

複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

みずほ情報総研株式会社は複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、松原 由美（株式会社明治安田生活福祉研究所 主席研究員）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、みずほ情報総研株式会社が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	松原 由美（明治安田生活福祉研究所 主席研究員）
委員	猪口 正孝（公益社団法人社団法人東京医師会 副会長）
	川原 秀夫（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表）
	小菅 清子（有限会社在宅ナースの会 代表取締役）
	館石 宗隆（札幌市保健福祉局高齢保健福祉部 認知症支援・介護保険担当部長）
	沼田 美幸（公益社団法人日本看護協会 医療政策部長）
	宮崎和加子（一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長）
	宮島 渡（社会福祉法人恵仁福祉協会アザレアンさなだ 施設長）
	山本 則子（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 教授）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省老健局老人保健課 介護予防対策専門官 看護専門官 猿渡 央子
小田 純子

複合型サービスにおけるサービス提供実態に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

本調査では、複合型サービス事業所の開設数の増加を踏まえ、複合型サービス事業所のサービス提供実態を把握し、医療ニーズの高い利用者への対応状況、その効果や課題等を把握することを目的とする。あわせて、全国の訪問看護ステーションや小規模多機能型居宅介護事業所による複合型サービスへの参入意向・参入障壁や、全国自治体による複合型サービス事業所の整備意向も把握する。

2. 調査客体

（1）アンケート調査

- ①複合型サービス提供実態調査（100事業所程度※悉皆）
- ②複合型サービス参入意向調査
 - 小規模多機能型居宅介護事業所 2,000事業所※無作為抽出
 - 訪問看護ステーション 3,000事業所※無作為抽出
- ③自治体による複合型サービス整備意向調査（1,742自治体※悉皆）

（2）ヒアリング調査

有床診療所から複合型サービスへの意向・障壁等を聴取

3. 主な調査項目

（1）アンケート調査

- ①複合型サービス提供実態調査
サービス提供状況、利用者の状況、医療機関との連携、サービスの効果と課題 等
- ②複合型サービス参入意向調査
複合型サービスに期待する効果と開設にあたっての課題、参入意向 等
- ③自治体による複合型サービス整備意向調査
複合型サービスの整備予定、指定にあたっての課題、公募状況 等

（2）ヒアリング調査

複合型サービスに期待する効果と開設にあたっての課題、参入意向 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

- ①複合型サービス提供実態調査：事業所票、利用者票（登録利用者全員分）
- ②複合型サービス参入意向調査：事業所票
- ③自治体による複合型サービス整備意向調査：自治体票

5. 調査方法

アンケート調査は郵送発送・郵送回収。ヒアリング調査は現地訪問調査。

平成25年度 厚生労働省委託事業

複合型サービス事業所のサービス提供実態に関する調査

大変お手数をおかけいたしますが、〇月〇日（金）までに
同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください。

ご回答者様のお名前とご連絡先をご記入ください。

お 名 前		部 署 ・ 役 職	
電 話 番 号		フ ァ ク ス 番 号	
事 業 所 名	（上記の送付先ラベルと異なる場合のみご記入ください。）		
住 所	（上記の送付先ラベルと異なる場合のみご記入ください。） 〒		

◎ 管理者の方が、特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の状況をご回答ください。

I. 貴事業所の概要についてお伺いします。

問1 貴事業所の経営主体の法人の種別として該当するもの1つをお選びください。
あわせて、法人として事業展開している都道府県の数、及び同一法人内の小規模多機能型居宅介護事業所と訪問看護ステーションの数をご記入ください。

(1) 法人の種別	01 社会福祉法人 02 医療法人 03 営利法人 04 NPO法人 05 その他		
(2) 事業展開している都道府県数	法人全体で	<input type="text"/>	都道府県で事業展開している
(3) 同一法人内の事業所数	小規模多機能型居宅介護事業所	<input type="text"/>	事業所
	訪問看護ステーション	<input type="text"/>	事業所

問2 貴事業所の事業開始年月についてご回答ください。

事業開始年月	平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
--------	----	----------------------	---	----------------------	---

問3 複合型サービス事業所としての開設前の事業実施状況として該当するもの1つをお選びください。

01 小規模多機能型居宅介護事業所のみを実施していた
 02 訪問看護ステーションのみを実施していた
 03 訪問看護ステーションと小規模多機能型居宅介護事業所を実施していた
 04 訪問看護ステーションと療養通所介護事業所を実施していた
 05 実施していた事業はない
 06 その他（ ）

問4 貴事業所の同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合も含む）が、同一又は隣接の敷地内で運営している施設・事業所として該当するものを全てお選びください。
なお、選択肢05～13、15、17、18の各サービスには介護予防サービス事業所を含みます。

01 介護老人福祉施設	12 通所リハビリテーション事業所
02 介護老人保健施設	13 短期入所生活介護事業所
03 介護療養型医療施設	14 居宅介護支援事業所
04 03以外の病院	15 小規模多機能型居宅介護事業所
05 03以外の診療所	16 認知症対応型通所介護事業所
06 03以外の有床診療所	17 認知症対応型共同生活介護事業所
07 訪問介護事業所	18 地域包括支援センター
08 訪問入浴介護事業所	19 在宅介護支援センター
09 訪問看護ステーション	20 有料老人ホーム ⇒（定員_____名）
10 訪問リハビリテーション事業所	21 サービス付き高齢者向け住宅⇒（定員_____名）
11 通所介護事業所	22 その他（ <input type="text"/> ）

問5 貴事業所の定員数、宿泊室数、延べ床面積についてご回答ください。

(1) 定員数	登録定員	通いサービス利用定員	宿泊サービス利用定員
	人	人	人
(2) 宿泊室数	全宿泊室数	個室の宿泊室数	個室以外の宿泊室数
	室	室	室
(3) 延べ床面積	全延べ床面積	個室部分の延べ床面積	個室以外の宿泊室の延べ床面積
	m ²	m ²	m ²

問6 貴事業所の浴室・浴槽、トイレ、自動車の状況についてご回答ください。

(1) 利用者の個浴が可能な浴室・浴槽の有無	01 ある	02 ない
(2) 介助者が一緒に入って排泄ケアを行うことのできるトイレの有無	01 ある	02 ない
(3) 車椅子対応の自動車の有無	01 ある	02 ない
(4) 寝台自動車の有無	01 ある	02 ない
(5) その他、特徴のある又は工夫している備品等がありましたら、具体的にご記入ください。		

問7 平成25年10月1日現在の貴事業所の登録利用者数をご記入ください。

また、登録利用者のうち、医療機関から訪問看護指示書を受けている利用者の人数もご記入ください。

(1) 登録利用者数（平成25年10月1日現在）	人
(2) (1)のうち、医療機関から訪問看護指示書を受けている利用者数	人

問8 平成25年10月1日現在、登録利用者のうち、複合型サービス事業所と同一建物、または同一敷地内の別建物に居住する利用者数についてご回答ください。

(1) 複合型サービス事業所と同一建物に居住する利用者数	人
(2) 複合型サービス事業と同一敷地内の別建物に居住する利用者数	人

問9 貴事業所の宿泊料金、宿泊サービスの食事料金についてご回答ください。

なお、食事料金の設定が複数ある場合には、利用者が最も多い食事の料金をご回答ください。

(1) 宿泊料金	個室		個室以外の宿泊室	
	円/泊 or 日		円/泊 or 日	
(2) 宿泊サービスの食事料金	朝食	昼食	夕食	
	円/食	円/食	円/食	

問10 平成25年9月1カ月間における、貴事業所の通いサービス、宿泊サービスの営業日数^注についてご回答ください。あわせて、利用定員を超えた人数で営業した日数についてもご回答ください。

(1) 通いサービス	① 営業日数（9月中）	日
	② ①のうち、利用定員を超えた人数で営業した日数	日
(2) 宿泊サービス	① 営業日数（9月中）	日
	② ①のうち、利用定員を超えた人数で営業した日数	日

注. 本来は営業予定日であったものの、キャンセル等により利用者がいなかった場合は営業日数には含めないでください。

Ⅱ. 貴事業所の従事者の状況についてお伺いします。

問 11 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）についてご回答ください。

	常 勤 者 ^{注1}			非 常 勤 者	
	専 従 (実人数)	兼 務		実人数	換算人数
		実人数	換算人数 ^{注2}		
(1) 管理者	人	人	人		
(2) 看護職員	人	人	人	人	人
(3) 介護職員	人	人	人	人	人
(4) 介護支援専門員	人	人	人	人	人
(5) その他の職員	人	人	人	人	人

注 1. 常勤者とは正規職員、非正規職員を問わず、労働時間が貴事業所の所定労働時間に達している方を指します。また、併設施設・事業所と兼務している方の場合は、その労働時間の合計が所定労働時間に達している場合を指します。

注 2. 常勤者の兼務、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上してください。

換算人数 = 職員の9月24日～9月30日までの1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問 12 平成25年9月1カ月間における、貴事業所の介護報酬の加算・減算の算定状況（算定の有無、算定人数）についてご回答ください。

(1) 認知症加算	01 算定している ⇒ <table border="1" style="display: inline-table; border: 1px dashed black;"><tr><td>11 加算(I) ⇒ ()人</td></tr><tr><td>12 加算(II) ⇒ ()人</td></tr></table>	11 加算(I) ⇒ ()人	12 加算(II) ⇒ ()人	
11 加算(I) ⇒ ()人				
12 加算(II) ⇒ ()人				
	02 算定していない			
(2) 退院時共同指導加算	01 算定している ⇒ ()人			
	02 算定していない			
(3) 事業開始時支援加算	01 算定している ⇒ ()人			
	02 算定していない			
(4) 緊急時訪問看護加算	01 算定している ⇒ ()人			
	02 算定していない			
(5) 特別管理加算	01 算定している ⇒ <table border="1" style="display: inline-table; border: 1px dashed black;"><tr><td>11 加算(I) ⇒ ()人</td></tr><tr><td>12 加算(II) ⇒ ()人</td></tr></table>	11 加算(I) ⇒ ()人	12 加算(II) ⇒ ()人	
11 加算(I) ⇒ ()人				
12 加算(II) ⇒ ()人				
	02 算定していない			
(6) ターミナルケア加算	01 算定している ⇒ ()人			
	02 算定していない			
(7) サービス提供体制強化加算	01 算定している ⇒ <table border="1" style="display: inline-table; border: 1px dashed black;"><tr><td>11 加算(I)</td><td>12 加算(II)</td><td>13 加算(III)</td></tr></table>	11 加算(I)	12 加算(II)	13 加算(III)
11 加算(I)	12 加算(II)	13 加算(III)		
	02 算定していない			
(8) 厚生労働大臣が定める疾病等の減算	01 算定している ⇒ ()人			
	02 算定していない			
(9) 特別の指示を行った場合の減算	01 算定している ⇒ ()人・延べ()日			
	02 算定していない			

問 13 貴事業所の日中の勤務シフトについてご回答ください。

(1) 早番	<input type="text" value=":"/> ~ <input type="text" value=":"/> (0時～24時の24時間表記)
(2) 日勤	<input type="text" value=":"/> ~ <input type="text" value=":"/> (0時～24時の24時間表記)
(3) 遅番	<input type="text" value=":"/> ~ <input type="text" value=":"/> (0時～24時の24時間表記)

問 14 直近で宿泊サービスの利用者がいた日における、宿泊サービス利用者数、夜間の職員体制（夜勤・宿直・オンコール別、職種別の人数）についてご回答ください。

宿泊サービス利用者数	夜間の職員体制					
	夜 勤		宿 直 ^{注1}		オンコール ^{注2}	
	看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	看護職員	介護職員
人	人	人	人	人	人	人

注 1. 事業所内にて宿直していた職員数をご記入ください。

注 2. 事業所外にて待機していた職員数をご記入ください。

問 15 宿泊サービスの利用者がある際、貴事業所ではどのような状況のときに夜間の職員体制を通常よりも増員していますか。該当するもの全てをお選びください。

- 01 宿泊サービスの利用者数が多い場合に増員している ⇒ 利用者がおおよそ 人以上の場合
- 02 宿泊サービスの利用者の状態に応じて増員している
- 03 その他（ ）
- 04 特に増員することはない

← 問 15 で「02 宿泊サービスの利用者の状態に応じて増員している」を選ばれた場合のみ

問 15-1 宿泊サービスの利用者にはどのような状態があった場合に、夜間の職員体制を通常よりも増員していますか。該当するものを全てお選びください。

01 看取り期のケア ^注	13 人工呼吸器の管理
02 発熱	14 注射・点滴
03 呼吸困難	15 インスリン注射
04 不穏、認知症の重度化	16 創傷処置
05 胃ろう・経鼻経管栄養による栄養管理	17 褥瘡の処置
06 中心静脈栄養	18 服薬管理
07 膀胱（留置）カテーテルの管理	19 透析
08 人工肛門（ストーマ）のケア	20 疼痛管理
09 たんの吸引	21 導尿
10 ネブライザー	22 浣腸
11 酸素療法（酸素吸入）	23 摘便
12 気管切開のケア	24 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）

注. 本調査において「看取り期のケア」とは、利用者の病状が不可逆的かつ進行性で、治療等により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態におけるケアのことを指します。

問 16 直近で宿泊サービスの利用者が不在の日における、夜間の職員体制（夜勤・宿直・オンコール別、職種別の人数）についてご回答ください。

夜間の職員体制					
夜 勤		宿 直 ^{注1}		オンコール ^{注2}	
看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	看護職員	介護職員
人	人	人	人	人	人

注 1. 事業所内にて宿直していた職員数をご記入ください。

注 2. 事業所外にて待機していた職員数をご記入ください。

問21 平成25年9月1カ月間における、協力医療機関との連携状況（搬送、非定期の往診、電話相談）についてご回答ください。なお、あくまでも利用者が貴事業所の通いサービス、又は宿泊サービスを利用中に発生した状況についてご回答ください。

(1) 利用者の搬送状況 ^{注1・2} 注1. 救急車や貴事業所保有の自動車等による搬送を指します。 注2. 定期的な（予定）外来受診のための搬送は含めないでください。	① 搬送件数	(9月中) 件
	② ①の搬送理由 (該当するもの全てに○)	01 意識消失 05 発熱 02 心肺停止 06 腹痛・下痢 03 窒息 07 嘔吐 04 骨折・けが 08 その他
(2) 利用者への往診状況 ^{注3} 注3. 定期的な（予定）訪問診療は含めないでください。	① 往診件数	(9月中) 件
	② ①の往診理由 (該当するもの全てに○)	01 意識消失 05 発熱 02 心肺停止 06 腹痛・下痢 03 窒息 07 嘔吐 04 骨折・けが 08 その他
(3) 電話相談の状況	① 電話相談回数	(9月中) 回
	② ①の相談内容 (頻度の多い内容をご自由にご記入ください)	

平成25年度 厚生労働省委託事業
複合型サービス事業所のサービス提供実態に関する調査

◎特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の登録利用者の状況について、1人1票ずつ個別にご回答ください。

I 利用者の状況

1 性別	01 男性	02 女性	2 年齢	歳
3 世帯類型	01 独居	02 夫婦のみ世帯	03 その他同居	↳ (11 高齢者のみ 12 その他)
4 家族介護者の状況 ※介護者の同居の有無は問いません	01 いる	02 いない	↳ (11 フルタイムで就労 12 パートタイムで就労 13 就労していない)	
5 住まいの状況①	01 一戸建て	02 集合住宅（マンション、アパート、団地等）	03 サービス付き高齢者向け住宅	04 有料老人ホーム
	05 養護老人ホーム、軽費老人ホーム	06 その他（ ）		
6 住まいの状況②	01 持ち家	02 民間賃貸住宅	03 公営賃貸住宅	04 借間
	05 その他（ ）			
7 住まいの状況③	01 貴事業所に併設している	02 貴事業所に併設していない		
8 サービス開始直前の状況	01 入院していた	02 施設入所していた	03 在宅療養していた	
9 障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2・不明			
10 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・不明			
11 ケアの必要なBPSDの有無	01 有り	02 無し		
12 要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
13 ADLの状況				
① 移動	01 自立	02 見守り	03 一部介助	04 全介助
② 食事	01 自立	02 見守り	03 一部介助	04 全介助
③ 排泄	01 自立	02 見守り	03 一部介助	04 全介助
④ 入浴	01 自立	02 見守り	03 一部介助	04 全介助
⑤ 着替え	01 自立	02 見守り	03 一部介助	04 全介助
14 IADLの状況				
① バスや電車で一人で外出していますか（自家用車含む）	01 できるし、している	02 できるけどしていない	03 できない	
② 日用品の買物をしていますか	01 できるし、している	02 できるけどしていない	03 できない	
③ 自分で食事の用意をしていますか	01 できるし、している	02 できるけどしていない	03 できない	
④ 請求書の支払いをしていますか	01 できるし、している	02 できるけどしていない	03 できない	
⑤ 預貯金の出し入れをしていますか	01 できるし、している	02 できるけどしていない	03 できない	
⑥ 年金などの書類が書けますか	01 はい	02 いいえ		
⑦ 新聞を読んでいますか	01 はい	02 いいえ		
⑧ 本や雑誌を読んでいますか	01 はい	02 いいえ		
⑨ 日用品の買物をしていますか	01 できるし、している	02 できるけどしていない	03 できない	
⑩ 健康についての記事や番組に関心がありますか	01 はい	02 いいえ		
⑪ 友人の家を訪ねていますか	01 はい	02 いいえ		
⑫ 家族や友人の相談にのっていますか	01 はい	02 いいえ		
⑬ 病人を見舞うことができますか	01 はい	02 いいえ		
15 ご本人の主観的な健康状態	01 とてもよい	02 よい	03 あまり良くない	04 よくない 05 不明
16 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）				
01 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	02 心臓病	03 がん（悪性新生物）		
04 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）	05 関節の病気（リウマチ等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害		
10 骨折・転倒	11 脊椎損傷	12 高齢による衰弱		
13 その他（ ）	14 不明			

17 医療機関受診の有無（9月中）	01 有り	02 無し	03 不明
18 日常生活に支障のある痛み	01 有り └─┬─▶(11 がん性疼痛 12 腰痛や膝痛等の関節痛 13 その他)	02 無し	
19 治療食の提供の有無	01 有り	02 無し	
20 医療ニーズの有無（該当するもの全てに○）			
01 看取り期のケア	02 胃ろう・経鼻経管栄養による栄養管理	03 中心静脈栄養管理	
04 膀胱（留置）カテーテルの管理	05 人工肛門・膀胱（ストーマ）のケア	06 たんの吸引	
07 ネブライザー	08 酸素療法（酸素吸入）	09 気管切開のケア	
10 人工呼吸器（レスピレーター）の管理	11 注射・点滴	12 インスリン注射	
13 創傷処置	14 褥瘡の処置	15 服薬管理	
16 透析	17 導尿	18 疼痛管理	
19 浣腸	20 排便	21 その他（	）
21 9月1カ月間に複合型サービス以外に利用した介護サービス（複合型サービスの利用開始後に利用したもののみ） ※（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6カ月の品目数を記載してください。			
①（介護予防）訪問リハビリテーション	回/月	④（介護予防）福祉用具貸与	品目
②（介護予防）居宅養管理指導	回/月	⑤ 特定（介護予防）福祉用具販売	品目
③ 住宅改修	有・無		
⑥ 市町村特別給付	サービス名：		
⑦ 介護保険給付外の在宅サービス	サービス名：		

Ⅱ 複合型サービス等の利用状況（平成25年9月1カ月間）

22 通い・宿泊サービスの利用状況			
① 通いサービス	回	② 宿泊サービス	回
23 訪問サービスの利用状況			
	訪問回数	総訪問時間	
① 介護職の訪問サービス	回	分	
② 看護職の訪問サービス	回	分	
24 医療保険による訪問看護の利用状況			
① 訪問回数	回	② 総訪問時間	分
25 医療保険・介護保険以外による訪問看護の利用状況			
① 訪問回数	回	② 総訪問時間	分
26 複合型サービスを利用した効果（該当するもの全てに○）			
01 従来であれば入院、又は施設入所していた利用者を受け入れることで、入院・入所せずに済むようになった			
02 医療ニーズの高い利用者に対して、看護職による訪問を十分に実施できるようになった			
03 看護と介護のバランスのとれたサービス計画を作成できるようになった			
04 夜間に発生する医療ニーズへの対応がとりやすくなった			
05 医療ニーズの高い利用者に対するケア方法について、スタッフ間での共有が図られるようになった			
06 利用者の状態が悪化し、医療機関に入院するケースが減少した			
07 利用者の状態が安定するようになった			
08 利用者のADLが向上した			
09 家族の介護負担が軽減した			
10 その他（			
）			

ご協力いただきまして、ありがとうございます。

**平成25年度 厚生労働省委託事業
複合型サービスへの参入意向に関する実態調査**

◎ 管理者の方が、特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の状況をご回答ください。

事業所名	都道府県
------	------

問1 貴事業所の経営主体として該当するもの1つをお選びください。あわせて、貴事業所の事業開始年月についてご回答ください。

(1) 経営主体	O1 社会福祉法人	O2 医療法人	O3 営利法人
	O4 NPO法人	O5 その他	
(2) 同一法人内の事業所数	① 小規模多機能型居宅介護事業所	事業所	
	② 訪問看護ステーション	事業所	
(3) 貴事業所の事業開始年月	平成	<input style="width: 50px;" type="text"/>	年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月

問2 貴事業所の併設状況として該当するものを全てお選びください。

O1 病院・診療所と併設	O2 訪問看護ステーションと併設	O3 O1・O2以外
--------------	------------------	------------

問3 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）をご回答ください。

		看護職員	介護職員	その他の職員	計
(1) 常勤職員		人	人	人	人
(2) 非常勤職員	実人数	人	人	人	人
	常勤換算 ^注	人	人	人	人

注. 貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上してください。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問4 貴事業所の定員数についてご回答ください。

登録定員	通いサービス利用定員	宿泊サービス利用定員
人	人	人

問5 平成25年9月1カ月間における、貴事業所の通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスの延べ利用者数についてご回答ください。

通いサービスの延べ利用者数	訪問サービスの延べ利用者数	宿泊サービスの延べ利用者数
(9月中) 人	(9月中) 人	(9月中) 人

問6 平成25年10月1日における、登録利用者数を要介護度別にご回答ください。

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

問7 平成25年10月1日における貴事業所の登録利用者のうち、①～⑳の医療ニーズを有している利用者数をそれぞれご回答ください。重複する場合は、それぞれに人数を計上してください。

① 看取り期のケア	人	⑫ インスリン注射	人
② 胃ろう・経鼻経管栄養による栄養管理	人	⑬ 創傷処置	人
③ 中心静脈栄養管理	人	⑭ 褥瘡の処置	人
④ 膀胱（留置）カテーテルの管理	人	⑮ 服薬管理	人
⑤ 人工肛門・膀胱（ストーマ）のケア	人	⑯ 透析	人
⑥ たんの吸引	人	⑰ 導尿	人
⑦ ネブライザー	人	⑱ 疼痛管理	人
⑧ 酸素療法（酸素吸入）	人	⑲ 浣腸	人
⑨ 気管切開のケア	人	⑳ 排便	人
⑩ 人工呼吸器（レスピレーター）の管理	人	㉑ その他	人
⑪ 注射・点滴	人		

問8 問7の①～㉑に該当する登録利用者数の実人数をご回答ください。なお、1人の利用者が複数の項目に該当する場合であっても「1人」として計算してください。

	人
--	---

**平成25年度 厚生労働省委託事業
複合型サービスへの参入意向に関する実態調査**

◎ 管理者の方が、特に時期について断りのない設問については、平成25年10月1日現在の状況をご回答ください。

事業所名		都道府県	
------	--	------	--

問1 貴事業所の経営主体として該当するもの1つをお選びください。あわせて、貴事業所の事業開始年月についてご回答ください。

(1) 経営主体	01 社会福祉法人 02 医療法人 03 営利法人	04 NPO法人 05 その他
(2) 同一法人内の事業所数	① 小規模多機能型居宅介護事業所	事業所
	② 訪問看護ステーション	事業所
(3) 貴事業所の事業開始年月	平成 <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月	

問2 貴事業所の併設状況として該当するものを全てお選びください。

01 病院・診療所と併設 02 小規模多機能型居宅介護事業所と併設 03 01・02以外

問3 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）をご回答ください。

		看護職員	介護職員	その他の職員	計
(1) 常勤職員		人	人	人	人
(2) 非常勤職員	実人数	人	人	人	人
	常勤換算 ^注	人	人	人	人

注. 貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上してください。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問4 平成25年9月1カ月間における訪問看護の実利用者数をご記入ください。

(1) 平成25年9月1カ月間における実利用者数	人
(2) (うち) 医療保険の実利用者数	人
(3) (うち) 介護保険の実利用者数	人
(4) (うち) 医療保険と介護保険の両方を使った実利用者数	人

問5 平成25年10月1日における、介護保険の利用者数を要介護度別にご回答ください。

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
人	人	人	人	人	人	人

