

令和3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  
**介護医療院票 (案)**

1. 問1～問27は施設長様もしくは事務長様が、問28～問39は看護師長様にご回答ください。
2. ご回答にあたっては、同封の「記入要領」をご参照ください。
3. ご記入後は、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。
4. お問い合わせ先(調査事務局)

TEL: 03-6733-●● (平日 10:00～17:00) FAX: 03-6733-●● (24時間) E-mail: ●●●

施設名			
事業所番号			
ご記入者の 部署・役職名		ご連絡先 電話番号	

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

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。(2021年10月1日時点の状況についてご回答ください。)

問1 所在地	( ) 都・道・府・県			
問2 開設主体	01 医療法人	02 社会福祉法人	03 国公立・公的	04 個人
	05 その他 ( )			
問3 開設年月	西暦 ( ) 年 ( ) 月			
問4 定員	( ) 人			
問5 類型	01 I型介護医療院サービス費 (I)	09 ユニット型I型介護医療院サービス費 (I)		
	02 I型介護医療院サービス費 (II)	10 ユニット型I型介護医療院サービス費 (II)		
	03 I型介護医療院サービス費 (III)	11 ユニット型I型介護医療院サービス費 (III)		
	04 II型介護医療院サービス費 (I)	12 ユニット型II型介護医療院サービス費 (I)		
	05 II型介護医療院サービス費 (II)	13 ユニット型II型介護医療院サービス費 (II)		
	06 II型介護医療院サービス費 (III)	14 ユニット型II型介護医療院サービス費 (III)		
	07 I型特別介護医療院サービス費	15 ユニット型I型特別介護医療院サービス費		
	08 II型特別介護医療院サービス費	16 ユニット型II型特別介護医療院サービス費		
問6 併設する 医療機関	01 病院を併設 ➡病床の種類(複数回答可) (11 一般病床 12 療養病床 13 その他) 02 診療所を併設 ➡21 病床あり 22 病床なし 03 併設医療機関なし			
問7 介護医療院および、併設医療 機関・事業所が実施している 居宅介護サービス等(複数回答 可)	01 通所リハビリテーション 02 訪問リハビリテーション 03 外来リハビリテーション 04 訪問看護 05 短期入所療養介護 06 上記のいずれも実施していない			
問8 問7で05に回答した場合:介護医療院移行前に短期 入所療養介護を実施していましたか。	01 実施していた 02 実施していなかった			

問9 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あり) 05 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護なし) 06 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス 07 認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) 08 小規模多機能型居宅介護 09 看護小規模多機能型居宅介護 10 その他の介護保険サービス 11 他の介護保険サービスは運営していない
---	--

2. 職員数についてお伺いします。(2021年10月1日時点の状況についてご回答ください。)

問10 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数をご記入ください。 ※常勤換算の計算方法： 常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該療養棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を切り捨てして下さい)。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。 例：A施設(常勤の従業員が勤務すべき時間数：32時間/週)常勤職員2名、非常勤職員B：20時間/週、非常勤職員C：32時間/週の場合：2 + ((20+32) / 32) = 3.625 よって、常勤換算で3.6人			
	専従	他の施設等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1日あたり人数
医師	. 人	. 人	
歯科医師	. 人	. 人	
歯科衛生士	. 人	. 人	
薬剤師	. 人	. 人	
看護師	. 人	. 人	人
准看護師	. 人	. 人	
介護職員	. 人	. 人	人
うち、介護福祉士	. 人	. 人	
理学療法士	. 人	. 人	
作業療法士	. 人	. 人	
言語聴覚士	. 人	. 人	
栄養士	. 人	. 人	
うち、管理栄養士	. 人	. 人	
介護支援専門員	. 人	. 人	
診療放射線技師	. 人	. 人	

3. 2021年7月～9月3か月間の「新規入所者数（入所元の内訳）」と「退所者数（退所先の内訳）」をご回答下さい。

※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

※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している人は新規入所者に含めずにご回答ください。

		問 11 新規入所者	問 12 退所者
合計人数		人	人
【内訳】	本人の家(賃貸、家族の家を含む)	人	人
	居住系サービス等(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護(グループホーム))	人	人
	病院(介護療養型医療施設を除く)(以下、内訳)	人	人
	i)一般病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	ii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
	iii)地域包括ケア病棟	( 人)	( 人)
	iv)療養病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	v)精神病床	( 人)	( 人)
	vi)その他・不明	( 人)	( 人)
	有床診療所(介護療養型医療施設を除く)	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	介護医療院	人	人
	介護老人保健施設	人	人
	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人	人
死亡		人	
その他	人	人	

問 13 退所者について、入所期間別の人数をご記入ください。合計人数は問 12 の退所者の合計人数と一致します。(貴施設が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いた入所者については、移行前の病棟等に入院・転棟した日からの入所期間別に回答してください。)

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

<p>問 14 令和3年度介護報酬改定で、長期療養生活移行加算が新設されましたが、対象となる利用者の受入に対する意識に変化がありましたか</p>	<p>01 以前より積極的に受け入れるようになった</p> <p>02 変化なし</p> <p>➡その理由(複数回答可)</p> <p>21 加算の創設を知らなかった</p> <p>22 療養病床を持つ医療機関と連携することがあまりない</p> <p>23 療養病床から入所者を受け入れてはいるが、「1年以上入院していた者」の要件を満たす入所者があまりいない</p> <p>24 日常生活上の世話をを行う事を目的とする施設としての取組の説明が困難</p> <p>25 その他 ( )</p>
--	---

4. 移行時の状況等についてお伺いします。

<p><b>問 15 介護医療院の開設を決めた理由としてあてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)</b></p> <p>01 介護医療院創設の理念に共感した          02 自院(施設)には介護医療院にふさわしい患者(入所者)が多いと考えられた          03 基本施設サービス費の報酬単価に魅力を感じた          04 移行定着支援加算に魅力を感じた          05 病院からの退院先となる場合には自宅等として取り扱われることに魅力を感じた          06 夜勤看護配置に係る72時間の要件が適用されていないこと          07 医療区分2と3の患者(入所者)の減少          08 看護職員配置の維持が困難          09 その他( )</p>	
<p><b>問 16 介護医療院の開設にあたっての状況をご回答ください。</b></p>	
<p><b>1) 開設前の施設と病床数</b> (複数回答可)</p>	<p>01 医療療養病床(20:1) ( ) 床          02 医療療養病床(25:1) ( ) 床          03 医療療養病床(診療所) ( ) 床          04 介護療養型医療施設(病院)(療養機能強化型A) ( ) 床          05 介護療養型医療施設(病院)(療養機能強化型B) ( ) 床          06 介護療養型医療施設(病院)(その他) ( ) 床          07 介護療養型医療施設(診療所)(療養機能強化型A) ( ) 床          08 介護療養型医療施設(診療所)(療養機能強化型B) ( ) 床          09 介護療養型医療施設(診療所)(その他) ( ) 床          10 介護療養型医療施設(認知症疾患型) ( ) 床          11 介護療養型老人保健施設(転換老健) ( ) 床          12 その他の病床等( ) ( ) 床          13 介護医療院開設を機に増床          14 新設</p>
<p><b>2) 既存建物の活用</b></p>	<p>01 既存建物をそのまま活用    02 改修工事(本体の解体工事には及ばない屋内改修)          03 改築工事    04 新築</p>
<p>(2020年度以降に開設した場合、ご回答ください)</p> <p><b>3) 開設に向けた準備</b> (複数回答可)</p>	<p>01 家具・パーテーション等を購入          02 廊下へ手すりを設置          03 内装(壁紙・床材等)を変更          04 減床(4人部屋を3人部屋にする等)          05 職員の配置変換              ➡職種(11 医師 12 看護職員 13 介護職員 14 リハビリ職員                 15 その他( ))          06 職員の新規雇用              ➡職種(11 医師 12 看護職員 13 介護職員 14 リハビリ職員                 15 その他( ))          07 他施設の視察等          08 その他( )          09 特に準備はしていない</p>
<p>(2020年度以降に開設した場合、ご回答ください)</p> <p><b>4) 活用した助成制度等</b> (複数回答可)</p>	<p>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 助成制度等は利用していない</p>

<p>(2020 年度以降に開設した場合、ご回答ください)</p> <p>5)活用した経過措置(複数回答可)</p>	<p>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<sup>2</sup>以上)</p> <p>02 建物の耐火構造の経過措置 (建築基準法の基準による)</p> <p>03 屋内の直通階段及びエレベーターの経過措置 (移行前の医療法による基準と同等)</p> <p>04 療養室に隣接する廊下幅の経過措置 (内法による測定で、1.2m以上 (ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6m以上))</p> <p>05 (介護療養型老人保健施設からの移行の場合) 調剤を行う施設についての経過措置(近隣の場所にある薬局と連携することにより置かないことができる)</p> <p>06 (介護療養型老人保健施設からの移行の場合) 臨床検査施設又はエックス線装置の設置についての経過措置 (近隣の医療機関等との連携により置かないことができる)</p> <p>07 (有床診療所からの移行の場合) 特別浴槽の設置についての経過措置 (入浴に適した設備を設けることでよい)。</p> <p>08 経過措置は該当しない</p>
<p>問 17 介護医療院の開設にあたって、課題や困難だったことがあれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)</p>	
<p>01 入所者が必要とする十分な医療ケアの提供</p> <p>02 ターミナルケアの提供</p> <p>03 院内の他の診療科との連携が希薄になること</p> <p>04 職員のモチベーションの維持</p> <p>05 移行前と比べての医師の雇用</p> <p>06 移行前と比べての看護職員の雇用</p> <p>07 移行前と比べての介護職員の雇用</p> <p>08 介護支援専門員の雇用</p> <p>09 入所者や家族への説明</p> <p>10 入所者にとっての生活の場となるような配慮</p> <p>11 大きな私物の持ち込みへの対応</p> <p>12 身体拘束廃止への対応</p> <p>13 特別浴槽の設置</p> <p>14 施設運営の見通しが立たなかった (経営状況悪化の恐れ)</p> <p>15 開設に伴う資金の調達が困難</p> <p>16 稼働率を維持するのに十分な入所者を集めること</p> <p>17 周囲の他の介護施設との異なる特徴の明確化</p> <p>18 地域で医療機関としての機能を残すことにニーズがあった</p> <p>19 自治体における相談・手続</p> <p>20 その他 ( )</p> <p>21 特になかった</p>	
<p>問 18 介護医療院の開設にあたって、有用だと感じた支援策があれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)</p>	
<p>01 建物を改修・改築するための助成金</p> <p>02 家具・パーテーション等を購入するための助成金</p> <p>03 移行定着支援加算</p> <p>04 介護医療院の基準・制度に関する情報提供</p> <p>05 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口</p> <p>06 実際に介護医療院を開設した事例の紹介</p> <p>07 自治体が作成した申請手続き等の手引き・マニュアル</p> <p>08 その他 ( )</p> <p>09 特に有用な支援策はなかった</p>	
<p>問 19 今後介護医療院を開設する医療機関等にとって、有用だと感じる支援策があれば、あてはまる項目すべてに○をつけてください。(複数回答可)</p>	
<p>01 建物を改修・改築するための助成金</p> <p>02 家具・パーテーション等を購入するための助成金</p> <p>03 介護医療院の基準・制度に関する情報提供</p> <p>04 介護医療院の基準・制度に関する相談窓口</p> <p>05 実際に介護医療院を開設した事例の紹介</p> <p>06 自治体が作成した申請手続き等の手引き・マニュアル</p> <p>07 施設運営のための中小企業診断士等の専門家への相談</p> <p>08 その他 ( )</p>	
<p>問 20 介護医療院の開設にあたって、移行前後で転院(転棟)する必要のあった患者(入所者)はいましたか。(状態像の変化による転院(転棟)者は含めず、介護医療院を開設したことによる影響についてご回答ください。) ※新設の介護医療院の場合にはご回答は不要です。</p>	
<p>01 転院(転棟)した患者(入所者)がいた ➡ ( ) 人</p> <p>02 転院(転棟)した患者(入所者)はいなかった</p>	

問 21 介護医療院への移行前後で経営面での影響はありましたか。	01 良い影響があった	02 特になし
	03 悪い影響があった	04 わからない
問 22 介護医療院へ移行してよかったことはどのようなことですか。 (複数回答可)	01 入所者・家族が生活の場として感じてくれるようになった 02 入所者の家族との交流機会が増えた 03 地域との交流機会が増えた 04 職員がやりがいを感じるようになった 05 ケアへの意識が変わった 06 施設全体の雰囲気が良くなった 07 移行前と比較し看護職員の配置・勤務状況が改善した 08 移行前と比較し介護職員の配置・勤務状況が改善した 09 経営面でプラスとなった 10 稼働率が上がった 11 ターミナルケアが充実した 12 その他 ( ) 13 特になし	
問 23 自施設内で実施する医療をさらに充実させるための課題があればお答えください。(複数回答可)	01 スタッフ数の不足 →11 日中の医師      12 夜間の医師 13 日中の看護職員      14 夜間の看護職員 15 日中の介護職員      16 夜間の介護職員 17 その他 ( ) 02 スタッフのスキル →21 医師      22 看護職員      23 その他 03 物品の不足 (具体的に: ) 04 使用可能な薬剤の不足 (具体的に: ) 05 その他 ( )	
医師を選んだ場合、どのような支援が必要ですか。 (複数回答可)	01 施設内に常時対応してくれる医師が必要 02 必要時にコンサルをできる体制が必要 03 他科受診で診察をしてもらえる体制が必要 04 その他 ( )	
問 24 現在施設で実施していないが、特別診療費、緊急時施設診療費または診療報酬からの給付がされた場合、実施可能となる医療がありますか。 (自由記入)		
問 25 看取りの質を高めるために行っている取り組みをお答えください (複数回答可)	01 看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又はその家族等に対して内容を説明している 02 「入所者本人とその家族等」又は「家族等のみ」と話し合いを行い、入所者本人の意思を確認している 03 医師、看護職員、介護職員、その他の職種の者による協議の上、看取りに関する指針の見直しを行っている 04 看取りに関する職員研修を行っている 05 看取りを行う際に個室の利用が可能となるよう配慮を行っている	
問 26 自施設内の看取りの質をさらに高めるための課題があればお答えください。 (複数回答可)	01 スタッフ数の不足 →11 日中の医師      12 夜間の医師      13 日中の看護職員 14 夜間の看護職員      15 日中の介護職員      16 夜間の介護職員 17 その他 ( ) 02 スタッフのスキル →21 医師      22 看護職員      23 その他 03 本人の意思確認が困難 04 本人の意思確認が困難な場合において、家族等と十分に話し合うことが困難 05 本人の意思確認が困難であり、家族等がいない場合等において、医療・ケアチームによる決定が困難 06 個室が足りない 07 物品の不足 (具体的に: ) 08 使用可能な薬剤の不足 (具体的に: ) 09 その他 ( )	

5. 地域に貢献する活動の実施状況についてお伺いします。

問 27 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) 2021年4月～9月の活動の有無:コロナ禍で実施できなかった場合もあります。計画したが、コロナ禍で実施できなかった場合は計画ありに○をしてください。(複数回答可)		
	実施済	計画あり (4月～9月)
(保健・医療・福祉)		
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)	1	1
2 介護教室・介護相談(家族介護者に対する支援)	2	2
3 認知症カフェ・住民カフェ	3	3
4 WEB 会議システムを利用した活動等	4	4
5 その他の取り組み	5	5
6 教育支援(職場体験)	6	6
7 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)	7	7
8 災害時の地域拠点としての準備・体制づくり	8	8
9 ボランティアの受け入れ	9	9
10 地域ケア会議への参加	10	10
11 事業所内住民研修(認知症サポーター養成講座開催など)	11	11
12 その他( )	12	12
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 04 ボランティア団体 07 地域包括支援センター	02 市区町村 05 保育園・幼稚園 08 その他( )
	03 自治会・町内会 06 小・中学校	

【ここから先は看護師長様にご回答ください】

6. 貴施設の入所者の詳細についてお伺いします。(2021年10月1日24時時点)

(1) 入所者数(実人数)の合計と内訳をご記入下さい。

問 28 2021年10月1日24時時点の入所者数(実人数)	人
--------------------------------	---

※問 29～33 の内訳の合計はそれぞれ問 29 と一致するように、ご記入下さい。

	医療区分1		医療区分2		医療区分3		不明・未実施									
問 29 医療区分	人		人		人		人									
	ADL区分1		ADL区分2		ADL区分3		不明・未実施									
問 30 ADL区分	人		人		人		人									
	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		申請中					
問 31 要介護度	人		人		人		人		人		人					
	自立		I		II		IIIa		IIIb		IV		M		不明・未実施	
問 32 認知症 高齢者の日常生活自立度	人		人		人		人		人		人		人		人	
	40～64歳			65～74歳			75～84歳			85～94歳			95歳以上			
問 33 年齢階級	人			人			人			人			人			

※医療区分、ADL区分、認知症高齢者の日常生活自立度について、「不明・未実施」であってもできれば、記入要領の説明を参考に、ご記入ください。

問 34 貴施設内で提供可能な医療について、あてはまるもの全てに○をつけてください。				
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	02 経鼻経管栄養	03 中心静脈栄養		
04 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	05 ストマ（人工肛門・人工膀胱）の管理			
06 喀痰吸引	07 ネブライザー	08 酸素療法➡（01 鼻カマ 02 マスク 03 リザーバー付きマスク）		
09 気管切開のケア	10 人工呼吸器の管理➡（01 挿管 02 マスク式（NPPV等））			
11 静脈内注射➡（日常使用する薬剤：01 電解質輸液 02 抗菌薬 03 昇圧薬 04 麻薬）				
12 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く）		13 簡易血糖測定	14 インスリン注射	
15 疼痛管理（麻薬なし）		16 疼痛管理（麻薬使用）		17 創傷処置
18 褥瘡処置	19 浣腸	20 排便	21 導尿	22 膀胱洗浄
23 持続モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		24 リハビリテーション	25 ターミナルケア	
26 歯科治療		27 その他（具体的に：_____）		
問 35 2021年9月に貴施設で実施した検査・処置について、あてはまるもの全てに○をつけてください。				
01 尿検査	02 糞便検査	03 血液・生化学検査	04 培養検査	05 呼吸機能検査
06 心電図検査	07 超音波検査	08 脳波検査	09 上部・下部消化管内視鏡検査	
10 気管支鏡検査	11 喉頭鏡検査	12 単純エックス線撮影	13 透視	14 CT
15 MRI	16 ドレナージ	17 脳室穿刺	18 胸腔・腹腔穿刺	19 腰椎穿刺
20 骨髄穿刺	21 透析（腹膜灌流を含む）		22 該当なし	

(2) 医療処置を実施した入所者数（実人数）について、ご記入下さい。

問 36 2021年9月の1か月間における貴施設の入所者の実人数をご記入ください。			人
問 37 2021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お伺いします。該当の医療処置を行った入所者の実人数をご記入ください。			
記入例：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実人数は2人です。			
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理(麻薬なし)	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理(麻薬使用)	人
4) カテーテル(尿道カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 排便	人
8) 酸素療法(酸素吸入)	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	人
11) 静脈内注射(点滴含む)	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く)※1	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

※1 新型コロナウイルス感染症ワクチン接種は除く

(3) 他科受診についてお伺いします。

問38 2021年9月に入所者に対し専門的な診療が必要になった場合であって、当該入所者に対し病院又は診療所において当該診療(他科受診)が行われたことはありますか。行われた日数別に人数を記入してください。				
1日	2日	3日	4日	5日以上
人	人	人	人	人
問 39 他科受診により受診した診療科として、あてはまるものをすべて選んで下さい。(複数回答可)	01 内科	02 外科	03 泌尿器科	04 整形外科
	05 精神科	06 眼科	07 耳鼻いんこう科	08 皮膚科
	09 歯科	10 神経内科	11 リウマチ科	12 心療内科
	13 心臓血管外科	14 脳神経外科	15 放射線科	
	16 その他 ( _____ )			

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、退所者票・短期入所療養介護の利用者票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

令和3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  
 病院・診療所 共通票 （案）

貴院の名称					
問1 貴院の <b>開設者</b> について、該当するもの <b>1つ</b> に○をつけてください。					
01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 個人 05 その他（ ）					
問2 開設年月		(西暦) 年 月			
問3 建物の 建替状況	01 全面建替実施済み		→建替時期 (西暦) 年 月		
	02 一部(介護療養型医療施設がある病棟) 建替済み		→建替時期 (西暦) 年 月		
	03 一部(医療療養病床がある病棟) 建替済み		→建替時期 (西暦) 年 月		
	04 一部(その他) 建替済み		→建替時期 (西暦) 年 月		
	05 建替は行っていない				
問4 標榜している 診療科 ※あてはまる番号すべてに○	01 内科	02 呼吸器内科	03 循環器内科	04 消化器内科(胃腸内科)	
	05 腎臓内科	06 神経内科	07 糖尿病内科(代謝内科)		
	08 皮膚科	09 アレルギー科	10 リウマチ科	11 小児科	
	12 精神科	13 心療内科	14 外科(呼吸器外科含む)		
	15 消化器外科(胃腸外科)		16 泌尿器科	17 肛門外科	
	18 脳神経外科	19 整形外科	20 眼科	21 耳鼻いんこう科	
	22 産婦人科・婦人科		23 リハビリテーション科		
	24 放射線科	25 歯科	26 その他		

問5 2021年10月1日時点の貴院の <b>届出病床数</b> をお答えください。			
	基準病床	入院料等の種別	現在の届出病床数

【病院】	医療 保険	療養病床	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1 (20:1)	床
			療養病棟入院基本料 療養病棟入院料2 (20:1)	床
			療養病棟入院基本料 経過措置 (25:1)	床
			療養病棟入院基本料 特別入院基本料	床
		回復期リハビリテーション病棟入院料		床
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む		床
		一般病床		床
		その他の病床(精神病床、感染症病床、結核病床)		床
	介護 保険	療養病床	療養機能強化型A	床
			療養機能強化型B	床
			その他	床
		精神病床	老人性認知症疾患療養病床	床

【診療所】	医療	一般病床	有床診療所入院基本料	床
		療養病床	有床診療所療養病床入院基本料	床
	介護	療養病床	療養機能強化型A	床
			療養機能強化型B	床
			その他	床

問6 貴院が実施している居宅介護サービスをご回答ください。(※あてはまる番号すべてに○)

- 01 通所リハビリテーション      02 訪問リハビリテーション      03 短期入所療養介護  
04 いずれも実施していない

問7 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。

- 01 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）  
02 介護老人保健施設  
03 介護療養型医療施設  
04 介護医療院  
05 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護あり）  
06 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護なし）  
07 養護老人ホーム  
08 軽費老人ホーム  
09 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）  
10 小規模多機能型居宅介護  
11 看護小規模多機能型居宅介護  
12 その他の介護保険サービス  
13 他の介護保険サービスは運営していない

問8 介護医療院に関する事項についてお伺いします。

- |  |   |
|--|---|
| 1) 介護医療院の開設に関して自治体に相談したことはありますか。(あてはまる項目すべてに○)   | 01 開設許可申請中である<br>02 開設に向け許可権者（都道府県・指定都市・中核市）と協議中である<br>03 許可権者（都道府県・指定都市・中核市）に相談したことがある<br>04 保険者（許可権者は除く）に相談したことがある<br>05 相談したことはない  |
| 2) 療養病床等を有する医療機関が「介護医療院」に移行する場合、右に挙げる経過措置又は支援策が適用されること（使用可能なこと）を知っていますか。<br>(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。<br>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。<br>03 屋内の直通階段及びエレベーターについては、移行前の医療法による基準と同等のものでよい。<br>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。<br>05 医療機関併設の介護医療院については、診察室、処置室、エックス線装置等について共有が可能。<br>06 有床診療所からの移行の場合は、特別浴槽の設置ではなく、入浴に適した設備を設けることでよい。<br>07 病院又は診療所から介護医療院に移行した場合、移行前の名称を用いることが可能。（「〇〇病院介護医療院」等）<br>08 一定の要件（Ⅱ型療養床のみを有する場合、医療機関併設で医師が速やかに対応可能な場合等）を満たす場合、宿直を置かないことができる。<br>09 介護療養型医療施設を介護医療院等に移行した場合の費用助成（地域医療介護総合確保基金）。<br>10 医療療養病床を介護医療院に移行した場合の費用助成（病床転換助成事業）。 |

病院・診療所共通票は以上で終了です。

引き続き、貴院の病棟種別に応じた病棟調査票にご回答ください。

令和3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  
介護療養型医療施設票（案）

問1 2021年10月1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 認知症疾患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 認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費   |
|                           | 09 ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費 |

問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 移行計画未提出減算（10月分）

- 01 有      02 無

問3 2021年10月1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。  
※2021年10月1日には出勤していない者を含め、2021年10月1日に在籍している全ての職員についてご回答ください。（休職中の者は除く）

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

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

問4 2021年10月1日24時時点の介護療養型医療施設における入所者の状態像（医療区分・ADL区分・要介護度・年齢階級）についてご記入ください。各回答欄の合計人数が、1)の入所者数と同じになるようにご記入ください。

1) 2021年10月1日24時時点の入所者数	人			
2) 医療区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
	人	人	人	人

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

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

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

4) 要介護度	要介護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。

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

問5 2021年7月～9月3か月間の「新規入所者数（入所元の内訳）」と「退所者数（退所先の内訳）」をご回答下さい。

		①新規入所者	②退所者
合計人数		人	人
【内訳】	本人の家（賃貸、家族の家を含む）	人	人
	居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	人	人
	病院（介護療養型医療施設を除く）（以下、内訳）	人	人
	i)一般病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	ii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
	iii)地域包括ケア病棟	( 人)	( 人)
	iv)療養病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	v)精神病床	( 人)	( 人)
	vi)その他・不明	( 人)	( 人)
	有床診療所（介護療養型医療施設を除く）	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	介護医療院	人	人
	介護老人保健施設	人	人
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	人	人
死亡		人	
その他	人	人	

問6 退所者について、入所期間別の人数をご記入ください。合計人数は問5の退所者の合計人数と一致します。

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

問7 貴施設内で提供可能な医療について、あてはまるもの全てに○をつけてください

- |  |                                    |                                       |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| 01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理                                | 02 経鼻経管栄養                          | 03 中心静脈栄養                             |
| 04 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                | 05 ストマ（人工肛門・人工膀胱）の管理               |                                       |
| 06 喀痰吸引  | 07 ネブライザー                          | 08 酸素療法⇒（01 鼻カマ 02 マスク 03 リザーバー付きマスク） |
| 09 気管切開のケア                                       | 10 人工呼吸器の管理⇒（01 挿管 02 マスク式（NPPV等）） |                                       |
| 11 静脈内注射⇒（日常使用する薬剤：01 電解質輸液 02 抗菌薬 03 昇圧薬 04 麻薬） |                                    |                                       |
| 12 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く）                      | 13 簡易血糖測定                          | 14 インスリン注射                            |
| 15 疼痛管理（麻薬なし）                                    | 16 疼痛管理（麻薬使用）                      | 17 創傷処置                               |
| 18 褥瘡処置  | 19 浣腸                              | 20 摘便                                 |
| 21 導尿  | 22 膀胱洗浄                            |                                       |
| 23 持続モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）                        | 24 リハビリテーション                       | 25 ターミナルケア                            |
| 26 歯科治療  | 27 その他（具体的に：                       | ）                                     |

問8 2021年9月の1か月間の介護療養型医療施設の <b>入所者の実人数</b> をご記入ください。		人	
問9 2021年9月の1か月間に介護療養型医療施設の入所者に対して行った <b>医療処置</b> についてお伺いします。該当の医療処置を行った入所者の実人数をご記入ください。記入例：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実人数は2人です。			
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理（麻薬なし）	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理（麻薬使用）	人
4) カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 摘便	人
8) 酸素療法（酸素吸入）	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	人
11) 静脈内注射（点滴含む）	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）※1	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

※1 新型コロナウイルス感染症ワクチン接種は除く

問10 2021年10月1日時点の貴院の**介護療養型医療施設**に係る**届出病床数**と、**2024年4月1日時点における予定病床数**についてお答えください。（該当しない箇所は空欄のままとしてください。）  
（予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。）

		基準病床	入院料・基準等の種別	現在の療養病床に係る <b>届出病床数</b>	2024年4月1日の <b>予定病床数</b>	
病院	医療保険	療養病床	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1(20:1)	/	床	
			療養病棟入院基本料 療養病棟入院料2(20:1)	/	床	
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む			/	床
		回復期リハビリテーション病棟入院料			/	床
		一般病床	一般病棟入院基本料	/	床	
	その他		/	床		
	介護保険	療養病床	療養機能強化型A	床	/	
			療養機能強化型B	床	/	
			その他	床	/	
		精神病床	老人性認知症疾患療養病床	床	/	
診療所	医療保険	療養病床	有床診療所療養病床入院基本料	/	床	
		一般病床	有床診療所入院基本料	/	床	
	介護保険	療養病床	療養機能強化型A	床	/	
			療養機能強化型B	床	/	
			その他	床	/	
	介護保険施設	介護医療院	I型介護医療院	/	床	
II型介護医療院			/	床		
介護老人保健施設		/	床			
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		/	床			

(続き)

(病床転換を行う場合)	居宅サービス・地域密着型サービス	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護)		床
		有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護なし)		床
		養護老人ホーム		床
		軽費老人ホーム		床
		認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)		床
		小規模多機能型居宅介護		床
		看護小規模多機能型居宅介護		床
		その他		床
		上記のいずれにも移行せず病床廃止		床
		未定		床
合計		床	=	床

※この調査票では、2021年10月1日時点の介護療養型医療施設分のみの予定をご記入ください。合計数は同じ  
(新規の開設や一般病床等他の病床を再編しての移行を考慮する必要はありません。)

**問11 【問10 2024年4月1日の予定病床数で「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に○をつけてください。

- 01 2024年4月度までに移行(または廃止)することは検討しているが、移行先が未定である
- 02 移行(または廃止)に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である
- 03 その他 ( )

**問12 貴院の介護療養型医療施設を介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目全てに○をつけてください。(複数回答可)**

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

以上で調査は終了です。ご協力まことにありがとうございました。

令和3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  
医療療養病床（案）

問1 2021年10月1日時点の医療療養病床の区分をご回答ください。

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

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

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

問3 2021年10月1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。  
※2021年10月1日には出勤していない者を含め、2021年10月1日に在籍している全ての職員についてご回答ください。（休職中の者は除く）

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

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

問4 2021年10月1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・年齢階級）についてご記入ください。各回答欄の合計人数が、1)の入院患者数と同じになるようにご記入ください。

1) 2021年10月1日24時時点の入院患者数	人							
2) 医療区分	医療区分1		医療区分2			医療区分3		
	人		人			人		
3) ADL区分	ADL区分1		ADL区分2			ADL区分3		
	人		人			人		
4) 要介護度	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中※	不明/未申請
	人	人	人	人	人	人	人	人

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

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

問5 2021年7月～9月3か月間の「新規入院患者数（入院元の内訳）」と「退院患者（退院先の内訳）」をご回答下さい。新規入院患者には貴院の他の種別の病床からの転棟を含みます。

		①新規入所者	②退院患者
合計人数		人	人
【内訳】	本人の家（賃貸、家族の家を含む）	人	人
	居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	人	人
	病院（介護療養型医療施設を除く）（以下、内訳）	人	人
	i)一般病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	ii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
	iii)地域包括ケア病棟	( 人)	( 人)
	iv)療養病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	v)精神病床	( 人)	( 人)
	vi)その他・不明	( 人)	( 人)
	有床診療所（介護療養型医療施設を除く）	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	介護医療院	人	人
	介護老人保健施設	人	人
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	人	人
	死亡		人
その他	人	人	

問6 退院患者について、入院期間別の人数をご記入ください。  
合計人数は問5の退院患者の合計人数と一致します。

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

問7 貴施設内で提供可能な医療について、あてはまるもの全てに○をつけてください

01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	02 経鼻経管栄養	03 中心静脈栄養
04 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	05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	
06 喀痰吸引	07 ネブライザー	08 酸素療法➡（01 鼻カヌー 02 マスク 03 リザーバー付きマスク）
09 気管切開のケア	10 人工呼吸器の管理➡（01 挿管 02 マスク式（NPPV等））	
11 静脈内注射➡（日常使用する薬剤：01 電解質輸液 02 抗菌薬 03 昇圧薬 04 麻薬）		
12 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く）	13 簡易血糖測定	14 インスリン注射
15 疼痛管理（麻薬なし）	16 疼痛管理（麻薬使用）	17 創傷処置
18 褥瘡処置	19 浣腸	20 摘便
21 導尿	22 膀胱洗浄	
23 持続モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	24 リハビリテーション	25 ターミナルケア
26 歯科治療	27 その他（具体的に： )	

問8 2021年9月の1か月間の医療療養病床の <b>患者の実人数</b> をご記入ください。		人	
問9 2021年9月の1か月間に医療療養病床の患者に対して行った <b>医療処置</b> についてお伺いします。該当の医療処置を行った入所者の実人数をご記入ください。記入例：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実人数は2人です。			
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	人	14) インスリン注射	人
2) 経鼻経管栄養	人	15) 疼痛管理（麻薬なし）	人
3) 中心静脈栄養	人	16) 疼痛管理（麻薬使用）	人
4) カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	人	17) 創傷処置	人
5) ストマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	人	18) 褥瘡処置	人
6) 喀痰吸引	人	19) 浣腸	人
7) ネブライザー	人	20) 排便	人
8) 酸素療法（酸素吸入）	人	21) 導尿	人
9) 気管切開のケア	人	22) 膀胱洗浄	人
10) 人工呼吸器の管理	人	23) 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	人
11) 静脈内注射（点滴含む）	人	24) リハビリテーション	人
12) 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）※1	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

※1 新型コロナウイルス感染症ワクチン接種は除く

問10 2021年10月1日時点の貴院の**医療療養病床**に係る**届出病床数**と、**2024年4月1日**における**予定病床数**についてお答えください。

（該当しない箇所は空欄のままとしてください。）

（予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。）

		基準病床	入院料・基準等の種別	現在の療養病床に係る <b>届出病床数</b>	2024年4月1日の <b>予定病床数</b>
病院	医療保険	療養病床	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1(20:1)	床	床
			療養病棟入院基本料 療養病棟入院料2(20:1)	床	床
			療養病棟入院基本料 経過措置 (25:1)	床	
			療養病棟入院基本料 特別入院基本料	床	床
		地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む		床	
		回復期リハビリテーション病棟入院料		床	
		一般病床	一般病棟入院基本料		床
	その他		床		
診療所	医療保険	療養病床	有床診療所療養病床入院基本料	床	床
		一般病床	有床診療所入院基本料		床
	介護保険施設	介護医療院	I型介護医療院		床
			II型介護医療院		床
		介護老人保健施設		床	
		介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		床	

(続き)

(病床転換を行う場合) 居宅サービス・地域密着型サービス	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護)		床
	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護なし)		床
	養護老人ホーム		床
	軽費老人ホーム		床
	認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)		床
	小規模多機能型居宅介護		床
	看護小規模多機能型居宅介護		床
	その他		床
	上記のいずれにも移行せず病床廃止		床
	未定		床
合計		床	= 床

合計数は同じ

※この調査票では、2021年10月1日時点で「療養病棟入院基本料」「有床診療所療養病床入院基本料」を届け出ている医療療養病床分のみをの予定をご記入ください。  
(新規の開設や一般病床等他の病床を再編しての移行を考慮する必要はありません。)

**問11 【問10 2024年4月1日の予定病床数で「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、介護医療院への移行は選択肢として検討していますか。

01 はい 02 いいえ

**問12 貴院の医療療養病床を介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目全てに○をつけてください。(複数回答可)**

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

以上で調査は終了です。ご協力まことにありがとうございました。

令和3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  
 介護療養型老人保健施設票（案）

貴施設の名称			
問1 2021年10月1日時点の貴施設の概要をご回答ください。			
1) 開設者	01 医療法人 02 社会福祉法人 03 国公立・公的 04 個人 05 その他（ ）		
2) 開設年月	(西暦) 年 月		
3) 建物の建替状況	01 全面建替実施済み →建替時期 (西暦) 年 月		
	02 一部建替済み →建替時期 (西暦) 年 月		
	03 建替は行っていない		
4) 施設サービス費	01 介護保健施設サービス費 (I)		
	02 介護保健施設サービス費 (II) (療養型老健、看護職員を配置)		
	03 介護保健施設サービス費 (III) (療養型老健、看護オンコール体制)		
	04 介護保健施設サービス費 (IV)		
	05 ユニット型介護保健施設サービス費 (I)		
	06 ユニット型介護保健施設サービス費 (II) (療養型老健、看護職員を配置)		
	07 ユニット型介護保健施設サービス費 (III) (療養型老健、看護オンコール体制)		
	08 ユニット型介護保健施設サービス費 (IV)		
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(あてはまるもの全てに○)	01 一般病床 (一般病棟入院基本料)		
	02 一般病床 (地域包括ケア病棟入院料 (病床を含む))		
	03 一般病床 (回復期リハビリテーション病棟入院料)		
	04 一般病床 (障害者施設等入院基本料)		
	05 一般病床 (有床診療所入院基本料)		
	06 一般病床 (その他)		
	07 療養病床 (療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1・2 (20:1))		
	08 療養病床 (療養病棟入院基本料 経過措置1 (25:1、医療区分2・3の患者割合50%未満))		
	09 療養病床 (療養病棟入院基本料 経過措置2 (30:1))		
	10 療養病床 (療養病棟入院基本料 特別入院基本料)		
	11 療養病床 (地域包括ケア病棟入院料 (病床を含む))		
	12 療養病床 (回復期リハビリテーション病棟入院料)		
	13 療養病床 (介護療養病床 (病院))		
	14 療養病床 (有床診療所療養病床入院基本料)		
	15 療養病床 (介護療養病床 (診療所))		
	16 その他の病床		
	17 病床なし (無床診療所)		
7) 貴法人・関連法人は介護医療院を有していますか	01 有 02 無		
問2 2021年10月1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。 ※2021年10月1日には出勤していない者を含め、2021年10月1日に在籍している全ての職員についてご回答ください。(休職中の者は除く)			
	専従	他の施設等と兼務	夜勤の配置数
	常勤換算の配置数	常勤換算の配置数	1日あたり人数
医師	. 人	. 人	
薬剤師	. 人	. 人	
管理栄養士・栄養士	. 人	. 人	
看護師	. 人	. 人	
准看護師	. 人	. 人	. 人
介護福祉士	. 人	. 人	
介護福祉士以外の看護補助者・介護職員	. 人	. 人	. 人

## ※常勤換算の計算方法

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

問3 2021年10月1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・年齢階級）についてご記入ください。各回答欄の合計人数が、1)の入所者数と同じになるようにご記入ください。

1) 2021年10月1日24時時点の入所者数	人			
2) 医療区分	医療区分1	医療区分2	医療区分3	不明、未実施
	人	人	人	人

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

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

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

4) 要介護度	要介護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。

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

問4 貴施設内で提供可能な医療について、あてはまるもの全てに○をつけてください					
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	02 経鼻経管栄養	03 中心静脈栄養			
04 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	05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理				
06 喀痰吸引	07 ネブライザー	08 酸素療法⇒（01 鼻カスラ 02 マスク 03 リザーバー付きマスク）			
09 気管切開のケア	10 人工呼吸器の管理⇒（01 挿管 02 マスク式（NPPV等））				
11 静脈内注射⇒（日常使用する薬剤：01 電解質輸液 02 抗菌薬 03 昇圧薬 04 麻薬）					
12 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く）	13 簡易血糖測定	14 インスリン注射			
15 疼痛管理（麻薬なし）	16 疼痛管理（麻薬使用）	17 創傷処置			
18 褥瘡処置	19 浣腸	20 排便	21 導尿	22 膀胱洗浄	
23 持続モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	24 リハビリテーション	25 ターミナルケア			
26 歯科治療	27 その他（具体的に：	）			

問5 2021年9月の1か月間の貴施設の入所者の実人数をご記入ください。

問6 2021年9月の1か月間の貴施設への入所者に対して行った医療処置についてお伺いします。該当の医療処置を行った入所者の実人数をご記入ください。

記入例：Aさんに3回浣腸し、Bさんに2回浣腸した場合、実人数は2人です。

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

※1 新型コロナウイルス感染症ワクチン接種は除く

問7 2021年7月～9月3か月間の「新規入所者数（入所元の内訳）」と「退所者数（退所先の内訳）」をご回答下さい。		①新規入所者	②退所者
合計人数		人	人
【内訳】	本人の家（賃貸、家族の家を含む）	人	人
	居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	人	人
	病院（介護療養型医療施設を除く）（以下、内訳）	人	人
	i)一般病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	ii)回復期リハビリテーション病棟	( 人)	( 人)
	iii)地域包括ケア病棟	( 人)	( 人)
	iv)療養病床 ※ii)・iii)を除く	( 人)	( 人)
	v)精神病床	( 人)	( 人)
	vi)その他・不明	( 人)	( 人)
	有床診療所（介護療養型医療施設を除く）	人	人
	介護療養型医療施設	人	人
	介護医療院	人	人
	介護老人保健施設	人	人
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	人	人
死亡		人	
その他	人	人	

問8 退所者について、入所期間別の人数をご記入ください。合計人数は問7の退所者の合計人数と一致します。						
3か月以内	3か月超 6か月以内	6か月超 1年以内	1年超 2年以内	2年超 3年以内	3年超 4年以内	4年超
人	人	人	人	人	人	人

問9 2021年10月1日時点の貴施設の定員数と、2024年の4月1日時点における予定定員数についてお答えください。（該当しない箇所は空欄のままとしてください。） （予定が未定である場合には、最下行の「未定」行に床数をご記入ください。）					
		種別	現在の定員数	2024年4月1日の予定定員数	
介護保険施設	介護医療院	I型介護医療院		床	
		II型介護医療院		床	
		介護療養型老人保健施設	床	床	
		介護老人保健施設		床	
		介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		床	
	居宅・地域密着型サービス等		有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）		床
			有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護なし）		床
			養護老人ホーム		床
			軽費老人ホーム		床
			認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）		床
小規模多機能型居宅介護				床	
看護小規模多機能型居宅介護				床	
その他				床	
	上記のいずれにも移行せずベッドを廃止		床		
	未定		床		
合計			床 =	床	

この調査票では、2021年10月1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移行を考慮する必要はありません。）

<b>問10 【問9 2024年4月1日の予定定員数で「未定」に回答された方がお答えください】</b> 予定定員数が未定の場合、選択肢として可能性がある施設をすべて選んでください。			
01 介護療養型老人保健施設	02 介護老人保健施設	03 介護医療院	04 介護老人福祉施設
05 その他			

<b>問11</b> 問9、問10で介護療養型老人保健施設を回答した場合： 介護療養型老人保健施設を継続するにあたり課題がありますか。	01 はい	02 いいえ
<b>問12</b> 問9、問10で介護老人保健施設を回答した場合： 介護老人保健施設に移行すると仮定した場合に課題がありますか。	01 はい	02 いいえ

**問13** 問9、問10で介護医療院を回答した場合：

<b>1)</b> 介護医療院の開設に関して自治体に相談したことはありますか。 (あてはまる項目全てに○)	01 開設許可申請中である 02 開設に向け許可権者(都道府県・指定都市・中核市)と協議中である 03 許可権者(都道府県・指定都市・中核市)に相談したことがある 04 保険者(許可権者は除く)に相談したことがある 05 相談したことはない
<b>2)</b> 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。 (知っている項目全てに○)	01 療養室の床面積は、新築、増築又は全面的な改築の工事が終了するまでの間は、内法による測定で入所者1人当たり6.4平方メートル以上でよい。 02 建物の耐火構造は、建築基準法の基準によるものでよい。 03 屋内の直通階段及びエレベーターについては、転換前の医療法による基準と同等のものでよい。 04 療養室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.2メートル以上(ただし、両側に療養室等又はエレベーター室がある廊下の幅は、内法による測定で、1.6メートル以上)であればよい。 05 (介護療養型老人保健施設からの転換の場合) 調剤を行う施設についての経過措置(近隣の場所にある薬局と連携することにより置かないことができる) 06 (介護療養型老人保健施設からの転換の場合) 臨床検査施設又はエックス線装置の設置についての経過措置(近隣の医療機関等との連携により置かないことができる) 07 一定の要件(Ⅱ型療養床のみを有する場合、医療機関併設で医師が速やかに対応可能な場合等)を満たす場合、宿直を置かないことができる。
<b>3)</b> 貴施設を介護医療院に移行すると仮定した場合、課題と考える項目の全てに○をつけてください。	01 介護医療院がどのようなものかについてイメージが湧かない 02 利用者が必要とする十分な医療ケアを提供することができない 03 ターミナルケアを提供しにくい 04 併設医療機関との連携が希薄になる 05 職員のモチベーションが維持できない 06 理事長(経営者)のモチベーションが維持できない 07 移行した場合、十分な数の医師を雇用することができない 08 移行した場合、十分な数の看護職員を雇用することができない 09 移行した場合、十分な数の介護職員を雇用することができない 10 利用者や家族への説明が難しい 11 利用者にとっての生活の場となるような配慮が難しい 12 生活施設としての取り組みが難しい 13 施設経営の見通しが立たない(経営状況が悪化する恐れがある) 14 開設に伴う資金の調達が困難 15 稼働率を維持するのに十分な利用者を集めることができない 16 中重度の要介護者の確保が難しい 17 周囲の他の介護施設との異なる特徴の明確化 18 介護医療院の開設の相談・手続きの仕方がわからない 19 地域で在宅復帰・在宅療養支援施設としての機能を残すことにニーズがある 20 施設・設備基準を満たすことが困難である 21 介護医療院に移行するにあたり工事が必要である 22 自治体における相談・手続きがスムーズに進められない 23 その他(

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

令和3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  
 退所者・退院（棟）患者票（案）

※本調査票は、当該退所・退院（棟）患者の状況について、詳しい職員の方がご記入下さい。  
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。数値を記入いただく部分もあります。  
 ※調査時点は、原則、退所・退院時点または2021年9月分、または質問に記載している時期・期間とします。

1) 回答施設・病棟	1 介護医療院(I型)      2 介護医療院(II型)      3 介護療養型医療施設 4 療養病棟入院基本料1      5 療養病棟入院基本料2      6 療養病棟入院基本料経過措置 7 介護療養型老人保健施設
2) 年齢	(      ) 歳
3) 性別	1 男性    2 女性
4) 世帯構成	1 独居    2 夫婦のみ世帯    3 2以外で高齢者のみの世帯    4 その他
5) 貴施設・病院への入所・入院、転棟日（介護医療院の場合：介護医療院へ移行前からの入所者は、移行前の施設への入院・入所日を記入してください） ※別の種別の病棟から移った場合も入院（転棟）としてください。同じ種別の病棟間の移動は該当しません。	西暦（      ）年 （      ）月（      ）日
※介護医療院の場合：移行前の施設への入院日・入所日を記入しましたか	1 はい 2 いいえ（介護医療院へ移行してから入所した人である）
6) 入所・入院前の居場所	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム））（特定施設を含む） 3 病院・診療所 4 介護療養型医療施設    5 介護医療院    6 介護老人保健施設 7 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）    8 その他（      ）
6)で、「1 本人の家、2 居住系サービス等」の場合	
①入所・入院理由	1 在宅では、医療的対応が困難となったため 2 在宅では、生活支援が困難となったため 3 在宅では、看取りの対応が困難となったため 4 その他（      ）
6)で、「3 病院・診療所」の場合	
①病床の種類	1 一般病床（2・3を除く）    2 回復期リハビリテーション病棟    3 地域包括ケア病棟 4 療養病床（2・3を除く）    5 精神病床    6 その他・不明
②併設かどうか	1 併設    2 貴院の別の病棟（別の種別の病床）    3 その他
7) 施設・病院からの退所・退院（棟）日※別の種別の病棟に移った場合は、退棟としてください。同じ種別の病棟間の移動の場合は、該当しません。	2021年9月（      ）日
8) 退所・退院（棟）先	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム））（特定施設を含む） 3 病院・診療所 4 介護療養型医療施設    5 介護医療院    6 介護老人保健施設 7 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）    8 死亡 9 その他（      ）
8)で、「1 本人の家」の場合	
①次のうち、退所（院）後のケアプランに含まれるサービス	1 通所リハビリテーション    2 通所介護    3 訪問リハビリテーション 4 訪問看護    5 訪問介護    6 短期入所療養介護 7 短期入所生活介護    8 その他    9 不明
8)で、「3 病院・診療所」の場合	
①病床の種類	1 一般病床（2・3を除く）    2 回復期リハビリテーション病棟    3 地域包括ケア病棟 4 療養病床（2・3を除く）    5 精神病床    6 その他・不明
②併設かどうか	1 併設    2 貴院の別の病棟（別の種別の病床）    3 その他

(続き)

③入院理由	1 肺炎の治療のため		2 尿路感染症の治療のため		
	3 新型コロナウイルス感染症の治療のため		4 骨折の治療のため		
④どのような検査・治療が貴施設(病棟)で可能であれば、貴施設(病棟)での療養を継続できたと考えますか(自由回答)	5 脳血管疾患の治療のため		6 心疾患の治療のため		
	7 手術が必要となったため(具体的に: )				
	8 その他の傷病(具体的に: )の治療のため				
	9 原因不明の急変のため				
	➡1 胸痛 2 腹痛 3 血圧低下 4 意識障害 5 その他( )				
	10 中心静脈栄養カテーテルの留置のため		11 胃ろう造設のため		
	12 認知症の精神症状の悪化のため				
	13 検査のため➡1 CT 2 MRI 3 消化管内視鏡検査 4 その他( )				
	9) 退所時点で、自施設に再入所する予定はありましたか(介護医療院のみ回答してください)		1 有 2 無		
	10) 施設内で看取りを行う予定でしたか		1 はい 2 いいえ		
	10)で「1」の場合: 予定通り看取りを行うことができましたか		1 できた 2 できなかった		
	11) 要介護度	①入所・入院時	1 要支援1・2 2 要介護1 3 要介護2 4 要介護3		
		②直近	5 要介護4 6 要介護5 7 申請中 8 未申請 9 非該当		
12) 医療区分	①入所・入院時	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3			
	②退所・退院時	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3			
13) ADL区分	①入所・入院時	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3			
	②退所・退院時	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3			
14) 認知症高齢者の日常生活自立度(2021年9月時点)		1 自立 2 I 3 II a 4 II b			
		5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明			
15) 傷病 (該当するものすべてに○をつけ、そのうち、主なもの1つは下の欄に記載してください) (2021年9月時点)	1 高血圧		2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)		
	3 心臓病		4 糖尿病		
	5 高脂血症(脂質異常症)		6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)		
	7 胃腸・肝臓・胆のうの病気		8 腎臓・前立腺の病気		
	9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等)		10 外傷(転倒・骨折等)		
	11 がん(新生物)		12 血液・免疫の病気		
	13 うつ病・精神疾患		14 認知症(アルツハイマー病等)		
	15 パーキンソン病		16 目の病気		
	17 耳の病気		18 歯科疾患		
	19 その他の難病		20 その他( )		
	21 ない				
15)のうち、主な傷病の番号		主な1つのみ:( )			
16) 処置等の実施状況 (複数回答可) (2021年9月分)	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		2 経鼻経管栄養		
	3 中心静脈栄養		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		
	5 ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理		6 喀痰吸引		
	7 ネブライザー		8 酸素療法(酸素吸入)		
	9 気管切開のケア		10 人工呼吸器の管理		
	11 静脈内注射(点滴含む)		12 皮内、皮下及び筋肉内注射(インスリン注射を除く)		
	13 簡易血糖測定		14 インスリン注射		
	15 疼痛管理(麻薬なし)		16 疼痛管理(麻薬使用)		
	17 創傷処置		18 褥瘡処置		
	19 浣腸		20 摘便		
	21 導尿		22 膀胱洗浄		
	23 持続モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		24 リハビリテーション		
	25 ターミナルケア		26 歯科治療(訪問を含む)		
27 その他(具体的に: )		28 該当なし			
17)入所(入院)期間中、他科受診はありましたか。あった場合は理由も記載してください。		1 有➡理由( )			
		2 無			

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

令和3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  
 短期入所療養介護 利用者票 （案）

※本調査票は、当該利用者の状況について、詳しい職員の方がご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。数値を記入いただく部分もあります。

※調査時点は、原則、短期入所療養介護の利用終了時点または2021年9月分、または質問に記載している時期・期間とします。

1) 年齢	( ) 歳
2) 性別	1 男性 2 女性
3) 世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他
4) 家族介護者の有無	1 有 2 無
「1有」の場合	1 配偶者 2 子ども・子どもの配偶者 3 孫・孫の配偶者
①主な介護者の続柄	4 兄弟姉妹 5 その他
②主な介護者の状況のうち、介護が難しくなる要因があればご回答下さい（複数回答可）	1 高齢 2 病気 3 育児中 4 仕事 5 その他 ( )

5) 利用期間	2021年( )月( )日～2021年9月( )日
6) 今回の利用開始前の居場所	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム））（特定施設を含む） 3 病院・診療所 ➡1 一般病床（2・3を除く） 2 回復期リハビリテーション病棟 3 地域包括ケア病棟 4 療養病床（2・3を除く） 5 精神病床 6 その他・不明 4 介護療養型医療施設 5 介護医療院 6 介護老人保健施設 7 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 8 その他 ( )
7) 今回の利用終了後の居場所	1 本人の家（賃貸、家族の家を含む） 2 居住系サービス等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム））（特定施設を含む） 3 病院・診療所 ➡1 一般病床（2・3を除く） 2 回復期リハビリテーション病棟 3 地域包括ケア病棟 4 療養病床（2・3を除く） 5 精神病床 6 その他・不明 4 介護療養型医療施設 5 介護医療院 6 介護老人保健施設 7 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 8 その他 ( )

8) 貴施設での短期入所療養介護のこれまでの利用回数	( ) 回 ※介護医療院移行前も含む
9) 貴施設または併設施設での通所リハ・通所介護の利用の有無：ショートステイ利用前3か月間	1 有 2 無
10) 貴施設または併設施設での通所リハ・通所介護の利用の有無：ショートステイ利用後のケアプラン	1 有 2 無
11) 貴施設の併設医療機関の外来または訪問診療の利用の有無（過去1年間）	1 有 2 無 3 わからない

12) 要介護度	1 要支援1・2 2 要介護1 3 要介護2 4 要介護3 5 要介護4 6 要介護5 7 申請中 8 未申請 9 非該当
13) 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3
14) ADL区分	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3
15) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明
16) 傷病  (該当するものすべてに○をつけ、そのうち、主なもの1つは下の欄に記載してください)	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常症) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 外傷(転倒・骨折等) 11 がん(新生物) 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症(アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他( ) 21 ない
16) のうち、主な傷病の番号	主な1つのみ：( )
17) 処置等の実施状況 (複数回答可) (令和3年9月分)	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養 3 中心静脈栄養 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 5 ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6 喀痰吸引 7 ネブライザー 8 酸素療法(酸素吸入) 9 気管切開のケア 10 人工呼吸器の管理 11 静脈内注射(点滴含む) 12 皮内、皮下及び筋肉内注射(インスリン注射を除く) 13 簡易血糖測定 14 インスリン注射 15 疼痛管理(麻薬なし) 16 疼痛管理(麻薬使用) 17 創傷処置 18 褥瘡処置 19 浣腸 20 排便 21 導尿 22 膀胱洗浄 23 持続モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 24 リハビリテーション 25 ターミナルケア 26 歯科治療(訪問を含む) 27 その他(具体的に： ) 28 該当なし

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

令和3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  
 都道府県票（案）

F1 都道府県名	( ) 都・道・府・県
F2 回答部署	
F3 電話番号	
問1 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無(2020年10月から2021年9月までに受けた、介護医療院開設(移行)前の医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問1で「1有」と回答した場合:相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。	
1 開設手続きについて 2 人員基準について 3 設備基準について 4 運営基準について 5 報酬について 6 助成金・補助金について 7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )	
問2 介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組(複数回答可)	
1 説明会を実施している 2 集団指導の際に関連情報を周知している 3 介護医療院のホームページを作成している 4 介護医療院専用の相談窓口を設置している 5 申請手続きに係る手引きを作成している 6 基準等に係る説明資料を作成している 7 医師会等関係団体と協力している 8 定期的に意向調査を実施している 9 医療機関を訪問して状況確認等を行っている 10 その他( ) 11 特に実施していない	
→上記のうち、効果的だったと思うもの(番号を記入、複数回答可)	
問3 今後、介護医療院への移行促進にあたり最も必要と考える支援(単一回答)	
1 事業者向けの研修会の充実 2 自治体向けの研修会の充実 3 その他( ) 4 特になし	
問4 介護医療院への移行に関する管内の市区町村との連携状況(複数回答可)	
1 定期的に市区町村との情報交換の場を設けている 2 事業者から相談があった場合、市区町村と情報交換を行っている 3 事業者から相談があった場合、市区町村にも相談に行くよう事業者に勧めている 4 その他( ) 5 特に行ってない	
問5 介護医療院への移行に関する市区町村からの相談の有無(2020年10月から2021年9月までの相談についてお答えください)	1有 2無
→問5で「1有」と回答した場合:相談内容(複数回答可)	
1 開設手続きについて 2 人員、設備、運営基準について 3 報酬について 4 介護保険財政について 5 その他( )	
問6 第8期介護保険事業支援計画作成時に、介護医療院への移行に関して行ったことについてお答えください(複数回答可)。	
1 都道府県内の介護部局と医療部局で介護医療院に関する情報交換を行った。 2 介護医療院について市区町村への情報提供(説明会等)を行った。 3 医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設における転換の意向調査等により転換意向を把握した。 4 都道府県や市区町村の医療、介護担当者等の関係者による協議の場で介護医療院に関する議論を行った。 5 介護保険事業支援計画に定めたサービス見込量に、転換意向調査において転換意向有と回答した病床数を反映させた。 6 上記5以外の追加的需要も反映させた。 7 その他( ) 8 特に行ってない	
問7 長期療養が必要な利用者への対応のための施設整備の基本的な方針について、あてはまるものを1つ選んでください。	
1 介護療養型医療施設からの移行以外にも介護医療院を整備する 2 介護医療院は原則増やさず、他の施設で対応する 3 その他( )	
問8 助成金・補助金の活用状況	
1 活用事例(申請含む)がある 2 活用事例(申請含む)はないが、相談を受けている 3 活用事例も相談もない	

令和3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  
 指定都市・中核市票（案）

F1 市名・回答部署	( ) 市 ( )
F2 電話番号	
問1 自治体の種別	1 指定都市 2 中核市 3 その他
問2 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無(2020年10月から2021年9月までに受けた、介護医療院開設(移行)前の医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問2で「1有」と回答した場合、相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)。	
1 開設手続きについて 2 人員基準について 3 設備基準について 4 運営基準について 5 報酬について 6 助成金・補助金について 7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他 ( )	
問3 介護療養病床等から介護医療院への移行促進のために実施している取組(複数回答可)	
1 説明会を実施している 2 集団指導の際に関連情報を周知している 3 介護医療院のホームページを作成している 4 介護医療院専用の相談窓口を設置している 5 申請手続きに係る手引きを作成している 6 基準等に係る説明資料を作成している 7 医師会等関係団体と協力している 8 定期的に意向調査を実施している 9 医療機関を訪問して状況確認等を行っている 10 その他 ( ) 11 特に実施していない	
→上記のうち、効果的だったと思うもの(番号を記入、複数回答可)	
問4 今後、介護医療院への移行促進にあたり最も必要と考える支援(単一回答)	
1 事業者向けの研修会の充実 2 自治体向けの研修会の充実 3 その他 ( ) 4 特になし	
問5 介護医療院への移行に関する都道府県との連携状況(複数回答可)	
1 定期的に都道府県との情報交換の場を設けている 2 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県から情報提供を受けている 3 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県の助言を受けた同事業者から相談を受けている 4 その他 ( ) 5 特に行っていない	
問6 介護医療院への移行に関する都道府県への相談の有無(2020年10月から2021年9月までの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問6で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)	
1 開設手続きについて 2 人員、設備、運営基準について 3 報酬について 4 介護保険財政について 5 その他 ( )	
問7 介護医療院への移行に関する保険者としての課題(複数回答可)	
1 医療機関・施設の意向把握 2 都道府県との連携 3 介護保険財政への影響 4 地域住民の介護医療院の認知度 5 その他 ( ) 6 特になし	
問8 助成金・補助金の活用状況	
1 活用事例(申請含む)がある 2 活用事例(申請含む)はないが、相談を受けている 3 活用事例も相談もない	
問9 第8期介護保険事業計画作成時に、介護医療院への移行に関して行ったことについてお答えください(複数回答可)。	
1 介護部局と医療部局で介護医療院に関する情報交換を行った。 2 医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設における転換の意向調査等により転換意向を把握した。 3 都道府県や他市区町村の医療、介護担当者等の関係者による協議の場で介護医療院に関する議論を行った。 4 介護保険事業計画に定めたサービス見込量に、転換意向調査において転換意向有と回答した病床数を反映させた。 5 上記4以外の追加的需要も反映させた。 6 その他 ( ) 7 特に行っていない	
問10 長期療養が必要な利用者への対応のための施設整備の基本的な方針について、あてはまるものを1つ選んでください。	
1 介護療養型医療施設からの移行以外にも介護医療院を整備する 2 介護医療院は原則増やさず、他の施設で対応する 3 その他 ( )	

令和3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  
 保険者票（案）

F1 市区町村名	( ) 市・区・町・村・広域連合
F2 回答部署	
F3 電話番号	
問1 自治体の種別	1 市 2 区 3 町・村 4 広域連合
問2 管内の介護医療院の有無	1 有 2 無
問3 管内の介護療養型医療施設の有無	1 有 2 無
問4 管内の医療療養病床の有無	1 有 2 無
問5 管内の介護療養型老人保健施設の有無	1 有 2 無
問6 介護医療院に関する医療機関・施設からの相談の有無 (2020年10月から2021年9月までに受けた、介護医療院開設(移行)前の 医療機関・施設からの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問6で「1有」と回答した場合 相談が多かった上位3つの項目(担当者の主観で差し支えありません)	
1 開設手続きについて 2 人員基準について 3 設備基準について 4 運営基準について 5 報酬について 6 助成金・補助金について 7 介護保険事業(支援)計画について 8 その他( )	
問7 介護医療院への移行に関する都道府県との連携状況(複数回答可)	
1 定期的に情報交換の場を設けている 2 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県から情報提供を受けている 3 都道府県に事業者から相談があった場合、都道府県の助言を受けた同事業者から相談を受けている 4 その他( ) 5 特に行っていない	
問8 介護医療院への移行に関する都道府県への相談の有無(2020年10 月から2021年9月までの相談についてお答えください)	1 有 2 無
→問8で「1有」と回答した場合、相談内容(複数回答可)	
1 開設手続きについて 2 人員、設備、運営基準について 3 報酬について 4 介護保険財政について 5 その他( )	
問9 介護医療院への移行に関する課題(複数回答可)	
1 医療機関・施設の意向把握 2 都道府県との連携 3 介護保険財政への影響 4 地域住民の介護医療院の認知度 5 その他( ) 6 特になし	
問10 第8期介護保険事業計画作成時に、介護医療院への移行に関して行ったことについてお答えください (複数回答可)。	
1 介護部局と医療部局で介護医療院に関する情報交換を行った。 2 医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設における転換の意向調査等により転換意向 を把握した。 3 都道府県や他市区町村の医療、介護担当者等の関係者による協議の場で介護医療院に関する議論を行 った。 4 介護保険事業計画に定めたサービス見込量に、転換意向調査において転換意向有と回答した病床数を 反映させた。 5 上記4以外の追加的需要も反映させた。 6 その他( ) 7 特に行っていない	
問11 長期療養が必要な利用者への対応のための施設整備の基本的な方針について、あてはまるものを1つ 選んでください。	
1 介護療養型医療施設からの移行以外にも介護医療院を整備する 2 介護医療院は原則増やさず、他の施設で対応する 3 その他( )	