

介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な 提供体制等に関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱（案）

1. 設置目的

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社は介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等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、介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業の調査検討組織（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、今村知明（奈良県立医科大学 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) 委員長が必要があると認めるときは、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、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (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。

介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に 関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	今村 知明（奈良県立医科大学教授）
委員	梅津 祐一（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長）
	大塚 英樹（医療法人社団東北福社会 せんだんの丘 居宅介護支援事業所 管理者）
	折茂 賢一郎（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）
	富田 奈穂子（国立保健医療科学院 主任研究官）
	野尻 晋一（介護老人保健施設 清雅苑 副施設長）

（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 介護保険データ分析室長 西嶋康浩
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 井口 豪
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 療養病床転換係長 佐藤 理
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 係員 兼本 千絵

(3) 介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの
適正な提供体制等に関する調査研究事業 (案)

1. 調査の目的

介護老人保健施設については、入所者が居宅で生活ができるようリハビリテーション等を提供する施設であり、今後、慢性期の医療と介護のニーズをあわせもつ高齢者が増加していく中で、当該施設の目的に沿った取組みがより重要となる。

平成 27 年度に行われた「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」では、介護保険施設間の比較を念頭に主に共通事項についての調査が行われたところである。

平成 28 年度調査においては、平成 28 年度診療報酬改定を踏まえ、例えば、

- ・ 介護老人保健施設で提供される施設サービスから居宅サービスへの円滑なサービスの移行に向けた取組みや、介護老人保健施設における在宅支援の取組み
- ・ 介護老人保健施設の目的に相応しい医療・介護サービスの適正な提供体制や取組み
- ・ 介護老人保健施設のサービスを活用することで在宅での生活が円滑に行うことが可能な利用者の特徴

等について、より深掘りした調査を行い、平成 30 年度に予定されている介護報酬と診療報酬との同時改定に向けた議論に資するデータの収集を目的とする。

2. 調査客体

○介護老人保健施設 4,200 事業所程度 ※悉皆

- 短期入所療養介護事業所 (介護老人保健施設)
- 通所リハビリテーション事業所 (介護老人保健施設)
- 訪問リハビリテーション事業所 (介護老人保健施設)

3. 主な調査項目

○介護老人保健施設の実態調査 (事業所票・利用者票等)

- ・ 開設主体、併設サービス、開設時期、施設の理念・経営方針、職員体制、加算の算定状況、施設サービスから居宅サービスへの円滑なサービスの移行に向けた取組みや在宅支援の取組みなど施設の目的に相応しい医療・介護サービスの提供体制及び提供状況、口腔衛生管理体制、入所者・退所者の状況 (住まい・世帯状況、要介護度、病態、医療サービス・リハビリテーションの提供状況、かかりつけ医との連携状況、退所先)、入所者の意向、併設サービスの利用者の状況等

(併設の病院・診療所がある場合のみ、以下の2. の各設問にご回答下さい。)

2. 併設の医療機関の状況についてお伺いします。

1)病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床・感染症病床
	床	床	床	床
2)診療報酬上の病棟で該当するもの(複数回答可)	1 回復期リハビリテーション病棟 2 地域包括ケア病棟 3 上記1~2はいずれもなし			
3)併設の医療機関で実施しているサービスで該当するもの(複数回答可)	1 外来でのリハビリテーション(医療保険) 2 通所リハビリテーション(介護保険) 3 訪問リハビリテーション→(a 介護保険 b 医療保険) 4 訪問看護→(a 介護保険 b 医療保険) 5 上記1~4はいずれもなし			

(全員の方にご回答をお願いします。)

3. 貴施設の職員体制についてお伺いします。

1)平成28年10月26日時点の職員数について、常勤換算数で記入して下さい。

①施設の職員については、「医師」～「その他の職員」までご記入下さい。②通所リハの職員は「医師」～「介護職員」まで、③訪問リハの職員は「理学療法士」～「言語聴覚士」までご記入下さい。

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。常勤と非常勤の合計人数で記入して下さい。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分して下さい。なお、配置はあるものの、計算上得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

	①施設	②通所リハ	③訪問リハ
医師	.	.	
理学療法士	.	.	.
作業療法士	.	.	.
言語聴覚士	.	.	.
看護職員	.	.	
介護職員	.	.	
歯科衛生士	.		
栄養士	.		
うち管理栄養士	.		
介護支援専門員	.		
支援相談員	.		
その他の職員	.		

2) 施設のリハビリ職で通所リハや訪問リハを兼務している職員はいますか。(複数回答可)

1 兼務している職員はいない
 2 通所リハビリテーションを兼務している職員がいる
 3 訪問リハビリテーションを兼務している職員がいる

4. 貴施設の基本的な方針等をお伺いします。

1)看取りについての基本的な方針として最も近いものに○をつけて下さい。	1 積極的に施設内看取りを行っている 2 継続的な利用者について必要な時期になれば行うこともある 3 特に看取りは当施設の役割とは考えていない		
2)医療的ケアの必要な利用者への対応可能状況、可能な場合の受入れ人数の上限と実際の受入れの状況			
	施設内で対応可能な処置(複数回答可)	同時期に受入可能な人数の上限(上限がない場合は「-」とご記入下さい)	過去1年間に実際に対応した処置(複数回答可)
1 点滴	1	() 人	1
2 中心静脈栄養	2	() 人	2
3 経鼻経管栄養	3	() 人	3
4 胃ろう・腸ろう	4	() 人	4
5 (膀胱留置カテーテル等の)カテーテルの管理	5	() 人	5
6 喀痰吸引	6	() 人	6
7 酸素療法	7	() 人	7
8 レスピレータ(人工呼吸器)の管理	8	() 人	8
9 気管切開のケア	9	() 人	9
10 人工膀胱の管理	10	() 人	10
11 人工肛門の管理	11	() 人	11
12 疼痛の管理(麻薬を用いない)	12	() 人	12
13 疼痛の管理(麻薬使用)	13	() 人	13
14 褥瘡の処置	14	() 人	14
15 血糖測定	15	() 人	15
16 インスリン注射	16	() 人	16
17 透析の管理(在宅自己腹膜灌流を含む)	17	() 人	17

5. 貴施設の入所者についてお伺いします。

(1) 入所者数をご記入下さい。

	施設全体の入所者数	うち認知症専門棟の入所者数
平成28年10月5日24時時点の入所者数(実人数)	人	人

(2) 入所者数(実人数)について、内訳をご記入下さい。

① 施設全体の入所者について、内訳をご記入下さい。

1) 要介護度別実人数	2) 年齢階級別実人数と入所者の平均年齢	3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数	4) 認知症高齢者の日常生活自立度別実人数
要介護1	人 40~64歳	人 自立	人 自立
要介護2	人 65~74歳	人 J	人 I
要介護3	人 75~84歳	人 A	人 II
要介護4	人 85~94歳	人 B	人 III
要介護5	人 95歳以上	人 C	人 IV
申請中	人 平均年齢 歳		人 M

※それぞれの内訳の合計が、(1)で回答した人数と一致するように、ご記入下さい。

② ①のうち認知症専門棟の入所者について、内訳をご記入下さい。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数と入所者の平均年齢		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別実人数	
要介護1	人	40~64歳	人	自立	人	自立	人
要介護2	人	65~74歳	人	J	人	I	人
要介護3	人	75~84歳	人	A	人	II	人
要介護4	人	85~94歳	人	B	人	III	人
要介護5	人	95歳以上	人	C	人	IV	人
申請中	人	平均年齢	歳			M	人

※それぞれの内訳の合計が(1)で回答した人数と一致するように、ご記入下さい。

(3) 過去に貴施設への入所経験がある入所者数について、ご記入下さい。

過去に貴施設への入所経験がある入所者数 (現在の入所を含め、2回以上貴施設に入所したことがある入所者数)	人
---	---

(※ショートステイの利用は、入所経験には含みません)

(4) 所得段階別入所者数について、ご記入下さい。

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階(減免なし)
施設全体	人	人	人	人

(5) 平成28年4~9月の新規入所者数(入所前の居所別人数)と退所者数(退所先別人数)をご回答下さい。①施設全体と②認知症専門棟に分けてご回答下さい。

① 施設全体の新規入所者数と退所者数についてご記入下さい。

入所前の居所/退所先	新規入所者数	退所者数		
			うち入所期間が1か月以内の者	
自宅や親戚等の家	人	人	人	
うち、貴施設・貴法人の提供サービスの利用者	人	人	/	
うち、短期入所生活介護または短期入所療養介護の継続的な利用者	人	人		
同一法人(同系列を含む)の病院	人	人		
その他の病院	人	人		
同一法人(同系列を含む)の診療所	人	人		
その他の診療所	人	人		
他の老人保健施設	人	人		
特別養護老人ホーム	人	人		
有料老人ホーム	人	人		人
サービス付き高齢者向け住宅	人	人		人
養護老人ホーム	人	人	人	
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人	人	
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人	人	
死亡		人		
その他	人	人	人	

② ①のうち、認知症専門棟の新規入所者数と退所者数についてご記入下さい。

入所前の居所／退所先	新規入所者数	退所者数		
			うち入所期間が1か月以内の者	
自宅や親戚等の家	人	人	人	
うち、貴施設・貴法人の提供サービスの利用者	人	人	/	
うち、短期入所生活介護または短期入所療養介護の継続的な利用者	人	人		
同一法人(同系列を含む)の病院	人	人		
その他の病院	人	人		
同一法人(同系列を含む)の診療所	人	人		
その他の診療所	人	人		
他の老人保健施設	人	人		
特別養護老人ホーム	人	人		
有料老人ホーム	人	人		人
サービス付き高齢者向け住宅	人	人		人
養護老人ホーム	人	人	人	
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人	人	
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人	人	
死亡		人		
その他	人	人	人	

(4) 口腔衛生管理体制について、当てはまるものに○をつけて下さい。(複数回答可)

貴施設の口腔衛生管理体制、実施項目 (当てはまるもの全てに○をつけて下さい。)	1 協力歯科医療機関の届出 2 協力歯科医療機関による訪問歯科診療 3 歯科医師による定期的な歯科健康診査 4 歯科衛生士による定期的な歯科衛生に関するアセスメント 5 歯科衛生士による口腔衛生管理(いわゆる専門的口腔ケア)の実施 6 介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会 7 カンファレンス(経口維持加算Ⅱによるもの等)への歯科医師、歯科衛生士の参加 8 歯科医師又は歯科衛生士の介護職員に対する口腔ケアに係る助言や指導 9 その他() 10 1~9はいずれもなし
--	--

(5) 加算等の算定の有無と算定人数(平成28年10月分)についてお伺いします。

	算定の有無・算定人数	
	(※算定していない場合は、必ず「2 無」に○をつけて下さい)	
1) 認知症ケア加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
2) 短期集中リハビリテーション実施加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
3) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
4) 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
5) 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
6) 退所前訪問指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
7) 退所後訪問指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無

(続き)

	算定の有無・算定人数	
	(※算定していない場合は、必ず「2 無」に○を付けて下さい)	
8) 退所時指導加算	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
9) 退所時情報提供加算	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
10) 退所前連携加算	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
11) 老人訪問看護指示加算	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
12) 栄養マネジメント加算	1 有	2 無
13) 経口移行加算	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
14) 経口維持加算(I)	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
15) 経口維持加算(II)	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
16) 口腔衛生管理体制加算	1 有	2 無
17) 口腔衛生管理加算	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
18) 地域連携診療計画情報提供加算	1 有⇒算定人数 () 人	2 無

6. 介護療養型老人保健施設のみご回答下さい。それ以外の施設の方は、7. 「併設サービスの利用状況」についてご回答下さい。

1)適用している転換支援策 (あてはまるもの全てに○を付けて下さい)	1 無 2 療養病床などから転換した病院や診療所の開設者 3 居室の床面積 (大規模改修までは6.4㎡以上で可) 4 診察室 (併設の病院又は診療所がある場合、設置しないことが可) 5 機能訓練室 (大規模改修までは40㎡以上で可) 6 1人あたりの食堂の床面積 (大規模改修までは1㎡以上で可) 7 建物の耐火構造 (従前の病院又は診療所の構造設備基準と同様) 8 エレベーター (階段が2以上ある場合、設置しないことが可能等) 9 廊下幅 (1.2平方メートル以上等)
2)加算等の算定状況	算定の有無・算定人数 (※算定していない場合は、必ず「2 無」に○を付けて下さい)
① リハビリテーション指導管理	1 有⇒算定人数 () 人 2 無
② 言語聴覚療法	1 有⇒算定人数 () 人 2 無
③ 摂食機能療法	1 有⇒算定人数 () 人 2 無
④ 精神科作業療法	1 有⇒算定人数 () 人 2 無
⑤ 医学情報提供	1 有⇒算定人数 () 人 2 無
⑥ 療養体制維持特別加算	1 有 2 無

7. 併設サービスの利用状況についてお伺いします。

(1) 短期入所療養介護の利用者数 (平成28年10月1か月分) をご記入下さい。

	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
短期入所利用者数	人	人	人	人	人	人
うち、貴施設の退所者	人	人	人	人	人	人

(2) 通所リハビリテーションの利用者数（平成28年10月1か月分）をご記入下さい。

	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
通所リハビリテーション利用者数	人	人	人	人	人	人
うち、貴施設の退所者	人	人	人	人	人	人

要介護1から要介護5の方における利用時間別の延べ利用回数をご記入下さい。

1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満	8時間以上	合計
回	回	回	回	回	回	回

(3) 訪問リハビリテーションの利用者数（平成28年10月1か月分）をご記入下さい。

	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
訪問リハビリテーション利用者数	人	人	人	人	人	人
うち、貴施設の退所者	人	人	人	人	人	人

8. 入所者の退所に向けた取組みと在宅支援の取組みについてお伺いします。

1) 退所に向けた取組みの状況 (あてはまるもの全てに○をつけて下さい。)	1 退所に向けての計画策定 2 家族への介護の仕方等の教育の実施 3 退所予定の居宅の環境整備 4 次の入所先の施設との調整 5 その他 () 6 1~5 はいずれもなし	
2) 28年10月5日24時時点の入所者のうち、貴法人以外の居宅介護支援事業所から紹介された入所者数(貴法人に居宅介護支援事業所がない場合は「0」とご記入下さい)	約 () 人	
3) 平成28年4~9月の間に、居宅へ退所した人のうち、貴法人以外の介護支援専門員に紹介した退所者数(貴法人に居宅介護支援事業所がない場合は「0」とご記入下さい)	約 () 人	
4) 退所者が退所する前に多職種が集まってカンファレンスを実施することはありますか。およその割合を教えてください。	1 0~20% 2 21~40% 3 41~60% 4 61~80% 5 81~100%	
5) その他、実施している取組み【自由記載】		

9. 平成28年度の地域に貢献する活動の実施状況についてお伺いします。

1) 地域住民への健康教室	1 実施した	2 計画中である	3 実施予定はない
2) 地域住民も利用可能なカフェ	1 実施した	2 計画中である	3 実施予定はない
3) ボランティアの受け入れ	1 実施した	2 計画中である	3 実施予定はない
4) 住民も含めた祭り等の開催	1 実施した	2 計画中である	3 実施予定はない
5) 住民と入所者の交流会の開催	1 実施した	2 計画中である	3 実施予定はない

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入下さい。

施設名	電話番号

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業
入所者票(案)

※本調査票は、当該入所者の状況について詳しい職員の方がご記入下さい。入所者にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。分からない場合は「-」と記入して下さい。

※調査時点は、平成28年10月5日、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 入所者の基本情報についておうかがいします。

1) 年齢(平成28年10月5日時点)	() 歳	
2) 性別	1 男	2 女
3) 入所日	平成()年()月()日	
4) 入所棟は認知症専門棟ですか	1 はい	2 いいえ
5) 入所前の世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他	
6) 家族介護者の有無(入所前)	1 有 2 無	
「家族介護者 有」の場合	1 配偶者 2 子ども・子どもの配偶者 3 孫・孫の配偶者	
①主な介護者の続柄	4 兄弟姉妹 5 その他	
②主な介護者の状況のうち、介護が難しくなる要因があればご回答下さい(複数回答可)	1 高齢 2 病気 3 育児中 4 仕事 5 その他() 6 特にない	
③副介護者の有無	1 有 2 無	
7) 要介護度	①直近	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中
	②入所時	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中
8) 認知症高齢者の日常生活自立度(現状)	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明	
9) ADL等の状況:現状と入所時について、選択肢「1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助」で該当する番号をご記入下さい。		
	①食事	②排泄
	③入浴	④着替え
	⑤移乗	⑥屋内移動
	⑦階段昇降	
現状		
入所時		
10) 傷病	①主病名(下記選択肢より1つ)	②副病名(主たるもの1つ)
	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常症) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 外傷(転倒・骨折等) 11 がん(新生物) 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症(アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他(具体的に) 21 ない	
11) 医療的ケア等の実施状況(複数回答可)	1 胃ろう、腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養 3 中心静脈栄養の管理 4 カテーテル(尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル) 5 ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6 喀痰吸引 7 ネブライザー 8 酸素療法(酸素吸入) 9 気管切開のケア 10 人工呼吸器の管理 11 注射 12 点滴 13 簡易血糖測定 14 インスリン注射 15 創傷処置 16 褥瘡の処置 17 透析(在宅自己腹膜灌流含む) 18 導尿 19 疼痛管理(麻薬なし) 20 疼痛管理(麻薬使用) 21 浣腸 22 摘便 23 持続モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 24 その他(具体的に:) 25 実施していない	
12) ターミナルケアの実施の有無 ※医学的に回復の見込みがないと診断された者に対し、本人・家族の同意を得て、計画的にケアを行うこと	1 はい	2 いいえ

2. 加算の算定状況とかかりつけ医との連携についておうかがいします。

13) 算定したことがある加算 (算定月はいつでも可)	
1 入所前後訪問指導加算 (I) 2 入所前後訪問指導加算 (II) 3 退所前訪問指導加算 4 1~3のいずれも算定したことがない	
14) 算定している加算 (平成28年10月) (複数回答可)	
1 認知症専門ケア加算 2 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 3 短期集中リハビリテーション実施加算 4 摂食機能療法 5 経口移行加算 6 口腔衛生管理加算 7 療養食加算 8 1~7のいずれも算定していない	
15) 「経口維持加算」の算定経験 (算定月はいつでも可)	1 有 2 無
(1 算定 有の場合) 算定期間	平成 () 年 () 月 ~ () 年 () 月
(算定期間が7か月以上の場合) 7か月以降に、水飲みテスト、頸部聴診法、造影検査、内視鏡検査等による摂食機能障害及び誤嚥の確認を、医師又は歯科医師が行ったことがありますか	1 有 2 無
16) 利用者のかかりつけ医 (在宅での主治医) と連携していますか (複数回答可)	1 特に連携していない 2 入所時に、利用者の状態等について情報提供を受けた 3 入所中に、利用者の状態等について情報提供を受けた 4 入所中に外来受診した⇒回数 () 回 (理由:) 5 入所中に往診した⇒回数 () 回 (理由:) 6 その他 ()

3. 貴施設への入所前の状況等をおうかがいします。

17) 入所直前の居所	
1 本人の家 2 病院 ⇒①法人: (a 同一法人 (同系列を含む) b 他法人) ⇒②病床: (a 一般病床 b 地域包括ケア病棟 c 回復期リハ病棟 d 医療療養病床 e 介護療養病床 f 精神病床 g その他) 3 診療所 ⇒法人: (a 同一法人 (同系列を含む) b 他法人) 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム 7 サービス付き高齢者向け住宅 8 養護老人ホーム 9 軽費老人ホーム・ケアハウス 10 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 11 その他 ()	
18) 入所前の過去1年に、貴施設へ入所されていたことはありますか。有る場合は回数を記載して下さい。(今回の入所は除いた回数をご記入下さい)	1 有⇒ () 回 2 無
19) 入所前の過去1年に、貴施設の併設の施設・サービスを利用したことはありますか。(複数回答可)	1 ない 【老健が提供するもの】 2 通所リハビリテーションを利用した 3 訪問リハビリテーションを提供した 4 短期入所療養介護を利用した 【病院・診療所が提供するもの】 5 病院・診療所に入院した 6 病院・診療所の外来受診経験あり 7 病院・診療所が実施している通所リハビリテーションを利用した 8 病院・診療所が実施している訪問リハビリテーションを利用した 【その他介護サービス】 9 訪問看護を利用した 10 通所介護を利用した 11 訪問介護を利用した 12 短期入所生活介護を利用した 13 認知症対応型共同生活介護事業所を利用した 14 小規模多機能型居宅介護を利用した 15 有料老人ホームを利用した 16 サービス付高齢者向け住宅を利用した 17 ケアハウスを利用した 18 その他 ()

20) 入所前に担当の介護支援専門員はいましたか	1 有 → (a 併設事業所 b 同一法人 (同系列を含む) c その他) 2 無
21) 老健施設への入所理由 (最も近いもの1つに○)	1 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅復帰支援を支えるため 2 在宅での生活を維持できるよう支援するため 3 リハビリテーションを行うため 4 レスパイトを行うため 5 看取りを行うため 6 その他 ()

4. 貴施設でのリハビリテーションの実施状況についておうかがいします。

22) 平成28年10月2日～10月8日の1週間に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供したリハビリテーションの回数	() 回
23) 平成28年10月2日～10月8日の1週間に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供したリハビリテーションの合計時間	約 () 分
24) リハビリテーションの目的 (複数回答可)	1 生活習慣の維持のため 2 ADL (起居、移動を含む) の維持、改善のため 3 社会性 (他者との交流等) 維持、改善のため 4 IADL の向上のため 5 機能の回復が見込まれるため 6 介護負担軽減のため 7 福祉用具の安全な使用を定着させるため 8 記憶、認知機能の維持、向上のため 9 BPSD の軽減、適応のため 10 その他 ()
25) 平成28年10月2日～10月8日の1週間に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供したリハビリテーションの内容 (複数回答可)	1 関節可動域訓練 2 筋力増強訓練 3 筋緊張緩和 (ストレッチ等) 4 持久力訓練 5 バランス練習 6 起居/立位動作練習 7 移乗動作訓練 8 歩行訓練 9 体操 10 摂食・嚥下訓練 11 言語訓練 12 トイレ訓練 13 入浴訓練 14 その他 ADL 訓練 15 IADL 練習 (家事・調理・買い物等) 16 用具の適応訓練 (車いす、杖、補聴器等) 17 在宅生活の模倣的訓練 18 記憶機能に関する訓練 19 認知機能に関する訓練 20 趣味活動 (手工芸、編み物等) 21 その他 22 いずれも提供していない
26) リハビリテーションの際に実施した内容 (複数回答可)	1 サービス開始時のアセスメント 2 リハビリテーションに関する本人の希望の確認 3 リハビリテーションに関する家族の希望の確認 4 リハビリテーション計画書の作成 5 リハビリテーションに関するカンファレンス 6 いずれも実施していない
27) (入所前に病院に入院していた場合) 病院から、病院でのリハビリテーションの実施状況等の情報提供はありましたか	1 有 2 無
(「1 情報提供 有」の場合)	
病院でのリハビリテーション総合実施計画書に関する情報提供の有無	1 有 2 無
病院ではどのようなリハビリテーションが実施されていきましたか (複数回答可)	1 疾患別リハビリテーションが実際されていた →具体的に: a 脳血管疾患 b 運動器 c 心大血管 d 呼吸器 2 その他 () 3 実施されていなかった 4 分からない
貴施設でリハビリテーション計画を立てる際に提供された情報を活用しましたか	1 大変活用した 2 活用した 3 あまり活用しなかった 4 活用しなかった

5. 入所者の医療・介護ニーズに関連して、おうかがいします。

28) 入所者の医療・介護ニーズを踏まえ、入所者にとって最も適切と考える生活・療養の場としてあてはまるもの1つに○をつけて下さい。	1 本人の家	2 病院・診療所
	3 老人保健施設	
	4 特別養護老人ホーム	5 有料老人ホーム
	6 サービス付き高齢者向け住宅	7 養護老人ホーム
	8 軽費老人ホーム・ケアハウス	
	9 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	
	10 その他 ()	
29) 急変時の対応希望について本人または家族にたずねていますか	1 はい	2 いいえ
「1 はい」の場合、急変時の対応希望の内容	1 施設内での対応を希望	2 病院への搬送を希望

6. 退所の見通し

30) 退所先についての入所者の意向を確認していますか	1 はい	2 いいえ	
31) 現時点における退所時期の目標 (入所からの期間)	1 1か月以内	2 3か月以内	3 6か月以内
	4 1年以内	5 退所は困難	
32) 退所先の見込み	1 なし・分からない	2 本人の家	3 病院・診療所
	4 他の老人保健施設	5 特別養護老人ホーム	
	6 有料老人ホーム	7 サービス付き高齢者向け住宅	
	8 養護老人ホーム	9 軽費老人ホーム・ケアハウス	
	10 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	11 死亡退所の見通し	
	12 その他 ()		
①退所先が「2 本人の家」の場合:退院後の介護支援専門員は決まっていますか	1 はい ➡ (a 併設事業所 b 同一法人 (同系列を含む) c その他)	2 いいえ	
②退所先が「2 本人の家」以外の場合: その理由 (最もあてはまるもの1つに○)	1 医療ニーズが高いため	2 介護ニーズが高いため	
	3 本人の家での生活は可能と考えるが、本人が希望しないため	4 本人の家での生活は可能と考えるが、家族介護が難しいため	
	5 その他 ()		
33) 退所に向けたケアカンファレンスを実施の有無	1 有	2 無	
① (有の場合) 入所から1週間以内の実施の有無	1 有	2 無	
② (有の場合) 直近に開催した会議の参加職種 (複数回答可)	(施設の職員)		
	1 医師	2 看護職員	3 介護職員
	5 作業療法士	6 言語聴覚士	7 支援相談員
	8 施設の介護支援専門員	9 管理栄養士・栄養士	
	10 その他 ()		
	(他の事業所の職員等)		
	11 本人	12 家族	13 在宅の介護支援専門員
	14 在宅の主治医	15 訪問看護師	16 通所リハの職員
	17 訪問リハの職員	18 訪問介護の職員	
	19 その他 ()		
③直近の実施時期	平成 () 年 () 月 () 日		
34) 退所に向けた取り組みの状況 (複数回答可)	1 該当なし	2 入所後1週間以内に退所計画を策定した	
	3 入所後1週間以降に退所計画を策定した	4 家族への介護の仕方等の教育の実施	
	5 退所予定の居宅の環境整備	6 次の入所先の施設との調整	
	7 その他 ()		

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業
退所者票(案)

※本調査票は、当該退所者の状況について詳しい職員の方がご記入下さい。退所者にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。分からない場合は「-」と記入して下さい。

※調査時点は、退所日、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 退所者の基本情報についておうかがいします。(原則、退所時点の状況)

1) 年齢(退所時点)		() 歳						
2) 性別		1 男 2 女						
3) 入所日		平成()年()月()日						
4) 入所棟は認知症専門棟ですか		1 はい 2 いいえ						
5) 入所前の世帯構成		1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他						
6) 家族介護者の有無(入所前)		1 有 2 無						
「家族介護者 有」の場合		1 配偶者 2 子ども・子どもの配偶者 3 孫・孫の配偶者						
①主な介護者の続柄		4 兄弟姉妹 5 その他						
②主な介護者の状況のうち、介護が難しくなる要因があればご回答下さい(複数回答可)		1 高齢 2 病気 3 育児中 4 仕事 5 その他() 6 特にない						
③副介護者の有無		1 有 2 無						
7) 要介護度		①退所時直近		1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中				
		②入所時		1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中				
8) 認知症高齢者の日常生活自立度(退所時)		1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明						
9) ADL等の状況：退所時と入所時について、選択肢「1 自立 2 見守り 3 一部介助 4 全介助」で該当する番号をご記入下さい。								
	①食事	②排泄	③入浴	④着替え	⑤移乗	⑥屋内移動	⑦階段昇降	
退所時								
入所時								
10) 傷病(退所時)		主病名 (下記選択肢より1つ)			副病名(主たるもの) (下記選択肢より1つ)			
		1 高血圧 3 心臓病 5 高脂血症(脂質異常症) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 11 がん(新生物) 13 うつ病・精神疾患 15 パーキンソン病 17 耳の病気 19 その他の難病			2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 4 糖尿病 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 8 腎臓・前立腺の病気 10 外傷(転倒・骨折等) 12 血液・免疫の病気 14 認知症(アルツハイマー病等) 16 目の病気 18 歯科疾患 20 その他()			21 ない

11) 医療的ケア等の実施状況 (複数回答可)	1 胃ろう、腸ろうによる栄養管理	2 経鼻経管栄養	3 中心静脈栄養の管理
	4 カテーテル (尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)	5 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	
	6 喀痰吸引	7 ネブライザー	8 酸素療法 (酸素吸入)
	9 気管切開のケア	10 人工呼吸器の管理	11 注射
	12 点滴	13 簡易血糖測定	14 インスリン注射
	15 創傷処置	16 褥瘡の処置	17 透析 (在宅自己腹膜灌流含む)
	18 導尿	19 疼痛管理 (麻薬は使用しない)	20 疼痛管理 (麻薬使用)
	21 浣腸	22 摘便	
	23 持続モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		
	24 その他 (具体的に：)		
	25 実施していない		
12) ターミナルケアの実施の有無※医学的に回復の見込みがないと診断された者に対し、本人・家族の同意を得て、計画的にケアを行うこと			1 はい 2 いいえ

2. 加算の算定状況とかかりつけ医との連携についておうかがいします。

13) 算定したことがある加算 (算定月はいつでも可)	
1 入所前後訪問指導加算 (I) 2 入所前後訪問指導加算 (II) 3 退所前訪問指導加算 4 1~3 のいずれも算定したことがない	
14) 算定していた加算 (退所月) (複数回答可)	
1 認知症専門ケア加算 2 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 3 短期集中リハビリテーション実施加算 4 摂食機能療法 5 経口移行加算 6 口腔衛生管理加算 7 療養食加算 8 退所後訪問指導加算 9 退所時指導加算 10 退所時情報提供加算 11 退所前連携加算 12 老人訪問看護指示加算 13 1~12 のいずれも算定していない	
15) 「経口維持加算」の算定経験 (算定月はいつでも可)	
(算定 有の場合) 算定期間	平成 () 年 () 月 ~ () 年 () 月
(算定期間が7か月以上の場合) 7か月以降に、水飲みテスト、頸部聴診法、造影検査、内視鏡検査等による摂食機能障害及び誤嚥の確認を、医師又は歯科医師が行ったことがありますか	1 有 2 無
16) 利用者のかかりつけ医 (在宅での主治医) と連携していましたか (複数回答可)	1 特に連携していない 2 入所時に、利用者の状態等について情報提供を受けた 3 入所中に、利用者の状態等について情報提供を受けた 4 入所中に外来受診した⇒回数 () 回 (理由：) 5 入所中に往診した⇒回数 () 回 (理由：) 6 退所時に、利用者の状態等について情報提供をした 7 その他 ()

4. 貴施設でのリハビリテーションの実施状況についておうかがいします。

22) 入所期間中で、最も多くリハビリテーションが提供された時期の平均的な 1 週間に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供したリハビリテーションの回数	() 回
23) 同じ時期の 1 週間に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した提供されたリハビリテーションの合計時間	約 () 分
24) リハビリテーションの目的 (複数回答可)	1 生活習慣の維持のため 2 ADL (起居、移動を含む) の維持、改善のため 3 社会性 (他者との交流等) 維持、改善のため 4 IADL の向上のため 5 機能の回復が見込まれるため 6 介護負担軽減のため 7 福祉用具の安全な使用を定着させるため 8 記憶、認知機能の維持、向上のため 9 BPSD の軽減、適応のため 10 その他 ()
25) 退所前 1 週間に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供したリハビリテーションの内容 (複数回答可)	1 関節可動域訓練 2 筋力増強訓練 3 筋緊張緩和 (ストレッチ等) 4 持久力訓練 5 バランス練習 6 起居/立位動作練習 7 移乗動作訓練 8 歩行訓練 9 体操 10 摂食・嚥下訓練 11 言語訓練 12 トイレ訓練 13 入浴訓練 14 その他 ADL 訓練 15 IADL 練習 (家事・調理・買い物等) 16 用具の適応訓練 (車いす、杖、補聴器等) 17 在宅生活の模擬的訓練 18 記憶機能に関する訓練 19 認知機能に関する訓練 20 趣味活動 (手工芸、園芸、編み物等) 21 介助方法の指導 22 その他 23 いずれも提供していない
26) リハビリテーションの際に実施した内容 (複数回答可)	1 サービス開始時のアセスメント 2 リハビリテーションに関する本人の希望の確認 3 リハビリテーションに関する家族の希望の確認 4 リハビリテーション計画書の作成 5 リハビリテーションに関するカンファレンス 6 いずれも実施していない
27) (入所前に病院に入院していた場合) 病院から、病院でのリハビリテーションの実施状況等の情報提供はありましたか	1 有 2 無
(「情報提供 有」の場合)	
病院でのリハビリテーション総合実施計画書に関する情報提供の有無	1 有 2 無
病院ではどのようなリハビリテーションが実施されていきましたか (複数回答可)	1 疾患別リハビリテーションが実際されていた ➡具体的に : a 脳血管疾患リハビリテーション b 運動器リハビリテーション c 心大血管リハビリテーション d 呼吸器リハビリテーション 2 その他 () 3 実施されていなかった 4 分からない
貴施設でリハビリテーション計画を立てる際に提供された情報を利用しましたか	1 大変活用した 2 活用した 3 あまり活用しなかった 4 活用しなかった

5. 退所者の医療・介護ニーズに関連して、おうかがいします。

28) 退所者の医療・介護ニーズを踏まえると、貴施設へ入所していた期間、退所者にとって最も適切だったと考えられる生活・療養の場はどこでしたでしょうか	1 本人の家	2 病院・診療所
	3 老人保健施設	4 特別養護老人ホーム
	6 サービス付き高齢者向け住宅	7 養護老人ホーム
	8 軽費老人ホーム・ケアハウス	
	9 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	
	10 その他 ()	
29) 急変時の対応希望について本人はまたは家族にたずねていましたか	1 はい	2 いいえ
「1 はい」の場合、急変時の対応希望の内容	1 施設内での看取りを希望	2 病院への搬送を希望

6. 退所時の状況

30) 退所日	平成28年 () 月 () 日	
31) 退所先についての入所者の意向を確認しましたか	1 はい	2 いいえ
32) 入所前と比べた世帯構成の変化	1 無	2 有
(有の場合) 退所時の世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他	
33) 入所前と比べた家族等の介護力の変化	1 変化なし	2 介護力が増えた 3 介護力が減った
34) 退所先	1 本人の家 2 病院➡病床 (a 一般 b 医療療養 c 介護療養 d 精神 e その他) 3 診療所 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム 7 サービス付き高齢者向け住宅 8 養護老人ホーム 9 軽費老人ホーム・ケアハウス 10 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 11 死亡 12 その他 ()	
2~10 を選んだ場合：貴法人と同一法人 (同系列を含む) ですか	1 はい	2 いいえ
35) 退所に向けたカンファレンスの実施の有無	1 有	2 無
① (有の場合) 入所から1週間以内の実施の有無	1 有	2 無
② (有の場合) 最後に開催した会議の参加職種 (複数回答可)	(施設の職員) 1 医師 2 看護職員 3 介護職員 4 理学療法士 5 作業療法士 6 言語聴覚士 7 支援相談員 8 施設の介護支援専門員 9 管理栄養士・栄養士 10 その他 ()	
	(他の事業所の職員等) 11 本人 12 家族 13 在宅の介護支援専門員 14 在宅の主治医 15 訪問看護師 16 通所リハの職員 17 訪問リハの職員 18 訪問介護の職員 19 その他 ()	
③最後の実施時期	() 年 () 月 () 日	

36) 退所に向けて、どのような取り組みを実施しましたか (複数回答可)	1 該当なし 2 入所後1週間以内に退所計画を策定した 3 入所後1週間以降に退所計画を策定した 4 家族への介護の仕方等の教育の実施 5 退所予定の居宅の環境整備 6 次の入所先の施設との調整 7 その他 ()
---	---

6-1. (本人の家への退所の場合、ご回答下さい) 退所後のケアプラン等

37) 退所後の介護支援専門員は入所前と同じですか	1 同じ 2 違う 3 入所前には介護支援専門員はいなかった 4 退所後の介護支援専門員はいない 5 分からない
(介護支援専門員がいる場合)	
38) 退所後の介護支援専門員は、貴法人(同系列)の所属ですか	1 はい 2 いいえ
39) 退所時点で予定されていたケアプランの内容 (複数回答可)	1 住宅改修 2 福祉用具貸与 3 訪問介護 4 訪問看護 5 訪問リハ➡ (a 貴施設 b 他施設) 6 通所介護 7 通所リハ➡ (a 貴施設 b 他施設) 8 短期入所生活介護 9 短期入所療養介護➡ (a 貴施設 b 他施設) 10 小規模多機能型居宅介護 11 看護小規模多機能型居宅介護 12 定期巡回随時対応訪問看護介護 13 その他 () 14 なし・把握していない
40) ケアプランの内容以外で、利用を検討している施設・サービス (複数回答可)	1 病院・診療所への入院 2 他の老人保健施設 3 特別養護老人ホーム 4 有料老人ホーム 5 サービス付き高齢者向け住宅 6 養護老人ホーム 7 軽費老人ホーム・ケアハウス 8 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 9 住宅改修 10 福祉用具貸与 11 訪問介護 12 訪問看護 13 訪問リハ 14 通所介護 15 通所リハ 16 短期入所生活介護 17 短期入所療養介護 18 小規模多機能型居宅介護 19 看護小規模多機能型居宅介護 20 定期巡回随時対応訪問看護介護 21 その他 () 22 なし・把握していない
41) 退所後の主な居所	1 本人の家 2 短期入所療養介護の継続利用 3 短期入所生活介護の継続利用 4 看護小規模多機能型居宅介護の泊まりを継続利用 5 小規模多機能型居宅介護の泊まりを継続利用 6 その他 ()

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査 介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業 併設サービスの利用者票

●短期入所療養介護の利用者についてご回答下さい。 ※対象利用者の抽出方法は記入要領をご覧ください。

ID	年齢	性別	世帯の状況	家族介護者の有無	現在の要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	短期入所療養介護の利用目的 【主なもの1つ】	ADLの実行状況						IADLの実行状況					短期入所療養介護の利用回数 (27年10月～28年9月の利用回数)	短期入所療養介護の利用日数 (28年10月分)	無 貴施設(老人保健施設)への入所経験の有無	貴施設の訪問リハビリテーションの利用経験 (27年10月～28年9月)	貴施設の通所リハビリテーションの利用経験 (27年10月～28年9月)	貴施設の併設の病院・診療所の入院経験 (27年10月～28年9月)	医療的ケア	介護支援専門員の所属	28年10月に、他に利用した介護サービス (複数回答可)	
								①食事	②排泄	③入浴	④更衣	⑤移乗	⑥屋内移動	①屋外移動	②日用品の買い物	③食事の支度	④洗濯	⑤掃除										
例	78	1	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	3	5	5	3	5	1	3	2	1	1	1	2	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査 介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業 併設サービスの利用者票

●通所リハビリテーションの利用者についてご回答下さい。※対象利用者の抽出方法は記入要領をご覧ください。

ID	年齢	性別	世帯の状況	家族介護者の有無	現在の要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	通所リハで提供しているリハビリの目的【主なもの1つ】	ADLの実行状況						IADLの実行状況					通所リハビリテーションの利用回数 (28年10月分)	通所リハビリテーションの1回あたりの利用時間(主なもの)	貴施設(老人保健施設)への入所経験の有無	貴施設の短期入所療養介護の利用経験 (27年10月～28年9月)	貴施設の訪問リハビリテーションの利用経験 (27年10月～28年9月)	貴施設の併設の病院・診療所の入院経験 (27年10月～28年9月)	医療的ケア	介護支援専門員の所属	28年10月に、他に利用した介護サービス(複数回答可)	リハビリテーションマネジメント加算算定状況	
								①食事	②排泄	③入浴	④更衣	⑤移乗	⑥屋内移動	①屋外移動	②日用品の買い物	③食事の支度	④洗濯	⑤掃除											
例	78	1	2	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	5	5	10	4	1	8	2	1	1	1	1	2	
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

