２０１６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1月6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/*

２０１６　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1月6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。 |

１．貴事業所名及び所在地並びに記入者職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。

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 |

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 |

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  □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） |

５．貴事業所にて低所得者・生活困窮者向けに利用料等、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）

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

６．共生型サービス・一体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・一体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、該当するものすべてに☑をつけてください。

|  |
| --- |
| □ 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 |

6-2）上記で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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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

７．「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。

|  |
| --- |
| □ 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅲ．サービス評価（地域からの評価）についてお伺いします。 |

８.貴事業所のサービス評価について、お聞かせ下さい

8-1)　昨年度（平成27年度）、**該当するものに☑**をつけてください。

|  |
| --- |
| □ 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 |

8-2)　昨年度（平成27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。

|  |
| --- |
| * 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 |

|  |
| --- |
| Ⅳ．利用状況等についてお伺いします。 |

９．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28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 |

10．**平成27年11月1日から28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 |

10-2）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。

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

１１．**平成28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 | 登録直前の  居場所 |
| 1.居宅介護支援事業所  2.地域包括支援センター  3.市町区村(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. 同一敷地内  2.１㌔前後  3.５㌔前後  4.１０㌔  前後  5.それ以上 | 1.自宅  2.病院等  3.老人保健施設  4.特別養護老人ホーム  5．グループ  ホーム  6.サ高住  （高専賃・高優賃）  7.有料老人  ホーム（住居型）  8.その他 |
| 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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ⅵ．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） |

１２．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。

|  |
| --- |
| □ ①加算をとっている　□ ②加算をとれるのにとっていない　□ ③加算がとれない  □ 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。

１３．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。

|  |
| --- |
| □ ①加算をとっている　 □ ②加算をとれるのにとっていない  □ ③常勤の従業者を2名以上配置できないのでとれない  □ ④要介護の訪問延べ回数が200回を超えていないためとれない  □ 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とれない  □ 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。

１４．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27年11月1日から28年10月末までの1年間）**

|  |
| --- |
| □ ①加算をとった　□ ②加算をとれるがとらなかった　□ ③加算をとらなかった  □ 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とれない  □ 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とれない  □ ⑥対象となる利用者がいない  ②③の理由 |

１５．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28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。

15－2）**平成27年11月1日から28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。

|  |
| --- |
| * ①利用があった(延べ　　　日)　　□ ②利用なし |

１６．平成28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。

１７．収支の状況について、**該当するものに☑**をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

|  |
| --- |
| Ⅶ．「訪問」の支援内容についてお伺いします。 |

１８．昨年度の調査では、訪問体制強化加算を取得している事業所が25.4％にとどまっており、その支援内容についても家事援助から身体介護まで様々であると考えられます。小規模多機能型居宅介護の訪問を活用し、どのような支援をすることで高齢者の自宅や地域での暮らしが実現できているのか、その有効性と効率性の検証を行い、ケアの見える化及び効率化の検討をしたいと考えております。以下、これまでの小規模多機能型居宅介護の「訪問」の実践を項目化しましので、「訪問」としてこれまで支援したことのある内容として**該当するものすべてに☑、**をしてください。

※ここで言う「訪問」とは、「通い」「宿泊」に属さないことを訪問と整理し、項目設定しています。

18-1）家事の支援について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所がすること | 本人がすることの声掛け・手助け |
| □ ①-1健康チェック　　　　　　　　　　　　□ ①-2本人がセルフチェックするための手助け  □ ②-1利用者の安否確認、顔色等のチェック  □ ③-1本人の部屋や日常使う場所の清掃　　　□ ③-2本人のお部屋や日常使う場所の清掃  □ ④-1火の元の確認　　　　　　　　　　　　□ ④-2本人が火の元の確認をしたあとの確認  □ ⑤-1ゴミ出し　　　　　　　　　　　　　　□ ⑤-2ゴミ出しの付き添い  □ ⑥-1洗濯　　　　　　　　　　　　　　　　□ ⑥-2洗濯の手助け  □ ⑦-1衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）　　　 □ ⑦-2衣類の整理の手助け（夏・冬物等の入れ替え等）  □ ⑧-1被服の補修（ボタン付け、破れの補修等） □ ⑧-2被服の補修の手助け（ボタン付け、破れの補修等）  □ ⑨-1調理（本人が食べるものを調理する）　□ ⑨-2本人が調理することの手助け  □ ⑩-1日常品等の買い物　　　　　　　　　　□ ⑩-2日常品等の買い物の付き添い  （内容の確認、品物・釣り銭の確認等を含む） （内容の確認、品物・釣り銭の確認等を含む）  □ ⑪-1酒タバコなどの嗜好品の買い物　　　　□ ⑪-2酒タバコなどの嗜好品の買い物の付き添い  □ ⑫ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

18-2） 家事の支援の提供時間についてお聞きします（平成27年11月～平成28年10月までの実績）

一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番早い時刻は「　　　：　　　」　一番遅い時刻は「　　　：　　　」 |

※例：0時→24時の時刻で（例：早い「4:00」遅い「23:00」）

一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番短い提供時間は「　　　　分」　一番長い提供時間は「　　　　分　　　（　　時間）」 |

※例：短い「1分」、長い「240分（4時間）」

１９．介護の支援について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所がすること | 本人がすることの声掛け・手助け |
| □ ①-1健康チェック　　　　　　　　　　　 　□ ①-2健康チェックの声掛け・手助け  □ ②-1利用者の安否確認、顔色等のチェック  □ ③-1脱水予防のための水分補給　　　　　　 □ ③-2脱水予防のための水分補給の声掛け  □ ④-1換気　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ ④-2換気の声掛け・手助け  □ ⑤-1室温・日あたりの調整等　　　　　　　　 □ ⑤-2室温・日あたりの調整等の声掛け  □ ⑥-1シーツ交換ベッドメイク　　　　　　　 □ ⑥-2シーツ交換ベッドメイクの手助け  □ ⑦-1配膳、後片づけ（食事介助後の支援）　　　 □ ⑦-2配膳、後片づけの声掛け（食事介助後の支援）  □ ⑧-1食事介助　　　　　　　　　　　　　　 □ ⑧-2食事の声掛け・手助け  □ ⑨-1排せつ等の介助　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ ⑨-2排せつ等の声掛け・手助け  □ ⑩-1清拭  □ ⑪-1入浴介助　　　　　　　　　　　　　　 □ ⑪-2入浴の声掛け・手助け  □ ⑫-1洗顔、歯磨き等（洗面）　　　　　　 　□ ⑫-2洗顔、歯磨き等（洗面）の声掛け・手助け  □ ⑬-1お化粧・整髪　　　　　　　　　　　 　□ ⑬-2お化粧・整髪の声掛け・手助け  □ ⑭-1着替え　　　　　　　　　　　　　 　　□ ⑭-2着替えの声掛け・手助け  □ ⑮-1体位変換  □ ⑯-2移乗・移動  □ ⑰-1起床介助　　　　　　　　　　　　 　　□ ⑰-2起床のための声掛け・手助け  □ ⑱-1就寝介助　　　　　　　　　　　　　 　□ ⑱-2就寝のための声掛け・手助け  □ ⑲-1専門的配慮をもって行う調理（配膳、後片づけ 嚥下困難者のための流動食等）  □ ⑳ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

19-2） 介護の支援の提供時間についてお聞きします（平成27年11月～平成28年10月までの実績）

一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番早い時刻は「　　　：　　　」　一番遅い時刻は「　　　：　　　」 |

※例：0時→24時の時刻で（例：早い「4:00」遅い「23:00」）

一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番短い提供時間は「　　　　分」　一番長い提供時間は「　　　　分　　　（　　時間）」 |

※例：短い「1分」、長い「240分（4時間）」

２０．地域生活の支援（在宅生活のための環境を整えるための支援）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所がすること | 本人がすることの声掛け・手助け |
| □ ①-1配食  □ ②-1本人が使わない部屋、ベランダ等　　　□ ②-2本人が使わない部屋、ベランダ等  室外の掃除　　　　　　　　　　　　　　　　 室外の掃除の声掛け・手助け  □ ③-1本人の分以外の買い物　　　　　　　　□ ③-2本人の分以外の買い物の声掛け・手助け  □ ④-2散歩等ふらりと外出するものへの付き添い  □ ⑤目的・目標の明確な外出の付き添い  □ ⑥-1金融機関や役所での手続き代行　　　　□ ⑥-2金融機関や役所での手続きのための付き添い  □ ⑦-1生活費などの支払い、金銭管理　　　　□ ⑦-2生活費などの支払い、金銭管理の手助け  □ ⑧-1自宅での24時間を把握するための  自宅への宿泊  □ ⑨-1本人との関係づくりのための訪問  □ ⑩-2郵便物や通知の整理、文書朗読や代筆  □ ⑪-2農作物や果実の収穫作業等の声掛け・手助け  □ ⑫-1草むしり・草刈り　　　　　　　　　　□ ⑫-2草むしり・草刈りの声掛け・手助け  □ ⑬-1 電話による状態確認等  □ ⑭ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

20-2）地域生活の支援の提供時間についてお聞きします（平成27年11月～平成28年10月までの実績）

一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番早い時刻は「　　　：　　　」　一番遅い時刻は「　　　：　　　」 |

※例：0時→24時の時刻で（例：早い「4:00」遅い「23:00」）

一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番短い提供時間は「　　　　分」　一番長い提供時間は「　　　　分　　　（　　時間）」 |

※例：短い「1分」、長い「240分（4時間）」

２１．関係の支援（在宅生活のための人と人との調整やかかわりの支援）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所がすること | 本人がすることの声掛け・手助け |
| □ ①-1知人・友人へふるまうための調理　　　　□ ①-1ふるまうための調理を本人がする手助け  □ ②-1本人と茶飲み話をする  □ ③-1本人に代わってお店や近所への  挨拶・謝罪  □ ④-1本人抜きで友人に会いに行く　　　　　　□ ④-2本人と一緒に友人に会いに行く  □ ⑤-1釣りや映画等の趣味への促し　　　　　　□ ⑤-2釣りや映画等の趣味への同行  □ ⑥-1旅行の計画づくり　　　　　　　　　　　□ ⑥-2旅行に同行  □ ⑦-1暦、風習、ならわしへの配慮　　　　　　□ ⑦-2暦、風習、ならわしへのこだわりへの促し  □ ⑧-1本人に代わって回覧板をまわす　　　　　□ ⑧-2回覧板をまわす声掛け・手助け  □ ⑨-1ペットの世話　　　　　　　　　　　　　□ ⑨-2ペットの世話のための声掛け・手助け  □ ⑩-2結婚式・葬式・法事等への付き添い  □ ⑪-2居酒屋への同行  □ ⑫その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

21-2） 関係の支援の提供時間についてお聞きします（平成27年11月～平成28年10月までの実績）

一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番早い時刻は「　　　：　　　」　一番遅い時刻は「　　　：　　　」 |

※例：0時→24時の時刻で（例：早い「4:00」遅い「23:00」）

一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番短い提供時間は「　　　　分」　一番長い提供時間は「　　　　分　　　（　　時間）」 |

※例：短い「1分」、長い「240分（4時間）」

２２．地域での支援（地域での暮らしの環境を整えるための支援）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所がすること | 本人がすることの声掛け・手助け |
| □ ①-1本人に代わっての地域での清掃活動　　　□ ①-2地域での清掃活動の声掛け・手助け  □ ②-1本人の地域の敬老会・老人クラブ等に　　□ ②-2地域の敬老会・老人クラブ等にいくため  行くことができるように調整・根回し　　　　　　の声掛け・手助け  □ ③-1本人の地域のサロンに行くことができ　　□ ③-2地域のサロンに行くための声掛け・手助け  るように調整・根回し  □ ④-1本人の地域の避難訓練の参加できる　 □ ④-2地域の避難訓練の参加するための声掛け・  ように調整・根回し　　　　　　　　　　　　　　手助け  □ ⑤-1一人で買い物等に行けるようにする　 □ ⑤-2一人で買い物等に行くための声掛け・  ための商店や地域との調整・根回し　　　　　　　手助け  □ ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

22-2） 地域での支援の提供時間についてお聞きします（平成27年11月～平成28年10月までの実績）

一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番早い時刻は「　　　：　　　」　一番遅い時刻は「　　　：　　　」 |

※例：0時→24時の時刻で（例：早い「4:00」遅い「23:00」）

一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番短い提供時間は「　　　　分」　一番長い提供時間は「　　　　　時間　　　　　　分」 |

※例：１時間30分

２３．医療についての支援

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所がすること | 本人がすることの声掛け・手助け |
| □ ①-1本人の代わりに医師に説明し・説明を　　□①-2本人の言葉を代弁したり、  受ける　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師からの説明をわかりやすく伝える  □ ②薬の受け取り  □ ③病院の順番取り  □ ④服薬介助  □ ⑤通院・外出介助  □ ⑥利用者の入院先への見舞い  □ ⑦その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

23-2） 医療について支援の提供時間についてお聞きします（平成27年11月～平成28年10月までの実績）

一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番早い時刻は「　　　：　　　」　一番遅い時刻は「　　　：　　　」 |

※例：0時→24時の時刻で（例：早い「4:00」遅い「23:00」）

一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください（緊急時対応を除く）。

|  |
| --- |
| 一番短い提供時間は「　　　　分」　一番長い提供時間は「　　　　　時間　　　　　分　」 |

※例：１時間30分

２４．緊急の訪問（予定外の訪問）についてお聞きます。緊急の訪問件数を記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急の訪問（予定外の訪問）件数 | 件（平成28年10月の1か月） |

２５．登録者の活用している連絡ツールについてお聞きます。**該当するものに☑**をつけてください。

|  |
| --- |
| □ ①固定電話　　　　　　　□ ②携帯電話　　　□ ③緊急通報装置（ボタンやペンダント）  □ ④テレビ電話　　　 □ ⑤パッドなどのＩＴ  □ ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅷ．訪問機能をはじめ、小規模多機能型居宅介護の各機能を生かす調整（マネジメント）のあり方に  ついてお伺いします。 |

２６．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。

|  |  |
| --- | --- |
| □ ①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  □ ②24時間365日の対応　　　　　　　　 □ ③予定と実施がズレた場合の対応能力（柔軟な対応）  □ ④包括報酬　　　　　　　　　　　　　　□ ⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い  □ ⑥毎日のミーティング　　　　　　　　　□ ⑦通院・外出介助  □ ⑧支援のためのマップ作り（本人中心の応援団づくり）  □ ⑨家族支援　　　　　　　　　　　　　　□ ⑩医療機関との連携  □ ⑪地域包括支援センターへの働きかけ　　□ ⑫多世代などが交流できる拠点  □ ⑬住民への働きかけ　　　　　　　　　　□ ⑭民生委員への働きかけ  □ ⑮近所や友人との調整　　　　　　　　　□ ⑯周囲への根回し  □ ⑰その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| Ⅸ．医療との連携についてお伺いします。 | |

２７．医療との連携として、何をしていますか。**該当するものに☑**をつけてください。

|  |
| --- |
| □ 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 |

２８．10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） |

２９．**平成27年11月1日から28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。 |

３０．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27年11月～平成28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 |

30-2）27-1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） |

30-3）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  □ ③ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３１．**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。

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

31-2）地域の方から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。

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

31-3）平成27年11月～平成28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。

|  |
| --- |
| □ なし　　　□ 1～10件程度　　□ 10～30件程度　　□ 31～50件程度　　□ 50件以上 |

31-4）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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　31-5) 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）  □ ⑬ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅺ．自由回答 |

３２．小規模多機能型居宅介護事業の運営及び支援に関してのご意見・要望を自由に記載ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

３３．次回報酬改定に向けた小規模多機能型居宅介護へのご意見・要望を自由に記載ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

３４．これからの小規模多機能型居宅介護の在り方に関してのご意見・要望を自由に記載ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

～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。**