

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構は介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

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

3. 調査検討組織の運営

- （1）調査検討組織の運営は、一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構が行う。
- （2）前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	松田 晋哉 （産業医科大学 公衆衛生学教室 教授）
副委員長	藤野 善久 （産業医科大学 公衆衛生学教室 准教授）
委員	大河内 二郎（全国老人保健施設協会研修委員長 介護老人保健施設 竜間ノ郷 施設長）
委員	丹羽 和夫 （全国老人保健施設協会ご推薦 介護老人保健施設 まだら園 施設長）

（敬称略、委員については50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険データ分析室 松岡輝昌 室長
- 厚生労働省老健局老人保健課 村上有佳 主査
- 厚生労働省老健局老人保健課 米倉なほ 主査

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

在宅復帰・在宅療養支援機能が期待される老健に長期入所している要介護高齢者や、退所後医療機関に入院する利用者が多い状況を踏まえて、平均在所日数が長期に及ぶ老健や、長期入所者の周辺環境の実態、医療機関への入院後の転帰を把握することにより、在宅復帰を阻害する原因を検証するとともに、平成27年度介護報酬改定に向けた社会保障審議会介護給付費分科会等における検討のための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査客体

(1) アンケート調査

全国の介護老人保健施設を対象とした悉皆調査（3,700施設程度）。

利用者に関する調査は、調査対象施設に対し、入所者について調査時点の入所者から1/10無作為抽出、退所者について直近退所者から5名の抽出を依頼。

(2) ヒアリング調査

在宅復帰状況の異なる5～8施設に対する訪問調査。

3. 主な調査項目

- ・施設属性（職員体制、併設サービス等）、在宅復帰支援の取組方針・取組状況、利用者の入退所状況（在宅復帰率・ベッド回転率）、在宅復帰に影響を与える地域の事情
- ・利用者（入所者・退所者）の状態像、周辺環境、入所・退所理由、在宅復帰できた/できなかった理由
- ・退所者の退所後の居所の移動、移動した場合の理由 等

4. 調査内容

- (1) アンケート調査は、「施設票」「入所者票」「退所者票」で構成される（いずれも対象施設の職員が記入）。
- (2) ヒアリング調査は、在宅復帰率、ベッド回転率等の要因で分類されるいくつかの類型毎に、在宅復帰に影響を及ぼす固有の事情等について調査する。

5. 調査方法

- (1) は対象施設への郵送配布・回収による調査、(2) は訪問調査とする。また、(1) (2) とは別に、既存統計から入手する地域の人口構造、医療・介護資源等のデータを分析に用いる。

介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究

【①施設票】（案）

■ 回答者の名前と連絡先をご記入ください。

ご担当者氏名		部署・役職	
電話番号		ファクス番号	
施設名			
住所	〒		

- この「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査」は、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能のあり方の検討のために、全国の介護老人保健施設全施設に対し、在宅復帰の現状とそれに対するご意見をうかがうものです。
- 本表（【①施設票】）に貴施設の概要、在宅復帰支援の取組み等をご記入いただき、また、【②入所者票】【③退所者票】には貴施設の利用者（入所者、退所者）についてご記入いただきます。【②入所者票】【③退所者票】調査対象者の選び方等は、同封の「記入要領」をご参照ください。
- ご回答は匿名化して処理し、施設名がわかるような形で公表することは一切ありません。また利用者のお名前を記入する箇所はありません。
- 本表（【①施設票】）は、必要に応じて、医師、看護・介護職員、相談員等の協力を受けながら、事務責任者の方がとりまとめください。
- 「記入要領」に記載のとおり、この【①施設票】と【②入所者票】【③退所者票】をあわせて、

平成25年●月●日（●）

までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。

《封入する調査票の枚数をご記入ください》

調査票名	通数
【①施設票】	1 通
【②入所者票】	通
【③入所者票】	通

- 本調査に関するご質問は、以下までお問い合わせください。

お問い合わせ先：〇〇〇〇

担当：XX、XX、XX、XX

フリーダイヤル：0120-XXX-XXX

1. 調査基準日（平成25年10月1日）現在の貴施設の概況

問1 貴施設の開設主体【○は1つ】

01 公立	02 社会福祉法人	03 医療法人
04 社団・財団法人	05 その他（ ）	

問2 貴施設の開設年月

西暦		年		月
----	--	---	--	---

問3 貴法人が運営する施設【該当全てに○】

01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所
04 介護老人福祉施設（特養）	05 認知症グループホーム	
06 その他の介護施設等（有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）		
07 その他（ ）		

問4 貴法人が運営する事業所・サービス【該当全てに○】

01 訪問看護ステーション	02 併設医療機関が保有する訪問看護事業所	
03 訪問介護	04 訪問リハ	05 短期入所生活・療養介護
06 通所介護（デイサービス）	07 通所リハ（デイケア）	08 その他の居宅サービス
09 地域包括支援センター	10 居宅介護支援事業所	11 その他

問5 貴施設の待機者数※【直近の人数をご記入ください】

※待機者数＝「入所申込者数」－（「入所定員」－「入所者」） 定期リピート入所の待ち人数を除く		人
---	--	---

問6 貴施設の定員数・利用者数

	入所	通所介護・通所リハ	ショートステイ（空床利用含めず）
入所定員数	人	定員数	人
入所者数※1	人	延べ利用者数※2	人
（うちショート）	（ 人）		

※1 基準日（平成25年10月1日）現在

※2 平成25年9月1ヶ月間の延べ利用者数

問7 東日本大震災以降、被災者受入により定員超過したことがあるか【○は1つ】

01 超過したことがある（現在は超過していない）	02 超過したことがある（現在も超過している）
03 超過したことはない	04 不明

問8 入所定員の中で、貴施設の施設運営の観点から適切と考えるベッド数

【記入上の注意】＊「5人」「80人」というように、人数を決めて記入してください（×「5～7人」等は不可）
＊おおよその人数で結構です。

問8-1 緊急時の受入のために、なるべく空けておきたいと考えるベッド数		人
問8-2 安定的な施設経営のために、なるべく埋めておきたいと考えるベッド数		人

問9 次の各ケースについての継続的な協力関係がある施設の有無 【同一・関連法人内、同一・関連法人外別に、協力施設がある箇所に○】		
	同一・関連法人内に 協力施設あり	同一・関連法人外に 協力施設あり
在所者が急変した時の、搬送先の医療機関		
貴施設への新規入所者として、退院患者を紹介してもらう医療機関		
自宅への退所者について相談する居宅介護支援事業所		
貴施設からの退所先として入所者に紹介する特別養護老人ホーム		
貴施設からの退所先として入所者に紹介する有料老人ホーム、サ高住、グループホーム		

問10 ターミナルケアに対する取組み【それぞれいずれかに○】		
施設内に、多職種によるターミナルケアの委員会を設置している	01 設置している	02 設置していない
ターミナルケア対象者本人・家族に、複数回面談して説明を行う	01 複数回行う	02 複数回は行わない
問11 基準日現在、医師が回復の見込みがないと診断した入所者について、本人・家族とともに、多職種が共同して、本人・家族への十分な説明・同意を得ながら看取りのケアを実施している人数。 加算算定の有無は問わない。		人

2. 調査基準日（平成25年10月1日）現在の職員の配置状況

問12 貴施設における職員の配置状況（ショートステイ専従は含まず、兼務は含む）		
	常勤 (小数点第1位まで)	非常勤※ (小数点第1位まで)
医師	. 人	. 人
歯科医師	. 人	. 人
看護師	. 人	. 人
准看護師	. 人	. 人
介護職員	. 人	. 人
支援相談員	. 人	. 人
理学療法士	. 人	. 人
作業療法士	. 人	. 人
言語聴覚士	. 人	. 人
栄養士（栄養士・管理栄養士）	. 人	. 人
薬剤師	. 人	. 人
介護支援専門員	. 人	. 人

※常勤換算の上、ご記入ください

3. 介護報酬の算定状況

問13 平成25年9月現在の施設サービス費【該当全てに○】

- 01 介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）または（ⅲ）【従来型】
 02 介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）または（ⅳ）【在宅強化型】
 03 介護保険施設サービス費（Ⅱ）または（Ⅲ）【介護療養型】
 04 ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）または（ⅲ）【従来型】
 05 ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）または（ⅳ）【在宅強化型】
 06 ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅱ）または（Ⅲ）【介護療養型】

問14 平成25年9月1ヶ月の加算の算定状況

01 短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
02 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
03 入所前後訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
04 退所前訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
05 退所後訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
06 退所時指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
07 退所時情報提供加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
08 退所前連携加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
09 老人訪問介護指示加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
10 ターミナルケア加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
11 在宅復帰・在宅療養支援機能加算	01 算定あり	02 該当しない 03 算定なし
12 在宅復帰支援機能加算（介護療養型のみ）	01 算定あり	02 該当しない 03 算定なし

4. 調査基準日（平成25年10月1日）における入所者の状況

問15 基準日現在の入所者※の人数を、以下にご記入ください。※ショートステイ利用者は除く						
(1) 入所者数	人					
(2) 要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明・申請中
	人	人	人	人	人	人
(3) 年齢層	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上	平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入所期間	3ヶ月未満	3ヶ月～6ヶ月	6ヶ月～1年	1年～2年	2年～3年	3年以上
	人	人	人	人	人	人
(5) 所得段階	減免あり	減免なし	不明			
	人	人	人			
(6) 医療処置	注射・点滴	経管栄養（胃ろう・経鼻）	インスリン投与	痰の吸引	人工肛門・人工膀胱	酸素療法
	人	人	人	人	人	人
	じよく瘡・創傷部処置	人工呼吸器	膀胱洗浄・膀胱留置カテーテル	浣腸・摘便	疼痛管理	
	人	人	人	人	人	人
(7) 特定疾患治療研究事業対象疾患の患者【01～03 いずれかに○】						
	01 対象患者あり		02 対象患者なし		03 不明	
	↳ 患者数		人			

5. 医療処置の実施方針

問16 以下のような事例における、医療行為の実施方針【01～07 それぞれにつき、最も近い箇所に○】				
	施設内で医療行為は行わない（医療機関に搬送）	医療機関への搬送を前提に、注射・投薬等を行う	経過観察可能な場合、なるべく施設内で治療する	その他
01 肺炎を強く疑う状態				
02 尿路感染症を強く疑う状態				
03 带状疱疹を強く疑う状態				
04 慢性心不全の急性増悪				
05 コントロール不良の糖尿病				
06 胆嚢炎				
07 蜂窩織炎等の皮膚感染症（带状疱疹以外）				

6. 入退所の状況（平成 25 年 4 月～9 月）

問 17 平成 25 年 4 月～9 月における入退所の状況（ショートステイは含まない）						
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
入所者延日数※1						
入所者数※2						
退所者数※3						
退所先内訳 a. 自宅（元の自宅）	()	()	()	()	()	()
b. 自宅（元の自宅以外）	()	()	()	()	()	()
c. 有料老人ホーム、サ高住、GH 等	()	()	()	()	()	()
d. 回復期リハ病床	()	()	()	()	()	()
e. 亜急性期病床	()	()	()	()	()	()
f. 回復期・亜急性期以外の一般病床	()	()	()	()	()	()
g. 介護療養病床	()	()	()	()	()	()
h. 回復期・介護療養以外の療養病床	()	()	()	()	()	()
i. 上記 d～h 以外の病床、病床不明	()	()	()	()	()	()
j. 他の老人保健施設	()	()	()	()	()	()
k. 特別養護老人ホーム	()	()	()	()	()	()
l. 死亡退所	()	()	()	()	()	()
m. その他・不明	()	()	()	()	()	()

※1 入所者延日数：月毎の日々の入所者数（毎日 24 時時点で入所中の人）を合算する。

※2 新たに貴施設に入所した人の数。再入所も含む。

※3 貴施設から退所した人の数。死亡退所を含む。下段の a.～m. の「退所先内訳」の合計が、この「退所者数」に一致するようにしてください。

問 18 平成 24 年 4 月の在宅復帰率・ベッド回転率			
在宅復帰率		ベッド回転率	

7. 在宅復帰支援・在宅療養支援への取り組み

問 19 貴施設の在宅復帰支援推進【○は1つ】	
01 非常に力を入れて推進している	02 以前よりは推進している
03 意識しているが、推進しているとはいえない	04 在宅復帰支援に力を入れる予定はない

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

問 21 貴施設は在宅復帰率の見込み・目標値を定めていますか【○は1つ】				
01 50%以上【⇒問22へ】	02 30%～50%程度【⇒問22へ】	03 20%～30%程度【⇒問21-1へ】		
04 20%以下【⇒問21-1へ】	05 未定【⇒問22へ】			

問 21-1 在宅復帰が増えない理由として、どのようなことが考えられますか【該当全てに○】	
01 入所者の重症度が高い	02 自宅で生活・介護できない事例が多い
03 在宅復帰を支援する施設内の人材が不足	04 地域の居宅サービスが不十分
05 地域の有料ホーム・サ高住・グループホーム等が少ない	06 地域の特養に入所する人が多い
07 地域の病院等へ入院する人が多い	08 自宅に帰ることを望まない利用者が多い
09 管理医師が在宅復帰に積極的ではない	10 経営者が在宅復帰に積極的ではない
11 その他（	）

問 22 貴施設はベッド回転率の目標値を定めていますか【○は1つ】

01 10%以上【⇒問 23 〜】 02 5%〜10%程度【⇒問 23 〜】 03 5%以下【⇒問 22-1 〜】

04 未定【⇒問 23 ~】

問 22-1 ベッド回転率が上がらない理由として、どのようなことが考えられますか【該当全てに○】

01 入所者の重症度が高い

02 自宅で生活・介護できない事例が多い

03 退所を支援する施設内の人材が不足

04 地域の居宅サービスが不十分

05 地域の有料ホーム・サ高住・グループホーム等が少ない

06 地域の特養が少ない

07 地域で入院できる病床が少ない

08 長期入所を望む利用者が多い

09 管理医師が退所支援に積極的ではない

10 経営者が退所支援に積極的ではない

11 待機者が少ないのでベッドを空ける必要がない

12 経営の安定のために空床を増やしたくない

13 その他 (

)

問23 平成24年度改定で設置された、在宅強化型の基本施設サービス費（Ⅰ（ⅱ）又は（ⅳ））、また在宅復帰・在宅療養支援機能加算へのご意見についてお聞かせください。

問 24 貴施設の在宅復帰支援に関する課題について自由に記入してください。

施設票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました

介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究

【②入所者票】（案）

■この【②入所者票】は、調査基準日時点の貴施設の入所者（ショートステイ利用者は除く）から10分の1の人を無作為抽出し、その方について施設職員の方にご記入いただくものです。

■無作為抽出の方法としては、利用者のお名前（名字ではなく、下のお名前）を五十音順に並べ、「あ」から数え始めて入所者の10分の1の人数（端数切り上げ）を選んでください。詳細は、別添「記入要領」をご参照ください。

■この【②入所者票】は、看護・介護職員、ケアマネジャー、相談員等でご協力の上、ご記入ください。

1. 入所時の状況

連番記入欄

【管理上必要な場合のみ記入】

問1 入所時期	(平成) 年 月		
問2 入所前の居所【1~3のいずれかに○】	1. 自宅 ↓ 【問4へ】	2. 医療機関 ↓ (以下のいずれかに○) 21 回復期リハ病床 22 亜急性期病床 23 回復期・亜急性期以外の一般病床 24 介護療養病床 25 回復期・介護療養以外の療養病床 26 病床不明、上記以外の病床	3. 施設等 ↓ (以下のいずれかに○) 31 特別養護老人ホーム 32 他の老人保健施設 33 有料ホーム・サ高住・GH 34 上記以外の施設 ↓ 【問4へ】

「2. 医療機関」の場合のみ記入 ↓

問3 入院の原因 となっていた疾患 【該当全てに○】	01 肺炎	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	03 骨関節疾患
	04 外傷（転倒・骨折）	05 がん（新生物）	06 心臓病
	07 認知症（アルツハイマー病等）	08 パーキンソン病関連疾患	09 その他

問4 入所前の貴施設の利用実績【01つ】	(1)入所	01 なし（今回初めて）	02 1回あり	03 2回以上あり	04 不明
	(2)通所	01 利用実績あり	02 利用実績なし	03 不明	04 通所施設なし
問5 入所の状況【01つ】	01 緊急入所 02 計画的な入所 03 01.02 いずれでもない				
問6 入所目的 【本人の事情・家族の事情それぞれ該当全てに○】	<本人の事情> ↓ 【該当全てに○】		<家族の事情> ↓ 【該当全てに○】		
	11 リハビリテーション		21 介護者の急病、疲労		
	12 生活場所未定のため、とりあえずの入所		22 レスパイト		
	13 他施設への入所待ち		23 介護者による虐待		
	14 病気の療養		24 自宅介護の困難		
	15 リピート利用				
	16 病状の不安定				
	17 ターミナルケア				
問7 入所時のアセスメント【01つ】	本人・家族と退所時期について相談		01 した	02 しなかった	03 不明
	入所中の治療・リハ計画、達成目標を設定		01 した	02 しなかった	03 不明
	本人・家族の退所後の生活場所の希望を聴取		01 した	02 しなかった	03 不明

2. 直近2年間の利用者の居所

（おわかりになる範囲でご記入ください。ご本人やご家族に確認する必要はありません。）

問8 平成23年10月～平成25年9月の2年間のご本人の居所について、以下の該当する箇所にチェック（✓）をつけてください。

貴施設が把握されていない期間については、「E 不明・把握していない」の行にチェック（✓）をつけてください。
月の途中の移動等は、厳密に考えずに移動前後の場所両方にチェックをつけていただいて結構です。

〓〓〓〓〓〓 【記入例】 〓〓〓〓〓〓

平成23年以前のことは知らない。

平成24年1月から4月まで病院に入院。

病院を退院後すぐに当施設（老健）に入所して、リハビリを実施し、平成24年11月に自宅退所。

当施設ショートステイ等を利用しながら自宅で生活していたが、平成25年5月に再入所し、現在に至る。

	平成23年			平成24年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設								✓	✓	✓	✓	✓
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)												
C 医療機関				✓	✓	✓	✓					
D 上記ABC以外												
E 不明・把握していない	✓	✓	✓									

	平成24年			平成25年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設	✓							✓	✓	✓	✓	✓
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)		✓	✓	✓	✓	✓	✓					
C 医療機関												
D 上記ABC以外												
E 不明・把握していない												

〓〓〓〓〓〓 【記入欄】 〓〓〓〓〓〓

該当箇所にチェック（✓）を入れてください。わからない場合は、「E 不明・把握していない」の行にチェック（✓）してください。

	平成23年			平成24年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設												
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)												
C 医療機関												
D 上記ABC以外												
E 不明・把握していない												

	平成24年			平成25年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設												
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)												
C 医療機関												
D 上記ABC以外												
E 不明・把握していない												

3. 基準日（平成25年10月1日）現在の利用者の状態像

問9 性別【01つ】	01 男 02 女	問10 年齢	満 歳 （平成●年●月●日時点）
問11 要介護度【01つ】	01 要介護1 05 要介護5	02 要介護2 06 不明	03 要介護3 04 要介護4
問12 認知症高齢者の日常生活自立度【01つ】	01 自立 06 III b	02 I 07 IV	03 II a 08 M 09 不明
問13 障害高齢者の日常生活自立度【01つ】	01 自立 06 B1	02 J1 07 B2	03 J2 08 C1 09 C2 10 不明
問14 主観的健康感【01つ】	01 とてもよい 02 よい	03 あまりよくない 04 よくない 05 不明	
問15 治療の有無【01つ】	01 あり 02 なし 03 不明		
問16 痛み【01つ】	日常生活に支障のある痛み		01 ある 02 ない 03 不明
問17 ADL【A～Eそれぞれ該当箇所に○】	A移動 B食事 C排泄 D入浴 E着替え	01.自立 01.自立 01.自立 01.自立 01.自立	02.見守り 02.見守り 02.見守り 02.見守り 02.見守り
問18 IDAL【A～Mそれぞれ該当箇所に○】	Aバスや電車を使って一人で外出できる B日用品の買い物ができる C自分で食事の用意ができる D請求書の支払ができる E銀行預金・郵便貯金の出し入れができる F年金などの書類が書ける G新聞を読んでいる H本や雑誌を読んでいる I健康についての記事や番組に興味がある J友達の家を訪ねることがある K家族や友達の相談にのることがある L病人を見舞うことがある M若い人に自分から話しかけることがある	01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい 01. はい	02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ 02. いいえ
問19 医療処置【該当全てに○】	01 看取り期のケア 04 中心静脈栄養 07 たんの吸引 10 気管切開のケア 13 インスリン注射 16 服薬管理 19 疼痛管理 22 その他（	02 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 05 膀胱（留置）カテーテルの管理 08 ネブライザー 11 人工呼吸器の管理 14 創傷処理 17 透析 20 浣腸 23 なし	03 経鼻経管栄養 06 人工肛門（ストーマ）のケア 09 酸素療法（酸素吸入） 12 注射・点滴 15 褥瘡の処置 18 導尿 21 摘便 23 なし
問20 傷病【該当全てに○】	01 高血圧 04 糖尿病 07 胃腸・肝臓・胆のうの病気 10 外傷（転倒・骨折等） 13 うつ病 16 目の病気 18 その他（	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） 05 高脂血症（脂質異常） 08 腎臓・前立腺の病気 11 がん（新生物） 14 認知症（アルツハイマー病等） 17 耳の病気 19 ない	03 心臓病 06 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 09 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節炎等） 12 血液・免疫の病気 15 パーキンソン病
問20-1 これらの傷病のうち、貴施設への入所の原因となった疾患（上記「01」～「18」のうち主なもの1つの番号を右に記入してください）			(例) 02

問 21 認知症の 周辺症状【A～F の「入所時」「現在」 それぞれ該当箇所に○】	入所時			現在		
	A 世話を拒否する	有・無・不明	⇒	有・無・不明		
	B 興奮して手足を動かす	有・無・不明	⇒	有・無・不明		
	C 理由なく金切声をあげる	有・無・不明	⇒	有・無・不明		
	D 食べ過ぎる	有・無・不明	⇒	有・無・不明		
	E 日中屋外や屋内をうろつきまわる	有・無・不明	⇒	有・無・不明		
	F 同じことを何度も聞く	有・無・不明	⇒	有・無・不明		

4. 基準日現在（平成25年10月1日）の利用者の周辺環境

問 22 世帯構成【○1つ】	01 独居世帯	02 夫婦のみの世帯
	03 その他同居（65 歳以上のみ）	03 その他同居（それ以外）
	05 不明	
問 23 家族介護力【○1つ】	01 常時介護できる人がいる	02 時間帯によっては、介護できる人がいる
	03 介護できる人がいない	04 不明
問 24 利用者負担段階【○1つ】	01 減免あり	02 減免なし
		03 不明
問 25 経済的な余裕（職員の印象）【○1つ】	01 余裕があるように見受けられる	02 余裕がないように見受けられる
	03 どちらともいえない	04 不明・判断できない
問 26 住まい【○1つ】	01 持家	02 民間賃貸住宅
	03 公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等）	04 借間
	05 その他	06 不明

5. 基準日現在（平成25年10月1日）の退所見込等

問 27 本人の退所先希望【01つ】	01 意思表示困難	02 このまま老健にいたい	03 自宅（親族の家等も含む）
	04 特別養護老人ホーム	05 有料ホーム、サ高住、GH	06 04.05 以外の施設
	07 病院に入院	08 把握していない	09 その他（ ）
問 28 家族の退所先希望【01つ】	01 特に希望なし	02 このまま老健にいたい	03 自宅（親族の家等も含む）
	04 特別養護老人ホーム	05 有料ホーム、サ高住、GH	06 04.05 以外の施設
	07 病院に入院	08 把握していない	09 その他（ ）
問 29 特養への申込【01つ】	01 している	02 していない	03 不明
問 30 特養以外の施設への申込【01つ】	01 している	02 していない	03 不明

問31 退所見込（貴施設の判断）【01つ】	01 退所の見込がある 02 退所の見込はない 03 どちらともいえない
-----------------------	--

↓
（「01 退所の見込みがある」場合のみご記入ください）

問32 退所予定時期【01つ】	01 3か月以内 04 6か月～1年以内	03 3か月～6か月以内 04 1年以上
問33 想定される退所先（該当全てに○）【01つ】	01 自宅 03 特養以外の介護施設等 05 一般病床	02 特別養護老人ホーム 04 療養病床 06 その他（ ）

問34 退所に対して、これまでに実施したこと	内容	実施したことがある	実施したことがない
	A 本人・家族と、退所先・退所時期に関する相談		
	B 自宅に退所した場合に利用できるサービスの説明		
	C 退所後に入所する住宅、施設等の紹介		

入所者票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究

【③退所者票】（案）

■この【③退所者票】は、平成25年7月～平成25年9月の3ヶ月間に貴施設を退所した利用者（ショートステイ利用者を除く）について、施設職員の方にご記入いただくものです。

■退所者は、退所先にかかわらず（死亡退所も含む）、最大5名を調査対象としてください。3か月間の退所者が5名を超える場合は、9月末日からさかのぼって5名を対象としてください。

■この【③退所者票】は、看護・介護職員、ケアマネジャー、相談員等でご協力の上、ご記入ください。

1. 入所時の状況

連番記入欄

【管理上必要な場合のみ記入】

問1 入所時期	(平成) 年 月		
問2 入所前の 居所【1～3のいずれかに○】	1. 自宅 ↓ 【問4～】	2. 医療機関 ↓（以下のいずれかに○） 21 回復期リハ病床 22 亜急性期病床 23 回復期・亜急性期以外の一般病床 24 介護療養病床 25 回復期・介護療養以外の療養病床 26 病床不明、上記以外の病床	3. 施設等 ↓（以下のいずれかに○） 31 特別養護老人ホーム 32 他の老人保健施設 33 有料ホーム・サ高住・GH 34 上記以外の施設 ↓ 【問4～】

「2. 医療機関」の場合のみ記入 ↓

問3 入院の原因 となっていた疾患 【該当全てに○】	01 肺炎	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	03 骨関節疾患
	04 外傷（転倒・骨折）	05 がん（新生物）	06 心臓病
	07 認知症（アルツハイマー病等）	08 パーキンソン病関連疾患	09 その他

問4 入所前の 貴施設の利用実績 【○1つ】	(1)入所	01 なし（今回初めて）	02 1回あり	03 2回以上あり	04 不明
	(2)通所	01 利用実績あり	02 利用実績なし	03 不明	04 通所施設なし
問5 入所の状況 【○1つ】	01 緊急入所 02 計画的な入所 03 01.02 いずれでもない				
問6 入所目的 【本人の事情・家族の 事情それぞれ該当 全てに○】	<本人の事情> ↓ 【該当全てに○】		<家族の事情> ↓ 【該当全てに○】		
	11 リハビリテーション 12 生活場所未定のため、とりあえずの入所 13 他施設への入所待ち 14 病気の療養 15 リピート利用 16 病状の不安定 17 ターミナルケア		21 介護者の急病、疲労 22 レスパイト 23 介護者による虐待 24 自宅介護の困難		
問7 入所時の アセスメント 【○1つ】	本人・家族と退所時期について相談		01 した	02 しなかった	03 不明
	入所中の治療・リハ計画、達成目標を設定		01 した	02 しなかった	03 不明
	本人・家族の退所後の生活場所の希望を聴取		01 した	02 しなかった	03 不明

2. 直近2年間の利用者の居所

（おわかりになる範囲でご記入ください。ご本人やご家族に確認する必要はありません。）

問8 平成23年10月～平成25年9月の2年間のご本人の居所について、以下の該当する箇所をチェック（✓）をつけてください。

貴施設が把握されていない期間については、「E 不明・把握していない」の行にチェック（✓）をつけてください。
月の途中の移動等は厳密に考えず、重複させても、前後の月に寄せていただいても、結構です。

〇〇〇〇〇〇〇〇〇 【記入例】 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

平成22年頃から平成24年7月までグループホームに入所していた。

体調悪化のため、平成24年7月に入院、平成24年12月に退院。

平成25年1月から当施設（老健）に入所し、平成25年8月に退所して、特養に入所。

	平成23年			平成24年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設												
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)												
C 医療機関										✓	✓	✓
D 上記ABC以外	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
E 不明・把握していない												

	平成24年			平成25年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)												
C 医療機関										✓	✓	✓
D 上記ABC以外												✓
E 不明・把握していない												

〇〇〇〇〇〇〇〇〇 【記入欄】 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

該当箇所をチェック（✓）を入れてください。わからない場合は、「E 不明・把握していない」の行にチェック（✓）してください。

	平成23年			平成24年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設												
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)												
C 医療機関												
D 上記ABC以外												
E 不明・把握していない												

	平成24年			平成25年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
A 貴施設												
B 自宅(貴施設の短期入所療養介護も含む)												
C 医療機関												
D 上記ABC以外												
E 不明・把握していない												

3. 退所直前の利用者の状態像

問 9 性別【01つ】	01 男	02 女	問 10 年齢	満 歳 (退所時点)
問 11 要介護度【01つ】	01 要介護 1	02 要介護 2	03 要介護 3	04 要介護 4
	05 要介護 5	06 不明		
問 12 認知症高齢者の日常生活自立度【01つ】	01 自立	02 I	03 II a	04 II b
	06 III b	07 IV	08 M	09 不明
問 13 障害高齢者の日常生活自立度【01つ】	01 自立	02 J1	03 J2	04 A 1
	06 B1	07 B2	08 C1	09 C2
				10 不明
問 14 主観的健康感【01つ】	01 とてもよい	02 よい	03 あまりよくない	04 よくない
				05 不明
問 15 治療の有無【01つ】	01 あった	02 なかった	03 不明	
問 16 痛み【01つ】	日常生活に支障のある痛み		01 あった	02 なかった
			03 不明	
問 17 ADL【A～Eそれぞれ該当箇所に○】	A移動	01.自立	02.見守り	03. 一部介助
	B食事	01.自立	02.見守り	03. 一部介助
	C排泄	01.自立	02.見守り	03. 一部介助
	D入浴	01.自立	02.見守り	03. 一部介助
	E着替え	01.自立	02.見守り	03. 一部介助
問 18 IDAL【A～M それぞれ該当箇所に○】	Aバスや電車を使って一人で外出できる		01. はい	02. いいえ
	B日用品の買い物ができる		01. はい	02. いいえ
	C自分で食事の用意ができる		01. はい	02. いいえ
	D請求書の支払ができる		01. はい	02. いいえ
	E銀行預金・郵便貯金のおし入れができる		01. はい	02. いいえ
	F年金などの書類が書ける		01. はい	02. いいえ
	G新聞を読んでいる		01. はい	02. いいえ
	H本や雑誌を読んでいる		01. はい	02. いいえ
	I健康についての記事や番組に興味がある		01. はい	02. いいえ
	J友達の家を訪ねることがある		01. はい	02. いいえ
	K家族や友達の相談にのることがある		01. はい	02. いいえ
	L病人を見舞うことがある		01. はい	02. いいえ
	M若い人に自分から話しかけることがある		01. はい	02. いいえ
問 19 医療処置【該当全てに○】	01 看取り期のケア	02 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	03 経鼻経管栄養	
	04 中心静脈栄養	05 膀胱（留置）カテーテルの管理	06 人工肛門（ストーマ）のケア	
	07 たんの吸引	08 ネプライザー	09 酸素療法（酸素吸入）	
	10 気管切開のケア	11 人工呼吸器の管理	12 注射・点滴	
	13 インスリン注射	14 創傷処理	15 褥瘡の処置	
	16 服薬管理	17 透析	18 導尿	
	19 疼痛管理	20 浣腸	21 摘便	
	22 その他（ ）		23 なし	
問 20 傷病【該当全てに○】	01 高血圧	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	03 心臓病	
	04 糖尿病	05 高脂血症（脂質異常）	06 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	
	07 胃腸・肝臓・胆のうの病気	08 腎臓・前立腺の病気	09 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節炎等）	
	10 外傷（転倒・骨折等）	11 がん（新生物）	12 血液・免疫の病気	
	13 うつ病	14 認知症（アルツハイマー病等）	15 パーキンソン病	
	16 目の病気	17 耳の病気		
	18 その他（ ）		19 ない	
	問 20-1 これらの傷病のうち、貴施設への入所の原因となった疾患（上記「01」～「18」のうち主なもの1つの番号を右に記入してください）			(例) 02

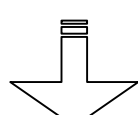
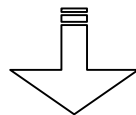
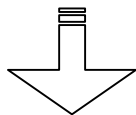
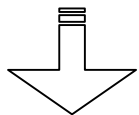
問 21 認知症の周辺症状【A～F の「入所時」「退所時」それぞれ該当箇所に○】		入所時	退所時
	A 世話を拒否する	有・無・不明 ⇒	有・無・不明
	B 興奮して手足を動かす	有・無・不明 ⇒	有・無・不明
	C 理由なく金切声をあげる	有・無・不明 ⇒	有・無・不明
	D 食べ過ぎる	有・無・不明 ⇒	有・無・不明
	E 日中屋外や屋内をうろつきまわる	有・無・不明 ⇒	有・無・不明
	F 同じことを何度も聞く	有・無・不明 ⇒	有・無・不明

4. 退所時の利用者の周辺環境

問 22 世帯構成【○1つ】	01 独居世帯 03 その他同居（65歳以上のみ） 05 不明	02 夫婦のみの世帯 03 その他同居（それ以外）
問 23 家族介護力【○1つ】	01 常時介護できる人がいる 03 介護できる人がいない	02 時間帯によっては、介護できる人がいる 04 不明
問 24 利用者負担段階	01 減免あり 02 減免なし 03 不明	
問 25 経済的な余裕（職員の印象）	01 余裕があるように見受けられる 03 どちらともいえない	02 余裕がないように見受けられる 04 不明・判断できない
問 26 住まい	01 持家 03 公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等） 05 その他	02 民間賃貸住宅 04 借間 06 不明
問 27 退所先に関する本人の希望	01 意思表示困難 04 特別養護老人ホーム 07 病院に入院	02 このまま老健にいたかった 05 有料ホーム、サ高住、GH 08 把握していない 09 その他（ ）
問 28 退所先に関する家族の希望	01 特に希望なし 04 特別養護老人ホーム 07 病院に入院	02 このまま老健にいたかった 05 有料ホーム、サ高住、GH 08 把握していない 09 その他（ ）
問 29 特養への申込	01 していた 02 していなかった 03 不明	
問 30 特養以外の施設への申込	01 していた 02 していなかった 03 不明	

5. 退所時～退所後の状況

問 31 退所時期	平成 25 年 月		
問 32 退所後、貴施設へ再入所する予定	01 再入所の予定があった	02 再入所の予定はなかった	03 不明
問 33 退所先【1～4 いずれかに○】			
1. 自宅に退所	2. 医療機関に退所 ↓（以下のいずれかに○） 21 回復期リハ病床 22 亜急性期病床 23 回復期・亜急性期以外の一般病床 24 介護療養病床 25 回復期・介護療養以外の療養病床 26 病床不明、上記以外の病床	3. 施設等に退所 ↓（以下のいずれかに○） 31 特別養護老人ホーム 32 他の老人保健施設 33 有料ホーム・サ高住・GH 34 上記以外の施設	4. 死亡退所



「1. 自宅に退所」「2. 医療機関に退所」の利用者については、次頁の該当箇所について、貴施設がご存知の情報をご記入ください。

「3. 施設等に退所」「4. 死亡退所」の利用者については、調査はここで終了です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

このページは、「1. 自宅に退所した人」、「2. 医療機関に退所した人」の退所後の状況について、
貴施設が把握している範囲の情報を記入してください。

1. 自宅に退所した人

問 34 自宅退所後、本人が利用しているサービスを把握していますか

01 把握している【⇒問 35 へ】

02 把握していない【⇒問 36 へ】

（「01 把握している」場合のみご記入ください）

問 35 サービス内容	01 訪問介護	02 訪問入浴介護	03 訪問看護
	04 訪問リハビリテーション	05 居宅療養管理指導	06 通所介護
	07 通所リハビリテーション	08 短期入所生活介護	09 短期入所療養介護
	10 福祉用具貸与	11 特定福祉用具販売	12 夜間対応型訪問介護
	13 認知症対応型通所介護	14 住宅改修	15 その他（ ）
	16 介護保険給付外の在宅サービス（ ）		

問 36 自宅退所後、本人の居所等の変化※はありましたか【01 つ】

※ショートステイは「自宅にいる」ものとし、居所の移動に含めないでください。

01 居所の移動あり
【⇒問 37,38 へ】

02 居所の移動なし
【⇒調査終了】

03 お亡くなりになった
【⇒調査終了】

04 把握していない
【⇒調査終了】

（「01 居所の移動あり」の場合のみご記入ください）

問 37 移動先【01 つ】	01 老健（貴施設）	02 貴施設以外の老健	03 病院
	04 特別養護老人ホーム	05 その他	
問 38 自宅から移動した事情・理由【本人・家族の事情該当全てに○】	<本人の事情> ↓【該当全てに○】		<家族の事情> ↓【該当全てに○】
	11 退所当初からの予定		21 レスパイト
	12 病状の不安定・悪化		22 介護者の急病・疲労
	13 希望していた施設の空きが出た		23 家族の希望
	14 居宅サービス不十分で自宅生活困難		24 居宅サービス不十分で家族介護困難
	15 本人の希望		

2. 医療機関に退所した人

問 39 貴施設を退所後、入院することとなった原因疾患【該当全てに○】

01 肺炎	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	03 骨関節疾患	04 外傷（転倒・骨折）
05 がん（新生物）	06 心臓病	07 認知症（アルツハイマー病等）	08 パーキンソン病関連疾患
09 その他（ ）			

問 40 入院の原因となった医療処置の必要性【該当全てに○】

01 看取り期のケア	02 経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）	03 中心静脈栄養	04 膀胱（留置）カテーテル
05 人工肛門（ストーマ）	06 たんの吸引	07 ネプライザー	08 酸素療法（酸素吸入）
09 気管切開	10 人工呼吸器	11 その他の医療処置（ ）	
12 医療処置が必要なために入院したわけではない			

問 41 医療機関に入院後、本人の居所等の変化はありましたか【01 つ】

01 居所の移動あり
【⇒問 37,38 へ】

02 居所の移動なし
【⇒調査終了】

03 お亡くなりになった
【⇒調査終了】

04 把握していない
【⇒調査終了】

（「01 居所の移動あり」の場合のみご記入ください）

問 42 移動先【01 つ】	01 老健（貴施設）	02 貴施設以外の老健	03 自宅
	04 他の医療機関	05 特別養護老人ホーム	06 その他
問 43 医療機関から移動した事情・理由【該当全てに○】	11 入院当初からの予定	12 病状の安定、改善	
	13 病状の不安定、悪化	14 長期的なケアが必要となった	
	15 ターミナル期のケアが必要となった	16 希望していた施設の空きが出た	
	17 その他		

退所者票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。