

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)
 介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
介護老人保健施設票

貴施設の名称		事業所番号	
部署・役職名		ご連絡先電話番号	

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。令和4年9月1日時点の貴施設の概要をご回答ください。

問1 所在地	() 都・道・府・県	
問2 運営主体 (1つに○)	01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 その他	
問3 入所定員	() 人	
問4 通所リハ定員	() 人 ※通所リハビリテーションを行っていない場合は0人と記入	
問5 算定区分 (1つに○)	01 超強化型 02 在宅強化型 03 加算型 04 基本型 05 その他型 06 療養型	
問6 居室区分 (複数回答可)	01 従来型個室 02 多床室 03 ユニット型個室 04 ユニット型個室的多床室	
問7 併設する医療機関 (複数回答可)	01 病院を併設 →1)へ	1) 「01 病院を併設」の場合、病床種別 (1つに○)
	02 診療所を併設 →2)へ	01 一般病床 02 療養病床 03 その他の病床
	03 併設医療機関なし	2) 「02 診療所を併設」の場合、病床の有無 (1つに○)
		01 有 02 無
問8 貴施設 (当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む) において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 →選択した場合、1)へ 02 訪問リハビリテーション →選択していない場合、2)へ 03 短期入所療養介護 04 上記のいずれも実施していない	
1) 「01 通所リハビリテーション」を選択した場合、算定している利用者が多い所要時間を最大3つ選択 (3つまで○)	2) 「02 訪問リハビリテーション」を選択していない場合の理由 (複数回答可)	
01 所要時間 1時間以上 2時間未満 02 所要時間 2時間以上 3時間未満 03 所要時間 3時間以上 4時間未満 04 所要時間 4時間以上 5時間未満 05 所要時間 5時間以上 6時間未満 06 所要時間 6時間以上 7時間未満 07 所要時間 7時間以上 8時間未満	01 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が不足しているため 02 対象となる利用者がいないため 03 事業所医師による診療時間が確保できないため 04 事業所に常勤医師がいないため 05 移動のための交通手段 (自動車・自転車など) の確保ができないため 06 令和4年度中に開設予定のため 07 その他	
問9 併設介護事業所、併設医療機関で提供されている介護保険サービス等 (複数回答可)	01 外来リハビリテーション 02 訪問看護 03 通所介護 (デイサービス) 04 特別養護老人ホーム 05 介護医療院 06 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 07 認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) 08 上記のいずれも実施していない	

2 職員数についてお伺いします。

令和4年9月1日時点の貴施設の職員配置（常勤換算※）及び夜勤の配置数についてご記入ください。

※常勤換算の計算方法

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」を就業規則により規定された「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。

なお、小数点第二位を切り捨ててください。また、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：就業規則により規定された「施設の通常の勤務時間（=常勤の従業員が勤務すべき時間数）」が32時間/週の場合

- ・1日7.5時間×週5日（計37.5時間）勤務する職員A・B⇒ 常勤（常勤換算1.0）2名
- ・1日7.5時間×週3日（計22.5時間）勤務する職員C ⇒ 非常勤1名
- ・1日4時間×週5日（計20時間）勤務する職員D ⇒ 非常勤1名

合計すると、【常勤A・B】2+【非常勤C・D】 $\frac{(22.5+20)}{32}$ =3.33となり、小数点第二位を切り捨て、常勤換算で3.3人の配置

問10 職種ごとの職員の常勤換算数			
	施設（入所）の職員数 【常勤換算の配置数】	他の施設等と兼務 【常勤換算の配置数】	夜勤の職員数 【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	
准看護師	人	人	人
介護職員	人	人	人
理学療法士	人	人	
作業療法士	人	人	
言語聴覚士	人	人	
管理栄養士	人	人	
栄養士（管理栄養士を除く）	人	人	
介護支援専門員	人	人	
診療放射線技師	人	人	
支援相談員	人	人	
うち、社会福祉士	人	人	
うち、介護支援専門員 との兼務者	人	人	

3 入所者及び退所者について、お伺いします。※ショートステイ利用者を除く
問12～16の回答欄の合計人数が、問11の入所者数と同じになるようにご記入ください。

問11 令和4年9月1日24時時点の入所者数（実人数）	人					
問12 要介護度	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

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入所時点で区分未決定の場合を含みます。

問13 年齢階級	40～64歳		65～74歳		75～84歳		85～94歳		95歳以上	
	人		人		人		人		人	
問14 認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
問15 障害高齢者の日常生活自立度	ランクJ		ランクA		ランクB		ランクC		不明・未実施	
	人		人		人		人		人	
問16 医療区分及びADL区分※	医療区分1		医療区分2		医療区分3		不明、未実施			
ADL区分1	人		人		人		人			
ADL区分2	人		人		人		人			
ADL区分3	人		人		人		人			
不明、未実施	人		人		人		人			

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

問17 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の新規入所者及び退所者数	新規入所者数	退所者数	
合計人数	人	人	
【内訳】	本人の家（賃貸、家族の家を含む）	人	人
	病院（介護療養型医療施設を除く）（以下、内訳）	人	人
	i) 一般病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	ii) 回復期リハビリテーション病棟	人	人
	iii) 地域包括ケア病棟（病床）	人	人
	iv) 障害者施設等病棟	人	人
	v) 療養病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	vi) 精神病床	人	人
	vii) その他・不明	人	人
	有床診療所（介護療養型医療施設を除く）	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	介護医療院	人	人
	自施設の短期入所療養介護	人	人
	他の介護老人保健施設	人	人
	特別養護老人ホーム	人	人
	居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（GH））	人	人
死亡		人	
その他	人	人	

問18 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の退所者の入所期間別の人数※合計人数は問17の退所者数と一致します。

3か月以内	3か月超 6か月以内	6か月超 1年以内	1年超 2年以内	2年超 3年以内	3年超 4年以内	4年超
人	人	人	人	人	人	人

問19 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の死亡退所者のうち、 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた 対応を行った人数	人
---	---

4 在宅復帰・在宅療養等指標に関連してお伺いします。

問20 令和4年9月1日時点の貴施設の届出上の基本情報			
1) 在宅復帰率 (令和4年3月～8月)	2) ベッド回転率 (令和4年6月～8月)	3) 入所前後訪問指導割合 (令和4年6月～8月)	4) 退所前後訪問指導割合 (令和4年6月～8月)
() %	() %	() %	() %
5) 居宅サービスの実施種類数(令和4年6月～8月) (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) (1つに○)		6) リハビリ専門職の配置割合(令和4年6月～8月) ※利用者100人あたりの配置数	
01 1種類 02 2種類 03 3種類 04 実施なし		()	
7) 支援相談員の配置割合(令和4年6月～8月) ※利用者100人あたりの配置数		8) 要介護4又は5の割合 (令和4年6月～8月)	9) 喀痰吸引の実施割合 (令和4年6月～8月)
()		() %	() %
10) 経管栄養の実施割合(令和4年6月～8月)		11) 退所時指導等の実施 (退所時指導及び退所後の状況確認)	
() %		01 有 02 無	
12) リハビリテーション マネジメントの実施	13) 地域貢献活動の実施	14) 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)の実施	
01 有 02 無	01 有 02 無	01 有 02 無	
問21 令和4年9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(短期入所療養介護を除く)			
1) 延べ入所者数※1(令和4年6月～8月の延べ人数)		() 人	
2) 延べ退所者数※2 (令和4年3月～8月の延べ人数)		3) 2)のうち居宅への退所者数※3	4) 2)のうち死亡退所者数
() 人		() 人	() 人
5) 延べ新規入所者数(再入所を含 む)※4(令和4年6月～8月の 延べ人数)		6) 入所前後訪問指導を行った人数 (令和4年6月～8月の延べ人数)	7) 3)のうち居宅への退所者の うち、退所前後訪問指導を行っ た人数
() 人		() 人	() 人
8) 居宅サービスの実績の有無	①訪問リハ		②通所リハ
	01 有 02 無	01 有 02 無	01 有 02 無
9) リハビリ専門職(PT・OT・ST)の配置数 (利用者100人あたり)(1つに○)		10) 支援相談員の配置数 (利用者100人あたり)(1つに○)	
01 5人以上 02 3人以上5人未満 03 3人未満		01 3人以上 02 2人以上3人未満 03 2人未満	
11) 1)のうち要介護4又は5に 該当する入所者数(令和4年6月 ～8月の延べ人数)		12) 1)のうち喀痰吸引を実施した入所 者数(令和4年6月～8月の延べ人数)	13) 1)のうち経管栄養を実施し た入所者数(令和4年6月～8月 の延べ人数)
() 人		() 人	() 人
※1: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(短期入所療養介護を除く)。 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。 ※2: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 ※3: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。 ※4: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。			
問22 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関する貴施設での取り組み (令和4年8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) の実施内容(複数回答可)		01 従業者が当該退所者の居宅を訪問 02 指定居宅介護支援事業者から情報提供	
2) リハビリテーションマネジメントにおける医師か らの指示の内容(複数回答可)		01 リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項 02 やむを得ずリハビリテーションを中止する際の基準 03 リハビリテーションにおける入所者に対する負荷等	
問23 令和3年度介護報酬改定で在宅復帰・在宅療養支 援等指標の一部が改正されたが、貴施設において 報酬改定に合わせて実施した取り組み(複数回答 可)		01 訪問リハビリテーション事業所の開設 02 訪問リハビリテーション以外の居宅サービスの開設 03 理学療法士の採用 04 作業療法士の採用 05 言語聴覚士の採用 06 その他	
問24 入所者に新型コロナウイルス感染症患者が5人 以上生じた月(複数回答可)		01 3月 02 4月 03 5月 04 6月 05 7月 06 8月 07 該当なし	

5 加算について、お伺いします。

問25	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）のかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定人数	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） （ ）人	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） （ ）人	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） （ ）人
問26	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）に退所した者のうちかかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定していない者がいた場合、算定にあたっての課題（複数回答可）	01 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講することが困難 02 処方内容を変更する可能性について主治医と合意形成することが困難 03 入所中の服用薬剤の総合的な評価の内容や、入所中の処方変更の経緯等を主治医に情報提供することが困難 04 処方変更の経緯等を診療録へ記録していない 05 服薬情報等の情報を厚生労働省に提出することが困難 06 加算算定にかかる書類の作成（事務手続）が負担 07 加算算定にあたっての本人・家族への説明・同意取得が困難 08 当該期間中に退所者がいなかった 09 その他		
問27	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の退所者のうち、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週間以内の内服薬は除く	（ ）人		
	1) 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	（ ）人		
問28	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の試行的退所時指導加算の算定人数	（ ）人		
問29	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の退所時情報提供加算の算定人数	（ ）人		
問30	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の入退所前連携加算の算定人数	入退所前連携加算（Ⅰ） （ ）人	入退所前連携加算（Ⅱ） （ ）人	
問31	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の疾患別の所定疾患施設療養費の算定人数	①肺炎	②尿路感染症	③带状疱疹
	1) 所定疾患施設療養費（Ⅰ）を算定した者の人数	（ ）人	（ ）人	（ ）人
	2) 所定疾患施設療養費（Ⅱ）を算定した者の人数	（ ）人	（ ）人	（ ）人
問32	所定疾患施設療養費を算定した者の大半に実施した検査・診断根拠等（複数回答可）	01 胸部レントゲン検査 02 胸部CT検査 03 血液検査 04 原因菌の特定検査 05 薬剤感受性検査 06 グラム染色 07 新型コロナウイルス検査 08 その他の検査		
1) 肺炎	01 胸部レントゲン検査 02 胸部CT検査 03 血液検査 04 原因菌の特定検査 05 薬剤感受性検査 06 グラム染色 07 新型コロナウイルス検査 08 その他の検査			
2) 尿路感染症	01 尿検査 02 01のうち、簡易検査(テストテープ) 03 血液検査 04 原因菌の特定検査 05 薬剤感受性検査 06 グラム染色 07 その他の検査			
3) 蜂窩織炎	01 血液検査 02 CT検査 03 その他の検査			
問33	疾患別の実際に行った治療	①注射薬の投与	②内服薬の投与	③その他
	1) 带状疱疹	（ ）人	（ ）人	（ ）人
	2) 蜂窩織炎	（ ）人	（ ）人	（ ）人
問34	所定疾患施設療養費を算定していない場合、算定しなかった要因（複数回答可）	01 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 02 診断に至った根拠を診療録に記載することが負担 03 医師が感染症対策に関する研修を受講していない 04 利用者の同意が得られない 05 算定対象となる入所者がいなかった 06 その他		
問35	所定疾患施設療養費の対象となった場合、施設内で療養が可能と考えられる疾患（複数回答可） ※算定の有無に関わらず全員回答	01 脱水	05 感染性胃腸炎	06 腰椎圧迫骨折
		02 心不全（慢性心不全の増悪等）	07 その他	
		03 てんかん（痙攣重積発作含む）		
		04 慢性気管支炎の増悪		
問36	緊急時施設療養費の算定人数（令和4年6月～8月）	1) 緊急時治療管理 （ ）人	2) 特定治療 （ ）人	
問37	科学的介護情報システム（LIFE）を用いた加算の算定状況（1つに○）	01 算定あり 02 今後算定する予定 03 算定予定なし		

6 医療・看護の提供状況等について、お伺いします。

問38 貴施設内で提供可能な医療（複数回答可※1）及び令和4年8月に実際に医療処置を行った実入所者数※2
 ※1：施設内で提供可能な医療として当てはまるもの全てに対し、提供可否欄に○を付けてください。

施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数	施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		人	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）		人
02 経鼻経管栄養		人	15 簡易血糖測定		人
03 中心静脈栄養		人	16 インスリン注射		人
04 24時間持続点滴		人	17 疼痛管理（麻薬なし）※3		人
05 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理		人	18 疼痛管理（麻薬使用）※3		人
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	18-1 内服薬・座薬・貼付薬		人
07 喀痰吸引（1日8回未満）		人	18-2 点滴薬		人
08 喀痰吸引（1日8回以上）		人	19 創傷処置		人
09 ネブライザー		人	20 褥瘡処置		人
10 酸素療法（酸素吸入）		人	21 浣腸		人
10-1 鼻カヌー		人	22 摘便		人
10-2 マスク		人	23 導尿		人
10-3 リザーバー付きマスク		人	24 膀胱洗浄		人
11 気管切開のケア		人	25 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人
12 人工呼吸器の管理		人	26 リハビリテーション		人
12-1 挿管		人	27 透析 ※4		人
12-2 マスク式（NPPV等）		人	28 その他		人
13 静脈内注射（点滴含む）		人	※2：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実入所者数は2人です。		
13-1 電解質輸液		人	※3：麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。		
13-2 抗菌薬		人	※4：自施設以外で実施した場合も含めてご回答ください。		
13-3 昇圧薬		人			

問39 入所者に対する病院又は診療所における当該診療（他科受診）の実施状況（令和4年8月）
 ※行われた日数別に人数をご記入ください。

1日	2日	3日	4日	5日以上
人	人	人	人	人

問40 他科受診により受診した診療科（複数回答可）

01 内科	02 外科	03 泌尿器科	04 整形外科	05 精神科	06 眼科
07 耳鼻いんこう科	08 皮膚科	09 歯科	10 神経内科	11 リウマチ科	12 心療内科
13 心臓血管外科	14 脳神経外科	15 放射線科	16 その他		

問41 夜間休日の診療体制（複数回答可）

- 01 常時医師を配置
- 02 併設医療機関に当直医を配置
- 03 急変時に医師が来所できる体制
- 04 電話等で常に指示がとれる体制
- 05 その他

7 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの一体的な推進について、お伺いします。

問42 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な取り組みとして、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書を利用していますか（1つに○）	01 利用している 02 利用していない →1)へ
1)「02 利用していない」を選択した場合の今後の利用予定（1つに○）	01 今後利用するつもりである 02 今後も利用するつもりはない

8 口腔衛生の管理体制について、お伺いします。

問43 口腔衛生の管理体制に関する計画の立案状況（1つに○）	01 令和3年3月以前から立案していた 02 令和3年4月以降に立案している 03 令和6月3月までに立案する予定
--------------------------------	---

問44 口腔衛生の管理体制について実施している項目（複数回答可※） ※当てはまるもの全てに対し、○を付けてください。		令和3年3月 以前の実施項目	令和3年4月 以降の実施項目
01	歯科衛生士による介護職員が行う口腔清掃等への指導等		
02	歯科衛生士による口腔にかかる健康教育		
03	施設での口腔清掃の用具の整備・実施		
04	施設職員による口腔の問題点のスクリーニング（概ね入所者全員を対象）		
05	歯科医師による定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）		
06	歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象）		
07	歯科衛生士による口腔の衛生管理の実施		
08	歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔清掃や食事の準備等に関する研修の機会		
09	カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加		
10	歯科医師又は歯科衛生士による施設に対する口腔衛生の管理全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）		
11	歯科医師による訪問診療		→1)へ
12	その他		
1) 令和3年4月以降の実施項目で「11 歯科医師による訪問診療」を選択した場合			
①診療に来ている実歯科医療機関数		() 機関	②令和4年8月の延べ診療患者数 () 人
③訪問診療を行っている歯科医師の所属 (1つに○)		01 協力医療機関 02 協力医療機関以外の歯科	03 01と02両方
問45 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の口腔衛生管理加算の算定人数		口腔衛生管理加算（Ⅰ） () 人	口腔衛生管理加算（Ⅱ） () 人
問46 協力歯科医療機関等との金銭面の契約について（歯科医師・歯科衛生士の報酬等） (1つに○)		01 報酬あり	02 報酬なし
問47 協力歯科医療機関等との契約において実施している項目（複数回答可）		01 入所者の食事等のカンファレンスへの参加 02 入所者の食事等に関する個別の相談 03 歯科訪問診療 04 摂食・嚥下に対する支援 05 歯科検診や歯科相談 06 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画策定にあたり助言 07 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画の実施にあたり介護職員等に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導 08 経口維持加算Ⅱへの助言 09 入所者のミールラウンド（食事観察）への参加 10 口腔衛生等に関する研修会の開催 11 その他	
問48 どのような入所者に対して口腔衛生管理加算を算定しているか（複数回答可）		1) 「05 施設で基準を決めている」と回答した場合、その基準（複数回答可）	
01 歯科医師・歯科衛生士から必要性を指摘された入所者 02 全員を対象 03 本人が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 04 家族が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 05 施設で基準を決めている →1)へ 06 職員による口腔ケアが難しい入所者 07 入所者に対して口腔衛生管理加算を算定していない →2)へ 08 その他		01 口を開けてくれないため 02 うがいができないため 03 認知症があるため 04 離床できないため 05 摂食・嚥下障害がある（ムセがある）ため	
2) 「07 入所者に対して口腔衛生管理加算を算定していない」と回答した場合、その理由（複数回答可）		01 介護職員が利用者の口腔内の状況把握に、十分な時間を割くことが難しいため 02 介護職員が利用者の口腔の状態を判断することが難しいため 03 歯科専門職によるスクリーニングを実施していないため 04 歯科専門職が入所者の食事等のカンファレンスに参加していないため 05 その他	
問49 入所者の口腔や食事について、施設職員が歯科衛生士からアドバイスを受ける頻度（1つに○）		01 月1回未満 04 週1回	02 月1回 05 週2回以上
		03 月2～3回	

問50 協力歯科医療機関との連携による入所者への効果（複数回答可）	01 口腔衛生状態の改善 02 むし歯の減少 03 義歯の使用率の増加 04 摂食・嚥下機能の改善 05 栄養状態の維持改善 06 肺炎予防	07 窒息事故の減少 08 会話の増加 09 看取りの増加 10 特になし 11 その他
問51 義歯を持っている入所者の義歯の使用に関する施設の考え方（複数回答可）	01 本人の希望がある場合、義歯の使用を勧めている 02 本人の希望がある場合でも、義歯の使用を控えている 03 本人の希望に関わらず、積極的に義歯の使用を勧めている 04 本人の希望に関わらず、義歯の使用を控えている	

問52～55については、令和3年度介護報酬改定の前後についてお答えください。

問52 令和3年4月以降の歯科医師や歯科衛生士との関わりにおける変化（1つに○）	01 口腔衛生管理について相談できる歯科医師又は歯科衛生士を新たに確保した 02 従前からの付き合いのある歯科医師又は歯科衛生士がおり、関わりは変わらない 03 従前から付き合いのある歯科医師又は歯科衛生士がおらず、現在も状況は変わらない 04 その他
問53 令和3年4月以降の歯科衛生士が1か月に口腔衛生の管理を実施する入所者の数（1つに○）	01 増加した 02 減少した 03 変わりはない 04 該当者がいない
問54 令和3年4月以降の歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数（1つに○）	01 増加した ➡1)へ 02 減少した ➡2)へ 03 変わりはない ➡2)へ
1)「01 増加した」と回答した場合、歯科衛生士からの助言等の内容（複数回答可）	2)「02 減少した」又は「03 変わりはない」と回答した場合、その理由（複数回答可）
01 口腔ケアの方法に関するアドバイス 02 口腔の状態や問題に関する理解 03 歯科医療の必要性について 04 食事について 05 その他	01 介護職員ではなく歯科衛生士が直接入所者に対応する（介護職員が対応する必要がない）ため 02 歯科衛生士による介護職員に対する研修等の機会が確保できないため 03 歯科衛生士と介護職員との間で日常的なコミュニケーションが取れないため 04 介護職員が歯科衛生士から助言や指導を受けることを希望しないため 05 その他
問55 令和3年4月以降の介護職員が歯科衛生士に口腔に関する相談をする回数（1つに○）	01 増加した ➡1)へ 02 減少した ➡2)へ 03 変わりはない ➡2)へ 04 該当者がいない
1)「01 増加した」と回答した場合、助言等の内容（複数回答可）	2)「02 減少した」又は「03 変わりはない」と回答した場合、その理由（複数回答可）
01 口腔ケアの方法に関するアドバイス 02 口腔の状態や問題に関する理解 03 歯科医療の必要性について 04 食事について 05 その他	01 介護職員ではなく歯科衛生士が直接入所者に対応する（介護職員が対応する必要がない）ため 02 歯科衛生士と介護職員との間で日常的なコミュニケーションが取れないため 03 介護職員が口腔に関して対応する業務上の余裕がないため 04 介護職員における口腔に関する関心が低い 05 その他
問56 歯科衛生士による口腔衛生の管理の実施状況（1つに○）	01 実施あり ➡1)へ 02 実施なし ➡2)へ
1)「01 実施あり」と回答した場合、その理由（複数回答可）	2)「02 実施なし」と回答した場合、その理由（複数回答可）
01 肺炎発症者が多いため 02 介護職による口腔ケアが困難な場合が多いため 03 介護職には歯科治療が必要であるか判断が困難であり、歯科衛生士に相談するため 04 食支援が必要な利用者が多いため 05 摂食・嚥下機能への対応が必要な利用者が多いため 06 サービス全体の質の向上のため 07 その他	01 口腔衛生の管理にかかるサービスが十分に提供できているため 02 施設職員で十分対応できているため 03 対応できる歯科医師ないし歯科衛生士がいないため 04 歯科訪問診療で対応しているため 05 必要と思われる利用者はいないため 06 感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため 07 その他

9 栄養ケア・マネジメントについてお伺いします。

問57 栄養ケア・マネジメントの実施状況 (1つに○) ※令和6年度から栄養ケア・マネジメントを実施していない場合は、減算となります。		01 栄養ケア・マネジメントは既に実施している 02 栄養ケア・マネジメントは令和6年度までに実施する予定 ➡1)へ 03 栄養ケア・マネジメントは令和6年度以降も実施できない ➡2)へ
1) 「02 令和6年度までに実施する予定」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントを実施するために準備する内容 (複数回答可)	01 管理栄養士を配置する (併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む) 02 栄養士を配置する (併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む) 03 外部 (栄養ケア・ステーション等) の管理栄養士と連携して栄養管理を行う 04 その他	
2) 「03 令和6年度以降も実施できない」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントが実施できない理由 (複数回答可)	01 管理栄養士又は栄養士を配置できないため ➡3)へ 02 入所者全員の栄養ケア計画の作成ができないため 03 栄養ケア計画を作成するための多職種連携ができないため 04 その他	
3) 2) で「01 管理栄養士又は栄養士を配置できないため」と回答した場合、その理由 (複数回答可)	01 管理栄養士の採用ができないため 02 栄養士の採用ができないため 03 併設施設や同一法人に管理栄養士や栄養士はいるが、人員不足で兼務や配置変更ができないため 04 栄養士はいるが、外部 (栄養ケア・ステーション等) の管理栄養士と連携を図ることができないため 05 その他	
問58 令和4年8月の算定状況 ※なお、当該月に算定が0件であっても、施設として算定する体制がある場合は「有」に○印をつけ、件数を0としてください。		
取得している加算	① 算定の有無 (1つに○)	② ①で「有」とした場合、当該期間の延べ件数
1) 栄養マネジメント強化加算	01 有 ➡問59へ 02 無 ➡問60へ	件/月
2) 経口移行加算	01 有 02 無	件/月
3) 経口維持加算Ⅰ	01 有 02 無	件/月
4) 経口維持加算Ⅱ	01 有 02 無	件/月
5) 再入所時栄養連携加算	01 有 02 無 ➡問60へ	件/月
6) 療養食加算	01 有 02 無	件/月
問59 問58 1) 栄養マネジメント強化加算で①「01 有」と回答した場合、 栄養マネジメント強化加算の算定を理由に新規採用した管理栄養士および栄養士の人数 ※常勤換算でご記入ください。※委託の職員・休職中の人は除いてください。※0名の場合は0とご記入ください。		
	1) 加算算定を理由に採用した <u>管理栄養士</u>	2) 加算算定を理由に採用した <u>栄養士</u>
常勤換算の人数	人	人
問60 問58 1) 栄養マネジメント強化加算又は5) 再入所時栄養連携加算で①「02 無」と回答した場合、 算定する意向及び算定していない具体的な理由		
1) 栄養マネジメント強化加算を算定する意向 (1つに○)	2) 再入所時栄養連携加算を算定する意向 (1つに○)	
01 算定するつもりはあるができない 02 算定するつもりはない	01 算定するつもりはあるができない 02 算定するつもりはない	

3) 栄養マネジメント強化加算を算定していない具体的な理由 (複数回答可)	4) 再入所時栄養連携加算を算定していない具体的な理由 (複数回答可)
01 加算の単位数が低い 02 管理栄養士を採用しようとしても応募がない 03 管理栄養士を増員しても採算が合わない 04 管理栄養士の業務時間が不足している 05 管理栄養士による低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンドが困難 06 管理栄養士による退所後の食事に関する相談が困難 07 LIFE データ提出体制が整っていない 08 管理栄養士以外の他職種の理解や協力が得られない 09 管理栄養士の判断 10 施設長の判断 11 その他	01 加算の単位数が低い 02 加算の対象となる再入所者がいない 03 管理栄養士の業務時間が不足している 04 管理栄養士が医療機関を訪問して指導やカンファレンスに同席することが困難 05 テレビ電話装置の使用が困難 06 管理栄養士の判断 07 施設長の判断 08 その他

10 リハビリテーションの実施状況について、お伺いします。

問61 充実したリハビリテーションを実施していない場合、その理由 (複数回答可)	01 基本型又は加算型のため 02 リハビリ職員の確保が困難 03 集団リハビリを実施しているため 04 その他 05 特になし	
問62 リハビリテーション計画を説明し、同意を得ている職種 (複数回答可)	01 医師 02 看護師 03 理学療法士 04 作業療法士 05 言語聴覚士 06 その他	
問63 リハビリテーション計画作成・見直しにあたってのチーム会議やカンファレンス等に参加している職種 (複数回答可)	01 医師 08 支援相談員 02 歯科医師 09 管理栄養士 03 歯科衛生士 10 栄養士 (管理栄養士除く) 04 理学療法士 11 薬剤師 05 作業療法士 12 本人 06 言語聴覚士 13 家族 07 介護支援専門員 14 その他	
問64 施設での上記会議の開催頻度 (1つに○)	01 1月に複数回 02 月に1回 03 1～3か月に1回 04 4～6か月に1回 05 7～12か月に1回 06 1年に1回未満	
問65 外部のリハビリ専門職の活用 (1つに○)	01 有 02 無	
問66 週当たりの個別リハビリテーションの実施状況	令和4年9月第2週 における実施人数	うち、短期集中リハビリテーション実施加算 を算定している人数
週1回	()人	()人
週2回	()人	()人
週3回	()人	()人
週4回	()人	()人
週5回以上	()人	()人
問67 集団リハビリテーションの実施状況 (1つに○)	01 有 ➡1)及び2)へ 02 無	
1) 集団リハビリテーションの実施頻度 (最も多い提供頻度を選択) (1つに○)	01 週1回 02 週2回 03 週3回 04 週4回 05 週5回以上	
2) 提供している集団リハビリテーションの内容 (複数回答可)	01 認知症に対する集団リハビリテーション 04 ADL 訓練 02 失語症に対するリハビリテーション 05 IADL 訓練 03 運動療法 06 その他	

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
介護医療院票

貴施設の名称		事業所番号	
部署・役職名		ご連絡先電話番号	

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。令和4年9月1日時点の貴施設の概要をご回答ください。

問1 所在地	() 都・道・府・県		
問2 運営主体 (1つに○)	01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 その他		
問3 開設年月 (「平成」か「令和」に○)	平成・令和 () 年 () 月		
問4 入所定員	() 人		
問5 通所リハ定員	() 人 ※通所リハビリテーションを行っていない場合は0人と記入		
問6 算定区分 (1つに○)	01 I型介護医療院サービス費 (I) 08 II型特別介護医療院サービス費 02 I型介護医療院サービス費 (II) 09 ユニット型I型介護医療院サービス費 (I) 03 I型介護医療院サービス費 (III) 10 ユニット型I型介護医療院サービス費 (II) 04 II型介護医療院サービス費 (I) 11 ユニット型II型介護医療院サービス費 05 II型介護医療院サービス費 (II) 12 経過的ユニット型II型介護医療院サービス費 06 II型介護医療院サービス費 (III) 13 ユニット型I型特別介護医療院サービス費 07 I型特別介護医療院サービス費 14 ユニット型II型特別介護医療院サービス費		
問7 併設する医療機関 (複数回答可)	01 病院を併設 →1)へ 02 診療所を併設 →2)へ 03 併設医療機関なし	1) 「01 病院を併設」の場合、病床種別 (1つに○)	
		01 一般病床 02 療養病床 03 その他の病床	
		2) 「02 診療所を併設」の場合、病床の有無 (1つに○)	
		01 有 02 無	
問8 貴施設 (当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む) において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 →1)へ 04 上記のいずれも実施していない	1) 「03 短期入所療養介護」を選択した場合、介護医療院移行前に短期入所療養介護を実施していましたか。(1つに○) 01 実施していた 02 実施していなかった	
問9 併設介護事業所、併設医療機関で提供されている介護保険サービス等 (複数回答可)	01 外来リハビリテーション 02 訪問看護 03 通所介護 (デイサービス) 04 特別養護老人ホーム 05 介護老人保健施設 06 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 07 認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) 08 上記のいずれも実施していない		

2 職員数についてお伺いします。

令和4年9月1日時点の貴施設の職員配置（常勤換算※）及び夜勤の配置数についてご記入ください。

※常勤換算の計算方法

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」を就業規則により規定された「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。

なお、小数点第二位を切り捨ててください。また、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：就業規則により規定された「施設の通常の勤務時間（=常勤の従業員が勤務すべき時間数）」が32時間/週の場合

- ・1日7.5時間×週5日（計37.5時間）勤務する職員A・B⇒常勤（常勤換算1.0）2名
 - ・1日7.5時間×週3日（計22.5時間）勤務する職員C⇒非常勤1名
 - ・1日4時間×週5日（計20時間）勤務する職員D⇒非常勤1名
- 合計すると、【常勤A・B】2+【非常勤C・D】 $\frac{(22.5+20)}{32}=3.33$ となり、小数点第二位を切り捨て、常勤換算で3.3人の配置

問10 職種ごとの職員の常勤換算数			
	施設（入所）の職員数 【常勤換算の配置数】	他の施設等と兼務 【常勤換算の配置数】	夜勤の職員数 【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	
准看護師	人	人	人
介護職員	人	人	人
理学療法士	人	人	
作業療法士	人	人	
言語聴覚士	人	人	
管理栄養士	人	人	
栄養士（管理栄養士を除く）	人	人	
介護支援専門員	人	人	
診療放射線技師	人	人	
支援相談員	人	人	
うち、社会福祉士	人	人	
うち、介護支援専門員 との兼務者	人	人	

3 入所者及び退所者について、お伺いします。※ショートステイ利用者を除く
問 12～16 の回答欄の合計人数が、問 11 の入所者数と同じになるようにご記入ください。

問11 令和4年9月1日24時時点の入所者数（実人数）	人
-----------------------------	---

問12 要介護度	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

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入所時点で区分未決定の場合を含みます。

問13 年齢階級	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上			
	人	人	人	人	人			
問14 認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人
問15 障害高齢者の日常生活自立度	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	不明・未実施			
	人	人	人	人	人			
問16 医療区分及びADL区分※	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施				
ADL区分1	人	人	人	人				
ADL区分2	人	人	人	人				
ADL区分3	人	人	人	人				
不明、未実施	人	人	人	人				

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

問17 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の新規入所者及び退所者数	新規入所者数	退所者数	
合計人数	人	人	
【内訳】	本人の家（賃貸、家族の家を含む）	人	人
	病院（介護療養型医療施設を除く）（以下、内訳）	人	人
	i) 一般病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	ii) 回復期リハビリテーション病棟	人	人
	iii) 地域包括ケア病棟（病床）	人	人
	iv) 障害者施設等病棟	人	人
	v) 療養病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	vi) 精神病床	人	人
	vii) その他・不明	人	人
	有床診療所（介護療養型医療施設を除く）	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	他の介護医療院	人	人
	自施設の短期入所療養介護	人	人
	介護老人保健施設	人	人
	特別養護老人ホーム	人	人
	居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（GH））	人	人
死亡		人	
その他	人	人	

問18 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の退所者の入所期間別の人数※合計人数は問17の退所者数と一致します。

3か月以内	3か月超 6か月以内	6か月超 1年以内	1年超 2年以内	2年超 3年以内	3年超 4年以内	4年超
人	人	人	人	人	人	人
問19 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の死亡退所者のうち、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた対応を行った人数						人

4 加算について、お伺いします。

問20 科学的介護情報システム（LIFE）を用いた加算の算定状況（1つに○）	01 算定あり	02 今後算定する予定	03 算定予定なし
--	---------	-------------	-----------

5 医療・看護の提供状況等について、お伺いします。

問21 貴施設内で提供可能な医療（複数回答可※1）及び令和4年8月に実際に医療処置を行った実入所者数※2					
※1：施設内で提供可能な医療として当てはまるもの全てに対し、提供可否欄に○を付けてください。					
施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数	施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		人	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）		人
02 経鼻経管栄養		人	15 簡易血糖測定		人
03 中心静脈栄養		人	16 インスリン注射		人
04 24時間持続点滴		人	17 疼痛管理（麻薬なし）※3		人
05 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理		人	18 疼痛管理（麻薬使用）※3		人
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	18-1 内服薬・座薬・貼付薬		人
07 喀痰吸引（1日8回未満）		人	18-2 点滴薬		人
08 喀痰吸引（1日8回以上）		人	19 創傷処置		人
09 ネブライザー		人	20 褥瘡処置		人
10 酸素療法（酸素吸入）		人	21 浣腸		人
10-1 鼻カヌラ		人	22 摘便		人
10-2 マスク		人	23 導尿		人
10-3 リザーバー付きマスク		人	24 膀胱洗浄		人
11 気管切開のケア		人	25 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人
12 人工呼吸器の管理		人	26 リハビリテーション		人
12-1 挿管		人	27 透析 ※4		人
12-2 マスク式（NPPV等）		人	28 その他		人
13 静脈内注射（点滴含む）		人	※2：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実入所者数は2人です。		
13-1 電解質輸液		人	※3：麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。		
13-2 抗菌薬		人	※4：自施設以外で実施した場合も含めてご回答ください。		
13-3 昇圧薬		人			
問22 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）に経管栄養を離脱した人数					人
問23 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）に喀痰吸引を行う必要がなくなった人数					人
問24 入所者に対する病院又は診療所における当該診療（他科受診）の実施状況（令和4年8月）					
※行われた日数別に人数をご記入ください。					
1日	2日	3日	4日	5日以上	
人	人	人	人	人	
問25 他科受診を算定した際に受診した診療科（複数回答可）					
01 内科	02 外科	03 泌尿器科	04 整形外科	05 精神科	06 眼科
07 耳鼻いんこう科	08 皮膚科	09 歯科	10 神経内科	11 リウマチ科	12 心療内科
13 心臓血管外科	14 脳神経外科	15 放射線科	16 その他		
問26 夜間休日の診療体制（複数回答可）					
01 常時医師を配置	02 併設医療機関に当直医を配置		03 急変時に医師が来所できる体制		
04 電話等で常に指示がとれる体制	05 その他				

6 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの一体的な推進について、お伺いします。

問27 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な取り組みとして、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書を利用していますか（1つに○）	01 利用している	02 利用していない →1)へ
1)「02 利用していない」を選択した場合の今後の利用予定（1つに○）	01 今後利用するつもりである	02 今後も利用するつもりはない

7 口腔衛生の管理体制について、お伺いします。

問28 口腔衛生の管理体制に関する計画の立案状況 (1つに○)	01 令和3年3月以前から立案していた 02 令和3年4月以降に立案している 03 令和6月3月までに立案する予定
問29 口腔衛生の管理体制について実施している項目 (複数回答可※) ※当てはまるもの全てに対し、○を付けてください。	令和3年3月以前の実施項目 令和3年4月以降の実施項目
01 歯科衛生士による介護職員が行う口腔清掃等への指導等	
02 歯科衛生士による口腔にかかる健康教育	
03 施設での口腔清掃の用具の整備・実施	
04 施設職員による口腔の問題点のスクリーニング (概ね入所者全員を対象)	
05 歯科医師による定期的な口腔内診査 (概ね入所者全員を対象)	
06 歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント (概ね入所者全員を対象)	
07 歯科衛生士による口腔の衛生管理の実施	
08 歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔清掃や食事の準備等に関する研修の機会	
09 カンファレンス (経口維持加算Ⅱ等) への歯科医師、歯科衛生士の参加	
10 歯科医師又は歯科衛生士による施設に対する口腔衛生の管理全般についての助言 (講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合)	
11 歯科医師による訪問診療	→1) ~
12 その他	
1) 令和3年4月以降の実施項目で「11 歯科医師による訪問診療」を選択した場合	
①診療に来ている実歯科医療機関数	() 機関 ②令和4年8月の延べ診療患者数 () 人
③訪問診療を行っている歯科医師の所属 (1つに○)	01 協力医療機関 02 協力医療機関以外の歯科 03 01と02両方
問30 直近3か月間 (令和4年6月~8月まで) の口腔衛生管理加算の算定人数	口腔衛生管理加算 (Ⅰ) () 人 口腔衛生管理加算 (Ⅱ) () 人
問31 協力歯科医療機関等との金銭面の契約について (歯科医師・歯科衛生士の報酬等) (1つに○)	01 報酬あり 02 報酬なし
問32 協力歯科医療機関等との契約において実施している項目 (複数回答可)	01 入所者の食事等のカンファレンスへの参加 02 入所者の食事等に関する個別の相談 03 歯科訪問診療 04 摂食・嚥下に対する支援 05 歯科検診や歯科相談 06 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画策定にあたり助言 07 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画の実施にあたり介護職員等に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導 08 経口維持加算Ⅱへの助言 09 入所者のミールラウンド (食事観察) への参加 10 口腔衛生等に関する研修会の開催 11 その他
問33 どのような入所者に対して口腔衛生管理加算を算定しているか (複数回答可)	1) 「05 施設で基準を決めている」と回答した場合、その基準 (複数回答可)
01 歯科医師・歯科衛生士から必要性を指摘された入所者 02 全員を対象 03 本人が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 04 家族が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 05 施設で基準を決めている →1) ~ 06 職員による口腔ケアが難しい入所者 07 入所者に対して口腔衛生管理加算を算定していない →2) ~ 08 その他	01 口を開けてくれないため 02 うがいができないため 03 認知症があるため 04 離床できないため 05 摂食・嚥下障害がある (ムセがある) ため

問41 歯科衛生士による口腔衛生の管理の実施状況 (1つに○)	01 実施あり ➡1) へ 02 実施なし ➡2) へ
1) 「01 実施あり」と回答した場合、その理由 (複数回答可)	2) 「02 実施なし」と回答した場合、その理由 (複数回答可)
01 肺炎発症者が多いため 02 介護職による口腔ケアが困難な場合が多いため 03 介護職には歯科治療が必要であるか判断が困難であり、歯科衛生士に相談するため 04 食支援が必要な利用者が多いため 05 摂食・嚥下機能への対応が必要な利用者が多い 06 サービス全体の質の向上のため 07 その他	01 口腔衛生の管理にかかるサービスが十分に提供できているため 02 施設職員で十分対応できているため 03 対応できる歯科医師ないし歯科衛生士がいないため 04 歯科訪問診療で対応している 05 必要と思われる利用者はいないため 06 感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため 07 その他

8 栄養ケア・マネジメントについてお伺いします。

問42 栄養ケア・マネジメントの実施状況 (1つに○) ※令和6年度から栄養ケア・マネジメントを実施していない場合は、減算となります。	01 栄養ケア・マネジメントは既に実施している 02 栄養ケア・マネジメントは令和6年度までに実施する予定 ➡1) へ 03 栄養ケア・マネジメントは令和6年度以降も実施できない ➡2) へ	
1) 「02 令和6年度までに実施する予定」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントを実施するために準備する内容 (複数回答可)	01 管理栄養士を配置する (併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む) 02 栄養士を配置する (併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む) 03 外部 (栄養ケア・ステーション等) の管理栄養士と連携して栄養管理を行う 04 その他	
2) 「03 令和6年度以降も実施できない」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントが実施できない理由 (複数回答可)	01 管理栄養士又は栄養士を配置できないため ➡3) へ 02 入所者全員の栄養ケア計画の作成ができないため 03 栄養ケア計画を作成するための多職種連携ができないため 04 その他	
3) 2) で「01 管理栄養士又は栄養士を配置できないため」と回答した場合、その理由 (複数回答可)	01 管理栄養士の採用ができないため 02 栄養士の採用ができないため 03 併設施設や同一法人に管理栄養士や栄養士はいるが、人員不足で兼務や配置変更ができないため 04 栄養士はいるが、外部 (栄養ケア・ステーション等) の管理栄養士と連携を図ることができないため 05 その他	
問43 令和4年8月の算定状況 ※なお、当該月に算定が0件であっても、施設として算定する体制がある場合は「有」に○印をつけ、件数を0としてください。		
取得している加算	① 算定の有無 (1つに○)	② ①で「有」とした場合、当該期間の延べ件数
1) 栄養マネジメント強化加算	01 有 ➡問44 へ 02 無 ➡問45 へ	件/月
2) 経口移行加算	01 有 02 無	件/月
3) 経口維持加算Ⅰ	01 有 02 無	件/月
4) 経口維持加算Ⅱ	01 有 02 無	件/月
5) 再入所時栄養連携加算	01 有 02 無 ➡問45 へ	件/月
6) 療養食加算	01 有 02 無	件/月
問44 問43 1) 栄養マネジメント強化加算で①「01 有」と回答した場合、 栄養マネジメント強化加算の算定を理由に新規採用した管理栄養士および栄養士の人数 ※常勤換算でご記入ください。※委託の職員・休職中の人は除いてください。※0名の場合は0とご記入ください。		
1) 加算算定を理由に採用した管理栄養士	2) 加算算定を理由に採用した栄養士	
人	人	

問45 問 43 で1) 栄養マネジメント強化加算又は5) 再入所時栄養連携加算で①「02 無」と回答した場合、算定する意向及び算定していない具体的な理由	
1) 栄養マネジメント強化加算を算定する意向 (1 つに○)	2) 再入所時栄養連携加算を算定する意向 (1 つに○)
01 算定するつもりはあるができない 02 算定するつもりはない	01 算定するつもりはあるができない 02 算定するつもりはない
3) 栄養マネジメント強化加算を算定していない具体的な理由 (複数回答可)	4) 再入所時栄養連携加算を算定していない具体的な理由 (複数回答可)
01 加算の単位数が低いため 02 管理栄養士を採用しようとしても応募がないため 03 管理栄養士を増員しても採算が合わないため 04 管理栄養士の業務時間が不足しているため 05 管理栄養士による低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンドが困難なため 06 管理栄養士による退所後の食事に関する相談が困難なため 07 LIFE データ提出体制が整っていないため 08 管理栄養士以外の他職種の理解や協力が得られないため 09 管理栄養士の判断 10 施設長の判断 11 その他	01 加算の単位数が低いため 02 加算の対象となる再入所者がいないため 03 管理栄養士の業務時間が不足しているため 04 管理栄養士が医療機関を訪問して指導やカンファレンスに同席することが困難なため 05 テレビ電話装置の使用が困難なため 06 管理栄養士の判断 07 施設長の判断 08 その他

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
介護老人福祉施設票

貴施設の名称	事業所番号
部署・役職名	ご連絡先電話番号

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。令和4年9月1日時点の貴施設の概要をご回答ください。

問1 所在地	() 都・道・府・県		
問2 運営主体 (1つに○)	01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 その他		
問3 入所定員	() 人		
問4 算定区分 (1つに○)	01 介護老人福祉施設 02 ユニット型介護老人福祉施設 03 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 04 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 05 その他		
問5 併設する医療機関 (複数回答可)	01 病院を併設 →1)へ	1) 「01 病院を併設」の場合、病床種別 (1つに○)	
	02 診療所を併設 →2)へ	01 一般病床 02 療養病床 02 その他の病床	
	03 併設医療機関なし	2) 「02 診療所を併設」の場合、病床の有無 (1つに○)	
		01 有 02 無	

2 職員数についてお伺いします。

令和4年9月1日時点の貴施設の職員配置（常勤換算※）及び夜勤の配置数についてご記入ください。

※常勤換算の計算方法

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」を就業規則により規定された「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。

なお、小数点第二位を切り捨ててください。また、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：就業規則により規定された「施設の通常の勤務時間（=常勤の従業員が勤務すべき時間数）」が32時間/週の場合

・1日7.5時間×週5日（計37.5時間）勤務する職員A・B → 常勤（常勤換算1.0）2名

・1日7.5時間×週3日（計22.5時間）勤務する職員C → 非常勤1名

・1日4時間×週5日（計20時間）勤務する職員D → 非常勤1名

合計すると、【常勤A・B】2+【非常勤C・D】((22.5+20)/32)=3.33となり、小数点第二位を切り捨て、常勤換算で3.3人の配置

問6 職種ごとの職員の常勤換算数	施設（入所）の職員数 【常勤換算の配置数】	他の施設等と兼務 【常勤換算の配置数】	夜勤の職員数 【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	
准看護師	人	人	人
介護職員	人	人	人
理学療法士	人	人	
作業療法士	人	人	
言語聴覚士	人	人	
管理栄養士	人	人	
栄養士（管理栄養士を除く）	人	人	
介護支援専門員	人	人	
生活相談員	人	人	
うち、社会福祉士	人	人	
うち、介護支援専門員との兼務者	人	人	

3 入所者及び退所者について、お伺いします。※ショートステイ利用者を除く
問8～12の回答欄の合計人数が、問7の入所者数と同じになるようにご記入ください。

問7	令和4年9月1日24時時点の入所者数（実人数）					人
問8	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

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入所時点で区分未決定の場合を含みます。

問9	40～64歳		65～74歳		75～84歳		85～94歳		95歳以上	
	人		人		人		人		人	
問10	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
		人	人	人	人	人	人	人	人	人
問11	障害高齢者の日常生活自立度	ランクJ		ランクA		ランクB		ランクC		不明・未実施
		人		人		人		人		人
問12	医療区分及びADL区分※	医療区分1		医療区分2		医療区分3		不明、未実施		
	ADL区分1	人		人		人		人		
	ADL区分2	人		人		人		人		
	ADL区分3	人		人		人		人		
	不明、未実施	人		人		人		人		

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

問13	Barthel Indexに関する職員向け研修の実施頻度（1つに○）	01 月1回程度	02 3か月に1回程度	03 6か月に1回程度	04 年1回程度	05 実施なし
-----	------------------------------------	----------	-------------	-------------	----------	---------

問14	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の新規入所者及び退所者数	新規入所者数	退所者数
	合計人数	人	人
【内訳】	本人の家（賃貸、家族の家を含む）	人	人
	病院（介護療養型医療施設を除く）（以下、内訳）	人	人
	i) 一般病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	ii) 回復期リハビリテーション病棟	人	人
	iii) 地域包括ケア病棟（病床）	人	人
	iv) 障害者施設等病棟	人	人
	v) 療養病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	vi) 精神病床	人	人
	vii) その他・不明	人	人
	有床診療所（介護療養型医療施設を除く）	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	介護医療院	人	人
	短期入所療養介護	人	人
	介護老人保健施設	人	人
	他の特別養護老人ホーム	人	人
居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（GH））	人	人	
死亡		人	
その他	人	人	

問15 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の退所者の入所期間別の人数※合計人数は問14の退所者数と一致します。

3か月以内	3か月超 6か月以内	6か月超 1年以内	1年超 2年以内	2年超 3年以内	3年超 4年以内	4年超
人	人	人	人	人	人	人

問16	直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の死亡退所者のうち、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた対応を行った人数	人
-----	---	---

4 加算について、お伺いします。

問17 個別機能訓練加算の算定状況 (1つに○)	01 有 02 無 →1)へ
1) 「02 無」と回答した場合、その理由 (1つに○)	01 対象となる入所者がいないため 02 多職種協働による計画策定等の機会を設けることが難しいため 03 個別の支援計画の作成が難しいため 04 LIFE への情報提出が難しいため 05 その他
問18 ADL 維持等加算の算定状況	01 有 02 無 →1)へ
1) 「02 無」と回答した場合、その理由 (1つに○)	01 対象となる入所者がいないため 02 多職種協働による計画策定等の機会を設けることが難しいため 03 ADL 維持のための取組を実施しているものの、ADL 値に改善が見られないため 04 (他の施設や事業所が提供するリハビリテーションを利用している場合) 他の施設や事業所との連携が難しいため 05 LIFE への情報提出が難しいため 06 その他
問19 科学的介護情報システム (LIFE) を用いた加算の算定状況 (1つに○)	01 算定あり 02 今後算定する予定 03 算定予定なし

5 医療・看護の提供状況等について、お伺いします。

問20 配置医師の主所属 (複数回答可)	01 貴施設のみ	1) 02~07 を選択した場合、協力病院に該当するかどうか、ご回答ください。(1つに○)	
	02 大学病院 →1)へ	02 大学病院	01 該当する 02 該当しない
	03 地域医療支援病院 →1)へ	03 地域医療支援病院	01 該当する 02 該当しない
	04 在宅療養支援病院 →1)へ	04 在宅療養支援病院	01 該当する 02 該当しない
	05 その他の一般病院 →1)へ	05 その他の一般病院	01 該当する 02 該当しない
	06 有床診療所 (07 除く) →1)へ	06 有床診療所 (07 除く)	01 該当する 02 該当しない
	07 有床の在宅療養支援診療所 →1)へ	07 有床の在宅療養支援診療所	01 該当する 02 該当しない
	08 無床診療所 (09 除く)		
09 無床の在宅療養支援診療所			
10 貴施設以外の介護老人福祉施設			
11 介護老人保健施設			
12 介護療養型医療施設			
13 介護医療院			
14 その他			
問21 貴施設において配置医師の役割 (複数回答可※) ※当てはまるもの全てに対し、○を付けてください。	1) 実際に担っている役割	2) 今後担ってほしい役割	
01 日常の健康管理のための診療			
02 定期健康診断の実施			
03 予防接種の実施			
04 入居者の日常生活上の留意点に関する助言			
05 治療方針の選択に関する家族を交えた対話・打ち合わせ			
06 病状や状態の変化等への備えに関する指示・助言			
07 身体機能や日常生活活動の維持・向上に関する指示・助言			
08 配置医師が施設に在所する際に、病状や状態に変化等が生じた際の指示照会			
09 配置医師が施設に不在の際に、病状や状態に変化等が生じた際の往診			
10 配置医師が施設に不在の際に、病状や状態に変化等が生じた際の指示照会			
11 入居者の日常的な生活や介護の状況を常に把握すること			
12 施設の運営状況・職員の能力等を把握すること			
13 ターミナルケア・看取りを行う入居者やその家族へのサポート			
14 緊急的な外来受診・入院時の受入れ先病院との調整			
15 「14」以外の、外部医療機関との連携 (紹介状の記載など)			
16 感染症対策に関する相談対応・指導			
17 産業医としての役割			
18 主治医の意見書の作成			

問22 貴施設において配置医師が関与して取得している加算の算定状況	01 専従の常勤医師配置加算
	02 退所時等相談援助加算における対応（退所前/後訪問相談援助）
	03 栄養マネジメント強化加算における対応（栄養ケア計画の共同作成）
	04 経口移行加算への対応（経口移行計画の共同作成）
	05 経口維持加算への対応（食事の観察や経口維持計画の共同実施・作成）
	06 療養食加算への対応（食事箋の発行）
	07 配置医師緊急時対応加算への対応（施設の求めに応じ早朝・夜間に診察）
	08 看取り介護加算（随時、入所者等に対し十分な説明をし、合意を得ながら、その人らしい最期を迎えられるように支援）
	09 褥瘡マネジメント加算への対応（褥瘡ケア計画の共同作成）
	10 排泄支援加算に関する対応（入所時の評価、支援計画の共同作成）
	11 自立支援促進加算に関する対応（入所時の自立支援に係る医学的評価、支援計画策定時の参画）

問23 貴施設内で提供可能な医療（複数回答可※1）及び令和4年8月に実際に医療処置を行った実入所者数※2
 ※1：施設内で提供可能な医療として当てはまるもの全てに対し、提供可否欄に○を付けてください。

施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数	施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		人	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）		人
02 経鼻経管栄養		人	15 簡易血糖測定		人
03 中心静脈栄養		人	16 インスリン注射		人
04 24時間持続点滴		人	17 疼痛管理（麻薬なし）※3		人
05 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理		人	18 疼痛管理（麻薬使用）※3		人
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	18-1 内服薬・座薬・貼付薬		人
07 喀痰吸引（1日8回未満）		人	18-2 点滴薬		人
08 喀痰吸引（1日8回以上）		人	19 創傷処置		人
09 ネブライザー		人	20 褥瘡処置		人
10 酸素療法（酸素吸入）		人	21 浣腸		人
10-1 鼻カヌラ		人	22 摘便		人
10-2 マスク		人	23 導尿		人
10-3 リザーバー付きマスク		人	24 膀胱洗浄		人
11 気管切開のケア		人	25 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人
12 人工呼吸器の管理		人	26 リハビリテーション		人
12-1 挿管		人	27 透析 ※4		人
12-2 マスク式（NPPV等）		人	28 その他		人
13 静脈内注射（点滴含む）		人	※2：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実入所者数は2人です。		
13-1 電解質輸液		人	※3：麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。		
13-2 抗菌薬		人	※4：自施設以外で実施した場合も含めてご回答ください。		
13-3 昇圧薬		人			

問24 入所者に対する病院又は診療所における当該診療（他科受診）の実施状況（令和4年8月）
 ※行われた日数別に人数をご記入ください。

1日	2日	3日	4日	5日以上
人	人	人	人	人

問25 他科受診を算定した際に受診した診療科（複数回答可）

01 内科	02 外科	03 泌尿器科	04 整形外科	05 精神科	06 眼科
07 耳鼻いんこう科	08 皮膚科	09 歯科	10 神経内科	11 リウマチ科	12 心療内科
13 心臓血管外科	14 脳神経外科	15 放射線科	16 その他		

6 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの一体的な推進について、お伺いします。

問26 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な取り組みとして、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書を利用していますか（1つに○）	01 利用している 02 利用していない →1)へ
1)「02 利用していない」を選択した場合の今後の利用予定（1つに○）	01 今後利用するつもりである 02 今後も利用するつもりはない

7 口腔衛生の管理体制について、お伺いします。

問27 口腔衛生の管理体制に関する計画の立案状況（1つに○）	01 令和3年3月以前から立案していた 02 令和3年4月以降に立案している 03 令和6月3月までに立案する予定	
問28 口腔衛生の管理体制について実施している項目（複数回答可※） ※当てはまるもの全てに対し、○を付けてください。	令和3年3月 以前の実施項目	令和3年4月 以降の実施項目
01 歯科衛生士による介護職員が行う口腔清掃等への指導等		
02 歯科衛生士による口腔にかかる健康教育		
03 施設での口腔清掃の用具の整備・実施		
04 施設職員による口腔の問題点のスクリーニング（概ね入所者全員を対象）		
05 歯科医師による定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）		
06 歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象）		
07 歯科衛生士による口腔の衛生管理の実施		
08 歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔清掃や食事の準備等に関する研修の機会		
09 カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加		
10 歯科医師又は歯科衛生士による施設に対する口腔衛生の管理全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）		
11 歯科医師による訪問診療		→1)へ
12 その他		
1) 令和3年4月以降の実施項目で「11 歯科医師による訪問診療」を選択した場合		
①診療に来ている実歯科医療機関数	() 機関	②令和4年8月の延べ診療患者数
		() 人
③訪問診療を行っている歯科医師の所属（1つに○）	01 協力医療機関 02 協力医療機関以外の歯科 03 01と02両方	
問29 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の口腔衛生管理加算の算定人数	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	口腔衛生管理加算（Ⅱ）
	() 人	() 人
問30 協力歯科医療機関等との金銭面の契約について（歯科医師・歯科衛生士の報酬等）（1つに○）	01 報酬あり 02 報酬なし	
問31 協力歯科医療機関等との契約において実施している項目（複数回答可）	01 入所者の食事等のカンファレンスへの参加 02 入所者の食事等に関する個別の相談 03 歯科訪問診療 04 摂食・嚥下に対する支援 05 歯科検診や歯科相談 06 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画策定にあたり助言 07 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画の実施にあたり介護職員等に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導 08 経口維持加算Ⅱへの助言 09 入所者のミールラウンド（食事観察）への参加 10 口腔衛生等に関する研修会の開催 11 その他	

問32 どのような入所者に対して口腔衛生管理加算を算定しているか（複数回答可）	1) 「05 施設で基準を決めている」と回答した場合、その基準（複数回答可）
01 歯科医師・歯科衛生士から必要性を指摘された入所者 02 全員を対象 03 本人が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 04 家族が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 05 施設で基準を決めている →1)へ 06 職員による口腔ケアが難しい入所者 07 入所者に対して口腔衛生管理加算を算定していない →2)へ 08 その他	01 口を開けてくれないため 02 うがいができないため 03 認知症があるため 04 離床できないため 05 摂食・嚥下障害がある（ムセがある）ため
2) 「07 入所者に対して口腔衛生管理加算を算定していない」と回答した場合、その理由（複数回答可）	01 介護職員が利用者の口腔内の状況把握に、十分な時間を割くことが難しいため 02 介護職員が利用者の口腔の状態を判断することが難しいため 03 歯科専門職によるスクリーニングを実施していないため 04 歯科専門職が入所者の食事等のカンファレンスに参加していないため 05 その他
問33 入所者の口腔や食事について、施設職員が歯科衛生士からアドバイスを受ける頻度（1つに○）	01 月1回未満 02 月1回 03 月2～3回 04 週1回 05 週2回以上
問34 協力歯科医療機関との連携による入所者への効果（複数回答可）	01 口腔衛生状態の改善 02 むし歯の減少 03 義歯の使用率の増加 04 摂食・嚥下機能の改善 05 栄養状態の維持改善 06 肺炎予防 07 窒息事故の減少 08 会話の増加 09 看取りの増加 10 特になし 11 その他
問35 義歯を持っている入所者の義歯の使用に関する施設の考え方（複数回答可）	01 本人の希望がある場合、義歯の使用を勧めている 02 本人の希望がある場合でも、義歯の使用を控えている 03 本人の希望に関わらず、積極的に義歯の使用を勧めている 04 本人の希望に関わらず、義歯の使用を控えている

問36～39については、令和3年度介護報酬改定の前後についてお答えください。

問36 令和3年4月以降の歯科医師や歯科衛生士との関わりにおける変化（1つに○）	01 口腔衛生管理について相談できる歯科医師または歯科衛生士を新たに確保した 02 従前からの付き合いのある歯科医師又は歯科衛生士がおり、関わりは変わらない 03 従前から付き合いのある歯科医師又は歯科衛生士がおらず、現在も状況は変わらない 04 その他
問37 令和3年4月以降の歯科衛生士が1か月に口腔衛生の管理を実施する入所者の数（1つに○）	01 増加した 02 減少した 03 変わりはない 04 該当者がいない
問38 令和3年4月以降の歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数（1つに○）	01 増加した →1)へ 02 減少した →2)へ 03 変わりはない →2)へ
1) 「01 増加した」と回答した場合、歯科衛生士からの助言等の内容（複数回答可）	2) 「02 減少した」又は「03 変わりはない」と回答した場合、その理由（複数回答可）
01 口腔ケアの方法に関するアドバイス 02 口腔の状態や問題に関する理解 03 歯科医療の必要性について 04 食事について 05 その他	01 介護職員ではなく歯科衛生士が直接入所者に対応する（介護職員が対応する必要がない）ため 02 歯科衛生士による介護職員に対する研修等の機会が確保できないため 03 歯科衛生士と介護職員との間で日常的なコミュニケーションが取れないため 04 介護職員が歯科衛生士から助言や指導を受けることを希望しないため 05 その他
問39 令和3年4月以降の介護職員が歯科衛生士に口腔に関する相談をする回数（1つに○）	01 増加した →1)へ 02 減少した →2)へ 03 変わりはない →2)へ 04 該当者がいない

1) 「01 増加した」と回答した場合、助言等の内容（複数回答可）	2) 「02 減少した」又は「03 変わりはない」と回答した場合、その理由（複数回答可）
01 口腔ケアの方法に関するアドバイス 02 口腔の状態や問題に関する理解 03 歯科医療の必要性について 04 食事について 05 その他	01 介護職員ではなく歯科衛生士が直接入所者に対応する（介護職員が対応する必要がない）ため 02 歯科衛生士と介護職員との間で日常的なコミュニケーションが取れないため 03 介護職員が口腔に関して対応する業務上の余裕がないため 04 介護職員における口腔に関する関心が低い 05 その他
問40 歯科衛生士による口腔衛生の管理の実施状況（1つに○）	01 実施あり⇒1)へ 02 実施なし⇒2)へ
1) 「01 実施あり」と回答した場合、その理由（複数回答可）	2) 「02 実施なし」と回答した場合、その理由（複数回答可）
01 肺炎発症者が多いため 02 介護職による口腔ケアが困難な場合が多いため 03 介護職には歯科治療が必要であるか判断が困難であり、歯科衛生士に相談するため 04 食支援が必要な利用者が多いため 05 摂食・嚥下機能への対応が必要な利用者が多いため 06 サービス全体の質の向上のため 07 その他	01 口腔衛生の管理にかかるサービスが十分に提供できているため 02 施設職員で十分対応できているため 03 対応できる歯科医師ないし歯科衛生士がいないため 04 歯科訪問診療で対応しているため 05 必要と思われる利用者はいないため 06 感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため 07 その他

8 栄養ケア・マネジメントについてお伺いします。

問41 栄養ケア・マネジメントの実施状況（1つに○） ※令和6年度から栄養ケア・マネジメントを実施していない場合は、減算となります。	01 栄養ケア・マネジメントは既に実施している 02 栄養ケア・マネジメントは令和6年度までに実施する予定⇒1)へ 03 栄養ケア・マネジメントは令和6年度以降も実施できない⇒2)へ
1) 「02 令和6年度までに実施する予定」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントを実施するために準備する内容（複数回答可）	01 管理栄養士を配置する（併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む） 02 栄養士を配置する（併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む） 03 外部（栄養ケア・ステーション等）の管理栄養士と連携して栄養管理を行う 04 その他
2) 「03 令和6年度以降も実施できない」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントが実施できない理由（複数回答可）	01 管理栄養士又は栄養士を配置できないため ⇒3)へ 02 入所者全員の栄養ケア計画の作成ができないため 03 栄養ケア計画を作成するための多職種連携ができないため 04 その他
3) 2)で「01 管理栄養士又は栄養士を配置できた」と回答した場合、その理由（複数回答可）	01 管理栄養士の採用ができないため 02 栄養士の採用ができないため 03 併設施設や同一法人に管理栄養士や栄養士はいるが、人員不足で兼務や配置変更ができないため 04 栄養士はいるが、外部（栄養ケア・ステーション等）の管理栄養士と連携を図ることができないため 05 その他

問42 令和4年8月の算定状況		
※なお、当該月に算定が0件であっても、施設として算定する体制がある場合は「有」に○印をつけ、件数を0として下さい。		
取得している加算	①算定の有無 (1つに○)	② ①で「有」とした場合、当該期間の延べ件数
1) 栄養マネジメント強化加算	01 有 ➡問43へ 02 無 ➡問44へ	件/月
2) 経口移行加算	01 有 02 無	件/月
3) 経口維持加算Ⅰ	01 有 02 無	件/月
4) 経口維持加算Ⅱ	01 有 02 無	件/月
5) 再入所時栄養連携加算	01 有 02 無 ➡問44へ	件/月
6) 療養食加算	01 有 02 無	件/月
問43 問42 1) 栄養マネジメント強化加算で①「01 有」と回答した場合、 栄養マネジメント強化加算の算定を理由に新規採用した管理栄養士および栄養士の人数 ※常勤換算でご記入ください。※委託の職員・休職中の方は除いてください。※0名の場合は0とご記入ください。		
	1) 加算算定を理由に採用した <u>管理栄養士</u>	2) 加算算定を理由に採用した <u>栄養士</u>
常勤換算の人数	人	人
問44 問42で1) 栄養マネジメント強化加算又は5) 再入所時栄養連携加算で①「02 無」と回答した場合、 算定する意向及び算定していない具体的な理由		
1) 栄養マネジメント強化加算を算定する意向 (1つに○)	2) 再入所時栄養連携加算を算定する意向 (1つに○)	
01 算定するつもりはあるができない 02 算定するつもりはない	01 算定するつもりはあるができない 02 算定するつもりはない	
3) 栄養マネジメント強化加算を算定していない具体的な理由 (複数回答可)	4) 再入所時栄養連携加算を算定していない具体的な理由 (複数回答可)	
01 加算の単位数が低い 02 管理栄養士を採用しようとしても応募がない 03 管理栄養士を増員しても採算が合わない 04 管理栄養士の業務時間が不足している 05 管理栄養士による低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンドが困難なため 06 管理栄養士による退所後の食事に関する相談が困難なため 07 LIFEデータ提出体制が整っていない 08 管理栄養士以外の他職種の理解や協力が得られないため 09 管理栄養士の判断 10 施設長の判断 11 その他	01 加算の単位数が低い 02 加算の対象となる再入所者がいない 03 管理栄養士の業務時間が不足している 04 管理栄養士が医療機関を訪問して指導やカンファレンスに同席することが困難なため 05 テレビ電話装置の使用が困難なため 06 管理栄養士の判断 07 施設長の判断 08 その他	

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
介護療養型医療施設票

貴施設の名称		事業所番号	
部署・役職名		ご連絡先電話番号	

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。令和4年9月1日時点の貴施設の概要をご回答ください。

問1 所在地	() 都・道・府・県		
問2 運営主体 (1つに○)	01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 その他		
問3 入所定員	() 人		
問4 通所リハ定員	() 人 ※通所リハビリテーションを行っていない場合は0人と記入		
問5 算定区分 (1つに○)	01 療養型介護療養施設サービス費 02 療養型経過型介護療養施設サービス費 03 ユニット型療養型介護療養施設サービス費 04 ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費 05 診療所型介護療養施設サービス費 06 ユニット型診療所型介護療養施設サービス費 07 認知症疾患型介護療養施設サービス費 08 認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費 09 ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費		
問6 療養機能強化型の届出について(1つに○)	01 療養機能強化型A 02 療養機能強化型B 03 届出はしていない		
問7 移行計画未提出減算(4月分)(1つに○)	01 有 02 無		
問8 併設する医療機関 (複数回答可)	01 病院を併設 →1)へ 02 診療所を併設 →2)へ 03 併設医療機関なし	1)「01病院を併設」の場合、病床種別(1つに○)	
		01 一般病床 02 療養病床 03 その他の病床	
		2)「02診療所を併設」の場合、病床の有無(1つに○)	
		01 有 02 無	
問9 貴院及び、併設医療機関・事業所が実施している介護保険サービス等(複数回答可)	01 外来リハビリテーション 02 訪問看護 03 訪問リハビリテーション 04 通所リハビリテーション 05 通所介護(デイサービス) 06 特別養護老人ホーム 07 介護老人保健施設 08 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 09 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム) 10 短期入所療養介護 11 上記のいずれも実施していない		

2 職員数についてお伺いします。

令和4年9月1日時点の貴施設の職員配置（常勤換算※）及び夜勤の配置数についてご記入ください。

※常勤換算の計算方法

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」を就業規則により規定された「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。

なお、小数点第二位を切り捨ててください。また、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：就業規則により規定された「施設の通常の勤務時間（=常勤の従業員が勤務すべき時間数）」が32時間/週の場合

- ・1日7.5時間×週5日（計37.5時間）勤務する職員A・B⇒ 常勤（常勤換算1.0）2名
 - ・1日7.5時間×週3日（計22.5時間）勤務する職員C ⇒ 非常勤1名
 - ・1日4時間×週5日（計20時間）勤務する職員D ⇒ 非常勤1名
- 合計すると、【常勤A・B】2+【非常勤C・D】 $\frac{(22.5+20)}{32}=3.33$ となり、小数点第二位を切り捨て、常勤換算で3.3人の配置

問10 職種ごとの職員の常勤換算数			
	施設（入所）の職員数 【常勤換算の配置数】	他の施設等と兼務 【常勤換算の配置数】	夜勤の職員数 【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
理学療法士	人	人	
作業療法士	人	人	
言語聴覚士	人	人	
管理栄養士	人	人	
栄養士（管理栄養士を除く）	人	人	
介護支援専門員	人	人	
診療放射線技師	人	人	
支援相談員	人	人	
うち、社会福祉士	人	人	
うち、介護支援専門員 との兼務者	人	人	

3 入所者及び退所者について、お伺いします。※ショートステイ利用者を除く
問12～16回答欄の合計人数が、問11の入所者数と同じになるようにご記入ください。

問11 令和4年9月1日24時時点の入所者数（実人数）	人					
問12 要介護度	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

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入所時点で区分未決定の場合を含みます。

問13 年齢階級	40～64歳		65～74歳		75～84歳		85～94歳		95歳以上	
	人		人		人		人		人	
問14 認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
問15 障害高齢者の日常生活自立度	ランクJ		ランクA		ランクB		ランクC		不明・未実施	
	人		人		人		人		人	
問16 医療区分及びADL区分※	医療区分1			医療区分2		医療区分3		不明、未実施		
	ADL区分1			ADL区分2		ADL区分3		不明、未実施		
ADL区分1			人		人		人		人	
ADL区分2			人		人		人		人	
ADL区分3			人		人		人		人	
不明、未実施			人		人		人		人	

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

問17 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の新規入所者及び退所者数		新規入所者数	退所者数			
合計人数		人	人			
【内訳】	本人の家（賃貸、家族の家を含む）	人	人			
	病院（介護療養型医療施設を除く）（以下、内訳）	人	人			
	i) 一般病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人			
	ii) 回復期リハビリテーション病棟	人	人			
	iii) 地域包括ケア病棟（病床）	人	人			
	iv) 障害者施設等病棟	人	人			
	v) 療養病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人			
	vi) 精神病床	人	人			
	vii) その他・不明	人	人			
	有床診療所（介護療養型医療施設を除く）	人	人			
	他の介護療養型医療施設	人	人			
	介護医療院	人	人			
	自施設の短期入所療養介護	人	人			
	介護老人保健施設	人	人			
	特別養護老人ホーム	人	人			
	居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（GH））	人	人			
死亡						
その他	人	人				
問18 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の退所者の入所期間別の人数※合計人数は問17の退所者数と一致します。						
3か月以内	3か月超 6か月以内	6か月超 1年以内	1年超 2年以内	2年超 3年以内	3年超 4年以内	4年超
人	人	人	人	人	人	人
問19 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の死亡退所者のうち、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた対応を行った人数						人

4 医療・看護の提供状況等について、お伺いします。

問20 貴施設内で提供可能な医療（複数回答可※1）及び令和4年8月に実際に医療処置を行った実入所者数※2 ※1：施設内で提供可能な医療として当てはまるもの全てに対し、提供可否欄に○を付けてください。					
施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数	施設内で提供可能な医療	提供可否	実入所者数
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		人	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）		人
02 経鼻経管栄養		人	15 簡易血糖測定		人
03 中心静脈栄養		人	16 インスリン注射		人
04 24時間持続点滴		人	17 疼痛管理（麻薬なし）※3		人
05 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理		人	18 疼痛管理（麻薬使用）※3		人
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	18-1 内服薬・座薬・貼付薬		人
07 喀痰吸引（1日8回未満）		人	18-2 点滴薬		人
08 喀痰吸引（1日8回以上）		人	19 創傷処置		人
09 ネブライザー		人	20 褥瘡処置		人
10 酸素療法（酸素吸入）		人	21 浣腸		人
10-1 鼻カヌラ		人	22 摘便		人
10-2 マスク		人	23 導尿		人
10-3 リザーバー付きマスク		人	24 膀胱洗浄		人
11 気管切開のケア		人	25 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人
12 人工呼吸器の管理		人	26 リハビリテーション		人
12-1 挿管		人	27 透析 ※4		人
12-2 マスク式（NPPV等）		人	28 その他		人
13 静脈内注射（点滴含む）		人	※2：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実入所者数は2人です。		
13-1 電解質輸液		人	※3：麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。		
13-2 抗菌薬		人	※4：自施設以外で実施した場合も含めてご回答ください。		
13-3 昇圧薬		人			
問21 入所者に対する病院又は診療所における当該診療（他科受診）の実施状況（令和4年8月） ※行われた日数別に人数をご記入ください。					
1日	2日	3日	4日	5日以上	
人	人	人	人	人	人
問22 他科受診を算定した際に受診した診療科（複数回答可）					
01 内科	02 外科	03 泌尿器科	04 整形外科	05 精神科	06 眼科
07 耳鼻いんこう科	08 皮膚科	09 歯科	10 神経内科	11 リウマチ科	12 心療内科
13 心臓血管外科	14 脳神経外科	15 放射線科	16 その他		
問23 夜間休日の診療体制（複数回答可）					
01 常時医師を配置					
02 併設医療機関に当直医を配置					
03 急変時に医師が来所できる体制					
04 電話等で常に指示がとれる体制					
05 その他					

5 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みの一体的な推進について、お伺いします。

問24 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な取り組みとして、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書を利用していますか（1つに○）	01 利用している 02 利用していない →1)へ
1)「02 利用していない」を選択した場合の今後の利用予定（1つに○）	01 今後利用するつもりである 02 今後利用するつもりはない

6 口腔衛生の管理体制について、お伺いします。

問25 口腔衛生の管理体制に関する計画の立案状況（1つに○）	01 令和3年3月以前から立案していた 02 令和3年4月以降に立案している 03 令和6月3月までに立案する予定																										
問26 口腔衛生の管理体制について実施している項目（複数回答可※） ※当てはまるもの全てに対し、○を付けてください。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>令和3年3月 以前の実施項目</th> <th>令和3年4月 以降の実施項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01 歯科衛生士による介護職員が行う口腔清掃等への指導等</td><td></td></tr> <tr><td>02 歯科衛生士による口腔にかかる健康教育</td><td></td></tr> <tr><td>03 施設での口腔清掃の用具の整備・実施</td><td></td></tr> <tr><td>04 施設職員による口腔の問題点のスクリーニング（概ね入所者全員を対象）</td><td></td></tr> <tr><td>05 歯科医師による定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）</td><td></td></tr> <tr><td>06 歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象）</td><td></td></tr> <tr><td>07 歯科衛生士による口腔の衛生管理の実施</td><td></td></tr> <tr><td>08 歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔清掃や食事の準備等に関する研修の機会</td><td></td></tr> <tr><td>09 カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加</td><td></td></tr> <tr><td>10 歯科医師又は歯科衛生士による施設に対する口腔衛生の管理全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）</td><td></td></tr> <tr><td>11 歯科医師による訪問診療</td><td>→1)へ</td></tr> <tr><td>12 その他</td><td></td></tr> </tbody> </table>	令和3年3月 以前の実施項目	令和3年4月 以降の実施項目	01 歯科衛生士による介護職員が行う口腔清掃等への指導等		02 歯科衛生士による口腔にかかる健康教育		03 施設での口腔清掃の用具の整備・実施		04 施設職員による口腔の問題点のスクリーニング（概ね入所者全員を対象）		05 歯科医師による定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）		06 歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象）		07 歯科衛生士による口腔の衛生管理の実施		08 歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔清掃や食事の準備等に関する研修の機会		09 カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加		10 歯科医師又は歯科衛生士による施設に対する口腔衛生の管理全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）		11 歯科医師による訪問診療	→1)へ	12 その他	
令和3年3月 以前の実施項目	令和3年4月 以降の実施項目																										
01 歯科衛生士による介護職員が行う口腔清掃等への指導等																											
02 歯科衛生士による口腔にかかる健康教育																											
03 施設での口腔清掃の用具の整備・実施																											
04 施設職員による口腔の問題点のスクリーニング（概ね入所者全員を対象）																											
05 歯科医師による定期的な口腔内診査（概ね入所者全員を対象）																											
06 歯科衛生士による定期的な口腔衛生や口腔機能に関するアセスメント（概ね入所者全員を対象）																											
07 歯科衛生士による口腔の衛生管理の実施																											
08 歯科医師又は歯科衛生士を講師とした介護職員に対する口腔清掃や食事の準備等に関する研修の機会																											
09 カンファレンス（経口維持加算Ⅱ等）への歯科医師、歯科衛生士の参加																											
10 歯科医師又は歯科衛生士による施設に対する口腔衛生の管理全般についての助言（講習会・研修会を伴わず、入所者個別の助言ではない場合）																											
11 歯科医師による訪問診療	→1)へ																										
12 その他																											
1) 令和3年4月以降の実施項目で「11 歯科医師による訪問診療」を選択した場合																											
①診療に来ている実歯科医療機関数	() 機関																										
②令和4年8月の延べ診療患者数	() 人																										
③訪問診療を行っている歯科医師の所属（1つに○）	01 協力医療機関 02 協力医療機関以外の歯科 03 01と02両方																										
問27 直近3か月間（令和4年6月～8月まで）の口腔衛生管理加算の算定人数	<table border="1"> <thead> <tr> <th>口腔衛生管理加算（Ⅰ）</th> <th>口腔衛生管理加算（Ⅱ）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() 人</td> <td>() 人</td> </tr> </tbody> </table>	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	() 人	() 人																						
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	口腔衛生管理加算（Ⅱ）																										
() 人	() 人																										
問28 協力歯科医療機関等との金銭面の契約について（歯科医師・歯科衛生士の報酬等）（1つに○）	01 報酬あり 02 報酬なし																										
問29 協力歯科医療機関等との契約において実施している項目（複数回答可）	01 入所者の食事等のカンファレンスへの参加 02 入所者の食事等に関する個別の相談 03 歯科訪問診療 04 摂食・嚥下に対する支援 05 歯科検診や歯科相談 06 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画策定にあたり助言 07 口腔衛生の管理体制の整備に係る計画の実施にあたり介護職員等に対する口腔清掃等に係る技術的助言及び指導 08 経口維持加算Ⅱへの助言 09 入所者のミールラウンド（食事観察）への参加 10 口腔衛生等に関する研修会の開催 11 その他																										
問30 どのような入所者に対して口腔衛生管理加算を算定しているか（複数回答可）	1) 「05 施設で基準を決めている」と回答した場合、その基準（複数回答可）																										
01 歯科医師・歯科衛生士から必要性を指摘された入所者 02 全員を対象 03 本人が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 04 家族が希望した場合で、必要性があると判断できる入所者 05 施設で基準を決めている →1)へ 06 職員による口腔ケアが難しい入所者 07 入所者に対して口腔衛生管理加算を算定していない →2)へ 08 その他	01 口を開けてくれないため 02 うがいができないため 03 認知症があるため 04 離床できないため 05 摂食・嚥下障害がある（ムセがある）ため																										

2) 「07 入所者に対して口腔衛生管理加算を算定していない」と回答した場合、その理由(複数回答可)	01 介護職員が利用者の口腔内の状況把握に、十分な時間を割くことが難しいため 02 介護職員が利用者の口腔の状態を判断することが難しいため 03 歯科専門職によるスクリーニングを実施していないため 04 歯科専門職が入所者の食事等のカンファレンスに参加していないため 05 その他
問31 入所者の口腔や食事について、施設職員が歯科衛生士からアドバイスを受ける頻度(1つに○)	01 月1回未満 02 月1回 03 月2～3回 04 週1回 05 週2回以上
問32 協力歯科医療機関との連携による入所者への効果(複数回答可)	01 口腔衛生状態の改善 07 窒息事故の減少 02 むし歯の減少 08 会話の増加 03 義歯の使用率の増加 09 看取りの増加 04 摂食・嚥下機能の改善 10 特になし 05 栄養状態の維持改善 11 その他 06 肺炎予防
問33 義歯を持っている入所者の義歯の使用に関する施設の考え方(複数回答可)	01 本人の希望がある場合、義歯の使用を勧めている 02 本人の希望がある場合でも、義歯の使用を控えている 03 本人の希望に関わらず、積極的に義歯の使用を勧めている 04 本人の希望に関わらず、義歯の使用を控えている

問 34～37 については、令和3年度介護報酬改定の前後についてお答えください。

問34 令和3年4月以降の歯科医師や歯科衛生士との関わりにおける変化(1つに○)	01 口腔衛生管理について相談できる歯科医師または歯科衛生士を新たに確保した 02 従前からの付き合いのある歯科医師又は歯科衛生士がおり、関わりは変わらない 03 従前から付き合いのある歯科医師又は歯科衛生士がおらず、現在も状況は変わらない 04 その他
問35 令和3年4月以降、歯科衛生士が1か月に口腔衛生管理を実施する入所者の数(1つに○)	01 増加した 02 減少した 03 変わりはない 04 該当者がいない
問36 令和3年4月以降、歯科衛生士から介護職員に対する助言や指導の回数(1つに○)	01 増加した ➡1) へ 02 減少した ➡2) へ 03 変わりはない ➡2) へ
1) 「01 増加した」と回答した場合、歯科衛生士からの助言等の内容(複数回答可)	2) 「02 減少した」又は「03 変わりはない」と回答した場合、その理由(複数回答可)
01 口腔ケアの方法に関するアドバイス 02 口腔の状態や問題に関する理解 03 歯科医療の必要性について 04 食事について 05 その他	01 介護職員ではなく歯科衛生士が直接入所者に対応する(介護職員が対応する必要がない)ため 02 歯科衛生士による介護職員に対する研修等の機会が確保できないため 03 歯科衛生士と介護職員との間で日常的なコミュニケーションが取れないため 04 介護職員が歯科衛生士から助言や指導を受けることを希望しないため 05 その他
問37 令和3年4月以降の介護職員が歯科衛生士に口腔に関する相談をする回数(1つに○)	01 増加した ➡1) へ 02 減少した ➡2) へ 03 変わりはない ➡2) へ 04 該当者がいない
1) 「01 増加した」と回答した場合、助言等の内容(複数回答可)	2) 「02 減少した」又は「03 変わりはない」の場合、その理由(複数回答可)
01 口腔ケアの方法に関するアドバイス 02 口腔の状態や問題に関する理解 03 歯科医療の必要性について 04 食事について 05 その他	01 介護職員ではなく歯科衛生士が直接入所者に対応する(介護職員が対応する必要がない)ため 02 歯科衛生士と介護職員との間で日常的なコミュニケーションが取れないため 03 介護職員が口腔に関して対応する業務上の余裕がないため 04 介護職員における口腔に関する関心が低い 05 その他

問38 歯科衛生士による口腔衛生の管理の実施状況（1つに○）		01 実施あり➡1）へ 02 実施なし➡2）へ
1) 「01 実施あり」と回答した場合、その理由 （複数回答可）	2) 「02 実施なし」と回答した場合、その理由 （複数回答可）	
01 肺炎発症者が多いため 02 介護職による口腔ケアが困難な場合が多いため 03 介護職には歯科治療が必要であるか判断が困難であり、歯科衛生士に相談するため 04 食支援が必要な利用者が多いため 05 摂食・嚥下機能への対応が必要な利用者が多い 06 サービス全体の質の向上のため 07 その他	01 口腔衛生の管理にかかるサービスが十分に提供できているため 02 施設職員で十分対応できているため 03 対応できる歯科医師ないし歯科衛生士がいないため 04 歯科訪問診療で対応している 05 必要と思われる利用者はいないため 06 感染対策等リスク管理の面から外部からの立ち入りを最小限にしたいため 07 その他	

7 栄養ケア・マネジメントについてお伺いします。

問39 栄養ケア・マネジメントの実施状況 （1つに○） ※令和6年度から栄養ケア・マネジメントを実施していない場合は、減算となります。	01 栄養ケア・マネジメントは既に実施している。 02 栄養ケア・マネジメントは令和6年度までに実施する予定➡1）へ 03 栄養ケア・マネジメントは令和6年度以降も実施できない➡2）へ	
1) 「02 令和6年度までに実施する予定」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントを実施するために準備する内容（複数回答可）	01 管理栄養士を配置する（併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む） 02 栄養士を配置する（併設施設との兼務や法人内の配置変更も含む） 03 外部（栄養ケア・ステーション等）の管理栄養士と連携して栄養管理を行う 04 その他	
2) 「03 令和6年度以降も実施できない」と回答した場合、栄養ケア・マネジメントが実施できない理由（複数回答可）	01 管理栄養士又は栄養士を配置できないため ➡3）へ 02 入所者全員の栄養ケア計画の作成ができないため 03 栄養ケア計画を作成するための多職種連携ができないため 04 その他	
3) 2) で「01 管理栄養士又は栄養士を配置できないため」と回答した場合、その理由（複数回答可）	01 管理栄養士の採用ができないため 02 栄養士の採用ができないため 03 併設施設や同一法人に管理栄養士や栄養士はいるが、人員不足で兼務や配置変更ができないため 04 栄養士はいるが、外部（栄養ケア・ステーション等）の管理栄養士と連携を図ることができないため 05 その他	

8 移行予定について、お伺いします。

問40 令和4年9月1日時点の貴院の介護療養型医療施設に係る届出病床数及び
令和6年4月1日時点における予定病床数

※該当しない箇所は空欄のままとしてください。

※予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。

		基準病床	入院料・基準等の種別	現在の療養病床に係る届出病床数	令和6年4月1日の予定病床数	
病院	医療保険	療養病床	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1 (20:1)		床	
			療養病棟入院基本料 療養病棟入院料2 (20:1)		床	
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む				床
		回復期リハビリテーション病棟入院料				床
		一般病床	一般病棟入院基本料		床	
	その他			床		
	介護保険	療養病床	療養機能強化型A		床	
			療養機能強化型B		床	
			その他		床	
		精神病床	老人性認知症疾患療養病床		床	
診療所	医療保険	療養病床	有床診療所療養病床入院基本料		床	
		一般病床	有床診療所入院基本料		床	
	介護保険	療養病床	療養機能強化型A		床	
			療養機能強化型B		床	
			その他		床	
(病床転換を行う場合)	介護保険施設	介護医療院	I型介護医療院		床	
			II型介護医療院		床	
		介護老人保健施設		床		
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)				床	
	居宅サービス・地域密着型サービス	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)				床
		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)				床
		養護老人ホーム				床
		軽費老人ホーム				床
		認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)				床
		小規模多機能型居宅介護				床
看護小規模多機能型居宅介護				床		
その他				床		
		上記のいずれにも移行せず病床廃止			床	
		未定			床	
合計				床	床	

合計数は同じ

※この調査票では、令和4年9月1日時点の介護療養型医療施設分のみの予定をご記入ください。
(新規の開設や一般病床等他の病床を再編しての移行を考慮する必要はありません。)

問41 問40で令和6年4月1日の予定病床数を「未定」と回答した場合、現在の検討状況（1つに○）

- 01 令和6年4月度までに移行（または廃止）することは検討しているが、移行先が未定である
- 02 移行（または廃止）に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である
- 03 その他

問42 介護医療院に移行すると仮定した場合の課題（複数回答可）

- 01 介護医療院がどのようなものかについてイメージが湧かない
- 02 利用者が必要とする十分な医療ケアを提供することができない
- 03 ターミナルケアを提供しにくい
- 04 院内の他の診療科との連携が希薄になる
- 05 職員のモチベーションが維持できない
- 06 理事長（経営者）のモチベーションが維持できない
- 07 移行した場合、十分な数の医師を雇用することができない
- 08 移行した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない
- 09 移行した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない
- 10 利用者や家族への説明が難しい
- 11 利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
- 12 生活施設としての取り組み方がわからない
- 13 施設経営の見通しが立たない（経営状況が悪化する恐れがある）
- 14 開設に伴う資金の調達が困難
- 15 稼働率を維持するのに十分な利用者を集めることができない
- 16 中重度の要介護者の確保が難しい
- 17 周囲の他の介護施設との異なる特徴の明確化
- 18 地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある
- 19 介護医療院の開設の相談・手続きの仕方がわからない
- 20 自治体が積極的ではない
- 21 自治体における相談・手続きがスムーズに進められない
- 22 施設・設備基準を満たすことが困難である
- 23 介護医療院に移行するにあたり工事が必要である
- 24 その他
- 25 課題と考えることは何もない

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
医療療養病床票

貴院の名称	事業所番号
部署・役職名	ご連絡先電話番号

1 貴院の基本情報についてお伺いします。令和4年9月1日時点の貴院の概要をご回答ください。

問1 所在地	() 都・道・府・県
問2 運営主体 (1つに○)	01 地方公共団体 02 社会福祉協議会 03 社会福祉法人 04 医療法人 05 社団・財団法人 06 協同組合および連合会 07 営利法人 08 特定非営利活動法人 09 その他
問3 病床数	() 床
問4 医療療養病床の区分（令和4年9月1日時点） (1つに○)	01 療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1 04 療養病棟入院基本料 特別入院基本料2 02 療養病棟入院基本料 療養病棟入院料2 05 有床診療所療養病床入院基本料 03 療養病棟入院基本料 特別入院基本料1

2 職員数についてお伺いします。

令和4年9月1日時点の貴院の職員配置（常勤換算※）及び夜勤の配置数についてご記入ください。

※常勤換算の計算方法

常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病院で従事した勤務時間」を就業規則により規定された「当該病院の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。

なお、小数点第二位を切り捨ててください。また、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：就業規則により規定された「当該病院の通常の勤務時間（=常勤の従業員が勤務すべき時間数）」が32時間/週の場合

- ・1日7.5時間×週5日（計37.5時間）勤務する職員A・B⇒ 常勤（常勤換算1.0）2名
- ・1日7.5時間×週3日（計22.5時間）勤務する職員C ⇒ 非常勤1名
- ・1日4時間×週5日（計20時間）勤務する職員D ⇒ 非常勤1名

合計すると、【常勤A・B】2±【非常勤C・D】 $\frac{(22.5+20)}{32}=3.33$ となり、小数点第二位を切り捨て、常勤換算で3.3人の配置

問5 職種ごとの職員の常勤換算数			
	病院の職員数 【常勤換算の配置数】	他の施設等と兼務 【常勤換算の配置数】	夜勤の職員数 【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	
准看護師	人	人	人
介護職員	人	人	人
理学療法士	人	人	
作業療法士	人	人	
言語聴覚士	人	人	
管理栄養士	人	人	
栄養士（管理栄養士を除く）	人	人	
介護支援専門員	人	人	
診療放射線技師	人	人	
支援相談員	人	人	
うち、社会福祉士	人	人	
うち、介護支援専門員 との兼務者	人	人	

3 入院患者及び退院患者について、お伺いします。※ショートステイ利用者を除く
問7～11の回答欄の合計人数が、問6の患者数と同じになるようにご記入ください。

問6 令和4年9月1日24時時点の患者数(実人数)	人					
問7 要介護度	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

※「申請中」には、区分変更中の場合や、入院時点で区分未決定の場合を含みます。

問8 年齢階級	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上			
	人	人	人	人	人			
問9 認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	人	人	人	人	人	人	人	人
問10 障害高齢者の日常生活自立度	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	不明・未実施			
	人	人	人	人	人			
問11 医療区分及びADL区分※	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施				
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	不明、未実施				
ADL区分1	人	人	人	人				
ADL区分2	人	人	人	人				
ADL区分3	人	人	人	人				
不明、未実施	人	人	人	人				

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

問12 直近3か月間(令和4年6月～8月まで)の新規入院患者及び退院患者数	新規入院患者数	退院患者数	
合計人数	人	人	
【内訳】	本人の家(賃貸、家族の家を含む)	人	人
	病院(介護療養型医療施設を除く)(以下、内訳)	人	人
	i) 一般病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	ii) 回復期リハビリテーション病棟	人	人
	iii) 地域包括ケア病棟(病床)	人	人
	iv) 障害者施設等病棟	人	人
	v) 療養病床 ※ii)・iii)・iv)を除く	人	人
	vi) 精神病床	人	人
	vii) その他・不明	人	人
	有床診療所(介護療養型医療施設を除く)	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	介護医療院	人	人
	自院の短期入所療養介護	人	人
	介護老人保健施設	人	人
	特別養護老人ホーム	人	人
	居住系サービス等(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護(GH))	人	人
死亡		人	
その他	人	人	

問13 直近3か月間(令和4年6月～8月まで)の退院患者の入院期間別の人数

※合計人数は問12の退院患者数と一致します。

3か月以内	3か月超 6か月以内	6か月超 1年以内	1年超 2年以内	2年超 3年以内	3年超 4年以内	4年超
人	人	人	人	人	人	人

問14 直近3か月間(令和4年6月～8月まで)の死亡退院患者のうち、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた対応を行った人数	人
--	---

4 医療・看護の提供状況等について、お伺いします。

問15 貴院内で提供可能な医療（複数回答可）及び令和4年8月に実際に医療処置を行った実入院患者数※1
 ※貴院内で提供可能な医療として当てはまるもの全てに対し、提供可否欄に○を付けてください。

貴院内で提供可能な医療	提供可否	実入院患者数	貴院内で提供可能な医療	提供可否	実入院患者数
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		人	14 皮内、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く)		人
02 経鼻経管栄養		人	15 簡易血糖測定		人
03 中心静脈栄養		人	16 インスリン注射		人
04 24時間持続点滴		人	17 疼痛管理（麻薬なし）※3		人
05 カテーテル（尿道カテーテル・ コンドームカテーテル）の管理		人	18 疼痛管理（麻薬使用）※3		人
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱） の管理		人	18-1 内服薬・座薬・貼付薬		人
07 喀痰吸引（1日8回未満）		人	18-2 点滴薬		人
08 喀痰吸引（1日8回以上）		人	19 創傷処置		人
09 ネブライザー		人	20 褥瘡処置		人
10 酸素療法（酸素吸入）		人	21 浣腸		人
10-1 鼻カスラ		人	22 摘便		人
10-2 マスク		人	23 導尿		人
10-3 リザーバー付きマスク		人	24 膀胱洗浄		人
11 気管切開のケア		人	25 持続モニター（血圧、心拍、 酸素飽和度等）		人
12 人工呼吸器の管理		人	26 リハビリテーション		人
12-1 挿管		人	27 透析 ※4		人
12-2 マスク式（NPPV等）		人	28 その他		人
13 静脈内注射（点滴含む）		人	※2：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実入院患者数は2人です。 ※3：麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、 コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。 ※4：貴院以外で実施した場合も含めてご回答ください。		
13-1 電解質輸液		人			
13-2 抗菌薬		人			
13-3 昇圧薬		人			

問16 入院患者に対する病院又は診療所における当該診療（他科受診）の実施状況（令和4年8月）
 ※行われた日数別に人数をご記入ください。

1日	2日	3日	4日	5日以上
人	人	人	人	人

5 移行予定について、お伺いします。

問17 令和4年9月1日時点の貴院の医療療養病床に係る届出病床数及び
令和6年の4月1日における予定病床数

※該当しない箇所は空欄のままとしてください。

※予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。

		基準病床	入院料・基準等の種別	現在の療養病床に係る届出病床数	令和6年4月1日の予定病床数	
病院	医療保険	療養病床	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料 1 (20:1)	床	床	
			療養病棟入院基本料 療養病棟入院料 2 (20:1)	床	床	
			療養病棟入院基本料 経過措置 (25:1)	床		
			療養病棟入院基本料 特別入院基本料	床	床	
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む				床
		回復期リハビリテーション病棟入院料				床
		一般病床	一般病棟入院基本料		床	
その他			床			
診療所	医療保険	療養病床	有床診療所療養病床入院基本料	床	床	
		一般病床	有床診療所入院基本料		床	
(病床転換を行う場合)	介護保険施設	介護医療院	I型介護医療院		床	
			II型介護医療院		床	
		介護老人保健施設				床
		介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)				床
	居宅サービス・地域密着型サービス	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)				床
		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)				床
		養護老人ホーム				床
		軽費老人ホーム				床
		認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)				床
		小規模多機能型居宅介護				床
		看護小規模多機能型居宅介護				床
	その他				床	
	上記のいずれにも移行せず病床廃止				床	
未定				床		
合計				床 →	床	

合計数は同じ

※この調査票では、令和4年9月1日時点で「療養病棟入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」を届け出ている医療療養病床分のみのご記入をお願いします。

(新規の開設や一般病床等他の病床を再編しての移行を考慮する必要はありません。)

問18 問17で令和6年4月1日の予定病床数が未定の場合、介護医療院への移行の検討状況(1つに○)	01 検討している 02 検討していない
問19 貴院の医療療養病床を介護医療院に移行すると仮定した場合の課題(複数回答可)	01 介護医療院がどのようなものかについてイメージが湧かない 02 介護保険制度についてわからない 03 要介護認定など介護保険に関する手続きがわからない 04 利用者が必要とする十分な医療ケアを提供することができない 05 ターミナルケアを提供しにくい 06 院内の他の診療科との連携が希薄になる 07 職員のモチベーションが維持できない 08 理事長(経営者)のモチベーションが維持できない 09 移行した場合、十分な数の医師を雇用することができない 10 移行した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない 11 移行した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない 12 移行した場合、十分な数の介護支援専門員を雇用することができない 13 利用者や家族への説明が難しい 14 利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい 15 生活施設としての取り組み方がわからない 16 施設経営の見通しが立たない(経営状況が悪化する恐れがある) 17 開設に伴う資金の調達が困難 18 稼働率を維持するのに十分な利用者を集めることができない 19 中重度の要介護者の確保が難しい 20 周囲の他の介護施設との異なる特徴の明確化 21 地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがある 22 介護医療院の開設の相談・手続きの仕方がわからない 23 自治体が積極的ではない 24 自治体における相談・手続きがスムーズに進められない 25 施設・設備基準を満たすことが困難である 26 介護医療院に移行するにあたり工事が必要である 27 その他 28 課題と考えることは何もない

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

令和4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
入所者・入院患者票

回答前にご確認ください。

- 本調査票は、当該入所者・入院患者の状況について、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。数値を記入いただく部分もあります。
- 調査時点は、原則、入所・入院時点または令和4年8月分、または質問に記載している時期・期間とします。

問1 事業所番号			
問2 年齢	() 歳		
問3 性別	01 男性 02 女性		
問4 世帯構成 (1つに○)	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 02以外で高齢者のみの世帯 04 その他		
問5 施設・病院への入所日・入院日（「平成」か「令和」に○） ※介護医療院の場合：介護医療院へ移行前からの入所者は、移行前の施設への入所日			平成・令和 () 年 () 月 () 日
※介護医療院の場合	01 はい		
1) 移行前の施設への入所日を記入しましたか	02 いいえ (介護医療院へ移行してから入所した人である)		
問6 入所・入院前の居場所 (1つに○)	01 本人の家 (賃貸、家族の家を含む)		
	02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く)	➡1) 及び2) へ	
	03 有床診療所 (介護療養型医療施設を除く)	➡1) 及び2) へ	
	04 介護療養型医療施設	➡2) へ	
	05 介護医療院	➡2) へ	
	06 介護老人保健施設	➡2) へ	
	07 短期入所療養介護	➡2) 及び3) へ	
	08 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	➡2) へ	
	09 居住系サービス等 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護 (グループホーム))	➡2) へ	
	10 その他	➡2) へ	
1) 「02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く)」及び「03 有床診療所 (介護療養型医療施設を除く)」の場合			
① 病床の種類 (1つに○)	01 一般病床 ※02・03・04を除く		
	02 回復期リハビリテーション病棟		
	03 地域包括ケア病棟 (病床)		
	04 障害者施設等病棟		
	05 療養病床 ※02・03・04を除く		
	06 精神病床		
	07 その他		
	08 不明		
2) 「02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く)」～「10 その他」の場合			
① 併設かどうか (1つに○)	01 併設である	02 併設ではない	
② 同一法人かどうか (1つに○)	01 同一法人である	02 同一法人ではない	
3) 「07 短期入所療養介護」の場合			
① 短期入所療養介護 利用前の居場所 (1つに○)	01 本人の家		
	02 病院・診療所	➡②へ	
	03 その他		
	04 不明		
② ①で「02 病院・診療所」 の場合、病床の種類 (1つに○)	01 一般病床 ※02・03・04を除く		
	02 回復期リハビリテーション病棟		
	03 地域包括ケア病棟 (病床)		
	04 障害者施設等病棟		
	05 療養病床 ※02・03・04を除く		
	06 精神病床		
	07 その他		
	08 不明		

問7 利用者の状態について	
1) 要介護度 (1つに○)	01 要支援1・2 02 要介護1 03 要介護2 04 要介護3 05 要介護4 06 要介護5 07 申請中 08 未申請 09 非該当
2) 医療区分 (1つに○)	01 医療区分1 02 医療区分2 03 医療区分3
3) ADL区分 (1つに○)	01 ADL区分1 02 ADL区分2 03 ADL区分3
4) 障害高齢者の日常生活自立度 (1つに○)	01 ランクJ 02 ランクA 03 ランクB 04 ランクC
5) 認知症高齢者の日常生活自立度(1つに○)	01 自立 02 I 03 II a 04 II b 05 III a 06 III b 07 IV 08 M
6) 傷病 ※該当するもののうち、主なもの1つは下の欄に記載してください (令和4年9月時点) (複数回答可)	
01 高血圧	12 がん(新生物)
02 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	13 血液・免疫疾患
03 心臓病	14 うつ病・精神疾患
04 糖尿病	15 認知症(アルツハイマー病等)
05 高脂血症(脂質異常症)	16 パーキンソン病
06 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	17 眼科疾患
07 胃腸・肝臓・胆のう疾患	18 耳鼻科疾患
08 腎疾患	19 歯科疾患
09 前立腺疾患	20 その他の難病
10 筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)	21 その他
11 外傷(転倒・骨折等)	22 ない
主な傷病の番号	主な1つのみ:()
問8 入所・入院時の栄養状態 (1つに○) ※栄養ケア・マネジメントの手順による低栄養状態のリスク判定	01 低リスク 02 中リスク 03 高リスク
問9 入所・入院前の居場所(居宅介護サービス事業所含む)からの栄養情報の提供 (1つに○)	01 あった 02 なかった
問10 入所・入院中の利用者の医療的な状態 (1つに○)	01 安定している 02 時々、不安定である 03 常時、不安定である
問11 医師・看護職員による健康観察・処置等の頻度 (1つに○)	01 週1回以下 02 週2～3回 03 週4～6回 04 毎日 05 1日数回 06 常時
問12 管理栄養士によるミールラウンドの頻度 (1つに○)	01 週1日未満 02 週1～2日 03 週3日 04 週4～6日 05 毎日
問13 口腔や摂食・嚥下についての確認・実施 (複数回答可)	01 口腔の清掃状態の確認 02 義歯の清掃状態の確認 03 義歯の使用状況の確認 04 むせやすさの確認 05 食事環境、食形態等の確認 06 口腔清掃の実施 07 義歯清掃の実施 08 口腔体操等の実施 09 確認・実施していない
問14 歯科衛生士による口腔清掃の頻度 (1つに○)	01 受けていない 02 月1回 03 月2回 04 月3回 05 月4回 06 月5回以上
問15 入所・入院月のリハビリテーション・機能訓練の実施状況 (それぞれ1つに○)	
1) 週あたりの平均実施回数	01 0回 02 1回 03 2回 04 3回 05 4回 06 5回以上
2) 1日あたりの実施時間 ※最も頻度の多い時間を選択してください	01 20分 02 40分 03 60分 04 80分以上
問16 入所・入院前のリハビリテーション・機能訓練の実施状況 (それぞれ1つに○)	
1) 週あたりの平均実施回数	01 0回 02 1回 03 2回 04 3回 05 4回 06 5回以上 07 不明
2) 1日あたりの実施時間 ※最も頻度の多い時間を選択してください	01 20分 02 40分 03 60分 04 80分以上 05 不明
問17 リハビリテーション計画作成・見直しにあたってのチーム会議やカンファレンス等の実施回数 (1月あたり)	() 回

問18 処置等の実施状況（令和4年8月分）（複数回答可）	
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）
02 経鼻経管栄養	15 簡易血糖測定
03 中心静脈栄養	16 インスリン注射
04 24時間持続点滴	17 疼痛管理(麻薬なし)
05 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	18-1 疼痛管理(麻薬使用)〈内服薬・座薬・貼付薬〉※
06 ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	18-2 疼痛管理(麻薬使用)〈点滴薬〉※
07 喀痰吸引（1日8回未満）	19 創傷処置
08 喀痰吸引（1日8回以上）	20 褥瘡処置
09 ネブライザー	21 浣腸
10-1 酸素療法（酸素吸入）〈鼻カヌラ〉	22 摘便
10-2 酸素療法（酸素吸入）〈マスク〉	23 導尿
10-3 酸素療法（酸素吸入）〈リザーバー付きマスク〉	24 膀胱洗浄
11 気管切開のケア	25 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)
12-1 人工呼吸器の管理〈挿管〉	26 リハビリテーション
12-2 人工呼吸器の管理〈マスク式（NPPV等）〉	27 歯科治療（訪問を含む）
13-1 静脈内注射（点滴含む）〈電解質輸液〉	28 透析(自施設以外で実施した場合も含む)
13-2 静脈内注射（点滴含む）〈抗菌薬〉	29 その他
13-3 静脈内注射（点滴含む）〈昇圧薬〉	30 該当なし

※麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。

問19 入所者・入院患者の利用目的 （複数回答可）	01 在宅復帰を目指すための入所・入院
	02 在宅生活を維持するための一時的な入所・入院（レスパイト）
	03 他施設への入所・入院待機
	04 在宅では困難な医療的対応を行うため
	05 ADL低下や認知症による精神症状の増悪に対する一時的な対応を行うため
	06 長期療養・長期生活
	07 看取りを行うため
	08 その他

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4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
退所者・退院患者票

回答前にご確認ください。

- 本調査票は、当該退所者・退院患者の状況について、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。数値を記入いただく部分もあります。
- 調査時点は、原則退所・退院時点または令和4年8月分、または質問に記載している時期・期間とします。

問1 事業所番号	
問2 年齢	() 歳
問3 性別 (1つに○)	01 男性 02 女性
問4 世帯構成 (1つに○)	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 02以外で高齢者のみの世帯 04 その他
問5 施設・病院への入所・入院日 (平成か令和に○)	平成・令和 () 年 () 月 () 日
問6 入所・入院前の居場所 (1つに○)	01 本人の家 (賃貸、家族の家を含む)
	02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く) ➡1) 及び2) へ
	03 有床診療所 (介護療養型医療施設を除く) ➡1) 及び2) へ
	04 介護療養型医療施設 ➡2) へ
	05 介護医療院 ➡2) へ
	06 介護老人保健施設 ➡2) へ
	07 短期入所療養介護 ➡2) へ
	08 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) ➡2) へ
	09 居住系サービス等 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、 軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)) ➡2) へ
	10 その他 ➡2) へ
1) 「02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く)」及び「03 有床診療所 (介護療養型医療施設を除く)」の 場合	
① 病床の種類 (1つに○)	01 一般病床 ※02・03・04を除く 02 回復期リハビリテーション病棟 03 地域包括ケア病棟 (病床) 04 障害者施設等病棟 05 療養病床 ※02・03・04を除く 06 精神病床 07 その他 08 不明
2) 「02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く)」～「10 その他」の場合	
① 併設かどうか (1つに○)	01 併設である 02 併設ではない
② 同一法人かどうか (1つに○)	01 同一法人である 02 同一法人ではない
問7 施設からの退所日・退院日	令和4年 () 月 () 日
問8 退所先・退院先 (1つに○)	01 本人の家 (賃貸、家族の家を含む) ➡1) へ
	02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く) ➡2) 及び3) へ
	03 有床診療所 (介護療養型医療施設を除く) ➡2) 及び3) へ
	04 介護療養型医療施設 ➡3) へ
	05 介護医療院 ➡3) へ
	06 介護老人保健施設 ➡3) へ
	07 短期入所療養介護 ➡3) へ
	08 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) ➡3) へ
	09 居住系サービス等 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、 軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)) ➡1) 及び3) へ
	10 死亡退所・死亡退院
	11 その他 ➡3) へ

1) 「01 本人の家(賃貸、家族の家を含む)」及び「09 居住系サービス等(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護(グループホーム))」の場合				
① 次のうち、退所・退院後のケアプランに含まれるサービス(複数回答可)	01 通所リハビリテーション 04 訪問看護 07 短期入所生活介護	02 通所介護 05 訪問介護 08 不明	03 訪問リハビリテーション 06 短期入所療養介護 09 その他	
2) 「02 病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)」及び「03 有床診療所(介護療養型医療施設を除く)」の場合				
① 病床の種類(1つに○)	01 一般病床 ※02・03・04を除く 02 回復期リハビリテーション病棟 03 地域包括ケア病棟(病床) 04 障害者施設等病棟 05 療養病床 ※02・03・04を除く 06 精神病床 07 その他 08 不明			
② 退所・退院理由	01 加療のため ▶診断名がわかる場合(複数回答可) 01 肺炎 02 尿路感染症 03 骨折 04 脳血管疾患 05 心疾患 06 認知症による精神症状の増悪 07 脱水症 08 新型コロナ 09 その他 ▶診断名がわからない場合(複数回答可) 11 発熱 12 呼吸困難 13 胸痛 14 腹痛 15 意識障害 16 血圧低下 17 その他 02 処置・手術のため ▶21 中心静脈栄養カテーテル留置 22 胃ろう造設 23 褥瘡処置 24 その他 03 検査のため ▶31 CT 32 MRI 33 消化管内視鏡検査 34 その他			
③ 退所・退院時間帯(1つに○)	01 平日日中(9~17時) 02 平日夜間(17時~9時) 03 土日祝日日中(9~17時) 04 土日祝日夜間(17時~9時)			
3) 「02 病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)」~「09 居住系サービス等(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、認知症対応型共同生活介護(グループホーム))」、「11 その他」の場合				
① 併設かどうか(1つに○)	01 併設である 02 併設ではない			
② 同一法人かどうか(1つに○)	01 同一法人である 02 同一法人ではない			
問9 算定していた加算(1つに○)	試行的退所時指導加算の算定		01 有 02 無	
	退所時情報提供加算の算定		01 有 02 無	
	入退所前連携加算(I)の算定		01 有 02 無	
	入退所前連携加算(II)の算定		01 有 02 無	
問10 要介護度(1つに○)	①入所・入院時	01 要支援1・2 02 要介護1 03 要介護2 04 要介護3 05 要介護4 06 要介護5 07 申請中 08 未申請 09 非該当 10 不明		
	②退所・退院時	01 要支援1・2 02 要介護1 03 要介護2 04 要介護3 05 要介護4 06 要介護5 07 申請中 08 未申請 09 非該当		
問11 医療区分(1つに○)	①入所・入院時	01 医療区分1 02 医療区分2 03 医療区分3 04 不明		
	②退所・退院時	01 医療区分1 02 医療区分2 03 医療区分3		
問12 ADL区分(1つに○)	①入所・入院時	01 ADL区分1 02 ADL区分2 03 ADL区分3 04 不明		
	②退所・退院時	01 ADL区分1 02 ADL区分2 03 ADL区分3		
問13 障害高齢者の日常生活自立度(1つに○)	①入所・入院時	01 ランクJ 02 ランクA 03 ランクB 04 ランクC 05 不明		
	②退所・退院時	01 ランクJ 02 ランクA 03 ランクB 04 ランクC		

問14 認知症高齢者の日常生活自立度（令和4年9月時点） （1つに○）	①入所・入院時	01 自立 02 I 03 II a 04 II b 05 III a 06 III b 07 IV 08 M 09 不明
	②退所・退院時	01 自立 02 I 03 II a 04 II b 05 III a 06 III b 07 IV 08 M
問15 栄養状態（1つに○） ※栄養ケア・マネジメントの手順による低栄養状態のリスク判定	①入所・入院時	01 低リスク 02 中リスク 03 高リスク 04 不明
	②退所・退院時	01 低リスク 02 中リスク 03 高リスク
問16 入所・入院前の居場所（居宅介護サービス事業所含む）からの栄養情報の提供の有無（1つに○）	01 あった 02 なかった	
問17 管理栄養士によるミールラウンドの頻度（1つに○）	01 週1日未満 02 週1～2日 03 週3日 04 週4～6日 05 毎日	
問18 口腔や摂食・嚥下についての確認・実施（複数回答可）	01 口腔の清掃状態の確認 02 義歯の清掃状態の確認 03 義歯の使用状況の確認 04 むせやすさの確認 05 食事環境、食形態等の確認 06 口腔清掃の実施 07 義歯清掃の実施 08 口腔体操等の実施 09 確認・実施していない	
問19 歯科衛生士による口腔清掃の頻度（1つに○）	01 受けていない 02 月1回 03 月2回 04 月3回 05 月4回 06 月5回以上	
問20 傷病 ※該当するもののうち、主なもの1つは下の欄に記載してください（令和4年9月時点）（複数回答可）		
01 高血圧	12 がん（新生物）	
02 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	13 血液・免疫疾患	
03 心臓病	14 うつ病・精神疾患	
04 糖尿病	15 認知症（アルツハイマー病等）	
05 高脂血症（脂質異常症）	16 パーキンソン病	
06 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等）	17 眼科疾患	
07 胃腸・肝臓・胆のう疾患	18 耳鼻科疾患	
08 腎疾患	19 歯科疾患	
09 前立腺疾患	20 その他の難病	
10 筋骨格系の疾患（骨粗しょう症、関節症等）	21 その他	
11 外傷（転倒・骨折等）	22 ない	
主な傷病の番号	主な1つのみ：（ ）	
問21 処置等の実施状況（令和4年8月分）（複数回答可）		
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）	
02 経鼻経管栄養	15 簡易血糖測定	
03 中心静脈栄養	16 インスリン注射	
04 24時間持続点滴	17 疼痛管理（麻薬なし）	
05 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	18-1 疼痛管理（麻薬使用）〈内服薬・座薬・貼付薬〉※	
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	18-2 疼痛管理（麻薬使用）〈点滴薬〉※	
07 喀痰吸引（1日8回未満）	19 創傷処置	
08 喀痰吸引（1日8回以上）	20 褥瘡処置	
09 ネブライザー	21 浣腸	
10-1 酸素療法（酸素吸入）〈鼻カヌラ〉	22 摘便	
10-2 酸素療法（酸素吸入）〈マスク〉	23 導尿	
10-3 酸素療法（酸素吸入）〈リザーバー付きマスク〉	24 膀胱洗浄	
11 気管切開のケア	25 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	
12-1 人工呼吸器の管理〈挿管〉	26 リハビリテーション	
12-2 人工呼吸器の管理〈マスク式（NPPV等）〉	27 歯科治療（訪問を含む）	
13-1 静脈内注射（点滴含む）〈電解質輸液〉	28 透析（自施設以外で実施した場合も含む）	
13-2 静脈内注射（点滴含む）〈抗菌薬〉	29 その他	
13-3 静脈内注射（点滴含む）〈昇圧薬〉	30 該当なし	

※麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。

問22 入所・入院中に経管栄養を離脱しましたか (1つに○)	01 はい 02 いいえ 03 処置の該当なし
問23 入所・入院中に喀痰吸引を行う必要がなくなりましたか (1つに○)	01 はい 02 いいえ 03 処置の該当なし
問24 入所・入院期間中、他科受診はありましたか (1つに○)	01 有 ➡1)へ 02 無
1) 「01 有」の場合 他科受診により受診した診療科 (複数回答可)	
01 内科	02 外科
03 泌尿器科	04 整形外科
05 精神科	06 眼科
07 耳鼻いんこう科	08 皮膚科
09 歯科	10 神経内科
11 リウマチ科	12 心療内科
13 心臓血管外科	14 脳神経外科
15 放射線科	16 その他
問25 リハビリテーションの実施状況 (それぞれ1つに○) ※最も近いものを選択してください	
①入所・入院月 (貴施設入所後)	週あたりの平均実施回数 01 0回 02 1回 03 2回 04 3回 05 4回 06 5回以上
	1日あたりの実施時間 ※最も頻度の多い時間を選択してください 01 20分 02 40分 03 60分 04 80分以上
②退所・退院月	週あたりの平均実施回数 01 0回 02 1回 03 2回 04 3回 05 4回 06 5回以上
	1日あたりの実施時間 ※最も頻度の多い時間を選択してください 01 20分 02 40分 03 60分 04 80分以上
問26 入所者・入院患者の利用目的 (複数回答可)	01 在宅復帰を目指すための入所・入院 02 在宅生活を維持するための一時的な入所・入院 (レスパイト) 03 他施設への入所・入院待機 04 在宅では困難な医療的対応を行うため 05 ADL低下や認知症による精神症状の増悪に対する一時的な対応を行うため 06 長期療養・長期生活 07 看取りを行うため 08 その他

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4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
短期入所療養介護 利用者票

※本調査票は、当該利用者の状況について、詳しい職員の方がご記入下さい。
 ※回答の際は、当てはまる番号を○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。数値を記入いただく部分もあります。
 ※調査時点は、原則、短期入所療養介護の利用終了時点または令和4年8月分、または質問に記載している時期・期間とします。

問1 事業所番号	
問2 年齢	() 歳
問3 性別 (1つに○)	01 男性 02 女性
問4 世帯構成 (1つに○)	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 02以外で高齢者のみの世帯 04 その他
問5 家族介護者の有無 (1つに○)	01 有 ➡1)～3)へ 02 無
1) 主な介護者の続柄 (1つに○)	01 配偶者 02 子ども・子どもの配偶者 03 孫・孫の配偶者 04 兄弟姉妹 05 その他
2) 主な介護者の状況のうち、介護が難しくなる要因があればご回答下さい (複数回答可)	01 高齢 02 病気 03 育児中 04 仕事 05 その他
3) 副介護者の有無 (1つに○)	01 有 02 無
問6 利用期間	令和4年()月()日～令和4年8月()日
問7 今回の利用開始前の居場所 (1つに○)	01 本人の家(賃貸、家族の家を含む) 02 病院・診療所(介護療養型医療施設を除く) ➡1)及び2)へ 03 有床診療所(介護療養型医療施設を除く) ➡1)及び2)へ 04 介護療養型医療施設 ➡2)へ 05 介護医療院 ➡2)へ 06 介護老人保健施設 ➡2)へ 07 他の短期入所療養介護 ➡2)及び3)へ 08 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ➡2)へ 09 居住系サービス等(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)) ➡2)へ 10 その他 ➡2)へ
1) 「02 病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)」及び「03 有床診療所(介護療養型医療施設を除く)」の場合	
① 病床の種類 (1つに○)	01 一般病床 ※02・03・04を除く 02 回復期リハビリテーション病棟 03 地域包括ケア病棟(病床) 04 障害者施設等病棟 05 療養病床 ※02・03・04を除く 06 精神病床 07 その他 08 不明
2) 「02 病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)」～「10 その他」の場合	
① 併設かどうか (1つに○)	01 併設である 02 併設ではない
② 同一法人かどうか (1つに○)	01 同一法人である 02 同一法人ではない

3) 「07 他の短期入所療養介護」の場合	
① 他の短期入所療養介護利用前の居場所 (1つに○)	01 本人の家 02 病院・診療所 ➡②へ 03 その他
② ①で「02 病院・診療所」と回答した場合、病床の種類 (1つに○)	01 一般病床 ※02・03・04を除く 02 回復期リハビリテーション病棟 03 地域包括ケア病棟 (病床) 04 障害者施設等病棟 05 療養病床 ※02・03・04を除く 06 精神病床 07 その他 08 不明
問8 今回の利用終了後の居場所 (1つに○)	01 本人の家 (賃貸、家族の家を含む) 02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く) ➡1) 及び2) へ 03 有床診療所 (介護療養型医療施設を除く) ➡1) 及び2) へ 04 介護療養型医療施設 ➡2) へ 05 介護医療院 ➡2) へ 06 介護老人保健施設 ➡2) へ 07 他の短期入所療養介護 ➡2) へ 08 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) ➡2) へ 09 居住系サービス等 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)) ➡2) へ 10 死亡退所・死亡退院 11 その他 ➡2) へ
1) 「02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く)」及び「03 有床診療所 (介護療養型医療施設を除く)」の場合	
① 病床の種類 (1つに○)	01 一般病床 ※02・03・04を除く 02 回復期リハビリテーション病棟 03 地域包括ケア病棟 (病床) 04 障害者施設等病棟 05 療養病床 ※02・03・04を除く 06 精神病床 07 その他 08 不明
2) 「02 病院・診療所 (介護療養型医療施設を除く)」～「09 居住系サービス等 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護 (グループホーム))」、「11 その他」の場合	
① 併設かどうか (1つに○)	01 併設である 02 併設ではない
② 同一法人かどうか (1つに○)	01 同一法人である 02 同一法人ではない
問9 利用者の状態について	
1) 要介護度 (1つに○)	01 要支援1・2 02 要介護1 03 要介護2 04 要介護3 05 要介護4 06 要介護5 07 申請中 08 未申請 09 非該当
2) 医療区分 (1つに○)	01 医療区分1 02 医療区分2 03 医療区分3
3) ADL区分 (1つに○)	01 ADL区分1 02 ADL区分2 03 ADL区分3
4) 障害高齢者の日常生活自立度 (1つに○)	01 ランクJ 02 ランクA 03 ランクB 04 ランクC
5) 認知症高齢者の日常生活自立度 (1つに○)	01 自立 02 I 03 II a 04 II b 05 III a 06 III b 07 IV 08 M

6) 傷病 (複数回答可) ※該当するもののうち、主なもの1つは下の欄に記載してください (令和4年9月時点)	
01 高血圧	12 がん (新生物)
02 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	13 血液・免疫疾患
03 心臓病	14 うつ病・精神疾患
04 糖尿病	15 認知症 (アルツハイマー病等)
05 高脂血症 (脂質異常症)	16 パーキンソン病
06 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	17 眼科疾患
07 胃腸・肝臓・胆のう疾患	18 耳鼻科疾患
08 腎疾患	19 歯科疾患
09 前立腺疾患	20 その他の難病
10 筋骨格系の疾患 (骨粗しょう症、関節症等)	21 その他
11 外傷 (転倒・骨折等)	22 ない
主な傷病の番号	主な1つのみ: ()
問10 総合医学管理加算の算定の有無 ※介護老人保健施設のみ	
01 有 ➡1)へ 02 無	
1) 「01 有」の場合、診断名 (1つに○)	01 肺炎 02 尿路感染症 03 帯状疱疹 04 蜂窩織炎 05 心不全 06 感染性胃腸炎 07 脱水症 08 褥瘡 09 急性腰痛症 10 その他
2) 総合医学管理加算を算定した後の転帰 (1つに○)	01 算定日数内に治癒 02 算定期間を超えて治療継続し治癒 ➡治療期間 () 日 03 治癒前に医療機関へ入院 04 死亡
問11 入所時の栄養状態 (1つに○) ※栄養ケア・マネジメントの手順による低栄養状態のリスク判定	
01 低リスク 02 中リスク 03 高リスク	
問12 入所前の居場所 (居宅介護サービス事業所含む) からの栄養情報の提供の有無 (1つに○)	
01 あった 02 なかった	
問13 入所中の利用者の医療的な状態 (1つに○)	
01 安定している 02 時々、不安定である 03 常時、不安定である	
問14 医師・看護職員による健康観察・処置等の頻度 (1つに○)	
01 週1回以下 02 週2～3回 03 週4～6回 04 毎日 05 1日数回 06 常時	
問15 管理栄養士によるミールラウンドの頻度 (1つに○)	
01 週1日未満 02 週1～2日 03 週3日 04 週4～6日 05 毎日	
問16 口腔や摂食・嚥下についての確認・実施 (複数回答可)	
01 口腔の清掃状態の確認 02 義歯の清掃状態の確認 03 義歯の使用状況の確認 04 むせやすさの確認 05 食事環境、食形態等の確認 06 口腔清掃の実施 07 義歯清掃の実施 08 口腔体操等の実施 09 確認・実施していない	
問17 歯科衛生士による口腔清掃の頻度 (1つに○)	
01 受けていない 02 月1回 03 月2回 04 月3回 05 月4回 06 月5回以上	
問18 入所月の施設でのリハビリテーション実施状況 (それぞれ1つに○)	
1) 週あたりの平均実施回数	01 0回 02 1回 03 2回 04 3回 05 4回 06 5回以上
2) 1日あたりの実施時間 ※最も頻度の多い時間を選択してください	01 20分 02 40分 03 60分 04 80分以上
問19 入所前の居場所でのリハビリテーション実施状況 (それぞれ1つに○)	
1) 週あたりの平均実施回数	01 0回 02 1回 03 2回 04 3回 05 4回 06 5回以上 07 不明
2) 1日あたりの実施時間 ※最も頻度の多い時間を選択してください	01 20分 02 40分 03 60分 04 80分以上 05 不明
問20 リハビリテーション計画作成・見直しにあたってのチーム会議やカンファレンス等の実施回数 (1月あたり)	() 回

問21 処置等の実施状況（令和4年8月分）（複数回答可）	
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）
02 経鼻経管栄養	15 簡易血糖測定
03 中心静脈栄養	16 インスリン注射
04 24時間持続点滴	17 疼痛管理（麻薬なし）
05 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	18-1 疼痛管理（麻薬使用）〈内服薬・座薬・貼付薬〉※
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	18-2 疼痛管理（麻薬使用）〈点滴薬〉※
07 喀痰吸引（1日8回未満）	19 創傷処置
08 喀痰吸引（1日8回以上）	20 褥瘡処置
09 ネブライザー	21 浣腸
10-1 酸素療法（酸素吸入）〈鼻カヌラ〉	22 摘便
10-2 酸素療法（酸素吸入）〈マスク〉	23 導尿
10-3 酸素療法（酸素吸入）〈リザーバー付きマスク〉	24 膀胱洗浄
11 気管切開のケア	25 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）
12-1 人工呼吸器の管理〈挿管〉	26 リハビリテーション
12-2 人工呼吸器の管理〈マスク式（NPPV等）〉	27 歯科治療（訪問を含む）
13-1 静脈内注射（点滴含む）〈電解質輸液〉	28 透析（自施設以外で実施した場合も含む）
13-2 静脈内注射（点滴含む）〈抗菌薬〉	29 その他
13-3 静脈内注射（点滴含む）〈昇圧薬〉	30 該当なし

※麻薬とは、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、コデイン等のオピオイド鎮痛薬を指します。

問22 入所者の利用目的 （複数回答可）	01 在宅復帰を目指すための入所
	02 在宅生活を維持するための一時的な入所（レスパイト）
	03 他施設への入所・入院待機
	04 在宅では困難な医療的対応を行うため
	05 ADL低下や認知症による精神症状の増悪に対する一時的な対応を行うため
	06 長期療養・長期生活
	07 看取りを行うため
	08 その他

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4年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査
 施設の栄養管理に関する調査票

回答前にご確認ください。

- 貴施設に勤務する**管理栄養士**がご回答ください。管理栄養士が施設に複数いる場合は、栄養部門を代表する管理栄養士がご回答ください。管理栄養士がいない場合は、本調査票は破棄してください。回答者（管理栄養士）は必要に応じて他職種等へご確認の上、ご回答ください。
- 各設問において指定がない場合は、令和4年9月1日時点の状況についてご記入ください。
- 数値を記入する項目について、0の場合は空白とせず必ず0を記入してください。人数について記入する項目はショートステイ等を除く本入所者の人数をお答えください。

貴施設の名称		事業所番号	
部署・役職名		ご連絡先電話番号	

1 回答者（管理栄養士）が勤務する施設の概要についてお伺いします。

問1 入所実人数の内訳をご記入ください。（ショートステイ等を除く本入所者）

1) 低栄養状態のリスク	01 低リスク	02 中リスク	03 高リスク	※栄養ケア・マネジメントの事務処理手順（通知）に示されている低栄養状態のリスク分類
	人	人	人	
2) 栄養補給法	01 経口のみ	02 経鼻胃管、胃・腸ろう、静脈栄養*1		*1 経口との併用含む
	人	人		
3) 食事形態	01 常食	02 嚥下調整食*2	03 経口摂取なし	*2 主食、副食いずれかまたは両方で、一口大、ソフト食、ペースト等の常食以外の形態
	人	人	人	

2 栄養ケア計画についてお伺いします。

問2 低栄養状態のリスクの判断はどのように行っていますか。あてはまるものに○印を付けてください。（複数選択可）	01 全て事務処理手順（通知）に示されている分類のとおり判断している 02 入所者の状態によって、一部判断を変更している ➡1)へ 03 全て事務処理手順（通知）に示されている以外の方法で判断している 04 その他
1) 「02 入所者の状態によって、一部判断を変更している」を選択した場合 低栄養状態のリスクレベルの判断（アセスメント）において、事務処理手順（通知）に示されている分類から判断を変更するのはどのような場合ですか。（複数回答可）	01 浮腫がある場合 02 脱水がある場合 03 BMIが18.5未満であって、他の項目に該当せず状態が安定している場合 04 BMIが極度に低値である場合 05 血清アルブミン値の測定日が1か月以上前の場合 06 食事形態の調整が必要な場合 07 食事摂取量にむらがある場合 08 栄養補給法が経腸栄養法又は静脈栄養法で、他の項目には該当せず状態が安定している場合 09 その他
問3 栄養ケア計画の作成に関与する職種に全て○印を付けてください。（複数回答可）	01 管理栄養士 02 栄養士（管理栄養士除く） 03 医師 04 歯科医師 05 歯科衛生士 06 薬剤師 07 看護師 08 准看護師 09 介護職員 10 理学療法士 11 作業療法士 12 言語聴覚士 13 介護支援専門員 14 診療放射線技師 15 支援相談員

<参考：低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）

3 給食の業務形態について、お伺いします。

問4 給食の業務形態についてお答えください。(1つに○)	01 直営 ➡1)へ 02 委託	03 一部委託
1) 問4で「01 直営」と回答した場合、主担当者としてあてはまるものに○印を付けてください。(1つに○)	11 管理栄養士	12 栄養士

4 加算について、お伺いします。

問5 令和3年3月までの栄養マネジメント加算の状況に○印を付けてください。(1つに○)	01 算定していた	02 算定していなかった
問6 栄養マネジメント加算が廃止され、基本サービスに包括化されたことにより、施設の栄養ケア・マネジメントに変化はありましたか。(1つに○)	01 変化はなかった	02 変化があった ➡1)へ
1) 問6で「02 変化があった」と回答した場合、どのような変化がありましたか。あてはまるものに○印を付けてください。(複数回答可)	【良い変化】	01 入所者への栄養ケアの質が向上した 02 他職種との連携が強化された 03 他職種の栄養ケアへの関心が高まった 04 管理栄養士の業務負担が低下した 05 管理栄養士が増員された 06 その他
	【悪い変化】	01 入所者への栄養ケアの質が低下した 02 他職種との連携が難しくなった 03 他職種の栄養ケアへの関心が低下した 04 管理栄養士の業務負担が増加した 05 栄養部門の収益がわかりにくくなった 06 その他
問7 栄養マネジメント強化加算を算定している施設の方のみご回答ください。		
1) 加算算定要件の人数配置のうち、要件を満たしているほうに○印を付けてください。(1つに○)	01 入所者50人につき管理栄養士1人以上 02 給食管理を行っている常勤栄養士1人以上を配置しており、入所者70人につき管理栄養士1人以上	
2) 加算算定要件に関わる令和3年4月1日～令和4年3月31日の1年間の平均入所者数(ショートステイ等を除く本入所者)	()人	
3) 加算算定において困難を感じることを(複数回答可)	01 管理栄養士(回答者自身)の知識・技術が不足している 02 管理栄養士が増員されない(既に配置要件を満たしているため) 03 新規に採用された管理栄養士の知識・技術が不足している 04 他職種との連携が取れない 05 他職種の栄養ケアへの関心が低い 06 低栄養リスク者への週3回以上のミールラウンドが困難 07 退所後の食事に関する相談支援が困難 08 LIFEに伴う管理栄養士の事務作業の増加 09 その他	
4) 加算を算定してよかったこと(複数回答可)	01 管理栄養士(回答者自身)の知識・技術が向上した 02 管理栄養士が増員された 03 管理栄養士同士の連携が推進された 04 他職種との連携が推進された 05 他職種の栄養ケアへの関心が高まった 06 入所早期からの栄養ケアができるようになった 07 ミールラウンドの頻度が増加した 08 ミールラウンドを丁寧に実施できるようになった 09 食事の個別対応を適切に実施できるようになった 10 医療機関に入院する際の情報連携が推進された 11 退所後の食事に関する相談支援が推進された 12 看取りのケアに関われるようになった 13 併設サービスに関われるようになった 14 管理栄養士の業務が効率化された 15 LIFEのフィードバックが活用された 16 栄養部門の収益が増加した 17 法人としての収益が増加した 18 その他	

問8 令和3年度介護報酬改定以降、管理栄養士の看取りへの関与について変化しましたか。(1つに○)	01 変化した ➡1)へ 02 変わらない ➡2)へ
1) 問8で「01 変化した」と回答した場合、その内容にあてはまるものに○印を付けてください。(複数回答可)	11 他職種から管理栄養士への相談が増加した 12 管理栄養士がカンファレンスに参加する機会が増えた 13 食事の個別対応が(栄養補助食品の利用を含む)可能となった 14 その他
2) 問8で「02 変わらない」と回答した場合、これまでの関与の状況に○印を付けてください。(1つに○)	21 令和3年度介護報酬改定前から関与していた 22 関与していない
問9 令和3年度介護報酬改定以降、管理栄養士の褥瘡マネジメントへの関与について変化しましたか。(1つに○)	01 変化した ➡1)へ 02 変わらない ➡2)へ
1) 問9で「01 変化した」と回答した場合、その内容にあてはまるものに○印を付けてください。(複数回答可)	11 他職種から管理栄養士への相談が増加した 12 管理栄養士がカンファレンスに参加する機会が増えた 13 食事の個別対応(栄養補助食品の利用を含む)が可能となった 14 その他
2) 問9で「02 変わらない」と回答した場合、これまでの関与の状況に○印を付けてください。(1つに○)	21 令和3年度介護報酬改定前から関与していた 22 関与していない

5 栄養ケア・マネジメントの体制についてお伺いします。

問10 令和4年3月～8月の栄養ケア・マネジメント体制とその状況について、選択肢のいずれかに○印をご記入ください。(1つに○)	
【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】	
1) 栄養ケア・マネジメントの業務手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)を、マニュアルとして、あらかじめ文章で定めましたか	01 した 02 しなかった 03 令和4年2月以前に定めていた
2) 管理栄養士は、利用者の入所時(新規・再入所)に、サービス担当者(前医や入所前の事業所の介護支援専門員や管理栄養士等)と情報連携をしましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	01 した 02 しなかった 03 新規・再入所者がいなかった
3) 管理栄養士は、利用者の退所時(入院時を含む)に、サービス担当者(入院先や退所後の事業所の介護支援専門員や管理栄養士等)と情報連携をしましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	01 した 02 しなかった 03 退所者がいなかった
4) 管理栄養士は、併設または同一法人の居宅サービス(通所サービス、認知症対応型共同生活介護等)において、栄養や食事に関する問題把握、相談、支援、他職種への情報提供等を実施しましたか	01 した 02 しなかった 03 併設または同一法人の居宅サービスはない
5) 貴施設に所属するいずれかの管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関する専門資格のための施設外の研修会に参加しましたか	01 した 02 しなかった
【アセスメント・モニタリングに関する項目】	
6) 管理栄養士は、低栄養状態中高リスク者について家族との面談・聞き取りをしましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	01 した 02 しなかった
7) 管理栄養士は、ミールラウンド(経口維持加算や栄養マネジメント強化加算の有無にかかわらず、食事時にフロア等で観察すること)を週に3回以上しましたか	01 した 02 しなかった
8) 管理栄養士は、アセスメントから把握された課題についての総合的な判断(栄養診断)を実施しましたか(対象期間に行ったアセスメント分の全て)	01 した 02 しなかった
【栄養ケア計画に関する項目】	
9) 管理栄養士は、栄養ケア計画で、個別の栄養補給量を算出し、個別の補給計画を文章化しましたか(栄養ケア計画を作成した全利用者について)	01 した 02 しなかった
10) 管理栄養士は、栄養相談の内容を文章として記録しましたか(利用者1人以上にしたことがあるか)	01 した 02 しなかった

11) 管理栄養士は、各利用者の栄養ケア計画において、課題解決のための関連職種の分担について毎回文章化しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	01 した	02 しなかった
12) 管理栄養士は、サービス担当者会議（施設サービス提供のための）で、栄養ケア計画の話し合いをしましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	01 した	02 しなかった
13) 栄養ケア計画は、栄養・口腔・リハビリテーションのサービス内容が統一された書式（帳票）の中に記録しましたか（利用者1人以上にしたことがあるか）	01 した	02 しなかった
14) 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて各担当者が計画通りにサービスを行っていることを確認しましたか	01 した	02 しなかった
【評価についての項目】		
15) 管理栄養士は、栄養ケアに関する経過記録表を作成しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	01 した	02 しなかった
16) 管理栄養士は、入所者の主観的健康感や QOL の変化を評価しましたか（栄養ケア計画を作成した全利用者について）	01 した	02 しなかった
【継続的な品質改善活動についての項目】		
17) 栄養ケア・マネジメントのサービス運営を総合的に評価し、構造・手順・成果の課題について多職種で話し合いましたか（栄養ケア・マネジメント業務の質の向上を目的としたカンファレンス等）	01 した	02 しなかった
18) LIFE に栄養関連項目を提供しましたか	01 した	02 しなかった
19) LIFE からフィードバックされた内容を、栄養ケア・マネジメントの業務改善に活用しましたか	01 した	02 しなかった

6 管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

問11 令和4年8月中（1か月間）の施設所属の管理栄養士（2人目以降はそれぞれ常勤・非常勤いずれかに○をつけてください）の業務割合（%）をご記入ください。管理栄養士が複数いる場合は常勤を優先して3人まで、業務割合をご記入ください。委託の管理栄養士は含めないでください。

※各管理栄養士において下記01～03の計が100%となるように、ご記入ください。概算値で結構です。

1) 管理栄養士A (回答者)	01 栄養管理業務 () %	02 給食に関する業務 () %	03 その他 () %	01～03の合計 100%
2) 管理栄養士B (a 常勤・b 非常勤) (1つに○)	01 栄養管理業務 () %	02 給食に関する業務 () %	03 その他 () %	01～03の合計 100%
3) 管理栄養士C (a 常勤・b 非常勤) (1つに○)	01 栄養管理業務 () %	02 給食に関する業務 () %	03 その他 () %	01～03の合計 100%

「01 栄養管理業務」には、栄養ケア・マネジメントに関するすべての業務で「02 給食に関する業務」「03 その他」以外のものとお考えください。なお、食事介助、サービス担当者会議等の栄養管理に関する事項を含むカンファレンスは、こちらに含めてください。

「02 給食に関する業務」は、献立作成、食事箋・食札の管理、残食調査・食事満足度調査・検食、給食に関する契約・発注、委託会社との給食関連の調整、配膳・下膳・配食、衛生管理業務、調理準備・調理作業・食器や調理器具の洗浄と片付け・厨房の掃除等が該当します。

「03 その他」は、送迎業務、食事介助を除く介護業務、労務管理、居宅訪問の移動時間、研修・訓練等が該当します。なお、休憩時間は含めないでください（休憩時間は01～03のいずれにも含めず、実働時間だけで合計100%となるよう計算してください）。

7 管理栄養士の併設施設の兼務状況についてお伺いします。

<p>問12 施設の管理栄養士は併設通所サービス事業所の職員を兼務していますか。</p>	<p>01 兼務している ➡1)～3)へ 02 兼務していない(併設通所サービス事業所が無い場合を含む)</p>
<p>1) 問12で「01 兼務している」と回答した施設のみお答えください。 施設の管理栄養士が兼務する通所サービス事業所で実施している内容にあてはまるものに○印を付けてください。 (過去1か月間で1回以上実施したもの)(複数回答可)</p>	<p>11 栄養状態の把握(栄養アセスメント) 12 食事の観察による問題の把握(ミールラウンド) 13 食事提供に関する個別対応(食形態、療養食、濃厚流動食を含む) 14 経管栄養、静脈栄養に関する対応 15 利用者および家族の栄養食事相談 16 利用者の居宅訪問 17 利用者の生活状況の把握 18 事業所内の他職種との情報共有 19 事業所外の他職種との情報共有 20 イベント・行事の対応 21 その他</p>
<p>2) 問12で「01 兼務している」と回答した施設のみお答えください。 施設の管理栄養士が兼務する通所サービス事業所で実施している内容にあてはまるものに○印を付けてください。(令和4年8月に実施したもの)(複数回答可)</p>	
<p>①口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ</p>	<p>a. 算定あり(件) b. 算定なし</p>
<p>②口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ</p>	<p>a. 算定あり(件) b. 算定なし</p>
<p>③栄養アセスメント加算</p>	<p>a. 算定あり(件) b. 算定なし</p>
<p>④栄養改善加算</p>	<p>a. 算定あり(件) b. 算定なし</p>
<p>3) 問12で「01 兼務している」と回答した施設のみお答えください。 施設の管理栄養士の兼務の通所サービス事業所における業務時間は、本体施設と合わせた業務時間全体(1か月当たり)の割合をご記入ください。 注) 施設に複数の管理栄養士が在席している場合は、全ての管理栄養士の業務を合算して、割合をご記入ください。概算値で結構です。</p>	<p>() %</p>

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。