

施設特性調査票

■ 回答者の名前と連絡先をご記入ください。

ご担当者氏名		部署・役職	
電話番号		ファクス番号	
施設名			
住所	〒		

問1 貴施設の開設主体について、該当するもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 01 国 | 05 社会保険関係団体 | 09 社団・財団法人 |
| 02 都道府県 | 06 広域連合・一部事務組合 | 10 その他の法人 |
| 03 市区町村 | 07 医療法人 | 11 個人 |
| 04 公的（日赤・済生会等） | 08 社会福祉法人 | |

問2 貴施設に併設する施設・事業所について、該当するもの全てに○をつけてください。

- | | | |
|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 01 併設なし | 07 認知症グループホーム | 12 訪問看護事業所 ^{注3} |
| 02 病院 | 08 その他の介護施設（ケア付き住宅等） ^{注1} | 13 訪問介護事業所 |
| 03 有床診療所 | 09 短期入所事業所（ショートステイ） ^{注2,3} | 14 訪問リハビリテーション事業所 ^{注3} |
| 04 無床診療所 | 10 通所介護事業所（デイサービス） | 15 その他の居宅介護サービス |
| 05 介護老人保健施設 | 11 通所リハビリテーション事業所（デイケア） ^{注3} | 16 その他（ ） |
| 06 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | | |

問3 貴施設の定員・入所者数・所属する職員数（常勤換算・小数点第一位まで）をご記入ください。

施設種別		定 員	入所者数	医 師	看護職員	介護職員
老 健 特 養	① 介護老人保健施設	人	人	人	人	人
	② 介護療養型老人保健施設	人	人	人	人	人
	③ 介護老人福祉施設	人	人	人	人	人
	④ 地域密着型介護老人福祉施設	人	人	人	人	人

問4 平成20年4月以降に療養病床等の病床から転換して開設された施設である場合は、転換前の医療機関の種類について該当するもの全てに○をつけてください。

- | | |
|--------------|-----------|
| 01 介護療養型医療施設 | 03 一般病棟 |
| 02 医療療養病棟 | 04 その他の病棟 |

注1：有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅 等

注2：短期入所生活介護事業所および短期入所療養介護事業所

注3：みなし指定を含む。

問5 貴施設において、全く受け入れていない入所者として該当するもの全てに○をつけてください。

- | | | |
|-----------------|------------------------|-------------------|
| 01 気管切開をしている | 07 人工透析をしている | 13 重篤な合併症を併発している |
| 02 中心静脈栄養をしている | 08 人工呼吸器をつけている | 14 当該施設での看取りを希望する |
| 03 経鼻経管栄養をしている | 09 喀痰吸引の必要がある | 15 家族や身元引受人がいない |
| 04 胃ろう・腸ろうをしている | 10 重度の褥瘡がある | 16 その他（ ） |
| 05 インスリンを投与している | 11 感染症（MRSA、緑膿菌など）がある | |
| 06 酸素療法をしている | 12 重度の認知症（徘徊を含む）の状態にある | |

問6 貴施設が地域で果たす役割のうち、特に重要と考えるもの全てに○をつけてください。

- | | |
|---------------------------|-----------|
| 01 医療機関からの患者受入 | 05 長期療養 |
| 02 在宅・介護施設からの急性増悪者受入 | 06 日常生活支援 |
| 03 家族への支援（レスパイト・介護困難者の支援） | 07 看取り |
| 04 在宅復帰支援 | 08 その他（ ） |

設問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。