

⑫所属する事業所の同一法人または関連法人が運営している施設・事業所等(複数回答可)	
0 下記の1~25に該当する施設・事業所等はない	
1 病院 →介護療養病床(01 有 02 無 03 不明)	
2 有床診療所 →有する病床の種類(01 一般病床 02 医療療養病床 03 介護療養病床)	
3 無床の一般診療所	4 訪問看護ステーション
5 介護老人保健施設	6 介護老人福祉施設
7 有料老人ホーム	8 軽費老人ホーム
9 サービス付き高齢者向け住宅	10 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
11 短期入所療養介護 →実施施設(01 診療所 02 病院 03 介護老人保健施設)	
12 短期入所生活介護 →(01 単独型 02 併設型)	
13 介護医療院	
14 通所介護(地域密着型を含む)	15 通所リハビリテーション
16 療養通所介護	17 認知症対応型通所介護
18 訪問介護(ホームヘルプ)	19 訪問入浴介護
20 訪問リハビリテーション	21 夜間対応型訪問介護
22 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	23 小規模多機能型居宅介護
24 看護小規模多機能型居宅介護	25 地域包括支援センター
⑬特定事業所加算の算定状況	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 算定なし
⑭特定事業所集中減算の有無	1 減算あり 2 減算なし

2 あなたが担当する利用者や介護サービス等の利用状況についてお伺いします。

①あなたが担当する、平成30年12月の給付管理で実績があった利用者について、要介護度別の実人数をご記入ください。						
要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
人	人	人	人	人	人	人
②あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)が <u>ランクC以上</u> 」の利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
③あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度が <u>Ⅲ以上</u> 」の利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
④あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「訪問看護」(医療保険を含む)を利用している利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
⑤あなたが担当する利用者(上記①)のうち、「医療ニーズが高い」(気管切開の方や、人工肛門、膀胱留置カテーテルを装着している方、重い褥瘡のある方、がん末期の方、IVHの方、頻回の点滴が必要な方等)の利用者数(実人数)をご記入ください。(平成30年12月時点)						人
⑥平成30年10月~12月の3か月間に、あなたが担当する全ての利用者が利用した短期入所生活介護(ショートステイ)の合計利用回数(延べ回数)を教えてください。						回
⑦平成30年10月~12月の3か月間に、あなたが担当する全ての利用者が利用した短期入所療養介護(ショートステイ)の合計利用回数(延べ回数)を教えてください。						回
⑦-1 上記⑦の回数について、利用先施設別の回数(延べ回数)を教えてください。			有床診療所	病院	老人保健施設	
			() 回	() 回	() 回	

3 有床診療所の利用状況・意向等についてお伺いします。

①あなたが所属する事業所のサービス提供地域内に医療機関(診療所・病院)は何施設ありますか。

医科 () 施設 歯科 () 施設

②上記①のうち、医療機関側からあなたの事業所に連絡・相談・情報提供等があるなど、積極的な交流がある医療機関は何施設ありますか。

医科 () 施設 歯科 () 施設

③診療所のうち、19床以下の病床(ベッド)のある診療所を「有床診療所」と言います。
あなたは「有床診療所」をご存知でしたか。

1 知っていた 2 知らなかった

④サービス提供地域内に**有床診療所**はありますか。

1 ある→有床診療所数：() 施設
2 ない(→質問⑤へ) 3 わからない(→質問⑤へ)

【上記④で「1 ある」と回答した方にお伺いします】

④-1あなたが担当する、平成30年12月の給付管理で実績があった利用者のうち、この半年間に**有床診療所**を利用した人はいますか。

1 いる 2 いない(→質問⑤へ) 3 わからない(→質問⑤へ)

【質問④-1で「1 いる」と回答した方にお伺いします】

④-1-1どのような目的で**有床診療所**を利用しましたか。(複数回答可)

1 入院 2 外来 3 訪問診療
4 往診 5 訪問看護 6 訪問リハビリテーション
7 通所リハビリテーション 8 短期入所療養介護 9 居宅療養管理指導
10 主治医意見書の作成 11 その他(具体的に)

【すべての方にお伺いします】

⑤現在の事業所に介護支援専門員として勤務してから今までに、あなたの担当する利用者の中で、**有床診療所**の提供する**短期入所療養介護(ショートステイ)**を利用した利用者はいますか。

1 いる 2 いない(→質問⑤-2へ)

【上記⑤で「1 いる」と回答した方にお伺いします】

⑤-1**有床診療所**の**短期入所療養介護(ショートステイ)**の良い点を教えてください。(複数回答可)

1 利用者の病歴等をよく知るかかりつけの医師がいる
2 医療ニーズの高い利用者が利用できる
3 容態の急変時など緊急時の医療対応ができる
4 計画的なレスパイトケア目的の利用ができる
5 利用者の住まいに近いところで利用できる
6 終末期・看取りまで対応してもらえる
7 医療と介護の一体的なサービスが利用できる
8 介護支援専門員と医師が円滑に情報共有できる
9 利用者や家族等のニーズに柔軟に対応してくれる
10 利用者や家族等の安心につながる
11 その他(具体的に)
12 特にない

【上記⑤で「2 いない」と回答した方にお伺いします】

⑤-2 今まで、有床診療所の短期入所療養介護(ショートステイ)を利用したことがないのはなぜですか。
(複数回答可)

- 1 短期入所療養介護を提供する施設が地域には多いから
- 2 短期入所療養介護を必要とする利用者がいない・少ないから
- 3 有床診療所が地域にはないから
- 4 短期入所療養介護を提供している有床診療所がないから
- 5 短期入所療養介護を提供している有床診療所を知らないから
- 6 有床診療所の提供する短期入所療養介護がイメージできないから
- 7 どのような利用者を受け入れてもらえるかわからないから
- 8 有床診療所の依頼先の担当者(担当窓口)を知らないから
- 9 有床診療所のことをよく知らないから
- 10 その他(具体的に)

【すべての方にお伺いします】

⑥医療機関である有床診療所が届出等をしていれば、例えば、気管切開の方や、人工肛門、膀胱留置カテーテルを装着している方、重い褥瘡のある方など、医療ニーズの高い利用者に対しても、短期入所療養介護(ショートステイ)を提供できることをご存知でしたか。

- 1 知っていた
- 2 何となく知っていた
- 3 知らなかった

⑦気管切開の方や、人工肛門、膀胱留置カテーテルを装着している方、重い褥瘡のある方など医療ニーズの高い利用者の短期入所療養介護(ショートステイ)において、重視するサービス等は何ですか。(複数回答可)

- 1 医療ニーズに対応した緊急的な受入
- 2 医療ニーズに対応した計画的な受入
- 3 リハビリテーション
- 4 レスパイトケア
- 5 食堂
- 6 浴室
- 7 レクリエーション
- 8 その他(具体的に)
- 9 特になし
- 10 わからない

⑧あなたの担当する地域において、医療ニーズの高い利用者に対する短期入所療養介護(ショートステイ)などの介護サービスは充足していると思いますか。

- 1 充足している
- 2 どちらかといえば充足している
- 3 どちらかといえば不足している
- 4 不足している
- 5 わからない
- 6 その他(具体的に)

⑨医療と介護を一体的に提供する有床診療所が担当する地域にあると仮定した場合、利用したいと思いますか。

- 1 ぜひ利用したい
- 2 利用したい
- 3 あまり利用しようとは思わない
- 4 わからない

⑩医療と介護を一体的に提供する有床診療所に、どのような利用者に対してどのようなサービスを提供してほしいと思いますか。

【利用者】

【サービス内容】

4 有床診療所との連携等についてお伺いします。

①有床診療所との連携を円滑に行うために、どのような情報があるとよいと思いますか。(複数回答可)

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1 時間外の連絡の可否、緊急時の連絡先 | 2 病床種別と病床数 |
| 3 連絡・連携窓口担当者名と連絡先 | 4 緊急時の入院受入れの可否 |
| 5 在宅医療・訪問診療の実施状況 | 6 関連施設 |
| 7 無床診療所との連携状況 | 8 提供している介護サービス一覧 |
| 9 短期入所療養介護の提供状況、提供実績 | 10 短期入所療養介護の提供例 |
| 11 受入れ可能な利用者 | |
| 12 その他 (具体的に |) |

②今後、どのような取組があれば、有床診療所と連携がしやすくなりますか。(複数回答可)

- | |
|---|
| 1 介護サービスを提供する有床診療所を紹介した一覧表の居宅介護支援事業所への提供 |
| 2 介護サービスを提供する有床診療所を紹介した一覧表の市町村への提供 |
| 3 有床診療所における窓口担当者の配置 |
| 4 有床診療所における窓口担当者と連絡先の明記 |
| 5 有床診療所の医師・看護職員との交流機会の確保 |
| 6 有床診療所がどのような利用者を受け入れることができるのか具体的な事例の紹介 |
| 7 有床診療所と介護支援専門員との利用者情報連携シートの作成・活用 |
| 8 診療報酬制度の概要についての研修機会 |
| 9 診療報酬における、医療・介護の連携の評価項目についての情報提供 |
| 10 地域包括ケアモデルの有床診療所の活用例・メリット等を記載した事例の紹介 |
| 11 日頃から、外来・入院患者や家族等にどのような介護サービスがあるか周知すること |
| 12 その他 (具体的に |

③地域での症例研究会や有床診療所との連携事例の発表会など、有床診療所との連携に関する講習会を実施した場合、参加したいと思いますか。

- | | | |
|-----------|-------------|-----------------|
| 1 ぜひ参加したい | 2 参加したい | 3 あまり参加しようと思わない |
| 4 わからない | 5 その他 (具体的に |) |

④日頃、有床診療所に限らず、医療機関と連携する上でお困りになっていることがございましたら、具体的にお書きください。

--

⑤ 今までに、有床診療所との連携が成功し、利用者に適切なサービス提供ができた事例などがございましたら、具体的にお書きください。

Blank response area for question 5.

⑥ 有床診療所は、利用者の身近なところで、短期入所療養介護等の介護サービスを実施するなど、医療と介護を一体的に提供することが期待されています。こうした有床診療所に対して、忌憚のないご意見・ご要望等をお聞かせください。

Blank response area for question 6.

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。
 貴重な資料・ご意見として本事業の中で大切に活用させていただきます。
 記入済みの調査票は、返送用封筒（切手不要）に入れ、お近くのポストにご投函ください。

なお、今後、貴事業所のご了承を得られれば、より詳細な分析を行うため、インタビューなどをさせていただくことも予定しております。お差し支えなければ貴事業所名等をご記入ください。

貴事業所名	
ご住所	
ご連絡先	電話番号（ ）