「居宅介護支援及び介護予防支援における　平成 30 年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」

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 ・ 令和　(　　)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
(4) 令和元年 9 月中の休業日の有無	1. あり　2. なし
1)令和元年 9 月中の休業日数	(　　)日
(5) 休業日の連絡体制	1. 管理者が電話対応している 2. 当番制で介護支援専門員が電話対応している 3. その他の方法で対応している (　　) 4. 休業日は対応していない 5. 休業日はない

SAMPLE

2 併設施設・事業所の状況

(1)同一法人(同系列を含む)が運営する他の介護保険施設・事業所の有無	1. 同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している(同一建物または同一敷地内に施設・事業所が複数ある) 2. 同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない 3. 同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない (居宅介護支援事業所以外は行っていない) → 3に進んでください

(2)同一法人(同系列を含む)が運営する他の介護保険施設・事業所の状況(※介護予防含む)	同一法人・系列法人が運営しているサービス(複数回答可)	うち、併設しているもの(複数回答可)	介護支援専門員が兼務しているもの(複数回答可)	(2)同一法人(同系列を含む)が運営する他の介護保険施設・事業所の状況(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)	うち、併設しているもの(複数回答可)	介護支援専門員が兼務しているもの(複数回答可)
訪問介護	1	1	1	介護老人福祉施設(地域密着型を含む)	18	18	18
訪問入浴介護(※)	2	2	2	介護老人保健施設	19	19	19
訪問看護(※)	3	3	3	介護療養型医療施設	20	20	20
訪問リハビリテーション(※)	4	4	4	介護医療院	21	21	21
通所介護	5	5	5	療養病床を有する病院・診療所	22	22	22
通所リハビリテーション(※)	6	6	6	病院・診療所(上記以外)	23	23	23
短期入所生活介護(※)	7	7	7	介護付き有料老人ホーム	24	24	24
短期入所療養介護(※)	8	8	8	住宅型有料老人ホーム	25	25	25
福祉用具貸与・特定福祉用具販売(※)	9	9	9	サービス付高齢者向け住宅	26	26	26
住宅改修を行っている事業所	10	10	10	その他の高齢者施設	27	27	27
定期巡回・随時対応型訪問介護	11	11	11	地域包括支援センター	28	28	28
夜間対応型訪問介護	12	12	12	在宅介護支援センター	29	29	29
地域密着型通所介護	13	13	13	調剤薬局	30	30	30
認知症対応型通所介護(※)	14	14	14	はり、きゅう、あん摩、マッサージ、指圧、接骨院	31	31	31
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(※)	15	15	15	通所介護における宿泊サービス	32	32	32
小規模多機能型居宅介護(※)	16	16	16	その他 ( )	33	33	33
看護小規模多機能型居宅介護	17	17	17				

3 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)令和元年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 3. 居宅介護支援費(Ⅲ)( )人 2. 居宅介護支援費(Ⅱ)( )人

(2)令和元年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※1	要支援1	要支援2					
	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

※1 訪問介護・通所介護のみを利用する要支援者は、介護予防ケアマネジメントとしてカウントし、要支援1・要支援2には含めないでください。

４　加算について				
(1)中山間地域等居住者サービス提供加算を算定した件数（令和元年９月）	（　　）件			
(2)中山間地域等における小規模事業所加算を算定した件数（令和元年９月）	（　　）件			
(3)特別地域居宅介護支援加算を算定した件数（令和元年９月）	（　　）件			
(4)入院時情報連携加算を算定した件数（令和元年９月）	加算（Ⅰ）	（　　）件	加算（Ⅱ）	（　　）件
(5)退院・退所加算を算定した件数（令和元年９月）	（　　）件			
(6)小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	（　　）件			
(7)看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	（　　）件			
(8)特定事業所加算の届出有無（○は1つ）	1. 届出済み（令和元年9月より前に届けた場合を含む）　2. 届出ていない			
1)特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）の算定状況（令和元年９月）（○は1つ）	1. 特定事業所加算（Ⅰ） 2. 特定事業所加算（Ⅱ） 3. 特定事業所加算（Ⅲ） 4. 算定していない　→以下、3)に進んでください			
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）	1. 他法人の事業所との方向性や考え方が異なるので共同実施が難しい 2. 他法人の事業所と共同で実施する連絡・調整等の体制が難しい 3. 他の事業所のニーズを把握するのが難しい 4. 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 5. 研修内容を考えること自体が難しい 6. 研修の講師を確保するのが難しい 7. 研修の場所を確保するのが難しい 8. 研修を実施しても参加者が集まらない 9. 業務多忙で研修のための時間を確保するのが難しい 10.介護支援専門員が研修の必要性を感じていない 11. 研修の進め方や効果的な実施方法が分からない 12. 行政が協力的でない 13. 地域包括支援センターが協力的でない 14. その他（　　）			
3)特定事業所加算（Ⅳ）の算定状況（令和元年９月）（○は1つ）	1. 算定している　2. 算定していない→以下、6)のみに回答してください			
4)上記「3)特定事業所加算（Ⅳ）の算定状況」で、「1. 算定している」場合、特定事業所加算（Ⅳ）の算定開始時期（複数回答可）	1. 平成 31 年４月給付分 2. 令和元年５月給付分 3. 令和元年６月給付分 4. 令和元年７月給付分 5. 令和元年８月給付分 6. 令和元年９月給付分			

SAMPLE

5）上記「3）特定事業所加算（Ⅳ）の算定状況」で、「1．算定している」場合、特定事業所加算（Ⅳ）を算定するために新たに行った取り組み（複数回答可）	1．退院・退所加算の算定のため、病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介　護保険施設からの情報収集の回数を増やした 2．退院・退所加算の算定のため、病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設とのカンファレンスの開催回数を増やした 3．ターミナルケアマネジメント加算の算定のため、死亡日及び死亡日前 14 日以内の当該利用者の居宅の訪問回数を増やした 4．ターミナルケアマネジメント加算の算定のため、当該利用者の心身の状況の記録を行う回数を増やした 5．ターミナルケアマネジメント加算の算定のため、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者への記録の提供の回数を増やした 6．その他（　　）
6）特定事業所加算（Ⅳ）を算定していない場合、特定事業所加算（Ⅳ）を算定できない理由（複数回答可）	1．退院・退所加算の算定のため、病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設からの情報収集の回数を増やすことが難しい 2．退院・退所加算の算定のため、病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設とのカンファレンスの開催回数を増やすことが難しい 3．ターミナルケアマネジメント加算を算定することについての利用者・家族への説明が難しい 4．ターミナルケアマネジメント加算の算定のため、死亡日及び死亡日前 14 日以内の当該利用者の居宅の訪問回数を増やすことが難しい 5．ターミナルケアマネジメント加算の算定のため、当該利用者の心身の状況の記録を行う回数を増やすことが難しい 6．ターミナルケアマネジメント加算の算定のため、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者への記録の提供の回数を増やすことが難しい 7．ターミナルケアマネジメント加算の対象となる利用者がいない 8．その他（　　）
（9）ターミナルケアマネジメント加算の届出有無　（○は1つ）	1．届出済み（令和元年9月より前に届けた場合を含む）　　2．届出ていない
1）加算を届出ていない理由（複数回答可）	1．対象となる利用者がいない 2．24 時間・緊急時対応が可能な人員体制、オンコール体制の確保が難しい 3．介護支援専門員の医療知識、対応スキルの向上が必要 4．医療系資格を保有している介護支援専門員の確保が必要 5．連携が取れるサービス事業所がない 6．往診や時間外対応できる医療機関との連携体制がない 7．急変時に救急・入院に対応できる医療機関との連携体制がない 8．その他（　　）
（10）事業所において看取り（※）の体制を整えたケースの実利用者数	平成 31 年4月～令和元年9月（半年間）の実利用者数 （　　）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
（11）看取りに対応するために事業所として行っていること（複数回答可）	1．事業所の看取りに関する指針の決定 2．看取りに関する研修の実施 3．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） 4．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） 5．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 6．医療者からのタイムリーな病状や治療の情報把握 7．病状の変化に合わせて、必要となるサービスの説明 8．気持ちの揺れを想定した本人と家族の意向の確認 9．症状緩和を行うための医療者との十分な連絡・協働 10．本人および家族の精神的な支援 11．本人が最期まで社会的役割・尊厳を持てる関わり・支援 12．介護負担を軽減するための関わり・支援 13．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 14．亡くなった後の、家族が到着するまでの遺体の付き添い 15．葬儀関係の助言や支援 16．その他（　　）

※　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であり，死因および最終的な死亡場所は問わない。

SAMPLE

5 特定事業所集中減算について （平成 31 年4月～令和元年8月末日）

(1) 事業所において平成 31 年4月1日から令和元年8月末日までに給付管理を行ったのべ件数	(　　)件

(2) 平成 31 年4月1日から令和元年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 31 年4月1日から令和元年8月末日までに各サービスを位置付けた居宅サービス計画数	A 最も紹介件数の多い法人(紹介率最高法人)の割合	B 同一法人(同系列を含む)が運営する他の介護保険事業所の割合(A の最も紹介件数が多い法人が同一法人の場合は、A と同じ値を記入してください)	C 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	D A の紹介率が 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(1～711)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. 通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数であるため 2. 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者であるため 3. 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が 20 件以下であるなど事業所が小規模であるため 4. 判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月当たり平均 10 件以下であるなど、サービスの利用が少数であるため 5. 1～4 のほか正当な理由と市町村長が認めたため(内容は選択肢番号と併せて空欄に記入) 6. サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められるため 7. その他(内容は選択肢番号と併せて空欄に記入)
1)訪問介護	(　　)件	約(　　)%	約(　　)%		
2)通所介護	(　　)件	約(　　)%	約(　　)%		
3)福祉用具貸与	(　　)件	約(　　)%	約(　　)%		
4)地域密着型通所介護	(　　)件	約(　　)%	約(　　)%		

6 職員について(令和元年 10 月1日現在)

(1) 介護支援専門員数(介護支援専門員の業務を実施している管理者除く) (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) ※換算人員の計算は、記入要領 3 ページをご参照ください。	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※	実人員	換算人員※	実人員	換算人員※
	(　　)人	(　　)人	(　.　)人	(　　)人	(　.　)人	(　　)人	(　.　)人

(2) 採用・退職の状況 (平成 30 年1月1日から平成 30 年 12 月 31 日)	常勤介護支援専門員(実人数を記入)	非常勤介護支援専門員(実人数を記入)
1)採用した介護支援専門員数	(　　)人	(　　)人
2)退職した介護支援専門員数	(　　)人	(　　)人
3)採用のための紹介手数料に要した年総額(平成 30 年度)	(　　)円	

(3) 令和元年 10 月 1 日現在、新カリキュラム(平成 28 年 4 月以降)に基づく法定研修修了者数		
	専門Ⅰ (　　)人	主任介護支援専門員 (　　)人
	専門Ⅱ (　　)人	主任介護支援専門員(更新) (　　)人

SAMPLE

(4)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
	他の事業所等と兼務の事務職員	(　　)人	(　　)人
1)事務職員を配置している場合、事務職員が行っている業務(複数回答可)	1. 要介護認定調査関連書類関連業務(受領、打ち込み、複写、ファイリングなど) 2. ケアプラン作成関連業務(関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど) 3. 給付管理関連業務(関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど) 4. 利用者や家族との連絡調整に関する業務 5. 事業所との連携調整、書類発送等業務 6. 保険者との連絡調整、手続きに関する業務 7. 給与計算に関する業務 8. その他(　　)		
2)事務職員を配置している場合、事務職員を配置したことによる効果	1. 介護支援専門員が行う業務の質が向上した 2. 介護支援専門員の業務負担が減った 3. 介護支援専門員が担当ケースを多く持てるようになった 4. その他(　　) 5. 特にない		
3)現在事務職員を配置していない場合、今後、事務職員を配置できた場合に、事務職員に依頼したい業務	1. 要介護認定調査関連書類関連業務(受領、打ち込み、複写、ファイリングなど) 2. ケアプラン作成関連業務(関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど) 3. 給付管理関連業務(関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど) 4. 利用者や家族との連絡調整に関する業務 5. 事業所との連携調整、書類発送等業務 6. 保険者との連絡調整、手続きに関する業務 7. 給与計算に関する業務 8. その他(　　) 9. 事務職員に期待する業務はない		

7　管理者の役割と管理の状況について(特に指定がない場合は令和元年 10 月1日現在で記入)	
(1)管理者の兼務状況(○は1つ)	1. 居宅介護支援事業所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	(　.　)人→担当する利用者のケアマネジメントに専従している割合(　　)%
(2)管理者の居宅介護支援専門員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)介護支援専門員が特定のサービスや事業所に集中して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. 法人や事業所もしくは管理者の指示により位置づけている 2. 法人や事業所もしくは管理者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. 法人や事業所もしくは管理者による指示はないが、利用者に対して必要な機能を提供するなどの条件を勘案した結果，特定のサービス・事業所に集中する傾向がある 4. その他 (　　)
(4)管理者から，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介護支援専門員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. 自身以外に介護支援専門員はいない

SAMPLE

(5)管理者の責務について(それぞれ、あてはまるものに〇)	1)管理者としての課題	1. 全体業務の管理 2. ケアマネジメントの質向上 3. 人材の確保・育成 4. リーダーシップ・組織マネジメント 5. 利用者確保, 事業所の収支管理(加算の維持を含む) 6. 他事業所や地域の社会資源との連携 7. 法制度の理解 8. 指導・監査等への対応 9. その他(　　) 10. 課題はない
	2)管理者向けの研修の希望	1. 希望する　→3)へお進みください 2. 希望しない
	3) 管理者向けの研修で希望する内容(複数回答可)	1. 全体業務の管理 2. ケアマネジメントの質向上 3. 人材の確保・育成 4. リーダーシップ・組織マネジメント 5. 利用者獲得, 事業所の収支管理(加算の維持を含む) 6. 他事業所や地域の社会資源との連携 7. 法制度の理解 8. 指導・監査等への対応 9. その他(　　)

8 ICT 機器の利用について	
(1) 業務を支援するためのソフトウェアや ICT 機器の整備・導入状況(整備・導入している機能に〇)(複数回答可)	1. 利用者の介護保険情報の管理 2. 利用者に関する記録の作成・保管 3. アセスメント表の作成・保管 4. 居宅サービス計画書の作成・保管 5. サービス利用票(提供票)の共有・保管 6. モニタリング記録の作成・保管 7. 介護報酬請求関連の書類作成・保管 8. 職員の出退勤の管理 9. その他(　　) 10. ソフトウェアは使用していない
(2) 業務を支援するためのソフトウェアや ICT 機器を導入したことによる効果 (複数回答可:導入していない場合は, 期待できると考える効果について記入)	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. 事業所内外との情報共有が効率化される・時間が短縮される 5. 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 6. 利用者の状態把握が効率的・効果的に行える 7. 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 8. 利用者に対する説明が行いやすい, サービス向上に資する 9. 統計や業務実態の分析が行いやすく, 事業所運営の効率化に資する 10. 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 11. 記録が手書きより読みやすくなる 12. 記録の管理が効率的に行える 13. 監査や報酬算定上の書類が自動に作成される 14. 転記ミスが減少する 15. 見える化や簡素化等により人材育成に役立つ 16. 事業所の魅力向上により人材の確保に役立つ 17. その他(　　) 18. 効果は特にない

SAMPLE

(3) 業務を支援するためのソフトウェアや ICT 機器の導入時・導入後の課題(導入していない場合は，導入していない理由) (複数回答可)	1. ソフトウェア・ICT 機器を利用するメリット・デメリットがわからない 2. どの会社の機器・ソフトがよいかわからない 3. 導入コストが高い 4. 紙の資料の方が読みやすい 5. 紙の資料の保管を求められる 6. 職員の介護ソフト導入に対する抵抗感や反発、不安がある 7. パソコンや介護ソフトを扱える人材がいない(入力したデータをうまく活用できない) 8. 機器やソフトの更新の対応や維持のためのコストがかかる 9. セキュリティ面の不安がある 10. 持ち歩きに際して紛失等の不安がある 11. 法人本部または本社の理解・協力を得るのが難しい 12. 自然災害時の対応が難しい 13. その他(　　) 14. 課題は特にない
(4) ケアマネジメントのプロセスにおける携帯情報端末(スマートフォン、タブレット等)の利用状況 (○は1つ)	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(　　)
(5) 利用者情報の携帯情報端末(スマートフォン、タブレット等)によるアクセスの状況(○は1つ)	1. 訪問先からも ICT 機器を用いて利用者情報にアクセスできる 2. 事業所等特定の場所のみから ICT 機器を用いて利用者情報にアクセスできる 3. ICT 機器を用いて事業所外から利用者情報にアクセスすることはできない
(6) 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
(7) サービス担当者会議の際、TV 会議の利用状況(○は1つ)	1. 頻繁に利用している 2. 必要に応じて利用している 3. 利用したことはあるがほとんど使わない 4. 利用したことがない

9 その他(居宅介護支援における課題等)	
(1) 介護保険外のサービスをケアプランに位置付ける際に，保険外サービスや支援に関する情報を収集する場合の入手先(複数回答可)	1．行政 2．地域包括支援センター 3．地域の事業者連絡会等 4．他の居宅介護支援事業所 5．地域ケア会議 6．社会福祉協議会・ボランティアセンター 7．民生委員・児童委員 8．インターネット 9．チラシや宣伝広告 10. その他 (　　) 11. 情報を収集していない

SAMPLE

（2）貴居宅介護支援事業所で問題や困難と感じる点（複数回答可）	1. 介護支援専門員の確保 2. 介護支援専門員の処遇の改善 3. 介護支援専門員の人材育成 4. 夜間や休日、緊急時の対応体制の確保 5. 職員の時間外勤務や休日勤務の負担の軽減 6. 職員の勤務時間の調整が困難 7. 研修参加のための時間の確保 8. 事務負担が大きい 9. 実地指導やケアプラン点検等、行政や地域包括支援センターからの監査・指導への対応 10. 法人の経営方針によって適切なケアマネジメントが行いにくい 11. ニーズに対応するために必要なサービスがない 12. 地域資源（介護サービスを含む）を開発するための余裕やノウハウがない 13. 地域包括支援センターとの連携・協働 14. 地域資源に関する行政や地域包括支援センターからの情報の取得 15. 困難事例に対する行政からの支援体制の確保 16. 各介護保険サービス事業所との連携の充実 17. 医療機関との連携の充実 18. 他の居宅介護支援事業所との意見交換や相談 19. その他（　　） 20. 特に問題や困難を感じていない
（3）事務手続きで簡素化を期待する点（複数回答可）	1. ケアプラン関連書類（居宅サービス計画書、週間サービス計画表等）の簡素化 2. サービス担当者会議関連書類（サービス担当者会議の要点等）の簡素化 3. モニタリング関連書類（居宅介護支援経過等）の簡素化 4. サービス利用票関連書類の簡素化 5. 介護予防支援関連書類の簡素化 6. 保険者へ提出する各種書類の簡素化 7. 医療機関との連携のための書類の簡素化 8. 上記の書類の間での重複する内容の整理、一元化 9. 保険者間の基準や書式の統一 10. 主任介護支援専門員の研修（更新研修含む）受講機会の拡大 11. 介護予防支援のための手続きの緩和 12. その他（　　） 13. 簡素化できると思われる事務手続きはない

SAMPLE

10. 介護支援専門員個別の属性等

介護支援専門員	主任介護支援専門員に○※1	（平成30年度予定も含む）主任介護支援専門員研修受講修了年度	管理者に○	性別		年齢	勤務形態（○は1つ）				総労働時間（9月中）※2	うち事業に係る勤務時間（居宅介護支援業務、または管理業務の両方、含む）
No				男	女	歳	常勤・専従	常勤・兼務	非常勤・専従	非常勤・兼務	時間	時間
記入例	○	H20			○	32		○			172	130
152001												
152002												
152003												
152004												
152005												
152006												
152007												
152008												
152009												
152010												

※1　主任介護支援専門員研修を修了した方を指します。　※2　実働時間を申請ベースで記入してください。

発行した介護支援専門員 ID が No になります。

貴事業所が定めている常勤職員１人あたりの所定労働時間（9月中）	時間

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。

SAMPLE

「居宅介護支援及び介護予防支援における 平成 30 年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」

居宅介護支援事業所　介護支援専門員調査票

※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。

介護支援専門員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・更新研修修了の有無(○は1つ)	1. あり ⇒(修了年度　　年) →次回の更新研修を受講する意向 (あり　なし) 2. なし →受講の予定 (あり　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. あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師　18. はり師　19. きゅう師　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(旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ1級・旧介護職員基礎研修) 24. 介護職員初任者研修(旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ2級)　25. 旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ3級 26. なし　27. その他(　　)	

(6)介護支援専門員としての業務経験年数(通算年数)	(　　)年(　　)か月
(7)現在の法人における業務経験年数	(　　)年(　　)か月 介護支援専門員として(　　)年(　　)か月
(8)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. 担当利用者について

(1)令和元年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	
(2)令和元年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	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明
	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人
(3)令和元年９月分の給付管理を行った利用者のうち、ケアプランに医療系サービス（※１）を位置づけている利用者数	(　　)人								

(※１)医療系サービスとは、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護サービスを指す。

SAMPLE

(4)平成 30 年 10 月～令和元年9月(1 年間)に給付管理を行った末期の悪性腫瘍に該当する利用者数	(　　)人	1)該当する利用者のうち、終了(※2)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 31 年4月～令和元年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に関する届け出を行い(※3)、実際に対象者がいたにもかかわらず、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】			
1)ターミナルケアマネジメント加算を算定できなかった理由 (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かった 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かった 3. 主治の医師等の助言を得ることが困難であった 4. 利用者の状態やサービス変更の必要性等を把握し、利用者への支援を行うことが困難であった 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かった 6. 末期の悪性腫瘍の利用者への関わり方がよくわからなかった 7. その他(　　)		

(※2)終了とは、入院や死亡等による場合を含め、契約が終了したケース全般を指す。

(※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。

(5)利用者の同居家族に、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ケースの有無(○は1つ) ※令和元年7月～9月に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. あり 2. なし　→(7)に進んでください	
1) 利用者の同居家族に、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ケースの内容(複数回答可) ※令和元年7月～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. 適切な養育を受けていない子どもがいる 6. ドメスティック・バイオレンス(DV)の被害を受けている大人がいる 7. 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 8. その他(　　)	
2)利用者の同居家族に、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ケースの、最初に自事業所で発見・相談を受けたかの有無(○は1つ)	1. 最初に自事業所で発見したまたは相談を受けた　→②に進んでください 2. 最初に他の専門機関で発見したまたは相談を受けた	
①他の専門機関が発見・相談を受けた場合、最初に発見したまたは相談を受けた専門機関(すべてに○)	1. 行政機関(福祉課等) 2. 介護サービス事業所 3. 2以外の自身が所属する事業所・法人 4. 地域包括支援センター	5. 社会福祉協議会 6. 民生委員・児童委員 7. NPO 等の支援機関 8. 医療機関 9. その他(　　)
②自事業所が発見した場合に、福祉等の支援のためにつないだ相談先(すべてに○)	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・児童委員 6. NPO 等の支援機関 7. 医療機関 8. その他(　　)

SAMPLE

		③福祉等の支援のためにつないだ後の介護支援専門員の役割	1. 行政等が中心となり，介護支援専門員もモニタリング等の役割を担っている 2. 高齢者であるため介護支援専門員が支援の中心的役割を担っている 3. 高齢者ではないが介護支援専門員以外の機関・職員が関われていない 4. 役割を担わなかった
（6）令和元年９月中に、情報提供や相談、ケアプラン作成やサービス調整等を行ったが給付管理に至らなかった人数（現時点で契約につながるかどうか不明な人を含む）		（　　）人	例： ● 新規依頼によりケアプランを作成したが、介護保険サービスを利用しなかった（アセスメントの結果、給付管理の必要がないサービスの利用だけで終わった） ● 入院・入所や退院・退所の際に，相談・情報提供を行ったのみ ● 退院・退所に先立って、医療機関・施設から情報提供を受けたり、サービス調整を行ったが、サービス利用に至らなかった ● サービス調整を行ったが、入院・入所、転居、その他の理由でサービス提供に至らなかった

３．勤務状況について	
（1）9 月中に所定労働時間を超えて勤務した（残業した）時間は何時間ですか（〇は1つ）	1. 残業なし　2. ～10 時間以内　3. ～20 時間以内　4. ～30 時間以内 5. ～40 時間以内　6. ～50 時間以内　7. 50 時間超
1）残業している場合、上長の指示を得ましたか（あてはまるものすべてに〇）	1. 上長の側が業務実態を把握し，必要に応じて残業の指示を事前に行った 2. 残業が必要な状況を上長に都度事前に報告し，事前に上長の指示を得た 3. 事後的に業務の状況，残業の実態を報告し，承認を得た 5. 明確な報告・承認は行わず，タイムカードの記録等で暗黙的に承認された 6. 自分自身が残業の管理者である 7. その他（　　）
（2）9 月中に仕事を自宅に持ち帰った日数はどのくらいですか　※休日も含めてください（〇は1つ）	1. 0日　2. 1～5日　3. 6～10 日 4. 11～15 日　5. 16～20 日　6. 21 日以上
（3）9 月中の休日出勤日数（〇は1つ） ※休日の仕事持ち帰りは含めないでください	1. 休日出勤した　⇒出勤日数（　　）日 2. 休日出勤していない
（4）平成 30 年 10 月～令和元年9月（1 年間）で、年末年始等の事業所の休業日や病欠以外に、<u>連続して5日以上</u>の長期休暇を取得しましたか（〇は1つ）※日曜日等契約上の休日を含めてください	1. 取得した　2. 取得していない

SAMPLE

4. 業務プロセスの実施状況と負担

（1）業務プロセスについてお答えください。 ① 実施、担当しているものに○をつけてください。 ② 負担（※1）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。 ③ 携帯端末を使用している業務に○をつけてください。 ④ 事務員が関与している業務に○をつけてください。	①実施・担当している	②負担（※1）の大きいもの（複数回答可）			③携帯端末を活用している※4	④事務員が関与している
		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	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	2	2
3）サービス導入のための事業所探し・調整	3	3	3	3	3	3
4）介護保険外サービスや支援導入のための事業所探し・調整	4	4	4	4	4	4
5）初回のケアプラン作成　※2	5	5	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	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　※3	7	7	7	7.	7	7
8）住宅改修に関する意見書作成や福祉用具購入・貸与に関わる申請業務	8	8	8	8	8	8
9）介護保険サービス以外のサービス申請や事業者との調整	9	9	9	9	9	9
10）ケアプランの利用者への交付	10	10	10	10	10	10
11）ケアプランのサービス提供事業所への交付	11	11	11	11	11	11
12）個別サービス計画書の受領	12	12	12	12	12	12
13）サービス提供事業所との日常的な連絡・調整	13	13	13	13	13	13
14）医療機関・主治医との連絡・調整	14	14	14	14	14	14
15）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	15	15	15	15	15	15
16）ケアプラン内容のモニタリング	16	16	16	16	16	16
17）1ヶ月に1回のモニタリング結果の記録	17	17	17	17	17	17
18）目標の達成状況の評価	18	18	18	18	18	18
19）支援経過に関する記録	19	19	19	19	19	19
20）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	20	20	20	20	20	20
21）市町村との相談・連携	21	21	21	21	21	21
22）地域包括支援センターとの連携	22	―	―	22	22	22
23）地域ケア会議への参加	23	23			23	23
24）制度の変更に伴う情報等について利用者への説明	24	24			24	24
25）指導・監査等に対応するための諸準備	25	25			25	25
26）介護サービス情報の公表制度への対応	26	26			26	26
27）24 時間体制や休日の緊急対応	27	27			27	27
28）突発的な業務対応	28	28			28	28
29）電話対応	29	29			29	29
30）FAX 送信・受信後の仕分け	30	30			30	30
31） 書類の印刷・整理・ファイリングなど	31	31			31	31
32） 利用者の基本情報等の転記などの反復入力作業	32	32			32	32
33)行政への様々な申請書類等の作成	33	33			33	33
34）行政への申請書類等の提出	34	34			34	34

※1 「負担」とは、時間的・精神的な負担の大きさを総合的に判断してください。
※2 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 6 表、第 7 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。
※3 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 ここでいう携帯端末とは，事業所としてシステム化して使用しているタブレットやスマートフォンのアプリによる情報の入力・活用を指します．携帯端末から入力された結果を用いる場合も，○を記入してください．

SAMPLE

5. ICT の活用について	
（1）業務を支援するためのソフトウェアの利用状況 （利用している機能に〇）	1. 利用者の保険情報の管理 2. 利用者に関する記録の作成・保管 3. アセスメント表の作成・保管 4. 居宅サービス計画書の作成・保管 5. サービス利用票（提供票）の共有・保管 6. モニタリング記録の作成・保管 7. 介護報酬請求関連の書類作成・保管 8. 職員の出退勤の管理 9. その他（　　） 10. ソフトウェアは使用していない
(2)ケアマネジメントのプロセスにおける携帯情報端末（スマートフォン、タブレット等）の利用状況	1.　利用している 2.　利用していない　→（3）に進んでください
1）携帯情報端末（スマートフォン、タブレット等）で行っていること （複数回答可）	1. 利用者宅等での利用者情報の閲覧 2. 利用者宅等での記録等の情報の入力 3. 利用者・家族への説明の補助材料・資料の作成と提示 4. 利用者・家族への経過記録等の情報開示（情報開示を想定して設計されている） 5. 他事業所との情報の共有・閲覧（事業間や地域内連携の情報システムがある場合等） 6. 他事業所との連絡・連携（5以外で，スケジュールの共有など） 7. その他（　　） 8. 1～7はいずれも行っていない
2）携帯情報端末（スマートフォン、タブレット等）で効果のあること （複数回答可）	1.　その場で情報の入力・閲覧できることにより業務が効率化する 2.　記録の管理が効率化する（記録が手書きより読みやすくなること等を含め） 3.　事業所内の情報共有が進む 4.　他機関（他事業所・医療機関）と情報共有や連携が進む 5.　利用者・本人の納得感や意欲・主体性を増す 6.　情報把握の効率化・高度化により，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（転記ミスの減少等を含め） 8.　監査への対応が効率的に行える 9.　その他の管理業務が効率化する（個々の介護支援専門員の勤務状況やサービス内容等の把握が効率化されるため） 10.　その他（　　）
（3）サービス担当者会議等の TV 会議の活用の有無（〇は1つ）	5.　頻繁に利用している 6.　必要に応じて利用している 7.　利用したことはあるがほとんど使わない 8.　利用したことがない

6. アセスメントの実施とアセスメント情報の活用状況について	
【口腔衛生について】	
（1）口腔衛生について評価している項目（複数回答可）	1. 歯の状況の把握 2. 歯茎、舌など歯以外の口腔内の状況の把握 3. 嚥下機能の記録 4. その他（　　） 5. 評価していない　→（6）に進んでください
1）上記（1）で「1～4」のいずれかに回答した場合の評価方法（複数回答可）	1. 歯科医師・歯科衛生士からの情報収集 2. 介護支援専門員みずから評価 3. その他（　　）
（2）平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、担当利用者について歯科医師・歯科衛生士より口腔衛生に関する情報の提供を受けたこと	1. ある　　2. ない
1）上記（2）で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、歯科医師・歯科衛生士より、口腔衛生に関する情報の提供を受けた担当利用者数	（　　）人

SAMPLE

2）上記（2）で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、歯科医師・歯科衛生士より提供を受けた口腔衛生に関する情報の内容（複数回答可）	1. 口腔衛生の状態 2. 口腔乾燥の状態 3. 咬合力（噛む際の力）の状態 4. 舌口唇運動機能（舌や口唇の運動速度や巧緻性）の状態 5. 舌圧の状況 6. 咀嚼機能の状況 7. 嚥下機能の状況 8. その他（　　）
3）上記（2）で「2. ない」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、口腔衛生に関する情報の提供を受けていない理由（複数回答可）	1. アセスメント・モニタリング時に把握できているため 2. 地域に情報の提供を依頼する歯科医師がいないため 3. 利用者または家族が情報の提供を望まないため 4. 特に情報の提供の必要性を感じないため 5. その他（　　）
（3）平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に担当利用者について、介護サービス事業所に、口腔衛生に関する情報を提供したこと	1. ある　　2. ない
1）上記（3）で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、介護サービス事業所に口腔衛生に関する情報を提供した担当利用者数	（　　）人
2）上記（3）で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月のうちに、介護サービス事業所に提供した口腔衛生に関する情報の内容（複数回答可）	1. 口腔衛生の状態 2. 口腔乾燥の状態 3. 咬合力（噛む際の力）の状態 4. 舌口唇運動機能（舌や口唇の運動速度や巧緻性）の状態 5. 舌圧の状況 6. 咀嚼機能の状況 7. 嚥下機能の状況 8. その他（　　）
3）上記（3）で「2. ない」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、口腔衛生に関する情報を提供していない理由（複数回答可）	1. 提供すべき情報を取得していないため 2. 介護サービス事業所から提供を求められないため 3. 利用者または家族が情報の提供を望まないため 4. 特に情報の提供の必要性を感じないため 5. その他（　　）
（4）平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、介護サービス事業所等から得た利用者の口腔衛生の状態の主治医等への提供有無（○は1つ）	1. 提供している　　2. 提供していない
1）上記（4）で「2. 提供していない」を選択した場合、提供していない理由（○は1つ）	1. 主治医等がいない 2. 主治医等がいるが連絡がつかない 3. 主治医に伝えるべき情報を取得していないため 4. その他（　　）
（5）口腔衛生について関係機関と情報共有を行ったことによる効果	1. 多職種によるケアチームで協働して口腔衛生に関する取組を行うことができた 2. 利用者の口腔衛生の状況が改善された 3. 得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした 4. サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された 5. その他（　　） 6. 特に効果はない 7. 情報共有を行ったことがない
【食事摂取について】	
（6）平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、専門機関等から食事摂取に関する情報の提供を受けたこと	1. ある　　2. ない→（10）へ進んでください
1）上記（6）で「1. ある」を選択した場合、情報の提供を受けた専門機関（複数選択可）	1. 保険者 2. 地域包括支援センター 3. 医療機関 4. 介護サービス事業所の管理栄養士 5. 介護サービス事業所（3以外） 6. その他（　　）

SAMPLE

(7)平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、管理栄養士より担当利用者の食事摂取に関する情報の提供を受けたこと		1. ある　　2. ない
	1)上記(7)で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、管理栄養士より食事摂取に関する情報の提供を受けた担当利用者数	(　　)人
	2)上記(7)で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、管理栄養士より提供を受けた食事摂取に関する情報の内容(複数回答可)	1. 低栄養状態のリスクレベル 2. 本人の意欲(健康感、生活機能、身体機能など) 3. 身体計測結果(体重、BMI、3%以上の体重減少、血清アルブミン値、褥瘡、栄養補給法、その他) 4. 食事摂取量(主食の摂取量、主菜・副菜の摂取量、その他(補助食品など) 5. 必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など) 6. 食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) 7. 嚥下調整食の必要性の有無 8. その他の食事上の留意事項の有無(療養食の指示、嗜好、禁忌、アレルギーなど) 9. 食欲・食事の満足感 10. 食事に対する意識 11. 食事摂取に関する他のサービスの使用の有無など(訪問介護、配食など) 12. 食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など 13. その他(　　)
	3)上記(7)で「2. ない」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、管理栄養士より、食事摂取に関する情報の提供を受けていない理由(複数回答可)	1. アセスメント・モニタリング時に把握できているため 2. 地域に情報の提供を依頼する管理栄養士がいないため 3. 利用者または家族が情報の提供を望まないため 4. その他(　　)
(8)平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、保険者より、利用者の食事摂取に関する情報の提供を受けたこと		1. ある　　2. ない
	1)上記(8)で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、保険者に、食事摂取に関する情報の提供を受けた担当利用者数	(　　)人
	2)上記(8)で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、保険者より提供を受けた食事摂取に関する情報の内容 (複数回答可)	1. 低栄養状態のリスクレベル 2. 本人の意欲(健康感、生活機能、身体機能など) 3. 身体計測結果(体重、BMI、3%以上の体重減少、血清アルブミン値、褥瘡、栄養補給法、その他) 4. 食事摂取量(主食の摂取量、主菜・副菜の摂取量、その他(補助食品など) 5. 必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など) 6. 食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) 7. 嚥下調整食の必要性の有無 8. その他の食事上の留意事項の有無(療養食の指示、嗜好、禁忌、アレルギーなど) 9. 食欲・食事の満足感 10. 食事に対する意識 11. 食事摂取に関する他のサービスの使用の有無など(訪問介護、配食など) 12. 食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など 13. その他(　　)
	3)上記(8)で「2.ない」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、保険者より食事摂取に関する情報の提供を受けていない理由(複数回答可)	1. アセスメント・モニタリング時に把握できているため 2. 地域に情報の提供を依頼する管理栄養士がいないため 3. 利用者または家族が情報の提供を望まないため 4. その他(　　)

SAMPLE

(9)食事摂取について関係機関と情報共有を行ったことによる効果	1.　多職種によるケアチームで協働して食事摂取に関する取組を行うことができた 2.　利用者の食事摂取の状況が改善された 3.　得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした 4.　サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された 5.　その他（　　） 6.　特に効果はない 7.　情報共有を行ったことがない
【栄養状態について】	
(10)栄養状態について評価している項目（複数回答可）	1. 必要栄養量 2. BMI 3. 体重減少率 4. 血清アルブミン値 5. 食事摂取量 6. 栄養補給法 7. 褥瘡の有無 8. その他（　　） 9. 評価していない→(12)に進んでください
1)上記(10)で「1～8」のいずれかに回答した場合の評価方法(複数回答可)	1. 医療機関からの情報収集 2. 他の専門職・専門機関からの情報収集 3. 介護支援専門員みずから評価 4. その他（　　）
(11)平成 31 年 4 月～令和元年 9 月のうちに、栄養スクリーニング加算を算定した担当利用者数	（　　）人
【服薬管理について】	
(12)服薬管理、服薬状況について評価している項目(複数回答可)	1. 薬剤の種類 2. 向精神薬の服用 3. 医学的管理の状況 4. 服薬状況(指示通りに服薬されているか) 5. その他（　　） 6. 評価していない→7. に進んでください
1)上記(12)で「1～5」のいずれかに回答した場合の評価方法(複数回答可)	1. 医師からの情報収集 2. 薬剤師からの情報収集 3. 他の専門職・専門機関からの情報収集 4. 介護支援専門員みずから評価 5. その他（　　）
(13)平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に、調剤薬局または医療機関より、服薬管理、服薬状況に関する情報の提供を受けたこと	1. ある　　2. ない
1)上記(13)で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月のうちに、調剤薬局または医療機関より、服薬管理、服薬状況に関する情報の提供を受けた担当利用者数	（　　）人
2)上記(13)で「1. ある」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月のうちに、調剤薬局または医療機関より提供を受けた服薬管理、服薬状況に関する情報の内容(複数回答可)	1. 医薬品の保管状況 2. 服薬状況 3. 残薬の状況 4. 重複投薬 5. 配合　禁忌等に関する確認 6. 実施した服薬支援措置 7. その他（　　）
3)上記(13)で「2. ない」を選択した場合、平成 31 年 4 月～令和元年 9 月のうちに、調剤薬局または医療機関より服薬管理、服薬状況に関する情報の提供を受けていない理由(複数回答可)	1. アセスメント・モニタリング時に把握できているため 2. 地域に情報の提供を依頼する調剤薬局が多忙なため 3. 地域に情報の提供を依頼する医療機関が多忙なため 4. 説明書またはお薬手帳で情報を把握しているため 5. 利用者または家族が情報の提供を望まないため 6. その他（　　）

SAMPLE

(14)平成 31 年 4 月～令和元年 9 月のうちに、介護サービス事業所等から得た利用者の服薬管理、服薬状況の状態の主治医等への提供有無(○は1つ)	1. 提供している　　2. 提供していない
1)上記(14)で「2. 提供していない」を選択した場合、提供していない理由(○は1つ)	1. 主治医等がいない 2. 主治医等がいるが連絡がつかない 3. 主治医に伝えるべき情報を取得していないため 4. その他(　　)
(15)服薬管理について関係機関と情報共有を行ったことによる効果	1.　多職種によるケアチームで協働して服薬管理に関する取組を行うことができた 2.　利用者の服薬管理の状況が改善された 3.　得られた情報や助言に基づきケアプランの見直しをした 4.　サービス提供事業所と共有した情報がサービス提供に活用された 5.　その他(　　) 6.　特に効果はない 7.　情報共有を行ったことがない

7. 主治医との連携および医療機関への通院同行等について	
(1)主治の医師等にケアプランを交付した件数	(　　)件（令和元年７～９月）
(2)主治の医師等に意見を求めた件数(延べ件数)	(　　)件（令和元年７～９月）
(2)のうち、主治の医師等から返信があった件数(延べ件数)	(　　)件（令和元年７～９月）
(3)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）	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 2. ケアプラン作成に関する助言があった 3. 主治の医師等との連携がスムーズになった 4. 主治の医師等と本人や家族の考えを共有できた 5. 他の医療機関との連携がスムーズになった 6. 医療系サービスとの連携や適切な活用が進んだ 7. 変化はない 8. その他(　　)
(4)医療機関への通院同行の状況(令和元年 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
	【同行した場合】 1)令和元年 9 月の 1 か月間に同行した利用者数　(　　)人(実人数) 2)通常の事業の実施地域内の医療機関 延べ同行回数（　　)回、1 回あたりに要する時間（　　)時間 3)通常の事業の実施地域外の医療機関 延べ同行回数（　　)回、1 回あたりに要する時間（　　)時間

SAMPLE

(5)通院同行する場合の理由 (複数回答可)	【専門職としての役割】 1. 主治医意見書では確認できない医療情報が必要な場合 2. 具体的な医師の指示や指導が必要な場合 3. 利用者が必要な情報を医師に説明できない場合 4. 医師からの指導を利用者が理解できない場合 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 6. 服薬状況や薬の内容等に関する相談 7. 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 8. 医療系サービスの導入を相談する場合 9. 電話、FAX、メール等では、医師とのやりとりができない場合 10. 医師との連携強化を図り、ケアプランを手渡しする場合 11. その他(　　) 【付き添い・移動支援の役割】 12. 経済的理由又は支援者がいない等により、1 人で通院手段がない場合の付き添い (誰からの依頼ですか(複数回答可)⇒1家族の依頼　2医療機関の依頼 3自分の判断　4その他(　　)) 13. 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 (誰からの依頼ですか(複数回答可)⇒1家族の依頼　2医療機関の依頼 3自分の判断　4その他(　　)) 14. やむを得ず院内での付き添いが必要な場合 (誰からの依頼ですか(複数回答可)⇒1家族の依頼　2医療機関の依頼 3自分の判断　4その他(　　))
看取りに関する利用者本人または家族のご意向について	
(6)これまでの担当利用者について、次のようなことを実施しましたか。あてはまるものに○をつけてください(複数回答可)	(ア)　利用者が望む人生の最終段階における医療・ケアについて、利用者本人と話し合いをした(相談を受けた、意向を聞き取った) (イ)人生の最終段階における医療・ケアについての利用者本人の意向について、利用者の家族と話し合いをした(相談を受けた、意向を聞き取った) (ウ)人生の最終段階における医療・ケアについての利用者本人の意向について、医療・ケアチームによる話し合いに参加した (エ)　その他の方法で、利用者本人が望む人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族、医療・ケアの関係者と協議や確認を行った (　　) (オ)　利用者が望む人生の最終段階における医療・ケアについて、聞き取ったり話し合ったりしたことはない
(7)「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)(人生会議(※))について知っていますか。(○は1つ) 「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング」とは、利用者が自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組のことを指します。 (厚生労働省 HP: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)	1. 知っている　2. 聞いたことがある　3. 知らない
(8)令和元年 10 月1日現在、「ACP を踏まえた看取りに関する指針」(※)にもとづいて、在宅での看取りに向けたケアマネジメントを行っている利用者はいますか(○は1つ) ※「ACP を踏まえた看取りに関する指針」とは、「人生会議(ACP)※4」での結果を踏まえた、看取りの方針のこと。	1. いる　⇒(　　)人 2. いない
1)上記の利用者がいる場合の医療機関の内訳	地域包括ケア病棟(　　)人 機能強化型在宅療養支援病院(　　)人 機能強化型在宅療養支援診療所(　　)人 在宅療養支援病院(　　)人 在宅療養支援診療所(　　)人 その他の病院(　　)人 その他の診療所　(　　)人

SAMPLE

８．介護保険外サービスや支援について	
（1）地域の介護保険外サービスや支援※の情報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．事業所・法人内の同僚や管理者から情報を収集している 8．介護保険外サービスの提供者が情報提供に来てくれる 9．介護サービス情報公表システム（介護事業所・生活関連情報検索）を利用している 10 その他（　　） 11．収集していない
※ここでは、介護保険外サービスとは、①～④の介護給付サービス等公的な費用が全部あるいは一部活用して提供されるサービス以外のサービスであって要介護高齢者あるいはその世帯を対象に提供されるサービスを指します。介護給付サービスのほか、総合事業や自治体の事業として提供されるサービスを除きますが、地域の住民どうしの支え合いを背景として提供される無償あるいは実費程度・一部負担の互助的なサービスや公的サービス等を指します。 また、商業化されているサービスを除きます。 ①介護給付対象となりうる領域　（介護給付対象となりうる領域を互助や実費で利用する場合） ②介護給付対象の隣接領域　（ペット世話や外出支援等のサービス） ③介護給付対象から離れた領域　（土地建物の処分、趣味活動、学習・就業等のサービス ④対象者の家族向けの支援に関わる領域	
（2）担当している利用者のうち、ケアプランに保険外サービスを位置づけているケース数	（　　）件（令和元年９月給付管理対象者）
（3）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（公的サービス） （複数回答可）	1.総合事業（訪問型サービス） 2.総合事業（通所型サービス） 3.総合事業（その他生活支援サービス） 4.医療保険（訪問看護、訪問診療・往診、訪問歯科診療等） 5.障害福祉サービス 6.生活困窮者自立支援制度によるサービス 7.紙おむつの支給・おむつ代の助成※ 8.緊急通報システム※ 9.社協のサロン活動 10.社協や自治体の組織する有償ボランティアサービス 11.日常生活自立支援事業 12.社協等の法人後見制度 13.その他市町村による公的サービスなど 14．介護保険給付以外の公的サービスを位置づけていない **※公的サービス又は公的な助成があるもの**
（4）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（公的サービス以外） （複数回答可）	1.NPO 等の団体による配食サービス※ 2.NPO　等の団体による軽度生活援助サービス※ 3.NPO 等の団体による外出支援・移送サービス※ 4.訪問理美容サービス※ 5.郵便・新聞等による定期的な安否確認 6.民生委員による訪問 7.友愛訪問（老人クラブ等） 8.ボランティアによるサロン活動 9.近隣・知人・友人の助け合い 10.成年後見制度※ 11．介護保険給付以外のサービスや支援活動（公的サービス以外）を位置づけていない **※公的なサービスや公的な助成がないもの**
（5）ケアプランを作成するとき、介護保険外サービスや支援に対する考え方	1．介護保険サービスより介護保険外サービスや支援の利用を全ての利用者に対して積極的に検討している 2．アセスメントの結果、介護保険外サービスや支援の利用が必要な場合のみ、追加している 3．地域の中に利用できる介護保険サービスがない場合、代替的に介護保険外サービスや支援を追加している 4．基本的には、介護保険外サービスや支援の利用は検討していない 5．その他（　　）
（6）ケアマネジメントを行う上で、介護保険外サービスや支援を位置づけることの負担感（導入・管理全般について、標準的な介護保険サービスと比較してお答えください）	1．業務負担は大きい 2．業務負担はやや大きい 3．業務負担は同程度である 4．業務負担はやや小さい 5．業務負担は小さい 6．該当するケースがないためわからない

SAMPLE

1)「1．業務負担は大きい」「2．業務負担はやや大きい」の場合、負担が大きい理由（複数回答可）	1．介護保険外サービスや支援を行っている事業所等を探すことが難しいため 2．介護保険外サービスや支援の利用のための調整に手間がかかるため 3．介護保険外サービスや支援を行っている社会資源等を開発することが難しいため 4．介護保険外サービスや支援を含めたサービス担当者会議の開催の手間がかかるため 5．個人情報保護の観点から情報提供が難しいため 6．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難しいため 7．その他（　　）
（7）介護保険外サービスや支援をケアプランに導入・管理する場合に問題があると考える点 （複数回答可）	1．サービス担当者会議への出席依頼や情報共有等の連携・協力を，どの程度まで行うべきかに迷う 2．個人情報保護の観点から情報提供の範囲の判断に迷う 3．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 4．支援提供の安定性や継続性に不安がある 5．事故が起きた場合の責任の所在が不明確である 6．ケアマネジャーとしての責任の範囲が不明確である 7．インフォーマルな支援者を支えることに労力を要する 8．その他（　　） 9．問題があると考える点はない

9．介護支援専門員の業務全般について	
（1）ケアマネジャーとして業務を行う上での悩みや不安要素はありますか（複数回答可）	1．残業が多い/仕事の持ち帰りが多い 2．休日・休暇がとれない 3．残業や仕事の持ち帰りが禁じられているため、業務が滞る 4．夜間対応・休日対応、緊急時対応が多い 5．勤務日が不規則である 6．兼務業務が忙しく、居宅介護支援の業務の時間が十分にとれない 7．事業所や法人からのノルマや課題、営業目標が厳しい 8．事業所や法人からの指示でサービス種別や事業所の選択に制約がある 9．賃金が低い 10．求められる役割に対して、知識や能力が不足している 11．求められる役割に対して、経験が不足している 12．時間配分が適切にできず、業務を効率的に行えない 13.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 14．研修への参加の時間を確保することが困難である 15．研修に参加する上で、課題事例提出の負担が大きい。 16．法定研修への参加の自己負担が大きい 17．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 18．専門的支援の在り方や業務に関する相談相手がいない 19．その他（　　） 20.特に悩みや不安はない
（2）平成 30 年 10 月～令和元年 9 月に、ケアマネジメント業務以外で、必要に迫られ、やむを得ず利用者・家族の代行等をしたことがあること（複数回答可）	1．市町村独自サービスへの代理申請 2．他法の利用に係る代理申請 3．医療介護福祉以外の行政機関への代理申請や手続き、書類の受け取り 4．郵便物や宅急便の受け取り 5．預貯金の引き出し、金銭の預かり 6．救急車の同乗 7．入院時の付き添い 8．入退院の手続き 9．入院に伴う着替えや必要物品の手配 10．徘徊時の捜索 11．転倒時の緊急的な対応（起こしに行く、ベッドに戻す） 12．ゴミ屋敷の整理 13．家探しや、引っ越しの手伝い 14．生活を営む上での器具什器品の整備（例：家電、家具等）や買い物の支援 15．介護や環境支援にはつながらない相談 16．亡くなった後の、家族が到着するまでの遺体の付き添い 17．その他（　　） 18．特にない

SAMPLE

<table>
<tr><td rowspan="2">(3)平成 30 年 10 月～令和元年 9 月に、自法人の系列の居宅介護・地域密着型サービスの利用(施設系サービスを除く)を、必要性を超えて推奨したことがありますか</td><td colspan="3">1. ある　　2. ない</td></tr>
<tr><td>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</td><td>1. ある →
2. ない</td><td>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 (　　)</td></tr>
<tr><td>(4)平成 30 年 10 月～令和元年 9 月に、自法人の系列の入所施設や住宅への入居を、必要性とは別に推奨したことがありますか</td><td colspan="3">1. ある　　2. ない
1)「1. 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 (　　)</td></tr>
</table>

10. 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。

SAMPLE

「居宅介護支援及び介護予防支援における平成 30 年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」

居宅介護支援事業所　利用者調査票

※　令和元年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。

※　介護支援専門員 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、介護支援専門員ごとに連番を記入してください。

必ず記入して下さい

介護支援専門員 ID：	
利用者 ID：	

1. 利用者の属性等について

(1)性別	(2)年齢	(3)現契約の年月日
男 ・ 女	(　　)歳	西暦(　　)年 (　　) 月 (　　)日

(4)貴事業所で給付管理をはじめて行った時期 (○は1つ) (要支援1・2の利用者については、初めて貴事業所で介護予防ケアプランを作成した時期)			1. 平成 12 年～平成 14 年　5. 平成 24 年～平成 26 年 2. 平成 15 年～平成 17 年　6. 平成 27 年～平成 29 年 3. 平成 18 年～平成 20 年　7. 平成 30 年 4. 平成 21 年～平成 23 年　8. 平成 31 年～
(5)令和元年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
		入院時情報連携加算	1. 加算(1)に該当する　2. 加算(Ⅱ)に該当する　3. 該当しない
		退院・退所加算を算定した件数	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
		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
		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
(6)ケアプラン新規作成・変更(令和元年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 ⇒①要介護認定の更新・区分変更の結果を踏まえた変更 ②ニーズ、目標、サービス内容の変更を追記 ③その他(　　) 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

2. 利用者の心身状況、介護者、経済状態等について(令和元年 10 月1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)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

SAMPLE

(5)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 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	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
(6)令和元年 10 月1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)がんの部位 (複数回答可)	1. 全部位 2. 口腔・咽頭 3. 食道 4. 胃 5. 結腸 6. 直腸 7. 肝臓 8. 胆嚢・胆管 9. 膵臓 10. 喉頭 11. 肺 12. 皮膚 13. 乳房 14. 子宮・子宮頸部・子宮体部 15. 卵巣 16. 前立腺 17. 膀胱 18. 腎・尿路(膀胱除く) 19. 脳・中枢神経系 20. 甲状腺 21. 悪性リンパ腫 22. 多発性骨髄腫 23. 白血病 24. 大腸
2)末期がんの有無 (○は1つ)	1. 末期がんに該当する　　2. 末期がんに該当しない
(7)同居者(※)の有無(○は1つ) ※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	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) ※令和元年7月～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. 適切な養育を受けていない子どもがいる 6. ドメスティック・バイオレンス(DV)の被害を受けている大人がいる 7. 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 8. その他(　　) 9. 該当者はいない
(8)家族介護者等の有無(○は1つ)	1. 有(別居の者も含む)　　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. 本人との関係がもともと悪い 16. その他(　　)

SAMPLE

(9)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向け住宅(特定施設含む) 3. 有料老人ホーム(特定施設外を含む) 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 5. 2～4以外の集合住宅 6. 2～5以外の賃貸住宅 7. その他(　　)
1)「2. サービス付き高齢向け住宅(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向け住宅に居住 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向け住宅に居住
(10)現在の主治医※(複数回答可) ※主治医意見書を書いた医師	1. 病院　2. 診療所(有床)　3. 診療所(無床)　4. 主治医はいない
1)医療機関の規模(病床数)	(　　)床
2)このケースにおける主治医との連携の頻度(○は1つ)	1. 概ね月2回以上 2. 概ね月1回 3. 概ね3ヵ月に1回 4. 概ね1年に1回 5. その他(　　)
3)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. 医療系サービスの利用を希望している場合などに主治医に意見を求め，ケアプランを交付した 2. 訪問介護事業所等から伝達された利用者の状況(口腔に関する問題，服薬状況等)について，主治医に必要な情報伝達を行った 3. 主治医から，末期の悪性腫瘍患者について予後や病状変化に合わせた情報提供があった 4. 主治医から，生活上の問題について相談を受けた 5. 主治医は，サービス担当者会議に参加している 6. 主治医は，ケアマネタイム(※)を設けている (以下，入院期間中の主治医でもある場合について) 7. 入院前に，サービスの利用状況等の利用者の必要な情報提供を行った 8. 退院時に，主治医(入院先の医療機関の医師)や看護師等と協働して，退院後の在宅での療養上必要なサービスの説明や助言、指導行った **※ケアマネタイムとは，医師が，介護支援専門員と相談することが可能な時間を設定し，ケアカンファレンスや情報交換を行うことをいう.**
(11)通院同行(歯科を含む)を行ったことがあるか(○は1つ)	1. 通院同行はしたことがない(→3に進んでください) 2. .これまでに1回通院同行した 3. これまでに複数回同行した 4. 毎回ではないがしばしば・定期的に同行する 5. ほぼ毎回通院同行している
(12)通院同行は誰の要請で行った・行っているか(複数回答可)	1.利用者本人の要請　2.家族の要請　3.医療機関側の要請 4.介護支援専門員又は事業所としての判断　5.その他(　　)

		内容	該当するものに○
(13)通院同行の際に医師に伝達する内容および情報収集する内容(複数回答可)	伝達する内容	1. 利用者の心身・生活の状況(全般)	
		2. 服薬状況	
		3. 口腔衛生・機能の状態	
		4. 食事摂取・栄養の状態	
		5. 利用者の療養・服薬・健康管理に関する状況・懸念事項等	
		6. その他(　　)	
	情報収集する内容	1. 診断，症状，治療の内容	
		2. 利用者の病状・予後に関すること	
		3. 処方・服薬に関すること	
		4. 口腔衛生・機能の状態に関すること	
		5. 食事摂取・栄養の状態に関すること	
		6. その他療養生活を送る上での医療・看護の観点からの留意事項	
		7. その他，制度利用や生活上の留意事項	
		8. その他(　　)	

SAMPLE

		内容	介護サービス事業者	家族
(14)通院同行によって，家族や介護サービス事業所に情報共有する内容 （複数回答可）	共有している情報の内容	1. 診断，症状，治療の内容		
		2. 利用者の病状・予後に関すること		
		3. 処方・服薬に関すること		
		4. 口腔衛生・機能の状態に関すること		
		5. 食事摂取・栄養の状態に関すること		
		6. その他療養生活を送る上での医療・看護の観点からの留意事項		
		7. その他，制度利用や生活上の留意事項		
		8. その他（　　）		

SAMPLE

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	令和元年9月中に利用しているもの （複数回答可）	うち同一法人（同系列を含む）事業所のサービスを利用しているもの（複数回答可）	同一法人（同系列を含む）事業所のサービスを利用している場合，他に事業所が地域にない（地域には現在利用している事業所のみ）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）
1）訪問介護	1	1	1	1	1
2）訪問入浴介護※	2	2	2	―	―
3）訪問看護 （医療保険除く）※	3	3	3	3	3
4）訪問リハビリテーション	4	4	4	4	4
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	5
6）通所介護	6	6	6	6	6
7）通所リハビリテーション※	7	7	7	7	7
8）短期入所生活介護※	8	8	8	8	8
9）短期入所療養介護※	9	9	9	9	9
10）福祉用具貸与　※	10	10	10	10	10
11）特定福祉用具販売※	11	11	11	11	11
12）住宅改修（これまでの利用の有無）※	12	12	12	12	12
13）定期巡回・随時対応型訪問介護看護※	13	13	13	13	13
14）夜間対応型訪問介護※	14	14	14	14	14
15）地域密着型通所介護	15	15	15	15	15
16）認知症対応型通所介護	16	16	16	16	16

（2）その他の介護保険給付以外の公的サービスの利用状況（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（訪問型サービス） 2.総合事業（通所型サービス） 3.総合事業（その他生活支援サービス） 4.医療保険（訪問看護、訪問診療・往診、訪問歯科診療等） 5.障害福祉サービス 6.生活困窮者自立支援制度によるサービス 7.紙おむつの支給・おむつ代の助成※	8.緊急通報システム※ 9.社協のサロン活動 10.社協や自治体の組織する有償ボランティアサービス 11.日常生活自立支援事業 12.社協等の法人後見制度 13.その他市町村による公的サービスなど **※公的サービス又は公的な助成があるもの**
（3）ケアプランに介護保険外サービス（公的サービス以外）※を位置づけましたか （○は1つ）	1.　位置付けた　⇒　1）へ 2.　位置付けていない　⇒　位置付けることを　（　検討した　・　検討していない　）　⇒2）へ **※ここでは、介護保険外サービスとは、①～④の介護給付サービス等公的な費用が全部あるいは一部活用して提供されるサービス以外のサービスであって要介護高齢者あるいはその世帯を対象に提供されるサービスを指します。介護給付サービスのほか、総合事業や自治体の事業として提供されるサービスを除きますが、地域の住民どうしの支え合いを背景として提供される無償あるいは実費程度・一部負担の互助的なサービスや公的サービス等を指します。 また、商業化されているサービスを除きます。** **①介護給付対象となりうる領域（介護給付対象となりうる領域を互助や実費で利用する場合）** **②介護給付対象の隣接領域（ペット世話や外出支援等のサービス）** **③介護給付対象から離れた領域（土地建物の処分、趣味活動、学習・就業等のサービス** **④対象者の家族向けの支援に関わる領域**	

SAMPLE

	1） 介護保険外サービス（公的サービス以外）を位置付けた場合の利用状況（9月中）（複数回答可）	1.NPO 等の団体による配食サービス※ 2.NPO 等の団体による軽度生活援助サービス※ 3.NPO 等の団体による外出支援・移送サービス※ 4.訪問理美容サービス※ 5.郵便・新聞等による定期的な安否確認 6.民生委員による訪問 7.友愛訪問（老人クラブ等） 8.ボランティアによるサロン活動 9.近隣・知人・友人の助け合い 10.成年後見制度※ ※公的なサービスや公的な助成がないもの
	2）ケアプランに介護保険外サービスを位置づけなかった場合の理由（複数回答可）	1. 利用者本人、または家族が介護保険外サービスの利用を希望しなかったため 2. 地域に利用できる介護保険外サービスが見つからなかったため 3. 介護保険外サービス側の都合により、利用できなかったため 4. 利用者の自費負担が大きいため 5. 介護保険サービスで生活が成立するため 6. その他（　　）
	3）介護保険外サービスを位置付けなかった場合、介護保険外サービスを位置付けるには何が必要か（複数回答可）	1. 介護保険外サービスの開発や組織化など地域支援体制の整備 2. 地域包括支援センター，行政，生活支援コーディネーター等との協働・連携 3. 利用者本人・家族の理解 4. 介護サービス事業所の協力・理解 5. 介護保険外サービスを位置付けるためのガイドライン 6. 介護保険外サービスト位置付けるための研修 7. 本人の費用負担への援助 8. 介護保険外サービスへのつなげやすさ 9. その他（　　）

4 看取りについて

（1）このケースでの看取り※の有無について（○は1つ）	1. 看取りを行った　→（2）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

※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。

（2）看取りについて【4（1）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		
ターミナルケアマネジメント加算が算定できない理由（複数回答可）	1.ターミナルケアマネジメント加算の体制を届け出ていない 2.がんの末期ではない 3.在宅で死亡しなかった 4. 24 時間体制を確保していない 5.死亡日以前に，2日以上訪問し，主治医や居宅サービス事業者に連絡調整していない 6.その他（　　）		
5）この利用者の死を迎えるにあたって、医療・介護チームによる話し合いが行われましたか（ACP※）	1. 行われた 2. 行われていない 3. わからない	1）話し合いに参加しましたか	1. 参加した 2. 参加しなかった

※ACP とは、利用者が自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組のことを指します。

SAMPLE

6）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、介護支援専門員と本人で、十分な話し合いを行いましたか （○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 4．今後行う予定	ほとんど行わなかった場合の理由（自由回答） →	
（「1．十分行った」「2．一応行った」）の場合 ア．いつ行いましたか	（　　）年（　　）月ごろ	その時点での利用者本人の意思決定の状況	1．意思決定が十分できた 2．意思決定が難しかった
（「1．十分行った」「2．一応行った」）の場合イ．どのような内容を話し合っていますか。（複数回答可）	1．人生の最終段階における治療をどこまで望むか等の意向 2．人生の最終段階をどこでどのように過ごしたいか等の意向 3．自分自身で意思決定が難しくなったとき、意思決定の代理や補佐を誰にしてほしいか等の意向 3．本人の気がかりや意向 4．本人の価値観や目標 5．人生の最終段階を迎えるにあたっての希望 6．その他（　　）		
（「1．十分行った」「2．一応行った」）の場合 ウ．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	（○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		
7）看取り支援に関してこの利用者について実施したこと （複数回答可）	1．1．事業所の看取りに関する指針について，利用者や家族等に対して説明し，同意を得た 2．看取りに向けて、医療や看護を適切に受けられる体制を積極的に整えた 3．看取りに向けて介護サービスが適切に受けられる体制を積極的に整えた 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	
8）死亡場所 （○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向け住宅（特定施設含む） 3．有料老人ホーム（特定施設外を含む） 4．2・3以外の特定施設	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（　　）	

※　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　※

SAMPLE