２０１７年度

　小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査

【調査票】

締め切り：**平成２９年１２月１５日（金）**

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

*http://www.shoukibo.net/*

２０１７　小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査　調査票

|  |
| --- |
| このアンケートは、厚生労働省老健局からの補助を受け、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が実施するもので、小規模多機能型居宅介護事業を実施している事業所を対象とした調査です。小規模多機能型居宅介護に関する実態を把握することにより、より地域の実情や利用者の状況に応じたシステムおよびケアマネジメントのあり方検討に活用するものです。送付致しました調査票にご回答の上、**平成29年12月15日（金）まで**に、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。【お問い合わせ先】全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会FAX：03-6430-7918／ E-mail：research@shoukibo.net* 専用URLから調査票をダウンロードし、簡単に記入することができます。

http://www.shoukibo.net/ |

|  |
| --- |
| Ⅰ．基本情報についてお伺いします。 |

問１．貴事業所名及び所在地並びに記入者名等をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 種類 | [ ] 　①小規模多機能型居宅介護　　[ ] 　②サテライト型小規模多機能型居宅介護[ ] 　③基準該当　小規模多機能型居宅介護 | 指定年月 | 平成　　年　　月 |
| [ ] 介護給付　[ ] 予防給付 |
| 運営法人 | [ ]  ①社会福祉法人　　[ ]  ②社会福祉法人(社協)　　　　　[ ]  ③特定非営利活動法人　[ ]  ④医療法人　　　　[ ]  ⑤法人(有限会社・株式会社等) 　　[ ]  ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 都道府県 |  | 市町村 |  |
| 電話番号 |  | 記入者職名 | [ ] ①代表（開設者）　　　[ ] ②役員[ ] ③事務長　　　　　　　[ ] ④事業統括者[ ] ⑤管理者　　　　　　　[ ] ⑥事務員[ ] ⑦計画作成・介護職員 |
| FAX番号 |  |

　　　注）②（サテライト型）を選択される方は、本体とサテライトを別々の用紙に記載ください。

問２．貴事業所の登録定員及び通い定員等をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録定員 | 通い定員 | 宿泊定員 |
| 名 | 名 | 名 |

問３．貴事業所の実費費用をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宿泊費 | 朝食代 | 昼食代 | 夕食代 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

問４．貴事業所にて請求している加算及び減算等について、**該当するものすべてに☑**をつけてください。

**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ] 　①初期加算　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 　②認知症加算(Ⅰ)　[ ] 同（Ⅱ）[ ] 　③看護職員配置加算Ⅰ　[ ] 同Ⅱ　[ ] 同Ⅲ[ ] 　④サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ　[ ] 同（Ⅰ）ロ　[ ] 同（Ⅱ）[ ] 同（Ⅲ）[ ] 同（Ⅳ）[ ] 　⑤介護職員処遇改善加算Ⅰ　[ ] 同Ⅱ　[ ] 同Ⅲ　[ ] 同Ⅳ　[ ] 同Ⅴ　　　　　　[ ] 　⑥総合マネジメント体制強化加算　　　[ ] 　⑦訪問体制強化加算　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 　⑧看取り連携体制加算　[ ] 　⑨従業者の員数が基準に満たない場合の減算　　　　　　[ ] 　⑩過少サービスに対する減算　　[ ] 　⑪中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算　　[ ] 　⑫市町村独自報酬（　　　　単位） |

問５．現在、貴法人が実施しているサービスについて、**該当するものすべてに☑**をつけてください。

| 同一法人が実施している事業 | 同一敷地内で実施 | 同一市区町村で実施 |
| --- | --- | --- |
| 介護保険事業 |  | 小規模多機能型居宅介護**（現在の調査回答事業所以外）** |  | [ ]  |
|  | 看護小規模多機能型居宅介護 | [ ]  | [ ]  |
|  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | [ ]  | [ ]  |
|  | 認知症対応型共同生活介護 | [ ]  | [ ]  |
|  | 夜間対応型訪問介護 | [ ]  | [ ]  |
|  | 地域密着型介護老人福祉施設 | [ ]  | [ ]  |
|  | 地域密着型特定施設 | [ ]  | [ ]  |
|  | 特定施設入居者生活介護 | [ ]  | [ ]  |
|  | 介護老人福祉施設（特養） | [ ]  | [ ]  |
|  | 介護老人保健施設（老健） | [ ]  | [ ]  |

| 同一法人が実施している事業 | 同一敷地内で実施 | 同一市区町村で実施 |
| --- | --- | --- |
| 住まい |  | 軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く | [ ]  | [ ]  |
|  | 有料老人ホーム　（住宅型・健康型）特定を除く | [ ]  | [ ]  |
|  | サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など） | [ ]  | [ ]  |
|  | 共生型ホーム（対象者を限定しない） | [ ]  | [ ]  |
|  | ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス | [ ]  | [ ]  |
|  | 高齢者向け公営住宅（指定管理等含む） | [ ]  | [ ]  |
|  | 法人が所有する一般アパート・マンション | [ ]  | [ ]  |
|  | アパート・マンション等の借り上げ住宅 | [ ]  | [ ]  |
| その他 |  | 一般病院もしくは診療所 | [ ]  | [ ]  |
|  | 障害者総合支援法に基づくサービス | [ ]  | [ ]  |
|  | 認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む） | [ ]  | [ ]  |
|  | 生活困窮者自立支援法に基づく事業 | [ ]  | [ ]  |
|  | 学童保育（放課後保育） | [ ]  | [ ]  |
|  | 配食 | [ ]  | [ ]  |
|  | 地域交流拠点 | [ ]  | [ ]  |

問６．貴事業所にて低所得者・生活困窮者向けに利用料等について事業所独自の減免措置についてお伺いします。該当するものすべてに☑をつけてください（社福減免を除く）　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①ない　　[ ]  ②食費の減免　　[ ]  ③宿泊費の減免　　[ ]  ④ その他（　　　　　　　　　　） |

問７．共生型サービスについてお伺いします。

現在、厚生労働省では、共生型サービスのような対象者横断型のサービスの推進を検討しています。現在の法律でも、障害福祉サービスの「基準該当サービス」の指定を市町村（障害福祉担当課）から受け、同一建物内にて定員の範囲内で障害福祉サービスを実施することができます。

このことについて、該当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①制度・仕組みを知っていた　　　　　[ ]  ②制度・仕組みを知らなかった |

7-2）問７で①にチェックした事業所の方にお聞きします。実施している事業について該当するものすべてに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①実施していない　　　　　　　　　　[ ]  ②基準該当生活介護[ ]  ③基準該当自立訓練　　　　　　　　　[ ]  ④基準該当放課後等デイサービス[ ]  ⑤基準該当児童発達支援　　　　　　　[ ]  ⑥基準該当短期入所[ ]  ⑦基準該当就労継続支援Ｂ型　　　　　[ ]  ⑧日中一時支援[ ]  ⑨その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　7-3)　問7-2で「事業を実施している」（②～⑧）にチェックした事業所の方にお聞きします。直近３カ月でどの程度の利用があったか回答ください。注）契約数ではなく、実際の利用数を記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ８月１カ月の延べ利用人数 | ９月１カ月の延べ利用人数 | 10月１カ月の延べ利用人数 |
| [ ]  ②基準該当生活介護 |  |  |  |
| [ ]  ③基準該当自立訓練　　　　　　　　　 |  |  |  |
| [ ]  ④基準該当放課後等デイサービス |  |  |  |
| [ ]  ⑤基準該当児童発達支援　　　　　　　 |  |  |  |
| [ ]  ⑥基準該当短期入所 |  |  |  |
| [ ]  ⑦基準該当就労継続支援Ｂ型　　　　　 |  |  |  |
| [ ]  ⑧日中一時支援 |  |  |  |

7-4）今後、共生型サービスが制度化された場合は、実施したいと思いますか。該当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①実施したい　　　　　　　　　　　　[ ]  ②実施したいと思わない[ ]  ③検討してみたい　　　　　　　　　　[ ]  ④わからない |

7-5）問7-4)で「実施したい」もしくは「検討してみたい」と回答した事業所の方に伺います。実施するために必要なことは何だと思いますか。必要な要素の上位**３つに☑、**をつけてください。**（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①障がい児・者に対応する知識　　　　　[ ]  ②障がい児・者に対応する支援技術の修得[ ]  ③障がい児・者に対応する経験（実習）　[ ]  ④人員の確保・増員[ ]  ⑤デイルーム・設備等の確保整備　　　　[ ]  ⑥送迎車両の増車[ ]  ⑦運営法人の理解 　　　　　　　　　　[ ]  ⑧自治体の理解と支援[ ]  ⑨サービス・事業運営のノウハウ　　　　[ ]  ⑩その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅱ．運営推進会議・外部評価についてお伺いします。 |

問８．現在の運営推進会議の構成をお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 総　数 | 人 |
| 委員構成 | 利用者 | 人 |
| 利用者の家族 | 人 |
| 地域住民の代表（自治会役員や民生委員等） | 人 |
| 市区町村職員 | 人 |
| 地域包括支援センター職員 | 人 |
| 小規模多機能型居宅介護について知見を有する者⇒具体的に[　　　　　　　　　　　　　　　　　] | 人 |
| 社会福祉協議会職員 | 人 |
| 医師 | 人 |
| その他 ［　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | 人 |

問９．貴事業所の運営推進会議について、お聞かせください。

9-1)　運営推進会議の実施頻度について、**該当するものに☑**をつけてください。

　　　 （平成28年10月１日～平成29年9月末までの実績でお答えください。）**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①７回以上　　[ ]  ②６回　　[ ]  ③５回　　[ ]  ④４回　　　　[ ]  ⑤３回　　[ ]  ⑥２回　　[ ]  ⑦１回　　[ ]  ⑧０回 |

 9-2)　上記の9-1)で4回以下（④⑤⑥⑦⑧）と回答した事業所にお聞きします。

　　　「運営推進会議を開催できていない」理由について、**該当するものに☑**をつけてください。**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ] 　①開設して間もないから[ ] 　②関係者にどのように声掛けし、組織したらよいかがわからないから[ ] 　③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから[ ] 　④サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから[ ] 　⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから[ ] 　⑥その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |

9-3)　運営推進会議の議題についてお聞きします。

運営推進会議での議題について、**該当するものすべてに☑**をつけてください。**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ] 　①利用者のケース[ ] 　②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告[ ] 　③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題[ ] 　④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題[ ] 　⑤メンバー同士の情報交換[ ] 　⑥地域・事業所での行事検討[ ] 　⑦登録者のケース以外の地域課題[ ] 　⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動[ ] 　⑨事業所のサービス評価に関すること[ ] 　⑩事業所と地域の情報交換の場になっている[ ] 　⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している[ ] 　⑫その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |

9-4)　運営推進会議のおおよその開催時間について、**該当するものに☑**をつけてください。 **（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①30分未満　　[ ]  ②30分から60分未満　　[ ]  ③60分から90分未満　　[ ]  ④90分以上 |

問１０.貴事業所のサービス評価について、お聞かせ下さい

10-1)　昨年度（平成28年度）に実施したものについて、**該当するものに☑**をつけてください。**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①スタッフ個別評価を行った　　 　　　　　　　 [ ]  ②事業所自己評価を行った　[ ]  ③運営推進会議における評価を行った　　　　　　[ ]  ④実施していない[ ]  ⑤外部評価機関によるサービス評価を実施した |

10-2)　昨年度（平成28年度）の評価に自治体・地域包括支援センターは参加しましたか。

**該当するものに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①市町村が参加　　[ ]  ②地域包括支援センターが参加　　[ ]  ③どちらも参加していない |

|  |
| --- |
| Ⅲ．ケアマネジメント等の状況についてお尋ねします。 |

問１１．「ケアマネジメント」の状況についてお聞きします。

　　使用しているケアプランについて、**該当するものに☑**をつけてください。　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ① ライフサポートワークを使用　　　[ ]  ② 居宅介護サービス計画書を使用　　[ ]  ③ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅳ．利用状況等についてお伺いします。 |

問１２．現在の実登録者の人数と利用者数をご記入ください。　　　　　　　　**（平成29年10月末現在）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在の実登録者数 | 　 　名 | １日あたりの宿泊利用者 | 約　　 名 |
| １日あたりの通い利用者 | 約　　 名 | １日あたりの訪問延べ利用者 | 約　　 名 |
| 実登録者の内、事業所の所在する市町村以外の隣接する他市町村からの登録者数 | 　　　 名 |

問１３．**平成28年11月1日から29年10月末までの1年間**において、利用契約が終了した人数（死亡者も含む）について、ご記入ください。**（0名は0と必ずお書き下さい）**。

|  |  |
| --- | --- |
| 契約終了者数 | 　　 　名 |

13-2）契約終了理由について下記に**該当するものに☑、（　）に人数**を記入ください。　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①入院（　　　　名）　[ ]  ②施設（特養・老健・グループホーム）（　　　　名）[ ]  ③小規模多機能以外の在宅の介護保険サービス（　　　　名）[ ]  ④死亡（　　　名）[そのうち自宅（　　）名・事業所（　　）名・病院（　　）名]　　[ ]  ⑤サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）、有料老人ホーム等への引っ越し　（　　）名[ ]  ⑥その他[　　　　　　　　　　　　　　　　]（　　　　名） |

|  |
| --- |
| Ⅴ．サービスの提供体制およびスタッフ状況等についてお伺いします。 |

問１４．貴事業所の職員の人数（実人数）をお答えください。非常勤については、常勤換算での人数もお答ください**（平成29年10月末現在）**。常勤換算については、常勤の従事者が勤務すべき時間数（一般的には週40時間程度）をもとに計算してください**（0名は0と必ずお書き下さい）**。

|  |  |
| --- | --- |
| 職員総数 | 名 |
| 常勤・非常勤 | 常勤　　　 名　　・　非常勤 　　　名 |
| 常勤換算人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 名 |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| 実人員 | 常勤換算 | 実人員 | 常勤換算 |
| 管理者 | 専従 | 名 | 　名 |  |  |
| 兼務 | 名 | 　名 |  |  |
| 計画作成担当者 | 専従 | 名 | 　　名 | 名 | 　　名 |
| 兼務 | 名 | 名 | 名 | 　　名 |
| 看護職員 | 専従 | 名 | 　　名 | 名 | 　　名 |
| 兼務 | 名 | 　名 | 名 | 　　名 |
| 介護職員 | 専従 | 名 | 　　名 | 名 | 　　名 |
| 兼務 | 名 | 　名 | 名 | 　　名 |
| その他[　　　　　] | 専従 | 名 | 　　名 | 名 | 　　名 |
| 兼務 | 名 | 　名 | 名 | 　　名 |

14-2）現状の職員数について該当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①十分足りている　　　　　　　　　　　　 　[ ]  ②ほぼ足りている[ ]  ③あまり足りていない（　　　　人不足））　　[ ]  ④まったく足りない（　　　人不足） |

14-3）職員確保について人材紹介会社等からの紹介によって職員を確保していますか。該当するものに

☑をつけてください。（**平成29年4月から10月末までの間）　　　　　　　　　　 （単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①人材紹介会社から職員を得ている　　[ ]  ②人材紹介会社から職員を得ていない※人材紹介を活用している場合、その人数／常勤換算（　　　人）※常勤＝40時間／週 |

14-4）職員確保について人材派遣会社等から派遣職員によって職員を確保していますか。該当するものに

☑をつけてください。（**平成29年4月から10月末までの間）　　　　　　　　　　 （単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①人材派遣会社から派遣職員を得ている　　[ ]  ②人材派遣会社から派遣職員を得ていない※人材派遣を活用している場合、その人数／常勤換算（　　　人）※常勤＝40時間／週 |

問１５．自治体からの実地指導等の状況についてお伺いします。

15-1）自治体からの実地指導の状況についてお伺いします。該当するものに☑をつけてください。

**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①毎年１度は実地指導がある　　　　　[ ]  ②３年以内に1度は実地指導がある[ ]  ③５年に1度程度、実地指導がある　　[ ]  ④５年以上実地指導がない |

15-2）自治体の集団指導の状況についてお伺いします。該当するものに☑をつけてください。

**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①毎年１度以上集団指導がある　　　　[ ]  ②３年以内に1度は集団指導がある[ ]  ③３年以上集団指導はない |

|  |
| --- |
| Ⅵ．個別利用者の状況についてお伺いします。 |

問１６．**平成29年10月における登録者について、基礎情報と利用状況等についてご記入ください**

**（10 月１日 ～ 10月31日までの実績内容で記載ください）。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者基礎情報 | 利用状況 | 利用者の状況（※該当項目の数字を記入） |
| 番号 | 年齢 | 性別1.男2.女 | 要介護認定状態区分 | 日常生活自立度（寝たきり度） | 認知症自立度 | 登録した年月 | 通い回数（延べ回数） | 訪問回数（延べ回数） | 宿泊回数（延べ回数） | 紹介経路 | 住まいの形態 | 世帯状況 | 事業所との距離 | ケアするうえでの職員の負担感 |
| 1.居宅介護支援事業所2.地域包括支援センター3.市区町村(包括除く)4.医療機関5.運営推進会議6.地域ケア会議7.知人・近隣8.その他 | 1.一戸建て2.集合住宅(ﾏﾝｼｮﾝ・ｱﾊﾟｰﾄ等)3.サ高住（高専賃・高優賃）4.有料老人ホーム（住居型）5.その他 | 1.独居(近居家族無)2.独居(近居家族有)3.配偶者と2人暮らし4.子どもと2人暮らし5.子ども世帯と同居6.その他 | 1.同一建物2.同一敷地　内3.１㌔前後4.５㌔前後5.１０㌔前後6.それ以上 | 1.大きな負担がある（すごく大変）2.負担感がある（大変）3.あまり負担感はない4.ほとんど負担感はない |
| 年 | 月 |
| **例** | **90** | **１** | **支1** | **B2** | **Ⅱa** | **20** | **10** | **31** | **20** | **0** | **1** | **３** | **１** | **１** | **１** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ⅶ．平成27年報酬改定後の状況についてお伺いします。（平成28年度） |

問１７．総合マネジメント体制加算について、**該当するものに☑**をつけてください。 **（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①加算を取っている　[ ]  ②加算を取れるのに取っていない　[ ]  ③加算が取れない[ ]  ④加算を取れると思っていたが、取れないとの指導を市町村（保険者）からされた②③④の理由 |

（参考）平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成27年4月1日）

　　　　問１５５　総合マネジメント体制強化加算について、利用者の心身の状況等に応じて、随時、関係者（小規模多機能型居宅介護の場合は、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者）が共同して個別サービス計画の見直しに当たりすべての職種が関わることが必要か。また、個別サービス計画の見直しが多職種協働により行われたことを、どのように表せばよいか。

　　　　（答）　　定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（中略）通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」を有しているため、総合マネジメント体制強化加算により評価するものである。（中略）

個別援助計画の見直しは、多職種協働により行われるものであるが、その都度全ての職種が関わらなければならないものではなく、見直しの内容に応じて、適切に関係者がかかわることで足りるものである。

また、個別援助計画の見直しに係る多職種協働は、必ずしもカンファレンスなどの会議の場により行われる必要はなく、日常的な業務の中でのかかわりを通じて行われることも少なくない。通常の業務の中で、主治の医師や看護師、介護職員等の意見を把握し、これに基づき個別サービス計画の見直しが行われていれば、本加算の算定要件を満たすものである。なお、加算の要件を満たすことを目的として、新たに多職種協働の会議を設けたり書類を作成することは要しない。

問１８．訪問体制強化加算について、**該当するものに☑**をつけてください。 　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①加算を取っている　 [ ]  ②加算を取れるのに取っていない　[ ]  ③常勤の従業者を2名以上配置できないので取れない　[ ]  ④要介護の訪問延べ回数が200回を超えていないため取れない　[ ]  ⑤登録者の総数のうち50％以上が同一建物の利用者のため取れない[ ]  ⑥加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村（保険者）から指摘された[ ]  ⑦その他 |

（参考）平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成27年4月1日）

　　　　問１６５　訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上法位置することとされているが、当該事業所の営業日・営業時間において常に満たすことが必要か。

　　　　（答）　「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、当該事業所において訪問サービスの提供に当たる者のうち2名以上を常勤の従業者とすることを求めるものであり、当該事業所の営業日・営業時間において常に訪問を担当する常勤の従業者を2名以上配置することを求めるものではない。

問１９．看取り連携体制加算について、**該当するものに☑**をつけてください。

（**平成28年11月1日から29年10月末までの1年間）** 　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①加算を取った　[ ]  ②加算を取れるが取らなかった　[ ]  ③加算を取らなかった[ ]  ④看取ったが、看護職員配置加算Ⅰを取得していないため取れない[ ]  ⑤看取ったが、看護師に24時間連絡できる体制を確保できていなかったため取れない[ ]  ⑥対象となる利用者がいない②③の理由 |

問２０．短期利用居宅介護について、活用できる部屋数はいくつですか。

|  |  |
| --- | --- |
| 短期利用居宅介護で活用できる部屋数 | 　　　 部屋（平成29年10月末日） |

（参考）宿泊室の数の算定式

　宿泊室が９室、登録定員が25人、登録者の数が20人の場合、９室×（25人－20人）÷25＝1.8　となり、短期利用の登録者に対して活用できる宿泊室数は２室となる（小数点第一位以下は四捨五入）。宿泊室数の計算を行うに当たって基準となる登録者の数は、短期利用を認める当該日の登録者の数を使用する。

20-2）**平成28年11月1日から29年10月末までの1年間**において、短期利用居宅介護について、**該当するものに☑**をつけてください。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①利用があった(延べ　　　日)　　[ ]  ②利用なし　　　　　　　　 |

問２１．平成29年10月末日の登録者について、**人数を記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
| 同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 同一建物居住者の登録者に対して行う場合 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

※同一建物の定義：養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。

問２２．収支の状況について、**該当するものに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |  |
| --- | --- |
| 今年度の収支状況 | [ ] ①黒字　　[ ] ②ほぼ均衡している　　[ ] ③赤字　　[ ] ④不明 |

|  |
| --- |
| Ⅷ．「中重度（要介護３、４、５）」の方の支援等についてお伺いします。 |

問２３．中重度者（要介護3.4.5）を在宅で支えていますか。**該当するものに☑、**を記入ください。

**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①支えている→25へ　　　　　　　[ ]  ②支えてない→24へ |

問２４．上記２３で②と回答された事業所の方にお尋ねします。支えてない理由は何ですか？**該当するものすべてに☑**、を記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①事業所内の人手不足　　　　　　　　　[ ]  ②事業所内のスキル不足[ ]  ③家族の意向による介護施設への入所　　[ ]  ④事業所による入所関係施設への移行[ ]  ⑤保険者の意向　　　　　　　　　　 　[ ]  ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２５．上記２３で①と回答している事業所の方にお尋ねします。中重度者（要介護3.4.5）を自宅で支えるために支援している、**該当するものすべてに☑**、を記入してください。　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①入院中の支援　　　　　[ ]  ②公共の手続き等支援　　　　　　[ ]  ③家族支援[ ]  ④家族からの相談支援　　[ ]  ⑤自宅からの行方不明時の支援　　[ ]  ⑥事業所以外への移動支援[ ]  ⑦地域や隣近所との関係づくりの支援　　　　[ ]  ⑧利用者以外の家族への食事の支援[ ]  ⑨介護保険以外の福祉サービスの相談　　　　[ ]  ⑩利用者以外の家族への生活支援[ ]  ⑪生活費等の支払い等の支援　　　　　　　　[ ]  ⑫その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２６．軽度者（要介護1.2）を自宅で支える為に支援している**該当するものすべてに☑**、を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①入院中の支援　　　　　[ ]  ②公共の手続き等支援　　　　　　[ ]  ③家族支援[ ]  ④家族からの相談支援　　[ ]  ⑤自宅からの行方不明時の支援　　[ ]  ⑥事業所以外への移動支援[ ]  ⑦地域や隣近所との関係づくりの支援　　　　[ ]  ⑧利用者以外の家族への食事の支援[ ]  ⑨介護保険以外の福祉サービスの相談　　　　[ ]  ⑩利用者以外の家族への生活支援[ ]  ⑪生活費等の支払い等の支援　　　　　　　　[ ]  ⑫その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２７．中重度者を在宅で支えるため、機能訓練（リハビリ）や生活向上を図る等のために配置（兼務含む）している職員について、**該当するものすべてに☑、**を記入ください。　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①理学療法士　　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ②作業療法士[ ]  ③言語聴覚士　　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ④栄養士（管理栄養士）[ ]  ④歯科衛生士　　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑥柔道整復師[ ]  ⑦あんまマッサージ指圧師　　　　　　　　　[ ]  ⑧その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２８．小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて、小規模多機能型居宅介護らしい支援をするための要素の上位**３つに☑、**を記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①周囲への根回し　　　　　　　　　　　[ ]  ②近所や友人との調整[ ]  ③民生委員への働きかけ　　　　　　　　[ ]  ④住民への働きかけ[ ]  ⑤多世代などが交流できる拠点　　　　　[ ]  ⑥地域包括支援センターへの働きかけ[ ]  ⑦医療機関との連携　　　　　　　　　　[ ]  ⑧家族支援[ ]  ⑨支援のためのマップ作り（本人中心の応援団づくり）[ ]  ⑩通院・外出介助　　　　　　　　　　　[ ]  ⑪毎日のミーティング[ ]  ⑫包括報酬　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑬通所介護・訪問介護よりできることが多い[ ]  ⑭予定と実施がズレた場合の対応能力（柔軟な対応）　[ ]  ⑮24時間365日の対応[ ]  ⑯管理者やケアマネジャー（計画作成担当者）が介護職員と一緒にケアをしていること[ ]  ⑰その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２９．小規模多機能居宅介護で利用者をケアするうえでの職員の負担感について伺います。**職員が負担に感じる要素上位3つに☑**を記入してください。

29-1）身体的ケアについて（**職員が負担に感じる要素上位3つに☑）　　　　　　　　　（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①体が大きな人の移乗介助　　　　　 　[ ]  ②自宅での入浴介助　　[ ]  ③嚥下障害のある方への食事介助　　 　[ ]  ④体の大きな人の排泄介助[ ]  ⑤定期的な体位交換　　　　　　　　　　 [ ]  ⑥レクリエーション[ ]  ⑦服薬管理　　　　　　　　　　　　　　 [ ]  ⑧バイタル測定[ ]  ⑨体調等の情報共有　　　　　　　　　　 [ ]  ⑩その他（　　 　　　　　　　　　） |

29-2）認知症ケアについて（**職員が負担に感じる要素上位3つに☑）　　　　　　　　　（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①帰宅要求が強い　　　　　　　　　　　 [ ]  ②物盗られ妄想[ ]  ③暴力（たたく・つねる）　　　　　　 　[ ]  ④排泄等支援の拒否[ ]  ⑤睡眠障害（夜眠らない）　　　　　　 　[ ]  ⑥食行動異常（異食・食べ過ぎ、食べなさすぎ）[ ]  ⑦多動（動き回る）　　　　　　　　　 　[ ]  ⑧何事にもやる気がない[ ]  ⑨同じ話を何度もする　　　　　　　　 　[ ]  ⑩コミュニケーション障害（会話が成り立たない）[ ]  ⑪嫉妬妄想　　　　　　　　　　　　　 　[ ]  ⑫不潔行為（弄便等）[ ]  ⑬入浴等の拒否　　　　　　　　　　　　 [ ]  ⑭の他（　　　　　　　　　 　　） |

29-3）生活支援・環境について（**職員が負担に感じる要素上位3つに☑）　　　　　　　（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①自宅の構造（段差が多い・狭いなど）　[ ]  ②近隣に住民がいない[ ]  ③買い物する場所が無い　　　　　　　　[ ]  ④在宅介護サービスの不足[ ]  ⑤在宅医療の不足　　　　　　　　　　　[ ]  ⑥交通・移動手段が不便[ ]  ⑦坂道や段差が多い　　　　　　　　　　[ ]  ⑧その他（　　　　　　 　　） |

29-4）家族との関わりについて（**職員が負担に感じる要素上位3つに☑）　　　　　　　（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①家族の介護力不足　　　　 　　　　 　[ ]  ②家族がサービスに依存する[ ]  ③家族が非協力的　　　　　　 　　 　　[ ]  ④過剰なサービス提供の要望[ ]  ⑤家族間で意見が違う　　　　　 　 　　[ ]  ⑥経済的問題[ ]  ⑦利用者本人以外の家族の問題　　 　　[ ]  ⑧虐待（疑い含む）[ ]  ⑨家族からの苦情　　　　　　　　 　 　[ ]  ⑩介護保険制度への理解不足[ ]  ⑪その他（　　　　　 　　　） |

29-5）地域との関わりについて（**職員が負担に感じる要素上位3つに☑）　　　　　　　（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①近隣住民とのお付き合い 　　　 　　　[ ]  ②行政とのやり取り[ ]  ③運営推進会議の実施　　　 　　　　[ ]  ④地域活動への参加[ ]  ⑤地域からの苦情　　　　　　 　　　 　[ ]  ⑥介護保険制度への理解不足[ ]  ⑦地域からの過剰な要求　　　 　　　 　[ ]  ⑧その他（　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅸ．医療との連携についてお伺いします。 |

問３０．医療との連携として、何をしていますか。**該当するものすべてに☑**をつけてください。**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①治療方針の確認　[ ]  ②日々のケアの報告　[ ]  ③緊急時の連絡　[ ]  ④服薬状況　 [ ]  ⑤利用者の暮らしぶりの説明・報告 |

問３１．10月の訪問看護・訪問リハビリについてお聞きします。**該当するものに数字**を入れてください。

|  |
| --- |
| [ ]  ①（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを除く）（　　　　人）　[ ]  ②（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを含む）（　　　　人）[ ]  ③（介護保険）訪問リハビリテーション　　　　　　　 （　　　　人）[ ]  ③（医療保険）訪問看護ステーション　　　　　　　　 （　　　　人） |

問３２．**平成28年11月1日から29年10月31日まで**に看取りを行ったケース数をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 死亡まで事業所が関わったケース | 件 |
|  | うち死亡場所は事業所 | 件 |
|  | うち死亡場所は自宅 | 件 |
| うち死亡場所は医療機関 | 件 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 件 |
| 登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース | 件 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 件 |

|  |
| --- |
| Ⅹ．**地域等に対する取組み**についてお伺いします。 |

問３３．登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題についてお伺いします。

（平成28年11月～平成29年10月までの実績）

登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題を相談されたことはありますか。

|  |
| --- |
| [ ]  ①ある　 [ ]  ②ない　 　 [ ]  ③把握していない |

33-2）問33で「ある」と回答された事業所にお聞きします。それは登録者のうち何人

（何世帯）ですか。

|  |  |
| --- | --- |
| 相談された件数 | 人（世帯） |

33-3）登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題は何ですか？**該当するすべてに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①経済的困窮　　　　　　　　[ ]  ②就職活動困難　　　　　　　[ ]  ③介護者の病気[ ]  ④家族関係・家族の問題　　　[ ]  ⑤ダブルケア（介護と子育ての両立）　　[ ]  ⑥住まいの不安定　　　　　　[ ]  ⑦その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）[ ]  ⑧家計管理の課題　　　　　　[ ]  ⑨就職定着困難　　　　　　　[ ]  ⑩就労継続[ ]  ⑪（多重・過重）債務　　　　[ ]  ⑫障害（手帳あり）　　　　　[ ]  ⑬障害（疑い）[ ]  ⑭社会的孤立（ニート・引きこもり）　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑮コミュニケーションが苦手[ ]  ⑯中卒・高校中退・いじめ　　[ ]  ⑰能力の課題（識字・言語・理解等）[ ]  ⑱生活習慣の乱れ　　　　　　[ ]  ⑲DV・虐待　　　　　　　　　[ ]  ⑳けが[ ]  ㉑刑余者　　　　　　　　　　[ ]  ㉒自死企図　　　　　　　　　[ ]  ㉓不登校[ ]  ㉔非行　　　　　　　　　　　[ ]  ㉕被災　[ ]  ㉖ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問３４．**地域に対する取組み**について

小規模多機能型居宅介護において、介護保険サービス以外の事業や取組みをしていますか。

**該当するものに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ① している　　　　　　　　　　　　　[ ]  ② していない　　[ ]  ③ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

34-2）地域の方からの悩みを把握もしくは相談等が持ち込まれたことがありますか。**該当するものに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ① あった　　　　　　　　　[ ]  ② なかった　　　　　　[ ]  ③ 把握していない |

34-3）問34-2で「ある」と回答された事業所にお聞きします。平成28年11月～平成29年10月までに何件ありましたか。**該当するものに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  1～10件程度　　[ ]  10～30件程度　　[ ]  31～50件程度　　[ ]  50件以上　 |

34-4）問34-2で「ある」と回答された事業所にお聞きします。持ち込まれた相談内容はどのようなものでしたか。該当するものすべてに☑をつけてください。

**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①経済的困窮　　　　　　　　[ ]  ②就職活動困難　　　　　　　[ ]  ③介護者の病気[ ]  ④家族関係・家族の問題　　　[ ]  ⑤ダブルケア（介護と子育ての両立）　　[ ]  ⑥住まいの不安定　　　　　　[ ]  ⑦その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）[ ]  ⑧家計管理の課題　　　　　　[ ]  ⑨就職定着困難　　　　　　　[ ]  ⑩就労継続[ ]  ⑪（多重・過重）債務　　　　[ ]  ⑫障害（手帳あり）　　　　　[ ]  ⑬障害（疑い）[ ]  ⑭社会的孤立（ニート・引きこもり）　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑮コミュニケーションが苦手[ ]  ⑯中卒・高校中退・いじめ　　[ ]  ⑰能力の課題（識字・言語・理解等）[ ]  ⑱生活習慣の乱れ　　　　　　[ ]  ⑲DV・虐待　　　　　　　　　[ ]  ⑳けが[ ]  ㉑刑余者　　　　　　　　　　[ ]  ㉒自死企図　　　　　　　　　[ ]  ㉓不登校[ ]  ㉔非行　　　　　　　　　　　[ ]  ㉕被災　　　　　　　　　　　[ ]  ㉖ボランティアしたい[ ]  ㉗事業所で働きたい　　　　　[ ]  ㉘事業所で実習したい　　　　[ ]  ㉙介護や福祉の勉強をしたい[ ]  ㉚小中学校からの慰問　　　　[ ]  ㉛見学・視察　　　　　　　　[ ]  ㉜地域行事への協力依頼[ ]  ㉝町内会・自治会等の自治組織への加入　　　　　　　　　　 　[ ]  ㉞災害時について[ ]  ㉟介護保険の話をしてほしい　[ ]  ㊱近所に心配な人がいる[ ]  ㊲近所に迷惑をかける人がいて困っている　　　[ ]  ㊳何かしたいが何をしていいかわからない[ ]  ㊴ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　34-5) 事業所のある地域に対する取組みをしている場合、どのようなことをしていますか。

**該当するものすべてに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ① 登録者以外のサロン　　[ ]  ②地域資源マップ作り　　[ ]  ③認知症の勉強会・啓発事業[ ]  ④ 介護講座（事業所にて）[ ]  ⑤介護講座（事業所以外）[ ]  ⑥認知症カフェや喫茶、食堂[ ]  ⑦ 銭湯（浴室の解放）　　[ ]  ⑧地域の清掃活動　　　　[ ]  ⑨ボランティア養成講座の開催[ ]  ⑩ 地域の団体・サークルの事務局　[ ]  ⑪登録者を支えるボランティアの募集　[ ] 　⑫介護相談[ ]  ⑬ 登録者以外の行方不明者の捜索（日中）　　 [ ]  ⑭ 登録者以外の行方不明者の捜索（夜間）[ ]  ⑮ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅺ．自由回答 |

問３５．問１６で回答いただいた利用者の中から、中重度者（要介護3，4，5）の支援事例、又は、最も負担

　　　感が高い方の事例をお聞かせください。**（200字以内）※１行に全角文字30文字が入ります。**

|  |  |
| --- | --- |
| 問１６の番号「　　　　」番の方 | [ ] ①中重度者の事例　　　[ ] ②負担感の高い方の事例 |

|  |
| --- |
|  |

～アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。～

**※パンフレットと事業所の平面図を同封して頂けると幸いです。**