２０１８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31年1月15日（火）**

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

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

２０１８　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31年1月15日（火）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)　　[ ]  ③同（Ⅱ）[ ]  ④看護職員配置加算Ⅰ　　[ ]  ⑤同Ⅱ　　[ ]  ⑥同Ⅲ[ ]  ⑦サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ　[ ] ⑧同（Ⅰ）ロ　[ ] ⑨同（Ⅱ）[ ] ⑩同（Ⅲ）[ ] ⑪同（Ⅳ）[ ]  ⑫介護職員処遇改善加算Ⅰ　　[ ]  ⑬同Ⅱ　　[ ]  ⑭同Ⅲ　　[ ]  ⑮同Ⅳ　　[ ]  ⑯同Ⅴ[ ]  ⑰総合マネジメント体制強化加算[ ]  ⑱訪問体制強化加算[ ]  ⑲看取り連携体制加算[ ]  ⑳若年性認知症利用者受入加算[ ]  ㉑栄養スクリーニング加算[ ]  ㉒生活機能向上連携加算※次ページに続きがあります[ ]  ㉓従業者の員数が基準に満たない場合の減算[ ]  ㉔市町村独自報酬（　　　　単位） |

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。

**（前ページの続き）**

|  |
| --- |
| [ ]  ㉕過少サービスに対する減算[ ]  ㉖中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 |

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）** |  | [ ]  ① |
|  | 看護小規模多機能型居宅介護 | [ ]  ② | [ ]  ② |
|  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | [ ]  ③ | [ ]  ③ |
|  | 認知症対応型共同生活介護 | [ ]  ④ | [ ]  ④ |
|  | 夜間対応型訪問介護 | [ ]  ⑤ | [ ]  ⑤ |
|  | 地域密着型介護老人福祉施設 | [ ]  ⑥ | [ ]  ⑥ |
|  | 地域密着型特定施設 | [ ]  ⑦ | [ ]  ⑦ |
|  | 特定施設入居者生活介護 | [ ]  ⑧ | [ ]  ⑧ |
|  | 介護老人福祉施設（特養） | [ ]  ⑨ | [ ]  ⑨ |
|  | 介護老人保健施設（老健） | [ ]  ⑩ | [ ]  ⑩ |

| 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 | [ ]  ⑪ | [ ]  ⑪ |
|  | 有料老人ホーム　（住宅型・健康型）特定を除く | [ ]  ⑫ | [ ]  ⑫ |
|  | サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など） | [ ]  ⑬ | [ ]  ⑬ |
|  | 共生型ホーム（対象者を限定しない） | [ ]  ⑭ | [ ]  ⑭ |
|  | ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス | [ ]  ⑮ | [ ]  ⑮ |
|  | 高齢者向け公営住宅（指定管理等含む） | [ ]  ⑯ | [ ]  ⑯ |
|  | 法人が所有する一般アパート・マンション | [ ]  ⑰ | [ ]  ⑰ |
|  | アパート・マンション等の借り上げ住宅 | [ ]  ⑱ | [ ]  ⑱ |
| その他 |  | 一般病院もしくは診療所 | [ ]  ⑲ | [ ]  ⑲ |
|  | 障害者総合支援法に基づくサービス | [ ]  ⑳ | [ ]  ⑳ |
| ㉑ | 認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む） | [ ]  ㉑ | [ ]  ㉑ |
| ㉒ | 生活困窮者自立支援法に基づく事業 | [ ]  ㉒ | [ ]  ㉒ |
| ㉓ | 学童保育（放課後保育）※自主・補助事業含む | [ ]  ㉓ | [ ]  ㉓ |
| ㉔ | 配食 | [ ]  ㉔ | [ ]  ㉔ |
| ㉕ | 地域交流拠点 | [ ]  ㉕ | [ ]  ㉕ |
| ㉖ | その他自主事業（　　　　　　　　　　　　　　　） | [ ]  ㉖ | [ ]  ㉖ |

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。

7-1）平成30年４月より、共生型サービスが施行されましたが、その制度を知っていますか？ 該当するものに☑をつけてください。　 　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①制度・仕組みを知っている　　　　　[ ]  ②制度・仕組みを知らない |

7-2）共生型サービスの実施について、該当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①実施している　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ②検討・実施準備している[ ]  ③実施しておらず、検討もしていない |

7-3）前頁7-2）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）**

|  |
| --- |
| ■都道府県指定　[ ]  ①生活介護　[ ]  ②自立訓練　[ ]  ③放課後等デイサービス　[ ]  ④児童発達支援　[ ]  ⑤短期入所■市町村指定[ ]  ⑥基準該当生活介護　　[ ] ⑦基準該当自立訓練　　[ ] ⑧基準該当放課後等デイサービス　[ ]  ⑨基準該当児童発達支援　　[ ] ⑩基準該当短期入所　　[ ] ⑪日中一時支援[ ]  ⑫その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　7-4)　上記7-3）で１つでもチェックがあった事業所の方にお聞きします。直近３か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か月の延べ利用人数 | ９月１か月の延べ利用人数 | 10月１か月の延べ利用人数 |
| 生活介護（基準該当含む） |  |  |  |
| 自立訓練（基準該当含む）　　　　　　　 |  |  |  |
| 放課後等デイサービス（基準該当含む） |  |  |  |
| 児童発達支援（基準該当含む） |  |  |  |
| 短期入所（基準該当含む） |  |  |  |
| 日中一時支援 |  |  |  |
| 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29年11月１日～平成30年10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)　運営推進会議を圏域の事業所と合同で開催している回数について、**該当するものに☑**をつけて

ください。 （平成30年4月１日～平成30年10月末までの実績でお答えください。）**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ] 　①合同開催している（　　　回）　　　　[ ] 　②合同開催していない |

9-4)　前頁9-3）で「①合同開催している」と回答した事業所にお聞きします。**該当するものに☑**をつけてください。 （平成30年4月１日～平成30年10月末までの実績でお答えください。）　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ] 　①同一法人の事業所で合同開催している[ ] 　②同一法人の事業所ではない[ ] 　③同一法人で開催の回と、別法人の事業所との開催の回の両方がある |

9-5)　運営推進会議の場の意義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利用者の新たな役割を考える場[ ] 　②利用者の困りごとを相談する場（地域から排除されない相談）[ ] 　③利用者に限らず困りごとを相談する場（子ども、障害、生活困窮等）[ ] 　④地域の課題や防災等について考える場[ ] 　⑤今後の地域の姿について考える場[ ] 　⑥学生や教員の学習の場[ ] 　⑦専門職の学習の場[ ] 　⑧住民の学習の場（専門職や学識経験者からの学びの場）[ ] 　⑨知り合いを増やすことができる場（新たな連携への出会いの場）[ ] 　⑩地域にいる人材の発掘・活用の場（元気な高齢者、子育て中のママ、広い家を持て余している、手に職を持っている、芸達者等の発掘）[ ] 　⑪地域にある商店・企業とのコラボ[ ] 　⑫地域主催の行事を話し合う場[ ] 　⑬その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |

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29年度）の評価実施について、**該当するものに☑**をつけてください。**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①運営推進会議を活用した評価を実施した（平成27年改正のサービス評価）[ ]  ②外部評価機関によるサービス評価を実施した　[ ]  ③実施していない |

10-2）上記10-1）で「実施した」（①②）と回答した事業所にお聞きします。昨年度（平成29年度）の評価に自治体や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。

11-1）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 ライフサポートプランを使用　　　[ ]  ② 居宅介護サービス計画書を使用　　[ ]  ③ ライフサポートプランと居宅介護サービス計画書を併用[ ]  ④ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

11-2）上記11-1）で②③④を選択された方にお聞きします。ライフサポートプランを使用しない理由として**該当するものに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ① ライフサポートプランがわからない　　　　　[ ]  ② 使いづらい　　[ ]  ③ ソフトがない、居宅介護サービス計画書のソフトが入っているから[ ]  ④ 保険者が認めていないから　　[ ]  ⑤ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅳ．利用状況等についてお伺いします。 |

問12．現在の人数をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　**（平成30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 |

問13．利用契約の終了状況についてお聞きします。

13-1）**平成29年11月1日から30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[具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　]（　　　　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．貴事業所の職員数についてお聞きします。

14-1）黄事業所の職員の人数（実人数）をお答えください**（平成30年10月末現在）**。非常勤については、常勤換算での人数もお答ください。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・非常勤別 | 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 |

◆職員の年齢構成（常勤・非常勤に関係なくすべての職員をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ～20歳 | 21～30歳 | 31～50歳 | 51～60歳 | 61～70歳 | 71歳以上 | 合計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

14-2）人手不足感について該当するものに☑をつけてください（不足人数は常勤換算で）　**（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） |

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、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 |

問16．介護ロボットやICTの導入状況についてお伺いします。

16-1）介護ロボットやICTの導入状況で、該当するものに☑をつけてください。　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①導入している　　　　　　　　　　　　　[ ]  ②導入を検討している[ ]  ③導入を検討したいと思っているが、どうすればよいかわからない[ ]  ④検討していない |

16-2）上記16-1）で「①導入している」と回答した事業所にお聞きします。導入しているタイプについて該当するものに☑をつけてください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①介護支援型（移動・入浴・排泄等介護業務の支援）　[ ]  ②自立支援型（歩行・リハビリ・食事・読書等利用者の自立支援）[ ]  ③コミュニケーション・セキュリティ型（癒し・見守り）[ ]  ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅵ．平成27年及び平成30年の報酬改定後の状況についてお伺いします。 |

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 |

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 |

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29年11月1日から30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お聞きします。

20-1）短期利用居宅介護に活用できる部屋はいくつありますか。

|  |  |
| --- | --- |
| 短期利用居宅介護で活用できる部屋数 | 　　　 部屋（平成30年10月末日） |

20-2）**平成29年11月1日から30年10月末までの1年間**において、短期利用居宅介護の利用について、**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．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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 平成29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 |

問22．若年性認知症利用者受入加算について、**該当するものに☑**をつけてください。

記入人数は実人数を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①加算を取った（　　　人）　　　[ ]  ②加算を取れるが取らなかった（　　人）[ ]  ③認知症加算と併用となるため取っていない（　　人）[ ]  ④対象となる利用者がいない[ ]  ⑤加算の内容がわからない・知らないので取っていない |

問23．栄養スクリーニング加算について、**該当するものに☑**をつけてください。

人数は実人数を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①加算を取った（　　　人）　　　[ ]  ②加算を取れるが取らなかった（　　人）[ ]  ③加算の取組みを実施していない[ ]  ④対象となる利用者がいない[ ]  ⑤加算の内容がわからない・知らないので取っていない |

問24．生活機能向上連携加算について、**該当するものに☑**をつけてください。

人数は実人数を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①加算Ⅰ（100単位）を取った（　　　人）　[ ]  ②加算Ⅱ（200単位）を取った（　　人）[ ]  ③加算を取れるが取らなかった　　　　　　 [ ]  ④加算の取組みを実施していない[ ]  ⑤協力してくれる医療機関や施設がないので取れない[ ]  ⑥対象となる利用者がいない　　[ ]  ⑦加算の内容がわからない・知らないので取っていない |

|  |
| --- |
| Ⅶ．入浴についてお伺いします。 |

問25．事業所の入浴設備についてお聞きします。

25-1）設置している設備について、該当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①普通浴槽（個浴）　　　　　　　[ ]  ②特殊浴槽（特浴・機械浴）[ ]  ③シャワーのみで浴槽がない　　　[ ]  ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

25-2）貴事業所の設備では入浴が困難な利用者について、**該当するものに☑**をつけてください。**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①いる（　　　人）　　　　　　　　　[ ]  ②いない　　　　　　　　 |

25-3）訪問入浴介護が自宅や事業所で活用できた場合、利用しますか。**該当するものに☑**をつけてください。

**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①利用したい　　　　　　　　　　　　[ ]  ②利用しようとは思わない |

|  |
| --- |
| Ⅷ．医療との連携についてお伺いします。 |

問26．10月の訪問看護・訪問リハビリについてお聞きします。**利用人数を記入**してください。

|  |
| --- |
| 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）④（医療保険）訪問看護ステーション　　　　　　　　 （　　　　人） |

問27．30日以上の宿泊を利用されているときに、訪問診療を受けられなかったケースはありますか。**該当するものすべてに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①事例がある（　　　人）　　　　　　　　[ ]  ②事例はない　 |
| 　　　　↓ |
| [ ]  ①訪問診療を受けるためだけに自宅へ戻った[ ]  ②入院になった[ ]  ③主治医が変わった[ ]  ④契約終了となり施設入所となった[ ]  ⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問28．**平成29年11月1日から30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 |

問29．外部の専門性の高い看護師との連携についてお聞きします。

29-1）下表のような利用者への対応が発生したことがありますか。事象の発生や対応の有無について下表のあてはまる番号に**☑**をつけてください。

29-2）事例の有無にかかわらず、対応に際して専門の知識・技術を有する外部の看護師（認定看護師、専門看護師等※）から支援や助言を受ける仕組みがあれば、利用したいと思いますか。下表の選択肢１～４のうちあてはまる番号に**☑**をつけてください。

注）認定看護師：5年以上の実務経験後、教育機関で6か月以上の専門教育を受け、認定試験に合格した者

専門看護師：5年以上の実務経験後、大学院修士課程で専門教育を受け、認定試験に合格した者

**（単一回答）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【発生した事象や対応】 | １)事象や対応の発生 | ２）専門性の高い看護師による支援・助言の利用の意向 |
| いずれかに☑ | １ | ２ | ３ | ４ |
| １有 | ２無 | 積極的に利用したい | 条件が合えば利用したい | 利用するつもりはない | わからない |
| 1. 認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 精神疾患（認知症以外）のケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 皮膚疾患や褥瘡のケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 看取りのケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 排泄に困難のある利用者へのケア
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 脳卒中のリハビリテーション
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 利用者の急変時の対応・救急処置
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 災害時の利用者の安全・健康の確保
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |
| 1. 感染症の予防や発生時の対応
 | [ ] １　　 | [ ] ２ | [ ] １ | [ ] ２ | [ ] ３ | [ ] ４ |

29-3）上記29-2）で「1．積極的に利用したい」または「2. 条件が合えば利用したい」に１つでも**☑**をつけた方におうかがいします。どのような条件であれば利用しようと思いますか。優先順位が高いもの２つまで**☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（制限回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①利用者宅や事業所に支援に来てくれる　　[ ]  ②電話やメールで相談ができる[ ]  ③困ったときにすぐ支援が受けられる　　　[ ]  ④定期的に支援が受けられる[ ]  ⑤経費が介護報酬等で補てんされる　　　　[ ]  ⑥利用の申込・調整の手続きが煩雑でない[ ]  ⑦その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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

問30．**平成30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 | 現在の要介護度 | 日常生活自立度（寝たきり度） | 認知症自立度 | 登録した年月 | 登録時の要介護度 | 通い回数（延べ回数） | 訪問回数（延べ回数） | 宿泊回数（延べ回数） | 住まいの形態 | 世帯状況 | 事業所との距離 | 役割の発揮（複数回答） |
| 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．自宅で2．事業所内で3．地域で4．役割発揮の場はない5.わからない |
| 年 | 月 |
| **例** | **90** | **１** | **支２** | **B2** | **Ⅱa** | **20** | **10** | **支1** | **31** | **20** | **0** | **1** | **３** | **１** | **１，３** |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ⅹ．利用者を自宅や地域で支えるための工夫（ケアの「見える化」「見せる化」） |

「見える化」とは･･･関わっていない時間（サービスを提供している時間以外の時間）の工夫

「見せる化」とは･･･認知症になっても自宅や地域で支える姿を地域から見えるようにすることで、どんな状態になっても自宅や地域で支える取り組みをしていることを見せること

問31. 利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のための工夫についてお聞きします。

31-1）利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のため、どんな工夫をしていますか。該当するものすべてに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①民生委員と連絡を取っている　　　　　[ ]  ②ご近所や友人と連絡を取っている[ ]  ③地域の見守りネットと連携している　　[ ]  ④地域の自治会・老人会と連携している[ ]  ⑤地域の商店（スーパー、理美容店、喫茶店、新聞販売店等）と連携している[ ]  ⑥保育園・幼稚園・学校と連携している　[ ]  ⑦警察・消防と連携している[ ]  ⑧その他（具体的に：　　　　　　　　）[ ]  ⑨いずれもあてはまらない |

31-2）利用者が自宅や地域で過ごす時間を支えるために、利用者に直接行う介護サービス以外に上記のような地域との関わりに費やした時間は直近1週間ではどのくらいですか。該当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①全くない　　　　　　　　[ ]  ②１時間未満　　　　　[ ]  ③１時間～２時間未満[ ]  ④２時間～３時間未満　　　[ ]  ⑤３時間以上 |

31-3）認知症になっても、利用者が自宅や地域でできることを奪わず、送りたい暮らしを実現できるための工夫をしていますか。該当するものすべてに☑をつけてください。　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている[ ]  ②利用者のなじみのある暦や習慣、風習、ならわしなどを尊重している[ ]  ③要介護度が高くなっても、自宅や地域・社会での役割を考えて支援している[ ]  ④要介護度が高くなっても、登録者が地域で忘れられないよう工夫している[ ]  ⑤利用者とともに事業所や地域のいま（今）と今後を考えて「あったらいいな」を形にしている[ ]  ⑥その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  ⑦特になし |

31-4）利用者の役割づくりについて伺います。行っている取組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利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み[ ]  ②利用者と一緒に小中学校等へ行って行う活動（読み聞かせ・文化伝承など）[ ]  ③日ごろ作成した作品等を文化祭などへ出品し、できることを生きがいや役割につなげている[ ]  ④事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう[ ]  ⑤利用者の就労支援[ ]  ⑥その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

31-5）介護保険サービス以外の機能について伺います。持っている機能について該当するものすべてに☑を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①介護保険以外の地域の相談機能　　　　　[ ]  ②DV等のシェルター機能[ ]  ③ボランティアのマッチング機能　　　　　[ ]  ④地域包括支援センター（サブ・ブランチ）[ ]  ⑤その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

31-6）登録を終了した利用者の家族とのお付き合いはありますか。該当するものに☑をつけてください。

**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①ある（　　　　　家族）　　　　　　　　[ ]  ②ない |

31-7）利用者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組を行っていますか。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 |

|  |
| --- |
| Ⅺ．「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32．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☑**をつけてください。**（単一回答）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①支えている　　　　　　　　　　　　　[ ]  ②支えてない |

問33．中重度者（要介護3.4.5）を在宅で支えるにあたっての課題となるものの**該当するものすべてに☑**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（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中重度になると入所系施設等へいってしまう　[ ]  ⑥地域に中重度者がいない（紹介がない）[ ]  ⑦保険者の意向　　　　　　　　　　 　[ ]  ⑧その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　） |

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

問34．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29年11月～平成30年10月までの実績）。

34-1）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 |

34-2）上記34-1）で「①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） |

問35．**地域に対する取組み**についてお聞きします。

35-1）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（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

35-2）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 |

35-3）上記35-2）で「①あった」と回答された事業所にお聞きします。平成29年11月～平成30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）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①1～10件　　[ ]  ②11～30件　　[ ]  ③31～50件　　[ ]  ④51件以上　 |

|  |
| --- |
| **XIII**．自由回答 |

問36．P10の問30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、または最も負担感が高い方の事例をお聞かせください。（200字程度）

|  |  |
| --- | --- |
| 問30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。**