

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

## 居宅介護支援事業所 事業所調査票

※この調査票は事業所の管理者の方が記入してください

事業所名

1 貴居宅介護支援事業所の概況	
(1)開設年	平成( )年
(2)開設主体 (○は1つ)	1. 都道府県、市区町村、広域 連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人(社協以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人(株式・合名・合資・合同・有限 会社) 8. 特定非営利活動法人 (NPO) 9. その他の法人 10. その他
(3)地域区分 (○は1つ)	1. 1級地 2. 2級地 3. 3級地 4. 4級地 5. 5級地 6. 6級地 7. 7級地 8. その他

2 併設施設の状況							
(1)併設施設の有無 (○は1つ)	1. 法人が運営する併設施設あり (同一法人(同系列を含む)が運営する施設・事業所が複数) 2. 法人が運営する併設施設なし (施設・事業所は貴事業所のみ) → 3に進んでください						
(2)法人が運営する併設施設の状況 (※介護予防含む)	同一法人 (同系列を 含む)が運 営している サービス (複数回答 可)	併設して いるもの (複数回 答可)	うち、ケアマネ ジャーが兼 務している もの(複数 回答可)	(2)法人が運営する併設施設 の状況 (続き)	同一法人 (同系列を 含む)が運 営している サービス (複数回答 可)	併設して いるもの (複数回 答可)	うち、ケアマネ ジャーが兼 務している もの(複数 回答可)
地域包括支援センター	1	1	1	短期入所生活介護(※)	16	16	16
在宅介護支援センター	2	2	2	短期入所療養介護(※)	17	17	17
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	3	3	3	福祉用具貸与(※)	18	18	18
介護老人保健施設	4	4	4	福祉用具販売(※)	19	19	19
介護医療院	5	5	5	夜間対応型訪問介護	20	20	20
療養病床を有する病院・診 療所	6	6	6	定期巡回・随時対応型訪問 介護	21	21	21
病院・診療所(上記以外)	7	7	7	小規模多機能型居宅介護 (※)	22	22	22
認知症対応型共同生活介 護(グループホーム)(※)	8	8	8	看護小規模多機能型居宅 介護	23	23	23
有料老人ホーム・ケアハウ ス等(特定施設(※)含む)	9	9	9	認知症対応型通所介護 (※)	24	24	24
訪問介護	10	10	10	住宅改修を行っている事業 所	25	25	25
訪問入浴介護(※)	11	11	11	薬局	26	26	26
訪問看護(※)	12	12	12	はり、きゅう、あん摩、マッ サージ、指圧、接骨院	27	27	27
訪問リハビリテーション (※)	13	13	13	通所介護における宿泊サー ビス	28	28	28
通所介護	14	14	14	サービス付高齢者住宅	29	29	29
通所リハビリテーション (※)	15	15	15	その他 ( )	30	30	30

**3 特定事業所集中減算について (平成 30 年4月～8月末日)**

(1) 事業所において平成 30 年4月1日から8月末日までに給付管理を行ったのべ件数		( )件						
(2)平成 30 年4月1日から8月末日の期間における紹介率  A、B、C は特定事業所集中減算に該当しない場合もお答えください	事業所において平成 30 年4月1日から8月末日までに給付管理を行ったのべ件数	A 最も紹介件数の多い法人(紹介率最高法人)の割合	B 法人関係 ※同一割合の法人が複数ある場合は、貴事業所と同一法人(同系列を含む)について優先してご記載ください		C 紹介率が 80%超に該当するサービス種別のみ、その理由を下記選択肢の番号(1～11)を記入(複数回答可) ※同一割合の法人が複数ある場合は、貴事業所と同一法人(同系列を含む)について優先してご記載ください  ◆当該事業所を選定している理由 1. 中重度の対応力が高いため 2. 認知症ケアの質が高いため 3. 退院時等、急な医療機関への訪問やサービス調整が可能であるため 4. 主治医の指示があるため 5. 土日、早朝・夜間に対応できるため 6. 看取りに対応できるため 7. 利用者の個別の生活状況に合わせた細やかな対応が可能であるため 8. 利用者・家族が希望したため 9. 法人の方針として 10. 地域の中には他に適切な事業所がないため 11. その他(内容は選択肢番号と併せて空欄に記入)	D 特定事業所集中減算の適用の有無  ※保険者に届出を行い、特定事業所集中減算の適用を受けた場合、その対象となったサービスすべてに○をつけてください。正当な理由に該当した場合、○は不要です		
	1)訪問介護		( )件	約( )%			1	2
	2)通所介護		( )件	約( )%			1	2
	3)地域密着型通所介護		( )件	約( )%			1	2
	4)福祉用具貸与		( )件	約( )%			1	2
(3)平成 30 年4月以降(特定事業所集中減算の改定後)、事務負担は軽減されましたか		1. 軽減された      2. 軽減されていない						
1)どのように特定事業所集中減算の管理をしていますか (○は1つ)		1. システムから対象となるサービスが表示される 2. システムから対象となるサービスの紹介率が表示される 3. システムのデータを表計算ソフト等で計算している 4. 利用者名簿や帳票から、表計算ソフト等で計算している 5. 利用者名簿や帳票から、手計算している						
2)平成 30 年の報酬改定では、特定事業所集中減算の事務負担が軽減される内容の改定でしたが、公正中立の観点から課題があるとも言われています。事務負担と公正中立との兼ね合い・バランスについてどのように認識していますか		自由記述:						

**4 特定事業所加算・ターミナルケアマネジメント加算について**

(1) 特定事業所加算の届出有無 (○は1つ)	1. 届出済み(平成 30 年9月より前に届けた場合を含む)      2. 届出していない
1) 特定事業所加算の算定状況 (○は1つ)	1. 特定事業所加算(I)      3. 特定事業所加算(III) 2. 特定事業所加算(II)      4. 算定していない

2)平成 30 年の報酬改定で新たに算定要件に追加された研修に関する課題(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 他法人の事業所に呼びかけても共同で実施するのが難しい</li> <li>2. 他の事業所のニーズを把握するのが難しい</li> <li>3. 他の事業所が求める研修と、こちらが必要と考える研修が食い違う</li> <li>4. 研修内容を考えること自体が難しい</li> <li>5. 研修の講師を確保するのが難しい</li> <li>6. 研修の場所を確保するのが難しい</li> <li>7. 研修を実施しても参加者が集まらない</li> <li>8. 業務多忙で研修のための時間を確保するのが難しい</li> <li>9. 研修の進め方や効果的な実施方法が分からない</li> <li>10. 行政が協力的でない</li> <li>11. 地域包括支援センターが協力的でない</li> <li>12. その他( )</li> </ol>																
3)特定事業所加算の算定要件以外で地域の支援等のためにしている取組み(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 支援困難な事例を積極的に受け入れている</li> <li>2. 制度や地域の資源についての情報提供を積極的に行っている</li> <li>3. 他の事業所のケアマネジャーのスーパーバイズや相談を積極的に受け行っている</li> <li>4. 一人事業所や経験の浅いケアマネジャー等に対して、必要に応じて事業所に出向いて助言等を行っている</li> <li>5. 地域包括支援センターや行政と役割分担して、事業所として地域内の拠点の役割を担っている</li> <li>6. 地域支援会議等の地域内で中心的な役割を担っている</li> <li>7. その他( )</li> </ol>																
4)平成 31 年4月1日以降の特定事業所加算(Ⅳ)の取得可能性の有無(○は1つ)	<p>1. 取得できる見込みである    2. <u>取得できない</u>    3. <u>わからない</u></p> <p>取得できない、わからないと考える理由(複数回答可)</p> <table border="1" data-bbox="528 994 1525 1245"> <tr> <td>1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかの条件も満たせない ⇒平成 30 年度改定で算定要件が変わったことの影響( 1. あり    2. なし)</td> </tr> <tr> <td>2. 退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携(※1)を年間 35 回以上実施できない</td> </tr> <tr> <td>3. ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上の算定ができない</td> </tr> <tr> <td>4. その他( )</td> </tr> </table>	1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかの条件も満たせない ⇒平成 30 年度改定で算定要件が変わったことの影響( 1. あり    2. なし)	2. 退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携(※1)を年間 35 回以上実施できない	3. ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上の算定ができない	4. その他( )												
1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかの条件も満たせない ⇒平成 30 年度改定で算定要件が変わったことの影響( 1. あり    2. なし)																	
2. 退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携(※1)を年間 35 回以上実施できない																	
3. ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上の算定ができない																	
4. その他( )																	
(2)ターミナルケアマネジメント加算の届出有無 (○は1つ)	<p>1. <u>届出済み(平成 30 年9月より前に届けた場合を含む)</u>    2. 届出ていない</p>																
1)加算算定の上で、事業所として整える必要のある体制(事業所内)	<p>自由回答:</p>																
2)加算算定の上で他機関・他事業所と連携して整える必要がある体制(事業所外)(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 24 時間・緊急時対応が可能な訪問看護との連携体制</li> <li>2. 深夜時間外・緊急時対応が可能な訪問介護との連携体制</li> <li>3. 定期巡回随時訪問型介護看護事業所との連携体制</li> <li>4. 小規模多機能型居宅介護との連携体制</li> <li>5. 往診や時間外対応できる医療機関との連携体制</li> <li>6. 急変時に救急・入院に対応できる医療機関との連携体制</li> <li>7. その他( )</li> </ol>																
(3)事業所において看取り(※2)の体制を整えたケースの実利用者数	<table border="1"> <tr> <td colspan="4">実利用者数</td> </tr> <tr> <td colspan="2">平成 29 年 10 月 ～平成 30 年 9 月(1年間)</td> <td colspan="2">うち平成 30 年4月～9月 (半年間)</td> </tr> <tr> <td>( ) 人</td> <td>( ) 人</td> <td colspan="2">うち主たる疾患が悪性腫瘍の利用者</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>( ) 人</td> <td>うちターミナルケアマネジメント加算算定数 ( ) 人</td> </tr> </table>	実利用者数				平成 29 年 10 月 ～平成 30 年 9 月(1年間)		うち平成 30 年4月～9月 (半年間)		( ) 人	( ) 人	うち主たる疾患が悪性腫瘍の利用者				( ) 人	うちターミナルケアマネジメント加算算定数 ( ) 人
実利用者数																	
平成 29 年 10 月 ～平成 30 年 9 月(1年間)		うち平成 30 年4月～9月 (半年間)															
( ) 人	( ) 人	うち主たる疾患が悪性腫瘍の利用者															
		( ) 人	うちターミナルケアマネジメント加算算定数 ( ) 人														

※ 1 退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携とは、医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行うことをいう。

※ 2 ここでいう看取りとは、医師が終末期と判断し、本人もしくは家族から同意を得て、ケアマネジャーが医師等と連携し必要な支援を行ったケース。最終的な死亡場所は問わない。

5 居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および給付管理の状況								
(1)平成30年9月の居宅介護支援費の算定状況(人数)	1. 居宅介護支援費(I)( )人		2. 居宅介護支援費(II)( )人		3. 居宅介護支援費(III)( )人			
(2)平成30年9月分の給付管理を行った実利用者数	地域包括支援センターから委託			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	介護予防ケアマネジメント※3	要支援1	要支援2					
(3)過去半年間(平成30年4月～9月)の新規利用者の状況別人数	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
1)うち同一法人(同系列を含む)からの紹介件数	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
2)うち他法人からの紹介件数	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
3)うち本人や家族から貴事業所に直接依頼があった件数				( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
(4)平成29年10月～平成30年9月における退院予定者へ在宅生活に移行するため支援(※4)を行ったが、給付管理に至らなかった実人数	悪性腫瘍(がん)							
	( )人	うち給付管理に至らなかった理由別						
		要介護認定非該当	転院	施設等に入所	死亡	その他		
		( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	
( )人	悪性腫瘍(がん)以外							
	うち給付管理に至らなかった理由別							
	要介護認定非該当	転院	施設等に入所	死亡	その他			
	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人		

※3 ホームヘルパー・デイサービスのみの利用する要支援者は、介護予防ケアマネジメントに含め、要支援1・要支援2には含めないでください。  
 ※4 退院支援とは、病院を訪問し面会した、あるいは病院からの情報を得てアセスメントを行うなどケアマネジメントプロセスの一部を実行したことを指す。

6 職員について(平成30年10月3日現在)								
(1)ケアマネジャー数(ケアマネジャー業務を実施している管理者含む)  (他のサービス・事業と兼務している場合は、「併設事業所と兼務」の欄に人数を記入してください)	常勤				非常勤			
	居宅介護支援事業所に専従	併設事業所と兼務		居宅介護支援事業所に専従		併設事業所と兼務		
		実人員	換算人員※5	実人員	換算人員※5	実人員	換算人員※5	
( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	
(2)採用・退職の状況 (平成29年1月1日から平成29年12月31日)	常勤ケアマネジャー(実人数を記入)				非常勤ケアマネジャー(実人数を記入)			
1)採用したケアマネジャー数	( )人				( )人			
2)退職したケアマネジャー数	( )人				( )人			
(3)事務職員(ケアマネジャー以外の職員)の人数(実人数)	事務職員				常勤		非常勤	
	居宅介護支援事業所専従の事務職員				( )人		( )人	
	他の併設事業所等と兼務の事務職員				( )人		( )人	

※5:換算人員の計算は、記入要領3ページをご参照ください。

7 管理者の役割と管理の状況について	
(1)管理者の兼務状況(○は1つ)	1. 居宅介護支援事業以外も兼務している      2. 兼務はしていない
1)居宅介護支援事業所の管理者の換算人員※5	( )人
(2)管理者のケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	( )年 (管理者になる前の経験と、他法人での経験も含めてください)
(3)管理者の主任ケアマネジャーの資格の有無(○は1つ)	1. 主任ケアマネジャーの資格を保有する 2. 主任ケアマネジャーの資格を保有していない(3年間の経過措置に該当)

(4) 新規利用者への対応(平成 30 年7月~9月)		件数または割合	
1) 誰が新規利用者の担当を割り振っていますか	1. 管理者自身が実施している	( )件	
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )件	
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )件	
	4. その他 ( )	( )件	
2) 誰が新規利用者のケアプラン原案の内容を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	( )件	
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )件	
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )件	
	4. その他 ( )	( )件	
3) 誰が新規利用者のケアマネジメントの実施状況(アセスメントから1回目のモニタリングまでのプロセス)の進捗を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	( )件	
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )件	
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )件	
	4. その他 ( )	( )件	
(5) 事業所内の全ケースのケアマネジメントプロセスが運営基準に従っているように、誰が実施状況を確認していますか (選択肢1~5の合計が 10 割になるように記入)	1. 管理者自身が実施している	( )割	
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )割	
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )割	
	4. その他 ( )	( )割	
	5. 確認していない	( )割	
(6) 事業所内ミーティング (利用者に関する情報またはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議)の開催頻度(○は1つ) ※個別ケースに時間をかけて事例検討を行うことを目的とするミーティングは除いてください	1. 週 1 回 2. 2週に 1 回 3. 月に 1 回 4. その他 ( ) 5. 行っていない	( )	
(7) 事業所に係る加減算の管理 (○は1つ) (例: 特定事業所集中減算等)	1. 管理者自身が行っている 2. 管理者以外のケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 3. 事務職員が実施したものを管理者が確認 4. その他 ( ) 5. 管理していない	( )	
(8) 誰が給付管理事務(国保連請求事務)を行っていますか  作成・確認のそれぞれについて、主に担当している者に○をつけてください(○は1つ)		1)作成	2)確認
	A. 管理者	1	1
	B. ケアマネジャー	2	2
	C. 事務職員	3	3
	D. その他	4( )	4( )
(9) 苦情発生時の対応 (複数回答可)	1. 管理者自身が一連の対応を行う 2. 主任ケアマネジャーに対応させ、それを管理している 3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している 4. 事務職員に対応させ、それを管理している 5. 個別苦情に対して管理者は関与していない 6. その他 ( )	( )	
(10) 事故発生時の対応 (○は主なもの1つ)	1. 管理者自身が一連の対応を行う 2. 主任ケアマネジャー等に対応させ、それを管理している 3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している 4. 事務職員に対応させ、それを管理している 5. 個別の事故に対して管理者は関与していない 6. その他 ( )	( )	
(11) 従業者(ケアマネジャーや事務職員等)のストレスや不満への対応やバーンアウト予防などに配慮して管理をしていますか (○は主なもの1つ)	1. 管理者自身が行っている 2. 管理者以外の主任ケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 3. 管理者・主任ケアマネジャー以外のケアマネジャーが実施したものを管理者が確認 4. 事務職員が実施したものを管理者が確認 5. 特に配慮していない 6. その他 ( )	( )	
(12) 従業者(ケアマネジャーや事務職員等)の健康状態、身だしなみや清潔の保持に関して、どのようなことを行っていますか (複数回答可) 法人全体で行っているものも含めてください	1. 管理を行う責任者を決めている 2. ミーティング(朝礼等)の際などに定期的に確認している 3. 健康や清潔の保持の必要性に関して、研修等で教育している 4. 従業者に定期的に健康診断を受診させている 5. 行っていない 6. その他 ( )	( )	

(13) ケアマネジャーが特定のサービスや事業所をケアプランに位置づけることはありますか (○は1つ)	1. ある 2. ない
1) 位置づけている場合の理由についてお答えください (複数回答可)	1. 法人や事業所の指示により位置づけている 2. 法人や事業所による指示はないが、地域のサービス事業者数が限られているため位置づけている 3. 法人や事業所による指示はないが、利用者に対して必要な機能を備えているため位置づけている 4. その他( )
(14) ケアプラン作成に際して、利用者に複数事業所を紹介することや当該サービス・事業所をケアプランに位置づけた理由を説明するように事業所内のケアマネジャーに周知していますか (○は1つ)	1. 周知している 2. していない 3. 自身以外にケアマネジャーはいない

### 8 ケアマネジャーの育成の仕組みについて

(1) ケアマネジメントに関する研修の実施・受講状況 (平成30年4月～9月の実績)	法人内の研修の実施回数(事業所単位の研修を含む)	( )回	
	法人外の研修の受講回数と受講者実人数	のべ受講回数 ( )回	受講者実人数 ( )人

貴事業所のケアマネジャーが2名以上の場合、(2)以降の設問にお答えください  
 貴事業所のケアマネジャーが1名の場合は 9 へお進みください

(2) ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み(新人、経験ありは問わない) (複数回答可) ※「事業所内」には併設事業所を含む	項目	取り組んでいる項目	効果的である と考える項目
	1. 事業所内でキャリアパスを設定し、明示している		1
2. 育成計画を作成、管理している		2	2
3. ケアマネジャーごとに目標を設定し、面談を行っている		3	3
4. 主任ケアマネジャー等がスーパーバイズを行っている		4	4
5. 日常のOJTを実施している		5	5
6. 訪問等へ同行し指導している		6	6
7. 定期的に相談の時間を設けている		7	7
8. ケアプラン等を確認し、指導している		8	8
9. 主任ケアマネジャー等の育成担当者を配置している		9	9
10. 他の居宅介護支援事業所(自法人以外)からケアマネジャーを受入れ、教育、育成をしている		10	10
11. 自主研究/研究会・学会等への参加など、自己啓発活動を事業所として援助している		11	11
12. 通信教育を援助している		12	12
13. 他の資格取得のための援助をしている		13	13
14. 事業所外の研修や勉強会へケアマネジャーを派遣している		14	14
15. 他事業所へケアマネジャーを派遣している		15	15
16. その他 ( )		16	16
17. 上記1～16は十分取り組めていない		17	
(3) 事業所内で実施している研修の内容(新人、経験ありは問わない) (複数回答可) ※「事業所内」には併設事業所を含む	1. 事業所内事例検討会を定期的で開催している⇒開催頻度( )回(平成30年4～9月) 2. 他の居宅介護支援事業所と共同して行う事例検討会の開催 3. 多職種による事例検討会の開催 4. 事業所において資質向上のための研修会(事例検討会以外)を開催している 5. その他( ) 6. 実施していない		

(4) 新人ケアマネジャーに特化した育成方法(複数回答可)  過去3年以内に新人ケアマネジャーを採用した事業所管理者のみお答えください	1. 育成担当者の配置 ⇒指導期間( )か月
	2. 訪問等への同行指導 ⇒ 指導者( 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 )※複数回答可
	3. ケアプラン等の確認 ⇒ 確認者( 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 )※複数回答可
	4. 定期的な面談 ⇒ 面談者( 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 )※複数回答可
	5. 事業所外の研修や勉強会への参加支援
	6. 事務手続きや介護保険制度に関する指導
	7. その他(具体的に: )
	8. 上記の1~7を実施していない

9 医療機関との連携の状況について (平成30年7月~9月中の状況について尋ねます。)

(1) 医療機関からどのような役割を期待されていますか。また、その役割を実施していますか (複数回答可)	役割	ア. 医療機関から期待されている	求められる時期 (入院前・入院時に該当する箇所、1か所又は2か所に○)		イ. ケアマネジャーは実施している
			入院前	入院時	
			入院前または入院した時	1) 入院前利用の介護サービス・福祉サービスの伝達	
	2) 入院前のADLやIADL、介護が必要な内容の状況についての伝達	2	2	2	
	3) 同居家族や介護体制の状況の伝達	3	3	3	
	4) 入院前の虐待や生活困窮の状況の伝達	4	4	4	
	5) 入院前に入退院に関する情報の伝達	5	5	5	
	6) 入院前の褥瘡や栄養状態、服薬中薬剤に関する情報の伝達	6	6	6	
	7) その他身体・社会・精神的背景、退院困難な要因等に関する患者の情報の伝達	7	7	7	
	8) 退院時の支援・困難性を事前に判断するための事前カンファレンス等への出席	8	8	8	
入院する時	9) 入院時の手続きに関する本人・家族の支援	9		9	
	10) 入院時の必要品等の準備等の支援	10		10	
入院中	11) 本人や家族、医療機関の状況に合わせた即時の対応	11		11	
	12) 要介護認定の申請手続きや介護サービスに対する情報提供	12		12	
	13) 要介護認定の区分変更申請手続きの支援または代行	13		13	
	14) 医療機関に訪問し、指導への同席や本人・家族への情報提供	14		14	
	15) 医療機関が家族に連絡する際の仲介や支援(医療機関が連絡が取りにくい場合等)	15		15	
退院時	16) 退院時カンファレンスへの参加	16		16	
	17) 退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成	17		17	
	18) 退院時に本人・家族へ医療機関が指導する際への同席	18		18	
	19) 退院手続きに関する本人・家族の支援	19		19	
	20) 退院後の生活環境の整備(医療機関が期待するかどうか)	20		20	
退院後	21) 退院後の医療機関の患者宅訪問指導への同行・同席	21		21	
	22) 本人・家族の在宅療養生活(セルフマネジメント)支援(通院・服薬の支援を含む)	22		22	
	23) 通院への同行・同席	23		23	
	24) 退院後の在宅での生活や療養状況の情報の伝達	24		24	
	25) 家族の介護負担軽減(医療機関から退院後に依頼されるかどうか)	25		25	

時期を問わず	26) 疾患や医療的処置・服薬の理解	26		26
	27) 医療機関の決まりごと等の理解	27		27
	28) その他 ( )	28		28
	29) 特でない(医療機関に期待されていることが「特でない」場合に29を○で囲んでください)	29		
(2)平成30年7月～9月中の医療機関との連携において困難と感ずる点・問題と感ずる点 (複数回答可)	困難と感ずる・問題と感ずる点			困難と感ずる・問題と感ずる
	入院した時	1) 利用者が入院したことについてすぐに伝わってこない		1
		2) 事業所において利用者の入院時に情報提供をする手段や方法が定まっていない		2
		3) 医療機関との入院時の連携の窓口や担当者がわからない		3
		4) 医療機関に提供する情報をまとめることが難しい		4
		5) 医療機関がどのような情報を必要としているのかわかりにくい		5
		6) 入院当初に訪問を求められるが、医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しい		6
		7) 医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい		7
		8) 医療機関において情報提供を受け入れる体制が整っていない		8
		9) 医療機関から情報提供を求められない		9
		10) 医療機関へ提供した情報が活用されない		10
		11) 医療機関の職員が多忙であることを理由に時間を取ってもらえない		11
		12) 医療機関から情報を求められても多忙のため対応できない		12
		13) 本人が情報提供を拒否する		13
		14) 家族が情報提供を拒否する		14
	入院している時	15) 遠方の医療機関と連絡しにくい		15
		16) 医療機関から訪問の依頼を受けた際に、対応することが難しい		16
		17) 利用者の入院中の変化について医療機関から伝えてもらえない		17
	退院時	18) 退院時カンファレンスが行われていない		18
		19) 退院時カンファレンスに呼ばれない(このことが問題と感ずる場合)		19
		20) 退院時カンファレンスに、事業所のケアマネジャーが必要と考える医療機関側の職種が参加していない		20
		21) 退院時カンファレンスでは発言する機会がない、発言しにくい雰囲気		21
		22) 医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい		22
		23) 医療機関ごと・利用者ごとに退院時の担当窓口が異なり、連携窓口がわかりにくい		23
		24) 医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難		24
		25) 医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点についての情報が十分提供されない		25
		26) 禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されない		26
		27) 症状・病状の予後・予測についての情報が十分提供されない		27
		28) 退院時においてケアマネジャーに対して文書での情報が提供されない		28
		29) 新規ケースで退院の場合、情報が十分でなく、コミュニケーションが取りづらい		29
		30) 医療機関から新しい利用者を紹介される機会がほとんどない		30
		31) 従来給付管理を行っていた利用者の退院時に医療機関から連絡がこない		31
	退院後	32) 医療機関が在宅生活や介護に対する知識や理解が不足している【退院時に】		32
		33) 退院後に医療機関に情報提供を行うことが難しい		33
		34) 医療機関から提供される情報や指示をケアプランに反映することが難しい【退院時に】		34
		35) 退院後のサービスメニューについて一方的に依頼される【退院時に】		35
		36) 退院後に医療機関に質問する際に労力が大きい		36
		37) 事業所のケアマネジャーが、医療に関する知識を十分に有していない【時期を問わず】		37
		38) 介護保険制度を連携先の医療機関が理解してくれない【時期を問わず】		38
	時期を問わず	39) 入院していた医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない		39
		40) 連携や情報共有のために必要となる会議や連絡等の時間や労力が大きい		40
		41) その他 ( )		41
42) 特でない			42	

【入院時連携の状況】				
(3) 平成 30 年 7 月～9 月中に利用者の入院先となった医療機関の数		( ) 箇所		
(4) 平成 30 年 7 月～9 月中に医療機関に入院した利用者数		ア. 医療機関に入院した人数		
		イ. うち入院時に医療機関へ情報提供を行った人数		ウ. うち「入院時情報連携加算」適用人数
1) 7 月～9 月に 1 回でも給付管理を行った人数(合計)		( ) 人	( ) 人	加算(Ⅰ) ( ) 人
2) うちもっとも多く入院した医療機関への入院者数		( ) 人	( ) 人	加算(Ⅱ) ( ) 人
3) 7 月～9 月に給付管理を行わなかった人数		( ) 人	( ) 人	
(5) 医療機関への情報提供				
1) 情報提供を行っている場合、医療機関への情報提供の方法	書式の有無 (主なものに○は1つ)	1. あり ⇒書式の種類:(複数回答可) 【1. 自事業所作成様式 2. 連携先の医療機関作成様式 3. 厚生労働省様式(入院時情報提供書) 4. 地域で作成した様式(自治体、保険者、医師会等) 5. その他様式 ( )】		
	情報連携の工夫や取り決め	【具体的にお書き下さい】		
【厚生労働省様式以外】 2) 利用者入院時に医療機関に提供している情報(主に利用する書式に記載された情報) (複数回答可)  ※情報提供の書式を添付することで右記の代替可	1. 世帯構成 2. 主介護者氏名 3. キーパーソン氏名 4. 本人の趣味・興味・関心領域等 5. 本人の生活歴 6. 入院前の本人の生活に対する意向 7. 入院前の家族の生活に対する意向 8. 入院前の介護サービスの利用状況 9. 在宅生活に必要な要件 10. 退院後の世帯状況 11. 世帯に対する配慮 12. 退院後の主介護者 13. 介護力 14. 家族や同居者等による虐待の疑い	15. 「院内の多職種カンファレンス」への参加 16. 「退院前カンファレンス」への参加 17. 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 18. 麻痺の状況 19. ADL 20. 食事内容 21. 口腔 22. 排泄 23. 睡眠の状態 24. 喫煙 25. コミュニケーション能力 26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無) 27. 疾患歴(がん、認知症等の有無) 28. 入院歴	29. 入院前に実施している医療処置 30. 内服薬の有無 31. 居宅療養管理指導の有無 32. 薬剤管理の状況 33. 服薬状況 34. かかりつけ医機関名 35. かかりつけ医の電話番号 36. かかりつけ医の医師名 37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む) 38. 褥瘡の有無 39. 飲酒 40. その他( )	
「40. その他」を回答した場合、書ききれない場合は、こちらに記入ください。				
(6) 平成 30 年度の診療報酬改定で、医師が WEB 会議を活用できるようになり、ケアマネジャーが参加するカンファレンス等も Web 会議となる可能性があることをご存知でしたか。(○は1つ)		1. 知っている ⇒ WEB 会議の活用状況(平成 30 年 4 月～9 月)(○は1つ) 2. 知らなかった ⇒ 1. 活用している医療機関がある ⇒ 活用機関( ) 箇所 2. 活用していない		

【退院等連携の状況】						
(7)平成30年7月～9月中に利用者が退院した医療機関の数		( )箇所				
(8)平成30年7月～9月に退院し給付管理の対象となった利用者数 ※月遅れの請求を含む		ア. 退院した利用者数				
		イ. 退院者のうち初回加算を適用した人	ウ. 退院者のうち退院時に医療機関の職員との面談を行った人			
エ. うち、「退院・退所加算」を適用した人						
1)7月～9月に1回でも給付管理の対象となった人数		( )人	( )人	( )人		
			会議(※6)参加なし	会議(※6)参加あり		
		連携1回	( )人	( )人		
		連携2回	( )人	( )人		
		連携3回		( )人		
2)うち、もっとも多く退院した医療機関の退院者数		( )人	( )人	( )人		
			会議(※6)参加なし	会議(※6)参加あり		
		連携1回	( )人	( )人		
		連携2回	( )人	( )人		
		連携3回		( )人		
3)退院時に利用者情報を得る際の主な方法	連携相手 (複数回答可)	1. 看護師・准看護師 2. MSW 3. PT 4. OT 5. ST 6. その他( )				
	アクセス方法 (複数回答可)	1. 医療機関から連絡を受ける 2. 利用者・家族から連絡を受けて医療機関に連絡する 3. 医療機関に直接連絡をとる 4. 最初に利用者・家族と連絡をとる				
	書式の有無 (○は1つ)	1. あり ⇒書式の種類:(複数回答可) 【1. 自事業所作成様式 2. 連携先の医療機関作成様式 3. 厚生労働省様式(退院・退所情報記録書) 4. 地域で作成した様式(自治体、保険者、医師会等) 5. その他様式 ( )】 2. なし				
	連携手段 (複数回答可)	1. 対面・面談 2. Web 会議 3. 電話 4. メール 5. FAX 6. その他( )				
(9)入退院に関わる医療機関の診療報酬について (複数回答可)		1. 医療機関の入退院に関わる診療報酬の加算等の概要を理解している 2. どの医療機関が入退院に関わる加算等を算定しているか理解している 3. 医療機関のケアマネジャーへの期待と診療報酬加算との関係を具体的に理解している 4. 入退院に関わる医療機関の診療報酬制度改定によってケアマネジャーの業務の負荷が増加している 5. その他( )				
(10)事業所において退院・退所加算を算定している件数						
医療機関と医療機関以外(地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院、介護療養型医療施設)を分けて記入してください		入院中の担当医等の会議(※6)に参加なし		入院中の担当医等の会議(※6)に参加あり		
		対象期間	平成29年 4月～9月	平成30年 4月～9月	平成29年 4月～9月	平成30年 4月～9月
		退院・退所加算(医療機関)				
		医療機関との連携1回	( )件	( )件	( )件	( )件
		医療機関との連携2回	( )件	( )件	( )件	( )件
		医療機関との連携3回			( )件	( )件
		退院・退所加算(医療機関以外)				
		医療機関以外との連携1回	( )件	( )件	( )件	( )件
		医療機関以外との連携2回	( )件	( )件	( )件	( )件
		医療機関以外との連携3回			( )件	( )件

※6 退院時カンファレンス等

10 個別サービス計画への対応とサービス提供事業所・関係機関との連携	
(1) サービス提供事業所からの個別サービス計画の取得と活用について、事業所が管理していること(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提出状況を管理している</li> <li>2. 積極的にサービス提供事業所から取り寄せている</li> <li>3. 提出された計画の内容がケアプランに沿っているか確認している</li> <li>4. その他 ( )</li> <li>5. 個別サービス計画は取得していない</li> </ol>
(2) サービス提供事業所との連携状況(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. サービス提供事業所から個別サービス計画のモニタリング情報の提供を受けている</li> <li>2. 提供を受けた情報を活用してケアプランの変更の必要性等を確認している</li> <li>3. サービス提供事業所とICT機器(スマートフォン・タブレット等)を活用して情報を共有している</li> <li>4. その他 ( )</li> </ol>
(3) 関係機関との連携状況(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 他の関係機関から、サービスの提供状況やモニタリング情報の提供を受けている</li> <li>2. 他の関係機関とICT(スマートフォン・タブレット等)を活用して情報を共有している</li> <li>3. その他 ( )</li> </ol>

11 地域づくりの取組みについて(平成 29 年 10 月～平成 30 年 9 月の状況について回答してください)		
(1) 地域包括支援センターから紹介・相談された介護予防支援の受託状況(○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受託した → 件数：過去1年間に( )件程度</li> <li>2. 受託していない</li> <li>3. わからない(記録を残していない)</li> </ol>	
(2) 地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースの受託状況(○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受託した → 件数：過去1年間に( )件程度</li> <li>2. 受託していない</li> <li>3. わからない(記録を残していない)</li> </ol>	
(3) 地域包括支援センター等による事例検討会等への参加状況(○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 参加している → 回数：過去1年間に( )回程度</li> <li>2. 開催されているが参加していない</li> <li>3. 開催されていない、わからない</li> </ol>	
(4) 地域の人材育成のために実習を受け入れる体制がありますか(○は1つ)(実務研修を除く)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受け入れている → 人数：過去1年間に( )人程度</li> <li>2. 受け入れ体制はあるが、過去1年間に実績はない</li> <li>3. 今後、体制をつくる予定がある</li> <li>4. 体制をつくる予定はない</li> <li>5. 地域の人材育成にどのような実習があるかわからない</li> </ol>	
(5) 貴事業所では、地域の様々な資源(インフォーマル・サポートを含む)をどのように把握していますか(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域包括支援センターが提供する、センター圏域内におけるサービス情報により把握している</li> <li>2. 地域の事業者連絡会等で情報共有している</li> <li>3. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーと個別に情報交換している</li> <li>4. 介護保険サービス情報公表システムを活用して情報収集している</li> <li>5. 地域ケア会議を活用して情報収集している</li> <li>6. 社会福祉協議会、地域ボランティアセンターを活用して情報収集している</li> <li>7. 民生委員から情報を収集している</li> <li>8. その他 ( )</li> <li>9. 特に情報収集していない</li> </ol>	
(6) 貴事業所では、認知症の利用者の対応のために、関係機関と連携したりその体制を具体的に明確にしていますか(複数回答可)  地域全体で連携体制がある場合を含みます	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症地域支援推進員と連携体制がある</li> <li>2. 認知症初期集中支援チームと連携する体制がある</li> <li>3. 地域包括支援センターと認知症利用者に関して連携する体制・取り決めに明確にしている</li> <li>4. 医師会または歯科医師会と認知症利用者に関して連携する体制・取り決めに明確にしている</li> <li>5. 社会福祉協議会・ボランティア団体・住民参加型の在宅福祉サービスと、認知症利用者に関して連携する体制・取り決めに明確にしている</li> <li>6. 民生委員・民生委員協議会と、認知症利用者について連携する体制・取り決めに明確にしている</li> <li>7. ケアマネジャーの連絡会と、認知症利用者について連携できる体制がある</li> <li>8. その他 ( )</li> </ol>	
(7) 貴事業所では、障害福祉制度から介護保険制度に移行したケースはありますか(○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ある</li> <li>2. ない</li> </ol>	
	▶ 1) 介護保険利用開始の何カ月前から情報共有等の連携を図っていましたか	( )カ月前から
	▶ 2) 移行のために実施している工夫	自由回答:
	▶ 3) 連携において課題となった点	自由回答:

12 ICT 機器の利用について	
(1) ケアマネジメントのプロセスにおける ICT 機器（スマートフォン、タブレット等）の利用状況（複数回答可）	1. 利用している 2. 利用する予定 ⇒ 1. ( )年 ( )月頃から 2. 時期は未定 3. 利用する予定はない 4. その他( )
(2) 他事業所・多職種との情報連携の状況（複数回答可）	1. 地域全体の取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 2. 一部の他法人の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 3. 同一法人（同系列含む）の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している 4. 多職種や他事業所とデータの連携をしていない
(3) 事業所内のシステムの状況（○は1つ）	1. 専門職は訪問先からも利用者情報にアクセスできる 2. 専門職は事業所等特定の場所のみから利用者情報にアクセスできる 3. システム化されていない
(4) ICT 機器（スマートフォン、タブレット等）を導入することで期待している効果（複数回答可）	1. 自宅から勤務場所への直行・直帰が出来る等業務の効率化が可能 2. 事業所内の情報共有が進む 3. 他機関（他事業所・医療機関）と情報共有が進む 4. 勤務状況、サービス内容等の把握が効率化され管理者が時間を有効に活用出来る 5. 利用者の状態把握が効率的・効果的に行える 6. 同じ状態の過去の利用者の情報を参照できるようになりサービス向上に資する 7. 介護報酬請求に係る業務、利用者負担の請求業務が効率的に行える 8. 記録が手書きより読みやすくなる 9. 記録の管理が効率的に行える 10. 監査や報酬算定上の書類が自動に作成される 11. 転記ミスの減少 12. 特になし 13. その他( )
(5) ICT 機器（スマートフォン、タブレット等）を導入することによる考えられる課題（複数回答可）	1. どの会社の機器・ソフトがよいかわからない 2. 導入コストが高い 3. 紙による資料保管の必要性が高い 4. 職員の介護ソフト導入に対する抵抗感や反発がある 5. パソコンや介護ソフトを扱える人材がいない（入力したデータを活用できない） 6. セキュリティ面の不安がある 7. その他( )

13 介護予防支援の受託状況について	
<b>「介護予防支援費」を算定している事業所のみ、(1)(2)に回答した上で、「ケアマネジャー個別の属性等」を回答してください。            居宅介護支援費のみを算定している事業所は「ケアマネジャー個別の属性等」を回答してください。</b>	
(1) 介護予防支援特有の困難な点や負担が大きい点を記入してください。（複数回答可）	1. 業務負担に対して報酬が少ない 2. 地域包括支援センターとの関係性維持のためやむを得ず受託する必要がある 3. 地域包括支援センターからの委託が少ない 4. 介護予防サービス事業所にサービスの回数を制限されることがある 5. 介護予防サービス事業所にサービスを断られることがある 6. 区分変更等で総合事業や介護給付との出入りに手続きの手間を要する 7. その他( )
(2) (1)の困難な点や負担を改善するために、必要だと思うことを記入してください。	自由回答:

### ケアマネジャー個別の属性等

ケアマネジャー No	主任ケアマネジャーに○※7	(平成30年度予定も含む) 主任ケアマネジャー研修受講修了年度	管理者に○	性別		年齢 歳	勤務形態 (○は1つ)				総労働時間 (9月中)※8 時間	再掲 うち事業に係る勤務時間 時間
				男	女		常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務		
記入例	○	H20			○	32		○			172	130
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

事業所 ID(※別紙「インターネットによる回答について」に記載)と上記の No をもとに、介護支援専門員様を識別するための番号(ケアマネジャーID)を作成してください。作成したケアマネジャーID は「ケアマネジャー調査票」P1、「利用者調査票」P1、「利用者本人調査票」P1に、必ず記入してください。

常勤職員1人あたりの所定労働時間(9月中)	時間
-----------------------	----

※7 主任介護支援専門員研修を修了した方を指します。 ※8 実働時間を申請ベースで記入してください。

ケアマネジャーIDについて(事業所 ID が「B 10001」の場合の例)  
 (事業所 ID) (No.)  
 1人目が「B 10001」+「01」⇒「B 1000101」、  
 2人目が「B 10001」+「02」⇒「B 1000102」、  
 20人目が「B 10001」+「20」⇒「B 1000120」です。  
 ※先頭の5ケタは事業所 ID に、介護支援専門員ごとの通番の組み合わせになります。

#### 自由記入欄

現在、貴居宅介護支援事業所で問題や困難と感じる点、およびその解決方法(行政の支援も含め)、事務手続きで簡素化できる点、サービスの質を維持した上で現行の基準で緩和できる点などについて、自由にご意見をご記入ください。

以上で調査は終了です。  
お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

居宅介護支援事業所 ケアマネジャー調査票

※この調査票は、貴事業所に勤務する全員のケアマネジャーの方が、1人1部記入してください。

ケアマネジャーID

管理者から連絡されたIDを必ず記入してください。

1. 属性等					
(1)性別	1. 男性 2. 女性	(2)年齢	( )歳	(3)主任介護支援専門員研修 修了の有無(○は1つ)	1. あり 2. なし
(4)勤務形態 (○は1つ)	1. 常勤専従 2. 常勤兼務 3. 非常勤専従 4. 非常勤兼務				
(5)保有資格 (資格一覧より該当する番号を記入)	1) 保有している資格を取得した順にご記入ください		( )→( )→( )→( )→( )		
	2) 介護支援専門員実務研修受講試験を受験するための実務経験証明書で用いた資格の番号を記載してください				
(6)ケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	( )年( )か月 <資格一覧> 1. 介護支援専門員 2. 医師 3. 歯科医師 4. 薬剤師 5. 保健師 6. 助産師 7. 看護師 8. 准看護師 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. 社会福祉士 12. 介護福祉士 13. 視能訓練士 14. 義肢装具士 15. 歯科衛生士 16. 言語聴覚士 17. あん摩マッサージ指圧師 18. はり師 19. きゆう師 20. 柔道整復師 21. 栄養士(管理栄養士を含む) 22. 精神保健福祉士 23. 介護福祉士養成のための実務者研修(旧ホームヘルパ-1級) 24. 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパ-2級) 25. 旧ホームヘルパ-3級 26. なし 27. その他				
(7)障害のある人の相談支援を行う職種の資格として「相談支援専門員」の資格がありますが、保有していますか(○は1つ)	1. 資格を保有している 2. 資格を保有していない				

2. 業務プロセスの負担感

(1)負担感の大きい業務を、A～Cそれぞれについて全て選んでください	実施している場合、○を記入してください	負担感の大きいもの(複数回答可)		
		A.介護予防 ケアマネジメント	B.介護予防 支援	C.居宅介護 支援
1)利用者宅への初回訪問(重要事項説明・契約業務を含む)	1	1	1	1
2)利用者の状態像等に関するアセスメント	2	2	2	2
3)サービス導入のための事業所探し・調整	3	3	3	3
4)インフォーマル・サポート導入のための事業所探し・調整	4	4	4	4
5)初回のケアプラン作成 ※1	5	5	5	5
6)サービス担当者会議の開催(招集、実施、記録)	6	6	6	6
7)サービス担当者会議に代わるサービス担当者への専門的な意見の照会 ※2	7	7	7	7
8)ケアプランの利用者への交付	8	8	8	8
9)ケアプランのサービス担当者への交付	9	9	9	9
10)サービス提供事業所との日常的な連絡・調整	10	10	10	10
11)医療機関・主治医との連絡・調整	11	11	11	11
12)利用者宅への月1回(介護予防は3ヶ月に1回)以上の訪問	12	12	12	12
13)ケアプラン内容のモニタリング	13	13	13	13
14)1ヶ月に1回のモニタリング結果の記録	14	14	14	14
15)目標の達成状況の評価	15	15	15	15

※1 ここでいうケアプランとは、A. B. の場合は「介護予防サービス・支援計画書」のことで、C. の場合は、居宅サービス計画のことです。C. には、長期目標・短期目標、援助内容、週間サービス計画等が含まれている用紙(H11. 11. 12 老企29 別紙1 第1表、第2表、第3表、第7表、第8表)を全て作成している担当利用者数を元に回答してください。

※2 サービス担当者会議に欠席する担当者に対し、事前に専門的意見を聴取することを指します。

2. 業務プロセスの負担感				
(1) 負担感の大きい業務を、A～Cそれぞれについて全て選んでください	実施している場合、○を記入してください	負担感の大きいもの(複数回答可)		
		A.介護予防ケアマネジメント	B.介護予防支援	C.居宅介護支援
16) 給付管理業務(実績確認、国保連への請求事務等) ※介護予防は地域包括支援センターへの協力	16	16	16	16
17) 市町村との相談・連携	17	17	17	17
18) 地域包括支援センターとの連携	18	18	18	18
19) 地域ケア会議への参加	19	19	19	19
20) 制度の変更に伴う情報等について利用者への説明	20	20	20	20
21) 指導・監査等に対応するための諸準備	21	21	21	21
22) 介護サービス情報の公表制度への対応	22	—	—	22
23) 24時間体制による緊急対応	23	23	23	23

3. 担当利用者について									
(1) 平成 30 年 9 月分の給付管理を行った実利用者数 ヘルパー及びデイサービスのみ利用の要支援は「介護予防ケアマネジメント」に含める	介護予防ケアマネジメント	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	
	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
(2) 平成 30 年 9 月分の給付管理を行った利用者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度別利用者数	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明
	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
(3) 平成 29 年 10 月～平成 30 年 9 月に担当した指定難病に該当する利用者数	( )人								
(4) 平成 29 年 10 月～平成 30 年 9 月に担当した末期がん該当する利用者数	( )人	1) 該当する利用者のうち、終了ケース1名(五十音順で最も順番が早い利用者)について、終了する前 2 ヶ月の間にケアプランを変更した回数 ※2 ヶ月に満たない場合は、その間に変更した回数							( )回
		2) 該当する利用者のうち平成 30 年 4 月～9 月末までの期間に亡くなった利用者数(死亡場所は問わない)							( )人
		ア. 主治の医師等に助言を得ることを前提として、ケアマネジメントプロセスを簡素化した利用者数							( )人
		イ. 2)のうち在宅で亡くなった利用者数							( )人
		ウ. ターミナルケアマネジメント加算を算定した人数							( )人
【事業所がターミナルケアマネジメントの体制を整えていることを市町村に届け出ている場合(※3)でかつターミナルケアマネジメント加算を算定できなかったケースがあった場合のみお答えください】									
3) ターミナルケアマネジメント加算を算定する上での課題(複数回答可)	1. 利用者またはその家族の同意を得ることができない 2. 死亡日を含む死亡日前 14 日以内に2日以上在宅を訪問することが難しい 3. 主治の医師等の助言を得ることが困難である 4. 利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握し、利用者への支援を行うことが困難である 5. 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者等への提供が難しい 6. その他( )								

※3 ターミナルケアマネジメントの体制を整えていることを市町村に届け出ている場合とは、厚生労働大臣が定める基準(大臣基準告示・八十五の三)に適合しているものとして、市町村長に届け出たことを指す。ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していることが要件として示されている。

<p>(5)本人を支援するにあたり、福祉等の支援が必要にも関わらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可) ※平成30年7月～平成30年9月において、利用者本人を支援した際に把握したケースの有無について回答してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる</li> <li>2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる</li> <li>3. 経済上の問題を抱えている家族がいる</li> <li>4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる</li> <li>5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる</li> <li>6. その他( )</li> </ol>						
<p>1)平成30年7月～平成30年9月までに上記の家族に具体的な援助(相談先の紹介等)を行った利用者の人数(実人数)</p>	<p>援助を行った人数 ( ) 人 援助を行ったが十分な支援を受けるに至っていない人数 ( ) 人 援助を行えなかった人数 ( ) 人</p>						
<p>2)上記家族の事例の相談先の有無 平成30年7月～平成30年9月 (○は1つ)</p>	<p>1. ある    2. なし</p>						
<p>3)十分な支援を受けられなかった家族の課題に関する相談先(複数回答可)</p>	<table border="0"> <tr> <td>1. 行政機関(福祉課等)</td> <td>4. 社会福祉協議会</td> </tr> <tr> <td>2. 自身が所属する事業所・法人</td> <td>5. 民生委員</td> </tr> <tr> <td>3. 地域包括支援センター</td> <td>6. その他( )</td> </tr> </table>	1. 行政機関(福祉課等)	4. 社会福祉協議会	2. 自身が所属する事業所・法人	5. 民生委員	3. 地域包括支援センター	6. その他( )
1. 行政機関(福祉課等)	4. 社会福祉協議会						
2. 自身が所属する事業所・法人	5. 民生委員						
3. 地域包括支援センター	6. その他( )						

4. ケアマネジャーの業務について	
<p>アセスメント (1)アセスメントについて困難と感じている点 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 課題分析標準項目に関する情報収集 ⇒情報収集が難しい項目 (複数回答可) <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 10px;">1. 家族関係</li> <li style="margin-right: 10px;">2. 生活歴</li> <li style="margin-right: 10px;">3. 経済状況</li> <li style="margin-right: 10px;">4. 生活リズム</li> <li style="margin-right: 10px;">5. 医療情報</li> <li style="margin-right: 10px;">6. その他( )</li> </ul> </li> <li>2. 収集した情報の分析(情報の活用や分析の手順・方法)</li> <li>3. 課題の原因・背景の把握</li> <li>4. 改善・維持・悪化の見通し、今後の生活機能の予測</li> <li>5. その他( )</li> <li>6. 特に困難を感じる点はない</li> </ol>
<p>ケアプラン作成 (2)ケアプランの作成について、困難と感じている点 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全員のケアプラン(長期目標・短期目標、援助内容等)を十分に熟考して作成できない</li> <li>2. 利用者の意見を十分に聞く時間がない</li> <li>3. 家族の意見を十分に聞く時間がない</li> <li>4. 利用者に複数事業所の紹介が可能であると伝えることが難しい</li> <li>5. 当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能であると伝えることが難しい</li> <li>6. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい</li> <li>7. 利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>8. 利用者の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>9. 家族の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>10. ケアプランの表記の仕方が難しい</li> <li>11. 必要な介護保険サービスが地域に不足している(質・量の両面で)</li> <li>12. 介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している</li> <li>13. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる</li> <li>14. 事業所の併設サービス等をケアプランに入れるような事業所の方針がある</li> <li>15. その他、医師との連携が取りづらい</li> <li>16. 医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点に関する十分な情報提供がない</li> <li>17. 禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されない</li> <li>18. 症状・病状の予後・予測に関する十分な情報提供がない</li> <li>19. 住民相互の見守り、助け合いの支援の継続性が不安定であるため、プランに位置づけにくい</li> <li>20. 指導・監査等を前提にしてサービスを調整してしまう</li> <li>21. 書類作成や書類のやり取りの量的負担が多い</li> <li>22. その他( )</li> <li>23. 特に困難と感じている点はない</li> </ol>

<p>(3)利用者本位に基づくケアプラン作成のために行っている取組み (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の意向の聴き取りを十分に行っている</li> <li>2. 利用者へアセスメント結果を説明し十分理解してもらっている</li> <li>3. 利用者との目標の共有をしている</li> <li>4. 利用者へ複数のサービスの選択肢を示して情報提供している</li> <li>5. 個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの機能、特徴などを説明している</li> <li>6. 利用者との意向が異なる場合、十分に調整している</li> <li>7. 利用者が理解・納得するまで説明している</li> <li>8. 利用後に、利用者がイメージした内容であったか、納得できるものであるか確認している</li> <li>9. 特定のサービスや事業所に誘導することなく、利用者のニーズに応じて提案している</li> <li>10. その他( )</li> <li>11. 特に行っていない</li> </ol>			
<p>(4)認知症の人のケアプラン作成に十分に実施できていない点 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本人の意向や希望を重視してケアプランを作成する</li> <li>2. 家族の意向や希望を重視してケアプランを作成する</li> <li>3. 認知症の重症化予防を重視してケアプランを作成する</li> <li>4. 今後起こり得る変化やリスクを想定してケアプランを作成する</li> <li>5. その他( )</li> </ol>			
<p>(5)ケアプランの説明時に実施している工夫</p>	<p>自由回答:</p>			
<p>(6)利用者・家族へのサービスや事業所の説明に用いる情報源・ツール (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「介護サービス情報公表システム」を使用している</li> <li>2. 行政等で配布されているサービス事業所等の一覧表</li> <li>3. 自法人や自身の所属する事業所が作成した資料を使用している</li> <li>4. 自身で作成した資料や経験を情報源としている</li> <li>5. サービス事業所が配布しているパンフレット等を使用している</li> <li>6. その他( )</li> </ol>			
<p>(7)自立支援という目標を達成するために実施している取組み (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者や家族に対して、介護保険の理念や目的を説明して理解を得ている</li> <li>2. 利用者や家族に対して、自立に向けた利用者自らの取組の重要性を説明して理解を得ている</li> <li>3. 利用者や家族に対して、アセスメント⇒目標⇒サービスのつながりについて理解を得ている</li> <li>4. 自立支援に向け、身体的に改善(悪化)する可能性について多職種から意見を取り入れ、ケアプランを作成・モニタリングしている</li> <li>5. 利用者の置かれた状況(環境等)を踏まえ、精神心理を理解すると共に、より意欲を喚起するはたらきかけを行っている</li> <li>6. 介護サービス事業所や多職種と一緒に、利用者や家族の意欲へ働きかけを行っている</li> <li>7. 自立支援に向けて必要となる地域の関係機関や協力者等にはたらきかけている</li> <li>8. その他( )</li> <li>9. 特に行っていない</li> </ol>			
<p>(8)サービス提供事業所を選定するにあたり重視している点 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の状態をモニタリングして、適切にフィードバックしてくれる</li> <li>2. その他、ケアマネジャーとの連携がうまくいっている</li> <li>3. 利用者の状態像に応じたサービス提供をしてくれる</li> <li>4. 何か問題が生じた場合に適切に対応してくれる</li> <li>5. 貴事業所と同一法人(同系列を含む)のサービス事業所である</li> <li>6. 同一法人(同系列を含む)に複数のサービスがあり、利用しやすい(事業所が所属する法人に限らず)</li> <li>7. 早朝、夜間、休日などのサービス提供に応じてくれる</li> <li>8. 利用者との相性が良い</li> <li>9. 本人または家族の希望</li> <li>10. その他( )</li> </ol>			
<p>(9)地域における各サービス事業所の力量(特徴)を把握していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 把握している</li> <li>2. おおむね把握している</li> <li>3. あまり把握できていない</li> <li>4. どのように把握したらいいか情報がないのでわからない</li> </ol>			
<p>(10)平成29年10月～平成30年9月に、自法人の系列のサービスの利用を、必要性を超えて推奨したことがありますか</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>1. ある      2. ない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1)「1. ある」と回答した場合 当該期間において、回数や提供時間など本来ご利用者の必要とするサービス量を超えたサービスを位置づけたことがありますか</p> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <p>1. ある →</p> <p>2. ない</p> </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p>2)1)で「ある」の場合、その理由(○は1つ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 法人の方針</li> <li>2. 上司の指示</li> <li>3. 自身の判断</li> <li>4. その他( )</li> </ol> </td> </tr> </table>	<p>1. ある      2. ない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1)「1. ある」と回答した場合 当該期間において、回数や提供時間など本来ご利用者の必要とするサービス量を超えたサービスを位置づけたことがありますか</p>	<p>1. ある →</p> <p>2. ない</p>	<p>2)1)で「ある」の場合、その理由(○は1つ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 法人の方針</li> <li>2. 上司の指示</li> <li>3. 自身の判断</li> <li>4. その他( )</li> </ol>
<p>1. ある      2. ない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1)「1. ある」と回答した場合 当該期間において、回数や提供時間など本来ご利用者の必要とするサービス量を超えたサービスを位置づけたことがありますか</p>	<p>1. ある →</p> <p>2. ない</p>	<p>2)1)で「ある」の場合、その理由(○は1つ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 法人の方針</li> <li>2. 上司の指示</li> <li>3. 自身の判断</li> <li>4. その他( )</li> </ol>		

		実施している (担当利用者のうち9割以上)	概ね実施している (担当利用者のうち6~8割程度)	あまり実施していない (担当利用者のうち3~5割程度)	実施していない (担当利用者のうち2割未満)
モニタリング	(11)モニタリングの結果を踏まえた検討の状況 (それぞれ、あてはまるものに○)	1)目標の達成状況を評価し、未達成の場合に原因分析を行っている			
		2)目標の妥当性を検証し、必要と判断された場合は見直しを行っている			
		3)モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合は再アセスメントを実施している			
		4)モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合はサービス担当者会議を開催している			
		5)その他 ( )			
インフォーマル・サポートについて	(12)地域のインフォーマル・サポートをどのように収集していますか (複数回答可)	1. 地域包括支援センターが提供する情報により把握している 2. 地域の事業者連絡会等で情報共有している 3. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーと個別に情報交換している 4. 地域ケア会議を活用して情報収集している 5. 社会福祉協議会・ボランティアセンターを利用して情報収集している 6. 民生委員から情報を収集している 7. その他( ) 8. 収集していない			
	(13)担当している利用者のうち、ケアプランにインフォーマル・サポート(近隣住民、民生委員、ボランティア等)を位置づけているケース数	( ) 件 (平成30年9月給付管理対象者)			
	(14)インフォーマル・サポートをケアプランに導入・管理する場合に問題がある点 (複数回答可)	1. 調整に手間がかかる 2. サービス担当者会議への出席依頼について判断に迷う 3. 個人情報保護の観点から情報提供の範囲の判断に迷う 4. 実際に支援が提供されたかどうかの実績を、確実に確認することが困難である 5. 指定事業と異なるため、支援提供の安定性や継続性に不安がある 6. 事故が起きた場合の責任の所在が不明確 7. ケアマネジャーとしての責任の範囲が不明確 8. インフォーマルな支援者を支えることに労力を要する 9. その他( ) 10. 問題がある点と考える点なかった			
(15)介護保険給付以外にケアプランに位置づけているサービスや支援活動の種類 (複数回答可)	1. 医療保険の訪問看護 2. 訪問診療・往診 3. 行政保健師の訪問 4. 訪問歯科診療 5. 配食サービス 6. 障がい者・難病対象サービス (自立支援法を含む) 7. 軽度生活援助サービス(草むしり等) 8. 外出支援・移送サービス 9. 紙おむつの支給・おむつ代の助成	10. 訪問理美容サービス 11. 民生委員による訪問 12. 緊急通報システム 13. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 14. 成年後見制度 15. 日常生活自立支援事業 16. 家族支援サービス 17. ボランティアによるサロン活動 18. 定期的な安否確認 19. その他( )			

サービス担当者会議	(16) サービス担当者会議の開催頻度 (〇は1つ)	1) 実施頻度の高い利用者の場合		A. 開催頻度 (それぞれ〇は1つ)		B. 典型的利用者像 (複数回答可)		
		2) 実施頻度の低い利用者の場合						
	(17) 一回あたりの開催時間 (該当する数値と利用者像を記入)	1) 標準的な場合		( )分程度				
		2) 特に長い場合		( )分程度				
		特に長い場合における典型的な利用者像 A~C: 〇は1つ D,E: 複数回答可	A	1. 新規	2. 更新	3. 区分変更		
B			1. 軽度	2. 中度	3. 重度			
C	1. 状態安定		2. 状態不安定					
D	1. 子や孫との同居 2. 独居		3. 認認介護	5. その他 ( )				
E	1. 他の制度の利用 2. 退院直後		3. 要求が多い	5. 虐待	6. その他 ( )			
(18) サービス担当者会議の開催について、困難と感じている点 (複数回答可)	1. 本人・家族との日程調整が困難 2. ケアマネジャーが業務多忙のため、サービス担当者会議の調整が困難 3. サービス提供事業者が業務多忙のため日程調整が困難 4. サービス担当者会議を開催するのが、事業所の業務時間外になってしまう 5. サービス提供事業者がサービス担当者会議に出席してくれない 6. サービスや利用者の状況を把握している専門職が出席しない 7. サービス担当者会議に医師に参加してもらいにくい 8. サービス担当者会議を開催する必要性が低い 9. サービス担当者会議を開催する場所が確保できない 10. その他 ( )							
(19) ケアマネジメントのプロセスにおけるICT機器(スマートフォン、タブレット等)の利用状況	1. <u>利用している</u> 2. 利用していない							
1) ICT機器(スマートフォン、タブレット等)を使用している場面(複数回答可)	1. 利用者のアセスメント 2. ケアプラン作成 3. 利用者宅へのモニタリング訪問 4. サービス担当者会議の情報共有 5. その他 ( )							
(20) ICT機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することで実現できている効果 (複数回答可)	1. 自宅から勤務場所への直行・直帰が出来る等業務の効率化が可能 2. 事業所内の情報共有が進む 3. 他機関(他事業所・医療機関)と情報共有が進む 4. 勤務状況、サービス内容等の把握が効率化され管理者が時間を有効に活用出来る 5. 利用者の状態把握が効率的・効果的に行える 6. 同じ様態の過去の利用者の情報を参照できるようになりサービス向上に資する 7. 介護報酬請求に係る業務、利用者負担の請求教務が効率的に行える 8. 記録が手書きより読みやすくなる 9. 記録の管理が効率的に行える 10. 監査や報酬算定上の書類が自動に作成される 11. 転記ミスの減少 12. 特になし 13. その他 ( )							

(21) 個別サービス計画の入手状況と活用方法	1) 個別サービス計画の提出を求めていますか(○は1つ)	1. 求めている 2. 一部求めている ⇒( )割程度 3. 求めていない	
	2) 入手できている個別サービス計画の割合	( )割程度	
	3) 入手できない理由(複数回答可)	1. 事業所の理解がない 2. 業務が多忙で提出を求める余裕がない 3. その他( ) 4. 特にない	
(22) ケアマネジャーとして業務を行う上での不安要素はありますか(複数回答可)	1. 特に不安はない 2. 求められる役割に対して、知識や能力が不足している 3. 求められる役割に対して、経験が不足している 4. 時間配分が適切にできず、業務を効率的に行えない 5. 現在の業務を行う上で能力が不足しているわけではないが、専門職としてさらに向上したいが方法が分からない 6. 業務を遂行する上で事業所・上司からの十分なサポートがない 7. 相談相手がいない 8. その他( )		
(23) 事業所内に主任介護支援専門員はいますか(○は1つ)	1. いる ⇒ 4(24)に進んでください 2. いない ⇒ 5(1)に進んでください		
(24) 【主任介護支援専門員以外の方のお答えください】主任介護支援専門員がいることの効果(複数回答可)	1. 日常の業務等について相談がしやすい 2. 困難事例の対応の負担が軽減される 3. ケアマネジメントの各プロセスについて指導・助言が得られる ⇒指導・助言を求めているプロセス ( ) 4. 他職種との連携が円滑になる 5. 事業所全体のケアマネジメントの質が向上する 6. ケアマネジメントの実施方法について、事業所の共通ルールができる 7. 特に効果はない 8. その他( )		
(25) 【主任介護支援専門員の方のみお答えください】あなたが担う役割について、研修の受講前、受講後であてはまるものに○をつけてください。(複数回答可)		研修受講前	研修受講後
	1) 事業所内で他の介護支援専門員に対する指導・助言	1	1
	2) 事業所内で困難事例を多く担当する	2	2
	3) 事業所内で事例検討会などの開催、進行、指導	3	3
	4) 地域の中の関係機関とのネットワーク構築	4	4
	5) 地域の中の事例検討会や勉強会の企画・講師	5	5
	6) 地域の中で他の介護支援専門員に対する個別の指導援助	6	6
	7) その他 ( )	7	7

## 5. 医療機関等との連携について

(1) 医療機関への通院同行の状況(平成30年9月)(○は1つ)	1. 同行したことがある	2. 同行したことがない
	<b>【同行した場合】</b> 1) 平成30年9月の1か月間に同行した利用者数 ( )人 2) サービス提供地域内の医療機関 延べ同行回数 ( )回、1回あたりに要する時間 ( )時間 3) サービス提供地域外の医療機関 延べ同行回数 ( )回、1回あたりに要する時間 ( )時間	

<p>(2) 通院同行する場合の理由 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主治医意見書では確認できない医療情報が必要</li> <li>2. 具体的な医師の指示や指導が必要</li> <li>3. 利用者が必要な情報を医師に説明できない場合</li> <li>4. 医師からの指導を利用者が理解できない場合</li> <li>5. 医師に利用者の生活に関する具体的な情報を提供する場合</li> <li>6. 服薬状況等に関する相談</li> <li>7. 経済的理由又は、支援者がいない等により、1人で通院できない場合の付き添い</li> <li>8. 急な体調不良により、サービス調整が行えず受診同行しなければならない場合</li> <li>9. 軽度者の福祉用具貸与等、医師の指示に基づく例外的な給付の申請が必要な場合</li> <li>10. 医療系サービスの導入を相談する場合</li> <li>11. 電話、FAX、メール等では、医師とのやりとりができない場合</li> <li>12. 医師との連携強化を図り、ケアプランを手渡しする場合</li> <li>13. やむを得ず院内での付き添いが必要な場合</li> <li>14. その他( )</li> </ol>								
<p>(3) 通院同行した際に医師から収集した情報 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診療内容</li> <li>2. 利用者の病状・予後に関すること</li> <li>3. 利用者の服薬に関すること</li> <li>4. その他療養生活を送る上での留意事項</li> <li>5. その他( )</li> </ol>								
<p>(4) 主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった</li> <li>2. ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった</li> <li>3. ケアプランを提出したが、活用されていない(活用されていることが不明な場合を含む)</li> <li>4. その他( )</li> </ol>								
<p>(5) 服薬管理に関する取組の状況</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="331 945 719 1077"> <p>1) 利用者の服薬内容を把握していますか (○は1つ)</p> </td> <td data-bbox="727 945 1509 1077"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について把握している</li> <li>2. ほとんどの利用者について把握している</li> <li>3. 一部の利用者について把握している</li> <li>4. 把握していない</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 1088 719 1272"> <p>2) 利用者の服薬状況を確認できる体制で支援していますか (○は1つ) ※サービス提供事業者や多職種と連携して確認しているケースを含めてください</p> </td> <td data-bbox="727 1088 1509 1272"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>3. 一部の利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>4. 確認できる体制は整えていない</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 1283 719 1447"> <p>3) 医師や、薬剤師に情報を伝える際の課題はありますか(複数回答可)</p> </td> <td data-bbox="727 1283 1509 1447"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師や薬剤師に情報を伝えるタイミングがない</li> <li>2. 服薬状況において伝えるポイントがわからない</li> <li>3. 医師、薬剤師が情報を求めている</li> <li>4. 課題は特にない</li> <li>5. その他( )</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 1458 719 1666"> <p>4) 医師や薬剤師との連携により利用者の課題分析を行う際に、服薬の副作用の影響を想定したアセスメントやモニタリングを行っていますか(○は1つ) 例: 副作用による眠気があった場合の対応など</p> </td> <td data-bbox="727 1458 1509 1666"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全てのケースで行っている</li> <li>2. 必要に応じて行っている</li> <li>3. 行っていない</li> </ol> </td> </tr> </table>	<p>1) 利用者の服薬内容を把握していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について把握している</li> <li>2. ほとんどの利用者について把握している</li> <li>3. 一部の利用者について把握している</li> <li>4. 把握していない</li> </ol>	<p>2) 利用者の服薬状況を確認できる体制で支援していますか (○は1つ) ※サービス提供事業者や多職種と連携して確認しているケースを含めてください</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>3. 一部の利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>4. 確認できる体制は整えていない</li> </ol>	<p>3) 医師や、薬剤師に情報を伝える際の課題はありますか(複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師や薬剤師に情報を伝えるタイミングがない</li> <li>2. 服薬状況において伝えるポイントがわからない</li> <li>3. 医師、薬剤師が情報を求めている</li> <li>4. 課題は特にない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>	<p>4) 医師や薬剤師との連携により利用者の課題分析を行う際に、服薬の副作用の影響を想定したアセスメントやモニタリングを行っていますか(○は1つ) 例: 副作用による眠気があった場合の対応など</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全てのケースで行っている</li> <li>2. 必要に応じて行っている</li> <li>3. 行っていない</li> </ol>
<p>1) 利用者の服薬内容を把握していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について把握している</li> <li>2. ほとんどの利用者について把握している</li> <li>3. 一部の利用者について把握している</li> <li>4. 把握していない</li> </ol>								
<p>2) 利用者の服薬状況を確認できる体制で支援していますか (○は1つ) ※サービス提供事業者や多職種と連携して確認しているケースを含めてください</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>3. 一部の利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>4. 確認できる体制は整えていない</li> </ol>								
<p>3) 医師や、薬剤師に情報を伝える際の課題はありますか(複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師や薬剤師に情報を伝えるタイミングがない</li> <li>2. 服薬状況において伝えるポイントがわからない</li> <li>3. 医師、薬剤師が情報を求めている</li> <li>4. 課題は特にない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>								
<p>4) 医師や薬剤師との連携により利用者の課題分析を行う際に、服薬の副作用の影響を想定したアセスメントやモニタリングを行っていますか(○は1つ) 例: 副作用による眠気があった場合の対応など</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全てのケースで行っている</li> <li>2. 必要に応じて行っている</li> <li>3. 行っていない</li> </ol>								
<p>(6) 口腔や嚥下の問題に対する取組の状況</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="331 1677 719 1809"> <p>1) アセスメントやモニタリングの際、利用者の口腔や嚥下の機能を確認していますか (○は1つ)</p> </td> <td data-bbox="727 1677 1509 1809"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>3. 一部の利用者のみ確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>4. 全く確認していない →(7)へ</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 1821 719 1939"> <p>2) ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか (○は1つ)</p> </td> <td data-bbox="727 1821 1509 1939"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. チェックシート等のツールを活用している</li> <li>2. 特に活用していない</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 1951 719 2076"> <p>3) 訪問介護事業所等から口腔・嚥下に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか(○は1つ)</p> </td> <td data-bbox="727 1951 1509 2076"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問介護等を利用している全ての利用者について情報を得ている</li> <li>2. 訪問介護等を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている</li> <li>3. 訪問介護等を利用している一部の利用者について情報を得ている</li> <li>4. 情報を得ていない</li> </ol> </td> </tr> </table>	<p>1) アセスメントやモニタリングの際、利用者の口腔や嚥下の機能を確認していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>3. 一部の利用者のみ確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>4. 全く確認していない →(7)へ</li> </ol>	<p>2) ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. チェックシート等のツールを活用している</li> <li>2. 特に活用していない</li> </ol>	<p>3) 訪問介護事業所等から口腔・嚥下に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問介護等を利用している全ての利用者について情報を得ている</li> <li>2. 訪問介護等を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている</li> <li>3. 訪問介護等を利用している一部の利用者について情報を得ている</li> <li>4. 情報を得ていない</li> </ol>		
<p>1) アセスメントやモニタリングの際、利用者の口腔や嚥下の機能を確認していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>3. 一部の利用者のみ確認している →(6) 2)～7)へ</li> <li>4. 全く確認していない →(7)へ</li> </ol>								
<p>2) ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. チェックシート等のツールを活用している</li> <li>2. 特に活用していない</li> </ol>								
<p>3) 訪問介護事業所等から口腔・嚥下に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問介護等を利用している全ての利用者について情報を得ている</li> <li>2. 訪問介護等を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている</li> <li>3. 訪問介護等を利用している一部の利用者について情報を得ている</li> <li>4. 情報を得ていない</li> </ol>								

	4) 口腔や嚥下の機能に問題があると疑われる場合、他の職種と連携していますか (○は1つ)	1. 連携している ( ) 件 2. 連携していない ( ) 件	【連携している場合】 どの職種と連携していますか(複数回答可) 1. 医師(主治医) 5. 看護師・准看護師 2. 医師(主治医以外) 6. 言語聴覚士 3. 歯科医師 7. その他( ) 4. 歯科衛生士	
	5) 訪問介護事業所等から得た口腔・嚥下に関する情報、利用者の状態像を連携する医師や、歯科医師に提供していますか (○は1つ)	1. 訪問介護等を利用している利用者の全てのケースで行っている 2. 訪問介護等を利用している利用者の必要に応じて行っている 3. 行っていない		
	6) 口腔、嚥下における他の職種との連携において課題は、ありますか (複数回答可)	1. 他職種に情報を伝えるタイミングや伝え方が難しい 2. 口腔、嚥下において伝えるポイントがわからない 3. 他職種が情報を求めている 4. 課題は特にない 5. その他( )		
	7) 歯の痛みや入れ歯の破損などについて利用者から相談を受けた場合、連携する歯科医師又は歯科衛生士はいますか (○は1つ)	1. 連携する歯科医師及び歯科衛生士がいる 2. 連携する歯科医師がいる 3. 連携する歯科衛生士がいる 4. 連携する歯科医師及び歯科衛生士がいない 5. 利用者から相談を受けたことがない		
(7) 褥瘡の問題に対する取組の状況	1) アセスメントやモニタリングの際、利用者の褥瘡の状態を確認していますか(○は1つ)	1. 全ての利用者について確認している →(7) 2)~6)へ 2. ほとんどの利用者について確認している →(7) 2)~6)へ 3. 一部の利用者のみ確認している →(7) 2)~6)へ 4. 全く確認していない →6. へ		
	2) ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか (○は1つ)	1. チェックシート等のツールを活用している 2. 特に活用していない		
	3) 訪問介護事業所等から褥瘡に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか(○は1つ)	1. 訪問介護等を利用している全ての利用者について情報を得ている 2. 訪問介護等を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている 3. 訪問介護等を利用している一部の利用者について情報を得ている 4. 情報を得ていない 5. その他		
	4) 褥瘡があると疑われる場合、他の職種と連携していますか (○は1つ)	1. 連携している ( ) 件 2. 連携していない ( ) 件	【連携している場合】 どの職種と連携していますか(複数回答可) 1. 医師(主治医) 5. 作業療法士 2. 医師(主治医以外) 6. 栄養士・管理栄養士 3. 看護師・准看護師 7. その他( ) 4. 理学療法士	
	5) 訪問介護事業所等から得た褥瘡に関する情報、利用者の状態像を連携する医師に提供していますか(○は1つ)	1. 訪問介護等を利用している利用者の全てのケースで行っている 2. 訪問介護等を利用している利用者の必要に応じて行っている 3. 行っていない		
	6) 褥瘡における他の職種との連携の課題は、ありますか(複数回答可)	1. 他職種に情報を伝えるタイミングがない 2. 褥瘡において伝えるポイントがわからない 3. 他職種が情報を求めている 4. 連携できる専門職はいない 5. 課題は特にない 6. その他( )		

6. 地域との連携について	
(1) ケアマネジャー個人としての主な連携先 (複数回答可)	1. 地域包括支援センター 2. 医師・歯科医師 3. 社会福祉協議会・地域のボランティアセンター・住民参加型在宅福祉サービス 4. 民生委員 5. 市町村の担当部署の職員 6. 認知症地域支援推進員 7. 認知症初期集中支援チーム 8. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャー 9. その他( )
(2) 上記の連携先のうち連携の必要があるが、連携しにくい機関 (選択肢の番号を記載)	( ) 自由回答:

7. ケアマネジャーの仕事について
ケアマネジャーの仕事について、日ごろ感じていること、思っていること、基準や事務上での効率化のための改善案などを自由に記入してください (記入欄が足りないときは、別紙に記入して本票と一緒に封入してください)

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

居宅介護支援事業所 利用者調査票

※ 平成 30 年 9 月 1 日までにケアプランについて同意を得ている利用者の中から、実施要領に示した選定方法に従って利用者を選定してください。

※ この調査票は、この利用者を担当しているケアマネジャーの方がご記入ください。

※ ケアマネジャーID の欄には、管理者から連絡された ID を記入してください。

※ 利用者 ID の欄には、調査対象となった利用者様について、ケアマネジャーごとに連番を記入してください。利用者 ID は、別紙の利用者本人調査票と対応するように番号を揃えてください。調査対象となった利用者様が 1 名の場合も「1」と記入してください。

必ず記入  
して下さい

ケアマネジャーID :

利用者 ID :

1. 利用者の属性等について

(1)性別	(2)年齢	(3)利用開始年月日	
男・女	( )歳	平成( )年( )月( )日	
(4)平成 30 年 9 月分の居宅介護支援費および介護予防支援費の加算・減算該当の有無(それぞれ○は1つ)	居宅介護支援	初回加算	1. 該当する 2. 該当しない
		運営基準減算	1. 該当する 2. 該当しない
		中山間地域等に住居するものへのサービス提供加算	1. 該当する 2. 該当しない
		看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない
		緊急時等居宅カンファレンス加算	1. 該当する 2. 該当しない
	介護予防支援	初回加算	1. 該当する 2. 該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1. 該当する 2. 該当しない

2. 利用者の心身状況、介護者、経済状態等について(平成 30 年 10 月 3 日現在)

(1)現在の要介護度(○は1つ)	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 8. その他(認定申請中)
(2)障害高齢者の日常生活自立度(○は1つ) ※ケアマネジャーの判断による状態	1. 自立 2. J 3. A 4. B 5. C
(3)認知症高齢者の日常生活自立度(○は1つ)	1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明
(4)当該利用者は右記の困難等のケースに該当しますか(複数回答可)	1. 医療ニーズが高い 2. 入退院を繰り返す 3. 医療保険未加入 4. 本人と家族の意向が異なる 5. ケアマネジャーが必要と考えるサービスを受け入れない 6. 認知症など意思表示が困難である 7. 自己負担できる金額に制限がある 8. 生活困窮者※1 9. 独居 10. 虐待又はその疑いがある 11. 状態の変化が著しい 12. 介護保険法以外の生活保護法や障害者自立支援法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、難病医療など他の公的サービスと重複している 13. 排泄介助が必要 14. その他( ) 15. いずれにも該当しない

※1 生活困窮者自立支援法による生活困窮者とは「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」を指す

(5)平成30年10月3日時点で罹患している傷病 (複数回答可)  回答に際して、主治医意見書の内容などを参照してください。	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常症) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. <u>がん(新生物・悪性腫瘍)</u>	12. 血液・免疫の病気 13. うつ病・精神疾患 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. 歯科疾患 19. その他の難病 20. その他( ) 21. 把握していない 22. ない	
	1)がんの部位 (全て記入ください)		
2)末期がんの有無 (○は1つ)	1. 末期がん該当する	2. 末期がん該当しない	
(6)同居者(※2)の有無 (○は1つ)	1. 有	2. 無	
(「1. 有」の場合) 1)同居者の続柄(複数回答可)	1. 配偶者 2. 子(息子) 3. 子(娘) 4. 子(息子)の配偶者	5. 子(娘)の配偶者 6. 親(父母) 7. 兄弟姉妹 8. 孫・おい・めい	9. 友人・知人 10. その他 ( )
(「1. 有」の場合) 2)福祉等の支援が必要にもかかわらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可)	1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる 2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる 3. 経済上の問題を抱えている家族がいる 4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる 5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる 6. その他( )		
(7)家族介護者等の有無(○は1つ)	1. 有	2. 無	
(「1. 有」の場合) 家族介護者等の状況 (複数回答可)	1. 特に問題はない 2. 介護する人が高齢(65歳以上) 3. 介護する人が弱等心身の問題がある 4. 介護する人が要支援・要介護 5. 介護を必要とする人が複数いる 6. 仕事のため十分に介護できない 7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則 8. 自営業のため介護に十分対応できない	9. 育児を行っている 10. 同居しておらず介護の頻度が月1回未満 11. 家族が遠方にいる 12. 介護する人が介護に消極的 13. 家族・介護者の意見が異なる 14. 家族の意向が強く、振り回される 15. その他( )	
(8)現在の住まい(○は1つ)	1. 自宅(持家マンション、家族・親戚宅含む) 2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む)	4. 特定施設(2・3以外) 5. 2～4以外の集合住宅(賃貸) 6. その他	
(「2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む)」の場合(○は1つ))	3. 特定施設(有料老人ホーム)	( )	
1)貴事業所の同一法人(同系列含む)のサービス付き高齢者住宅に居住 2)貴事業所の同一法人(同系列含む)以外のサービス付き高齢者住宅に居住			
(9)生活保護(○は1つ)	1. 受給している	2. 受給していない	3. 不明
(10)現在の主治医(複数回答可)	1. 通院(病院)	2. 通院(診療所)	3. 訪問診療 4. 主治医はいない
1)医療機関の規模(病床数)	( )床	( )床	
2)このケースにおける主治医との連携の状況(複数回答可)	1. 主治医意見書を取得した医師に対してケアプランを提示した 2. 利用者の受診時に同行したことがある 3. 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 4. 主治医はサービス担当者会議に出席してくれている 5. 病状(予後・改善可能性)について説明を受けている 6. その他( )		

※2 同居とは、一つの家、または同敷地内に居住している場合。同じマンションも同居と見なす。

### 3. サービス利用状況について

(1)介護保険サービスの利用状況 (複数回答可) (総合事業を除く) ※介護予防含む	平成30年9月中に利用しているもの (複数回答可)		個別サービス計画の取得 (複数回答可)	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの (複数回答可)		平成30年9月中に利用しているもの (複数回答可)		個別サービス計画の取得 (複数回答可)	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの (複数回答可)
	うち、併設のサービス (複数回答可) ※3					うち、併設のサービス (複数回答可) ※3			
1)訪問介護	1	1	1	1	8)短期入所生活介護※	8	8	8	8
2)訪問入浴介護※	2	2			9)短期入所療養介護※	9	9	9	9
3)訪問看護(医療保険除く)※	3	3	3	3	10)福祉用具貸与※	10	10	10	10
4)訪問リハビリテーション	4	4	4	4	11)特定福祉用具販売※	11	11	11	11
5)居宅療養管理指導 (計画書ではなく報告書についてご回答ください)	5	5	5	5	12)住宅改修(これまでの利用の有無)※	12	12	12	12
6)通所介護	6	6	6	6	13)夜間対応型訪問介護※	13	13	13	13
7)通所リハビリテーション※	7	7	7	7	14)認知症対応型通所介護	14	14	14	14
					15)定期巡回・随時対応型訪問介護看護※	15	15	15	15
(2)その他のサービス利用状況 (9月中)(複数回答可) ※医療保険、介護予防・日常生活支援総合事業も含む	1. 総合事業における訪問型サービス 2. 総合事業における通所型サービス 3. 総合事業におけるその他生活支援サービス 4. 医療保険の訪問看護 5. 訪問診療・往診 6. 行政保健師の訪問 7. 訪問歯科診療 8. 配食サービス 9. 障害者・難病対象サービス(自立支援法を含む) 10. 軽度生活援助サービス(草むしり等) 11. 外出支援・移送サービス				12. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 13. 訪問理美容サービス 14. 民生委員による訪問 15. 緊急通報システム 16. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 17. 成年後見制度 18. 日常生活自立支援事業 19. 家族支援サービス 20. ボランティアによるサロン活動 21. 定期的な安否確認 22. その他( )				

※3 「併設」とは、貴居宅介護支援事業所と同一法人(同系列含む)の施設・事務所をさします。

### 4. ケアプランの作成およびサービス担当者会議等の実施状況

ケアマネジメント全体	(1)ケアマネジメントの各プロセスの説明状況 (○はそれぞれに1つ)	ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度				
		本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない
	1)アセスメントの結果	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	2)長期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	3)短期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	4)ケアプラン原案	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	5)介護保険で使えるサービスの種類	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	6)利用するサービスを自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	7)サービス提供事業者を自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5

	(1) ケアマネジメントの各プロセスの説明状況 (○はそれぞれに1つ)	ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度				
		本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない
	8) ケアマネジャーを選べる(変更できる)こと	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	9) サービス担当者会議の結果(本人・家族が参加しなかった場合)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	10) 確定したケアプラン	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	11) 介護サービスの自己負担額	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
アセスメント	(2) この利用者においてアセスメントで重視している(した)点 ※特に重視している点上位5つを選択	1. 本人が困っていること、心配していること 2. 家族が困っていること、心配していること 3. 本人が希望する生活や介護サービス 4. 家族が希望する生活や介護サービス 5. 本人の生活歴(大事にしてきたこと、こだわり) 6. 本人の生活状況 7. 本人の価値観 8. 認知症の診断名(原因疾患) 9. 認知症の重症度 10. 認知機能障害の特徴 11. 行動・心理症状(BPSD)の有無 12. 行動・心理症状(BPSD)が生じる要因								13. 身体の状態(睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等) 14. 手段的日常生活動作(IADL) 15. 身体的日常生活動作(ADL) 16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況 17. 居住環境 18. 経済状況 19. 家族状況・介護力 20. その他( )				
	1) 上記のうち把握しづらいこと(把握するのが難しいこと)は何ですか(複数回答可)	1. 本人が困っていること、心配していること 2. 家族が困っていること、心配していること 3. 本人が希望する生活や介護サービス 4. 家族が希望する生活や介護サービス 5. 本人の生活歴(大事にしてきたこと、こだわり) 6. 本人の生活状況 7. 本人の価値観 8. 認知症の診断名(原因疾患) 9. 認知症の重症度 10. 認知機能障害の特徴 11. 行動・心理症状(BPSD)の有無 12. 行動・心理症状(BPSD)が生じる要因								13. 身体の状態(睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等) 14. 手段的日常生活動作(IADL) 15. 身体的日常生活動作(ADL) 16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況 17. 居住環境 18. 経済状況 19. 家族状況・介護力 20. その他( )				
	(3) この利用者においてアセスメント結果の説明時に実施している(した)工夫	自由回答:												
	(4) アセスメントの結果、新たに医療機関の受診が必要と考えたことがありますか(○は1つ)	1. ある    2. ない		理由(複数回答可) 1. 認知症の症状等が見られ、専門医の診断が必要 2. 身体的不調により対応が必要 3. その他( )										
2) 専門医の受診につなげましたか(○は1つ)	1. 受診につなげた 2. 受診につなげていない		【つなげていない理由】(複数回答可) 1. 本人が受診を希望しないため 2. 家族が受診を希望しないため 3. 本人の意思決定が困難のため 4. 通院が困難であるため 5. 地域に専門の医師がないため 6. 予約がとりにくいため 7. 主治医が必要ないと考えたため 8. 今後受診する予定である 9. その他( )											

	3) 本人の希望を聞き自己決定してもらう上で、どのように支援しましたか(複数回答可)	1. 本人が理解出来るように時間をかけてわかりやすく、丁寧に受け入れやすいように説明した 2. 家族・後見人を通じて理解してもらうようにした 3. 本人の考え方や気持ちを理解するように努めた 4. ケアマネジャー(自分)以外の視点で関わるように努めた 5. その他( )				
ケアプランの作成	(5) ケアプラン新規作成・変更(平成30年9月中)(複数回答可)	1. 9月中に新規作成した 2. 9月中に変更した ⇒要介護認定の更新・区分変更の結果を踏まえた変更であったか(1. はい 2. いいえ) 3. 9月中は新規作成も変更もしていない ⇒前回のケアプラン見直し時期( )年( )月				
	(6) 直近のケアプラン作成・変更にあたって、必要な情報を他職種から入手したのはいつですか(○は1つ)	1. 継続ケースの場合、日常的に把握していた 2. サービス担当者会議開催前に連絡し入手した 3. サービス担当者会議を開催(他職種からの書面含む)した際に入手した 4. その他( ) 5. 情報は得ていない				
	(7) 現在のケアプランのサービス種類の希望・提案(複数回答可)	1. 利用者が現在のサービスを希望 2. 家族が現在のサービスを希望 3. ケアマネジャーが現在のサービスを提案 4. その他( )				
	(8) 現在のケアプランのサービス提供事業所の選択(複数回答可)	1. 利用者が現在の事業所を希望 2. 家族が現在の事業所を希望 3. ケアマネジャーが現在の事業所を提案 4. その他( )				
サービス担当者会議	(9) (6)において回答したケアプランの作成・変更について、直近のサービス担当者会議の開催状況をお答えください					
	1) 開催した場合	出席状況 主治医以降の「※」部分については、サービス種別等(インフォーマル・サポートも含む)を全て記載してください	参加者	出欠状況(それぞれ○は1つ)	欠席の場合	
			本人	1. 出席 2. 欠席	ケアマネジャーからの意見照会の有無(それぞれ○は1つ)	事業所等からケアマネジャーへの回答の有無(それぞれ○は1つ)
			家族	1. 出席 2. 欠席		
			主治医	1. 出席 2. 欠席	1. 有 2. 無	1. 有 2. 無
			※	1. 出席 2. 欠席	1. 有 2. 無	1. 有 2. 無
			※	1. 出席 2. 欠席	1. 有 2. 無	1. 有 2. 無
※			1. 出席 2. 欠席	1. 有 2. 無	1. 有 2. 無	
協議内容(複数回答可)	1. 本人の意向の確認 2. 家族の意向の確認 3. ケアプラン原案に対する協議 4. サービス提供状況の報告、共有 5. サービス提供、支援内容に関する調整 6. 利用者の状態の報告、共有 7. ケアプラン変更の必要性に関する協議 8. ケアプランの変更にかかわらず、課題の解決に向けた話し合い 9. 利用者の家族を事由とした、課題の解決についての話し合い 10. その他( )					
協議の状況(複数回答可)	1. 多職種から積極的な発言、提案があった 2. 参加者による活発な協議、意見交換を経て合意された 3. 一部の職種のみが発言し、議論に参加していた 4. 報告、連絡事項のみが共有され、そのまま承認された 5. その他( )					
2) 開催しなかった場合	開催していない理由(複数回答可)	1. 要介護認定の更新・区分変更を行わなかった 2. ケアプランの変更がなかった 3. 利用者・家族との日程調整がつかなかった 4. 他事業所との日程調整がつかなかった 5. ケアマネジャーが多忙のため開催できなかった 6. その他( )				

(10)利用者についてのサービス担当者会議の開催回数	【平成 29 年 10 月～平成 30 年9月の開催回数】	( )回
	【平成 30 年9月中の開催回数】	( )回
(11)利用者の家族のためだけに実施する連絡・相談について ※内容及び方法別の頻度について	1) 利用者の家族のためだけに実施する連絡・相談することはありませんか(○は1つ)	1. はい      2. いいえ →(12)へ
	2) 連絡・相談する家族の状況	1. 同居している家族      2. 別居している家族(二世帯同居含む) 3. 本人に関与する家族はいない
	家族の居住地(利用者宅からの最短の所要時間)(○は1つ)	1. 2世帯同居 2. 徒歩で5分以内 3. 何らかの交通手段で 30 分以内(徒歩のみを含む) 4. 何らかの交通手段で1時間以内 5. 1時間より時間を要する
	3) 利用者の家族のみに連絡・相談する場合の内容(複数回答可)	1. 家族の意向の確認 2. 家族介護者の健康状態の把握 3. 家族の状況に関する確認 4. 次月の計画に関するサービスの確認と調整 5. 本人と家族の意向が異なる場合の調整 6. 本人や将来に対する不安についての相談 7. 家族に対する労い 8. 不満への対応(サービスに対して、現状の介護について、本人等について) 9. 介護に対する意識の確認とはたらきかけ 10. その他( )
	4) 現在(直近数か月程度)の本人を除く家族への訪問頻度(○は1つ)	1. 月 1 回より多い      2. 月 1 程度      3. 数か月に 1 回 4. 実施していない
	月 1 回よりも訪問が多い理由	
	5) 訪問以外の方法	頻度(それぞれ○は1つ)
	ア. 電話	1. 週 1 回以上      4. 2ヶ月に 1 回 2. 隔週      5. 3ヶ月に 1 回 3. 月 1 回      6. していない
	イ. FAX	1. 週 1 回以上      4. 2ヶ月に 1 回 2. 隔週      5. 3ヶ月に 1 回 3. 月 1 回      6. していない
	ウ. メール・SNS 等	1. 週 1 回以上      4. 2ヶ月に 1 回 2. 隔週      5. 3ヶ月に 1 回 3. 月 1 回      6. していない
エ. その他 ( )	1. 週 1 回以上      4. 2ヶ月に 1 回 2. 隔週      5. 3ヶ月に 1 回 3. 月 1 回      6. していない	
(12)サービス提供事業所のサービスに対するモニタリングについて ※内容及び方法別の頻度について	内容(複数回答可)	1. 目標達成の状況 2. 利用者の心身状態の変化 3. 事業所からの提案 4. ケアプランの変更の必要性の有無 5. 利用者から事業所への要望、不満への対応 6. トラブルや事故の未然防止に関すること 7. その他( )
	方法	頻度(それぞれ○は1つ)
	ア. 訪問	1. 週 1 回以上      4. 2ヶ月に 1 回 2. 隔週      5. 3ヶ月に 1 回 3. 月 1 回      6. していない

	イ. 電話	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
	ウ. FAX	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
	エ. メール・SNS 等	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
	オ. その他 ( )	1. 週 1 回以上 2. 隔週 3. 月 1 回	4. 2ヶ月に 1 回 5. 3ヶ月に 1 回 6. していない
(13) アセスメントやモニタリングの際、利用者の状態を確認していますか(○は1つ)	服薬管理	口腔や嚥下の機能	褥瘡の状況
(14) 訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像を主治医等に提供していますか(○はそれぞれ1つ)	1. 確認している 2. 確認していない	1. 確認している 2. 確認していない	1. 確認している 2. 確認していない
	1. 提供している 2. 提供していない ↓	1. 提供している 2. 提供していない ↓	1. 提供している 2. 提供していない ↓
	【提供していない理由】 1. 主治医等がない 2. 主治医等がいるが連絡がつかない 3. その他( )	【提供していない理由】 1. 主治医等がない 2. 主治医等がいるが連絡がつかない 3. その他( )	【提供していない理由】 1. 主治医等がない 2. 主治医等がいるが連絡がつかない 3. その他( )
(15) 利用者が認知症であるかどうかをどのように確認していましたか(複数回答可)	1. 本人の会話、身なり、行動、生活環境等から確認する 2. 家族や介護者からの本人の日常生活に関する情報を収集して確認する 3. サービス事業所等から情報を収集して確認する 4. 近隣住民や本人の知人等から情報を収集して確認する 5. 主治医意見書や医師からの情報で確認する 6. 認知症専門医の診断結果を確認する 7. その他( )		

## 5. 医療連携及び看取りの状況

(1) このケースでの入院、退院、看取りの有無について	直近 1 年間の入院の有無(○は1つ)	1. <u>入院した</u> →「5-(1)入院時における医療連携について」に回答ください 2. 入院していない
	直近 1 年間の退院の有無※4(○は1つ)	1. <u>退院した</u> →「5-(2)退院時における医療連携について」に回答ください 2. 退院していない
	看取りの状況※5(○は1つ)	1. <u>看取りを行った</u> →「5-(3)看取りについて」に回答ください 2. 看取りには該当しない

※4 介護老人保健施設からの退所は除く

※5 看取りとは、医師が終末期と判断し、本人もしくは家族から同意を得て、ケアマネジャーが医師等と連携し必要な支援を行ったケース。最終的な死亡場所は問わない。

5-(1)入院時における医療連携について 【このケースで、「入院した」に該当する場合、回答ください】

1) 入院の契機となった状態像・外傷(複数回答可)	1. めまい 2. 発熱・不明熱 3. 頭部外傷 4. 頭部以外の外傷・火傷 5. 脱水・熱中症	6. 意識喪失 7. むくみ・浮腫 8. 骨や関節の異常・痛み 9. 食欲低下・摂取不可 10. 体動困難・歩行困難	11. 体調不良・体力低下・疲労 12. アルコール依存症 13. その他( ) 14. 把握していない
2) 入院の契機となった疾患回答に際して、主治医意見書の内容等を参照してください。(〇は1つ)	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常症) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物・悪性腫瘍)	12. 血液・免疫の病気 13. うつ病・精神疾患 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. 歯科疾患 19. その他の難病 20. その他( ) 21. 把握していない 22. ない	
1) がんの部位	(全て記入)		
2) 末期がんの有無(〇は1つ)	1. 末期がん該当する      2. 末期がん該当しない		
3) このケースの入院時情報連携加算の算定状況(〇は1つ)	1. 最近1年間(平成29年10月～平成30年9月)に算定したことがある ⇒ 入退院時情報加算の種類(複数回答可) 2. 最近1年間に算定していない		
4) 入院前の連携の状況(複数回答可)	1. 入院前に利用者の情報を書面で送付し提供した 2. 入院前に医療機関を訪問し情報提供した	3. 入院前に電話・メール等で情報提供した 4. 入院前に利用者宅に同行訪問した	
5) 入院時の連携の状況(複数回答可)	1. 入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した 2. 入院時に医療機関を訪問し情報提供をした 3. 退院が決定する前に経過や退院時期について病院側に確認した 4. 退院が決定する前に退院後の生活について病院側と意見交換した 5. その他( ) 6. 情報提供していない	1. または2. と回答した場合 【情報提供した日】 入院後( )日目 (入院した日を1日目とする)	
6) 入院時に情報提供を行った職種(複数回答可)	1. 医師 2. 病棟の担当看護師・准看護師 3. 病棟の入退院支援専従の看護師 4. 病棟の師長・主任看護師 5. 病棟のその他の看護師・准看護師(3かどうか不明の場合も含む)	6. 病棟の入退院支援専従の社会福祉士 7. 入退院支援部門の看護師 8. 入退院支援部門の社会福祉士 9. その他( ) 10. やりとりしていない	
7) 入院時の情報提供において困難と感じた点(複数回答可)	1. この利用者が入院したことについて、すぐにわからなかった 2. 事業所において利用者の入院時に情報提供をする手段や方法が定まっていなかった 3. 医療機関との入院時の連携の窓口や担当者がわからなかった 4. 医療機関に提供する情報をまとめることが難しかった 5. 医療機関がどのような情報を必要としているのかわかりにくかった 6. 入院当初に訪問を求められるが、医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しかった 7. 医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しかった 8. 医療機関において情報提供を受け入れる体制が整っていなかった 9. 医療機関から情報提供を求められなかった 10. 医療機関へ提供した情報が活用されなかった 11. 医療機関の職員が多忙であることを理由に時間をとってもらえなかった 12. 医療機関から情報を求められても多忙のため対応できなかった 13. 利用者が情報提供を拒否した 14. 家族が情報提供を拒否した 15. 遠方の医療機関のため連絡しにくかった 16. 医療機関から訪問の依頼を受けた際に、対応することが難しかった 17. 利用者の入院中の変化について医療機関から伝えてもらえなかった 18. 自分自身に医療に関する知識が十分でないことに不安を感じた 19. 医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれなかった 20. その他( ) 21. 特にない		

5-(2)退院時における医療連携について

【このケースで、「退院した」に該当する場合、回答ください】

1)2)は、5-(1)で記入している場合は、回答不要です。

1) 入院の契機となった状態像・外傷(複数回答可)	1. めまい 2. 発熱・不明熱 3. 頭部外傷 4. 頭部以外の外傷・火傷 5. 脱水・熱中症	6. 意識喪失 7. むくみ・浮腫 8. 骨や関節の異常・痛み 9. 食欲低下・摂取不可 10. 体動困難・歩行困難	11. 体調不良・体力低下・疲労 12. アルコール依存症 13. その他( ) 14. 把握していない	
2) 入院の契機となった疾患回答に際して、主治医意見書の内容等を参照してください。(〇は1つ)	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常症) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物・悪性腫瘍)		12. 血液・免疫の病気 13. うつ病・精神疾患 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. 歯科疾患 19. その他の難病 20. その他( ) 21. 把握していない 22. ない	
1) がんの部位	(全て記入)			
2) 末期がんの有無(〇は1つ)	1. 末期がん該当する      2. 末期がん該当しない			
3) 入院前の給付管理状況(〇は1つ)	1. 入院前から自分が給付管理をしており、退院後、再度給付管理の担当となった 2. 入院前は要介護認定を受けておらず、退院後から給付管理の担当となった 3. 入院前は自法人(同系列を含む)の別のケアマネジャーが給付管理をしていた 4. 入院前は他法人のケアマネジャーが給付管理をしていた 5. 入院前の情報は得ていない			
4) 入院期間中の連携状況(複数回答可)	1. 退院に向けたカンファレンスの開催を依頼した 2. 介護サービスや申請手続きの情報を本人・家族に伝えるために連携した 3. 入院中から、在宅の医療機関や訪問看護と連絡をとり、退院に備えた 4. 在宅復帰の可能性を高められるように介護サービスや、インフォーマルサービスの体制を連携し受入体制の調整を行った 5. 在宅復帰の可能性を高められるように家族や介護者についての受入体制の調整を行った 6. 在宅で受け入れられる体制について入院元に提案を行った 7. その他( ) 8. 特に連携はしていない			
5) 退院に向けた連携窓口の職種(複数回答可)	1. 医師 2. 病棟の担当看護師・准看護師 3. 病棟の入退院支援専従の看護師 4. 病棟の師長・主任看護師 5. 病棟のその他の看護師・准看護師 (3かどうか不明の場合も含む)	6. 病棟の入退院支援専従の社会福祉士 7. 入退院支援部門の看護師 8. 入退院支援部門の社会福祉士 9. その他( ) 10. やりとりしていない		
6) 退院時カンファレンスへの出席の有無	1. 出席した	2. 出席しなかった →理由(複数回答可)回答のうえ7)へ	1. 業務多忙で出席できなかった 2. 退院時カンファレンスに呼ばれなかった 3. 退院時カンファレンスが開催されなかった 4. その他( )	
【出席した場合】退院時カンファレンスの状況について	延べ所要時間		( )時間( )分	
	出席者(複数回答可)	【利用者側】	【在宅支援側の関係者】サービス種別	
		【入院・医療機関側】	(括弧内に出席者の職種(右欄の番号)を記入してください)	職種
	1. 本人 2. 家族	3. 医師 4. 看護師・准看護師 5. PT、ST、OT 6. 栄養士、管理栄養士 7. 薬剤師 8. MSW 9. その他( )	10. 病院・診療所( ) 11. 訪問介護( ) 12. 訪問リハ( ) 13. 通所介護( ) 14. 通所リハ( ) 15. 地域密着型サービス( ) 16. 福祉用具貸与( ) 17. 地域包括支援センター( ) 18. その他(サービス: ) (職種: )	1. 医師 2. 看護師・准看護師 3. PT、ST、OT 4. 栄養士、管理栄養士 5. 薬剤師 6. 福祉用具専門相談員 7. 介護職員 (直接ケアにあたる職員) 8. 訪問介護のサービス提供責任者 9. 地域包括支援センター職員 10. その他( )

【出席した場合】 退院時カンファレンスに向けて準備したこと (複数回答可)	1. 医療機関に、退院時カンファレンスに出席してもらいたいサービス提供事業所・職種を提案した 2. 在宅療養を行う上での疑問や、想定される課題を整理した 3. ケアプランに位置づけることが想定されるサービスに関わる職種から情報を収集した 4. ケアプランの原案をあらかじめ作成した 5. その他 ( )																																
7) 退院・退所加算の算定有無 (○は1つ)	1. 最近1年間(平成29年10月～平成30年9月)に算定したことがある 2. 最近1年間に算定していない																																
退院・退所加算の算定状況 (○はそれぞれ1つ)	平成29年10月～平成30年3月			平成30年4月～9月																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>会議(※)有無</th> <th>該当するもの</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">連携1回</td> <td>会議無し</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td>会議有り</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">連携2回</td> <td>会議無し</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td>会議有り</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">連携3回</td> <td>会議有り</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> </tbody> </table> ※退院時カンファレンス等		会議(※)有無	該当するもの	連携1回	会議無し	1. 有 2. 無	会議有り	1. 有 2. 無	連携2回	会議無し	1. 有 2. 無	会議有り	1. 有 2. 無	連携3回	会議有り	1. 有 2. 無	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>会議(※)有無</th> <th>該当するもの</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">加算(I)</td> <td>会議無し</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td>会議有り</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">加算(II)</td> <td>会議無し</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td>会議有り</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">加算(III)</td> <td>会議有り</td> <td>1. 有 2. 無</td> </tr> </tbody> </table> ※退院時カンファレンス等		会議(※)有無	該当するもの	加算(I)	会議無し	1. 有 2. 無	会議有り	1. 有 2. 無	加算(II)	会議無し	1. 有 2. 無	会議有り	1. 有 2. 無	加算(III)	会議有り
	会議(※)有無	該当するもの																															
連携1回	会議無し	1. 有 2. 無																															
	会議有り	1. 有 2. 無																															
連携2回	会議無し	1. 有 2. 無																															
	会議有り	1. 有 2. 無																															
連携3回	会議有り	1. 有 2. 無																															
		会議(※)有無	該当するもの																														
加算(I)	会議無し	1. 有 2. 無																															
	会議有り	1. 有 2. 無																															
加算(II)	会議無し	1. 有 2. 無																															
	会議有り	1. 有 2. 無																															
加算(III)	会議有り	1. 有 2. 無																															
	8) 退院時カンファレンスに参加した際に、問題があると感じた点(複数回答可)	1. 退院時カンファレンスが行われなかった 2. 退院時カンファレンスに呼ばれなかった 3. 事業所のケアマネジャーが必要と考える医療機関側の職種が参加していなかった 4. 退院時カンファレンスでは発言する機会がない、発言しにくい雰囲気だった 5. 医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しかった 6. 医療機関ごと・利用者ごとに退院時の担当窓口が異なり、連携窓口がわかりにくかった 7. 医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難だった 8. 医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点についての情報が十分提供されなかった 9. 禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されなかった 10. 症状・病状の予後・予測についての情報が十分提供されなかった 11. 入院していた医療機関の在宅生活や介護に対する知識・理解不足だった 12. 退院後に医療機関に情報提供を行うことが難しかった 13. 医療機関から提供される情報をケアプランに反映することが難しかった 14. 退院後のサービスメニューについて一方的に依頼された 15. 退院後に医療機関に質問する際に労力が大きかった 16. 自分自身に医療に関する知識が十分でないことに不安を感じた 17. 介護保険制度を連携先の医療機関が理解してくれない 18. 医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれなかった 19. その他 ( )																															
9) 入退院において、医療機関からどのような役割を期待されましたか。また、その役割を実施しましたか (複数回答可)	このケースにおける役割			ア. 医療機関から期待されている	イ. 実施している																												
入院前又は入院した時	1) 入院前利用の介護サービス・福祉サービスの伝達	1	1	1	1																												
	2) 入院前のADLやIADL、介護が必要な内容の状況についての伝達	2	2	2	2																												
	3) 同居家族や介護体制の状況の伝達	3	3	3	3																												
	4) 入院前の虐待や生活困窮の状況の伝達	4	4	4	4																												
	5) 入院前に入退院に関する情報の伝達	5	5	5	5																												
	6) 入院前の褥瘡や栄養状態、服薬中薬剤に関する情報の伝達	6	6	6	6																												
	7) その他身体・社会・精神的背景、退院困難な要因等に関する患者の情報の伝達	7	7	7	7																												
	8) 退院時の支援・困難性を事前に判断するための事前カンファレンス等への出席	8	8	8	8																												

入院する時	9)入院時の手続きに関する本人・家族の支援	9			9
	10)入院時の必要品等の準備等の支援	10			10
入院中	11)本人や家族、医療機関の状況に合わせた即時の対応	11			11
	12)要介護認定の申請手続きや介護サービスに対する情報提供	12			12
	13)要介護認定の区分変更申請手続きの支援または代行	13			13
	14)医療機関に訪問し、指導への同席や本人・家族への情報提供	14			14
	15)医療機関が家族に連絡する際の仲介や支援(医療機関が連絡が取りにくい場合等)	15			15
退院時	16)退院時カンファレンスへの参加	16			16
	17)退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成	17			17
	18)退院時に本人・家族へ医療機関が指導する際への同席	18			18
	19)退院手続きに関する本人・家族の支援	19			19
	20)退院後の生活環境の整備(医療機関が期待するかどうか)	20			20
退院後	21)退院後の医療機関の患者宅訪問指導への同行・同席	21			21
	22)本人・家族の在宅療養生活(セルフマネジメント)支援(通院・服薬の支援を含む)	22			22
	23)通院への同行・同席	23			23
	24)退院後の在宅での生活や療養状況の情報の伝達	24			24
	25)家族の介護負担軽減(医療機関から退院後に依頼されるかどうか)	25			25
時期を問わず	26)疾患や医療的処置・服薬の理解	26			26
	27)医療機関の決まりごと等の理解	27			27
	28)その他 ( )	28			28
	29)特にない(医療機関に期待されていることが「特にない」場合に29を○で囲んでください)	29			

### 5-(3)看取りについて【このケースで、「看取りを行った」に該当する場合、回答ください】

1)貴事業所でケアマネジメントを行った期間	( )年( )か月	2)看取りを予定して支援を行った期間	1. ( )年( )か月( )日 2. いつから看取りに関するケアを行ったのか不明
3)看取りに対応するために行った支援内容(複数回答可) ※亡くなる前30日間に行った支援についてお答えください	1. 本人・家族との24時間連絡体制の整備(急変時、日時単位の迅速な対応を含む) 2. サービス事業所との24時間のチームケア体制の整備(急変時、日時単位の迅速な対応を含む) 3. 福祉用具等を用いた本人の安楽な姿勢や生活が送れる環境整備 4. 医療者からのタイムリーな病状や治療の情報把握 5. 病状の変化に合わせて、必要となるサービスの説明 6. 気持ちの揺れを想定した本人と家族の意向の確認 7. 症状緩和を行うための医療者との十分な連絡・協働 8. 本人および家族の精神的な支援 9. 本人が最期まで社会的役割・尊厳を持てる関わり・支援 10. 介護負担を軽減するための関わり・支援 11. 本人および家族の死への不安を軽減するための関わり・支援 12. 亡くなった後の、家族が到着するまでの遺体の付き添い 13. 葬儀関係の助言や支援		
4)ターミナルケアマネジメントの算定有無(○は1つ)	1. 該当する      2. 該当しない		

<p>5)この利用者の死を迎えるにあたっての医療・介護や療養生活について、本人と十分な話し合いを行いましたか (○は1つ)</p>	<p>1. <u>十分行った</u> 2. <u>一応行った</u> 3. <u>ほとんど行わなかった</u> → 4. 今後行う予定</p>	<p>ほとんど行わなかった場合の理由(自由回答)</p>
<p>(「1. 十分行った」「2. 一応行った」)の場合 ア. どのような内容を話し合っていますか。(複数回答可)</p>	<p>1. 人生の最終段階の症状や行われる治療の内容や意向 2. 人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報 3. 本人の気がかりや意向 4. 本人の価値観や目標 5. その他 ( )</p>	
<p>(「1. 十分行った」「2. 一応行った」)の場合 イ. 医療と介護の事業所間・専門職間で情報の共有、方針の決定を行いましたか</p>	<p>(○は1つ) 1. 十分行った 2. 一応行った 3. ほとんど行わなかった</p>	
<p>6)利用者の終末期の療養場所に関する希望について本人に確認した内容 (アドバンス・ケア・プランニング) (複数回答可)</p>	<p>1. なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい 2. 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい 3. 自宅で最期まで療養したい 4. なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい 5. 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい 6. 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい 7. その他 ( ) 8. 終末期医療に関して意向を確認することは出来たがしなかった 9. 担当した時点で、既に意向を確認できる状態ではなかった</p>	
<p>7)看取りの体制 (複数回答可)</p>	<p>1. 往診・訪問診療してもらえる医師と繋いだ 2. 訪問看護の体制を整えた 3. 訪問介護の体制を整えた 4. 居宅介護支援事業所で 24 時間対応できる体制を整えた 5. 家族と調整して在宅介護の体制を整えた 6. 症状が急変した際の体制を整えた 7. 症状急変時に入院出来る体制を整えた 8. 居住環境を整えた 9. 経済的課題を調整した</p>	
<p>8)看取り支援の実施状況  ※亡くなる前 30 日間に行った支援についてお答えください  (それぞれに回答)</p>	<p>A. 本人や家族との相談や連絡のために電話をかけた回数 (数値記入)</p>	<p>亡くなるまでの 1 ヶ月間の最初の 1 週間での回数 1 日平均( )回 亡くなる前3日間での回数 1 日平均( )回</p>
	<p>B. 本人宅を訪問した回数 (数値記入)</p>	<p>亡くなるまでの 1 ヶ月間の最初の 1 週間での回数 ( )回 亡くなる前3日間での回数 ( )回</p>
	<p>C. 再アセスメントの回数 (数値記入)</p>	<p>( )回</p>
	<p>D. サービス担当者会議の回数 (数値記入)</p>	<p>( )回</p>
	<p>E. サービス担当者に対する照会の件数(一般のケースと比べて) (○は1つ)</p>	<p>1. 多い            2. ほぼ同じ            3. 少ない</p>
	<p>F. 居宅サービス計画の変更の回数(数値記入)</p>	<p>( )回</p>
	<p>G. 居宅サービス計画の変更の回数(一般のケースと比べて) (○は1つ)</p>	<p>1. 多い            2. ほぼ同じ            3. 少ない</p>
	<p>H. 主治医との連絡の回数(訪問、電話、FAX 等を含む) (数値記入)</p>	<p>亡くなるまでの 1 ヶ月間の最初の 1 週間での回数 ( )回 亡くなる前3日間での回数 ( )回</p>
	<p>I. 訪問看護との連絡の回数(訪問、電話、FAX 等を含む) (数値記入)</p>	<p>亡くなるまでの 1 ヶ月間の最初の 1 週間での回数 ( )回 亡くなる前3日間での回数 ( )回</p>
<p>9)死亡場所 (○は1つ)</p>	<p>1. 自宅(持家マンション、家族・親戚宅含む) 2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む) 3. 特定施設(有料老人ホーム) 4. 特定施設(2・3以外) 5. 2~4以外の集合住宅(賃貸) 6. 病院・診療所 →死亡の何日前に入院しましたか ( ) →( )日前 7. その他 ( )</p>	

※ 以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました ※

※ケアマネジャー記入欄：

右枠内のケアマネジャーIDの欄には、管理者から連絡されたIDを記入してください。また、利用者IDの欄には、調査対象となった利用者様について、ケアマネジャーごとに連番を記入してから、ご利用者様にお渡しください。調査対象となった利用者様が1名の場合も「1」と記入してください。

必ず記入して下さい

ケアマネジャーID：

利用者ID：

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

## 居宅介護支援・介護予防支援事業所 利用者本人調査票(案)

この調査票は、利用者ご本人のご意見をご記入ください。  
(記入はご本人以外でも構いません。)

はじめに この調査票に実際に記入される方についておたずねします。

1. 本人が記入
2. 家族や親類・知人等が本人の代わりに記入
3. ケアマネジャー以外の介護サービス職員が本人の代わりに記入
4. ケアマネジャーが本人の代わりに記入

### 1. 利用者ご本人についておたずねします。

Q1. 性別	1. 男性	2. 女性
Q2. 年齢（平成30年10月3日現在） （数字を記入）	（                      ）歳	

### 2. 介護保険サービスを利用するにあたって、ケアマネジャーの対応に対する印象をおたずねします（最も近いと思われるものをお選びください）。

#### ■直近1か月のケアマネジャーの関わり（それぞれ、1～4のいずれかに○を1つ）

Q3. ケアマネジャーの訪問	1. 数回以上顔を見にきて話をしている	2. 会って話をしている(1回程度)	3. 最近1カ月以上は会っていない	4. わからない・覚えていない
Q4. ケアマネジャーとの電話	1. 数回以上電話で話をしている	2. 電話で話をしている(1回程度)	3. 最近1カ月以上は電話で話をしていない	4. わからない・覚えていない
Q5. 訪問や電話でどのような話をしましたか	1. 利用している介護サービスについての相談	2. 身体や日常生活についての相談	3. その他の相談	4. 特に相談はしていない

#### ■ケアプラン作成・変更時の対応について（それぞれ、1～4のいずれかに○を1つ）

Q6. ケアプラン作成にあたってあなたの意向の聴き取りが十分に行われましたか	1. 十分に意向を聴き取ってもらった	2. 多少は意向を聴き取ってもらった	3. 意向を聴き取ってもらえなかった	4. わからない・覚えていない
--	--------------------	--------------------	--------------------	-----------------

Q7. 生活の目標を一緒に立てることができましたか	1. 生活の目標を一緒に立てることができた	2. 一部自分の意見を生活の目標に活かしてくれた	3. ケアマネジャーが生活の目標を立てた	4. わからない・覚えていない
Q8. 個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの強み、弱みなどについての説明を受けましたか	1. 十分な説明を受けた	2. 説明を受けたが十分とはいえない	3. 説明を受けていない	4. わからない・覚えていない
Q9. 利用するサービスについて、複数の選択肢が示されましたか	1. 複数の選択肢が示され、自分で選択することができた	2. 選択肢は提示されたが、ケアマネジャーによりほぼ決定していた	3. 選択肢は示されなかった	4. 変更の経験がない・覚えていない
Q 10. 利用するサービスについて、特定の事業所を紹介されましたか。紹介された場合、その理由について納得しましたか	1. 特定の事業所は紹介されなかった	2. 特定の事業所を紹介されたが、理由は、納得できた	3. 特定の事業所を紹介されたが、理由は、納得できなかった	4. わからない・覚えていない
Q 11. ケアプランの内容について、十分な説明がありましたか	1. 納得するまで説明を受けることができた	2. 説明はあったが、十分に理解して納得できなかった	3. 十分な説明はなかった	4. 変更の経験がない・覚えていない
Q 12. 万が一入院することになった場合は、担当ケアマネジャーの氏名等を医療機関に提供することについて依頼を受けましたか	1. 説明を受けた	2. 説明を受けていない	3. わからない・覚えていない	

### 3. ケアマネジャーについてお答えください。

Q 13. 今のケアマネジャーに引き続きお願いしたい	1. そう思う	2. ややそう思う	3. あまりそう思わない	4. そう思わない
Q 14. 他の人にもこのケアマネジャーを紹介したい	1. そう思う	2. ややそう思う	3. あまりそう思わない	4. そう思わない
Q 15. うれしかったことや元気づけられたご経験があれば、ご紹介ください	.....			
Q 16. 不満や不快を感じたご経験があれば、ご紹介ください	.....			

※ 以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

※添付の返信用封筒に入れて、封をして、担当のケアマネジャーにお渡しください。  
郵便ポストにご投函いただいてもかまいません(切手は不要です)。

## 介護予防支援事業所 事業所調査票

※この調査票は事業所の管理者の方が記入してください

事業所名

1 貴介護予防支援事業所の概況	
(1)開設年	平成( )年
(2)開設主体 (○は1つ)	1. 都道府県、市区町村、広域 連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人(社協以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人(株式・合名・合資・合同・有限 会社) 8. 特定非営利活動法人 (NPO) 9. その他の法人 10. その他
(3)地域区分 (○は1つ)	1. 1級地 2. 2級地 3. 3級地 4. 4級地 5. 5級地 6. 6級地 7. 7級地 8. その他

2 併設施設の状況							
(1)併設施設の有無 (○は1つ)	1. 法人が運営する併設施設あり (同一法人(同系列を含む)が運営する施設・事業所が複数) 2. 法人が運営する併設施設なし (施設・事業所は貴事業所のみ) → 3に進んでください						
(2)法人が運営する併設施設の状況 (※介護予防含む)	← 同一法人 (同系列を 含む)が運 営している サービス (複数回答 可)	併設して いるもの (複数回 答可)	うち、ケアマネ ジャーが兼 務している もの(複数 回答可)	(2)法人が運営する併設施設 の状況 (続き)	同一法人 (同系列を 含む)が運 営している サービス (複数回答 可)	併設して いるもの (複数回 答可)	うち、ケアマネ ジャーが兼 務している もの(複数 回答可)
在宅介護支援センター	1	1	1	短期入所療養介護(※)	16	16	16
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	2	2	2	福祉用具貸与(※)	17	17	17
介護老人保健施設	3	3	3	福祉用具販売(※)	18	18	18
介護医療院	4	4	4	夜間対応型訪問介護	19	19	19
療養病床を有する病院・診 療所	5	5	5	定期巡回・随時対応型訪問 介護	20	20	20
病院・診療所(上記以外)	6	6	6	小規模多機能型居宅介護 (※)	21	21	21
認知症対応型共同生活介 護(グループホーム)(※)	7	7	7	看護小規模多機能型居宅 介護	22	22	22
有料老人ホーム・ケアハウ ス等(特定施設(※)含む)	8	8	8	認知症対応型通所介護 (※)	23	23	23
訪問介護	9	9	9	住宅改修を行っている事業 所	24	24	24
訪問入浴介護(※)	10	10	10	薬局	25	25	25
訪問看護(※)	11	11	11	はり、きゅう、あん摩、マッサ ージ、指圧、接骨院	26	26	26
訪問リハビリテーション (※)	12	12	12	通所介護における宿泊サー ビス	27	27	27
通所介護	13	13	13	サービス付高齢者住宅	28	28	28
通所リハビリテーション (※)	14	14	14	その他 ( )	29	29	29
短期入所生活介護(※)	15	15	15				

3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および給付管理の状況			
(1)平成 30 年9月分の給付管理を行った実利用者数 (契約のみで委託している件数を除く)	介護予防ケアマネジメント※1	要支援1	要支援2
	( )人	( )人	( )人
(2)過去半年間(平成 30 年4月～9月)の新規利用者の状況別人数	介護予防ケアマネジメント※1	要支援1	要支援2
	( )人	( )人	( )人
1)うち同一法人(同系列を含む)からの紹介件数	( )人	( )人	( )人
2)うち他法人からの紹介件数	( )人	( )人	( )人
3)うち本人や家族から貴事業所に直接依頼があった件数	( )人	( )人	( )人

※1 ホームヘルパー・デイサービスのみを利用する要支援者は、介護予防ケアマネジメントに含め、要支援1・要支援2には含めないでください。

4 職員について(平成 30 年 10 月3日現在)							
(1)ケアマネジャー数(ケアマネジャー業務を実施している管理者含む)  (他のサービス・事業と兼務している場合は、「併設事業所と兼務」の欄に人数を記入してください)	常 勤			非 常 勤			
	介護予防支援事業所に専従	併設事業所と兼務		介護予防支援事業所に専従		併設事業所と兼務	
		実人員	換算人員※2	実人員	換算人員※2	実人員	換算人員※2
( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	
(2)採用・退職の状況 (平成 29 年1月1日から平成 29 年 12 月 31 日)	常勤ケアマネジャー(実人数を記入)			非常勤ケアマネジャー(実人数を記入)			
1)採用したケアマネジャー数	( )人			( )人			
2)退職したケアマネジャー数	( )人			( )人			
(3)ケアマネジャー以外の職員の人数(実人数)	職 員			常 勤		非 常 勤	
	介護予防支援事業所専従の職員			( )人		( )人	
	他の併設事業所等と兼務の職員			( )人		( )人	

※2:換算人員の計算は、記入要領3ページをご参照ください。

5 管理者の役割と管理の状況について		
(1)管理者の兼務状況(○は1つ)	1. 介護予防支援事業所以外も兼務している      2. 兼務はしていない	
1)介護予防支援事業所の管理者の換算人員※2	( . )人	
(2)管理者のケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	( )年 (管理者になる前の経験と、他法人での経験も含めてください)	
(3)新規利用者への対応(平成 30 年7月～9月)	件数または割合	
1)誰が新規利用者の担当を割り振っていますか	1. 管理者自身が実施している	( )件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )件
	4. その他 ( )	( )件
2)誰が新規利用者のケアプラン原案の内容を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	( )件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )件
	4. その他 ( )	( )件
3)誰が新規利用者のケアマネジメントの実施状況(アセスメントから1回目のモニタリングまでのプロセス)の進捗を確認していますか	1. 管理者自身が実施している	( )件
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )件
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )件
	4. その他 ( )	( )件
(4)事業所内の全ケースのケアマネジメントプロセスが運営基準に従っているように、誰が実施状況を確認していますか (選択肢1～5の合計が 10 割になるように記入)	1. 管理者自身が実施している	( )割
	2. 管理者の指示のもと、管理者以外が実施している	( )割
	3. 管理者の関与なく、個々のケアマネジャーの判断で実施している	( )割
	4. その他 ( )	( )割
	5. 確認していない	( )割

<p>(5) 事業所内ミーティング  (利用者に関する情報またはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議)の開催頻度(○は1つ)  ※個別ケースに時間をかけて事例検討を行うことを目的とするミーティングは除いてください</p>	<p>1. 週1回  2. 2週に1回  3. 月に1回  4. その他( )  5. 行っていない</p>															
<p>(6) 誰が給付管理事務(国保連請求事務)を行っていますか   作成・確認のそれぞれについて、主に担当している者に○をつけてください(○は1つ)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1)作成</th> <th>2)確認</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. 管理者</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>B. ケアマネジャー</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C. 事務職員</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. その他</td> <td>4( )</td> <td>4( )</td> </tr> </tbody> </table>		1)作成	2)確認	A. 管理者	1	1	B. ケアマネジャー	2	2	C. 事務職員	3	3	D. その他	4( )	4( )
	1)作成	2)確認														
A. 管理者	1	1														
B. ケアマネジャー	2	2														
C. 事務職員	3	3														
D. その他	4( )	4( )														
<p>(7) 苦情発生時の対応  (複数回答可)</p>	<p>1. 管理者自身が一連の対応を行う  2. 主任ケアマネジャーに対応させ、それを管理している  3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している  4. 事務職員に対応させ、それを管理している  5. 個別苦情に対して管理者は関与していない  6. その他( )</p>															
<p>(8) 事故発生時の対応  (○は主なもの1つ)</p>	<p>1. 管理者自身が一連の対応を行う  2. 主任ケアマネジャー等に対応させ、それを管理している  3. 担当であるケアマネジャーに対応させ、それを管理している  4. 事務職員に対応させ、それを管理している  5. 個別の事故に対して管理者は関与していない  6. その他( )</p>															
<p>(9) 従業者(ケアマネジャーや事務職員等)のストレスや不満への対応やバーンアウト予防などに配慮して管理をしていますか  (○は主なもの1つ)</p>	<p>1. 管理者自身が行っている  2. 管理者以外の主任ケアマネジャーが実施したものを管理者が確認  3. 管理者・主任ケアマネジャー以外のケアマネジャーが実施したものを管理者が確認  4. 事務職員が実施したものを管理者が確認  5. 特に配慮していない  6. その他( )</p>															
<p>(10) 従業者(ケアマネジャーや事務職員等)の健康状態、身だしなみや清潔の保持に関して、どのようなことを行っていますか  (複数回答可)  法人全体で行っているものも含めてください</p>	<p>1. 管理を行う責任者を決めている  2. ミーティング(朝礼等)の際などに定期的に確認している  3. 健康や清潔の保持の必要性に関して、研修等で教育している  4. 従業者に定期的に健康診断を受診させている  5. 行っていない  6. その他( )</p>															
<p>(11) ケアプラン作成に際して、利用者に複数事業所を紹介することや当該サービス・事業所をケアプランに位置づけた理由を説明するように事業所内のケアマネジャーに周知していますか(○は1つ)</p>	<p>1. 周知している 2. していない 3. 自身以外にケアマネジャーはいない</p>															

6 ケアマネジャーの育成の仕組みについて			
(1) ケアマネジメントに関する研修等の実施状況 (平成30年4月～9月の実績)	法人内の研修の実施回数(事業所単位の研修を含む)	( )回	
	法人外研修の受講回数と受講者実人数	のべ受講回数 ( )回	受講者実人数 ( )人
貴事業所のケアマネジャーが2名以上の場合、(2)以降の設問にお答えください 貴事業所のケアマネジャーが1名の場合は 7 へお進みください			
(2) ケアマネジャーの育成・資質向上への取り組み(新人、経験ありは問わない) (複数回答可) ※「事業所内」には併設事業所を含む	項目	取り組んでいる項目	効果的である と考える項目
	1. 事業所内でキャリアパスを設定し、明示している	1	1
	2. 育成計画を作成、管理している	2	2
	3. ケアマネジャーごとに目標を設定し、面談を行っている	3	3
	4. 主任ケアマネジャー等がスーパーバイズを行っている	4	4
	5. 日常のOJTを実施している	5	5
	6. 訪問等へ同行し指導している	6	6
	7. 定期的に相談の時間を設けている	7	7
	8. ケアプラン等を確認し、指導している	8	8
	9. 主任ケアマネジャー等の育成担当者を配置している	9	9
	10. 他の居宅介護支援事業所(自法人以外)からケアマネジャーを受入れ、教育、育成をしている	10	10
	11. 自主研究/研究会・学会等への参加など、自己啓発活動を事業所として援助している	11	11
	12. 通信教育を援助している	12	12
	13. 他の資格取得のための援助をしている	13	13
	14. 事業所外の研修や勉強会へケアマネジャーを派遣している	14	14
	15. 他事業所へケアマネジャーを派遣している	15	15
	16. その他 ( )	16	16
17. 上記1～16は十分取り組めていない	17		
(3) 事業所内で実施している研修の内容(新人、経験ありは問わない) (複数回答可) ※「事業所内」には併設事業所を含む	1. 事業所内事例検討会を定期的で開催している⇒開催頻度( )回(平成30年4～9月) 2. 他の居宅介護支援事業所と共同して行う事例検討会の開催 3. 多職種による事例検討会の開催 4. 事業所において資質向上のための研修会(事例検討会以外)を開催している 5. その他( ) 6. 実施していない		
(4) 新人ケアマネジャーに特化した育成方法(複数回答可)  過去3年以内に新人ケアマネジャーを採用した事業所管理者のみお答えください	1. 育成担当者の配置 ⇒指導期間( )か月 2. 訪問等への同行指導 ⇒指導者( 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 )※複数回答可 3. ケアプラン等の確認 ⇒確認者( 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 )※複数回答可 4. 定期的な面談 ⇒面談者( 1. 他のケアマネジャー 2. 主任ケアマネジャー 3. 管理者 )※複数回答可 5. 事業所外の研修や勉強会への参加支援 6. 事務手続きや介護保険制度に関する指導 7. その他(具体的に: ) 8. 上記の1～7を実施していない		

7 ICT 機器の利用について	
(1)ケアマネジメントのプロセスにおける ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)の利用状況(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用している</li> <li>2. 利用する予定 ⇒1.( )年 ( )月頃から 2.時期未定</li> <li>3. 利用する予定はない</li> <li>4. その他( )</li> </ol>
(2)他事業所・多職種との情報連携の状況(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域全体の取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している</li> <li>2. 一部の他法人の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している</li> <li>3. 同一法人(同系列含む)の事業所・多職種との取組みとして、他事業所・多職種とクラウドを利用するなどして全部または一部のデータを共有している</li> <li>4. 多職種や他事業所とデータの連携をしていない</li> </ol>
(3)事業所内のシステムの状況(○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 専門職は訪問先からも利用者情報にアクセスできる</li> <li>2. 専門職は事業所等特定の場所のみから利用者情報にアクセスできる</li> <li>3. システム化されていない</li> </ol>
(4)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することで期待している効果(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自宅から勤務場所への直行・直帰が出来る等業務の効率化が可能</li> <li>2. 事業所内の情報共有が進む</li> <li>3. 他機関(他事業所・医療機関)と情報共有が進む</li> <li>4. 勤務状況、サービス内容等の把握が効率化され管理者が時間を有効に活用出来る</li> <li>5. 利用者の状態把握が効率的・効果的に行える</li> <li>6. 同じ状態の過去の利用者の情報を参照できるようになりサービス向上に資する</li> <li>7. 介護報酬請求に係る業務、利用者負担の請求教務が効率的に行える</li> <li>8. 記録が手書きより読みやすくなる</li> <li>9. 記録の管理が効率的に行える</li> <li>10. 監査や報酬算定上の書類が自動に作成される</li> <li>11. 転記ミスの減少</li> <li>12. 特になし</li> <li>13. その他( )</li> </ol>
(5)ICT 機器(スマートフォン、タブレット等)を導入することによる考えられる課題(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. どの会社の機器・ソフトがよいかわからない</li> <li>2. 導入コストが高い</li> <li>3. 紙による資料保管の必要性が高い</li> <li>4. 職員の介護ソフト導入に対する抵抗感や反発がある</li> <li>5. パソコンや介護ソフトを扱える人材がいない(入力したデータを活用できない)</li> <li>6. セキュリティ面の不安がある</li> <li>7. その他( )</li> </ol>

ケアマネジャー No	主任ケアマネジャーに○※3	(平成30年度予定も含む) 主任ケアマネジャー研修受講終了年度	管理者に○	性別		年齢 歳	勤務形態 (○は1つ)				総労働時間 (9月中)※4	再掲 うち事業に係る勤務時間
				男	女		常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務		
記入例	○	H20			○	32		○			172	130
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

事業所 ID(※別紙「インターネットによる回答について」に記載)と上記のケアマネジャーNoをもとに、介護支援専門員様を識別するための番号(ケアマネジャーID)を作成してください。作成したケアマネジャーIDは「ケアマネジャー調査票」P1、「利用者調査票」P1、「利用者本人調査票」P1に、必ず記入してください。

常勤職員1人あたりの所定労働時間(9月中)	時間
-----------------------	----

※3 主任介護支援専門員研修を修了した方を指します。 ※4 実働時間を申請ベースで記入してください。

例)事業所 ID が「B 20001」の場合は・・・

ケアマネジャーID は

(事業所 ID) (通番)

1人目が「B 20001」+「01」⇒「B 2000101」、

2人目が「B 20001」+「02」⇒「B 2000102」、

20人目が「B 20001」+「20」⇒「B 2000120」です。

※先頭の5ケタは事業所 ID に、介護支援専門員ごとの通番の組み合わせになります。

### 自由記入欄

現在、貴介護予防支援事業所で問題や困難と感じる点、およびその解決方法(行政の支援も含め)、事務手続きで簡素化できる点、サービスの質を維持した上で現行の基準で緩和できる点などについて、自由にご意見をご記入ください。

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

介護予防支援事業所 ケアマネジャー調査票

※この調査票は、貴事業所に勤務する全員の介護支援専門員の方が、1人1部記入してください。

ケアマネジャーID

管理者から連絡されたIDを必ず記入してください。

1. 属性等					
(1)性別	1. 男性 2. 女性	(2)年齢	( )歳	(3)主任介護支援専門員研修 修了の有無	1. あり 2. なし
(4)勤務形態 (○は1つ)	1. 常勤専従 2. 常勤兼務 3. 非常勤専従 4. 非常勤兼務				
(5)保有資格 (資格一覧より該当する番号を記入)	1) 保有している資格を取得した順にご記入ください		( )→( )→( )→( )→( )		
	2) 介護支援専門員実務研修受講試験を受験するための実務経験証明書で用いた資格の番号を記載してください				
<資格一覧> 1. 介護支援専門員      2. 医師      3. 歯科医師      4. 薬剤師 5. 保健師      6. 助産師      7. 看護師      8. 准看護師 9. 理学療法士      10. 作業療法士      11. 社会福祉士      12. 介護福祉士 13. 視能訓練士      14. 義肢装具士      15. 歯科衛生士      16. 言語聴覚士 17. あん摩マッサージ指圧師      18. はり師      19. きゆう師      20. 柔道整復師 21. 栄養士(管理栄養士を含む)      22. 精神保健福祉士 23. 介護福祉士養成のための実務者研修(旧ホームヘルパ-1級)      24. 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパ-2級) 25. 旧ホームヘルパ-3級      26. なし      27. その他					
(6)ケアマネジャーとしての業務経験年数(通算年数)	( )年( )か月				
(7)障害のある人の相談支援を行う職種の資格として「相談支援専門員」の資格がありますが、保有していますか	1. 資格を保有している      2. 資格を保有していない				

2. 担当利用者について									
(1)平成 30 年9月分の給付管理を行った実利用者数 ※ヘルパー及びデイサービスのみ利用の要支援は「介護予防ケアマネジメント」に含める	介護予防ケア マネジメント	( )人	要支援1	( )人	要支援2	( )人			
(2)平成 30 年9月分の給付管理を行った利用者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度別利用者数	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明
	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
(3)本人を支援するにあたり、福祉等の支援が必要にも関わらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可) ※平成 30 年7月～平成 30 年9月において、利用者本人を支援した際に把握したケースの有無について回答してください。	1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる 2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる 3. 経済上の問題を抱えている家族がいる 4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる 5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる 6. その他( )								
1)平成 30 年7月～平成 30 年9月までに上記の家族に具体的な援助(相談先の紹介等)を行った利用者的人数(実人数)	1. 援助を行った人数 ( )人 2. 援助を行ったが十分な支援を受けるに至っていない人数 ( )人 3. 援助を行えなかった人数 ( )人								
2)上記家族の事例の相談先の有無 平成 30 年7月～平成 30 年9月 (○は1つ)	1. ある      2. なし								
3)十分な支援を受けられなかった家族の課題に関する相談先(複数回答可)	1. 行政機関(福祉課等) 2. 自身が所属する事業所・法人 3. 地域包括支援センター				4. 社会福祉協議会 5. 民生委員 6. その他( )				

3. 業務プロセスの負担感			
(1)負担感の大きい業務を、A～Cそれぞれについて全て選んでください	実施している場合、○を記入してください	負担感の大きいもの(複数回答可)	
		A.介護予防ケアマネジメント	B.介護予防支援
1)利用者宅への初回訪問(重要事項説明・契約業務を含む)	1	1	1
2)利用者の状態像等に関するアセスメント	2	2	2
3)サービス導入のための事業所探し・調整	3	3	3
4)インフォーマル・サポート導入のための事業所探し・調整	4	4	4
5)初回のケアプラン作成 ※1	5	5	5
6)サービス担当者会議の開催(招集、実施、記録)	6	6	6
7)サービス担当者会議に代わるサービス担当者への専門的な意見の照会 ※2	7	7	7
8)ケアプランの利用者への交付	8	8	8
9)ケアプランのサービス担当者への交付	9	9	9
10)サービス提供事業所との日常的な連絡・調整	10	10	10
11)医療機関・主治医との連絡・調整	11	11	11
12)利用者宅への月1回(介護予防は3ヶ月に1回)以上の訪問	12	12	12
13)ケアプラン内容のモニタリング	13	13	13
14)1ヶ月に1回のモニタリング結果の記録	14	14	14
15)目標の達成状況の評価	15	15	15
16)給付管理業務(実績確認、国保連への請求事務等)	16	16	16
17)市町村との相談・連携	17	17	17
18)地域包括支援センターとの連携	18	18	18
19)地域ケア会議への参加	19	19	19
20)制度の変更に伴う情報等について利用者への説明	20	20	20
21)指導・監査等に対応するための諸準備	21	21	21
22)介護サービス情報の公表制度への対応	22	22	22
23)24時間体制による緊急対応	23	23	23

※1 ここでいうケアプランとは、A. B. の場合は「介護予防サービス・支援計画書」のことです。

※2 サービス担当者会議に欠席する担当者に対し、事前に専門的意見を聴取することを指します。

4. ケアマネジャーの業務について	
アセスメント	<p>(1)アセスメントについて困難と感じている点(複数回答可)</p> <p>1. 課題分析標準項目に関する情報収集 ⇒情報収集が難しい項目(複数回答可)</p> <p style="margin-left: 20px;">1. 家族関係 2. 生活歴 3. 経済状況 4. 生活リズム 5. 医療情報 6. その他( )</p> <p>2. 収集した情報の分析(情報の活用や分析の手順・方法)</p> <p>3. 課題の原因・背景の把握</p> <p>4. 改善・維持・悪化の見通し、今後の生活機能の予測</p> <p>5. その他( )</p> <p>6. 特に困難を感じる点はない</p>

<p>(2)ケアプランの作成について、困難と感じている点 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全員のケアプラン(長期目標・短期目標、援助内容等)を十分に熟考して作成できない</li> <li>2. 利用者の意見を十分に聞く時間がない</li> <li>3. 家族の意見を十分に聞く時間がない</li> <li>4. 利用者に複数事業所の紹介が可能であると伝えることが難しい</li> <li>5. 当該事業者をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能であると伝えることが難しい</li> <li>6. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい</li> <li>7. 利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>8. 利用者の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>9. 家族の意見と、ケアマネジャーの意見に違いがあり、調整が難しい</li> <li>10. ケアプランの表記の仕方が難しい</li> <li>11. 必要な介護保険サービスが地域に不足している(質・量の両面で)</li> <li>12. 介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している</li> <li>13. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる</li> <li>14. 事業所の併設サービス等をケアプランに入れるような事業所の方針がある</li> <li>15. その他、医師との連携が取りづらい</li> <li>16. 医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点に関する十分な情報提供がない</li> <li>17. 禁忌事項の有無・内容の留意点についての情報が十分提供されない</li> <li>18. 症状・病状の予後・予測に関する十分な情報提供がない</li> <li>19. 住民相互の見守り、助け合いの支援の継続性が不安定であるため、プランに位置づけにくい</li> <li>20. 指導・監査等を前提にしてサービスを調整してしまう</li> <li>21. 書類作成や書類のやり取りの量的負担が多い</li> <li>22. その他( )</li> <li>23. 特に困難と感じている点はない</li> </ol>
<p>(3)利用者本位に基づくケアプラン作成のために行っている取組み (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の意向の聴き取りを十分に行っている</li> <li>2. 利用者にアセスメント結果を説明し十分理解してもらっている</li> <li>3. 利用者との目標の共有をしている</li> <li>4. 利用者に複数のサービスの選択肢を示して情報提供している</li> <li>5. 個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの機能、特徴などを説明している</li> <li>6. 利用者と家族の意向が異なる場合、十分に調整している</li> <li>7. 利用者が理解・納得するまで説明している</li> <li>8. 利用後に、利用者がイメージした内容であったか、納得できるものであるか確認している</li> <li>9. 特定のサービスや事業所に誘導することなく、利用者のニーズに応じて提案している</li> <li>10. その他( )</li> <li>11. 特に行っていない</li> </ol>
<p>(4)認知症の人のケアプラン作成に十分に実施できていない点 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本人の意向や希望を重視してケアプランを作成する</li> <li>2. 家族の意向や希望を重視してケアプランを作成する</li> <li>3. 認知症の重症化予防を重視してケアプランを作成する</li> <li>4. 今後起こり得る変化やリスクを想定してケアプランを作成する</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
<p>(5)ケアプランの説明時に実施している工夫</p>	<p>自由回答:</p>
<p>(6)利用者・家族へのサービスや事業所の説明に用いる情報源・ツール (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「介護サービス情報公表システム」を使用している</li> <li>2. 行政等で配布されているサービス事業所等の一覧表</li> <li>3. 自法人や自身の所属する事業所が作成した資料を使用している</li> <li>4. 自身で作成した資料や経験を情報源としている</li> <li>5. サービス事業所が配布しているパンフレット等を使用している</li> <li>6. その他( )</li> </ol>
<p>(7)自立支援という目標を達成するために実施している取組み (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者と家族に対して、介護保険の理念や目的を説明して理解を得ている</li> <li>2. 利用者と家族に対して、自立に向けた利用者自らの取組の重要性を説明して理解を得ている</li> <li>3. 利用者と家族に対して、アセスメント⇒目標⇒サービスのつながりについて理解を得ている</li> <li>4. 自立支援に向け、身体的に改善(悪化)する可能性について多職種から意見を取り入れ、ケアプランを作成している</li> <li>5. 利用者の置かれた状況(環境等)を踏まえ、精神心理を理解すると共に、より意欲を喚起するはたらきかけを行っている</li> <li>6. 介護サービス事業所や多職種と一緒に、利用者や家族の意欲へ働きかけを行っている</li> <li>7. 自立支援に向けて必要となる地域の関係機関や協力者等にはたらきかけている</li> <li>8. その他( )</li> <li>9. 特に行っていない</li> </ol>

	(8) サービス提供事業所を選定するにあたり重視している点(複数回答可)	1. 利用者の状態をモニタリングして、適切にフィードバックしてくれる 2. その他、ケアマネジャーとの連携がうまくいっている 3. 利用者の状態像に応じたサービス提供をしてくれる 4. 何か問題が生じた場合に適切に対応してくれる 5. 貴事業所と同一法人(同系列を含む)のサービス事業所である 6. 同一法人(同系列を含む)に複数のサービスがあり、利用しやすい(事業所が所属する法人に限らず) 7. 早朝、夜間、休日などのサービス提供に応じてくれる 8. 利用者との相性が良い 9. 本人または家族の希望 10. その他( )				
	(9) 地域における各サービス事業所の力量(特徴)を把握していますか(○は1つ)	1. 把握している 2. おおむね把握している 3. あまり把握できていない 4. どのように把握したらいいか情報がないのでわからない				
	(10) 平成29年10月～平成30年9月に、自法人の系列のサービスの利用を、必要性を超えて推奨したことがありますか	1. ある → 2. ない ↓ 1) 「1. ある」と回答した場合 当該期間において、回数や提供時間など本来ご利用者の必要とするサービス量を超えたサービスを位置づけたことがありますか(○なし)	1. ある → 2. ない	2) 1)で「ある」の場合、その理由(○は1つ) 1. 法人の方針 2. 上司の指示 3. 自身の判断 4. その他( )		
モニタリング	(11) モニタリングの結果を踏まえた検討の状況(それぞれ、あてはまるものに○)		実施している(担当利用者のうち9割以上)	概ね実施している(担当利用者のうち6～8割程度)	あまり実施していない(担当利用者のうち3～5割程度)	実施していない(担当利用者のうち2割未満)
		1) 目標の達成状況を評価し、未達成の場合に原因分析を行っている				
		2) 目標の妥当性を検証し、必要と判断された場合は見直しを行っている				
		3) モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合は再アセスメントを実施している				
		4) モニタリング結果を分析し、必要と判断された場合はサービス担当者会議を開催している				
	5) その他 ( )					
インフォーマル・サポートについて	(12) 地域のインフォーマル・サポートをどのように収集していますか(複数回答可)	1. 地域包括支援センターが提供する情報により把握している 2. 地域の事業者連絡会等で情報共有している 3. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャーと個別に情報交換している 4. 地域ケア会議を活用して情報収集している 5. 社会福祉協議会、地域ボランティアセンターを利用して情報収集している 6. 民生委員から情報を収集している 7. その他( ) 8. 収集していない				
	(13) 担当している利用者のうち、ケアプランにインフォーマル・サポート(近隣住民、民生委員、ボランティア等)を位置づけているケース数	( ) 件(平成30年9月給付管理対象者)				

	(14) インフォーマル・サポートをケアプランに導入・管理する場合に問題がある点(複数回答可)	1. 調整に手間がかかる 2. サービス担当者会議への出席依頼について判断に迷う 3. 個人情報保護の観点から情報提供の範囲の判断に迷う 4. 実際に支援が提供されたかどうかの実績を、確実に確認することが困難である 5. 指定事業と異なるため、支援提供の安定性や継続性に不安がある 6. 事故が起きた場合の責任の所在が不明確 7. ケアマネジャーとしての責任の範囲が不明確 8. インフォーマルな支援者を支えることに労力を要する 9. その他( ) 10. 問題がある点と考える点がなかった					
	(15) 介護保険給付以外にケアプランに位置づけているサービスや支援活動の種類(複数回答可)	1. 医療保険の訪問看護 2. 訪問診療・往診 3. 行政保健師の訪問 4. 訪問歯科診療 5. 配食サービス 6. 障がい者・難病対象サービス(自立支援法を含む) 7. 軽度生活援助サービス(草むしり等) 8. 外出支援・移送サービス 9. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 10. 訪問理美容サービス 11. 民生委員による訪問 12. 緊急通報システム 13. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 14. 成年後見制度 15. 日常生活自立支援事業 16. 家族支援サービス 17. ボランティアによるサロン活動 18. 定期的な安否確認 19. その他( )					
サービス担当者会議	(16) サービス担当者会議の開催頻度(○は1つ)	1) 実施頻度の高い利用者の場合	A. 開催頻度(それぞれ○は1つ)		B. 典型的利用者像(複数回答可)		
		2) 実施頻度の低い利用者の場合					
	(17) 一回あたりの開催時間(該当する数値と利用者像を記入)	1) 標準的な場合	( )分程度				
		2) 特に長い場合	( )分程度				
特に長い場合における典型的な利用者像		A	1. 新規	2. 更新	3. 区分変更		
	B	1. 軽度	2. 中度	3. 重度			
	C	1. 状態安定	2. 状態不安定				
	D	1. 子や孫との同居	3. 認認介護	5. その他			
	E	1. 他制度の利用	3. 要求が多い	5. 虐待			
		2. 独居	4. 老老介護	( )			
		2. 退院直後	4. 家族に課題がある場合	6. その他( )			
	(18) サービス担当者会議の開催について、困難と感じている点(複数回答可)	1. 本人・家族との日程調整が困難 2. ケアマネジャーが業務多忙のため、サービス担当者会議の調整が困難 3. サービス提供事業者が業務多忙のため日程調整が困難 4. サービス担当者会議を開催するのが、事業所の業務時間外になってしまう 5. サービス提供事業者がサービス担当者会議に出席してくれない 6. サービスや利用者の状況を把握している専門職が出席しない 7. サービス担当者会議に医師に参加してもらいにくい 8. サービス担当者会議を開催する必要性が低い 9. サービス担当者会議を開催する場所が確保できない 10. その他( )					



<p>(2) 通院同行する場合の理由 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主治医意見書では確認できない医療情報が必要</li> <li>2. 具体的な医師の指示や指導が必要</li> <li>3. 利用者が必要な情報を医師に説明できない場合</li> <li>4. 医師からの指導を利用者が理解できない場合</li> <li>5. 医師に利用者の生活に関する具体的な情報を提供する場合</li> <li>6. 服薬状況等に関する相談</li> <li>7. 経済的理由又は、支援者がいない等により、1人で通院できない場合の付き添い</li> <li>8. 急な体調不良により、サービス調整が行えず受診同行しなければならない場合</li> <li>9. 軽度者の福祉用具貸与等、医師の指示に基づく例外的な給付の申請が必要な場合</li> <li>10. 医療系サービスの導入を相談する場合</li> <li>11. 電話、FAX、メール等では、医師とのやりとりができない場合</li> <li>12. 医師との連携強化を図り、ケアプランを手渡しする場合</li> <li>13. やむを得ず院内での付き添いが必要な場合</li> <li>14. その他( )</li> </ol>	
<p>(3) 通院同行した際に医師から収集した情報 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診療内容</li> <li>2. 利用者の病状・予後に関すること</li> <li>3. 利用者の服薬に関すること</li> <li>4. その他療養生活を送る上での留意事項</li> <li>5. その他( )</li> </ol>	
<p>(4) 主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった</li> <li>2. ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった</li> <li>3. ケアプランを提出したが、活用されていない(活用されていることが不明な場合を含む)</li> <li>4. その他( )</li> </ol>	
<p>(5) 服薬管理に関する取組の状況</p>	<p>1) 利用者の服薬内容を把握していますか (○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について把握している</li> <li>2. ほとんどの利用者について把握している</li> <li>3. 一部の利用者について把握している</li> <li>4. 把握していない</li> </ol>
	<p>2) 利用者の服薬状況を確認できる体制で支援していますか (○は1つ) ※サービス提供事業者や多職種と連携して確認しているケースを含めてください</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>3. 一部の利用者について確認できる体制が整っている</li> <li>4. 確認できる体制は整えていない</li> </ol>
	<p>3) 医師や、薬剤師に情報を伝える際の課題はありますか(複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師や薬剤師に情報を伝えるタイミングがない</li> <li>2. 服薬状況において伝えるポイントがわからない</li> <li>3. 医師、薬剤師が情報を求めている</li> <li>4. 課題は特にない</li> <li>5. その他( )</li> </ol>
	<p>4) 医師や薬剤師との連携により利用者の課題分析を行う際に、服薬の副作用の影響を想定したアセスメントやモニタリングを行っていますか(○は1つ) 例: 副作用による眠気があった場合の対応など</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全てのケースで行っている</li> <li>2. 必要に応じて行っている</li> <li>3. 行っていない</li> </ol>
<p>(6) 口腔や嚥下の問題に対する取組の状況</p>	<p>1) アセスメントやモニタリングの際、利用者の口腔や嚥下の機能を確認していますか(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての利用者について確認している → (6) 2)～7)へ</li> <li>2. ほとんどの利用者について確認している → (6) 2)～7)へ</li> <li>3. 一部の利用者のみ確認している → (6) 2)～7)へ</li> <li>4. 全く確認していない → 6. へ</li> </ol>
	<p>2) ケアマネジャー自身が確認を行う際、何か確認のためのツールは活用していますか(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. チェックシート等のツールを活用している</li> <li>2. 特に活用していない</li> </ol>
	<p>3) 訪問介護事業所等から口腔・嚥下に関する情報や利用者の状態像の情報等の提供をうけていますか(○は1つ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問介護を利用している全ての利用者について情報を得ている</li> <li>2. 訪問介護を利用しているほとんどの利用者について情報を得ている</li> <li>3. 訪問介護を利用している一部の利用者について情報を得ている</li> <li>4. 情報を得ていない</li> </ol>

	<p>4) 口腔や嚥下の機能に問題があると疑われる場合、他の職種と連携していますか (○は1つ)</p>	<p>1. 連携している ( ) 件</p> <p>【連携している場合】 どの職種と連携していますか(複数回答可)</p> <p>1. 医師(主治医)      5. 看護師・准看護師 2. 医師(主治医以外) 6. 言語聴覚士 3. 歯科医師          7. その他( ) 4. 歯科衛生士</p> <p>2. 連携していない ( ) 件</p>
	<p>5) 訪問介護事業所等から得た口腔・嚥下に関する情報、利用者の状態像を連携する医師や、歯科医師に提供していますか (○は1つ)</p>	<p>1. 訪問介護を利用している利用者の全てのケースで行っている 2. 訪問介護を利用している利用者の必要に応じて行っている 3. 行っていない</p>
	<p>6) 口腔、嚥下における他の職種との連携において課題は、ありますか (複数回答可)</p>	<p>1. 他職種に情報を伝えるタイミングや伝え方が難しい 2. 口腔、嚥下において伝えるポイントがわからない 3. 他職種が情報を求めている 4. 課題は特にな 5. その他( )</p>
	<p>7) 歯の痛みや入れ歯の破損などについて利用者から相談を受けた場合、連携する歯科医師又は歯科衛生士はいますか (○は1つ)</p>	<p>1. 連携する歯科医師及び歯科衛生士がいる 2. 連携する歯科医師がいる 3. 連携する歯科衛生士がいる 4. 連携する歯科医師及び歯科衛生士がいない 5. 利用者から相談を受けたことがない</p>

#### 6. 地域との連携について

<p>(1) ケアマネジャー個人としての主な連携先 (複数回答可)</p>	<p>1. 地域包括支援センター 2. 医師・歯科医師 3. 社会福祉協議会・地域のボランティアセンター・住民参加型在宅福祉サービス 4. 民生委員 5. 市町村の担当部署の職員 6. 認知症地域支援推進員 7. 認知症初期集中支援チーム 8. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャー 9. その他( )</p>	
<p>(2) 上記の連携先のうち連携の必要があるが、連携しにくい機関(選択肢番号を記載)</p>	<p>( )</p>	<p>自由回答:</p>

#### 7. ケアマネジャーの仕事について

ケアマネジャーの仕事について、日ごろ感じていること、思っていること、基準や事務上での効率化のための改善案などを自由に記入してください (記入欄が足りないときは、別紙に記入して本票と一緒に封入してください)

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査」

介護予防支援事業所 利用者調査票

※ 平成 30 年 9 月 1 日までにケアプランについて同意を得ている利用者の中から、実施要領に示した選定方法に従って利用者を選定してください。

※ この調査票は、この利用者を担当している介護支援専門員の方がご記入ください。

※ ケアマネジャーID の欄には、管理者から連絡された ID を記入してください。

※ 利用者 ID の欄には、調査対象となった利用者様について、ケアマネジャーごとに連番を記入してください。利用者 ID は、別紙の利用者本人調査票と対応するように番号を揃えてください。調査対象となった利用者様が 1 名の場合も「1」と記入してください。

必ず記入  
して下さい

ケアマネジャーID :

利用者 ID :

1. 利用者の属性等について

(1)性別	(2)年齢(数値を記入)	(3)利用開始年月日	
男・女	( )歳	平成( )年( )月( )日	
(4)平成 30 年9月分の 介護予防支援費の加 算・減算該当の有無 (それぞれ○は1つ)	介護予防 支援	初回加算	1. 該当する      2. 該当しない
		小規模多機能型居宅介護事業所連携加 算	1. 該当する      2. 該当しない

2. 利用者の心身状況、介護者、経済状態等について(平成 30 年 10 月3日現在)

(1)現在の要介護度 (○は1つ)	1. 要支援1    2. 要支援2    3. その他(認定申請中)
(2)障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ) ※ケアマネジャーの判断による状態	1. 自立    2. J    3. A    4. B    5. C
(3)認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	1. 自立    2. I    3. IIa    4. IIb    5. IIIa    6. IIIb    7. IV    8. M    9. 不明
(4)当該利用者は右記の困難なケースに該当しますか (複数回答可)	1. 医療ニーズが高い 2. 本人と家族の意向が異なる 3. ケアマネジャーが必要と考えるサービスを受け入れない 4. 認知症など意思表示が困難である 5. 自己負担できる金額に制限がある 6. 生活困窮者※1 7. 独居 8. 虐待又はその疑いがある 9. 家族の意向が強く、振り回される 10. 家族が遠方にいる 11. 状態の変化が著しい 12. 介護保険法以外の生活保護法や障害者自立支援法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、難病医療など他の公的サービスと重複している 13. 排泄介助が必要 14. その他( ) 15. いずれにも該当しない
(5)平成 30 年 10 月3日時点で罹患している傷病 (複数回答可)  回答に際して、主治医意見書の内容などを参照してください。	1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常症) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10. 外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物・悪性腫瘍) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病・精神疾患 14. 認知症(アルツハイマー病等) 15. パーキンソン病 16. 目の病気 17. 耳の病気 18. 歯科疾患 19. その他の難病 20. その他( ) 21. 把握していない 22. ない

※1 生活困窮者自立支援法による生活困窮者「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」を指す。

(6)同居者(※2)の有無 (○は1つ)	1. 有	2. 無
(「1. 有」の場合) 1)同居者の続柄(複数回答可)	1. 配偶者 2. 子(息子) 3. 子(娘) 4. 子(息子)の配偶者	5. 子(娘)の配偶者 6. 親(父母) 7. 兄弟姉妹 8. 孫・おい・めい 9. 友人・知人 10. その他 ( )
(「1. 有」の場合) 2)福祉等の支援が必要にもかかわらず十分な支援を受けていない同居家族の有無(複数回答可)	1. 身体障害や身体上の疾病により生活上の問題を抱えている家族がいる 2. 知的障害、精神障害(発達障害含む)や不安・うつ等で生活上の問題を抱えている家族がいる 3. 経済上の問題を抱えている家族がいる 4. 引きこもりや、就学・就労に困難のある家族がいる 5. 医療的ケア児(医療的ケアが日常的に必要な障害児)がいる 6. その他( )	
(7)家族介護者等の有無	1. 有	2. 無
(「1. 有」の場合) 家族介護者等の状況 (複数回答可)	1. 特に問題はない 2. 介護する人が高齢(65歳以上) 3. 介護する人が病弱等心身の問題がある 4. 介護する人が要支援・要介護 5. 介護を必要とする人が複数いる 6. 仕事のため十分に介護できない 7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則 8. 自営業のため介護に十分対応できない 9. 育児を行っている 10. 同居してらず介護の頻度が月1回未満 11. 家族が遠方にいる 12. 介護する人が介護に消極的 13. 家族・介護者の意見が異なる 14. 家族の意向が強く、振り回される 15. その他( )	
(8)現在の住まい(○は1つ)	1. 自宅(持家マンション、家族・親戚宅含む) 2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む)	4. 特定施設(2・3以外) 5. 2～4以外の集合住宅(賃貸) 6. その他 ( )
(「2. サービス付き高齢者住宅(有料老人ホームの届を出しているものも含む)」の場合(○は1つ))	1. 貴事業所の同一法人(同系列含む)のサービス付き高齢者住宅に居住 2. 貴事業所の同一法人(同系列含む)以外のサービス付き高齢者住宅に居住	
(9)生活保護(○は1つ)	1. 受給している	2. 受給していない 3. 不明
(10)現在の主治医(○は1つ)	1. 通院(病院)	2. 通院(診療所) 3. 訪問診療 4. 主治医はいない
1)医療機関の規模(病床数)	( )床	( )床
2)このケースにおける主治医との連携の状況(複数回答可)	1. 主治医意見書を取得した医師に対してケアプランを提示した 2. 利用者の受診時に同行したことがある 3. 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している 4. 主治医はサービス担当者会議に出席してくれている 5. 病状(予後・改善可能性)について説明を受けている 6. その他( )	

※2 同居とは、一つの家、または同敷地内に居住している場合。同じマンションも同居と見なす。

### 3. サービス利用状況について

(1)介護保険サービスの利用状況 (複数回答可) (全て介護予防)	平成30年9月中に利用しているもの (複数回答可)		取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの (複数回答可)		平成30年9月中に利用しているもの (複数回答可)		取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの (複数回答可)		
	うち、併設のサービス (複数回答可) ※3	個別サービス計画の取得 (複数回答可)	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの (複数回答可)	平成30年9月中に利用しているもの (複数回答可)	うち、併設のサービス (複数回答可) ※3	個別サービス計画の取得 (複数回答可)	取得した個別サービス計画のうち、内容の確認や担当者との協議を行ったもの (複数回答可)		
1)訪問入浴介護	1	1			7)短期入所療養介護	7	7	7	7
2)訪問看護(医療保険除く)	2	2	2	2	8)福祉用具貸与	8	8	8	8
3)訪問リハビリテーション	3	3	3	3	9)特定福祉用具販売	9	9	9	9
4)居宅療養管理指導 (計画書ではなく報告書についてご回答ください)	4	4	4	4	10)住宅改修(これまでの利用の有無)	10	10	10	10
5)通所リハビリテーション	5	5	5	5	11)夜間対応型訪問介護	11	11	11	11
6)短期入所生活介護	6	6	6	6	12)認知症対応型通所介護	12	12	12	12
(2)その他のサービス利用状況 (9月中)(複数回答可) ※医療保険、介護予防・日常生活支援総合事業も含む	1. 総合事業における訪問型サービス 2. 総合事業における通所型サービス 3. 総合事業におけるその他生活支援サービス 4. 医療保険の訪問看護 5. 訪問診療・往診 6. 行政保健師の訪問 7. 訪問歯科診療 8. 配食サービス 9. 障害者・難病対象サービス(自立支援法を含む) 10. 軽度生活援助サービス(草むしり等) 11. 外出支援・移送サービス				12. 紙おむつの支給・おむつ代の助成 13. 訪問理美容サービス 14. 民生委員による訪問 15. 緊急通報システム 16. 友愛訪問(老人クラブ、社協等) 17. 成年後見制度 18. 日常生活自立支援事業 19. 家族支援サービス 20. ボランティアによるサロン活動 21. 定期的な安否確認 22. その他( )				

※3 「併設」とは、貴居宅介護支援事業所と同一法人(同系列含む)の施設・事務所をさします。

### 4. ケアプランの作成およびサービス担当者会議等の実施状況

ケアマネジメント全体	(1)ケアマネジメントの各プロセスの説明状況 (○はそれぞれに1つ)	ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度				
		本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない
	1)アセスメントの結果	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	2)長期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	3)短期目標	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	4)ケアプラン原案	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	5)介護保険で使えるサービスの種類	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	6)利用するサービスを自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	7)サービス提供事業者を自由に選べること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5

ケアマネジメント全体	(1) ケアマネジメントの各プロセスの説明状況 (○はそれぞれに1つ)	ア. 本人・家族への説明				イ. 本人の理解度				ウ. 家族の理解度					
		本人と家族に説明した	本人のみに説明した	家族のみに説明した	説明しなかった	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	理解している	部分的に理解している	全く理解していない	理解しているか不明	家族はいない	
		8) ケアマネジャーを選べる(変更できる)こと	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
		9) サービス担当者会議の結果(本人・家族が参加しなかった場合)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
		10) 確定したケアプラン	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
	11) 介護サービスの自己負担額	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	
アセスメント	(2) この利用者においてアセスメントで重視している(した)点 ※特に重視している点上位5つを選択	1. 本人が困っていること、心配していること 2. 家族が困っていること、心配していること 3. 本人が希望する生活や介護サービス 4. 家族が希望する生活や介護サービス 5. 本人の生活歴(大事にしてきたこと、こだわり) 6. 本人の生活状況 7. 本人の価値観 8. 認知症の診断名(原因疾患) 9. 認知症の重症度 10. 認知機能障害の特徴 11. 行動・心理症状(BPSD)の有無 12. 行動・心理症状(BPSD)が生じる要因 13. 身体の健康状態(睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等) 14. 手段的日常生活動作(IADL) 15. 身体的日常生活動作(ADL) 16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況 17. 居住環境 18. 経済状況 19. 家族状況・介護力 20. その他( )													
	1) 上記のうち把握しづらいこと(把握するのが難しいこと)は何ですか(複数回答可)	1. 本人が困っていること、心配していること 2. 家族が困っていること、心配していること 3. 本人が希望する生活や介護サービス 4. 家族が希望する生活や介護サービス 5. 本人の生活歴(大事にしてきたこと、こだわり) 6. 本人の生活状況 7. 本人の価値観 8. 認知症の診断名(原因疾患) 9. 認知症の重症度 10. 認知機能障害の特徴 11. 行動・心理症状(BPSD)の有無 12. 行動・心理症状(BPSD)が生じる要因 13. 身体の健康状態(睡眠、排泄、水分摂取量、摂食・嚥下、栄養、痛み、その他の身体機能・身体症状・身体疾患等) 14. 手段的日常生活動作(IADL) 15. 身体的日常生活動作(ADL) 16. 社会との関わり、社会参加や対人関係の状況 17. 居住環境 18. 経済状況 19. 家族状況・介護力 20. その他( )													
	(3) この利用者においてアセスメント結果の説明時に実施している(した)工夫	自由回答:													
	(4) アセスメントの結果、新たに医療機関の受診が必要と考えたことがありますか(○は1つ)	1. ある	2. ない		理由(複数回答可) 1. 認知症の症状等が見られ、専門医の診断が必要 2. 身体的不調により対応が必要 3. その他( )										
2) 専門医の受診につなげましたか(○は1つ)	→ 1. 受診につなげた		2. 受診につなげていない		【つなげていない理由】(複数回答可) 1. 本人が受診を希望しないため 2. 家族が受診を希望しないため 3. 本人の意志決定が困難のため 4. 通院が困難であるため 5. 地域に専門の医師がいないため 6. 予約がとりにくいため 7. 主治医が必要ないと考えたため 8. 今後受診する予定である 9. その他( )										

	3) 本人の希望を聞き自己決定してもらう上で、どのように支援しましたか(複数回答可)	1. 本人が理解出来るように時間をかけてわかりやすく、丁寧に受け入れやすいように説明した 2. 家族・後見人を通じて理解してもらうようにした 3. 本人の考え方や気持ちを理解するように努めた 4. ケアマネジャー(自分)以外の視点で関わるように努めた 5. その他( )						
ケアプランの作成	(5) ケアプラン新規作成・変更(平成30年9月中)(複数回答可)	1. 9月中に新規作成した 2. 9月中に変更した ⇒要介護認定の更新・区分変更の結果を踏まえた変更であったか(1. はい 2. いいえ) 3. 9月中は新規作成も変更もしていない ⇒前回のケアプラン見直し時期( )年( )月						
	(6) 直近のケアプラン作成・変更にあたって、必要な情報を他職種から入手したのはいつですか(○は1つ)	1. 継続ケースの場合、日常的に把握していた 2. サービス担当者会議開催前に連絡し入手した 3. サービス担当者会議の開催(他職種からの書面含む)した際に入手した 4. その他( ) 5. 情報は得ていない						
	(7) 現在のケアプランのサービス種類の希望・提案(複数回答可)	1. 利用者が現在のサービスを希望 2. 家族が現在のサービスを希望 3. ケアマネジャーが現在のサービスを提案 4. その他( )						
	(8) 現在のケアプランのサービス提供事業所の選択(複数回答可)	1. 利用者が現在の事業所を希望 2. 家族が現在の事業所を希望 3. ケアマネジャーが現在の事業所を提案 4. その他( )						
(9) (6)において回答したケアプランの作成・変更について、直近のサービス担当者会議の開催状況をお答えください								
サービス担当者会議	1) 開催した場合	出席状況  主治医以降の※部分については、サービス種別等(インフォーマル・サポートも含む)を全て記載してください	参加者	出欠状況(それぞれ○は1つ)	欠席の場合			
			本人	1. 出席 2. 欠席	ケアマネジャーからの意見照会の有無(それぞれ○は1つ)	事業所等からケアマネジャーへの回答の有無(それぞれ○は1つ)		
			家族	1. 出席 2. 欠席				
			主治医	1. 出席 2. 欠席			1. 有 2. 無	1. 有 2. 無
			※	1. 出席 2. 欠席			1. 有 2. 無	1. 有 2. 無
			※	1. 出席 2. 欠席			1. 有 2. 無	1. 有 2. 無
			※	1. 出席 2. 欠席			1. 有 2. 無	1. 有 2. 無
※	1. 出席 2. 欠席	1. 有 2. 無	1. 有 2. 無					
		協議内容(複数回答可)	1. 本人の意向の確認 2. 家族の意向の確認 3. ケアプラン原案に対する協議 4. サービス提供状況の報告、共有 5. サービス提供、支援内容に関する調整 6. 利用者の状態の報告、共有 7. ケアプラン変更の必要性に関する協議 8. ケアプランの変更にかかわらず、課題の解決に向けた話し合い 9. 利用者の家族を事由とした、課題の解決についての話し合い 10. その他( )					
		協議の状況(複数回答可)	1. 多職種から積極的な発言、提案があった 2. 参加者による活発な協議、意見交換を経て合意された 3. 一部の職種のみが発言し、議論に参加していた 4. 報告、連絡事項のみが共有され、そのまま承認された 5. その他( )					

	2)開催しなかった場合	開催していない理由 (複数回答可)	1. 要介護認定の更新・区分変更を行わなかった 2. ケアプランの変更がなかった 3. 利用者・家族との日程調整がつかなかった 4. 他事業所との日程調整がつかなかった 5. ケアマネジャーが多忙のため開催できなかった 6. その他( )
(10)利用者についてのサービス担当者会議の開催回数	【平成29年10月～平成30年9月の開催回数】	( )回	
	【平成30年9月中の開催回数】	( )回	
(11)利用者の家族のためだけに実施する連絡・相談について ※内容及び方法別の頻度について	1)利用者の家族のためだけに連絡・相談することはありますか(○は1つ)	1. はい      2. いいえ →(12)へ	
	2)連絡・相談する家族の状況	1. 同居している家族 3. 本人に関与する家族はいない	2. 別居している家族(二世帯同居含む)
	家族の居住地(利用者宅からの最短の所要時間)(○は1つ)	1. 2世帯同居 2. 徒歩で5分以内 3. 何らかの交通手段で30分以内(徒歩のみを含む) 4. 何らかの交通手段で1時間以内 5. 1時間より時間を要する	
	3)利用者の家族のみに連絡・相談する場合の内容(複数回答可)	1. 家族の意向の確認 2. 家族介護者の健康状態の把握 3. 家族の状況に関する確認 4. 次月の計画に関するサービスの確認と調整 5. 本人と家族の意向が異なる場合の調整 6. 本人や将来に対する不安についての相談 7. 家族に対する労い 8. 不満への対応(サービスに対して、現状の介護について、本人等について) 9. 介護に対する意識の確認とはたらきかけ 10. その他( )	
	4)現在(直近数か月程度)の本人を除く家族への訪問頻度(○は1つ)	1. 月1回より多い 2. 月1程度	3. 数か月に1回 4. 実施していない
	月1回よりも訪問が多い理由		
	5)訪問以外の方法	頻度(それぞれ○は1つ)	
	ア. 電話	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	イ. FAX	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	ウ. メール・SNS等	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
エ. その他			
( )	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない	

(12)サービス提供事業所のサービスに対するモニタリングについて ※内容及び方法別の頻度について	内容 (複数回答可)	1. 目標達成の状況 2. 利用者の心身状態の変化 3. 事業所からの提案 4. ケアプランの変更の必要性の有無 5. 利用者から事業所への要望、不満への対応 6. トラブルや事故の未然防止に関すること 7. その他( )	
	方法	頻度(それぞれ○は1つ)	
	ア. 訪問	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	イ. 電話	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	ウ. FAX	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	エ. メール・SNS等	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
	オ. その他 ( )	1. 週1回以上 2. 隔週 3. 月1回	4. 2ヶ月に1回 5. 3ヶ月に1回 6. していない
(13)アセスメントやモニタリングの際、利用者の状態を確認していますか(○は1つ)	服薬管理	口腔や嚥下の機能	褥瘡の状況
(14)訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像を主治医等に提供していますか(○はそれぞれ1つ)	1. 確認している 2. 確認していない	1. 確認している 2. 確認していない	1. 確認している 2. 確認していない
	1. 提供している 2. 提供していない ↓	1. 提供している 2. 提供していない ↓	1. 提供している 2. 提供していない ↓
	【提供していない理由】 1.主治医等がない 2.主治医等がいるが連絡がつかない 3.その他( )	【提供していない理由】 1.主治医等がない 2.主治医等がいるが連絡がつかない 3.その他( )	【提供していない理由】 1.主治医等がない 2.主治医等がいるが連絡がつかない 3.その他( )
(15)利用者が認知症であるかどうかをどのように確認していましたか(複数回答可)	1. 本人の会話、身なり、行動、生活環境等から確認する 2. 家族や介護者からの本人の日常生活に関する情報を収集して確認する 3. サービス事業所等から情報を収集して確認する 4. 近隣住民や本人の知人等から情報を収集して確認する 5. 主治医意見書や医師からの情報で確認する 6. 認知症専門医の診断結果を確認する 7. その他( )		

※ 以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました ※

「医療機関と居宅介護支援事業所の連携に関する調査」

医療機関調査票

※この調査票は入退院支援部門の方、または退院支援を担当している方、地域連携室の職員の方が記入してください。  
部署や病棟ごとに担当の方が異なる場合は、平成30年9月に「入退院支援加算」を最も多く算定した患者を担当した  
部署・病棟の職員の方が記入してください。

医療機関名		休止・休診の状況
記入者	所属部署【 職 種【1. 医師 2. 看護師・准看護師 3. MSW 4. 社会福祉士 5. その他( )】	1. 休止・休診はしていない 2. 休止中 3. 休診中(1年以上) 4. 休診中(1年未満)

1 貴医療機関の概況(平成30年10月3日の状況)

(1) 運営主体 (○は1つ)	1. 国 〔厚生労働省 独立行政法人国立病院機構 国立大学法人 独立行政法人労働者健康安全機構 国立高度専門医療研究センター 独立行政法人地域医療機能推進機構 その他の国立〕	3. 社会保険関係団体 〔全国社会保険協会連合会 厚生年金事業振興団 船員保険会 健康保険組合及びその連合会 共済組合及びその連合会 国民健康保険組合〕
	2. 公的医療機関 〔都道府県 市町村 一部事務組合 地方独立行政法人 日赤 済生会 北海道社会事業協会 厚生連 国民健康保険団体連合会〕	4. 医療法人 5. 個人 6. その他 〔公益法人 学校法人 社会福祉法人 医療生協 会社 その他の法人〕
(2) 医療機関の種類 (○は1つ)	1. 病院 2. 有床診療所	
1) 病院の機能区分 (複数回答可)	1. 高度救命救急センター 2. 救命救急センター 3. 二次救急医療機関 4. 特定機能病院	5. 地域医療支援病院 6. がん診療連携拠点病院 7. 専門病院(※1)
(3) 救急告示の有無 (○は1つ)	1. あり 2. なし	
(4) 診療科目 (複数回答可)	1. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科(胃腸内科) 5. 腎臓内科 6. 神経内科 7. 糖尿病内科(代謝内科) 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科	16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科(胃腸外科) 22. 泌尿器外科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科 29. 耳鼻咽喉科 30. 小児外科
		31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 40. 歯科 41. 矯正歯科 42. 小児歯科 43. 歯科口腔外科

※1 専門病院とは主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生(支)局長に届け出たものを指す。

(5) 病床数	総病床数 ( )床																						
	うち精神病床 ( )床																						
	うち感染症病床 ( )床																						
	うち結核病床 ( )床																						
	うち医療療養病床 ( )床																						
	うち回復期リハ病床(再掲) ( )床																						
	うち地域包括ケア病床(再掲) ( )床																						
	うち介護療養病床 ( )床																						
	うち一般病床 ( )床																						
	うち回復期リハ病床(再掲) ( )床																						
	うち地域包括ケア病床(再掲) ( )床																						
1) 一般病床の看護体制 (複数回答可)	<table border="1"> <tr> <th>病院 ( 1. (2)で病院を選択した方のみ 回答してください)</th> <th>有床診療所 ( 1. (2)で有床診療所を選択した方のみ 回答してください)</th> </tr> <tr> <td>1. 急性期一般入院料1</td> <td>1. 有床診療所入院基本料1</td> </tr> <tr> <td>2. 急性期一般入院料2</td> <td>2. 有床診療所入院基本料2</td> </tr> <tr> <td>3. 急性期一般入院料3</td> <td>3. 有床診療所入院基本料3</td> </tr> <tr> <td>4. 急性期一般入院料4</td> <td>4. 有床診療所入院基本料4</td> </tr> <tr> <td>5. 急性期一般入院料5</td> <td>5. 有床診療所入院基本料5</td> </tr> <tr> <td>6. 急性期一般入院料6</td> <td>6. 有床診療所入院基本料6</td> </tr> <tr> <td>7. 急性期一般入院料7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. 地域一般入院料1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. 地域一般入院料2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. 地域一般入院料3</td> <td></td> </tr> </table>	病院 ( 1. (2)で病院を選択した方のみ 回答してください)	有床診療所 ( 1. (2)で有床診療所を選択した方のみ 回答してください)	1. 急性期一般入院料1	1. 有床診療所入院基本料1	2. 急性期一般入院料2	2. 有床診療所入院基本料2	3. 急性期一般入院料3	3. 有床診療所入院基本料3	4. 急性期一般入院料4	4. 有床診療所入院基本料4	5. 急性期一般入院料5	5. 有床診療所入院基本料5	6. 急性期一般入院料6	6. 有床診療所入院基本料6	7. 急性期一般入院料7		8. 地域一般入院料1		9. 地域一般入院料2		10. 地域一般入院料3	
	病院 ( 1. (2)で病院を選択した方のみ 回答してください)	有床診療所 ( 1. (2)で有床診療所を選択した方のみ 回答してください)																					
1. 急性期一般入院料1	1. 有床診療所入院基本料1																						
2. 急性期一般入院料2	2. 有床診療所入院基本料2																						
3. 急性期一般入院料3	3. 有床診療所入院基本料3																						
4. 急性期一般入院料4	4. 有床診療所入院基本料4																						
5. 急性期一般入院料5	5. 有床診療所入院基本料5																						
6. 急性期一般入院料6	6. 有床診療所入院基本料6																						
7. 急性期一般入院料7																							
8. 地域一般入院料1																							
9. 地域一般入院料2																							
10. 地域一般入院料3																							
(6) 入退院に関わる報酬 算定状況 (平成30年9月診療分)	1. 入退院支援加算(Ⅰ) ⇒ ( )件 2. 入退院支援加算(Ⅱ) ⇒ ( )件 3. 地域連携診療計画管理料 ⇒ ( )件 4. 介護支援等連携指導料 ⇒ ( )件 5. 退院時共同指導料2 ⇒ ( )件																						
(7) 入院患者のうち、同一市区町村在住者の占める割合	( )割																						
(8) 入退院支援の窓口 (○は1つ)	1. 病院全体    2. 病棟ごと    3. その他( )																						
(9) 入退院支援部門の有無 (○は1つ)	1. あり    2. なし ⇒部署名 ( )																						
(10) 入退院支援・地域連携業務担当者の人数	1) 入退院支援部門に配置され入退院支援・地域連携業務に関する経験を有する者 1. 看護師 ( )人 2. 社会福祉士( )人																						
	2) 病棟に配置され入退院支援及び地域連携業務に専従する者 1. 看護師 ( )人 2. 社会福祉士( )人																						
(11) 貴医療機関の運営法人が運営する居宅介護支援事業所の有無とその立地(複数ある場合は主な事業所3つについて記入) (○はそれぞれ1つ)	1. あり ⇒	立地																					
		1	近接・近隣・市区町村内・その他( )																				
	2. なし	2	近接・近隣・市区町村内・その他( )																				
		3	近接・近隣・市区町村内・その他( )																				

2 居宅介護支援事業所・ケアマネジャーとの連携の状況について(指定がない場合、平成 30 年7月～9月の状況)

(1)ケアマネジャーとの連携窓口(○は1つ)	1. 医療機関全体で連携窓口を1つ定めている 2. 医療機関内で連携窓口は2つ以上定めており、かつ病棟数より少ない 3. 病棟ごとに連携窓口を1つ定めている 4. 連携窓口はない
------------------------	--

平成 30 年9月に「入退院支援加算」を最も多く算定した病棟について回答してください。「入退院支援加算」を算定していない場合には、要介護認定を受けている方が最も多く退院している病棟について回答してください。病院全体で退院支援をしている場合は、「調査対象の病棟」を病院全体と読み替えてください。

(2)本調査に回答するために選定した病棟について(以下では「調査対象の病棟」と表記します。) ※病棟が分かれていない場合、医療機関全体を調査対象としてください。	総病床数 ( )床 うち精神病床 ( )床 うち感染症病床 ( )床 うち結核病床 ( )床 うち医療療養病床 ( )床 うち回復期リハ病床(再掲) ( )床 うち地域包括ケア病床(再掲) ( )床 うち介護療養病床 ( )床 うち一般病床 ( )床 うち回復期リハ病床(再掲) ( )床 うち地域包括ケア病床(再掲) ( )床
--	--

1)一般病床の看護体制(○は1つ)	病院 ( 1. (2)で病院を選択した方のみ回答してください)	有床診療所 ( 1. (2)で有床診療所を選択した方のみ回答してください)
	1. 急性期一般入院料1 2. 急性期一般入院料2 3. 急性期一般入院料3 4. 急性期一般入院料4 5. 急性期一般入院料5 6. 急性期一般入院料6 7. 急性期一般入院料7 8. 地域一般入院料1 9. 地域一般入院料2 10. 地域一般入院料3	1. 有床診療所入院基本料1 2. 有床診療所入院基本料2 3. 有床診療所入院基本料3 4. 有床診療所入院基本料4 5. 有床診療所入院基本料5 6. 有床診療所入院基本料6

(3)ケアマネジャーと連携している職種(複数回答可)	1. 看護師・准看護師( )人      2. MSW( )人 3. PT( )人      4. OT( )人      5. ST( )人 6. その他( )人 ⇒主な職種 ( )
----------------------------	--

【入院時の連携】

(4)平成 30 年7月～9月中に患者が新規で「調査対象の病棟」に入院した際に連携した居宅介護支援事業所の数	( )事業所
--	--------

(5)平成 30 年7月～9月中に「調査対象の病棟」へ新規で入院した 65 歳以上の患者数	ア. 「調査対象の病棟」に新規で入院した 65 歳以上の患者数			
	イ. うち入院時点で要介護認定を受けている患者数		ウ. うち入院時点で担当のケアマネジャーがいる患者数	
			エ. うち担当のケアマネジャーの氏名等がわかっている患者数	
			オ. うち入院時にケアマネジャーから情報提供を受けている人数	
	( )人	( )人	( )人	( )人

<p>(6) 情報提供を受けている場合、ケアマネジャーからの情報提供の方法</p> <p>※書式がある場合 使用している書式(未記入のもの)を添付してください。</p>	<p>書式の有無 (複数回答可)</p>	<p>1. <u>あり</u> ⇒書式の種類(複数回答可) 【 1. 貴医療機関が作成 2. 地域で作成した様式(自治体、医師会等) 3. その他( ) )】</p> <p>2. なし</p>																																									
	<p>連携時の工夫 や取り決め</p>	<p>【具体的にお書きください】</p>																																									
<p>(7) 患者入院時にケアマネジャーから提供される情報のうち役に立つ内容 (複数回答可)</p>	<table border="0"> <tr> <td>1. 世帯構成</td> <td>15. 「院内の多職種カンファレンス」への参加</td> <td>29. 入院前に実施している医療処置</td> </tr> <tr> <td>2. 主介護者氏名</td> <td>16. 「退院前カンファレンス」への参加</td> <td>30. 内服薬の有無</td> </tr> <tr> <td>3. キーパーソン氏名</td> <td>17. 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行</td> <td>31. 居宅療養管理指導の有無</td> </tr> <tr> <td>4. 本人の趣味・興味・関心領域等</td> <td>18. 麻痺の状況</td> <td>32. 薬剤管理の状況</td> </tr> <tr> <td>5. 本人の生活歴</td> <td>19. ADL</td> <td>33. 服薬状況</td> </tr> <tr> <td>6. 入院前の本人の生活に対する意向</td> <td>20. 食事内容</td> <td>34. かかりつけ医機関名</td> </tr> <tr> <td>7. 入院前の家族の生活に対する意向</td> <td>21. 口腔の状況</td> <td>35. 電話番号</td> </tr> <tr> <td>8. 入院前の介護サービスの利用状況</td> <td>22. 排泄の状況</td> <td>36. 医師名</td> </tr> <tr> <td>9. 在宅生活に必要な要件</td> <td>23. 睡眠の状態</td> <td>37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む)</td> </tr> <tr> <td>10. 退院後の世帯状況</td> <td>24. 喫煙の有無</td> <td>38. 褥瘡の有無</td> </tr> <tr> <td>11. 世帯に対する配慮</td> <td>25. コミュニケーション能力</td> <td>39. 飲酒</td> </tr> <tr> <td>12. 退院後の主介護者</td> <td>26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無)</td> <td>40. その他( )</td> </tr> <tr> <td>13. 介護力</td> <td>27. 疾患歴(がん、認知症等の有無)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. 家族や同居者等による虐待の疑い</td> <td>28. 入院歴(最近の入院の有無、入院頻度等)</td> <td></td> </tr> </table>	1. 世帯構成	15. 「院内の多職種カンファレンス」への参加	29. 入院前に実施している医療処置	2. 主介護者氏名	16. 「退院前カンファレンス」への参加	30. 内服薬の有無	3. キーパーソン氏名	17. 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	31. 居宅療養管理指導の有無	4. 本人の趣味・興味・関心領域等	18. 麻痺の状況	32. 薬剤管理の状況	5. 本人の生活歴	19. ADL	33. 服薬状況	6. 入院前の本人の生活に対する意向	20. 食事内容	34. かかりつけ医機関名	7. 入院前の家族の生活に対する意向	21. 口腔の状況	35. 電話番号	8. 入院前の介護サービスの利用状況	22. 排泄の状況	36. 医師名	9. 在宅生活に必要な要件	23. 睡眠の状態	37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む)	10. 退院後の世帯状況	24. 喫煙の有無	38. 褥瘡の有無	11. 世帯に対する配慮	25. コミュニケーション能力	39. 飲酒	12. 退院後の主介護者	26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無)	40. その他( )	13. 介護力	27. 疾患歴(がん、認知症等の有無)		14. 家族や同居者等による虐待の疑い	28. 入院歴(最近の入院の有無、入院頻度等)	
1. 世帯構成	15. 「院内の多職種カンファレンス」への参加	29. 入院前に実施している医療処置																																									
2. 主介護者氏名	16. 「退院前カンファレンス」への参加	30. 内服薬の有無																																									
3. キーパーソン氏名	17. 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	31. 居宅療養管理指導の有無																																									
4. 本人の趣味・興味・関心領域等	18. 麻痺の状況	32. 薬剤管理の状況																																									
5. 本人の生活歴	19. ADL	33. 服薬状況																																									
6. 入院前の本人の生活に対する意向	20. 食事内容	34. かかりつけ医機関名																																									
7. 入院前の家族の生活に対する意向	21. 口腔の状況	35. 電話番号																																									
8. 入院前の介護サービスの利用状況	22. 排泄の状況	36. 医師名																																									
9. 在宅生活に必要な要件	23. 睡眠の状態	37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む)																																									
10. 退院後の世帯状況	24. 喫煙の有無	38. 褥瘡の有無																																									
11. 世帯に対する配慮	25. コミュニケーション能力	39. 飲酒																																									
12. 退院後の主介護者	26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無)	40. その他( )																																									
13. 介護力	27. 疾患歴(がん、認知症等の有無)																																										
14. 家族や同居者等による虐待の疑い	28. 入院歴(最近の入院の有無、入院頻度等)																																										
<p>(8) 患者入院時にケアマネジャーから提供される情報のうち不足している内容 (複数回答可)</p>	<table border="0"> <tr> <td>1. 世帯構成</td> <td>15. 「院内の多職種カンファレンス」への参加</td> <td>29. 入院前に実施している医療処置</td> </tr> <tr> <td>2. 主介護者氏名</td> <td>16. 「退院前カンファレンス」への参加</td> <td>30. 内服薬の有無</td> </tr> <tr> <td>3. キーパーソン氏名</td> <td>17. 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行</td> <td>31. 居宅療養管理指導の有無</td> </tr> <tr> <td>4. 本人の趣味・興味・関心領域等</td> <td>18. 麻痺の状況</td> <td>32. 薬剤管理の状況</td> </tr> <tr> <td>5. 本人の生活歴</td> <td>19. ADL</td> <td>33. 服薬状況</td> </tr> <tr> <td>6. 入院前の本人の生活に対する意向</td> <td>20. 食事内容</td> <td>34. かかりつけ医機関名</td> </tr> <tr> <td>7. 入院前の家族の生活に対する意向</td> <td>21. 口腔の状況</td> <td>35. 電話番号</td> </tr> <tr> <td>8. 入院前の介護サービスの利用状況</td> <td>22. 排泄の状況</td> <td>36. 医師名</td> </tr> <tr> <td>9. 在宅生活に必要な要件</td> <td>23. 睡眠の状態</td> <td>37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む)</td> </tr> <tr> <td>10. 退院後の世帯状況</td> <td>24. 喫煙の有無</td> <td>38. 褥瘡の有無</td> </tr> <tr> <td>11. 世帯に対する配慮</td> <td>25. コミュニケーション能力</td> <td>39. 飲酒</td> </tr> <tr> <td>12. 退院後の主介護者</td> <td>26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無)</td> <td>40. その他( )</td> </tr> <tr> <td>13. 介護力</td> <td>27. 疾患歴(がん、認知症等の有無)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. 家族や同居者等による虐待の疑い</td> <td>28. 入院歴(最近の入院の有無、入院頻度等)</td> <td></td> </tr> </table>	1. 世帯構成	15. 「院内の多職種カンファレンス」への参加	29. 入院前に実施している医療処置	2. 主介護者氏名	16. 「退院前カンファレンス」への参加	30. 内服薬の有無	3. キーパーソン氏名	17. 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	31. 居宅療養管理指導の有無	4. 本人の趣味・興味・関心領域等	18. 麻痺の状況	32. 薬剤管理の状況	5. 本人の生活歴	19. ADL	33. 服薬状況	6. 入院前の本人の生活に対する意向	20. 食事内容	34. かかりつけ医機関名	7. 入院前の家族の生活に対する意向	21. 口腔の状況	35. 電話番号	8. 入院前の介護サービスの利用状況	22. 排泄の状況	36. 医師名	9. 在宅生活に必要な要件	23. 睡眠の状態	37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む)	10. 退院後の世帯状況	24. 喫煙の有無	38. 褥瘡の有無	11. 世帯に対する配慮	25. コミュニケーション能力	39. 飲酒	12. 退院後の主介護者	26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無)	40. その他( )	13. 介護力	27. 疾患歴(がん、認知症等の有無)		14. 家族や同居者等による虐待の疑い	28. 入院歴(最近の入院の有無、入院頻度等)	
1. 世帯構成	15. 「院内の多職種カンファレンス」への参加	29. 入院前に実施している医療処置																																									
2. 主介護者氏名	16. 「退院前カンファレンス」への参加	30. 内服薬の有無																																									
3. キーパーソン氏名	17. 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	31. 居宅療養管理指導の有無																																									
4. 本人の趣味・興味・関心領域等	18. 麻痺の状況	32. 薬剤管理の状況																																									
5. 本人の生活歴	19. ADL	33. 服薬状況																																									
6. 入院前の本人の生活に対する意向	20. 食事内容	34. かかりつけ医機関名																																									
7. 入院前の家族の生活に対する意向	21. 口腔の状況	35. 電話番号																																									
8. 入院前の介護サービスの利用状況	22. 排泄の状況	36. 医師名																																									
9. 在宅生活に必要な要件	23. 睡眠の状態	37. 診察方法・頻度(通院・訪問診療・往診の状況を含む)																																									
10. 退院後の世帯状況	24. 喫煙の有無	38. 褥瘡の有無																																									
11. 世帯に対する配慮	25. コミュニケーション能力	39. 飲酒																																									
12. 退院後の主介護者	26. 精神面における療養上の問題(行動・心理症状(BPSD)の有無)	40. その他( )																																									
13. 介護力	27. 疾患歴(がん、認知症等の有無)																																										
14. 家族や同居者等による虐待の疑い	28. 入院歴(最近の入院の有無、入院頻度等)																																										

【退院時の連携】						
(9)平成30年7月～9月に「調査対象の病棟」から退院した65歳以上の患者数	ア.「調査対象の病棟」から退院した65歳以上の患者数					
	イ.うち退院時点で要介護認定を受けている患者数					
	ウ.イのうち退院時にケアマネジャーと共同で患者に対し、退院後の介護サービスの必要性について指導・情報共有を行った人数	エ.イのうち入院中に、三者(※1)以上と共同して退院後の説明・指導を行った人数	オ.イのうち「入退院支援加算Ⅰ」を算定した人数	カ.イのうち「入退院支援加算Ⅱ」を算定した人数		
	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
(10)要介護認定を受けている患者が入院した際に、ケアマネジャーから連絡を受けていない場合、ケアマネジャーに連絡していますか(○は1つ)	1. 全ての場合に連絡している 2. ほとんど連絡している ※1(目安100件中90件以上) 3. 連絡している場合が多い ※2(目安100件中50～89件) 4. 連絡していない場合が多い ※3(目安100件中11～49件) 5. ほとんど連絡していない ※4(目安100件中10件以下) 6. 全く連絡していない					
(11)要介護認定を受けている患者について、退院時カンファレンスを行う際に、ケアマネジャーに連絡していますか(○は1つ)	1. 全ての場合に連絡している 2. ほとんど連絡している ※1(目安100件中90件以上) 3. 連絡している場合が多い ※2(目安100件中50～89件) 4. 連絡していない場合が多い ※3(目安100件中11～49件) 5. ほとんど連絡していない ※4(目安100件中10件以下) 6. 全く連絡していない ⇒(12)へ					
1)どのような場合に連絡をしていますか(複数回答可)	1. 独居 2. 老老などで家族に期待ができない 3. 服薬に関して不安がある 4. 通院に関して不安がある 5. 介護サービスが必須 6. 介護サービス以外のサービスが必要 7. その他( )					
(12)平成30年7月～9月中に患者が「調査対象の病棟」から退院する際に連携した居宅介護支援事業所の数	( )事業所					
(13)退院時に患者の情報をケアマネジャーに提供する際の主な手段・方法  ※書式がある場合 使用している書式(未記入のもの)を添付してください。	アクセス方法(複数回答可)	1. ケアマネジャー・居宅介護支援事業所に直接連絡する 2. 患者・家族に連絡し、ケアマネジャーに伝えてもらう 3. ケアマネジャーから連絡されるのを待つ 4. その他( )				
	書式の有無(○は1つ)	1. あり ⇒書式の種類(複数回答可) 【 1. 貴医療機関が作成 2. 地域で作成した様式(自治体、医師会等) 3. その他( )】 2. なし				
	連携手段(複数回答可)	1. 対面・面談    2. Web会議    3. 電話    4. メール    5. FAX 6. その他( )				
(14)退院時に患者情報を提供・共有する際、特に重視している情報(複数回答可)	1. 疾患の状態    5. 排泄の状況    9. その他( ) 2. 食事の状況    6. 夜間の状況    10. 特にない 3. 口腔の状況    7. 療養上の留意事項 4. 移動の状況    8. 薬の状況					
※1 ※三者とは在宅療養を行う医療機関、歯科、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所のいずれか三者以上						
(15)患者退院時にケアマネジャーとの連携で工夫している点(複数回答可)	1. 退院時カンファレンスでは必ず、ケアマネジャーとしての意見を求めている 2. 医療機関独自の様式等により、わかりやすく情報提供する工夫をしている 3. 専門用語を避けるなど、理解しやすくするための工夫をしている 4. 日頃から、ケアマネジャーや居宅介護支援事業所との協力関係を築いている 5. 医療機関内に、ケアマネジャーと連携がはかれる職員を十分に確保するようにしている					

	6. その他( )					
	7. 特にない					
(16) ケアマネジャーと連携してよかったこと (複数回答可)	1. 患者について考慮すべきことが早期にわかり、より効果的な医療的処置を実施できた 2. 退院が円滑に進んだ 3. 在宅サービスにスムーズに結びついた 4. 在宅療養が継続した 5. 手厚い体制で患者に寄り添うことができ、患者や家族の満足が得られた 6. 医療機関の関与が少なくて済んだ 7. その他( )					
(17) ケアマネジャーに対してどのような役割を期待していますか。ケアマネジャーは、その役割を実施していますか (複数回答可)	役割				イ. ほとんどのケアマネジャーは概ね実施している	
			ア. ケアマネジャーに期待している	求める時期(入院前・入院時に該当する箇所、1か所又は2か所に○)		
				入院前	入院時	
	入院前または入院した時	1) 入院前利用の介護サービス・福祉サービスの伝達	1	1	1	1
		2) 入院前の ADL や IADL、介護が必要な内容の状況についての伝達	2	2	2	2
		3) 同居家族や介護体制の状況の伝達	3	3	3	3
		4) 入院前の虐待や生活困窮の状況の伝達	4	4	4	4
		5) 入院前の入退院に関する情報の伝達	5	5	5	5
		6) 入院前の褥瘡や栄養状態、服薬中薬剤に関する情報の伝達	6	6	6	6
		7) その他身体・社会・精神的背景、退院困難な要因等に関する患者の情報の伝達	7	7	7	7
		8) 退院時の支援・困難性を事前に判断するための事前カンファレンス等への出席	8	8	8	8
	入院する時	9) 入院時の手続きに関する本人・家族の支援	9			9
		10) 入院時の必要品等の準備等の支援	10			10
	入院中	11) 本人や家族、医療機関の状況に合わせた即時の対応	11			11
		12) 要介護認定の申請手続きや介護サービスに対する情報提供	12			12
		13) 要介護認定の区分変更申請手続きの支援または代行	13			13
		14) 医療機関に訪問し、指導への同席や本人・家族への情報提供	14			14
		15) 医療機関が家族に連絡する際の仲介や支援(医療機関が連絡が取りにくい場合等)	15			15
	退院時	16) 退院時カンファレンスへの参加	16			16
		17) 退院日程に合わせた迅速なサービス調整・ケアプラン作成	17			17
18) 退院時に本人・家族へ医療機関が指導する際への同席		18			18	
19) 退院手続きに関する本人・家族の支援		19			19	
20) 退院後の生活環境の整備(医療機関が期待するか)		20			20	

(17) ケアマネジャーに対してどのような役割を期待していますか。その役割についてケアマネジャーは実施していますか。 (複数回答可)	役割		ア. ケアマネジャーに期待している	求める時期(入院前・入院時に該当する箇所、1か所又は2か所に○)		イ. ほとんどのケアマネジャーは概ね実施している	
				入院前	入院時		
	退院後	21) 退院後の医療機関の患者宅訪問指導への同行・同席		21			21
		22) 本人・家族の在宅療養生活(セルフマネジメント)支援(通院・服薬の支援を含む)		22			22
		23) 通院への同行・同席		23			23
		24) 退院後の在宅での生活や療養状況の情報の伝達		24			24
		25) 家族の介護負担軽減(医療機関から退院後に依頼されるかどうか)		25			25
	時期を問わず	26) 疾患や医療的処置・服薬の理解		26			26
		27) 医療機関の決まりごと等の理解		27			27
		28) その他 ( )		28			28
29) 特にない(ケアマネジャーに期待することが「特にない」場合に 29 を○で囲んでください)		29					
(18) 要介護認定を受けている患者について、入院時・退院時以外で、必要に応じてケアマネジャーに連絡していますか(○は1つ)		1. 必要な場合は全て連絡している 2. 必要な場合のうち、ほとんど連絡している ※1(目安 100 件中 90 件以上) 3. 必要な場合のうち、連絡している場合が多い ※2(目安 100 件中 50~89 件) 4. 必要な場合のうち、連絡していない場合が多い ※3(目安 100 件中 11~49 件) 5. 必要な場合のうち、ほとんど連絡していない ※4(目安 100 件中 10 件以下) 6. 必要な場合であっても、全く連絡していない					
(19) ケアマネジャーとの連携について、困難と感じる点・問題とを感じる点について 右の1)と2)に、回答してください(複数回答可)				1) 今までに問題と感じたことがありますか	2) 平成30年4月以降、改善したと思うことはありますか		
入院した時	1. 担当のケアマネジャーやケアマネジャーの連絡先の確認に時間や労力を要する場合がある		1			1	
	2. 患者の入院時にケアマネジャーから情報提供を受ける手段や方法が定まっていない		2			2	
	3. ケアマネジャーに、入院時の連携の窓口や担当者の存在が伝わっていない		3			3	
	4. ケアマネジャーから提供を受けた情報が、まとまっていない		4			4	
	5. 適切な診療や看護のために、必要な情報が不足している		5			5	
	6. ケアマネジャーに貴院を訪問してもらう際の、スケジュール調整が難しい		6			6	
	7. 必要なタイミングで情報が、提供されない(提供されるタイミングが遅い)		7			7	
	8. 情報提供を受け入れる体制が整っていない		8			8	
	9. ケアマネジャーが受身で、依頼しなければ情報が提供されない		9			9	
	10. ケアマネジャーから提供された情報について、病院で活用されていない		10			10	
	11. 病院内の職員が多忙で、時間が取れない		11			11	
	12. 情報提供を求めてもケアマネジャーが多忙のため、対応してもらえない		12			12	
	13. 患者が情報提供を拒否する		13			13	
	14. 家族が情報提供を拒否する		14			14	
	15. 遠方の居住者の場合にケアマネジャーに連絡しにくい		15			15	
	16. ケアマネジャーに連絡しても病院に来てもらえないことがある		16			16	

入院時	17. ケアマネジャーは患者の入院中の変化について把握しない	17	17
	18. 退院時カンファレンスを実施していない	18	18
	19. 退院時カンファレンスにケアマネジャーを呼んでも出席しない	19	19
退院時	20. 退院時カンファレンスにおいてケアマネジャーが必要と考えていることがわからない	20	20
	21. 退院時カンファレンスではケアマネジャーが自発的に発言しない	21	21
	22. ケアマネジャーとの日程の調整が難しい	22	22
	23. ケアマネジャーは退院時の連携窓口を認識していない	23	23
	24. 治療等の都合により、ケアマネジャーへの退院の連絡が直前になることがある	24	24
	25. ケアマネジャーに対して医療処置の内容、看護の視点、リハビリの視点について提供の必要性を感じない	25	25
	26. 禁忌事項の有無・内容の留意点を伝える必要性を感じない	26	26
	27. ケアマネジャーに対して症状・病状の予後・予測について提供の必要性を感じない	27	27
	28. 退院時において文書での情報を提供することを煩雑に思う	28	28
	29. 患者が初めて介護保険サービスを利用する場合に、ケアマネジャーの窓口がわからない	29	29
	30. 患者を紹介できる居宅介護支援事業所が少ない	30	30
	31. 退院時に、入院前に患者を担当していたケアマネジャーを把握することが難しい、連絡しづらい	31	31
32. 患者の退院後の在宅生活や介護に関してわからず、求められている情報がわからない	32	32	
退院後	33. 退院後にケアマネジャーから情報が来ない	33	33
	34. 必要なサービス等の情報が反映されない	34	34
	35. 退院後のサービスメニューについてケアマネジャーに納得してもらえない	35	35
	36. 退院後に頻繁に質問や追加の説明を求められると労力が大きい	36	36
	37. ケアマネジャーが、医療に関する知識を十分に有していない	37	37
	38. 介護保険制度に関する表現や用語などを理解することが難しい	38	38
その他	39. ケアマネジャーとコミュニケーションがうまくとれない	39	39
	40. 連携や情報共有のために必要となる会議や連絡等の時間や労力が大きい	40	40
	41. その他	41	41
	42. 特にない	42	42

### 自由記入欄

今後、ケアマネジャー・居宅介護支援事業所との連携を進める上でのご意見や要望など、ご自由にご記入ください。

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。