

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（案）

1. 設置目的

三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング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、日本赤十字看護大学 教授 福井小紀子 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、三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社が行う。
- （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	福井 小紀子（日本赤十字看護大学 教授）
委員	金沢 二美枝（株式会社つつじヶ丘在宅総合センター 代表取締役）
	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）
	館石 宗隆（札幌市保健福祉局 医務監）
	沼田 美幸（公益社団法人日本看護協会 医療政策部長）
	野中 博（公益社団法人東京都医師会 会長）
	水上 直彦（一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長）
	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）

（敬称略、５０音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局老人保健課長 迫井正深
- 厚生労働省 老健局老人保健課 看護専門官 猿渡央子
- 厚生労働省 老健局老人保健課 看護係 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

医療ニーズを持つ中重度の要介護者について、在宅療養の継続及び家族の介護負担軽減等を支援する複合型サービスの充実に向け、そのサービス提供の実態、特徴及び課題を明らかにする。特に医療サービス提供のあり方について検討を行うとともに、次期報酬改定における検討のためのデータ収集を目的とする。

併せて、小規模多機能型居宅介護事業所や訪問看護ステーションによる複合型サービスへの参入意向・障壁、全自治体による複合型サービス事業所の整備意向、地域における複合型サービスに対するニーズ等も把握し、複合型サービスの整備促進・普及を図る一助とする。

2. 調査客体

①複合型サービス提供実態調査

・ 複合型サービス事業所	約 150 事業所	※悉皆調査
--------------	-----------	-------

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	約 1,000 事業所
・ 訪問看護ステーション	約 1,700 事業所

③自治体による複合型サービス事業所の整備意向調査

・ 自治体	約 1,741 自治体	※悉皆調査
-------	-------------	-------

④居宅介護支援事業所からみた複合型サービスニーズ等調査

・ 居宅介護支援事業所	約 2,000 事業所
-------------	-------------

3. 主な調査項目

①複合型サービス提供実態調査

- ・ 提供事業所数、開設期間、利用者数、職員の配置状況、運営・収支状況
指定訪問看護ステーションの指定状況及びサービス提供実態 等
- ・ 利用者の状態、医療サービスの提供状況 等

②複合型サービス参入意向調査：複合型サービスへの参入意向や障壁 等

③自治体調査：介護保険事業計画における整備計画および指定状況、課題 等

④居宅介護支援事業所調査：複合型サービスに対するニーズ 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

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事業所の整備意向調査：自治体票

④居宅介護支援事業所からみた複合型サービスニーズ等調査：事業所票

5. 調査方法（郵送調査等）

- ・ 郵送配布、郵送回収

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
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 事業所票（案）

※本調査票は、複合型サービス事業所の管理者の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○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「-」と記入してください。

※調査時点は、平成26年6月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 複合型サービスの事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村		
2) 事業開始年月	平成 () 年 () 月		
3) 経営主体	1 営利法人（会社） 2 医療法人 3 社会福祉法人 4 特定非営利活動法人（NPO） 5 その他（ ）		
4) 複合型サービス事業所 開設前の事業実施状況 として該当するもの	1 小規模多機能型居宅介護事業所のみを実施していた 2 訪問看護ステーションのみを実施していた 3 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 4 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 5 実施していた事業はない 6 その他（具体的に： ）		
5) 貴事業所の開設主体が現在、他に運営している施設・事業所（複数回答可）			
0 該当なし			
1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 介護老人福祉施設 5 居宅介護支援事業所 6 訪問介護事業所 7 訪問看護事業所 8 通所介護事業所 9 通所リハビリテーション事業所 10 短期入所生活介護事業所 11 短期入所療養介護事業所 12 特定施設入居者生活介護事業所 13 小規模多機能型居宅介護事業所 14 認知症対応型共同生活介護事業所			
6) 貴事業所と「同一建物内」「同一敷地」「隣接地（公道を挟んで隣も含む）」にある施設・住まい等について、該当欄全てに○を付けてください。※経営主体が貴法人・団体と異なる場合も含まれます。			
	同一建物内	同一敷地	隣接地
1 有料老人ホーム（健康型・住宅型・介護付いずれでも）			
2 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス			
3 サービス付き高齢者向け住宅			
4 旧高齢者専用賃貸住宅			
5 集合住宅（マンション・アパート・団地 等）			

2. 複合型サービス事業所の職員体制についてお伺いします。（平成26年6月1日時点）

※指定訪問看護事業所の指定を受けている場合は、指定訪問看護事業所の職員数と合算した人数でご記入ください。

		管理者	介護職員	(うち) 介護福祉士	看護師	准看護師	理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士	介護支援 専門員	その他の 職員
常勤換算数		.	.	.	.	.	.	.	.
実人数	常勤								
	非常勤								

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき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。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

3. 複合型サービス事業所の定員や登録者数、運営状況等についてお伺いします。

1) 定員等 (平成 26 年 6 月 1 日時点)	登録定員	現登録者数	通いの定員	宿泊の定員		
	人	人	人	人		
2) 登録者が登録定員を超えたことがありますか	1 有 ➡ (最大 人超) 2 無					
3) 宿泊費	() 円/日					
4) 利用者の受け 入れ方針	①がん末期の利用者	1 対応する 2 対応しない				
	②人工呼吸器が必要な利用者	1 対応する 2 対応しない				
	③たんの吸引が必要な利用者	1 対応する 2 対応しない				
	④重度(Ⅲ以上)の認知症の利用者	1 対応する 2 対応しない				
5) 主治医の状況:複合型サービス事業所の登録者に関して、 訪問看護指示書を受け取った病院・診療所数(平成 26 年 6 月分)			病院 約()か所 診療所 約()か所			
6) 複数の登録者が居住する住まいごとの登録者人数 (※複数の住宅に複数登録者がいる場合は、登録者人数が多い順にご記入願います。)	1つ目の建物	2つ目の建物	3つ目の建物			
	人	人	人			
7) 地域との関わり (複数回答可)	1 特に地域との関わりはない 2 利用者の主治医と密に連絡をとっている 3 (近隣の) 病院の退院支援部門や病棟と密に連絡をとっている 4 複合型の登録利用者以外にも、訪問看護ステーションとして、積極的に訪問看護を提供している 5 行政や地域包括支援センターが開催する地域での会議に参加している 6 地域住民等のボランティアを受け入れている 7 町内会、自治会の会員となり、会の役割を担っている 8 地域住民向けの医療・介護相談窓口の開設や介護研修などを行っている 9 運営推進会議で登録者以外の地域課題に関する議題を設けて検討している ➡最近の議題例 () 10 生活支援サービスを提供している 11 地域の学生、医療従事者等の実習や見学等を受け入れている 12 その他 ()					
8) 複合型サービス事業所開設後の効果として、主に該当するものを3つお選びください。						
1 従来であれば断っていた医療ニーズの高い利用者を登録できるようになった 2 従来であれば入院、又は施設入所していた利用者が、入院・入所せずに済むようになった 3 利用者の家族の介護負担を軽減できるような支援ができるようになった 4 医療ニーズの高い利用者に対して、看護職員による訪問を十分に実施できるようになった 5 利用者のニーズに応じて、介護職員による訪問も柔軟に実施できるようになった 6 通いや宿泊の利用中も利用者の状態を把握できるため、状態変化に迅速に対応できるようになった 7 看護職員と介護職員の役割分担と連携が図れ、効果的かつ効率的なサービス提供につながった 8 従業員の OJT を実施しやすくなったことで、人材育成につながった 9 従業者数が増加することにより、休暇取得や短時間勤務も含めた福利厚生面における充実や柔軟な運用が図れるようになった 10 事業所の理念や経営方針を明確化しやすく、従業員と共有できるようになった 11 事業所の収支状況が改善、もしくは安定した 12 その他 ()						
9) 過去1年以内(平成 25 年 7 月～平成 26 年 6 月)に利用終了した利用者の有無と人数 (有の場合は、理由別人数もご記入ください)			1 有 2 無			
施設入所 (特養・老健)	入院 (入院後死亡を含む)	在宅死亡	うち貴事業所 内での看取り	他の介護保険 サービスに移 行	その他・介護 保険サービスの 利用中止	合計
人	人	人	人	人	人	人

4. 複合型サービスの加算・減算等の状況についてお伺いします。

(1) 加算・減算等の有無等 (平成 26 年 6 月)

1) 事業開始時支援加算	1 有 2 無
2) サービス提供体制強化加算の届出	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 無
3) 緊急時訪問看護加算の届出の有無と算定人数	1 届出有 ➡算定人数 () 人 2 届出無
4) 過少サービス減算	1 有 2 無
5) 市町村独自の報酬上乘せ	1 有 ➡上乘せ単位 () 単位 ➡加算の要件 () 2 無

(2) 算定の件数・人数 (平成 26 年 4 月～6 月) ※無かった場合には、「0」と記入してください

	届出の有無	4 月	5 月	6 月
1) 退院時共同指導加算		件	件	件
2) ターミナルケア加算の届出の有無と算定人数	1 有 2 無	人	人	人
3) 特別管理加算の届出の有無と算定人数(実人数)	1 有 2 無	人	人	人

5. 複合型サービスの収支の状況についてお伺いします。

1) 貴事業所の収支の状況	1 黒字 2 ほぼ均衡している 3 赤字 4 不明
---------------	--

6. 複合型サービスの利用者の看取りの詳細についてお伺いします。

平成 26 年 4 月～平成 26 年 6 月の複合型サービスの登録者のうち、死亡した利用者についてご記入ください。

通し 番号	1) 年 齢	2)死因	3) 死亡時 の要介護 度	4) 認 知 症 高 齢 者の日 常生活 自立度	死亡前1週間の サービス提供状況				9) 死 亡 前 1 週 間の主 治 医 の 訪 問 回 数	10)死亡 時の医 療 保 険 の 利 用 の有無	11) 住 ま いの形態	12)看取り の場所	13)住まい の場所	14)家族 構成
					5) 通い 回数	6) 看護 職員の 訪問回 数	7) 介護 職員等 の訪問 回数	8) 宿泊 回数						
		1.がん 2.脳血管 疾患 3.心疾患 4.肺炎 5.その他 (具 体 的に)	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	1.自立 2.Ⅰ 3.Ⅱa 4.Ⅱb 5.Ⅲa 6.Ⅲb 7.Ⅳ 8.M 9.不明						1.有 2.無	1.有料老 人ホー ムやサ 高 住 等※注1 である 2.1 以外	1.利用 者 宅 2.事 業 所 内 3.病院 4.診療所 5.その他	1.事業所と 同 一 建 物内 2. 同 一 敷 地内 3.隣接 4.その他	1.独居 2. 夫 婦 のみ 3. そ の 他
例	85	4	4	3	0	4	4	3	2	2	1	2	4	2
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

※注 1) 介護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、有料老人ホーム(健康型・住宅型・介護付のいずれでも)、サービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅を指します。

※記入欄が不足する場合には、コピーをしてください。

7. 指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）の指定についてお伺いします。

（1）指定訪問看護事業所の指定の有無および概要

1) 貴事業所は、指定訪問看護事業所の指定を受けていますか	1 はい 2 いいえ（⇒質問は以上で終わりです。）
2) 指定はいつ受けましたか	平成（ ）年（ ）月
3) 指定訪問看護事業所は機能強化型ですか	1 機能強化型 1 2 機能強化型 2 3 いずれでもない
4) 訪問看護の利用者のうち、複合型サービスの登録待ちの利用者はいますか	1 はい⇒約（ ）人 2 いいえ

（2）指定訪問看護事業所の利用者において、該当する人数をご記入ください。（複合型サービスの利用者は除きます。）該当者がいない場合は、「0」人、分からない場合は、「－」とご記入ください。介護保険と医療保険の両方を利用した利用者については、「介護保険の利用者」の欄にご記入ください。

	介護保険の利用者	医療保険のみの利用者
1)利用者数（実人数）（平成 26 年 6 月分）	人	人
2)要介護4または要介護5の利用者数（平成 26 年 6 月分）	人	人
3)訪問回数（平成 26 年 6 月 1 か月間の延べ回数）	回	回
4)特別管理加算の状態にある利用者数（平成 26 年 4 月～6 月）※実人数	人	人
5)特別訪問看護指示書が交付されている利用者（平成 26 年 4 月～6 月）※実人数	人	人
6)ターミナルケア加算または訪問看護ターミナルケア療養費の算定人数(平成 26 年 4 月～6 月)	人	人

（3）主治医の状況

訪問看護指示書を受け取った病院・診療所数(平成 26 年 6 月分) ※複合型サービスの利用者は除きます	病 院 約()か所 診療所 約()か所
---	--------------------------

（4）指定訪問看護事業所の利用者の住まいや世帯の状況について、それぞれの項目に該当する人数をご記入ください。（複合型サービスの利用者は除きます。）平成 26 年 6 月分での該当者数をご記入ください。該当者がいない場合は、「0」人、分からない場合は、「－」とご記入ください。

1) 住まいが「有料老人ホーム」や「サービス付高齢者向け住宅」等 ※注1 の利用者数	人
2) -①住まいが貴事業所と同一建物内にある利用者数	人
2) -②住まいが貴事業所と同一敷地または隣接地※注2にある利用者数	人
3) 独居の利用者数	人

※注 1）養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、有料老人ホーム(健康型・住宅型・介護付のいずれでも)、サービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅を指します。

※注 2）隣接地は公道を挟んで隣も含みます。

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒（切手は不要です）に入れ、8月22日までにポストに投函してください。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。
なお、記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
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 利用者票（案）

※本調査票は、当該利用者の状況について詳しい職員の方がご記入ください。利用者にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○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「－」と記入してください。

※調査時点は、平成26年6月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 利用者の基本情報についてお伺いします。

1) 年齢（平成 26 年 6 月 1 日）		（ ） 歳		2) 性別	1 男	2 女
3) 住まい①		1 戸建て				
		2 マンション、アパート、団地				
		3 養護老人ホーム				
		4 軽費老人ホーム・ケアハウス				
		5 有料老人ホーム（健康型・住宅型・介護付いずれでも）				
		6 サービス付き高齢者向け住宅				
4) 住まい②		7 旧高齢者専用賃貸住宅				
		8 貴事業所に長期滞在中で、住まいが決まっていない				
		9 その他（ ）				
		（※長期滞在中でも決まった住まいがある場合は、選択肢 8 以外を回答してください。選択肢 8 を選んだ場合は、次は、問の 8）世帯構成に進んでください。）				
5) 住まい③：同じ住まいに住む他の登録者		1 有⇒人数（本人含）（ ）人				
6) 住まいと貴事業所の位置		2 無				
7) 送迎の有無		1 有⇒人数（本人含）（ ）人				
8) 世帯構成		2 無				
9)（家族等の）介護力		1 有⇒人数（本人含）（ ）人				
10) 生活保護受給者か		2 無				
11) 要介護度（直近）		1 有⇒人数（本人含）（ ）人				
12) 障害高齢者の日常生活自立度		2 無				
13) 認知症高齢者の日常生活自立度		2 無				
14) 移動		2 無				
15) 食事		2 無				
16) 排泄		2 無				
17) 入浴		2 無				
18) 着替え		2 無				

19) 傷病 (複数回答可)	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) 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・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 難病 20 その他 () 21 ない
20) 医療ニーズの有無 (複数回答可) (平成 26 年 6 月)	1 看取り期のケア 2 胃ろう、腸ろうによる栄養管理 3 経鼻経管栄養 4 中心静脈栄養の管理 5 カテーテル (コドームカテーテル、留置カテーテル等) 6 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理 7 たんの吸引 8 ネブライザー 9 酸素療法 (酸素吸入) 10 気管切開のケア 11 人工呼吸器の管理 ➡ (a 気管切開有 b 無) 12 注射・点滴 13 インスリン注射 14 創傷処置 15 褥瘡の処置 16 服薬管理 ^{注1} 17 透析 (在宅自己腹膜灌流含む) 18 導尿 19 疼痛の看護 20 浣腸 21 排便 22 簡易血糖測定 23 リハビリテーション 24 常時のモニター測定 (血圧・心拍・酸素飽和度等) 25 その他 (具体的に:)
21) ターミナル期かどうか (医師が余命 6 か月以内と判断)	1 はい 2 いいえ
22) 病状は不安定もしくは悪化する可能性が高いか	1 はい 2 いいえ
23) 特別養護老人ホームの入所待機者かどうか	1 はい 2 いいえ 3 分からない
24) 関わりのある支援者 (複数回答可)	1 なし 2 隣近所 3 知人・友人 4 趣味仲間 5 老人クラブ 6 商店 7 民生委員 8 地区社協 9 ボランティアグループ 10 その他 () 11 把握していない

注 1) 本調査における「服薬管理」は、服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

2. 貴事業所の利用状況や利用経緯、他のサービスの利用状況等についてお伺いします。

1) 複合型サービスの利用開始時期	平成 () 年 () 月 () 日 (※平成 26 年 5 月以前の利用開始の場合は、日付の記入は不要です)
2) 利用開始前の居場所	1 利用者宅 2 病院・診療所入院 3 介護老人保健施設入所 4 その他 ()
3) 貴事業所の利用のきっかけ	1 もともと貴事業所の訪問看護の利用者だった 2 近隣の訪問看護ステーションからの紹介 3 居宅介護支援事業所からの紹介 ➡ (a 同一法人 b 他法人) 4 地域包括支援センターからの紹介 5 病院からの紹介 ➡ (a 同一法人 b 他法人) 6 診療所からの紹介 ➡ (a 同一法人 b 他法人) 7 近隣のため、もともと知っていた 8 その他 ()
4) 利用開始時に介護支援専門員を変更したか	1 はい 2 いいえ
5) 退院時共同指導加算算定の有無 (算定時期はいつでも結構です)	1 有 2 無
6) 認知症加算 (平成 26 年 6 月)	1 認知症加算 (Ⅰ) 2 認知症加算 (Ⅱ) 3 無
7) 訪問看護指示書の有無 (平成 26 年 6 月)	1 有 2 無
8) 特別管理加算の有無 (平成 26 年 6 月)	1 有 2 無
9) 利用者は医療保険の訪問看護を利用したか (平成 26 年 6 月)	1 有 ➡ () 回 2 無

10) 平成 26 年 4 月～6 月の 3 か月間における特別訪問看護指示書の交付の有無		1 有	2 無
11) 訪問診療・往診または外来受診の有無 (平成 26 年 6 月)		1 訪問診療・往診を利用した ➡ () 回 2 外来受診した 3 いずれも利用していない	
12) 区分支給限度基準額を超えたことがあるか		1 有 ➡ 利用サービス () 2 無	
13) 6 月 1 か月間のサービス提供回数			
① 通い	② 訪問看護	③ 訪問介護	④ 泊まり
回	回	回	回
14) この利用者は、複合型サービスの利用以外で在宅療養継続が可能と思うか	1 はい ➡ どのようなサービス・体制で可能ですか (具体的に:) 2 いいえ		
15) 6 月中の利用終了の有無	1 継続 2 終了 ➡ 終了日: 6 月 () 日		
2) - ① (1 継続の場合) 利用終了時期について検討しているか		1 はい 2 いいえ	
2) - ② (2 終了の場合) 終了理由		1 施設入所 (特養・老健) 2 入院 (入院後死亡を含む) 3 在宅死亡 (複合型事業所内死亡を含む) 4 その他 ()	

3. 平成 26 年 6 月のサービス提供状況についてお伺いします。

(1) 6 月 23 日～30 日の泊まりと通いの状況について

※記入方法は別紙記入要領を参照してください。

	23 (月)	24 (火)	25 (水)	26 (木)	27 (金)	28 (土)	29 (日)	30 日 (月)
通い	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
通いの時間数								
泊まり	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
泊まりの時間数								

(2) 6 月 23 日～29 日の 7 日間の看護職員等による訪問の詳細をご記入ください。

※介護職員等による訪問については (3) でお伺いします。

訪問日	訪問者の職種	滞在開始時間帯	利用者宅でのサービス提供時間	実施した処置等の内容
6 月 () 日	(複数回答可) 1 看護師・保健師 2 准看護師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士	24 時間制で記入	(分間)	※別紙記入要領を参考にしてください
記入例) 24 日	1	16 時台	55 分間	1. 2. 18. 21. 25. 30
日		時台	分間	
日		時台	分間	
日		時台	分間	
日		時台	分間	
日		時台	分間	
日		時台	分間	
日		時台	分間	
日		時台	分間	
日		時台	分間	

※記入欄が不足する場合は、お手数をおかけしますが、コピーしてご記入ください。

(3) 6月23日～29日の7日間の介護職員等による訪問の詳細をご記入ください。

[illegible]

※記入欄が不足する場合は、お手数をおかけしますが、コピーしてご記入ください。

(4) 6月23日～29日の7日間のサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等によるサービス

利用者の住まいに付随して提供されているサービスについて把握しているか	0 サ高住や有料老人ホーム等の入居者ではない 1 把握している ➡次の表にサ高住等により提供された生活支援サービスの内容と時間を記載してください 2 把握していない						
	23（月）	24（火）	25（水）	26（木）	27（金）	28（土）	29（日）
提供されたサービスの内容 （複数回答可）							
1日の合計時間 （分間）	分間	分間	分間	分間	分間	分間	分間

提供されたサービスの内容は以下の選択肢から選んでください。

1 安否確認	2 生活相談	3 食事の提供
4 家事支援	5 健康管理	6 その他の生活支援サービス

※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26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 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
小規模多機能型居宅介護事業所票 （案）

※本調査票は、管理者の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○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「－」と記入してください。

※調査時点は、平成26年6月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村			
2) 事業開始年月	平成 () 年 () 月			
3) 経営主体	1 社会福祉法人 4 特定非営利活動法人 (NPO)	2 医療法人 5 その他	3 営利法人 (会社)	
4) 経営主体が、貴事業所以外に、運営している小規模多機能型居宅介護事業所の有無	1 無	2 有 ➡	開設数 () か所	
5) 経営主体が、運営している訪問看護ステーションの有無	1 無	2 有 ➡	開設数 () か所	
6) 貴事業所の併設状況	0 併設なし 1 病院 2 診療所 3 訪問看護ステーション 4 その他			
7) 利用者の受け入れ方針	①がん末期の利用者	1 対応する	2 対応しない	
	②人工呼吸器が必要な利用者	1 対応する	2 対応しない	
	③たんの吸引が必要な利用者	1 対応する	2 対応しない	
	④重度(Ⅲ以上)の認知症の利用者	1 対応する	2 対応しない	
8) 収支状況(平成26年6月)	1 黒字	2 ほぼ均衡している	3 赤字	4 不明

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

1) 平成26年6月1日時点の職員数について、**常勤換算数**でご記入ください。

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき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。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

介護職員	（うち）介護福祉士	看護師	准看護師	その他の職員
.	.	.	.	.

3. 貴事業所の定員、登録者数等についてお伺いします。

1) 定員・登録者数（平成26年6月1日時点）							
登録定員		現登録者数		通いの定員		宿泊の定員	
人		人		人		人	
2) 現登録者数のうち、「訪問看護」(介護保険・医療保険いずれでも)を利用している登録者数							() 人
3) 要介護度別の登録利用者数（平成26年6月1日時点）							
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
人	人	人	人	人	人	人	人
4) 認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の利用登録者数					() 人		
5) 過去1年以内(平成25年7月～平成26年6月)に利用終了した利用者の有無と人数（有の場合は、理由別人数もご記入ください）					1 有 2 無		
施設入所 (特養・老健)	入院 (入院後死亡を含む)	在宅死亡	うち貴事業所 内での看取り	他の介護保 険サービスに 移行	その他・介護 保険サービス の利用中止	合計	
人	人	人	人	人	人	人	

4. 複合型サービスについて

1) 複合型サービスの開設の予定はありますか。		1 複合型の開設を予定している → 開始予定時期 (平成 年 月頃から) 2 複合型の開設の予定はない	
1)で「2 複合型の開設の予定はない」と回答した場合		1 ある 2 ない 3 わからない	
1) -1 これまでに複合型の開設について検討したことはありますか。			
1)-1 で「1 ある」と回答した場合 1) -1-1 複合型の開設を検討した理由は、どのようなものでしたか。 (複数回答可)		1 小規模多機能型居宅介護事業所や同法人内の利用者の医療ニーズが高いため 2 通常サービス提供地域の療養者の医療ニーズに対応するため 3 退院直後の利用が多いため 4 収支が改善すると考えたため 5 自治体から複合型の開設を勧められたため 6 自治体の説明会等でサービスを知ったため 7 その他 ()	
1)-1 で「1 ある」と回答した場合 1) -1-2 検討した結果、複合型の開設を行わなかった理由はどのようなものですか。 (複数回答可)		1 開設資金の調達が困難であったため 2 開設場所及び物件の確保が困難であったため 3 利用者確保の見通しが立たなかったため 4 事業採算の見通しが立たなかったため 5 看護職員の新規確保が厳しいため 6 介護職員の新規確保が厳しいため 7 経営陣の理解が得られなかったため 8 職員の理解が得られなかったため 9 主治医との連携が難しかったため 10 急変時に連携できる医療機関の確保が困難であったため 11 利用者が既存サービスから切り替えることが難しかったため 12 利用者の負担が増えてしまうため 13 自治体の補助金の申請等に時間がかかるため 14 自治体で整備計画を立てていなかったため 15 その他 ()	
1)-1 で「2 ない」と回答した場合 1) -1-3 複合型の開設を検討したことがない理由は、どのようなものですか。 (複数回答可)		1 複合型サービスの事業イメージがつかめないため 2 経営が厳しくなりそうであるため 3 利用者確保できるかわからないため 4 職員確保できるか分からないため 5 現在の事業を充実させていきたいため 6 その他 ()	
1)で「2 複合型の開設の予定はない」と回答した場合		1 あると思う 2 ないと思う 3 わからない	
1) -2 今後、複合型の開設を検討する可能性はありますか。			
2) 今後、複合型サービスが普及するために必要と考えられることをご自由に記入してください。			

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒（切手は不要です）に入れ、8月18日までにポストに投函してください。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。

なお、記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
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

訪問看護ステーション票（案）

※本調査票は、管理者の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○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「-」と記入してください。

※調査時点は、平成26年6月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村		
2) 事業開始年月	平成 () 年 () 月		
3) 経営主体	1 社会福祉法人 4 特定非営利活動法人（NPO）	2 医療法人 5 その他	3 営利法人（会社）
4) 貴事業所は機能強化型訪問看護事業所ですか	1 機能強化型 1 2 機能強化型 2 3 いずれでもない		
5) 経営主体が、貴事業所以外に、運営している訪問看護ステーションの有無	1 無 2 有 ➡ 開設数 () か所		
6) 経営主体が、運営している小規模多機能型居宅介護事業所の有無	1 無 2 有 ➡ 開設数 () か所		
7) 経営主体が、運営している複合型サービス事業所の有無	1 無 2 有 ➡ 開設数 () か所		
8) 貴事業所の併設状況	0 なし 1 病院 2 診療所 3 小規模多機能型居宅介護事業所 4 その他		
9) 利用者の受け入れ方針	①がん末期の利用者	1 対応する 2 対応しない	
	②人工呼吸器が必要な利用者	1 対応する 2 対応しない	
	③たんの吸引が必要な利用者	1 対応する 2 対応しない	
	④重度(Ⅲ以上)の認知症の利用者	1 対応する 2 対応しない	
	⑤小児の利用者	1 対応する 2 対応しない	

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします

1) 平成26年6月1日時点の職員数について、 常勤換算数 でご記入ください。 ※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷当事業所において常勤の従事者が勤務すべき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。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。			
保健師・助産師・ 看護師・准看護師	理学療法士・作業療法士・ 言語聴覚士	看護補助者	その他の職員
.	.	.	.

3. 貴事業所の利用者数等についてお伺いします。

	介護保険の 利用者	医療保険等のみの 利用者(①を除く)	合計 (①+②)
1) 平成26年6月の利用者(実人数)	① 人	② 人	人
2) 6月の利用者のうち、小規模多機能型居宅介護の利用者数	() 人		
3) 6月の利用者のうち、特別養護老人ホーム待機者数	1 約() 人 2 分からない		
4) ターミナルケア加算または訪問看護ターミナルケア療養費の算定人数(平成26年4月～6月)	() 人		

4. 複合型サービスについて

1) 複合型サービスを知っていますか	1 よく知っている 3 あまり知らない	2 おおよそ知っている 4 全く知らない
2) 複合型サービスに魅力を感じますか	1 はい 2 いいえ 3 どちらともいえない	
3) 貴法人では複合型サービスの開設の予定はありますか。	1 複合型サービスの開設を予定している ➡ 開始予定時期（平成 年 月頃から） ➡ 貴ステーションに併設ですか （aはい bいいえ） 2 複合型サービスの開設の予定はない	
3)で「2 複合型サービスの開設の予定はない」と回答した場合		1 ある 2 ない 3 わからない
3) -1 これまでに複合型の開設について検討したことはありますか。		
3)-1 で「1 ある」と回答した場合 3) -1-1 複合型の開設を検討した理由は、どのようなものでしたか。 (複数回答可)	1 訪問看護ステーションや同法人内の利用者の医療ニーズが高いため 2 通常のサービス提供地域の療養者の医療ニーズに対応するため 3 医療ニーズの高い患者の退院が多いため 4 収支が改善すると考えたため 5 自治体から複合型の開設を勧められたため 6 自治体の説明会等でサービスを知ったため 7 その他（ ）	
3)-1 で「1 ある」と回答した場合 3) -1-2 検討した結果、複合型の開設を行わなかった理由は何のようなものですか。 (複数回答可)	1 開設資金の調達が困難であったため 2 開設場所及び物件の確保が困難であったため 3 利用者確保の見通しが立たなかったため 4 事業採算の見通しが立たなかったため 5 看護職員の新規確保が厳しかったため 6 介護職員の新規確保が厳しかったため 7 経営陣の理解が得られなかったため 8 職員の理解が得られなかったため 9 主治医との連携が難しかったため 10 急変時に連携できる医療機関の確保が困難であったため 11 利用者が既存サービスから切り替えることが難しかったため 12 利用者の負担が増えてしまうため 13 自治体の補助金の申請等に時間がかかるため 14 自治体で整備計画を立てていなかったため 15 その他（ ）	
3)-1 で「2 ない」と回答した場合 3) -1-3 複合型の開設を検討したことがない理由は、どのようなものですか。 (複数回答可)	1 複合型サービスの事業イメージがつかめないため 2 経営が厳しくなりそうであるため 3 利用者確保できるかわからないため 4 職員確保できるかわからないため 5 現在の事業を充実させていきたいため 6 その他（ ）	
3)で「2 複合型サービスの開設の予定はない」と回答した場合		1 あると思う 2 ないと思う
3) -2 今後、複合型サービスの開設を検討する可能性はありますか。		3 わからない
4) 今後、複合型サービスが普及するために必要と考えられることをご自由に記入してください。		

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒（切手は不要です）に入れ、8月18日までにポストに投函してください。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。なお、記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

事業所名	電話番号
------	------

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
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

自治体における複合型サービス事業所の整備意向に関する調査票(案)

※本調査票は、複合型サービス事業所の担当部局の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○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「-」と記入してください。

※調査時点は、平成26年6月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

都道府県		市区町村		人口	(約) 人
------	--	------	--	----	-------

① 平成24年度から26年度の各年度末の複合型サービス事業所の整備実績と予定数(累積)をご記入ください。				
平成24年度末(実績)		平成25年度末(実績)		平成26年度末(予定数:累積)
事業所		事業所		事業所
② 貴市区町村内の小規模多機能型居宅介護事業所数		() 事業所		
③ 貴市区町村内の訪問看護ステーション数		() 事業所		
④ 介護保険事業計画と医療計画等とのすり合わせを都道府県や市区町村の医療担当者を行っていますか。				
1. 既に実施 2. これから実施 3. 実施していない				
⑤ 地域において医療ニーズの高い退院患者の受け皿は充足していますか。				
1.十分に充足している 2.まあまあ充足している 3.やや不足している 4.かなり不足している 5.不明				
⑥ 認知症の状態にある者で、医療ニーズが高くなった場合の受け皿は充足していますか。				
1.十分に充足している 2.まあまあ充足している 3.やや不足している 4.かなり不足している 5.不明				
⑦ 複合型サービス事業所の指定に際し、公募形式をとっていますか。(複数回答可)				
1. 平成25年度は公募した 2. 平成26年度は公募した(予定である) 3. いずれも公募していない				
≪⑦-1 では⑦で「1.」または「2.」を選ばれた場合のみご記入ください。≫				
⑦-1 公募実施(予定)年度について、複合型サービスの公募状況についてご記入ください。				
なお、平成26年度は未実施のため「予定」をご記入の場合は、受付期間と募集数のみご記入ください。				
	受付期間	募集数	応募数	選定数
平成25年度 (実績)	日間	事業所	事業所	事業所
平成26年度 (実績又は予定)	日間	事業所	事業所	事業所
⑧ 平成26年4月から平成26年7月末までの間に、事業者から複合型サービスの開設に係る相談がありましたか				
1. あった⇒件数(約) 件 2. なかった				
⑨ 本票記入者ご自身は、複合型サービスについて、よく知っていますか				
1. よく知っている 2. おおよそ知っている 3. あまり知らない 4. 全く知らない				

⑩ 複合型サービスの効果についてイメージすることとして、該当するものを全てお選びください	
1. 在宅(複合型サービス事業所内を含む)で看取りを含めた療養生活を支えるため 2. 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅療養を支えるため 3. 認知症の状態にある者で、医療ニーズが高くなった利用者に対応するため 4. 病状が不安定な利用者に柔軟に対応できる 5. 家族の介護負担・不安感をかんがみ、レスパイトも提供できる 6. その他()	
⑪ 複合型サービス事業所を指定するにあたり課題と感じていることとして、該当するものを全てお選びください。	
1. 新サービスのため制度の周知・理解が進んでいない 2. 指定に係る事務手続きが大変である (具体的に:) 3. 補助金の申請手続きが大変である (具体的に:) 4. 開設を希望する事業者がない ➡ ⑪-1 もご回答ください。 5. 複合型サービスのニーズが見込めない 6. 介護保険事業計画の修正が困難である 7. その他()	
⑪-1 複合型サービスの開設を希望する事業者がない理由としてお考えになるものとして、主に該当するものを【3つまで】お選びください。	
1. 開設資金の調達が困難である 2. 開設場所及び物件の確保が困難である 3. 利用者の確保が困難である 4. 看護職員の新規確保が困難である 5. 介護職員の新規確保が困難である 6. 主治医との連携が困難である 7. 急変時に連携できる医療機関の確保が困難である	8. 安定的な経営が困難である 9. 既存のサービスからの切り替えが困難である 10. 利用者の負担増が生じる 11. 補助金の申請手続きに時間がかかる 12. 行政が整備計画を立てていない 13. その他()
⑫ 複合型サービスを事業者等に周知するために行っていることはありますか。該当するもの全てをお選びください。	
1. 事業者や事業者団体を対象とした説明会や研修等の開催 2. 自治体のホームページや広報誌に情報を掲載 3. パンフレットを作成し、事業者や事業者団体等に配布 4. 事業者へ個別訪問し事業について説明 5. その他() 6. 特に行っていない	
⑬ 貴市区町村では、複合型サービス事業所の開設に対して、積極的ですか。	
1. ぜひ、開設してもらいたいと考えている 2. 希望する事業所があれば指定したい 3. 特段の必要性は感じていない	4. (現時点では) 不要であると考えている 5. 分からない
⑬-1 ⑬の回答を選んだ理由をご記入ください。	
⑭ 今後、複合型サービスが普及するために必要と考えられることをご自由にご記入ください。	

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒(切手は不要です)に入れ、8月22日までにポストに投函してください。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 26 年度介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
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

居宅介護支援事業所票（案）

※本調査票は、複合型サービスと併せて、短期入所療養介護についてもお伺いします。

※本調査票は、貴事業所の管理者の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○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「－」と記入してください。

※調査時点は、平成 26 年 6 月 1 日または平成 26 年 6 月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1 事業所の基本的な状況についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村					
2) 事業開始年月	平成 () 年 () 月					
3) 開設主体	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 社団法人・財団法人 6 協同組合及び連合会 7 営利法人（会社） 8 特定非営利活動法人（NPO） 9 その他					
4) 同一法人内にある施設、事業所（複数回答可）						
01 病院 10 通所リハビリテーション事業所 02 診療所 11 短期入所生活介護事業所 03 介護老人福祉施設 12 短期入所療養介護事業所 04 介護老人保健施設 13 特定施設入居者生活介護事業所 05 訪問介護事業所 14 小規模多機能型居宅介護事業所 06 訪問入浴介護事業所 15 認知症対応型共同生活介護事業所 07 訪問看護事業所 16 複合型サービス事業所 08 訪問リハビリテーション事業所 17 その他 () 09 通所介護事業所						
5) 貴事業所の介護支援専門員数（平成 26 年 6 月 1 日時点）				() 人		
6) 特定事業所加算（平成 26 年 6 月）		1 特定事業所加算 I 2 特定事業所加算 II 3 無				
7) 貴事業所の利用者数（実人数）（平成 26 年 6 月 1 日時点）				() 人		
8) 要介護度別の利用者数（平成 26 年 6 月 1 日時点）						
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	その他
人	人	人	人	人	人	人
9) 貴事業所の利用者（6 月）のうち、訪問看護（介護保険・医療保険いずれでも）の利用者数					() 人	
10) 貴事業所の利用者（6 月）のうち、特別養護老人ホーム待機者数					() 人	

2 複合型サービス等についてお伺いします。

1) 貴事業所のサービス提供地域に複合型サービス事業所はありますか		1 有 2 無
1)ー①(有の場合) これまでに、貴事業所の利用者のうち複合型サービスの利用を検討した利用者はいますか		1 有 2 無
1)ー①-1(有の場合) 実際に複合型サービスの利用を開始しましたか		1 有 2 無
2) これまでに、複合型サービスの制度やサービス内容に関する説明会や研修等を受けたことはありますか		1 有 2 無
2)ー①(有の場合) どこが主催でしたか	1 自治体 2 その他 ()	
3) 複合型サービスの制度や内容について、理解できていますか	1 よく理解できている 2 おおよそ理解できている 3 あまり理解できていない 4 全く理解できていない	
4) 地域での受け皿の課題: 地域で選択肢のような利用者に対して受け皿は足りていますか。足りていないと思うものに○をつけてください。(複数回答可)		
1 在宅で看取りを含めた療養生活の支援 2 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅療養の支援 3 認知症の状態にある者で、医療ニーズが高くなった利用者への対応 4 利用者の状態が不安定な場合に柔軟に対応できるサービス 5 家族の介護負担・不安感への支援 6 該当なし		
5) 貴事業所のサービス提供地域に複合型サービスの新規または追加の開設が必要と思いますか		
1 必要 2 不要 3 分からない		
⇒5)-① その理由を教えてください		
6) 貴事業所の利用者のうち、複合型サービスの利用対象とみこまれる利用者はいますか (複合型サービスがない場合も、複合型サービスがあった場合の人数を教えてください)		
1 有 (人数もお答えください: _____人) 2 無 3 分からない		
⇒「1 有」を選択した場合は、対象とみこんだ理由を教えてください(複数回答可)		
1 在宅(複合型サービス事業所内を含む)で看取りを含めた療養生活を支えるため 2 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅療養を支えるため 3 認知症の状態にある者で、医療ニーズが高くなった利用者に対応するため 4 利用者の状態が不安定等の理由により、柔軟に対応できる包括報酬でのサービス提供が適しているため 5 家族の介護負担・不安感をかんがみ、レスパイトも含め、柔軟に対応できる包括報酬でのサービス提供が適しているため 6 その他 ()		
7) 今後、複合型サービスが普及するために必要と考えられることをご自由に記入してください		

3 貴居宅介護支援事業所の利用者の短期入所療養介護の利用についてお伺いします。

1) 平成 26 年 6 月に、短期入所療養介護を利用した者の数(実人数)と延べ回数	() 人、延べ () 回
2) 平成 26 年 6 月に、短期入所療養介護を利用しようとしたが、短期入所先を確保できなかった人数(実人数)と延べ回数	() 人、延べ () 回
3) 計画的な短期入所療養介護の利用について、短期入所先を確保することは困難ですか	
1 ほとんど困難ではない 2 困難なときもある 3 困難なときが多い 4 とても困難である	
⇒「2～4」を選択した場合は、その理由を教えてください(複数回答可)	
1 指定短期入所療養介護事業所がない 2 指定短期入所療養介護事業所が満床である 3 医療ニーズに対応できない 4 その他 ()	
4) 緊急的な計画的な短期入所療養介護の利用について、短期入所先を確保することは困難ですか	
1 ほとんど困難ではない 2 困難なときもある 3 困難なときが多い 4 とても困難である	
⇒「2～4」を選択した場合は、その理由を教えてください(複数回答可)	
1 指定短期入所療養介護事業所がない 2 指定短期入所療養介護事業所が満床である 3 医療ニーズに対応できない 4 その他 ()	
5) 短期入所療養介護の入所先がどうしても確保できない場合、その代替としてどのようにしていますか	
1 短期入所生活介護 2 入院 3 その他の介護保険サービス 4 その他 ()	
6) 医療ニーズを有する利用者の短期入所ニーズへの対応について、考えを聞かせてください。(複数回答可)	
1 指定短期入所療養介護事業所が増えればよい 2 指定短期入所生活介護事業所で医療ニーズに対応できるようになればよい 3 複合型サービス事業所が増えればよい 4 居宅サービスが充実すれば、短期入所ニーズは減ると思う 5 その他 ()	

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒（切手は不要です）に入れ、8月18日までにポストに投函してください。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。

なお、記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--