

介護保険施設等における利用者等の 医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業の 調査検討組織 設置要綱（案）

1. 設置目的

（株）三菱総合研究所は介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業に関する調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- （１）本調査検討組織は、今村知明（奈良県立医科大学 教授）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- （２）委員長がその必要性を認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- （１）調査検討組織の運営は、（株）三菱総合研究所が行う。
- （２）前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する 調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	今村 知明（奈良県立医科大学 教授）
委 員	安藤 高朗（一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長）
委 員	池端 幸彦（一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長）
委 員	折茂 賢一郎（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）
委 員	鴻江 圭子（公益社団法人全国老人福祉施設協議会 理事）
委 員	沼田 美幸（公益社団法人日本看護協会 医療政策部長）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 介護保険データ分析室長 森岡 久尚
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 喜多 洋輔
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 療養病床転換係長 佐藤 理
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 主査 吉田 愛
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 主査 西村 緑

（４）介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの
対応の在り方に関する調査研究事業 調査概要（案）

1. 調査の目的

介護保険施設等の利用者等への医療提供の適切な在り方について、医療保険との関係にも留意しながら、適切な実態把握を踏まえた必要な見直しの検討が求められている。本調査では、これらの検討に資する介護保険施設等の利用者等の医療ニーズ及び医療提供の状況、介護保険施設等における看取り、ターミナルケア等についての実態把握を行う。

2. 調査客体

①介護老人福祉施設	2000 施設程度	※無作為抽出
②介護老人保健施設	2000 施設程度	※無作為抽出
③介護療養型医療施設	1600 施設程度	※悉皆調査
④医療療養病床を有する医療施設	1200 施設程度	※無作為抽出

3. 主な調査項目

- ①医療ニーズに関する実態調査（施設票・職員票・入所者票 等）
- ・提供事業所数、開設時期、利用者数、医師等の配置状況
 - ・医療サービスの提供体制及び提供状況
 - ・利用者の状況
- 等
- ②看取り、ターミナルケアに関する実態調査（施設票、看取り票等）
- ・人員配置、終末期の医療サービスの提供体制及びサービスの提供状況
 - ・看取りを行った利用者の状況
 - ・看取り、ターミナルケア実施上の課題
- 等

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの

対応の在り方に関する調査研究事業

施設票 (案)

【①介護老人福祉施設】

■記入にあたってのご注意

特に指定の無い箇所については、貴施設の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて施設長、看護職員、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-●●●-●●● (平日 9 時 30 分～17 時 30 分)

FAX：03-●●●●-●●●● (24 時間受付)

メール：●●●●●●●●

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 貴施設の基本情報

問 1 2015 年●月●日における貴施設の開設主体【○は 1 つ】

01 公立

02 社会福祉法人

03 その他 ()

問 2 貴施設の開設年月

西暦 () 年 () 月

問 3 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する医療・介護系の施設 (居住系含む)

【該当する全てに○】		
	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 病院		
02 有床診療所		
03 無床診療所		
04 介護老人保健施設		
05 認知症対応型共同生活介護事業所		
06 その他の高齢者住まい等 (有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等)		
07 その他 ()		

問 4 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに○】		
	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 訪問介護		
02 訪問入浴介護		
03 訪問看護		
04 訪問リハビリテーション		
05 居宅療養管理指導		
06 通所介護		
07 通所リハビリテーション		
08 短期入所生活介護		
09 短期入所療養介護		
10 特定施設入居者生活介護		
11 福祉用具貸与		
12 居宅介護支援		
13 小規模多機能型居宅介護		
14 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		
15 地域包括支援センター		
16 その他（ ）		

問 5 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の入所者数・定員数		
	介護老人福祉施設	短期入所生活介護
入所者数・利用者数	人	人
定員数	人	ベッド※

※空床利用ではなく、短期入所生活介護専用のベッドとして確保している数を記入してください。

問 6 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の入所者 (※短期入所生活介護の利用者は除く)						
(1) 要介護度 別実入所者数	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・ その他
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別 実入所者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別 実入所者数	①40～64 歳	②65～74 歳	③75～84 歳	④85～94 歳	⑤95 歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入所期間別 実入所者数	①3 か月未満	②3 か月以上 ～6 か月未満	③6 か月以上 ～1 年未満	④1 年以上 ～2 年未満	⑤2 年以上 ～3 年未満	⑥3 年以上
	人	人	人	人	人	人
	⑦平均在所期間					
	. か月					
(5) 認知症高齢 者日常生活自 立度別実入所 者数	①自立	②Ⅰ	③Ⅱ	④Ⅲ	⑤Ⅳ	⑥Ⅴ
	人	人	人	人	人	人
(6) 所得段階別 実入所者数	①第 1 段階	②第 2 段階	③第 3 段階	④第 4 段階 (減免なし)		
	人	人	人	人		

※別添の記入要領を確認のうえ、記入してください。

2. 職員の勤務体制

問 7 2015 年●月●日 24 時時点の貴施設における職員の在籍状況

※雇用形態にかかわらず、施設が定める 1 週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算数の計算方法：小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

〔常勤換算人員〕＝〔職員の 1 週間の勤務時間〕÷〔事業所が定めている 1 週間の勤務時間〕

※別の事業所や併設サービスに従事している時間は含まず、**介護老人福祉施設**に従事している時間のみを計算し、下記の式に従って「換算人員」に記入してください。

〔換算人員〕＝〔**介護老人福祉施設に従事する時間**〕÷〔施設が定めている 1 週間の勤務時間〕

職種		(1)常勤		(2)非常勤		
		①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01	医師	人	. 人	人	. 人	. 人
02	歯科医師	人	. 人	人	. 人	. 人
03	看護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
04	03 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
05	介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
06	05 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
07	05 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人
08	生活相談員	人	. 人	人	. 人	. 人
09	理学療法士 (PT)	人	. 人	人	. 人	. 人
10	作業療法士 (OT)	人	. 人	人	. 人	. 人
11	言語聴覚士 (ST)	人	. 人	人	. 人	. 人
12	歯科衛生士	人	. 人	人	. 人	. 人
13	管理栄養士	人	. 人	人	. 人	. 人
14	栄養士	人	. 人	人	. 人	. 人
15	介護支援専門員	人	. 人	人	. 人	. 人
その他 ※	16 ()	人	. 人	人	. 人	. 人
	17 ()	人	. 人	人	. 人	. 人
	18 ()	人	. 人	人	. 人	. 人
	19 ()	人	. 人	人	. 人	. 人
	20 ()	人	. 人	人	. 人	. 人

※ () 内に職種名を記入してください。ただし調理員及び事務員については記入不要です。

問 8 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の夜間の職員配置について					
※貴施設において定められている夜勤帯における、職員の勤務体制についてご記入ください。					
※夜勤帯の考え方については、記入要領をご参照ください。					
職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 看護職員（夜勤・宿直）	人	. 人	人	. 人	. 人
02 01 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
03 看護職員（オンコール対応）	人	. 人	人	. 人	. 人
04 03 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
05 介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
06 05 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
07 05 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人

3. 介護報酬等の算定状況

問 9 2015 年●月 (1 か月間) の施設サービス費【該当する費用全てに○】
01 介護福祉施設サービス費（Ⅰ）
02 介護福祉施設サービス費（Ⅱ）
03 小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ）
04 小規模介護福祉施設サービス費（Ⅱ）
05 ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）
06 ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅱ）
07 小規模ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）
08 小規模ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅱ）
09 旧措置入所者介護福祉施設サービス費（Ⅰ）・（Ⅱ）
10 小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費（Ⅰ）・（Ⅱ）
11 ユニット型旧措置入所者介護福祉施設サービス費（Ⅰ）・（Ⅱ）
12 ユニット型小規模旧措置入所者介護福祉施設サービス費（Ⅰ）・（Ⅱ）

問 10 2015 年●月 (1 か月間) の加算の算定状況【○は 1 つ】		
01 日常生活継続支援加算 (Ⅰ)	01 算定あり	02 算定なし
02 日常生活継続支援加算 (Ⅱ)	01 算定あり	02 算定なし
03 夜勤職員配置加算	01 算定あり	02 算定なし
04 看護体制加算 (Ⅰ)	01 算定あり	02 算定なし
05 看護体制加算 (Ⅱ)	01 算定あり	02 算定なし
06 個別機能訓練加算	01 算定あり	02 算定なし
07 障害者生活支援体制加算	01 算定あり	02 算定なし
08 若年性認知症入所者受入加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
09 退所前訪問相談援助加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
10 退所後訪問相談援助加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
11 退所時相談援助加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
12 退所前連携加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
13 栄養マネジメント加算	01 算定あり	02 算定なし
14 経口移行加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
15 経口維持加算 (Ⅰ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
16 経口維持加算 (Ⅱ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
17 口腔衛生管理体制加算	01 算定あり	02 算定なし
18 口腔衛生管理加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
19 療養食加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
20 在宅復帰支援機能加算	01 算定あり	02 算定なし
21 在宅・入所相互利用加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
22 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
23 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
24 認知症行動・心理症状緊急対応加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
25 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ	01 算定あり	02 算定なし
26 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ	01 算定あり	02 算定なし
27 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)・(Ⅲ)	01 算定あり	02 算定なし
28 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	01 算定あり	02 算定なし
29 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	01 算定あり	02 算定なし
30 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	01 算定あり	02 算定なし
31 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	01 算定あり	02 算定なし
32 常勤医師配置加算	01 算定あり	02 算定なし
問 10-1 配置医師 (施設内医務室) による診療報酬算定の 有無	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし

問 11 2015 年●～●月（6 か月間）の看取り介護加算の算定状況

※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの人数・件数を記入してください。

(1) 死亡日以前４日以上３０日以下	01 算定あり⇒	実人数 [] 人 延べ件数 [] 件	02 算定なし
(2) 死亡日以前２日又は３日	01 算定あり⇒	実人数 [] 人 延べ件数 [] 件	02 算定なし
(3) 死亡日	01 算定あり⇒	実人数 [] 人 延べ件数 [] 件	02 算定なし

問 12 経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定について（算定している施設のみ回答）

(1) 食事の観察への参加職種	1. 医師（配置医） 2. 医師（配置医以外） 3. 歯科医師 4. 管理栄養士 5. 看護職員 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 介護支援専門員 9. その他（ ）
(2) 会議への参加職種	1. 医師（配置医） 2. 医師（配置医以外） 3. 歯科医師 4. 管理栄養士 5. 看護職員 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 介護支援専門員 9. その他（ ）
(3) 経口維持計画の作成者	1. 医師 2. 歯科医師 3. 管理栄養士 4. 看護職員 5. 言語聴覚士 6. 歯科衛生士 7. 介護支援専門員 8. その他（ ）
(4) 協力歯科医療機関の関与	1. あり 2. なし

4. 入退所の状況

問 13 貴施設の 2015 年●月～●月 (6 か月間) の入退所者の状況							
※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。							
①入所者延日数※1	人						
	計	要介 護 1	要介 護 2	要介 護 3	要介 護 4	要介 護 5	その 他・申請 中
②新規入所者数※2	人	人	人	人	人	人	人
③退所者数※3	人	人	人	人	人	人	人
④退 所 先 の 内 訳	01 自宅 (親族の家等も含む)	人	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい (有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等)	人	人	人	人	人	人
	03 医療機関 (急性期治療のため)	人	人	人	人	人	人
	04 医療機関 (長期療養のため)	人	人	人	人	人	人
	05 医療機関 (その他、不明)	人	人	人	人	人	人
	06 介護老人保健施設 (老健)	人	人	人	人	人	人
	07 他の介護老人福祉施設 (特養)	人	人	人	人	人	人
	08 死亡退所	人	人	人	人	人	人
	09 その他・不明	人	人	人	人	人	人

※1：入所者延日数：日々の入所者数（毎日 24 時時点で入所中の人）を 6 か月間合算してください。

※2：新規入所者数：新たに貴施設に入所した人の数をさします。ただし再入所した入所者は新規入所者として計上してください。例えばある入所者が一度退所した後、当該期間内に再び入所した場合には、2 人として計上してください。

※3：退所者数：貴施設から退所した人の数をさします。ただし死亡退所・再退所を含みます。例えば、ある入所者が一度退所した後に再入所し、再度退所した場合などは「2 人」として計上してください。「④退所先の内訳」01～09 の合計が、「③退所者数」に一致するようにしてください。

問 14 【問 13③「03 医療機関（急性期治療のため）」の該当者がいる場合】退所の理由		
退所理由		該当人数
01 肺炎を強く疑う状態であったため		人
02 脳卒中を強く疑う状態であったため		人
03 心臓の疾患（心不全・心筋梗塞等）を強く疑う状態であったため		人
04 骨折を強く疑う状態であったため		人
05 腹部の疾患（腸閉塞・消化管出血等）を強く疑う状態であったため		人
06 異物誤飲・誤嚥を強く疑う状態であったため		人
07 尿路感染症を強く疑う状態であったため		人
08 原因が特定できない発熱の治療が必要であったため		人
09 脱水・低栄養（食事困難に伴うものを含む）の治療が必要であったため		人
10 看取り期の対応が必要であったため		人
11 その他の疾患の治療のため	疾患名（ ）	人

問 15 緊急時の対応（日中の場合）について
(1) 緊急時（日中の場合）の連絡体制の有無【○は 1 つ】
01 構築している 02 構築していない
(2) 【(1)で「01」と回答した場合】01～04 のうち連絡体制として決まっている医療機関等の連絡先を 1 つ選んでください。【複数回答】
01 配置医師または配置医師が所属している医療機関
02 協力病院(上記 01 以外)
03 在宅療養支援診療所・病院（上記 01、02 以外）
04 その他の医療機関

問 16 緊急時の対応（夜間の場合）について
(1) 緊急時（夜間の場合）の連絡体制の有無【○は 1 つ】
01 構築している 02 構築していない
(2) 【(1)で 01 と回答した場合】01～04 のうちもっとも優先する医療機関等を 1 つ選んでください。【○は 1 つ】
01 配置医師または配置医師が所属している医療機関
02 協力病院（上記 01 以外）
03 在宅療養支援診療所・病院（上記 01、02 以外）
04 その他の医療機関

(3) 看護職員の体制【複数回答】
01 夜勤の看護職員が対応することとしている
02 施設の看護職員がオンコールで対応することとしている
03 外部の看護職員が対応することとしている
04 その他 ()

問 17 日頃の医師や医療機関との連携について
(1) 日頃の医師や医療機関との連携体制の有無【○は 1 つ】
01 構築している 02 構築していない
(2) 【(1)で 01 と回答した場合】協力病院（配置医師または配置医師が所属している医療機関以外）との連携について【複数回答】
01 全員について、入所者ごとの情報を共有している
02 受診の可能性のある者について、入所者ごとの情報を共有している
03 情報を共有していないが、必要時に受診する
04 その他 ()
(3) 【(1)で 01 と回答した場合】在宅療養支援診療所・病院（配置医師または配置医師が所属している医療機関または協力病院以外）との連携について【複数回答】
01 全員について、入所者ごとの情報を共有している
02 受診の可能性のある者について、入所者ごとの情報を共有している
03 情報を共有していないが、必要時に受診する
04 その他 ()
(4) 【(1)で 01 と回答した場合】その他医療機関との連携について【複数回答】
01 全員について、入所者ごとの情報を共有している
02 受診の可能性のある者について、入所者ごとの情報を共有している
03 情報を共有していないが、必要時に受診する
04 その他 ()
(5) 入所前のかかりつけ医との連携について【複数回答】
01 入所の際に情報提供を依頼している
02 入所後も定期的に情報提供を依頼している
03 入所時には情報提供を依頼していないが、随時、情報提供を依頼している
04 その他 ()

5. 医療的ケア等の実施状況

問 18 2015 年●月●日時点の貴施設における医療的ケア等の実施状況			
医療的ケア等の内容		医療的ケア等の実施人数	
		日中※1	夜間※1
01 血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）		人	人
02 静脈内注射（点滴を含む）		人	人
03 中心静脈栄養の管理		人	人
04 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		人	人
05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	人
06 酸素療法		人	人
07 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		人	人
08 気管切開のケア		人	人
09 疼痛の管理		人	人
10 09 のうち麻薬を用いるもの		人	人
11 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		人	人
12 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人	人
13 褥瘡の処置		人	人
14 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）の管理		人	人
15 喀痰吸引		人	人
16 ネブライザー		人	人
17 創傷処置（褥瘡を除く）		人	人
18 服薬管理（注射を除く）※2		人	人
19 認知症に関する専門的ケア		人	人
20 摘便		人	人
21 浣腸		人	人
22 一時的導尿		人	人
23 おむつ交換		人	人
24 嚥下食の提供		人	人
25 食事介助		人	人
26 排泄介助		人	人
27 更衣介助		人	人
28 その他	処置名（ ）	人	人
29 その他	処置名（ ）	人	人
30 その他	処置名（ ）	人	人

※1 貴施設で規定している勤務時間帯（日中／夜間）の状況をご記入ください。夜間勤務帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

※2 本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

問 19 2015 年●月 <u>(1 か月間)</u> における貴施設以外の医療機関等での受療				
(1) 外部医療機関（配置医）への延べ通院者数				
01 定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
02 不定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
(2) 外部医療機関（配置医以外）への延べ通院者数				
01 定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
02 不定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
(3) 外部医療機関（配置医）への延べ入院者数				
01 急性期治療	①実人数	人	②延べ人数	人
02 長期療養	①実人数	人	②延べ人数	人
(4) 外部医療機関（配置医以外）への延べ入院者数				
01 急性期治療	①実人数	人	②延べ人数	人
02 長期療養	①実人数	人	②延べ人数	人
(5) 外部医療機関（配置医）からの訪問診療の回数	①実人数	人	②延べ回数	回
(6) 外部医療機関（配置医以外）からの訪問診療の回数	①実人数	人	②延べ回数	回
(7) 外部医療機関（配置医）からの往診の回数	①実人数	人	②延べ回数	回
(8) 外部医療機関（配置医以外）からの往診の回数	①実人数	人	②延べ回数	回

6. 看取り（終末期ケアや死亡確認）について

※本調査における「看取り」とは、「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」をさします。

問 20 貴施設の看取りの方針について【○は1つ】
01 看取り期に入った入所者に対して看取りを行っている ⇒011 全員に対し個別に看取り介護計画を立てて看取りを行っている 012 一部の入所者に対し個別に看取り介護計画を立てて看取りを行っている 013 特に看取りの計画は立てていない 02 看取りは行っていないが、今後対応することを検討している 03 看取りは行っておらず、今後も対応する予定はない（考えていない） ⇒問 29 へ
問 21 貴施設の看取りに関する指針・マニュアル等について
(1) 貴施設の看取りに関する指針・マニュアル等の有無【○は1つ】
01 ある 02 現在はないが、現在作成中または今後作成予定 03 現在なく、今後作成の予定もない
(2) 【(1)で「01」と回答した場合】
入所者・家族等への看取り介護指針内容の説明、同意の取得について【複数回答】
01 看取り介護指針について、入所者本人に説明および同意を取得することとしている 02 看取り介護指針について、入所者の家族等に説明および同意を取得することとしている 03 看取り介護指針について、入所者・家族等に説明および同意の取得はしていない
問 22 看取りに関する入所者・家族等の意向の確認に関して、貴施設の方針について【○は1つ】
01 看取り介護計画について、入所者本人・家族等のどちらにも確認することとしている 02 看取り介護計画について、入所者本人のみに確認することとしている 03 看取り介護計画について、入所者の家族等のみに確認することとしている 04 看取り介護計画について、入所者本人・家族等に確認はしていない
問 23 看取り介護計画について
(1) 看取り介護計画書の様式について【○は1つ】
01 ケアプランとは別に看取り介護計画書を作成することとしている 02 ケアプランの中に看取り介護計画書に相当する内容を記載することとしている 03 特に看取り介護計画としての計画書は作成していない
(2) 看取り介護計画の作成に関与している職種について【複数回答】
01 施設長 02 医師（配置医） 03 医師（配置医以外） 04 歯科医師 05 看護職員 06 介護職員 07 生活相談員 08 PT・OT・ST 09 歯科衛生士 10 管理栄養士・栄養士 11 介護支援専門員 12 その他（ ）

(3) 看取り介護計画の内容について【複数回答】
01 看取り期における治療の方針について決めている 02 看取り期における急変時の対応について決めている 03 臨終の際の対応について決めている 04 看取り期において状態が変化した際に、計画を見直すことを決めている 05 入所者の具体的な身体的ケアについて決めている 06 入所者の具体的な精神的ケアについて決めている 07 家族等の具体的な精神的ケアについて決めている
(4) 入所者・家族等への看取り介護計画の説明について【○は1つ】
01 看取り介護計画について、入所者本人・家族等のどちらにも説明することとしている 02 看取り介護計画について、入所者本人のみに説明することとしている 03 看取り介護計画について、入所者の家族等のみに説明することとしている 04 看取り介護計画について、入所者本人・家族等に説明をしていない

問 24 看取りカンファレンスに参加している職種					
※必ず参加する職種は「1」、入所者の状況に応じて参加する職種は「2」に○をつけてください。					
	必ず参加	入所者の状況に応じて参加		必ず参加	入所者の状況に応じて参加
01 施設長	1	2	08 PT・OT・ST	1	2
02 医師（配置医）	1	2	09 歯科衛生士	1	2
03 医師（配置医以外）	1	2	10 管理栄養士・栄養士	1	2
04 歯科医師	1	2	11 介護支援専門員	1	2
05 看護職員	1	2	12 本人	1	2
06 介護職員	1	2	13 家族	1	2
07 生活相談員	1	2	14 その他（ ）	1	2

問 25 看取りに関する職員研修
(1) 看取りに関する職員研修の有無【複数回答】
01 施設内で研修を企画し、施設職員が講師を担当している研修会を開催している ⇒講師を担当している職員【複数回答】： 011 医師（配置医） 012 医師（配置医以外） 013 看護職員 014 生活相談員・介護支援専門員 015 その他（ ） 02 施設内で研修を企画し、外部講師を招聘する研修会を開催している 03 外部団体が主催する研修会・セミナー等に参加させている 04 看取りに関する研修会は実施していない

(2) 【(1)で「01」「02」「03」と回答した場合】看取りに関する職員研修の実施頻度		
01 年に 1 回程度	02 年に 2～5 回程度	03 月に 1 回程度
04 週に 2～3 回程度	05 週に 1 回程度	06 その他
(3)看取りに関する介護職員に対する研修計画の有無		
01 あり	02 なし	
(4)職務上看取りを行った経験のある職員の割合		
看護職員	01 9 割以上 02 7 割以上 9 割未満 03 5 割以上 7 割未満 04 3 割以上 5 割未満 05 1 割以上 3 割未満 06 1 割未満	
介護職員	01 9 割以上 02 7 割以上 9 割未満 03 5 割以上 7 割未満 04 3 割以上 5 割未満 05 1 割以上 3 割未満 06 1 割未満	

問 26 家族・地域への啓発活動について【複数回答】
01 入所者の家族のみに対して看取りに関する説明会を開催することとしている
02 入所者の家族に向けて行う看取りに関する説明会に地域住民も参加できる
03 施設主催の地域住民向けの意見交換会を開催している
04 家族・地域への啓発活動は特に実施していない
05 その他 ()

問 27 臨終の際の対応(日中の場合)について
(1)臨終の際の医療機関等との連絡体制の有無【○は 1 つ】
01 構築している 02 構築していない
(2) 【(1)で 01 と回答した場合】 01～04 のうちもっとも優先する医療機関等を 1 つ選んでください。
01 配置医師または配置医師が所属している医療機関
02 協力病院 (上記 01 以外)
03 在宅療養支援診療所・病院 (上記 01、02 以外)
04 その他の医療機関 ()

問 28 臨終の際の対応(夜間の場合)について
(1)臨終の際の医療機関等との連絡体制の有無【○は 1 つ】
01 構築している 02 構築していない
(2) 【(1)で 01 と回答した場合】 01～04 のうちもっとも優先する医療機関等を 1 つ選んでください。
01 配置医師または配置医師が所属している医療機関
02 協力病院 (上記 01 以外)
03 在宅療養支援診療所・病院 (上記 01、02 以外)
04 その他の医療機関 ()

(3) 看護職員の体制【複数回答】	
01 夜勤の看護職員が対応することとしている	
02 施設の看護職員がオンコールで対応することとしている	
03 外部の看護職員が対応することとしている	
04 その他 (	)

問 29 2015 年●月～●月 <u>(6 か月間)</u> に施設内で死亡もしくは医療機関に搬送した入所者の人数			
※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。		人数	うち、看取り介護加算を算定した人数
(1) 施設内で死亡した入所者数		() 人	() 人
① (1)のうち、本人または家族の希望により、施設で看取った入所者数		() 人	() 人
	② ①のうち、看取り介護指針への同意を得た入所者数	() 人	() 人
	③ ①のうち、個別に看取り介護計画を立てた入所者数	() 人	() 人
	④ ①のうち、看取り介護計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入所者数	() 人	() 人
⑤ (1)のうち、事故や急変等の想定外の死亡をした入所者数		() 人	
(2) 最期に医療機関に搬送した入所者数		() 人	() 人
① (2)のうち、本人または家族の希望により、当初は施設で看取することを想定していた入所者数		() 人	() 人
	② ①のうち、看取り介護指針への同意を得た入所者数	() 人	() 人
	③ ①のうち、個別に看取り介護計画を立てた入所者数	() 人	() 人
	④ ①のうち、看取り介護計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入所者数	() 人	() 人
	⑤ ①のうち、本人または家族の希望により医療機関に搬送した入所者数	() 人	() 人
	⑥ ①のうち、施設では行えない医療処置が必要であったため施設の判断により医療機関に搬送した入所者数	() 人	() 人

問 30 貴施設内で看取り介護を行う上での課題について【複数回答】
(1) 体制面での課題
01 施設としての方針・指針が策定されていない 02 医師・医療機関との連携体制が構築できていない 03 看取り介護を行うためのマンパワーが不足している 04 看取り介護を行うための夜間体制が十分でない 05 看取り介護を行うための個室等の設備が不十分
(2) 知識・技術面での課題
01 看取り介護に対する職員の知識・技術の習得が不十分 02 看取り介護に対する職員の知識・技術にばらつきがある 03 看取り介護に対する職員の意識・取組姿勢にばらつきがある
(3) 入所者・家族に関する課題
01 入所者の家族との関係構築や連携が十分でない 02 入所者及びその家族が施設での看取りへの理解が十分でない
(4) 地域との連携における課題
01 地域住民の声が反映されていない 02 地域住民の施設での看取りへの理解が十分でない
(5) その他 【自由回答】

問 31 看取り介護の取組実施状況に関して		
※平成 27 年 4 月より前から実施している取組には「1」、平成 27 年 4 月以降に新たに開始した取組には「2」に○をつけてください。		
	平成 27 年 4 月 より前から実 施している取 組	平成 27 年 4 月 以降に新たに 実施した取組
01 施設内での看取り介護を開始	1	2
02 看取り介護指針・マニュアル等の整備、見直し	1	2
03 本人または家族等への説明資料の作成、見直し	1	2
04 看取り介護に関して、医師や医療機関との連携を構築、強化	1	2
05 その人らしさを重視した看取り介護の充実	1	2
06 多職種によるケアカンファレンスの開催	1	2
07 看取り介護に係る看護職員体制の見直し	1	2
08 看取り介護に関する職員研修の整備、見直し	1	2
09 看取り介護の振り返りの実施	1	2
10 職員の看取り介護に係る精神的負担の改善の取組	1	2
11 家族会での説明会の開催	1	2
12 地域住民との意見交換会の開催	1	2
13 その他 ()	1	2

施設票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

他の調査票とともに●/● (●)までにご投函ください。

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの

対応の在り方に関する調査研究事業

施設票 (案)

【②介護老人保健施設】

■記入にあたってのご注意

特に指定の無い箇所については、貴施設の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて施設長、医師、看護職員、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-●●●-●●● (平日9時30分～17時30分)

FAX：03-●●●●-●●●● (24時間受付)

メール：●●●●●●●●

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 貴施設の基本情報

問 1 2015 年●月●日における貴施設の開設主体【○は1つ】

- | | |
|-----------|------------|
| 01 公立 | 04 社団・財団法人 |
| 02 社会福祉法人 | 05 その他 () |
| 03 医療法人 | |

問 2 貴施設の開設年月

西暦 () 年 () 月

問 3 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する医療・介護系の施設 (居住系含む)

【該当する全てに○】

	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 病院		
02 有床診療所		
03 無床診療所		
04 介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)		
05 認知症対応型共同生活介護事業所		

06 その他の高齢者住まい等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）		
07 その他（ ）		

問 4 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに○】		
	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 訪問介護		
02 訪問入浴介護		
03 訪問看護		
04 訪問リハビリテーション		
05 居宅療養管理指導		
06 通所介護		
07 通所リハビリテーション		
08 短期入所生活介護		
09 短期入所療養介護		
10 特定施設入居者生活介護		
11 福祉用具貸与		
12 居宅介護支援		
13 小規模多機能型居宅介護		
14 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		
15 地域包括支援センター		
16 その他（ ）		

問 5 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の入所者数・定員数		
	入所者数	定員数
介護老人保健施設	人	人
うち認知症専門棟の入所者数	人	人
うち短期入所療養介護の利用者数（空床利用ではなく、短期入所療養介護専用のベッドとして確保している数）	人	人
※短期入所療養介護専用のベッドを確保していない施設は、右の□にチェック（☑）を記入してください		☐

問 6 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の入所者 (※短期入所療養介護の利用者は除く)						
(1) 要介護度別 実入所者数	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
	人	人	人	人	人	人
うち 認知症 専門棟の要 介護度別実 入所者数	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
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別 実入所者数	①男性	②女性				
	人	人				
うち 認知症 専門棟の男 女別実入所 者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別 実入所者数	①40～64 歳	②65～74 歳	③75～84 歳	④85～94 歳	⑤95 歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
うち 認知症 専門棟の年 齢別実入所 者数	①40～64 歳	②65～74 歳	③75～84 歳	④85～94 歳	⑤95 歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入所期間別 実入所者数	①3 か月未満	②3 か月以上 ～6 か月未満	③6 か月以上 ～1 年未満	④1 年以上 ～2 年未満	⑤2 年以上 ～3 年未満	⑥3 年以上
	人	人	人	人	人	人
うち 認知症 専門棟の入 所期間別実 入所者数	①3 か月未満	②3 か月以上 ～6 か月未満	③6 か月以上 ～1 年未満	④1 年以上 ～2 年未満	⑤2 年以上 ～3 年未満	⑥3 年以上
	人	人	人	人	人	人
(5) 認知症高齢 者日常生活自 立度別実入所 者数	①自立	② I	③ II	④ III	⑤ IV	⑥ M
	人	人	人	人	人	人
うち 認知症 専門棟の認 知症高齢者 日常生活自 立度別実入 所者数	①自立	② I	③ II	④ III	⑤ IV	⑥ M
	人	人	人	人	人	人

(6) A D L 区分別 実入所者数※	① I	② II	③ III	④ 不明	
	人	人	人	人	
うち 認知症 専門棟の A D L 区分別 実入所者数	① I	② II	③ III	④ 不明	
	人	人	人	人	
(7) 医療区分別 実入所者数※	① 1	② 2	③ 3	④ 不明	
	人	人	人	人	
うち 認知症 専門棟の 医 療 区 分 別 実 入 所 者 数	① 1	② 2	③ 3	④ 不明	
	人	人	人	人	
(8) 所得段階別 実入所者数	① 第 1 段階	② 第 2 段階	③ 第 3 段階	④ 第 4 段階 (減免なし)	
	人	人	人	人	
うち 認知症 専門棟の 所 得 段 階 別 実 入 所 者 数	① 第 1 段階	② 第 2 段階	③ 第 3 段階	④ 第 4 段階 (減免なし)	
	人	人	人	人	

※別添の記入要領を確認のうえ、記入してください。

問 7 2015 年●～●月の在宅復帰率・ベッド回転率					
平均在所日数	日	ベッド回転率	%	在宅復帰率	%
うち認知症専門棟の在宅復帰率・ベッド回転率					
平均在所日数	日	ベッド回転率	%	在宅復帰率	%

※平均在所日数、ベッド回転率、在宅復帰率については、別添の記入要領を確認のうえ、記入してください。

2. 職員の勤務体制

問 8 2015 年●月●日 24 時時点の貴施設における職員の在籍状況					
※雇用形態にかかわらず、施設が定める 1 週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 ※常勤換算数の計算方法：小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上してください。 〔常勤換算人員〕＝〔職員の 1 週間の勤務時間〕÷〔事業所が定めている 1 週間の勤務時間〕 ※別の事業所や併設サービスに従事している時間は含まず、介護老人保健施設に従事している時間のみを計算し、下記の式に従って「換算人員」に記入してください。 〔換算人員〕＝〔介護老人保健施設に従事する時間〕÷〔施設が定めている 1 週間の勤務時間〕					
職種		(1)常勤		(2)非常勤	
		①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員
01 医師		人	. 人	人	. 人
02 歯科医師		人	. 人	人	. 人
03 看護職員		人	. 人	人	. 人
04 03 のうち看護師		人	. 人	人	. 人
05 介護職員		人	. 人	人	. 人
06 05 のうち介護福祉士		人	. 人	人	. 人
07 05 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者		人	. 人	人	. 人
08 支援相談員		人	. 人	人	. 人
09 理学療法士 (PT)		人	. 人	人	. 人
10 作業療法士 (OT)		人	. 人	人	. 人
11 言語聴覚士 (ST)		人	. 人	人	. 人
12 薬剤師		人	. 人	人	. 人
13 歯科衛生士		人	. 人	人	. 人
14 管理栄養士		人	. 人	人	. 人
15 栄養士		人	. 人	人	. 人
16 介護支援専門員		人	. 人	人	. 人
その他 ※	17 ()	人	. 人	人	. 人
	18 ()	人	. 人	人	. 人
	19 ()	人	. 人	人	. 人
	20 ()	人	. 人	人	. 人
	21 ()	人	. 人	人	. 人

うち、認知症専門棟について					
職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
17 看護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
18 17 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
19 介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
20 19 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
21 19 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人

※ () 内に職種名を記入してください。ただし調理員及び事務員については記入不要です。

問 9 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の夜間の職員配置について					
※貴施設において定められている夜勤帯における、職員の勤務体制についてご記入ください。					
※夜勤帯の考え方については、記入要領をご参照ください。					
職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 看護職員 (夜勤・宿直)	人	. 人	人	. 人	. 人
02 01 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
03 看護職員 (オンコール対応)	人	. 人	人	. 人	. 人
04 03 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
05 介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
06 05 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
07 05 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人
うち、認知症専門棟について					
08 看護職員 (夜勤・宿直)	人	. 人	人	. 人	. 人
09 08 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
10 看護職員 (オンコール対応)	人	. 人	人	. 人	. 人
11 10 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
12 介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
13 12 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
14 12 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人

3. 介護報酬の算定状況

問 10 2015 年●月 (1 か月間) の施設サービス費【該当する費用全てに○】	
01	介護保健施設サービス費 (Ⅰ) (i) または (iii) 【従来型】
02	介護保健施設サービス費 (Ⅰ) (ii) または (iv) 【在宅強化型】
03	介護保健施設サービス費 (Ⅱ) (i) または (iii) 【介護療養型：療養型】
04	介護保健施設サービス費 (Ⅱ) (ii) または (iv) 【介護療養型：療養強化型】
05	介護保健施設サービス費 (Ⅲ) (i) または (iii) 【介護療養型 (夜勤オンコール)：療養型】
06	介護保健施設サービス費 (Ⅲ) (ii) または (iv) 【介護療養型 (夜勤オンコール)：療養強化型】
07	ユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅰ) (i) または (iii) 【従来型】
08	ユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅰ) (ii) または (iv) 【在宅強化型】
09	ユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅱ) (i) または (iii) 【介護療養型：療養型】
10	ユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅱ) (ii) または (iv) 【介護療養型：療養強化型】
11	ユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅲ) (i) または (iii) 【介護療養型 (夜勤オンコール)：療養型】
12	ユニット型介護保健施設サービス費 (Ⅲ) (ii) または (iv) 【介護療養型 (夜勤オンコール)：療養強化型】

問 11 2015 年●月 (1 か月間) の加算の算定状況【○は 1 つ】		
01 夜勤職員配置加算	01 算定あり	02 算定なし
02 短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
03 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
04 入所前後訪問指導加算 (Ⅰ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
05 入所前後訪問指導加算 (Ⅱ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
06 退所前訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
07 退所後訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
08 退所時指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
09 退所時情報提供加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
10 退所前連携加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
11 老人訪問看護指示加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
12 在宅復帰・在宅療養支援機能加算	01 算定あり	02 算定なし
13 栄養マネジメント加算	01 算定あり	02 算定なし
14 経口移行加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
15 経口維持加算 (Ⅰ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
16 経口維持加算 (Ⅱ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
17 口腔衛生管理体制加算	01 算定あり	02 算定なし
18 口腔衛生管理加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
19 療養食加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし

20 療養体制維持特別加算（介護療養型のみ）	01 算定あり	02 算定なし
21 所定疾患施設療養費（肺炎）	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
22 所定疾患施設療養費（尿路感染症）	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
23 所定疾患施設療養費（带状疱疹）	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
24 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
25 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
26 認知症行動・心理症状緊急対応加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
27 認知症情報提供加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
28 地域連携診療計画情報提供加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
29 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	01 算定あり	02 算定なし
30 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	01 算定あり	02 算定なし
31 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）・（Ⅲ）	01 算定あり	02 算定なし
32 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	01 算定あり	02 算定なし
33 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	01 算定あり	02 算定なし
34 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	01 算定あり	02 算定なし
35 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	01 算定あり	02 算定なし

問 12 2015 年●～●月（6 か月間）のターミナル加算の算定状況

※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの人数・件数を記入してください。

(1) 死亡日以前4日以上30日以下	01 算定あり⇒ 実人数 [] 人 延べ件数 [] 件	02 算定なし
(2) 死亡日以前2日又は3日	01 算定あり⇒ 実人数 [] 人 延べ件数 [] 件	02 算定なし
(3) 死亡日	01 算定あり⇒ 実人数 [] 人 延べ件数 [] 件	02 算定なし

問 13 経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定について（算定している施設のみ回答）

(1) 食事の観察への参加職種	1. 医師（施設内） 2. 医師（施設外） 3. 歯科医師 4. 管理栄養士 5. 看護職員 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 介護支援専門員 9. その他（ ）
(2) 会議への参加職種	1. 医師（施設内） 2. 医師（施設外） 3. 歯科医師 4. 管理栄養士 5. 看護職員 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 介護支援専門員 9. その他（ ）

(3) 経口維持計画の作成者	1. 医師 2. 歯科医師 3. 管理栄養士 4. 看護職員 5. 言語聴覚士 6. 歯科衛生士 7. 介護支援専門員 8. その他（ ）
(4) 協力歯科医療機関の関与	1. あり 2. なし

問 14 退所調整の実施について（2015 年●月の 1 か月間の状況）

[illegible]

問 15 リハビリテーションマネジメントについて (2015 年●月の 1 か月間 の状況)

(1) サービス開始時のアセスメントの実施 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(2) リハビリテーション計画書の作成 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(3) リハビリテーションに関する本人の希望確認の有無 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(4) リハビリテーションに関する家族の希望確認の有無 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(5) リハビリテーション計画書の入所者・家族への説明 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(6) リハビリテーション計画書を説明している職種 (複数回答)	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. 管理栄養士・栄養士 8. 介護支援専門員 9. その他 ()
(7) リハビリテーションカンファレンスの実施頻度 (入所者1人あたり)	1. 開始時 2. 月1～3回 3. 年1～2回 4. 随時 5. その他
(8) カンファレンスに参加している職種等 (複数回答)	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. 管理栄養士・栄養士 8. 介護支援専門員 9. 本人 10. 家族 11. その他 ()
(9) 入所後1か月における再アセスメントの実施 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(10) 3か月ごとの再アセスメントの実施 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(11) 入所前後訪問指導の実施 (全入所者に対する割合)	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満
(12) 入退所前後以外における自宅等への訪問の実施	1. 9割以上 2. 7割以上9割未満 3. 5割以上7割未満 4. 3割以上5割未満 5. 1割以上3割未満 6. 1割未満

4. 入退所の状況

問 16 貴施設の 2015 年●月～●月 (6 か月間) の入退所者の状況							
※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。							
①入所者延日数※1	人						
	計	要介 護 1	要介 護 2	要介 護 3	要介 護 4	要介 護 5	申請 中
②新規入所者数※2	人	人	人	人	人	人	人
③退所者数※3	人	人	人	人	人	人	人
④退 所 先 の 内 訳	01 自宅 (親族の家等も含む)	人	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい (有料老人ホーム、 サ高住、グループホーム等)	人	人	人	人	人	人
	03 医療機関 (急性期治療のため)	人	人	人	人	人	人
	04 医療機関 (長期療養のため)	人	人	人	人	人	人
	05 医療機関 (その他、不明)	人	人	人	人	人	人
	06 他の介護老人保健施設 (老健)	人	人	人	人	人	人
	07 介護老人福祉施設 (特養)	人	人	人	人	人	人
	08 死亡退所	人	人	人	人	人	人
	09 その他・不明	人	人	人	人	人	人

※1：入所者延日数：日々の入所者数（毎日 24 時時点で入所中の人）を 6 か月間合算してください。

※2：新規入所者数：新たに貴施設に入所した人の数をさします。ただし再入所した入所者は新規入所者として計上してください。例えばある入所者が一度退所した後、当該期間内に再び入所した場合には、2 人として計上してください。

※3：退所者数：貴施設から退所した人の数をさします。ただし死亡退所・再退所を含みます。例えば、ある入所者が一度退所した後に再入所し、再度退所した場合などは「2 人」として計上してください。「④退所先の内訳」01～09 の合計が、「③退所者数」に一致するようにしてください。

問 17 【問 16③「03 医療機関（急性期治療のため）」の該当者がいる場合】退所の理由		
退所理由		該当人数
01 肺炎を強く疑う状態であったため		人
02 脳卒中を強く疑う状態であったため		人
03 心臓の疾患（心不全・心筋梗塞等）を強く疑う状態であったため		人
04 骨折を強く疑う状態であったため		人
05 腹部の疾患（腸閉塞・消化管出血等）を強く疑う状態であったため		人
06 異物誤飲・誤嚥を強く疑う状態であったため		人
07 尿路感染症を強く疑う状態であったため		人
08 带状疱疹を強く疑う状態であったため		人
09 蜂窩織炎の治療が必要であったため		人
10 蜂窩織炎・带状疱疹以外の皮膚軟部感染症を強く疑う状態であったため		人
11 尿閉、排尿困難の治療が必要であったため		人
12 原因が特定できない発熱の治療が必要であったため		人
13 脱水・低栄養（食事困難に伴うものを含む）の治療が必要であったため		人
14 看取り期の対応が必要であったため		人
15 その他の疾患の治療のため	疾患名（ ）	人

5. 医療的ケア等の実施状況

問 18 2015 年●月●日時点の貴施設における医療的ケア等の実施状況				
医療的ケア等の内容		医療的ケア等の実施人数		
		全入所者		うち、認知症専門棟につ いて
		日中※1	夜間※1	日中※1 夜間※1
01 血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）		人	人	人 人
02 静脈内注射（点滴を含む）		人	人	人 人
03 中心静脈栄養の管理		人	人	人 人
04 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		人	人	人 人
05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	人	人 人
06 酸素療法		人	人	人 人
07 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		人	人	人 人
08 気管切開のケア		人	人	人 人
09 疼痛の管理		人	人	人 人
10 09 のうち麻薬を用いるもの		人	人	人 人
11 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		人	人	人 人
12 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人	人	人 人
13 褥瘡の処置		人	人	人 人
14 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理		人	人	人 人
15 喀痰吸引		人	人	人 人
16 ネブライザー		人	人	人 人
17 創傷処置（褥瘡を除く）		人	人	人 人
18 服薬管理（注射を除く）※2		人	人	人 人
19 認知症に関する専門的ケア		人	人	人 人
20 摘便		人	人	人 人
21 浣腸		人	人	人 人
22 一時的導尿		人	人	人 人
23 おむつ交換		人	人	人 人
24 嚥下食の提供		人	人	人 人
25 食事介助		人	人	人 人
26 排泄介助		人	人	人 人
27 更衣介助		人	人	人 人
28 その他	処置名()	人	人	人 人
29 その他	処置名()	人	人	人 人
30 その他	処置名()	人	人	人 人

※1 貴施設で規定している勤務時間帯（日中／夜間）の状況をご記入ください。夜間勤務帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

※2 本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

問 19 2015 年●月 <u>(1 か月間)</u> における 貴施設以外の医療機関等での受療 (他科受診)				
(1) 外部医療機関への延べ通院者数				
01 定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
02 不定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
(2) 外部医療機関からの往診の回数	①実人数	人	②延べ回数	回
<u>うち、認知症専門棟における受療状況</u>				
(3) 外部医療機関への延べ通院者数				
01 定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
02 不定期的な通院	①実人数	人	②延べ人数	人
(4) 外部医療機関からの往診の回数	①実人数	人	②延べ回数	回

6. 看取り（終末期ケアや死亡確認）について

※本調査における「看取り」とは、「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」をさします。

問 20 貴施設の看取りの方針について【○は1つ】
01 看取り期に入った入所者に対して看取りを行っている ⇒011 全員に対し個別に看取り計画を立てて看取りを行っている 012 一部の入所者に対し個別に看取り計画を立てて看取りを行っている 013 特に看取りの計画は立てていない 02 看取りは行っていないが、今後対応することを検討している 03 看取りは行っておらず、今後も対応する予定はない（考えていない） ⇒問 27 へ
問 21 貴施設の看取りに関する指針・マニュアル等について
(1) 貴施設の看取りに関する指針・マニュアル等の有無【○は1つ】
01 ある 02 現在はないが、現在作成中または今後作成予定 03 現在なく、今後作成の予定もない
(2) 【(1)で「01」と回答した場合】
入所者・家族等への看取り指針内容の説明、同意の取得について【複数回答】
01 看取りに関する指針について、入所者本人に説明および同意を取得することとしている 02 看取りに関する指針について、入所者の家族等に説明および同意を取得することとしている 03 看取りに関する指針について、入所者・家族等に説明および同意の取得はしていない
問 22 看取りに関する入所者・家族等の意向の確認に関して、貴施設の方針について【○は1つ】
01 ターミナルケアに係る計画について、入所者本人・家族等のどちらにも確認することとしている 02 ターミナルケアに係る計画について、入所者本人のみに確認することとしている 03 ターミナルケアに係る計画について、入所者の家族等のみに確認することとしている 04 ターミナルケアに係る計画について、入所者本人・家族等に確認はしていない
問 23 ターミナルケアに係る計画について
(1) ターミナルケアに係る計画書の様式について【○は1つ】
01 ケアプランとは別にターミナルケアに係る計画書を作成することとしている 02 ケアプランの中にターミナルケアに係る計画書に相当する内容を記載することとしている 03 特にターミナルケアに係る計画としての計画書は作成していない

(2) ターミナルケアに係る計画の作成に関与している職種について【複数回答】					
01 医師	02 歯科医師	03 看護職員	04 介護職員	05 支援相談員	
06 PT・OT・ST	07 歯科衛生士	08 管理栄養士・栄養士	09 介護支援専門員		
10 その他 ()					
(3) ターミナルケアに係る計画の内容について【複数回答】					
01 看取り期における治療の方針について決めている					
02 看取り期における急変時の対応について決めている					
03 臨終の際の対応について決めている					
04 看取り期において状態が変化した際に、計画を見直すことを決めている					
05 入所者の具体的な身体的ケアについて決めている					
06 入所者の具体的な精神的ケアについて決めている					
07 家族等の具体的な精神的ケアについて決めている					
(4) 入所者・家族等へのターミナルケアに係る計画の説明について【〇は1つ】					
01 ターミナルケアに係る計画について、入所者本人・家族等のどちらにも説明することとしている					
02 ターミナルケアに係る計画について、入所者本人のみに説明することとしている					
03 ターミナルケアに係る計画について、入所者の家族等のみに説明することとしている					
04 ターミナルケアに係る計画について、入所者本人・家族等に説明をしていない					

問 24 看取りカンファレンスに参加している各職種について、必ず参加する職種は「1」、入所者の状況に応じて参加する職種は「2」のそれぞれに〇をつけてください【複数回答】					
	必ず参加	入所者の状況に応じて参加		必ず参加	入所者の状況に応じて参加
01 医師	1	2	07 歯科衛生士	1	2
02 歯科医師	1	2	08 管理栄養士・栄養士	1	2
03 看護職員	1	2	09 介護支援専門員	1	2
04 介護職員	1	2	10 本人	1	2
05 支援相談員	1	2	11 家族	1	2
06 PT・OT・ST	1	2	12 その他 ()	1	2

問 25 看取りに関する職員研修	
(1) 看取りに関する職員研修の有無【複数回答】	
01 施設内で研修を企画し、施設職員が講師を担当している研修会を開催している ⇒講師を担当している職員【複数回答】： 011 医師 012 看護職員 013 支援相談員・介護支援専門員 014 その他 ()	
02 施設内で研修を企画し、外部講師を招聘する研修会を開催している	
03 外部団体が主催する研修・セミナー等に参加させている	
04 看取りに関する研修は実施していない	

(2) 【(1)で「01」「02」「03」と回答した場合】看取りに関する職員研修の実施頻度		
01 年に 1 回程度	02 年に 2～5 回程度	03 月に 1 回程度
04 週に 2～3 回程度	05 週に 1 回程度	06 その他
(3)看取りに関する介護職員に対する研修計画の有無		
01 あり	02 なし	
(4)職務上看取りを行った経験のある職員の割合		
看護職員	01 9 割以上 02 7 割以上 9 割未満 03 5 割以上 7 割未満 04 3 割以上 5 割未満 05 1 割以上 3 割未満 06 1 割未満	
介護職員	01 9 割以上 02 7 割以上 9 割未満 03 5 割以上 7 割未満 04 3 割以上 5 割未満 05 1 割以上 3 割未満 06 1 割未満	

問 26 家族・地域への啓発活動について【複数回答】
01 入所者の家族のみに対して看取りに関する説明会を開催することとしている
02 入所者の家族に向けて行う看取りに関する説明会に地域住民も参加できる
03 施設主催の地域住民向けの意見交換会を開催している
04 家族・地域への啓発活動は特に実施していない
05 その他 ()

問 27 2015 年●月～●月 (6 か月間) に施設内で死亡もしくは医療機関に搬送した入所者の人数 ※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。		
	人数	うち、ターミナル ケア加算を算定 した人数
(1) 施設内で死亡した入所者数	() 人	() 人
① (1)のうち、本人または家族の希望により、施設で看取った入所者数	() 人	() 人
② ①のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てた入所者数	() 人	() 人
③ ①のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入所者数	() 人	() 人
④ (1)のうち、事故や急変等の想定外の死亡をした入所者数	() 人	
(2) 最期に医療機関に搬送した入所者数	() 人	() 人
① (2)のうち、本人または家族の希望により、当初は施設で看取ることを想定していた入所者数	() 人	() 人
② ①のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てた入所者数	() 人	() 人
③ ①のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入所者数	() 人	() 人

	④ ①のうち、本人または家族の希望により医療機関に搬送した入所者数	() 人	() 人
	⑤ ①のうち、施設では行えない医療処置が必要であったため施設の判断により医療機関に搬送した入所者数	() 人	() 人

問 28 貴施設内で看取りを行う上での課題について【複数回答】
(1) 体制面での課題
01 施設としての方針・指針が策定されていない 02 医師・医療機関との連携体制が構築できていない 03 看取りを行うためのマンパワーが不足している 04 看取りを行うための夜間体制が十分でない 05 看取りを行うための個室等の設備が不十分
(2) 知識・技術面での課題
01 看取りに対する職員の知識・技術の習得が不十分 02 看取りに対する職員の知識・技術にばらつきがある 03 看取りに対する職員の意識・取組姿勢にばらつきがある
(3) 入所者・家族に関する課題
01 入所者の家族との関係構築や連携が十分でない 02 入所者及びその家族が施設での看取りへの理解が十分でない
(4) 地域との連携における課題
01 地域住民の声が反映されていない 02 地域住民の施設での看取りへの理解が十分でない
(5) その他 【自由回答】

問 29 看取りの取組実施状況に関して		
※平成 27 年 4 月より前から実施している取組には「1」、平成 27 年 4 月以降に新たに開始した取組には「2」に○をつけてください。		
	平成 27 年 4 月より 前から実施してい る取組	平成 27 年 4 月以 降に新たに実施 した取組
01 施設内での看取りを開始	1	2
02 看取りに係る指針・マニュアル等の整備、見直し	1	2
03 本人または家族等への説明資料の作成、見直し	1	2
04 看取りに関して、医師や医療機関との連携を構築、強化	1	2
05 その人らしさを重視した看取りの充実	1	2
06 多職種によるケアカンファレンスの開催	1	2
07 看取りに係る看護職員体制の見直し	1	2
08 看取りに関する職員研修の整備、見直し	1	2
09 看取りの振り返りの実施	1	2
10 職員の看取りに係る精神的負担の改善の取り組み	1	2
11 家族会での説明会の開催	1	2
12 地域住民との意見交換会の開催	1	2
13 その他 ()	1	2

施設票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

他の調査票とともに●/● (●)までにご投函ください。

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの

対応の在り方に関する調査研究事業

施設票 (案)

【③介護療養型医療施設】

■記入にあたってのご注意

特に指定の無い箇所については、貴院の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて院長、医師、看護職員、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。

【本調査の ③介護療養型医療施設 と ④医療療養病床 が重複して届いた医療機関の方へ】

問 1~5 については、両票とも同一の内容となるため、大変お手数ですが同一の回答をご記入ください。他の設問につきましては、設問内容が似ておりますが、介護療養型医療施設と医療療養病床についてそれぞれ別々にご回答いただきたいため、恐れ入りますが両票にご回答をお願いします。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-●●●-●●● (平日 9 時 30 分～17 時 30 分)

FAX：03-●●●●-●●●● (24 時間受付)

メール：●●●●●●●●

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 貴院の基本情報

問 1 2015 年●月●日における貴院の開設主体【○は 1 つ】

- | | |
|------------|------------|
| 01 公立 | 04 個人 |
| 02 医療法人 | 05 その他 () |
| 03 社団・財団法人 | |

問 2 貴院の形態【○は 1 つ】

- | | |
|-------|--------|
| 01 病院 | 02 診療所 |
|-------|--------|

問 3 貴院の開設年月

西暦 () 年 () 月

問 4 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する医療・介護系の施設（居住系含む） 【該当する全てに○】		
	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 介護老人福祉施設		
02 認知症対応型共同生活介護事業所		
03 介護老人保健施設		
04 その他の高齢者住まい等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）		
05 その他（ ）		

問 5 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに○】		
	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 訪問介護		
02 訪問入浴介護		
03 訪問看護		
04 訪問リハビリテーション		
05 居宅療養管理指導		
06 通所介護		
07 通所リハビリテーション		
08 短期入所生活介護		
09 短期入所療養介護		
10 特定施設入居者生活介護		
11 福祉用具貸与		
12 居宅介護支援		
13 小規模多機能型居宅介護		
14 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		
15 地域包括支援センター		
16 その他（ ）		

問 6 2015 年●月●日 24 時時点における貴院の定員数		
病床分類	許可病床数	入院患者数
01 介護療養病床	床	人
02 01 のうち短期入所療養介護※	床	人
03 老人性認知症疾患療養病棟	床	人
04 一般病床	床	人
05 医療療養病床	床	人
06 精神病床（老人性認知症疾患療養病棟を除く）	床	人
07 上記以外の病床	床	人

※空床利用ではなく、短期入所療養介護専用のベッドとして確保している数を記入してください。

問 7 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の <u>介護療養病床の入院患者</u> (※短期入所生活介護利用者は除く)						
(1) 要介護度別実入院患者数	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不明・申請中
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別実入院患者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別実入院患者数	①40～64 歳	②65～74 歳	③75～84 歳	④85～94 歳	⑤95 歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入院期間別実入院患者数	①3 か月未満	②3 か月以上～6 か月未満	③6 か月以上～1 年未満	④1 年以上～2 年未満	⑤2 年以上～3 年未満	⑥3 年以上
	人	人	人	人	人	人
	⑦平均入院期間					
	. か月					
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実入院患者数	①自立	②Ⅰ	③Ⅱ	④Ⅲ	⑤Ⅳ	⑥Ⅴ
	人	人	人	人	人	人
(6) ADL 区分別実入院患者数 ※	①Ⅰ	②Ⅱ	③Ⅲ	④不明		
	人	人	人	人		
(7) 医療区分別実入院患者数 ※	① 1	② 2	③ 3	④不明		
	人	人	人	人		
(8) 所得段階別実入院患者数	①第 1 段階	②第 2 段階	③第 3 段階	④第 4 段階 (減免なし)		
	人	人	人	人		

※別添の記入要領を確認のうえ、記入してください。

問 8 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の <u>老人性認知症疾患療養病棟の入院患者</u> (※短期入所生活介護利用者は除く) ⇒認知症疾患療養病棟がない場合は、問 9 へ						
(1) 要介護度別実入院患者数	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
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別実入院患者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別実入院患者数	①40～64 歳	②65～74 歳	③75～84 歳	④85～94 歳	⑤95 歳以上	⑥平均年齢
	人	人	人	人	人	歳
(4) 入院期間別実入院患者数	①3 か月未満	②3 か月以上～6 か月未満	③6 か月以上～1 年未満	④1 年以上～2 年未満	⑤2 年以上～3 年未満	⑥3 年以上
	人	人	人	人	人	人
	⑦平均入院期間					
	. か月					
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実入院患者数	①自立	② I	③ II	④ III	⑤ IV	⑥ M
	人	人	人	人	人	人
(6) ADL 別実入院患者数※	① I	② II	③ III	④ 不明		
	人	人	人	人		
(7) 医療区分別実入院患者数※	① 1	② 2	③ 3	④ 不明		
	人	人	人	人		
(8) 所得段階別実入院患者数	①第 1 段階	②第 2 段階	③第 3 段階	④第 4 段階(減免なし)		
	人	人	人	人		

※別添の記入要領を確認のうえ、記入してください。

2. 職員の勤務体制

問 9 2015 年●月●日 24 時時点の貴院における職員の在籍状況

※雇用形態にかかわらず、貴院が定める 1 週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算数の計算方法：小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

〔常勤換算人員〕＝〔職員の 1 週間の勤務時間〕÷〔事業所が定めている 1 週間の勤務時間〕

※別の事業所や併設サービスに従事している時間は含まず、**介護療養型医療施設に従事している時間のみ**を計算し、下記の式に従って「換算人員」に記入してください。

〔換算人員〕＝〔**介護療養型医療施設に従事する時間**〕÷〔貴院が定めている 1 週間の勤務時間〕

職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 医師	人	. 人	人	. 人	. 人
02 歯科医師	人	. 人	人	. 人	. 人
03 介護療養病床の看護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
04 03 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
05 介護療養病床の介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
06 05 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
07 05 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人
08 老人性認知症疾患療養病棟の看護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
09 08 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
10 老人性認知症疾患療養病棟の介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
11 10 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
12 10 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人
13 支援相談員	人	. 人	人	. 人	. 人
14 理学療法士 (PT)	人	. 人	人	. 人	. 人
15 介護療養病床の作業療法士 (OT)	人	. 人	人	. 人	. 人
16 老人性認知症疾患療養病棟の作業療法士 (OT)	人	. 人	人	. 人	. 人

資料 1 (別紙 4 - 5)

17	言語聴覚士 (ST)	人	.	人	人	.	人	.	人
18	薬剤師	人	.	人	人	.	人	.	人
19	歯科衛生士	人	.	人	人	.	人	.	人
20	管理栄養士	人	.	人	人	.	人	.	人
21	栄養士	人	.	人	人	.	人	.	人
22	介護支援専門員	人	.	人	人	.	人	.	人
23	介護療養病床の精神保健福祉士又はそれに準ずる者	人	.	人	人	.	人	.	人
24	老人性認知症疾患療養病棟の精神保健福祉士又はそれに準ずる者	人	.	人	人	.	人	.	人
その他 ※	25 ()	人	.	人	人	.	人	.	人
	26 ()	人	.	人	人	.	人	.	人
	27 ()	人	.	人	人	.	人	.	人
	28 ()	人	.	人	人	.	人	.	人
	29 ()	人	.	人	人	.	人	.	人

※ () 内に職種名を記入してください。ただし調理員及び事務員については記入不要です。

問 10 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の <u>介護療養病床</u> の夜間の職員配置について ※貴施設において定められている夜勤帯における、職員の勤務体制についてご記入ください。 ※夜勤帯の考え方については、記入要領をご参照ください。					
職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 看護職員 (夜勤・宿直)	人	.	人	.	人
02 01 のうち看護師	人	.	人	.	人
03 看護職員 (オンコール対応)	人	.	人	.	人
04 03 のうち看護師	人	.	人	.	人
05 介護職員	人	.	人	.	人
06 05 のうち介護福祉士	人	.	人	.	人
07 05 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	.	人	.	人

問 11 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の老人性認知症疾患療養病棟の夜間の職員配置について

※貴施設において定められている夜勤帯における、職員の勤務体制についてご記入ください。

※夜勤帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

⇒老人性認知症疾患療養病棟の入院患者がいない場合は、問 12 へ

職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 看護職員（夜勤・宿直）	人	. 人	人	. 人	. 人
02 01 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
03 看護職員（オンコール対応）	人	. 人	人	. 人	. 人
04 03 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
05 介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
06 05 のうち介護福祉士	人	. 人	人	. 人	. 人
07 05 のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	. 人	人	. 人	. 人

3. 介護報酬の算定状況

問 12 2015 年●月 (1 か月間) の施設サービス費【該当する費用全てに○】

- 01 療養型介護療養施設サービス費 (I) (i または iv) ※診療所型含む
- 02 療養型介護療養施設サービス費 (I) (ii または v) 【療養機能強化型 A】 ※診療所型含む
- 03 療養型介護療養施設サービス費 (I) (iii または vi) 【療養機能強化型 B】 ※診療所型含む
- 04 療養型介護療養施設サービス費 (II) (i または iii)
- 05 療養型介護療養施設サービス費 (II) (ii または iv) 【療養機能強化型 B】
- 06 診療所型介護療養施設サービス費 (II)
- 07 療養型介護療養施設サービス費 (III)
- 08 療養型経過型介護療養施設サービス費 (I)
- 09 療養型経過型介護療養施設サービス費 (II)
- 10 ユニット型療養型介護療養施設サービス費 (I) または (IV) ※診療所型含む
- 11 ユニット型療養型介護療養施設サービス費 (II) または (V) 【療養機能強化型 A】 ※診療所型含む
- 12 ユニット型療養型介護療養施設サービス費 (III) または (VI) 【療養機能強化型 B】 ※診療所型含む
- 13 ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費 (I) または (II)

問 13 2015 年●月 (1 か月間) の認知症疾患療養病棟における施設サービス費【該当する費用全てに○】
⇒認知症疾患療養病棟がない場合は、問 14 へ

- 01 認知症疾患型介護療養施設サービス費 (I)
- 02 認知症疾患型介護療養施設サービス費 (II)
- 03 認知症疾患型介護療養施設サービス費 (III)
- 04 認知症疾患型介護療養施設サービス費 (IV)
- 05 認知症疾患型介護療養施設サービス費 (V) (経過措置型)
- 06 認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費 (I)
- 07 認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費 (II)
- 08 ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費 (I)
- 09 ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費 (II)

問 14 2015 年●月 (1 か月間) の介護療養病床における加算の算定状況【○は 1 つ】		
01 退院前訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
02 退院後訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
03 退院時指導加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
04 退院時情報提供加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
05 退院前連携加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
06 老人訪問看護指示加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
07 栄養マネジメント加算	01 算定あり	02 算定なし
08 経口移行加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
09 経口維持加算 (Ⅰ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
10 経口維持加算 (Ⅱ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
11 口腔衛生管理体制加算	01 算定あり	02 算定なし
12 口腔衛生管理加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
13 療養食加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
14 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
15 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
16 認知症行動・心理症状緊急対応加算	01 算定あり⇒ [] 件	02 算定なし
17 在宅復帰支援機能加算	01 算定あり	02 算定なし
18 夜間勤務等看護 (Ⅰ)	01 算定あり	02 算定なし
19 夜間勤務等看護 (Ⅱ)	01 算定あり	02 算定なし
20 夜間勤務等看護 (Ⅲ)	01 算定あり	02 算定なし
21 夜間勤務等看護 (Ⅳ)	01 算定あり	02 算定なし
22 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ	01 算定あり	02 算定なし
23 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ	01 算定あり	02 算定なし
24 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)・(Ⅲ)	01 算定あり	02 算定なし
25 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	01 算定あり	02 算定なし
26 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	01 算定あり	02 算定なし
27 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	01 算定あり	02 算定なし
28 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	01 算定あり	02 算定なし

問 15 2015 年●月 <u>(1 か月間)</u> の <u>老人性認知症疾患療養病棟</u> における加算の算定状況【○は 1 つ】	
⇒老人性認知症疾患療養病棟がない場合は、問 16 へ	
01 退院前訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
02 退院後訪問指導加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
03 退院時指導加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
04 退院時情報提供加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
05 退院前連携加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
06 老人訪問看護指示加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
07 栄養マネジメント加算	01 算定あり 02 算定なし
08 経口移行加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
09 経口維持加算 (Ⅰ)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
10 経口維持加算 (Ⅱ)	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
11 口腔衛生管理体制加算	01 算定あり 02 算定なし
12 口腔衛生管理加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
13 療養食加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
14 在宅復帰支援機能加算	01 算定あり 02 算定なし
15 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ	01 算定あり 02 算定なし
16 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ	01 算定あり 02 算定なし
17 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)・(Ⅲ)	01 算定あり 02 算定なし
18 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	01 算定あり 02 算定なし
19 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	01 算定あり 02 算定なし
20 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	01 算定あり 02 算定なし
21 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	01 算定あり 02 算定なし

問 16 経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定について（算定している施設のみ回答）

(1) 食事の観察への参加職種	1. 医師（施設内） 2. 医師（施設外） 3. 歯科医師 4. 管理栄養士 5. 看護職員 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 介護支援専門員 9. その他（ ）
(2) 会議への参加職種	1. 医師（施設内） 2. 医師（施設外） 3. 歯科医師 4. 管理栄養士 5. 看護職員 6. 言語聴覚士 7. 歯科衛生士 8. 介護支援専門員 9. その他（ ）
(3) 経口維持計画の作成者	1. 医師 2. 歯科医師 3. 歯科衛生士 4. 看護職員 5. 言語聴覚士 6. 管理栄養士 7. 介護支援専門員 8. その他（ ）
(4) 協力歯科医療機関の関与	1. あり 2. なし

問 17 地域貢献活動の実施

01 地域住民への健康教室	1. 実施している	2. 計画中である	3. 実施予定はない
02 地域住民も利用可能なカフェ	1. 実施している	2. 計画中である	3. 実施予定はない
03 病棟ボランティアの受け入れ	1. 実施している	2. 計画中である	3. 実施予定はない
04 住民も含めた祭り等の開催	1. 実施している	2. 計画中である	3. 実施予定はない
05 住民と患者の交流会の開催	1. 実施している	2. 計画中である	3. 実施予定はない
06 その他、実施している取組【自由回答】			

4. 入退院の状況

問 18 貴施設の 2015 年●月～●月 (6 か月間) の介護療養病床における入退院患者の状況 ※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。							
①入院患者延日数※1	人						
	計	要介 護 1	要介 護 2	要介 護 3	要介 護 4	要介 護 5	申請 中
②新規入院患者数※2	人	人	人	人	人	人	人
③退院患者数※3	人	人	人	人	人	人	人
④退院先の内訳	01 自宅 (親族の家等も含む)	人	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい (有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等)	人	人	人	人	人	人
	03 他の医療機関 (急性期治療のため)	人	人	人	人	人	人
	04 他の医療機関 (長期療養のため)	人	人	人	人	人	人
	05 他の医療機関 (その他、不明)	人	人	人	人	人	人
	06 介護老人保健施設 (老健)	人	人	人	人	人	人
	07 介護老人福祉施設 (特養)	人	人	人	人	人	人
	08 死亡退院	人	人	人	人	人	人
	09 その他・不明	人	人	人	人	人	人

※1：入院患者延日数：日々の入院患者数（毎日 24 時時点で入院中の人）を 6 か月間合算してください。

※2：新規入院患者数：新たに貴院に入院した人の数をさします。ただし再入院した入院患者は新規入院患者として計上してください。例えばある入院患者が一度退院した後、当該期間内に再び入院した場合には、2 人として計上してください。

※3：退院患者数：貴院から退院した人の数をさします。ただし死亡退院・再退院を含みます。例えば、ある入院患者が一度退院した後に再入院し、再度退院した場合などは「2 人」として計上してください。「退院先の内訳」01～09 の合計が、「③退院患者数」に一致するようにしてください。

問 19 貴施設の 2015 年●月～●月 (6 か月間) の老人性認知症疾患療養病棟における退院患者の状況							
※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。 ⇒老人性認知症疾患療養病棟がない場合は、問 20 へ							
①入院患者延日数※1	人						
	計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中
②新規入院患者数※2	人	人	人	人	人	人	人
③退院患者数※3	人	人	人	人	人	人	人
④退院先の内訳	01 自宅 (親族の家等も含む)	人	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい (有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等)	人	人	人	人	人	人
	03 他の医療機関 (急性期治療のため)	人	人	人	人	人	人
	04 他の医療機関 (長期療養のため)	人	人	人	人	人	人
	05 他の医療機関 (その他、不明)	人	人	人	人	人	人
	06 介護老人保健施設 (老健)	人	人	人	人	人	人
	07 介護老人福祉施設 (特養)	人	人	人	人	人	人
	08 死亡退院	人	人	人	人	人	人
	09 その他・不明	人	人	人	人	人	人

※1：入院患者延日数：日々の入院患者数（毎日 24 時時点で入院中の人）を 6 か月間合算してください。

※2：新規入院患者数：新たに貴院に入院した人の数をさします。ただし再入院した入院患者は新規入院患者として計上してください。例えばある入院患者が一度退院した後、当該期間内に再び入院した場合には、2 人として計上してください。

※3：退院患者数：貴院から退院した人の数をさします。ただし死亡退院・再退院を含みます。例えば、ある入院患者が一度退院した後に再入院し、再度退院した場合などは「2 人」として計上してください。「退院先の内訳」01～09 の合計が、「③退院患者数」に一致するようにしてください。

5. 医療的ケア等の提供可否

問 21 2015 年●月●日時点の貴院の介護療養病床における医療的ケア等の実施状況			
医療的ケア等の内容		医療的ケア等の実施人数	
		日中※1	夜間※1
01 血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）		人	人
02 静脈内注射（点滴を含む）		人	人
03 中心静脈栄養の管理		人	人
04 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		人	人
05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	人
06 酸素療法		人	人
07 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		人	人
08 気管切開のケア		人	人
09 疼痛の管理		人	人
10 09のうち麻薬を用いるもの		人	人
11 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		人	人
12 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人	人
13 褥瘡の処置		人	人
14 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理		人	人
15 喀痰吸引		人	人
16 ネブライザー		人	人
17 創傷処置（褥瘡を除く）		人	人
18 服薬管理（注射を除く）※2		人	人
19 認知症に関する専門的ケア		人	人
20 摘便		人	人
21 浣腸		人	人
22 一時的導尿		人	人
23 おむつ交換		人	人
24 嚥下食の提供		人	人
25 食事介助		人	人
26 排泄介助		人	人
27 更衣介助		人	人
28 その他	処置名()	人	人
29 その他	処置名()	人	人
30 その他	処置名()	人	人

※1 貴院で規定している勤務時間帯（日中／夜間）の状況をご記入ください。夜間勤務帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

※2 本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

問 22 2015 年●月●日時点の貴院の <u>老人性認知症疾患療養病棟における</u> 医療的ケア等の実施状況			
⇒老人性認知症疾患療養病棟がない場合は、問 23 へ			
医療的ケア等の内容		医療的ケア等の実施人数	
		日中※1	夜間※1
01	血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）	人	人
02	静脈内注射（点滴を含む）	人	人
03	中心静脈栄養の管理	人	人
04	透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理	人	人
05	ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	人	人
06	酸素療法	人	人
07	レスピレーター（人工呼吸器）の管理	人	人
08	気管切開のケア	人	人
09	疼痛の管理	人	人
10	09 のうち麻薬を用いるもの	人	人
11	経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）	人	人
12	モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	人	人
13	褥瘡の処置	人	人
14	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	人	人
15	喀痰吸引	人	人
16	ネブライザー	人	人
17	創傷処置（褥瘡を除く）	人	人
18	服薬管理（注射を除く）※2	人	人
19	認知症に関する専門的ケア	人	人
20	摘便	人	人
21	浣腸	人	人
22	一時的導尿	人	人
23	おむつ交換	人	人
24	嚥下食の提供	人	人
25	食事介助	人	人
26	排泄介助	人	人
27	更衣介助	人	人
28	その他 処置名()	人	人
29	その他 処置名()	人	人
30	その他 処置名()	人	人

※1 貴院で規定している勤務時間帯（日中／夜間）の状況をご記入ください。夜間勤務帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

※2 本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

6. 看取り（終末期ケアや死亡確認）について

※本調査における「看取り」とは、「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」をさします。

問 23 貴院の看取りの方針について【○は1つ】
01 看取り期に入った入院患者に対して看取りを行っている ⇒011 全員に対し個別に看取り計画を立てて看取りを行っている 012 一部の入院患者に対し個別に看取り計画を立てて看取りを行っている 013 特に看取りの計画は立てていない
02 看取りは行っていないが、今後対応することを検討中
03 看取りは行っておらず、今後も対応する予定はない（考えていない） ⇒問 30 へ

問 24 貴施設の看取りに関する指針・マニュアル等について
(1) 貴施設の看取りに関する指針・マニュアル等の有無【○は1つ】
01 ある
02 現在はないが、現在作成中または今後作成予定
03 現在なく、今後作成の予定もない
(2) 【(1)で「01」と回答した場合】 入院患者・家族等への看取り指針内容の説明、同意の取得について【複数回答】
01 看取りに関する指針について、入院患者本人に説明および同意を取得することとしている
02 看取りに関する指針について、入院患者の家族等に説明および同意を取得することとしている
03 看取りに関する指針について、入院患者・家族等に説明および同意の取得はしていない

問 25 看取りに関する入院患者・家族等の意向の確認に関する、貴施設の方針について【○は1つ】
01 ターミナルケアに係る計画について、入院患者本人・家族等のどちらにも確認することとしている
02 ターミナルケアに係る計画について、入院患者本人のみに確認することとしている
03 ターミナルケアに係る計画について、入院患者の家族等のみに確認することとしている
04 ターミナルケアに係る計画について、入院患者本人・家族等に確認はしていない

問 26 ターミナルケアに係る計画について
(1) ターミナルケアに係る計画書の様式について【○は1つ】
01 ケアプランとは別にターミナルケアに係る計画書を作成することとしている
02 ケアプランの中にターミナルケアに係る計画書に相当する内容を記載することとしている
03 特にターミナルケアに係る計画としての計画書は作成していない
(2) ターミナルケアに係る介護計画の作成に関与している職種について【複数回答】
01 医師 02 歯科医師 03 看護職員 04 介護職員 05 支援相談員 06 PT・OT・ST 07 歯科衛生士 08 管理栄養士・栄養士 09 介護支援専門員 10 その他（ ）

(3) 入院患者・家族等へのターミナルケアに係る介護計画の説明について【○は1つ】

- 01 ターミナルケアに係る計画について、入院患者本人・家族等のどちらにも説明することとしている
- 02 ターミナルケアに係る計画について、入院患者本人のみに説明することとしている
- 03 ターミナルケアに係る計画について、入院患者の家族等のみに説明することとしている
- 04 ターミナルケアに係る計画について、入院患者・家族等に説明をしていない

問 27 看取りカンファレンスに参加している各職種について、必ず参加する職種は「1」、入院患者の状況に応じて参加する職種は「2」のそれぞれに○をつけてください【複数回答】

	必ず参加	入院患者の 状況に応じて参加		必ず参加	入院患者の 状況に応じて参加
01 医師	1	2	07 歯科衛生士	1	2
02 歯科医師	1	2	08 管理栄養士・栄養士	1	2
03 看護職員	1	2	09 介護支援専門員	1	2
04 介護職員	1	2	10 本人	1	2
05 支援相談員	1	2	11 家族	1	2
06 PT・OT・ST	1	2	12 その他（ ）	1	2

問 28 看取りに関する職員研修

(1) 看取りに関する職員研修の有無【複数回答】

- 01 施設内で研修を企画し、施設職員が講師を担当している研修会を開催している
⇒講師を担当している職員【複数回答】： 011 医師
012 看護職員
013 支援相談員・介護支援専門員
014 その他（ ）
- 02 施設内で研修を企画し、外部講師を招聘する研修会を開催している
- 03 外部団体が主催する研修・セミナー等に参加させている
- 04 看取りに関する研修は実施していない

(2) 【(1)で「01」「02」「03」と回答した場合】看取りに関する職員研修の実施頻度

01 年に1回程度	02 年に2~4回程度	03 月に1回程度
04 週に2~3回程度	05 週に1回程度	06 その他

(3) 看取りに関する介護職員に対する研修計画の有無

- 01 あり 02 なし

(4) 職務上看取りを行った経験のある職員の割合	
看護職員	01 9割以上 02 7割以上9割未満 03 5割以上7割未満 04 3割以上5割未満 05 1割以上3割未満 06 1割未満
介護職員	01 9割以上 02 7割以上9割未満 03 5割以上7割未満 04 3割以上5割未満 05 1割以上3割未満 06 1割未満

問 29 家族・地域への啓発活動について【複数回答】
01 入院患者の家族のみに対して看取りに関する説明会を開催することとしている
02 入院患者の家族に向けて行う看取りに関する説明会に地域住民も参加できる
03 施設主催の地域住民向けの意見交換会を開催している
04 家族・地域への啓発活動は特に実施していない
05 その他 ()

問 30 2015 年●月～●月 (6 か月間) に院内で死亡もしくは他の医療機関に搬送した <u>介護療養病床の入院患者</u> の人数	
※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。	
(1) 施設内で死亡した入院患者数	() 人
① (1)のうち、本人または家族の希望により、院内で看取った入院患者数	() 人
② ①のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
③ ①のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
④ (1)のうち、事故や急変等の想定外の死亡をした入院患者数	() 人
(2) 最期に介護療養病床以外の他の病棟に転棟又は他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
① (2)のうち他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
② (2)のうち、本人または家族の希望により、当初は当該介護療養病床で看取することを想定していた入院患者数	() 人
③ ②のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
④ ②のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
⑤ ②のうち、本人または家族の希望により他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑥ ②のうち、当該病棟では行えない医療処置が必要であったため、貴院の判断により介護療養病床以外の他の病棟に転棟又は他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑦ ⑥のうち、他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人

問 31 2015 年●月～●月 (6 か月間) に院内で死亡もしくは他の医療機関に搬送した**老人性認知症疾患療養病棟の入院患者**の人数

※貴施設が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。

⇒老人性認知症疾患療養病棟がない場合は、問 32 へ

(1) 施設内で死亡した入院患者数	() 人
① (1)のうち、本人または家族の希望により、院内で看取った入院患者数	() 人
② ①のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
③ ①のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
④ (3)のうち、事故や急変等の想定外の死亡をした入院患者数	() 人
(2) 最期に老人性認知症疾患療養病棟以外の他の病棟に転棟した入院患者数又は他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
① (2)のうち他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
② (2)のうち、本人または家族の希望により、当初は当該病棟で看取することを想定していた入院患者数	() 人
③ ②のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
④ ②のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
⑤ ②のうち、本人または家族の希望により他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑥ ②のうち、当該病棟では行えない医療処置が必要であったため、貴院の判断により老人性認知症疾患療養病棟以外の他の病棟への転棟又は他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑦ ⑥のうち、他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人

問 32 貴院内で看取りを行う上での課題について【複数回答】
(1) 体制面での課題
01 病院としての方針・指針が策定されていない 02 医師・医療機関との連携体制が構築できていない 03 看取りを行うためのマンパワーが不足している 04 看取りを行うための夜間体制が十分でない 05 看取りを行うための個室等の設備が不十分
(2) 知識・技術面での課題
01 看取りに対する職員の知識・技術の習得が不十分 02 看取りに対する職員の知識・技術にばらつきがある 03 看取りに対する職員の意識・取組姿勢にばらつきがある
(3) 患者・家族に関する課題
01 患者の家族との関係構築や連携が十分でない 02 患者及びその家族が施設での看取りへの理解が十分でない
(4) 地域との連携における課題
01 地域住民の声が反映されていない 02 地域住民の病院での看取りへの理解が十分でない
(5) その他 【自由回答】

施設票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
 他の調査票とともに●/● (●)までにご投函ください。

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの

対応の在り方に関する調査研究事業

施設票 (案)

【④医療療養病床を有する医療機関】

■記入にあたってのご注意

特に指定の無い箇所については、貴院の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて院長、医師、看護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。

【本調査の ③介護療養型医療施設 と ④医療療養病床 が重複して届いた医療機関の方へ】

問 1~5 については、両票とも同一の内容となるため、大変お手数ですが同一の回答をご記入ください。他の設問につきましては、設問内容が似ておりますが、介護療養型医療施設と医療療養病床についてそれぞれ別々にご回答いただきたいため、恐れ入りますが両票にご回答をお願いします。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-●●●-●●● (平日 9 時 30 分～17 時 30 分)

FAX：03-●●●●-●●●● (24 時間受付)

メール：●●●●●●●●

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

1. 貴院の基本情報

問 1 2015 年●月●日における貴院の開設主体【○は 1 つ】

- | | |
|------------|------------|
| 01 公立 | 04 個人 |
| 02 医療法人 | 05 その他 () |
| 03 社団・財団法人 | |

問 2 貴院の形態

- | | |
|-------|--------|
| 01 病院 | 02 診療所 |
|-------|--------|

問 3 貴院の開設年月

西暦 () 年 () 月

問 4 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する医療・介護系の施設（居住系含む）		
【該当する全てに○】		
	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 介護老人福祉施設		
02 認知症対応型共同生活介護事業所		
03 介護老人保健施設		
04 その他の高齢者住まい等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）		
05 その他（ ）		

問 5 2015 年●月●日において貴法人・関連法人が運営する事業所・サービス【該当する全てに○】		
	1 貴法人・関連法人 が運営しているもの	2 うち、併設して いるもの
01 訪問介護		
02 訪問入浴介護		
03 訪問看護		
04 訪問リハビリテーション		
05 居宅療養管理指導		
06 通所介護		
07 通所リハビリテーション		
08 短期入所生活介護		
09 短期入所療養介護		
10 特定施設入居者生活介護		
11 福祉用具貸与		
12 居宅介護支援		
13 小規模多機能型居宅介護		
14 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		
15 地域包括支援センター		
16 その他（ ）		

問 6 2015 年●月●日 24 時時点における貴院の定員数		
病床分類	許可病床数	入院患者数
01 一般病床	床	人
02 医療療養病床（20：1）	床	人
03 医療療養病床（25：1）	床	人
04 介護療養病床	床	人
05 上記以外の病床	床	人

問 7 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の医療療養病床(20:1)の入院患者						
(1) 要介護度別実入院患者数	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不明・申請中
	人	人	人	人	人	人
(2) 男女別実入院患者数	①男性	②女性				
	人	人				
(3) 年齢別実入院患者数	①40 歳未満	②40～64 歳	③65～74 歳	④75～84 歳	⑤85～94 歳	⑥95 歳以上
	人	人	人	人	人	歳
	⑦平均年齢					
	歳					
(4) 入所期間別実入院患者数	①3 か月未満	②3 か月以上～6 か月未満	③6 か月以上～1 年未満	④1 年以上～2 年未満	⑤2 年以上～3 年未満	⑥3 年以上
	人	人	人	人	人	人
	⑦平均在所期間					
	. か月					
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実入院患者数	①自立	②Ⅰ	③Ⅱ	④Ⅲ	⑤Ⅳ	⑥Ⅴ
	人	人	人	人	人	人
(6) ADL 区分別実入院患者数 ※	①Ⅰ	②Ⅱ	③Ⅲ	④不明		
	人	人	人	人		
(7) 医療区分別実入院患者数 ※	① 1	② 2	③ 3	④不明		
	人	人	人	人		
(8) 所得段階別実入院患者数	①第 1 段階	②第 2 段階	③第 3 段階	④第 4 段階(減免なし)		
	人	人	人	人		

※別添の記入要領を確認のうえ、記入してください。

問 8 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の医療療養病床（25：1）の入院患者 ⇒医療療養病床（25：1）がない場合は、問 9 へ								
(1) 要介護度別実入院患者数	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不明・申請中		
	人	人	人	人	人	人		
(2) 男女別実入院患者数	①男性	②女性						
	人	人						
(3) 年齢別実入院患者数	①40 歳未満	②40～64 歳	③65～74 歳	④75～84 歳	⑤85～94 歳	⑥95 歳以上		
	人	人	人	人	人	歳		
	⑦平均年齢							
	歳							
(4) 入所期間別実入院患者数	①3 か月未満	②3 か月以上～6 か月未満	③6 か月以上～1 年未満	④1 年以上～2 年未満	⑤2 年以上～3 年未満	⑥3 年以上		
	人	人	人	人	人	人		
	⑦平均在所期間							
	. か月							
(5) 認知症高齢者日常生活自立度別実入院患者数	①自立	②Ⅰ	③Ⅱ	④Ⅲ	⑤Ⅳ	⑥Ⅴ		
	人	人	人	人	人	人		
(6) ADL 区分別実入院患者数 ※	①Ⅰ	②Ⅱ	③Ⅲ	④不明				
	人	人	人	人				
(7) 医療区分別実入院患者数 ※	①1	②2	③3	④不明				
	人	人	人	人				
(8) 所得段階別実入院患者数	①第 1 段階	②第 2 段階	③第 3 段階	④第 4 段階（減免なし）				
	人	人	人	人				

※別添の記入要領を確認のうえ、記入してください。

2. 職員の勤務体制

問 9 2015 年●月●日 24 時時点の貴院における職員の在籍状況

※雇用形態にかかわらず、貴院が定める 1 週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算数の計算方法：小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位まで計上してください。得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

〔常勤換算人員〕＝〔職員の 1 週間の勤務時間〕÷〔貴院が定めている 1 週間の勤務時間〕

※別の事業所や併設サービスに従事している時間は含まず、医療療養病床に従事している時間のみを計算し、下記の式に従って「換算人員」に記入してください。

〔換算人員〕＝〔医療療養病床に従事する時間〕÷〔施設が定めている 1 週間の勤務時間〕

職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 医師	人	. 人	人	. 人	. 人
02 01 のうち医療療養病床専従	人	. 人	人	. 人	. 人
03 01 のうち医療療養病床兼務	人	. 人	人	. 人	. 人
04 歯科医師	人	. 人	人	. 人	. 人
05 療養病棟入院基本料 1 (20:1) の看護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
06 05 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
07 療養病棟入院基本料 1 (20:1) の看護補助者	人	. 人	人	. 人	. 人
08 療養病棟入院基本料 2 (25:1) の看護職員	人	. 人	人	. 人	. 人
09 08 のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
10 療養病棟入院基本料 2 (25:1) の看護補助者	人	. 人	人	. 人	. 人
11 理学療法士 (PT)	人	. 人	人	. 人	. 人
12 作業療法士 (OT)	人	. 人	人	. 人	. 人
13 言語聴覚士 (ST)	人	. 人	人	. 人	. 人
14 薬剤師	人	. 人	人	. 人	. 人
15 歯科衛生士	人	. 人	人	. 人	. 人
16 管理栄養士	人	. 人	人	. 人	. 人
17 栄養士	人	. 人	人	. 人	. 人
※ その他	18()	人 . 人	人	. 人	. 人
	19()	人 . 人	人	. 人	. 人
	20()	人 . 人	人	. 人	. 人
	21()	人 . 人	人	. 人	. 人
	22()	人 . 人	人	. 人	. 人

※ () 内に職種名を記入してください。ただし調理員及び事務員については記入不要です。

問 10 2015 年●月●日 24 時時点における貴施設の医療療養病床の夜間の職員配置について
 ※貴施設において定められている夜勤帯における、職員の勤務体制についてご記入ください。
 ※夜勤帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

職種	(1)常勤		(2)非常勤		
	①実人員	②換算人員	①実人員	②常勤換算人員	③換算人員
01 療養病棟入院基本料 1 (20:1)の看護職員(夜勤・宿直)	人	. 人	人	. 人	. 人
02 01のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
03 療養病棟入院基本料 1 (20:1)の看護職員(オンコール対応)	人	. 人	人	. 人	. 人
04 03のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
05 療養病棟入院基本料 1 (20:1)の看護補助者	人	. 人	人	. 人	. 人
06 療養病棟入院基本料 2 (25:1)の看護職員(夜勤・宿直)	人	. 人	人	. 人	. 人
07 06のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
08 看護職員(オンコール対応)	人	. 人	人	. 人	. 人
09 08のうち看護師	人	. 人	人	. 人	. 人
10 療養病棟入院基本料 2 (25:1)の介護職員	人	. 人	人	. 人	. 人

3. 診療報酬の算定状況

問 11 2015 年●月 <u>(1 か月間)</u> の入院基本料【該当全てに○】
01 療養病棟入院基本料 1
02 療養病棟入院基本料 2
03 有床診療所療養病棟入院基本料
04 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～3
05 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料） 1 または 2

問 12 2015 年●月 <u>(1 か月間)</u> の療養病棟入院基本料 1（20：1）における加算の算定状況【○は 1 つ】	
01 救急・在宅等支援療養病床初期加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
02 療養病棟環境改善加算 1	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
03 療養病棟環境改善加算 2	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
04 診療所療養病棟環境改善加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
05 退院調整加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
06 在宅復帰機能強化加算	01 算定あり 02 算定なし
07 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし

問 13 2015 年●月 <u>(1 か月間)</u> の療養病棟入院基本料 2（25：1）における加算の算定状況【○は 1 つ】 ⇒療養病棟入院基本料 2（25：1）がない場合は、問 14 へ	
01 救急・在宅等支援療養病床初期加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
02 療養病棟環境改善加算 1	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
03 療養病棟環境改善加算 2	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
04 診療所療養病棟環境改善加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
05 退院調整加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし
06 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算	01 算定あり⇒ [] 件 02 算定なし

4. 入退院の状況

問 14 貴院の 2015 年●月～●月 (6 か月間) の療養病棟入院基本料 1 (20 : 1) における入退院者の状況								
※貴院が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。								
①入院患者延日数※1	人							
	計	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 ※2
②新規入院患者数※3	人	人	人	人	人	人	人	人
③退院患者数※4	人	人	人	人	人	人	人	人
④退院先の内訳	01 自宅(親族の家等も含む)	人	人	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい(有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等)	人	人	人	人	人	人	人
	03 他の医療機関(急性期治療のため)	人	人	人	人	人	人	人
	04 他の医療機関(長期療養のため)	人	人	人	人	人	人	人
	05 他の医療機関(その他、不明)	人	人	人	人	人	人	人
	06 介護老人保健施設(老健)	人	人	人	人	人	人	人
	07 介護老人福祉施設(特養)	人	人	人	人	人	人	人
	08 死亡退院	人	人	人	人	人	人	人
	09 その他・不明	人	人	人	人	人	人	人

※1：入院患者延日数：日々の入院患者数（毎日 24 時時点で入院中の人）を 6 か月間合算してください。

※2：「不明」は介護保険対象外の者や要介護認定を受けた結果非該当となった者等をさします。

※3：新規入院患者数：新たに貴院に入院した人の数をさします。ただし再入院した入院患者は新規入院患者として計上してください。例えばある入院患者が一度退院した後、当該期間内に再び入院した場合には、2 人として計上してください。

※4：退院患者数：貴院から退院した人の数をさします。ただし死亡退院・再退院を含みます。例えば、ある入院患者が一度退院した後に再入院し、再度退院した場合などは「2 人」として計上してください。「退院先の内訳」01～09 の合計が、「③退院患者数」に一致するようにしてください。

問 15 貴院の 2015 年●月～●月 (6 か月間) の療養病棟入院基本料 2 (25 : 1) における入退院者の状況								
※貴院が開設後 6 か月に満たない場合は、開設後からの件数を記入してください。 ※入院の期間は限りません。短期の入院であっても入退院については、「1 人」とカウントしてください。								
①入院患者延日数※1	人							
	計	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 ※2
②新規入院患者数※3	人	人	人	人	人	人	人	人
③退院患者数※4	人	人	人	人	人	人	人	人
④退院先の内訳	01 自宅(親族の家等も含む)	人	人	人	人	人	人	人
	02 高齢者住まい(有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等)	人	人	人	人	人	人	人
	03 他の医療機関(急性期治療のため)	人	人	人	人	人	人	人
	04 他の医療機関(長期療養のため)	人	人	人	人	人	人	人
	05 他の医療機関(その他、不明)	人	人	人	人	人	人	人
	06 介護老人保健施設(老健)	人	人	人	人	人	人	人
	07 介護老人福祉施設(特養)	人	人	人	人	人	人	人
	08 死亡退院	人	人	人	人	人	人	人
	09 その他・不明	人	人	人	人	人	人	人

※1：入院患者延日数：日々の入院患者数（毎日 24 時時点で入院中の人）を 6 か月間合算してください。

※2：「不明」は介護保険対象外の者や要介護認定を受けた結果非該当となった者等をさします。

※3：新規入院患者数：新たに貴院に入院した人の数をさします。ただし再入院した入院患者は新規入院患者として計上してください。例えばある入院患者が一度退院した後、当該期間内に再び入院した場合には、2 人として計上してください。

※4：退院患者数：貴院から退院した人の数をさします。ただし死亡退院・再退院を含みます。例えば、ある入院患者が一度退院した後に再入院し、再度退院した場合などは「2 人」として計上してください。「退院先の内訳」01～09 の合計が、「③退院患者数」に一致するようにしてください。

問 16 退院調整の実施について（2015 年●月の 1 か月間の状況）

[illegible]

5. 医療的ケア等の提供可否

問 17 2015 年●月●日時点の貴院の療養病棟入院基本料 1（20：1）における医療的ケア等の実施状況			
医療的ケア等の内容		医療的ケア等の実施人数	
		日中※1	夜間※1
01 血糖測定・インスリン注射（自己管理・介助を含む）		人	人
02 静脈内注射（点滴を含む）		人	人
03 中心静脈栄養の管理		人	人
04 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		人	人
05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	人
06 酸素療法		人	人
07 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		人	人
08 気管切開のケア		人	人
09 疼痛の管理		人	人
10 09のうち麻薬を用いるもの		人	人
11 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		人	人
12 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人	人
13 褥瘡の処置		人	人
14 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）の管理		人	人
15 喀痰吸引		人	人
16 ネブライザー		人	人
17 創傷処置（褥瘡を除く）		人	人
18 服薬管理（注射を除く）		人	人
19 認知症に関する専門的ケア		人	人
20 摘便		人	人
21 浣腸		人	人
22 一時的導尿		人	人
23 おむつ交換		人	人
24 嚥下食の提供		人	人
25 食事介助		人	人
26 排泄介助		人	人
27 更衣介助		人	人
28 その他	処置名（ ）	人	人
29 その他	処置名（ ）	人	人
30 その他	処置名（ ）	人	人

※1 貴院で規定している勤務時間帯（日中／夜間）の状況をご記入ください。夜間勤務帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

※2 本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

問 18 2015 年●月●日時点の貴院の療養病棟入院基本料 2 (2 5 : 1) における医療的ケア等の実施状況			
⇒療養病棟入院基本料 2 (2 5 : 1) がない場合は、問 19 へ			
医療的ケア等の内容		医療的ケア等の実施人数	
		日中	夜間
01 血糖測定・インスリン注射 (自己管理・介助を含む)		人	人
02 静脈内注射 (点滴を含む)		人	人
03 中心静脈栄養の管理		人	人
04 透析 (在宅自己腹膜灌流を含む) の管理		人	人
05 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理		人	人
06 酸素療法		人	人
07 レスピレーター (人工呼吸器) の管理		人	人
08 気管切開のケア		人	人
09 疼痛の管理		人	人
10 09 のうち麻薬を用いるもの		人	人
11 経管栄養 (胃ろう・腸ろうを含む)		人	人
12 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		人	人
13 褥瘡の処置		人	人
14 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理		人	人
15 喀痰吸引		人	人
16 ネブライザー		人	人
17 創傷処置 (褥瘡を除く)		人	人
18 服薬管理 (注射を除く)		人	人
19 認知症に関する専門的ケア		人	人
20 摘便		人	人
21 浣腸		人	人
22 一時的導尿		人	人
23 おむつ交換		人	人
24 嚥下食の提供		人	人
25 食事介助		人	人
26 排泄介助		人	人
27 更衣介助		人	人
28 その他	処置名 ()	人	人
29 その他	処置名 ()	人	人
30 その他	処置名 ()	人	人

※1 貴院で規定している勤務時間帯 (日中/夜間) の状況をご記入ください。夜間勤務帯の考え方については、記入要領をご参照ください。

※2 本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

6. 看取り（終末期ケアや死亡確認）について

※本調査における「看取り」とは、「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」をさします。

問 19 2015 年●月～●月（6 か月間）に院内で死亡もしくは他の医療機関に搬送した療養病棟入院基本料 1（20：1）を算定している入院患者の人数	
(1) 院内で死亡した入院患者数	() 人
① (1)のうち、本人または家族の希望により、院内で看取った入院患者数	() 人
② ①のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
③ ①のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
④ (1)のうち、事故や急変等の想定外の死亡をした入院患者数	() 人
(2) 最期に当該療養病棟以外の他の病棟に転棟又は他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
① (2)のうち、他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
② (2)のうち、本人または家族の希望により、当初は院内で看取することを想定していた入院患者数	() 人
③ ②のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
④ ②のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
⑤ ②のうち、本人または家族の希望により他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑥ ②のうち、当該病棟では行えない医療処置が必要であったため、貴院の判断により療養病棟以外の他の病棟に転棟又は医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑦ ⑥のうち、他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人

問 20 2015 年●月～●月（6 か月間）に院内で死亡もしくは他の医療機関に搬送した療養病棟入院基本料 2（25：1）を算定している入院患者の人数

(1) 院内で死亡した入院患者数	() 人
① (1)のうち、本人または家族の希望により、院内で看取った入院患者数	() 人
② ①のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
③ ①のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
④ (1)のうち、事故や急変等の想定外の死亡をした入院患者数	() 人
(2) 最期に当該療養病棟以外の他の病棟に転棟又は他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
① (2)のうち、他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
② (2)のうち、本人または家族の希望により、当初は院内で看取することを想定していた入院患者数	() 人
③ ②のうち、個別にターミナルケアに係る計画を立てていた入院患者数	() 人
④ ②のうち、ターミナルケアに係る計画について事前に本人または家族に対する説明を行い、同意が得られていた入院患者数	() 人
⑤ ②のうち、本人または家族の希望により他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑥ ②のうち、当該病棟では行えない医療処置が必要であったため、貴院の判断により療養病棟以外の他の病棟に転棟又は医療機関に搬送した入院患者数	() 人
⑦ ⑥のうち、他の医療機関に搬送した入院患者数	() 人

問 32 貴院内で看取りを行う上での課題について【複数回答】
(1) 体制面での課題
01 病院としての方針・指針が策定されていない（原則として、治療を優先している場合も含む） 02 医師・医療機関との連携体制が構築できていない 03 看取りを行うためのマンパワーが不足している 04 看取りを行うための夜間体制が十分でない 05 看取りを行うための個室等の設備が不十分
(2) 知識・技術面での課題
01 看取りに対する職員の知識・技術の習得が不十分 02 看取りに対する職員の知識・技術にばらつきがある 03 看取りに対する職員の意識・取組姿勢にばらつきがある
(3) 患者・家族に関する課題
01 患者の家族との関係構築や連携が十分でない 02 患者及びその家族が院内での看取りへの理解が十分でない
(4) 地域との連携における課題
01 地域住民の声が反映されていない 02 地域住民の病院での看取りへの理解が十分でない
(5) その他 【自由回答】

施設票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
他の調査票とともに●/●（●）までにご投函ください。

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業 職員票（案）【①介護老人福祉施設】

■記入にあたってのご注意

※貴施設の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて施設長、配置医師、看護職員、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。

※設問の選択肢については、問14を除き「あてはまるもの1つ」に○をつけてください。問14「手当」の種類については複数回答可です。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局 ※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

電話：0120-●●●-●●●（平日9時30分～17時30分）、FAX：03-●●●●-●●●●（24時間受付）、メール：●●●●●●●●

2015年●月の1か月間に貴施設(介護老人福祉施設)に勤務したすべての医師について、当該月の1か月間の介護老人福祉施設における勤務状況、給与等を記載してください。																																							
No.	問1 性別	問2 年齢	問3 勤務形態	問4 勤務に関する契約	問5 主たる専門科	問6 実労働 日数 (平日)	問7 実労働 時間 (平日)	問8 実労働 日数 (土日祝 日)	問9 実労働 時間 (土日祝 日)	問10 夜間勤務 (当直) 回数	問11 オンコール(電話による相談)体制				問12 勤務日外(休日等)での出勤		問13 給与				問14 手当 ※種類に関しては複数回答可						問15 その他、支払われた一時金(年間賞与等がある場合には12で除した金額) ※金額は右詰で記載してください												
	1 男 2 女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代 6 70代 以上	1 常勤 2 非常勤	1 施設で雇用 2 医師が特定された関係 での契約 (個人で開設した診療 所や、所属医師が1名の 医療法人等) 3 医師が特定されてお らず、複数の医師がく ることを前提とした契約	1 内科 2 精神科 3 外科 4 整形外科 5 脳神経外科 6 泌尿器科 7 耳鼻科 8 皮膚科 9 眼科 10 その他						(1) 有無	(2) 回数	(3) (2)のうち 出勤した回数	(4) 手当の 有無	(1) 回数	(2) 時間	支払い形態 (日給・月 給・時給) の別	●月の1か月間に支払われた 基本給の合計額	●月の1か月間に支払われた 手当の合計額																				
											1 有 2 無			1 有 2 無																									
																									1 月給 2 日給 3 時給	※各種手当等は除外して記入 してください ※金額は右詰で記載してくだ さい									※各種手当の合計額を記入し てください ※金額は右詰で記載してくだ さい				
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円	円	1・2・3 4・5・6 7・8・9								円		

※ 本調査票では、表面・裏面合わせて20名分の記載が可能ですが、もし用紙が不足する場合には、大変恐縮ではございますが、当用紙をコピーの上、追記いただけますようお願いいたします。

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業 職員票（案）【②介護老人保健施設】

■記入にあたってのご注意

※貴施設の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて医師、看護職員、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。

※設問の選択肢については、問14を除き「あてはまるもの1つ」に○をつけてください。問14「手当」の種類については複数回答可です。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

電話：0120-●●●-●●●（平日9時30分～17時30分）、FAX：03-●●●●-●●●●（24時間受付）、メール：●●●●●●●●

2015年●月の1か月間に貴施設（介護老人保健施設）に勤務したすべての医師について、当該月の1か月間の介護老人保健施設における勤務状況、給与等を記載してください。

No.	問1 性別	問2 年齢	問3 勤務形態	問4 勤務に関する契約	問5 主たる専門科	問6 実労働 日数 (平日)	問7 実労働 時間 (平日)	問8 実労働 日数 (土日祝日)	問9 実労働 時間 (土日祝日)	問10 夜間勤務 (当直) 回数	問11 オンコール(電話による相談)体制				問12 勤務日外(休日等)での出勤		問13 給与				問14 手当 ※種類に関しては複数回答可				問15 その他、支払われた一時金(年間賞与等がある場合には12で 除した金額)														
	1 男 2 女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代 6 70代 以上	1 常勤 2 非常勤	1 施設で雇用 2 医師が特定された関係での契約 (個人で開設した診療所や、所属医師が一名の医療法人等) 3 医師が特定されておらず、複数の医師が働くことを前提とした契約 4 併設する医療機関に勤務	1 内科 2 精神科 3 外科 4 整形外科 5 脳神経外科 6 泌尿器科 7 耳鼻科 8 皮膚科 9 眼科 10 その他						(1) 有無	(2) 回数	(3) (2)のうち 出勤した回数	(4) 手当の有無	(1) 回数	(2) 時間	支払い形態 (日給・月給・時給)の別	●月の1か月間に支払われた 基本給の合計額	●月の1か月間に支払われた 手当の合計額	●月の1か月間に支払われた 手当の種類 1 時間外手当 2 家族(扶養)手当 3 通勤手当・交通費 4 職務手当(役付手当等) 5 資格手当 6 夜勤・当直手当 7 研修手当 8 移動手当 9 その他																			
											1 有 2 無			1 有 2 無																									
																					1 月給 2 日給 3 時給	※各種手当等は除外して記入 してください ※金額は右詰で記載してください	※各種手当の合計額を記入し てください ※金額は右詰で記載してください																
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3														1・2・3 4・5・6 7・8・9								円	
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円
1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2・3・4	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3															1・2・3 4・5・6 7・8・9								円

※ 本調査票では、表面・裏面合わせて20名分の記載が可能ですが、もし用紙が不足する場合には、大変恐縮ではございますが、当用紙をコピーの上、追記いただけますようお願いいたします。

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業 職員票（案）【③介護療養型医療施設】

■記入にあたってのご注意
※貴院の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて医師、看護職員、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。
※設問の選択肢については、問6、問15を除き「**あてはまるもの1つ**」に○をつけてください。問6「勤務している病棟」および問15「手当」の種類については複数回答可です。

■本調査に関するお問い合わせ先
「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局 ※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。
電話：0 1 2 0－●●●●－●●●●（平日9時30分～17時30分）、FAX：0 3－●●●●●－●●●●（24時間受付）、メール：●●●●●●●●●●

2015年●月の1か月間に貴院の介護療養型医療施設に勤務したすべての医師について、当該月の1か月間の病院全体における勤務状況、給与等を記載してください。																																								
No.	問1 性別	問2 年齢	問3 勤務形態	問4 専従/兼務 の別	問5 主たる専門科	問6 勤務している 病棟	問6 実労働 日数 （平日）	問7 実労働 時間 （平日）	問8 実労働 日数 （土日祝日）	問9 実労働 時間 （土日祝日）	問10 夜間勤務 （当直） 回数	問12 オンコール（電話による相談）体制				問13 勤務日外（休日等）での出勤		問14 給与				問15 手当 ※種類に関しては複数回答可				問16 その他、支払われた一時金（年 間賞与等がある場合には12で 除した金額）														
	1男 2女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代 6 70代 以上	1 常勤 2 非常勤	1 専従 2 兼務	1 内科 2 精神科 3 外科 4 整形外科 5 脳神経外科 6 泌尿器科 7 耳鼻科 8 皮膚科 9 眼科 10 その他	※複数回答可 1 介護療養病床 2 医療療養病床 3 一般病床 4 老人性認知症 疾患療養病棟 5 精神病床（上 記4を除く） 6 その他の病床						（1） 有無	（2） 回数	（3） （2）のうち 出勤した回数	（4） 手当の 有無	（1） 回数	（2） 時間	支払い形 態（日給・ 月給・時 給）の別	●月の1か月間に支払われた 基本給の合計額	●月の1か月間に支払われた 手当の合計額	●月の1か月間に支払われた 手当の種類 1 時間外手当 2 家族（扶養）手当 3 通勤手当・交通費 4 職務手当（役付手当等） 5 資格手当 6 夜勤・当直手当 7 研修手当 8 移動手当 9 その他																			
												1 有 2 無			1 有 2 無							1 月給 2 日給 3 時給	※各種手当等は除外して記入 してください ※金額は右詰で記載してくだ さい				※各種手当の合計額を記入し てください ※金額は右詰で記載してくだ さい													
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5・6	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3							円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円

※ 本調査票では、表面・裏面合わせて20名分の記載が可能ですが、もし用紙が不足する場合には、大変恐縮ではございますが、当用紙をコピーの上、追記いただけますようお願いいたします。

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業 職員票（案）【④医療療養病床を有する医療機関】

■記入にあたってのご注意

※貴院の管理的な立場にある事務職員の方が、必要に応じて医師、看護職員、看護補助者等の方々とご相談のうえ、記入してください。

※設問の選択肢については、問6、問15を除き「**あてはまるもの1つ**」に○をつけてください。問6「勤務している病棟」および問15「手当」の種類については複数回答可です。

■本調査に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

電話：0120-●●●-●●●（平日9時30分～17時30分）、FAX：03-●●●●-●●●●（24時間受付）、メール：●●●●●●●●

2015年●月の1か月間に貴院の医療療養病床に勤務したすべての医師について、当該月の1か月間の病院全体における勤務状況、給与等を記載してください。																																										
No.	問1 性別	問2 年齢	問3 勤務形態	問4 専従/兼務 の別	問5 主たる専門科	問6 勤務している 病棟	問7 実労働日数 （平日）	問8 実労働時間 （平日）	問9 実労働日数 （土日祝日）	問10 実労働時間 （土日祝日）	問11 夜間勤務 （当直） 回数	問12 オンコール（電話による相談）体制				問13 勤務日外（休日等）での出勤		問14 給与		問15 手当 ※種類に関しては複数回答可				問16 その他、支払われた一時金（年 間賞与等がある場合には12で 除した金額）																		
	1男 2女	1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代 6 70代 以上	1 常勤 2 非常勤	1 専従 2 兼務	1 内科 2 精神科 3 外科 4 整形外科 5 脳神経外科 6 泌尿器科 7 耳鼻科 8 皮膚科 9 眼科 10 その他	※複数回答可 1 医療療養病床 （20：1） 2 医療療養病床 （25：1） 3 介護療養病床 4 一般病床 5 その他の病床						(1) 有無	(2) 回数	(3) (2)のうち 出勤した回数	(4) 手当の 有無	(1) 回数	(2) 時間	支払い形態 （日給・月 給・時給）の 別	●月の1か月間に支払われた基 本給の合計額	●月の1か月間に支払われた手 当の合計額	●月の1か月間に支払われた手 当の合計額	●月の1か月間に支 払われた手当の種類 1 時間外手当 2 家族（扶養）手当 3 通勤手当・交通費 4 職務手当（役付手当等） 5 資格手当 6 夜勤・当直手当 7 研修手当 8 移動手当 9 その他																				
												1有 2無			1有 2無								1 月給 2 日給 3 時給							※各種手当等は除外して記入 してください ※金額は右詰で記載してくだ さい	※各種手当の合計額を記入し てください ※金額は右詰で記載してくだ さい											
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円
	1・2	1・2 3・4 5・6	1・2	1・2	1・2・3 4・5・6 7・8・9・10	1・2・3 4・5	日	時間	日	時間	回	1・2	回	回	1・2	回	時間	1・2・3									円							円	1・2・3 4・5・6 7・8・9							円

※ 本調査票では、表面・裏面合わせて20名分の記載が可能ですが、もし用紙が不足する場合には、大変恐縮ではございますが、当用紙をコピーの上、追記いただけますようお願いいたします。

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業
看取り票（案）【① 介護老人福祉施設】

□記入にあたってのご注意

- ・この看取り票は看護職員の方が、必要に応じ施設長、配置医、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・貴施設において、平成27年●月～●月の間に看取った方の状況をご記入ください。
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話: 0120-●●●●-●●●● (平日9時30分～17時30分)

FAX: 03-●●●●●-●●●●● (24時間受付)

メール: ●●●●●●●●

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

投函締切: ●/●(●)

他の調査票とご投函ください

問1. 性別	1. 男 2. 女		問2. 年齢	満()歳	
問3. 入所日	昭和 平成 年 月 日		問4. 回復の見込みがないと診断された日	平成 年 月 日	
問5. 看取り介護計画を作成したか	1. 作成した ⇒ 作成日(平成 年 月 日) 2. 作成していない				
問6. 死亡日	平成 年 月 日				
問7. 要介護度	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・その他				
問8. 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. M				
問9. 保有疾患(複数回答可)	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) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(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 14. パーキンソン病 15. 目の病気 16. 耳の病気 17. その他()				
問10. 主たる死因	1. 悪性新生物 2. 心疾患 3. 肺炎 4. 脳血管疾患 5. 老衰 6. その他()				
問11. 看取り介護計画の作成日から訪問看護を受けた回数(※)	回				
問12. 看取り介護計画の作成日からの医師の対面診療回数(※)	(1)配置医師	回	(2)その他の医師	回	
問13. 看取り介護計画の作成日からの本人または家族等への面談(病状の説明を含む)回数(※)	(1)配置医師	回	(2)その他の医師	回	
	(3)看護職員	回	(4-1)その他職員	回	
	(4-2)その他職員の職種(複数回答可)	1. 施設長 2. 歯科医師 3. 介護職員 4. 生活相談員 5. 介護支援専門員 6. PT/OT/ST 7. 管理栄養士・栄養士 8. その他()			
問14. 普段の居室	1. ユニット型個室 2. ユニット型多床室 3. 従来型個室 4. 従来型多床室 5. ユニット型(プライバシー配慮型)多床室 6. 従来型(プライバシー配慮型)多床室 7. その他()				
問15. (問14で多床室と回答した場合)個室・静養室への移動	(1)移動の有無	1. 実施した 2. 実施しなかった			
	(2)実施した場合、移動した日	平成 年 月 日			
問16. 死亡後の家族支援(グリーフケア)	1. 実施した 2. 実施しなかった				
問17. 看取り介護計画作成日から死亡日までの看取りカンファレンス開催回数(※)	回				
問19. 死亡後のカンファレンスの開催	1. あり 2. なし				
問20. 加算の算定状況	看取り介護加算	(1)死亡日以前4日以上30日以下	件	(2)死亡日以前2日又は3日	件
		(3)死亡日	件		
※(4)(5)(6)については、診療報酬による算定	(4)在宅患者訪問診療料			1. あり 2. なし	
	(5)在宅ターミナルケア加算			1. あり 2. なし	
	(6)看取り加算			1. あり 2. なし	

※看取り介護計画を作成していない場合、回復の見込みがないと診断された日から死亡日までの回数を記入してください

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業
看取り票（案）【② 介護老人保健施設】

□記入にあたってのご注意

- ・この看取り票は看護職員の方が、必要に応じ医師、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・貴施設において、平成27年●月～●月の間に看取った方の状況をご記入ください。
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局
電話：0120-●●●-●●●●（平日9時30分～17時30分）
FAX：03-●●●●-●●●●（24時間受付）
メール：●●●●●●●●
※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

投函締切：●/●（●）
他の調査票とご投函ください

問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満（ ）歳	
問3. 入所日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	問4. 回復の見込みがないと診断された日	平成 年 月 日	
問5. ターミナルケアに係る計画を作成したか	1. 作成した ⇒ 作成日（平成 年 月 日） 2. 作成していない			
問6. 死亡日	平成 年 月 日			
問7. 要介護度	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			
問8. 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. M			
問9. 保有疾患（複数回答可）	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） 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気（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 14. パーキンソン病 15. 目の病気 16. 耳の病気 17. その他（ ）			
問10. 主たる死因	1. 悪性新生物 2. 心疾患 3. 肺炎 4. 脳血管疾患 5. 老衰 6. その他（ ）			
問11. ターミナルケアに係る計画の作成日から本人または家族等への面談（病状の説明を含む）回数	(1) 医師	回	(2) 施設外の医師（往診医）	回
	(3) 看護職員	回	(4-1) その他職員	回
	(4-2) その他職員の職種（複数回答可）	1. 歯科医師 2. 介護職員 3. 支援相談員 4. 介護支援専門員 5. PT/OT/ST 6. 管理栄養士・栄養士 7. その他（ ）		
問12. 死亡後の家族支援（グリーフケア）	1. 実施した 2. 実施しなかった			
問13. ターミナルケアに係る計画作成日から死亡日までの看取りカンファレンス開催回数	回			
問14. 死亡後のカンファレンスの開催	1. あり 2. なし			
問15. ターミナルケア加算算定状況	(1) 死亡日以前4日以上30日以下	件	(2) 死亡日以前2日又は3日	件
	(3) 死亡日	件		

※ターミナルケアに係る計画を作成していない場合、回復の見込みがないと診断された日から死亡日までの回数を記入してください

介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業
看取り票（案）【③ 介護療養型医療施設】

□記入にあたってのご注意

- ・この看取り票は看護職員の方が、必要に応じ医師、介護職員等の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・貴院において、平成27年●月～●月の間に看取った方の状況をご記入ください。
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-●●●●-●●●●（平日9時30分～17時30分）

FAX：03-●●●●●-●●●●●（24時間受付）

メール：●●●●●●●●

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

投函締切：●/●（●）
他の調査票とご投函ください

問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳	
問3. 入院日	昭和 平成 年 月 日	問4. 回復の見込みがないと診断された日	平成 年 月 日	
問5. ターミナルケアに係る計画を作成したか	1. 作成した ⇒ 作成日(平成 年 月 日) 2. 作成していない			
問6. 死亡日	平成 年 月 日			
問7. 要介護度	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			
問8. 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. M			
問9. 保有疾患 (複数回答可)	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) 6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(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 14. パーキンソン病 15. 目の病気 16. 耳の病気 17. その他()			
問10. 主たる死因	1. 悪性新生物 2. 心疾患 3. 肺炎 4. 脳血管疾患 5. 老衰 6. その他()			
問11. ターミナルケアに係る計画の作成日から本人または家族等への面談(病状の説明を含む)回数(※)	(1)医師	回	(2)看護職員	回
	(3-1)その他職員	回		
	(3-2)その他職員の職種(複数回答可)	1. 歯科医師 2. 介護職員 3. 支援相談員 4. 介護支援専門員 5. PT/OT/ST 6. 管理栄養士・栄養士 7. その他()		
問15. 死亡後の家族支援(グリーフケア)	1. 実施した 2. 実施しなかった			
問16. ターミナルケアに係る計画の作成日から死亡日までの看取りカンファレンス開催回数(※)	回			
問17. 死亡後のカンファレンスの開催	1. あり 2. なし			

※ターミナルケアに係る計画を作成していない場合、回復の見込みがないと診断された日から死亡日までの回数を記入してください

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業
入所者票（案）
【①介護老人福祉施設】

□記入にあたってのご注意

- ・この入所者票は看護職員の方が、必要に応じ施設長、配置医、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、記入当日時点の状況についてご回答ください。
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。
- ・本調査は、医療機関、介護施設を利用する方々への横断的な調査であるため、貴施設に該当しない選択肢があり得ますが、最も適当と考えられるものについて記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-●●●-●●●●（平日9時30分～17時30分）
FAX：03-●●●●-●●●●（24時間受付）
メール：●●●●●●●●
※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

投函締切：●/●（●）
他の調査票とご投函ください

I 入所者の基本情報

連番記入欄：
※提出する票を区別する連番をご記入ください。

問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳(2015年●月●日時点)
問3. 入所日	西暦()年()月		
問4. 入所前の世帯構成(○は1つ)	1. 単独世帯 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居 ↓ 問4-1. 「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) 1. 65歳以上のみ 2. それ以外		
問5. 入所前の場所(○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()		
問6. 自宅の介護力(○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護者がいない 4. 日中、夜間とも介護者がいる 2. 日中のみ、介護者がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護者がいる 6. その他()		
問7. 複数の介護者の有無(○は1つ)	1. 複数の介護者がいる⇒()名 2. 介護者は一人 3. いない		
問8. 入所の理由(該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 機能訓練が必要なため 5. 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()		

II 入所者の状態等

問9. 有している傷病(該当するすべてに○)	1. 高血圧	7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	12. 血液・免疫の病気
	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	8. 腎臓・前立腺の病気	13. うつ病
	3. 心臓病	9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	14. パーキンソン病
	4. 糖尿病	10. 外傷(転倒・骨折等)	15. 目の病気
	5. 高脂血症(脂質異常)	11. がん(新生物)	16. 耳の病気
	6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気		17. その他()
			18. ない
	↓ 1～17を複数選択した場合 主傷病を1つ選び番号を記入。 主傷病()		
問10. 認知症の有無(○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし		
	↓ 問10-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について記入。(該当するすべてに○)		
	1. 幻視・幻聴 4. 暴言 7. 徘徊 10. 異食行動		
	2. 妄想 5. 暴行 8. 火の不始末 11. 性的問題行動		
	3. 昼夜逆転 6. 介護への抵抗 9. 不潔行為 12. その他()		

問11. 今後30日間の病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを実施する状態		
問12. 要介護度 (○は1つ)	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・その他		
問13. 障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
問14. 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明				
問15. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 医療区分1 2. 医療区分2 3. 医療区分3 4. 不明				
問16. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	②食事	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	③排泄	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	④入浴	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	⑤着替え	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存

Ⅲ 受療状況

問17. 対診の状況	問17-1 平成27年●～●月における入院の有無	①有無	1. あり 2. なし	
		↓「あり」の場合、②,③,④にご記入ください。		
		②回数	()回	
		③延べ日数	()日	
		④受療後、施設内看護職員への指示(診療の補助)の有無	1. あり 2. なし	
	問17-2 平成27年●月における通院の有無	①有無	1. あり 2. なし	
		↓「あり」の場合、②,③,④にご記入ください。		
		②延べ通院回数	()回	
		③診療科(該当すべてに○)	1. 内科 6. 眼科 2. 外科 7. 耳鼻科 3. 泌尿器科 8. 皮膚科 4. 整形外科 9. 歯科 5. 精神科 10. その他()	
		④受療後、施設内看護職員への指示(診療の補助)の有無	1. あり 2. なし	

問17. 対診の状況	問17-3 平成27年●月における 往診の有無	①有無	1. あり 2. なし ↓「あり」の場合、②、③、④にご記入ください。	
		②延べ受療回数	()回	
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 6. 眼科 2. 外科 7. 耳鼻科 3. 泌尿器科 8. 皮膚科 4. 整形外科 9. 歯科 5. 精神科 10. その他()	
		④受療後、施設内看護職員への指示 (診療の補助)の有無	1. あり 2. なし	
	問17-4 平成27年●月における 訪問診療の有無	①有無	1. あり 2. なし ↓「あり」の場合、②、③、④にご記入ください。	
		②延べ受療回数	()回	
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 6. 眼科 2. 外科 7. 耳鼻科 3. 泌尿器科 8. 皮膚科 4. 整形外科 9. 歯科 5. 精神科 10. その他()	
		④受療後、施設内看護職員への指示 (診療の補助)の有無	1. あり 2. なし	
	問17-5 平成27年●月における 配置医師(施設内医務室)による診療の有無	①有無	1. あり 2. なし ↓「あり」の場合、②、③、④にご記入ください。	
		②延べ受療回数	()回	
		③診療報酬の算定有無	1. あり 2. なし	
		④受療後、施設内看護職員への指示 (診療の補助)の有無	1. あり 2. なし	
	問17-6 過去半年間に受診した医療機関数	()施設(平成27年●月現在)		
問18. 平成27年●月の医師・歯科衛生士の関与	歯科医師()回 歯科衛生士()回			
問19. 現在受けている医療的ケア等 (該当するすべてに○)	1. 血糖測定・インスリン注射 15. 喀痰吸引 2. 静脈内注射(点滴を含む) 16. ネブライザー 3. 中心静脈栄養の管理 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 18. 服薬管理 ※ 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 19. 認知症に関する専門的ケア 6. 酸素療法 20. 摘便 7. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 21. 浣腸 8. 気管切開のケア 22. 一時的導尿 9. 疼痛の管理 23. おむつ交換 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 24. 嚥下食の提供 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 25. 食事介助 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 26. 排泄介助 13. 褥瘡の処置 27. 更衣介助 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 28. その他() 29. なし ※本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。			

問20. 内服薬の種類	現在 ()種類 (1日あたり)
問21. 服用している薬の薬効分類 (該当するすべてに○)	1. 血圧・心臓の薬 2. 糖尿病治療薬 3. 高脂血症治療薬 4. 痛風・高尿酸血症治療薬 5. 骨粗しょう症治療薬 6. 関節リウマチ等(他の膠原病を含む)の薬 7. アレルギー薬 8. 呼吸器系の薬 9. 消化器系の薬 10. 精神系の薬 11. 認知症治療薬 12. 脳・神経系の薬(認知症治療薬を除く) 13. 泌尿器・腎臓の薬 14. 副腎皮質ステロイド 15. 解熱鎮痛薬 16. 麻薬及び類似薬 17. ホルモン製剤(副腎皮質ホルモンを除く) 18. 甲状腺疾患治療薬 19. ビタミン製剤 20. 免疫抑制剤 21. 造血薬(鉄剤) 22. 感染症の薬(抗生物質・抗ウイルス剤等) 23. 栄養剤 24. 漢方薬 25. 抗がん剤 26. その他()
問22. 内服薬の調整に関与している職種	1. 医師(配置医) 2. 医師(配置医以外) 3. 薬剤師(施設内) 4. 薬剤師(施設外) 5. 看護職員 6. その他()
関与している場合、その方法(該当するすべてに○)	1. 処方内容の確認 2. 服薬指導(対入所者) 3. 服薬介助指導(対職員) 4. その他()

Ⅳ 今後の生活・療養の場の見通し等 ※想定できる範囲で記入してください。

問23. 入所者に必要と考える医療 (○は1つ)	1. 入院又は入所による医療が必要 2. 在宅医療があれば対応可能 3. 外来医療で対応可能 4. 不要
	問23-1↓ 1. を選んだ場合、その理由(該当する全てに○)
	1. 高度な医療処置 2. 常時又は頻回な医療処置 3. 医師による常時又は頻繁な評価 4. その他
問24. 入所者に必要と考える介護 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要
問25. 最も適切と考えられる生活・療養の場 (○は1つ)	※入所者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、入所者にとって最適な場所を選択 1. 自宅(家族等との同居も含む) 2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 3. 介護老人保健施設 4. その他の介護施設 5. 一般病棟 6. 医療療養病棟 7. 介護療養型医療施設 8. その他の病棟 9. その他()
問26. 今後の生活・療養の場の見通し (○は1つ)	1. 現時点で、問25で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている 2. 現時点で、問25で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない
	問26-1↓ 2. と回答した場合、その理由 (該当する全てに○)
	1. 空床がないため 2. 認知症への対応が困難なため 3. 医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため 4. その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため 5. 必要な介護サービスが確保できないため 6. 夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため 7. 住宅改修等の住環境の整備ができないため 8. 家族の介護困難、又は介護者不在のため 9. 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため 10. 経済的事実があるため 11. その他()

入所者票は以上です。 ご協力ありがとうございました。

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業
入所者票（案）
【②介護老人保健施設】

□記入にあたってのご注意

- ・この入所者票は看護職員の方が、必要に応じ医師、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、**記入当日時点の状況についてご回答ください。**
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。
- ・本調査は、医療機関、介護施設を利用する方々への横断的な調査であるため、貴施設に該当しない選択肢があり得ますが、最も
適当と考えられるものについて記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-●●●-●●●（平日9時30分～17時30分）
FAX：03-●●●●-●●●●（24時間受付）
メール：●●●●●●●●
※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

投函締切：●/●（●）
他の調査票とご投函ください

I 入所者の基本情報

連番記入欄：
※提出する票を区別する連番をご記入ください。

問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳(2015年●月●日時点)
問3. 入所日	西暦 ()年 ()月		
問4. 認知症専門棟への入所の有無	1. 入所している 2. 入所していない。		
問5. 入所前の世帯構成(○は1つ)	1. 単独世帯 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居 問5-1「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) ↓ 1. 65歳以上のみ 2. それ以外		
問6. 入所前の場所(○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()		
問7. 自宅の介護力(○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護者がいない 4. 日中、夜間とも介護者がいる 2. 日中のみ、介護者がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護者がいる 6. その他()		
問8. 複数の介護者の有無(○は1つ)	1. 複数の介護者がいる⇒()名 2. 介護者は一人 3. いない		
問9. 入所の理由(該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 機能訓練が必要なため 5. 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()		

II 入所者の状態等

問10. 有している傷病(該当するすべてに○)	1. 高血圧	7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	12. 血液・免疫の病気
	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	8. 腎臓・前立腺の病気	13. うつ病
	3. 心臓病	9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	14. パーキンソン病
	4. 糖尿病	10. 外傷(転倒・骨折等)	15. 目の病気
	5. 高脂血症(脂質異常)	11. がん(新生物)	16. 耳の病気
	6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気		17. その他()
	↓ 18. ない		
	↓ 1～17を複数選択した場合 主傷病を1つ選び番号を記入。 主傷病()		
問11. 認知症の有無(○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし		
	↓ 問11-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について記入。(該当するすべてに○)		
	1. 幻視・幻聴 4. 暴言 7. 徘徊 10. 異食行動		
	2. 妄想 5. 暴行 8. 火の不始末 11. 性的問題行動		
	3. 昼夜逆転 6. 介護への抵抗 9. 不潔行為 12. その他()		

問12. 今後30日間の病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを実施する状態		
問13. 要介護度 (○は1つ)	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		
問14. 障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
問15. 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明				
問16. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 医療区分1 2. 医療区分2 3. 医療区分3 4. 不明				
問17. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	②食事	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	③排泄	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	④入浴	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	⑤着替え	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存

Ⅲ 受療状況

問18. 対診の状況	問18-1 平成27年●月における通院の有無	①有無	1. あり ・ 2. なし ↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。
		②延べ通院回数	()回
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 2. 外科 3. 泌尿器科 4. 整形外科 5. 精神科 6. 眼科 7. 耳鼻科 8. 皮膚科 9. 歯科 10. その他()
	問18-2 平成27年●月における往診の有無	①有無	1. あり ・ 2. なし ↓「あり」の場合、②、③に詳細をご記入ください。
		②延べ受療回数	()回
		③診療科 (該当すべてに○)	1. 内科 2. 外科 3. 泌尿器科 4. 整形外科 5. 精神科 6. 眼科 7. 耳鼻科 8. 皮膚科 9. 歯科 10. その他()
	問18-3 過去半年に受診した医療機関数	()施設	
問19. 平成27年●月の医師・歯科衛生士の関与	歯科医師()回 歯科衛生士()回		

問20. 現在受けている医療的ケア等 (該当するすべてに○)	1. 血糖測定・インスリン注射 2. 静脈内注射(点滴を含む) 3. 中心静脈栄養の管理 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6. 酸素療法 7. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 8. 気管切開のケア 9. 疼痛の管理 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 13. 褥瘡の処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 18. 服薬管理 ※ 19. 認知症に関する専門的ケア 20. 排便 21. 浣腸 22. 一時的導尿 23. おむつ交換 24. 嚥下食の提供 25. 食事介助 26. 排泄介助 27. 更衣介助 28. その他() 29. なし ※本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。
問21. 内服薬の種類	現在 ()種類 (1日あたり)
問22. 服用している薬の薬効分類 (該当するすべてに○)	1. 血圧・心臓の薬 2. 糖尿病治療薬 3. 高脂血症治療薬 4. 痛風・高尿酸血症治療薬 5. 骨粗しょう症治療薬 6. 関節リウマチ等(他の膠原病を含む)の薬 7. アレルギー薬 8. 呼吸器系の薬 9. 消化器系の薬 10. 精神系の薬 11. 認知症治療薬 12. 脳・神経系の薬(認知症治療薬を除く) 13. 泌尿器・腎臓の薬 14. 副腎皮質ステロイド 15. 解熱鎮痛薬 16. 麻薬及び類似薬 17. ホルモン製剤(副腎皮質ホルモンを除く) 18. 甲状腺疾患治療薬 19. ビタミン製剤 20. 免疫抑制剤 21. 造血薬(鉄剤) 22. 感染症の薬(抗生物質・抗ウイルス剤等) 23. 栄養剤 24. 漢方薬 25. 抗がん剤 26. その他()
問23. 内服薬の調整 に 関与している職種	1. 医師(施設内) 2. 医師(施設外) 3. 薬剤師(施設内) 4. 薬剤師(施設外) 5. 看護職員 6. その他()
関与している場合、 その方法(該当する すべてに○)	1. 処方内容の確認 2. 服薬指導(対入所者) 3. 服薬介助指導(対職員) 4. その他()

Ⅳ 今後の生活・療養の場の見通し等 ※想定できる範囲で記入してください。

問24. 入所者に必要 と考える医療 (○は1つ)	1. 入院又は入所 による医療が必要	2. 在宅医療があれば 対応可能	3. 外来医療で対応可能	4. 不要
	問24-1 ↓ 1. を選んだ場合、その理由(該当する全てに○)			
	1. 高度な医療処置		3. 医師による常時又は頻繁な評価	
	2. 常時又は頻回な医療処置		4. その他	
問25. 入所者に必要 と考える介護 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要			
問26. 最も適切と考 えられる生活・療養 の場 (○は1つ)	※入所者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、入所者にとって最適な場 所を選択			
	1. 自宅(家族等との同居も含む)		6. 医療療養病棟	
	2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)		7. 介護療養型医療施設	
	3. 介護老人保健施設		8. その他の病棟	
	4. その他の介護施設		9. その他	
	5. 一般病棟		(	
問27. 今後の生活・ 療養の場の見通し (○は1つ)	1. 現時点で、問26で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている			
	2. 現時点で、問26で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない			
	問27-1 ↓ 2. と回答した場合、その理由(該当する全てに○)			
	1. 空床がないため			
	2. 認知症への対応が困難なため			
	3. 医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため			
	4. その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため			
	5. 必要な介護サービスが確保できないため			
	6. 夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため			
	7. 住宅改修等の住環境の整備ができないため			
	8. 家族の介護困難、又は介護者不在のため			
	9. 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため			
	10. 経済的事実があるため			
	11. その他()			
問28. 退所に向けた 調整	1. 退所に向けた調整を実施中 2. 退所に向けた調整は実施していない			

入所者票は以上です。
ご協力ありがとうございました。

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業
患者票（案）
【③介護療養型医療施設】

□記入にあたってのご注意

- ・この患者票は看護職員の方が、必要に応じ医師、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、**記入当日時点の状況についてご回答ください。**
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。
- ・本調査は、医療機関、介護施設を利用する方々への横断的な調査であるため、貴施設に該当しない選択肢があり得ますが、最も適当と考えられるものについて記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120－●●●－●●●（平日9時30分～17時30分）
FAX：03－●●●●－●●●●（24時間受付）
メール：●●●●●●●●
※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

投函締切：●/●（●）
他の調査票とご投函ください

I 患者の基本情報

連番記入欄：
※提出する票を区別する連番をご記入ください。

問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳(2015年●月●日時点)
問3. 入院日	西暦 ()年 ()月		
問4. 入院病棟	1. 介護療養病床 2. 老人性認知症疾患療養病棟		
問5. 入院前の世帯構成(○は1つ)	1. 単独世帯 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居 問5-1「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) ↓ 1. 65歳以上のみ 2. それ以外		
問6. 入院前の場所(○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()		
問7. 自宅の介護力(○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護者がいない 4. 日中、夜間とも介護者がいる 2. 日中のみ、介護者がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護者がいる 6. その他()		
問8. 複数の介護者の有無(○は1つ)	1. 複数の介護者がいる⇒()名 2. 介護者は一人 3. いない		
問9. 入院の理由(該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 機能訓練が必要なため 5. 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()		

II 患者の状態等

問10. 有している傷病(該当するすべてに○)	1. 高血圧	7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	12. 血液・免疫の病気
	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	8. 腎臓・前立腺の病気	13. うつ病
	3. 心臓病	9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	14. パーキンソン病
	4. 糖尿病	10. 外傷(転倒・骨折等)	15. 目の病気
	5. 高脂血症(脂質異常)	11. がん(新生物)	16. 耳の病気
	6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気		17. その他()
	↓ 18. ない		
	↓ 1～17を複数選択した場合 主傷病を1つ選び番号を記入。 主傷病()		
問11. 認知症の有無(○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし		
	↓ 問11-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について記入。(該当するすべてに○)		
	1. 幻視・幻聴	4. 暴言	7. 徘徊
	2. 妄想	5. 暴行	8. 火の不始末
	3. 昼夜逆転	6. 介護への抵抗	9. 不潔行為
			10. 異食行動
			11. 性的問題行動
			12. その他()

問12. 今後30日間の病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを実施する状態		
問13. 要介護度 (○は1つ)	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		
問14. 障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
問15. 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明				
問16. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 医療区分1 2. 医療区分2 3. 医療区分3 4. 不明				
問17. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	②食事	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	③排泄	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	④入浴	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	⑤着替え	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存

Ⅲ 受療状況

問18. 現在受けている医療的ケア等 (該当するすべてに○)	1. 血糖測定・インスリン注射 2. 静脈内注射(点滴を含む) 3. 中心静脈栄養の管理 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6. 酸素療法 7. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 8. 気管切開のケア 9. 疼痛の管理 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 13. 褥瘡の処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理 15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 18. 服薬管理 ※ 19. 認知症に関する専門的ケア 20. 摘便 21. 浣腸 22. 一時的導尿 23. おむつ交換 24. 嚥下食の提供 25. 食事介助 26. 排泄介助 27. 更衣介助 28. その他() 29. なし ※本調査における「服薬管理」は、経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。	
問19. 内服薬の種類	現在 ()種類 (1日あたり)	
問20. 服用している薬の薬効分類 (該当するすべてに○)	1. 血圧・心臓の薬 2. 糖尿病治療薬 3. 高脂血症治療薬 4. 痛風・高尿酸血症治療薬 5. 骨粗しょう症治療薬 6. 関節リウマチ等(他の膠原病を含む)の薬 7. アレルギー薬 8. 呼吸器系の薬 9. 消化器系の薬 10. 精神系の薬 11. 認知症治療薬 12. 脳・神経系の薬(認知症治療薬を除く) 13. 泌尿器・腎臓の薬 14. 副腎皮質ステロイド 15. 解熱鎮痛薬 16. 麻薬及び類似薬 17. ホルモン製剤(副腎皮質ホルモンを除く) 18. 甲状腺疾患治療薬 19. ビタミン製剤 20. 免疫抑制剤 21. 造血薬(鉄剤) 22. 感染症の薬(抗生物質・抗ウイルス剤等) 23. 栄養剤 24. 漢方薬 25. 抗がん剤 26. その他()	

問22. 患者に必要と考える医療 (○は1つ)	1. 入院又は入所による医療が必要 2. 在宅医療があれば対応可能 3. 外来医療で対応可能 4. 不要
問23. 患者に必要と考える介護 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要
問24. 最も適切と考えられる生活・療養の場 (○は1つ)	※患者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、患者にとって最適な場所を選択 1. 自宅(家族等との同居も含む) 2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 3. 介護老人保健施設 4. その他の介護施設 5. 一般病棟 6. 医療療養病棟 7. 介護療養型医療施設 8. その他の病棟 9. その他 ()
問25. 今後の生活・療養の場の見通し (○は1つ)	1. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている 2. 現時点で、問24で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない 問25-1 ↓ 2. と回答した場合、その理由 (該当する全てに○) 1. 空床がないため 2. 認知症への対応が困難なため 3. 医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため 4. その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため 5. 必要な介護サービスが確保できないため 6. 夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため 7. 住宅改修等の住環境の整備ができないため 8. 家族の介護困難、又は介護者不在のため 9. 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため 10. 経済的事実があるため 11. その他()
問26. 退院に向けた調整	1. 退院に向けた調整を実施中 2. 退院に向けた調整は実施していない

94

介護保険施設等における入所者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業
患者票（案）
【④医療療養病床を有する医療機関】

□記入にあたってのご注意

- ・この患者票は看護職員の方が、必要に応じ医師、介護職員の方々とご相談のうえ、記入してください。
- ・特に指定の無い限り、記入当日時点の状況についてご回答ください。
- ・特に指定の無い限り、選択肢の番号のいずれか1つを選んで○をつけてください。
- ・本調査は、医療機関、介護施設を利用する方々への横断的な調査であるため、貴施設に該当しない選択肢があり得ますが、最も適当と考えられるものについて記入してください。

□本調査票に関するお問い合わせ先

「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」事務局

電話：0120－●●●－●●●●（平日9時30分～17時30分）

FAX：03－●●●●－●●●●（24時間受付）

メール：●●●●●●●●

※お問い合わせの際は、上記の調査名をお伝えください。

投函締切：●/●（●）
他の調査票とご投函ください

I 患者の基本情報

連番記入欄：

※提出する票を区別する連番をご記入ください。

問1. 性別	1. 男 2. 女	問2. 年齢	満()歳(2015年●月●日時点)
問3. 入院日	西暦()年()月		
問4. 入院病棟	1. 療養病棟入院基本料1(20:1)の病棟 2. 療養病棟入院基本料2(25:1)の病棟		
問5. 入院前の世帯構成(○は1つ)	1. 単独世帯 2. 夫婦のみ世帯 3. その他同居 問5-1. 「3. その他同居」の場合、世帯員の年齢構成(○は1つ) ↓ 1. 65歳以上のみ 2. それ以外		
問6. 入院前の場所(○は1つ)	1. 自宅 4. 介護療養型医療施設 7. その他の病棟(病床) 2. 一般病棟(病床) 5. 介護老人福祉施設 8. その他の介護施設・事業所 3. 医療療養病棟(病床) 6. 介護老人保健施設 9. 1～8以外()		
問7. 自宅の介護力(○は1つ)	1. 日中、夜間ともに介護者がいない 4. 日中、夜間とも介護者がいる 2. 日中のみ、介護者がいる 5. 不明 3. 夜間のみ、介護者がいる 6. その他()		
問8. 複数の介護者の有無(○は1つ)	1. 複数の介護者がいる⇒()名 2. 介護者は一人 3. いない		
問9. 入院の理由(該当すべてに○)	1. 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 2. 継続的に高度な医療管理が必要なため 3. 疾病の急性期状態が安定したため 4. 機能訓練が必要なため 5. 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 6. 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療および介護サービスが確保できないため 7. 在宅療養でも対応できるが、現在の住まいでは生活が困難であるため 8. 在宅療養でも対応できるが、家族が介護困難または不在のため 9. 上記以外の理由で、本人または家族が強く希望するため 10. その他()		

II 患者の状態等

問10. 有している傷病(該当するすべてに○)	1. 高血圧	7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	12. 血液・免疫の病気
	2. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	8. 腎臓・前立腺の病気	13. うつ病
	3. 心臓病	9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	14. パーキンソン病
	4. 糖尿病	10. 外傷(転倒・骨折等)	15. 目の病気
	5. 高脂血症(脂質異常)	11. がん(新生物)	16. 耳の病気
	6. 肺炎・気管支炎等の呼吸器の病気		17. その他()
			18. ない
	↓ 1～17を複数選択した場合 主傷病を1つ選び番号を記入。 主傷病()		
問11. 認知症の有無(○は1つ)	1. 認知症あり 2. 認知症なし		
	↓ 問11-1「1. 認知症あり」の場合は、周辺症状の状況について記入。(該当するすべてに○)		
	1. 幻視・幻聴 4. 暴言 7. 徘徊 10. 異食行動		
	2. 妄想 5. 暴行 8. 火の不始末 11. 性的問題行動		
	3. 昼夜逆転 6. 介護への抵抗 9. 不潔行為 12. その他()		

問12. 今後30日間の病状見通し (○は1つ)	1. 治癒 2. 軽快	3. 不変 4. 悪化	5. ターミナルケアを実施する状態		
問13. 要介護度 (○は1つ)	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 7. 不明		
問14. 障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1				
問15. 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2 10. 不明				
問15. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 自立 2. I 3. II a				
	4. II b 5. III a 6. III b 7. IV 8. M 9. 不明				
問15. 医療区分 (○は1つ)	<別添の記入要領を確認のうえ、記入してください> 1. 医療区分1 2. 医療区分2				
	3. 医療区分3 4. 不明				
問16. ADL (それぞれ○は1つ)	①移動	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	②食事	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	③排泄	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	④入浴	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存
	⑤着替え	1. 自立 2. 準備のみ	3. 観察 4. 部分的な援助	5. 広範な援助 6. 最大の援助	7. 全面依存

Ⅲ 受療状況

問17. 現在受けている医療的ケア等 (該当するすべてに○)	1. 血糖測定・インスリン注射 2. 静脈内注射(点滴を含む) 3. 中心静脈栄養の管理 4. 透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理 5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6. 酸素療法 7. レスピレーター(人工呼吸器)の管理 8. 気管切開のケア 9. 疼痛の管理 10. 9のうち、麻薬を用いるもの 11. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 12. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 13. 褥瘡の処置 14. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	15. 喀痰吸引 16. ネブライザー 17. 創傷処置(褥瘡を除く) 18. 服薬管理 ※ 19. 認知症に関する専門的ケア 20. 摘便 21. 浣腸 22. 一時的導尿 23. おむつ交換 24. 嚥下食の提供 25. 食事介助 26. 排泄介助 27. 更衣介助 28. その他() 29. なし
問18. 内服薬の種類	現在 ()種類 (1日あたり)	
問19. 服用している薬の薬効分類 (該当するすべてに○)	1. 血圧・心臓の薬 2. 糖尿病治療薬 3. 高脂血症治療薬 4. 痛風・高尿酸血症治療薬 5. 骨粗しょう症治療薬 6. 関節リウマチ等(他の膠原病を含む)の薬 7. アレルギー薬 8. 呼吸器系の薬 9. 消化器系の薬 10. 精神系の薬 11. 認知症治療薬 12. 脳・神経系の薬(認知症治療薬を除く) 13. 泌尿器・腎臓の薬	14. 副腎皮質ステロイド 15. 解熱鎮痛薬 16. 麻薬及び類似薬 17. ホルモン製剤(副腎皮質ホルモンを除く) 18. 甲状腺疾患治療薬 19. ビタミン製剤 20. 免疫抑制剤 21. 造血薬(鉄剤) 22. 感染症の薬(抗生物質・抗ウイルス剤等) 23. 栄養剤 24. 漢方薬 25. 抗がん剤 26. その他()

問21. 患者に必要と考える医療 (○は1つ)	1. 入院又は入所による医療が必要 2. 在宅医療があれば対応可能 3. 外来医療で対応可能 4. 不要 問21-1 ↓ 1. を選んだ場合、その理由(該当する全てに○) 1. 高度な医療処置 2. 常時又は頻回な医療処置 3. 医師による常時又は頻繁な評価 4. その他
問22. 患者に必要と考える介護 (○は1つ)	1. 施設への入所が必要 2. 居宅サービスの利用で対応可能 3. ほぼ不要
問23. 最も適切と考えられる生活・療養の場 (○は1つ)	※患者の医療・介護ニーズを踏まえ、現在の生活・療養場所に関わらず、患者にとって最適な場所を選択 1. 自宅(家族等との同居も含む) 2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 3. 介護老人保健施設 4. その他の介護施設 5. 一般病棟 6. 医療療養病棟 7. 介護療養型医療施設 8. その他の病棟 9. その他 ()
問24. 今後の生活・療養の場の見通し (○は1つ)	1. 現時点で、問25で回答した場所での生活・療養する見通しが立っている 2. 現時点で、問25で回答した場所での生活・療養する見通しが立っていない 問24-1 ↓ 2. と回答した場合、その理由 (該当する全てに○) 1. 空床がないため 2. 認知症への対応が困難なため 3. 医療処置(喀痰吸引、経管栄養等)が提供できないため 4. その他必要な医療を提供する体制(訪問診療、訪問看護等)が確保できないため 5. 必要な介護サービスが確保できないため 6. 夜間に必要な医療・介護サービスが確保できないため 7. 住宅改修等の住環境の整備ができないため 8. 家族の介護困難、又は介護者不在のため 9. 本人・家族に退院後の生活に対する不安があるため 10. 経済的事実があるため 11. その他()
問25. 退院に向けた調整	1. 退院に向けた調整を実施中 2. 退院に向けた調整は実施していない

患者票は以上です。
ご協力ありがとうございました。