２０２１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：**令和3年12月31日（金）**

【ご回答いただく事業所の皆さまへ】

例年、本調査にご協力いただき、ありがとうございます。

本年度は、下記3点の調査研究することを目的に実施します。

（１）小規模多機能型居宅介護に求められる在宅のニーズ

（２）求められるニーズを充足するためのケアモデルの検討

（３）在宅の限界点を高めるための小規模多機能型居宅介護の経営のあり方

なお、昨年同様、例年お聞きしている小規模多機能型居宅介護の取組みにおいて、特に利用者の暮らしぶりや支え方、地域に関係する設問について、現在のコロナ禍の状況で、実施できていないことが想定される内容も設定しております。

理由は、コロナ禍での小規模多機能型居宅介護の実態を明らかにするとともに、以前までの実態との比較や、終息後、コロナ禍の状況との比較をすることで、コロナ禍においても小規模多機能型居宅介護の強みを発揮しているものを明らかにできるのではないかと考え、設定させていただきました。

ぜひ、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

また、本調査によって得られた集計データは、令和３年度厚生労働省老人保健健康増進等事業で実施する「定期巡回・随時対応訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護の普及等に関する調査研究事業（実施主体：株式会社ＮＴＴデータ経営研究所）」にも、一部提供させていただきます。

過去の調査結果については、こちらからご確認ください。

→http://www.shoukibo.net/roken\_jigyo/index.html

（厚生労働省老人保健健康増進等事業）

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

[*http://www.shoukibo.net/*](http://www.shoukibo.net/)

２０２１　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、次回の介護報酬改定での検討に活用するものです。お送りいただきましたデータは、属性ごとに集計し、統計処理しますので、プライバシー情報が外部に漏れることはございません。  つきましては、送付致しました調査票にご回答の上、**令和3年12月31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：chousa@shoukibo.net   * 専用URLから調査票をダウンロードし、回答を簡単に入力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（令和3年10月1日現在の状況をご記入ください）。 |

問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  **（注1）** | 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 | ※初期登録時**（注２**）  西暦 20 年　　月 |
| 対象給付 | ①介護給付  ②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医療法人  ④特定非営利活動法人　 ⑤株式会社　　　　　　 ⑥株式会社以外の営利法人  ⑦地方公共団体　　　　 ⑧社団法人・財団法人　 ⑨協同組合  ⑩その他（上記①～⑨以外／具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 法人の  職員数 | ①30名以下 　　　 　 ②31名～50名　　 　 ③51名～100名  ④101名～150名　　　  ⑤151名～200名　　　 ⑥201名～250名以下  ⑦251名～300名　　  ⑧301名以上 | | | | |
| 都道府県 |  | 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 | | |
| 郡及び  市町村名 |  |
| 電話番号 |  |
| サービスを提供している地域の  人口規模 | ①1,000人未満　　 ②5,000人前後  ③1万人前後　　  ④2～3万人前後  ⑤5万人前後　　　 ⑥10万人前後  ⑦10万人以上 | | |
| FAX番号 |  |

（注１）種類：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。

（注２）指定年月：事業所の合併や継承をした場合は、当該事業所のうち指定年月の古い方を記入してください。また、更新日ではありませんのでご注意ください。

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。

**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| 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）　　　　　　⑧同（Ⅱ）　⑨同（Ⅲ）  ⑩介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　⑪同（Ⅱ）　⑫同（Ⅲ）　⑬同（Ⅳ）　　⑭同（Ⅴ）  ⑮介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）　　　　⑯同（Ⅱ）  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口腔・栄養スクリーニング加算  ㉒認知症行動・心理症状緊急対応加算  ㉓生活機能向上連携加算（Ⅰ） 　　　　　　 ㉔同（Ⅱ）  ㉕科学的介護推進体制加算  ㉖従業者の員数が基準に満たない場合の減算  ㉗過少サービスに対する減算  ㉘登録定員超過  ㉙市町村独自報酬（　　　　単位）  ㉚特別地域小規模多機能型居宅介護加算  ㉛中山間地域等における小規模事業所加算  ㉜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 | ① | 認知症対応型共同生活介護 | ① | ① |
| ② | 地域密着型介護老人福祉施設 | ② | ② |
| ③ | 特定施設入居者生活介護（地域密着型含む） | ③ | ③ |
| ④ | 介護老人福祉施設（特養） | ④ | ④ |
| ⑤ | 介護老人保健施設（老健） | ⑤ | ⑤ |
| 住まい | ⑥ | 軽費老人ホーム | ⑥ | ⑥ |
| ⑦ | 養護老人ホーム | ⑦ | ⑦ |
| ⑧ | 有料老人ホーム　（住宅型・健康型）特定を除く | ⑧ | ⑧ |
| ⑨ | サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など） | ⑨ | ⑨ |
| ⑩ | その他の住まい（具体的に：　　　　　　　　　　） | ⑩ | ⑩ |
| その他 | ⑪ | 一般病院もしくは診療所 | ⑪ | ⑪ |
| ⑫ | 介護予防・生活支援サービス事業（通所、訪問、その他） | ⑫ | ⑫ |
| ⑬ | 包括的支援事業・生活支援コーディネーター | ⑬ | ⑬ |
| ⑭ | 地域包括支援センター | ⑭ | ⑭ |
| ⑮ | 地域包括支援センターブランチ | ⑮ | ⑮ |
| ⑯ | 介護保険の相談機能 | ⑯ | ⑯ |
| ⑰ | 介護保険以外の相談機能 | ⑰ | ⑰ |
| ⑱ | ＤＶ等のシェルター機能 | ⑱ | ⑱ |
| ⑲ | 地域交流拠点 | ⑲ | ⑲ |
| ⑳ | 配食サービス(登録者以外) | ⑳ | ⑳ |
| ㉑ | 送迎・移送サービス(登録者以外) | ㉑ | ㉑ |
| ㉒ | 認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む） | ㉒ | ㉒ |
| ㉓ | 学童保育（放課後保育）※自主・補助事業含む | ㉓ | ㉓ |
| ㉔ | その他自主事業（具体的に：　　　　　　　　　　　　） | ㉔ | ㉔ |

問６． 共生型サービス（障害者総合支援法に基づく）についてお伺いします。

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。実施していない場合は⑬に☑してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ■都道府県指定  ①共生型生活介護　　　 ②共生型自立訓練　 ③共生型放課後等デイサービス  ④共生型児童発達支援　 ⑤共生型短期入所  ■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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑬共生型サービスは実施していない |

|  |
| --- |
| Ⅱ．利用状況等についてお伺いします。 |

問７．現在の登録者数及びサービスの利用状況をご記入ください

※①は令和3年10月1日現在、②～④は令和3年10月の状況をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①現在の実登録者数 | 名 | ③１日あたりの宿泊利用者 | 約　　 名 |
| ②１日あたりの通い利用者 | 約　　 名 | ④１日あたりの延べ訪問回数 | 約　　 回 |

問８．新規契約者の状況についてお聞きします。

**令和２年11月1日から令和３年10月末までの1年間**において、新規利用登録した人数について、要介護度ごと及び合計をご記入ください。**（0名は0と必ずお書きください）**。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 合計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問９．契約終了者の状況についてお聞きします。

**令和２年11月1日から令和３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、要介護度ごと及び合計をご記入ください。**（0名は0と必ずお書きください）**。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 合計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問10．短期利用居宅介護についてお聞きします。

10-1）短期利用居宅介護の利用について、届出をしていますか。該当するものに☑をつけてください。

**（単一回答）**

|  |
| --- |
| ①届出をしている　　　　　　　 ②届出をしていない |

以降の10-2)は、前問10-1)で「①届出をしている」と回答された事業所にお聞きします。

10-2）**令和３年10月の1か月間**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、利用があった場合は人数と日数をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　**（単一回答）**

|  |
| --- |
| ①利用があった［ →　利用人数：　　人・延べ日数：　　日 ］　　 ②利用なし |

|  |
| --- |
| Ⅲ．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11．貴事業所の職員数等についてお聞きします。

11-1）貴事業所の職員の人数をお答えください**（令和３年10月末現在）**。

※常勤・非常勤とも、常勤換算での人数もお答えください。

※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と必ずお書きください）**。

**なお、常勤（フルタイム）の「専従」職員の“常勤換算”人数は、“実人員”と同じ数になります。**

**※上記の数値を簡単に集計できるエクセル入力表を、本会のＨＰの専用ＵＲＬからダウンロードすることができます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 常勤（フルタイム） | | | | 非常勤（パートタイム） | | | |
| a.実人員 | | b.常勤換算 | | c.実人員 | | d.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 | |
| 常勤・非常勤別職員数 | | e.常勤（フルタイム）  　　名**（注１）** | | | f.非常勤（パートタイム）  　　名**（注１）** | | | |
| 職員総数 | | 名（e＋f） | | | | | | |
| 常勤換算人数合計 | | 名（bの合計）＋（dの合計） | | | | | | |

**（注１）専従職員数の合計＋兼務職員の頭数（あたまかず）**

11-2）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）

**※「合計」数は11-1）の職員総数と一致**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ～20歳 | 21～30歳 | 31～40歳 | 41～50歳 | 51～60歳 | 61～70歳 | 71歳以上 | 合計 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

11-3）**令和2年4月1日から令和3年3月末までの1年間**において、新規採用した職員数及び採用方法について、ご記入ください。**（0名は0と必ずお書きください）**。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 採用形態 | 常勤職員 | 非常勤職員 |
| ①他を経由せずに法人・事業所での直接採用した新卒者 | 名 | 名 |
| ②他を経由せずに法人・事業所での直接採用した①以外の者（中途採用者） | 名 | 名 |
| ③法人・事業所の職員による紹介からの採用 | 名 | 名 |
| ④ハローワークからの採用（福祉人材センター含む） | 名 | 名 |
| ⑤派遣会社からの派遣 | 名 | 名 |
| ⑥紹介会社からの紹介 | 名 | 名 |
| ⑦その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 名 | 名 |
| 合　　計 | 名 | 名 |

11-4）職員確保のために費やした費用をわかる範囲でご記入ください。わからない場合は「わからない」に

チェックを入れてください。（**令和2年4月1日から令和3年3月末までの1年間）（単一回答）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員確保のために費やした費用 | ①０円　　　　 　　 ②～50万円　　 　 ③51万～100万円  ④101万～150万円　 ⑤151万～200万円  ⑥201万～250万円  ⑦251万～300万円　 ⑧300万円超　 　 ⑨わからない |  |

**※職員確保のために費やした費用とは、広告費、紹介手数料等です。派遣人件費は除く。**

|  |
| --- |
| Ⅳ．収支についてお伺いします。 |

問12．令和２年度の収支の状況についてお聞きします。

12-1）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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 令和２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 |

12-2）人件費率をお教えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 令和２年度の人件費率 | **．**　　　％（小数点以下第1位まで） |

注）人件費率＝（人件費）÷（事業収入）

（事業収入）介護報酬や処遇改善加算、利用者からの1割負担や食費・居住費等の事業収入

（人件費）給与やボーナス、福利厚生費や法定福利費

12-3）収支差率（小数点以下第２位を四捨五入）について、把握できているか否かをお答えください。また、把握できている場合、その値をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| （記入例） | ①把握できている（　２**．**８％）　 ②把握できていない |
| 令和元年度の収支差率 | ①把握できている（　　**．**　％）　 ②把握できていない |
| 令和２年度の収支差率 | ①把握できている（　　**．**　％）　 ②把握できていない |

※１：収支差率の計算方法：（介護サービスの収益額－介護サービスの費用額）／ 介護サービスの収益額

※２：収支差率の計算では、併設事業所や総合事業による収益・費用や本社・本部経費などを除いた金額を計上してください。

問13．今年度の収支の状況（見込み）について、該当するものに☑をつけてください。　　**（単一回答）**

|  |  |
| --- | --- |
| 令和３年度の収支状況 | ①黒字見込　　②ほぼ均衡の見込　　③赤字見込　　④不明 |

|  |
| --- |
| Ⅴ．医療等との連携についてお伺いします。 |

問14．かかりつけ医との関係についてお聞きします。

14-1）かかりつけ医との関係について、該当するものに☑をつけてください。　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①かかりつけ医に利用者のことを相談できている  ②ＡＣＰ等の作成の際にかかりつけ医が参加している  ③利用者の自宅での暮らしぶりを報告している  ④利用者本人の希望を代弁し、伝えている  ⑤事業所のケアへのこだわりを伝えている  ⑥運営推進会議に参加してもらっている  ⑦事業所から定期的に積極的な情報提供をしている  ⑧曜日、時間に関係なく連絡できる  ⑨かかりつけ医と臆せず話ができる  ⑩うまくコミュニケーションが取れない（共通言語がない）  ⑪何を話してよいかわからない  ⑫かかりつけ医と話せないが、看護師とは話せる  ⑬かかりつけ医が忙しく、話しかけられない  ⑭運営推進会議のメンバーではあるが、多忙で出席できない（出席率1/3以下）  ⑮総合病院等の大きな医療機関のため、個別に連絡を取りにくい  ⑯その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

14-2）かかりつけ医との連絡方法について、該当するものに☑をつけてください。　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①直接、会いに行く  ②かかりつけ医の所属する医療機関の固定電話  ③かかりつけ医の所持する携帯電話  ④利用者の診察や訪問診療のタイミングに合わせて同席する  ⑤ファックス  ⑥メール、LINE等のSNS  ⑦オンラインのネットワーク（ICTによる情報共有システム）  ⑧その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問15．令和３年10月の訪問看護・訪問リハビリについてお聞きします。利用人数をご記入ください。

|  |
| --- |
| 【介護保険】訪問看護（看護師のみ）　　　 （　　　　人）  【介護保険】訪問看護（リハビリ職を含む） （　　　　人）  【介護保険】訪問リハビリテーション　 　 （　　　　人）  【医療保険】訪問看護　　　　　　　　　 （　　　　人） |

問16．**令和２年11月1日から令和３年10月末日まで**に死亡まで事業所が関わ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（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 件 |

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

問17．**令和３年10月末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**

**（利用回数は、10月1日 ～ 10月31日までの実績内容で記載ください）。**

※小規模多機能型居宅介護費･･･同一建物に居住する者以外→Ⅰ、同一建物内→Ⅱの請求区分を記入ください。

※「通い」「訪問」「宿泊」の支援内容は、基礎介護に限定してお聞きしています。実施している番号を記入ください。

※役割の発揮の「役割」とは…「利用者の輝く機会であり、（互いに）生きている実感を味わい、喜ぶ（喜び合う）ことできる機能、機会、気力を奪わないこと」

和暦→西暦への計算方法

・平成：平成年－12

・令和：令和年＋18

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  男1  女2 | 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 | 小規模多機能型居宅介護費 | 登録した年月  【上段】  述べ  通い回数  【下段】  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6掃除  7服薬管理  8機能訓練  （西暦年の下２桁） | | 登録時の要介護度 | 【上段】  延べ  通い回数 | 【上段】  延べ  訪問回数 | 【上段】  延べ  宿泊回数 | 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．軽費老人ホーム  6.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 |
| 【下段】  実施している  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6服薬管理  7機能訓練 | 【下段】  実施している  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6掃除  7服薬管理  8機能訓練 | 【下段】  実施している  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6服薬管理  7機能訓練 |
| 年 | 月 |
| 例 | 90 | １ | 支２ | B2 | Ⅱa | Ⅰ | 20 | 10 | 支1 | 31 | 20 | 1 | 1 | ３ | 2 | １，３ |
| 1,3,6 | 2,4,7 | 1,2,5,7 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

（前頁の続き）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者基礎情報  和暦→西暦への計算方法  ・平成：平成年－12  ・令和：令和年＋18 | | | | | | | 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  男1  女2 | 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 | 小規模多機能型居宅介護費 | 登録した年月  【上段】  述べ  通い回数  【下段】  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6掃除  7服薬管理  8機能訓練  （西暦年の下２桁） | | 登録時の要介護度 | 【上段】  延べ  通い回数 | 【上段】  延べ  訪問回数 | 【上段】  延べ  宿泊回数 | 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．軽費老人ホーム  6.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 |
| 【下段】  実施している  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6服薬管理  7機能訓練 | 【下段】  実施している  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6掃除  7服薬管理  8機能訓練 | 【下段】  実施している  支援内容  1入浴  2排せつ  3食事  4調理  5洗濯  6服薬管理  7機能訓練 |
| 年 | 月 |
| 例 | 90 | １ | 支２ | B2 | Ⅱa | Ⅰ | 20 | 10 | 支1 | 31 | 20 | 1 | 1 | ３ | 2 | １，３ |
| 1,3,6 | 2,4,7 | 1,2,5,7 |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Ⅶ．小規模多機能型居宅介護の「機能（サービス）」についてお伺いします。 |

問18．小規模多機能型居宅介護の「通い」「訪問」「宿泊」等についてお聞きします（令和３年10月現在）

18-1）「通い」の状況についてお伺いします。項目ごとに**下線＿部分に数値を記入**、または**該当するものに**☑をつけてください。

|  |
| --- |
| ・短時間の利用（通いの最短時間：　　　時間）  ・長時間の利用により、宿泊せずに自宅に軸を置いた支援の場（通いの最長時間：　　　時間）  ・１日複数回の通いの有無（ ①有　 ②無）　→　「1.有」の場合の最高回数：　　　回／日  ・令和３年10月の１か月間で、まったく通いを利用していない方（　　　　名）  **※登録者全員が利用している場合は「0」と記入。** |

18-2）「訪問」の状況についてお伺いします。項目ごとに**下線＿部分に数値を記入**、または**該当するものに**☑をつけてください。

|  |
| --- |
| ・短時間の訪問（訪問の最短時間：　　時間　　分）（※１時間未満の場合、時間は「0」と記入）  ・長時間の訪問（訪問の最長時間：　　時間　　分）（※１時間未満の場合、時間は「0」と記入）  ・一番早い訪問時間（訪問の時間：　　　時　　分）（※24時間表示で記入。例：5時0分）  ・一番遅い訪問時間（訪問の時間：　　　時　　分）（※24時間表示で記入。例：22時30分）  ・１日複数回の訪問の有無（ ①有　 ②無）　→　「1.有」の場合の最高回数：　　　回／日  ・１か月間で、まったく訪問を利用していない方（　　　名）  **※登録者全員が利用している場合は「0」と記入。**  ・夜間、職員が利用者宅に宿泊して支援したケースの有無（ ①有　 ②無） |

18-3）「宿泊」の状況についてお伺いします。項目ごとに**下線＿部分に数値を記入**、または**該当するものに**☑をつけてください。**該当する方が一人もいない場合は「0」と記入**下さい**。**

|  |
| --- |
| ・連泊されていて、夜は泊まって日中は自宅に帰っている方（　　　名）  ・令和３年10月の１か月間で、急な（予定外）宿泊の受入人数（　　　名）  ・ペット（愛玩動物）同伴の宿泊の有無（ ①有　 ②無）  ・家族同伴の宿泊の有無（ ①有　 ②無）  ・令和３年10月の１か月間で、まったく宿泊を利用していない方（　　　名） |

18-4）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☑、**をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　**（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（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問19．近年、「訪問」回数が増加傾向にあります。その支援内容についても家事援助から身体介護にとどまらず様々であると考えられます。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、経営等のあり方の検討をしたいと考えております。

※問19の「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。

19-1）「訪問」が増加傾向にある要因として該当する上位**３つに☑**をつけてください。　**（複数制限回答）**

|  |
| --- |
| ①独居や老夫婦世帯が多くなり、在宅の介護力が低下している  ②自宅での支援が増加・多様化している  ③利用者や家族、地域からの要望が多く、訪問回数が増えている  ④身近に介護ができる家族がいない（独居・高齢者世帯の支援）  ⑤高齢者だけで生活することに対して、家族の不安が強い（安否確認による家族支援）  ⑥仕事の都合で家族に在宅で介護する時間の余裕がない（介護離職の防止）  ⑦他に病気や障がいのある同居家族がいるため家族に余裕がない（多問題を抱える世帯支援）  ⑧家族の積極的な支援が望めない（在宅介護に対する家族の意識）  ⑨近隣住民との関係を強化するため、関係づくりの訪問をしている（地域との関係性構築）  ⑩本人が自宅で生活することに、近隣住民から不安を感じる意見がある（地域の不安払拭）  ⑪生活全般を支える資源［介護サービス以外］が身近にないため（地域資源の不足）  ⑫本人のやりたいことが事業所外にあり、その支援をするため（利用者ニーズの多様化）  ⑬利用者自身が集団での過ごし方を望まない（利用者意識の変化）  ⑭利用者自身が家族に負担をかけたくないと思っている（利用者意識の変化）  ⑮その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

19-2）「訪問」において、利用者や家族・介護者等から対応に苦慮する要望について、どのように対応しているか、該当するものすべてに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　（複数回答可）

|  |
| --- |
| ①利用者や家族・介護者と話をし、要望の真意（ニーズ）は何かを探っている  ②ニーズやデマンドについて、事業所で話し合いをし、本人や家族・介護者へ説明している  ③どのような内容でも本人、家族・介護者の要望にすべて応えるようにしている  ④再アセスメントにより、本人や家族・介護者のできることを検討し提案している  ⑤苦慮する内容・方法について、代替案を提案している  ⑥遠い親類やご近所など、周囲からのクレームに対して説明をし、理解いただくようにしている  ⑦活用できる外のサービス、ボランティアを提案している  ⑧地域包括支援センターに相談しながら、対応方法を検討している  ⑨できないことを説明し、理解を求めている  ⑩事業所が行う支援の内容等をルール化し、そのことを利用者、家族・介護者へ説明している  ⑪その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |

19-3）「訪問」における「家事の支援」について

自宅での家事等について、本人（利用者）のできない部分を訪問で支援したり、利用者が持っている力を引き出すために声がけや促し、手助け等をすることで自宅や地域での自立を促進している項目について、令和2年11月より令和3年10月までに実施した該当するものすべてに☑をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分野 | 項　　　目 | 事業所がすること | 本人がするための  声掛け、促し、手助け |
| 家事の支援 | 健康チェック | ① | ① |
| 利用者の安否確認、顔色等のチェック | ② |  |
| 本人の部屋や日常使う場所の清掃 | ③ | ③ |
| 火の元の確認 | ④ | ④ |
| ゴミ出し | ⑤ | ⑤ |
| 洗濯 | ⑥ | ⑥ |
| 衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等） | ⑦ | ⑦ |
| 被服の補修（ボタン付、破れの補修等） | ⑧ | ⑧ |
| 調理（本人が食べるものを調理する） | ⑨ | ⑨ |
| 日常品等の買い物（内容確認、品物・釣り銭の確認等） | ⑩ | ⑩ |
| 酒タバコなどの嗜好品の買い物 | ⑪ | ⑪ |

19-4）「訪問」における「在宅生活継続の支援」について（在宅生活のための環境を整えるための支援）

在宅での本人（利用者）の生活環境を整えるため、できない部分を訪問で支援したり、利用者が持っている力を引き出すために声がけや促し、手助け等をすることで自宅や地域での自立を促進している項目について、令和2年11月より令和3年10月までに実施した該当するものすべてに☑をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分野 | 項　　　目 | 事業所がすること | 本人がするための  声掛け、促し、手助け |
| 在宅生活継続の支援 | 配食 | ① |  |
| 本人が使わない部屋、ベランダ等の室外の掃除 | ② | ② |
| 本人分以外の買い物 | ③ | ③ |
| 散歩等ふらりと外出するものへの付き添い | ④ | ④ |
| 目的・目標の明確な外出の付き添い | ⑤ | ⑤ |
| 金融機関や役所での手続き代行 | ⑥ | ⑥ |
| 生活費などの支払い・金銭管理 | ⑦ | ⑦ |
| 自宅での24時間を把握するための自宅への宿泊 | ⑧ |  |
| 本人と関係づくりのための訪問 | ⑨ |  |
| 郵便物や通知の整理、文書朗読や代筆 | ⑩ | ⑩ |
| 農作物や果実の育成・収穫作業等 | ⑪ | ⑪ |
| 草むしり・草刈り | ⑫ | ⑫ |
| 電話による状態確認、本人からの安否の連絡 | ⑬ | ⑬ |

19-5）「訪問」における「医療の支援」についての支援

在宅生活を継続するための医療支援について、本人（利用者）のできない部分を訪問で支援したり、利用者が持っている力を引き出すために声がけや促し、手助け等をすることで自宅や地域での自立を促進している項目について、令和2年11月より令和3年10月までに実施した該当するものすべてに☑をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分野 | 項　　　目 | 事業所がすること | 本人がするための  声掛け、促し、手助け |
| 医療の支援 | 健康チェック | ① | ① |
| 利用者の安否確認、顔色等のチェック | ② | ② |
| 脱水予防のための水分補給 | ③ | ③ |
| 本人に代わって医師に説明、説明を受ける | ④ | ④ |
| 薬の受け取り | ⑤ | ⑤ |
| 病院の順番取り、順番待ち | ⑥ | ⑥ |
| 服薬介助 | ⑦ | ⑦ |
| 通院・外出介助 | ⑧ | ⑧ |
| 利用者の入院先への見舞い | ⑨ |  |

19-6）「訪問」における「関係の支援」や「地域での支援」について

在宅での本人（利用者）と知人・友人、近隣等との関係を調整するため、できない部分を訪問で支援したり、利用者が持っている力を引き出すために声がけや促し、手助け等をすることで自宅や地域での自立を促進している項目について、コロナの影響の有無別に該当するものすべてに☑をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分野 | 項　　　目 | 事業所がすること | | 本人がするための  声掛け、促し、手助け | |
| コロナ  影響なし | コロナ  影響有 | コロナ  影響なし | コロナ  影響有 |
| 関係の支援 | 知人・友人へふるまうための調理 | ① | ① | ① | ① |
| 本人と茶飲み話をする | ② | ② |  |  |
| 本人に代わってのお店や近所への挨拶 | ③ | ③ |  |  |
| 本人抜きで知人・友人等に会いに行く | ④ | ④ |  |  |
| 釣りや映画等の趣味 | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ |
| 暦、風習、ならわしへの配慮 | ⑥ | ⑥ | ⑥ | ⑥ |
| 本人に代わって回覧板をまわす | ⑦ | ⑦ |  |  |
| ペットの世話 | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ |
| 結婚式、葬式、法事等への付き添い | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ |
| 本人のお気に入りの飲食店への同行 | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ |

19-7）「訪問」における「関係の支援」や「地域での支援」について（続き）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分野 | 項　　　目 | 事業所がすること | | 本人がするための  声掛け、促し、手助け | |
| コロナ  影響なし | コロナ  影響有 | コロナ  影響なし | コロナ  影響有 |
| 地域での支援 | 本人に代わっての地域の清掃活動 | ① | ① |  |  |
| 本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くこと | ② | ② | ② | ② |
| 本人の地域のサロンに行くこと | ③ | ③ | ③ | ③ |
| 本人の地域の避難訓練に参加すること | ④ | ④ | ④ | ④ |
| 一人で買い物に行くための商店等への調整 | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ |

|  |
| --- |
| Ⅷ．新型コロナウイルス感染症についてお伺いします（令和３年10月現在）。 |

問20．新型コロナウイルス感染症の影響についてお聞きします。

20-1）新型コロナウイルス感染症の影響について、該当するものに☑をつけてください。**（単一回答）**

|  |
| --- |
| ① 影響がある　　　　　　　　　　　　 ② 影響はない  ③ わからない |

以降、前問20-1)で「①影響がある」と回答された事業所にお聞きします。

（「②影響はない」「③わからない」と回答された事業所は、問21へお進みください）

20-2）事業所において影響のあった事柄について、該当するものすべてに☑をつけてください**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①利用者が減った　　　　　　　　 ②利用者が増えた  ③職員が減った　　　　　　　　　 ④職員が増えた  ⑤収入が減った　　　　　　　　　 ⑥収入が増えた  ⑦支出（経費）が増えた　　　　　 ⑧支出（経費）が減った  ⑨その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

20-3）サービス内容（通い、訪問、宿泊、ケアマネジメント）への影響ついて、該当するものすべてに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①通いで外出の機会が減った　　　　　　　 ②通いでの交流の機会が減った  ③通いの回数を減らしていただいた　　　　 ④利用者や家族の希望で通い回数を減らした  ⑤宿泊日数・回数を減らしていただいた　　 ⑥宿泊日数・回数が増えた  ⑦訪問回数を減らしていただいた　　　　　 ⑧訪問回数が増えた  ⑨訪問による支援を断られた　　　　　　　 ⑩介護支援専門員の訪問を断られた  ⑪利用者の状態把握が難しくなった　　　　 ⑫利用者の意向を把握しにくくなった  ⑬家族・介護者の意向を把握しにくくなった ⑭その他（具体的に：　　　　　　　　　　　）  ⑮特にない |

20-4）サービス内容（通い、訪問、宿泊、ケアマネジメント）への影響に対して工夫したことついて、該当するものすべてに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①通いの回数を増やした　　　　　　　　　 ②訪問回数を増やした  ③宿泊者・日数を増やした　　　　　　　　 ④事業所内で交流する機会を増やした  ⑤事業所内で体を動かす機会を増やした　　 ⑥利用者へ意図的に話しかける回数を増やした  ⑦調理や配膳など意図的に機会を増やした  ⑧その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑨特に工夫はしていない |

20-5）利用者において影響のあった事柄について、該当するものすべてに☑をつけてください。

※加齢に伴うものではなく、新型コロナウイルス感染症の影響と思われるもののみ　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①活動量が低下した　　　　　　　　　　　 ②できないことが増えた  ③気力が低下した　　　　　　　　　　　　 ④体調が悪化した  ⑤散歩や外出の機会が減った・なくなった　 ⑥交流の機会が減った・なくなった  ⑦認知症による混乱が深まった方が増えた　 ⑧利用者の役割や活躍の場が減った  ⑨その他（具体的に：　　　　　　　　　） ⑩特にない |

20-6）感染の不安からくる”利用控え”を防ぎ、円滑な支援が継続できるように行った工夫についてお尋ねします。該当するものすべてに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①利用者、家族・介護者へ感染症に関する情報を提供した  ②利用者、家族・介護者へ自宅でできる感染予防対策を伝えた  ③利用者、家族・介護者へ行政や関係機関からの感染症に関する情報を提供した  ④日頃から利用者、家族・介護者へ感染症が発生した際の対応方法を話した  ⑤事業所の感染予防対策を決めて利用者、家族・介護者へ説明した  ⑥利用者、家族・介護者に対する相談の機会を増やした  ⑦主治医と感染症発生時の対応を協議し、利用者、家族介護者と共有した  ⑧利用者の健康観察の頻度を増やした  ⑨自宅での生活状況を確認する頻度を増やし、異変の早期発見に努めた  ⑩利用中の様子を今まで以上に伝えた  ⑪運営推進会議などを活用して、地域住民に感染予防について周知を図った  ⑫行政や地域包括支援センターとの感染症に関する情報共有を密にした  ⑬他の事業所と連携して、事業所近隣の感染症に対する不安の軽減に努めた  ⑭その他（具体的に：　　　　　　　　　）　　　 ⑮特にない |

問21．運営推進会議の開催状況についてお聞きします。

21-1）令和2年4月～令和3年3月までの1年間の運営推進会議の開催についてご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催回数 | 回 | ※一度も開催しなかった場合は「０」回と記入 |

21-2）令和３年４月以降の運営推進会議の開催状況について、該当するものに☑をつけてください。

**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ①通常通り開催している　　　　　　 ②持ち回りで開催している  ③文書開催している　　　　　　　　 ④web（オンライン）を活用しで開催している  ⑤開催できていない |

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

※この項目は、コロナ禍の状況において事業所の地域の取組みがどのようになっているかを、過去データ等と比較したいと考えています。現在の状況で「できているもの」のみ回答してください。

問22．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。

**（令和２年11月～令和３年10月までの実績）**

22-1）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 |

22-2）上記22-1）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） |

22-3）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？該当するものすべてに☑をつけ、その対応についても☑をつけてください。　　　　　　　 　　　　　**（複数回答可）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える  複合的な課題 | 課題への対応**（複数回答可）** | | | |
| 利用者へ  のケアに  配慮する | 相談を  受ける | 専門機関につなぐ | 行政に  つなぐ |
| ①経済的困窮 | ① | ② | ③ | ④ |
| ②介護者の病気 | ① | ② | ③ | ④ |
| ③家族関係・家族の問題 | ① | ② | ③ | ④ |
| ④ダブルケア（介護と子育ての両立） | ① | ② | ③ | ④ |
| ⑤ヤングケアラー | ① | ② | ③ | ④ |
| ⑥世帯内の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） | ① | ② | ③ | ④ |
| ⑦障害（手帳あり） | ① | ② | ③ | ④ |
| ⑧その他（　　　　　　　　　　　　　） | ① | ② | ③ | ④ |

問23．地域に対する取組みについてお聞きします。

23-1）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：　　　　　　　　） |

※介護保険サービス以外の事業や取組みの例は23-2）を参照ください。

23-2) 前問23-1）において「①している」と回答した事業所にお伺いします。

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。**該当するものに☑**をつけ、実施している取組みについては期間内での実施回数をご記入ください。**（複数回答可）**

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 実施回数  （期間）R2.11～R3.10 |
| ①事業所や地域の防災に関する取組 | 年　　回 |
| ②登録者以外のサロン | 年　　回 |
| ③地域資源マップ作り | 年　　回 |
| ④医療・介護の勉強会 | 年　　回 |
| ⑤機関誌の発行（事業所の取組みの発信） | 年　　回 |
| ⑥認知症カフェや喫茶、食堂 | 年　　回 |
| ⑦地域の清掃活動 | 年　　回 |
| ⑧ボランティアの募集・養成講座の開催 | 年　　回 |
| ⑨介護相談 | 年　　回 |
| ⑩登録者以外の行方不明者の捜索 | 年　　回 |
| ⑪交流スペース等、地域への貸出・開放 | 年　　回 |
| ⑫銭湯（浴室の解放） | 年　　回 |
| ⑬地域関係機関との連携・会議の開催 | 年　　回 |
| ⑭地域ぐるみのイベント企画・開催 | 年　　回 |

23-3）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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| ① 小規模多機能型居宅介護についての相談があった  ② 介護保険サービスについての相談があった  ③ 上記①、② 以外の相談があった  ④ 相談が持ち込まれたことはない |

23-4）上記23-3）で「①」、「②」、「③」のいずれかに回答された事業所にお聞きします。令和2年11月～令和3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 |

～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。～