



問 8 問 7 で「2通所リハビリテーション」を選択した場合、リハビリテーション提供体制加算を算定していますか(2019年9月時点) (複数回答可)	1 イ 所要時間3時間以上4時間未満を算定している 2 ロ 所要時間4時間以上5時間未満を算定している 3 ハ 所要時間5時間以上6時間未満を算定している 4 ニ 所要時間6時間以上7時間未満を算定している 5 ホ 所要時間7時間以上を算定している 6 算定していない。
問 9 身体拘束廃止未実施減算について(2019年9月分)	1 減算されていない 2 減算された

2-1. 職員数についてお伺いします。

2019年10月1日時点の貴施設の届出上の職員数(常勤換算数)及び夜勤の配置数についてご記入ください。併設の通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを実施している場合には、それらの事業所における届出上のリハビリ専門職の職員数(常勤換算数)についても記入ください。

<p>問 10 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数をご記入ください。</p> <p>※常勤換算の計算方法 職員数の算出については、「常勤職員の実人数」+「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。 非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該施設で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。</p>				
	施設(入所)の 職員数 (常勤換算の 配置数)	施設(入所)の 夜勤の配置数 1日あたり人数	通所リハの職 員数 (常勤換算の配 置数)	訪問リハの職員 数 (常勤換算の配 置数)
医師	. 人	/	/	/
歯科医師	. 人			
歯科衛生士	. 人			
薬剤師	. 人			
看護師	. 人	人	. 人	/
准看護師	. 人			
介護職員	. 人	人	. 人	/
うち、介護福祉士	. 人			
うち、認定特定行為を実施できる介護職員 (認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等)	. 人			
理学療法士	. 人	/	. 人	. 人
作業療法士	. 人			
言語聴覚士	. 人			
栄養士	. 人	/	. 人	. 人
うち、管理栄養士	. 人			
介護支援専門員	. 人	/	. 人	. 人
診療放射線技師	. 人			
支援相談員	. 人			
うち、社会福祉士	. 人			
うち、介護支援専門員との兼務者	. 人	/	. 人	. 人
うち、介護支援専門員との兼務者	. 人			

2-2. 貴施設の職員における認知症に関する研修についてお伺いします。

問 11 貴施設の職員において、昨年度、認知症に関する外部の研修を受けた人数をご記入ください	医師	看護職員	介護職員	その他職員
	人	人	人	人

2-3. 貴施設の職員におけるケアマネジャーの資格保持人数

問 12 貴施設の職員において、ケアマネジャーの資格を保持している人数をご記入ください	資格保持人数						
	人						
内訳 (職種ごと)	医師	歯科医師	薬剤師	看護師 准看護師	介護福祉士	介護福祉士以外の 介護職員	その他
	人	人	人	人	人	人	人

3. 貴施設の入所者の状況についてお伺いします。(ショートステイ利用者を除く)

問 13 2019年10月1日24時時点の入所者数(実人数)	人
--------------------------------	---

問 14 問 13 について、下記区分ごとの内訳をご記入ください。

※それぞれの内訳の合計が、問 13 で回答した人数と一致するように、ご記入下さい。

要介護度別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	
	人	人	人	人	人	人	
年齢階級別	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上		
	人	人	人	人	人		
障害高齢者の日常生活自立度別	自立	J	A	B	C	不明・未実施	
	人	人	人	人	人	人	
認知症高齢者の日常生活自立度別	自立	I	II	III	IV	M	不明・未実施
	人	人	人	人	人	人	人
保険者別 ※入所者の介護保険の保険者と、貴施設の所在地の関係についてご記入ください。	貴施設と同保険者内 (例: 保険者が札幌市、所在地が札幌市の場合)		同保険者外かつ同県内 (例: 保険者が旭川市、所在地が札幌市の場合)		他県 (例: 保険者が青森市、所在地が札幌市の場合)		
	人		人		人		

2019年4～9月の新規入所者数(入所前の居場所別人数)※1と退所者数(退所先別人数)をご回答下さい。

入所前の居場所／退所先	問 15	問 16	
	新規入所者数	退所者数	うち貴施設と同保険者外 ※2
①本人の家(賃貸、家族の家を含む)	人	人	人
②病院			
i)～vi)の合計	人	人	人
i)一般病床 ※ ii)～v)を除くもの(いわゆる急性期病床)	人	人	人
ii)地域包括ケア病棟(病床)	人	人	人
iii)回復期リハビリテーション病棟	人	人	人
iv)医療療養病床	人	人	人
v)精神病床	人	人	人
vi)その他の病床・不明	人	人	人
③有床診療所	人	人	人
④介護療養型医療施設	人	人	人
⑤介護医療院	人	人	人
⑥他の介護老人保健施設	人	人	人
⑦特別養護老人ホーム	人	人	人
⑧有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅	人	人	人
⑨養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人	人
⑩認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人	人
⑪死亡	/	人	/
⑫その他	人	人	人

※1 退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合も含む。

※2 退所者の介護保険の保険者が、貴施設の所在地と異なる場合の人数(保険者が広域連合の場合は、貴施設の所在地が同広域連合に含まれない場合の人数)。

4-1. 在宅復帰・在宅療養等指標に関連してお伺いします。

問 17 昨年、2018 年 10 月 1 日時点の貴施設の届出上の基本情報についてご記入ください。 【2018 年 10 月以降に開設された場合は、回答不要です。】 ※「介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」に記載した内容について記載してください。 ※割合を記載するものについては、小数点第 1 位まで記載してください。ただし、届出上で小数点第 1 位まで記載していない場合は、届出上に記載した数字を記載してください。	
1) 報酬上の区分	1 超強化型 2 在宅強化型 3 加算型 4 基本型 5 その他型
2) 在宅復帰率(2018 年 4 月～9 月)	( ) %
3) ベッド回転率(2018 年 4 月～9 月)	( ) %
4) 入所前後訪問指導割合※2018 年 7 月～9 月の3か月間	( ) %
5) 退所前後訪問指導割合※2018 年 7 月～9 月の3か月間	( ) %
6) 居宅サービスの実施種類数(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護)※2018 年 7 月～9 月の3か月間	(0・1・2・3) 種類 (○をつけてください)
7) リハビリ専門職の配置割合※2018 年 7 月～9 月の3か月間 (利用者 100 人あたりの配置数)	( )
8) 支援相談員の配置割合※2018 年 7 月～9 月の3か月間 (利用者 100 人あたりの配置数)	( )
9) 要介護4または5の割合※2018 年 7 月～9 月の3か月間	( ) %
10) 喀痰吸引の実施割合※2018 年 7 月～9 月の3か月間	( ) %
11) 経管栄養の実施割合※2018 年 7 月～9 月の3か月間	( ) %
12) 退所時指導等の実施(退所時指導及び退所後の状況確認)	1 有 2 無
13) リハビリテーションマネジメント	1 有 2 無
14) 地域貢献活動	1 有 2 無
15) 充実したリハビリテーション (PT・OT・ST による個別リハ 20 分程度を週3回以上)	1 有 2 無

問 18 今年、2019 年 4 月～9 月の入所者の延べ入所者数をご記入ください。 ※延べ入所者数とは、各月の日々の入所者数を足し上げたものです。例えば、4月1日の入所者が 100 人、4月2日が 98 人、4月 30 日が 99 人の場合、100 人+98 人+…+99 人と計算されます。(短期入所療養介護を除く)						
	2019 年					
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
延べ入所者数(人)	人	人	人	人	人	人

問 19 2019 年 10 月に算定した在宅復帰・在宅療養支援等指標のもととなる数値をご記入ください(2019 年 4 月～9 月、短期入所療養介護を除く)。

	単位	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
1) 退所者数※1	人						
2) 1)のうち居宅への退所者数※2	人						
3) 1)のうち死亡退所者数	人						
4) 新規入所者数(再入所を含む)※3	人						
5) 入所前後訪問指導を行った人数	人						
6) 居宅への退所者のうち、退所前後訪問指導を行った人数	人						
7) 居宅サービスの実績の有無	—					①訪問リハ 有・無 ②通所リハ 有・無 ③短期入所 有・無	
8) リハビリ専門職(PT・OT・ST)の配置数(利用者 100 人あたり)	—					利用者 100 人あたり 1. 5 人以上 2. 3 人以上 5 人未満 3. 3 人未満	
9) 支援相談員の配置数(利用者 100 人あたり)	—					利用者 100 人あたり 1. 3 人以上 2. 2 人以上 3 人未満 3. 2 人未満	
10) 要介護4又は5に該当する延べ入所者数	人						
11) 喀痰吸引を実施した入所者の延べ入所者数※4	人						
12) 経管栄養を実施した入所者の延べ入所者数※5	人						

※1：退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合を除く

※2：入所期間が1月超で、退所後30日以内(要介護4・5の場合は14日以内)に居宅生活継続の見込みであることを確認している者。また、「居宅」には病院・診療所、介護保険施設を含まない。

※3：当該施設を退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合を除く

※4：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者(入所期間1年以上の場合は、当該入所期間中に喀痰吸引が実施されていた者)で、口腔衛生管理加算または口腔衛生管理体制加算を算定している場合は、喀痰吸引実施者として数える

※5：過去1年間に経管栄養が実施されていた者(入所期間1年以上の場合は、当該入所期間中に経管栄養が実施されていた者)で、経口維持加算または栄養マネジメント加算を算定している者については、経管栄養実施者として数える

問 20 在宅復帰・在宅療養支援等指標以外の在宅強化型に求められる要件について、貴施設で取り組んでいるものをご回答ください。(2019 年 4 月時点)

1)退所時指導等(退所時指導及び退所後の状況確認)	1 有	2 無
2)リハビリテーションマネジメント	1 有	2 無
3)地域貢献活動	1 有	2 無
4)充実したリハビリテーション(PT・OT・STによる個別リハ 20 分程度を週3回以上)	1 有	2 無

問 21 2019年4月～9月に算定した類型と、届け出た在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計得点をご記入ください。							
	単位	2019年					
		4月	5月	6月	7月	8月	9月
算定した類型 1 超強化型 2 在宅強化型 3 加算型 4 基本型 5 その他型	1～5の数字						
		↑	↑	↑	↑	↑	↑
在宅復帰・在宅療養支援等指標の合計点数 (90点満点)	点						
問22 【2019年9月の類型が「在宅強化型」「加算型」「基本型」「その他型」の場合】 上位の類型を算定するにあたっての困難な要件。 (複数回答可)	1 在宅復帰・在宅療養支援等指標の点数が足りない 2 在宅復帰・在宅療養支援等指標の点数が安定しない（月により点数が変動する）ため、施設の方針として余裕を持った類型を算定している 3 本人以外に関する要因（阻害要因）により在宅復帰が困難な入所者が多い 4 退所時指導等の実施が困難 5 地域貢献活動の実施が困難 6 充実したリハビリ（週3回・20分程度の個別リハビリ）の実施が困難 7 要件となるリハビリ専門職が増員・確保できない 8 要件となる支援相談員が増員・確保できない 9 その他（ ）						

#### 4-2. 在宅復帰・在宅療養に関連してお伺いします。

問 23 貴施設の入所者のうち、1年以上継続して入所している人 (2019年10月1日時点)	人
問 24 問 23 の人のうち、退所できない本人以外に関する要因(阻害要因)がある人	人
問 25 問 24 の人が、退所できない本人以外に関する要因(阻害要因)についてご回答ください。(複数項目に計上可)	
1) 住まい、介護力に関するもの	
01 帰る自宅がない	人
02 自宅はあるが必要な改修等を行うことが困難である	人
03 独居であり近居の親類等の介護力も期待できない	人
04 独居ではないが同居者等による介護力が期待できない	人
05 その他 ( )	人
2) 地域資源に関するもの(※地域は、所在地の市区町村(保険者)を想定)	
01 地域の居宅サービスが不十分	人
02 地域の医療機関が少ない	人
03 地域の高齢者向け住まい(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等)が少ない	人
04 地域の介護保険施設が少ない	人
05 その他 ( )	人

5. かかりつけ医連携薬剤調整加算についてお伺いします。

2019年4月～9月に退所した方(短期入所療養介護を除く)についてお答えください。

問 26 退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬※が処方されていた人数 ※内服を開始して4週間以上経過した内服薬(頓服薬を除く)を対象とし、1銘柄ごとに1種類として計算してください。	人
問 27 うち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方されていた内服薬より1種類以上減った人数(2019年4月～9月)	人
問 28 うち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人数	人
問 29 問 28 で、算定人数1人以上の場合にご回答ください: 算定にあたって困難を感じたこと(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入所前の医療機関の主治の医師との合意形成</li> <li>2 本人・家族への説明・同意取得</li> <li>3 退所時または退所後のかかりつけ医との合意形成</li> <li>4 合意した内容等の診療録への記載</li> <li>5 加算算定にかかる書類の作成(事務手続)</li> <li>6 その他( )</li> </ol>
問 30 問 27 で、減薬した人がいても同加算を算定しなかった人がいた場合にご回答ください: 入所後に1種類以上の薬剤を減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった場合の理由(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難</li> <li>2 本人・家族への説明・同意取得が困難</li> <li>3 退所時または退所後のかかりつけ医との合意形成が困難</li> <li>4 どのような方法で合意形成を行えばよいか不明である</li> <li>5 合意した内容等の診療録への記載を行っていない</li> <li>6 加算算定にかかる書類の作成(事務手続)が負担</li> <li>7 入所時の内服薬は減薬したが、新たに別の内服薬を処方したため</li> <li>8 その他( )</li> </ol>

6. 利用者のかかりつけ医(在宅での主治医)との連携についてお伺いします。

問 31 利用者のかかりつけ医との連携時期についてあてはまるもの。(複数回答可)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入所時に情報提供を行っている</li> <li>2 入所中に情報提供を行っている</li> <li>3 退所時に情報提供を行っている</li> <li>4 特に連携していない</li> </ol>
問 32 入所中におけるかかりつけ医との連携で最もあてはまるもの。
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 全ての入所者に関して定期的に情報提供を行っている ➡頻度 (a. 1～2か月に1回以上 b. 3か月に1回程度 c. 4～6か月に1回程度 d. その他)</li> <li>2 一部の入所者に関して定期的に情報提供を行っている ➡頻度 (a. 1～2か月に1回以上 b. 3か月に1回程度 c. 4～6か月に1回程度 d. その他)</li> <li>3 入所者の容体の変化に応じて情報提供を行っている</li> <li>4 特に情報提供は行っていない</li> </ol>
問 33 問 32 で1～3を選択した場合にご回答ください: かかりつけ医と連絡をとる手段(複数回答可)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 電話</li> <li>2 書面・FAX</li> <li>3 メール</li> <li>4 アプリ・ICTネットワーク等</li> <li>5 その他( )</li> </ol>
問 34 入所中にかかりつけ医と連携をとるにあたって課題と感ずること。(複数回答可)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入所者のかかりつけ医の把握</li> <li>2 連絡手段が定まっていない</li> <li>3 連絡時間の調整</li> <li>4 連絡すべき内容かどうかの判断</li> <li>5 かかりつけ医の介護老人保健施設に係る認知度・理解度</li> <li>6 その他( )</li> </ol>

7. 所定疾患施設療養費についてお伺いします。

7-1. 肺炎について

問 35 肺炎の発症件数(2019年9月)※1	( ) 件				
	所定疾患施設療養費(Ⅰ)	所定疾患施設療養費(Ⅱ)			
問 36 所定疾患施設療養費を算定した者の人数 (2019年9月)※2	( ) 人 ↓	( ) 人 ↓			
問 37 問 36 の算定 日数別の内訳 ※3	① 1日間	人	人		
	② 2日間	人	人		
	③ 3日間	人	人		
	④ 4日間	人	人		
	⑤ 5日間	人	人		
	⑥ 6日間	人	人		
	⑦ 7日間	人	人		
問 38 問 36 の所定 疾患施設療養費を 算定した後の転帰	① 算定日数内に治癒	人	人		
	② 算定期間を超えて施設 負担で治療継続し治 癒	治療期間	8日	人	人
		9日	人	人	
		10日	人	人	
		11日以上	人	人	
	③ 医療機関へ入院	人	人		
④ 死亡	人	人			
問 39 実際にを行った検 査・診断根拠等	①胸部レントゲン検査	人	人		
	②胸部 CT 検査	人	人		
	③グラム染色	人	人		
	④原因菌の特定検査	人	人		
	⑤薬剤感受性検査	人	人		
	⑥血液検査	人	人		
	⑦その他の検査	人	人		
	⑧検査は実施していない	人	人		
問 40 所定疾患施設療養費 (Ⅰ)を算定した場合、 (Ⅱ)を算定しなかった 要因は何があります か。(複数回答可)	1 自施設あるいは協力医療機関等と連携しての検査実施が困難 2 診断に至った根拠を診療録に記載することに抵抗がある 3 医師が感染症対策に関する研修を受講していない 4 レセプトへの詳細な記述が負担 5 利用者の同意が得られない 6 その他 ( )				

※1 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、9月中に肺炎を発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例: 9/1~9/5と9/20~9/25に同じ利用者が発症した場合=2件)

※2 一連の治療で所定疾患施設療養費の対象となった人数をご回答ください。  
(例: 9/1~9/5に同じ利用者が算定=1人)

※3 治療期間が9/1~9/30の前後にまたがる場合(例: 8/28~9/2、9/28~10/2)は、8月あるいは10月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

7-2. 尿路感染症について

問 41 尿路感染症の発症件数(2019年9月)※1		( ) 件		
		所定疾患施設療養費(Ⅰ)	所定疾患施設療養費(Ⅱ)	
問 42 所定疾患施設療養費を算定した者の人数 (2019年9月)※2		( ) 人 ↓	( ) 人 ↓	
問 43 問 42 の算定 日数別の内訳 ※3	① 1日間	人	人	
	② 2日間	人	人	
	③ 3日間	人	人	
	④ 4日間	人	人	
	⑤ 5日間	人	人	
	⑥ 6日間	人	人	
	⑦ 7日間	人	人	
問 44 問 42 の所定 疾患施設療養費を 算定した後の転帰	① 算定日数内に治癒	人	人	
	② 算定期間を超えて施設 負担で治療継続し治 癒	治療期間	8日	人
		9日	人	人
		10日	人	人
		11日以上	人	人
	③ 医療機関へ入院	人	人	
④ 死亡	人	人		
問 45 実際にいった 検査・診断根拠等	①血液検査	人	人	
	②検尿	人	人	
	③原因菌の特定検査	人	人	
	④薬剤感受性検査	人	人	
	⑤画像検査	人	人	
	⑥その他の検査	人	人	
	⑦検査は実施していない	人	人	
問 46 所定疾患施設療養費 (Ⅰ)を算定した場合、 (Ⅱ)を算定しなかった 要因は何があります か。(複数回答可)	1 自施設あるいは協力医療機関等と連携しての検査実施が困難 2 診断に至った根拠を診療録に記載することに抵抗がある 3 医師が感染症対策に関する研修を受講していない 4 レセプトへの詳細な記述が負担 5 利用者の同意が得られない 6 その他 ( )			

※1 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、9月中に尿路感染症を発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例:9/1~9/5と9/20~9/25に同じ利用者が発症した場合=2件)

※2 一連の治療で所定疾患施設療養費の対象となった人数をご回答ください。  
(例:9/1~9/5に同じ利用者が算定=1人)

※3 治療期間が9/1~9/30の前後にまたがる場合(例:8/28~9/2、9/28~10/2)は、8月あるいは10月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

7-3. 帯状疱疹について

問 47 帯状疱疹の発症件数(2019年9月)※1		( ) 件			
問 48 使用した医薬品					
注射	成分名:アシクロビル	先発品	①( )人	後発品	②( )人
内服薬	成分名:アシクロビル	先発品	③( )人	後発品	④( )人
内服薬	成分名:バラシクロビル	先発品	⑤( )人	後発品	⑥( )人
内服薬	成分名:ファミシクロビル	先発品	⑦( )人	後発品	⑧( )人
その他	⑨( )人				
		所定疾患施設療養費(Ⅰ)	所定疾患施設療養費(Ⅱ)		
問 49 所定疾患施設療養費を算定した者の人数(2019年9月)※2		( ) 人 ↓	( ) 人 ↓		
問 50 問 49 の算定 日数別の内訳 ※3	① 1日間		人	人	
	② 2日間		人	人	
	③ 3日間		人	人	
	④ 4日間		人	人	
	⑤ 5日間		人	人	
	⑥ 6日間		人	人	
	⑦ 7日間		人	人	
問 51 問 49 の所定 疾患施設療養費を 算定した後の転帰	① 算定日数内に治癒		人	人	
	② 算定期間を超えて施設 負担で治療継続し治癒	治療期間	8日	人	人
			9日	人	人
			10日	人	人
			11日以上	人	人
	③ 医療機関へ入院		人	人	
④ 死亡		人	人		
問 52 実際に行った検 査・診断根拠等	① 臨床所見の観察		人	人	
	② 皮膚検体のギムザ染色		人	人	
	③ 皮膚検体の抗原検査		人	人	
	④ 皮膚科専門医の診断 (コンサルト)		人	人	
	⑤ その他		人	人	
問 53 所定疾患施設療養費 (Ⅰ)を算定した場合、 (Ⅱ)を算定しなかった 要因は何がありますか。 (複数回答可)	1 自施設あるいは協力医療機関等と連携しての検査実施が困難 2 診断に至った根拠を診療録に記載することに抵抗がある 3 医師が感染症対策に関する研修を受講していない 4 レセプトへの詳細な記述が負担 5 利用者の同意が得られない 6 その他 ( )				

※1 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、9月中に帯状疱疹を発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例:9/1~9/5と9/20~9/25に同じ利用者が発症した場合=2件)

※2 一連の治療で所定疾患施設療養費の対象となった人数をご回答ください。  
(例:9/1~9/5に同じ利用者が算定=1人)

※3 治療期間が9/1~9/30の前後にまたがる場合(例:8/28~9/2、9/28~10/2)は、8月あるいは10月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

8. 貴施設は2019年4月～9月の間に、以下に挙げるような活動に取り組みましたか。

(※貴施設(介護老人保健施設)としての取組についてお答えください。)

問 54 地域への出前講座	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 55 事業所内住民教室	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 56 地域住民の相談拠点	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 57 認知症カフェの開催	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 58 認知症カフェ以外の地域住民の集まりの場の提供	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 59 災害時の地域拠点としての準備・体制づくり	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 60 地域住民が運営している通いの場(体操クラブなど)への職員の訪問・派遣(指導者として参画したなど)	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 61 民生委員との組織的な連携・協働※	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない
問 62 ボランティアとの連携・協働	1 取り組んでいる	2 取り組んでいない

※入所者(退所者)・利用者を通じて個々の民生委員と連携する場合を除く。

9. 短期入所療養介護についておうかがいします。(問7で「1 短期入所療養介護」を選択した場合に問63～68までをご回答ください。問7で「1 短期入所療養介護」を選択していない場合は問63～68の回答は不要です。)

		2019年					
		4月	5月	6月	7月	8月	9月
問 63 短期入所療養介護の利用者数(人)		人	人	人	人	人	人
問 64 うち緊急短期入所受入加算を算定した利用者数		人	人	人	人	人	人
問 65 延べ利用者数※	人						
問 66 うち緊急短期入所受入加算を算定した延べ利用者数	人						

※延べ利用者数とは、各月の日々の利用者数を足し上げたものです。例えば、3月1日の入所者が5人、3月2日が6人、3月31日が3人の場合、5人+6人+…+3人と計算されます

問 67 緊急短期入所受入加算を算定するにあたっての課題(複数回答可)	1 加算の報酬が低く、収益が上がらない 2 介護支援専門員等との連絡、調整等に苦慮する 3 緊急利用以外の利用者やその家族から空床確保について理解が得られない 4 空床確保をしていない日に緊急利用をしたい方がいる等、需要と供給のタイミングが合わない 5 緊急利用者が少ない 6 その他 ( )
問 68 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定するにあたっての課題(複数回答可)	1 加算の報酬が低く、収益が上がらない 2 介護支援専門員等との連絡、調整等に苦慮する 3 緊急利用以外の利用者やその家族から空床確保について理解が得られない 4 空床確保をしていない日に緊急利用をしたい方がいる等、需要と供給のタイミングが合わない 5 緊急に短期入所療養介護を必要とする認知症の行動・心理症状を認める利用者が少ない。 6 体制的に認知症行動・心理症状を認める利用者を受け入れることが困難である 7 その他 ( )

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、退所者票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

## 令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）

## 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

## 退所者票（介護老人保健施設）

- ※本調査票は、当該退所者の状況について詳しい職員の方がご記入下さい。ご本人・家族にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入下さい。2・4は可能な限りリハビリ職員が記入してください。
- ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
- ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。分からない場合は「-」と記入して下さい。
- ※調査時点は、退所日、もしくは質問に記載している期間とします。

## 1. 退所者の基本情報についておうかがいします。（原則、退所時点の状況）

1) 年齢（退所時点）	( ) 歳
2) 性別	1 男 2 女
3) 世帯構成（退所時点）	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他
4) 介護力（退所時点）	1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がある →時間帯 (a 朝 b 昼 c 夜) 3 常時、介護できる人がある
5) 入所期間	( ) 日
6) 入所直前の居所	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 病院 →法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） →病床：(a 一般病床 b 地域包括ケア病棟 c 回復期リハ病棟 d 医療療養病床 e 介護療養病床 f 精神病床 g その他) 3 診療所 →法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 7 養護老人ホーム 8 軽費老人ホーム・ケアハウス 9 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 10 その他 ( )
7) 入所直前のリハビリテーションの有無（複数回答可）	1 医療保険の外来リハビリテーション 2 通所リハビリテーション 3 訪問リハビリテーション 4 訪問看護 5 なし 6 不明
8) 入所直前の医療保険のリハビリテーション料の有無（複数回答可）	1 心大血管疾患リハビリテーション料 8 難病患者リハビリテーション料 2 脳血管疾患等リハビリテーション料 9 障害児（者）リハビリテーション料 3 廃用症候群リハビリテーション料 10 がん患者リハビリテーション料 4 運動器リハビリテーション料 11 認知症患者リハビリテーション料 5 呼吸器リハビリテーション料 12 リンパ浮腫複合的治療料 6 摂食機能療法 13 集団コミュニケーション療法料 7 視能訓練 14 なし 15 不明
9) 退所先	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 病院 →法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） →病床：(a 一般病床 b 地域包括ケア病棟 c 回復期リハ病棟 d 医療療養病床 e 介護療養病床 f 精神病床 g その他) 3 診療所 →法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 7 養護老人ホーム 8 軽費老人ホーム・ケアハウス 9 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 10 死亡 11 その他 ( )

9)で「居宅」※1を選択した場合に伺います。	
①居宅へ退所後に利用したサービス(複数回答可)	1 訪問リハビリテーション 2 通所リハビリテーション 3 通所介護 4 訪問看護のリハビリテーション 5 その他のサービス 6 不明
【①で「6 不明」の場合】 ②居宅へ退所後に利用したサービスが不明な理由(最も近いもの1つに○)	1 退所後の情報を居宅介護支援事業所と共有する機会がない 2 居宅介護支援事業所と情報共有しているのが、支援相談員のみ 3 利用者が居宅系施設に入居したため 4 退所後の情報を把握する必要がないため 5 その他 ( )
10)貴施設への入所理由(最も近いもの1つに○)	1 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅復帰支援を支えるため 2 在宅での生活を維持できるよう支援するため 3 リハビリテーションを行うため 4 レスパイトを行うため 5 看取りを行うため 6 その他 ( )

※1：退所先のうち、医療施設、介護保険施設、特定施設入所者生活介護又は認知症対応型共同生活介護及び地域密着型特定施設入所者介護を除く。

## 2. 退所者の心身の状況等 についておうかがいします。

11)主傷病 (入所理由にかかわる主な傷病1つ)	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常症) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 外傷(転倒・骨折等) 11 がん(新生物) 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症(アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他(具体的に ) 21 ない	
12)要介護度	①入所時	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中
	②退所時	1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5
13)認知症高齢者の日常生活自立度(退所時)	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明	
14)入所時の認知機能の評価	1 無 2 有 ⇒ HDS-R ( )点またはMMSE ( )点	
15)認知症の行動・心理症状(BPSD)について、認知症行動障害評価尺度(DBD-13)での評価	1 無 2 有 ⇒ 最高点 ( )点(入所期間中) ⇒ 退所時 ( )点	
16)ADL指標について、普段施設で使用している又は記載しやすいアセスメント様式を選択し、選択した様式での入所時及び退所時の状態について別表に記載してください。	1 Barthel Index ⇒別表1を記載してください。 2 ICF ステージング⇒別表2を記載してください。 3 その他⇒可能な範囲で別表1又は2のどちらかを記載してください。	

身体機能の下記項目について、入所時、退所時の状態として該当するもの	入所時					退所時			
	自立	見守り	一部介助	全介助	不明	自立	見守り	一部介助	全介助
17) 寝返り	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
18) 起き上がり	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
19) 座位保持	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
20) 立ち上がり (いすから)	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
21) 立ち上がり (床から)	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
22) 立位保持	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
23) 6分間歩行試験(m)	1 ( ) m 2 不明 3 実施できない					1 ( ) m 2 不明 3 実施できない			
24) Time Up&Go test(秒)	1 ( ) 秒 2 不明 3 実施できない					1 ( ) 秒 2 不明 3 実施できない			

≪ IADL の下記項目について、入所時の状況・退所後訪問時(※)の状況として該当するもの、それぞれ【選択肢の番号】を選んで、記入してください。≫ (※複数回訪問している場合は、初回訪問時について記入してください。)		入所時	退所後訪問時
25) 食事の用意	<b>【選択肢の番号】</b> 0 : していない      1 : まれにしている 2 : 週に1~2回      3 : 週に3回以上      4 : 不明		
26) 食事の片付け			
27) 洗濯			
28) 掃除や整頓			
29) 力仕事			
30) 買物			
31) 外出			
32) 屋外歩行			
33) 趣味			
34) 交通手段の利用			
35) 旅行			
36) 庭仕事	<b>【選択肢の番号】</b> 0 : していない      1 : 時々 2 : 定期的にしている      3 : 植替等もしている 4 : 不明		
37) 家や車の手入れ			
38) 読書	<b>【選択肢の番号】</b> 0 : 読んでいない      1 : まれに 2 : 月1回程      3 : 月2回程      4 : 不明		
39) 仕事			
	<b>【選択肢の番号】</b> 0 : していない      1 : 週1~9時間 2 : 週10~29時間      3 : 週30時間以上      4 : 不明		

3. 退所者へのケア等についておうかがいします。

40) 退所者に入所中に実施した医療的ケア等 (複数回答可)	1 胃ろう、腸ろうによる栄養管理	2 経鼻経管栄養	3 中心静脈栄養の管理
	4 カテーテル (尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)	5 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	
	6 喀痰吸引	7 ネブライザー	8 酸素療法 (酸素吸入)
	9 気管切開のケア	10 人工呼吸器の管理	11 注射
	12 点滴	13 簡易血糖測定	14 インスリン注射
	15 創傷処置	16 褥瘡の処置	17 透析 (在宅自己腹膜灌流含む)
	18 導尿	19 疼痛管理 (麻薬は使用しない)	20 疼痛管理 (麻薬使用)
	21 浣腸	22 摘便	
	23 持続モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	24 ターミナルケア※	
	25 その他 (具体的に: _____)		
26 実施していない			

41) 退所関連加算の算定状況

①入所前後訪問指導加算 (I) 又は (II)	1 有	2 無
②試行的退所時指導加算	1 有	2 無
③退所時情報提供加算	1 有	2 無
④退所前連携加算	1 有	2 無

※ターミナルケア: 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者に対し、その者又は家族等の同意を得て実施した緩和ケア等。

4. 退所者への入所中におけるリハビリテーションの実施状況についておうかがいします。

42) 入所期間中で、最も多くリハビリテーションが提供された時期 (※) において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した個別リハビリテーションの回数 (1回は20分程度) (平均的な1週間における回数を回答してください)。 (※時期は記入者の主観で構いません)		( ) 回/週
	うち、理学療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 回/週
	うち、作業療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 回/週
	うち、言語聴覚士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 回/週
43) 同じ時期の1週間に理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した個別リハビリテーションの合計時間		約 ( ) 分/週
	うち、理学療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 分/週
	うち、作業療法士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 分/週
	うち、言語聴覚士が提供した個別リハビリテーション	約 ( ) 分/週
44) リハビリテーションの目的 (複数回答可)	1 生活習慣の維持のため	
	2 ADL (起居、移動を含む) の維持、改善のため	
	3 社会性 (他者との交流等) 維持、改善のため	
	4 IADL の向上のため	
	5 機能の回復が見込まれるため	
	6 介護負担軽減のため	
	7 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
	8 記憶、認知機能の維持、向上のため	
	9 BPSD の軽減、適応のため	
	10 その他 ( _____ )	

45) 入所中に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供したリハビリテーションの内容 (複数回答可)	1 関節可動域訓練      2 筋力増強訓練      3 筋緊張緩和 (ストレッチ等) 4 持久力訓練          5 バランス練習      6 起居/立位動作練習 7 移乗動作訓練      8 歩行訓練          9 体操 10 摂食・嚥下訓練    11 言語訓練          12 トイレ訓練 13 入浴訓練            14 その他 ADL 訓練 15 IADL 練習 (家事・調理・買い物等)    16 用具の適応訓練 (車いす、杖、補聴器等) 17 在宅生活の模擬的訓練                    18 記憶機能に関する訓練 19 認知機能に関する訓練                    20 趣味活動 (手工芸、園芸、編み物等) 21 介助方法の指導                            22 その他 23 いずれも提供していない
46) 指示医との連携の時期 (複数回答可)	1 計画策定時      2 リハビリ実施時 3 見直し時      4 その他 ( )
47) 指示医から受けた指示や指摘事項 (複数回答可)	1 開始前にチェックすべきこと                    2 運動負荷量 3 訓練中の留意事項 (転倒、低血糖等)            4 中止基準 5 その他 ( )
48) リハ開始時の目標 (ADLの維持や向上の具体的内容) (複数回答可)	1 食事 ➡ (a 維持 b 向上)      2 移動 ➡ (a 維持 b 向上) 3 整容 ➡ (a 維持 b 向上)      4 トイレ動作 ➡ (a 維持 b 向上) 5 入浴 ➡ (a 維持 b 向上)      6 歩行 ➡ (a 維持 b 向上) 7 階段昇降 ➡ (a 維持 b 向上)    8 着替え ➡ (a 維持 b 向上) 9 排便コントロール ➡ (a 維持 b 向上) 10 排尿コントロール ➡ (a 維持 b 向上)
49) 指示医から指示されたリハ内容 (複数回答可)	1 理学療法                    2 作業療法                    3 言語聴覚療法 4 各種訓練プログラム    5 その他 ( )
50) 指示医への報告内容 (複数回答可)	1 病状の報告                    2 訓練中の留意事項に対する報告 3 訓練内容の報告                4 訓練実施後の効果と副作用に対する報告 5 その他 ( )
51) サービス担当者会議開催の有無	1 あり      2 なし
52) 直近に開催した会議の参加職種 (複数回答可)	1 医師                    2 歯科医師                    3 薬剤師                    4 看護職員 5 看護補助者・介護職員                    6 理学療法士                    7 作業療法士 8 言語聴覚士            9 管理栄養士                    10 栄養士                    11 歯科衛生士 12 介護支援専門員 13 支援相談員                    14 その他 ( )

別表 1

≪Barthel Index について、記録があれば、入所時の状況・退所時の状況として該当するものに、それぞれひとつ〇をつけてください。≫ ※入所時の記録がない場合は不明としてください。		入所時	退所時
53) 食事	10: 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	10	10
	5: 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	5	5
	0: 全介助	0	0
	不明	不明	
54) 車椅子からベッドへの移動	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む)	15	15
	10: 軽度の部分介助または監視を要する	10	10
	5: 座ることは可能であるがほぼ全介助	5	5
	0: 全介助または不可能	0	0
不明	不明		
55) 整容	5: 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	5	5
	0: 部分介助または不可能	0	0
	不明	不明	
56) トイレ動作	10: 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む	10	10
	5: 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	5	5
	0: 全介助または不可能	0	0
	不明	不明	
57) 入浴	5: 自立	5	5
	0: 部分介助または不可能	0	0
	不明	不明	
58) 歩行	15: 45m 以上の歩行、補装具 (車椅子・歩行器は除く) の使用の有無は問わない	15	15
	10: 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	10	10
	5: 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能	5	5
	0: 上記以外	0	0
不明	不明		
59) 階段昇降	10: 自立、手すりなどの使用の有無は問わない	10	10
	5: 介助または監視を要する	5	5
	0: 不能	0	0
	不明	不明	
60) 着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	10	10
	5: 介助または監視を要する	5	5
	0: 不能	0	0
	不明	不明	
61) 排便コントロール	10: 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	10	10
	5: 時に失禁あり、浣腸、坐薬の取扱に介助を要する者も含む	5	5
	0: 上記以外	0	0
	不明	不明	
62) 排尿コントロール	10: 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	10	10
	5: 時に失禁あり、収尿器の取扱に介助を要する者も含む	5	5
	0: 上記以外	0	0
	不明	不明	
Barthel Index の合計点 ※入所時の記録がない場合は不明としてください。		入所時	退所時
合計点			

別表 2

《 ICF ステージングについて、記録があれば、入所時の状況・退所時の状況として得点を記入してください。》※入所時の記録がない場合は不明としてください。						入所時	退所時		
63) 基本動作		5	4	3	2	1			
64) 歩行・移動		5	4	3	2	1			
65) 移動手段	T字杖の利用				0.あり	1.なし			
	装具（短下肢装具等）				0.あり	1.なし			
	歩行器（ウォーカー、シニアカー等）の利用				0.あり	1.なし			
	しがみつき歩行器の利用（サークル歩行）				0.あり	1.なし			
	車椅子の利用				0.あり	1.なし			
	リクライニング式車椅子の利用				0.あり	1.なし			
		介助者や付添いの必要				0.あり	1.なし		
66) 認知機能（見当識）		5	4	3	2	1			
67) 認知機能（コミュニケーション）		5	4	3	2	1			
68) 認知機能（精神活動）		5	4	3	2	1			
69) 周辺症状	A 群	世話を拒否する				0.あり	1.なし		
		不適切に泣いたり笑ったりする				0.あり	1.なし		
		興奮して手足を動かす				0.あり	1.なし		
		理由なく金切り声を上げる				0.あり	1.なし		
		衣服や器物を破壊する				0.あり	1.なし		
		食物を投げる				0.あり	1.なし		
	B 群	食べ過ぎる				0.あり	1.なし		
		タンスの中身を全部出す				0.あり	1.なし		
		日中屋外や屋内をうろつきまわる				0.あり	1.なし		
		昼間、寝てばかりいる				0.あり	1.なし		
		同じことを何度も聞く				0.あり	1.なし		
		尿失禁する				0.あり	1.なし		
70) 食事（嚥下機能）		5	4	3	2	1			
71) 食事（食事動作及び食事介助）		5	4	3	2	1			
72) 食事形態	現在の主食形態				1.米飯 2.軟飯 3.全粥 4.7分粥-重湯 5.その他				
	現在の副食形態				1.常菜 2.軟菜 3.きざみ 4.ミキサー 5.ペースト・ムース 6.その他				
73) 排泄の動作		5	4	3	2	1			
74) 補助具・器具の使用状況と、尿意の意識	ポータブルトイレの使用				0.あり	1.なし			
	尿カテーテルの使用				0.あり	1.なし			
	人工肛門の使用				0.あり	1.なし			
	おむつの使用				0.あり	1.なし			
	尿意を意識することができるか				0.できる	1.できない			
	便意を意識することができるか				0.できる	1.できない			
75) 入浴動作		5	4	3	2	1			
76) 入浴手段		5	4	3	2	1			
77) 整容（口腔ケア）		5	4	3	2	1			
78) 整容（整容）		5	4	3	2	1			
79) 整容（衣服の着脱）		5	4	3	2	1			
80) 社会参加（余暇）		5	4	3	2	1			
81) 社会参加（社会交流）		5	4	3	2	1			
ICF ステージングの合計点※入所時の記録がない場合は不明としてください。						入所時	退所時		
合計点									

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。施設票とあわせてご返送ください。



令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
介護医療院票

1. 本調査票は「介護医療院」について、問1～問3 1は施設長様もしくは事務長様が、問3 2～問4 2は看護師長様をご回答ください。
2. ご回答にあたっては、同封の「記入要領」をご参照ください。
3. 同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

## 【お問合せ先】

「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局  
TEL：03-6733-3405（平日10:00～17:00）FAX：03-6733-1028（24時間）  
E-mail：kaigo@murc.jp

施設名			
事業所番号			
部署・ 役職名		ご連絡先 電話番号	

※調査票をご返送いただいた後、事務局より記入内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。（2019年10月1日時点の状況についてご回答ください。）

問1 所在地	（ ）都・道・府・県		
問2 開設主体	01 医療法人 02 社団・財団法人 03 国公立 04 個人 05 その他（ ）		
問3 開設年月	西暦（ ）年（ ）月		
問4 定員	（ ）人		
問5 類型	01 I型介護医療院サービス費（I） 02 I型介護医療院サービス費（II） 03 I型介護医療院サービス費（III） 04 II型介護医療院サービス費（I） 05 II型介護医療院サービス費（II） 06 II型介護医療院サービス費（III） 07 I型特別介護医療院サービス費 08 II型特別介護医療院サービス費	09 ユニット型I型介護医療院サービス費（I） 10 ユニット型I型介護医療院サービス費（II） 11 ユニット型I型介護医療院サービス費（III） 12 ユニット型II型介護医療院サービス費（I） 13 ユニット型II型介護医療院サービス費（II） 14 ユニット型II型介護医療院サービス費（III） 15 ユニット型I型特別介護医療院サービス費 16 ユニット型II型特別介護医療院サービス費	
問6 併設する医療機関	01 病院を併設 ➡病床の種類（複数回答可） （11 一般病床 12 療養病床 13 その他） 02 診療所を併設（外来機能のみ有する場合を含む） 03 併設医療機関なし		
問7 介護医療院が実施している居宅介護サービス等（複数回答可）	01 通所リハビリテーション 02 訪問リハビリテーション 03 短期入所療養介護 04 上記のいずれも実施していない		
問8 併設医療機関又は併設事業所が実施している居宅介護サービス等（複数回答可）	01 通所リハビリテーション 02 訪問リハビリテーション 03 外来リハビリテーション 04 訪問看護 05 短期入所療養介護 06 上記のいずれも実施していない		

<p>問 9 同一法人・関連法人が運営している他の介護保険サービス等 (複数回答可)</p>	<p>01 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護) 05 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護なし) 06 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス 07 認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) 08 小規模多機能型居宅介護 09 看護小規模多機能型居宅介護 10 その他の介護保険サービス 11 他の介護保険サービスは運営していない</p>
<p>問 10 臨床検査(分析)を委託していますか</p>	<p>01 臨床検査を自施設 (介護医療院内) で実施している 02 臨床検査を併設医療機関で実施している 03 検査内容によって臨床検査を一部外部に委託している     ▶委託先     (11 併設以外の医療機関のみ 12 衛生検査所のみ 13 11、12 の両方) 04 臨床検査を全部外部に委託している     ▶委託先     (11 併設以外の医療機関のみ 12 衛生検査所のみ 13 11、12 の両方)</p>

2. 職員数についてお伺いします。(2019年10月1日時点の状況についてご回答ください。)

問 11 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数をご記入ください。

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」+「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。

非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。

例：A施設 (常勤の従業員が勤務すべき時間数：32時間/週)

常勤職員2名、非常勤職員B：20時間/週、非常勤職員C：32時間/週 の場合

$2 + ((20+32)/32) = 3.625$  よって、常用換算で3.62人

	専従	他の施設等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1日あたり人数
医師	. 人	. 人	
歯科医師	. 人	. 人	
歯科衛生士	. 人	. 人	
薬剤師	. 人	. 人	
看護師	. 人	. 人	人
准看護師	. 人	. 人	
介護職員	. 人	. 人	人
うち、介護福祉士	. 人	. 人	
うち、認定特定行為を実施できる介護職員 (認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等)	. 人	. 人	
理学療法士	. 人	. 人	
作業療法士	. 人	. 人	
言語聴覚士	. 人	. 人	
栄養士	. 人	. 人	
うち、管理栄養士	. 人	. 人	
介護支援専門員	. 人	. 人	
診療放射線技師	. 人	. 人	

## 3. 設備についてお伺いします。

問 12 療養室の部屋数と延べ床面積※1					
	4人室	3人室	2人室	個室	ユニット型個室
室数	室	室	室	室	室
延べ床面積(合計値)	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
問 13 廊下幅※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅	1 中廊下なし 2 中廊下有 ( ) m		

※1:「延べ床面積」は、合計値を回答してください(20㎡の部屋と18㎡の部屋がある場合には計38㎡)。

※2:「廊下幅」は、壁から壁で測定した場合に、最も狭い幅を回答してください。

「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。該当する廊下がない場合には「中廊下なし」に○をつけてください。

## 4. 貴施設の入所者数等についてお伺いします。

問 14 ① 2019年10月1日24時時点の入所者数(実人数)	人
② うち、貴院が介護医療院に移行する前からの入所者数(実人数)	人
問 15 延べ入所者数(2019年7月1日～9月30日の3か月間) ※1、2	人

※1:7月2日～9月30日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。

※2:「延べ入所者数」は、2019年7月1日～9月30日の3か月間の入所者数を足しあげたものです。7月1日の入所者が50人、7月2日が49人、7月3日が51人、・・・であれば、50+49+51+・・・として算出してください。

	住民税非課税所得世帯(第一段階)	住民税非課税所得世帯(第二段階)	住民税非課税所得世帯(第三段階)	左記以外
問 16 所得状況別	人	人	人	人

問 17 保険者別 ※入所者の介護保険の保険者と、貴施設の所在地の関係についてご記入ください。	貴施設と同保険者内 (例:保険者が札幌市、所在地が札幌市の場合)	同保険者外かつ同県内 (例:保険者が旭川市、所在地が札幌市の場合)	他県 (例:保険者が青森市、所在地が札幌市の場合)
	人	人	人

※問16～17の内訳の合計はそれぞれ問14①と一致するように、ご記入下さい。

## 5. 2019年4月～9月の「新規入所者数(入所元の内訳)」と「退所者数(退所先の内訳)」をご回答下さい。

※介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください

※介護医療院に移行した場合で、移行前の病棟等から継続して入所している人は新規入所者に含めずにご回答ください。

	問 18 新規入所者数	問 19 退所者数
本人の家(賃貸、家族の家を含む)	人	人
併設医療機関 (以下、内訳)	人	人
i)一般病床 ※ii)～vi)を除くもの(いわゆる急性期病床)	( 人)	( 人)
ii)地域包括ケア病棟(病床)	( 人)	( 人)
iii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
iv)医療療養病床	( 人)	( 人)
v)精神病床	( 人)	( 人)
vi)その他の病床・不明	( 人)	( 人)
vii)有床診療所	( 人)	( 人)

(続き)

併設医療機関以外の医療機関(介護療養型医療施設を除く) (以下、内訳)	人	人
i)一般病床 ※ ii)～vi)を除くもの(いわゆる急性期病床)	( 人)	( 人)
ii)地域包括ケア病棟(病床)	( 人)	( 人)
iii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
iv)医療療養病床	( 人)	( 人)
v)精神病床	( 人)	( 人)
vi)その他の病床・不明	( 人)	( 人)
vii)有床診療所	( 人)	( 人)
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人	人
介護老人保健施設	人	人
介護療養型医療施設	人	人
有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護)	人	人
養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人
認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	人	人
死亡		人
うち、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)実施者		人
うち、ターミナルケア実施者		人
その他	人	人
不明	人	人

## 6. 貴施設での生活施設としての環境を整える取組・工夫についてお伺いします。

問 20 貴施設で実施されている生活施設としての環境を整える取組・工夫等についてお伺いします。以下の取り組みについて、あてはまるものに○をつけ、7)に特に工夫している点、力を入れている点についてご記入ください。	
1)プライベートスペースの確保 (複数回答可)	<p>01 入所者のプライベートスペースにはなじみの家具などの持ち込みを許可している</p> <p>02 入所者の状態や希望にあわせてベッドの高さを調節している</p> <p>03 入所者のプライベートスペースに入る際には、声掛けを行うようにしている</p> <p>04 家族や見舞客と過ごすためのプライバシーを確保した部屋がある</p> <p>05 その他(具体的な取り組みを7)にご記入ください)</p> <p>06 上記01～05にはいずれも当てはまらない</p>
2)共有スペースの状況 (複数回答可)	<p>01 体格に合ったテーブルやイスを利用できるよう、複数のサイズのテーブル・イスを用意している。</p> <p>02 食事を行うためのテーブルと、くつろぐためのテーブルやイスは異なっている</p> <p>03 食事スペースや共有スペースに座った状態で、十分な採光が得られる</p> <p>04 共有スペースのすぐ近くに共用のトイレがある</p> <p>05 共有スペースから少し離れたところに、息を抜ける居場所がある</p> <p>06 共有スペースの延長としての戶外空間がある</p> <p>07 新聞や雑誌などを置いて、暮らしの場所としての家庭的な雰囲気を感じられるようにしている</p> <p>08 飾り付けを工夫するなどして入居者が日中滞在しやすいような、明るい雰囲気の快適な空間にしている</p> <p>09 共有スペースを、地域住民や児童等との交流の場として利用することがある</p> <p>10 その他(具体的な取り組みを7)にご記入ください)</p> <p>11 上記01～10にはいずれも当てはまらない</p>

3) 食事支援 (複数回答可)	01 入所者ごとの食事の好みを把握している 02 入所者ごとの好みに合わせた食事を提供している 03 行事食や入所者ごとのライフイベントに配慮した特別食を提供している 04 おやつを提供している 05 調理方法や見た目にこだわった配膳を工夫している 06 本人が希望すれば食事の時間を変更することができる 07 経管栄養の入所者であっても、本人の希望に応じて口から食べる楽しさを支援している 08 その他（具体的な取り組みを7）にご記入ください 09 上記01～08にはいずれも当てはまらない
4) 排せつ支援 (複数回答可)	01 入所者のトイレタイムを把握し、個別にトイレ誘導している 02 残存能力をできる限り活用できるような手すりの配置などを工夫している 03 多床室にポータブルトイレを置かないなどの排せつのプライバシーに配慮している 04 排せつ動作等について専門職のアセスメントに基づき、スタッフが共通の理解をもって支援している 05 その他（具体的な取り組みを7）にご記入ください 06 上記01～05にはいずれも当てはまらない
5) 入浴支援 (複数回答可)	01 週2回以上の入浴に関して、本人が希望すれば週3回以上の入浴を実現している 02 本人が希望すれば夜間入浴（夕食後から就寝前の時間帯の入浴）を実現している 03 マンツーマン体制での入浴（浴室までの誘導～浴室内の介助を1人の職員が行う入浴）を実現している 04 その他（具体的な取り組みを7）にご記入ください 05 上記01～04にはいずれも当てはまらない
6) レクリエーション の取り組み方針 (複数回答可)	01 入所者の希望に合わせてレクリエーションを組み合わせている 02 外出行事を実施している 03 個別の外出に対応している 04 近隣の行事（運動会、お祭り）等に参加している 05 その他（具体的な取り組みを7）にご記入ください 06 上記01～05にはいずれも当てはまらない
7) その他の取組※生活施設としての環境を整える取組・工夫等をご回答ください。(自由記載)	

## 7. 移行時の状況等についてお伺いします。

問21 介護医療院の開設を決めた理由としてあてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)	
01 介護医療院創設の理念に共感した 02 自院（施設）には介護医療院にふさわしい患者（入所者）が多いと考えられた 03 基本施設サービス費の報酬単価に魅力を感じた 04 移行定着支援加算に魅力を感じた 05 病院からの退院先となる場合には自宅等として取り扱われることに魅力を感じた 06 夜勤看護配置に係る72時間の要件が適用されていないことに魅力を感じた 07 医療区分2と3の患者（入所者）の減少 08 看護職員配置の維持が困難 09 その他（ ）	
問22 介護医療院の開設にあたっての状況をご回答ください。	
1) 開設前の施設 (複数回答可)	01 医療療養病床（20:1） 02 医療療養病床（25:1） 03 医療療養病床（診療所） 04 介護療養型医療施設（病院） 05 介護療養型医療施設（診療所） 06 介護療養型医療施設（認知症患者型） 07 介護療養型老人保健施設（転換老健） 08 その他の病床等（ ） 09 新設





問 28 移行定着支援加算についてお伺いします。		
1)移行定着支援加算を算定していますか。	01 算定している (以下の 2)～4) をご回答ください) 02 算定していない (→問 29 に進んでください)	
2)移行定着支援加算を算定するための、入所者・家族への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の ( ) か月前から行った
	②説明方法(複数回答可)	01 対面で説明した 02 説明資料を配布した 03 説明資料を提示した 04 その他
3)移行定着支援加算を算定するための、地域住民への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の ( ) か月前から行った
	②説明を行った回数	延べ ( ) 回
	③説明方法(複数回答可)	01 対面で説明した 02 説明資料を配布した 03 説明資料を提示した 04 その他
4)説明を行った地域住民は次のうちどれですか。(複数回答可)	01 自治会・町内会の役員                      02 自治会・町内会の加入者 03 民生委員                                      04 病院・診療所の受診者 05 募集に対して参加された方              06 その他	
問 29 介護医療院への移行前後で経営面で影響はありましたか。	01 良い影響があった 02 特にない 03 悪い影響があった 04 わからない	

問 30 介護医療院への移行前後で職員の様子に変化はありますか。あてはまる番号に○をつけてください。具体例は自由記載ですので、空白でも構いません。可能な範囲でご記載ください。	
01 良い変化があった (具体例 (自由記載) : )	)
02 特になし	
03 悪い変化があった (具体例 (自由記載) : )	)
04 わからない	

## 8. 地域に貢献する活動の実施状況についてお伺いします。

問 31 貴施設で実施されている地域に貢献する活動・地域と交流する活動等についてお伺いします。	
1)活動の実施件数(2019 年度実施済み・実施予定延べ回数)	
①保健・医療・福祉	
①-1 健康教室・介護予防教室・栄養教室等(施設内での開催、職員の派遣を含む)	回
①-2 介護教室・介護相談(家族介護者に対する支援)	回
①-3 認知症カフェ・住民カフェ	回
①-4 その他の取り組み	回

(続き)

②教育支援(職場体験)	回
③文化・環境保全(祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全)	回
④災害時の地域拠点としての準備・体制づくり	回
⑤ボランティアの受け入れ	回
⑥地域ケア会議への参加	回
⑦事業所内住民研修(認知症サポーター養成講座開催など)	回
⑧その他( )	回
2)活動を実施するにあたって、連携している組織(複数回答可)	01 都道府県                      02 市区町村                      03 自治会・町内会 04 ボランティア団体              05 保育園・幼稚園              06 小・中学校 07 地域包括支援センター              08 その他( )
3)移行前と比較して、活動の実施件数(2019 年度実施済み・実施予定延べ回数)に変化はありましたか。	01 増加した 02 変化はなかった 03 減少した

## 【ここから先は看護師長様にご回答ください】

## 9. 貴施設の入所者の詳細についてお伺いします。(2019年10月1日24時時点)

## (1) 入所者数(実人数)について、内訳をご記入下さい。

※問32～37の内訳の合計はそれぞれ問14①と一致するように、ご記入下さい。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明・未実施
問32 医療区分	人	人	人	人

※「不明・未実施」であっても医療区分の適用が可能な場合には、各医療区分別の該当人数をご記入ください。

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	不明・未実施
問33 ADL区分	人	人	人	人

※「不明・未実施」であってもADL区分の適用が可能な場合には、各ADL区分別の該当人数をご記入ください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
問34 要介護度	人	人	人	人	人	人

	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上	
問35 年齢階級	人	人	人	人	人	

	自立	J	A	B	C	不明・未実施
問36 障害高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人

※障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)については、調査説明資料をご確認ください。

※「不明・未実施」であっても障害高齢者の日常生活自立度の適用が可能な場合には、各自立度の該当人数をご記入ください。

	自立	I	II	III	IV	M	不明・未実施
問 37 認知症高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人	人

※認知症高齢者の日常生活自立度については、調査説明資料をご確認ください。

※「不明・未実施」であっても認知症高齢者の日常生活自立度の適用が可能な場合には、各自立度の該当人数をご記入ください。

問 38 2019年10月1日24時時点の貴施設における入所者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者（厚生労働省が示す基準による）について、各状態にあてはまる入所者数をご記入ください。※1 （同一の入所者が複数の状態にあてはまる場合、あてはまる状態全てにカウントしてください。）※2 併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入所者の実人数をご記入ください。	
重篤な身体疾患を有する者	
①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
③各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち	
常時低血圧（収縮時血圧が90mmHg以下）	人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
出血性消化器病変を有するもの	人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
④Child-Pugh 分類C以上の肝機能障害の状態	人
⑤連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態	人
⑥単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態	人
⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
身体合併症を有する認知症高齢者	
①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	人
②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者	人
③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者	人
上記の状態にあてはまる入所者の実人数（1つ以上の項目にあてはまった人数）	人

※1：「介護医療院Ⅰ型」の算定においては、各状態に当てはまる入所者を「延べ人数算定方式」で届け出ることとなっていますが、本調査では「2019年10月1日24時時点」の人数としてご回答ください。

※2：「介護医療院Ⅰ型」算定要件上は、同一の者について「重篤な身体疾患を有する者」の基準及び「身体合併症を有する認知症高齢者」の基準のいずれにも当てはまる場合は、いずれか一方にのみ含めるものとなっていますが、本調査では入所者の状態像を把握するため、当てはまる状態全てにカウントしてください。

※3：「人工腎臓の実施」は他科受診によるものであっても構いません。

※4：「別に掲げる疾病」とは、厚生労働省の示す基準に則り、以下の疾病を指します。

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、黄色靭帯骨化症、悪性関節リウマチ

(2) 医療処置を実施した入所者数(実人数)について、ご記入下さい。

問 39 2019年9月の1か月間における貴施設への入所者に対して行った医療処置についてご回答ください。(実人数)			
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理(麻薬なし)	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理(麻薬使用)	人
4) カテーテル(尿道カテーテル・コブドームカテーテル)の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 摘便	人
8) 酸素療法(酸素吸入)	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	人
11) 静脈内注射(点滴含む)	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	人	25) ターミナルケア	人
13) 簡易血糖測定	人	26) 歯科治療(訪問を含む)	人

## 10. 貴施設でのターミナルケア等の実施状況をお伺いします。

問 40 貴施設におけるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)※に関する取組についてご回答ください。	
1) 貴施設では ACP に取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) ACP に取り組む上で何が困難ですか。(複数回答可)	01 本人の意思が明確ではない時の支援 02 本人の希望と取り囲む環境(身体の状態、介護力、経済的な問題等)に差がある場合の調整 03 意思推定者が定まらないこと 04 本人・家族等・医療・ケアのチームの意思統一がうまくとれないこと 05 ACP として取り組む内容に関して本人・家族等が消極的 06 ACP に取り組むことに主治医(担当医)が消極的 07 予期せぬ変化があった時に、本人・家族等の意思を繰り返し確認すること 08 ACP として取り組む内容に関する職員の理解不足 09 事業所として ACP の取組に関する方針・指針がないこと 10 繰り返し話し合う時間がとれないこと 11 その他( ) 12 困難なことは特になし
3) 利用前の医療機関や介護サービス等で ACP が実施されていたか、確認していますか。	01 全ての利用者について確認している 02 一部の利用者について確認している 03 確認していない
4) 1)で「01 取り組んでいる」と回答した場合】ACPで話し合う内容のうち特に重視すること。(〇はひとつ)	01 本人の気がかりや意向 02 本人の価値観や目標 03 病状や予後の理解 04 治療や療養に関する意向 05 意思推定者が適任者であるかの見極め、決定 06 その他( )

5) ACPに関する施設内での職員研修の有無	01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
6)【5】で「01」と回答した場合】 ACPに関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
7)職員の中に ACP に関する施設外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを指します。

問 41 1)アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を実施した入所者 (2019年10月1日24時時点)	人
2)以下の①～③の条件すべてに適合する入所者(ターミナル期のケアを提供している入所者)の人数と、同入所者の2019年7月1日～9月30日の3か月間の延べ入所日数をご記入ください。(※1)(※2) ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。 ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。 ③医師、看護師、介護職員が共同して、入所者等の状態または家族の求め等に応じ随時、本人またはその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。	
人数(2019年10月1日24時時点)	3か月の延べ入所日数
人	日

※1 2019年10月1日24時時点でターミナルケアを提供している入所者がいる場合、ターミナルケアを開始した時期に関わらず、その方の過去3か月間の延べ入所日数をご記入ください。

例) 2019年1月1日に入所し、9月15日からターミナルケアを開始(10月1日24時時点でターミナルケアを提供)している場合、3か月間の延べ入所日数は、7～9月の延べ92日となります

※2 7月2日～9月30日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。

問 42 貴施設におけるターミナルケアに関する取組についてご回答ください。	
1)貴施設では看取り期に入った入所者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2)貴施設ではターミナルケアに取り組むにあたって、施設内でのマニュアル等を整備していますか。	01 整備している 02 整備していない
3)看取りに関する施設内での職員研修の有無	01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
4)【3】で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
5)職員の中にターミナルケアに関する施設外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、入所者票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
入所者票（介護医療院）

※本調査票は、当該入所者の状況について、詳しい職員の方がご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※調査時点は、2019年10月1日、もしくは質問に記載している期間とします。

■入所者の状況について、詳しい職員の方が記載してください

1) 年齢	( ) 歳			
2) 性別	1 男 2 女			
3) 施設への入院・入所日 (移行前からの入所者は、移行前の施設への入院・入所日)	西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日			
4) 療養室	1 個室 2 多床室 3 ユニット型個室 4 ユニット型個室の多床室			
5) 要介護度 (直近)	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中			
6) 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3 4 不明・未実施			
7) ADL 区分	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3 4 不明・未実施			
8) 障害高齢者の 日常生活自立度	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明			
9) 認知症高齢者の 日常生活自立度	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明			
10) 傷病 (該当する ものすべてに○、主 なもの1つに◎)	1 高血圧 2 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症 (脂質異常症) 6 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気 (骨粗しょう症、関節症等) 10 外傷 (転倒・骨折等) 11 がん (新生物) 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症 (アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他 ( ) 21 ない			
11) 日中の平均的なベッド座位時間	1 0~1時間 2 1~2時間 3 2~3時間 4 3時間以上			
12) 日中の平均的なベッド離床時間	1 0~2時間未満 2 2~4時間未満 3 4~6時間未満 4 6~8時間未満 5 8時間以上			
13) 食事の場所	1 食堂等自室以外 2 自室 3 食事はとっていない (経管栄養等)			
14) 食事の時間	1 決められた時間に提供されている 2 本人の希望する時間に提供されている 3 日によって提供時間が異なる			
15) 入浴の回数	1 週間あたり ( ) 回 → うち一般浴槽 ( ) 回、特別浴槽 ( ) 回			
16) レクリエーションへの参加	1 週間あたり ( ) 分			
17) アドバンス・ケア・プランニング (ACP、人生会議) に関する取組の有無	1 はい 2 いいえ			
18) ターミナルケアの実施の有無	1 はい 2 いいえ			
19) 算定した加算 (複数回答可)	1 経口維持加算 2 経口移行加算 3 口腔衛生管理加算 4 排せつ支援加算 5 栄養マネジメント加算 6 低栄養リスク改善加算 7 療養食加算			
20) 算定した特別診療費 (複数回答可)	1 理学療法 (I・II) 2 作業療法 3 言語聴覚療法 4 集団コミュニケーション療法 5 摂食機能療法 6 短期集中リハビリテーション 7 認知症短期集中リハビリテーション 8 精神科作業療法 9 認知症入所精神療法			
21) 直近1週間あたりのリハビリテーションの回数・合計時間	理学療法士によるリハビリテーション ( ) 回 合計 ( ) 分 作業療法士によるリハビリテーション ( ) 回 合計 ( ) 分 言語聴覚士によるリハビリテーション ( ) 回 合計 ( ) 分			

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。施設票とあわせてご返送ください。



令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
都道府県票

F1 都道府県名	( ) 都・道・府・県		
F2 回答部署			
F3 電話番号			
問1 貴自治体における介護医療院数 (指定都市・中核市・広域連合等、権限移譲分を除く)	( ) 施設		
問2 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無(2018年4月から2019年9月までに受けた、介護医療院開設(移行)前の医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有	2 無	
→問2で「1有」と回答した場合、下記をお答え下さい。			
相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。			
1 開設手続きについて    2 人員基準について    3 設備基準について    4 運営基準について 5 報酬について    6 助成金・補助金について    7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )			
問3 介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組(複数回答可)			
1 説明会を実施している    2 集団指導の際に関連情報を周知している 3 介護医療院のホームページを作成している    4 介護医療院専用の相談窓口を設置している 5 申請手続きに係る手引きを作成している    6 基準等に係る説明資料を作成している 7 医師会等関係団体と協力している    8 定期的に意向調査を実施している 9 医療機関を訪問して状況確認等を行っている 10 その他( )    11 特に実施していない			
問4 今後、介護医療院への移行促進にあたり最も必要と考える支援(単一回答)			
1 事業者向けの研修会の充実    2 自治体向けの研修会の充実 3 その他( )    4 特になし			
問5 介護医療院への移行に関する管内の市区町村との連携状況(複数回答可)			
1 定期的に市区町村との情報交換の場を設けている 2 事業者から相談があった場合、市区町村と情報交換を行っている 3 事業者から相談があった場合、市区町村にも相談に行くよう事業者にも勧めている 4 その他( ) 5 特に行っていない			
問6 介護医療院への移行に関する市区町村からの相談の有無(2018年4月から2019年9月までの相談についてお答えください)	1 有	2 無	
→問6で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)			
1 開設手続きについて    2 人員、設備、運営基準について    3 報酬について 4 介護保険財政について    5 その他( )			
問7 第7期介護保険事業支援計画作成時に、介護医療院への移行に関して行ったことについてお答えください(複数回答可)。			
1 都道府県内の介護部局と医療部局で介護医療院に関する情報交換を行った。 2 介護医療院について市区町村への情報提供(説明会等)を行った。 3 医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設における転換の意向調査等により転換意向を把握した。 4 都道府県や市区町村の医療、介護担当者等の関係者による協議の場で介護医療院に関する議論を行った。 5 介護保険事業支援計画に定めたサービス見込量に、転換意向調査において転換意向有と回答した病床数を反映させた。 6 上記5以外の追加的需要も反映させた。 7 その他( ) 8 特に行っていない			
問8 助成金・補助金の活用状況			
1 活用事例(申請含む)がある    2 活用事例(申請含む)はないが、相談を受けている 3 活用事例も相談もない			

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
指定都市・中核市票

F1 都道府県名	( ) 都・道・府・県
F2 市名	( ) 市
F3 回答部署	
F4 電話番号	
問1 自治体の種別	1 指定都市 2 中核市 3 その他
問2 貴自治体における介護医療院数	( ) 施設
問3 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無 (2018年4月から2019年9月までに受けた、介護医療院開設(移行) 前の医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問3で「1有」と回答した場合、下記をお答え下さい。	
相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。	
1 開設手続きについて 2 人員基準について 3 設備基準について 4 運営基準について 5 報酬について 6 助成金・補助金について 7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )	
問4 介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組(複数回答可)	
1 説明会を実施している 2 集団指導の際に関連情報を周知している 3 介護医療院のホームページを作成している 4 介護医療院専用の相談窓口を設置している 5 申請手続きに係る手引きを作成している 6 基準等に係る説明資料を作成している 7 医師会等関係団体と協力している 8 定期的に意向調査を実施している 9 医療機関を訪問して状況確認等を行っている 10 その他( ) 11 特に実施していない	
問5 今後、介護医療院への移行促進にあたり最も必要と考える支援(単一回答)	
1 事業者向けの研修会の充実 2 自治体向けの研修会の充実 3 その他( ) 4 特になし	
問6 介護医療院への移行に関する都道府県との連携状況(複数回答可)	
1 定期的に都道府県との情報交換の場を設けている 2 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県から情報提供を受けている 3 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県の助言を受けた同事業者から相談を受けている 4 その他( ) 5 特に行っていない	
問7 介護医療院への移行に関する都道府県への相談の有無(2018年4月 から2019年9月までの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問7で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)	
1 開設手続きについて 2 人員、設備、運営基準について 3 報酬について 4 介護保険財政について 5 その他( )	
問8 介護医療院への移行に関する保険者としての課題(複数回答可)	
1 医療機関・施設の意向把握 2 都道府県との連携 3 介護保険財政への影響 4 地域住民の介護医療院の認知度 5 その他( ) 6 特になし	
問9 助成金・補助金の活用状況	
1 活用事例(申請含む)がある 2 活用事例(申請含む)はないが、相談を受けている 3 活用事例も相談もない	

令和元年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業  
保険者票

F1 都道府県名	( ) 都・道・府・県
F2 市区町村名	( ) 市・区・町・村・広域連合
F3 回答部署	
F4 電話番号	
問1 自治体の種別	1 市    2 区    3 町・村    4 広域連合
問2 管内の介護医療院の有無	1 有    2 無
問3 管内の介護療養型医療施設の有無	1 有    2 無
問4 管内の医療療養病床の有無	1 有    2 無
問5 管内の介護療養型老人保健施設の有無	1 有    2 無
問6 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無 (2018年4月から2019年9月までに受けた、介護医療院開設(移行)前の医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有    2 無
→問6で「1有」と回答した場合、下記をお答え下さい。	
相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。	
1 開設手続きについて    2 人員基準について    3 設備基準について    4 運営基準について 5 報酬について    6 助成金・補助金について    7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )	
問7 介護医療院への移行に関する都道府県との連携状況(複数回答可)	
1 定期的に情報交換の場を設けている 2 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県から情報提供を受けている 3 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県の助言を受けた同事業者から相談を受けている 4 その他( ) 5 特に行っていない	
問8 介護医療院への移行に関する都道府県への相談の有無(2018年4月から2019年9月までの相談についてお答えください)	1 有    2 無
→問8で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)	
1 開設手続きについて 2 人員、設備、運営基準について 3 報酬について 4 介護保険財政について 5 その他( )	
問9 介護医療院への移行に関する課題(複数回答可)	
1 医療機関・施設の意向把握 3 介護保険財政への影響 5 その他( )	2 都道府県との連携 4 地域住民の介護医療院の認知度 6 特になし