

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する
調査研究事業の調査検討組織
設置要綱

1. 設置目的

（株）三菱総合研究所は、訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況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、以下のとおり訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況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、河口 洋行（成城大学経済学部教授）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、（株）三菱総合研究所が行う。
- （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。

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する
調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	河口 洋行（成城大学経済学部教授）
委員	今村 あおい（（株）新生メディカル取締役部長）
	奥村 孝行（（一社）サービス付き高齢者向け住宅協会）
	柴口 里則（（一社）日本介護支援専門員協会副会長）
	伊達 哲也（はすぬま訪問介護事業所）
	津金澤 寛（社会福祉法人志真会理事長補佐）
	宮崎 俊作（寝屋川市高齢介護室係長）
	宮崎 剛（（株）やさしい手 開発本部巡回事業部 部長）

（敬称略、50音順）

※委員については、委員長の指示により必要に応じて追加をおこなう

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局振興課 朝川 知昭 課長
- 厚生労働省 老健局振興課 稲葉 好晴 課長補佐
- 厚生労働省 老健局振興課 松山 政司 係長
- 厚生労働省 老健局振興課 大久保 潤也

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

平成 24 年介護報酬改定により創設した「20 分未満の身体介護」について、サービスの利用実態、利用時間帯別の具体的なサービス内容等について実態調査を行い、定期巡回・随時対応サービスとの比較等を行うことにより、次期報酬改定における検討のためのデータの収集を目的とする。

2. 調査客体（サービス種類別対象数、抽出方法等）

① アンケート調査

「20 分未満の身体介護」算定事業所: 651 件（悉皆）

「20 分未満の身体介護」未算定事業所: 1,500 件（無作為抽出）

② ヒアリング調査

「20 分未満の身体介護」を算定している事業所および連携先のケアマネジャー: 5 件

（※同一法人の居宅介護支援事業所と法人外の居宅介護支援事業所をそれぞれ選定）

3. 主な調査項目

- ・ 提供事業所数、提供回数、利用者の人数、利用者の状態像
- ・ サービスの具体的内容、利用時間帯
- ・ 定期巡回・随時対応サービスとの比較 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

① アンケート調査

- ・ 【事業所票】事業所の法人種類、併設施設、職員体制、訪問エリア設定、利用者数、定期巡回・随時対応サービスの指定の有無 等
- ・ 【利用者票】利用者属性、算定回数および時間帯、利用者の住まい、事業所からの距離、1 ヶ月間のコール回数、サービス提供内容、ケアプラン内容、利用効果等

② ヒアリング調査

- ・ サービス提供体制（職員体制・シフト、電話対応体制、兼務状況等）
- ・ 利用者の状況（利用者属性、サービス提供内容、ケアプラン内容）、利用効果等
- ・ サービス利用上の課題、算定要件の緩和等に対する要望 等

5. 調査方法（郵送調査等）

① アンケート調査: 自記式調査票の郵送配布・郵送回収により実施

② ヒアリング調査: 事業所への訪問等面談により実施

厚生労働省 平成 24 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 25 年度調査）

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に係る調査

【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所の管理者または介護職員の方が必要に応じ事務職員とも相談の上、ご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2013 年★月 1 日時点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）の場合は「0」とご記入下さい。
- ・ ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒で、2013 年★月★日（★）までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先・返送先

「訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に係る調査」事務局

（担当：●●、●●、●●）

電話：★-★-★（平日 9 時 30 分～17 時 30 分）

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX：03-5157-2143（24 時間受付）

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

貴事業所名、電話番号、ご回答者についてお伺いします。

貴事業所名			
電話番号	— —		
ご回答者役職		お名前	

本調査では、今後、「20 分未満の身体介護」について、ヒアリング調査を行うことを予定しています。

11～12 月頃に本調査担当者が各事業所を訪問し、担当者の方に 1～2 時間程度、「20 分未満の身体介護」を算定する上での課題や利用者ニーズ・効果等についてお聞きします。

ヒアリング調査への協力可否	1. 協力できる	2. 協力できない
---------------	----------	-----------

【2013 年★月 1 日時点】

（1）訪問介護事業所の概況についてお伺いします。

①所在地	() 都・道・府・県		
②開設主体	1. 社会福祉協議会 2. 社会福祉法人 3. 医療法人	4. 営利法人 5. 特定非営利活動法人 6. その他()	
③開設年月	西暦 () 年 () 月		

④要介護度別実利用者数 【2013年★月】(1ヵ月間) ※介護予防訪問介護も実施している場合は、要支援者数もご記入ください		要支援者数		要介護者数				
		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
⑤要介護度別延べ利用者数 【2013年★月】(1ヵ月間) ※介護予防訪問介護も実施している場合は、要支援者数もご記入ください		延べ要支援者数		延べ要介護者数				
		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
⑥貴事業所における 24時間対応の有無		1. 24時間(深夜帯も含め)計画的に訪問している利用者がいる 2. 24時間(深夜帯も含め)訪問できる体制にあるが、現在利用者はいない 3. 24時間(深夜帯も含め)訪問できる体制はない						
⑦加算	生活機能向上連携加算	1. 算定あり 2. 算定なし						
	特定事業所加算	1. 算定あり → a. 特定事業所加算(I) 2. 算定なし b. 特定事業所加算(II) c. 特定事業所加算(III)						
	緊急時訪問介護加算	1. 算定あり 2. 算定なし						
⑧運営規定上の通常のサービス実施地域		片道_____分 (最大の移動時間を概算で記入してください)						
⑨定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定		1. 指定を受けている(一体的に運営している場合も含む) 2. まだ指定を受けていないが、受ける時期が決まっている 3. 現時点では指定を受ける時期は決まっていない						
	「1」を選択した方: 短時間の身体介護と併用している理由(○はいくつでも)	1. 区分支給限度基準額との関係で、短時間の身体介護を希望する利用者があるため 2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護で対応できる利用者数に限度があるため 3. ケアマネジャーから短時間の身体介護の依頼がくるため 4. その他()						
	「3」を選択した方: 指定を受けていない理由(○はいくつでも)	1. 利用者が確保できない 2. 日中の訪問体制が確保できない 3. 夜間、深夜の訪問体制が確保できない 4. オペレーターの確保ができない 5. 採算の見込みがない 6. 看護職員・連携先が確保できない 7. ケアマネジャーの理解が不足している 8. 利用者・家族が本サービスを知らない 9. 市町村の理解が得られない 10. その他 ()						
⑩夜間対応型訪問介護		1. 指定を受けている →実利用者数()人 2. 指定を受けていない						
⑪サービス付き高齢者向け住宅等の保有・併設状況		1. 法人または関連法人が保有している 2. 保有していない						
	「1」を選択した方: 保有・併設状況 ※ここでの併設とは、同一敷地内または隣接で運営している場合を指します。		保有数		併設有無			
		サービス付き高齢者向け住宅	1. 有 (ヶ所) 2. 無		1. 併設している 2. 併設していない			
		外部サービス利用型特定施設入居者生活介護	1. 有 (ヶ所) 2. 無		1. 併設している 2. 併設していない			
		その他(旧高齢者専用賃貸住宅等)	1. 有 (ヶ所) 2. 無		1. 併設している 2. 併設していない			

「1」を選択した方： 同一建物に居住する利用者の減算	1. 減算が適用されている 2. 減算は適用されていない
「2」を選択した方： サービス付き高齢者向け住宅に住む利用者との契約状況	1. サービス付き高齢者向け住宅の利用者と契約を結んでいる 2. サービス付き高齢者向け住宅の利用者と契約を結んでいない

(2) 貴事業所の職員についてお伺いします。

	常勤		非常勤			常勤		非常勤	
	実人員	常勤換算 ¹	実人員	常勤換算		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
訪問介護員	人	人	人	人	その他の職員	人	人	人	人
うち介護福祉士(再掲)	人	人	人	人					

(3) 「20分未満の身体介護」について ※ここでは、20分未満の身体介護に限って、回答して下さい。

①20分未満の身体介護の対象地域	片道 _____ 分（最大の移動時間を概算で記入してください）									
②20分未満の身体介護 要介護度別実利用者数 【2013年★月末】	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	
うち「日中」に20分未満の身体介護を提供している実利用者数	人		人		人		人		人	
③20分未満の身体介護 要介護度別延べ利用者数【2013年★月末】	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	
④20分未満の身体介護 日常生活自立度別利用者数	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
⑤20分未満の身体介護 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	Ⅳ	V			
	人	人	人	人	人	人	人			
⑥20分未満の身体介護 利用者の世帯類型	単身世帯： 人			夫婦のみ世帯： 人			その他の同居世帯： 人			
⑦20分未満の身体介護 の時間帯別訪問回数 【2013年★月】（1ヵ月間）	早朝 6:00-8:00		日中 8:00-20:00		夜間 20:00-22:00		深夜 22:00-6:00			
	回		回		回		回			

¹ 常勤換算数の計算方法：小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

〔換算数〕＝〔職員の1週間の勤務時間〕÷〔施設が定めている1週間の勤務時間〕

⑧20分未満の身体介護の深夜電話対応体制	1. 併設の事業所に対応している(サービス種類:) 2. 貴訪問介護事業所に対応している 3. その他()		
⑦20分未満の身体介護利用者からの時間帯別の電話回数 【2013年★月】	早朝 6:00-8:00	夜間 20:00-22:00	深夜 22:00-6:00
	1. 電話を受けた →★月の回数(回) 2. 電話を受けていない 3. 分からない	1. 電話を受けた →★月の回数(回) 2. 電話を受けていない 3. 分からない	1. 電話を受けた →★月の回数(回) 2. 電話を受けていない 3. 分からない
⑩今後の20分未満の身体介護の利用者数の見込み	1. 増加する見込み 2. ほぼ現状と同程度 3. 減少する見込み		
⑪事業者としての、今後の20分未満の身体介護の増減意向	1. 増やしたい 2. 現状と同程度を維持したい 3. 減らしたい		
⑫20分未満の身体介護のサービス付き高齢者向け住宅へのサービス提供状況	1. サービス付き高齢者向け住宅の <u>利用者のみ</u> に提供している 2. <u>一部</u> 、サービス付き高齢者向け住宅の利用者に提供している →(a.併設 b.併設以外 c.併設および併設以外) 3. サービス付き高齢者向け住宅の利用者には <u>提供していない</u> ※「サービス付き高齢者向け住宅」は、法人内外は問わない		
「1」「2」を選択した方: サービス付き高齢者向け住宅の20分未満の身体介護の利用者数【2013年★月末】	_____人		
「1」「2」を選択した方: サービス付き高齢者向け住宅に付随するサービス(見守り等)と、20分未満の身体介護で提供するサービスの棲み分け状況	1. 一定のルールを設け、切り分けている 2. 一定のルールは設けているが、実際にサービス提供を行う中であいまいな場合がある 3. 特にルールは設けていない		
⑬平成24年度に20分未満の身体介護が新設されたことによる効果	具体的な効果を記入してください: 【利用者に対する効果】 【事業所にとっての効果】		
⑭「日中」の20分未満の身体介護の算定要件のうち、満たすことが難しい要件 (○はいくつでも)	1. 要介護3～5の利用者であり、日常生活自立度ランクB～Cであること 2. サービス担当者会議が3月に1回以上開催されていること 3. 1週間に5日以上20分未満の身体介護が必要であること 4. 22時～翌6時までを除く時間帯を「営業時間」として定めること 5. 常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること 6. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受ける、又は実施する計画を策定すること 7. その他() 具体的に難しい理由を記入して下さい:		

ご協力ありがとうございました

厚生労働省 平成24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25年度調査）

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に係る調査

【事業所票】

■記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、貴事業所の管理者または介護職員の方が必要に応じ事務職員とも相談の上、ご記入下さい。
- ・ 特に指定の無い限り、2013年★月1日時点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）の場合は「0」とご記入下さい。
- ・ ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒で、2013年★月★日（★）までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先・返送先

「訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に係る調査」事務局

（担当：●●、●●、●●）

電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）

●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●

FAX：03-5157-2143（24時間受付）

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

貴事業所名、電話番号、ご回答者についてお伺いします。

貴事業所名			
電話番号	— —		
ご回答者役職		お名前	

【2013年★月1日時点】

（1）訪問介護事業所の概況についてお伺いします。

①所在地	()都・道・府・県						
②開設主体	1. 社会福祉協議会 4. 営利法人 2. 社会福祉法人 5. 特定非営利活動法人 3. 医療法人 6. その他()						
③開設年月	西暦 ()年()月						
④要介護度別実利用者数 【2013年★月】(1ヵ月間) ※介護予防訪問介護も実施している場合は、要支援者数もご記入ください	要支援者数		要介護者数				
	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

⑤要介護度別延べ利用者数 【2013年★月】(1ヵ月間) ※介護予防訪問介護も実施している場合は、要支援者数もご記入ください		延べ要支援者数		延べ要介護者数				
		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
⑥貴事業所における24時間対応の有無		1. 24時間(深夜帯も含め)計画的に訪問している利用者がいる 2. 24時間(深夜帯も含め)訪問できる体制にあるが、現在利用者はいない 3. 24時間(深夜帯も含め)訪問できる体制はない						
⑦加算	生活機能向上連携加算	1. 算定あり 2. 算定なし						
	特定事業所加算	1. 算定あり → a. 特定事業所加算(I) 2. 算定なし b. 特定事業所加算(II) c. 特定事業所加算(III)						
	緊急時訪問介護加算	1. 算定あり 2. 算定なし						
⑧運営規定上の通常のサービス実施地域		片道_____分 (最大の移動時間を概算で記入してください)						
⑨定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定		1. 指定を受けている(一体的に運営している場合も含む) 2. まだ指定を受けていないが、受ける時期が決まっている 3. 現時点では指定を受ける時期は決まっていない						
	「3」を選択した方: 指定を受けていない理由(○はいくつでも)	1. 利用者が確保できない 2. 日中の訪問体制が確保できない 3. 夜間、深夜の訪問体制が確保できない 4. オペレーターの確保ができない 5. 採算の見込みがない 6. 看護職員・連携先が確保できない 7. ケアマネジャーの理解が不足している 8. 利用者・家族が本サービスを知らない 9. 市町村の理解が得られない 10. その他 ()						
⑩夜間対応型訪問介護		1. 指定を受けている →実利用者数()人 2. 指定を受けていない						
⑪サービス付き高齢者向け住宅等の保有・併設状況		1. 法人または関連法人が保有している 2. 保有していない						
	「1」を選択した方: 保有・併設状況 ※ここでの併設とは、同一敷地内または隣接で運営している場合を指します。		保有数		併設有無※			
		サービス付き高齢者向け住宅	1. 有 (ヶ所) 2. 無		1. 併設している 2. 併設していない			
		外部サービス利用型特定施設入居者生活介護	1. 有 (ヶ所) 2. 無		1. 併設している 2. 併設していない			
		その他(旧高齢者専用賃貸住宅等)	1. 有 (ヶ所) 2. 無		1. 併設している 2. 併設していない			
	「1」を選択した方: 同一建物に居住する利用者の減算	1. 減算が適用されている 2. 減算は適用されていない						
	「2」を選択した方: サービス付き高齢者向け住宅に住む利用者との契約状況	1. サービス付き高齢者向け住宅の利用者と <u>契約を結んでいる</u> 2. サービス付き高齢者向け住宅の利用者と <u>契約を結んでいない</u>						

(2) 貴事業所の職員についてお伺いします。

	常勤		非常勤			常勤		非常勤	
	実人員	常勤 換算 ¹	実人員	常勤 換算		実人員	常勤 換算	実人員	常勤 換算
訪問介護員	人	人	人	人	その他の 職員	人	人	人	人
うち介護福祉士(再掲)	人	人	人	人					

(3) 「短時間の身体介護」について

①現在、「20分未満の身体介護」を算定していない理由 (○はいくつでも)	1. ニーズがない(20分未満の身体介護を必要とする利用者がいない) 2. 日中の20分未満の身体介護を算定するための要件を満たすことができない 3. 訪問体制が確保できない 4. 採算の見込みがない 5. ケアマネジャーの理解が不足している 6. 利用者・家族が本サービスを知らない 7. 市町村の理解が得られない 8. その他() 具体的な理由を記入して下さい
「2」を選択した方: 算定が難しい要件に○をつけてください	1. 要介護3～5の利用者であり、日常生活自立度ランクB～Cであること 2. サービス担当者会議が3月に1回以上開催されていること 3. 1週間に5日以上20分未満の身体介護が必要であること 4. 22時～翌6時までを除く時間帯を「営業時間」として定めること 5. 常時、利用者等からの連絡に対応できる体制であること 6. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受ける、又は実施する計画を策定すること 7. その他()
②20分未満の身体介護の算定に対する今後の意向	1. 条件が整えば算定する 2. 算定する意向はない 3. どちらともいえない

ご協力ありがとうございました

¹ 常勤換算数の計算方法: 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

〔換算数〕＝〔職員の1週間の勤務時間〕÷〔施設が定めている1週間の勤務時間〕

厚生労働省 平成 24 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 25 年度調査）

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業

訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に係る調査

【利用者票】

※★月中に、「20 分未満の身体介護」を算定した利用者の中から、5 名を抽出し、1 人 1 枚記入して下さい。（抽出方法は、実施要領をご参照下さい）

※調査時点は、特に記載がない限り、平成 25 年★月 1 日または、平成 25 年★月 1 か月分を記入して下さい。

1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします				
(1) 性別	1. 男性 2. 女性			
(2) 年齢	_____ 歳			
(3) 利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月			
(4) 調査日時点の要介護度	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. その他（認定申請中）			
(5) 調査日時点の日常生活自立度	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. その他			
(6) 調査日時点の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. V 9. その他			
(7) ADL	移動	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
	食事	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
	排泄	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
	整容（着替え）	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助		
(8) IADL		短時間の身体介護 サービス利用前	短時間の身体介護 サービス利用後	
	バスや電車で一人で外出していますか（自家用車も含む）	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	日用品の買物をしていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	自分で食事の用意をしていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	請求書の支払いをしていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	預貯金の出し入れをしていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	年金などの書類が書けますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	新聞を読んでいますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	本や雑誌を読んでいますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	友人の家を訪ねていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	家族や友人の相談にのっていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	病人を見舞うことができますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
	若い人に自分から話しかけることがありますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	
(9) 健康状態	1. とてもよい 2. よい 3. あまり良くない 4. よくない 5. 不明			
(10) 治療の有無	1. あり 2. なし 3. 不詳			

(11)現在、有している傷病 (○はいくつでも)	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(脂質以上) 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 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. その他() 19. ない		
(12)痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある 2. ない		
(13)世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居		
「3. その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ 2. 3世代同居 3. それ以外		
(14)介護者の有無	1. あり 主介護者：_____ 2. なし →(15)へ		
「1. あり」の場合： 家族介護者等の状況	1. 常時、介護できるものがいる 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない		
「1. あり」の場合： 主に介護をしている 方の1日の平均的な 介護時間	※介護の頻度が毎日でなく、数日に1度の場合は「5. その他」に○ 1. ほとんどが終日 2. 半日程度 3. 2～3時間程度 4. 必要な時に手をかす程度 5. その他()		
「1. あり」の場合： <u>介護をしている時間が最も長い方</u> について の状況	同別居の状況	1. 同居している 2. 同居していない → 居住場所 a. 同一家屋・敷地 b. 同一市区町村 c. その他の地域	
	性	1. 男 2. 女	
	年齢	1. 19歳以下 5. 50～59歳以下 2. 20～29歳以下 6. 60～69歳以下 3. 30～39歳以下 7. 70～79歳以下 4. 40～49歳以下 8. 80歳以上	
	介護が必要な方 (本人)からみた 続柄	1. 配偶者 4. 父母 2. 子 5. その他の親族 3. 子の配偶者 6. その他()	
	介護の頻度	1. ほぼ毎日 3. 週に1日 2. 週2～4日 4. 月に1～3日	
(15)事業所からの距離	<u>片道</u> _____ 分 (最大の移動時間を概算で記入してください)		
(16)現在の住まい	1. 一戸建て 2. 集合住宅		
(17)住居の形態	1. 持家 2. 一般の民間賃貸住宅 3. 一般の公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) 4. 借間 5. サービス付き高齢者向け住宅等 a. サービス付き高齢者向け住宅 b. 外部サービス利用型(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム) 6. その他()		

(18) 現在利用している訪問介護サービス内容	1. 身体介護 2. 生活援助 3. 通院等乗降介助	
(19) 利用している他サービス (★月中の実績をもとに記入して下さい) ※各サービスには介護予防を含みます	1. 訪問入浴介護 8. 短期入所療養介護 2. 訪問看護 9. 特定福祉用具販売 3. 訪問リハビリテーション 10. 福祉用具貸与 4. 通所介護 11. 夜間対応型訪問介護 5. 通所リハビリテーション 12. 認知症対応型通所介護 6. 居宅療養管理指導 13. 住宅改修 7. 短期入所生活介護 14. その他()	
(20) ★ 月中の訪問介護給付単位数	_____ 単位 ※ 1 か月分の貴事業所からの訪問介護の給付単位数を記入してください	
(21) 担当するケアマネジャーの所属・属性	所属	1. 同一法人または併設の居宅介護支援事業所 2. 法人外の居宅介護支援事業所
	基礎資格(○はいくつでも)	1. 医師 13. 義肢装具士 2. 歯科医師 14. 歯科衛生士 3. 薬剤師 15. 言語聴覚士 4. 保健師 16. あん摩マッサージ指圧師 5. 助産師 17. はり師 6. 看護師 18. きゆう師 7. 准看護師 19. 柔道整復師 8. 理学療法士 20. 栄養士・管理栄養士 9. 作業療法士 21. 精神保健福祉士 10. 社会福祉士 22. ホームヘルパー 1・2 級 11. 介護福祉士 23. その他の資格 12. 視能訓練士 24. 不明
	経験年数	_____ 年
	勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤

2. 利用者の 20 分未満の身体介護の利用状況について

(1) 20 分未満の身体介護を利用している理由 (○はいくつでも)	1. 独居又は日中独居のため 2. 同居している家族が高齢等の理由で介護力が低いため 3. 認知症のため 4. 区分支給限度基準額との関係で 5. 利用者、家族の希望により 6. その他 ()	
(2) 20 分未満の身体介護を利用したことによる効果 (○はいくつでも) ※主観的評価で結構です	1. 独居での在宅生活が可能になっている 2. 起床、整容、食事、移動など、1 日のサイクルに応じたケア提供ができる 3. 1 日に訪問できる回数を増やすことができる	4. 利用者の ADL の維持につながっている 5. 家族の介護負担の軽減につながっている 6. その他 ()
(3) 当該利用者に係るサービス担当者会議の開催頻度	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. その他 ()
(4) ケアプランの訪問回数からの変更	当初のケアプランに計画された「20 分未満の身体介護」の回数から 1. ★月中に _____ 回変更を行った 2. ★月中に変更はしていない	

3. ★月中の特定の一週間において、利用者宅を訪問した際に実施したケア内容を以下の選択肢から選び、次ページの別に帳票に、必要事項（提供開始時間帯、提供時間、ケア内容等）とともに記入してください。

【サービス実施記録票】調査票 ① 月曜日～水曜日

訪問回数	入力例			月曜日			火曜日			水曜日		
	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容
1	6	20	1, 8									
2	8	15	7, 8									
3	13	15	2, 7, 8									
4	15	45	4, 18									
5	20	15	1, 7, 8									
6												
7												
8												
9												
10												
■通所介護の利用	①利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし		
■通所リハの利用	1.利用 ②利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし		
■ショートステイの利用	1.利用 ②利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし		
■配食サービスの利用	①なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜		
■食事(調理)サービス利用	①なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜		
■コール回数	コール回数 2 回			コール回数 回			コール回数 回			コール回数 回		

【ケア内容コード表】

①身体ケア		②生活援助	③その他	④医療・看護ケア	⑤サ高住の提供するサービス
1.起床・就寝介助	6.入浴介助	11.調理	16.見守り・安否確認のみ	20.訪問看護指示書に基づかない看護師によるアセスメント、モニタリング	23.安否確認
2.洗面等、身体整容 (口腔清潔、洗顔、整髪)	7.体位交換	12.配膳	17.不安解消のみ		24.生活相談
3.食事介助(摂取介助)	8.移動・移乗介助	13.服薬確認	18.転倒介助		25.食事の提供
4.排泄介助	9.通院・外出介助	14.生活援助(掃除、洗濯、買い物)	19.その他		26.家事支援
5.更衣介助	10.その他の身体ケア	15.その他の生活援助(ベッドメイク、衣類の整理等)		21.胃ろう等からの経管栄養の実施・管理	27.健康管理
				22.たんの吸引	28.その他の生活支援サービス

【サービス実施記録票】調査票 ② 木曜日～日曜日

	木曜日			金曜日			土曜日			日曜日		
訪問回数	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容	① 提供開始 時間帯	② 提供時間 (分)	③ ケア 内容
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
■通所介護の利用	1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし		
■通所リハの利用	1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし		
■ショートステイの利用	1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし			1.利用 2.利用なし		
■配食サービスの利用	1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜		
■食事(調理)サービス利用	1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜			1.なし 2.朝 3.昼 4.夜		
■コール回数	コール回数_____回			コール回数_____回			コール回数_____回			コール回数_____回		

【コード表】

①身体ケア		②生活援助	③その他	④医療・看護ケア	⑤サ高住の提供するサービス
1.起床・就寝介助	6.入浴介助	11.調理	16.見守り・安否確認のみ	20.訪問看護指示書に基づかない看護師によるアセスメント、モニタリング	23.安否確認
2.洗面等、身体整容 (口腔清潔、洗顔、整髪)	7.体位交換	12.配膳	17.不安解消のみ		24.生活相談
	8.移動・移乗介助	13.服薬確認	18.転倒介助		25.食事の提供
3.食事介助(摂取介助)	9.通院・外出介助	14.生活援助(掃除、洗濯、買い物)	19.その他	21.胃ろう等からの経管栄養の実施・管理	26.家事支援
4.排泄介助	10.その他の身体ケア	15.その他の生活援助(ベッドメイク、衣類の整理等)		22.たんの吸引	27.健康管理
5.更衣介助					28.その他の生活支援サービス