

**居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する  
調査研究事業の調査検討組織  
設置要綱（案）**

**1. 設置目的**

（株）三菱総合研究所は居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

**2. 実施体制**

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

**3. 調査検討組織の運営**

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

**居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する  
調査研究事業の調査検討組織 委員等**

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

（敬称略、50音順）

**【オブザーバー】**

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

## (5) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 (案)

## 1. 調査の目的

平成 27 年度の介護報酬改定を踏まえ、居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所（地域包括支援センター）並びに当該事業所に従事する介護支援専門員の業務実態を把握するとともに、利用者本位に基づき、公平・中立に機能し、サービスの質を担保するための効果的・効率的な事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を収集する。

## 2. 調査客体

## ①全国調査

- 事業所調査：指定居宅介護支援事業所
  - ケアマネジャー調査：ケアマネジャー
  - 利用者調査：指定居宅介護支援事業所の利用者
- 調査対象数**
- ・ 指定居宅介護支援事業所（3,000 事業所程度）
  - ・ ケアマネジャー及び利用者（それぞれ 4,000～5,000 人程度）

## ②居宅介護支援事業所タイムスタディ調査

- 事業所・ケアマネジャー調査：指定居宅介護支援事業所
  - タイムスタディ調査：ケアマネジャー
  - 利用者調査：ケアマネジャーが担当する居宅介護支援利用者
- 調査対象数**
- ・ 指定居宅介護支援事業所（30 事業所程度）
  - ・ ケアマネジャー（120 人程度）
  - ・ 利用者（対象ケアマネジャーの担当人数に応じて利用者票を送付）

## 3. 主な調査項目

## ①全国調査

- 事業所調査
  - ・ 併設しているサービス・事業の有無、居宅介護支援費の状況、特定事業所加算の有無、利用者数の状況、職員の兼務状況、主任介護支援専門員の配置と役割、サービス担当者会議の開催状況、医療連携の状況、地域ケア会議の参加状況 等
- ケアマネジャー調査
  - ・ 業務プロセスの実施状況、業務遂行の課題 等
- 利用者調査：利用者調査票
  - ・ 利用者の状況、サービスの利用状況、家族等の状況、経済状態 等

## ②居宅介護支援事業所タイムスタディ調査

- 事業所・ケアマネジャー調査
  - ・ 開設主体、地域区分、特定事業所加算の取得状況、職員数、事務職員の有無 等
- タイムスタディ調査
  - ・ 個別利用者への直接業務（訪問、来所、サービス担当者会議、ケアプラン作成 等）
  - ・ 個別利用者への直接業務以外の業務（担当していない利用者に対する業務、研修 等）
- 利用者調査
  - ・ 利用者の状況、サービスの利用状況、利用者への業務の実施状況 等

## 「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

## 居宅介護支援事業所 事業所調査票(案)

※この調査票は事業所の  
管理者の方が記入して  
ください

事業所名

## 1 貴居宅介護支援事業所の概況

(1)開設年	平成 年
(2)開設主体 (○は1つ)	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人(社協以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 8. 特定非営利活動法人(NPO) 9. その他の法人 10. その他
(3)地域区分 (○は1つ)	1. 1級地 2. 2級地 3. 3級地 4. 4級地 5. 5級地 6. 6級地 7. 7級地 8. その他

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

(1)併設施設の有無(○は1つ)	1. 併設施設あり			2. 併設施設なし → 3 に進んでください			
	同一法人・系列法人が運営しているサービス(全てに○)	併設しているもの(全てに○)	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの(全てに○)	(2)併設施設の状況	同一法人・系列法人が運営しているサービス(全てに○)	併設しているもの(全てに○)	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの(全てに○)
地域包括支援センター	1	1	1	短期入所生活介護(介護予防含む)	15	15	15
在宅介護支援センター	2	2	2	短期入所療養介護(介護予防含む)	16	16	16
介護老人福祉施設(地域密着型を含む)	3	3	3	福祉用具貸与(介護予防含む)	17	17	17
介護老人保健施設	4	4	4	特定福祉用具販売(介護予防含む)	18	18	18
療養病床を有する病院・診療所	5	5	5	夜間対応型訪問介護	19	19	19
病院・診療所(上記以外)	6	6	6	定期巡回・随時対応型訪問介護	20	20	20
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(介護予防含む)	7	7	7	小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)	21	21	21
有料老人ホーム・ケアハウス等(特定施設(介護予防含む)含む)	8	8	8	認知症対応型通所介護(介護予防含む)	22	22	22
訪問介護(介護予防含む)	9	9	9	住宅改修	23	23	23
訪問入浴介護(介護予防含む)	10	10	10	薬局	24	24	24
訪問看護(介護予防含む)	11	11	11	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院	25	25	25
訪問リハビリテーション(介護予防含む)	12	12	12	お泊りデイサービス	26	26	26
通所介護(介護予防含む)	13	13	13	サービス付高齢者住宅	27	27	27

通所リハビリテーション (介護予防含む)	14	14	14	その他 ( )	28	28	28
<b>3 居宅介護支援費の状況 (平成27年9月中)</b>							
居宅介護支援費の取得状況 (人数)	1. 居宅介護支援費(Ⅰ)( )人 3. 居宅介護支援費(Ⅲ)( )人			2. 居宅介護支援費(Ⅱ)( )人			
運営基準減算要件への該当 (該当件数)	該当なし ・ 該当あり( )件						
入院時情報連携加算(Ⅰ)の有 無(適用件数)	有( )件・無			入院時情報連携加算(Ⅱ)の有 無(適用件数)	有( )件・無		
特別地域居宅介護支援加算の 有無	有 ・ 無			中山間地域等における小規模事業所 加算の有無	有 ・ 無		
初回加算の有無(適用件数)	有( )件・無			中山間地域等に居住する者へのサー ビス提供加算の有無(適用件数)	有( )件・無		
退院・退所加算の有無(適用件 数)	有( )件・無			小規模多機能型居宅介護事業所連携 加算の有無(適用件数)	有( )件・無		
緊急時等居宅カンファレンス加 算の有無(適用件数)	有( )件・無			看護小規模多機能型居宅介護事業所 連携加算の有無(適用件数)	有( )件・無		
特定事業所加算の有無 (あてはまるもの1つに○)	特定事業所加算(Ⅰ)		特定事業所加算(Ⅱ)		特定事業所加算(Ⅲ)		加算なし
「特定事業所加算(Ⅱ)」または「特 定事業所加算(Ⅲ)」、「加算なし」の 場合、加算をとっていない理由を選 んでください(○はいくつでも)	【加算をとっていない理由】 ←						
	1. 主任介護支援専門員を1人以上配置できない 2. 主任介護支援専門員を2人以上配置できない 3. 常勤専従の介護支援専門員を2人以上配置できない 4. 常勤専従の介護支援専門員を3人以上配置できない 5. サービス提供にあたっての留意事項に関する伝達等の会議を定期的に開催していない 6. 利用者のうち中重度者(要介護3~5)の占める割合が4割以上でない 7. 24時間連絡体制・相談に対応する体制が確保されていない 8. 計画的に研修を実施していない 9. 地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託していない 10. 地域包括支援センター等による事例検討会等に参加していない 11. 減算要件に該当している 12. 介護支援専門員一人あたりの利用者の平均件数が40件以上である 13. 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制が整備できない 14. その他( )						
特定事業所集中減算の有無	有 ・ 無 → 4に進んでください						
	有 の 場 合	サービス種類				割合	
		法人関係	1. 同一または系列法人 2. 同一または系列法人でない				
当該事業所を 選定している 理由	1. 当該事業所のサービスの質が高いため 2. 当該事業所が提供するサービスが利用者に適しているため 3. 連携・情報共有がしやすいため 4. 利用者・家族が希望したため 5. 法人の方針として 6. その他( )						

**4 居宅介護支援・介護予防支援の利用者数の状況**

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

実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
うち、平成27年9月からの新規利用者	人	人	人	人	人	人	人

5 職員について(平成27年10月1日現在)							
(他のサービス・事業と兼務している場合は、「併設事業所と兼務」の欄に人数を記入して下さい。)	常勤			非常勤			
	居宅介護支援事業所に専従	併設事業所と兼務(勤務時間による換算)		居宅介護支援事業所に専従		併設事業所と兼務(勤務時間による換算)	
		実人員	換算人員※1	実人員	換算人員※1	実人員	換算人員※1
(1)ケアマネジャー(ケアマネジャー業務を実施している管理者含む)							
(2)採用・退職・異動の状況(平成26年度中)	常勤ケアマネジャー ※実人数を記入			非常勤ケアマネジャー ※実人数を記入			
採用したケアマネジャー数	( )人			( )人			
退職したケアマネジャー数	( )人			( )人			
異動したケアマネジャー数	( )人			( )人			
(3)事務職員(ケアマネジャー以外の職員)の有無(○は1つ)	1. 居宅介護支援事業所専従の事務職員がいる 2. 他の併設事業等と兼務の事務職員がいる 3. 事務職員はいない						
(4)管理者の兼務状況(○は1つ)	1. 居宅介護支援事業以外も兼務している 2. 兼務はしていない						

※1:換算人員の計算は、記入要領●ページをご参照ください。

6 ケアマネジメントの質向上およびケアマネジャーの資質向上について						
(1)介護支援専門員の資質向上への取り組み(全てに○)	1. 事業所内でのキャリアパスを設定し、明示している 2. 事業所内の人材育成のための体制を整えている 3. 人材育成のために外部研修を計画的に活用している 4. 事業所における主任ケアマネジャーの役割を明確に示している 5. 主任ケアマネジャー等がスーパーバイズを行っている 6. 事業所内で年間研修計画を立てている 7. 研修の実施状況や効果を評価している 8. 評価結果を次年度の計画に反映している 9. その他( ) 10. あてはまるものはない					
(2)研修等の実施状況(平成26年度中の実績)	事業所内研修の年間実施回数	( )回				
	事業所外研修の状況	区分	受講者実人数	のべ受講回数	取扱い	費用負担
	法定研修		人	回	1. 出張 2. 休暇 3. 勤務免除	1. 全額自己負担 2. 一部事業所負担 3. 全額事業所負担
	法定外研修		人	回	1. 出張 2. 休暇 3. 勤務免除	1. 全額自己負担 2. 一部事業所負担 3. 全額事業所負担
(3)実施している教育・研修の内容(全てに○)	内容 1. 貴居宅介護支援事業所内あるいは併設事業所内での研修 2. 外部の研修・セミナー・講習会・研究会への参加 3. 日常のOJTの実施 4. 主任ケアマネジャー等によるスーパーバイズの実施 5. ケアマネジャーの間での事例検討会の開催 6. 多職種による事例検討会の開催 7. 自主研究/研究会・学会等への参加など、自己啓発活動への援助 8. 通信教育援助 9. 他の居宅介護支援事業所への派遣研修 10. 他の居宅介護支援事業所からの研修生の受け入れ 11. その他( )					
(4)事業所内の人材育成における主任ケアマネジャーの役割(全てに○)	1. 事業所内の研修会の企画・講師 2. OJTによる指導者 3. ケースカンファレンスのアドバイザー 4. ケアプランのチェック・指導 5. その他( ) 6. 特になし 7. 主任ケアマネジャーはいない					

(5)24 時間連絡体制・相談に対応する体制	1. 対応する体制がある 2. 対応する体制がない			
(6) 地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースの受託状況	1. 受託した実績がある⇒過去1年間に( )件程度 2. 受託していない 3. わからない(記録を残していない)			
(7) 地域包括支援センター等による事例検討会等への参加状況	1. 参加している⇒過去1年間に( )回程度 2. 開催されているが参加していない 3. 開催されていない、わからない			
(8) 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制	1. 介護支援専門員の实習を受け入れた実績がある⇒過去1年間に( )回程度 2. 受け入れは可能であるが実績はない 3. 受け入れる体制はない			
(9) ケアマネジャーの担当利用者の割り当ての際に考慮すること(全てに○)	1. 担当件数 2. 担当する地域 3. ケアマネジャーの利用者との相性 4. 利用者の状況に対して、ケアマネジャーの経験や力量が十分であること 5. ケアマネジャーの育成、経験の蓄積につながる事 6. その他 7. 特になし			
(10) 事業所内で、ケアマネジメントの質向上や困難事例への対応のために実施していること(全てに○)	1. 事例検討会を開催して全体で共有し、適切なケアマネジメントのあり方を検討している 2. 事業所内で現状報告や情報共有の場があり、必要に応じて議論している 3. 管理者や主任ケアマネジャー等が個別に相談を受け、アドバイスしている 4. 特別な場を設定しないが、日常業務の中で共有し、相互に意見を述べている 5. その他( ) 6. 特に対応していない			
(11) 利用者からの苦情や事故・ヒヤリハット情報について、サービスの質向上に向けて、どのように対応・活用していますか。(それぞれについて全てに○)	<b>対応・活用方法</b>	<b>苦情</b>	<b>ヒヤリハット</b>	<b>事故</b>
	1. 対応のマニュアルが作成されている			
	2. 記録を残している			
	3. 市町村に報告している			
	4. 定期的に発生状況を集計している			
	5. 事業所内で事例を周知、共有している			
	6. 原因を分析している			
	7. 再発防止策を検討している			
	8. 再発防止策の効果を評価、検証している			
	9. 他事業所の事例も収集し、参考にしている			
	10. その他( )			
11. 特に対応していない				
(12) 管理者の責務について	管理者向けの研修の希望	1. 希望する ⇒内容( ) 2. 希望しない		
	管理者としての課題	1. 従業員の管理 2. 利用者の申し込みに関する調整 3. 業務の実施状況の把握 4. ケアマネジメントの質向上 5. 人材の確保・育成 6. 事業所の経営 7. その他( )		

7 医療機関との連携の状況について				
【入院時の連携】				
(1) 平成27年7月～9月中に医療機関に入院した利用者数	医療機関に入院した人数	うち入院時に医療機関へ情報提供を行った人数		うち「入院時情報連携加算」適用人数
	7月～9月に1回でも給付管理を行った人	人	人	人
	7月～9月に給付管理を行わなかった人	人	人	
1) 情報提供を	主な連携先	1. MSW	2. 看護師	3. 医師
				4. その他( )



利用者情報を得る際の主な方法	アクセス方法	1. 医療機関から連絡を受ける 2. 利用者・家族から連絡を受けて医療機関に連絡する 3. 医療機関に直接連絡をとる 4. 最初に利用者・家族と連絡をとる		
	書式の有無	1. あり(事業所作成・医療機関作成) 2. なし		
	連携手段	1. 対面・面談 2. 電話 3. メール 4. FAX 5. その他( )		
	標準書式の利用状況	1. 原則として利用している 2. 場合によって利用する 3. 利用していない		
2) 退院時に利用者情報を得る際、特に重視している情報(○はいくつでも)	1. 疾患の状態 5. 排泄の状況 9. その他( ) 2. 食事の状況 6. 夜間の状態 10. 特にない 3. 口腔の状況 7. 療養上の留意事項 4. 移動の状況 8. 薬の情報			
3) 従来から給付管理を行っている利用者の退院時カンファレンスへのケアマネジャーの参加頻度	1. ほとんど参加する→ 2. 時々参加する → 3. 全く参加しない	1 利用者あたりカンファレンスの出席回数	1. 1回 2. 2回 3. 3回以上	
4) ケアマネジャーが退院時、カンファレンスに参加している場合、貴事業所職員以外の主な参加者(○はいくつでも)	1. 利用者 2. 家族			
	【医療機関側】		【在宅支援側】	
	3. 医師 4. 看護師 5. PT, ST, OT 6. 栄養士、管理栄養士 7. 薬剤師 8. MSW 9. その他( )	10. 医師 11. 看護師 12. PT, ST, OT 13. 栄養士、管理栄養士 14. 薬剤師 15. 地域支援センター職員 16. その他( )		
5) 貴事業所ケアマネジャーが、退院時カンファレンスに参加するうえでの問題点、課題(○はいくつでも)	1. 退院時カンファレンスが行われていない 2. 退院時カンファレンスに呼ばれない 3. 発言する機会がない、発言しにくい雰囲気 4. 業務多忙であり参加することが難しい 5. コミュニケーションがうまくいかず、必要な情報が正しく提供されていない場合がある 6. その他( )			
6) 退院時に利用者情報を得たことによる効果(○はいくつでも)	1. 利用者が不安なく生活を継続できた 2. 適切なケアプランを作成することができた 3. 医療機関との関係を強化できた 4. その他( ) 5. 特にない			
7) 退院時に医療機関より利用者情報を得ることにおける課題(○はいくつでも)	1. 入院した利用者との関係を維持できていない 2. 従来給付管理を行っていた利用者の退院時に医療機関から連絡がこない 3. 新規の利用者の退院時に医療機関から紹介される関係ができていない 4. 事業所の職員に医療機関との連携への苦手意識がある 5. 医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難 6. 事業所の職員が多忙であり時間がとれない 7. 本人や家族から情報を得ているので必要ない 8. その他( )			

## 8 個別サービス計画への対応とサービス提供事業所との連携

<p>(1)個別サービス計画の取得と活用について、事業所の方針として実施していること</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提出状況を管理している</li> <li>2. 積極的にサービス提供事業所から取り寄せている</li> <li>3. 提出された計画の内容がケアプランに沿っているか確認している</li> <li>4. 計画の内容について、サービス提供事業所と協議し、合意している</li> <li>5. 必要に応じて、ケアプランに反映している</li> <li>6. その他( )</li> <li>7. 個別サービス計画は取得していない</li> </ol>
<p>(2)サービス提供事業所との連携状況</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個別サービス計画のモニタリング情報の提供を受けている</li> <li>2. サービス提供事業所とICT(情報通信技術)を活用して情報を共有している</li> <li>3. その他(具体的に )</li> </ol>

9 地域ケア会議への参加状況について				
<p>※地域ケア会議とは、「地域包括支援センターの設置運営について」(平成25年老高発0329第5号、老振発0329第8号、老老発0329第2号)に基づいた会議であり、地域包括ケアシステムの実現に向けた政策形成のための会議で、以下の5つの機能を持ちます。</p> <p>①個別課題解決機能 ②ネットワーク構築機能 ③地域課題発見機能 ④地域づくり・資源開発機能 ⑤政策形成機能</p> <p>※平成27年4～9月において、保険者・地域包括支援センター等が主催した地域の会議の実態についてお答えください。「地域ケア会議」という名称でなくても、上の5つの機能を持ち合わせている場合は、「地域ケア会議」とみなしてお答えください。</p> <p>※介護支援専門員が居宅サービス計画の確定のために、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う「サービス担当者会議」と「地域ケア会議」は異なります。サービス担当者会議については含めないでください。</p>				
(1)会議開催の有無 (平成27年4～9月)(○は1つ)	1. 開催された                      2. 開催されていない                      3. 知らない・わからない			
(2)参加の有無(平成27年4～9月) (○は1つ)	1. ある                      2. ない → 9(3)に進んでください			
【上記で 「1. ある」 の場合】	参加した会議の目的 (全てに○)	1. 個別ケースの検討                      3. 地域資源や地域づくりの情報交換 2. 地域課題の検討                      4. その他(                      )		
	参加回数 (平成27年4～9月)	(                      )回		
	うち、事業所が持ち 込んだケース数	(                      )ケース		
	参加意向(○は1つ)	1. 積極的に事例提供をしている                      3. 参加していない 2. 召集された場合のみ参加している		
	参加した効果(それぞれ、あてはまるもの1つに○)	効果が あった	やや効果が あった	あまり効果が なかった
1. 多職種の視点からの意見や助言が、ケース支援に役立った	1	2	3	
2. ネットワークが構築できた	1	2	3	
3. 介護支援専門員自身の能力向上に役立った	1	2	3	
4. 事例検討会を事業所内で実施する際の、司会・進行や事例の作成・概要説明、議事録の作成などの方法論について参考になった	1	2	3	
5. その他(                      )	1	2	3	
(3)地域ケア会議に関する感想・今後の課題について自由にご意見をご記入ください。				

### 自由記入欄

現在、貴居宅介護支援事業所で問題や課題となっている点、およびその解決方法(行政の支援も含め)、事務手続きで簡素化できる点、サービスの質を維持した上で現行の基準で緩和できる点などについて、自由にご意見をご記入ください。

## ケアマネジャー個別の属性等(平成27年10月1日現在)

ケアマネジャー ID コード	主任ケアマネジャーに○※1  (平成27年度予定も含む) 主任ケアマネジャー研修受講修了年度	管理者に○	性		年齢  歳	保有資格 ※2	ケアマネジャー としての 勤務年数		勤務形態 (○は1つ)				地域包括 支援センターとの 兼務の 有無	総労働 時間 (9月中)  時間	再掲 うち 居宅介護 支援事業 所での 勤務時間  時間
			男	女			年	月	常勤 ・専従	常勤 ・兼務	非常勤 ・専従	非常勤 ・兼務			
記例	○	H20		○	32	6	1	5		○			○	172	130
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
0															

上記のケアマネジャーのIDコードを「ケアマネジャー調査票」P1及び「利用者調査票」P1に、必ず記入してください。

常勤職員1人あたりの所定労働時間(9月中)	時間
-----------------------	----

※1:主任介護支援専門員研修を修了した方を指します。

※2:以下の【資格一覧】から、保有する全ての資格の番号を記入して下さい。

## 【資格一覧】

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

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

## 「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

## 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー調査票(案)

※この調査票は、貴居宅介護支援事業所に勤務する全員のケアマネジャーの方が、1人1部記入してください。

ケアマネジャーID

事業所調査票P●の「ケアマネジャー個別の属性等」の最左列のIDコードを必ず転記して下さい

## 1. 属性等

(1)性別	1. 男性 2. 女性	(2)年齢	( )歳	(3)主任介護支援専門員研修 修了の有無	1. あり 2. なし
(4)勤務形態	1. 常勤専従	2. 常勤兼務	3. 非常勤専従	4. 非常勤兼務	

## 2. 勤務状況・研修等について

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

## 3. 業務プロセスの実施状況および負担感(自己評価)

A:介護予防支援のケアマネジメント業務について、業務負担感の大きい業務をすべて選んでください。	A.介護予防支援	B.居宅介護支援					
	業務負担感の大きいもの(全てに○)	B②担当しているケースの何割程度に実施できていますか(○は各1つ)					管理者等、その他職員が実施
		B①業務負担感の大きいもの(全てに○)	あなた自身が実施				
		9割以上(ほぼ全員)	7~8割	5~6割	3~4割	2割以下	
1. 利用者宅への初回訪問(重要事項説明・契約業務を含む)		1	2	3	4	5	6
2. 利用者の状態像等に関するアセスメント		1	2	3	4	5	6
3. 初回のケアプラン作成 ※1		1	2	3	4	5	6
4. ケアプランの利用者への交付		1	2	3	4	5	6
5. ケアプランのサービス担当者への交付		1	2	3	4	5	6
6. ケアプラン内容のモニタリング		1	2	3	4	5	6

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

※1:ここでいうケアプランとは、A. の場合は「介護予防サービス・支援計画書」のことで、B. の場合は、居宅サービス計画のことで、B②には、長期目標・短期目標、援助内容、週間サービス計画等が含まれている用紙(H11. 11. 12 老企 29 別紙 1 第1表、第2表、第3表、第7表、第8表)を全て作成している担当利用者数を元に回答してください。

※2:サービス担当者会議の開催に代え、居宅サービス計画原案の内容や、居宅サービス計画の変更の必要性について専門的意見を聴取することを指します。

4 ケアマネジャー業務について																												
(1)9月分の給付管理を行った実利用者数 ※介護予防支援は地域包括支援センターから委託を受けた人数	介護予防支援	人																										
	居宅介護支援	人																										
(2)9月分の給付管理は行っていないが、ケアプラン作成やサービス調整等を行った人数 (契約につながるかどうか不明な人を含む)	介護予防支援	人																										
	居宅介護支援	人																										
アセスメント	(3)アセスメントに用いる様式と実施頻度 (それぞれ○は1つ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>様式の種類</th> <th>頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. インターライ方式</td> <td>1. 概ね月1回</td> </tr> <tr> <td>2. MDS-HC2.0 方式</td> <td>2. 概ね3ヶ月に1回</td> </tr> <tr> <td>3. 居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ</td> <td>3. 概ね半年に1回</td> </tr> <tr> <td>4. 日本訪問看護振興財団方式</td> <td>4. 概ね1年に1回</td> </tr> <tr> <td>5. ケアマネジメント実践記録様式 ver.4.0</td> <td>5. その他</td> </tr> <tr> <td>6. TAI-HC 方式</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>7. センター方式</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. MILK</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. 上記以外でケアプラン作成支援ソフトなどに附属しているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. その他( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. 法人・事業所独自の様式を利用している</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. 特に決まった様式は用いていない</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	様式の種類	頻度	1. インターライ方式	1. 概ね月1回	2. MDS-HC2.0 方式	2. 概ね3ヶ月に1回	3. 居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ	3. 概ね半年に1回	4. 日本訪問看護振興財団方式	4. 概ね1年に1回	5. ケアマネジメント実践記録様式 ver.4.0	5. その他	6. TAI-HC 方式	( )	7. センター方式		8. MILK		9. 上記以外でケアプラン作成支援ソフトなどに附属しているもの		10. その他( )		11. 法人・事業所独自の様式を利用している		12. 特に決まった様式は用いていない	
	様式の種類	頻度																										
1. インターライ方式	1. 概ね月1回																											
2. MDS-HC2.0 方式	2. 概ね3ヶ月に1回																											
3. 居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ	3. 概ね半年に1回																											
4. 日本訪問看護振興財団方式	4. 概ね1年に1回																											
5. ケアマネジメント実践記録様式 ver.4.0	5. その他																											
6. TAI-HC 方式	( )																											
7. センター方式																												
8. MILK																												
9. 上記以外でケアプラン作成支援ソフトなどに附属しているもの																												
10. その他( )																												
11. 法人・事業所独自の様式を利用している																												
12. 特に決まった様式は用いていない																												
(4)アセスメントに関する課題	1. 課題分析標準項目に関する情報収集が不十分 ⇒情報収集が難しい項目 【ア. 家族関係 イ. 生活歴 ウ. 経済状況 エ. 生活リズム オ. その他( )】 2. 収集した情報を分析に活用できない、活用の仕方がわからない 3. 課題の原因・背景が分からない 4. 見立て・今後の予測ができない 5. その他( ) 6. 特に課題はない																											

ケアプラン作成	(5)ケアプランの作成について、困難と感じている点 (全てに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 業務多忙で、全員のケアプラン(長期目標・短期目標、援助内容等)を十分に作成できない</li> <li>2. 利用者の意見を十分に聞く時間がない</li> <li>3. 家族の意見を十分に聞く時間がない</li> <li>4. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい</li> <li>5. 利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>6. 利用者の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>7. 家族の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>8. 課題の表記の仕方が難しい</li> <li>9. 必要なサービスが地域に不足している</li> <li>10. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる</li> <li>11. 事業所の併設サービス等をケアプランに入れるような事業所の方針がある</li> <li>12. 医師との連携が取りづらい</li> <li>13. 介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している</li> <li>14. 住民相互の見守り、助け合いの支援の継続性が不安定であるため、プランに位置づけにくい</li> <li>15. 指導・監査を前提にしてサービスを調整してしまう</li> <li>16. その他( )</li> </ol>	
	(6)ケアプラン作成における多職種との連携の状況	ケアプラン作成にあたり多職種と連携していますか	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 連携している</li> <li>2. 連携する場合もある ⇒ ( )割程度</li> <li>3. 連携していない</li> </ol>
		通常、ケアプラン原案に対する各サービス事業所の専門的な意見等をいつ受け取っていますか	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. サービス担当者会議の前</li> <li>2. サービス担当者会議の当日</li> <li>3. サービス担当者会議の後日</li> <li>4. 受け取っていない</li> </ol>
		ケアプラン原案に対して、多職種との協議により、意見を取り入れて変更を行うことがありますか	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通常、意見はあまり出ず、原案のままとなる</li> <li>2. 多職種との協議より、意見を取り入れたケアプランとすることがある ⇒ ( )割程度</li> <li>3. 多職種の意見を取り入れたケアプランとしている</li> </ol>
(7)ケアプラン作成ソフトの使用状況について (○は1つ)	ケアプラン作成の際、ソフトを使用していますか。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. はい</li> <li>2. いいえ</li> </ol>	
	【上記で「1. はい」の場合】 第2表の作成に際して、アセスメント情報を入力すると、連動して2表(居宅サービス計画)が作成されますか。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 第2表(居宅サービス計画)が連動して作成される</li> <li>2. フレームのみ作成され、内容は自分で作成する</li> <li>3. その他( )</li> </ol>	
	【上記で「1. 第2表(居宅サービス計画)が連動して作成される」の場合】 ソフトにより作成された内容について、修正・編集ができますか。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 修正・編集ができる</li> <li>2. 修正・編集ができない</li> </ol>	
利用者宅訪問	(8)利用者宅への訪問について、困難と感じている点 (全てに○)	【上記で「1. 修正・編集ができる」の場合】 ソフトにより作成された内容について、あなたは利用者の個別性を考慮して、修正・編集を行っていますか。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の個別性を考慮して、修正・編集を行っている→担当ケースの「 」割程度</li> <li>2. 修正・編集は行っていません</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 業務多忙のため、全員に訪問する時間がとれない</li> <li>2. 訪問しても十分に話をきく時間がない</li> <li>3. 利用者がケアマネジャーの訪問の必要性をあまり理解していない</li> <li>4. 家族が不在で、平日日中に訪問できない</li> <li>5. 制度への苦情や介護以外の相談などで話が長くなり、予定した時間に帰れないことが多い</li> <li>6. 事業所の方針で、訪問時間を短く設定されている</li> <li>7. 事業所の方針で、利用者宅に訪問しないでもよいとされている</li> <li>8. その他( )</li> </ol>	
モニタリング	(9)モニタリング記録について、困難と感じている点 (全てに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 業務多忙のため、全員のモニタリングが十分にできない</li> <li>2. 事業所で記録様式を定めていないため、独自の様式に記入している</li> <li>3. どこまでモニタリングし、記録すべきか迷うことがある</li> <li>4. モニタリングの際、問題があった場合、原因がどこにあるのか特定できない</li> <li>5. モニタリングしたあとに、記録用紙に転記する時間がとれない</li> <li>6. 利用者から本音(サービスへの満足度等)を聞き出すのに時間がかかる</li> <li>7. サービス提供事業者へ意見の照会を行いたいが、協力を得にくい</li> <li>8. その他( )</li> </ol>	

		ほぼ実施	半数程度実施	あまり実施せず	
(10) モニタリングの結果を踏まえた検討の状況 (それぞれ、あてはまるものに○)	1. 目標の達成状況を評価し、未達成の場合に原因分析を行っている				
	2. 目標の妥当性を検証し、必要と判断された場合は見直しを行っている				
	3. モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合は再アセスメントを実施している				
	4. モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合はサービス担当者会議を開催している				
	5. その他 ( )				
サービス担当者会議	(11) サービス担当者会議に利用者が出席する割合(○は1つ)	1. ほぼ全数(9割以上) 2. 7~8割程度 3. 5~6割程度	4. 3~4割程度 5. 1~2割程度 6. ほとんど出席していない		
	(12) サービス担当者会議に家族が出席する割合(○は1つ)	1. ほぼ全数(9割以上) 2. 7~8割程度 3. 5~6割程度	4. 3~4割程度 5. 1~2割程度 6. ほとんど出席していない		
	(13) サービス担当者会議に行政職員が出席する割合(○は1つ)	1. ほぼ全数(9割以上) 2. 7~8割程度 3. 5~6割程度	4. 3~4割程度 5. 1~2割程度 6. ほとんど出席していない		
	(14) サービス担当者会議の開催頻度	実施頻度の高い利用者の場合		実施頻度の低い利用者の場合	
		どのような利用者ですか		どのような利用者ですか	
	(15) 一回あたりの開催時間	標準的な場合		特に長い場合	
		( )分程度		⇒どのような場合ですか ( )分程度	
	(16) サービス提供事業者の参加の状況	サービス提供事業所(インフォーマルサービスも含む)の出席状況	1. いずれのサービス事業所も概ね参加している 2. 参加状況はサービス種別によって異なる ⇒参加しにくいサービス( ) 3. 参加状況はサービス事業所によって異なる 4. 参加状況は利用者特性によって異なる ⇒参加率の低い利用者の特徴( ) 5. いずれのサービス事業所も参加率が低い		
		協議の内容(実施しているものに○)	1. ケアプラン原案に対する協議 2. サービス提供状況の報告、共有 3. サービス提供、支援内容に関する調整 4. 利用者の状態の報告、共有 5. ケアプラン変更の必要性に関する協議 6. その他( )		
		協議の状況	1. 多職種から積極的な発言、提案がある		約( )割
			2. 参加者による活発な協議、意見交換を経て合意される		約( )割
	3. 一部の職種のみが発言し、議論に参加している		約( )割		
	4. 報告、連絡事項のみが共有され、そのまま承認される		約( )割		



5 医療機関との連携について							
(1) 主治医との連携の状況 (主治医が診療所医師の場合と、病院勤務医師の場合のそれぞれについて回答してください。)		診療所			病院		
		1. ほぼ実施			1. ほぼ実施		
		2. 半数程度実施			2. 半数程度実施		
		3. あまり実施せず			3. あまり実施せず		
	1. 主治医意見書を取得した医師に対してケアプランを提示している	1	2	3	1	2	3
	2. 利用者の受診時に同行するようにしている	1	2	3	1	2	3
3. 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している	1	2	3	1	2	3	
4. サービス担当者会議に出席を求めている	1	2	3	1	2	3	
5. その他 ( )	1	2	3	1	2	3	
(2) 市区町村から主治医意見書を入手している利用者の割合		1	2	3	1	2	3
(3) 主治医との連携における課題 (全てに○)  (主治医が診療所医師の場合と、病院勤務医師の場合のそれぞれについて回答してください。)		診療所			病院		
	1. 連携のために必要となる時間や労力が大きい						
	2. 医療に関する表現や用語の難解な部分がわかりにくい						
	3. 主治医とコミュニケーションを図ることが困難						
	4. 主治医側との立場の違いによる障壁(上下関係)を感じる						
	5. 情報提供しても、活用されない(活用されているか不明である)ことが多い						
	6. 主治医と話し合う機会が少ない						
	7. 主治医と利用者の自宅での生活への理解や関心を共有することが困難						
	8. その他 ( )						
	9. 特になし						
(4) 訪問看護師との連携の状況 (それぞれ、あてはまるものに○)		ほぼ実施	半数程度実施	あまり実施せず			
	1. 日ごろから利用者の健康状態の変化等について報告、相談している						
	2. 主治医との連携に際して、協力を求めている						
	3. サービス担当者会議に出席を求めている						
	4. ケアプランの作成、変更にあたり意見を求めている						
	5. その他 ( )						
(5) 入院時の連携の状況 (それぞれ、あてはまるものに○)		ほぼ実施	半数程度実施	あまり実施せず			
	1. 入院時に利用者の情報を書面で提供している						
	2. 入院時に同行し、対面で情報提供をしている						
	3. 入院時(入院中)に経過や退院時期について病院側に確認している						
	4. 入院時(入院中)に退院後の生活について病院側と意見交換している						
	5. その他 ( )						

(6) 入院時の情報提供における課題 (全てに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業所において利用者の入院時に情報提供する方法が定まっていない</li> <li>2. 事業所の職員に医療機関との連携への苦手意識がある</li> <li>3. 事業所の職員が多忙であり時間がとれない</li> <li>4. 医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい</li> <li>5. 医療機関において情報提供を受け入れる体制が整っていない</li> <li>6. 医療機関から情報提供を求められない</li> <li>7. 医療機関へ提供した情報が活用されない</li> <li>8. 医療機関の医師が多忙であり時間をとってもらえない</li> <li>9. 医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない</li> <li>10. 利用者が情報提供を拒否する</li> <li>11. 家族が情報提供を拒否する</li> <li>12. その他( )</li> <li>13. 特になし</li> </ol>			
(7) 退院時の連携の状況 (それぞれ、あてはまるものに○)		ほぼ実施	半数程度実施	あまり実施せず
1. 退院時カンファレンスに出席している				
2. 退院時カンファレンスに在宅時の主治医や訪問看護師等が出席する				
3. 入院中から医療機関と連絡をとり退院に備えている				
4. その他 ( )				
(8) 居宅療養管理指導を行う事業所との連携 (それぞれ、あてはまるものに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 居宅療養管理指導を行う医療従事者(医師・歯科医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・歯科衛生士等)にケアプランを提示している</li> <li>2. 居宅療養管理指導を行う医療従事者(医師・歯科医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・歯科衛生士等)から情報提供を受けている</li> <li>3. 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している</li> <li>4. その他 ( )</li> </ol>			
(9) 貴事業所ケアマネジャーが、退院時カンファレンスに参加するうえでの問題点、課題(全てに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 退院時カンファレンスが行われていない</li> <li>2. 退院時カンファレンスの連絡が直前に来る</li> <li>3. 退院時カンファレンスに呼ばれない</li> <li>4. 発言する機会がない、発言しにくい雰囲気</li> <li>5. 業務多忙であり参加することが難しい</li> <li>6. コミュニケーションがうまくいかず、必要な情報が正しく提供されていない場合がある</li> <li>7. その他( )</li> </ol>			
(10) 利用者の入退院時の医療機関との連携による効果として、これまでに実感しているもの(全てに○)	<b>入院時</b>	<b>退院時</b>		
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入院する利用者が不安なく療養を継続できた</li> <li>2. 適切な診療、治療を受けることができた</li> <li>3. 退院後のケアプラン作成変更に向けて継続した情報共有ができた</li> <li>4. その他( )</li> <li>5. 特になし</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者が不安なく生活を継続できた</li> <li>2. 適切なケアプランを作成することができた</li> <li>3. 医療機関との関係を強化できた</li> <li>4. その他( )</li> <li>5. 特になし</li> </ol>		
(11) その他の機関との連携における課題 (全てに○)	<b>サービス提供事業所</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. サービス提供票を作成・送付する業務に手間がかかる</li> <li>2. 事業者・担当者からの情報提供が少ない</li> <li>3. 事業者・担当者に照会しても、回答がなかなか得られない</li> <li>4. 事業者・担当者と日程が合わず、サービス担当者会議が開催できない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>		
	<b>地域包括支援センター</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. 地域包括支援センターからの支援、助言が得にくい</li> <li>7. 地域包括支援センターからの新規利用者の紹介が少ない</li> <li>8. その他( )</li> </ol>		
	<b>社会福祉協議会</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 社会福祉協議会との関係構築、連携が難しい</li> <li>10. ボランティアや助け合いサークル等との関係構築、連携が難しい</li> <li>11. その他( )</li> </ol>		

	市町村 (保険者)	12. 要介護認定結果の通知がくるのが遅い 13. 困難ケース等について相談しても、十分に相談に応じてくれない 14. 必要な情報を得られにくい 15. 主治医意見書の入手が難しい 16. 他法関係機関(障害、生活保護法、生活困窮者自立支援法等)との連携が難しい 17. 民生委員との連携が難しい 18. 町会、自治会の役員、見守りサポーター等の連携が難しい 19. その他( )
	その他	20. 地域のケアマネジャーとの連携が少ない 21. その他( )

6 地域ケア会議への参加状況について				
<p>※地域ケア会議とは、地域包括ケアシステムの実現に向けた政策形成のための会議で、以下の5つの機能を持ちます。            ①個別課題解決機能 ②ネットワーク構築機能 ③地域課題発見機能 ④地域づくり・資源開発機能 ⑤政策形成機能            (「地域包括支援センターの設置運営について」(平成25年老高発0329第5号、老振発0329第8号、老老発0329第2号))            ※平成27年4～9月において、保険者・地域包括支援センター等が主催した地域の会議の実態についてお答えください。「地域ケア会議」という名称でなくても、上の5つの機能を持ち合わせている場合は、「地域ケア会議」とみなしてお答えください。            ※介護支援専門員が居宅サービス計画の確定のために、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う「サービス担当者会議」と「地域ケア会議」は異なります。サービス担当者会議については含めないでください。</p>				
(1) 会議開催の有無 (平成27年4～9月)(○は1つ)	1. 開催された	2. 開催されていない	3. 知らない・わからない	
(2) 参加の有無(平成27年4～9月) (○は1つ)	1. ある                      2. ない → 6(3)に進んでください			
【上記で 「1. ある」 の場合】	参加した会議の目的 (全てに○)	1. 個別ケースの検討                      3. 地域資源や地域づくりの情報交換 2. 地域課題の検討                      4. その他(                      )		
	参加回数 (平成27年4～9月)	(                      )回	うち事業所が持ち込んだケース(                      )ケース	
	参加意向(○は1つ)	1. 積極的に事例提供している                      3. 参加していない 2. 召集された場合のみ参加している		
	参加した効果(それぞれ、あてはまるもの1つに○)	効果が あった	やや効果が あった	あまり効果が なかった
	1. 多職種の視点からの意見や助言が、ケース支援に役立った 2. ネットワークが構築できた 3. 介護支援専門員自身の能力向上に役立った 4. 事例検討会を事業所内で実施する際の、司会・進行や事例の作成・概要説明、議事録の作成などの方法論について参考になった 5. その他 (                      )	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	3 3 3 3 3
(3) 地域ケア会議に関する感想・今後の課題についてご記入ください。				

7. 要介護度改善が見込まれる利用者に対する取組について	
(1) 利用者の特徴	
(2) 自立度向上に向けたケアプラン作成上の留意点	
(3) 生活場面での自立支援を促すための働きかけ	
(4) その他	

8. ケアマネジャーの仕事について、日頃感じていること、思っていること、基準や事務上での効率化のための改善案などを自由に記入してください

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

## 居宅介護支援事業所 利用者調査票(案)

※ 平成27年10月1日までにケアプランについて同意を得ている利用者の中から、以下に示した選定方法に従って利用者4名を選定してください。

(調査対象利用者の抽出方法は他調査と合わせる)

※ この調査票は、この利用者を担当しているケアマネジャーの方がご記入下さい。

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

必ず記入  
して下さい

ケアマネジャーID:

## 1. 利用者の属性等について

(1)性	(2)年 齢	(3)貴事業所で給付管理をはじめて行った時期(○は1つ) (要支援1・2の利用者については、初めて貴事業所で介護予防ケアプランを作成した時期)	
男・女	( )歳	1. 平成12年～平成14年 3. 平成18年～平成20年 5. 平成24年～平成26年	2. 平成15年～平成17年 4. 平成21年～平成23年 6. 平成27年～
(4)9月分の居宅介護支援費および介護予防支援費の加算・減算該当の有無(○はそれぞれに1つ)	居 宅 介 護 支 援	初回加算	1. 該当する 2. 該当しない
		運営基準減算	1. 該当する 2. 該当しない
		入院時情報連携加算	1. 加算(I)有 2. 加算(II)有 3. 加算無
		退院・退所加算	1. 該当する 2. 該当しない
		中山間地域等に住居するものへのサービス提供加算	1. 該当する 2. 該当しない
		看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない
	緊急時等居宅カンファレンス加算	1. 該当する 2. 該当しない	
	介 護 予 防 支 援	初回加算	1. 該当する 2. 該当しない
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算		1. 該当する 2. 該当しない	
(5)当該利用者が貴事業所を利用するに至った理由(○は1つ)	1. 新たに要介護・要支援認定を受けた 2. 病院等からの退院 3. 介護保険施設等からの退所 4. 転居 5. 利用者が居宅介護支援事業所を変更した 6. 地域包括支援センターからの紹介 7. その他( )		

## 2. 利用者の心身状況、介護者、経済状態等について(平成27年10月1日現在)

(1)現在の要介護度(○は1つ)	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. その他(認定申請中)				
(2)障害高齢者の日常生活自立度(○は1つ)	1. 自立 2. J 3. A 4. B 5. C				
(3)認知症高齢者の日常生活自立度(○は1つ)	1. 自立 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. M				
(4)リスクの状況	転倒	1. 低 2. 中程度 3. 高	脱水	1. 低 2. 中程度 3. 高	
	発熱	1. 低 2. 中程度 3. 高	褥瘡	1. 低 2. 中程度 3. 高	

	誤嚥	1. 低	2. 中程度	3. 高	
(4)同居者の有無(○は1つ)	1. 有	2. 無			
(5)家族介護者等の有無(○は1つ)	1. 有	2. 無			
(「1. 有」の場合) 家族介護者等の状況(全てに○)	1. 特に問題はない	2. 介護する人が高齢(65歳以上)			
	3. 介護する人が病弱等心身の問題がある	4. 介護する人が要支援・要介護			
	5. 介護を必要とする人が複数いる	6. 仕事のため昼間介護できない			
	7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則	8. 自営業のため介護に十分対応できない			
	9. 育児を行っている	10. 介護する人が介護に消極的			
	11. 家族介護者の意見が異なる	12. その他( )			
(6)現在の住まい(○は1つ)	1. 自宅(家族・親戚宅含む)	2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届出しているものも含む)			
	3. 特定施設(有料老人ホーム)	4. 特定施設(2・3以外)			
	5. 2~4以外の集合住宅	6. その他( )			
(「2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届出しているものも含む)」の場合(○は1つ))	1. 貴事業所の同一法人または系列法人のサービス付き高齢者住宅に居住 2. 貴事業所の同一法人または系列法人以外のサービス付き高齢者住宅に居住				
(7)生活保護(○は1つ)	1. 受給している	2. 受給していない	3. 不明		
(8)現在の主治医(○は1つ)	1. 病院の勤務医	2. 診療所医師	3. 主治医はいない		

### 3. 平成27年9月のサービス利用状況について

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

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

## 4. 利用者への居宅介護支援サービスの実施状況

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

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

## 5. 医療連携等の状況について

(1)このケースにおける主治医との連携の状況(全てに○)		1. 主治医意見書を取得した医師に対してケアプランを提示した 2. 利用者の受診時に同行したことがある 3. 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 4. 主治医にサービス担当者会議に出席を求めている 5. その他( )	
(2)認知症専門の医師の診断を受けていますか(○は1つ)		1. 受けている 2. <u>受けていない</u> → 3. 不明	<b>【受けていない理由】(○は1つ)</b> ア. 必要がない イ. 地域に専門医がない ウ. その他( )
(3)入退院の状況	入院の状況 (9月中) (○は1つ)	1. <u>入院した</u> → 2. 入院していない	<b>【入院した医療機関への訪問の有無】</b> ア. 有 →訪問回数( 回) イ. 無  <b>【入院した医療機関への情報提供の方法】</b> ア. 対面・面談 イ. 電話 ウ. メール エ. FAX オ. その他( )
	退院の状況 (9月中) (○は1つ)	1. <u>退院した</u> → ア. 新規利用者 イ. 入院前からの利用者 2. 退院していない	<b>【退院した医療機関への訪問の有無】</b> ア. 有 →訪問回数( 回) イ. 無  <b>【退院時カンファレンスへの出席】</b> ア. 出席した イ. 出席しなかった

## 6. この利用者のケアマネジメント全般について

(1)当該利用者は右記の困難なケースに該当しますか。(全てに○)	1. 該当する →	2. 該当しない	
	1. 医療ニーズが高い 2. 本人と家族の意向が異なる 3. ケアマネジャーが必要と考えるサービスを受けられない 4. 認知症など意思表示が困難である 5. 自己負担できる金額に制限がある 6. 独居 7. 虐待の疑いがある	8. 家族の意向が強く振り回される 9. 状態の変化が著しい 10. 介護保険法以外の生活保護法や障害者自立支援法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、難病医療など他の公的サービスと重複している 11. その他( )	
(2)この利用者のケアプランについて、満足できるものですか。(○は1つ)	1. 十分満足できるケアプランである 2. まあまあ満足できるケアプランである 3. <u>どちらかといえば満足できないケアプランである</u> 4. 満足できないケアプランである	「3」「4」の場合、その理由を記入してください。	
(3)この利用者に対する業務全体に関する負担感は何の程度ですか。(○は1つ)	1. <u>業務負担が非常に大きい</u> 2. <u>業務負担がやや大きい</u> 3. 普通 4. 業務負担がやや小さい 5. 業務負担が小さい	「1」「2」の場合、その理由を記入してください。	
(4)この利用者・家族から、意見・要望や苦情をうけることがありますか。 「1. よくある」「2. ときどきある」の場合、その内容を記入してください(差し支えない範囲でかまいません)。	利用者 (○は1つ)	1. <u>意見・要望・苦情がよくある</u> 2. <u>意見・要望・苦情がときどきある</u> 3. あまり意見・要望・苦情を言わない 4. 意見・要望・苦情を言えない	【意見・要望・苦情の内容】
	家族 (○は1つ)	1. <u>意見・要望・苦情がよくある</u> 2. <u>意見・要望・苦情がときどきある</u> 3. あまり意見・要望・苦情を言わない 4. 意見・要望・苦情を言えない	【意見・要望・苦情の内容】

※ 以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました ※

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

## 居宅介護支援事業所 利用者本人調査票(案)

この調査票は、必ず利用者ご本人のご意見をご記入ください。  
(記入はご本人以外でも構いません。)

## はじめに この調査票に実際に記入される方についておたずねします

1. 本人が記入
2. 本人の回答・意見を、家族や親類・知人等が聞き取って、本人の代わりに記入
3. 本人の回答・意見を、ケアマネジャー以外の介護サービス職員が聞き取って、本人の代わりに記入
4. 本人の回答・意見を、ケアマネジャーが聞き取って、本人の代わりに記入

※ケアマネ記入欄：主担当ケアマネジャーのIDコードを事業

所調査票P.●のケアマネジャーIDコードより右枠内に

転記してから、利用者にお渡しください。

必ず記入して下さい

ケアマネジャーID：

## 1. 利用者ご本人についておたずねします

Q1. 性別 (あてはまるものに○を1つ)	1. 男	2. 女性
Q2. 年 齢 (数字を記入)	(	)歳

## ■ケアマネジャーの仕事内容について(それぞれ、1、2のいずれかに○を1つ)

Q3. 介護サービス利用者(希望者)や家族の相談対応	1. 知っていた	2. 今まで知らなかった
Q4. 介護サービス利用者のケアプランの作成	1. 知っていた	2. 今まで知らなかった
Q5. サービス提供事業者への連絡・手配・調整	1. 知っていた	2. 今まで知らなかった
Q6. 介護サービス利用者の生活状況の把握	1. 知っていた	2. 今まで知らなかった

## 2. 介護保険サービスを利用するにあたって、ケアマネジャーの対応に対する印象をおたずねします。(最も近いと思われるものをお選びください。)

## ■介護保険サービスの利用を開始する際の対応(それぞれ、1~4のいずれかに○を1つ)

Q7. 初めて会ったときの対応	1. とても丁寧な対応だった	2. 丁寧な対応だった	3. 不親切な対応だった	4. わからない・覚えていない
Q8. 初めてのケアプランの内容(結果)	1. 相談の結果をいろいろと生かしてくれた	2. 相談結果を一部生かしてくれた	3. 相談の結果が配慮されなかった	3. わからない・覚えていない

## ■介護サービスの利用を開始した以後の対応(それぞれ、1~4のいずれかに○を1つ)

Q9. ケアマネジャーの訪問	1. 毎月数回以上顔を 見にきて話を している	2. 月に1回ぐら い会って話を している	3. 最近1カ月以 上は会って いない	4. わからない・ 覚えて いない
Q10. 介護サービス についての相談	1. なんでも相談 できる	2. 概ね相談 できる	3. 時間が合わない など相談する のに苦労する	4. 相談しようと思 ったことがない・ わからない
Q11. 身体や日常 生活のことにつ いての相談	1. なんでも相談 できる	2. 概ね相談 できる	3. 時間が合わない など相談する のに苦労する、 相談に乗って もらえない	4. 相談しようと思 ったことがない・ 覚えて いない
Q12. 訪問・相談 のあとの結果	1. 状況が解決し た(問題が解決 した、気持ちが 楽になったなど)	2. 概ね状況が改 善した	3. かえって悪い 状況になった、 不安になる、 何も変わらない	4. 相談したことが ない・覚えて いない

## ■いざという時の対応の対応(それぞれ、1~4のいずれかに○を1つ)

Q13. ケアプランの 変更時の対応	1. 丁寧にわかり やすく説明し てくれた	2. 説明はしてく れだが、わか らないことも あった	3. よくわからな いうちにサー ビスや負担額 が変わって いた	4. 変更の経験が ない・覚えて いない
Q14. 入院や退院 の対応	1. 医師や看護 師等とよく相 談してくれた	2. 医師や看護 師等と相談し てくれた	3. 何も手伝っ てもらえず 苦労した	4. 入退院したこ とがない・覚 えていない
Q15. 緊急時の 対応	1. 昼夜を問わ ず対応してく れた	2. 連絡がとれ たときは、対 応してくれた	3. 連絡がとれ ずに苦労し た	4. 緊急時に連絡 しようと思っ たことがない ・覚えてい ない
Q16. 介護保険制 度の変更時の 対応	1. 丁寧にわかり やすく説明し てくれた	2. 説明はしてく れだが、わか らないことも あった	3. よくわからな いうちにサー ビスや負担額 が変わって いた	4. 変更の経験が ない・覚えて いない
Q17. いざという 時の対応の結 果	1. 大きな支障 もなく、不安 な気持ちが 和らいだ	2. 助けてもら ったが、不安 な気持ちの ままだった	3. 困りごとが 増え、不安 や不満が大 きくなった	4. 経験がない のでわから ない・覚えて いない

## ■総合評価(それぞれ、1~5のいずれかに○を1つ)

Q18. あなたを担 当しているケ アマネジャー を信頼してい ますか	1. 信頼してい る	2. どちらかと いえば信頼 している	3. どちらとも いえない・ わからない	4. どちらかと いえば信頼 していない	5. 信頼してい ない
Q19. 担当のケ アマネジャー に、あなたは 満足してい ますか	1. 満足してい る	2. どちらかと いえば満足 している	3. どちらとも いえない・ 関係ない	4. どちらかと いえば不満 である	5. 不満である

### 3. 介護保険サービスを利用するにあたって、ケアマネジャーに期待する役割についておたずねします。(最も近いと思われるものをお選びください。)

■今後、ケアマネジャーに期待すること(それぞれ、1~4のいずれかに○を1つ)

Q20. 納得できるケアプランをつくる	1. とても期待している	2. やや期待している	3. 期待していない	4. どちらともいえない
Q21. 介護サービスを楽しく利用できるようにする	1. とても期待している	2. やや期待している	3. 期待していない	4. どちらともいえない
Q22. サービス事業者へのクレームを伝える	1. とても期待している	2. やや期待している	3. 期待していない	4. どちらともいえない
Q23. 緊急な問題の解決策を考える	1. とても期待している	2. やや期待している	3. 期待していない	4. どちらともいえない
Q24. 介護者の悩みや不安の聞き役になる	1. とても期待している	2. やや期待している	3. 期待していない	4. どちらともいえない

### 4. 最後に、ケアマネジャーについて、印象に残る経験があればご紹介ください。

Q25. うれしかったことや元気づけられたご経験があれば、簡単にご紹介ください。	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Q26. 不満や不快を感じたご経験があれば、簡単にご紹介ください。	..... ..... ..... ..... ..... .....

※ 以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました ※  
添付の返信用封筒に入れて、郵便ポストにご投函ください。(切手は不要です)

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

※この調査票は事業所の管理者の方が記入してください

## 居宅介護支援事業所タイムスタディ調査 事業所・ケアマネジャー調査票案

事業所名

1 貴居宅介護支援事業所の概況	
(1)開設年	平成 年
(2)開設主体 (○は1つ)	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人(社協以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 8. 特定非営利活動法人(NPO) 9. その他の法人 10. その他
(3)地域区分(○は1つ)	1. 1級地 2. 2級地 3. 3級地 4. 4級地 5. 5級地 6. 6級地 7. 7級地 8. その他
(4)居宅介護支援費の取得状況	1. 居宅介護支援費(I) 2. 居宅介護支援費(II) 3. 居宅介護支援費(III)
(5)運営基準減算の取得状況	1. 減算有 2. 減算無
(6)特定事業所集中減算の取得状況	1. 減算有 2. 減算無
(7)特別地域居宅介護支援加算	1. 加算有 2. 加算無
(8)中山間地域等における小規模事業所加算	1. 加算有 2. 加算無
(9)特定事業所加算の取得状況	1. 加算(I)有 2. 加算(II)有 3. 加算(III)有 4. 加算無
(10)退院・退所加算の取得状況	1. 加算有 →( 件) 2. 加算無
(11)入院時情報連携加算の取得状況	1. 加算(I)有 →( 件) 2. 加算(II)有 →( 件) 3. 加算無
(12)中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	1. 加算有 →( 件) 2. 加算無
(13)小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 加算有 →( 件) 2. 加算無
(14)看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 加算有 →( 件) 2. 加算無
(15)指定介護予防支援業務の委託	1. 委託を受けている 2. 委託を受けていない
(16)介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 加算有 →( 件) 2. 加算無

2 併設施設の状況(同一法人または系列法人で、同一建物内・同一敷地内、隣接敷地内にある施設・事務所)							
(1)併設施設の有無(○は1つ)	1. 併設施設あり			2. 併設施設なし → 3 に進んでください			
(2)併設施設の状況	同一法人・系列法人が運営しているサービス	併設しているもの	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの	(2)併設施設の状況	同一法人・系列法人が運営しているサービス	併設しているもの	うち、ケアマネジャーが兼務しているもの
	地域包括支援センター	1	1		1	短期入所生活介護(介護予防含む)	15
在宅介護支援センター	2	2	2	短期入所療養介護(介護予防含む)	16	16	16
介護老人福祉施設(地域密着型含む)	3	3	3	福祉用具貸与(介護予防含む)	17	17	17
介護老人保健施設	4	4	4	特定福祉用具販売(介護予防含む)	18	18	18
療養病床を有する病院・診療所	5	5	5	夜間対応型訪問介護	19	19	19
病院・診療所(上記以外)	6	6	6	定期巡回・随時対応型訪問介護	20	20	20
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(介護予防含む)	7	7	7	小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)	21	21	21
有料老人ホーム・ケアハウス等(特定施設(介護予防含む)含む)	8	8	8	認知症対応型通所介護(介護予防含む)	22	22	22
訪問介護(介護予防含む)	9	9	9	住宅改修	23	23	23
訪問入浴介護(介護予防含む)	10	10	10	薬局	24	24	24
訪問看護(介護予防含む)	11	11	11	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院	25	25	25
訪問リハビリテーション(介護予防含む)	12	12	12	お泊りデイサービス	26	26	26
通所介護(介護予防含む)	13	13	13	サービス付高齢者住宅	27	27	27
通所リハビリテーション(介護予防含む)	14	14	14	その他( )	28	28	28

3 職員について							
(他のサービス・事業と兼務している場合は、「併設事業所と兼務」の欄に人数を記入して下さい。)	常 勤				非常勤		
	居 宅 介 護 支 援 事 業 所 に 専 従	併 設 事 業 所 と 兼 務 (勤務時間による換算)		居 宅 介 護 支 援 事 業 所 に 専 従		併 設 事 業 所 と 兼 務 (勤務時間による換算)	
		実人員	換算人員※1	実人員	換算人員※1	実人員	換算人員※1
(1) ケアマネジャー(ケアマネジャー業務を実施している管理者含む)							
(2) 事務職員の有無 (ケアマネジャー業務を実施していない事務職員)	1. 居宅介護支援事業所専任の事務職員がいる →( ) 人 2. 他の併設事業等と兼任の事務職員がいる →( ) 人 3. 事務職員はいない						

※1:換算人員の計算式 ★詳細は、記入要領24ページをご参照ください★

4 ケアマネジャー個別の属性等																	
ケアマネジャー IDコード	主任ケアマネジャーに 管理者に○	性	年齢	保有資格 ※2	ケアマネジャーとしての勤務年数				勤務形態 (○は1つ)				地域包括支援センターとの兼務の有無	総労働時間 (10月中) 時間	再掲 うち居宅介護支援事業所での勤務時間 時間	担当利用者数 ※3	
					男	女	年	月	常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務				介護予防支援(委託分) 人	居宅介護支援 人
					歳	年	月	常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務	時間			時間	人	人
記入例	○	○	32	6	1	6	○				○	172	130	5	31		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

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

※2:以下の【資格一覧】から、保有する全ての資格の番号を記入して下さい。

【資格一覧】

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

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

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

5 居宅介護支援・介護予防支援の利用者数の状況(平成27年10月分の給付管理の状況)								
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他(認定申請中)
11月分の給付管理を行った実利用者数(要支援1・2は介護予防支援業務の委託を受けている人数)								

## ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票(素案)

当該1日に貴方が実施した業務時間・コード

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

【上記時間帯外の業務時間・業務コード】

時間帯	業務コード	利用者ID
~		
~		
~		

時間帯	業務コード	利用者ID
~		
~		
30~		

時間帯	業務コード	利用者ID
~		
~		
~		

## ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票【業務コード】

	業務コード	記入要領 参照頁	
個別利用者への直接業務	調査対象利用者のケアマネジメントと直接関わる業務※1		
	訪問(移動時間含む)		
	利用者宅への訪問		
	担当利用者宅への訪問※2	1	P. 13
	担当以外の利用者宅への訪問(同行訪問等)	2	P. 13
	移動・待機時間	3	P. 13
	その他の訪問		
	主治医・医療機関等	4	P. 13
	その他(地域包括支援センター・関係機関等※3)	5	P. 14
	来所	6	P. 14
	電話(FAX・E-mail等を含む)	7	P. 14
	サービス担当者会議※4/居宅サービス担当者等への専門的な意見の照会※5	8	P. 14
アセスメント票の記入、ケアプラン作成・記入・入力(利用票・利用票別表・提供票・提供票別表※6作成含む)	9	P. 15	
ケアプラン作成以外で利用者に係る事業所内での業務(報告・連絡・ケースカンファレンス等)	10	P. 15	
その他(各種申請書の作成・申請代行に要する時間、認定調査結果・主治医意見書入手のための市町村訪問等を含む)	11	P. 15	
調査対象利用者以外の利用者等へのケアマネジメント業務			
利用者以外または当該ケアマネジャーが担当していない利用者に対する業務※7	12	P. 16	
上記以外の業務	個別の利用者のケアマネジメントと直接関わらない業務		
	報酬請求に関わる事務作業※8(給付管理票作成、居宅介護支援費の請求、返戻へのエラーチェック)	13	P. 16
	関係機関との連携・会議等及びその他業務(定例ミーティング、事業所内での打ち合わせ、ケアマネジメントに係る研修等)	14	P. 16
	居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの支援、相談対応業務(新人ケアマネジャーの指導、育成を含む)	15	P. 16
	上記以外の管理者業務	16	P. 17
	ケアマネジメント業務あるいは兼務業務の区別がないもの		
	研修・講演・講師・出張(受講=A、講師=B)	17	P. 17
	事務作業及びその他業務※9	18	P. 17
	食事・休憩・休暇	19	P. 17
	ケアマネジメント業務以外に兼務している業務(認定調査の委託業務・その他の兼務業務(訪問介護など))	20	P. 17

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

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

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

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

※5: サービス担当者会議の開催に代え、居宅サービス計画原案の内容や、居宅サービス計画の変更の必要性について専門意見を聴取したり、「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」を作成した時間です。

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

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

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

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

## ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票【業務コード】

		業務コード	記入要領 参照頁
個別利用者への直接業務	自ら担当している利用者のケアマネジメントと直接関わる業務※1		
	訪問(移動時間含む)		
	利用者宅への訪問		
	担当利用者宅への訪問※2	1	P. 13
	担当以外の利用者宅への訪問(同行訪問等)	2	P. 13
	移動・待機時間	3	P. 13
	その他の訪問		
	主治医・医療機関等	4	P. 13
	その他(関係機関等※3)	5	P. 14
	来所	6	P. 14
	電話(FAX・E-mail等を含む)	7	P. 14
	サービス担当者会議※4/居宅サービス担当者等への専門的な意見の照会※5	8	P. 14
	アセスメント票の記入、ケアプラン作成・記入・入力(利用票・利用票別表・提供票・提供票別表※6作成含む)	9	P. 15
	ケアプラン作成以外で利用者に係る事業所内での業務(報告・連絡・ケースカンファレンス等)	10	P. 15
その他(各種申請書の作成・申請代行に要する時間、認定調査結果・主治医意見書入手のための市町村訪問等を含む)	11	P. 15	
担当利用者以外の利用者等への業務			
担当利用者以外の介護予防ケアマネジメント	12	P. 15	
総合相談	13	P. 15	
権利擁護、虐待の早期発見・防止	14	P. 15	
上記以外の業務	個別の利用者と直接関わらない業務		
	報酬請求に関する事務作業※8(給付管理票作成、居宅介護支援費の請求、返戻へのエラーチェック)	15	P. 16
	関係機関との連携・会議等及びその他業務(定例ミーティング、事業所内での打ち合わせ、ケアマネジメントに係る研修等)	16	P. 16
	居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの支援、相談対応業務(新人ケアマネジャーの指導、育成を含む)	17	P. 16
	上記以外の管理者業務	18	P. 17
	地域包括支援センター業務あるいは兼務業務の区別がないもの		
	研修・講演・講師・出張	19	P. 17
	事務作業及びその他業務※9	20	P. 17
	食事・休憩・休眠	21	P. 17
	地域包括支援センター業務以外に兼務している業務(認定調査の委託業務・その他の兼務業務(訪問介護など))	22	P. 17

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

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

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

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

※5: サービス担当者会議の開催に代え、居宅サービス計画原案の内容や、居宅サービス計画の変更の必要性について専門意見を聴取したり、「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」を作成した時間です。

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

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

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

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

## ケアマネジメント業務に関するタイムスタディ調査票【記入例】

ケアマネジャーID

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

当該1日に貴方が実施した業務時間・コード

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

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

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

「14」の業務を8:40-10:00に行なった場合

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

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

上記時間帯外の業務時間に行なった業務については、ここに記入してください。

【上記時間帯外の業務時間・業務コード】

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

時間帯	業務コード	利用者ID
~		
~		
33~		

時間帯	業務コード	利用者ID
~		
~		
~		

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」  
**居宅介護支援事業所タイムスタディ調査 利用者調査票(素案)**

ケアマネジャーID	
-----------	--

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

利用者 ID	
--------	--

※a.利用者一覧表の利用者 ID より転記してください。

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

**1. 利用者の属性等について**

性	年 齢	貴事業所で給付管理をはじめて行った時期(○は1つ) (要支援1・2の利用者については、初めて貴事業所で介護予防 ケアプランを作成した時期)	
男・女	( )歳	1. 平成 12 年～平成 14 年 3. 平成 18 年～平成 20 年 5. 平成 24 年～平成 26 年	2. 平成 15 年～平成 17 年 4. 平成 21 年～平成 23 年 6. 平成 27 年～
11 月の給付管理票作成の有 無(○は1つ) (要支援1・2の場合は、地域 包括支援センターでの給付管理 票の作成の有無)	1. 作成した 2. 作成していない 理由(主な理由1つに○):	ア. 入院・入所・死亡・転居等の理由でサービス利用に至らなかった イ. 11 月の途中で貴事業所から事業所を変更し、他の居宅介護支援事 業者で給付管理票を作成した ウ. 要介護認定申請中等 エ. 12 月からのサービス利用者 オ. その他( )	
11 月の居宅介護支援費および 介護予防支援費の加算・減算 該当の有無 (該当する場合、各1つに○)	居宅介護支援	初回加算	1. 該当する 2. 該当しない
		運営基準減算	1. 該当する 2. 該当しない
		入院時情報連携加算	1. 加算(I)有 2. 加算(II)有 3. 加算無
		退院・退所加算	1. 該当する 2. 該当しない
		中山間地域等に住居するものへのサービス提供加算	1. 該当する 2. 該当しない
		看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない
	緊急時等居宅カンファレンス加算	1. 該当する 2. 該当しない	
介護予防支援	初回加算	1. 該当する 2. 該当しない	
	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない	

**2. 利用者の要介護度、介護者等について(11 月 1 日現在)**

(○は各1つ)	現在の要介護度 (11 月 1 日現在)	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. その他(認定申請中)			
	前回の要介護度	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 初回認定のため、なし			
	最初に要介護認定を 受けた時期	1. 平成 12～14 年度 2. 平成 15～17 年度 3. 平成 18～20 年度 4. 平成 21 年～平成 23 年 5. 平成 24 年～平成 26 年 6. 平成 27 年～			
	調査期間中の要介護 認定の変更・更新の 有無	1. 調査期間中に新たに要介護認定を受けた 2. 調査期間中に要介護度が変更された 3. 調査期間中に要介護認定の更新を受けた(要介護度の変更なし) 4. なし			
障害高齢者の日常生活自立 度(○は1つ)	自立・J・A・B・C	認知症高齢者の日常生活自立 度(○は1つ)	自立・I・II・III・IV・M		
同居者の有無(○は1つ)	1. 有 2. 無	家族介護者等の有無 (○は1つ)	1. 有 2. 無		

## 3. 利用者への業務の実施状況(調査期間中)

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

## 4. 11月のサービス利用状況について

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

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

## 5. 当該利用者についての業務負担について

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

※以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました※

## 地域包括支援センター 調査票（案）

## 1. 基本属性

所在地	都・道・府・県	設置主体	1. 直営 2. 委託
委託の場合の法人種別	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 3. 社会福祉法人(社協以外) 6. 協同組合及び連合会 8. 特定非営利活動法人(NPO)	2. 社会福祉協議会 4. 医療法人 7. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 9. その他の法人	5. 社団・財団法人 10. その他

## 2. 主任介護支援専門員の業務の状況

主任介護支援専門員の配置状況		常勤	非常勤	換算人員数
	包括的支援事業のみに従事する職員	人	人	人
	指定介護予防支援のみに従事する職員	人	人	人
	兼務する職員	人	人	人

貴センターに所属する主任介護支援専門員の1か月の標準的な勤務時間と、業務時間の内訳(およその割合でかまいません)を記入してください。(5名以上の場合には、勤務時間の長い方から5名分をご記入ください)

	平成27年9月の勤務時間	介護予防支援業務	介護予防ケアマネジメント業務	総合相談支援業務	権利擁護業務	包括的・継続的ケアマネジメント支援に関わる業務			その他
						個別事例に関する相談対応・支援	ケアマネジメントの資質向上の取組	その他、地域連携に関わる業務	
1	時間	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %
2	時間	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %
3	時間	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %
4	時間	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %
5	時間	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %	約 %

## 3. 地域の居宅介護支援事業所・介護支援専門員との関わりについて

(1)担当生活圏域の居宅介護支援事業所や介護支援専門員との関わりにおいて、特に重視している取組 (主なものを3つまで選んで○をつけてください)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 日常的な個別支援・相談</li> <li>2. 支援困難事例に対応する支援</li> <li>3. 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援</li> <li>4. 質の向上のための研修</li> <li>5. ケアプラン作成助言等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの助言</li> <li>6. 介護支援専門員同士のネットワーク構築</li> <li>7. 介護支援専門員に対する情報支援</li> <li>8. ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ</li> <li>9. 地域の関連機関のネットワーク構築</li> <li>10. その他 ( )</li> </ol>
--	---

<p>(2) 介護支援専門員の指導、支援として、実施している取組</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護支援専門員の連絡協議会組織等と定期的な会合を持っている</li> <li>2. 担当圏域における主任介護支援専門員を把握している</li> <li>3. 介護支援専門員からの相談に対し、必要に応じて同行訪問を行っている</li> <li>4. 介護支援専門員を対象とした研修会を定期的に企画開催している</li> <li>5. 主任介護支援専門員を対象とした研修会を定期的に企画開催している</li> <li>6. 地域包括支援センターでケアプランチェックやケアプラン評価を実施している</li> <li>7. 介護支援専門員の活動指針やマニュアルを編集発行し、見直しを適宜行っている</li> <li>8. 介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」について、関係機関を集めた地域ケア会議を定期的に開催している</li> <li>9. 各地区に所属する介護支援専門員を対象に「地区別ケース検討会」を開催し、ケアプラン作成スキルアップのための研修会等を実施している</li> <li>10. 医師会、歯科医師会等による介護支援専門員向けテーマ別研修会を実施している</li> <li>11. 地域包括支援センターごとに介護支援専門員の事例検討会を行っている</li> <li>12. 地域の介護支援専門員のニーズを把握し支援、指導している</li> </ol>	
<p>(3) 地域の主任介護支援専門員との連携方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研修会の共同企画・開催</li> <li>2. 情報・意見交換の場の設定</li> <li>3. 地域の課題等に関する協議</li> <li>4. 共同での相談対応</li> <li>5. その他 ( )</li> <li>6. 特に実施していない</li> </ol>	
<p>(4) 地域の居宅介護支援事業所・介護支援専門員の支援における課題</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 多忙のため支援の時間がとりにくい</li> <li>2. 地域包括支援センターの役割、機能を十分に理解していない居宅介護支援事業所がある</li> <li>3. 地域全体の居宅介護支援事業所とのネットワークができていない</li> <li>4. 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携がとりにくい</li> <li>5. 研修等への参加者が少ない</li> <li>6. その他 ( )</li> <li>7. 課題は特にない</li> </ol>	
<p>(5) 地域内の居宅介護支援事業所・介護支援専門員のケアマネジメントの質の評価 (日ごろの支援や地域ケア会議を通じた主観的な評価として、およその割合をご記入ください。)</p>	<p>質の高いケアマネジメントを 実践している事業所</p>	<p style="text-align: center;">約 割</p>
	<p>標準的な事業所</p>	<p style="text-align: center;">約 割</p>
	<p>ケアマネジメントの質に問題があると 考えられる事業所</p>	<p style="text-align: center;">約 割</p>
<p>(6) 地域内の居宅介護支援事業所に対する期待・要望 (自由記述)</p>		

ご協力ありがとうございました。