

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査
＜介護医療院票(案)＞

1. 本調査票は「介護医療院」について、問 1～問 14 は施設長様もしくは事務長様が、問 15～問 21 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「調査説明資料」をご参照ください。
3. 本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行ったうえで公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
4. ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
5. お忙しいところ恐縮ではございますが、**平成30年11月●日(●)**までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【お問合せ先】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)

〒***-**** * * * * *

T E L : 0120-***-*** (平日 9:30～17:00)

F A X : 0120-***-*** (24 時間)

E-mail : * * * * * @ * * * * *.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先(tel)		所在地の郵便番号	

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。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。

問 1 平成 30 年 9 月 30 日時点の貴施設の概要をご回答ください。																	
1) 開設年月日	2018 年 () 月 () 日																
2) 開設者	01 医療法人(医療法人社団・医療法人財団・社会医療法人) 02 社団・財団法人(01 以外) 03 国公立 04 個人 05 その他 ()																
3) 定員	() 人																
4) 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																

5) 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
6) 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 (障害者病棟) 04 一般病床 (有床診療所療養病床入院基本料) 05 一般病床 (その他) 06 療養病床 (療養病棟入院基本料 1・2 (20:1)) 07 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)) 08 療養病床 (療養病棟入院基本料経過措置 2 (30:1)) 09 療養病床 (地域包括ケア病棟入院料) 10 療養病床 (回復期リハビリテーション病棟入院料) 11 療養病床 (介護療養病床 (病院)) 12 療養病床 (有床診療所療養病棟入院基本料) 13 療養病床 (介護療養病床 (診療所)) 14 その他の病床 15 病床なし (無床診療所)
7) 介護医療院もしくは併設医療機関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。
8) 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 07 軽費老人ホーム 08 認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) 09 小規模多機能型居宅介護 10 看護小規模多機能型居宅介護 11 その他の介護保険サービス 12 他の介護保険サービスは運営していない
9) 臨床検査 (分析) を委託していますか ※医療機関内のブランチラボは医療機関に含まれることとする。	01 臨床検査を委託していない 02 検査内容によって臨床検査を一部委託 →委託先 (11 関係医療機関のみ 12 衛生検査所のみ 13 11、12 の両方) 03 臨床検査を全部委託 →委託先 (11 関係医療機関のみ 12 衛生検査所のみ 13 11、12 の両方)

問2 平成30年9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。
 ※平成30年9月30日には出勤していない者を含め、平成30年9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。

	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	
看護師	人	人	人
准看護師	人	人	
介護福祉士	人	人	人
介護福祉士以外の介護職員	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	人	人	
介護支援専門員	人	人	
診療放射線技師	人	人	

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」＋「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
 非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。（小数点第二位を四捨五入して下さい）

問3 貴施設の構造設備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

	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	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）。

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

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

該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に○をつけてください。

問4 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。

- 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利用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 その他（ ）

問5 介護医療院の開設にあたっての情報をご回答ください。	
1) 開設前の施設 (複数回答可)	01 医療療養病床 (20:1) 02 医療療養病床 (25:1) 03 医療療養病床 (診療所) 04 介護療養型医療施設 (病院) 05 介護療養型医療施設 (診療所) 06 介護療養型医療施設 (認知症疾患型) 07 介護療養型老人保健施設 (転換老健) 08 その他の病床等 09 新設
2) 既存建物の活用	01 既存建物をそのまま活用 02 改修工事 (本体の躯体工事には及ばない屋内改修) 03 改築工事 04 新築
3) 開設に向けた準備 (複数回答可)	01 家具・パーティション等を購入 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 職員の配置転換 06 職員の新規雇用 07 他施設の視察等 08 その他 () 09 特に準備はしていない
4) 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
5) 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 (転換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、1.2 m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 m以上)) 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 経過措置は該当しない

問6 介護医療院の理念の共有について、あてはまる項目すべてに○をつけてください。	
1) 介護医療院が長期療養が必要な方の生活施設であることを受けて、貴施設の理念を創設しましたか	01 理念の創設を行った 02 理念の創設は行っていない →理由 (11 もととの理念と変わらないため 12 検討中であるため 13 その他 ())
2) 職員で理念や意識を共有する際に、誰が中心となって行いましたか (複数回答可)	01 経営陣 02 開設の軸となる職員 (事務長等) 03 現場の職員 (医師、看護師等) 04 特に理念や意識の共有は行っていない 05 その他 ()
3) 職員との意識の共有方法 (複数回答可)	01 移行の中心となる職員が介護医療院の理念や役割について職員に話をした 02 職員に対して資料の配布を行った 03 特に職員に対して説明は行っていない 04 その他 ()
4) 職員への説明開始時期	01 介護医療院開設のおよそ6か月以上前 02 介護医療院開設のおよそ3か月以上前 03 介護医療院開設のおよそ2か月前 04 介護医療院開設のおよそ1か月前 05 特に職員に対する説明は行っていない 06 その他 ()

問7 移行定着支援加算についてお伺いします。		
1) 移行定着支援加算を算定していますか。	01 算定している 02 算定していない	
2) 移行定着支援加算を算定するための、利用者・家族への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の () か月前から行った
	②説明方法 (複数回答可)	01 対面で説明した 02 説明資料を配布した 03 説明資料を掲示した 04 その他 ()
3) 移行定着支援加算を算定するための、地域住民への説明は、いつ頃から、どのように、行いましたか。	①説明を行った時期	開設の () か月前から行った
	②説明を行った回数	延べ () 回
	③説明方法 (複数回答可)	01 対面で説明した 02 説明資料を配布した 03 説明資料を掲示した 04 その他 ()
4) 説明を行った地域住民は次のうちどれですか (複数回答可)	01 町内会の役員 02 町内会の加入者 03 民生委員 04 病院・診療所の受診者 05 募集に対して参加された方 06 その他	

※ 2)～4)は「移行定着支援加算」を算定している場合にご回答ください。

問 8 貴施設で実施されている 地域に貢献する活動・地域と交流する活動等 についてお伺いします。	
1) 活動の実施件数 (2018 年度実施済み・実施予定延べ回数)	
① 保健・医療・福祉	—
①-1 健康教室・介護予防教室・栄養教室等 (施設内での開催、職員の派遣を含む)	回
①-2 介護教室・介護相談 (家族介護者に対する支援)	回
①-3 認知症カフェ・住民カフェ	回
①-4 その他の取り組み	回
② 教育支援 (職場体験)	回
③ 文化・環境保全 (祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全)	回
④ 経済の振興 (地域産業の活性化・商店街の活性化・特産品や農水産物の活用)	回
⑤ 防犯・防災 (防犯・消防や防災・災害対応)	回
⑥ ボランティアの受け入れ	回
⑦ その他 ()	回
2) 活動を実施するにあたって、連携している組織 (複数回答可)	01 都道府県 02 市区町村 03 町内会 04 ボランティア団体 05 保育園・幼稚園 06 小・中学校 07 地域包括支援センター 08 その他 ()
3) 2017 年度と比較して、活動の実施件数 (2018 年度 実施済み・実施予定延べ回数) に変化はありましたか	01 増加した 02 減少した 03 変化はなかった

問9 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。 以下の取組について、当てはまるものに○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 利用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 利用者の状態や希望にあわせてベッドの高さを調整している 03 利用者のプライベートスペースに入る際には、声か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 体格にあ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に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 利用者ごとの食事の好みを把握している 02 利用者ごとの好みに合わせた食事を提供している 03 行事食や利用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 経管栄養の利用者であっても、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 利用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もとづき、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 01～04 にはいずれも当てはまらない

5) 入浴支援 (複数回答可)	01 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 利用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)	

問10 介護医療院の開設にあたって、移行前後で 転院(転棟)する必要のあった利用者 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)した利用者はいましたか。	01 転院した利用者がいた 02 転院した利用者はいなかった	
2)【1)で転院(転棟)した利用者がいたと回答した場合】 あてはまる理由をご回答ください。(複数回答可)	①利用者の年齢が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 1 1 介護医療院の開設にあたって、課題と考えることがあれば、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 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
- 02 ターミナルケアを提供しにくい
- 03 院内の他の診療科との連携が希薄になる
- 04 職員のモチベーションが維持できない
- 05 十分な数の医師を雇用することができない
- 06 十分な数の看護職員を雇用することができない
- 07 十分な数の介護職員を雇用することができない
- 08 利用者や家族への説明が難しい
- 09 利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
- 10 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)
- 11 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
- 12 周囲の他の介護施設等との差別化ができない
- 13 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
- 14 その他 ()
- 15 課題と考えることは何もない

問 1 2 介護医療院の開設にあたって、必要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・パーティション等を調達するための助成金
- 03 介護医療院の基準・制度に関する情報提供
- 04 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口
- 05 実際に介護医療院を開設した事例の紹介
- 06 その他 ()
- 07 特に必要な支援策はなかった

問 1 3 貴施設の入所者数、延べ入所日数をご記入ください。	
① 入所者数（平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点）	人
②うち、住民税非課税所得世帯（第一段階）の入所者	人
③うち、住民税非課税所得世帯（第二段階）の入所者	人
④うち、住民税非課税所得世帯（第三段階）の入所者	人
⑤延べ入所日数（平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間）※1, 2	日

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

※2：「延べ入所日数」は、平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の延べ入所日数をご記入下さい。

問 1 4 平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の貴施設の新規入所者数・退所者数をご記入ください。うち数は、入所前の居所／退所先別にご記入ください。（※1）		
	新規入所者	退所者
①合計数	人	人
②うち、併設医療機関（※2）	人	人
③うち、他の医療機関（病院・診療所）	人	人
④うち、他の介護医療院	人	人
⑤うち、介護老人保健施設（老健）	人	人
⑥うち、介護老人福祉施設（特養）	人	人
⑦うち、他の介護療養型医療施設	人	人
⑧うち、本人の自宅	人	人
⑨上記以外の自宅等（※3）	人	人
⑩死亡		人
⑪その他	人	人
⑫不明	人	人

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

※2： 介護医療院に移行した場合で、移行前の病棟等から継続して入所されている方は新規入所者には含めずにご回答ください。

※3：「自宅等」には、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホームなどが含まれます。

問 15 平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の貴施設における利用者の状態像（医療区分・ADL 区分・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）・認知症高齢者の日常生活支援度）についてご記入ください。
各回答欄の合計人数が、問 13①の入所者数と同じになるようにご記入ください。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
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
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※
要介護度		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。

	ランク J	ランク A1	ランク A2	ランク B1	ランク B2	ランク C1	ランク C2	不明
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	人	人	人	人	人	人	人	人

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

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

問 16 平成 30 年 9 月 30 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 （同一の利用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、悪性腫瘍等と診断された者		人
②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者		人
③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者		人
上記の状態にあてはまる入所者の実人数（1 つ以上の項目にあてはまった人数）		人

※1：「介護医療院Ⅰ型」の算定においては、各状態に当てはまる入所者を「末日算定方式」もしくは「延べ人数算定方式」のいずれかで届け出ることとなっていますが、本調査では「平成 30 年 9 月 30 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

問 17 平成 30 年 9 月の 1 か月間における貴施設への入所者に対して行った医療処置についてご回答ください。(実人数)			
1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14 インスリン注射	人
2 経鼻経管栄養	人	15 疼痛管理（麻薬なし）	人
3 中心静脈栄養	人	16 疼痛管理（麻薬使用）	人
4 カテーテル（尿道留置カテーテル・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 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 持続モニター測定（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、皮下及び筋肉内注射（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

※平成 30 年 9 月の 1 か月間に 1 回以上実施した場合、「1 人」と数えてください。

問 18 問 17 で「リハビリテーション」を選択した場合平成 30 年 9 月の 1 か月間における貴施設への入所者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。 加算や特定診療費のうち、以下のリハビリテーションに関する算定はありましたか。 算定があった場合には算定延べ回数を、算定がなかった場合には 0（ゼロ）とご記入ください。			
①栄養マネジメント加算	人回	⑨作業療法	人回
②低栄養リスク改善加算	人回	⑩言語聴覚療法	人回
③経口移行加算	人回	⑪集団コミュニケーション療法	人回
④経口維持加算	人回	⑫摂食機能療法	人回
⑤口腔衛生管理加算	人回	⑬短期集中リハビリテーション	人回
⑥排せつ支援加算	人回	⑭認知症短期集中リハビリテーション	人回
⑦理学療法（Ⅰ）	人回	⑮精神科作業療法	人回
⑧理学療法（Ⅱ）	人回	⑯認知症老人入所精神療法	人回

問 19 貴施設におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）※に関する取組についてご回答ください。	
1) 貴施設では ACP に取り組んでいますか	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) ACP に取り組む上で何が困難ですか (複数回答可)	01 本人意思決定の評価 02 本人が意思表示できない 03 代理決定者が定まらない 04 ACP として関わり始める時期の見極め 05 ACP として実施する内容 06 施設としての方針・指針がない 07 ACP をするための体制が不十分 08 ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09 ACP を実施するための時間がとれない 10 ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11 その他 () 12 困難なことは特にない
3) 【1) で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。(○はひとつ)	01 入所者の気がかりや意向 02 入所者の価値観や目標 03 病状や予後の理解 04 治療や療養に関する意向 05 代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06 その他 ()
4) ACP に関する施設内での職員研修の有無	01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
5) 職員の中に ACP に関する施設外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」とは、今後の治療・療養について利用者・家族と医療従事者等があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問 20 貴施設におけるターミナルケアに関する取組についてご回答ください。	
1) 貴施設では看取り期に入った入所者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) 貴施設ではターミナルケアに取り組むにあたって、施設内でのマニュアル等を整備していますか。	01 整備している 02 整備していない
3) 看取りに関する施設内での職員研修の有無	01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
4) 【(3) で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
5) 職員の中にターミナルケアに関する施設外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

問 21		
1) 平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の入所者のうち、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を実施した入所者の人数をご記入ください。		
2) 以下の①～③の条件全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) の人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の延べ入所日数をご記入下さい。		
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、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又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。		
1) アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を実施した入所者	人数 (9 月 30 日時点)	
	人	
2) ターミナルケアを提供している入所者 (①～③の条件全てに適合する入所者)	人数 (9 月 30 日時点)	3 ヶ月間の延べ入所日数 (※)
	人	日

※平成 30 年 9 月 30 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 ヶ月間の延べ入所日数をご記入ください。

例) 平成 30 年 1 月 1 日に入所し、9 月 15 日からターミナルケアを開始 (9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供) している場合、3 ヶ月間の延べ入所日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

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

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。

ご回答済みの調査票は、平成 30 年 11 月●日 (●) までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査
＜病院・診療所 共通票(案)＞

1. 本調査票は「病院・診療所」について、施設長様もしくは事務長様にご回答ください。
2. ご回答にあたっては、同封の「調査説明資料」をご参照ください。
3. 本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行ったうえで公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
4. ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
5. お忙しいところ恐縮ではございますが、**平成30年11月9日(●)**までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【お問合せ先】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)

〒***-**** * * * * *

T E L : 0120-***-*** (平日 9:30~17:00)

F A X : 0120-***-*** (24 時間)

E-mail : * * * * * @ * * * * *.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先(tel)		所在地の郵便番号	

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。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。

【本調査の構成】

○療養病床を有する医療機関様には、共通票（本票）、介護療養型医療施設票、医療療養病床票（病院・診療所）、患者・利用者票の4種類の調査票をお送りしております。
貴院の構成にあわせて、必要な調査票についてご回答ください。

病院・診療所の属性	ご回答いただく調査票
介護療養型医療施設と医療療養病床を有する場合	共通票（本票） + 介護療養型医療施設票（●●色） + 医療療養病床票（病院・診療所）（●●色） + 患者・利用者票（●●色）
介護療養型医療施設を有する場合	共通票（本票） + 介護療養型医療施設票（●●色） + 患者・利用者票（●●色）
医療療養病床を有する場合	共通票（本票） + 医療療養病床票（病院・診療所）（●●色） + 患者・利用者票（●●色）

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（医療法人社団・医療法人財団・社会医療法人）
02	社団・財団法人（01 以外）
03	国公立
04	個人
05	その他（ ）

問2 平成30年9月30日時点の貴院の 届出病床数 をお答えください。				
※地域包括ケア入院医療管理料を算定している病室を有している場合は、当該病室の病床数を一般病棟及び療養病棟の病床数から除外してください。				
		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1・2（20:1）	床
			療養病棟入院基本料経過措置（25:1、30:1）	床
			その他	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	
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3 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型医療施設の混合病棟が1病棟ある
02	医療療養病床と介護療養型医療施設の混合病棟が2病棟ある
03	医療療養病床と介護療養型医療施設の混合病棟はない

問4 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 すべて に○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	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
07	軽費老人ホーム
08	認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）
09	小規模多機能型居宅介護
10	看護小規模多機能型居宅介護
11	その他の介護保険サービス
12	他の介護保険サービスは運営していない

問5 貴院で実施されている地域に貢献する活動・地域と交流する活動等 についてお伺いします。	
1) 活動の実施件数 (2018 年度実施済み・実施予定延べ回数)	
① 保健・医療・福祉	—
①-1 健康教室・介護予防教室・栄養教室等 (施設内での開催、職員の派遣を含む)	回
①-2 介護教室・介護相談 (家族介護者に対する支援)	回
①-3 認知症カフェ・住民カフェ	回
①-4 その他の取組み	回
② 教育支援 (職場体験)	回
③ 文化・環境保全 (祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全)	回
④ 経済の振興 (地域産業の活性化・商店街の活性化・特産品や農水産物の活用)	回
⑤ 防犯・防災 (防犯・消防や防災・災害対応)	回
⑥ ボランティアの受け入れ	回
⑦ その他 ()	回
2) 活動を実施するにあたって、連携している組織 (複数回答可)	01 都道府県 02 市区町村 03 町内会 04 ボランティア団体 05 保育園・幼稚園 06 小・中学校 07 地域包括支援センター 08 その他 ()

問6 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
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」の具体的な開設手順を知っていますか。	01 知っている 02 知らない
4) 療養病床等を有する医療機関が「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。

問7 貴院の療養病床を介護医療院に移行すると仮定した場合、必要と考える支援策すべてに○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・パーティション等を調達するための助成金
- 03 介護医療院の基準・制度に関する情報提供
- 04 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口
- 05 実際に介護医療院に移行した事例の紹介
- 06 その他 ()
- 07 支援策は特に必要ない

病院施設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。
ご回答済みの調査票は、平成30年11月●日(●)までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査
＜介護療養型医療施設票(案)＞

1. 本調査票は「介護療養型医療施設」について、問 1～問 4、問 11～14 は施設長様もしくは事務長様が、問 5～10 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「調査説明資料」をご参照ください。
3. 対象となる病棟が複数ある場合には、該当するすべての病棟を合算した数としてご回答ください。
4. 本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行った上で公表いたしますので、個別の回答が特定されることはありません。
5. ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
6. お忙しいところ恐縮ではございますが、**平成30年11月●日(●)**までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【お問合せ先】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)

〒***-**** 東京都*****

TEL : 0120-***-*** (平日 9:30～17:00)

FAX : 0120-***-*** (24 時間)

E-mail : *****@*****.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先(tel)			

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。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 平成 30 年 9 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	05 診療所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	06 ユニット型診療所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	07 認知症患者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	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。					
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					
	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	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
3) 廊下幅 ※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅		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)。

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

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

該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に○をつけてください。

問3 平成30年9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。			
※平成30年9月30日には出勤していない者を含め、平成30年9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。			
	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
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	

※常勤換算の計算方法

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

非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を四捨五入して下さい)

問4 貴院の介護療養型医療施設の入院患者数、延べ入院日数をご記入ください。	
①入院患者数(平成30年9月30日24時時点)	人
②うち、住民税非課税所得世帯(第一段階)の入院患者	人
③うち、住民税非課税所得世帯(第二段階)の入院患者	人
④うち、住民税非課税所得世帯(第三段階)の入院患者	人
⑤延べ入院日数(平成30年7月1日～9月30日の3ヶ月間) ※1	日

※1:「延べ入院日数」は、平成30年7月1日～9月30日の3ヶ月間の延べ入院日数をご記入下さい。

問5 平成30年9月30日24時時点の介護療養型医療施設における患者の状態像（医療区分・ADL区分・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）・認知症高齢者の日常生活支援度）についてご記入ください。				
各回答欄の合計人数が、問4①の入院患者数と同じになるようにご記入ください。				
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。

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。

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。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	ランクJ	ランクA1	ランクA2	ランクB1	ランクB2	ランクC1	ランクC2	不明
	人	人	人	人	人	人	人	人

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

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

問6 平成30年9月の1か月間における介護療養型医療施設への入院患者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。		
1)	1か月間にリハビリテーションが必要だった入院患者数	人
2) 加算や特定診療費のうち、以下のリハビリテーションに関する算定はありましたか。 算定があった場合には算定延べ回数を、算定がなかった場合には0（ゼロ）とご記入ください。		
①栄養マネジメント加算	人回	⑨作業療法 人回
②低栄養リスク改善加算	人回	⑩言語聴覚療法 人回
③経口移行加算	人回	⑪集団コミュニケーション療法 人回
④経口維持加算	人回	⑫摂食機能療法 人回
⑤口腔衛生管理加算	人回	⑬短期集中リハビリテーション 人回
⑥排せつ支援加算	人回	⑭認知症短期集中リハビリテーション 人回
⑦理学療法（Ⅰ）	人回	⑮精神科作業療法 人回
⑧理学療法（Ⅱ）	人回	⑯認知症老人入院精神療法 人回

問 7 平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の介護療養型医療施設における入院患者のうち、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院患者数をご記入ください。※1 （同一の患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院患者の実人数をご記入ください。		
重篤な身体疾患を有する者		
①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態		人
②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態		人
③各週 2 日以上的人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち		
常時低血圧（収縮時血圧が 90mmHg 以下）		人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの		人
出血性消化器病変を有するもの		人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの		人
④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態		人
⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態		人
⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態		人
⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態		人
身体合併症を有する認知症高齢者		
①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者		人
②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者		人
③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者		人
上記の状態にあてはまる入院患者の実人数（1 つ以上の項目にあてはまった人数）		人

※1：「療養機能強化型」の算定においては、各状態に当てはまる入院患者を「末日算定方式」もしくは「延べ人数算定方式」のいずれかで届け出ることとなっていますが、本調査では「平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点」の人数としてご回答ください。

※2：「療養機能強化型」介護療養型医療施設の算定要件上は、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、本調査では入院患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

問8 貴院の介護療養型医療施設におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）※に関する取組についてご回答ください。

1) 介護療養型医療施設では ACP に取り組んでいますか		01 取り組んでいる	02 取り組んでいない
2) ACP に取り組む上で何が困難ですか (複数回答可)		01 本人意思決定の評価 02 本人が意思表示できない 03 代理決定者が定まらない 04 ACP として関わり始める時期の見極め 05 ACP として実施する内容 06 病院としての方針・指針がない 07 ACP をするための体制が不十分 08 ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09 ACP を実施するための時間がとれない 10 ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11 その他 () 12 困難なことは特にない	
3) 【1) で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。(○はひとつ)		01 入院患者の気がかりや意向 02 入院患者の価値観や目標 03 病状や予後の理解 04 治療や療養に関する意向 05 代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06 その他 ()	
4) ACP に関する院内での職員研修の有無		01 院内で研修をしている	02 研修をしていない
5) 職員の中に ACP に関する院外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)		01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない	

※「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」とは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問 9 貴院におけるターミナルケアに関する取組についてご回答ください。	
1) 貴院では看取り期に入った入院患者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) 貴院ではターミナルケアに取り組むにあたって、院内でのマニュアル等を整備していますか。	01 整備している 02 整備していない
3) 看取りに関する院内での職員研修の有無	01 院内で研修をしている 02 研修をしていない
4) 【(3) で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
5) 職員の中にターミナルケアに関する院外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

問 10		
1) 平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の介護療養型医療施設の入院患者のうち、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を実施した入院患者の人数をご記入ください。		
2) 以下の①～③の条件全てに適合する入院患者 (ターミナル期のケアを提供している入院患者) の人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の延べ入院日数をご記入下さい。		
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 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患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、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又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。		
1) アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を実施した入院患者	人数 (9 月 30 日時点)	
	人	
2) ターミナルケアを提供している入院患者 (①～③の条件全てに適合する入院患者)	人数 (9 月 30 日時点)	3 ヶ月間の延べ入院日数 (※)
	人	日

※平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供している入院患者がいる場合、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 ヶ月間の延べ入院日数をご記入ください。

例) 平成 30 年 1 月 1 日に入院し、9 月 15 日からターミナルケアを開始 (9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供) している場合、3 ヶ月間の延べ入院日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

問 1 1 平成 30 年 9 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、2018 年度末、2019 年度末、2020 年度末、2023 年度末時点に想定され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いただいて構いません。)
 (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		2018 年 度末の 予定 病床数	2019 年 度末の 予定 病床数	2020 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 1・2 (20:1)			床	床	床	床
			療養病棟入院基本料経過措置 (25:1、30:1)		床	床	床	床	
			地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む		床	床	床	床	
			回復期リハビリテーション病棟入院料		床	床	床	床	
		一般病床	一般病棟入院基本料		床	床	床	床	
			その他		床	床	床	床	
	介護 保険	療養病床	療養機能強化型 A	床	床	床	床	床	
			療養機能強化型 B	床	床	床	床	床	
			その他	床	床	床	床	床	
		精神病床	老人性認知症疾患療養病床	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	床	
		一般病床	有床診療所入院基本料		床	床	床	床	
	介護 保険	療養病床	療養機能強化型 A	床	床	床	床	床	
			療養機能強化型 B	床	床	床	床	床	
			その他	床	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	床	
			II 型介護医療院		床	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	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) ※1			床	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	床	
		養護老人ホーム			床	床	床	床	
		軽費老人ホーム			床	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	床	
		小規模多機能型居宅介護			床	床	床	床	
		看護小規模多機能型居宅介護			床	床	床	床	
		その他			床	床	床	床	
			上記のいずれにも転換せず病床廃止		床	床	床	床	
			未定		床	床	床	床	
合計				床	床	床	床		

合計数はいずれも同じ

※1: この調査票では、平成 30 年 9 月 30 日時点の介護療養型医療施設分のみの方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転換を考慮する必要はありません。)

問 1 2 【問 11 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転換しない理由として、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 年度以降に転換する予定である
- 02 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
- 03 介護医療院等に転換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 2021 年介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
- 05 その他 ()

問 1 3 【問 11 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 年度までに転換を行うことは検討しているが、転換先が未定である
- 02 なんらかの転換を行うことは検討しているが、転換時期が未定である
- 03 転換に関して院内で検討しているが、転換先も転換時期も未定である
- 04 転換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 1 4 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、課題と考える項目を最大 3 つまで
選び○をつけてください。
(複数回答可)

- 01 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
- 02 ターミナルケアを提供しにくい
- 03 院内の他の診療科との連携が希薄になる
- 04 職員のモチベーションが維持できない
- 05 転換した場合、十分な数の医師を雇用することができない
- 06 転換した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない
- 07 転換した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない
- 08 利用者や家族への説明が難しい
- 09 利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
- 10 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）
- 11 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
- 12 周囲の他の介護施設等との差別化ができない
- 13 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
- 14 その他 ()

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。

ご回答済みの調査票は、平成 30 年 1 1 月●日(●)までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査
＜医療療養病床票(案)(病院・診療所)＞

1. 本調査票は「医療療養病床」について、問 1 ～問 4、問 1 1 ～1 4 は施設長様もしくは事務長様が、問 5 ～1 0 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「調査説明資料」をご参照ください。
3. 対象となる病棟が複数ある場合には、該当するすべての病棟を合算した数としてご回答ください。
4. 本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行った上で公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
5. ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
6. お忙しいところ恐縮ではございますが、**平成30年11月●日(●)**までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【お問合せ先】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局
(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)

〒***-**** 東京都*****

T E L : 0120-***-*** (平日 9:30～17:00)

F A X : 0120-***-*** (24 時間)

E-mail : *****@*****.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先(tel)			

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。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。

○本調査票は医療療養病床に関する調査票です。

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 平成 30 年 9 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 1
- 02 療養病棟入院基本料 2
- 03 療養病棟入院基本料 経過措置 1
(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 経過措置 2
(看護職員配置 30:1)
- 05 有床診療所療養病棟入院基本料

問2 貴院の医療療養病床の届出病床数と構造設備についてご回答ください。					
1) 医療療養病床の届出病床数					人
2) 病室の部屋数と延べ床面積 ※1					
	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	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
3) 廊下幅 ※2					
廊下の最低幅	m	うち中廊下の最低幅		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)。

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

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

該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に○をつけてください。

問3 平成30年9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。			
※平成30年9月30日には出勤していない者を含め、平成30年9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。			
	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
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	

※常勤換算の計算方法

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

非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を四捨五入して下さい)

問4 貴院の医療療養病床の入院患者数、延べ入院日数をご記入ください。	
①入院患者数(平成30年9月30日24時時点)	人
②うち、40歳未満の入院患者	人
③うち、40～64歳の入院患者	人
④うち要介護(要支援)認定者(2号被保険者)、または特定疾病(※1)を有する入院患者	人
⑤延べ入院日数(平成30年7月1日～9月30日の3ヶ月間) ※1	日

※1: 特定疾病は、次に挙げる16種類とします。

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------|-------------|----------------|----------|
| 1.末期がん、 | 2.筋萎縮性側索硬化症、 | 3.後縦靭帯骨化症、 | 4.骨折を伴う骨粗しょう症、 | 5.多系統萎縮症 |
| 6.初老期における認知症、 | 7.脊髄小脳変性症、 | 8.脊柱管狭窄症、 | 9.早老症 | |
| 10.糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症、 | 11.脳血管疾患 | | | |
| 12.進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病 | | | | |
| 13.閉塞性動脈硬化症、 | 14.関節リウマチ、 | 15.慢性閉塞性肺疾患 | | |
| 16.両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | | | | |

※2:「延べ入院日数」は、平成30年7月1日～9月30日の3ヶ月間の延べ入院日数をご記入下さい。

問5 平成30年9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・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）・認知症高齢者の日常生活支援度）についてご記入ください。
各回答欄の合計人数が、問4①の入院患者数と同じになるようにご記入ください。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
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
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。

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

	ランクJ	ランクA1	ランクA2	ランクB1	ランクB2	ランクC1	ランクC2	不明
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	人	人	人	人	人	人	人	人

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

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

問6 平成30年9月の1か月間における医療療養病床への入院患者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。

1) 1か月間にリハビリテーションが必要だった入院患者数		人
2) 以下のリハビリテーション料の算定はありましたか。 算定があった場合には算定延べ回数を、算定がなかった場合には0（ゼロ）とご記入ください。		
①心大血管疾患リハビリテーション料	人回	⑧難病患者リハビリテーション料 人回
②脳血管疾患等リハビリテーション料	人回	⑨障害児（者）リハビリテーション料 人回
③廃用症候群リハビリテーション料	人回	⑩がん患者リハビリテーション料 人回
④運動器リハビリテーション料	人回	⑪認知症患者リハビリテーション料 人回
⑤呼吸器リハビリテーション料	人回	⑫リンパ浮腫複合的治療料 人回
⑥摂食機能療法	人回	⑬集団コミュニケーション療料 人回
⑦視能訓練	人回	

問 7 平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の医療療養病床における入院患者のうち、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院患者数をご記入ください。※1 （同一の患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</u> してください。）※2 併せて、最下欄に下記の状態にあてはまる入院患者の実人数をご記入ください。		
重篤な身体疾患を有する者		
①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態		人
②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態		人
③各週 2 日以上的人工腎臓の実施が必要である者（※3）のうち		
常時低血圧（収縮時血圧が 90mmHg 以下）		人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの		人
出血性消化器病変を有するもの		人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの		人
④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態		人
⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態		人
⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態		人
⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態		人
身体合併症を有する認知症高齢者		
①認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者		人
②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者		人
③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又は M に該当する者		人
上記の状態にあてはまる入院患者の実人数（1 つ以上の項目にあてはまった人数）		人

※1：「療養機能強化型」の算定においては、各状態に当てはまる入院患者を「末日算定方式」もしくは「延べ人数算定方式」のいずれかで届け出ることとなっていますが、本調査では「平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点」の人数としてご回答ください。

※2：「療養機能強化型」介護療養型医療施設の算定要件上は、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、本調査では入院患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

問8 貴院の医療療養病床におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）※に関する取組についてご回答ください。	
1) 医療療養病床では ACP に取り組んでいますか	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) ACP に取り組む上で何が困難ですか (複数回答可)	01 本人意思決定の評価 02 本人が意思表示できない 03 代理決定者が定まらない 04 ACP として関わり始める時期の見極め 05 ACP として実施する内容 06 病院としての方針・指針がない 07 ACP をするための体制が不十分 08 ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09 ACP を実施するための時間がとれない 10 ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11 その他 () 12 困難なことは特にな
3) 【1) で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。(○はひとつ)	01 入院患者の気がかりや意向 02 入院患者の価値観や目標 03 病状や予後の理解 04 治療や療養に関する意向 05 代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06 その他 ()
4) ACP に関する院内での職員研修の有無	01 院内で研修をしている 02 研修をしていない
5) 職員の中に ACP に関する院外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」とは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問 9 貴院におけるターミナルケアに関する取組についてご回答ください。	
1) 貴院では看取り期に入った入院患者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) 貴院ではターミナルケアに取り組むにあたって、院内でのマニュアル等を整備していますか。	01 整備している 02 整備していない
3) 看取りに関する院内での職員研修の有無	01 院内で研修をしている 02 研修をしていない
4) 【(3) で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
5) 職員の中にターミナルケアに関する院外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

問 10		
1) 平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の医療療養病床の入院患者のうち、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入院患者の人数をご記入ください。		
2) 以下の①～③の条件全てに適合する入院患者（ターミナル期のケアを提供している入院患者）の人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の延べ入院日数をご記入下さい。		
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 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患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、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。		
	人数（9 月 30 日時点）	
1) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入院患者	人	
	人数（9 月 30 日時点）	3 ヶ月間の延べ入院日数（※）
2) ターミナルケアを提供している入院患者（①～③の条件全てに適合する入院患者）	人	日

※平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供している入院患者がいる場合、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 ヶ月間の延べ入院日数をご記入ください。

例) 平成 30 年 1 月 1 日に入院し、9 月 15 日からターミナルケアを開始（9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供）している場合、3 ヶ月間の延べ入院日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

問 11 平成 30 年 9 月 30 日時点の貴院の医療療養病床に係る届出病床数と、2018 年度末、2019 年度末、2020 年度末、2023 年度末時点に想定され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いただいて構いません。)

(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	2018 年 度末の 予定 病床数	2019 年 度末の 予定 病床数	2020 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 1・2 (20:1)	床	床	床	床
			療養病棟入院基本料経過措置 (25:1、30:1)	床	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				
			療養機能強化型 B				
			その他				
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
	介護 保険	療養病床	療養機能強化型 A				
			療養機能強化型 B				
			その他				
(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) ※1			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
	上記のいずれにも転換せず病床廃止				床	床	床
	未定				床	床	床
	合計		床	床	床	床	床

合計数はいずれも同じ

※1: この調査票では、平成 30 年 9 月 30 日時点の医療療養病床分のみの方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転換を考慮する必要はありません。)

問 1 2 【問 11 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転換しない理由として、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 年度以降に転換する予定である
- 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 介護医療院等に転換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 2021 年介護報酬改定の結果を見て判断するつもりである
- 05 その他 ()

問 1 3 【問 11 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 年度までに転換を行うことは検討しているが、転換先が未定である
- 02 なんらかの転換を行うことは検討しているが、転換時期が未定である
- 03 転換に関して院内で検討しているが、転換先も転換時期も未定である
- 04 転換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 1 4 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、課題と考える項目を最大 3 つまで選び○をつけてください。

(複数回答可)

- 01 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
- 02 ターミナルケアを提供しにくい
- 03 院内の他の診療科との連携が希薄になる
- 04 職員のモチベーションが維持できない
- 05 転換した場合、十分な数の医師を雇用することができない
- 06 転換した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない
- 07 転換した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない
- 08 利用者や家族への説明が難しい
- 09 利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
- 10 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）
- 11 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
- 12 周囲の他の介護施設等との差別化ができない
- 13 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
- 14 その他 ()

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。

ご回答済みの調査票は、平成 30 年 1 1 月 ● 日 (●) までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成30年10月

平成 30 年度 厚生労働省 介護報酬改定検証調査
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査
＜介護療養型老人保健施設票(案)＞

1. 本調査票は療養病床から転換し開設した経緯のある「介護老人保健施設」について、問 1～4、問 11～問 17 は施設長様もしくは事務長様が、問 5～10 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「調査説明資料」をご参照ください。
3. 本調査結果は報告書として公表されますが、各回答結果は統計的処理を行ったうえで公表いたしますので、個別の回答が特定されることはございません。
4. ご回答内容は本調査の目的以外に用いられることはありません。
5. お忙しいところ恐縮ではございますが、**平成30年11月●日(●)**までに調査票にご記入いただき、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

【お問合せ先】

「介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査」調査事務局

(みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部)

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエアビル 8 階

T E L : 0120-***-*** (平日 9:30～17:00)

F A X : 0120-***-*** (24 時間)

E-mail : *****@*****.co.jp

法人名		施設名	
ご担当者名		部署・役職名	
ご連絡先(tel)		所在地の郵便番号	

※ 施設名、および記入者のお名前・ご連絡先は必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。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。

問 1 平成 30 年 9 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 (医療法人社団・医療法人財団・社会医療法人) 02 社団・財団法人 (01 以外) 03 国公立 04 個人 05 その他 ()
2) 定員	() 人
3) 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 ユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅰ) 05 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) 06 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)

4) 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
5) 併設医療機関がある場合、その医療機関の有する病床	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（障害者病棟） 04 一般病床（有床診療所療養病床入院基本料） 05 一般病床（その他） 06 療養病床（療養病棟入院基本料 1・2（20:1）） 07 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）） 08 療養病床（療養病棟入院基本料経過措置 2（30:1）） 09 療養病床（地域包括ケア病棟入院料） 10 療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料） 11 療養病床（介護療養病床（病院）） 12 療養病床（有床診療所療養病棟入院基本料） 13 療養病床（介護療養病床（診療所）） 14 その他の病床 15 病床なし（無床診療所）

問 2 平成 30 年 9 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。

※平成 30 年 9 月 30 日には出勤していない者を含め、平成 30 年 9 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。

	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	
看護師	人	人	人
准看護師	人	人	
介護福祉士	人	人	人
介護福祉士以外の介護職員	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	人	人	
介護支援専門員	人	人	
診療放射線技師	人	人	

※常勤換算の計算方法

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

非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近 1 週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。（小数点第二位を四捨五入して下さい）

問3 貴施設の 構造設備 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					
	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	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)。

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

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

該当する廊下がない場合には「中廊下はない」に○をつけてください。

問4 貴施設の 入所者数、延べ入所日数 をご記入ください。	
①入所者数(平成30年9月30日24時時点)	人
②うち、住民税非課税所得世帯(第一段階)の入所者	人
③うち、住民税非課税所得世帯(第二段階)の入所者	人
④うち、住民税非課税所得世帯(第三段階)の入所者	人
⑤延べ入所日数(平成30年7月1日～9月30日の3ヶ月間) ※1	日

※1:「延べ入所日数」は、平成30年7月1日～9月30日の3ヶ月間の延べ入所日数をご記入下さい。

問5 平成30年9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・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)・認知症高齢者の日常生活支援度)についてご記入ください。 各回答欄の合計人数が、問4①の入所者数と同じになるようにご記入ください。				
--	--	--	--	--

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
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
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※
要介護度		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。

	ランクJ	ランクA1	ランクA2	ランクB1	ランクB2	ランクC1	ランクC2	不明
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	人	人	人	人	人	人	人	人

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

	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	不明 未実施
認知症高齢者の日常生活自立度	人	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。

問6 平成30年9月の1か月間における貴施設への入所者に対する、リハビリテーションの実施状況をご記入ください。			
1) 1か月間にリハビリテーションが必要だった入所者数			
2) 加算のうち、以下のリハビリテーションに関する算定はありましたか。 算定があった場合には算定延べ回数を、算定がなかった場合には0（ゼロ）とご記入ください。			
①栄養マネジメント加算	人回	④経口維持加算	人回
②低栄養リスク改善加算	人回	⑤口腔衛生管理加算	人回
③経口移行加算	人回	⑥排せつ支援加算	人回

問7 平成30年9月30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、悪性腫瘍等と診断された者	人
②認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病（※4）と診断された者	人
③認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者	人
上記の状態にあてはまる入所者の実人数（1つ以上の項目にあてはまった人数）	
人	

※1：「介護医療院Ⅰ型」の算定においては、各状態に当てはまる入所者を「末日算定方式」もしくは「延べ人数算定方式」のいずれかで届け出ることとなっていますが、本調査では「平成30年9月30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

問 8 貴施設におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）※に関する取組についてご回答ください。		
1) 貴施設では ACP に取り組んでいますか		01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) ACP に取り組む上で何が困難ですか (複数回答可)	01 本人意思決定の評価 02 本人が意思表示できない 03 代理決定者が定まらない 04 ACP として関わり始める時期の見極め 05 ACP として実施する内容 06 施設としての方針・指針がない 07 ACP をするための体制が不十分 08 ACP を実施するためのチームの連携がうまくとれない 09 ACP を実施するための時間がとれない 10 ACP を実施するにあたり本人・家族が拒否的 11 その他 () 12 困難なことは特にない	
3) 【1) で 01 取り組んでいると回答した場合】 ACP で話し合う内容のうち特に重視すること。(○はひとつ)	01 入所者の気がかりや意向 02 入所者の価値観や目標 03 病状や予後の理解 04 治療や療養に関する意向 05 代理決定者が適任者であるかの見極め、決定 06 その他 ()	
4) ACP に関する施設内での職員研修の有無		01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
5) 職員の中に ACP に関する院外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)		01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

※「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」とは、今後の治療・療養について利用者・家族と医療従事者等があらかじめ話し合う自発的なプロセスを指します。

問 9 貴施設におけるターミナルケアに関する取組についてご回答ください。	
1) 貴施設では看取り期に入った入所者に対して、ターミナルケアに取り組んでいますか。	01 取り組んでいる 02 取り組んでいない
2) 貴施設ではターミナルケアに取り組むにあたって、施設内でのマニュアル等を整備していますか。	01 整備している 02 整備していない
3) 看取りに関する施設内での職員研修の有無	01 施設内で研修をしている 02 研修をしていない
4) 【(3) で「01」と回答した場合】看取りに関する職員研修の頻度	01 年1回 02 年に2～4回 03 年に5回～毎月開催 04 その他
5) 職員の中にターミナルケアに関する施設外の研修を受講した方はいますか。 (職種については複数回答可)	01 受講者がいる →11 医師 12 薬剤師 13 看護職員 14 介護職員 15 リハビリ専門職 16 管理栄養士・栄養士 17 その他の職種 02 受講者はいない

問 10		
1) 平成 30 年 9 月 30 日 24 時時点の入所者のうち、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入所者の人数をご記入ください。 2) 以下の①～③の条件全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）の人数と平成 30 年 7 月 1 日～9 月 30 日の 3 ヶ月間の延べ入院日数をご記入下さい。 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、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。		
	人数（9 月 30 日時点）	
1) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実施した入所者	人	
	人数（9 月 30 日時点）	3 ヶ月間の延べ入所日数（※）
2) ターミナルケアを提供している入所者（①～③の条件全てに適合する入所者）	人	日

※平成 30 年 9 月 30 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 ヶ月間の延べ入所日数をご記入ください。

例) 平成 30 年 1 月 1 日に入所し、9 月 15 日からターミナルケアを開始（9 月 30 日 24 時時点でターミナルケアを提供）している場合、3 ヶ月間の延べ入所日数は、7～9 月の延べ 91 日となります。

問 1 1 貴施設で実施されている 地域に貢献する活動・地域と交流する活動 についてお伺いします。	
1) 活動の実施件数 (2018 年度実施済み・実施予定延べ回数)	
① 保健・医療・福祉	—
①-1 健康教室・介護予防教室・栄養教室等 (施設内での開催、職員の派遣を含む)	回
①-2 介護教室・介護相談 (家族介護者に対する支援)	回
①-3 認知症カフェ・住民カフェ	回
①-4 その他の取り組み	回
② 教育支援 (職場体験)	回
③ 文化・環境保全 (祭りや伝統行事の開催・地域の美化・緑化・地域環境保全)	回
④ 経済の振興 (地域産業の活性化・商店街の活性化・特産品や農水産物の活用)	回
⑤ 防犯・防災 (防犯・消防や防災・災害対応)	回
⑥ ボランティアの受け入れ	回
⑦ その他 ()	回
2) 活動を実施するにあたって、連携している組織 (複数回答可)	01 都道府県 02 市区町村 03 町内会 04 ボランティア団体 05 保育園・幼稚園 06 小・中学校 07 地域包括支援センター 08 その他 ()

問 1 2 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 |
| 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」の具体的な開設手順を知っていますか。 | 01 知っている 02 知らない |
| 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） |

問 13 貴院の療養病床を介護医療院に移行すると仮定した場合、必要と考える支援策すべてに○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・パーティション等を調達するための助成金 | |
| 03 | 介護医療院の基準・制度に関する情報提供 | |
| 04 | 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口 | |
| 05 | 実際に介護医療院に移行した事例の紹介 | |
| 06 | その他（ | ） |
| 07 | 支援策は特に必要ない | |

問 14 平成 30 年 9 月 30 日時点の貴院の介護療養型老人保健施設に係る届出病床数と、2018 年度末、2019 年度末、2020 年度末、2023 年度末時点に想定され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いただいて構いません。)

(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	現在の療養 病床に係る 届出定員数	2018 年 度末の 予定 定員数	2019 年 度末の 予定 定員数	2020 年 度末の 予定 定員数	2023 年 度末の 予定 定員数
(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	I 型介護医療院		床	床	床	床
		II 型介護医療院		床	床	床	床
		介護老人保健施設	床	床	床	床	床
		介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		床	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) ※1		床	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	床
		養護老人ホーム		床	床	床	床
		軽費老人ホーム		床	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	床
		小規模多機能型居宅介護		床	床	床	床
		看護小規模多機能型居宅介護		床	床	床	床
		その他		床	床	床	床
		上記のいずれにも転換せず施設廃止		床	床	床	床
		未定		床	床	床	床
合計			床	床	床	床	床

合計数はいずれも同じ

※1: この調査票では、平成 30 年 9 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他の病床を再編しての転換を考慮する必要はありません。)

問 15 【問 14 2023 年度末の予定病床数で「介護老人保健施設」に回答された方がお答えください】

2023 年度末までに貴院の介護老人保健施設を転換しない理由として、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 年度以降に転換する予定である
02 介護療養型老人保健施設を継続することが自院の経営に最も適していると考えている
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 その他 ()

問 16 【問 14 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 年度までに転換を行うことは検討しているが、転換先が未定である
02 なんらかの転換を行うことは検討しているが、転換時期が未定である
03 転換に関して施設内で検討しているが、転換先も転換時期も未定である
04 転換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 17 貴院の介護老人保健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最大3つまで選び○をつけてください。(複数回答可)

- 01 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
- 02 ターミナルケアを提供しにくい
- 03 院内の他の診療科との連携が希薄になる
- 04 職員のモチベーションが維持できない
- 05 転換した場合、十分な数の医師を雇用することができない
- 06 転換した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない
- 07 転換した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない
- 08 利用者や家族への説明が難しい
- 09 利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい
- 10 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)
- 11 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
- 12 周囲の他の介護施設等との差別化ができない
- 13 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
- 14 その他 ()

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。

ご回答済みの調査票は、平成30年11月●日(●)までに同封の返送用封筒にてご返送ください。

平成 30 年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査
患者・利用者票（案）

※本調査票は、入院患者・利用者のうち、毎月（1月～12月）の誕生日が「15日」の人「全員」を対象としてご回答ください。

※本調査票は、当該患者の状況について詳しい方がご記入ください。特に 6) ～ 19) は看護職員の方が、20) ～ 24) はリハビリに携わる方がご記入下さい。

※ご本人・ご家族にご確認いただく必要はありません。貴施設で分かる範囲でご記入下さい。

※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。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、平成 30 年 10 月 3 日、もしくは質問に記載している期間とします。

※介護医療院の場合は、転換前の療養病床/介護療養型老健への入院・入所を、患者の入院/入所時点としてください。

1) 本調査における 患者・利用者 ID	() ※貴施設で本調査用に任意の ID を付け、記載してください。 お問い合わせが生じた際に利用させていただきます。			
2) 入院・入所している 場所	1 介護医療院 2 介護療養病床 3 療養病床入院基本料 1・2 を算定している病床 (20:1) 4 療養病床入院基本料経過措置を算定している病床 (25:1、30:1、医療区分 2・3 の患者割合が 5 割未満) 5 介護療養型老人保健施設			
3) 年齢	() 歳			
4) 性別	1 男 2 女			
5) 現在入院・入所中の場所へ入院・入所 (または転棟) した日 ※介護医療院の場合は、転換前の類型への入院・入所・転棟日	平成 () 年 () 月 () 日			
6) 要介護度 (直近)	1 要支援 1・2 5 要介護 4	2 要介護 1 6 要介護 5	3 要介護 2 7 申請中	4 要介護 3 8 未申請 9 非該当
7) 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
8) 障害高齢者の 日常生活自立度	1 自立 6 B 1	2 J 1 7 B 2	3 J 2 8 C 1	4 A 1 9 C 2 10 不明
9) 認知症高齢者の 日常生活自立度	1 自立 5 III a	2 I 6 III b	3 II a 7 IV	4 II b 8 M 9 不明
10) 身体機能・起居動作	①寝返り	1 できる	2 つかまればできる	3 できない
	②起き上がり	1 できる	2 つかまればできる	3 できない
	③座位保持	1 できる	2 自分で支えればできる	3 支えてもらえばできる 4 できない
	④両足での立位	1 できる	2 支えがあればできる	3 できない
	⑤歩行	1 できる	2 つかまればできる	3 できない
11) 生活機能	①移動	1 自立	2 一部介助	3 全介助
	②えん下	1 自立	2 一部介助	3 全介助
	③排尿	1 自立	2 一部介助	3 全介助
	④排便	1 自立	2 一部介助	3 全介助
	⑤衣服の着脱	1 自立	2 一部介助	3 全介助
12) 主な日中の生活 場所の状況	1 自室以外 (食堂・レクリエーションルーム等) 2 自室・ベッド上・座位 3 自室・ベッド上・臥位			
13) 食事の場所	1 食堂等自室以外 2 自室・ベッド上・座位 3 自室・ベッド上・臥位 4 食事はとっていない (経管栄養等)			
14) 食事の時間	1 決められた時間に提供されている 2 本人の希望する時間に提供されている 3 日によって提供時間が異なる			
15) 入浴の回数	1 週間あたり () 回			
16) レクリエーションへの参加	1 週間あたり () 分			

17) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する取組の有無※今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのこと	1 はい	2 いいえ
18) ターミナルケアの実施の有無※医学的に回復の見込みがないと診断された者に対し、本人・家族の同意を得て、計画的にケアを行うこと	1 はい	2 いいえ
19) ターミナルケアの具体的な内容（複数回答可）（18）で「1 はい」に○がついた場合にご回答ください。）		
1 食事量の調整	2 水分量の調整	3 麻薬による疼痛管理
4 創傷・褥瘡ケア	5 喀痰吸引	
6 環境整備（個室への移動等）	7 一時帰宅を含む帰宅支援	
8 不安等心理的变化への対応・ケア	9 家族に対する相談対応・ケア	

※以降の設問はリハビリに携わる方（リハビリ専門職・看護職員）がご記入ください。

20)（介護保険適用の場合のみご記入下さい）算定した加算（平成 30 年 9 月分）（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		
21)（介護保険適用の場合のみご記入下さい）算定した特定（特別）診療費（平成 30 年 9 月分）（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実施加算	8 精神科作業療法	9 認知症老人入院（入所）精神療法
22)（医療保険適用の場合のみご記入下さい）算定した加算（平成 30 年 9 月分）（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		
23) リハビリテーションの具体的な内容 ※ 21) もしくは 22) で 1 つ以上○がついた場合にご回答ください。		
①内容 （複数回答可）	1 関節可動域訓練	13 トイレ訓練
	2 筋力増強訓練	14 入浴訓練
	3 筋緊張緩和（ストレッチ等）	15 その他 ADL 訓練
	4 持久力訓練	16 IADL 練習（家事・調理・買い物等）
	5 バランス練習	17 用具の適応訓練（車いす、杖、補聴器等）
	6 起居/立位動作練習	18 在宅生活の模擬的訓練
	7 移乗動作訓練	19 記憶機能に関する訓練
	8 歩行訓練	20 認知機能に関する訓練
	9 体操	21 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等）
	10 摂食・嚥下訓練	22 介助方法の指導
	11 言語聴覚訓練	23 その他
	12 高次脳機能訓練	
②維持向上させようとした生活機能 （複数回答可）	1 寝返り	7 えん下
	2 起き上がり	8 排尿
	3 座位保持	9 排便
	4 両足での立位	10 衣服の着脱
	5 歩行	11 その他
	6 移動	
③ 1 週間あたりの回数・合計時間	（ ）回 合計（ ）分	
24) リハビリテーションを実施しなかった理由 （20）または 21) で 1 つも○がつかなかった場合にご回答ください。）		
1 生活機能を維持・向上させるリハビリテーション・機能訓練を実施する必要がないほど自立している。		
2 体調不良など医学的な理由によりリハビリテーション・機能訓練を実施すべきでないと判断された。		
3 ターミナル期・寝たきりで意識がない等、リハビリテーション・機能訓練を実施できなかった。		
4 その他		

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。