

介護老人保健施設とかかりつけ医の連携等に関する調査

ご回答方法

- ◎ あてはまる番号に○をつけるか、枠内に数値をご記入ください。
- ◎ 数値を記入する設問で、該当なしの場合は「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ◎ 特に断りのない限り、令和3年10月1日現在の状況についてご回答ください。
- ◎ 回答が困難な設問や回答したくない設問がある場合は、空欄で構いません。

都道府県		貴施設名	
電話番号		ご担当者名	

◎ 貴施設の概況についてお伺いします。

問1 令和3年10月1日現在の貴施設の職員数・利用定員についてご記入ください。				
	入所（短期入所含む）		通所リハビリ	
(1) 職員数 ※ 常勤・非常勤の別は問いません	① 常勤換算 ^{注1}	. 人	③ 常勤換算 ^{注1}	. 人
	② 実人数 ^{注2}	人	④ 実人数 ^{注2}	人
(2) 利用定員	① 入所定員	人	② 通所定員	人

注1 常勤換算後の職員数は、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位までをご記入ください。
 非常勤職員の常勤換算方法に定めがない場合は、以下の方法で算出してください。
 ・1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
 ・1カ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1カ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

注2 入所と通所リハビリを兼務する職員については、勤務実態が長い方のサービスの従事者として計上してください。

問2 令和3年10月1日0時時点の貴施設の利用者の実人数をご記入ください。		
	入所	短期入所
(1) 令和3年10月1日0時時点の利用者の実人数	人	人
(2) (1)のうち、入所前のかかりつけ医の所属する医療機関が、自施設の併設医療機関や関連法人 ^注 の医療機関である利用者の実人数	人	人

注 本調査における「関連法人」とは、人事、資金等の関係を通じて、貴施設の経営方針に対して重要な影響を与えることができる法人を指します。

問3 令和3年9月1カ月間に貴施設から退所（短期入所療養介護の利用者は除く）した利用者の人数 ^注 をご記入ください。	
(1) 令和3年9月1カ月間の退所者の人数 ^注	人
(2) (1)のうち、入所前のかかりつけ医と退所後のかかりつけ医が異なる利用者の人数	人

注 9月1カ月間に複数回利用し入退所を繰り返した利用者については、各退所毎に計上してください。
 例：9/1に退所した利用者が9/20に再び入所し、9/30に入院退所となった場合＝2人

◎ 在宅復帰・在宅療養等指標についてお伺いします。

問4 令和3年10月1日に貴施設が算定した施設類型について、あてはまるものをお選びください。(〇は1つ)		
01 超強化型	02 在宅強化型	03 加算型
04 基本型	05 その他型	06 療養型

【問5は、問4で「01」～「05」のいずれかを選択された場合のみご回答ください】

(問4で「06 療養型」を選択された施設は、問6に進んでください)

問5 問4で選択した、令和3年10月1日に貴施設が算定した施設類型の元となる情報についてご記入ください。			
※1「介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」に記載した内容について記載してください。			
※2 割合を記載するものについては、 <u>小数点第1位</u> まで記載してください。ただし、届出上で小数点第1位まで記載していない場合は、届出上に記載した数字を記載してください。			
(1) 在宅復帰率 【前6月間(令和3年4月～9月等)】		. %	
(2) ベッド回転率 【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. %	
(3) 入所前後訪問指導割合 【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. %	
(4) 退所前後訪問指導割合 【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. %	
(5) 居宅サービスの実施 【前3月間(令和3年7月～9月等)】 ※届出の有無ではなく、提供実績の有無についてご回答ください。	①訪問リハビリテーション	01 行った	02 行っていない
	②通所リハビリテーション	01 行った	02 行っていない
	③短期入所療養介護	01 行った	02 行っていない
(6) リハビリ専門職の配置(利用者100人当たり)【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. 人	
(6) 付問 リハビリ専門職の職種ごとの配置(利用者100人当たり <u>0.2人以上</u> 配置の有無)についてご回答ください。	①理学療法士	01 有	02 無
	②作業療法士	01 有	02 無
	③言語聴覚士	01 有	02 無
(7) 支援相談員の配置(利用者100人当たり)【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. 人	
(8) 要介護4又は5の割合 【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. %	
(9) 喀痰吸引の実施割合 【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. %	
(10) 経管栄養の実施割合 【前3月間(令和3年7月～9月等)】		. %	
(11) 退所時指導等の実施(退所時指導及び退所後の状況確認)		01 有	02 無
(12) リハビリテーションマネジメントの実施		01 有	02 無
(13) (リハビリにおける)医師の詳細な指示の実施		01 有	02 無
(14) 地域に貢献する活動の実施		01 有	02 無
(15) 充実したリハビリテーションの実施(少なくとも週3回以上)		01 有	02 無

◎ 医療対応の状況についてお伺いします。

《所定疾患施設療養費の算定状況について》

問6 令和2年9月、令和3年9月の各1カ月間に所定疾患施設療養費を1人以上算定しましたか。		
令和2年9月	01 算定した	02 算定しなかった
令和3年9月	01 算定した	02 算定しなかった

【問7は、問6で「01 算定した」を1つでも選ばれた施設のみご回答ください】

問7 令和2年9月、令和3年9月の各1カ月間に(1)～(4)の疾患の発症件数 ^{注1} 、所定疾患施設療養費を算定した実人数 ^{注2} 、所定疾患施設療養費の算定延べ日数 ^{注3} の合計等をご記入ください。					
		① 発症件数 ^{注1}	② ①のうち、所定疾患施設療養費を算定した実人数 ^{注2}		④ ②の算定延べ日数 ^{注3} 合計
			③ ②のうち、算定日数内に治癒した実人数 ^{注2}		
(1) 肺炎	令和2年9月	件	I _____人 II _____人	人	延べ 日
	令和3年9月	件	I _____人 II _____人	人	延べ 日
(2) 尿路感染症	令和2年9月	件	I _____人 II _____人	人	延べ 日
	令和3年9月	件	I _____人 II _____人	人	延べ 日
(3) 带状疱疹	令和2年9月	件	I _____人 II _____人	人	延べ 日
	令和3年9月	件	I _____人 II _____人	人	延べ 日
(4) 蜂窩織炎	令和2年9月	件	/	/	/
	令和3年9月	件	I _____人 II _____人	人	延べ 日

注1 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、9月中に発症した（発症していた）件数をご回答ください。
例：9/1～9/5と9/20～9/25に、同じ利用者が発症した場合＝2件

注2 算定した人数（頭数）・算定日数内に治癒した人数（頭数）をそれぞれご回答ください。
例：9/1～9/5に、同じ利用者に算定した場合＝1人

注3 算定延べ日数については、例えば2名について3日間算定した場合は、2名×3日間＝延べ6日と計算して下さい。
なお、算定期間が9/1～9/30の前後にまたがる場合（例：8/28～9/2、9/28～10/2）は、8月あるいは10月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

《緊急時施設療養費（緊急時治療管理、特定治療）の算定状況について》

問 8 令和 2 年 7 月～9 月、令和 3 年 7 月～9 月の各 3 カ月間に緊急時施設療養費（緊急時治療管理、特定治療）を 1 人以上算定しましたか。		
令和 2 年 7 月～9 月	01 算定した	02 算定しなかった
令和 3 年 7 月～9 月	01 算定した	02 算定しなかった

【問 9 は、問 8 で「01 算定した」を 1 つでも選ばれた施設のみご回答ください】

問 9 令和 2 年 7 月～9 月、令和 3 年 7 月～9 月の各 3 カ月間における緊急時施設療養費（緊急時治療管理、特定治療）を算定した入所者の実人数 ^注 をご記入ください。		
	① 緊急時治療管理	② 特定治療
令和 2 年 7 月～9 月	人	人
令和 3 年 7 月～9 月	人	人

注 算定した人数（頭数）をご回答ください（例：9/1～9/5 に、同じ利用者に算定=1 人）

《ターミナルケア加算の算定状況について》

問 10 令和 2 年 7 月～9 月、令和 3 年 7 月～9 月の各 3 カ月間にターミナルケア加算を 1 人以上算定しましたか。		
令和 2 年 7 月～9 月	01 算定した	02 算定しなかった
令和 3 年 7 月～9 月	01 算定した	02 算定しなかった

【問 11 は、問 10 で「01 算定した」を 1 つでも選ばれた施設のみご回答ください】

問 11 令和 2 年 7 月～9 月、令和 3 年 7 月～9 月の各 3 カ月間におけるターミナルケア加算を算定した入所者の人数 ^注 をご記入ください。		
	令和 2 年 7 月～9 月	令和 3 年 7 月～9 月
(1) ターミナルケア加算を算定した入所者の人数	人	人
(2) (1) のうち、死亡日以前 31 日以上 45 日以下の期間の算定があった人数		人

注 各年 7 月～9 月に加算を算定した人数（頭数）をご回答ください。

◎ かかりつけ医との連携状況についてお伺いします。

《入所前のかかりつけ医との連携状況について》

問 12 入所時・入所中における、入所前のかかりつけ医との連携状況について、該当するものをお選びください。			
(1) 入所時に、入所前のかかりつけ医から診療情報等を受け取っていますか。(〇は1つ) ※診療情報等は(2)に掲げる内容を指します。		01 必ず受けている	03 あまり受けていない
		02 ほぼ受けている	04 全く受けていない
【(2)～(6)は(1)で「01」「02」「03」のいずれかを選ばれた場合のみご回答ください】			
(2) 入所時に、入所前のかかりつけ医から入手するようにしている診療情報等についてご回答ください。			
① 主病名	01 はい 02 いいえ	⑧ 摂食・嚥下機能の状況	01 はい 02 いいえ
② 副病名	01 はい 02 いいえ	⑨ リハビリの実施状況	01 はい 02 いいえ
③ 既往歴	01 はい 02 いいえ	⑩ 直近のリスクイベント (転倒、発熱、誤嚥等)	01 はい 02 いいえ
④ 投与薬剤・投与内容	01 はい 02 いいえ		
⑤ 薬歴(処方経緯等)	01 はい 02 いいえ	⑪ 人生の最終段階における 医療・ケアの方針	01 はい 02 いいえ
⑥ 認知症の有無・程度	01 はい 02 いいえ		
⑦ 食事箋の内容	01 はい 02 いいえ	⑫ その他()	01 はい 02 いいえ
(3) 入所時に、入所前のかかりつけ医から情報を入手する方法についてご回答ください。			
① 利用者が持参	01 はい 02 いいえ	④ Eメール	01 はい 02 いいえ
② 郵送	01 はい 02 いいえ	⑤ 医療情報連携ネットワーク ^注	01 はい 02 いいえ
③ 電話・FAX	01 はい 02 いいえ	⑥ その他()	01 はい 02 いいえ
(4) 入所時に、入所前のかかりつけ医から入手する情報が不十分な場合、どのようにしていますか。(〇は1つ)		01 必ず問い合わせしている	03 あまり問い合わせしていない
		02 ほぼ問い合わせしている	04 全く問い合わせしていない
(5) 入所時に、入所前のかかりつけ医に対して返信(返書等)を送っていますか。(〇は1つ)		01 必ず送っている	03 あまり送っていない
		02 ほぼ送っている	04 全く送っていない
(6) 事前に入手していた診療情報と実際の状況が異なる場合、入所前のかかりつけ医に確認をしていますか。(〇は1つ)		01 必ずする	03 あまりしない
		02 ほぼする	04 全くしない
【(7)～(9)は全ての施設がご回答ください】			
(7) 薬剤の中止・変更の可能性について、入所前のかかりつけ医に説明し、理解を得るようにしていますか。(〇は1つ)		01 必ずする	04 全くしない
		02 ほぼする	05 薬剤は変更しない方針
		03 あまりしない	
(8) 入所中に薬剤を中止・変更する必要が生じた際、中止・変更のタイミングで入所前のかかりつけ医に説明や報告をしていますか。(〇は1つ)		01 必ずする	04 全くしない
		02 ほぼする	05 薬剤は変更しない方針
		03 あまりしない	
(9) 入所後の経過や、転帰(死亡・転所等)について、入所前のかかりつけ医に報告をしていますか。(〇は1つ)		01 必ずする	03 あまりしない
		02 ほぼする	04 全くしない

注 医療情報連携ネットワークとは、ICT(情報通信技術)により医療機関、薬局、介護サービス事業所等が保有する医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組みです。

《退所後のかかりつけ医との連携状況について》

問 13 在宅への退所時における、退所後のかかりつけ医との連携状況について、該当するものをお選びください。			
(1) 退所時に、退所後のかかりつけ医に診療情報等を提供していますか。(○は1つ) ※診療情報等は(2)の選択肢に掲げる内容を指します。		01 必ずする	03 あまりしない
		02 ほぼする	04 全くしない
【(2)は(1)で「01」「02」「03」のいずれかを選ばれた場合のみご回答ください】			
(2) 退所時に、退所後のかかりつけ医に提供する診療情報等についてご回答ください。			
① 診療情報 ^注	01 はい 02 いいえ	⑦ リハビリの実施状況	01 はい 02 いいえ
② 投与薬剤・投与内容	01 はい 02 いいえ	⑧ 直近のリスクイベント (転倒、発熱、誤嚥等)	01 はい 02 いいえ
③ 看護サマリー	01 はい 02 いいえ		
④ 認知症の有無・程度	01 はい 02 いいえ	⑨ 人生の最終段階における医療・ケアの方針	01 はい 02 いいえ
⑤ 食事箋の内容	01 はい 02 いいえ		
⑥ 摂食・嚥下機能の状況	01 はい 02 いいえ	⑩ その他()	01 はい 02 いいえ

注 診療情報は、主病名、副病名、既往歴を指します。

《かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況について》

問 14 令和2年7月～9月、令和3年7月～9月の各3カ月間にかかりつけ医連携薬剤調整加算を1人以上算定しましたか。	
令和2年7月～9月	01 算定した 02 算定しなかった
令和3年7月～9月	01 算定した 02 算定しなかった

【問 15は、問 14で「01 算定した」を1つでも選ばれた施設のみご回答ください】

問 15 令和2年7月～9月、令和3年7月～9月の各3カ月間に、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した入所者の人数 ^注 をご記入ください。				
	令和2年7月～9月	令和3年7月～9月		
	かかりつけ医 連携薬剤調整加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算		
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
算定人数	人	人	人	人

注 加算を算定した人数(頭数)をご回答ください。

【問 16 は、全ての施設がご回答ください】

問 16 かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定する上で困難になることがあるか、それぞれについてご回答ください。	
(1) 当該加算の算定について、利用者・家族の同意を得ることが困難である	01 はい 02 いいえ
(2) 医師又は薬剤師が、高齢者の薬物療法に関する研修を受講することが困難である	01 はい 02 いいえ
(3) 入所後 1 月以内に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて、かかりつけ医に説明し合意を得ることが困難である	01 はい 02 いいえ
(4) 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容・処方内容変更の経緯、変更後の状態等について、退所時又は退所後 1 月以内にかかりつけ医に情報提供を行うことが困難である	01 はい 02 いいえ
(5) 入所者の服薬情報等を、LIFE ^注 を通じて厚生労働省に提出することが困難である	01 はい 02 いいえ
(6) 処方にあたって、LIFE ^注 からのフィードバック等の情報を活用することが困難である	01 はい 02 いいえ
(7) 6 種類以上の内服薬が処方されている入所者がいない	01 はい 02 いいえ
(8) 介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、入所中に処方内容を総合的に評価・調整することが困難である	01 はい 02 いいえ
(9) 入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて、退所時に処方されている内服薬の種類を 1 種類以上減少することが困難である	01 はい 02 いいえ
(10) その他、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定上で困難なことがあれば具体的にご記入ください。	

注 LIFE とは「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」のことであり、介護施設・事業所で行っているケアの内容・計画や利用者の状態などをインターネット上の公式サイトから一定の様式で入力すると、その結果が厚生労働省で分析されてフィードバックされる仕組みです。

《地域の医療機関との連携について》

問 17 介護老人保健施設を地域の医療機関に認識してもらうために、貴施設の管理医師が行っていることについて、それぞれご回答ください。	
(1) 医師会 ^{注1} に所属している	01 はい 02 いいえ
(2) 日本老年医学会に所属している	01 はい 02 いいえ
(3) 地域の医師の集まり ^{注2} に積極的に参加している	01 はい 02 いいえ
(4) 地域の医師以外の医療関係者等の集まり ^{注3} に積極的に参加している	01 はい 02 いいえ
(5) その他、介護老人保健施設を地域の医療機関に認識してもらうために、貴施設の管理医師が行っていることがありましたら、具体的にご記入ください。	

注 1 日本医師会、都道府県医師会、郡市医師会の別は問いません。

注 2 郡市医師会の会議等

注 3 サービス担当者会議、地域ケア会議、多職種による研修会や勉強会等

問 18 かかりつけ医と連携をとるにあたって課題と感ずることがあれば、入所時、退所時のそれぞれについてご回答ください。

(1) 入所時における、入所前のかかりつけ医との連携上の課題

① 連絡がつきにくい（電話に出てもらえない等）	O1 はい	O2 いいえ
② 情報を的確に提供してもらえない（情報に過不足がある、曖昧等）	O1 はい	O2 いいえ
③ 薬剤処方内容の変更等、対応変更への理解を得にくい	O1 はい	O2 いいえ
④ その他、入所時におけるかかりつけ医との連携上の課題がありましたら、具体的にご記入ください。		

--

(2) 退所時における、退所後のかかりつけ医との連携上の課題

① 薬剤処方内容の変更等、対応変更への理解を得にくい	O1 はい	O2 いいえ
② その他、退所時におけるかかりつけ医との連携上の課題がありましたら、具体的にご記入ください。		

--

◎ 短期入所療養介護の状況についてお伺いします。

問 19 令和元年7月～9月、令和2年7月～9月、令和3年7月～9月の各3カ月間の短期入所療養介護の新規利用者数（実人数）^注をそれぞれご記入ください。

	令和元年7～9月	令和2年7～9月	令和3年7～9月
短期入所療養介護の利用者数	人	人	人

注 該当する利用者的人数（頭数）をご回答ください。なお、調査対象期間に複数回（リピート）利用した利用者については、各利用の毎に計上してください。例：8/1～8/5と9/1～9/5に、同じ利用者が利用した場合＝2人

問 20 直近1年間の短期入所療養介護利用者の平均滞在日数^注をご記入ください。 . 日

注 平均滞在日数は、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位までをご記入ください。

問 21 令和3年7月～9月の3カ月間の短期入所療養介護の利用者^{注1}について、利用前の居所別に実人数^{注2}をご記入ください。

(1) 病院	人	(4) 介護医療院	人
① 一般病床（②～⑥以外）	人	(5) 他の介護老人保健施設	人
② 地域包括ケア病棟（病床）	人	(6) 特別養護老人ホーム	人
③ 回復期リハビリテーション病床	人	(7) 自宅	人
④ 医療療養病床	人	(8) 認知症グループホーム	人
⑤ 精神病床	人	(9) サービス付き高齢者向け住宅	人
⑥ その他の病床（障害病床等）	人	(10) 有料老人ホーム	人
⑦ 不明	人	(11) 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	人
(2) 有床診療所	人	(12) その他	人
(3) 介護療養型医療施設	人		

注1 令和3年7月～9月の期間に利用を開始した利用者指します。

注2 対象となる利用者的人数（頭数）をご記入ください。調査対象期間に複数回（リピート）利用した利用者については、各利用の毎に新規利用者として計上してください。

例：8/1～8/5と9/1～9/5に、同じ利用者が利用した場合＝2人

問 22 令和3年7月～9月の3カ月間の短期入所療養介護の退所者^注について、退所後の居所別に実人数^注をご記入ください。

ア 短期入所療養介護の利用後に、貴施設の入所にそのまま移行した利用者数 人

イ 上記のア以外の居所に退所した利用者の内訳

(1) 病院	人	(4) 介護医療院	人
① 一般病床（②～⑥以外）	人	(5) 他の介護老人保健施設	人
② 地域包括ケア病棟（病床）	人	(6) 特別養護老人ホーム	人
③ 回復期リハビリテーション病床	人	(7) 自宅	人
④ 医療療養病床	人	(8) 認知症グループホーム	人
⑤ 精神病床	人	(9) サービス付き高齢者向け住宅	人
⑥ その他の病床（障害病床等）	人	(10) 有料老人ホーム	人
⑦ 不明	人	(11) 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	人
(2) 有床診療所	人	(12) その他	人
(3) 介護療養型医療施設	人	(13) 死亡	人

注 対象となる利用者的人数（頭数）をご記入ください。調査対象期間に複数回（リピート）利用し退所した利用者については、各退所の毎に計上してください。

《総合医学管理加算の算定状況等について》

<p>問 23 問 19 でご記入いただいた令和 3 年 7 月～9 月の 3 カ月間における、貴施設の短期入所療養介護利用者に関する総合医学的管理加算の算定状況等についてご記入ください。</p>	
<p>(1) 計画外（当初のケアプランでは想定されていなかった緊急利用等）の利用がありましたか。</p>	<p>01 有（⇒ 利用者実人数^{注1} ____人） 02 無</p>
<p>(2) 熱中症、発熱、脱水、感染症等の治療管理を目的とした利用がありましたか。</p>	<p>01 有（⇒ 利用者実人数^{注1} ____人） 02 無</p>
<p>(3) 総合医学管理加算を算定した利用者がありましたか。</p>	<p>01 有（⇒ 利用者実人数^{注2} ____人） 02 無</p>
<p>① (3) のうち、総合医学管理加算の算定後に貴施設にそのまま入所となった利用者はいましたか。</p>	<p>01 有（⇒ 利用者実人数^{注3} ____人） 02 無</p>
<p>② (3) のうち、総合医学管理加算の算定後に医療機関にそのまま入院となった利用者はいましたか。</p>	<p>01 有（⇒ 利用者実人数^{注3} ____人） 02 無</p>
<p>③ (3) のうち、総合医学管理加算の算定後に寛解し在宅に戻った利用者はいましたか。</p>	<p>01 有（⇒ 利用者実人数^{注3} ____人） 02 無</p>
<p>(4) 治療管理を目的とした計画外の短期入所療養介護の利用があったにもかかわらず、総合医学管理加算を算定しなかった利用者はいましたか。</p>	<p>01 有（⇒ 利用者実人数^{注1} ____人） 02 無</p>
<p>【(4) で「01 有」の場合のみご回答ください】 (5) 総合医学管理加算を算定しなかった最も多い（あてはまる）理由を 1 つお選びください。</p>	<p>01 緊急時施設療養費を算定したため 02 限度額を超えてしまうため（給付管理上の理由） 03 入所に切り替えたため 04 医療機関に入院になったため 05 その他 [_____]</p>

注 1 令和 3 年 7 月～9 月の 3 カ月間の短期入所療養介護の利用者のうち、該当する利用者の人数（頭数）をご回答ください。なお、調査対象期間に複数回（リピート）利用した利用者については、各利用の毎に計上してください。

注 2 令和 3 年 7 月～9 月の 3 カ月間の短期入所療養介護の利用者のうち、総合医学管理加算を算定した人数（頭数）をご回答ください（例：9/1～9/5 に、同じ利用者に算定＝1 人）

注 3 (3) 総合医学管理加算を算定した利用者のうち、①～③に該当する利用者の人数（頭数）をご回答ください。

問 24 令和3年7月～9月の3カ月間の短期入所療養介護利用者のうち、総合医学管理加算を算定した利用者5人（5人以上いた場合は、名字のアイウエオ順に上から5人を選んでください）の状況（年齢、要介護度、医療的ケア等の内容）について、ご記入ください。

	年齢 (短期入所の利用開始時)	要介護度 ※要支援、要介護のいずれかに○をして数値をご記入ください。	診断名 ※総合医学管理加算の算定にあたり、診療録に記載した診断名をご記入ください。	治療管理や医療的ケアの内容 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください				
				投薬	感染症の治療管理	点滴 (脱水症状の管理等を含む)	検査 (検体検査、画像診断等)	その他 (具体的にご記入ください)
Aさん		要支援 要介護		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bさん		要支援 要介護		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cさん		要支援 要介護		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dさん		要支援 要介護		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eさん		要支援 要介護		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

◎ 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に係る支援状況についてお伺いします。

問 25 介護老人保健施設の運営基準^注において、施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(以下「ガイドライン」という)」等を参考に、本人の意思を尊重した医療・ケアが実践できるよう、多職種が連携し、本人・家族との情報共有に努めることが求められるようになった(努力義務)ことをご存知ですか。

01 知っていた

02 知らなかった

注 厚生労働省「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」

問 26 ガイドラインの内容を読んだことがありますか。

01 読んだことがある

02 読んだことはない(⇒ 問 41 へお進みください)

【問 27～問 40 は問 26 で「01 読んだことがある」を選ばれた施設のみご回答ください】

問 27 貴施設ではガイドラインに沿った対応に取り組んでいますか。

01 取り組んでいる

02 取り組んでいない

問 28 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いを行う際、貴施設で通常参加することとされている職種についてご回答ください。

(1) 医師	01 参加 02 不参加	(6) 支援相談員	01 参加 02 不参加
(2) 看護師・准看護師	01 参加 02 不参加	(7) リハビリ専門職	01 参加 02 不参加
(3) 薬剤師	01 参加 02 不参加	(8) 管理栄養士・栄養士	01 参加 02 不参加
(4) 介護支援専門員	01 参加 02 不参加	(9) その他の職種	01 参加 02 不参加
(5) 介護職員	01 参加 02 不参加		

問 29 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定について、貴施設内で職員研修を実施していますか。なお、「01 実施している」場合は、令和3年4月～9月の開催回数についてもご記入ください。

01 実施している ⇒ 開催回数 回 (令和3年4月～9月の間で)

02 実施していない

問 30 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定の話し合いについて、(1) 貴施設において話し合いを行った入所者の割合、(2) 貴施設に入所する以前に話し合いを既に行っていた入所者の割合は、それぞれどのくらいでしょうか。(「70%程度」など、大まかな数字で結構です)

(1) 貴施設に入所してから、貴施設において、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定について話し合いを行った入所者の、貴施設の入所者全体に占める割合	%程度
(2) 貴施設に入所する以前に、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定について話し合いを既に行っていた入所者の、貴施設の入所者全体に占める割合	%程度

問 31 貴施設では、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のために話し合った内容について、文書にまとめて記録していますか。(〇は1つ)

01 必ず記録している

03 あまり記録していない

02 ほぼ記録している

04 全く記録してない

問 32 入所者が貴施設に入所する以前に、他の医療機関や介護施設・事業所等で人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のために話し合った内容等を確認していますか。(〇は1つ)	
01 必ず確認している	03 あまり確認していない
02 ほぼ確認している	04 全く確認してしない

問 33 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のために話し合った内容について、退所予定先に情報提供していますか。(〇は1つ)	
01 必ず情報提供している	03 あまり情報提供していない
02 ほぼ情報提供している	04 全く情報提供してしない

《問 34・問 35 は、本人の意思確認ができる場合についての設問です》

問 34 本人の意思確認ができる場合、貴施設では、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いの対象者として、どなたを想定していますか。(〇は1つ)		
01 本人	02 家族等	03 本人と家族等

問 35 本人の意思確認ができる場合、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いの時期についてそれぞれご回答ください。 なお、(2)において「01 はい」の場合は、概ねの開催頻度についてもご記入ください。	
(1) 入所時に実施している	01 はい 02 いいえ
(2) 定期的実施している	01 はい(⇒概ね____カ月に一度) 02 いいえ
(3) 本人から意思表示があった時に都度実施している	01 はい 02 いいえ
(4) 状態が悪化した時に都度実施している	01 はい 02 いいえ
(5) 看取りが近くなった時に実施している	01 はい 02 いいえ
(6) その他、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いを行う時期やタイミングがありましたら具体的にご記入ください。	

《問 36～問 37 は、本人の意思確認ができない場合についての設問です》

問 36 本人の意思確認ができない場合、貴施設では、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いの対象者として、どなたを想定していますか。(〇は1つ)		
01 本人	02 家族等	03 本人と家族等

問 37 本人の意思確認ができない場合、貴施設では、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いの時期についてそれぞれご回答ください。 なお、(2)において「01 はい」の場合は、概ねの開催頻度についてもご記入ください。	
(1) 入所時に実施している	01 はい 02 いいえ
(2) 定期的実施している	01 はい(⇒概ね____カ月に一度) 02 いいえ
(3) 家族等から求めがあった時に都度実施している	01 はい 02 いいえ
(4) 状態が悪化した時に都度実施している	01 はい 02 いいえ
(5) 看取りが近くなった時に実施している	01 はい 02 いいえ
(6) その他、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いを行う時期やタイミングがありましたら具体的にご記入ください。	

問 38 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定について、ガイドラインに沿った対応に取り組む上で困難になることがあるか、それぞれについてご回答ください。		
(1) 施設として、人生の最終段階における医療・ケアの取組に関する方針・指針を定めることが困難である	01 はい	02 いいえ
(2) 人生の最終段階における医療・ケアに取り組むことに <u>貴施設の管理医師</u> を前向きにすることが困難である	01 はい	02 いいえ
(3) 人生の最終段階における医療・ケアに取り組むことに <u>貴施設の管理医師以外の施設スタッフ</u> を前向きにすることが困難である	01 はい	02 いいえ
(4) 人生の最終段階における医療・ケアとして取り組む内容に関し、職員（管理医師、その他の施設スタッフ）の理解を深めることが困難である	01 はい	02 いいえ
(5) 本人の意思が明確ではない時の支援が困難である	01 はい	02 いいえ
(6) 本人の希望と取り組む環境（身体の状態、介護力、経済的な問題等）に差がある場合の調整が困難である	01 はい	02 いいえ
(7) 意思推定者を定めることが困難である	01 はい	02 いいえ
(8) 関係者（本人、家族等、施設や在宅サービスのスタッフ）の意思統一を図ることが困難である	01 はい	02 いいえ
(9) 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定のための話し合いを持つことに本人・家族等を前向きにすることが困難である	01 はい	02 いいえ
(10) 予期せぬ変化があった時に、本人・家族等の意思を繰り返し確認することが困難である	01 はい	02 いいえ
(11) 繰り返し話し合う時間をとることが困難である	01 はい	02 いいえ
(12) その他、ガイドラインに沿った対応に取り組む上で困難になることがありましたら具体的にご記入ください。		

問 39 新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定を行う上で、通常の実施方法等に変化がありましたか。	
01 あった	02 なかった

【問 40 は、問 39 で「01 あった」を選ばれた場合にご回答ください】

問 40 新型コロナウイルス感染症の発生による、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定の実施方法の変化の有無について、それぞれご回答ください。	
(1) 家族との面談頻度が減った	01 有 02 無
(2) コロナ感染時の説明が必要になった	01 有 02 無
(3) コロナ感染で病院での看取り対応となり、本人の意向が反映できなかった	01 有 02 無
(4) その他、新型コロナウイルス感染症の発生により、人生の最終段階における医療・ケアの方針決定の実施方法への変化がありましたら具体的にご記入ください。	

◎ 最後に貴施設の基本事項についてお伺いします。

問 41 貴施設の開設主体としてあてはまるものをお選びください。(○は1つ)	
01 医療法人	03 社会福祉法人
02 市区町村、広域連合、一部事務組合	04 その他()

問 42 貴施設に併設する医療機関や介護医療院、もしくは貴施設の同一法人や関連法人 ^注 が運営していて、近隣にあって密接に関わっている医療機関や介護医療院がありますか。(○はいくつでも) なお、「01」を選ばれた場合は、当該病院の保有する病床の種類としてあてはまるものを全てお選びください。また、「02」を選ばれた場合は、当該診療所の種類をお選びください。							
01 病院 ⇒ 病床種類 (該当する全てに○)	<table border="1"> <tr> <td>11 一般病床(12~16以外)</td> <td>14 医療療養病床</td> </tr> <tr> <td>12 地域包括ケア病棟(病床)</td> <td>15 精神病床</td> </tr> <tr> <td>13 回復期リハビリテーション病床</td> <td>16 その他の病床(障害病床等)</td> </tr> </table>	11 一般病床(12~16以外)	14 医療療養病床	12 地域包括ケア病棟(病床)	15 精神病床	13 回復期リハビリテーション病床	16 その他の病床(障害病床等)
11 一般病床(12~16以外)	14 医療療養病床						
12 地域包括ケア病棟(病床)	15 精神病床						
13 回復期リハビリテーション病床	16 その他の病床(障害病床等)						
02 診療所 ⇒ 施設種類 (11 有床診療所 12 無床診療所)							
03 介護医療院/介護療養型医療施設							

注 本調査における「関連法人」とは、人事、資金等の関係を通じて、貴施設の経営方針に対して重要な影響を与えることができる法人を指します。

調査は以上となります。ご協力いただきましてありがとうございます。