

全老健第 7-175 号

令和 7 年 11 月 28 日

会員各位

公益社団法人全国老人保健施設協会

会長 東 憲太郎

(公印省略)

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養
支援機能の促進にかかる調査研究事業

班長 瀬口 里美

「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に
かかる調査研究事業」調査へのご協力について（お願い）

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は当協会の事業・運営に格別のご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当会では令和 7 年度老人保健事業推進費等補助金の交付を受け、標記調査を実施することと致しました。本調査は、現場で日々努力を重ねている皆様の取り組みや工夫を把握し、今後の介護老人保健施設の機能のあり方を検討するための参考資料とすることを目的としており、「頑張っている施設の実践を見える化し、今後の制度作りに活かす」ための調査です。介護現場の実態や努力を反映させるための重要な基礎資料となるため、「どう頑張っても施設類型を上げることができないが、ここはすごく頑張っている」等といった日々の努力等を参考にさせていただきたいと存じます。フリー記入欄を設けましたので、多くのご意見をお願いできましたら幸いです。皆様からの情報をもとに、今後の老健施設機能のあり方を検討するため、貴重な情報源となりますので、1 件でも多くのご回答をお待ちしております。

なお、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いただいて構いません。

会員施設の皆様にはご多忙のところ、大変なご負担をお掛けすることと存じますが、本調査の趣旨をご賢察のうえ、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

- **令和 7 年 12 月 26 日(金)迄に**、同封の返信用封筒またはメールにてご返送ください。(メールアドレス：research@roken.or.jp)
- 調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロードしていただけます。
<https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research>
(ユーザー名/パスワードは不要です)

本件照会先：公益社団法人全国老人保健施設協会

担当：業務部業務第一課 高橋、歌田

TEL:03-3432-4165 FAX:03-3432-4172

メールアドレス：research@roken.or.jp

厚生労働省 令和7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）

「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養
支援機能の促進にかかる調査研究事業」

調査実施要綱

1. 事業の目的と主な調査内容

本調査は、現場で日々努力を重ねている皆様の取り組みや工夫を把握し、今後の介護老人保健施設の機能のあり方を検討するための参考資料とすることを目的としており、「頑張っている施設の実践を見える化し、今後の制度作りに活かす」ための調査です。介護現場の実態や努力を反映させるための重要な基礎資料となるため、「どう頑張っても施設類型を上げることができないが、ここはすごく頑張っている」といった日々の努力等を参考にさせていただきたいと存じます。フリー記入欄を設けましたので、多くのご意見をお願いできましたら幸いです。皆様からの情報をもとに、今後の老健施設機能のあり方を検討するため、貴重な情報源となりますので、1件でも多くのご回答をお待ちしております。

なお、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いただいて構いません。

会員施設の皆様には大変お手数をおかけ致しますが、本調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力を賜りますよう、何卒、宜しくお願い申し上げます。

2. お送りした調査票類

- | | |
|------------|---------|
| (1) 送付状 | 1 通 |
| (2) 調査実施要綱 | 1 部（本紙） |
| (3) 調査票 | 1 部 |
| (4) 返信用封筒 | 1 部 |

【調査票の回答期限と返送方法】

令和7年12月26日（金）迄に、同封の返信用封筒にて、ご返送下さい。

返送先：公益社団法人全国老人保健施設協会 宛

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

※調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロードしていただけます。

<https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research>

（ユーザー名／パスワードは不要です）

※調査票の返送は、以下のFAX・メールアドレス宛にお送りいただくことも可能です。

FAX: 03-3432-4177 メールアドレス: research@roken.or.jp

3. 調査対象施設

全国老人保健施設協会（以下、全老健）に加盟されている全会員施設にお送りしています。

4. 調査研究事業班

事業実施にあたっては、以下の班員で構成される研究事業班を設置し、調査の方向性や調査項目等について検討しました。

【調査研究事業班の班員構成】

- | | |
|--------|---|
| 松田 晋哉 | (福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授) ※担当副会長 |
| 大河内 二郎 | (介護老人保健施設竜間之郷 施設長) ※担当役員 |
| 瀬口 里美 | (介護老人保健施設円会センテナリアン 施設長) ※班長 |
| 小出 純子 | (社会医療法人慈薫会介護老人保健施設大阪緑ヶ丘 管理医師) ※副班長 |
| 池田 登顕 | (山形大学 医学部 医療政策学講座 准教授) |
| 江澤 和彦 | (公益社団法人日本医師会 常任理事) |
| 奥田 竜也 | (介護老人保健施設竜間之郷 事務長) |
| 小島 太郎 | (国際医療福祉大学 医学部 老年病学 教授、
介護老人保健施設オルタンシア 施設長) |
| 佐藤 亜希子 | (龍岡介護老人保健施設 プロジェクト部 プロジェクトリーダー) |
| 塩原 貴子 | (介護老人保健施設フェルマータ船橋 事務長) |
| 坪谷 透 | (介護老人保健施設はやちねの里 施設長) |

5. 調査票の記入方法について

- 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。
- 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)」とご記入ください。
- 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ください。

6. 調査により得られたデータの利用について

- 本調査により得られたデータは、本調査研究事業の班員で共有し、事業の目的に沿って使用させていただきます。また、将来的には、当会が実施する他の調査とデータ統合するなどして再利用させていただく可能性があります。しかし、いかなる場合でも、ご回答いただいた施設が特定できるような形での情報公表は一切いたしません。
- 本調査で得られたデータを、将来的には、当会に關係する研究者らが論文を執筆する目的で、本調査のデータを利用させて頂く可能性があります。しかし、いかなる場合でも、回答施設が特定できないよう施設名等をマスキングした状態でデータを提供しますので、貴施設のプライバシーは守られます。

7. 調査への同意について

- 貴施設の貴重な情報をご提供頂くこととなりますが、調査票のご返送をもって、貴施設の情報をご提供頂くことへの同意を頂戴したものと解釈させていただきます。また、ご返送いただいた後で同意を撤回することはできませんので、予めご了承ください。
- 貴施設の情報の提供に同意されない場合、本調査票のご返送は不要です。
- 本調査にご協力いただけない場合であっても、いかなる不利益も発生致しません。
- なお、ご回答いただいた調査票の入力・集計・分析にあたってはデータ取り扱い専門の会社に預託する場合があります。
- また、貴施設に入所されている方の情報をもとにご回答いただく設問もあるため、入所者やご家族の皆様に向けて本研究に協力していることを貴施設内に掲示する等の方法により、オプトアウト（調査協力を拒否できる機会を保障する手法）にて同意をいただきますようお願い申し上げます。

8. 提出期限厳守のお願い

調査票の提出につきましては、可能な限り期限を厳守して頂きますよう、ご協力をお願い申し上げます。ただし、締め切りを過ぎてお送りいただいた場合でも、今後の基礎データとして活用させて頂きたく存じますので、締め切りに間に合わなかった場合でも調査票のご返送にご協力下さいますよう、何卒、宜しくお願い申し上げます。

9. 本調査に関するお問合せ先

公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

TEL. 03-3432-4165 FAX. 03-3432-4177 または 03-3432-4172

メールアドレス： research@roken.or.jp

担当： 業務部業務第一課 高橋、歌田

令和7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)

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進にかかる調査研究事業 調査票

【調査票のご記入について】

※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。

※選択式の設問は、該当の番号に原則1つ○を付けてください。複数選んでいただく場合には、「該当するすべての番号に○」と質問に記載してあります。

※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。該当しない場合は「0(ゼロ)」とご記入ください。

※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、管理者や事務長、また、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7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7年12月26日(金)にてお願いしております。

都道府県		電話番号	
貴施設名			
会員番号※封筒の宛名に記載の番号を転記してください			

1 施設概要についてお伺いします。

問1. 施設類型	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2. 「問1」で選択した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(例:10.5%)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。						
1)在宅復帰率【前6月間(令和7年3月～8月等)】(注1)						%
在宅復帰率の算出に用いた退所者数等【前6月間(令和7年3月～8月等)】						
①前6月間における居宅への退所者の延数(注2～5)						人
②前6月間における退所者の延数(注4、5)						人
③前6月間における死亡した者の総数(注4)						人
注1: ②-③の値が0の場合、在宅復帰率は0%とする。						
注2: 当該施設における入所期間が1月間を超えていた者の延数。						
注3: 居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。						
注4: 当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。						
注5: 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。						
2)ベッド回転率【前3月間(令和7年6月～8月等)】						%
ベッド回転率の算出に用いた入所者数、退所者数等【前3月間(令和7年6月～8月等)】						
①直近3月間の延べ入所者数(注6)						人
②直近3月間の新規入所者の延数(注6、7)						人
③直近3月間の新規退所者数(注8)						人
注6: 入所者とは、毎日24時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。						
注7: 新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。						
注8: 当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。						
3)入所前後訪問指導割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】						%
4)退所前後訪問指導割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】						%

5) 居宅サービスの実施 【前3月間(令和7年6月～8月等)】 ※届出の有無ではなく、提供実績の有無をご回答ください。	①訪問リハビリテーション	1. 有→延べ利用者数()人	2. 無
	②通所リハビリテーション	1. 有→延べ利用者数()人	2. 無
	③短期入所療養介護	1. 有	2. 無
6) ①リハビリ専門職の配置(入所者100人当たり)【前3月間(令和7年6月～8月等)】			人
6) ②リハビリ専門職の配置(入所者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	2. 無
	(2)作業療法士	1. 有	2. 無
	(3)言語聴覚士	1. 有	2. 無
7) ①支援相談員の配置(入所者100人当たり)【前3月間(令和7年6月～8月等)】			人
7) ②社会福祉士の配置		1. 有	2. 無
8) 要介護4又は5の割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】			%
9) 喀痰吸引の実施割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】			%
10) 経管栄養の実施割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】			%
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	2. 無
12) リハビリテーションマネジメントの実施		1. 有	2. 無
13) (リハビリにおける)医師の詳細な指示の実施		1. 有	2. 無
14) 地域に貢献する活動の実施		1. 有	2. 無
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	2. 無
問3. 併設医療機関の状況 (該当するすべての番号に○)	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		

2 入所者や短期入所療養介護(ショートステイ)の利用者についてお伺いします。

問4. 令和7年10月1日24時時点の入所者数等についてご記入ください。						
①入所定員	人		②入所者数(除短期入所)			人
③要介護度別入所者数 (除短期入所)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
	人	人	人	人	人	人
④短期入所の利用定員 の有無	1. 有→() 人 2. 無(空床利用)		⑤短期入所の利用者数		人	

問5. 入所・利用目的ごとに、それぞれ何人ぐらい当てはまりますか。また、各利用目的で「対象者の詳細」欄に該当する人が含まれていれば、その番号に○を付けてください。 ※入所・利用目的が複数項目に該当する場合は、最もあてはまる目的1つに計上してください。			
1) 令和7年9月の1か月間の新規入所者(リピート利用を含む、短期入所療養介護の利用者を除く)			
	入所目的	該当人数	対象者の詳細 (該当するすべての番号に○)
(1)	在宅復帰 を目指して、病院や 他施設から入所	人	1. 急性期病院から入所 2. 急性期以外の病院(地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟等)から入所 3. 他の老健施設や介護医療院からの転所
(2)	在宅生活を維持 するため、自宅等から入所	人	1. リハビリテーションによるADL維持・向上 2. 在宅生活中に認知症が進行(BPSD出現等) 3. 介護者のレスパイト、介護者の体調不良・入院 4. 農繁期・繁忙期の負担軽減、冠婚葬祭、避暑・避寒 5. 医療的ケア、病後の経過観察 6. 服薬管理 7. 服薬調整・服薬内容の見直し
(3)	他施設への入所待機 (特養、各種ホーム、サ高住等)	人	1. 特別養護老人ホーム(特養)の入所待機 2. 特養以外の各種ホーム、サ高住等への入所待機
(4)	看取り、ターミナル期への対応	人	1. 施設での看取りを希望 2. 看取りではないが、終末期に近い状態
(5)	その他 上記(1)～(4)以外	人	1. 在宅復帰の可能性を模索中 2. 認知症や家庭の事情で方針が決められない 3. 虐待からの避難、行政による措置 4. その他(具体的に:)

2)令和7年9月の1か月間の短期入所療養介護(ショートステイ)利用者の利用目的(8月以前から利用を継続している人についても回答してください)。			
	利用目的	該当人数	対象者の詳細(該当するすべての番号に○)
(1)	介護者のレスパイトや 介護者不在時の対応等	人	1. 介護者のレスパイト、介護者の体調不良・入院 2. 農繁期・繁忙期の負担軽減、冠婚葬祭、避暑・避寒
(2)	医療的ケア	人	1. 医療的ケア、病後の経過観察、在宅では困難な医療的対応 2. 服薬管理 3. 服薬調整・服薬内容の見直し 4. 認知症の精神症状の増悪
(3)	リハビリテーション	人	
(4)	在宅復帰 を目指して、病院退院直後や 他施設からの利用	人	1. 急性期病院から入所 2. 急性期以外の病院(地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟等)から入所 3. 他の老健施設や介護医療院からの転所
(5)	その他 上記(1)~(4)以外	人	1. 他施設への入所待機 2. 長期療養・長期生活 3. 住宅改修等 4. 看取り 5. 虐待からの避難、行政による措置 6. その他(具体的に:)

問6. 令和7年7月~9月の3か月の新規入所者(注1)(短期入所療養介護の利用者を除く)の入所前の居所、同期間の退所者(注2)の退所先の居所について、ご回答ください。同じ人が、令和7年7月~9月の3か月間に2回以上入所した場合、その都度、計上してください。			
居所	A)入所前	B)退所先	
①病院・有床診療所	人	人	
i)うち、急性期一般病棟、地域包括医療病棟	人	人	
ii)うち、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟(床)	人	人	
②介護医療院	人	人	
③他の介護老人保健施設	人	人	
④特別養護老人ホーム	人	人	
⑤自宅等(ただし、⑥、⑦を除く)	人	人	
⑥短期入所生活介護、短期入所療養介護、(看護)小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを利用	人	人	
⑦居住系サービス※を利用 ※認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム・軽費老人ホーム	人	人	
⑧死亡による退所		人	
⑨その他	人	人	
合計人数	人	人	
上記の各合計人数のうち、入所前または退所時に訪問診療または訪問看護を利用している人の人数	人	人	

注1:問2の注7に同じ、注2:問2の注8に同じ

問7. 令和7年10月1日24時時点の入所者数(短期入所療養介護の利用者を除く)のうち、1年以上の長期入所者についてお伺いします。			
1)入所から1年以上が経過している人の有無		1.有 → ()人 2.無	
【1)で「1.有」の場合】 2)退所が困難である主な理由として該当する入所者の人数をご回答ください。 (1入所者につき主な理由を1つ選択して計上)	①認知症が重度である	人	
	②自宅等では療養困難な医療処置を必要とする 具体的内容:	人	
	③自宅等では療養困難な精神疾患を有する 具体的内容:	人	
	④特別養護老人ホームの入所待機中	人	
	⑤在宅生活を支える介護サービスが乏しい	人	
	⑥入所者本人の希望	人	
	⑦家族の希望	人	
	⑧その他 具体的内容:	人	

問 8. 認知症のある人の受け入れについてお伺いします。		
1)認知症専門棟の有無		1.有 → ()床 2.無
2)このままでは在宅生活が困難と判断されるような、認知症の周辺症状が著しい入所者は、現在何人いますか。(複数の症状がある場合、主な1つに計上してください)	①暴行	1.いる → ()人 2.いない
	②徘徊・離所	1.いる → ()人 2.いない
	③不潔行為	1.いる → ()人 2.いない
	④妄想	1.いる → ()人 2.いない
	⑤睡眠障害(昼夜逆転)	1.いる → ()人 2.いない
	⑥その他	1.いる → ()人 2.いない

問9. リクライニング車椅子またはティルト車椅子・機械浴(特浴)・食事介助が必要な入所者についてお伺いします。		
①リクライニング車椅子またはティルト車椅子を利用している人		1.いる → ()人 2.いない
②機械浴(特浴)を必要とする人		1.いる → ()人 2.いない
③食事介助を必要とする人		1.いる → ()人 2.いない

問10. 入所判定会議についてお伺いします。		
1)入所判定会議は、入所申込からおおよそ何日以内(暦日)に実施していますか。		
1. 1日以内 2. 2～3日以内 3. 4～7日以内 4. 8～14日以内 5. 15日以上		
2)入所を断る主な理由について、教えてください。(該当するすべての番号に○)		
1. 専門的な知識が必要な疾患を持っている 2. 投与薬剤が多い 3. 利用している薬剤が高額 4. インスリン注射が必要 5. インスリン注射以外の注射が必要 6. 感染症がある 7. 在宅酸素が必要 8. 行動障害・認知症の症状が重い 9. 家族等の身元を保証する方、施設の協力者がいない 10. 家族等からの要望への対応が難しい 11. 施設の定員超過 12. その他(具体的に: _____)		

3 地域への貢献活動についてお伺いします。

問 11. 令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日の間に、以下に挙げるような、地域への貢献活動(地域リハビリテーション活動支援事業等)を実施されましたか。予定も含めてご回答ください。(該当するすべての番号に○)		
1. 地域リハビリテーション活動支援事業の一環としての自治体への関与(リハビリ専門職の地域支援事業への派遣など)		
2. 地域ケア会議等への職員の関与(委員として参加したなど)		
3. 地域の介護事業所等への職員の訪問・派遣(自法人以外の事業所への助言等のため)		
4. 地域住民が運営している通いの場(体操クラブなど)への職員の訪問・派遣(指導者として参画したなど)		
5. 地域住民に対する健康教室(介護予防・健康づくり)の開催		
6. 認知症カフェなどの地域住民が集うカフェの運営・設置		
7. 在宅の家族介護者への介護教育などの支援		
8. 民生委員・ボランティアとの連携・協働		
9. その他(具体的に: _____)		

4 協力医療機関についてお伺いします。

問 12. 協力医療機関数	病院	施設	診療所	施設
1) 貴施設の主たる医療機関 1か所との関係	1. 併設病院 2. 併設ではないが、同一法人または関連法人の病院 3. 同一法人または関連法人以外の病院 4. 併設診療所 5. 併設ではないが、同一法人または関連法人の診療所 6. 同一法人または関連法人以外の診療所			
2) 主たる協力医療機関が 病院 の 場合、病床種別(該当するす べての番号に○)	1. 一般病床(「3」「4」「5」を除く) 3. 回復期リハビリテーション病棟 5. 障害者施設等病棟 7. 療養病床(「3」「4」を除く)		2. 精神病床 4. 地域包括ケア病棟(床) 6. 結核病床・感染症病床 8. その他、不明	
3) 主たる協力医療機関が 診療所 の場合、病床の有無	1. 有 2. 無			
4) 主たる協力医療機関が 診療所 の場合、在 宅療養支援診療所ですか	1. 在宅療養支援診療所である 3. わからない		2. 在宅療養支援診療所ではない	
5) 主たる協力医療機関とどのよ うな連携を行っていますか(該 当するすべての番号に○)	1. 紹介状や診療情報提供書を用いて情報共有を行っている 2. ICTを使って情報共有を行っている 3. 定期的な診療や往診を依頼している 4. 入所時・退所時にかかりつけ医と連絡を取っている 5. 急変時や医療的判断が必要な際に相談している 6. 必要時に入院をお願いしている 7. 連携はほとんどない 8. その他(具体的に記入ください:)			

5 医学管理等についてお伺いします。

問 13. 以下のような状態・医療処置を要する人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1つ)				
	1	2	3	4
	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)慢性心不全	1	2	3	4
2)慢性腎不全	1	2	3	4
3)パーキンソン病	1	2	3	4
4)ワルファリン等による脳梗塞の再発予防	1	2	3	4
5)インスリン治療を伴う糖尿病の管理	1	2	3	4
6)在宅酸素療法の管理	1	2	3	4
7)骨関節疾患に伴う疼痛の管理	1	2	3	4
8)悪性腫瘍に伴う疼痛の管理	1	2	3	4
9)活発な BPSD を伴う認知症	1	2	3	4
10)急性腹症への対応	1	2	3	4
11)急性心不全発症への対応	1	2	3	4
12)呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	1	2	3	4
13)抗悪性腫瘍剤(内服)の使用・管理	1	2	3	4
14)麻薬(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
15)麻薬の内服、貼付、坐剤の使用・管理	1	2	3	4
16)ドレナージの管理	1	2	3	4
17)経鼻・経管栄養	1	2	3	4
18)中心静脈栄養	1	2	3	4
19)腹膜透析(在宅自己腹膜灌流含む)	1	2	3	4
20)血液透析	1	2	3	4

問 14. 医療的ケア児者を受け入れていますか	1. はい 2. いいえ
-------------------------	--------------

問 15. 貴施設では、入所者のポリファーマシー※対策に、積極的に取り組んでいますか。
 ※ポリファーマシー：単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランスの低下等の問題につながる状態を指します。

1. かかりつけ医と連携し、処方内容の見直しや減薬に積極的に取り組んでいる
2. かかりつけ医との連携には課題があるが、処方内容の見直しや減薬に積極的に取り組んでいる
3. 入所中に状態の変化等がみられた場合やポリファーマシーが疑われる場合には、処方内容の見直しや減薬を行っている
4. なるべく処方内容の変更は行わない方針
5. その他（具体的に： _____）

【問 15 で、「1. ～3.」を選択した場合】1) 処方内容の見直しとして、服薬回数を減らすこと（1日3回投与を1日1回にする等）の取組を行っていますか。 1. はい 2. いいえ

【問 15 で、「4. なるべく処方内容の変更は行わない方針」を選択した場合】2) 理由（該当するすべての番号に○）

1. 薬剤調整や処方変更後の経過観察等の対応に多くの時間を要するため
2. 入所者や家族への説明が困難なため
3. ポリファーマシーに関する専門性を有する職員が不在または不足しているため
4. 薬剤調整や減薬をしたとしても、退所後に処方内容が元に戻ることがあったため
5. 薬剤調整や減薬を行うと、退所後のかかりつけ医と良好な関係が作れないため
6. その他（具体的に： _____）

問 16. 令和7年9月において、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。また、医療機関へ入院した件数についてご記入ください。入院が1件以上だった場合、その理由を以下の選択肢からお選びください。（除短期入所者）

	(A) 発症件数(注1)	(B) (A)のうち、所定疾患施設療養費を算定した実人数(注2)	(C) (B)の算定延べ日数(注3)	(D) (A)のうち、医療機関へ入院した件数
① 肺炎	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
② 尿路感染症	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
③ 带状疱疹	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
④ 蜂窩織炎	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
⑤ 慢性心不全の増悪	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		

【医療機関へ入院した件数が1件以上あった場合：(E)入院理由の選択肢(上記の傷病ごとに、該当するすべての番号に○)】

1. 医師の専門外のケースであったため
2. 施設では対応ができない重症度であったため
3. 現行報酬では費用が施設の持ち出しになり、対応が困難であったため
4. 施設の方針により、急変時の対応については医療機関で治療を行うこととしているため
5. 本人からの希望があったため
6. 家族からの希望があったため 7. その他(具体的に)

注1: 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2: 算定した実人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3: 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: 3/28～4/1、9/29～10/2 等)は、3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。

6 各種加算の算定状況についてお伺いします。

問 17. 令和7年4月～9月の半年間の、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況等について、お伺いします。算定人数をご記入の上、0人の項目については、その理由を以下の選択枝からお選びください。(該当するすべての番号に○)				
1)算定した実人数	(I)イ 人	(I)ロ 人	(II) 人	(III) 人
【0人の場合】 2)算定しなかった理由	1・2・3・4・5・6・ 7・8・9・10・11・ 12・13:具体的に	1・2・3・4・5・6・ 7・8・9・10・11・ 12・13:具体的に	1・2・3・4・5・6・ 7・8・9・10・11・ 12・13:具体的に	1・2・3・4・5・6・ 7・8・9・10・11・ 12・13:具体的に
【算定しなかった理由の選択枝】 1.療養上必要な指導を行えなかった 2.入所期間の見込が3か月未満であった 3.LIFEを用いた情報の提出ができなかった 4.入所中に1種類以上減少していたが、退所時には減少していなかった 5.服用開始から4週間以上経過した6種類以上の内服薬を処方されていた入所者がいなかった 6.主治の医師の合意が得られなかった 7.主治の医師への情報提供を行えなかった 8.施設で変更後の確認を行う体制や人員が整っていなかった 9.高齢者の薬物療法に関する研修を受講した医師又は薬剤師がなかった 10.入所者またはご家族から同意が得られなかった 11.かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定方法が不明だった 12.(I)又は(II)を算定していない 13.その他(具体的に)				

問18. 令和7年4月～9月の半年間のターミナルケア加算についてお伺いします。	
1)1人以上算定しましたか。	1.算定した ➡ ()人 2.算定しなかった
2)ターミナルケア加算を算定した入所者の、平均在所日数(注1)	平均 _____日(小数点以下第2位を四捨五入)
3)ターミナルケア加算算定中に在宅に一時帰宅(外泊を含む)した人の有無	1.有 ➡ ()人 2.無
4)死亡退所となったが、ターミナルケア加算を算定しなかった人の有無、理由	
1.無 2.有 ➡人数 ()人 ➡理由(該当するすべての番号に○) 1. 予定外の死亡であった 2. ターミナルケアに係る計画を作成していなかった 3. 入所者または家族から同意が得られなかった 4. ターミナルケア加算の算定方法が不明だった 5. 施設の体制や人員が整っていなかった 6. その他(具体的に: _____)	

注1:在所日数:リポート利用の人は、直近の入所日～死亡退所となった日までの日数で算出してください。

問 19. 令和7年4月～9月の半年間の、短期入所療養介護における総合医学管理加算の算定状況等について、ご記入ください。	
1)熱中症、発熱、脱水、感染症等の治療管理を目的とした利用の有無	1.有 (➡利用者実人数 ^{注1} 人) 2.無
2)総合医学管理加算を算定した利用の有無	1.有 (➡利用者実人数 ^{注2} 人) 2.無
3)治療管理を目的とした計画外の利用があったにもかかわらず、総合医学管理加算を算定しなかった利用者の有無	1.有 (➡利用者実人数 人) 2.無
4)通常の(緊急利用ではない)短期入所療養介護を利用し、利用中に発熱や状態の急変があり、自施設内で治療管理を行った利用者の有無	1.有 (➡利用者実人数 _____人) 2.無
5)熱中症、発熱、脱水、感染症等の治療管理を目的として緊急に入所を受け入れたケースがありましたか。(短期入所療養介護ではなく一般の入所での受け入れ)	1.有 (➡利用者実人数 _____人) 2.無

注1:令和7年4月～9月の半年間の短期入所療養介護の利用者のうち、該当する利用者の人数(実人数)をご回答ください。なお、調査対象期間に複数回(リポート)利用した利用者については、各利用の毎に計上してください。

注2:令和7年4月～9月の半年間の短期入所療養介護の利用者のうち、総合医学管理加算を算定した人数(実人数)をご回答ください。(例:8/1～8/5に、同じ利用者に算定=1人)

問 20. 令和6年10月～令和7年9月の1年間のサービス提供体制強化加算の算定状況等についてお伺いします。	
1)サービス提供体制強化加算の算定内容の月ごとの変化の有無	1.変化があった 2.変化はなかった
2)各月の算定状況として該当するもの(1年間のうち1月以上で該当したすべての番号に○)	1.(I)を算定 2.(II)を算定 3.(III)を算定 4.算定なし
【1)で「1.」を選んだ場合】 3)どの要件に変化がありましたか(該当するすべての番号に○)	1.介護職員のうち、介護福祉士の割合 2.勤続年数が10年以上の介護福祉士の割合 3.常勤職員の割合 4.勤続年数が7年以上の職員の割合 5.その他
【1)で「2.」を選んだ場合】 4)要件上は、上位の加算が算定できる月もあったが、月ごとに変動するのは手続きが負担であるため、上位の加算を算定しなかった月がありましたか	1.はい 2.いいえ 3.年間を通して(I)を算定

問 21. 算定が難しいと思われる加算があれば、加算の番号に○を付け、算定が難しい理由を選んでください。		
↓	算定が難しい加算の番号に○	算定が難しい理由(該当するすべての番号に○)
1	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ又はⅡ)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10()
2	認知症専門ケア加算(Ⅰ又はⅡ)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
3	認知症チームケア推進加算(Ⅰ又はⅡ)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
4	認知症行動・心理症状緊急対応加算	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
5	短期集中リハビリ実施加算Ⅰ (258 単位/日)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
6	経口移行加算 (28 単位/日)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
7	経口維持加算(Ⅰ) (400 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
8	経口維持加算(Ⅱ) (100 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
9	口腔衛生管理加算(Ⅱ) (110 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
10	療養食加算(6 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
11	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (3 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
12	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) (13 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
13	排せつ支援加算(Ⅱ) (15 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
14	排せつ支援加算(Ⅲ) (20 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
15	短期入所療養介護/緊急短期入所受入加算	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
16	初期加算(Ⅰ) (60 単位/日)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
17	協力医療機関連携加算(Ⅰ)(50 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
18	協力医療機関連携加算(Ⅱ)(5 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
19	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(53 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
20	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)(33 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
21	自立支援促進加算 (300 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
22	科学的介護推進体制加算Ⅰ(40 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
23	科学的介護推進体制加算Ⅱ(60 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
24	退所時情報提供加算(Ⅰ)(500 単位)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
25	栄養マネジメント強化加算	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
26	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(10 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
27	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)(5 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
28	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(100 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
29	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(10 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
【算定が難しい理由の選択肢】 1.対象疾患・状態に該当する入所者がいない 2.実施の頻度・内容が要件を満たしていない 3.必要な人員配置が確保できない 4.事務手続きや申請業務の負担が大きい 5.加算の内容や基準が分かりにくい 6.経済的なメリットが少ない 7.他の加算を優先している 8.施設の設備・体制が基準を満たしていない 9.医師が必要な研修を終えていない(認知症短期集中リハビリテーション実施加算のみ) 10.その他(具体的に)		

問 22. 介護老人保健施設が在宅復帰・在宅療養支援機能の促進をするにあたって課題と思われることを自由にご記入ください

質問は以上で終わりです。ご協力いただき、ありがとうございました。