

## 予防サービスの提供に関する実態調査の調査検討組織 設置要綱

### 1. 設置目的

（株）三菱総合研究所は「予防サービスの提供に関する実態調査」を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり予防サービスの提供に関する実態調査の調査検討組織（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、国立社会保障・人口問題研究所 川越雅弘氏を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- （2）委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

### 3. 調査検討組織の運営

- （1）調査検討組織の運営は、（株）三菱総合研究所が行う。
- （2）前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

### 予防サービスの提供に関する実態調査の 調査検討組織 委員等

委員長	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 企画部 第1室長）
委員	稲葉 雅之（日本在宅介護協会 専務理事）
	唐木 美代子（日本介護支援専門員協会 常任理事）
	東内 京一（和光市保健福祉部長）

（敬称略、50音順）

### 【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 鶴田真也
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 飯村祥子

## 予防サービスの提供に関する実態調査（案）

### 1. 調査の目的

本調査では、平成24年度に新設された加算等の取得実績等、予防サービスの提供実態を把握するとともに、加算取得事業所におけるプログラムの実施体制や職員配置、利用者に対する関与等について調査する。さらに、地域支援事業との関連において、事業所における地域支援事業の受け入れ実態等を調査し、次回の介護報酬改定における検討に資する基礎資料を作成する。

### 2. 調査客体（客体数は介護給付費実態調査（平成25年5月）に基づく想定）

- ・介護予防訪問介護（抽出） 約2600カ所
- ・介護予防訪問リハビリテーション 約2100カ所
- ・介護予防通所介護（抽出） 約3100カ所
- ・介護予防通所リハビリテーション（抽出） 約3000カ所
- ・介護予防短期入所生活介護（抽出） 約2000カ所
- ・介護予防特定施設入居者生活介護（抽出） 約1500カ所
- ・介護予防認知症対応型通所介護 約550カ所
- ・介護予防認知症対応型共同生活介護 約770カ所

### 3. 主な調査項目

- ・事業所の属性（法人種類、利用者数、加算取得状況、職員体制等）
- ・サービスの実施体制
- ・利用者の状態像、加算算定利用者の状況 等

### 4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

調査票は事業所票および利用者票とで構成され、事業所票では事業所の特性について把握する。利用者票では利用者の属性を把握するとともに、サービス（加算サービスを含む）の利用状況について個別に把握する。

### 5. 調査方法（郵送調査等）

自記式調査票の郵送配布・回収を行う。

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【事業所票】【介護予防訪問介護】（案）**

**■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。**この調査票は**介護予防訪問介護のみ**についてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、**2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養）生活介護）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）までにご返送下さい。**

**■調査に関するお問い合わせ先・返送先**

「予防サービスの提供に関する調査」事務局 （担当：★★★）  
 電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）  
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	（記入者名： ）	
ご連絡先	電話：	FAX：

【2013年10月1日時点】

(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. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他( )

(2)加算等の算定状況 2013年9月実績	
①介護予防訪問介護費	I. ⇒( )件 II. ⇒( )件 III. ⇒( )件
②生活機能向上連携加算	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
②「2. 算定なし」の場合、 その理由 ※複数可	1. 訪問リハとの連携を必要とする利用者がいない 2. 職場内の体制(職員同士の連携を含む)が整っていない 3. 訪問リハ事業所が近くにない 4. 近くに訪問リハ事業所はあるが連携したことがない 5. 近くに訪問リハ事業所はあり、連携について相談したが断られた 6. リハ職と連携すること自体にメリットを感じない 7. 連携するのに手間がかかる(日程調整、利用者への説明など) 8. 連携に要する手間に比べて、報酬が低すぎる 9. ケアマネジャーからの依頼がない 10. 利用者や家族からの要望がない 11. 加算をとると、利用者負担が高くなってしまう 12. その他( )
③加算はとっていないが、リハ職と訪問介護員が 自宅を同行訪問したケースがありますか	1. はい →( )件 2. いいえ
④特定事業所加算 (訪問介護事業所の状況についてお答え下さい。)	1. 算定あり 2. 算定なし

(3)職員体制 (2013年10月1日の状況) ※介護予防訪問介護に従事する職員(兼務も含む)							
	実人数		常勤換算		実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計人数		常勤	非常勤	合計人数
訪問介護員	人	人	人	事務職員	人	人	人
うちサービス 提供責任者	人	人	人	その他	人	人	人

常勤換算数の計算方法：

例1) 事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、 $16 \div 40 = 0.4$ となります。

例2) 事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、 $8 \div 38 = 0.21 = 0.2$  (四捨五入) となります。

(4)利用者の状況 2013年9月実績		
①要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
	人	人
利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。 例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人		
②要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
	人	人
利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。 例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→ 延べ人数は7人		
③利用終了者の状況 ここ半年間で、要介護認定を更新した結果、状態改善により要支援を終了し「非該当」となった利用者(実人数)についてお答え下さい。	1. 利用終了者あり →( )人 2. 利用終了者なし	

④★月★日～★月★日までの任意の1日の要支援サービス利用者10名について伺います。利用者が10名を超える場合は、要支援1・2の利用者を**お名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に10名を抽出して下さい。**

NO	利用開始時期 (西暦)	現在の 要介護度区分	左記区分の有効期間		前回の要介護度区分
			開始月 (西暦)	終了月 (西暦)	
1	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
2	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
3	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
4	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
5	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
6	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
7	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
8	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
9	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
10	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

#### (5)生活機能向上連携に係る支援体制

※(2)②で「1. 算定あり」と回答した事業所に伺います。

① 生活機能向上連携加算を最初に算定した年月	西暦( )年( )月
② 生活機能向上連携加算を算定する上での課題 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. サービス提供責任者の負担が大きい</li> <li>2. 連携する訪問リハ事業所が少ない</li> <li>3. リハ職との連絡調整(同行日程の調整を含む)が難しい</li> <li>4. ケアマネジャーとの連絡調整が難しい</li> <li>5. リハ職との同行の意味やメリットを利用者・家族に説明するのが難しい</li> <li>6. 利用料が増えることを利用者・家族に説明するのが難しい</li> <li>7. 事務手続きや書類作成などの負担が大きい</li> <li>8. 報酬が低いため、この加算の算定を増やそうとするインセンティブが働かない</li> <li>9. その他( )</li> </ol>

**（6）地域支援事業の受託状況**

地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。

## ①地域支援事業の受託の有無

1. 受託なし⇒以下のAへお進みください。
2. 受託あり⇒以下のBへお進みください。

## A【地域支援事業を受託していない事業所は、以下にご回答ください。】

②受託していない理由 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自治体からの依頼がない</li> <li>2. 自治体からの依頼があったが断った</li> <li>3. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない</li> <li>4. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
②「1. 自治体からの依頼がない」 場合、受託可能かどうか	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可能</li> <li>2. 不可能 →理由( )</li> </ol>
②「2. 自治体からの依頼があった が断った」の場合、その理由	
③地域支援事業を受託する 上での課題 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない</li> <li>2. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない</li> <li>3. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(訪問型介護予防事業))事業を実施していない</li> <li>4. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(通所型介護予防事業))事業を実施していない</li> <li>5. 自治体で介護予防・日常生活支援総合事業を実施していない</li> <li>6. その他( )</li> </ol>

## B【地域支援事業を受託している事業所は、以下にご回答ください。】

④地域支援事業実施期間 (2012年の実績)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通年</li> <li>2. 一定期間 →( )月～( )月</li> <li>3. その他( )</li> </ol>			
⑤地域支援事業所の実利用者数 (2013年9月の実績)	<table border="1"> <tr> <td>人</td> <td>⑥実施頻度</td> <td>回/月</td> </tr> </table>	人	⑥実施頻度	回/月
人	⑥実施頻度	回/月		
⑦プログラム1回あたり平均参加人数	<table border="1"> <tr> <td>人</td> <td>⑧1回あたり 平均実施時間</td> <td>時間</td> </tr> </table>	人	⑧1回あたり 平均実施時間	時間
人	⑧1回あたり 平均実施時間	時間		
⑨サービス提供体制 ※介護予防訪問介護事業所と兼務している職 種に○を付けて下さい。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問介護員</li> <li>2. サービス提供責任者</li> <li>3. 事務職員</li> <li>4. その他( )</li> </ol>			
⑩介護予防のための具体的な取組内容 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 運動器の機能向上や膝痛・腰痛予防のためのプログラム</li> <li>2. 栄養改善のためのプログラム</li> <li>3. 口腔機能の向上のためのプログラム・支援</li> <li>4. 認知機能の低下予防のプログラム・支援</li> <li>5. 閉じこもり予防のプログラム・支援</li> <li>6. うつ予防のプログラム・支援</li> <li>7. 安否確認のための定期的な訪問</li> <li>8. 緊急時の対応・支援</li> <li>9. 1～6を組み合わせた複合サービス</li> <li>10. その他( )</li> </ol>			
⑪地域支援事業を事業所において実施 する上での課題や工夫点 ※自由回答				

■■■ご協力ありがとうございました■■■

## 予防サービスの提供に関する実態調査

## 【利用者票】【介護予防訪問介護】

※2013年4月～9月の間に生活機能向上連携加算を算定している利用者をお名前(名字ではない下の  
お名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※生活機能向上連携加算を算定していない場合は、9月中の貴事業所における要支援の利用者をお  
名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽  
出して下さい。

※この調査票は、調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方がご記入下さい。

利用者ID: 1

## 1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします					
(1) 性別	1. 男性		2. 女性		
(2) 年齢	_____ 歳				
(3) 貴事業所のサービス利用開始年月	西暦_____年_____月				
(4) 調査日時点の要介護度	1. 要支援1		2. 要支援2		
(5) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1・2 5. 要介護3～5				
(6) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
(7) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明				
(8) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	屋内移動	1	2	3	4
	屋外移動	1	2	3	4
	食事	1	2	3	4
	排泄	1	2	3	4
	入浴	1	2	3	4
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3	4
	日用品の買物	1	2	3	4
	食事の用意	1	2	3	4
	服薬	1	2	3	4
	請求書の支払い	1	2	3	4
	預貯金の出し入れ	1	2	3	4
年金などの書類の記入	1	2	3	4	
(10) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他( ) 19. ない				

(11) 治療の有無	1. あり            2. なし            3. 不詳
(12) 医療・ケア職による対応の必要性の有無 ※複数可	1. あり            2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容	1. 注射・点滴            2. 中心静脈栄養            3. 透析 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置            5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)            7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護            9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)            11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 13. 服薬管理            14. その他(            ) 15. ない
(13) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある            2. ない
(14) 世帯構成	1. 独居            2. 夫婦のみ            3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ            2. それ以外
(15) 介護者の有無	1. あり    主介護者: _____            2. なし
(16) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(17) 現在の住まい	1. 一戸建て            2. 集合住宅
(18) 住居の形態	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(            )
(19) 現在利用している介護予防サービス内容 ※複数可	1. (介護予防) 訪問介護            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 5. (介護予防) 居宅療養管理指導            6. (介護予防) 通所介護 7. (介護予防) 通所リハ            8. (介護予防) 福祉用具貸与 9. 特定(介護予防) 福祉用具販売 10. 住宅改修            11. (介護予防) 認知症対応型通所介護 12. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. その他(            )
(20) 現在(過去1ヶ月間)の受診の有無	1. あり            2. なし
「1. あり」と回答した場合、受診回数	通院: _____ 回/月            訪問診療(往診): _____ 回/月
(21) 現在(過去1ヶ月間)の保険外のサービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、具体的なサービス ※複数可	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス(例: 介護タクシー等) 3. 生活支援サービス(例: 買い物、草むしり等) 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス            6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム            8. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 9. 見守り支援・安否確認            10. 家族支援サービス 11. その他(            )

## 2. 個別援助計画内容およびサービス実施状況について

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします	
(22) 個別援助計画書で設定した課題・短期目標・短期目標の達成状況 ※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	
個別援助計画策定月日	西暦_____年_____月_____日
課題(最も重要と考えた課題1つ)	
その課題に対する本人の意向 (〇〇まで出来るようになりたいなど)	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標解決に向けて実施した内容	
短期目標の達成状況(最も近いものに○)	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. 目標設定時とほぼ同じ状態(変化なし) 4. 目標設定時よりも状態は悪くなっている 上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 何がどのようになったかを具体的に記入下さい(例:外出頻度が増えたなど)
■ サービス実施状況について	
(23) 一か月あたりの利用回数	回
(24) 前回サービスを提供した時のおおよその時間 ※生活支援、身体介護のそれぞれの 前回サービスの提供時間を記入して下さい。	生活支援 約( )時間 身体介護( )分
(25) 前回サービス提供時の内容 (身体介助)※複数可	1. 食事介助      2. 排泄介助      3. 入浴介助 4. 体位変換      5. 更衣            6. 洗面・口腔清潔 7. 身体整容      8. 服薬介助      9. 移動・移乗介助 10. その他( )
(26) 前回サービス提供時の内容 (生活支援)※複数可	1. 調理            2. 掃除            3. 買物 4. 金銭管理      5. 洗濯            6. 外出介助 7. その他( )

## 3. 訪問リハビリテーション事業所のリハ職との連携について

(27) リハ職と訪問介護員が同行訪問して連携し、サービスを提供しているか ※2013年4月～9月の間	1. 同行訪問している	2. 同行訪問していない
(「1=同行訪問している」の場合) 生活機能向上連携加算の有無 ※2013年4月～9月の間	1. 生活機能向上連携加算あり	2. 生活機能向上連携加算なし

「3.」以降は、リハ職と訪問介護員が同行訪問を実施した利用者の方に伺います（上記（27）において「1. 同行訪問している」と回答した方）

## 3. 2013年4月～9月の間に生活機能向上連携加算を算定していた方について

■ 同行訪問のプロセスや内容についてお聞きします			
(28) 個別援助計画で重点目標に いれたもの ※複数可	ADL	1. 屋内移動 2. 屋外移動 3. 食事 4. 排泄 5. 入浴 6. 整容（着替え） 7. その他（ ）	
	IADL	1. バスや電車、自家用車での一人での外出 2. 日用品の買物 3. 食事の用意 4. 服薬 5. 請求書の支払い 6. 預貯金のお出し入れ 7. 年金などの書類の記入 8. その他（ ）	
(29) 個別援助 計画策定 までの プロセス	事前準備	リハ職に提供した書類 ※複数可	1. アセスメントシート 2. 訪問介護計画書 3. モニタリング実施記録票（モニタリング内容等） 4. サービス実施報告書（訪問介護サービス実施結果等） 5. サービス評価記録票（訪問介護サービスの評価結果等） 6. なし 7. その他（ ）
		リハ職から提供を受けた書類 ※複数可	1. アセスメントシート 2. リハビリテーション実施計画書 3. 担当医からのリハビリテーション指示書 4. モニタリング実施記録票 5. なし 6. その他（ ）
		リハ職との情報共有の方法（主なもの）	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他（ ）
	同行訪問時	計画策定までの訪問リハビリテーション事業所のリハ職との同行訪問回数	回
		同行訪問時に同行したリハ職の職種 ※複数可	1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. 言語聴覚士
		同行訪問の場に同席した人（サービス提供者、リハ職以外） ※複数可	1. 利用者本人 2. 利用者家族 3. ケアマネジャー 4. 他サービスの担当者 5. 主治医 6. その他（ ）
リハ職と動作確認した生活行為 ※複数可	1. 立位保持 2. 座位保持 3. 立ち上がり 4. 起き上がり 5. 家事（掃除、洗濯など） 6. 調理 7. 食事動作 8. 嚥下 9. 移動 10. 移乗 11. 階段昇降 12. 屋内歩行 13. 屋外歩行 14. 入浴 15. 整容 16. 着替え		

## 【介護予防訪問介護】

		17. トイレ動作(トイレまでの移動を含む)
	リハ職から助言を得た内容 ※複数可	1. 介助方法 2. 機能訓練方法 3. 福祉用具の使用方法 4. 身体機能の評価結果 5. 認知機能の評価結果 6. 家族との調整方法 7. コミュニケーション方法 8. その他( )
	訪問後の対応	同行訪問実施後の状況に関するリハ職への報告の有無 1. あり 2. なし
	リハ職との情報共有の方法(主なもの)	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他( )
(30) 生活機能向上連携実施後の評価		
訪問リハと訪問介護との連携したサービス提供による利用者に対する効果 ※複数可		1. 利用者の ADL や自立に対する理解度が高まった 2. 利用者の活動性が向上した 3. 利用者の身体状態が改善(または悪化防止)した 4. 利用者・家族が意欲的になった 5. 利用者・家族のサービス満足度が上昇した 6. 家族の介護方法が変化した 7. その他( )
訪問リハと訪問介護との連携したサービス提供による訪問介護員に対する効果 ※複数可		1. 生活行為のどの部分を支援すべきかが理解された 2. 生活行為に対するアセスメント力が向上した 3. 支援内容や方法が改善した(より自立を支援する方に) 4. 安全に関われるようになった 5. 利用者との関係性がより良好になった 6. 以前より、様々な相談を持ちかけられるようになった 7. その他( )
リハ職による介助の仕方や範囲の助言内容に対する評価 (訪問介護員からの評価をご記入ください)		1. 非常に良かった 2. やや良かった 3. あまり良くなかった 4. 良くなかった 5. 該当無し(助言はなかった)
リハ職による新たな福祉用具の導入・変更や、住宅改修の助言内容に対する評価 (訪問介護員からの評価をご記入ください)		1. 非常に良かった 2. やや良かった 3. あまり良くなかった 4. 良くなかった 5. 該当なし(助言はなかった)
リハ職による家族の介護方法の助言内容に対する評価 (訪問介護員からの評価をご記入ください)		1. 非常に良かった 2. やや良かった 3. あまり良くなかった 4. 良くなかった 5. 該当無し(助言はなかった)



**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【事業所票】【介護予防訪問リハビリテーション】（案）**

**■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。この調査票は**介護予防訪問リハビリテーションのみ**についてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、**2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養生活介護））で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）までにご返送**下さい。

**■調査に関するお問い合わせ先・返送先**

「予防サービスの提供に関する調査」事務局 （担当： ）  
 電話： ★-★-★ （平日9時30分～17時30分）  
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	（ご記入者名： ）
ご連絡先	電話： FAX：

【2013年10月1日時点】

(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(介護予防も含まれます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院    2. 診療所    3. 特養(地域密着型を含む)    4. 老健 5. 介護療養型医療施設    6. 訪問介護    7. 訪問入浴介護    8. 訪問看護 9. 訪問リハ    10. 通所介護    11. 通所リハ    12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅    15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護    17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護    19. 複合型サービス    20. 居宅介護支援 21. その他( )

【平成24年度調査研究①（継続）】（別紙7-5）  
【介護予防訪問リハビリテーション】

(2)加算等の算定状況 2013年9月実績		
①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訪問介護連携加算 (訪問介護計画を作成する上での必要な助言を行った場合)	1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
②「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可	1. 訪問介護との連携を必要とする利用者がいない 2. 職場内の体制(職員同士の連携を含む)が整っていない 3. 訪問介護事業所が近くにない 4. 近くに訪問介護事業所はあるが連携したことがない 5. 近くに訪問介護事業所はあり、連携について相談したが断られた 6. 訪問介護職と連携すること自体にメリットを感じない 7. 連携するのに手間がかかる(日程調整、利用者への説明など) 8. 連携に要する手間に比べて、報酬が低すぎる 9. ケアマネジャーからの依頼がない 10. 利用者や家族からの要望がない 11. 加算をとると、利用者負担が高くなってしまう 12. その他( )	
③加算はとっていないが、訪問介護員と自宅を同行訪問したケースは今までにありますか	1. はい →( )件	2. いいえ
④サービス提供体制強化加算	1. 算定あり	2. 算定なし

(3)職員体制 (2013年10月1日の状況) ※介護予防訪問リハビリテーションに従事する職員(兼務も含む)							
	実人数		常勤換算		実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計人数		常勤	非常勤	合計人数
医師	人	人	. 人	理学療法士	人	人	. 人
看護師	人	人	. 人	作業療法士	人	人	. 人
生活相談員	人	人	. 人	言語聴覚士	人	人	. 人
介護職員	人	人	. 人	その他	人	人	. 人

常勤換算数の計算方法：

例1) 事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、 $16 \div 40 = 0.4$ となります。

例2) 事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、 $8 \div 38 = 0.21 = 0.2$  (四捨五入)となります。

(4)利用者の状況 2013年9月実績		
①要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
	人	人
利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。 例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人		
②要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
	人	人
利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。 例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→延べ人数は7人		
③利用終了者の状況 ここ半年間で、要介護認定を更新した結果、状態改善により要支援を終了し「非該当」となった利用者(実人数)についてお答え下さい。	1. 利用終了者あり →( )人 2. 利用終了者なし	

【介護予防訪問リハビリテーション】

④★月★日～★月★日までの任意の1日の要支援サービス利用者10名について伺います。利用者が10名を超える場合は、要支援1・2の利用者を五十音順に並べ、お名前(名字ではない下のお名前)の早い順に10名抽出して下さい。

NO	利用開始時期 (西暦)	現在の 要介護度区分	左記区分の有効期間		前回の要介護度区分
			開始月 (西暦)	終了月 (西暦)	
1	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
2	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
3	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
4	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
5	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
6	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
7	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
8	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
9	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
10	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

(5)訪問介護連携加算に係る支援体制

※(2)②で「1. 算定あり」と回答した事業所に伺います。

① 訪問介護連携加算を最初に算定した年月	西暦( )年( )月
② 訪問介護連携加算を算定する上での課題 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問リハ職の負担が大きい</li> <li>2. 連携する訪問介護事業所が少ない</li> <li>3. 訪問介護職との連絡調整(同行日程の調整を含む)が難しい</li> <li>4. ケアマネジャーとの連絡調整が難しい</li> <li>5. 訪問介護職との同行の意味やメリットを利用者・家族に説明するのが難しい</li> <li>6. 利用料が増えることを利用者・家族に説明するのが難しい</li> <li>7. 事務手続きや書類作成などの負担が大きい</li> <li>8. 報酬が低いため、この加算の算定を増やそうとするインセンティブが働かない</li> <li>9. その他( )</li> </ol>

**（6）地域支援事業の受託状況**

地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。

①地域支援事業の受託の有無

1. 受託なし⇒以下のAへお進みください。
2. 受託あり⇒以下のBへお進みください。

**A【地域支援事業を受託していない事業所は、以下にご回答ください。】**

②受託していない理由 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自治体からの依頼がない</li> <li>2. 自治体からの依頼があったが断った</li> <li>3. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない</li> <li>4. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
②「1. 自治体からの依頼がない」 場合、受託可能かどうか	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可能</li> <li>2. 不可能 →理由( )</li> </ol>
②「2. 自治体からの依頼があった が断った」の場合、その理由	
③地域支援事業を受託する 上での課題 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない</li> <li>2. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない</li> <li>3. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(訪問型介護予防事業))事業を実施していない</li> <li>4. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(通所型介護予防事業))事業を実施していない</li> <li>5. 自治体で介護予防・日常生活支援総合事業を実施していない</li> <li>6. その他( )</li> </ol>

**B【地域支援事業を受託している事業所は、以下にご回答ください。】**

④地域支援事業実施期間 (2012年の実績)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通年</li> <li>2. 一定期間 →( )月～( )月</li> <li>3. その他( )</li> </ol>			
⑤地域支援事業所の実利用者数 (2013年9月の実績)	<table border="1"> <tr> <td>人</td> <td>⑥実施頻度</td> <td>回/月</td> </tr> </table>	人	⑥実施頻度	回/月
人	⑥実施頻度	回/月		
⑦プログラム1回あたり平均参加人数	<table border="1"> <tr> <td>人</td> <td>⑧1回あたり 平均実施時間</td> <td>時間</td> </tr> </table>	人	⑧1回あたり 平均実施時間	時間
人	⑧1回あたり 平均実施時間	時間		
⑨サービス提供体制 ※介護予防訪問リハビリテーション事業所と兼務 している職種に○を付けて下さい。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師</li> <li>2. 看護師</li> <li>3. 生活相談員</li> <li>4. 介護職員</li> <li>5. 理学療法士</li> <li>6. 作業療法士</li> <li>7. 言語聴覚士</li> <li>8. その他( )</li> </ol>			
⑩介護予防のための具体的な取組内容 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 運動器の機能向上や膝痛・腰痛予防のためのプログラム</li> <li>2. 栄養改善のためのプログラム</li> <li>3. 口腔機能の向上のためのプログラム・支援</li> <li>4. 認知機能の低下予防のプログラム・支援</li> <li>5. 閉じこもり予防のプログラム・支援</li> <li>6. うつ予防のプログラム・支援</li> <li>7. 安否確認のための定期的な訪問</li> <li>8. 緊急時の対応・支援</li> <li>9. 1～6を組み合わせた複合サービス</li> <li>10. その他( )</li> </ol>			
⑪地域支援事業を事業所において実施する 上での課題や工夫点 ※自由回答				

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【利用者票】【介護予防訪問リハビリテーション】**

※2013年4月～9月の間に訪問介護連携加算を算定している利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※訪問介護連携加算を算定していない場合は、9月中の貴事業所の利用者を五十音順に並べ、9月中の貴事業所における要支援の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※この調査票は、調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方がご記入下さい。

利用者ID: 1

1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします					
(1) 性別	1. 男性                      2. 女性				
(2) 年齢	_____ 歳				
(3) 貴事業所のサービス利用開始年月	西暦 _____ 年 _____ 月				
(4) 調査日時点の要介護度	1. 要支援1    2. 要支援2				
(5) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし   2. 要支援1   3. 要支援2   4. 要介護1・2   5. 要介護3～5				
(6) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. J1    3. J2    4. A1    5. A2 6. B1    7. B2    8. C1    9. C2    10. 不明				
(7) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. I    3. IIa    4. IIb    5. IIIa 6. IIIb    7. IV    8. M    9. 不明				
(8) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	屋内移動	1	2	3	4
	屋外移動	1	2	3	4
	食事	1	2	3	4
	排泄	1	2	3	4
	入浴	1	2	3	4
	整容(着替え)	1	2	3	4
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3	4
	日用品の買物	1	2	3	4
	食事の用意	1	2	3	4
	服薬	1	2	3	4
	請求書の支払い	1	2	3	4
	預貯金の出し入れ 年金などの書類の記入	1	2	3	4
(10) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧    2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)    3. 心臓病    4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常)    6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気    8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)    10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物)    12. 血液・免疫の病気    13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等)    15. パーキンソン病    16. 目の病気 17. 耳の病気    18. その他(                      )    19. ない				

## 【介護予防訪問リハビリテーション】

(11) 治療の有無	1. あり            2. なし            3. 不詳
(12) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり            2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容 ※複数可	1. 注射・点滴            2. 中心静脈栄養            3. 透析 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置            5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)            7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護            9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)            11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 13. 服薬管理            14. その他(            ) 15. ない
(13) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある            2. ない
(14) 世帯構成	1. 独居            2. 夫婦のみ            3. その他同居
「3=その他同居」の 場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ            2. それ以外
(15) 介護者の有無	1. あり    主介護者: _____            2. なし
(16) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(17) 現在の住まい	1. 一戸建て            2. 集合住宅
(18) 住居の形態	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(            )
(19) 現在利用している介護 予防サービス内容 ※複数可	1. (介護予防) 訪問介護            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 5. (介護予防) 居宅療養管理指導            6. (介護予防) 通所介護 7. (介護予防) 通所リハ            8. (介護予防) 福祉用具貸与 9. 特定(介護予防) 福祉用具販売 10. 住宅改修            11. (介護予防) 認知症対応型通所介護 12. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. その他(            )
(20) 現在(過去1ヶ月間)の受診の有無	1. あり            2. なし
「1. あり」と回答した場合、 受診回数	通院: _____ 回/月            訪問診療(往診): _____ 回/月
(21) 現在(過去1ヶ月間)の保険外の サービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、 具体的なサービス ※複数可	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス(例: 介護タクシー等) 3. 生活支援サービス(例: 買い物、草むしり等) 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス            6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム            8. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 9. 見守り支援・安否確認            10. 家族支援サービス 11. その他(            )

## 2. 個別援助計画内容およびサービス実施状況について

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします	
(22) 個別援助計画書で設定した課題・短期目標・短期目標の達成状況 ※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	
個別援助計画策定月日	西暦_____年_____月_____日
課題(最も重要と考えた課題1つ)	
その課題に対する本人の意向 (〇〇まで出来るようになりたいなど)	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標解決に向けて実施した内容	
短期目標の達成状況(最も近いものに○)	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. 目標設定時とほぼ同じ状態(変化なし) 4. 目標設定時よりも状態は悪くなっている 上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 何がどのようになったかを具体的に記入下さい(例:外出頻度が増えたなど)
■ サービス実施状況について	
(23) 一か月あたりの利用回数	回
(24) 前回訪問時にサービスを提供したおおよその時間	時間
(25) 前回訪問時のサービス提供内容※複数可	1. 関節可動域訓練      2. 筋力増強訓練 3. 筋緊張緩和(ストレッチ)      4. バランス練習      5. マッサージ 6. 起居/立位動作練習      7. 摂食・嚥下訓練      8. 言語訓練 9. 歩行訓練      10. トイレ動作訓練      11. 入浴動作訓練 12. 移乗動作訓練      13. その他 ADL 訓練 14. IADL 練習(家事・調理等)      15. その他(      )
(26) 前回サービス提供時に訪問した職種 ※複数可	1. 理学療法士      2. 作業療法士      3. 言語聴覚士 4. 医師      5. 看護師・准看護師      6. 歯科医師 7. 歯科衛生士      8. 介護職員      9. その他(      )

## 3. 訪問介護事業所との連携について

(27) 当該利用者について、訪問介護事業所のサービス提供責任者とリハ職が同行訪問して連携し、サービスを提供しているか ※2013年4月～9月の間	1. 同行訪問している	2. 同行訪問していない
(「1=同行訪問している」の場合) 訪問介護連携加算の有無 ※2013年4月～9月の間	1. 訪問介護連携加算あり	2. 訪問介護連携加算なし

「3.」以降は、訪問介護事業所のサービス提供責任者とリハ職が同行訪問を実施した利用者の方に伺います（上記（27）において「1. 同行訪問している」と回答した方）

■ 同行訪問のプロセスや内容についてお聞きします			
(28) 個別援助計画で重点目標にいたしたもの ※複数可	ADL	1. 屋内移動 2. 屋外移動 3. 食事 4. 排泄 5. 入浴 6. 整容（着替え） 7. その他（ ）	
	IADL	1. バスや電車、自家用車での一人での外出 2. 日用品の買物 3. 食事の用意 4. 服薬 5. 請求書の支払い 6. 預貯金の出し入れ 7. 年金などの書類の記入 8. その他（ ）	
(29) 個別援助計画策定までのプロセス	事前準備	サービス提供責任者等に提供した書類 ※複数可	1. アセスメントシート 2. リハビリテーション実施計画書 3. 担当医からのリハビリテーション指示書 4. モニタリング実施記録票 5. なし 6. その他（ ）
		サービス提供責任者等から提供を受けた書類 ※複数可	1. アセスメントシート 2. 訪問介護計画書 3. モニタリング実施記録票（モニタリング内容等） 4. サービス実施報告書（訪問介護サービス実施結果等） 5. サービス評価記録票（訪問介護サービスの評価結果等） 6. なし 7. その他（ ）
		訪問介護事業所との情報共有の方法（主なもの）	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他（ ）
	同行訪問時	計画策定までの訪問リハビリテーション事業所のリハ職との同行訪問回数	
同行訪問時に同行したリハ職の職種 ※複数可		1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. 言語聴覚士	
同行訪問の場に同席した人（サービス提供責任者、リハ職以外） ※複数可		1. 利用者本人 2. 利用者家族 3. ケアマネジャー 4. 他サービスの担当者 5. 主治医 6. その他（ ）	

## 【介護予防訪問リハビリテーション】

		同行訪問時に動作確認した生活行為 ※複数可	1. 立位保持 2. 座位保持 3. 立ち上がり 4. 起き上がり 5. 家事(掃除、洗濯など) 6. 調理 7. 食事動作 8. 嚥下 9. 移動 10. 移乗 11. 階段昇降 12. 屋内歩行 13. 屋外歩行 14. 入浴 15. 整容 16. 着替え 17. トイレ動作(トイレまでの移動を含む)
		サービス提供責任者に助言した内容 ※複数可	1. 介助方法 2. 機能訓練方法 3. 福祉用具の使用法 4. 身体機能の評価結果 5. 認知機能の評価結果 6. 家族との調整方法 7. コミュニケーション方法 8. その他( )
	訪問後の対応	同行訪問実施後の状況に関する訪問介護員からの報告の有無	1. あり 2. なし
		訪問介護事業所との情報共有の方法(主なもの)	1. 電話 2. メール 3. 訪問 4. その他( )
(30) 訪問介護連携実施後の評価			
	訪問リハと訪問介護との連携したサービス提供による利用者に対する効果 ※複数可	1. 利用者のADLや自立に対する理解度が高まった 2. 利用者の活動性が向上した 3. 利用者の身体状態が改善(または悪化防止)した 4. 利用者・家族が意欲的になった 5. 利用者・家族のサービス満足度が上昇した 6. 家族の介護方法が変化した 7. その他( )	
	訪問リハと訪問介護との連携したサービス提供による訪問介護員に対する効果 ※複数可	1. 生活行為のどの部分を支援すべきかが理解された 2. 生活行為に対するアセスメント力が向上した 3. 支援内容や方法が改善した(より自立を支援する方に) 4. 安全に関われるようになった 5. 利用者との関係性がより良好になった 6. 以前より、様々な相談を持ちかけられるようになった 7. その他( )	
	訪問介護事業所と連携する上で苦労したこと ※複数可	1. 利用者・家族に、加算の内容に関する理解が得られにくかった 2. 利用者・家族に、利用料が増えることの理解が得られにくかった 3. 利用者・家族に、訪問介護サービスの内容等を強化することに関する理解が得られにくかった 4. 関係者間の日程調整の手間を要した 5. 訪問介護サービス内容の変更が困難であった 6. 訪問介護と訪問リハビリの方針が異なっており、調整が困難であった 7. サービス提供責任者の同行訪問の負担が大きかった 8. 事務手続きや書類作成の負担が大きかった 9. その他( )	
	訪問介護事業所と連携を行う上での課題		

■■■ご協力ありがとうございました■■■

予防サービスの提供に関する実態調査  
【事業所票】【介護予防通所介護】（案）

■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。この調査票は介護予防通所介護のみについてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養）生活介護）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2013年★月★日（★）までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先・返送先

「予防サービスの提供に関する調査」事務局（担当： ）  
 電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）  
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	(ご記入者名： )	
ご連絡先	電話：	FAX：

【2013年10月1日時点】

(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. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他( )

## 【介護予防通所介護】

①生活機能向上グループ活動加算			1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
	①「2. 算定なし」の場合、その理由 ※複数可		1. 体制が整っていない 2. 職員の連携が難しい 3. グループを組むメンバーが揃わない 4. その他( )	
②運動器機能向上加算			1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
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選択 的サー ビス複 数実施 加算	(I)	運動機能向上及び栄養改善	1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
		運動機能向上及び口腔機能向上	1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
		栄養改善及び口腔機能向上	1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
	(II)		1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
	⑤選択的サービス複数実施加算(I) (II)において1つ でも「2. 算定なし」 がある場合、 その理由		1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 専門職は確保できるが、職員同士の連絡調整、連携が難しいので、実施できない 4. 専門職は確保できるが、報酬が低いため、実施できない 5. その他( )	
⑥若年性認知症受入加算			1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
⑦事業所評価加算			1. 算定あり	2. 算定なし
⑧サービス提供体制強化加算			1. (I)	2. (II) 3. (III) 4. 算定なし

(3)職員体制（介護予防通所介護に従事する職員(兼務も含む)） ※★月★日～★月★日までの任意の1日(調査日)の職員体制について伺います。 ※勤務時間は関わった職種の合計時間を記入して下さい。					
	実人数	勤務時間		実人数	勤務時間
看護師	人	時間	理学療法士	人	時間
准看護師	人	時間	作業療法士	人	時間
生活相談員	人	時間	言語聴覚士	人	時間
介護職員	人	時間	その他	人	時間
調査日の利用者数				人	

(4)利用者の状況 2013年9月実績		
①要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
		人
利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。 例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人		
②要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
	人	人
利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。 例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→		

【介護予防通所介護】

延べ人数は7人

③利用終了者の状況 ここ半年間で、要介護認定を更新した結果、状態改善により要支援を終了し「非該当」となった利用者(実人数)についてお答え下さい。				1. 利用終了者あり →( )人 2. 利用終了者なし	
④★月★日～★月★日までの任意の1日の要支援サービス利用者10名について伺います。利用者が10名を超える場合は、要支援1・2の利用者を <b>お名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に10名を抽出して下さい。</b>					
NO	利用開始時期 (西暦)	現在の 要介護度区分	左記区分の有効期間		前回の要介護度区分
			開始月 (西暦)	終了月 (西暦)	
1	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
2	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
3	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
4	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
5	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
6	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
7	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
8	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
9	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
10	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
⑤新規利用者に対する自宅でのADL状況・療養環境の確認の有無			1. 全ての新規利用者を実施 2. 一部の新規利用者を実施 3. 実施していない		

(5)生活機能向上グループ活動加算について 2013年9月実績	
①生活機能向上グループ加算を最初に算定した年月	西暦( )年( )月
②グループ活動実施上の工夫・課題	

**（6）地域支援事業の受託状況**

地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。

## ①地域支援事業の受託の有無

1. 受託なし⇒以下のAへお進みください。
2. 受託あり⇒以下のBへお進みください。

## A【地域支援事業を受託していない事業所は、以下にご回答ください。】

②受託していない理由 ※複数可	1. 自治体からの依頼がない 2. 自治体からの依頼があったが断った 3. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない 4. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない 5. その他( )
②「1. 自治体からの依頼がない」 場合、受託可能かどうか	1. 可能 2. 不可能 →理由( )
②「2. 自治体からの依頼があった が断った」の場合、その理由	
③地域支援事業を受託する 上での課題 ※複数可	1. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない 2. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない 3. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(訪問型介護予防事業))事業を実施していない 4. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(通所型介護予防事業))事業を実施していない 5. 自治体で介護予防・日常生活支援総合事業を実施していない 6. その他( )

## B【地域支援事業を受託している事業所は、以下にご回答ください。】

④地域支援事業実施期間 (2012年の実績)	1. 通年 2. 一定期間 →( )月～( )月 3. その他( )
⑤地域支援事業所の実利用者数 (2013年9月の実績)	人 ⑥実施頻度 回/月
⑦プログラム1回あたり平均参加人数	人 ⑧1回あたり平均実施時間 時間
⑨サービス提供体制 ※介護予防通所介護事業所と兼務している職種に○を付けて下さい。 ※複数可	1. 看護師 2. 准看護師 3. 生活相談員 4. 介護職員 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. 言語聴覚士 8. その他( )
⑩介護予防のための具体的な取組内容 ※複数可	1. 運動器の機能向上や膝痛・腰痛予防のためのプログラム 2. 栄養改善のためのプログラム 3. 口腔機能の向上のためのプログラム・支援 4. 認知機能の低下予防のプログラム・支援 5. 閉じこもり予防のプログラム・支援 6. うつ予防のプログラム・支援 7. 安否確認のための定期的な訪問 8. 緊急時の対応・支援 9. 1～6を組み合わせた複合サービス 10. その他( )
⑪地域支援事業を事業所において実施 する上での課題や工夫点 ※自由回答	

■■■ご協力ありがとうございました■■■

## 予防サービスの提供に関する実態調査

## 【利用者票】【介護予防通所介護】

※9月中に生活機能向上グループ活動加算及び選択的サービス複数実施加算を算定している利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※生活機能向上グループ活動加算及び選択的サービス複数実施加算を算定していない場合は、9月中の貴事業所における要支援の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※この調査票は、調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方がご記入下さい。

利用者ID: 1

## 1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします					
(1) 性別	1. 男性                      2. 女性				
(2) 年齢	_____ 歳				
(3) 貴事業所のサービス利用開始年月	西暦_____年_____月				
(4) 調査日時点の要介護度	1. 要支援1    2. 要支援2				
(5) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし    2. 要支援1    3. 要支援2    4. 要介護1・2    5. 要介護3~5				
(6) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. J1    3. J2    4. A1    5. A2 6. B1    7. B2    8. C1    9. C2    10. 不明				
(7) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. I    3. IIa    4. IIb    5. IIIa 6. IIIb    7. IV    8. M    9. 不明				
(8) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	屋内移動	1	2	3	4
	屋外移動	1	2	3	4
	食事	1	2	3	4
	排泄	1	2	3	4
	入浴	1	2	3	4
	整容(着替え)	1	2	3	4
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○) ※通所での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3	4
	日用品の買物	1	2	3	4
	食事の用意	1	2	3	4
	服薬	1	2	3	4
	請求書の支払い	1	2	3	4
	預貯金の出し入れ	1	2	3	4
年金などの書類の記入	1	2	3	4	
(10) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧    2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)    3. 心臓病    4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常)    6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気    8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)    10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物)    12. 血液・免疫の病気    13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等)    15. パーキンソン病    16. 目の病気 17. 耳の病気    18. その他(                      )    19. ない				

(11) 治療の有無	1. あり            2. なし            3. 不詳
(12) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり            2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容 ※複数可	1. 注射・点滴            2. 中心静脈栄養            3. 透析 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置            5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)            7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護            9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)            11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 13. 服薬管理            14. その他(            ) 15. ない
(13) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある            2. ない
(14) 世帯構成	1. 独居            2. 夫婦のみ            3. その他同居
「3=その他同居」の 場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ            2. それ以外
(15) 介護者の有無	1. あり    主介護者: _____            2. なし
(16) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(17) 現在の住まい	1. 一戸建て            2. 集合住宅
(18) 住居の形態	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(            )
(19) 現在利用している介護 予防サービス内容 ※複数可	1. (介護予防) 訪問介護            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 5. (介護予防) 居宅療養管理指導            6. (介護予防) 通所介護 7. (介護予防) 通所リハ            8. (介護予防) 福祉用具貸与 9. 特定(介護予防) 福祉用具販売 10. 住宅改修            11. (介護予防) 認知症対応型通所介護 12. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. その他(            )
(20) 現在(過去1ヶ月間)の受診の有無	1. あり            2. なし
「1. あり」と回答した場合、 受診回数	通院: _____ 回/月            訪問診療(往診): _____ 回/月
(21) 現在(過去1ヶ月間)の保険外の サービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、 具体的なサービス ※複数可	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス(例: 介護タクシー等) 3. 生活支援サービス(例: 買い物、草むしり等) 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス            6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム            8. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 9. 見守り支援・安否確認            10. 家族支援サービス 11. その他(            )

## 2. 個別援助計画内容およびサービス実施状況について

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします		
(22) 個別援助計画書で設定した課題・短期目標・短期目標の達成状況 ※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。		
個別援助計画策定月日	西暦_____年_____月_____日	
課題(最も重要と考えた課題1つ)		
その課題に対する本人の意向 (〇〇まで出来るようになりたいなど)		
最も重要と考えた課題に対する短期目標		
短期目標解決に向けて実施した内容		
短期目標の達成状況(最も近いものに〇)	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. 目標設定時とほぼ同じ状態(変化なし) 4. 目標設定時よりも状態は悪くなっている 上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 何がどのようになったかを具体的に記入下さい(例:外出頻度が増えたなど)	
■ サービス実施状況について		
(23) 一か月あたりの利用回数		回
(24) 前回通所時にサービスを提供したおおよその時間		時間
うち、機能訓練を実施した時間		時間
(25) 前回通所時のサービス提供内容	1. 送迎・送り 2. 送迎・迎え 3. レクリエーション活動(ゲーム) 4. レクリエーション活動(折り紙・手芸) 5. レクリエーション活動(音楽) 6. レクリエーション活動(体操) 7. 機能訓練(個別) 8. 機能訓練(集団) 9. 食事 10. 入浴 11. その他( )	
(26) 前回サービス提供時の機能訓練の内容 ※複数可	1. 関節可動域訓練 2. 筋力増強訓練 3. 筋緊張緩和(ストレッチ) 4. バランス練習 5. マッサージ 6. 起居/立位動作練習 7. 摂食・嚥下訓練 8. 言語訓練 9. 歩行訓練 10. トイレ動作訓練 11. 入浴動作訓練 12. 移乗動作訓練 13. その他 ADL 訓練 14. IADL 練習(家事・調理等) 15. 体操 16. 計算ドリル 17. 回想法 18. 趣味活動(手工芸、園芸、編み物など) 19. その他( )	
(26) レクリエーション活動への参加状況	参加回数 回/月	前回サービス提供時の参加時間 時間
(27) 機能訓練の参加状況	回/月	時間
(28) 前回通所時のサービス提供において関わった職種 ※複数可	1. 看護師・准看護師 2. 生活相談員 3. 介護職員 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 8. その他( )	

## 【介護予防通所介護】

◆2013年4月～9月の間に生活機能向上グループ活動加算を算定していた方は以下についてご記入ください。

■ 生活機能向上グループ活動加算についてお聞きします	
(29) 加算を算定した時期	( )月～( )月
(30) 参加したグループ活動	1. 洗濯機・アイロン・ミシン等の操作 2. 献立作り 3. 食品の買い出し 4. 調理家電・調理器具の操作 5. 調理 6. 日曜大工 7. 掃除道具の操作 8. ガーデニング 9. 機器(パソコン、携帯電話等)操作 10. 記録(家計簿・日記等)作成 11. その他( )
(31) グループ活動への参加頻度	回/週
(32) 1回あたり参加時間	時間
(33) グループ活動を利用する際に関わる職種	1. 看護師・准看護師 2. 生活相談員 3. 介護職員 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. その他( )
(34) グループ活動による効果	1. 十分あった 2. まあまああった 3. あまりなかった 4. なかった
「1.」または「2.」と回答した方について	どのような効果がありましたか

◆2013年4月～9月の間に選択的サービス複数実施加算を算定していた方は以下についてご記入ください。

■ 選択的サービス複数実施加算についてお聞きします		
(35) 加算を算定した時期	( )月～( )月	
(36) 実施した複数サービス	1. 運動機能向上・栄養改善 2. 運動機能向上・口腔機能向上 3. 栄養改善・口腔機能向上 4. 運動機能向上・口腔機能向上・栄養改善	
(37) 参加したプログラム	運動器機能向上	1. ストレッチ 2. バランス運動 3. コンディショニング運動 4. 筋力向上運動 5. 機能的運動 6. リラクゼーション 7. 自宅での運動指導 8. その他( )
	栄養改善	1. 栄養指導 2. レシピの提供 3. 調理実習 4. 食事会などの案内 5. その他( )
	口腔機能向上	1. ストレッチ 2. 口腔周囲筋・表情筋のトレーニング 3. 咀嚼のトレーニング 4. 唾液腺マッサージ 5. 口腔内の衛生管理 6. その他( )
(38) プログラムへの参加頻度	運動器機能向上	回/週
	栄養改善	回/週
	口腔機能向上	回/週
(39) 1回あたり参加時間	運動器機能向上	時間
	栄養改善	時間
	口腔機能向上	時間
(40) プログラム参加の際に関わる職種	1. 看護師・准看護師 2. 生活相談員 3. 介護職員 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 管理栄養士 9. その他( )	
(41) 複数サービス実施による効果	1. 十分あった 2. まあまああった 3. あまりなかった 4. なかった	
「1.」または「2.」と回答した方について	どのような効果がありましたか	

■■■ご協力ありがとうございました■■■

予防サービスの提供に関する実態調査  
【事業所票】【介護予防通所リハビリテーション】（案）

■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。この調査票は介護予防通所リハビリテーションのみについてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養）生活介護）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2013年★月★日（★）までにご返送下さい。

■調査に関するお問い合わせ先・返送先

「予防サービスの提供に関する調査」事務局（担当： ）  
電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）  
●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	(ご記入者名： )
ご連絡先	電話： FAX：

【2013年10月1日時点】

(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. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他( )
(2)加算等の算定状況 2013年9月実績	
①運動器機能向上加算	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
②栄養改善加算	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし

【介護予防通所リハビリテーション】

③口腔機能向上加算		1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
④選択的サービス複数実施加算	(Ⅰ)	運動機能向上及び栄養改善	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
		運動機能向上及び口腔機能向上	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
		栄養改善及び口腔機能向上	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
	(Ⅱ)	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし	
④選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)(Ⅱ)において1つでも「2. 算定なし」がある場合、その理由		1. 利用者がいない 2. 専門職が確保できない 3. 専門職は確保できるが、職員同士の連絡調整、連携が難しいので、実施できない 4. 専門職は確保できるが、報酬が低いため、実施できない 5. その他( )	
⑤若年性認知症受入加算		1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
⑥事業所評価加算		1. 算定あり	2. 算定なし
⑦サービス提供体制強化加算		1. (Ⅰ)	2. (Ⅱ)件 3. 算定なし

(3)職員体制（介護予防通所リハビリテーションに従事する職員(兼務も含む)）

※★月★日～★月★日までの任意の1日(調査日)の職員体制について伺います。

※勤務時間は関わった職種の合計時間を記入して下さい。

	実人数	勤務時間		実人数	勤務時間
看護師	人	時間	理学療法士	人	時間
准看護師	人	時間	作業療法士	人	時間
生活相談員	人	時間	言語聴覚士	人	時間
介護職員	人	時間	その他	人	時間
調査日の利用者数				人	

(4)利用者の状況 2013年9月実績

① 定員数	人	
②要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
	人	人

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。

例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

③要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
	人	人

利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。

例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→延べ人数は7人

④利用終了者の状況 ここ半年間で、要介護認定を更新した結果、状態改善により要支援を終了し「非該当」となった利用者(実人数)についてお答え下さい。	1. 利用終了者あり →( )人 2. 利用終了者なし
---	--------------------------------

## 【介護予防通所リハビリテーション】

⑤★月★日～★月★日までの任意の1日の要支援サービス利用者10名について伺います。利用者が10名を超える場合は、要支援1・2の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に10名を抽出して下さい。

NO	利用開始時期 (西暦)	現在の 要介護度区分	左記区分の有効期間		前回の要介護度区分
			開始月 (西暦)	終了月 (西暦)	
1	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
2	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
3	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
4	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
5	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
6	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
7	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
8	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
9	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
10	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
⑥新規利用者に対する自宅でのADL状況・療養環境の確認の有無		1. 全ての新規利用者を実施 2. 一部の新規利用者を実施 3. 実施していない			

【介護予防通所リハビリテーション】

**（5）地域支援事業の受託状況**

地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。

①地域支援事業の受託の有無

1. 受託なし⇒以下のAへお進みください。
2. 受託あり⇒以下のBへお進みください。

**A 【地域支援事業を受託していない事業所は、以下にご回答ください。】**

②受託していない理由 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自治体からの依頼がない</li> <li>2. 自治体からの依頼があったが断った</li> <li>3. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない</li> <li>4. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
②「1. 自治体からの依頼がない」場合、 受託可能かどうか	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可能</li> <li>2. 不可能 →理由( )</li> </ol>
②「2. 自治体からの依頼があったが断った」 の場合、その理由	
③地域支援事業を受託する 上での課題 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない</li> <li>2. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない</li> <li>3. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(訪問型介護予防事業))事業を実施していない</li> <li>4. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(通所型介護予防事業))事業を実施していない</li> <li>5. 自治体で介護予防・日常生活支援総合事業を実施していない</li> <li>6. その他( )</li> </ol>

**B 【地域支援事業を受託している事業所は、以下にご回答ください。】**

④地域支援事業実施期間 (2012年の実績)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通年</li> <li>2. 一定期間 →( )月～( )月</li> <li>3. その他( )</li> </ol>				
⑤地域支援事業所の実利用者数 (2013年9月の実績)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">人</td> <td style="width: 50%; border: none;">⑥実施頻度</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">回/月</td> </tr> </table>	人	⑥実施頻度		回/月
人	⑥実施頻度				
	回/月				
⑦プログラム1回あたり平均参加人数	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">人</td> <td style="width: 50%; border: none;">⑧1回あたり平均実施時間</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">時間</td> </tr> </table>	人	⑧1回あたり平均実施時間		時間
人	⑧1回あたり平均実施時間				
	時間				
⑨サービス提供体制 ※介護予防通所リハビリテーション事業所と兼務 している職種に○を付けて下さい。 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看護師</li> <li>2. 准看護師</li> <li>3. 生活相談員</li> <li>4. 介護職員</li> <li>5. 理学療法士</li> <li>6. 作業療法士</li> <li>7. 言語聴覚士</li> <li>8. その他( )</li> </ol>				
⑩介護予防のための具体的な取組内容 ※複数可	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 運動器の機能向上や膝痛・腰痛予防のためのプログラム</li> <li>2. 栄養改善のためのプログラム</li> <li>3. 口腔機能の向上のためのプログラム・支援</li> <li>4. 認知機能の低下予防のプログラム・支援</li> <li>5. 閉じこもり予防のプログラム・支援</li> <li>6. うつ予防のプログラム・支援</li> <li>7. 安否確認のための定期的な訪問</li> <li>8. 緊急時の対応・支援</li> <li>9. 1～6を組み合わせた複合サービス</li> <li>10. その他( )</li> </ol>				
⑪地域支援事業を事業所において実施する 上での課題や工夫点 ※自由回答					

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【利用者票】【介護予防通所リハビリテーション】**

※9月中に選択的サービス複数実施加算を算定している利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※選択的サービス複数実施加算を算定していない場合は、9月中の貴事業所における要支援の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※この調査票は、**調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方**がご記入下さい。

利用者ID：1

1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします					
(1) 性別	1. 男性                      2. 女性				
(2) 年齢	_____ 歳				
(3) 貴事業所のサービス利用開始年月	西暦_____年_____月				
(4) 調査日時点の要介護度	1. 要支援1    2. 要支援2				
(5) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし   2. 要支援1   3. 要支援2   4. 要介護1・2   5. 要介護3～5				
(6) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. J1    3. J2    4. A1    5. A2 6. B1    7. B2    8. C1    9. C2    10. 不明				
(7) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. I    3. IIa    4. IIb    5. IIIa 6. IIIb    7. IV    8. M    9. 不明				
(8) ADL（各行為について、現在の状況に最も近いものに○）		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	屋内移動	1	2	3	4
	屋外移動	1	2	3	4
	食事	1	2	3	4
	排泄	1	2	3	4
	入浴	1	2	3	4
(9) IADL（各行為について、現在の状況に最も近いものに○） ※通所での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3	4
	日用品の買物	1	2	3	4
	食事の用意	1	2	3	4
	服薬	1	2	3	4
	請求書の支払い	1	2	3	4
	預貯金の出し入れ	1	2	3	4
	年金などの書類の記入	1	2	3	4
(10) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧    2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）    3. 心臓病    4. 糖尿病 5. 高脂血症（脂質異常）    6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気    8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）    10. 外傷（転倒・骨折等） 11. がん（新生物）    12. 血液・免疫の病気    13. うつ病 14. 認知症（アルツハイマー病等）    15. パーキンソン病    16. 目の病気 17. 耳の病気    18. その他（                      ）    19. ない				

## 【介護予防通所リハビリテーション】

(11) 治療の有無	1. あり      2. なし      3. 不詳
(12) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり      2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容 ※複数可	1. 注射・点滴      2. 中心静脈栄養      3. 透析 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置      5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)      7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護      9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)      11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 13. 服薬管理      14. その他(      ) 15. ない
(13) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある      2. ない
(14) 世帯構成	1. 独居      2. 夫婦のみ      3. その他同居
「3=その他同居」の 場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ      2. それ以外
(15) 介護者の有無	1. あり      主介護者: _____      2. なし
(16) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(17) 現在の住まい	1. 一戸建て      2. 集合住宅
(18) 住居の形態	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(      )
(19) 現在利用している介護 予防サービス内容 ※複数可	1. (介護予防) 訪問介護      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 5. (介護予防) 居宅療養管理指導      6. (介護予防) 通所介護 7. (介護予防) 通所リハ      8. (介護予防) 福祉用具貸与 9. 特定(介護予防) 福祉用具販売 10. 住宅改修      11. (介護予防) 認知症対応型通所介護 12. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. その他(      )
(20) 現在(過去1ヶ月間)の受診の有無	1. あり      2. なし
「1. あり」と回答した場合、 受診回数	通院: _____ 回/月      訪問診療(往診): _____ 回/月
(21) 現在(過去1ヶ月間)の保険外の サービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、 具体的なサービス ※複数可	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス(例: 介護タクシー等) 3. 生活支援サービス(例: 買い物、草むしり等) 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス      6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム      8. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 9. 見守り支援・安否確認      10. 家族支援サービス 11. その他(      )





**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【事業所票】【介護予防短期入所生活介護】（案）**

**■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。この調査票は介護予防短期入所生活介護のみについてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養）生活介護）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、2013年★月★日（★）までにご返送下さい。

**■調査に関するお問い合わせ先・返送先**

「予防サービスの提供に関する調査」事務局（担当： ）  
 電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）  
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	（ご記入者名： ）	
ご連絡先	電話：	FAX：

【2013年10月1日時点】

(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(介護予防も含まれます。自事業所分は除いて回答してください。) ※複数可	1. 病院 2. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他( )
⑥事業所タイプ	1. 単独型 2. 施設併設型
⑦事業所類型	1. 従来型 2. ユニット型 3. 一部ユニット型

## 【介護予防短期入所生活介護】

(2)加算等の算定状況 2013年9月実績	
①機能訓練体制加算	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
②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
③若年性認知症利用者受入加算	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
④サービス提供体制強化加算	1. (Ⅰ) 2. (Ⅱ) 3. (Ⅲ) 4. 算定なし

(3)職員体制 (2013年10月1日の状況) ※介護予防短期入所生活介護に従事する職員(兼務も含む)							
	実人数		常勤換算		実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計人数		常勤	非常勤	合計人数
医師	人	人	人	介護職員	人	人	人
看護師	人	人	人	栄養士	人	人	人
准看護師	人	人	人	機能訓練指導員	人	人	人
生活相談員	人	人	人	その他	人	人	人

常勤換算数の計算方法：

例1) 事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、 $16 \div 40 = 0.4$ となります。

例2) 事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、 $8 \div 38 = 0.21 = 0.2$ （四捨五入）となります。

(4)利用者の状況 2013年9月実績		
①要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
		人

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。

例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

②要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
		人

利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。

例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→延べ人数は7人

(5)地域支援事業の受託状況	
地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。	
①地域支援事業の受託の有無	1. 受託あり→受託内容( ) 2. 受託なし

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【利用者票】【介護予防短期入所生活介護】**

※9 月中の貴事業所における要支援の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、  
 早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※この調査票は、調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方がご記入下さい。

利用者ID: 1

1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします					
(1) 性別	1. 男性                      2. 女性				
(2) 年齢	_____ 歳				
(3) 調査日時点の要介護度	1. 要支援1    2. 要支援2				
(4) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし   2. 要支援1   3. 要支援2   4. 要介護1・2   5. 要介護3~5				
(5) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. J1    3. J2    4. A1    5. A2 6. B1    7. B2    8. C1    9. C2    10. 不明				
(6) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. I    3. IIa    4. IIb    5. IIIa 6. IIIb    7. IV    8. M    9. 不明				
(7) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	屋内移動	1	2	3	4
	屋外移動	1	2	3	4
	食事	1	2	3	4
	排泄	1	2	3	4
	入浴	1	2	3	4
	整容(着替え)	1	2	3	4
(8) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3	4
	日用品の買物	1	2	3	4
	食事の用意	1	2	3	4
	服薬	1	2	3	4
	請求書の支払い	1	2	3	4
	預貯金の出し入れ 年金などの書類の記入	1	2	3	4
(9) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧    2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)    3. 心臓病    4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常)    6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気    8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)    10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物)    12. 血液・免疫の病気    13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等)    15. パーキンソン病    16. 目の病気 17. 耳の病気    18. その他(                      )    19. ない				
(10) 治療の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不詳				

## 【介護予防短期入所生活介護】

(11) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり                      2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容 ※複数可	1. 注射・点滴                      2. 中心静脈栄養                      3. 透析 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置                      5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)                      7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護                      9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)                      11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 13. 服薬管理    14. その他(                      ) 15. ない
(12) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある                      2. ない
(13) 世帯構成	1. 独居                      2. 夫婦のみ                      3. その他同居
「3=その他同居」の場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ                      2. それ以外
(14) 介護者の有無	1. あり    主介護者: _____                      2. なし
(15) 介護力	1. 介護できるものがある                      2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(16) 現在の住まい	1. 一戸建て                      2. 集合住宅
(17) 住居の形態	1. 持家                      2. 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(                      )

## 2. 個別援助計画内容およびサービス実施状況について

## ■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします

## (18) 個別援助計画書で設定した課題・目標・目標の達成状況

※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での目標の達成状況を評価下さい。

個別援助計画策定月日	西暦_____年_____月_____日
課題(最も重要と考えた課題1つ)	
その課題に対する本人の意向 (〇〇まで出来るようになりたいなど)	
最も重要と考えた課題に対する目標	
目標解決に向けて実施した内容	
目標の達成状況 (最も近いものに〇)	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. 目標設定時とほぼ同じ状態(変化なし) 4. 目標設定時よりも状態は悪くなっている

## 【介護予防短期入所生活介護】

		<p>上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。          何がどのようになったかを具体的に記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）</p>
--	--	---

■ サービス実施状況について		
(19) 貴事業所のサービス利用開始年月	西暦_____年_____月	
(20) ショートステイの利用目的 ※複数可	1. 利用者がリハ機能・訓練などのアクティビティに参加するため 2. 利用者のアセスメントを見直すため 3. 利用者のADL向上のため 4. 利用者の虐待やネグレクトへの対応のため 5. 利用者の認知症の対応のため 6. 利用者が施設入所希望であり、待機中での一時利用のため 7. 介護者のレスパイトのため 8. 介護者の仕事（出張）や冠婚葬祭等のため 9. その他（_____）	
(21) 利用期間	日間	
(22) 個別援助計画の作成状況	1. 作成した 2. 作成していない→理由（_____）	
(23) 入所時に配慮した内容 ※複数可	1. 日常生活の継続      2. 転倒防止      3. 健康状態の維持 4. アセスメントの見直し    5. レクリエーションの実施 6. 機能訓練・リハへの参加    7. 食事介助    8. 排泄介助 9. 入浴介助    10. 栄養改善    11. 口腔機能向上 12. その他（_____）	
(24) レクリエーション活動への参加状況	参加回数	前回サービス提供時の参加時間
	回/月	時間
(25) 機能訓練・リハの実施状況	回/月	時間
(26) 入所時のサービス提供に関わった職種 ※複数可	1. 医師                      2. 看護師・准看護師                      3. 生活相談員 4. 介護職員                  5. 理学療法士                                  6. 作業療法士 7. 言語聴覚士                8. 管理栄養士・栄養士                      9. その他（_____）	
(27) 入退所時の体調の変化	ADLの状況	1. 変化なし                      2. 改善した 3. 悪化した                      4. 判断できない
	排泄の状況	1. 変化なし                      2. 改善した 3. 悪化した                      4. 判断できない
	褥瘡の状況	1. 変化なし                      2. 改善した 3. 悪化した                      4. 判断できない 5. 褥瘡なし
	認知機能の状況	1. 変化なし                      2. 改善した 3. 悪化した                      4. 判断できない 5. 認知機能に問題なし
	アクティビティへの意欲	1. 変化なし                      2. 改善した 3. 悪化した                      4. 判断できない

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【事業所票】【介護予防特定施設入居者生活介護】（案）**

**■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。**この調査票は**介護予防特定施設入居者生活介護のみ**についてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、**2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養）生活介護）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）**までにご返送下さい。

**■調査に関するお問い合わせ先・返送先**

「予防サービスの提供に関する調査」事務局（担当： ）  
 電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）  
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	(ご記入者名： )
ご連絡先	電話： FAX：

【2013年10月1日時点】

(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施設類型 ※貴事業所の母体の施設類型についてお答え下さい。 ※複数可	1. 有料老人ホーム(要介護者専用型) 2. 有料老人ホーム(要介護者専用型以外) 3. サービス付き高齢者専用賃貸住宅 4. 軽費老人ホーム 5. 養護老人ホーム 6. ケアハウス 7. その他( )
⑤定員数	( )人
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. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他( )

## 【介護予防特定施設入居者生活介護】

(2)加算等の算定状況 2013年9月実績		
①外部サービス利用の状況	1. 外部サービス利用型	2. 1. 以外
②個別機能訓練加算	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

(3)職員体制 (2013年10月1日の状況) ※介護予防特定施設入居者生活介護に従事する職員(兼務も含む)							
	実人数		常勤換算		実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計人数		常勤	非常勤	合計人数
生活相談員	人	人	人	機能訓練指導員	人	人	人
看護師	人	人	人	計画作成担当者	人	人	人
准看護師	人	人	人	その他	人	人	人
介護職員	人	人	人				

常勤換算数の計算方法：

例1) 事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、 $16 \div 40 = 0.4$ となります。

例2) 事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、 $8 \div 38 = 0.21 = 0.2$ （四捨五入）となります。

(4)利用者の状況 2013年9月実績		
①要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
	人	人

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。

例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

②要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
	人	人

利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。

例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→延べ人数は7人

③利用終了者の状況 ここ半年間で、要介護認定を更新した結果、状態改善により要支援を終了し「非該当」となった利用者(実人数)についてお答え下さい。	1. 利用終了者あり →( )人 2. 利用終了者なし
---	--------------------------------

④★月★日～★月★日までの任意の1日の要支援サービス利用者10名について伺います。利用者が10名を超える場合は、要支援1・2の利用者を五十音順に並べ、お名前(名字ではない下のお名前)の早い順に10名抽出して下さい。

NO	利用開始時期 (西暦)	現在の 要介護度区分	左記区分の有効期間		前回の要介護度区分
			開始月 (西暦)	終了月 (西暦)	
1	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
2	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
3	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
4	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
5	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
6	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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

## 【介護予防特定施設入居者生活介護】

7	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
8	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
9	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
10	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

**(5) 地域支援事業の受託状況**

地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。

①地域支援事業の受託の有無	1. 受託あり→受託内容( ) 2. 受託なし
---------------	----------------------------

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【利用者票】【介護予防特定施設入居者生活介護】**

※9月中の貴事業所要支援の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※この調査票は、調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方がご記入下さい。

利用者ID: 1

1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします					
(1) 性別	1. 男性                      2. 女性				
(2) 年齢	_____ 歳				
(3) 調査日時点の要介護度	1. 要支援1    2. 要支援2				
(4) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし   2. 要支援1   3. 要支援2   4. 要介護1・2   5. 要介護3～5				
(5) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. J1    3. J2    4. A1    5. A2 6. B1    7. B2    8. C1    9. C2    10. 不明				
(6) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立    2. I    3. IIa    4. IIb    5. IIIa 6. IIIb    7. IV    8. M    9. 不明				
(7) ADL（各行為について、現在の状況に最も近いものに○）		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	屋内移動	1	2	3	4
	屋外移動	1	2	3	4
	食事	1	2	3	4
	排泄	1	2	3	4
	入浴	1	2	3	4
	整容（着替え）	1	2	3	4
(8) IADL（各行為について、現在の状況に最も近いものに○）		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3	4
	日用品の買物	1	2	3	4
	食事の用意	1	2	3	4
	服薬	1	2	3	4
	請求書の支払い	1	2	3	4
	預貯金の出し入れ 年金などの書類の記入	1	2	3	4
(9) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧    2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）    3. 心臓病    4. 糖尿病 5. 高脂血症（脂質異常）    6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気    8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等）    10. 外傷（転倒・骨折等） 11. がん（新生物）    12. 血液・免疫の病気    13. うつ病 14. 認知症（アルツハイマー病等）    15. パーキンソン病    16. 目の病気 17. 耳の病気    18. その他（                      ）    19. ない				
(10) 治療の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不詳				

(11) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり                      2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容 ※複数可	1. 注射・点滴                      2. 中心静脈栄養                      3. 透析 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置                      5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)                      7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護                      9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)                      11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 13. 服薬管理    14. その他(                      ) 15. ない
(12) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある                      2. ない
(13) 世帯構成	1. 独居                      2. 夫婦のみ                      3. その他同居
「3=その他同居」の 場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ                      2. それ以外
(14) 介護者の有無	1. あり    主介護者: _____                      2. なし
(15) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(16) 現在の住まい	1. 一戸建て                      2. 集合住宅
(17) 住居の形態	1. 持家                      2. 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(                      )
(18) 現在利用している介護 予防サービス内容 ※複数可	1. (介護予防) 訪問介護                      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 5. (介護予防) 居宅療養管理指導                      6. (介護予防) 通所介護 7. (介護予防) 通所リハ                      8. (介護予防) 福祉用具貸与 9. 特定(介護予防) 福祉用具販売 10. 住宅改修                      11. (介護予防) 認知症対応型通所介護 12. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. その他(                      )
(19) 現在(過去1ヶ月間)の受診の有無	1. あり                      2. なし
「1. あり」と回答した場合、 受診回数	通院: _____ 回/月                      訪問診療(往診): _____ 回/月
(20) 現在(過去1ヶ月間)の保険外の サービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、 具体的なサービス ※複数可	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス(例: 介護タクシー等) 3. 生活支援サービス(例: 買い物、草むしり等) 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス                      6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム                      8. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 9. 見守り支援・安否確認                      10. 家族支援サービス 11. その他(                      )

## 2. 個別援助計画内容およびサービス実施状況について

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします		
(21) 個別援助計画書で設定した課題・目標・目標の達成状況 ※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での目標の達成状況を評価下さい。		
個別援助計画策定月日	西暦_____年_____月_____日	
課題(最も重要と考えた課題1つ)		
その課題に対する本人の意向 (〇〇まで出来るようになりたいなど)		
最も重要と考えた課題に対する目標		
目標解決に向けて実施した内容		
目標の達成状況 (最も近いものに〇)	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. 目標設定時とほぼ同じ状態(変化なし) 4. 目標設定時よりも状態は悪くなっている	
	上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 何がどのようになったかを具体的に記入下さい(例:外出頻度が増えたなど)	
■ サービス実施状況について		
(22) 貴事業所の母体となる施設に入所した年月	西暦_____年_____月	
その時の要介護度	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1・2 5. 要介護3~5	
(23) 入所した理由 ※複数可	1. 本人の希望 2. 家族の希望 3. 介護保険施設への入所待ち 4. 措置 ※行政による低所得者等に対する措置のことを言います。 5. その他( )	
(24) 9月29日~10月5日までの1週間で提供したサービスの内容 ※複数可	1. レクリエーション活動(ゲーム・折り紙・手芸・音楽・体操など) 2. 施設のイベントへの参加 3. 機能訓練・リハの実施 4. 食事介助 5. 排泄介助 6. 入浴介助 7. その他( )	
(25) レクリエーション活動への参加状況	参加回数	前回サービス提供時の参加時間
	回/週	時間
(26) 機能訓練・リハの参加状況	参加回数	参加時間
	回/週	時間



**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【事業所票】【介護予防認知症対応型通所介護】（案）**

**■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。この調査票は介護予防認知症対応型通所介護のみについてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養）生活介護）で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）**までにご返送下さい。

**■調査に関するお問い合わせ先・返送先**

「予防サービスの提供に関する調査」事務局（担当： ）  
 電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）  
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	（ご記入者名： ）
ご連絡先	電話： FAX：

【2013年10月1日時点】

(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. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他( )
⑥事業所類型	1. 単独型 2. 併設型 3. 共用型

(2)加算等の算定状況 2013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若年性認知症受入加算	1. 算定あり→( )件	2. 算定なし
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) 2. (II) 3. 算定なし	

(3)職員体制（介護予防認知症対応型通所介護に従事する職員（兼務も含む）） ※★月★日～★月★日までの任意の1日（調査日）の職員体制について伺います。 ※勤務時間は関わった職種の合計時間を記入して下さい。					
	実人数	勤務時間		実人数	勤務時間
看護師	人	時間	理学療法士	人	時間
准看護師	人	時間	作業療法士	人	時間
生活相談員	人	時間	言語聴覚士	人	時間
介護職員	人	時間	その他	人	時間
調査日の利用者数				人	

(4)利用者の状況 2013年9月実績		
①要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
	人	人
②要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
	人	人

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。

例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。

例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→延べ人数は7人

③利用終了者の状況 ここ半年間で、要介護認定を更新した結果、状態改善により要支援を終了し「非該当」となった利用者(実人数)についてお答え下さい。			1. 利用終了者あり →( )人 2. 利用終了者なし		
④★月★日～★月★日までの任意の1日の要支援サービス利用者10名について伺います。利用者が10名を超える場合は、要支援1・2の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に10名を抽出して下さい。					
NO	利用開始時期 (西暦)	現在の 要介護度区分	左記区分の有効期間		前回の要介護度区分
			開始月 (西暦)	終了月 (西暦)	
1	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
2	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
3	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
4	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
5	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
6	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
7	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
8	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
9	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
10	( )年( )月	要支援1・要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
⑤「新規利用者に対する自宅でのADL状況・療養環境の確認の有無		1. 全ての新規利用者を実施 2. 一部の新規利用者を実施 3. 実施していない			

## (5) 地域支援事業の受託状況

地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。

## ①地域支援事業の受託の有無

1. 受託なし⇒以下のAへお進みください。
2. 受託あり⇒以下のBへお進みください。

A 【地域支援事業を受託していない事業所は、以下にご回答ください。】			
②受託していない理由 ※複数可	1. 自治体からの依頼がない 2. 自治体からの依頼があったが断った 3. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない 4. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない 5. その他( )		
	②「1. 自治体からの依頼がない」 場合、受託可能かどうか	1. 可能 2. 不可能 →理由( )	
	②「2. 自治体からの依頼があった が断った」の場合、その理由		
③地域支援事業を受託する上での課題 ※複数可	1. 事業所として地域支援事業を行うマンパワーがない 2. 事業所として地域支援事業を受けるスペースがない 3. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(訪問型介護予防事業))事業を実施していない 4. 自治体で介護予防事業(二次予防事業(通所型介護予防事業))事業を実施していない 5. 自治体で介護予防・日常生活支援総合事業を実施していない 6. その他( )		
B 【地域支援事業を受託している事業所は、以下にご回答ください。】			
④地域支援事業実施期間 (2012年の実績)	1. 通年                      2. 一定期間 →( )月～( )月 3. その他( )		
⑤地域支援事業所の実利用者数 (2013年9月の実績)	人	⑥実施頻度	回/月
⑦プログラム1回あたり平均参加人数	人	⑧1回あたり 平均実施時間	時間
⑨サービス提供体制 ※介護予防認知症対応型通所介護と兼務している職種に○を付けて下さい。 ※複数可	1. 看護師    2. 准看護師    3. 生活相談員    4. 介護職員 5. 理学療法士    6. 作業療法士    7. 言語聴覚士 8. その他( )		
⑩介護予防のための具体的な取組内容 ※複数可	1. 運動器の機能向上や膝痛・腰痛予防のためのプログラム 2. 栄養改善のためのプログラム 3. 口腔機能の向上のためのプログラム・支援 4. 認知機能の低下予防のプログラム・支援 5. 閉じこもり予防のプログラム・支援 6. うつ予防のプログラム・支援 7. 安否確認のための定期的な訪問 8. 緊急時の対応・支援 9. 1～6を組み合わせた複合サービス 10. その他( )		
⑪地域支援事業を事業所において実施する上での課題や工夫点 ※自由回答			

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【利用者票】【介護予防認知症対応型通所介護】**

※9 月中の貴事業所における要支援の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、  
 早い順に要支援1・2の方をそれぞれ1名ずつ抽出して下さい。

※この調査票は、調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方がご記入下さい。

利用者ID: 1

1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします					
(1) 性別	1. 男性                      2. 女性				
(2) 年齢	_____ 歳				
(3) 貴事業所のサービス利用開始年月	西暦_____年_____月				
(4) 調査日時点の要介護度	1. 要支援1    2. 要支援2				
(5) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし   2. 要支援1   3. 要支援2   4. 要介護1・2   5. 要介護3~5				
(6) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立   2. J1   3. J2   4. A1   5. A2 6. B1   7. B2   8. C1   9. C2   10. 不明				
(7) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立   2. I   3. IIa   4. IIb   5. IIIa 6. IIIb   7. IV   8. M   9. 不明				
(8) ADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○)		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	屋内移動	1	2	3	4
	屋外移動	1	2	3	4
	食事	1	2	3	4
	排泄	1	2	3	4
	入浴	1	2	3	4
	整容(着替え)	1	2	3	4
(9) IADL (各行為について、現在の状況に最も近いものに○) ※通所での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。		1: できる	2: 見守り	3: 一部介助	4: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3	4
	日用品の買物	1	2	3	4
	食事の用意	1	2	3	4
	服薬	1	2	3	4
	請求書の支払い	1	2	3	4
	預貯金の出し入れ 年金などの書類の記入	1	2	3	4
(10) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧    2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)    3. 心臓病    4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常)    6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気    8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)    10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物)    12. 血液・免疫の病気    13. うつ病 14. 認知症(アルツハイマー病等)    15. パーキンソン病    16. 目の病気 17. 耳の病気    18. その他(                      )    19. ない				
(11) 治療の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不詳				

## 【介護予防認知症対応型通所介護】

(12) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり                      2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容 ※複数可	1. 注射・点滴                      2. 中心静脈栄養                      3. 透析 4. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の処置                      5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器)                      7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護                      9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)                      11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 13. 服薬管理    14. その他(                      ) 15. ない
(13) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある                      2. ない
(14) 世帯構成	1. 独居                      2. 夫婦のみ                      3. その他同居
「3=その他同居」の 場合の同居者	1. 高齢者(65歳以上)のみ                      2. それ以外
(15) 介護者の有無	1. あり    主介護者: _____                      2. なし
(16) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(17) 現在の住まい	1. 一戸建て                      2. 集合住宅
(18) 住居の形態	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(                      )
(19) 現在利用している介護 予防サービス内容 ※複数可	1. (介護予防) 訪問介護                      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 5. (介護予防) 居宅療養管理指導                      6. (介護予防) 通所介護 7. (介護予防) 通所リハ                      8. (介護予防) 福祉用具貸与 9. 特定(介護予防) 福祉用具販売 10. 住宅改修                      11. (介護予防) 認知症対応型通所介護 12. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. その他(                      )
(20) 現在(過去1ヶ月間)の受診の有無	1. あり                      2. なし
「1. あり」と回答した場合、 受診回数	通院: _____ 回/月                      訪問診療(往診): _____ 回/月
(21) 現在(過去1ヶ月間)の保険外の サービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、 具体的なサービス ※複数可	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス(例: 介護タクシー等) 3. 生活支援サービス(例: 買い物、草むしり等) 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス                      6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム                      8. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 9. 見守り支援・安否確認                      10. 家族支援サービス 11. その他(                      )

## 2. 個別援助計画内容およびサービス実施状況について

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします		
(22) 個別援助計画書で設定した課題・短期目標・短期目標の達成状況		
※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。		
個別援助計画策定月日	西暦_____年_____月_____日	
課題(最も重要と考えた課題1つ)		
その課題に対する本人の意向 (〇〇まで出来るようになりたいなど)		
最も重要と考えた課題に対する短期目標		
短期目標解決に向けて実施した内容		
短期目標の達成状況(最も近いものに○)	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. 目標設定時とほぼ同じ状態(変化なし) 4. 目標設定時よりも状態は悪くなっている  上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 何がどのようになったかを具体的に記入下さい(例:外出頻度が増えたなど)	
■ サービス実施状況について		
(23) 一か月あたりの利用回数	回	
(24) 前回通所時にサービスを提供したおおよその時間	時間	
うち、機能訓練を実施した時間	時間	
(25) 前回サービス提供時の内容 ※複数可	1. 送迎・送り 2. 送迎・迎え 3. レクリエーション活動(ゲーム) 4. レクリエーション活動(折り紙・手芸) 5. レクリエーション活動(音楽) 6. レクリエーション活動(体操) 7. 機能訓練(個別) 8. 機能訓練(集団) 9. 食事 10. 入浴 11. その他( )	
(26) レクリエーション活動への参加状況	参加回数	前回サービス提供時の参加時間
	回/週	時間
(27) 機能訓練の実施状況	回/週	時間
(28) 前回サービス提供時に関わった職種 ※複数可	1. 看護師・准看護師 2. 生活相談員 3. 介護職員 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. その他( )	

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【事業所票】【介護予防認知症対応型共同生活介護】（案）**

**■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。この調査票は介護予防認知症対応型共同生活介護のみについてご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、2013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。
- ・ サービス名称は略称（リハビリテーション→リハ等、ショートステイ→短期入所（療養生活介護））で記載しています。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**2013年★月★日（★）**までにご返送下さい。

**■調査に関するお問い合わせ先・返送先**

「予防サービスの提供に関する調査」事務局（担当： ）  
 電話：★-★-★（平日9時30分～17時30分）  
 ●お問合せの際に、調査名をお伝え下さい●  
 FAX：03-5157-2143（24時間受付）  
 〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3  
 三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケアグループ内

事業所名	(ご記入者名： )	
ご連絡先	電話：	FAX：

【2013年10月1日時点】

(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. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護 8. 訪問看護 9. 訪問リハ 10. 通所介護 11. 通所リハ 12. ショートステイ 13. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 14. サービス付き高齢者住宅 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 複合型サービス 20. 居宅介護支援 21. その他( )

## 【介護予防認知症対応型共同生活介護】

(2)加算等の算定状況 2013年9月実績	
①退院時相談援助加算	1. 算定あり→( )件 2. 算定なし
②認知症専門ケア加算	1. (I)→( )件 2. (II)→( )件 3. 算定なし
③夜間ケア加算	1. (I)→( )件 2. (II)→( )件 3. 算定なし
④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
⑤若年性認知症利用者受入加算	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. (I) 2. (II) 3. (III) 4. 算定なし

(3)職員体制 (2013年10月1日の状況)							
※介護予防認知症対応型共同生活介護に従事する職員(兼務も含む)							
	実人数		常勤換算 合計人数		実人数		常勤換算 合計人数
	常勤	非常勤			常勤	非常勤	
管理者	人	人	. 人	準看護師	人	人	. 人
計画作成担当者	人	人	. 人	介護福祉士	人	人	. 人
看護師	人	人	. 人	その他	人	人	. 人

常勤換算数の計算方法：

例1) 事業所が週40時間と決めている場合で、週に16時間勤務している非常勤者の場合、 $16 \div 40 = 0.4$ となります。

例2) 事業所が週38時間と決めている場合で、週に8時間勤務している非常勤者の場合、 $8 \div 38 = 0.21 = 0.2$ （四捨五入）となります。

(4)利用者の状況 2013年9月実績		
①要介護度別の利用者実人数	要支援1	要支援2
	人	
②要介護度別の利用者延べ人数	要支援1	要支援2
	人	

利用者実人数は、利用した個人を特定した人数になります。

例) Aさん、Bさん、Cさんがその月に利用している場合→実人数3人

利用者延べ人数は、同一の人が何回も含まれていても、それぞれを一単位として数えた人数になります。

例) 1日目にAさんとBさん計2人、2日目にAさんとCさんとDさん計3人、3日にBさんとDさん計2人が利用している場合→延べ人数は7人

【介護予防認知症対応型共同生活介護】

<p>③利用終了者の状況                  ここ半年間で、要介護認定を更新した結果、状態改善により要支援を終了し「非該当」となった利用者(実人数)についてお答え下さい。</p>	<p>1. 利用終了者あり →( )人                  2. 利用終了者なし</p>
--	---

④★月★日～★月★日までの任意の1日の要支援サービス利用者10名について伺います。利用者が10名を超える場合は、要支援2の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に10名を抽出して下さい。

NO	利用開始時期 (西暦)	現在の 要介護度区分	左記区分の有効期間		前回の要介護度区分
			開始月 (西暦)	終了月 (西暦)	
1	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
2	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
3	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
4	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
5	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
6	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
7	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
8	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
9	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・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
10	( )年( )月	要支援2	( )年 ( )月	( )年 ( )月	認定なし・要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

**(5) 地域支援事業の受託状況**  
 地域支援事業とは2006年からスタートした市区町村が独自で行う事業です。例えば、運動器の機能向上や転倒骨折予防を目的とした講座・教室や口腔機能向上のためのプログラム、栄養改善のための配食サービス、認知症予防のためのサロンなどが該当し、事業の名称は市区町村によって異なります。

<p>①地域支援事業の受託の有無</p>	<p>1. 受託あり→受託内容( )                  2. 受託なし</p>
----------------------	---

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**予防サービスの提供に関する実態調査**  
**【利用者票】【介護予防認知症対応型共同生活介護】**

※9月中の貴事業所の要支援2の利用者をお名前(名字ではない下のお名前)の五十音順に並べ、早い順に1名抽出して下さい。

※この調査票は、**調査対象の利用者の個別援助計画を作成した方**がご記入下さい。

利用者ID：1

1. 利用者の属性・サービス利用状況について

■ 利用者の状態等についてお聞きします				
(1) 性別	1. 男性		2. 女性	
(2) 年齢	_____ 歳			
(3) 前回認定時の要介護度	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1・2 5. 要介護3~5			
(4) 調査日時点の障害高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明			
(5) 調査日時点の認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明			
(6) ADL（各行為について、現在の状況に最も近いものに○） ※グループホームでの状況や状態をみて、各 IADL ができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。		1: できるし している	2: できるが していない	3: できない
	屋内移動	1	2	3
	屋外移動	1	2	3
	食事	1	2	3
	排泄	1	2	3
	入浴	1	2	3
	整容（着替え）	1	2	3
		1: している	2: していない	
	新聞を読むこと	1		2
	本や雑誌を読むこと	1		2
	健康についての記事や番組に関心があること	1		2
	友人の家を訪ねること	1		2
	家族や友人の相談にのること	1		2
	病人を見舞うこと	1		2
若い人に自分から話しかけること	1		2	
週に1回以上の外出	1		2	
(7) IADL（各行為について、現在の状況に最も近いものに○）		1: できるし している	2: できるが していない	3: できない
	バスや電車、自家用車での一人での外出	1	2	3
	日用品の買物	1	2	3
	食事の用意	1	2	3
	服薬	1	2	3
	請求書の支払い	1	2	3
	預貯金の出し入れ	1	2	3
	年金などの書類の記入	1	2	3

## 【介護予防認知症対応型共同生活介護】

(8) 現在、有している傷病 ※複数可	1. 高血圧 2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症（脂質異常） 6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症等） 10. 外傷（転倒・骨折等） 11. がん（新生物） 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. 認知症（アルツハイマー病等） 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. その他（ ） 19. ない
(9) 治療の有無	1. あり 2. なし 3. 不詳
(10) 医療・ケア職による対応の必要性の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、その内容 ※複数可	1. 注射・点滴 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター（人工呼吸器） 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 11. じょくそうの処置 12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） 13. 服薬管理 14. その他（ ） 15. ない
(11) 痛みの有無	1. 日常生活に支障のある痛みがある 2. ない
(12) 世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居
「3=その他同居」の 場合の同居者	1. 高齢者（65歳以上）のみ 2. それ以外
(13) 介護者の有無	1. あり 主介護者：_____ 2. なし
(14) 介護力	1. 介護できるものがある 2. 時間帯によっては介護できるものがある 3. 介護できるものがない
(15) 現在の住まい	1. 一戸建て 2. 集合住宅
(16) 住居の形態	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（ ）
(17) 現在利用している介護 予防サービス内容 ※複数可	1. （介護予防）訪問介護 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 5. （介護予防）居宅療養管理指導 6. （介護予防）通所介護 7. （介護予防）通所リハ 8. （介護予防）福祉用具貸与 9. 特定（介護予防）福祉用具販売 10. 住宅改修 11. （介護予防）認知症対応型通所介護 12. （介護予防）小規模多機能型居宅介護 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 14. その他（ ）
(18) 現在（過去1ヶ月間）の受診の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、 受診回数	通院：_____回/月 訪問診療（往診）：_____回/月
(19) 現在（過去1ヶ月間）の保険外の サービス利用の有無	1. あり 2. なし
「1. あり」と回答した場合、 具体的なサービス ※複数可	1. 配食サービス 2. 外出支援・移送サービス（例：介護タクシー等） 3. 生活支援サービス（例：買い物、草むしり等） 4. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 5. 訪問理美容サービス 6. 民生委員による訪問 7. 緊急通報システム 8. 友愛訪問（老人クラブ、社協等） 9. 見守り支援・安否確認 10. 家族支援サービス 11. その他（ ）

2. 個別援助計画内容およびサービス実施状況について

■ 貴事業所で作成している個別援助計画についてお聞きします		
(20) 個別援助計画書で設定した課題・目標・目標の達成状況 ※個別援助計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での目標の達成状況を評価下さい。		
個別援助計画策定月日	西暦_____年_____月_____日	
課題(最も重要と考えた課題1つ)		
その課題に対する本人の意向 (〇〇まで出来るようになりたいなど)		
最も重要と考えた課題に対する目標		
目標解決に向けて実施した内容		
目標の達成状況 (最も近いものに〇)	1. ほぼ達成できた 2. 達成までには至っていないが、目標設定時よりは改善の傾向にある 3. 目標設定時とほぼ同じ状態(変化なし) 4. 目標設定時よりも状態は悪くなっている 上記で「1.」ないし「2.」を選択された方に伺います。 何がどのようになったかを具体的に記入下さい(例:外出頻度が増えたなど)	
■ サービス実施状況について		
(21) 貴事業所のサービス利用開始年月	西暦_____年_____月	
その時の要介護度	1. 認定なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1・2 5. 要介護3~5	
(22) 入所した理由 ※複数可	1. 本人の希望 2. 家族の希望 3. 介護保険施設への入所待ち 4. その他( )	
(23) 9月29日~10月5日の1週間で提供したサービスの内容※複数可	1. レクリエーション活動(ゲーム・折り紙・手芸・音楽・体操など) 2. 事業所のイベントへの参加 3. 機能訓練・リハの実施 4. 食事介助 5. 排泄介助 6. 入浴介助 7. その他( )	
(24) レクリエーション活動への参加状況	参加回数 回/週	前回サービス提供時の参加時間 時間
(25) 機能訓練・リハの実施状況	回/週	時間
(26) 入所時のサービス提供に関わった職種 ※複数可	1. 管理者 2. 計画作成担当者 3. 看護師・准看護師 4. 介護福祉士 5. その他( )	

■■■ご協力ありがとうございました■■■

## 予防サービスの提供に関する実態調査

## ご自宅における日常生活や健康状態、介護サービスに関するアンケート

あなたの自宅での日常生活の状況や、健康の状態についてお聞きします。最も近いと思われる番号に○（マル）をお付けください。

## 1 日常生活の状況について（1）

以下の①～⑫のそれぞれの項目について、ご自宅でどのように行っているかをお聞きします。誰の介助も受けずに実施している場合は「1」、ご家族やヘルパーなどの介助を受けながら実施している方は「2」、そもそも実施していない方は「3」に、それぞれ○（マル）をお付けください。

	介助を受けずに している	介助を受けな がらしている	していない
① 自宅内での歩行	1	2	3
② 外出時の歩行	1	2	3
③ 食事をすること	1	2	3
④ トイレ動作（ズボンの上げ下げ、排尿・排便、 便器の後始末）	1	2	3
⑤ 風呂に入った際に全身を洗うこと	1	2	3
⑥ ズボンやパンツを脱いだり着たりすること	1	2	3
⑦ バス・電車・自家用車等で一人で外出すること	1	2	3
⑧ 日用品の買物をする事	1	2	3
⑨ 食事の用意をする事	1	2	3
⑩ 請求書の支払いをする事	1	2	3
⑪ 預貯金の出し入れをする事	1	2	3
⑫ 年金などの書類を書くこと	1	2	3

## 2 日常生活の状況について（2）

以下の①～⑧の質問について、現在の状況に最も近い番号に○をお付け下さい。

	はい	いいえ
① 新聞を読んでいますか	1	2
② 本や雑誌を読んでいますか	1	2
③ 健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2
④ 友人の家を訪ねていますか	1	2
⑤ 家族や友人の相談にのっていますか	1	2
⑥ 病人を見舞うことができますか	1	2
⑦ 若い人に自分から話しかけることがありますか	1	2
⑧ 週に1回以上は外出をしていますか	1	2

## 3 あなたの現在の健康状態として最も近い番号に○をお付け下さい。

1. とてもよい      2. よい      3. あまりよくない      4. よくない



## 施設内における日常生活や健康状態、介護サービスに関するアンケート

### 【介護予防特定施設入居者生活介護】

あなたの施設内での日常生活の状況や、健康の状態についてお聞きします。最も近いと思われる番号に○（マル）をお付けください。

#### 1 日常生活の状況について（1）

以下の①～⑫のそれぞれの項目について、施設内でどのように行っているかをお聞きします。誰の介助も受けずに実施している場合は「1」、ご家族やヘルパーなどの介助を受けながら実施している方は「2」、そもそも実施していない方は「3」に、それぞれ○（マル）をお付けください。

	介助を受けずに している	介助を受けな がらしている	していない
① 施設内での歩行	1	2	3
② 外出時の歩行	1	2	3
③ 食事をすること	1	2	3
④ トイレ動作（ズボンの上げ下げ、排尿・排便、 便器の後始末）	1	2	3
⑤ 風呂に入った際に全身を洗うこと	1	2	3
⑥ ズボンやパンツを脱いだり着たりすること	1	2	3
⑦ バス・電車・自家用車等で一人で外出すること	1	2	3
⑧ 日用品の買物をする事	1	2	3
⑨ 食事の用意をする事	1	2	3
⑩ 請求書の支払いをする事	1	2	3
⑪ 預貯金の出し入れをする事	1	2	3
⑫ 年金などの書類を書くこと	1	2	3

#### 2 日常生活の状況について（2）

以下の①～⑧の質問について、現在の状況に最も近い番号に○をお付け下さい。

	はい	いいえ
① 新聞を読んでいますか	1	2
② 本や雑誌を読んでいますか	1	2
③ 健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2
④ 友人の家を訪ねていますか	1	2
⑤ 家族や友人の相談にのっていますか	1	2
⑥ 病人を見舞うことができますか	1	2
⑦ 若い人に自分から話しかけることがありますか	1	2
⑧ 週に1回以上は外出をしていますか	1	2

予防サービスの提供に関する実態調査【介護予防特定施設入居者生活介護】

3 あなたの現在の健康状態として最も近い番号に○をお付け下さい。

1. とてもよい      2. よい      3. あまりよくない      4. よくない

4 現在利用している介護予防サービスについて

現在利用しているサービスについて、感想や要望をお答えください。

① 満足度	1. 満足している                      2. やや満足している 3. あまり満足していない          4. 満足していない
② サービスを受けて良かったこと	（具体的にお書きください）例：「外出が前よりできるようになった」「ご飯を美味しく食べられるようになった」など、ご自由に記入してください。
③ サービスへの要望	（具体的にお書きください）

質問項目は以上です。ご回答頂き誠にありがとうございました。

-----以下は、事業所スタッフが記入します。-----

スタッフ記入欄