

令和5年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 介護老人保健施設及び介護医療院における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

施設名			
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。

※本調査は、原則、施設長の方にご記入をお願いしますが、質問の内容に詳しい看護管理者や支援相談員、事務の方が代わりにご回答いただいても結構です。

※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、令和5年（2023年）6月30日または質問に記載している時期・期間とします。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

問1 運営主体	1 医療法人 2 市区町村、広域連合、一部事務組合 3 社会福祉法人 4 その他（ ）
問2 開設年	西暦（ ）年
問3 入所定員	（ ）人
問4 介護報酬上の届出	1 超強化型 2 在宅強化型 3 加算型 4 基本型 5 その他型 6 療養型
問5 居室区分 （複数回答可）	1 従来型個室 2 多床室 3 ユニット型個室 4 ユニット型個室的多床室
問6 実施している居室サービス （複数回答可）	1 通所リハビリテーション 2 訪問リハビリテーション 3 短期入所療養介護
問7 併設医療機関（複数回答可）	1 病院を併設 2 有床診療所を併設 3 無床診療所を併設 4 無
【1～3と回答した場合】 貴施設の管理者の医師は、併設病院・診療所の管理者ですか	1 はい 2 いいえ
問8 問7以外の同一法人・関連法人の病院の有無	1 有 2 無

問9 協力病院についてお伺いします	
①協力病院数	（ ）か所

【②～④は主たる協力病院（1か所）についてご回答ください】

②主たる協力病院が 有する病床(病棟)の 種類(複数回答可)	1 急性期一般病棟 2 地域一般病棟 3 地域包括ケア病棟 4 回復期リハビリテーション病棟 5 障害者施設等病棟 6 療養病棟 7 その他
③主たる協力病院の 病床数	1 99床以下 2 100床以上 199床以下 3 200床以上 399床以下 4 400床以上
④主たる協力病 院の種別 (複数回答可)	1 特定機能病院（大学病院、国立がん研究センターなど） 2 地域医療支援病院（紹介患者中心の医療を提供する病院） 3 在宅療養支援病院（24時間の往診などを行う 200床未満の病院） 4 在宅療養後方支援病院（24時間の入院希望者の診療などを行う 200床以上の病院）

	5 その他の病院		
⑤主たる協力病院と貴施設との関係	1 併設病院 3 同一法人・関連法人以外	2 1以外の同一法人・関連法人	
⑥主たる協力病院の貴施設からの距離	1 同一建物内 3 車で10分以内 5 車で20分超30分以内	2 同一敷地内・隣接もしくは道路を挟んで隣接 4 車で10分超20分以内 6 車で30分超	
⑦入所者の急変時における主たる協力病院の対応について	平日日中 (複数回答可)	1 受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる 2 外来受診を受けてくれる 3 往診に来てくれる 4 いずれにも該当しない	
	夜間休日 (複数回答可)	1 受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる 2 外来受診を受けてくれる 3 往診に来てくれる 4 いずれにも該当しない	
⑧入所者の病状の急変時における主たる協力病院の入院受入について	1 基本的に入院受入してもらえる 2 おおよそ()割程度、受け入れてもらえる 3 まず入院受入はしてもらえない		
【⑧で2または3を選んだ場合】 受入をしてもらえない理由 (複数回答可)	1 病床が空いていないことが多いため 2 高齢者は退院まで長くかかりがちのため 3 認知症の高齢者等の対応が難しいため 4 医療機関の担当者が協力病院となっていることを知らないため 5 施設からの患者受け入れに対する医療機関へのインセンティブが少ないため 6 救急患者は基本的に受け入れないため 7 下記の疑いがある患者は受け入れないため ➡ (複数回答可) a 心筋梗塞 b 心不全 c 脳血管障害 d 骨折 8 その他		
⑨ 入所者の入院や休日夜間等における対応等の取り決めについて直近で主たる協力病院と確認した時期は今からどのくらい前ですか	1 施設設立時 2 1以外で、今から1年以内 3 1以外で、今から1年超～5年以内 4 1以外で、今から5年超～10年以内 5 1以外で、今から約10年超前		
⑩主たる協力病院との連携の状況 (複数回答可)	1 電子カルテを共有している 2 老人保健施設の入所者の健康情報を定期的に共有している 3 病院と施設の関係者で定期的に会議を実施している 4 該当なし		
⑪主たる協力病院の選定方法 (主な1つに○)	1 同一法人・関連法人の病院である 3 近くで介護保険施設の協力病院になるところは1か所しかない 4 地域の医師会に相談・依頼した 6 過去の経緯は不明		2 知り合いの病院に依頼した 5 所在地の市区町村に相談・依頼した 7 その他
問10 入所者が入院治療・検査が必要になった場合に主に転院する施設 (主な1つに○)	1 併設病院 2 併設診療所 3 1以外の同一法人・関連法人の病院 4 2以外の同一法人・関連法人の診療所 5 1～4以外の協力病院 6 その他の病院・診療所		

2. 設備についてお伺いします。

問 11 X線装置	1 有 → (a 自施設内 b 併施設内) 2 無				
問 12 居室の部屋数と延べ床面積					
※1:「延べ床面積」は、合計値を回答してください(20㎡の部屋2室と18㎡の部屋1室がある場合には計58㎡)。					
	4人室	3人室	2人室	従来型個室	ユニット型※
室数	室	室	室	室	室
延べ床面積(合計値)	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡
問 13 多床室のプライバシーの確保の状況					
1 全ての部屋について、家具やパーティション、カーテン等の組合せにより、室内を区分している					
2 一部、カーテンのみで仕切られている部屋がある					
3 全部の部屋がカーテンのみで仕切られている 4 その他 5 多床室はない					

※ユニット型には「ユニット型個室」「ユニット型個室的多床室」の両方を含む

3. 職員数についてお伺いします。

問 14 2023年7月1日時点の貴施設の届出上の職員数(常勤換算数)及び、夜勤の実施の配置数をご記入ください。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等の職員数(常勤換算数)についても記入ください。				
※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。 職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて按分して計上してください。 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、常勤換算で3.6人				
	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	/	. 人	
理学療法士	. 人	/	. 人	. 人
作業療法士	. 人	/	. 人	. 人
言語聴覚士	. 人	/	. 人	. 人
栄養士	. 人	/		
うち、管理栄養士	. 人			
介護支援専門員	. 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

4. 貴施設の入所者の状況についてお伺いします。(短期入所療養介護の利用者は除く)

問 15 2023 年 6 月 30 日 24 時時点の入所者数(実人数)							人
問 16 問 15 で回答した入所者について、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 15 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	J	A	B	C	不明・未実施		
	人	人	人	人	人		
認知症高齢者の日常生活自立度別	自立	I	II a	II b			
	人	人	人	人			
	III a	III b	IV	M	不明・未実施		
	人	人	人	人	人		

5. 貴施設の新規入所者・退所者の状況についてお伺いします。(短期入所療養介護利用者を除く)

問 17 2023 年 4 月～6 月の 3 か月間の「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。			
	①新規入所者	②退所者	
合計人数	人	人	
【内訳】	本人の家等(賃貸、家族の家を含む)	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・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護(グループホーム))	人	
	病院(介護療養型医療施設を除く)(以下、内訳)	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)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
	他の介護老人保健施設	人	人
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人	人	
死亡		人	
その他	人	人	

※延べ人数でご記入ください。例えば、4月1日に自宅から入所して、5月1日に自宅へ退所、6月1日に再度自宅から入所した場合は、本人の家等から「2人」と数えてください。ただし、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の再入所分は加えません。

6. 在宅復帰・在宅療養支援等指標に関連してお伺いします。

問 18 2023 年 6 月末時点における在宅復帰・在宅療養支援等指標の数字を転記してください

※割合・数値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。

	単位	
1)在宅復帰率（前 6 か月間）	%	
2)ベッド回転率（前 3 か月間）	%	
3)入所前後訪問指導割合(前 3 か月間)	%	
4)退所前後訪問指導割合(前 3 か月間)	%	
5)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)(前 3 か月間)		1 0 種類 2 1 種類 3 2 種類 (訪問リハなし) 4 2 種類 (訪問リハあり) 5 3 種類
6)リハビリ専門職の配置割合(前 3 か月間)		
7)支援相談員の配置割合(前 3 か月間)		
8)要介護4または5の割合(前 3 か月間)	%	
9)喀痰吸引の実施割合(前 3 か月間)	%	
10)経管栄養の実施割合(前 3 か月間)	%	
11)退所時指導等の実施(退所時指導及び退所後の状況確認)		1 有 2 無
12)リハビリテーションマネジメント		1 有 2 無
13)地域貢献活動		1 有 2 無
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)		1 有 2 無

7. 入所者の医療等の必要性、提供内容等に関してお伺いします。(短期入所療養介護の利用者は除く)

問 19 所定疾患施設療養費の対象疾患である次の傷病について、入所後に新たに発症した人数 (2023 年 4 月～6 月)		
①肺炎	1 発症あり⇒()人	うち医療機関へ転院した人 ()人
②尿路感染症	1 発症あり⇒()人	うち医療機関へ転院した人 ()人
③带状疱疹	1 発症あり⇒()人	うち医療機関へ転院した人 ()人
④蜂窩織炎	1 発症あり⇒()人	うち医療機関へ転院した人 ()人

問 20 心不全(慢性心不全の増悪等)の発症の有無 (2023 年 4 月～6 月)	1 発症あり⇒()人	うち医療機関へ転院した人 ()人
【問 20 で医療機関へ転院した人が 1 人以上いた場合】 転院することになった理由 (複数回答可)	2 発症なし 1 医師の専門外のケースであったため 2 施設では対応ができない重症度であったため 3 現行報酬では費用が持ち出しになるという経営上の判断があるため 4 施設の方針により、施設内では急変時の医療行為を実施しないこととしているため 5 すぐに医療機関に搬送することが可能であったため 6 本人からの希望があったため 7 家族からの希望があったため 8 該当なし	
問 21 慢性気管支炎の急性増悪の発症の有無 (2023 年 4 月～6 月)	1 発症あり⇒()人	うち医療機関へ転院した人 ()人
	2 発症なし	

【問 21 で医療機関へ転院した人が 1 人以上いた場合】 転院することになった理由 (複数回答可)	1 医師の専門外のケースであったため
	2 施設では対応ができない重症度であったため
	3 現行報酬では費用が持ち出しになるという経営上の判断があるため
	4 施設の方針により、施設内では急変時の医療行為を実施しないこととしているため
	5 すぐに医療機関に搬送することが可能であったため
	6 本人からの希望があったため
	7 家族からの希望があったため
	8 該当なし

問 22 認知症短期集中リハビリテーションの実施の有無・対象数(2023 年6月分)	1 実施している ⇒ 対象数 () 人 2 実施していない
--------------------------------------------	-----------------------------------

【問 22 で「1 実施している」場合】

①施設内で職員向けの研修を実施しているか	1 はい 2 いいえ
②認知症リハを実施するために自宅の状況の確認の有無	1 確認している ⇒ 対象者数のうち () 人の自宅を確認済み 2 確認は行っていない
③認知症短期集中リハビリテーションの算定終了後に、認知機能等の評価を実施することになっているか	1 必ず評価している 2 必ずしも評価していない

【全員にお伺いします】

問 23 基本的に入所後すぐに実施する検査(複数回答可)	1 血液検査 2 尿検査 3 心電図 4 胸部レントゲン 5 その他 6 特に実施していない
問 24 入所後に、定期的に行っている検査(複数回答可)	1 血液検査 2 尿検査 3 心電図 4 胸部レントゲン 5 その他 6 特に実施していない

問 25 これまでの新型コロナウイルス感染症の施設内での発生人数 合計①+②(無症状者含む)(延べ人数:1人の人が2回罹患した場合、2人と計上)	人
①うち、病院等への搬送人数	人
うち、協力病院への搬送人数	人
②うち、施設内での療養人数	人

【問 25 で 1 人以上いた場合、問 26～問 29 を回答してください。】

問 26 問 25 の合計のうち、施設内で酸素投与を行った(中等症Ⅱ以上)人数	人
うち、施設内で療養を終えた人数(死亡含む)	人
問 27 誰が新型コロナウイルスに感染した患者を診察したか(複数回答可)	1 施設医師 2 併設医療機関医師 3 協力病院医師(2以外) 4 それ以外の医療機関の医師
問 28 誰がコロナ治療薬の処方を行ったか(複数回答可)	1 施設医師 2 併設医療機関医師 3 協力病院医師(2以外) 4 それ以外の医療機関の医師 5 処方を行わなかった
問 29 電話・オンライン診療を活用したコロナ治療薬の処方を行ったか	1 行った 2 行わなかった

【全員にお伺いします】

問 30 医療機関からの新型コロナウイルス感染症治療後の患者の受入(自施設から入院した者を除く)	1 有 ⇒ () 人 2 無
--------------------------------------------------	-----------------

問 31 感染対策についての研修・訓練の実施方法(複数回答可)	1 自施設の職員が講師となり実施している 2 外部から講師を招いて実施している 3 協力病院(併設医療機関含む)が開催する感染対策についての研修・訓練に参加している 4 協力病院以外の病院が開催する感染対策についての研修・訓練に参加している 5 地域の職能団体が開催する感染対策についての研修・訓練に参加している 6 その他
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

問 32 酸素投与を行っている入所者数(新型コロナウイルス感染症に限らない)2023年6月30日時点	人
問 33 酸素投与を施設で実施する上での課題(複数回答可)	1 対応できる人員が十分ではないこと 2 設備が十分でないこと 3 急変時の対応が困難 4 一部費用について医療機関から請求をされることがあること(在宅酸素療法指導管理料相当額など) 5 その他

問 34 ポリファーマシー対策として、薬剤調整を積極的に実施しているか	1 はい 2 いいえ
「2 いいえ」の場合:実施していない理由(複数回答可)	1 薬剤調整や処方変更後の経過観察等の対応に多くの時間を要するため 2 利用者や家族への説明が困難なため 3 本人の希望による 4 家族の希望による 5 ポリファーマシーに関する専門性を有する職員が不在または不足しているため 6 その他

8. 入所者の口腔衛生管理・栄養管理に関してお伺いします。

問 35 令和3年介護報酬改定によって介護保険施設における口腔衛生の管理体制の整備が義務づけられました。口腔衛生の管理の実態として、入所者への口腔のスクリーニングについてお伺いします。(2023年6月)	
1)入所者全員に対する口腔内のスクリーニングを実施しているか	1 全員に実施している 2 一部の者に実施している 3 実施していない
【1)で1または2と回答した場合】	
①実施時期(複数回答可)	1 入所時 2 定期的(月1回程度) 3 定期的(3月に1回程度) 4 3月以上に1回 5 不定期 6 退所時
②実施している職種(複数回答可)	1 介護職員 2 配置の歯科衛生士 3 協力歯科医療機関の歯科医師 4 協力歯科医療機関の歯科衛生士 5 協力歯科医療機関以外の歯科医師 6 協力歯科医療機関以外の歯科衛生士 7 看護師 8 言語聴覚士
③実施にあたり、歯科医師の指示はありましたか	1 有 2 無
【1)で2または3と回答した場合】実施していない人がいる理由	
④理由(複数回答可)	1 口腔のスクリーニングの指標がない 2 実施するための人員が不足している 3 介護職員の口腔の知識が不足している 4 歯科専門職の協力が得られない 5 その他
【全員にお伺いします】2) 口腔衛生管理加算の算定の有無(2023年6月)	1 有 2 無

問 36 栄養マネジメント強化加算の算定状況(2023年6月の算定状況) ※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。	1 有⇒件数()件 2 無
【「1 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	人
2)加算算定を理由に採用した栄養士	人
【「2 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○)	1 算定するつもりはあるができない 2 算定するつもりはない
2)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)	1 加算の単位数が低い 2 管理栄養士を採用しようとしても応募がない 3 管理栄養士を増員しても採算が合わない 4 管理栄養士の業務時間が不足している 5 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 6 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 7 LIFEデータ提出体制が整っていない 8 管理栄養士以外の他職種の理解や協力が得られない 9 管理栄養士の判断 10 施設長の判断 11 その他

問 37 在宅復帰支援における管理栄養士の関与	1 有	2 無	
【「1 有」と回答した場合】			
①入所前自宅等訪問の実施	1 必ず実施する	2 必要時に実施する	3 実施しない
②入所後自宅等訪問の実施	1 必ず実施する	2 必要時に実施する	3 実施しない
③退所前自宅等訪問の実施	1 必ず実施する	2 必要時に実施する	3 実施しない
④退所後自宅等訪問の実施	1 必ず実施する	2 必要時に実施する	3 実施しない

9. 短期入所療養介護に関してお伺いします。

問 38 短期入所療養介護の利用者数(2022年7月～2023年6月)延べ人数 ※Aさんが4月と6月に1週間ずつ、Bさんが5月に3日間利用者した場合は、3人とご回答ください。	() 人
①利用者のうち、医療的処置を行った人(延べ人数)	人
②うち、急性疾患に対する医療的処置(投薬、検査、注射、処置等)を行った人(入所中に発症した場合も含む)(延べ人数)	人

↓
短期入所療養介護利用者票
についてご回答ください

問 39 短期入所療養介護の利用者について入所後に新たに発症した人数(2023年4月～6月)	
①肺炎	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院した人 () 人 2 発症なし
②尿路感染症	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院した人 () 人 2 発症なし
③帯状疱疹	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院した人 () 人 2 発症なし
④蜂窩織炎	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院した人 () 人 2 発症なし
⑤心不全(慢性心不全の増悪)	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院した人 () 人 2 発症なし
⑥慢性気管支炎の急性増悪	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院した人 () 人 2 発症なし

問 40 総合医学管理加算の算定人数(2021年4月～2023年6月)	() 人	⇒ 短期入所療養介護利用者票 についてご回答ください
問 41 総合医学管理加算の算定が少ない理由(複数回答可)	1 区分支給限度基準額を超えてしまうため 2 医療機関の医師が知らないと思われるため 3 介護支援専門員が知らないと思われるため 4 治療目的の入所は対応ができないため 5 該当なし	
【問 40 で1人以上の場合】	1 併設医療機関受診者のうち、利用が適切だった人がいた 2 地域の医療機関に、サービスを積極的に紹介している 3 地域の介護支援専門員(ケアマネジャー)にサービスを積極的に紹介している 4 医療職を多めに配置している 5 該当なし	
問 42 総合医学管理加算の算定ができた理由(複数回答可)		

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、入所者票・短期入所療養介護利用者票とあわせて、同封の返送用封筒(切手は不要)に入れ、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査 入所者票

(老健入所:びわ色)

No	(1) 基本情報						(2) 施設の利用状況		
	1) 年齢	2) 要介護度	3) 認知症 高齢者日 常生活自 立度	4) 補足給付の 段階	5) 利用者の住まい の状況	6) 住民票	7) 入所時期		8) 利用してい る居室
							年 (西暦下2 桁)	月	
	1 40歳～64歳 2 65歳～74歳 3 75歳～84歳 4 85歳～94歳 5 95歳以上	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 要支援 1・2 7 申請中	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明	1 第一段階 2 第二段階 3 第三段階 4 第四段階	1 自宅(持ち家・ 賃貸) 2 高齢者向け住 宅(有料老人 ホーム・サ高 住等) 3 住まいはない 4 分からない	1 当施設に 移した 2 1以外	年	月	1 4人部屋 2 3人部屋 3 2人部屋 4 従来型個室 5 ユニット型 個室 6 ユニット型 個室的多床 室
例	3	4	3	2	1	2	23	4	3
1							年	月	
2							年	月	
3							年	月	
4							年	月	
5							年	月	
6							年	月	
7							年	月	
8							年	月	
9							年	月	
10							年	月	
11							年	月	
12							年	月	
13							年	月	
14							年	月	
15							年	月	

※行が不足する場合は調査票をコピーしてご記入ください

令和5年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
介護老人保健施設及び介護医療院における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

※本調査票の対象は、介護医療施設では「介護医療院票の問 33②該当する人全員」、介護老人保健施設では「介護老人保健施設票の問 38②に該当する人全員」と「問 40 に該当する人全員」です。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開始時点、または質問に記載している時期・期間とします。

問1 年齢	01 40～64歳	02 65～74歳	03 75～84歳	04 85～94歳	05 95歳以上
問2 世帯構成	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3 利用期間	令和()年()月()日～令和()年()月()日				
問4 予め計画されていた短期入所でしたか	01 はい	02 いいえ			
問5 総合医学管理加算算定の有無(介護老人保健施設の場合のみ回答)	01 有	02 無			
問6 利用開始前の居場所 (全員の方がご回答ください)	01 本人の家等(賃貸、家族等の家を含む)				
	02 病院(介護療養型医療施設を除く) →貴施設の協力病院か(a 協力病院である b 協力病院ではない)				
問7 利用終了後の居場所	03 有床診療所(介護療養型医療施設を除く)				
	04 介護療養型医療施設 05 介護医療院 06 介護老人保健施設 07 他の短期入所療養介護 08 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 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)) 10 その他				
問8 要介護度	01 要介護1 02 要介護2 03 要介護3 04 要介護4				
	05 要介護5 06 要支援1・2 07 申請中				
問9 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立	02 I	03 II a	04 II b	
	05 III a	06 III b	07 IV	08 M	
問10 治療対象となった疾患名 (複数回答可)	01 市中肺炎	02 誤嚥性肺炎	03 尿路感染症	04 带状疱疹	
	05 蜂窩織炎	06 心不全	07 感染性胃腸炎	08 脱水症	
問10で複数に○をした場合:主たる疾患の番号(1つのみ記入)					
問11 主たる疾患の発症の時期	01 入所前	02 入所中			
問12 主たる疾患の治癒までの状況	01 入所から7日以内に治癒(入所後に発症の場合は発症日から7日)				
	02 入所から7日を超えて治療継続し治癒(同上) →治療期間()日				
03 治癒前に医療機関へ入院					
04 死亡					
※総合医学管理加算(介護老人保健施設のみ)は最大7日間算定可能です。					

→裏面も回答してください。

問 13 入所前に受診しましたか	01 併設医療機関を受診した 02 併設以外の医療機関を受診した 03 医療機関を受診していない		
問 14 入所中に実施した検査の回数 (併設施設等での実施を含む。)検査を実施していない場合は「0」を記入してください (例:尿検査と血液検査を同日に行った場合、①の回数は2回としてください。)			
①検体検査(尿・血液等)	②生体検査(超音波・内視鏡等)	③X線単純撮影	④CT・MRI
回	回	回	回
問 15 原因菌の特定検査	01 実施した 02 実施しなかった 03 感染症はなかった		
問 16 薬剤感受性検査	01 実施した 02 実施しなかった 03 感染症はなかった		
問 17 入所中に実施した処置(複数回答可)			
01 経口薬投与(入所の原因となった疾患に対するもの)	07 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		
02-1 静脈内注射(点滴含む)<輸液>	08 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)		
02-2 静脈内注射(点滴含む)<抗菌薬>	09 喀痰吸引(1日8回未満)		
02-3 静脈内注射(点滴含む)<利尿薬>	10 喀痰吸引(1日8回以上)		
02-4 静脈内注射(点滴含む)<昇圧薬>	11 疼痛管理(麻薬なし)		
03 24時間持続点滴	12 疼痛管理(麻薬使用)		
04 酸素療法(酸素吸入)	13 創傷処置		
05 経鼻経管栄養	14 褥瘡処置		
06 中心静脈栄養	15 該当なし		
問 18 緊急時施設療養費算定の有無	01 緊急時治療管理→ ()日 02 特定治療 03 算定なし		
問 19 医師による診察(処置、判断含む)・健康観察の頻度・必要性	01 週1回以下 02 週2～3回 03 週4～6回 04 毎日 05 1日に数回以上		
問 20 看護職員による観察・直接の看護提供の頻度・必要性	01 1日に1～3回 02 1日に4～8回 03 1日に9回以上		
問 21 リハビリテーション実施の有無と回数 ※20分で1回としてください。入所期間中の合計回数をご記入ください。	01 有⇒()回 02 無		
問 22 短期入所中に既往歴にない疾患が見つかりましたか(複数回答可)	01 見つかった⇒(01 貧血 02 糖尿病 03 高血圧 04 脂質異常症 05 低アルブミン血症 06 心不全 07 慢性腎不全 08 その他) 02 特に見つからなかった		
問 23 身体拘束の実施の有無(1回以上実施した場合は、「01 有」に○)	01 有 02 無		

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

2. 設備についてお伺いします。

問 11 X線装置	1 有 → (a 自施設内 b 併設施設内) 2 無				
問 12 居室の部屋数と延べ床面積					
※1:「延べ床面積」は、合計値を回答してください(20㎡の部屋2室と18㎡の部屋1室がある場合には計58㎡)。					
	4人室	3人室	2人室	従来型個室	ユニット型
室数	室	室	室	室	室
延べ床面積(合計値)	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡

※ユニット型には「ユニット型個室」「ユニット型個室的多床室」の両方を含む

3. 職員数についてお伺いします。

問 13 2023年7月1日時点の貴施設の届出上の職員数(常勤換算数)及び、夜勤の実施の配置数をご記入ください。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等の職員数(常勤換算数)についても記入ください。				
※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。 職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて按分して計上してください。 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、常勤換算で3.6人				
	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			
理学療法士	. 人	/	. 人	. 人
作業療法士	. 人		. 人	. 人
言語聴覚士	. 人		. 人	. 人
栄養士	. 人	/	/	/
うち、管理栄養士	. 人			
介護支援専門員	. 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			

4. 貴施設の入所者の状況についてお伺いします。(短期入所療養介護の利用者は除く)

問 14 2023 年 6 月 30 日 24 時時点の入所者数(実人数)					人	
問 15 問 14 で回答した入所者について、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 14 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	J	A	B	C	不明・未実施	
	人	人	人	人	人	
認知症高齢者の日常生活自立度別	自立	I	II a	II b		
	人	人	人	人		
	III a	III b	IV	M	不明・未実施	
	人	人	人	人	人	

5. 貴施設の新規入所者・退所者の状況についてお伺いします。(短期入所療養介護利用者を除く)

問 16 2023 年 4 月～6 月の 3 か月間の「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。			
	①新規入所者	②退所者	
合計人数	人	人	
【内訳】	本人の家等(賃貸、家族の家を含む)	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・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護(グループホーム))	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)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
	介護老人保健施設	人	人
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人	人	
死亡		人	
その他	人	人	

※延べ人数でご記入ください。例えば、4月1日に自宅から入所して、5月1日に自宅へ退所、6月1日に再度自宅から入所した場合は、本人の家等から「2人」と数えてください。ただし、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の再入所分は加えません。

6. 介護医療院に係る届出内容についてお伺いします。

問 17 貴施設の直近の届出上の基本情報についてご記入ください。

【Ⅰ型介護医療院の場合は回答してください】

	単位	
1)入所者等の数（実人数）(前3か月間)	人	
2)重篤な身体疾患を有する者の数(実人数)（前3か月間）	人	
3)身体合併症を有する認知症高齢者の数(実人数)（前3か月間）	人	
4)喀痰吸引を実施した入所者等の総数(実人数)（前3か月間）	人	
5)経管栄養を実施した入所者等の総数(実人数)（前3か月間）	人	
6)インスリン注射を実施した入所者等の総数(実人数)（前3か月間）	人	
7)入所者延日数(前3か月間)	日	
8)ターミナルケアの対象者延日数(前3か月間)	日	
9)生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施		1 有 2 無
10)地域に貢献する活動の実施		1 有 2 無

【Ⅱ型介護医療院の場合は回答してください】

	単位	
1)入所者等の数（実人数）(前3か月間)	人	
2)日常生活自立度のランクMに該当する入所者等(実人数)（前3か月間）	人	
3)日常生活自立度のランクⅣに該当する入所者等(実人数)（前3か月間）	人	
4)喀痰吸引を実施した入所者等の総数(実人数)（前3か月間）	人	
5)経管栄養を実施した入所者等の総数(実人数)（前3か月間）	人	
6)ターミナルケアの実施体制		1 有 2 無

7. 入所者の医療等の必要性、提供内容等に関してお伺いします。(短期入所療養介護の利用者は除く)

問 18 次の傷病について、入所後に新たに発症した人数(2023年4月～6月)		
①肺炎	1 発症あり ➡ () 人	うち医療機関へ転院(※)した人 () 人
	2 発症なし	
②尿路感染症	1 発症あり ➡ () 人	うち医療機関へ転院(※)した人 () 人
	2 発症なし	
③帯状疱疹	1 発症あり ➡ () 人	うち医療機関へ転院(※)した人 () 人
	2 発症なし	
④蜂窩織炎	1 発症あり ➡ () 人	うち医療機関へ転院(※)した人 () 人
	2 発症なし	
⑤心不全(慢性心不全の増悪)	1 発症あり ➡ () 人	うち医療機関へ転院(※)した人 () 人
	2 発症なし	
⑥慢性気管支炎の急性増悪	1 発症あり ➡ () 人	うち医療機関へ転院(※)した人 () 人
	2 発症なし	

(※)同一建物内の病院・診療所に移った場合も転院とする。

【①～⑥で医療機関へ転院した人が1人以上いた場合】	1 医師の専門外のケースであったため
	2 施設では対応できない重症度であったため
転院することになった理由 (複数回答可)	3 現行報酬では費用が持ち出しになるという経営上の判断があるため
	4 施設の方針により、施設内では急変時の医療行為を実施しないこととしているため
	5 すぐに医療機関に搬送することが可能であったため
	6 本人からの希望があったため
	7 家族からの希望があったため
	8 該当なし

【全員にお伺いします】

問 19 基本的に入所後すぐに実施する検査(複数回答可)	1 血液検査	2 尿検査	3 心電図	4 胸部レントゲン
	5 その他	6 特に実施していない		
問 20 入所後に、定期的に行っている検査(複数回答可)	1 血液検査	2 尿検査	3 心電図	4 胸部レントゲン
	5 その他	6 特に実施していない		

問 21 これまでの新型コロナウイルス感染症の施設内での発生人数 合計(①+②)(無症状者含む)(延べ人数:1人の人が2回罹患した場合、2人と計上)	人
①うち、病院等への搬送人数	人
うち、協力病院への搬送人数	人
②うち、施設内での療養人数	人

【問 21 で1人以上いた場合、問 22～問 24 を回答してください。】

問 22 問 21 の合計のうち、施設内で酸素投与を行った(中等症Ⅱ以上)人数	人
うち、施設内で療養を終えた人数(施設内での死亡含む)	人
問 23 誰が新型コロナウイルスに感染した患者を診察したか(複数回答可)	1 施設医師 2 併設医療機関医師 3 協力病院医師(2以外) 4 それ以外の医療機関の医師
問 24 誰がコロナ治療薬の処方を行ったか(複数回答可)	1 施設医師 2 併設医療機関医師 3 協力病院医師(2以外) 4 それ以外の医療機関の医師 5 処方を行わなかった

【全員にお伺いします】

問 25 医療機関からの新型コロナウイルス感染症治療後の患者の受入(自施設から入院した者を除く)	1 有⇒()人 2 無
--------------------------------------------------	--------------

問 26 感染対策についての研修・訓練の実施方法(複数回答可)	1 自施設の職員が講師となり実施している 2 外部から講師を招いて実施している 3 協力病院(併設医療機関含む)が開催する感染対策についての研修・訓練に参加している 4 協力病院以外の病院が開催する感染対策についての研修・訓練に参加している 5 地域の職能団体が開催する感染対策についての研修・訓練に参加している 6 その他
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

問 27 酸素投与を行っている入所者数 (新型コロナウイルス感染症に限らず)(2023年6月30日時点)	人
問 28 酸素投与を施設で実施する上での課題(複数回答可)	1 対応できる人員が十分ではないこと 2 設備が十分でないこと 3 急変時の対応が困難 4 一部費用について医療機関から請求をされることがあること(在宅酸素療法指導管理料相当額など) 5 その他

問 29 ポリファーマシー対策として、薬剤調整を積極的に実施しているか	1 はい 2 いいえ
「2 いいえ」の場合:実施していない理由 (複数回答可)	1 薬剤調整や処方変更後の経過観察等の対応に多くの時間を要するため 2 利用者や家族への説明が困難なため 3 本人の希望による 4 家族の希望による 5 ポリファーマシーに関する専門性を有する職員が不在または不足しているため 6 その他

8. 入所者の口腔衛生管理・栄養管理についてお伺いします。

問 30 令和3年介護報酬改定によって介護保険施設における口腔衛生の管理体制の整備が義務づけられました。口腔衛生の管理の実態として、入所者への口腔のスクリーニングについてお伺いします。(2023年6月)	
1)入所者全員に対する口腔内のスクリーニングを実施しているか	1 全員に実施している 2 一部の者に実施している 3 実施していない
【1)で1または2と回答した場合】	
①実施時期(複数回答可)	1 入所時 2 定期的(月1回程度) 3 定期的(3月に1回程度) 4 3月以上に1回 5 不定期 6 退所時
②実施している職種(複数回答可)	1 介護職員 2 配置の歯科衛生士 3 協力歯科医療機関の歯科医師 4 協力歯科医療機関の歯科衛生士 5 協力歯科医療機関以外の歯科医師 6 協力歯科医療機関以外の歯科衛生士 7 看護師 8 言語聴覚士
③実施にあたり、歯科医師の指示はありましたか	1 有 2 無
【1)で2または3と回答した場合】実施していない人がいる理由	
④理由(複数回答可)	1 口腔のスクリーニングの指標がない 2 実施するための人員が不足している 3 介護職員の口腔の知識が不足している 4 歯科専門職の協力が得られない 5 その他
【全員にお伺いします】2) 口腔衛生管理加算の算定の有無(2023年6月)	1 有 2 無

問 31 栄養マネジメント強化加算の算定状況(2023年6月の算定状況) ※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。	1 有⇒件数()件 2 無
【「1 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>	人
2)加算算定を理由に採用した <u>栄養士</u>	人
【「2 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○)	1 算定するつもりはあるができない 2 算定するつもりはない
2)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)	1 加算の単位数が低い 2 管理栄養士を採用しようとしても応募がない 3 管理栄養士を増員しても採算が合わない 4 管理栄養士の業務時間が不足している 5 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 6 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 7 LIFEデータ提出体制が整っていない 8 管理栄養士以外の他職種の理解や協力が得られない 9 管理栄養士の判断 10 施設長の判断 11 その他

9. 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沿った対応の実施状況についてお伺いします。

問 32 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沿った対応の実施状況	1 入所者全員に実施している 2 一部の入所者のみ実施している 3 実施していない
【2または3と回答した場合】 全員に実施していない理由 (複数回答可)	1 ガイドラインを知らない 2 実施するために人手がかかる 3 ターミナルケアを行う者のみ実施することとしている 4 運営基準・報酬上は義務となっていないため 5 本人が希望しない 6 該当なし

10. 短期入所療養介護に関してお伺いします。

問 33 短期入所療養介護の利用者数(2022年7月～2023年6月)延べ人数 ※Aさんが4月と6月に1週間ずつ、Bさんが5月に3日間利用者した場合は、3人とご回答ください。	() 人
①利用者のうち、医療的処置を行った人(延べ人数)	人
②うち、急性疾患に対する医療的処置(投薬、検査、注射、処置等)を行った人(入所中に発症した場合も含む)(延べ人数)	人

↓
短期入所療養介護利用者票
についてご回答ください

問 34 短期入所療養介護の利用者について入所後に新たに発症した人数(2023年4月～6月)	
①肺炎	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院(※)した人 () 人 2 発症なし
②尿路感染症	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院(※)した人 () 人 2 発症なし
③带状疱疹	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院(※)した人 () 人 2 発症なし
④蜂窩織炎	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院(※)した人 () 人 2 発症なし
⑤心不全(慢性心不全の増悪)	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院(※)した人 () 人 2 発症なし
⑥慢性気管支炎の急性増悪	1 発症あり ➡ () 人 うち医療機関へ転院(※)した人 () 人 2 発症なし

(※)同一建物内の病院・診療所に移った場合も転院とする。

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、入所者票・短期入所療養介護利用者票とあわせて、同封の返送用封筒(切手は不要)に入れ、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査 入所者票

(医療院入所:さくら色)

No	(1) 基本情報						(2) 施設の利用状況			(3) 人生最終段階における医療・ケアについて					
	1) 年齢	2) 要介護度	3) 認知症高齢者日常生活自立度	4) 補足給付の段階	5) 利用者の住まいの状況	6) 住民票	7) 入所時期		8) 利用している居室	9) 「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」に沿った対応を行っているか	10) 本人の意思が確認できるか	11) 提供する医療・ケアをどのように決定しているか	12) 医師が一般的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か		
	1 40歳～64歳 2 65歳～74歳 3 75歳～84歳 4 85歳～94歳 5 95歳以上	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 要支援1・2 7 申請中	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明	1 第一段階 2 第二段階 3 第三段階 4 第四段階	1 自宅(持ち家・賃貸) 2 高齢者向け住宅(有料老人ホーム・サ高住等) 3 住まいはない 4 分からない	1 当施設に移した 2 1以外	年	月	1 4人部屋 2 3人部屋 3 2人部屋 4 従来型個室 5 ユニット型個室 6 ユニット型個室的多床室	1 有 2 無	1 確認できる 2 確認できない	1 家族等が本人の意思を推定して決定している 2 家族等が本人の意思を推定できず、医療・ケアチームが家族等と十分に話し合いを行い決定している 3 家族等が不在等の理由で医療・ケアチームが決定している 4 医療・ケアチーム以外の複数の専門家が検討・助言を行い決定している 5 その他	1 該当する 2 該当しない		
例	3	4	3	2	1	2	23	年	4	月	3	1	2	1	1
1								年		月					
2								年		月					
3								年		月					
4								年		月					
5								年		月					
6								年		月					
7								年		月					
8								年		月					
9								年		月					
10								年		月					

※行が不足する場合は調査票をコピーしてご記入ください