

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

調査研究事業の調査検討組織

設置要綱（案）

1. 設置目的

（株）三菱総合研究所は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、藤井賢一郎を委員長とし、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。

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

調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	藤井 賢一郎（上智大学 総合人間科学科 准教授）
委員	石山 麗子（東京海上日動ベターライフサービス(株)シニアマネジャー
委員	國光 登志子（特定非営利活動法人日本地域福祉研究所 主任研究員）
委員	小林 良二（東洋大学社会学部社会福祉学科 教授）
委員	中澤 伸（社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長）
委員	原田 重樹（日本介護支援専門員協会 副会長）
委員	福井 小紀子（日本赤十字看護大学 教授）
委員	松川 竜也（NPO法人神奈川県介護支援専門員協会 副理事長）
委員	山本 繁樹（立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 川島英紀
- 厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係長 田代善行

（５）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（案）

1. 調査の目的

平成 27 年度の介護報酬改定を踏まえ、居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所（地域包括支援センター）並びに当該事業所に従事する介護支援専門員の業務実態を把握するとともに、利用者本位に基づき、公平・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収集する。

2. 調査客体

①全国調査

○事業所調査：指定居宅介護支援事業所

○ケアマネジャー調査：ケアマネジャー

○利用者調査：指定居宅介護支援事業所の利用者

調査対象数

- ・ 指定居宅介護支援事業所（3,000 事業所程度）
- ・ ケアマネジャー及び利用者（それぞれ 4,000～5,000 人程度）

②居宅介護支援事業所タイムスタディ調査

○事業所・ケアマネジャー調査：指定居宅介護支援事業所

○タイムスタディ調査：ケアマネジャー

○利用者調査：ケアマネジャーが担当する居宅介護支援利用者

調査対象数

- ・ 指定居宅介護支援事業所（30 事業所程度）
- ・ ケアマネジャー（120 人程度）
- ・ 利用者（対象ケアマネジャーの担当人数に応じて利用者票を送付）

3. 主な調査項目

①全国調査

○事業所調査

- ・ 併設しているサービス・事業の有無、居宅介護支援費の状況、特定事業所加算の有無、利用者数の状況、職員の兼務状況、主任介護支援専門員の配置と役割、サービス担当者会議の開催状況、医療連携の状況、地域ケア会議の参加状況 等

○ケアマネジャー調査

- ・ 業務プロセスの実施状況、業務遂行の課題 等

○利用者調査：利用者調査票

- ・ 利用者の状況、サービスの利用状況、家族等の状況、経済状態 等

②居宅介護支援事業所タイムスタディ調査

○事業所・ケアマネジャー調査

- ・ 開設主体、地域区分、特定事業所加算の取得状況、職員数、事務職員の有無 等

○タイムスタディ調査

- ・ 個別利用者への直接業務（訪問、来所、サービス担当者会議、ケアプラン作成 等）
- ・ 個別利用者への直接業務以外の業務（担当していない利用者に対する業務、研修 等）

○利用者調査

- ・ 利用者の状況、サービスの利用状況、利用者への業務の実施状況 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(素案)

※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・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(同一法人または系列法人で、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事務所)					
(1)併設施設の有無(○は1つ)	1. 併設施設あり 2. 併設施設なし → 3 に進んでください				
(2)併設施設の状況 ←	併設しているもの (全てに○)	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの (全てに○)	(2)併設施設の状況	併設しているもの (全てに○)	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの (全てに○)
地域包括支援センター	1	1	通所リハビリテーション (介護予防含む)	14	14
在宅介護支援センター	2	2	短期入所生活介護(介護予防含む)	15	15
介護老人福祉施設(地域密着型を含む)	3	3	短期入所療養介護(介護予防含む)	16	16
介護老人保健施設	4	4	福祉用具貸与(介護予防含む)	17	17
療養病床を有する病院・診療所	5	5	特定福祉用具販売(介護予防含む)	18	18
病院・診療所(上記以外)	6	6	夜間対応型訪問介護	19	19
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(介護予防含む)	7	7	小規模多機能型居宅介護 (介護予防含む)	20	20
有料老人ホーム・ケアハウス等(特定施設(介護予防含む)含む)	8	8	認知症対応型通所介護 (介護予防含む)	21	21
訪問介護(介護予防含む)	9	9	住宅改修	22	22
訪問入浴介護(介護予防含む)	10	10	薬局	23	23
訪問看護(介護予防含む)	11	11	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、 指圧、接骨院	24	24
訪問リハビリテーション(介護予防含む)	12	12	その他()	25	25
通所介護(介護予防含む)	13	13			

3 居宅介護支援費の状況 (平成27年9月中)			
居宅介護支援費の取得状況 (人数)	1. 居宅介護支援費(Ⅰ)()人 2. 居宅介護支援費(Ⅱ)()人 3. 居宅介護支援費(Ⅲ)()人		
運営基準減算要件への該当(該当件数)	該当なし・該当あり ()件	退院・退所加算(Ⅰ)の有無(適用件数)	有()件・無
特定事業所集中減算の有無	有・無	退院・退所加算(Ⅱ)の有無(適用件数)	有()件・無
特別地域居宅介護支援加算の有無	有・無	中山間地域等における小規模事業所加算の有無	有・無
初回加算の有無(適用件数)	有()件・無	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の有無(適用件数)	有()件・無
医療連携加算の有無(適用件数)	有()件・無	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の有無(適用件数)	有()件・無
緊急時等居宅カンファレンス加算の有無(適用件数)	有()件・無	看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	有()件・無
特定事業所加算の有無 (あてはまるもの1つに○)	特定事業所加算(Ⅰ) 特定事業所加算(Ⅱ) 特定事業所加算(Ⅲ) 加算なし		
「特定事業所加算(Ⅱ)」、「特定事業所加算(Ⅲ)」または「加算なし」の場合、加算をとっていない理由を選んでください(○はいくつでも)	【加算をとっていない理由】 ← 1. 主任介護支援専門員を1人以上配置できない 2. 主任介護支援専門員を2人以上配置できない 3. 常勤専従の介護支援専門員を2人以上配置できない 4. 常勤専従の介護支援専門員を3人以上配置できない 5. サービス提供にあたっての留意事項に関する伝達等の会議を定期的に行っていない 6. 利用者のうち中重度者(要介護3～5)の占める割合が4割以上でない 7. 24時間連絡体制・相談に対応する体制が確保されていない 8. 計画的に研修を実施していない 9. 地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託していない 10. 地域包括支援センター等による事例検討会等に参加していない 11. 減算要件に該当している 12. 介護支援専門員一人あたりの利用者の平均件数が40件以上である 13. 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制が整備できない 14. その他()		

4 居宅介護支援・介護予防支援の利用者数の状況							
(1) 昨年同月(平成26年9月)分の給付管理を行った実利用者数	居宅介護支援		()人				
	介護予防支援		()人				
(2) 平成27年9月分の給付管理を行った実利用者数	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

5 職員について(平成27年10月1日現在)							
(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下さい。)	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 (勤務時間による換算)		居宅介護支援事業所に専従	併設事業所と兼務 (勤務時間による換算)		
		実人員	換算人員 ※1	実人員	換算人員 ※1	実人員	換算人員 ※1
(1) ケアマネジャー(ケアマネジャー業務を実施している管理者含む)							
(2) 採用・退職・異動の状況(平成26年度中)	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			
採用したケアマネジャー数	()人			()人			
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)の有無 (○は1つ)	1. 居宅介護支援事業所専従の事務職員がいる 2. 他併設事業等と兼務の事務職員がいる 3. 事務職員はいない						
(4) 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: 換算人員の計算は、記入要領●ページをご参照ください。

6 ケアマネジメントの質向上およびケアマネジャーの資質向上について					
(1) 介護支援専門員の資質向上への取り組み(全てに○)		1. 事業所内でのキャリアパスを設定し、明示している 2. 事業所内の人材育成のための体制を整えている 3. 人材育成のために外部研修を計画的に活用している 4. 事業所における主任ケアマネジャーの役割を明確に示している 5. 事業所内で年間研修計画を立てている 6. 研修の実施状況や効果を評価している 7. 評価結果を次年度の計画に反映している 8. その他() 9. あてはまるものはない			
(2) 研修等の実施状況 (平成26年度中の実績)		事業所内研修の年間実施回数	()回		
		事業所外研修の状況	区分	受講者実人数	のべ受講回数
			法定研修	()人	()回
		法定外研修	()人	()回	
(3) 実施している教育・研修の内容 (全てに○)		内容 1. 貴居宅介護支援事業所内あるいは併設事業所内での研修 2. 外部の研修・セミナー・講習会・研究会への参加 3. 日常のOJT(通常業務において、主任ケアマネジャー等が教育する) 4. 自主研究／研究会・学会等への参加など、自己啓発活動への援助 5. 通信教育援助 6. 他の居宅介護支援事業所への派遣研修 7. 他の居宅介護支援事業所からの研修生の受け入れ 8. その他()			
(4) 事業所内の人材育成における主任ケアマネジャーの役割 (全てに○)		1. 事業所内の研修会の企画・講師 2. OJT による指導者 3. ケースカンファレンスのアドバイザー 4. ケアプランのチェック・指導 5. その他() 6. 特になし 7. 主任ケアマネジャーはいない			

7 地域ケア会議への参加状況について		
※地域ケア会議とは、「地域包括支援センターの設置運営について」(平成 25 年老高発 0329 第 5 号、老振発 0329 第 8 号、老老発 0329 第 2 号)に基づいた会議であり、地域包括ケアシステムの実現に向けた政策形成のための会議で、以下の 5 つの機能を持ちます。 ①個別課題解決機能 ②ネットワーク構築機能 ③地域課題発見機能 ④地域づくり・資源開発機能 ⑤政策形成機能 ※平成 27 年 4～9 月において、保険者・地域包括支援センター等が主催した地域の会議の実態についてお答えください。「地域ケア会議」という名称でなくても、上の 5 つの機能を持ち合わせている場合は、「地域ケア会議」とみなしてお答えください。 ※介護支援専門員が居宅サービス計画の確定のために、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う「サービス担当者会議」と「地域ケア会議」は異なります。サービス担当者会議については含めないでください。		
(1) 会議開催の有無 (平成 27 年 4～9 月)(○は1つ)	1. 開催された 2. 開催されていない 3. 知らない・わからない	
(2) 参加の有無(平成 27 年 4～9 月) (○は1つ)	1. ある 2. ない → 7(3) に進んでください	
【上記で「1. ある」の場合】	参加した会議の目的 (全てに○)	1. 個別ケースの検討 3. 地域資源や地域づくりの情報交換 2. 地域課題の検討 4. その他()
	参加回数 (平成 27 年 4～9 月)	()回
	うち、事業所が持ち込んだケース数	()ケース

	参加意向(○は1つ)	1. 積極的に参加している 2. 召集された場合のみ参加している 3. 参加していない		
	参加した効果(それぞれ、あてはまるもの1つに○)	効果が あった	やや効果が あった	あまり効果が なかった
	1. 多職種の視点からの意見や助言が、ケース支援に役立った	1	2	3
	2. ネットワークが構築できた	1	2	3
	3. 介護支援専門員自身の能力向上に役立った	1	2	3
	4. 事例検討会を事業所内で実施する際の、司会・進行や事例の作成・概要説明、議事録の作成などの方法論について参考になった	1	2	3
	5. その他()	1	2	3
(3) 地域ケア会議に関する感想・今後の課題について自由にご意見をご記入ください。				

自由記入欄

現在、貴居宅介護支援事業所で問題や課題となっている点、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。

--

ケアマネジャー個別の属性等(平成27年10月1日現在)																
ケアマネジャー ID コード	主任ケアマネジャーに○※1	主任ケアマネジャー (平成27年度予定も含む) 研修受講修了年度	管理者に○	性		年齢 歳	保有資格 ※2	ケアマネジャー としての 勤務年数		勤務形態 (○は1つ)				地域包括支援センターとの兼務の 有無	総労働 時間 (9月中) 時間	再掲 うち 居宅介護 支援事業 所での 勤務時間 時間
				男	女			年	月	常勤 ・専従	常勤 ・兼務	非常勤 ・専従	非常勤 ・兼務			
記入例	○	H20			○	32	6	1	5		○			○	172	130
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

→ 上記のケアマネジャーのIDコードを「ケアマネジャー調査票」P1及び「利用者調査票」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
-----------------------	----

※1: 主任介護支援専門員研修を修了した方を指します。
※2: 以下の【資格一覧】から、保有する全ての資格の番号を記入して下さい。
【資格一覧】

1. 医師	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 保健師
5. 助産師	6. 看護師	7. 准看護師	8. 理学療法士
9. 作業療法士	10. 社会福祉士	11. 介護福祉士	12. 視能訓練士
13. 義肢装具士	14. 歯科衛生士	15. 言語聴覚士	16. あん摩マッサージ指圧師
17. はり師	18. きゅう師	19. 柔道整復師	20. 栄養士
21. 精神保健福祉士	22. 介護福祉士養成のための実務者研修(旧ホームヘルパー1級)		
23. 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)	24. 旧ホームヘルパー3級		
25. その他			

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(素案)

※この調査票は、貴居宅介護支援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	事業所調査票 P●の「ケアマネジャー個別の属性等」の最左列の ID コードを必ず転記して下さい				
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	1. 常勤専従 2. 常勤兼務 3. 非常勤専従 4. 非常勤兼務				

2. 勤務状況・研修等について		
(1)9 月中に所定労働時間を超えて勤務した (残業した)時間はどのくらいですか (○は1つ)	1. 残業なし 2. ～10 時間以内 3. ～20 時間以内 4. ～30 時間以内 5. ～40 時間以内 6. ～50 時間以内 7. 50 時間超	
(2)9 月中に仕事を自宅に持ち帰った日数は どのくらいですか ※休日も含めてください (○は1つ)	1. 0日 2. 1～5日 3. 6～10日 4. 11～15日 5. 16～20日 6. 21日以上	
(3)9 月中の休日出勤日数(○は1つ) ※休日の仕事持ち帰りは含めないでください	1. 休日出勤した →()日 2. 休日出勤していない	
(4)この 1 年間で、年末年始等の事業所の休 業日や病欠以外に、連続して 5 日以上 ^の 長 期休暇を取得しましたか(○は1つ)	1. 取得した 2. 取得していない	
(5)勤務上の悩み (○は3つまで)	1. 残業が多い／仕事の持ち帰りが多い 2. 休日・休暇がとれない 3. 夜間対応・緊急時対応が多い 4. 賃金が低い 5. 兼務業務が忙しく、ケアマネジャー業務の時間が十分にとれない 6. 事業所から無理な課題・営業目標等を提示される 7. 自分の力量に不安がある 8. その他() 9. 勤務上の悩みは特にない	
(6)9 月分の給付管理を行った実利用者数 ※介護予防支援は地域包括支援センター から委託を受けた人数	介護予防支援	()人
	居宅介護支援	()人

3. 業務プロセスの実施状況および負担感(自己評価)								
A:介護予防支援のケアマネジメント業務について、 業務負担感の大きい業務をすべて選んでくだ さい。 B:居宅介護支援のケアマネジメント業務について、 ①業務負担感の大きい業務をすべて選んでくだ さい。②担当ケースのうち、業務が実施できてい る割合をお答えください。	A.介護予防 支援	B.居宅介護支援						
	業務負担感 の大きいも の(全てに○)	B①業務 負担感の 大きいも の(全て に○)	B②担当しているケースの何割程度に実施でき ていますか(○は各1つ)					管理者等、 その他職員 が実施
			あなた自身が実施					
			9割 以上 (ほぼ全 員)	7～8 割	5～6 割	3～4 割	2割 以下	
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	2	3	4	5	6
2. 利用者の状態像等に関するアセスメント			1	2	3	4	5	6
3. 初回のケアプラン作成 ※1			1	2	3	4	5	6
4. ケアプランの利用者への交付			1	2	3	4	5	6
5. ケアプランのサービス担当者への交付			1	2	3	4	5	6

3. 業務プロセスの実施状況および負担感(自己評価)								
6. ケアプラン内容のモニタリング			1	2	3	4	5	6
7. 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			1	2	3	4	5	6
8. 1ヶ月に1回のモニタリング結果の記録			1	2	3	4	5	6
9. サービス担当者会議の開催			1	2	3	4	5	6
10. 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			1	2	3	4	5	6
11. サービス導入のための事業所探し・調整			1	2	3	4	5	6
12. インフォーマルなサービス導入のための事業所探し			1	2	3	4	5	6
13. サービス提供事業所との日常的な連絡・調整			1	2	3	4	5	6
14. 目標の達成状況の評価								
15. 給付管理業務(実績確認、サービス提供票の送付など)			1	2	3	4	5	6
16. 医療機関・主治医との連絡・調整			1	2	3	4	5	6
17. 市町村との相談・連携			1	2	3	4	5	6
18. 地域ケア会議への参加								
19. 地域包括支援センターとの連携			1	2	3	4	5	6
20. 24 時間体制による緊急対応			1	2	3	4	5	6
21. 制度の変更に伴う情報等について利用者への説明			1	2	3	4	5	6
22. 指導・監査等に対応するための諸準備			1	2	3	4	5	6
23. 介護サービス情報の公表制度への対応								

※1:ここでのケアプランとは、A. の場合は「介護予防サービス・支援計画書」のことで、B. の場合は、居宅サービス計画のことで、B②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の開催に代え、居宅サービス計画原案の内容や、居宅サービス計画の変更の必要性について専門的意見を聴取することを指します。

4 ケアマネジャー業務について			
(1)9月分の給付管理を行った実利用者数 ※介護予防支援は地域包括支援センターから委託を受けた人数		介護予防支援	人
		居宅介護支援	人
(2)9月分の給付管理は行っていないが、ケアプラン作成やサービス調整等を行った人数 (契約につながるかどうか不明な人を含む)		介護予防支援	人
		居宅介護支援	人
アセスメント	(1)アセスメントに用いる様式と実施頻度 (それぞれ○は1つ)	様式の種類	
		1. インターライ方式 2. MDS-HC2.0 方式 3. 居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ 4. 日本訪問看護振興財団方式 5. ケアマネジメント実践記録様式 ver.4.0 6. TAI-HC 方式 7. センター方式 8. MILK 9. 上記以外でケアプラン作成支援ソフトなどに附属しているもの 10. その他() 11. 法人・事業所独自の様式を利用している 12. 特に決まった様式は用いていない	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 ()

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 (全てに○)	1. 業務多忙で、全員のケアプラン(長期目標・短期目標、援助内容等)を十分に作成できない 2. 利用者・家族の意見を十分に聞く時間がない 3. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい 4. 利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい 5. 利用者や家族の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい 6. 必要なサービスが地域に不足している 7. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる 8. 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 9. 医師との連携が取りづらい 10. 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 11. 指導・監査を前提にしてサービスを調整してしまう 12. その他()			
	(3) ケアプラン作成ソフトの使用状況について (○は1つ)	ケアプラン作成の際、ソフトを使用していますか。	1. はい 2. いいえ		
		【上記で「1. はい」の場合】 第2表の作成に際して、アセスメント情報を入力すると、連動して2表(居宅サービス計画)が作成されますか。	1. 第2表(居宅サービス計画)が連動して作成される 2. フレームのみ作成され、内容は自分で作成する 3. その他()		
		【上記で「1. 第2表(居宅サービス計画)が連動して作成される」の場合】 ソフトにより作成された内容について、修正・編集ができますか。	1. 修正・編集ができる 2. 修正・編集ができない		
		【上記で「1. 修正・編集ができる」の場合】 ソフトにより作成された内容について、あなたは利用者の個別性を考慮して、修正・編集を行っていますか。	1. 利用者の個別性を考慮して、修正・編集を行っている → 担当ケースの「 」割程度 2. 修正・編集は行っていない		
利用者宅訪問	(4) 利用者宅への訪問について、困難と感じている点 (全てに○)	1. 業務多忙のため、全員に訪問する時間がとれない 2. 訪問しても十分に話をきく時間がない 3. 利用者がケアマネジャーの訪問の必要性をあまり理解していない 4. 家族が不在で、平日日中に訪問できない 5. 制度への苦情や介護以外の相談などで話が長くなり、予定した時間に帰れないことが多い 6. 事業所の方針で、訪問時間を短く設定されている 7. 事業所の方針で、利用者宅に訪問しないでもよいとされている 8. その他()			
モニタリング	(5) モニタリング記録について、困難と感じている点 (全てに○)	1. 業務多忙のため、全員のモニタリングが十分にできない 2. 事業所で記録様式を定めていないため、独自の様式に記入している 3. どこまでモニタリングし、記録すべきか迷うことがある 4. モニタリングの際、問題があった場合、原因がどこにあるのか特定できない 5. モニタリングしたあとに、記録用紙に転記する時間がとれない 6. 利用者から本音(サービスへの満足度等)を聞き出すのに時間がかかる 7. サービス提供事業者へ意見の照会を行いたいが、協力を得にくい 8. その他()			
	(6) 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○)		ほぼ実施	半数程度実施	あまり実施せず
		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			
		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			
		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			
		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			
5. その他 ()					

		ほぼ実施	半数程度実施	あまり実施せず
(1) 主治医との連携 の状況 (それぞれ、あてはまるものに○)	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ている			
	2. 利用者の受診時に同行するようにしている			
	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. サービス担当者会議に出席を求めている			
	5. その他 ()			

(2) 市区町村から主治医意見書を入手している利用者の割合				
(3) 主治医との連携 における課題 (全てに○) 主治医が診療所医師の場合と、病院勤務医師の場合のそれぞれについて回答してください。	1. 連携のために必要となる時間や労力が大きい	診療所	病院	
	2. 医療に関する表現や用語の難解な部分がありにくい			
	3. 主治医とコミュニケーションを図ることが困難			
	4. 主治医側との立場の違いによる障壁(上下関係)を感じる			
	5. 情報提供しても、活用されない(活用されているか不明である)ことが多い			
	6. 主治医と話し合う機会が少ない			
	7. 主治医と利用者の自宅での生活への理解や関心を共有することが困難			
	8. その他 ()			
	9. 特になし			
(4) 入院時の連携の 状況 (それぞれ、あてはまるものに○)		ほぼ 実施	半数程 度実施	あまり実 施せず
	1. 入院時に利用者の情報を書面で提供している			
	2. 入院時に同行し、対面で情報提供をしている			
	3. 入院時(入院中)に経過や退院時期について病院側に確認している			
	4. 入院時(入院中)に退院後の生活について病院側と意見交換している			
	5. その他 ()			
(5) 入院時の情報提供 における課題 (全てに○)	1. 事業所において利用者の入院時に情報提供する方法が定まっていない			
	2. 事業所の職員に医療機関との連携への苦手意識がある			
	3. 事業所の職員が多忙であり時間がとれない			
	4. 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			
	5. 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			
	6. 医療機関から情報提供を求められない			
	7. 医療機関へ提供した情報が活用されない			
	8. 医療機関の医師が多忙であり時間をとってもらえない			
	9. 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			
	10. 利用者や家族が情報提供を拒否する			
	11. その他 ()			
	12. 特になし			
(6) 退院時の連携の 状況 (それぞれ、あてはまるものに○)		ほぼ 実施	半数程 度実施	あまり実 施せず
	1. 退院時カンファレンスに出席している			
	2. 退院時カンファレンスに在宅時の主治医や訪問看護師等が出席する			
	3. 入院中から医療機関と連絡をとり退院に備えている			
	4. その他 ()			
(7) 居宅療養管理指導 を行う事業所との 連携 (それぞれ、あてはまるものに○)	1. 居宅療養管理指導を行う医療従事者(医師・歯科医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・歯科衛生士等)にケアプランを提示している			
	2. 居宅療養管理指導を行う医療従事者(医師・歯科医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・歯科衛生士等)から情報提供を受けている			
	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. その他 ()			

(8) 貴事業所ケアマネジャーが、退院時カンファレンスに参加するうえでの問題点、課題(全てに○)	1. 退院時カンファレンスが行われていない 2. 退院時カンファレンスの連絡が直前に来る 3. 退院時カンファレンスに呼ばれない 4. 発言する機会がない、発言しにくい雰囲気 5. 業務多忙であり参加することが難しい 6. コミュニケーションがうまくいかず、必要な情報が正しく提供されていない場合がある 7. その他()		
(9) 利用者の入退院時の医療機関との連携による効果として、これまでに実感しているもの(全てに○)	入院時 1. 入院する利用者が不安なく療養を継続できた 2. 適切な診療、治療を受けることができた 3. 退院後のケアプラン作成変更に向けて継続した情報共有ができた 4. その他() 5. 特になし		退院時 1. 利用者が不安なく生活を継続できた 2. 適切なケアプランを作成することができた 3. 医療機関との関係を強化できた 4. その他() 5. 特になし
(10) その他の機関との連携における課題(全てに○)	サービス提供事業所	1. サービス提供票を作成・送付する業務に手間がかかる 2. 事業者・担当者からの情報提供が少ない 3. 事業者・担当者に照会しても、回答がなかなか得られない 4. 事業者・担当者と日程が合わず、サービス担当者会議が開催できない 5. その他()	
	地域包括支援センター	6. 地域包括支援センターからの支援、助言が得にくい 7. 地域包括支援センターからの新規利用者の紹介が少ない 8. その他()	
	社会福祉協議会	9. 社会福祉協議会との関係構築、連携が難しい 10. ボランティアや助け合いサークル等との関係構築、連携が難しい 11. その他()	
	市町村(保険者)	12. 要介護認定結果の通知がくるのが遅い 13. 困難ケース等について相談しても、十分に相談に応じてくれない 14. 必要な情報を得られにくい 15. 主治医意見書の入手が難しい 16. 他法関係機関(精神・障害・難病等)との連携が難しい 17. 民生委員との連携が難しい 18. その他()	
	その他	19. 地域のケアマネジャーとの連携が少ない 20. その他()	

6 地域ケア会議への参加状況について

※地域ケア会議とは、地域包括ケアシステムの実現に向けた政策形成のための会議で、以下の 5 つの機能を持ちます。

①個別課題解決機能 ②ネットワーク構築機能 ③地域課題発見機能 ④地域づくり・資源開発機能 ⑤政策形成機能
 (「地域包括支援センターの設置運営について」(平成 25 年老高発 0329 第 5 号、老振発 0329 第 8 号、老老発 0329 第 2 号))

※平成 27 年 4～9 月において、保険者・地域包括支援センター等が主催した地域の会議の実態についてお答えください。「地域ケア会議」という名称でなくても、上の 5 つの機能を持ち合わせている場合は、「地域ケア会議」とみなしてお答えください。

※介護支援専門員が居宅サービス計画の確定のために、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う「サービス担当者会議」と「地域ケア会議」は異なります。サービス担当者会議については含めないでください。

(1) 会議開催の有無 (平成 27 年 4～9 月)(○は 1 つ)	1. 開催された 2. 開催されていない 3. 知らない・わからない			
(2) 参加の有無(平成 27 年 4～9 月) (○は 1 つ)	1. ある 2. ない → 6(3) に進んでください			
【上記で「1. ある」の場合】	参加した会議の目的 (全てに○)	1. 個別ケースの検討 3. 地域資源や地域づくりの情報交換 2. 地域課題の検討 4. その他()		
	参加回数 (平成 27 年 4～9 月)	() 回 うち事業所が持ち込んだケース() ケース		
	参加意向(○は 1 つ)	1. 積極的に参加している 3. 参加していない 2. 召集された場合のみ参加している		
	参加した効果(それぞれ、あてはまるもの 1 つに○)	効果が あった	やや効果が あった	あまり効果が なかった
	1. 多職種の視点からの意見や助言が、ケース支援に役立った 2. ネットワークが構築できた	1 1	2 2	3 3

	3. 介護支援専門員自身の能力向上に役立った	1	2	3
	4. 事例検討会を事業所内で実施する際の、司会・進行や事例の作成・概要説明、議事録の作成などの方法論について参考になった	1	2	3
	5. その他 ()	1	2	3
(3) 地域ケア会議に関する感想・今後の課題についてご記入ください。				

7. ケアマネジャーの仕事について、日頃感じていること、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

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(素案)

※ 平成 27 年 10 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、以下に示した選定方法に従って利用者 4 名を選定してください。

(調査対象利用者の抽出方法は他調査と合わせる)

※ 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下さい。

※ この利用者の主担当ケアマネジャーの ID コードを事業所調査票 P. ●のケアマネジャー ID コードより右枠内に転記してください。

必ず記入
して下さい

ケアマネジャー ID :

1. 利用者の属性等について

(1)性	(2)年 齢	(3)貴事業所で給付管理をはじめて行った時期(○は1つ) (要支援1・2の利用者については、初めて貴事業所で介護予防ケアプランを作成した時期)	
男 ・ 女	() 歳	1. 平成 12 年～平成 14 年 2. 平成 15 年～平成 17 年 3. 平成 18 年～平成 20 年 4. 平成 21 年～平成 23 年 5. 平成 24 年～平成 26 年 6. 平成 27 年～	
(4)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(○はそれぞれに1つ)	居 宅 介 護 支 援	運営基準減算	1. 1ヶ月のみ該当 2. 2ヶ月以上該当 3. 該当しない
		初回加算	1. 初回加算に該当 2. 該当しない
		医療連携加算	1. 医療連携加算に該当 2. 該当しない
		退院・退所加算	1. 退院・退所加算(Ⅰ)に該当 2. 退院・退所加算(Ⅱ)に該当 3. 該当しない
	介 護 予 防 支 援	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算に該当 2. 該当しない
		初回加算	1. 該当する 2. 該当しない
(5)当該利用者が貴事業所を利用するに至った理由(○は1つ)	1. 新たに要介護・要支援認定を受けた 2. 退院 3. 介護保険施設等からの退所 4. 転居 5. 利用者が居宅介護支援事業所を変更した 6. 地域包括支援センターからの紹介 7. その他()		

2. 利用者の心身状況、介護者、経済状態等について(平成27年10月1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)	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. II 4. III 5. IV 6. M

(4)同居者の有無(○は1つ)	1. 有	2. 無
(5)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(全てに○)	1. 特に問題はない 3. 介護する人が病弱等心身の問題がある 5. 介護を必要とする人が複数いる 7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則 9. 育児を行っている 11. その他()	2. 介護する人が高齢(65歳以上) 4. 介護する人が要支援・要介護 6. 仕事のため昼間介護できない 8. 自営業のため介護に十分対応できない 10. 介護する人が介護に消極的
(6)現在の住まい(○は1つ)	1. 自宅(家族・親戚宅含む) 3. 特定施設(有料老人ホーム) 5. 2～4以外の集合住宅	2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届出しているものも含む) 4. 特定施設(2・3以外) 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または系列法人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または系列法人以外のサービス付き高齢者住宅に居住	
(7)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
(8)現在の主治医(○は1つ)	1. 病院の勤務医	2. 診療所医師 3. 主治医はいない

3. 平成27年9月の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 (全てに○) (9月中)	利用しているもの (全てに○)		(2)併設施設の状況	利用しているもの (全てに○)	
		うち、併設※1のサービス(全てに○)			うち、併設※1のサービス(全てに○)
1. 訪問介護(介護予防含む)	1	1	9. 短期入所療養介護(介護予防含む)	9	9
2. 訪問入浴介護(介護予防含む)	2	2	10. 福祉用具貸与	10	10
3. 訪問看護(介護予防含む)(医療保険除く)	3	3	11. 特定福祉用具販売	11	11
4. 訪問リハビリテーション(介護予防含む)	4	4	12. 住宅改修(これまでの利用の有無)	12	12
5. 居宅療養管理指導(介護予防含む)	5	5	13. 夜間対応型訪問介護	13	13
6. 通所介護(介護予防含む)	6	6	14. 認知症対応型通所介護(介護予防含む)	14	14
7. 通所リハビリテーション(介護予防含む)	7	7	15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	15	15
8. 短期入所生活介護(介護予防含む)	8	8			
(2)その他のサービス利用状況 (9月中) (全てに○) ※医療保険、介護予防・日常生活支援総合事業も含む	1. 医療保険の訪問看護 3. 行政保健師の訪問 5. 配食サービス 7. 軽度生活援助サービス(草むしり等) 9. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 11. 民生委員による訪問 13. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 15. 家族支援サービス 17. 定期的な安否確認 2. 訪問診療・往診 4. 訪問歯科診療 6. 障害者・難病対象サービス(自立支援法を含む) 8. 外出支援・移送サービス 10. 訪問理美容サービス 12. 緊急通報システム 14. 成年後見制度・日常生活自立支援事業 16. ボランティアによるサロン活動 18. その他()				

※1「併設」とは、貴居宅介護支援事業所と同一法人または系列法人で、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事務所をさします。

4. 利用者への居宅介護支援サービスの実施状況

(1) ケアプラン新規作成・変更(9月中) (○は1つ)	1. 9月中に新規作成した 2. 9月中に変更した 3. 9月中は新規作成も変更もしていない			
(2) 事業所内での初回ケアプランの作成方法(○は1つ)	1. サービス担当者会議を開催して作成 2. サービス担当者に対する照会を行って作成 3. サービス担当者会議／サービス担当者への照会を行わずに作成 4. その他 ()			
(3) 利用者宅への訪問面接(9月中) (○は1つ)	1. 訪問した → () 回 2. 訪問していない → 【1回あたりの平均滞在時間(移動時間を除く)】 (○は1つ) ア. 15分未満 イ. 15分～30分未満 ウ. 30分～60分未満 エ. 60分以上			
(4) 少なくとも1ヶ月に1回のモニタリング結果の記録 (○は1つ)	1. 記録している 2. 記録していない → 【記録の頻度】(○は1つ) ア. 概ね月2回以上 イ. 概ね月1回 ウ. 概ね3ヶ月に1回 エ. その他 ()			
	→ 【モニタリングし、記録している内容】(全てに○) ア. 各サービス(訪問介護等)のサービス内容及び結果 カ. 利用者の ADL/IADL の状況 イ. 利用者のサービスに対する満足度 キ. ケアプラン変更の必要性 ウ. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 ク. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 エ. ケアプランの実践状況及び目標達成状況 ケ. その他 () オ. 新たな生活課題やケアプラン変更の必要性			
(5) サービス担当者会議の開催 (9月中) (○は1つ)	1. 開催した → () 回 2. 開催していない → 【開催していない理由】(○は1つ) ア. 開催する必要がなかった(ケアプラン作成・更新、要介護認定変更・更新を行わなかった) イ. 他事業者との日程調整がつかなかった ウ. ケアマネジャーが多忙のため開催できなかった エ. 事業所の方針で開催していない オ. その他 ()			
(6) 9月中のサービス担当者会議への主治医の出席状況	9月中のサービス担当者会議の回数	() 回	うち、主治医への出席依頼回数	() 回
			うち、主治医が参加している回数	() 回
			うち、文書参加の回数	() 回
(7) 指定居宅サービス等の担当者への照会※2 (9月中) (○は1つ)	1. 実施した 又は サービス担当者から情報提供があった 2. 実施していない → 【実施していない理由】(○は1つ) ア. 照会する必要がなかった(ケアプラン作成・更新、要介護認定変更・更新を行わなかった) イ. サービス担当者会議を開催したため、照会を行わなかった ウ. 他事業所に照会したが、回答を得られなかった エ. ケアマネジャーが多忙のため照会できなかった オ. 事業所の方針で照会していない カ. その他 ()			

※2 居宅介護支援の利用者の場合、「指定居宅サービス等の担当者への照会」とは、文書、電話等で指定居宅サービス等の担当者へケアプラン内容やケアプラン変更の必要性について、専門的な意見を求め、厚生労働省が標準様式として示している第5表「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」を作成することを指します。

5. 医療連携等の状況について

(1)このケースにおける主治医との連携の状況(全てに○)		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. 主治医にサービス担当者会議に出席を求めている 5. その他()	
(2)認知症専門の医師の診断を受けていますか(○は1つ)		1. 受けている 2. <u>受けていない</u> → 3. 不明	【受けていない理由】(○は1つ) ア. 必要がない イ. 地域に専門医がない ウ. その他()
(3)入退院の状況	入院の状況 (9月中) (○は1つ)	1. <u>入院した</u> → 2. 入院していない	【入院した医療機関への訪問の有無】 ア. 有 →訪問回数(回) イ. 無 【入院した医療機関への情報提供の方法】 ア. 対面・面談 イ. 電話 ウ. メール エ. FAX オ. その他()
		1. <u>退院した</u> → ア. 新規利用者 イ. 入院前からの利用者 2. 退院していない	【退院した医療機関への訪問の有無】 ア. 有 →訪問回数(回) イ. 無 【退院時カンファレンスへの出席】 ア. 出席した イ. 出席しなかった
	退院の状況 (9月中) (○は1つ)		

6. この利用者のケアマネジメント全般について

(1)当該利用者は右記の困難なケースに該当しますか。(全てに○)	1. 該当する → 2. 該当しない	
	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. 独居 7. 虐待の疑いがある	8. 家族の意向が強く振り回される 9. 状態の変化が著しい 10. 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 11. その他()
(2)この利用者のケアプランについて、満足できるものですか。(○は1つ)	1. 十分満足できるケアプランである 2. まあまあ満足できるケアプランである 3. <u>どちらかといえば満足できないケアプランである</u> 4. 満足できないケアプランである →「3」「4」の場合、その理由を記入してください。	
(3)この利用者に対する業務全体に関する負担感は何の程度ですか。(○は1つ)	1. <u>業務負担が非常に大きい</u> 2. <u>業務負担がやや大きい</u> 3. 普通 4. 業務負担がやや小さい 5. 業務負担が小さい →「1」「2」の場合、その理由を記入してください。	
(4)この利用者・家族から、意見・要望や苦情をうけることがありますか。 「1. よくある」「2. ときどきある」の場合、その内容を記入してください(差し支えない範囲でかまいません)。	利用者 (○は1つ)	1. <u>意見・要望・苦情がよくある</u> 2. <u>意見・要望・苦情がときどきある</u> 3. あまり意見・要望・苦情を言わない 4. 意見・要望・苦情を言えない → 【意見・要望・苦情の内容】
	家族 (○は1つ)	1. <u>意見・要望・苦情がよくある</u> 2. <u>意見・要望・苦情がときどきある</u> 3. あまり意見・要望・苦情を言わない 4. 意見・要望・苦情を言えない → 【意見・要望・苦情の内容】

※この調査票は事業所の管理者の方が記入してください

資料1 (別紙5-6)

「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タイムスタディ調査 事業所・ケアマネジャー調査票素案

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・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
(4)居宅介護支援費の取得状況	1. 居宅介護支援費(Ⅰ) 2. 居宅介護支援費(Ⅱ) 3. 居宅介護支援費(Ⅲ)
(5)運営基準減算の取得状況	1. 減算有 2. 減算無
(6)特定事業所集中減算の取得状況	1. 減算有 2. 減算無
(7)特別地域居宅介護支援加算	1. 加算有 2. 加算無
(8)中山間地域等における小規模事業所加算	1. 加算有 2. 加算無
(9)特定事業所加算の取得状況	1. 加算(Ⅰ)有 2. 加算(Ⅱ)有 3. 加算(Ⅲ)有 4. 加算無
(10)医療連携加算の取得状況	1. 加算有 →(件) 2. 加算無
(11)退院・退所加算の取得状況	1. 加算(Ⅰ)有 →(件) 2. 加算(Ⅱ)有 →(件) 3. 加算無
(12)中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 加算有 →(件) 2. 加算無
(13)小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 加算有 →(件) 2. 加算無
(14)指定介護予防支援業務の委託	1. 委託を受けている 2. 委託を受けていない
(15)介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 加算有 →(件) 2. 加算無

2 併設施設の状況(同一法人または系列法人で、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事務所)

(1)併設施設の有無(○は1つ)	1. 併設施設あり 2. 併設施設なし → 3 に進んでください				
(2)併設施設の状況 ←	併設しているもの(全てに○)	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの(全てに○)	(2)併設施設の状況	併設しているもの(全てに○)	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの(全てに○)
地域包括支援センター	1	1	通所リハビリテーション(介護予防含む)	14	14
在宅介護支援センター	2	2	短期入所生活介護(介護予防含む)	15	15
介護老人福祉施設(地域密着型を含む)	3	3	短期入所療養介護(介護予防含む)	16	16
介護老人保健施設	4	4	福祉用具貸与(介護予防含む)	17	17
療養病床を有する病院・診療所	5	5	特定福祉用具販売(介護予防含む)	18	18
病院・診療所(上記以外)	6	6	夜間対応型訪問介護	19	19
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(介護予防含む)	7	7	小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)	20	20
有料老人ホーム・ケアハウス等(特定施設(介護予防含む)含む)	8	8	認知症対応型通所介護(介護予防含む)	21	21
訪問介護(介護予防含む)	9	9	住宅改修	22	22
訪問入浴介護(介護予防含む)	10	10	薬局	23	23
訪問看護(介護予防含む)	11	11	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院	24	24
訪問リハビリテーション(介護予防含む)	12	12	その他()	25	25
通所介護(介護予防含む)	13	13			

3 職員について							
(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下さい。)	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 (勤務時間による換算)		居 宅 介 護 支 援 事 業 所 に 専 従		併 設 事 業 所 と 兼 務 (勤務時間による換算)	
		実 人 員	換 算 人 員 ※ 1	実 人 員	換 算 人 員 ※ 1	実 人 員	換 算 人 員 ※ 1
(1) ケアマネジャー(ケアマネジャー業務を実施している 管理者含む)							
(2) 事務職員の有無 (ケアマネジャー業務を実施していない事務職員)	1. 居宅介護支援事業所専任の事務職員がいる → () 人 2. 他の併設事業等と兼任の事務職員がいる → () 人 3. 事務職員はいない						

※1: 換算人員の計算式 ★詳細は、記入要領24ページをご参照ください★

4 ケアマネジャー個別の属性等																	
ケア マネ ジャ ー ID コ ー ド	主任 ケア マネ ジャ ー に の ID コ ー ド	管 理 者 に ○	性		年 齢 歳	保 有 資 格 ※ 2	ケア マ ネ ジャ ー と し て の 勤 務 年 数		勤 務 形 態 (○は1つ)				地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー と の 兼 務 の 有 無	総 労 働 時 間 (10 月 中) 時 間	再 掲 う ち 居 宅 介 護 支 援 事 業 所 で の 勤 務 時 間 時 間	担 当 利 用 者 数 ※ 3	
			男	女			年	月	常 勤 ・ 専 従	常 勤 ・ 兼 務	非 常 勤 ・ 専 従	非 常 勤 ・ 兼 務				介 護 予 防 支 援 (委 託 分) 人	居 宅 介 護 支 援 人
			○	○													
記入例			○		32	6	1	6	○				○	172	130	5	31
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

→ 上記のケアマネジャーのIDを「ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票」のケアマネジャーID欄、「利用者調査票」のケアマネジャーID欄に必ず記入してください。

※2: 以下の【資格一覧】から、保有する全ての資格の番号を記入して下さい。

【資格一覧】

1. 医師	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 保健師
5. 助産師	6. 看護師	7. 准看護師	8. 理学療法士
9. 作業療法士	10. 社会福祉士	11. 介護福祉士	12. 視能訓練士
13. 義肢装具士	14. 歯科衛生士	15. 言語聴覚士	16. あん摩マッサージ指圧師
17. はり師	18. きゅう師	19. 柔道整復師	20. 栄養士
21. 精神保健福祉士	22. ホームヘルパー1級	23. ホームヘルパー2級	24. ホームヘルパー3級
			25. 他

※3: 複数のケアマネジャーで同一の利用者を担当している場合、主として担当している利用者の人数を数えて下さい。

常勤職員1人あたりの所定労働時間(11月中)	時間
------------------------	----

5 居宅介護支援・介護予防支援の利用者数の状況(平成 27 年 10 月分の給付管理の状況)								
	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)
11月分の給付管理を行った実利用者数 (要支援1・2 は介護予防支援業務の委託を受けている人数)								

ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票(素案)

当該1日に貴方が実施した業務時間・コード

	月 日 ()				月 日 ()				月 日 ()			
	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID
8:00												
8:30												
9:00												
9:30												
10:00												
10:30												
11:00												
11:30												
12:00												
12:30												
13:00												
13:30												
14:00												
14:30												
15:00												
15:30												
16:00												
16:30												
17:00												
17:30												
18:00												
18:30												
19:00												
19:30												
20:00												

【上記時間帯外の業務時間・業務コード】

時間帯	業務コード	利用者ID
～		
～		
～		

時間帯	業務コード	利用者ID
～		
～		
21～		

時間帯	業務コード	利用者ID
～		
～		
～		

ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票【業務コード】

		業務コード	記入要領 参照頁
個別利用者への直接業務	自ら担当している利用者のケアマネジメントと直接関わる業務※1		
	訪問(移動時間含む)		
	利用者宅への訪問		
	訪問※2	1	P. 13
	移動・待機時間	2	P. 13
	その他の訪問		
	主治医・医療機関等	3	P. 13
	その他(地域包括支援センター・関係機関等※3)	4	P. 14
	来所	5	P. 14
	電話(FAX・E-mail等を含む)	6	P. 14
	サービス担当者会議※4／居宅サービス担当者等への専門的な意見の照会※5	7	P. 14
	住宅改修理由書・福祉用具購入理由書の作成／入所・入院施設の紹介に関わる相談・情報提供	8	P. 15
	アセスメント票の記入、ケアプラン作成・記入・入力(利用票・利用票別表・提供票・提供票別表※6作成含む)	9	P. 15
	ケアプラン作成以外で利用者に係る事業所内での業務(報告・連絡・ケースカンファレンス等)	10	P. 15
その他(各種申請書の作成・申請代行に要する時間、認定調査結果・主治医意見書入手のための市町村訪問等を含む)	11	P. 15	
上記以外の業務	調査対象の利用者には直接関わらないケアマネジメント業務		
	利用者以外または当該ケアマネジャーが担当していない利用者に対する業務※7	12	P. 16
	個別の利用者のケアマネジメントと直接関わらない業務		
	報酬請求に関わる事務作業※8(給付管理票作成、居宅介護支援費の請求、返戻へのエラーチェック)	13	P. 16
	関係機関との連携・会議等及びその他業務(定例ミーティング、事業所内での打ち合わせ、ケアマネジメントに係る研修等)	14	P. 16
	管理者業務	15	P. 17
	ケアマネジメント業務あるいは兼務業務の区別がないもの		
	研修・講演・講師・出張	16	P. 17
	事務作業及びその他業務※9	17	P. 17
	食事・休憩・休暇	18	P. 17
ケアマネジメント業務以外に兼務している業務 (認定調査の委託業務・その他の兼務業務(訪問介護など))		19	P. 17

※1: 給付管理票を提出するに至らなかった場合や、利用者が一定期間入院・入所している場合のケアマネジメントを含みます。

※2: 利用者宅に初回訪問、アセスメント、ケアプランの交付、モニタリング等のために訪問した時間です(移動・待機時間を除く)。

※3: 「関係機関」とは、サービス提供事業所(給付管理票の作成にあたり、サービス利用実績の確認のために、サービス提供事業所を訪問した場合など)、行政機関、民生委員等をいいます。

※4: 介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う会議を指します。

※5: サービス担当者会議の開催に代え、居宅サービス計画原案の内容や、居宅サービス計画の変更の必要性について専門意見を聴取したり、厚生労働省が標準様式として示している第5表「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」を作成した時間です。

※6: サービス実施状況の把握(モニタリング)のために、厚生労働省が標準様式として示している第6表「居宅介護支援経過」を作成した時間も含めてください。

※7: ご自分の担当でない利用者に対する業務(例えば、他のケアマネジャーが担当する利用者からの電話相談に対応した場合など)を実施した時間です。

※8: 給付管理票の作成、居宅介護支援費の請求書の作成、給付管理票及び介護給付費請求書の国保連への提出、返戻へのエラーチェックに係る業務を含みます。ただし、サービス利用実績の確認に係る他機関への訪問は「4」、他機関への電話は「6」、サービス利用票等の作成に係る業務は「9」に含めてください。

※9: どうしても業務内容が特定できない時間がある場合、個別の利用者に関する業務は「11」、ケアマネジャーとしての業務で特定できない時間は「14」、ケアマネジメント業務か兼務業務の区別がつかない時間で特定できない時間は「17」に含めてください。

ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票【記入例】

ケアマネジャーID

← 事業所・ケアマネジャー調査票P2よりケアマネジャーIDを必ず転記してください。

当該1日に貴方が実施した業務時間・コード

	11月 1日 (日)				11月 2日 (月)				11月 3日 (火)			
	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID	業務コード	利用者ID
8:00												
8:30	10	1										
9:00	12											
9:30	14											
10:00	4	2	2	3								
10:30	2	3										
11:00	2	3										
11:30	6	3	6	4								
12:00	17											
12:30	18											
13:00	6	1	6	2								
13:30	6	5										
14:00	6	3										
14:30	6	4										
15:00	6	6										
15:30	6	6	6	15								
16:00	6	15										
16:30	13											
17:00												
17:30												
18:00	7	2										
18:30	14											
19:00	18											
19:30	9	3										
20:00	9	5										
	14											

利用者ID「1」の利用者に対して、業務コード「10」の業務を8:10-8:20に行なった場合
⇒業務時間8:10-8:20の業務コード欄に「10」を、利用者ID欄に「1」を記入してください。

業務コード「12」の業務を8:20-8:40に行なった場合
⇒業務時間8:20-8:40の業務コード欄に「12」を記入してください。
(業務コード「12」～「19」については個別利用者への直接業務ではないため、利用者IDの記入は必要ありません。)

「14」の業務を8:40-10:00に行なった場合

【10分間に2つの業務を2人以上の利用者に対して行なった場合】
利用者ID2の利用者に対して、「4」の業務を10:10-10:14に行い、
利用者ID3の利用者に対して、「2」の業務を10:14-10:30に行なった場合

【同時刻に1つの業務を2人以上の利用者に対して行なった場合】
利用者ID3、4の利用者に対して、「6」の業務を11:20-11:40に行なった場合

上記時間帯外の業務時間に行なった業務については、ここに記入してください。

【上記時間帯外の業務時間・業務コード】

時間帯	業務コード	利用者ID
20:00～20:10	9	5
～		
～		

時間帯	業務コード	利用者ID
～		
～		
23～		

時間帯	業務コード	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」
居宅介護支援事業所タイムスタディ調査 利用者調査票(素案)

ケアマネジャーID	
-----------	--

※事業所・ケアマネジャー調査票 P2 よりケアマネジャーID を必ず転記してください。

利用者 ID	
--------	--

※a.利用者一覧表の利用者 ID より転記してください。

※特に示してあるもの以外は、平成 27 年 11 月 1 日現在の状況について記入してください。

1. 利用者の属性等について

性	年 齢	貴事業所で給付管理をはじめて行った時期(○は1つ) (要支援1・2の利用者については、初めて貴事業所で介護予防 ケアプランを作成した時期)	
男・女	() 歳	1. 平成 12 年～平成 14 年 3. 平成 18 年～平成 20 年 5. 平成 24 年～平成 26 年	2. 平成 15 年～平成 17 年 4. 平成 21 年～平成 23 年 6. 平成 27 年～
11 月の給付管理票作成の有 無(○は1つ) (要支援1・2の場合は、地域 包括支援センターでの給付管理 票の作成の有無)	1. 作成した 2. 作成していない 理由(主な理由1つに○):	ア. 入院・入所・死亡・転居等の理由でサービス利用に至らなかった イ. 11 月の途中で貴事業所から事業所を変更し、他の居宅介護支援事 業者で給付管理票を作成した ウ. 要介護認定申請中等 エ. 12 月からのサービス利用者 オ. その他()	
11 月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 (該当する場合、各1つに○)	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
		入院時情報連携加算	1. 加算(I)有 2. 加算(II)有 3. 加算無
		退院・退所加算	1. 加算(I)有 2. 加算(II)有 3. 加算無
		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(200 単位・400 単位) 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	
	介護予防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. 利用者の要介護度、介護者等について(11 月 1 日現在)

(○は各1つ) 要介護認定	現在の要介護度 (11 月 1 日現在)	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)					
	前回の要介護度	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. 初回認定のため、なし					
	最初に要介護認定を 受けた時期	1. 平成 12～14 年度 2. 平成 15～17 年度 3. 平成 18～20 年度 4. 平成 21 年～平成 23 年 5. 平成 24 年～平成 26 年 6. 平成 27 年～					
	調査期間中の要介護 認定の変更・更新の 有無	1. 調査期間中に新たに要介護認定を受けた 2. 調査期間中に要介護度が変更された 3. 調査期間中に要介護認定の更新を受けた(要介護度の変更なし) 4. なし					
障害高齢者の日常生活自立 度(○は1つ)		自立・J・A・B・C	認知症高齢者の日常生活自立 度(○は1つ)		自立・I・II・III・IV・M		
同居者の有無(○は1つ)		1. 有 2. 無	家族介護者等の有無 (○は1つ)		1. 有 2. 無		

4. 利用者への業務の実施状況(調査期間中)

ケアプラン新規作成・変更 (調査期間中)(○は1つ)		1. 調査期間中に新規作成した 2. 調査期間中に変更した 3. 調査期間中には新規作成も変更もしていない	
サービス担当者会議の開催 (調査期間中)(○は1つ)		1. 開催した →() 回 2. 開催していない	
医療・施設連携の状況	入院の状況(調査期間中)(○は1つ)	1. 入院した 2. 入院していない	【入院した医療機関への訪問の有無】 1. 有 →訪問回数(回) 2. 無
	退院の状況(調査期間中)(○は1つ)	1. 退院した 2. 退院していない	【退院した医療機関への訪問の有無】 1. 有 →訪問回数(回) 2. 無
	入所の状況(調査期間中)(○は1つ)	1. 入所した 2. 入所していない	【入所した施設】 1. 介護老人福祉施設 →訪問回数(回) 2. 介護老人保健施設 →訪問回数(回) 3. その他() →訪問回数(回)
	退所の状況(調査期間中)(○は1つ)	1. 退所した 2. 退所していない	【退所した施設】 1. 介護老人福祉施設 →訪問回数(回) 2. 介護老人保健施設 →訪問回数(回) 3. その他() →訪問回数(回)

3. 11 月のサービス利用状況について

介護保険サービスの利用状況 (11 月中の実績をもとに記入して下さい) (当てはまるもの全てに○)	1. 訪問介護(介護予防含む) 3. 訪問看護(介護予防含む)(医療保険除く) 5. 居宅療養管理指導(介護予防含む) 6. 通所介護(介護予防含む) 8. 短期入所生活介護(介護予防含む) 10. 福祉用具貸与 12. 住宅改修(これまでの利用の有無) 14. 認知症対応型通所介護(介護予防含む)	2. 訪問入浴介護(介護予防含む) 4. 訪問リハビリテーション(介護予防含む) 7. 通所リハビリテーション(介護予防含む) 9. 短期入所療養介護(介護予防含む) 11. 特定福祉用具販売 13. 夜間対応型訪問介護 15. 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)
その他のサービス利用状況 (11 月中) (当てはまるもの全てに○)	1. 医療機関への入院 3. 医療保険の訪問看護 5. 行政保健師の訪問 7. 配食サービス 9. 軽度生活援助サービス(草むしり等) 11. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 13. 民生委員による訪問 15. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 17. その他()	2. 訪問診療・往診 4. 訪問歯科診療 6. 障害者・難病対象サービス(自立支援法を含む) 8. 外出支援・移送サービス 10. 訪問理美容サービス 12. 緊急通報システム 14. 成年後見制度・日常生活自立支援事業 16. 家族支援サービス
併設サービスの利用状況 (11 月中)(○は1つ)	1. 併設サービスのみを利用 ※1 2. 併設サービスとその他の事業所を利用 3. 併設サービス以外のみを利用	

※1 「併設」とは、同一法人または系列法人で、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事務所をさします。

5. 当該利用者についての業務負担について

対応困難な状況発生の有無 (11 月中) (当てはまるもの全てに○)	1. 転倒 2. 発熱 3. 誤嚥 4. 脱水 5. 褥瘡 6. 移動能力の低下 7. 認知機能の低下 発生日()
当該利用者についての業務負担の程度(○は1つ)	1. 業務負担が非常に大きい 2. 業務負担がやや大きい 3. 普通 4. 業務負担がやや小さい 5. 業務負担が小さい
この利用者について、現在業務負担が大きい内容について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※