

介護サービス供給量調査について（案）

1 調査目的

次期介護保険事業計画における介護保険サービス量を見込むに当たり、サービス種類ごとの供給量等を把握するため、各事業所・施設の状況及び今後の事業への参入意向等の調査を行う。

2 調査対象

京都市及び京都府が指定または開設許可を行った、京都市域に所在する介護保険事業所または施設を調査対象とする。ただし、介護療養型医療施設については、平成18年10月と平成19年8月に全国で療養病床の転換に係るアンケートが実施されており、平成20年春にも予定されていることから、当該調査対象外とする。また、有料老人ホーム及びケアハウスについては、特定施設入所者生活介護の指定の有無に関わらず調査対象とし、訪問看護については訪問看護ステーションのみ、訪問リハビリテーションについては一定の事業実績のある病院・診療所を対象とする。

居宅サービス	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入所者生活介護、居宅介護支援、介護予防支援
地域密着型サービス	認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護
施設サービス	介護老人福祉施設、介護老人保健施設

3 調査内容のうち共通項目

〔居宅サービス〕

- ☐ 事業所の概要（介護予防支援事業所を除く。）
- ☐ 利用者の状況
- ☐ 今後の事業運営の課題
- ☐ 事業運営に係る今後の展望（介護予防支援事業所を除く。）

〔施設サービス・居住系サービス・小規模多機能居宅介護〕

- ☐ 施設の概要
- ☐ 入所者の状況
- ☐ 入退所の状況
- ☐ 入所申込者の状況
- ☐ 今後の事業運営の課題
- ☐ 新規事業に係る今後の展望

介護サービス供給量調査（案）

訪問介護

事業所番号	2	6							
法人の名称									
事業所の名称									
事業所の所在地									
電話番号					記入者				

1 事業所の概要

平日 時 分～ 時 分	祝 日 営業している・営業していない
土曜日 時 分～ 時 分	年末年始 営業している・営業していない 月 日 ～ 月 日 休み
日曜日 時 分～ 時 分	
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。	北区・上京区・左京区・中京区・東山区・ 山科区・下京区・南区・右京区・西京区・ 洛西・伏見区・深草・醍醐

2 利用者の状況（平成20年1月の訪問介護計画に基づき記入してください。）

（1）サービス内容別・要介護度別

ア 要介護者（複数の種類を利用している方は、それぞれに計上してください。）

身体介護	生活援助	通院等乗降介助	合 計 (重複する方があ る場合は、左記の合 計人数と合致しま せん)
人	人	人	人

週 1 回	週 2 回	週 3 回	週 4 回以上
人	人	人	人

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

イ 要支援者

	週 1 回以内	週 2 回	週 3 回	週 4 回以上
要支援 1	人	人	人	人
要支援 2	人	人	人	人

(2) 夜間早朝加算を算定している方

 人

(3) 深夜加算を算定している方

 人

(4) 今後、夜間対応型訪問介護の利用が見込まれる方

 人

(5) 単 身 者

 人

(6) 高齢者世帯（65歳以上の方のみの世帯）に属する方

 人

(7) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	() 人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	() 人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	() 人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	() 人

(8) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	() 人	
胃ろう	() 人	
バルーンカテーテル	() 人	
人工肛門	() 人	
人工透析	() 人	
酸素吸入	() 人	
吸引	() 人	
その他	() 人	実人数合計 () 人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(9) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。（ただし、貴事業所の現員体制から利用申込みに応じられない場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業実施地域外である場合を除く。）

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
 （「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。）

1 有	2 無
↓	
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア	
・鼻腔栄養 ・人工肛門 ・その他 (・胃ろう ・人工透析 ・バルーンカテーテル ・酸素吸入 ・吸引	
イ その他 (具体例:	)

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種：)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引
・その他（			）

② 実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[		]
---	--	---

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[		]
---	--	---

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[		]
---	--	---

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[		]
---	--	---

4 今後の展望

- (1) 営業時間の延長や営業日の拡大（土・日曜日や祝日の営業）等について検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1 検討している」を選択した場合は検討内容を具体的に記入してください。

1 検討している	2 検討していない
→ 具体的に：	

- (2) 夜間対応型訪問介護への参入について検討していますか。又は、今後検討を予定されていますか。該当する番号に○を付けてください。

1 検討している・検討予定	2 検討していない・検討予定なし
---------------	------------------

5 その他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

--

介護サービス供給量調査（案）

訪問入浴介護

事業所番号	2	6								
法人の名称										
事業所の名称										
事業所の所在地										
電話番号						記入者				

1 事業所の概要

平日	時	分	～	時	分	祝日	営業している・営業していない	
土曜日	時	分	～	時	分	年末年始	営業している・営業していない	
日曜日	時	分	～	時	分	月 日 ～ 月 日 休み		
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。						北区・上京区・左京区・中京区・東山区・ 山科区・下京区・南区・右京区・西京区・ 洛西・伏見区・深草・醍醐		

2 利用者の状況（平成20年1月の訪問入浴介護計画に基づき記入してください。）

（1）利用者数

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	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

（2）単身者

人

（3）高齢者のみの世帯に属する方

人

(4) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(5) 医療ケアを必要とする方(重複者については、それぞれに記入してください。)

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

(注)重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(6) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、貴事業所の現員体制から利用申込みに応じられない場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業実施地域外である場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有	2 無									
↓										
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア										
<table border="0"> <tr> <td>・鼻腔栄養</td> <td>・胃ろう</td> <td>・バルーンカテーテル</td> </tr> <tr> <td>・人工肛門</td> <td>・人工透析</td> <td>・酸素吸入</td> </tr> <tr> <td>・その他()</td> <td></td> <td>・吸引</td> </tr> </table>		・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・その他()		・吸引
・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル								
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入								
・その他()		・吸引								
イ その他 (具体例:)										

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保(確保が困難な職種:)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

[
・ 鼻腔栄養 ・ 胃ろう ・ バルーンカテーテル
・ 人工肛門 ・ 人工透析 ・ 酸素吸入 ・ 吸引
・ その他 ()]

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[]

4 今後の展望

営業時間の延長や営業日の拡大（土・日曜日や祝日の営業）等について検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1 検討している」を選択した場合は検討内容を具体的に記入してください。

1 検討している ... 2 検討していない

→ 具体的に：

5 その他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

訪問看護

事業所番号	2	6								
法人の名称										
事業所の名称										
事業所の所在地										
電話番号						記入者				

1 事業所の概要

平日	時	分	～	時	分	祝日	営業している・営業していない
土曜日	時	分	～	時	分	年末年始	営業している・営業していない
日曜日	時	分	～	時	分	月	日
						～	月
						日	休み
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。						北区・上京区・左京区・中京区・東山区・ 山科区・下京区・南区・右京区・西京区・ 洛西・伏見区・深草・醍醐	

2 利用者の状況（平成20年1月の訪問看護計画に基づき記入してください。）

（1）利用者数

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	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

（2）加算の算定状況（緊急時訪問を行った人数については、実績を記入してください。）

	早朝・夜間・ 深夜加算	緊急時訪問 看護加算	うち、緊急時訪問を 行った人数	特別管理加算
利用者数	人	人	人	人

(3) 単 身 者

人

(4) 高齢者世帯（65歳以上の方のみの世帯）に属する方

人

(5) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(6) 必要とする医療ケアの内容（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸 引	()人	
そ の 他	()人	実人数合計 ()人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(7) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。（ただし、貴事業所の現員体制から利用申込みに応じられない場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業実施地域外である場合を除く。）

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
（「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。）

1 有	2 無
↓	
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア	
・鼻腔栄養 ・胃ろう ・バルーンカテーテル	)
・人工肛門 ・人工透析 ・酸素吸入 ・吸引	
・そ の 他 (	
イ その他 （具体例：	)

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種： ）

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・ 鼻腔栄養	・ 胃ろう	・ バルーンカテーテル	
・ 人工肛門	・ 人工透析	・ 酸素吸入	・ 吸引
・ その他（	）		

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[]

4 時間延長・休日対応に係る今後の展望

営業時間の延長や営業日の拡大（土・日曜日や祝日の営業）等について検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1 検討している」を選択した場合は検討内容を具体的に記入してください。

1 検討している	2 検討していない
→ 具体的に：	
[]	

5 その他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

[]

介護サービス供給量調査（案）

訪問リハビリテーション

事業所番号	2	6							
法人の名称									
事業所の名称									
事業所の所在地									
電話番号					記入者				

1 事業所の概要

平日	時	分	～	時	分	祝日	営業している・営業していない
土曜日	時	分	～	時	分	年末年始	営業している・営業していない 月 日 ～ 月 日 休み
日曜日	時	分	～	時	分		
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。						北区・上京区・左京区・中京区・東山区・ 山科区・下京区・南区・右京区・西京区・ 洛西・伏見区・深草・醍醐	

2 利用者の状況（平成20年1月の訪問リハビリテーション計画に基づき記入してください。）

(1) 利用者数

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	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 単身者

人

(3) 高齢者世帯（65歳以上の方のみの世帯）に属する方

人

(4) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(5) 必要とする医療ケアの内容（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(6) リハビリテーションを実施している方

リハビリテーションマネジメント加算を算定している方	()人
短期集中リハビリテーション実施加算を算定している方	()人
契約直前に医療保険によるリハビリテーションを行われていた方 (平成19年8月以降の契約者について、把握されている範囲内で記入してください。)	()人

(7) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。（ただし、貴事業所の現員体制から利用申込みに応じられない場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業実施地域外である場合を除く。）

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
（「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。）

1 有	2 無											
↓												
ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア												
<table><tr><td>・鼻腔栄養</td><td>・胃ろう</td><td>・バルーンカテーテル</td></tr><tr><td>・人工肛門</td><td>・人工透析</td><td>・酸素吸入</td><td>・吸引</td></tr><tr><td>・その他 ()</td><td colspan="3"></td></tr></table>		・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引	・その他 ()			
・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル										
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引									
・その他 ()												
イ その他 (具体例:)												

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種： ）

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・ 鼻腔栄養	・ 胃ろう	・ バルーンカテーテル	
・ 人工肛門	・ 人工透析	・ 酸素吸入	・ 吸引
・ その他（	）		

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[]

4 時間延長・休日対応に係る今後の展望

営業時間の延長や営業日の拡大（土・日曜日や祝日の営業）等について検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1 検討している」を選択した場合は検討内容を具体的に記入してください。

1 検討している	2 検討していない
具体的に：	
[]	

5 その他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

[]

介護サービス供給量調査（案）

通所介護

事業所番号	2	6							
法人の名称									
事業所の名称									
事業所の所在地									
電話番号						記入者			

1 事業所の概要

事業所の形態	1 通常規模型	2 小規模型	3 療養通所介護
定 員	単位 人		
介護予防サービス	有 ・ 無		
営 業 日 サービス提供時間	平日 時 分～ 時 分	祝 日 営業している・営業していない	
	土曜日 時 分～ 時 分	年末年始 営業している・ 月 日～ 月 日休み	
	日曜日 時 分～ 時 分		
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。		北区・上京区・左京区・中京区・東山区 ・山科区・下京区・南区・右京区 ・西京区（洛西）・伏見区（深草・醍醐）	

2 利用者の状況（平成20年1月の通所介護計画に基づき記入してください。）

（1）要介護度

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	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 1週間当たりの利用回数

	1回	2回	3回	4回以上	合計
介護	人	人	人	人	人
予防	人	人	人	人	人

(3) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(4) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数とは合致しません。

(5) 加算の算定状況

	介護				予防		
	個別機能 訓練加算	栄養マネ ジメント 加算	口腔機能 向上加算	若年性認 知症ケア 加算	運動機能 向上加算	栄養改善 加算	口腔機能 向上加算
算定体制	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
算定人数	人	人	人	人	人	人	人

※ 予防の3加算について、算定体制が「有」にもかかわらず、算定人数が「0」の場合は、以下の質問にもお答えください。（該当するものに○を付けてください。）

① 運動機能向上加算の算定体制が「有」にもかかわらず、算定しない理由は？

ア どのようなプログラムを実施すればいいのかわからない。

イ 対象者がいない。又は、対象者が少なく、プログラムを実施できない。

ウ その他

{

}

<15 通所介護>

② 栄養改善加算の算定体制が「有」にもかかわらず、算定しない理由は？

ア どのようなプログラムを実施すればいいのかわからない。

イ 対象者がいない。又は、対象者が少なく、プログラムを実施できない。

ウ その他

{

}

③ 口腔機能向上加算の算定体制が「有」にもかかわらず、算定しない理由は？

ア どのようなプログラムを実施すればいいのかわからない。

イ 対象者がいない。又は、対象者が少なく、プログラムを実施できない。

ウ その他

{

}

(6) 平成20年1月の利用延人数

人

…(A)

(7) 稼働率 {利用延人数 (A) ÷ (定員 × 1月の開所日数)}

%

(8) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、定員超過となる場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業の実施地域外である場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有

2 無

↓

ア 在宅では、申込者が必要とする医療ケアに対応できないため
対応できない医療ケア

・鼻腔栄養

・胃ろう

・バルーンカテーテル

・人工肛門

・人工透析

・酸素吸入

・吸引

・その他 (

)

イ その他

(具体例:

)

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保 (確保が困難な職種:

)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[

]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引
・その他（	）		

② 実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) 介護予防の取組

実践例や医療機関との連携についての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(4) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

4 事業運営に係る今後の展望

(1) 営業時間の延長等

営業時間の延長や営業日の拡大（土・日曜日や祝日の営業）等について検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1 検討している」を選択した場合は検討内容を具体的に記入してください。

1 検討している2 検討していない

具体的に：

(2) 今後の事業実施の意向

下表の事業等への参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
本事業所の小規模多機能型居宅介護への転換	1	2 (転換時期 年)
本事業所の認知症対応型通所介護への転換	1	2 (転換時期 年)
特定施設（介護専用型・定員 30 人以上）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特定施設（混合型）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型特定施設（介護専用型・定員 30 人未満）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型共同生活介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
小規模多機能型居宅介護（転換以外）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型通所介護（転換以外）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)

5 そ の 他

貴事業所における今後の事業運営や取組，京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について，ご意見がございましたら，自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

通所リハビリテーション

事業所番号	2	6							
法人の名称									
事業所の名称									
事業所の所在地									
電話番号						記入者			

1 事業所の概要

事業所の形態	1 通常規模の医療機関 2 小規模診療所 3 介護老人保健施設		
定 員	単位 人		
介護予防サービス	有 ・ 無		
営 業 日 サービス提供時間	平日	時 分～ 時 分	祝 日 営業している・営業していない 年末年始 営業している 月 日～ 月 日休み
	土曜日	時 分～ 時 分	
	日曜日	時 分～ 時 分	
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている場合は△を付けてください。		北区・上京区・左京区・中京区・東山区 ・山科区・下京区・南区・右京区 ・西京区（洛西）・伏見区（深草・醍醐）	

2 利用者の状況（平成20年1月の通所リハビリテーション計画に基づき記入してください。）

（1）要介護度

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	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 1週間当たりの利用回数

	1回	2回	3回	4回以上	合計
介護	人	人	人	人	人
予防	人	人	人	人	人

(3) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(4) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

（注）重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(5) リハビリテーションを実施している方

リハビリテーションマネジメント加算を算定している方	()人
短期集中リハビリテーション実施加算を算定している方	()人
契約直前に医療保険によるリハビリテーションを行われていた方 （平成19年8月以降の契約者について、把握されている範囲内で記入してください。）	()人

(6) 加算の算定状況

	介護			予防		
	栄養マネジメント加算	口腔機能向上加算	若年性認知症ケア加算	運動機能向上加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算
算定体制	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
算定人数	人	人	人	人	人	人

※ 予防の3加算について、算定体制が「有」にもかかわらず、算定人数が「0」の場合は、以下の質問にもお答えください。（該当するものに○を付けてください。）

<16 通所リハビリテーション>

① 運動機能向上加算の算定体制が「有」にもかかわらず、算定しない理由は？

ア どのようなプログラムを実施すればいいのかわからない。

イ 対象者がいない。又は、対象者が少なく、プログラムを実施できない。

ウ その他

{

}

② 栄養改善加算の算定体制が「有」にもかかわらず、算定しない理由は？

ア どのようなプログラムを実施すればいいのかわからない。

イ 対象者がいない。又は、対象者が少なく、プログラムを実施できない。

ウ その他

{

}

③ 口腔機能向上加算の算定体制が「有」にもかかわらず、算定しない理由は？

ア どのようなプログラムを実施すればいいのかわからない。

イ 対象者がいない。又は、対象者が少なく、プログラムを実施できない。

ウ その他

{

}

(7) 平成20年1月の利用延人数

人

…(A)

(8) 稼働率 {利用延人数 (A) ÷ (定員 × 1月の開所日数)}

%

(9) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、定員超過となる場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業の実施地域外である場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有

2 無

↓

ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため

対応できない医療ケア

・ 鼻腔栄養 ・ 胃ろう ・ バルーンカテーテル
・ 人工肛門 ・ 人工透析 ・ 酸素吸入 ・ 吸引
・ その他 ()

イ その他

(具体例:

)

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種： ）

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・ 鼻腔栄養	・ 胃ろう	・ バルーンカテーテル	
・ 人工肛門	・ 人工透析	・ 酸素吸入	・ 吸引
・ その他（	）		

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) 介護予防の取組

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(4) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

4 事業運営に係る今後の展望

(1) 営業時間の延長等

営業時間の延長や営業日の拡大（土・日曜日や祝日の営業）等について検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1 検討している」を選択した場合は検討内容を具体的に記入してください。

1 検討している2 検討していない

}

具体的に：

(2) 小規模多機能型居宅介護等への参入

下表の事業が実施される場合の参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
本事業所の小規模多機能型居宅介護への転換	1	2 (転換時期 年)
本事業所の認知症対応型通所介護への転換	1	2 (転換時期 年)
特定施設（介護専用型・定員 30 人以上）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特定施設（混合型）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型特定施設（介護専用型・定員 30 人未満）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型共同生活介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
小規模多機能型居宅介護（転換以外）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型通所介護（転換以外）	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)

5 そ の 他

貴事業所における今後の事業運営や取組，京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について，ご意見がございましたら，自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

短期入所（単独型）

事業所番号	2	6								
法人の名称										
事業所の名称										
事業所の所在地										
電話番号							記入者			

1 施設の概要

(1) 定員

ユニット型	従来型	合 計
人	人	人

(2) 居室の状況

	ユニット型 個室	従来型個室	多床室	特別な室料の 徴収の有無
定員	人	人	人	X
居住費 (1日)	円	円	円	有・無

(3) 食費の額 食費 円／日

2 利用者の状況（平成20年1月の利用者について記入してください。）

(1) 平成20年1月の利用実人数

京 都 市	府内（京都市以外）	他 府 県	合 計
人	人	人	人

… (A)

（注）1月に複数回利用した方については、1人として計上してください。

(2) 利用日数

7日以内	8～14日	15～30日
人	人	人

(注1) (A)の内訳について記入してください。

(注2) 月をまたがって利用する方については、その月の利用日数も含めて記入してください。

例：12/28～1/4の利用者

⇒ 8日の利用となるため、[8～14日]の欄に記入してください。

(注3) 1月において複数回利用する方については、それぞれの利用日数を合算して記入してください。

例：12/30～1/2と1/20～1/24の2回利用者

⇒ 4日+5日=9日の利用となるため、[8～14日]の欄に記入してください。

(3) (A)のうち、緊急利用者(介護者の急な疾病、看護、葬祭、罹災、虐待等)

人

(4) (A)の要介護度別内訳

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	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

(5) (A)のうち、認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(6) (A)のうち、医療ケアを必要とする方(重複者については、それぞれに記入してください。)

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(7) 平成20年1月の利用延人数・・・(B)

ユニット型個室	従来型個室	多床室	合 計
人	人	人	人

(8) 稼働率 {利用延人数 (B) ÷ (定員 × 31日) × 100}

ユニット型個室	従来型個室	多床室	全 体
%	%	%	%

(9) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、サービス提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、ベッドが空いていない場合及び入院による治療を要する場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は具体例を記入してください。
(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有 ↓ ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア ・鼻腔栄養 ・人工肛門 ・その他 (・胃ろう ・人工透析 ・バルーンカテーテル ・酸素吸入 ・吸引 イ その他 (具体例:)	2 無
---	------------

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保(確保が困難な職種:)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

<21 短期入所>

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

- | | | | |
|-------|-------|------------|-----|
| ・鼻腔栄養 | ・胃ろう | ・バルーンカテーテル | |
| ・人工肛門 | ・人工透析 | ・酸素吸入 | ・吸引 |
| ・その他（ | ） | | |

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[		]
---	--	---

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[		]
---	--	---

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[		]
---	--	---

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

[		]
---	--	---

4 今後の事業実施の意向

下表の事業等への参入意向についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
特定施設（介護専用型・定員 30 人以上）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
特定施設（混合型）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
地域密着型特定施設（介護専用型・定員 30 人未満）	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
認知症対応型共同生活介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
小規模多機能型居宅介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）
認知症対応型通所介護	1	2 （開始時期 年, 設置行政区 ）

5 そ の 他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

特定施設（軽費老人ホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅）

法人の名称			
事業所の名称			
事業所の所在地			
電話番号		記入者	

1 事業所の概要

（1）施設種別、定員及び居室の状況

施設種別	軽費老人ホーム（A）・ケアハウス・有料老人ホーム・養護老人ホーム・適合高齢者専用賃貸住宅						
特定施設の指定	無 ・ 混合型 ・ 外部サービス利用型 ・ 介護専用型						
	一般居室			介護居室（有料老人ホームのみ記入）			合計
	2人室	個室	左記以外	2人室	個室	左記以外	
室数	室	室	室	室	室	室	室
定員	人	人	人	人	人	人	人

（2）併設事業所

該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合はサービスの種別を記入してください。

1 有
☐

2 無
☐

[

サービス種別：

]

2 入居者の状況（平成20年2月1日現在の入居者について記入してください。）

（1）保険者別

京都市	府内（京都市以外）	他府県	合 計
人	人	人	人

（2）入居期間別

1年未満（平成19年2月以降に入所）	1年以上3年未満（平成17年2月～19年1月に入所）	3年以上（17年1月以前に入所）	合 計
人	人	人	人

（3）性別及び年齢の内訳

	65歳未満	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	合 計
男	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人
合計	人	人	人	人	人	人	人

（4）認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	（ ）人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	（ ）人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	（ ）人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	（ ）人

（5）医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	（ ）人
胃ろう	（ ）人
バルーンカテーテル	（ ）人
人工肛門	（ ）人
人工透析	（ ）人
酸素吸入	（ ）人
吸 引	（ ）人
そ の 他	（ ）人
実人数合計 （ ）人	

（注）重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(6) 要介護認定の状況

	要介護 認定なし	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	合計
要介護・要 支援認定を 受けている 方	人	人	人	人	人	人	人	人	人
介護保険サ ービスを利用 している 方	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(7) (特定施設入所者生活介護の指定を受けていない事業所のみ、ご回答ください。)

入居者が利用している介護保険サービスについて、該当するものに○を付け、利用人数及び1人当たりの平均的な利用回数を記入してください。

1 訪問介護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
2 訪問入浴介護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
3 訪問看護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
4 訪問リハビリテーション	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
5 通所介護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
6 通所リハビリテーション	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
7 福祉用具貸与	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
8 短期入所生活介護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
9 短期入所療養介護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
10 居宅療養管理指導	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
11 福祉用具購入費の支給	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
12 夜間対応型訪問介護	介護 () 人	約 () 回/週
13 認知症対応型通所介護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週
14 小規模多機能型居宅介護	介護 () 人	約 () 回/週
	予防 () 人	約 () 回/週

(注)「11 福祉用具購入費の支給」については、平成19年2月～20年1月の間に利用された方の人数を記入してください。

3 入退居の状況

平成19年2月～20年1月の入居者・退居者について記入してください。

(要介護・要支援認定の有無に関わらず、すべての入居者・退居者について記入してください。)

(1) 入居前の居所

居 宅 (独居)	人	グループホーム	人
居 宅 (家族と同居)	人	介護老人保健施設	人
居宅 (小規模多機能利用)	人	介護療養型医療施設	人
養護老人ホーム	人	病院 (医療保険適用病床)	人
ケアハウス	人	その他	人
有料老人ホーム	人	合 計	人

(2) 退居後の居所

居 宅 (独居)	人	他の介護老人福祉施設	人
居 宅 (家族と同居)	人	介護老人保健施設	人
居宅 (小規模多機能利用)	人	介護療養型医療施設	人
養護老人ホーム	人	病院 (医療保険適用病床)	人
ケアハウス	人	死 亡	人
有料老人ホーム	人	そ の 他	人
グループホーム	人	合 計	人

(3) 入居時の要介護度

要介護 認定なし	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	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

(4) 退居時の要介護度

[illegible]

(5) 利用申込みに対し、自ら適切なサービス提供ができないことを理由として、入居を拒んだ事例はありますか。(ただし、定員超過になる場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1 有」を選択した場合は具体例を記入してください。
 (「対応できない医療ケア」については、該当箇所にも○を付けてください。)

1 有 2 無

↓

ア 申込者が必要とする医療ケアに対応できないため
対応できない医療ケア

{	・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル
	・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入 ・吸引
	・その他（ ）		

イ その他
（具体例： ）

4 入居申込者の状況

(1) 現在、把握しておられる入居申込者数

人

(2) 入居申込みから入居できるまでの期間

約	年	月
---	---	---

(3) 入居受入れの連絡に対し、本人・家族が辞退することはありますか。該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は、主な理由を3つまで選び、その番号を記入してください。

1 有 2 無

理由

1 既に他の軽費老人ホーム、有料老人ホーム等（特定施設入所者生活介護以外）に入居した。

2 特定施設入所者生活介護事業所に入居した。

3 介護保険施設に入所（入院）した。

4 入院（医療保険適用病床）中である。

5 まだ入居を希望しない。（自宅での生活を継続したい。）

6 死亡した。

7 その他

()

5 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

(1) 人員の確保（確保が困難な職種：

)

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

(2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・吸引
・その他（	）		

② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

ウ 認知症高齢者への対応

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

6 介護保険サービスへの参入意向等

今後、介護保険サービスへの参入等を検討しておられますか。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項を記入してください。

	1 予定なし	2 検討している又は検討予定
本施設の特設施設入居者生活介護(混合型)の指定申請	1	2 (開始時期 年)
本施設の特設施設入居者生活介護(介護専用型)の指定申請	1	2 (開始時期 年)
本施設の地域密着型特設施設入居者生活介護の指定申請	1	2 (開始時期 年)
特設施設(介護専用型・定員 30 人以上)…新設	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
特設施設(混合型)…新設	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
地域密着型特設施設(介護専用型・定員 30 人未満)…新設	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型共同生活介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
小規模多機能型居宅介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)
認知症対応型通所介護	1	2 (開始時期 年, 設置行政区)

7 その他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

介護サービス供給量調査（案）

居宅介護支援

事業所番号	2	6								
法人の名称										
事業所の名称										
事業所の所在地										
電話番号						記入者				

1 事業所の概要

営業日 サービス提供時間	平日	時	分～	時	分	祝日	営業している・営業していない		
	土	時	分～	時	分	年末年始	営業している・営業していない		
	日	時	分～	時	分	月 日～ 月 日休み			
介護支援専門員 の状況 ※貴事業所における 経験年数を記入 してください。						常勤専従	常勤兼務		非常勤
						人	(常勤換算 人)	(常勤換算 人)	
	(内訳) 経験年数1年未満					人	人	人	
	1年以上～3年未満					人	人	人	
	3年以上					人	人	人	
サービス提供地域 通常の提供地域に○を付けてください。 ただし、一部の地域のみ提供可としている 場合は△を付けてください。						北区・上京区・左京区・中京区・東山区・ 山科区・下京区・南区・右京区・西京区・ 洛西・伏見区・深草・醍醐			

2 利用者の状況（平成20年1月の利用者について記入してください。）

(1) 利用者数

平成20年1月の利用者数（給付管理数）について記入してください。

人

(2) 単身者

人

(3) 高齢者世帯（65歳以上の方のみの世帯）に属する方

人

(4) 要介護度別

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

(5) 認知症のある方

認知症老人自立度「Ⅱ」	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人
認知症老人自立度「Ⅲ」以上	()人	左のうち、障害自立度「自立」、「J」又は「A」	()人

(6) 医療ケアを必要とする方（重複者については、それぞれに記入してください。）

鼻腔栄養	()人	
胃ろう	()人	
バルーンカテーテル	()人	
人工肛門	()人	
人工透析	()人	
酸素吸入	()人	
吸引	()人	
その他	()人	実人数合計 ()人

(注) 重複する方がある場合は、実人数合計と医療ケアの内容別人数の計とは合致しません。

(7) 併設事業所のサービスのみを計画に位置付けている方

人

(8) 介護保険サービス以外のサービスを計画に位置付けている方

人

例：移送サービス、配食サービス、シルバー人材センターからの派遣、家政婦紹介所からの派遣、ボランティア等

(9) 短期入所の事業所を探したにもかかわらず、最終的に受入可能な事業所が見つからなかった方（平成20年1月実績）

人

(10) 支援困難ケース

(行政や地域包括支援センターによる相談・支援を必要とするようなケース)

人

どのようなケースであるのか、簡潔に記入してください。

(11) 成年後見制度の利用状況等

3親等以内の親族がいない方	() 人	左のうち成年後見制度の利用者	() 人
親族はいるが関わりが十分でない方 (親族から虐待を受けていた方を含む)	() 人	左のうち成年後見制度の利用者	() 人

(12) 施設入所の申込手続きを行っている方

人

ア 介護保険施設	() 人	うち、介護支援専門員の目から見て早急な入所が必要と認められる方	() 人
イ 認知症対応型共同生活介護事業所	() 人	うち、介護支援専門員の目から見て早急な入所が必要と認められる方	() 人

(注) 介護保険施設と認知症対応型共同生活介護事業所の両方に申込みをしている方は、それぞれに記入してください。

(13) 地域包括支援センターから受託して介護予防支援を実施している方

要支援1	要支援2	合計
人	人	人

(14) 小規模多機能型居宅介護又は夜間対応型訪問介護の利用が見込まれる方

通所系サービス、訪問介護及び短期入所の全てを計画に位置付けている方・・・(A)		人
(A)のうち、支給限度額を超過して、10割の自己負担が生じている方		人
(A)のうち、支給限度額を超過しないように、計画に位置付けるサービスを調整している方	約	人
夜間、深夜又は早朝の時間帯に訪問介護を位置付けている方・・・(B)		人
(B)のうち、急な計画変更によるヘルパーの随時訪問がある方	約	人

※ 以下の質問にもお答えください。(該当するものに○を付けてください。)

- ① 小規模多機能型居宅介護をご存知ですか？
 ア 知っている。
 イ 名前は聞いたことがあるが、サービス内容や対象者が具体的にわからない。
 ウ 知らない。
- ② 利用者に小規模多機能型居宅介護を紹介したことがありますか？
 ア 紹介したことがある。
 イ 紹介したいが、利用者宅をサービス提供地域とする事業所がない。
 ウ 紹介したことがない。
- ③ 夜間対応型訪問介護をご存知ですか？
 ア 知っている。
 イ 名前は聞いたことがあるが、サービス内容や対象者が具体的にわからない。
 ウ 知らない。
- ④ 利用者に夜間対応型訪問介護を紹介したことがありますか？
 ア 紹介したことがある。
 イ 紹介したいが、利用者宅をサービス提供地域とする事業所がない。
 ウ 紹介したことがない。

(15) 利用申込みに対し、自ら適切な居宅介護支援ができないことを理由として、提供を拒んだ事例はありますか。(ただし、貴事業所の現員体制から利用申込みに応じられない場合及び利用申込者の居住地が貴事業所の通常の事業実施地域外である場合を除く。)

該当する番号に○を付けたうえ、「1有」を選択した場合は具体例を記入してください。(「対応できない医療ケア」については、該当箇所に○を付けてください。)

1 有	2 無									
↓										
ア 在宅では、申込者が必要とする医療ケアに対応できないため 対応できない医療ケア										
<table border="0"> <tr> <td>・鼻腔栄養</td> <td>・胃ろう</td> <td>・バルーンカテーテル</td> </tr> <tr> <td>・人工肛門</td> <td>・人工透析</td> <td>・酸素吸入</td> </tr> <tr> <td>・その他()</td> <td></td> <td>・吸引</td> </tr> </table>		・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル	・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入	・その他()		・吸引
・鼻腔栄養	・胃ろう	・バルーンカテーテル								
・人工肛門	・人工透析	・酸素吸入								
・その他()		・吸引								
イ その他 (具体例:)										

3 今後の事業運営の課題

今後の事業運営に当たっての課題についてお聞かせください。

- (1) 人員の確保（確保が困難な職種： ）

ア 人員確保のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ 介護サービスの質的向上のための課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

- (2) 重度者や認知症高齢者への対応

ア 高度な医療ケアを必要とする利用者への支援

- ① 対応が困難な医療ケア（該当箇所に○を付けてください。）

・ 鼻腔栄養	・ 胃ろう	・ バルーンカテーテル	
・ 人工肛門	・ 人工透析	・ 酸素吸入	・ 吸引
・ その他（			）

- ② 実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

イ ターミナルケア（実践例： 有・無 ）

実践するに当たっての課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

ウ 認知症高齢者への支援

実践例や医療機関との連携における課題・工夫・要望等について記入してください。

[]

(3) その他

今後の事業運営に当たって、課題と考えられることについて記入してください。

--

4 事業運営にかかる今後の展望

(1) 平成20年2月1日現在の新規受入れ可能人数

人

(2) 介護支援専門員の人員体制の予定についてお伺いします。該当する番号に○を付けたうえ、必要事項をを記入してください。

1	増員も減員も予定なし
2	増員予定 (月頃, 人)
3	減員予定 (月頃, 人)

5 そ の 他

貴事業所における今後の事業運営や取組、京都市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度等について、ご意見がございましたら、自由にご記入ください。

--