

## 介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱

### 1. 設置目的

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

### 2. 実施体制

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

### 3. 調査検討組織の運営

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

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

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

（敬称略、委員については50音順）

### 【オブザーバー】

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

## 介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業（案）

### 1. 調査の目的

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

### 2. 調査客体

#### (1) アンケート調査

全国の介護老人保健施設を対象とした悉皆調査（3,700施設程度）。

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

#### (2) ヒアリング調査

在宅復帰状況の異なる5～8施設に対する訪問調査。

### 3. 主な調査項目

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

### 4. 調査内容

(1) アンケート調査は、「施設票」「入所者票」「退所者票」で構成される（いずれも対象施設の職員が記入）。

(2) ヒアリング調査は、在宅復帰率、ベッド回転率等の要因で分類されるいくつかの類型毎に、在宅復帰に影響を及ぼす固有の事情等について調査する。

### 5. 調査方法

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

介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）  
 介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究  
**【①施設票】（案）**

■ 回答者の名前と連絡先をご記入ください。

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

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

平成25年●月●日（●）

までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。

《封入する調査票の枚数をご記入ください》

調査票名	通数
【①施設票】	<u>1</u> 通
【②入所者票】	_____ 通
【③入所者票】	_____ 通

- 本調査に関するご質問は、以下までお問い合わせください。

お問い合わせ先：〇〇〇〇

担当：XX、XX、XX、XX

フリーダイヤル：0120-XXX-XXX

1. 調査基準日（平成25年10月1日）現在の貴施設の概況

問1 貴施設の開設主体【○は1つ】

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

問2 貴施設の開設年月

[ 西暦 ・ 昭和 ・ 平成 ]  
(いずれかに○)

年
 
 月

問3 貴法人・関連法人<sup>※1</sup>が運営する施設・事業所【該当全てに○】

01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所
04 介護老人福祉施設（特養）	05 認知症グループホーム	
06 その他の介護施設等（有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）		
07 訪問看護ステーション	08 併設医療機関が保有する訪問看護事業所	09 訪問介護
10 訪問リハ	11 短期入所生活・療養介護 <sup>※2</sup>	12 通所介護（デイサービス）
13 通所リハ（デイケア） <sup>※2</sup>	14 その他の居宅サービス	15 地域包括支援センター
16 居宅介護支援事業所	17 その他（ ）	

※1 関連の医療法人、社会福祉法人、MS法人等を含む  
 ※2 貴施設のショートステイ（空床利用含む）、通所リハを含む

問4 貴施設の待機者数<sup>※</sup>【直近の人数をご記入ください】

※待機者数＝「入所申込者数」－（「入所定員」－「入所者」）  
 定期リピート入所の待ち人数を除く  
 「入所申込者数」には、入所時期未定だが入所がほぼ確定している申込者を含む

	人
--	---

問5 貴施設の定員数・利用者数

	①入所サービス (空床利用ショートを含む)	②ショートステイ (空床利用ショート以外)	③通所サービス
定員数	人	人	人
基準日現在の入所者数 <sup>※1</sup>	人		
(うちショート入所者数)	( 人)		
1か月間述べ利用者数 <sup>※2</sup>	ショートステイ（空床利用＋空床利用以外）		通所サービス
	人		人

※1 基準日（平成25年10月1日）現在

※2 平成25年9月1ヶ月間の延べ利用者数

問6 入所定員数のうち、貴施設の施設運営の観点から適切と考えるベッド数

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

問6-1 緊急時の受入のために、なるべく空けておきたいと考えるベッド数	人
問6-2 安定的な施設経営のために、なるべく埋めておきたいと考えるベッド数	人

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

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

問8 次の各ケースについて、 <b>継続的な協力関係</b> がある施設の有無 【同一・関連法人内、同一・関連法人外別に、 <b>協力施設がある箇所に○</b> 】	同一・関連法人内に	同一・関連法人外に
	協力施設あり	協力施設あり
在所者が急変した時の、搬送先の医療機関		
貴施設への新規入所者として、退院患者を紹介してもらう医療機関		
自宅への退所者について相談する居宅介護支援事業所		
貴施設からの退所先として入所者に紹介する特別養護老人ホーム		
貴施設からの退所先として入所者に紹介する有料老人ホーム、サ高住、グループホーム		

問9 ターミナルケアに対する取組み【それぞれ、01.02 いずれかに○】		
施設内に、多職種によるターミナルケアの委員会を設置している	01 設置している	02 設置していない
ターミナルケア対象者本人・家族に、複数回面談して説明を行う	01 複数回行う	02 複数回は行わない
問10 基準日現在、医師が回復の見込みがないと診断した入所者について、本人・家族とともに、多職種が共同して、本人・家族への十分な説明・同意を得ながら看取りのケアを実施している人数。 加算算定の有無は問わない。	人	

問11 貴施設の地域では、特別養護老人ホームへの入所はどの程度困難ですか【○は1つ】		
01 非常に困難である	02 それほど困難ではない	03 不明
問12 貴施設の地域では、療養病床（医療・介護）への入院はどの程度困難ですか【○は1つ】		
01 非常に困難である	02 それほど困難ではない	03 不明

## 2. 調査基準日（平成25年10月1日）現在の職員の配置状況

問13 貴施設における職員の配置状況【貴施設に勤務する職員数をご記入ください】					
	常勤			非常勤	
	専従	兼務		実人数	常勤換算人数
	実人数	実人数	常勤換算人数		
医師	人	人	人	人	人
歯科医師	人	人	人	人	人
歯科衛生士					
看護師	人	人	人	人	人
准看護師	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人
（うち介護福祉士）	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）
（うち介護士）	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）
支援相談員	人	人	人	人	人
理学療法士	人	人	人	人	人
作業療法士	人	人	人	人	人
言語聴覚士	人	人	人	人	人
栄養士（栄養士・管理栄養士）	人	人	人	人	人
介護支援専門員	人	人	人	人	人

## 【記入方法】

- \* 常勤者とは正規職員、非正規職員を問わず、労働時間が貴施設の所定労働時間に達している方を指します。また併設施設・事業所と兼務している方の場合は、その労働時間の合計が所定労働時間に達している場合を指します。
- \* 貴施設に勤務する職員数を、常勤の「専従」については実人数で、常勤の「兼務」と非常勤については常勤換算の上、ご記入ください。
- \* 上記職員の中には、貴施設（老健）とショートステイやデイケアを兼務している方は含め、ショートステイ専従、デイケア専従の方は含めないでください。
- \* 常勤者の兼務、非常勤の常勤換算人数は以下のとおり算出し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。

常勤換算人数 = [当該職員の1週間の貴施設（老健）での述べ勤務時間] ÷ [貴施設が定める1週間の勤務時間]

（例）

貴施設の所定労働時間が40時間で、貴施設で25時間、併設デイサービスで15時間勤務する職員の場合：

$$25/40=0.625=0.6 \text{（四捨五入）}$$

## 3. 介護報酬の算定状況

問 14 平成25年9月現在の施設サービス費【01～06の該当全てに○】			
01	介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）または（ⅲ）【従来型】		
02	介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）または（ⅳ）【在宅強化型】		
03	介護保険施設サービス費（Ⅱ）または（Ⅳ）【介護療養型】		
04	ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅰ）または（ⅲ）【従来型】		
05	ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅱ）または（ⅳ）【在宅強化型】		
06	ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅱ）または（Ⅳ）【介護療養型】		
問 15 平成25年9月1ヶ月の加算の算定状況			
01	短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
02	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
03	入所前後訪問指導加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
04	退所前訪問指導加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
05	退所後訪問指導加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
06	退所時指導加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
07	退所時情報提供加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
08	退所前連携加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
09	老人訪問介護指示加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
10	ターミナルケア加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
11	経口移行加算	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
12	経口維持加算（Ⅰ）および（Ⅱ）	01 算定あり⇒ [ ] 件	02 算定なし
13	口腔機能維持管理体制加算 および口腔機能維持管理加算	01 算定あり	02 算定なし
14	①サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	01 算定あり	02 算定なし
	②サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	01 算定あり	02 算定なし
	③サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	01 算定あり	02 算定なし
15	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	01 算定あり	02 該当しない 03 算定なし
16	在宅復帰支援機能加算（介護療養型のみ）	01 算定あり	02 該当しない 03 算定なし

## 4. 調査基準日（平成25年10月1日）における入所者の状況

問16 基準日現在の入所者※の人数を、以下にご記入ください。※ショートステイ利用者は除く						
(1) 入所者数	人					
(2) 要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明・申請中
	人	人	人	人	人	人
(3) 年齢層	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上	平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入所期間	3ヶ月未満	3ヶ月～6ヶ月	6ヶ月～1年	1年～2年	2年～3年	3年以上
	人	人	人	人	人	人
(5) 所得段階	減免あり	減免なし	不明			
	人	人	人			
(6) 医療処置	胃ろう・腸ろう	経鼻経管栄養	中心静脈栄養	膀胱（留置）カテーテル	人工肛門（ストーマ）	たんの吸引
	人	人	人	人	人	人
	酸素療法（酸素吸入）	透析	インスリン注射	導尿	褥瘡の処置	
	人	人	人	人	人	
(7) 特定疾患治療研究事業対象疾患※の患者【01～03 いずれかに○】						
※該当する疾患名は、同封のリストをご参照ください。						
	01 対象患者あり	02 対象患者なし	03 不明			
	↳ 患者数	人				

## 5. 医療処置の実施方針

問17 以下のような事例における、貴施設内での医療行為の実施方針【01～09 それぞれにつき、いずれか近い方に○】		
	原則的に施設内で治療する	原則的に施設内では治療しない
01 肺炎を強く疑う状態		
02 尿路感染症を強く疑う状態		
03 帯状疱疹を強く疑う状態		
04 蜂窩織炎等の皮膚感染症		
05 慢性心不全の急性増悪		
06 コントロール不良の糖尿病		
07 胆嚢炎・胆管炎		
08 脳出血・脳梗塞		
09 がん末期の疼痛管理		



## 6. 入退所の状況（平成25年4月～9月）

問18 平成25年4月～9月における入退所の状況（ショートステイは含まない）				
	平成24年	平成25年		
	4月	7月	8月	9月
入所者延日数※1				
入所者数※2				
退所者数※3				
退所先内訳 a.自宅（親族の家等も含む）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
b.有料老人ホーム、サ高住、GH等	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
c.医療機関※4（一般病床）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
d.医療機関※4（療養病床）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
e.医療機関※4（c.d.以外の病床、病床不明）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
f.介護老人保健施設（老健）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
g.介護老人福祉施設（特養）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
h.死亡退所	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
i.その他・不明	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）

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

※2 入所者数：新たに貴施設に入所した人の数。再入所も含む。

※3 退所者数：貴施設から退所した人の数。死亡退所を含む。

下段のa～i.の「退所先内訳」の合計が、この「退所者数」に一致するようにしてください。

※4 「医療機関」には診療所（有床診）を含む。

**7. 在宅復帰支援への取り組み**

<p>問 19 平成24年度介護報酬改定前後で、貴施設の在宅復帰支援への取組方針に変化はありましたか。 【《改定前》《改定後》01～03のうち、それぞれ最も近いもの1つに○】</p>		
《改定前》【01つ】	⇒	《改定後》【01つ】
01 在宅復帰支援に非常に熱心	⇒	01 在宅復帰支援に非常に熱心
02 在宅復帰支援にまあまあ熱心		02 在宅復帰支援にまあまあ熱心
03 在宅復帰支援に熱心とはいえない		03 在宅復帰支援に熱心とはいえない

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

<p>問 21 貴施設の当面の在宅復帰率は、どの程度になる見込みですか【○は1つ】</p>							
01	50%以上	02	30%～50%程度	03	20%～30%程度	04	20%以下

<p>問 22 在宅復帰率の向上のために、困難を感じることはありますか。【○は1つ】</p>			
01	感じる	02	感じない

→ 「01 感じる」場合、ご回答ください。

<p>問 22-1 在宅復帰を阻害する要因として、どのようなことが考えられますか【該当全てに○】</p>			
01	入所者の重症度が高い	02	自宅で生活・介護できない事例が多い
03	在宅復帰を支援する施設内の人材が不足	04	地域の居宅サービスが不十分
05	地域の有料ホーム・サ高住・グループホーム等が少ない	06	地域の特養に入所する人が多い
07	地域の病院等へ入院する人が多い	08	自宅に帰ることを望まない利用者が多い
09	居宅よりも老健の方が費用が安い	10	医療必要度が高く、老健から入院する人が多い
11	管理医師が在宅復帰に積極的ではない	12	経営者が在宅復帰に積極的ではない
13	その他（ ）		

問 23 貴施設の当面のベッド回転率は、どの程度になる見込みですか【○は1つ】			
01 20%以上	02 10%～20%程度	03 5%～10%程度	04 5%以下

問 24 ベッド回転率の向上のために、困難を感じるがありますか。【○は1つ】	
01 感じる <u>ことがある</u>	02 感じることは <u>ない</u>

→ 「01 感じることがある」場合、ご回答ください。

問 24-1 ベッド回転を阻害する要因として、どのようなことが考えられますか【該当全てに○】	
01 入所者の重症度が高い	02 自宅で生活・介護できない事例が多い
03 退所を支援する施設内の人材が不足	04 地域の居宅サービスが不十分
05 地域の有料ホーム・サ高住・グループホーム等が少ない	06 地域の特養が少ない
07 地域で入院できる病床が少ない	08 長期入所を望む利用者が多い
09 管理医師が退所支援に積極的ではない	10 経営者が退所支援に積極的ではない
11 待機者が少ないのでベッドを空ける必要がない	12 経営の安定のために空床を増やしたくない
13 その他（	）

問 25 平成24年度改定で設置された、在宅強化型の基本施設サービス費（I（ii）又は（iv））、また在宅復帰・在宅療養支援機能加算へのご意見についてお聞かせください。

問 26 貴施設の在宅復帰支援に関する課題について自由に記入してください。

施設票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました

介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究

【②入所者票】（案）

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

■無作為抽出の方法としては、基準日時点の入所者の利用者番号の末尾が「宛名ラベル」に書かれている一桁の番号に相当する人を選んでください。詳細は、同封の「記入要領」をご参照ください。

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

1. 調査対象者の性別・年齢			連番記入欄 【管理上必要な場合のみ記入】	
問1 性別【〇1つ】	01 男 02 女	問2 年齢	満 歳	（平成25年10月1日時点）

2. 入所時の状況

問3 入所時期	（平成） 年 月		
問4 入所前の居所【1~3のいずれかに〇】	1. 自宅 ↓ 【問6へ】	2. 医療機関（病院・診療所） ↓（以下のいずれかに〇） 21 一般病床 22 療養病床 23 一般・療養以外、病床不明 ↓ 【問5へ】	3. 施設等 ↓（以下のいずれかに〇） 31 介護老人福祉施設（特養） 32 介護老人保健施設（老健） 33 有料ホーム・サ高住・GH 34 上記以外の施設 ↓ 【問6へ】

「2. 医療機関」からの入所の場合のみ記入

問5 入院の原因となっていた疾患【主な要因1つに〇】	01 肺炎	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	03 骨関節疾患
	04 外傷（転倒・骨折）	05 がん（新生物）	06 心臓病
	07 認知症（アルツハイマー病等）	08 パーキンソン病関連疾患	09 その他

問6 入所前の貴施設の利用実績【〇1つ】	(1)入所	01 なし（今回初めて）	02 1回あり	03 2回以上あり	04 不明	
	(2)通所	01 利用実績あり	02 利用実績なし	03 不明	04 通所施設なし	
問7 入所時の状況【〇1つ】	01 緊急入所		02 緊急入所以外			
問8 入所目的【本人の事情・家族の事情それぞれ該当全てに〇】	本人の事情【該当全てに〇】			家族の事情【該当全てに〇】		
	11 リハビリテーション	12 生活場所未定のため、とりあえずの入所	13 他施設への入所待ち	14 慢性疾患の療養	15 在宅復帰	
	16 リピート利用	17 病状の不安定・悪化	18 看取り期のケア	19 その他（ ）	21 介護者の入院	
					22 介護者の疲労	
					23 介護者の死亡	
					24 介護者による虐待、ネグレクト	
					25 その他（ ）	
問9 入所時のアセスメント【〇1つ】	本人・家族と退所時期について相談			01 した	02 なかった	03 不明
	入所中の治療・リハ計画、達成目標を設定			01 した	02 なかった	03 不明
	本人・家族の退所後の生活場所の希望を聴取			01 した	02 なかった	03 不明

## 3. 基準日（平成25年10月1日）現在の利用者の状態像

問10 要介護度【○1つ】	01 要介護1	02 要介護2	03 要介護3	04 要介護4	
	05 要介護5	06 不明			
問11 認知症高齢者の日常生活自立度【○1つ】	01 自立	02 I	03 IIa	04 IIb	
	05 IIIa	06 IIIb	07 IV	08 M	
	09 不明				
問12 障害高齢者の日常生活自立度【○1つ】	01 自立	02 J1	03 J2	04 A1	
	05 A2	06 B1	07 B2	08 C1	
			09 C2	10 不明	
問13 痛み【○1つ】	日常生活に支障のある痛み		01 ある	02 ない	
	03 不明				
問14 ADL【A～Eそれぞれ該当箇所に○】	A移動	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助
	B食事	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助
	C排泄	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助
	D入浴	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助
	E着替え	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助
問15 IADL【A～Mそれぞれ該当箇所に○】	Aバスや電車を使って一人で外出できる	01.できるし、している	02.できるが、していない	03.できない	
	B日用品の買い物ができる	01.できるし、している	02.できるが、していない	03.できない	
	C自分で食事の用意ができる	01.できるし、している	02.できるが、していない	03.できない	
	D請求書の支払ができる	01.できるし、している	02.できるが、していない	03.できない	
	E銀行預金・郵便貯金の出し入れができる	01.できるし、している	02.できるが、していない	03.できない	
	F年金などの書類が書ける	01.はい	02.いいえ		
	G新聞を読んでいる	01.はい	02.いいえ		
	H本や雑誌を読んでいる	01.はい	02.いいえ		
	I健康についての記事や番組に興味がある	01.はい	02.いいえ		
	J友達の家を訪ねることがある	01.はい	02.いいえ		
	K家族や友達の相談にのることがある	01.はい	02.いいえ		
L病人を見舞うことがある	01.はい	02.いいえ			
M若い人に自分から話しかけることがある	01.はい	02.いいえ			
問16 医療ニーズ【該当全てに○】	01 看取り期のケア	02 インスリン注射	03 中心静脈栄養の管理		
	04 注射・点滴（02,03以外）	05 透析の管理	06 ストーマ（人工肛門・人口膀胱）の管理		
	07 酸素療法	08 レスピレーター（人工呼吸器）の管理	09 気管切開のケア		
	10 疼痛の看護	11 経管栄養（胃ろう・嚥ろうを含む）	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）	15 喀痰吸引		
	16 ネブライザー	17 創傷処置	18 服薬管理		
	19 導尿	20 浣腸	21 排便		
	22 簡易血糖測定	23 その他（ ）	24 なし		
	問17 傷病【該当全てに○】	01 高血圧	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	03 心臓病	
		04 糖尿病	05 高脂血症（脂質異常）	06 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	
		07 胃腸・肝臓・胆のうの病気	08 腎臓・前立腺の病気	09 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節炎等）	
		10 外傷（転倒・骨折等）	11 がん（新生物）	12 血液・免疫の病気	
13 うつ病		14 認知症（アルツハイマー病等）	15 パーキンソン病		
16 目の病気		17 耳の病気			
18 その他（ ）			19 ない		
問17-1 これらの傷病のうち、貴施設への入所の原因となった疾患（上記「01」～「18」のうち主なもの1つの番号を右に記入してください）			(例) 02		
問18 口腔機能【A～Cそれぞれ該当箇所に○】		A義歯	01.総入れ歯	02.部分入れ歯	03.使用していない
	Bむせ	01.あり	02.なし		
	C食事形態	01.常食	02.嚥下調整食	03.経口摂取困難	

## 4. 入所中のリハビリテーション、状態像の変化

問 19 これまでの加算算定実績【それぞれ〇1つ】	加算名									
	短期集中リハビリテーション実施加算	01	算定あり	02	算定なし	01	算定あり	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	02	算定なし	01	算定あり	02	算定なし	03	算定なし
経口移行加算	01	算定あり	02	経管栄養無し	03	算定なし				
経口維持加算（Ⅰ）	01	算定あり	02	摂食障害無し	03	算定なし				
経口維持加算（Ⅱ）	01	算定あり	02	摂食障害無し	03	算定なし				

問 20 認知症の周辺症状に関する変化【A1～B6について<入所時><現在>それぞれ該当箇所に〇】※	<入所時>			<現在>			
	A1 世話を拒否する	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無
A2 不適切に泣いたり笑ったりする	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A3興奮して手足を動かす	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A4理由なく金切り声をあげる	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A5衣服や器物を破壊する	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A6食物を投げる	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B1食べ過ぎる	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B2タンスの中身を全部出す	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B3日中屋外や屋内をうろつきまわる	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B4昼間寝てばかりいる	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B5同じことを何度も聞く	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B6不適切な場所での排尿	01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明

※選択肢は、公益社団法人全国老人保健施設協会 R4システム生活機能アセスメントの項目を使用。

入所間もない場合、入所時から現在まで変化のない場合でも、<入所時><現在>両方に記入してください。

問 21 排泄に関する変化【A～Dの<入所時><現在>それぞれ該当箇所に〇】	<入所時>			<現在>		
	Aおむつ	01	常時使用		01	常時使用
02		ときどき使用	⇒	02	ときどき使用	
03		使用しない		03	使用しない	
B尿意・便意の訴え	01	いつも訴えられる		01	いつも訴えられる	
	02	時々訴えられる	⇒	02	時々訴えられる	
	03	訴えられない		03	訴えられない	
C排泄時の衣服の上げ下ろし	01	できる		01	できる	
	02	できない	⇒	02	できない	
	03	不明		03	不明	
D排泄時の後始末	01	できる		01	できる	
	02	できない	⇒	02	できない	
	03	不明		03	不明	



## 5. 基準日現在（平成25年10月1日）の利用者の周辺環境

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

## 6. 基準日現在（平成25年10月1日）の退所見込等

問27 本人の退所先希望【01つ】	01 意思表示困難 04 特別養護老人ホーム 07 病院に入院	02 このまま老健にいたい 05 有料ホーム、サ高住、GH 08 把握していない	03 自宅（親族の家等も含む） 06 04.05以外の施設 09 その他（ ）
問28 家族の退所先希望【01つ】	01 特に希望なし 04 特別養護老人ホーム 07 病院に入院	02 このまま老健にいたい 05 有料ホーム、サ高住、GH 08 把握していない	03 自宅（親族の家等も含む） 06 04.05以外の施設 09 その他（ ）
問29 特養への申込【01つ】	01 している	02 していない	03 不明
問30 特養以外の施設への申込【01つ】	01 している	02 していない	03 不明
問31 退所見込（貴施設の判断）【01つ】	01 退所の見込がある	02 退所の見込はない	03 どちらともいえない

↓  
（「01 退所の見込みがある」場合のみご記入ください）

問32 退所予定時期【01つ】	01 3か月以内 04 6か月～1年以内	03 3か月～6か月以内 04 1年以上
問33 想定される退所先（該当全てに○）【01つ】	01 自宅 03 療養病床 05 介護老人保健施設（老健） 07 有料ホーム、サ高住、GH	02 一般病床 04 02、03以外の病床 06 介護老人福祉施設（特養） 08 その他

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

入所者票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）

介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究

【③退所者票】（案）

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

■退所者は、退所先にかかわらず（死亡退所も含む）、最大5名を調査対象としてください。3ヶ月間の退所者が5名を超える場合は、7月1日から数えて5名の退所者を対象としてください。詳細は、同封の「記入要領」をご参照ください。

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

1. 調査対象者の性別・年齢			連番記入欄 【管理上必要な場合のみ記入】	
問1 性別【01つ】	01 男 02 女	問2 年齢	満 歳	（退所日現在）

2. 入所時の状況			連番記入欄 【管理上必要な場合のみ記入】	
問3 入所時期	（平成） 年 月			
問4 入所前の居所【1～3のいずれかに○】	1. 自宅 ↓ 【問6～】	2. 医療機関（病院・診療所） ↓（以下のいずれかに○） 21 一般病床 22 療養病床 23 一般・療養以外、病床不明 ↓ 【問5～】	3. 施設等 ↓（以下のいずれかに○） 31 介護老人福施設（特養） 32 介護老人保健施設（老健） 33 有料ホーム・サ高住・GH 34 上記以外の施設 ↓ 【問6～】	

「2. 医療機関」からの入所の場合のみ記入 ↓

問5 入院の原因となっていた疾患【主な要因1つに○】	01 肺炎	02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	03 骨関節疾患
	04 外傷（転倒・骨折）	05 がん（新生物）	06 心臓病
	07 認知症（アルツハイマー病等）	08 パーキンソン病関連疾患	09 その他

問6 入所前の貴施設の利用実績【01つ】	(1)入所	01 なし（今回初めて）	02 1回あり	03 2回以上あり	04 不明
	(2)通所	01 利用実績あり	02 利用実績なし	03 不明	04 通所施設なし

問7 入所時の状況【01つ】	01 緊急入所	02 緊急入所以外
----------------	---------	-----------

問8 入所目的【本人の事情・家族の事情それぞれ該当全てに○】	<本人の事情> ↓ 【該当全てに○】	<家族の事情> ↓ 【該当全てに○】
	11 リハビリテーション 12 生活場所未定のため、とりあえずの入所 13 他施設への入所待ち 14 慢性疾患の療養 15 在宅復帰 16 リピート利用 17 病状の不安定・悪化 18 看取り期のケア 19 その他（ ）	21 介護者の入院 22 介護者の疲労 23 介護者の死亡 24 介護者による虐待、ネグレクト 25 その他（ ）

問9 入所時のアセスメント【01つ】	本人・家族と退所時期について相談	01 した	02 なかった	03 不明
	入所中の治療・リハ計画、達成目標を設定	01 した	02 なかった	03 不明
	本人・家族の退所後の生活場所の希望を聴取	01 した	02 なかった	03 不明



3. 直近2年間の利用者の居所

（ご本人・ご家族に確認する必要はありません。わかる範囲で記入してください）

問10 平成23年10月～平成25年9月の2年間のご本人の居所について、以下の表の該当する箇所にチェック（✓）をつけてください。  
 貴施設が把握されていない期間については、「E 不明・把握していない」の行にチェック（✓）をつけてください。  
 月の途中の移動等は厳密に考えず、重複させても、前後の月に寄せていただいても、結構です。

〇〇〇〇〇〇〇〇〇 【例】 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

平成24年4月以前のご本人のことは知らない。平成24年4月～7月まで肺炎で入院。  
 病院退院後すぐに当施設に入所し、平成24年11月に自宅退所。ショートステイを使用しながら自宅で生活していたが、平成25年3月に当施設に再入所。平成25年7月に退所して、特養に入所。

	平成23年			平成24年									
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
A 貴施設											✓	✓	✓
B 自宅（ショートステイ含む）													
C 医療機関（肺炎） （脳卒中） （骨関節疾患） （それ以外・不明）							✓	✓	✓	✓			
D 上記ABC以外													
E 不明・把握していない	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓						

「C 医療機関」にいた場合、入院の原因となった疾患1つに✓をつけてください。（左記以外の疾患の場合、不明の場合は、「それ以外・不明」に✓をつけてください）

	平成24年			平成25年									
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
A 貴施設	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓			
B 自宅（ショートステイ含む）		✓	✓	✓	✓	✓							
C 医療機関（肺炎） （脳卒中） （骨関節疾患） （それ以外・不明）													
D 上記ABC以外											✓	✓	✓
E 不明・把握していない													

「D 上記ABC以外」とは、貴施設以外の施設（特養、他の老健、有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等）をさします。

〇〇〇〇〇〇〇〇〇 【記入欄】 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

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

	平成23年			平成24年									
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
A 貴施設													
B 自宅（ショートステイ含む）													
C 医療機関（肺炎） （脳卒中） （骨関節疾患） （それ以外・不明）													
D 上記ABC以外													
E 不明・把握していない													

	平成24年			平成25年									
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
A 貴施設													
B 自宅（ショートステイ含む）													
C 医療機関（肺炎） （脳卒中） （骨関節疾患） （それ以外・不明）													
D 上記ABC以外													
E 不明・把握していない													

4. 退所直前の利用者の状態像

問 11 要介護度【01つ】	01 要介護1 05 要介護5	02 要介護2 06 不明	03 要介護3	04 要介護4		
問 12 認知症高齢者の日常生活自立度【01つ】	01 自立 06 III b	02 I 07 IV	03 II a 08 M	04 II b 09 不明	05 III a	
問 13 障害高齢者の日常生活自立度【01つ】	01 自立 06 B1	02 J1 07 B2	03 J2 08 C1	04 A1 09 C2	05 A2 10 不明	
問 14 痛み【01つ】	日常生活に支障のある痛み		01 あった	02 なかった	03 不明	
問 15 ADL【A～Eそれぞれ該当箇所に○】	A移動	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助	
	B食事	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助	
	C排泄	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助	
	D入浴	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助	
	E着替え	01.自立	02.見守り	03.一部介助	04.全介助	
問 16 IADL【A～Mそれぞれ該当箇所に○】	Aバスや電車を使って一人で外出できる	01.できるし、している 02.できるが、していない 03.できない				
	B日用品の買い物ができる	01.できるし、している 02.できるが、していない 03.できない				
	C自分で食事の用意ができる	01.できるし、している 02.できるが、していない 03.できない				
	D請求書の支払ができる	01.できるし、している 02.できるが、していない 03.できない				
	E銀行預金・郵便貯金の出し入れができる	01.できるし、している 02.できるが、していない 03.できない				
	F年金などの書類が書ける	01. はい	02. いいえ			
	G新聞を読んでいる	01. はい	02. いいえ			
	H本や雑誌を読んでいる	01. はい	02. いいえ			
	I健康についての記事や番組に興味がある	01. はい	02. いいえ			
	J友達の家を訪ねることがある	01. はい	02. いいえ			
	K家族や友達の相談にのることがある	01. はい	02. いいえ			
	L病人を見舞うことがある	01. はい	02. いいえ			
M若い人に自分から話しかけることがある	01. はい	02. いいえ				
問 16 医療ニーズ【該当全てに○】	01 看取り期のケア	02 インスリン注射	03 中心静脈栄養の管理			
	04 注射・点滴 (02,03以外)	05 透析の管理	06 ストーマ (人工肛門・人口膀胱) の管理			
	07 酸素療法	08 レスピレーター (人工呼吸器) の管理	09 気管切開のケア			
	10 疼痛の看護	11 経管栄養 (胃ろう・嚥ろうを含む)	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)	15 喀痰吸引			
	16 ネブライザー	17 創傷処置	18 服薬管理			
	19 導尿	20 浣腸	21 摘便			
	22 簡易血糖測定	23 その他 ( )	24 なし			
	問 18 傷病【該当全てに○】	01 高血圧	02 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	03 心臓病		
		04 糖尿病	05 高脂血症 (脂質異常)	06 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)		
		07 胃腸・肝臓・胆のうの病気	08 腎臓・前立腺の病気	09 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、関節炎等)		
		10 外傷 (転倒・骨折等)	11 がん (新生物)	12 血液・免疫の病気		
13 うつ病		14 認知症 (アルツハイマー病等)	15 パーキンソン病			
16 目の病気		17 耳の病気				
18 その他 ( )		19 ない				
問 18-1 これらの傷病のうち、貴施設への入所の原因となった疾患 (上記「01」～「18」のうち主なもの1つの番号を右に記入してください)			(例)	02		
問 19 口腔機能【A～Cそれぞれ該当箇所に○】		A義歯	01.総入れ歯	02.部分入れ歯	03.使用していない	
		Bむせ	01.あり	02.なし		
		C食事形態	01.常食	02.嚥下調整食	03.経口摂取困難	

## 5. 入所中のリハビリテーション、状態像の変化

問 20 これまでの加算算定実績【それぞれ01つ】	加算名			
	短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定あり	02 算定なし	
	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	02 算定なし	
	経口移行加算	01 算定あり	02 経管栄養無し	03 算定なし
	経口維持加算(Ⅰ)	01 算定あり	02 摂食障害無し	03 算定なし
	経口維持加算(Ⅱ)	01 算定あり	02 摂食障害無し	03 算定なし

問 21 認知症の周辺症状に関する変化【A1～B6について<入所時><退所時>それぞれ該当箇所に○】※		<入所時>			<退所時>			
A1 世話を拒否する		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A2 不適切に泣いたり笑ったりする		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A3興奮して手足を動かす		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A4理由なく金切り声をあげる		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A5衣服や器物を破壊する		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
A6食物を投げる		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B1食べ過ぎる		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B2タンスの中身を全部出す		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B3日中屋外や屋内をうろつきまわる		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B4昼間寝てばかりいる		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B5同じことを何度も聞く		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明
B6不適切な場所での排尿		01 有	02 無	03 不明	⇒	01 有	02 無	03 不明

※選択肢は、公益社団法人全国老人保健施設協会 R4システム生活機能アセスメントの項目を使用。

問 22 排泄に関する変化【A～Dの<入所時><退所時>それぞれ該当箇所に○】		<入所時>			<退所時>			
Aおむつ		01 常時使用				01 常時使用		
		02 ときどき使用	⇒			02 ときどき使用		
		03 使用しない				03 使用しない		
B尿意・便意の訴え		01 いつも訴えられる				01 いつも訴えられる		
		02 時々訴えられる	⇒			02 時々訴えられる		
		03 訴えられない				03 訴えられない		
C排泄時の衣服の上げ下ろし		01 できる				01 できる		
		02 できない	⇒			02 できない		
		03 不明				03 不明		
D排泄時の後始末		01 できる				01 できる		
		02 できない	⇒			02 できない		
		03 不明				03 不明		

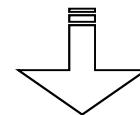
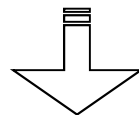
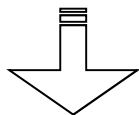
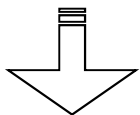
6. 退所時※の利用者の周辺環境

※死亡退所者の場合は、死亡前の状況をわかる範囲でご回答ください。

問 23 世帯構成【01つ】	01 独居世帯 03 その他同居（65歳以上のみ） 05 不明	02 夫婦のみの世帯 03 その他同居（それ以外）
問 24 家族介護力【01つ】	01 常時介護できる人がいる 03 介護できる人がいない	02 時間帯によっては、介護できる人がいる 04 不明
問 25 利用者負担段階【01つ】	01 減免あり	02 減免なし 03 不明
問 26 経済的な余裕（職員の印象）【01つ】	01 余裕があるように見受けられた 03 どちらともいえない	02 余裕がないように見受けられた 04 不明・判断できない
問 27 住まい【01つ】	01 持家 03 公営賃貸住宅（市・県営、都市機構、公社等） 05 その他	02 民間賃貸住宅 04 借間 06 不明
問 28 退所先に関する本人の希望	01 意思表示困難 04 特別養護老人ホーム 07 病院に入院	02 このまま老健にいたかった 05 有料ホーム、サ高住、GH 08 把握していない 09 その他（ ）
問 29 退所先に関する家族の希望	01 特に希望なし 04 特別養護老人ホーム 07 病院に入院	02 このまま老健にいたかった 05 有料ホーム、サ高住、GH 08 把握していない 09 その他（ ）
問 30 特養への申込	01 していた	02 していなかった 03 不明
問 31 特養以外の施設への申込	01 していた	02 していなかった 03 不明

7. 退所時～退所後の状況

問 32 退所時期	平成 25 年 月		
問 33 退所後、貴施設へ再入所する予定	01 再入所の予定があった	02 再入所の予定はなかった	03 不明
問 34 退所先【1～4 いずれかに○】			
1. 自宅に退所	2. 医療機関※に退所 ↓（以下のいずれかに○） 21 一般病床 22 療養病床 23 一般・療養以外、病床不明 ※病院・診療所	3. 施設等に退所 ↓（以下のいずれかに○） 31 介護老人福施設（特養） 32 介護老人保健施設（老健） 33 有料ホーム・サ高住・GH 34 上記以外の施設	4. 死亡退所



「1. 自宅に退所」の人は、6ページ（問35）におすすみください。

「2. 医療機関に退所」の人は、7ページ（問43）におすすみください。

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

## 1. 自宅に退所した人

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

<b>問 35 自宅退所後、本人が利用している介護サービスを把握していますか</b>			
01 把握している【⇒問 36 へ】		02 把握していない【⇒問 37 へ】	
↳（「01 把握している」場合のみご記入ください）			
<b>問 36 サービス内容</b>	01 訪問介護	02 訪問入浴介護	03 訪問看護
	04 訪問リハビリテーション	05 居宅療養管理指導	06 通所介護
	07 通所リハビリテーション	08 短期入所生活介護	09 短期入所療養介護
	10 福祉用具貸与	11 特定福祉用具販売	12 夜間対応型訪問介護
	13 認知症対応型通所介護	14 住宅改修	15 その他（ ）
	16 介護保険給付外の在宅サービス	（ ）	（ ）
<b>問 37 自宅退所後、退所者本人の状況等をご存知ですか</b>			
01 知っている		02 知らない	
↳（「01 知っている」場合のみご記入ください）			
<b>問 38 本人の状態等に関する最も新しい情報は、いつ頃確認したものですか。</b>			
01 平成 25 年 7 月	02 平成 25 年 8 月	03 平成 25 年 9 月	
04 平成 25 年 10 月	05 不明		
<b>問 39 自宅退所後、本人の居所等の変化※はありましたか【01つ】</b>			
※ショートステイは「自宅にいる」ものとし、「02 居所の移動なし」としてください。			
01 居所の移動あり 【⇒問 39～41 へ】	02 居所の移動なし 【⇒調査終了】	03 お亡くなりになった 【⇒調査終了】	04 把握していない 【⇒調査終了】
↳（「01 居所の移動あり」の場合のみご記入ください）			
<b>問 40 移動先【01つ】</b>	01 老健（貴施設）	02 貴施設以外の老健	03 特別養護老人ホーム
	04 有料ホーム・サ高住・GH	05 一般病床	06 療養病床
	07 それ以外の病床	08 その他（ ）	
<b>問 41 移動時期</b>	01 退所後 1 ヶ月以内		02 退所後 1 ヶ月超 2 か月以内
	03 退院後 2 ヶ月超 3 ヶ月以内		04 退院後 3 ヶ月超
	05 時期は不明		
<b>問 42 自宅から移動した事情・理由【本人・家族の事情該当全てに○】</b>	＜本人の事情＞ ↓ 【該当全てに○】		＜家族の事情＞ ↓ 【該当全てに○】
	11 退所当初からの予定		21 介護者の入院
	12 慢性疾患の療養		22 介護者の疲労
	13 病状の不安定・悪化、医療処置の必要		23 介護者の死亡
	14 希望していた施設の空きが出た		24 介護者による虐待、ネグレクト
	15 看取り期のケアが必要		25 その他（ ）
	16 その他（ ）		

「1. 自宅に退所した人」の入所者票は以上です。  
ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

**2. 医療機関に退所した人**

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

問 43 貴施設を退所後、入院することとなった原因疾患【主なもの1つに○】			
01 肺炎	02 急性胃腸疾患	03 心臓病	04 脳卒中（脳出血・脳梗塞）
05 骨関節疾患	06 尿路感染症	07 その他の感染症	08 パーキンソン病関連疾患
09 認知症（アルツハイマー病等）	10 がん（新生物）	11 その他（	）

問 44 入院の原因となった医療処置の必要性【該当全てに○】			
01 看取り期のケア	02 経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）	03 中心静脈栄養	04 膀胱（留置）カテーテル
05 人工肛門（ストーマ）	06 たんの吸引	07 ネプライザー	08 酸素療法（酸素吸入）
09 気管切開	10 人工呼吸器	11 その他の医療処置（	）
12 必要な医療処置は特になし			

問 45 医療機関に入院後の本人の状況等をご存知ですか	
01 知っている	02 知らない

↳（「01 知っている」場合のみご記入ください）

問 46 本人の状態等に関する最も新しい情報は、いつ頃確認したものでですか。		
01 平成 25 年 7 月	02 平成 25 年 8 月	03 平成 25 年 9 月
04 平成 25 年 10 月	05 不明	

問 47 医療機関に入院後、本人の居所等の変化はありましたか【○1つ】			
01 居所の移動あり 【⇒問 47～49 へ】	02 居所の移動なし 【⇒調査終了】	03 お亡くなりになった 【⇒調査終了】	04 把握していない 【⇒調査終了】

（「01 居所の移動あり」の場合のみご記入ください）

問 48 移動先【○1つ】	01 自宅	02 老健（貴施設）	03 貴施設以外の老健
	04 特別養護老人ホーム	05 有料ホーム・サ高住・GH	06 一般病床
問 49 移動時期	01 退所後 1 ヶ月以内	02 退所後 1 ヶ月超 2 か月以内	
	03 退院後 2 ヶ月超 3 ヶ月以内	04 退院後 3 ヶ月超	
問 50 医療機関から移動した事情・理由【本人・家族の事情該当全てに○】	<本人の事情> ↓ 【該当全てに○】		<家族の事情> ↓ 【該当全てに○】
	11 退所当初からの予定	21 介護者の入院	
	12 慢性疾患の療養	22 介護者の疲労	
	13 病状の不安定・悪化、医療処置の必要	23 介護者の死亡	
	14 病状の軽快、治癒	24 介護者による虐待、ネグレクト	
	15 希望していた施設の空きが出た	25 その他（	）
	16 看取り期のケアが必要		
17 その他（		）	

「2. 病院に退所した人」の入所者票は以上です。  
ご協力いただきまして誠にありがとうございました。