

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業 に係る調査検討組織 設置要綱 (案)

1. 設置目的

(株)三菱総合研究所は介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業に係る調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、松田晋哉（産業医科大学 教授）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要性を認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、(株)三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

調査検討組織 委員等

| | |
|-----|------------------------|
| 委員長 | 松田晋哉（産業医科大学 教授） |
| 委員 | 大河内二郎（全国老人保健施設協会 常務理事） |
| 委員 | 丹羽和夫（全国老人保健施設協会） |
| 委員 | 藤野善久（産業医科大学 准教授） |

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 森岡久尚
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 主査 米倉なほ
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 療養病床転換係 山田典夫

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業(案)

1. 調査の目的

退所見込のない老健入所者(独居で認知症を有する者・独居で常食摂食が困難な者など)が在宅復帰の見込を立てるために、どのような介護・住まいがどの程度必要とされるのか明らかにする。また、介護老人保健施設が提供主体の多くを占める短期入所療養介護について、医療機関が提供する同サービスと比較した特徴等を明らかにし、地域包括ケアを推進する中で介護老人保健施設に求められる機能を総合的に高める上での課題を明らかにするとともに、次期報酬改定における検討のためのデータを収集することを目的とする。

2. 調査客体

- ・介護老人保健施設(悉皆、約3900施設)
- ・短期入所療養介護費の算定実績がある医療機関(悉皆、約400施設)

3. 主な調査項目

<施設調査>

- ・施設特性、在宅復帰率・ベッド回転率等、在宅復帰支援に関する工夫、課題に関する調査
- ・短期入所療養介護の提供実態に関する調査

<利用者調査>

- ・退所見込のない利用者の状態・家族背景・自宅環境等と、在宅復帰後に必要とされる居宅サービス等に関する調査(介護老人保健施設のみ)
- ・短期入所療養介護の利用者の状況調査

4. 調査内容(調査票種類、調査内容等)

本調査は施設票および利用者票で構成される。施設票では事業所特性、在宅復帰率等について把握し、利用者票では退所見込みのない利用者の状態、家族背景、在宅復帰の阻害要因と復帰のために必要なサービス等について把握する。

5. 調査方法(郵送調査等)

自記式調査票の郵送配布・回収を行う。

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業 【介護老人保健施設票】

■記入にあたってのご注意

特に指定の無い箇所については、貴施設の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて施設長、看護職員、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」事務局

三菱総合研究所 電話：●● - ●●●● - ●●●● (平日9時30分～17時30分)

FAX：●● - ●●●● - ●●●● (24時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 貴施設の基本情報

問1 平成26年○月○日における貴施設の開設主体【○は1つ】

- | | |
|--------------------|------------|
| 01 公立 | 04 社団・財団法人 |
| 02 社会福祉法人 | 05 その他() |
| 03 医療法人(社会医療法人を含む) | |

問2 貴施設の開設年月

西暦 年 月

問3 平成26年○月○日において貴法人が運営する施設(居住系含む)【該当する全てに○】

- | | |
|-----------------|---|
| 01 病院 | 05 認知症対応型共同生活介護事業所 |
| 02 有床診療所 | 06 その他の高齢者住まい等(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、等) |
| 03 無床診療所 | 07 その他() |
| 04 介護老人福祉施設(特養) | うち併設・隣接している施設番号(01～07) () |

問4 平成26年○月○日において貴法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに○】

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| 01 訪問介護 | 08 短期入所生活介護 |
| 02 訪問入浴介護 | 09 短期入所療養介護 |
| 03 訪問看護 | 10 特定施設入所者生活介護 |
| 04 訪問リハビリテーション | 11 福祉用具貸与 |
| 05 居宅療養管理指導 | 12 居宅介護支援 |
| 06 通所介護 | 13 その他() |
| 07 通所リハビリテーション | うち併設・隣接している事業所の番号(01～13) → () |

| 問5 平成26年〇月〇日24時時点における貴施設の定員数 | | | |
|------------------------------|---|--|--------------------------|
| 定員数 | 介護老人保健施設 | | 人 |
| | うち短期入所療養介護（空床利用ではなく、短期入所療養介護専用のベッドとして確保している数） | | 人 |
| | ※短期入所療養介護専用のベッドを確保していない施設は、右の□にチェック（☑）を記入してください | | <input type="checkbox"/> |

| 問6 平成26年〇月〇日24時時点における貴施設の利用者数等（※短期入所療養介護利用者は除く） | | | | | | |
|---|--------------|-------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| (1) 要介護度別利用者数 | ①要介護1 人 | ②要介護2 人 | ③要介護3 人 | ④要介護4 人 | ⑤要介護5 人 | ⑥不明・申請中 人 |
| (2) 性別利用者数 | ①男性 人 | ②女性 人 | | | | |
| (3) 年齢別利用者数 | ①40～64歳 人 | ②65～74歳 人 | | | | |
| (4) 入所期間別利用者数 | ①3ヶ月未満 人 | ②3ヶ月以上～6ヶ月未満 人 | ③6ヶ月以上～1年未満 人 | ④1年以上～2年未満 人 | ⑤2年以上～3年未満 人 | ⑥3年以上 人 |
| (5) 認知症高齢者日常生活自立度別利用者数 | ①自立 人 | ②Ⅰ 人 | ③Ⅱ 人 | ④Ⅲ 人 | ⑤Ⅳ 人 | ⑥M 人 |
| (6) 所得段階別利用者数 | ①減免あり 人 | ②減免なし 人 | ③不明 人 | | | |
| (7) 特定疾患罹患患者数※1 | ①罹患あり 人 | ②罹患なし 人 | ③不明 人 | | | |

| 問7 平成26年6月の在宅復帰率・ベッド回転率 | | | | | |
|-------------------------|--|---|--------|--|---|
| 在宅復帰率※2 | | % | ベッド回転率 | | % |

| 問8 退所見込み別/疾患別入所者数 | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---------------------|-----------------|---------------|
| (1) 退所見込み別入所者数 | 退所見込みがある者 人 | 退所見込みはない者 人 | どちらともいえない者 人 | |
| (2) 以下の診断を受けた入所者等 【平成26年6月の1ヶ月間】 | 診断を受けた人数 | うち、所定疾患施設療養費を算定した人数 | うち、施設内で治療した人数 | 算定延べ回数 の合計 |
| 肺炎 | 人 | 人 | 人 | 件 |
| 尿路感染症 | 人 | 人 | 人 | 件 |
| 带状疱疹 (抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合) | 人 | 人 | 人 | 件 |
| 带状疱疹 (抗ウイルス剤の点滴注射を必要としない場合) | 人 | 人 | 人 | 件 |

※1 該当する疾患名は、同封の記入要領をご覧ください。

※2 算定月の前6ヵ月間の退所者総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることになったもの（当該施設での入所期間が1ヶ月超の者に限る）の占める割合。

2. 職員の配置状況

問9 平成26年○月○日24時~~時点~~における貴施設における職員の配置状況

※雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算数の計算方法：小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

〔常勤換算人員〕＝〔職員の1週間の勤務時間〕÷〔事業所が定めている1週間の勤務時間〕

※別の事業所や併設サービスに従事している時間は含まず、介護老人保健施設に従事している時間のみを計算し、下記の式に従って「換算人員」に記入してください。

〔換算人員〕＝〔介護老人保健施設に従事する時間〕÷〔施設が定めている1週間の勤務時間〕

| 職種 | (1)常勤 | | (2)非常勤 | | |
|----------------------------|-------|-------|--------|---------|-------|
| | ①実人員 | ②換算人員 | ①実人員 | ②常勤換算人員 | ③換算人員 |
| 01 医師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 02 歯科医師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 03 看護職員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 04 03のうち看護師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 05 介護職員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 06 05のうち介護福祉士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 07 05のうち認定特定行為業務従事者認定を受けた者 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 08 支援相談員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 09 理学療法士 (PT) | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 10 作業療法士 (OT) | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 11 言語聴覚士 (ST) | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 12 薬剤師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 13 歯科衛生士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 14 栄養士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 15 14のうち管理栄養士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 16 介護支援専門員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| その他 ※ | 17() | 人 | . 人 | 人 | . 人 |
| | 18() | 人 | . 人 | 人 | . 人 |
| | 19() | 人 | . 人 | 人 | . 人 |
| | 20() | 人 | . 人 | 人 | . 人 |
| | 21() | 人 | . 人 | 人 | . 人 |

※ () 内に職種名を記入してください。ただし調理員及び事務員については記入不要です。

3. 介護報酬の算定状況

| | |
|--|--|
| 問10 平成26年6月 <u>(1ヶ月間)</u> の施設サービス費【該当する費用全てに○】 | |
| 01 介護保健施設サービス費 (I) (i) または (iii) 【従来型】 | |
| 02 介護保健施設サービス費 (I) (ii) または (iv) 【在宅強化型】 | |
| 03 介護保健施設サービス費 (II) または (III) | |
| 04 ユニット型介護保健施設サービス費 (I) (i) または (iii) 【従来型】 | |
| 05 ユニット型介護保健施設サービス費 (I) (ii) または (iv) 【在宅強化型】 | |
| 06 ユニット型介護保健施設サービス費 (II) または (III) | |

| | |
|--|------------------------------|
| 問11 平成26年6月 <u>(1ヶ月間)</u> の加算の算定状況【○は1つ】 | |
| 01 夜勤職員配置加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 02 短期集中リハビリテーション実施加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 03 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 04 入所前後訪問指導加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 05 退所前訪問指導加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 06 退所後訪問指導加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 07 退所時指導加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 08 退所時情報提供加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 09 退所前連携加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 10 老人訪問介護指示加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 11 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 12 在宅復帰支援機能加算 (介護療養型のみ) | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |

| | |
|--|------------------------------|
| 問12 平成26年1～6月 <u>(6ヶ月間)</u> の加算の算定状況 | |
| ※貴施設が開設後6ヶ月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。 | |
| 13 ターミナルケア加算 (1) 死亡日以前4日以上30日以下 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 14 ターミナルケア加算 (2) 死亡日以前2日又は3日 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |
| 15 ターミナルケア加算 (3) 死亡日 | 01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし |

4. 入退所の状況

| 問 13 貴施設の平成 26 年 4 月～6 月 (3 ヶ月間) の入退所者の状況 | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| ※貴施設が開設後 3 ヶ月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。 | | | | | | |
| ※入院の期間は限りません。短期の入院であっても入退院については、「1 回」とカウントしてください。 | | | | | | |
| 3 ヶ月間(4月～6月)の入退所者 | (1)計 [(2)+(3)] | | (2)75 歳未満 | | (3)75 歳以上 | |
| | ①男性 | ②女性 | ①男性 | ②女性 | ①男性 | ②女性 |
| ①入所者延日数※1 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ②新規入所者数※2 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ③退所者数※3 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ④退所先の内訳 | 01 自宅 (親族の家等も含む) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 02 有料老人ホーム、サ高住、GH 等 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 03 医療機関 (急性期治療のため) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 04 医療機関 (長期療養のため) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 05 医療機関 (その他、不明) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 06 03～05 のうち、終末期に、看取りのために退所した利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 07 他の介護老人保健施設 (老健) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 08 介護老人福祉施設 (特養) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 09 死亡退所 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 10 09 のうち、個別に看取り計画を立てた利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 11 09 のうち予期しない死亡をした利用者 (突然死等) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 12 その他・不明 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

※1：入所者延日数：月毎の日々の入所者数（毎日 24 時時点で入所中の人）を合算してください。

※2：新規入所者数：新たに貴施設に入所した人の数をさします。ただし再入所の利用者も含まれます。

※3：退所者数：貴施設から退所した人の数をさします。ただし死亡退所を含みます。「退所先の内訳」の 01～12 の合計が、この「退所者数」に一致するようにしてください。

5. 医療処置等に関する資源・対応状況・実施方針

| | |
|--|---|
| 問14 入所定員の中で、貴施設の施設運営の観点から適切と考える定員数 【記入上の注意】*「5人」「80人」というように、人数を決めて記入してください(×「5~7人」等は不可) *おおよその人数で結構です。 | |
| 問14-1 緊急時の受入のために、なるべく空けておきたいと考える定員数 | 人 |
| 問14-1-① うち、短期入所療養介護のための定員数 | 人 |
| 問14-2 安定的な施設経営のために、なるべく埋めておきたいと考える定員数 | 人 |

| | | |
|--|-----------------|-----------------|
| 問15 次の各ケースについての継続的な協力関係がある施設の有無 【同一・関連法人内、同一・関連法人外別に、協力施設がある箇所に○】 | | |
| | 同一・関連法人内に協力施設あり | 同一・関連法人外に協力施設あり |
| 01 在所者が急変した時の、搬送先の医療機関 | | |
| 02 貴施設への新規入所者として、退院患者を紹介してもらう医療機関 | | |
| 03 自宅への退所者について相談する居宅介護支援事業所 | | |
| 04 貴施設からの退所先として入所者に紹介する特別養護老人ホーム | | |
| 05 貴施設からの退所先として入所者に紹介する有料老人ホーム、サ高住、グループホーム | | |

| | | |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| 問16 ターミナルケアに対する取組み【それぞれいずれかに○】 | | |
| 01 施設内に、多職種によるターミナルケアの委員会を設置している | 01 設置している | 02 設置していない |
| 02 ターミナルケア対象者本人・家族に、複数回面談して説明を行う | 01 複数回行う | 02 複数回は行わない |

| | |
|---|---|
| 問17 基準日(○年○月○日)現在、医師が回復の見込みがないと診断した入所者について、本人・家族とともに、多職種が共同して、本人・家族への十分な説明・同意を得ながら看取りのケアを実施している人数。 <u>加算算定の有無は問わない。</u> | 人 |
|---|---|

| | | | |
|--|---------------------------------|----------------------|----------------|
| 問18 以下のような事例における、医療行為の実施方針【01~09 それぞれにつき、最も近い箇所に○】 | | | |
| | 経過観察が可能な場合、回復可能性がある場合等は施設内で治療する | 医療機関への搬送を前提に施設内で治療する | 原則的に施設内では治療しない |
| 01 肺炎を強く疑う状態 | | | |
| 02 尿路感染症を強く疑う状態 | | | |
| 03 帯状疱疹を強く疑う状態 | | | |
| 04 蜂窩織炎 | | | |
| 05 蜂窩織炎以外の皮膚軟部感染症(帯状疱疹以外) | | | |
| 06 慢性心不全の急性増悪 | | | |
| 07 尿閉、排尿困難 | | | |
| 08 脱水(食事困難に伴うもの含む) | | | |
| 09 原因が特定できない発熱 | | | |

6. 在宅復帰支援・在宅療養支援への取り組み

| |
|-------------------------|
| 問 19 貴施設の在宅復帰支援推進【〇は1つ】 |
| 01 在宅復帰支援に非常に熱心 |
| 02 在宅復帰支援にまあまあ熱心 |
| 03 在宅復帰支援に熱心とはいえない |

| | | | | |
|---|------------|-------------|--------------|------|
| 問 20 貴施設における入所時・退所時の支援内容【01～11 のそれぞれにつき、最も近い箇所に〇】 | | | | |
| ★については、自宅等への退所者に対して実施するかどうかを回答してください | 積極的に 行う | 行うこと もある | ほとんど 行わない | |
| 01 入所前後に退所後に生活する居宅等を訪問し、サービス計画を立てる★ | | | | |
| 02 入所前に本人・家族に対して老健施設の役割・機能を説明する | | | | |
| 03 長期入所を希望する人に対し、老健入所が適切ではないことを説明する | | | | |
| 04 長期入所を希望する人に対し、他の適切な支援機関等を紹介する | | | | |
| 05 入所時に退所時期について相談する | | | | |
| 06 入所時に老健を退所した後の生活についての希望・予定を聞く | | | | |
| 07 退所前後に退所後生活する居宅を訪問し、療養上の指導を行う★ | | | | |
| 08 退所後に老健へ再入所できることを紹介する★ | | | | |
| 09 退所後の居宅サービスの利用について情報提供する★ | | | | |
| 10 退所前にカンファレンスを実施する | | | | |
| 11 R4 システムを導入している | 完全導入 | 一部導入 | 検討中 | 予定なし |
| | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|----------|-------|
| 問 21 貴施設は在宅復帰率の見込み・目標値を定めていますか【〇は1つ】 | | | | |
| 01 50%以上 | 02 30%～50%程度 | 03 20%～30%程度 | 04 20%以下 | 05 未定 |

| | |
|---|----------------------|
| 問 22 在宅復帰率の向上のために、困難を感じることはありますか。【〇は1つ】 | |
| 01 感じるがある【⇒問 23-1 へ】 | 02 感じることはない【⇒問 24 へ】 |

「01 感じるがある」場合、ご回答ください。

| | |
|--|------------------------------|
| 問 22-1 在宅復帰が向上しない理由として、どのようなことが考えられますか【該当全てに〇】 | |
| 01 入所者の介護ニーズが高い | 09 地域の有料ホーム・サ高住・グループホーム等が少ない |
| 02 入所者の医療ニーズが高い | 10 地域の特養に入所する人が多い |
| 03 自宅に帰ることを望まない利用者が多い | 11 地域の病院等へ入院する人が多い |
| 04 自宅で介護できる親族がない | 12 管理医師が在宅復帰に積極的でない |
| 05 居宅介護サービスを受給する経済力が無い | 13 経営者が在宅復帰に積極的ではない |
| 06 自宅設備が在宅復帰に適当ではない | 14 その他 |
| 07 在宅復帰を支援する施設内の人材が不足 | () |
| 08 地域の居宅サービスが不十分 | |

問23 貴施設の在宅復帰支援に関する課題について自由に記入してください。

7. 短期入所療養介護の提供状況について

問24 貴施設での短期入所療養介護サービス提供状況について【○は1つ】

- 01 短期入所療養介護を提供している 02 短期入所療養介護は提供していない
⇒問26にお進みください。 ⇒調査はここで終了です。

※問24で「01 短期入所療養介護を提供している」と回答した方は、引き続き問25以下の設問にお答えください。(問24で「02 短期入所療養介護は提供していない」と回答した方は、施設票はここで終了です。)

問25 平成26年6月(1ヶ月間)の居宅サービス費【該当する費用全てに○】

- 01 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I) (i) または (iii) 【従来型】
02 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I) (ii) または (iv) 【在宅強化型】
03 介護老人保健施設短期入所療養介護費 (II) または (III)
04 ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I) (i) または (iii) 【従来型】
05 ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (I) (ii) または (iv) 【在宅強化型】
06 ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費 (II) または (III)
07 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費

問26 平成26年6月(1ヶ月間)の加算の算定状況【○は1つ】

| | | |
|-----------------------|----------------------|---------|
| 01 夜勤職員配置加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 02 リハビリテーション機能強化加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 03 個別リハビリテーション実施加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 04 認知症ケア加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 05 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 06 緊急短期入所受入加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 07 若年性認知症利用者受入加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 08 重度療養管理加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 09 療養体制維持特別加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 10 療養食加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 11 サービス提供体制強化加算 (I) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 12 サービス提供体制強化加算 (II) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 13 サービス提供体制強化加算 (III) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |

| 問27 貴施設での○月中の短期入所療養介護の利用実績 | | | | | | |
|------------------------------|---|------|------|------|------|------|
| | 計 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| ①○月中の利用者実人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ②平均利用日数(基準日入所者) | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ③定員 | 人 | | | | | |
| ④○月中の稼働率(①/③×100) | % | | | | | |
| ⑤短期入所療養介護の受け入れ打診があったが断った人数 | | | | | | 人 |
| ⑥ ⑤のうち、満床のため断った人数 | | | | | | 人 |
| ⑦ ⑤のうち、当該利用者の医療依存度が重いため断った人数 | | | | | | 人 |
| ⑧ ⑤のうち、その他の理由で断った人数 | | | | | | 人 |

| 問28 貴施設の短期入所療養介護利用者の医療区分別人数※ | | | | |
|------------------------------|---|-------|-------|-------|
| | 計 | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
| ①○月中の利用者実人数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

※医療区分については同封の記入要領をご覧ください。

| 問29 貴施設の短期入所療養介護利用者の入所直前の居所 | | | | | |
|---|-------------------|----------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| 【①～⑩のそれぞれについて、短期入所療養介護利用者の利用直前の居所別に人数を記入】 | | | | | |
| | ① 自宅(親族の家等も含む) | ② 有料老人ホーム、サ高住、GH等 | ③ 医療機関(一般病床) | ④ 医療機関(療養病床) | ⑤ その他の病床 |
| 基準日(○年○月○日)における入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑥ 貴施設(老健施設) | ⑦ 貴施設以外の老健施設 | ⑧ 介護老人福祉施設 | ⑨ その他 | ⑩ 不明 |
| 基準日(○年○月○日)における入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 問30 貴施設の短期入所療養介護利用者が、短期入所療養介護を利用するにいたった主な理由 | |
|--|-------------------------|
| 【01～13のそれぞれについて、短期入所療養介護利用にいたる主たる理由別の実人数を記入】 | 基準日（○年○月○日）における入所者の該当人数 |
| 01 介護者、家族のレスパイト | 人 |
| 02 介護者、家族の冠婚葬祭、急病等の一時的入所ニーズ | 人 |
| 03 利用者の医療的対応（急性期症状への対応） | 人 |
| 04 利用者の医療的対応（慢性期症状への対応） | 人 |
| 05 リハビリテーション上の定期評価等 | 人 |
| 06 リハビリテーションの実施 | 人 |
| 07 認知症症状の顕在化 | 人 |
| 08 在宅医療へのつなぎ | 人 |
| 09 介護施設入所への待機 | 人 |
| 10 終末期対応 | 人 |
| 11 貴施設（老健施設）退所後の在宅介護支援の一環 | 人 |
| 12 貴施設以外の施設退所後の在宅介護支援の一環 | 人 |
| 13 その他 | 人 |

| 問31 貴施設の短期入所療養介護利用者の前月（●月）の退所先 | | | | | |
|---|-------------------|----------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| 【①～⑩のそれぞれについて、短期入所療養介護利用者の前月の退所先別に実人数を記入】 | | | | | |
| | ① 自宅（親族の家等も含む） | ② 有料老人ホーム、サ高住、GH等 | ③ 医療機関（一般病床） | ④ 医療機関（療養病床） | ⑤ その他の病床 |
| 入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑥ 貴施設（老健施設） | ⑦ 貴施設以外の老健施設 | ⑧ 介護老人福祉施設 | ⑨ その他 | ⑩ 不明 |
| 入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

施設票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業

【介護老人保健施設入所者票】

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」事務局

三菱総合研究所 電話：●● - ●●●●● - ●●●●● (平日9時30分～17時30分)

FAX：●● - ●●●●● - ●●●●● (24時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 入所時の状況

| | | 連番記入欄 【管理上必要な場合のみ記入】 | | | |
|--|---|--|--|-----------|-----------|
| 問1 入所時期 | (平成) 年 月 | | | | |
| 問2 入所前の居所 【1~3のいずれかに○】 | 01. 自宅 ↓ 【問3へ】 | 02. 医療機関 ↓ (以下のいずれかに○) 21 回復期リハ病床 22 地域包括ケア病床 23 回復期・地域包括ケア病床以外の一般病床 24 介護療養病床 25 回復期・介護療養以外の療養病床 26 病床不明、上記以外の病床 | 03. 施設等 ↓ (以下のいずれかに○) 31 特別養護老人ホーム 32 他の老人保健施設 33 有料ホーム・サ高住・GH 34 上記以外の施設 ↓ 【問4へ】 | | |
| | | | | | |
| 問3 入所前の 貴施設の利用 実績 【01つ】 | (1) 入所 | 01 なし (今回初めて) | 02 1回あり | 03 2回以上あり | 04 不明 |
| | (2) 通所 | 01 利用実績あり | 02 利用実績なし | 03 不明 | 04 通所施設なし |
| 問4 入所の状況 【01つ】 | 01 緊急入所 | 02 計画的な入所 | 03 01.02 いずれでもない | | |
| 問5 入所目的 【本人の事情・家族 の事情それぞれ該当 全てに○】 | <本人の事情> ↓ 【該当全てに○】 | | <家族の事情> ↓ 【該当全てに○】 | | |
| | 01 リハビリテーション 02 生活場所未定のため、とりあえずの入所 03 他施設への入所待ち 04 病気の療養 05 リピート利用 06 病状の不安定 07 ターミナルケア | 01 介護者の急病、疲労 02 レスパイト 03 介護者による虐待 04 自宅介護の困難 | | | |
| 問6 入所時の アセスメント 【01つ】 | A 本人・家族と退所時期について相談 | | 01 した | 02 しなかった | 03 不明 |
| | B 入所中の治療・リハ計画、達成目標を設定 | | 01 した | 02 しなかった | 03 不明 |
| | C 本人・家族の退所後の生活場所の希望を聴取 | | 01 した | 02 しなかった | 03 不明 |

2. 基準日(平成○年○月○日)現在の利用者の状態像

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------|----------|---------|
| 問7 性別 【01つ】 | 01 男 02 女 | 問8 年齢 | 満 歳 (平成●年●月●日時点) | | |
| 問9 要介護度 | 01 要介護1 02 要介護2 03 要介護3 04 要介護4 05 要介護5 | | | | |
| 問10 認知症高齢者の日常生活自立度【01つ】 | 01 自立 03 II a 05 III a 07 IV 09 不明 | | | | |
| 問11 障害高齢者の日常生活自立度【01つ】 | 01 自立 03 J2 05 A2 07 B2 09 C2 | | | | |
| 問12 ADL 【A~Eそれぞれ該当箇所に○】 | A移動 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 |
| | B食事 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 |
| | C排泄 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 |
| | D入浴 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 |
| | E着替え | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 |
| 問13 罹患している疾患 【該当全てに○】 | 01 高血圧 10 外傷(転倒・骨折等) 02 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 11 がん(新生物) 03 心臓病 12 血液・免疫の病気 04 糖尿病 13 うつ病 05 高脂血症 14 パーキンソン病 06 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 15 目の病気 07 胃腸・肝臓・胆のうの病気 16 耳の病気 08 腎臓・前立腺の病気 17 その他 09 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 18 ない 01~17を複数選択した場合、主傷病と副傷病を1つずつ選び、番号を記入 (1) 主傷病(1つ)() (2) 副傷病(1つ)() | | | | |
| 問14 認知症の有無 | 01 認知症あり 02 認知症なし | | | | |
| 問15 認知症の周辺症状に関する変化 【A1~B6の「入所時」「現在」それぞれ該当箇所に○】 | | | 入所時 | 現在 | |
| | A1 世話を拒否する | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | A2 不適切に泣いたり笑ったりする | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | A3 興奮して手足を動かす | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | A4 理由なく金切り声をあげる | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | A5 衣服や器物を破壊する | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | A6 食物を投げる | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | B1 食べ過ぎる | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | B2 タンスの中身を全部出す | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | B3 日中屋外や屋内をうろつきまわる | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | B4 昼間寝てばかりいる | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| | B5 同じことを何度も聞く | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | |
| B6 不適切な場所での排尿 | 01有・02無・03不明 ⇒ 01有・02無・03不明 | | | | |

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------|
| 問16 痛み | 日常生活に支障のある痛みがあるか | | |
| | 01 ある | 02 ない | 03 不明 |
| 問17 必要とする医療処置 【該当全てに○】 | 01 血糖測定・インスリン注射 | 13 褥瘡の処置 | |
| | 02 静脈内注射 | 14 カテーテル(コトドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 | |
| | 03 中心静脈栄養の管理 | 15 喀痰吸引 | |
| | 04 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 | 16 ネブライザー | |
| | 05 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 | 17 創傷処置(褥瘡を除く) | |
| | 06 酸素療法 | 18 服薬管理 ※ | |
| | 07 レスピレーター(人工呼吸器)の管理 | 19 認知症に関する専門的ケア | |
| | 08 気管切開のケア | 20 摘便 | |
| | 09 疼痛の管理 | 21 浣腸 | |
| | 10 09のうち、麻薬を用いるもの | 22 一時的導尿 | |
| | 11 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) | 23 その他() | |
| | 12 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) | | |

※本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

4. 基準日現在(平成○年○月○日)の利用者の周辺環境

| | | | |
|------------------------|-------------------------------|---------|--------|
| 問18 世帯構成 【01つ】 | 01 独居 | | |
| | 02 夫婦のみの世帯 | | |
| | 03 その他同居 → (65歳以上のみ ・ それ以外) | | |
| 問19 家族介護力 【01つ】 | 01 日中、夜間とも介護をできる人がいない | | |
| | 02 日中のみ介護できる人がいる | | |
| | 03 夜間のみ介護できる人がいる | | |
| | 04 日中、夜間とも介護をできる人がいる | | |
| | 05 不明 | | |
| | 06 その他 | | |
| 問20 利用者負担段階【01つ】 | 01 減免あり | 02 減免なし | 03 不明 |
| 問21 経済的な余裕(職員の印象)【01つ】 | 01 余裕があるように見受けられる | | |
| | 02 余裕がないように見受けられる | | |
| | 03 どちらともいえない | | |
| | 04 不明・判断できない | | |
| 問22 住まい 【01つ】 | 01 持家 | | 04 借間 |
| | 02 民間賃貸住宅 | | 05 その他 |
| | 03 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) | | 06 不明 |

5. 基準日現在(平成〇年〇月〇日)の退所意向等

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------|------------|
| 問23 本人の退所先希望【〇1つ】 | 01 意思表示困難 | 04 特別養護老人ホーム | 07 病院に入院 |
| | 02 このまま老健にいたい | 05 有料ホーム、サ高住、GH | 08 把握していない |
| | 03 自宅(親族の家等も含む) | 06 04.05 以外の施設 | 09 その他() |
| 問24 家族の退所先希望【〇1つ】 | 01 特に希望なし | 04 特別養護老人ホーム | 07 病院に入院 |
| | 02 このまま老健にいたい | 05 有料ホーム、サ高住、GH | 08 把握していない |
| | 03 自宅(親族の家等も含む) | 06 04.05 以外の施設 | 09 その他() |
| 問25 特養への申込【〇1つ】 | 01 している | 02 していない | 03 不明 |
| 問26 特養以外の施設への申込【〇1つ】 | 01 している | 02 していない | 03 不明 |
| 問27 退所に対して、これまでに実施したこと【それぞれ〇1つ】 | 内容 | 実施したことがある | 実施したことがない |
| | A 本人・家族と、退所先・退所時期に関する相談 | | |
| | B 自宅に退所した場合に利用できるサービスの説明 | | |
| | C 退所後に入所する住宅、施設等の紹介 | | |

| | | | |
|---|----------------------------|------------------------------|--|
| 問28 当該利用者が在宅復帰(自宅に退所)すると考えた際に、阻害要因となるものと退所に必要な条件やサービス(阻害要因別)について記入してください。 | | | |
| 問28-1 本人に関するもの | | | |
| 退所阻害要因【該当するもの全てに〇】 | 01 介護必要度が高い | 06 症状が不安定 | |
| | 02 医療ニーズが高い | 07 認知症が重度(徘徊等) | |
| 退所に必要な条件やサービス【自由記述】 | 03 排泄が自立していない | 08 本人が在宅復帰に同意しない | |
| | 04 食事が自立していない | 09 他の介護保険サービスを使いたがらない | |
| | 05 入浴が困難 | 10 その他() | |
| | | | |
| 問28-2 家族に関するもの | | | |
| 退所阻害要因【該当するもの全てに〇】 | 01 介護者がいない(同居親族なし) | 05 家族が在宅復帰を拒否している | |
| | 02 就労等のため介護者が時間を割けない | 06 家族から虐待を受けている | |
| 退所に必要な条件やサービス【自由記述】 | 03 介護者が高齢で介護が困難 | 07 その他 | |
| | 04 介護者の心身の介護負担感が大きい | () | |
| | | | |
| 問28-3 住まいに関するもの | | | |
| 退所阻害要因【該当するもの全てに〇】 | 01 帰る自宅が無い | 03 集合住宅等の設備に課題がある(エレベータが無い等) | |
| | 02 自宅はあるが必要な改修等を行うことが困難である | 04 その他 | |
| 退所に必要な条件やサービス【自由記述】 | | () | |
| | | | |

| 問 28-4 地域資源に関するもの | |
|---------------------|--|
| 退所阻害要因【該当するもの全てに○】 | 01 地域の居宅サービスが不十分 02 地域の有料ホーム等が少ない 03 医療ニーズに対応できる事業所が少ない 04 地域の医療機関が少ない 05 その他 () |
| 退所に必要な条件やサービス【自由記述】 | |
| 問 28-5 経済的な要因に関するもの | |
| 退所阻害要因【該当するもの全てに○】 | 01 経済的に困窮している 02 経済的に困窮していないが、施設に入所している方が居宅で生活するより費用が安い 03 その他() |
| 退所に必要な条件やサービス【自由記述】 | |

利用者票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業

【介護老人保健施設併設 短期入所療養介護利用者票】

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」事務局

三菱総合研究所 電話：●● - ●●●● - ●●●● (平日9時30分～17時30分)

FAX：●● - ●●●● - ●●●● (24時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 利用者について

| | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------|----------|---------------|---------|--------------|
| 1-1. 性別【○1つ】 | 01 男 | 02 女 | 1-2. 年齢 | 満 | 歳 | (平成●年●月●日時点) |
| 1-3. 要介護度 | 01 要支援1 | 03 要介護1 | 05 要介護3 | 07 要介護5 | 09 非該当 | |
| | 02 要支援2 | 04 要介護2 | 06 要介護4 | 08 未申請及び申請中 | | |
| 1-4. 認知症高齢者の日常生活自立度 | 01 自立 | 03 II a | 05 III a | 07 IV | 09 不明 | |
| | 02 I | 04 II b | 06 III b | 08 M | | |
| 1-5. 障害高齢者の日常生活自立度 | 01 自立 | 03 J2 | 05 A2 | 07 B2 | 09 C2 | |
| | 02 J1 | 04 A1 | 06 B1 | 08 C1 | 10 不明 | |
| 1-6. ADL 【A～Eそれぞれ 該当箇所に○】 | A 移動 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | B 食事 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | C 排泄 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | D 入浴 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | E 着替え | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| 1-7. 罹患している疾患 【該当全てに○】 | 01 高血圧 | | | 10 外傷(転倒・骨折等) | | |
| | 02 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | | | 11 がん(新生物) | | |
| | 03 心臓病 | | | 12 血液・免疫の病気 | | |
| | 04 糖尿病 | | | 13 うつ病 | | |
| | 05 高脂血症 | | | 14 パーキンソン病 | | |
| | 06 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 | | | 15 目の病気 | | |
| | 07 胃腸・肝臓・胆のうの病気 | | | 16 耳の病気 | | |
| | 08 腎臓・前立腺の病気 | | | 17 その他 | | |
| | 09 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) | | | 18 ない | | |
| | 01～17を複数選択した場合、主傷病と副傷病を1つずつ選び、番号を記入 | | | | | |
| | (1) 主傷病(1つ) () (2) 副傷病(1つ) () | | | | | |
| 1-8. 認知症の有無 | 01 認知症あり | | 02 認知症なし | | | |

| 1-9. 認知症の周辺 症状に関する変化 【A1～B6の「入 所時」「現在」それ ぞれ該当箇所に ○】 | 入所時 | | 現在 | |
|--|-------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| | A1 世話を拒否する | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 |
| A2 不適切に泣いたり笑ったりする | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A3 興奮して手足を動かす | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A4 理由なく金切り声をあげる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A5 衣服や器物を破壊する | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A6 食物を投げる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B1 食べ過ぎる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B2 タンスの中身を全部出す | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B3 日中屋外や屋内をうろつきまわる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B4 昼間寝てばかりいる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B5 同じことを何度も聞く | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B6 不適切な場所での排尿 | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| 1-10. 痛み | 日常生活に支障のある痛みがあるか | | | |
| | 01 ある | 02 ない | 03 不明 | |
| 1-11. 必要とする 医療処置 【該当全てに○】 | 01 血糖測定・インスリン注射 | 13 褥瘡の処置 | | |
| | 02 静脈内注射 | 14 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 | | |
| | 03 中心静脈栄養の管理 | 15 喀痰吸引 | | |
| | 04 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 | 16 ネブライザー | | |
| | 05 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 | 17 創傷処置(褥瘡を除く) | | |
| | 06 酸素療法 | 18 服薬管理 ※ | | |
| | 07 レスプレーター(人工呼吸器)の管理 | 19 認知症に関する専門的ケア | | |
| | 08 気管切開のケア | 20 摘便 | | |
| | 09 疼痛の管理 | 21 浣腸 | | |
| | 10 09のうち、麻薬を用いるもの | 22 一時的導尿 | | |
| | 11 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) | 23 その他() | | |
| | 12 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) | | | |

※本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

2. 介護者について

| | | | |
|--------------------------|--|----------------------|--------|
| 2-1. 主たる介護者の続柄【○1つ】 | 01 配偶者 | 03 兄弟姉妹 | 05 その他 |
| | 02 子及び子の配偶者 | 04 主介護者なし | () |
| 2-2. 家族介護力【○1つ】 | 01 日中、夜間とも介護をできる人がいない | 04 日中、夜間とも介護をできる人がいる | |
| | 02 日中のみ介護できる人がいる | 05 不明 | |
| | 03 夜間のみ介護できる人がいる | 06 その他 | |
| 2-3. 介護者の医療処置への対応状況【○1つ】 | 01 本人または主介護者によって対処可能 | | |
| | 02 本人は対処できないが、主介護者が対処可能 | | |
| | 03 本人は対処できず、主介護者だけでも対処はできない(技術的、時間的な理由を含む) | | |
| | 04 分からない(判断が難しい) | | |

3. 利用している介護サービスについて

| | | |
|---|----------------|--------------------|
| 3-1. 利用者が平成26年●月に利用したサービス 【複数回答可】 ※あなた(事業所)が把握している限りでかまいません。 | 01 訪問介護 | 11 特定施設入居者生活介護 |
| | 02 訪問入浴介護 | 12 定期巡回・臨時対応型訪問看護 |
| | 03 訪問看護 | 13 夜間対応型訪問介護 |
| | 04 訪問リハビリテーション | 14 認知症対応型通所介護 |
| | 05 居宅療養管理指導 | 15 小規模多機能型居宅介護 |
| | 06 通所介護 | 16 認知症対応型共同生活介護 |
| | 07 通所リハビリテーション | 17 地域密着型特定施設共同生活介護 |
| | 08 短期入所生活介護 | 18 複合型サービス |
| | 09 短期入所療養介護 | 19 その他 () |
| | 10 福祉用具貸与 | |

4. 短期入所療養介護の利用状況について(平成26年●月の利用実績)

| | | |
|---|---|-----------|
| 4-1. 利用開始曜日 | 01 日曜 02 月曜 03 火曜 04 水曜 05 木曜 06 金曜 07 土曜 | |
| 4-2. 利用日数 | () 日 | |
| 4-3. 利用申込み日 | 01 3ヶ月以上前 03 2~3週間前 05 2~3日前 | |
| | 02 1~2ヶ月前 04 1週間前 06 1日前(前日) | |
| 4-4. 入所の目的 【複数回答可】 | 01 介護者、家族のレスパイト | |
| | 02 介護者、家族の冠婚葬祭、急病等の一時的入所ニーズ | |
| | 03 利用者の医療的対応(急性期症状への対応) | |
| | 04 利用者の医療的対応(慢性期症状への対応) | |
| | 05 リハビリテーション上の定期評価等 | |
| | 06 リハビリテーションの実施 | |
| | 07 認知症症状の顕在化 | |
| | 08 在宅医療へのつなぎ | |
| | 09 介護施設入所への待機 | |
| | 10 終末期対応 | |
| | 11 貴施設(老健施設)退所後の在宅介護支援の一環 | |
| | 12 貴施設以外の施設退所後の在宅介護支援の一環 | |
| | 13 その他 () | |
| 4-5. 入所時に配慮した内容 【複数回答可】 | 01 日常生活の継続 05 レクリエーションの実施 09 入浴介助 | |
| | 02 転倒防止 06 機能訓練・リハへの参加 10 栄養改善 | |
| | 03 健康状態の維持 07 食事介助 11 口腔機能向上 | |
| | 04 アセスメントの見直し 08 排泄介助 12 その他 | |
| 4-6. 機能訓練・リハの実施状況 | 参加回数 | 直近のリハ実施時間 |
| | () 回/週 | () 時間 |
| 4-7. サービス提供に関わった職種 【複数回答可】 | 01 医師 05 支援相談員 09 栄養士・管理栄養士 | |
| | 02 歯科医師 06 理学療法士 10 歯科衛生士 | |
| | 03 看護師(准看護師) 07 作業療法士 11 薬剤師 | |
| | 04 介護職員 08 言語聴覚士 12 介護支援専門員 | |

5. 短期入所サービス利用の必要性

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| 5-1. あなた（事業所）の判断 | 01 短期入所サービスが必要であり、短期入所療養介護が適当 |
| | 02 短期入所サービスが必要であるが、短期入所生活介護で対応可能 |
| | 03 短期入所療養／生活介護以外の短期入所・宿泊サービスで代替可能 |
| | 04 短期入所・宿泊等のサービスは不要 |

S Q1 : (01~03 と回答した方のみ) 短期入所サービスが必要と判断した理由

| | | |
|---------|---------------------|----------------------|
| 【複数回答可】 | 01 介護者、家族の身体的負担軽減 | 07 利用者の精神疾患症状への対応 |
| | 02 介護者・家族の精神的負担軽減 | 08 利用者への虐待やネグレクトへの対応 |
| | 03 介護者、家族の冠婚葬祭等 | 09 利用者本人の希望 |
| | 04 介護者・家族の急病 | 10 施設入所待ち |
| | 05 利用者に対するリハビリテーション | 11 その他 |
| | 06 利用者の認知症への対応 | () |

6. 短期入所利用前後での体調の変化

| | | | | |
|------------------|--------------|---------|---------|-----------|
| 6-1. ADL の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| 6-2. 排泄の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| 6-3. 褥瘡の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| | 05 褥瘡なし | | | |
| 6-4. 認知機能の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| | 05 認知機能に問題なし | | | |
| 6-5. アクティビティへの意欲 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業

【医療機関(短期入所療養介護)票】

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」事務局

三菱総合研究所 電話：●● - ●●●● - ●●●● (平日9時30分～17時30分)

FAX：●● - ●●●● - ●●●● (24時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 調査基準日(平成○年○月○日)現在の貴院の概況

問1 貴院の開設主体【○は1つ】

| | | |
|-----------|--------------------|--------|
| 01 公立 | 03 医療法人(社会医療法人を含む) | 05 その他 |
| 02 社会福祉法人 | 04 社団・財団法人 | () |

問2 貴院の開設年月

西暦 年 月

問3 標榜診療科

| | | | | |
|-------|---------|--------|---------|--------|
| 01 内科 | 03 整形外科 | 05 精神科 | 07 耳鼻科 | 09 歯科 |
| 02 外科 | 04 皮膚科 | 06 眼科 | 08 泌尿器科 | 10 その他 |

問4 貴法人が運営する施設(居住系含む)【該当全てに○】

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| 01 病院 | 06 介護老人福祉施設 |
| 02 有床診療所 | 07 認知症対応型共同生活介護 |
| 03 無床診療所 | 08 その他の高齢者住まい等(有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等) |
| 04 介護療養型医療施設 | 09 その他() |
| 05 介護老人保健施設 | |

問5 併設する事業所・サービス【該当全てに○】

| | | |
|----------------|-----------------|-----------|
| 01 訪問介護 | 07 通所リハビリテーション | 13 居宅介護支援 |
| 02 訪問入浴介護 | 08 短期入所生活介護 | 14 特になし |
| 03 訪問看護 | 09 短期入所療養介護 | 15 その他 |
| 04 訪問リハビリテーション | 10 認知症対応型共同生活介護 | () |
| 05 居宅療養管理指導 | 11 特定施設入所者生活介護 | |
| 06 通所介護 | 12 福祉用具貸与 | |

問6 貴院の病床数※1 基準日現在

| 病診区分 | 01 病院 | 02 有床診療所 |
|-------------------|-------|----------|
| (1) 病床数 | () 床 | () 床 |
| (2) (1)のうち、一般病床 | () 床 | () 床 |
| (3) (1)のうち、療養病床 | () 床 | () 床 |
| (4) (1)のうち、その他の病床 | () 床 | () 床 |

| | |
|---|----|
| 問7 入所定員の中で、貴院の施設運営の観点から適切と考えるベッド数(医療療養病床について) 【記入上の注意】*「5人」「80人」というように、人数を決めて記入してください(×「5~7人」等は不可)*おおよその人数で結構です。 | |
| 問7-1 緊急時の受入のために、なるべく空けておきたいと考えるベッド数 | 人分 |
| 問7-1-① うち、短期入所療養介護のためのベッド数 | 人分 |
| 問7-2 安定的な病院経営のために、なるべく埋めておきたいと考えるベッド数 | 人分 |

2. 調査基準日(平成〇年〇月〇日)現在の職員の配置状況

| 問8 平成26年〇月〇日24時時点における貴施設における職員の配置状況 ※雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 ※常勤換算数の計算方法:小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。 〔常勤換算人員〕=〔職員の1週間の勤務時間〕÷〔事業所が定めている1週間の勤務時間〕 ※別の事業所や併設サービスに従事している時間は含まず、介護老人保健施設に従事している時間のみを計算し、下記の式に従って「換算人員」に記入してください。 〔換算人員〕=〔介護老人保健施設に従事する時間〕÷〔施設が定めている1週間の勤務時間〕 | | | | | |
|--|-------|-------|--------|---------|-------|
| 職種 | (1)常勤 | | (2)非常勤 | | |
| | ①実人員 | ②換算人員 | ①実人員 | ②常勤換算人員 | ③換算人員 |
| 01 医師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 02 歯科医師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 03 看護職員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 04 03のうち看護師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 05 介護職員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 06 05のうち介護福祉士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 07 05のうち認定特定行為業務従事者認定を受けた者 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 08 支援相談員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 09 理学療法士(PT) | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 10 作業療法士(OT) | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 11 言語聴覚士(ST) | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 12 薬剤師 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 13 歯科衛生士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 14 栄養士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 15 14のうち管理栄養士 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| 16 介護支援専門員 | 人 | . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| その他 ※ | 17() | 人 . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| | 18() | 人 . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| | 19() | 人 . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| | 20() | 人 . 人 | 人 | . 人 | . 人 |
| | 21() | 人 . 人 | 人 | . 人 | . 人 |

※ () 内に職種名を記入してください。ただし調理員及び事務員については記入不要です。

3. 短期入所サービス（短期入所療養介護）の提供状況について

| | |
|------------------------------------|---------------------|
| 問9 貴施設での短期入所療養介護サービス提供状況について【○は1つ】 | |
| 01 短期入所療養介護を提供している | 02 短期入所療養介護は提供していない |

※問9で「01 短期入所療養介護を提供している」と回答した方は、引き続き問10以下の設問にお答えください。（問9で「02 短期入所療養介護は提供していない」と回答した方は、施設票はここで終了です。）

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|------|------|------|------|------|
| 問10 貴院の○月中の短期入所療養介護の利用実績 | | | | | | |
| | 計 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| ①○月中の利用者実人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ②平均利用日数 (基準日入所者) | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ③定員 | 人 | | | | | |
| ④○月中の稼働率 (①/③×100) | % | | | | | |
| ⑤短期入所療養介護の受け入れ打診があったが断った人数 | | | | | | 人 |
| ⑥ ⑤のうち、満床のため断った人数 | | | | | | 人 |
| ⑦ ⑤のうち、当該利用者の医療依存度が重いため断った人数た人数 | | | | | | 人 |
| ⑧ ⑤のうち、その他の理由で断った人数 | | | | | | 人 |

| | | | | |
|---|---|-------|-------|-------|
| 問11 貴院の短期入所療養介護利用者の医療区分別人数 (医療区分については同封の記入要領をご覧ください。) | | | | |
| | 計 | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
| ①○月中の利用者実人数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| | | | | | |
|--|-------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 問12 貴施設の短期入所療養介護利用者の入所直前の居所 【①～⑩のそれぞれについて、短期入所療養介護利用者の利用直前の居所別に人数を記入】 | | | | | |
| | ① 自宅（親族の家等も含む） | ② 有料老人ホーム、サ高住、GH等 | ③ 貴施設以外の医療機関（一般病床） | ④ 貴施設以外の医療機関（療養病床） | ⑤ 貴施設以外の医療機関（その他の病床） |
| 基準日（○年○月○日）における入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑥ 貴施設（医療機関） | ⑦ 老健施設 | ⑧ 介護老人福祉施設 | ⑨ その他 | ⑩ 不明 |
| 基準日（○年○月○日）における入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 問13 貴院の短期入所療養介護利用者が、短期入所療養介護を利用するにいたった主な理由 【01～13のそれぞれについて、短期入所療養介護利用にいたる主たる理由別の実人数を記入】 | |
|--|-----------------------------|
| | 基準日（○年○月○日）における入所者の 該当人数 |
| 01 介護者、家族のレスパイト | 人 |
| 02 介護者、家族の冠婚葬祭、急病等の一時的入所ニーズ | 人 |
| 03 利用者の医療的対応（急性期症状への対応） | 人 |
| 04 利用者の医療的対応（慢性期症状への対応） | 人 |
| 05 リハビリテーション上の定期評価等 | 人 |
| 06 リハビリテーションの実施 | 人 |
| 07 認知症症状の顕在化 | 人 |
| 08 在宅医療へのつなぎ | 人 |
| 09 介護施設入所への待機 | 人 |
| 10 終末期対応 | 人 |
| 11 貴院退院後の在宅復帰支援の一環 | 人 |
| 12 貴院以外の退院後の在宅復帰支援の一環 | 人 |
| 13 その他 | 人 |

| 問14 貴院の短期入所療養介護利用者の前月（●月）の退所先 【①～⑩のそれぞれについて、短期入所療養介護利用者の前月の退所先別に実人数を記入】 | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| | ① 自宅（親族の家 等も含む） | ② 有料老人ホーム、 サ高住、GH等 | ③ 貴施設以外の医 療機関 （一般病床） | ④ 貴施設以外の医 療機関 （療養病床） | ⑤ 貴施設以外の医 療機関（その他 の病床） |
| 入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑥ 貴施設（医療機関） | ⑦ 老健施設 | ⑧ 介護老人福祉施設 | ⑨ その他 | ⑩ 不明 |
| 入所者の該当人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

3. 短期入所療養介護の報酬算定状況

●療養病床を有する病院の方⇒問 15、16 に回答ください

●診療所の方⇒問 17、18 に回答ください。

【療養病床を持つ病院の方はこちらに回答ください。】

問 15 平成 26 年 6 月 (1 ヶ月間) の施設サービス費【該当する費用全てに○】

| | |
|----|-------------------------------------|
| 01 | 病院療養病床短期入所療養介護費 (I) (i) 【従来型個室】 |
| 02 | 病院療養病床短期入所療養介護費 (I) (ii) 【多床室】 |
| 03 | 病院療養病床短期入所療養介護費 (II) (i) 【従来型個室】 |
| 04 | 病院療養病床短期入所療養介護費 (II) (ii) 【多床室】 |
| 05 | 病院療養病床短期入所療養介護費 (III) (i) 【従来型個室】 |
| 06 | 病院療養病床短期入所療養介護費 (III) (ii) 【多床室】 |
| 07 | 病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (I) (i) 【従来型個室】 |
| 08 | 病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (I) (ii) 【多床室】 |
| 09 | 病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (II) (i) 【従来型個室】 |
| 10 | 病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (II) (ii) 【多床室】 |
| 11 | ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費 (I) |
| 12 | ユニット型病院療養病床短期入所療養介護費 (II) |
| 13 | ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (I) |
| 14 | ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費 (II) |
| 15 | 特定病院療養病床短期入所療養介護費 |

問 16 平成 26 年 6 月 (1 ヶ月間) の加算の算定状況【○は 1 つ】

| | | |
|-----------------------|----------------|---------|
| 01 夜間勤務等看護 (I) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 02 夜間勤務等看護 (II) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 03 夜間勤務等看護 (III) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 04 夜間勤務等看護 (IV) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 05 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 06 緊急短期入所受入加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 07 若年性認知症利用者受入加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 08 療養食加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 09 特定診療費 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 10 サービス提供体制強化加算 (I) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 11 サービス提供体制強化加算 (II) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 12 サービス提供体制強化加算 (III) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |

【診療所の方はこちらに回答ください。】

問17 平成26年6月(1ヶ月間)の施設サービス費【該当する費用全てに○】

- | | |
|----|--------------------------------|
| 01 | 診療所短期入所療養介護費(Ⅰ)(i)【従来型個室】 |
| 02 | 診療所短期入所療養介護費(Ⅰ)(ii)【多床室】 |
| 03 | 診療所短期入所療養介護費(Ⅱ)(i)【従来型個室】 |
| 04 | 診療所短期入所療養介護費(Ⅱ)(ii)【多床室】 |
| 05 | ユニット型診療所短期入所療養介護費(Ⅰ)【ユニット型個室】 |
| 06 | ユニット型診療所短期入所療養介護費(Ⅱ)【ユニット型準個室】 |
| 07 | ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅰ) |
| 08 | ユニット型病院療養病床経過型短期入所療養介護費(Ⅱ) |
| 09 | 特定診療所短期入所療養介護費 |

問18 平成26年6月(1ヶ月間)の加算の算定状況【○は1つ】

| | | |
|---------------------|----------------|---------|
| 01 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 02 緊急短期入所受入加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 03 若年性認知症利用者受入加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 04 療養食加算 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 05 特定診療費 | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 06 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 07 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |
| 08 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 01 算定あり⇒ [] 件 | 02 算定なし |

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業

【医療機関(短期入所療養介護)利用者票】

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」事務局

三菱総合研究所 電話：●●-●●●●-●●●●(平日9時30分～17時30分)

FAX：●●-●●●●-●●●●(24時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 利用者について

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---------------|----------|-------------|---------|--------------|
| 1-1. 性別【○1つ】 | 01 男 | 02 女 | 1-2. 年齢 | 満 | 歳 | (平成●年●月●日時点) |
| 1-3. 要介護度 | 01 要支援1 | 03 要介護1 | 05 要介護3 | 07 要介護5 | 09 非該当 | |
| | 02 要支援2 | 04 要介護2 | 06 要介護4 | 08 未申請及び申請中 | | |
| 1-4. 認知症高齢者の日常生活自立度 | 01 自立 | 03 IIa | 05 IIIa | 07 IV | 09 不明 | |
| | 02 I | 04 IIb | 06 IIIb | 08 M | | |
| 1-5. 障害高齢者の日常生活自立度 | 01 自立 | 03 J2 | 05 A2 | 07 B2 | 09 C2 | |
| | 02 J1 | 04 A1 | 06 B1 | 08 C1 | 10 不明 | |
| 1-6. ADL 【A～Eそれぞれ該当箇所に○】 | A 移動 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | B 食事 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | C 排泄 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | D 入浴 | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| | E 着替え | 01. 自立 | 02. 見守り | 03. 一部介助 | 04. 全介助 | |
| 1-7. 罹患している疾患 【該当全てに○】 | 01 高血圧 | 10 外傷(転倒・骨折等) | | | | |
| | 02 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 11 がん(新生物) | | | | |
| | 03 心臓病 | 12 血液・免疫の病気 | | | | |
| | 04 糖尿病 | 13 うつ病 | | | | |
| | 05 高脂血症 | 14 パーキンソン病 | | | | |
| | 06 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 | 15 目の病気 | | | | |
| | 07 胃腸・肝臓・胆のうの病気 | 16 耳の病気 | | | | |
| | 08 腎臓・前立腺の病気 | 17 その他 | | | | |
| | 09 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) | 18 ない | | | | |
| | 01～17を複数選択した場合、主傷病と副傷病を1つずつ選び、番号を記入 | | | | | |
| | (1) 主傷病(1つ) () (2) 副傷病(1つ) () | | | | | |
| 1-8. 認知症の有無 | 01 認知症あり | | 02 認知症なし | | | |

| 1-9. 認知症の周辺 症状に関する変化 【A1～B6の「入 所時」「現在」それ ぞれ該当箇所に ○】 | 入所時 | | 現在 | |
|--|-------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| | A1 世話を拒否する | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 |
| A2 不適切に泣いたり笑ったりする | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A3 興奮して手足を動かす | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A4 理由なく金切り声をあげる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A5 衣服や器物を破壊する | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| A6 食物を投げる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B1 食べ過ぎる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B2 タンスの中身を全部出す | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B3 日中屋外や屋内をうろつきまわる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B4 昼間寝てばかりいる | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B5 同じことを何度も聞く | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| B6 不適切な場所での排尿 | 01 有・02 無・03 不明 | ⇒ | 01 有・02 無・03 不明 | |
| 1-10. 痛み | 日常生活に支障のある痛みがあるか | | | |
| | 01 ある | 02 ない | 03 不明 | |
| 1-11. 必要とする 医療処置 【該当全てに○】 | 01 血糖測定・インスリン注射 | 13 褥瘡の処置 | | |
| | 02 静脈内注射 | 14 カテーテル(コッドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 | | |
| | 03 中心静脈栄養の管理 | 15 喀痰吸引 | | |
| | 04 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 | 16 ネブライザー | | |
| | 05 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 | 17 創傷処置(褥瘡を除く) | | |
| | 06 酸素療法 | 18 服薬管理 ※ | | |
| | 07 レスピレーター(人工呼吸器)の管理 | 19 認知症に関する専門的ケア | | |
| | 08 気管切開のケア | 20 摘便 | | |
| | 09 疼痛の管理 | 21 浣腸 | | |
| | 10 09のうち、麻薬を用いるもの | 22 一時的導尿 | | |
| | 11 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) | 23 その他() | | |
| | 12 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) | | | |

※本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

2. 介護者について

| | | | |
|--------------------------|--|----------------------|--------|
| 2-1. 主たる介護者の続柄【01つ】 | 01 配偶者 | 03 兄弟姉妹 | 05 その他 |
| | 02 子及び子の配偶者 | 04 主介護者なし | () |
| 2-2. 家族介護力【01つ】 | 01 日中、夜間とも介護をできる人がいない | 04 日中、夜間とも介護をできる人がいる | |
| | 02 日中のみ介護できる人がいる | 05 不明 | |
| | 03 夜間のみ介護できる人がいる | 06 その他 | |
| 2-3. 介護者の医療処置への対応状況【01つ】 | 01 本人または主介護者によって対処可能 | | |
| | 02 本人は対処できないが、主介護者が対処可能 | | |
| | 03 本人は対処できず、主介護者だけでも対処はできない(技術的、時間的な理由を含む) | | |
| | 04 分からない(判断が難しい) | | |

3. 利用している介護サービスについて

| | | |
|--|----------------|--------------------|
| 3-1. 利用者が平成26年●月に利用したサービス 【複数回答可】 ※あなた(事業所)が把握している限りでかまいません。 | 01 訪問介護 | 11 特定施設入居者生活介護 |
| | 02 訪問入浴介護 | 12 定期巡回・臨時対応型訪問看護 |
| | 03 訪問看護 | 13 夜間対応型訪問介護 |
| | 04 訪問リハビリテーション | 14 認知症対応型通所介護 |
| | 05 居宅療養管理指導 | 15 小規模多機能型居宅介護 |
| | 06 通所介護 | 16 認知症対応型共同生活介護 |
| | 07 通所リハビリテーション | 17 地域密着型特定施設共同生活介護 |
| | 08 短期入所生活介護 | 18 複合型サービス |
| | 09 短期入所療養介護 | 19 その他 () |
| | 10 福祉用具貸与 | |

4. 短期入所療養介護の利用状況について(平成26年●月の利用実績)

| | | |
|-------------------------------|--|-----------|
| 4-1. 利用開始曜日 | 01 日曜 02 月曜 03 火曜 04 水曜 05 木曜 06 金曜 07 土曜 | |
| 4-2. 利用日数 | () 日 | |
| 4-3. 利用申込み日 | 01 3ヶ月以上前 03 2~3週間前 05 2~3日前 | |
| | 02 1~2ヶ月前 04 1週間前 06 1日前(前日) | |
| 4-4. 入所の目的 【複数回答可】 | 01 介護者、家族のレスパイト 02 介護者、家族の冠婚葬祭、急病等の一時的入所ニーズ 03 利用者の医療的対応(急性期症状への対応) 04 利用者の医療的対応(慢性期症状への対応) 05 リハビリテーション上の定期評価等 06 リハビリテーションの実施 07 認知症症状の顕在化 08 在宅医療へのつなぎ 09 介護施設入所への待機 10 終末期対応 11 貴施設(老健施設)退所後の在宅介護支援の一環 12 貴施設以外の施設退所後の在宅介護支援の一環 13 その他 () | |
| 4-5. 入所時に配慮した内容 【複数回答可】 | 01 日常生活の継続 05 レクリエーションの実施 09 入浴介助 02 転倒防止 06 機能訓練・リハへの参加 10 栄養改善 03 健康状態の維持 07 食事介助 11 口腔機能向上 04 アセスメントの見直し 08 排泄介助 12 その他 | |
| 4-6. 機能訓練・リハの実施状況 | 参加回数 | 直近のリハ実施時間 |
| | () 回/週 | () 時間 |
| 4-7. サービス提供に関わった職種 【複数回答可】 | 01 医師 05 支援相談員 09 栄養士・管理栄養士 02 歯科医師 06 理学療法士 10 歯科衛生士 03 看護師(准看護師) 07 作業療法士 11 薬剤師 04 介護職員 08 言語聴覚士 12 介護支援専門員 | |

5. 短期入所サービス利用の必要性

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| 5-1. あなた（事業所）の判断 | 01 短期入所サービスが必要であり、短期入所療養介護が適当 |
| | 02 短期入所サービスが必要であるが、短期入所生活介護で対応可能 |
| | 03 短期入所療養／生活介護以外の短期入所・宿泊サービスで代替可能 |
| | 04 短期入所・宿泊等のサービスは不要 |

S Q1 : (01~03 と回答した方のみ) 短期入所サービスが必要と判断した理由

| | | |
|---------|---------------------|----------------------|
| 【複数回答可】 | 01 介護者、家族の身体的負担軽減 | 07 利用者の精神疾患症状への対応 |
| | 02 介護者、家族の精神的負担軽減 | 08 利用者への虐待やネグレクトへの対応 |
| | 03 介護者、家族の冠婚葬祭等 | 09 利用者本人の希望 |
| | 04 介護者、家族の急病 | 10 施設入所待ち |
| | 05 利用者に対するリハビリテーション | 11 その他 |
| | 06 利用者の認知症への対応 | () |

6. 短期入所利用前後での体調の変化

| | | | | |
|------------------|--------------|---------|---------|-----------|
| 6-1. ADL の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| 6-2. 排泄の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| 6-3. 褥瘡の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| | 05 褥瘡なし | | | |
| 6-4. 認知機能の状況 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |
| | 05 認知機能に問題なし | | | |
| 6-5. アクティビティへの意欲 | 01 変化なし | 02 改善した | 03 悪化した | 04 判断できない |

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。