
参考資料 1

調査票＜事業所票＞

【対象サービス】

- 01 訪問介護
- 02 訪問リハビリテーション
- 03 訪問看護
- 04 通所介護
- 05 通所リハビリテーション
- 06 特定施設入居者生活介護
- 07 介護老人福祉施設
- 08 介護老人保健施設
- 09 介護療養型医療施設
- 10 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 11 認知症対応型通所介護
- 12 小規模多機能型居宅介護
- 13 認知症対応型共同生活介護

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績

(1) 特定事業所加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件
(2) 特別地域訪問介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 中山間地域等における小規模事業所加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 緊急時訪問介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) 生活機能向上連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)

業務内容別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数		人	人
01 直接介助に関わる職員(訪問介護員など)		人	人
02 その他職員		人	人
資格別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※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		人	人
01 介護福祉士		人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)		人	人
03 看護師		人	人
04 准看護師		人	人
05 社会福祉士		人	人
06 精神保健福祉士		人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士		人	人
08 管理栄養士		人	人
09 栄養士		人	人
10 歯科衛生士		人	人
その他	11 ()	人	人
	12 ()	人	人
	13 ()	人	人
	14 ()	人	人
	15 ()	人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
	身体的健康の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
	認知機能・コミュニケーション能力等の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
	精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
	社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()
	その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。		1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。		
① 認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()	
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()	

③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. IADL の障害に対する日常生活への支援 7. ADL の障害に対する支援 8. 健康の管理 9. その他() 10. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携について伺います。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 地域包括支援センター		1	2	3
04 民生委員		1	2	3
05 近隣住民		1	2	3
06 町内会・市町村		1	2	3
07 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	08 ()	1	2	3
	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()		
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感じる点はない 10. その他()		
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 同行訪問を行っている 3. サービス担当者会議で情報共有を行っている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. その他()		

<p>⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 業務が多忙でお互いに連携ができない 2. 医療的診断・処置等が必要な場合、主治医、看護師に連絡なく、他病院を受診している 3. サービス担当者会議の開催を促しても実施しない 4. ケアマネジャーの認知症への理解が不足している 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に連携の必要性を感じていない 7. 特に課題と感ずる点はない 8. その他()</p>	
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の同士の集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>	
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>		
<p>①事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>	

<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。</p> <p>※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンス</p> <p>2. 行政、職能団体が開催する研修</p> <p>3. 事業所内の家族支援のための実習</p> <p>4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション</p> <p>5. 事業所内の実地研修</p> <p>6. その他()</p>
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績

(1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 短期集中リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 社会参加支援加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) サービス提供体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)

業務内容別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数		人	人
01 直接介助に関わる職員(理学療法士、作業療法士など)		人	人
02 その他職員		人	人
資格別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※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		人	人
01 介護福祉士		人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)		人	人
03 看護師		人	人
04 准看護師		人	人
05 社会福祉士		人	人
06 精神保健福祉士		人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士		人	人
08 管理栄養士		人	人
09 栄養士		人	人
10 歯科衛生士		人	人
その他	11 ()	人	人
	12 ()	人	人
	13 ()	人	人
	14 ()	人	人
	15 ()	人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

【2_訪問リハビリテーション】

<p>「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
	身体的健康の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
	認知機能・コミュニケーション能力等の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
	精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
	社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()
	その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>		1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない
<p>(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>		
<p>①認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。</p>		1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
<p>②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>		1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法をとりに入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()

③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすリハビリ 2. 利用者が役割をもって取り組めるリハビリ 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたリハビリ 4. 認知機能の維持・向上をめざしたリハビリ 5. 身体機能の維持・向上をめざしたリハビリ 6. IADL の障害に対する日常生活への支援 7. ADL の障害に対する支援 8. 健康の管理 9. その他() 10. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携について伺います。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない	
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない	
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。			
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない
01 主治医		1	2
02 歯科医師		1	2
03 地域包括支援センター		1	2
04 民生委員		1	2
05 近隣住民		1	2
06 町内会・市町村		1	2
07 他の介護サービス事業者		1	2
その他	08 ()	1	2
	09 ()	1	2
	10 ()	1	2
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()	
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感じる点はない 10. その他()	
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 同行訪問を行っている 3. サービス担当者会議で情報共有を行っている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. その他()	

【2_訪問リハビリテーション】

<p>⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 業務が多忙でお互いに連携ができない 2. 医療的診断・処置等が必要な場合、主治医、看護師に連絡なく、他病院を受診している 3. サービス担当者会議の開催を促しても実施しない 4. ケアマネジャーの認知症への理解が不足している 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に連携の必要性を感じていない 7. 特に課題と感ずる点はない 8. その他()</p>	
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>	
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>	

【2_訪問リハビリテーション】

<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。</p> <p>※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンス</p> <p>2. 行政、職能団体が開催する研修</p> <p>3. 事業所内の家族支援のための実習</p> <p>4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション</p> <p>5. 事業所内の実地研修</p> <p>6. その他()</p>
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績		
(1) 特別地域訪問看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 中山間地域等における小規模事業所加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 緊急時訪問看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 特別管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) ターミナルケア加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 退院時共同指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8) 看護・介護職員連携強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9) 看護体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(10) サービス提供体制強化加算	1. (イ)→()件 3. (ハ)→()件	2. (ロ)→()件 4. 算定なし

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)		
業務内容別の職員体制		
		(1)常勤(実人員)
		(2)非常勤(実人員)
①職員の総数		人
01 直接介助に関わる職員(看護職員など)		人
02 その他職員		人
資格別の職員体制		
		(1)常勤(実人員)
		(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※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		人
01 介護福祉士		人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)		人
03 看護師		人
04 准看護師		人
05 社会福祉士		人
06 精神保健福祉士		人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士		人
08 管理栄養士		人
09 栄養士		人
10 歯科衛生士		人
その他	11 ()	人
	12 ()	人
	13 ()	人
	14 ()	人
	15 ()	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 自ステーションの看護師が全員で実施している
3. 自ステーションの看護師と看護師以外の職種を交えて実施している
4. ステーション以外の多職種が連携して情報を共有して実施している
5. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
	身体的健康の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
	認知機能・コミュニケーション能力等の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
	精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
	社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()
	その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない	
(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。		
①認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()	
②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()	

③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. IADL の障害に対する日常生活への支援 7. ADL の障害に対する支援 8. 健康の管理 9. その他() 10. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 自ステーションの看護師が全員で実施している 3. 自ステーションの看護師と看護師以外の職種を交えて実施している 4. ステーション以外の多職種が連携して情報を共有して実施している 5. その他()
②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携について伺います。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない	
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない	
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。			
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない
01 主治医		1	2
02 歯科医師		1	2
03 地域包括支援センター		1	2
04 民生委員		1	2
05 近隣住民		1	2
06 町内会・市町村		1	2
07 他の介護サービス事業者		1	2
その他	08 ()	1	2
	09 ()	1	2
	10 ()	1	2
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()	
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感じる点はない 10. その他()	
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 同行訪問を行っている 3. サービス担当者会議で情報共有を行っている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. その他()	

<p>⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 業務が多忙でお互いに連携ができない 2. 医療的診断・処置等が必要な場合、主治医、看護師に連絡なく、他病院を受診している 3. サービス担当者会議の開催を促しても実施しない 4. ケアマネジャーの認知症への理解が不足している 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に連携の必要性を感じていない 7. 特に課題と感ずる点はない 8. その他()</p>	
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>	
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>		
<p>①事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>	

<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。</p> <p>※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンス</p> <p>2. 行政、職能団体が開催する研修</p> <p>3. 事業所内の家族支援のための実習</p> <p>4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション</p> <p>5. 事業所内の実地研修</p> <p>6. その他()</p>
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績

(1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 中重度者ケア体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 個別機能訓練加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 個別機能訓練加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 認知症加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. ケアを提供する体制が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()	
(6) 若年性認知症利用者受入加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(7) 栄養改善加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8) 口腔機能向上加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9) 個別送迎体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(10) 入浴介助体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(11) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰ)イ→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰ)ロ→()件 4. (Ⅲ)→()件
(12) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1 級・2 級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11 ()	人
	12 ()	人
	13 ()	人
	14 ()	人
	15 ()	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績 ※該当者がいない場合は 0 を記入してください。								
(1)要介護度別の 利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者 日常生活自立度 別実人数	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

① 貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

	「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
		身体的健康 の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
		認知機能・ コミュニケー ション能力等 の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
		精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
		社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、 昔、得意だったことなど) 7. その他()
		その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
	「1. 実施している」場合、認知機能 のアセスメントを実施する際、使用 している様式・スケールを○で囲ん でください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない	

(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()
③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない

(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
② モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③ 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④ モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。	
① 認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない
② 認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない

③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 地域包括支援センター		1	2	3
04 民生委員		1	2	3
05 近隣住民		1	2	3
06 町内会・市町村		1	2	3
07 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	08 ()	1	2	3
	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()		
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感ずる点はない 10. その他()		
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. サービス担当者会議で情報共有を行っている 3. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 4. その他()		
⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 業務が多忙でお互いに連携ができない 2. 医療的診断・処置等が必要な場合、主治医、看護師に連絡なく、他病院を受診している 3. サービス担当者会議の開催を促しても実施しない 4. ケアマネジャーの認知症への理解が不足している 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に連携の必要性を感じていない 7. 特に課題と感ずる点はない 8. その他()		

(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。		
① 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない	
② 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()	
③ 貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとしなない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去 1 年間の受講実績)	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去 1 年間の開催実績)	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()	
⑤ 貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200 字以内でご記入ください。

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局
 電話：0120-010-448（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●
 F A X：03-3256-7471（24時間受付）
 E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015 年 10 月 1 日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績

(1) 理学療法士等体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. サービスを提供する体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(7) 認知症短期集中個別リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. ケアを提供する体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(8) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9) 若年性認知症利用者受入加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(10) 栄養改善加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(11) 口腔機能向上加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(12) 重度療養管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(13) 中重度者ケア体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(14) 社会参加支援加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(15) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰ)イ→()件 3. (Ⅱ)→()件	2. (Ⅰ)ロ→()件 4. 算定なし
(16) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)			
業務内容別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数		人	人
01 直接介助に関わる職員(理学療法士、作業療法士など)		人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)		人	人
03 その他職員		人	人
資格別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※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		人	人
01 介護福祉士		人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)		人	人
03 看護師		人	人
04 准看護師		人	人
05 社会福祉士		人	人
06 精神保健福祉士		人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士		人	人
08 管理栄養士		人	人
09 栄養士		人	人
10 歯科衛生士		人	人
その他	11 ()	人	人
	12 ()	人	人
	13 ()	人	人
	14 ()	人	人
	15 ()	人	人

問4. 利用者の状況 2015年9月実績 ※該当者がいない場合は0を記入してください。								
(1)要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について**(1) 認知症の人に対するケアの方針※**

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

【5_通所リハビリテーション】

	「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作 (ADL) 2. 手段的日常生活動作 (IADL)
		身体的健康 の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
		認知機能・ コミュニケー ション能力等 の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
		精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状 (BPSD) 3. その他()
		社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心 (今、行いたいこと、 昔、得意だったことなど) 7. その他()
		その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
	「1. 実施している」場合、認知機能 のアセスメントを実施する際、使用 している様式・スケールを○で囲ん でください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない	

(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()
③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティを活用したりハビリ 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすリハビリ 3. 利用者が役割をもって取り組めるリハビリ 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたりハビリ 5. 認知機能の維持・向上をめざしたりハビリ 6. 身体機能の維持・向上をめざしたりハビリ 7. 地域の人々との交流をめざしたりハビリ 8. 利用者同士の交流をめざしたりハビリ 9. 理学療法士、作業療法士等と一緒に過ごす時間を大切にし たりハビリ 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない

(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
② モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③ 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④ モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。	
① 認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない
② 認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない

③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 地域包括支援センター		1	2	3
04 民生委員		1	2	3
05 近隣住民		1	2	3
06 町内会・市町村		1	2	3
07 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	08 ()	1	2	3
	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()		
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感ずる点はない 10. その他()		
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. サービス担当者会議で情報共有を行っている 3. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 4. その他()		
⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 業務が多忙でお互いに連携ができない 2. 医療的診断・処置等が必要な場合、主治医、看護師に連絡なく、他病院を受診している 3. サービス担当者会議の開催を促しても実施しない 4. ケアマネジャーの認知症への理解が不足している 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に連携の必要性を感じていない 7. 特に課題と感ずる点はない 8. その他()		

(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。		
① 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可	1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない	
② 貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている。 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()	
③ 貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去 1 年間の受講実績)	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去 1 年間の開催実績)	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④ 貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()	
⑤ 貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200 字以内でご記入ください。

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査
【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

【6_特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績

(1) 個別機能訓練加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 夜間看護体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 医療機関連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 障害者等支援加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 看取り介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) 認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件	2. (Ⅱ)→()件
	3. 算定なし	
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 採算があわない 5. その他()	
(7) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰ)イ→()件	2. (Ⅰ)ロ→()件
	3. (Ⅱ)→()件	4. (Ⅲ)→()件
	5. 算定なし	
(8) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件	2. (Ⅱ)→()件
	3. (Ⅲ)→()件	4. (Ⅳ)→()件
	5. 算定なし	

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)

業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人

【6_特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人
(3) 夜間配置人数		①貴事業所のみ専従者	②他事業所との兼務者
		人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。	

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、事業所としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない

【6_特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可	1. 事業所で 2. 訪問して 3. その他()	
「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可	1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する 2. 同じ質問を、時間を変えて実施する 3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する 4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう 5. 幼少期の記憶からたどってもらう 6. その他()	
「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
	身体的健康の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
	認知機能・コミュニケーション能力等の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
	精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
	社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()
	その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない	

【6_特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()
②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()
③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()

【6_特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 協力医療機関		1	2	3
04 地域包括支援センター		1	2	3
05 民生委員		1	2	3
06 近隣住民		1	2	3
07 町内会・市町村		1	2	3
08 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
	11 ()	1	2	3

【6_特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

<p>④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()</p>	
<p>⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 訪問診療に対応する医師の確保が困難である 2. 認知症の専門医が地域にいない 3. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 4. 連携のコストが経営的に見合わない 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 7. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 8. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 9. 職員の認知症教育が進んでいない 10. 特に課題とを感じる点はない 11. その他()</p>	
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>	
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとししない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題とを感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>		
<p>①事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	

【6_特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】

③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()
④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()
⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【事業所票】

■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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局
 電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）
 E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 社団・財団法人 5. 特定非営利活動法人 6. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績		
(1) 日常生活継続支援加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 看護体制加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 看護体制加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 夜勤職員配置加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 準ユニットケア加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) 個別機能訓練加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 若年性認知症入所者受入加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(8) 退所時等相談援助加算	1. (1)→()件	2. (2)→()件
	3. (3)→()件	4. (4)→()件
	5. 算定なし	
(9) 栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(10) 経口移行加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(11) 経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件	2. (Ⅱ)→()件
	3. 算定なし	
(12) 口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(13) 口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(14) 療養食加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(15) 看取り介護加算	1. (1)→()件	2. (2)→()件
	3. (3)→()件	4. 算定なし
(16) 在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(17) 在宅・入所相互利用加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(18) 認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件	2. (Ⅱ)→()件
	3. 算定なし	
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 研修開催が難しい 5. 採算があわない 6. その他()	
(19) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 設備が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()	
(20) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件	2. (Ⅰロ)→()件
	3. (Ⅱ)→()件	4. (Ⅲ)→()件
	5. 算定なし	

【7_介護老人福祉施設】

(21)介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件	2. (Ⅱ)→()件
	3. (Ⅲ)→()件	4. (Ⅳ)→()件
	5. 算定なし	

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)			
業務内容別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数		人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)		人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)		人	人
03 その他職員		人	人
資格別の職員体制		(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※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		人	人
01 介護福祉士		人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)		人	人
03 看護師		人	人
04 准看護師		人	人
05 社会福祉士		人	人
06 精神保健福祉士		人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士		人	人
08 管理栄養士		人	人
09 栄養士		人	人
10 歯科衛生士		人	人
その他	11 ()	人	人
	12 ()	人	人
	13 ()	人	人
	14 ()	人	人
	15 ()	人	人
(3)夜間配置人数		①貴事業所のみ専従者	②他事業所との兼務者
		人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴施設においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴施設における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴施設においては、施設としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. ケアマネジャーが単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

	「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
		身体的健康 の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
		認知機能・ コミュニケー ション能力等 の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
		精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
		社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、 昔、得意だったことなど) 7. その他()
		その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
	「1. 実施している」場合、認知機能 のアセスメントを実施する際、使用 している様式・スケールを○で囲ん でください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない	

(3) 個別援助計画の作成状況 貴施設における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()
②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()
③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴施設における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴施設における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()

③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 協力医療機関		1	2	3
04 地域包括支援センター		1	2	3
05 民生委員		1	2	3
06 近隣住民		1	2	3
07 町内会・市町村		1	2	3
その他	08 ()	1	2	3
	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
④貴施設では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他(

【7_介護老人福祉施設】

<p>⑤貴施設では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問診療に対応する医師の確保が困難である 2. 認知症の専門医が地域にいない 3. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 4. 連携のコストが経営的に見合わない 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 7. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 8. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 9. 職員の認知症教育が進んでいない 10. 特に課題とを感じる点はない 11. その他()
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>	
<p>①貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない
<p>②貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()
<p>③貴施設では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が認知症であることを認めようとしらない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題とを感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()

(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
①貴施設における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
②貴施設では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)	1. ある →()回/年 2. ない	
③貴施設では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④貴施設では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()	
⑤貴施設では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【事業所票】

■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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 社団・財団法人 5. 特定非営利活動法人 6. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績		
(1)夜勤職員配置加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2)短期集中リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3)認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(4)認知症ケア加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(5)若年性認知症入所者受入加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(6)在宅復帰・在宅療養支援機能加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7)ターミナルケア加算	1. (1)→()件 3. (3)→()件	2. (2)→()件 4. 算定なし
(8)療養体制維持特別加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9)入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(10)入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(11)退所時指導等加算	1. (1)→()件 3. 算定なし	2. (2)→()件
(12)栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(13)経口移行加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(14)経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件 3. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件
(15)口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(16)口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(17)療養食加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(18)在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(19)認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件 3. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催があわない 4. 採算があわない 5. その他()	

【8_介護老人保健施設】

(20) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 設備が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()
(21) 認知症情報提供加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 体制が確保できない 3. 本人または家族の同意が得られない 4. 紹介先の医療機関がない 5. 採算が合わない 6. その他()
(22) 地域連携診療計画情報提供加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(23) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 2. (Ⅰロ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし
(24) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015年10月1日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人

【8_介護老人保健施設】

その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人
(3) 夜間配置人数		①貴施設のみ専従者	②他事業所との兼務者
		人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴施設においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。	1. ある 2. ない
「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。	

(2) アセスメントの実施状況

貴施設における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴施設においては、施設としてのアセスメントを実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()

<p>「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可</p>	<p>1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()</p>	
<p>認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。</p>	<p>1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない</p>	
<p>「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可</p>	<p>1. 事業所で 2. 訪問して 3. その他()</p>	
<p>「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可</p>	<p>1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する 2. 同じ質問を、時間を変えて実施する 3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する 4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう 5. 幼少期の記憶からたどってもらう 6. その他()</p>	
<p>「1. 実施している」場合、アセスメント通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	ADL の状況	<p>1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)</p>
	身体的健康の状況	<p>1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()</p>
	認知機能・コミュニケーション能力等の状況	<p>1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()</p>
	精神的状況	<p>1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()</p>
	社会的状況	<p>1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()</p>
	その他	<p>1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()</p>

	「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE (Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴施設における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。		
① 認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()	
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法をとりに入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()	
③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない	
(4) 認知症のケアの内容 貴施設における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。		
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない	
(5) モニタリングの実施状況 貴施設における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。		
① 認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()	

②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケア内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。	1. ある 2. ない			
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。	1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない			
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 協力医療機関		1	2	3
04 地域包括支援センター		1	2	3
05 民生委員		1	2	3
06 近隣住民		1	2	3
07 町内会・市町村		1	2	3
その他	08 (

【8_介護老人保健施設】

<p>④貴施設では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()
<p>⑤貴施設では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問診療に対応する医師の確保が困難である 2. 認知症の専門医が地域にいない 3. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 4. 連携のコストが経営的に見合わない 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 7. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 8. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 9. 職員の認知症教育が進んでいない 10. 特に課題と感じる点はない 11. その他()
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>	
<p>①貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない
<p>②貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()
<p>③貴施設では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が認知症であることを認めようとししない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()

(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
① 貴施設における職員の受講実績についてお答えください。(過去 1 年間の受講実績)	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
② 貴施設では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去 1 年間の開催実績)	1. ある →()回/年 2. ない	
③ 貴施設では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④ 貴施設では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()	
⑤ 貴施設では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200 字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【事業所票】

■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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局
 電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）
 E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 医療法人 3. 社団・財団法人 4. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)病床数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績

①介護療養病床を有する病院・診療所における介護療養施設サービス

(1)夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件
(2)若年性認知症患者受入加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. ケアを提供する体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(3)退院前訪問指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4)退院後訪問指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5)退院時指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6)退院時情報提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7)退院前連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8)老人訪問看護指示加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9)栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(10)経口移行加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(11)経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件 3. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件
(12)口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(13)口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(14)療養食加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(15)在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(16)認知症専門ケア加算	1. (Ⅰ)→()件 3. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 研修開催が難しい 5. 採算があわない 6. その他()	
(17)認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 設備が確保できない 4. 採算があわない 5. その他()	
(18)サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰロ)→()件 4. (Ⅲ)→()件
(19)介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

②老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護療養施設サービス		
(1)退院前訪問指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2)退院後訪問指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3)退院時指導加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4)退院時情報提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5)退院前連携加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6)老人訪問看護指示加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7)栄養マネジメント加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8)経口移行加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9)経口維持加算	1. (Ⅰ)→()件 3. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件
(10)口腔衛生管理体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(11)口腔衛生管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(12)療養食加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(13)在宅復帰支援機能加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(14)サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰロ)→()件 4. (Ⅲ)→()件
(15)介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 了者、ホームヘルパー1 級・2 級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11 ()	人
	12 ()	人
	13 ()	人
	14 ()	人
	15 ()	人
(3)夜間配置人数	①貴施設のみ専従者	②他事業所との兼務者
	人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績 ※該当者がいない場合は 0 を記入してください。								
(1)要介護度別の 利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者 日常生活自立度 別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

① 貴施設においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴施設における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

① 貴施設においては、施設としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. ケアマネジャーが単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメント通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可

ADL の状況

1. 基本的日常生活動作(ADL)
2. 手段的日常生活動作(IADL)

身体的健康の状況

1. 運動機能
2. 身体疾患
3. 痛み
4. 口腔機能
5. 栄養状態
6. 処方されている薬剤の内容
7. 主治医・受診している医療機関の名称
8. その他()

【9_介護療養型医療施設】

		認知機能・コミュニケーション能力等の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
		精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
		社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()
		その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
	「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。		1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴施設における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。			
①認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。		1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()	
②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可		1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()	
③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。		1. している 2. していない 3. どちらともいえない	

(4) 認知症のケアの内容 貴施設における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康管理 13. その他() 14. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴施設における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
② モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③ 認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④ モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携について伺います。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない	
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない	
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。			
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない
01 主治医		1	2
02 歯科医師		1	2
03 地域包括支援センター		1	2
04 民生委員		1	2
05 近隣住民		1	2
06 町内会・市町村		1	2
その他	07 ()	1	2
	08 ()	1	2
	09 ()	1	2
④貴施設では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()	
⑤貴施設では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感じる点はない 10. その他()	
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。			
①貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可		1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例：認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない	

②貴施設では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()	
③貴施設では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとししない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感じる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
①貴施設における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
②貴施設では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)	1. ある →()回/年 2. ない	
③貴施設では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④貴施設では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()	
⑤貴施設では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績		
(1) 特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 中山間地域等における小規模事業所加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 緊急時訪問看護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) 特別管理加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) ターミナルケア加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 退院時共同指導加算 一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所であって訪問看護サービスが必要な者のみ算定可能	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8) 総合マネジメント体制強化加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(9) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰロ)→()件 4. (Ⅲ)→()件
(10) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人

【10_定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

【10_定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

<p>「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可</p>	<p>1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する 2. 同じ質問を、時間を変えて実施する 3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する 4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう 5. 幼少期の記憶からたどってもらう 6. その他()</p>	
<p>「1. 実施している」場合、アセスメント通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	<p>ADL の状況</p>	<p>1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)</p>
	<p>身体的健康 の状況</p>	<p>1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()</p>
	<p>認知機能・ コミュニケーション能力等の状況</p>	<p>1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()</p>
	<p>精神的状況</p>	<p>1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()</p>
	<p>社会的状況</p>	<p>1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()</p>
	<p>その他</p>	<p>1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()</p>
<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>	<p>1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない</p>	

(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. 計画作成責任者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
② 認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可	1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()
③ 認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
① 認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 2. 利用者が役割をもって取り組めるケア 3. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 4. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 5. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 6. IADL の障害に対する日常生活への支援 7. ADL の障害に対する支援 8. 健康の管理 9. その他() 10. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
① 認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
② モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()

③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 地域包括支援センター		1	2	3
04 民生委員		1	2	3
05 近隣住民		1	2	3
06 町内会・市町村		1	2	3
07 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	08 ()	1	2	3
	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他(

【10_定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

<p>⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感ずる点はない 10. その他()
<p>⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 同行訪問を行っている 3. サービス担当者会議で情報共有を行っている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. その他()
<p>⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 業務が多忙でお互いに連携ができない 2. 医療的診断・処置等が必要な場合、主治医、看護師に連絡なく、他病院を受診している 3. サービス担当者会議の開催を促しても実施しない 4. ケアマネジャーの認知症への理解が不足している 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に連携の必要性を感じていない 7. 特に課題と感ずる点はない 8. その他()
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>	
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族が認知症であることを認めようとしめない 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()

(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
①事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の開催実績)	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)	1. ある →()回/年 2. ない	
③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()	
⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績		
(1) 個別機能訓練加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 若年性認知症利用者受入加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
	「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	
	1. 利用者がいない 2. 体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(3) 栄養改善加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(4) 口腔機能向上加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(5) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 3. (Ⅱ)→()件	2. (Ⅰロ)→()件 4. 算定なし
(6) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)		
業務内容別の職員体制		
	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制		
	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修修 了者、ホームヘルパー1 級・2 級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11 ()	人
	12 ()	人
	13 ()	人
	14 ()	人
	15 ()	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、ケアマネジャーが実施するアセスメントとは別に、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

【11_認知症対応型通所介護】

<p>「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可</p>	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
	身体的健康の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
	認知機能・コミュニケーション能力等の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
	精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
	社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()
	その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
<p>「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。</p>		1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない
<p>(3)個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。</p>		
<p>①認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。</p>		1. 担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. ケアマネジャーが作成したケアプランを活用している 4. その他()
<p>②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>		1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法を取り入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()

③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1)認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携について伺います。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 地域包括支援センター		1	2	3
04 民生委員		1	2	3
05 近隣住民		1	2	3
06 町内会・市町村		1	2	3
07 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	08 ()	1	2	3
	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()		
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感じる点はない 10. その他()		
⑥貴事業所では、ケアマネジャーとどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. サービス担当者会議で情報共有を行っている 3. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 4. その他()		

【11_認知症対応型通所介護】

<p>⑦貴事業所では、ケアマネジャーと連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 業務が多忙でお互いに連携ができない 2. 医療的診断・処置等が必要な場合、主治医、看護師に連絡なく、他病院を受診している 3. サービス担当者会議の開催を促しても実施しない 4. ケアマネジャーの認知症への理解が不足している 5. 職員不足により、連携は負担が大きい 6. 特に連携の必要性を感じていない 7. 特に課題と感ずる点はない 8. その他()</p>	
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の同士の集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>	
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. サービス担当者会議への出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>		
<p>①事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>	

<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。</p> <p>※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンス</p> <p>2. 行政、職能団体が開催する研修</p> <p>3. 事業所内の家族支援のための実習</p> <p>4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション</p> <p>5. 事業所内の実地研修</p> <p>6. その他()</p>
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報

(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)登録者数	()人
(5)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績

(1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(2) 認知症加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. 算定なし
「3. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 体制が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()
(3) 看護職員配置加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. 算定なし
(4) 看取り連携体制加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(5) 訪問体制強化加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(6) 総合マネジメント体制強化加算	1. 算定あり→()件 2. 算定なし
(7) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 2. (Ⅰロ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 4. 算定なし
(8) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 2. (Ⅱ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 4. (Ⅳ)→()件 5. 算定なし

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)

業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1級・2級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人

【12_小規模多機能型居宅介護】

その他	11()	人	人
	12()	人	人
	13()	人	人
	14()	人	人
	15()	人	人
(3) 夜間配置人数		①貴事業所のみ専従者	②他事業所との兼務者
		人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績

※該当者がいない場合は 0 を記入してください。

(1) 要介護度別の利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2) 認知症高齢者日常生活自立度別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

①貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

①貴事業所においては、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. ケアマネジャーが単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

	「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可	1. 事業所で 2. 訪問して 3. その他()	
	「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可	1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する 2. 同じ質問を、時間を変えて実施する 3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する 4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう 5. 幼少期の記憶からたどってもらう 6. その他()	
	「1. 実施している」場合、アセスメントを通常実施している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
		身体的健康の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
		認知機能・コミュニケーション能力等の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
		精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
		社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、昔、得意だったことなど) 7. その他()
		その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
	「1. 実施している」場合、認知機能のアセスメントを実施する際、使用している様式・スケールを○で囲んでください。	1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない	
(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。			
①認知症の人に対して誰が個別援助計画を作成していますか。	1. ケアマネジャーが単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()		

<p>②認知症の人に対して個別援助計画を作成する際、どのような点に配慮していますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法をとりにいれること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()
<p>③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. している 2. していない 3. どちらともいえない
<p>(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。</p>	
<p>①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを生かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごす時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない
<p>(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。</p>	
<p>①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアマネジャーが単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
<p>②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
<p>③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()

【12_小規模多機能型居宅介護】

④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()
-----------------------------------	---

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携についてお伺いします。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない		
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない		
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関とどの程度、連携を行っていますか。				
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない	ほとんど連携していない
01 主治医		1	2	3
02 歯科医師		1	2	3
03 協力医療機関		1	2	3
04 地域包括支援センター		1	2	3
05 民生委員		1	2	3
06 近隣住民		1	2	3
07 町内会・市町村		1	2	3
08 他の介護サービス事業者		1	2	3
その他	09 ()	1	2	3
	10 ()	1	2	3
	11 ()	1	2	3
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他(

<p>⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感ずる点はない 10. その他()</p>	
<p>(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。</p>		
<p>①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例: 認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない</p>	
<p>②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えた行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可</p>	<p>1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()</p>	
<p>(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。</p>		
<p>①事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)</p>	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
<p>②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)</p>	<p>1. ある →()回/年 2. ない</p>	
<p>③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可</p>	<p>1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()</p>	

<p>④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。</p> <p>※複数可</p>	<p>1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()</p>
<p>⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200 字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査 【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、**2015年10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、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2015年11月30日（月）までにご返送**下さい。

■調査に関するお問い合わせ先

「認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査」事務局

電話：0120-010-448（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：03-3256-7471（24時間受付）

E-mail：ninchisho27-ml@mri.co.jp

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

【2015年10月1日時点】

問1. 基本情報	
(1)所在地	()都・道・府・県 ()市・区・町・村
(2)開設主体	1. 公立(都道府県・市区町村) 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. 特定非営利活動法人 8. その他()
(3)開設年月	西暦 ()年()月
(4)定員数	()人
(5)ユニット数	()ユニット
(6)事業所を運営する法人等が同一または隣接市町村で実施する医療・介護サービス(介護予防も含みます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 4. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 訪問介護 8. 訪問入浴介護 9. 訪問看護 10. 訪問リハビリテーション 11. 居宅療養管理指導 12. 通所介護 13. 通所リハビリテーション 14. 短期入所生活介護 15. 短期入所療養介護 16. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など) 17. 福祉用具貸与 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 19. 夜間対応型訪問介護 20. 認知症対応型通所介護 21. 小規模多機能型居宅介護 22. 認知症対応型共同生活介護 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 25. 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用居宅介護) 26. 居宅介護支援 27. その他()

問2. 加算等の算定状況 2015 年 9 月実績		
(1) 夜間支援体制加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(2) 夜間支援体制加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(3) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(4) 若年性認知症受入加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 採算があわない 4. その他()	
(5) 看取り介護加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(6) 医療連携体制加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(7) 退去時相談援助加算	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
(8) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 採算があわない 5. その他()	
(9) 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1. 算定あり→()件	2. 算定なし
「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 会議開催が難しい 4. 研修開催が難しい 5. 採算があわない 6. その他()	
(10) サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰイ)→()件 3. (Ⅱ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅰロ)→()件 4. (Ⅲ)→()件
(11) 介護職員処遇改善加算	1. (Ⅰ)→()件 3. (Ⅲ)→()件 5. 算定なし	2. (Ⅱ)→()件 4. (Ⅳ)→()件

問3. 職員体制 (2015 年 10 月 1 日の状況)		
業務内容別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
①職員の総数	人	人
01 直接介助に関わる職員(介護職員など)	人	人
02 相談業務に従事する職員(生活相談員等)	人	人
03 その他職員	人	人
資格別の職員体制	(1)常勤(実人員)	(2)非常勤(実人員)
②直接介助に関わる職員のうち資格を有する 職員の総数 ※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	人	人
01 介護福祉士	人	人
02 その他の介護職員(介護職員初任者研修 修了者、ホームヘルパー1 級・2 級など)	人	人
03 看護師	人	人
04 准看護師	人	人
05 社会福祉士	人	人
06 精神保健福祉士	人	人
07 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	人	人
08 管理栄養士	人	人
09 栄養士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
その他	11 ()	人
	12 ()	人
	13 ()	人
	14 ()	人
	15 ()	人
(3)夜間配置人数	①貴事業所のみ専従者	②他事業所との兼務者
	人	人

問4. 利用者の状況 2015 年 9 月実績 ※該当者がいない場合は 0 を記入してください。								
(1)要介護度別の 利用者実人数	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	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人
(2)認知症高齢者 日常生活自立度 別実人数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
	人	人	人	人	人	人	人	人

問5. 認知症の人に対する支援体制・内容について

(1) 認知症の人に対するケアの方針※

※ここで言う「認知症の人に対するケアの方針」とはパンフレットやマニュアルではなく、法人もしくは事業所の理念に基づき、認知症の人に対してどのように接するべきかについて、職種間で共有する文書を言います。

① 貴事業所においては、認知症の人に対するケアの方針がありますか。

1. ある
2. ない

「1. ある」場合、具体的な内容について、200 字以内でご記入ください。

(2) アセスメントの実施状況

貴事業所における認知症の人に対するアセスメント※の実施状況についてお答えください。

※ここで言う「アセスメント」とはサービス事業所における個別援助計画を策定するための課題分析のことを言います。

① 貴事業所においては、事業所としてのアセスメントを実施していますか。

1. 実施している
2. 実施していない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対して誰がアセスメントを実施していますか。

1. 計画作成担当者が単独で実施している
2. 多職種が連携して情報を共有して実施している
3. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可

1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む)
2. 家族・親族
3. 医療機関(主治医含む)
4. ケアマネジャー
5. 保健師
6. 民生委員
7. 近隣住民
8. 他の介護サービス事業者
9. その他()

認知症の人が入院していた場合、入院していた施設・機関から情報を収集していますか。

1. 全ての利用者に対して行っている
2. 半分以上の利用者に対して行っている
3. 半分未満の利用者に対して行っている
4. 全く行っていない

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどこでアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 事業所で
2. 訪問して
3. その他()

「1. 実施している」場合、認知症の人に対してどのようにアセスメントを実施していますか。※複数可

1. 言葉だけでなく、本人の態度や思考の様子を観察して実施する
2. 同じ質問を、時間を変えて実施する
3. 本人がその時感じていることや、話したいことを傾聴する
4. 日常行為(例:洗濯物の取り込みなど)を実際に行ってもらう
5. 幼少期の記憶からたどってもらう
6. その他()

「1. 実施している」場合、アセスメントのために通常情報収集している項目を○で囲んでください。※複数可	ADL の状況	1. 基本的日常生活動作(ADL) 2. 手段的日常生活動作(IADL)
	身体的健康 の状況	1. 運動機能 2. 身体疾患 3. 痛み 4. 口腔機能 5. 栄養状態 6. 処方されている薬剤の内容 7. 主治医・受診している医療機関の名称 8. その他()
	認知機能・ コミュニケー ション能力等 の状況	1. 認知機能 2. コミュニケーション能力 3. その他()
	精神的状況	1. 精神的な不安感 2. 認知症の行動・心理症状(BPSD) 3. その他()
	社会的状況	1. 生活歴 2. 家族の状況 3. 同居家族への思い 4. 居住環境 5. 経済状況 6. 本人の希望、興味・関心(今、行いたいこと、 昔、得意だったことなど) 7. その他()
	その他	1. 主介護者の希望 2. 主介護者の介護負担・健康状態 3. その他()
「1. 実施している」場合、認知機能 のアセスメントを実施する際、使用 している様式・スケールを○で囲ん でください。		1. 長谷川式簡易知能評価スケール 2. MMSE(Mini-Mental State Examination) 3. 施設・事業所独自のスケールを持っている 4. その他() 5. 特に様式・スケールは使用していない
(3) 個別援助計画の作成状況 貴事業所における認知症の人に対する個別援助計画の作成状況についてお答えください。		
①認知症の人に対して誰が個別援助計画 を作成していますか。		1. 計画作成担当者が単独で作成している 2. 多職種が連携して情報を共有して作成している 3. その他()
②認知症の人に対して個別援助計画を作成 する際、どのような点に配慮しています か。※複数可		1. 本人の希望、興味・関心に基づくこと 2. 本人が達成感や役割意識を持てるようにすること 3. 本人が心身機能の維持・向上できるようにすること 4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを大切にすること 5. 医師の治療方針作成に役立てられるようにすること 6. 服薬上の課題について薬剤師と連携すること 7. 今後の病状変化を予測しやすくすること 8. 家族が取り組みやすい方法をとりに入れること 9. 多職種で共有できる表記にすること 10. サービス担当者会議で課題になった点に留意すること 11. 緊急事態を想定すること 12. その他()

③認知症の人に対して、作成した個別援助計画に基づき、職員全員が一致した支援を行っていますか。	1. している 2. していない 3. どちらともいえない
(4) 認知症のケアの内容 貴事業所における認知症の人に対するケアの内容についてお答えください。	
①認知症の人に対して、どのようなケアを行っていますか。※複数可	1. 集団で楽しむアクティビティケア 2. 利用者の過去の仕事や経験などを活かすケア 3. 利用者が役割をもって取り組めるケア 4. 利用者の趣味や興味・関心に焦点をあてたケア 5. 認知機能の維持・向上をめざしたケア 6. 身体機能の維持・向上をめざしたケア 7. 地域の人々との交流をめざしたケア 8. 利用者同士の交流をめざしたケア 9. 介護職員と一緒に過ごすこと時間を大切にしたケア 10. IADL の障害に対する日常生活への支援 11. ADL の障害に対する支援 12. 健康の管理 13. その他() 14. あてはまるものはない
(5) モニタリングの実施状況 貴事業所における認知症の人に対するモニタリングの実施状況についてお答えください。	
①認知症の人に対して誰がモニタリングを実施していますか。	1. 計画作成担当者が単独で実施している 2. 多職種が連携して情報を共有して実施している 3. その他()
②モニタリングを実施する際、誰から情報を収集していますか。※複数可	1. 本人(本人との会話・身なり・生活の様子などの観察含む) 2. 家族・親族 3. 医療機関(主治医含む) 4. ケアマネジャー 5. 保健師 6. 民生委員 7. 近隣住民 8. 他の介護サービス事業者 9. その他()
③認知症の人に対してどのようにモニタリングを実施していますか。※複数可	1. 認知症スケールを利用して定期的に評価する 2. 個別援助計画立案からモニタリング実施までのインターバルを明確に決め、実施している 3. モニタリング記録を主治医や多職種と共有している 4. モニタリング記録をサービス担当者会議に提出し、多職種と情報共有している 5. その他()
④モニタリングにおいて、どのような情報を収集していますか。※複数可	1. ケアの内容及び経過と結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者自身が感じている状態像の変化 4. 介護者自身が感じている状態像の変化 5. 個別援助計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題や個別援助計画変更の必要性 7. 利用者の ADL の状況 8. 利用者の IADL の状況 9. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 10. その他()

問6. 認知症の人に対する事業所全体の取り組みについて

(1) 認知症の人に対するケアに関する、他機関との連携について伺います。

①認知症の人に対するケアに関して、協力医療機関はありますか。		1. ある 2. ない	
②認知症と思われる利用者に対して、認知症の医学的な診断はどの程度行われていますか。		1. 全ての利用者に対して行っている 2. 半分以上の利用者に対して行っている 3. 半分未満の利用者に対して行っている 4. 全く行っていない	
③認知症の人に対してサービスを提供・調整していく上で、以下の関係者・関係機関との程度、連携を行っていますか。			
関係者・関係機関		連携している	あまり連携していない
01 主治医		1	2
02 歯科医師		1	2
03 協力医療機関		1	2
04 地域包括支援センター		1	2
05 民生委員		1	2
06 近隣住民		1	2
07 町内会・市町村		1	2
08 他の介護サービス事業者		1	2
その他	09 ()	1	2
	10 ()	1	2
	11 ()	1	2
④貴事業所では、認知症の人の主治医とどのような連携を行っていますか。 ※複数可		1. 個別援助計画・報告書を提出するなど、定期的に利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 2. 治療方針や薬の変更等について随時、報告、相談している 3. 主治医と連携して家族に情報共有をしている 4. 緊急時発生前から緊急時のフローチャートを共有するなど、緊急時に連携している 5. 特に連携は行っていない 6. その他()	
⑤貴事業所では、認知症の人の主治医と連携を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可		1. 認知症の専門医が地域にいない 2. 主治医が認知症の専門医かどうかわからない 3. 連携のコストが経営的に見合わない 4. 職員不足により、連携は負担が大きい 5. 主治医の認知症に対する理解が乏しい 6. 夜間など緊急時に対応可能な医師が少ない 7. 重度の認知症の人に対応可能な医師が少ない 8. 職員の認知症教育が進んでいない 9. 特に課題と感じる点はない 10. その他()	
(2) 認知症の人に対するケアに関する、家族との情報共有についてお伺いします。			
①貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのような支援を行っていますか。 ※複数可		1. 家族の健康状態や介護負担についてアセスメントする 2. 家族の困りごとや心配ごとなどの相談にのる 3. 利用者の状態や介護の方法について情報を提供する 4. 家族の人同士が集える場を設ける(例：認知症カフェや利用者の家族の会など) 5. その他() 6. 行われていることはない	

【13_認知症対応型共同生活介護】

②貴事業所では、認知症の人の家族に対して、どのように情報共有を行っていますか。 ※複数可	1. 定期的に利用者の健康状態の変化等について報告している 2. カンファレンスへの出席を求めている 3. 家族も交えたグループホームの行事等を行っている 4. 随時(緊急時を含む)連絡している 5. 情報共有は行っていない 6. その他()	
③貴事業所では、認知症の人の家族と情報共有を行う上でどのようなことが課題となっていますか。 ※複数可	1. 家族が認知症であることを認めようとしな 2. 職員不足で定期的な家族への連絡は負担が大きい 3. 職員の能力が不足している 4. 情報共有の必要性を感じない 5. 特に課題と感ずる点はない 6. 情報共有を行う家族がいない 7. その他()	
(3) 認知症の人に対するケアに関する、研修・マニュアル等の整備状況についてお伺いします。		
①事業所における職員の受講実績についてお答えください。(過去1年間の受講実績)	01 認知症介護者指導者研修	1. いる→()人 2. いない
	02 認知症介護実践リーダー研修	1. いる→()人 2. いない
	03 認知症介護実践者研修	1. いる→()人 2. いない
	04 上記以外で、行政・専門職団体が行う研修	1. いる→()人 2. いない
②貴事業所では、認知症の人のケアに関する研修を開催・あるいは職員が受講する機会を設けていますか。(過去1年間の開催実績)	1. ある →()回/年 2. ない	
③貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修においてどのような内容を重視していますか。 ※複数可	1. 認知症についての理解 2. 認知症の人に対する専門的なケアの習得 3. 認知症の人に対するコミュニケーション方法の習得 4. その他()	
④貴事業所では、認知症の人に対するケアの研修についてどのような形態で行っていますか。 ※複数可	1. 多職種が参加するカンファレンス 2. 行政、職能団体が開催する研修 3. 事業所内の家族支援のための実習 4. 事業所内の問題解決型のグループディスカッション 5. 事業所内の実地研修 6. その他()	
⑤貴事業所では、認知症の人のケアに関するマニュアルを整備していますか。	1. ある 2. ない	

問7. 認知症の人に対するケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内でご記入ください。

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

参考資料 2

調査票＜利用者票＞

【対象サービス】

- 01 訪問介護
- 02 訪問リハビリテーション
- 03 訪問看護
- 04 通所介護
- 05 通所リハビリテーション
- 06 特定施設入居者生活介護
- 07 介護老人福祉施設
- 08 介護老人保健施設
- 09 介護療養型医療施設
- 10 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 11 認知症対応型通所介護
- 12 小規模多機能型居宅介護
- 13 認知症対応型共同生活介護

1_訪問介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

[illegible]

記入例 ↓

[illegible]

【1_訪問介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

【1_訪問介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																							
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無	(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無								
	①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢は別紙 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		4「その他の場合」の内容		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		4「その他の場合」の内容		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】				1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】	1「いる」場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】	1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】	認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】	認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】	1「診断されている」場合の診断を受けた時期 【1：わかる 2：わからない】	1「診断されている」場合の診断者 【1：主治医、2：主治医以外、3：わからない】	1「診断されている」場合、診断名【選択肢は別紙】	診断者の専門分野【選択肢は別紙】	5「その他」場合の内容	2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】	4「その他」場合の内容	3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由	かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】

記入例 ↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

【1_訪問介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます						
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること	(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題	
<p>該事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>9 「その他」の場合の内容</p>	<p>記入していただく支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <div> <div>① 食事介助</div> <div>5 「その他」の場合の内容</div> </div> <div> <div>② 入浴介助</div> <div>5 「その他」の場合の内容</div> </div> <div> <div>③ 排泄介助</div> <div>5 「その他」の場合の内容</div> </div>	<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>	

記入例↓

[illegible]

2_訪問リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用 者 I D を 記 入 し て く だ さ い。	問1. 利用者の状況についてお聞きます										問2. 家族の状況についてお聞きます		
(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴事業所の利用開始年月	(4) 要介護 状態 区分	(5) 障害 者 生 活 度	(6) 高齢 者 生 活 度	(7) 認知機能	(8) IADL	(9) ADL	(10) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(11) 行動・心理症状	(12) 現在利用している介護サービス内容	(1) 世帯構成	(2) 主介護者(キーパーソン)の有無
いずれかに○をつけてください。	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の利用開始年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 日常生活の意思決定ができますか ② ③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか ④ ⑤ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか ⑥ ⑦ 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか ⑧ ⑨ 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか ⑩ ⑪ 一日の計画を自分で立てることができることができますか ⑫ ⑬ 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか ⑭ ⑮ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか ⑯ ⑰ 自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことはできますか ⑱ ⑲ 自分で食事の準備はできますか ⑳ ㉑ 電話をかけることができますか ㉒ ⑳ 入浴は一人でできますか ㉓ ㉔ 着替は一人でできますか ㉕ ㉖ トイレは一人でできますか ㉗ ㉘ 身だしなみを整えることは一人でできますか ㉙ ㉚ 食事は一人でできますか ㉛ ㉜ 家の外の移動は一人でできますか ㉝ ㉞ 家のなかでの移動は一人でできますか	㉟ ㊱ 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気) (いくつでも) ㊲ ㊳ 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	㊴ ㊵ 行動・心理症状 ㊶ ㊷ ① 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ㊸ ㊹ ② 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ㊺ ㊻ ③ 易怒性(例 気難しく怒りがつらい、待たされることが我慢できない) ㊼ ㊽ ④ 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ㊾ ㊿ ⑤ 暴行(例 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する) ㊽ ㊾ ⑥ 拒絶(例 服薬・食事を拒否する、ADLの介助に抵抗する) ㊿ ㊽ ⑦ うつ(悲しそうな落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ㊽ ㊿ ⑧ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ㊽ ㊿ ⑨ 無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ㊽ ㊿ ⑩ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ㊽ ㊿ ⑪ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く) ㊽ ㊿ ⑫ 睡眠障害(例 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転) ㊽ ㊿ ㊴ ㊵ 現在利用している介護サービス内容 (いくつでも) ㊶ ㊷ 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	㊸ ㊹ 該当する選択肢の番号を記入してください。 【1: 独居、2: 夫婦のみ、3: その他同居】 ㊺ ㊻ 3 「その他同居」の場合の同居者 【選択肢は別紙】	㊼ ㊽ 該当する選択肢の番号を記入してください。 【1: あり、2: なし】 ㊾ ㊿ 5 「その他」の場合の内容 【選択肢は別紙】			

記入例 ↓

[illegible]

【2.訪問リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

利用者IDを記入してください。

問3. 個別援助のプロセスと対応する職員・関係者についてお聞きます

個別援助のプロセスの有無について、いずれかに○をつけてください。

(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(2) サービス担当者会議

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(3) カンファレンスの開催

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(4) 個別援助計画の作成

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(5) ケアの実施

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(6) 普段の見守り

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(7) モニタリング・個別援助計画見直し

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(8) 家族への連絡・調整

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(9) 主治医・協力医療機関への連絡・調整

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

(10) ケアマネジャーへの連絡・調整

実施の有無

各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。
【1:関与あり、2:関与なし】

①主治医

②看護師・准看護師

③介護職員

④PT/OT/ST

⑤その他

⑥その他

⑦その他

具体的な職種を記入してください。

記入例↓

1	有	無	2	2	1	1	2	2	2	有	無	1	2	1	1	2	2	2	有	無	2	2	2	2	2	2	有	無	2	2	1	1	2	2	2	有	無	2	2	1	1	2	2	2	有	無	2	2	1	1	2	2	2	有	無	1	2	2	1	2	2	2	有	無	2	2	2	1	2	2	2	→
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有	無								有	無								有	無							有	無								有	無							有	無							有	無						有	無					→							
	有																																																																							

【2_訪問リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																			
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無	(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無				
	①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢は別紙				モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】				認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】	認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】	1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる 2：わからない】										2「診断されていない」場合の理由 ※複数可 【選択肢は別紙】		かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号 【1：いる 2：いない】	
	4「その他」の場合の内容				4「その他」の場合の内容		1「いる」の場合の医療機関 【選択肢は別紙】				1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】	1「いる」の場合、主治医の専門分野 【選択肢は別紙】	1「診断されている」場合の診断者 【1：主治医、2：主治医以外、3：わからない】										5「その他」の場合の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由	
	2「サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度 【選択肢は別紙】				4「その他」の場合の内容		1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】				2「診断されていない」場合の理由 ※複数可 【選択肢は別紙】	4「その他」の場合の内容														

記入例 ↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦			年		月	1	1	1					2
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								
														西暦			年		月								

【2_訪問リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます				
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 医療的ケアとして行われていること	(4) 家族支援として行われていること	(5) 認知症ケアを行う上での課題
<p>事業所において利用者に提供されているケアであってはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">9 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">7 「その他」の場合の内容</p>	<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>

記入例↓

[illegible]

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

[illegible]

【3_訪問看護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

【3_訪問看護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます		問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます						
(1) カンファレンスの状況		(2) モニタリングの頻度		(3) 原因疾患の診断の有無		(4) かかりつけ歯科医師の有無		
<p>① カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可 【選択肢は別紙】</p> <p>2「サービス提供期間中に定期的実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】</p> <p>4「その他」の場合の内容</p>		<p>モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】</p> <p>4「その他」の場合の内容</p>		<p>(1) 主治医の有無</p> <p>主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】</p> <p>1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】</p> <p>1「いる」の場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】</p> <p>1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】</p>		<p>(2) 医学的診断の有無</p> <p>認知症であると医学的に診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】</p>	<p>(3) 原因疾患の診断の有無</p> <p>認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】</p> <p>1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる、2：わからない】</p> <p>1「診断されている」場合の診断者 【1：主治医、2：主治医以外、3：わからない】</p> <p>1「診断されている」場合、診断名【選択肢は別紙】</p> <p>診断者の専門分野【選択肢は別紙】</p> <p>2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>5「その他」の場合の内容</p> <p>4「その他」の場合の内容</p> <p>3「診断が必要な利用者であるが、診断につながらない」場合の理由</p>	<p>(4) かかりつけ歯科医師の有無</p> <p>かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号 【1：いる、2：いない】</p>

記入例↓

[illegible]

【3_訪問看護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます					
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 医療的ケアとして行われていること	(4) 家族支援として行われていること	(5) 認知症ケアを行う上での課題	
<p>事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">9 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">7 「その他」の場合の内容</p>	<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p>認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>	

記入例↓

[illegible]

4_通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用 者 I D を 記 入 し て く だ さ い。	問1. 利用者の状況についてお聞きます										問2. 家族の状況についてお聞きます																											
(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴事業所の利用開始年月	(4) 要介護 状態区分	(5) 高齢 障害者の 生活自立 度	(6) 認知症 高齢者の 日常生活 自立度	(7) 認知機能				(8) IADL				(9) ADL				(10) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(11) 行動・心理症状				(12) 現在利用している介護サービス内容	(1) 世帯構成	(2) 主介護者(キーパーソン)の有無													
いずれかに○をつけてください。	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の利用開始年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 日常生活の意思決定ができますか	② 自分または家族の生活の意思決定ができますか	③ 財物や金銭など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	④ 5分前に聞いた話を思い出せないのであります	⑤ 自分または家族の生活の意思決定ができますか	⑥ 今日が何月何日かわからなくなることがあります	⑦ 道に迷って家に帰ることができません	⑧ 道に迷って家に帰ることができません	⑨ 電気やガスや水道が止まってしまうことがあります	⑩ 一日の計画を自分で立てることができません	⑪ 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができます	⑫ 一人で買い物はできますか	⑬ バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	⑭ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	⑮ 電話をかけることができます	⑯ 自分で食事の準備はできますか	⑰ 入浴は一人でできますか	⑱ 身だしなみを整えることは一人でできますか	⑲ トイレは一人でできますか	⑳ 着替は一人でできますか	㉑ 食事の準備は一人でできますか	㉒ 家のなかでの移動は一人でできますか	㉓ 家の外の移動は一人でできますか	現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	① 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ② 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ③ 易怒性(例 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ④ 暴言(例 他者をののしる、なる、威嚇する) ⑤ 暴行(例 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する) ⑥ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑦ うつ(悲しそうな、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑧ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑨ 無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑩ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑪ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩) ⑫ 睡眠障害(例 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 独居、② 夫婦のみ、③ その他同居	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	①「あり」の場合の本人との関係 【選択肢は別紙】	②「あり」の場合の本人との関係 【選択肢は別紙】	③「その他同居」の場合の同居者 【選択肢は別紙】	④「その他」の場合の内容 【選択肢は別紙】	⑤「その他」の場合の内容 【選択肢は別紙】
各行為について、現在の状況に最も近いものの番号を記入してください。 ①⇒【1:意思を他者に伝達できる、2:ときどき伝達できる、3:ほとんど伝達できない、4:できない】 ②⇒【1:できる、2:できない】、③⇒④⇒【1:まったくない、2:ときどきある、3:頻繁にある、4:いつもそうだ】 ⑤⇒⑥⇒【1:問題なくできる、2:だいたいできる、3:あまりできない、4:まったくできない】 ⑦⇒⑧⇒【1:問題なくできる、2:見守りや声かけを要する、3:一部介助を要する、4:全介助を要する】																																						

記入例 ↓

[illegible]

【4_通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

4_通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます				問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます										かかりつけ歯科医師の有無
	(1) カンファレンスの状況		(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無		(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無						
	<p>① カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可 【選択肢は別紙】</p> <p>2「サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】</p> <p>4「その他」の場合の内容</p>		<p>モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】</p> <p>4「その他」の場合の内容</p>		<p>主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】</p> <p>1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】</p> <p>1「いる」の場合の主治医の専門分野 【選択肢は別紙】</p> <p>1「いる」の場合の医療機関 【選択肢は別紙】</p>		<p>認知症であると医学的に診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】</p> <p>認知症の原因疾患について診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】</p>		<p>1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる、2：わからない】</p> <p>1「診断されている」の場合の診断者 【1：主治医、2：主治医以外、3：わからない】</p> <p>1「診断されている」の場合、診断名 【選択肢は別紙】</p> <p>診断者の専門分野 【選択肢は別紙】</p> <p>2「診断されていない」場合の理由 ※複数可 【選択肢は別紙】</p> <p>5「その他」場合の内容</p> <p>4「その他」場合の内容</p> <p>3「診断が必要な利用者であるが、診断につながらない」場合の理由</p>						<p>かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】</p>

記入例 ↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西曆		年	月	1	1	1						2
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									
														西曆		年	月									

【4_通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます									
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること	(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題				
<p>事業所において利用者に提供されているケアであってはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていること※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>8 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>① 食事介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </td> <td> <p>② 入浴介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </td> <td> <p>③ 排泄介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </td> </tr> </table>	<p>① 食事介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>② 入浴介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>③ 排泄介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>	
<p>① 食事介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>② 入浴介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>③ 排泄介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>							

記入例↓

[illegible]

【5_通所リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問１．利用者の状況についてお聞きします									問２．家族の状況についてお聞きします					
(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴事業所の利用開始年月	(4) 要介護度 状態区分	(5) 高齢者生活自立度	(6) 認知症高日常生活常立度	(7) 認知機能	(8) IADL	(9) ADL	(10) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(11) 行動・心理症状	(12) 現在利用している介護サービス内容	(1) 世帯構成	(2) 主介護者（キーパーソン）の有無	
いずれかに○をつけてください。	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の利用開始年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	①日常の意思決定ができますか ②自分の名前を答えることができますか ③財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか ④5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか ⑤自分の生年月日がわからなくなるときがありますか ⑥今日が何月何日からかわらなくなるときがありますか ⑦自分のお金を使っていることがわかりますか ⑧道に迷って家に帰ってきたときのことはいくらもありませんか ⑨電気やガス水道の水漏れなどが発生したときに自分で適切に対処できますか ⑩一日の計画を立てて行うことができますか ⑪季節や状況にあった服を着替えることができますか ⑫一人で買い物に行きますか ⑬バスや電車、自家用車などを一人で使えますか ⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人で出来ますか ⑮電話をかけてかけることができますか ⑯自分で食事の準備ができますか ⑰入浴は一人で出来ますか ⑱着替えは一人で出来ますか ⑲トイレは一人で出来ますか ⑳身だしなみを整えることは一人で出来ますか ㉑食事は一人で出来ますか ㉒家のなかでの移動は一人で出来ますか ㉓家の外の移動は一人で出来ますか	⑭貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いには一人で出来ますか ⑮電話をかけてかけることができますか ⑯自分で食事の準備ができますか ⑰入浴は一人で出来ますか ⑱着替えは一人で出来ますか ⑲トイレは一人で出来ますか ⑳身だしなみを整えることは一人で出来ますか ㉑食事は一人で出来ますか ㉒家のなかでの移動は一人で出来ますか ㉓家の外の移動は一人で出来ますか	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	
									現在の状況に最も近いものの番号を記入してください。 【1：ない、2：少しある、3：かなりある、4：非常に多い】					

記入例 ↓

[illegible]

【5_通所リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

利用者ＩＤを記入してください。

問3．個別援助のプロセスと対応する職員・関係者についてお聞きします									
個別援助のプロセスの有無について、いずれかに○をつけてください。									
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	(2) サービス担当者会議	(3) カンファレンスの開催	(4) 個別援助計画の作成	(5) ケアの実施	(6) 普段の見守り	(7) モニタリング・個別援助計画見直し	(8) 家族への連絡・調整	(9) 主治医・協力医療機関への連絡・調整	(10) ケアマネジャーへの連絡・調整
実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>	実施の有無 <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】</div> <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT／OT／ST</div><div>⑤その他（ ）</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div></div> <div>具体的な職種を記入してください。</div>

記入例↓

[illegible]

【5.通所リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																																								
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無																								
	①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢は別紙 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的を実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】				1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		1「いる」の場合、主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる、2：わからない】						1「診断されている」場合の診断者 【1：主治医、2：主治医以外、3：わからない】		1「診断されている」場合、診断名【選択肢は別紙】		診断者の専門分野【選択肢は別紙】		5「その他」の場合の内容		2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由		かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号 を記入してください。 【1：いる、2：いない】

記入例↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

【5.通所リハビリテーション】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます				
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 医療的ケアとして行われていること	(4) 家族支援として行われていること	(5) 認知症ケアを行う上での課題
<p>事業所において利用者に提供されているケアであってはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可〔選択肢は別紙〕</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可〔選択肢は別紙〕</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">8 「その他」の場合の内容</p>	<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可〔選択肢は別紙〕</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可〔選択肢は別紙〕</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>

記入例↓

[illegible]

【6.特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅)】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問1. 利用者の状況についてお聞きします										問2. 家族の状況についてお聞きします																										
(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴事業所の入居年月	(4) 入居前 の居所	(5) 要介護度 区分	(6) 障害高齢 者の自立 生活度	(7) 認知症高 齢者の日 常生活自 立度	(8) 認知機能				(9) IADL				(10) ADL				(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(12) 行動・心理症状																
							① 日常生活の意思決定ができますか	② 自分の名前を答えることができますか	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	④ 5分前の生年月日がわからなくなることがありますか	⑤ 自前の計画を自分で立てることができますか	⑥ 一日の計画を自分で立てることができますか	⑦ 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	⑧ 道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか	⑨ 道に迷ったとき、自分自身で道をたずねることができますか	⑩ 今日が何月何日かわからなくなることがありますか	⑪ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	⑫ 電話をかけることができますか		⑬ 自分で食事の準備ができますか	⑭ 入浴は一人でできますか	⑮ 着替は一人でできますか	⑯ トイレは一人でできますか	⑰ 身だしなみを整えることは一人でできますか	⑱ 食事は一人でできますか	⑲ 家のなかでの移動は一人でできますか	⑳ 家の外への移動は一人でできますか	(12) 行動・心理症状 ① 暴行(例 他者を叩く、押す、ひく、性的に虐待する) ② 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ③ 易怒性(例 易怒性、怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ④ 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ⑤ 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ⑥ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑦ うつ(悲しそうな、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑧ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑨ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に散歩) ⑩ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑪ 無気力(例 日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑫ 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転								
い	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の入居年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】													(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気) 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ② 暴行(例 他者を叩く、押す、ひく、性的に虐待する) ③ 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ④ 易怒性(例 易怒性、怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ⑤ 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ⑥ 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ⑦ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑧ うつ(悲しそうな、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑨ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑩ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に散歩) ⑪ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑫ 無気力(例 日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑬ 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転																
ず	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の入居年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】														(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気) 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ② 暴行(例 他者を叩く、押す、ひく、性的に虐待する) ③ 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ④ 易怒性(例 易怒性、怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ⑤ 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ⑥ 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ⑦ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑧ うつ(悲しそうな、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑨ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑩ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に散歩) ⑪ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑫ 無気力(例 日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑬ 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転															
れ	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の入居年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】													(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気) 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		① 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ② 暴行(例 他者を叩く、押す、ひく、性的に虐待する) ③ 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ④ 易怒性(例 易怒性、怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ⑤ 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ⑥ 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ⑦ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑧ うつ(悲しそうな、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑨ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑩ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に散歩) ⑪ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑫ 無気力(例 日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑬ 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転															
か	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の入居年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】														(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気) 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ② 暴行(例 他者を叩く、押す、ひく、性的に虐待する) ③ 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ④ 易怒性(例 易怒性、怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ⑤ 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ⑥ 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ⑦ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑧ うつ(悲しそうな、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑨ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑩ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に散歩) ⑪ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑫ 無気力(例 日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑬ 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転															
に	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の入居年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】													(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気) 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		① 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ② 暴行(例 他者を叩く、押す、ひく、性的に虐待する) ③ 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ④ 易怒性(例 易怒性、怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ⑤ 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ⑥ 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ⑦ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑧ うつ(悲しそうな、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑨ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑩ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に散歩) ⑪ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑫ 無気力(例 日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑬ 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転															
き	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の入居年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は																																	

記入例↓

[illegible]

【6.特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅)】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例 ↓

[illegible]

【6.特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4.カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5.認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																					
	(1)カンファレンスの状況				(2)モニタリングの頻度		(1)主治医の有無				(2)医学的診断の有無		(3)原因疾患の診断の有無										(4)かかりつけ歯科医師の有無					
	①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢は別紙【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。【選択肢は別紙】		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。【1：いる、2：いない】				認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】										かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。【1：いる、2：いない】			
	4「その他」の場合の内容				4「その他」の場合の内容		1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】				1「いる」の場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		1「診断されている」の場合の診断を受けた時期【1：わかる、2：わからない】										2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容	
															1「わかる」の場合、診断を受けた時期												3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由	

記入例↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦			年		月	1	1	1				2	→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→
														西暦			年		月								→

【6.特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅)】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます								
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること	(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題			
<p>事業所において利用者に提供されているケアの番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていること※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1 2 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p>① 食事介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p>② 入浴介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p>③ 排泄介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </td> </tr> </table>	<p>① 食事介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>② 入浴介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>③ 排泄介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>医療的ケアとして行われていること※複数可【選択肢は別紙】があれば、該当する選択肢の番号を記入</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていること※複数可【選択肢は別紙】があれば、該当する選択肢の番号を記入</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>
<p>① 食事介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>② 入浴介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>③ 排泄介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>						

記入例↓

[illegible]

【7.介護老人福祉施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

【7_介護老人福祉施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

問3. 個別援助のプロセスと対応する職員・関係者についてお聞きします

個別援助のプロセスの有無について、いずれかに○をつけてください。

(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	(2) カンファレンスの開催	(3) 個別援助計画の作成	(4) ケアの実施	(5) 普段の見守り	(6) モニタリング・個別援助計画見直し	(7) 家族への連絡・調整	(8) 主治医・協力医療機関への連絡・調整
実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】	実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】	実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】	実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】	実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】	実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】	実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】	実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】
① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。	① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。	① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。	① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。	① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。	① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。	① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。	① 主治医 ② 看護師・准看護師 ③ 介護職員 ④ PT / OT / ST ⑤ ケアマネジャー ⑥ その他（ ⑦ その他（ ⑧ その他（ （ ） ↑ 具体的な職種を記入してください。

記入例↓

[illegible]

【7.介護老人福祉施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																																										
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無																										
①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的を実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】				1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】		1「いる」場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		1「診断されている」場合の診断を受けた時期 【1：わかる、2：わからない】										1「診断されている」場合の診断名【選択肢は別紙】		診断者の専門分野【選択肢は別紙】		5「その他」場合の内容		2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」場合の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由		かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号 【1：いる、2：いない】	

記入例 ↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

【7介護老人福祉施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます									
利用者 I・Dを記入してください。	(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること			(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題	
	<p>事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 2 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】</p> <div> <div>① 食事介助</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div> <div>② 入浴介助</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div> <div>③ 排泄介助</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </div>	<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>			

記入例↓

[illegible]

【8.介護老人保健施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問1. 利用者の状況についてお聞きします										問2. 家族の状況についてお聞きします																															
(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴施設の入所年月	(4) 入所前の居所	(5) 要介護度 状態区分	(6) 障害高齢者 日常生活自立度	(7) 認知症高齢者 日常生活自立度	(8) 認知機能			(9) IADL		(10) ADL		(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(12) 行動・心理症状																										
							① 日常の意思決定ができますか	② 自分の名前を答えることができますか	③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	④ 5分前に行った話を思い出せないことがありますか	⑤ 自分の生年月日がわからなくなるときがありますか	⑥ 今日が何月何日かわからなくなるときがありますか	⑦ 自分のいる場所がどこだかわからなくなことはありますか		⑧ 道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか	⑨ 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	⑩ 一日の計画を自分で立てることができますか	⑪ 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか	⑫ 一人で買物物はできますか	⑬ バスや電車、自家用車などを走らせて一人で外出できますか	⑭ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	⑮ 電話をかけられることができますか	⑯ 自分で食事の準備はできますか	⑰ 自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことはできますか	⑱ 入浴は一人でできますか	⑲ 着替えは一人でできますか	⑳ トイレは一人でできますか	㉑ 身だしなみを整えることは一人でできますか	㉒ 食事は一人でできますか	㉓ 家のなかでの移動は一人でできますか	㉔ 家の外の移動は一人でできますか	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】 ↓ 1 8 「その他」の場合の内容									
各行為について、現在の状況に最も近いものの番号を記入してください。 ①⇒【1：意思を他者に伝達できる、2：ときどき伝達できる、3：ほとんど伝達できない、4：できない】 ②⇒【1：できる、2：できない】、③～⑧⇒【1：まったくいい、2：ときどきある、3：頻繁にある、4：いつもそうだ】 ⑨～⑰⇒【1：問題なくできる、2：だいたいいい、3：あまりできない、4：まったくできない】 ⑱～㉔⇒【1：問題なくできる、2：見守りや声がけを要する、3：一部介助を要する、4：全介助を要する】																																									
															現在の状況に最も近いものの番号を記入してください。 【1：ない、2：少しある、3：かなりある、4：非常にある】																										

記入例↓

[illegible]

【8.介護老人保健施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

利用者がIDを記入してください。

問3. 個別援助のプロセスと対応する職員・関係者についてお聞きします							
個別援助のプロセスの有無について、いずれかに○をつけてください。							
(1) 個別援助計画を作成するためのアセスメント	(2) カンファレンスの開催	(3) 個別援助計画の作成	(4) ケアの実施	(5) 普段の見守り	(6) モニタリング・個別援助計画見直し	(7) 家族への連絡・調整	(8) 主治医・協力医療機関への連絡・調整
<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>	<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>	<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>	<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>	<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>	<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>	<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>	<div>実施の有無 各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1：関与あり、2：関与なし】 <div><div>①主治医</div><div>②看護師・准看護師</div><div>③介護職員</div><div>④PT / OT / ST</div><div>⑤介護支援専門員</div><div>⑥その他（ ）</div><div>⑦その他（ ）</div><div>⑧その他（ ）</div></div><div>具体的な職種を記入してください。</div></div>

記入例↓

[illegible]

【8.介護老人保健施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																								
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無								
①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢は別紙				②サービス提供期間中に定期的に実施した場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		③モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。【選択肢は別紙】		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】				認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】										かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】							
4「その他」の場合の内容				4「その他」の場合の内容		4「その他」の場合の内容		1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】				1「いる」の場合主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」の場合主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる 2：わからない】										2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由	

記入例 ↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます							
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること			(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題
該事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">1 3 「その他」の場合の内容</div> </div>	日常生活支援として行われていること※複数可【選択肢は別紙】 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">1 2 「その他」の場合の内容</div> </div>	食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> ① 食事介助 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">5 「その他」の場合の内容</div> </div> </div> <div style="width: 30%;"> ② 入浴介助 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">5 「その他」の場合の内容</div> </div> </div> <div style="width: 30%;"> ③ 排泄介助 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">5 「その他」の場合の内容</div> </div> </div> </div>			医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">1 6 「その他」の場合の内容</div> </div>	家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);">5 「その他」の場合の内容</div> </div>	認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で

記入例↓

[illegible]

【9 介護療養型医療施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

【9.介護療養型医療施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例 ↓

[illegible]

【9_介護療養型医療施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																			
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無			
	①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢は別紙 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】				認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】										かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】	
	4「その他」の場合の内容				4「その他」の場合の内容		1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】				1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる、2：わからない】										2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容	
													5「その他」の場合の内容										3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由			

記入例 ↓																									
1	1, 2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦			年		月	1	1	1			2
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						
														西暦			年		月						

【9_介護療養型医療施設】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます									
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること	(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題				
<p>事業所において利用者に提供されているケアであれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 2 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p style="text-align: center;">① 食事介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p style="text-align: center;">② 入浴介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p style="text-align: center;">③ 排泄介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">① 食事介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p style="text-align: center;">② 入浴介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p style="text-align: center;">③ 排泄介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>	
<p style="text-align: center;">① 食事介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p style="text-align: center;">② 入浴介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p style="text-align: center;">③ 排泄介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>							

記入例↓

[illegible]

10_定期巡回・随時対応型訪問介護看護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問1. 利用者の状況についてお聞きます										問2. 家族の状況についてお聞きます									
	(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴事業所の利用開始年月	(4) 要介護状態区分	(5) 障害者の生活自立度	(6) 高齢者の日常生活自立度	(7) 認知機能	(8) IADL	(9) ADL	(10) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(11) 行動・心理症状	(12) 現在利用している介護サービス内容	(1) 世帯構成	(2) 主介護者(キーパーソン)の有無						
いずれかに○をつけてください。	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の利用開始年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	⑦ 認知機能 ⑧ 道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか ⑨ 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか ⑩ 一日の計画を自分で立てることができますか ⑪ 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか ⑫ 一人で買い物はできますか ⑬ バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか ⑭ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか ⑮ 電話をかけることができますか ⑯ 自分で食事の準備はできますか ⑰ 入浴は一人でできますか ⑱ 着替えは一人でできますか ⑲ トイレは一人でできますか ⑳ 食事は一人でできますか	① 妄想(例 物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ② 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ③ 易怒性(例 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ④ 暴言(例 他者をのしる、なる、威嚇する) ⑤ 暴行(例 他者を叩く、押す、ひたたく、性的に虐待する) ⑥ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑦ うつ(悲しいう、落ち込んでいるように見える、悲観的なことを言う) ⑧ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑨ 無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑩ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑪ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩) ⑫ 睡眠障害(例 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】 1 4 「その他」の場合の内容	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】 1 4 「その他」の場合の内容	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】 1 4 「その他」の場合の内容	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】 1 4 「その他」の場合の内容	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】 1 4 「その他」の場合の内容	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】 1 4 「その他」の場合の内容						
各行為について、現在の状況に最も近いものの番号を記入してください。 ①⇒【1:意思を他者に伝達できる、2:ときどき伝達できる、3:ほとんど伝達できない、4:できない】 ②⇒【1:できる、2:できない】、③⇒⑧⇒【1:まったくない、2:ときどきある、3:頻繁にある、4:いつもそうだ】 ⑨⇒⑪⇒【1:問題なくできる、2:だいたいできる、3:あまりできない、4:まったくできない】 ⑬⇒⑭⇒【1:問題なくできる、2:見守りや声がけを要する、3:一部介助を要する、4:全介助を要する】																				

記入例 ↓

[illegible]

【10_定期巡回・随時対応型訪問介護看護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

【10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																																	
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無																	
	① カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的を実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		4「その他の場合」の内容		4「その他の場合」の内容		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		4「その他の場合」の内容		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】				1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】		1「いる」の場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】										かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】	
																			1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる 2：わからない】				1「診断されている」の場合の診断者 【1：主治医 2：主治医以外 3：わからない】		1「診断されている」の場合、診断名【選択肢は別紙】		診断者の専門分野【選択肢は別紙】		5「その他」の場合の内容		2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由					

記入例 ↓

1	1,2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

【10_定期巡回・随時対応型訪問介護看護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます							
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること			(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題
<p>事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>9 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>7 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】</p> <div> <div>① 食事介助</div> <div>5 「その他」の場合の内容</div> </div> <div> <div>② 入浴介助</div> <div>5 「その他」の場合の内容</div> </div> <div> <div>③ 排泄介助</div> <div>5 「その他」の場合の内容</div> </div>			<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>ご認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>

記入例↓

[illegible]

11_認知症対応型通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問1. 利用者の状況についてお聞きます										問2. 家族の状況についてお聞きます			
(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴事業所の利用開始年月	(4) 要介護状態区分	(5) 障害者の生活自立度	(6) 高齢者の日常生活自立度	(7) 認知機能	(8) IADL	(9) ADL	(10) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(11) 行動・心理症状	(12) 現在利用している介護サービス内容	(1) 世帯構成	(2) 主介護者(キーパーソン)の有無
いずれかに○をつけてください。	平成27年10月1日における年齢を記入してください。	貴事業所の利用開始年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 日常の意思決定ができますか ② 自分の名前を答えることができますか ③ 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか ④ 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか ⑤ 自分の生年月日がわからなくなることがありますか ⑥ 今日が何月何日かわからなくなることがありますか ⑦ 自分のある場所がどこかわからなくなることがありますか ⑧ 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか ⑨ 電気やガスや水道が止まってしまったときに自分で適切に対処できますか ⑩ 一日の計画を自分で立てることができますか ⑪ 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか ⑫ 一人で買い物はできますか ⑬ バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか ⑭ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか ⑮ 電話をかけることができますか ⑯ 自分で食事の準備はできますか ⑰ 入浴は一人でできますか ⑱ 着替えは一人でできますか ⑲ トイレは一人でできますか ⑳ 身だしなみを整えることは一人でできますか	① 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか ② バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか ③ 電話をかけることができますか ④ 自分で食事の準備はできますか ⑤ 入浴は一人でできますか ⑥ 着替えは一人でできますか ⑦ トイレは一人でできますか ⑧ 身だしなみを整えることは一人でできますか	① 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気) ② 該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	① 妄想(例物を盗られたなどと被害的になる、事実でないことを信じ込む) ② 幻覚(例 実際にはないものが聞こえたり、見えたりする) ③ 易怒性(例 気難しく怒りっぽい、待たされることが我慢できない) ④ 暴言(例 他者をののしる、どなる、威嚇する) ⑤ 暴行(例 他者を叩く、押す、ひっかく、性的に虐待する) ⑥ 拒絶(例 服薬・食事などを拒否する、ADLの介助に抵抗する) ⑦ 悲観(例 悲しそうな、落ち込んでいるように見える、うつ的なことを言う) ⑧ 不安(落ち着かない、リラックスできない、過度に緊張している) ⑨ 無気力(日常の活動や周りのことに興味がなく、自発性を失った状態) ⑩ 脱抑制(例 行動の抑制がきかない、多幸、反社会的行動) ⑪ 徘徊(例 合理的な目的もなく歩きまわる、夜間に出歩く) ⑫ 睡眠障害(例 不眠症、過眠症、日中の眠気、昼夜逆転)	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】	該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】

記入例↓

[illegible]

【11_認知症対応型通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

【11. 認知症対応型通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																																							
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無																							
	① カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		4「その他」の場合の内容		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】		1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】		1「いる」場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている 2：診断されていない 3：わからない】		1「診断されている」場合の診断を受けた時期 【1：わかる 2：わからない】										1「診断されている」場合、診断名【選択肢は別紙】		診断者の専門分野【選択肢は別紙】		5「その他」場合の内容		2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」場合の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由		かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる 2：いない】	

記入例↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

【11_認知症対応型通所介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます										
(1) 利用者に提供されているケア		(2) 日常生活支援として行われていること		(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること			(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題	
<p>事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>1 3 「その他」の場合の内容</p>		<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>8 「その他」の場合の内容</p>		<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】</p> <div> <div>① 食事介助</div> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div> <div>② 入浴介助</div> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div> <div>③ 排泄介助</div> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </div>			<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で記入してください</p>	

記入例↓

[illegible]

【12_小規模多機能型居宅介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

[illegible]

【12_小規模多機能型居宅介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

[illegible]

記入例↓

[illegible]

【12.小規模多機能型居宅介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																																									
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無									(4) かかりつけ歯科医師の有無																										
①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】				1「いる」の場合の医療機関【選択肢は別紙】		1「いる」場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		1「診断されている」場合の診断を受けた時期 【1：わかる、2：わからない】									1「診断されている」場合の診断名【選択肢は別紙】		診断者の専門分野【選択肢は別紙】		5「その他」の場合の内容		2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他」の場合の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由		かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】	

記入例↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

【12_小規模多機能型居宅介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます							
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること			(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題
<p>事業所において利用者に提供されているケアであてはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 2 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>① 食事介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>② 入浴介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>③ 排泄介助</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p> </div> </div>			<p>医療的ケアとして行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5 「その他」の場合の内容</p>	<p>認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で記入してください</p>

記入例↓

[illegible]

【13_認知症対応型共同生活介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票①】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問1. 利用者の状況についてお聞きます										問2. 家族の状況についてお聞きます																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
(1) 性別	(2) 年齢	(3) 貴事業所の入居年月	(4) 入居前の居所	(5) 要介護状態区分	(6) 障害高齢者の自立度	(7) 認知症高齢者の自立度	(8) 認知機能		(9) IADL		(10) ADL		(11) 現在、治療している病気(又は、治療を要する病気)	(12) 行動・心理症状				(1) 入居直前の世帯	(2) 主介護者(キーパーソン)の有無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
							① 日常生活	② 食事	③ 入浴	④ 移動	⑤ 買い物	⑥ 金銭		⑦ 電話	⑧ 家の中の移動	⑨ 家の外への移動	⑩ 食事	⑪ 身だしなみ	⑫ トイレ	⑬ 着替え	⑭ 入浴	⑮ 自分で、薬を	⑯ 自分で、食	⑰ 電話を	⑱ 貯金の	⑲ バスや	⑳ 一人で	㉑ 季節や	㉒ 一日の	㉓ 電気や	㉔ 道に迷	㉕ 自分の	㉖ 今日が	㉗ 自分	㉘ 5分前	㉙ 財布や	㉚ 自分	㉛ 日常	該当する選択肢の番号を記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
い	平成27年10月1日	貴事業所の入居年月を西暦で記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。	該当する選択肢の番号を記入してください。	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373

記入例↓

[illegible]

【13_認知症対応型共同生活介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票②】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

利用

者

ID

を

記

入

し

て

く

だ

い

問3. 個別援助のプロセスと対応する職員・関係者についてお聞きします

個別援助のプロセスの有無について、いずれかに○をつけてください。

(1) 個別援助計画を作成するための アセスメント	(2) サービス担当者会議	(3) カンファレンスの開催	(4) 個別援助計画の作成	(5) ケアの実施	(6) 普段の見守り	(7) モニタリング・個別援助計画見直し	(8) 家族への連絡・調整	(9) 主治医・協力医療機関への連絡・調整
<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>	<div> <div>実施の有無</div> <div>各職種の関与の有無について、該当する番号を記入してください。 【1:関与あり、2:関与なし】</div> <div> <div>①主治医</div> <div>②看護師・准看護師</div> <div>③介護職員</div> <div>④PT/OT/ST</div> <div>⑤計画作成担当者</div> <div>⑥その他()</div> <div>⑦その他()</div> <div>⑧その他()</div> </div> <div> <div>具体的な職種を記入してください。</div> </div> </div>

記入例↓

[illegible]

【13. 認知症対応型共同生活介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票③】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。
※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

利用者IDを記入してください。	問4. カンファレンス・モニタリングの状況についてお聞きます						問5. 認知症の診断状況と医療との連携についてお聞きます																																								
	(1) カンファレンスの状況				(2) モニタリングの頻度		(1) 主治医の有無				(2) 医学的診断の有無		(3) 原因疾患の診断の有無										(4) かかりつけ歯科医師の有無																								
	①カンファレンス開催のタイミングについて該当する選択肢は別紙 【選択肢は別紙】				2「サービス提供期間中に定期的に実施」の場合、カンファレンスの開催頻度【選択肢は別紙】		4「その他の場合」の内容		モニタリングの頻度について該当する選択肢の番号を記入してください。 【選択肢は別紙】		4「その他の場合」の内容		主治医の有無について該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】				1「いる」の場合の主治医の専門分野【選択肢は別紙】		1「いる」の場合、主治医と情報共有をしていますか。【選択肢は別紙】		認知症であると医学的に診断されていますか、該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		認知症の原因疾患について診断されていますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：診断されている、2：診断されていない、3：わからない】		1「診断されている」の場合の診断を受けた時期 【1：わかる、2：わからない】										1「診断されている」の場合、診断名【選択肢は別紙】		診断者の専門分野【選択肢は別紙】		5「その他の場合」の内容		2「診断されていない」場合の理由 ※複数可【選択肢は別紙】		4「その他の場合」の内容		3「診断が必要な利用者であるが、診断につながられない」場合の理由		かかりつけの歯科医師がいますか。該当する選択肢の番号を記入してください。 【1：いる、2：いない】

記入例↓

1	1.2		2		2		1	1	1	1	1	1	2	西暦		年	月	1	1	1					2
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								
														西暦		年	月								

【13_認知症対応型共同生活介護】認知症高齢者へのサービスの提供に関する実態調査【利用者票④】

※調査対象となる利用者は、同封の「実施要領」に記してある手順で抽出してください。

※グレーの網掛けのある設問の選択肢は、別表の「利用者票 選択肢一覧」を参照し、選択肢番号を記入してください。

問6. 利用者に対して提供されているケアについてお聞きます							
(1) 利用者に提供されているケア	(2) 日常生活支援として行われていること	(3) 食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていること			(4) 医療的ケアとして行われていること	(5) 家族支援として行われていること	(6) 認知症ケアを行う上での課題
<p>事業所において利用者に提供されているケアであってはまるものがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>1 3 「その他」の場合の内容</p>	<p>日常生活支援として行われていること※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>1 2 「その他」の場合の内容</p>	<p>食事・入浴・排泄に関する介助で工夫されていることがあれば、該当する選択肢の番号を記入してください。※複数可【選択肢は別紙】</p> <div> <div> <p>① 食事介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div> <p>② 入浴介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </div> <div> <p>③ 排泄介助</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p> </div> </div>			<p>医療的ケアとして行われていること※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>1 6 「その他」の場合の内容</p>	<p>家族支援として行われていること※複数可【選択肢は別紙】</p> <p>↓</p> <p>5 「その他」の場合の内容</p>	<p>認知症ケアを行う上での課題について、最も重要なもののみ、200字以内で</p>

記入例↓

[illegible]