

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

地域における介護老人保健施設の役割に関する  
調査研究事業

平成 26 年 3 月

公益社団法人全国老人保健施設協会



## はじめに

私ども公益社団法人全国老人保健施設協会（以下、全老健）は、国民の皆様から信頼され、必要とされる施設となるべく、協会設立以来たゆまぬ努力を重ねて参りました。ただ、この「信頼される」、「必要とされる」という抽象概念を、介護老人保健施設（以下、老健施設）において具体的な像に落とし込むためには、自分たちの「思い」だけでなく、科学的・客観的な事実に基づく検証が必要となります。そこで私ども全老健はこれまで、さまざまな調査研究事業を実施して参りました。そして、そこで得た知見を整理し、「求められる老健施設像」を追求してきました。老健施設制度創設から 20 余年を経過し、このような取組を地道に続けてきた結果、国民の私どもに対する信頼は相応のものとなったと自負しています。

しかしながら、わが国の少子高齢化はかつての将来予測どおりに進展し、さらに数年前からは「人口減少社会」という特徴も加わることで、現行の「社会保険」を基礎とする社会保障制度の持続可能性が懸念されるようになってきました。

国は、「地域包括ケアシステム」構想を打ち出し、住み慣れた地域で完結できる医療・介護のシステムの実現を目指しています。私ども老健施設は、従来より、「包括的ケアサービス施設」「リハビリテーション施設」「在宅復帰施設」「在宅生活支援施設」「地域に根ざした施設」であることを、理念と役割（機能）として掲げて参りました。これはまさしく「地域包括ケアシステム」の必要十分条件といえ、その実現のために、私どもにはさらなる研鑽が求められてくるものと考えます。

そこで平成 25 年度の調査研究事業では、老健施設機能の見直し・検証と、「高齢者の多死時代」を迎えるにあたって避けては通れない「地域での看取り」の一部としての老健施設の看取り、さらには、施設入所と在宅療養をシームレスに結びつけるための課題の整理に取り組むことといたしました。「地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業」、「介護老人保健施設の管理医師の有効活用による医療と介護の連携の促進に関する調査研究事業」、「施設退所後の要介護高齢者が在宅生活を継続するための要因に関する調査研究事業」がその調査研究事業です。

今回の調査研究事業の結果を真摯に検証し、さらに「必要とされ」、「信頼される」老健施設の実現をめざしたいと考えておりますので、関係各位からの忌憚ないご意見を拝聴できれば幸いです。

平成 26 年 3 月

公益社団法人全国老人保健施設協会  
会 長 木 川 田 典 彌



# 目次

■ 調査企画	1
■ 調査結果の要約	4
■ 調査結果	8

## I 基本調査項目分析

1. 施設属性	9
2. 施設のスタッフ、利用者動向	17
3. 利用者のベッド利用目的	18
4. 疾病区分および胃瘻・経管栄養の状態	19
5. 自施設における利用者の動向等	20
6. 退所先等の状況	22
7. 「加算算定」等の状況（短期入所を除く）	24
8. 施設の稼働率等	27
9. 所定疾患施設療養費について	30
10. 所定疾患施設療養費算定のプロセス等について	32
11. 自施設の運営等について	38
12. 利用者への実施状況について	56
13. 在宅強化のための教育について	57
14. 利用目的を利用者・家族等に明確にして入所させているかについて	58
15. 慢性疾患への医学的対応について	59
16. 施設の医師と併設あるいは関連医療機関との連携による急性疾患の治療提供について	60
17. 施設医師等のリーダーシップやスタッフとの関係について	61
18. 自施設の看取りの取り組みについて	63

## II 施設の役割・機能分析

1. 目的と分析フレーム	72
2. 分析方法	75
3. 分析結果の要約	76
(1) 要約指標の作成	76
(2) 要約指標と他の測定可能なアウトカム指標との関連の分析	76
(3) 対応機能と他の諸機能との関連の分析（重回帰分析）	77
(4) 主要なアウトカム指標との関連	79
(5) 各要約指標を用いた主成分分析結果	82
(6) 『対応機能』同士および『対応機能』と『サービス機能』の関連（集約表）	87
4. 考察	88
5. 対応レベル（3区分）別分析結果	89
<分析結果の詳細>（分析方法および結果のデータ集）	103
<調査研究事業班および調査研究事業検証部会における議論の要旨>	149

■ 付1. 実施要綱	151
■ 付2. 構造図	153
■ 付3. 調査票	154



## ■ 調査企画

### 1. 調査の背景と目的

老健施設の利用目的は多様化し、さらに認知症利用者の増加とともに重度化も進んでいる。高齢者が、介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活をするために、地域包括ケアシステムの拠点としての役割が老健施設には求められている。

平成24年度から、高在宅復帰型、高回転型老健施設が介護報酬上評価されるようになったが、平成24年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設等の在宅療養支援及び医療提供のあり方に関する調査研究事業」の調査では、在宅復帰・在宅支援の機能を併せ持つ、いわゆる「在宅強化型老健施設」の役割を満たしているのは5.5%に過ぎない。一方で、全国の老健施設の在宅復帰率はやや改善している傾向がある。

この他にも、認知症専門の老健施設や、訪問リハビリテーションに力を入れている老健施設等が出現している。このことから老健施設が在宅復帰施設としての機能のみでなく、他の機能も包含していると言える。

地域包括ケア研究会の報告書では「介護保険施設は、在宅復帰支援（リハビリテーション）、認知症対応、医療ニーズへの対応等の機能を重点化、リハビリテーションスタッフが重点配備された施設を中間施設として位置づける」等とされており、こうした機能を持たない介護保険施設は「ケアが組み合わせられた集合住宅」として位置づけるとし、今後は施設の機能と質の評価に基づいた介護報酬体系が構築されると考えられている。したがって、地域包括ケアシステムを担う上で、老健施設の機能は、

1. 在宅復帰・在宅支援機能
2. 認知症対応機能
3. 在宅支援を中心とした機能（通所リハ、短期、訪問）
4. 看取り対応機能
5. 地域の一般的な病床としての機能（緊急対応型）
6. 医療重症化対応型

などが想定される。

そこで今回の研究は、現在の老健施設において、それぞれの経営者がどの機能を重視しているかを調査するとともに、今後どの機能強化・維持を行っていくかに焦点を当て、全老健加盟の約3,500施設を対象として調査するものである。

### 2. 調査対象と件数

全老健加盟の全施設（3,528施設＝平成25年12月6日現在正会員）を対象とし、有効回収票1,110施設（有効回収率31.5%）を分析対象とした。

### 3. 調査期間

平成25年12月13日～平成26年1月20日

## 4. 調査方法

実査は郵送調査法にて実施した。

## 5. 調査項目

主要項目は以下の通りであり、詳細については巻末の調査票を参照されたい。

### (1) 基本調査項目

- ・施設属性
- ・施設のスタッフ配置数
- ・利用者のベッド利用目的
- ・疾病区分および胃瘻・経管栄養の状態
- ・自施設における利用者の動向等
- ・退所先等の状況
- ・「加算算定」等の状況（短期入所を除く）
- ・施設の稼働率等
- ・所定疾患施設療養費について
- ・所定疾患施設療養費算定のプロセス等について

### (2) 施設の役割・機能

- ・自施設の運営等について
- ・利用者への実施状況について
- ・在宅強化のための教育について
- ・利用目的を利用者・家族等に明確にして入所させているかについて
- ・慢性疾患への医学的対応について
- ・施設の医師と併設あるいは関連医療機関との連携による急性疾患の治療提供について
- ・施設医師等のリーダーシップやスタッフとの関係について
- ・自施設の看取りの取り組みについて



**地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業班 名簿**

	氏名	所属先	役職
班長	内藤 圭之	介護老人保健施設なのはな苑	理事長
班員	飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構	准教授
	浦 慶子	介護老人保健施設ベルアルト	課長補佐
	大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷	施設長
	岡部 功	介護老人保健施設千手苑	理事長
	黒野 明日嗣	介護老人保健施設愛と結の街	施設長
	小林 恒三郎	介護老人保健施設グレイスガーデン	施設長
	杉田 義博	台東区立台東病院	病院長
	鈴木 孝明	志摩市介護老人保健施設志摩の里	センター長
	高橋 明	介護老人保健施設みあ・かーさ	理事長
	高椋 清	老人保健施設創生園	理事長
	田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ研究室	教授
	中村 裕之	金沢大学医薬保健研究域医学系 環境生態医学・公衆衛生学	教授
	丹羽 和夫	老人保健施設まだら園	理事長
	野尻 晋一	介護老人保健施設清雅苑	副施設長
	東 憲太郎	介護老人保健施設いこいの森	理事長
	平川 博之	介護老人保健施設ハートランド・ぐらんぱぐらんま	理事長
	藤岡 康彦	介護老人保健施設しょうぶ苑	理事長
藤野 善久	産業医科大学公衆衛生学教室	准教授	
本間 達也	介護老人保健施設生愛会ナーシングケアセンター	理事長	
山田 多佳子	介護老人保健施設デンマークイン新宿	施設長	
オブザーバー	泉田 信行	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部	室長

**地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業 検証部会 名簿**

	氏名	所属先	役職
部会長	高椋 清	老人保健施設創生園	理事長
部会員	糸田 昌隆	わかくさ竜間リハビリテーション病院	診療部長
	小野 剛	横手市介護老人保健施設老健おおもり	管理者
	久保 智津子	介護老人保健施設梅の木	看護師
	齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会	常任理事
	杉山 夏美	介護老人保健施設たけおか	看護師
	瀬間 良礎	介護老人保健施設アルボース	相談室長
	玉井 顯	介護老人保健施設ゆなみ	理事長
	堀田 聰子	独立行政法人労働政策研究・研修機構	研究員
	村上 功	介護老人保健施設ハートランド・ぐらんぱぐらんま	リハビリテーション科長

## ■ 調査結果の要約

今回の調査は大きく分けて二つの調査から成り立っている。ひとつは、施設の在宅復帰率、重度化率、認知症者の割合、難病の割合といった施設の実態を示す数値（アウトカム指標）の調査である。もう一つは各施設が、在宅復帰や認知症に対応するためにどのような対応をしているのか（対応機能）、あるいは、それを支えるためにどれだけサービスをしているのか（サービス機能）といった施設の努力の程度についての調査である（表A）。

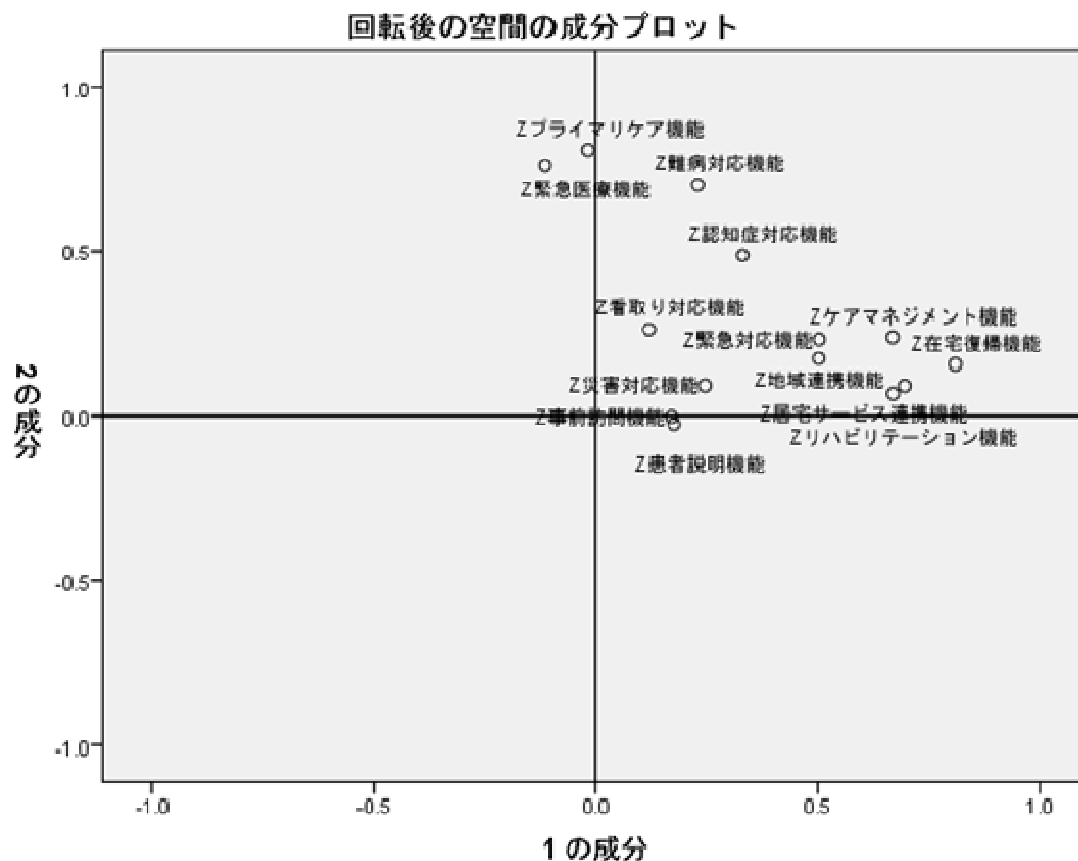
表A 今回の研究で作成した対応機能およびサービス機能の分類

対応機能	サービス機能
1. 在宅復帰機能	6. リハビリテーション機能
2. 認知症対応機能	7. プライマリケア機能
3. 看取り機能	8. 緊急医療対応機能
4. 難病対応機能	9. 災害対応機能
5. 緊急対応機能	10. 地域連携機能
	11. 利用者説明機能
	12. ケアマネジメント機能
	13. 事前訪問機能

在宅復帰機能は老健施設の主要な機能である。しかし、在宅復帰率が高いと重度者の割合や認知症の割合が減る傾向が認められた。このことは、老健施設の「多機能」は、一方の指標（例えば在宅復帰機能）が高くなると他の指標（例えば重度者あるいは認知症）が低くなる、すなわちこれらは別の方向を向いていると考えられる。また、各機能の成分を主成分分析を用いて検討すると、いくつかの軸がわかる。2次元で表現すると、第一成分は在宅復帰が強く、第二成分はプライマリケア等の医療に対応した機能と考えられる（図A）。また、この他「難病対応機能」、「地域ニーズ対応機能」、「看取り機能」とも言うべき軸が抽出されている。

したがって、現在中心とみなされている「在宅復帰」機能以外に、それと異なるベクトルを持つと考えられる「認知症および難病対応機能」や「看取り対応機能」についても評価されるべきものがある。

図A



さらにこれら諸機能の回帰分析を行うと、以下のような結果が得られた（表 B）。在宅復帰機能はリハビリテーション、居宅サービスとの連携、ケアマネジメントおよび緊急対応と関係が深い。また、認知症対応機能は難病対応機能、リハビリテーション、地域連携、プライマリケア、緊急対応と関係が深く、難病対応機能は在宅復帰機能、認知症対応機能、看取り機能、緊急対応・緊急医療、プライマリケアと関係が深い。さらに、看取り機能は、難病対応機能、ケアマネジメントと関係が深い。

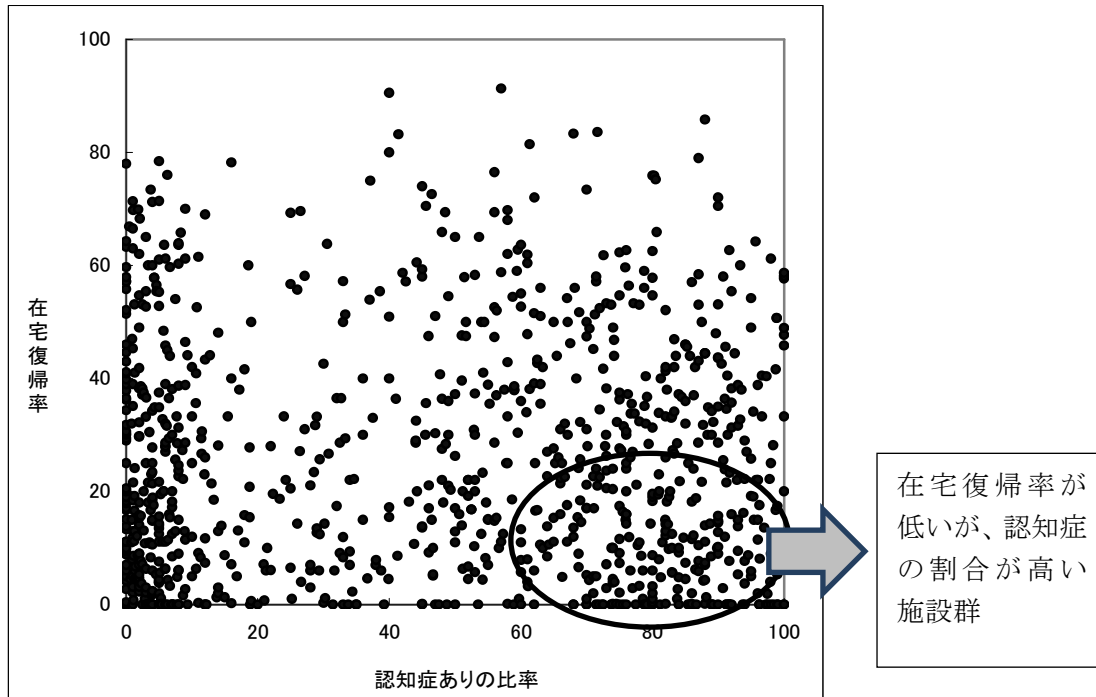
この結果は、老健施設の機能は主機能をどこに据えるかということで、関連機能やそれを支えるサービス機能が変わってくることを示している。そして、その主機能は、どのような利用者があるかに大きく依存しているものである。

表 B 対応機能とサービス機能の関係

	対応機能					サービス機能					
	在宅復帰機能	認知症対応機能	看取り機能	難病対応機能	緊急対応機能	リハビリテーション	居宅サービスとの連携	ケアマネジメント	地域連携	プライマリケア	緊急医療
在宅復帰機能					+	+	+	+			
認知症対応機能				+	+	+			+	+	+
看取り機能				+				+			
難病対応機能	+	+	+		+					+	+
緊急対応機能	+	+		+					+		

一方アウトカム指標を用いた散布図（図B）を見ると、在宅復帰率は低いが認知症入所者割合の高い施設が相当数あり、同様に胃瘻・経管栄養ありの入所者割合の高い施設も少なくない。また、在宅復帰率は低いが難病ありの入所者割合の高い施設や看取り（死亡退所者）割合の高い施設が一定数ある。現実的には在宅復帰対応以外に認知症対応・難病対応・看取り対応を行っている施設があることを示している。

図B



なお、各機能の対応レベル（高・中・低の3区分）別の分析結果をみると、総じて、ある機能の対応レベルが高い施設はそのほかの機能の対応レベルも高い状況にある。特に「在宅復帰」と「リハビリテーション」は非常に相関が強く、「在宅復帰」と「緊急対応」・「地域連携」・「難病対応」なども相関が強い。主要な機能である「在宅復帰」の対応レベルの高い施設は、「リハビリテーション」はもちろん、「緊急対応」・「地域連携」・「難病対応」に対する対応レベルも高いという結果となっている。そのほか「地域連携」と「リハビリテーション」も相関が強い。

また、各機能の対応レベルとアウトカム指標との関係を見ると、

- ①在宅復帰対応レベルが高い施設ほど、在宅復帰率は高く、平均在所日数が短い。また、支援相談員数も多く、自宅復帰予定人数の割合も高い。訪問指導加算を算定した入所者数も多い状況にある。
- ②リハの対応レベルが高い施設ほど、リハビリテーション職員数は多く、リハビリテーション実施加算算定入所者数も多い。
- ③緊急対応レベルが高い施設ほど、家族都合による緊急（短期）入所利用希望件数と受け入れ件数が多い。
- ④認知症対応レベルが高い施設ほど、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）が激しくない認知症の管理、BPSDのコントロールへの対応レベルが高い。

という結果となっている。

次に、今後の投資分野に関する意向をみると、介護職の増員（51.2%）、看護職の増員（50.1%）など「人員への投資」意向は強いが、「ハードへの投資」（リハビリテーション機器の導入（9.9%）、施設の拡張（6.8%）、医療機器の導入（5.0%））はいずれも1割に満たず、「ケアマネジメントソフトへの投資」（R4システムの導入予定あり（14.6%）、R4以外のソフトの導入予定あり（5.1%））も少ない。介護職員、看護職員の不足が大きな課題となっていることを反映した結果となっている。

なお、老健施設の役割を果たす上で医師とスタッフのチームワークは重要な要素であるが、重回帰分析結果から判断すると、「医師のスタッフへの近さ」に関する評価とつながりの強い項目は、「家族への説明や対応方針の計画化（在宅復帰等）に十分協力してもらえる」、「利用者のケアに関する的確な指示が出されている」、「施設管理についての的確な指示が出されている」の3項目であり、これら3項目に対する評価が高まれば「医師のスタッフへの近さ」に対する評価も高まるという関係にある。

医師とスタッフのチームワーク強化のためには、医師は「施設管理への的確な指示」、「利用者のケアに関する的確な指示」、そして「家族への説明や対応方針の計画化への積極的な協力」に尽力する必要がある。

以上のことから、今回の調査では、老健施設が持っている様々な機能に焦点をあて、その相互関係およびそれを支える機能を検討した。今回の結果から、老健施設の「在宅復帰」以外の「認知症対応機能」「看取り対応機能」「難病対応機能」「緊急対応機能」に焦点を当ててそれぞれの関係を検討し、その相互関係を明らかにした。

在宅復帰が困難となっている老健施設には、認知症の割合が高い施設や重度者の割合が高い施設がかなり存在する。今後はこれらの施設機能を適切に評価する仕組みが求められると考えられた。

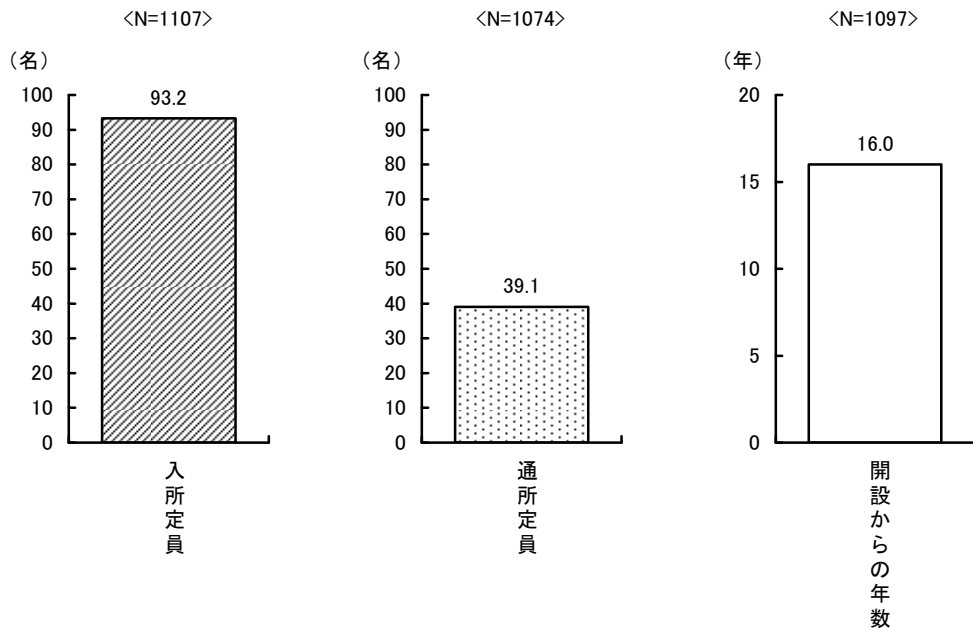
## ■ 調查結果

## 1. 施設属性

問 101. 入所定員、通所定員、開設からの年数

入所定員は平均「93.2名」、通所定員は平均「39.1名」、開設からの年数は平均「16.0年」となっている。

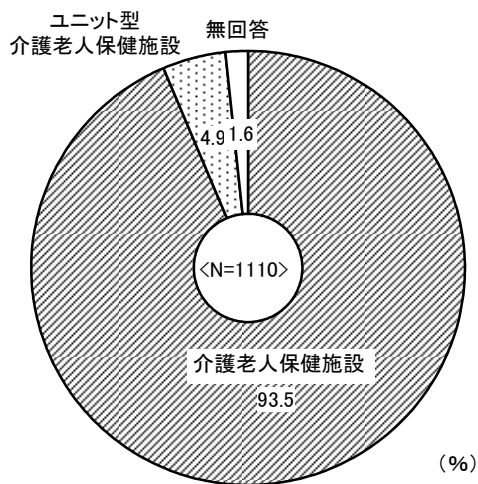
図 1. 平成 25 年 11 月 30 日現在の入所定員、通所定員、開設からの年数（平均）



問 102. 介護報酬上の届け出

「ユニット型介護老人保健施設」(4.9%)は少なく、「介護老人保健施設」(93.5%)がほとんどである。

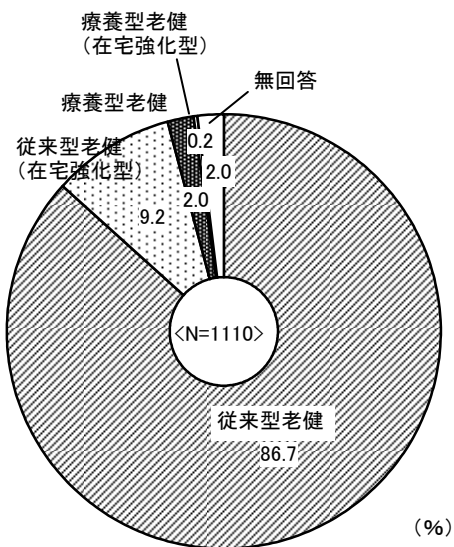
図 2. 平成 25 年 11 月 30 日現在の介護報酬上の届け出



問 103. 施設類型

「従来型老健」(86.7%)が大半を占めている。以下、「従来型老健(在宅強化型)」(9.2%)、「療養型老健」(2.0%)、「無回答」(2.0%)、「療養型老健(在宅強化型)」(0.2%)の順となっている。

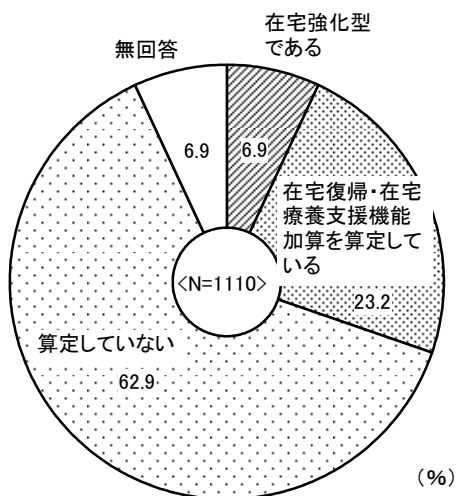
図 3. 平成 25 年 11 月 30 日現在の施設類型



問 104. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算

在宅復帰・自宅療養支援加算を「算定している」施設は2割強(23.2%)と少ない。「算定していない」(62.9%)および「在宅強化型である」(6.9%)を合わせると約7割の施設が“算定していない”状況となっている。なお、この設問に関しては「無回答」が約7%あった。

図 4. 平成 25 年 11 月 30 日現在の在宅復帰・在宅療養支援機能加算

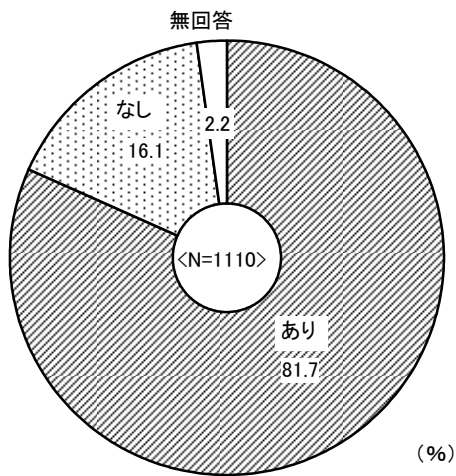




問 105. 平成 25 年 11 月 30 日現在の看護職の 24 時間配置

「あり」が8割強(81.7%)と多数を占め、「なし」は 16.1%である。

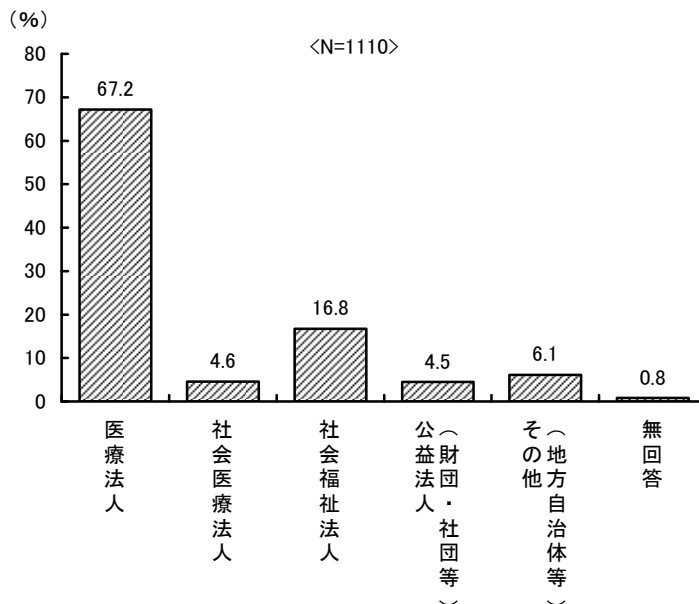
図 5. 看護職の 24 時間配置



問 106. 平成 25 年 11 月 30 日現在の開設主体

「医療法人」が全体の3分の2強(67.2%)と多く、次いで「社会福祉法人」(16.8%)が続く。以下、「その他(地方自治体等)」(6.1%)、「社会医療法人」(4.6%)、「公益法人(財団・社団等)」(4.5%)などの順。

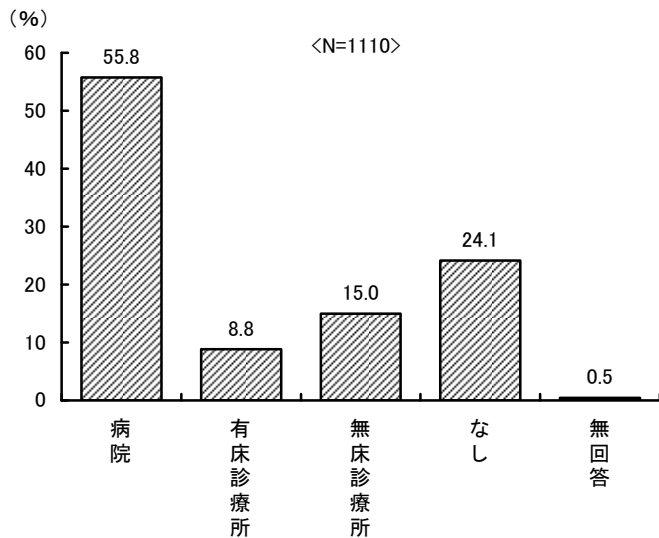
図 6. 開設主体



問 107. 併設・母体医療機関

「病院」(55.8%)が半数を超えて最も多く、以下「無床診療所」(15.0%)、「有床診療所」(8.8%)が続く。併設・母体医療機関が「なし」という施設も約4分の1(24.1%)を占める。

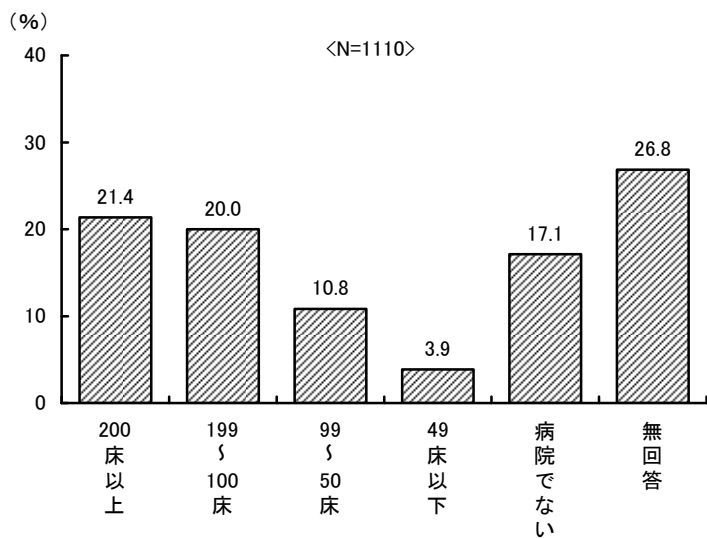
図 7. 平成 25 年 11 月 30 日現在の併設・母体医療機関 (複数回答)



問 108. 併設・母体が病院の場合の「病院の総病床数」

「200床以上」(21.4%)、「199～100床」(20.0%)がともに2割程度を占めて多く、次いで「99～50床」(10.8%)、「49床以下」(3.9%)といったより小さな規模が続く。また、「病院でない」も17.1%みられる。

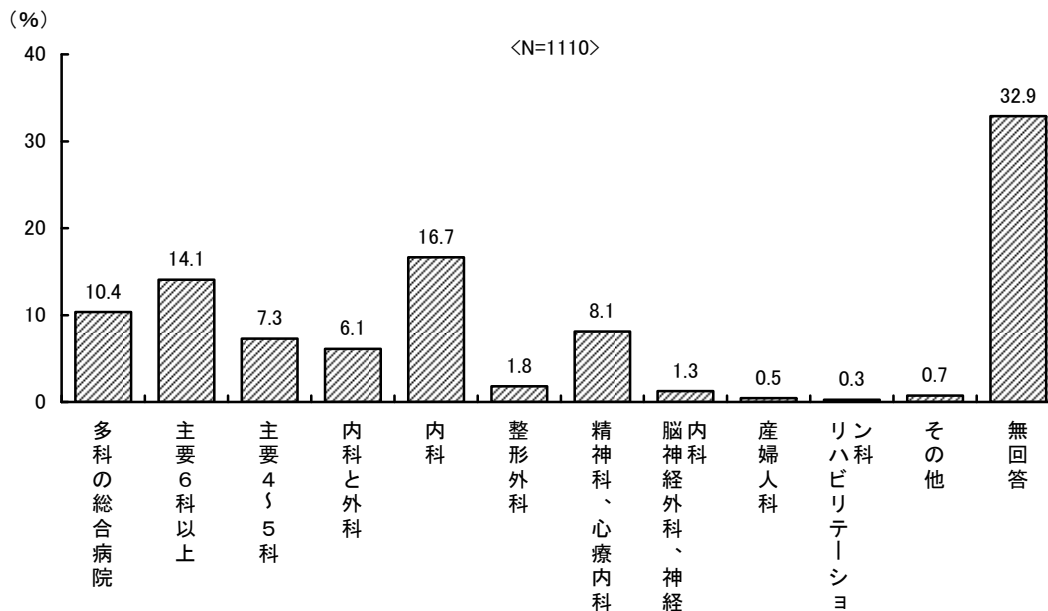
図 8. 平成 25 年 11 月 30 日現在の併設・母体が病院の場合の「病院の総病床数」



問 109. 上記病院の主な診療科目

「内科」(16.7%)、「主要6科以上」(14.1%)、「多科の総合病院」(10.4%)、「精神科、心療内科」(8.1%)、「主要4～5科」(7.3%)、「内科と外科」(6.1%)などの順となっている。

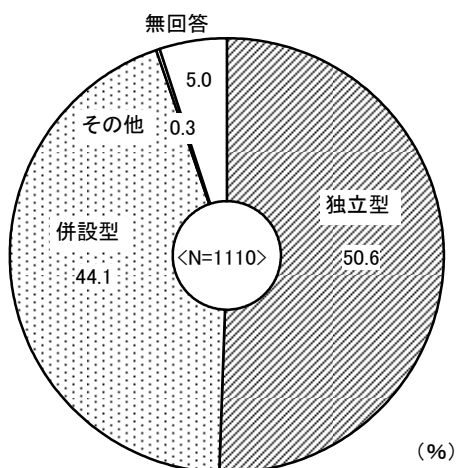
図 9. 平成 25 年 11 月 30 日現在の上記病院の主な診療科目



問 110. 設置形態

「独立型」(50.6%)の方が「併設型」(44.1%)よりもやや多い。

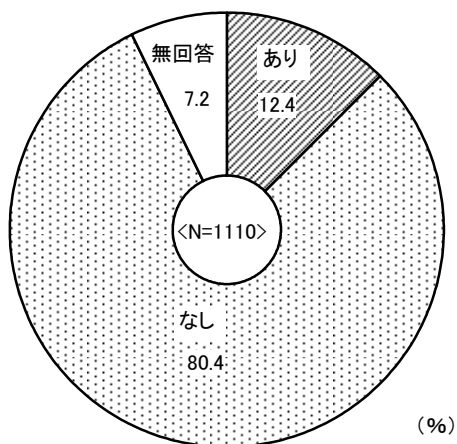
図 10. 平成 25 年 11 月 30 日現在の設置形態



問 111. 併設の歯科診療所や併設病院の歯科の有無

「なし」が約8割(80.4%)を占め、「あり」(12.4%)は1割程度にとどまる。

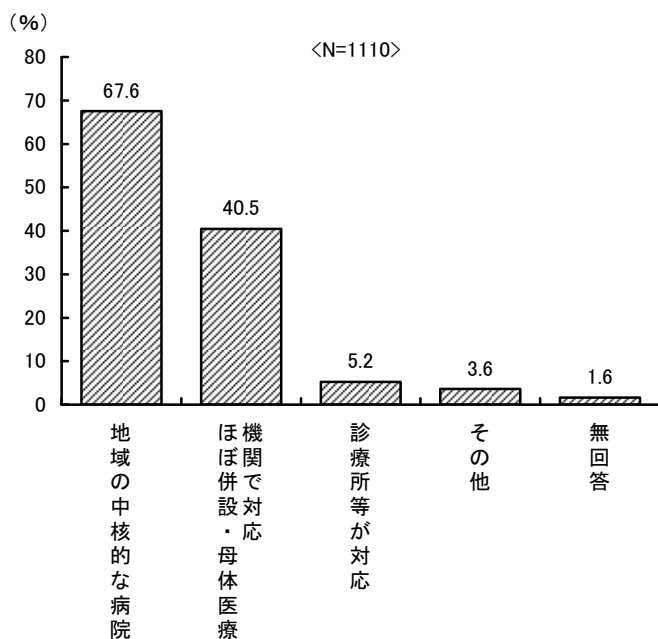
図 11. 平成 25 年 11 月 30 日現在の併設の歯科診療所や併設病院の歯科の有無



問 112. 協力医療機関

「地域の中核的な病院」が3分の2強(67.6%)と主になっており、「ほぼ併設・母体医療機関で対応」(40.5%)よりも多くなっている。「診療所等が対応」(5.2%)などは少ない。

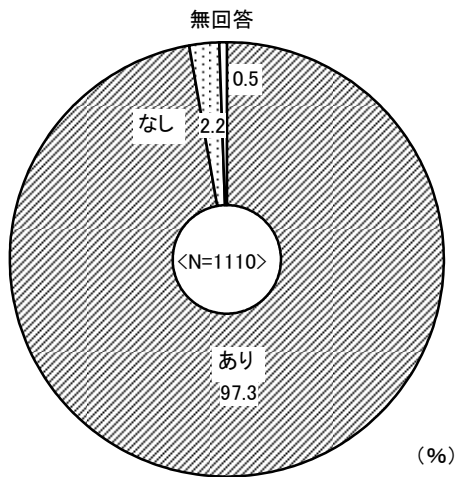
図 12. 平成 25 年 11 月 30 日現在の協力医療機関 (複数回答)



問 113. 協力歯科

「あり」(97.3%)が大半を占めている。

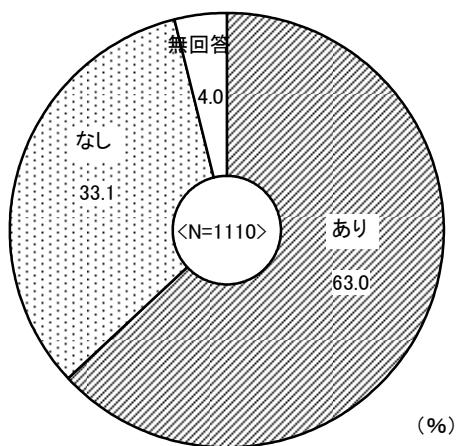
図 13. 平成 25 年 11 月 30 日現在の協力歯科



問 114. 協力歯科の定期的な訪問歯科診療

「あり」(63.0%)が6割台を占め、「なし」(33.1%)のほぼ2倍の割合となっている。

図 14. 平成 25 年 11 月 30 日現在の協力歯科の定期的な訪問歯科診療

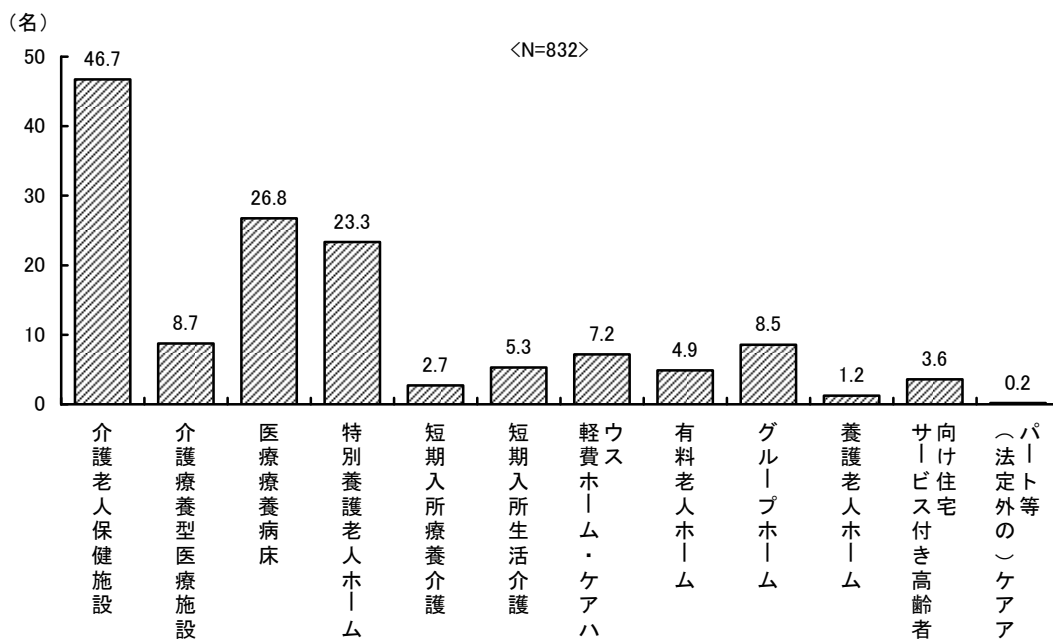


問 115. 併設・関連サービスの定数や有無

問 11501～11512. 定数

併設・関連サービスの【定数】については、「介護老人保健施設」(46.7名)が群を抜いて多く、次いで「医療療養病床」(26.8名)、「特別養護老人ホーム」(23.3名)が20名台で続いている。以下、「介護療養型医療施設」(8.7名)、「グループホーム」(8.5名)、「軽費ホーム・ケアハウス」(7.2名)などとなっている。

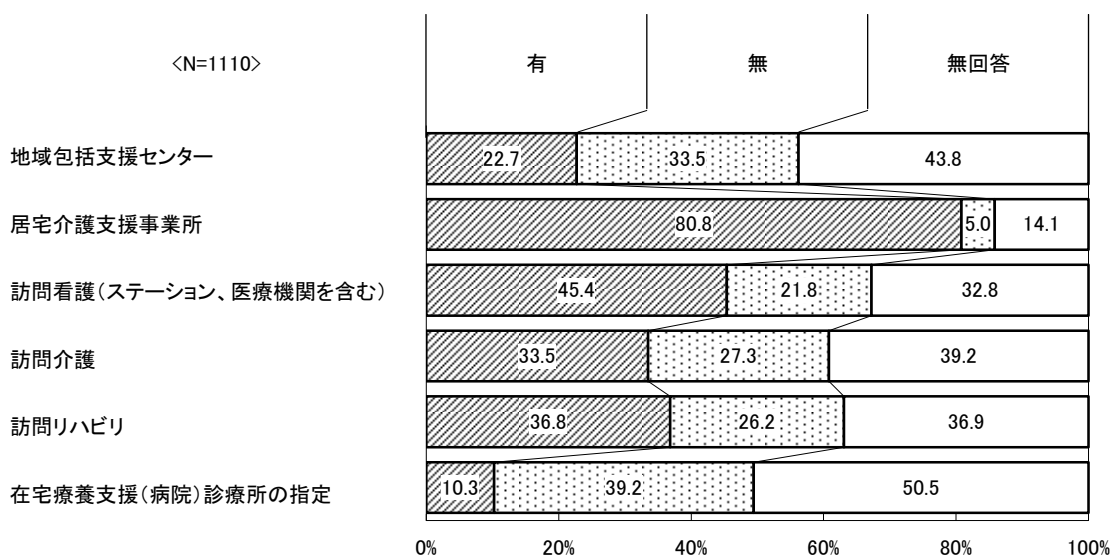
図 15. 平成 25 年 11 月 30 日現在の併設・関連サービスの定数 (平均 : 名)



問 11513～11518. 併設・関連サービスの有無

併設・関連サービスの【有無】については、「有」の割合が最も高いのは「居宅介護支援事業所」(80.8%)で8割を超えている。以下、「訪問看護(ステーション、医療機関を含む)」(45.4%)、「訪問リハビリ」(36.8%)、「訪問介護」(33.5%)、「地域包括支援センター」(22.7%)などの順で、「在宅療養支援(病院)診療所の指定」(10.3%)は1割ほどで最も少ない。

図 16. 平成 25 年 11 月 30 日現在の併設・関連サービスの有無



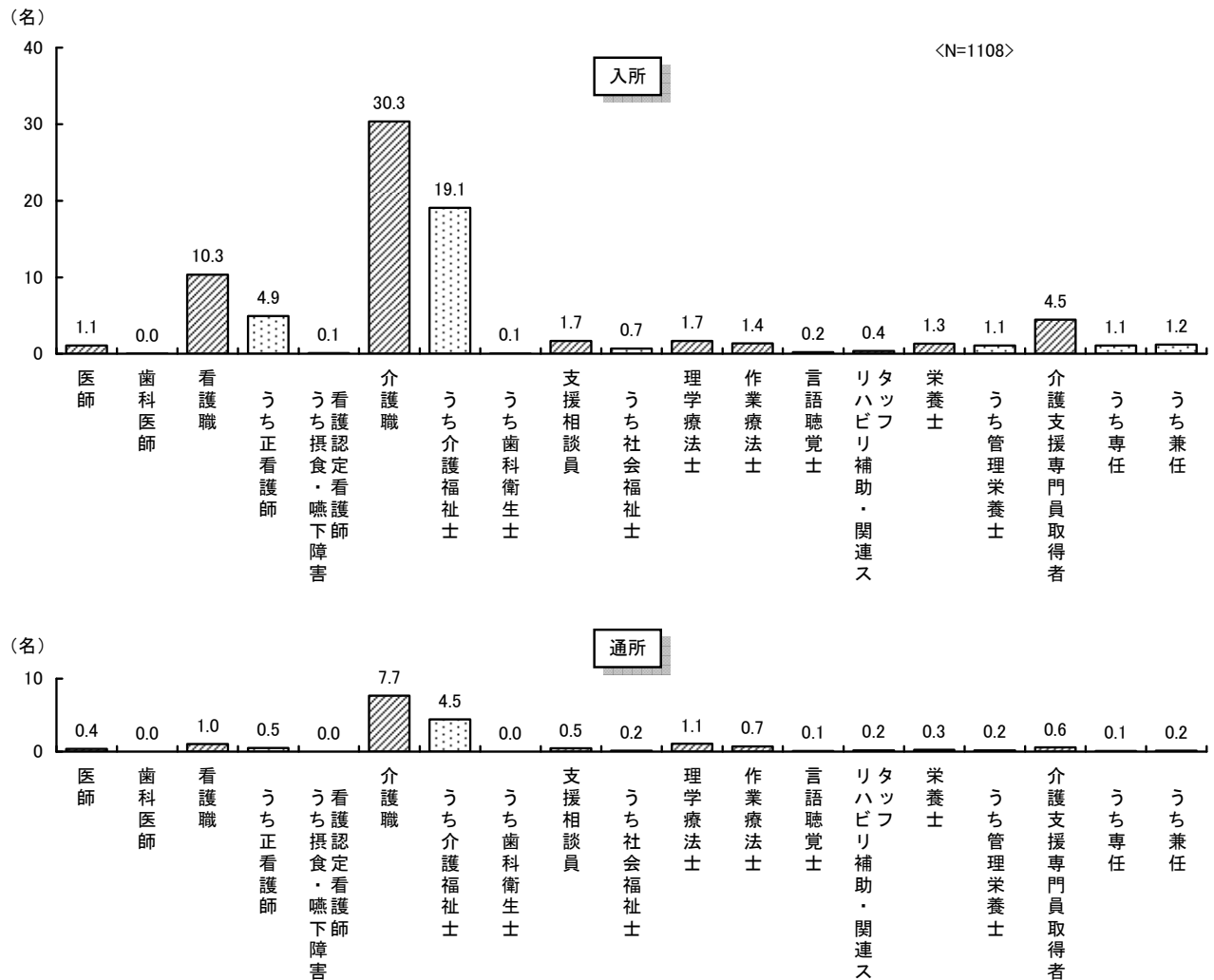
## 2. 施設のスタッフ、利用者動向

問2. 平成25年11月30日現在のスタッフ配置数（常勤換算）

【入所】では、「介護職」(30.3名)が30名以上で最も多く、その内訳としては「うち介護福祉士」(19.1名)が多い。次いで、「看護職」(10.3名)、「介護支援専門員取得者」(4.5名)などが多くなっている。

【通所】では、「介護職」(7.7名)がやはり最も多い。

図 17. 平成25年11月30日現在のスタッフ配置数（常勤換算）（平均：名）

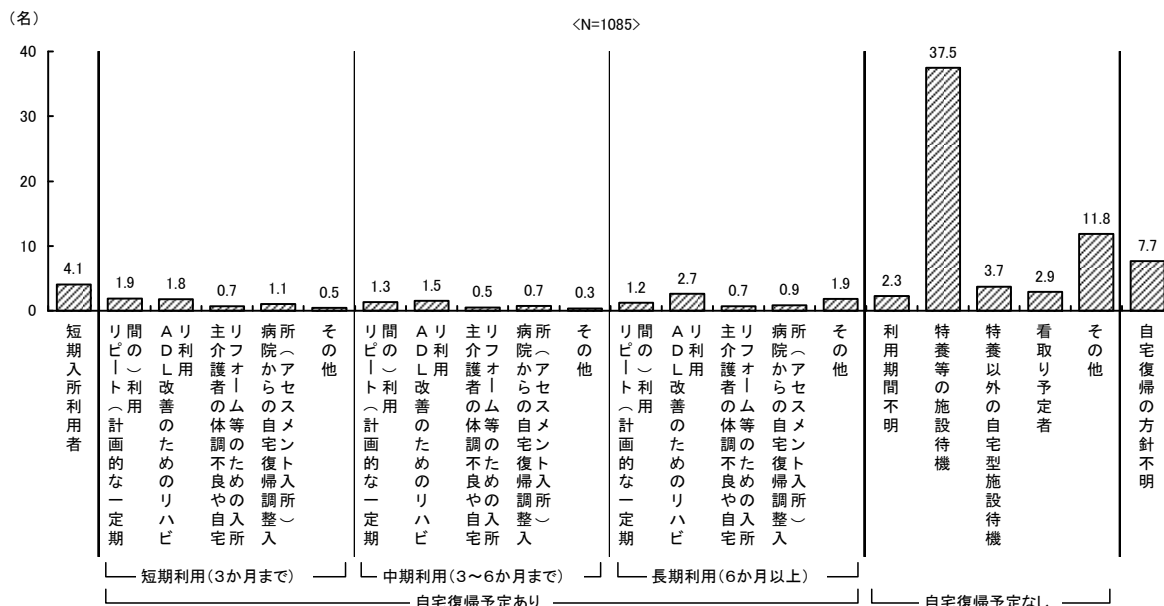


### 3. 利用者のベッド利用目的

問3. 平成25年11月30日正午時点の利用者のベッド利用目的

「特養等の施設待機」(37.5名)が群を抜いて多い。次いで、「その他」(11.8名)、「自宅復帰の方針不明」(7.7名)、「短期入所利用者」(4.1名)などが多くなっている。

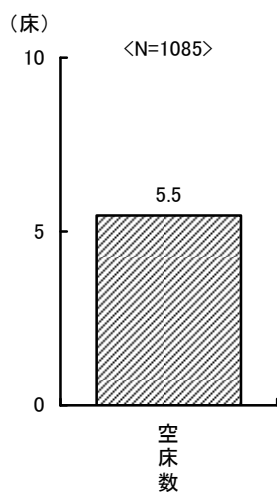
図18. 平成25年11月30日正午時点の利用者のベッド利用目的 (平均:名)



入所定員に対する割合 (%)	4.5	2.1	2.1	0.8	1.2	0.5	1.5	1.8	0.6	0.8	0.3	1.4	2.9	0.8	0.9	1.9	2.3	39.4	4.3	3.2	12.5	8.1
----------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----	------	-----

「空床数」は、平均「5.5床」となっており、入所定員に占める平均空床割合は5.9%である。

図19. 平成25年11月30日正午時点の空床数 (平均:床)



入所定員に対する割合 (%)	5.9
----------------	-----

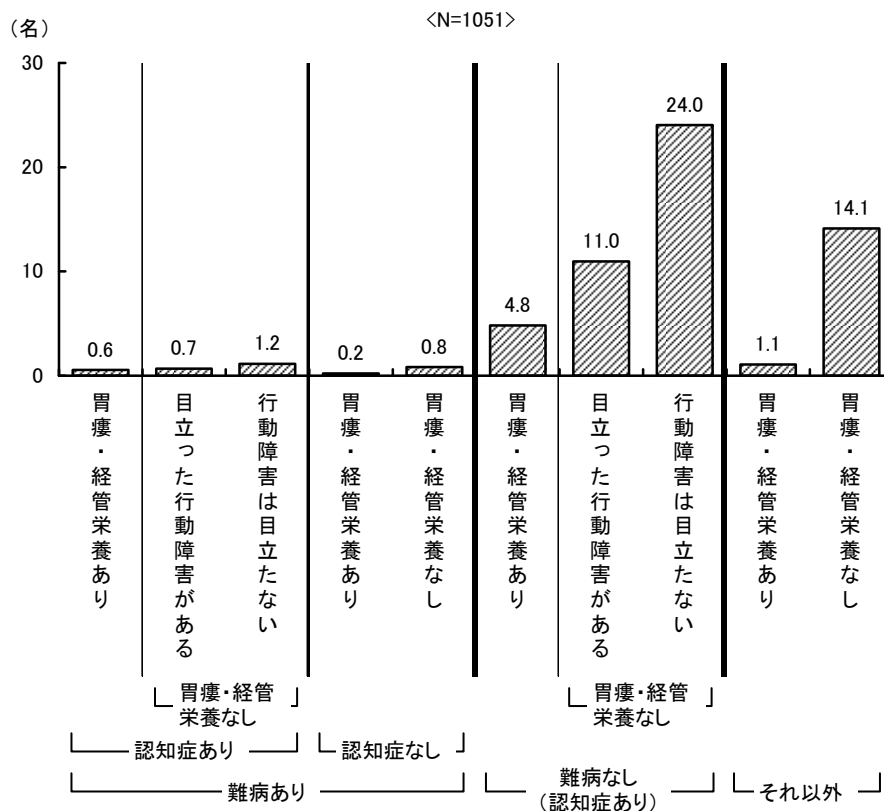


#### 4. 疾病区分および胃瘻・経管栄養の状態

##### 問4. 疾病区分および胃瘻・経管栄養の状態

- ・大区分では、「難病なし(認知症あり)」が多く、次いで「それ以外」もやや多い。「難病あり」は総じて少ない。
- ・「難病なし(認知症あり)」の中では、「胃瘻・経管栄養あり」は 4.8 名で、「胃瘻・経管栄養なし」(35.0 名)が大半を占める。その内訳は、「目立った行動障害がある」(11.0 名)よりも「行動障害は目立たない」(24.0 名)の方が多い。

図 20. 平成 25 年 11 月 30 日正午時点の疾病区分および胃瘻・経管栄養の状態 (平均: 名)



入所定員に対する割合(%)	0.6	0.7	1.3	0.2	0.9	5.4	11.6	26.2	1.1	14.7
---------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	-----	------

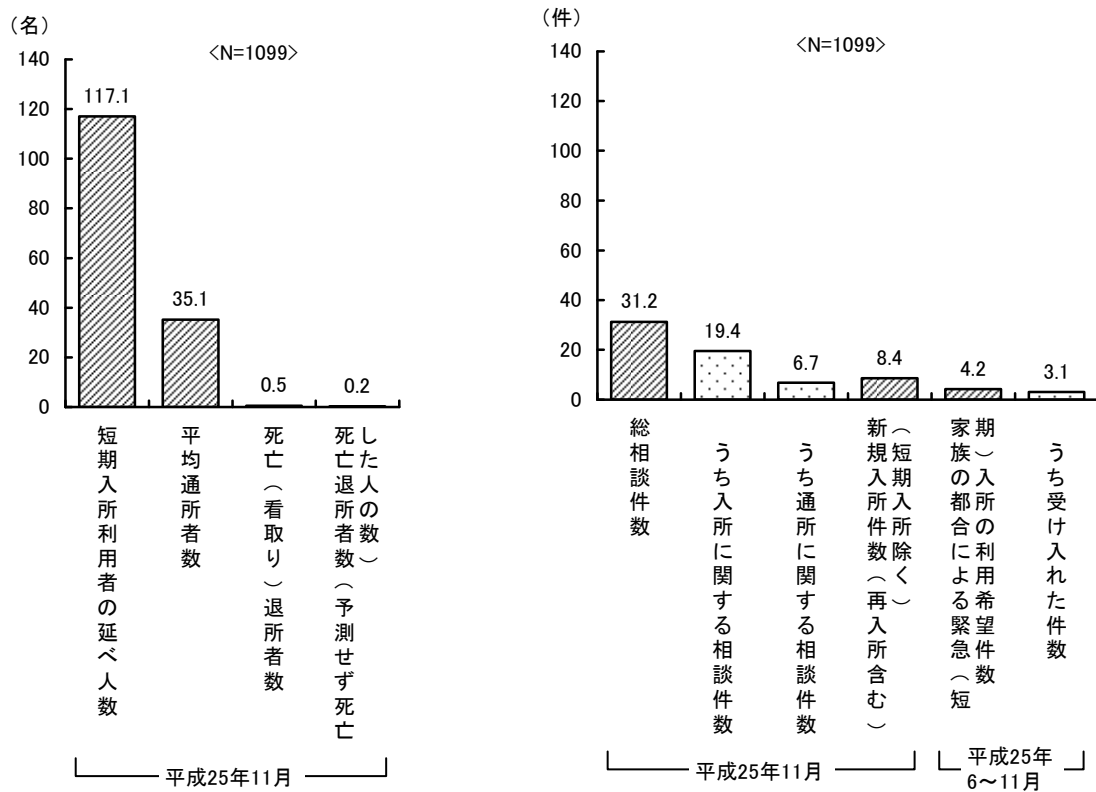
## 5. 自施設における利用者の動向等

### 問5. 自施設における利用者の動向等

人数に関わる項目をみると、平成25年11月の「短期入所利用者の延べ人数」は117.1名、「平均通所者数」は35.1名、平成25年11月の「死亡(看取り)退所者数」は0.5名、「死亡退所者数(予測せず死亡した人の数)」は0.2名となっている。

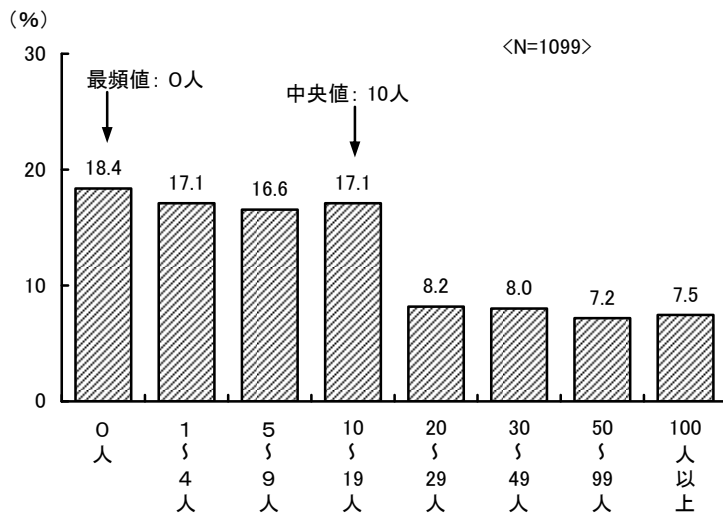
件数に関わる項目は、平成25年11月の「総相談件数」は31.2件、「うち入所に関する相談件数」は19.4件、「うち通所に関する相談件数」は6.7件、「新規入所件数(再入所含む)(短期入所除く)」は8.4件、平成25年6～11月の「家族の都合による緊急(短期)入所の利用希望件数」は4.2件、「うち受け入れた件数」3.1件となっている。

図 21. 自施設における利用者の動向等 (平均)



平成 25 年 11 月 30 日現在の「入所待ち人数」は、「0人」(18.4%)が2割近くを占め、以下「1～4人」(17.1%)、「5～9人」(16.6%)、「10～19人」(17.1%)などの順となっている。中央値は「10人」である。

図 22. 平成 25 年 11 月 30 日現在の入所待ち人数

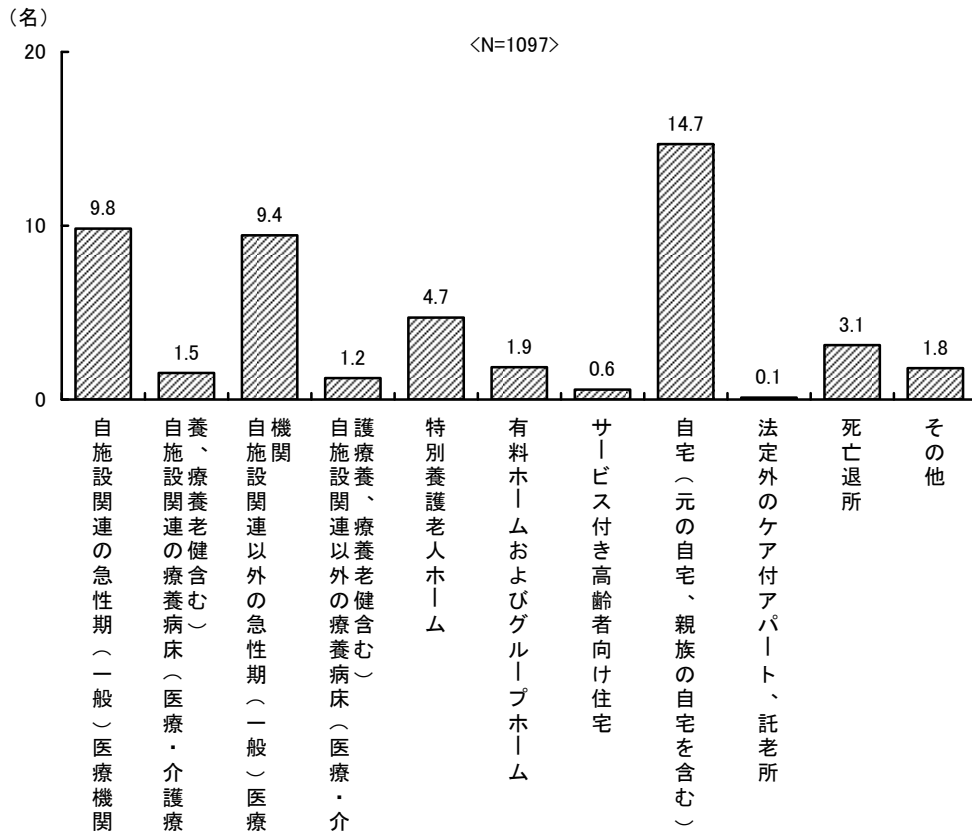


## 6. 退所先等の状況

問6. 平成25年6月1日～11月30日までの退所先等の状況

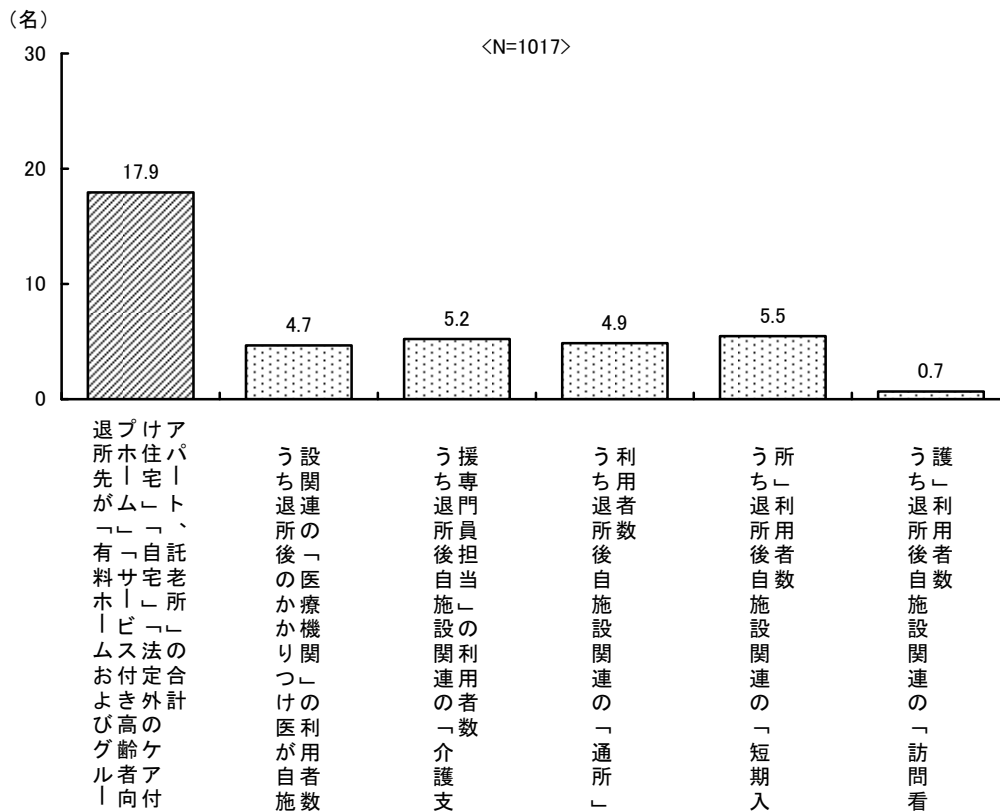
「自宅(元の自宅、親族の自宅を含む)」(14.7名)が最も多く、次いで「自施設関連の急性期(一般)医療機関」(9.8名)、「自施設関連以外の急性期(一般)医療機関」(9.4名)、「特別養護老人ホーム」(4.7名)などの順となっている。

図 23. 平成25年6月1日～11月30日までの退所先等の状況 (平均:名)



「退所先が『有料ホームおよびグループホーム』『サービス付き高齢者向け住宅』『自宅』『法定外のケア付アパート、託老所』の“合計”は17.9名で、その内訳は、「うち退所後のかかりつけ医が自施設関連の『医療機関』の利用者数」(4.7名)、「うち退所後自施設関連の『介護支援専門員担当』の利用者数」(5.2名)、「うち退所後自施設関連の『通所』利用者数」(4.9名)、「うち退所後自施設関連の『短期入所』利用者数」(5.5名)などがいずれも5名前後でほぼ同数となっている。

図 24. 平成 25 年 6 月 1 日～11 月 30 日までの退所先が「有料ホームおよびグループホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」「自宅」「法定外のケア付アパート、託老所」の計と内訳（平均：名）

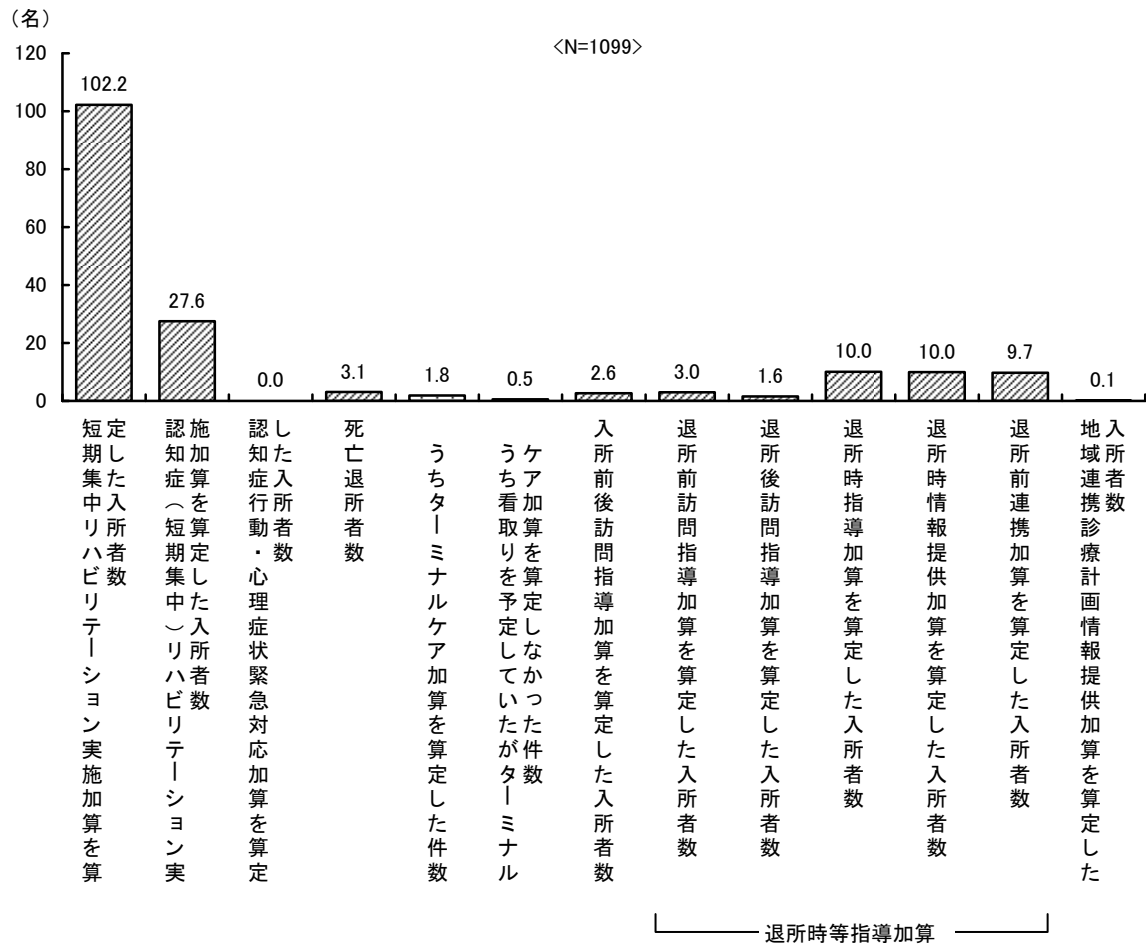


## 7. 「加算算定」等の状況（短期入所を除く）

問7. 「加算算定」等の状況（短期入所を除く）

「短期集中リハビリテーション実施加算を算定した入所者数(実人数)」が 102.2 名、「認知症(短期集中)リハビリテーション実施加算を算定した入所者数(実人数)」が 27.6 名などとなっている。

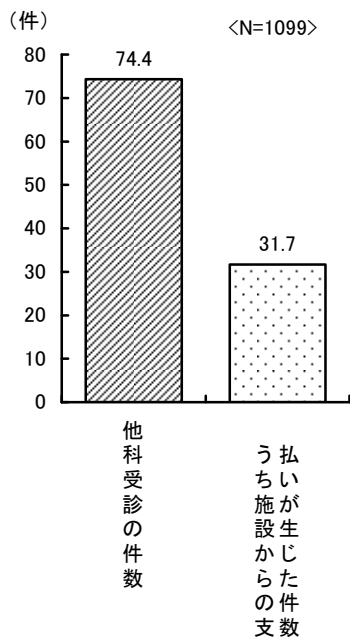
図 25. 平成 25 年 6 月 1 日～11 月 30 日までの「加算算定」等の状況（短期入所を除く）（平均：名、件）



「他科受診の件数」は 74.4 件、「うち施設からの支払いが生じた件数」は 31.7 件となっている。

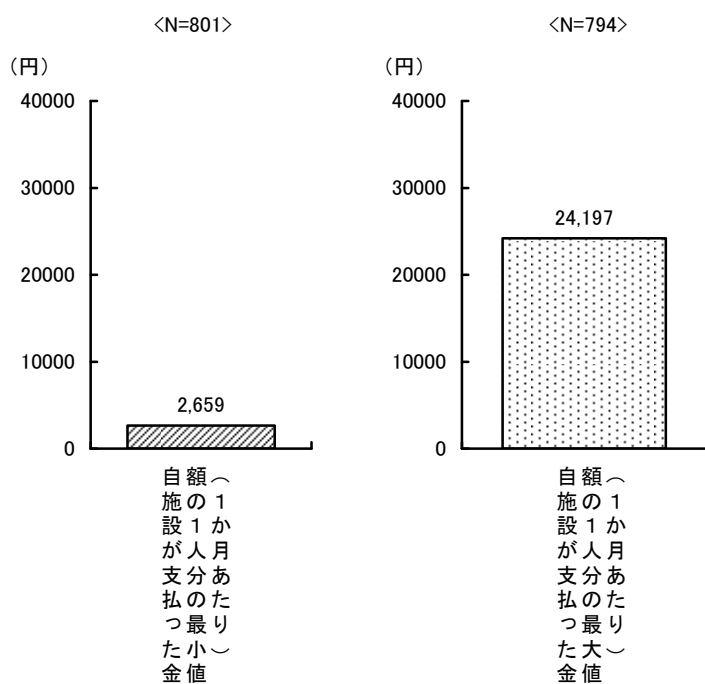
図 26. 平成 25 年 6 月 1 日～11 月 30 日までの他科受診の件数と、そのうち施設からの支払いが生じた件数

(平均 : 件)



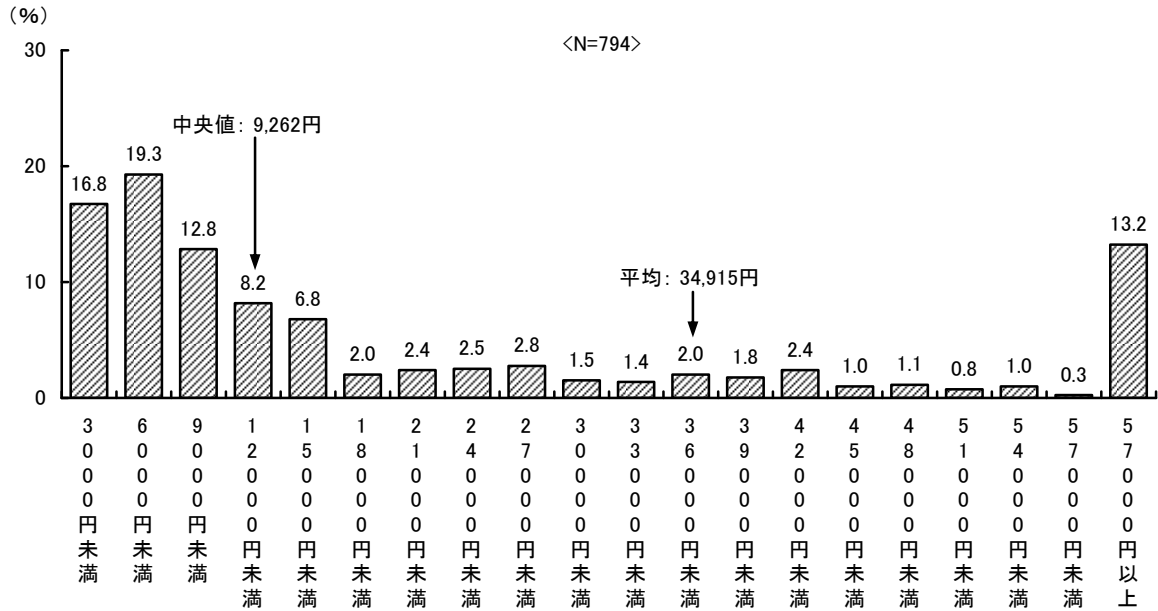
施設からの支払いが生じたものの金額をみると、「自施設が支払った金額の1人分の最小値(1か月あたり)」が 2,659 円、「自施設が支払った金額の1人分の最大値(1か月あたり)」が 24,197 円となっている。

図 27. 平成 25 年 6 月 1 日～11 月 30 日までの自施設が払った金額 (平均 : 円)



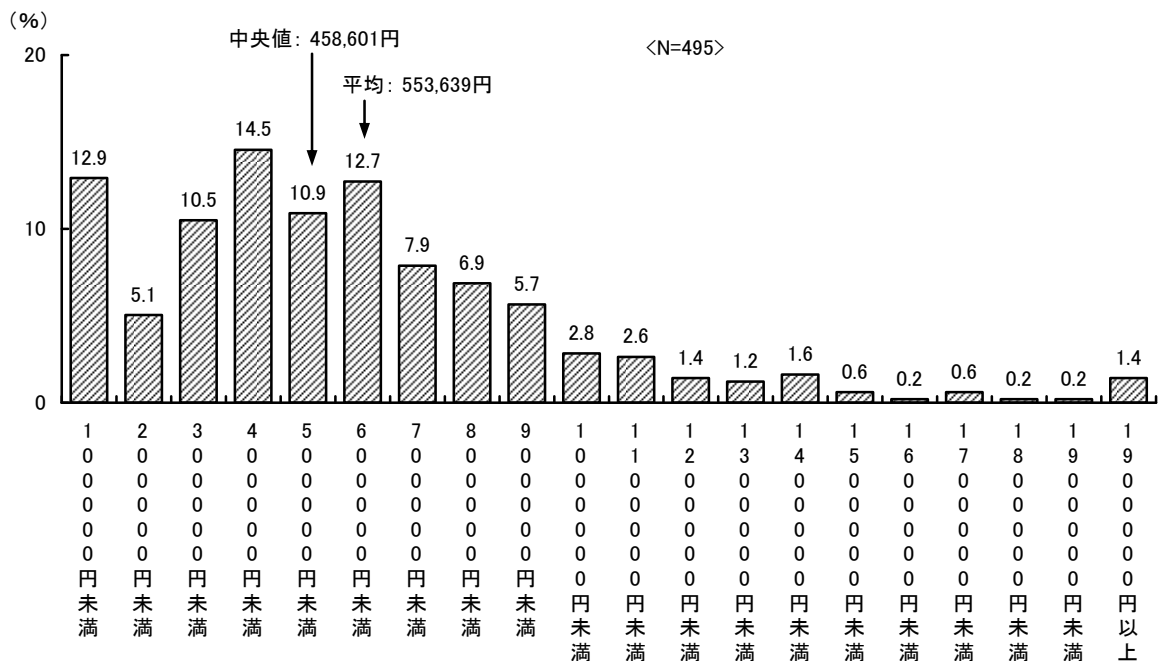
自施設が支払った金額の1か月あたり平均値の分布をみると、「3,000 円未満」(16.8%)、「6,000 円未満」(19.3%)、「9,000 円未満」(12.8%)あたりが多いが、「57,000 円以上」(13.2%)も1割以上みられる。平均は「34,915 円」、中央値は「9,262 円」となっている。

図 28. 平成 25 年 6 月 1 日～11 月 30 日までの自施設が払った金額の平均値（1 か月あたり）



平成 25 年 11 月分として帳簿に計上されている合計の薬剤費の分布をみると、「400,000 円未満」(14.5%)、「100,000 円未満」(12.9%)、「600,000 円未満」(12.7%)などが多く、平均は「553,639 円」、中央値は「458,601 円」である。

図 29. 平成 25 年 11 月分として帳簿に計上されている合計の薬剤費



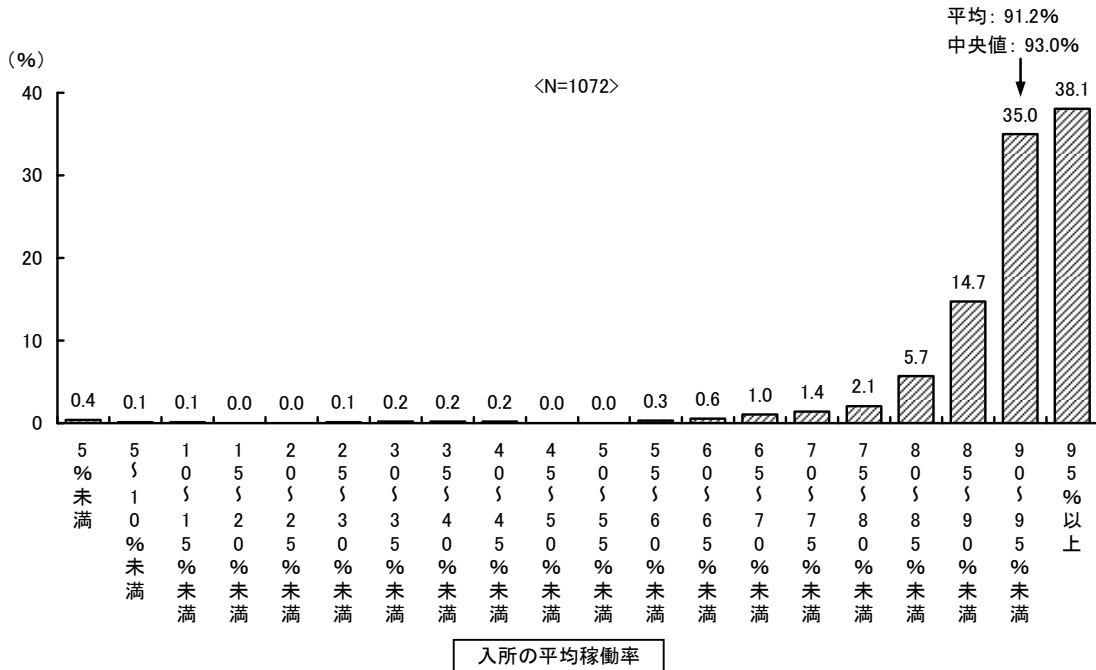


## 8. 施設の稼働率等

### 問 801. 入所（短期入所除く）の平均稼働率

平成 25 年 6 月から 11 月の「入所(短期入所除く)の平均稼働率」は、「90～95%未満」(35.0%)、「95%以上」(38.1%)が大半を占める。平均は「91.2%」、中央値は「93.0%」となっている。

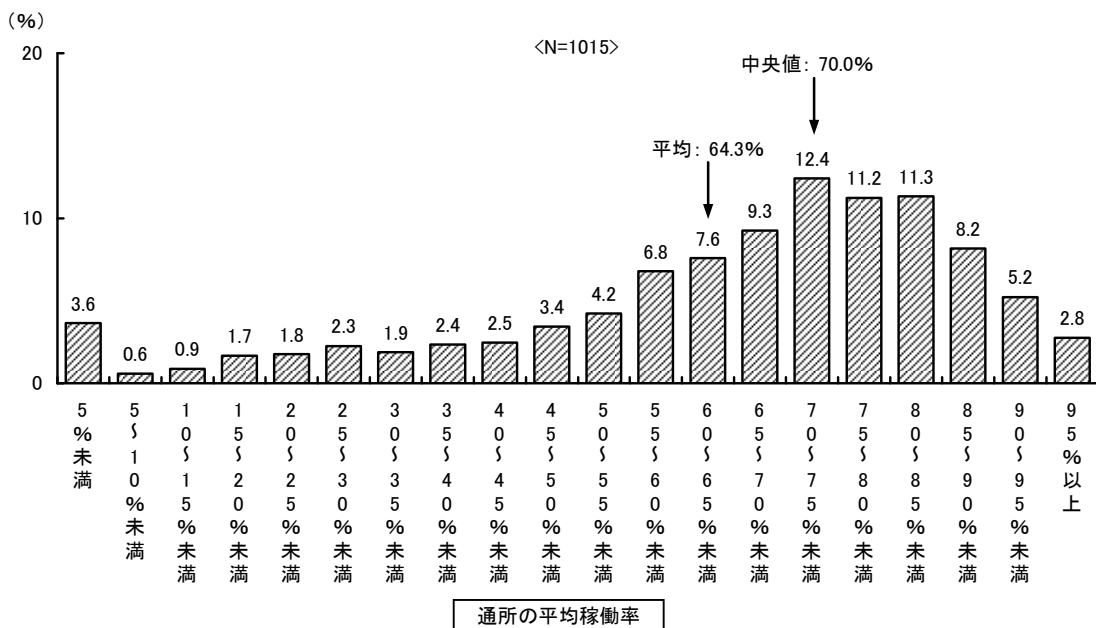
図 30. 平成 25 年 6 月から 11 月の「入所（短期入所除く）の平均稼働率」



### 問 802. 通所の平均稼働率

平成 25 年 6 月から 11 月の「入所(短期入所除く)の「通所の平均稼働率」は、「70～75%未満」(12.4%)、「75～80%未満」(11.2%)、「80～85%未満」(11.3%)くらいがピークだが、平均は「64.3%」、中央値は「70.0%」となっている。

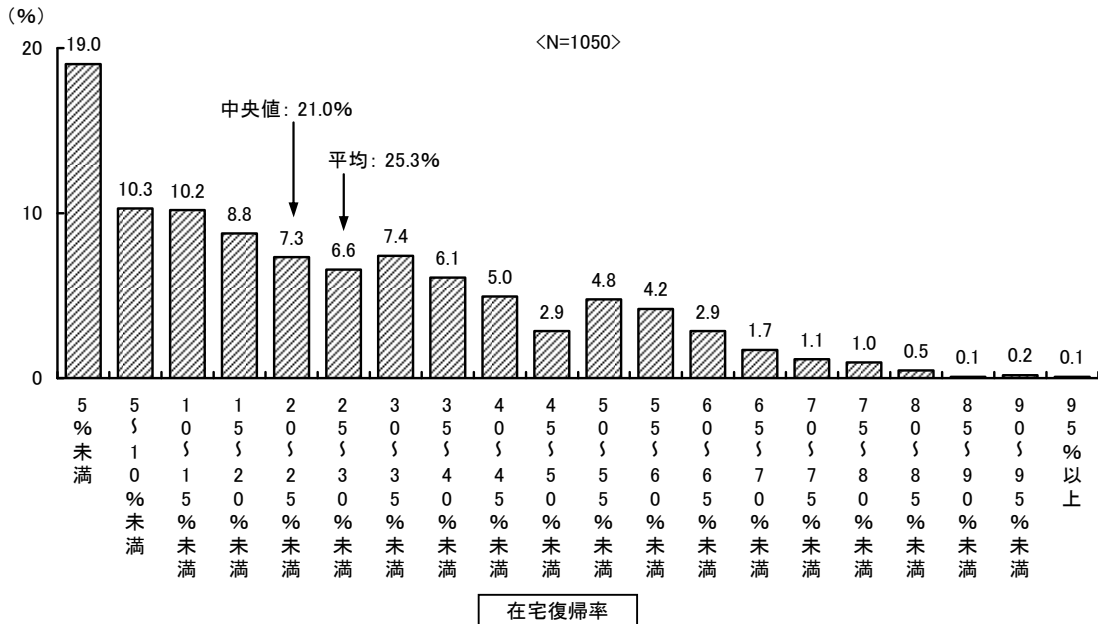
図 31. 平成 25 年 6 月から 11 月の「通所の平均稼働率」



問 803. 在宅復帰率

平成 25 年 12 月 1 日時点の「在宅復帰率」(平成 25 年 6 月から 11 月までで計算)は、「5%未満」(19.0%)にピークがあり、以下「10%未満」(10.3%)、「15%未満」(10.2%)が1割強。平均は「25.3%」、中央値は「21.0%」となっている。

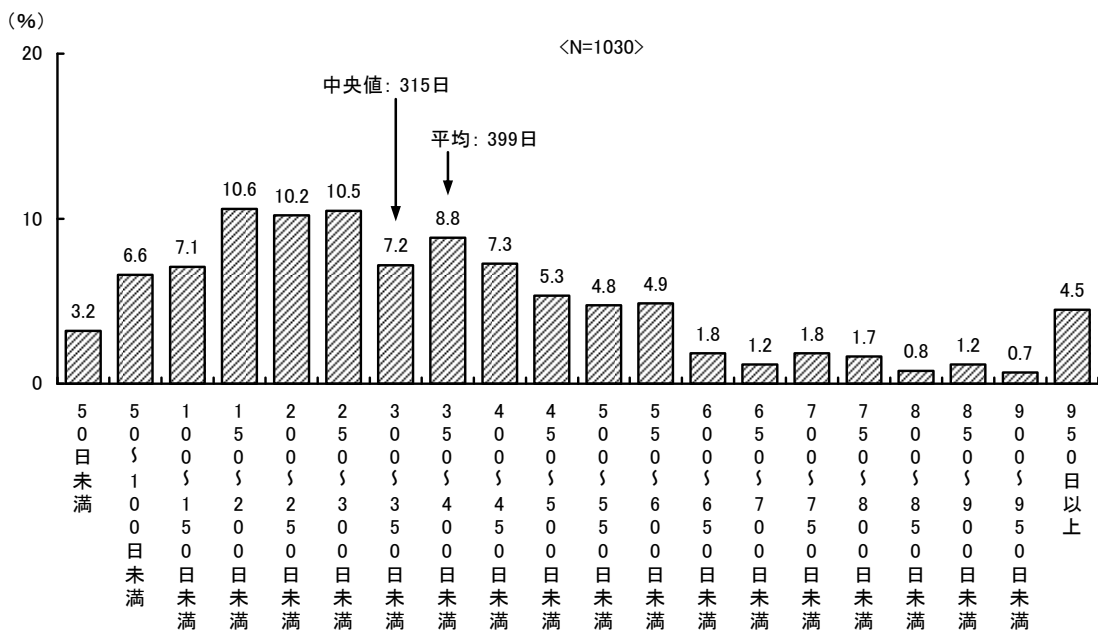
図 32. 平成 25 年 12 月 1 日時点の「在宅復帰率」(平成 25 年 6 月から 11 月までで計算)



問 804. 平均在所日数

平成 25 年 12 月 1 日時点の「平均在所日数」(平成 25 年 6 月から 11 月までで計算)は、「150~200日未満」(10.6%)、「200~250日未満」(10.2%)、「250~300日未満」(10.5%)あたりがピークだが、平均は「399日」、中央値は「315日」となっている。

図 33. 平成 25 年 12 月 1 日時点の「平均在所日数」(平成 25 年 6 月から 11 月までで計算)

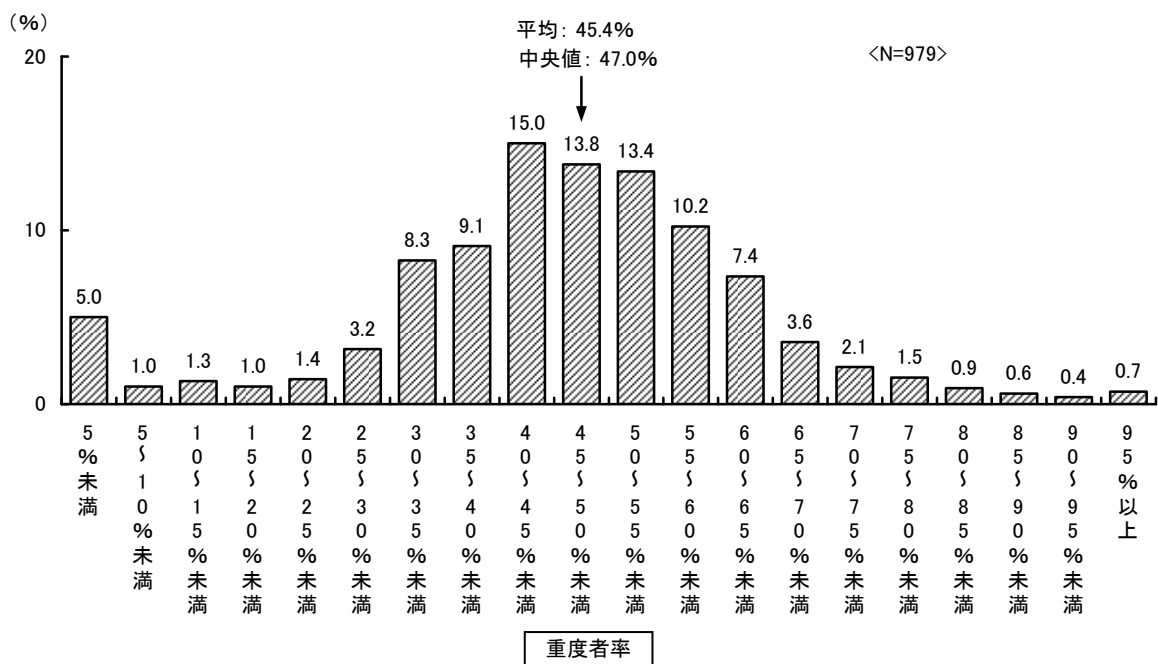


問 805. 重度者率

平成 25 年 6 月から 11 月の「重度者率※」は「40～45%未満」(15.0%)、「45～50%未満」(13.8%)、「50～55%未満」(13.4%)、「55～60%未満」(10.2%)くらいが多く、平均「45.4%」、中央値「47.0%」となっている。

※重度者: 次の①～③のいずれかを満たす者 ①要介護 4～5、②喀痰吸引実施、③経管栄養実施

図 34. 平成 25 年 12 月 1 日時点の「重度者率」(平成 25 年 6 月から 11 月までで計算)

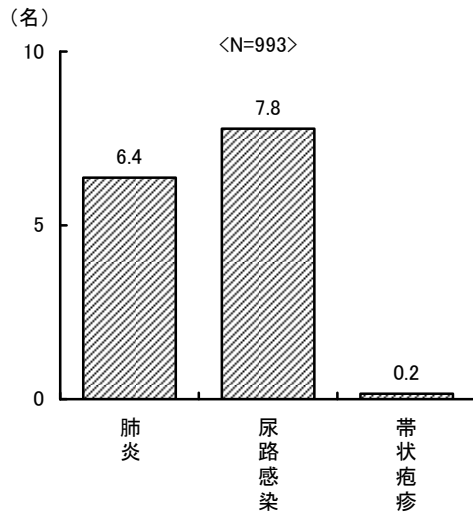


## 9. 所定疾患施設療養費について

### 問9. 所定疾患施設療養費について

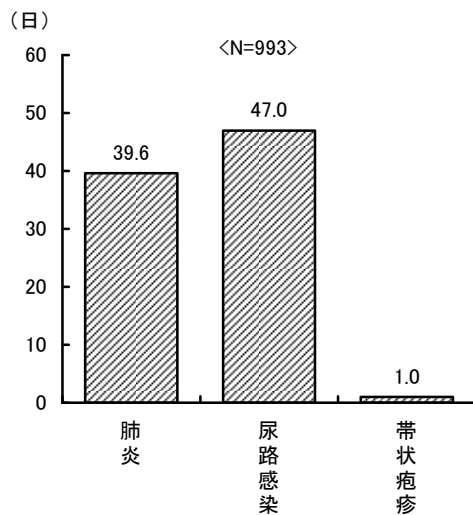
平成25年6月1日～11月30日の所定疾患施設療養費の算定状況の実人数は「肺炎」6.4名、「尿路感染」7.8名、「带状疱疹」0.2名となっている。

図35. 平成25年6月1日～11月30日の所定疾患施設療養費の算定状況（実人数）（平均：名）



算定延べ日数は、「肺炎」39.6日、「尿路感染」47.0日、「带状疱疹」1.0日となっている。

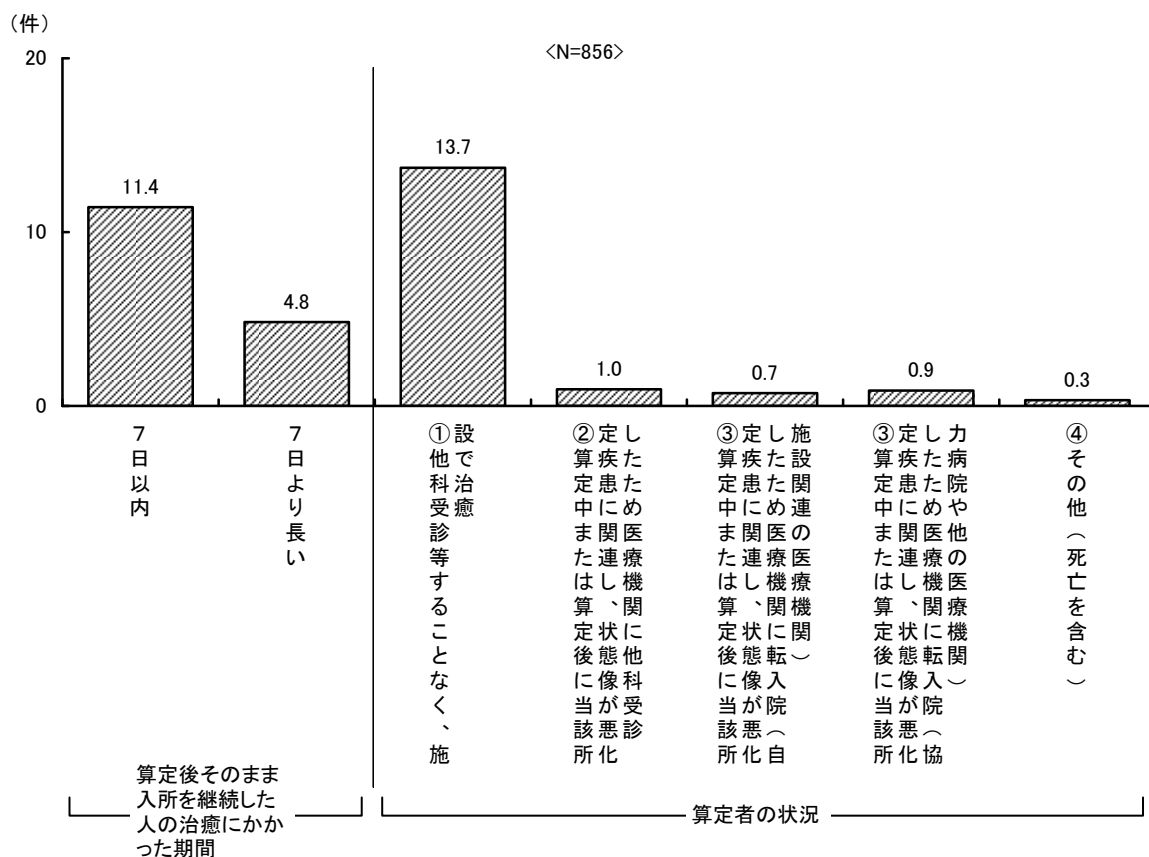
図36. 平成25年6月1日～11月30日の所定疾患施設療養費の算定状況（算定延べ日数）（平均：日）



算定後そのまま入所を継続した人の治癒にかかった期間は、「7日以内」(11.4 件)が多く、「7日より長い」(4.8 件)は少ない。

算定者の状況は、「①他科受診等することなく、施設で治癒」(13.7 件)が突出して多く、以下「②算定中または算定後に当該所定疾患に関連し、状態像が悪化したため医療機関に他科受診」(1.0 件)、「③算定中または算定後に当該所定疾患に関連し、状態像が悪化したため医療機関に転入院(自施設関連の医療機関)」(0.7 件)、「④算定中または算定後に当該所定疾患に関連し、状態像が悪化したため医療機関に転入院(協力病院や他の医療機関)」(0.9 件)、「④その他(死亡を含む)」(0.3 件)となっている。

図 37. 平成 25 年 6 月 1 日～11 月 30 日の所定疾患施設療養費の算定者について (平均 : 件)

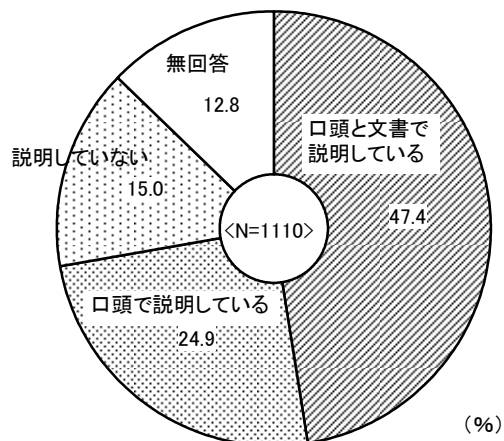


## 10. 所定疾患施設療養費算定のプロセス等について

問 1001. 利用者の初回入所時に所定疾患施設療養費の算定・対応について説明をしているか

説明については、「口頭と文書で説明している」(47.4%)が半数近くを占め、次いで「口頭で説明している」(24.9%)がその半数程度で続き、「説明していない」は 15.0%となっている。

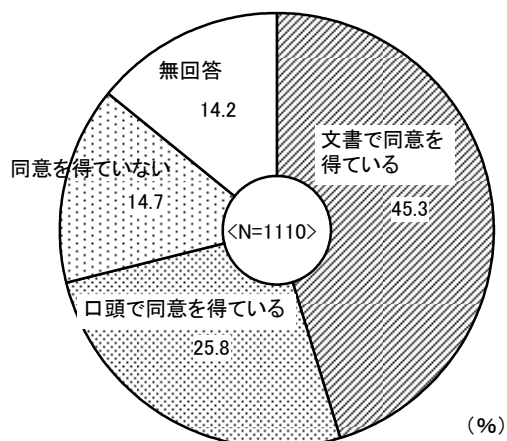
図 38. 利用者の初回入所時に所定疾患施設療養費の算定・対応について説明をしているか



問 1002. 利用者の初回入所時に所定疾患施設療養費の算定・対応について同意を得ているか

同意については、「文書で同意を得ている」(45.3%)が半数近く、「口頭で同意を得ている」(25.8%)が4分の1、「同意を得ていない」は 14.7%となっている。

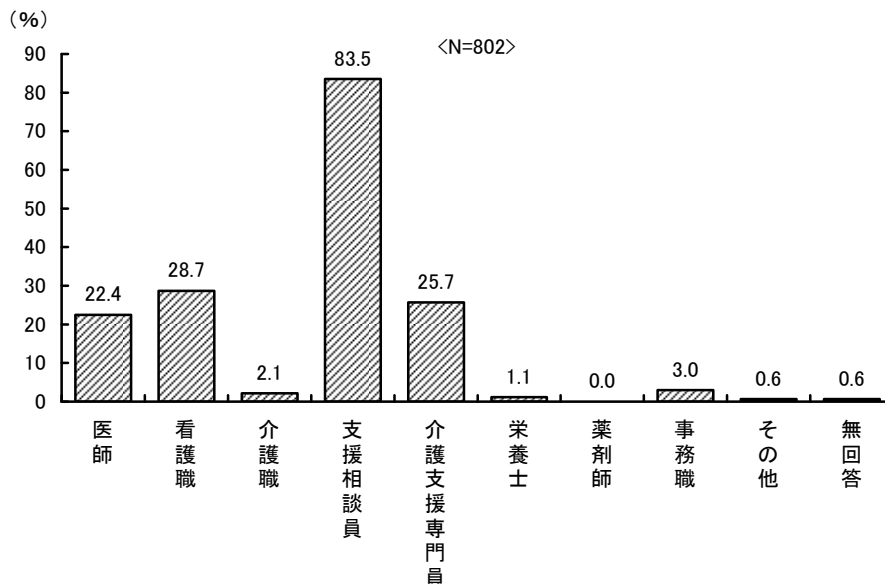
図 39. 利用者の初回入所時に所定疾患施設療養費の算定・対応について同意を得ているか



問 1003. その際説明を行っている職種

その際説明を行っている職種は、「支援相談員」が8割強(83.5%)で突出して多く、次いで「看護職」(28.7%)、「介護支援専門員」(25.7%)、「医師」(22.4%)がそれぞれ2割台となっている。

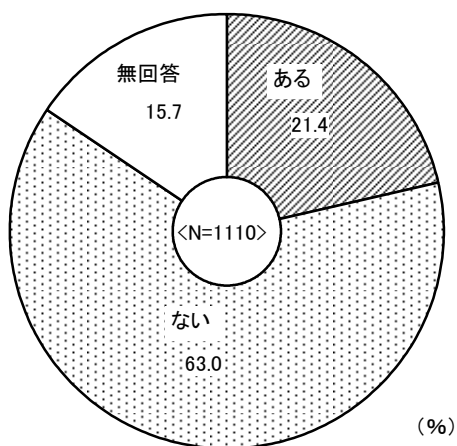
図 40. その際説明を行っている職種 (複数回答)



問 1004. 加算算定にあたり、算定要件に加え、施設独自で医療上の判断基準等があるか

「ある」施設は2割強(21.4%)となっている。

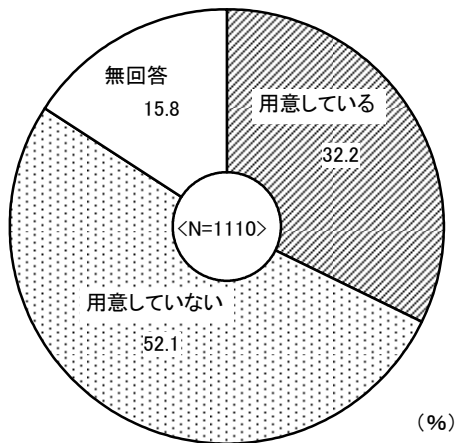
図 41. 加算算定にあたり、算定要件に加え、施設独自で医療上の判断基準等があるか



問 1005. 加算算定にあたり、特別に書式等を用意しているか

「用意している」のは3割強(32.2%)で、「用意していない」(52.1%)が半数を超えている。

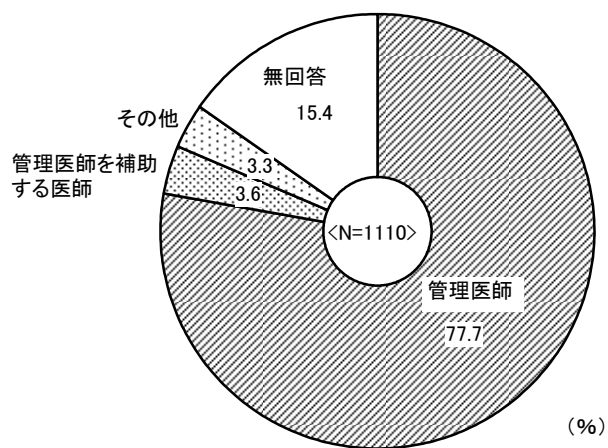
図 42. 1005. 加算算定にあたり、特別に書式等を用意しているか



問 1006. 加算算定は誰が判断するか

「管理医師」(77.7%)が圧倒的に多く、医師全体で8割を超えている。

図 43. 加算算定は誰が判断するか

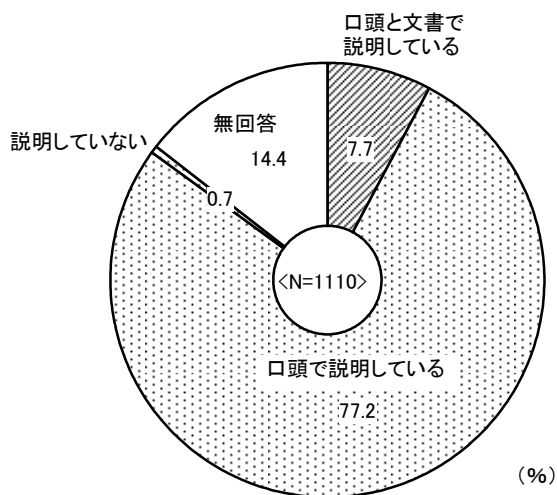




問 1007. 状態像が悪化し、病院に入院になった場合、利用者家族に説明を行っているか

「口頭と文書で説明している」は 7.7%にとどまり、「口頭で説明している」(77.2%)という方がはるかに多くなっている。

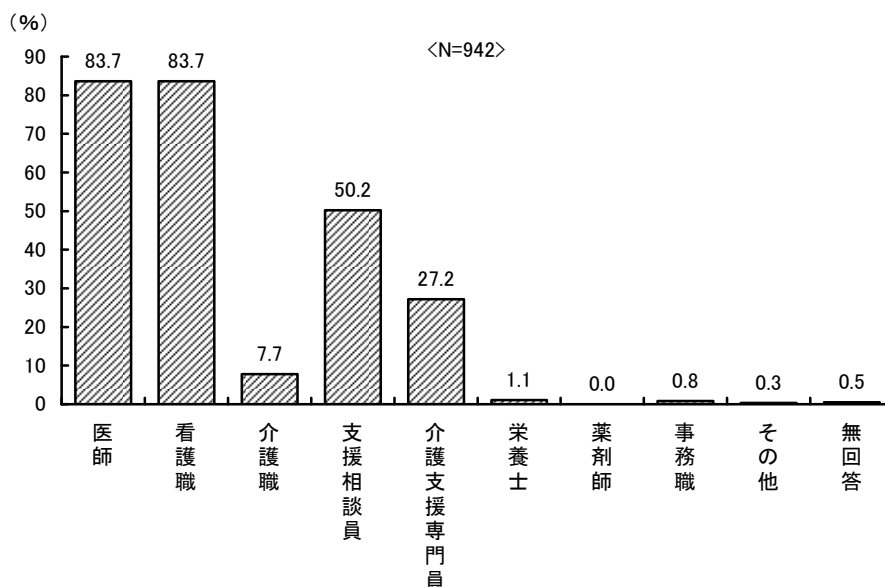
図 44. 状態像が悪化し、病院に入院になった場合、利用者家族に説明を行っているか



問 1008. その際説明を行っている職種

その際説明を行っている職種は、「看護職」(83.7%)と「医師」(83.7%)が同数で多く、次いで「支援相談員」が半数(50.2%)、「介護支援専門員」が3割弱(27.2%)などとなっている。

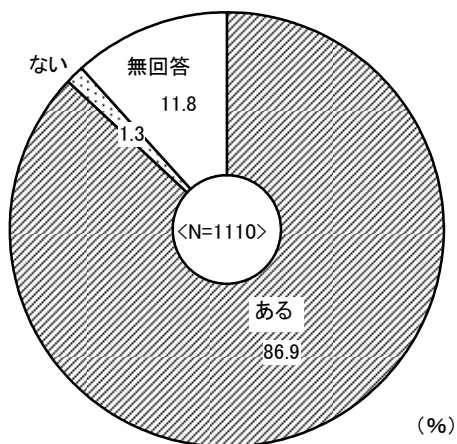
図 45. 1008. その際説明を行っている職種 (複数回答)



問 1009. 病院へ入院後、状態が回復した場合、施設に戻れる体制はあるか

「ある」(86.9%)が大半を占め、「ない」(1.3%)はほとんどみられない。

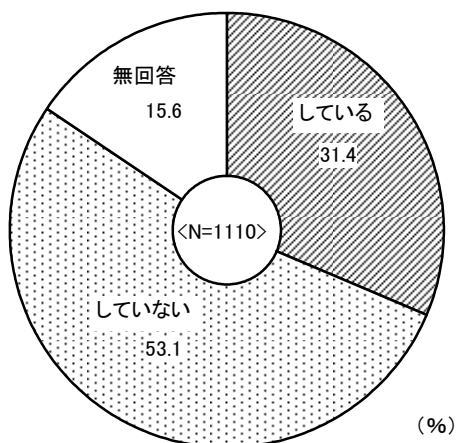
図 46. 病院へ入院後、状態が回復した場合、施設に戻れる体制はあるか



問 1010. 前年度の算定状況をホームページ等で公表しているか

「していない」(53.1%)が半数を超え、「している」(31.4%)よりも多い。

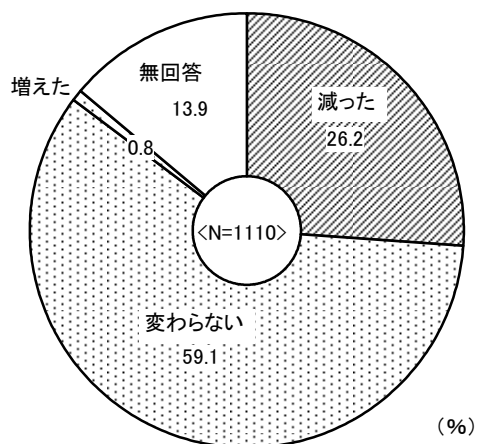
図 47. 前年度の算定状況をホームページ等で公表しているか



問 1011. 所定疾患施設療養費の新設によって医療機関への入院件数は変化したか

「変わらない」(59.1%)が過半数を占めるが、そのほかでは「減った」(26.2%)がほとんどで、「増えた」(0.8%)はごくわずかである。

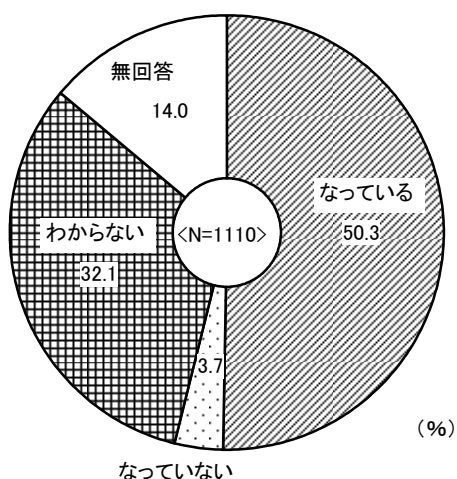
図 48. 所定疾患施設療養費の新設によって医療機関への入院件数は変化したか



問 1012. 所定疾患施設療養費の新設は、入所者のためになっていると思うか

「わからない」が3割強(32.1%)を占めるが、そのほかでは「なっている」(50.3%)がほとんどで、「なっていない」(3.7%)という回答はわずかである。

図 49. 所定疾患施設療養費の新設は、入所者のためになっていると思うか

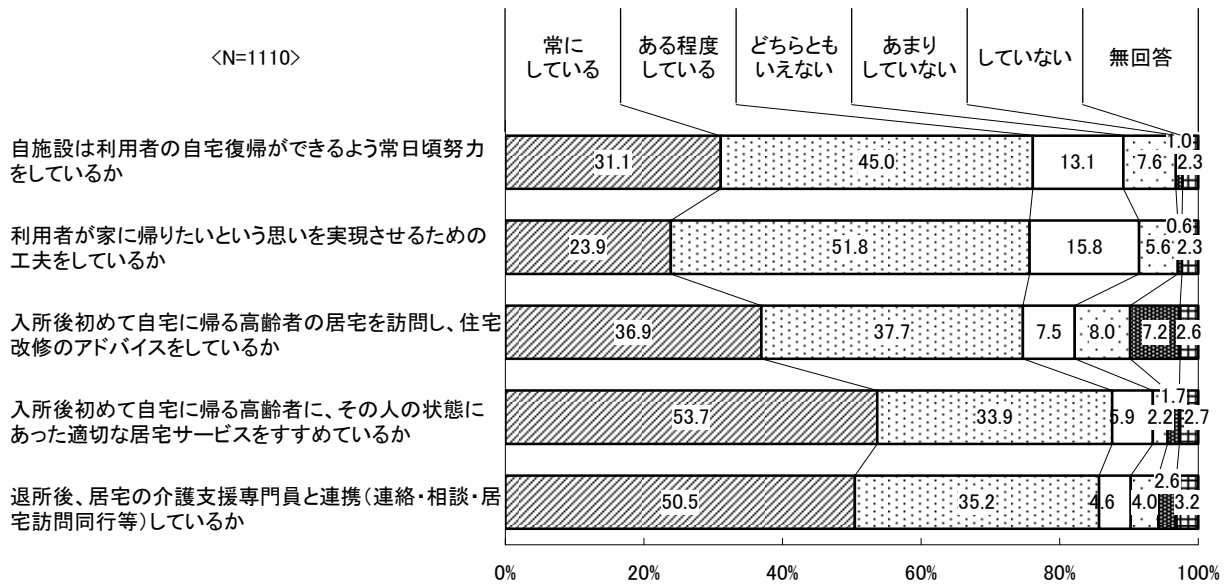


## 11. 自施設の運営等について

問 1101～1105. 在宅復帰

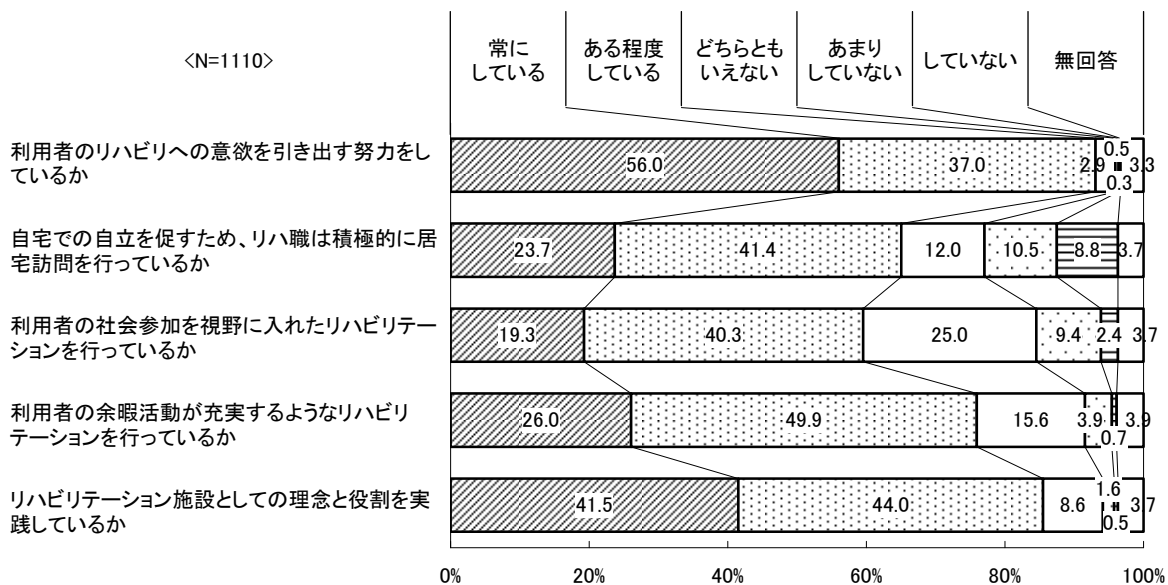
在宅復帰の取り組みに関する5項目のうち、実施率が高いのは【入所後初めて自宅に帰る高齢者に、その人の状態にあった適切な居宅サービスをすすめているか】と【退所後、居宅の介護支援専門員と連携(連絡・相談・居宅訪問同行等)しているか】で、「常にしている」割合が半数を超えている(順に 53.7%、50.5%)。そのほかの項目は、いずれも「常にしている」割合は2～3割程度である。

図 50. 在宅復帰



【利用者のリハビリへの意欲を引き出す努力をしているか】の実施状況が最も高く、「常にしている」(56.0%)という割合が唯一半数を超えている。以下、「常にしている」の割合でみていくと、【リハビリテーション施設としての理念と役割を実践しているか】が4割強(41.5%)で続き、そのほかの【自宅での自立を促すため、リハ職は積極的に居宅訪問を行っているか】(23.7%)、【利用者の社会参加を視野に入れたリハビリテーションを行っているか】(19.3%)、【利用者の余暇活動が充実するようなリハビリテーションを行っているか】(26.0%)は2割前後となっている。

図 51. リハビリテーション

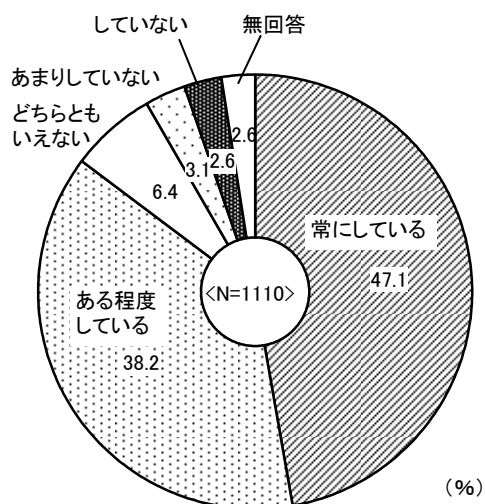


問 1111～1119. 緊急対応（短期入所含む）

問 1111. 空床があれば、利用者の緊急入所に対応できるように努力しているか

空床があれば、利用者の緊急入所に対応できるように努力を「常にしている」(47.1%)という施設が半数近くを占め、「ある程度している」(38.2%)までを合わせると、大多数の施設が努力をしている。「どちらともいえない」(6.4%)、「あまりしていない」(3.1%)、「していない」(2.6%)はいずれも少ない。

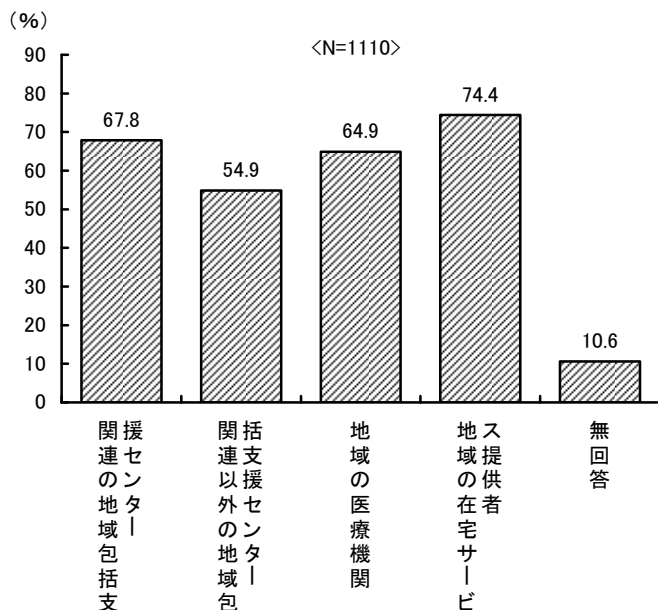
図 52. 空床があれば、利用者の緊急入所に対応できるように努力しているか



問 1112. 以下の事業所から緊急入所の依頼があった場合、対応しているか

対応しているのは、「地域の在宅サービス提供者」(74.4%)が最も多く、以下「関連の地域包括支援センター」(67.8%)、「地域の医療機関」(64.9%)、「関連以外の地域包括支援センター」(54.9%)の順である。

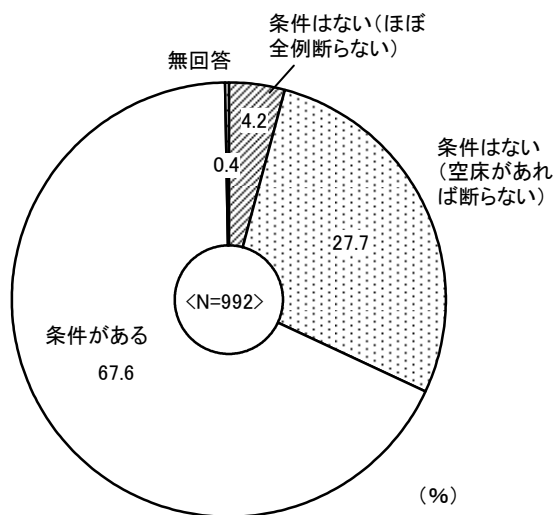
図 53. 以下の事業所から緊急入所の依頼があった場合、対応しているか（複数回答）



問 1113. 対応するにあたって、条件はあるか

「条件はない(ほぼ全例断らない)」(4.2%)と無条件で対応する施設はごくわずかで、「条件はない(空床があれば断らない)」(27.7%)を合わせても3割程度であり、「条件がある」(67.6%)という方が主になっている。

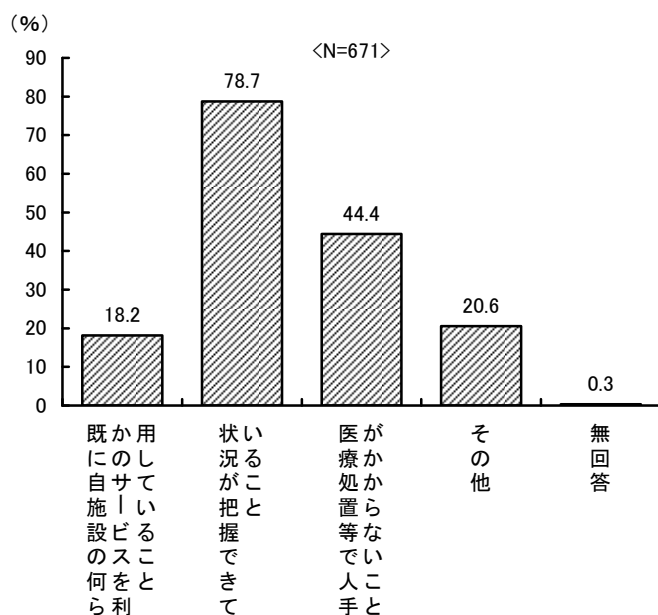
図 54. 対応するにあたって、条件はあるか



問 1114. 条件

その条件は、「状況が把握できていること」(78.7%)が最も多く、以下「医療処置等で人手がかからないこと」(44.4%)、「既に自施設の何らかのサービスを利用していること」(18.2%)などの順となっている。

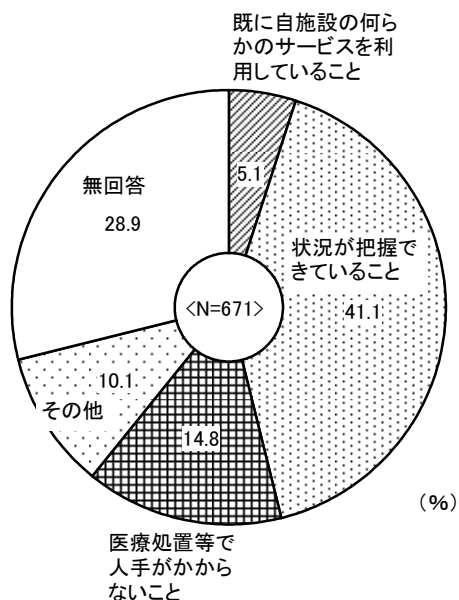
図 55. 条件 (複数回答)



問 1114. 条件（特に重視しているもの）

条件の中で特に重視しているものは、やはり「状況が把握できていること」で4割強(41.1%)を占める。以下、「医療処置等で人手がかからないこと」(14.8%)、「既に自施設の何らかのサービスを利用していること」(5.1%)などの順である。

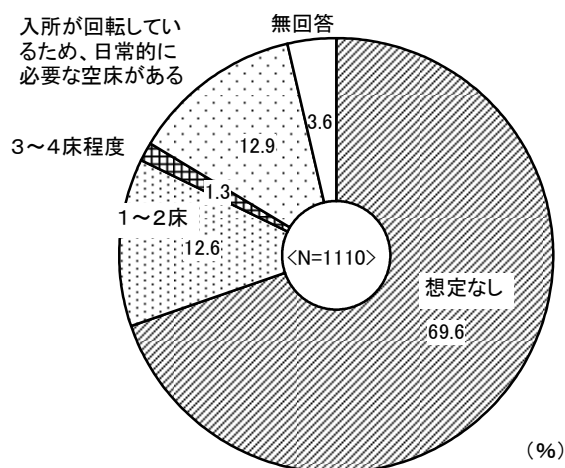
図 56. 条件（特に重視しているもの）



問 1115. 緊急入所を想定して確保しているベッドの空床はどの程度か

「想定なし」がほぼ7割(69.6%)と多いが、そのほかでは「入所が回転しているため、日常的に必要な空床がある」(12.9%)、「1～2床」(12.6%)が多い。

図 57. 緊急入所を想定して確保しているベッドの空床はどの程度か





問 1116～1119. 行っている、対応しているもの

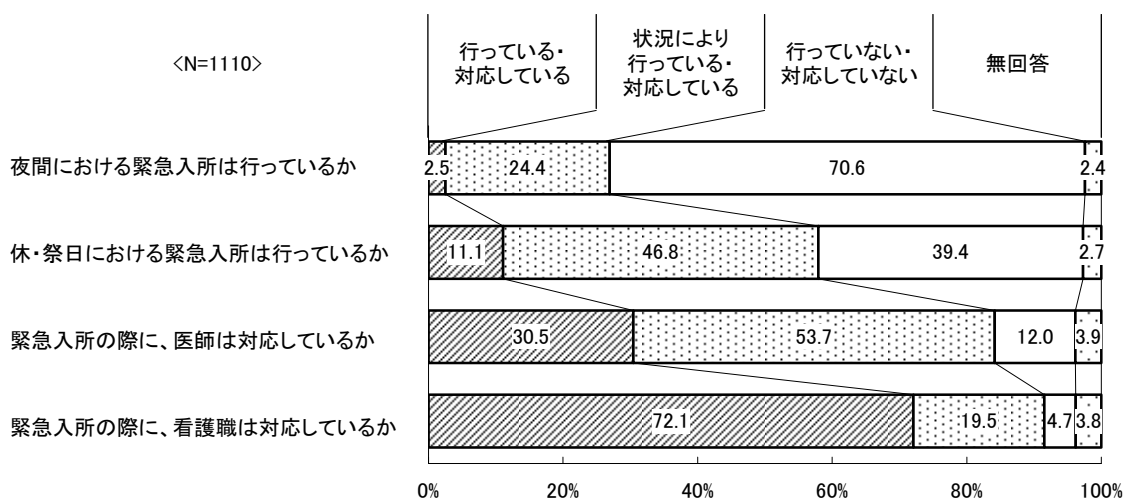
【夜間における緊急入所は行っているか】については、「行っている」(2.5%)はごくわずかで、「状況により行っている」(24.4%)を合わせても、行っている割合は3割に満たない。

【休・祭日における緊急入所は行っているか】については、「行っている」(11.1%)は1割程度だが、「状況により行っている」(46.8%)を合わせると、行っている割合は半数を超える。

【緊急入所の際に、医師は対応しているか】については、「対応している」(30.5%)、「状況により対応している」(53.7%)を合わせると、8割以上が対応している。

【緊急入所の際に、看護職は対応しているか】については、「対応している」(72.1%)が7割を超えており、「状況により対応している」(19.5%)を合わせると9割以上に達する。

図 58. 行っている、対応しているもの

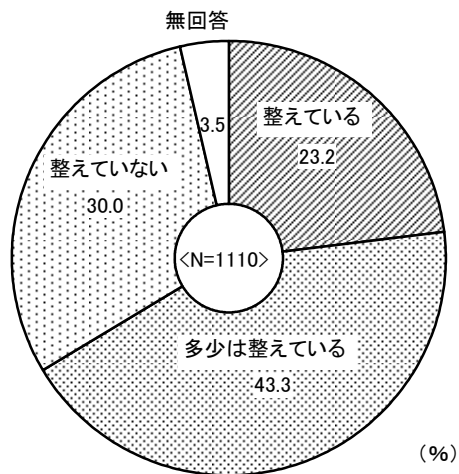


問 1120～1122. 災害対応

問 1120. 災害時に地域の避難場所として利用可能なように準備を整えているか

「整えている」(23.2%)、「多少は整えている」(43.3%)を合わせて、「整えている」割合は7割弱で、「整えていない」はちょうど3割(30.0%)である。

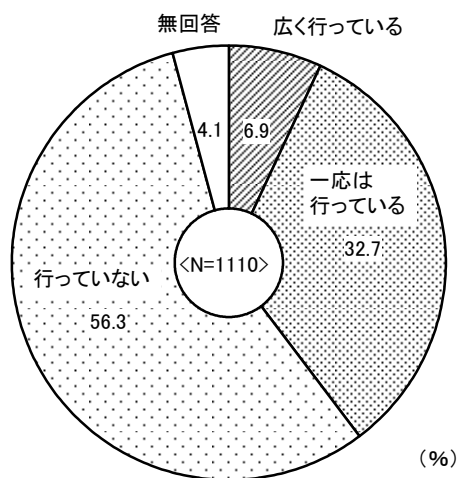
図 59. 災害時に地域の避難場所として利用可能なように準備を整えているか



問 1121. 災害時の地域の避難場所であるとの広報を地域に対して行っているか

「広く行っている」(6.9%)は少ないが、「一応は行っている」(32.7%)を含めると、4割近くが広報を行っている。

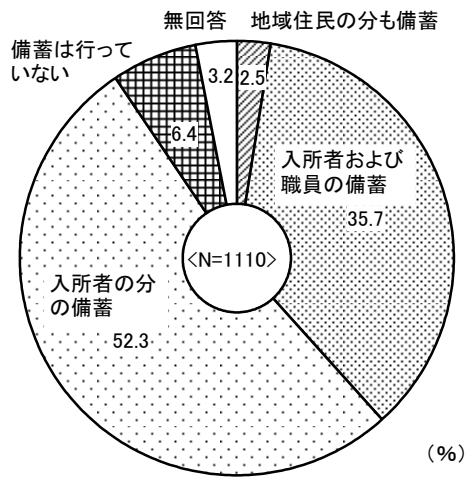
図 60. 災害時の地域の避難場所であるとの広報を地域に対して行っているか



問 1122. 災害時の食料や水の備蓄は十分か

「地域住民の分も備蓄」(2.5%)までしている施設は少ないが、「入所者および職員の備蓄」(35.7%)は3割台、「入所者の分の備蓄」(52.3%)は5割台となっている。「備蓄は行っていない」(6.4%)という施設はごくわずかである。

図 61. 災害時の食料や水の備蓄は十分か

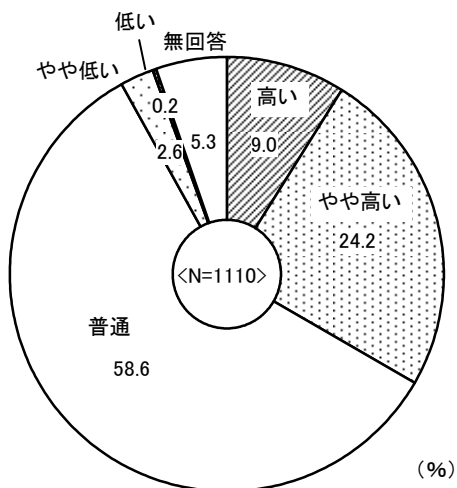


問 1123～1127. 地域連携

問 1123. 自施設は地域（市区町村）の中では評価はどうか

「普通」(58.6%)が過半数を占めるが、それ以外では「高い」(9.0%)、「やや高い」(24.2%)の“高い”という評価がほとんどで、「やや低い」(2.6%)、「低い」(0.2%)の“低い”は極めて少ない。

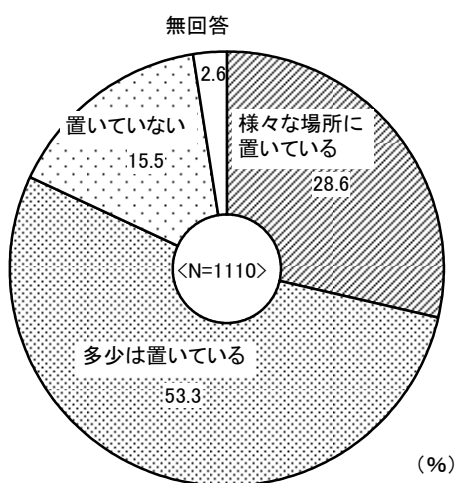
図 62. 自施設は地域（市区町村）の中では評価はどうか



問 1124. パンフレットや案内を関連病院等に置いているか

「様々な場所に置いている」が3割弱(28.6%)、「多少は置いている」が半数強(53.3%)で、“置いている”施設が大半である。「置いていない」施設は 15.5%にとどまる。

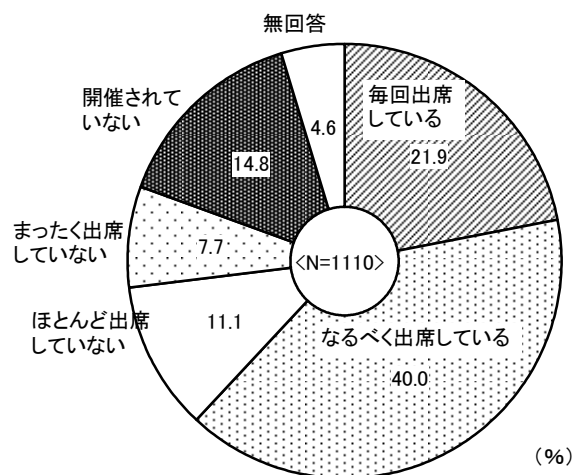
図 63. パンフレットや案内を関連病院等に置いているか



問 1125. 地域ケア会議に担当者が出席しているか

「毎回出席している」が2割強(21.9%)、「なるべく出席している」が4割(40.0%)で、合わせて6割以上が“出席している”。「ほとんど出席していない」(11.1%)、「まったく出席していない」(7.7%)といった“出席していない”のは2割弱である。また、「開催されていない」のは 14.8%である。

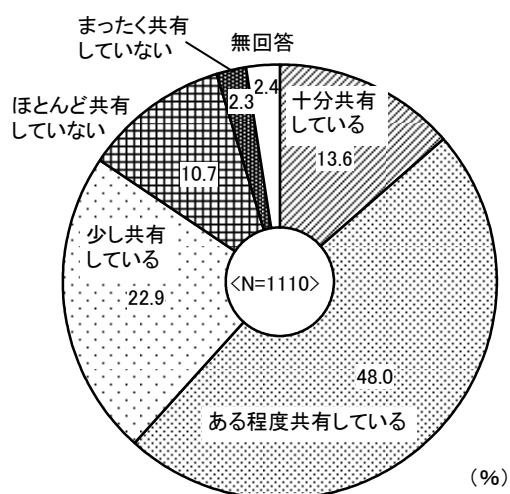
図 64. 地域ケア会議に担当者が出席しているか



問 1126. 空床情報を地域の医療機関や介護支援専門員等と共有しているか

「十分共有している」(13.6%)は1割程度だが、「ある程度共有している」(48.0%)は半数近くに達し、「少し共有している」(22.9%)まで合わせると、“共有している”割合は8割を超える。「ほとんど共有していない」(10.7%)、「まったく共有していない」(2.3%)と“共有していない”のは1割程度である。

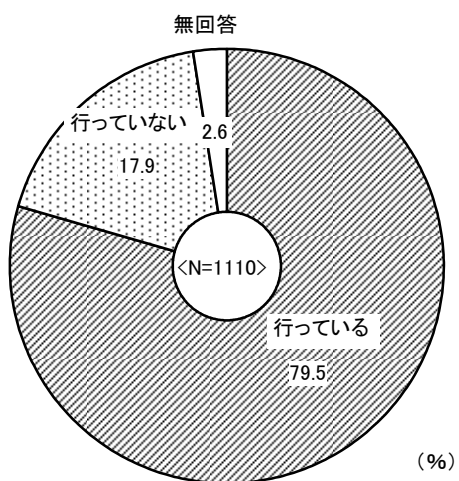
図 65. 空床情報を地域の医療機関や介護支援専門員等と共有しているか



問 1127. ホームページによる広報を行っているか

ほぼ8割(79.5%)が「行っている」。

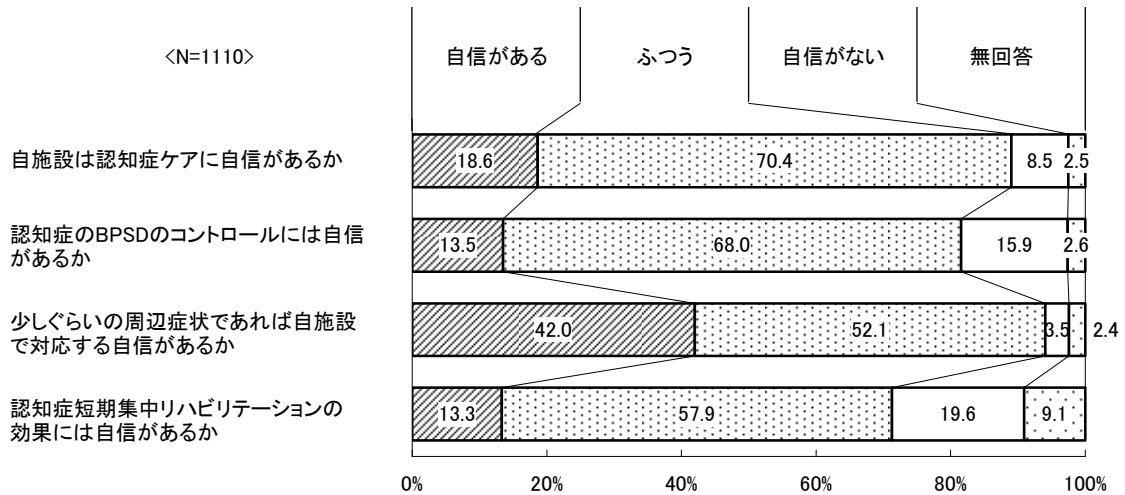
図 66. ホームページによる広報を行っているか



問 1128～1131. 認知症対応

「自信がある」割合が最も高いのは【少しぐらいの周辺症状であれば自施設で対応する自信があるか】で、4割強（42.0%）に達する。そのほかの項目はいずれも1割台で、【自施設は認知症ケアに自信があるか】（18.6%）、【認知症のBPSDのコントロールには自信があるか】（13.5%）、【認知症短期集中リハビリテーションの効果には自信があるか】（13.3%）の順となっている。

図 67. 認知症対応の自信

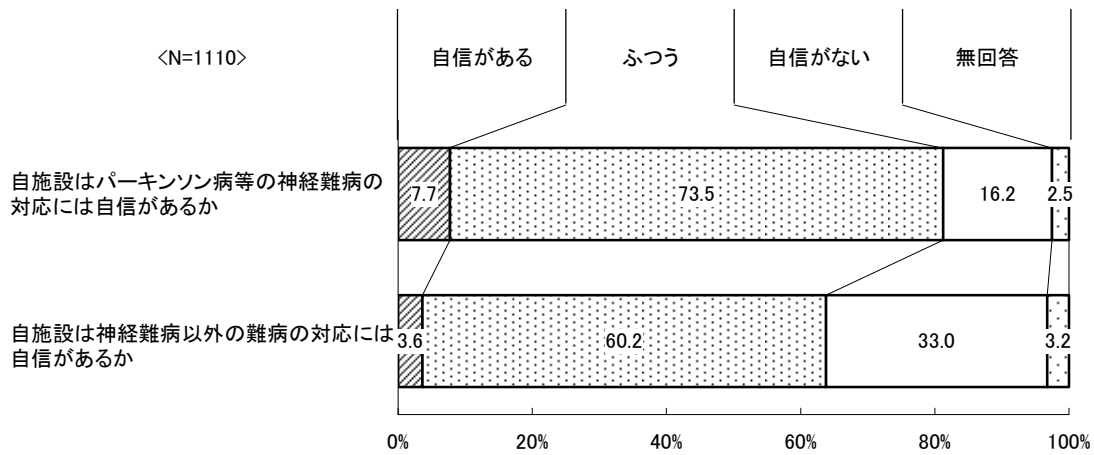


問 1132～1139. 難病対応

問 1132～1133. 神経難病、それ以外の難病の対応への自信

「自信がある」割合は、【自施設はパーキンソン病等の神経難病の対応には自信があるか】(7.7%)、【自施設は神経難病以外の難病の対応には自信があるか】(3.6%)のいずれも5%前後と低い。

図 68. 神経難病、それ以外の難病の対応への自信





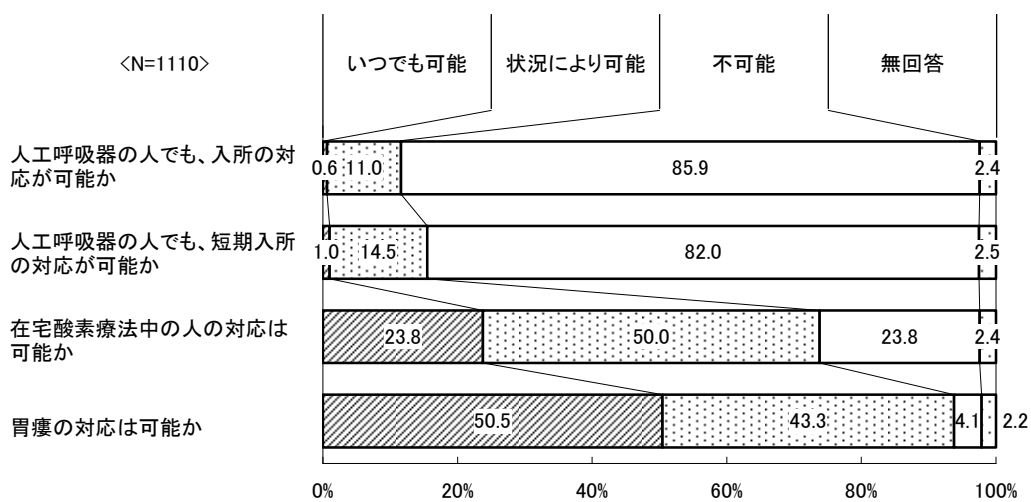
問 1134～1137. 対応可能なもの

【人工呼吸器の人でも、入所の対応が可能か】、【人工呼吸器の人でも、短期入所の対応が可能か】については、「いつでも可能」という施設はほとんどなく、「状況により可能」が1割程度となっている。

【在宅酸素療法中の人の対応は可能か】については、「いつでも可能」が2割強（23.8%）で、「状況により可能」（50.0%）を合わせると、7割以上が“可能”としている。

【胃瘻の対応は可能か】については、「いつでも可能」が約半数（50.5%）に達し、「状況により可能」（43.3%）を合わせると9割以上となっている。

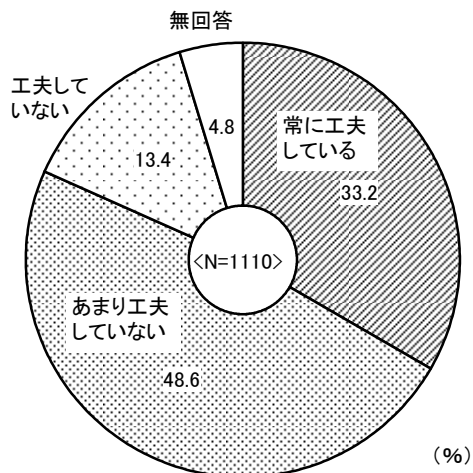
図 69. 対応可能なもの



問 1138. 胃瘻の人であっても、在宅復帰が可能ないようにさまざまな工夫をしているか

「常に工夫している」は3分の1（33.2%）ほどで、「あまり工夫していない」（48.6%）、「工夫していない」（13.4%）などが多い。

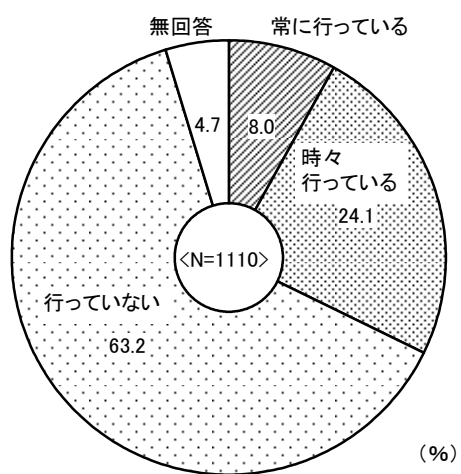
図 70. 胃瘻の人であっても、在宅復帰が可能ないようにさまざまな工夫をしているか



問 1139. 難病疾患の認定に必要な書類の作成を行っているか

「常に行っている」(8.0%)、「時々行っている」(24.1%)を合わせた“行っている”割合は3割強となっている。

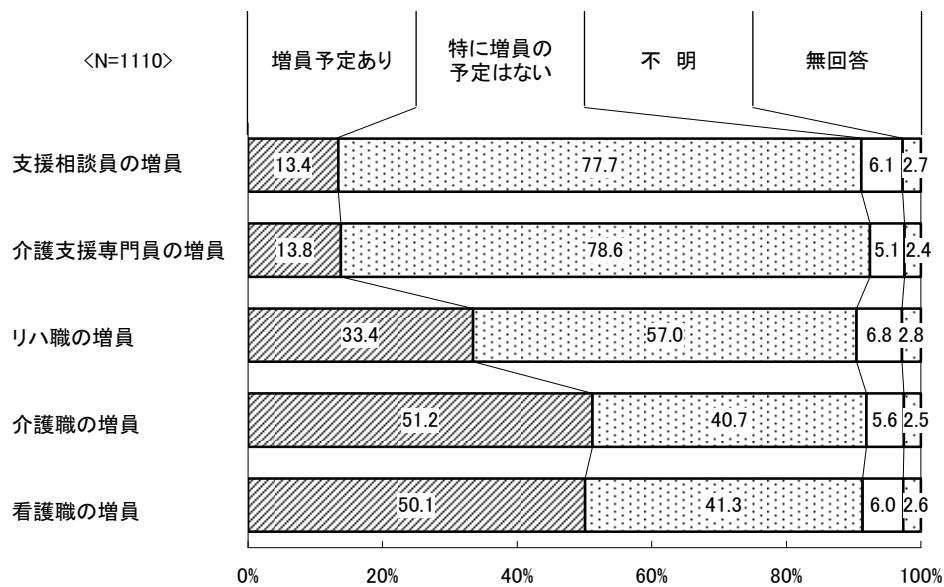
図 71. 難病疾患の認定に必要な書類の作成を行っているか



問 1140～1144. 人員の投資

【介護職】(51.2%)、【看護職】(50.1%)については増員予定が半数に達しているが、【リハ職】では3分の1(33.4%)、【支援相談員】(13.4%)、【介護支援専門員】(13.8%)では1割程度にとどまっている。

図 72. 増員の予定はあるか

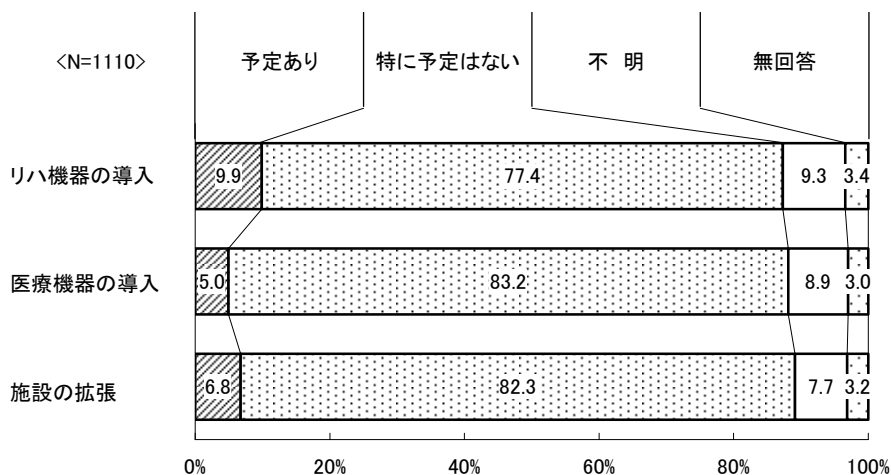


問 1145～1148. ハードの投資

問 1145～1147. 導入・拡張の予定

【リハ機器の導入】(9.9%)、【医療機器の導入】(5.0%)、【施設の拡張】(6.8%)のいずれも導入・拡張予定のある施設は1割以下となっている。

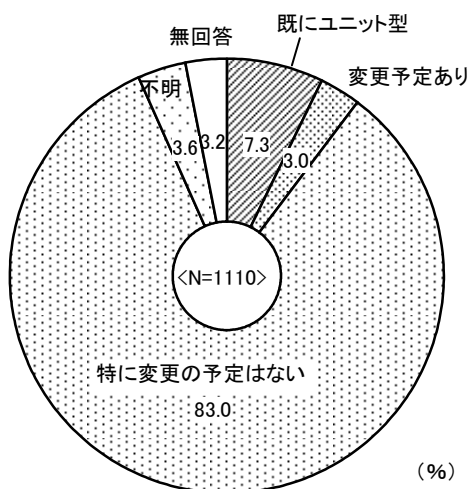
図 73. 導入・拡張の予定



問 1148. ユニット型への変更

【ユニット型への変更】については、「既にユニット型」が7.3%、「変更予定あり」が3.0%といずれも少なく、「特に変更の予定はない」(83.0%)が大多数を占めている。

図 74. ユニット型への変更

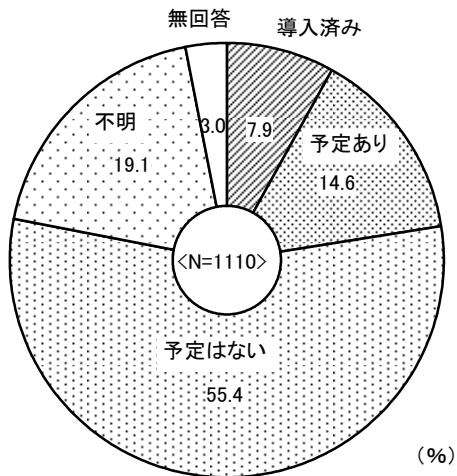


問 1149～1150. ケアマネジメントソフトの投資

問 1149. R4 システムの導入

【R4 システムの導入】については、「導入済み」(7.9%)、「予定あり」(14.6%)を合わせると2割強の割合を占める。そのほかは、「予定はない」(55.4%)、「不明」(19.1%)などである。

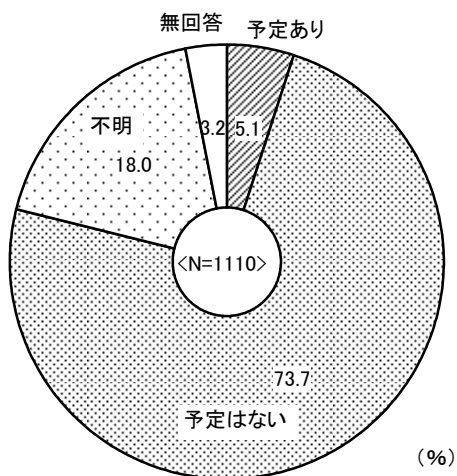
図 75. R4 システムの導入



問 1150. R4 システム以外のソフトの新規導入

【R4 システム以外のソフトの新規導入】については、「予定あり」は 5.1%にとどまり、「予定はない」(73.7%)や「不明」(18.0%)がほとんどとなっている。

図 76. R4 システム以外のソフトの新規導入



## 12. 利用者への実施状況について

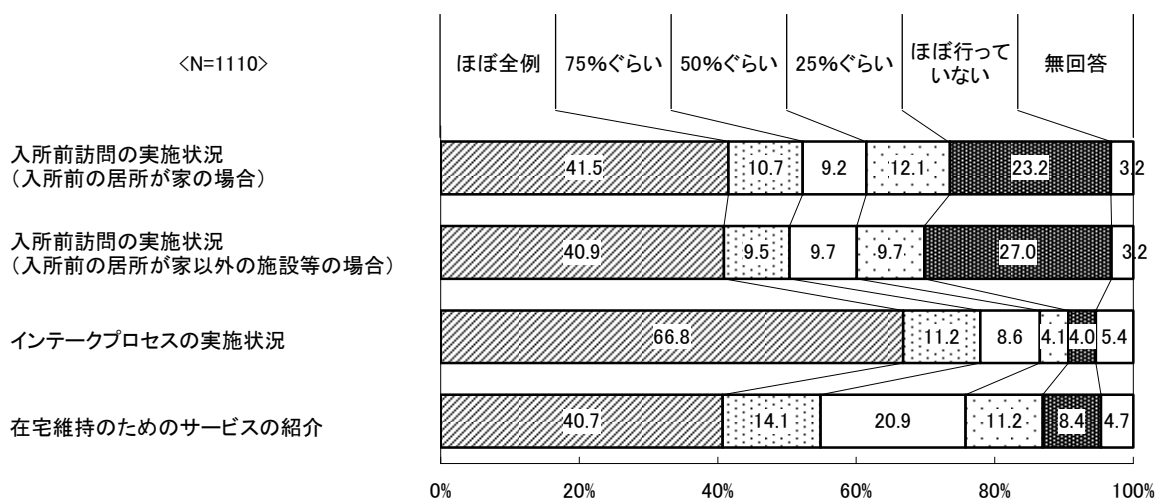
問 1201～1204. 利用者への実施状況

【入所前訪問の実施状況(入所前の居所が家の場合)】と【入所前訪問の実施状況(入所前の居所が家以外の施設等の場合)】については、実施状況はほぼ同程度であり、4割強が「ほぼ全例」で、「25%ぐらい」、「75%ぐらい」、「50%ぐらい」がいずれも1割前後、「ほぼ行っていない」が25%前後となっている。

【インテークプロセスの実施状況】は最も実施状況が高く、3分の2(66.8%)が「ほぼ全例」としている。

【在宅維持のためのサービスの紹介】については、「ほぼ全例」が4割(40.7%)、「50%ぐらい」が2割(20.9%)などとなっている。

図 77. 利用者への実施状況

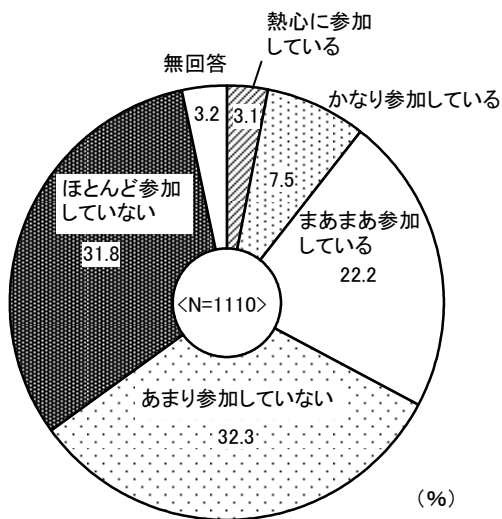


### 13. 在宅強化のための教育について

問 13. 在宅強化型のための教育研修等（施設内研修除く）に参加しているか

「熱心に参加している」(3.1%)、「かなり参加している」(7.5%)はいずれも1割未満で、「まあまあ参加している」(22.2%)を合わせても、“参加している”割合は3割程度であり、「あまり参加していない」(32.3%)や「ほとんど参加していない」(31.8%)の“参加していない”が多数を占めている。

図 78. 在宅強化型のための教育研修等（施設内研修除く）に参加しているか

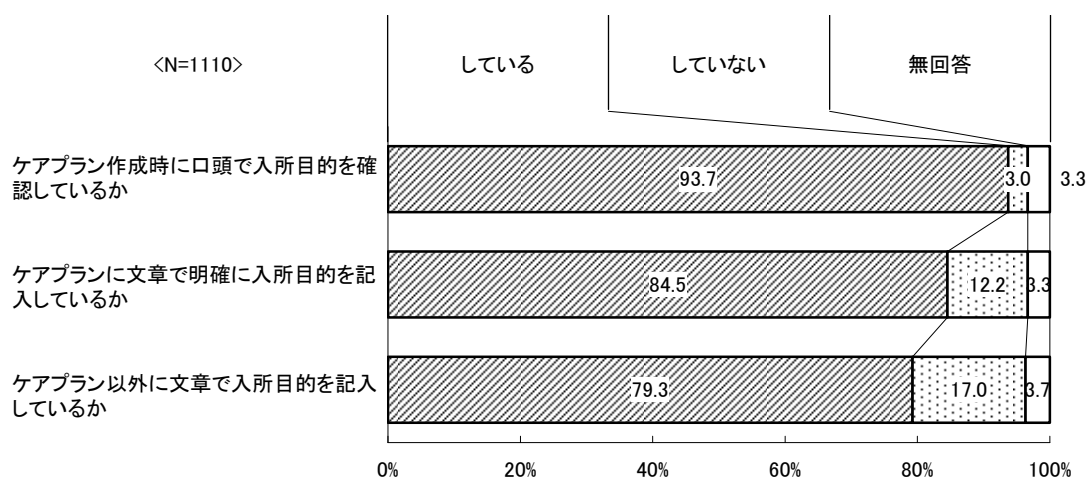


#### 14. 利用目的を利用者・家族等に明確にして入所させているかについて

問 1401～1403. 利用目的を利用者・家族等に明確にして入所させているか

実施率は【ケアプラン作成時に口頭で入所目的を確認しているか】(93.7%)が9割台、【ケアプランに文章で明確に入所目的を記入しているか】(84.5%)が8割台、【ケアプラン以外に文章で入所目的を記入しているか】(79.3%)が7割台となっている。

図 79. 利用目的を利用者・家族等に明確にして入所させているか



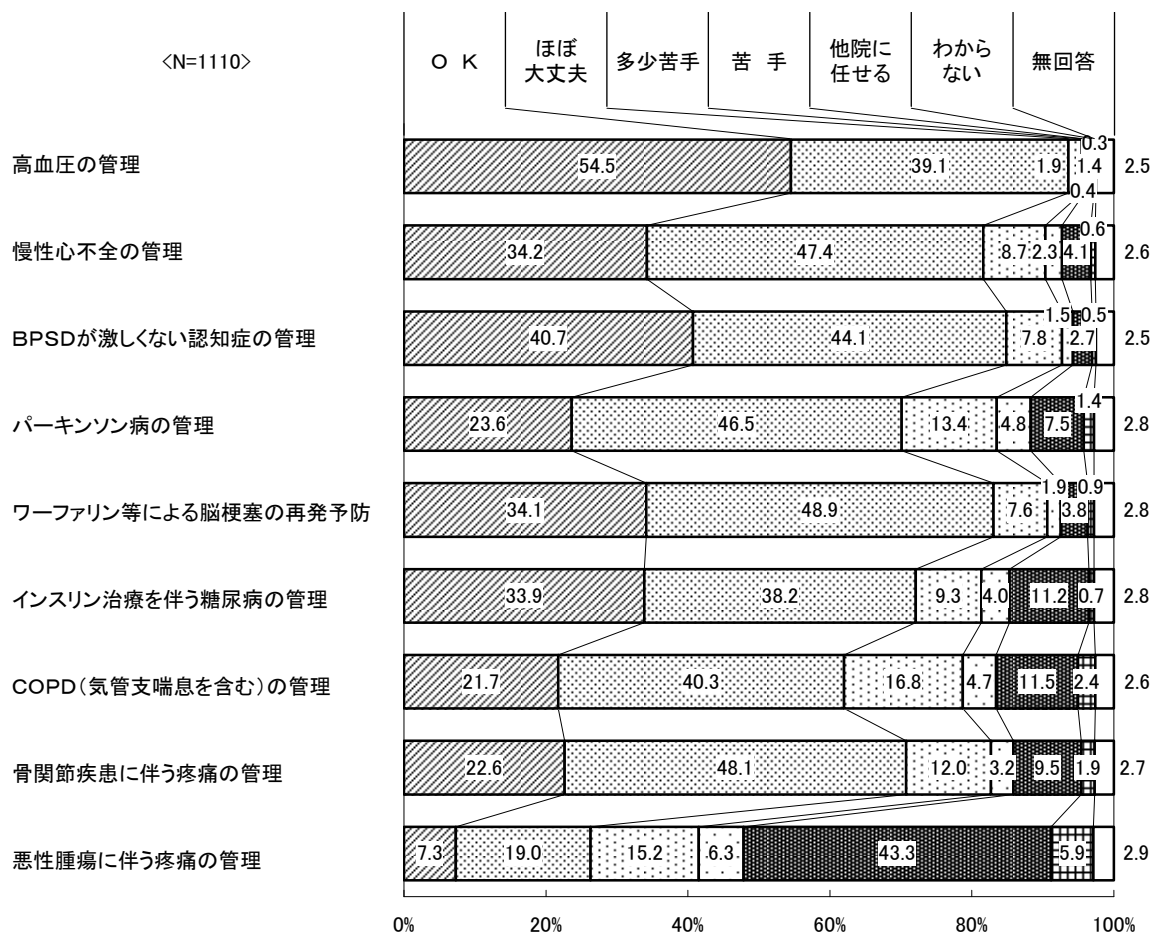


## 15. 慢性疾患への医学的対応について

問 1501～1509. 慢性疾患への医学的対応について

「OK」の割合が最も高いのは【高血圧の管理】(54.5%)で、唯一半数を超えている。以下、「OK」の割合の高い順に、【BPSDが激しくない認知症の管理】(40.7%)、【慢性心不全の管理】(34.2%)、【ワーファリン等による脳梗塞の再発予防】(34.1%)、【インスリン治療を伴う糖尿病の管理】(33.9%)などの順である。最も低いのは【悪性腫瘍に伴う疼痛の管理】(7.3%)で、1割を下回っている。【悪性腫瘍に伴う疼痛の管理】では、「他院に任せる」(43.3%)が4割を超えているのが目立つ。

図 80. 慢性疾患への医学的対応について



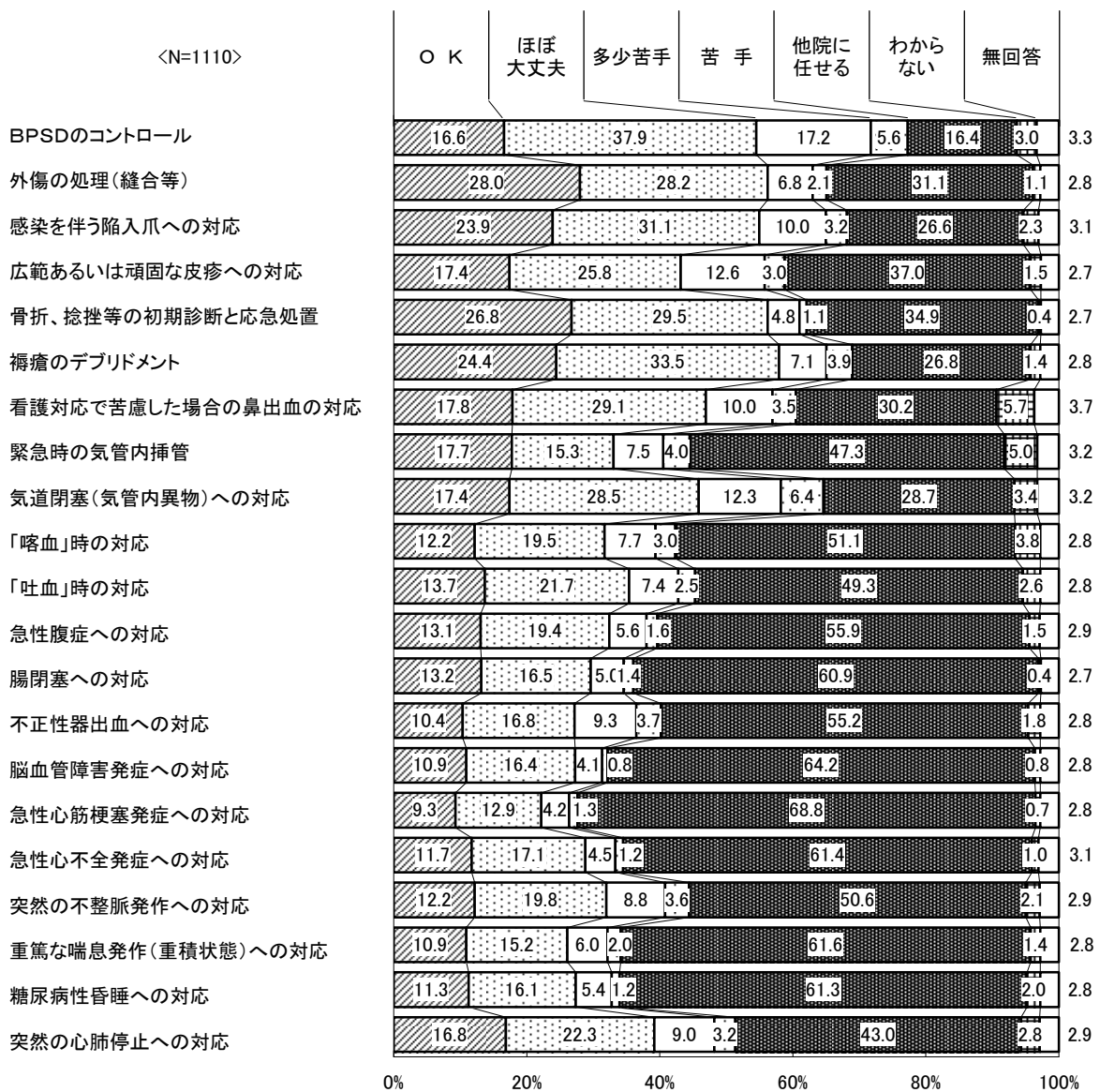
16. 施設の医師と併設あるいは関連医療機関との連携による急性疾患の治療提供について

問 1601～1621. 施設の医師と併設あるいは関連医療機関との連携による急性疾患の治療提供について

「OK」の割合が高いのは、【外傷の処理(縫合等)】(28.0%)、【骨折、捻挫等の初期診断と応急処置】(26.8%)、【褥瘡のデブリドメント】(24.4%)、【感染を伴う陥入爪への対応】(23.9%)などである。

逆に「他院に任せる」の割合が高いのは、【急性心筋梗塞発症への対応】(68.8%)、【脳血管障害発症への対応】(64.2%)、【重篤な喘息発作(重積状態)への対応】(61.6%)、【急性心不全発症への対応】(61.4%)、【糖尿病性昏睡への対応】(61.3%)、【腸閉塞への対応】(60.9%)の6項目で6割を超えている。

図 81. 施設の医師と併設あるいは関連医療機関との連携による急性疾患の治療提供について

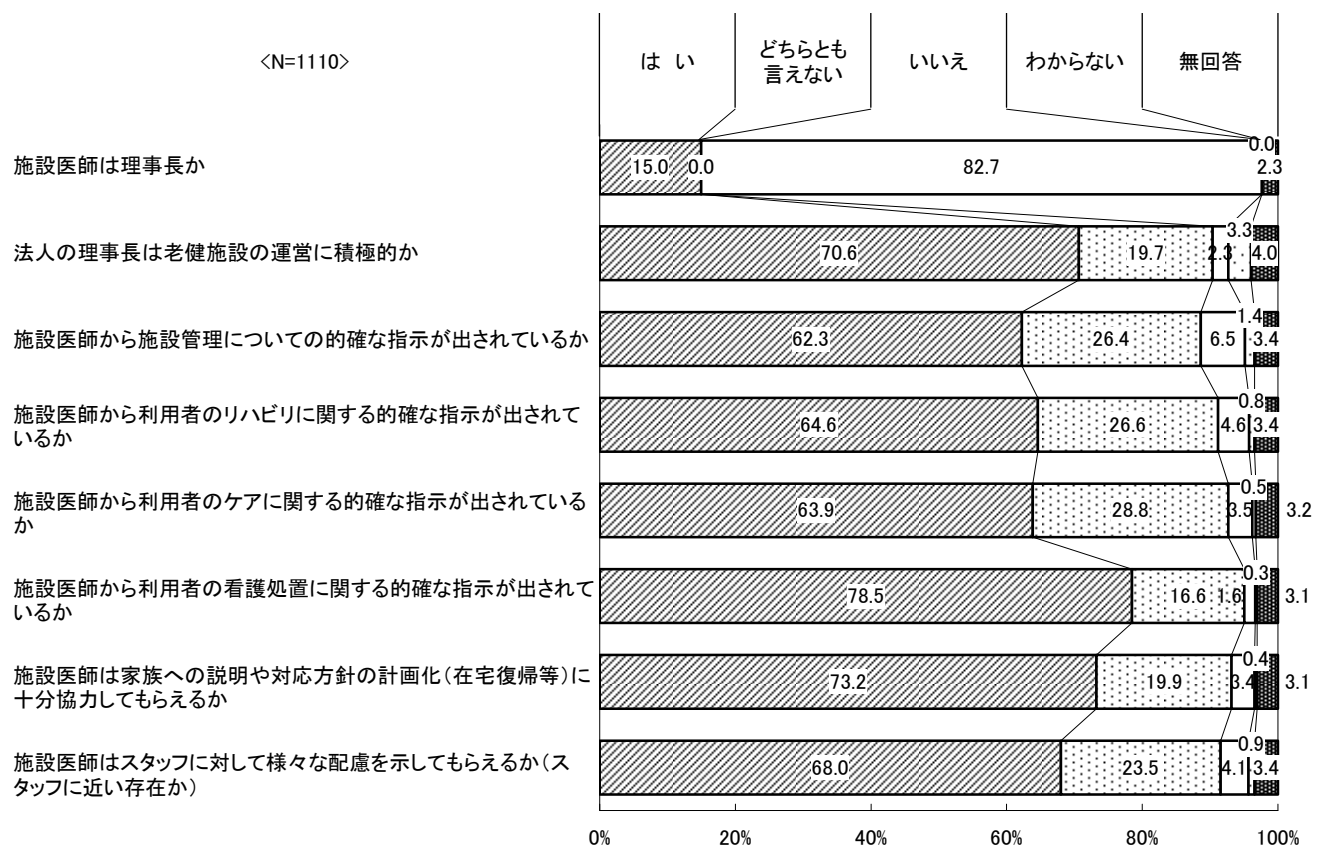


## 17. 施設医師等のリーダーシップやスタッフとの関係について

問 1701～1708. 施設医師等のリーダーシップやスタッフとの関係について

同意率は、【施設医師は理事長か】(15.0%)を除けばいずれも6～7割台で項目間の極端な差はないが、【施設医師から利用者の看護処置に関する的確な指示が出されているか】(78.5%)、【施設医師は家族への説明や対応方針の計画化(在宅復帰等)に十分協力してもらえるか】(73.2%)、【法人の理事長は老健施設の運営に積極的か】(70.6%)は比較的高く、【施設医師から施設管理についての的確な指示が出されているか】(62.3%)、【施設医師から利用者のリハビリに関する的確な指示が出されているか】(64.6%)、【施設医師から利用者のケアに関する的確な指示が出されているか】(63.9%)は相対的に低い。

図 82. 施設医師等のリーダーシップやスタッフとの関係について



スタッフへの近さに関係の深い項目は、順に【施設医師は家族への説明や対応方針の計画化(在宅復帰等)に十分協力してもらえるか】、【施設医師から利用者のケアに関する的確な指示が出されているか】、【施設医師から施設管理についての的確な指示が出されているか】などである。

図 83. 重回帰分析結果

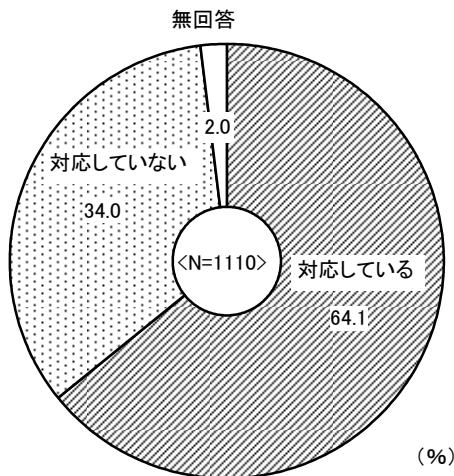
変数	標準偏回帰係数
1707. 施設医師は家族への説明や対応方針の計画化(在宅復帰等)に十分協力してもらえるか	0.386
1705. 施設医師から利用者のケアに関する的確な指示が出されているか	0.258
1703. 施設医師から施設管理についての的確な指示が出されているか	0.188
1706. 施設医師から利用者の看護処置に関する的確な指示が出されているか	0.013
1704. 施設医師から利用者のリハビリに関する的確な指示が出されているか	0.005
1702. 法人の理事長は老健施設の運営に積極的か	-0.018
1701. 施設医師は理事長か	-0.019
1708. 施設医師はスタッフに対して様々な配慮を示してもらえるか(スタッフに近い存在か)	(目的変数)

## 18. 自施設の看取りの取り組みについて

問 1801. 自施設は看取りに対応しているか

看取りに「対応している」施設が約3分の2(64.1%)、「対応していない」施設が約3分の1(34.0%)となっている。

図 84. 自施設は看取りに対応しているか

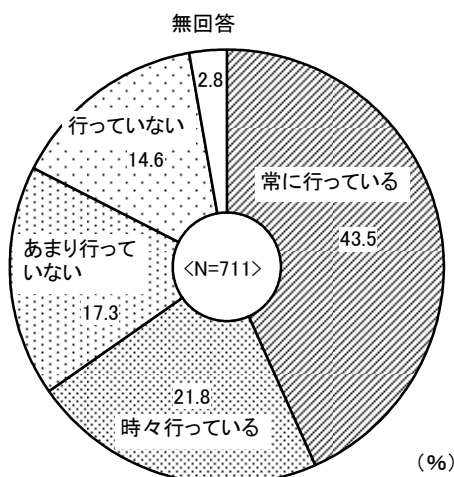


■以下、「対応している」と回答した施設のみ（711施設）を対象に分析する。

問 1802. 利用者が初回にサービスを開始した際（入所時）に、施設として終末期に対応していることを表明しているか

「常に行っている」が4割強(43.5%)、「時々行っている」が2割強(21.8%)で、合わせて“行っている”割合は6割以上を占める。「あまり行っていない」(17.3%)、「行っていない」(14.6%)を合わせた“行っていない”割合は合わせて3割強である。

図 85. 利用者が初回にサービスを開始した際（入所時）に、施設として終末期に対応していることを表明しているか

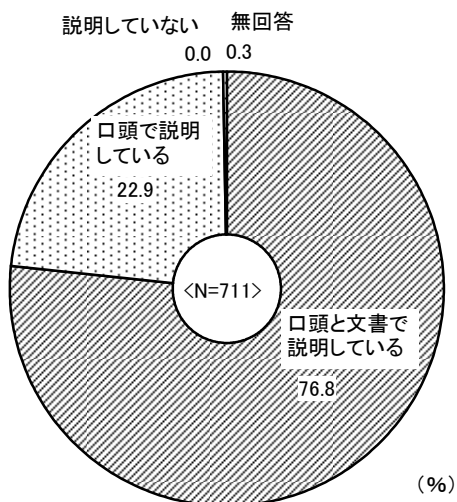


問 1803～1807. 時期：利用者の状態変化に伴い

問 1803. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について説明をしているか

説明については、「口頭と文書で説明している」(76.8%)が4分の3を超えている。そのほかは「口頭で説明している」(22.9%)がほとんどで、「説明していない」(0.0%)は皆無である。

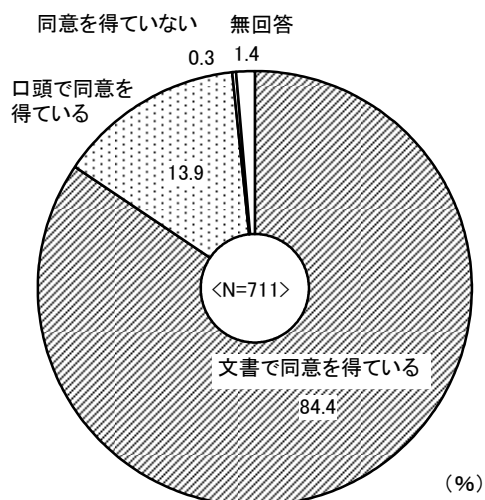
図 86. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について説明をしているか



問 1804. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について同意を得ているか

同意については、「文書で同意を得ている」(84.4%)が大多数を占めている。「口頭で同意を得ている」(13.9%)は1割程度と少なく、「同意を得ていない」(0.3%)はほとんどみられない。

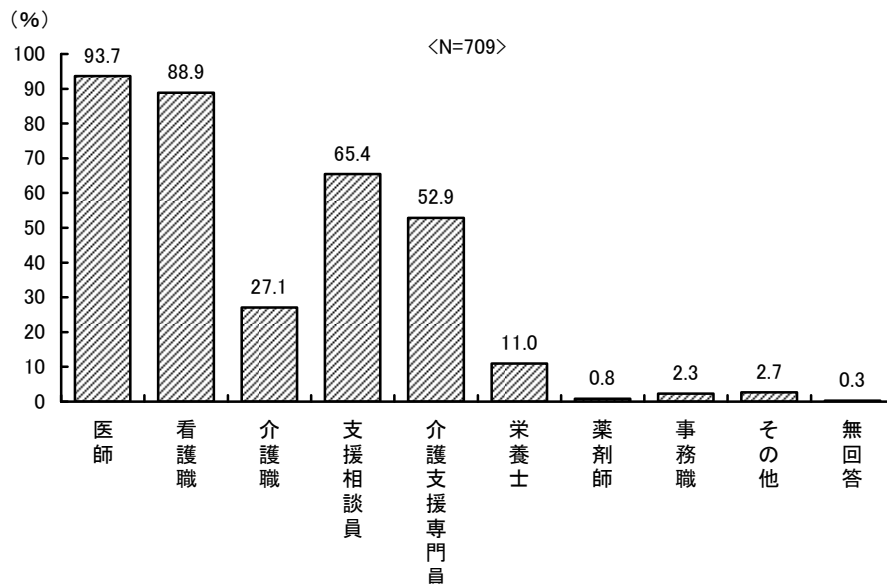
図 87. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について同意を得ているか



問 1805. その際説明を行っている職種

説明をしている施設で、説明を行っている職種は、「医師」(93.7%)、または「看護職」(88.9%)が並んで多く、以下「支援相談員」(65.4%)、「介護支援専門員」(52.9%)、「介護職」(27.1%)、「栄養士」(11.0%)などの順となっている。

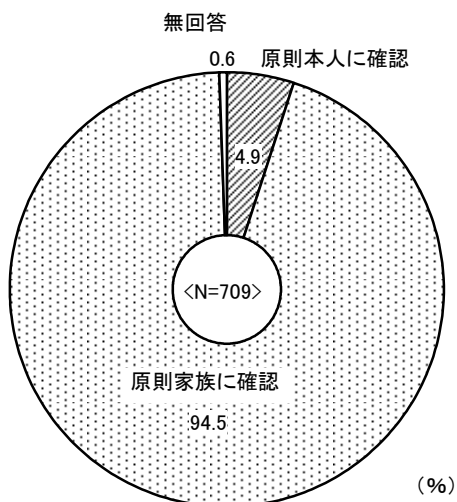
図 88. その際説明を行っている職種（複数回答）



問 1806. 説明の対象者について

「原則家族に確認」(94.5%)がほとんどで、「原則本人に確認」(4.9%)はごくわずかである。

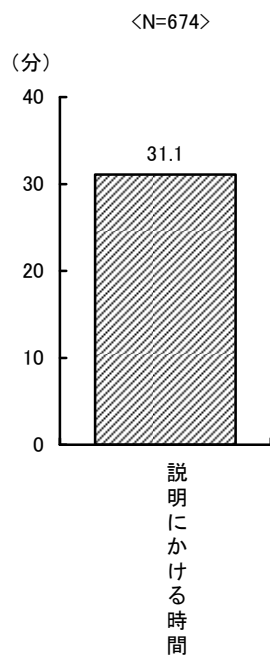
図 89. 説明の対象者について



問 1807. 説明にかける時間

説明にかける時間は、平均「31.1 分」である。

図 90. 説明にかける時間 (平均 : 分)



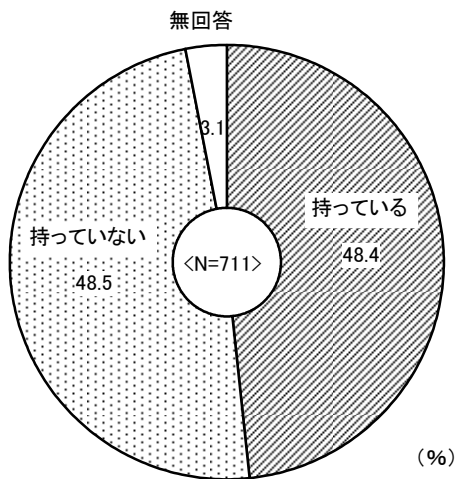


問 1808～1815. 時期：終末期

問 1808. 終末期と判断する基準を施設で持っているか

「持っていない」(48.5%)と「持っている」(48.4%)のほぼ半数ずつに二分している。

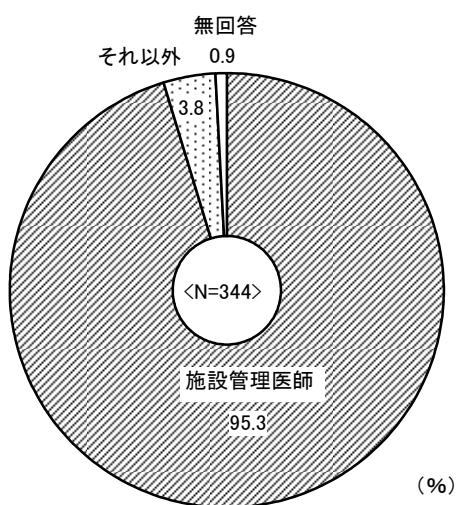
図 91. 終末期と判断する基準を施設で持っているか



問 1812. 施設で終末期と判断する基準を持っている場合、その判断は誰が行うか

「施設管理医師」(95.3%)がほとんどとなっている。

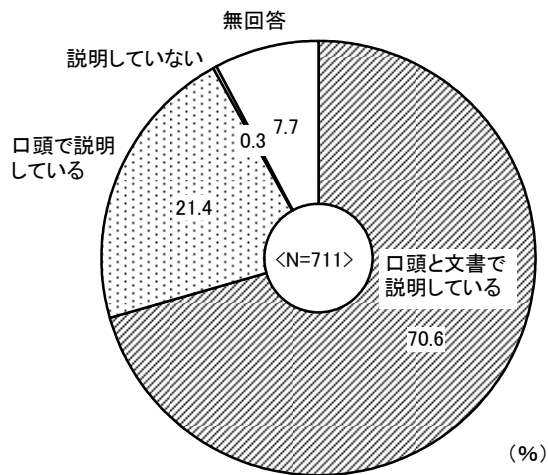
図 92. 施設で終末期と判断する基準を持っている場合、その判断は誰が行うか



問 1813. 終末期の説明をしているか

「口頭と文書で説明している」が7割(70.6%)と多数を占め、「口頭で説明している」(21.4%)は2割程度、「説明していない」(0.3%)はほとんどいない。

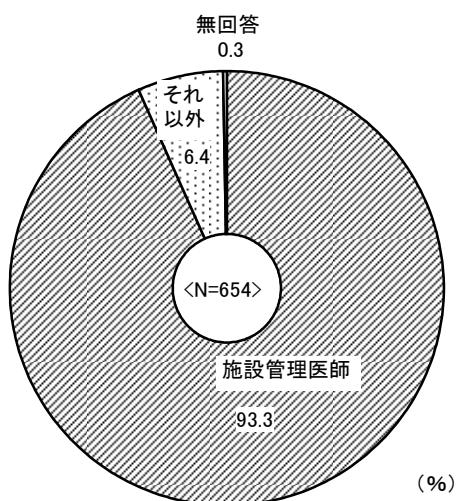
図 93. 終末期の説明をしているか



問 1814. 誰が説明しているか

「施設管理医師」(93.3%)がほとんどとなっている。

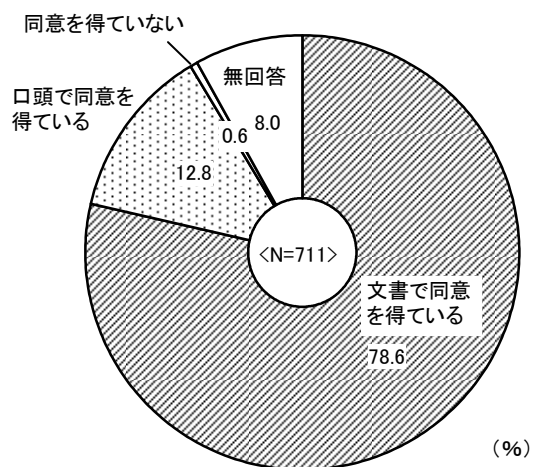
図 94. 誰が説明しているか



問 1815. 終末期の説明をし、医療内容を含めた対応について同意を得ているか

「文書で同意を得ている」(78.6%)が8割近くと多く、「口頭で同意を得ている」(12.8%)は1割程度にとどまる。

図 95. 終末期の説明をし、医療内容を含めた対応について同意を得ているか

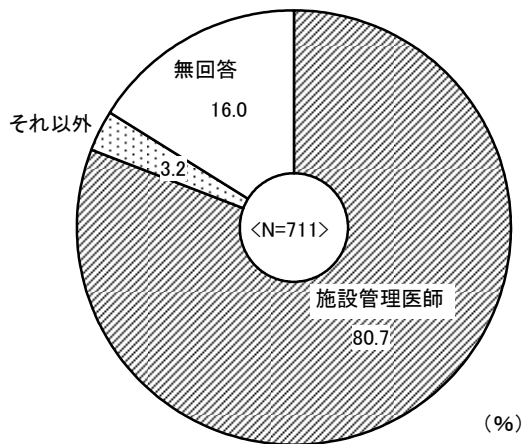


問 1816～1819. 時期：臨死期

問 1816. 施設で臨死期と判断する基準を持っている場合、その判断は誰が行うか

「施設管理医師」(80.7%)が多数を占め、「それ以外」(3.2%)は極めて少ない。

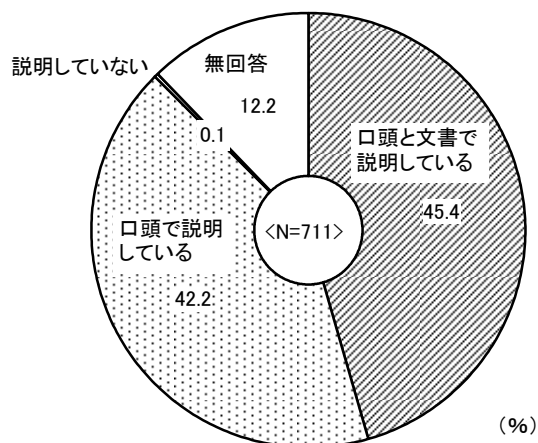
図 96. 施設で臨死期と判断する基準を持っている場合、その判断は誰が行うか



問 1817. 臨死期の説明をしているか

「口頭と文書で説明している」(45.4%)と「口頭で説明している」(42.2%)がいずれも4割台となっている。

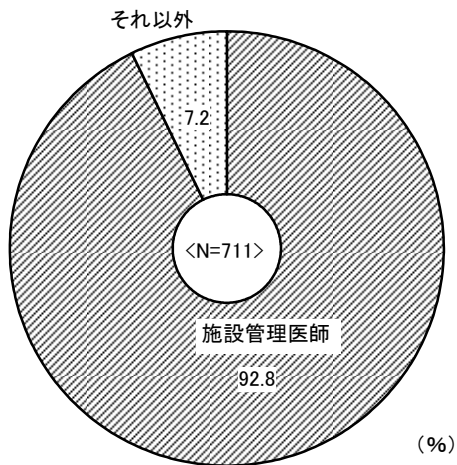
図 97. 臨死期の説明をしているか



問 1818. 誰が説明しているか

「施設管理医師」が9割強(92.8%)を占め、「それ以外」(7.2%)はごくわずかである。

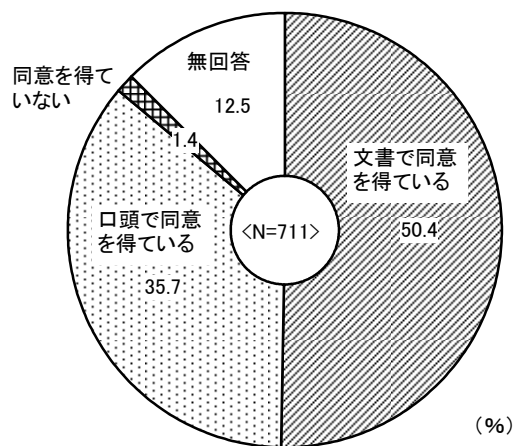
図 98. 誰が説明しているか



問 1819. 臨死期の説明をし、医療内容を含めた対応について同意を得ているか

「文書で同意を得ている」が半数(50.4%)で、「口頭で同意を得ている」(35.7%)よりも多い。

図 99. 臨死期の説明をし、医療内容を含めた対応について同意を得ているか



## II 施設の役割・機能分析

### 1. 目的と分析フレーム

在宅復帰機能が老健施設の重要な機能であることは言うまでもないが、実際には在宅強化型および在宅復帰支援加算のいずれかを算定している施設は今回の調査では約 30%であった。在宅復帰を行っていない施設の中には、認知症に対応している施設や、難病や重度化に対応している施設がある。また、緊急対応が中心的な機能である施設もある。

こういった諸機能の中には、利用者の状態に関連した諸機能、例えば、「看取り」「難病」「認知症」「在宅復帰」「緊急入所」とそれを支える諸機能、例えば「プライマリケア」「緊急医療対応力」「地域連携」「災害対応」「居宅サービスとの連携」「患者説明」「事前訪問」「リハビリテーション」等がある。

さまざまな利用者のニーズに「対応」した「諸機能」をここでは『対応機能』、それを支える諸機能は内部サービス機能であることから『サービス機能』と呼ぶこととする。

< 『対応機能』・『サービス機能』の内容 >

対応機能	該当する調査項目
1. 在宅復帰機能	在宅復帰できるよう常日頃努力しているか 家に帰りたいという思いを実現させるための工夫をしているか
2. 認知症対応機能	認知症ケアに自信があるか 認知症のBPSDのコントロールに自信があるか 少しぐらいの周辺症状であれば対応する自信があるか 認知症短期集中リハビリの効果には自信があるか
3. 看取り機能	看取りに対応しているか 初回入所時に、終末期に対応していることを表明しているか 終末期を含む様々な対応について説明しているか、同意を得ているか 終末期と判断する基準を持っているか 臨死期の説明をしているか
4. 難病対応機能	パーキンソン病等の神経難病の対応に自信があるか 神経難病以外の難病の対応に自信があるか 人工呼吸器の方でも入所の対応が可能か、短期入所の対応が可能か 在宅酸素療法中の方の対応は可能か 胃瘻の対応が可能か 胃瘻の方であっても、在宅復帰が可能ないように様々な工夫をしているか 難病疾患の設定に必要な書類の作成を行っているか
5. 緊急対応機能	利用者の緊急入所に対応できるよう努力しているか 包括支援センター・医療機関等から依頼があった場合、緊急入所に対応しているか 緊急入所に対応するにあたっての条件 緊急入所を想定して確保している空床はどの程度か 夜間・休日・祭日における緊急入所は行っているか 緊急入所の際に医師は対応しているか 緊急入所の際に看護職は対応しているか

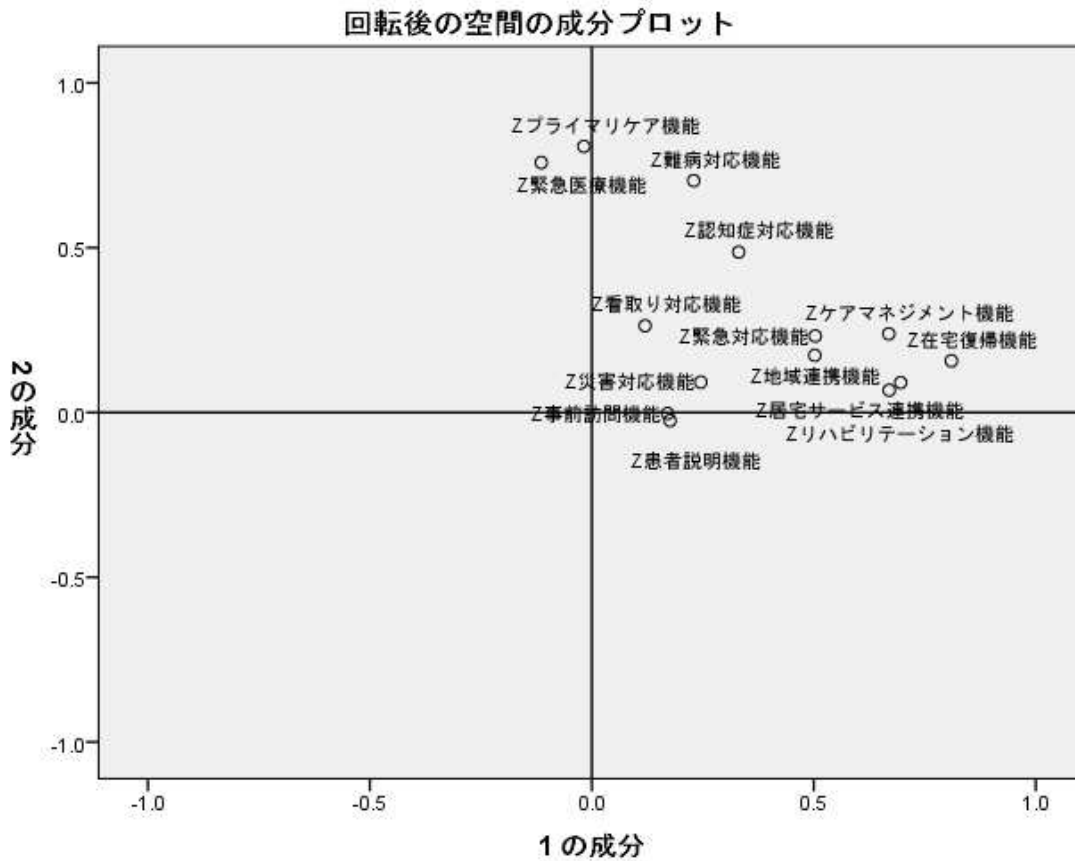
サービス機能	該当する調査項目
6. リハビリテーション機能	リハビリへの意欲を引き出す努力をしているか 社会参加を視野に入れたリハビリを行っているか 余暇活動が充実するようなリハビリを行っているか リハビリ施設としての理念と役割を実践しているか
7. プライマリケア機能	慢性疾患への医学的対応について BPSDのコントロールについて
8. 緊急医療対応機能	急性疾患の医療提供について
9. 災害対応機能	災害時に地域の避難所として利用可能なように準備を整えているか 災害時に地域の避難所であるとの広報を行っているか 災害時の少量や水の備蓄は十分か
10. 地域連携機構	自施設は地域(市区町村)の中での評価はどうか パンフや案内を関連病院等に置いているか 地域ケア会議に担当者が出席しているか 空床情報を医療機関や介護支援専門員等と共有しているか ホームページによる広報を行っているか
11. 利用者説明機能	看取りに対応しているか 初回入所時に、終末期に対応していることを表明しているか 終末期を含む様々な対応について説明しているか、同意を得ているか 説明を行っている職員の職種、説明対象者、説明にかかる時間 終末期と判断する基準を持っているか、判断は誰が行っているのか 終末期の説明を行っているか、誰が説明しているか 終末期の医療内容を含めた対応について同意を得ているか 臨末期と判断する基準を持っているか、判断は誰が行っているのか 臨末期の説明を行っているか、誰が説明しているか 臨末期の医療内容を含めた対応について同意を得ているか
12. ケアマネジメント機能	在宅維持のためのサービスの紹介はどの程度行っているか 在宅強化型のための教育研修等に参加しているか ケアプランに文書で明確に入所目的を記入しているか ケアプラン意外に文書で入所目的を記入しているか ケアプラン作成時に口頭で入所目的を確認しているか
13. 事前訪問機能	入所前訪問の実施状況(居所が家の場合、居所が家以外の場合) インテークプロセスの実施状況

どのような『対応機能』を持つかという選択は、施設の方針、近隣の医療機関から紹介されてくる利用者の状態像、そして施設内の『サービス機能』が複雑に関係していると予想される。

そこで、まず、機能等に関連する設問から、それぞれの「機能ベクトル」の内容を表すであろう要約指標を作成した。これらの要約指標の主成分分析結果を以下に示す。(次ページの図1)

この図から、「難病対応機能」や「認知症対応機能」は、『サービス機能』であるプライマリケアや緊急医療対応と各質問の反応パターンが類似していることが予想される。一方、「在宅復帰対応機能」は『サービス機能』である居宅サービスとの連携などとの関係が近いことが予測された。そこで、今回の調査研究の分析は、以下のプロセスで行うこととした。

図1 要約指標の主成分分析結果



- (1)各『対応機能』は、実際にそれを示す経営指標と関係がどれぐらいあるかを検討することで、今回作成された『対応機能』の妥当性を検証した。例えば「看取り対応機能」は実際に施設内看取りとどの程度関係があるかを検討した。
- (2)『対応機能』内の各機能は、他の『対応機能』内の機能や『サービス機能』とどのような関係があるのかを検討した。
- (3)これらの分析を通して、現在の報酬上の主流である「在宅復帰」機能とは別のどのような機能ベクトルがあるかを提示することとした。



## 2. 分析方法

### (1)要約指標の作成

これらの質問項目の要約指標の作成ができるか？ 要約指標が実際に関連した指標に影響を与えるか？  
について、問 1101～1139、および問 1501～1708、1801～1819 から要約指標を作成した。

A 各質問群において、主成分分析を行い、類似内容と判定できれば合計点数を算出、さらに Z 変換を行った。

B 各要約指標を主成分分析した（前述の「図 1 要約指標の主成分分析結果」参照）。

### (2)要約指標と他の測定可能なアウトカム指標との関連の分析

例えば、在宅復帰機能が他の指標よりも在宅復帰率に関係しているか、看取り機能が施設内看取り数と関係しているかなどについて相関分析を用いて検討し、妥当性を確認した。

### (3)対応機能と他の諸機能との関連の分析

例えば、在宅復帰機能と関係している指標は何かを明らかにする目的で、目的変数を「在宅復帰」、その他の諸機能を説明変数として重回帰分析により、関連する機能を検討した。

### (4)主要なアウトカム指標と諸機能の関係の分析

例えば、在宅復帰機能と「在宅復帰率」、認知症対応機能と「認知症利用者割合」、看取り対応機能と「死亡退所者数」などの関係について相関分析を用いて検討した。

### 3. 分析結果の要約

#### (1) 要約指標の作成

下記の『対応機能』および『サービス機能』について要約指標を作成した。

対応機能	サービス機能
1. 在宅復帰機能	6. リハビリテーション機能
2. 認知症対応機能	7. プライマリケア機能
3. 看取り機能	8. 緊急医療対応機能
4. 難病対応機能	9. 災害対応機能
5. 緊急対応機能	10. 地域連携機能
	11. 利用者説明機能
	12. ケアマネジメント機能
	13. 事前訪問機能

#### (2) 要約指標と他の測定可能なアウトカム指標との関連の分析

各対応機能と主要指標との相関により、質問から作成した主要指標の妥当性を確認した。

在宅復帰対応機能と在宅復帰率、認知症対応機能と認知症利用者割合、看取り対応機能と死亡（看取り）退所者数など関連指標間の関係は、他の対応機能よりも関連が深いことから主要指標の妥当性が確認された。

#### 相関係数

		803.平成25年 12月1日時点 の「在宅復帰 率」	認知症 利用者 割合	508.平成25年 11月の死亡 (看取り)退所 者数	805.平成25年6 月から11月の 「重度者率」	経管栄養 利用者 割合	510.家族の都 合による緊急 (短期)入所希 望件数
Z 得点 (在宅復帰対応)	Pearson の相関係数	.290	-.074	.012	-.047	-.077	.117
	有意確率(両側)	.000	.061	.698	.152	.051	.000
	N	981	648	983	916	636	953
Z 得点 (認知症対応)	Pearson の相関係数	.095	.048	.044	.065	-.091	.018
	有意確率(両側)	.004	.237	.176	.056	.025	.581
	N	931	620	930	869	609	901
Z 得点 (看取り対応)	Pearson の相関係数	.118	.008	.304	.163	.138	.055
	有意確率(両側)	.000	.854	.000	.000	.001	.102
	N	895	601	902	839	590	868
Z 得点 (難病対応)	Pearson の相関係数	.204	.002	.100	.127	.175	.084
	有意確率(両側)	.000	.958	.002	.000	.000	.010
	N	946	637	948	884	625	921
Z 得点 (緊急対応)	Pearson の相関係数	.134	-.049	.046	-.029	.005	.132
	有意確率(両側)	.000	.213	.146	.388	.907	.000
	N	979	658	981	912	647	951

### (3) 対応機能と他の諸機能との関連の分析（重回帰分析）

#### ① 在宅復帰対応機能

在宅復帰対応機能は、『サービス機能』であるリハビリテーション機能、居宅サービスとの連携、ケアマネジメント機能と正の関係を示し、また、『対応機能』である緊急対応機能とも正の関係にある。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.007	.028		.265	.791
Z 得点(リハビリテーション)	.356	.031	.356	11.476	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.310	.031	.325	10.121	.000
Z 得点(ケアマネジメント)	.236	.033	.234	7.180	.000
Z 得点(緊急対応)	.143	.030	.143	4.801	.000

a. 従属変数 Z 得点(在宅復帰対応)

#### ② 認知症対応機能

認知症対応機能は、『サービス機能』であるリハビリテーション機能、地域連携機能、プライマリケア機能と正の関係を示した。また、『対応機能』である難病対応機能、緊急対応機能とも正に関係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.011	.039		.289	.773
Z 得点(難病対応)	.236	.043	.234	5.465	.000
Z 得点(リハビリテーション)	.169	.042	.161	4.015	.000
Z 得点(地域連携)	.152	.042	.146	3.611	.000
Z 得点(プライマリケア)	.165	.046	.150	3.623	.000
Z 得点(緊急対応)	.088	.042	.085	2.099	.036

a. 従属変数 Z 得点(認知症対応)

### ③看取り対応機能

看取り対応機能は、『対応機能』である難病対応機能、『サービス機能』であるケアマネジメント機能と正の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.116	.041		2.805	.005
Z 得点(難病対応)	.155	.041	.163	3.741	.000
Z 得点(ケアマネジメント)	.086	.044	.086	1.987	.047

a. 従属変数 Z 得点(看取り対応)

### ④難病対応機能

難病対応機能は、『対応機能』である認知症対応機能、在宅復帰機能、緊急対応機能、看取り機能が関係し、『サービス機能』としては緊急医療対応機能、プライマリケア機能がいずれも正の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.031	.037		.833	.405
Z 得点(プライマリケア)	.256	.047	.233	5.421	.000
Z 得点(認知症対応)	.217	.039	.219	5.635	.000
Z 得点(在宅復帰対応)	.129	.041	.124	3.178	.002
Z 得点(緊急医療)	.151	.043	.146	3.507	.000
Z 得点(緊急対応)	.120	.040	.116	2.976	.003
Z 得点(看取り対応)	.109	.038	.104	2.871	.004

a. 従属変数 Z 得点(難病対応)

### ⑤緊急対応機能

緊急対応機能は、『対応機能』である在宅復帰機能、難病対応機能、認知症対応機能がいずれも正の関係を示し、『サービス機能』である地域連携機能とも正に関係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.031	.038		.808	.419
Z 得点(在宅復帰対応)	.273	.041	.271	6.575	.000
Z 得点(地域連携)	.154	.041	.154	3.776	.000
Z 得点(難病対応)	.125	.041	.129	3.041	.002
Z 得点(認知症対応)	.082	.041	.086	1.998	.046

a. 従属変数 Z 得点(緊急対応)

#### (4) 主要なアウトカム指標との関連

##### ① 各指標と経営指標との関係

重回帰分析の結果を要約し施設経営に用いられる主要な経営指標との関係を下表に示した。

○在宅復帰率に関連のある機能は、『対応機能』である在宅復帰機能、看取り機能と正の関係にあり、『サービス機能』の居宅サービスとの連携およびケアマネジメント機能とも正の関係を示した。

○平均在所日数については、『対応機能』である看取り機能、難病対応機能と正の関係にあり、『サービス機能』であるプライマリケア機能とも正の関係を示した。

一方、『対応機能』の中の在宅復帰機能とは負の関係にある。

○重度化率は、『対応機能』である看取り機能、難病対応機能とは正の関係にあり、『サービス機能』であるプライマリケア機能とも正の関係を示した。

一方、『対応機能』の中の在宅復帰機能とは負の関係にある。

	経営指標			
	平均稼働率	在宅復帰率	平均在所日数	重度化率
在宅復帰対応		+	-	-
看取り対応		+	+	+
難病対応			+	+
緊急対応				
認知症対応				
リハビリテーション				
居宅サービスとの連携		+		
災害対応				
地域連携		-		
患者説明				
事前訪問				
ケアマネジメント		+		
プライマリケア			+	+
緊急医療				

## ②経営指標の人数と各機能の関係

重回帰分析の結果を要約し、利用者数・通所者数など経営指標の人数と各機能の関係を下表に示した。

- 短期入所利用者数とは、『対応機能』である難病対応機能、緊急対応機能と正の関係を示し、『サービス機能』である居宅サービスとの連携も正の関係を示した。
- 入所待ち人数とは、『サービス機能』である事前訪問機能が正の関係を示した。
- 総相談件数とは、『対応機能』である在宅復帰機能が正の関係を示した。
- 新規入所者数とは、『対応機能』である在宅復帰機能と、『サービス機能』であるケアマネジメント機能、プライマリケア機能が正の関係を示した。
- 看取り件数とは、『対応機能』である看取り機能および緊急対応機能が正の関係を示した。

	各人数					
	短期入所利用者数	平均通所者数	入所待ち人数	総相談件数	新規入所件数	看取り件数
在宅復帰対応				+	+	
看取り対応						+
難病対応	+					
緊急対応	+					+
認知症対応						
リハビリテーション						
居宅サービスとの連携	+					
災害対応						
地域連携						
患者説明						
事前訪問			+		+	
ケアマネジメント					+	
プライマリケア						
緊急医療						

### ③各加算点数と各機能の関係

重回帰分析の結果を要約し、各加算点数と各機能の関係を下表に示した。

- 短期集中リハビリテーション実施加算とは、『対応機能』の中の在宅復帰機能が関係していた。
- 認知症（短期集中）リハビリテーション実施加算とは、『対応機能』の中の在宅復帰機能と看取り機能が正に関係していた。
- 看取り（ターミナルケア）加算とは、『対応機能』である看取り機能と、『サービス機能』であるプライマリケア機能が正に関係していた。
- 入所前後訪問指導加算とは、『対応機能』である在宅復帰機能と、『サービス機能』である緊急医療対応機能、災害対応機能が正に関係していた。

	加算点数			
	短期集中 リハ	認知症 短期集中	看取り 加算	入所前後 訪問指導 加算
在宅復帰対応	+	+		+
看取り対応		+	+	
難病対応				
緊急対応				+
認知症対応				
リハビリテーション				
居宅サービスとの連携				
災害対応				+
地域連携				-
患者説明				
事前訪問				
ケアマネジメント力				
プライマリケア対応力			+	
緊急医療対応力				

(5) 各要約指標を用いた主成分分析結果

各要約指標を Z 変換し主成分分析を行った結果をみると、以下の 4 つの軸（成分）が抽出される。老健の主要機能である「在宅復帰機能」がまず抽出されたが、それとは異なるベクトルを持つ機能として、「難病対応機能」、「地域ニーズ対応機能」、「看取り機能」とも言うべき軸が抽出されている。

①第一軸：在宅復帰軸

各要約指標	主成分1 (成分行列)
在宅復帰対応機能	0.866
居宅サービスとの連携サービス機能	0.772
リハビリテーションサービス機能	0.688
ケアマネジメントサービス機能	0.660
緊急対応機能	0.399
地域連携サービス機能	0.237
認知症対応機能	0.223
難病対応機能	0.219
プライマリケアサービス機能	0.090
事前訪問サービス機能	0.088
利用者説明サービス機能	0.031
看取り対応機能	-0.024
緊急医療サービス機能	-0.029
災害対応サービス機能	-0.039

主成分 1 は、在宅復帰、居宅サービスとの連携、リハビリテーション、ケアマネジメントが高いことから判断すると、在宅復帰に関連する諸機能を示す軸と判断され、「在宅復帰軸」と言えよう。

②第二軸：難病対応軸

各要約指標	主成分2 (成分行列)
プライマリケアサービス機能	0.827
緊急医療サービス機能	0.769
難病対応機能	0.668
認知症対応機能	0.444
ケアマネジメントサービス機能	0.183
緊急対応機能	0.176
看取り対応機能	0.175
在宅復帰対応機能	0.127
地域連携サービス機能	0.081
リハビリテーションサービス機能	0.055
居宅サービスとの連携サービス機能	0.047
災害対応サービス機能	0.032
利用者説明サービス機能	-0.059
事前訪問サービス機能	-0.102

主成分 2 は、プライマリケア、緊急医療対応、難病対応が高いことから判断すると、重度化・難病対応に関連する諸機能を示す軸と判断され、「難病対応軸」と言えよう。

③第三軸：地域ニーズ対応軸

各要約指標	主成分3 (成分行列)
災害対応サービス機能	0.735
地域連携サービス機能	0.668
認知症対応機能	0.403
利用者説明サービス機能	0.362
緊急対応機能	0.352
リハビリテーションサービス機能	0.208
看取り対応機能	0.153
ケアマネジメントサービス機能	0.144
難病対応機能	0.143
在宅復帰対応機能	0.108
プライマリケアサービス機能	-0.058
居宅サービスとの連携サービス機能	-0.077
緊急医療サービス機能	-0.086
事前訪問サービス機能	-0.123

主成分 3 は、災害対応、地域連携、認知症対応、利用者説明、緊急対応が高いことから判断すると、地域ニーズへの対応に関連する諸機能を示す軸と判断され、「地域ニーズ対応軸」と言えよう。

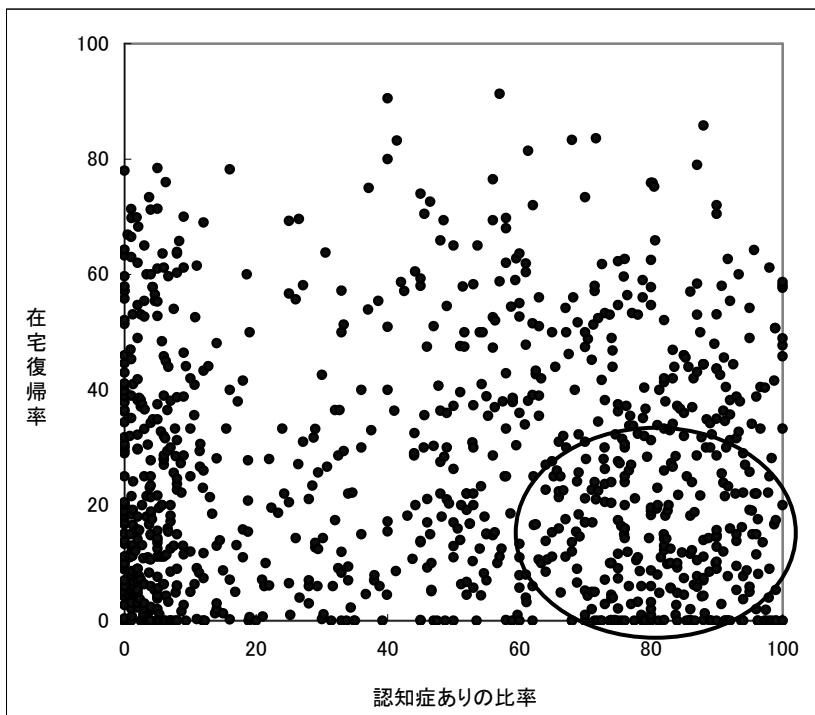
④第四軸：看取り対応軸

各要約指標	主成分4 (成分行列)
事前訪問サービス機能	0.824
看取り対応機能	0.596
ケアマネジメントサービス機能	0.202
地域連携サービス機能	0.197
難病対応機能	0.193
緊急対応機能	0.119
緊急医療サービス機能	0.061
居宅サービスとの連携サービス機能	0.057
認知症対応機能	0.045
利用者説明サービス機能	0.000
リハビリテーションサービス機能	-0.009
在宅復帰対応機能	-0.014
災害対応サービス機能	-0.046
プライマリケアサービス機能	-0.049

主成分 4 は、事前訪問サービス、看取り対応が高く、ケアマネジメントもやや高めであることからみて、看取りに関連する機能を示す軸と思われ、強いて言えば「看取り対応軸」と言えそうである。

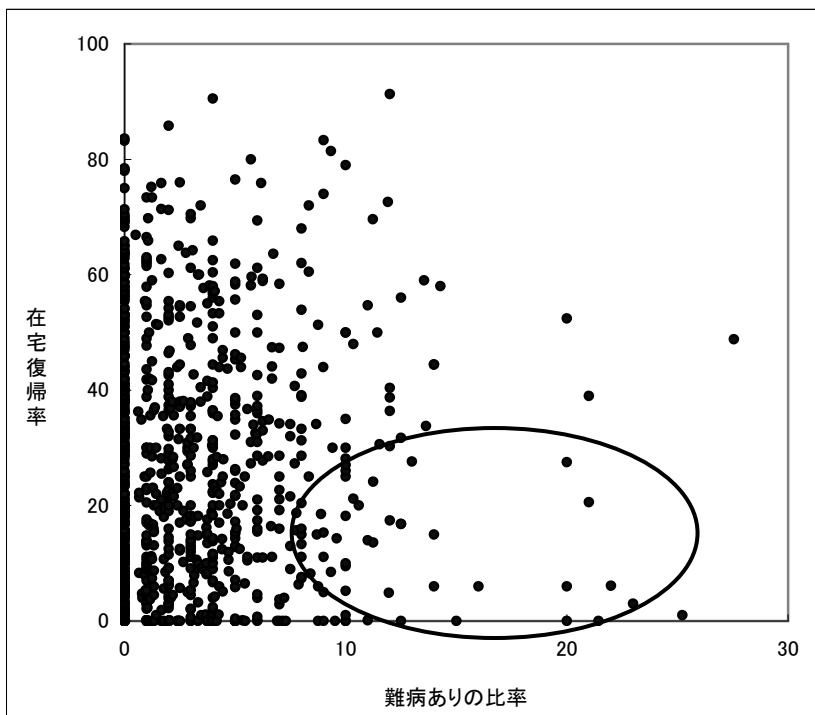


<アウトカム指標から見た散布図>



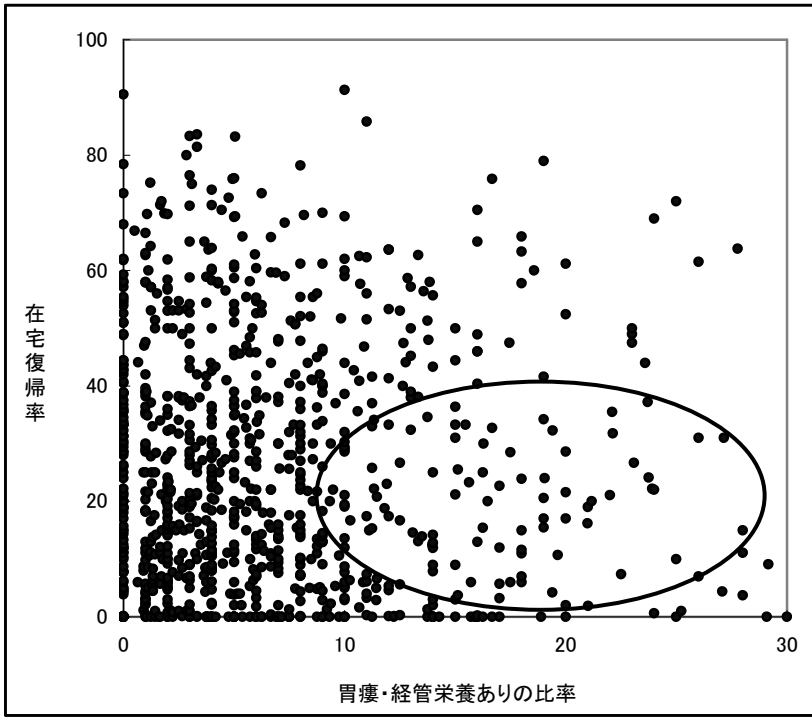
「在宅復帰率」は低い「認知症入所者割合」が高い施設が相当数ある。

現実的には、在宅復帰対応以外に認知症対応を行っている施設が多いことが示されている。



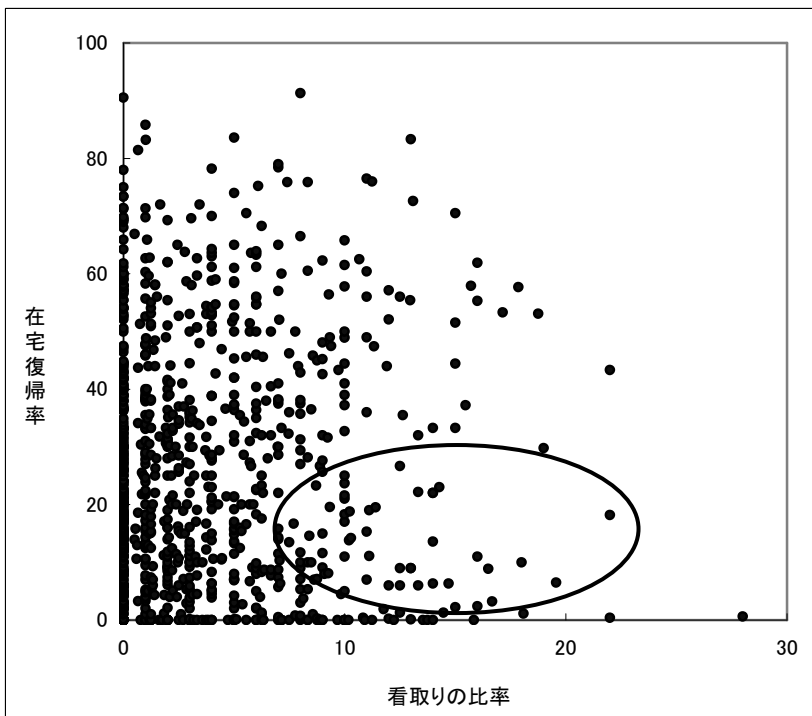
「在宅復帰率」は低い「難病ありの入所者割合」が高い施設も見受けられる。

施設数が多いとは言えないが、難病対応を行っている施設が一定数あることがわかる。



「在宅復帰率」は低い「胃瘻・経管栄養ありの入所者割合」が高い施設も多く存在する。

在宅復帰対応以外に、胃瘻・経管栄養対応を行っている施設が少なくないことが示されている。

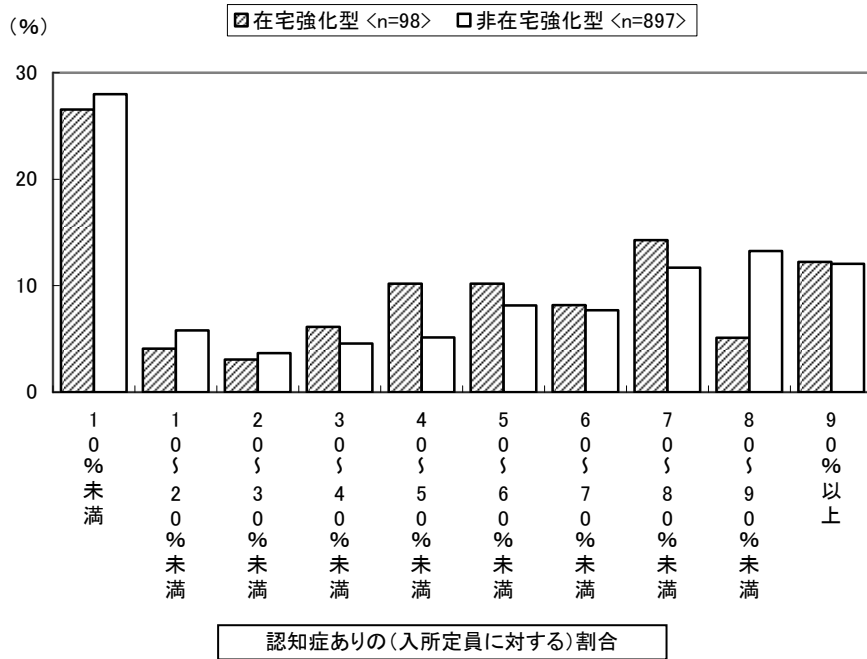


「在宅復帰率」は低い「看取り（死亡退所）の割合」が高い施設も見受けられる。

死亡退所者数自体が少ないので施設数が多いとは言えないが、看取り対応を行っている施設が一定数あることが示されている。

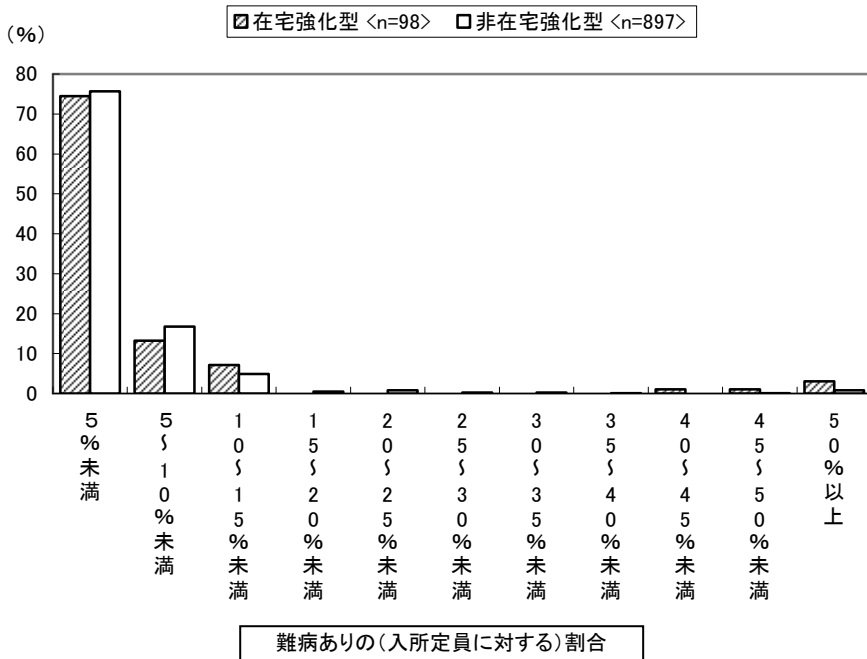
<在宅強化型の有無別に見た認知症あり・難病あり・胃瘻・経管栄養ありの比率の分布>

●認知症ありの(入所定員に対する)割合の分布



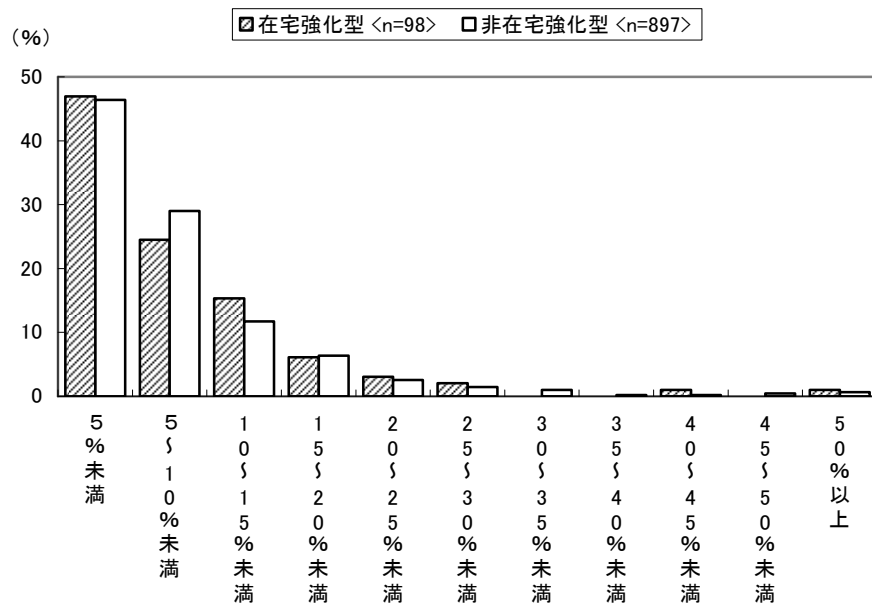
非在宅強化型の施設の方が、在宅強化型の施設よりも、認知症ありの患者のいる割合が高いという傾向が若干見られる。

●難病ありの(入所定員に対する)割合の分布



難病ありの患者のいる割合は、在宅強化型の施設と非在宅強化型の施設の間に大きな差は見られなかった。

●胃瘻・経管栄養ありの(入所定員に対する)割合の分布



胃瘻・経管栄養ありの患者のいる割合は、在宅強化型の施設と非在宅強化型の施設の間に大きな差は見られなかった。

胃瘻・経管栄養ありの(入所定員に対する)割合

(6) 『対応機能』同士および『対応機能』と『サービス機能』の関連（集約表）

前述した「対応機能と他の諸機能との関連分析」（重回帰分析）を集約すると以下のように整理される。

在宅復帰機能と関係の深い諸機能は

- ・・・リハビリテーション、居宅サービスとの連携、ケアマネジメントおよび緊急対応の各機能

認知症対応機能と関係の深い諸機能は

- ・・・難病対応、リハビリテーション、緊急対応・緊急医療、地域連携、プライマリケアの各機能

看取り機能と関係の深い諸機能は

- ・・・難病対応、ケアマネジメントの2つの機能

難病対応機能と関係の深い諸機能は

- ・・・在宅復帰、認知症対応、看取り、緊急対応・緊急医療、プライマリケアの各機能

緊急対応機能と関係の深い諸機能は

- ・・・在宅復帰、認知症対応、難病対応、地域連携の各機能

	対応機能					サービス機能					
	在宅復帰機能	認知症対応機能	看取り機能	難病対応機能	緊急対応機能	リハビリテーション	居宅サービスとの連携	ケアマネジメント	地域連携	プライマリケア	緊急医療
在宅復帰機能					+	+	+	+			
認知症対応機能				+	+	+			+	+	+
看取り機能				+				+			
難病対応機能	+	+	+		+					+	+
緊急対応機能	+	+		+					+		

## 4. 考察

今回の分析では、老健施設の機能を示す質問票の結果を用いて、以下の利用者ニーズに『対応』した指標および『サービス機能』の指標を作成した。

それぞれの指標は、対応する経営指標と強い相関を認めたことから、基準関連妥当性を認めた。妥当性の基準はこれ以外にも多くあるが、この報告書では、新たに作成した対応機能指標による分析と従来の経営指標の双方から分析することで、結果を双方で補完することが可能であろうと考えた。

在宅復帰機能は老健施設の主要な機能である。しかし、在宅復帰率が高いと重度者の割合や認知症の割合が減る傾向が認められた。このことは、老健施設の「多機能」は、一方の指標（例えば在宅復帰機能）が高くなると他の指標（例えば重度者あるいは認知症）が低くなる。すなわちこれらは別の方向を向いていると考えられる。

一方で、

- ・在宅復帰機能は、リハビリテーション、居宅サービスとの連携、ケアマネジメントおよび緊急対応と関係が深い。
- ・認知症対応機能は、難病対応機能、リハビリテーション、地域連携、プライマリケア、緊急対応がいずれも正に関係していた。
- ・看取り機能は、難病対応、ケアマネジメントが正の関係を示した。

このように、老健施設の機能は主機能をどこに据えるかということで、関連機能やそれを支えるサービス機能が変わってくる。そして、その主機能は、どのような利用者がいるかに大きく依存しているものである。

アウトカム指標を用いた散布図を見ると、在宅復帰率は低い認知症入所者割合の高い施設が相当数あり、また、在宅復帰率は低い難病ありの入所者割合の高い施設、胃瘻・経管栄養ありの入所者割合の高い施設および看取り（死亡退所者）割合の高い施設が一定数ある。現実的には在宅復帰対応以外に認知症対応・難病対応・看取り対応を行っている施設があることを示している。

現在中心とみなされている「在宅復帰」機能以外に、それと異なるベクトルを持つと考えられる「認知症および難病対応機能」や「看取り対応機能」が抽出されており、これらの機能についても評価されるべきであると考えられる。

## 5. 対応レベル（3区分）別分析結果

本項では、「①在宅復帰」～「⑧終末期対応」の8つの役割・機能を取り上げ、その関係性を分析する。各機能における分析軸として「対応レベル」を設定している。その定義は以下の通りである。

### <対応レベルにおける「高」「中」「低」の定義>

#### ①在宅復帰

「問 1101」～「問 1105」までの5つの設問について、それぞれ1～5点の得点を与えたものを合計した25点満点の得点が、23点以上なら「高」、19～22点なら「中」、18点以下なら「低」。

#### ②リハビリテーション

「問 1106」～「問 1110」までの5つの設問について、それぞれ1～5点の得点を与えたものを合計した25点満点の得点が、22点以上なら「高」、19～21点なら「中」、18点以下なら「低」。

#### ③緊急対応

「問 1111」～「問 1119」までの設問のうち、段階評価である5つの設問について、1～3点（4設問）、1～5点（1設問）の得点をそれぞれ与えたものを合計した17点満点の得点が、14点以上なら「高」、12～13点なら「中」、11点以下なら「低」。

#### ④災害対応

「問 1120」～「問 1122」までの3つの設問について、1～3点（2設問）、1～4点（1設問）の得点をそれぞれ与えたものを合計した10点満点の得点が、7点以上なら「高」、5～6点なら「中」、4点以下なら「低」。

#### ⑤地域連携

「問 1123」～「問 1127」までの5つの設問について、1～2点（1設問）、1～3点（1設問）、1～4点（1設問）、1～5点（2設問）の得点をそれぞれ与えたものを合計した19点満点の得点が、16点以上なら「高」、13～15点なら「中」、12点以下なら「低」。

#### ⑥認知症対応

「問 1128」～「問 1131」までの4つの設問について、それぞれ1～3点の得点を与えたものを合計した12点満点の得点が、10点以上なら「高」、8～9点なら「中」、7点以下なら「低」。

#### ⑦難病対応

「問 1132」～「問 1139」までの8つの設問について、それぞれ1～3点の得点を与えたものを合計した24点満点の得点が、16点以上なら「高」、13～15点なら「中」、12点以下なら「低」。

#### ⑧終末期対応

「問 1802」～「問 1819」までの設問のうち、段階評価である7つの設問について、1～3点（6設問）、1～4点（1設問）の得点をそれぞれ与えたものを合計した22点満点の得点が、21点以上なら「高」、19～20点なら「中」、21点以下なら「低」。

上記の得点境界は、各群の得点を偏差値に換算し、55以上を「高」、45～55未満を「中」、45未満を「低」とする方法を用いた。

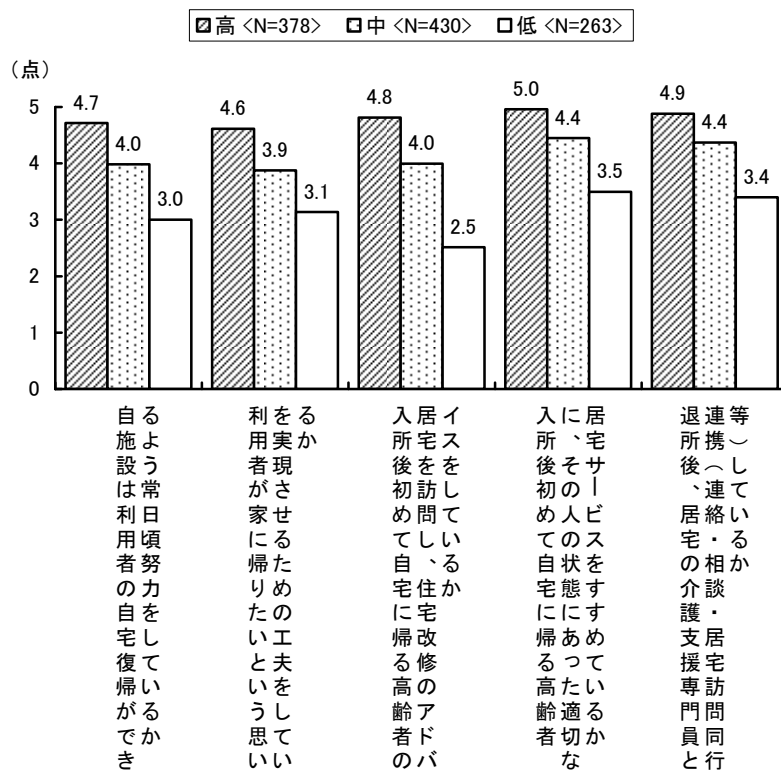
なお、上記①～⑧の各機能について、それぞれの機能群別の対応状況に関する設問を用いて因子分析を行った結果、マイナス相関や動きの異なる項目がないことから、得点化については対象とした設問の得点を足し上げた合計得点を用いることとした。

## (1) 在宅復帰の対応レベル別分析

### ① 在宅復帰の対応レベル

対応レベルを構成する各項目の回答をスコア化し、対応レベル別に比較すると、当然ながらいずれの項目も対応レベルが高いほどスコアも高いが、特に「入所後初めて自宅に帰る高齢者に、その人の状態にあった適切な居宅サービスをすすめているか」において差が大きく、高「4.8」に対し、低「2.5」となっている。

図 100. 在宅復帰の対応レベルのスコア（在宅復帰の対応レベル別）

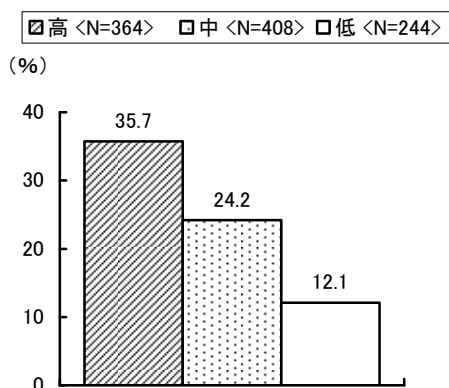


（スコアの算出方法は、いずれの設問も「常にしている」=5点～「していない」=1点までの5段階）

### ② 在宅復帰率

在宅復帰の対応レベル別にみた在宅復帰率は、やはり対応レベルが高いほど高く、低「12.1%」に対し、高「35.7%」と大きな差がある。

図 101. 在宅復帰率（在宅復帰の対応レベル別）

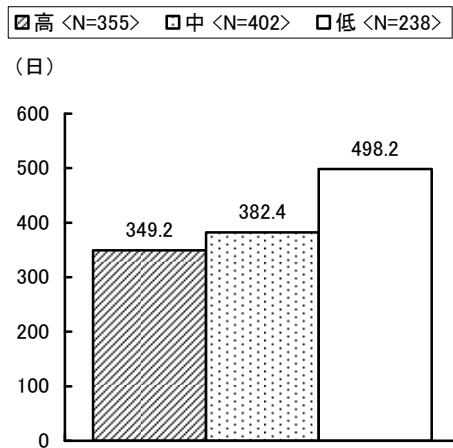




### ③ 平均在所日数

対応レベルが高いほど平均在所日数は短い。特に対応レベルが「低」の施設では「高」、「中」と比べ、平均在所日数が100日以上長いのが目立つ。

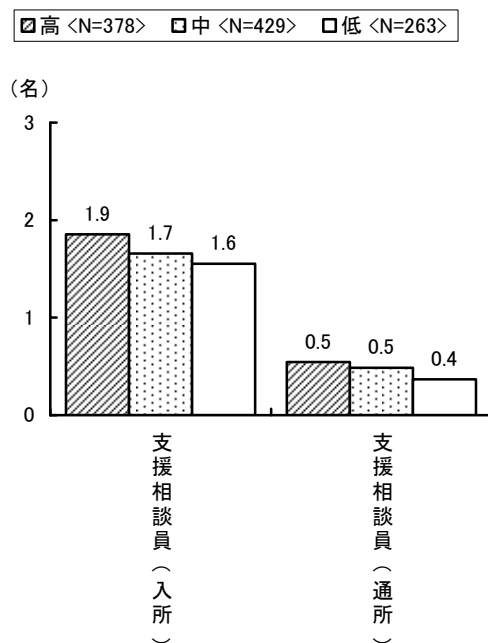
図 102. 平均在所日数（在宅復帰の対応レベル別）



### ④ 支援相談員数

対応レベルが高いほど支援相談員数（入所、通所とも）も少しずつ多く、若干の関連が認められる。

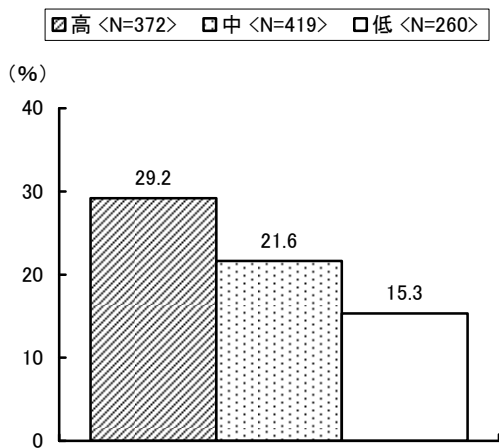
図 103. 支援相談員数（在宅復帰の対応レベル別）



⑤ 自宅復帰予定ありの人数

対応レベルが高いほど「自宅復帰予定あり」の人数の割合も高く、対応レベル高（29.2%）では低（15.3%）の2倍近い割合である。

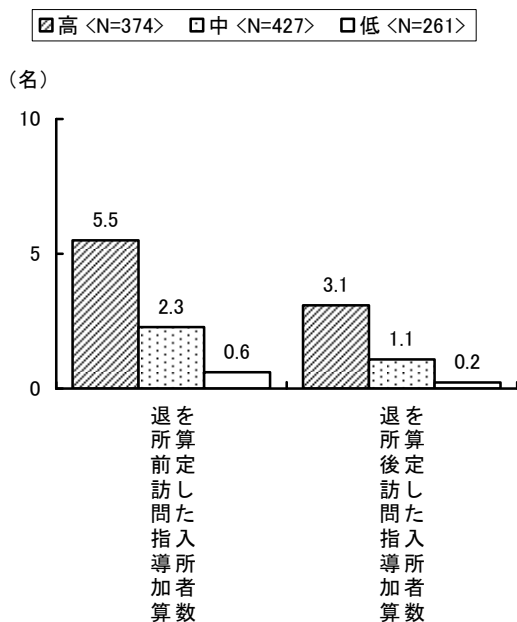
図 104. 自宅復帰予定ありの人数（合計に対する割合）（在宅復帰の対応レベル別）



⑥ 退所前および退所後の訪問指導加算を算定した入所者数

退所前、退所後とも、対応レベルが高いほど訪問指導加算を算定した入所者数が多いという傾向が顕著である。

図 105. 退所前および退所後の訪問指導加算を算定した入所者数（在宅復帰の対応レベル別）

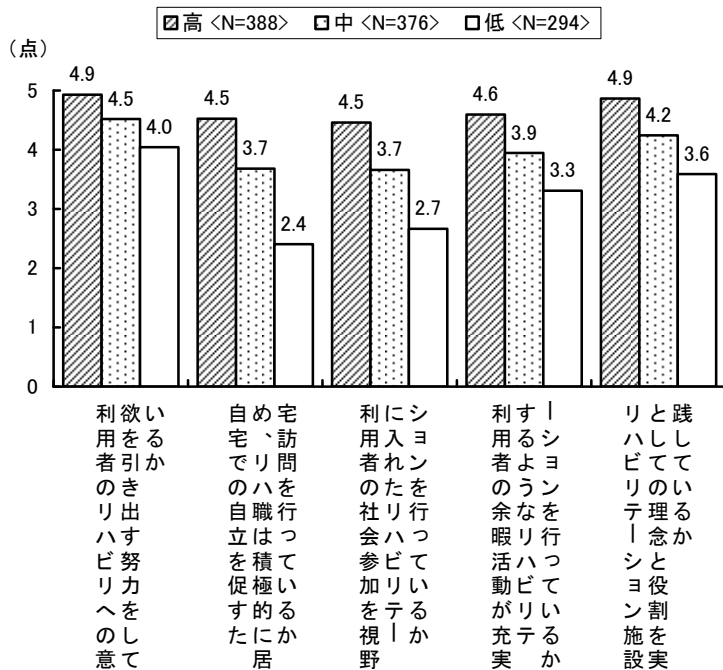


## (2) リハビリテーションの対応レベル別分析

### ① リハビリテーションの対応レベル

当然ながらいずれの項目も対応レベルが高いほどスコアも高いが、「自宅での自立を促すため、リハ職は積極的に居宅訪問を行っているか」と「利用者の社会参加を視野に入れたリハビリテーションを行っているか」における差が大きく、一方「利用者のリハビリへの意欲を引き出す努力をしているか」における差はやや小さい。

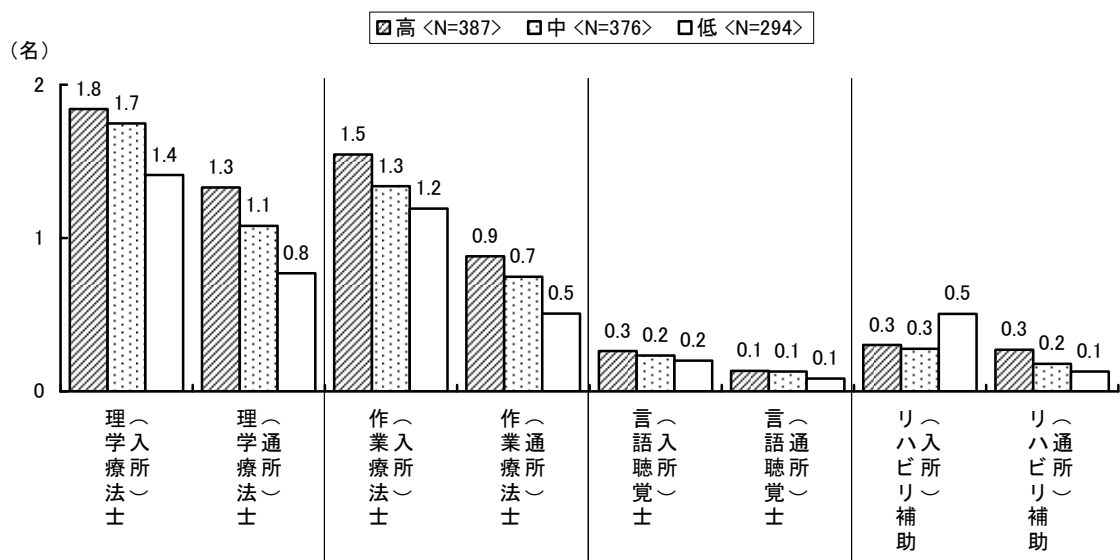
図 106. リハビリテーションの対応レベルのスコア（リハビリテーションの対応レベル別）



### ② リハビリのスタッフ数

「理学療法士」、「作業療法士」については、入所・通所のいずれも対応レベルが高いほどスコアも高い傾向がはっきりみられ、「言語聴覚士」も絶対数が少ないため差が小さいが、同様の傾向が認められる。「リハビリ補助」については、通所のスタッフについては同様の傾向が若干みられるが、入所のスタッフについては、むしろ逆の相関がみられる。

図 107. リハビリのスタッフ数（入所、通所）（リハビリテーションの対応レベル別）

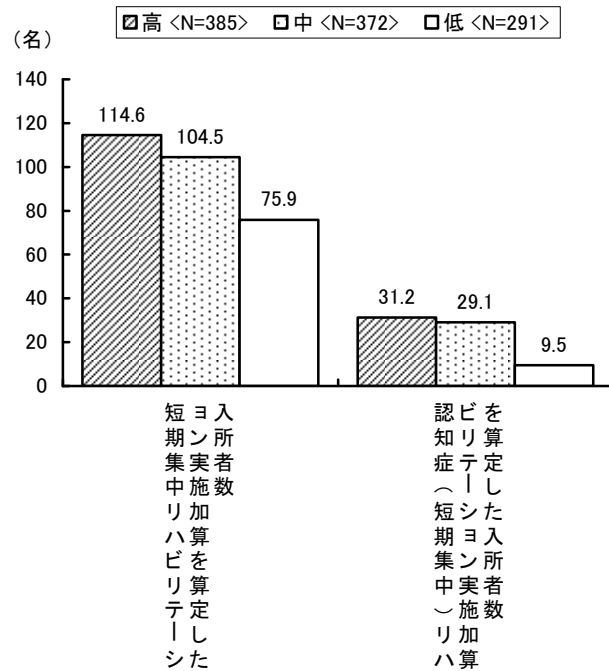


③ 短期集中および認知症（短期集中）リハビリテーション実施加算を算定した入所者数

短期集中および認知症（短期集中）リハビリテーションとともに、対応レベルが高いほど、リハビリテーション実施加算を算定した入所者数は多い。ただし、いずれも高と中ではあまり差はなく、中と低の間の差が大きい。

図 108. 短期集中および認知症（短期集中）リハビリテーション実施加算を算定した入所者数

（リハビリテーションの対応レベル別）

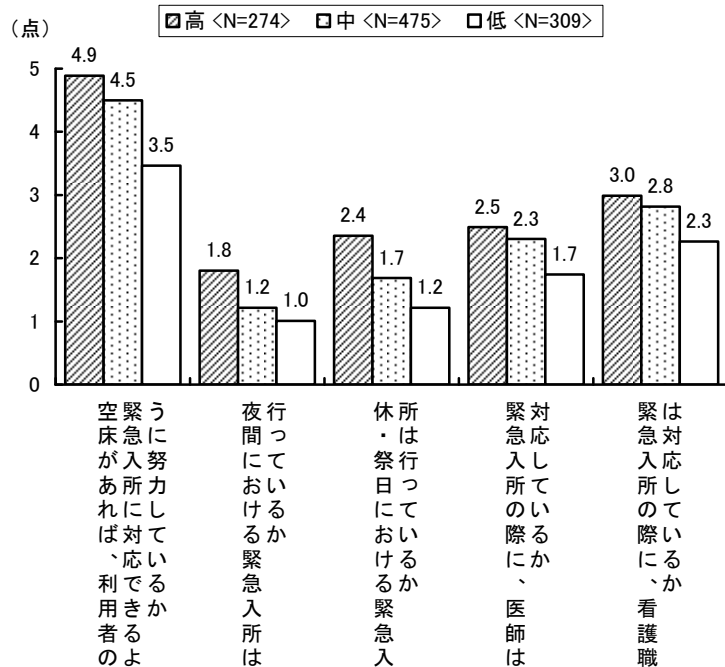


### (3) 緊急対応の対応レベル別分析

#### ① 緊急対応の対応レベル

当然ながらいずれの項目も対応レベルが高いほどスコアも高くなっている。

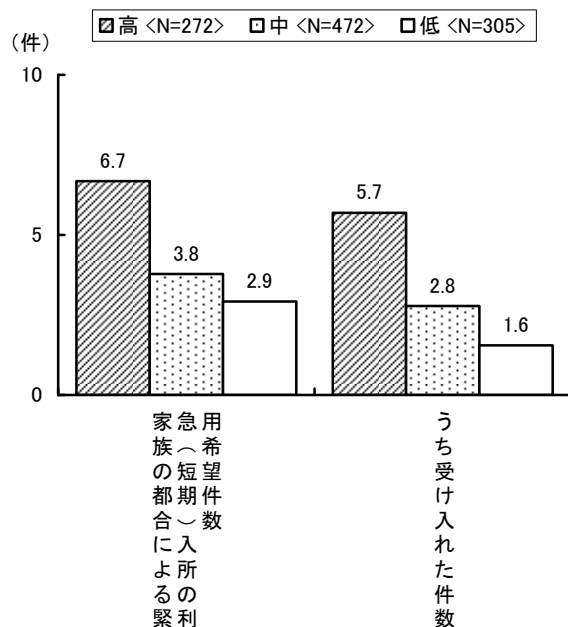
図 109. 緊急対応の対応レベル（緊急対応の対応レベル別）



#### ② 家族の都合による緊急（短期）入所の利用希望件数と受け入れ件数

家族の都合による緊急（短期）入所の利用希望件数および受け入れ件数のいずれも、緊急対応の対応レベルが高いほど多いという傾向が顕著である。

図 110. 家族の都合による緊急（短期）入所の利用希望件数と受け入れ件数（緊急対応の対応レベル別）

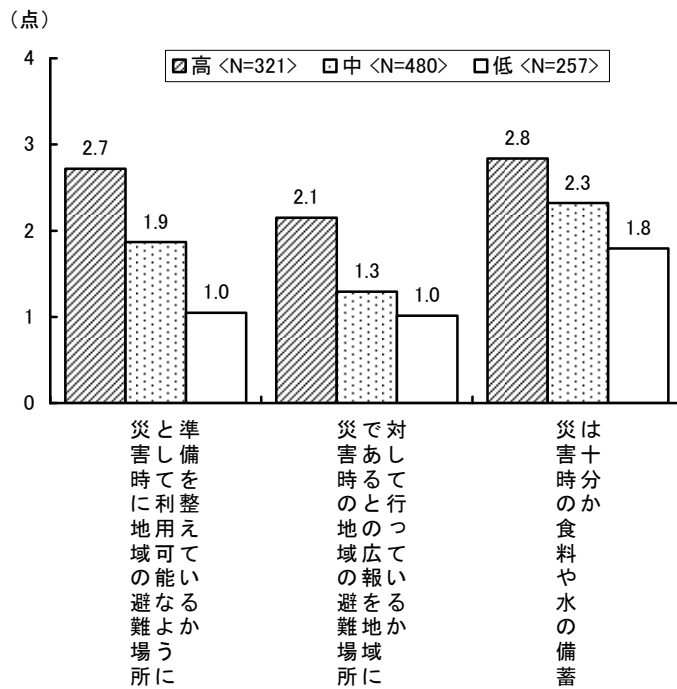


#### (4) 災害対応の対応レベル別分析

##### ① 災害対応の対応レベル

当然ながらいずれの項目も対応レベルが高いほどスコアも高く、特に「災害時に地域の避難場所として利用可能なように準備を整えているか」における差が最も大きい。一方、「災害時の食料や水の備蓄は十分か」における差は比較的小さい。

図 111. 災害対応の対応レベル（災害対応の対応レベル別）

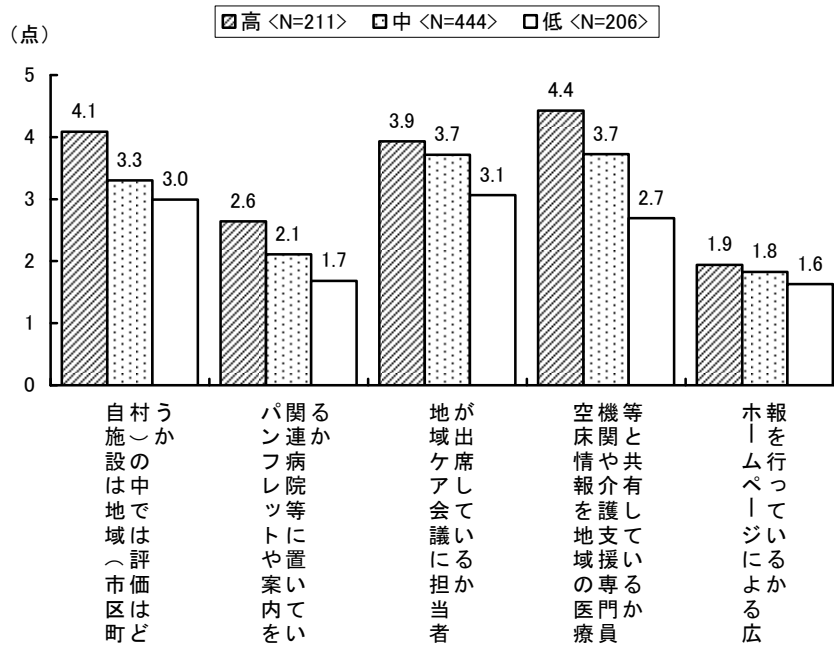


## (5) 地域連携の対応レベル別分析

### ① 地域連携の対応レベル

やはりいずれの設問でも対応レベルが高いほどスコアは高いが、特に「空床情報を地域の医療機関や介護支援専門員等と共有しているか」における差が他の設問に比べて大きく、低「2.7点」に対し、高「4.4点」となっている。

図 112. 地域連携の対応レベル（地域連携の対応レベル別）

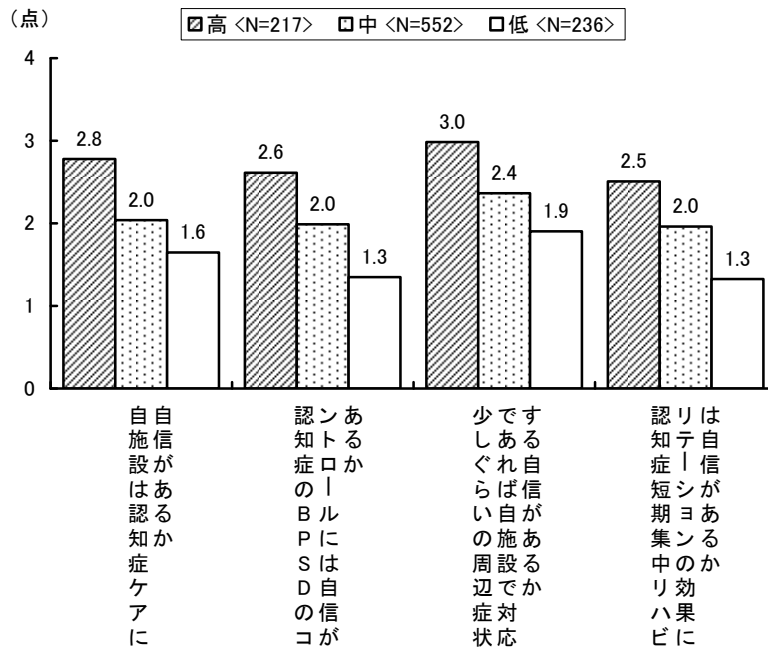


## (6) 認知症対応の対応レベル別分析

### ① 認知症対応の対応レベル

やはりいずれの設問も、認知症対応の対応レベルが高いほどスコアは高い。

図 113. 認知症対応の対応レベル（認知症対応の対応レベル別）

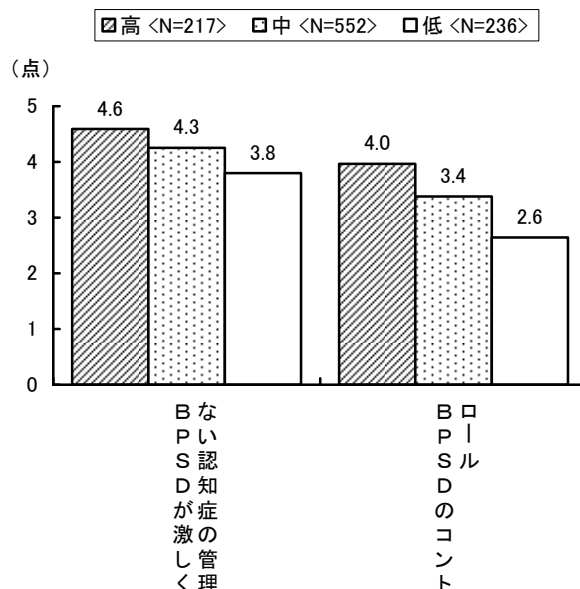


### ② BPSDが激しくない認知症の管理、およびBPSDのコントロールへの対応レベル

BPSDが激しくない認知症の管理、およびBPSDのコントロールへの対応レベルのいずれも、認知症対応の対応レベルが高いほどスコアは高くなっている。

図 114. BPSDが激しくない認知症の管理、およびBPSDのコントロールへの対応レベル

(認知症対応の対応レベル別)



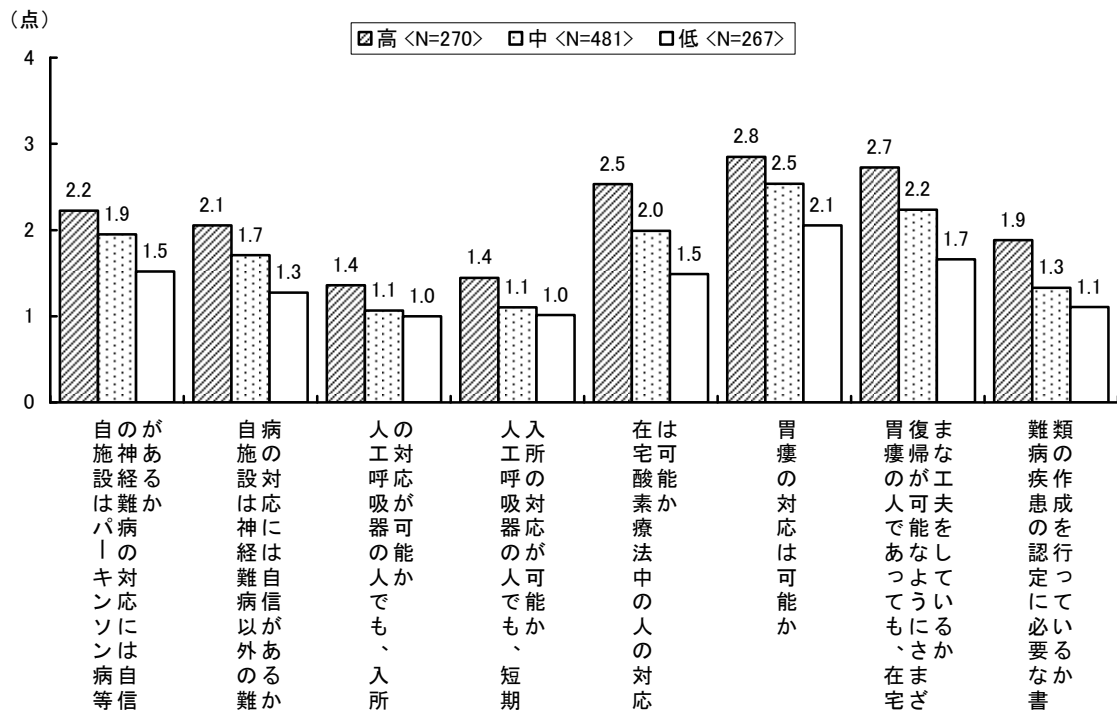


## (7) 難病対応の対応レベル別分析

### ① 難病対応の対応レベル

やはりいずれの設問も、認知症対応の対応レベルが高いほどスコアは高く、特に「在宅酸素療法中の人の対応は可能か」、「胃瘻の人であっても、在宅復帰が可能なようにさまざまな工夫をしているか」などの設問で差が大きい。

図 115. 難病対応の対応レベル（難病対応の対応レベル別）

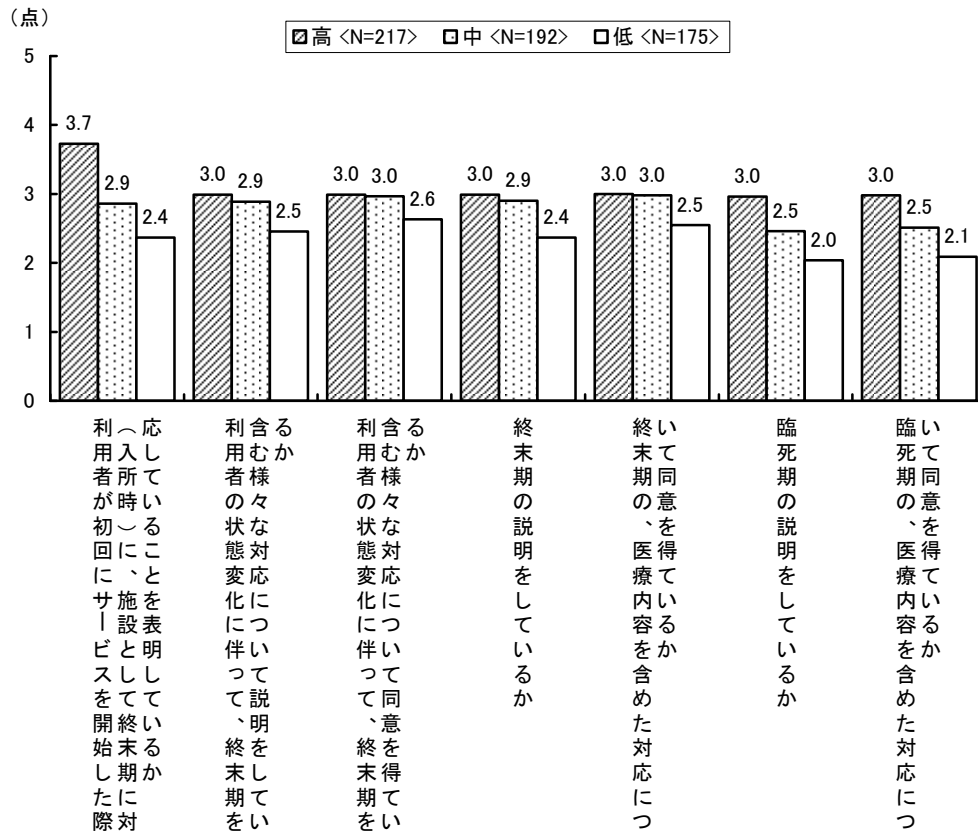


## (8) 終末期対応の対応レベル別分析

### ① 終末期対応の対応レベル

やはりいずれの設問も、認知症対応の対応レベルが高いほどスコアは高く、特に「利用者が初回にサービスを開始した際(入所時)に、施設として終末期に対応していることを表明しているか」における差が大きい。

図 116. 終末期対応の対応レベル (終末期対応の対応レベル別)



(9) 各群間の対応レベル別の関係性分析

(1) 各群間の対応レベル別の関係性分析

各群の対応レベルを相互にクロス集計した結果をみると、片方の対応レベルが高いほどもう片方の対応レベルも高いという関連性が特に強いのは、「在宅復帰」と「リハビリ」であった。また、「在宅復帰」と「緊急対応」、「在宅復帰」と「地域連携」、「在宅復帰」と「難病対応」なども高く、「在宅復帰」との関連が強い群が多い。そのほか、「地域連携」と「リハビリ」なども関連が強い。

図 117. 各群の対応レベル（各群の対応レベル別）

	サンプル数	在宅復帰			リハビリ			緊急対応			災害対応			地域連携			認知症対応			難病対応			終末期対応		
		高 (23点)	中 (19.5点)	低 (18点)	高 (22点)	中 (19.5点)	低 (18点)	高 (14点)	中 (12.5点)	低 (11点)	高 (7点)	中 (5.5点)	低 (4点)	高 (16点)	中 (13.5点)	低 (12点)	高 (10点)	中 (8.5点)	低 (7点)	高 (16点)	中 (13.5点)	低 (12点)	高 (21点)	中 (19.5点)	低 (18点)
全体	1110	34.1	38.7	23.7	35.0	33.9	26.5	24.7	42.8	27.8	28.9	43.2	23.2	19.0	37.8	11.1	27.0	52.9	14.0	37.6	42.3	13.0	23.3	19.3	15.1
在宅復帰	高	378	100.0	-	64.3	27.2	5.8	38.1	43.4	16.4	31.7	44.4	22.0	29.1	37.8	11.1	27.0	52.9	14.0	37.6	42.3	13.0	23.3	19.3	15.1
	中	430	-	100.0	-	25.3	47.7	24.4	23.0	45.8	29.1	30.0	43.5	22.3	16.7	44.9	18.4	18.6	51.2	22.1	23.0	45.6	25.6	20.5	17.2
	低	263	-	-	100.0	12.5	22.8	61.6	11.4	39.9	44.5	26.2	43.3	28.9	9.5	38.8	30.8	12.2	48.7	31.9	10.3	45.2	38.4	14.1	16.0
リハビリ	高	388	62.6	28.1	8.5	100.0	-	-	32.2	46.9	18.6	34.0	42.5	21.6	30.4	40.2	10.1	27.3	53.6	12.1	34.5	43.8	14.9	24.5	19.3
	中	376	27.4	54.5	16.0	-	100.0	-	26.9	42.6	27.9	28.7	43.1	24.5	15.4	44.1	19.7	16.8	53.7	22.3	25.5	42.0	26.3	21.0	16.5
	低	294	7.5	35.7	55.1	-	-	100.0	13.9	42.2	40.8	25.5	46.6	25.2	8.8	39.5	28.9	13.3	44.6	33.7	11.9	46.9	35.0	13.6	17.7
緊急対応	高	274	52.6	36.1	10.9	45.6	36.9	15.0	100.0	-	-	42.3	39.4	15.0	31.8	39.1	10.9	31.0	49.6	15.7	38.3	41.6	13.1	27.7	18.6
	中	475	34.5	41.5	22.1	38.3	33.7	26.1	-	100.0	-	26.3	43.8	27.4	18.9	44.2	17.5	18.3	53.9	19.6	24.0	48.0	22.3	18.9	19.2
	低	309	20.1	40.5	37.9	23.3	34.0	38.8	-	-	100.0	23.0	47.9	26.2	9.1	38.8	27.2	12.3	46.9	30.1	15.5	41.1	36.9	14.9	15.2
災害対応	高	321	37.4	40.2	21.5	41.1	33.6	23.4	36.1	38.9	22.1	100.0	-	-	29.0	41.1	11.2	28.0	47.4	19.3	30.5	42.7	21.5	26.8	
	中	480	35.0	39.0	23.8	34.4	33.8	28.5	22.5	43.3	30.8	-	100.0	-	17.5	41.7	21.7	17.7	54.0	20.0	21.9	47.1	23.5	18.1	
	低	257	32.3	37.4	29.6	32.7	35.8	28.8	16.0	50.6	31.5	-	-	100.0	10.1	39.7	25.3	15.6	49.4	26.5	21.8	42.8	30.0	13.2	
地域連携	高	211	52.1	34.1	11.8	55.9	27.5	12.3	41.2	42.7	13.3	44.1	39.8	12.3	100.0	-	-	35.5	46.4	12.3	39.3	41.7	13.7	27.5	
	中	444	32.2	43.5	23.0	35.1	37.4	26.1	24.1	47.3	27.0	29.7	45.0	23.0	-	100.0	-	17.6	55.9	20.0	23.4	45.7	24.5	20.0	
	低	206	20.4	38.3	39.3	18.9	35.9	41.3	14.6	40.3	40.8	17.5	50.5	31.6	-	-	100.0	12.6	44.2	33.0	12.1	48.5	31.1	15.0	
認知症対応	高	217	47.0	36.9	14.7	48.8	29.0	18.0	39.2	40.1	17.5	41.5	39.2	18.4	34.6	35.9	12.0	100.0	-	-	45.6	32.7	14.3	23.0	
	中	552	36.2	39.9	23.2	37.7	36.6	23.7	24.6	46.4	26.3	27.5	46.9	23.0	17.8	44.9	16.5	-	100.0	-	22.8	50.4	19.6	20.1	
	低	236	22.5	40.3	35.6	19.9	35.6	41.9	18.2	39.4	39.4	26.3	40.7	28.8	11.0	37.7	28.8	-	-	100.0	15.7	38.6	43.2	18.2	
難病対応	高	270	52.6	36.7	10.0	49.6	35.6	13.0	38.9	42.2	17.8	36.3	38.9	20.7	30.7	38.5	9.3	36.7	46.7	13.7	100.0	-	-	30.4	
	中	481	33.3	40.7	24.7	35.3	32.8	28.7	23.7	47.4	26.4	28.5	47.0	22.9	18.3	42.2	20.8	14.8	57.8	18.9	-	100.0	-	17.0	
	低	267	18.4	41.2	37.8	21.7	37.1	38.6	13.5	39.7	42.7	25.8	42.3	28.8	10.9	40.8	24.0	11.6	40.4	38.2	-	-	100.0	15.4	
終末期対応	高	217	40.6	40.6	17.1	43.8	36.4	18.4	35.0	41.5	21.2	39.6	40.1	15.7	26.7	41.0	14.3	23.0	51.2	19.8	37.8	37.8	18.9	100.0	
	中	192	38.0	38.5	21.9	39.1	32.3	27.1	26.6	47.4	24.5	27.6	48.4	22.4	19.8	44.8	18.2	26.0	47.4	17.7	26.0	50.5	18.2	-	
	低	175	32.6	32.6	33.7	31.4	38.9	26.9	22.3	42.9	30.3	29.7	37.1	31.4	13.1	38.9	23.4	20.6	48.0	23.4	22.9	42.9	26.9	-	

念のため、各群同士の対応レベルに関する相関をみると、やはり「在宅復帰」と「リハビリ」の相関度が突出して高い。そのほか、「在宅復帰」と「緊急対応」、「在宅復帰」と「難病対応」、「リハビリ」と「地域連携」などの相関も比較的高く、前述のクロス集計結果と同様となっている。

図 118. 各群の対応レベル（各群同士の相関度）

相関係数

		在宅復帰 対応レベル	リハビリ 対応レベル	緊急対応 対応レベル	災害時対応 対応レベル	地域連携 対応レベル	認知症対応 対応レベル	難病対応 対応レベル	終末期対応 対応レベル
在宅復帰 対応レベル	Pearson の相関係数	1	.533**	.291**	.063	.275**	.201**	.298**	.130**
	有意確率(両側)		.000	.000	.043	.000	.000	.000	.002
	N	1071	1042	1043	1042	847	994	1003	575
リハビリ 対応レベル	Pearson の相関係数	.533**	1	.222**	.067	.299**	.232**	.250**	.111**
	有意確率(両側)	.000		.000	.030	.000	.000	.000	.008
	N	1042	1058	1030	1029	838	979	991	573
緊急対応 対応レベル	Pearson の相関係数	.291**	.222**	1	.155**	.264**	.199**	.254**	.124**
	有意確率(両側)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.003
	N	1043	1030	1058	1028	839	976	992	568
災害時対応 対応レベル	Pearson の相関係数	.063	.067	.155**	1	.225**	.117**	.094**	.149**
	有意確率(両側)	.043	.030	.000		.000	.000	.003	.000
	N	1042	1029	1028	1058	842	979	991	568
地域連携 対応レベル	Pearson の相関係数	.275**	.299**	.264**	.225**	1	.244**	.231**	.167**
	有意確率(両側)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	847	838	839	842	861	799	805	469
認知症対応 対応レベル	Pearson の相関係数	.201**	.232**	.199**	.117**	.244**	1	.287**	.035
	有意確率(両側)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.418
	N	994	979	976	979	799	1005	943	540
難病対応 対応レベル	Pearson の相関係数	.298**	.250**	.254**	.094**	.231**	.287**	1	.136**
	有意確率(両側)	.000	.000	.000	.003	.000	.000		.001
	N	1003	991	992	991	805	943	1018	549
終末期対応 対応レベル	Pearson の相関係数	.130**	.111**	.124**	.149**	.167**	.035	.136**	1
	有意確率(両側)	.002	.008	.003	.000	.000	.418	.001	
	N	575	573	568	568	469	540	549	584

## <分析結果の詳細> (分析方法および結果のデータ集)

### 1. 要約指標の作成

問 11 の主成分分析 回転法は Kaiser の正規化を伴うエカマックス法 (1101~1105)

①グループ A : 10- (1101+1102) : 在宅復帰 (対応機能)

1101. 利用者の自宅復帰ができるよう常日頃努力をしているか

1102. 利用者が家に帰りたいという思いを実現させるための工夫をしているか

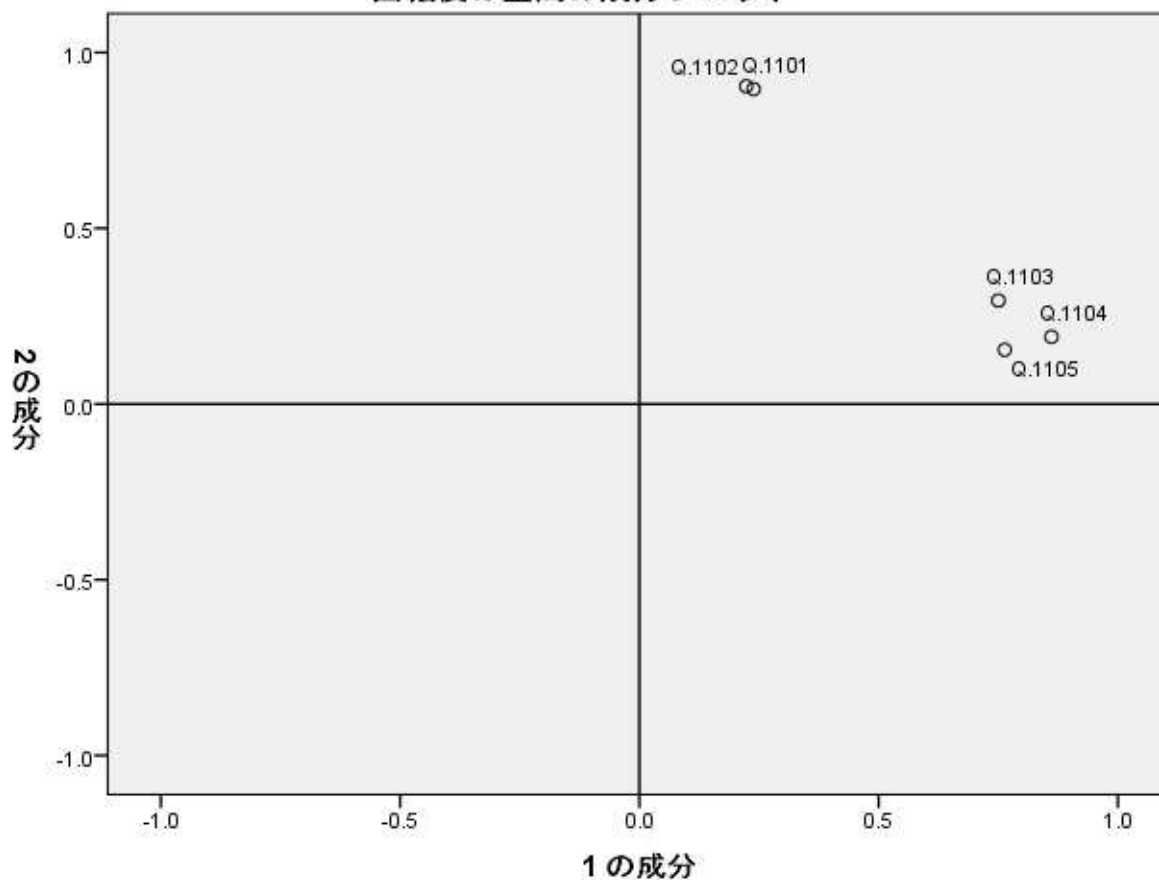
②グループ B : 15- (1103+1104+1105) : 居宅サービスとの連携 (サービス機能)

1103. 入所後初めて自宅に帰る高齢者の居宅を訪問し、住宅改修のアドバイスをしているか

1104. 入所後初めて自宅に帰る高齢者に、その人の状態にあった適切な居宅サービスをすすめているか

1105. 退所後、居宅の介護支援専門員と連携 (連絡・相談・居宅訪問同行等) しているか

回転後の空間の成分プロット



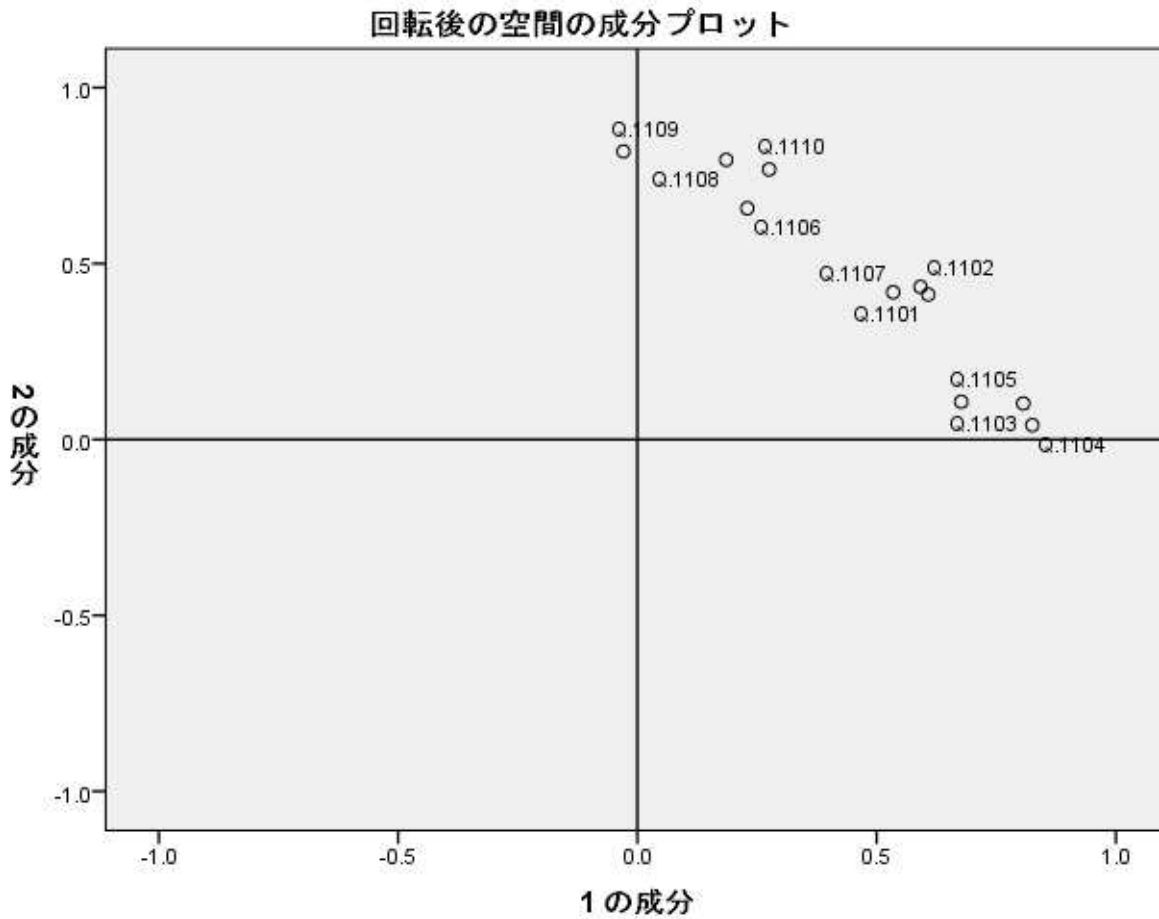
③グループC：20-（1106+1108+1109+1110）：リハビリテーション（サービス機能）

1106. 利用者のリハビリへの意欲を引き出す努力をしているか

1108. 利用者の社会参加を視野に入れたリハビリテーションを行っているか

1109. 利用者の余暇活動が充実するようなリハビリテーションを行っているか

1110. リハビリテーション施設としての理念と役割を実践しているか



④グループ A2 : 15- (1101+1102+1107) : 在宅復帰努力 (対応機能)

- 1101. 利用者の自宅復帰ができるよう常日頃努力をしているか
- 1102. 利用者が家に帰りたいたいという思いを実現させるための工夫をしているか
- 1107. 自宅での自立を促すため、リハ職は積極的に居宅訪問を行っているか

⑤グループ D : 20- (1111+1116+1117+1119) : 施設緊急対応機能 (対応機能)

- 1111. 空床があれば、利用者の緊急入所に対応できるように努力しているか
- 1112. 左記の事業所から緊急入所の依頼があった場合、対応しているか(MA)
- 1112. 左記の事業所から緊急入所の依頼があった場合、対応しているか(MA)
- 1112. 左記の事業所から緊急入所の依頼があった場合、対応しているか(MA)
- 1112. 左記の事業所から緊急入所の依頼があった場合、対応しているか(MA)
- 1113. 対応するにあたって、条件はあるか
- 1114. 条件(MA)
- 1114. 条件(MA)
- 1114. 条件(MA)
- 1114. 条件(MA)
- 1114. 条件(SA)
- 1115. 緊急入所を想定して確保しているベッドの空床はどの程度か
- 1116. 夜間における緊急入所は行っているか
- 1117. 休・祭日における緊急入所は行っているか
- 1118. 緊急入所の際に、医師は対応しているか
- 1119. 緊急入所の際に、看護職は対応しているか

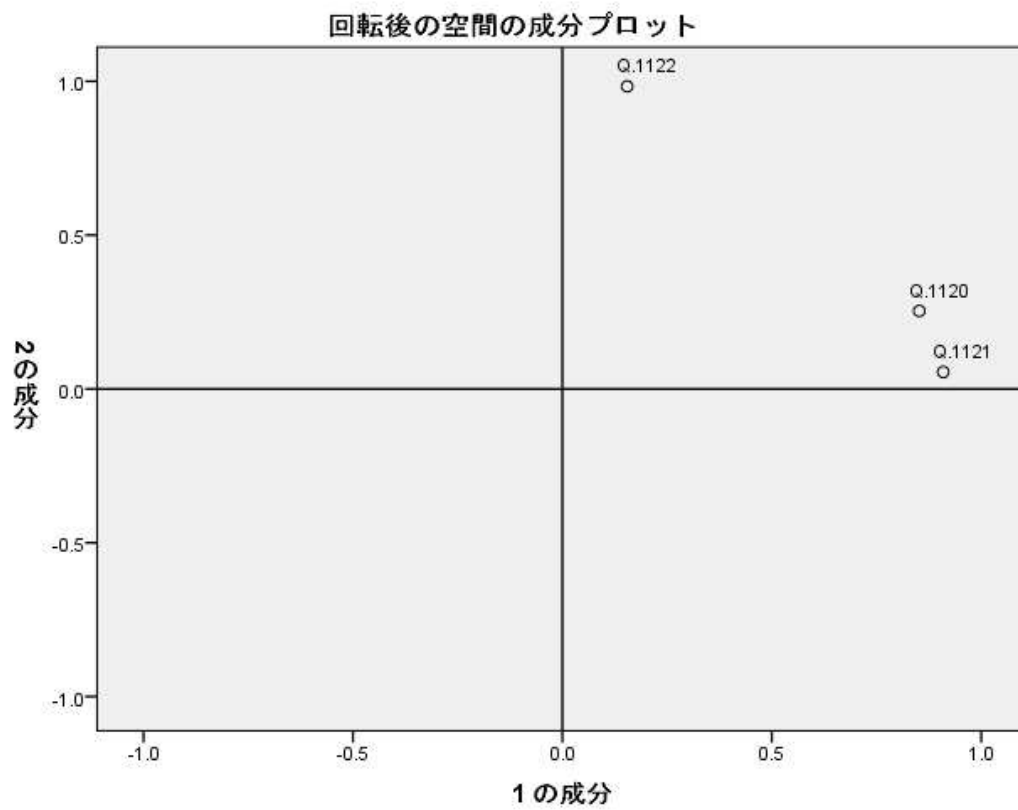
条件	1. 既に自施設の何らかのサービスを利用していること
	2. 状況が把握できていること
	3. 医療処置等で人手がかからないこと
	4. その他

⑥グループ E : 10- (1120+1121+1122) : 災害対応力 (サービス機能)

1120. 災害時に地域の避難場所として利用可能なように準備を整えているか

1121. 災害時の地域の避難場所であるとの広報を地域に対して行っているか

1122. 災害時の食料や水の備蓄は十分ですか





⑦グループF：18-（1123+1124+1125+1126）：地域連携（サービス機能）

1123. 自施設は地域（市区町村）の中では評価はどうか

1124.パンフレットや案内を関連病院等に置いているか

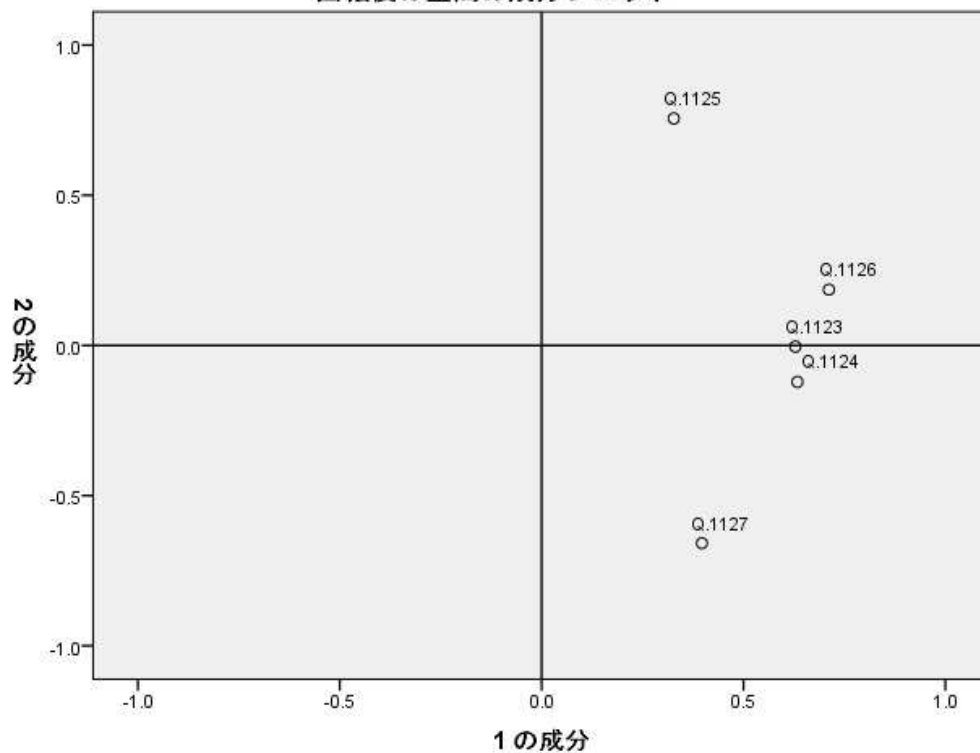
1125. 地域ケア会議に担当者が出席しているか

1126. 空床情報を地域の医療機関や介護支援専門員等と共有しているか

1127. ホームページによる広報を行っているか

内容を考慮して1127を除く4項目で検討した。

回転後の空間の成分プロット



⑧グループG : 12- (1128+1129+1130+1131) : 認知症 (対応機能)

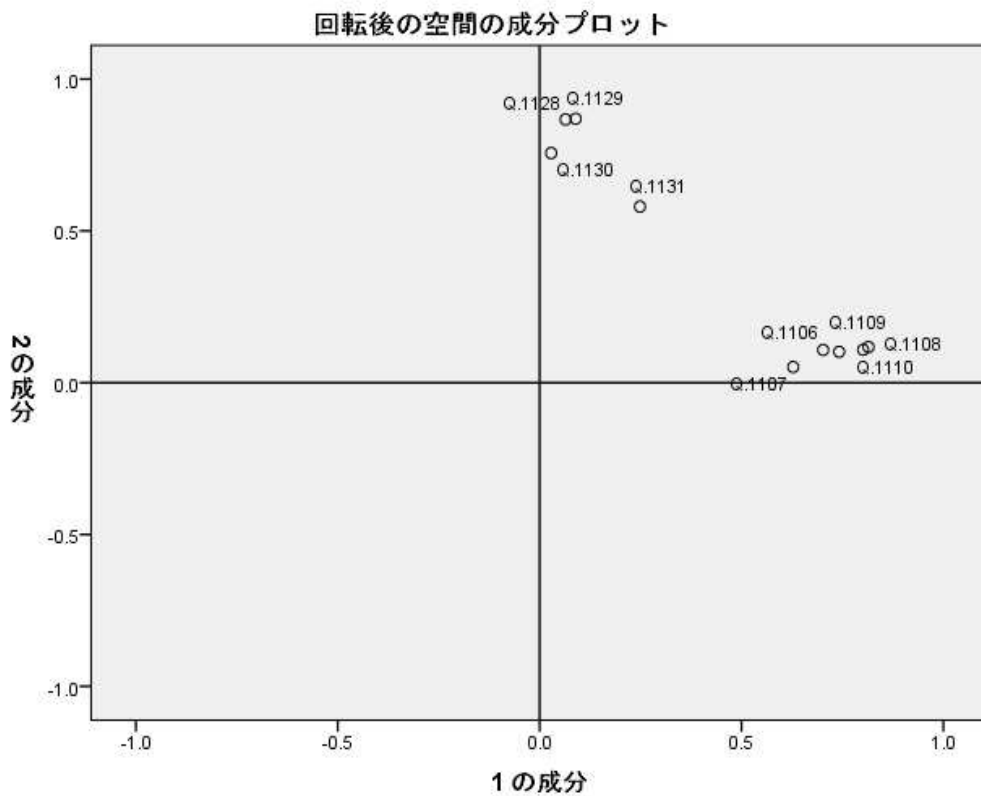
1128. 自施設は認知症ケアに自信がありますか

1129. 認知症のBPSDのコントロールには自信がありますか

1130. すこしぐらいの周辺症状であれば自施設で対応する自信があるか

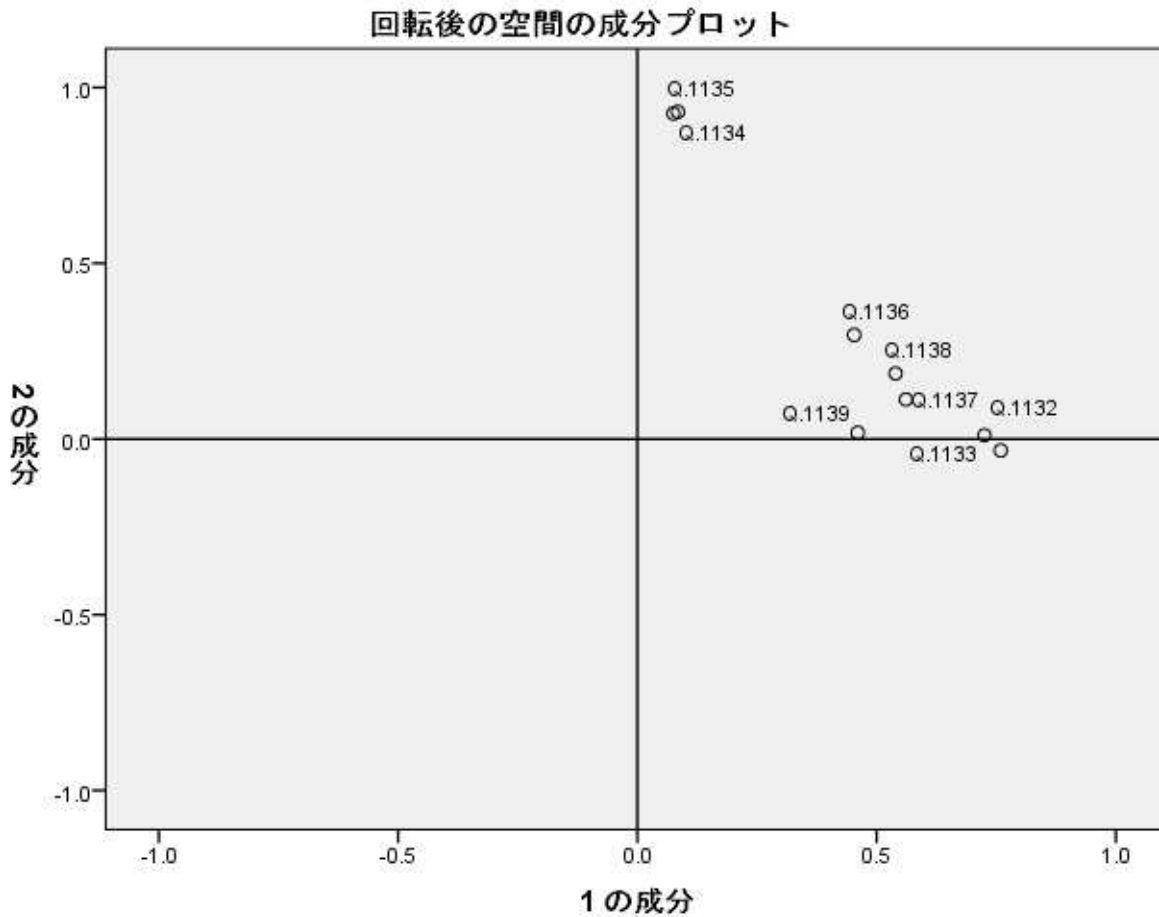
1131. 認知症短期集中リハビリテーションの効果には自信があるか

リハ機能群と同時にプロットすると同じ群と考えられる。



⑨グループH：24-（1132+1133+1134+1135+1136+1137+1138+1139）：難病（対応機能）

- 1132. 自施設はパーキンソン病等の神経難病の対応には自信があるか
- 1133. 自施設は神経難病以外の難病の対応には自信があるか
- 1134. 人工呼吸器の方でも、入所の対応が可能か
- 1135. 人工呼吸器の方でも、短期入所の対応が可能か
- 1136. 在宅酸素療法中の方の対応は可能か
- 1137. 胃瘻の対応が可能か
- 1138. 胃瘻の方であっても、在宅復帰が可能ないようにさまざまな工夫をしているか
- 1139. 難病疾患の認定に必要な書類の作成を行っているか



⑩グループI：16-（1001+1002+1004+1005+1006+1007）：患者説明（サービス機能）

- 1801. 自施設は看取りに対応しているか
- 1802. 利用者が初回にサービスを開始した際（入所時）に、施設として終末期に対応していることを表明しているか
- 1803. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について説明をしているか
- 1804. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について同意を得ているか
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-1
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-2
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-3
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-4
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-5
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-6
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-7
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-8
- 1805. その際説明を行っている職種(MA)-9
- 1806. 説明の対象者について
- 1807. 説明にかける時間
- 1808. 終末期と判断する基準を施設で持っているか
- 1812. 施設で終末期と判断する基準を持っている場合、その判断は誰が行うか
- 1813. 終末期の説明をしているか
- 1814. 誰が説明しているか
- 1815. 終末期の、医療内容を含めた対応について同意を得ているか
- 1816. 施設で臨死期と判断する基準を持っている場合、その判断は誰が行うか
- 1817. 臨死期の説明をしているか
- 1818. 誰が説明しているか
- 1819. 臨死期の、医療内容を含めた対応について同意を得ているか

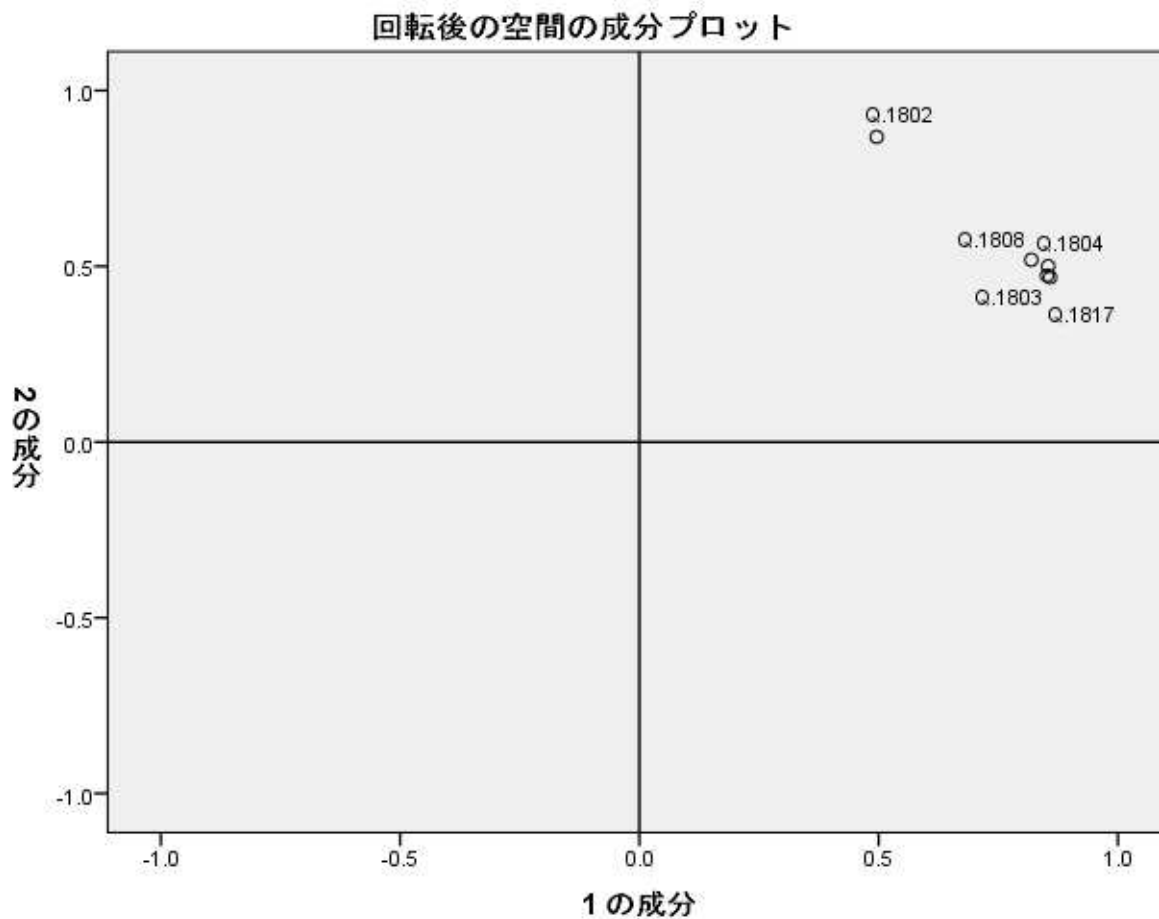
条件	1. 医師	6. 栄養士
	2. 看護職	7. 薬剤師
	3. 介護職	8. 事務職
	4. 支援相談員	9. その他
	5. 介護支援専門員	

統計量

	1801. 自施設は看取りに対応しているか	1802. 利用者が初回にサービスを開始した際（入所時）に、施設として終末期に対応していることを表明しているか	1803. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について説明をしているか	1804. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について同意を得ているか	1808. 終末期と判断する基準を施設で持っているか	1817. 臨死期の説明をしているか	1819. 臨死期の、医療内容を含めた対応について同意を得ているか
度数	有効 1058	1039	1057	1049	1037	975	974
	欠損値 21	40	22	30	42	104	105

⑪グループJ：22-（1801+1802+1803+1804+1808+1817）：看取り（対応機能）

- 1801. 自施設は看取りに対応しているか
- 1802. 利用者が初回にサービスを開始した際（入所時）に、施設として終末期に対応していることを表明しているか
- 1803. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について説明をしているか
- 1804. 利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について同意を得ているか
- 1808. 終末期と判断する基準を施設で持っているか
- 1817. 臨死期の説明をしているか

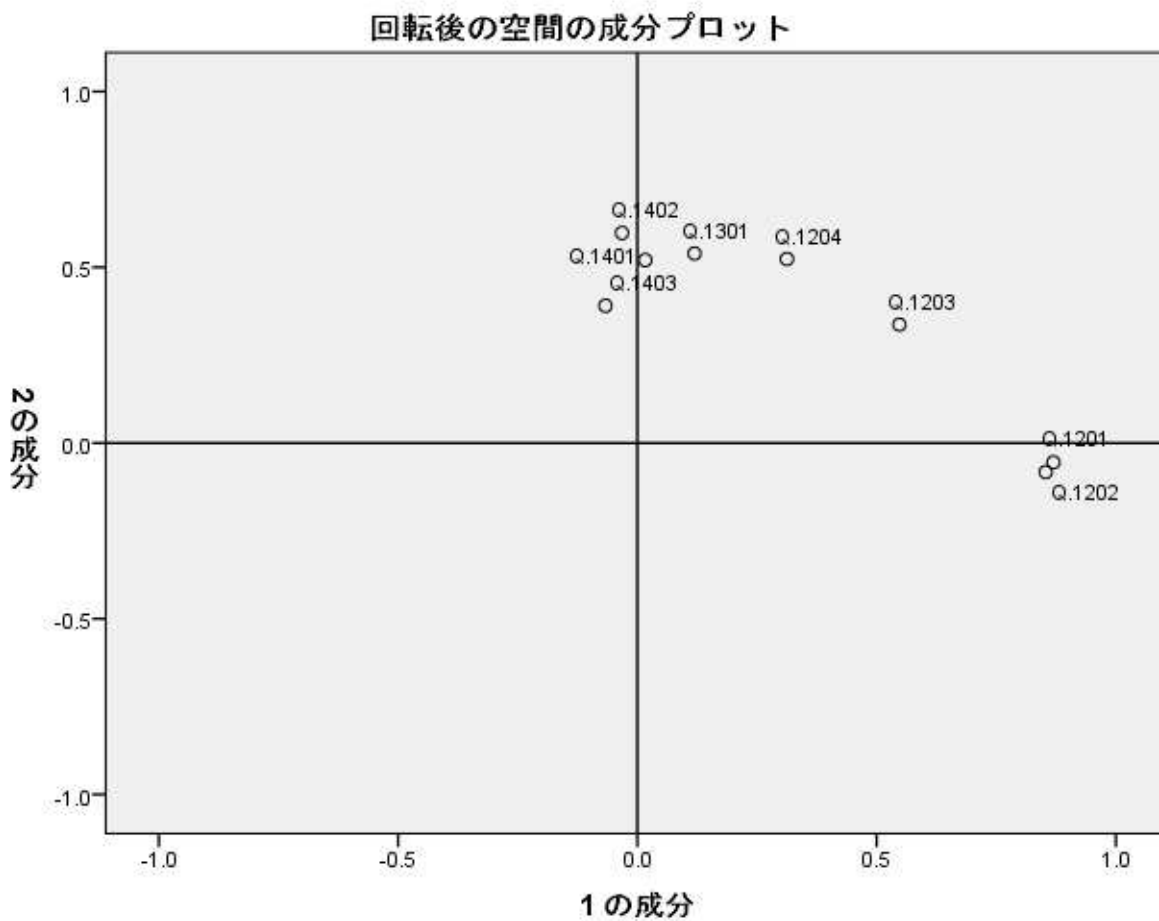


⑫グループK：15-（1201+1202+1203）：事前訪問およびインテーク（サービス機能）

- 1201. 入所前訪問の実施状況（入所前の居所が家の場合）
- 1202. 入所前訪問の実施状況（入所前の居所が家以外の施設の場合）
- 1203. インテークプロセスの実施状況

⑬グループL：22-（1204+1301+1402+1403+1401）：ケアマネジメント（サービス機能）

- 1204. 在宅維持のためのサービスの紹介はどの程度行っているか
- 1301. 在宅強化型のための教育研修等に参加しているか
- 1402. ケアプランに文書で明確に入所目的を記入しているか
- 1403. ケアプラン以外に文書で入所目的を記入しているか
- 1401. ケアプラン作成時に口頭で入所目的を確認しているか



⑭グループM：60-（ $\Sigma$ （Q15）+1601）：プライマリケア（サービス機能）

Q15. 慢性疾患への医学的対応について

1601. BPSD のコントロール

⑮グループN：120- $\Sigma$ （1602～1621）：救急医療（サービス機能）

Q16. 急性疾患の治療提供について

さらに各要約指標をZ変換した上、主成分分析を行った。

成分1は在宅復帰に関連する諸機能

成分2はプライマリケアと緊急医療、難病が高いことから、重度化に対応する諸機能

成分3は認知症、災害対応、地域連携、患者説明、緊急対応が高いことから、地域ニーズへの対応

成分4は看取りと事前訪問が高いことから、強いて言えば看取り対応か

回転後の成分行列

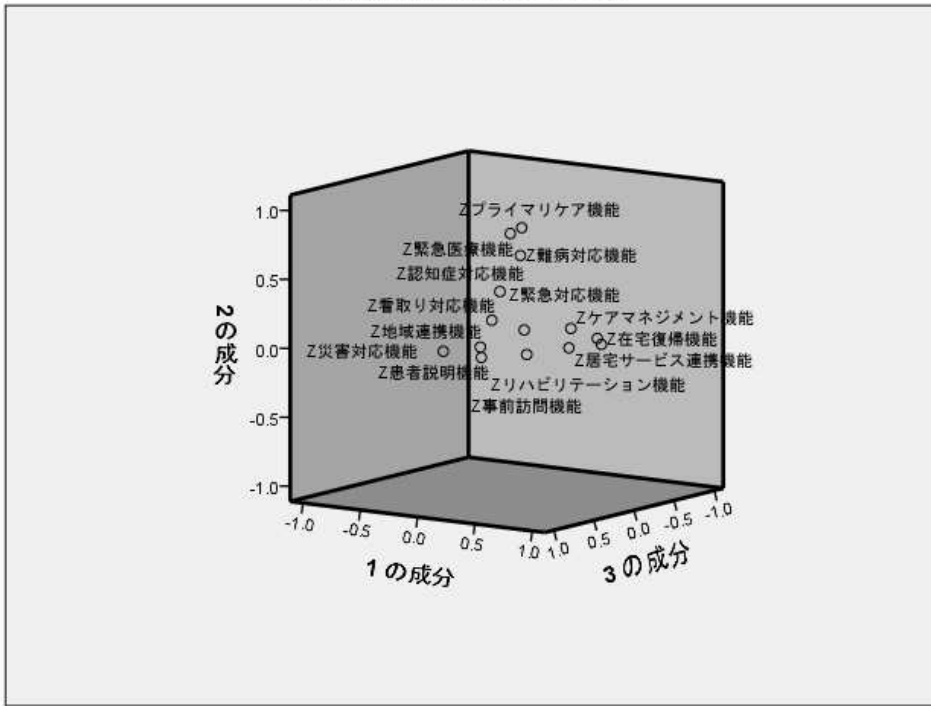
各要約指標	主成分1 (成分行列)	主成分2 (成分行列)	主成分3 (成分行列)	主成分4 (成分行列)
在宅復帰対応機能	0.866	0.127	0.108	-0.014
認知症対応機能	0.223	0.444	0.403	0.045
看取り対応機能	-0.024	0.175	0.153	0.596
難病対応機能	0.219	0.668	0.143	0.193
緊急対応機能	0.399	0.176	0.352	0.119
居宅サービスとの連携サービス機能	0.772	0.047	-0.077	0.057
リハビリテーションサービス機能	0.688	0.055	0.208	-0.009
災害対応サービス機能	-0.039	0.032	0.735	-0.046
地域連携サービス機能	0.237	0.081	0.668	0.197
利用者説明サービス機能	0.031	-0.059	0.362	0.000
事前訪問サービス機能	0.088	-0.102	-0.123	0.824
ケアマネジメントサービス機能	0.660	0.183	0.144	0.202
プライマリケアサービス機能	0.090	0.827	-0.058	-0.049
緊急医療サービス機能	-0.029	0.769	-0.086	0.061

因子抽出法：主成分分析

回転法：Kaiser の正規化を伴うエカマックス法

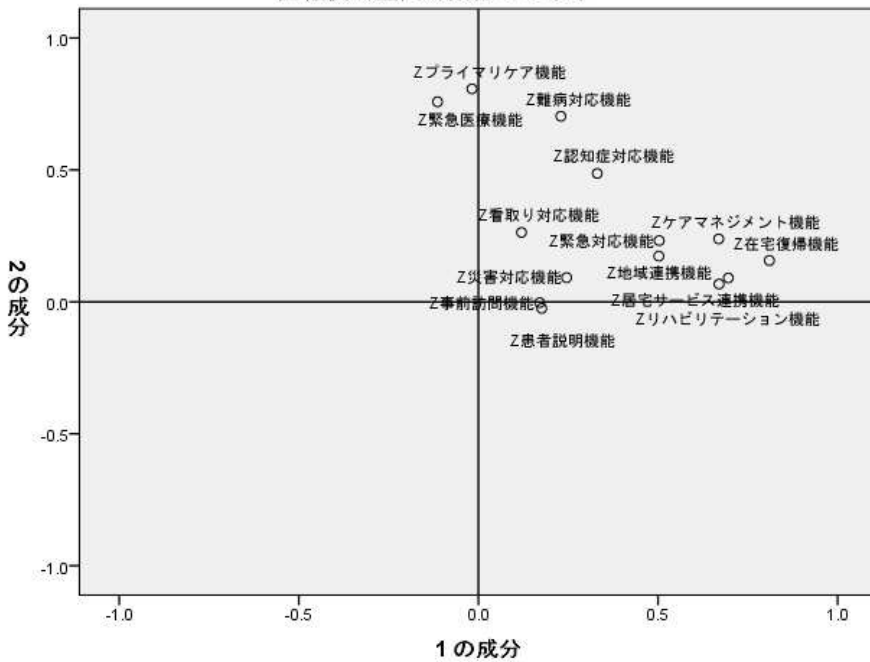
a. 5 回の反復で回転が収束した。

回転後の空間の成分プロット



これを2次元で表現すると以下のとおりとなる。

回転後の空間の成分プロット



2の成分が主に医療対応の機能とすると、1の成分は在宅復帰を中心として、ケアマネジメントやソーシャルワーク機能とも言える。



## 2. 基準関連妥当性の確認

相関係数による確認を行った。「在宅復帰対応」などの各対応機能と、「在宅復帰率」などの実態の間に正の相関がみられ、妥当性が確認された（網かけ部分）。

### 相関係数

		803.平成25年 12月1日時点 の「在宅復帰 率」	認知症 利用者 割合	508.平成25年 11月の死亡 (看取り)退所 者数	805.平成25年6 月から11月の 「重度者率」	経管栄養 利用者 割合	510.家族の都 合による緊急 (短期)入所希 望件数
Z 得点 (在宅復帰対応)	Pearson の相関係数	.290	-.074	.012	-.047	-.077	.117
	有意確率(両側)	.000	.061	.698	.152	.051	.000
	N	981	648	983	916	636	953
Z 得点 (認知症対応)	Pearson の相関係数	.095	.048	.044	.065	-.091	.018
	有意確率(両側)	.004	.237	.176	.056	.025	.581
	N	931	620	930	869	609	901
Z 得点 (看取り対応)	Pearson の相関係数	.118	.008	.304	.163	.138	.055
	有意確率(両側)	.000	.854	.000	.000	.001	.102
	N	895	601	902	839	590	868
Z 得点 (難病対応)	Pearson の相関係数	.204	.002	.100	.127	.175	.084
	有意確率(両側)	.000	.958	.002	.000	.000	.010
	N	946	637	948	884	625	921
Z 得点 (緊急対応)	Pearson の相関係数	.134	-.049	.046	-.029	.005	.132
	有意確率(両側)	.000	.213	.146	.388	.907	.000
	N	979	658	981	912	647	951

### 3. Z要約指標と、各指標との関係

#### (1) 相関分析

○=正の相関で有意差あり      ◎=うち相関係数>0.1      ×=負の相関で有意差あり

		平成25年12月1日時点の「在宅復帰率」(平成25年6月から11月までで計算)	入所(短期入所除く)の平成25年6月から11月の「平均稼働率」	通所の平成25年6月から11月の「平均稼働率」	平成25年12月1日時点の「平均在所日数」(平成25年6月から11月までで計算)	805.平成25年6月から11月の「重度者率」
Z得点(居宅サービスとの連携)	Pearsonの相関係数	◎ .201	-.029	◎ .165	× -.072	-.016
	有意確率(両側)	○ .000	.362	○ .000	× .025	.627
	N	990	1010	956	969	925
Z得点(リハビリテーション努力)	Pearsonの相関係数	◎ .154	.008	.078	-.022	-.008
	有意確率(両側)	○ .000	.793	○ .017	.506	.813
	N	979	998	945	960	915
Z得点(在宅復帰努力)	Pearsonの相関係数	◎ .290	-.005	◎ .159	× -.114	-.047
	有意確率(両側)	○ .000	.882	○ .000	× .000	.152
	N	981	1000	947	961	916
Z得点(緊急対応)	Pearsonの相関係数	◎ .134	.021	◎ .110	-.026	-.029
	有意確率(両側)	○ .000	.500	○ .001	.417	.388
	N	979	997	943	959	912
Z得点(災害対応)	Pearsonの相関係数	.032	-.001	.050	.067	-.056
	有意確率(両側)	.316	.965	.123	○ .039	.091
	N	976	997	945	957	915
Z得点(地域連携)	Pearsonの相関係数	◎ .120	.007	.099	-.048	.041
	有意確率(両側)	○ .000	.833	○ .003	.143	.220
	N	946	965	913	928	884
Z得点(認知症対応)	Pearsonの相関係数	.095	.009	-.013	-.025	.065
	有意確率(両側)	○ .004	.788	.689	.446	.056
	N	931	948	900	913	869
Z得点(難病対応)	Pearsonの相関係数	◎ .204	.000	-.015	× -.088	◎ .127
	有意確率(両側)	○ .000	.993	.641	× .007	○ .000
	N	946	967	917	927	884
Z得点(患者説明)	Pearsonの相関係数	-.031	.022	.021	.043	.004
	有意確率(両側)	.384	.529	.562	.224	.920
	N	804	809	770	790	760
Z得点(看取り対応)	Pearsonの相関係数	◎ .118	.037	.001	.029	◎ .163
	有意確率(両側)	○ .000	.262	.984	.399	○ .000
	N	895	912	864	875	839
Z得点(事前訪問)	Pearsonの相関係数	-.008	.053	.026	.026	-.003
	有意確率(両側)	.799	.097	.426	.423	.937
	N	965	984	930	947	902
Z得点(ケアマネジメント力)	Pearsonの相関係数	◎ .206	.025	◎ .111	× -.095	.002
	有意確率(両側)	○ .000	.440	○ .001	× .004	.945
	N	950	970	917	934	895
Z得点(プライマリケア対応力)	Pearsonの相関係数	◎ .110	.064	.001	× -.082	.094
	有意確率(両側)	○ .001	○ .043	.975	× .011	○ .004
	N	979	999	946	961	917
Z得点(緊急対応力)	Pearsonの相関係数	.052	.060	-.039	-.022	◎ .100
	有意確率(両側)	.103	.062	.235	.507	○ .003
	N	967	984	936	950	903

- 居宅サービスとの連携とは、在宅復帰率、通所の平均稼働率と正の相関がある。一方平均在所日数とは負の相関がある。
- リハビリテーション努力は、在宅復帰率と正の相関がある。
- 在宅復帰努力は在宅復帰率、通所の平均稼働率と正の関係があり、また、平均在所日数とは負の相関がある。
- 緊急対応は在宅復帰率、通所の平均稼働率と正の相関がある。
- 災害対応は、平均在所日数と弱い正の相関がある。
- 地域連携は在宅復帰率と正の相関がある。
- 難病対応は、在宅復帰率と正の相関があり、平均在院日数と負の相関がある。また、重度化率と正の相関がある。
- ケアマネジメント力は、在宅復帰率、通所の平均稼働率と正の相関がある。一方平均在所日数とは負の相関がある。
- プライマリケア対応力は在宅復帰率と正の相関を示し、一方平均在所日数とは負の相関がある。
- 緊急対応は重度者率と正の相関がある。

## (2)重回帰分析による各指標と関連があるZ得点の検討

### ①平均稼働率

○関連する因子はない。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	93.128	1.657		56.188	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-2.346	1.962	-.065	-1.196	.232
Z 得点(リハビリテーション努力)	-.067	2.119	-.002	-.032	.975
Z 得点(在宅復帰努力)	-1.524	2.536	-.040	-.601	.548
Z 得点(緊急対応)	1.581	1.843	.042	.858	.391
Z 得点(災害対応)	.510	1.717	.014	.297	.767
Z 得点(地域連携)	-.116	1.916	-.003	-.060	.952
Z 得点(認知症対応)	-1.302	1.837	-.036	-.709	.479
Z 得点(難病対応)	-1.305	1.937	-.035	-.674	.501
Z 得点(患者説明)	1.881	1.612	.051	1.167	.244
Z 得点(看取り対応)	.840	1.720	.022	.489	.625
Z 得点(事前訪問)	2.988	1.744	.076	1.713	.087
Z 得点(ケアマネジメント力)	1.106	2.097	.029	.528	.598
Z 得点(プライマリケア対応力)	2.817	2.191	.070	1.286	.199
Z 得点(緊急対応力)	2.091	1.963	.055	1.065	.287

a. 従属変数 入所(短期入所除く)の平成25年6月から11月の「平均稼働率」

### ②在宅復帰率 (強制投入法)

○在宅復帰率と居宅サービスとの連携、看取り対応が正の相関を、地域連携が負の相関を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	25.534	.942		27.112	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	8.910	1.256	.361	7.096	.000
Z 得点(看取り対応)	2.684	.961	.108	2.793	.005
Z 得点(居宅サービスとの連携)	2.330	1.106	.099	2.106	.036
Z 得点(地域連携)	-2.528	.987	-.103	-2.561	.011
Z 得点(ケアマネジメント力)	2.413	1.160	.097	2.081	.038

a. 従属変数 平成25年12月1日時点の「在宅復帰率(平成25年6月から11月までで計算)」

### ③平均稼働率

○入所の平均稼働率については、有意差を認めた変数はなかった。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	93.128	1.657		56.188	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-2.346	1.962	-.065	-1.196	.232
Z 得点(リハビリテーション努力)	-.067	2.119	-.002	-.032	.975
Z 得点(在宅復帰努力)	-1.524	2.536	-.040	-.601	.548
Z 得点(緊急対応)	1.581	1.843	.042	.858	.391
Z 得点(災害対応)	.510	1.717	.014	.297	.767
Z 得点(地域連携)	-.116	1.916	-.003	-.060	.952
Z 得点(認知症対応)	-1.302	1.837	-.036	-.709	.479
Z 得点(難病対応)	-1.305	1.937	-.035	-.674	.501
Z 得点(患者説明)	1.881	1.612	.051	1.167	.244
Z 得点(看取り対応)	.840	1.720	.022	.489	.625
Z 得点(事前訪問)	2.988	1.744	.076	1.713	.087
Z 得点(ケアマネジメント力)	1.106	2.097	.029	.528	.598
Z 得点(プライマリケア対応力)	2.817	2.191	.070	1.286	.199
Z 得点(緊急対応力)	2.091	1.963	.055	1.065	.287

a. 従属変数 入所（短期入所除く）の平成25年6月から11月の「平均稼働率」

○通所の稼働率は、居宅サービスの連携、地域連携が正の関係、認知症対応が負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	65.063	.992		65.598	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	3.410	.981	.152	3.475	.001
Z 得点(地域連携)	3.640	1.061	.155	3.431	.001
Z 得点(認知症対応)	-2.460	1.001	-.111	-2.457	.014

a. 従属変数 通所の平成25年6月から11月の「平均稼働率」

#### ④平均在所日数

○平均在所日数とは、災害対応のみが正の相関を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	419.396	31.241		13.425	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	3.605	37.479	.005	.096	.923
Z 得点(リハビリテーション努力)	67.754	39.866	.095	1.700	.090
Z 得点(在宅復帰努力)	-82.473	47.904	-.115	-1.722	.086
Z 得点(緊急対応)	45.949	34.433	.065	1.334	.183
Z 得点(災害対応)	76.939	32.315	.110	2.381	.018
Z 得点(地域連携)	-40.005	35.535	-.057	-1.126	.261
Z 得点(認知症対応)	-36.867	34.442	-.054	-1.070	.285
Z 得点(難病対応)	-29.545	36.273	-.043	-.815	.416
Z 得点(患者説明)	31.963	30.373	.047	1.052	.293
Z 得点(看取り対応)	1.673	32.389	.002	.052	.959
Z 得点(事前訪問)	4.908	32.985	.007	.149	.882
Z 得点(ケアマネジメント力)	-32.218	39.527	-.044	-.815	.415
Z 得点(プライマリケア対応力)	-55.879	41.286	-.075	-1.353	.177
Z 得点(緊急対応力)	26.895	36.996	.038	.727	.468

a. 従属変数 平成25年12月1日時点の「平均在所日数(平成25年6月から11月までで計算)」

#### ⑤重度化率

○重度化率については、難病対応、看取り対応およびプライマリケア対応が正の相関を示し、在宅復帰努力が負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	46.859	.724		64.713	.000
Z 得点(プライマリケア対応力)	2.199	.839	.126	2.620	.009
Z 得点(在宅復帰努力)	-2.374	.757	-.143	-3.136	.002
Z 得点(看取り対応)	1.672	.745	.100	2.246	.025
Z 得点(難病対応)	1.709	.793	.108	2.156	.032

a. 従属変数 平成25年6月から11月の「重度者率」

『対応機能』『サービス機能』とアウトカム指標との相関係数一覧

○は<0.05の有意差あり、◎は相関係数>0.1と大きい、×はマイナスの相関係数で有意差あり

		短期集中 リハ割合	認知症 短期集中 リハ割合	認知症 行動 心理症状 対応 加算割合	死亡退所者 割合	看取り 加算割合	看取り 非 加算割合	入所前後 訪問指導 加算割合	地域連携 診療計画 情報 加算割合	他科受診 件数割合
Z 得点(居宅サービスとの連携)	Pearson の相関係数	.038	.076	.044	-.033	.098	◎ -.124	◎ .229	.094	.052
	有意確率(両側)	.225	○ .020	.194	.329	○ .004	○ .000	○ .000	○ .006	.120
	N	1005	935	866	869	883	840	896	854	878
Z 得点(リハビリテーション努力)	Pearson の相関係数	.058	.080	.024	.016	.063	-.049	◎ .101	.032	.018
	有意確率(両側)	○ .067	○ .015	.476	.644	.065	.154	○ .003	.353	.598
	N	995	922	853	858	871	830	885	843	867
Z 得点(在宅復帰努力)	Pearson の相関係数	◎ .125	◎ .157	.021	-.044	.064	-.072	◎ .287	◎ .118	-.013
	有意確率(両側)	○ .000	○ .000	.543	.202	.059	○ .039	○ .000	○ .001	.706
	N	996	924	855	860	874	832	886	843	868
Z 得点(緊急対応)	Pearson の相関係数	.077	.094	-.065	.050	◎ .113	-.030	◎ .160	.051	-.001
	有意確率(両側)	○ .016	○ .004	.057	.140	○ .001	.391	○ .000	.137	.986
	N	995	926	858	860	878	834	889	845	869
Z 得点(災害対応)	Pearson の相関係数	-.016	.054	.008	.040	.068	-.049	.000	-.002	-.029
	有意確率(両側)	.623	.100	.809	.243	○ .046	.155	.993	.947	.401
	N	992	925	856	858	874	832	886	846	867
Z 得点(地域連携)	Pearson の相関係数	.023	.012	-.022	-.003	.051	-.071	.080	.018	.016
	有意確率(両側)	.479	.727	.526	.938	.143	○ .044	○ .019	.609	.644
	N	961	893	825	830	841	802	857	817	841
Z 得点(認知症対応)	Pearson の相関係数	.041	.071	-.030	.024	.069	-.056	.057	.000	-.008
	有意確率(両側)	.206	○ .036	.388	.500	.048	.115	.098	.992	.815
	N	940	881	814	814	828	788	844	803	823
Z 得点(難病対応)	Pearson の相関係数	.053	.086	-.018	◎ .127	◎ .119	-.001	◎ .109	.048	-.047
	有意確率(両側)	.102	○ .010	.612	○ .000	○ .001	.988	○ .001	.169	.172
	N	960	896	830	837	847	805	862	817	839
Z 得点(患者説明)	Pearson の相関係数	.012	.048	.025	.066	.076	.008	.027	.049	.045
	有意確率(両側)	.722	.187	.512	.083	○ .040	.835	.465	.189	.224
	N	815	766	710	700	734	693	742	709	723
Z 得点(看取り対応)	Pearson の相関係数	-.017	.052	.028	◎ .524	◎ .491	◎ .227	.041	-.010	× -.076
	有意確率(両側)	.612	.128	.432	○ .000	○ .000	○ .000	.245	.788	○ .033
	N	907	843	785	785	798	760	817	777	795
Z 得点(事前訪問)	Pearson の相関係数	-.037	-.007	-.038	.017	.031	-.008	◎ .110	.020	.006
	有意確率(両側)	.252	.834	.266	.615	.365	.827	○ .001	.563	.866
	N	980	912	847	850	867	826	877	837	859
Z 得点(ケアマネジメント力)	Pearson の相関係数	.093	◎ .111	.001	.005	.066	-.034	◎ .235	.049	-.032
	有意確率(両側)	○ .004	○ .001	.970	.888	.055	.329	○ .000	.160	.356
	N	966	900	836	838	856	818	865	828	850
Z 得点(プライマリケア対応力)	Pearson の相関係数	.000	-.013	.002	◎ .144	◎ .160	.031	.076	.083	.005
	有意確率(両側)	.988	.682	.950	○ .000	○ .000	.374	○ .025	○ .016	.885
	N	992	925	855	859	874	833	885	846	869
Z 得点(緊急対応力)	Pearson の相関係数	-.022	-.004	-.045	◎ .149	◎ .114	.065	.024	.083	-.027
	有意確率(両側)	.483	.897	.187	○ .000	○ .001	.065	.476	○ .017	.421
	N	981	913	847	847	862	821	878	836	859

⑥短期集中リハビリテーションの算定件数の割合

○在宅復帰努力が算定と関係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.909	.106		8.608	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.066	.126	-.028	-.528	.598
Z 得点(リハビリテーション努力)	.049	.134	.020	.366	.715
Z 得点(在宅復帰努力)	.510	.161	.209	3.169	.002
Z 得点(緊急対応)	.159	.116	.066	1.367	.172
Z 得点(災害対応)	.005	.109	.002	.048	.962
Z 得点(地域連携)	-.201	.120	-.082	-1.677	.094
Z 得点(認知症対応)	-.071	.116	-.030	-.615	.539
Z 得点(難病対応)	-.080	.123	-.034	-.647	.518
Z 得点(患者説明)	-.057	.103	-.024	-.557	.578
Z 得点(看取り対応)	-.047	.110	-.019	-.429	.668
Z 得点(事前訪問)	-.075	.110	-.030	-.684	.494
Z 得点(ケアマネジメント力)	.048	.133	.019	.357	.722
Z 得点(プライマリケア対応力)	-.024	.139	-.009	-.175	.861
Z 得点(緊急対応力)	.046	.125	.019	.370	.712

a. 従属変数 平成25年6月から11月の短期集中リハビリテーションの算定件数の割合



⑦認知症短期集中リハビリテーションの算定件数の割合

○在宅復帰努力および看取り対応が算定と関係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.229	.028		8.298	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.014	.034	-.023	-.418	.676
Z 得点(リハビリテーション努力)	-.025	.035	-.040	-.733	.464
Z 得点(在宅復帰努力)	.149	.042	.236	3.547	.000
Z 得点(緊急対応)	.038	.030	.060	1.240	.216
Z 得点(災害対応)	.046	.028	.075	1.649	.100
Z 得点(地域連携)	-.043	.032	-.068	-1.360	.174
Z 得点(認知症対応)	.040	.031	.065	1.302	.194
Z 得点(難病対応)	-.033	.032	-.054	-1.030	.304
Z 得点(患者説明)	-.024	.027	-.040	-.910	.363
Z 得点(看取り対応)	.053	.028	.082	1.844	.066
Z 得点(事前訪問)	-.027	.029	-.042	-.939	.348
Z 得点(ケアマネジメント力)	.010	.034	.016	.295	.768
Z 得点(プライマリケア対応力)	.000	.037	.001	.011	.991
Z 得点(緊急対応力)	.052	.032	.081	1.591	.112

a. 従属変数 平成25年6月から11月の認知症短期集中リハビリテーションの算定件数の割合

⑧認知症行動・心理症状緊急対応加算

○関連ある指標はなかった。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	9.859E-005	.000		1.103	.271
Z 得点(居宅サービスとの連携)	4.941E-005	.000	.027	.463	.644
Z 得点(リハビリテーション努力)	-1.632E-005	.000	-.009	-.145	.885
Z 得点(在宅復帰努力)	.000	.000	.054	.750	.454
Z 得点(緊急対応)	-3.330E-006	.000	-.002	-.034	.973
Z 得点(災害対応)	.000	.000	.085	1.733	.084
Z 得点(地域連携)	-2.279E-005	.000	-.012	-.224	.823
Z 得点(認知症対応)	.000	.000	-.067	-1.241	.215
Z 得点(難病対応)	-1.362E-005	.000	-.007	-.132	.895
Z 得点(患者説明)	2.956E-005	.000	.016	.344	.731
Z 得点(看取り対応)	6.653E-005	.000	.034	.720	.472
Z 得点(事前訪問)	-8.101E-005	.000	-.042	-.877	.381
Z 得点(ケアマネジメント力)	2.387E-005	.000	.013	.216	.829
Z 得点(プライマリケア対応力)	2.913E-005	.000	.014	.247	.805
Z 得点(緊急対応力)	.000	.000	-.054	-.976	.330

a. 従属変数 平成25年6月から11月の認知症行動・心理症状対応加算割合

⑨死亡者数割合

○看取り対応およびプライマリケア対応が関係していた。

○なお、ステップワイズ法でみると、ケアマネジメント力が負に関係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.035	.002		18.574	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.002	.002	-.036	-.717	.474
Z 得点(リハビリテーション努力)	.003	.002	.069	1.381	.168
Z 得点(在宅復帰努力)	-.003	.003	-.065	-1.079	.281
Z 得点(緊急対応)	.000	.002	-.010	-.226	.821
Z 得点(災害対応)	.001	.002	.028	.672	.502
Z 得点(地域連携)	-.003	.002	-.065	-1.415	.158
Z 得点(認知症対応)	-.003	.002	-.069	-1.502	.134
Z 得点(難病対応)	.002	.002	.034	.703	.483
Z 得点(患者説明)	.001	.002	.019	.481	.630
Z 得点(看取り対応)	.024	.002	.503	12.315	.000
Z 得点(事前訪問)	5.951E-005	.002	.001	.030	.976
Z 得点(ケアマネジメント力)	-.002	.002	-.036	-.729	.466
Z 得点(プライマリケア対応力)	.005	.002	.106	2.159	.031
Z 得点(緊急対応力)	.004	.002	.091	1.935	.054

a. 従属変数 平成25年6月から11月の死亡退所者割合

同ステップワイズ

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.035	.002		18.674	.000
Z 得点(看取り対応)	.024	.002	.505	12.646	.000
Z 得点(プライマリケア対応力)	.008	.002	.149	3.654	.000
Z 得点(ケアマネジメント力)	-.004	.002	-.087	-2.123	.034

a. 従属変数 平成25年6月から11月の死亡退所者割合

⑩看取り算定

○看取り対応およびプライマリケア対応力が関係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.021	.002		13.705	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.002	.002	.061	1.240	.215
Z 得点(リハビリテーション努力)	.001	.002	.036	.724	.469
Z 得点(在宅復帰努力)	.001	.002	.022	.364	.716
Z 得点(緊急対応)	.002	.002	.047	1.068	.286
Z 得点(災害対応)	.002	.002	.051	1.222	.222
Z 得点(地域連携)	.000	.002	.006	.122	.903
Z 得点(認知症対応)	-.003	.002	-.072	-1.604	.109
Z 得点(難病対応)	-.002	.002	-.045	-.956	.339
Z 得点(患者説明)	.001	.001	.021	.526	.599
Z 得点(看取り対応)	.019	.002	.470	11.614	.000
Z 得点(事前訪問)	.000	.002	-.010	-.257	.797
Z 得点(ケアマネジメント力)	-.003	.002	-.070	-1.405	.161
Z 得点(プライマリケア対応力)	.007	.002	.178	3.614	.000
Z 得点(緊急対応力)	.001	.002	.014	.304	.761

a. 従属変数 平成25年6月から11月の看取り加算割合

同ステップワイズ

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.021	.002		13.692	.000
Z 得点(看取り対応)	.018	.002	.466	11.844	.000
Z 得点(プライマリケア対応力)	.006	.002	.155	3.948	.000

a. 従属変数 平成25年6月から11月の看取り加算割合

⑪看取り非加算

○居宅サービス連携と負の関係および看取り対応と正の関係を示した。

モデル	係数 <sup>a</sup>			t 値	有意確率
	標準化されていない係数		標準化係数		
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.006	.001		7.951	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.003	.001	-.198	-3.561	.000
Z 得点(リハビリテーション努力)	.000	.001	-.025	-.431	.667
Z 得点(在宅復帰努力)	.000	.001	.025	.360	.719
Z 得点(緊急対応)	.000	.001	-.014	-.283	.777
Z 得点(災害対応)	-.001	.001	-.034	-.718	.473
Z 得点(地域連携)	-.001	.001	-.043	-.834	.405
Z 得点(認知症対応)	-.001	.001	-.042	-.804	.422
Z 得点(難病対応)	.000	.001	.021	.391	.696
Z 得点(患者説明)	.000	.001	-.018	-.385	.701
Z 得点(看取り対応)	.004	.001	.217	4.668	.000
Z 得点(事前訪問)	.001	.001	.046	1.000	.318
Z 得点(ケアマネジメント力)	.001	.001	.045	.811	.418
Z 得点(プライマリケア対応力)	.001	.001	.040	.722	.471
Z 得点(緊急対応力)	.001	.001	.054	1.020	.308

a. 従属変数 平成25年6月から11月の看取り非加算割合

同ステップワイズ

モデル	係数 <sup>a</sup>			t 値	有意確率
	標準化されていない係数		標準化係数		
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.006	.001		8.196	.000
Z 得点(看取り対応)	.004	.001	.221	4.913	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.003	.001	-.174	-3.880	.000

a. 従属変数 平成25年6月から11月の看取り非加算割合

⑫入所前後訪問指導加算

○在宅復帰努力、居宅サービスとの連携、緊急対応と正の関係を示した。リハビリテーション努力とは負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.037	.004		10.508	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	.023	.005	.273	4.506	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.010	.004	.115	2.240	.026
Z 得点(リハビリテーション努力)	-.010	.004	-.117	-2.269	.024
Z 得点(緊急対応)	.007	.004	.089	1.974	.049

a. 従属変数 平成25年6月から11月の入所前後訪問指導加算割合

⑬地域連携診療連携計画加算

○在宅復帰努力および緊急対応力と正の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.002	.000		3.598	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.001	.001	.069	1.211	.226
Z 得点(リハビリテーション努力)	.000	.001	-.040	-.690	.490
Z 得点(在宅復帰努力)	.002	.001	.168	2.417	.016
Z 得点(緊急対応)	.000	.001	.011	.211	.833
Z 得点(災害対応)	-4.156E-005	.000	-.004	-.084	.933
Z 得点(地域連携)	-5.762E-005	.001	-.006	-.106	.916
Z 得点(認知症対応)	-.001	.001	-.061	-1.149	.251
Z 得点(難病対応)	.000	.001	-.019	-.340	.734
Z 得点(患者説明)	.000	.000	.045	.969	.333
Z 得点(看取り対応)	.000	.001	-.042	-.885	.376
Z 得点(事前訪問)	.000	.001	.017	.361	.718
Z 得点(ケアマネジメント力)	.000	.001	-.047	-.827	.409
Z 得点(プライマリケア対応力)	.001	.001	.077	1.348	.178
Z 得点(緊急対応力)	.001	.001	.079	1.438	.151

a. 従属変数 平成25年6月から11月の地域連携診療計画情報加算割合

同ステップワイズ

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.002	.000		3.502	.001
Z 得点(在宅復帰努力)	.002	.000	.152	3.316	.001
Z 得点(緊急対応力)	.001	.000	.100	2.193	.029

a. 従属変数 平成25年6月から11月の地域連携診療計画情報加算割合

⑭他科受診

○関連ある指標はなかった。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	1.014	.083		12.161	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.178	.098	.103	1.829	.068
Z 得点(リハビリテーション努力)	.063	.105	.035	.599	.550
Z 得点(在宅復帰努力)	-.138	.128	-.076	-1.079	.281
Z 得点(緊急対応)	-.007	.092	-.004	-.076	.940
Z 得点(災害対応)	-.040	.086	-.023	-.467	.641
Z 得点(地域連携)	.052	.094	.029	.548	.584
Z 得点(認知症対応)	-.021	.092	-.012	-.224	.823
Z 得点(難病対応)	-.061	.098	-.035	-.628	.530
Z 得点(患者説明)	.078	.081	.045	.958	.338
Z 得点(看取り対応)	-.130	.087	-.070	-1.495	.136
Z 得点(事前訪問)	-.033	.087	-.018	-.382	.703
Z 得点(ケアマネジメント力)	-.036	.104	-.020	-.341	.733
Z 得点(プライマリケア対応力)	.111	.112	.057	.985	.325
Z 得点(緊急対応力)	-.025	.099	-.014	-.249	.804

a. 従属変数 平成25年6月から11月の他科受診件数割合

⑮短期入所者延べ人数

○関連ある指標はなかった。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率	
	B	標準誤差	ベータ			
1	(定数)	120.049	10.924		10.989	.000
	Z 得点(緊急対応)	60.493	11.006	.231	5.496	.000
2	(定数)	117.074	10.842		10.798	.000
	Z 得点(緊急対応)	50.083	11.283	.191	4.439	.000
	Z 得点(難病対応)	38.851	11.010	.152	3.529	.000
3	(定数)	117.143	10.812		10.834	.000
	Z 得点(緊急対応)	45.552	11.477	.174	3.969	.000
	Z 得点(難病対応)	35.581	11.101	.139	3.205	.001
	Z 得点(居宅サービスとの連携)	21.551	10.776	.086	2.000	.046

a. 従属変数 平成25年11月の短期入所利用者の延べ人数



⑩平均通所者数

○関連ある指標はなかった。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	40.644	5.184		7.840	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	7.780	6.155	.069	1.264	.207
Z 得点(リハビリテーション努力)	-3.981	6.583	-.033	-.605	.546
Z 得点(在宅復帰努力)	3.510	7.961	.029	.441	.659
Z 得点(緊急対応)	-3.076	5.756	-.026	-.534	.593
Z 得点(災害対応)	2.902	5.363	.025	.541	.589
Z 得点(地域連携)	3.669	6.009	.031	.611	.542
Z 得点(認知症対応)	1.315	5.717	.012	.230	.818
Z 得点(難病対応)	-3.663	6.163	-.032	-.594	.552
Z 得点(患者説明)	-.098	5.106	-.001	-.019	.985
Z 得点(看取り対応)	-4.644	5.374	-.039	-.864	.388
Z 得点(事前訪問)	-2.182	5.551	-.018	-.393	.694
Z 得点(ケアマネジメント力)	5.422	6.545	.045	.828	.408
Z 得点(プライマリケア対応力)	-1.123	6.971	-.009	-.161	.872
Z 得点(緊急対応力)	-3.095	6.148	-.026	-.503	.615

a. 従属変数 平成25年11月の平均通所者数

⑪入所待ち人数

○事前訪問機能と正の関連が認められた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	33.610	3.395		9.900	.000
Z 得点(事前訪問)	8.912	3.536	.109	2.520	.012

a. 従属変数 平成25年11月30日現在の入所待ち人数

⑫総相談件数

○在宅復帰努力と正の関連が認められた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	34.450	3.466		9.940	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	10.076	3.506	.126	2.874	.004

a. 従属変数 平成25年11月の総相談件数

⑱新規入所件数

○ケアマネジメント力と正の相関、事前訪問と負の相関がみられた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	8.688	.446		19.484	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.037	.533	.004	.070	.944
Z 得点(リハビリテーション努力)	-.673	.568	-.062	-1.186	.236
Z 得点(在宅復帰努力)	1.798	.685	.167	2.627	.009
Z 得点(緊急対応)	.799	.495	.074	1.614	.107
Z 得点(災害対応)	-.149	.460	-.014	-.323	.746
Z 得点(地域連携)	.122	.514	.011	.239	.812
Z 得点(認知症対応)	-.017	.494	-.002	-.034	.973
Z 得点(難病対応)	.932	.525	.089	1.776	.076
Z 得点(患者説明)	-.753	.433	-.073	-1.739	.083
Z 得点(看取り対応)	-.583	.463	-.053	-1.259	.209
Z 得点(事前訪問)	-1.294	.471	-.116	-2.745	.006
Z 得点(ケアマネジメント力)	1.543	.566	.141	2.729	.007
Z 得点(プライマリケア対応力)	-.635	.598	-.055	-1.061	.289
Z 得点(緊急対応力)	.152	.527	.014	.288	.773

a. 従属変数 平成25年11月の新規入所件数(再入所含む)(短期入所除く)

⑳看取り退所者数

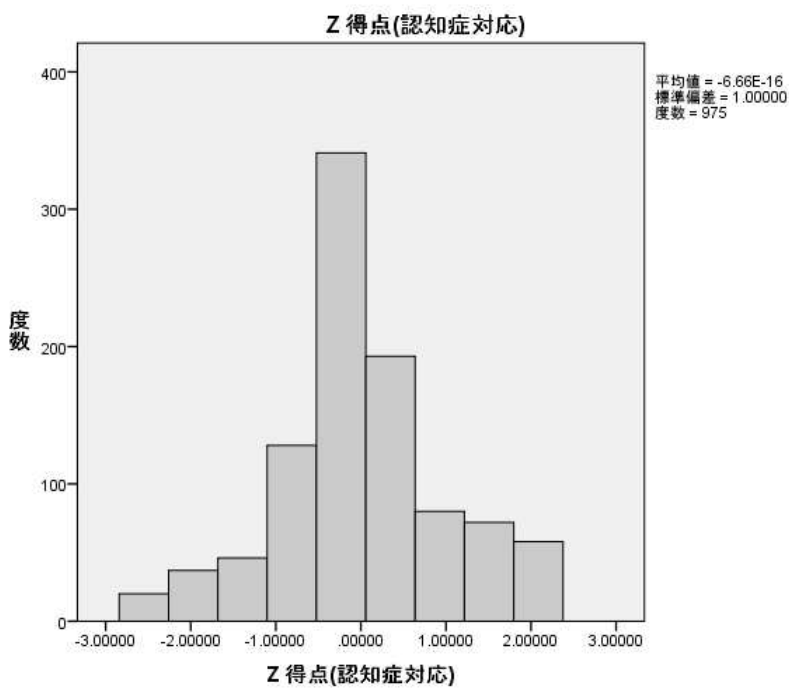
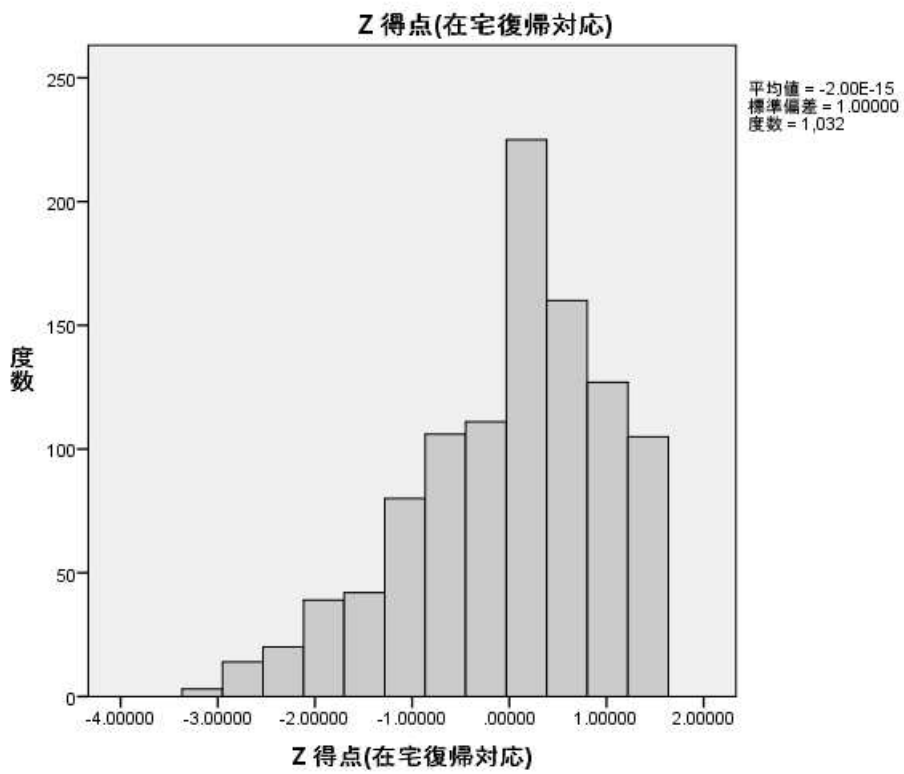
○看取り対応、緊急対応力と正の相関がみられた。

係数<sup>a</sup>

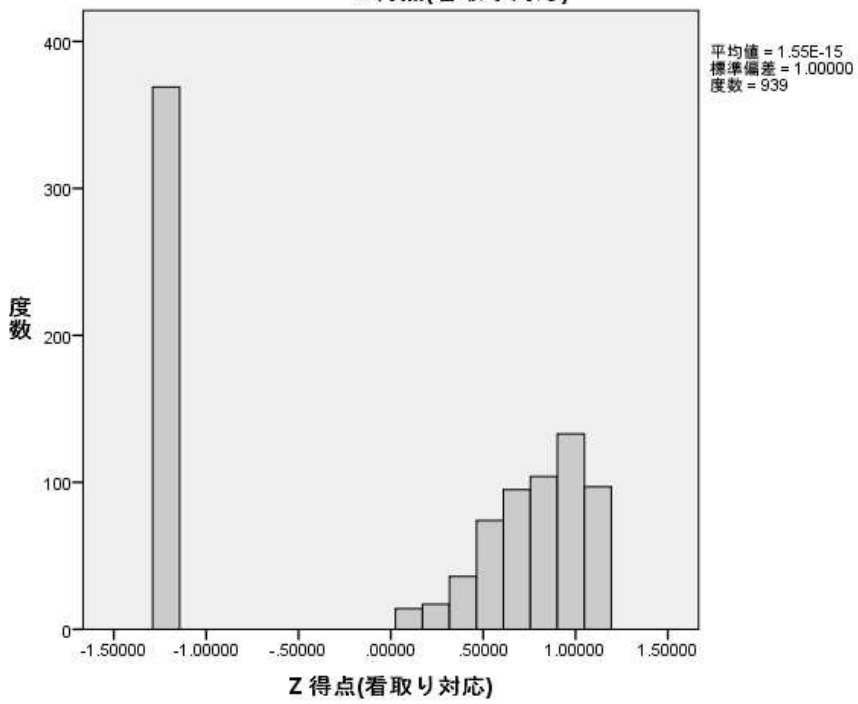
モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.553	.052		10.648	.000
Z 得点(看取り対応)	.300	.053	.238	5.669	.000
Z 得点(緊急対応力)	.162	.052	.131	3.108	.002

a. 従属変数 平成25年11月の死亡(看取り)退所者数

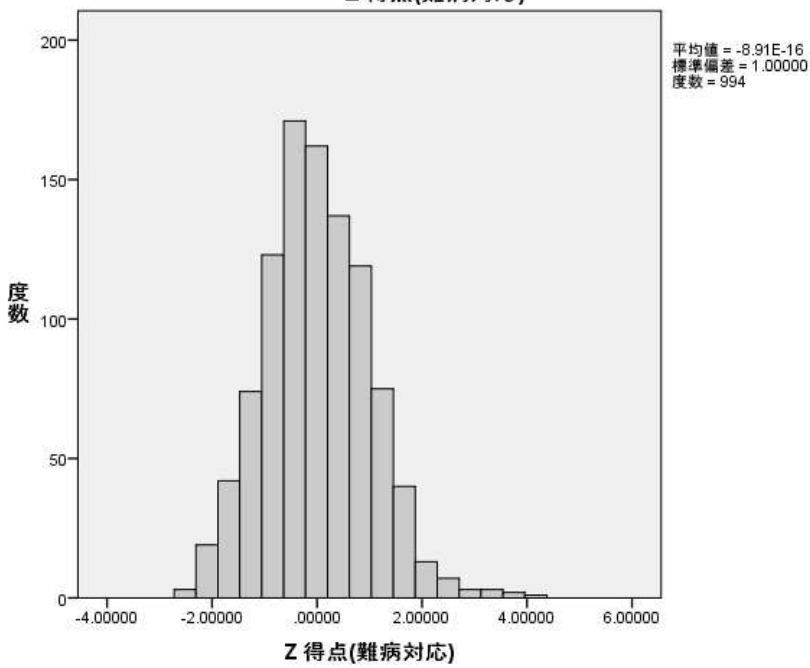
<各ベクトルの長さと分布>  
ヒストグラム



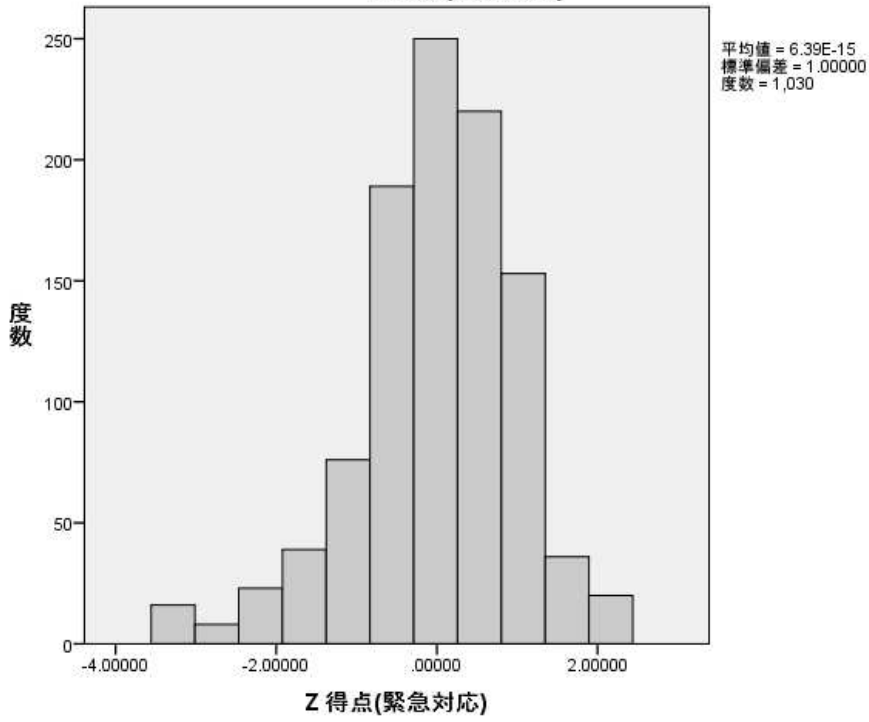
Z 得点(看取り対応)



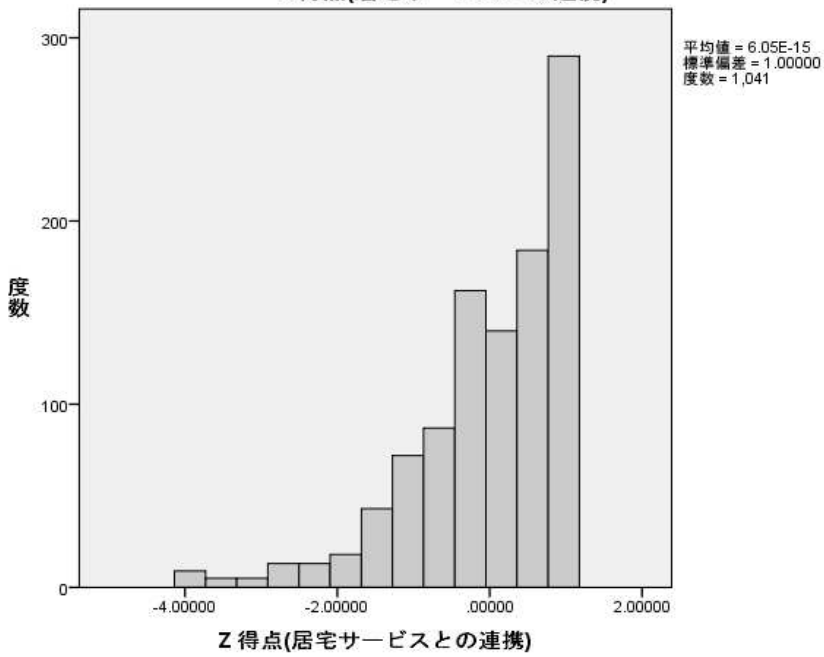
Z 得点(難病対応)

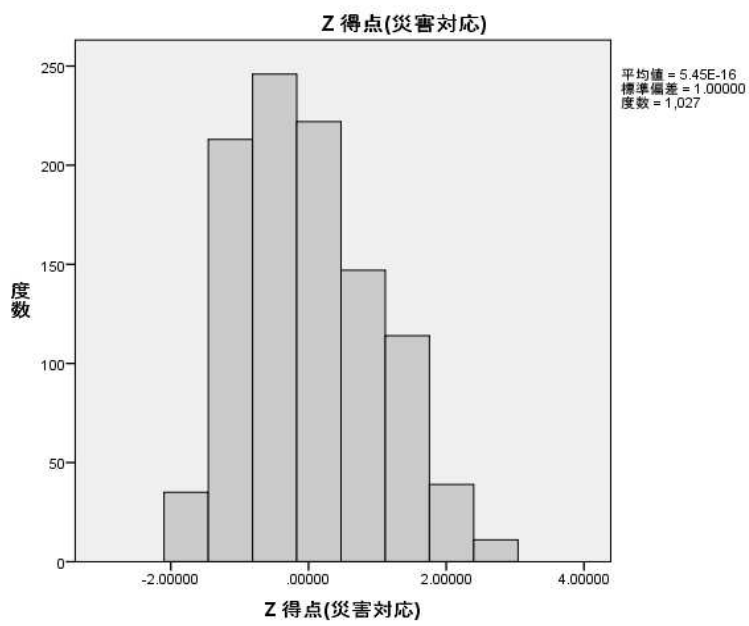
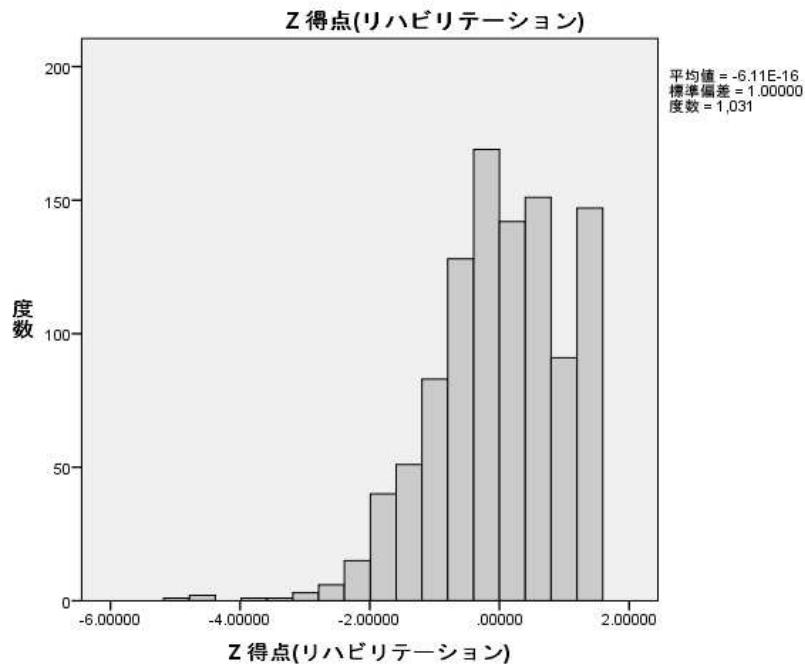


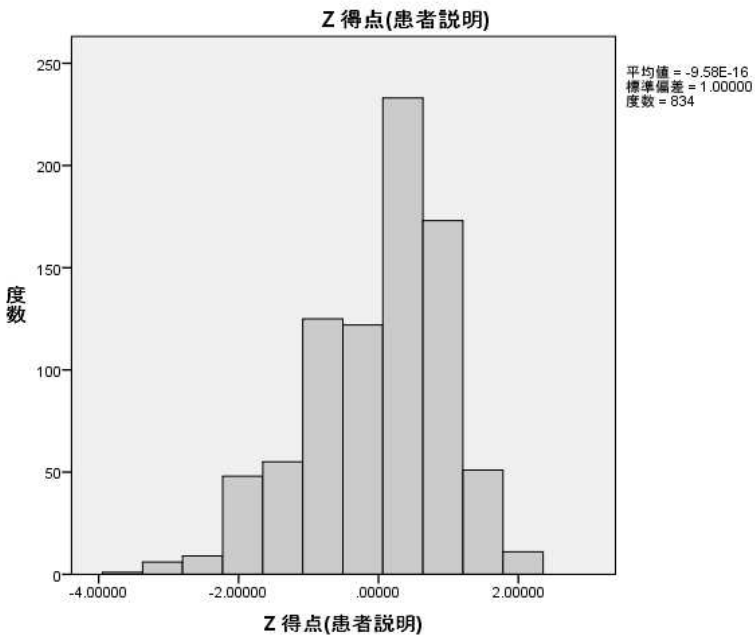
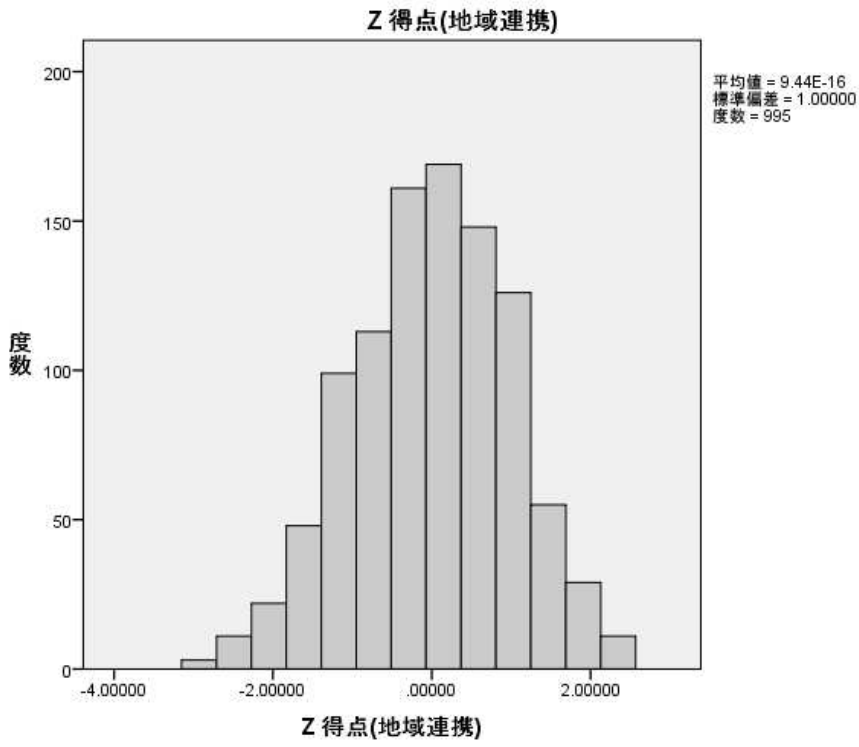
Z 得点(緊急対応)



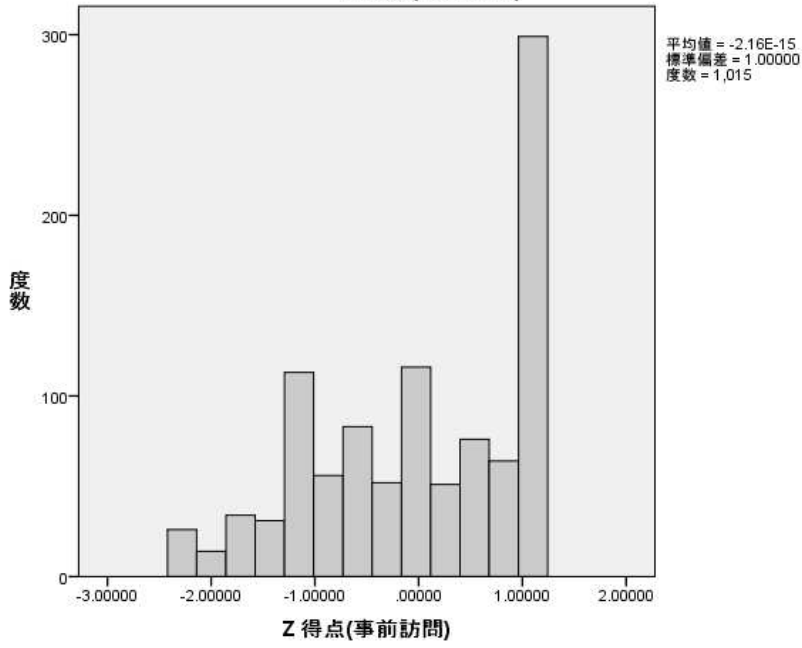
Z 得点(居宅サービスとの連携)



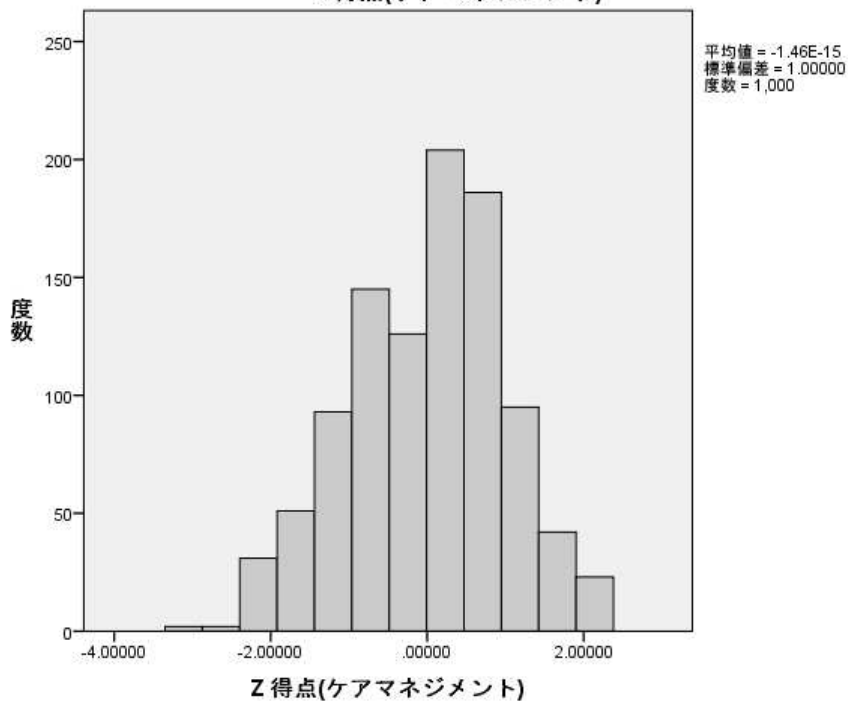




Z 得点(事前訪問)

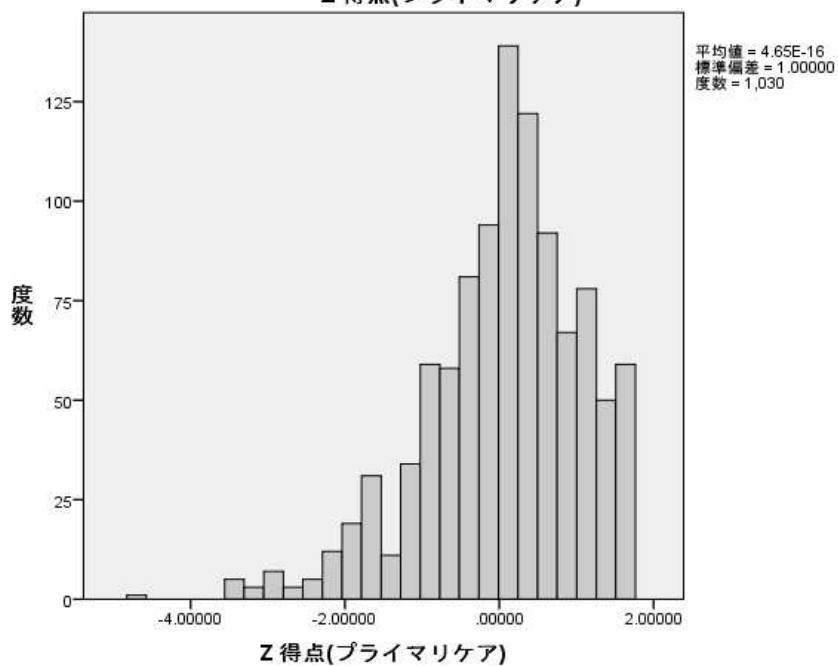


Z 得点(ケアマネジメント)

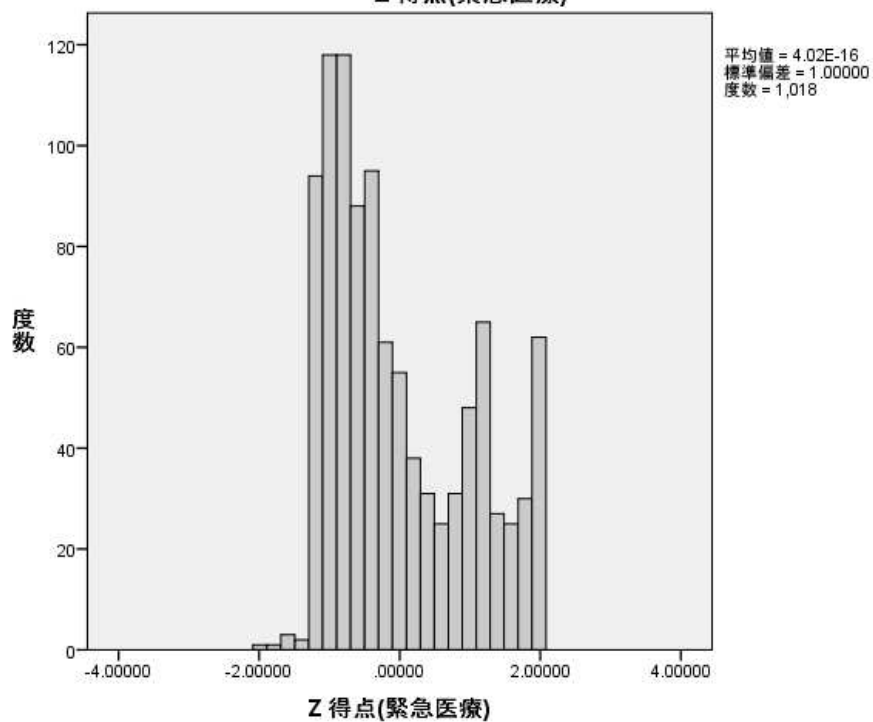




Z 得点(プライマリケア)



Z 得点(緊急医療)



### (3) 利用期間からの分析

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
入所利用者数合計（空床込）	574	.00	416.00	98.3084	38.17290	1457.170
短期入所割合	636	.00	.51	.0411	.08091	.007
短期利用割合	576	.00	1.00	.1136	.15182	.023
中期利用割合	584	.00	.55	.0471	.06592	.004
長期利用割合	583	.00	.85	.0602	.11703	.014
自宅復帰予定なし割合	572	.00	1.00	.6918	.25094	.063
空床割合	628	.00	.50	.0574	.06870	.005
利用期間不明割合	608	.00	.99	.0201	.09276	.009
有効なケースの数（リストごと）	572					

#### ①短期入所割合

○難病対応、在宅復帰努力が正に關係、看取り対応が負に關係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.043	.004		9.977	.000
Z 得点(難病対応)	.013	.005	.149	2.707	.007
Z 得点(在宅復帰努力)	.011	.005	.129	2.383	.018
Z 得点(看取り対応)	-.009	.005	-.105	-2.000	.046

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の短期入所割合

#### ②短期利用者割合（3か月まで）

○在宅復帰努力、プライマリケア対応力、緊急対応がいずれも正に關係していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.110	.008		14.253	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	.043	.009	.277	5.043	.000
Z 得点(プライマリケア対応力)	.025	.008	.154	2.947	.003
Z 得点(緊急対応)	.016	.008	.108	1.994	.047

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の短期利用割合

### ③中期利用者割合

○在宅復帰努力、緊急対応と正、認知症対応と負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.043	.003		14.083	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	.019	.003	.306	5.400	.000
Z 得点(認知症対応)	-.010	.003	-.165	-2.953	.003
Z 得点(緊急対応)	.007	.003	.123	2.150	.032

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の中期利用割合

### ④長期利用者割合

○長期利用者とは関係ある要因を認めなかった。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.054	.006		9.288	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.006	.008	.049	.756	.450
Z 得点(リハビリテーション努力)	.003	.007	.032	.451	.652
Z 得点(在宅復帰努力)	.006	.009	.052	.640	.523
Z 得点(緊急対応)	.012	.007	.110	1.742	.083
Z 得点(災害対応)	-.002	.006	-.022	-.375	.708
Z 得点(地域連携)	.001	.007	.010	.160	.873
Z 得点(認知症対応)	-.007	.007	-.065	-1.006	.315
Z 得点(難病対応)	-.005	.007	-.043	-.648	.517
Z 得点(患者説明)	-.010	.006	-.102	-1.813	.071
Z 得点(看取り対応)	-.001	.006	-.005	-.096	.923
Z 得点(事前訪問)	-.006	.006	-.053	-.932	.352
Z 得点(ケアマネジメント力)	.000	.007	.002	.030	.976
Z 得点(プライマリケア対応力)	.009	.008	.078	1.078	.282
Z 得点(緊急医療対応力)	-.007	.007	-.065	-.969	.333

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の長期利用割合

### ⑤在宅復帰予定なし

○在宅復帰努力および緊急対応が負の関係、認知症対応が正の関係を示していた。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.703	.012		56.844	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	-.071	.014	-.286	-5.121	.000
Z 得点(緊急対応)	-.054	.014	-.224	-3.985	.000
Z 得点(認知症対応)	.030	.013	.128	2.306	.022

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の在宅復帰予定なし割合

### ⑥空床割合

○空床との関係では特に有意な変数はなかった。緊急対応のみが強制投入法で $P < 0.05$ であるが、ステップワイズ法では棄却された。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.058	.004		15.875	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	.003	.005	.040	.636	.525
Z 得点(リハビリテーション努力)	.003	.005	.040	.592	.554
Z 得点(在宅復帰努力)	-.004	.005	-.063	-.813	.417
Z 得点(緊急対応)	.010	.004	.141	2.329	.020
Z 得点(災害対応)	-.002	.004	-.033	-.593	.554
Z 得点(地域連携)	-.009	.004	-.127	-2.081	.038
Z 得点(認知症対応)	.000	.004	-.004	-.070	.945
Z 得点(難病対応)	-.005	.004	-.074	-1.138	.256
Z 得点(患者説明)	.000	.004	.005	.087	.930
Z 得点(看取り対応)	-.003	.004	-.043	-.793	.429
Z 得点(事前訪問)	-.007	.004	-.096	-1.747	.082
Z 得点(ケアマネジメント力)	.006	.004	.089	1.388	.166
Z 得点(プライマリケア対応力)	.001	.005	.013	.190	.849
Z 得点(緊急医療対応力)	.001	.004	.014	.211	.833

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の空床割合

### ⑦利用期間不明

○プライマリケア対応力が負の関係であった。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.025	.006		4.485	.000
Z 得点(プライマリケア対応力)	-.013	.006	-.117	-2.186	.029

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の利用期間不明割合

### ⑧リピート利用割合

○在宅復帰努力と難病対応が正の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.050	.005		10.759	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	.021	.005	.231	4.195	.000
Z 得点(難病対応)	.010	.005	.117	2.115	.035

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点のリピート割合

⑨難病対応

○居宅との連携が負、在宅復帰が正の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.051	.011		4.776	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.048	.014	-.221	-3.515	.001
Z 得点(在宅復帰努力)	.036	.013	.179	2.846	.005

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の難病あり

⑩認知症対応

○リハビリテーション努力が正、居宅との連携が負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.930	.195		4.778	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-1.194	.228	-.301	-5.244	.000
Z 得点(リハビリテーション努力)	.433	.213	.117	2.034	.043

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の認知症あり

⑪経管栄養

○難病対応が正、居宅サービスとの連携が負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.105	.022		4.744	.000
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.097	.025	-.217	-3.862	.000
Z 得点(難病対応)	.056	.023	.139	2.472	.014

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の経管栄養あり

⑫行動障害

○居宅サービスとの連携が負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.386	.127		3.028	.003
Z 得点(居宅サービスとの連携)	-.565	.137	-.220	-4.106	.000

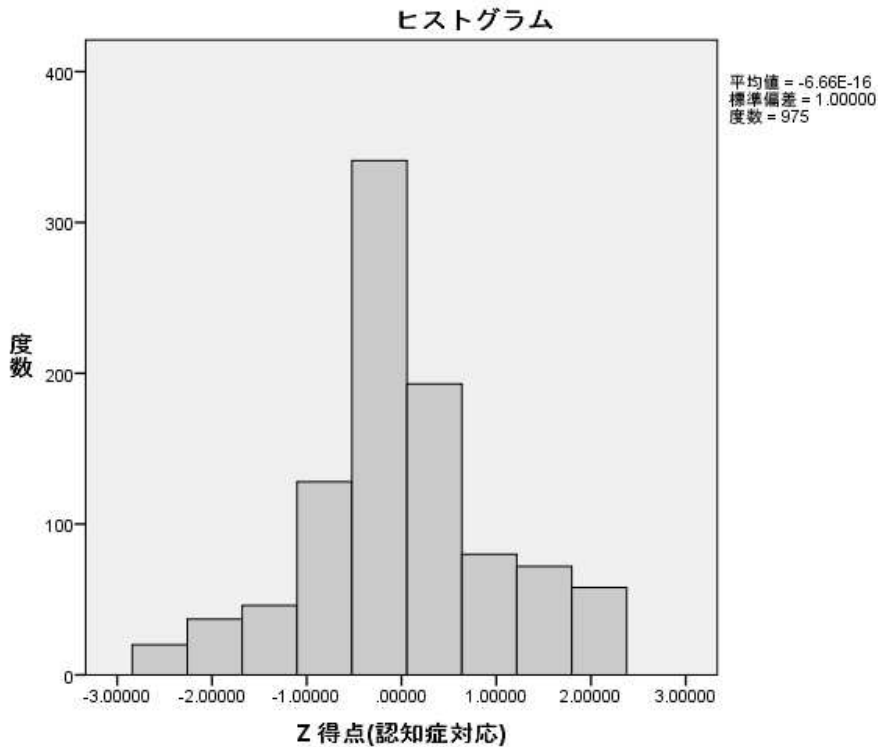
a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の行動障害

(4) 認知症対応機能についての分析

施設の認知機能の評価方法としては、目的変数を以下の3種類について検討した。

- (1) 認知症対応機能（質問票から）
- (2) 認知症の利用者の割合

<認知症対応機能>



① 認知症短期集中リハ割合

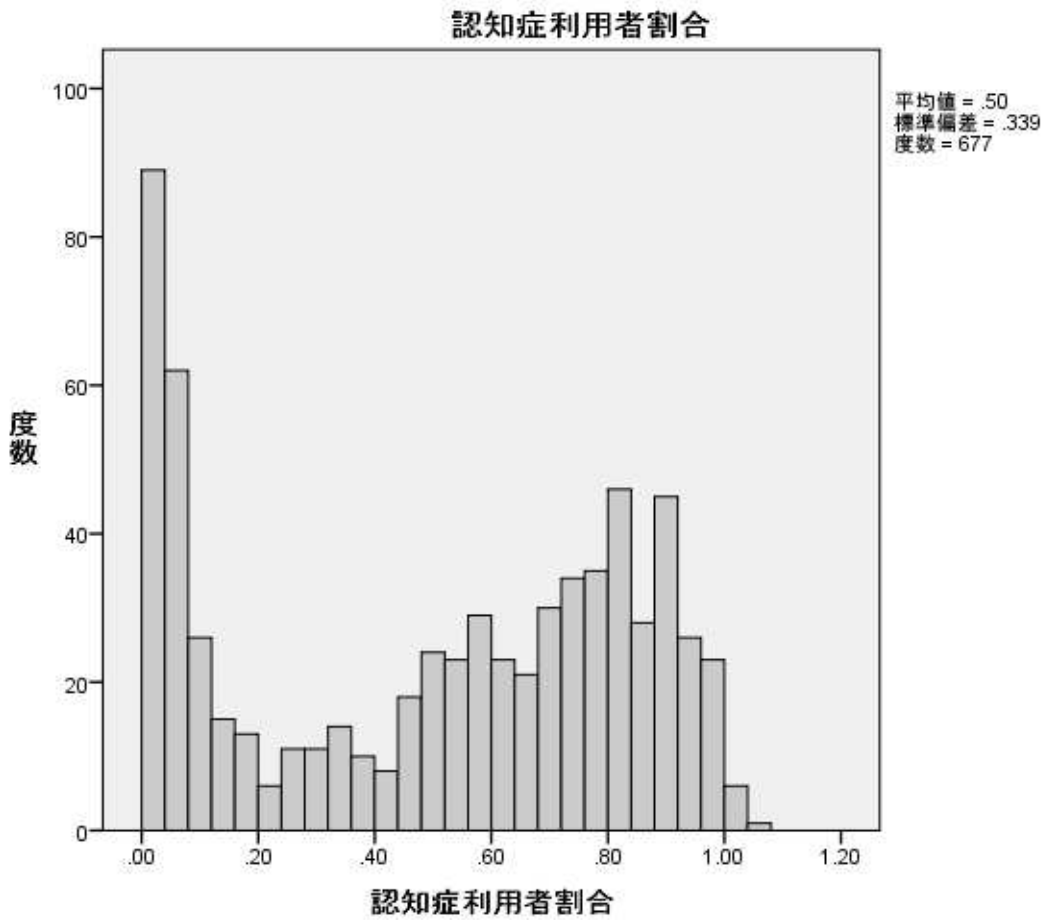
○在宅復帰努力と看取り対応力が正の関係を示した。

モデル	係数 <sup>a</sup>			t 値	有意確率
	標準化されていない係数	標準化係数			
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.237	.027		8.638	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	.140	.027	.221	5.091	.000
Z 得点(看取り対応)	.055	.028	.086	1.973	.049

a. 従属変数 平成25年6月から11月の認知症短期集中リハビリテーションの算定件数の割合

②認知症利用者割合

○認知症の利用者の割合を目的変数とした場合、居宅サービスとの連携が負、リハビリテーションが正の関係を認めた。



○緊急医療対応力が正の関係を示した。また緊急対応が負の関係を示した。

係数<sup>a</sup>

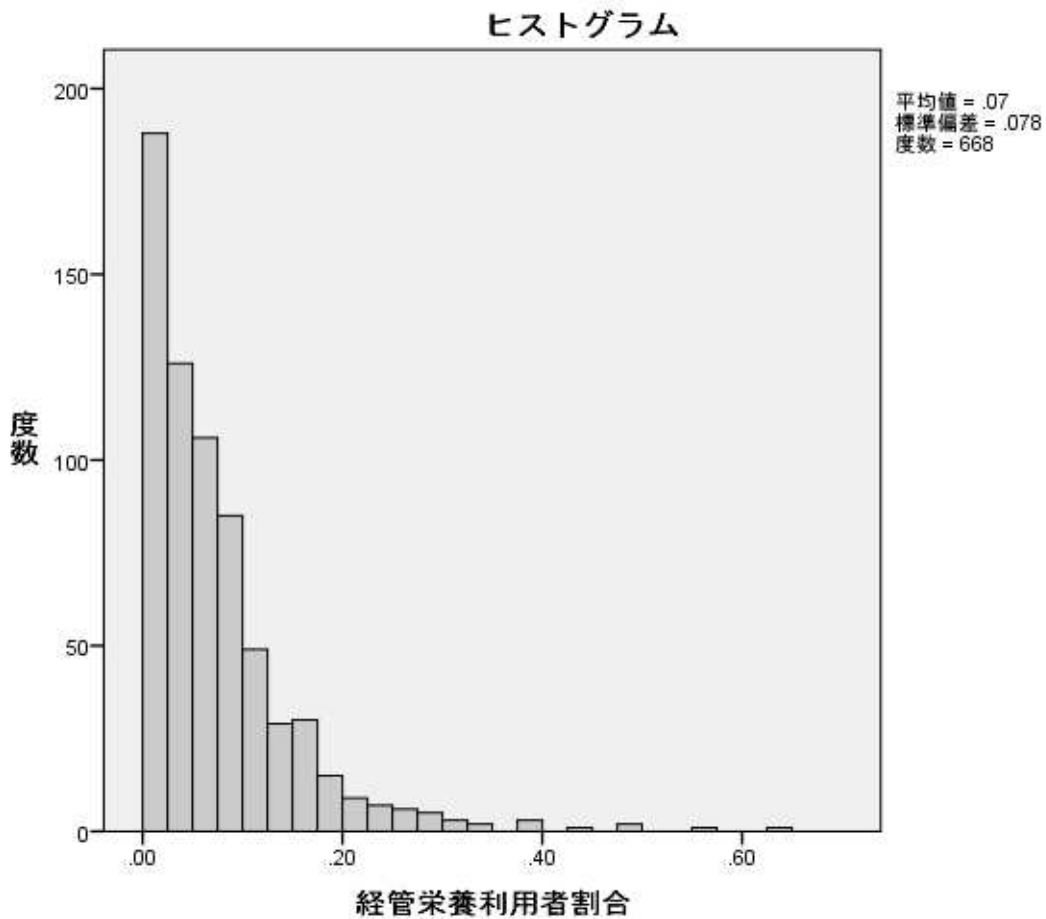
モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.509	.017		30.017	.000
Z 得点 (緊急医療対応力)	.040	.017	.120	2.369	.018
Z 得点 (緊急対応)	-.035	.017	-.106	-2.085	.038

a. 従属変数 平成25年6月から11月の認知症利用者割合

### ③経管栄養利用者割合

利用者のニーズやその変化によって、施設の役割や考え方も変わってくる。そこで、「経管栄養」の利用者の多さと、施設の機能の考え方について検討した。

経管栄養の分布を示す。





単相関での検討では、難病対応および、看取り対応と正の関係を示した。また在宅復帰努力と弱いながら負の関係を示した。

**相関係数**

		経管栄養利用者割合
経管栄養利用者割合	Pearson の相関係数	1
	有意確率 (両側)	
	N	668
問 101. 入所定員	Pearson の相関係数	-.005
	有意確率 (両側)	.902
	N	668
Z 得点 (居宅サービスとの連携)	Pearson の相関係数	-.027
	有意確率 (両側)	.500
	N	646
Z 得点 (リハビリテーション努力)	Pearson の相関係数	-.026
	有意確率 (両側)	.516
	N	637
Z 得点 (在宅復帰努力)	Pearson の相関係数	-.077
	有意確率 (両側)	.051
	N	636
Z 得点 (緊急対応)	Pearson の相関係数	.005
	有意確率 (両側)	.907
	N	647
Z 得点 (災害対応)	Pearson の相関係数	-.058
	有意確率 (両側)	.142
	N	640
Z 得点 (地域連携)	Pearson の相関係数	-.035
	有意確率 (両側)	.389
	N	613
Z 得点 (認知症対応)	Pearson の相関係数	-.091*
	有意確率 (両側)	.025
	N	609
Z 得点 (難病対応)	Pearson の相関係数	.175**
	有意確率 (両側)	.000
	N	625
Z 得点 (患者説明)	Pearson の相関係数	-.050
	有意確率 (両側)	.241
	N	554
Z 得点 (看取り対応)	Pearson の相関係数	.138**
	有意確率 (両側)	.001
	N	590
Z 得点 (事前訪問)	Pearson の相関係数	.093*
	有意確率 (両側)	.019
	N	639
Z 得点 (ケアマネジメント力)	Pearson の相関係数	-.043
	有意確率 (両側)	.278
	N	631
Z 得点 (プライマリケア対応力)	Pearson の相関係数	.057
	有意確率 (両側)	.147
	N	641
Z 得点 (緊急医療対応力)	Pearson の相関係数	.071
	有意確率 (両側)	.075
	N	633

\*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

\*\* . 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

○難病対応および看取り対応とは正の関係、在宅復帰努力、認知症対応、災害対応とは負の関係を認めた。

モデル	係数 <sup>a</sup>		標準化係数	t 値	有意確率
	標準化されていない係数	標準誤差			
	B		ベータ		
(定数)	.072	.004		20.013	.000
Z 得点(難病対応)	.020	.004	.282	5.189	.000
Z 得点(在宅復帰努力)	-.012	.004	-.163	-3.170	.002
Z 得点(認知症対応)	-.012	.004	-.165	-3.081	.002
Z 得点(看取り対応)	.009	.004	.117	2.332	.020
Z 得点(災害対応)	-.007	.003	-.099	-2.004	.046

a. 従属変数 平成25年11月30日正午時点の経管栄養利用者割合

## <調査研究事業班および調査研究事業検証部会における議論の要旨>

### 1. 第2回部会における意見の要旨

- ・老健施設は多様な機能（役割）を有しており、様々なベクトルがある。しかし、現在の評価は在宅復帰や重症度等に限定されている。様々なベクトルについてその方向性と長さをしっかり確認しておくことが重要である。
- ・キーファクターである「在宅復帰」機能をベースに、他の機能との関係を整理しておく必要がある。在宅復帰には地域性や利用者の希望等様々な条件があるが、老健施設が地域のハブであると考えて在宅復帰の推進という軸はぶれないようすべきではないか。分析としては、地域や施設の特性をコントロールしながら在宅復帰率がどうなるかを見てはどうか。
- ・認知症への対応も分析の上では軸とすべきであろう。認知症対応の状況と各機能との関係も捉えておく必要がある。
- ・利用者のニーズやその変化によって、施設の役割や考え方も変化してくる。したがって、施設側の考え方の整理も必要であるが、利用者のニーズ・利用目的の観点からのデータの整理と読み込みが重要になってくる。
- ・老健施設の機能を類型化する上でクラスター分析は有効な手法ではあるが、クラスター分析は表層的なものになりがちで、ややもすると少し強引な整理になる恐れもある。この点に留意する必要がある。
- ・老健施設の機能について、何でもできるという多機能性でまとめていくのか、類型化という方向でまとめていくのか、どちらにするのかについて議論を詰めた方が良いのではないか。
- ・現実には、利用者の健康状態の変化やリハビリの効果による利用者ニーズの変化などにきめ細かに対応した介護サービスを提供しているのが老健施設の実態なのだから、時系列的に長めのスパンで利用実態の変化を把握することも必要だと思われる。過去の調査分析データの活用である程度カバーできるか、あるいは今後の調査研究にそのような要素も加えるか、検討する価値はあるのではないか。
- ・地域包括ケアの中核となっている施設、そうではない施設などが混在している中で、多機能を有するが故に老健施設は、良い意味でも、悪い意味でも「何でも屋」と捉えられている嫌いがある。立地地域に合った、あるいは強みや特長を生かした自施設の「あるべき姿」を見出しやすいデータが用意できれば非常に役立つであろう。
- ・どういう機能が本人らしさや本人に適合した生活機能の達成に関連しているのか、また、多機能性を評価するパーツの一つとして「地域連携」という面に目を向けてはどうか。
- ・それぞれの施設の機能について、その機能を可能にしているストラクチャーはどういったものかが分かると良いのではないか。また、機能を成り立たせているストラクチャーの一つとして多職種協働がどういう働きをしているかが分かると良いのではないか。
- ・社会参加という意味でショートステイを繰り返し利用することも考えられるので、そこを評価する仕組みがあると良い。多職種がいるから行えるショートステイについて何か炙り出せたら良いのではないか。
- ・重症者であっても在宅復帰する利用者の要素として、家族の気持ちの変化や負担感等といったことが考えられる。今後は、介護者のニーズや評価を把握することも必要となるだろう。

## 2. 第3回部会における意見の要旨

- ・今後の投資に関する設問の回答結果は、看護・介護職員は足りないが、ハード面については一応運用できているという状況を示す結果になっていると捉えるべきではないか。
- ・在宅強化型のための教育研修への参加状況については、現実にはあまりそういった研修自体が実施されていないこと、実施されているかどうかの認知も低いことが背景にあることを踏まえる必要がある。いずれにせよ、今後は在宅強化型のための教育研修をより活発に行う努力が不可欠である。
- ・今回の調査は、老健施設が持っている機能や提供できることをはっきりさせるための調査であるので、今回抽出された老健施設の機能を示す4つのベクトルの要素が何かをしっかりと整理すべきであろう。特に、在宅復帰関連以外に力を入れている施設群があることを散布図等を利用して明確に示す必要があると思われる。
- ・地域連携の中での老健の役割を考える上で、地域連携機能と他の機能の相関に関してコメントすることが重要である。
- ・老健施設は在宅復帰のみではないということを報告書で明確に示したい。在宅復帰関連以外の何かに力を入れている施設群があるのかどうか、ある場合はそれが何か分かるように報告書を取りまとめる必要がある。
- ・今後のことになるが、老健施設の経営者がどのような機能提供の強化を指向しているのかという意向調査が必要になるように思う。在宅復帰とは異なるベクトルがあることはある程度示されたが、一方で、在宅復帰を柱にするのか、認知症対応や重度化対応に力を入れるのか、看取り対応にもっと積極的に取り組むのかといった意向を把握することが重要であり、今後、認知症対応や重度化対応に力を入れたいと考えている老健施設が一定以上いるのであれば、そのような取り組みを評価してもらう必要があるだろう。
- ・認知症対応に関して言えば、特養と老健施設の認知症対応はどう違うのかをはっきりさせることができれば、老健施設における認知症対応の役割とその重要性も明示できると思う。
- ・結論として、老健施設の持つ4つの機能があることをはっきり示すことと、実態として在宅復帰以外の機能に対応している・力を入れている施設群があることを示すデータを準備することが最も重要である。

平成25年度老人保健健康増進等事業  
地域における介護老人保健施設の役割に関する  
調査研究事業  
( [01] 老健施設の役割施設調査 )  
～ 実施要綱 ～

## 1. 事業の目的

高齢者の増加に伴い、介護老人保健施設(以下、老健施設)の利用目的は多様化しています。また、認知症利用者の増加、要介護の重度化も進んでおり、住み慣れた地域で安心して生活を続けるために、老健施設には地域包括ケアシステムの拠点としての役割が求められます。

地域包括ケア研究会の報告書では「介護保険施設は、在宅復帰支援(リハビリテーション)、認知症対応、医療ニーズへの対応等の機能を重点化、リハビリテーションスタッフが重点配備された施設を中間施設として位置づける」等とされていることから、今後は施設の機能と質の評価に基づいた介護報酬体系が構築されると考えられます。

そこで本調査は、全国老人保健施設協会(以下、全老健)加盟の約3,500施設を対象に、現在の全国の老健施設において、それぞれの経営者がどの機能を重要視し、今後どの機能の強化・維持を行っていくのかと、利用者の利用目的に焦点を当てて実施するものです。

老健施設の現状や入所者の利用目的と今後の経営方針を合わせて検討することで得られる本調査結果は、地域における老健施設の役割を具体的に提案するための基礎データとして活用していくことを考えています。

地域包括ケアの中心的役割を担うべく老健施設がどうあるべきかを明らかにするための重要なデータとなりますので、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

## 2. 調査対象施設

全老健に加盟の全施設を調査対象とします。

## 3. 調査票の位置付け

### 調査票の区分について

今年度、厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)の追加交付を受けて実施する調査研究事業につきまして、会員の皆様に効率的にご協力いただけるよう、複数の調査を通して調査項目の重複が無いように調査票を整理いたしました。なお、今回お送りしている調査票は以下の2つです。

(もう一つの調査「施設退所後の要介護高齢者が在宅生活を継続するための要因に関する調査研究事業」は該当する施設に対してのみ、別途お送りいたします。)

**[01] 地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業**

**[02] 介護老人保健施設の管理医師の有効活用による医療と介護の連携の促進に関する調査研究事業**

本事業の調査票は「**[01] 老健施設の役割施設調査**」であり、この調査が今年度実施する他の調査の基本施設データにもなりますので、是非ご回答頂きますようお願い申し上げます。

## 4. 調査実施方法

本調査は「郵送調査法」(FAX 併用)にて実施します。

### **「[01] 老健施設の役割施設調査」**

**問 1～10 は、各ご担当者（事務職等）様にご記入ください。**

**問 11 以降（問 11～18）は、多職種協働でご記入ください。**

なお、必要に応じて、記載内容の確認などについて、電話による問い合わせをさせていただく場合があります。

## 5. 調査の実施期間

本調査「**[01] 老健施設の役割施設調査**」につきましては、ご記入が済み次第、同封の「**[01] 老健施設の役割施設調査票在中**」と印字された返信用封筒にてご投函下さい。なお、締め切り日は、平成 26 年 1 月 20 日(月)となりますので、よろしく願いいたします。

## 6. 記入に際してのお願い

設問毎に留意事項や記入の仕方(1 つに○、全てに○、人数記入、%記入など)が記載されていますので、それに従ってご記入をお願いいたします。

## 7. その他

- ・本調査により得られた結果は、全老健が実施する別の調査等で使用する可能性がございます。その場合も個人が特定できるような情報は一切公表されることはございません。
- ・本調査にご協力いただけない場合であっても、いかなる不利益も発生致しません。

## 8. 問い合わせ先

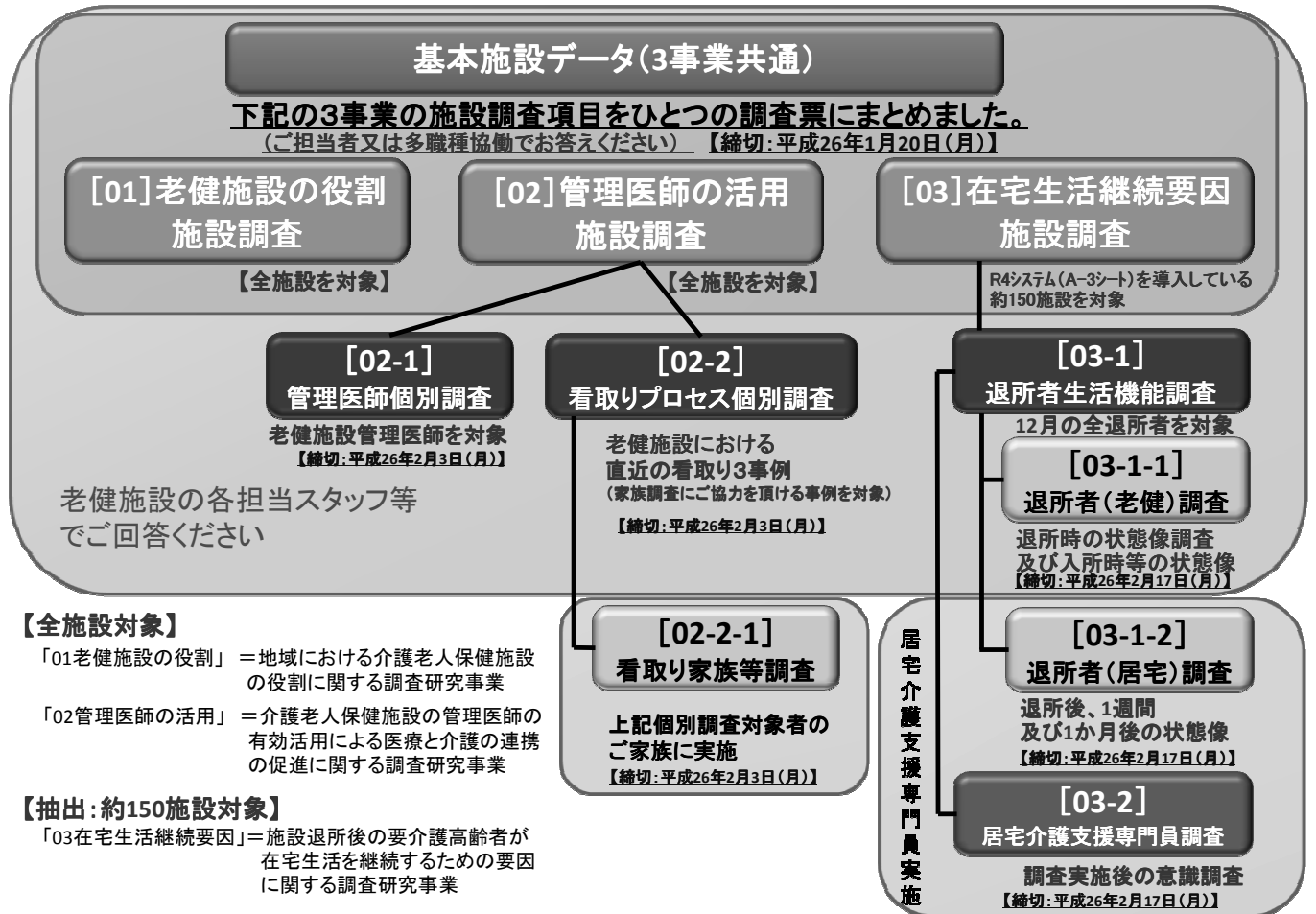
公益社団法人 全国老人保健施設協会 業務第一課

〒105-0014 東京都港区芝 2-1-28 成旺ビル7階

TEL:03-3455-4165 FAX:03-3455-4172

ホームページ:<http://www.roken.or.jp> メールアドレス:[info@roken.or.jp](mailto:info@roken.or.jp)

# 平成25年度 国庫補助金事業調査票構造図



付3. 調査票

平成25年度老人保健健康増進等事業  
**地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業**  
**[01] 老健施設の役割施設調査票**

(3事業共通 基本施設データ)

1

都道府県	都・道・府・県	貴施設名	
調査実施者 (ご記入者名)		ご連絡先 電話番号	( ) -

問1 H25年11月30日現在の施設の種別、定員、開設等について(107、112以外は1つに○)

101. 定員等	入所定員	名	通所定員	名	開設	昭和 平成	年
102. 介護報酬上の届け出	1)介護老人保健施設 2)ユニット型介護老人保健施設	103. 施設類型	1)従来型老健 2)従来型老健(在宅強化型) 3)療養型老健 4)療養型老健(在宅強化型)	104. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算について	1)左記の2・4である 2)算定している 3)算定していない		
105. 看護職の24時間配置	1)あり 2)なし	106.開設主体	1)医療法人 2)社会医療法人 3)社会福祉法人 4)公益法人(財団・社団等) 5)その他(地方自治体等)				
107. 併設・母体医療機関の有無(該当するもの全てに○)	1)病院 2)有床診療所 3)無床診療所 4)なし						
108. 併設・母体が病院の場合の「病院の総病床数」	1)200床以上 2)199-100床 3)99-50床 4)49床以下 5)病院でない						
109. 上記病院の主な診療科目	1)多科の総合病院 2)主要6科以上 3)主要4-5科 4)内科と外科 5)内科 6)整形外科 7)精神科、心療内科 8)脳神経外科、神経内科 9)産婦人科 10)リハビリテーション科 11)その他						
110. 設置形態	1)独立型 2)併設型 3)その他	111. 併設の歯科診療所や併設病院の歯科の有無	1)あり 2)なし				
112. 協力医療機関は (該当するもの全てに○)	1)地域の中核的な病院 2)ほぼ併設・母体医療機関で対応 3)診療所等が対応 4)その他						
113. 協力歯科は	1)あり 2)なし	114. 左記協力歯科の定期的な訪問歯科診療	1)あり 2)なし				

115. 貴施設の併設及び貴法人の関連サービスの定数や有無(同一市区町村のものに限る。自施設除く)

No	サービス等の区分	定数	No	サービス等の区分	定数	No	サービス等の区分	有無
11501.	介護老人保健施設	計 名	11507.	軽費ホーム・ケアハウス	計 名	11513.	地域包括支援センター	1)有 2)無
11502.	介護療養型医療施設	計 名	11508.	有料老人ホーム	計 名	11514.	居宅介護支援事業所	1)有 2)無
11503.	医療療養病床	計 名	11509.	グループホーム	計 名	11515.	訪問看護 (ステーション、医療機関を含む)	1)有 2)無
11504.	特別養護老人ホーム	計 名	11510.	養護老人ホーム	計 名	11516.	訪問介護	1)有 2)無
11505.	短期入所療養介護	計 名	11511.	サービス付き 高齢者向け住宅	計 名	11517.	訪問リハビリ	1)有 2)無
11506.	短期入所生活介護	計 名	11512.	(法定外の)ケアアパート等	計 名	11518.	在宅療養支援 (病院)診療所の指定	1)有 2)無

問2 H25年11月30日現在のスタッフ配置数(常勤換算)

職種・資格等	入所	通所	職種・資格等	入所	通所
20101. 医師	. 名	. 名	20111. 理学療法士	. 名	. 名
20102. 歯科医師	. 名	. 名	20112. 作業療法士	. 名	. 名
20103. 看護職	. 名	. 名	20113. 言語聴覚士	. 名	. 名
20104. 20103.のうち正看護師	. 名	. 名	20114. リハビリ補助・関連スタッフ (資格を問わず)	. 名	. 名
20105. 20103.のうち摂食・嚥下障害看護認定 看護師(日看協)	. 名	. 名	20115. 栄養士	. 名	. 名
20106. 介護職	. 名	. 名	20116. 20115.のうち管理栄養士	. 名	. 名
20107. 20106.のうち介護福祉士	. 名	. 名	20117. 介護支援専門員取得者数	. 名	. 名
20108. 20106.のうち歯科衛生士	. 名	. 名	20118. 20117.のうち専任	. 名	. 名
20109. 支援相談員	. 名	. 名	20119. 20117.のうち兼任	. 名	. 名
20110. 20109.のうち社会福祉士	. 名	. 名			



## 問3 H25年11月30日正午時点の利用者のベッド利用目的

短期入所利用者			301)	名	
入所利用者 (短期入所除く)	自宅復帰 予定あり	短期利用 (3か月まで)	リポート(計画的な一定期間の)利用	302)	名
			ADL改善のためのリハビリ利用	303)	名
			主介護者の体調不良や自宅リフォーム等のための入所	304)	名
			病院からの自宅復帰調整入所(アセスメント入所)	305)	名
			その他	306)	名
		中期利用 (3か月～6か月ま で)	リポート(計画的な一定期間の)利用	307)	名
			ADL改善のためのリハビリ利用	308)	名
			主介護者の体調不良や自宅リフォーム等のための入所	309)	名
			病院からの自宅復帰調整入所(アセスメント入所)	310)	名
			その他	311)	名
		長期利用 (6か月以上)	リポート(計画的な一定期間の)利用	312)	名
			ADL改善のためのリハビリ利用	313)	名
	主介護者の体調不良や自宅リフォーム等のための入所		314)	名	
	病院からの自宅復帰調整入所(アセスメント入所)		315)	名	
	その他		316)	名	
	利用期間不明	317)	名		
自宅復帰 予定なし	特養等の施設待機	318)	名		
	特養以外の自宅型施設待機	319)	名		
	看取り予定者	320)	名		
	その他	321)	名		
自宅復帰の方針不明	322)	名			
空床数	323)	床			

## 問4 H25年11月30日正午時点の疾病区分および胃瘻・経管栄養の状態

難病あり (難病リスト:最終頁参照)	認知症あり	胃瘻・経管栄養あり	401)	名	
		胃瘻・経管栄養 なし	目立った行動障害がある	402)	名
			行動障害は目立たない	403)	名
	認知症なし	胃瘻・経管栄養あり	404)	名	
		胃瘻・経管栄養なし	405)	名	
		難病なし(認知症あり)	胃瘻・経管栄養あり	406)	名
胃瘻・経管栄養 なし	目立った行動障害がある		407)	名	
	行動障害は目立たない		408)	名	
それ以外	胃瘻・経管栄養あり	409)	名		
	胃瘻・経管栄養なし	410)	名		
合計			411)	名	

## 問5 貴施設における利用者の動向等について(通所・短期入所については介護予防含む)

501. H25年11月の短期入所利用者の延べ人数 (同じ方が2日間利用したら2名としてください)	名	507.	H25年11月の新規入所件数(再入所含む)(短期入所除く)	件
502. H25年11月の平均通所者数	名	508.	H25年11月の死亡(看取り)退所者数(看取りの説明を事前に行った対象者数)※加算の有無に関わらず	名
503. H25年11月30日現在の入所待ち人数	名	509.	H25年11月の死亡退所者数(予測せず死亡した人の数)	名
504. H25年11月の総相談件数	件	510.	H25年6月～11月の家族の都合による緊急(短期)入所の利用希望件数	件
505. 504のうち入所に関する相談件数	件			
506. 504のうち通所に関する相談件数	件	511.	510のうち受け入れた件数	件

問6 H25年6月1日～11月30日までの退所先等の状況

自施設関連の急性期（一般）医療機関	601)	名
自施設関連の療養病床（医療・介護療養、療養老健含む）	602)	名
自施設関連 <u>以外</u> の急性期（一般）医療機関	603)	名
自施設関連 <u>以外</u> の療養病床（医療・介護療養、療養老健含む）	604)	名
特別養護老人ホーム	605)	名
有料ホームおよびグループホーム	606)	名
サービス付き高齢者向け住宅	607)	名
自宅（元の自宅、親族の自宅を含む）	608)	名
法定外のケア付アパート、託老所	609)	名
死亡退所	610)	名
その他	611)	名
合計	612)	名

退所先が上記「有料ホームおよびグループホーム」、「サービス付き高齢者住宅」、「自宅」、「法定外のケア付アパート、託老所」の“合計”	613)	名
・うち退所後のかかりつけ医が自施設関連の「医療機関」の利用者数	614)	名
・うち退所後自施設関連の「介護支援専門員担当」の利用者数	615)	名
・うち退所後自施設関連の「通所」利用者数	616)	名
・うち退所後自施設関連の「短期入所」利用者数	617)	名
・うち退所後自施設関連の「訪問看護」利用者数	618)	名

問7 H25年6月1日～11月30日までの「加算算定」等の状況(短期入所を除く)

短期集中リハビリテーション実施加算を算定した入所者数（実人数）	701)	名	
認知症（短期集中）リハビリテーション実施加算を算定した入所者数（実人数）	702)	名	
認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定した入所者数（実人数）	703)	名	
死亡退所者数（上記、問6の「死亡退所」者数「610」と同じ）	704)	名	
・うちターミナルケア加算を算定した件数（実人数）	705)	名	
・うち看取りを予定していたがターミナルケア加算を算定しなかった件数（実人数）	706)	名	
入所前後訪問指導加算を算定した入所者数（実人数）	707)	名	
退所時等指導加算	退所前訪問指導加算を算定した入所者数（実人数）	708)	名
	退所後訪問指導加算を算定した入所者数（実人数）	709)	名
	退所時指導加算を算定した入所者数（実人数）	710)	名
	退所時情報提供加算を算定した入所者数（実人数）	711)	名
	退所前連携加算を算定した入所者数（実人数）	712)	名
地域連携診療計画情報提供加算を算定した入所者数（実人数）	713)	名	
他科受診の件数（同じ方が2回他科受診した場合は2件としてください）	714)	件	
・うち施設からの支払いが生じた件数	715)	件	

自施設が支払った金額→→→→→	1人分の最小値 (1か月あたり) 716)	1人分の最大値 (1か月あたり) 717)	平均値 (1か月あたり) 718)
	円	円	円
H25年11月分として帳簿に計上されている 合計の薬剤費がわかれば →→→→→	719)	円	↓わからなければ「○」 わからない

## 問8 施設の稼働率等（小数点以下1桁までご回答ください(2桁目を四捨五入)）

入所(短期入所除く)のH25年6月から11月の「平均稼働率」は？	801)	%
通所のH25年6月から11月の「平均稼働率」は？	802)	%
H25年12月1日時点の「在宅復帰率※1(H25年6月から11月までで計算)」は？	803)	%
H25年12月1日時点の「平均在所日数※2(H25年6月から11月までで計算)」は？	804)	日
H25年6月から11月の「重度者率※3」は？	805)	%
H25年12月1日時点の「回転率(H25年6月から11月までで計算)」は？	806)	%

※1 ここでいう在宅は、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む  
 ※2 平均在所日数=(H25年6月～11月までの延在所者数)÷[(H25年6月～11月の入所件数+H25年6月～11月の退所件数)÷2]  
 ※3 ここでいう重度者は、次の①～③のいずれかを満たす者 ①要介護4～5、②喀痰吸引実施、③経管栄養実施

## 問9 所定疾患施設療養費について

H25年6月1日～11月30日までの算定状況		実人数 (同一内訳内で重複カウントなし)※		算定延べ日数	
所定疾患施設療養費	内訳	肺炎	901)	名	902)
		尿路感染	903)	名	904)
		带状疱疹	905)	名	906)

※例)同じ方に対し6月に肺炎で5日、10月に肺炎で7日算定した場合、実人数の肺炎の欄には1、延べ日数の欄には12と記入してください。  
 例)同じ方に対し、肺炎と尿路感染両方で算定した場合、実人数の欄にはそれぞれ1、算定延べ日数の欄にはそれぞれの日数を記入してください。

## H25年6月1日～11月30日までの所定疾患施設療養費算定者について（件数は事例ごとにカウント）

算定後そのまま入所を継続した方の治癒にかかった期間		7日以内	7日より長い
算定者の状況※	① 他科受診等することなく、施設で治癒	907)	908)
	② 算定中または算定後に当該所定疾患に関連し、状態像が悪化したため医療機関に他科受診	909)	件
	③ 算定中または算定後に当該所定疾患に関連し、状態像が悪化したため医療機関に転入院	910)	件
	④ その他（死亡を含む）	911)	件

※ここでいう他科受診は、所定疾患施設療養費を算定するにあたり実施した「胸部レントゲン撮影等」に伴う初回の他科受診は除いてください。  
 ※一つの事例で②と③の両方に該当する場合（他科受診をし、その後、転入院した場合）は、③でカウントしてください。  
 ※転入院先で死亡した場合は④ではなく、③でカウントしてください。（転入院した時点で施設を退所しているため）

## 問10 所定疾患施設療養費算定のプロセス等について（1つに○）

利用者の初回入所時に所定疾患施設療養費の算定・対応について説明をし、同意を得ていますか	説明	1001)	1.口頭と文書で説明している	2.口頭で説明している	3.説明していない		
	同意	1002)	1.文書で同意を得ている	2.口頭で同意を得ている	3.同意を得ていない		
加算算定にあたり、算定要件に加え、施設独自で医療上の判断基準等がありますか	その際説明を行っている職種を全て選択してください	1003)	1. 医師	2. 看護職	3. 介護職	4. 支援相談員	5. 介護支援専門員
	6. 栄養士	7. 薬剤師	8. 事務職	9. その他( )			
加算算定にあたり、特別に書式等を用意していますか	1004)	1. ある	2. ない				
加算算定は誰が判断しますか	1005)	1. 用意している	2. 用意していない				
状態像が悪化し、病院に入院になった場合、利用者家族に説明を行っていますか	1006)	1. 管理医師	2. 管理医師を補助する医師	3. その他( )			
状態像が悪化し、病院に入院になった場合、利用者家族に説明を行っていますか	その際説明を行っている職種を全て選択してください	1007)	1. 口頭と文書で説明している	2. 口頭で説明している	3. 説明していない		
	1008)	1. 医師	2. 看護職	3. 介護職	4. 支援相談員	5. 介護支援専門員	
6. 栄養士	7. 薬剤師	8. 事務職	9. その他( )				
病院へ入院後、状態が回復した場合、施設に戻れる体制はありますか	1009)	1. ある	2. ない				
前年度の算定状況をホームページ等で公表していますか	1010)	1. している	2. していない				
所定疾患施設療養費の新設によって医療機関への入院件数は変化しましたか	1011)	1. 減った	2. 変わらない	3. 増えた			
所定疾患施設療養費の新設は、入所者のためになっていると思いますか	1012)	1. なっている	2. なっていない	3. わからない			
疾患の範囲を拡大できるとしたら、施設で対応できる疾患は何ですか	1013)	①	1014)	②			

※以降の設問(問11~18)は多職種協働でお考えの上、ご回答ください。

5

問11 貴施設の運営等について(1つに○)				
在宅復帰	1101. 貴施設は利用者の自宅復帰ができるよう常日頃努力をしていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1102. 利用者が家に帰りたいという思いを実現させるための工夫をしていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1103. 入所後初めて自宅に帰る高齢者の居宅を訪問し、住宅改修のアドバイスをしていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1104. 入所後初めて自宅に帰る高齢者に、その人の状態にあった適切な居宅サービスをすすめていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1105. 退所後、居宅の介護支援専門員と連携(連絡・相談・居宅訪問同行等)していますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
リハビリテーション	1106. 利用者のリハビリへの意欲を引き出す努力をしていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1107. 自宅での自立を促すため、リハ職は積極的に居宅訪問をおこなっていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1108. 利用者の社会参加を視野に入れたりリハビリテーションを行っていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1109. 利用者の余暇活動が充実するようリハビリテーションを行っていますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1110. リハビリテーション施設としての理念と役割を実践していますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
緊急対応(短期入所含む)	1111. 空床があれば、利用者の緊急入所に対応できるように努力していますか	1. 常にしている 4. あまりしていない	2. ある程度している 5. していない	3. どちらともいえない
	1112. 左記の事業所から緊急入所の依頼があった場合、対応していますか？(対応している事業所すべてに○)	1. 関連の地域包括支援センター 2. 関連以外の地域包括支援センター 3. 地域の医療機関 4. 地域の在宅サービス提供者		
	1113. 問1112で1~4のいずれかに○をつけた方にお伺いします。対応するにあたって、条件はありますか？	1. 条件はない(ほぼ全例断らない) 2. 条件はない(空床があれば断らない) 3. 条件がある		
	1114. 問1113で「3.条件がある」を選んだ方は条件を選んでください。あてはまるもの全てに○、特に重視しているものには◎を付けてください。	1. 既に貴施設の何らかのサービスを利用していること 2. 状況が把握できていること 3. 医療処置等で人手がかからないこと 4. その他( )		
	1115. 緊急入所を想定して確保しているベッドの空床はどの程度ですか	1) 想定なし 2) 1~2床 3) 3~4床程度 4) 入所が回転している為、日常的に必要な空床がある		
	1116. 夜間における緊急入所は行っていますか	1. 行っている 2. 状況により行っている 3. 行っていない		
	1117. 休・祭日における緊急入所は行っていますか	1. 行っている 2. 状況により行っている 3. 行っていない		
	1118. 緊急入所の際に、医師は対応していますか	1. 対応している 2. 状況により対応している 3. 対応していない		
	1119. 緊急入所の際に、看護職は対応していますか	1. 対応している 2. 状況により対応している 3. 対応していない		
災害対応	1120. 災害時に地域の避難場所として利用可能なように準備を整えていますか	1. 整えている 2. 多少は整えている 3. 整えていない		
	1121. 災害時の地域の避難場所であるとの広報を地域に対して行っていますか	1. 広く行っている 2. 一応は行っている 3. 行っていない		
	1122. 災害時の食料や水の備蓄は十分ですか	1. 地域住民の分も備蓄 2. 入所者および職員の備蓄 3. 入所者の分の備蓄 4. 備蓄は行っていない		
地域連携	1123. 貴施設は地域(市区町村)の中では評価はどうですか	1. 高い 2. やや高い 3. 普通 4. やや低い 5. 低い		
	1124. パンフレットや案内を関連病院等に置いていますか	1. 様々な場所に置いている 2. 多少は置いている 3. 置いていない		
	1125. 地域ケア会議に担当者が出席していますか	1. 毎回出席している 2. なるべく出席している 3. ほとんど出席していない 4. まったく出席していない 5. 開催されていない		
	1126. 空床情報を地域の医療機関や介護支援専門員等と共有していますか	1. 十分共有している 2. ある程度共有している 3. 少し共有している 4. ほとんど共有していない 5. まったく共有していない		
	1127. ホームページによる広報を行っていますか	1. 行っている 2. 行っていない		

問11 続き(1つに○)		
認知症対応	1128. 貴施設は認知症ケアに自信がありますか	1. 自信がある 2. ふつう 3. 自信がない
	1129. 認知症のBPSDのコントロールには自信がありますか	1. 自信がある 2. ふつう 3. 自信がない
	1130. すこしぐらいの周辺症状であれば貴施設で対応する自信がありますか	1. 自信がある 2. ふつう 3. 自信がない
	1131. 認知症短期集中リハビリテーションの効果には自信がありますか	1. 自信がある 2. ふつう 3. 自信がない
難病対応	1132. 貴施設はパーキンソン病等の神経難病の対応には自信がありますか	1. 自信がある 2. ふつう 3. 自信がない
	1133. 貴施設は神経難病以外の難病の対応には自信がありますか	1. 自信がある 2. ふつう 3. 自信がない
	1134. 人工呼吸器の方でも、入所の対応が可能ですか	1. いつでも可能 2. 状況により可能 3. 不可能
	1135. 人工呼吸器の方でも、短期入所の対応が可能ですか	1. いつでも可能 2. 状況により可能 3. 不可能
	1136. 在宅酸素療法中の方の対応は可能ですか	1. いつでも可能 2. 状況により可能 3. 不可能
	1137. 胃瘻の対応が可能ですか	1. いつでも可能 2. 状況により可能 3. 不可能
	1138. 胃瘻の方であっても、在宅復帰が可能のようにさまざまな工夫をしていますか	1. 常に工夫している 2. あまり工夫していない 3. 工夫していない
	1139. 難病疾患の認定に必要な書類の作成を行っていますか	1. 常に行っている 2. 時々行っている 3. 行っていない
人員の投資	1140. 支援相談員の増員	1. 増員予定あり 2. 特に増員の予定はない 3. 不明
	1141. 介護支援専門員の増員	1. 増員予定あり 2. 特に増員の予定はない 3. 不明
	1142. リハ職の増員	1. 増員予定あり 2. 特に増員の予定はない 3. 不明
	1143. 介護職の増員	1. 増員予定あり 2. 特に増員の予定はない 3. 不明
	1144. 看護職の増員	1. 増員予定あり 2. 特に増員の予定はない 3. 不明
ハードの投資	1145. リハ機器の導入	1. 導入予定あり 2. 特に導入の予定はない 3. 不明
	1146. 医療機器の導入	1. 導入予定あり 2. 特に導入の予定はない 3. 不明
	1147. 施設の拡張	1. 拡張予定あり 2. 特に拡張の予定はない 3. 不明
	1148. ユニット型への変更	1. 既にユニット型 2. 変更予定あり 3. 特に変更の予定はない 4. 不明
ケアマネジメントソフトの投資	1149. R4システムの導入	1. 導入済み 2. 予定あり 3. 予定はない 4. 不明
	1150. R4システム以外のソフトの新規導入	1. 予定あり 2. 予定はない 3. 不明
問12 利用者への実施状況について(1つに○)		
入所前訪問の実施状況はどの程度ですか	1201. 入所前の居所が家の場合	1)ほぼ全例 2)75%ぐらい 3)50%ぐらい 4)25%ぐらい 5)ほぼ行っていない
	1202. 入所前の居所が家以外の施設等の場合	1)ほぼ全例 2)75%ぐらい 3)50%ぐらい 4)25%ぐらい 5)ほぼ行っていない
1203. インテークプロセスの実施状況はどの程度ですか		1)ほぼ全例 2)75%ぐらい 3)50%ぐらい 4)25%ぐらい 5)ほぼ行っていない
1204. 在宅維持のためのサービスの紹介はどの程度行っていますか		1)ほぼ全例 2)75%ぐらい 3)50%ぐらい 4)25%ぐらい 5)ほぼ行っていない
問13 在宅強化のための教育について(1つに○)		
1301. 在宅強化型のための教育研修等(施設内研修除く)に参加していますか		1. 熱心に参加している 2. かなり参加している 3. まあまあ参加している 4. あまり参加していない 5. ほとんど参加していない

問14 利用目的を利用者・家族等に明確にして入所させているかについて(1つに○)	
1401. ケアプラン作成時に口頭で入所目的を確認していますか	1.している 2.していない
1402. ケアプランに文章で明確に入所目的を記入していますか	1.している 2.していない
1403. ケアプラン以外に文章で入所目的を記入していますか	1.している 2.していない
問15 慢性疾患への医学的対応について(1つに○)	
1501. 高血圧の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1502. 慢性心不全の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1503. BPSDがはげしくない認知症の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1504. パーキンソン病の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1505. ワーファリン等による脳梗塞の再発予防	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1506. インスリン治療を伴う糖尿病の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1507. COPD(気管支喘息を含む)の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1508. 骨関節疾患に伴う疼痛の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1509. 悪性腫瘍に伴う疼痛の管理	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
問16 施設の医師と併設あるいは関連(関係)医療機関との連携による急性疾患の治療提供について(1つに○)	
1601. BPSDのコントロール	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1602. 外傷の処理(縫合等:5cm以上で深さは問わず)	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1603. 感染を伴う陥入爪への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1604. 広範あるいは頑固な皮疹への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1605. 骨折、捻挫等の初期診断と応急処置	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1606. 褥瘡のデブリドメント	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1607. 看護対応で苦慮した場合の鼻出血の対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1608. 緊急時の気管内挿管	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1609. 気道閉塞(気管内異物)への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1610. 「咯血」時の対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1611. 「吐血」時の対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1612. 急性腹症への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1613. 腸閉塞への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1614. 不正性器出血への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1615. 脳血管障害発症への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1616. 急性心筋梗塞発症への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1617. 急性心不全発症への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1618. 突然の不整脈発作への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1619. 重篤な喘息発作(重積状態)への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1620. 糖尿病性昏睡への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない
1621. 突然の心肺停止への対応	1)OK 2)ほぼ大丈夫 3)多少苦手 4)苦手 5)他院に任せる 6)わからない

## 問17 施設医師等のリーダーシップやスタッフとの関係について(1つに○)

1701. 施設医師は理事長ですか？	1)はい 2)いいえ
1702. 法人の理事長は老健施設の運営に積極的ですか？	1)はい 2)どちらとも言えない 3)いいえ 4)わからない
1703. 施設医師から施設管理についての的確な指示が出されていますか？	1)はい 2)どちらとも言えない 3)いいえ 4)わからない
1704. 施設医師から利用者のリハビリに関する的確な指示が出されていますか？	1)はい 2)どちらとも言えない 3)いいえ 4)わからない
1705. 施設医師から利用者のケアに関する的確な指示が出されていますか？	1)はい 2)どちらとも言えない 3)いいえ 4)わからない
1706. 施設医師から利用者の看護処置に関する的確な指示が出されていますか？	1)はい 2)どちらとも言えない 3)いいえ 4)わからない
1707. 施設医師は家族への説明や対応方針の計画化(在宅復帰等)に十分協力していただけますか？	1)はい 2)どちらとも言えない 3)いいえ 4)わからない
1708. 施設医師はスタッフに対して様々な配慮を示していただけますか？(スタッフに近い存在ですか？)	1)はい 2)どちらとも言えない 3)いいえ 4)わからない

## 問18 貴施設の看取りの取り組みについて

1801. 貴施設は看取りに対応していますか	1.対応している 2.対応していない
------------------------	--------------------

以降は問1801にて「対応している」を選んだ方にお伺いします。各時期の看取りの対応についてご回答ください。

## 時期:入所時

利用者が初回にサービスを開始した際(入所時)に、施設として 終末期に対応していることを表明していますか	1802) 1.常に行っている 2.時々行っている 3.あまり行っていない 4.行っていない
--	---

## 時期:状態変化に伴い

利用者の状態変化に伴って、終末期を含む様々な対応について説明をし、同意を得ていますか	説明	1803) 1. 口頭と文書で説明している 2. 口頭で説明している 3. 説明していない
	同意	1804) 1. 文書で同意を得ている 2. 口頭で同意を得ている 3. 同意を得ていない
その際説明を行っている職種を全て選択してください	1805) 1. 医師 2. 看護職 3. 介護職 4. 支援相談員 5. 介護支援専門員 6. 栄養士 7. 薬剤師 8. 事務職 9. その他 ( )	
説明の対象者について	1806) 1. 原則本人に確認 2. 原則家族に確認	
説明にかかる時間	1807) _____分程度	

## 時期:終末期

終末期と判断する基準を施設で持っていますか	1808) 1.持っている 2.持っていない	
問1808で基準を持っていると回答した場合はその基準をご回答ください。	1	1809)
	2	1810)
	3	1811)
施設で終末期と判断する基準を持っている場合、その判断はだれが行いますか	1812) 1. 施設管理医師 2. それ以外(具体的に )	
終末期の説明をし、医療内容を含めた対応について同意を得ていますか	説明	1813) 1. 口頭と文書で説明している 2. 口頭で説明している 3. 説明していない
	誰が説明していますか	1814) 1. 施設管理医師 2. それ以外(具体的に )
	同意	1815) 1. 文書で同意を得ている 2. 口頭で同意を得ている 3. 同意を得ていない

## 時期:臨死期

施設で臨死期と判断する基準を持っている場合、その判断はだれが行いますか	1816) 1. 施設管理医師 2. それ以外(具体的に )	
臨死期の説明をし、医療内容を含めた対応について同意を得ていますか	説明	1817) 1. 口頭と文書で説明している 2. 口頭で説明している 3. 説明していない
	誰が説明していますか	1818) 1. 施設管理医師 2. それ以外(具体的に )
	同意	1819) 1. 文書で同意を得ている 2. 口頭で同意を得ている 3. 同意を得ていない

ご協力誠にありがとうございました

平成26年1月20日(月)までに同封の「[01] 老健施設の役割施設調査票在中」と印字された返信用封筒でご返送ください。









**公益社団法人全国老人保健施設協会**

〒105-0014

東京都港区芝 2-1-28 成旺ビル 7階

TEL.03-3455-4165 FAX.03-3455-4172