

高齢者向け住まいに関するアンケート調査

ご記入にあたってのお願い

1. 調査対象およびアンケート記入者

多様な高齢者の「住まい」の実態を把握するため、下記の事業所・住宅にお送りしています。

- ・平成 27(2015)年 6 月 30 日時点で、有料老人ホームとして届出を行っている事業所
- ・平成 27(2015)年 7 月 1 日以前に竣工していたサービス付き高齢者向け住宅

これらは、「住まい」としての役割を果たすもので、制度上でも介護保険施設等と区別されるものではありませんが、本調査票上では便宜上、「貴施設」と表現しますことを、ご了承ください。

また、本調査票上で「特定施設入居者生活介護」と表現した場合、「介護予防特定施設入居者生活介護」と「地域密着型特定施設入居者介護」を含むこととします。

なお、本調査票は、特に指示がない限り、施設の全体像を把握している 管理者(施設長もしくはその代理の職にある方)が記入してください。

2. 記入 および 返信の方法

筆記用具は、鉛筆、ボールペンなど、どのようなものでもかまいません。

ご記入後は、同封の返信封筒に封入の上、**平成 28 年 10 月 5 日(水)** までにご投函ください。

3. ご記入いただいた情報について

ご記入いただいた内容は、施設名等の情報がわからないよう匿名化したうえで、今後の社会保障政策の検討にのみ活用します。また、分析結果の公表に際しては、統計的に処理する等、個別の施設や個人が特定されることのないよう、十分に配慮します。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

(宛名 刷り込み印刷)

施設住所: 〒

住所

法人名:

施設名:

[施設種別]

本調査に関するお問い合わせ先

(株)野村総合研究所 消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部 (担当: ^{やすだ}安田)

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-6-5 丸の内北口ビル

TEL: **0 1 2 0 - ### - ###**

(9/8(木)より受付開始. 平日 9:30~18:00)

E-mail: **#####@nr i. co. jp**

I 運営法人の概要

※平成 28 年 7 月 1 日時点の状況を記入してください。

問 1 運営法人に関する基本情報

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| (1) 事業主体法人種別 (○は1つ) | 1 株式会社 2 有限会社 3 社会福祉法人 4 医療法人 | 5 財団法人・社団法人 6 NPO 法人 7 その他 |
| (2) 母体となる法人の業種 (○は1つ) ※親法人がない場合、貴施設の業種を記入 | 1 介護サービス関連 2 不動産・建設業関連 3 医療関連 | 4 社会福祉関連 5 その他 |
| (3) 貴法人が運営する有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の数(貴施設を含む) (○は1つ) | 1 1 箇所 2 2 箇所 3 3～9 箇所 | 4 10～49 箇所 5 50 箇所以上 |

II 貴施設の概要

※平成 28 年 7 月 1 日時点の状況を記入してください。

問 2 貴施設に関する基本情報

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|
| (1) 事業所開設年月 | | 年 | 月 |
| (2) 入居時要件 | ① 状態像 (○は1つ) | 1 自立のみ 2 自立・要支援のみ 3 要支援・要介護のみ | 4 要介護のみ 5 自立・要支援・要介護 (要件なし) |
| | ② 身元引受人 (○は1つ) | 1 必ず必要 | 2 特例でない場合あり 3 いなくてもよい |
| (3) 特定施設入居者生活介護の指定 (あてはまるもの全てに○) | | 1 指定なし 2 一般型(介護) 3 一般型(介護予防) 4 地域密着型 | |
| | SQ(3)-1 指定の種類 (○は1つ) | A 一般型 特定施設入居者生活介護 B 外部サービス利用型 特定施設入居者生活介護 | |
| (4) 土地・建物の状況 | ① 土地 (○は1つ) | 1 所有 | 2 賃貸借 |
| | ② 建物 (○は1つ) | 1 所有 | 2 賃貸借 |
| | ③ 新築・改修の別 (○は1つ) | 1 新築 | 2 既存建物の改修 |
| (5) 建物の延べ床面積 ※おおよその数字で構いません。 | ① 併設事業所等を含む建物全体 | | m ² |
| | ② ①のうち、サービス付き住宅もしくは有料老人ホーム部分 | | m ² |
| (6) 居室(住戸) | ① 総居室(住戸)数 | | 室(戸) |
| | ② 入居している居室(住戸)数 | | 室(戸) |
| (7) 最多居室(住戸)の設備の状況 | ① トイレ (○は1つ) | 1 設置 | 2 なし(共用のみ) |
| | ② 浴室 (○は1つ) | 1 設置 | 2 なし(共用のみ) |
| | ③ キッチン (○は1つ) | 1 設置 | 2 なし(共用のみ) |
| (8) カギの管理 | ① 居室のカギ (○は1つ) | 1 原則、本人に管理を任せている 2 本人に任せている場合と、任せない場合がある 3 原則、本人に任せることはない 4 居室にカギをかけられるようになっていない | |
| | ② 建物の出入口 (○は1つ) | 1 外出する時は、原則、スタッフが解錠している 2 原則、自由になっている | |

問3 利用料金（介護保険自己負担を除く）

| | | |
|--|---|-----|
| (1) 入居者が家賃について 選択可能な支払方法 （あてはまるもの全てに○） ※当月分家賃を前月分に支払う場合は 「前払い」ではなく「月払い」に○ | 1 全額前払い 2 一部を前払い、残りを月払い（併用方式） 3 全額年払い 4 全額月払い 5 利用日数に応じた日割払い（入居月・退去月を除く期間について） 6 その他 | |
| (2) 居室（住戸）の利用料金 （税込み価格） ※①で記入した面積の居室に 80歳・単身の方が入居している場合の 平均的な金額を想定して記入 ※支払方式が複数ある場合は、 代表的な支払方式を想定して記入 ※入居者が払う介護保険自己負担以外 の全ての費用が網羅されるように記入 ※該当しない（サービス提供していない） 場合は「0」と記入 ※②b、cの費目が区分できない場合は、 bにまとめて記入 | ① 最多居室（住戸）面積 | ㎡ |
| | ② 月額利用料金の内訳 | |
| | a 家賃相当額（入居時に一括で受け取っている場合は0） | 円/月 |
| | b 共益費・管理費相当額（共用部分の維持管理等） | 円/月 |
| | c 生活支援・介護サービス提供に関する費用または 基本サービス費相当額（介護保険自己負担を除く） | 円/月 |
| | d 食費（3食を30日間提供した場合の金額を記入） | 円/月 |
| | e 光熱水費（当該費目で受領していない場合は0） | 円/月 |
| | ③ 入居時費用 | |
| | a 敷金・保証金（預かり金）※原則全額返還されるもの | 円 |
| | b 前払金 | 円 |
| c 初期償却率（入居者に返還しない割合） | % | |
| d 償却期間 | か月 | |

問4 併設・隣接事業所の状況

※併設：同一建物に事業所がある場合

※隣接：同一敷地内で別棟の場合、もしくは、隣接する敷地（道路を挟む場合を含む）にある場合

①で併設・隣接と答えた場合
（それぞれ1つに○）

| 事業所 | ①併設・隣接状況 （○は1つ） | | | ②併設・隣接事業所の 運営主体との関係 | | ③入居者以外への サービス提供 | |
|-----------------------------|--------------------|----|----|------------------------|-----|--------------------|-----|
| | 併設 | 隣接 | なし | 同一グループ | 別法人 | 実施 | 非実施 |
| (1) 居宅介護支援 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (2) 訪問介護 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (3) 訪問看護 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (4) 通所介護、通所リハ | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (5) 短期入所生活介護、 短期入所療養介護 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (6) 小規模多機能型居宅介護、 複合型サービス | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (7) 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (8) 病院 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (9) 診療所（有床） | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (10) 診療所（無床） | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (11) 歯科診療 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| (12) 調剤薬局 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |

Ⅲ 現在の入居者の状況

問 5 入居者の状況 ※平成 28 年 7 月 1 日時点の状況を記入してください ※該当者がいない場合「0」と記入してください

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----------------------|-----|-------------------------------------|-----|---------|------|---------|-------|---------|------|---------|-----|--------|-----|---------|---|
| (1) 定員数・入居者数 | ① 定員数 | 人 | ② 入居者総数 (通常契約の入居者) | | | | | | | 人 | | | | | | | | |
| (2) 男女別入居者数 ※合計が(1)②入居者数に一致 | ① 男性 | 人 | ② 女性 | | | | | | | 人 | | | | | | | | |
| (3) 年齢別入居者数 ※①～⑨の合計が(1)②入居者数に一致するように記入 | ①65歳未満 | 人 | ②65～69歳 | 人 | ③70～74歳 | 人 | ④75～79歳 | 人 | ⑤80～84歳 | 人 | ⑥85～89歳 | 人 | ⑦90～94歳 | 人 | ⑧95歳以上 | 人 | ⑨不明 | 人 |
| (4) 要介護度別入居者数 ※①～⑨の合計が(1)②入居者数に一致するように記入 | ①自立・認定なし | 人 | ②要支援1 | 人 | ③要支援2 | 人 | ④要介護1 | 人 | ⑤要介護2 | 人 | ⑥要介護3 | 人 | ⑦要介護4 | 人 | ⑧要介護5 | 人 | ⑨不明申請中等 | 人 |
| (5) 認知症の程度別入居者数 ※①～⑦の合計が(1)②入居者数に一致するように記入 ※医師による最新の判定を採用 (ない場合は、「認定調査票(基本調査)」の記載を採用) | | | | ①自立 | 人 | ② I | 人 | ③ II | 人 | ④ III | 人 | ⑤ IV | 人 | ⑥ M | 人 | ⑦不明 | 人 | |
| (6) 後見人のいる入居者数 | ① 法定後見人 | | | 人 | ② 任意後見人 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| (7) 医療処置を要する入居者数 | ① インスリンの注射 (自己注射できる場合を除く) | | | 人 | ⑤ カテーテル(留置カテーテル、 コンドームカテーテル等)の管理 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| | ② 酸素療法 | | | 人 | ⑥ たんの吸引 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| | ③ 胃ろう・腸ろうの管理 | | | 人 | ⑦ 褥瘡の処置 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| | ④ 経鼻経管栄養の管理 | | | 人 | ⑧ レスピレータ(人工呼吸器)の管理 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| | ⑨ その他 ※以下の処置を実施している人の重複を除いた実人数 透析、中心静脈栄養、疼痛の看護、気管切開のケア、モニター測定、創傷の処置、ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理、ネブライザー(吸入器)の管理 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ 重複を除いた 医療処置を要する 実際の入居者数 | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (8) 生活保護を受給している入居者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 |

Ⅳ 貴施設における職員体制と介護サービスの状況

問 6 職員体制

※該当者がいない場合「0」と記入

| | | | |
|---|----------------|--|---|
| (1) 日中の職員数 (兼務を含む実人数) ※入居者に対し直接サービス(状況把握・生活相談 もしくは 介護・看護等)を提供する職員 ※併設の事業所専従の職員は含まない | (最も多い時間帯) | | |
| | 兼務を含む職員数 | : | 人 |
| | うち 他事業所との兼務者の数 | : | 人 |
| (2) 夜間の職員数 (兼務を含む実人数) ※入居者に対し直接サービス(状況把握・生活相談 もしくは 介護・看護等)を提供する職員 ※併設の事業所専従の職員は含まない | 夜 勤 | : | 人 |
| | 宿 直 | : | 人 |
| (3) 看護体制 | ①日中 (〇は1つ) | 1 施設専任の看護職員(常勤または非常勤)がいる 2 他事業所と兼務の看護職員がいる 3 施設に看護職員はいないが、訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている 4 看護職員はいない (2, 3に該当する場合を除く) | |
| | ②夜間 (〇は1つ) | 1 施設専任の看護職員(常勤または非常勤)がいる 2 他事業所と兼務の看護職員がいる 3 施設に看護職員はいないが、訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている 4 看護職員はいない (2, 3に該当する場合を除く) | |

問 7～10 は、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設のみ記入

問 7 状況把握、生活相談を担う職員(以下、当該職員と呼ぶ)について

| | | |
|---|---|--|
| (1) 最も中心的な役割を果たす者 1名の保有資格 (あてはまるもの全てに○) | 1 保健師・看護師・准看護師 2 社会福祉士 3 介護福祉士 4 介護支援専門員 | 5 介護職員初任者研修課程修了者 (旧・介護職員基礎研修課程修了者、 訪問介護員1級、2級を含む) 6 その他 (特になしを含む) |
| (2) 当該職員の介護分野業務 経験年数 (○は1つ) | 1 1年未満 2 1～3年未満 | 3 3～5年未満 4 5～8年未満 5 8年以上 |
| (3) 当該職員のサービス担当者会議への参加状況 (○は1つ) | 1 ほぼ必ず参加している 2 参加する時と参加しない時がある 3 ほとんどの場合参加していない | |
| (4) 当該職員とケアマネジャーとの居住者の状況把握、 生活相談に関する情報共有頻度 (○は1つ) | 1 ほぼ毎日 2 週2～3回程度 3 週1回程度 4 月2～3回程度 5 1～2カ月に1回程度 6 3カ月に1回以下程度 | |

問 8 介護保険サービスの利用状況 (平成 28 年 6 月の1ヵ月間の実績)

※該当者がいない時は「0」と記入

| | | | | | |
|--|----------|---------|---------|-------|---|
| (1) 介護保険サービスを利用している入居者数 | | | | | 人 |
| (2) 介護保険サービスの自己負担額(総額)の把握状況 ※併設・隣接の事業所からの利用に限らない総額 把握している方の分のみ | ①不明 | | | | 人 |
| | ②把握している | | | | 人 |
| (3) 自己負担額(総額)別利用者数 | 1万円未満 | 1～2万円未満 | 2～3万円未満 | 3万円以上 | |
| ※合計が(2)②の人数と一致するように記入 | ① 要支援1・2 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ② 要介護1 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ③ 要介護2 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ④ 要介護3 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑤ 要介護4 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑥ 要介護5 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問 9 入居者のケアプラン作成状況

※併設：同一建物に事業所がある場合

※隣接：同一敷地内で別棟の場合、もしくは、隣接する敷地(道路を挟む場合を含む)にある場合

※該当者がいない時は「0」と記入

| | |
|--|----|
| (1) 入居者のケアプランを作成している居宅介護支援事業所数 (地域包括支援センターは含まない) | 箇所 |
| (2) 併設または隣接の居宅介護支援事業所でケアプランを作成している貴施設の入居者数 | 人 |

問 10 介護保険サービスのサービス種類別利用者数 (平成 28 年 6 月の1ヵ月間の実績)

※併設：同一建物に事業所がある場合

※隣接：同一敷地内で別棟の場合、もしくは、隣接する敷地(道路を挟む場合を含む)にある場合

※該当者がいない時は「0」と記入

| | ① 利用者総数 | ② うち併設・隣接事業所からサービスを受けている利用者 | ③ うち併設・隣接以外の同一グループの事業所からサービスを受けている利用者 |
|-------------------------|---------|-----------------------------|---------------------------------------|
| (1) 訪問介護 | 人 | 人 | 人 |
| (2) 訪問看護 (医療保険によるものを含む) | 人 | 人 | 人 |
| (3) 通所介護、通所リハ | 人 | 人 | 人 |
| (4) 短期入所生活介護、短期入所療養介護 | 人 | 人 | 人 |
| (5) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス | 人 | 人 | 人 |
| (6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 人 | 人 | 人 |

問 11～13 は、特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設のみ記入

問 11 職員体制

※(2)～(4)の職員数の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した平成 28 年 6 月の値を用いてください。

| | | | | |
|--|------------------------------------|----------|------------|----------|
| (1) 介護職員比率 (○は1つ) | ※重要事項説明書に記載している「介護に係る職員体制」 | | | |
| | 1 1.5:1 以上 | 2 2:1 以上 | 3 2.5:1 以上 | 4 3:1 以上 |
| | 対象 | | | 人数 |
| (2) 介護職員 | (実人数) | | | 人 |
| | (常勤換算) | | | 人 |
| うち 介護福祉士 | (常勤換算) | | | 人 |
| (3) 研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員 | (実人数) | | | 人 |
| (4) 介護・看護職員の合計数 | (常勤換算) | | | 人 |
| うち 常勤職員数 | (常勤換算) | | | 人 |
| (5) サービスを直接提供する職員(生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員)の合計数 | (常勤換算) | | | 人 |
| うち 勤続3年以上の方 | (常勤換算) | | | 人 |
| (6) リハビリ 専門職 | ① 理学療法士 | (常勤換算) | | 人 |
| | ② 作業療法士 | (常勤換算) | | 人 |
| | ③ 言語聴覚士 | (常勤換算) | | 人 |
| (7) 介護職員の採用・離職状況 | | | a 常勤 | b 非常勤 |
| ① 介護職員数 (実人数) | (平成 28 年 7 月 1 日時点) | | 人 | 人 |
| ② 介護職員 採用者数 (実人数) | (平成 27 年 7 月 1 日～平成 28 年 6 月 30 日) | | 人 | 人 |
| ③ 介護職員 離職者数 (実人数) | (平成 27 年 7 月 1 日～平成 28 年 6 月 30 日) | | 人 | 人 |

問 12 各種加算の算定状況

| 加算制度 | ①有無 →「あり」の場合 | | ②人数/加算種別 | |
|------------------|--------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|
| (1) 夜間看護体制加算 | 1 加算なし | 2 加算あり | | |
| (2) 個別機能訓練加算 | 1 加算なし | 2 加算あり → | 毎月 | 人程度 |
| (3) 医療機関連携加算 | 1 加算なし | 2 加算あり → | 毎月 | 人程度 |
| (4) 認知症専門ケア加算 | 1 加算なし | 2 加算あり(I) → 3 加算あり(II) → | 毎月 | 人程度 |
| (5) サービス提供体制強化加算 | 1 加算なし | 2 加算あり → | 1 (I) イ 2 (I) ロ | 3 (II) 4 (III) |
| (6) 介護職員処遇改善加算 | 1 加算なし | 2 加算あり → | 1 (I) 2 (II) | 3 (III) 4 (IV) |
| (7) 看取り介護加算 | 1 届出していない | 2 届出している → | 1～6 月の累計で 人 | |

問 13 今年に入ってから(平成 28 年 1 月 1 日～6 月 30 日)の短期利用特定施設入居者生活介護の利用状況

| | | | | |
|---------------------|-----------|--|----------|---|
| (1) 届出 | 1 届出していない | | 2 届出している | |
| (2) 利用回数 | | | 回 | ※5 泊 6 日の人が 1 人、3 泊 4 日の人が 2 人 いた場合、利用回数は 3 回、合計利用日 数は 14 日 (=6+4+4)となります |
| (3) 合計利用日数 | | | 日 | |
| (4) 最も短期利用が多い日の利用者数 | | | 人 | |

問 14 地域包括ケアに関する関わり

| | |
|----------------------------------|---|
| (1) 地域ケア会議や多職種連携会議等への参加状況 (○は1つ) | 1 参加したことがある 2 どのようなものは知っているが、参加したことはない 3 どのようなものか知らない |
|----------------------------------|---|

問 15 貴施設における事故報告・予防活動の取り組み

※高齢者向け住まいの入居者に対する処遇に係る事故(例:転倒、ずりおち、転落、誤嚥、誤薬等)を対象としてください。

| | |
|--|--|
| (1) 貴法人・施設内で、事故報告に関して定めている内容 (あてはまるもの <u>全て</u> に○) | 1 報告すべき事故の種類や範囲 2 事故報告の手順(職員間、利用者の家族や自治体等への報告) 3 事故報告書の様式や記載方法 4 入居者が契約する介護サービス事業所の介助中の事故の取り扱い(特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設の場合のみ) 5 明確なルール等は定めていない |
| (2) 貴施設で発生した事故について、情報共有している関係者 (あてはまるもの <u>全て</u> に○) | 1 法人・施設内の職員 2 事故当事者の家族 3 事故当事者以外の入居者や家族(個人情報を除き、統計処理等を行ったもの) 4 入居者が契約するケアマネジャーや介護サービス事業所(特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設の場合のみ) 5 情報共有していない |
| (3) 貴法人・施設で取り組む事故再発防止のための取り組み内容 (あてはまるもの <u>全て</u> に○) | 1 法人・施設内で、再発防止活動に取り組む専門組織の立ち上げ 2 関係職員で事故事例に関するカンファレンスの実施 3 事故再発防止のためのマニュアルの作成 4 職員の過誤による事故再発防止のための施設内研修の実施 5 事故防止のため職員に外部の研修会等への参加を薦めている 6 入居者が契約するケアマネジャーや介護サービス事業所との再発防止活動(特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設の場合のみ) 7 その他の取組みを行っている 8 特に取り組んでいない |

V 貴施設における介護保険以外のサービスの状況

問 16 生活支援サービスについて実施状況

サービスを提供している(1~3)場合に記入

※②は、例外を除いた通常時のサービスの費用負担の仕方についてお答えください。

| サービス内容 | ① 提供状況 (○は1つ) | | | | ② 提供の場合の費用負担 (○は1つ) | |
|-------------------|----------------|---------------|-------------|------------------------|---------------------|-------------|
| | 提供している → 費用負担へ | | | 提供していない (入居者が個別に契約) | 原則 基本サービスに含む | 別途実費等 徴収 |
| | 貴施設が実施 | 同一グループの事業所に委託 | それ以外の事業所に委託 | | | |
| (1) 状況把握 | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 |
| (2) 生活相談 | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 |
| (3) 食事提供 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (4) 洗濯・掃除等の家事 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (5) 買い物代行 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (6) 入浴・排泄または食事の介助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (7) 外出時の介助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (8) 健康管理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (9) 服薬管理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |

問 21 認知症対応に行っている取り組み（当該ケース、一般的なケース、それぞれに関し、いずれか近い方に1つに○）

| | 当該ケースで | 一般的に |
|------------------------------------|--|--|
| (1) 認知症の対応方法で困っていることに関するスタッフ間の情報共有 | 1 施設のスタッフほぼ全員で共有している 2 施設の主だった職員が共有している 3 あまり情報共有していない | 1 施設のスタッフほぼ全員で共有している 2 施設の主だった職員が共有している 3 あまり情報共有していない |
| (2) ケアと業務のバランスのとり方に関する工夫 | 1 どちらかというケア優先 （認知症の人に合わせて業務・スケジュール等を変更） 2 どちらかという業務優先 （認知症の人にも業務・スケジュールに合わせてもらざるを得ない） | 1 どちらかというケア優先 （認知症の人に合わせて業務・スケジュール等を変更） 2 どちらかという業務優先 （認知症の人にも業務・スケジュールに合わせてもらざるを得ない） |

Ⅶ 入退去の状況

問 22 今年に入ってから（平成 28 年 1 月 1 日～6 月 30 日）**の新規入居者/退去者** ※該当者がいない場合「0」と記入

| | (1) 新規入居者 | (2) 退去者 |
|--|--------------|---------|
| | 人 | 人 |
| ※①～⑪までの合計値が(1)(2)と一致するように記入 | | |
| | (3) 入居直前の居場所 | (4) 退去先 |
| ① 死亡による契約終了 | 人 | 人 |
| ② 病院・診療所（介護療養型医療施設は除く→⑩） | 人 | 人 |
| ③ 自宅（呼び寄せ等で家族・親族等の家にいる場合を含む） | 人 | 人 |
| ④ 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅 | 人 | 人 |
| ⑤ 特定施設入居者生活介護の指定を受けている有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅 | 人 | 人 |
| ⑥ 軽費老人ホーム、養護老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑦ 認知症高齢者グループホーム | 人 | 人 |
| ⑧ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 人 | 人 |
| ⑨ 介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| ⑩ 介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| ⑪ その他（不明を含む） | 人 | 人 |

問 23 新規入居者（問 22(1)）**の入居直前の居住場所** ※該当者がいない場合「0」と記入

| | |
|-------------------|---|
| (1) 同一区市町村内 | 人 |
| (2) 同一都道府県内の他区市町村 | 人 |
| (3) 他都道府県 | 人 |

問 24 死亡による契約終了（問 22(4)①）**の場合の逝去の状況** ※該当者がいない場合「0」と記入

※「看取り」については、加算算定の有無によらず、サービスを提供する施設側で、看取りを実施していると認識していた人数を記入

| 逝去した場所 | 逝去した人数 | |
|----------------------------|--------|-------|
| | | うち看取り |
| (1) 居室 | 人 | 人 |
| (2) 一時介護室や健康管理室 | 人 | 人 |
| (3) 併設診療所など | 人 | 人 |
| (4) 病院・診療所（死亡当日、前日、前々日の入院） | 人 | 人 |
| (5) 病院・診療所（(4)より前に入院） | 人 | 人 |
| (6) その他（不明を含む） | 人 | 人 |

問 25 退去者に関する詳細

問 22(2)で回答した退去者総数に該当するケース全員(9名を超える場合は、直近の退去者からさかのぼって9名)について、

問22(2) 退去者総数分、すべての施設が回答する設問

← Q7で2と回答

| No. | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q7で3~10と回答した場合 |
|-----|---------------------------------|--------------|----------|-----------|----------|------------|--|---|
| | 入居年月日 | 退去年月日 | 性別 | 生年・月 | 退去時の要介護度 | 退去時の認知症の程度 | 退去先 | SQ7-1 退去理由 |
| | (記入) | (記入) | (いずれかに○) | (記入) | (記入) | (記入) | (○は1つ) | (最も影響した理由1つに○) |
| | 平均入居期間算出に利用しますので、年・月・日まで記載ください。 | | | | | | 1 死亡による契約終了 2 病院・診療所 3 自宅(在宅) 4 特定施設 5 住宅型有老ホーム・サ高住 6 養護・軽費ホーム 7 グループホーム 8 特養 9 老健 10 介護療養型 11 その他 | ※Q7で1と回答 (終了) ※Q7で3~11と回答した場合 1 認知症の悪化 2 医療処置が必要となった 3 状態が安定し、自宅等に戻った 4 入所待ちの施設が空いた 5 経済的理由 6 その他 |
| 記入例 | 2009年 3月 2日 | 2016年 2月 16日 | 男・女 | 1932年 12月 | 要介護 2 | I a | 7 | 4 |
| | 2014年 10月 23日 | 2016年 6月 4日 | 男・女 | 1929年 2月 | 要介護 4 | II b | 1 | - |
| 1 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 2 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 3 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 4 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 5 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 6 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 7 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 8 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |
| 9 | 年 月 日 | 年 月 日 | 男・女 | 年 月 | | | | |

1人につき1行で、状況をご記入ください。

した施設以外が回答

看取りを行ったケースのみ回答

| Q7で1と回答した場合 | | | | | | | | | No. |
|--|--|--|--|--------------------------------------|--|---|---|-----------------------------|-----|
| SQ7-2 | | | | | | | | | |
| SQ7-2で1と回答した場合：看取りに関する詳細 | | | | | | | | | |
| 死亡と入院の状況(詳細) | SQ7-2-(1) | SQ7-2-(2) | SQ7-2-(3) | SQ7-2-(4) | SQ7-2-(5) | SQ7-2-(6) | SQ7-2-(7) | SQ7-2-(8) | |
| (○は1つ) | (○は1つ) | (あてはまるもの全てに○) | (あてはまるもの全て) | (あてはまるもの全て) | (いずれか近い方に○) | (○は1つ) | (○は1つ) | (いずれか近い方に○) | |
| 1 施設内での予期された看取り 2 施設内での予期せぬ死 3 計画的な入院 4 受診後、即日入院 5 救急搬送 6 その他 | 1 がんによる死亡 2 その他 ※「看取り」の場合、以下の全ての設問にご回答下さい。 | 1 むくみ 2 多量のたん 3 発熱 4 褥瘡 5 口腔内乾燥 6 呼吸苦 7 1～6はなし | 1 人工栄養 2 点滴 3 人工透析 4 頻回のたんの吸引 5 疼痛緩和 6 食事介助 7 入浴介助 8 1～7はなし | 1 薬の服用 2 人工栄養 3 点滴 4 1～3はなし | 1 施設長や看護職リーダーが看取れると思っていた 2 看取れるとは思っていなかった | (終末期と認識された時点で) 1 施設での看取りを希望していた 2 施設での看取りは希望していなかった 3 不明 | (終末期と認識された時点で) 1 主だった家族ほぼ全員と合意していた 2 家族の代表者と合意していた 3 特段合意はなかった 4 不明 5 該当する家族はいなかった | 1 よい看取りだった 2 悔いの残る看取りだった | |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | 記入例 |
| 1 | 2 | 1、2、5 | 1、2、4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | |
| | | | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | | | 9 |

VIII 看取りに対する貴施設での取り組み

問 26 貴施設における看取りの受け入れ状況

| | | | | | |
|--|--|----------|---------|---------|----------|
| (1) 看取りの受け入れ方針 (○は1つ) | 1 「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる 2 原則的に受け入れていない | | | | |
| (2) 実態として、ご本人やご家族の希望があっても、看取りを受け入れられないことがある理由 (あてはまるものを <u>全て</u> に○) | 1 看護職員の数が足りないから 2 介護職員の数が足りないから 3 夜間は看護職員がいないから 4 施設で看取りを行う事に対して、看護職員の理解・経験が得られないから 5 施設で看取りを行う事に対して、介護職員の理解・経験が得られないから 6 事故が起こることや、それに関して入居者の家族等とトラブルになることが心配だから 7 看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから 8 施設での看取りをサポートしてもらえない医師・医療機関がないから 9 費用がかかりすぎるから 10 そもそも看取りまで行う施設ではないと位置付けているから 11 その他 12 受け入れられない理由はない(すべて受け入れる) | | | | |
| (3) 主要職員等の看取りに対するスタンス (○はそれぞれ1つ) | ① 施設長 | 1 かなり積極的 | 2 やや積極的 | 3 やや消極的 | 4 かなり消極的 |
| | ② 看護職リーダー (訪問看護師等含む) | 1 かなり積極的 | 2 やや積極的 | 3 やや消極的 | 4 かなり消極的 |
| | ③ 介護職リーダー | 1 かなり積極的 | 2 やや積極的 | 3 やや消極的 | 4 かなり消極的 |
| | ④ 主たる協力医 | 1 かなり積極的 | 2 やや積極的 | 3 やや消極的 | 4 かなり消極的 |
| (4) 指針・マニュアル (○は1つ) | ① 看取り指針 | 1 なし | 2 現在準備中 | 3 有り | |
| | ② 看取りマニュアル | 1 なし | 2 現在準備中 | 3 有り | |
| (5) 看取りに関する研修 (○は1つ) | 1 なし 2 現在準備中 3 有り ⇒ SQ1-2へ | | | | |
| SQ1 研修の対象 (あてはまるものを <u>全て</u> に○) | 1 施設長 2 看護職員 3 介護職(リーダークラス) 4 介護職(その他) | | | | |
| SQ2 研修の実施方法 (あてはまるものを <u>全て</u> に○) | 1 社内研修 2 外部研修(参加費助成) 3 外部研修(助成等なし) | | | | |
| (6) 看取りの振り返り (○は1つ) | 1 特に行っていない 2 ケースを取り上げて行う 3 毎回行う | | | | |

問 27 看取りに関する説明・意思確認

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| (1) 看取りに関する説明・意思確認の実施タイミング (実施しているものを <u>全て</u> に○) | 1 入居時点 2 ケアプラン作成(変更)時 3 要介護認定の更新時 | 4 病状等が悪化した時 5 看取りが近づいていると判断された時 |
| (2) 説明・意思確認の対象 (あてはまるものを <u>全て</u> に○) | 1 本人 2 家族の代表者 | 3 代表者以外の主だった家族ほぼ全員 |

ご協力ありがとうございました