２０１９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：**令和元年12月30日（月）**

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/)

２０１９　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、**令和元年12月30日（月）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・対象給付 | ※初期登録時西暦　　　　年　　月 |
| [ ]  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（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 都道府県 |  | 区市町村名及び区分 | （区市町村名：　　　　　　　　　　　　） |
| [ ]  ①政令指定都市 　　[ ]  ②中核市[ ]  ③ ①②を除く市 [ ]  ④町村[ ]  ⑤特別区（東京23区） |
| 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 |  |
| 級地区分 | [ ]  ①１級地（11.10円）　　[ ]  ②２級地（10.88円）　　[ ]  ③３級地（10.83円）[ ]  ④４級地（10.66円）　　[ ]  ⑤５級地(10.55円) 　　[ ]  ⑥６級地（10.33円）　[ ]  ⑦７級地（10.17円）　　[ ]  ⑧その他(10円) |

注1）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）級地区分の（カッコ）内は１単位あたりの単価です。

注3）「中核市」とは、人口が概ね20万人以上の都市で政令による指定を受けている市となります。

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）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 [ ] ㉓介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ　 　　[ ] ㉔同Ⅱ[ ] ㉕従業者の員数が基準に満たない場合の減算[ ] ㉖市町村独自報酬（　　　　単位） [ ] ㉗過少サービスに対する減算[ ] ㉘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（具体的に：　　　　　　　　　　　　） | [ ]  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**）　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  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（障害者総合支援法に基づく）についてお伺いします。

7-1）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知っているが、実施していない　　　　　　　[ ]  ④制度を知らない |

7-2）前問7-1）で「①実施している」と回答され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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 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（**自事業所の職員は構成員に含みません**）。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 ［具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | 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30年4月１日～平成31年3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)　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31年3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 |

9-3)　前問9-2）で「①合同開催している」と回答され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31年3月末までの実績でお答えください。）　**（単一回答）**

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

9-4)　運営推進会議の場の意義や効果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。　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  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・企業とのコラボを推進する場[ ]  ⑫地域主催の行事を話し合う場[ ]  ⑬その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問10．貴事業所のサービス評価について、お聞かせ下さい

昨年度（平成30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 |

注）サービス評価については、平成27年度より「運営推進会議を活用したサービス評価」に改訂されています。

|  |
| --- |
| 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（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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等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 ライフサポートプランに移行しようと考えている[ ]  ⑥ 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。**（令和元年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．新規契約者の状況についてお聞きします。

13-1）平成30年11月1日から令和元年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、ご記入ください。**（0名は0と必ずお書き下さい）**。

|  |  |
| --- | --- |
| 新規登録者数 | 　　 　名 |

13-2）上記13-1）の新規利用登録者の直近3名の詳しい状況について、該当するものに☑を記入ください。

**◆１人目**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度（単一回答） | [ ] 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 |
| 住まい形態（単一回答） | [ ] ①独居（近居家族なし） [ ] ②独居（近居家族あり） [ ] 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（具体的に：　　　　　） |
| 利用することとなった理由（複数回答可） | ◆介護保険の他のサービスでは対応できない[ ] ①サービス利用回数の多さ（頻回な服薬管理・バイタル管理、支給限度額）　[ ] ②柔軟さの必要性（予定通りいかない、困ったときにすぐ対応、重複障害（精神疾患等））　[ ] ③生活支援（買い物、食事、掃除、相談にのってくれる）[ ] ④臨機応変な対応（急な予定変更、通いから訪問への変更等）[ ] ⑤通い、訪問、宿泊を複合的に提供してくれるから◆周囲の環境[ ] ⑥家族と同居しているが、日中独居のため[ ] ⑦家族（世帯）の中に問題がある（同居者の精神疾患、要望が多い、老老・認認世帯）[ ] ⑧周囲との問題（地域からの苦情・要望）◆その他[ ] ⑨ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）からの紹介[ ] ⑩地域包括支援センターからの紹介[ ] ⑪他の介護事業所からの紹介（居宅介護支援事業所を除く）[ ] ⑫経済的問題（お金がない、お金の管理をしてほしい）[ ] ⑬サ高住など、住まいが併設されているため[ ] ⑭口コミ[ ] ⑮自宅から近いため[ ] ⑯その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 直前に使っていた介護保険サービス（複数回答可） |
| [ ]  ①訪問介護　　　　　　　　　　　　　[ ]  ②訪問看護[ ]  ③夜間対応型訪問介護　　　　　　　　[ ]  ④訪問入浴介護[ ]  ⑤訪問リハビリテーション　　　　　　[ ]  ⑥定期巡回・随時対応訪問介護・看護[ ]  ⑦通所介護　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑧認知症対応型通所介護[ ]  ⑨短期入所療養介護　　　　　　　　　[ ]  ⑩他の小規模多機能型居宅介護[ ]  ⑪看護小規模多機能型居宅介護　　　　[ ]  ⑫地域密着型通所介護[ ]  ⑬通所リハビリテーション　　　　　　[ ]  ⑭短期入所生活介護[ ]  ⑮福祉用具貸与　　　　　　　　　　　[ ]  ⑯住宅改修[ ]  ⑰特定福祉用具販売　　　　　　　　　[ ]  ⑱介護老人福祉施設[ ]  ⑲介護老人保健施設　　　　　　　　　[ ]  ⑳特定施設入所者介護[ ]  ㉑認知症対応型共同生活介護　　　　　[ ]  ㉒地域密着型介護老人福祉施設[ ]  ㉓介護療養型医療施設　　　　　　　　[ ]  ㉔地域密着型特定施設入居者生活介護[ ]  ㉕介護医療院　　　　　　　　　　　　[ ]  ㉖総合事業[ ]  ㉗その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  ㉘上記のサービス利用はない |

**◆２人目**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度（単一回答） | [ ] 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 |
| 住まい形態（単一回答） | [ ] ①独居（近居家族なし） [ ] ②独居（近居家族あり） [ ] 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（具体的に：　　　　　） |
| 利用することとなった理由（複数回答可） | ◆介護保険の他のサービスでは対応できない[ ] ①サービス利用回数の多さ（頻回な服薬管理・バイタル管理、支給限度額）　[ ] ②柔軟さの必要性（予定通りいかない、困ったときにすぐ対応、重複障害（精神疾患等））　[ ] ③生活支援（買い物、食事、掃除、相談にのってくれる）[ ] ④臨機応変な対応（急な予定変更、通いから訪問への変更等）[ ] ⑤通い、訪問、宿泊を複合的に提供してくれるから◆周囲の環境[ ] ⑥家族と同居しているが、日中独居のため[ ] ⑦家族（世帯）の中に問題がある（同居者の精神疾患、要望が多い、老老・認認世帯）[ ] ⑧周囲との問題（地域からの苦情・要望）◆その他[ ] ⑨ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）からの紹介[ ] ⑩地域包括支援センターからの紹介[ ] ⑪他の介護事業所からの紹介（居宅介護支援事業所を除く）[ ] ⑫経済的問題（お金がない、お金の管理をしてほしい）[ ] ⑬サ高住など、住まいが併設されているため[ ] ⑭口コミ[ ] ⑮自宅から近いため[ ] ⑯その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 直前に使っていた介護保険サービス（複数回答可） |
| [ ]  ①訪問介護　　　　　　　　　　　　　[ ]  ②訪問看護[ ]  ③夜間対応型訪問介護　　　　　　　　[ ]  ④訪問入浴介護[ ]  ⑤訪問リハビリテーション　　　　　　[ ]  ⑥定期巡回・随時対応訪問介護・看護[ ]  ⑦通所介護　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑧認知症対応型通所介護[ ]  ⑨短期入所療養介護　　　　　　　　　[ ]  ⑩他の小規模多機能型居宅介護[ ]  ⑪看護小規模多機能型居宅介護　　　　[ ]  ⑫地域密着型通所介護[ ]  ⑬通所リハビリテーション　　　　　　[ ]  ⑭短期入所生活介護[ ]  ⑮福祉用具貸与　　　　　　　　　　　[ ]  ⑯住宅改修[ ]  ⑰特定福祉用具販売　　　　　　　　　[ ]  ⑱介護老人福祉施設[ ]  ⑲介護老人保健施設　　　　　　　　　[ ]  ⑳特定施設入所者介護[ ]  ㉑認知症対応型共同生活介護　　　　　[ ]  ㉒地域密着型介護老人福祉施設[ ]  ㉓介護療養型医療施設　　　　　　　　[ ]  ㉔地域密着型特定施設入居者生活介護[ ]  ㉕介護医療院　　　　　　　　　　　　[ ]  ㉖総合事業[ ]  ㉗その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  ㉘上記のサービス利用はない |

**◆３人目**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度（単一回答） | [ ] 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 |
| 住まい形態（単一回答） | [ ] ①独居（近居家族なし） [ ] ②独居（近居家族あり） [ ] 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（具体的に：　　　　　） |
| 利用することとなった理由（複数回答可） | ◆介護保険の他のサービスでは対応できない[ ] ①サービス利用回数の多さ（頻回な服薬管理・バイタル管理、支給限度額）　[ ] ②柔軟さの必要性（予定通りいかない、困ったときにすぐ対応、重複障害（精神疾患等））　[ ] ③生活支援（買い物、食事、掃除、相談にのってくれる）[ ] ④臨機応変な対応（急な予定変更、通いから訪問への変更等）[ ] ⑤通い、訪問、宿泊を複合的に提供してくれるから◆周囲の環境[ ] ⑥家族と同居しているが、日中独居のため[ ] ⑦家族（世帯）の中に問題がある（同居者の精神疾患、要望が多い、老老・認認世帯）[ ] ⑧周囲との問題（地域からの苦情・要望）◆その他[ ] ⑨ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）からの紹介[ ] ⑩地域包括支援センターからの紹介[ ] ⑪他の介護事業所からの紹介（居宅介護支援事業所を除く）[ ] ⑫経済的問題（お金がない、お金の管理をしてほしい）[ ] ⑬サ高住など、住まいが併設されているため[ ] ⑭口コミ[ ] ⑮自宅から近いため[ ] ⑯その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 直前に使っていた介護保険サービス（複数回答可） |
| [ ]  ①訪問介護　　　　　　　　　　　　　[ ]  ②訪問看護[ ]  ③夜間対応型訪問介護　　　　　　　　[ ]  ④訪問入浴介護[ ]  ⑤訪問リハビリテーション　　　　　　[ ]  ⑥定期巡回・随時対応訪問介護・看護[ ]  ⑦通所介護　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑧認知症対応型通所介護[ ]  ⑨短期入所療養介護　　　　　　　　　[ ]  ⑩他の小規模多機能型居宅介護[ ]  ⑪看護小規模多機能型居宅介護　　　　[ ]  ⑫地域密着型通所介護[ ]  ⑬通所リハビリテーション　　　　　　[ ]  ⑭短期入所生活介護[ ]  ⑮福祉用具貸与　　　　　　　　　　　[ ]  ⑯住宅改修[ ]  ⑰特定福祉用具販売　　　　　　　　　[ ]  ⑱介護老人福祉施設[ ]  ⑲介護老人保健施設　　　　　　　　　[ ]  ⑳特定施設入所者介護[ ]  ㉑認知症対応型共同生活介護　　　　　[ ]  ㉒地域密着型介護老人福祉施設[ ]  ㉓介護療養型医療施設　　　　　　　　[ ]  ㉔地域密着型特定施設入居者生活介護[ ]  ㉕介護医療院　　　　　　　　　　　　[ ]  ㉖総合事業[ ]  ㉗その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  ㉘上記のサービス利用はない |

問14．利用契約の終了状況についてお聞きします。

14-1）**平成30年11月1日から令和元年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 |

14-2）前問14-1）の契約終了者の直近3名の詳しい状況について、該当するものに☑を記入ください。

**◆１人目**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度（単一回答） | [ ] 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 |
| 住まい形態（単一回答） | [ ] ①独居（近居家族なし） [ ] ②独居（近居家族なし） [ ] 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（具体的に：　　　　　　　） |
| 終了後に利用した介護サービス等（複数回答可） |
| [ ]  ①入院（医療機関）　　　　　　　　[ ]  ②介護老人福祉施設[ ]  ③介護老人保健施設　　　　　　　　[ ]  ④認知症対応型共同生活介護[ ]  ⑤特定施設入所者介護　　　　　　　[ ]  ⑥他の居宅・地域密着型サービス（通所介護、訪問介護等）[ ]  ⑦他の小規模多機能型居宅介護　　　[ ]  ⑧看護小規模多機能型居宅介護[ ]  ⑨死亡　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑩サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム等[ ]  ⑪転居（引っ越し）　　　　　　　　[ ]  ⑫その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　） |

**◆２人目**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度（単一回答） | [ ] 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 |
| 住まい形態（単一回答） | [ ] ①独居（近居家族なし） [ ] ②独居（近居家族なし） [ ] 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（具体的に：　　　　　　　） |
| 終了後に利用した介護サービス等（複数回答） |
| [ ]  ①入院（医療機関）　　　　　　　　[ ]  ②介護老人福祉施設[ ]  ③介護老人保健施設　　　　　　　　[ ]  ④認知症対応型共同生活介護[ ]  ⑤特定施設入所者介護　　　　　　　[ ]  ⑥他の居宅・地域密着型サービス（通所介護、訪問介護等）[ ]  ⑦他の小規模多機能型居宅介護　　　[ ]  ⑧看護小規模多機能型居宅介護[ ]  ⑨死亡　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑩サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム等[ ]  ⑪転居（引っ越し）　　　　　　　　[ ]  ⑫その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　） |

**◆３人目**

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度（単一回答） | [ ] 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 |
| 住まい形態（単一回答） | [ ] ①独居（近居家族なし） [ ] ②独居（近居家族なし） [ ] 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（具体的に：　　　　　　　） |
| 終了後に利用した介護サービス等（複数回答） |
| [ ]  ①入院（医療機関）　　　　　　　　[ ]  ②介護老人福祉施設[ ]  ③介護老人保健施設　　　　　　　　[ ]  ④認知症対応型共同生活介護[ ]  ⑤特定施設入所者介護　　　　　　　[ ]  ⑥他の居宅・地域密着型サービス（通所介護、訪問介護等）[ ]  ⑦他の小規模多機能型居宅介護　　　[ ]  ⑧看護小規模多機能型居宅介護[ ]  ⑨死亡　　　　　　　　　　　　　　[ ]  ⑩サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム等[ ]  ⑪転居（引っ越し）　　　　　　　　[ ]  ⑫その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　） |

問15．短期利用居宅介護についてお聞きします。

15-1）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（令和元年10月末現在）。記入例にならって数値を記入下さい。

|  |
| --- |
|  宿泊室数 × （登録定員 － 実登録者数） ÷ 登録定員 ＝合計数→（部屋数） |
| 記入例 | 9 | × | （ | 25 | － | 20 | ） | ÷ | 25 | ＝ | 1.8 | ２　部屋 |
| 記入欄 | ＿ | × | （ | ＿ | － | ＿ | ） | ÷ | ＿ | ＝ | ＿＿ | 　　部屋 |

※計算式は「（宿泊室数）×（登録定員－登録者数）÷登録定員」＝（小数点第１位以下四捨五入）

15-2）**令和元年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☑をつけてください。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（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　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 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16．貴事業所の職員数についてお聞きします。

16-1）貴事業所の職員の人数（実人数）をお答えください**（令和元年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 |

16-2）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）

**※16-1）の職員総数と「合計」数が一致**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ～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 |

16-3）職員の居住地（常勤・非常勤に関係なくすべての職員をご記入ください）

**※16-1）の職員総数と「合計」数が一致**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.日常生活圏域内 | 2.同一市町村内 | 3.同一市町村外 | 合計 |
| 名 | 名 | 名 | 名 |

16-4）**平成30年4月1日から平成31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退職した職員数について、ご記入ください。**（0名は0と必ずお書き下さい）**。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新規採用者数（常勤職員） | 　　 　名 | 新規採用者数（非常勤職員） | 　　　 　名 |
| 退職者数（常勤職員） | 　　 　名 | 退職者数（非常勤職員） | 　　　 　名 |

16-5）職員確保の工夫について、該当するものに☑を記入ください。　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①ホームページを作っている　　[ ]  ②ＳＮＳ（フェイスブック、インスタグラム）の活用[ ]  ③職員住宅の確保　　　　　　　[ ]  ④職員からの紹介[ ]  ⑤障害者雇用　　　　　　　　　[ ]  ⑥高齢者雇用[ ]  ⑦学生アルバイトの積極雇用　　[ ]  ⑧ひとり親家庭の積極的採用[ ]  ⑨地域おこし協力隊の活用　　　[ ]  ⑩雇用形態（時間の融通、子連れ出勤等の弾力化）[ ]  ⑪運営推進会議や回覧板等の活用[ ]  ⑫法人内の異動で確保[ ]  ⑬インターンシップの導入　 [ ]  ⑭就職説明会への積極的参加[ ]  ⑮外国人技能実習制度の積極的導入[ ]  ⑯口コミ　　　　　　　　　　　[ ]  ⑰その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  ⑱特に行っている工夫はない |

16-6）外国人の就労状況について、該当するものに☑を、（　）に人数を記入ください。　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①外国人技能実習生（　　　人）　　 　　　 [ ]  ②ＥＰＡ（　　　人）[ ]  ③在留資格（介護）のある外国人（　　　人） [ ]  ④配偶者が日本人等の在留資格（　　人）[ ]  ⑤特定技能（介護）（　　　人）　　　　　 　[ ]  ⑥留学生（　　　人）[ ]  ⑦外国人はいない |

16-7）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） |

16-8）人手不足の場合の対応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同一法人内やグループ法人等から融通してもらっている[ ]  ②利用者が減っても次の利用者を入れず、利用者を増やさない[ ]  ③職員数に合わせて、通いの定員等を減らしている[ ]  ④その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 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②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②の理由 |

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30年11月1日から令和元年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②の理由 |

問20．若年性認知症利用者受入加算について、該当するものに☑**、**（　）に人数を記入してください。

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

|  |
| --- |
| [ ]  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②の理由 |

問21．栄養スクリーニング加算について、該当するものに☑**、**（　）に人数を記入してください。

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

|  |
| --- |
| [ ]  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②の理由 |

問22．生活機能向上連携加算について、該当するものに☑、（　）に人数を記入してください。

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

|  |
| --- |
| [ ]  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②の理由 |

|  |
| --- |
| Ⅶ．収支についてお伺いします。 |

問23．平成30年度の収支の状況についてお聞きします。

23-1）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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 平成30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 |

23-2）上記、収支状況の要因について、該当するものに☑をつけてください。　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①加算の取得により収入が増えた[ ]  ②利用者と長いお付き合いができ、重度になっても利用し続ける利用者が増えた[ ]  ③総合事業等の介護保険の直接給付以外の収入の確保できた[ ]  ④介護保険以外の自主事業により収入が確保できた[ ]  ⑤経費の節減（支出の見直し）をした[ ]  ⑥ケアの向上と収入とが連動し、収入が増えた[ ]  ⑦業務の一部（会計、食事、清掃等）を外注化し、支出を抑制できた[ ]  ⑧規定以上の職員配置をしているため、人件費が高い[ ]  ⑨新規登録者は軽度者が多く、契約終了者は中重度者が多いため[ ]  ⑩特養が要介護３以上と限定されたため、要介護３以上になると特養に行ってしてしまう[ ]  ⑪その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

23-3）人件費率をお教えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 平成30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

23-4）職員の業務省力化のための取り組みについて、該当するものに☑をつけてください。**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①食事を外注化している　　　　　　　　　　　[ ]  ②施設内の清掃を外注化している[ ]  ③送迎（運転業務）を外注化している　　　　　[ ]  ④介護ロボット、ICTを活用[ ]  ⑤その他（具体的に：　　　　　　　　　　）　 [ ]  ⑥特にない |

|  |
| --- |
| Ⅷ．医療との連携についてお伺いします。 |

問24．令和元年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（リハビリを除く） （　　　　人）　【介護保険】訪問看護（リハビリを含む） （　　　　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25．**平成30年11月1日から令和元年10月末日まで**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（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 |

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

問26．**令和元年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）。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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．生活支援・介護予防サービス（総合事業等）についてお伺いします。 |

問27．生活支援・介護予防サービスについてお聞きします。

27-1）小規模多機能型居宅介護において、生活支援・介護予防サービスについての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実施していたがやめた　　　　　　　[ ]  ④打診はあるが、実施していない |

27-2）前問27-1）において「①している」と回答された事業所にお聞きします。実施している事業で**該**当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）[ ]  ②訪問型サービスＡ[ ]  ③通所型サービスＡ[ ]  ④その他の生活支援サービス（配食）[ ]  ⑤その他の生活支援サービス（見守り）[ ]  ⑥その他の生活支援サービス（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供）[ ]  ⑦その他の生活支援サービス（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

27-3）前問27-1）において「②していない」と回答された事業所にお聞きします。していない理由として該当するものに☑をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①市区町村が実施していない　　　　　　[ ]  ②該当するメニューがない[ ]  ③通所型サービスを実施（検討）したが、「通い」の定員内なので、やめた[ ]  ④職員が確保できない　　　　　　　　　[ ]  ⑤場所（スペース）を確保できない[ ]  ⑥事業として魅力を感じない[ ]  ⑦その他の理由（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| Ⅺ．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」 |

問28. 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。

28-1）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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  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 |

28-2）利用者が自宅や地域で過ごす時間を支えるために、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 |

28-3）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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  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特にない |

28-4）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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  ①利用者が役割を持って地域活動に参加している（地域の美化・清掃活動、行事など）[ ]  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[ ]  ④利用者の就労的活動に対する支援（有償ボランティアなど）[ ]  ⑤その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  ⑥特にない |

28-5）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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| [ ]  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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  ⑥特にない |

28-6）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 |

28-7）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 |

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

問29．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30年11月～令和元年10月までの実績）**

29-1）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 |

29-2）上記29-1）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30．地域に対する取組みについてお聞きします。

30-1）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（認知症カフェ、いきいきサロン、交流事業など）　　[ ]  ②していない　　[ ]  ③その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

30-2）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 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 |

30-3）上記30-2）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。平成30年11月～令和元年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。～