

令和 7 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進にかかる調査研究事業 調査票

【*調査票のご記入について*】

※回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送頂いて構いません。

※選択式の設問は、該当の番号に原則1つ○を付けてください。複数選んでいただく場合には、「該当するすべての番号に○」と質問に記載してあります。

※数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。該当しない場合は「0(ゼロ)」とご記入ください。

※調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、管理者や事務長、また、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答下さい。

※特に断りのない限り、令和7年10月1日現在の状況についてご回答ください。

※調査票の提出期限は、令和7年12月26日(金)にてお願いしております。

都道府県		電話番号	
貴施設名			
会員番号※封筒の宛名に記載の番号を転記してください			

1 施設概要についてお伺いします。

問1. 施設類型	1.超強化型 2.在宅強化型 3.加算型 4.基本型 5.その他型 6.療養型		
問2.「問1」で選択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、小数点第1位まで(例:10.5%)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7年3月～8月等)】(注1)			%
在宅復帰率の算出に用いた退所者数等【前6月間(令和7年3月～8月等)】			
①前6月間における居宅への退所者の延数(注2～5)			人
②前6月間における退所者の延数(注4、5)			人
③前6月間における死亡した者の総数(注4)			人
注1:②-③の値が0の場合、在宅復帰率は0%とする。 注2:当該施設における入所期間が1月間を超えていた者の延数。 注3:居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。 注4:当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。 注5:退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。			
2)ベッド回転率【前3月間(令和7年6月～8月等)】			%
ベッド回転率の算出に用いた入所者数、退所者数等【前3月間(令和7年6月～8月等)】			
①直近3月間の延べ入所者数(注6)			人
②直近3月間の新規入所者の延数(注6、7)			人
③直近3月間の新規退所者数(注8)			人
注6:入所者とは、毎日 24 時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。 注7:新規入所者数とは、当該3月間に新たに当該施設に入所した者の数をいう。当該3月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。 注8:当該3月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者を含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、1週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。			
3)入所前後訪問指導割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】			%
4)退所前後訪問指導割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】			%

5) 居宅サービスの実施 【前3月間(令和7年6月～8月等)】 ※届出の有無ではなく、提供実績の有無をご回答ください。	①訪問リハビリテーション	1. 有⇒延べ利用者数()人 2. 無
	②通所リハビリテーション	1. 有⇒延べ利用者数()人 2. 無
	③短期入所療養介護	1. 有 2. 無
6) ①リハビリ専門職の配置(入所者100人当たり)【前3月間(令和7年6月～8月等)】		人
6) ②リハビリ専門職の配置(入所者100人当たり)において、職種ごとに、0.2人以上配置の有無についてご回答ください。	(1)理学療法士	1. 有 2. 無
	(2)作業療法士	1. 有 2. 無
	(3)言語聴覚士	1. 有 2. 無
7) ①支援相談員の配置(入所者100人当たり)【前3月間(令和7年6月～8月等)】		人
7) ②社会福祉士の配置		1. 有 2. 無
8) 要介護4又は5の割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】		%
9) 喀痰吸引の実施割合【前3月間(令和7年6月～8月等)】		%
10) 経管栄養の実施割合【前3月間(令和7年6月～8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)		1. 有 2. 無
12) リハビリテーションマネジメントの実施		1. 有 2. 無
13) (リハビリにおける)医師の詳細な指示の実施		1. 有 2. 無
14) 地域に貢献する活動の実施		1. 有 2. 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)		1. 有 2. 無
問3. 併設医療機関の状況 (該当するすべての番号に○)	1. 併設病院がある 2. 併設の有床診療所がある 3. 併設の無床診療所がある 4. 併設していない同一法人・関連法人の病院がある 5. 併設していない同一法人・関連法人の診療所がある 6. いずれもない	

2 入所者や短期入所療養介護(ショートステイ)の利用者についてお伺いします。

問 4. 令和7年 10 月1日 24 時時点の入所者数等についてご記入ください。						
①入所定員	人		②入所者数(除短期入所)			人
③要介護度別入所者数 (除短期入所)	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
④短期入所の利用定員の有無	1. 有⇒() 人		⑤短期入所の利用者数		人	
	2. 無(空床利用)					

問 5. 入所・利用目的ごとに、それぞれ何人ぐらい当てはまりますか。また、各利用目的で「対象者の詳細」欄に該当する人が含まれていれば、その番号に○を付けてください。 ※入所・利用目的が複数項目に該当する場合は、最もあてはまる目的1つに計上してください。			
1) 令和7年9月の1か月間の新規入所者(リピート利用を含む、短期入所療養介護の利用者を除く)			
	入所目的	該当人数	対象者の詳細 (該当するすべての番号に○)
(1)	在宅復帰 を目指して、病院や 他施設から入所	人	1. 急性期病院から入所 2. 急性期以外の病院(地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟等)から入所 3. 他の老健施設や介護医療院からの転所
(2)	在宅生活を維持 するため、自宅等から入所	人	1. リハビリテーションによる ADL 維持・向上 2. 在宅生活中に認知症が進行(BPSD 出現等) 3. 介護者のレスパイト、介護者の体調不良・入院 4. 農繁期・繁忙期の負担軽減、冠婚葬祭、避暑・避寒 5. 医療的ケア、病後の経過観察 6. 服薬管理 7. 服薬調整・服薬内容の見直し
(3)	他施設への入所待機 (特養、各種ホーム、サ高住等)	人	1. 特別養護老人ホーム(特養)の入所待機 2. 特養以外の各種ホーム、サ高住等への入所待機
(4)	看取り、ターミナル期への対応	人	1. 施設での看取りを希望 2. 看取りではないが、終末期に近い状態
(5)	その他 上記(1)～(4)以外	人	1. 在宅復帰の可能性を模索中 2. 認知症や家庭の事情で方針が決められない 3. 虐待からの避難、行政による措置 4. その他(具体的に:)

2)令和7年9月の1か月間の短期入所療養介護(ショートステイ)利用者の利用目的(8月以前から利用を継続している人についても回答してください)。			
	利用目的	該当人数	対象者の詳細 (該当するすべての番号に○)
(1)	介護者のレスパイトや 介護者不在時の対応等	人	1. 介護者のレスパイト、介護者の体調不良・入院 2. 農繁期・繁忙期の負担軽減、冠婚葬祭、避暑・避寒
(2)	医療的ケア	人	1. 医療的ケア、病後の経過観察、在宅では困難な医療的対応 2. 服薬管理 3. 服薬調整・服薬内容の見直し 4. 認知症の精神症状の増悪
(3)	リハビリテーション	人	
(4)	在宅復帰 を目指して、病院退院直後や 他施設からの利用	人	1. 急性期病院から入所 2. 急性期以外の病院(地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟等)から入所 3. 他の老健施設や介護医療院からの転所
(5)	その他 上記(1)～(4)以外	人	1. 他施設への入所待機 2. 長期療養・長期生活 3. 住宅改修等 4. 看取り 5. 虐待からの避難、行政による措置 6. その他(具体的に:)

問6. 令和7年7月～9月の3か月の新規入所者(注1)(短期入所療養介護の利用者を除く)の入所前の居所、同期間の退所者(注2)の退所先の居所について、ご回答ください。同じ人が、令和7年7月～9月の3か月間に2回以上入所した場合、その都度、計上してください。			
居所	A)入所前		B)退所先
①病院・有床診療所	人		人
i)うち、急性期一般病棟、地域包括医療病棟	人		人
ii)うち、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟(床)	人		人
②介護医療院	人		人
③他の介護老人保健施設	人		人
④特別養護老人ホーム	人		人
⑤自宅等(ただし、⑥、⑦を除く)	人		人
⑥短期入所生活介護、短期入所療養介護、(看護)小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスを利用	人		人
⑦居住サービス※を利用 ※認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム・軽費老人ホーム	人		人
⑧死亡による退所			人
⑨その他	人		人
合計人数	人		人
上記の各合計人数のうち、入所前または退所時に訪問診療または訪問看護を利用している人の人数	人		人

注1:問2の注7に同じ、注2:問2の注8に同じ

問7. 令和7年10月1日24時時点の入所者数(短期入所療養介護の利用者を除く)のうち、1年以上の長期入所者についてお伺いします。			
1)入所から1年以上が経過している人の有無		1.有 ➡ ()人 2.無	
【1)で「1.有」の場合】 2)退所が困難である主な理由として該当する入所者の人数をご回答ください。 (1入所者につき主な理由を1つ選択して計上)	①認知症が重度である		人
	②自宅等では療養困難な医療処置を必要とする 具体的内容:		人
	③自宅等では療養困難な精神疾患を有する 具体的内容:		人
	④特別養護老人ホームの入所待機中		人
	⑤在宅生活を支える介護サービスが乏しい		人
	⑥入所者本人の希望		人
	⑦家族の希望		人
	⑧その他 具体的内容:		人

4 協力医療機関についてお伺いします。

問 12. 協力医療機関数	病院	施設	診療所	施設
1) 貴施設の主たる医療機関 1か所との関係	1. 併設病院 2. 併設ではないが、同一法人または関連法人の病院 3. 同一法人または関連法人以外の病院 4. 併設診療所 5. 併設ではないが、同一法人または関連法人の診療所 6. 同一法人または関連法人以外の診療所			
2) 主たる協力医療機関が 病院 の場合、病床種別(該当するすべての番号に○)	1. 一般病床(「3」「4」「5」を除く) 2. 精神病床 3. 回復期リハビリテーション病棟 4. 地域包括ケア病棟(床) 5. 障害者施設等病棟 6. 結核病床・感染症病床 7. 療養病床(「3」「4」を除く) 8. その他、不明			
3) 主たる協力医療機関が 診療所 の場合、病床の有無			1. 有 2. 無	
4) 主たる協力医療機関が 診療所 の場合、在宅療養支援診療所ですか		1. 在宅療養支援診療所である 2. 在宅療養支援診療所ではない 3. わからない		
5) 主たる協力医療機関とどのような連携を行っていますか(該当するすべての番号に○)		1. 紹介状や診療情報提供書を用いて情報共有を行っている 2. ICTを使って情報共有を行っている 3. 定期的な診療や往診を依頼している 4. 入所時・退所時にかかりつけ医と連絡を取っている 5. 急変時や医療的判断が必要な際に相談している 6. 必要時に入院をお願いしている 7. 連携はほとんどない 8. その他(具体的に記入ください:)		

5 医学管理等についてお伺いします。

問 13. 以下のような状態・医療処置を要する人の入所希望があった際の、貴施設の対応について、最も近い選択肢を選んでください。(○はそれぞれ1つ)				
	1	2	3	4
	自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない	協力病院・診療所の支援を受けて対応できる	相当の検討を要する／対応できない
1) 慢性心不全	1	2	3	4
2) 慢性腎不全	1	2	3	4
3) パーキンソン病	1	2	3	4
4) ワルファリン等による脳梗塞の再発予防	1	2	3	4
5) インスリン治療を伴う糖尿病の管理	1	2	3	4
6) 在宅酸素療法の管理	1	2	3	4
7) 骨関節疾患に伴う疼痛の管理	1	2	3	4
8) 悪性腫瘍に伴う疼痛の管理	1	2	3	4
9) 活発な BPSD を伴う認知症	1	2	3	4
10) 急性腹症への対応	1	2	3	4
11) 急性心不全発症への対応	1	2	3	4
12) 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	1	2	3	4
13) 抗悪性腫瘍剤(内服)の使用・管理	1	2	3	4
14) 麻薬(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
15) 麻薬の内服、貼付、坐剤の使用・管理	1	2	3	4
16) ドレナージの管理	1	2	3	4
17) 経鼻・経管栄養	1	2	3	4
18) 中心静脈栄養	1	2	3	4
19) 腹膜透析(在宅自己腹膜灌流含む)	1	2	3	4
20) 血液透析	1	2	3	4

問 14. 医療的ケア児者を受け入れていますか	1. はい 2. いいえ
-------------------------	--------------

問 15. 貴施設では、入所者のポリファーマシー※対策に、積極的に取り組んでいますか。

※ポリファーマシー： 単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランスの低下等の問題につながる状態を指します。

1. かかりつけ医と連携し、処方内容の見直しや減薬に積極的に取り組んでいる

2. かかりつけ医との連携には課題があるが、処方内容の見直しや減薬に積極的に取り組んでいる

3. 入所中に状態の変化等がみられた場合やポリファーマシーが疑われる場合には、処方内容の見直しや減薬を行っている

4. なるべく処方内容の変更は行わない方針

5. その他（具体的に： _____）

【問 15 で、「1. ～3.」を選択した場合】1) 処方内容の見直しとして、服薬回数を減らすこと（1日3回投与を1日1回にする等）の取組を行っていますか。

1. はい 2. いいえ

【問 15 で、「4. なるべく処方内容の変更は行わない方針」を選択した場合】2) 理由（該当するすべての番号に○）

1. 薬剤調整や処方変更後の経過観察等の対応に多くの時間を要するため

2. 入所者や家族への説明が困難なため

3. ポリファーマシーに関する専門性を有する職員が不在または不足しているため

4. 薬剤調整や減薬をしたとしても、退所後に処方内容が元に戻ることがあったため

5. 薬剤調整や減薬を行うと、退所後のかかりつけ医と良好な関係が作れないため

6. その他（具体的に： _____）

問 16. 令和7年9月において、①～⑤の疾患の発症件数、所定疾患施設療養費を算定した入所者の実人数、算定延べ日数をご記入ください。また、医療機関へ入院した件数についてご記入ください。入院が1件以上だった場合、その理由を以下の選択肢からお選びください。（除短期入所者）

	(A) 発症件数(注1)	(B) (A)のうち、所定疾患施設療養費を算定した実人数(注2)	(C) (B)の算定延べ日数(注3)	(D) (A)のうち、医療機関へ入院した件数
① 肺炎	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
② 尿路感染症	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
③ 带状疱疹	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
④ 蜂窩織炎	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		
⑤ 慢性心不全の増悪	件	I ()人 II ()人	I 延べ()日 II 延べ()日	件
	(E)入院理由	1・2・3・4・5・6・7(具体的に： _____)		

【医療機関へ入院した件数が1件以上あった場合：(E)入院理由の選択肢(上記の傷病ごとに、該当するすべての番号に○)】

1. 医師の専門外のケースであったため

2. 施設では対応ができない重症度であったため

3. 現行報酬では費用が施設の持ち出しになり、対応が困難であったため

4. 施設の方針により、急変時の対応については医療機関で治療を行うこととしているため

5. 本人からの希望があったため

6. 家族からの希望があったため 7. その他(具体的に)

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、同じ入所者が発症した場合＝2件)

注2: 算定した実人数をご回答ください。(例: 9/1～9/5 に、同じ入所者に算定した場合＝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、算定期間が前後の月にまたがる場合(例: 3/28～4/1、9/29～10/2 等)は、3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。

<p>問 17. 令和 7 年 4 月～9 月の半年間の、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況等について、お伺いします。算定人数 をご記入の上、0 人の項目については、その理由を以下の選択肢からお選びください。(該当するすべての番号に○)</p>				
1)算定した 実人数	(Ⅰ) イ	(Ⅰ) ロ	(Ⅱ)	(Ⅲ)
	人	人	人	人
【0 人の場合】 2)算定しなかつた理由	1・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10・ 11・ 12・ 13:具体的に	1・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10・ 11・ 12・ 13:具体的に	1・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10・ 11・ 12・ 13:具体的に	1・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10・ 11・ 12・ 13:具体的に
<p>【算定しなかった理由の選択肢】</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">1.療養上必要な指導を行えなかった</div> <div style="width: 50%;">2.入所期間の見込が3か月未満であった</div> <div style="width: 50%;">3.LIFE を用いた情報の提出ができなかった</div> <div style="width: 50%;">4.入所中に1種類以上減少していたが、退所時には減少していなかった</div> <div style="width: 50%;">5.服用開始から 4 週間以上経過した 6 種類以上の内服薬を処方されていた入所者がいなかった</div> <div style="width: 50%;">6.主治の医師の合意が得られなかった</div> <div style="width: 50%;">7.主治の医師への情報提供を行えなかった</div> <div style="width: 50%;">8.施設で変更後の確認を行う体制や人員が整っていなかった</div> <div style="width: 50%;">9.高齢者の薬物療法に関する研修を受講した医師又は薬剤師がいなかった</div> <div style="width: 50%;">10.入所者またはご家族から同意が得られなかった</div> <div style="width: 50%;">11.かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定方法が不明だった</div> <div style="width: 50%;">12. (Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定していない</div> <div style="width: 50%;">13.その他(具体的に)</div> </div>				

注1:在所日数:リポート利用の人は、直近の入所日～死亡退所となった日までの日数で算出してください。

注2:令和7年4月～9月の半年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(実人数)をご回答ください。(例:8/1～8/5に、同じ利用者に算定=1人)

7

問 21. 算定が難しいと思われる加算があれば、加算の番号に○を付け、算定が難しい理由を選んでください。		
↓	算定が難しい加算の番号に○	算定が難しい理由(該当するすべての番号に○)
1	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ又はⅡ)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10()
2	認知症専門ケア加算(Ⅰ又はⅡ)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
3	認知症チームケア推進加算(Ⅰ又はⅡ)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
4	認知症行動・心理症状緊急対応加算	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
5	短期集中リハビリ実施加算Ⅰ (258 単位/日)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
6	経口移行加算 (28 単位/日)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
7	経口維持加算(Ⅰ) (400 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
8	経口維持加算(Ⅱ) (100 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
9	口腔衛生管理加算(Ⅱ) (110 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
10	療養食加算(6 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
11	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (3 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
12	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) (13 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
13	排せつ支援加算(Ⅱ) (15 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
14	排せつ支援加算(Ⅲ) (20 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
15	短期入所療養介護／緊急短期入所受入加算	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
16	初期加算(Ⅰ) (60 単位/日)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
17	協力医療機関連携加算(Ⅰ)(50 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
18	協力医療機関連携加算(Ⅱ)(5 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
19	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(53 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
20	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)(33 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
21	自立支援促進加算 (300 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
22	科学的介護推進体制加算Ⅰ(40 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
23	科学的介護推進体制加算Ⅱ(60 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
24	退所時情報提供加算(Ⅰ)(500 単位)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
25	栄養マネジメント強化加算	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
26	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(10 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
27	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)(5 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
28	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(100 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
29	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(10 単位/月)	1・2・3・4・5・6・7・8・10()
【算定が難しい理由の選択肢】 1.対象疾患・状態に該当する入所者がいない 2.実施の頻度・内容が要件を満たしていない 3.必要な人員配置が確保できない 4.事務手続きや申請業務の負担が大きい 5.加算の内容や基準が分かりにくい 6.経済的なメリットが少ない 7.他の加算を優先している 8.施設の設備・体制が基準を満たしていない 9.医師が必要な研修を終えていない(認知症短期集中リハビリテーション実施加算のみ) 10.その他(具体的に)		

問 22. 介護老人保健施設が在宅復帰・在宅療養支援機能の促進をするにあたって課題と思われることを自由にご記入ください

質問は以上で終わります。ご協力いただき、ありがとうございました。