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡
2）廊下幅 ※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅		m ／ 中廊下はない	

※1：「延べ床面積」は、合計値を回答してください（20 ㎡の部屋と 18 ㎡の部屋がある場合には計 38 ㎡）。
※2：「廊下幅」は、壁から壁で測定した場合に、最も狭い幅を回答してください。
「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。
該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に○をつけてください。

問4　貴施設の**入所者数、延べ入所日数**をご記入ください。	
①入所者数（平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点）	人
②うち、住民税非課税所得世帯（第一段階）の入所者	人
③うち、住民税非課税所得世帯（第二段階）の入所者	人
④うち、住民税非課税所得世帯（第三段階）の入所者	人
⑤延べ入所者数（平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間）※1	人

※1：「延べ入所者数」は、平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の入所者数を足しあげたものです。7 月 1 日の入所者が 50 人、7 月 2 日が 49 人、7 月 3 日が 51 人、・・・であれば、50＋49＋51＋･･･として算出してください。

問5　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**貴施設**における入所者の状態像**（医療区分・ADL 区分・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）・認知症高齢者の日常生活支援度）**についてご記入ください。
各回答欄の合計人数が、問 4①の入所者数と同じになるようにご記入ください。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
医療区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても医療区分の適用が可能な場合には、各医療区分別の該当人数をご記入ください。

	ADL 区分1	ADL 区分2	ADL 区分3	不明、未実施
ADL 区分	人	人	人	人

※「不明、未実施」であっても ADL 区分の適用が可能な場合には、各 ADL 区分別の該当人数をご記入ください。

	要支援1･2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中※
要介護度		人	人	人	人	人	人

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入所時点で区分未決定の場合を含みます。

	ランク J	ランク A1	ランク A2	ランク B1	ランク B2	ランク C1	ランク C2	不明
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	人	人	人	人	人	人	人	人

※障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）については、調査説明資料をご確認ください。

	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明 未実施
認知症高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※認知症高齢者の日常生活自立度については、調査説明資料をご確認ください。

問**6**　**平成 30 年 9 月の 1 か月間における貴施設**への入所者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。

1）　1か月間にリハビリテーションが必要だった入所者数	人

2）　加算のうち、以下のリハビリテーションに関する算定はありましたか。
算定があった場合には算定延べ回数を、算定がなかった場合には 0（ゼロ）とご記入ください。

①栄養マネジメント加算	人日	⑨作業療法	回
②低栄養リスク改善加算	人	⑩言語聴覚療法	回
③経口移行加算	人日	⑪集団コミュニケーション療法	回
④経口維持加算	人	⑫摂食機能療法	人日
⑤口腔衛生管理加算	人	⑬短期集中リハビリテーション	人日
⑥排せつ支援加算	人	⑭認知症短期集中リハビリテーション	人日
⑦理学療法（Ⅰ）	回	⑮精神科作業療法	人日
⑧理学療法（Ⅱ）	回	⑯認知症老人入所精神療法	回（週）

問**7**　**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の**貴施設**における入所者のうち、**重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者**（厚生労働省が示す基準による）について、各状態にあてはまる入所者数をご記入ください。※1
（同一の入所者が複数の状態にあてはまる場合、あてはまる状態全てにカウントしてください。）※2
併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入所者の実人数をご記入ください。

重篤な身体疾患を有する者		
	①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
	②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
	③各週 2 日以上の人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち	
	常時低血圧（収縮時血圧が 90mmHg 以下）	人
	透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
	出血性消化器病変を有するもの	人
	骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
	④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態	人
	⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態	人
	⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態	人
	⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
身体合併症を有する認知症高齢者		
	①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	人
	②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者	人
	③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者	人
上記の状態にあてはまる入所者の実人数（１つ以上の項目にあてはまった人数）		人

※1：本調査では「平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点」の人数としてご回答ください。
※2：「介護医療院 I 型」算定要件上は、同一の者について「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとなっていますが、本調査では入所者の状態像を把握するため、当てはまる状態全てにカウントしてください。
※3：「人工腎臓の実施」は他科受診によるものであっても構いません。
※4：「別に掲げる疾病」とは、厚生労働省の示す基準に則り、以下の疾病を指します。
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靱帯骨化症、黄色靱帯骨化症、悪性関節リウマチ

問8　貴施設におけるアドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）※に関する取組についてご回答ください。	
1）貴施設では ACP に取り組んでいますか	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
2）ACP に取り組む上で何が困難ですか （複数回答可）	01　本人意思決定の評価 02　本人が意思表示できない 03　代理決定者が定まらない 04　ACP として関わり始める時期の見極め 05　ACP として実施する内容 06　施設としての方針・指針がない 07　ACP をするための体制が不十分 08　ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09　ACP を実施するための時間がとれない 10　ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11　その他（　　） 12　困難なことは特にない
3）【1）で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。（○はひとつ）	01　入所者の気がかりや意向 02　入所者の価値観や目標 03　病状や予後の理解 04　治療や療養に関する意向 05　代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06　その他（　　）
4）ACP に関する施設内での職員研修の有無	01　施設内で研修をしている 02　研修をしていない
5）【４）で「01」と回答した場合】ACP に関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
6）職員の中に ACP に関する施設外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）」とは、今後の治療・療養について利用者・家族と医療従事者等があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問９　貴施設における**ターミナルケア**に関する取組についてご回答ください。	
１）貴施設では看取り期に入った入所者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01　取り組んでいる 02　取り組んでいない
２）貴施設ではターミナルケアに取り組むにあたって、施設内でのマニュアル等を整備していますか。	01　整備している 02　整備していない
３）看取りに関する施設内での職員研修の有無	01　施設内で研修をしている 02　研修をしていない
４）【３）で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01　年１回 02　年に２～４回 03　年に５回～毎月開催 04　その他
５）職員の中にターミナルケアに関する施設外の研修を受講した方はいますか。 （職種については複数回答可）	01　受講者がいる →11　医師 12　薬剤師 13　看護職員 14　介護職員 15　リハビリ専門職 16　管理栄養士・栄養士 17　その他の職種 02　受講者はいない

問１０

１）**平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点**の入所者のうち、**アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）**を実施した入所者の**人数**をご記入ください。

２）以下の①～③の条件全てに適合する入所者（**ターミナル期のケアを提供している入所者**）の**人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の３ヶ月間の延べ入所日数**をご記入下さい。

① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。

② 入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。

③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

	人数（9 月 30 日時点）	
1）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入所者	人	
	人数（9 月 30 日時点）	3 ヶ月間の延べ入所日数（※）
2）ターミナルケアを提供している入所者（①～③の条件全てに適合する入所者）	人	日

※平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点にターミナルケアを提供している入所者がいる場合、ターミナルケアを開始した時期に関わらず、その方の過去 3 ヶ月間の延べ入所日数をご記入ください。

例）平成 30 年 1 月 1 日に入所し、9 月 15 日からターミナルケアを開始（9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供）している場合、3 ヶ月間の延べ入所日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

問１１　貴施設で実施されている**地域に貢献する活動・地域と交流する活動**についてお伺いします。	
１）活動の実施件数（2018 年度実施済み・実施予定延べ回数）	
① 保健・医療・福祉	―
①-１　健康教室・介護予防教室・栄養教室等（施設内での開催、職員の派遣を含む）	回
①-２　介護教室・介護相談（家族介護者に対する支援）	回
①-３　認知症カフェ・住民カフェ	回
①-４　その他の取組み	回
② 教育支援（職場体験）	回
③ 文化・環境保全（祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全）	回
④ 経済の振興（地域産業の活性化・商店街の活性化・特産品や農水産物の活用）	回
⑤ 防犯・防災（防犯・消防や防災・災害対応）	回
⑥ ボランティアの受け入れ	回
⑦ その他（　　）	回

２）活動を実施するにあたって、連携している組織（複数回答可）	01　都道府県 02　市区町村 03　町内会 04　ボランティア団体 05　保育園・幼稚園 06　小・中学校 07　地域包括支援センター 08　その他（　　）

問１２　**介護医療院**に関する事項についてお伺いします。	
1）平成 30 年４月から創設された「介護医療院」にはどの程度関心がありますか。	01　非常に関心がある 02　関心がある 03　関心がない
2）【１）で「01」又は「02」と回答した場合】介護医療院に関する情報収集を行っていますか。	01　行っている　　02　行っていない
3）「介護医療院」の具体的な開設手順を知っていますか。	01　知っている　　02　知らない
4）療養病床から転換した経緯のある介護老人保健施設が「介護医療院」に転換する場合、右に挙げる経過措置が適用されることを知っていますか。 （知っている項目すべてに○）	01　療養室の床面積は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で入所者１人当たり 6.4 平方メートル以上でよい。 02　建物の耐火構造は、建築基準法の基準によるものでよい。 03　屋内の直通階段及びエレベーターについては、転換前の医療法による基準と同等のものでよい。 04　療養室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.2 メートル以上（ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6 メートル以上）であればよい。 05　（介護療養型老人保健施設からの転換の場合）調剤を行う施設についての経過措置（近隣の場所にある薬局と連携することにより置かないことができる） 06　（介護療養型老人保健施設からの転換の場合）臨床検査施設又はエックス線装置の設置についての経過措置（近隣の医療機関等との連携により置かないことができる）

問１３　**貴施設を介護医療院に移行すると仮定**した場合、**必要と考える支援策すべてに○**をつけてください。（複数回答可）
01　建物を改修・改築するための助成金 02　家具・パーティション等を調達するための助成金 03　介護医療院の基準・制度に関する情報提供 04　介護医療院の基準・制度に関する相談窓口 05　実際に介護医療院に移行した事例の紹介 06　その他（　　） 07　支援策は特に必要ない

問１４　**平成 30 年９月 30 日時点**の貴施設の**定員数**と、**2018 年度末、2019 年度末、2020 年度末、2023 年度末時点に想定される予定定員数**についてお答えください。
（該当しない箇所は空欄としていただいて構いません。）
（予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。）

		種別		現在の定員数	2018 年度末の予定定員数	2019 年度末の予定定員数	2020 年度末の予定定員数	2023 年度末の予定定員数
介護保険施設・居宅サービス等	介護保険施設	介護医療院	Ⅰ型介護医療院		床	床	床	床
			Ⅱ型介護医療院		床	床	床	床
		介護老人保健施設		床	床	床	床	床
		介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）			床	床	床	床
	居宅サービス・地域密着型サービス	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）※1			床	床	床	床
		有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護なし）			床	床	床	床
		養護老人ホーム			床	床	床	床
		軽費老人ホーム			床	床	床	床
		認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）			床	床	床	床
		小規模多機能型居宅介護			床	床	床	床
		看護小規模多機能型居宅介護			床	床	床	床
		その他			床	床	床	床
		上記のいずれにも移行せずベッドを廃止			床	床	床	床
		未定			床	床	床	床
合計				床	床	床	床	床

合計数はいずれも同じ

※1：この調査票では、平成 30 年 9 月 30 日時点の介護療養型老人保健施設分のみの予定をご記入ください。
（新規の開設や一般病床等他の病床を再編しての移行を考慮する必要はありません。）

問１５　**【問 14　2023 年度末の予定定員数で「介護老人保健施設」に回答された方がお答えください】**
2023 年度末までに貴施設を移行しない理由として、**現時点の考えにあてはまる選択肢すべてに**○をつけてください。
（複数回答可）

01　2024 年度以降に移行する予定である
02　介護療養型老人保健施設を継続することが自施設の経営に最も適していると考えている
03　2021 年介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
04　その他（　　）

問１６　**【問 14　2023 年度末の予定定員数で「未定」に回答された方がお答えください】**
予定定員数が未定の場合、**現在の検討状況**について該当する選択肢**すべてに**○をつけてください。
（複数回答可）

01　2023 年度までに移行を行うことは検討しているが、移行先が未定である
02　なんらかの移行を行うことは検討しているが、移行時期が未定である
03　移行に関して施設内で検討しているが、移行先も移行時期も未定である
04　移行に関して施設内で検討しておらず、まったくの未定である
05　その他（　　）

問１７　貴施設を**介護医療院に移行すると仮定**した場合、**課題と考える項目を最大３つまで選び○**をつけてください。（複数回答可）

01　利用者が必要とする十分な医療ケアを提供することができない
02　ターミナルケアを提供しにくい
03　院内の他の診療科との連携が希薄になる
04　職員のモチベーションが維持できない
05　移行した場合、十分な数の医師を雇用することができない
06　移行した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない
07　移行した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない
08　利用者や家族への説明が難しい
09　利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
10　施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）
11　稼働率を維持するのに十分な利用者を集めることができない
12　周囲の他の介護施設等との差別化ができない
13　地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある
14　自治体における相談・手続がスムーズに進められない
15　その他（　　）
16　課題と考えることは何もない

以上で調査は終了です。ご協力誠にありがとうございました。
ご回答済みの調査票は、平成３０年１１月２７日（火）までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成３０年度　介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査

患者・利用者票

※本調査票は、平成 30 年 10 月３日の入院患者・利用者のうち、毎月（１月～12 月）の誕生日が以下に該当する人「全員」を抽出して調査するものです。
・介護医療院の場合：誕生日の日付が「偶数日」の人（おおよそ 1/２抽出）
・医療機関（介護療養型医療施設・医療療養病床）の場合：誕生日の日付が「15 日」の人（おおよそ 1/30 抽出）
・介護療養型老人保健施設の場合：誕生日の日付が「10 日」～「15 日」の人（おおよそ 1/５抽出）
※本調査票は、当該患者・利用者の状況について詳しい方がご記入ください。特に６）～20）は看護職員の方が、21）～25）はリハビリに携わる方がご記入下さい。
※ご本人・ご家族にご確認いただく必要はありません。貴施設で分かる範囲でご記入下さい。
※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則１つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「０」とご記入下さい。分からない場合は「－」と記入して下さい。
※介護医療院の場合は、転換前の療養病床/介護療養型老健への入院・入所を、利用者の入院/入所時点としてください。

1）本調査における患者・利用者ＩＤ	（　　）※貴施設で本調査用に任意のＩＤを付け、記載してください。お問い合わせが生じた際に利用させていただきます。	
2）入院・入所している場所	1　介護医療院 2　介護療養型医療施設 3　療養病棟入院基本料１・２を算定している病床（20:1） 4　療養病棟入院基本料経過措置を算定している病床（25:1、30:1、医療区分２・３の患者割合が５割未満） 5　介護療養型老人保健施設	
3）年齢	（　　）歳	
4）性別	1　男　　2　女	
5）現在入院・入所中の場所へ入院・入所（または転棟）した日 ※介護医療院の場合は、転換前の類型への入院・入所・転棟日	平成（　　）年（　　）月（　　）日	
6）要介護度（直近）	1　要支援１・２　2　要介護１　3　要介護２　4　要介護３ 5　要介護４　6　要介護５　7　申請中　8　未申請　9　非該当	
7）医療区分	1　医療区分１　2　医療区分２　3　医療区分３　4　不明	
8）障害高齢者の日常生活自立度	1　自立　2　Ｊ１　3　Ｊ２　4　Ａ１　5　Ａ２ 6　Ｂ１　7　Ｂ２　8　Ｃ１　9　Ｃ２　10　不明	
9）認知症高齢者の日常生活自立度	1　自立　2　Ⅰ　3　Ⅱａ　4　Ⅱｂ 5　Ⅲａ　6　Ⅲｂ　7　Ⅳ　8　Ｍ　9　不明	
10）傷病 （該当するものすべてに○、主なもの１つに◎）	1 高血圧 2 脳卒中（脳出血･脳梗塞等） 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症（脂質異常症） 6 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気（骨粗しょう症、関節症等） 10 外傷（転倒・骨折等） 11 がん（新生物） 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症（アルツハイマー病等） 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他 21 ない	
11）身体機能・起居動作	①寝返り	1　できる　2　つかまればできる　3　できない
	②起き上がり	1　できる　2　つかまればできる　3　できない
	③座位保持	1 できる　2 自分で支えればできる　3 支えてもらえばできる　4 できない
	④両足での立位	1　できる　2　支えがあればできる　3　できない
	⑤歩行	1　できる　2　つかまればできる　3　できない
12）生活機能	①移動	1　自立　2　一部介助　3　全介助
	②えん下	1　自立　2　一部介助　3　全介助
	③排尿	1　自立　2　一部介助　3　全介助
	④排便	1　自立　2　一部介助　3　全介助
	⑤衣服の着脱	1　自立　2　一部介助　3　全介助
13）主な日中の生活場所の状況	1　自室以外（食堂・レクリエーションルーム等） 2　自室・ベッド上・座位 3　自室・ベッド上・臥位	

14）食事の場所	1　食堂等自室以外 2　自室 3　食事はとっていない（経管栄養等）
15）食事の時間	1　決められた時間に提供されている 2　本人の希望する時間に提供されている 3　日によって提供時間が異なる
16）入浴の回数	1週間あたり（　　）回
17）レクリエーションへの参加	1週間あたり（　　）分

18）アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）に関する取組の有無 ※今後の治療・療養について患者・家族と医療従事があらかじめ話し合う自発的なプロセスのこと	1　はい　2　いいえ
19）ターミナルケアの実施の有無 ※医学的に回復の見込みがないと診断された者に対し、本人・家族の同意を得て、計画的にケアを行うこと	1　はい　2　いいえ

20）ターミナルケアの具体的な内容（複数回答可）（19）で「１はい」に○がついた場合にご回答ください。）

1　食事量の調整　　4　創傷・褥瘡ケア　　7　一時帰宅を含む帰宅支援
2　水分量の調整　　5　喀痰吸引　　8　不安等心理的変化への対応・ケア
3　麻薬による疼痛管理　　6　環境整備（個室への移動等）　　9　家族に対する相談対応・ケア

※以降の設問はリハビリに携わる方（リハビリ専門職・看護職員）がご記入ください。

21）（介護保険適用の場合のみご記入下さい）算定した加算（平成 30 年９月分）（複数回答可）

1　経口維持加算　　2　経口移行加算　　3　口腔衛生管理加算　　4　排せつ支援加算

22）（介護保険適用の場合のみご記入下さい）算定した特定（特別）診療費（平成 30 年９月分）（複数回答可）

1　理学療法（Ⅰ・Ⅱ）　　2　作業療法　　3　言語聴覚療法　　4　集団コミュニケーション療法
5　摂食機能療法　　6　短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　　7　認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算
8　精神科作業療法　　9　認知症老人入院（入所）精神療法

23）（医療保険適用の場合のみご記入下さい）算定した加算（平成 30 年９月分）（複数回答可）

1　心大血管疾患リハビリテーション料
2　脳血管疾患等リハビリテーション料
3　廃用症候群リハビリテーション料
4　運動器リハビリテーション料
5　呼吸器リハビリテーション料
6　摂食機能療法
7　視能訓練
8　難病患者リハビリテーション料
9　障害児（者）リハビリテーション料
10　がん患者リハビリテーション料
11　認知症患者リハビリテーション料
12　リンパ浮腫複合的治療料
13　集団コミュニケーション療法料

24）リハビリテーションの具体的な内容　※ 21）22）もしくは 23）で１つ以上○がついた場合にご回答ください。

①内容（複数回答可）	1　関節可動域訓練 2　筋力増強訓練 3　筋緊張緩和（ストレッチ等） 4　持久力訓練 5　バランス練習 6　起居/立位動作練習 7　移乗動作訓練 8　歩行訓練 9　体操 10 摂食・嚥下訓練 11 言語聴覚訓練 12 高次脳機能訓練 13 トイレ訓練 14 入浴訓練 15 その他 ADL 訓練 16　IADL 練習（家事・調理・買い物等） 17 用具の適応訓練（車いす、杖、補聴器等） 18 在宅生活の模擬的訓練 19 記憶機能に関する訓練 20 認知機能に関する訓練 21 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等） 22 介助方法の指導 23 その他
②維持向上させようとした生活機能（複数回答可）	1　寝返り　　5　歩行　　9　排便 2　起き上がり　　6　移動　　10 衣服の着脱 3　座位保持　　7　えん下　　11 その他 4　両足での立位　　8　排尿
③１週間あたりの回数・合計時間	（　　）回　合計（　　）分

25）リハビリテーションを実施しなかった理由
（21）22）もしくは 23）で１つも○がつかなかった場合にご回答ください。）（○はひとつ）

1　生活機能を維持・向上させるリハビリテーション・機能訓練を実施する必要がないほど自立している。
2　リハビリテーション・機能訓練は行ったが、関連する加算等は算定していない。
3　体調不良など医学的な理由によりリハビリテーション・機能訓練を実施すべきでないと判断された。
4　ターミナル期・寝たきりで意識がない等、リハビリテーション・機能訓練を実施できなかった。
5　その他

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

平成 30 年度　介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

介護老人福祉施設票

※本調査票は、貴施設の施設長の方がご記入ください。なお記入にあたっては必要に応じて各ご担当者に確認のうえご記入ください。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則１つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「０」とご記入ください。
分からない場合は「－」とご記入ください。
※調査時点は、平成 30 年 10 月 3 日または、質問に記載している期間とします。
※本調査では、主に、介護事故、ヒヤリ・ハットを対象としてお伺いします。

１．貴施設の概要についてお伺いします。

（１）基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	（　　）都・道・府・県
2) 運営主体	1　市区町村、広域連合・一部事務組合　　2　社会福祉法人 3　その他（　　）
3) 開設年	西暦（　　）年
4) 介護報酬上の届出（複数回答可）	1　介護福祉施設サービス費 2　経過的小規模介護福祉施設サービス費 3　ユニット型介護福祉施設サービス費 4　ユニット型経過的小規模介護福祉施設サービス費 5　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 6　ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 7　経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 8　ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費
5) 居室区分（複数回答可）	1　従来型個室　　2　多床室 3　ユニット型個室　　4　ユニット型個室的多床室
6) 入所定員数（短期入所生活介護を除く）	（　　）人
7) 併設サービス（複数回答可）	1　病院　2　診療所　3　介護老人保健施設 4　訪問介護　5　通所介護　6　短期入所生活介護 7　訪問看護　8　居宅介護支援　9　地域包括支援センター 10 その他（　　）

8)要介護度別入所者数（短期入所生活介護の利用者を除く）	要介護５	要介護４	要介護３	要介護２	要介護１	その他	合計
	人	人	人	人	人	人	人

（２）職員体制についてお伺いします。

9) 施設長の経験年数（現施設での施設長としての経験年数）	（　　）年
10) 施設長の保有する資格（複数回答可）	1　医師　2　看護師　3　准看護師　4　介護福祉士　5　社会福祉士 6　介護支援専門員　7　社会福祉施設長資格認定講習受講 8　介護職員初任者研修修了（またはホームヘルパー２級） 9　介護職員実務者研修修了（またはホームヘルパー１級） 10　その他（　　）

11）貴施設の介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢についてお伺いします。（主なもの1つを選択）	1　施設の介護事故防止の取組みは、施設長の責務として重要と認識している 2　施設の介護事故防止対策等を率先して検討している 3　施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に任せているが、定期的な会議等で報告を受けている 4　施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に一任している 5　その他（　　）

12）貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数および常勤・非常勤別の実人数をご記入ください。※常勤換算数は「職員の１週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の職員が勤務すべき１週間の時間数」で計算し、小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。配置がある場合で得られた結果が 0.1 に満たない場合は 0.1 と記入してください

	①常勤換算数	②実人数	
		常勤者	非常勤者
医師	.		
看護師	.		
准看護師	.		
機能訓練指導員	.		
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	.		
介護職員	.		
うち、介護福祉士	.		
うち、認定特定行為を実施できる介護職員（認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等）	.		
介護支援専門員	.		
生活相談員	.		
栄養士・管理栄養士	.		
その他	.		

13）看護職員と介護職員について、上記 12)②のうち、派遣職員の人数をご記入ください。	看護職員	介護職員
	人	人

14）看護職員（看護師・准看護師）と介護職員について、貴施設での勤続年数別の人数をご記入ください。

	1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上 10 年未満	10 年以上
看護職員	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人

（３）貴施設のマネジメント体制等についてお伺いします。

15）ISO等のマネジメントシステムを導入していますか。	1　導入している➡具体的に（　　） 2　導入していない
16）自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けていますか。	1　受けている　➡a　関係団体　b　経営母体の法人　c　民間のコンサル　d　その他（　　） 2　受けていない
17）介護事故だけでなく感染症等の不測の事態を想定した行動計画を策定していますか。	1　策定している➡a　風水害　b　地震　c　火災　d　感染症　e　食中毒　f　その他（　　） 2　策定していない
18）防災訓練を実施していますか。	1　実施している　　2　実施していない

２．介護事故予防の体制についてお伺いします。

（１）事故発生の防止のための指針※等についてお伺いします。

（※「指針」とは、基準省令35条第1項一号（事故発生の防止及び発生時の対応）に定める指針であり、基本的な方針を定めたものを指します）

19)貴施設では事故発生の防止のための指針を作成していますか。	1　作成している 2　作成していない

19）で「1　作成している」の場合にご回答ください。

① 事故発生の防止のための指針の作成プロセス ※複数回答可

1　国が示している「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」を参考にしている
2　市区町村等が示している基準を参考にしている
3　上記１、２以外で、関連する書籍等を参考にしている
4　専任の安全対策を担当する者が中心に作成している
5　施設の事故発生の防止のための委員会で検討している
6　研修で得た情報を反映している
7　介護事故やヒヤリ・ハット発生後に開催された施設の事故発生の防止のための委員会の結果を反映している
8　市区町村等から提供された情報を反映している
9　その他（　　）

② 事故発生の防止のための指針に記載されている事項 ※複数回答可

1　介護事故防止に関する基本理念や考え方　　2　介護事故防止のための委員会や組織体制
3　介護事故防止のための職員研修　　4　介護事故やヒヤリ・ハット等の報告の仕組みや改善策
5　介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応　　6　入所者や家族等に対する指針の閲覧
7　その他（　　）

③ 事故発生の防止のための指針の職員への周知方法 ※複数回答可

1　職員用掲示による周知　　2　会議を通じた周知
3　職員研修による周知　　4　入職時オリエンテーションや入職時研修による周知
5　その他（　　）

④ 事故発生の防止のための指針は見直していますか。1番、最近の見直しの時期を教えてください。

1　定期的に見直している➡（　　）年毎（最終見直し：平成（　　）年）
2　不定期に見直している➡最終見直し　平成（　　）年
3　事故発生後に見直している
4　見直していない

20)事故発生時の市区町村・家族以外の報告先を教えてください。 ※複数回答可

1 都道府県　　2 配置医・配置医が所属している病院　　3 左記 2 以外の病院、協力病院
4 その他（　　）　　5　特になし

21)損害賠償保険の加入の有無	1　有　　2　無
22)過去１年間に損害賠償請求を受けたことの有無	1　有　　2　無
23)介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無 ※事故発生後にリスク評価をした場合も含む	1　有　　2　無

23)で「1　有」の場合にご回答ください。

①リスク評価の方法 （複数回答可）	1　評価基準を用いて入所者のリスク評価を行っている ➡評価基準を誰が定めていますか a　市区町村　　b　施設　　c　その他（　　） ➡何のリスクに対する評価基準ですか a　転倒　　b 転落　　c　誤嚥　　d　異食　　e　褥瘡　　f　離設 g　誤薬　　h　医療的ケア関連（点滴抜去、ﾁｭｰﾌﾞ抜去、機器ﾄﾗﾌﾞﾙ等） i　その他（　　） 2　ケアプランを見直す会議で評価し個別のリスクを評価している 3　介護事故やヒヤリ・ハット事例の対象となってからリスクを検討している 4　その他（　　）

②入所者家族とのリスク共有の有無	1　有　　2　無
	(有の場合)リスク共有の平均的な頻度
	1　１～２週間に１回程度　　2　１か月に１回程度 3　２～３か月に１回程度　　4　半年以上に１回程度 5　その他（具体的に：　　）
	(有の場合)リスク共有の方法　※複数回答可
	1　ケアプランの立案や見直しに参加してもらう 2　個別に情報提供や面談を行っている 3　家族会を開催し、交流を図ったり意見を聴取している 4　その他（　　）

（２）指針に基づくマニュアル等※についてお伺いします。

（※「マニュアル等」とは、具体的行動基準、手順書、覚書、細則、事故発生時対応マニュアル等を指します）

24)指針に基づくマニュアル等の有無	1　有　　2　無
24)で「1　有」の場合にご回答ください。	
①指針または指針に基づくマニュアル等に事故発生時の市区町村への報告手順についての記載がありますか。	1　有　2　無
②指針に基づくマニュアル等の活用状況（複数回答可）	1　定期的に会議や研修等で活用している 2　事故発生時に、対応方法等を確認している 3　事故発生後に、事故後の振り返り等で対応方法等を確認している 4　家族への説明時に使用している 5　その他（　　）
③直近の介護事故について、事故発生時の対応状況（初動動作）	1　事故発生時、マニュアル等に記載された報告手順に沿い、報告している 2　マニュアル等に記載がなく、その場で判断し報告している 3　事故発生時、マニュアル等の記載通りに対応しようとしたが、マニュアル等に記載がない等の阻害要因があり、対応できなかった 4　事故が発生していない
④指針に基づくマニュアル等を見直していますか。	1　定期的に見直している 2　不定期に見直している 3　事故発生後に見直している 4　見直していない

（３）「事故発生の防止のための委員会」の設置状況等についてお伺いします。

（※「事故発生の防止のための委員会」とは、基準省令35条第1項三号に定めるものを指します）

25)貴施設における事故発生の防止のための委員会の開催状況	1　定期的に開催　➡（a 毎月　b　２か月に１回　c　３か月に１回 d　半年程度に１回　　e　その他（　　）） 2　必要時に開催 3　開催していない
25)で「1　定期的に開催」または「2　必要時に開催」の場合にご回答ください。	
①平成 29 年度の開催回数	（　　）回
②事故発生の防止のための委員会の設置単位	1　施設　2　経営母体の法人　3　その他（　　）
③構成メンバー（複数回答可）	1　施設長　　2　事務長　　3　医師　　4　看護職員 5　介護職員　6　介護支援専門員　7　機能訓練指導員　8　栄養士/管理栄養士 9 生活相談員　10 事務職員　　11 その他（　　）
④構成メンバーには外部有識者（※施設外の安全対策の専門家）が入っていますか。	1　入っている➡職種（　　） 2　入っていない

⑤委員会での検討事項（複数回答可）	1　指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し 2　施設全体の介護事故防止策に関する検討 3　介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告 4　発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の分析 5　発生した介護事故やヒヤリ・ハット等への個別対応の検討 6　利用者一人一人のリスク評価 7　介護事故防止のための研修内容 8　その他（　　）
⑥委員会での決定事項の周知の有無・方法（複数回答可）	1　職員用内報で知らせる 2　職員用掲示で知らせる 3　施設内の定例の研修や会議で知らせる 4　特別の研修や会議を開催して知らせる 5　委員会での決定事項について文書を作成し職員に配布する 6　特に職員には知らせていない 7　その他　（　　）

26)施設外の介護事故や安全強化に関する情報を収集し、自施設の事故防止に活用していますか。	1　活用している　　2　活用していない

27)安全管理に関する業務の主な実施者（それぞれ、主な実施者1つに○）

①事故予防対策の立案	1　看護職員　2　介護職員　3 施設長　4 医師 5　その他（職種：　　）　6 実施なし
②入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析	1　看護職員　2　介護職員　3 施設長　4 医師 5　その他（職種：　　）　6 実施なし

28) 事故発生の防止のための委員会において、専任の安全対策を担当する者の有無	1　有　2　無

28)で「1　有」の場合にご回答ください。

①専任の安全対策を担当する者の人数

（　　）人

②職種（複数回答可）

1　施設長　2　事務長　3　医師　4　看護職員
5　介護職員　6　介護支援専門員　7　機能訓練指導員　8　栄養士/管理栄養士
9 生活相談員　10 事務職員　11　その他（　　）

③担当する業務（複数回答可）

1　介護事故　2　ヒヤリ・ハット　3　感染症・食中毒　4　職員の安全・衛生
5　職員の法令等違反、不祥事等　6　家族・利用者からの苦情相談　7　自然災害
8　火災　9　その他（　　）

（４）介護事故防止のための研修（平成２９年度実績）についてお伺いします。

（※「介護事故防止のための研修」とは、基準省令35条第1項三号に定めるものを指します）

29)貴施設における職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無	1　有　　2　無

29)で「1　有」の場合にご回答ください。

①平成 29 年度の開催回数	（　　）回
②研修の延べ時間	（　　）時間
③受講者数（延べ人数）	（　　）人
④入職時研修の有無	1　有　　2　無
⑤フロア、ユニット毎の研修開催の有無	1　有　　2　無
⑥研修内容として該当するもの（複数回答可）	1　具体的な事故事例等に関すること　2　報告のしくみや報告様式の記載方法 3　事故発生時の対応　4　業務内容ごとのケア手順（実技） 5　指針や指針に基づくマニュアル等の周知　6　その他（　　）

⑦研修の実施状況に対する評価（複数回答可）	1　実施している研修状況（開催頻度や研修内容等）に対し、満足している 2　研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である 3　職員の理解度に差がある 4　効果的な研修の内容や方法がわからない 5　その他（　　）
30)平成29年度に、職員が職務として介護事故防止に関する「外部」の研修を受講しましたか。	1　受講した　➡受講人数（　　）人 ➡研修主催者（複数回答可） a　全国老人福祉施設協議会・都道府県老人福祉施設協議会 b　日本看護協会・都道府県看護協会 c　自治体 d　その他（　　） 2　受講しなかった

（５）貴施設における「介護事故」や「ヒヤリ・ハット」についてお伺いします。

１）貴施設では、「介護事故」を施設内でどのように認識・把握しているかお伺いします。

31)貴施設では「介護事故」をどのように認識していますか。「介護事故」として取り扱う「事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「介護事故」として取り扱う「被害状況の範囲」（選択肢は以下の枠内）を選んでください。

事故の種別（↓番号に○、複数回答可）	被害状況の範囲（複数回答可）
1　転倒	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
2　転落	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
3　誤嚥	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
4　異食	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
5　褥瘡	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
6　離設	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
7　誤薬	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
8　医療的ケア関連（点滴抜去、ﾁｭｰﾌﾞ抜去、機器ﾄﾗﾌﾞﾙ等）	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
9　その他（　　）	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
その他（　　）	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12

【選択肢】

介護事故として取り扱う被害状況の範囲（複数回答可）
1　事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2　事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3　事故のため一時的な治療が必要となったもの
a医療機関の受診を要したもの　b入院を要したもの　cその他
4　事故のため継続的な治療が必要となったもの
a医療機関の受診を要したもの　b入院を要したもの　cその他
5　事故により長期にわたり治療が続くもの
a医療機関の受診を要したもの　b入院を要したもの　cその他
6　事故による障害が永続的に残ったもの
7　サービス提供による利用者の死亡事故
8　施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9　介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10　損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11　1～10に該当する基準はない
12　その他（　　）

32)介護事故として取り扱う被害の種類（複数回答可）	1 骨折　2 打撲・捻挫・脱臼　3 切傷・擦過傷・裂傷　4 熱傷 5 その他の外傷　6 窒息　7 溺水　8 その他

2）貴施設から市区町村へ報告している「介護事故」についてお伺いします。

33)介護事故が起こった場合の市区町村への報告に関して、以下の項目について施設で定められているか回答してください。※市区町村が定めたものに従う場合も含む	
①市区町村への報告対象の範囲	1 定められている　2 定められていない　3 わからない
②市区町村への報告様式・書式	1 定められている　2 定められていない　3 わからない
③市区町村への報告手順・要領	1 定められている　2 定められていない　3 わからない

34)介護事故による死亡事故件数(平成 29 年度実績)	件

35)貴施設で「介護事故」として市区町村に報告している「事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「介護事故として報告する被害状況の範囲」（選択肢は上記、31)と共通、前頁枠内)を選んでください。

事故の種別（↓番号に○、複数回答可）	介護事故として報告する被害状況の範囲（複数回答可）
1 転倒	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
2 転落	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
3 誤嚥	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
4 異食	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
5 褥瘡	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
6 離設	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
7 誤薬	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
8 医療的ケア関連（点滴抜去、ﾁｭｰﾌﾞ抜去、機器ﾄﾗﾌﾞﾙ等）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
9 その他（　　）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
その他（　　）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12

36)施設から市区町村へ報告した介護事故の件数（平成 29 年度実績）

転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設	誤薬	医療的ケア関連（点滴抜去、ﾁｭｰﾌﾞ抜去、機器ﾄﾗﾌﾞﾙ等）	その他	合計
件	件	件	件	件	件	件	件	件	件

37)発生した介護事故を分析していますか。	1 分析している　2 分析していない
①「1 分析している」の場合：誰が分析していますか。（複数回答可）	1 事故の発見者（報告書の作成者）が分析している 2 事故が発生したフロアの職員が分析している 3 施設内の専任の安全対策を担当する者が分析している 4 事故発生の防止のための委員会で分析している 5 団体等の第三者に委託し分析している 6 その他（　　）
② 施設の責任や問題になるか否かを分析していますか。	1 分析している　2 分析していない

３）貴施設では「ヒヤリ・ハット」をどのように対応しているかお伺いします。

38)施設内で報告対象とする範囲（複数回答可）	1　事故等は発生していないが、事故発生につながる可能性が高い状態・事例 2　事故等が発生したが、入所者への影響は認められなかった事例 3　事故等により入所者に変化が生じ、診察や検査が必要となったが、治療の必要がなかったもの 4　事故等の発生により入所者への影響が発生し、軽微な処置、治療を要した事例（ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、シップ、鎮痛剤投与等とする） 5　事故等が発生したが、入所者への影響が不明・曖昧な場合 6　1～5 に該当するものはない 7　その他（　　）
39)ヒヤリ・ハットについて、施設内で報告する様式は定めていますか。	1　定めている　　2　定めていない
40)ヒヤリ・ハットについて、施設内での対応に取り決めはありますか。	1　有　➡取り決めの内容（複数回答可） a　記録する b　一定期間収集し、分析する c　その他（　　） 2　無

３．利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

（１）利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

41)利用者・家族からのクレーム対応の窓口を施設内に設置していますか。	1　している　2　していない
42)利用者・家族からのクレーム対応の体制を構築していますか。	1　している　2　していない
43)対応マニュアルは作成していますか。	1　している　2　していない
44)入所者や家族へ相談窓口（施設外も含む）の案内・周知を行っていますか。	1　行っている➡案内する場所（複数回答可） a　施設内の窓口　　b　a 以外の法人の窓口 c　市区町村　　d　国民健康保険連合会 e　その他（　　） 2　行っていない

（２）利用者・家族からのクレームについてお伺いします。

45)利用者・家族からのクレームの有無、件数（平成 30 年4月～9月）	1➡有（　　）件　2　無　3　わからない
46)主に誰が対応しますか。	1　看護職員　2　介護職員　3 施設長　4　医師 5　生活相談員　6　その他（職種：　　）　7　わからない
47)クレームの内容について多いもの3つまで（複数回答可）	1　ケアの質や量に関すること　　2　職員の接遇や態度に関すること 3　利用者の私物の紛失や破損に関すること　　4　施設設備に関すること 5　財産管理、遺言等に関すること　　6　入所者同士のトラブルに関すること 7　その他（　　）

４．最後に自由にご記入ください。

48)これまでに実施した介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたものを自由にご記入ください。
49)介護事故防止のための施設の課題を自由にご記入ください。

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

施設名		電話番号	

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用の封筒に入れ（切手は不要です）、ポストに投函してください。ご協力ありがとうございました。

平成 30 年度　介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

市区町村票

※本調査票は、介護老人福祉施設と介護老人保健施設から報告された介護事故を取り扱う方がご記入ください。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則１つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「０」とご記入ください。分からない場合は「－」とご記入ください。
※調査時点は、平成 30 年 10 月 3 日または、質問に記載している期間とします。

都道府県名		市区町村名		人口(直近)	(約)　　人
貴自治体内の介護老人福祉施設数(含む地域密着型)		貴自治体内の介護老人保健施設数			

１．介護老人福祉施設（含む地域密着型）・介護老人保健施設からの事故報告についてお伺いします。

1)市区町村内の施設で発生した事故報告として求めている範囲（複数回答可）	1　介護事故　　2　ヒヤリ・ハット　　3　感染症・食中毒 4　職員の安全・衛生　　5　職員の法令等違反、不祥事等 6　家族・利用者からの苦情相談　7　自然災害　　8　火災 9　その他（　　）

２．「介護事故」について報告を求めている場合、その内容についてお伺いします。

2)施設で介護事故が起こった場合、市区町村へ報告する介護事故の範囲を定めていますか。	1　定めている　　2　定めていない

2)で「1　定めている」場合：
①「報告対象の事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「報告対象の被害状況の範囲」（選択肢は下の枠内）を選んでください。

報告対象の事故の種別（↓番号に○、複数回答可）	報告対象の被害状況の範囲（複数回答可）
1　転倒	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
2　転落	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
3　誤嚥	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
4　異食	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
5　褥瘡	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
6　離設	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
7　誤薬・薬剤	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
8　治療・処置	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
9　医療機器・介護機器・ﾘﾊﾋﾞﾘ機器等	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
10　ドレーン・チューブ	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
11　検査	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
12　その他（　　）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
その他（　　）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12

【選択肢】

報告対象の被害状況の範囲（複数回答可）
1　事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2　事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3　事故のため一時的な治療が必要となったもの
a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
4　事故のため継続的な治療が必要となったもの
a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
5　事故により長期にわたり治療が続くもの
a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
6　事故による障害が永続的に残ったもの
7　サービス提供による利用者の死亡事故
8　施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9　介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10　損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11　1～10 に該当する基準はない
12　その他（　　）

② 報告対象とする事故の被害の種類(複数回答可)	1 骨折　2 打撲・捻挫・脱臼　3 切傷・擦過傷・裂傷　4 熱傷 5 その他の外傷　6 窒息　7 溺水　8 その他
3)施設から市区町村への報告様式・書式を、定めていますか。	1 定めている　2 定めていない
4) 施設に報告を求めている項目を定めていますか。	1 定めている　2 定めていない
4)で「1 定めている」場合、定めている項目 ※複数回答可	
1 報告者 2 事業所の概要 ➡a 事業所名 b 事業所番号 c 所在地 d 法人名 e サービスの種類 f 入所者数 3 対象者の属性➡a 性別 b 年齢 c 要介護度区分 d 認知症区分 e 疾患名 f 事故発生前の入所者の状態 g 住所・連絡先 h その他（ ） 4 事故の概要 ➡a 発見者 b 当時者 c 発生日時 d 発生場所 e 事故種別 f 事故の程度 g 事故の状況 h 事故の原因 i 改善策 5 死亡者数 6 発生時の対応➡a 医療の実施の有無 b 受診日 c 医療機関 d 対応・治療の内容 7 発生後の状況➡a 利用者の状況 b 最終診察・診断結果 c 家族への連絡・説明 d 損害賠償等の状況 e 再発防止策 f その他（ ） 8 その他（ ）	
5)施設から市区町村への報告手順・要領を定めていますか。	1 定めている　2 定めていない
6)介護事故発生後の施設から市区町村への報告時期に関するルール	1 報告の時期について定めている a 事故直後または一段落した段階で報告を求めている b 具体的に期日を示し、報告を求めている ・1回 :( )日以内 ・2回以上 :第1報告:( ) 日以内 最終報告:( ) 日以内 c 事故の種類や程度等により報告時期を定めている 2 報告の時期について定めていない 3 その他（ ）

3．平成 29 年度の介護老人福祉施設（含む地域密着型）・介護老人保健施設からの介護事故の報告件数をお伺いします。

	介護老人福祉施設（含む地域密着型）		介護老人保健施設	
	報告があった施設数	合計事故件数	報告があった施設数	合計事故件数
7)サービス提供中の介護事故による「死亡」の報告件数	施設	件	施設	件
8)サービス提供中の介護事故による「死亡」以外の介護事故の報告件数	施設	件	施設	件

9) 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署は同じですか	1 同じ　2 違う

4．市区町村から都道府県への報告についてお伺いします。

10)報告制度の有無	1 有 ➡根拠は？（a 条例 b 通知 c その他（ ）） 2 無
11)平成 29 年度の報告件数	介護老人福祉施設（ ）件 介護老人保健施設（ ）件

５．施設から報告を受けた介護事故情報の活用状況等についてお伺いします。

（１）介護事故情報の活用状況

12)報告された介護事故情報の集計･分析の有無	1　単純集計の他、要因や傾向を分析している 2　内容や件数を単純集計している 3　集計や分析は行っていない
13)介護事故情報を活用していますか （複数回答可）	1　事故報告を提出した当該施設に対して指導や支援を行う 2　市区町村内の他の施設の実地指導や助言のために活用する （事例紹介、注意喚起等） 3　定例で実施している市区町村内の施設向けの研修や市区町村内の施設との連絡会議等で活用する 4　市区町村独自のマニュアル等に反映している 5　活用していない 6　その他（　　）

（２）介護事故が発生した施設への対応

14)個別事例について検証をする会議等の有無	1　すべての事例について行う 2　必要に応じて、個別事例について検討している 3　個別事例の検討は行っていない

14)で､｢1　すべての事例について行う｣または｢2　必要に応じて､個別事例について検討している｣場合､会議等のメンバー　※複数回答可
1　市区町村の職員　　2　外部有識者　　3　その他（　　）

15)施設への支援の内容 （複数回答可）	1　施設への訪問による状況確認により助言や指導を行う 2　家族等への対応を行うよう助言を行う 3　他施設での事例や取組等の再発防止策に関する情報提供を行う 4　事故発生件数等の統計データを情報提供する 5　支援を行っていない 6　その他（　　）
16)実地検証の有無	1　すべての事例について実施する 2　実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する ➡範囲（複数回答可） a　死亡事故の場合 b　重大事故の場合 c　その他（　　） 3　必要に応じ、実施する 4　実地検証を実施していない

16)で｢1｣｢2｣｢3｣を選んだ場合:実地検証を行う者
1　市区町村　　2　都道府県　　3　市区町村と都道府県　　4　場合により異なる 5　その他（　　）

（施設への支援や実地検証を行っている場合にご回答ください。） 17)施設への支援や実地検証を行ったあと、当該施設において再発防止のための取組が行われているか、確認していますか。	1　定期的に確認している 2　助言や指導後、一度は確認している 3　特に確認していない 4　その他（　　）

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用の封筒に入れ（切手は不要です）、ポストに投函してください。
ご協力ありがとうございました。

記入内容についてお伺いする場合があります。ご担当部署名と連絡先をご記入ください。

部署名		電話番号	

平成 30 年度　介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業
都道府県票

※本調査票は、市区町村から報告された介護事故を取り扱う方がご記入ください。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則１つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「０」とご記入ください。分からない場合は「－」とご記入ください。
※調査時点は、平成 30 年 10 月 3 日または、質問に記載している期間とします。

都道府県名			
貴都道府県内の介護老人福祉施設数（含む地域密着型）		貴都道府県内の介護老人保健施設数	

１．都道府県内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設での事故情報の収集についてお伺いします。

1)都道府県内の施設で発生した事故情報を収集していますか。	1　はい➡理由（　　） ➡どのように収集していますか（複数回答可） a　市区町村に報告を義務づけている→2-1 をご記入ください b　事業者に報告を義務づけている→2-2 をご記入ください c　その他（　　） 2　いいえ（⇒設問４．に進んでください）

２-１．設問１）で選択肢の「a　市区町村に報告を義務づけている」に○をつけた場合にご回答ください。

（１）市区町村から都道府県への報告の内容等についてお伺いします。

2)市区町村に報告を義務づけている根拠	1　条例　　2　通知　　3　その他（　　）
3)どのような事故について報告を求めていますか。（複数回答可）	1　介護事故　　2　ヒヤリ・ハット　　3　感染症・食中毒 4　職員の安全・衛生　　5　職員の法令等違反、不祥事等 6　家族・利用者からの苦情相談　7　自然災害　　8　火災 9　その他（　　）

（２）「介護事故」について報告を求めている場合、その内容についてお伺いします。

4)施設で介護事故が起こった場合、市区町村から都道府県へ報告する介護事故の範囲について定めていますか。	1　定めている　　2　定めていない

4)で「1　定めている」場合:
①「報告対象の事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「報告対象の被害状況の範囲」(選択肢は下の枠内)を選んでください。

報告対象の事故の種別 (↓番号に○、複数回答可)	報告対象の被害状況の範囲 (複数回答可)
1　転倒	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
2　転落	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
3　誤嚥	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
4　異食	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
5　褥瘡	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
6　離設	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
7　誤薬・薬剤	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
8　治療・処置	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
9　医療機器・介護機器・ﾘﾊﾋﾞﾘ機器等	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
10　ドレーン・チューブ	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
11　検査	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
12　その他（　　）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
その他（　　）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12

【選択肢】

報告対象の被害状況の範囲(複数回答可)
1　事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2　事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3　事故のため一時的な治療が必要となったもの
a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
4　事故のため継続的な治療が必要となったもの
a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
5　事故により長期にわたり治療が続くもの
a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
6　事故による障害が永続的に残ったもの
7　サービス提供による利用者の死亡事故
8　施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9　介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10　損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11　1～10 に該当する基準はない
12　その他（　　）

② 報告対象とする事故の被害の種類(複数回答可)	1　骨折　　2　打撲・捻挫・脱臼　3　切傷・擦過傷・裂傷　4　熱傷 5　その他の外傷　6　窒息　　7　溺水　　8　その他
5)市区町村から都道府県への報告様式・書式を定めていますか。	1　定めている　　2　定めていない

6) 市区町村に報告を求める項目を定めていますか。	1　定めている　2　定めていない

6)で「1　定めている」場合、定めている項目　※複数回答可
1　報告者 2　事業所の概要 ➡a　事業所名　b　事業所番号　c　所在地　d　法人名　e　サービスの種類　f　入所者数 3　対象者の属性➡a　性別　b　年齢　c　要介護度区分　d　認知症区分 e 疾患名 f　事故発生前の入所者の状態　g　住所・連絡先　h　その他（　　） 4　事故の概要　➡a　発見者　b　当時者　c　発生日時　d　発生場所　e　事故種別 f　事故の程度　g　事故の状況　h　事故の原因　i　改善策 5　死亡者数 6　発生時の対応➡a　医療の実施の有無　b　受診日 c　医療機関　d　対応・治療の内容 7　発生後の状況➡a　利用者の状況　b　最終診察・診断結果　c　家族への連絡・説明 d　損害賠償等の状況　e　再発防止策　f　その他（　　） 8　その他（　　）

7)市区町村から都道府県への報告手順・要領を定めていますか。	1　定めている　2　定めていない

8)介護事故発生後の市区町村から都道府県への報告時期に関するルール	1　報告の時期について定めている a　事故直後または一段落した段階で報告を求めている b　具体的に期日を示し、報告を求めている ・１回　　:(　　)日以内 ・２回以上　:第１報告：(　　) 日以内 最終報告：(　　) 日以内 c　事故の種類や程度等により報告時期を定めている 2　報告の時期について定めていない 3　その他（　　）

（３）平成 29 年度の介護老人福祉施設（含む地域密着型）・介護老人保健施設での介護事故について、市区町村から受けた報告件数をお伺いします。（※事業者から直接受けた報告は含みません）

	介護老人福祉施設（含む地域密着型）		介護老人保健施設	
	報告があった施設数	合計件数	報告があった施設数	合計件数
9)サービス提供中の介護事故による「死亡」の報告件数	施設	件	施設	件
10)サービス提供中の介護事故による「死亡」以外の介護事故の報告件数	施設	件	施設	件

11）介護老人福祉施設の事故と介護老人保健施設の事故の報告を受ける部署は同じですか	1　同じ 2　違う

２-２．設問１）で選択肢の「ｂ　事業者に報告を義務づけている」に○をつけた場合にご回答ください。

（１）事業者から都道府県への報告の内容や手順等についてお伺いします。

12)事業者に報告を義務づけている根拠	1　条例　　2　通知　　3　その他（　　）
13)どのような事故について報告を求めていますか。（複数回答可）	1　介護事故　　2　ヒヤリ・ハット　　3　感染症・食中毒 4　職員の安全・衛生　　5　職員の法令等違反、不祥事等 6　家族・利用者からの苦情相談　7　自然災害　　8　火災 9　その他（　　）

（２）「介護事故」について報告を求めている場合、その内容についてお伺いします。

14)施設で介護事故が起こった場合、事業者から都道府県へ報告する介護事故の範囲について定めていますか。	1　定めている　　2　定めていない

14)で「1 定めている」場合：
①「報告対象の事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「報告対象の被害状況の範囲」（選択肢は下の枠内）を選んでください。

報告対象の事故の種別（↓番号に○、複数回答可）	報告対象の被害状況の範囲（複数回答可）
1　転倒	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
2　転落	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
3　誤嚥	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
4　異食	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
5　褥瘡	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
6　離設	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
7　誤薬・薬剤	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
8　治療・処置	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
9　医療機器・介護機器・ﾘﾊﾋﾞﾘ機器等	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
10　ドレーン・チューブ	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
11　検査	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
12　その他（　　）	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12
その他（　　）	1　2　3a　3b　3c　4a　4b　4c　5a　5b　5c　6　7　8　9　10　11　12

【選択肢】

報告対象の被害状況の範囲（複数回答可）
1　事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2　事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3　事故のため一時的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
4　事故のため継続的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
5　事故により長期にわたり治療が続くもの a 医療機関の受診を要したもの　　b 入院を要したもの　　c その他
6　事故による障害が永続的に残ったもの
7　サービス提供による利用者の死亡事故
8　施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9　介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10　損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11　1～10 に該当する基準はない
12　その他（　　）

② 報告対象とする事故の被害の種類(複数回答可)	1 骨折　2 打撲・捻挫・脱臼　3 切傷・擦過傷・裂傷　4 熱傷 5 その他の外傷　6 窒息　7 溺水　8 その他
15)事業者から都道府県への報告様式・書式を定めていますか。	1 定めている　2 定めていない
16) 事業者に報告を求める項目を定めていますか。	1 定めている　2 定めていない

16)で「1 定めている」場合、定めている項目 ※複数回答可

1 報告者
2 事業所の概要
➡a 事業所名 b 事業所番号 c 所在地 d 法人名 e サービスの種類 f 入所者数
3 対象者の属性➡a 性別 b 年齢 c 要介護度区分 d 認知症区分 e 疾患名
f 事故発生前の入所者の状態 g 住所・連絡先 h その他（ ）
4 事故の概要 ➡a 発見者 b 当時者 c 発生日時 d 発生場所 e 事故種別
f 事故の程度 g 事故の状況 h 事故の原因 i 改善策
5 死亡者数
6 発生時の対応➡a 医療の実施の有無 b 受診日 c 医療機関 d 対応・治療の内容
7 発生後の状況➡a 利用者の状況 b 最終診察・診断結果 c 家族への連絡・説明
d 損害賠償等の状況 e 再発防止策 f その他（ ）
8 その他（ ）

17)事業者から都道府県への報告手順・要領を定めていますか。	1 定めている　2 定めていない
18)介護事故発生後の事業者から都道府県への報告時期に関するルール	1 報告の時期について定めている a 事故直後または一段落した段階で報告を求めている b 具体的に期日を示し、報告を求めている ・１回 :( )日以内 ・２回以上 :第１報告：( ) 日以内 最終報告：( ) 日以内 c 事故の種類や程度等により報告時期を定めている 2 報告の時期について定めていない 3 その他（ ）

（３）平成 29 年度の介護老人福祉施設（含む地域密着型）・介護老人保健施設での介護事故について、事業者から受けた報告件数をお伺いします。(※市区町村から受けた報告は含みません)

	介護老人福祉施設（含む地域密着型）		介護老人保健施設	
	報告があった施設数	合計件数	報告があった施設数	合計件数
19)サービス提供中の介護事故による「死亡」の報告件数	施設	件	施設	件
20)サービス提供中の介護事故による「死亡」以外の介護事故の報告件数	施設	件	施設	件

21) 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署は同じですか	1 同じ　2 違う

３．設問１）で「１　はい」と回答した場合にご回答ください。市区町村や事業者から報告を受けた介護事故情報の活用状況についてお伺いします。

22)報告された介護事故情報の集計･分析の有無	1　単純集計の他、要因や傾向を分析している 2　内容や件数を単純集計している 3　集計や分析は行っていない
23)介護事故情報を活用していますか。(複数回答可)	1　事故報告を提出した当該施設に対して指導や支援を行う 2　都道府県の他の施設の実地指導や助言のために活用する (事例紹介、注意喚起等) 3　定例で実施している都道府県内の施設向けの研修や都道府県内の施設との連絡会議等で活用する 4　都道府県独自のマニュアル等に反映している 5　活用していない 6　その他（　　）

４．都道府県が実施する研修等についてお伺いします。

24) 介護事故防止のための研修の有無	1　有　　2　無
24)で「1　有」の場合にご回答ください。	
①開催回数(平成 29 年度)	(　　)回
②受講者数(延べ人数)(平成 29 年度)	(　　)人
③対象者 (複数回答可)	1　施設長　2　看護職員　3 介護職員　4　施設職員　5　自治体職員 6　その他（　　）

25)介護事故が発生した施設への実地検証の有無	1　すべての事例について実施する 2　実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する ➡範囲（複数回答可） a　死亡事故の場合 b　重大事故の場合 c　その他（　　） 3　必要に応じ、実施する 4　実地検証を実施していない
25)で「1」「2」「3」を選んだ場合：実地検証を行う者	
1　市区町村　2　都道府県　3　市区町村と都道府県　4　場合により異なる 5　その他（　　）	

記入内容についてお伺いする場合があります。ご担当部署名と連絡先をご記入ください。

部署名		電話番号	

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用の封筒に入れ（切手は不要です)、ポストに投函してください。ご協力ありがとうございました。

平成 30 年度　介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

介護老人保健施設票

※本調査票は、貴施設の施設長の方がご記入ください。なお記入にあたっては必要に応じて各ご担当者に確認のうえご記入ください。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則１つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「０」とご記入ください。分からない場合は「－」とご記入ください。
※調査時点は、平成 30 年 10 月 3 日または、質問に記載している期間とします。

１．貴施設の基本情報についてお伺いします。

1）所在地	（　　）都・道・府・県
2）運営主体	1　医療法人　　2　市区町村、広域連合、一部事務組合 3　社会福祉法人　　4　その他（　　）
3）開設年	西暦（　　）年
4）入所定員	（　　）人
5）介護報酬上の届出	1　基本型　　2　在宅強化型　　3　その他型　　4 療養型
在宅復帰･在宅療養支援機能加算の届出の有無	1　Ⅰ　　2　Ⅱ　　3　届出無
6）居室区分 （複数回答可）	1　従来型個室　　2　多床室 3　ユニット型個室　　4　ユニット型個室的多床室
7）貴施設で実施しているサービス （複数回答可）	1　短期入所療養介護　　2　通所リハビリテーション 3　訪問リハビリテーション　4　1～3 はいずれもなし
8）貴施設の病院または診療所の併設状況（複数回答可）	1　病院併設 ➡併設医療機関（a 一般病床　b 療養病床　c その他の病床） 2　診療所併設 3　無
9）貴施設では、ＩＳＯ等のマネジメントシステムを導入していますか	1　導入している ➡具体的に（　　） 2　導入していない
10）自治体以外の者にマネジメントに関する指導･助言を受けていますか	1　受けている ➡a　関係団体　b　経営母体の法人　　c　民間のコンサル d　その他（　　） 2　受けていない

２．職員体制についてお伺いします。

11）貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数および常勤・非常勤別の実人数をご記入ください。

※常勤換算数は「職員の１週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の職員が勤務すべき１週間の時間数」で計算し、小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。配置がある場合で得られた結果が 0.1 に満たない場合は 0.1 と記入してください。

	①常勤換算数	②実人数	
		常勤者	非常勤者
医師	.		
歯科医師	.		
薬剤師	.		
看護師	.		
准看護師	.		
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	.		
介護職員	.		
うち、介護福祉士	.		
うち、認定特定行為を実施できる介護職員（認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等）	.		
栄養士・管理栄養士	.		
歯科衛生士	.		
介護支援専門員	.		
支援相談員	.		
その他	.		

12）職員のうち、派遣職員の人数（実人数）	（　　）人

13）看護職員（看護師・准看護師）と介護職員の貴施設での勤続年数別の人数をご記入ください。

	1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上 10 年未満	10 年以上
看護職員	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人

14）施設長の経験年数（現施設での施設長としての経験年数）	（　　）年

15）施設長の保有する資格（複数回答可）	1　医師　2　看護師　3　准看護師　4　介護福祉士　5　社会福祉士 6　介護支援専門員　7　社会福祉施設長資格認定講習受講 8　介護職員初任者研修修了（またはホームヘルパー２級） 9　介護職員実務者研修修了（またはホームヘルパー１級） 10　その他（　　）

３．入所者の状況についてお伺いします。平成 30 年 10 月 3 日 0 時時点の入所者数についてご記入ください。

	全数（実人数）						
16)入所者数	人						
17)要介護度別入所者数	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	申請中	
	人	人	人	人	人	人	
18） 入所時の主傷病別入所者数(主な傷病１つに計上)	高血圧	脳卒中	心臓病	糖尿病	高脂血症	呼吸器の病気	胃腸・肝臓・胆のうの病気
	人	人	人	人	人	人	人
	腎臓・前立腺の病気	筋骨格系の病気	外傷	がん	血液・免疫の病気	うつ病・精神疾患	認知症
	人	人	人	人	人	人	人
	ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病	目の病気	耳の病気	歯科疾患	その他の難病	その他	ない
	人	人	人	人	人	人	人
19） 主傷病が認知症の場合のみ回答してください。 副傷病のうち主な１つを選び､計上してください	高血圧	脳卒中	心臓病	糖尿病	高脂血症	呼吸器の病気	胃腸・肝臓・胆のうの病気
	人	人	人	人	人	人	人
	腎臓・前立腺の病気	筋骨格系の病気	外傷	がん	血液・免疫の病気	うつ病・精神疾患	
	人	人	人	人	人	人	
	ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病	目の病気	耳の病気	歯科疾患	その他の難病	その他	ない
	人	人	人	人	人	人	人

４．貴施設の入所者のうち、平成 30 年「２月」と「８月」の２か月において、入所時点で行っていなかった治療・医療処置等を行った場合には、その原因となった傷病や、処置等について、ご記入ください。選択肢は次頁の枠内から選んでください。１人の入所者につき、複数回答可です。

No	① 発生月 ※数字に〇	② 年齢 ※数字で記入	③ 要介護度 ※数字で記入	④ 疾患名（治療等の原因となった疾患）	関連して要した検査等		関連して要した処置等			⑩ 以前から受けている処置	⑪ 関連して入院の有無	⑫ 有の場合：何日後に入院しましたか
					⑤ 老健内で実施	⑥ 病院・診療所で実施	⑦ 老健内で実施	⑧ 病院・診療所で実施	⑨ 老健で処置後に、病院・診療所で実施			
例	(2)・8	94	3	3	1・3	22	11	26	26	26	有・(無)	
1	2・8										有・無	
2	2・8										有・無	
3	2・8										有・無	
4	2・8										有・無	
5	2・8										有・無	
6	2・8										有・無	
7	2・8										有・無	
8	2・8										有・無	
9	2・8										有・無	
10	2・8										有・無	
11	2・8										有・無	
12	2・8										有・無	
13	2・8										有・無	
14	2・8										有・無	
15	2・8										有・無	
16	2・8										有・無	
17	2・8										有・無	
18	2・8										有・無	
19	2・8										有・無	
20	2・8										有・無	
21	2・8										有・無	
22	2・8										有・無	
23	2・8										有・無	
24	2・8										有・無	
25	2・8										有・無	
26	2・8										有・無	
27	2・8										有・無	
28	2・8										有・無	

※記入欄が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。

【選択肢】

④ 疾患名 主なもの１つ	0 特に診断をしていない 呼吸器系：1 肺炎　2 誤嚥性肺炎　3 その他 感 染 症：4 真菌感染　5 インフルエンザ　6 ノロウィルス 7 血管内留置カテーテル関連血流感染　8 その他 消化器系：9 感染性胃腸炎　10 胃潰瘍（胃炎） 11 大腸憩室炎　12 急性虫垂炎　13 肝炎 14 胆嚢炎　15 胆管炎　16 膵炎　17 その他 内分泌系：18 糖尿病　19 甲状腺疾患　20 その他 循環器系：21 心不全　22 不整脈　23 虚血性心疾患 24 深部静脈血栓症　25 その他 腎･泌尿器系：26 膀胱炎　27 腎盂腎炎　28 カテーテル関連尿路感染 29 前立腺炎　30 その他 血液疾患系：31 貧血　32 その他 神経･精神系：33 脳卒中　34 その他 筋骨格系：35 骨折　36 偽痛風　37 その他 皮　　膚：38 帯状疱疹　39 熱傷　40 褥瘡　41 疥癬 42 皮膚欠乏性皮膚炎 43 胃瘻周囲皮膚炎　44 蜂窩織炎　45 その他
⑤・⑥ 関連して要した検査等（複数回答可）	1 尿検査　2 糞便検査　3 血液・生化学検査　4 培養検査 5 呼吸機能検査　6 心電図検査　7 超音波検査　8 脳波検査 9 上部・下部消化管内視鏡検査　10 気管支鏡検査　11 喉頭鏡検査 12 単純ｴｯｸｽ線撮影 13 透視　14 ＣＴ　15 ＭＲＩ 16 ドレナージ　17 脳室穿刺　18 胸腔・腹腔穿刺　19 腰椎穿刺 20 骨髄穿刺　21 透析（腹膜灌流を含む）　22 該当なし
⑦・⑧・⑨ 関連して要した処置等（複数回答可） ⑩ 以前から受けている処置	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養　3 中心静脈栄養 4 ｶﾃｰﾃﾙ（尿道留置ｶﾃｰﾃﾙ･ｺﾝﾄﾞｰﾑｶﾃｰﾃﾙ）の管理　5 ｽﾄｰﾏ（人工肛門・人工膀胱）の管理 6 喀痰吸引　7 ﾈﾌﾞﾗｲｻﾞｰ　8 酸素療法（酸素吸入）9 気管切開のケア 10 人工呼吸器の管理　11 静脈内注射（点滴含む） 12 皮内、皮下及び筋肉内注射（ｲﾝｽﾘﾝ注射を除く）　13 簡易血糖測定 14 ｲﾝｽﾘﾝ注射　15 疼痛管理（麻薬なし）　16 疼痛管理（麻薬使用） 17 創傷処置　18 褥瘡処置　19 浣腸　20 摘便 21 導尿　22 膀胱洗浄　23 持続ﾓﾆﾀｰ測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 24 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　25 歯科治療（訪問を含む） 26 該当なし

５．貴施設での事故防止、安全管理のための体制についてお伺いします。

（１）事故防止、安全管理のための指針や委員会の設置状況等についてお伺いします。

20）専任の安全対策を担当する者の有無	1　有　　2　無

①～②は、20）で、「1　有」の場合、ご回答ください

① 専任の安全対策を担当する者の人数

（　　）人　（内、全老健リスクマネジャー（　　）人）

②専任の安全対策を担当する者の職種と職種ごとに担当する業務、受講経験のある外部研修を下の選択肢から選び、番号を記入してください。

	職種（1つずつ）	担当する業務（複数回答可）	受講経験のある外部研修（複数回答可）
例	*4*	*1、2*	*3　日本○×学会*
1			
2			
3			
4			
5			

【選択肢】

職種

1　施設長　　2　事務長　　3　医師（1 以外）　　4　看護職員　　5　介護職員
6　リハビリ職員　　7　薬剤師　　8　栄養士･管理栄養士　　9　歯科衛生士　　10　介護支援専門員
11　支援相談員　　12　事務職員　　13　その他（具体的に）

担当する業務（複数回答可）

1　介護事故　　2　ヒヤリ・ハット　　3　感染症・食中毒
4　職員の安全・衛生　　5　職員の法令等違反、不祥事等　　6　家族・利用者からの苦情相談
7　自然災害　　8　火災　　9　その他（具体的に）

受講経験のある外部の研修（複数回答可）

1　全国老人保健施設協会（リスクマネジャー養成講座）　2　自治体　3　その他学会等（具体的に）

21）貴施設の介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢についてお伺いします。（主なもの1つを選択）	1　施設の介護事故防止の取組みは、施設長の責務として重要と認識している 2　施設の介護事故防止対策等を率先して検討している 3　施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に任せているが、定期的な会議等で報告を受けている 4　施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に一任している 5　その他（　　）

22)貴施設では「事故発生の防止のための指針」を作成していますか	1　している　　2　していない

①～⑥は、22）で、「1　している」の場合、ご回答ください

①該当の指針がありますか　※複数回答可

1　転倒　　2　転落　　3　誤嚥　　4 異食　　5　褥瘡　　6　離設
7　誤薬・薬剤　　8　治療・処置　　9　医療機器・介護機器・リハビリ機器等
10　ドレーン・チューブ　　11　検査　　12　その他（　　）

②指針の作成プロセス ※複数回答可

1　市区町村等が示している基準を参考にしている。
2　上記１以外で、関連する書籍等を参考にしている。
3　専任の安全対策を担当する者が中心に作成している。
4　施設の事故防止のための委員会で検討している。
5　研修で得た情報を反映している。
6　事故、ヒヤリ・ハット発生後に開催された施設の事故防止のための委員会の結果を反映している。
7　市区町村等から提供された情報を反映している。
8　その他

③指針に記載されている事項 ※複数回答可

1 事故及び発生防止に関する基本理念・考え方
2 事故防止のための委員会や組織体制
3 事故防止のための職員研修
4 事故、ヒヤリ・ハット等の報告の仕組み、改善策
5 事故発生時の対応
6 入所者や家族等に対する指針の閲覧に関すること
7 その他

④指針の職員への周知方法 ※複数回答可

1 職員用掲示による周知　　2 会議等を通じた周知　　3 職員研修による周知
4 入職時オリエンテーションや入職時研修による周知　　5 その他（　　）

⑤指針は見直していますか。見直している場合、1番、最近の見直しの時期を教えてください。（複数回答可）

1　定期的に見直している➡（　　）年毎（最終見直し：平成（　　）年）
2　不定期に見直し➡最終見直し　平成（　　）年
3　事故発生後に見直し
4　見直していない

⑥指針または指針に基づくマニュアル等※に事故発生時の報告手順についての記載がありますか
（※マニュアル等とは、具体的行動基準、手順書、覚書、細則、事故発生時対応マニュアル等を指します）

1　有　　2　無

23)指針に基づくマニュアル等の有無	1　有　　2　無

23)で「1　有」の場合にご回答ください。

①指針または指針に基づくマニュアル等には、特に事故発生時の市区町村への報告手順についての記載がありますか。	1　有　2　無
②指針に基づくマニュアル等の活用状況（複数回答可）	1　定期的に会議や研修等で活用している 2　事故発生時に、対応方法等を確認している 3　事故発生後に、事故後の振り返り等で対応方法等を確認している 4　家族への説明時に使用している 5　その他（　　）
③直近の介護事故について、事故発生時の対応状況（初動動作）	1　事故発生時、マニュアル等に記載された報告手順に沿い、報告している 2　マニュアル等に記載がなく、その場で判断し報告している 3　事故発生時、マニュアル等の記載通りに対応しようとしたが、マニュアル等に記載がない等の阻害要因があり、対応できなかった 4　事故が発生していない
④指針に基づくマニュアル等を見直していますか。	1　定期的に見直している　　2　不定期に見直している 3　事故発生後に見直している　　4　見直していない

24)事故発生時の市区町村・家族以外の報告先を教えてください。 ※複数回答可

1　都道府県　　2　その他（　　）　　3　特になし

25)損害賠償保険の加入の有無	1 有　2 無
26)過去１年間に損害賠償の請求を受けたことの有無	1 有　2 無
27)介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無 ※介護事故後にリスク評価をした場合も含む	1 有　2 無

27）で「1 有」の場合、ご回答ください

①リスク評価の方法 （複数回答可）	1 評価基準を用いて利用者のリスク評価を行っている ➡評価基準は誰が定めていますか a 市区町村　b 施設　c その他（　　） ➡何のリスクに対する評価基準ですか a 転倒 b 転落 c 誤嚥 d 異食 e 褥瘡 f 離設 g 誤薬・薬剤　h 治療・処置 i 医療機器・介護機器・リハビリ機器等 j ドレーン・チューブ k 検査　l その他（　　） 2 ケアプランを見直す会議で評価し個別のリスクを評価している 3 介護事故やヒヤリ･ハット事例の対象となってからリスクを検討している 4 その他（　　）
②入所者家族とのリスク共有の有無	1 有　2 無 **➡(有の場合)リスク共有の平均的な頻度** 1 １～２週間に１回程度　2 １か月に１回程度 3 ２～３か月に１回程度　4 半年以上に１回程度 5 その他（具体的に：　　） **➡(有の場合)リスク共有の方法 ※複数回答可** 1 ケアプランの立案や見直しに参加してもらう 2 個別に情報提供や面談を行っている 3 家族会を開催し、交流を図ったり意見を聴取している 4 その他（　　）

28)施設における事故防止検討委員会の開催状況	1 定期的に開催➡（a 毎月　b ２か月に１回　c ３か月に１回 d 半年程度に１回　e その他（　　）） 2 必要に応じて開催
①平成 29 年度の開催回数	（　　）回
②構成メンバー （複数回答可）	1 施設長　2 事務長　3 医師（1 以外）　4 看護職員 5 介護職員　6 リハビリ職員　7 薬剤師　8 栄養士・管理栄養士 9 歯科衛生士　10 介護支援専門員 11 支援相談員　12 事務職員 13 その他（　　）
③構成メンバーの人数	（　　）人
④構成メンバーには外部有識者が入っていますか	1 いる➡職種（　　）2 いない
⑤委員会での検討事項 （複数回答可）	1 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し 2 施設全体の介護事故防止策に関する検討 3 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告 4 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の分析 5 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等への個別対応の検討 6 利用者一人一人のリスク評価 7 介護事故防止のための研修内容 8 その他（　　）

⑥委員会での決定事項の周知の有無・方法（複数回答可）	1　職員用内報で知らせる 2　職員用掲示で知らせる 3　施設内の定例の研修や会議で知らせる 4　特別の研修や会議を開催して知らせる 5　委員会での決定事項について文書を作成し職員に配布する 6　特に職員には知らせていない 7　その他　（　　）

29)施設外の医療介護事故や安全強化に関する情報を収集し、自施設の事故防止に活用していますか	1　活用している 2　活用していない

30)安全管理に関する業務の主な実施者（それぞれ、主な実施者1つに○）

①事故予防対策の立案	1　看護職員　2　介護職員　3 施設長　4 医師 5　その他（職種：　　）　6 実施なし
②入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析	1　看護職員　2　介護職員　3 施設長　4 医師 5　その他（職種：　　）　6 実施なし

31)これまでに実施した事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたものを自由にご記入ください。

32)事故防止のための施設の課題を自由にご記入ください。

（２）研修（平成２９年度実績）についてお伺いします。

33)貴施設における職員に対する事故防止のための研修の有無	1　有　2　無

33)で「1　有」の場合ご回答ください。

①平成 29 年度の開催回数	（　　）回
②研修の延べ時間	（　　）時間
③受講者数（延べ人数）	（　　）人
④入職時研修の有無	1　有　2　無
⑤フロア、ユニット毎の研修開催の有無	1　有　2　無
⑥研修内容として該当するもの（複数回答可）	1　具体的な事故事例等に関すること 2　報告のしくみや報告様式の記載方法 3　事故発生時の対応 4　業務内容ごとのケア手順（実技） 5　指針や指針に基づくマニュアル等の周知 6　その他（　　）
⑦対象とする事故（複数回答可）	1　転倒　2　転落　3　誤嚥　4 異食　5　褥瘡　6　離設 7　誤薬・薬剤　8　治療・処置　9　医療機器・介護機器・リハビリ機器等 10　ドレーン・チューブ　11　検査　12　その他（　　）
⑧研修の実施状況に対する評価（複数回答可）	1　実施している研修状況（開催頻度や研修内容等）に対し、満足している 2　研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である 3　職員の理解度に差がある 4　効果的な研修の内容や方法がわからない 5　その他（　　）

（３）施設における報告に関するルールについてお伺いします

①「事故」について、施設内での報告に関するルールについてお伺いします。

34)報告対象の事故の種別の番号に○をつけ、種別ごとに報告対象とする被害状況の範囲（選択肢は下の枠内）を選んでください。

事故の種別 （↓番号に○、複数回答可）	報告対象の場合：報告対象とする被害状況の範囲 （複数回答可）
1　転倒	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
2　転落	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
3　誤嚥	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
4　異食	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
5　褥瘡	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
6　離設	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
7　誤薬・薬剤	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
8　治療・処置	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
9　医療機器・介護機器・ﾘﾊﾋﾞﾘ機器等	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
10　ドレーン・チューブ	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
11　検査	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
12　その他（　　）	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12

【選択肢】

報告対象とする被害状況の範囲（複数回答可）
1　事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2　事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3　事故のため一時的な治療が必要となったもの
a 医療機関の受診を要したもの　b 入院を要したもの　c その他
4　事故のため継続的な治療が必要となったもの
a 医療機関の受診を要したもの　b 入院を要したもの　c その他
5　事故により長期にわたり治療が続くもの
a 医療機関の受診を要したもの　b 入院を要したもの　c その他
6　事故による障害が永続的に残ったもの
7　サービス提供による利用者の死亡事故
8　施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9　介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10　損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11　1～10 に該当する基準はない
12　その他（　　）

35）報告対象とする事故の被害の種類（複数回答可）	1　骨折　2　打撲・捻挫・脱臼　3　切傷・擦過傷・裂傷　4　熱傷 5　その他の外傷　6　窒息　7 溺水　8 その他
36)発生後の報告手順	1　定めている　2　定めていない
37)発生後の報告時期	1　定めている　2　定めていない

38)報告書・様式	1　定めている　　2　定めていない

38)で「1　定めている」場合、様式にある記載項目（複数回答可）
1　発生日　　2　時間　　3　医療の実施の有無　　4 事故の治療の程度　　5　事故の程度 6　発生場所 7　事故の種別（選択肢として記載のある内容）： a　転倒　　b　転落　　c　誤嚥　　d　異食　　e　褥瘡　　f　離設　　g　誤薬・薬剤 h　治療・処置 i　医療機器・介護機器・リハビリ機器等　j　ドレーン・チューブ　k　検査 l その他（　　） 8　事故の概要（自由に記載する欄） 9　死亡者数　　10　対象の入所者の数 11　要介護度区分　　12　認知症区分　　13　疾患名　　14　直前の入所者の状態 15　発見者　　16　当事者　　17　当事者以外の関連職種　18　発生場面 19　家族への連絡　　20　市区町村への第１報 21　その他（　　）

事故の種別の項目の選択肢に次の①～⑥がある場合、様式にある記載項目（複数回答可）	
①誤嚥	1　食事方法　2　該当なし
②誤薬・薬剤	1　薬剤の種類 2　事故の場面（a　処方　b　調剤　c　製剤管理　d　与薬準備　e　与薬） 3　該当なし
③治療・処置	1　治療・処置の項目 2　事故の場面（a　指示　b　準備　c　実施） 3　該当なし
④医療機器・介護機器・リハビリ機器等	1　医療機器・介護機器・リハビリ機器等の種類 2　事故の場面（a　使用　b　管理指示　c　管理　d　準備　） 3　該当なし
⑤ドレーン・チューブ	1　ドレーン・チューブの種類 2　事故の場面（a　管理　b　準備　c　使用　　d　管理指示） 3　該当なし
⑥検査	1　検査の種類 2　事故の場面（a　指示　b　管理　c　準備　d　実施） 3　該当なし

39)発生後の記録	1　定めている　　2　定めていない

②「ヒヤリ・ハット」について、施設内での報告に関するルールについてお伺いします。

40)報告体制の有無	1　有　　2　無

40)で、「1 有」の場合、41)～45)をご回答ください	
41)施設内で報告対象とする範囲（複数回答可）	1　事故等は発生していないが、事故発生につながる可能性が高い状態・事例 2　事故等が発生したが、入所者への影響は認められなかった事例 3　事故等により入所者に変化が生じ、診察や検査が必要となったが、治療の必要がなかったもの 4　事故等の発生により入所者への影響が発生し、軽微な処置、治療を要した事例 （ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、シップ、鎮痛剤投与等とする） 5　事故等が発生したが、入所者への影響が不明・曖昧な場合 6　1～5 に該当するものはない 7　その他（　　）

42)発生後の報告手順	1　定めている　　2　定めていない
43)発生後の報告時期	1　定めている　　2　定めていない
44)報告書･様式	1　定めている　　2　定めていない

44)で「1　定めている」場合、様式にある記載項目（複数回答可）
1　発生日　　2　時間　　3　医療の実施の有無　　4　治療の程度　　5 発生場所 6　ヒヤリ・ハットの種別の項目（選択肢として記載のある内容）： a　転倒　　b　転落　　c　誤嚥　　d　異食　　e　褥瘡　　f　離設　　g　誤薬･薬剤 h　治療・処置 i　医療機器・介護機器・リハビリ機器等　j　ドレーン・チューブ　k　検査 l その他（　　） 7　ヒヤリ・ハットの概要の記載（自由記載欄） 8　対象の入所者の数　9　要介護度区分　　10　認知症区分　11　疾患名　12　直前の入所者の状態 13　発見者　　14　当事者　　15　当事者以外の関連職種　　16　発生場面 17　家族への連絡　　18　市区町村への第１報 19　その他（　　）

ヒヤリ･ハットの種別の項目の選択肢に次の①～⑥がある場合、様式にある記載項目（複数回答可）	
①誤嚥	1　食事方法　2　該当なし
②誤薬・薬剤	1　薬剤の種類 2　場面（a　処方　b　調剤　c　製剤管理　d　与薬準備　e　与薬） 3　該当なし
③治療・処置	1　治療・処置の項目 2　場面（a　指示　b　準備　c　実施） 3　該当なし
④医療機器・介護機器・リハビリ機器等	1　医療機器・介護機器・リハビリ機器等の種類 2　場面（a　使用　b　管理指示　c　管理　d　準備　） 3　該当なし
⑤ドレーン・チューブ	1　ドレーン・チューブの種類 2　場面（a　管理　b　準備　c　使用　　d　管理指示） 3　該当なし
⑥検査	1　検査の種類 2　場面（a　指示　b　管理　c　準備　d　実施） 3　該当なし

45）発生後の記録	1　定めている　　2　定めていない

６．貴施設から市区町村へ報告している「介護事故」についてお伺いします。

46)介護事故が起こった場合の市区町村への報告に関して、以下の項目について施設で定められているか回答してください。※市区町村が定めたものに従う場合も含む			
①市区町村への報告対象の範囲	1　定められている	2　定められていない	3　わからない
②市区町村への報告様式・書式	1　定められている	2　定められていない	3　わからない
③市区町村への報告手順・要領	1　定められている	2　定められていない	3　わからない

47)介護事故による死亡事故件数(平成 29 年度実績)	件

48)貴施設で「介護事故」として市区町村に報告している「事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「介護事故として報告する被害状況の範囲」(選択肢は上記、34)と共通、枠内)を選んでください。

事故の種別 (↓番号に○、複数回答可)	介護事故として報告する被害状況の範囲(複数回答可)
1 転倒	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
2 転落	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
3 誤嚥	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
4 異食	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
5 褥瘡	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
6 離設	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
7 誤薬・薬剤	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
8 治療・処置	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
9 医療機器・介護機器・ﾘﾊﾋﾞﾘ機器等	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
10 ドレーン・チューブ	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
11 検査	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
12 その他 (　　)	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12

49) 施設から市区町村へ報告した介護事故の件数(平成 29 年度)	合計(　　)件

転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設
件	件	件	件	件	件
誤薬・薬剤	**治療・処置**	**医療機器・介護機器・リハビリ機器等**	**ドレーン・チューブ**	**検査**	**その他**
件	件	件	件	件	件

50)発生した介護事故を分析していますか	1 分析している　2 分析していない
「1 分析している」の場合:誰が分析していますか(複数回答可)	1 事故の発見者(報告書の作成者)が分析している 2 事故が発生したフロアの職員で分析している 3 施設内の専任の安全対策を担当する者が分析している 4 事故発生防止のための委員会で分析している 5 団体等の第三者に委託し分析している 6 その他 (　　)
「1 分析している」の場合:どのような分析を行っていますか(複数選択可)	1 事故の要因となった医療・介護の内容を特定している 2 事故の要因となった医療・介護の内容を検証している 3 改善策を検討している 4 その他 (　　)

7. 衛生管理・感染管理についてお伺いします。

(1) 感染管理の体制についてお伺いします。

51) 施設における感染対策委員会の開催状況	1 定期的に開催➡(a 毎月　b 2か月に1回　c 3か月に1回 d その他 (　　)) 2 必要に応じて開催
①平成 29 年度の開催回数	(　　) 回
②構成メンバー(複数回答可)	1 施設長　2 事務長　3 医師(1 以外)　4 看護職員 5 介護職員　6 リハビリ職員　7 薬剤師　8 栄養士・管理栄養士 9 歯科衛生士　10 介護支援専門員 11 支援相談員　12 事務職員 13 その他 (　　)
③構成メンバーの人数	(　　) 人
④構成メンバーには外部有識者が入っていますか	1 はい➡職種 (　　) 2 いいえ

⑤委員会での検討事項(複数回答可)	1 感染対策の立案 2 施設の指針、マニュアル等の作成、見直し、改訂 3 施設内感染対策に関する職員等への研修の企画、実施 4 施設内の感染対策の実施状況を把握して、評価し、改善すべき点の検討 5 発生した感染症への対応の検討 6 研修内容や時期・対象 7 その他
⑥委員会での決定事項の周知の有無・方法(複数回答)	1 特に職員には知らせていない　2 職員用内報で知らせる 3 職員用掲示で知らせる　4 施設内の定例の会議で知らせる 5 特別の研修や会議を開催して知らせる 6 委員会での決定事項について文書を作成、職員に配布する 7 その他 （　　）

52)専任の感染対策を担当する者の有無、職種	1 無（特に決めていない） 2 有➡人数（　　）人 ➡職種（複数回答可）： 1 施設長　2 事務長　3 医師（1以外）　4 看護職員 5 介護職員　6 リハビリ職員　7 薬剤師　8 栄養士・管理栄養士 9 歯科衛生士　10 介護支援専門員 11 支援相談員　12 事務職員 13 その他（　　）

53)感染管理に関する業務の主な実施者(それぞれ、主な実施者1つに○)

①感染対策マニュアルの作成、見直し、改訂	1 看護職員　2 介護職員　3 施設長　4 医師 5 その他（職種：　　）　6 実施なし
②感染防止に必要となる機材・備品等の設置・整備	1 看護職員　2 介護職員　3 施設長　4 医師 5 その他（職種：　　）　6 実施なし
③感染対策のスタンダードプリコーション(標準予防策)の周知・徹底	1 看護職員　2 介護職員　3 施設長　4 医師 5 その他（職種：　　）　6 実施なし
④感染対策等の家族への説明	1 看護職員　2 介護職員　3 施設長　4 医師 5 その他（職種：　　）　6 実施なし
⑤感染症の発生に関する最新情報の収集とその対策	1 看護職員　2 介護職員　3 施設長　4 医師 5 その他（職種：　　）　6 実施なし

54)感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針の有無	1 有　2 無

54)で「1 有」の場合、指針の内容に含まれるものを選んでください（複数回答可）

（平常時の対策）
1 施設内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理等）
2 標準的な予防策（例えば、血液・体液・分泌液・排泄物（便）などに触れるとき、傷や創傷皮膚に触れるときどのようにするかなどの取り決め）
3 手洗いの基本　4 早期発見のための日常の観察項目
（発生時の対応）
5 発生状況の把握　6 感染拡大の防止
7 医療機関や保健所、市区町村における施設関係課等の関係機関との連携
8 医療処置　9 行政への報告
（その他）
10 発生時における施設内の連絡体制　11 関係機関への連絡体制

55)貴施設では感染対策のためのマニュアルを作成していますか	1 作成している　2 作成していない

55)で「1 作成している」の場合、ご回答ください。

①マニュアルは貴施設の状況に合わせて作成されたものですか	1 はい　2 いいえ
②感染症が発生した際、マニュアルをもとに全職員が適切な対応ができますか	1 できる 2 できない➡理由（　　）

③マニュアルの見直しを行っていますか（複数回答可）	1　行っている➡どのようなタイミングで行っているか a　定期的に実施　　b　集団発生後の振り返り時 c　外部研修参加後　　d　法令等の改正があった時 e　その他（　　） 2　見直しを行っていない
56)職員に対する「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修」を実施していますか	1　している　2　していない
56)で「1　している」の場合ご回答ください。	
①定期的に行っていますか	1　行っている➡平成 29 年度の実施回数（　　）回　2　行っていない
②新規採用時に実施していますか	1　している　　2　していない
③研修の実施内容は記録していますか	1　している　　2　していない
57)感染症対策で不足していると感じる内容（複数回答可）	1　看護職員教育　　2　介護職員教育 3　看護・介護職員以外の職員への教育　4　施設内の環境整備 5　手洗いや手袋着用等の標準予防策　6　感染症発生時に備えた訓練 7　施設内の情報共有　　8　感染症対策に関する最新情報の収集 9　職場の巡視　　10　微生物検査 11　感染症対策に関する相談先　　12　マニュアル 13　その他（　　）

（２）平成 29 年度１年間の発症者数等をお伺いします。発症者がいない場合は０と記載してください。

58)感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症等）を発症した入所者数	1　（　　）人　　2　不明
59)ノロウイルスの集団発生（定義：同時期に2人以上発生）がありましたか	1　あった　　2　なかった
60)インフルエンザ及びインフルエンザ様症状を発症した入所者数	1　（　　）人　　2　不明
61)インフルエンザの集団発生（定義：同時期に2人以上発生）がありましたか	1　あった　　2 なかった
62)疥癬を発症した入所者数	1　（　　）人　　2　不明

８．身体拘束廃止のための体制についてお伺いします。

63)施設として、身体拘束廃止についての方針を表明していますか	1　している　2　していない
64)身体拘束廃止委員会の設置の有無	1　有　　2　無
64)で「1　有」の場合ご回答ください	
①平成 29 年度の開催回数	（　　）回
②身体拘束廃止委員会の構成メンバー（複数回答可）	1　施設長　　2　事務長　　3　医師（1 以外）　　4　看護職員 5　介護職員　　6　リハビリ職員　7　薬剤師　　8　栄養士・管理栄養士 9　歯科衛生士　10　介護支援専門員 11　支援相談員　12　事務職員 13　その他（　　）
③活動内容（複数回答可）	1　身体拘束の廃止に取り組む基本方針の確認 2　身体拘束となる具体的行為についての検討 3　身体拘束の実態調査 4　身体拘束の廃止に向けた年間目標や行動計画の作成 5　身体拘束廃止マニュアルの作成 6　身体拘束の廃止が困難な事例についての検討 7　身体拘束を解除した成功事例の発表 8　緊急やむを得ない場合の身体拘束についての検討 9　その他
65)専任の身体拘束廃止を担当する者の有無、職種	1　無（特に決めていない） 2　有➡人数（　　）人 ➡職種（複数回答可）： 1　施設長　　2　事務長　　3　医師（1 以外）　　4　看護職員 5　介護職員　　6　リハビリ職員　7　薬剤師　　8　栄養士・管理栄養士 9　歯科衛生士　10　介護支援専門員 11　支援相談員　12　事務職員 13　その他（　　）

66)緊急やむを得ない場合の身体拘束の実施の有無、人数(利用者実人数)、延べ実施件数(平成 29 年度)	1 有➡（ ）人、延べ（ ）件 2 無
67)職員に対して研修を実施しましたか(平成 29 年度)	1 した➡回数（ ）回 2 しなかった

９．災害対策についてお伺いします。

68)非常時・災害時に関する計画・マニュアルの策定の有無	1 有 2 無
69)専任の災害対策を担当する者の有無、職種	1 無（特に決めていない） 2 有➡人数（ ）人 ➡職種（複数回答可）： 1 施設長 2 事務長 3 医師（1 以外） 4 看護職員 5 介護職員 6 リハビリ職員 7 薬剤師 8 栄養士・管理栄養士 9 歯科衛生士 10 介護支援専門員 11 支援相談員 12 事務職員 13 その他（ ）
70)防災訓練の実施の有無(平成 29 年度)	1 有 2 無

70)で「1 有」の場合ご回答ください。

		風水害	地震	火災	その他
①平成 29 年度の開催回数	日中				
	夜間				

②施設外の人の参加状況(複数回答可)	1 特になし 2 消防関係者 3 その他の行政職員 4 地域住民 5 その他（ ）
③訓練の反省点をマニュアルに反映していますか	1 している 2 していない

71)事業継続計画(BCP)は策定していますか	1 している 2 していない
72)必要時に、福祉避難所の指定を受けることは想定していますか	1 している 2 していない

10. 利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

（１）利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

73)利用者・家族からのクレーム対応の窓口を施設内に設置していますか	1 している 2 していない
74)利用者・家族からのクレーム対応の体制を構築していますか	1 している 2 していない
75)対応マニュアルは作成していますか	1 している 2 していない
76)入所者や家族へ相談窓口(施設外も含む)の案内・周知を行っていますか。(複数回答可)	1 行っていない 2 行っている➡a 施設内の窓口 b 法人の窓口 c 市区町村 d 国保連 e その他

（２）利用者・家族からのクレームについてお伺いします。

77)利用者・家族からのクレームの有無、件数(平成 30 年4月～9月)	1 有（ ）件 2 無 3 わからない
78)主に誰が対応しますか	1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 支援相談員 6 その他（職種： ） 7 わからない
79)直近のクレーム1例について、どのような内容でしたか	1 転倒、事故について 2 職員の態度、言葉遣い 3 しっかり対応、介護をしてくれているのか 4 連絡がない 5 状態の悪化 6 リハビリの内容 7 部屋やトイレの清潔 8 他の入所者・家族に関する内容 9 その他（ ）

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

施設名		電話番号	

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、同封の返送用封筒(切手は不要です)に入れ、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。