

ここからの質問は、居宅支援事業所のケアマネジャーのみお答えください。
それ以外の方は5ページ以降 F) 4からお答えください。

A) 生活援助について

1. 今回の改正で、訪問介護「生活援助3」の時間区分が従来の1時間以上から45分以上に見直されました。それに伴う見直しの結果、3月まで90分のプランだった利用者の利用時間の変更をされましたか。該当する項目1つに○印をつけてください。

- 1) 全てのケースで変更はなかった
- 2) 利用時間を変更したケースがあった
- 3) 利用時間を変更したケースがあったが、訪問介護事業所によっては変更するケースがなかった
- 4) 全てのケースで利用時間を変更した
- 5) その他 ()

2. 再アセスメントの結果、ケアプランに位置付けていた「生活援助」の提供時間や提供回数が変更になったケースでは、利用者支援にどのような影響がみられましたか。あてはまる項目すべてに○をつけてください。

- 1) 訪問介護事業所の変更を行った
- 2) 支援内容の一部を利用者や家族が行うことになった
- 3) 支援内容の一部（掃除、買物、調理）に介護保険外サービスを導入した
- 4) 食事を通所系サービスで摂ることになった
- 5) 支援内容を減らさずに時間の短縮ができた
- 6) 提供回数を増やしたことで利用者の費用負担が増えた
- 7) サービス提供時間および提供回数の変更について、利用者および家族の理解を得ることに苦心した
- 8) 従来のサービス提供時間の必要性について、訪問介護事業所の理解を得られなかった
- 9) その他 ()

3. ケアマネジャーの視点から、今回の「生活援助」の時間区分変更により、利用者の生活にどのような変化が生じたかと捉えていますか。あてはまる項目すべてに○をつけてください。

- 1) 支援内容の一部を利用者が行なうことになり、生活の質や心身状態の改善につながった
- 2) 利用者がしなければならないことが増え、生活の質や心身状態の悪化につながった
- 3) 家族がしなければならないことが増え、家族関係の改善につながった
- 4) 家族がしなければならないことが増え、家族関係の悪化につながった
- 5) 変化なし
- 6) その他 ()

B) 通所介護のサービス提供時間に変更になった影響について

1. 平成24年4月に通所介護時間変更がありました。現在の時点で担当されている利用者の方々は、「3～5」「5～7」「7～9」時間等、利用時間が選んでいますか。
 - 1) はい
 - 2) いいえ
 - 3) 通所介護事業所によって異なる。

2. 「いいえ」を選ばれた方にお聞きします。どの時間帯が一番多いですか。
 - 1) 3～5時間
 - 2) 5～7時間
 - 3) 7～9時間
 - 4) その他()

3. 「7～9」の時間帯で通所されている利用者の方々のご意見をお選びください。あてはまる項目すべてに○をつけてください。
 - 1) 家族は介護負担軽減で助かっている
 - 2) 通所介護の滞在時間が長くて楽しく過ごしている
 - 3) 長時間の滞在は疲れる 時間をもてあます
 - 4) 通所介護事業所を変わったあるいは変わりたい
 - 5) 送迎時間の変更により送迎のヘルパーの確保がむずかしかった
 - 6) 必要な利用者のみ「7～9」時間にしているため特になし
 - 7) その他()

C) 入院時情報連携加算／退院・退所加算／緊急時等居宅カンファレンス加算について

1. 平成24年4月以降、あなたが担当したケースの中で入院時情報連携加算を算定されたことがありますか。
 - 1) ない
 - 2) ある 件

2. 入院時情報連携加算で「ある」を選ばれた方、訪問した件数と、訪問しなかった件数をお答えください。
 - 1) 病院又は診療所に訪問 件
 - 2) 訪問以外の方法（電話 ・ F A X ・ 郵便） 件
 - 3) 不明 件

3. 平成24年4月以降、あなたが担当したケースの中で退院退所加算を算定されたことがありますか。
 - 1) ない
 - 2) ある 件
 - 3) 不明 件

4. 退院・退所加算で「ある」と回答された方、算定した回数ごとの件数をお答えください。
- 1) 1回 件
 - 2) 2回 件
 - 3) 3回(医師を交えたカンファレンスを含む) 件
 - 4) 不明 件
5. 平成24年4月以降、あなたが担当したケースの中で入院時情報提供後、あるいは退院・退所加算の医療との連携において、以下のうち、あてはまる項目すべてに○をつけてください。
- 1) 退院・退所の調整が滞りなく行われた
 - 2) その後の医師や看護師等との連絡がスムーズになった
 - 3) 退院・退所後の在宅サービス計画がスムーズになった
 - 4) 平成24年以前と比べると、病院及び病院関係者との対応が取りやすくなった
 - 5) 特に変化なし
 - 6) その他 ()
6. 平成24年4月以降、あなたが担当したケースの中で緊急時等居宅カンファレンス加算を算定されたことがありますか。
- 1) ない
 - 2) ある 件
 - 3) 不明 件
 - 4)
7. 緊急時等居宅カンファレンス加算で「ある」と回答された方、以下のうちどちらが多かったかをご回答ください。
- 1) 医療機関からの要請があった
 - 2) 緊急の必要性に応じて医療機関に要請した

D) 新しいサービス等について

平成24年4月以降、あなたが担当したケースの中で下記をケアプランに位置付けたことがありますか。

ある場合には、件数もお答え下さい。ケアプランに位置付けたかったが、サービスがないなどの理由により導入できなかつた件数についてもお答えください。位置づける必要のあるケアプランがなかつた方は「なかつた」に○を付けてください。

- 1) 生活機能向上連携加算 (ある _____ 件・導入できなかつた _____ 件・なかつた)
- 2) 定期巡回随時対応型訪問介護看護 (ある _____ 件・導入できなかつた _____ 件・なかつた)
- 3) 介護職等による喀痰吸引 (ある _____ 件・導入できなかつた _____ 件・なかつた)

E) 看取りについて

1. ケアマネジャーとして在宅で看取る事への不安はありますか。
 - 1) はい
 - 2) いいえ
 - 3) どちらともいえない
2. 「はい」と答えた方に伺います。それはなぜですか
 - 1) 定期巡回型・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型サービスが不足またはない
 - 2) 往診医が少ない
 - 3) 対応できる訪問看護事業所がない
 - 4) 家族が望まない
 - 5) その他 ()

F) 地域包括支援センターからの依頼・委託について

1. あなたは、平成24年4月以降地域包括支援センターから支援困難ケースをたのまれたことがありますか。
 - 1) ある 件
 - 2) ない
2. あなたが担当した支援困難ケースのうちあてはまる項目すべてに○をつけてください。
 - 1) 地域包括支援センターと事業所が、支援困難ケースだという共通認識を持つことができている
 - 2) 地域包括支援センターと事業所が連携して取り組むことができている
 - 3) 支援困難ケース依頼時に、地域包括支援センターから十分な情報提供があった
 - 4) 事業所と地域包括支援センターの役割分担が明確である
 - 5) 上記のいずれも該当しない
3. 地域包括支援センターからの介護予防ケアマネジメントの委託についてあなたの事業所の対応はいかがですか。該当する項目に○印をつけてください。
 - 1) 予防プランを受ける件数制限があなたの事業所から明確に示されている
 - 2) 介護予防プランを組むことについて、あなたの事業所は積極的である
 - 3) 介護予防のプランを都合により断ることができる
 - 4) 対応方針は不明確である
 - 5) その他 ()

- ()
- 3) その他 ()
- 4) 実地指導はない

I) 貴方自身についてお答えください。

- ①年齢 歳 ②性別 男 ・ 女
- ③基礎資格を以下の(1)～(15)の中から1つだけ選んで、○で囲んでください。

(1) 介護福祉士	(2) ホームヘルパー	(3) 看護師・准看護師	(4) 保健師
(5) 助産師	(6) 社会福祉士	(7) 社会福祉主事	(8) 精神保健福祉士
(9) 薬剤師	(10) 医師・歯科医師	(11) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
(12) 栄養士	(13) 歯科衛生士	(14) 鍼灸師・柔道整復師	
(15) その他 ()			

- ④業務年数 a. 1年未満 b. 1～3年未満 c. 3～5年未満
d. 5～10年未満 e. 10年以上
- ⑤勤務形態 a. 常勤 b. 非常勤
- ⑥あなたは居宅介護支援事業者の管理者ですか a. はい b. いいえ
- ⑦あなたは主任ケアマネジャーですか a. はい b. いいえ

⑧あなたが主として活動している市区町村を1つだけお答えください。

市・区・町・村

⑨平成24年12月分としてあなた一人が担当し国保連に請求した件数(要介護者)☆居宅支援事業者のケアマネジャーのみ	件
⑩平成24年12月分としてあなた一人が担当し地域包括支援センターまたは国保連に請求した介護予防マネジメントの件数 ☆居宅支援事業者と地域包括支援センターのケアマネジャーのみ	件
⑪平成24年12月分としてあなた一人が担当している人数 ☆施設等のケアマネジャーのみ	件

J) 貴事業所について伺います。

①法人の種類を教えてください。該当する項目に○印をつけてください。

1) 社会福祉協議会	2) 社会福祉法人(社協以外)	3) 医療法人
4) 財団法人/社団法人	5) 営利法人(全国100拠点以上)	6) 営利法人(20～99拠点)
7) 営利法人(全国1～19拠点)	8) 特定非営利活動法人	9) 農協/生協
10) その他 ()		

②貴所属事業所は、いずれかに該当しますか。該当するものに○をつけてください。

- 1) 居宅支援特定事業所加算Ⅰ
- 2) 居宅支援特定事業所加算Ⅱ
- 3) 居宅介護支援事業所
- 4) 地域包括支援センター
- 5) 介護保険施設 ()
- 6) その他 ()

③あなたの所属する法人が実施している他の事業所や施設の状況について、あてはまるもの全ての番号に○をつけてください。また、「17. その他」の場合には具体的な事業の種類を記入してください。

1) 併設なし		
2) 訪問介護	3) 訪問入浴介護	4) 訪問看護
5) 訪問リハビリ	6) 居宅療養管理指導	7) 通所介護
8) 通所リハビリ	9) 福祉用具貸与・販売	
10) 介護老人福祉施設（特養）	11) 介護老人保健施設（老健）	
12) 有料老人ホーム・高齢者住宅等		
13) 医療施設	14) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
15) 小規模多機能型居宅介護	16) 認知症対応型共同生活介護	
17) その他 ()	18) 居宅介護支援（地域包括支援センターの場合）	

K) その他、今回の改定について、ご意見をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。締め切りは 1月 28日(月) です。

居宅支援事業所のケアマジャーの方は全ページを、その他の方は5ページから7ページのみを同封の返信用封筒にてお送りください。

結果は当会ホームページ (<http://cmat.jp/>) に掲載予定です。