

認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

(株)富士通総研は認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、藤井賢一郎を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、(株)富士通総研が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究の調査検討組織 委員等

委員長	藤井 賢一郎（上智大学総合人間科学部社会福祉学科 准教授）
委員	赤澤 俊之（横浜市健康福祉局高齢健康福祉部 介護事業指導課長）
	岩尾 貢（社会福祉法人鶴寿会 専務理事）
	山梨 恵子（株ニッセイ基礎研究所生活研究部門 准主任研究員）
	和田 行男（株大起エンゼルヘルプ クオリティーマネージャー）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省老健局高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室
- 勝又浜子室長
- 三浦正樹室長補佐
- 岡本慎係長
- 市川廣幸係員

認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業(案)

1. 調査の目的

認知症の人に適したサービスの提供を実現するため、グループホームにおけるケアのあり方に着目したサービス提供実態に関する調査を行い、今後のグループホームにおける報酬体系やグループホーム自体のあり方を検討・整理を行う。

2. 調査客体

今年度新規に開設した事業所を除く（昨年度 1 年間の職員研修の受講状況や、教育投資額を問うため）全国の認知症対応型共同生活介護事業所（約 1.1 万事業所）。

介護サービス情報公表制度に基づき各事業所がデータを登録・更新しているデータベースからデータを抽出予定。

3. 主な調査項目

平成 24 年度老人保健健康増進等事業で実施したアンケートやヒアリングにより整理・分析された基礎資料を深掘りし、今後のグループホームにおけるケアのあり方等についての論点の整理を行う。

・具体的なケアの内容の把握

①入居者の状態（要介護度や ADL）別や施設の類型別での、標準的あるいは特徴的なケアの内容等

②上記①を実施する際の職員のスキルや経験、スキル向上の取組状況（内部研修の実施内容・時間数、外部研修の受講状況、職員の研修計画の有無、等）

4. 調査内容

調査票は事業所（管理者を想定）が回答する 1 種類。入居者に関する設問部分（上記①に関する質問）と事業所に関する設問部分（上記②に関する質問）で構成。

5. 調査方法

調査対象事業所が、調査依頼状記載の URL にアクセスして回答を入力する Web アンケート調査を実施。なお、Web 環境がない、回答者の情報リテラシー等の事情から Web での回答が困難な事業所には、FAX や郵便等で手書き回答を送付頂く予定。

アンケート調査内容等から、追加的に掘り下げるべき事項（定量的な回答データでは把握できない複雑・定性的な事項等）を、追加書面・ヒアリング等により把握。

厚生労働省 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度)
認知症対応型共同生活介護のあり方に関するアンケート調査

※留意事項 今回の調査は、介護保険給付対象外の自費での利用者は調査対象から除きます。

Q1: 貴事業所の介護保険事業所番号を、半角数字で入力して下さい。

【事業所の基本情報】

Q2-1(非表示): 貴事業所の位置する都道府県名

Q2-2(非表示): 貴事業所を設置した法人等の種類を、以下から当てはまるものを1つ選択して下さい。

01. 社会福祉法人(社協以外)	06. NPO	11. 地方公共団体(市町村)
02. 社会福祉法人(社協)	07. 農協	12. 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)
03. 医療法人	08. 生協	99. その他
04. 社団・財団	09. その他団体	
05. 営利法人	10. 地方公共団体(都道府県)	

Q2-3(非表示): 貴事業所の開始年月日を入力して下さい。

年	月	日
---	---	---

Q2-4(非表示): 貴事業所の定員・ユニット数を、半角数字で入力して下さい。

ユニット	人
------	---

Q2-5(非表示): 貴事業所の法人で、グループホーム以外に別途実施されているサービスがあれば、箇所数を入力して下さい。実施していないサービスには0を入力して下さい。

サービス名	箇所数	サービス名	箇所数
1. 訪問介護		20. 介護予防訪問介護	
2. 訪問入浴介護		21. 介護予防訪問入浴介護	
3. 訪問看護		22. 介護予防訪問看護	
4. 訪問リハビリテーション		23. 介護予防訪問リハビリテーション	
5. 居宅療養管理指導		24. 介護予防居宅療養管理指導	
6. 通所介護		25. 介護予防通所介護	
7. 通所リハビリテーション		26. 介護予防通所リハビリテーション	
8. 短期入所生活介護		27. 介護予防短期入所生活介護	
9. 短期入所療養介護		28. 介護予防短期入所療養介護	
10. 特定施設入居者生活介護		29. 介護予防特定施設入居者生活介護	
11. 福祉用具貸与		30. 介護予防福祉用具貸与	
12. 特定福祉用具販売		31. 特定介護予防福祉用具販売	
13. 夜間対応型訪問介護		32. 介護予防認知症対応型通所介護	
14. 認知症対応型通所介護		33. 介護予防小規模多機能型居宅介護	
15. 小規模多機能型居宅介護		34. 介護予防認知症対応型共同生活介護	
16. 認知症対応型共同生活介護		35. 介護予防支援	
17. 地域密着型特定施設入居者生活介護		36. 介護老人福祉施設	
18. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		37. 介護老人保健施設	
19. 居宅介護支援		38. 介護療養型医療施設	

Q2-6(非表示):事業所としての指定や介護報酬上の加算があれば1を、なければ0を、それぞれ入力。

1. 短期利用共同生活介護	0. なし/1. あり
2. 共用型指定認知症対応型通所介護	0. なし/1. あり
3. 夜間ケア加算	0. なし/1. あり
4. 認知症行動・心理症状緊急対応加算	0. なし/1. あり
5. 若年性認知症利用者受入加算	0. なし/1. あり
6. 看取り介護の実施	0. なし/1. あり
7. 医療連携体制加算	0. なし/1. あり
8. 退居時相談援助加算	0. なし/1. あり
9. 認知症専門ケア加算 (I)	0. なし/1. あり
10. 認知症専門ケア加算 (II)	0. なし/1. あり
11. サービス提供体制強化加算 (I)	0. なし/1. あり
12. サービス提供体制強化加算 (II)	0. なし/1. あり
13. サービス提供体制強化加算 (III)	0. なし/1. あり

Q3: 貴事業所に併設または隣接されているサービス施設があれば、以下から全て選択して下さい。

1. なし (単独型)	
2. 認知症対応型通所介護	11. 介護老人保健施設
3. 小規模多機能型居宅介護	12. 介護療養型医療施設
4. 居宅介護支援	13. 在宅療養支援病院・診療所
5. 訪問介護	14. その他医療機関(選択肢12・13以外)
6. 訪問入浴介護	15. 有料老人ホーム(特定施設指定含む)
7. 通所介護	16. 高齢者住宅(サービス付き高齢者向け住宅等含む)
8. 短期入所生活介護	17. 配食・送迎等の高齢者生活支援サービス
9. 訪問看護	18. 介護・医療以外の事業
10. 介護老人福祉施設	19. その他

【入居者の状況】

Q4: 貴事業所における、本年10月1日時点での入居者数(複数ユニットの場合は全ユニットの合計)を、半角数字で入力して下さい。

	人
--	---

Q5: **本年10月1日時点**での、入居者の状況と実施しているケアについて、**入居者毎**にお答え下さい。

Q5 で回答頂いた入居者の数だけ、この画面が繰り返し表示されますので、人数分、それぞれ回答願います。(3ユニット・18人以上の事業所は、18人まで選んでお答え下さい)

※回答量が多くなりますが、ご協力頂ける事業所は是非ご回答下さい。

(ご回答頂けますと、後方の一部の質問で回答を省略頂ける場合があります)

入居者個人単位の設問には協力できないが、事業所単位の質問のみ協力頂ける場合は次のボタンを押し、この質問を飛ばして下さい。

次の質問に飛ぶ

入居者①さんについて (⑩まで繰り返す)

1.入居者仁シヤル	半角英字	さん
2.性別	1つ選択	1. 男性 2. 女性
3.現在の満年齢	整数で入力	歳
4.入居年月	整数で入力	西暦 年 月
5.入居前の世帯構成	1つ選択	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居(65歳以上の高齢者のみ) 4. その他同居(3以外) 5. 不明
6.入居前の介護力	1つ選択	1. 介護できる人間が常時いない 2. 介護できる人間が常時いる 3. 時間帯によっては介護できる人間がいる 4. 不明
7.入居前の居場所	1つ選択	1. 自宅 2. 他のグループホーム 3. 特別養護老人ホーム 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 介護療養型医療施設以外の医療機関(精神科病院以外) 7. 精神科病院 8. その他施設等(有料老人ホーム、特定施設、高齢者住宅等) 9. 上記以外 10. 不明
7-2.住まい (非表示)	1つ選択	1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、 公社等) 4. 借間 ⑤その他 1. 一戸建て 2. 集合住宅 3. 特定高齢者施設 ④グループホーム
7-3.現在利用しているサービスの状況 (非表示)	当てはまるものを全て選択	1. (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス) 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. (介護予防)通所介護(デイサービス) 7. (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 8. (介護予防)短期入所生活介護(特養等) 9. (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 10. (介護予防)特定施設入居者生活介護 11. (介護予防)福祉用具貸与 12. 特定(介護予防)福祉用具販売 13. 住宅改修 14. 夜間対応型訪問介護 15. (介護予防)認知症対応型通所介護 16. (介護予防)小規模多機能型居宅介護 17. (介護予防)認知症対応型共同生活介護 18. 地域密着型特定施設入所者生活介護

		19. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 20. 市町村特例給付 21. 介護保険給付外の在宅サービス 22. 介護老人福祉施設 23. 介護老人保健施設 24. 介護療養型医療施設 25. 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） 26. 特定施設入所者生活介護適用施設（ケアハウス等） 27. 医療機関（医療保険適用療養病床） 28. 医療機関（療養病床以外） 29. その他の施設
8.要介護度	1つ選択	1. 要支援 2. 要介護 1 3. 要介護 2 4. 要介護 3 5. 要介護 4 6. 要介護 5 7. 不明
9.ADL	それぞれ1つずつ選択	移動 1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
		食事 1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
		排泄 1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
		入浴 1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
		着替え 1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
10.IADL 等	それぞれ1つずつ選択	1. 一日の計画を自分で立てることが出来ますか 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
		2. 季節や状況にあった服を自分で選ぶことが出来ますか 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
		3. 電話をかけることが出来ますか 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
		4. 自分で食事の準備は出来ますか 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
		5. 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことは出来ますか 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
11. 障害高齢者日常生活自立度	医師の診断書等を基に、1つ選択	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明
12. 認知症高齢者日常生活自立度		1. なし 2. I 3. II a 4. II b 5. III a 6. III b 7. IV 8. M 9. 不明
13. 初めて周囲が本人の認知症に気付いた時		1. () 年 2. 不明
14. 認知症の状態 (調査時点の状況で記入して下さい。調査時点での状況が不明の場合は、以下の項目は要介護認定の項目ですので、要介護認定時点の評価で記入していただいて構いません)	それぞれ1つずつ選択	意思の伝達 1. 調査対象者が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
		生年月日や年齢を言うこと 1. できる 2. できない
		自分の名前を言うこと 1. できる 2. できない
		今の季節を理解すること 1. できる 2. できない
		場所の理解(自分がいる場所を答える) 1. できる 2. できない
		徘徊 1. ない 2. ときどきある 3. ある
		外出すると戻れない 1. ない 2. ときどきある 3. ある
		物を盗られたなどと被害的になる 1. ない 2. ときどきある 3. ある
		作話 1. ない 2. ときどきある 3. ある
		昼夜の逆転がある 1. ない 2. ときどきある 3. ある
		大声をだす 1. ない 2. ときどきある 3. ある
		介護に抵抗する 1. ない 2. ときどきある 3. ある
		「家に帰る」等と言いつつ落ち着きがない 1. ない 2. ときどきある 3. ある

		一人で外に出たがり目が離せない	1. ない 2. ときどきある 3. ある
		いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	1. ない 2. ときどきある 3. ある
		物を壊したり、衣類を破いたりする	1. ない 2. ときどきある 3. ある
		意味もなく独り言や独り笑いをする	1. ない 2. ときどきある 3. ある
		自分勝手に行動する	1. ない 2. ときどきある 3. ある

15. 認知症・精神科疾患・神経内科疾患以外で現在治療中の病気	当てはまるものを全て選択	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. 目の病気 14. 耳の病気 15. その他 16. ない
16. この入居者に、事業所に対応している医療ニーズ(事業所内の対応のみならず外部連携先による対応も含む)	当てはまるものを全て選択	1. 看取り期のケア 2. インスリン注射 3. 中心静脈栄養の管理 4. 注射・点滴の管理(2及び3以外) 5. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 6. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 7. 酸素療法 8. レスプレーター(人工呼吸器)の管理 9. 気管切開のケア 10. 疼痛の看護 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 13. じょくそうの処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置 18. 服薬管理 19. 導尿 20. 浣腸 21. 摘便 22. 簡易血糖測定 23. その他 24. なし
17. 過去1年間に入院した場合に医療に付随するケアの状況	当てはまるものを全て選択	1. 入院先医療機関の諸手続 2. 入院する際の付添 3. 入院中の、洗濯、洗面、身の回りの世話等 4. 入院中の訪問 5. 医療機関からの入居者に関する情報の提供・共有 6. 退院前カンファレンス等への参加 7. 上記いずれもなし 0. 過去1年入院がない

18. 認知症で専門医師の治療を受けたことがありますか	いずれかを選択	1. 継続的に治療を受けている 2. 確定診断等のために診療を受けたことがある	3. いいえ
19. 認知症以外で精神科・神経内科疾患の治療を受けていますか	該当する項目を全て選択	1. 統合失調症 2. 気分障害(うつ等) 3. てんかん 4. アルコール精神病 5. その他の器質性精神病 6. 高次脳機能障害 7. パーキンソン病 8. その他	9. いいえ

両方共「いいえ」の場合は20へ進む

		認知症の主治医	認知症以外で精神科・神経内科疾患の主治医
20. この入居者の主治医の専門診療科	それぞれ1つずつ選択し番号を入力	1. 神経内科 2. 精神科(神経科・精神神経科) 3. 心療内科 4. 1~3の診療科を重複 5. 1~3以外 6. 不明 7. 特定の主治医はいない	

21.グループホーム入居後の、精神科病院への入院歴	当てはまるものを全て選択	1. 入院歴あり（認知症のため） 2. 入院歴あり（認知症以外の精神科疾患のため）	3. 入院歴なし
	整数で入力	入院回数 通算入院期間	回 約 ヶ月

22. 認知症以外の精神科・神経内科疾患のために特別な配慮(幻覚妄想、感情・行動への支援)が必要ですか	1つ選択	1. はい（特別な配慮が必要） 2. 明確ではないが恐らく認知症以外の精神科・神経内科疾患による感情・行動があり、そのための支援が必要 3. いいえ（特別な配慮は不要） 4. 不明 5. 認知症以外の精神科・神経内科疾患はない
---	------	---

次の23は18で「はい」を選択、19で「いいえ」以外を選択された場合のみ、お答え下さい。

		1カ月間の総利用回数	うち、認知症の治療のための回数	うち、認知症以外の精神科・神経内科疾患のための回数	
23.1ヶ月間に利用した医療・看護サービス(9月中)	該当する項目の回数欄に整数で入力 非該当欄には0を入力 7や8を選択する場合は、欄に「○」を入力	1. 通院	月 回	月 回	月 回
		2. 往診（特別に来てもらう場合）の受入	月 回	月 回	月 回
		3. 訪問診療（定期的に来てもらう場合）の受入	月 回	月 回	月 回
		4. 医療保険の訪問看護の受入	月 回	月 回	月 回
		5. 医療連携体制加算の外部委託訪問看護ステーションによる訪問	月 回	月 回	月 回
		6. 主治医との電話等による相談	月 回	月 回	月 回
		7. 専門医を嘱託医等として契約			
		8. 行っていない			

24. 介護の手間や頻度	それぞれ1つずつ選択	1. 職員の見守りがないと、自分の意のままに外へ出て行ってしまうため支援を要する	1. 一日に何回も 2. 日に1回程度 3. 数日に1回程度 4. 週1回程度 5. 月1回程度 6. ない
		2. 他の入居者との関係で職員の支援を要する（例：他者への暴言・暴力、他者の居室に入る、他者の物に触れる・持ち去る、大声や奇声を発する、独り言を言い続ける、所かまわず排尿する・衣服を脱ぐ、食べられない物を食べる、等）	1. 一日に何回も 2. 日に1回程度 3. 数日に1回程度 4. 週1回程度 5. 月1回程度 6. ない
		3. 日中（7時～21時）は起きているにもかかわらず、夜間（21時～7時）は、眠れない（例：夜間の連続睡眠時間が2時間未満、総睡眠時間が4時間未満等）	1. ほぼ毎日 2. 数日に1回程度 3. 週1回程度 4. 月1回程度 5. ない

		<p>4. 職員等に対して、頻回又は長時間にわたり自分の話を訴える（例：「家に帰して」「お金や物を盗まれた」「食べたのに食べていない」「病院へ連れて行って」等、自分の境遇、身体の不調等）</p>	<p>1. 一日に何回も 2. 日に1回程度 3. 数日に1回程度 4. 週1回程度 5. 月1回程度 6. ない</p>
<p>25.この入居者に個別ニーズに対して支援していること（9月に1回以上行ったもの）</p>	<p>当てはまるものを全て選択</p>	<p>1. 本人の意志に基づき個別に散歩・買物にでかけるのを支援 2. 本人の意思に基づき個別に美容院・理容院・飲食店等へ出かけるのを支援 3. 本人の意思に基づき、個別に料理することを支援（火の使用含む） 4. 本人の食の「好み」（メニューや食材；柔らかさや食形態は「好み」としない）に対応して調理（グループホーム内で調理した場合のみ） 5. 職員とともに全体的調理・盛り付け配膳を手伝ってもらうことを支援 6. 本人の好きな趣味活動（演芸、音楽、運動、農作業等）に取り組むことを支援 7. おしゃれ（お化粧品、正装、着付け等）をすることを支援 8. 個別の新聞や雑誌の購入・購読に対応 9. 家族や知人宅を訪ねることを支援 10. 家族や知人に電話を掛けることを支援 11. 家族や知人が居室で過ごすことを支援</p>	
<p>26.この入居者について過去1年間に1回以上行ったもの（行ったかどうかについてのみチェックして下さい）</p>	<p>当てはまるものを全て選択</p>	<p>1. 歩き回って転倒したりどこかに行かないよう、ベッドや車椅子に胴や手足を固定する 2. ベッド等から転落しないよう、ベッドに胴や手足を固定する 3. ベッドの周囲を柵や壁等で囲んだりして自分では降りられないようにする 4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、手足を固定する 5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、あるいは皮膚をかきむしらないよう、ミトン等を使う 6. 車椅子や椅子等から落ちたり、立ち上がったたりしないよう、Y字型の専用ベルト、腰ベルト（紐）等を使う 7. 立ち上がったたりしないよう、椅子・車椅子と机の距離を近づける 8. 立ち上がる能力のある人を、立ち上がりを妨げるような椅子を使用する 9. 脱衣やおむつを外す人に、介護衣（つなぎ）を着せる 10. 他の人に迷惑をかけないように、ベッド等に胴や手足を固定する 11. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を使っている 12. 自分では開けられないような部屋に閉じこめる</p>	

【入居者の状況】

（この画面は、Q5を飛ばした事業所と、Q5を回答したものの入居者が18人超の事業所にのみ表示）

Q6-1: 貴事業所における、**本年10月1日時点**での、要介護度別での入居者数（複数ユニットの場合は全ユニットの合計）を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0（ゼロ）を入力して下さい。

入居者総数	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
※Q4の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人

Q6-2: 貴事業所における、**本年10月1日時点**での、認知症高齢者の日常生活自立度別での入居者数（複数ユニットの場合は全ユニットの合計）を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0（ゼロ）を入力して下さい。

入居者総数	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明
※Q4の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人	人	人

Q6-3: 貴事業所における、**本年10月1日時点**での、障害高齢者日常生活自立度別での入居者数（複数ユニットの場合は全ユニットの合計）を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0（ゼロ）を入力して下さい。

入居者総数	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明
※Q4の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

Q6-4: 貴事業所における、**本年10月1日時点**での、入居期間別での入居者数（複数ユニットの場合は全ユニットの合計）と、平均入居期間を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0（ゼロ）を入力して下さい。

入居者総数	6か月未満	6か月以上 1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	平均入居 期間(年)
※Q4の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	. 年

Q6-5: 貴事業所における**本年10月1日時点**での入居者で、入居前は精神科病院に入院されていた入居者数（複数ユニットの場合は全ユニットの合計）を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0（ゼロ）を入力して下さい。

入居者総数	入居前に精神科病院に入院していた入居者数
※Q4の値を自動表示(変更不可)	人

Q7: 貴事業所における、**本年10月1日時点**での、認知症の機能について該当する入居者数（複数ユニットの場合は全ユニットの合計）を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0（ゼロ）を入力して下さい（項目は要介護認定の項目の一部です）。

【この設問は、もし回答が困難な場合は、次の設問に飛んで頂いても構いません】

入居者総数	1.認知機能						
	意思伝達	生年月日 を言う	自分の名 前を言う	今の季節 を理解	場所の理 解	徘徊	外出して 戻れない
※Q4の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人

入居者総数	2.精神・行動障害									
	被害的	作話	大声を出す	介護に抵抗	落ち着き無	一人で出たがる	収集癖	物や衣類を壊す	独り言独り笑い	自分勝手に行動
※Q4の値を自動表示(変更不可)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

【職員の状況】

Q9: 貴事業所の介護従事者(看護師や計画策定担当者等介護業務に少しでも関わる人は全て含む)が保有する資格等(本年10月1日時点)について、各欄に人数を半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0(ゼロ)を入力して下さい。1人の職員が複数の資格を保有する場合はそれぞれの欄で別々にカウントして下さい。

(該当人数記載・重複可)	常勤職員	非常勤職員
①介護福祉士	人	人
②認定特定行為業務従事者	人	人
③介護支援専門員	人	人
④看護師	人	人
⑤准看護師	人	人
⑥社会福祉士	人	人
⑦精神保健福祉士	人	人
⑧作業療法士(OT)・理学療法士(PT)・言語聴覚士(ST)	人	人
⑨管理栄養士	人	人
⑩歯科衛生士	人	人

Q10: 本年10月1日から2週間の介護従事者の総勤務時間数を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0(ゼロ)を入力して下さい。

10/1～10/14の総勤務時間数(職員の総合計)(小数第1位まで)			
介護従事者	管理者の介護従事者としての勤務時間	時間	兼務している場合、按分し、介護従事者としての勤務時間数のみ入力して下さい
	計画作成担当者の介護従事者としての勤務時間	時間	
	介護従事者の勤務時間	時間	
事業所の定める週の勤務時間数		時間	

【専門医療機関との連携体制】

Q11-1: 貴事業所における、認知症の専門医師による訪問診療や往診の実施状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 同一法人・関連法人からの訪問診療や往診を受けている 2. 1以外からの訪問診療や往診を受けている 3. 訪問診療や往診を受けたいが対応してくれる医療機関がない 4. 訪問診療や往診を受けることは考えていない |
|---|

Q11-2: 貴事業所における、認知症の専門医師とのカンファレンスの実施状況について、以下のいずれか1つ選択して下さい。

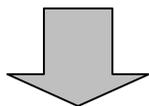
- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 医師とのカンファレンスを短時間であっても行っている 2. 医師から指示を受けることはあるがカンファレンスは行っていない 3. 認知症の専門医師との関係がない |
|---|

Q11-3: 貴事業所における、認知症以外の精神科疾患のある入居者に対する精神科医との連携状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 精神科医と連携し短時間でもカンファレンスを行っている 2. 精神科医から指示を受けることはあるがカンファレンスは行っていない 3. 認知症以外の精神科疾患のある入居者はいるが、精神科医との連携は行っていない 4. 認知症以外の精神科疾患が疑われる入居者がいるが、受診にはいたっていない 5. 認知症以外の精神科疾患が疑われる入居者がいるが、特に医師と連携する必要性を感じていない 6. 認知症以外の精神科疾患のある入居者はいない |
|--|

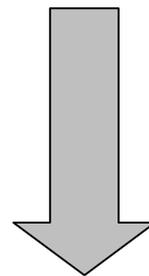
Q11-4: 貴事業所の、精神科病院への入院や支援の取組状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。なお、1を選んだ場合は支援している内容も選択(該当するもの全て)して下さい。

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 必要に応じて入院してもらい、退院・再入居するよう支援する | <ol style="list-style-type: none"> 2. 必要に応じて入院してもらいが、退院・再入居の支援は行っていない 3. 精神科病院への入院は行わないようにしている 4. 分からない 5. その他 () |
|---|--|



【支援している内容】(全て選択)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 入院の際の情報共有・カンファレンス 2. 入院中の情報共有・カンファレンス 3. 退院時の情報共有・カンファレンス 4. 家族の支援や応相談、入退院の諸手続き 5. いずれも取り組んでいない |
|--|



【福祉用具の状況】

Q12-1: 貴事業所において、利用者の身体機能が低下してきた場合に使用する福祉用具に関する基本的な対応状況について、以下の中からいずれか1つ選択して下さい。

- | |
|--|
| 1. 入居者の身体状況に関わらず、全て備え付けの福祉用具で対応している。 |
| 2. 入居者の身体状況に応じ、備え付けの福祉用具では対応できない場合、事業所がレンタル又は購入している。 |
| 3. 入居者の身体状況に応じて、備え付けではなく、全て事業所がレンタルで対応している。 |

Q12-2: 貴事業所の、利用者の身体機能が低下してきた場合に使用する備品として、過去5年以内に購入、または現在レンタルしている福祉用具について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。また、選択肢1～6の用具をお持ちの場合は、保有台数も入力して下さい。

- | | |
|---|---|
| 1. 電動ギャッジベッド（背上げ・足上げ機能付き特殊寝台） | 台 |
| 2. 手動ギャッジベッド（背上げ・足上げ機能付き特殊寝台） | 台 |
| 3. 姿勢変換機能付き車いす（リクライニング車いす） | 台 |
| 4. 吸引器 | 台 |
| 5. リフト | 台 |
| 6. 体位変換器、床ずれ防止ベッド等特殊機能を持つベッド | 台 |
| 7. 床ずれ防止のためのマットレス、体位変換クッション等 | |
| 8. その他(1台・1セットが10万円以上で購入又は月5千円以上でレンタル)() | |
| 9. いずれも備え付けていない | |

【ケアの状況】

Q13-1: 貴事業所の食事介助に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。なお、入居者の状態により現在は実施できていない場合も基本方針として実施することとなっている場合は選択して下さい。

- | |
|--|
| 1. 日常的な食事の献立に入居者の意思を反映することを基本としている |
| 2. 食事に必要な食材料は入居者と共に購入に出かけることを基本としている |
| 3. 食事の調理・盛り付け・片付けなど常時、主体的に行う支援を基本としている |
| 4. 食事はグループホーム外から配食・弁当で賄うことを基本としている |
| 5. 外食を意識的に取り入れている |
| 6. 上記のいずれも取り組んでいない |

Q13-2: 貴事業所の入浴介助に関する基本的な取組状況について、以下の中から該当するものを全て選択して下さい。

- | |
|---|
| 1. 本人の意思や状態・状況に応じて入浴できるようにしている |
| 2. 夜間入浴（夕食後から就寝前）が行えるようにしている |
| 3. 身体的能力が低下した場合でも入浴の機会を確保するための設備を備えている。あるいは近隣施設等との協力関係で可能な状況にある |
| 4. 入居者の状態に合わせてマンツーマンで入浴を行っている |
| 5. 上記のいずれも取り組んでいない |

Q13-3: 貴事業所の排泄介助に関する基本的な取組状況について、以下の中から**該当するものを全て**選択して下さい。

1. 入居者の状態や状況に応じて随時介助を基本としている
2. トイレで排せつすることを基本としている
3. 可能な限りオムツを使用しないようにしている
4. 上記のいずれも取り組んでいない

Q13-4: 貴事業所の、入居者の過ごし方に関する基本的な取組状況について、以下の中から**該当するものを全て**選択して下さい。

1. 起床時間・就寝時間は入居者に応じている
2. 起床・就寝時は着替えてもらうことが基本となっている
3. 入居者の意思や状態・状況に応じて過ごし方を決めている
4. 外に出かけることを積極的に取り組んでいる
5. 入居者が個別に外出ができるようにしている
6. 趣味活動や遠出外出など非日常的な活動を取り入れている
7. 上記のいずれも取り組んでいない

Q13-5: 貴事業所の、入居者へのケアを良くするためのツール類の活用状況について、以下の中から**活用しているものを全て**選択して下さい。

1. ケアマネジメントセンター方式（全入居者に活用）
2. ケアマネジメントセンター方式（一部の入居者で活用）
3. 「ひもときシート」（全入居者に活用）
4. 「ひもときシート」（一部の入居者で活用）
5. DCM (Dementia Care Mapping) のマッピング（今年度になって実施した場合）
6. 上記以外のツールの活用（ ）
7. 上記いずれも活用していない

Q13-6: 貴事業所の、施錠の状況について、以下の中から**いずれか1つ**選択して下さい。

1. 日中の時間帯は施錠していない
2. 入居者の状態によって日中の時間帯に施錠することがある
3. 基本的に施錠している

Q13-7(Q5 回答者は非表示): 貴事業所の、過去1年間で1回以上行った身体拘束について、以下の中から**該当するものを全て**選択して下さい。

1. 歩き回って転倒したりどこかに行かないよう、ベッドや車椅子に胴や手足を固定する
2. ベッド等から転落しないよう、ベッドに胴や手足を固定する
3. ベッドの周囲を柵や壁等で囲んだりして自分では降りられないようにする
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、手足を固定する
5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう、あるいは皮膚をかきむしらないよう、ミトン等を使う
6. 車椅子や椅子等からずり落ちたり、立ち上がったたりしないよう、Y字型の専用ベルト、腰ベルト（紐）等を使う
7. 立ち上がったりしないよう、椅子・車椅子と机の距離を近づける
8. 立ち上がる能力のある人を、立ち上がりを妨げるような椅子を使用する
9. 脱衣やおむつを外す人に、介護衣（つなぎ）を着せる。
10. 他の人に迷惑をかけないように、ベッド等に胴や手足を固定する
11. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を使っている
12. 自分では開けられないような部屋に閉じこめる
13. 上記いずれも行っていない

Q13-8: 貴事業所の、入居者の継続的な支援に関する基本的な取組状況について、以下の中から**いずれか1つ**選択して下さい。

1. 関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本とし取り組んでいる
2. 関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本とし取り組んでいるが、常時医療行為を求められると医療職の配置がないこと等から対応できない場合がある
3. 関係機関と連携して最期の看取りまで継続支援することを基本とし取り組んでいるが、医療行為以外にもADLや認知症の状態に対応できない場合がある
4. グループホームは「ある段階まで」と考えており、家族等からの依頼があったとしても、最期の看取りまで継続支援する考えはない。

Q13-8-1: 上で選択肢3か4を選んだ事業所のみお答え下さい。

「ある段階まで」とはどのような段階でしょうか。以下の中から**該当するものを全て**選択して下さい。

1. 継続的な医療的ケアが必要となった段階
2. 認知症の行動・心理症状(BPSD)や精神症状が重度で対応できなくなった段階
3. ADLが一定以上重度になり対応できなくなった段階
4. 上記以外のその他

Q13-9: 貴事業所の、入居者の介護計画の作成に関する基本的な取組状況について、以下の中から**該当するものを全て**選択して下さい。

1. 介護計画は、毎月見直し・作成している
2. 介護計画は、毎月ではないが定期的に見直し・作成している
3. 介護計画の作成に当たっては、主治医や訪問看護ステーションの看護師等関係する外部の者からの意見を反映するようにしている
4. 介護計画は、入居者に説明する（意思確認が難しくても）ことを基本にしている
5. 介護計画が見直し作成されれば、会議や回覧などを通して必ず職員に周知している
6. 上記いずれも該当しない

Q13-10: 貴事業所の、入居者の家族との連携における基本的な取組状況について、以下の中から**該当するものを全て**選択して下さい。

1. 事業者・事業所主催による家族との懇談会等を定期的（年間3回以上）に行っている
2. 家族による家族会があり、家族会主催の会合が行われている
3. 家族も交えたグループホームの行事等を定期的に行っている
4. 上記いずれも行っていない

Q13-11: 貴事業所の、入居者の身体機能の低下に伴う介助における指導・助言等に関する基本的な取組状況について、以下の中から**該当するものを全て**選択して下さい。

1. 入居者個別に適正な身体介助方法や機能訓練等について専門家（理学療法士等）による指導・助言を得ている
2. 入居者の食事の献立や食品衛生管理について専門家（管理栄養士等）から指導や助言を得ている
3. 入居者の口腔ケアについて専門家（歯科医師、歯科衛生士、ST等）から指導や助言を得ている
4. 上記いずれも行っていない

【職員育成の状況】

Q14: 貴事業所の職員の、**本年10月1日時点**での以下の各研修の修了者数を、半角数字で入力して下さい。該当者がいない欄は0(ゼロ)を入力して下さい。

(該当する修了者数の記載・重複可)	常勤職員	非常勤職員
①グループホーム管理者研修	人	人
②認知症介護指導者研修	人	人
③認知症介護実践研修（リーダー研修）	人	人
④認知症介護実践研修（実践者研修）	人	人

Q15: 貴事業所の職員の、外部研修への派遣、内部研修の実施や、他法人の事業者との交流について、**昨年度の実施状況**を半角数字で入力して下さい。該当する取組を実施・参加していない場合は0(ゼロ)を入力して下さい。

なお、外部主催の研修には職員自ら休暇等を利用して参加した研修や職員が自発的に行く研修に費用の一部を負担する場合を含めません。また、他法人の事業者との交流は実施場所により外部・内部を分けて下さい。

(昨年度1年間)	外部	事業所内部	人数と回数をかけた値を入力して下さい。 例①:年間で3人が2回=3×2=6人回 例②:年間で1人が3回と2人が1回=1×3+2×2=7人回
新入職員向けの研修(OJT 除く)	人・回	人・回	
現任者向けの研修	人・回	人・回	
管理者向けの研修	人・回	人・回	
計画作成担当者向けの研修	人・回	人・回	
資格取得支援	人・回	人・回	
他法人の事業者との勉強会・講習会等	人・回	人・回	
他法人の事業者との相互訪問による研修(地域内での事業所研修会は除く)	人・回	人・回	
その他	人・回	人・回	

Q16-1: 貴事業所では、職員のスキル向上のための、事業所全体で年間の研修・教育計画を作成していますか。以下の中から**1つ**選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 事業所全体で、年間の研修・教育計画を決めている 事業所全体で、年間の研修・教育計画を決めていない |
|---|

Q16-2: 貴事業所では、職員のスキル向上のための、個人別の研修・教育計画を作成していますか。以下の中から**1つ**選択して下さい。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 職員全員の年間の研修・教育計画を定めている。 一部の職員（初任者とか、介護職員のみとか）のみの年間研修・教育計画を定めている 個人別の年間研修・教育計画は定めていない |
|---|

質問は以上です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。