

令和2年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
介護医療院票

1. 本調査票は「介護医療院」について、問1～問27は施設長様もしくは事務長様が、問28～問36は看護師長様にご回答ください。
2. ご回答にあたっては、同封の「記入要領」をご参照ください。
3. 同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。
4. お問い合わせ先（調査事務局）
TEL：03-6733-3479（平日10:00～17:00）FAX：03-6733-1028（24時間）E-mail：kaigo@murc.jp

施設名			
事業所番号			
部署・ 役職名		ご連絡先 電話番号	

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

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。（2020年7月1日時点の状況についてご回答ください。）

問1 所在地	（ ） 都・道・府・県																		
問2 開設主体	01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 個人 05 その他（ ）																		
問3 開設年月	西暦（ ）年（ ）月																		
問4 定員	（ ）人																		
問5 類型	<table border="0"> <tr> <td>01 I型介護医療院サービス費（I）</td> <td>09 ユニット型I型介護医療院サービス費（I）</td> </tr> <tr> <td>02 I型介護医療院サービス費（II）</td> <td>10 ユニット型I型介護医療院サービス費（II）</td> </tr> <tr> <td>03 I型介護医療院サービス費（III）</td> <td>11 ユニット型I型介護医療院サービス費（III）</td> </tr> <tr> <td>04 II型介護医療院サービス費（I）</td> <td>12 ユニット型II型介護医療院サービス費（I）</td> </tr> <tr> <td>05 II型介護医療院サービス費（II）</td> <td>13 ユニット型II型介護医療院サービス費（II）</td> </tr> <tr> <td>06 II型介護医療院サービス費（III）</td> <td>14 ユニット型II型介護医療院サービス費（III）</td> </tr> <tr> <td>07 I型特別介護医療院サービス費</td> <td>15 ユニット型I型特別介護医療院サービス費</td> </tr> <tr> <td>08 II型特別介護医療院サービス費</td> <td>16 ユニット型II型特別介護医療院サービス費</td> </tr> </table>			01 I型介護医療院サービス費（I）	09 ユニット型I型介護医療院サービス費（I）	02 I型介護医療院サービス費（II）	10 ユニット型I型介護医療院サービス費（II）	03 I型介護医療院サービス費（III）	11 ユニット型I型介護医療院サービス費（III）	04 II型介護医療院サービス費（I）	12 ユニット型II型介護医療院サービス費（I）	05 II型介護医療院サービス費（II）	13 ユニット型II型介護医療院サービス費（II）	06 II型介護医療院サービス費（III）	14 ユニット型II型介護医療院サービス費（III）	07 I型特別介護医療院サービス費	15 ユニット型I型特別介護医療院サービス費	08 II型特別介護医療院サービス費	16 ユニット型II型特別介護医療院サービス費
01 I型介護医療院サービス費（I）	09 ユニット型I型介護医療院サービス費（I）																		
02 I型介護医療院サービス費（II）	10 ユニット型I型介護医療院サービス費（II）																		
03 I型介護医療院サービス費（III）	11 ユニット型I型介護医療院サービス費（III）																		
04 II型介護医療院サービス費（I）	12 ユニット型II型介護医療院サービス費（I）																		
05 II型介護医療院サービス費（II）	13 ユニット型II型介護医療院サービス費（II）																		
06 II型介護医療院サービス費（III）	14 ユニット型II型介護医療院サービス費（III）																		
07 I型特別介護医療院サービス費	15 ユニット型I型特別介護医療院サービス費																		
08 II型特別介護医療院サービス費	16 ユニット型II型特別介護医療院サービス費																		
問6 併設する 医療機関	01 病院を併設 ➡病床の種類（複数回答可）（11 一般病床 12 療養病床 13 その他） 02 診療所を併設（外来機能のみ有する場合を含む） 03 併設医療機関なし																		
問7 介護医療院が実施している居 宅介護サービス等（複数回答可）	01 通所リハビリテーション 02 訪問リハビリテーション 03 短期入所療養介護 04 上記のいずれも実施していない																		
問8 問7で03に回答した場合、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。	01 実施していた 02 実施していなかった																		
問9 問8で「02実施していなかった」 と回答した場合、介護医療院 で短期入所療養介護を始めた 理由（複数回答可）	01 介護医療院の機能として重要と考えたため 02 在宅支援に積極的に関わるため 03 在宅のケアマネジャーから紹介があったため 04 利用者・家族から要望があったため 05 職員から提案があったため 06 空床を効果的に利用できるため 07 介護医療院の経営に効果的と考えたため 08 特になし																		

問 10 併設医療機関又は併設事業所が実施している居宅介護サービス等(複数回答可)	01 通所リハビリテーション 02 訪問リハビリテーション 03 外来リハビリテーション 04 訪問看護 05 短期入所療養介護 06 上記のいずれも実施していない
問 11 同一法人・関連法人が運営している他の介護保険サービス等(複数回答可)	01 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護) 05 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護なし) 06 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス 07 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム) 08 小規模多機能型居宅介護 09 看護小規模多機能型居宅介護 10 その他の介護保険サービス 11 他の介護保険サービスは運営していない

2. 職員数についてお伺いします。(2020年7月1日時点の状況についてご回答ください。)

問 12 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数をご記入ください。			
※常勤換算の計算方法： 常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該療養棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。 例：A施設(常勤の従業員が勤務すべき時間数：32時間/週)常勤職員2名、非常勤職員B：20時間/週、非常勤職員C：32時間/週の場合：2 + ((20+32)/32) = 3.625 よって、常勤換算で3.6人			
	専従	他の施設等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1日あたり人数
医師	人	人	
歯科医師	人	人	
歯科衛生士	人	人	
薬剤師	人	人	
看護師	人	人	人
准看護師	人	人	
介護職員	人	人	人
うち、介護福祉士	人	人	
理学療法士	人	人	
作業療法士	人	人	
言語聴覚士	人	人	
栄養士	人	人	
うち、管理栄養士	人	人	
介護支援専門員	人	人	
診療放射線技師	人	人	

3. 設備についてお伺いします。

問 13 療養室の部屋数と延べ床面積 「延べ床面積」は、1 室あたりの広さではなく、全部屋での合計値を回答してください。 (20 m ² の部屋と 18 m ² の部屋がある場合には計 38 m ²)					
	4人室	3人室	2人室	個室	ユニット型個室
室数	室	室	室	室	室
延べ床面積(合計値)	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
問 14 廊下幅 「廊下幅」は、壁から壁で測定した場合に、最も狭い幅を回答してください。 「中廊下」とは、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。該当する廊下がない場合には「中廊下なし」に○をつけてください。					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅	1 中廊下なし 2 中廊下有 () m		
問 15 療養環境減算の適用(複数回答)		01 なし 02 療養環境減算 I 03 療養環境減算 II			

4. 貴施設の入所者数等についてお伺いします。

問 16 2020 年 7 月 1 日 24 時時点の入所者数(実人数)	人
問 17 延べ入所者数(2020 年 4 月 1 日～6 月 30 日の 3 か月間) ※1、2	人

※1：4 月 2 日～6 月 30 日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。

※2：「延べ入所者数」は、2020 年 4 月 1 日～6 月 30 日の 3 か月間の入所者数を足しあげたものです。4 月 1 日の入所者が 50 人、4 月 2 日が 49 人、4 月 3 日が 51 人、・・・であれば、50+49+51+・・・として算出してください。

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

問 18 貴施設で実施されている生活施設としての環境を整える取組・工夫等についてお伺いします。 以下の取り組みについて、あてはまるものに○をつけ、7)に特に工夫している点、力を入れている点についてご記入ください。	
1)プライベートスペースの確保(複数回答可)	01 入所者のプライベートスペースにはなじみの家具などの持ち込みを許可している 02 入所者の状態や希望にあわせてベッドの高さを調節している 03 入所者のプライベートスペースに入る際には、声掛けを行うようにしている 04 家族や見舞客と過ごすためのプライバシーを確保した部屋がある 05 その他(具体的な取り組みを 7)にご記入ください) 06 上記 01～05 にはいずれも当てはまらない
2)共有スペースの状況(複数回答可)	01 体格に合ったテーブルやイスを利用できるよう、複数のサイズのテーブル・イスを用意している。 02 食事を行うためのテーブルと、くつろぐためのテーブルやイスは異なっている 03 食事スペースや共有スペースに座った状態で、十分な採光が得られる 04 共有スペースのすぐ近くに共用のトイレがある 05 共有スペースから少し離れたところに、息を抜ける居場所がある 06 共有スペースの延長としての戸外空間がある 07 新聞や雑誌などを置いて、暮らしの場所としての家庭的な雰囲気を感じられるようにしている 08 飾り付けを工夫するなどして入居者が日中滞在しやすいような、明るい雰囲気の快適な空間にしている 09 共有スペースを、地域住民や児童等との交流の場として利用することがある 10 その他(具体的な取り組みを 7)にご記入ください) 11 上記 01～10 にはいずれも当てはまらない

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

6. 移行時の状況等についてお伺いします。

問 19 介護医療院の開設を決めた理由としてあてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)
01 介護医療院創設の理念に共感した 02 自院 (施設) には介護医療院にふさわしい患者 (入所者) が多いと考えられた 03 基本施設サービス費の報酬単価に魅力を感じた 04 移行定着支援加算に魅力を感じた 05 病院からの退院先となる場合には自宅等として取り扱われることに魅力を感じた 06 夜勤看護配置に係る 72 時間の要件が適用されていないことに魅力を感じた 07 医療区分 2 と 3 の患者 (入所者) の減少 08 看護職員配置の維持が困難 09 その他 ()

問 20 介護医療院の開設にあたっての状況をご回答ください。	
1) 開設前の施設と 病床数 (複数回答可)	01 医療療養病床 (20:1) () 床 02 医療療養病床 (25:1) () 床 03 医療療養病床 (診療所) () 床 04 介護療養型医療施設 (病院) (療養機能強化型 A) () 床 05 介護療養型医療施設 (病院) (療養機能強化型 B) () 床 06 介護療養型医療施設 (病院) (その他) () 床 07 介護療養型医療施設 (診療所) (療養機能強化型 A) () 床 08 介護療養型医療施設 (診療所) (療養機能強化型 B) () 床 09 介護療養型医療施設 (診療所) (その他) () 床 10 介護療養型医療施設 (認知症疾患型) () 床 11 介護療養型老人保健施設 (転換老健) () 床 12 その他の病床等 () () 床 13 介護医療院開設を機に増床 14 新設
2) 移行の規模	01 全病床を移行 (外来機能のみ残した場合を含む) 02 一部の病床を移行
3) 既存建物の活用	01 既存建物をそのまま活用 02 改修工事 (本体の解体工事には及ばない屋内改修) 03 改築工事 04 新築
4) 開設に向けた準備 (複数回答可)	01 家具・パーテーション等を購入 02 廊下へ手すりを設置 03 内装 (壁紙・床材等) を変更 04 減床 (4 人部屋を 3 人部屋にする等) 05 職員の配置変換 ➡職種 (11 医師 12 看護職員 13 介護職員 14 リハビリ職員 15 その他 ()) 06 職員の新規雇用 ➡職種 (11 医師 12 看護職員 13 介護職員 14 リハビリ職員 15 その他 ()) 07 他施設の視察等 08 その他 () 09 特に準備はしていない
5) 活用した助成制度等 (複数回答可)	01 地域医療介護総合確保基金 (介護施設等の施設開設準備経費等支援事業) 02 地域医療介護総合確保基金 (定期借地権設定のための一時金の支援事業) 03 地域医療介護総合確保基金 (ユニット化改修等支援事業) 04 地域医療介護総合確保基金 (介護療養型医療施設等転換整備支援事業) 05 病床転換助成事業 06 福祉医療機構 (WAM) の療養病床転換支援策 (融資条件の優遇等) 07 その他 () 08 助成制度等を利用していない
6) 活用した 経過措置 (複数回答可)	01 療養室の床面積の経過措置 (内法による測定で入所者 1 人当たり 6.4 m ² 以上) 02 建物の耐火構造の経過措置 (建築基準法の基準による) 03 屋内の直通階段及びエレベーターの経過措置 (移行前の医療法による基準と同等) 04 療養室に隣接する廊下幅の経過措置 (内法による測定で、1.2m 以上 (ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6m 以上)) 05 (介護療養型老人保健施設からの移行の場合) 調剤を行う施設についての経過措置 (近隣の場所にある薬局と連携することにより置かないことができる) 06 (介護療養型老人保健施設からの移行の場合) 臨床検査施設又はエックス線装置の設置についての経過措置 (近隣の医療機関等との連携により置かないことができる) 07 経過措置は該当しない

問 21 介護医療院の開設にあたって、課題や困難だったことがあれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)			
01 入所者が必要とする十分な医療ケアの提供		02 ターミナルケアの提供	
03 院内の他の診療科との連携が希薄になること		04 職員のモチベーションの維持	
05 移行前と比べての医師の雇用		06 移行前と比べての看護職員の雇用	
07 移行前と比べての介護職員の雇用		08 介護支援専門員の雇用	
09 入所者や家族への説明		10 入所者にとっての生活の場となるような配慮	
11 特別浴槽の設置		12 施設運営の見通しが立たなかった(経営状況悪化の恐れ)	
13 開設に伴う資金の調達が困難		14 稼働率を維持するのに十分な入所者を集めること	
15 周囲の他の介護施設との異なる特徴の明確化			
16 地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがあった			
17 自治体における相談・手続			
18 その他 ()			
19 特になかった			
問 22 介護医療院の開設にあたって、有用だと感じた支援策があれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)			
01 建物を改修・改築するための助成金		02 家具・パーテーション等を購入するための助成金	
03 移行定着支援加算		04 介護医療院の基準・制度に関する情報提供	
05 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口		06 実際に介護医療院を開設した事例の紹介	
07 自治体で作成した申請手続き等の手引き・マニュアル			
08 その他 ()			
09 特に有用な支援策はなかった			
問 23 今後介護医療院を開設する医療機関等にとって、有用だと感じる支援策があれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)			
01 建物を改修・改築するための助成金		02 家具・パーテーション等を購入するための助成金	
03 移行定着支援加算		04 介護医療院の基準・制度に関する情報提供	
05 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口		06 実際に介護医療院を開設した事例の紹介	
07 自治体で作成した申請手続き等の手引き・マニュアル			
08 施設運営のための中小企業診断士等の専門家への相談			
09 その他 ()			
問 24 介護医療院の開設にあたって、移行前後で転院(転棟)する必要のあった患者(入所者)はいましたか。(状態像の変化による転院(転棟)者は含めず、介護医療院を開設したことによる影響についてご回答ください。)※新設の介護医療院の場合にはご回答は不要です。			
1)移行にあたって併設医療機関や他の医療機関へ転院(転棟)した患者(入所者)はいましたか。		01 転院(転棟)した患者(入所者)がいた 02 転院(転棟)した患者(入所者)はいなかった	
2)【1)で転院(転棟)した患者(入所者)がいたと回答した場合】 あてはまる理由別の人数をご回答ください。	①患者(入所者)の年齢が40歳未満だった	人	
	②要介護認定されなかった	人	
	③医療の必要性が高かった	人	
	④介護保険施設では自己負担額が大きく変わった	人	
	⑤本人・家族の希望	人	
	⑥その他	人	
問 25 介護医療院への移行前後で経営面で の影響はありましたか。		01 良い影響があった 02 特にない 03 悪い影響があった 04 わからない	

問 26 介護医療院への移行前後で職員の様子に変化はありますか。あてはまる番号に○をつけてください。
具体例は自由記載ですので、空白でも構いません。可能な範囲でご記載ください。

01 良い変化があった
 (具体例 (自由記載):)

02 特になし

03 悪い変化があった
 (具体例 (自由記載):)

04 わからない

問 27 介護医療院へ移行してよかったことはどのようなことですか(複数選択可)

01 入所者・家族が生活の場として感じてくれるようになった
 02 入所者の家族との交流機会が増えた
 03 地域との交流機会が増えた
 04 職員がやりがいを感じるようになった
 05 ケアへの意識が変わった
 06 施設全体の雰囲気が良くなった
 07 移行前と比較し看護職員の配置・勤務状況が改善した
 08 移行前と比較し介護職員の配置・勤務状況が改善した
 09 経営面でプラスとなった
 10 稼働率が上がった
 11 ターミナルケアが充実した
 12 その他 ()
 13 特になし

【ここから先は看護師長様にご回答ください】

7. 貴施設の入所者の詳細についてお伺いします。(2020年7月1日24時時点)

(1) 入所者数(実人数)について、内訳をご記入下さい。

※問28～32の内訳の合計はそれぞれ問16と一致するように、ご記入下さい。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明・未実施
問 28 医療区分	人	人	人	人

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

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	不明・未実施
問 29 ADL区分	人	人	人	人

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

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
問 30 要介護度	人	人	人	人	人	人

	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳以上
問 31 年齢階級	人	人	人	人	人

	自立	I	II	III a	III b	IV	M	不明・未実施
問 32 認知症高齢者の日常生活自立度	人	人	人	人	人	人	人	人

※認知症高齢者の日常生活自立度については、調査説明資料をご確認ください。

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

問 33 2020 年 7 月 1 日 24 時時点の貴施設における入所者のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者（厚生労働省が示す基準による）について、各状態にあてはまる入所者数をご記入ください。※1 （同一の入所者が複数の状態にあてはまる場合、 <u>あてはまる状態全てにカウントしてください。</u> ）※2 併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入所者の実人数をご記入ください。	
重篤な身体疾患を有する者	
①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
③各週 2 日以上的人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち	
常時低血圧（収縮時血圧が 90mmHg 以下）	人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
出血性消化器病変を有するもの	人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態	人
⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態	人
⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態	人
⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
身体合併症を有する認知症高齢者	
①認知症であって、悪性腫瘍と診断された者	人
②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者	人
③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者	人
上記の状態にあてはまる入所者の実人数（1 つ以上の項目にあてはまった人数）	人

※1：「介護医療院Ⅰ型」の算定においては、各状態に当てはまる入所者を「延べ人数算定方式」で届け出ることとなっていますが、本調査では「2020 年 7 月 1 日 24 時時点」の人数としてご回答ください。

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

※3：「人工腎臓の実施」は他科受診によるものであっても構いません。

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

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

(2) 医療処置を実施した入所者数(実人数)について、ご記入下さい。

問 34 2020 年 6 月の1か月間における貴施設の入所者の実人数をご記入ください。		人	
問 35 2020 年 6 月の1か月間における貴施設への入所者に対して行った医療処置についてご回答ください。 (実人数)			
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理(麻薬なし)	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理(麻薬使用)	人
4) カテーテル(尿道カテーテル・コ ントームカテーテル)の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストーマ(人工肛門・人工 膀胱)の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 排便	人
8) 酸素療法(酸素吸入)	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター(血圧、心拍、 酸素飽和度等)	人
11) 静脈内注射(点滴含 む)	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉 注射(インスリン注射を除く)	人	25) ターミナルケア	人
13) 簡易血糖測定	人	26) 歯科治療(訪問を含む)	人

8. 貴施設でのターミナルケア等の実施状況をお伺いします。

問 36 以下の①～③の条件すべてに適合する入所者(ターミナル期のケアを提供している入所者)の人数と、 同入所者の 2020 年 4 月 1 日～6 月 30 日の3か月間の延べ入所日数をご記入ください。(※1)(※2)	
①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。	
②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。	
③医師、看護師、介護職員が共同して、入所者等の状態または家族の求め等に応じ随時、本人またはその 家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。	
ターミナル期のケアを提供している入所者の人数 (2020 年 7 月 1 日 24 時時点、実人数)	左記の入所者について、過去3か月間の 延べ入所日数(合計値)
人	日

※1 2020 年 7 月 1 日 24 時時点でターミナルケアを提供している入所者がいる場合、ターミナルケアを開始した時期に関わらず、その方の過去3か月間の延べ入所日数をご記入ください。

例) 2019 年 10 月 1 日に入所し、6 月 15 日からターミナルケアを開始(7 月 1 日 24 時時点でターミナルケアを提供)している場合、3 か月間の延べ入所日数は、4～6 月の延べ 91 日となります

※2 4 月 2 日～6 月 30 日の間に移行した介護医療院の場合、介護医療院に移行してからの状況のみをご回答ください。

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

令和2年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
入所者票（介護医療院）

※本調査票は、当該入所者の状況について、詳しい職員の方がご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。数値を記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。分からない場合は「－」と記入して下さい。

※調査時点は、2020年7月1日、もしくは質問に記載している期間とします。

■入所者の状況について、詳しい職員の方が記載してください

1) 年齢	() 歳		
2) 性別	1 男性 2 女性		
3) 施設への入院・入所日 (移行前からの入所者は、移行前の施設への入院・入所日)	西暦 () 年 () 月 () 日		
4) 療養室	1 個室 2 多床室 3 ユニット型個室 4 ユニット型個室的多床室		
5) 要介護度(直近)	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 申請中		
6) 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3 4 不明・未実施		
7) ADL 区分	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3 4 不明・未実施		
8) 認知症高齢者の 日常生活自立度	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明		
9) 傷病(該当する ものすべてに○、 主なもの1つに ◎)	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常症) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 外傷(転倒・骨折等) 11 がん(新生物) 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症(アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他() 21 ない		
10) 日中の平均的なベッド座位時間 ※ギャッジアップによる半座位、長座位、 端座位等を含む。	1 0分 2 0分より多く30分未満 3 30分以上～1時間未満 4 1時間以上～2時間未満 5 2時間以上～3時間未満 6 3時間以上		
11) 日中の平均的 なベッド離床時間	1 0分 2 0分より多く30分未満 3 30分以上～1時間未満 4 1時間以上～2時間未満 5 2時間以上～4時間未満 6 4時間以上～6時間未満 7 6時間以上～8時間未満 8 8時間以上		
12) 離床頻度	1 毎日 2 週に5～6日 3 週に3～4日 4 週に1～2日 5 週1日未満		
13) 食事の場所	1 食堂等自室以外 2 自室 3 食事はとっていない(経管栄養等)		
14) 入浴の回数	1 週間あたり () 回 ➡ うち一般浴槽 () 回、特別浴槽 () 回		
15) ADL (Barthel Index) について、「現在(7月1日)」・「3か 月前(4月1日)」(※入所が3か月以内の人は入院日・入所日)の点数	現在(7月1日) () 点 3か月前(4月1日) () 点		
16) 算定した加算(複数回答可)			
1 経口維持加算 2 経口移行加算 3 口腔衛生管理加算 4 排せつ支援加算 5 栄養マネジメント加算 6 低栄養リスク改善加算 7 療養食加算 8 なし			
17) 算定した特別診療費(複数回答可)			
1 理学療法(I・II) 2 作業療法 3 言語聴覚療法 4 集団コミュニケーション療法 5 摂食機能療法 6 短期集中リハビリテーション 7 認知症短期集中リハビリテーション 8 精神科作業療法 9 認知症入所精神療法 10 なし			
18) 直近1週間あたりのリハビリテーションの回数・合計時間			
理学療法士によるリハビリテーション		() 回 合計 () 分	
作業療法士によるリハビリテーション		() 回 合計 () 分	
言語聴覚士によるリハビリテーション		() 回 合計 () 分	

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

入所者ID() 調査日() 月() 日() ※原則、ケアを実施した職員数を記入して下さい。(記入方法の詳細は記入要領を参照してください。)

入所者ID() 調査日() 月() 日() ※原則、ケアを実施した職員数を記入して下さい。(記入方法の詳細は記入要領を参照してください。)

[illegible]

入所者ID() 調査日(月 日) ※原則、ケアを実施した職員数を記入して下さい。(記入方法の詳細は記入要領を参照してください。)

対象者への直接的なケア		8時					9時					10時					11時					12時					13時					14時					15時					16時					17時					18時					19時				
1 観察・話しかけ																																																													
2 バイタルチェック																																																													
3 医療処置等																																																													
1 投薬																																																													
2 検査																																																													
3 皮膚のケア																																																													
4 気道のケア																																																													
5 経管栄養																																																													
6 排泄ケア																																																													
7 リハビリテーション																																																													
8 マッサージ																																																													
9 その他の医療処置																																																													
4 療養上の世話																																																													
1 入浴・シャワー浴介助																																																													
2 歯磨きなど口腔ケア																																																													
3 その他の清潔保持																																																													
4 整容・更衣																																																													
5 排泄介助(トイレ介助)																																																													

[illegible]

入所者ID() 調査日(月 日) ※原則、ケアを実施した職員数を記入して下さい。(記入方法の詳細は記入要領を参照してください。)

	8時	9時
--	----	----

[illegible]

令和2年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
病院・診療所 共通票

貴院の名称					
問1 貴院の開設者について、該当するもの1つに○をつけてください。					
01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 個人 05 その他（ ）					
問2 開設年月		(西暦) 年 月			
問3 建物の 建替状況	01 全面建替実施済み ➡建替時期 (西暦) 年 月				
	02 一部(介護療養型医療施設がある病棟) 建替済み ➡建替時期 (西暦) 年 月				
	03 一部(医療療養病床がある病棟) 建替済み ➡建替時期 (西暦) 年 月				
	04 一部(その他) 建替済み ➡建替時期 (西暦) 年 月				
	05 建替は行っていない				
問4 標榜している 診療科 ※あてはまる番号すべてに○	01 内科		02 呼吸器内科	03 循環器内科	04 消化器内科(胃腸内科)
	05 腎臓内科		06 神経内科	07 糖尿病内科(代謝内科)	
	08 皮膚科		09 アレルギー科	10 リウマチ科	11 小児科
	12 精神科		13 心療内科	14 外科(呼吸器外科含む)	
	15 消化器外科(胃腸外科)		16 泌尿器科	17 肛門外科	
	18 脳神経外科		19 整形外科	20 眼科	21 耳鼻いんこう科
	22 産婦人科・婦人科		23 リハビリテーション科		
	24 放射線科		25 その他(具体的に		)

問5 2020年6月30日時点の貴院の届出病床数をお答えください。					
		基準病床	入院料等の種別	現在の届出病床数	
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	
			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	
			その他	床	
		回復期リハビリテーション病棟入院料		床	
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む		床	
		一般病床		床	
		その他の病床(精神病床、感染症病床、結核病床)		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	一般病床	有床診療所入院基本料	床
	療養病床		有床診療所療養病床入院基本料	床	
	介護	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	
問6 貴院の病棟構造について、該当するもの1つに○をつけてください。					
01 医療療養病床と介護療養病床の混合病棟が1病棟ある					
02 医療療養病床と介護療養病床の混合病棟が2病棟ある					
03 医療療養病床と介護療養病床の混合病棟はない					

問 7 貴院が実施している居宅介護サービスをご回答ください。(複数回答可)	
01 通所リハビリテーション	02 訪問リハビリテーション
03 短期入所療養介護	04 いずれも実施していない
問 8 貴法人・関連法人は介護保険サービスを運営していますか。該当するもの <u>すべてに</u> ○をつけてください。(複数回答可)	
01 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 02 介護老人保健施設 03 介護療養型医療施設 04 介護医療院 05 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護) 06 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) 07 養護老人ホーム 08 軽費老人ホーム 09 認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) 10 小規模多機能型居宅介護 11 看護小規模多機能型居宅介護 12 その他の介護保険サービス 13 他の介護保険サービスは運営していない	
問 9 介護医療院に関する事項についてお伺いします。	
1) 平成 30 年 4 月から創設された「介護医療院」にはどの程度関心がありますか。	01 非常に関心がある 02 関心がある 03 関心がない → 3) へお進みください
2) 【1) で「01」又は「02」と回答した場合】 介護医療院に関する情報収集を行っていますか。	01 行っている 02 行っていない
3) 介護医療院の開設に関して自治体に相談したことはありますか。(あてはまる項目すべてに○)	01 開設許可申請中である 02 開設に向け許可権者(都道府県・指定都市・中核市)と協議中である 03 許可権者(都道府県・指定都市・中核市)に相談したことがある 04 保険者(許可権者は除く)に相談したことがある 05 相談したことはない
4) 療養病床等を有する医療機関が「介護医療院」に移行する場合、右に挙げる経過措置又は支援策が適用されること(使用可能なこと)を知っていますか。 (知っている項目すべてに○)	01 療養室の床面積は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で入所者 1 人当たり 6.4 平方メートル以上でよい。 02 建物の耐火構造は、建築基準法の基準によるものでよい。 03 屋内の直通階段及びエレベーターについては、移行前の医療法による基準と同等のものでよい。 04 療養室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.2 メートル以上(ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6 メートル以上)であればよい。 05 医療機関併設の介護医療院については、診察室、処置室、エックス線装置等について共有が可能。 06 病院又は診療所から介護医療院に移行した場合、移行前の名称を用いることが可能。(「〇〇病院介護医療院」等) 07 一定の要件(Ⅱ型療養床のみを有する場合、医療機関併設で医師が速やかに対応可能な場合等)を満たす場合、宿直を置かないことができる。 08 介護療養型医療施設を介護医療院等に移行した場合の費用助成(地域医療介護総合確保基金)。 09 医療療養病床を介護医療院に移行した場合の費用助成(病床転換助成事業)。

病院・診療所票は以上で終了です。引き続き、貴院の病棟種別に応じた病棟調査票にご回答ください。

令和2年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
介護療養型医療施設票

○本調査票は介護療養型医療施設に関する調査票です。

介護療養型医療施設を有する場合のみ、本調査票にご回答ください。

問 1 2020年6月30日時点の介護療養型医療施設の区分 をご回答ください。		
問 1-1 施設サービス費の算定区分 をご回答ください。		
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 認知症患者型介護療養施設サービス費 08 認知症患者型経過型介護療養施設サービス費 09 ユニット型認知症患者型介護療養施設サービス費	
問 1-2 療養機能強化型の届出 についてご回答ください。		
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 2 貴院の介護療養型医療施設の定員と構造設備 についてご回答ください。 (建物（医療機関）全体ではなく、介護療養型医療施設内の構造設備等についてご回答ください。)					
1) 介護療養型医療施設の定員					人
2) 病室の部屋数と延べ床面積 ※1 (ユニット個室については、居室部分の延べ床面積をご記載ください。)					
	4人部屋	3人部屋	2人部屋	個室	ユニット個室
部屋数	室	室	室	室	室
延べ床面積(合計)	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡
3) 廊下幅 ※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下※3 の最低幅		m / 中廊下はない	

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

洗面所や収納設備の設置の他に、居室内のトイレの床面積も含みます。

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

※3:「中廊下」は、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。

問 3 2020年6月30日時点の貴院の介護療養型医療施設の職員配置(いずれも常勤換算※) をご記入ください。 ※2020年6月30日には出勤していない者を含め、2020年6月30日に在籍している全ての職員についてご回答ください。 (休職中の者は除く)			
	専従	他の病棟等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1病棟あたり人数
医師	. 人	. 人	/
薬剤師	. 人	. 人	/
栄養士	. 人	. 人	/
看護師	. 人	. 人	. 人
准看護師	. 人	. 人	
介護福祉士	. 人	. 人	
介護福祉士以外の 看護補助者・介護職員	. 人	. 人	. 人

(前ページの注)

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤専従者の実人数」＋「兼務者・非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
兼務者・非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)

問4 2020年6月30日24時時点の介護療養型医療施設における入所者の状態像（医療区分・ADL区分・要介護度）についてご記入ください。
各回答欄の合計人数が、1)の入所者数と同じになるようにご記入ください。

1) 2020年6月30日24時時点の入所者数		人		
2) 医療区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
	人	人	人	人

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

3) ADL区分	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	不明、未実施
	人	人	人	人

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

4) 要介護度	要支援1・2	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5 2020年6月の1か月間における介護療養型医療施設の入所者の実人数をご記入ください。

問6 2020年6月の1か月間における介護療養型医療施設の入所者に対して行った医療処置についてご回答ください。(実人数)

1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理（麻薬なし）	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理（麻薬使用）	人
4) カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 摘便	人
8) 酸素療法（酸素吸入）	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	人
11) 静脈内注射（点滴含む）	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）	人	25) ターミナルケア	人
13) 簡易血糖測定	人	26) 歯科治療（訪問を含む）	人

問 7 2020 年 6 月 30 日時点の貴院の介護療養型医療施設に係る届出病床数と、2021～2023 年度の各年度末時点における予定病床数についてお答えください。 (該当しない箇所は空欄としてください。) (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		2021 年度末の予定病床数	2022 年度末の予定病床数	2023 年度末の予定病床数
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	床
			療養病棟入院基本料 療養病棟入院料 2(20:1)			床	床	床
			療養病棟入院基本料 経過措置 (25:1)			床	床	床
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む				床	床	床
		回復期リハビリテーション病棟入院料				床	床	床
		一般病床	一般病棟入院基本料			床	床	床
	その他			床		床	床	
	介護保険	療養病床	療養機能強化型 A	床		床	床	床
			療養機能強化型 B	床		床	床	床
			その他	床		床	床	床
精神病床		老人性認知症疾患療養病床	床	床	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	床	床	
		一般病床	有床診療所入院基本料		床	床	床	
	介護保険	療養病床	療養機能強化型 A	床	床	床	床	
			療養機能強化型 B	床	床	床	床	
			その他	床	床	床	床	
	(病床転換を行う場合) 介護保険施設・居宅サービス等	介護保険施設	介護医療院	I 型介護医療院		床	床	床
II 型介護医療院					床	床	床	
介護老人保健施設				床	床	床		
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)				床	床	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	床	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	床	床	
		養護老人ホーム			床	床	床	
		軽費老人ホーム			床	床	床	
		認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)			床	床	床	
		小規模多機能型居宅介護			床	床	床	
		看護小規模多機能型居宅介護			床	床	床	
		その他			床	床	床	
上記のいずれにも移行せず病床廃止			床	床	床			
未定			床	床	床			
合計				床 →	床	床	床	

※この調査票では、2020 年 6 月 30 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。)

合計数はいずれも同じ

問 8 【問 7 2023 年度末の予定病床数で「介護療養型医療施設」に回答された方がお答えください】

2023 年度末までに貴院の**介護療養型医療施設**を移行しない理由として、**現時点の考えにあてはまる選択肢すべてに○をつけてください。**（複数回答可）

- 01 介護療養型医療施設を継続することが自院の経営に最も適していると考えている
- 02 介護医療院等に移行すると医療法上の病院・診療所でなくなってしまうことに抵抗がある
- 03 2021 年介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
- 04 移行先の検討ができていない
- 05 その他（ ）

問 9 【問 7 2023 年度末の予定病床数で「未定」に回答された方がお答えください】

予定病床数が未定の場合、**現在の検討状況**について該当する選択肢**すべてに○をつけてください。**（複数回答可）

- 01 2023 年度までに移行を行うことは検討しているが、移行先が未定である
- 02 なんらかの移行を行うことは検討しているが、移行時期が未定である
- 03 移行に関して院内で検討しているが、移行先も移行時期も未定である
- 04 移行に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である
- 05 その他（ ）

問 10 貴院の介護療養型医療施設を介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目全てに○をつけてください。（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ケアの配慮が難しい
- 12 生活施設としての取り組み方が分からない
- 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手続きの仕方がわからない
- 20 自治体における相談・手続がスムーズに進められない
- 21 施設・設備基準を満たすことが困難である
- 22 介護医療院に移行するにあたり工事が必要である
- 23 その他（ ）
- 24 課題と考えることは何もない

以上で調査は終了です。ご協力誠にありがとうございました。

令和2年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
医療療養病床票

○本調査票は医療療養病床に関する調査票です。「療養病棟入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」の医療療養病床を有する場合のみ、本調査票にご回答ください。

問1 2020年6月30日時点の医療療養病床の区分をご回答ください。

- | | |
|---|-----------------------|
| 01 療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1 | 02 療養病棟入院基本料 療養病棟入院料2 |
| 03 療養病棟入院基本料 経過措置（看護職員配置25:1、又は医療区分2・3の患者割合50%未満） | |
| 04 療養病棟入院基本料 特別入院基本料 | 05 有床診療所療養病床入院基本料 |

問2 問1で回答した医療療養病床について、2017年（平成29年）6月30日時点の区分をご回答ください。（複数選択可） ※選択肢は、2017年6月30日当時の診療報酬、介護報酬の区分です。

- | | |
|---|---|
| 01 療養病棟入院基本料1（看護職員配置20:1、医療区分2・3の患者割合80%以上） | 02 療養病棟入院基本料2（看護職員配置25:1、医療区分2・3の患者割合50%以上） |
| 03 療養病棟入院基本料 経過措置（看護職員配置25:1未満、又は医療区分2・3の患者割合50%未満） | |
| 04 療養病棟入院基本料 特別入院基本料 | 05 有床診療所療養病床入院基本料 |
| 06 地域包括ケア病棟入院料 | 07 回復期リハビリテーション病棟入院料 |
| 08 一般病棟入院基本料 | |
| 09 介護療養型医療施設 | 10 その他 |

問3 貴院の医療療養病床の届出病床数と構造についてご回答ください。
（建物（医療機関）全体ではなく、医療療養病床内の構造についてご回答ください。）

1) 医療療養病床の届出病床数	床															
2) 病室の部屋数と延べ床面積 ※1（ユニット個室については、居室部分の延べ床面積をご記載ください。）																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">4人部屋</th> <th style="width: 16.6%;">3人部屋</th> <th style="width: 16.6%;">2人部屋</th> <th style="width: 16.6%;">個室</th> <th style="width: 16.6%;">ユニット個室</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">部屋数</td> <td style="text-align: center;">室</td> <td style="text-align: center;">室</td> <td style="text-align: center;">室</td> <td style="text-align: center;">室</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">延べ床面積 (合計)</td> <td style="text-align: center;">㎡</td> <td style="text-align: center;">㎡</td> <td style="text-align: center;">㎡</td> <td style="text-align: center;">㎡</td> </tr> </table>	4人部屋	3人部屋	2人部屋	個室	ユニット個室	部屋数	室	室	室	室	延べ床面積 (合計)	㎡	㎡	㎡	㎡
4人部屋	3人部屋	2人部屋	個室	ユニット個室												
部屋数	室	室	室	室												
延べ床面積 (合計)	㎡	㎡	㎡	㎡												
3) 廊下幅 ※2																
廊下の最低幅	m うち中廊下※3の最低幅 m / 中廊下はない															

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

洗面所や収納設備の設置の他に、居室内のトイレの床面積も含みます。

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

※3：「中廊下」は、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。

問4 2020年6月30日時点の貴院の医療療養病床の職員配置（いずれも常勤換算※）をご記入ください。

※2020年6月30日には出勤していない者を含め、2020年6月30日に在籍している全ての職員についてご回答ください。
（休職中の者は除く）

	専従	他の病棟等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1病棟あたり人数
医師	. 人	. 人	/
薬剤師	. 人	. 人	/
栄養士	. 人	. 人	/
看護師	. 人	. 人	. 人
准看護師	. 人	. 人	
介護福祉士	. 人	. 人	. 人
介護福祉士以外の 看護補助者・介護職員	. 人	. 人	

(前ページの注)

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤専従者の実人数」＋「兼務者・非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
兼務者・非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)

問5 2020年6月30日24時時点の医療療養病床における患者の状態像(医療区分・ADL区分・要介護度)についてご記入ください。
各回答欄の合計人数が、1)の入院患者数と同じになるようにご記入ください。

1) 2020年6月30日24時時点の入院患者数	人		
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
2) 医療区分	人	人	人

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
3) ADL区分	人	人	人

	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中※	不明/未申請
4) 要介護度	人	人	人	人	人	人	人	人

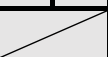
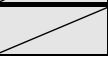
※「申請中」には、区分変更中の場合や、入院時点で区分未決定の場合を含みます。

問6 2020年6月の1か月間における医療療養病床の患者の実人数をご記入ください。

問7 2020年6月の1か月間における医療療養病床の患者に対して行った医療処置についてご回答ください。(実人数)

1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理(麻薬なし)	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理(麻薬使用)	人
4) カテーテル(尿道カテーテル・コントゥームカテーテル)の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 摘便	人
8) 酸素療法(酸素吸入)	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	人
11) 静脈内注射(点滴含む)	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	人	25) ターミナルケア	人
13) 簡易血糖測定	人	26) 歯科治療(訪問を含む)	人

問 8 2020 年 6 月 30 日時点の貴院の医療療養病床に係る届出病床数と、2021～2023 年度の各年度末時点における予定病床数についてお答えください。
 (該当しない箇所は空欄としてください。)
 (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		2021 年度 末の予定 病床数	2022 年度 末の予定 病床数	2023 年度 末の予定 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	床	床	
			療養病棟入院基本料 療養病棟入院料 2(20:1)	床	床	床			
			療養病棟入院基本料 経過措置 (25:1)	床	床	床			
			療養病棟入院基本料 特別入院基本料	床	床	床			
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む				床	床	床	
		回復期リハビリテーション病棟入院料				床	床	床	
		一般病床	一般病棟入院基本料		床	床	床		
			その他		床	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	床	床	床
				一般病床	有床診療所入院基本料		床	床	床
(病床 転換を 行う場 合) 介 護保 険施 設・居 宅サ ービ ス等	介護 保険 施設	介護医療院	I 型介護医療院		床	床	床		
			II 型介護医療院		床	床	床		
		介護老人保健施設				床	床	床	
		介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)				床	床	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	床	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	床	床	
		養護老人ホーム				床	床	床	
		軽費老人ホーム				床	床	床	
		認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)				床	床	床	
		小規模多機能型居宅介護				床	床	床	
		看護小規模多機能型居宅介護				床	床	床	
		その他				床	床	床	
				上記のいずれにも移行せず病床廃止		床	床	床	
				未定		床	床	床	
	合計				床 →	床	床	床	

合計数はいずれも同じ

※この調査票では、2020 年 6 月 30 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 9 【問 8 2023 年度末の予定病床数で「医療療養病床」に回答された方がお答えください】

2023 年度末までに貴院の医療療養病床を移行しない理由として、現時点の考えにあてはまる選択肢すべてに○をつけてください。（複数回答可）

- 01 2024 年度以降に移行する予定である
- 02 医療療養病床を継続することが自院の経営に最も適していると考えている
- 03 介護医療院等に移行すると医療法上の病院・診療所でなくなってしまうことに抵抗がある
- 04 2022 年度診療報酬改定の結果を見て判断するつもりである
- 05 2021 年度介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
- 06 その他（ ）

問 10 【問 8 2023 年度末の予定病床数で「未定」に回答された方がお答えください】

予定病床数が未定の場合、現在の検討状況について該当する選択肢すべてに○をつけてください。（複数回答可）

- 01 2023 年度までに移行を行うことは検討しているが、移行先が未定である
- 02 なんらかの移行を行うことは検討しているが、移行時期が未定である
- 03 移行に関して院内で検討しているが、移行先も移行時期も未定である
- 04 移行に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である
- 05 その他（ ）

問 11 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、課題と考える項目全てに○をつけてください。（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分からない
- 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分からない
- 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。ご協力誠にありがとうございました。

令和2年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
介護療養型老人保健施設票

貴施設の名称			
問1 2020年6月30日時点の貴施設の概要をご回答ください。			
1) 開設者	01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 個人 05 その他（ ）		
2) 開設年月	（西暦） 年 月		
3) 建物の建替状況	01 全面建替実施済み ➡建替時期 （西暦） 年 月 02 一部建替済み ➡建替時期 （西暦） 年 月 03 建替は行っていない		
4) 定員	（ ）人		
5) 施設サービス費	01 介護保健施設サービス費（Ⅰ） 02 介護保健施設サービス費（Ⅱ）（療養型老健、看護職員を配置） 03 介護保健施設サービス費（Ⅲ）（療養型老健、看護オンコール体制） 04 介護保健施設サービス費（Ⅳ） 05 ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ） 06 ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅱ）（療養型老健、看護職員を配置） 07 ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅲ）（療養型老健、看護オンコール体制） 08 ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅳ）		
6) 併設する医療機関	01 病院を併設 02 診療所を併設 03 併設医療機関なし		
7) 併設医療機関がある場合、その医療機関の有する病床（複数回答可）	01 一般病床（一般病棟入院基本料） 02 一般病床（地域包括ケア病棟入院料（病床を含む）） 03 一般病床（回復期リハビリテーション病棟入院料） 04 一般病床（障害者施設等入院基本料） 05 一般病床（有床診療所入院基本料） 06 一般病床（その他） 07 療養病床（療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1・2（20:1）） 08 療養病床（療養病棟入院基本料 経過措置1（25:1、医療区分2・3の患者割合50%未満）） 09 療養病床（療養病棟入院基本料 経過措置2（30:1）） 10 療養病床（療養病棟入院基本料 特別入院基本料） 11 療養病床（地域包括ケア病棟入院料（病床を含む）） 12 療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料） 13 療養病床（介護療養病床（病院）） 14 療養病床（有床診療所療養病床入院基本料） 15 療養病床（介護療養病床（診療所）） 16 その他の病床 17 病床なし（無床診療所）		
8) 貴法人・関連法人は介護医療院を有していますか	01 有 02 無		
問2 2020年6月30日時点の貴施設の職員配置（いずれも常勤換算※）をご記入ください。			
※2020年6月30日には出勤していない者を含め、2020年6月30日に在籍している全ての職員についてご回答ください。（休職中の者は除く）			
	専従	他の施設等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1日あたり人数
医師	. 人	. 人	/
薬剤師	. 人	. 人	
栄養士	. 人	. 人	
看護師	. 人	. 人	. 人
准看護師	. 人	. 人	
介護福祉士	. 人	. 人	. 人
介護福祉士以外の看護補助者・介護職員	. 人	. 人	

(前ページの注)

※常勤換算の計算方法

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

問3 貴施設の構造についてご回答ください。

1) 療養室の部屋数と延べ床面積 ※1 (ユニット個室については、居室部分の延べ床面積をご記載ください。)

	4人部屋	3人部屋	2人部屋	個室	ユニット個室
部屋数	室	室	室	室	室
延べ床面積 (合計)	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
2) 廊下幅 ※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下※3の最低幅		m / 中廊下はない	

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

洗面所や収納設備の設置の他に、居室内のトイレの床面積も含みます。

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

※3:「中廊下」は、廊下の両側に療養室等又はエレベーター室のある廊下を指します。

問4 2020年6月30日24時時点の貴施設における入所者の状態像(医療区分・ADL区分・要介護度)についてご記入ください。 各回答欄の合計人数が、1)の入所者数と同じになるようにご記入ください。

1) 2020年6月30日24時時点の入所者数	人			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
2) 医療区分	人	人	人	人

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

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	不明、未実施
3) ADL区分	人	人	人	人

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

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中※
4) 要介護度	人	人	人	人	人	人

問5 2020年6月の1か月間における貴施設の入所者の実人数をご記入ください。 人

問6 2020年6月の1か月間における貴施設への入所者に対して行った医療処置についてご回答ください。(実人数)

1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理(麻薬なし)	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理(麻薬使用)	人
4) カテーテル(尿道カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 排便	人
8) 酸素療法(酸素吸入)	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	人
11) 静脈内注射(点滴含む)	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	人	25) ターミナルケア	人
13) 簡易血糖測定	人	26) 歯科治療(訪問を含む)	人

問 7 介護医療院に関する事項についてお伺いします。	
1) 平成 30 年 4 月から創設された「介護医療院」にはどの程度関心がありますか。	01 非常に関心がある 02 関心がある 03 関心がない→3)へお進みください
2) 【1)で「01」又は「02」と回答した場合】介護医療院に関する情報収集を行っていますか。	01 行っている 02 行っていない
3) 介護医療院の開設に関して自治体に相談したことはありますか。 (あてはまる項目すべてに○)	01 開設許可申請中である 02 開設に向け許可権者(都道府県・指定都市・中核市)と協議中である 03 許可権者(都道府県・指定都市・中核市)に相談したことがある 04 保険者(許可権者は除く)に相談したことがある 05 相談したことはない
4) 療養病床から転換した経緯のある介護老人保健施設が「介護医療院」に転換する場合、右に挙げる経過措置が適用されることを知っていますか。 (知っている項目すべてに○)	01 療養室の床面積は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で入所者 1 人当たり 6.4 平方メートル以上でよい。 02 建物の耐火構造は、建築基準法の基準によるものでよい。 03 屋内の直通階段及びエレベーターについては、転換前の医療法による基準と同等のものでよい。 04 療養室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.2 メートル以上(ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6 メートル以上)であればよい。 05 (介護療養型老人保健施設からの転換の場合) 調剤を行う施設についての経過措置(近隣の場所にある薬局と連携することにより置かないことができる) 06 (介護療養型老人保健施設からの転換の場合) 臨床検査施設又はエックス線装置の設置についての経過措置(近隣の医療機関等との連携により置かないことができる) 07 一定の要件(Ⅱ型療養床のみを有する場合、医療機関併設で医師が速やかに対応可能な場合等)を満たす場合、宿直を置かないことができる。

問 8 2020 年 6 月 30 日時点の貴施設の定員数と、2021～2023 年度の各年度末時点における予定定員数についてお答えください。(該当しない箇所は空欄としてください。)							
(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。)							
		種別	現在の定員数		2021 年度末の予定定員数	2022 年度末の予定定員数	2023 年度末の予定定員数
介護保険施設・居宅サービス等	介護保険施設	介護医療院	I 型介護医療院		床	床	床
			II 型介護医療院		床	床	床
		介護老人保健施設		床	床	床	床
		介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)			床	床	床
	居宅サービス・地域密着型サービス等	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護)			床	床	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	床	床
		養護老人ホーム			床	床	床
		軽費老人ホーム			床	床	床
		認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)			床	床	床
		小規模多機能型居宅介護			床	床	床
		看護小規模多機能型居宅介護			床	床	床
		その他			床	床	床
	上記のいずれにも移行せずベッドを廃止			床	床	床	
未定			床	床	床		
合計			床	→	床	床	床

合計数はいずれも同じ

(前ページの注)

この調査票では、2020年6月30日時点の介護療養型老人保健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9 【問8 2023年度末の予定定員数で「介護老人保健施設」に回答された方がお答えください】

2023年度末までに貴施設を移行しない理由として、現時点の考えにあてはまる選択肢すべてに○をつけてください。(複数回答可)

- 01 2024年度以降に移行する予定である
- 02 介護療養型老人保健施設を継続することが自施設の経営に最も適していると考えている
- 03 2021年度介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
- 04 その他 ()

問10 【問8 2023年度末の予定定員数で「未定」に回答された方がお答えください】

予定定員数が未定の場合、現在の検討状況について該当する選択肢すべてに○をつけてください。(複数回答可)

- 01 2023年度までに移行を行うことは検討しているが、移行先が未定である
- 02 なんらかの移行を行うことは検討しているが、移行時期が未定である
- 03 移行に関して施設内で検討しているが、移行先も移行時期も未定である
- 04 移行に関して施設内で検討しておらず、まったくの未定である
- 05 その他 ()

問11 貴施設を介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目を全てに○をつけてください。(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 併設医療機関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が難しい
- 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 介護医療院の開設の相談・手続きの仕方がわからない。
- 19 地域で在宅復帰・在宅療養支援施設としての機能を残すことにニーズがある
- 20 施設・設備基準を満たすことが困難である
- 21 介護医療院に移行するにあたり工事が必要である。
- 22 自治体における相談・手続きがスムーズに進められない
- 23 その他 ()
- 24 課題と考えることは何もない

以上で調査は終了です。ご協力誠にありがとうございました。

令和２年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
介護老人保健施設 事業所票

1. 本調査票は、貴施設の管理者の方がご記入下さい。
2. ご回答にあたっては、同封の「記入要領」をご参照ください。
3. 同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。
4. お問い合わせ先（調査事務局）

T E L : 03-6733-3479（平日 10:00～17:00） F A X : 03-6733-1028（24 時間） E-mail : kaigo@murc.jp

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。

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 （2020 年 6 月時点）	1 基本型 ➡在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰの届出（a 有 b 無） 2 在宅強化型 ➡在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱの届出（a 有 b 無） 3 その他型 4 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 貴施設の病院または診療所の併 設状況（複数回答可）	1 病院併設 ➡併設医療機関（a 一般病床 b 療養病床 c その他の病床） 2 診療所併設 3 無
問 7 貴施設及び併設の介護事業所、 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） （2020 年 6 月時点。新型コロナウイルス感染症の影響で一時停止してい る場合も含む。）	1 短期入所療養介護 2 通所リハビリテーション 3 訪問リハビリテーション 4 外来リハビリテーション 5 訪問看護 6 通所介護（デイサービス） 7 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） 8 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） 9 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム） 10 1～9 はいずれもなし

2. 職員数についてお伺いします。

2020年7月1日時点の貴施設の届出上の職員数（常勤換算数）及び夜勤の配置数についてご記入ください。併設の通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを実施している場合には、それらの事業所における届出上のリハビリ専門職の職員数（常勤換算数）についても記入ください。

問8 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数をご記入ください。

※常勤換算の計算方法

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

非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該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。

	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			

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

問 9 2020 年 7 月 1 日 24 時時点の入所者数(実人数)							人
問 10 問 9 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 9 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	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		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	人		
	III a	III b	IV	M		不明・未実施	
	人	人	人	人	人		人

問 11 2020 年 7 月 27 日～8 月 2 日の退所者数(実人数)※死亡退所を含む	人
--	---

4. 入所者に対するリハビリテーションについてお伺いします。

(1) 充実したリハビリテーション(注)について

問 12 充実したリハビリテーション実施の有無	1 有 2 無
問 13 「2 無」の場合、実施していない理由(複数回答可)	1 リハビリ職員の確保が困難 2 集団リハビリを実施しているため 3 施設類型が基本型又は加算型であるため 4 その他 () 5 特になし

(注) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による個別リハビリ 20 分程度を週 3 回以上

(2) 入所者に対するリハビリテーションマネジメント(注)について(2020 年 7 月 1 日時点)

問 14 入所者に対して、リハビリテーションマネジメントを実施しているか。(1 人でも実施している入所者がいる場合は、「2.あり」を選択。)	1 なし→問 18 へお進みください 2 あり
問 15 リハビリテーションマネジメントを実施している入所者数(実人数)	人
問 16 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)	1 医師 2 理学療法士 3 作業療法士 4 言語聴覚士 5 その他 ()
問 17 リハビリテーション会議(またはリハビリテーション計画作成にあたってのチーム会議やカンファレンス等の独立した会議)を開催していますか	1 なし→問 18 へお進みください 2 あり
① 参加している職種(複数回答可)	1 医師 2 理学療法士 3 作業療法士 4 言語聴覚士 5 看護職員 6 介護職員 7 介護支援専門員 8 支援相談員 9 本人 10 家族 11 その他
② 施設でのリハビリテーション会議の開催頻度	1 1 月に複数回 2 月に 1 回 3 1～3 か月に 1 回 4 4～6 か月に 1 回 5 7～12 か月に 1 回 6 1 年に 1 回未満

(注) 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。

(3) VISIT (注) についてお伺いします。

問 18 介護老人保健施設の入所者に関して、VISIT システムを今後導入したいと思いますか。	1 導入したい	2 導入したいと思わない
	3 未定	4 VISIT システムを知らない
	5 その他	

注) VISIT : 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集に係るシステム

5. 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 19 2017 年～2019 年の各 10 月 1 日時点の貴施設の届出上の基本情報についてご記入ください。

※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。ただし、届出上で小数点第 1 位まで記載していない場合は、届出上に記載した数字を記載してください。

	単位	2017 年	2018 年	2019 年
1)報酬上の区分		1 在宅強化型 2 加算型 3 基本型	1 超強化型 2 在宅強化型 3 加算型 4 基本型 5 その他型	1 超強化型 2 在宅強化型 3 加算型 4 基本型 5 その他型
2)在宅復帰率 ※2017 年～2019 年の各 4 月～9 月の 6 か月間	%			
3)ベッド回転率 ※2017 年～2019 年の各 4 月～9 月の 6 か月間	%			
4)入所前後訪問指導割合 ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間	%			
5)退所前後訪問指導割合 ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間	%			
6)居宅サービスの実施種類数(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護) ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間		0 種類 1 種類 2 種類 3 種類	0 種類 1 種類 2 種類 3 種類	0 種類 1 種類 2 種類 3 種類
7)リハビリ専門職の配置割合 ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間 (利用者 100 人あたりの配置数)				
8)支援相談員の配置割合 ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間 (利用者 100 人あたりの配置数)				
9)要介護4または5の割合 ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間	%			
10)喀痰吸引の実施割合 ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間	%			
11)経管栄養の実施割合 ※2017 年～2019 年の各 7 月～9 月の 3 か月間	%			
12)退所時指導等の実施(退所時指導及び退所後の状況確認)		1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
13)リハビリテーションマネジメント		1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
14)地域貢献活動		1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
15)充実したリハビリテーション (PT・OT・ST による個別リハ 20 分程度を週3回以上)		1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無

問 20～22 は、2017 年、2018 年、2019 年それぞれの在宅復帰・在宅療養支援等指標についてご記入をお願いします。

問 20 2017 年の在宅復帰・在宅療養支援等指標の詳細

※当時のデータがない場合は不明と記載してください。

	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1)入所者の延べ入所者※1	人						
2)退所者数※2	人						
3)2)のうち居宅への退所者数※3	人						
4)2)のうち死亡退所者数	人						
5)新規入所者数(再入所を含む)※4	人						
6)入所前後訪問指導を行った人数	人						
7)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						
8)居宅サービスの実績の有無							
①訪問リハ					1有 2 無	1有 2 無	1有 2 無
②通所リハ					1有 2 無	1有 2 無	1有 2 無
③短期入所					1有 2 無	1有 2 無	1有 2 無
9)理学療法士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
10)作業療法士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
11)言語聴覚士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
12)支援相談員の配置数(利用者 100人あたり)	人						
13)要介護4又は5に該当する延べ入所者数※1	人						

問 21 2018 年の在宅復帰・在宅療養支援等指標の詳細

	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1)入所者の延べ入所者※1	人						
2)退所者数※2	人						
3)2)のうち居宅への退所者数※3	人						
4)2)のうち死亡退所者数	人						
5)新規入所者数(再入所を含む)※4	人						
6)入所前後訪問指導を行った人数	人						
7)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						
8)居宅サービスの実績の有無							
①訪問リハ					1有 2 無	1有 2 無	1有 2 無
②通所リハ					1有 2 無	1有 2 無	1有 2 無
③短期入所					1有 2 無	1有 2 無	1有 2 無
9)理学療法士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
10)作業療法士の配置数(利用者 100人あたり)	人						

(続き)

	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月
11)言語聴覚士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
12)支援相談員の配置数(利用者 100人あたり)	人						
13)要介護4又は5に該当する延べ入所者数※1	人						
14)喀痰吸引を実施した入所者の延べ入所者数※1※5	人						
15)経管栄養を実施した入所者の延べ入所者数※1※6	人						

問 22 2019 年の在宅復帰・在宅療養支援等指標の詳細

	単位	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1)入所者の延べ入所者※1	人						
2)退所者数※2	人						
3)2)のうち居宅への退所者数※3	人						
4)2)のうち死亡退所者数	人						
5)新規入所者数(再入所を含む)※4	人						
6)入所前後訪問指導を行った人数	人						
7)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						
8)居宅サービスの実績の有無							
①訪問リハ					1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
②通所リハ					1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
③短期入所					1 有 2 無	1 有 2 無	1 有 2 無
9)理学療法士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
10)作業療法士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
11)言語聴覚士の配置数(利用者 100人あたり)	人						
12)支援相談員の配置数(利用者 100人あたり)	人						
13)要介護4又は5に該当する延べ入所者数※1	人						
14)喀痰吸引を実施した入所者の延べ入所者数※1※5	人						
15)経管栄養を実施した入所者の延べ入所者数※1※6	人						

注) 以下の注を参考にしてください。

※1 延べ入所者数とは、各月の日々の入所者数を足上げたものです。例えば、4月1日の入所者が100人、4月2日が98人、4月30日が99人の場合、100人+98人+…+99人と計算されます。(短期入所療養介護を除く)

※2 退所後、直ちに病院等に入所し、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、直ちに病院等に入所し、一週間以内に再入所した場合を除く

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

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

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

令和2年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査
退所者票（介護老人保健施設）

※本調査票は、当該退所者の状況について詳しい職員の方がご記入下さい。ご本人・ご家族にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入下さい。2・4は可能な限りリハビリ職員が記入してください。

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

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。分からない場合は「－」と記入して下さい。

※調査時点は、退所日、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 退所者の基本情報についておうかがいします。(原則、退所時点の状況)

1) 年齢（退所時点）		() 歳
2) 性別		1 男性 2 女性
3) 世帯構成（退所時点）		1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他
4) 介護力（退所時点）		1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がいる ➡時間帯(a 朝 b 昼 c 夜)(複数選択可) 3 常時、介護できる人がいる
5) 入所期間	西暦()年()月()日～2020年()月()日	
6) 入所直前の居所	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 病院 ➡法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） ➡病床：(a 一般病床 b 地域包括ケア病棟 c 回復期リハ病棟 d 医療療養病床 e 介護療養病床 f 精神病床 g その他 h 不明) 3 診療所 ➡法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 7 養護老人ホーム 8 軽費老人ホーム・ケアハウス 9 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 10 その他()	
【6】で1または6～9の場合】		
7) 入所直前のリハビリテーション等（複数回答可）	1 医療保険の外来リハビリテーション 2 通所リハビリテーション 3 訪問リハビリテーション 4 リハビリ専門職による訪問看護 5 なし 6 不明	
8) 入所直前の医療保険のリハビリテーション料の有無（複数回答可）		
1 心大血管疾患リハビリテーション料 2 脳血管疾患等リハビリテーション料 3 廃用症候群リハビリテーション料 4 運動器リハビリテーション料 5 呼吸器リハビリテーション料 6 摂食機能療法 7 視能訓練 8 難病患者リハビリテーション料 9 障害児（者）リハビリテーション料 10 がん患者リハビリテーション料 11 認知症患者リハビリテーション料 12 リンパ浮腫複合的治療料 13 集団コミュニケーション療法料 14 なし 15 不明		
9) 退所先	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 病院 ➡法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） ➡病床：(a 一般病床 b 地域包括ケア病棟 c 回復期リハ病棟 d 医療療養病床 e 介護療養病床 f 精神病床 g その他) 3 診療所 ➡法人：(a 同一法人（同系列を含む） b 他法人） 4 他の老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 7 養護老人ホーム 8 軽費老人ホーム・ケアハウス 9 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 10 死亡 11 その他()	

9)で「居宅」※1を選択した場合に伺います。	
①居宅へ退所後に利用したサービス（複数回答可）	1 訪問リハビリテーション 2 通所リハビリテーション 3 通所介護 4 リハビリ専門職による訪問看護 5 その他の介護保険のサービス 6 なし 7 不明
【①で「7 不明」の場合】 ②居宅へ退所後に利用したサービスが不明な理由 （最も近いもの1つに○）	1 退所後の情報を居宅介護支援事業所と共有する機会がない 2 利用者が居宅系施設に入居したため 3 退所後の情報を把握する必要がないため 4 その他（ ）
10)貴施設への入所理由 （最も近いもの1つに○）	1 医療ニーズを持った退院直後の利用者の在宅復帰支援を支えるため 2 在宅での生活を維持できるよう支援するため 3 リハビリテーションを行うため 4 レスパイトを行うため 5 看取りを行うため 6 その他（ ）

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

2. 退所者の心身の状況等 についておうかがいします。

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

下記の日常生活動作について、入所時、退所時の状態として該当するもの	入所時					退所時			
	自立	見守り	一部介助	全介助	不明	自立	見守り	一部介助	全介助
16) 寝返り	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
17) 起き上がり	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
18) 座位保持	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
19) 立ち上がり（いすから）	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
20) 立ち上がり（床から）	1	2	3	4	不明	1	2	3	4
21) 立位保持	1	2	3	4	不明	1	2	3	4

3. 退所者へのケア等についておうかがいします。

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

23) 退所関連加算の算定状況	
①入所前後訪問指導加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	1 有 2 無
②試行的退所時指導加算	1 有 2 無
③退所時情報提供加算	1 有 2 無
④退所前連携加算	1 有 2 無
⑤退所後のケアプランを作成した居宅ケアマネと連携をとった時期（複数回答可）	1 入所前 2 入所後 1 週間以内 3 入所後 2 週間以内 4 入所後 1 か月以内 5 退所前 1 か月以内 6 退所前 2 週間以内 7 退所前 1 週間以内 8 退所後 30 日以内 9 上記以外の期間 10 特に連携はとっていない
⑥退所後のケアプランを作成した居宅ケアマネとのカンファレンスの実施回数	() 回

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

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

24) 入所期間中で、最も多くリハビリテーションが提供された時期 (※)において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した 個別リハビリテーションの回数(1回は20分程度)(平均的な1週 間における回数を回答してください)。 (※時期は記入者の主観で構いません)		約()回/週
うち、理学療法士が提供した個別リハビリテーション		約()回/週
うち、作業療法士が提供した個別リハビリテーション		約()回/週
うち、言語聴覚士が提供した個別リハビリテーション		約()回/週
25) 24) で回答した同じ時期の1週間に理学療法士、作業療法士又は 言語聴覚士が提供した個別リハビリテーションの合計時間		約()分/週
うち、理学療法士が提供した個別リハビリテーション		約()分/週
うち、作業療法士が提供した個別リハビリテーション		約()分/週
うち、言語聴覚士が提供した個別リハビリテーション		約()分/週
26) 24) で回答した同じ時期における、リハビリ専門職による集団リハ ビリテーションの実施の有無		1 有 2 無
27) 26) で「1 有」の場合、1回あたりの平均的な時間、1週間にお ける平均的な回数		約()分/回 約()回/週
28) リハビリテーショ ンの目的 (複数回答可)	1 生活習慣の維持のため 2 ADL(起居、移動を含む)の維持、改善のため 3 社会性(他者との交流等)維持、改善のため 4 IADLの向上のため 5 機能の回復が見込まれるため 6 介護負担軽減のため 7 福祉用具の安全な使用を定着させるため 8 記憶、認知機能の維持、向上のため 9 BPSDの軽減、適応のため 10 その他()	
29) 入所中に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が直接、 <u>提供した職種毎のリハビリテーション</u> の内容を以下の選択肢から選んで、番号を記入してください。(複数回答可) ※リハビリ職員の指示で介護職員等が実施した場合は除く。 ※※個別リハ、集団リハにかかわらずご記入ください		
①理学療法士	()	
②作業療法士	()	
③言語聴覚士	()	
【選択肢】		
1 関節可動域訓練 2 筋力増強訓練 3 筋緊張緩和(ストレッチ等) 4 持久力訓練 5 バランス練習 6 起居/立位動作練習 7 移乗動作訓練 8 歩行訓練 9 体操 10 摂食・嚥下訓練 11 言語訓練 12 トイレ訓練 13 入浴訓練 14 その他 ADL 訓練 15 IADL 練習(家事・調理・買い物等) 16 用具の適応訓練(車いす、杖、補聴器等) 17 在宅生活の模擬的訓練 18 記憶機能に関する訓練 19 認知機能に関する訓練 20 趣味活動(手工芸、園芸、編み物等) 21 介助方法の指導 22 住宅改修・環境調整 23 その他 24 いずれも提供していない		

別表 1

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

別表 2

《 I C F ステージングについて、記録があれば、入所時の状況・退所時の状況として得点を記入してください。》※入所時の記録がない場合は記入不要です。	入所時	退所時
40) 基本動作	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
41) 歩行・移動	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
42) 認知機能（見当識）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
43) 認知機能（コミュニケーション）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
44) 認知機能（精神活動）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
45) 食事（嚥下機能）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
46) 食事（食事動作及び食事介助）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
47) 排泄の動作	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
48) 入浴動作	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
49) 整容（口腔ケア）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
50) 整容（整容）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
51) 整容（衣服の着脱）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
52) 社会参加（余暇）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
53) 社会参加（社会交流）	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1

≪ I C F ステージングの周辺症状について、記録があれば、入所時の状況・退所時の状況について選択してください。≫ ※入所時の記録がない場合は記入不要です			入所時	退所時
54) 周辺 症状	A 群	世話を拒否する	0 有 1 無	0 有 1 無
		不適切に泣いたり笑ったりする	0 有 1 無	0 有 1 無
		興奮して手足を動かす	0 有 1 無	0 有 1 無
		理由なく金切り声を上げる	0 有 1 無	0 有 1 無
		衣服や器物を破壊する	0 有 1 無	0 有 1 無
		食物を投げる	0 有 1 無	0 有 1 無
	B 群	食べ過ぎる	0 有 1 無	0 有 1 無
		タンスの中身を全部出す	0 有 1 無	0 有 1 無
		日中屋外や屋内をうろつきまわる	0 有 1 無	0 有 1 無
		昼間、寝てばかりいる	0 有 1 無	0 有 1 無
		同じことを何度も聞く	0 有 1 無	0 有 1 無
		尿失禁する	0 有 1 無	0 有 1 無

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