

介護老人保健施設における新ケアマネジメント方式（R4 方式）の在宅復帰率・回転率への影響に関する調査研究事業  
報告書

平成 25 年 3 月

公益社団法人全国老人保健施設協会



## はじめに

制度創設から 25 年目を迎える介護老人保健施設は、要介護高齢者の自立を支援し、居宅における生活への復帰を目指すために、医療、看護や介護、リハビリテーションなどの多機能で質の高いサービスを多職種からなるチームで提供してきた。また、地域に根ざした施設として、家族や地域住民との交流はもとより、市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担ってきたところである。

こうした中、平成 24 年度介護報酬改定において、介護老人保健施設では特に在宅復帰支援型の施設としての機能強化という観点により、基本サービス費に在宅強化型・療養強化型といった類型が新設されたとともに、在宅復帰・在宅療養支援機能加算をはじめ、短期集中リハビリテーション実施加算、ターミナルケア加算、入所前からの計画的な支援等に対する評価、医療ニーズへの対応強化、認知症への対応強化等の見直しが行われた。

介護老人保健施設が地域包括ケアシステムの中心として社会から期待されている役割・機能を果たしていくためには、サービスの質の維持・向上とともに、関連する諸制度の充実が望まれる。そのためには、地域の特性や利用者の多様なニーズ、状態像等を踏まえた調査・研究を行い、現場の実態に基づいた詳細なデータによって、ケアのあり方や諸制度について具体的な提言を行っていく努力が欠かせない。

全国老人保健施設協会では、平成 24 年度老人保健推進費等国庫補助事業において以下の 6 件の調査研究事業を実施した。ここに、各調査研究事業の報告書（6 冊分）をとりまとめたので報告する。

1. 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援を支える医療のあり方に関する調査研究事業
2. 生活期リハビリテーションによる効果判定のための評価表の作成とその試行に関する調査研究事業
3. 介護老人保健施設における協力歯科医療機関等との連携状況に応じた口腔関連サービスの提供実態に関する調査研究事業
4. 通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーションの有用性に関する調査研究事業
5. 介護老人保健施設における災害支援体制整備と災害派遣ケアチーム J C A T による人材育成等に関する調査研究事業
6. 介護老人保健施設における新ケアマネジメント方式（R4 方式）の在宅復帰率・回転率への影響に関する調査研究事業

これら調査研究の成果が、介護老人保健施設の関係者をはじめ、高齢者の生活を支える方々の取り組みの参考となり、高齢者の尊厳の保持と質の高いサービスの提供のための一助となることを願うものである。

平成 25 年 3 月

公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 木川田 典彌



## 目 次

第1章. 事業概要.....	3
1. 事業の趣旨・目的.....	5
2. 事業の内容.....	5
3. 委員会開催スケジュール.....	6
第2章. 調査結果.....	7
1. R4 システムの導入状況.....	9
2. 在宅復帰率・回転率について.....	17
3. 利用者状況等の把握について.....	47
4. R4 システム導入前と比較した場合の導入後の状況変化について.....	53
5. R4 システムを導入する際の課題について.....	60
6. R4 システムについてのご意見.....	74
7. 在宅復帰率・回転率を上げるための取り組みについて.....	94
第3章. まとめ.....	127
第4章. 資料.....	135
アンケート調査票.....	137
参考資料：通所リハビリテーション版 書式案.....	140



## 第1章 事業概要



## 1. 事業の趣旨・目的

介護老人保健施設では、多職種共同によりケアマネジメントおよびケアが行われており、この業務を支えるために新しいケアマネジメント方式として R4 システムが開発された。これまでの研究で R4 システムを採用している施設の在宅復帰率は中央値 25%(介護老人保健施設全体では中央値 18%)と、R4 システム採用施設の方が高い。

本研究は、在宅復帰につながる施設内ケアマネジメント(R4 システムの採用)が在宅復帰率や回転率へ与える影響や R4 システム導入による影響を明らかにすることを目的として実施した。

## 2. 事業の内容

### (1) 調査検討委員会の設置

本事業で実施する調査の調査対象の選定・サンプリング方法、調査内容、分析や報告書の取りまとめ等についての検討を行うために、専門家及び有識者等により構成される委員会を以下のとおり設置した。

氏名	役職	施設名	備考
折茂 賢一郎	常務理事	中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」	班長
安藤 繁	副施設長	介護老人保健施設若宮苑	
大河内 二郎	施設長	介護老人保健施設竜間之郷	
助川 未枝保	副会長	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	
谷川 敦弘	事務長	老人保健施設恵仁荘	
千葉 喜弘	グループ統括部長	介護老人保健施設ひもろぎの園	
土井 勝幸	施設長	介護老人保健施設せんだんの丘	
西脇 恵子	医長	日本歯科大学附属病院口腔介護・リハビリテーション科	
東 憲太郎	理事長	介護老人保健施設いこいの森	担当役員
本間 達也	理事長	介護老人保健施設生愛会ナーシングケアセンター	担当役員
松浦 美知代	看護部長	介護老人保健施設なのはな苑	
山田 剛	副施設長	介護老人保健施設みえ川村老健	

※敬称略

## (2) アンケート調査の実施

### ①調査対象

調査対象地区：全国 47 都道府県

調査対象者等：全老健会員施設 3,485 施設(悉皆)

### ②調査方法

調査実施施設あて調査票を郵送等により配布・回収した

### ③調査時期

平成 24 年 12 月～平成 25 年 1 月

### ④回収状況

1,576 件（回収率 45.2%）

都道府県別内訳

No.	都道府県名	件数	%	No.	都道府県名	件数	%	No.	都道府県名	件数	%	No.	都道府県名	件数	%
1	北海道	71	4.5	13	東京都	70	4.4	25	滋賀県	18	1.1	37	香川県	21	1.3
2	青森県	23	1.5	14	神奈川県	64	4.1	26	京都府	30	1.9	38	愛媛県	32	2.0
3	岩手県	36	2.3	15	新潟県	52	3.3	27	大阪府	71	4.5	39	高知県	12	0.8
4	宮城県	29	1.8	16	富山県	18	1.1	28	兵庫県	70	4.4	40	福岡県	62	3.9
5	秋田県	21	1.3	17	石川県	21	1.3	29	奈良県	26	1.6	41	佐賀県	16	1.0
6	山形県	23	1.5	18	福井県	13	0.8	30	和歌山県	14	0.9	42	長崎県	20	1.3
7	福島県	43	2.7	19	山梨県	9	0.6	31	鳥取県	15	1.0	43	熊本県	50	3.2
8	茨城県	40	2.5	20	長野県	37	2.3	32	島根県	23	1.5	44	大分県	29	1.8
9	栃木県	15	1.0	21	岐阜県	41	2.6	33	岡山県	28	1.8	45	宮崎県	15	1.0
10	群馬県	41	2.6	22	静岡県	41	2.6	34	広島県	46	2.9	46	鹿児島県	31	2.0
11	埼玉県	52	3.3	23	愛知県	56	3.6	35	山口県	19	1.2	47	沖縄県	16	1.0
12	千葉県	44	2.8	24	三重県	37	2.3	36	徳島県	9	0.6		無回答	6	0.4

## (3) 報告書の作成・配付

調査結果を報告書に取りまとめ、R4 システムが在宅復帰率・回転率等に与える影響を調査することで、利用者のより良い処遇につなげる。また 2025 年に向けた介護老人保健施設が担う地域包括ケアシステムの中での医療のあり方の検討項目とする他、老人保健施設内のケアマネジメントを見直す基礎資料として活用する。

## 3. 委員会開催スケジュール

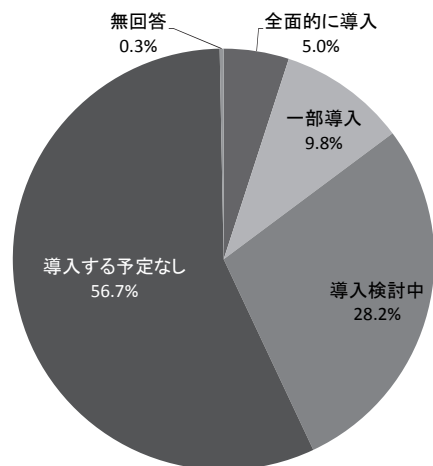
	開催日時	場所
第1回	平成24年11月28日（水） 16:00～18:00	全老健会議室
第2回	平成25年2月1日（金） 16:00～18:00	大阪国際会議場(グランキューブ大阪)8階「802」
第3回	平成25年3月9日（土） 9:30～11:30	東京グランドホテル4F「芙蓉の間」

## 第2章 アンケート調査結果



## 1. R4 システムの導入状況

### (1). 現状の R4 システムの導入状況

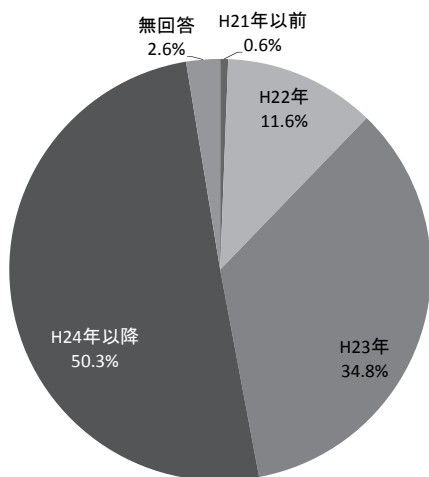


No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	全面的に導入	79	5.0
2	一部導入	155	9.8
3	導入検討中	444	28.2
4	導入する予定なし	893	56.7
	無回答	5	0.3
	N (%ベース)	1576	100

(2). R4 システムを導入した時期と現在導入しているシート  
 (「一部導入」と回答した施設)

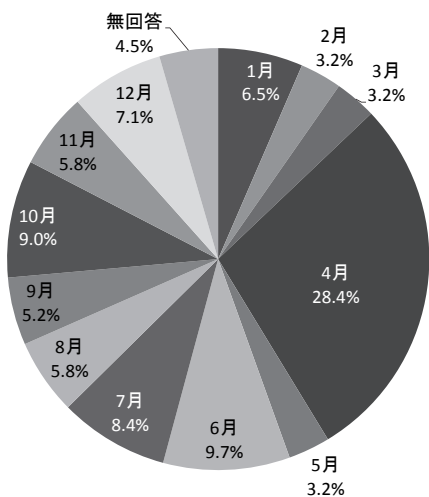
①一部導入開始時期

【開始した年】



上段:度数 下段:%	問2-2-1.R4システムの一部導入開始時期(年)					
	合計	H21年以前	H22年	H23年	H24年以降	無回答
R4システム導入	155	1	18	54	78	4
状況	100.0	0.6	11.6	34.8	50.3	2.6

【開始した月】

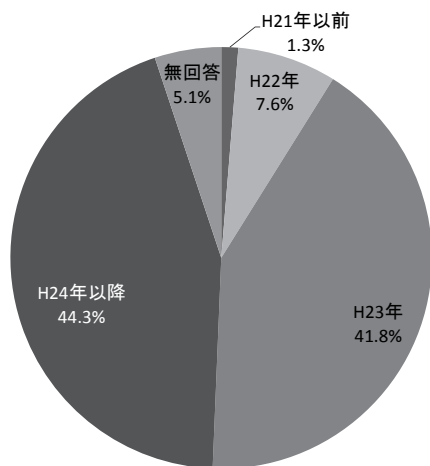


上段:度数 下段:%	問2-2-1.R4システムの一部導入開始時期(月)													無回答
	合計	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
R4システム導入	155	10	5	5	44	5	15	13	9	8	14	9	11	7
状況	100.0	6.5	3.2	3.2	28.4	3.2	9.7	8.4	5.8	5.2	9.0	5.8	7.1	4.5

（「全面的に導入」と回答した施設）

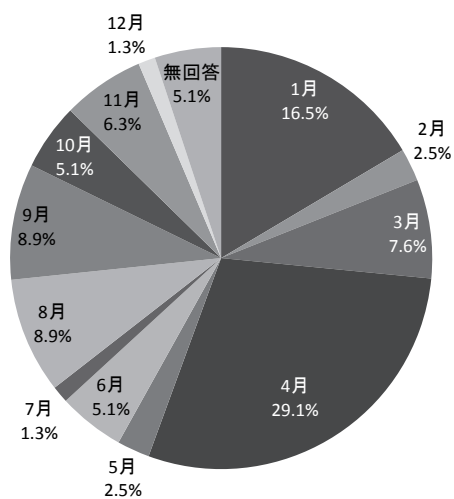
②全面導入開始時期

【開始した年】



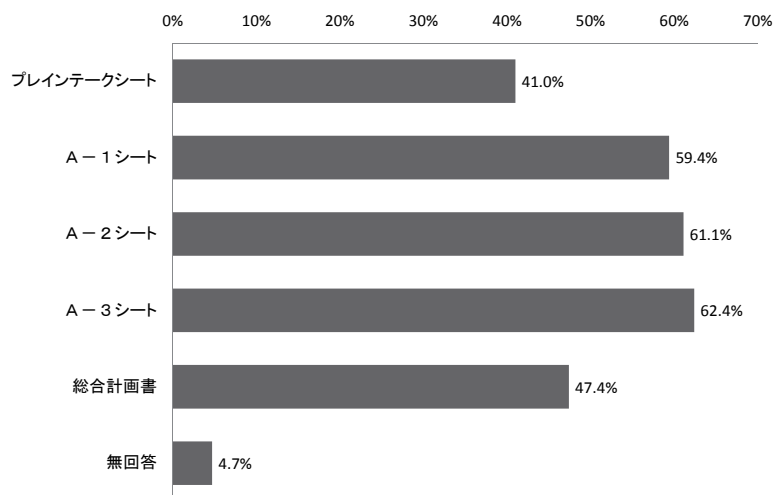
上段:度数 下段:%		2-2-2.R4システム全面導入開始時期(年)					
		合計	H21年以前	H22年	H23年	H24年以降	無回答
R4システム導入状況	全面的に導入	79	1	6	33	35	4
		100.0	1.3	7.6	41.8	44.3	5.1

【開始した月】



上段:度数 下段:%		2-2-2.R4システム全面導入開始時期(月)												無回答	
		合計	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月		12月
R4システム導入状況	全面的に導入	79	13	2	6	23	2	4	1	7	7	4	5	1	4
		100.0	16.5	2.5	7.6	29.1	2.5	5.1	1.3	8.9	8.9	5.1	6.3	1.3	5.1

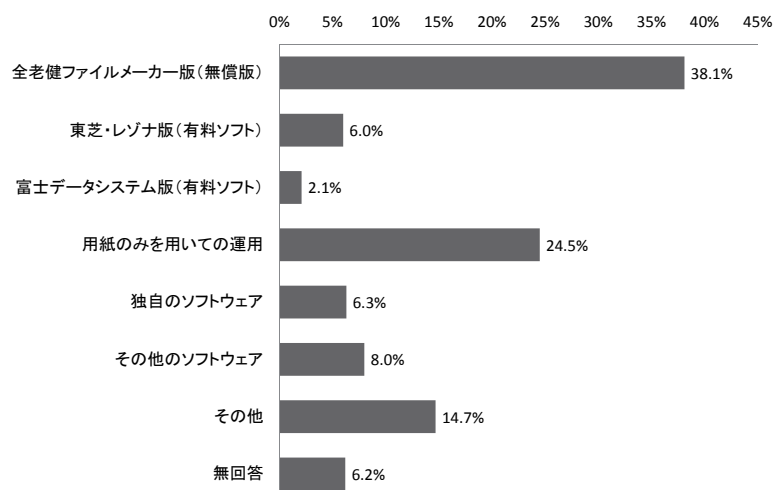
### ③現在導入しているシート



上段:度数 下段:%	問2-2-3.現在導入しているシート							
	合計	プレインテークシート	A-1シート	A-2シート	A-3シート	総合計画書	無回答	
R4システム導入状況	全体	234	96	139	143	146	111	11
		100.0	41.0	59.4	61.1	62.4	47.4	4.7
	全面的に導入	79	39	70	74	74	70	5
	100.0	49.4	88.6	93.7	93.7	88.6	6.3	
一部導入	155	57	69	69	72	41	6	
	100.0	36.8	44.5	44.5	46.5	26.5	3.9	

(「全面的に導入」「一部導入」「導入検討中」と回答した施設)

### (3). 導入(または導入予定)のソフト等の導入状況



上段:度数 下段:%	問2-3.導入(または導入予定)のソフト									
	合計	全老健ファイルメーカー版(無償版)	東芝・レゾナ版(有料ソフト)	富士データシステム版(有料ソフト)	用紙のみを用いての運用	独自のソフトウェア	その他のソフトウェア	その他	無回答	
R4システム導入状況	全体	678	258	41	14	166	43	54	100	42
		100.0	38.1	6.0	2.1	24.5	6.3	8.0	14.7	6.2
	全面的に導入	79	46	14	2	7	8	-	3	1
		100.0	58.2	17.7	2.5	8.9	10.1	-	3.8	1.3
	一部導入	155	54	8	2	68	13	4	11	2
	100.0	34.8	5.2	1.3	43.9	8.4	2.6	7.1	1.3	
導入検討中	444	158	19	10	91	22	50	86	39	
	100.0	35.6	4.3	2.3	20.5	5.0	11.3	19.4	8.8	

【その他の内容】

【全面的に導入】

		同様の内容の件数
1	全老健単独版	
2	内容をカスタマイズして使用	
3	Excelにて管理	

【一部導入】

		同様の内容の件数
1	ExcelにてR4システムの手書を作成し使用中	
2	R4システムに基づき当施設オリジナルの手紙	
3	Excelで様式を作成し入力している	
4	選択肢1をもとにExcelで作成	
5	(1)を手直しして導入	
6	A-1シートを改良して独自の物を使用	
7	ケアプランの実施というところで、サービス内容の一部をカード化して持ち歩き、実践している	
8	リライII	
9	考え方はR4システム、手紙は施設独自の手紙	
10	単独版のみ使用	
11	手紙のみを若干アレンジして運用	

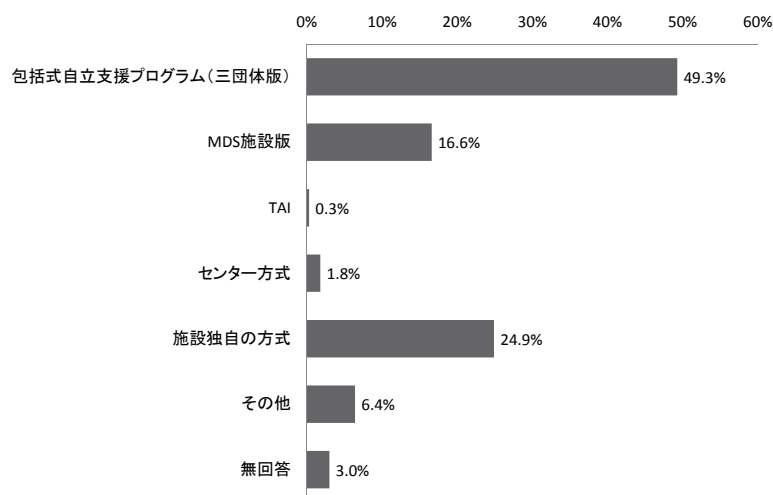
【導入検討中】

		同様の内容の件数
1	ワイズマン	4
2	ワイズマンASPサービス	
3	ワイズマンR4システム対応オプション	
4	昨年、ワイズマンを導入したばかりで変更は難しい	
5	富士通WINCARE	5
6	NDシステム、ほのぼのEX	2
7	Excel	
8	R-4シートを参考に独自の書式をExcelで作成し活用中	
9	ICFアセスメントをExcelで作成し、共有フォルダで管理	
10	選択肢2ですが、他にあるなら「その他」も検討します。選択肢3があることを知りませんでした	
11	満喜(マキ)	
12	ICFアセスメントは施設で作成したものを使用している	
13	ICFアセスメントを自分達を使いやすいように改良したい	
14	オリジナルにて作成	
15	ソフトウェアサービス	

16	今後使用している介護保険ソフトに導入されれば、切り替える	
17	全老健で開発し、発売予定	
18	他のケアシステム	
19	帳票は持っていないが、内容は既に運用しているものと同様	
20	用紙のみを用いて(アセスメントのみ)検討中。運用には至っていない	
21	現行	
22	まだ具体的な検討はないが、他メーカー使用中なので用紙のみ一部導入と思われる	
23	検討中・考慮中	23
24	既存の請求ソフトとの連動が出来る様になれば検討	2
25	今後検討予定	
26	導入されている施設に確認し、検討	
27	具体的な検討は、今後の課題	
28	なんとなく検討している段階で、まだそこまでいっていない	
29	まだソフトについてまで検討していません	
30	これから	
31	これから学習会をする予定	
32	未定	16
33	具体的にはまだ決めていません	
34	現在詳細はまだ	
35	まだ具体案なし	
36	未定ですが利用できる部分のみで	

(「導入する予定なし」と回答した施設)

(4). 現在使用中のケアマネジメント方式について



上段:度数 下段:%		問2-4.現在使用中のケアマネジメント方式							
		合計	包括式自立支援プログラム(三団体版)	MDS施設版	TAI	センター方式	施設独自の方式	その他	無回答
R4システム導入状況	導入する予定なし	893 100.0	440 49.3	148 16.6	3 0.3	16 1.8	222 24.9	57 6.4	27 3.0

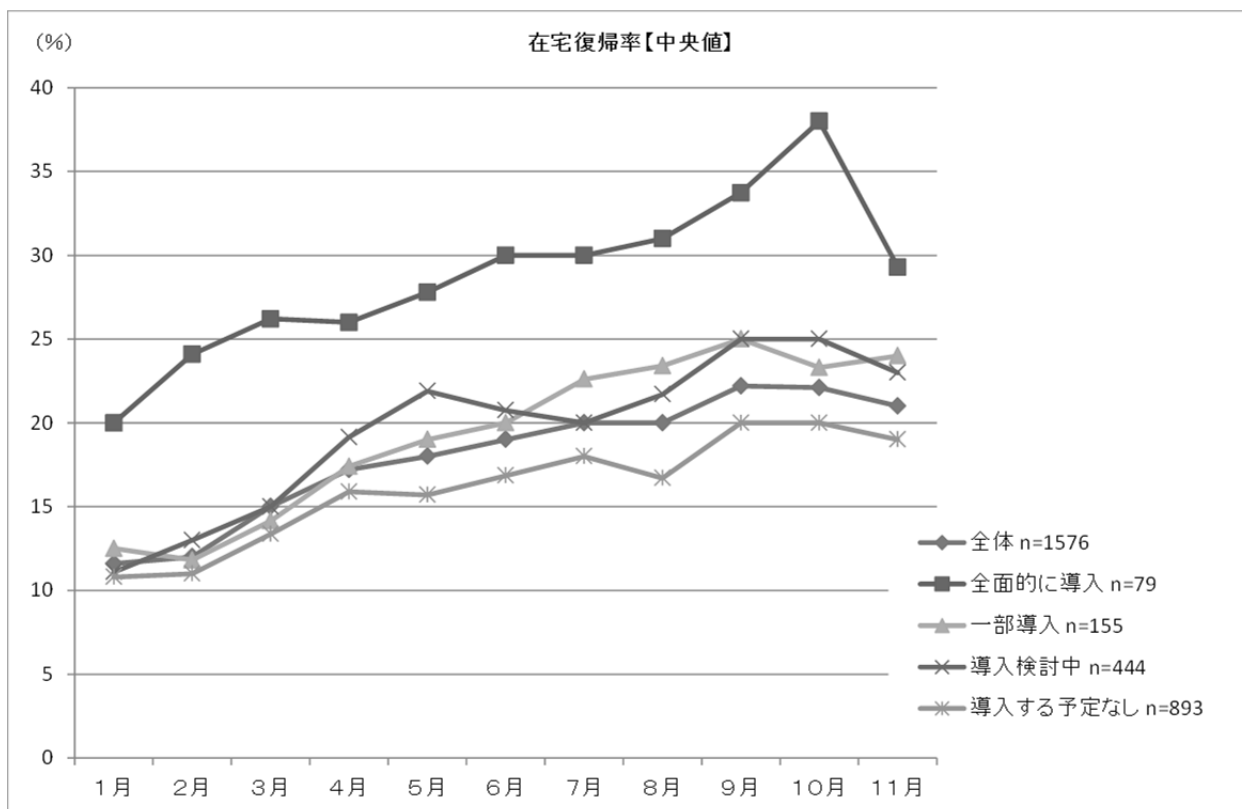
【その他の内容】

回答内容		同様の内容の件数
1	ワイズマン	6
2	ワイズマン ASP	2
3	フローチャート式	3
4	ほのぼの(ケアプラン策定支援システム)	2
5	NDソフト ほのぼの	
6	NDソフト ほのぼの NEXT	
7	在宅版ケアプラン(全社協)、日本事務機・ほのぼの	
8	ICF	2
9	国際医療福祉大学大学院教授・竹内孝仁氏提唱のケアマネジメント方式	
10	竹内式	
11	熊本県マニュアル検討委員会作成	
12	熊本県介護支援専門員研修マニュアル	
13	熊本県版	
14	熊本県版アセスメント	
15	熊本市	

16	熊本方式	
17	COMI	
18	FIMをベースにした施設オリジナルの書式を作っている	
19	MDS-HC	
20	アセスメントのための情報収集シート	
21	アセスメントのみ R4 方式を導入している	
22	アセスメントの為の、情報収集シート ISI	
23	エムウィンソフト「すこやかサン」	
24	ガイドライン方式	
25	ケアプラン作成と同時に実施	
26	ちょうじゅ	
27	富士通 WINCARE	
28	リハビリテーション実施計画書を施設独自にアレンジしたもの	
29	課題分析標準項目(23項目)によるアセスメント	
30	介護ソフト	
31	鎌田式	
32	既存のソフトを使用	
33	業務支援ソフトを導入済み	
34	施設ケアマネジメント支援システム SP	
35	社会福祉会方式	
36	全社協	
37	組織内共通様式	
38	他システム導入済み	
39	福祉見聞録	
40	包括式を基本的に、一部独自方式を追加	
41	包括式自立支援プログラムをベースに改定	
42	民間のソフト使用	

## 2. 在宅復帰率・回転率について

### (1) 在宅復帰率【中央値】



在宅復帰率【中央値】

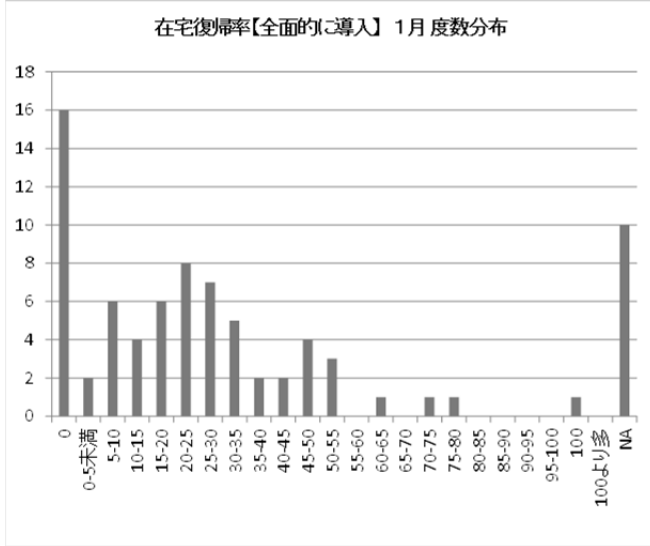
単位: %

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
導入状況	全体 n=1576	11.60	12.00	15.00	17.20	18.00	19.00	20.00	20.00	22.20	22.10	21.00
	全面的に導入 n=79	20.00	24.10	26.21	26.00	27.80	30.00	30.00	31.00	33.74	38.00	29.30
	一部導入 n=155	12.50	11.81	14.15	17.40	19.00	20.00	22.60	23.40	25.00	23.30	24.00
	導入検討中 n=444	11.10	13.00	15.00	19.14	21.90	20.75	20.00	21.70	25.00	25.00	23.00
	導入する予定なし n=893	10.80	11.00	13.37	15.89	15.70	16.85	18.00	16.70	20.00	20.00	19.00

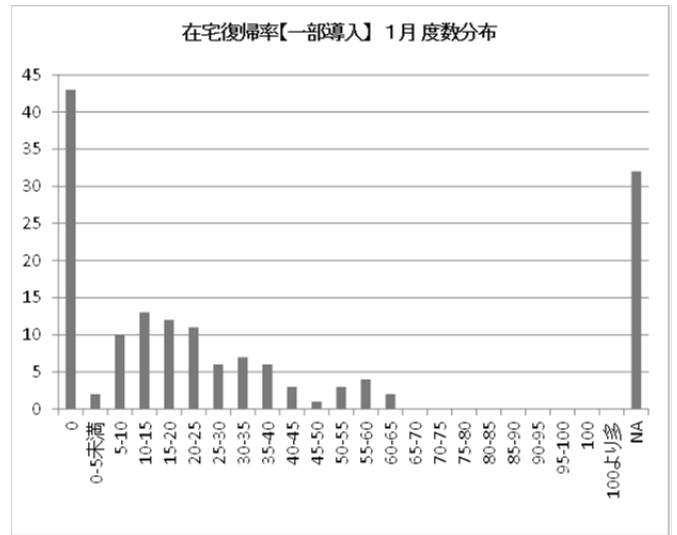
R4 システム導入状況別 在宅復帰率

【1月】

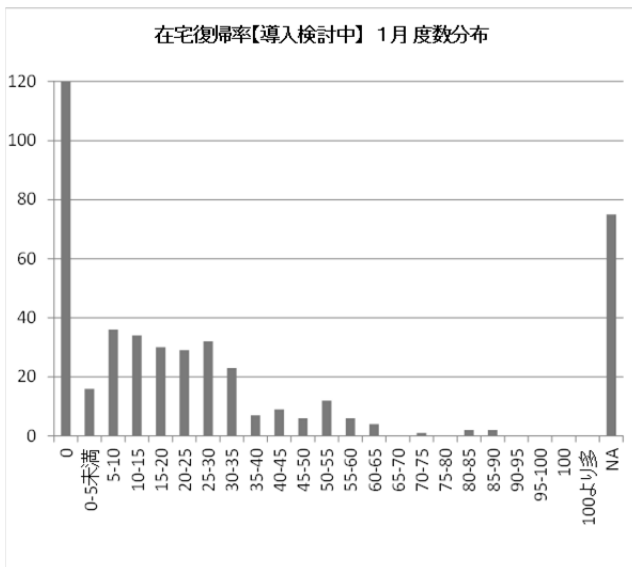
「全面的に導入」 n=79



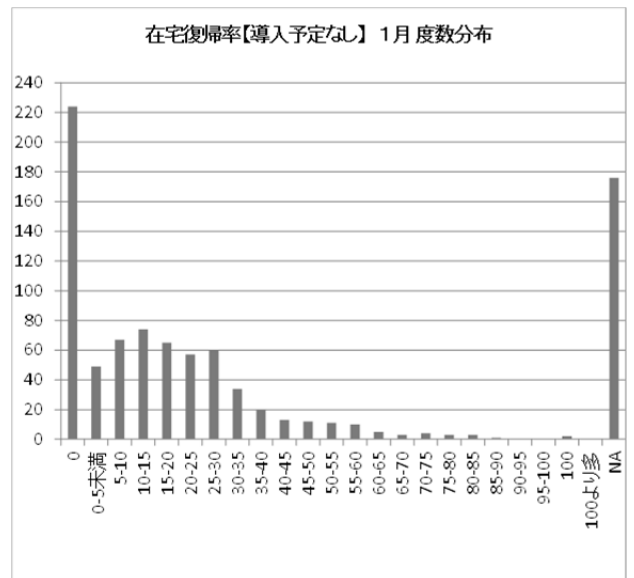
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

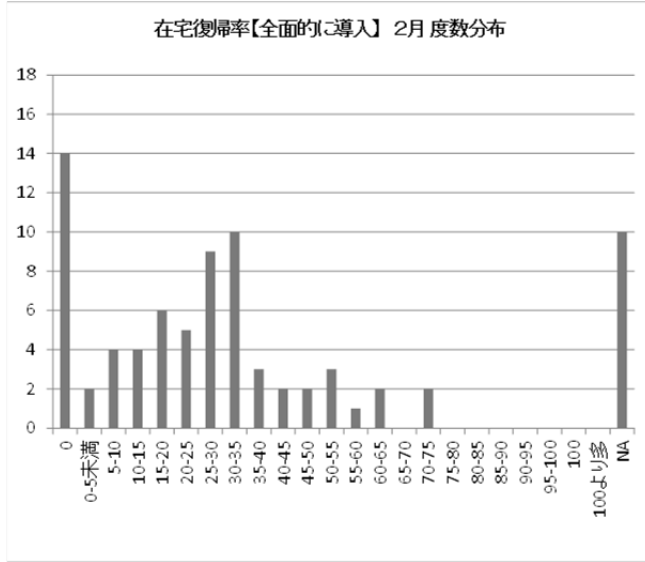


「導入する予定なし」 n=893

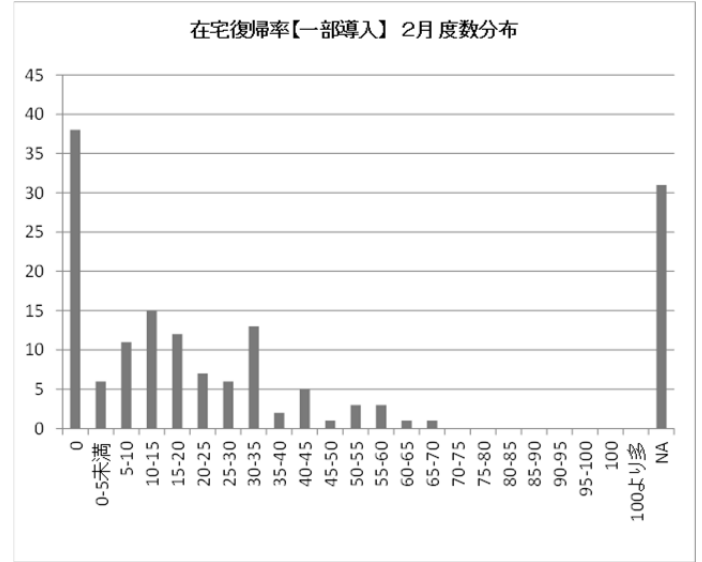


【2月】

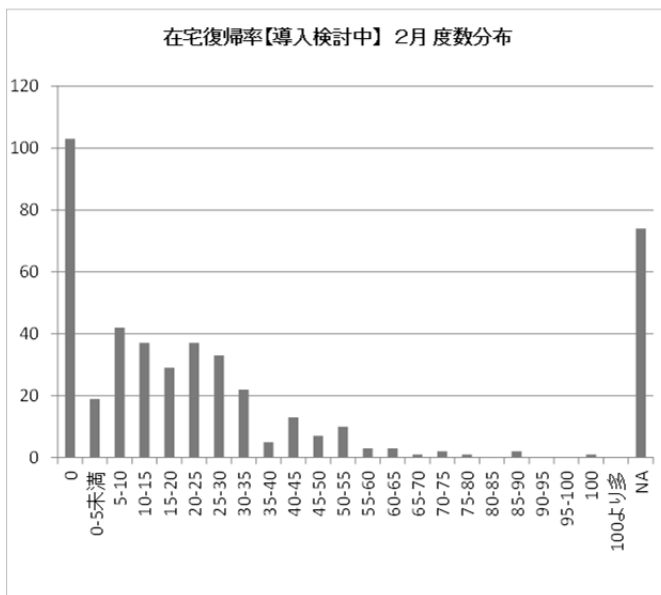
「全面的に導入」 n=79



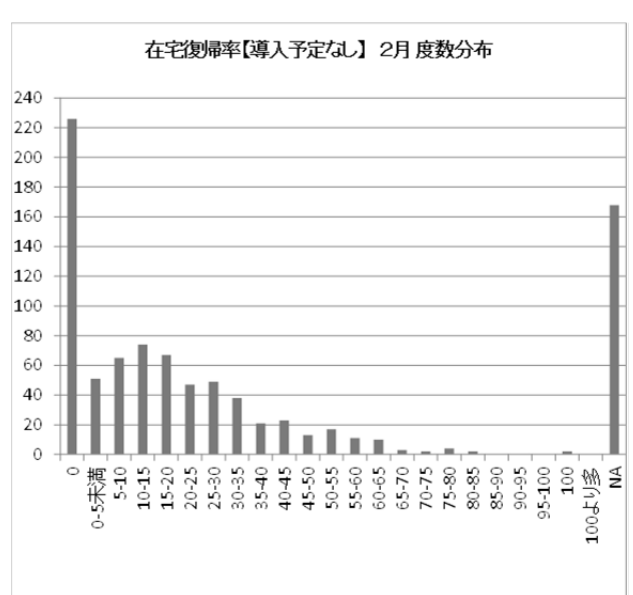
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

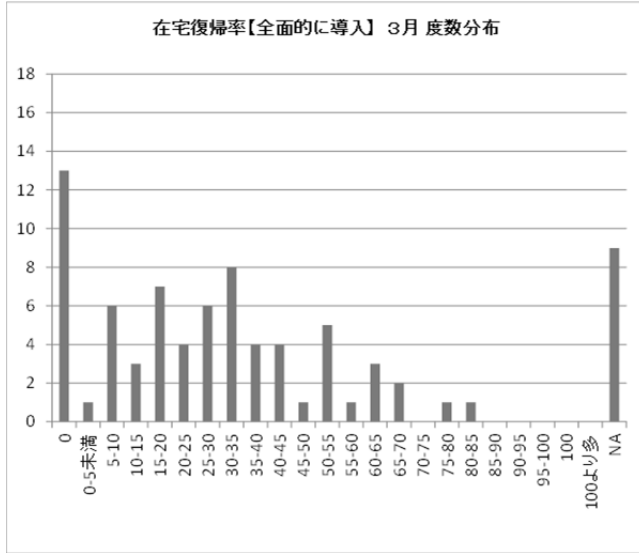


「導入する予定なし」 n=893

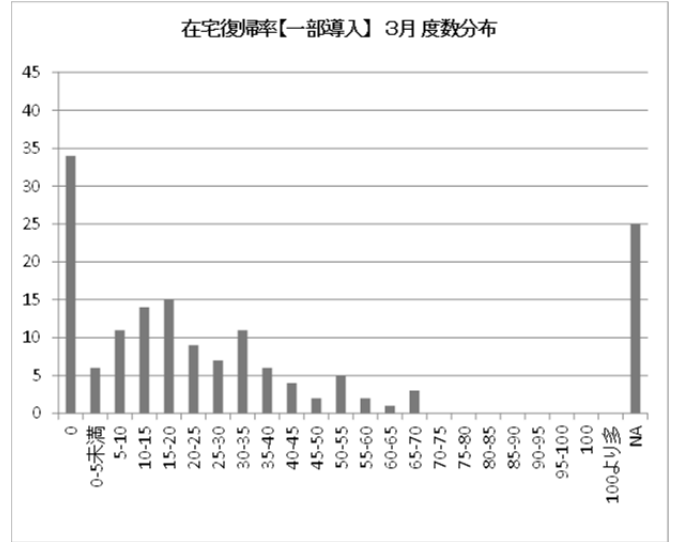


【3月】

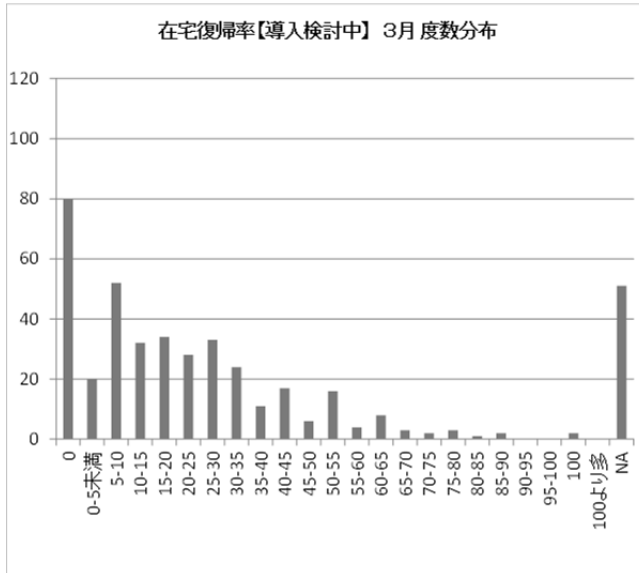
「全面的に導入」 n=79



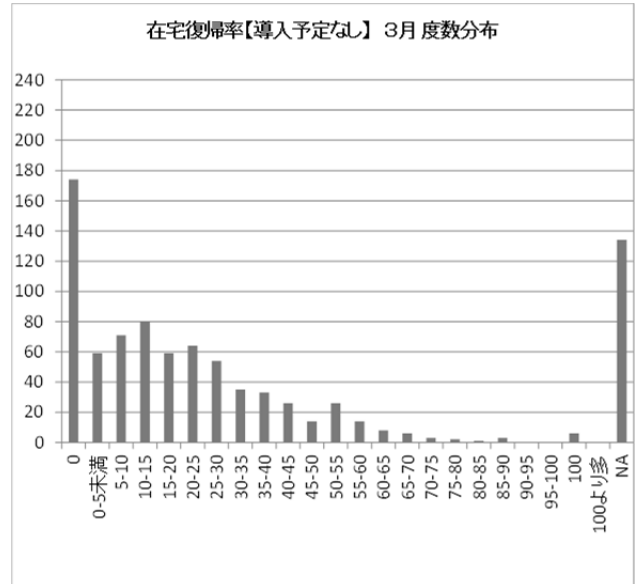
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

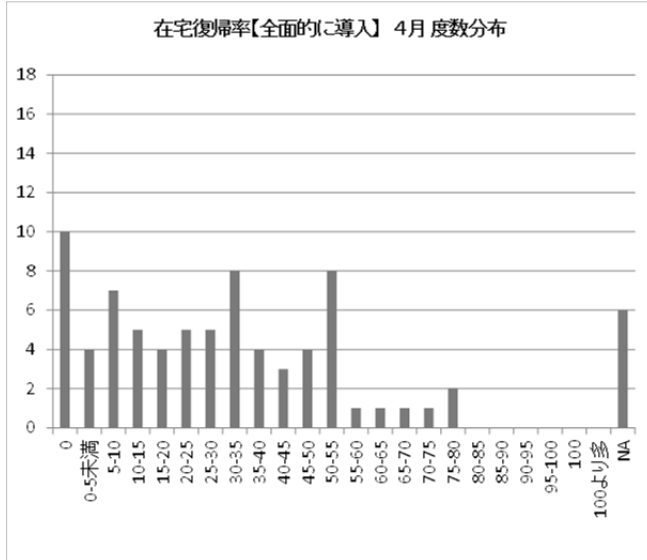


「導入する予定なし」 n=893

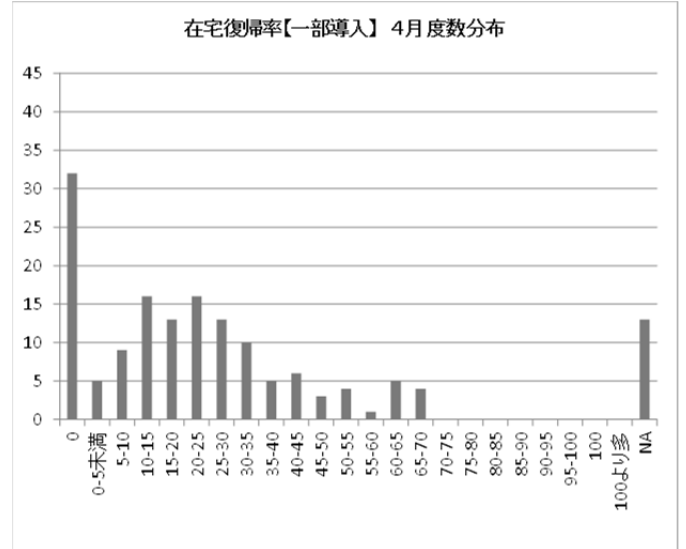


【4月】

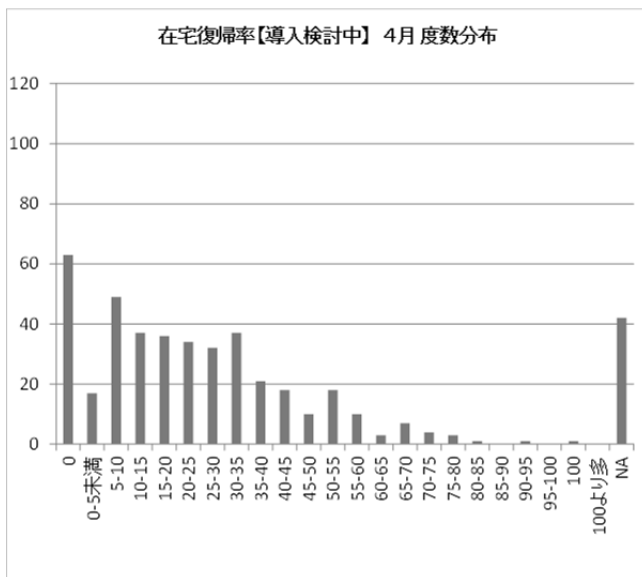
「全面的に導入」 n=79



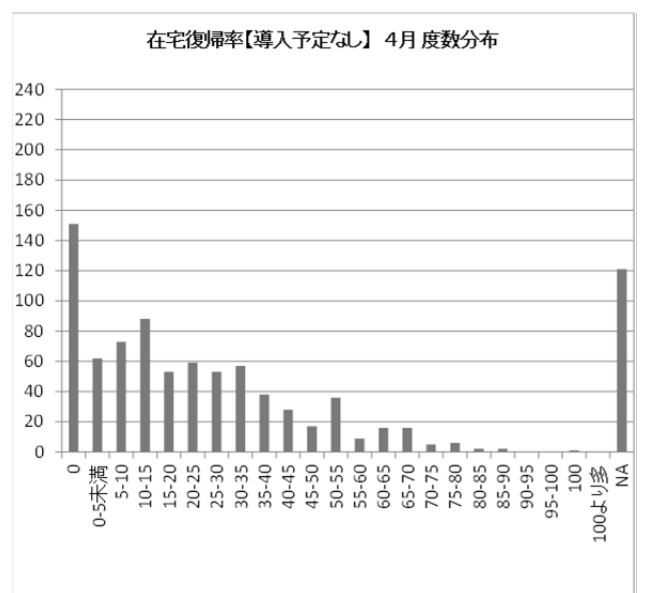
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

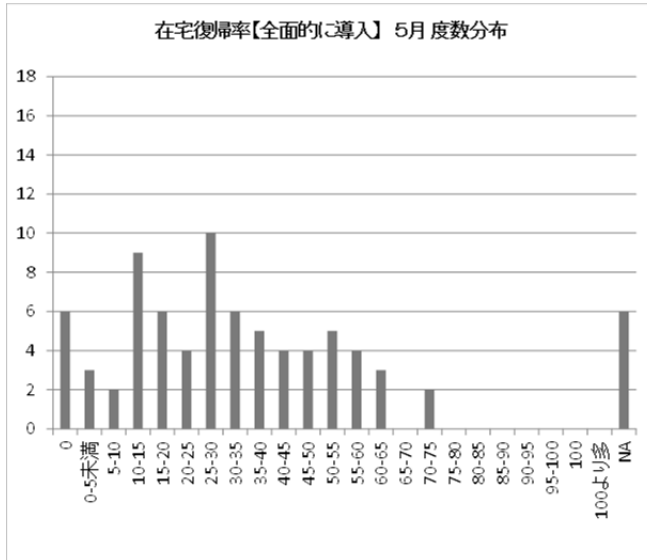


「導入する予定なし」 n=893

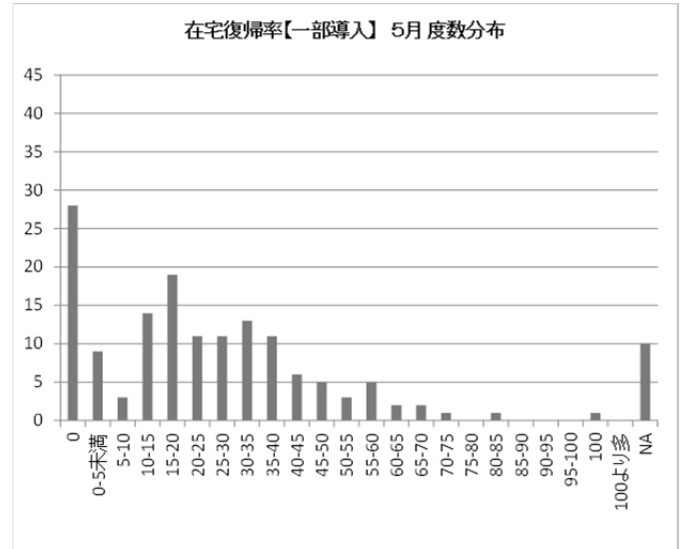


【5月】

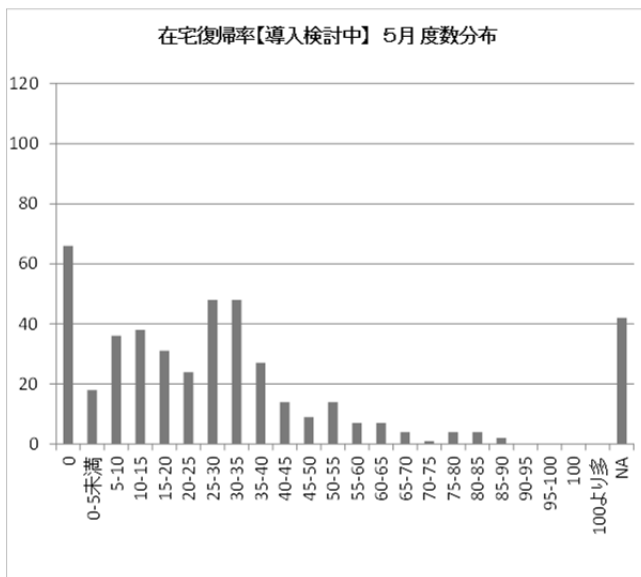
「全面的に導入」 n=79



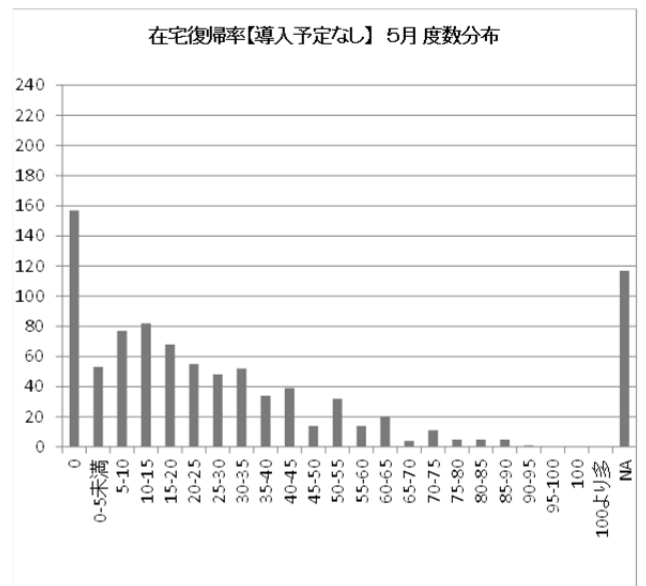
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

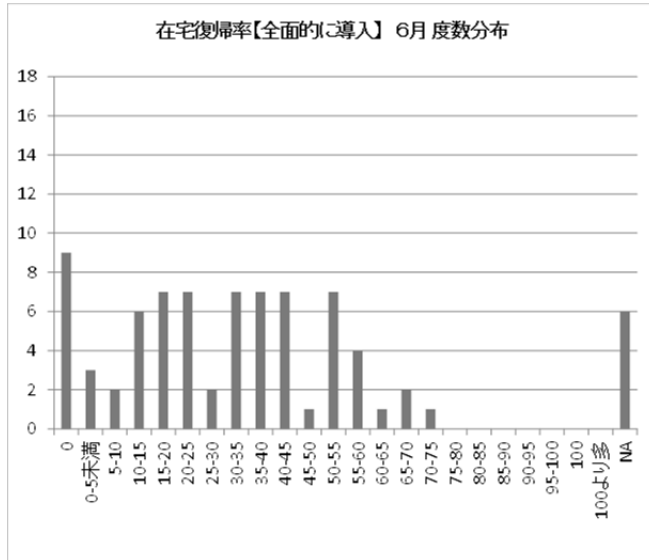


「導入する予定なし」 n=893

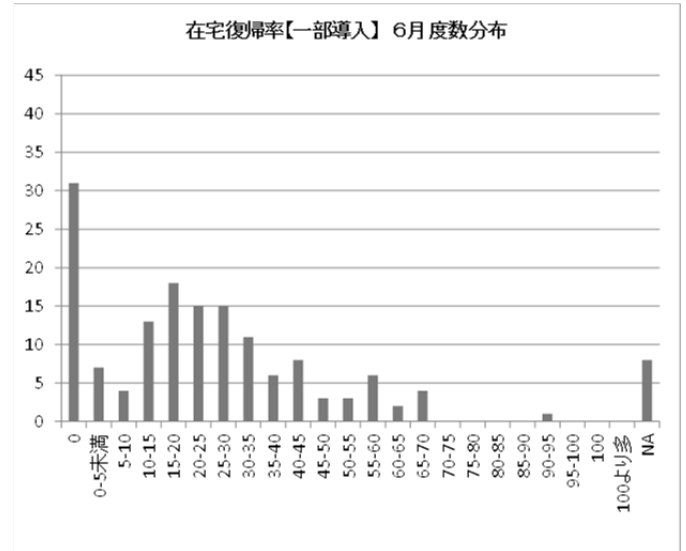


【6月】

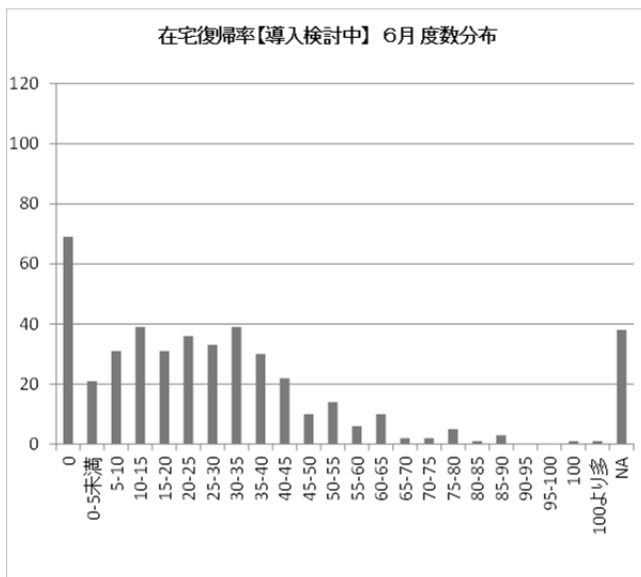
「全面的に導入」 n=79



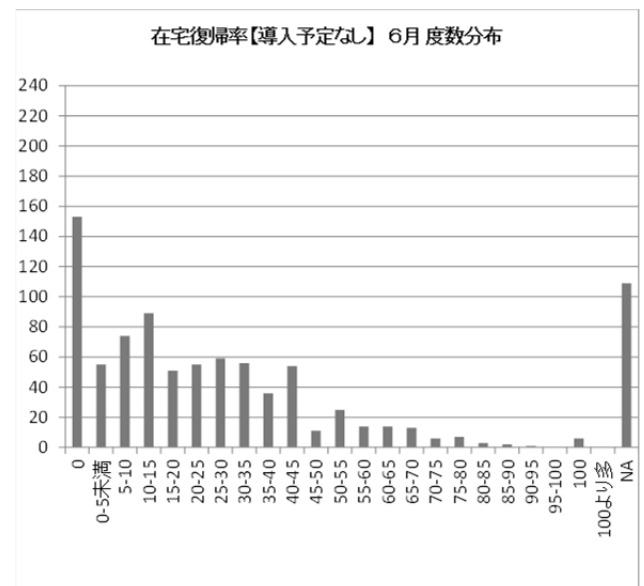
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

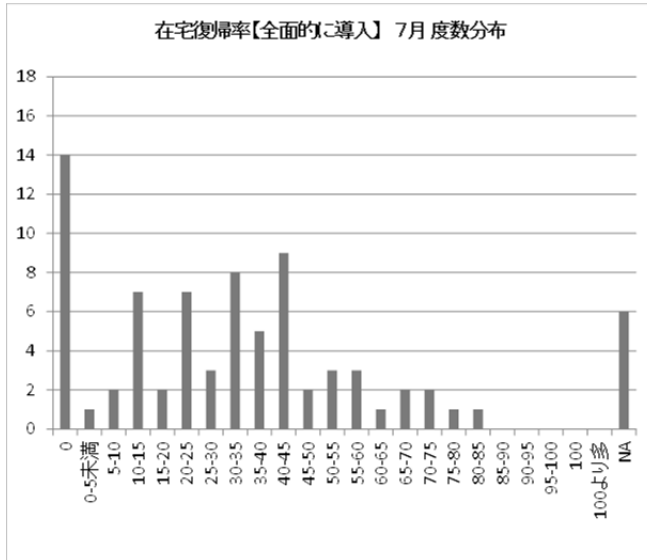


「導入する予定なし」 n=893

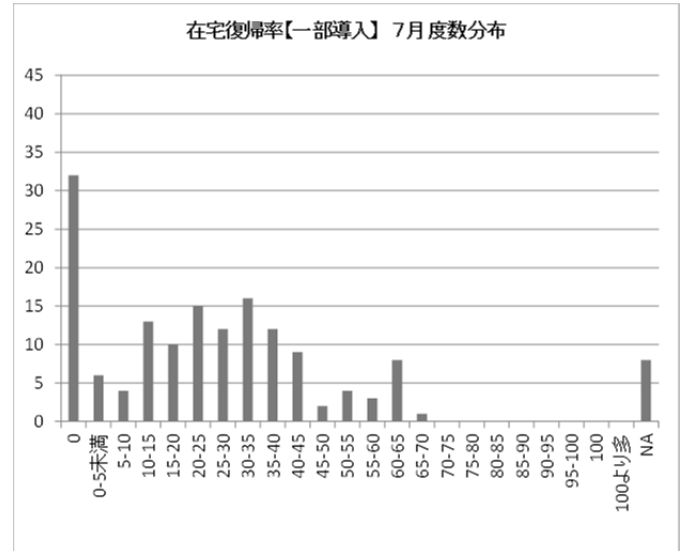


【7月】

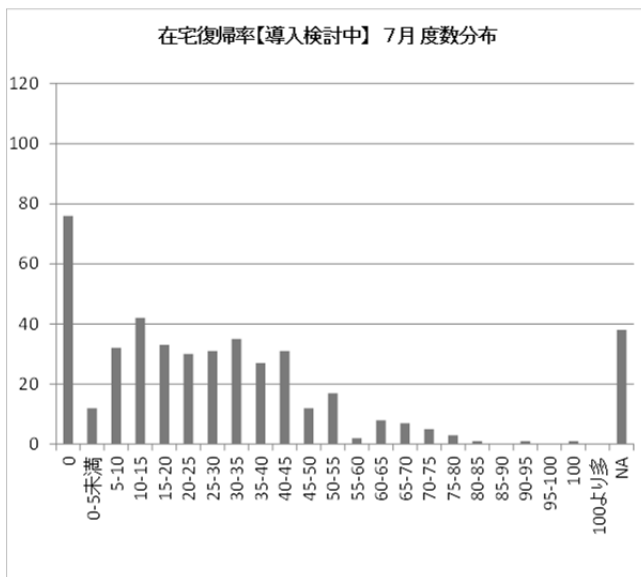
「全面的に導入」 n=79



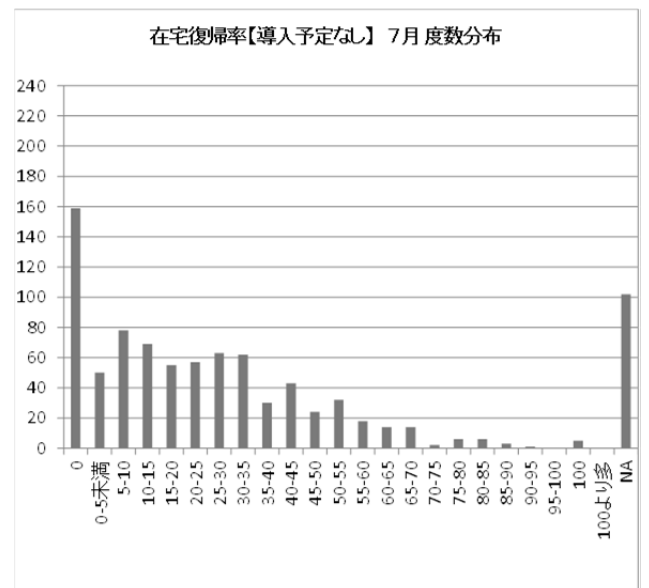
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

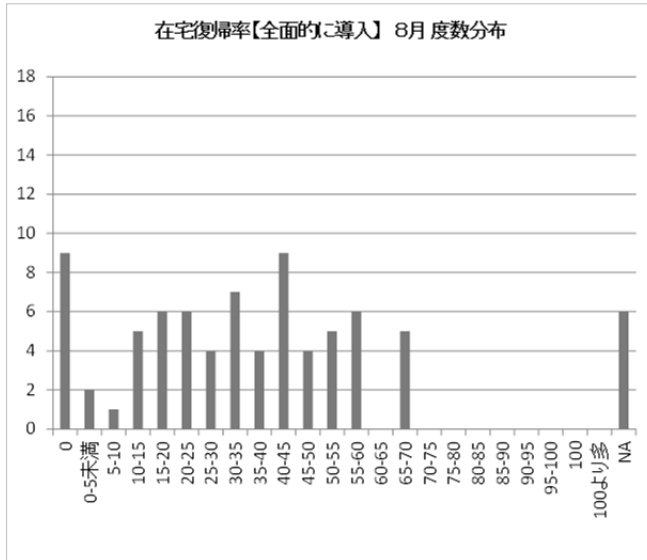


「導入する予定なし」 n=893

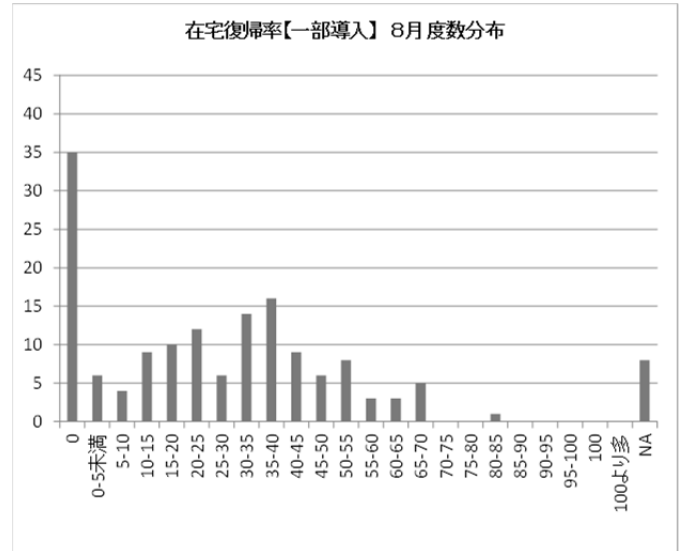


【8月】

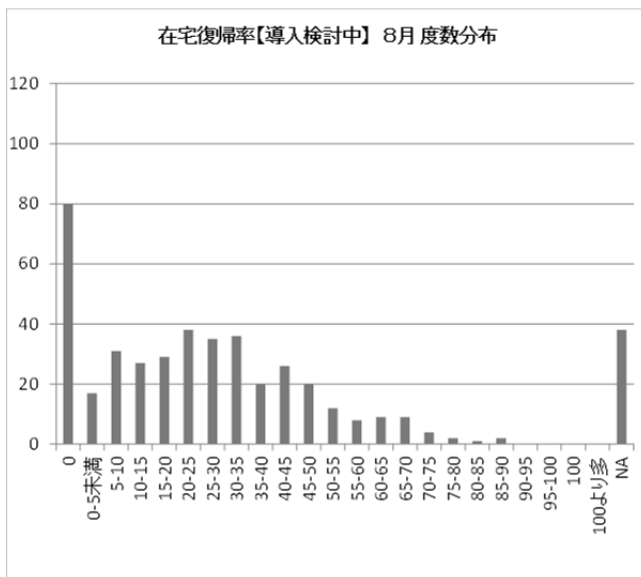
「全面的に導入」 n=79



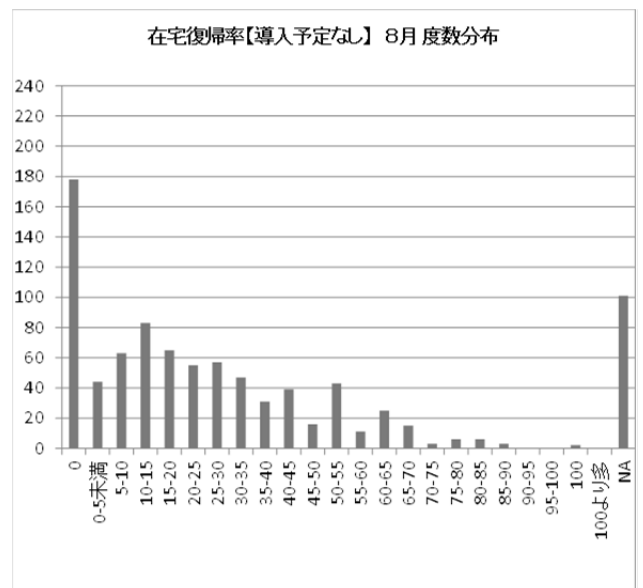
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

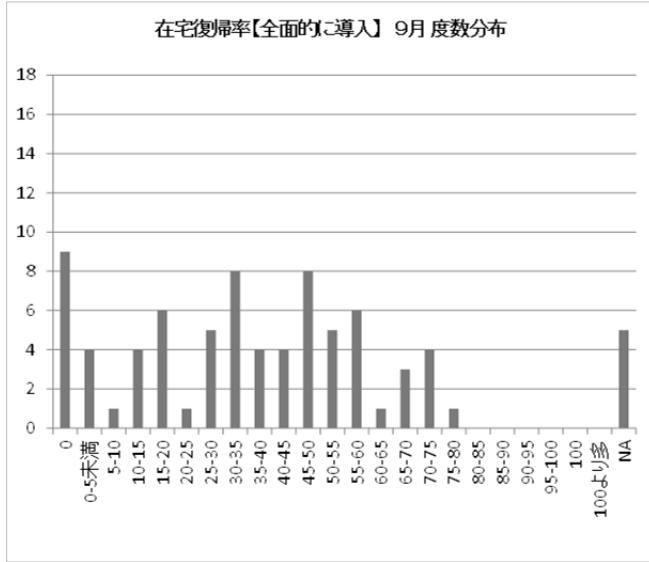


「導入する予定なし」 n=893

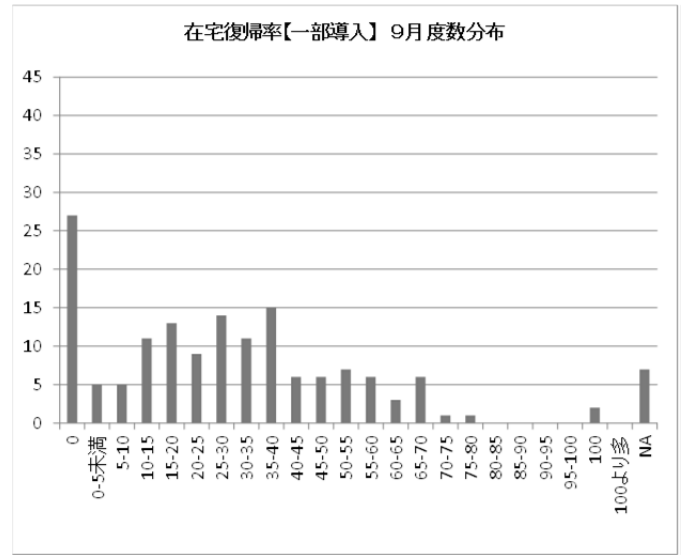


【9月】

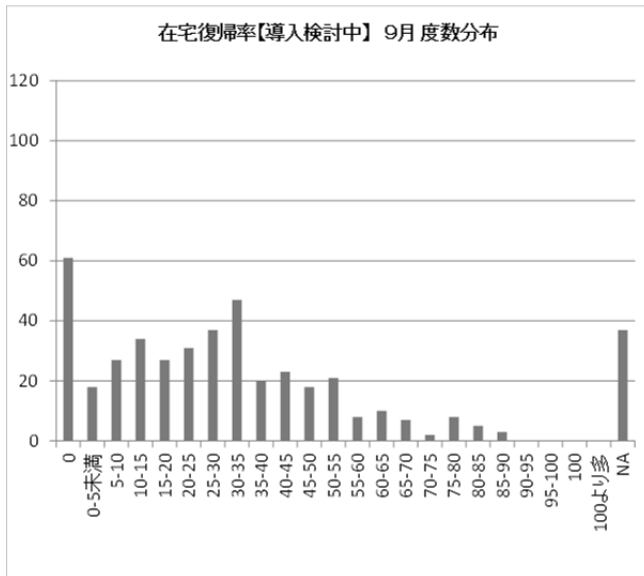
「全面的に導入」 n=79



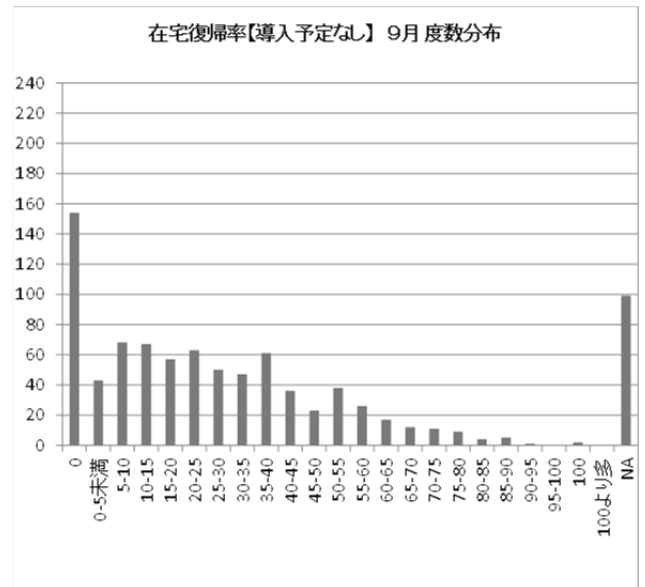
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

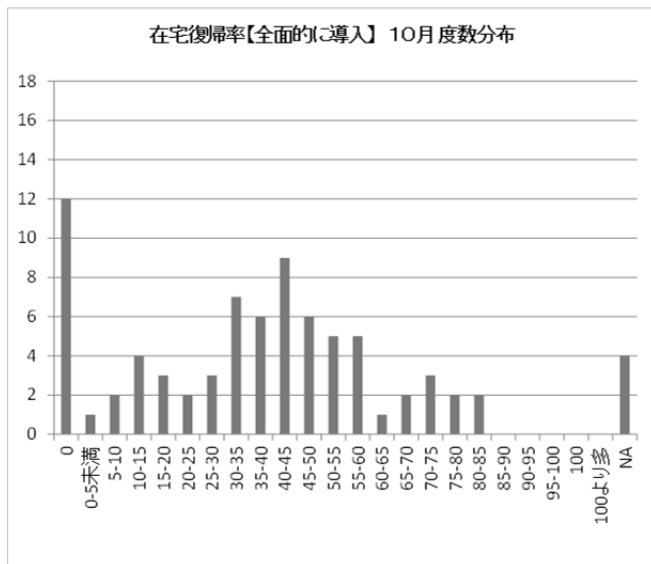


「導入する予定なし」 n=893

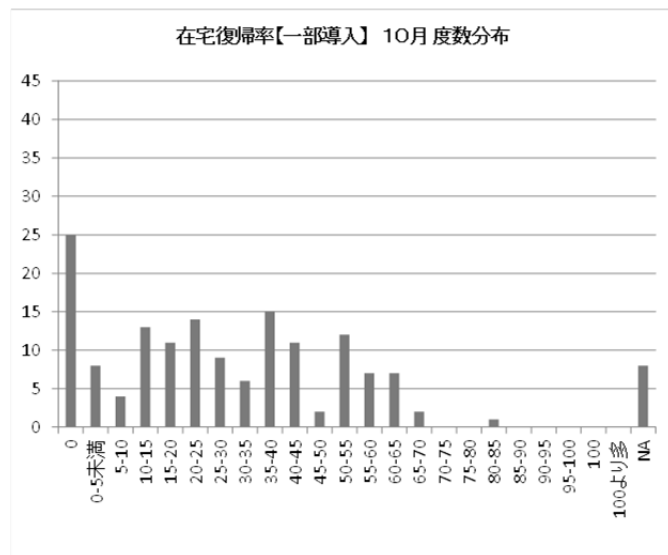


【10月】

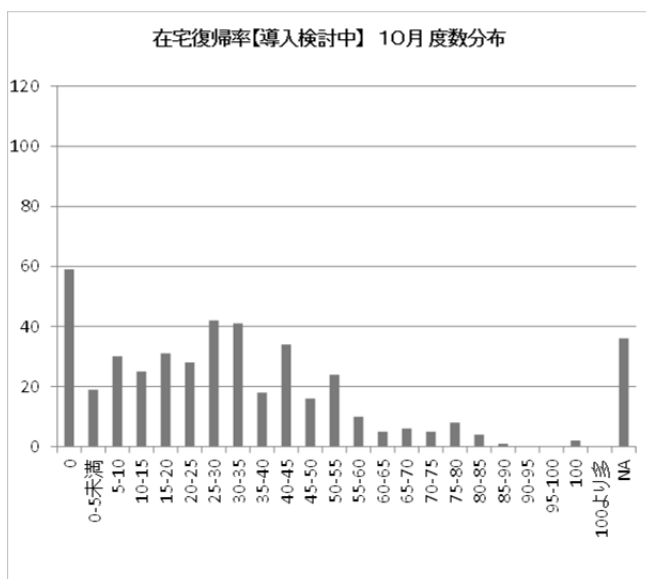
「全面的に導入」 n=79



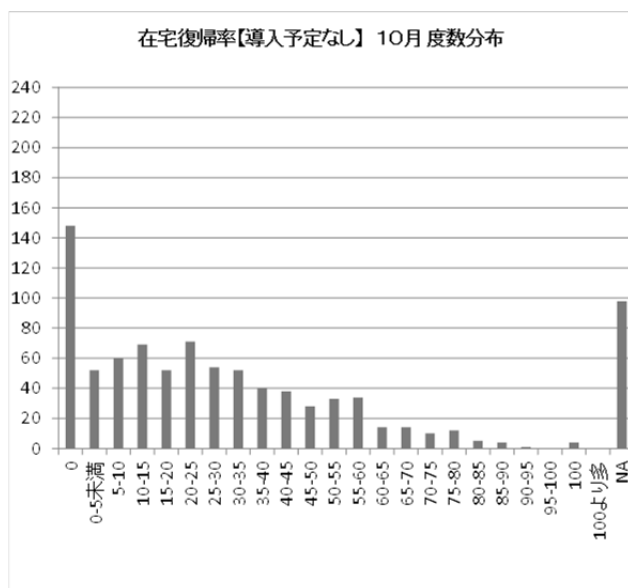
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

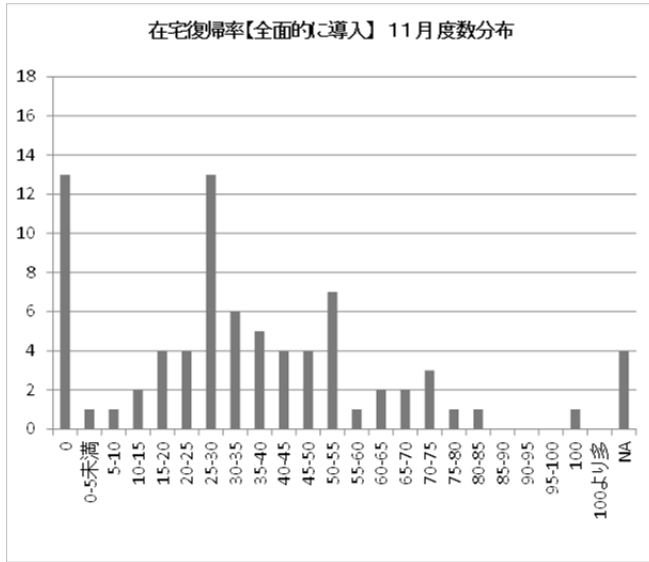


「導入する予定なし」 n=893

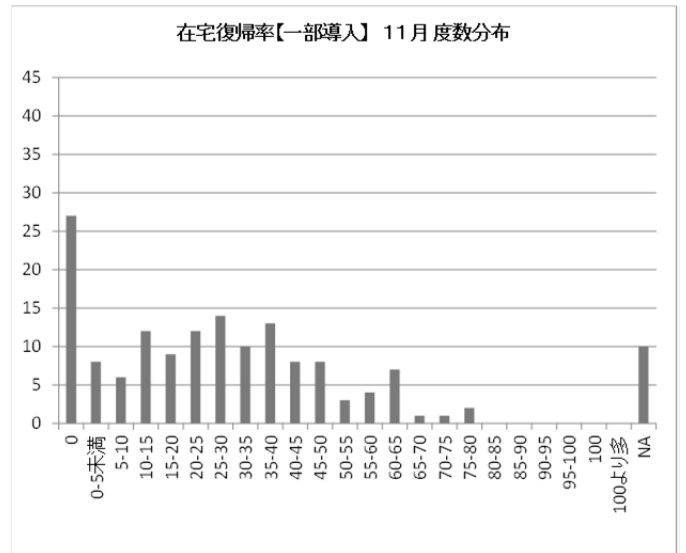


【11月】

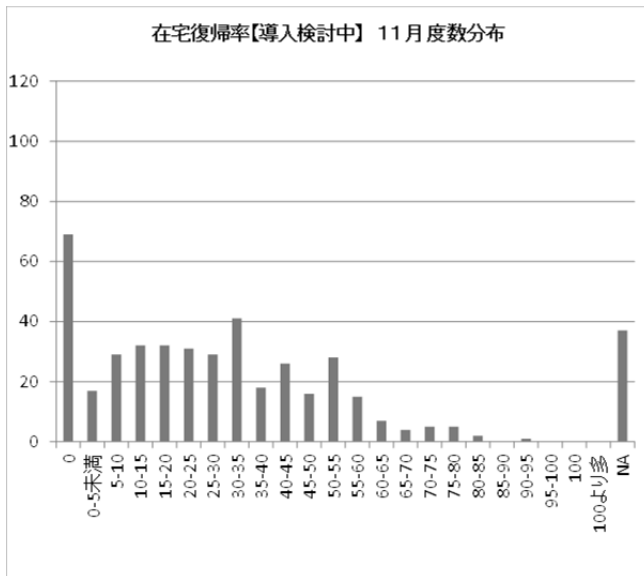
「全面的に導入」 n=79



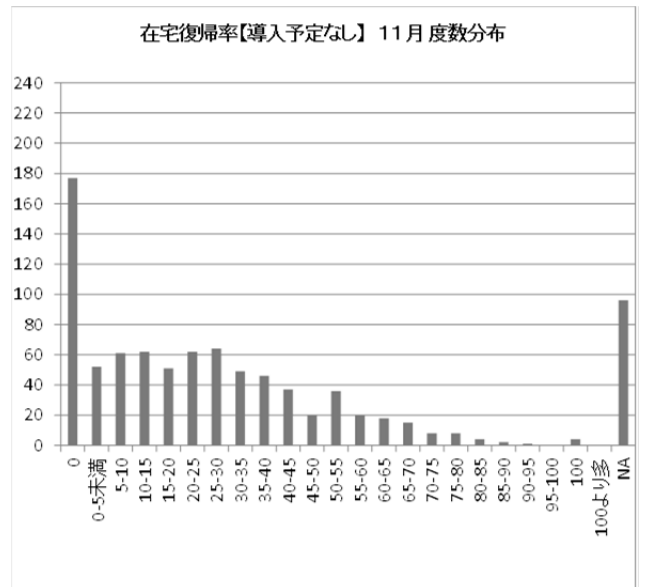
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444



「導入する予定なし」 n=893



問3.H24/1 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/1 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	475 30.1	119 7.6	239 15.2	211 13.4	154 9.8	85 5.4	293 18.6
	全面的に導入	79 100.0	18 22.8	6 7.6	10 12.7	15 19.0	13 16.5	7 8.9	10 12.7
	一部導入	155 100.0	45 29.0	10 6.5	25 16.1	17 11.0	17 11.0	9 5.8	32 20.6
	導入検討中	444 100.0	136 30.6	36 8.1	64 14.4	61 13.7	45 10.1	27 6.1	75 16.9
	導入する予定なし	893 100.0	273 30.6	67 7.5	139 15.6	117 13.1	79 8.8	42 4.7	176 19.7
	無回答	5 100.0	3 60.0	-	1 20.0	1 20.0	-	-	-

問3.H24/2 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/2 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	461 29.3	122 7.7	247 15.7	193 12.2	180 11.4	90 5.7	283 18.0
	全面的に導入	79 100.0	16 20.3	4 5.1	10 12.7	14 17.7	17 21.5	8 10.1	10 12.7
	一部導入	155 100.0	44 28.4	11 7.1	27 17.4	13 8.4	21 13.5	8 5.2	31 20.0
	導入検討中	444 100.0	122 27.5	42 9.5	66 14.9	70 15.8	47 10.6	23 5.2	74 16.7
	導入する予定なし	893 100.0	277 31.0	65 7.3	141 15.8	96 10.8	95 10.6	51 5.7	168 18.8
	無回答	5 100.0	2 40.0	-	3 60.0	-	-	-	-

問3.H24/3 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/3 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	428 27.2	140 8.9	245 15.5	206 13.1	207 13.1	134 8.5	216 13.7
	全面的に導入	79 100.0	15 19.0	6 7.6	10 12.7	10 12.7	17 21.5	13 16.5	8 10.1
	一部導入	155 100.0	43 27.7	11 7.1	29 18.7	16 10.3	23 14.8	11 7.1	22 14.2
	導入検討中	444 100.0	115 25.9	52 11.7	66 14.9	61 13.7	58 13.1	41 9.2	51 11.5
	導入する予定なし	893 100.0	254 28.4	71 8.0	139 15.6	118 13.2	108 12.1	69 7.7	134 15.0
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	1 20.0	1 20.0	1 20.0	1 20.0	-

問3.H24/4 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/4 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	345 21.9	138 8.8	254 16.1	218 13.8	269 17.1	169 10.7	183 11.6
	全面的に導入	79 100.0	14 17.7	7 8.9	9 11.4	10 12.7	19 24.1	14 17.7	6 7.6
	一部導入	155 100.0	37 23.9	9 5.8	29 18.7	29 18.7	24 15.5	14 9.0	13 8.4
	導入検討中	444 100.0	80 18.0	49 11.0	73 16.4	66 14.9	86 19.4	48 10.8	42 9.5
	導入する予定なし	893 100.0	213 23.9	73 8.2	141 15.8	112 12.5	140 15.7	93 10.4	121 13.5
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	2 40.0	1 20.0	-	-	1 20.0

問3.H24/5 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/5 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	341 21.6	118 7.5	270 17.1	211 13.4	291 18.5	169 10.7	176 11.2
	全面的に導入	79 100.0	9 11.4	2 2.5	15 19.0	14 17.7	19 24.1	14 17.7	6 7.6
	一部導入	155 100.0	37 23.9	3 1.9	33 21.3	22 14.2	35 22.6	15 9.7	10 6.5
	導入検討中	444 100.0	84 18.9	36 8.1	69 15.5	72 16.2	98 22.1	43 9.7	42 9.5
	導入する予定なし	893 100.0	210 23.5	77 8.6	150 16.8	103 11.5	139 15.6	97 10.9	117 13.1
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	3 60.0	-	-	-	1 20.0

問3.H24/6 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/6 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	349 22.1	111 7.0	254 16.1	224 14.2	309 19.6	167 10.6	162 10.3
	全面的に導入	79 100.0	12 15.2	2 2.5	13 16.5	9 11.4	22 27.8	15 19.0	6 7.6
	一部導入	155 100.0	38 24.5	4 2.6	31 20.0	30 19.4	28 18.1	16 10.3	8 5.2
	導入検討中	444 100.0	90 20.3	31 7.0	70 15.8	69 15.5	101 22.7	45 10.1	38 8.6
	導入する予定なし	893 100.0	208 23.3	74 8.3	140 15.7	114 12.8	157 17.6	91 10.2	109 12.2
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	-	-	2 40.0	1 20.0	-

問3.H24/7 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/7 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	351 22.3	116 7.4	232 14.7	218 13.8	329 20.9	175 11.1	155 9.8
	全面的に導入	79 100.0	15 19.0	2 2.5	9 11.4	10 12.7	24 30.4	13 16.5	6 7.6
	一部導入	155 100.0	38 24.5	4 2.6	23 14.8	27 17.4	39 25.2	16 10.3	8 5.2
	導入検討中	444 100.0	88 19.8	32 7.2	75 16.9	61 13.7	105 23.6	45 10.1	38 8.6
	導入する予定なし	893 100.0	209 23.4	78 8.7	124 13.9	120 13.4	159 17.8	101 11.3	102 11.4
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	1 20.0	-	2 40.0	-	1 20.0

問3.H24/8 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/8 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	372 23.6	99 6.3	234 14.8	214 13.6	306 19.4	197 12.5	154 9.8
	全面的に導入	79 100.0	11 13.9	1 1.3	11 13.9	10 12.7	24 30.4	16 20.3	6 7.6
	一部導入	155 100.0	41 26.5	4 2.6	19 12.3	18 11.6	45 29.0	20 12.9	8 5.2
	導入検討中	444 100.0	97 21.8	31 7.0	56 12.6	73 16.4	102 23.0	47 10.6	38 8.6
	導入する予定なし	893 100.0	222 24.9	63 7.1	148 16.6	112 12.5	133 14.9	114 12.8	101 11.3
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	-	1 20.0	2 40.0	-	1 20.0

問3.H24/9 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/9 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	322 20.4	101 6.4	219 13.9	212 13.5	338 21.4	235 14.9	149 9.5
	全面的に導入	79 100.0	13 16.5	1 1.3	10 12.7	6 7.6	24 30.4	20 25.3	5 6.3
	一部導入	155 100.0	32 20.6	5 3.2	24 15.5	23 14.8	38 24.5	26 16.8	7 4.5
	導入検討中	444 100.0	79 17.8	27 6.1	61 13.7	68 15.3	108 24.3	64 14.4	37 8.3
	導入する予定なし	893 100.0	197 22.1	68 7.6	124 13.9	113 12.7	167 18.7	125 14.0	99 11.1
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	-	2 40.0	1 20.0	-	1 20.0

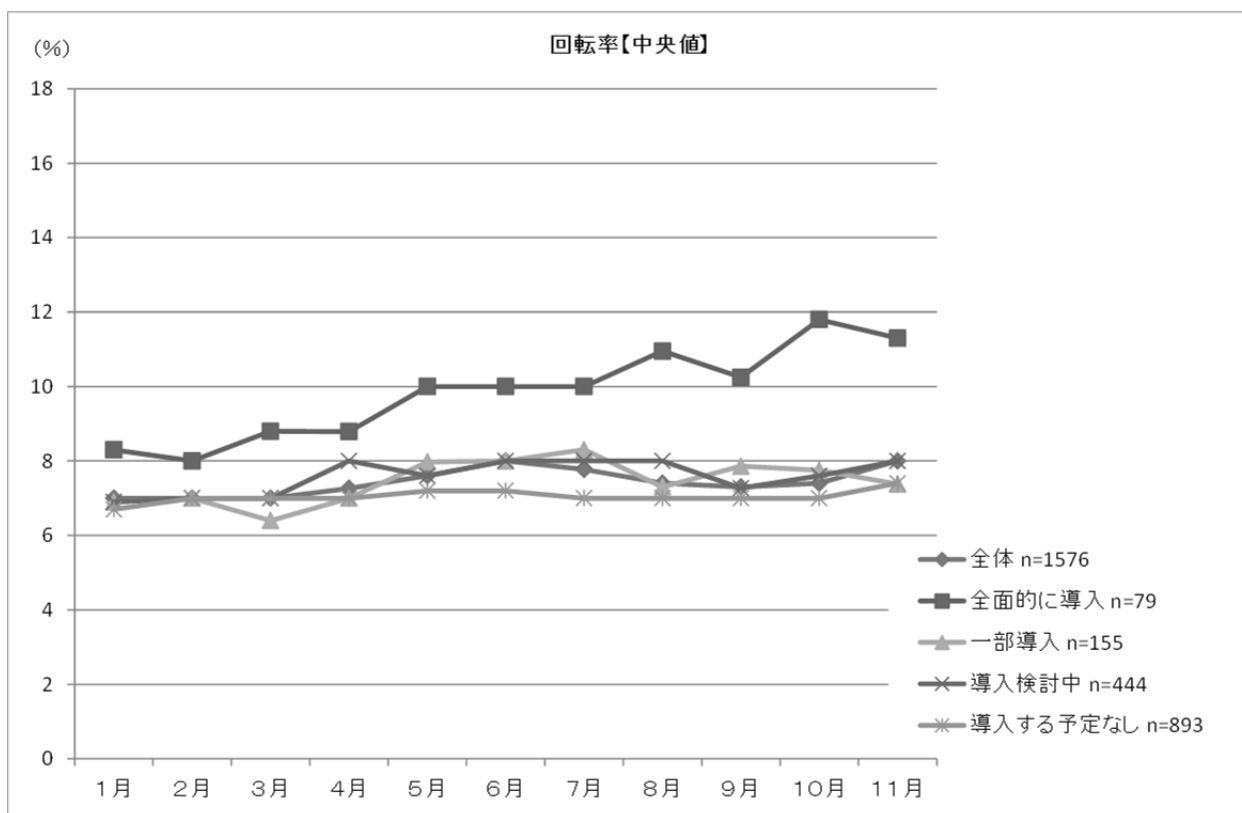
問3.H24/10 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/10 在宅復帰率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	325 20.6	96 6.1	208 13.2	224 14.2	330 20.9	246 15.6	147 9.3
	全面的に導入	79 100.0	13 16.5	2 2.5	7 8.9	5 6.3	28 35.4	20 25.3	4 5.1
	一部導入	155 100.0	33 21.3	4 2.6	24 15.5	23 14.8	34 21.9	29 18.7	8 5.2
	導入検討中	444 100.0	78 17.6	30 6.8	56 12.6	70 15.8	109 24.5	65 14.6	36 8.1
	導入する予定なし	893 100.0	200 22.4	60 6.7	121 13.5	125 14.0	158 17.7	131 14.7	98 11.0
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	-	1 20.0	1 20.0	1 20.0	1 20.0

問3.H24/11 在宅復帰率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/11 在宅復帰率								
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	365 23.2	97 6.2	204 12.9	231 14.7	312 19.8	219 13.9	148 9.4	
	全面的に導入	79 100.0	14 17.7	1 1.3	6 7.6	17 21.5	19 24.1	18 22.8	4 5.1	
	一部導入	155 100.0	35 22.6	6 3.9	21 13.5	26 16.8	39 25.2	18 11.6	10 6.5	
	導入検討中	444 100.0	86 19.4	29 6.5	64 14.4	60 13.5	101 22.7	67 15.1	37 8.3	
	導入する予定なし	893 100.0	229 25.6	61 6.8	113 12.7	126 14.1	152 17.0	116 13.0	96 10.8	
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	-	-	2 40.0	1 20.0	-	1 20.0

(2) 回転率【中央値】



回転率【中央値】

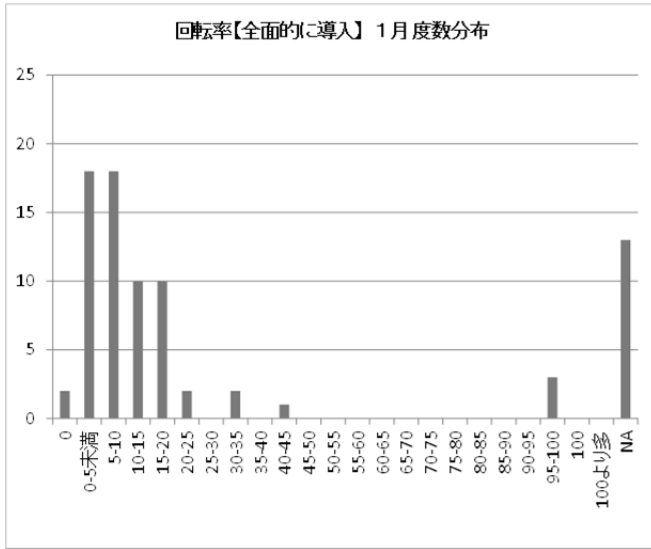
単位: %

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
全体 n=1576	7.00	7.00	7.00	7.27	7.60	8.00	7.77	7.40	7.30	7.40	8.00
全面的に導入 n=79	8.30	8.00	8.80	8.79	10.00	10.00	10.00	10.95	10.25	11.80	11.30
一部導入 n=155	6.90	7.00	6.40	7.00	7.98	8.00	8.31	7.30	7.86	7.75	7.38
導入検討中 n=444	6.90	7.00	7.00	8.00	7.60	8.00	8.00	8.00	7.27	7.60	8.00
導入する予定なし n=893	6.70	7.00	7.00	7.00	7.20	7.20	7.00	7.00	7.00	7.00	7.40

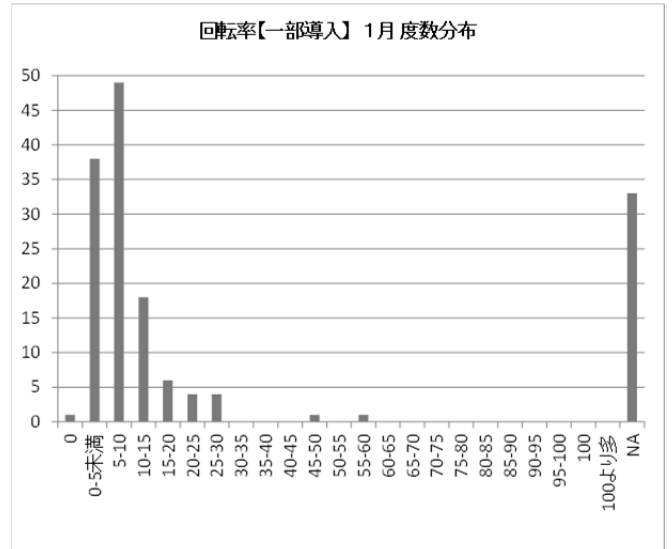
R4 システム導入状況別 回転率

【1月】

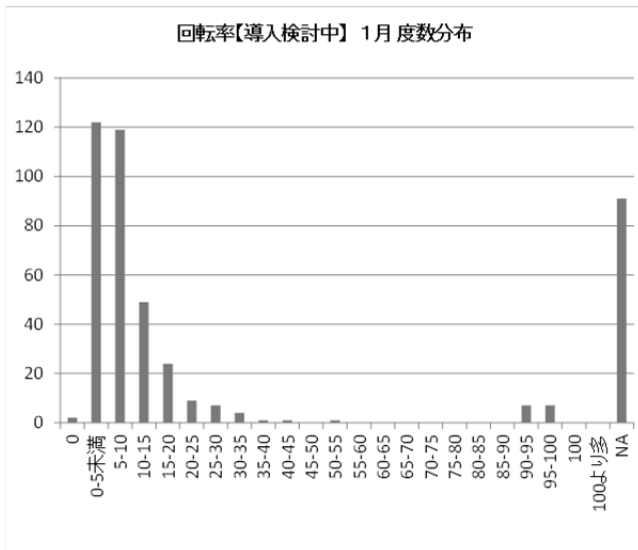
「全面的に導入」 n=79



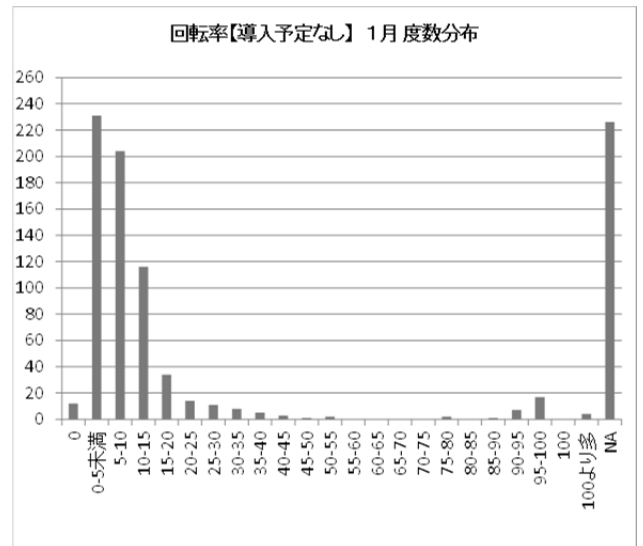
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

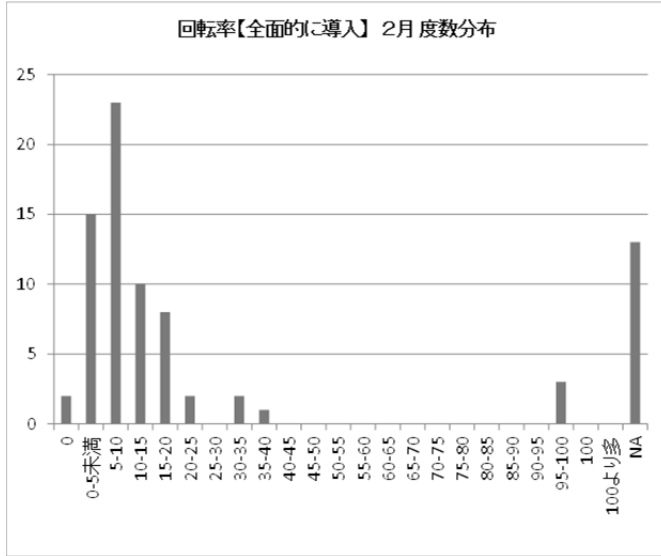


「導入する予定なし」 n=893

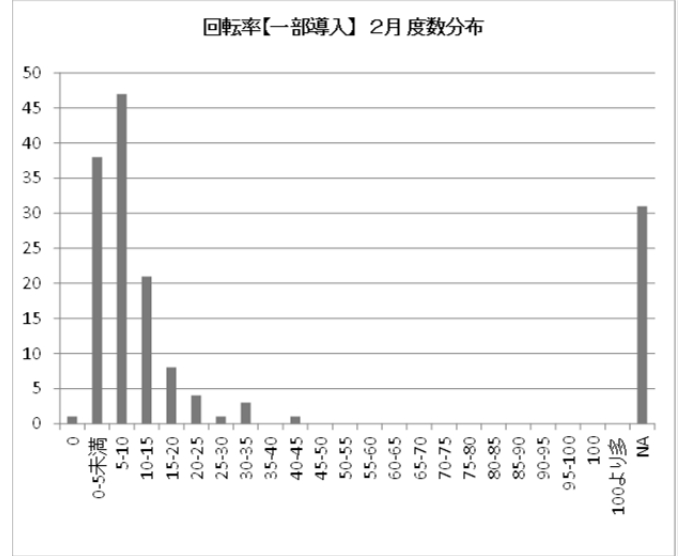


【2月】

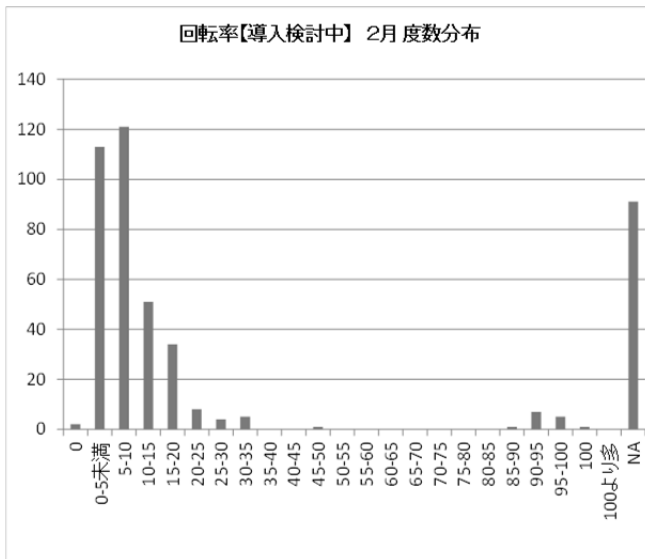
「全面的に導入」 n=79



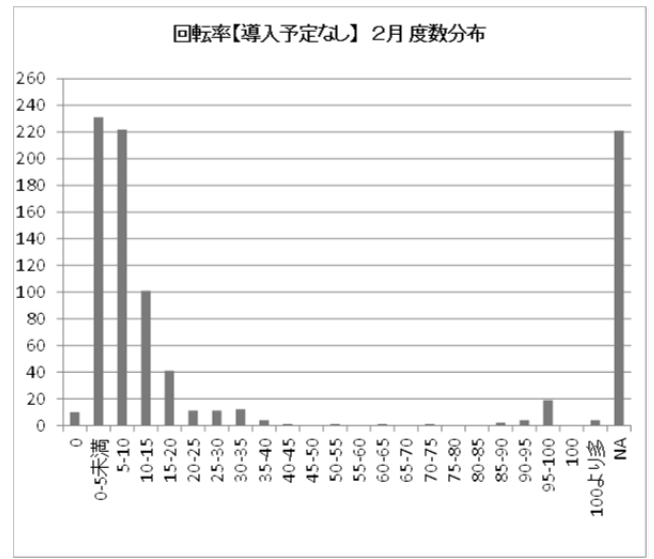
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

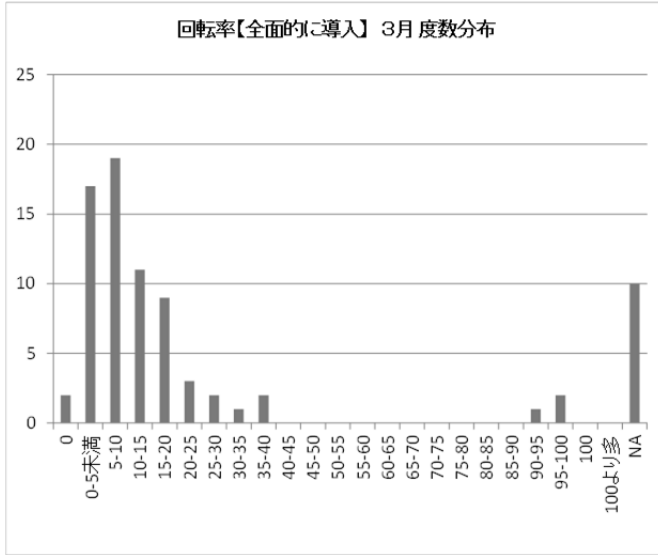


「導入する予定なし」 n=893

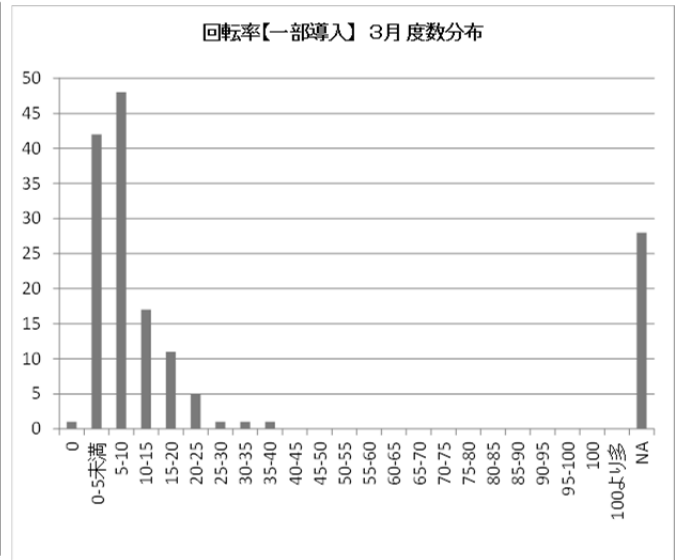


【3月】

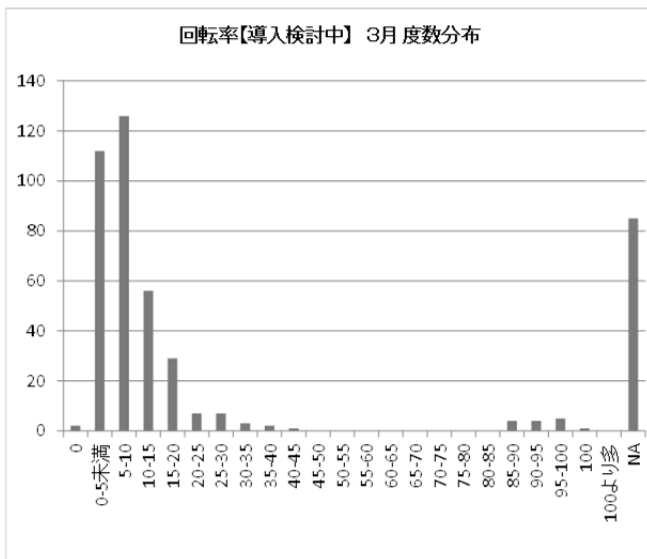
「全面的に導入」 n=79



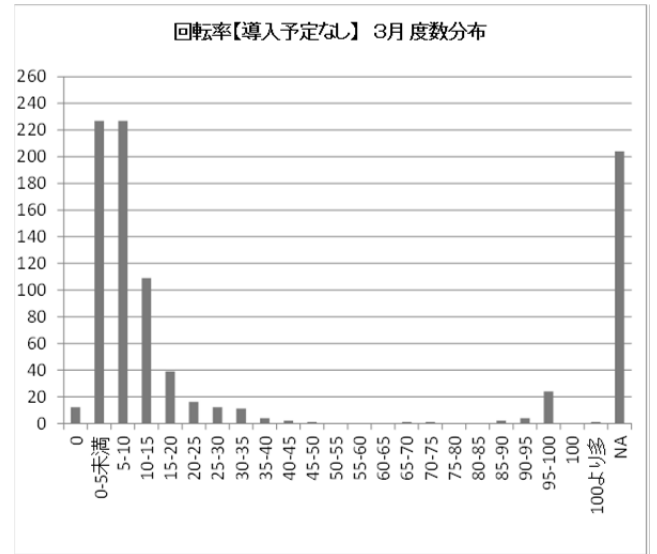
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

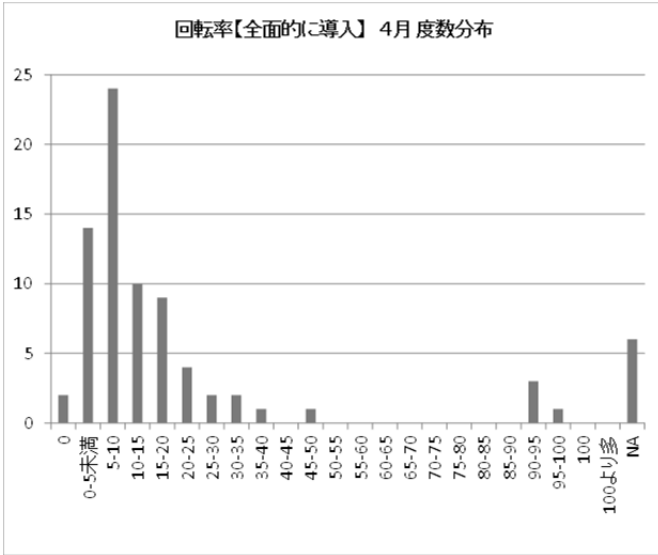


「導入する予定なし」 n=893

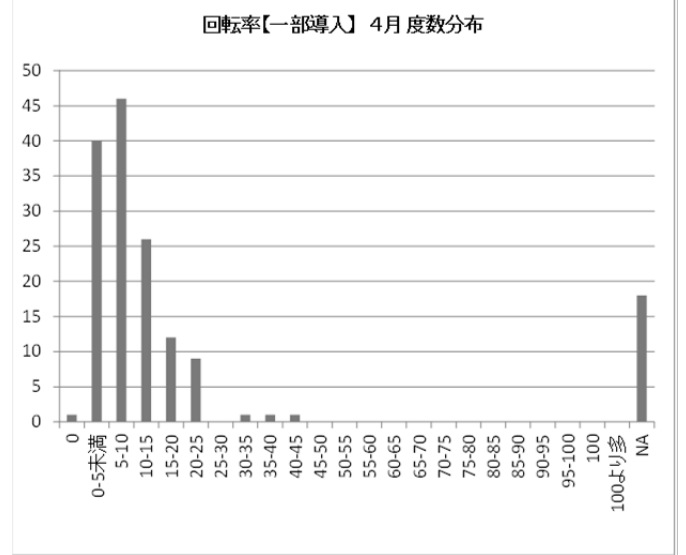


【4月】

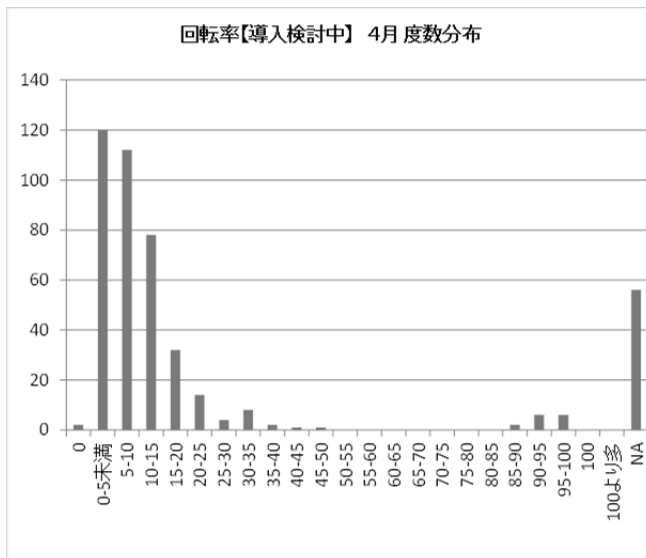
「全面的に導入」 n=79



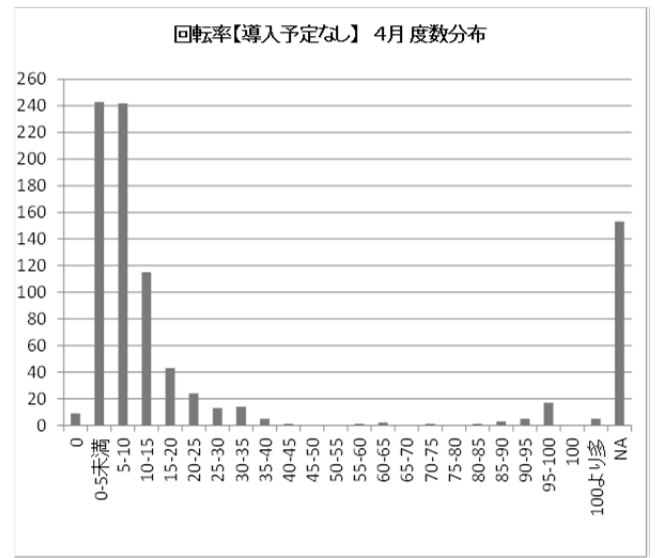
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

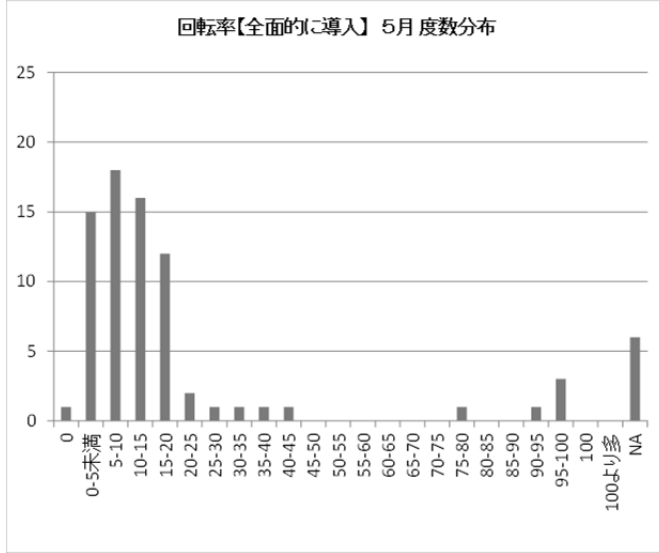


「導入する予定なし」 n=893

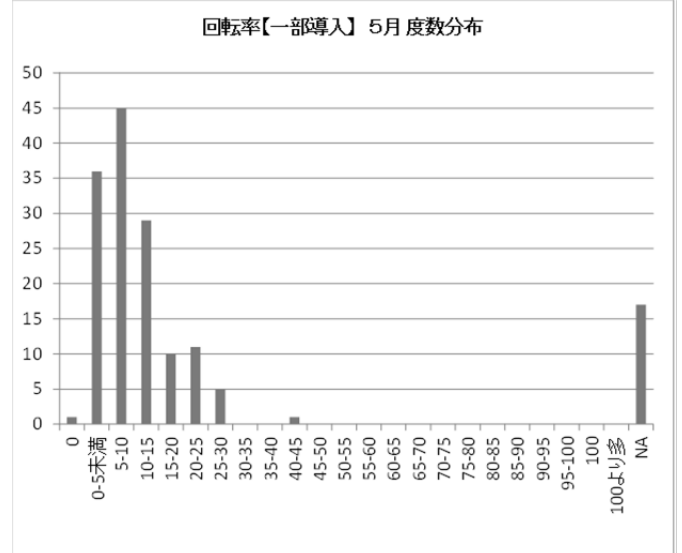


【5月】

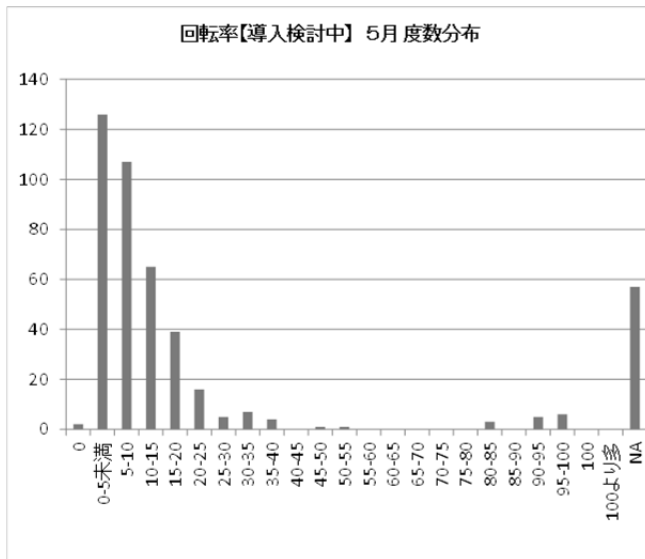
「全面的に導入」 n=79



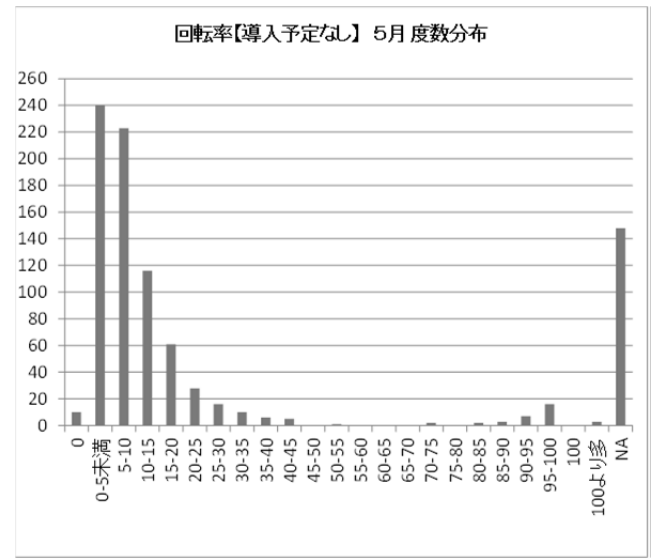
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

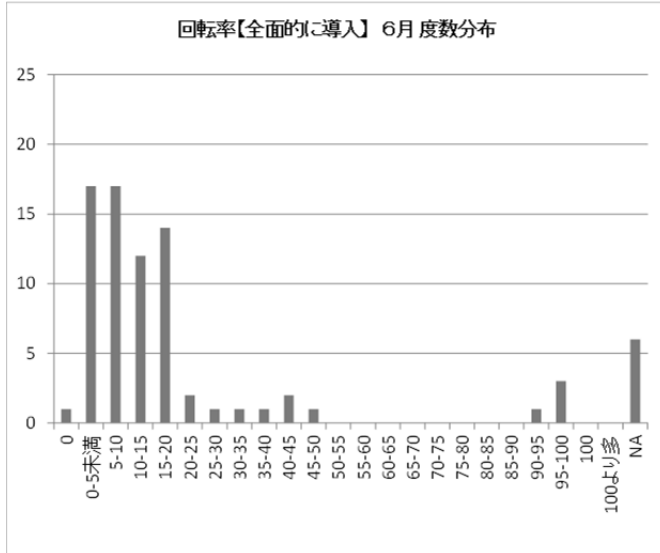


「導入する予定なし」 n=893

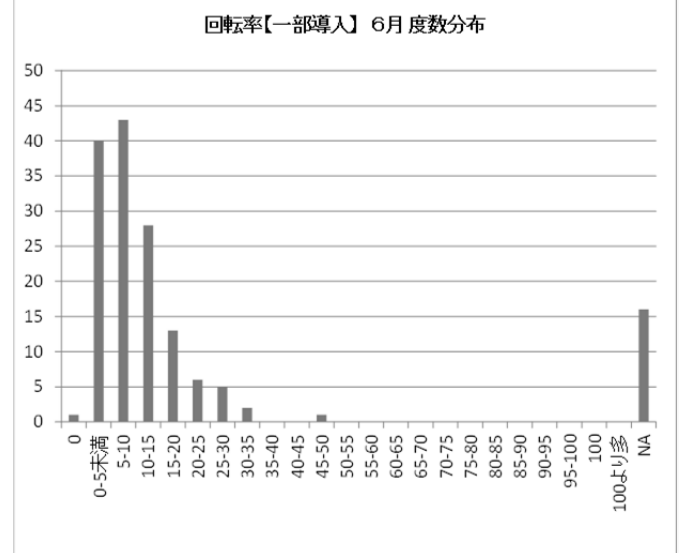


【6月】

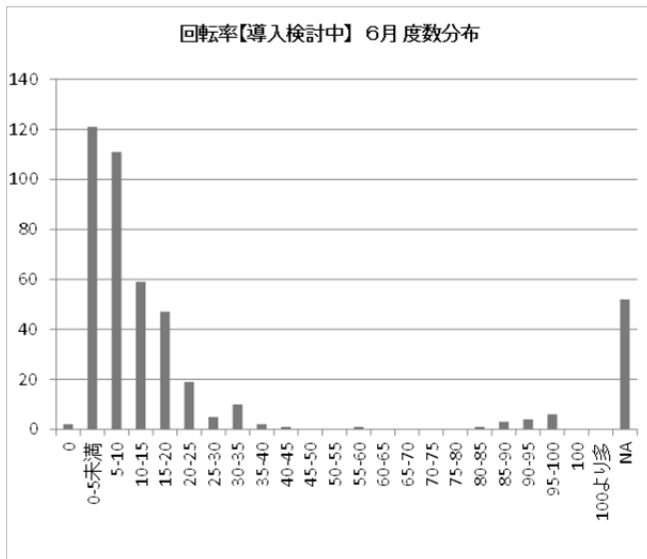
「全面的に導入」 n=79



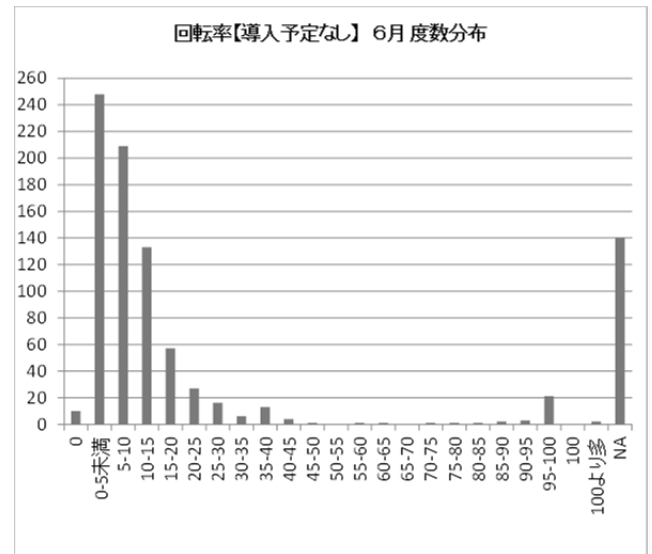
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

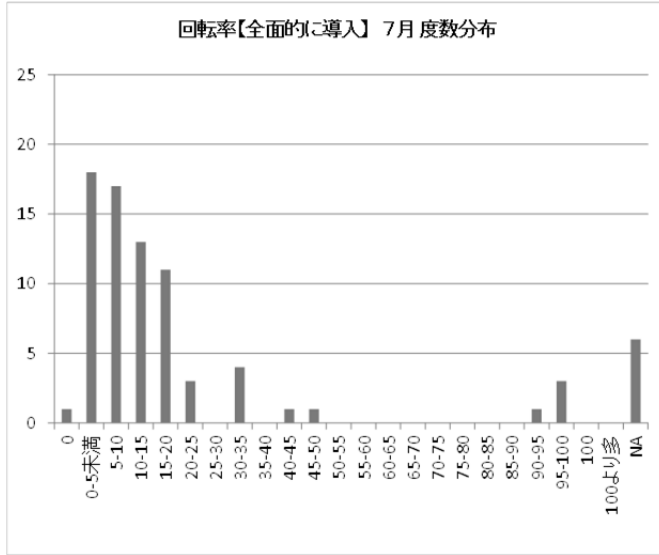


「導入する予定なし」 n=893

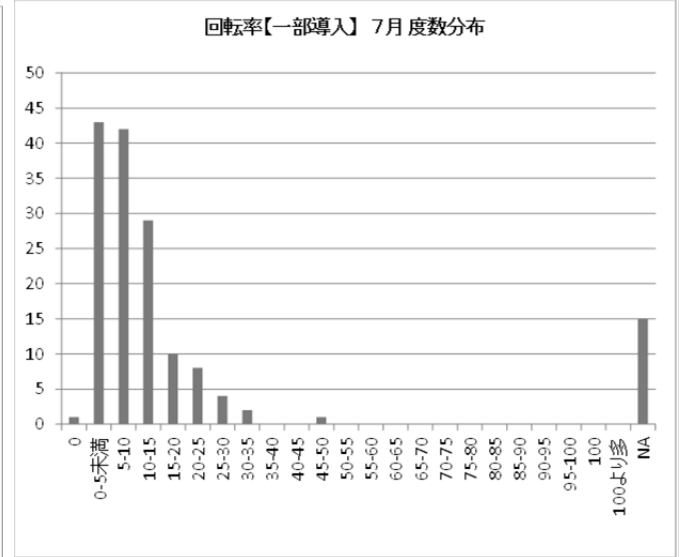


【7月】

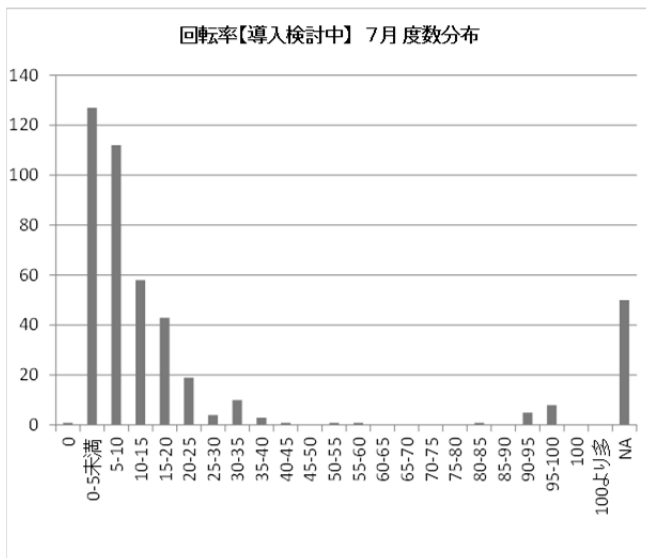
「全面的に導入」 n=79



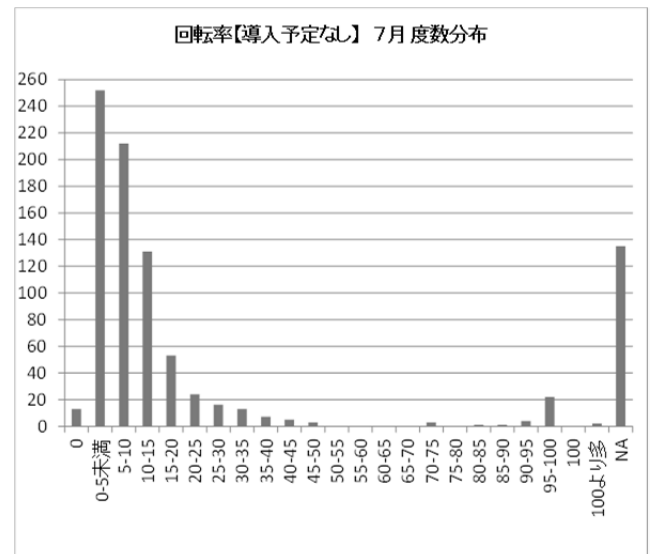
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

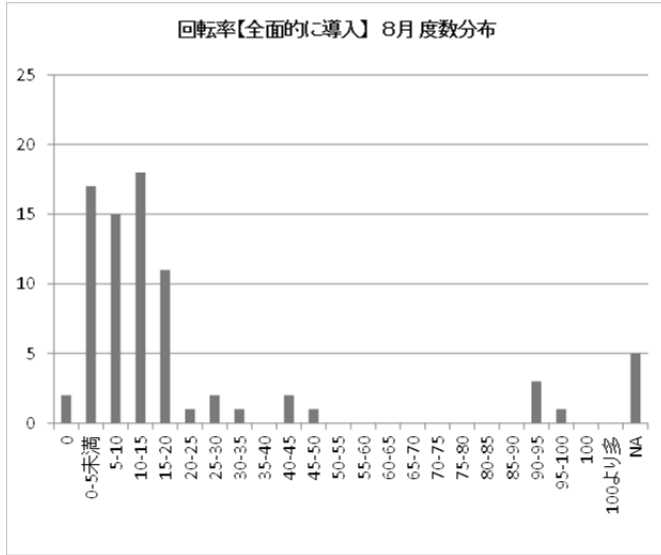


「導入する予定なし」 n=893

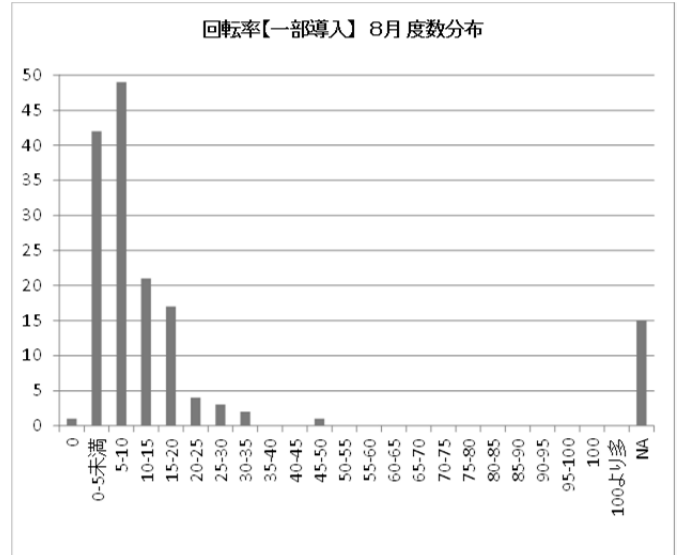


【8月】

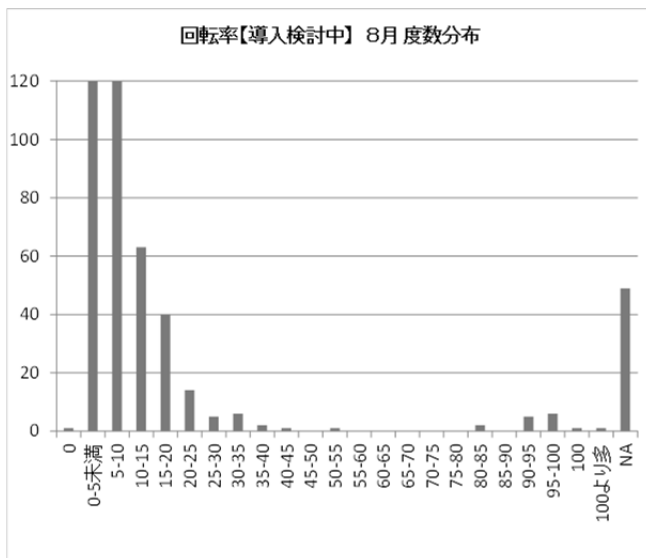
「全面的に導入」 n=79



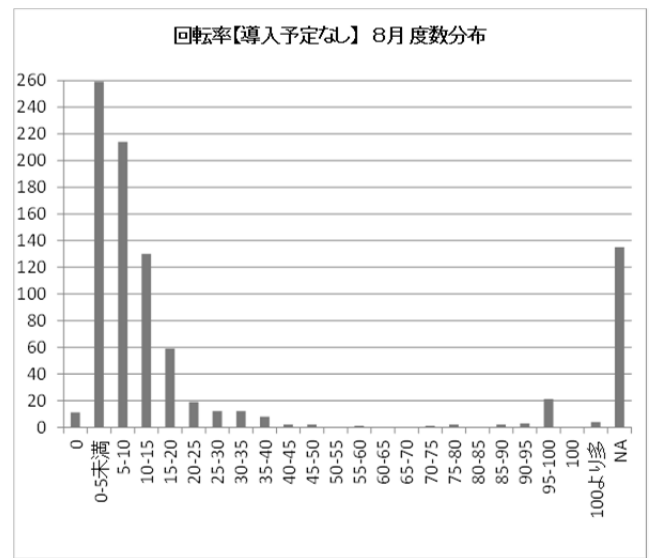
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

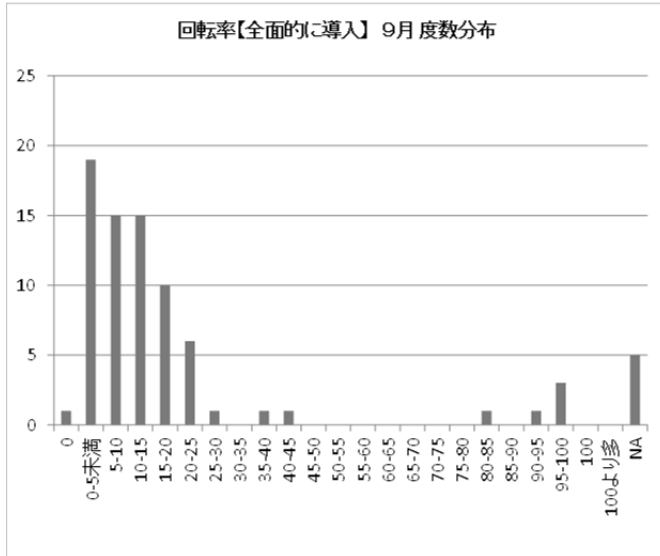


「導入する予定なし」 n=893

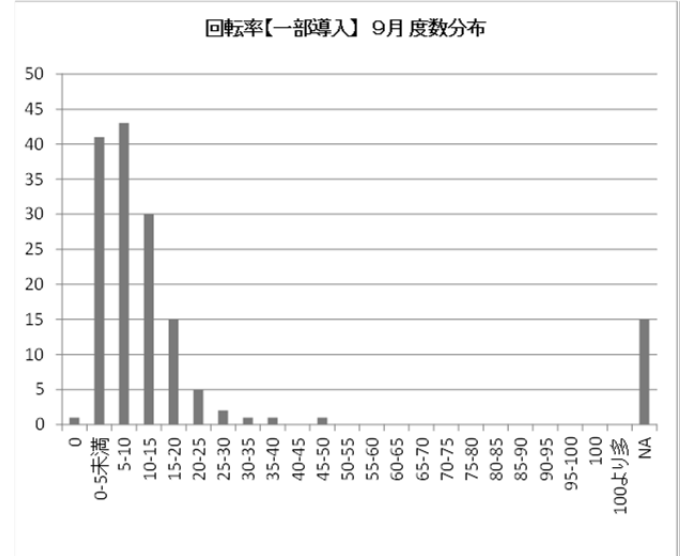


【9月】

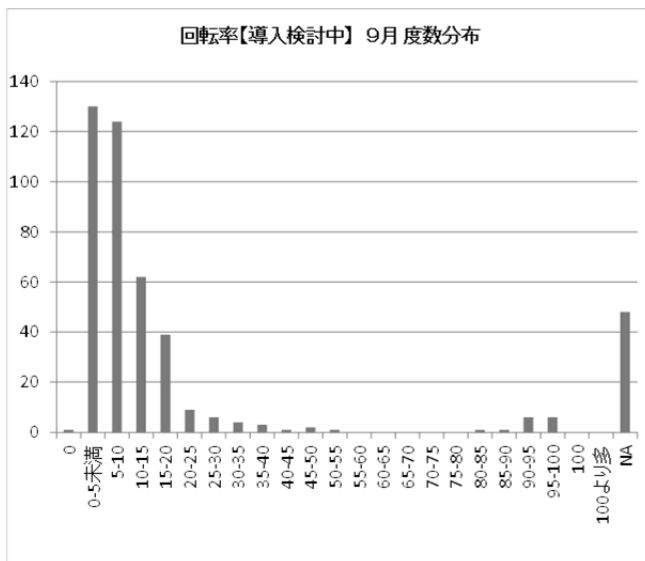
「全面的に導入」 n=79



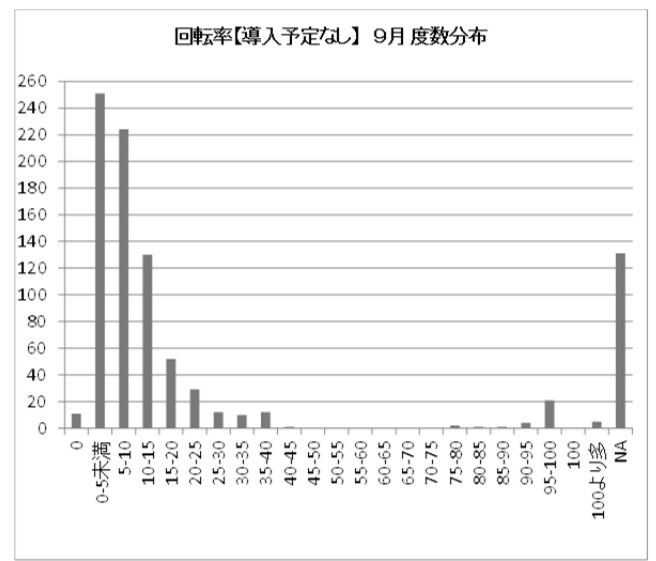
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

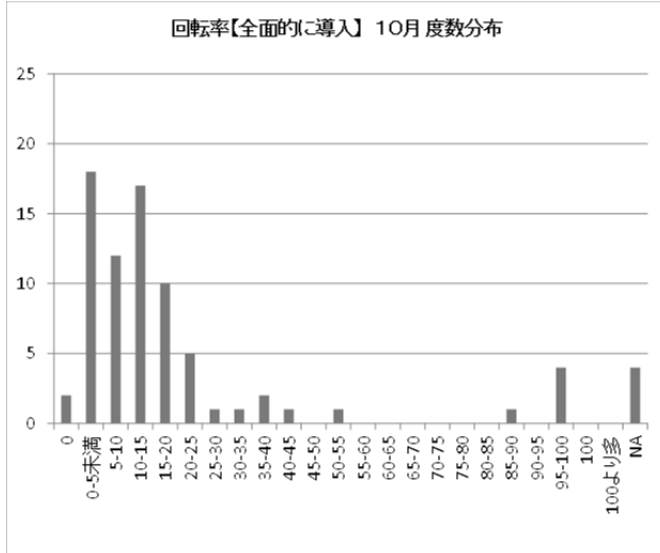


「導入する予定なし」 n=893

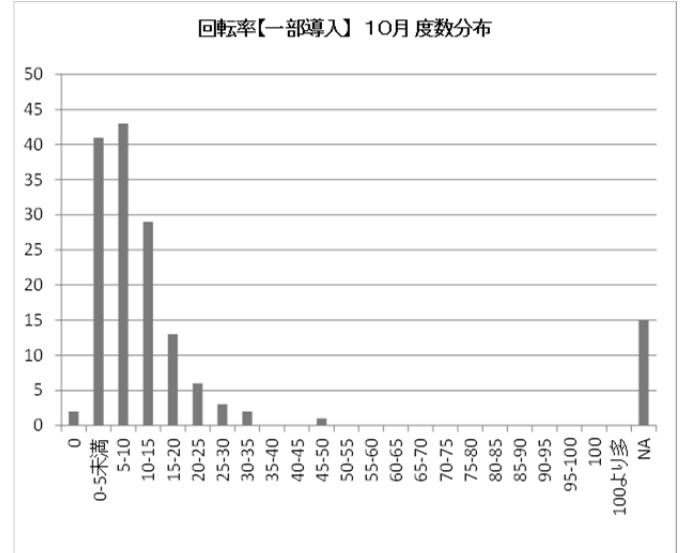


【10月】

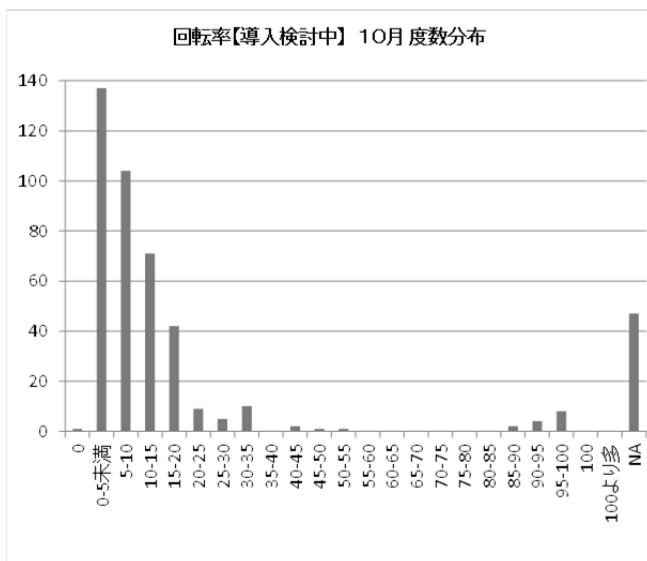
「全面的に導入」 n=79



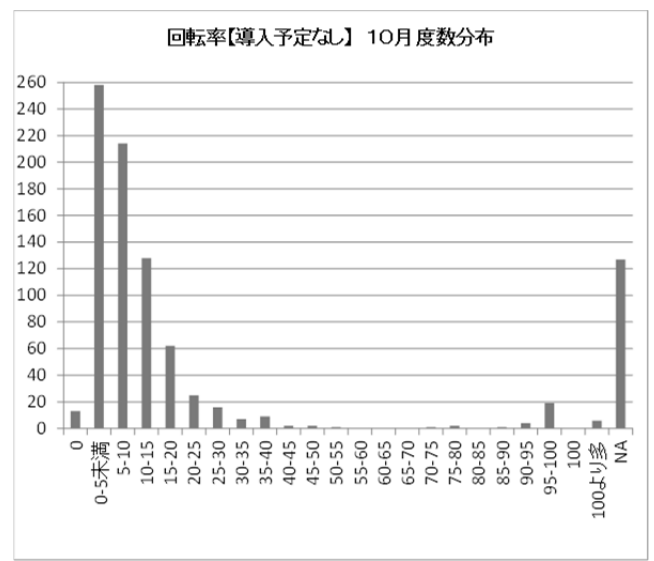
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444

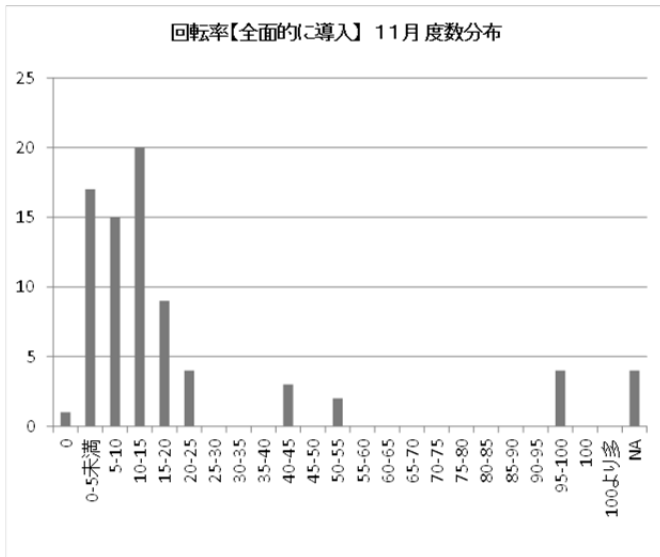


「導入する予定なし」 n=893

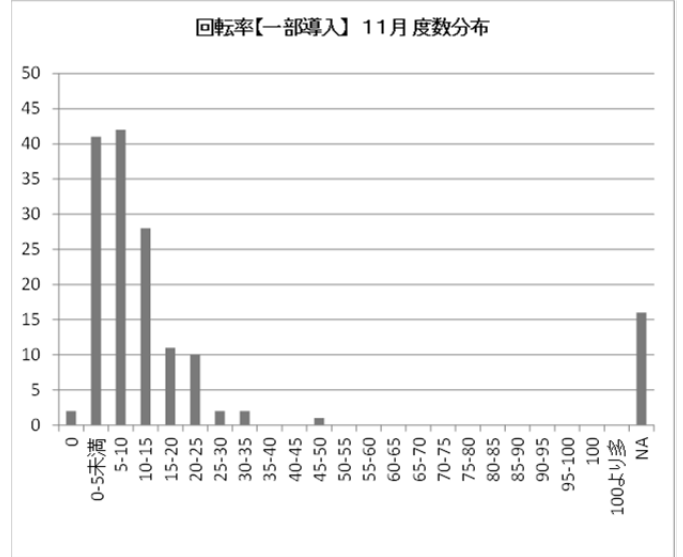


【11月】

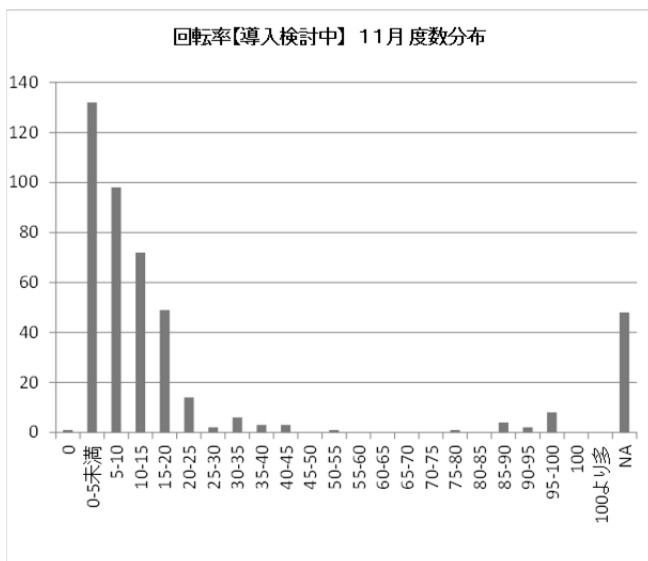
「全面的に導入」 n=79



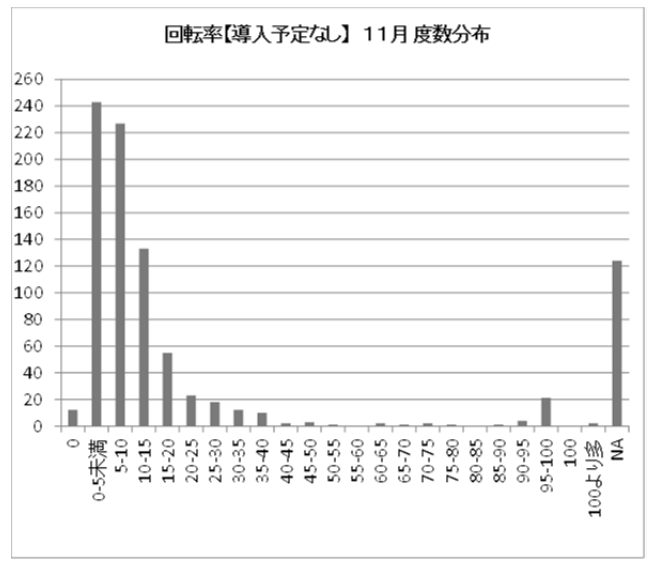
「一部導入」 n=155



「導入検討中」 n=444



「導入する予定なし」 n=893



問3.H24/1 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/1 回転率							
下段:%	合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	426 27.0	390 24.7	267 16.9	51 3.2	27 1.7	52 3.3	363 23.0
	全面的に導入	79 100.0	20 25.3	18 22.8	20 25.3	2 2.5	3 3.8	3 3.8	13 16.5
	一部導入	155 100.0	39 25.2	49 31.6	24 15.5	8 5.2	1 0.6	1 0.6	33 21.3
	導入検討中	444 100.0	124 27.9	119 26.8	73 16.4	16 3.6	6 1.4	15 3.4	91 20.5
	導入する予定なし	893 100.0	243 27.2	203 22.7	150 16.8	24 2.7	17 1.9	32 3.6	224 25.1
	無回答	5 100.0	-	1 20.0	-	1 20.0	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/2 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/2 回転率							
下段:%	合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	412 26.1	413 26.2	274 17.4	41 2.6	30 1.9	50 3.2	356 22.6
	全面的に導入	79 100.0	17 21.5	23 29.1	18 22.8	2 2.5	3 3.8	3 3.8	13 16.5
	一部導入	155 100.0	39 25.2	47 30.3	29 18.7	5 3.2	4 2.6	-	31 20.0
	導入検討中	444 100.0	115 25.9	121 27.3	85 19.1	12 2.7	6 1.4	14 3.2	91 20.5
	導入する予定なし	893 100.0	241 27.0	221 24.7	142 15.9	22 2.5	16 1.8	32 3.6	219 24.5
	無回答	5 100.0	-	1 20.0	-	-	1 20.0	1 20.0	2 40.0

問3.H24/3 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/3 回転率							
下段:%	合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	415 26.3	420 26.6	281 17.8	53 3.4	29 1.8	51 3.2	327 20.7
	全面的に導入	79 100.0	19 24.1	19 24.1	20 25.3	5 6.3	3 3.8	3 3.8	10 12.7
	一部導入	155 100.0	43 27.7	48 31.0	28 18.1	6 3.9	2 1.3	-	28 18.1
	導入検討中	444 100.0	114 25.7	126 28.4	85 19.1	14 3.2	6 1.4	14 3.2	85 19.1
	導入する予定なし	893 100.0	239 26.8	227 25.4	147 16.5	28 3.1	17 1.9	33 3.7	202 22.6
	無回答	5 100.0	-	-	1 20.0	-	1 20.0	1 20.0	2 40.0

問3.H24/4 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/4 回転率							
下段:%	合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	431 27.3	424 26.9	325 20.6	70 4.4	39 2.5	54 3.4	233 14.8
	全面的に導入	79 100.0	16 20.3	24 30.4	19 24.1	6 7.6	4 5.1	4 5.1	6 7.6
	一部導入	155 100.0	41 26.5	46 29.7	38 24.5	9 5.8	3 1.9	-	18 11.6
	導入検討中	444 100.0	122 27.5	112 25.2	110 24.8	18 4.1	12 2.7	14 3.2	56 12.6
	導入する予定なし	893 100.0	252 28.2	242 27.1	157 17.6	36 4.0	20 2.2	35 3.9	151 16.9
	無回答	5 100.0	-	-	1 20.0	1 20.0	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/5 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/5 回転率							
下段:%	合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	431 27.3	393 24.9	348 22.1	84 5.3	37 2.3	55 3.5	228 14.5
	全面的に導入	79 100.0	16 20.3	18 22.8	28 35.4	3 3.8	3 3.8	5 6.3	6 7.6
	一部導入	155 100.0	37 23.9	45 29.0	39 25.2	16 10.3	1 0.6	-	17 11.0
	導入検討中	444 100.0	128 28.8	107 24.1	104 23.4	21 4.7	12 2.7	15 3.4	57 12.8
	導入する予定なし	893 100.0	250 28.0	223 25.0	176 19.7	43 4.8	21 2.4	34 3.8	146 16.3
	無回答	5 100.0	-	-	1 20.0	1 20.0	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/6 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/6 回転率								
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	440 27.9	380 24.1	363 23.0	81 5.1	45 2.9	53 3.4	214 13.6	
	全面的に導入	79 100.0	18 22.8	17 21.5	26 32.9	3 3.8	5 6.3	4 5.1	6 7.6	
	一部導入	155 100.0	41 26.5	43 27.7	41 26.5	11 7.1	3 1.9	-	16 10.3	
	導入検討中	444 100.0	123 27.7	111 25.0	106 23.9	24 5.4	13 2.9	15 3.4	52 11.7	
	導入する予定なし	893 100.0	258 28.9	208 23.3	189 21.2	43 4.8	24 2.7	33 3.7	138 15.5	
	無回答	5 100.0	-	1 20.0	1 20.0	-	-	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/7 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/7 回転率								
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	456 28.9	383 24.3	348 22.1	78 4.9	51 3.2	54 3.4	206 13.1	
	全面的に導入	79 100.0	19 24.1	17 21.5	24 30.4	3 3.8	6 7.6	4 5.1	6 7.6	
	一部導入	155 100.0	44 28.4	42 27.1	39 25.2	12 7.7	3 1.9	-	15 9.7	
	導入検討中	444 100.0	128 28.8	112 25.2	101 22.7	23 5.2	14 3.2	16 3.6	50 11.3	
	導入する予定なし	893 100.0	265 29.7	211 23.6	184 20.6	39 4.4	28 3.1	33 3.7	133 14.9	
	無回答	5 100.0	-	1 20.0	-	1 20.0	-	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/8 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/8 回転率								
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	457 29.0	401 25.4	359 22.8	60 3.8	40 2.5	55 3.5	204 12.9	
	全面的に導入	79 100.0	19 24.1	15 19.0	29 36.7	3 3.8	4 5.1	4 5.1	5 6.3	
	一部導入	155 100.0	43 27.7	49 31.6	38 24.5	7 4.5	3 1.9	-	15 9.7	
	導入検討中	444 100.0	125 28.2	123 27.7	103 23.2	19 4.3	9 2.0	16 3.6	49 11.0	
	導入する予定なし	893 100.0	269 30.1	214 24.0	188 21.1	31 3.5	24 2.7	34 3.8	133 14.9	
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	1 20.0	-	-	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/9 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/9 回転率								
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	455 28.9	406 25.8	353 22.4	70 4.4	38 2.4	55 3.5	199 12.6	
	全面的に導入	79 100.0	20 25.3	15 19.0	25 31.6	7 8.9	2 2.5	5 6.3	5 6.3	
	一部導入	155 100.0	42 27.1	43 27.7	45 29.0	7 4.5	3 1.9	-	15 9.7	
	導入検討中	444 100.0	131 29.5	124 27.9	101 22.7	15 3.4	10 2.3	15 3.4	48 10.8	
	導入する予定なし	893 100.0	261 29.2	224 25.1	182 20.4	40 4.5	23 2.6	34 3.8	129 14.4	
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	-	1 20.0	-	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/10 回転率 × R4システム導入状況

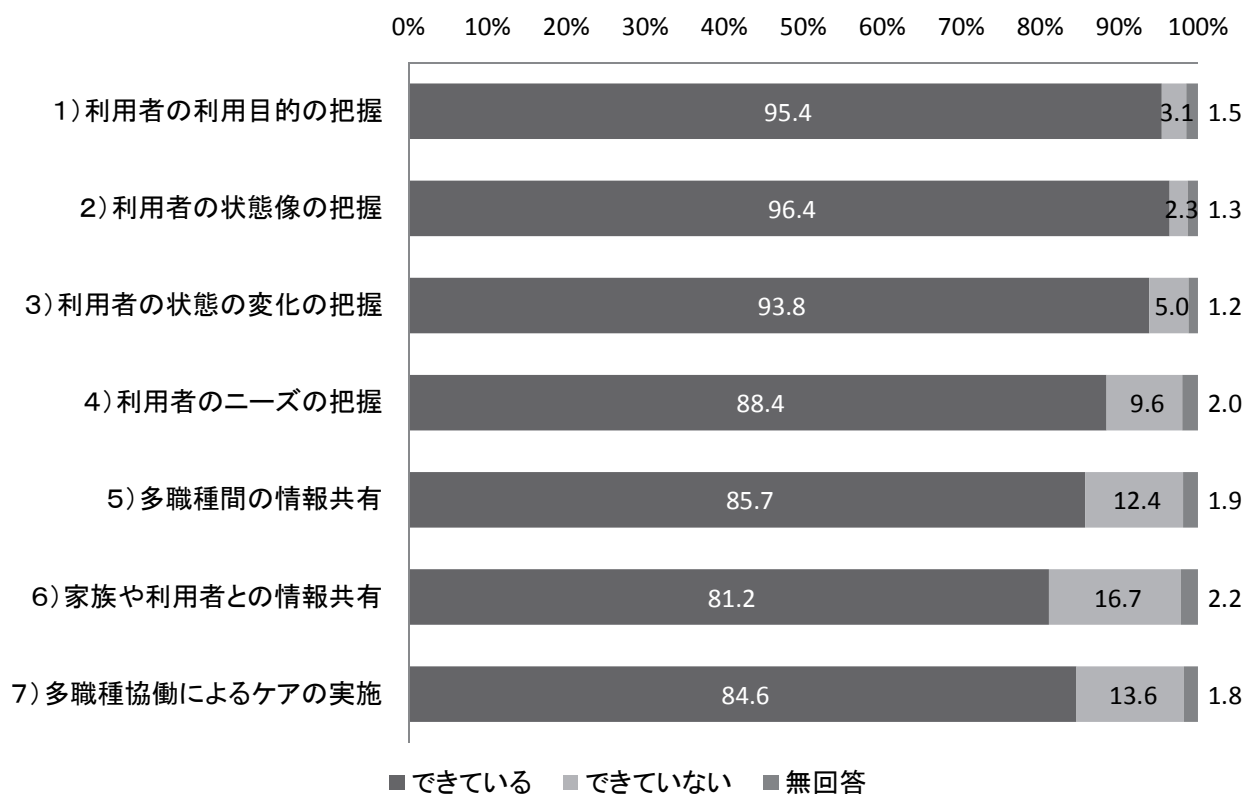
上段:度数		問3.H24/10 回転率								
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答	
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	472 29.9	373 23.7	372 23.6	70 4.4	40 2.5	56 3.6	193 12.2	
	全面的に導入	79 100.0	20 25.3	12 15.2	27 34.2	6 7.6	4 5.1	6 7.6	4 5.1	
	一部導入	155 100.0	43 27.7	43 27.7	42 27.1	9 5.8	3 1.9	-	15 9.7	
	導入検討中	444 100.0	138 31.1	104 23.4	113 25.5	14 3.2	13 2.9	15 3.4	47 10.6	
	導入する予定なし	893 100.0	270 30.2	214 24.0	190 21.3	40 4.5	20 2.2	34 3.8	125 14.0	
	無回答	5 100.0	1 20.0	-	-	1 20.0	-	-	1 20.0	2 40.0

問3.H24/11 回転率 × R4システム導入状況

上段:度数		問3.H24/11 回転率							
下段:%		合計	5%未満	5~10%未満	10~20%未満	20~30%未満	30~50%未満	50%以上	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	449 28.5	382 24.2	377 23.9	73 4.6	45 2.9	58 3.7	192 12.2
	全面的に導入	79 100.0	18 22.8	15 19.0	29 36.7	4 5.1	3 3.8	6 7.6	4 5.1
	一部導入	155 100.0	43 27.7	42 27.1	39 25.2	12 7.7	3 1.9	-	16 10.3
	導入検討中	444 100.0	133 30.0	98 22.1	121 27.3	16 3.6	12 2.7	16 3.6	48 10.8
	導入する予定なし	893 100.0	255 28.6	226 25.3	188 21.1	40 4.5	27 3.0	35 3.9	122 13.7
	無回答	5 100.0	-	1 20.0	-	1 20.0	-	1 20.0	2 40.0

### 3. 利用者状況等の把握について

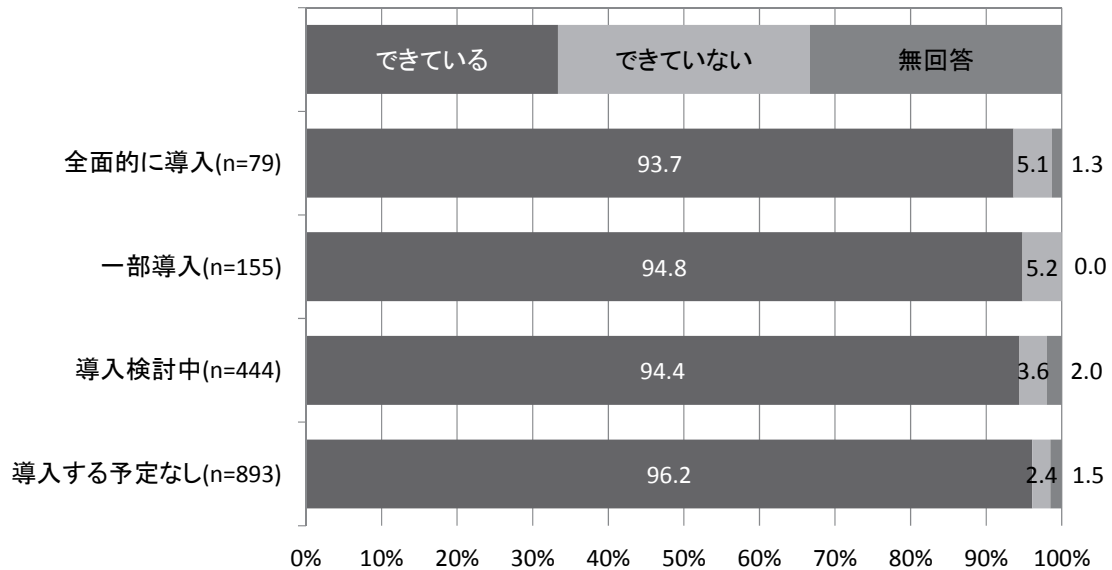
#### (1) 利用者状況等の把握状況【全体】



(2) R4 システム導入状況別 利用者状況等の把握状況

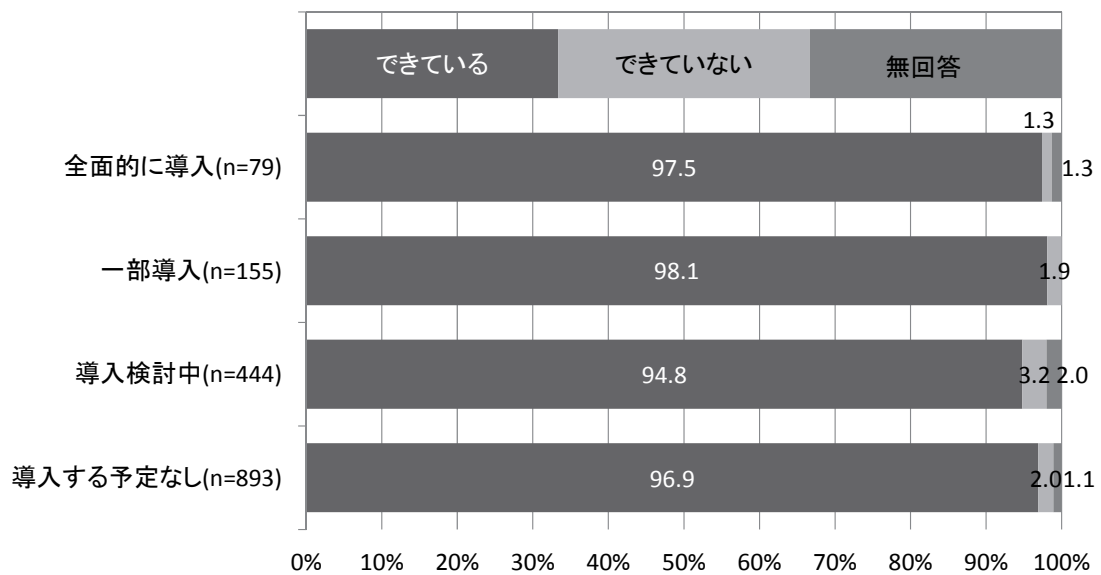
1) 利用者の利用目的の把握 × R4 システム導入状況

N = 1576



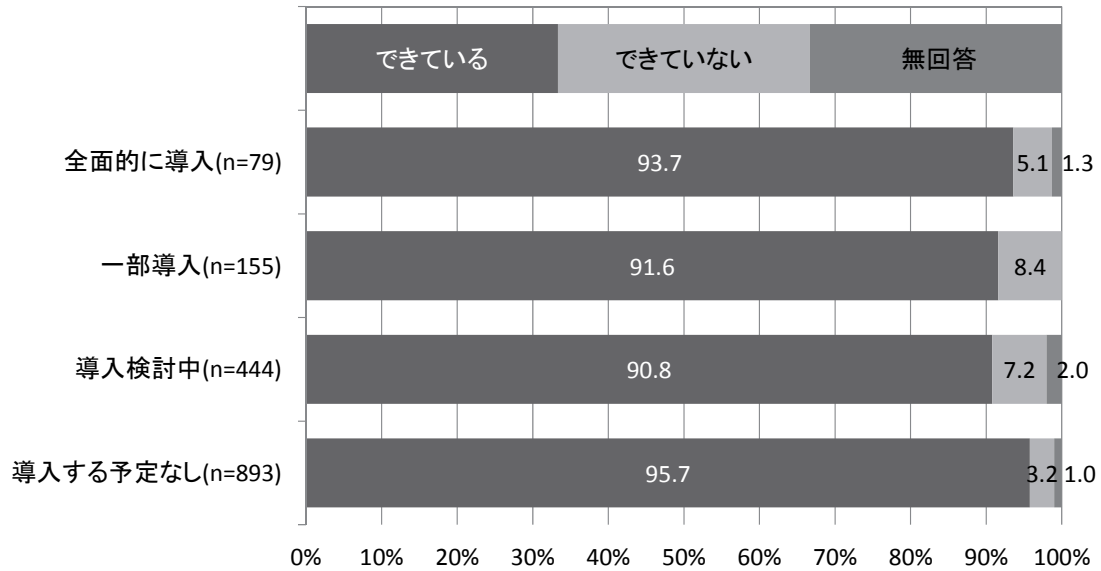
2) 利用者の状態像の把握 × R4 システム導入状況

N = 1576



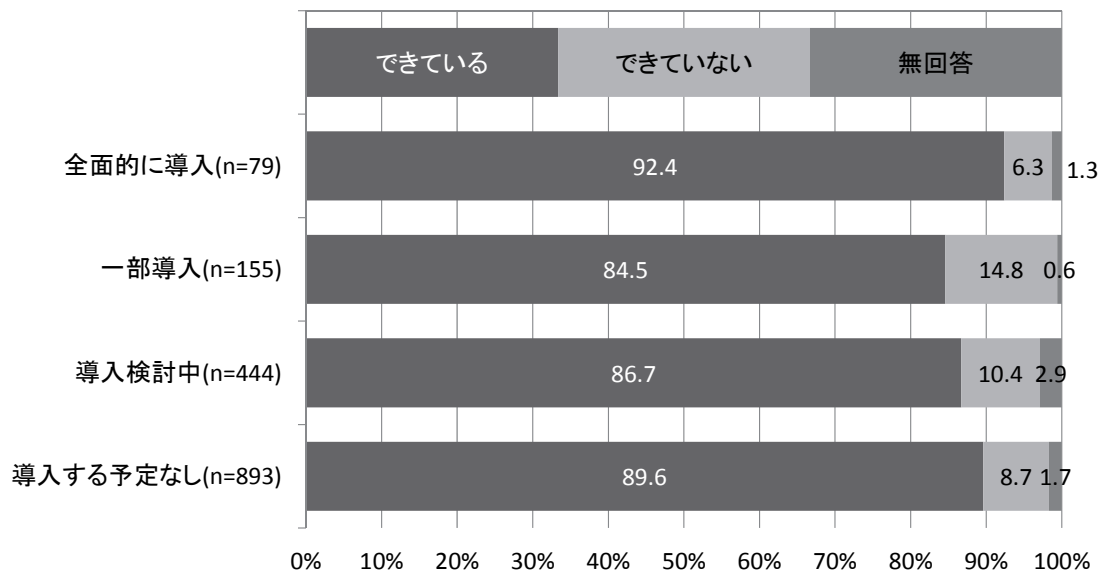
### 3) 利用者の状態の変化の把握× R 4システム導入状況

N = 1576



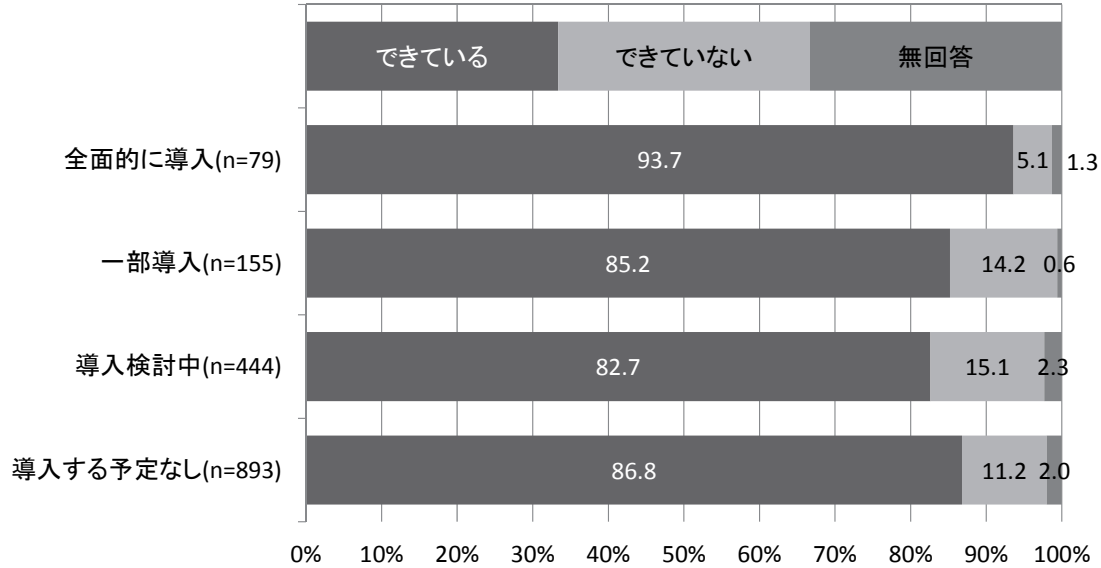
### 4) 利用者のニーズの把握× R 4システム導入状況

N = 1576



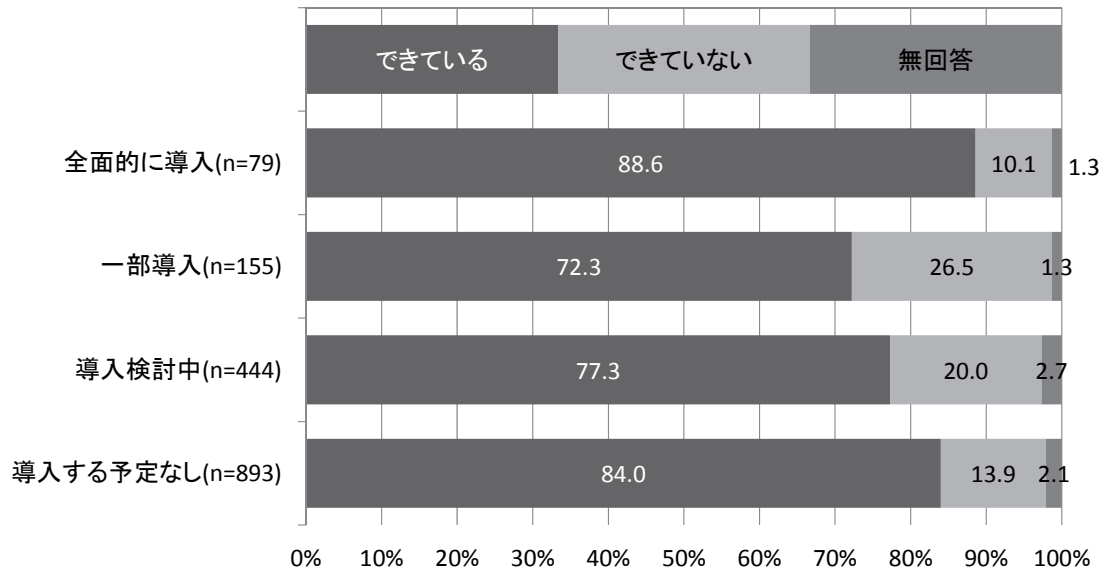
5) 多職種間の情報共有 × R 4システム導入状況

N = 1576



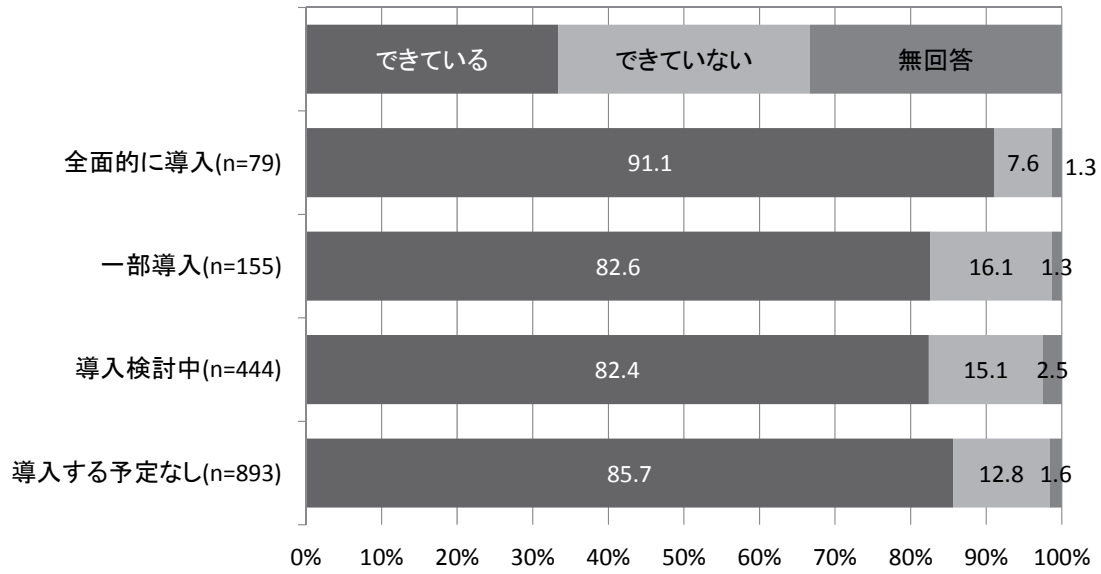
6) 家族や利用者との情報共有 × R 4システム導入状況

N = 1576



7) 多職種協働によるケアの実施×R4システム導入状況

N = 1576



1) 利用者の利用目的の把握 × R4システム導入状況

	上段度数 下段%	問4-1. 1) 利用者の利用目的の把握			
		合計	できている	できていない	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	1504 95.4	49 3.1	23 1.5
	全面的に導入	79 100.0	74 93.7	4 5.1	1 1.3
	一部導入	155 100.0	147 94.8	8 5.2	-
	導入検討中	444 100.0	419 94.4	16 3.6	9 2.0
	導入する予定なし	893 100.0	859 96.2	21 2.4	13 1.5
	無回答	5 100.0	5 100.0	-	-

2) 利用者の状態像の把握 × R4システム導入状況

	上段度数 下段%	問4-1. 2) 利用者の状態像の把握			
		合計	できている	できていない	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	1520 96.4	36 2.3	20 1.3
	全面的に導入	79 100.0	77 97.5	1 1.3	1 1.3
	一部導入	155 100.0	152 98.1	3 1.9	-
	導入検討中	444 100.0	421 94.8	14 3.2	9 2.0
	導入する予定なし	893 100.0	865 96.9	18 2.0	10 1.1
	無回答	5 100.0	5 100.0	-	-

3) 利用者の状態の変化の把握 × R4システム導入状況

	上段度数 下段%	問4-1. 3) 利用者の状態の変化の把握			
		合計	できている	できていない	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	1478 93.8	79 5.0	19 1.2
	全面的に導入	79 100.0	74 93.7	4 5.1	1 1.3
	一部導入	155 100.0	142 91.6	13 8.4	-
	導入検討中	444 100.0	403 90.8	32 7.2	9 2.0
	導入する予定なし	893 100.0	855 95.7	29 3.2	9 1.0
	無回答	5 100.0	4 80.0	1 20.0	-

4) 利用者のニーズの把握 × R4システム導入状況

	上段度数 下段%	問4-1. 4) 利用者のニーズの把握			
		合計	できている	できていない	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	1393 88.4	152 9.6	31 2.0
	全面的に導入	79 100.0	73 92.4	5 6.3	1 1.3
	一部導入	155 100.0	131 84.5	23 14.8	1 0.6
	導入検討中	444 100.0	385 86.7	46 10.4	13 2.9
	導入する予定なし	893 100.0	800 89.6	78 8.7	15 1.7
	無回答	5 100.0	4 80.0	-	1 20.0

5) 多職種間の情報共有 × R4システム導入状況

	上段度数 下段%	問4-1. 5) 多職種間の情報共有			
		合計	できている	できていない	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	1351 85.7	195 12.4	30 1.9
	全面的に導入	79 100.0	74 93.7	4 5.1	1 1.3
	一部導入	155 100.0	132 85.2	22 14.2	1 0.6
	導入検討中	444 100.0	367 82.7	67 15.1	10 2.3
	導入する予定なし	893 100.0	775 86.8	100 11.2	18 2.0
	無回答	5 100.0	3 60.0	2 40.0	-

6) 家族や利用者との情報共有 × R4システム導入状況

	上段度数 下段%	問4-1. 6) 家族や利用者との情報共有			
		合計	できている	できていない	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	1279 81.2	263 16.7	34 2.2
	全面的に導入	79 100.0	70 88.6	8 10.1	1 1.3
	一部導入	155 100.0	112 72.3	41 26.5	2 1.3
	導入検討中	444 100.0	343 77.3	89 20.0	12 2.7
	導入する予定なし	893 100.0	750 84.0	124 13.9	19 2.1
	無回答	5 100.0	4 80.0	1 20.0	-

7) 多職種協働によるケアの実施 × R4システム導入状況

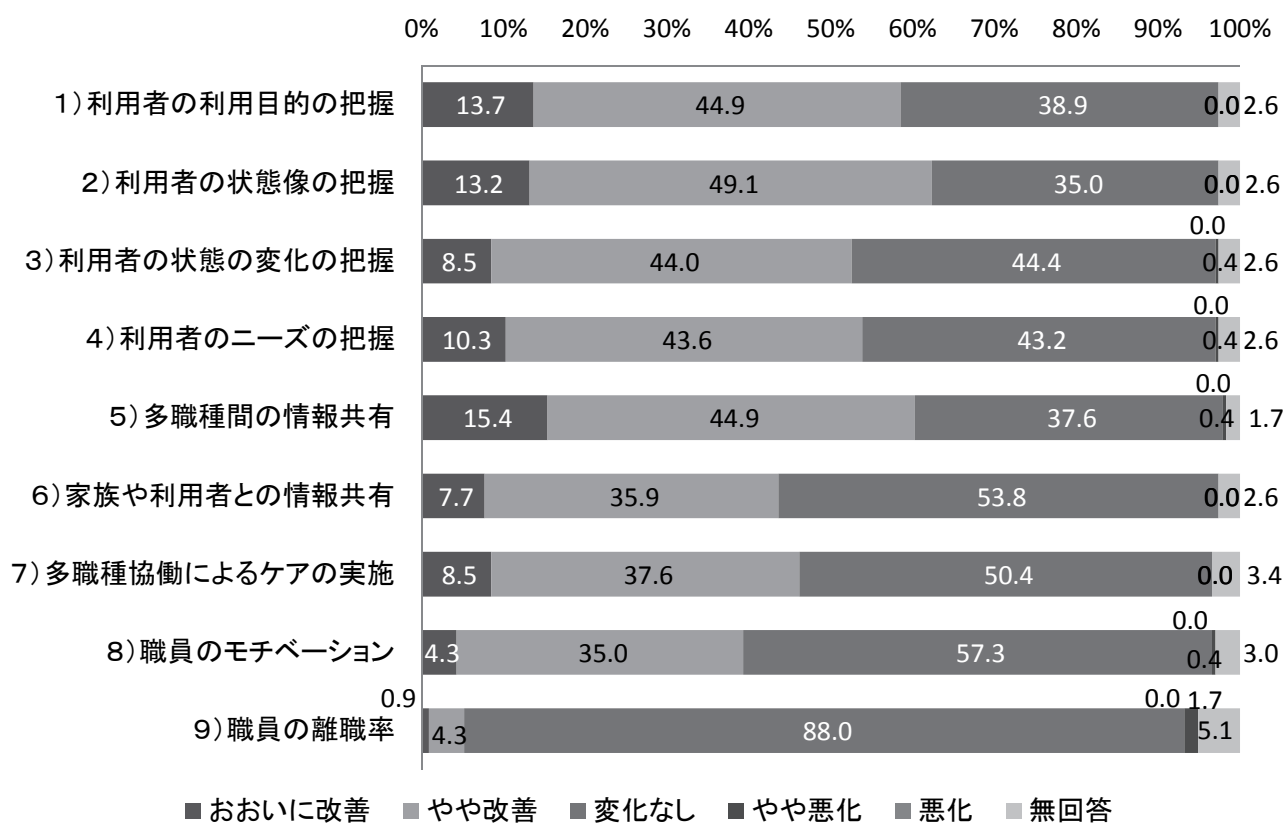
	上段度数 下段%	問4-1. 7) 多職種協働によるケアの実施			
		合計	できている	できていない	無回答
R4システム導入 状況	全体	1576 100.0	1334 84.6	214 13.6	28 1.8
	全面的に導入	79 100.0	72 91.1	6 7.6	1 1.3
	一部導入	155 100.0	128 82.6	25 16.1	2 1.3
	導入検討中	444 100.0	366 82.4	67 15.1	11 2.5
	導入する予定なし	893 100.0	765 85.7	114 12.8	14 1.6
	無回答	5 100.0	3 60.0	2 40.0	-

■: R4システム導入状況別に「できている」割合が最も高い項目

#### 4. R4 システム導入前と比較した場合の導入後の状況変化について

(1) R4 システム導入前と比較した場合の導入後の状況変化について【全体】

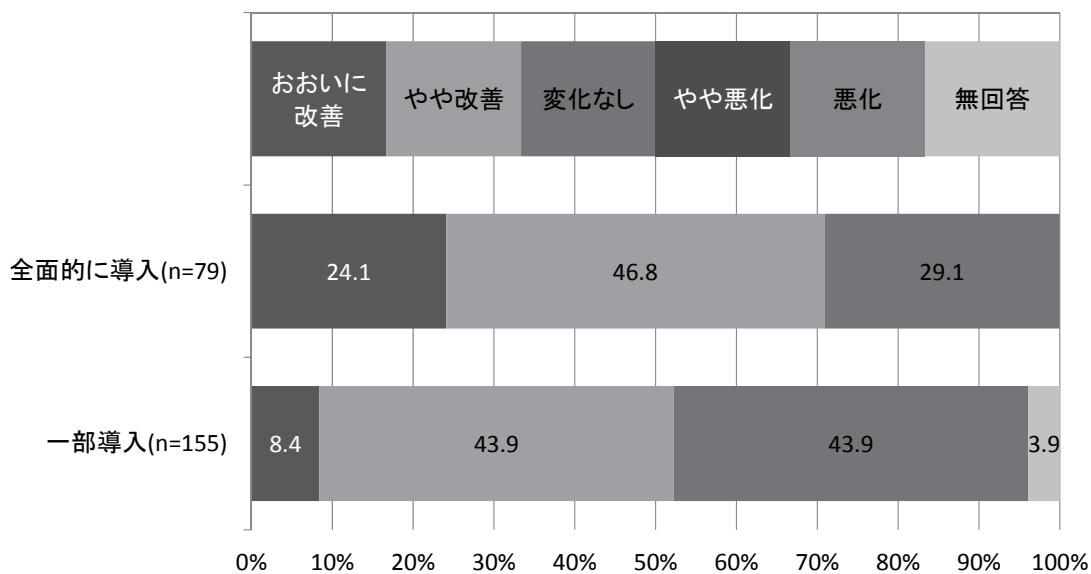
(「全面的に導入」「一部導入」と回答された施設)



(2) R4 システム導入状況別 R4 システム導入前と比較した場合の導入後の状況変化について  
 (「全面的に導入」「一部導入」と回答された施設)

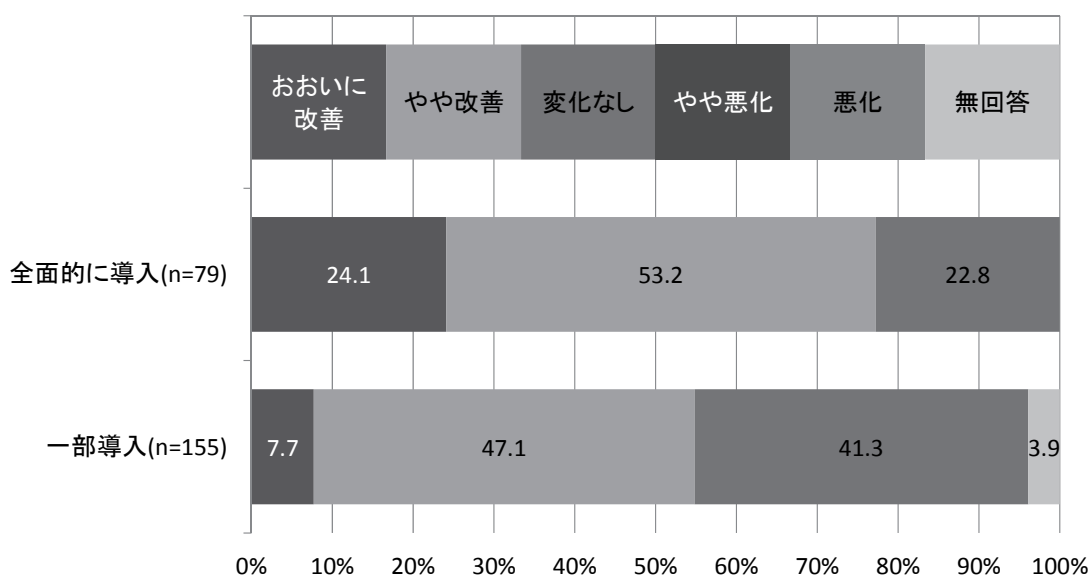
1) 利用者の利用目的の把握× R4 システム導入状況

N = 234



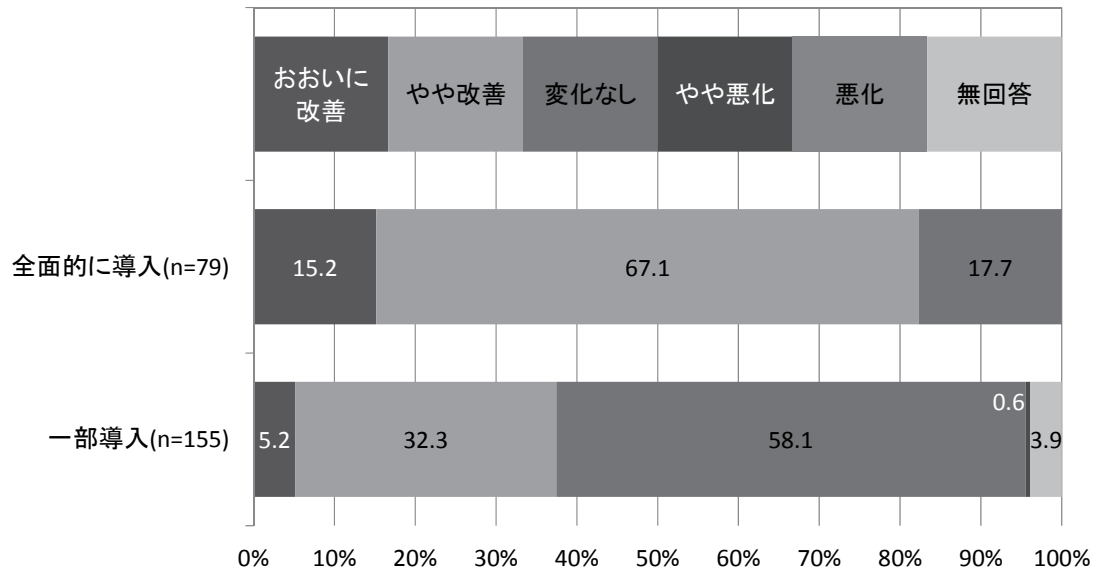
2) 利用者の状態像の把握× R4 システム導入状況

N = 234



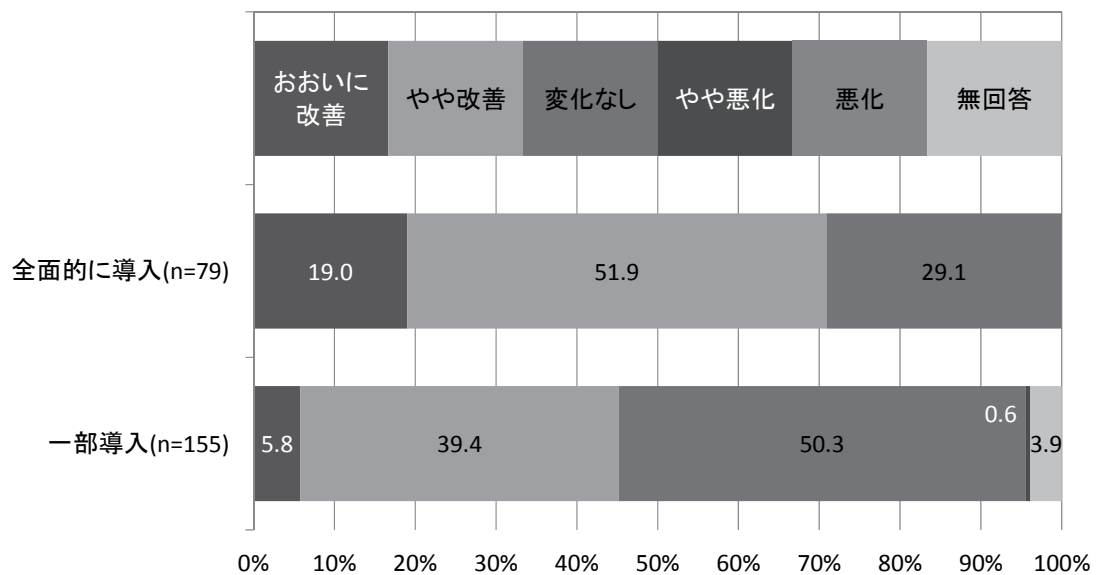
### 3) 利用者の状態の変化の把握× R 4システム導入状況

N = 234



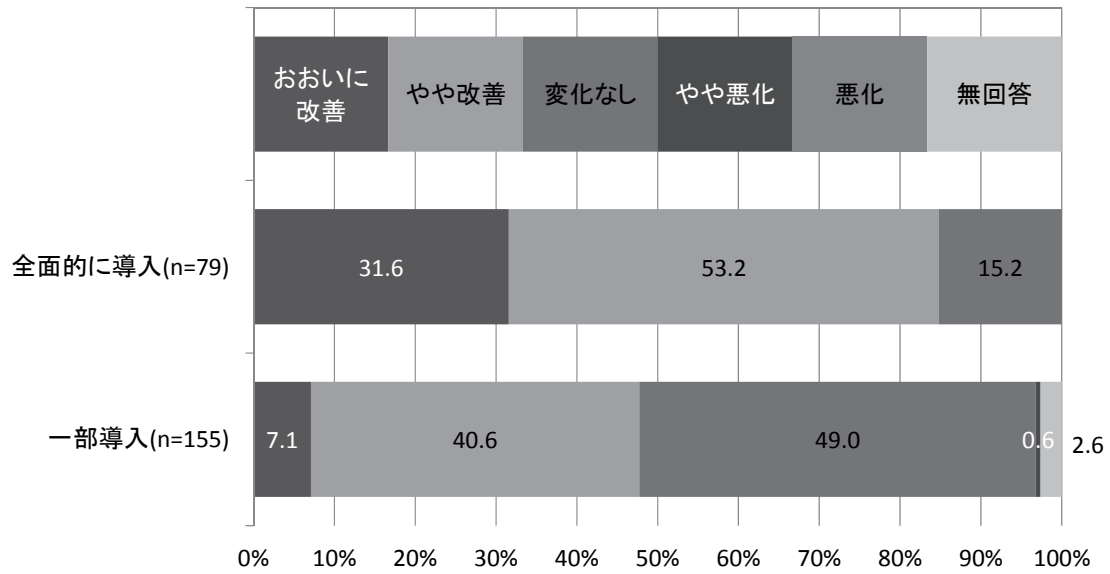
### 4) 利用者のニーズの把握× R 4システム導入状況

N = 234



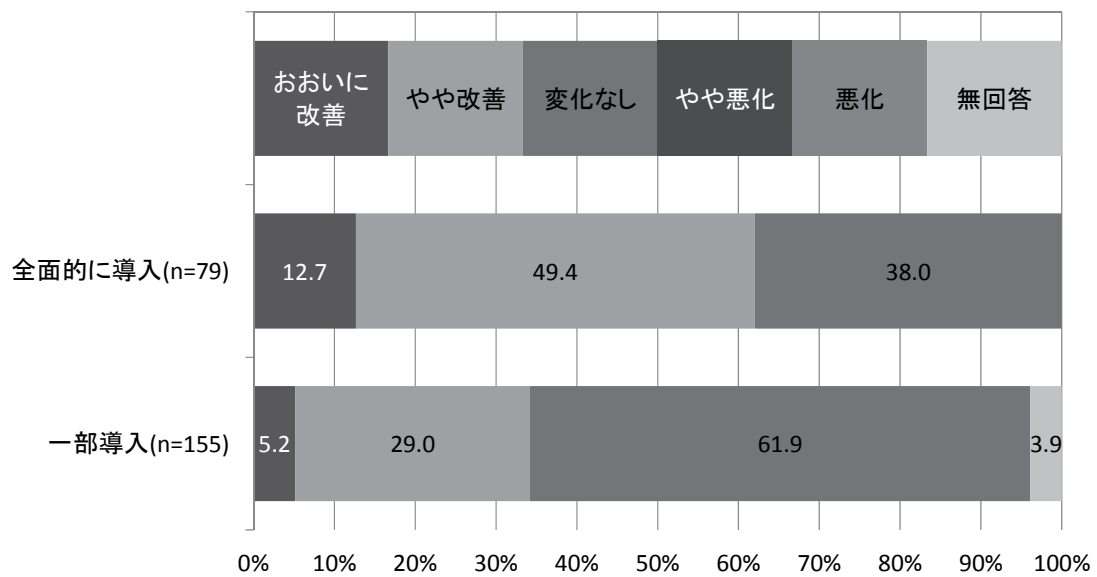
### 5) 多職種間の情報共有× R 4 システム導入状況

N = 234



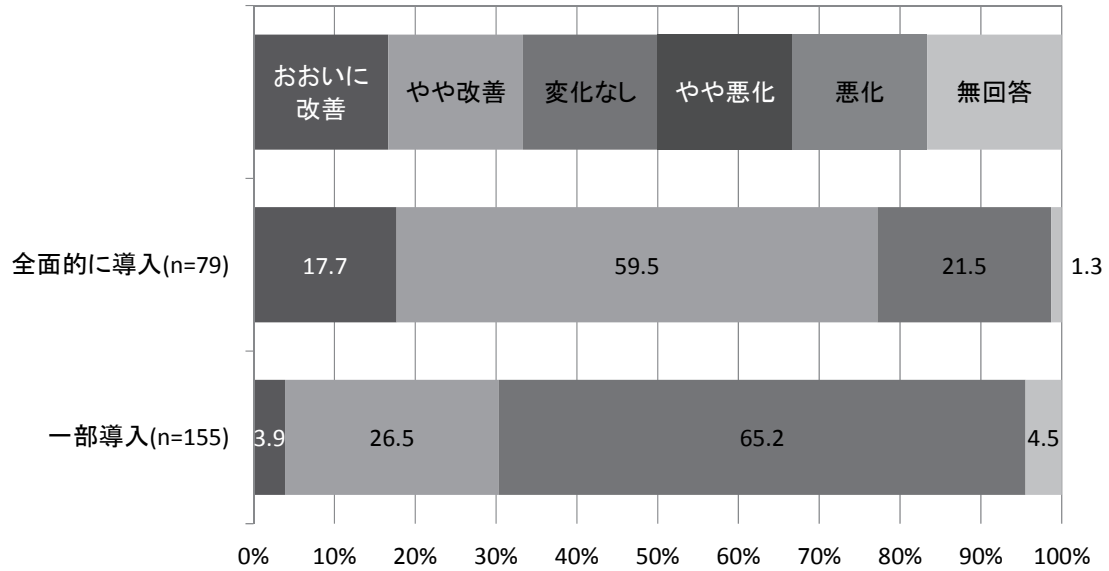
### 6) 家族や利用者との情報共有× R 4 システム導入状況

N = 234



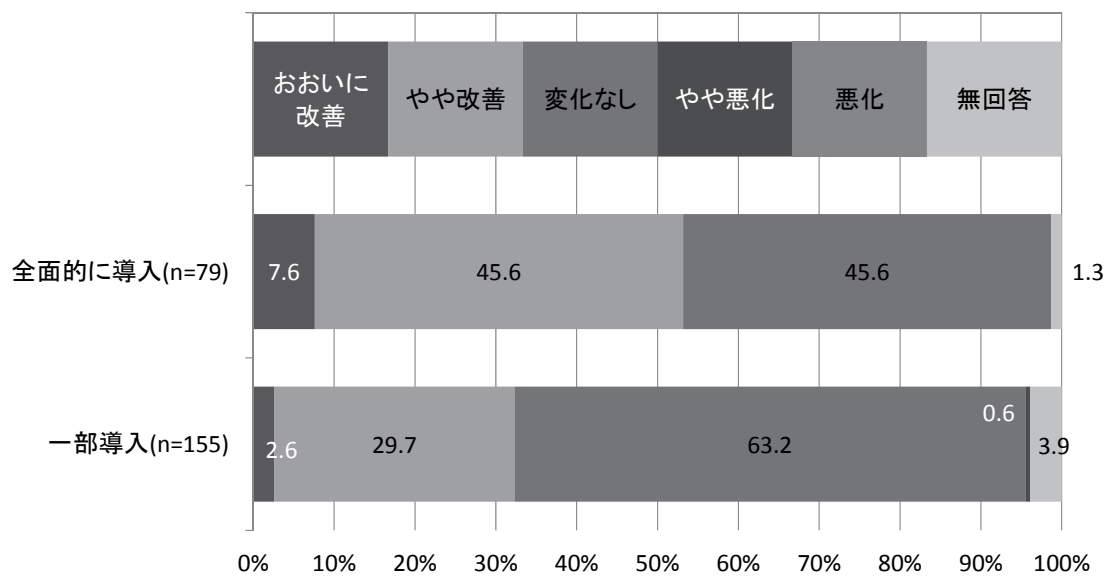
7) 多職種協働によるケアの実施× R 4システム導入状況

N = 234

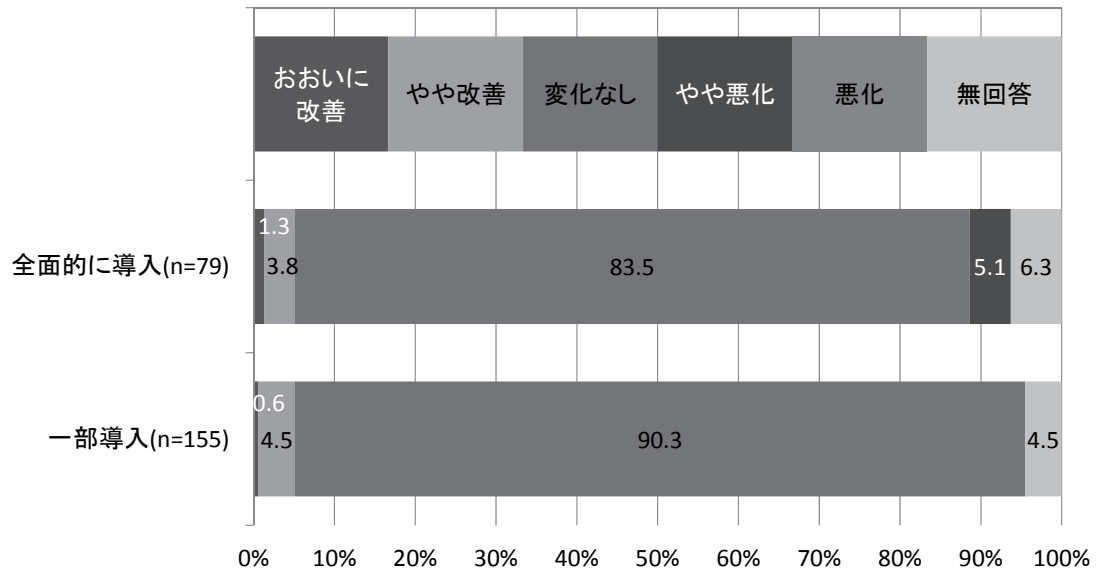


8) 職員のモチベーション× R 4システム導入状況

N = 234



9) 職員の離職率× R 4 システム導入状況  
N = 234



1) 利用者の利用目的の把握 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		1) 利用者の利用目的の把握						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	32 13.7	105 44.9	91 38.9	-	-	6 2.6
	全面的に導入	79 100.0	19 24.1	37 46.8	23 29.1	-	-	-
	一部導入	155 100.0	13 8.4	68 43.9	68 43.9	-	-	6 3.9

2) 利用者の状態像の把握 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		2) 利用者の状態像の把握						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	31 13.2	115 49.1	82 35.0	-	-	6 2.6
	全面的に導入	79 100.0	19 24.1	42 53.2	18 22.8	-	-	-
	一部導入	155 100.0	12 7.7	73 47.1	64 41.3	-	-	6 3.9

3) 利用者の状態の変化の把握 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		3) 利用者の状態の変化の把握						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	20 8.5	103 44.0	104 44.4	1 0.4	-	6 2.6
	全面的に導入	79 100.0	12 15.2	53 67.1	14 17.7	-	-	-
	一部導入	155 100.0	8 5.2	50 32.3	90 58.1	1 0.6	-	6 3.9

4) 利用者のニーズの把握 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		4) 利用者のニーズの把握						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	24 10.3	102 43.6	101 43.2	1 0.4	-	6 2.6
	全面的に導入	79 100.0	15 19.0	41 51.9	23 29.1	-	-	-
	一部導入	155 100.0	9 5.8	61 39.4	78 50.3	1 0.6	-	6 3.9

5) 多職種間の情報共有 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		5) 多職種間の情報共有						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	36 15.4	105 44.9	88 37.6	1 0.4	-	4 1.7
	全面的に導入	79 100.0	25 31.6	42 53.2	12 15.2	-	-	-
	一部導入	155 100.0	11 7.1	63 40.6	76 49.0	1 0.6	-	4 2.6

6) 家族や利用者との情報共有 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		6) 家族や利用者との情報共有						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	18 7.7	84 35.9	126 53.8	-	-	6 2.6
	全面的に導入	79 100.0	10 12.7	39 49.4	30 38.0	-	-	-
	一部導入	155 100.0	8 5.2	45 29.0	96 61.9	-	-	6 3.9

7) 多職種協働によるケアの実施 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		7) 多職種協働によるケアの実施						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	20 8.5	88 37.6	118 50.4	-	-	8 3.4
	全面的に導入	79 100.0	14 17.7	47 59.5	17 21.5	-	-	1 1.3
	一部導入	155 100.0	6 3.9	41 26.5	101 65.2	-	-	7 4.5

8) 職員のモチベーション × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		8) 職員のモチベーション						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	10 4.3	82 35.0	134 57.3	1 0.4	-	7 3.0
	全面的に導入	79 100.0	6 7.6	36 45.6	36 45.6	-	-	1 1.3
	一部導入	155 100.0	4 2.6	46 29.7	98 63.2	1 0.6	-	6 3.9

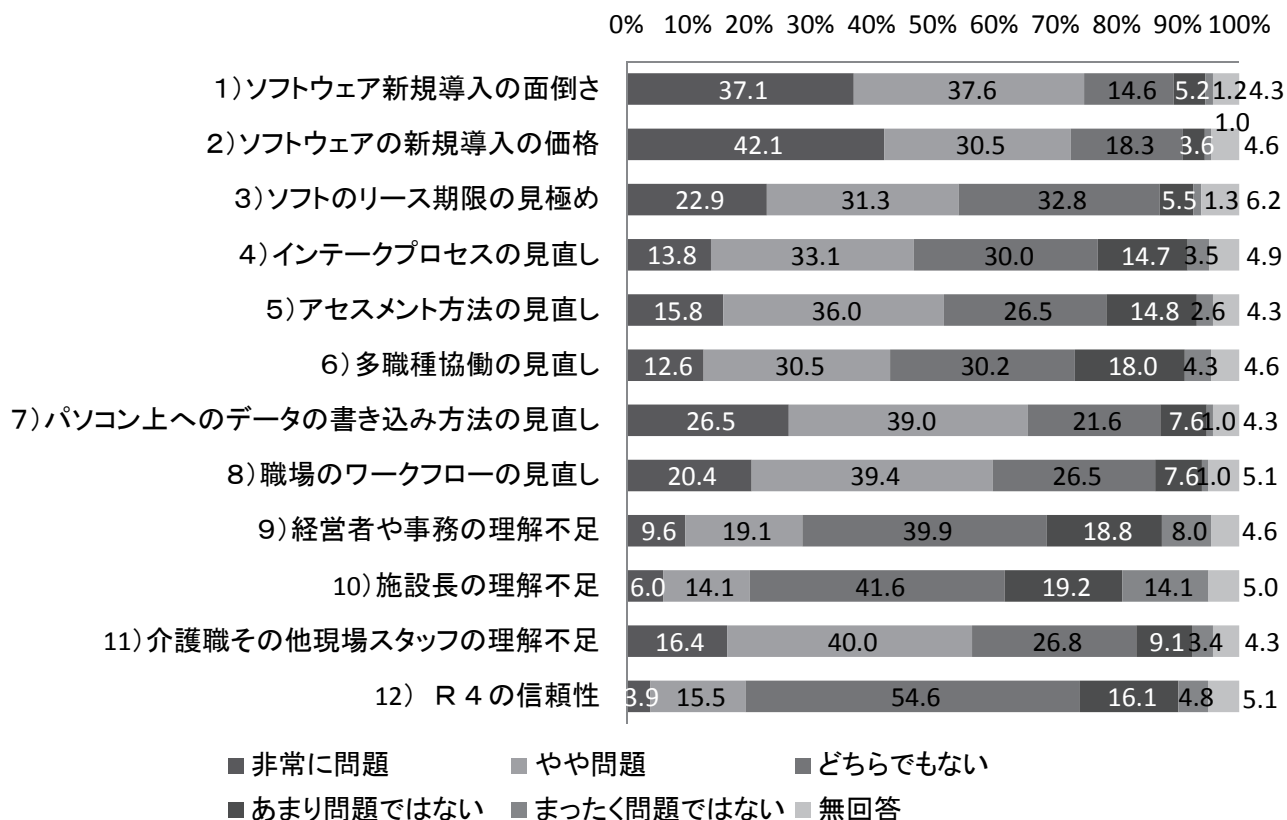
9) 職員の離職率 × R4システム導入状況

上段 度数 下段 %		9) 職員の離職率						
		合計	おおいに改善	やや改善	変化なし	やや悪化	悪化	無回答
R4システム導入 状況	全体	234 100.0	2 0.9	10 4.3	206 88.0	4 1.7	-	12 5.1
	全面的に導入	79 100.0	1 1.3	3 3.8	66 83.5	4 5.1	-	5 6.3
	一部導入	155 100.0	1 0.6	7 4.5	140 90.3	-	-	7 4.5

※   :最も割合が高い項目   :2番目に割合が高い項目

## 5. R4 システムを導入する際の課題について

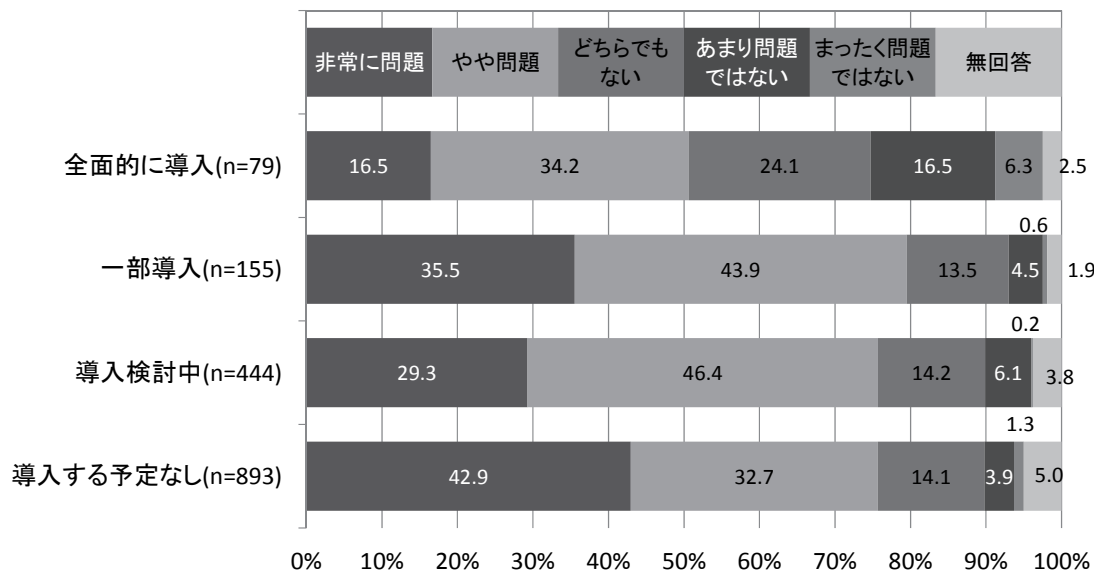
### (1) R4 システムを導入する際の課題【全体】



(2) R4 システム導入状況別 R4 システムを導入する際の課題

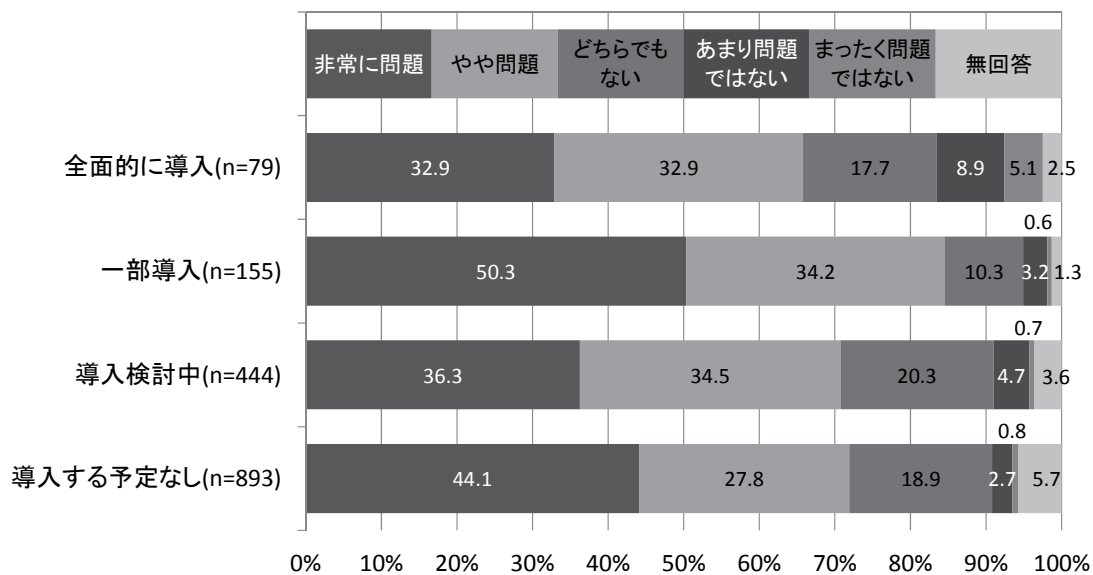
1)ソフトウェア新規導入の面倒さ×R4システム導入状況

N = 1576



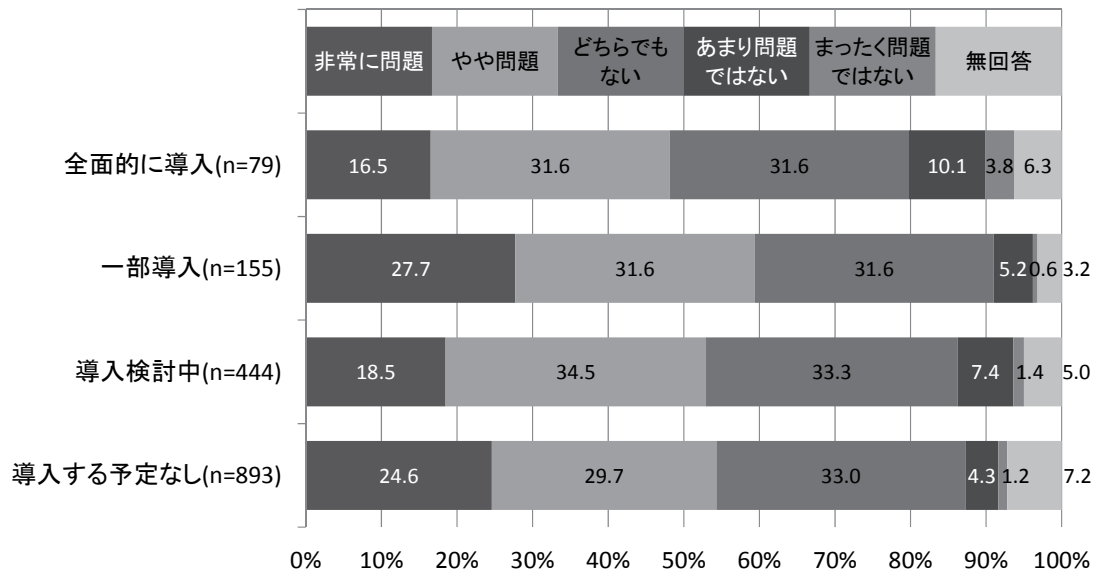
2)ソフトウェアの新規導入の価格×R4システム導入状況

N = 1576



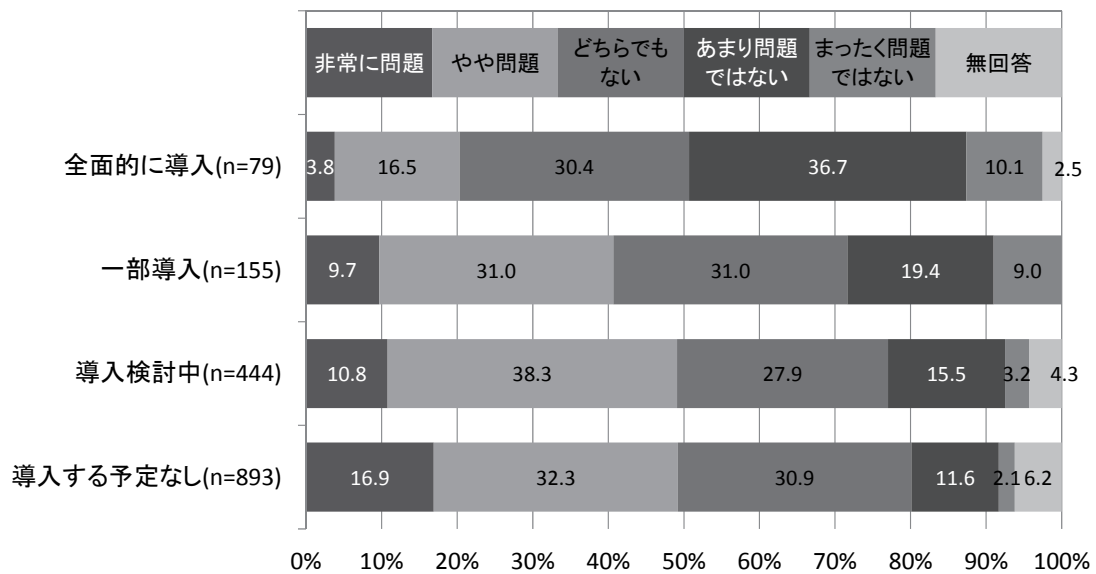
### 3) ソフトのリース期限の見極め × R4システム導入状況

N = 1576



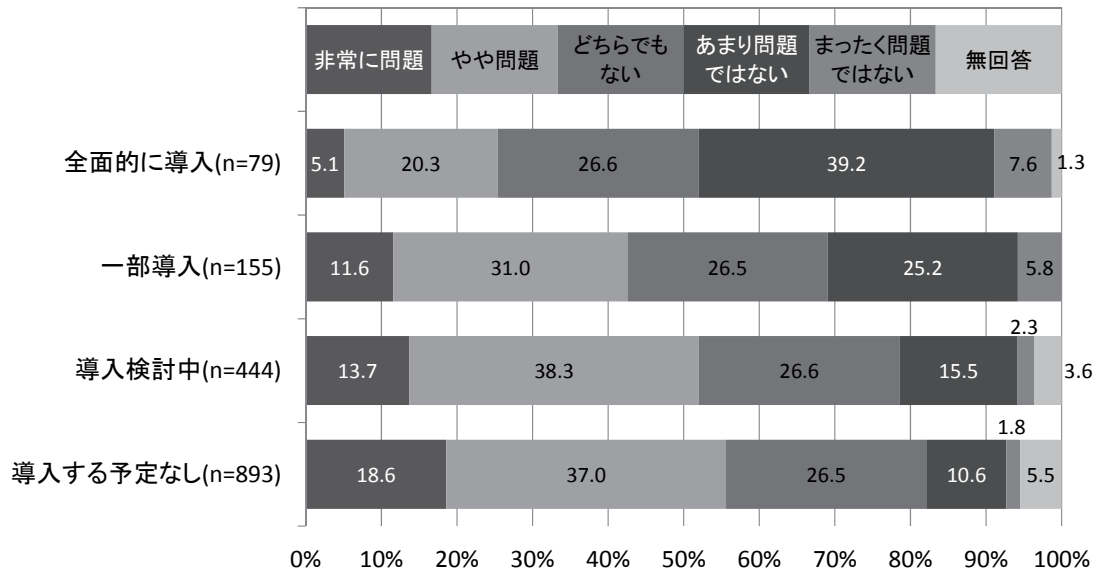
### 4) インテークプロセスの見直し × R4システム導入状況

N = 1576



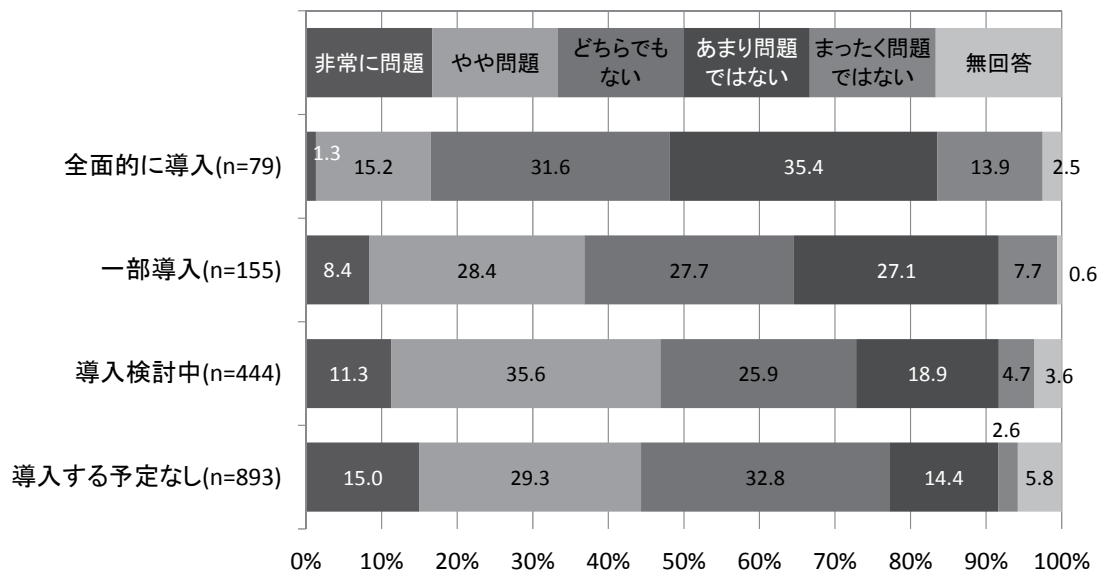
### 5) アセスメント方法の見直し×R4システム導入状況

N = 1576



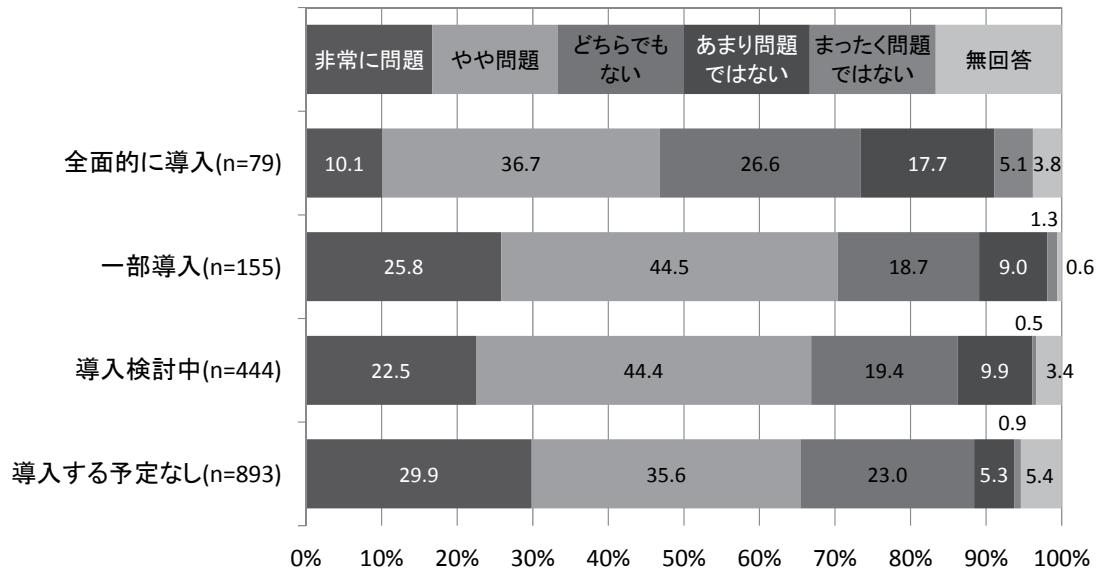
### 6) 多職種協働の見直し×R4システム導入状況

N = 1576



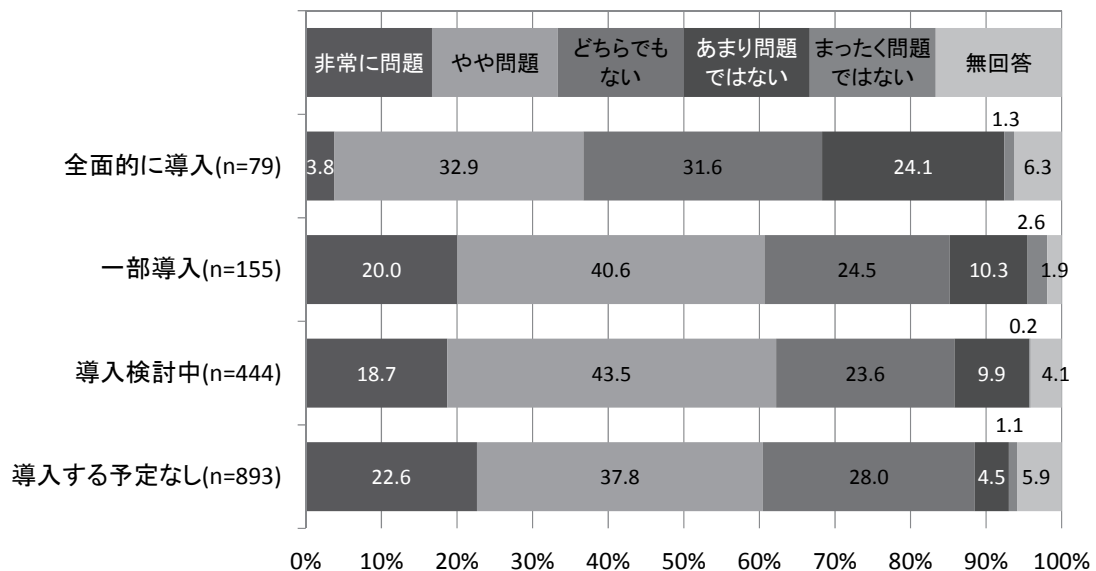
7) パソコン上へのデータの書き込み方法の見直し  
× R4システム導入状況

N = 1576



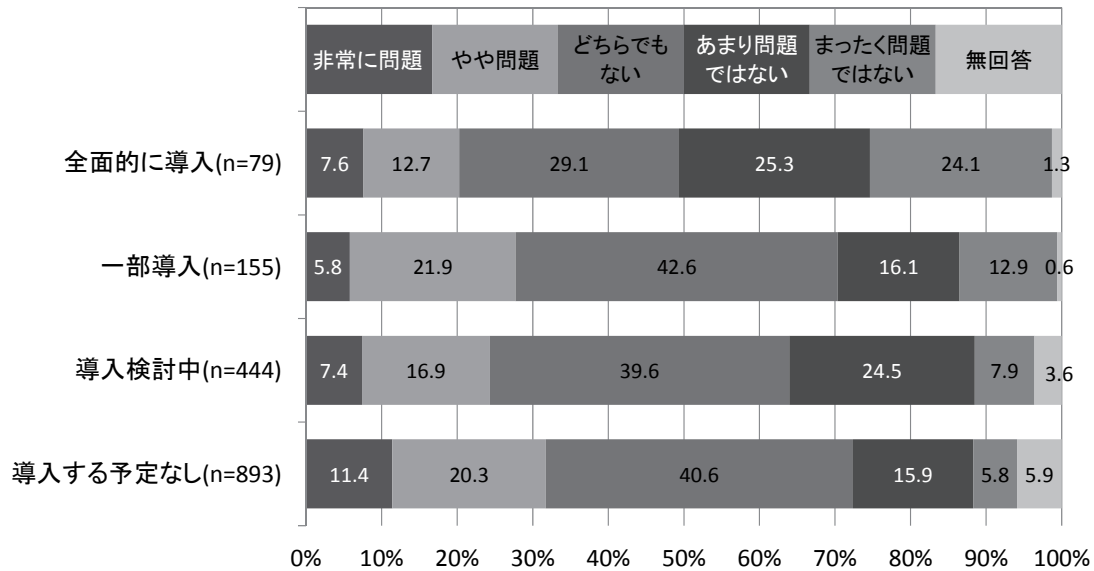
8) 職場のワークフローの見直し× R4システム導入状況

N = 1576



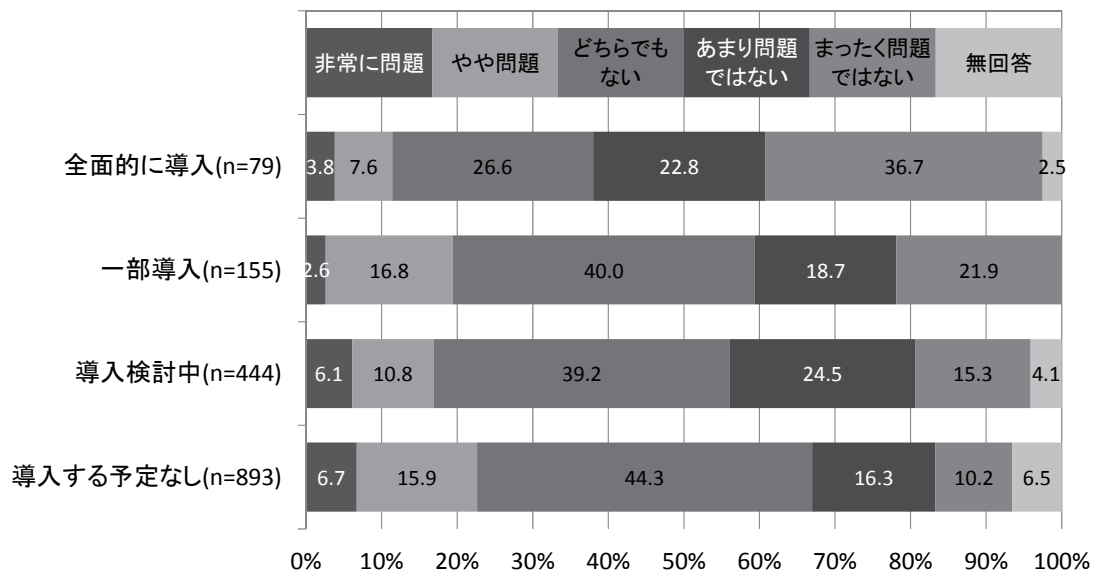
9) 経営者や事務の理解不足 × R 4システム導入状況

N = 1576



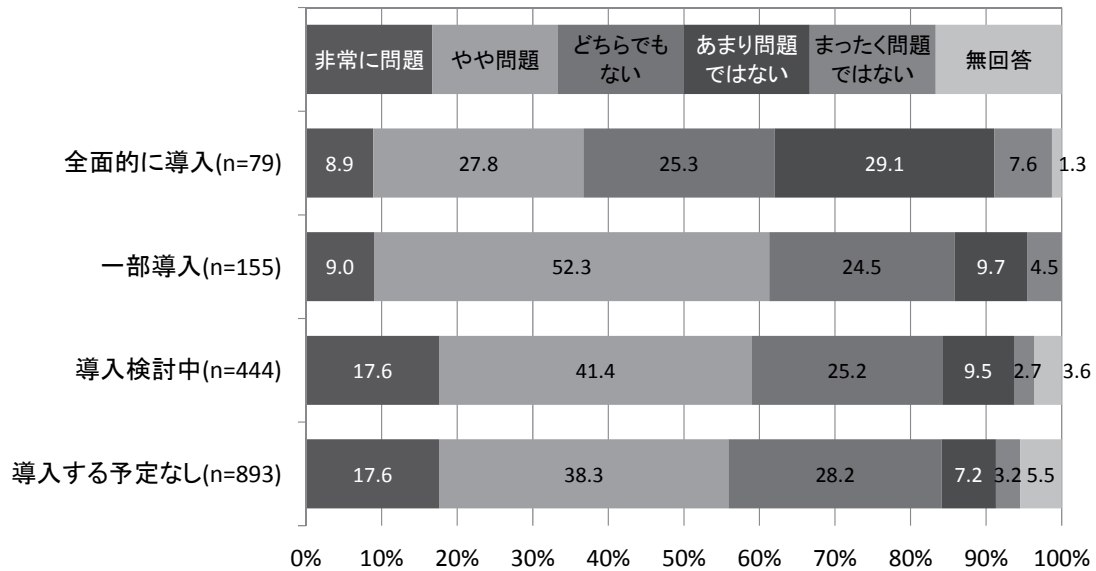
10) 施設長の理解不足 × R 4システム導入状況

N = 1576



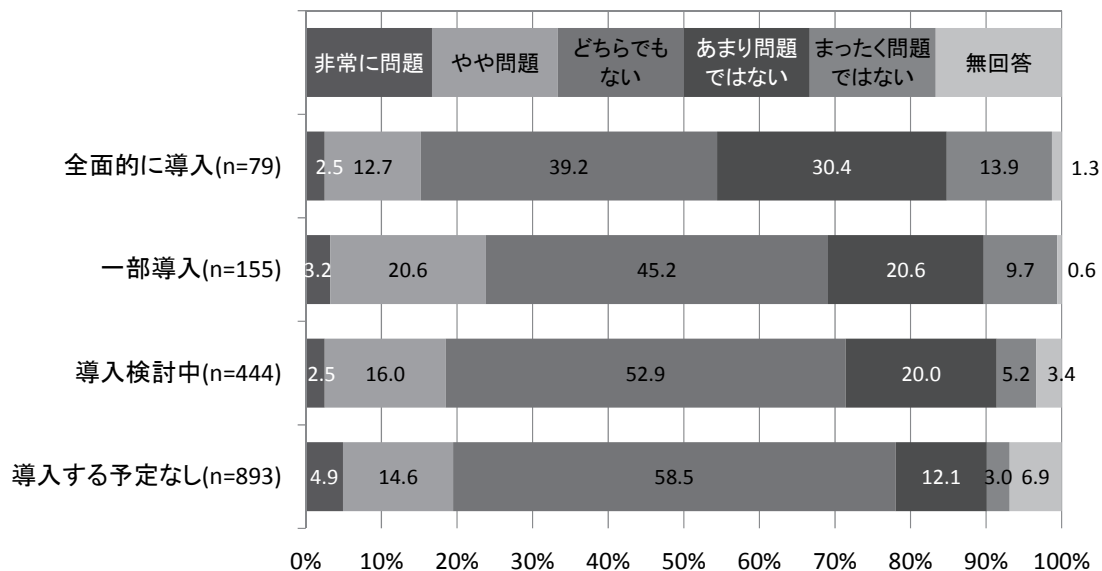
### 11) 介護職その他現場スタッフの理解不足 × R 4 システム導入状況

N = 1576



### 12) R 4 の信頼性 × R 4 システム導入状況

N = 1576



1)ソフトウェア新規導入の面倒さ × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 1)ソフトウェア新規導入の面倒さ							
下段:%	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答		
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	584 37.1	593 37.6	230 14.6	82 5.2	19 1.2	68 4.3	
	全面的に導入	79 100.0	13 16.5	27 34.2	19 24.1	13 16.5	5 6.3	2 2.5	
	一部導入	155 100.0	55 35.5	68 43.9	21 13.5	7 4.5	1 0.6	3 1.9	
	導入検討中	444 100.0	130 29.3	206 46.4	63 14.2	27 6.1	1 0.2	17 3.8	
	導入する予定なし	893 100.0	383 42.9	292 32.7	126 14.1	35 3.9	12 1.3	45 5.0	
	無回答	5 100.0	3 60.0	-	-	1 20.0	-	-	1 20.0

2)ソフトウェアの新規導入の価格 × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 2)ソフトウェアの新規導入の価格						
下段:%	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	663 42.1	480 30.5	289 18.3	57 3.6	15 1.0	72 4.6
	全面的に導入	79 100.0	26 32.9	26 32.9	14 17.7	7 8.9	4 5.1	2 2.5
	一部導入	155 100.0	78 50.3	53 34.2	16 10.3	5 3.2	1 0.6	2 1.3
	導入検討中	444 100.0	161 36.3	153 34.5	90 20.3	21 4.7	3 0.7	16 3.6
	導入する予定なし	893 100.0	394 44.1	248 27.8	169 18.9	24 2.7	7 0.8	51 5.7
	無回答	5 100.0	4 80.0	-	-	-	-	1 20.0

3)ソフトのリース期間の見極め × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 3)ソフトのリース期間の見極め						
下段:%	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	361 22.9	493 31.3	517 32.8	87 5.5	21 1.3	97 6.2
	全面的に導入	79 100.0	13 16.5	25 31.6	25 31.6	8 10.1	3 3.8	5 6.3
	一部導入	155 100.0	43 27.7	49 31.6	49 31.6	8 5.2	1 0.6	5 3.2
	導入検討中	444 100.0	82 18.5	153 34.5	148 33.3	33 7.4	6 1.4	22 5.0
	導入する予定なし	893 100.0	220 24.6	265 29.7	295 33.0	38 4.3	11 1.2	64 7.2
	無回答	5 100.0	3 60.0	1 20.0	-	-	-	1 20.0

4)インテークプロセスの見直し × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 4)インテークプロセスの見直し						
下段:%	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	218 13.8	521 33.1	473 30.0	232 14.7	55 3.5	77 4.9
	全面的に導入	79 100.0	3 3.8	13 16.5	24 30.4	29 36.7	8 10.1	2 2.5
	一部導入	155 100.0	15 9.7	48 31.0	48 31.0	30 19.4	14 9.0	-
	導入検討中	444 100.0	48 10.8	170 38.3	124 27.9	69 15.5	14 3.2	19 4.3
	導入する予定なし	893 100.0	151 16.9	288 32.3	276 30.9	104 11.6	19 2.1	55 6.2
	無回答	5 100.0	1 20.0	2 40.0	1 20.0	-	-	1 20.0

5)アセスメント方法の見直し × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 5)アセスメント方法の見直し						
下段:%	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	249 15.8	567 36.0	418 26.5	234 14.8	41 2.6	67 4.3
	全面的に導入	79 100.0	4 5.1	16 20.3	21 26.6	31 39.2	6 7.6	1 1.3
	一部導入	155 100.0	18 11.6	48 31.0	41 26.5	39 25.2	9 5.8	-
	導入検討中	444 100.0	61 13.7	170 38.3	118 26.6	69 15.5	10 2.3	16 3.6
	導入する予定なし	893 100.0	166 18.6	330 37.0	237 26.5	95 10.6	16 1.8	49 5.5
	無回答	5 100.0	-	3 60.0	1 20.0	-	-	1 20.0

※  :最も割合が高い項目  :2番目に割合が高い項目

6) 多職種協働の見直し × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 6) 多職種協働の見直し						
下段: %	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	198 12.6	480 30.5	476 30.2	283 18.0	67 4.3	72 4.6
	全面的に導入	79 100.0	1 1.3	12 15.2	25 31.6	28 35.4	11 13.9	2 2.5
	一部導入	155 100.0	13 8.4	44 28.4	43 27.7	42 27.1	12 7.7	1 0.6
	導入検討中	444 100.0	50 11.3	158 35.6	115 25.9	84 18.9	21 4.7	16 3.6
	導入する予定なし	893 100.0	134 15.0	262 29.3	293 32.8	129 14.4	23 2.6	52 5.8
	無回答	5 100.0	-	4 80.0	-	-	-	1 20.0

7) パソコン上へのデータの書き込み方法の見直し × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 7) パソコン上へのデータの書き込み方法の見直し						
下段: %	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	418 26.5	614 39.0	341 21.6	119 7.6	16 1.0	68 4.3
	全面的に導入	79 100.0	8 10.1	29 36.7	21 26.6	14 17.7	4 5.1	3 3.8
	一部導入	155 100.0	40 25.8	69 44.5	29 18.7	14 9.0	2 1.3	1 0.6
	導入検討中	444 100.0	100 22.5	197 44.4	86 19.4	44 9.9	2 0.5	15 3.4
	導入する予定なし	893 100.0	267 29.9	318 35.6	205 23.0	47 5.3	8 0.9	48 5.4
	無回答	5 100.0	3 60.0	1 20.0	-	-	-	1 20.0

8) 職場のワークフローの見直し × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 8) 職場のワークフローの見直し						
下段: %	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	322 20.4	621 39.4	418 26.5	119 7.6	16 1.0	80 5.1
	全面的に導入	79 100.0	3 3.8	26 32.9	25 31.6	19 24.1	1 1.3	5 6.3
	一部導入	155 100.0	31 20.0	63 40.6	38 24.5	16 10.3	4 2.6	3 1.9
	導入検討中	444 100.0	83 18.7	193 43.5	105 23.6	44 9.9	1 0.2	18 4.1
	導入する予定なし	893 100.0	202 22.6	338 37.8	250 28.0	40 4.5	10 1.1	53 5.9
	無回答	5 100.0	3 60.0	1 20.0	-	-	-	1 20.0

9) 経営者や事務の理解不足 × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 9) 経営者や事務の理解不足						
下段: %	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	151 9.6	301 19.1	629 39.9	297 18.8	126 8.0	72 4.6
	全面的に導入	79 100.0	6 7.6	10 12.7	23 29.1	20 25.3	19 24.1	1 1.3
	一部導入	155 100.0	9 5.8	34 21.9	66 42.6	25 16.1	20 12.9	1 0.6
	導入検討中	444 100.0	33 7.4	75 16.9	176 39.6	109 24.5	35 7.9	16 3.6
	導入する予定なし	893 100.0	102 11.4	181 20.3	363 40.6	142 15.9	52 5.8	53 5.9
	無回答	5 100.0	1 20.0	1 20.0	1 20.0	1 20.0	-	1 20.0

10) 施設長の理解不足 × R4システム導入状況

上段:度数		問5 R4導入課題 10) 施設長の理解不足						
下段: %	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	94 6.0	223 14.1	655 41.6	303 19.2	222 14.1	79 5.0
	全面的に導入	79 100.0	3 3.8	6 7.6	21 26.6	18 22.8	29 36.7	2 2.5
	一部導入	155 100.0	4 2.6	26 16.8	62 40.0	29 18.7	34 21.9	-
	導入検討中	444 100.0	27 6.1	48 10.8	174 39.2	109 24.5	68 15.3	18 4.1
	導入する予定なし	893 100.0	60 6.7	142 15.9	396 44.3	146 16.3	91 10.2	58 6.5
	無回答	5 100.0	-	1 20.0	2 40.0	1 20.0	-	1 20.0

※   :最も割合が高い項目   :2番目に割合が高い項目

11)介護職その他現場スタッフの理解不足 × R4システム導入状況

上段:度数		問5.R4導入課題 11)介護職その他現場スタッフの理解不足						
下段:%	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	258 16.4	631 40.0	422 26.8	144 9.1	54 3.4	67 4.3
	全面的に導入	79 100.0	7 8.9	22 27.8	20 25.3	23 29.1	6 7.6	1 1.3
	一部導入	155 100.0	14 9.0	81 52.3	38 24.5	15 9.7	7 4.5	-
	導入検討中	444 100.0	78 17.6	184 41.4	112 25.2	42 9.5	12 2.7	16 3.6
	導入する予定なし	893 100.0	157 17.6	342 38.3	252 28.2	64 7.2	29 3.2	49 5.5
	無回答	5 100.0	2 40.0	2 40.0	-	-	-	1 20.0

12)R4の信頼性 × R4システム導入状況

上段:度数		問5.R4導入課題 12)R4の信頼性						
下段:%	合計	非常に問題	やや問題	どちらでもない	あまり問題ではない	まったく問題ではない	無回答	
R4システム導入状況	全体	1576 100.0	62 3.9	244 15.5	861 54.6	253 16.1	76 4.8	80 5.1
	全面的に導入	79 100.0	2 2.5	10 12.7	31 39.2	24 30.4	11 13.9	1 1.3
	一部導入	155 100.0	5 3.2	32 20.6	70 45.2	32 20.6	15 9.7	1 0.6
	導入検討中	444 100.0	11 2.5	71 16.0	235 52.9	89 20.0	23 5.2	15 3.4
	導入する予定なし	893 100.0	44 4.9	130 14.6	522 58.5	108 12.1	27 3.0	62 6.9
	無回答	5 100.0	-	1 20.0	3 60.0	-	-	1 20.0

※  :最も割合が高い項目  :2番目に割合が高い項目

## (2) R4 システムを導入する際の課題についてのその他の具体的内容

### 【全面的に導入】

1	PC の取り扱いに不慣れな職員は入力にかなりの時間を要する。
2	現在使用しているソフト会社での R4 システムの導入ができない。
3	暫定プランが書き込めない。
4	食事やリハビリのプランも包括的に記載するようになっているが、どの項目にどのような内容で記載するのかについて検討を要した。
5	全職員対象に R4 システム勉強会及びパソコンの操作勉強会を実施。
6	相談員と介護支援専門員の位置付けと役割。
7	現ソフトに加える形での導入ができないのは、非常に非効率かつ面倒。
8	現在当施設は LAN 未構築、電子版で情報共有されると、本来の R4 システムの協働が効率よく行えると思う。
9	導入前に研修に参加した職員より全スタッフに合計 2 回伝達講習を行った。R4 システムの理解を求めるにはリーダーによる周知徹底が必須。

### 【一部導入】

1	CM だけでなく現場の CW、Ns もアセスメント、プラン作成、見直し等に関わっているため、ソフトだけでなくパソコン機器の配備（充実）も必要。
2	R4 の ICF アセスメントを使用するにあたり、入所前の情報収集量がかなり多い。当施設は施設ケアマネジャー 1 名で支援相談員と兼務のため、業務量の問題で R4 システムの全面導入については非常に厳しい。
3	R4 システムも、確実に理解している職員は少ない。
4	在宅復帰を相談時に家族に伝えると、入所申し込みも来なくなる可能性が高いと思う。
5	全職員がどのシートにどのような情報が書かれているのか書き込むのか把握する。徹底する事が難しい。特に R-3 用紙、「実行状況の評価」「見直し判定」に何をどう書くか理解し難い。
6	ネットワーク環境の構築に費用がかかる。
7	現行システムとの二重活用、基礎データの二重入力。
8	新規インストールの際、質問や疑問があればメール下さいと記載があるが、メールにも全く返事がない。
9	入力する項目が多く、一人の入力にかなりの時間を費やしてしまう。

【導入検討中】

1	R4 システムを導入の為、今までのデータを移行できるのか？ ASP サービスで施設内にはデータを保管していない。
2	R4 システムの書式を作成するにあたり、その作成にかかる時間が今よりも多くなる点。
3	既存のシステムで在宅復帰は出来ている。R4 システムと同様の方法で、ほぼ出来ていると思われる。
4	現行システムから変更の際の手間や慣れるまでの問題。
5	現在使用している介護保険ソフトにリンクできるかどうか。今までの積み上げてきたデータを活用できることに尽きる。
6	現ソフト（ほのぼの）に対応していないこと。
7	現方式ケアマネジメントシステムから移行するためには、職員への研修をし、出来るところから行っていく必要があり、全面的に移行するには時間がかかる。
8	データのバックアップ方法。被災施設のため、導入等について再検討が必要となった。
9	全く新しいものになるので不安。どうやって職員を理解させていくのか不安、パソコンの数、使用時間の不安。
10	環境の問題。LAN ケーブルや無線 LAN 等ネットワーク環境を整備し、多職種がいつでも閲覧や入力を行えるよう、パソコンやタブレット端末等の購入といった初期費用が課題としてある。
11	具体的に研究会への参加ができていない。（近場で実施して欲しい）
12	現行の請求システムとの連動。
13	現在使用中のデータシステムとの互換性や共存性がスムーズに運ぶかが重要です。
14	現在利用しているソフト会社が R4 システムの導入をまだ行っていないため。
15	現方式ケアマネジメントシステムから移行するためには、職員への研修をし、できるところから行っていく必要があり、全面的に移行するには時間がかかる。
16	使い方があまりよく分からない。参考様式があれば…。
17	施設ケアマネジャー 1 名という中で、他職員等のシステム理解や実施は難しい。
18	施設の IT 化、各フロアに PC がいない状態。
19	書類が多くなる。
20	全面的な導入は難しいが、面談時のプレ・インテーク導入や ICF アセスメントの導入から考えたい。
21	多職種が同時にアセスメントしてケア提供につながられるというメリットは理解できるが、それを行うための時間と職種間の能力の差が大きく、課題があると考えます。
22	特になし
23	独自のシステムを開発中（一部できている）で、そのシステムとの兼ね合い。
24	法人内でのシステムの整合性。基本的に特養と共通のシステムを使用。

【導入する予定なし】

1	PC 台数が少ない。
2	R4 システムについては何も知らないため、上記全ての項目への回答はできかねます。
3	R4 システムの浸透がない状態である。
4	R4 システムの存在は知っているが、現状導入する、しないといった話になっていない。
5	R4 システムを理解していない為、回答困難。
6	R4 システムに全て移行となる前段階の業務改善、書式改正、パソコン入力、ケアカンファレンスの流れなどを知る現場の時間の余裕がない。
7	R4 システムを導入した場合、既存のシステムとの重複管理が必要。請求システムとの連動もない。また今後 R4 システムが主流になる見通しが立たない。
8	R4 システムの知識がないので答えかねます。
9	アセスメントに利用者様の入居（入所）生活の QOL 視点が希薄。在宅支援に特化しており、当施設の現状を考えるとケース選択が必要。
10	新しい方式を導入するにあたって中心となって動く人物が数名はいないと、なかなか施設全体に浸透するには時間もかかるし難しいと思う。
11	今使用している用紙があり、計画書もパソコンのソフトと併用している為。
12	ケアプラン作成方法の見直しが最大の課題。
13	ケアマネジャーが数名（多職種）で対応しているため、PC を使いこなせていない。
14	ケアマネジャーの経験が少なく、R4 システムに移行出来ない。
15	現在使用しているアセスメントツールは内容の見直しを進め、独自のものを作成し、使用しています。これがベストとは言えないでしょうが、職員が考えた結果であり、新たなツールの導入は考えていません。
16	現在の当施設のシステムを数年前に構築し現在のところうまくいっています。
17	施設スタッフ全員に包括式自立支援プログラムが定着しており、ソフトも平成 24 年 2 月に更新を済ませ、その入力方法にも慣れてきたところなので、新たにプログラムを導入する予定はない。
18	施設全体のパソコンの台数が少ない事、現場にはパソコンが少ない事。
19	全職種に当てはまるが、年齢層によって理解度が様々。(8)(9)(10)(11)だけではない。
20	その他の介護支援システムに連動したケアプラン作成ソフトにて変更できない。
21	パソコンがない。
22	併設の特養と標準化を図っている為、老健だけ R4 システムの導入は難しい。
23	包括自立支援プログラムのアセスメント方法について検討するところであり、R4 システムについて今は検討されていない状況です。
24	法人としての必要性がない。
25	老健以外で一般に用いられるツールとの互換性に乏しい点、オリジナリティが高すぎる点が逆に課題かもしれません。
26	ワイズマンソフトとの連動。
27	既に有料システムを導入しており、医療プログラムと共有しているので、検討したことがない。
28	検討していないので、上記の質問は分からない。
29	現システム（ほのぼの）に R4 システムが対応していない。
30	現在の介護システムとのリンクが出来ないと、手間が増える。
31	現在の方法（三団体）で特に問題は感じません。ケアチェック表にいかにか情報を集約できるかの問題で、三団体方式で特に問題ありません。
32	現在使用しているシステム（ソフト）が R4 システムに対応していない。

33	現在使用しているシステムが「ワイズマン」であり、そのワイズマンが包括式自立支援プログラムを活用しているため、そうならざるを得ない。
34	現在使用中のソフトに対し、特に不満なく活用できており、現段階での見直しはさほど必要ないかと思われます。
35	現在実施している方法を転換していくのが難しい。
36	所属法人で MDS が導入されているため、独自の変更が困難。
37	特に今ので問題ないため。
38	不要
39	法人でシステム（ソフトウェア）が統一されており、施設では導入できない。
40	法人内でのシステム運用ソフトの影響。

## 6. R4 システムについてのご意見

### 【全面的に導入】

1	(1)A-1、A-2 シートは今まで使っていたシートに比べ、レイアウトが使いづらいため、改良してもらいたい。他にも自施設で使いやすくできるレイアウトの修正方法を教えて欲しい。(2)サービス担当者会議の要点(カンファレンス)を、どのシートに記入すると業務量を減らせるのか模索している。(3)自宅訪問の状況など、写真を取り込めるようになると良い。
2	(1)R4 システム通所リハ版のテキストの作成・配布。(2)R4 システム居宅版の作成。
3	(1)ご利用者の年齢が自動で更新されるようにして欲しい。(2)シートのコピーができると便利。
4	(1)発展途上のため、スムーズなバージョンアップを望む。(2)介護システムとの連動が進めば、かなりの利用が見込まれると考える。
5	「R4 のソフトについて」(1)家族図が書きにくい。(2)専門職欄の全てに歯科衛生士、ケアマネジャーの欄がない。
6	「評価」の方法について、研修会で学んでいきたい。
7	(1)導入過程にあるためははっきりとしたことは言い難いが、施設内ケアマネジメントの整理ができてきた。(2)利用者を一貫してみているシステムで、たてまえではなく、利用者の人生を考えていけるケアプランの策定に活用できるものだと思う。(3)利用者の生きてきた人生観を深めていける項目があるといいなと思う。
8	A-3、生活機能(ICF)アセスメントは認知機能面が多様なため、判断しづらいことがある。記入部分を多く取ると良いと思います。
9	A-3 シートにサービス担当者会議の内容を入力できれば、入所継続の方の内容を記入できたら良いと思います。また、支援経過を入力できたら良いと思います。
10	ND やワイズマン等に加えてもらわないと普及は難しい。
11	R4 システムとリハビリ実施計画書・栄養評価プランとの一体化、簡素化が課題。
12	R4 システム導入により、在宅生活を実現させる上でのニーズ把握を徹底するようになった。また多職種の評価も R4 システム内で閲覧できるため、ケアを実践する中で各職種の役割がより明確になった。
13	栄養、リハビリ計画書と一緒にできれば良いと思います。
14	オリジナル帳票では使えないと感じ、カスタマイズした(千葉先生を通し大河内先生に確認了解済み)。特に A-2(入所時アセスメント及びプラン)はオリジナルのままでは、多職種の現場に共通の対応を伝えられない。
15	元来入っているプログラム(レイアウトなど)の修正がきかないので困る事がある。
16	具体的記入事例がもう少しあると説明がしやすく、職員の理解も進む。県の実地指導時、この方法を理解してもらえるのか…と心配がある。
17	ケアマネジャーの研修に R4 システムが入っていないようです。全老健としても自治体に PR する必要があるのではないのでしょうか。
18	在宅復帰や回転率を上げたいのですが地域の流れの中でこれを進めてしまうと、施設運営が困難な状況におちいります。それぞれの施設(老健、特養、グループホームなど)で法の決まりがないと自施設だけ進めるのは難しいです。決まりがあれば、R4 システムを有効活用できると思います。
19	従来の包括式支援プログラムに比べ、老健施設に特化しているので、使いやすさと効率の良さを導入して感じました。年末に新たにリハ計画書、通所、ショート専用様式ができましたが、現時点では未実施ですが、より効率的になると思います。できれば、栄養ケア計画も R4 システムで運用ができるようになればと思います。
20	ソフトについて、自動上書きされるので共有することが難しい。
21	多職種の要点の提出が遅いため、プラン作成が遅れる。
22	通りハ版の情報を早めに教えてください。
23	入所前の利用者への実態調査用のシート(レベルアセスメント)があれば、状態像がもっと把握しやすい。
24	必要項目が抑えられており、かつ簡素化された書式になっている為、使い易くなりました。

25	フリーのスペースや文字の大きさ、字体を変えられるなど、施設独自に活用出来る自由度が欲しい。
26	プレインテークから総合計画書までの流れはできているが、なおその先の具体的な在宅復帰につながる部分があれば、更に有効かと思われます。
27	まだ導入して数日ですが以前からR4システムの一部のシートを利用した独自シートを使っていました。栄養士とのマネジメントシートの早期導入を待っています。自施設で使用しているサマリー等、リンクをしたら効率が良いと思われるシートがあるので、そのようなものや訪問指導のものも入れればよい。
28	リピーターが多くなるので利用履歴が入力出来る場所があると、次の利用時の加算の検討などが行いやすくなると思われます。
29	利用者個人を把握し、何が問題でどの様なケアをしていくか、見極めるためにA-2、A-4シートと合体できないか。
30	今後も開発を続けて欲しい。
31	私は支援相談員業務を行っていますが、他事業所(居宅介護支援事業所、包括支援センターなど)との連携に、R4システムは電子カルテの役割もあるため、大変役立ちます。
32	総合計画書の前プランをコピーしながら、ケアプランが見直されるような仕組みになって欲しい。
33	多職種協働でのプラン作成はできるようになったが、R4システムを導入して在宅復帰率が上がったとは言えない状況です。入所判定会議時に、在宅復帰を目標とする方から入所していただくことが、R4システムの導入効果につながると思います。
34	当園では現在ソフトを導入しておらず、当園のPC共有フォルダでR4システムを導入している。毎月担当者会議の予定が決まる度に、各職種に入力してもらうようケアマネジャーが準備をしているが、その準備に時間がかかり大変である。効率的な方法を見つける必要がある。
35	導入後一年かかり各部署スタッフに浸透した。職員への周知に一番時間を取られる。当地域では導入例がなく、低迷気味である。
36	認知症の方の評価方法の難しさ。スケールのレベルアップが3段階のため、少しのアップでも変化なしになることが多く、データとして集計すると全体としてレベルアップしている率が少なくなる。

#### 【一部導入】

1	(1)「H24.12.26付「R4システム電子化シート…ver1.06」の公開について」で全老健ホームページで提供する電子化シートはこのVer1.06で終了し、今後はソフト会社が開発し販売するとありますが、全老健として無償提供するという方針が変わったのでしょうか。(2)問5の(2)と(3)はソフトウェア会社が販売するという前提でしょうか。現在は無償なので、どう回答していいのかわかりません。
2	(1)多職種のアセスメントが分かる事は良いが、スタッフ一人ひとりのレベルに差があるのでレベルアップが必要。(2)本人のニーズを導き出す事が不十分で目標設定が難しい時がある。
3	(1)データ入力時、順を追ってしなくてはいけない為、少々手間がかかる。(2)入力途中で保存ができず印刷をしないと保存してくれないのが困る。(3)相談員やケアマネジャーの意識は在宅復帰であるが、R4システムばかりではなく今回の介護保険の改正も大きく関係していると思う。
4	(1)ファイルメーカーであるため、同時刻に他セクションで打ち込みが行えないことが課題となっています。時間割りみたいなものを作成すればとは思いますが、多忙な現場では流動的な動きとなりやすく、打ち込みたい時にいつでも打ち込めるようなシステムだとより使いやすさを感じています。(2)各コメント、プラン内容を打ち込む欄が小さく、書き込めない際はフォントを小さくするしかありません。しかしながらR4システムの対象者は高齢者であることが多く、文字の小ささは致命的です。欄をもう少し大きく取っていただければと思います。
5	(1)プレインテーク、A-1シートについては、情報収集にあたり、入所までには十分な情報(全ての欄を記入すること)を得ることが難しい。(2)入所してからの状態の変化をみていくには有用なものだと思う。
6	(1)印刷するとき、文字列がずれて出力されることがある。(2)ジェノグラムが入力しづらい。
7	(1)研修の機会がたくさんあると嬉しい。(2)たくさんの記入例が見たい。

8	「できている」事は更に良くして「できていない」事はどこまで出来る様にするか、本人や家族と共にプランを推し進めていく策がよいのではないか。
9	A-3:生活機能アセスメントの部分が認定調査にリンクしにくい。
10	A-3 シートのみの使用で参考にならない。アンケートだと思いますが、宜しくお願いします。
11	H24.3 月開設時より、R4 システムはアレンジしながら使っております。日々の運営においては施設ケアマネジャーが独自に工夫しながら進めています。
12	ICF アセスメント等、効果的な面も多くありますが、今まで使用していたケアプランと比べ、書類作成への負担が大きくなってしまいます。ケースによっては簡略化できる箇所があればと思います。
13	PC ソフト、MAC 対応版が欲しい！
14	R4 システムが老健だけではなく特養等他種施設、病院等にも認知度があると、今後他施設、病院へのサマリーや情報提供書も R4 システムの様式が使用できて便利。現状一般的な自立・見守り・一部介助・全介助での ADL が共通化しているので、R4 システムの評価 (ICF) だと外への情報提供時に分からず、結局共通化している評価方法を使用しているので混乱しやすい。
15	R4 システムでは、インテークにより利用目的を明確にしていくニーズアセスメントを取り入れている点が他のケアマネジメント方式と違う点と、ICF を用いた身体・認知機能を評価する点が特徴であると思いますが、そもそも相談援助職者がインテークを行い、ニーズアセスメントすることはごく当たり前のことであり、R4 システムに特化したことではない。在宅復帰に関しては相談員の技量が大きく影響してくると思われる。看・介護職員が、ICF についての理解ができていないと、アセスメントをうまく活用したケアマネジメントが行えない。
16	R4 システムに関して信頼はしていますし、バージョンアップ版がでるのは致し方のないことだと思うが、それに伴うデータ変更や書式の変更等があり、少々手間である。
17	R4 システムの導入により、多職種がチームでアセスメントを行い、チームでケアプランを作り、チームでケアプランを実施できるようになった。プランの共有化が図れたと共に、効率の良い担当者会議の実施ができた。また総合計画書の活用で、利用者や家族との連携も取りやすくなっている。
18	R4 システムは在宅復帰をうたっているが、当施設は地域性や周辺に施設が多くある現状のため、元々在宅希望者が殆どいない。それを無理におし進めると施設にとっても利用者にとってもよくないことが起きると思います。当施設の導入は、少なからずいる在宅復帰者のため、施設職員の意欲向上のため、多職種協働の一助になると思ってです。
19	R4 システムは全ての職種が内容を理解しなければいけない為、理解に時間がかかる。
20	R4 システムを活用する事で多職種協働、プラン実行 (DO) の担保に注力したいが、A-3 シートにサンプルもなく、「実行状況の評価」「見直し判定」に何をどのように書き込めばよいか、全職員に徹底と共有する事が難しく未だ効率的に活用できていない。
21	R4 システムを全面導入したいと思っても現実に、現場として電子版ソフトの導入の予定が全くない、無理な施設もある。ペーパーレベルでできる部分を導入し効果を上げている。電子レベル版、ペーパーレベル版と 2 本立になっても良いのではないか。
22	R4 システム総合計画書に於いて、専門職 (チーム) アセスメント及び実地計画内容等の重点記述があることで、チーム・スタッフの意向が目に見えて分かり、ご家族・利用者様・チーム全員が共通理解のもとでプラン実施できるのは、様式としては良いと思います。
23	アセスメントの中に認知症についてのチェックが必要。
24	アセスメントの幅が広く、範囲ではない小さな変化を表しにくいですが、高齢者は小さな変化を発見することでケアも変化するし、ケアする人 (家族や職員) の意欲も変化する。また認知症のアセスメントにはならない。各動作がもっと細かくレベル分けしてあると良い。認知症のアセスメントもあると良い。
25	インテーク、アセスメントがその過程として果たしてこのやり方で良いのかという疑問は残る。
26	インテーク用紙のみの使用だが、施設で使いやすいように一部変更した。活用方法がまだ理解不足。モデルの提示が少ない？
27	主に入所時の情報として、R4 システムの帳票を相談員に使用してもらっているが、スタッフより「分かりにくいので帳票を戻して欲しい」という声が多く、不評です。

28	既存のケアマネジメントシステムを導入している施設にとって、全面的にR4システムに乗り換えるのは、慣れ親しんだシステムであることや切り替えに要するマンパワー（データ入力）を考えると厳しい面があると思います。R4システムに全面切替するまでに過渡的な段階が必要ではないかと考えますので、R4システムに既存のシステムを組み込めるように自由度を与えてはどうかと思います。多くの施設でシステムを併存させざるを得ず、データが重複する無駄があるように思います。
29	ケアプランのモニタリングは毎月必要ですが、R4システムでは3ヶ月に一回になっております。それでも大丈夫なのでしょうか？
30	ケアマネジメントだけではなく、事務会計、リハビリマネジメント、栄養マネジメントなどと連動できるようになると、データの書き込みも楽になるのではないかと思います。
31	現在、請求、プランニングを含めてソフトウェアを運用しており、新たなソフトウェアの導入、乗り換えはリスクが高い。R4システムを広く浸透させるためには、東芝・ファイルメーカー以外の選択肢を出来る限り多く作って欲しい。
32	現在「適正アセスメントシート」のみの導入を行っていますが、今後も導入する方向で検討したいと考えております。
33	現在使用している請求システムと連動させたいが、法人の連携や価格の問題などがあり困難である。職員の理解や意思統一をはかる為、学習会を重ねている。全ての職員が周知できるまでかなりの時間を要する。
34	研修会を定期的に開催して欲しい。
35	システムの主旨や考え方を理解した上で、老健として在宅復帰支援に取り組むのであれば、様式などこのシステムにこだわるメリットがない。本人のADL、リハビリの状況など、当施設では絵ではなく、ご本人の写真を使用している為、さし絵での説明の必要性が低い。また、インテークシートなど施設が独自にいれたい項目が多々あるが、フォームのアレンジがきかない点も大変不便に感じた。
36	システムを導入するというよりも考え方、マネジメントの流れを主に一部導入している。
37	システム自体は良いと思う。情報量が多いので、もう少しコンパクトにならないか？現場が大変。
38	少しずつ取り組んでいく事で多職種間の理解なども得ていく事ができるかと話し合いを進めている。
39	既に別のシステム(ソフトウェア)が導入されているため、移行は難しい。重複してしまう。
40	専任スタッフの不足(2名産休入り)。入所待機者が少ない(空ベッド増となる)。
41	ソフトがなければシステムを生かしきれない。入所前のインテークが重要であり、総合計画書だけを使用しても意味がない。
42	電子化シートの操作方法(研修会など)を教えてほしい。もっと詳しく書かれた操作マニュアルが欲しい。疑問点があった時TELなどで問い合わせが可能な窓口があれば便利です。
43	当施設では単独施設のため、在宅復帰率を上げようとすると空きベッドの日数が増加し、収入減少になっている。また最近住宅型の有料老人ホームがかなり増加。入所申し込みもほとんどない状況。
44	ファイルメーカーが準備できない。新しい請求ソフトを入れたばかりで、経営者は導入を全く考えていない。
45	ファイルメーカーや電子化シートは、レセプト処理との連動が出来ないため、二重の手間となってしまふ。本来であればR4システムのソフトウェアに移行したいが、現在使用しているソフトウェアが平成23年12月に5年のリースを組んだばかりで、R4システムへ移行すると二重にリース料を負担しなければならないため、やむなく電子化シートで一部のみ活用となっている。
46	複製がシート毎にできればと思います。
47	プレインテークシートについてはやや活用しづらい面があります。内容を記入したり、希望として文章化することが困難であったり、シートからプランへの反映が難しい所もあります。
48	もう少し多くの施設に働きかけて頂き導入をしていって頂けると意見交換も出来て有り難い。

49	目的である在宅復帰や回転率アップに寄与するためのシステムと考えられるが、地域柄、高齢化が進み独居も増え、山間部の不便さ(家屋状況)が重なり、在宅へ復帰して頂く事が困難な状態があり、R4 システムへの導入が出来ない。ほぼ特養待ちの方が多く、又特養待機者数が三桁という事もあり、老健入所期間が長くなっている。まれに期間限定での入所もあるが、期間終了しても家人の体調等の都合により、復帰できない場合が多くみられる。
50	一部変更して使用。
51	画面上の字の小ささや総合計画書が1 ページしか書き込めないなど、使いにくい部分に対してクレームが入りにくい。
52	介護職員が「改善・悪化・不変」を理解しやすいシステムではないか。
53	既存システムとの連動を行っていただきたい。
54	既存のソフトを使用しながら、R4 システムの導入をすると重複する記録が多く、負担が大きい。
55	記述量を減少させる事が出来たら良い。
56	現在のアセスメントシートに比べ、印刷物が増えてしまう為、コンパクトにまとめてもらえると便利だと思う。
57	今後全面導入の方向です。時間はまだかかると思われます。
58	自治体によってはまだ認められていないところがあると聞きます。統一的に認められるように働きかけてください。また R4 システム以外のリハ実施計画書やケアプランが R4 システム一つで済むようになることを望みます。現在は同意は R4 システム一つで済むが、作成はリハ実施計画書やケアプラン作成 + α で R4 システム作成しないといけないと書いています。
59	新しく介護ソフトを導入しましたが、老健専用(仕様)ではないので、特に医療分野の記録・書類の不備を感じています。R4 システムの導入には至りませんでした。残念です。
60	全部署共有で使用する為、サーバーバージョンの導入が必要。初期投資には、管理者の判断を要するため現状では全面導入は難しい。
61	電子化一辺倒ではなく、紙ベースの展開も期待しています。
62	入力をもっと分かりやすかったらと思う。
63	利用者の課題、ニーズの把握には、今までのやり方で特に問題はないと考える。ただ R4 システムを導入しておらず、そのメリットを実感していないので比較できない。1 人 2 人で導入してみたいと思います。
64	老健向けの良いシステムだと思っています。アセスメント方式も分かりやすく、現在使用中のシステム(包括式)より変化が分かりやすく、すぐにも取り入れたいと思います。帳票もコンパクトでプランも一枚になるので使いやすいと感じています。現在使用中のソフトウェア会社が R4 システムを取り入れてくれればすぐにでも移行したいと思っています。

【導入検討中】

1	(1)「A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート」の家族図の入力がしづらいためほぼ入力しておらず、プリントアウトした紙へ手書きしている状態である。もっと入力しやすくしてほしい。(2)「A-2 インテーク:適正アセスメント・シート」の“図等”は実際のADLと誤差が生じる時がある。また実際のADLと“図等”を比較した場合、把握しづらい時がある。
2	(1)R4 システムの研修に参加したいと思いましたが、研修地が遠くて断念しました。せめて都道府県毎に行って頂けたらと希望いたします。(2)やはり新しいシステムへの移行は、全職種への周知に不安があります。
3	(1)アセスメントから目標や問題を抽出し、今後の生活目標に近づけられるように、すり合わせる力を付けていかないとパターン化してしまう。(2)パソコン入力に慣れるまでに時間がかかる。(3)栄養ケア計画や請求システムまで作り上げてほしい。
4	(1)アセスメントにおいてイラスト表示部が大きく、特記記載に限られ、詳細な情報が得にくい。また、利用者の全体像が掴みづらい。(2)上記により、各専門職は別アセスメントをする必要がある。
5	(1)回転率、在宅復帰率のアップにつながると評判の R4 システムに興味があります。(2)インテークにかかる労力など勉強中で、情報収集したいと考えております。
6	(1)経済的な点で法人本部の不理解がある。「現ソフトではダメなのか…等」。(2)全老健会員施設に R4 システム導入を義務づければよいと思う。
7	(1)システムは良いと思う。しかしシステムを使いこなすことが今はできるか…という時間的余裕、介護・看護師のアセスメント能力等、勘案すると難しいと考える。(2)導入するためにはどうするかをよく考える必要性がある。スタッフでの検討と管理者の検討が同時に必要である。
8	(1)ソフトウェアの新規導入の面倒さ等から導入に関して二の足を踏んでいます。そもその前提として、当施設ではソフトウェアを活用したシステムが確立していないからです。(2)R4 システム自体については、在宅復帰をすすめるにあたって、必要な要素は網羅されていると思います。
9	(1)現在のシステムとの連動が難しい。(2)現病歴、既往歴の記入欄が少なすぎる。
10	(1)現状の業務内容やソフトウェアの変更面での課題が大きい。(2)他施設での事例(アセスメントの充実、他職種との連携向上)を聞いて、導入してみたい気はします。
11	(1)被災し、全てのデータが流出した。このような場合でもデータのバックアップが生きる方法を知りたい。(2)R4 システム導入でスタッフ教育に時間を要したことがあり、指導者の育成等に課題が残る。
12	「R4 システム」が良いものだと感じているが、インテークの部分は誰が担うか、またどの部分から導入すれば現場はスムーズなのか等模索中でなかなか検討には至らない。
13	「R4 システム」について、老健の強力なツールであると認識しているが、その概要を理解していないので、あまりコメントできない。
14	「R4 システム」は在宅復帰のケアにあたり、大変有用なものでありますが、ソフトの運用が先走りしては意味がありません。「ケアが伴った体制作り」を確立することが重要であると考えます。
15	「R4 システム」を何のために導入するかという意義確認を行った上で導入～実践された施設で、どのようにケアマネジメントの質や在宅復帰、連携強化などに効果があったのか、そのアウトカムを測れるような実践事例の報告を聞ける機会があれば参加したい。
16	H22 年に無償版が出たときにテキストを買い検討をしたが、RH の記載箇所の評価が今ひとつ総合プランに展開していく課程が十分でないように感じた。
17	ICF レベルのアセスメントについて職員の理解不足もあり、現状で R4 システムでのアセスメントが実施できない状態があります。介護認定の評価とスケールが反対であることも解りにくい部分でもありますが、完全導入すれば時間をかけて進められると考えます。
18	PC スキルがスタッフにより差があり、イントラネットの環境整備など、各課題によって問題が多い。専用の研修も必要になるであろうが、人員不足が蔓延している中で進めるのは非常に時間のかかる事だと思う。
19	R4 システムでは初回インテークから在宅復帰への可能性についても、効果的にアセスメントが行える画期的なシステムであると認識していますが、現在の入所申し込み状況を考えると、選定できる余裕がないですし、困っている人や入所希望のある人は誰でも受け入れをしなくてはならないと考えます。

20	R4システムにこだわらず、計画に沿ったケアが提供できれば問題はないと思う。
21	R4システムにつきましては、施設内でかなり話し合いました。多職種が一丸となり、アプローチできる素晴らしいシステムであると思います。現在、共有ファイルで情報統一している最中です。このまま慣れれば再度R4システムの話を持ち出すつもりです。
22	R4システムの内容に関して、じっくり学習や検討する場が持てないため理解が進まない。学習会等、講師派遣をしてほしい。
23	R4システムのみをソフト開発するのではなく、介護ソフト会社との連携をはかった対応をして欲しい。介護ソフトに入力されている利用者基本情報をR4システムに再度入力する作業にメリットを感じることが出来ない。
24	R4システムはまだ取り組んでいないため、今後のためにR4システムを導入している施設の状況を色々知りたい。
25	R4システムは利用者の状況把握をするには良いと思われませんが、現在の老健システムからの変更にあたり時間的制約はどれくらいかかっていますかお聞きしたいです。
26	R4システムは老健に特化したアセスメントとして有効だと思います。しかし現在行っている業務の見直し等を考えると、実行に踏み切れていません。しかし実行していかなければと考えています。
27	R4システムを他社ソフトとの汎用性をもたせたものにして頂きたい。
28	R4システムを導入する場合のコスト面での問題と、全利用者様のケアプラン作成方法変更への業務負担が生じるため、現在のところはシステム導入を見送っています。
29	R4システムについては、勉強会などで教えて頂きました。インテークからのアプローチが在宅復帰などはとても重要であるのは理解できます。また、施設への入所や相談が今日大分減っています。また利用者の長期利用も目立っており、経営という一面からは、とにかく利用者を入れるということが何より先決になってしまっています。老健の本来のあるべき姿でなくなっている現状があります。R4システムを高く評価していますが、現在は導入が困難であるといわざるを得ません。ワイズマンのアセスメントツールに入れ込むことはできないのかと思います。
30	R4システム研修受け入れ施設が少ない。
31	アセスメントに時間がかかる傾向にあり、そのための職員配置、コストパフォーマンスの面での説明を職場にて考えなければならない。
32	アセスメントの詳細を書く部分が狭い。1枚にまとめなくてもよいのでは？ワンシートの方が見やすいですが。
33	アセスメントの評価(A-3アセスメント)の点数に差が出ることがあります。行っている生活動作でも、職種によって判断が分かれることがあります。統一したケアができていないと、評価がばらばらになってしまうこともあります。R4システムの導入にあわせて、ケアプランの目標やケアの実践内容を職員がしっかりと認識していくことが重要であると思います。
34	インテークから始まり作成しなければならない書類(シート)が多すぎる。現状ではアセスメント、プラン、モニタリング、会議録等をケアマネジャーが全て作成しており、R4システムに移行した場合、全てのシートを一人で作成するのは時間的にも困難であり、多職種の理解・協力を得るにはかなりの時間が必要と思われる。R4システムに関わる人全てがこれを理解できるよう、研修を充実させてほしい。
35	インテークシートに関しては情報収集しやすいシートになっていると思います。一部分をインテークシートに取り入れて活用させてもらっています。
36	既存ソフト(基幹ソフト)との連動が必要と思う。
37	計画書が1枚にまとまっており計画立案から家族への説明同意を得るのも簡素化しており、使い易い印象を受けます。
38	現在、不便を感じていないので、R4システムを導入した時の状況が不明。
39	現在、法人内で導入している介護ソフトのケアマネジメント方式が三団体のため、全面的な移行が難しい状況にあります。

40	現在使っているベンダーのソフトにリンクできるかどうかにかかっていると思います。全老健での R4 システム様式の使用許諾を早くフリーにして頂き、ソフト会社の開発に任せる必要があると思います。今現在は特定のソフト会社しか許諾許可を得ていないようですし、普及のためには様々なソフト会社で開発できる環境を整える必要があると思います。当施設でも R4 システムを導入したいと思いますが、全老健版ソフトでは介護保険請求にリンクできないこと、マスター登録など二重の手間があることなど、なかなか使用までには至っていません。ようやく現在の Windows7 での動作環境が整ったので、単独版で使用開始予定です。
41	現状より複雑で時間がかかる。
42	現場スタッフにアナログ系のスタッフが多いため、システム化するには意識改革から必要になる。コンピュータに慣れるまで時間を要する。
43	講習・研修を受講したいが、東京や大阪など、北海道に住む我々としては参加が非常に難しい。以前北海道での開催は当面予定していないとの回答であったが、現在でも行う予定はないのでしょうか。
44	このシステムを導入するのであれば、対応するのに人員が必要となる。100人でケアマネ1名で良いというシステムでは不可能。法的にせめて2人以上にして頂ければ、管理者を説得でき増員ができる。
45	在宅復帰支援、老健施設運営の為に色々な機能を備えたケアマネジメント方式であり、他のアセスメント様式より優れていると思う。特にインテークのアセスメントは取り入れていきたい。家族の要望や入所動機を明確に聞き取りできるものである。生活機能アセスメントは、もう少し細かい ADL 評価軸であれば使いやすい。チームアセスメントについては、とても重要であり参考になる。
46	在宅職員よりパソコン入力の時間がとれていないのに、新たに R4 システムへ変更するとなれば、精神的負担がますます大きくなるとのこと。
47	システムに関心はあるものの知識不足もあり取り組みへのモチベーションが不十分なのが現状です。システム採用の効果、具体的な運用について学び、多職種で話し合い検討していくことが必要と考えます。
48	システムを変えることの煩雑さもありますが、システム導入にはネット環境を整えることや、システム自体の価格(共有版を使用したとしてもファイルメーカーの購入など)、やはりハードルが高く思えます。栄養ケア計画書・栄養スクリーニングもリハビリ計画書だけでなく、一緒に入っている方が良いと思いますが…。
49	システム自体は書面でしか見ていない。実際の使用例、具体例があればもう少し深く理解できる。
50	施設長を始め R4 システムがどのようなものか、よく解らない。
51	従来型の施設ケアマネジメントでは、利用者の身体及び認知の機能(障害)に焦点をあてがちになり、老健本来の機能である在宅復帰支援に結びつきの確かなニーズを引き出すことは難しい。この点「R4 システム」では、よりの確にニーズを分析できる機能もあり、更には他職種協働、チームアプローチを重要視したマネジメントであると感じますが、ハードや人的資源の問題、ワークフローの整備に時間を要するなどから、なかなか浸透するのは難しく思えます。
52	すぐにも導入したいが、現在使用しているソフト会社との契約期間もあり、又金額も考慮しながら導入時期を探っている。
53	先行導入している施設が近くになく実際に使用してみてもの確認がとれない。県内での使用施設情報や利用してのメリット・デメリット等情報収集をしたいと思っている。参考に今後の導入の検討を考えている。
54	全職種の方に研修を受けて頂きたいので研修を希望。
55	全スタッフの周知にかなり格差があり、理解も時間がかかる。各専門スタッフ、代表者が一人ずつ、同一日に説明が受けられるようにならないか？
56	早期導入を検討していますが、なかなか進みません。
57	総合計画書 3/4 では、ニード、短期目標、ケア項目、ケア内容、評価は、それぞれ 1 つのフィールドに改行で調整しながら、いくつかのニード毎の内容を入力するように設定されていますが、改行での調整では途中の文を訂正すると、その後の文が全てずれてしまうこともあり不便です。フィールドの追加か、あらかじめ 4~5 つのニードを入力できるような形にすることはできないのでしょうか。
58	総合的なプラン作成で出来る事は、とても有効だと感じています。法的な面で認められるかが、不安があり一歩踏み出せないところであります。家族同意のサインの部分がそれぞれの書類に必要と県に問い合わせた際に、指摘を受けた事もあったので。

59	ソフトはワイズマンを使用しているため、ワイズマンでも出来るようになればハード面の導入は速やかに出来るようになる。紙では作業が大変になると思うので…。導入についてはどこから手を付けたらいいのか、全体に関わる事なので難しいです。
60	多職種間の連携に繋がるシステムと思われまます。
61	チームアセスメント、チームアプローチの方法として魅力があります。導入にあたっては施設全体としての動きが必要な事から、上司とも相談の上、慎重に検討したい。
62	当施設が現在導入している業務管理システムを利用中です。そちらのシステム業者のソフトを確認している段階です。
63	当初導入に前向きで研修にも参加しましたが、その後ソフト導入に関する壁があり、話が止まっている状況です。ユニットケアの視点から24時間シートの導入やセンター方式も含めて検討したいと考えています。R4システムだけで完結できるものか、導入中の施設では他アセスメントシートも活用しているのか、状況を知りたいと思っています。
64	導入検討中だが、介護職の質が上がらないと有意義なディスカッションも出来ないし、R4システムを使いこなせないのでは意味がない。同グループ(GH・有料)への一時的退所の在宅復帰はR4システムを使うまでもない。R4システム導入というならパソコンの台数を増やすなど、設備投資をもっとしてもらいたい(施設に求めたい)。
65	導入後、継続的に使用出来るか(アセスメント項目の多さ)
66	導入できればと考えるが実際には活用に至っておりません。現在他社の記録システムを運用していますので、台帳のデータに互換性があればと思います。
67	導入のための用紙はとも良いと思いますが、現在の方法からの業務量の増大が気になります。
68	導入を考えておりますが、他施設の導入事例などシステム運用開始までの様子を何らかの方法で知る事ができればと思います。
69	とても素晴らしいと思うが、施設全体に浸透するまでの時間が心配。
70	取り組んでいくと効果はあるように思われるが、導入する際の負担が大きいように感じている。
71	なぜR4システムを導入すると在宅復帰率が上がるのですか？利用者・家族の状態は変わらないのに？
72	包括式自立支援を用いている。R4システムの良さが理解不足もあるが見えてこない。ソフトの利用が職員に浸透しにくい。
73	他施設の導入前から導入後についての取り組みや流れについての事例を知りたい。
74	本当に今後の開発について、確実に対応していけるのかが不安。
75	本来の老健の目的である在宅復帰を支援する為のアセスメントには素晴らしいシステムと思われるが、現状での老健では特養化しつつある中で難しいところも多いと思います。
76	まだ使用していないが研究発表での効果の報告を受ける中では、結果が出ているため活用していきたい。
77	マネジメントの流れや考え方については共感する部分が多い。現状では当施設において不足する部分を補い(R4システムの考え方に基づき)ながら、当施設のマネジメント確立を目指したい。各帳票やアセスメントシート(R4システム)の導入については、全国的な流れも含めて、もう少し様子を見ていく。ソフトについては、当施設導入ソフト(富士データシステム)で運用した方が、効率が良い為、R4システムソフトの導入は考えていない。
78	利用しない事には分からないが、施設に合わせたシステムにできるようにしてほしい。
79	ワイズマンのケアプランシステムにも導入されると聞きましたが、具体的なスケジュールが分かれば、導入をすすめていきたいと思っています。
80	開設の新しい老健では導入しやすいかもしれませんが、当施設では勉強会も必要で、時間がかかると思います。

81	業務多忙の中(63床、ケアマネジャー兼相談員1名)、対応する時間的・人的な余裕がありません。
82	研修会を開き理解を得て、浸透していくことの必要性を感じる。
83	研修会を近い地域の参加しやすいところで開催して欲しい。
84	現在、導入の検討中。今後導入の予定。インテーク、多職種での総合プランは、内容・ポイントが明確になり有効的であると思われる。アセスメントについて、数字での評価により向上・維持・低下が分かりやすくなると思われる。栄養・リハビリ計画書については現行のものとの重なる部分があり、やや手間が感じられる。
85	現在 A-3 を職員と検討中です。A-2、A-1 に関してはすぐできると思うのですが、A-3 については職員と情報を共有するのに時間がかかると思う。また見直し判定、ケアプランなどへ進めていくにはまだ先のようにです。パソコン導入になると職員の能力の問題も出てくる。まず A-3 をアセスメントで使ってみる予定。
86	現在 MDS を使っているが医療に特化している面も見られ、もう少し全体的な生活を支援するアセスメントが生かせる R4 システムの導入を検討する方針である。
87	現在使用している WISEMAN のソフトに組み込んでいただくと、大きくシステムを変更せずに導入できると思われます。
88	現在使用中の請求ソフトとのデータ交換が可能にならないと導入は難しい。
89	現実的にまだ導入の予定はない。
90	現状部分的にシートを導入していく方向で検討させていただいている状況です。総合計画書はまとまっていて機能的には使いやすいと思えますが、計画書の内容が充実したものにならないのでは…という疑問も感じております。今後「暮らし」という視点がしっかり入ったもので、在宅復帰支援・在宅生活支援につなげていきたいと考えております。
91	在宅復帰が極めて困難であったり、在宅復帰を望んでいない場合はどのように対応すればよいのか、疑問に感じる。
92	使いこなせるととても良いと思います。評価方法を職員全体で理解するための勉強会など、時間をかけながら移行したいと思います。
93	使用義務になれば使います。
94	出席できない場合があるので、R4 システムについての研修を何度かして欲しい。
95	詳細事項が多くて業務が増える。
96	R4 システム導入にはまだ課題が多々あり、現状のシステム(リライ)を今のところ使用しています。R4 システムについては検討をしていく予定です。
97	状態像はピンポイントに近い所まで絞り込めるとは思いますが、記述量の多さや工程の長さが気になります。できるだけ簡潔なツールを希望しています。
98	職員数が 200 名近くいるため、導入に踏み切れない。スムーズに導入できる方法を検討している。
99	生活機能アセスメントが 5 段階評価ですが、その中間に位置する評価、つまり区分 2 と区分 3 の中間くらいというような評価について、その判定に非常に苦慮する場合があります。今後の R4 システムの成長段階において、例えば区分 3 で 3 と 3' というように、区分は 5 段階だが、その評価は 10 段階で行えるようになると、より利用者の状態像のイメージが明確にできる。
100	専任ケアマネジャーが 80 人に 1 人で、4 月からサテライトを増設するが、ケアマネジャーを増やす考えが経営者にないので、R4 システムを取り入れる余裕がなく現状をこなしているのが実態である。
101	全老健のホームページから内容を確認し、ぜひ導入したいと考えています。様々な情報が網羅されているので、関係部門間で情報を共有しやすく、日頃のケアに役立てていけそうです。システムを導入するにあたり現場が混乱したり、利用者者に迷惑がかからないようにして準備に取りかかりたいです。
102	全老健ホームページから内容を確認し、ぜひ導入したいと考えています。データを全員分基本情報からすべて入力し直しとなると非常に膨大な量なので、少しでもスムーズな移行ができるのがありがたいです。
103	単独版電子化シートでは、結局紙媒体となり、職種間の連携が取りにくい。最新情報を更新しても伝達しにくい。

104	電子化シート(単独版)がケアマネジャーが使用しているパソコンでは使えない(理由不明)ために、どのようなものか?シミュレーションできず、なかなか使用に進まない。
105	東芝レゾナ版「I-MEDIC」ソフトが入っています。平成 24 年 4 月より「I-MEDIC2」に更新しましたが、現在は使用していません。
106	当施設では現在導入しておりませんが、今後導入を検討し、情報収集しながら導入に向けて勉強していきたいと考えます。
107	導入するには至っていませんが、R4 システムはまさに老健の使命であるケアマネジメント方式であると思います。特にインテークの部分は入所前からご家族に在宅のイメージをしてもらうのに、とても有意義だと思います。
108	導入について検討するも、現場スタッフの負担が増すため多方面から検討中である。
109	導入に至るまでには時間がかかるので、施設独自のものとなっています。どのように伝えれば受け入れしやすいのか教えて頂きたい。実際に導入して現在も続けている施設の実態を知りたい。事例として流れを知ると導入しやすいと思います。
110	導入以前での勉強会を 2 月に開催いたします。折茂先生をお招きし、講話いただきます。どうかよろしくお願ひ申し上げます。
111	導入前につき、まだよく分かりません。
112	非常に有効であると思いますが、情報の打ち込み等の量が多く、仕事量が多くなるのではないかと心配しているというのが現状です。
113	部分的にでも可能な範囲から試行したいと検討しています。
114	平成 24 年の既存ソフト会社のソフト更新により、金銭的にソフト入れ替えは今すぐには難しい(ワイズマンソフト更新再購入)。
115	方向性が明確化される。
116	無料のソフトにしていきたい。
117	用紙のみを用いての運用は可能なのでしょうか?

【導入する予定なし】

1	(1)R4システムについて導入しておらず、具体的に理解できていない。(2)多職種協働でケアプランを作成することは良いと思うため、導入されている施設へ行き実際に見てみたい。
2	(1)R4システムのサービス計画書が、本人・家族に関わりやすい評価を得ているか。(2)既に導入している施設で混乱はなかったか。具体的にどのようなメリットがあり、在宅復帰率が上がっているのか。職員の意識(R4導入時の緒言に記載されている三大介護の提供以外のサービスケアの実行の有効性)が変化し、サービス計画と在宅復帰を連動させられるようになったのか、参考意見(結果)を聞いてみたい。(3)病院併設の老健で、入院退所者もおられるため、相談段階からの書式を変更しても在宅復帰率の向上に繋がると思えない。
3	(1)R4システムのソフトが高い。(2)一つの職種だけが書くこと(フォーマット)ではなく、全職種が関わる体制がまだできていない。
4	(1)R4システムの検討、取り入れに要する人員・時間の確保も現状では困難である。良さは理解しているが、現状を強化する事で問題点はクリアしていける。(2)内容の一部を参考にしたりする事はたまにある。
5	(1)現在、ケアマネジメント(ケアプラン作成)に全ての職種が関わっているので、プロセスや書式の変更があると全てのスタッフが新しい方法を覚える必要があり、これまで繰り返し改良してきた結果、ようやく確立した現在の方法を入れかえるには相当の負担がかかる。(2)法人全体(特養なども含め)でソフトウェアを昨年入れかえたばかりなので、R4システム導入となればソフトを使わず手書きとなる。
6	(1)現在は、熊本県版(介護支援専門員研修様式)を使っている。地域の居宅支援事業所や、他施設との情報連携がスムーズに流れており、変える予定はない。(2)ソフトウェアは導入しているが、上記の通りで使用予定無し。
7	(1)点数区分が分かりにくい。(2)老健全て同じ方法になるなら統一感があるが、施設毎に違っている為、介助方法も個性があり文章化している状況である。
8	(1)当施設では自分達の使いやすいツールを使用しているため、変更が難しいのですがR4システムの趣旨はとても良いと思います。(2)一般に用いられるツールとの互換性があると、もっと良いと思います。
9	(1)パソコンへの打ち込みが不便。(2)イラストが誤解を招く。
10	(1)複雑なため詳細な業務フローが必要になると感じる。(2)全職種に周知する為にかかなりの時間が必要と思われる。
11	(1)リハビリ実施計画書、介護計画、看護計画、栄養ケア計画との整合をどのように取っていくかについて考察しているところである。(2)書類の数が多くなっていくことが懸念される。
12	当施設は、ターミナルも実施し在宅復帰者が多い。要望や医療度も高い方が多く長期療養希望(最期まで)者が多い。R4システムを導入して有効的に回転出来るか不安がある。
13	11月に研修に行った際、アセスメントやカンファレンス等とても分かりやすかったです。
14	A-1~3シートは参考になりそうである。
15	A-1 インテークニーズアセスメントシート、普段3種類に分かれた書類に同じ項目を記載している為、導入しやすいと思いました。プレインテークシートについては記述欄に記載し提出して頂ける方がなかなかいないのではないかと思います。提出して頂く文章となっておりますが、インテーク時やその後の訪問時にお話を伺いながらであれば、代筆などして可能かと思われまます。適性アセスメントについては、項目が少なく記入しやすいと思いますが、基本動作の項目がもう少し細かい方が当施設では使用しやすいかと思いました。一部変更などができれば良いと思いました。
16	H22年に老健本来の役割(在宅復帰)とR4システムについてのプレゼンの資料を作成したが、管理職に報告した時点で「導入の予定がない」とのことで一般職員への伝達も却下された。今年度、介護報酬改定説明時に老健の動向を伝え、在宅復帰に対する意識づけを喚起してみた。R4システム導入には費用と事務の煩雑さから、施設側は消極的であるが情勢は職員に伝えていきたい。
17	ICFの視点やチームアセスメントの視点により、目標がはっきり立てやすいのは、従来のアセスメントシートより分かりやすく良いと思います。

18	MDSを使用しているため、R4システムについて具体的に理解していません。
19	R4システムでの全老健研修の受講後、施設において伝達勉強会を開催したが、ほとんど反応が見られない。ほぼ全スタッフが現況のパソコンプログラムに慣れており、新たなものを導入するのは現実的ではないと感じている。
20	R4システム導入に取り組みたいと思っているが、ケアプラン作成までの流れが現在しっかり出来ており、他職種に一から勉強し直してもらわないといけないと考えた時に、なかなか取り組みが出来ておらず、又、その余裕がない。
21	R4システムについての研修が少なく、R4システムの導入メリットを理解できていないため、施設での議論が深まらない。
22	R4システムについての研修に参加させて頂きました。方法としては大変よいと思うのですが、新規導入になると課題が大きすぎるようです。
23	R4システムについての理解は研修等で良いのですが、経営者サイドでの理解、あるいは受け入れの時点でのインテークについての知識・技術不足で深まりが出来ない現状。
24	R4システムについては、一度研修に参加させて頂いたが十分な理解に至っていない。今後R4システムの理解を深め、当施設独自の様式・方法よりも充実したシステムが得られるようであれば検討したい。
25	R4システムについては、研修参加を増やしています。少しずつ研修受講スタッフを増やし、みんなで協力して前向きに検討したいと思っています。しかし、現在のケアプランが定着しているため、思いながら変更できないのが現状です。
26	R4システムについてまだ理解が出来ていない部分が多いので、これを機にR4システムについて学習していきたいと思います。
27	R4システムについてまだ十分に理解できていないので、研修、勉強会ではない方法でも、もう少し情報を流して欲しいです。
28	R4システムについて理解不足の面もあるので、勉強会等あれば参加してみたいと思います。
29	R4システムについて十分に理解して検討したい。インテークシートなど、アセスメント上で認知面・生活面において現状よりもっと情報を収集できるものを…とは考えているため。また現状のレベル把握、必要なサービスをスタッフ全体で把握できるものがあると考えている。
30	R4システムについて情報がなく、その良さも不明である。
31	R4システムについて勉強する機会を設けて欲しいです。
32	R4システムの研修は何回か受講させて頂いており、在宅復帰施設としての本来の役割を担う事ができる大変良いシステムだと感じている。ただ藤沢市全体の老健施設が取り入れていない事と、当施設では看取りに力を入れ始めていることもあり、現時点での導入は厳しいと思います。
33	R4システムの内容を把握していない。
34	R4システムのフローについて詳しく教えて欲しい。R4システム自体がよく分からない。
35	R4システムのメリットやデメリットがよく分からない。
36	R4システムの理解、導入の前に、現場スタッフの教育や指導、利用者の理解(高齢者、障害、施設での共同生活、家族と離れる)等もっとしっかり職員の質の向上をするべきです。
37	R4システムの考え方を取り入れながらインテークを行っています。
38	R4システムの実施方法などの現場レベルでの研修内容を、都心部だけではなく、県支部レベルで開催して欲しい。
39	R4システムの導入に至るには、ステップとしてスタッフの意識改革が求められる。当施設として総合的にR4システムの前段階の取り組みを図りたい。まずはスタッフの理解と納得が大切である。
40	R4システムの導入を行う時の具体的費用が分からない。
41	R4システムの勉強を始めたところである。

42	R4 システムは、早期に在宅復帰に向けてアセスメントを行う事が出来、ご本人・ご家族と目標を共有しやすく、リハビリによる機能改善が分かりやすく、在宅復帰のためにどんな支援やアプローチが必要か目標を設定しやすい特徴があり魅力的。ケアプランが一体化されている事も嬉しい。反面、当施設で力を入れている現在の生活の QOL の向上や認知症ケアの視点からのアセスメント指標としては、物足りなく思う。一部導入や在宅復帰ケースの導入を検討したが、既存のソフトウェアに組み込むのにお金がかかり躊躇している。
43	R4 システムは聞いた事があるが、実際の内容をしっかりと理解していないのが現状である。私自身の勉強不足のため、導入となるとしっかりと理解をして実際に役立つものでなければ職場に勧めることができない。もっと具体的に内容が理解出来る機会、実際に試してみる機会や研修を実施して周知して欲しい。
44	R4 システムは素晴らしいと聞いていますが、これまでのデータの整理やカルテ電子化に向けた取り組みなど、変えていかないといけない事に対して、スタッフの腰が重く対応困難な状況である。
45	R4 システムを導入した方がよいなら、県単位での研修を開催してもらいたい。
46	R4 システムを導入するにあたって課題があるので、勉強会などを行う必要がある。
47	R4 システムを導入すれば、イコール在宅復帰につながるのか疑問です。研修にも参加しましたが在宅復帰率は向上したが、稼働率は 90%という所が多く、これでいいのか？と思いました。R4 に関しては大変解りやすく、しっかりと取り組む事が出来れば、職員の質の向上につながるかなと思います。
48	R4 システム導入によるメリットは多くあると思いますが、全体的な理解や定着に時間がかかると思います。
49	R4 システム導入した際、全ての業種、職員が理解するまでかなりの時間を要する。
50	R4 システムの研修に参加しておりインテークからの多職種の関わりの重要性や多職種協働に有効な事は理解していますが、開設から 1 年 9 ヶ月であり、その際の導入システムを変更する事は現状では難しい。開設時には R4 システムがまだ導入できなかった。
51	R4 システムは利用者毎に情報を細かく整理して、アセスメント出来るよいツールかと思う。しかし、実際は書類が多くなり職員の負担も増える。全職員が R4 システムの理解を深めないと運営は困難ではないだろうか。もう少しコンパクトになれば導入しやすいように思う。
52	R4 システム開発理由の一つとして、プランニングが実行されないという意見から出たと理解していますが、プランが実行されるかどうかは、アセスメントツールよりも施設全体の取り組む姿勢やスタッフの教育が重要と考えています。また在宅復帰が進まない現状は、地域資源の問題や少子高齢化など様々な要因が絡んでいると考えられ、R4 システムの導入が直接的に“在宅復帰率”に及ぼす影響は少ないと考えているところです。
53	アセスメントからプランの実行という流れは、現在当施設で採用している包括的自立支援プログラムでもある程度は出来ていると思います。R4 システムでは ICF を用いた評価を行うとの事で、できる部分に焦点を当てたアセスメントができるということでは良いと思います。問題は評価項目が今使用している包括的自立支援プログラムと比較して膨大になることで、限られた時間の中で現場の介護スタッフが運用できるのかということです。
54	アセスメント項目が多く記入に時間がかかり、ケアプランの実行確認のための記録に時間をとられるが、施設の各職種の理解を得る事が出来れば、プランニングと実行確認ができる効果的なものになると思われま
55	新しいシステムを導入するには、時間と余裕が必要と考えるが、その準備が出来る人材も人員も不足しており、現段階では考える事が出来ません。復帰率の向上に向けて努力しており、強いて導入する必要があるとは感じておりません。
56	以前施設内で「R4 システムを導入」していく方向で決議し準備を始めたが、「R4 システムはネットワークに対応していない」と言われてしまった。区の実地指導でケアプランの改善が至急求められていたこともあり R4 システムを断念した。
57	一度聞いた事があるが、よく分からない。
58	今のところはありません。

59	インテークからのアセスメント、他職種を交え情報共有を行いカンファレンス等を行っていることは、シートの活用は有用であり又 ICF の視点でのケアプランを展開していく上では理想的なシステムと考えるが、現状、重度化、在宅へのゴール、回復期リハビリ病棟を介しての入所など障害となるものが多く、システム導入以前の問題として環境を整えていく必要があると考えます。
60	インテークからの流れがしっかりとしており、是非使用してみたいとの思いはあるが、ケアマネジャー、相談員ともギリギリの人員の中でなかなか変更の検討までたどりつけていない状況である。今後導入へ向けての検討が行えるよう調整を行っていききたい。
61	インテーク時に時間が非常にかかる。入所相談時、入所時も同様に仕事の時間が足りない。
62	インテークについてはしっかりしたものに仕上がっています。ケアプランを立てるときからは施設ごとに特色があると思いますが、R4 システムを職員でしっかり勉強し、ポイントの考え方を活用していきます。
63	インテークの重視、ICF アセスメントにより、本人・家族のニーズがしっかり捉えられ、ケアプランの作成、それに基づいたケアの実施ができるものと考えます。
64	インテークプロセスに時間をかける「ゆとり」なし。
65	インテーク段階にて、家族にも在宅介護について考える機会があり良いと思う。
66	インテーク面接シートを独自に作り、利用しています。アセスメントは ICF を利用していこうと取り組みを始めたばかりで、R4 システムについてくわしく理解できていません。
67	介護保険法の指定様式との重複による業務の負担が増加しないようにしてほしい。多職種協働が重要と思う。その為には施設長の理解が必要と思う。
68	家族、本人のニーズ・課題が細かく分析出来る事は良い。その反面、R4 システムのシートの量が多く時間がかかる。また、現場職員が理解出来るレベルであるか心配である。
69	基本的には良いと思います。今まで努力してなかった施設は導入する価値はあると思います。当施設に限って言うと、母体の病院の評価システムとの関連性があり、評価の仕方を2通りしないとイケないのは、あまりにも手間となるため、導入はしない方向性でいます。
70	興味があり使用してみたいと思います。実際に使用されている人の声を聞いてみたいです。
71	興味深いですが導入してもらえそうにない。
72	ケアプランも大事だが入所者本位の生活には職員の資質向上の方が重要と思う。
73	ケアマネジメントシステムとしてはとても良いものだと思う。在宅復帰を推進するためのツールとして使用するものなので、うちでは導入を考えていない。もう少し簡素化し、IT(ソフト)化が進むと良いと思う。
74	研修等を通じて、R4 システムは今後現在のものより、より老人保健施設に合致していると個人的には思いますが、導入段階(導入することを含めて)管理者にどのように理解して頂けるか、金銭面も含め難題があります。それ以前にケアプランの理解をきちんとして頂くところで非常に苦労しております。
75	現行システムで大きな問題が残った。
76	現在、熊本県老人保健施設協会会員施設 87 施設の内、R4 システムを導入している施設があるのか知りたいです。また、全国的にはどうなのか知りたいです。阿蘇、上益城、宇城地区で看・介護ブロック会がありますが、導入している施設を聞いた事がないです。(会員施設ではないヘルシープラザ十六さんは導入されているとお聞きしました)。今年 8 月にソフトシステムが契約切れとなる為、次のソフト導入をどこにしようか検討中で、その中に R4 システムは考えていません。しかし、今後導入施設が増えていくのであれば…と実際悩んでいます。
77	現在、導入しているものから R4 システムに関わらず他のものに移行する時には、今までのデータとの相互性や関連性などに不具合が出てしまうのではないかとと思われるという点とデータの見直しの点、また Dr の業務負担が大きくなるのではないかとと思われる。
78	現在、療養型の老健で行っています。コスト面も考え、このままのシステムで当分の間やっていこうと思います。

79	現時点では介護保険法の指定様式で作成しなければならず、業務が重複してしまい実際の導入はどうか？
80	個々のケアマネで検討中ですが、全体での検討までは至っていないのが現状です。
81	在宅復帰に向けて考えていくシステムとの事であるが(本来の考え方)、まだ未知のシステムのような、新規開設する施設での導入がベストと思う。
82	在宅復帰の意志のある利用者が少ない。在宅に向けてのプラン需要が少ない。
83	在宅復帰率を上げるためにはどうしたらよいかとの一策として平成24年11月実務研修(大阪)に参加した。船橋ではあまりR4システムについて話題になる事が少なく、とにかく施設内で勉強会を開き“R4システム”を耳に慣れさせる事から取り組みたいと考えている。
84	在宅復帰は本来の老健の役割で、R4システムは有効な方法だと思いますが、法人内で同じシステムを使用しており別には出来ない。
85	昨年、現システムをバージョンアップさせた為、R4システムへの移行が難しい。
86	システムが広まっていないと思います。介護支援専門員の更新研修でも取り上げられていなかった様に記憶しています。
87	システムそのもの、理解できません。
88	システムの変更は大変に困難であります。(人員問題も含め)
89	システムを開発されてから現在まで、導入されている施設でのメリット、デメリットが何であるのか？現場職員の生の声として利便性や効率等も踏まえて教えてください。
90	システムについては、個人レベルの評価や変化が、本人やFaに説明するにも分かりやすいと思うが、実際の導入にあたっては既存のシステムからの変更を職員に周知することの困難さがあると思う。できれば勉強会などを開けるとよいと思う。
91	施設ケアマネと居宅ケアマネの相互理解、ケアマネの基礎研修や専門研修、他施設(特養、GH等)のケアプランの実態も考えて作成されると良い。
92	施設全体でR4システムの認知度が低い。
93	実際「導入までの流れ(今行っていない、行わない方向の施設に向けて)は、～の様になる」というような、導入のための「プロセス、マニュアル」のようなものがあれば試しにやってみて、出来るケースもあるかもしれません。
94	周知されていないのではないかと思います。周知されていれば、もう少し違うのではないかと？
95	従来使用しているケアプラン作成方式で問題がない中、変える意味が見いだせない。
96	スタッフにR4システム研修に参加してもらったが、システムとして良いと思うが書き込み作業を考えると、とても出来ないと言われた。
97	その内容が当施設にあっているか勉強していないので不明であるが、良いものであれば使っていきたい。
98	多職種のR4システムの理解や導入への前向きな気持ちが高まれば、導入を検討していきたいと考えます。
99	稚拙なソフトウェアに大きな問題がある。入力が煩雑、レイアウトのアレンジが出来ないなど。
100	使いやすく価格が安価になればと思う。
101	東京会場など全老健主催の「R4システム」に関する研修等は開催されていますが、都道府県単位で県老健主催の施設ケアマネジャー研修会に於いて、この「R4システム」についての研修をもっとやって頂きたいと思います。実際に導入されている施設のケアマネジャーより、メリット・デメリット等、生の声を聞く機会があると良いと思います。他施設のケアマネジャーと情報交換する機会がなかなか無い事や、入所者100名を1人で担当していると業務多忙で新しい書式への変更・導入についてはかなり厳しい状況です。
102	動作や行動のレベル化の判断とご家族への理解についての疑問を感じます。

103	当施設では介護支援専門員は介護福祉士であり現場の人間です。支援相談員が介護支援専門員であればインテークの時から家族や本人と接触することができ、R4システムが導入しやすいのですが、当施設の場合、インテークの時に介護支援専門員が参加出来ません。最初から最後までなるべく同じ介護支援専門員で関わりたいので、なかなか導入ができません。
104	当施設の現行の運用では R4 システムを取り入れると稼働率の低下が懸念される。
105	導入検討をしているが北海道での研修等ほとんどなく、検討材料に乏しい状況。北海道でも研修を実施してほしい。
106	導入にあたってのコスト面問題。より詳しくまた情報共有のためにもとても良いものとするが現状での導入(アセスメントに要する時間、スタッフ間の協力態勢 etc)は難しいかと考えます。
107	当方は、複合施設で特養を有しています。ケアマネジメントに関するソフトも同一のものを使用しており、導入となりますと今まで共有できていた情報も分離する形となり、根本的に導入は難しいと考えています。
108	当面導入を考えていない。
109	取り組んでいないので、よく分からない。ICFの視点はリハビリ業界の職種以外は、知識として持つ人は少ない。R4システムは入力者の知識と能力によって、アセスメント内容に差が生じるのではないと思う。どの職種でも同レベルのアセスメントができるようにするには(実用レベルにするには)時間がかかります。
110	内容的には優れたものであると思うが、あまりに遅すぎる開発であった。どこの施設でも介護保険スタート時からケアプラン作成に関わるマネジメント方式のソフトなり様式なりを導入し、必要に応じて改良してきた。包括的な自立支援プログラムから R4 システムまでにいたるまでのブランクはあまりにも大きく長い。包括式をもっと早い時期に見直すべきだと思う。新しいケアマネに引き継ぐ時に導入の可能性があると思う。
111	入所者 100 人につき 1 名配置とされているような職種は多くの労力を必要とし、継続性が乏しいと考える。また継続性があっても変化なしが続くような気がする。
112	配布版を試用した事がありますが、非常にやりにくいソフトですね。いっそアレンジしやすいエクセル等で作成した方が良かったのでは？あのソフトである限り導入はあり得ないです。
113	パスワード等入力をしたがダウンロードが上手くいかなかった。マニュアルも確認済み。
114	パソコンにデータを書き込むことが大変。ADL の項目(できる、できない等)を選ぶ部分では細かいところまで読み込んで行う必要があり、覚えるまでに時間がかかります。その他の職員への説明もなかなか難しく、理解を得るのが現段階では難しいです。
115	非常に優れたシステム。見習うべき点が多々あります。在宅復帰が平均 30%を超えている当施設としても見習うことは多々ありますが、導入して飛躍的に数値が上がることは見込めず、導入には至っておりません。
116	非常に良い面もあるが、他のシステムを利用検討している。
117	平成 22 年 11 月の資料を見ておりますが、A-1 インテーク＝ニーズアセスメント・シート、実行状況の評価及び見直し判定、施設ケアプラン総合計画等分かり易いと思っております。現在独自に取り入れているものと似通っている部分もあり、努力すれば移行できそうな部分もありますが、A-2 適正アセスメント・シート、A-3 生活機能アセスメントに於いて、現場の余裕が無く、精神的・身体的・経済的なことから困難な状況です。
118	便利なシステムと思われるが、R4 システムを導入する余裕がありません。
119	まず現場に沿ったシステム理解ができるかどうかだと思います。現在平成 24 年 1 月～11 月の間は職員の異動などで職場自体が安定せず、新人育成に時間を費やしました。利用者の安定、職員の定着が優先課題です。
120	まだ具体的な R4 システムのアセスメント内容等が分かっておりません。
121	老健もそれぞれに規模や主に担っている機能、特徴の違いがあるため、全国の老健で R4 システムを定着させることの難しさを感じます。
122	ワイズマンがソフトとして販売しない限り導入は難しい。

123	私達の施設では、どの様式を用いてもケアマネジャー以外のスタッフの理解不足が大きく、問題となっている。H24年現在、ようやくMDSにより根拠あるプランの内容が浸透したことから、しばらくの間、R4システムの導入は考えていない。
124	以前R4システムの研修に参加させて頂き、インテーク、アセスメントの重要性を再確認させて頂きました。現在ソフト導入はまだ考えていませんが、アセスメント等、着目する点につきましては、独自の方法なりに活用し、(考え方)事前の情報をいかに共有するかによって、入所後のリスク軽減に繋げ、取り組んでいるところです。
125	一時期ほどR4システムについての研修がなくなり、全体的な浸透性が薄れているのではないかと？利用者アプローチに対しては有効であり、分かりやすい書面で導入も検討してきたが、情報の少なさを感じる。(以前は今後は増えていくとの声が多かったが、現在ではあまり聞かなくなった)。
126	何が問題かといえば、アセスメント、課題分析ができていないこと。システムを変えたところで、やる側が分かっているなければ意味はない。システムではなく、人への指導をしっかりと欲しい。
127	各職種間のデータの統合、それに伴うアセスメントは施設全体としての連携・変革が問われるものと思われます。日々の業務で忙しい中、R4システムを導入するためには課題をクリアしてから臨む必要があると思います。
128	学習会等に参加すると、R4システムを使いたい施設があることをよく耳にしますが、問題としては上長の理解が得られないことが一番にあるようです。その他に現場介護員の業務が多くなると思いこむ等々…面倒なことは行いたくないという風潮があります。その点の解決策があれば知りたい。
129	管理者や上位職員だけでなく、R4システムの勉強会が必要に思う。
130	既存のシステムにかえて導入に踏み切るまでのメリットを確認、理解できない。
131	既存のシステムを使用していて大きな問題が生じていない。しかし書類作成に時間と手間がかかるため、今後は別システムへの移行も視野に入れている。
132	近隣の老健では導入しているところがない。
133	研修で見聞きした限りにおいては、対象者の状態変化の把握や目標設定するにも大変分かりやすいシステムだと感じているが、ソフトウェアを入れ替えるとなると大きな決断が必要。
134	現行のシステムからR4システムに変更した場合の施設側のメリットが不明瞭である。
135	現在R4システムを導入する予定はないのですが、今後R4システムに統一していく方向なのでしょうか。またR4システムにより、在宅復帰率の向上が見込めるのでしょうか。
136	現在の方法で問題はないので考えていない。
137	現在ワイズマンを使用している。このソフトと連動できないと実用性がない。
138	現状で特に問題がないので、このまま行くと思います。
139	今のところ特にありません。
140	在宅支援サービスが充実していないため、R4システムを導入することは困難と思われます。老健の本来の目的が現状とは異なってきていると思います(地域性もあり)。在宅復帰は非常に難しいのが現状です。
141	在宅復帰の少ない施設で、家族・本人のニーズがなかなか見つからない。むしろ家族は看取りまで考えていることも多いです。R4システムにしても活用が乏しい情報になりかねない。
142	在宅復帰可能な利用者でも、ご家族側の受け入れ体制や意志で、できないケースが多い。
143	在宅復帰率を上げることは理想ですが、実際入所されてくる方は介護量の多い方、老老介護の方が多く、国の制度もますます厳しくなり、システムを導入したからといって在宅復帰率、回転率が上がるというのは疑問に思います。介護保険上も見直しが多く、不完全なシステムだと思います。
144	試してみましたが非常に面倒だったそうです。誰でも手軽に使えるものでないと普及しないと思います。
145	事務や金銭的にも途中で変更するのは困難である。

146	自分の施設の問題点として、多職種協働ができていない。上も含めスタッフで理解できていない人がいるという現状なので、導入したいと思ってもできない現実があります。ケアマネジャーの意見が通りにくい現実もあります。
147	実践講習会を近隣で行ってほしい。
148	実用版テキストを熟読しているが、様々な理由で導入には至っていない。全体から見て何割くらいの施設が導入しているのか知りたいです。
149	書類が多くなるのが大変だと思われます。またインテークの時にかなり時間を取られるように思います。動作の分類(絵)の職員の共通認識が難しいように感じます。
150	絶対に必要で老健協が導入に対して勧めていくのであれば、経営者側へのアプローチをお願いしたいと思います。
151	全国的にどれくらいの施設が R4 システムを導入されているか知りたいです。
152	全老健機関誌では R4 システムは開発途上、現場でより良く修正してほしい等と書かれていますが、システムをアレンジして積極的に導入できる余力のある施設は何とかなるかもしれない。余裕のない施設は様子眺めとなり、長年慣れ親しんできた「包括方式」を継続する施設が多いのではと考察します。R4 システムに切り替えるには、現場の身体的・精神的・経済的負担というものを極力軽減する必要があると思われます。
153	素晴らしいシステムだと思います。
154	総合計画書とリハビリ、栄養計画書の同意の住み分けや書類整備の具体的な保証に不安がある。
155	多数の利用者を受け持っているので、切り替えたりデータ整理に費やす時間が多くなり、業務に支障をきたすと思われます。R4 システムの研修に行きましたが、現在のアセスメントやモニタリングをイラスト形式に分かりやすくされたものと理解しています。各部門の連携は図れると思います。
156	多方向からアセスメントができ、一人のケアマネジメントを行う上では非常に便利なシステムだと思う。ただし 90~100 床の利用者をケアマネジメントする上では時間がかかりすぎる。
157	単独版での使用を検討しましたが、単独版は PC 上で使用するには効率が良くないかな？と感じました(費用上等の問題より)。まずは紙調査での使用を考えましたが、現行のやり方を大きく変えるには相応の体力も必要で、今のところ三団体式の継続使用のままになってしまっています。
158	当苑では、インテーク:ニーズアセスメントシートを少し改善して使用しています。インテークを大事にする為、「プレ・インテークシート」を入れてご家族との関わりを持っています。生活機能アセスメントはレベルを記載する等、使いづらさがありますが今後「R4 システム」の考え方で補強していきたい。
159	当施設での導入は行っていません。R4 システムの意義をしっかりと理解し、生かせるものであれば導入も考えていきたいですが、現在の包括的自立支援プログラムでも、自立に向けての支援に取り組んでいると思っています。
160	当施設で確立されているケアプラン立案・評価方式があり、それによって特に不自由を感じていないので、R4 システム導入に積極的になれない。
161	当事業所は平均介護度 4.0 前後で推移しており、認知症も重度化しつつある。センター方式、N 式、リハビリテーションアセスメント以上に、R4 システムが認知機能の把握ができるツールであるとは考えにくいので、現在のところ導入する予定はない。
162	導入するまでの職員への周知が大変なため、導入するまでに至らない現状があります。研修会等で実際に導入した施設のスタッフの取り組み方等を教えてくださいと嬉しいです。
163	導入にあたり検討前のシステム勉強中です。
164	導入予定はありません。
165	難しいイメージがあり、導入する際は現場職員の理解を促すフォローが必要になります。
166	認知症の内容が薄い。
167	認知度が低いので、多職種の理解も得られにくい。

168	法人として全く話に出ないので、どうにも出来ません。
169	法人内の他の施設との同一歩調がありますので、施設独自には決められない問題がある。
170	本もあり研修へも参加しましたが、まだ実施していません。CM へは実施できるか確認しましたが、グループ全体のことなので難しいとのこと。今年度システム入れ替えで R4 システムは入っています。
171	利用したことがなく、内容不明なため、課題等について不明。
172	利用価値は十分にあると思うが、ワイズマンで網羅されている以上(包括式)、R4 システムを利用するとそこだけが切り離されてしまう気がして、現状では利用しにくい。
173	理解が不十分です。
174	良いシステムですが、今のシステムに R4 システムを入れられない。サポートする会社が多ければ検討したいと思っています。
175	良いものだと分かっているが一から取り入れていく時間と労力…書面も監査上認められるものなのか等々…足踏みをしながら周りの施設の動きを見ている状況。もっと現場に即した研修や実践報告、実際にうまく取り入れているモデル施設の見学実習のような機会があればと思う。
176	老健は三団体を使用しているところが多かったと思うが、三団体でうまくいっていない施設は R4 システムを試してみた方が良いと思います。当施設は三団体を工夫してうまくいっているため導入の予定はありませんが、システム的には R4 は非常に理想的で、もし当施設が三団体で行き詰まっていたら導入していたと思います。

## 7. 在宅復帰率・回転率を上げるための取り組みについて

### 【全面的に導入】

1	(1)インテーク時の説明。繰り返し利用ができる事。(2)短期集中リハビリ希望の方を優先的に入所。(3)地域への広報活動、連携病院や地域包括など。
2	(1)インテークの重要性。(2)ケアの質向上(多職種協働含む)。(3)退所へ向けたサービス調整。(4)短期入所枠の増加。
3	(1)インテークの段階で大まかな方向性について話し合いを行っている。(2)リハビリスタッフ人員配置と生活リハビリ導入。
4	(1)居宅支援事業所への情報提供。(2)インテーク時点での在宅支援の施設だとうご理解いただきたい。
5	(1)入所段階から在宅復帰に向けた取り組みのひとつとして、ご家族様との面談を多職種を交えて行っている。(2)ケアプランの実施と評価を意識づけて行っている。
6	(1)リピーターの確保。(2)在宅に向けた入退所前のカンファレンスの実施。(3)在宅復帰を視野に入れた初回相談。(4)在宅ケアマネにまめに情報を伝える。(5)退所前後訪問。(6)職員のモチベーション向上。(7)サービス担当者会議への家人と本人参加。(8)本人、家族と定期的にカンファレンスをして満足度の向上。(9)介護指導を家族に行う。(10)医療ニーズが高い利用者の受け入れ。(11)家族に情報書の記入をしてもらい本人の意識付け。
7	(1)利用の問い合わせや、インテークの時点から、老健の主旨を説明し、理解して頂けるようにする。(2)在宅へ戻ってからも繰り返し入所の受け入れが可能である事、ショートステイやデイケア(その他介護在宅サービス)の利用について説明し、在宅介護の不安が少しでも解消できるようにする。(3)少しでも在宅復帰の可能性があれば、本人・家族と何度も面談し話をすすめていく。
8	(1)老健と在宅の繰り返し利用をご家族に勧めている。(2)家族参加型のケアカンファレンスを毎回行っている。1ヶ月目、3ヶ月ごと。
9	(1)在宅生活を送るための徹底したニーズ把握。(2)家屋調査を基にリハビリテーション専門職のリハビリテーション以外に、介護職・看護職による日常生活に即した生活リハビリテーションの実施(トイレの動作自立獲得など)。(3)在宅生活を試みて、生活困難な場合の再入所支援。定期的短期入所受け入れによるレスパイト支援。(4)夏期・冬期など環境が厳しい時期に施設入所をする在宅施設間交互利用の斡旋。
10	(1)職員に多職種協働、施設の方針等について教育する。(2)外部関係機関(MSW、居宅ケアマネジャー等)にも当施設の方針を周知させる。(3)利用者とその家族に相談(面談)の段階からしっかり方針を示し、入所後も機会あるごとに在宅復帰を意識していただく。各訪問指導を確実に実施する。
11	(1)相談員をじっくり育てる。(2)居宅介護支援事業所、急性期病院の地域連携室等と顔の見える関係を築く。(3)年間の入退所計画に沿って到達すべき数値目標を明確にする。(4)利用定員の一定割合(20%ほど)をショートにあてることで、長期入所者の延べ数の分母が小さくなるため、回転率としては上がる。在宅復帰率については看取りをしているかどうかの影響すると考える。
12	(1)入所後、自宅訪問をなるべく実施し、家族にも在宅介護を意識してもらうように対応している。(2)退所があるとその都度在宅復帰率をチェックし、今後の対策を検討している。
13	(1)入所前後訪問、退所前後訪問を話し合い、実施している。(2)入所時、家族参加のカンファレンスを実施し、方向性の確認と在宅に帰すという老健のスタンスを説明。(3)入所後2週間~1ヵ月で本人を評価し、各職種話し合い後、家族を交えて結果説明している。
14	(1)入所前訪問の実施。(2)入所時に医師(施設長)から家族へ老健の役割の説明。(3)再入所者をリピーターとして、在宅と入所(短期)を繰り返し、利用しやすい状況を維持する。
15	R4システムの導入。一般フロアはユニットなので在宅復帰の方とショートの方を1つのユニットに集める。
16	回転率を上げようとすると、入所率が下るのでなかなかコントロールが難しいです。営業努力が必要になると思います。
17	高齢者地域で、在宅介護困難な家族が多く、困難な現状である。

18	今後の課題です。
19	ご家族への介護指導を施設の環境だけでなく、自宅で実施している。(より具体的な介護指導の実施)
20	在宅介護サービス体制の充実。ショートステイ送迎エリアの拡大。
21	在宅療養を支えるための2～3ヶ月の入所をミドルステイと名称・定義付けし、職員のみではなく地域のケアマネジャー等に打ち出すことで、地域の理解が得やすくなり目的を明確にした入所が増えた。
22	再入所していただけるよう退所の時から老健の相談員が中心になり、居宅のケアマネジャーに働きかけている。老健主導の在宅ケアマネジメントを行っている。
23	直接・在宅復帰につながる部分をシミュレーションし、本人・ご家族様により伝わるよう、システム化しています。また「在宅療養を施設全体でバックアップします！」という姿勢をご家族様に伝え、信頼と安心感を持っていただけるよう取り組みを始めたところです。
24	ショートベッドの稼働。インテーク時の重要性。
25	入所計画表(在宅支援版)を作成し在宅に復帰することを目的とした短期間の入所の受け入れに取り組んでいる。
26	入所の際、入所期間を3ヶ月限度に伝え、老健の使命や主旨や役割をわかった上で入所して頂いている。
27	パンフレット自体、老健の入所相談から退所までの流れをクリティカルパス用にして作ってある。近隣の病院CM等に「在宅復帰に力を入れている」旨伝え、だいぶ浸透してきた。施設の方針として「リハをして在宅復帰を目指す方」「特養では対応できない医療依存度の高い方」をメインとし、「介護のみ必要な方」は他の資源を使って欲しいと全利用者へ通知した。
28	病院や事業所との情報交換など。
29	老健は中間施設と認識しているが、入所→退所→ショート→デイケアの繰り返しは、医師や看護師などの要員体制上、難しい。
30	私達の施設は病院からの入所が多く、又、入院されるという方もおられ、なかなか在宅復帰率が上がりません。その為に、カンファレンス、ケアプランチェック表の利用、早期家屋調査など、ひとつひとつに力を入れています。R4の総合計画書にはケア内容について介護の方に1つでも2つでも考えてもらうことを始めました。少しでもその方にあったリハビリやケアを行い、在宅につなげたいと思います。
31	一番最初のインテーク面接での話し合いが大きなポイントだと考えます。そしてリピーターとして再入所も視野に入れた退所指導も大きな要因として取り組んでいます。当施設は開設して14年目になりますが、これまで年間で在宅復帰率50%を下回ることはありませんでした。地域との交流を図ることでインフォーマルサービスの充実を図った在宅支援も大きな要因となっています。
32	夏冬など繰り返し利用をしていただけるような方を確保できるように、在宅復帰時にCMと連携を取っている。
33	家族との会話を増やす。入所面談時に退所についての考えを聞きとる。
34	家族との関係を良くして信頼してもらえるようになると、スムーズに話が進むことが分かってきたので、声かけを多くするように心がけている。
35	家族との信頼関係の強化。
36	家族面談時に毎回今後の方向性を検討しています。本人様に合った施設の検討をしています。
37	介護老人保健施設の役割を家族に説明して理解を促しています。
38	現状出来ていません。
39	在宅扱いの施設への退所も含めて、入所時に決めている。有料老人ホームや高専賃、サ高住等。
40	在宅復帰目的の方をスピード良く受け入れ、在宅支援機能を強化しております。またそのプログラムを作成し、それに則って支援しております。
41	在宅復帰率を上げるよう、入所時より取り組み始めていますが、骨折や梗塞、心疾患等で病院へ転院し、退所という型(タイプ)の方が多数で、なかなか復帰率につながっていかないのが現状です。他施設の良い事例をぜひ学ばせて欲しいと思います。都会ではサ高住も多くの問題が発生している。
42	新入所時に家族からの聞き取りを強化し、3ヶ月に一度家族面談を行っている。

43	入所面接時から在宅復帰のお願いをする。そして入所時から在宅へ帰るための準備を進めていくよう、居宅 CM・家族と連携を取っている。また退所後も再度当園へ入所やショートステイの利用も可能なことは伝えてるので、家族としては少しでも安心して退所できていると思う。
44	老健としての原点へ帰る。

### 【一部導入】

1	(1)インテーク、アセスメント時より長期的・中期的ビジョンの把握を行っている(入所前より退所指導)。(2)在宅復帰希望者・リハビリ等利用目的が明確な方の優先入所。(3)入所後 2 週間、3 ヶ月のサービス担当者会議への家族様の参加。(4)施設の基本理念・基本方針の周知(職員・利用者様・家族様)。(5)リピート利用の促進。
2	(1)インテーク時に入所期間の希望を聞き取り対応する。また、期間限定での入所希望される方を優先にし、リピート利用に繋げる。(2)入退所を繰り返して施設利用して頂けることを伝え、少しでも状態維持に繋げ、在宅生活を継続して頂き、ターミナルまで施設で関わっていくよう働きかけている。
3	(1)インテークの際に在宅復帰時期を決めて入所してもらうことを以前に比べると実施している。(2)在宅訪問を行い退所後のフォローを行う。通所、ショートにつなげ、リピーターを確保する事。
4	(1)インテーク段階から、本人・家族・居宅 CM と一緒に退所後の生活への準備をすすめている。(2)在宅目標時期を明確に設定することで、本人・家族・居宅 CM と施設とで具体的な準備を進められるよう工夫している。(3)3 ヶ月、6 ヶ月先までの復帰率、回転率の予想を立て、シミュレーションを行い、本人・家族と退所時期の微調整を行っている。※常に本人・家族との信頼関係のもとに行っています。
5	(1)主に相談員がやっていますが、居宅のケアマネとの連携を取り、居宅に帰った時に大丈夫なようにしている。(2)家族介護教室を定期的で開催し、自宅での家族の介護不安の軽減を図っている。(3)家族に在宅で暮らせる方法を具体的に説明している。また居住環境やアドバイス等を行っている。
6	(1)家族への説得。(2)居宅ケアマネとの連携。
7	(1)家庭退所が困難な方は、住宅型有料老人ホームへの入居を勧める。(2)退所時のインテーク(リハビリ、相談員等)を行い、在宅の住環境の整備を行い、在宅生活を支援する。
8	(1)カンファレンス時に家人の参加をお願いし、問題点について話し合う。(2)往復型の対応ができるようなベッドの調整、在宅サービスとの連携。
9	(1)ご家族とのコミュニケーション、情報提供。(2)カンファレンスをもつ。(3)目標に沿ったリハビリの提供。
10	(1)在宅復帰委員会を設置し、家族へのアプローチ方法等を検討している。(2)自宅の環境確認。(3)リハビリでの成果を家族に見て貰う等の実施。
11	(1)在宅復帰プロジェクトの導入。(2)定期的な入所と在宅を繰り返し行う(リピート利用者の確保)。(3)フロア対応による生活リハビリの実施。チェックシートを利用し、個別の生活リハビリを行う。
12	(1)在宅への退所者数を増やす。(2)計画的な退所者数を、ケアマネジャー・相談員と共に情報共有しながら予定する。(3)入院等の情報は、早めに共有する。(4)老健の役割について、併設病院職員にも理解してもらう。
13	(1)施設利用者の利用目的と今後の方針を決めて施設利用を願う姿勢で対応するも、独居老人、老老介護者の申し込み、また金銭的支援が受けられないケースが多く、やはり金銭的余裕があるかどうかにより方向性が決まり、長期滞在型利用者にもつながっているのが現状です。在宅復帰用件である在宅箱物サービスを検討する必要性も出てきているが、「ヒト、モノ、カネ」の問題がある。まずは有料との業務提携と連携が重要である。(2)在宅復帰可能者と他施設待機者との分けしたサービス計画。
14	(1)重度化・長期化しないように新規入所者の選定を判定会議の中で話し合い、利用目的を明確にする。(2)疎遠にならない家族関係を維持(面接、面会、行事、手紙等)。
15	(1)ショートステイの活用(今まであまり利用されていない隣接の特養ショートを利用していた)。(2)入所前の説明(老健の役割)の徹底。

16	(1)出来るだけ地域や家庭で生活を送りたいという方を優先的に利用して頂いている。(2)病院から短期集中してのリハビリ希望の方を受けている。
17	(1)トップマネジメントの理解、施設の方針とバックアップ。(2)在宅介護支援サービスの確保(一般入所、短期入所、通所リハでの)。(3)各専門職の在宅復帰へのノウハウの蓄積。
18	(1)入所時より在宅復帰に向け具体的なケアプランの立案。(2)入所前後訪問、退所前訪問、退所後訪問を積極的に実施。(3)適宜カンファレンスを実施。多職種との連携。(4)職員のモチベーションの維持向上。(5)自宅に帰れるよう支援。
19	(1)入所相談の時点から老健の役割について説明を行い、納得した上で入所して頂く。又、入所時にも理事長・施設を始めとして多職種での説明をする機会を必ず持つようにしている。(2)入所前後訪問、退所前訪問、退所後訪問等の各種訪問を積み重ねていく事で、利用者・家族からの信頼・安心感を得られ、在宅復帰へと繋がっている。(3)退所後のプランを提示し、自法人で行っている通所リハや短期入所等のサービスを活用している。
20	(1)家族との定期的な面談・意向の確認。(2)利用者の状態にもよるが、真夏・真冬をさげ、家族の負担も軽くしている。
21	(1)在宅環境と家族介護力の確認。(2)在宅復帰時の具体的なサービス利用内容・スケジュールの提示。
22	(1)在宅復帰を目指す利用者を優先して入所させる。(2)入所相談の時点から退所時期の相談もしていき、早期に在宅復帰を目指す。(3)レポート利用を大切にする。(4)在宅ケアマネジャーとの連携を密にする。(5)入所後早期に在宅訪問し、在宅での生活を意識させる。
23	(1)在宅復帰検討委員会を立ち上げた。週一回委員会を開催し、在宅復帰者の検討を行っている。(2)入所時在宅復帰の意向があれば、入所後訪問指導を行っている。
24	(1)入所時より在宅復帰に向け具体的なケアプランの立案。(2)入所前後訪問、退所前訪問、退所後訪問を積極的に実施。(3)適宜カンファレンスを実施、多職種との連携。(4)職員のモチベーションの維持向上。(5)自宅に帰れるように支援。
25	(1)利用者の状態を密に知らせるなど、家族との情報共有を図る。(2)毎月の目標を明確にして調整する。(3)地域の病院の地域連携室と密な情報交換を行う。
26	ICF に目を向けた取り組みを行っている。
27	R4 導入のためのプロジェクトを立ち上げ、全職種で取り組み、在宅復帰への意識付けを行っている。
28	家族の在宅介護受け入れマインドの向上に向けて、多職種協働で取り組んでいる。支援相談員より在宅介護を懇切丁寧に説明し、励ましができるよう取り組んでいる。
29	現在 2 名程、3 ヶ月ごとに期間限定で入所者を確保しているが、他はいない。
30	ご家族との面談頻度を上げ、信頼関係を築くよう努めております。
31	この間の集計結果を是非公表してください。参考にしたいと思います。
32	ご家族とこまめに面談する。機能別ユニット化。パッケージプランの提示。(SS と DC の組み合わせをカレンダーにして。)
33	在宅復帰が可能かと思われる場合、外出や外泊を試すなどして本人や家族の不安軽減に努めている。在宅復帰が困難な場合、利用者の状態、状況に応じた施設申請を進めている。本人や家族との 3 ヶ月に 1 回のカンファレンスを実施。
34	在宅復帰支援会議を月に 1 回ずつ開催し、各職種や職員間の連携と在宅復帰の意識づけを行っている。有料老人ホームやグループホームへの退所も積極的に働きかけている。
35	在宅での生活不安を軽減する為、退所前カンファレンスに家族を含めなくてはならない。在宅で生活出来る環境をつくり、一定在宅で過ごされたら再度受け入れもしている。入所受け入れの際、老健の役割を説明している。
36	在宅復帰、回転率を上げる為、リハビリスタッフを強化し取り組んでおりますが、やはりベッドの稼働率を優先せざるを得ず、ベッドの稼働率が 100%に近くなった時に施設と併設の病院と連携し、相談員間で調整を促しています。

37	在宅復帰型利用者を“繰り返し利用”“季節限定利用”“単発利用”“期間限定”の 4 つのパターンでニーズを把握し、計画的なベッド管理を行っている。
38	在宅復帰出来そうな利用者が、確実に在宅復帰できるような取り組みを昨年から行っています。長期入所→当施設のショートステイやデイケア→長期入所等。
39	在宅復帰率・回転率よりも入所率優先で行っている。
40	施設職員が利用者様とその家族様に寄り添い、一緒に介護する姿勢で対応(向き合う)ことで在宅復帰の機会(チャンス)が見つけれられるように支援を行っている。
41	施設でのリハビリ・生活リハビリの進捗状況、日常生活を頻回に伝え、家族に在宅生活で問題になっている事を聞き出していくようにしている(外出・外泊を勧めている)。
42	施設を利用される際には、本人やご家族様に施設の方針として在宅復帰を推進している旨を説明し利用して頂く。退所後のサービスについては、相談員を中心に本人や家族の負担のかからないようにサービスをつなげていく努力をしている。
43	ショートステイの確認をした上での ENT 支援。
44	ショートステイ枠を多くし、退所後もショートで支援出来る体制を作っている。
45	ショートステイ利用者枠の増、利用者確保。
46	生活リハや訓練士のリハビリにより ADL アップし、要支援になった場合も在宅へではなく数少ない家賃低設定のホーム入所、又は養護老人ホームの入所となるが、待機者が多く要支援認定後すぐの入所は困難となっている現状がある。努力不足(家人への働きかけ等)も考えられるが無理強いはず、人手不足も要因と考えられる。
47	当地域は、平成 23 年 3 月 11 日の震災・原発事故の影響で、今までの生活が一変してしまいました。現在では、在宅復帰率・回転率を上げる取り組みが不可能な状態です。今回の震災等で、在宅サービスの利用が最小限に追い込まれた状況の中で、生活されてこられた利用者様が入所された場合には、ご家族様(介護の可能性)・ご本人と相談し、このレベルまでの向上があれば在宅復帰に近づける事を確認しながら、施設スタッフ(PT・看護・介護)で目標に向けて取り組んでいく姿勢でいます。在宅に戻れても、介護者の介護負担が、軽減できて利用者様共々安心できるサービス調整を居宅ケアマネジャーと連携して行い、笑顔で復帰して頂けるように、退所後のフォローアップも大事と考え、支援相談員・ケアマネジャーを中心に行っているところです。
48	なし。
49	入所前から 3 ヶ月後の退所後の方向性を確認している。他施設、有料老人ホームと連携をとっている。
50	入所予約時や入所当日に老健施設の位置づけ、役割について利用者様及びご家族へ説明し理解を得るようにしております。在宅復帰が困難な利用者様へは、特養、老人ホーム、グループホーム、宅老所などの施設について説明を行い、予約をお願いしている状況です。
51	不安感を取り除き進められるよう、リハビリ等にも向き合って頂き気持ちを共有していくようにしている。
52	慢性的な疾患の利用者様が增加する上で、在宅での介護者の高齢率も年々上がってきており、その年代の下は就業をしなければならない年代層の中で、在宅への復帰の率を上げていくのには難しさがある。老健入所の目的と方向性を入所の段階からきっちり的確におさめる必要があると思うが、家族の心情の変化や利用者本人の健康状態の変化等もあり、復帰率を上げる事は難しいです。
53	要介護 1、2 の入所者を対象に受け入れ体制が整い次第、退所指導を行っている。入所前に説明済み。
54	リピーターの獲得。サービスの質の向上。家族との連携(介護方法の指導など)。
55	リピーターの確保。(1)退所後、再入所の確約。(2)定期的なショート利用の確約。(3)居宅ケアマネジャーとの連携。(4)家族との面談・リハビリ状況説明。
56	医療機関併設老健であり、近隣施設と比べると重度の利用者様や他施設での受け入れが困難な方が入所していることが多く、在宅復帰率・回転率ともに上がることは困難なことが多いです。
57	介護支援専門員と支援相談員の密な情報共有と連携。

58	既に入所しているゲストは、本人の病状、家族の理解、環境問題があり、在宅復帰は困難と思われる。現在デイサービスやデイケアをご利用中のゲストを、入所してリハビリを行うことによって在宅へ戻すことにより、少しずつ在宅復帰率を上げていくことをスタッフ全員で計画しているところです。
59	在宅復帰はその地域においては非常に困難な場合が多い。入所時に本当に 3 ヶ月くらいで家に帰る、目標もこれ！というものが決まっていない限りはほとんど行えない。
60	在宅復帰支援施設であることを、地域の関係機関に理解していただいている。問い合わせや相談に来られた利用者家族に対しても、施設の目的を理解していただいた上で申し込んでいただく。退所(在宅復帰)への働きかけを相談員や CM だけでなく介護・看護・リハビリ等のメンバーを中心に利用者・家族・関係機関へ積極的にアプローチを行っていく。相談員・CM で 2~3 名を配置(入所 60 名)して対応している。
61	施設は譲り合って活用していくものというコンセンサスの確立。施設と在宅介護を身近に思ってもらえるようにして、リピート、リピーターを育てている。
62	積極的に在宅復帰率や回転率を上げるための取り組みはしていません。
63	早い段階でのカンファレンス、Fa とのコミュニケーション機会を増やすこと。※問 3 の在宅復帰率について、退所後の連携要件のみ満たしていないため、0%で記載しました。毎月 30%以上あり、MAX50%です。
64	当施設は、原発に伴う避難地域に町内指定されているため避難者を多く受け入れており、在宅復帰率や回転率などに取り組める状況にない。職員採用もなく、当施設のような状況にある施設もあることを理解して欲しい。
65	当施設は利用者中心で物事を判断する方針で取り組んでいます。過疎地域でサービスが整っていない中で在宅に帰ることのできる利用者は限られており、それを無理に帰すような取り組みはしていません。地域包括ケアシステムが何とかできる体制づくりが必要かと思えます。
66	特にありません。ぎりぎりまで独居、高齢者世帯で頑張っておられての入所の方が多く、在宅復帰の見込みのある方は少ないのが現状です。有料老人ホームへ一度(3 ヶ月程)入所していただき、再び入所をしていただくことも勧めますが、料金が高くなることで利用される方は少ないです。
67	入所時点での利用者様、ご家族様との利用目的の確認を徹底し、共通認識を深めることを重視しています。在宅でのフォローアップ強化のため、通所リハビリ、訪問リハビリへのサービス強化を行い、在宅支援のサポート体制の整備に取り組んでまいります。
68	入所前後訪問、退所前後訪問に取り組んでいる。重要事項説明(入所前)。入所後に家族へ身体状況の説明の場を持つ。日を決定する(2 ヶ月を目安にする)。居宅ケアマネジャーと連携し、会議の場を持つ。
69	入所相談時のご家族への理解を得るアプローチ。
70	被災地のため、戻る自宅がなく仮設暮らしになってしまう。また人口の流失もあり、回転率を上げるのも困難な状況。
71	平成 23 年に新設となった施設です。未だ積極的な在宅復帰や回転率への取り組みは行えていません。今後他施設の事例等参考に取り組んでいきたいと思えます。※できれば在宅復帰、R4 システム導入の成功例の研修等があると大変参考になります。
72	法人内ネットワークの円滑運用と、地域の同業他社への支援体制の構築。
73	老健から老健への転退所が困難になり、有料老人ホーム等への入所の在宅サービスを紹介する機会が増えていきます。これが本当の意味で在宅サービスといえるのか、疑問に思えます。

【導入検討中】

1	(1)「R4 システム」導入を前提として、1 年半前より毎月1回定例で主任クラスの勉強会を開催しています。現在はソフト導入の検討をしており、4 月には業者による施設全体の勉強会を実際にソフトを使用して実施する予定です。(2)インテークの段階で多職種が事前訪問をし、ニーズを引き出す。また退所前には自宅を訪問し、自宅でのニーズを引き出す、評価する体制作りをしています。また在宅復帰フローを作成し、職員への意識の可視化に努めています。
2	(1)安易な入院は行わず、できる限り施設での対応を行い、看取り介護も実施しています。(2)認知症：短期集中リハビリ(3ヶ月)を積極的に行い、クリニカルパスに沿って安心して在宅へ戻れるよう取り組みを行っています。(3)地域の病院・連携室との連携を行っています。
3	(1)外泊のお勧め。(2)家族会での説明。(3)外出・外食等の社会的リハビリ。
4	(1)各職種の業務改善。(2)家族に理解を得るため家族会の実施。
5	(1)各職種の業務改善。(2)家族会の実施。家族に理解を得るため。
6	(1)カンファレンスへの家族参加。(2)退所前訪問時、入所者も同行。(3)リハスタッフの増員。(4)口腔ケア強化による肺炎の減少。(5)地域の在宅関連施設との連携。
7	(1)カンファレンスへの家族参加による合意形成。(2)在宅復帰支援パスの導入検討。
8	(1)ケア方式の工夫(学校方式)。(2)オムツゼロ、経口摂取の取り組み等。
9	(1)計画的に会議の開催を実施している。(2)家族様への打診、意識づけをしている。
10	(1)ご家族との話し合い。(2)リハビリ強化。(3)退所後の協力、アドバイス等。
11	(1)ご本人・ご家族の意向の確認。(2)電話、FAX、面談等にて居宅ケアマネジャーとの連絡、情報の共有を図る。(3)施設内、多職種間の情報の共有を図るため、毎日の申し送り、定期的カンファレンス等を開催。
12	(1)在宅復帰可能な待機者の確保と居宅事業所との連携。通所 SS などの在宅サービス利用は必須となる為。(2)実施調査で実際の家庭環境、住環境の確認を専門職と同行して行き、入口の段階から情報を収集していく。(3)在宅⇄施設の繰り返し利用。
13	(1)在宅支援困難者へケアハウス、グループホーム、有料老人ホーム等の空床案内を行う。(2)ご家族ご利用者へのこまめな面談を行い在宅復帰への不安を聴取し、解決に向けて他専門職をまじえ検討しアクションを行う。
14	(1)在宅復帰に関する研修会にはできる限り現場職員と共に参加をしている。(2)入所前の家庭訪問を行って、リハスタッフと共に自宅の環境を把握している。(3)居宅ケアマネとの連携を強化している。(4)家族に「老健」の役割についての説明を何度も行っている。在宅復帰プロセス、再入所プロセスについての説明にも時間をかける。(5)サービス担当者会議には家族にも参加して頂いている。年 1~2 回。(6)面会時には家族に近況報告し、自宅で介護できる状態像について聞いている。
15	(1)施設としての方針や姿勢の明確化。(2)入所前からの目標のすり合わせ、入り口段階での管理。(3)家族との連携、関係性の強化。(4)職種間の協力と相互理解。
16	(1)新規利用者確保のため、他事業への空床状況の発信。(2)法人内病院との利用者や患者(入院者を含む)の情報の共有を密に行っている。
17	(1)退所前訪問指導の実施。(2)諦めない在宅生活へのアプローチ。
18	(1)多職種協働。(2)トータルケアマネジメント。
19	(1)定期的な家族面談(意向、方向性の確認など)。(2)職種間の情報共有と連携。(3)往復型利用とショートステイの受け入れ。
20	(1)入所 3 ヶ月目を目安に必ず家族の方の参加を働きかけ、カンファレンスの充実を図っています。(2)ケアマネ資格取得者(約 15 名)によるケアマネ会議を毎月行い、施設としての方向性、取り組みを明確化するよう努めています。取得者職種としては、ナース、介護、PT、通所ナース、居宅ケアマネ。

21	(1)入所時に本人や家族に在宅復帰の為、あくまでも一時的に入所される施設であることを強く説明し、在宅と施設を何度でも行き来できることを強調。(2)居宅介護支援事業所へ利用可能状況を打診。
22	(1)入所時の家族への説明。(2)面談時の家族への説明。(3)面会時の家族への説明。(4)在宅サービスとの連携。
23	(1)入所受付時に申込者に在宅復帰の大まかなスケジュールを説明。(2)他施設との連携、事前交渉。
24	(1)入所後訪問をなるべく行うようにし、退所日までの目標設定を行っている。(2)リハビリ・在宅生活希望者の優先ベッドを作り地域からの声に応えられるよう努めている。(3)病院からの退院者も受け入れるようにベッドをとっている。
25	(1)入所時からの在宅に向けてのリハビリ介護のアプローチ。(2)判定会議でのデータ報告と検討。
26	(1)入所の相談を受ける時、及び入所時に利用者及び家族に対して施設の機能(在宅復帰支援施設であること等)についての説明を行っている。(2)入所直後及び退所前の訪問指導等を実施している。
27	(1)入所前から在宅へ向けた取り組みをしている(入所前訪問指導など)。(2)入所中定期的に面談をして、本人の状態の変化に応じた在宅復帰支援を実施。(3)在宅復帰後の支援としてショートステイの活用。
28	(1)病院との連携を図るために運用方法などを検討。(2)地域のケアマネの意見を聞き業務改善をしている。
29	(1)リハビリテーションの強化。(2)栄養状態の把握。(3)在宅復帰に向けて家族への現状の説明。
30	(1)リハビリ効果が高く、在宅復帰の可能性が少しでも高いと予測される急性期病院との連携を高め、相談があれば可能な限り早く受け入れている。→支援相談員がMSWや居宅CMと勉強会や懇親会等を通して強く結び付いている。(2)利用前の申し込み・説明時、利用目的を把握して老健・在宅復帰について理解していただく。(3)入所後訪問を実施し、入所当初から在宅を見据えたリハビリを実施している。(4)各職種が普段から仲良く、随時情報交換し、本人・家族の最適状態(時期)や本音をくみ上げて共有している。(5)退所後は短期入所や場合によっては再入所も可能なことを説明し、安心感を持っていただく。
31	(1)在宅ケアマネジャーとその都度連携をとることで、利用者・家族に安心して頂くように心掛けている。(2)在宅復帰用のショートステイベッドを用意し、介護負担軽減と、リハビリを提供している。(3)外泊練習時に車椅子やスロープの貸出しを行い、介助方法を家族に説明している。
32	(1)在宅で過ごす期間をある程度決め、施設と在宅を行き来できる体制にしている。(2)プラン更新時期に在宅復帰に向けた話をし、意識付けを行っている。
33	(1)在宅生活困難者へ、ケアハウス・グループホーム・有料老人ホーム等の空床案内を行う。(2)ご家族・ご利用者へのこまめな面談を行い、在宅復帰への不安を聴取し、解決に向けて他専門職を交え検討し、アクションを起こす。
34	(1)在宅復帰に向けて、自宅の環境に合わせたリハビリメニューの作成。(2)在宅ケアマネジャーとの情報共有や連携。
35	(1)掃除をしスペースを作る。(2)どのフロアも同じ仕様にする。(3)ポリバレンタに働けるようにしていく。(4)判定会議にきちんと情報を集め、正しく判定する。(5)通所を減らす。(6)45%は施設間移動でfamilyを支える。
36	(1)他職種が情報を共有し、あらゆる角度から情報の収集・検討を行い、有効な援助を行っていく。(2)在宅復帰にあたり生活環境を確認し、安全で可能な限り自立した生活が送れるよう、専門的な立場でアドバイスを行う。在宅復帰後もデイサービスやショートステイの利用をし、家族の介護負担も減らしていく。ショートステイが利用できるように受け入れの体制を整えておく。

37	(1)入所期間を予め決定しておき、入所時に提案する(3 ヶ月くらいが目安)。あくまでも目安として提示する。(2)在宅復帰のために家族が困ること、できることを明確にする。本人の意向も確認する。(3)インタビュー面接での面接記録の見直しの強化と情報共有のためのシステムを見直す。→暫定プランの作成方法。(4)相談員・医師・看護師・介護士他で誰をどのように在宅復帰させるかを年間計画にして取り組む。そのプロセスを評価して次へ活かし、少しでも復帰率・回転率を上げる様に取り組みたいと考えている。
38	(1)入所時～退所までの連携パスを作って、それに基づいて利用者へ説明・理解をとっている(3~4 カ月の計画)。(2)毎月入所者の 1/3 の方を退所者として日程を定め動いている。
39	(1)入所時から方向性を明確にする。(2)家族との関係形成。(3)退所後のフォロー。
40	(1)入所時には二つ以上の他施設の申し込みをしていただく。(2)一旦病院へ入院されても、回復後は受け入れする。
41	(1)入所時に在宅での生活のプランの提示。(2)入所時に医師からの説明で、どこまでの治療を希望するか説明させていただき、書面に記入していただくことで入院退所数が減少した。(3)またターミナルケアの推進。(4)他、在宅系施設との連携。
42	(1)入所時に当施設の機能(終身ではなく中間的役割であること)の説明をし、今後の方針を検討していただくようにしている。(2)安心して退所ができるよう、支援体制の構築に取りかかっています(相談センターの設置、リピーターの受け入れ等)。
43	(1)入所受付時に申込者に在宅復帰の大まかなスケジュールを説明。(2)他施設との連携、事前交渉。
44	(1)入所前からの継続的なアプローチ。(2)在宅復帰後のフォローの確立。
45	(1)入所前に利用者や家族に老健機能・方向性を提示する。(2)在宅での過ごし方を具体的かつ様々な方法があることを情報提供し、選択肢を広げる。(3)他事業所、HP に連絡の都度、空き状況を伝える。
46	(1)入所前に老健としての役割と施設利用の目的を明確にする。(2)ケアプランの内容を充実させるため、通常のカンファレンス実施の約2週間前に多職種(リハビリ・栄養科・相談員・ケアマネジャー・看護介護職員)にて事前カンファレンス(ミニカンファレンス)を行い、ニーズに合った修正を行い、在宅復帰可能な方に働きかけを行う。(3)地域の居宅関連事業所に当施設の役割や在宅復帰支援に向けた取り組みを説明し、ご利用者様の紹介をお願いする。
47	(1)入所相談時に施設利用目的、今後の方向性を決めて利用願う。(2)入所案件増加が必要になる。施設稼働の低下にもつながる。従って本当の在宅復帰者が何人いるかで在宅復帰施設が決まる。リピーターを多く持つことが大切だと思われる。(3)家族への利用目的を明確にさせ、家族参加の方向へ。
48	(1)入所直後、退所前訪問の積極的な実施。(2)在宅復帰に特化したケースカンファレンスの開催。
49	(1)認知・短期集中リハ加算を算定している。在宅復帰へつなげている。(2)サービスの活用。
50	(1)病院との連携でリハビリ目的の利用者を紹介してもらおう。(2)通所・居宅との連携で、レスパイト入所を確保し、定期的な入所利用につなげる。(3)退所後も安心して介護できるようサポートする(ショートステイ、デイケアなどをすすめる)。
51	(1)本人・ご家族との面談を強化し、課題(意向)の抽出、明確化。そのためにロールプレイなど職員の研修の実施。(2)安心して家に戻れるように、退所前の具体的なケアプランの提示。退所後のサービス確保のため、施設全体でのサービス内容の改善。
52	(1)本人・家族への継続的な説明。(2)居宅との連携。
53	HPからの受け入れの強化(特に在宅生活者がHPへ入院となったケース等を中心に)、季節入所者の確保 etc. リハビリ希望者。
54	R4 システム使用で在宅復帰率や回転率には変化がないと判断している。地域のニーズで重度化が多く、本人又は家族の希望で最終までの入所希望が多い。
55	R4 システムに準じたシステムで稼働中である。

56	一般病院、リハビリ病院を訪問し、在宅復帰を検討している患者様への情報提供、依頼。
57	インテークから在宅復帰の可能性を見つける。(2)同法人内の居宅サービス及び、他事業所の居宅サービスとの連携。
58	インテークの際、老健の機能について説明をするようにしている。家族との面談の機会の増加、多職種によるカンファレンスの実施。入所の初期から在宅復帰を念頭において多職種で目標を共有できるように、入所日に多職種での評価、ミニカンファレンスを行っている。また竹内孝仁教授による在宅復帰塾に参加し、相談員・介護職の在宅復帰に向けたアプローチを学んでいる。
59	インテーク面談での説明強化。家族との連絡や連携強化。
60	インテーク時にアセスメントをしっかりと行う。
61	インテーク時より在宅復帰に向け、本人・家族と話をしている。
62	往復型利用の推進。法人内各施設間の連携。
63	往復型利用を進める。
64	夏期、冬期など期間限定利用希望者、リピーターの確保。
65	家族への働きかけ理解と協力をもち、面談や家族会を持っている。再入所できることを担保・保証して、少しでも可能性がないか話し合っている。
66	可能性のある利用者に入所早期より積極的に関わる。入退所前後訪問を多職種で関わる。退所後の在宅サービスの利用への相談など。
67	居宅サービス事業所へ在宅復帰者を中心に利用依頼をお願いしている。
68	工夫ということではありませんが、施設利用にあたってご本人様、ご家族様が事前に在宅復帰を予定して検討し入所する事により対応しています。
69	ケアサービスの質向上に尽きる。地域住民に口コミで評判が広がり、申し込み待機者が常にある。施設間の申し込みにより、在宅・医療系施設からの申し込みも自然増となる。入所前の在宅の指導、意識付け、継続が重要となる。
70	ケアプラン会議、入所検討会議において、在宅生活が送れそうな方に対し、外出、外泊の促しと、在宅退所に向けての指導を行っている。
71	ケースカンファレンス時に本人・Faの同席をしている。インテーク時の説明。
72	研修会にて、結果をあげている施設の取り組みについて学んだ。何から手をつけるか具体的に進める事が出来ていない。
73	現状では特にとり工夫がないです。要介護状態の高度であり地域的に独居率が高く、在宅復帰の困難、要検討の毎日となっております。
74	原則入所時から、利用者やその家族に対し在宅復帰に向けての話し合いを持ち、受け入れを行っている。
75	これからスタートを切るところですので、貴協会からの情報等を勉強して、少しでもご利用者が生活の場に復帰できるように努力してまいります。
76	ご家族と話し合う機会が十分であるかどうかが一番の問題である。
77	在宅と老健の交互利用を希望されている利用者を増やし、デイケアやショートステイをうまく組合せながら在宅生活を支えていけるよう取り組んでいる。
78	在宅に戻る事が目的が明確な方にはその方向で行っていますが、そうでない方には無理強いはいしていません。
79	在宅復帰支援会議も毎月実施している。
80	在宅復帰推進会議毎月1回参加(居宅、ケアマネ、相談員、看護、介護、施設長、事務長、理事長)。

81	在宅復帰のご希望者が少なく、入所の問い合わせも以前と比べて減っていることから、今のところ積極的な退所指導を行ってはいません。
82	在宅復帰フロアを設定し、注力できる体制とした。
83	在宅復帰率だけを上げる事を目指してしまうと、様々な弊害(自宅へ帰る利用者しか入所させない)等が出てきてしまうと思うので、今後家での介護とはどんなものかを家族介護教室を開いて実際在宅で介護している家族も含め話し合う。又は、在宅復帰に関しての相談コーナーを設ける等検討中です。
84	在宅復帰率を上げるための取り組みとしては、リハビリの強化(在宅へ向けて)、栄養状態 UP(ALB、TP、貧血等)をしていくが、ご家族の方の在宅への受け入れが厳しい状況がある。入所相談の対応、病院等への声かけ、相談員のスムーズな対応を心掛けている。
85	在宅への退所を念頭においてカンファレンスを行い、在宅復帰支援を行っている。
86	在宅復帰プロジェクト会議を月 1 回開き、多職種間で現状の入所者の意向確認と復帰率の状況を把握し、共有し施設スタッフ一丸となり取り組んでいる。
87	在宅復帰目的での入所の方であれば、最初におおよその退所日を設けて、支援相談員リハビリスタッフ等、各サービス担当者と連携して、計画的に退所に向けての準備を進めていきます。
88	在宅復帰率の為に在宅に帰らなければならなくなり、利用者や家族に無理な負担をかけることになり、返って利用者の ADL や QOL が下がる可能性がある。又、生活介護が大変になり家族の仕事が出来なくなる。生活が成り立たない。在宅復帰率の為に老健のベッドを空床にして運営せざるを得なくなり、困っている方が多くいらっしゃるのに入所できない現状である。例、100 床でも 60 床しか使えない施設がある。
89	施設入所経過、ADL 変化、ご本人の状態等を把握、ご家族へご利用者の現状を伝えていく事。ご本人やご家族の施設利用の目的に合わせながら方向性を聴取し検討していく。
90	施設入所時より支援相談員やケアマネジャーが本人や家族の意向を伺い対応している。しかし、在宅復帰率は上がり、成果が出ていない。取り組みの仕方では在宅復帰率や回転率が上がるのであれば教えて頂きたいと思っています。
91	実際に何か取り組んでいるかという点、稼働率向上が現時点での課題で取り組めていないのが現状です。
92	次年度に向けて入所検討会のあり方を検討中です。
93	重度化している状況下、なかなかすすみません。
94	小規模老人保健施設医療併設型であるため、医療依存度が高い利用者が多く、在宅復帰に向けて往診、訪看の利用、導入が必要である。
95	ショートステイを多く利用される方の増加。
96	人口 4 万足らずの市に老健 3 施設(200 床)・特養 7 施設(350 床)・他養護・ケアハウス・GH とあり、在宅復帰の社会資源が不足する中で、在宅復帰は非常に難しい状況にある。離島では人口減少が続く、10 年後には今の半分になるといわれている現状では、在宅復帰は難しいと感じています。
97	積極的に利用者や家族と会話する機会を持っている。
98	短期間でも在宅での生活が定期的にできるよう取り組んでいる。
99	短期集中リハビリ効果、期間を最大限に活用し、自施設・近隣施設と情報共有し、在宅に戻られてからも家族・本人が不安を抱かないように、退所支援を行っています。また、通所・短期入所を積極的に受け入れ、老健の特性を活かしています。
100	地域柄冬期の在宅復帰は困難なこともあります。地域特性を活かした介護保険制度改正にも力を入れて頂きたいと思っております。できる限り家族には協力頂けるように説明等を充実させていく予定です。
101	地域的に在宅困難なケースが多く(老人世帯、独居等)、敷居が高いと言わざるを得ず、苦勞している。

102	地域のケアマネジャーの理解(老健と特養との違いや、老健の内容等)によるものが大きい。
103	長期間の入所が主であり、この時は在宅のニーズはないと思って対応していたが、復帰率を高めるためHPなどに在宅復帰をアピールし、在宅希望の方を優先することで在宅復帰が増加。今後も、HPや居宅、包括へ在宅復帰を積極的に行っている事をアピールし在宅のニーズに対して積極的に対応すれば更に復帰率の向上が見込まれる。
104	問 7 について:在宅復帰に向けた取り組み。(1)家族、利用者様の具体的なニーズの把握。(2)制度改正による施設の役割の再確認と家族説明。(3)在宅サービス事業所、介護支援相談員との連携による在宅支援。(4)在宅への訪問指導による施設内サービス(身体介護及び機能訓練)の実施。被災地域の施設であり在宅サービスや家屋状況が整っているケースだけではなく、入所の申し込みについては長期的な特養待機の申し込みが多く寄せられており苦慮しているところではあります。ただ、それだけではなく漁業の復興と共に、漁繁期の特定の期間の希望や冬場の寒さの厳しい期間の入所の申し込みもあり、積極的に対応を行うように調整しております。前述に記載したような在宅復帰困難な方のみ施設で受け入れてしまうと、在宅で頑張っており一定期間のみご利用を希望する方の利用を行うためのベッドがふさがってしまう事から「在宅復帰困難な長期入所」と「在宅復帰可能な長期」のバランスを取りながら調整を行っています。
105	特養が決まった人でも、その前に短期間で自宅での生活を勧める。
106	取り組んでいるがなかなか困難である。
107	入所生活のこまめな情報提供と在宅生活に向けての不安などへの助言や指導。
108	入所前後訪問及び退所前訪問指導、家族、本人、居宅担当者を交えたサービス担当者会議の内容充実に取り組んでいる。
109	入所前後訪問指導の活用と早期の退所援助プランを多職種の見聞きながら作成するようにしている。
110	入所前、入所時に施設の目的、入所期限をしっかりと説明する。入所後にサービス担当者会議を開き、再度施設の目的を説明し、在宅介護の可能性を家族と一緒にしっかりと検討していくようにしている。
111	入所前に方向性の確認を行い、在宅方向の方に対しては入所後訪問を行い、家屋状況の確認を行いリハビリにつなげている。又、在宅サービスについては居宅ケアマネとの連携を図りながら進めている。
112	入所時点で在宅復帰が可能な方はほとんどいません。特に現在は工夫を行っていません。どちらかと言えば在宅復帰への主眼よりも療養環境でのQOL向上を目標としています。
113	入所時に3ヶ月したらという話をしている。同グループでの連携。
114	入所時に当老健の方針等をしっかりと説明して、同意していただくことが大切である。
115	入所時に特養への申し込みをしているか、退所へ向けての取り組みをしていること等、家人へ聞いたり説明をしています。
116	入所時にどんな状態になれば在宅復帰が可能になるか、本人・家族の希望を確認する。しかし、うまくいっていない。本人・家族は、入院前(病気、発作が出る前)の状態を望まれる。
117	入所時に利用者のADLが改善しなくても、施設で入所出来る日数(最長1年)を決定し、在宅復帰パスとして別表をお渡しし説明している。
118	入所前後訪問を積極的に行う事で、家族にも「いつ頃自宅に戻る」という意識を持ち続けてもらえるように、入所段階より強くアプローチしていくこと。
119	入所相談時の面接で、利用目的、利用期間を明確にする。紹介元となる関係機関等に随時施設機能の説明を行う。家庭訪問、担当者によるリハビリ状況の説明、本人・家族の意向確認など担当者会議の時期によらず必要なタイミングで行う。
120	平均介護度も高く、3.8になっており重症者も多く、在宅復帰が困難なケースばかりになっている。

121	併設事業所(短期入所療養介護、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション)と連携を取りスムーズに在宅生活に移行できるよう努めている。
122	併設の居宅事業所や協力病院と連携をとり、調整を図ることにより、回転率を上げるようにしている。また、グループホームや有料老人ホームを活用し、在宅復帰率を上げるようにしている。
123	方向性の確認を行い、自宅が無理であれば他施設、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などの紹介をしています(相談員、ケアマネが実際に見学し状況を提供しています)。
124	他施設の工夫を知りたい。
125	まだ十分な取り組みは出来ていませんが、入所前の利用目的の把握や施設サービス種類、内容について説明、理解を得た上で入所申し込みをいただく事。居宅事業所担当者への連絡、連携をスムーズにするため入所時から本人・ご家族の意向の情報共有を行っています。
126	まだ全くとっていいほど対応できていないが、スタッフに対しての意識付けと入所前後訪問などを確実にし、ご家族にも在宅復帰の理解を持っていただく。
127	リハビリテーション以外で、介護職によるリハビリの実施。それにより利用者のADLの把握、ニーズを引き出し在宅復帰に向けて可能性の有無を確認している。介護方法の伝達を行っている。
128	リハビリの強化。
129	リハビリ力の強化の一環として理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を採用し、在宅復帰時の様々な場面に対応できるようにしている。
130	利用申込時、家族の説明を十分に行う。体調不良による入院を極力抑制するよう健康管理。
131	利用目的の詳細化。
132	老健のあり方は理解出来ているが重度化しており、なかなか在宅へと繋がっていかないのが現状です。
133	医療依存度の高い利用者が多数であり、在宅介護が非常に困難な方が入所を希望されます。
134	一週間に一度、全職種で会議を持ち検討している。
135	家族とのコミュニケーションを深めていく。面会時の現状報告、ニーズの聞き出し等の把握をもとに、現場スタッフへの伝達等。
136	家族とのコミュニケーションを多くとり、ニーズを把握している。
137	家族との面談にて在宅介護が可能な状態の確認、在宅介護の不安点を細部まで確認している。家族の職業や介護者の人数・状況・住宅環境・在宅介護のサポート体制を、関係部署等と共に打ち合わせしていく。また入所前後、退所前後の訪問指導を実施することにより、本人・家族の不安点だけでなく施設側からの視点として、改善策や改良点としてアドバイスしていく。在宅復帰後も介護者が負担のないようにデイケア、ショートステイ利用を提案している。再度入所希望があった場合は、受け入れしている。
138	家族の協力。
139	家族への細かな情報提供。特に在宅復帰可能な利用者の情報共有と在宅への具体的な取り組みの実施。
140	家族へ積極的に在宅サービスの情報を提供する。
141	回転率を上げるために、退所が予定された利用者様が出た時点で、次に入所される方の調整も行っていきます。
142	協力医療機関及びその他関係機関との積極的な連携に努めている。
143	近隣の病院、居宅事業所への営業強化を図っているが不十分である。相談員と相手事業者との信頼関係、人脈構築に努力している。また相談員のコミュニケーションスキルを図り、利用者・家族の思いをくみ取り、在宅生活へ移行できるようアドバイス能力向上に努めている。

144	近隣地区での介護保険関連事業所が増加し、当施設の稼働率保持のために、在宅復帰への取り組みが充分でない。今後専門部門をつくり取り組む予定。
145	現状無し。
146	今年度から在宅復帰プロジェクトを立ち上げて、在宅復帰に向けて施設全体で取り組めるようなシステム作りを始めている。
147	在宅サービスの充実とショートステイの利用。
148	在宅復帰が見込める方を優先的に取るようにしている。
149	在宅復帰については、ご本人様やご家族様に当苑に入所してリハビリ訓練を行った後に、自宅に退所して生活ができるのかどうかを適宜確認しています。回転率については、入所時にご家族様に対して当苑はずっと入所できない施設である旨を説明し、入所期間が長期化しないように努めて対応しています。
150	在宅復帰を目的とし、利用する施設であることのご家族への説明。
151	在宅復帰委員会を設置し、独自のパス、アセスメント、目標、家族アプローチなど課題を多職種の職員で検討しつつ、支援を行っている。今後地域の施設利用へのニーズを把握し、活用を検討している。
152	在宅復帰塾を行っている(竹内孝仁先生)。
153	在宅復帰率は低く、2012年改定はほぼ効率化できていないのが現状です。
154	在宅復帰率上昇のため、退所後デイ、ショート、再入所などのバックアップ体制を説明し、在宅への不安感の軽減に努める。
155	私どもの施設では、往復型の利用の推進を行っています。これは在宅復帰率を上げることが一番の目的ではなく、数ヶ月でも数週間でもいいから本人の望む自宅での生活を可能にしてあげたいという思いからです。自宅に帰られても何かあれば「いつでもどうぞ」というバックアップ施設としての機能を発揮したいと考えています。ワンストップサービスができる使い勝手の良い施設を目指し、安心して在宅生活ができるようサポートしていきたいと思っています。
156	取り組みたいと思っているが、現状は困難で悩んでいる。取り組みの工夫をされている事例の情報提供をしてください。
157	新規入所者に対する、十分な説明を行う事。
158	多職種参加のカンファレンスを頻繁に行っている(家族の参加もあり)。
159	退所時期の明確化。
160	退所後のデイケアやショートステイの利用の勧め。
161	担当者会議を行うことで家族の意向、本人の意向を確認していき、リハビリカンファレンスを行うことで、在宅復帰に向けての多職種協働を行い、利用者に働きかけております。
162	地域性から長期の入所傾向が強い。一旦入所となると最低限本人のレベルが“自立”にならないと在宅復帰は難しい。
163	地域性なのか復帰率を上げるとベッドの回転率を下げてしまい、経営的に苦しくなる状況です。
164	通所の利用者を中心に入退所が繰り返しできるリピーターの確保と、在宅復帰の年間予定カレンダーを作成して、なるべく毎月均等に退所調整を図る。
165	当施設としてはその方のニーズに沿って環境を整える点から始め、今に至る。アセスメントの重要性は理解できているが、R4を導入するまでの人的余裕がなく、まずは今の状態で30%復帰率を目指し、今後の方向性を検討することとしている。
166	当法人ではケアプランセンター、デイケア、ショートステイを併設しており、各部署で連携を取り合っています。
167	導入すればすぐ役に立つシステムである。自施設でもパスを独自で使用している。

168	特に相談員を中心として、入所前インテークから退所後フォローまで多職種で関わりが持てるよう調整に努力しています。他、居宅介護支援事業所との連携に力を注いでいます。
169	入所前にご自宅訪問。住宅環境の把握をし、必要となるであろう福祉用具やサービスを事前に検討。入所期間は、ある程度目標を提示、設定して取り組んでいます。
170	入所前に在宅復帰についてしっかり確認し、遠方でなければ自宅での契約も積極的に行い、ご家族が不安を感じることなく在宅復帰できるように努めています。また日頃から利用者様、ご家族の方々のコミュニケーションを密にし、ニーズを的確に把握し、社会資源の活用を含めて相談援助、アドバイスを行えるように情報収集しています。しかし入院者数が毎月多く、これをどう減らすかが継続した課題です。
171	入所前に在宅復帰についてしっかり確認して、できるだけ自宅で契約を行い、普段の生活の様子や住宅の間取り、環境等を確認しています。持ち帰った情報を基に弊害になることを検討し、早めに解決策を見出し安心して在宅復帰できるように努めています。また日頃から利用者様やご家族様とのコミュニケーションを密にし、ニーズを的確に把握し、社会資源の活用も含めて相談援助・アドバイスを行えるよう情報収集しています。しかし入院者数が毎月多く、これをどう減らすかが継続した課題です。
172	入所前に在宅復帰施設であることを説明し、在宅復帰に向けての課題などを事前に確認し、課題解決に向け取り組んでいく。
173	入所前の面談時に利用目的、在宅介護の可能性を確認し、可能性が少なからずある、もしくは在宅復帰を希望する場合には入所後早急に在宅訪問している(目標設定に反映させるため)。また自法人内ケアマネジャー等へリハビリ目的の利用をPRし、活用機会を広げるように努めている。
174	入所前後におけるインテーク・アセスメントを重視し、退所後の方向性を検討し、多職種協働のケアへつなげている。
175	入所前訪問指導を積極的に行い、早い時点で居宅での様子を把握し、早い時期に具体的な在宅復帰に関するカンファレンスを行っている。
176	入所相談の時点で在宅復帰に関する説明を行っている。利用者、家族、職員へ老健の役割の意識付けを実施。
177	入所面談時から在宅復帰が可能な方への情報共有化を図る(全ての職員が共有していく体制)。
178	入所目的をしっかりと把握し、その後の支援方向を共有する。担当者会議で問題点・課題を確認している。
179	利用者とその介護者の状態が良い時を見極め、在宅復帰への声かけを行っている。
180	利用者や家族のニーズのずれを解消できるように、家族に対し定期的に訪問調査等を行い、在宅復帰に対しての家族の理解に努めている。
181	利用者の在宅復帰に向けた本人・家族支援の進捗状況及び、在宅復帰に向けての健康面、生活面、リハビリ等スタッフがどこでも何時でも記入できる、閲覧できるネットワークシステムを立ち上げ、出来るだけ多職種で情報共有を図る取り組みを行っている。(ただし、個人情報保護に関する配慮・注意)。
182	利用前の説明等の時間を長くした。もしくは多く持つようにしている。

### 【導入する予定なし】

1	(1)3ヶ月に一度は必ず家族とカンファレンスを持つ。その上で少なくとも1年を目処に退所して頂く。(2)在宅復帰にあたっては、在宅サービスを利用して頂く計画を事前に充分行う。
2	(1)3ヶ月毎に家族カンファレンスを開催し、老健の機能と在宅介護についての理解を求めると同時に、在宅生活における問題点の抽出と解消に取り組んでいる。(2)利用者様の状態やニーズに合わせ、有料施設、グループホーム、療養型施設への転床についても提案・助言を行っている。

3	(1)H23 年度後半から、在宅復帰検討会を毎月実施し、実現に向けて議論を尽くした。(2)本人・家族の希望や在宅環境、そして経済的な要因が多く影響がある事が分かった。(3)それをどうやって取り除いていくかに的を絞って居宅(在宅)サービスの充実、サービス付き高齢者向け住宅のショート利用などをベストミックスして取り組んでいる。
4	(1)H24 年 4 月から在宅復帰に向けた取り組みを始めましたが、重度認知症の方や独居高齢者世帯(老老介護、認知症介護)の方などが多く、実際にはなかなか難しい状況です。(2)ショートステイ利用の方に入所利用をして頂く、又、リピーター利用して頂けるように働きかけを行っています。
5	(1)インテーク時からご家族に対し中間施設である事について理解を頂く。(2)入所前後訪問を積極的に行い、入所時より多職種協働で在宅復帰を目標とした支援計画の遂行。
6	(1)インテーク時に利用、入所目的を明確にし老健施設の説明も十分に行っている。場合によっては入所期限を一応設定することあり。(2)サービス担当者会議に家族参加を依頼。
7	(1)インテークに十分な時間をかけて説明・情報収集を行っている。(2)サービスの質の向上。(3)全部のケースにおいて特例を設けず、在宅復帰を進めている。長期入所者が一定割合いると回転率は上がらず、他の利用者・家族より「なぜあの人は長く入所できるのか」とクレームや不公平感につながってしまう。(4)新規者はクリームスキミングせず受け入れる(断わらない)。(5)チームアプローチ。全職種が在宅復帰への意識を高く持つ。(6)新規獲得のため、居宅ケアマネジャーなどへの働きかけ。
8	(1)家屋状況がわかりにくい場合。在宅希望者で見取り図や写真が持参されない事が多い。時期をみて家屋訪問で利用者家族に体験して頂いている。(2)機能維持の為、自主トレ+歩行訓練や立位訓練、床からの立ち上がりなど。(3)外出外泊を勧めている。
9	(1)家族に理解してもらえよう十分に話し合いを行う。(2)他サービスや事業所との連携をとる。
10	(1)厳しい季節限定の方に利用して頂く。(2)退所日を予め設定する。(3)在宅サービスの紹介など居宅CMとの関わりを維持。(4)「本人」の帰りたい気持ちを家族に伝える。
11	(1)行事やイベントを機会として、外出や外泊の取り組みを家族に協力を得ながら行う。
12	(1)ケア科学研究所主催の在宅復帰塾受講により、相談員や入所職員の意識改革が図れた。(2)毎日、相談員と入所管理者にて、ベッドコントロールのミーティングを行い、入所待機者の状況を含め、日々ベッドの動きを確認することで意識が高まった。
13	(1)ケアの方向性の統一(自立支援へ統一)。(2)相談業務の系統化。
14	(1)ケアプラン作成の際の明確な目標設定。→家族への内容・過程の説明を必ず実施。(2)在宅ケアマネジャーとの日頃からの情報交換。
15	(1)ご家族及びご本人に“在宅復帰も当苑のデイケアやショートステイなどを利用して頂き、継続して支援していくこと”また、“在宅生活が困難となれば、再度入所して頂くことも可能であること”等を説明し、在宅生活のイメージを持ってもらう。(2)リハビリの継続の為、3ヶ月毎の自宅と施設との往復型の利用を勧める。
16	(1)在宅復帰支援会議月1回。(2)レポートシステムの導入。
17	(1)在宅復帰は地域性もあるのかも知れないが、フォーマル、インフォーマルサービス共に少なく、また家族での介護力が低い(もしくは独居となってしまう)ため、殆ど出来ていない。(2)回転率も入院になり、退所→再入所という流れである。
18	(1)在宅復帰に向けた症例検討会の実施。(2)相談員、リハビリスタッフの人員増強。(3)地域医療介護ネットワーク強化。
19	(1)在宅復帰に向けての目標を明確にすること。アセスメント、生活リハビリの充実、BPSD に対するケア。(2)リハ診、ケアカンファレンスの実施(入所時、2W 後、1ヶ月後、2ヶ月、3ヶ月ごとなど)の時に生活の状況と合わせてリハビリの進捗状況も報告するなどして介護者のリハに関する理解を促し、関係づくりを意識している。(3)具体的な在宅生活のイメージづくりとケアマネとの連携づくり。(4)面談や自宅訪問を意識して行うことで介護者の気持ちをくみ取り、不安を軽減することで受け入れの意識を促していく。

20	(1)在宅復帰の意向がある方について、入所の相談時または入所時に居宅ケアマネと連携をとるようにしている。(2)在宅が難しい方でも特養だけでなく、有料施設、グループホーム、ケアハウスなどの施設がある事を説明し、早い時期に申し込んで頂くよう説明をしている。
21	(1)支援相談員が区役所健康長寿課や他の医療機関、居宅介護支援事業所へ空床状況や入所調整がスムーズであることを伝えるに出向いている。(2)ご家族にも参加していただき、カンファレンスを設けており、在宅復帰について提案している。
22	(1)施設入所と在宅生活のリピート利用をすすめている。(2)退所後の居宅事業者との連携、地域の社会資源の紹介等。(3)自宅訪問(入所前後・退所前後)のシートを独自に作成し、チームケアが円滑に進み、看介護職員の意識からも在宅復帰実現に繋がるようにしている。(4)在宅復帰委員会を立ち上げ毎月会議を行い、在宅復帰される方の援助経過、復帰時期などの検討と把握に努めている。
23	(1)事前に入所面談の際、支援相談員より老健の機能・役割について充分説明し、納得して頂ける様にしている。特に入所期限を3ヶ月と明示している。(2)在宅系の施設との連携について強化を図っている。(3)入所時に必ず次の方向性について明確化している。
24	(1)自宅への退所を目指している方になるべく優先で入所して頂いている。(2)自宅での介護は難しいと考えているご家族に対し、1~2ヶ月の自宅介護は可能か(1~2ヶ月後に再入所することを前提)検討してもらおう。(3)自宅で生活している方のレスパイト利用(1~3ヶ月)を積極的に受け入れる。
25	(1)自法人内と他のケアマネジャーとの情報のやり取りを密にしている。(2)ご利用者様に老健施設の在宅復帰の役割を丁寧に説明している。(3)入所の他に通所リハやショートステイを積極的に受け入れている。
26	(1)集中的にリハビリを行って何ヶ月後には自宅で生活をしたいと具体的な計画のある入所希望の方は、最大限入所できるよう考慮している。(2)逆に特養では受け取ってもらえない療養HSPは退院を迫られたり入院対象とはならない中等度の医療を必要とする方の受け皿として、看取り(最期)までお世話するという方が増えているため、復帰率や回転率を上げることはとても苦しい。
27	(1)相談員に日程設定。(2)入所時より、家族や利用者にしつかり説明。(3)在宅での生活支援。ケアマネ、グループホーム、有老等の責任者と連携。
28	(1)相談時に在宅復帰するための施設である事を説明している。(2)相談時に通所、ショートステイ、入所を総合的に提供できる施設であることを説明している。
29	(1)退所後のサービスを本人も家族も慣れている当施設で受けられるよう、退所後の部屋は出来る限りSSの部屋として提供している。(2)在宅介護の期間の目安が明確になるよう、再入所する日を決めて退所して頂く。(3)寒い時期や暑い時期、農繁期などは入所で対応し、介護しやすい時期のみ在宅介護をすすめている。(4)家庭復帰している期間にあまりこだわらず、1ヶ月でもよいので、家に帰ってみてはどうかという事を勧めている。(5)自宅外泊時、施設での環境と出来る限り変わりがないよう、外泊前にベッドや手すり、トイレなどの環境セッティングに多職種で自宅に行っている。ベッドなど自宅にない場合は、簡易ベッドやイレクターで手作りした手すりを持って行って環境を整えている。そうすることで、本人が施設で自立できている部分が自宅でも発揮できて、家族の理解にも繋がる。
30	(1)退所後の在宅サービスのフォロー体制をしつかり行う。ショートステイの確保、デイケアなどの通所系の提供。(2)緊急ケース(虐待、家族の入院など)に迅速に対応している。(3)より多くの入所者が利用できるように原則3ヶ月での退所調整を行っている。早期の退所支援を心掛けている。
31	(1)地域の病院、居宅介護支援事業所への営業。(2)入所申し込みの際、ご家族への説明を行う。
32	(1)地域病院との連携を図り積極的に脳梗塞や骨折後の利用者の受け入れを行っている。(2)在宅生活を継続してもらう為の支援強化。
33	(1)通過施設、在宅支援についての説明と理解に取り組む。(2)入所と通所、利用者合同での家族会を開催し交流。(3)併設病院(精神科)、サテライト老健との連携。
34	(1)定期的なショートステイ利用者と同様に、定期的なモデル入所利用者を増やしていく事。(定期的な1~2ヶ月入所し、リハビリによる機能改善やレスパイト機能を強化する)。(2)入所前訪問を全ケース実施し、早期に在宅復帰に向けての目標設定を行う事。(3)有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の活用強化、計画的なベッド運用。

35	(1)当施設が老健としての役割の中の一つである在宅復帰について、入所から説明(場合によっては2週間、1ヶ月在宅も含む)し、納得・協力して頂くような取り組みに努めている。(2)ケアスタッフ、リハスタッフと協働して、早期在宅訪問を行い問題を具体化させ、解決策を検討していくことに努めている。
36	(1)入所後早期の家族面談や訪問。(2)家族への意識づけ。(3)多職種での自宅訪問。(4)施設理念として在宅復帰を掲げる等々。
37	(1)入所時より在宅復帰を目指し、家族と共に可能性を見極めるようにしている。(2)小規模多機能施設を利用しての在宅復帰を進めている。(3)病状管理に努め、早めの投薬、注射にて治療を行い、病院搬送を少なくしている。
38	(1)入所相談時に老健の役割である在宅復帰を説明し、家族が理解した上で申し込みを頂く。(2)多職種協働での検討会議や継続会議に家族に参加して頂き、今後の目標を確認し在宅に帰る際に「何が不安であるのか」を聞き取り、問題点の解決に取り組む。退所パスの中の家族指導にも反映させる。(3)介護職を中心に家族とのコミュニケーションを密にする。面会時に利用者の状況を知らせる。家族参加型イベントの開催。(4)退所後の通所リハやショートステイの提案。居宅ケアマネとの連携など。
39	(1)入所前アセスメントを強化し、入所の目的を具体化させ、今後の方向性を明確化させる。(2)外出、外泊を円滑に行える様に、居宅訪問や介護指導を行う。(3)入所後も定期的に面談を行い情報の共有を図る。(4)在宅復帰後もデイケアやショートステイ、状況に応じて再入所も視野に入れ、本人や家族のサポートを行う。
40	(1)入所前より期限を設けるようにしている。概ね3ヶ月、冬季は6ヶ月。(2)定期的な面談で家族の思いを確認し、在宅復帰できる時期を調整している。(3)退所時に次の入所の約束をしている。(4)退所期間は在宅復帰の最低日数(要介護4、5は2W)とし、ショート利用も協力している。(5)居宅ケアマネと連携し、協力体制をとっている。
41	(1)入所申し込み時、時間の許す範囲で施設の説明と在宅サービスの説明をし、家族に対して在宅生活のイメージを考えて頂くよう面接している。(2)在宅復帰希望の利用者に対し、退所前訪問、退所時指導を実施している。
42	(1)入所時(相談～契約)の説明で、在宅復帰のための中間施設であるという役割をしっかりと伝え、ご理解頂いている。(2)サービス担当者会議へのご家族参加に対する積極的アプローチ。
43	(1)入所時に在宅で家族の負担を少なく生活出来るようなケアプランを立て説明する。(2)家族の困っている事情を分析し、アプローチする。(3)在宅後も何かあれば、また施設で受け入れる事を説明する。
44	(1)入所時に入所期間や退所後の方向性について、本人・家族と話し合い、具体的な方針を決めておく。(2)退所後に予測される問題を事前に検討し、フォロー体制を整えておく。
45	(1)入所時に入所後の予定表をお渡しして(タイムスケジュール)最初に退所予定を設定する。(2)法人内の有料老人ホーム、小規模多機能施設等の活用。
46	(1)入所時の在宅訪問。(2)在宅復帰をイメージした具体的なケアプラン作成。(3)改善状況をご家族にもみて頂いて、負担感を減らす。
47	(1)入所前後のインテークや在宅訪問に時間を割くようになった。その情報は、各部署に伝わっているが、プラン反映が的確にされているかといえは不十分かもしれない。→但し、プランを“作ること”に労力をかけるよりは、プラン自体はなるべく簡便にして、実施する事や利用者とのふれあう事に時間を割きたいので、R4システムになかなか手が出せない。(2)退所後も繰り返し施設を利用して頂けるよう、体制を整えた。(3)他の施設を転々と回るよりは、一ヶ月だけ在宅で頑張っ、また戻ってきたいと希望される方をしっかり見つけて、在宅へ結びつけるようになった。
48	(1)入所判定基準を公表し、在宅復帰を目指す施設であることを入所時点から、本人・ご家族に理解して頂く。(2)退所までのパス表を作り、全職員で進行状況が分かる仕組みにしている。(3)退所の1ヶ月前から、居宅ケアマネジャーやサービス事業所と連携し、安心して自宅に戻れるよう配慮している。

49	(1)入所前後訪問に積極的に取り組み、在宅を意識した関わりをしている。(2)在宅復帰できそうな方には、積極的に声をかけカンファレンスを実施している。(3)毎週、多職種で復帰率や回転率を把握し検討している。
50	(1)入所前に長期の施設でないことを伝える。(2)入所時にリハビリをして自宅に帰る目的なのか施設待ちなのかを確認する。
51	(1)入所前に老健の役割について説明し理解を得る。(2)リハビリやケアの進捗状況について、1ヶ月に1回家族と本人に説明する。(3)サービス担当者会議に家族も参加して頂いている。(4)入所前、退所前、退所後訪問を行っている。
52	(1)入所前訪問指導・退所前後訪問指導等を積極的に実施。(2)在宅復帰利用(リハビリ目的等)の方を優先的に入所検討。(3)訪問リハビリの事業開始を予定。DC、SS、訪問リハビリ等、在宅での生活が支援できるような体制を計画・調整中。
53	(1)ベッド数の半分が専門棟であり認知症の方の在宅復帰が望めない状況である。(2)介護士不足により取り組みが難しい。
54	(1)在宅型施設との協力関係。(2)自施設内での医療範囲の拡大。他科受診の抑制。
55	(1)本人や家族との信頼関係を築く。(2)多職種が連携して本人の心身レベルアップを目指す。(3)介護者の介護負担軽減の為の具体策を居宅ケアマネと共に提示する。ショートステイ利用、介護指導、環境整備など。(4)現場の職員を施設の中だけでなく外に出す。(自宅訪問など)施設の中だけでケアを完結させない。※地道に当たり前の事をやっていく。ただし意図的に！
56	(1)ミドル入所のベッド枠を増やした。(2)入所判定会議の委員会ややり方を見直した。(3)職員を集め説明会を4月に行った。(4)退所後の在宅サービスを充実させた。(5)居宅介護支援事業所に働きかけた。
57	(1)リハビリスタッフの充実。(2)リハビリスタッフによる退所前訪問。(3)退所後訪問、リハビリの充実。
58	(1)リハビリスタッフを多く配置し、起立や歩行練習を中心に取り組んでいる。(2)平日は、ほぼ全ての利用者様を対象に集団起立練習を実施(120~150回介護支援専門員)し、リハビリ終了後の筋力維持に取り組んでいる。(3)入所直後に自宅環境を確認。見取り図、写真。(4)家族が出来る自主トレ指導、また、介助方法を指導。(5)インテークから在宅復帰を前提にすすめてゆく。(6)リハビリゴールに達する頃に合わせて、退所前訪問指導を行う。併せて、ケアマネやサービスの紹介を実施し他事業所と連携している。
59	(1)リハビリに特化した短期間の受け入れ。(2)ケアマネ中心に在宅復帰相談を実施している。
60	(1)リハビリに力を入れてADLをアップ。(2)外出・外泊をして自宅で過ごす時間を設ける。(3)安心して在宅介護に移行できるように、在宅サービスを説明する。
61	(1)リピーター利用促進。(2)短期入所の利用促進。(3)短期間の在宅生活の話を進める。
62	(1)利用者家族の在宅での受け入れが出来ない場合が多く、復帰率が低くなっている。(2)最初は、在宅復帰を目標に置いているが、高齢であり半年後には状況が変わっている事が多い。(3)高齢者の住環境を変える事は、それだけで混乱してしまうため、回転率が悪くなっている。それらの理由により当施設に於いては、積極的な取り組みはしていない。
63	(1)利用目的に合わせた関わり(ex、リハで下肢筋力を高め、歩行レベルをUPする)を行う事で在宅生活を可能にする取り組みの強化と、状態に応じて試験外泊を行い、その可能性を確認する取り組み。(2)在宅での生活が可能になっても自宅で介護できない場合は、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅での生活を家族に紹介している。
64	(1)委員会を発足し、多職種との連携を図っている。(2)リピーターの積極的受け入れ。(3)併設病院との連携(住宅改修待ち等を理由に入院している方を受け入れている)。

65	(1)家屋調査を行い、移動やその他の動作について改善が必要な事項について確認。その後の日常生活動作訓練や介助方法を変更し、自宅での生活を想定したケアを行う。外泊・外出時の移動方法の検討及び家族の車への乗降訓練、介助方法の指導を実施。(2)食事・調理・栄養指導の実施。(3)家族へ介助方法の指導と本人の自力動作支援。
66	(1)家族の介護負担を減らすための自立支援に力を入れている。(2)退所困難要因、退所不安、入所動機などを意識して家族にアプローチしている。
67	(1)介護スタッフのスキル向上目的で各研修会への参加。(2)リハビリスタッフの充実(PT×4、OT×2、ST×0.2)。(3)現状スタッフで対応できる範囲内の入所者数コントロール。稼働率の低下につながるが、手厚いケアを行うことで在宅強化型の老健として運営。(4)デイケアにおいてもリハビリ重視のカリキュラムとし、ご利用者様やご家族に機能改善意識を持ってもらうことで当施設の方針を理解していただき、地域における施設イメージを定着していただいた結果、入所希望者の中で在宅復帰を希望されるご家族が増えた。通所リハご利用者・ご家族とは、ご利用時の連絡帳を通じて相互理解を図っています。
68	(1)契約時に在宅復帰・在宅支援についてしっかり説明し、認識を持ってもらう。(2)退所時にしっかり在宅サービスを導入する。3ヶ月後の再入所の約束。
69	(1)検査入院を減らす。(2)在宅復帰パス作成・運用。(3)リハビリ体制の強化。(4)リピーターの確保、入所・定期利用のご案内。(5)退所後のフォロー、ショートステイ・デイケアの利用。
70	(1)在宅見込みのある方の優先入所。(2)再入所調整とショートステイの確保。
71	(1)在宅復帰が可能な方を入所検討する。(2)入所時カンファレンスで目標を多職種で共有する(退所を目標に家族と話し合ってから、入所時家屋訪問も含めて)。(3)職員が老健の機能を十分理解し、入所を拒まない。(4)入所中の利用者家族の満足度が重要。家族の思いを結果として出せること。
72	(1)在宅復帰希望者だけを優先的に受け入れることは、空きベッドがあるため困難。(2)当施設は二次救急HP併設のため、ターミナル・医療行為のある人、急変リスクの高い人が多く入っている。そのために再入院となる人が多く、回転率が高くなって復帰率を下げている現実がある。数字のトリックに頭が痛い。日々の医療管理がもう少しきめ細かく施設でできれば、実現可能と思われる。回転率5%であれば、当然復帰率はクリアできているのだから。
73	(1)在宅復帰率については、施設全体として新規・入所者に対してのケアを集中的に取り組んでいること。また定期的に家族と本人の身体面・認知面の話し合いを行い、状況の説明、この先どのようなようになっていくかを説明していること。(2)回転率については、フォローアップ対策としてショート増床を行い、在宅ENT者はもちろん地域にいる要介護者を、悪くなる前にショートや入所へ転化できるよう方針を変えたこと。
74	(1)昨年4月の改定内容については、2回に分けて家族説明会を行い、理解と協力を呼びかけた。(2)継続判定会議の結果報告や利用者、家族を交えたカンファレンスを積極的に設け、個別面談の機会を増やして在宅復帰の糸口とした。入所が長期化している方や比較的状况が整いやすい方から順次アプローチ。短期在宅後の再入所受け入れの約束をもとに促していった。(3)施設全体で「在宅復帰」という目標を意識し、試験外出・外泊のアプローチを積極的に行っている。
75	(1)施設でのリハゴール(入所目的)の到達を定期的に家族へ伝える。(2)高齢者住宅等、次の施設の紹介。(3)季節的入所(在宅の間は短期入所利用の保証)。
76	(1)短期集中リハビリテーションの実施。(2)認知症リハビリテーションの実施。(3)療養士の多数配置。※特別な工夫と言えるまでの取り組みはありません。
77	(1)長期目的の方用のベッドと短期集中リハビリ目的(=在宅復帰)用ベッドを明確に分けて運用している。(2)毎月の運営会議で在宅復帰率と回転率の状況報告をして、職員の意識向上を目指している。(3)在宅への退所が決定したら、早期に次の短期集中リハ後、在宅復帰希望の方を決定する。そのために近隣の急性期病院や居宅介護支援事業所に空きベッドの情報を伝えて連携を密にしている。

78	(1)定期的な家族カンファレンスの開催。(2)具体的な在宅復帰への提案、話し合い。
79	(1)当施設の役割(在宅復帰を強化している旨)を入所前の段階でご理解いただく。(2)当初の契約日数を相互間で確実に理解し遂行していく。(3)ショートステイ及び通所リハビリの利用枠を確保しておく。(4)一部の職員だけではなく、施設全体で一致した在宅復帰を目指す。(5)外部サービス(地域サービス)との密な連携(家族の会を含める)。
80	(1)入所時、家族との面接時(全職種参加)に、利用目的、退所(自宅)可能な状態像の聴取。(2)入所2～3ヶ月後のカンファレンス(在宅系退所予定者の選定)。
81	(1)入所時、他施設待ちか在宅かか意思の確認。(2)「〇〇迄できるようになれば在宅の可能性はある」かの確認。(3)目的に合わせてのケアプランの立案・実施。(4)自宅訪問。
82	(1)入所時に更なる明確な目標設定。(2)短期集中リハビリの積極的な提案と実施。(3)外泊等、退所前に何度か提案し、家庭での環境設定と家族支援。
83	(1)入所時の意向再確認。(2)在宅施設との情報交換。
84	(1)入所時の本人・家族との意見確認。(2)リハビリの効果・評価。(3)在宅受け入れ時の連携と情報提供。
85	(1)入所者の方向性の再検討(多種の高齢者の下宿を含む)を実施。(2)退所者に対し、必要に応じ再入所の設定を明確にすることで、「いつでも利用できる」といった安心感を持ってもらい、優先的に受け入れることによってリピーターの確保を図る。(3)退所前訪問(本人同行)を必要に応じ複数回行い、必要な支援を確認する。(4)シミュレーターで在宅復帰率、ベッド回転率(平均在所日数)を管理し、ベッドコントロールを行った。
86	(1)入所前からのインテーク～面談及び多職種での関わり、評価を行っており、入所時には必ず各専門職のプランができています。ケアプランに暫定は用いていない。(2)定期的な家族面談により方向性の確認を行う。(3)多職種での退所前訪問など、退所に向けてのアプローチを行って力を入れている。※(1)～(3)など当たり前のことをちゃんと行うようにしたら、在宅復帰率50%、回転率10%を超えました。
87	(1)入所前に、本人・家族も十分入所期間や入所後の生活について相談した上での入所。(2)他施設、病院と連携した利用者様の入退所の実施。
88	(1)入所前に老健の機能をご本人・ご家族にご理解いただく。(2)入所中は在宅ケアマネジャーと連携を取っている。
89	(1)病院との連携(訪問面談の実施)。(2)在宅復帰後の支援(SS、通所リハビリの使用)。
90	(1)法改正について家族への説明会。(2)在宅復帰強化に関する説明を行い、協力を求める活動。(3)協力病院や法人グループとの連携を強化し、在宅カテゴリーの施設(居宅系サービス)を提案している。(4)職員に対しては施設の現状と目指す方向性を把握してもらう。常々情報の共有、連携の強化に努める。
91	(1)面会、外出・外泊の声かけ。(2)家族参加の担当者会議。(3)在宅サービス調整の協力。
92	(1)面談の重視(Faと本人、施設長を交えて)。(2)入所時の目的をはっきりさせ、入所時期を決めて納得の上で入所して頂く。(3)他の施設との連携を強化している。
93	“暑い間”“寒い間”などの入所を希望されるご家族も多く、その様な方々への対応として、季節入所を取り入れています。また、面接時に老健の役割を理解して頂き、在宅での生活や在宅施設での生活が可能なレベルの方については、外出・外泊の協力を得ながら、少しずつ自信が持てる様に支援しています。入所期間が長期に渡ると、なかなかご家族の理解は難しくなる為、当所の説明とその後のコミュニケーションの重要性を感じています。ご本人・ご家族ともに無理なく生活ができる様、居宅との連携にも力を入れ、支援させて頂いています。
94	「R4システム」は細かいアセスメントができる優れたシステムであるが、3ヶ月で入退所を繰り返していく中では、記載項目が多すぎて煩雑な作業になってしまう。ポイントを絞り込んだ、利用者様の目的に合った独自のアセスメントができれば良いわけであり、当施設では簡略化したシンプルなシートを模索している。

95	・在宅サービス事業所との連携。・相談員と責任者のこまめな打ち合わせ。・リピーターの確保。
96	100 床のうち、ショート枠は季節によるが、12～18～20 位とし、特に町内の在宅復帰率を上げている。胃ろうの人も6人位、在宅と3ヶ月位の入所を繰り返しておられる。
97	3ヶ月おきに利用いただける利用登録者を増やすこと。
98	3ヶ月に一回、本人様やご家族様の参加によるカンファレンスを実施しており、職員との情報共有ができています。そのことにより在宅復帰率の向上につながっている。
99	H24.4月以降、新入所者様に対して、在宅復帰を支援しましたが、体調を崩され再入所される方が相次ぎました。わずか1～2ヶ月で脱水、ろいそう、ADL低下、意欲低下などが見られ、施設内で安定していても在宅では困難な方が多い事を知りました。ご本人にもご家族にもお気の毒だったと反省し、従来の家族・本人の心からの希望がある時のみ支援するというスタイルに戻しました。現状はその方が良くと思いました。
100	MNST委員会(臨床代謝栄養療法)で利用者一人一人の血液検査やADL、バイタルサインを基に、不足している栄養素を把握し、補う事で栄養状態の改善を図り、病状安定に努めています。
101	R4システムでは導入しておりませんが、施設オリジナルのインテーク用紙を使用し入所前の面談、入所前意向確認を密に実施しています。又、入所前訪問、初回カンファレンス等、多職種と協働しニーズに添ったケアを行い、目標に向けて統一したケアを実施しています。
102	R4システムの具体的な導入は行っていないが、R-1の部分についての理解を支援相談員が行う事により、入所時点で在宅への課題を具体的に挙げるよう心掛けている。入所時点の方向性や課題を明確にすることで、入所後の多職種連携が図りやすく、具体的な調整に繋がり在宅復帰が出来ている。また、居宅介護支援事業所のケアマネとも、入所後早期に連携をとり、課題を共有することで早い段階での在宅調整を開始している。
103	R4システムと同一ですが入所時のオリエンテーションの際、在宅復帰か看取りかまでをきちんと入所者やご家族様と確認することが第一だと思います。回転率は、何のための基準か理解できておりません。
104	R4システム導入により在宅復帰率が上がるものとは思えない。
105	インテーク時から入所期間とサービス内容の調整をし、スケジュールが曖昧にならないよう支援相談員、施設ケアマネジャーが管理を行っている。
106	インテークの時に状態を詳しく聞き、どのような状態まで回復できれば在宅復帰が可能かを確認する。入所前指導訪問、退所前後指導訪問の際に住居環境を確認する。住居環境に合わせてリハビリのプログラムを実施している。在宅復帰をする場合、介護保険サービス利用(ショート、通所、ヘルパー)の説明を少しでも家族の負担が軽減できるように説明している。
107	インテーク時の聞き取りに重点を置いています。入所後は家族様に積極的にカンファレンスに参加してもらい、その上で方向性を一緒に考えています。基本的には終身の施設ではないということを家族様に理解していただいております。
108	開設当初より老健の役割、機能を果たすべく施設長以下全職員で取り組んでおり、地域の理解も得られている。
109	回転率を上げるために、空床のショートステイの利用の活用。又、急なショートステイの受け入れを積極的に行う。空床時は、施設側より営業活動を行う。在宅復帰率の向上には、まだ積極的に取り組んでおりません。
110	家族介護が自宅ですと困る人には3ヶ月～6ヶ月で定期的に入ってもらおうようにしています。
111	家族との密なコミュニケーション。他職種連携。在宅ケアマネジャーとの連携。
112	家族との面談、特に入所前の面談をしっかり行い、自施設の取り組みを理解した上で入所して頂いています。
113	家族へ説明を行い協力を求める。在宅介護支援事業を開設し在宅サービスの強化。

114	基本、家族との関わりが重要と考えている為、積極的に利用者の状態であったり施設での過ごし方など、些細な事でも情報提供するように心がけている。
115	基本的なことですが入所前面談時に本人様家族様に対し、当施設が在宅復帰支援を積極的に行っていることを説明した上で、利用目的の把握を行っています。これにより確実に在宅復帰率を一定水準以上に維持ができています。また、訪問指導について、これまではリハビリスタッフのみで行っていましたが、介護スタッフもできる限り同行し、自宅の環境把握を行うことで施設サービス計画に反映できるような取り組みを始めました。目的は現場スタッフの意識向上です。
116	急な退所にそなえて待機者を多くもっておけるようにと思っはいるが、実際、入院退所した人でも HP 側として再受け入れを強く希望される。HP との関係性もあるので入所で新たに埋めることはできない。また、その空きも SS で対応しているのだが、SS 利用者のニーズもあり、うまくフルに埋めることが難しい。
117	居宅ケアマネとの連携の強化。
118	居宅サービス業者との連携や協力を努めています。また、介護職とリハスタッフとの協力も出来ていると考えます。小さい施設なので多職種協力体制が出来ていると考えています。
119	居宅事業所の情報交流の強化など地域情報のニーズの把握に努めています。
120	居宅の介護支援専門員や家族や本人とよく話し合いを行い、介護老人保健施設の役割を十分理解して頂き、在宅に戻って頂くように努力しています。
121	ケアカンファレンスによる家族様との話し合いを重ねていく。
122	ケアマネジャーとの連携強化。
123	ケアマネジャー及び病院との窓口連携。
124	現在、検討中です。なかなか難しく試行錯誤しています。
125	現在入所されておられる方々は、入所相談の段階で施設での短期入所を希望されているケースが多いのが現状です。入所の時点で検討中の方や、特養老人ホームへの入所(転所)を考えておられる方も、入所継続により入所期間が長期化すると、もう他の施設には移りたくないとの気持ちに変わり、ご家族も環境を変えたくないとの意向を持っていらっしゃると思います。当施設では残念ながら在宅復帰率は高くありません。しかし、入所者が当施設での療養生活をより快適に、そして楽しみや張りのある生活を送って頂けるよう、職員一同様々な企画やサービスを考え実行しております。ハードは古くても内容の充実したご満足頂けるようなソフト(サービス)を提供できるよう、施設一丸となって取り組んでおります。
126	現在のところ、取り組めていません。
127	現在のところ特別に在宅復帰率や回転率を上げるために取り組んでいることはありません。
128	ご家族の入所時の意向が在宅復帰ではないお宅が多いので、話し合いコミュニケーションを取る事がまず第一と考えております。
129	ご家族や、必要時にはご本人と面談し、在宅復帰をすすめ、訪問をさせていただいております。しかし現状では伸び悩んでおり、対応策を検討中です。
130	ご家族の理解を得られるよう努めるのみです。
131	ご家族様同席でのカンファレンス開催を定期的に行っている。
132	ご自宅での生活をご希望されている方を優先的に入所していただいております。ご退所後はご希望があればショートステイやデイケアをお取りしています。
133	在宅復帰希望のご利用者宅の入所前後訪問を行い、在宅復帰目的の計画をプランニングして、退所前に目的の行動が行えているか確認しています。在宅復帰が目的ではない利用者の方も多くいらっしゃるのが現状です。
134	在宅希望利用者で家族に対して随時相談を受け、又、状況を家族、多職種で共有し進めている。

135	在宅支援をさせて頂く施設という運営方針をしっかりと説明し、納得してご利用頂いています。
136	在宅での生活ニーズを高く持っている人の開発を考え、及び医療機関との連携が持てる様に、医療機関・居宅事業所への周知、営業活動に力を入れていく事を予定しています。
137	在宅にいた時の担当ケアマネと連携を密にする。特養関係者との情報交換を頻繁に行う。
138	在宅にダイレクトに戻れない場合、在宅扱いの施設を利用したり、外出や外泊を行い帰る準備を行っている。また、職員による外出(自宅)支援を行っている。
139	在宅の見込みがある方であれば、リハスタッフが中心となり自宅へ訪問して、住改の提案、福祉用具選定の援助、動作確認、アドバイスを具体的に行い、在宅生活の「見える化」を推進して、出来る限り在宅に復帰出来るよう支援している。また、ショートステイの効率的な利用の提案を併用して行っている。
140	在宅復帰した場合、当施設の通所、ショートステイをご利用できるように配慮している。在宅復帰後、家族から再入所の希望があった場合、できる限り家族の希望にそう事ができるように、対応や説明などを行い不安のないようにしている。
141	在宅復帰だけでなく、終末期を在宅で看取る事が出来るように地域・家族と連携していく。また、その状態に近づけていくことも必要だと思えます。
142	在宅復帰の見込みがある方については入所時に会議を行い、3ヶ月をめどに在宅復帰ができるよう方向性を家族に説明し、理解して頂くようにしています。また、入所後、早い段階で自宅訪問を行い、在宅復帰に向けてのリハビリや介護を行うようにしています。
143	在宅復帰率は、年間2～3名で特別養護老人ホームの待機者がほとんどです。ターミナル加算を取り入れる事によって、施設でのターミナルを望まれる方が出て来ています。回転率を上げるには、退所される方(主に特養、療養棟へ)を見込んで、申し込まれている方の情報収集を行い、なるべく早めに入所できるよう手配しております。
144	在宅復帰率を上げる「テクニック」があれば情報還元して頂きたい。
145	在宅復帰率を上げることは、ケア看取りの数も上昇しています。帰る事のない人がほとんどです。中央と地方も現状認識のずれを感じます。
146	在宅復帰をご本人もご家族も入所前から望んでいるケースや、入所後に在宅復帰を望まれたケースに関しては、ケースカンファレンスを複数回設けたり打ち合わせをし、ご家族・ご本人の意思確認を頻繁に行う。リハビリの回数を多くする等必要に応じて行っています。
147	在宅復帰を勧めていく段階で地域の資源が乏しいという実状があるので、まずは地域との連携、ニーズの把握ということで、月一回ボランティア清掃を行っております。地域と顔なじみになり、「あそこの施設だったらまた在宅へ帰っても何かの時には相談に乗ってもらえる」という信頼関係の構築に努めております。半年くらいを目処に定期的にカンファレンス等を通じ、在宅への声かけをしています。高齢化率が高いので、終の棲家の介護老人保健施設の入所待ちが現状です。
148	在宅へ復帰出来そうな方に対し、リハビリをサービスとして行っている(回数)。
149	在宅復帰の前に外出支援、介護指導、在宅復帰後の積極的なフォロー(再入所、ショートステイ)を行っています。利用者自身や家族や社会を取り巻く事情により、老健の役割はますます多様化しており在宅復帰、回転率だけで評価するのは難しいと考えます。
150	様々な理由で在宅介護に限界を感じている人たちの行き場がなく、在宅復帰率や回転率を上げるのは不可能に近い。在宅復帰は本来老健としての大きな特徴だが、ほとんどの施設が特養化を選択しているように感じる。
151	支援相談員による、入所前から退所までを通しての密な関わり、次回入所予約の実施。
152	時期を考慮し長期入所が可能な施設への申し込みを進めている。
153	試行的退所、外出支援に対する積極的な取り組みなど。
154	施設側と職員間で「在宅復帰に対する方向性をどうしていくのか」改めて考える時期である事を機会ある毎に伝えている。入所相談者の実態による問題だけでなく、医療機関・関係者が老健の役割、特殊性を知らない事も含め、率を上げるために取り組む事が多くある。

155	事前面談で在宅復帰像を明確にし退所後のフォローも伝える。
156	支援相談員の関わりについて、ケースにより在宅復帰を意識した働きかけ、リハビリ強化。在宅部門とのベッドミーティング実施(デイ、訪問介護、ケアプラン等)。ケアカンファレンスの充実(入所後、入所中、退所前)。
157	ショート、デイケアの活用。
158	全職員に対して在宅復帰率や回転率向上のために、意識を持ってもらうよう周知徹底をする。
159	対策検討中。
160	高い介護度が出ていて、他に行き先のない入所者を無理やり在宅復帰させる事など、人道上出来ない。
161	多職種による在宅復帰支援チームを立ち上げ、在宅復帰の可能性を見極め、それぞれ専門的な立場から積極的な支援を行っている。
162	短期入所、通所等在宅サービスの充実で家族・利用者の安心感を得る。また状態によっては早期の再入所の相談も受けている。
163	地域の社会福祉に貢献できるよう、当苑では取り組んでいる。最近、利用者のニーズは施設介護の希望が高く、在宅復帰が必ずしも利用者のニーズではないと考える。当苑では、営利目的で在宅復帰率・回復率を上げる事は考えていない。
164	地域のニーズに答えるための介護保険の改正の度に右往左往しないように、地に足のついた支援をする様にしている。安易に政策誘導にのらない様に努力する事も大切だと考えている。結果として加算が取れるのが良い。
165	地域的に在宅復帰はとても困難な状態にあり、当施設だけではどうにもならない状況です。
166	長期入所者、または入所時に家族面談し、老健の説明を行っている。
167	終の棲家として入所する高齢者が多く、療養型老健でもあり、病院より転院する場合はほとんどのため、取り組むにも壁が厚いです。
168	月1回の検討会の開催。
169	定期的な(家族・各職種参加)ケースカンファレンスの実施。
170	当施設では在宅復帰される方はほとんど皆無といった状態が続いていた。今年度、入所前後、退所前後の訪問指導を取り入れ(独自に様式を作成)リハビリスタッフとケアマネジャーで居宅訪問し、住宅改修や福祉用具導入や在宅サービスの助言、老健本来の役割について説明をしている。入所前訪問指導を行った時は早期に在宅復帰を目指すプランニングをしているが、3ヶ月後の評価の際は、家族の受け入れが難しいという理由で在宅復帰が果たせないケースが多い。訪問件数の割には成果に結びつきにくいですが、ここ数年で1~2件といった状態からは幾分増加した。
171	当施設では地域性もあり最期の看取りまでという利用者が大半であり、在宅復帰については取り組んでいないのが実状です。
172	当施設は平成18年開設時より、入所期間は最長3ヶ月、目的は地域支援とリハビリを理念とし、在宅復帰する為の施設としてサービス提供をしてきました。開設時から取り組んでいる事なので、特に際立った取り組みや工夫はありません。
173	独自のケアはないが必要なケアを行っている。なお身寄りの無い者や親族が遠方で面会も少ない入所者を無理に(形式的に)在宅復帰させることは出来ない。
174	特養待機目的や単身生活困難な方の利用ではなく、リハビリや在宅復帰のリハビリ目的の利用者様を優先して入所頂いている。
175	特養にも入れず病院から退院してきた方も多く、平均介護度は4を超えている状況であり、むしろそのような方々の受け皿となっており在宅復帰は困難。

176	入所後 3 ヶ月おきに在宅復帰検討会議を行っておりますが、在宅復帰の方向で支援していく利用者の方がほとんどいない状況で、取り組んでいることは今はありませんが、以前は、在宅復帰予定者がいた際、入所早期から居宅ケアマネなどとカンファレンスを開催し退所前訪問も行い、在宅復帰が予定通りできるように早めに準備しておりました。又、インテーク時にどのようになったら在宅復帰が可能か、在宅復帰の意向がある方には具体的に伺っております。
177	入所後も居宅ケアマネジャーとの連絡や報告を欠かさず、早めに復帰目標の時期を定め、本人や家族等にも周知徹底をはかっていく。
178	入所時のインテークが大変重要です。家族や本人の思いを受けとめ、どの様になったら在宅復帰できるかを明確にします。当苑は、生活機能訓練室を設けて、より家に近い環境で過ごす取り組みをしています。在宅復帰を目標にすると職員のモチベーションの向上につながります。また、相談員による定期的な家族との面談も必須です。
179	入所時より退所後の方向性、説明、同意を受け入所を進めている。
180	入所相談時に老健の役割を伝えると共に、目的を持った入所を実施している。その後の定期的な面談を実施しながら支援している。
181	入所相談時や入所時に老健は中間施設であり、在宅復帰を目標としている事の説明や特養への待機入所目的以外の方の在宅復帰への意向確認を行っている。
182	入所当初から次のステップとして在宅という選択肢がないというご家族が多い現状ですので、在宅復帰率の向上が非常に難しい現状です。
183	入所前の情報から在宅復帰の可能性が少しでもある場合は、入所プランの説明時やご家族様の面会時に意識を持って頂けるような報告を行っている。日常生活でアップした部分も伝えたり、リハビリ訓練を見学して頂く等。3 ヶ月ごとのプラン説明時にも同様に在宅の可能性を探るように心掛けています。
184	入所希望されるほとんどの方が、在宅介護困難で特養待ちで入所されているのが現状です。その中でも、要介護 1、2 で何とか在宅サービスを利用しながら在宅生活をしていけそうな方は、3 ヶ月程度で期限を切って在宅復帰して頂く前提で、入所申込順より優先的に入所検討をさせて頂いております。
185	入所時、老健についてしっかり説明し、方向性を決めてもらうようにしていく。
186	入所時に ADL の状況と方向性の確認を行い期限を決めるようにしている。
187	入所時に介護老人保健施設の本래の役割は通過施設であることを、よく利用者及び利用者家族に理解してもらう。特養でないことの認識をしてもらう。
188	入所時に家族・本人との聞き取り、入所 1 ヶ月後の各職種・家族との方向性の確認を行う。
189	入所時に退所時期の目標設定。回復レベルの目標設定をして家族に心の準備をもらう。おおよその退所期日を明確にしながら流動的に対応する。
190	入所者の方の状態によりますが、ご家族との面談などの席で在宅復帰に向けたお話を極力行っている。
191	入所前、入所中もご家族と今後の生活場所について、相談するようにしている。
192	入所前に SW より在宅復帰についての説明を行い、退所後の方向性を確認し、それに向け入所中に多職種でケアを行っている。
193	入所面談時に在宅復帰の意向がある場合は、短期集中リハビリテーション・事前訪問・退所後訪問で支援を積極的に行っている。
194	入所率を上げる事に重点をおいており、その中で在宅復帰者については、入所の時より在宅を見すえて計画実行している。
195	入所利用の際、在宅復帰可能な利用者については、あらかじめ利用期間を設け、具体的な退所時期を明確化している。
196	年末やお盆に外出・外泊を勧めている。
197	早めの受診、家族への理解、ケアマネとの連携など、他。

198	復帰、回転の前に人の扱い、関わり方についても、もっと考えるべきではないでしょうか。
199	冬場は在宅で過ごす事に不安のある方々の需要が多く、その方々に選ばれる施設作りを行う。
200	平成 24 年介護保険改正に伴い、「在宅復帰委員会」を多職種で立ち上げ、毎月 1 回開催している。その委員会の役割は、(1)入所前後の訪問指導予定や、その結果と内容確認。(2)入所後のリハ加算等の予定と確認。(3)在宅復帰が出来そうな方の確認と連携。(4)退所前後訪問予定や、その結果と内容確認。このような内容を話し合い、また第 1 要件から第 4 要件の達成率や達成するための計画を練っている。その他、病院への入院は減少(尿路感染、肺炎)へ向け、所定疾患施設療養算定で対応している。取り組んでいる中、在宅復帰率・回転率を上げるのは、ツールではなく施設毎のやる気ではないかと思う。
201	併設、近隣の病院に在宅復帰を目指しているが、もう少しリハビリが必要な方の紹介を依頼している。在宅で生活している方で、暑い時期や寒い時期に入所を希望される方に声をかけている。複数の方を在宅復帰させても、体調不良等により在宅復帰率が上がらない状況もあり、復帰率を上げることが難しいと感じる。
202	医療・療養型併設の為、重度の方の相談や認知症専門棟にて認知症重度の方の受入れ→在宅復帰が困難が現状です。但し①ケアハウスやグループホームなどの在宅に代わる提案もしています。②通所リハやショートステイご利用の方には介護者の状況・本人の ADL 低下に合わせ一時的入所(2~3ヵ月)を受け入れています。
203	併設病院との協力連携強化を図る(病院→施設→在宅)。
204	方向性が自宅退所の方は担当者を集めたカンファレンスを多く持つようにしています。最低限でも外出泊前後には、課題の抽出と解決法などの話し合いを持っています。自宅訪問に担当介護士が行くことはなかったため、同行し自宅の様子を把握し施設の生活に活かし在宅復帰に向け取り組んでいます。
205	まずは、入院による退所を少なくする様に、健康管理・転倒等の事故を起こさないように努めました。ご家族・利用者へ施設の目標と入所後の目標、在宅復帰の目安をインテークの時に話し合いをしています。また、退所後のバックアップ(通所リハビリ、ショートステイ、再入所)についても説明し、在宅と施設のミックスを提案しています。
206	まずは外泊から初めて、本人・家族とともに良かったという実感を持ってもらう事が在宅につながると考えていますので、外泊を推進しています(家屋チェック等含め)。
207	ミドルステイとショートステイで利用するベッドを在宅復帰や在宅支援ベッドとして効果的な運用に力を入れている。4 月より特養への退所やターミナルで永眠された方の「入所ベッド」は「在宅支援ベッド」へ切り換え、急性期病院や在宅からのミドルステイの利用につなげている。ミドルステイベッドは、4 月 2 床から 12 月 10 床に増やした。100 床中ショートステイ 5 床。3 名の 3 ヶ月ごとのミドルステイを繰り返す行うために、最低でも 12 床は必要であると考えている。
208	ムンテラ、家族面談を多くする。そこで退所先の目標をはっきりさせている。
209	面談や面会の際に状態を説明している。入所を長期間している人は、数ヶ月の在宅復帰を進めている。当施設において、通所・短期入所等の在宅サービスを利用して頂きながら一般入所を再度進めている。
210	離島において在宅復帰は非常に難しいので、まずご家族への理解から取り組んでいる現状である。
211	利用者ニーズの十分な把握。
212	リハビリテーションの強化。
213	リハビリの評価に基づいて日常生活場面において、可能な動作を活用する機会を持ち自信をつけて頂いている。
214	リハビリの充実。

215	リピート利用を提案しながら行っている。
216	利用者・ご家族のカンファレンスを密にし、両者の歩み寄れる条件を探し、検討し調整をする。また普段から利用者の状態や家庭の事情等を話し合い、信頼関係を築くように努力している。
217	利用者様、ご家族様の利用目的を明確化し在宅復帰の思い、可能性を探りすすめている。ご家族様とのコミュニケーションと入所時の話し合いが大切と考えております。(今の現状、在宅復帰を望まれない家族が圧倒的に多く、そのような中いかにご家族様と話をすすめていくかが課題になっています)。
218	利用者との話し合い。在宅での介護に対する理解を得るためには、情報を集約し、じっくりと話し合う。考えられるサービスも集結して、安心を得ていく事。SSなどの受け入れもより早く可能とする事。
219	利用者の ADL の変化や季節や行事に合わせ、家や家族とのつながりを大事にし外出や外泊を勧めている。
220	利用者目的を明確にしている。施設メインであれば特養を勧めている。定期的に家族・本人の意向を確認し、在宅復帰も勧めている。入所前の在宅ケアマネージャーとの連携をとっている。
221	レスパイトケアとして、1～3ヶ月の短期間の入所の繰り返しをすすめる。
222	老健が中間施設であるという位置付けなのに、受け入れ先が無く、復帰率・回転率は上がりにくい。施設での工夫よりも先にもっと必要な事があるような気がします。正直、在宅復帰率は上がりにくい制度になっています。
223	老健の在宅復帰施設という役割をスタッフ全員が理解していることと、利用者にも十分理解していただいた上で利用していただくこと。施設方針が稼働率(経営)重視だと「長期化もやむなし」で在宅復帰も消極的になり、結果回転率も上がらないのでは。まずは稼働率重視→在宅復帰重視→回転率アップ→空床が出やすい→リピーターを増やす、から始めては。
224	医療機関と連携し、インテーク時の情報収集により在宅復帰の目処を検討している。また在宅復帰が難しい利用者様には、介護福祉施設への入所申し込みを依頼している。
225	家族とのコミュニケーションをできるだけ密に取れるように心がけています。居室担当職員を配置し、利用者・家族の状況を把握できるようにしています。
226	家族に利用者が自宅に帰れるよう、日々コミュニケーションを図り理解を得るよう働きかける。
227	家族の受け入れが可能であれば、家族・PT・通所・居宅ケアマネージャー等と連携を取り、在宅へ復帰できるよう働きかけている。
228	改正直後は取り組みに対して意見も出て、前向きに頑張ろうとしていたが、早々に待機者が激減し、現状では経営を維持して、在宅復帰を促すことが大変難しい状況に陥ったため、今は様子見の状態である。
229	開設して間もないため実績がなく、在宅復帰率、回転率の計算ができませんでした。申し訳ございません。
230	確実なサービス担当者会議の実施。
231	急性期病院との連携。
232	具体的な工夫は現段階では実践されていない。
233	月 2 回、看護師長・介護長・介護主任・支援相談員・ケアマネージャーというメンバー構成で、療養棟の調整会議を開催している。
234	元々在宅復帰率が低い施設なので、受け入れ可能なところから外出・外泊をすすめています。
235	現在のところ在宅復帰率・回転率を上げるための積極的な取り組みはできていない。
236	現在はかなり重度化しており、徐々に在宅復帰できるよう取り組み始めている。地域のニーズの中で医師の常駐、看護師の夜勤配属の機能があるため、特養で対応できない利用者の希望が多く、今まで重度化の歯止めがなかなかできないでいた。
237	現在は具体的な取り組みは行っていないですが、今後徐々に検討していこうと考えています。

238	現在検討中ですが、R4 システム導入により在宅復帰率がどのように上げるのかをご指導いただければありがたいのですが…。
239	現時点では特にはないです。ぜひ教えて欲しいです。
240	個別リハビリの強化。
241	工夫できていない。
242	高知県のような地方においては、独居世帯、老老介護、介護者が仕事をしている状況が非常に多く、在宅復帰がままならないのが現状である。そうした状況にある中、加算をとり続けていくためには、在宅⇄入所のローテーションをして、何とか1ヶ月以上在宅で頑張ってもらい、再入所してもらう以外に今のところ方法がない状況である。
243	国際医療福祉大学大学院の竹内孝仁教授が提唱されている、自立支援介護の実践に向けて取り組んでいます。加算ありきの在宅復帰率や回転率の向上では、利用者のためにはなりません。本当の意味での在宅復帰をしていただけるようにと思っています。
244	在宅ケアマネジャーとの連携。
245	在宅サービスを法人内で創設している。
246	在宅にいた時の担当ケアマネと連携を密にする。特養関係者との情報交換を頻回に行う。
247	在宅希望者の入所優先。
248	在宅支援のクリティカルパスを作成し、インテーク面接から在宅に向けて月ごとに予定を立てています（カンファレンス、在宅ケアマネジャーとの情報交換、家屋評価、退所前カンファレンス等）。
249	在宅復帰された後のフォローをしていく。必要に応じてショートや再入所の案内をしている。
250	在宅復帰については制度改正以前から積極的に取り組んでいる。入所相談、面接、入所時には在宅生活が可能か条件等を確認し、目標設定してすすめてきている。しかし入退院を繰り返す方が増えたり、他老健の入所期間が長くなっており、在宅復帰や回転率にも影響している。
251	在宅復帰のためには、居宅からの出入りを増加させる事が肝要であり、事業所等との情報交換・連携強化に努めている。
252	在宅復帰の可能性がある方については、入所後訪問指導を行っている。
253	在宅復帰を希望される方については、在宅生活に沿ったりハビリ、退所前の訪問指導、在宅ケアマネジャーとの連絡調整、在宅復帰後はデイケア、ショートステイ利用につなげている。
254	在宅復帰を考えている家族と各部署の担当でカンファレンスを開催する。その後必要であればリハビリスタッフと一緒に家に出向き、風呂場やトイレを見せていただき相談をしていく。ただ在宅復帰を考えている家族がほとんどいないのが現状です。
255	在宅復帰を目標とした個別リハビリテーションを実施している。
256	在宅復帰後の短期入所のベッド確保。
257	在宅復帰自体、良好に取り組めていない。
258	在宅復帰利用者、家族への不安軽減に向けたフォロー体制。在宅困難時の速やかなショート対応と、在宅でのサービス提供における施設側との情報共有。細かいことでも担当 CM より連絡をもらうよう努めています。
259	在宅復帰率・回転率を上げると言われるだけで、何も進んでいません。
260	山間地域で、独居生活の高齢者の入所が主となっています。在宅復帰困難な方がほとんどで、特養への入所待ちというような状況です。地域柄、老健に対するニーズの違いがあることもご理解いただきたいと思います。

261	施設長兼理事長が率先してリハビリ中心の療養を行う施設であることを、利用者の家族のみならず地域の他の社会資源及び行政機関に強くアピールし、社会的入所をなるべく少なくするように努めています。
262	施設独自の在宅パスを使用し、活用している。
263	社会資源、ショートステイなどを上手く利用して、在宅復帰に繋げている。
264	受け入れより在宅復帰とし、期限を決めている。
265	情報共有。
266	新しく療養型老健として開設したばかりで、ユニットケアの施設です。R4 については情報不足で、ユニットケア重視のケアマネジメントを行っています。
267	新入苑時に少しでも意向があれば一定期間(3ヶ月くらい)経過後、リハ・介護・SW(CM)中心に Fa 面接を設けている。職員から見て在宅の可能性が見込めるときも Fa にアプローチしている。外出・泊をすすめ、事前指導を行うようにしている。
268	精神科病院併設という特性上、利用者の多くは他施設での対応が困難、在宅介護も限界に来てしまった段階での相談が多く、入所の段階で在宅復帰はどうしても難しい…という状況になってしまっています。そのため老健ではありますが、無理に在宅復帰率を上げようとは考えないようにしています。介護者の心のケアにも時間がかかりますし、完全には癒えない印象も否めません。在宅＝自宅ではなく、グループホーム等の自宅に準じるサービスの整備が必要か?と考え、準備を検討しています。
269	全ての利用者・家族に対して初回面接時から老健の役割を理解していただき、「在宅復帰」についての意向も確認しながら在宅へのアプローチを進めています。全ての職種が利用者の在宅復帰に向けて支援すること、在宅生活をする上での利用者個別の問題点を明確にし、不安を取り除けるように相談援助及び情報提供も行っています。必要であれば在宅に帰ることをイメージした入浴や排泄、食事の介助などの介護指導や助言を本人及び家族に行います。退所が決まると本人・家族・専門職チームにより居宅を訪問し、実際に利用者生活する場所を移動してもらい、安全に無理なく生活できる環境を整えます。退所した後も退所後の訪問という形で、在宅生活が問題なく継続できているか確認・指導を行います。介護職をはじめとする多くの専門職が専門性を発揮し、居宅に向けてのケアプランを充実させています。
270	早期に退所前訪問を行う。ご家族様とよく話し合い、退所日を明確にする。
271	他に受け入れの難しい利用者もいらっしゃるのですが、定期的な入退所を繰り返し、自宅に帰れる方の受け入れも少しずつ増やしていけるようにしています。
272	多職種と連携し、退所前後の訪問を取り入れている。
273	退所時に次の再入所可能な日程の目安を提示することにより、在宅介護の目標が立てやすくなっている。
274	地域の在宅介護支援事業所との連携等。
275	地域の担当ケアマネジャー等と密な連携、コミュニケーションを図るように努めています。
276	地域性、住民の意識にも問題があると思います。要介護から要支援になり在宅復帰を勧めましたが実現には至らず、再申請の結果利用継続となった例があります。近隣施設と足並みを揃えて「復帰できる施設」として取り組みたいと思います。取り組みを行っている例を教えてください。
277	地域的に在宅復帰はとても困難な状態にあり、当施設だけではどうにもならない状況です。
278	定期的にご家族・ご本人を呼び、カンファレンスを行い、今後の方向性をその場で検討する。
279	定期面談とサービスの情報提供。
280	当苑の現状として、24年中の在宅復帰者は2名(内有料老人ホーム1人)で、在宅復帰支援への取り組みは大きな課題です。

281	当方は介護療養型老健ですので、特に意識しておりません。在宅復帰・在宅療養支援機能加算は算定不可です。
282	特別なことではないのですが、入所時よりニーズの把握、退所先の決定をして取り組む。
283	入院退所率を下げる(転倒予防、肺炎予防)。
284	入口の時点で、家族さんや居宅のケアマネジャーさんに在宅復帰の意識を持ってもらうように努めている。入所当初から、あらかじめの退所期限を設定させてもらっている。とはいえ、状態や状況を見て退所に関しては柔軟に対応している。
285	入所から在宅復帰を考えている人は、入所1ヵ月・3ヶ月でカンファレンスを開催し、在宅復帰に向けての意識を家族や各職種が共有する。また在宅の意向が出た時から各職種が在宅復帰に向けての問題点を共有し、在宅ケアマネジャーや在宅でのサービス業者に情報を伝えていく。家屋調査にリハビリ職員が行くようにしている。家族が在宅復帰の気持ちを失わないように、定期的に面談や意向を伺うことが大事。
286	入所したら最後までみてもらえると思っている家族が多く、在宅復帰の施設であるということを入所時に話をさせていただき、後は面会に来られた家族へ常に声をかけ、コミュニケーションを取るよう心がけています。
287	入所の優先基準を設け、検討会議にて多職種により話し合いを行っている。
288	入所契約時にあらかじめ入所期間を決めている。
289	入所後一定期間経過したら、支援相談員がご家族と在宅に向けての話し合いの時間を必ず設けています。その際、在宅復帰に向けてのアセスメントを看・介護の職員が作成し、ご家族に見て頂いています。
290	入所時から自宅での生活についてのビジョンを持ってもらえるよう、入所から家族への関わりを多く持つようにしている。
291	入所時にどれくらいの期間入所可能か説明し、今後も施設希望なら他施設の申し込みもご案内しています。ご本人もご家族も在宅復帰を希望され、身体の状態やご家庭の受け入れ体制が整っていれば、身体状況を熟知している職員と積極的に家庭訪問をし、危険・無理のない在宅復帰をお手伝いしています。
292	入所時に家族様、利用者様の利用の目的・目標を明確にし、何ができれば在宅復帰とするのかを確認し、他部署との情報共有をしている。
293	入所時に定期的に家族と施設長を含めたカンファレンスの実施をし、将来の方針の確認を行う。
294	入所時に入所期間、リハビリの目的、内容の説明を行い、納得していただく。入所後も1ヵ月ごとに入所者の状態、リハビリの進行状況を説明し、リハビリ目標の変更等を行っている。
295	入所時に老健利用目的を明確にして、今後の方向性もしっかりと話し合うようにしています。
296	入所時の説明とリハビリの強化。
297	入所時点で在宅復帰の可能性の確認を行っていますが、在宅生活が困難なために入所するケースが多いため、在宅へ戻るケースはほとんどありません。
298	入所者の現状を伝えられるようにご家族への情報提供を行い、在宅復帰について協力を得られるようにしている。また居宅ケアマネジャーと連携し、退所後の生活イメージ図を作成しながら問題点を解決するようにしている。
299	入所申し込みをしていただいた段階で、必要な情報は多職種で可能な限り収集し、在宅生活を防げる要因を分析した上で、本人・家族と目標、方向性のすり合わせを行っている。上記を行う上でアクシデントでの突発的な退所以外はスケジューリング可能となっていること。
300	入所前、入所時に自宅受け入れの可能性をきちんと話し合いすることが大切である。定期的な話し合いの開催。

301	入所前、入所中もご家族と今後の生活場所について相談するようにしている。
302	入所前の本人・家族の意向確認と説明。
303	入所前後訪問を積極的に導入している。在宅復帰希望が入所時に分かっているならば、暫定プラン〜ケアプランにて、在宅へ向けたサービスが入所した時から受けられるようにしています。
304	入所前相談において、老健施設の特徴・性質・位置付けを明確に伝え、退所(一時退所)、在宅復帰しやすい環境作りに家族へ協力を依頼している。
305	入所段階で、施設の利用目的をはっきりとさせ、全職員で共有している。入所させるための検討会しか行わない。
306	入所段階において在宅復帰を視野に入れて入所される場合は、ほぼ在宅に復帰されていますが、それ以外は本人の状況、介護状況において在宅に復帰をすすめるのがとても難しく思う。次の施設への移行までとなると長期化する傾向があり、なかなか理想通りにはいかない現状にあります。
307	入退所情報提供から取り組んでいるが、入退所者の状態・病状が悪化することが多く、在宅復帰へ繋がられないのが現状です。
308	判定会議の見直し。
309	法人全体の方針もあり、具体的には取り組めていない。
310	法人内、連携強化。
311	本人・家族・その他状況が整っている方については、入所の早い段階から在宅復帰の促し、意向の確認をして調整している。
312	本人・家族と施設との信頼関係作り。他職種との連携。
313	毎月ベッド調整会議を開き、次月の入退所者数の把握及び入所者数や入所日、在宅系の数値目標を設定している。
314	面接を重要視しています。特に家族面接に重点を置いています。
315	利用者の方を自宅へ帰る人、生活型施設へ行く人、施設に特養待機で残る人、看取る人とに分けて、支援方法、介入方法を検討している。
316	利用者の立場を尊重したケアをしているので、現今の社会状況を考えると在宅復帰は大変厳しいものがある。
317	利用者様の ADL や施設でのことを話し、このくらいなら在宅でもできるのではないかという声かけを家族に行っている。
318	療養型に近い運営をしている。



## 第3章 まとめ



## 1. R4 システムの導入状況

R4 システムを「全面的に導入」している施設は全体の 5.0%、「一部導入」(9.8%) と合わせると、全体の 14.8% が導入している。導入開始時期をみると、R4 システムを『一部導入』している施設の導入開始時期は「平成 24 年度以降」が 50.3% と半数以上を占め、「平成 23 年」が 34.8%、「平成 22 年」が 11.6% となっている。

現在導入しているシートをみると、「A-1 シート」は 59.4%、「A-2 シート」が 61.1%、「A-3 シート」が 62.4% と、いずれもほぼ 6 割以上の施設が導入している。なお、R4 システムを全面的に導入している施設においては、「A-2 シート」と「A-3 シート」を導入している割合がともに 93.7% と 9 割以上となっている。

R4 システムを「全面的に導入」、「一部導入」、「導入検討中」の施設における導入（導入予定）のソフトをみると、「全老健ファイルメーカー版（無償版）」が 38.1% と最も多く、「用紙のみを用いての運用」が 24.5% と続いている。R4 システムの導入状況別にみると、『全面的に導入』している施設では、「全老健ファイルメーカー版（無償版）」を 58.2% とほぼ 6 割近くの施設が導入しているのに対して、『一部導入』している施設では、「用紙のみを用いての運用」が 43.9% と最も多くなっている。

なお、『導入する予定なし』の施設で使用されているケアマネジメント方式をみると、「包括式自立支援プログラム（三団体版）」が 49.3% と最も多く、以下「施設独自の方式」が 24.9%、「MDS 施設版」が 16.6% と続いている。

## 2. 在宅復帰率と回転率について

施設における在宅復帰率の中央値をみると、全体としては、9 月、10 月が高く、1 月、2 月が低くなっている。R4 システムの導入状況別にみると、『全面的に導入』している施設における在宅復帰率が他と比較してすべての月で高くなっている一方で、『導入する予定なし』の施設においては、すべての月において在宅復帰率が他と比較して最も低くなっている。

同様に回転率の中央値をみると、全体的には、いずれの月も 6%～8% の間で推移している。R4 システムの導入状況別にみると、『全面的に導入』している施設以外は、いずれの月も 6%～8% となっているが、『全面的に導入』している施設は 8%～12% で推移しており、いずれの月においても回転率は他と比較して最も高くなっている。

### 3. 利用者の状況等の把握について

利用者の状況等の把握ができているかをみると、「利用者の状態像の把握」ができている割合は96.4%、同様に「利用者の利用目的の把握」は95.4%、「利用者の状態の変化の把握」は93.8%といずれも9割を超えている。R4システムの導入状況別にみると、『全面的に導入』している施設では、「多職種協働によるケアの実施」や「多職種間の情報共有」、「家族や利用者との情報共有」、「利用者ニーズの把握」の項目において「できている」割合が他と比較して最も高くなっている。一方で、『導入する予定なし』の施設は「利用者の利用目的の把握」（96.2%）、「利用者の状態の変化の把握」（95.7%）で、『一部導入』の施設は「利用者の状態像の把握」（98.1%）において、他と比較して「できている」割合が最も高くなっている。

### 4. R4システム導入後の状況変化について

R4システムを「全面的に導入」、「一部導入」している施設におけるR4システム導入前と比較した施設の変化の状況についてみると、「おおいに改善」した割合が高かったのは『多職種間の情報共有』（15.4%）と『利用者の利用目的の把握』（13.7%）であった。「やや改善」と合わせた割合では、『利用者の状態像の把握』が62.3%と最も高く、以下『多職種間の情報共有』（60.3%）、『利用者の利用目的の把握』（58.6%）の順であった。R4システムを「全面的に導入」、「一部導入」別にみると、『職員の離職率』以外はすべての項目において、「全面的に導入」している施設の方が改善している割合が大幅に高くなっている。

### 5. R4システム導入の際の課題について

R4システム導入の際の課題についてみると、「非常に問題」と答えた割合が高かったのは『ソフトウェアの新規導入の価格』（42.1%）、『ソフトウェア新規導入の面倒さ』（37.1%）、『パソコン上へのデータの書き込み方法の見直し』（26.5%）、『ソフトのリース期限の見極め』（22.9%）の順であった。「やや問題」と合わせた割合でみると、『ソフトウェア新規導入の面倒さ』（74.7%）、『ソフトウェアの新規導入の価格』（72.6%）の2つの課題が問題があるとする割合が7割以上を占めている。このようにソフトウェアやパソコンに関する課題が問題となっている割合が高く、特にR4システムを「一部導入」している施設においてその傾向が強い。「非常に問題」と「やや問題」を合わせた割合でみると、R4システムを「全面的に導入」している施設が問題としている割合がいずれの項目においても他と比較して最も低くなっている。

質問項目以外の自由記載の課題では、現在使用しているソフトウェアとのリンク、データの移管の問題や、利用するスタッフの理解度の問題があげられた。

## 6. R4 システムに対する意見について

R4 システムに対する意見（自由記載）について、R4 システムの導入状況別にみると、『全面的に導入』している施設での意見としては、「R4 システムとリハビリ実施計画書・栄養評価プランとの一体化」、「システムの簡素化」や「施設独自に活用できる自由度」への希望があげられた。

『一部導入』している施設では、R4 システムの課題として「A-3：生活機能アセスメントの部分が認定調査にリンクしにくい」、「レセプト処理との連動が出来ない」、「新たなソフトウェアの導入・乗換のリスクが高い」といった、既存のシステム、ソフトウェア、帳票等との互換性に関する内容や、「アセスメントの中に認知症についてのチェックが必要」や「記述量を減少させる事が出来たら良い」といったフォーマットに関する内容があげられた。一方で有効性について、「R4 総合計画書において、専門職（チーム）アセスメント及び実地計画内容等の重点記述があることで、チーム・スタッフの意向が目に見えて分かり、ご家族・利用者様・チーム全員が共通理解の基でプラン実施できる」や「介護職員が「改善・悪化・不変」を理解しやすいシステム」といった意見があげられた。

『導入検討中』の施設でも、R4 システムの課題としては「介護ソフト会社との連携をはかった対応をしてほしい」、「R4 システムを他社ソフトとの汎用性を持たせたものにしていただきたい」、「既存ソフト（基幹ソフト）との連動が必要と思う」といった、既存のシステム、ソフトウェア、帳票等との互換性に関する内容や、「経済的な点で法人本部の不理解がある」、「システム導入にはネット環境を整えることや、システム自体の価格（共有版を使用したとしてもファイルメーカーの購入など）、やはりハードルが高く思えます」といったコストについての内容があげられた。実際の導入については「どの部分から導入すれば現場はスムーズなのか等模索中でなかなか検討には至らない」、「導入についてはどこから手を付けたらよいのか、全体に関わる事なので難しいです」といった意見がみられた。また、R4 システムの有効性について「なぜR4 システムを導入すると在宅復帰率が上がるのですか？」といったコメントがあった。

『導入する予定なし』の施設では、R4 システムに対して「R4 システムについての研修が少なく、R4 システムの導入メリットを理解できていない」、「一度研修に参加させて頂いたが十分な理解に至っていない」、「都道府県単位で研修を開催してもらいたい」、「導入のための「プロセス、マニュアル」のようなものがあれば試しにやってみて、出来るかもしれない」といった、導入に向けて理解を深めたいという意向がみられた。一方で「R4 の検討、取り入れに要する人員・時間の確保も現状では困難」、「ようやく確立した現在の方法を入れかえるには相当の負担がかかる」、「経営者サイドでの理解、あるいは受け入れの時点でのインテークについての知識・技術不足で深まりが出来ない」、「一部導入や在宅復帰ケースの導入を検討したが、既存のソフトウェアに組み込むのにお金がかかり躊躇している」、「準備が出来る人材も人員も不足している」といった外的な要因もあげられた。

## 7. 在宅復帰率・回転率を上げるための取り組みについて

在宅復帰率・回転率を上げるための取り組み（自由記載）について、R4 システムの導入状況別にみると、『全面的に導入』している施設での意見としては、「インテークの重要性」、「職員のみではなく地域のケアマネジャー等に打ち出すことで、地域の理解が得やすくなり目的を明確にした入所が増えた」、「在宅療養を施設全体でバックアップします！」という姿勢をご家族様に伝え、信頼と安心感を持っていただけるよう取り組み」、「近隣の病院 CM 等に「在宅復帰に力を入れている」旨伝え、だいが浸透してきた」といった、インテークの重要性と広報の強化の内容があげられた。

『一部導入』している施設では、在宅復帰率・回転率を上げるための取り組みとして「インテーク時の対応」、「ショートステイの活用拡大・強化」、「老健の役割について、併設病院職員にも理解してもらう」、「入所相談の時点から老健の役割について説明を行い、納得した上で入所して頂く」といった意見があげられた。

『導入検討中』の施設では、利用者及び家族に対しては「自宅の環境に合わせたリハビリメニューの作成」、「施設の機能についての説明」、「往復型利用の推進」、「入所直後及び退所前の訪問指導等の実施」、「リハビリの強化」、周辺を含めた強化の方策としては「在宅ケアマネジャーとの情報共有や連携」、「自施設・近隣施設と情報共有し、在宅に戻られてからも家族・本人が不安を抱かないような退所支援」、「多職種で情報共有を図る取り組み」といった内容があげられた。

『導入する予定なし』の施設では、利用者および家族の理解を得るために、「老健の機能・役割について充分説明」、「入所前訪問指導・退所前後訪問指導等を積極的に実施」、「自宅へ訪問して、住改の提案、福祉用具選定の援助、動作確認、アドバイスを具体的に行い、在宅生活の「見える化」を推進」、「在宅復帰を意識した働きかけ、リハビリ強化」、「施設入所と在宅生活のリピート利用をすすめている」といった意見があげられた。また、周辺を含めた強化策として「退所後の居宅事業者との連携、地域の社会資源の紹介等」、「医療機関との連携が持てる様に、医療機関・居宅事業所への周知、営業活動に力を入れていく」、「地域・家族と連携」、「事業所等との情報交換・連携強化」、内部組織の強化策として、「全職員で進行状況が分かる仕組み」、「看介護職員の意識からも在宅復帰実現に繋がるようにしている」、「ケアカンファレンスの充実」、「在宅復帰委員会」を多職種で立ち上げ、「インテーク時から入所期間とサービス内容の調整」といった意見があげられた。

## 8. R4 システムの評価と今後の課題について

R4 システムの導入状況を見ると、R4 システムを導入している施設は全老健の会員施設全体の5%であり、「一部導入している」施設を含めても2割に満たないという現状がある。

まず、R4 システム導入の課題をみると、全体としては「ソフトウェア新規導入の面倒さ」、「新規導入の価格」があげられる割合が特に高く、次いで「パソコン上のデータ書き込み方法の見直し」、「職場のワークフローの見直し」、「介護職その他現場スタッフの理解不足」が続いており、自由記述の回答でも現在使用しているソフトウェアとのリンク、データの移管の問題や、利用するスタッフの理解度の問題があげられている。

しかし、R4 システム導入の効果を見ると過去の調査研究で R4 システムを導入している施設において利用者の在宅復帰率に寄与することが明らかになっており、今回の調査結果においても R4 システムを全面導入している施設の方が、導入していない施設と比較して回転率、在宅復帰率とも高くなっている。

ただし、「全面導入」の施設は、R4 システム導入前から意識が高い施設であることも考えられ、少なからずバイアスがかかっている可能性がある。これについては現在十分な検討が行われていないため、今後検討していく必要がある。さらに、「導入する予定なし」としている施設に関しても、そもそも意識が高く、R4 システム導入にかかわらず、既に回転率・在宅復帰率ともに高く導入の必要性を感じていない場合と全く意識をしていない場合の両極が考えられるため、そのことで「導入する予定なし」とした施設の在宅復帰率・回転率が「一部導入」や「導入検討中」と近い割合となっているのではないかと推察される。しかし、在宅復帰率・回転率が高く R4 システムの必要性を感じていない施設でも、R4 システム導入によって一段階上のケアマネジメントを実現する可能性があるのではないかと考えている。この点についても今後検討が必要となる。

利用者状況等の把握についても、R4 システムを全面導入している施設において「多職種協働によるケアの実施」や「多職種間の情報共有」、「家族、利用者との情報共有」、「利用者ニーズの把握」ができていく割合が他と比較して最も高くなっている。

さらに、R4 システム導入済（全面導入および一部導入）の施設における R4 システム導入後の状況変化をみると、「多職種間の情報共有」、「利用者の利用目的の把握」、「利用者の状態像の把握」、「利用者の状態の変化の把握」、「利用者のニーズの把握」について、R4 システム導入後に状況が改善した（『おおいに改善』と『やや改善』を合わせた割合）と答えた施設は半数以上を占めており、R4 システムを全面的に導入している施設では、改善した割合が特に高くなっている。このことは、R4 システムが介護職員等の働き方にも少なからず好影響を及ぼしていることが推察されるが、「職員のモチベーション」に対しては改善があると回答する割合が多いものの、「職員の離職率」に関しては変化なしという回答の割合が多いという結果から、離職率の改善にまでは至っていないという現状もある。

このように、R4 システムの有効性が認められる一方で R4 システムが十分に普及しない要因としては、R4 システム導入に伴うソフトウェアやワークフローの変更の必要性、データ互換における

問題とそれらに伴う現場職員・スタッフの理解不足といった導入障壁が推察される。

については、R4 システムを導入する施設にとって、あるいはスタッフにとって、さらには利用者及び家族にとって、R4 システムがどのようなもの(機能)で、どのように役立つか(有効性)について、また、実際に導入する際に、どのような手順で行えばよいか(導入手順)について十分に理解されていないと考えられるため、今後 R4 システムの普及に向けて、R4 システムの有効性・メリット、具体的な導入イメージや導入のための手順等について、普及・啓発が必要と考えられる。

最後に、在宅復帰率・回転率を上げるための取り組みとして、地域や家族との連携や多職種間での情報共有があげられているが、それはまさに R4 システムの重要な機能のひとつといえる。利用者を在宅復帰させることももちろん重要であるが、利用者が復帰後に在宅で満足度の高い生活を送るためには、今後さらに復帰後の利用者への支援、すなわち在宅における支援も視野に入れることが重要となると考えられる。

通所サービス等在宅サービスにおける支援においては地域との連携や情報共有が一層重要となるため、R4 システムの活用が地域との連携や情報共有の円滑化に有効となると考えられる。そのため、施設と在宅で一貫性のあるサービスを提供し、さらに地域との連携や多職種との情報共有を円滑に進めるために、通所サービス等、在宅サービスに活用できる在宅版の R4 システムを検討していく必要があると考える。現在「通所リハビリテーション」について検討を重ね、「通所リハビリテーション版」の書式案を作成したので参考資料として添付した。

## 第4章 資料



■ アンケート調査票

平成 24 年度 介護老人保健施設における新ケアマネジメント方式  
(R4 システム)の在宅復帰率・回転率への影響に関する調査研究事業  
アンケート調査票

◎平成 25 年 1 月 21 日(月)までに、FAX にてご返送ください。

事務処理欄:

**FAX 返送先: 03-3455-3535**

本アンケート調査でご記入いただいた情報は、本調査研究事業の目的以外では使用いたしません。

問1. ご回答施設について

都道府県名	都・道 府・県	施設名	介護老人保健施設	
ご記入者		ご記入者の 職種・役職	職種:	役職:

問2. 貴老健施設におけるR4システムの導入状況<sup>※1</sup>についてお伺いします。

※注1) 本調査票では、「導入状況」を以下のように定義することとします。

- ・「全面的に導入」… R4システムを全面的に導入されている場合を指します。電子版ソフト等を使用せず紙帳票のみの場合でも、全面的に導入している場合はこれに該当します。また、段階的導入の途中であって、たとえば一部フロアのみで全面的に導入している場合は「全面的に導入」に該当するものとします。
- ・「一部導入」… 既存のケアマネジメント方式を継続利用しているが、試行的導入段階などで、R4システムの一部を現場で採用している場合はこれに該当します。帳票の一部を採用している場合も「一部導入」に該当するものとします。なお、電子版ソフト使用の有無は問いません。

問2-1) 貴施設のR4システム導入状況についてあてはまるもの一つに○をつけてください。

ア. 全面的に導入	ウ. 導入検討中
イ. 一部導入	エ. 導入する予定なし

問2-2) 問2-1. で「ア. 全面的に導入」、「イ. 一部導入」と回答された施設にお伺いします。貴施設がR4システムを導入した時期と、現在導入しているシートについてご記入ください。

R4システムの一部導入開始時期	平成 年 月から
R4システム全面導入開始時期	平成 年 月から
現在導入しているシート (該当するもの全てに○)	1. プレインテークシート      4. A-3シート 2. A-1シート                      5. 総合計画書 3. A-2シート

問2-3) 問2-1. で「ア. 全面的に導入」、「イ. 一部導入」、「ウ. 導入検討中」と回答された施設にお伺いします。導入(または導入予定)のソフト等、導入状況について該当するものに○をつけてください。

1. 全老健ファイルメーカー版(無償版)	5. 独自のソフトウェア
2. 東芝・レゾナ版(有料ソフト)	6. その他のソフトウェア
3. 富士データシステム版(有料ソフト)	7. その他(具体的に:                      )
4. 用紙のみを用いての運用	

問2-4) 問2-1. で「エ. 導入する予定なし」と回答された施設にお伺いします。現在使用中のケアマネジメント方式に○をつけてください。

1. 包括式自立支援プログラム(三団体版)	4. センター方式
2. MDS施設版	5. 施設独自の方式
3. TAI	6. その他(具体的に:                      )

問3. 貴老健施設の在宅復帰率・回転率について、平成24年1月から11月までの各月の状況をご記入ください。

	平成24年										
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
在宅復帰率	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
回転率	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

・在宅復帰率・回転率の算出方法については、在宅強化型基本サービス費および在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定要件で用いられる計算方法により算出した比率をご記入ください。

問4. 貴老健施設の利用者状況等の把握についてお伺いします。

問4-1) 貴施設での状況について、あてはまる方の番号に○をつけてください。

	1. 出来ている	2. 出来ていない
1) 利用者の利用目的の把握	1	2
2) 利用者の状態像の把握	1	2
3) 利用者の状態の変化の把握	1	2
4) 利用者のニーズの把握	1	2
5) 多職種間の情報共有	1	2
6) 家族や利用者との情報共有	1	2
7) 多職種協働によるケアの実施	1	2

問4-2) 問2-1. で「ア. 全面的に導入」または「イ. 一部導入」と回答された施設にお伺いします。  
R4システム導入前と比較した場合、導入後の状況変化について、最もあてはまる番号一つに○をつけてください。

	1. 大いに改善	2. やや改善	3. 変化なし	4. やや悪化	5. 悪化
1) 利用者の利用目的の把握	1	2	3	4	5
2) 利用者の状態像の把握	1	2	3	4	5
3) 利用者の状態の変化の把握	1	2	3	4	5
4) 利用者のニーズの把握	1	2	3	4	5
5) 多職種間の情報共有	1	2	3	4	5
6) 家族や利用者との情報共有	1	2	3	4	5
7) 多職種協働によるケアの実施	1	2	3	4	5
8) 職員のモチベーション	1	2	3	4	5
9) 職員の離職率 <sup>※注2</sup>	1	2	3	4	5

※注2) 離職が少なくなった場合を「改善」とします。

問5. R4システムを導入している・いないにかかわらず、R4システムを導入する際の課題について、最もあてはまる番号一つに○をつけてください。

	1. 非常に問題	2. やや問題	3. どちらでもない	4. あまり問題ではない	5. まったく問題ではない
1) ソフトウェア新規導入の面倒さ	1	2	3	4	5
2) ソフトウェアの新規導入の価格	1	2	3	4	5
3) ソフトのリース期限の見極め	1	2	3	4	5
4) インテークプロセスの見直し	1	2	3	4	5
5) アセスメント方法の見直し	1	2	3	4	5
6) 多職種協働の見直し	1	2	3	4	5
7) パソコン上へのデータの書き込み方法の見直し	1	2	3	4	5
8) 職場のワークフローの見直し	1	2	3	4	5
9) 経営者や事務の理解不足	1	2	3	4	5
10) 施設長の理解不足	1	2	3	4	5
11) 介護職その他現場スタッフの理解不足	1	2	3	4	5
12) R4の信頼性	1	2	3	4	5
13) その他 (具体的に: _____)					

問6. R4システムについてご意見があればご自由にご記入ください。

問7. 在宅復帰率・回転率を上げるため、貴施設で取り組まれている工夫があれば、是非教えてください。

～アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。～

お問い合わせ先:

公益社団法人全国老人保健施設協会 業務部業務第二課 電話:03-3455-4165



家族図	家族の状況				在宅療養/家族の関わり方に関する状況
	氏名	年齢	続柄	同居	
	①				
	②				
	③				
	④				
	⑤				
	⑥				
	⑦				
⑧					
居宅担当介護支援専門員からの連絡事項					
特記事項					
居宅サービス計画書情報					
利用者及び家族の生活に対する意向			総合的な援助の方針		
生活全般の解決すべき課題(通所リハビリ分)			長期目標・期間(通所リハビリ分)		
			~		
サービス内容 (通所リハビリ)					
他の居宅サービス利用状況利用状況					
サービス種別	事業者	利用状況	備考		
◆書類等(確認返却したものには✓マーク、受領したものは○、提出依頼したものは△、不要・無には×を付しておく)			本人:通所リハビリテーション利用の目的及び目標		
被保険者証(介護・医療)	ケアマネジメント連絡表				
居宅サービス計画書写し	障害手帳				
診療情報提供書	公費医療受給者証				
サマリー(看介護・リハ)					
◆重要事項説明書の説明と納得:			家族:通所リハビリテーション利用の目的及び目標		
◆リスクの説明項目:					
転倒	転落				
誤嚥	離苑				
◆本シートに記入する内容についての合意:					

通所リハ

A-2インテーク: 適性アセスメント・シート 〔及び(判定後)→暫定ケアプラン〕		利用者氏名 ID:	様	要介護度	障害自立度		
添付書類等:		作成開始日:					
レベル 図等 区分		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)					
基本動作				食事動作			
歩行移動				食事形態 【主食】 【副食】 【水分】 【補助具】		【療養食】	
移動手段	1. T字杖の利用 2. 装具(短下肢装具等) 3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用 4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行) 5. 車椅子の利用 6. リクライニング式車椅子の利用 7. 介助者や付き添いの必要		8. 9. 10.			排泄動作	
認知機能	aオリエンテーション			尿意		排便の形態 日中: 夜間:	
	bコミュニケーション			便意			
	c精神活動			入浴動作			
	d 周辺症状	A群		B群		入浴手段	a 口腔ケア
		拒否 感情 興奮 大声 破壊 投げる		過食 タンス 徘徊 昼間寝てばかり 繰返聞く 不適切な場所での排尿			b 整容
合計数:		合計数:		c 衣服			
その他の周辺症状				整容			
嚥下機能				余暇			
医療	特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)					交流	

サービス内容 (通所リハビリ)	利用希望日及び付帯サービス(送迎・入浴・食事等)			
身体状況等、その他の特記事項 ・麻痺および拘縮： ・筋力： ・転倒・転落歴： ・視力： ・聴力： ・認知関連データ： ・皮膚の状態等： ・嗜好・禁忌等： ・その他： ・身長・体重：				
インタークに関わった専門職のコメント				
サービス利用判定会議				
				区分：
開催日				判定結果
出席者	医師		栄養士	判定理由
	看護師		支援相談員	
	介護職		介護支援 専門員	
	リハ職			
暫定ケアプラン(リスク・リハビリテーション等)				
サービスの提供	・短期集中リハビリの実施		・PT・OT・STによる自宅訪問の実施	
	・認知症短期集中リハビリの実施		・リハビリマネジメントの実施(通所)	
	・個別リハビリの実施		・通所リハビリ計画作成、見直し	
	・栄養改善加算		・	
	・口腔機能向上加算		・	
・重度療養管理加算		・		

本暫定ケアプラン について、その内 容の説明を受け、 同意致します。	年 月 日：	説明者 _____ _____
	ご本人氏名：	

通所リハ

A-3:生活機能(ICF)アセスメント		利用者氏名		様	要介護度	障害自立度	
		ID:				認知症自立度	
開始時				ヶ月後の状態	開始日:	評価日:	
レベル 図等		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)		レベル 図等		特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)	
基本動作				食事動作			
歩行移動				食事形態	【主食】		【後食】
						【副食】	
移動手段				排泄動作	【水分】		
						【補助具】	
認知機能	1. T字杖の利用		8.	排泄の形態	日中:		
	2. 装具(短下肢装具等)		9.		夜間:		
	3. 歩行器(ウォーカー、シニアカー等)の利用		10.	尿意	尿意		
	4. しがみつき歩行器の利用(サークル歩行)				便意		
	5. 車椅子の利用			入浴動作			
	6. リクライニング式車椅子の利用						
	7. 介助者や付き添いの必要			入浴手段			
	aオリエンテーション				a 口腔ケア		
	bコミュニケーション			整容	b 整容		
	c精神活動				c 衣服		
周辺症状	A群		B群	余暇			
	拒否 感情 興奮 大声 破壊 投げる		過食 タンス 徘徊 昼間寝てばかり 繰返聞く 不適切な場所での排泄				
	合計数:		合計数:				
	その他の周辺症状						
嚥下機能				交流			
医療	特記事項 (器具・補助具の状況及びリスク等)						

実行状況の評価及びモニタリング結果		実施日：				
利用者及び家族の生活に対する意向		総合的な援助の方針				
生活全般の解決すべき課題(通所リハビリ分)		長期目標・期間(通所リハビリ分)				
		~				
各職種からのコメント	実行状況の評価(利用者満足度も含む)		サービス提供量・プログラム変更の必要性			
	看護・介護					
	リハビリ					
他専門職						
判定結果	居宅介護支援専門員等との協議・検討・連絡すべき事項： (利用が想定される他サービス等)					
判定理由		出席者	医師		栄養士	
			看護師		支援相談員	
			介護職		介護支援専門員	
			リハ職			

# リハビリテーション実施計画書 (1)

計画評価実施日 \_\_\_\_\_

利用者氏名: \_\_\_\_\_ 性別: 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 歳) 要介護度: \_\_\_\_\_

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)

合併疾患・コントロール状態  
(高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)

生活不活発病(廃用症候群)  
(発症原因が分かる場合はその内容)

**心身機能**  
運動機能障害  
感覚機能障害  
高次機能障害


自立・介護 状況	現在の評価及び目標				具体的なアプローチ				
	行っ て い る こ と	出 来 る こ と	目 標 レ ベル	使用用具 杖・歩行 器・車椅子など 介護内容 つたい・もたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
基本動作									
歩行移動									
排泄動作									
入浴動作									
嚥下機能									
食事動作									
口腔ケア									
整容									
更衣									
オリエンテー ション									
精神活動									
コミュニケー ション									
余暇									
交流									
家事									



新全老健版ケアマネジメント方式 ～R4システム～  
介護老人保健施設通所リハビリテーション計画書

利用者氏名		障害老人 自立度	要介護度	認定有効期間	～					
様		認知症 自立度		介護支援専門員	㊦	担当者	㊦			
専門職（チーム）アセスメント 及び 実施計画内容等の要点										
看護・介護				リハビリ						
他専門職①				他専門職②						
利用者及び家族の意向				総合的な援助方針						
作成日	通所リハ 長期目標		利用曜日 利用時間	月	火	水	木	金	土	日
				～	～	～	～	～	～	～
時間										
プログラム										
加算項目	1.	2.	3.	4.	5.					
課題 / ニード	ケア項目	ケア内容				担当	留意事項			
<p>本ケアプランについてその内容の説明を受け、同意し交付を受けました。</p> <p>同意日： _____ ご本人氏名： _____ ご家族氏名： _____</p>										



 公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0014

東京都港区芝2-1-28 成旺ビル7階

TEL : 03-3455-4165 FAX : 03-3455-4172