

平成30年7月20日(金) までにFAX又はメールにてご返送ください

ご記入日：平成30年____月____日

※平成30年度介護報酬改定の影響を含めた緊急調査です。回答が可能な範囲でご協力をお願いします。
回答が困難な項目については、空欄でご提出ください。

※ご記入いただいた内容は、統計的な処理を行い、施設個別情報を公表することは一切ありません。

平成30年度介護報酬改定に関する緊急調査

市町	市・町	貴施設名				
ご記入者名		定員	入所 (短期含)	名	通所 (予防含)	名

I. 貴老健施設の概要に関する質問

問1. 貴施設の概要についてお伺いします。(該当する番号に○を付けてください)

設置主体	1. 医療法人 2. 社会福祉法人 3. 社団法人・公益法人 4. その他	設置形態	1. 独立型 2. 病院併設 3. 診療所併設 4. 特養併設 5. その他		
貴施設の開設許可	【昭和・平成】(____年____月)開設				
施設 類型	平成29年	1. 在宅強化型 2. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定			3. 従来型
	平成30年	1. 超強化型	2. 在宅強化型	3. 加算型	4. 基本型 5. その他型
通所 区分	平成29年	1. 通常規模	2. 大規模事業所Ⅰ	3. 大規模事業所Ⅱ	4. 休止
	平成30年	1. 通常規模	2. 大規模事業所Ⅰ	3. 大規模事業所Ⅱ	4. 休止

※「施設類型」「通所区分」とも、平成29年、30年6月のレセプト請求時の類型について○をつけてください。

問2. 平成30年度介護報酬改定の影響についてお尋ねします。

(1)稼働率についてご回答ください。

入所 ベッド稼働率	平成29年6月	%	通所リハ 稼働率	平成29年6月	%
	平成30年6月	%		平成30年6月	%

(2)今回の改定について、貴施設の収入への影響に近いものに○をつけてください。

1. 想定より上がりそうである	2. 上がりそうである	3. 影響はない	4. 下がりそうである	5. 想定より下がりそうである
-----------------	-------------	----------	-------------	-----------------

(3)今年度の施設類型の見込みについてご回答ください。

1. 1ランク上がる	2. 2ランク以上上がる	3. 現状を維持	4. 1ランク下がる	5. 2ランク以上下がる
------------	--------------	----------	------------	--------------

問3. 今回の改定についてのご意見等をご記入ください。

(自由記述)