

介護サービス事業所における医療職の勤務実態および
医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業に係る
調査検討組織 設置要綱（案）

1. 設置目的

（株）三菱総合研究所は介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態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、以下のとおり介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する調査研究事業に係る調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

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

3. 調査検討組織の運営

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

調査検討組織 委員等

委員長	今村 知明（奈良県立医科大学 教授）
委員	池端 幸彦（一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長）
委員	折茂 賢一郎（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）
委員	鴻江 圭子（公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長）
委員	沼田 美幸（公益社団法人日本看護協会 医療政策部長）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 奈良県立医科大学 健康政策医学講座 講師 野田龍也
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 森岡久尚
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 主査 米倉なほ
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 主査 西村緑

介護サービス事業所における医療職の勤務実態
および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業（案）

1. 調査の目的

本調査では、(1) 介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業および(2) 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査を一体的に実施する。前者は介護サービス事業所における医療職種（医師、看護職員）の配置について、配置数・雇用形態及び業務内容、入所者の特性等の実態を把握し、これらの事業所の特性に応じた医療職種の配置のあり方について検討を行うとともに、次期報酬改定における検討のためのデータを収集することを目的とする。後者は介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議に基づく調査であり、介護保険施設等における日常的な医療的ケアの実施状況および看取りの実施状況に関する実態を把握し、それぞれが果たす社会的な役割およびその役割を果たす上で困難な点を明らかにするとともに、介護療養型医療施設に対しては、転換意向の状況も合わせて把握する。

2. 調査客体（客体数）

- ・ 介護療養型医療施設（悉皆、客体数約 1600 程度）
- ・ 介護老人保健施設（抽出、客体数 1600 程度）
- ・ 介護老人福祉施設（客体数 1600 程度）
- ・ 医療療養病床（抽出、客体数 1000 程度 ※横断調査のみ）

3. 主な調査項目

各施設類型において、以下の項目を調査する。

- ・ 夜間における医師・看護職員の配置、勤務状況および提供可能な医療
- ・ 施設における看取りの実施状況、実施上の課題等
- ・ 利用者特性、受療状況、日常的な医療的ケアの実施状況等
- ・ 介護療養型医療施設の転換意向等（介護療養型医療施設のみ）

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

本調査は施設票、従事者票および利用者票で構成される。施設票では事業所特性、医師・看護職員の勤務状況、看取りの実施状況、転換意向等について把握し、従事者票では夜間の勤務状況等について把握する。利用者票では利用者の特性等について把握する。

5. 調査方法（郵送調査等）

自記式調査票の郵送配布・回収を行う。

医療施設・介護施設の利用者に関する横断的な調査研究事業

① 介護老人福祉施設

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

01 病院	05 認知症対応型共同生活介護事業所
02 有床診療所	06 その他の高齢者住まい等（有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、等）
03 無床診療所	07 その他（ ）
04 介護老人保健施設	うち併設・隣接している施設番号（1～6）（ ）

問 4 平成 26 年〇月〇日において貴法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに〇】	
01 訪問看護ステーション	07 居宅介護支援事業所
02 訪問入浴介護	08 その他の居宅サービス
03 訪問リハビリテーション	09 地域包括支援センター
04 訪問介護	10 その他 ()
05 通所介護 (デイサービス)	うち併設・隣接している事業所の番号 (1~9)
06 通所リハ (デイケア)	→ ()

問 5 平成 26 年〇月〇日 24 時時点における貴施設の定員数		
定員数	介護老人福祉施設	うち短期入所生活介護
	床	床※

※：空床利用ではなく、短期入所生活介護専用のベッドとして確保している数を記入してください。

問 6 平成 26 年〇月〇日 24 時 時点 における貴施設の利用者数等 (※短期入所生活介護利用者は除く)						
(1) 要介護度別実利用者数	①要介護 1	②要介護 2	③要介護 3	④要介護 4	⑤要介護 5	⑥不明・申請中
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別実利用者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別実利用者数	①40~64 歳	②65~74 歳	③75~84 歳	④85~94 歳	⑤95 歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入所期間別実利用者数	①3 ヶ月未満	②3 ヶ月以上 ~6 ヶ月未満	③6 ヶ月以上 ~1 年未満	④1 年以上 ~2 年未満	⑤2 年以上 ~3 年未満	⑥3 年以上
	人	人	人	人	人	人
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実利用者数	①自立	②Ⅰ	③Ⅱ	④Ⅲ	⑤Ⅳ	⑥Ⅴ
	人	人	人	人	人	人
(6) 所得段階別実利用者数	①減免あり	②減免なし	③不明			
	人	人	人			

2. 職員の配置状況

問 7 平成 26 年〇月〇日 24 時~~時点~~における貴施設における職員の配置状況

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

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

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

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

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

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

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

3. 平成26年6月中に貴施設で診療を行った医師及び歯科医師について

問 8 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> の医師の雇用・配置契約【該当全てに○】
01 施設で雇用
02 医師が特定された関係での外部医療機関との契約 (個人で開設した診療所や、所属医師が一名の医療法人等)
03 医師が特定されておらず、複数の医師がくることを前提とした、外部医療機関との契約 { →契約医療機関数 () か所 →実際に来訪した医師 () 人

問 9 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> の各医師の対応状況											
	(1)契約形態 (○は1つ) 1. 施設で雇用 2. 医師が特定された関係での契約 3. 医師が特定されておらず、複数の医師がくることを前提とした契約	(2)勤務形態 (○は1つ) 1 常勤 2 非常勤	(3)専門科 ※2	(4)貴施設における 1 ヶ月の勤務実日数	(5)貴施設における 1 ヶ月の合計勤務時間数 ※1	(6)該当する対応に回数を記載ください。 1 訪問した回数 2 電話、メールで指示した回数					
						①夜間の対応		②日曜・祝日等の対応		③平日日中の勤務時間外	
						番号	回数	番号	回数	番号	回数
例	①・2・3	1・②	0 1	4 日	1 0 時間	1	1 回	1	1 回	1	0 回
						2	4 回	2	5 回	2	0 回
1	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
2	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
3	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
4	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
5	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回

※1：別の事業所や併設サービスに従事している医師およびその時間は含まず、介護老人福祉施設に従事している時間のみを計算してください。

※2：専門科については、下記から該当する番号を選び記入してください。

01 内科 02 呼吸器内科 03 循環器内科 04 消化器内科 05 腎臓内科 06 神経内科 07 糖尿病内科 08 血液内科
 09 皮膚科 10 アレルギー科 11 リウマチ科 12 感染症内科 13 小児科 14 精神科 15 心療内科 16 外科
 17 呼吸器外科 18 心臓血管外科 19 乳腺外科 20 気管食道外科 21 消化器外科 22 泌尿器科 23 肛門外科
 24 脳神経外科 25 整形外科 26 形成外科 27 美容外科 28 眼科 29 耳鼻いんこう科 30 小児外科 31 産婦人科
 32 産科 33 婦人科 34 リハビリテーション科 35 放射線科 36 麻酔科 37 病理診断科 38 臨床検査科 39 救急科

問 10 平成 26 年 6 月 (1 ヶ月間) の歯科医師の雇用・配置契約【該当全てに○】

- 01 施設で雇用
- 02 歯科医師が特定された関係での外部医療機関との契約
(個人で開設した歯科診療所や、所属歯科医師が一名の医療法人等)
- 03 歯科医師が特定されておらず、複数の歯科医師がくることを前提とした、外部医療機関との契約
- 契約医療機関数 () か所
- 実際に来訪した歯科医師 () 人

問 11 平成 26 年 6 月 (1 ヶ月間) の各歯科医師の対応状況

	(1)契約形態 (○は1つ) 1. 施設で雇用 2. 歯科医師が特定された関係での契約 3. 歯科医師が特定されておらず、複数の医師がくることを前提とした契約	(2)勤務形態 (○は1つ) 1 常勤 2 非常勤	(3)貴施設における1ヶ月の勤務実日数	(4)貴施設における1ヶ月の合計勤務時間数 ※1	(5)該当する対応に回数を記載ください。 1 訪問した回数 2 電話、メールで指示した回数					
					①夜間の対応		②日曜・祝日等の対応		③平日日中の勤務時間外	
					番号	回数	番号	回数	番号	回数
例	①・2・3	1・②	4 日	10 時間	1	1 回	1	1 回	1	0 回
					2	4 回	2	5 回	2	0 回
1	1・2・3	1・2	日	時間	1	回	1	回	1	回
					2	回	2	回	2	回
2	1・2・3	1・2	日	時間	1	回	1	回	1	回
					2	回	2	回	2	回

※1：別の事業所や併設サービスに従事している歯科医師およびその時間は含まず、介護老人福祉施設に従事している時間のみを計算してください。

4. 介護報酬の算定状況

問 12 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> の施設サービス費【該当する費用全てに○】	
01 介護福祉施設サービス費 (I)	
02 介護福祉施設サービス費 (II)	
03 介護福祉施設サービス費 (III)	
04 小規模介護福祉施設サービス費 (I)	
05 小規模介護福祉施設サービス費 (II)	
06 小規模介護福祉施設サービス費 (III)	
07 ユニット型介護福祉施設サービス費 (I)	
08 ユニット型介護福祉施設サービス費 (II)	
09 小規模ユニット型介護福祉施設サービス費 (I)	
10 小規模ユニット型介護福祉施設サービス費 (II)	
11 旧措置入所者介護福祉施設サービス費 (I)・(II)・(III)	
12 小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費 (I)・(II)・(III)	
13 ユニット型旧措置入所者介護福祉施設サービス費 (I)・(II)	
14 ユニット型小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費 (I)・(II)	

問 13 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> の加算の算定状況【○は 1 つ】	
01 夜勤職員配置加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
02 日常生活継続支援加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
03 看護体制加算 (I)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
04 看護体制加算 (II)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
05 看護体制加算 (III)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
06 夜間職員配置加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
07 経口移行加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
08 経口維持加算 (I)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
09 経口維持加算 (II)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
10 サービス提供体制強化加算 (I)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
11 サービス提供体制強化加算 (II)・(III)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
12 認知症専門ケア加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし

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

5. 医療的ケア等の状況

問 15 医療的ケア等に関する実施実績							
※介護老人福祉施設の利用者の受けた医療的ケアについて記入し、併設サービス（短期入所生活介護含む）等の利用者に係る実施については含まないでください。							
※対応可否については、日中と夜間に分けてそれぞれ、実施可能であれば「○」、不可能であれば「×」を記入してください。							
(1) 医療的ケアの内容	対応可否		6月○日から6月●日まで（1週間）の実施実績				
	日中	夜間	受療した 利用者の 実人数 ※1	実施者（該当するすべてに○）			
				医師	看護 職員	介護 職員	通院等 施設外
（記入例）02 静脈内注射	○	×	（ 20 ）人	○			○
01 血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）			（ ）人				
02 静脈内注射（点滴を含む）			（ ）人				
03 中心静脈栄養の管理			（ ）人				
04 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理			（ ）人				
05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理			（ ）人				
06 酸素療法			（ ）人				
07 レスピレーター（人工呼吸器）の管理			（ ）人				
08 気管切開のケア			（ ）人				
09 疼痛の管理			（ ）人				
10 09のうち麻薬を用いるもの			（ ）人				
11 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）			（ ）人				
12 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）			（ ）人				
13 褥瘡の処置			（ ）人				
14 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）の管理			（ ）人				
15 喀痰吸引			（ ）人				
16 ネブライザー			（ ）人				
17 創傷処置（褥瘡を除く）			（ ）人				
18 服薬管理（注射を除く） ※2			（ ）人				
19 認知症に関する専門的ケア			（ ）人				
20 摘便			（ ）人				
21 浣腸			（ ）人				
22 一時的導尿			（ ）人				
23 その他	処置名（ ）		（ ）人				

※1：6月○日から6月●日まで（1週間）に、1回以上当該医療的ケアを行った場合を「1」とカウントします。（期間中何回当該医療的ケアを行っても「1」と数えてください。）

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

(2) その他のケアの内容	6 月○日から 6 月●日まで (1 週間) の実施実績			
	実施した利用者の 実人数 ※1	実施者 (該当するすべてに○)		
		看護職員	介護職員	その他
(記入例) 01 緩和ケア	(5) 人	○	○	○
01 緩和ケア ※3	() 人			
02 体位変換 (褥瘡予防)	() 人			
03 常時の見守り、または体動センサーの使用	() 人			
04 経口摂取の介助・嚥下リハ	() 人			
05 機能訓練	() 人			
06 オムツの使用	() 人			

※3： 非侵襲的なものに限り、PCA や麻薬による疼痛コントロール等は含みません。

問 16 平成 26 年 6 月 (1 ヶ月間) における貴施設以外の医療機関等での受療				
01 外部医療機関への延べ通院者数	①実人数	人	②延べ人数	人
02 外部医療機関への延べ入院者数	①実人数	人	②延べ人数	人
03 外部医療機関からの訪問診療訪問回数	①実人数	人	②延べ回数	回
04 外部医療機関からの往診に係る延べ訪問回数	①実人数	人	②延べ回数	回

6. 入退所の状況

問 17 貴施設の平成 26 年 4 月～6 月 (3 ヶ月間) の入退所者の状況						
※貴施設が開設後 3 ヶ月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。						
※入院の期間は限りません。短期の入院であっても入退院については、「1 回」とカウントしてください。						
3 ヶ月間 (4 月～6 月) の入退所者	(1) 計 [(2) + (3)]		(2) 75 歳未満		(3) 75 歳以上	
	①男性	②女性	①男性	②女性	①男性	②女性
①入所者延日数※1	人	人	人	人	人	人
②新規入所者数※2	人	人	人	人	人	人
③退所者数※3	人	人	人	人	人	人
④退所先の内訳	01 自宅 (親族の家等も含む)	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい	人	人	人	人	人
	03 医療機関 (急性期治療のため)	人	人	人	人	人
	04 医療機関 (長期療養のため)	人	人	人	人	人
	05 医療機関 (その他、不明)	人	人	人	人	人
	06 03～05 のうち、終末期に、看取りのために退所した利用者数	人	人	人	人	人
	07 介護老人保健施設 (老健)	人	人	人	人	人
	08 他の介護老人福祉施設 (特養)	人	人	人	人	人
	09 死亡退所	人	人	人	人	人
	10 09 のうち、個別に看取り計画を立てた利用者数	人	人	人	人	人
	11 09 のうち予期しない死亡をした利用者 (突然死等)	人	人	人	人	人

12 その他・不明	人	人	人	人	人	人
-----------	---	---	---	---	---	---

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

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

※3：退所者数：貴施設から退所した人の数をさします。ただし死亡退所を含みます。「退所先の内訳」の 01～09 の合計が、この「退所者数」に一致するようにしてください。

7. 看取り（終末期ケアや死亡確認）について

問 18 貴施設の看取りの方針【○は1つ】
01 看取り期に入った利用者に対し、個別に看取り計画を立てて看取りを行っている
02 看取り期に入った利用者に対し看取りは行っているが、看取りの計画は立てていない
03 看取りは行っていないが、今後条件が整えば対応を考えたい
04 看取りは行っておらず、今後も対応する予定はない（考えていない）

問 19 貴施設の看取りに関する指針【○は1つ】
01 ある
02 現在はないが、作成中である
03 現在なく、作成の予定もない

問 20 利用者本人への看取り指針内容の説明、同意書の取得について【○は1つ】
01 <u>看取り指針について、説明および同意の取得をしている</u> 02 していない
↓ 問 20-1 上記で 1 に○をつけた場合、その時期について【該当全てに○】
01 入所時 02 急性増悪時 03 特に定めていない

問 21 利用者本人の看取りに関する希望【○は1つ】は
01 <u>入所時に希望を聞いている</u> 03 希望を聞いている
02 <u>病状が悪化した際に希望を聞いている</u> 04 その他（ ）
↓ 問 21-1 上記で 1 または 2 に○をつけた場合、希望の把握の仕方について【該当全てに○】
01 面談 02 アンケート等への記入 03 その他（ ）

問 22 利用者の家族への看取り指針内容の説明、同意書の取得について【○は1つ】
01 <u>看取り指針について、説明および同意の取得をしている</u> 02 していない
↓ 問 22-1 上記で 1 に○をつけた場合、その時期について【該当全てに○】
01 入所時 02 急性増悪時 03 特に定めていない

問 23 利用者の家族の看取りに関する希望【○は1つ】
01 <u>入所時に希望を聞いている</u> 03 希望を聞いている
02 <u>病状が悪化した際に希望を聞いている</u> 04 その他（ ）
↓ 問 23-1 上記で 1 または 2 に○をつけた場合、希望の把握の仕方について【該当全てに○】
01 面談 02 アンケート等への記入 03 その他（ ）

問 24 看取りの各対応に関与している職種【該当全てに○、最も中心的に関与している職種に◎】							
対応内容	① 施設長	② 医師	③ 看護 職員	④ 介護 職員	⑤ 生活 相談員	⑥ 介護支援 専門員	⑦ その他
01 看取り指針の作成							
02 本人及び家族への説明							
03 看取り期の判断に関する情報提供 ※							
04 看取り期の家族への説明、同意取得							
05 看取りカンファレンスの開催							
06 看取り計画作成（連絡・調整含む）							
07 看取り計画の見直し							
08 亡くなる際の付き添い							
09 死亡直前の家族への連絡							
10 死亡直前・直後の家族へのサポート							
11 死後の処置							
12 施設内お見送り							
13 家族へのグリーフケア							
14 看取りの評価・振り返り							

※「看取り期の判断に関する情報提供」とは、職員間で看取りの判断に資する、利用者の状況についての情報を提供することをさします。

問 25 貴施設内で看取り介護を行ううえでの課題【該当全てに○】	
01 施設の方針として積極的でない	08 施設全体として看取り介護の経験が不足している
02 医療機関との連携が難しい	09 看取り介護を行うことで職員の精神的負担が増す
03 施設内の職員の連携が難しい	10 看取り介護に係る事務負担が増す
04 看取り介護のために利用できる個室がない	11 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している
05 利用者を医療的に観察するための設備がない	12 利用者及びその家族が施設内の看取り介護を望まない
06 看取り介護を行うための人材が不足している	13 利用者の家族との連携が十分にとれない
07 看取り介護を行うための夜間の体制が十分でない	14 その他（ ）

問 26 看取り介護を実施した利用者の人数【2014 年●月～●月】	
施設で最期まで看取った人数	() 人
最期に病院に搬送した人数（搬送後 1 週間以内に死亡した人数）	() 人
直近で最期に病院に搬送した利用者 1 名 を想定してご回答ください。その主な理由は何ですか。 【該当全てに○】	01 家族・親族の希望による 02 職員の負担が増加し、施設内でケアできなくなったため 03 <u>施設内で必要な医療が受けられないため</u> 04 その他（ ）
	上で「03」を選択した場合、どのような医療が必要であったかを具体的にご記入ください。

問 27 看取りを行ううえでの貴施設での取り組み、工夫または課題等について、記入してください。【自由回答】

--

8. その他

問 28 貴施設内での研修の実施 【○は1つ】	01 行っていない 02 行っている	
	「02 行っている」場合 ↓ 下記に詳細を記入	
	①対象職種【該当全てに○】	01 介護職員 02 看護職員 03 その他
	②研修の種類、テーマ 【該当全てに○】	01 看取り 02 急変時対応 03 感染症対策、予防 04 看護職員の喀痰吸引 05 その他 ()
	③研修会の開催頻度	概ね (年・月・週) に () 回
問 29 急変時に、 スタッフが利用できる相談体制 【○は1つ】	01 体制はない 02 体制がある	
	「02 体制がある」場合 ↓ 下記に詳細を記入	
	①相談対応職種	01 医師 03 介護職員 02 看護職員 04 その他
問 30 利用者の医療に関する情報 (カルテ、看護記録等) 【○は1つ】	01 電子化されている	
	02 現在電子化していないが、今後は導入を考えている	
	03 現在電子化しておらず、今後も考えていない	
	↓ 上で「01」を選択した場合は、その情報が施設外で閲覧可能かどうかを回答してください。	
	① 施設外での閲覧可否【○は1つ】	01 施設外で閲覧が可能 02 施設外で閲覧は不可
問 31 実習生の受け入れ 【○は1つ】	01 行っていない 02 行っている	
	「02 行っている」場合 ↓ 下記に詳細を記入	
	①対象職種 【該当全てに○】 ※該当項目では昨年度(1年間) の実績数を () に記入。	01 介護職員 (介護学生) →昨年度 () 人 02 看護職員 (看護学生) →昨年度 () 人 03 その他 →昨年度 () 人
問 32 地域との交流 【該当全てに○】	01 地域住民との交流会の開催 04 地域住民への健康相談・講習等	
	02 ボランティアの受け入れ 05 その他 ()	
	03 祭り等のイベントの開催	

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。

**介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査
従事者票（医師票）**

①介護老人福祉施設

問1. 貴施設での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）

①勤務形態	1. 常勤	2. 非常勤
②就業形態	1. 専従	2. 兼務
③勤務日数	()日／月	うち、夜間勤務()日／月
④勤務時間	()時間／月	うち、夜間勤務()時間／月
⑤急変等発生時の対応件数および日数	()件／月	うち、夜間帯 ()件／月
	()日／月	うち、夜間帯 ()日／月

問2. 専門分野・経験年数についてお答えください

①専門分野	()科
②取得した専門医 (複数回答)	1. 整形外科専門医 2. 皮膚科専門医 3. 麻酔科専門医 4. 放射線科専門医 5. 眼科専門医 6. 産婦人科専門医 7. 耳鼻咽喉科専門医 8. 泌尿器科専門医 9. 形成外科専門医 10. 病理専門医 11. 総合内科専門医 12. 外科専門医 13. 糖尿病専門医 14. 肝臓専門医 15. 感染症専門医 16. 救急科専門医 17. 血液専門医 18. 循環器専門医 19. 呼吸器専門医 20. 消化器病専門医 21. 腎臓専門医 22. 小児科専門医 23. 内分泌代謝科専門医 24. 消化器外科専門医 25. 超音波専門医 26. 細胞診専門医 27. 透析専門医 28. 脳神経外科専門医 29. リハビリテーション科専門医 30. 老年病専門医 31. 心臓血管外科専門医 32. 呼吸器外科専門医 33. 消化器内視鏡専門医 34. 小児外科専門医 35. 神経内科専門医 36. リウマチ専門医 37. 乳腺専門医 38. 臨床遺伝専門医 39. 漢方専門医 40. レーザー専門医 41. 気管支鏡専門医 42. アレルギー専門医 43. 核医学専門医 44. 気管食道科専門医 45. 大腸肛門病専門医 46. 婦人科腫瘍専門医 47. ペインクリニック専門医 48. 熱傷専門医 49. 脳血管内治療専門医 50. がん薬物療法専門医 51. 周産期(新生児)専門医 52. 生殖医療専門医 53. 小児神経専門医 54. 心療内科専門医 55. 一般病院連携精神医学専門医 56. 精神科専門医 57. その他()
③経験年数	()年 うち慢性期分野での経験年数 ()年

問3. オンコール対応日（※）の状況についてお答えください			
※17時から翌朝9時の間にオンコール対応を行い呼び出しのあった日のうち、直近5回の状況についてお答えください			
1回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール回数	()回	
	④対応に要した時間(合計)	()分	
	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)	
		①対応日	2014年()月()日()曜日
		②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
③一晩のオンコール回数	()回		
④対応に要した時間(合計)	()分		
2回目	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)	

3回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール 回数	()回	
	④対応に要した時間 (合計)	()分	
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	
		11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	
		8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	
4回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール 回数	()回	
	④対応に要した時間 (合計)	()分	
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	
		11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	
		8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	

5回目	①対応日	2014年()月()日()曜日																			
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後・2. 午前) ()時()分																			
	③一晩のオンコール 回数	()回																			
	④対応に要した時間 (合計)	()分																			
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)																			
		<table border="0"> <tr> <td>1. バイタルサインの低下</td> <td>11. 腹痛</td> </tr> <tr> <td>2. 発熱</td> <td>12. 便秘</td> </tr> <tr> <td>3. 意識障害</td> <td>13. 尿量減少</td> </tr> <tr> <td>4. 頭痛</td> <td>14. 誤薬(事故)</td> </tr> <tr> <td>5. けいれん・麻痺</td> <td>15. 転倒・転落(事故)</td> </tr> <tr> <td>6. 呼吸障害</td> <td>16. 不眠</td> </tr> <tr> <td>7. 誤嚥</td> <td>17. せん妄</td> </tr> <tr> <td>8. 胸痛</td> <td>18. 吐血・下血</td> </tr> <tr> <td>9. 不整脈</td> <td>19. 看取り期の対応</td> </tr> <tr> <td>10. 嘔気・嘔吐</td> <td>20. その他→(具体的に:)</td> </tr> </table>		1. バイタルサインの低下	11. 腹痛	2. 発熱	12. 便秘	3. 意識障害	13. 尿量減少	4. 頭痛	14. 誤薬(事故)	5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)	6. 呼吸障害	16. 不眠	7. 誤嚥	17. せん妄	8. 胸痛	18. 吐血・下血	9. 不整脈	19. 看取り期の対応
1. バイタルサインの低下	11. 腹痛																				
2. 発熱	12. 便秘																				
3. 意識障害	13. 尿量減少																				
4. 頭痛	14. 誤薬(事故)																				
5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)																				
6. 呼吸障害	16. 不眠																				
7. 誤嚥	17. せん妄																				
8. 胸痛	18. 吐血・下血																				
9. 不整脈	19. 看取り期の対応																				
10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)																				
	(2)処置内容等																				
	<table border="0"> <tr> <td>1. 診察</td> <td>8. 蘇生処置_その他</td> </tr> <tr> <td>2. 創傷処置(縫合を伴う処置)</td> <td>9. 投薬</td> </tr> <tr> <td>3. 創傷処置(縫合以外の処置)</td> <td>10. 輸液</td> </tr> <tr> <td>4. 蘇生処置_胸骨圧迫</td> <td>11. 緊急手術</td> </tr> <tr> <td>5. 蘇生処置_電気ショック</td> <td>12. 他医療機関へ搬送</td> </tr> <tr> <td>6. 蘇生処置_気管挿管</td> <td>13. その他</td> </tr> <tr> <td>7. 蘇生処置_昇圧剤投与</td> <td>→(具体的に:)</td> </tr> </table>		1. 診察	8. 蘇生処置_その他	2. 創傷処置(縫合を伴う処置)	9. 投薬	3. 創傷処置(縫合以外の処置)	10. 輸液	4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術	5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送	6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他	7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)					
1. 診察	8. 蘇生処置_その他																				
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)	9. 投薬																				
3. 創傷処置(縫合以外の処置)	10. 輸液																				
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術																				
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送																				
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他																				
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)																				

問4. 施設内の看取り(終末期ケアや死亡確認)への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】

①関与した施設内の 看取りの件数	あなたが死亡診断をした件数	()件																		
	看取り計画に関与した件数	()件																		
②施設内で看取りを 行う上での課題につ いて(複数回答)	<table border="0"> <tr> <td>1. 施設の方針として積極的でない</td> <td>8. 施設全体として看取りの経験が不足している</td> </tr> <tr> <td>2. 医療機関との連携が難しい</td> <td>9. 看取りを行うことで職員の精神的負担が増す</td> </tr> <tr> <td>3. 施設内の職員の連携が難しい</td> <td>10. 看取りに係る事務負担が増す</td> </tr> <tr> <td>4. 看取りのために利用できる個室がない</td> <td>11. 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している</td> </tr> <tr> <td>5. 利用者を医療的に観察するための設備がない</td> <td>12. 利用者およびその家族が施設内の看取りを望まない</td> </tr> <tr> <td>6. 看取りを行うための人材が不足している</td> <td>13. 利用者の家族との連携が十分にとれない</td> </tr> <tr> <td>7. 看取りを行うための夜間の体制が十分でない</td> <td>14. その他()</td> </tr> </table>						1. 施設の方針として積極的でない	8. 施設全体として看取りの経験が不足している	2. 医療機関との連携が難しい	9. 看取りを行うことで職員の精神的負担が増す	3. 施設内の職員の連携が難しい	10. 看取りに係る事務負担が増す	4. 看取りのために利用できる個室がない	11. 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している	5. 利用者を医療的に観察するための設備がない	12. 利用者およびその家族が施設内の看取りを望まない	6. 看取りを行うための人材が不足している	13. 利用者の家族との連携が十分にとれない	7. 看取りを行うための夜間の体制が十分でない	14. その他()
1. 施設の方針として積極的でない	8. 施設全体として看取りの経験が不足している																			
2. 医療機関との連携が難しい	9. 看取りを行うことで職員の精神的負担が増す																			
3. 施設内の職員の連携が難しい	10. 看取りに係る事務負担が増す																			
4. 看取りのために利用できる個室がない	11. 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している																			
5. 利用者を医療的に観察するための設備がない	12. 利用者およびその家族が施設内の看取りを望まない																			
6. 看取りを行うための人材が不足している	13. 利用者の家族との連携が十分にとれない																			
7. 看取りを行うための夜間の体制が十分でない	14. その他()																			
③施設内の看取りに 対するあなたの取り 組み姿勢や意向につ いてお答えください	a)看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極 的	2. やや 積極 的	3. どちら でもない	4. やや 消極 的	5. 消極 的														
	b)看取りに関する施設の方針に 対する満足度	1. 満足	2. やや 満足	3. どちら でもない	4. やや 不満	5. 不満														
	c)看取りへの取り組みに対する今 後の意向	1. 積極 的	2. やや 積極 的	3. どちら でもない	4. やや 消極 的	5. 消極 的														

問5. 介護老人福祉施設における医師の関与・役割に対するご意見をお聞かせください(自由回答)

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

問1. 貴施設での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）	
①勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤
②就業形態	1. 専従 2. 兼務
③職種	1. 看護師 2. 准看護師
④勤務日数	() 日 / 月 うち、夜間勤務 () 日 / 月
⑤勤務時間	() 時間 / 月 うち、夜間勤務 () 時間 / 月
⑥急変等発生時の 対応件数および日数	() 件 / 月 うち、夜間帯 () 件 / 月
	() 日 / 月 うち、夜間勤務日 () 日 / 月
	うち、オンコール対応日 () 日 / 月
	うち、夜勤とオンコールの両方を行った日 () 日 / 月

問2. 保有資格・経験年数についてお答えください		
①保有資格 (複数回答)	1. 専門看護師 ⇒ ⇒	⇒ 1. を回答した場合、以下であてはまるものを選択(該当全てに○) 1.老人看護 2.地域看護 3.在宅看護 4.家族支援 5.その他
	2. 認定看護師 ⇒ ⇒	⇒ 2. を回答した場合、以下であてはまるものを選択(該当全てに○) 1.認知症看護 3.摂食・嚥下障害看護 5.その他
	3. 認知症ケア専門士	2.訪問看護 4.皮膚・排泄ケア
	4. 介護支援専門員	
	5. その他 ()	
②経験年数 ※	()年 うち介護分野での経験年数 ()	

問3. 夜間の勤務日(※)の業務内容についてお答えください(10分単位で記入してください)
 ※夜勤を行った日についてお答えください。夜間帯の途中からオンコール勤務に切り替えた場合は、
 夜勤をしていた時刻までについて記入してください。
 ※同時に複数の業務を行った場合は主に行ったものでカウントしてください。

夜間の勤務日	2014年()月()日()曜日
--------	--------------------

①開始時間	②終了時間	勤務時間(②－①)
(記入例) 17:00	9:00	960分
:	:	分(☆)

業務内容	時間(10分単位)	件数(人数)
(1) 介護老人福祉施設以外(兼務しているサービスなど)に従事	分	
(2) 業務準備(自身の身支度等の業務に向けての準備)	分	
(3)健康管理(バイタルサイン確認(入浴・リハビリ時の確認を除く)、健康状態確認(日常会話、声かけによる確認を含む))	分	人
(4) 診療の補助	分	人
(5) 移動の介助	分	人
(6) 居室、リビング等での見守り	分	
(7) 食事介助(配膳、下膳含む)	分	人
(8) 排泄ケア	分	人
(9) 服薬介助 (服薬の見守り、服薬状況の確認を含む)	分	人
(10) 口腔ケア	分	人
(11) 記録(リハビリ記録を除く)	分	件
(12) 会議 ※看取りに関するもの以外	分	
(13) 連絡・調整	分	
(14) 利用者・家族への対応 ※看取りに関するもの以外	分	件
(15)ナースコール対応	分	件
(16)看取りへの関与	分	件
(17)服薬管理 (薬の区分け・与薬の準備、配布を含む)	分	件
(18)巡視	分	件
(19)更衣介助	分	件
(20) 休憩	分	
(21) その他()	分	
合計	分(☆)	

1

問4. オンコール対応日(※)の状況についてお答えください			
※17時から翌朝9時の間にオンコール対応を行い、呼び出しのあった日のうち、直近5回の状況についてお答えください。			
1回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール回数	()回	
	④対応に要した時間(合計)	()分	
	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	
		11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	
		8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	
2回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール回数	()回	
	④対応に要した時間(合計)	()分	
	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	
		11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	
		8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	

3回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール 回数	()回	
	④対応に要した時間 (合計)	()分	
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:)			
(2)処置内容等			
1. 診察補助 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術の補助 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)			
4回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール 回数	()回	
	④対応に要した時間 (合計)	()分	
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:)			
(2)処置内容等			
1. 診察補助 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術の補助 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)			

5回目	①対応日	2014年()月()日()曜日
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
	③一晩のオンコール 回数	()回
	④対応に要した時間 (合計)	()分
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由) 1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:) (2)処置内容等 1. 診察補助 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術の補助 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)

問5. 普段あなたが担っている業務や役割についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の状況】		
①喀痰吸引・胃ろう等に関する介護職員への指導・助言	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
②介護職員向け研修の実施(講師など)	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
③他医療機関への連絡調整(主治医等)	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
④リハ職(PT・OT・ST等)との利用者に関する情報共有	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑤ケアマネジャーとの相談、連携	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑥ケアプランの作成、確認	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入 ()件/月
⑦個別援助計画の作成、確認	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入 ()件/月
⑧サービス担当者会議への参加	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ) 1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑨ケアカンファレンスへの参加	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ) 1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑩ケアカンファレンスの召集・連絡調整	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑪ケアカンファレンスの司会進行	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑫家族への連絡調整	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑬利用者・家族からの相談対応	1. 担当している ⇒ 2. 担当していない	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ) 1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他

問6. 施設内の看取り（終末期ケアや死亡確認）への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】

①看取り計画に関与した件数	()件					
②施設内の看取りに対するあなたの取り組み姿勢や意向についてお答えください	a)看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的
	b)看取りに関する施設の方針に対する満足度	1. 満足	2. やや満足	3. どちらでもない	4. やや不満	5. 不満
	c)医師の看取りへの関与に対する満足度	1. 満足	2. やや満足	3. どちらでもない	4. やや不満	5. 不満
	d)介護職員の看取りへの関与に対する満足度	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的
	e)看取りへの取り組みに対する今後の意向	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的

問7. 介護老人福祉施設における看護職員の関与・役割に対するご意見をお聞かせください（自由回答）

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査
利用者票
(①介護老人福祉施設)

□記入にあたってのご注意

- ・この利用者票は看護職員の方が、必要に応じ施設長、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、記入当日時点の状況についてご回答下さい。
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。太枠内には数字を記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業」
三菱総合研究所
電話:0120-〇〇〇-△△△(平日9時30分～17時30分)
FAX:03-〇〇〇〇-△△△△(24時間受付)
※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

I 利用者の基本情報

I 利用者の基本情報			連番記入欄: ※提出する票を区別する連番をご記入ください。
問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳(平成26年7月1日時点)
問3. 入所日	(1. 昭和 2. 平成) ()年 ()月		
問4. 世帯構成 (○は1つ)	1. 独居 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居		
	問4-1「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) ↓ 1. 65歳以上のみ 2. それ以外		
問5. 入所前の場所 (○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()		
問6. 自宅の介護力 (○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護を出来る人がいない 4. 日中、夜間とも介護を出来る人がいる 2. 日中のみ、介護を出来る人がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護を出来る人がいる 6. その他()		
問7. 入所の理由 (該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 継続的なリハビリが必要なため 5. 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()		

II 利用者の状態等

問8. 傷病 (該当すべてに○)	1. 脳神経疾患	5. 呼吸器疾患	9. 眼・耳および附属器の疾患
	2. 循環器疾患	6. 消化器疾患	10. 泌尿生殖器疾患
	3. 骨・関節疾患	7. 悪性腫瘍	11. 歯科疾患
	4. 代謝性疾患	8. 精神科疾患(認知症除く)	12. その他()
↓ 13. ない			
↓ 1～12を複数選択した場合 主傷病と副傷病を1つずつ選び番号を記入。			
(1)主傷病(1つ) () (2)副傷病(1つ) ()			
問9. 認知症の有無 (○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし		
	↓ 問9-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について (該当するすべてに○)		
	1. 幻覚、妄想、せん妄、抑うつ、誤認、無気力等の精神症状 2. 暴言、暴力、徘徊、わめく等の行動症状		

問10. 今後30日間の病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを実施する状態		
問11. 要介護度 (○は1つ)	1. 要介護1 2. 要介護2	3. 要介護3 4. 要介護4	5. 要介護5 6. 未申請及び申請中		
問12. 障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
問13. 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明				
問14. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 医療区分1 2. 医療区分2 3. 医療区分3 4. 不明				
問15. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	②食事	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	③排泄	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	④入浴	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	⑤着替え	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
問16. 痛みの有無 (○は1つ)	1. 痛みがある 2. 痛みはない ↓ 問16-1「1. 痛みがある」の場合、日常生活の支障の有無(○は1つ) 1. 支障がある 2. 支障はない				

Ⅲ 受療状況

問17. 対診の状況	問17-1 平成26年1～6月における入院の有無	①有無	1. あり ・ 2. なし ↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。	
		②回数	()回	
		③延べ日数	()日	
	問17-2 平成26年6月における通院の有無	①有無	1. あり ・ 2. なし ↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。	
		②延べ通院回数	()回	
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 2. 外科 3. 泌尿器科 4. 整形外科 5. 精神科 6. 眼科 7. 歯科 8. 耳鼻科 9. 皮膚科 10. その他()	
	問17-3 平成26年6月における訪問診療の有無 ※配置医による定期的な訪問による診療	①有無	1. あり ・ 2. なし ↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。	
		②延べ受療回数	()回	
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 2. 外科 3. 泌尿器科 4. 整形外科 5. 精神科 6. 眼科 7. 歯科 8. 耳鼻科 9. 皮膚科 10. その他()	

問17. 対診の状況 (つづき)	問17-4 平成26年 6月における 往診の有無 ※配置医による定 期的な訪問以外の 訪問による診療	①有無	1. あり ・ 2. なし
		↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。	
		②延べ受療回数	()回
		③診療科 (該当すべて に○)	1. 内科 6. 眼科 2. 外科 7. 歯科 3. 泌尿器科 8. 耳鼻科 4. 整形外科 9. 皮膚科 5. 精神科 10. その他()
問18. 現在受けてい る治療 (該当するすべてに ○)	1. 血糖測定・インスリン注射 13. 褥瘡の処置 2. 静脈内注射 14. カテーテル(コンドームカテーテル、 留置カテーテル等)の管理 3. 中心静脈栄養の管理 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 15. 喀痰吸引 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 16. ネブライザー 6. 酸素療法 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 7. レスビレーター(人工呼吸器)の管理 18. 服薬管理 ※ 8. 気管切開のケア 19. 認知症に関する専門的ケア 9. 疼痛の管理 20. 摘便 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 21. 浣腸 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 22. 一時的導尿 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 23. その他() ※本調査における「服薬管理」は、経口、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認 や服薬の介助等を指します。		
問19. リハビリテー ションの有無 (○は1つ)	1. リハビリテーションを受けている 2. リハビリテーションを受けていない 問19-1 ↓ 「1. 受けている」を選択した場合、その回数(平成26年度6月の1か月間) ()回/月		
問20. 罹患している 疾患 (該当するすべてに ○)	1. スモン 13. 褥瘡 2. 難病(スモンを除く) 14. 末梢循環障害による下肢末端開放創 3. 脊髄損傷(頸髄損傷) 15. 带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とするものに限り) 4. 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 16. せん妄 5. 悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要なもの) 17. うつ状態 6. 悪性腫瘍(余命3か月以内) 18. 暴行が毎日みられる状態 7. 肺炎 19. 喘息重積発作 8. 尿路感染症 20. 重度意識障害(JCS100以上) 9. リハビリテーションが必要な疾患 21. 肝不全(腹水高度、NH4Cl 120mg/dl以上) 10. 脱水かつ発熱を伴う状態 22. 心不全(高度非代償性) 11. 体内出血 23. その他 12. 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ()		
問21. 内服薬の種類	()種類		

IV 今後の生活・療養の場の見通し等 ※想定できる範囲で記入してください。

問22. 利用者に必要 と考える医療の水準 (○は1つ)	1. 入院医療が必 要	2. 在宅医療があれば 対応可能	3. 外来医療で対応可能	4. 不要
	問22-1 ↓ 1. を選んだ場合、その理由(該当する全てに○)			
	1. 高度な医療処置		3. 医師による常時又は頻繁な評価	
	2. 常時又は頻回な医療処置		4. その他	
問23. 利用者に必要 と考える介護の水準 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要			

問24. 最も適切と考えられる生活・療養の場 (○は1つ)	※利用者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、利用者にとって最適な場所を選択。 <table border="0"> <tr> <td>1. 自宅(家族等との同居も含む)</td> <td>6. 医療療養病棟(自院・他院を問わず)</td> </tr> <tr> <td>2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)</td> <td>7. 介護療養型医療施設(自院・他院を問わず)</td> </tr> <tr> <td>3. 介護老人保健施設</td> <td>8. その他の病棟(自院・他院を問わず)</td> </tr> <tr> <td>4. その他の介護施設</td> <td>9. その他</td> </tr> <tr> <td>5. 一般病棟(自院・他院を問わず)</td> <td>()</td> </tr> </table>	1. 自宅(家族等との同居も含む)	6. 医療療養病棟(自院・他院を問わず)	2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	7. 介護療養型医療施設(自院・他院を問わず)	3. 介護老人保健施設	8. その他の病棟(自院・他院を問わず)	4. その他の介護施設	9. その他	5. 一般病棟(自院・他院を問わず)	()
1. 自宅(家族等との同居も含む)	6. 医療療養病棟(自院・他院を問わず)										
2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	7. 介護療養型医療施設(自院・他院を問わず)										
3. 介護老人保健施設	8. その他の病棟(自院・他院を問わず)										
4. その他の介護施設	9. その他										
5. 一般病棟(自院・他院を問わず)	()										
問25. 今後の生活・療養の場の見通し (○は1つ)	<table border="0"> <tr> <td>1. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている</td> </tr> <tr> <td>2. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない</td> </tr> </table> 問25-1. 2. と回答した場合、その理由 (該当する全てに○) 1. 最も適切な施設に、空床がないため 2. 最も適切な場所では、認知症への対応が困難なため 3. 最も適切な場所では、医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため 4. 最も適切な場所では、その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため 5. 最も適切な場所では、必要な介護サービスが確保できないため 6. 最も適切な場所では、夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため 7. 最も適切な場所での、住宅改修等の住環境の整備ができないため 8. 最も適切な場所での、家族の介護困難、又は介護者不在のため 9. 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため 10. 経済的事情があるため 11. その他()	1. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている	2. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない								
1. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている											
2. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない											

V 利用者本人および家族の希望

問26. 今後の生活の場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 医療機関での療養を希望 6. 貴施設以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問27. 今後の生活の場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 医療機関での療養を希望 6. 貴施設以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問28. 看取りの場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での看取りを希望 4. 自宅での看取りを希望	5. 医療機関での看取りを希望 6. 貴施設以外の介護施設での看取りを希望 7. その他 ()
問29. 看取りの場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での看取りを希望 4. 自宅での看取りを希望	5. 医療機関での看取りを希望 6. 貴施設以外の介護施設での看取りを希望 7. その他 ()

利用者票は以上です。
ご協力ありがとうございました。

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

介護サービス事業所における医療職の勤務実態および

医療施設・介護施設の利用者に関する横断的な調査研究事業

【施設票】

②介護老人保健施設

■記入にあたってのご注意

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

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療施設・介護施設の利用者に関する横断的な調査研究事業」事務局

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

FAX：●●●●●●●●●● (24 時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

I 共通設問

■ I 共通設問記入にあたってのご注意

・ I 共通設問は、同時期にご協力をお願いしております、「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」の施設票「I 共通設問」と内容が同一のため、すでに当該部分を記入されている場合は、「I 共通設問」については記入不要です。(ただし「II 本調査にかかる設問」からは内容が異なりますので、別途それぞれに記入をお願いします。)

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

1. 貴施設の基本情報

問 1 平成 26 年○月○日における貴施設の開設主体【○は 1 つ】

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

問 2 貴施設の開設年月

西暦 () 年 () 月

問 3 平成 26 年〇月〇日において貴法人が運営する施設（居住系含む）【該当する全てに○】	
01 病院	05 認知症対応型共同生活介護事業所
02 有床診療所	06 その他の高齢者住まい等（有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、等）
03 無床診療所	07 その他（ ）
04 介護老人福祉施設（特養）	うち併設・隣接している施設番号（1～6）（ ）

問 4 平成 26 年〇月〇日において貴法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに○】	
01 訪問看護ステーション	07 居宅介護支援事業所
02 訪問入浴介護	08 その他の居宅サービス
03 訪問リハビリテーション	09 地域包括支援センター
04 訪問介護	10 その他（ ）
05 通所介護（デイサービス）	うち併設・隣接している事業所の番号（1～9）
06 通所リハ（デイケア）	→（ ）

問 5 平成 26 年〇月〇日 24 時時点における貴施設の定員数		
定員数	介護老人保健施設	うち短期入所生活介護
	床	床※

※：空床利用ではなく、短期入所生活介護専用のベッドとして確保している数を記入してください。

問 6 平成 26 年〇月〇日 24 時時点における貴施設の利用者数等（※短期入所生活介護利用者は除く）						
(1) 要介護度別実利用者数	①要介護 1 人	②要介護 2 人	③要介護 3 人	④要介護 4 人	⑤要介護 5 人	⑥不明・申請中 人
(2) 男女別実利用者数	①男性 人	②女性 人				
(3) 年齢別実利用者数	①40～64 歳 人	②65～74 歳 人	③75～84 歳 人	④85～94 歳 人	⑤95 歳以上 人	⑥平均年齢 歳
(4) 入所期間別実利用者数	①3 ヶ月未満 人	②3 ヶ月以上～6 ヶ月未満 人	③6 ヶ月以上～1 年未満 人	④1 年以上～2 年未満 人	⑤2 年以上～3 年未満 人	⑥3 年以上 人
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実利用者数	①自立 人	②Ⅰ 人	③Ⅱ 人	④Ⅲ 人	⑤Ⅳ 人	⑥Ⅴ 人
(6) 所得段階別実利用者数	①減免あり 人	②減免なし 人	③不明 人			
(7) 特定疾患罹患患者数	①罹患あり 人	②罹患なし 人	③不明 人			

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

2. 職員の配置状況

問 8 平成 26 年〇月〇日 24 時~~時点~~における貴施設における職員の配置状況

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

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

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

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

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

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

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

3. 介護報酬の算定状況

問 9 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> の施設サービス費【該当する費用全てに○】
01 介護保健施設サービス費 (I) (i) または (iii) 【従来型】
02 介護保健施設サービス費 (I) (ii) または (iv) 【在宅強化型】
03 介護保健施設サービス費 (II) または (III)
04 ユニット型介護保健施設サービス費 (I) (i) または (iii) 【従来型】
05 ユニット型介護保健施設サービス費 (I) (ii) または (iv) 【在宅強化型】
06 ユニット型介護保健施設サービス費 (II) または (III)

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

問 11 平成 26 年 1 ～ 6 月 <u>(6 ヶ月間)</u> の加算の算定状況	
※貴施設が開設後 6 ヶ月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。	
13 ターミナルケア加算 (1) 死亡日以前 4 日以上 30 日以下	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
14 ターミナルケア加算 (2) 死亡日以前 2 日又は 3 日	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
15 ターミナルケア加算 (3) 死亡日	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし

4. 入退所の状況

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

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

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

※3：退所者数：貴施設から退所した人の数をさします。ただし死亡退所を含みます。「退所先の内訳」の 01～09 の合計が、この「退所者数」に一致するようにしてください。

I 共通設問 はここまでです。

引き続き、次ページ以降の II 本調査にかかる設問に記入をお願いします。

Ⅱ 本調査にかかる設問

■ Ⅱ 本調査にかかる設問の記入にあたってのご注意

- ・ Ⅱ 本調査にかかる設問は、本調査独自の調査項目ですので、お手数ですが必ずご記入をお願いします。
- ・ 特に指定の無い箇所については、貴施設の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて施設長、看護職員、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。

5. 平成26年6月中に貴施設で夜間等に診療を行った医師について

問 13 平成 26 年 6 月 (1ヶ月間) の夜間の医師の配置状況【該当全てに○】

- 01 常勤の医師により当番制で対応している → 週に () 日
- 02 夜間のために非常勤医師を雇用して対応している → 週に () 日
- 03 当直医は配置せず、必要な際はオンコールで対応している → 週に () 日
- 04 当直医は配置せず、必要な際は夜勤の看護職員で対応している → 週に () 日
- 05 当直医は配置せず、必要な際は看護職員へのオンコールで対応している → 週に () 日
- 06 医師による夜間の対応は行わず、救急搬送等で対応している → 週に () 日

問 14 平成 26 年 6 月 (1ヶ月間) の夜間および日曜・祝日における各医師の対応状況

※平日日中帯ではなく、夜間および日曜・祝日に勤務する医師について、記入してください。

	(1)契約形態 (○は1つ) 1. 施設で雇用 2. 外部から派遣等(特定の医師) 3. 外部から派遣等(不特定の医師)	(2)勤務形態 (○は1つ) 1 常勤 2 非常勤	(3)専門科 ※2	(4)貴施設における 1ヶ月の勤務実日数	(5)貴施設における 1ヶ月の合計勤務時間数 ※1	(6)該当する対応に回数を記載ください。 1 訪問した回数 2 電話、メールで指示した回数					
						①夜間の対応		②日曜・祝日等の対応		③平日日中の勤務時間外	
						番号	回数	番号	回数	番号	回数
例	①・2・3	1・②	0 1	4 日	1 0 時間	1	1 回	1	1 回	1	0 回
						2	4 回	2	5 回	2	0 回
1	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
2	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
3	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
4	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回
5	1・2・3	1・2		日	時間	1	回	1	回	1	回
						2	回	2	回	2	回

※1：別の事業所や併設サービスに従事している医師およびその時間は含まず、介護老人福祉施設に従事している時間のみを計算してください。

※2：専門科については、下記から該当する番号を選び記入してください。

01 内科 02 呼吸器内科 03 循環器内科 04 消化器内科 05 腎臓内科 06 神経内科 07 糖尿病内科 08 血液内科
09 皮膚科 10 アレルギー科 11 リウマチ科 12 感染症内科 13 小児科 14 精神科 15 心療内科 16 外科
17 呼吸器外科 18 心臓血管外科 19 乳腺外科 20 気管食道外科 21 消化器外科 22 泌尿器科 23 肛門外科
24 脳神経外科 25 整形外科 26 形成外科 27 美容外科 28 眼科 29 耳鼻いんこう科 30 小児外科 31 産婦人科
32 産科 33 婦人科 34 リハビリテーション科 35 放射線科 36 麻酔科 37 病理診断科 38 臨床検査科 39 救急科

問 15 平成 26 年 6 月 (1 ヶ月間) の各歯科医師の対応状況										
	(1)契約形態 (○は1つ) 1. 施設で雇用 2. 歯科医師が特定された関係での契約 3. 歯科医師が特定されておらず、複数の医師がくることを前提とした契約	(2)勤務形態 (○は1つ) 1 常勤 2 非常勤	(3)貴施設における1ヶ月の勤務実日数	(4)貴施設における1ヶ月の合計勤務時間数 ※1	(5)該当する対応に回数を記載ください。 1 訪問した回数 2 電話、メールで指示した回数					
					①夜間の対応		②日曜・祝日等の対応		③平日日中の勤務時間外	
					番号	回数	番号	回数	番号	回数
例	①・2・3	1・②	4 日	10 時間	1	1 回	1	1 回	1	0 回
					2	4 回	2	5 回	2	0 回
1	1・2・3	1・2	日	時間	1	回	1	回	1	回
					2	回	2	回	2	回
2	1・2・3	1・2	日	時間	1	回	1	回	1	回
					2	回	2	回	2	回

※1：別の事業所や併設サービスに従事している歯科医師およびその時間は含まず、介護老人保健施設に従事している時間のみを計算してください。

6. 医療的ケアの状況

問 16 医療的ケアに関する実施実績							
※介護老人保健施設の利用者の受けた医療的ケアについて記入し、併設サービス（短期入所生活介護含む）等の利用者に係る実施については含まないでください。							
※対応可否については、日中と夜間に分けてそれぞれ、実施可能であれば「○」、不可能であれば「×」を記入してください。							
医療的ケアの内容	対応可否		6月○日から6月●日まで（1週間）の実施実績				
	日中	夜間	受療した 利用者の 実人数 ※1	実施者（該当するすべてに○）			
				医師	看護 職員	介護 職員	通院等 施設外
（記入例）02 静脈内注射	○	×	（ 20 ）人	○			○
01 血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）			（ ）人				
02 静脈内注射（点滴を含む）			（ ）人				
03 中心静脈栄養の管理			（ ）人				
04 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理			（ ）人				
05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理			（ ）人				
06 酸素療法			（ ）人				
07 レスピレーター（人工呼吸器）の管理			（ ）人				
08 気管切開のケア			（ ）人				
09 疼痛の管理			（ ）人				
10 09のうち麻薬を用いるもの			（ ）人				
11 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）			（ ）人				
12 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）			（ ）人				
13 褥瘡の処置			（ ）人				
14 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）の管理			（ ）人				
15 喀痰吸引			（ ）人				
16 ネブライザー			（ ）人				
17 創傷処置（褥瘡を除く）			（ ）人				
18 服薬管理（注射を除く） ※2			（ ）人				
19 認知症に関する専門的ケア			（ ）人				
20 排便			（ ）人				
21 浣腸			（ ）人				
22 一時的導尿			（ ）人				
23 その他	処置名（ ）		（ ）人				

※1：6月○日から6月●日まで（1週間）に、1回以上当該医療的ケアを行った場合を「1」とカウントします。（期間中何回当該医療的ケアを行っても「1」と数えてください。）

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

問 17 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> における貴施設以外の医療機関等での受療				
01 外部医療機関への延べ通院者数	①実人数	人	②延べ人数	人
02 外部医療機関からの往診に係る延べ訪問回数	①実人数	人	②延べ人数	人

7. 看取り（終末期ケアや死亡確認）について

問 18 貴施設の看取りの方針【○は1つ】	
01 看取り期に入った利用者に対し、個別に看取り計画を立てて看取りを行っている	
02 看取り期に入った利用者に対し看取りは行っているが、看取りの計画は立てていない	
03 看取りは行っていないが、今後条件が整えば対応を考えたい	
04 看取りは行っておらず、今後も対応する予定はない（考えていない）	

問 19 貴施設の看取りに関するマニュアル（ガイドライン、手引き等）の有無【○は1つ】	
01 ある	03 現在なく、作成の予定もない
02 現在はないが、作成中である	

問 20 利用者本人への看取りに関するマニュアルの内容の説明、同意書の取得について【○は1つ】	
01 <u>看取りに関するマニュアルについて、説明および同意の取得をしている</u> 02 していない	
↓ 問 20-1 上記で 1 に○をつけた場合、その時期について【該当全てに○】	
01 入所時	02 急性増悪時 03 特に定めていない

問 21 利用者本人の看取りに関する希望【○は1つ】	
01 <u>入所時に希望を聞いている</u> 03 希望を聞いていない	
02 <u>病状が悪化した際に希望を聞いている</u> 04 その他（ ）	
↓ 問 21-1 上記で 1 または 2 に○をつけた場合、希望の把握の仕方について【該当全てに○】	
01 面談	02 アンケート等への記入 03 その他（ ）

問 22 利用者の家族への看取りに関するマニュアルの内容の説明、同意書の取得について【○は1つ】	
01 <u>看取りに関するマニュアルについて、説明および同意の取得をしている</u> 02 していない	
↓ 問 22-1 上記で 1 に○をつけた場合、その時期について【該当全てに○】	
01 入所時	02 急性増悪時 03 特に定めていない

問 23 利用者の家族の看取りに関する希望【○は1つ】	
01 <u>入所時に希望を聞いている</u> 03 希望を聞いていない	
02 <u>病状が悪化した際に希望を聞いている</u> 04 その他（ ）	
↓ 問 23-1 上記で 1 または 2 に○をつけた場合、希望の把握の仕方について【該当全てに○】	
01 面談	02 アンケート等への記入 03 その他（ ）

問 24 看取りの各対応に関与している職種【該当全てに○、最も中心的に関与している職種に◎】							
対応内容	① 施設長	② 医師	③ 看護 職員	④ 介護 職員	⑤ 支援 相談員	⑥ 介護支援 専門員	⑦ その他
01 看取りに関するガイドライン等の作成							
02 本人及び家族への説明							
03 看取り期の判断に関する情報提供 ※							
04 看取り期の家族への説明、同意取得							
05 看取りカンファレンスの開催							
06 看取り計画作成（連絡・調整含む）							
07 看取り計画の見直し							
08 亡くなる際の付き添い							
09 死亡直前の家族への連絡							
10 死亡直前・直後の家族へのサポート							
11 死後の処置							
12 施設内お見送り							
13 家族へのグリーフケア							
14 看取りの評価・振り返り							

※「看取り期の判断に関する情報提供」とは、職員間で看取りの判断に資する、利用者の状況についての情報を提供することをさします。

問 25 貴施設内でターミナルケアを行ううえでの課題【該当全てに○】	
01 施設の方針として積極的でない	08 施設全体としてターミナルケアの経験が不足している
02 医療機関との連携が難しい	09 ターミナルケアを行うことで職員の精神的負担が増す
03 施設内の職員の連携が難しい	10 ターミナルケアに係る事務負担が増す
04 看取りのために利用できる個室がない	11 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している
05 利用者を医療的に観察するための設備がない	12 利用者およびその家族が施設内の看取りを望まない
06 ターミナルケアを行うための人材が不足している	13 利用者の家族との連携が十分にとれない
07 ターミナルケアを行うための夜間の体制が十分でない	14 その他 ()

問 26 ターミナルケアを実施した利用者の人数【2014 年●月～●月】

施設で最期まで看取った人数	() 人
最期に病院に搬送した人数（搬送後 1 週間以内に死亡した人数）	() 人
<u>直近で最期に病院に搬送した利用者 1 名</u> を想定してご回答ください。その主な理由は何ですか。 【該当全てに○】	01 家族・親族の希望による 02 職員の負担が増加し、施設内でケアできなくなったため 03 施設内で必要な医療が受けられないため 04 その他 () 上で「03」を選択した場合、どのような医療が必要であったかを具体的にご記入ください。

問 27 看取りを行ううえでの貴施設での取り組み、工夫または課題等について、記入してください。【自由回答】

8. その他

問 28 地域との交流	01 地域住民との交流会の開催	04 地域住民への健康相談・講習等
【該当全てに○】	02 ボランティアの受け入れ	05 その他（ ）
	03 祭り等のイベントの開催	

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。

**介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査
従事者票（医師票）**

②介護老人保健施設

問1. 貴施設での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）

①勤務形態	1. 常勤	2. 非常勤
②就業形態	1. 専従	2. 兼務
③勤務日数	()日／月	うち、夜間勤務()日／月
④勤務時間	()時間／月	うち、夜間勤務()時間／月
⑤急変等発生時の対応件数および日数	()件／月	うち、夜間帯 ()件／月
	()日／月	うち、夜間帯 ()日／月

問2. 専門分野・経験年数についてお答えください

①専門分野	()科
②取得した専門医 (複数回答)	1. 総合内科専門医 18. リハビリテーション科専門医 34. 小児外科専門医 2. 小児科専門医 19. 消化器病専門医 35. リウマチ専門医 3. 皮膚科専門医 20. 循環器専門医 36. 小児循環器専門医 4. 精神科専門医 21. 呼吸器専門医 37. 小児神経科専門医 5. 外科専門医 22. 血液専門医 38. 小児血液・がん専門医 6. 整形外科専門医 23. 内分泌代謝科(内科・小児科・産婦人科)専門医 39. 周産期(新生児)医専門医 7. 産婦人科専門医 24. 糖尿病専門医 40. 周産期(母体・胎児)医専門医 8. 眼科専門医 9. 耳鼻咽喉科専門医 25. 腎臓専門医 41. 婦人科腫瘍専門医 10. 泌尿器科専門医 26. 肝臓専門医 42. 生殖医療専門医 11. 脳神経外科専門医 27. アレルギー専門医 43. 頭頸部がん専門医 12. 放射線科専門医 28. 感染症専門医 44. 放射線治療専門医 13. 麻酔科専門医 29. 老年病専門医 45. 放射線診断専門医 14. 病理専門医 30. 神経内科専門医 46. 手外科専門医 15. 臨床検査専門医 31. 消化器外科専門医 47. 脊椎脊髄外科専門医 16. 救急科専門医 32. 呼吸器外科専門医 48. 集中治療専門医 17. 形成外科専門医 33. 心臓血管外科専門医 49. その他 ()
③経験年数	()年 うち慢性期分野での経験年数 ()年

問3. オンコール対応日（※）の状況についてお答えください			
※17時から翌朝9時の間にオンコール対応を行い呼び出しのあった日のうち、直近5回の状況についてお答えください			
1回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール回数	()回	
	④対応に要した時間(合計)	()分	
	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)	
		①対応日	2014年()月()日()曜日
		②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
③一晩のオンコール回数	()回		
④対応に要した時間(合計)	()分		
2回目	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)	

3回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール 回数	()回	
	④対応に要した時間 (合計)	()分	
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	
		11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	
		8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	
4回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール 回数	()回	
	④対応に要した時間 (合計)	()分	
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	
		11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)	
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	
		8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	

5回目	①対応日	2014年()月()日()曜日	
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
	③一晩のオンコール 回数	()回	
	④対応に要した時間 (合計)	()分	
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(オンコールの理由) 1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:) (2)処置内容等 1. 診察 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)	

問4. 施設内の看取り(終末期ケアや死亡確認)への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】

①関与した施設内の 看取りの件数	あなたが死亡診断をした件数	()件				
	看取り計画に関与した件数	()件				
②施設内で看取りを 行う上での課題につ いて(複数回答)	1. 施設の方針として積極的でない 8. 施設全体として看取りの経験が不足している 2. 医療機関との連携が難しい 9. 看取りを行うことで職員の精神的負担が増す 3. 施設内の職員の連携が難しい 10. 看取りに係る事務負担が増す 4. 看取りのために利用できる個室がない 11. 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している 5. 利用者を医療的に観察するための設備がない 12. 利用者およびその家族が施設内の看取りを望まない 6. 看取りを行うための人材が不足している 13. 利用者の家族との連携が十分にとれない 7. 看取りを行うための夜間の体制が十分でない 14. その他()					
③施設内の看取りに 対するあなたの取 組み姿勢や意向につ いてお答えください	a)看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極 的	2. やや 積極 的	3. どちら でもない	4. やや 消極 的	5. 消極 的
	b)看取りに関する施設の方針に 対する満足度	1. 満足	2. やや 満足	3. どちら でもない	4. やや 不満	5. 不満
	c)看取りへの取り組みに対する今 後の意向	1. 積極 的	2. やや 積極 的	3. どちら でもない	4. やや 消極 的	5. 消極 的

問5. 介護老人保健施設における医師の関与・役割に対するご意見をお聞かせください(自由回答)

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査
従事者票（看護職員票）**

②介護老人保健施設

問1. 貴施設での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）

①勤務形態	1. 常勤	2. 非常勤
②就業形態	1. 専従	2. 兼務
③職種	1. 看護師	2. 准看護師
④勤務日数	() 日 / 月	うち、夜間勤務 () 日 / 月
⑤勤務時間	() 時間 / 月	うち、夜間勤務 () 時間 / 月
⑥急変等発生時の対応件数および日数	() 件 / 月	うち、夜間帯 () 件 / 月
	() 日 / 月	うち、夜間勤務日 () 日 / 月

問2. 経験年数についてお答えください

①経験年数 ※ () 年 うち介護分野での経験年数 ()

※離職していた期間については、含めないで下さい。

問3. 夜間の勤務日（※）の業務内容についてお答えください（10分単位で記入してください）

※同時に複数の業務を行った場合は主に行ったものでカウントしてください。

夜間の勤務日	2014年()月()日()曜日	
①開始時間	②終了時間	勤務時間(②－①)
(記入例) 17:00	9:00	960分
⋮	⋮	分(☆)

※下表の合計時間☆と一致させる

業務内容	時間(10分単位)	件数(人数)
(1) 介護老人保健施設以外(兼務しているサービスなど)に従事	分	
(2) 業務準備(自身の身支度等の業務に向けての準備)	分	
(3) 健康管理(バイタルサイン確認(入浴・リハビリ時の確認を除く)、健康状態確認(日常会話、声かけによる確認を含む))	分	人
(4) 診療の補助	分	人
(5) 移動の介助	分	人
(6) 居室、リビング等での見守り	分	
(7) 食事介助(配膳、下膳含む)	分	人
(8) 排泄ケア	分	人
(9) 服薬介助 (服薬の見守り、服薬状況の確認を含む)	分	人
(10) 口腔ケア	分	人
(11) 記録(リハビリ記録を除く)	分	件
(12) 会議 ※看取りに関するもの以外	分	
(13) 連絡・調整	分	
(14) 利用者・家族への対応 ※看取りに関するもの以外	分	件
(15) ナースコール対応	分	件
(16) 看取りへの関与	分	件
(17) 服薬管理 (薬の区分け・与薬の準備、配布を含む)	分	件
(18) 巡視	分	件
(19) 更衣介助	分	件
(20) 休憩	分	
(21) その他()	分	
合計	分(☆)	

※勤務時間☆と一致させる

問4. 緊急対応（※）の状況についてお答えください		
※17時から翌朝9時の間に緊急対応を行った日のうち、直近5回の状況についてお答えください。		
1回目	①対応日	2014年()月()日()曜日
	②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
	③一晩で呼び出された回数	()回
	④対応に要した時間(合計)	()分
	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐 11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
	(2)処置内容等	
	1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	
2回目	①対応日	2014年()月()日()曜日
	②呼び出された時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
	③一晩で呼び出された回数	()回
	④対応に要した時間(合計)	()分
	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐 11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
	(2)処置内容等	
	1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)	

3回目	①対応日	2014年()月()日()曜日
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
	③一晩で呼び出された回数	()回
	④対応に要した時間 (合計)	()分
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(緊急対応の理由) 1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐 11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:) (2)処置内容等 1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)
4回目	①対応日	2014年()月()日()曜日
	②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
	③一晩で呼び出された回数	()回
	④対応に要した時間 (合計)	()分
	⑤対応内容 (複数回答)	(1)利用者の状態(緊急対応の理由) 1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐 11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:) (2)処置内容等 1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)

5回目	①対応日	2014年()月()日()曜日
	②呼び出された時間(初回)	(1. 午後・2. 午前) ()時()分
	③一晩で呼び出された回数	()回
	④対応に要した時間(合計)	()分
	⑤対応内容(複数回答)	(1)利用者の状態(緊急対応の理由) 1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐 11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:) (2)処置内容等 1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)

問5. 普段あなたが担っている業務や役割についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の状況】

①喀痰吸引・胃ろう等に関する介護職員への指導・助言	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
②介護職員向け研修の実施(講師など)	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
③他医療機関への連絡調整(主治医等)	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
④リハ職(P.T・O.T・S.T等)との利用者に関する情報共有	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑤ケアマネジャーとの相談、連携	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑥ケアプランの作成、確認	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入
	2. 担当していない	()件/月
⑦個別援助計画の作成、確認	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入
	2. 担当していない	()件/月
⑧サービス担当者会議への参加	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑨ケアカンファレンスへの参加	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑩ケアカンファレンスの召集・連絡調整	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑪ケアカンファレンスの司会進行	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑫家族への連絡調整	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑬利用者・家族からの相談対応	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他

問6. 施設内の看取り（終末期ケアや死亡確認）への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】

①看取り計画に関与した件数	()件					
②施設内の看取りに対するあなたの取り組み姿勢や意向についてお答えください	a)看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的
	b)看取りに関する施設の方針に対する満足度	1. 満足	2. やや満足	3. どちらでもない	4. やや不満	5. 不満
	c)医師の看取りへの関与に対する満足度	1. 満足	2. やや満足	3. どちらでもない	4. やや不満	5. 不満
	d)介護職員の看取りへの関与に対する満足度	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的
	e)看取りへの取り組みに対する今後の意向	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的

問7. 介護老人保健施設における看護職員の関与・役割に対するご意見をお聞かせください（自由回答）

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査 利用者票 (②介護老人保健施設)

□記入にあたってのご注意

- ・この利用者票は看護職員の方が、必要に応じ施設長、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、**記入当日時点の状況についてご回答下さい。**
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。太枠内には数字を記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業」
 三菱総合研究所
 電話:0120-〇〇〇-△△△(平日9時30分～17時30分)
 FAX:03-〇〇〇〇-△△△△(24時間受付)
 ※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

I 利用者の基本情報

連番記入欄: ※提出する票を区別する連番をご記入ください。			
問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳(平成26年7月1日時点)
問3. 入所日	(1. 昭和 2. 平成) ()年 ()月		
問4. 世帯構成 (○は1つ)	1. 独居 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居		
	問4-1「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) ↓ 1. 65歳以上のみ 2. それ以外		
問5. 入所前の場所 (○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()		
問6. 自宅の介護力 (○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護を出来る人がいない 4. 日中、夜間とも介護を出来る人がいる 2. 日中のみ、介護を出来る人がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護を出来る人がいる 6. その他()		
問7. 入所の理由 (該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 継続的なリハビリが必要なため 5. 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()		

II 利用者の状態等

問8. 傷病 (該当すべてに○)	1. 脳神経疾患	5. 呼吸器疾患	9. 眼・耳および附属器の疾患
	2. 循環器疾患	6. 消化器疾患	10. 泌尿生殖器疾患
	3. 骨・関節疾患	7. 悪性腫瘍	11. 歯科疾患
	4. 代謝性疾患	8. 精神科疾患(認知症除く)	12. その他()
↓			
1～12を複数選択した場合 主傷病と副傷病を1つずつ選び番号を記入。			
(1)主傷病(1つ) () (2)副傷病(1つ) ()			
問9. 認知症の有無 (○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし		
	問9-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について (該当するすべてに○)		
	1. 幻覚、妄想、せん妄、抑うつ、誤認、無気力等の精神症状 2. 暴言、暴力、徘徊、わめく等の行動症状		

問10. 今後30日間の病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを実施する状態		
問11. 要介護度 (○は1つ)	1. 要介護1 2. 要介護2	3. 要介護3 4. 要介護4	5. 要介護5 6. 未申請及び申請中		
問12. 障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
問13. 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. I 3. II a 4. II b 5. III a 6. III b 7. IV 8. M 9. 不明				
問14. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 医療区分1 2. 医療区分2 3. 医療区分3 4. 不明				
問15. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	②食事	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	③排泄	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	④入浴	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	⑤着替え	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
問16. 痛みの有無 (○は1つ)	1. 痛みがある 2. 痛みはない ↓ 問16-1「1. 痛みがある」の場合、日常生活の支障の有無(○は1つ) 1. 支障がある 2. 支障はない				

Ⅲ 受療状況

問17. 対診の状況	問17-1 平成26年6月における通院の有無	①有無	1. あり ・ 2. なし ↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。	
		②延べ通院回数	()回	
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 2. 外科 3. 泌尿器科 4. 整形外科 5. 精神科 6. 眼科 7. 歯科 8. 耳鼻科 9. 皮膚科 10. その他()	
問17-2 平成26年6月における往診の有無	問17-2 平成26年6月における往診の有無	①有無	1. あり ・ 2. なし ↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。	
		②延べ受療回数	()回	
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 2. 外科 3. 泌尿器科 4. 整形外科 5. 精神科 6. 眼科 7. 歯科 8. 耳鼻科 9. 皮膚科 10. その他()	

問18. 現在受けている治療 (該当するすべてに○)	1. 血糖測定・インスリン注射 2. 静脈内注射 3. 中心静脈栄養の管理 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6. 酸素療法 7. レスビレーター(人工呼吸器)の管理 8. 気管切開のケア 9. 疼痛の管理 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 13. 褥瘡の処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 18. 服薬管理 ※ 19. 認知症に関する専門的ケア 20. 摘便 21. 浣腸 22. 一時的導尿 23. その他()
問19. リハ専門職(PT,OT,ST)による個別リハビリテーションの有無(○は1つ)	1. 個別リハビリテーションを受けている 2. 個別リハビリテーションを受けていない 問19-1 ↓ 「1. 受けている」を選択した場合、その頻度と1回当たりの平均時間 平均()回/週 1回当たりの平均時間()分/回
問20. 罹患している疾患 (該当するすべてに○)	1. スモン 2. 難病(スモンを除く) 3. 脊髄損傷(頸髄損傷) 4. 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 5. 悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要なもの) 6. 悪性腫瘍(余命3か月以内) 7. 肺炎 8. 尿路感染症 9. リハビリテーションが必要な疾患 10. 脱水かつ発熱を伴う状態 11. 体内出血 12. 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 13. 褥瘡 14. 末梢循環障害による下肢末端開放創 15. 帯状疱疹(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とするもの) 16. せん妄 17. うつ状態 18. 暴行が毎日みられる状態 19. 喘息重積発作 20. 重度意識障害(JCS100以上) 21. 肝不全(腹水高度、NH ₄ Cl 120mg/dl以上) 22. 心不全(高度非代償性) 23. その他()
問21. 内服薬の種類	()種類

Ⅳ 今後の生活・療養の場の見通し等 ※想定できる範囲で記入してください。

問22. 利用者に必要と考える医療の水準 (○は1つ)	1. 入院医療が必要 2. 在宅医療があれば対応可能 3. 外来医療で対応可能 4. 不要 問22-1 ↓ 1. を選んだ場合、その理由(該当する全てに○) 1. 高度な医療処置 2. 常時又は頻回な医療処置 3. 医師による常時又は頻繁な評価 4. その他
問23. 利用者に必要と考える介護の水準 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要
問24. 最も適切と考えられる生活・療養の場 (○は1つ)	※利用者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、利用者にとって最適な場所を選択。 1. 自宅(家族等との同居も含む) 2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 3. 介護老人保健施設 4. その他の介護施設 5. 一般病棟(自院・他院を問わず) 6. 医療療養病棟(自院・他院を問わず) 7. 介護療養型医療施設(自院・他院を問わず) 8. その他の病棟(自院・他院を問わず) 9. その他()

問25. 今後の生活・療養の場の見通し (○は1つ)	1. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている
	2. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない
	問25-1 ↓ 2. と回答した場合、その理由 (該当する全てに○)
	1. 最も適切な施設に、空床がないため 2. 最も適切な場所では、認知症への対応が困難なため 3. 最も適切な場所では、医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため 4. 最も適切な場所では、その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため 5. 最も適切な場所では、必要な介護サービスが確保できないため 6. 最も適切な場所では、夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため 7. 最も適切な場所での、住宅改修等の住環境の整備ができないため 8. 最も適切な場所での、家族の介護困難、又は介護者不在のため 9. 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため 10. 経済的事情があるため 11. その他()

V 利用者本人および家族の希望

問26. 今後の生活の場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 医療機関での療養を希望 6. 貴施設以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問27. 今後の生活の場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 医療機関での療養を希望 6. 貴施設以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問28. 看取りの場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での看取りを希望 4. 自宅での看取りを希望	5. 医療機関での看取りを希望 6. 貴施設以外の介護施設での看取りを希望 7. その他 ()
問29. 看取りの場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴施設での看取りを希望 4. 自宅での看取りを希望	5. 医療機関での看取りを希望 6. 貴施設以外の介護施設での看取りを希望 7. その他 ()

利用者票は以上です。
ご協力ありがとうございました。

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

介護サービス事業所における医療職の勤務実態および

医療施設・介護施設の利用者に関する横断的な調査研究事業

【施設票】

③ 介護療養型医療施設

■記入にあたってのご注意

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

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療施設・介護施設の利用者に関する横断的な調査研究事業」事務局

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

FAX：●●●●●●●●●● (24 時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 貴院の基本情報

問 1 平成 26 年○月○日における貴院の開設主体【○は 1 つ】

01 公立

04 個人

02 医療法人

05 その他 ()

03 社団・財団法人

問 2 貴院の形態【○は 1 つ】

01 病院

02 診療所

問 3 貴院の開設年月

西暦 () 年 () 月

問 4 平成 26 年○月○日において貴法人が運営する施設 (居住系含む) 【該当する全てに○】

01 介護老人福祉施設

04 その他の高齢者住まい等 (有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等)

02 認知症対応型共同生活介護事業所

05 その他 ()

03 介護老人保健施設

うち併設・隣接している施設番号 (1～5) ()

問5 平成26年〇月〇日において貴法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに○】	
01 訪問看護ステーション	07 居宅介護支援事業所
02 訪問入浴介護	08 その他の居宅サービス
03 訪問リハビリテーション	09 地域包括支援センター
04 訪問介護	10 その他 ()
05 通所介護（デイサービス）	うち併設・隣接している事業所の番号（1～9）
06 通所リハ（デイケア）	→ ()

問6 平成26年〇月〇日24時時点における貴院の定員数		
病床分類	許可病床数	入院患者数
01 介護療養病床	床	人
02 01のうち短期入所療養介護※	床	人
03 一般病床	床	人
04 医療療養病床	床	人
05 上記以外の病床	床	人

※：空床利用ではなく、短期入所生活介護専用のベッドとして確保している数を記入してください。

問7 平成26年〇月〇日24時時点における貴院の介護療養病床の患者数等						
(1) 要介護度別実利用者数	①要介護1	②要介護2	③要介護3	④要介護4	⑤要介護5	⑥不明・申請中
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別実利用者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別実利用者数	①40～64歳	②65～74歳	③75～84歳	④85～94歳	⑤95歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入所期間別実利用者数	①3ヶ月未満	②3ヶ月以上～6ヶ月未満	③6ヶ月以上～1年未満	④1年以上～2年未満	⑤2年以上～3年未満	⑥3年以上
	人	人	人	人	人	人
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実利用者数	①自立	②Ⅰ	③Ⅱ	④Ⅲ	⑤Ⅳ	⑥M
	人	人	人	人	人	人
(6) 所得段階別実利用者数	①減免あり	②減免なし	③不明			
	人	人	人			
(7) 特定疾患罹患患者数	①罹患あり	②罹患なし	③不明			
	人	人	人			

2. 職員の配置状況

問 8 平成 26 年○月○日 24 時~~時点~~における貴院における職員の配置状況

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

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

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

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

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

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

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

3. 介護報酬の算定状況

問9 平成26年6月 <u>(1ヶ月間)</u> の施設サービス費【該当する費用全てに○】
01 療養型介護療養施設サービス費 (I)
02 療養型介護療養施設サービス費 (II)
03 療養型介護療養施設サービス費 (III)
04 療養型経過型介護療養施設サービス費 (I)
05 療養型経過型介護療養施設サービス費 (II)
06 ユニット型療養型介護療養施設サービス費 (I) または (II)
07 ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費 (I) または (II)

問10 平成26年6月 <u>(1ヶ月間)</u> の加算の算定状況【○は1つ】	
01 認知症行動・心理症状緊急対応加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
02 サービス提供体制強化加算 (I)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
03 サービス提供体制強化加算 (II)・(III)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
04 経口移行加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
05 経口維持加算 (I)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
06 経口維持加算 (II)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
07 認知症専門ケア加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
08 夜間勤務等看護 (I)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
09 夜間勤務等看護 (II)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
10 夜間勤務等看護 (III)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
11 夜間勤務等看護 (IV)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
12 認知症専門ケア加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし

4. 医療的ケアの状況

問 11 介護療養病床における医療的ケアに関する実施実績						
※介護療養型医療施設の患者の受けた医療的ケアについて記入し、他の病床や併設サービス（短期入所療養介護含む）等の患者に係る実施については含まないでください。						
※実施可能性については、日中と夜間に分けてそれぞれ、実施可能であれば「○」、不可能であれば「×」を記入してください。						
医療的ケアの内容	対応可否		6月○日から6月●日まで（1週間）の実施実績			
	日中	夜間	受療した 患者の 実人数 ※1	実施者（該当するすべてに○）		
				医師	看護 職員	介護 職員
（記入例）02 静脈内注射	○	×	（ 20 ）人	○		
01 血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）			（ ）人			
02 静脈内注射（点滴を含む）			（ ）人			
03 中心静脈栄養の管理			（ ）人			
04 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理			（ ）人			
05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理			（ ）人			
06 酸素療法			（ ）人			
07 レスピレーター（人工呼吸器）の管理			（ ）人			
08 気管切開のケア			（ ）人			
09 疼痛の管理			（ ）人			
10 09のうち麻薬を用いるもの			（ ）人			
11 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）			（ ）人			
12 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）			（ ）人			
13 褥瘡の処置			（ ）人			
14 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）の管理			（ ）人			
15 喀痰吸引			（ ）人			
16 ネブライザー			（ ）人			
17 創傷処置（褥瘡を除く）			（ ）人			
18 服薬管理（注射を除く） ※2			（ ）人			
19 認知症に関する専門的ケア			（ ）人			
20 排便			（ ）人			
21 浣腸			（ ）人			
22 一時的導尿			（ ）人			
23 その他	処置名（ ）		（ ）人			

※1：6月○日から6月●日まで（1週間）に、1回以上当該医療的ケアを行った場合を「1」とカウントします。（期間中何回当該医療的ケアを行っても「1」と数えてください。）

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

問 12 平成 26 年 6 月（1 か月間）における貴院以外の医療機関での受療				
01 外部医療機関への延べ通院者数	①実人数	人	②延べ人数	人

6. 入退院の状況

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

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

※2：新規入院数：新たに貴院に入院した人の数をさします。ただし再入院の患者も含みます。

※3：退院者数：貴院から退院した人の数をさします。ただし死亡退院を含みます。「退院先の内訳」の01～09の合計が、この「退院者数」に一致するようにしてください。

7. 看取り（終末期ケアや死亡確認）について

問 14 貴院の介護療養病床での看取りの方針【○は1つ】

- 01 看取り期に入った利用者に対し、個別に看取り計画を立てて看取りを行っている
- 02 看取り期に入った利用者に対し看取りは行っているが、看取りの計画は立てていない
- 03 看取りは行っていないが、今後条件が整えば対応を考えたい
- 04 看取りは行っておらず、今後も対応する予定はない（考えていない）

15 貴院の介護療養病床での看取りに関するマニュアル（ガイドライン、手引き等）の有無【○は1つ】

- 01 ある
- 02 現在はないが、作成中である
- 03 現在なく、作成の予定もない

問 16 介護療養病床の患者本人への看取りに関するマニュアルの内容の説明、同意書の取得について
【〇は1つ】

- 01 看取りに関するマニュアルについて、説明および同意の取得をしている 02 していない



問 16-1 上記で 1 に○をつけた場合、その時期について【該当全てに○】

- | 01 入所時 | 02 急性増悪時 | 03 特に定めていない |
|---------------|-----------------|--------------------|
| <p>01 入所時</p> | <p>02 急性増悪時</p> | <p>03 特に定めていない</p> |

問 17 介護療養病床の患者本人の看取りに関する希望【○は1つ】

- 01 入所時に希望を聞いている 03 希望を聞いていない
02 病状が悪化した際に希望を聞いている 04 その他 ()



問 17-1 上記で 1 または 2 に○をつけた場合、希望の把握の仕方について【該当全てに○】

- 01 面談 02 アンケート等への記入 03 その他（ ）

問 18 介護療養病床の患者の家族への看取りに関するマニュアルの内容の説明、同意書の取得について
【○は1つ】

- 01 看取りに関するマニュアルについて、説明および同意の取得をしている 02 していない

問 18-1 上記で1に○をつけた場合、その時期について【該当全てに○】

- | 01 入所時 | 02 急性増悪時 | 03 特に定めていない |
|---|---|---|
| <p>1 入所時</p> <p>2 急性増悪時</p> <p>3 特に定めていない</p> | <p>1 入所時</p> <p>2 急性増悪時</p> <p>3 特に定めていない</p> | <p>1 入所時</p> <p>2 急性増悪時</p> <p>3 特に定めていない</p> |

問 19 介護療養病床の患者の家族の看取りに関する希望【○は1つ】

- 01 入所時に希望を聞いている
- 02 病状が悪化した際に希望を聞いている
- 03 希望を聞いていない
- 04 その他（ ）

問 19-1 上記で 1 または 2 に○をつけた場合、希望の把握の仕方について【該当全てに○】

- 01 面談 02 アンケート等への記入 03 その他（ ）

問20 介護療養病床の看取りの各対応に関与している職種【該当全てに○、最も中心的に関与している職種に◎】

対応内容	① 医師	② 看護 職員	③ 介護 職員	④ 支援 相談員	⑤ 介護支援 専門員	⑥ その他
01 看取りに関するガイドライン等の作成						
02 本人及び家族への説明						
03 看取り期の判断に関する情報提供 ※						
04 看取り期の家族への説明、同意取得						
05 看取りカンファレンスの開催						
06 看取り計画作成（連絡・調整含む）						
07 看取り計画の見直し						
08 亡くなる際の付き添い						
09 死亡直前の家族への連絡						
10 死亡直前・直後の家族へのサポート						
11 死後の処置						
12 施設内お見送り						
13 家族へのグリーフケア						
14 看取りの評価・振り返り						

※「看取り期の判断に関する情報提供」とは、職員間で看取りの判断に資する、利用者の状況についての情報を提供することをさします。

問21 貴院の介護療養病床でターミナルケアを行ううえでの課題【該当全てに○】

01 貴院の方針として積極的でない	08 貴院全体としてターミナルケアの経験が不足している
02 他の医療機関との連携が難しい	09 ターミナルケアを行うことで職員の精神的負担が増す
03 貴院内の職員の連携が難しい	10 ターミナルケアに係る事務負担が増す
04 看取りのために利用できる個室がない	11 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している
05 利用者を医療的に観察するための設備がない	12 利用者およびその家族が貴院内の看取りを望まない
06 ターミナルケアを行うための人材が不足している	13 利用者の家族との連携が十分にとれない
07 ターミナルケアを行うための夜間の体制が十分でない	14 その他（ ）

問 22 看取りを行ううえでの貴院での取り組み、工夫または課題等について、記入してください。【自由回答】

8. その他

問 23 平成 26 年〇月〇日現在の介護療養病床の転換意向の状況【該当する全てに○】
01 全ての病床について転換予定がある
02 一部の病床について転換予定がある
03 転換の予定は未定だが一部または全ての病床について検討中
04 転換の予定は未定であり、全ての病床について検討していない

問 24 (1) 問 23 で「01 全ての病床について転換予定がある」、「02 一部の病床について転換予定がある」または「03 転換の予定は未定だが一部または全ての病床について検討中」を選択した方にお聞きします。			
貴院の介護療養病床の病床転換意向内容、転換予定時期、転換予定病床数【該当全てに○】			
※検討中の病床については、現在の方向性および念頭においている転換先で構いません。病床数まで検討をしていない場合は、病床数については空欄で構いません。			
意向内容または方針	平成 27 年 3 月 までに転換予定	平成 30 年 3 月 までに転換予定	転換時期は 未定
01 一般病床	床	床	床
02 医療療養病床	床	床	床
03 01, 02 以外の医療保険適用病床	床	床	床
04 従来型介護老人保健施設	床	床	床
05 療養型介護老人保健施設	床	床	床
06 介護老人福祉施設（地域密着型含む）	床	床	床
07 認知症対応型共同生活介護事業所	床	床	床
08 特定施設入居者生活介護事業所（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）	床	床	床
09 小規模多機能型居宅介護事業所	床	床	床
10 複合型サービス事業所	床	床	床
11 04～10 以外の介護サービス事業所	床	床	床
12 病床の廃止、減床	床	床	床
13 01～12 以外	床	床	床

問24(2) 問23で「01 全ての病床について転換予定がある」、「02 一部の病床について転換予定がある」または「03 転換の予定は未定だが一部または全ての病床について検討中」を選択した方にお聞きします。

意志決定をするうえで重要な要素【該当全てに○】

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 01 現在の介護療養病床の患者の転院先の確保 | 07 金融機関等からの融資の有無 |
| 02 現在の介護療養病床の患者の介護ニーズ | 08 近隣地域の医療および介護のニーズ |
| 03 医師、看護職員の確保可能性 | 09 所属する法人の方針 |
| 04 転換後の経営状況、採算性 | 10 今後の報酬水準および政策動向 |
| 05 補助金等の公的な財政支援の有無 | 11 その他 |
| 06 行政からの指導や後押しの有無 | () |

問24(3) 問23で「04 転換の予定は未定であり、全ての病床について検討していない」を選択した方にお聞きします。

転換が未定である理由【該当全てに○】

- | | |
|---|---|
| 01 現在の体制で患者の症状が安定しているため | 09 法人理念や職員意識等からみて、医療機関でなくなる・転換をすることに対して抵抗感があるため |
| 02 介護療養病床の経営が安定しているため | 10 現在入院している患者の転院先、受け入れ先を見つけることが困難なため |
| 03 今後の報酬水準および政策動向をみて判断したため | 11 職員確保、配置が困難なため |
| 04 地域における、介護療養病床のニーズが高いため | 12 介護保険サービスの運営ノウハウがないため |
| 05 一部の病床を転換したばかりのため | 13 患者や家族の理解を得ることが困難なため |
| 06 同一法人内で保有している病床や介護サービス事業所との兼ね合いが難しいため | 14 院内で転換について検討したことがないため |
| 07 建物改修が費用、面積等の面で困難なため | 15 その他 |
| 08 転換後の経営や資金繰り等に不安があるため | () |

問24(4) 問22で「04 転換の予定は未定であり、全ての病床について検討していない」を選択した方にお聞きします。

意志決定をするうえで重要な要素【該当全てに○】

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 01 現在、入院している患者の転院先、受け入れ先の確保 | 06 行政からの指導や後押しの有無 |
| 02 現在の療養病床の患者の介護ニーズ | 07 金融機関等からの融資の有無 |
| 03 医師、看護職員の確保可能性 | 08 地域におけるニーズ |
| 04 転換後の経営状況、採算性 | 09 所属する法人の方針 |
| 05 補助金等の公的な財政支援の有無 | 10 その他() |

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。

介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査
従事者票（医師票）

③介護療養型医療施設

問 1. 貴院での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）

①勤務形態	1. 常勤	2. 非常勤
②就業形態	1. 専従	2. 兼務
③勤務日数	() 日／月	うち、夜間勤務 () 日／月
④勤務時間	() 時間／月	うち、夜間勤務 () 時間／月
⑤急変等発生時の対応件数および日数	() 件／月	うち、夜間帯 () 件／月
	() 日／月	うち、夜間帯 () 日／月

問 2. 専門分野・経験年数についてお答えください

①専門分野	() 科
②取得した専門医 (複数回答)	1. 総合内科専門医 18. リハビリテーション科専門医 34. 小児外科専門医 2. 小児科専門医 19. 消化器病専門医 35. リウマチ専門医 3. 皮膚科専門医 20. 循環器専門医 36. 小児循環器専門医 4. 精神科専門医 21. 呼吸器専門医 37. 小児神経科専門医 5. 外科専門医 22. 血液専門医 38. 小児血液・がん専門医 6. 整形外科専門医 23. 内分泌代謝科(内科・小児科・産婦人科)専門医 39. 周産期(新生児)医専門医 7. 産婦人科専門医 24. 糖尿病専門医 40. 周産期(母体・胎児)医専門医 8. 眼科専門医 25. 腎臓専門医 41. 婦人科腫瘍専門医 9. 耳鼻咽喉科専門医 26. 肝臓専門医 42. 生殖医療専門医 10. 泌尿器科専門医 27. アレルギー専門医 43. 頭頸部がん専門医 11. 脳神経外科専門医 28. 感染症専門医 44. 放射線治療専門医 12. 放射線科専門医 29. 老年病専門医 45. 放射線診断専門医 13. 麻酔科専門医 30. 神経内科専門医 46. 手外科専門医 14. 病理専門医 31. 消化器外科専門医 47. 脊椎脊髄外科専門医 15. 臨床検査専門医 32. 呼吸器外科専門医 48. 集中治療専門医 16. 救急科専門医 33. 心臓血管外科専門医 49. その他 () 17. 形成外科専門医
③経験年数	() 年 うち慢性期分野での経験年数 () 年

問3. 夜間当直日(※)の状況についてお答えください	
※夜間当直日のうち、呼び出しのあった任意の一日についてお答えください	
①夜間当直日	2014年()月()日()曜日
②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分
③一晩で呼び出された回数	()回
④対応に要した時間 (合計)	()分
⑤対応内容 (複数回答)	初回
	2回目

(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
1. バイタルサインの低下	11. 腹痛
2. 発熱	12. 便秘
3. 意識障害	13. 尿量減少
4. 頭痛	14. 誤薬(事故)
5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)
6. 呼吸障害	16. 不眠
7. 誤嚥	17. せん妄
8. 胸痛	18. 吐血・下血
9. 不整脈	19. 看取り期の対応
10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)
(2)処置内容等	
1. 診察	8. 蘇生処置_その他
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)	9. 投薬
3. 創傷処置(縫合以外の処置)	10. 輸液
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)

(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
1. バイタルサインの低下	11. 腹痛
2. 発熱	12. 便秘
3. 意識障害	13. 尿量減少
4. 頭痛	14. 誤薬(事故)
5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)
6. 呼吸障害	16. 不眠
7. 誤嚥	17. せん妄
8. 胸痛	18. 吐血・下血
9. 不整脈	19. 看取り期の対応
10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)
(2)処置内容等	
1. 診察	8. 蘇生処置_その他
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)	9. 投薬
3. 創傷処置(縫合以外の処置)	10. 輸液
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)

(複数回答)	3回目	(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)
⑤対応内容	4回目	(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)

(複数回答)	5回目	(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)

問4. 貴院の介護療養病床での看取り(終末期ケアや死亡確認)への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】

①関与した貴院の介護療養病床の看取りの件数	あなたが死亡診断をした件数	()件					
	看取り計画に関与した件数	()件					
②貴院の介護療養病床で看取りを行う上での課題について(複数回答)	1. 貴院の方針として積極的でない 2. 他の医療機関との連携が難しい 3. 貴院内の職員の連携が難しい 4. 看取りのために利用できる個室がない 5. 利用者を医療的に観察するための設備がない 6. 看取りを行うための人材が不足している 7. 看取りを行うための夜間の体制が十分でない		8. 貴院全体として看取りの経験が不足している 9. 看取りを行うことで職員の精神的負担が増す 10. 看取りに係る事務負担が増す 11. 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している 12. 利用者およびその家族が施設内の看取りを望まない 13. 利用者の家族との連携が十分にとれない 14. その他()				
	③貴院の介護療養病床の看取りに対するあなたの取り組み姿勢や意向についてお答えください	a)看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的
b)看取りに関する施設の方針に対する満足度		1. 満足	2. やや満足	3. どちらでもない	4. やや不満	5. 不満	
c)看取りへの取り組みに対する今後の意向		1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的	

問5. 介護療養型医療施設における医師の関与・役割に対するご意見をお聞かせください(自由回答)

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査
従事者票（看護職員票）**

③介護療養型医療施設

問1. 貴院での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）

①勤務形態	1. 常勤	2. 非常勤
②就業形態	1. 専従	2. 兼務
③職種	1. 看護師	2. 准看護師
④勤務日数	() 日 / 月	うち、夜間勤務 () 日 / 月
⑤勤務時間	() 時間 / 月	うち、夜間勤務 () 時間 / 月
⑥急変等発生時の対応件数および日数	() 件 / 月	うち、夜間帯 () 件 / 月
	() 日 / 月	うち、夜間勤務日 () 日 / 月

問2. 経験年数についてお答えください

①経験年数 ※	() 年	うち介護分野での経験年数 ()
---------	-------	------------------

※離職していた期間については、含めないで下さい。

問3. 夜間の勤務日（※）の業務内容についてお答えください（10分単位で記入してください）

※同時に複数の業務を行った場合は主に行ったものでカウントしてください。

夜間の勤務日	2014年() 月 () 日 () 曜日	
①開始時間	②終了時間	勤務時間(②-①)
(記入例) 17:00	9:00	960分
:	:	分(☆)

※下表の合計時間☆と一致させる

業務内容	時間(10分単位)	件数(人数)
(1) 介護療養型医療施設以外(兼務しているサービスなど)に従事	分	
(2) 業務準備(自身の身支度等の業務に向けての準備)	分	
(3) 健康管理(バイタルサイン確認(入浴・リハビリ時の確認を除く)、健康状態確認(日常会話、声かけによる確認を含む))	分	人
(4) 診療の補助	分	人
(5) 移動の介助	分	人
(6) 居室、リビング等での見守り	分	
(7) 食事介助(配膳、下膳含む)	分	人
(8) 排泄ケア	分	人
(9) 服薬介助(服薬の見守り、服薬状況の確認を含む)	分	人
(10) 口腔ケア	分	人
(11) 記録(リハビリ記録を除く)	分	件
(12) 会議 ※看取りに関するもの以外	分	
(13) 連絡・調整	分	
(14) 利用者・家族への対応 ※看取りに関するもの以外	分	件
(15) ナースコール対応	分	件
(16) 看取りへの関与	分	件
(17) 服薬管理(薬の区分け・与薬の準備、配布を含む)	分	件
(18) 巡視	分	件
(19) 更衣介助	分	件
(20) 休憩	分	
(21) その他()	分	
合計	分(☆)	

※勤務時間☆と一致させる

問4. 緊急対応（※）の状況についてお答えください ※17時から翌朝9時の間に緊急対応を行った日のうち、 任意の一日についてお答えください。	
①緊急対応日	2014年()月()日()曜日
②対応開始時間(初回)	(1. 午後・2. 午前) ()時()分
③一晩で呼び出された回数	()回
④対応に要した時間(合計)	()分
⑤対応内容 (複数回答)	初回 (1)利用者の状態(緊急対応の理由) 1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:) (2)処置内容等 1. 診察補助 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術の補助 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)
	2回目 (1)利用者の状態(緊急対応の理由) 1. バイタルサインの低下 11. 腹痛 2. 発熱 12. 便秘 3. 意識障害 13. 尿量減少 4. 頭痛 14. 誤薬(事故) 5. けいれん・麻痺 15. 転倒・転落(事故) 6. 呼吸障害 16. 不眠 7. 誤嚥 17. せん妄 8. 胸痛 18. 吐血・下血 9. 不整脈 19. 看取り期の対応 10. 嘔気・嘔吐 20. その他→(具体的に:) (2)処置内容等 1. 診察補助 8. 蘇生処置_その他 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 9. 投薬 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 10. 輸液 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 11. 緊急手術の補助 5. 蘇生処置_電気ショック 12. 他医療機関へ搬送 6. 蘇生処置_気管挿管 13. その他 7. 蘇生処置_昇圧剤投与 →(具体的に:)

⑤ 対応内容（複数回答）	3回目	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)	
		1. バイタルサインの低下	11. 腹痛
		2. 発熱	12. 便秘
		3. 意識障害	13. 尿量減少
	4. 頭痛	14. 誤薬(事故)	
	5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)	
	6. 呼吸障害	16. 不眠	
	7. 誤嚥	17. せん妄	
	8. 胸痛	18. 吐血・下血	
	9. 不整脈	19. 看取り期の対応	
	10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)	
	(2)処置内容等		
1. 診察補助	8. 蘇生処置_その他		
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助	9. 投薬		
3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助	10. 輸液		
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術の補助		
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送		
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他		
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)		
4回目	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)		
	1. バイタルサインの低下	11. 腹痛	
	2. 発熱	12. 便秘	
	3. 意識障害	13. 尿量減少	
	4. 頭痛	14. 誤薬(事故)	
	5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)	
	6. 呼吸障害	16. 不眠	
	7. 誤嚥	17. せん妄	
	8. 胸痛	18. 吐血・下血	
	9. 不整脈	19. 看取り期の対応	
	10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)	
	(2)処置内容等		
1. 診察補助	8. 蘇生処置_その他		
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助	9. 投薬		
3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助	10. 輸液		
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術の補助		
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送		
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他		
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)		
5回目	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)		
	1. バイタルサインの低下	11. 腹痛	
	2. 発熱	12. 便秘	
	3. 意識障害	13. 尿量減少	
	4. 頭痛	14. 誤薬(事故)	
	5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)	
	6. 呼吸障害	16. 不眠	
	7. 誤嚥	17. せん妄	
	8. 胸痛	18. 吐血・下血	
	9. 不整脈	19. 看取り期の対応	
	10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)	
	(2)処置内容等		
1. 診察補助	8. 蘇生処置_その他		
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助	9. 投薬		
3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助	10. 輸液		
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術の補助		
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送		
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他		
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)		

問5. 普段あなたが担っている業務や役割についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の状況】		
①喀痰吸引・胃ろう等に関する介護職員への指導・助言	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
②介護職員向け研修の実施(講師など)	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
③他医療機関への連絡調整(主治医等)	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
④リハ職(PT・OT・ST等)との利用者に関する情報共有	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑤ケアマネジャーとの相談、連携	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑥ケアプランの作成、確認	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入
	2. 担当していない	() 件/月
⑦個別援助計画の作成、確認	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入
	2. 担当していない	() 件/月
⑧サービス担当者会議への参加	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑨ケアカンファレンスへの参加	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑩ケアカンファレンスの召集・連絡調整	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑪ケアカンファレンスの司会進行	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑫家族への連絡調整	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑬利用者・家族からの相談対応	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他

問6. 貴院の介護療養病床での看取り(終末期ケアや死亡確認)への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】		
①看取り計画に関与した件数	() 件	
②貴院の介護療養病床の看取りに対するあなたの取り組み姿勢や意向についてお答えください	a) 看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極的 2. やや積極的 3. どちらでもない 4. やや消極的 5. 消極的
	b) 看取りに関する施設の方針に対する満足度	1. 満足 2. やや満足 3. どちらでもない 4. やや不満 5. 不満
	c) 医師の看取りへの関与に対する満足度	1. 満足 2. やや満足 3. どちらでもない 4. やや不満 5. 不満
	d) 介護職員の看取りへの関与に対する満足度	1. 積極的 2. やや積極的 3. どちらでもない 4. やや消極的 5. 消極的
	e) 看取りへの取り組みに対する今後の意向	1. 積極的 2. やや積極的 3. どちらでもない 4. やや消極的 5. 消極的

問7. 介護療養型医療施設における看護職員の関与・役割に対するご意見をお聞かせください(自由回答)

■■■■ご協力ありがとうございました■■■■

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査
利用者票
(③介護療養型医療施設)

□記入にあたってのご注意

- ・この利用者票は、**介護療養病床を利用する方**について記入してください。
- ・この利用者票は看護職員の方が、必要に応じ院長、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、**記入当日時点の状況についてご回答下さい。**
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。太枠内には数字を記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業」
三菱総合研究所
電話：0120-0000-△△△(平日9時30分～17時30分)
FAX：03-0000-△△△△(24時間受付)
※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

I 利用者の基本情報

連番記入欄:		
※提出する票を区別する連番をご記入ください。		
問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢
		満()歳(平成26年7月1日時点)
問3. 入所日	(1. 昭和 2. 平成) ()年 ()月	
問4. 世帯構成 (○は1つ)	1. 独居 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居	
	問4-1「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) ↓	
	1. 65歳以上のみ 2. それ以外	
問5. 入所前の場所 (○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()	
問6. 自宅の介護力 (○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護を出来る人がいない 4. 日中、夜間とも介護を出来る人がいる 2. 日中のみ、介護を出来る人がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護を出来る人がいる 6. その他()	
問7. 入所の理由 (該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 継続的なリハビリが必要なため 5. 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()	

II 利用者の状態等

問8. 傷病 (該当すべてに○)	1. 脳神経疾患 5. 呼吸器疾患 9. 眼・耳および付属器の疾患	
	2. 循環器疾患 6. 消化器疾患 10. 泌尿生殖器疾患	
	3. 骨・関節疾患 7. 悪性腫瘍 11. 歯科疾患	
	4. 代謝性疾患 8. 精神科疾患(認知症除く) 12. その他()	
↓		
1～12を複数選択した場合 主傷病と副傷病を1つずつ選び番号を記入。		
(1)主傷病(1つ) () (2)副傷病(1つ) ()		
問9. 認知症の有無 (○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし	
	問9-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について (該当するすべてに○)	
	1. 幻覚、妄想、せん妄、抑うつ、誤認、無気力等の精神症状 2. 暴言、暴力、徘徊、わめく等の行動症状	

問10. 今後30日間の病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを実施する状態		
問11. 要介護度 (○は1つ)	1. 要介護1 2. 要介護2	3. 要介護3 4. 要介護4	5. 要介護5 6. 未申請及び申請中		
問12. 障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1				
問13. 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. I 3. II a				
問14. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 医療区分1 2. 医療区分2				
問15. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	②食事	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	③排泄	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	④入浴	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	⑤着替え	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
問16. 痛みの有無 (○は1つ)	1. 痛みがある 2. 痛みはない				
	問16-1「1. 痛みがある」の場合、日常生活の支障の有無(○は1つ) 1. 支障がある 2. 支障はない				

Ⅲ 受療状況

問17. 現在受けている治療 (該当するすべてに○)	1. 血糖測定・インスリン注射 2. 静脈内注射 3. 中心静脈栄養の管理 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6. 酸素療法 7. レスビレーター(人工呼吸器)の管理 8. 気管切開のケア 9. 疼痛の管理 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		13. 褥瘡の処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 18. 服薬管理 ※ 19. 認知症に関する専門的ケア 20. 摘便 21. 浣腸 22. 一時的導尿 23. その他()	
	※本調査における「服薬管理」は、経口、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。			
問18. リハ専門職 (PT,OT,ST)による個別リハビリテーションの有無(○は1つ)	1. 個別リハビリテーションを受けている		2. 個別リハビリテーションを受けていない	
	問19-1 ↓ 「1. 受けている」を選択した場合、その頻度と1回当たりの平均時間 平均()回/週 1回当たりの平均時間()分/回			
問19. 罹患している疾患 (該当するすべてに○)	1. スモン 2. 難病(スモンを除く) 3. 脊髄損傷(頸髄損傷) 4. 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 5. 悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要なもの) 6. 悪性腫瘍(余命3か月以内) 7. 肺炎 8. 尿路感染症 9. リハビリテーションが必要な疾患 10. 脱水かつ発熱を伴う状態 11. 体内出血 12. 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態		13. 褥瘡 14. 末梢循環障害による下肢末端開放創 15. 帯状疱疹(抗ウイルス剤の点滴注射を必要) 16. せん妄 17. うつ状態 18. 暴行が毎日みられる状態 19. 喘息重症発作 20. 重度意識障害(JCS100以上) 21. 肝不全(腹水高度、NH4Cl 120mg/dl以上) 22. 心不全(高度非代償性) 23. その他()	
	問20. 内服薬の種類 () 種類			

Ⅳ 今後の生活・療養の場の見通し等 ※想定できる範囲で記入してください。

問21. 利用者に必要と考える医療の水準 (○は1つ)	1. 入院医療が必要 2. 在宅医療があれば対応可能 3. 外来医療で対応可能 4. 不要 問21-1 ↓ 1. を選んだ場合、その理由(該当する全てに○) 1. 高度な医療処置 3. 医師による常時又は頻繁な評価 2. 常時又は頻回な医療処置 4. その他
問22. 利用者に必要と考える介護の水準 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要
問23. 最も適切と考えられる生活・療養の場 (○は1つ)	※利用者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、利用者にとって最適な場所を選択。 1. 自宅(家族等との同居も含む) 6. 医療療養病棟(自院・他院を問わず) 2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 7. 介護療養型医療施設(自院・他院を問わず) 3. 介護老人保健施設 8. その他の病棟(自院・他院を問わず) 4. その他の介護施設 9. その他 5. 一般病棟(自院・他院を問わず) (
問24. 今後の生活・療養の場の見通し (○は1つ)	1. 現時点で、問23で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている 2. 現時点で、問23で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない 問24-1 ↓ 2. と回答した場合、その理由 (該当する全てに○) 1. 最も適切な施設に、空床がないため 2. 最も適切な場所では、認知症への対応が困難なため 3. 最も適切な場所では、医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため 4. 最も適切な場所では、その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため 5. 最も適切な場所では、必要な介護サービスが確保できないため 6. 最も適切な場所では、夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため 7. 最も適切な場所での、住宅改修等の住環境の整備ができないため 8. 最も適切な場所での、家族の介護困難、又は介護者不在のため 9. 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため 10. 経済的事情があるため 11. その他()

IV 利用者本人および家族の希望

問25. 今後の生活の場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 貴院以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問26. 今後の生活の場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 貴院以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問27. 看取りの場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 貴院以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問28. 看取りの場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 貴院以外の介護施設での療養を希望 7. その他 ()

利用者票は以上です。 ご協力ありがとうございました。

介護サービス事業所における医療職の勤務実態および

医療施設・介護施設の利用者に関する横断的な調査研究事業

【施設票】

④ 医療療養病床

■記入にあたってのご注意

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

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療施設・介護施設の利用者に関する横断的な調査研究事業」事務局

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

FAX：●●●●●●●●●● (24時間受付)

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 貴院の基本情報

問1 平成26年○月○日における貴院の開設主体【○は1つ】

- | | |
|------------|------------|
| 01 公立 | 04 個人 |
| 02 医療法人 | 05 その他 () |
| 03 社団・財団法人 | |

問2 貴院の形態

- | | |
|-------|--------|
| 01 病院 | 02 診療所 |
|-------|--------|

問3 貴院の開設年月

西暦 () 年 () 月

問4 平成26年○月○日時点において貴法人が運営する施設(居住系含む)【該当する全てに○】

- | | |
|--------------------|---------------------------------------|
| 01 介護老人福祉施設 | 04 その他の高齢者住まい等(有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等) |
| 02 認知症対応型共同生活介護事業所 | 05 その他 () |
| 03 介護老人保健施設 | うち併設・隣接している施設番号(1~4) () |

問5 平成26年〇月〇日において貴法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに〇】	
01 訪問看護ステーション	07 居宅介護支援事業所
02 訪問入浴介護	08 その他の居宅サービス
03 訪問リハビリテーション	09 地域包括支援センター
04 訪問介護	10 その他 ()
05 通所介護 (デイサービス)	うち併設・隣接している事業所の番号 (1~9)
06 通所リハ (デイケア)	→ ()

問6 平成26年〇月〇日24時時点における貴院の定員数		
病床分類	許可病床数	入院患者数
01 一般病床	床	人
02 医療療養病床	床	人
03 介護療養病床	床	人
04 上記以外の病床	床	人

問7 平成26年〇月〇日24時時点における貴院の医療療養病床の入院患者数等						
(1) 要介護度別実利用者数	①要介護1	②要介護2	③要介護3	④要介護4	⑤要介護5	⑥不明・申請中
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別実利用者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別実利用者数	①40~64歳	②65~74歳	③75~84歳	④85~94歳	⑤95歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入所期間別実利用者数	①3ヶ月未満	②3ヶ月以上~6ヶ月未満	③6ヶ月以上~1年未満	④1年以上~2年未満	⑤2年以上~3年未満	⑥3年以上
	人	人	人	人	人	人
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実利用者数	①自立	②Ⅰ	③Ⅱ	④Ⅲ	⑤Ⅳ	⑥M
	人	人	人	人	人	人
(6) 特定疾患罹患患者数	①罹患あり	②罹患なし	③不明			
	人	人	人			

2. 職員の配置状況

問 8 平成 26 年〇月〇日 24 時時点における貴院の職員の配置状況					
※雇用形態にかかわらず、施設が定める 1 週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 ※常勤換算数の計算方法：小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上してください。 [常勤換算人員] = [職員の 1 週間の勤務時間] ÷ [事業所が定めている 1 週間の勤務時間]					
職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 医師	人	. 人	人	. 人	. 人
02 01 のうち医療療養病床専従	人	. 人	人	. 人	. 人
03 01 のうち医療療養病床兼務	人	. 人	人	. 人	. 人
04 歯科医師	人	. 人	人	. 人	. 人
05 歯科衛生士	人	. 人	人	. 人	. 人
06 看護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
07 06 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
08 理学療法士 (PT)	人	. 人	人	. 人	. 人
09 作業療法士 (OT)	人	. 人	人	. 人	. 人
10 言語聴覚士 (ST)	人	. 人	人	. 人	. 人
11 栄養士	人	. 人	人	. 人	. 人
12 11 のうち管理栄養士	人	. 人	人	. 人	. 人
13 薬剤師	人	. 人	人	. 人	. 人
その他 ※	14 ()	人 . 人	人	. 人	. 人
	15 ()	人 . 人	人	. 人	. 人
	16 ()	人 . 人	人	. 人	. 人
	17 ()	人 . 人	人	. 人	. 人
	18 ()	人 . 人	人	. 人	. 人

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

3. 診療報酬の算定状況

問 9 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> の入院基本料【該当全てに○】
01 療養病棟入院基本料 1
02 療養病棟入院基本料 2
03 有床診療所療養病棟入院基本料
04 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ～ 3
05 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料） 1 または 2

問 10 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> の加算の算定状況【○は 1 つ】	
01 在宅患者緊急入院診療加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
02 療養病棟環境改善加算 1	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
03 療養病棟環境改善加算 2	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
04 診療所療養病棟環境改善加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
05 退院調整加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
06 在宅復帰支援機能加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
07 在宅復帰機能強化加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし

4. 治療の状況

問 11 医療療養病床における治療に関する実施実績					
※医療療養病床の患者の受けた医療的ケアについて記入し、他の病床の患者に係る実施については含まないでください。 ※実施可能性については、日中と夜間に分けてそれぞれ、実施可能であれば「○」、不可能であれば「×」を記入してください。					
医療的ケアの内容	対応可否		6月○日から6月●日まで (1週間) の実施実績		
	日中	夜間	受療した 利用者の 実人数 ※1	実施者 (該当するすべてに○)	
				医師	看護 職員
(記入例) 02 静脈内注射	○	×	(20) 人	○	○
01 血糖測定・インスリン注射 (自己管理・介助を含む)			() 人		
02 静脈内注射 (点滴を含む)			() 人		
03 中心静脈栄養の管理			() 人		
04 透析 (在宅自己腹膜灌流を含む) の管理			() 人		
05 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理			() 人		
06 酸素療法			() 人		
07 レスピレーター (人工呼吸器) の管理			() 人		
08 気管切開のケア			() 人		
09 疼痛の管理			() 人		
10 09のうち麻薬を用いるもの			() 人		
11 経管栄養 (胃ろう・腸ろうを含む)			() 人		
12 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)			() 人		
13 褥瘡の処置			() 人		
14 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理			() 人		
15 喀痰吸引			() 人		
16 ネブライザー			() 人		
17 創傷処置 (褥瘡を除く)			() 人		
18 服薬管理 (注射を除く) ※2			() 人		
19 認知症に関する専門的ケア			() 人		
20 摘便			() 人		
21 浣腸			() 人		
22 一時的導尿			() 人		
23 その他	処置名 ()		() 人		

※1: 6月○日から6月●日まで (1週間) に、1回以上当該医療的ケアを行った場合を「1」とカウントします。(期間中何回当該医療的ケアを行っても「1」と数えてください。)

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

問 12 平成 26 年 6 月 <u>(1 ヶ月間)</u> における 貴院以外の医療機関等での受療				
01 外部医療機関への延べ通院者数	①実人数	人	②延べ人数	人

5. 入・退院患者の状況

問 13 貴院の医療療養病床における平成 26 年 4 月～6 月 <u>(3 ヶ月間)</u> の入・退院患者の状況						
※貴院が開設後 3 ヶ月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。						
※入院の期間は限りません。短期の入院であっても入退院については、「1 回」とカウントしてください。						
<u>3 ヶ月間</u> (4 月～6 月) の入退所者	(1) 計 [(2) + (3)]		(2) 75 歳未満		(3) 75 歳以上	
	①男性	②女性	①男性	②女性	①男性	②女性
①入院延日数※1	人	人	人	人	人	人
②新規入院患者数※2	人	人	人	人	人	人
③退院患者数※3	人	人	人	人	人	人
④退所先の内訳	01 自宅 (親族の家等も含む)	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい	人	人	人	人	人
	03 医療機関 (急性期治療のため)	人	人	人	人	人
	04 医療機関 (長期療養のため)	人	人	人	人	人
	05 医療機関 (その他、不明)	人	人	人	人	人
	06 介護老人保健施設 (老健)	人	人	人	人	人
	07 介護老人福祉施設 (特養)	人	人	人	人	人
	08 死亡退院	人	人	人	人	人
	09 その他・不明	人	人	人	人	人

※1：入院延べ日数：月毎の日々の入院患者日数（毎日 24 時時点で入院中の人）を合算してください。

※2：新規入院患者数：新たに貴院に入院した人の数をさします。ただし再入院の患者も含みます。

※3：退院患者数：貴院から退院した人の数をさします。ただし死亡退院を含みます。「退院先の内訳」の 01～09 の合計が、この「退院者数」に一致するようにしてください。

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。

介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査
従事者票（医師票）

④医療療養病床

問 1. 貴院での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）

①勤務形態	1. 常勤	2. 非常勤
②就業形態	1. 専従	2. 兼務
③勤務日数	() 日／月	うち、夜間勤務 () 日／月
④勤務時間	() 時間／月	うち、夜間勤務 () 時間／月
⑤急変等発生時の対応件数および日数	() 件／月	うち、夜間帯 () 件／月
	() 日／月	うち、夜間帯 () 日／月

問 2. 専門分野・経験年数についてお答えください

①専門分野	() 科
②取得した専門医 (複数回答)	1. 総合内科専門医 18. リハビリテーション科専門医 34. 小児外科専門医 2. 小児科専門医 19. 消化器病専門医 35. リウマチ専門医 3. 皮膚科専門医 20. 循環器専門医 36. 小児循環器専門医 4. 精神科専門医 21. 呼吸器専門医 37. 小児神経科専門医 5. 外科専門医 22. 血液専門医 38. 小児血液・がん専門医 6. 整形外科専門医 23. 内分泌代謝科(内科・小児科・産婦人科)専門医 39. 周産期(新生児)医専門医 7. 産婦人科専門医 24. 糖尿病専門医 40. 周産期(母体・胎児)医専門医 8. 眼科専門医 25. 腎臓専門医 41. 婦人科腫瘍専門医 9. 耳鼻咽喉科専門医 26. 肝臓専門医 42. 生殖医療専門医 10. 泌尿器科専門医 27. アレルギー専門医 43. 頭頸部がん専門医 11. 脳神経外科専門医 28. 感染症専門医 44. 放射線治療専門医 12. 放射線科専門医 29. 老年病専門医 45. 放射線診断専門医 13. 麻酔科専門医 30. 神経内科専門医 46. 手外科専門医 14. 病理専門医 31. 消化器外科専門医 47. 脊椎脊髄外科専門医 15. 臨床検査専門医 32. 呼吸器外科専門医 48. 集中治療専門医 16. 救急科専門医 33. 心臓血管外科専門医 49. その他 () 17. 形成外科専門医
③経験年数	() 年 うち慢性期分野での経験年数 () 年

問3. 夜間当直日(※)の状況についてお答えください	
※夜間当直日のうち、呼び出しのあった任意の一日についてお答えください	
①夜間当直日	2014年()月()日()曜日
②呼び出された時間 (初回)	(1. 午後・2. 午前) ()時()分
③一晩で呼び出された回数	()回
④対応に要した時間 (合計)	()分
⑤対応内容 (複数回答)	初回
	2回目

(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
1. バイタルサインの低下	11. 腹痛
2. 発熱	12. 便秘
3. 意識障害	13. 尿量減少
4. 頭痛	14. 誤薬(事故)
5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)
6. 呼吸障害	16. 不眠
7. 誤嚥	17. せん妄
8. 胸痛	18. 吐血・下血
9. 不整脈	19. 看取り期の対応
10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)
(2)処置内容等	
1. 診察	8. 蘇生処置_その他
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)	9. 投薬
3. 創傷処置(縫合以外の処置)	10. 輸液
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)

(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
1. バイタルサインの低下	11. 腹痛
2. 発熱	12. 便秘
3. 意識障害	13. 尿量減少
4. 頭痛	14. 誤薬(事故)
5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)
6. 呼吸障害	16. 不眠
7. 誤嚥	17. せん妄
8. 胸痛	18. 吐血・下血
9. 不整脈	19. 看取り期の対応
10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)
(2)処置内容等	
1. 診察	8. 蘇生処置_その他
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)	9. 投薬
3. 創傷処置(縫合以外の処置)	10. 輸液
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)

(複数回答)	3回目	(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
⑤対応内容	4回目	(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)

(複数回答)	5回目	(1)利用者の状態(呼び出された理由)	
		1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
		(2)処置内容等	
		1. 診察 2. 創傷処置(縫合を伴う処置) 3. 創傷処置(縫合以外の処置) 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)

問4. 貴院の医療療養病床での看取り(終末期ケアや死亡確認)への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】

①関与した貴院の医療療養病床の看取りの件数	あなたが死亡診断をした件数	()件				
	看取り計画に関与した件数	()件				
②貴院の医療療養病床で看取りを行う上での課題について(複数回答)	1. 貴院の方針として積極的でない 2. 他の医療機関との連携が難しい 3. 貴院内の職員の連携が難しい 4. 看取りのために利用できる個室がない 5. 利用者を医療的に観察するための設備がない 6. 看取りを行うための人材が不足している 7. 看取りを行うための夜間の体制が十分でない					
	8. 貴院全体として看取りの経験が不足している 9. 看取りを行うことで職員の精神的負担が増す 10. 看取りに係る事務負担が増す 11. 研修等を通じた知識・技術の習得が不足している 12. 利用者およびその家族が施設内の看取りを望まない 13. 利用者の家族との連携が十分にとれない 14. その他()					
③貴院の医療療養病床の看取りに対するあなたの取り組み姿勢や意向についてお答えください	a)看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的
	b)看取りに関する貴院の方針に対する満足度	1. 満足	2. やや満足	3. どちらでもない	4. やや不満	5. 不満
	c)看取りへの取り組みに対する今後の意向	1. 積極的	2. やや積極的	3. どちらでもない	4. やや消極的	5. 消極的

問5. 医療療養病床における医師の関与・役割に対するご意見をお聞かせください(自由回答)

--

■■■ご協力ありがとうございました■■■

**介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査
従事者票（看護職員票）**

④医療療養病床

問1. 貴院での勤務状況についてお答えください（2014年〇月〇日～2014年〇月〇日の状況）

①勤務形態	1. 常勤	2. 非常勤
②就業形態	1. 専従	2. 兼務
③職種	1. 看護師	2. 准看護師
④勤務日数	() 日 / 月	うち、夜間勤務 () 日 / 月
⑤勤務時間	() 時間 / 月	うち、夜間勤務 () 時間 / 月
⑥急変等発生時の対応件数および日数	() 件 / 月	うち、夜間帯 () 件 / 月
	() 日 / 月	うち、夜間勤務日 () 日 / 月

問2. 経験年数についてお答えください

①経験年数 ※	() 年	うち介護分野での経験年数 ()
---------	-------	------------------

※離職していた期間については、含めないで下さい。

問3. 夜間の勤務日（※）の業務内容についてお答えください（10分単位で記入してください）

※同時に複数の業務を行った場合は主に行ったものでカウントしてください。

夜間の勤務日	2014年() 月 () 日 () 曜日	
①開始時間	②終了時間	勤務時間(②-①)
(記入例) 17:00	9:00	960分
:	:	分(☆)

※下表の合計時間☆と一致させる

業務内容	時間(10分単位)	件数(人数)
(1) 医療療養病床以外に従事	分	
(2) 業務準備(自身の身支度等の業務に向けての準備)	分	
(3) 健康管理(バイタルサイン確認(入浴・リハビリ時の確認を除く)、健康状態確認(日常会話、声かけによる確認を含む))	分	人
(4) 診療の補助	分	人
(5) 移動の介助	分	人
(6) 居室、リビング等での見守り	分	
(7) 食事介助(配膳、下膳含む)	分	人
(8) 排泄ケア	分	人
(9) 服薬介助(服薬の見守り、服薬状況の確認を含む)	分	人
(10) 口腔ケア	分	人
(11) 記録(リハビリ記録を除く)	分	件
(12) 会議 ※看取りに関するもの以外	分	
(13) 連絡・調整	分	
(14) 利用者・家族への対応 ※看取りに関するもの以外	分	件
(15) ナースコール対応	分	件
(16) 看取りへの関与	分	件
(17) 服薬管理(薬の区分け・与薬の準備、配布を含む)	分	件
(18) 巡視	分	件
(19) 更衣介助	分	件
(20) 休憩	分	
(21) その他()	分	
合計	分(☆)	

※勤務時間☆と一致させる

問4. 緊急対応（※）の状況についてお答えください ※17時から翌朝9時の間に緊急対応を行った日のうち、 任意の一日についてお答えください。		
①緊急対応日	2014年()月()日()曜日	
②対応開始時間(初回)	(1. 午後 ・ 2. 午前) ()時()分	
③一晩で呼び出された回数	()回	
④対応に要した時間 (合計)	()分	
⑤ 対応内容 (複数回答)	初回	
	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)	
	1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
	(2)処置内容等	
	1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)
	2回目	
	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)	
	1. バイタルサインの低下 2. 発熱 3. 意識障害 4. 頭痛 5. けいれん・麻痺 6. 呼吸障害 7. 誤嚥 8. 胸痛 9. 不整脈 10. 嘔気・嘔吐	11. 腹痛 12. 便秘 13. 尿量減少 14. 誤薬(事故) 15. 転倒・転落(事故) 16. 不眠 17. せん妄 18. 吐血・下血 19. 看取り期の対応 20. その他→(具体的に:)
	(2)処置内容等	
	1. 診察補助 2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助 3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助 4. 蘇生処置_胸骨圧迫 5. 蘇生処置_電気ショック 6. 蘇生処置_気管挿管 7. 蘇生処置_昇圧剤投与	8. 蘇生処置_その他 9. 投薬 10. 輸液 11. 緊急手術の補助 12. 他医療機関へ搬送 13. その他 →(具体的に:)

⑤ 対応内容 (複数回答)	3回目	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)	
		1. バイタルサインの低下	11. 腹痛
		2. 発熱	12. 便秘
		3. 意識障害	13. 尿量減少
	4. 頭痛	14. 誤薬(事故)	
	5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)	
	6. 呼吸障害	16. 不眠	
	7. 誤嚥	17. せん妄	
	8. 胸痛	18. 吐血・下血	
	9. 不整脈	19. 看取り期の対応	
	10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)	
	(2)処置内容等		
1. 診察補助	8. 蘇生処置_その他		
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助	9. 投薬		
3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助	10. 輸液		
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術の補助		
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送		
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他		
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)		
4回目	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)		
	1. バイタルサインの低下	11. 腹痛	
	2. 発熱	12. 便秘	
	3. 意識障害	13. 尿量減少	
	4. 頭痛	14. 誤薬(事故)	
	5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)	
	6. 呼吸障害	16. 不眠	
	7. 誤嚥	17. せん妄	
	8. 胸痛	18. 吐血・下血	
	9. 不整脈	19. 看取り期の対応	
	10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)	
	(2)処置内容等		
1. 診察補助	8. 蘇生処置_その他		
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助	9. 投薬		
3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助	10. 輸液		
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術の補助		
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送		
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他		
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)		
5回目	(1)利用者の状態(緊急対応の理由)		
	1. バイタルサインの低下	11. 腹痛	
	2. 発熱	12. 便秘	
	3. 意識障害	13. 尿量減少	
	4. 頭痛	14. 誤薬(事故)	
	5. けいれん・麻痺	15. 転倒・転落(事故)	
	6. 呼吸障害	16. 不眠	
	7. 誤嚥	17. せん妄	
	8. 胸痛	18. 吐血・下血	
	9. 不整脈	19. 看取り期の対応	
	10. 嘔気・嘔吐	20. その他→(具体的に:)	
	(2)処置内容等		
1. 診察補助	8. 蘇生処置_その他		
2. 創傷処置(縫合を伴う処置)の補助	9. 投薬		
3. 創傷処置(縫合以外の処置)の補助	10. 輸液		
4. 蘇生処置_胸骨圧迫	11. 緊急手術の補助		
5. 蘇生処置_電気ショック	12. 他医療機関へ搬送		
6. 蘇生処置_気管挿管	13. その他		
7. 蘇生処置_昇圧剤投与	→(具体的に:)		

問5. 普段あなたが担っている業務や役割についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の状況】		
①喀痰吸引・胃ろう等に関する介護職員への指導・助言	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
②介護職員向け研修の実施(講師など)	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
③他医療機関への連絡調整(主治医等)	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
④リハ職(PT・OT・ST等)との利用者に関する情報共有	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑤ケアマネジャーとの相談、連携	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑥ケアプランの作成、確認	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入
	2. 担当していない	() 件/月
⑦個別援助計画の作成、確認	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、担当件数を以下に記入
	2. 担当していない	() 件/月
⑧サービス担当者会議への参加	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑨ケアカンファレンスへの参加	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、参加率を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 2割未満 2. 2割～5割未満 3. 5割～8割未満 4. 8割以上
⑩ケアカンファレンスの召集・連絡調整	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑪ケアカンファレンスの司会進行	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎回 2. 2回に1回 3. 数回に1回 4. その他
⑫家族への連絡調整	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他
⑬利用者・家族からの相談対応	1. 担当している ⇒	⇒1. を回答した場合、最も近い頻度を以下から選択(○は1つ)
	2. 担当していない	1. 毎日 2. 週に数回 3. 月に数回 4. 月1回 5. その他

問6. 貴院の医療療養病床での看取り(終末期ケアや死亡確認)への関与についてお答えください【2014年〇月～2014年〇月の6ヶ月間の状況】		
①看取り計画に関与した件数	() 件	
②貴院の医療療養病床の看取りに対するあなたの取り組み姿勢や意向についてお答えください	a) 看取りに対する取り組み姿勢	1. 積極的 2. やや積極的 3. どちらでもない 4. やや消極的 5. 消極的
	b) 看取りに関する貴院の方針に対する満足度	1. 満足 2. やや満足 3. どちらでもない 4. やや不満 5. 不満
	c) 医師の看取りへの関与に対する満足度	1. 満足 2. やや満足 3. どちらでもない 4. やや不満 5. 不満
	d) 介護職員の看取りへの関与に対する満足度	1. 積極的 2. やや積極的 3. どちらでもない 4. やや消極的 5. 消極的
	e) 看取りへの取り組みに対する今後の意向	1. 積極的 2. やや積極的 3. どちらでもない 4. やや消極的 5. 消極的

問7. 医療療養病床における看護職員の関与・役割に対するご意見をお聞かせください(自由回答)

■■■ご協力ありがとうございました■■■

医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査
利用者票
(④医療療養病床)

□記入にあたってのご注意

- ・この患者票は、**医療療養病床を利用する方**について記入してください。
- ・この患者票は看護職員の方が、必要に応じ医師の方とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、**記入当日時点の状況についてご回答下さい。**
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。太枠内には数字を記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業」
三菱総合研究所
電話：0120-0000-△△△（平日9時30分～17時30分）
FAX：03-0000-△△△△（24時間受付）
※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

I 利用者の基本情報

連番記入欄： ※提出する票を区別する連番をご記入ください。			
問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳(平成26年7月1日時点)
問3. 入院日	(1. 昭和 2. 平成) ()年 ()月		
問4. 世帯構成 (○は1つ)	1. 独居 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居		
	問4-1「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) ↓ 1. 65歳以上のみ 2. それ以外		
問5. 入院前の場所 (○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()		
問6. 自宅の介護力 (○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護を出来る人がいない 4. 日中、夜間とも介護を出来る人がいる 2. 日中のみ、介護を出来る人がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護を出来る人がいる 6. その他()		
問7. 入院の理由 (該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 継続的なリハビリが必要なため 5. 他の医療施設もしくは介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()		

II 利用者の状態等

問8. 傷病 (該当すべてに○)	1. 脳神経疾患 5. 呼吸器疾患 9. 眼・耳および附属器の疾患	
	2. 循環器疾患 6. 消化器疾患 10. 泌尿生殖器疾患	
	3. 骨・関節疾患 7. 悪性腫瘍 11. 歯科疾患	
	4. 代謝性疾患 8. 精神科疾患(認知症除く) 12. その他()	
↓ 13. ない		
↓ 1～12を複数選択した場合 主傷病と副傷病を1つずつ選び番号を記入。		
(1)主傷病(1つ) () (2)副傷病(1つ) ()		
問9. 認知症の有無 (○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし	
	↓ 問9-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について (該当するすべてに○)	
	1. 幻覚、妄想、せん妄、抑うつ、誤認、無気力等の精神症状 2. 暴言、暴力、徘徊、わめく等の行動症状	

問10. 今後30日間の 病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを 実施する状態		
問11. 要介護度 (○は1つ)	1. 要介護1 2. 要介護2	3. 要介護3 4. 要介護4	5. 要介護5 6. 未申請及び申請中		
問12. 障害高齢者の 日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください>				
	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1	5. A2 6. B1 7. B2	8. C1 9. C2 10. 不明		
問13. 認知症高齢者の 日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください>				
	1. 自立 2. I 3. IIa	4. IIb 5. IIIa 6. IIIb	7. IV 8. M 9. 不明		
問14. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください>				
	1. 医療区分1 2. 医療区分2	3. 医療区分3 4. 不明			
問15. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	②食事	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	③排泄	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	④入浴	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
	⑤着替え	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助
問16. 痛みの有無 (○は1つ)	1. 痛みがある 2. 痛みはない				
	↓ 問16-1「1. 痛みがある」の場合、日常生活の支障の有無(○は1つ)				
	1. 支障がある 2. 支障はない				

Ⅲ 受療状況

問17. 現在受けている 治療 (該当するすべてに ○)	1. 血糖測定・インスリン注射 2. 静脈内注射 3. 中心静脈栄養の管理 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6. 酸素療法 7. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 8. 気管切開のケア 9. 疼痛の管理 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 13. 褥瘡の処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、 留置カテーテル等)の管理 15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 18. 服薬管理 ※ 19. 認知症に関する専門的ケア 20. 摘便 21. 浣腸 22. 一時的導尿 23. その他()
問18. リハ専門職 (PT,OT,ST)による個 別リハビリテーションの 有無(○は1つ)	1. 個別リハビリテーションを受けている 2. 個別リハビリテーションを受けていない 問19-1 ↓ 「1. 受けている」を選択した場合、その頻度と1回当たりの平均時間 平均()回/週 1回当たりの平均時間()分/回
問19. 罹患している 疾患 (該当するすべてに ○)	1. スモン 2. 難病(スモンを除く) 3. 脊髄損傷(頸髄損傷) 4. 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 5. 悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要なもの) 6. 悪性腫瘍(余命3か月以内) 7. 肺炎 8. 尿路感染症 9. リハビリテーションが必要な疾患 10. 脱水かつ発熱を伴う状態 11. 体内出血 12. 頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 13. 褥瘡 14. 末梢循環障害による下肢末端開放創 15. 帯状疱疹(抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする) 16. せん妄 17. うつ状態 18. 暴行が毎日みられる状態 19. 喘息重積発作 20. 重度意識障害(JCS100以上) 21. 肝不全(腹水高度、NH4Cl 120mg/dl以上) 22. 心不全(高度非代償性) 23. その他()
問20. 内服薬の種類	()種類

Ⅳ 今後の生活・療養の場の見通し等 ※想定できる範囲で記入してください。

問21. 利用者に必要と考える医療の水準 (○は1つ)	1. 入院医療が必要 ↓	2. 在宅医療があれば対応可能	3. 外来医療で対応可能	4. 不要
	問21-1 ↓ 1. を選んだ場合、その理由(該当する全てに○)			
	1. 高度な医療処置	2. 常時又は頻回な医療処置	3. 医師による常時又は頻繁な評価	4. その他
問22. 利用者に必要と考える介護の水準 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要			
問23. 最も適切と考えられる生活・療養の場 (○は1つ)	※利用者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、利用者にとって最適な場所を選択。 1. 自宅(家族等との同居も含む) 2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 3. 介護老人保健施設 4. その他の介護施設 5. 一般病棟(自院・他院を問わず) 6. 医療療養病棟(自院・他院を問わず) 7. 介護療養型医療施設(自院・他院を問わず) 8. その他の病棟(自院・他院を問わず) 9. その他 ()			
問24. 今後の生活・療養の場の見通し (○は1つ)	1. 現時点で、問23で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている			
	2. 現時点で、問23で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない ↓			
	問24-1 ↓ 02と回答した場合、その理由 (該当する全てに○) 01 最も適切な施設に、空床がないため 02 最も適切な場所では、認知症への対応が困難なため 03 最も適切な場所では、医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため 04 最も適切な場所では、その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため 05 最も適切な場所では、必要な介護サービスが確保できないため 06 最も適切な場所では、夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため 07 最も適切な場所での、住宅改修等の住環境の整備ができないため 08 最も適切な場所での、家族の介護困難、又は介護者不在のため 09 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため 10 経済的事実があるため 11 その他()			

Ⅳ 利用者本人および家族の希望

問25. 今後の生活の場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問26. 今後の生活の場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問27. 看取りの場に関する本人の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 介護施設での療養を希望 7. その他 ()
問28. 看取りの場に関する家族の希望 (○は1つ)	1. 意思の表示が不可能 2. 希望を把握していない 3. 貴院での療養を希望 4. 自宅での療養を希望	5. 貴院以外の医療機関での療養を希望 6. 介護施設での療養を希望 7. その他 ()

利用者票は以上です。
ご協力ありがとうございました。

看取り対応に係る業務内容調査（看護職員用）

死亡日

月 日 ()

■記入例

看取り対象利用者の家族が来所していた時間帯に✓をつける

死亡時刻に、太線を記入

各行為については、看取り対象利用者の対応をした

処置・従事業務内容(看護職員)	0:00	0:30	1:00	1:30	2:00	2:30	3:00	3:30	4:00	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30	7:00	7:30
家族がいた時間						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
医師がいた時間						✓			✓							
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)					✓	✓		✓	✓							
...																
死後の処置									✓	✓	✓	✓	✓	✓		

処置・従事業務内容(看護職員)	0:00	0:30	1:00	1:30	2:00	2:30	3:00	3:30	4:00	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30	7:00	7:30
家族がいた時間																
医師がいた時間																
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)																
説明・カンファレンス等																
状態観察(バイタル測定、心身の状態観察等)																
医療処置																
身の回りの世話、介護ケア																
本人への話しかけ、寄り添い、心理的サポート等																
死後の処置																

処置・従事業務内容(看護職員)	8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30
家族がいた時間																
医師がいた時間																
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)																
説明・カンファレンス等																
状態観察(バイタル測定、心身の状態観察等)																
医療処置																
身の回りの世話、介護ケア																
本人への話しかけ、寄り添い、心理的サポート等																
死後の処置																

処置・従事業務内容(看護職員)	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30
家族がいた時間																
医師がいた時間																
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)																
説明・カンファレンス等																
状態観察(バイタル測定、心身の状態観察等)																
医療処置																
身の回りの世話、介護ケア																
本人への話しかけ、寄り添い、心理的サポート等																
死後の処置																

看取り対応に係る業務内容調査（介護職員用）

死亡日	月 日 ()
-----	---------

■記入例

処置・従事業務内容(介護職員)	看取り対象利用者の家族が来所していた時間帯に	30	2:00	2:30	3:00	3:30	4:00	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30	7:00	7:30
家族がいた時間				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
医師がいた時間				✓			✓							
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)			✓	✓		✓	✓							
...														
死後の処置							✓	✓	✓	✓	✓	✓		

死亡時刻に、太線を記入

処置・従事業務内容(介護職員)	0:00	0:30	1:00	1:30	2:00	2:30	3:00	3:30	4:00	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30	7:00	7:30
家族がいた時間																
医師がいた時間																
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)																
説明・カンファレンス等																
状態観察(バイタル測定、心身の状態観察等)																
医療処置																
身の回りの世話、介護ケア																
本人への話しかけ、寄り添い、心理的サポート等																
死後の処置																

処置・従事業務内容(介護職員)	8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30
家族がいた時間																
医師がいた時間																
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)																
説明・カンファレンス等																
状態観察(バイタル測定、心身の状態観察等)																
医療処置																
身の回りの世話、介護ケア																
本人への話しかけ、寄り添い、心理的サポート等																
死後の処置																

処置・従事業務内容(介護職員)	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30
家族がいた時間																
医師がいた時間																
家族へのサポート(連絡・相談対応・心理的サポート)																
説明・カンファレンス等																
状態観察(バイタル測定、心身の状態観察等)																
医療処置																
身の回りの世話、介護ケア																
本人への話しかけ、寄り添い、心理的サポート等																
死後の処置																