

令和6年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかる調査研究事業

施設調査票

【調査票のご記入について】

- ※ 選択式の設問は、該当の番号に○をご記入ください。
- ※ 数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「0(ゼロ)」をご記入ください。
- ※ 回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送頂いて構いません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答下さい。
- ※ 特に断りのない限り、令和6年10月1日現在の状況についてご回答ください。
- ※ 調査票の提出期限は、令和6年11月8日(金)にてお願いしております。
- ※ 看取り期:ここでは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態にあると判断した場合を言います。
- ※ 救急搬送:ここでは消防の救急車を呼び搬送したケースのほか、自施設の車等で搬送し、緊急受診したケースも含まれます。

都道府県		電話番号	
貴施設名			

問1)貴施設の施設類型についてご回答ください。

貴施設が令和6年10月1日現在に算定する施設類型について、あてはまるものをお選びください。(○は1つ)

1. 超強化型      2. 在宅強化型      3. 加算型      4. 基本型      5. その他型      6. 療養型

問1-2.「問1」で選択した令和6年10月1日に算定する施設類型の元となる情報について、ご記入ください。

- ※1「介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」に記載した内容について記載してください。
- ※2 割合を記載するものについては、小数点第1位まで記載してください。ただし、届出上で小数点第1位まで記載していない場合は、届出上に記載した数字を記載してください。

	(例)	10.5 %
1)在宅復帰率【前6月間(令和6年4月～9月)】		_____ %
2)ベッド回転率【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
3)入所前後訪問指導割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
4)退所前後訪問指導割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
5)居宅サービスの実施 【前3月間(令和6年7月～9月)】 ※届出の有無ではなく、提供実績の有無についてご回答ください。	①訪問リハビリテーション	1. 行った      2. 行っていない
	②通所リハビリテーション	1. 行った      2. 行っていない
	③短期入所療養介護	1. 行った      2. 行っていない

6)リハビリ専門職の配置(利用者 100 人当たり)【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ 人
6-2)リハビリ職の配置(利用者 100 人当たり)において、職種ごとに、0.2 人以上配置の有無についてご回答ください。	① 理学療法士	1. 有り 2. 無し
	② 作業療法士	1. 有り 2. 無し
	③ 言語聴覚士	1. 有り 2. 無し
7)支援相談員の配置(利用者 100 人当たり)【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ 人
8)要介護 4 又は 5 の割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
9)喀痰吸引の実施割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
10)経管栄養の実施割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
11)退所時指導等の実施(退所時指導及び退所後の状況確認)		1. 有り 2. 無し
12)リハビリテーションマネジメントの実施		1. 有り 2. 無し
13)(リハビリにおける)医師の詳細な指示の実施		1. 有り 2. 無し
14)地域に貢献する活動の実施		1. 有り 2. 無し
15)充実したリハビリテーションの実施(少なくとも週3回以上)		1. 有り 2. 無し

問 2) 貴施設の職員体制についてご回答ください。

令和6年10月1日現在の、貴施設の入所サービスに係る職員数(常勤・非常勤の区別は問いません)についてご記入ください。				
医師	1)実人数	_____ 人	2)常勤換算(注1)	_____ 人
	1)のうち、常勤医師の人数			_____ 人
看護職員	1)実人数(注1)	_____ 人	2)常勤換算(注2)	_____ 人
	1)のうち、正看護師の人数			_____ 人
	1)のうち、看護経験 10 年以上の正看護師の人数			_____ 人
	1)のうち、特定看護師の有資格者			_____ 人
	1)のうち、認定看護師の有資格者			_____ 人
	3)看護職員の 24 時間配置			1. 有り 2. 無し
介護職員	1)実人数(注1)	_____ 人	2)常勤換算(注2)	_____ 人
	1)のうち、介護福祉士の人数			_____ 人

注 1 実人数については、入所サービスと併設サービス(短期入所、通所リハビリ等)を兼務する職員については、入所サービスに係る勤務時間の方が長い従事者を計上してください。

注 2 常勤換算の算出にあたり、非常勤職員の常勤換算方法に定めがない場合は、以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位までをご記入ください。

- ・ 1 週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間)
- ・ 1 カ月に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 カ月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間 × 4)

問 3) 貴施設の利用者の状況についてご回答ください。

令和6年10月1日午前 0 時時点の、入所定員と利用者数についてご記入ください。	
1) 入所定員	_____ 床
2) 入所サービスの利用者(実人数)	_____ 人
3) 短期入所療養介護の利用者(実人数)	_____ 人

問 4) 貴施設の協力医療機関についてご回答ください。

1) 貴施設はICTツール(インターネットを介した情報共有等)を活用し、関係機関と連携を図っていますか。	1. 図っている 2. 図っていない
2) 貴施設の併設病院等の有無	1. 併設病院がある 2. 併設の有床診療所がある 3. 併設の無床診療所がある 4. 併設していない同一法人・関連法人の病院がある 5. 併設していない同一法人・関連法人の診療所がある 6. いずれもない
3) 貴施設の協力医療機関のうち、病院はいくつありますか。	_____ 件
4) 貴施設と、主たる協力病院との関係について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)	1. 併設病院が主たる協力病院である 2. 併設病院ではないが同一法人または関連法人の病院が主たる協力病院である 3. 同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である
5) 主たる協力病院の病床・病棟の種別について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)	1. 一般病床(「3」「4」「5」を除く) 2. 精神病床 3. 地域包括医療病棟 4. 回復期リハビリテーション病棟 5. 地域包括ケア病棟(床) 6. 障害者施設等病棟 7. 結核病床・感染症病床 8. 療養病床(「4」「5」を除く) 9. その他、不明
6) 協力病院が標榜する診療科目について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)	1. 内科(神経・腎臓を除く)    2. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 3. 脳神経外科    4. 整形外科・形成外科    5. 産婦人科 6. 泌尿器科    7. 老年科    8. リハビリテーション科 9. 神経内科    10. 腎臓内科(人工透析)    11. 精神科 12. 眼科    13. 耳鼻咽喉科    14. 皮膚科 15. 放射線科    16. 総合診療科    17. 緩和ケア科 18. 歯科、口腔外科    19. その他(具体的に: _____)
7) 協力医療機関連携加算を算定していますか。	1. 算定している 2. 算定していない
8) 上記加算を算定している場合、(Ⅰ)又は(Ⅱ)のどちらの加算を算定していますか。	1. 連携加算(Ⅰ) 2. 連携加算(Ⅱ)
問 4-2. 貴施設の協力医療機関のうち、診療所はいくつありますか。	_____ 件
(協力診療所がある場合、ご回答ください。ない場合は問5へ) 1) 貴施設と、主たる協力診療所との関係について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)	1. 併設の診療所が主たる協力医療機関である 2. 併設の診療所ではないが同一法人または関連法人の診療所が主たる協力医療機関である 3. 同一法人または関連法人以外の診療所が主たる協力医療機関である

2) 主たる協力診療所の病床有無について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)	1. 有床診療所	2. 無床診療所
3) 主たる協力診療所の、在宅支援診療所の別について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)	1. 在宅療養支援診療所である 2. 在宅療養支援診療所ではない 3. わからない	
4) 協力診療所が標榜する診療科目について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)	1. 内科(神経・腎臓を除く) 2. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 3. 脳神経外科 4. 整形外科・形成外科 5. 産婦人科 6. 泌尿器科 7. 老年科 8. リハビリテーション科 9. 神経内科 10. 腎臓内科(人工透析) 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. 総合診療科 17. 緩和ケア科 18. 歯科、口腔外科 19. その他(具体的に: )	

問 5) 貴施設の医療対応についてご回答ください。

令和6年9月の1 カ月間の、所定疾患施設療養費の算定状況について、ご記入ください。			
1) 令和6年9月の1 カ月間に、所定疾患施設療養費を1人以上算定しましたか。		1. 算定した 2. 算定しなかった	
2) 令和6年9月の1 カ月間の、入所サービスにおける①～⑤の疾患の発症件数、所定疾患施設療養費を算定した入所者の実人数、算定延べ日数をご記入ください。			
	(A) 発症件数(注3)	(B) (A)のうち、所定疾患施設療養費を算定した実人数(注4)	(C) (B)の算定延べ日数(注5)
① 肺炎	_____ 件	I _____人 II _____人	I 延べ_____日 II 延べ_____日
② 尿路感染症	_____ 件	I _____人 II _____人	I 延べ_____日 II 延べ_____日
③ 帯状疱疹	_____ 件	I _____人 II _____人	I 延べ_____日 II 延べ_____日
④ 蜂窩織炎	_____ 件	I _____人 II _____人	I 延べ_____日 II 延べ_____日
⑤ 慢性心不全の増悪	_____ 件	I _____人 II _____人	I 延べ_____日 II 延べ_____日

注3 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、9月中に発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例:9/1～9/5 と9/20～9/25 に、同じ入所者が発症した場合=2件)

注4 算定した実人数(頭数)をご回答ください。(例:9/1～9/5に、同じ入所者に算定した場合=1人)

注5 算定延べ日数については、例えば 2名について3日間算定した場合は、2名×3日間=延べ6日と計算して下さい。なお、算定期間が前後の月にまたがる場合(例:8/28～9/1、9/29～10/2 等)は、8月あるいは10月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

問 6) 貴施設の医療管理(体制)についてご回答ください。

以下のような状態の方の入所希望があった場合、貴施設では受け入れが可能ですか。最も近い選択肢を選んでください。(○はそれぞれ一つ)								
疾患・状態	a) 表内の「1)～12)」のような状態の方の入所希望があった場合				b) 活発なBPSD を伴う認知症を有する方で、表内の「1)～12)」のような状態の方の入所希望があった場合			
	1 自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	2 自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない	3 協力病院・診療所の支援を受けて対応できる	4 相当の検討を要する／対応できない	1 自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	2 自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない	3 協力病院・診療所の支援を受けて対応できる	4 相当の検討を要する／対応できない
1) 高血圧	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 慢性心不全	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 慢性腎不全	1	2	3	4	1	2	3	4
4) パーキンソン病	1	2	3	4	1	2	3	4
5) ワルファリン等による脳梗塞の再発予防	1	2	3	4	1	2	3	4
6) インスリン治療を伴う糖尿病の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
7) COPD の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
8) 骨関節疾患に伴う疼痛の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
9) 悪性腫瘍に伴う疼痛の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
10) BPSD のコントロール	1	2	3	4	1	2	3	4
11) 急性腹症への対応	1	2	3	4	1	2	3	4
12) 急性心不全発症への対応	1	2	3	4	1	2	3	4

問 6-2. 以下のような状態・医療処置を要する方の入所希望があった際の、貴施設の対応について、最も近い選択肢を選んでください。(○はそれぞれひとつ)

状態・医療処置	1	2	3	4
	自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない	協力病院・診療所の支援を受けて対応できる	相当の検討を要する／対応できない
1) 創傷の処置	1	2	3	4
2) 褥瘡の処置	1	2	3	4
3) 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	1	2	3	4
4) 注射薬剤3種類以上の管理	1	2	3	4
5) シリンジポンプの使用・管理	1	2	3	4
6) 輸血や血液製剤の使用・管理	1	2	3	4
7) 抗悪性腫瘍剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
8) 抗悪性腫瘍剤(内服)の使用・管理	1	2	3	4
9) 麻薬(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
10) 麻薬の内服、貼付、坐剤の使用・管理	1	2	3	4
11) 免疫抑制剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
12) 昇圧剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
13) 抗不整脈剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
14) 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用・管理	1	2	3	4
15) ドレナージの管理	1	2	3	4
16) 無菌治療室での治療	1	2	3	4
17) 胃ろう	1	2	3	4
18) 経鼻・経管栄養	1	2	3	4
19) 中心静脈栄養	1	2	3	4
20) 口腔ケア	1	2	3	4
21) 喀痰吸引	1	2	3	4
22) 認知症のBPSD に対する薬物治療(経口・注射)	1	2	3	4
23) 在宅酸素療法による酸素提供	1	2	3	4
24) 酸素ボンベその他の手法による酸素提供	1	2	3	4

問 7) 貴施設の看取りに関する対応についてご回答ください。

1) 看取り対応についてどのような方針をお持ちですか。	1. 積極的に、看取り対応をしていきたい 2. 積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい 3. 看取り対応には、どちらかというと消極的 4. 看取り対応はしない方針である 5. 特に方針は定めていない 6. その他(具体的に: _____)
-----------------------------	--

問 8) 貴施設のACP時の対応についてご回答ください。

1) ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について、理解していますか。	1. 理解している 2. 理解していない
2) どのくらいの入所者に対してACPを実施していますか。	1. 必ず実施している(10割) 2. ほとんどの入所者(8割以上)に実施している 3. 半分以上(5割以上)に実施している 4. 半分未満に実施している(2~4割) 5. 1割程度実施している 6. 全く実施していない(0割)
※2)で6. と回答した場合 2-1) ACPを実施しない理由をお答えください。(該当するもの全てに○)	1. ACPを行うノウハウがないため 2. ACPを行う時間がないため 3. 看取り期のことなどを話題にすることに抵抗があるため 4. ACPを行う必要がある入所者がいないため 5. その他( _____ )
※以下の設問では、2)で1. ~5. を選択した方を対象に伺います。	
3) ACPについて、施設内研修を実施していますか。	1. 実施している    2. 実施していない
4) ACP・看取りに関する話し合いについてはどの時期に行っていますか。(該当するもの全てに○)	1. 入所時に行う 2. 状態悪化時に行う 3. 看取り期に行う 4. ご本人やご家族等に求められたときに行う 5. その他( _____ )
5) ACP・看取りに関する話し合いは、対象者ごとに、繰り返し行っていますか。	1. 繰り返し話し合いを行う人のほうが多い 2. 繰り返し行う人と行わない人が半数程度ずつである 3. 繰り返し行わない人のほうが多い
6) 上記話し合いは、どのように行っていますか。(主に行う方法1つに○)	1. 医師が単独でご本人やご家族等と話し合う 2. 医師と多職種がご本人やご家族等と話し合う 3. 医師以外の職員が単独でご本人やご家族等と話し合う 4. 医師以外が多職種でご本人やご家族等と話し合う
※6)で1. と回答した場合 6-1) 医師が単独でご本人と話し合う場合、ご本人と話し合った内容を他の職員と共有していますか(該当するもの全てに○)	1. 多職種が参加するケースカンファレンスを行い共有する 2. 朝礼や申し送りの際に共有する 3. 話し合いの記録を作成し共有する 4. 共有はせず、話し合いの結果に応じた指示を出す 5. その他( _____ )
※6)で2. または4. と回答した場合 6-2) 上記で、多職種で話し合う際の、職種について(該当するもの全てに○)	1. 看護職                      2. 介護職                      3. 支援相談員 4. 介護支援専門員    5. リハビリ職員            6. (管理)栄養士 7. その他( _____ )

<p>7) ACP・看取りに関する話し合いの主な内容をお答えください。 (主に話し合うものとして、該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ご本人の症状等について</li> <li>2. ご本人の価値観や目標について</li> <li>3. ご本人の気がかりについて</li> <li>4. ご本人の医療・ケアに関する意向(人生の最終段階における医療・ケアの意向を含む)</li> <li>5. ご本人の療養場所や最期を過ごす場所に関する意向</li> <li>6. ご本人の意思を推定できる人の確認</li> <li>7. 療養生活でやりたいこと・会いたい人について</li> <li>8. 医療・ケアチームとしての方針について</li> <li>9. その他( )</li> </ol>
<p>8) 入所前や病院に入院中等に行われたACPについて、かかりつけ医や主治医等から入手する情報が不十分な場合、どのようにしていますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 必ず問い合わせしている</li> <li>2. 体調が安定しない入所者など一部のケースで問い合わせしている</li> <li>3. 積極的に問い合わせをすることはない</li> </ol>

(全員の方にお伺いします)

<p>9) 施設内で看取り期にあった入所者について、救急搬送した事例がありましたか。 (過去1年間(令和5年10月から令和6年9月))</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. あった</li> <li>2. なかった</li> </ol>
---	---

問 9) 貴施設の入退所者についてご回答ください。

過去1年間(令和5年10月～令和6年9月)に入所・退所された利用者延べ人数	
入所者延べ人数(リポート利用もそれぞれカウント)	人
退所者延べ人数(リポート利用もそれぞれカウント)	人
うち、医療機関へ入院した利用者延べ人数	人
1) 急性期一般病院	人
2) 地域包括医療病棟	人
3) 回復期リハビリテーション病棟	人
4) 地域包括ケア病棟(床)	人
5) 上記以外の一般病床	人
6) 療養病床[ 上記 3) 4) 以外 ]	人
7) その他・不明	人
うち、死亡退所者数	人
うち、ターミナルケア加算算定人数	人



問 10) 貴施設の過去1年間(令和5年10月～令和6年9月)に救急搬送した症状別・時間帯別件数についてご回答ください。

	日中 (8:00～18:00)		夜間・早朝 (18:00～翌8:00)	
		(うち、施設の 車での搬送)		(うち、施設の 車での搬送)
転倒および転落による外傷(打撲・出血等)	件	( 件)	件	( 件)
肺炎(誤嚥性肺炎含む)	件	( 件)	件	( 件)
心停止・心不全	件	( 件)	件	( 件)
脳梗塞・脳内出血	件	( 件)	件	( 件)
呼吸異常・呼吸不全	件	( 件)	件	( 件)
発熱(尿路感染症含む)	件	( 件)	件	( 件)
意識レベル低下	件	( 件)	件	( 件)
せん妄	件	( 件)	件	( 件)
貧血	件	( 件)	件	( 件)
黄疸	件	( 件)	件	( 件)
消化管出血	件	( 件)	件	( 件)
その他	件	( 件)	件	( 件)

問 11) 問10にて回答いただいた救急搬送について、救急搬送時の医師の勤務状況をご回答ください。

	医師勤務日		医師不在日
		(うち医師 不在日前日)	
救急搬送件数	件	( 件)	件

問 12) 貴施設の救急搬送の判断に主に関わる職員について○印をご記入ください。

	早朝 (4:00～8:00)	日中 (8:00～16:00)	夜勤前 (16:00～18:00)	夜勤帯 (18:00～翌4:00)
介護職員				
看護職員				
医師				

問 13) 貴施設の救急搬送を行う具体的な基準についてご回答ください。

施設内で明確に救急搬送の基準を定めている場合、基準として当てはまる項目に○印を付けてください。
1. 意識レベルの基準(DCS・JCS等に基づく) 2. 外傷の基準(打撲箇所・出血程度等) 3. バイタルサインの基準(血圧・心拍数・体温・呼吸数・Spo2) 4. その他(具体的に: ) 5. 基準は設けていない