

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

入院医療等における実態調査  
施設調査票(A)

- 特に指定がある場合を除いて、平成28年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

■ 貴院の基本情報について、別途 確認票(Webサイト参照)にてご確認ください。

問1 貴院の許可病床数についてご回答ください。

① 一般病床	床	④ その他の病床	床
② 療養病床	床	⑤ 合計	床
③ 精神病床	床		

問2 貴院の手術等の実施件数についてご回答ください。

2-1 手術等実施件数(平成27年11月~平成28年10月の1年間)					
① 手術の実施件数	年間	件	④ 腹腔鏡下手術	年間	件
(うち)全身麻酔の件数	年間	件	⑤ 放射線治療(体外照射法)	年間	件
② 人工心肺を用いた手術	年間	件	⑥ 化学療法	年間	件
③ 悪性腫瘍の手術	年間	件	⑦ 分娩件数	年間	件

問3 貴院の職種別の職員数(常勤換算)についてご回答ください。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算 <sup>注</sup> )(平成28年11月1日時点)					
① 医師	.	人	⑨ 作業療法士	.	人
② 歯科医師	.	人	⑩ 言語聴覚士	.	人
③ 看護師	.	人	⑪ 臨床心理技術者	.	人
④ 准看護師	.	人	⑫ 診療放射線技師	.	人
⑤ 看護補助者	.	人	⑬ 臨床検査技師	.	人
(うち)介護福祉士	.	人	⑭ 相談員	.	人
⑥ 薬剤師	.	人	(うち)社会福祉士	.	人
⑦ 管理栄養士	.	人	⑮ 事務職員	.	人
⑧ 理学療法士	.	人	⑯ その他の職員	.	人

注) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第1位まで(小数点第2位を切り上げ)を記入。  
例: 常勤職員の1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

※ 下記問4については、貴院が一般病棟(7対1)を有している場合のみご回答ください。

**問4 貴院の一般病棟(7対1、10対1)における病棟群による届出状況についてお伺いいたします。**

4-1 病棟群による届出の有無(平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)	
01 現に病棟群で届出ている	02 届出していない
■ 上記4-1で「01 現に病棟群で届出ている」を選択した場合、その理由を選択してください。	
4-1-1 現に病棟群で届出ている理由 (該当する番号すべてに○)	
01 7対1入院基本料のみでは重症度、医療・看護必要度の施設基準を維持できないため	
02 10対1入院基本料の届出への変更を予定しているが、急激な雇用の変化を緩和するため	
03 その他( )	
■ 上記4-1で「02 届出していない」を選択した場合、今後の届出の意向として最も近いものを選択してください。	
4-1-2 今後の届出の意向 (該当する番号1つに○)	
01 一般病棟(10対1)への変更を予定していないので、今後も病棟群での届出はおこなわない	
02 一般病棟(10対1)への変更を予定しているが、段階的変更は不要なので、今後も病棟群での届出はおこなわない	
03 一般病棟(10対1)への変更を予定しているので、病棟群での届出について検討中/準備中である	

**問5 貴院の一般病棟(7対1、10対1)についてお伺いいたします。**

5-1 病棟数、病床数等(平成28年11月1日時点)	病棟数	届出病床数	入院患者数
① 一般病棟(7対1)	棟	床	人
② 一般病棟(10対1)	棟	床	人
③ 病棟群(7対1) ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	棟	床	人
④ 病棟群(10対1) ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	棟	床	人

5-2 新入棟、退棟患者数等(平成28年8月~10月の3か月間)	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延日数
① 一般病棟(7対1)	人	人	日
② 一般病棟(10対1)	人	人	日
③ 病棟群(7対1) ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	人	人	日
④ 病棟群(10対1) ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	人	人	日

5-3 改定前・改定後の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合	平成27年8月~10月※1	平成28年8月~10月※2
① 一般病棟(7対1)	. %	. %
② 一般病棟(10対1)	. %	. %
③ 病棟群(7対1) ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	. %	. %
④ 病棟群(10対1) ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	. %	. %

※1. 平成27年度時における「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)3点以上を満たす患者割合。

※2. 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点(A得点)2点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)3点以上、A得点3点以上又は手術等の医学的状況に係る得点(C得点)が1点以上を満たす患者割合。

5-4 在宅復帰率等（平成28年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率※	平均在院日数
① 一般病棟（7対1）	. %	. 日
② 一般病棟（10対1）	. %	. 日
③ 病棟群（7対1） ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	. %	. 日
④ 病棟群（10対1） ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。	. %	. 日

※「在宅復帰率」＝A÷B：A. 該当する病棟から、自宅、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟、在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所、在宅機能強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出ている老健施設、居住系介護施設等へ退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）。

5-5 病床利用率	平成27年10月の 1か月間	平成28年10月の 1か月間
① 一般病棟（7対1）	. %	. %
② 一般病棟（10対1）	. %	. %
③ 病棟群（7対1） ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。 （平成27年10月は病棟群（7対1）の病棟で算出してください。）	. %	. %
④ 病棟群（10対1） ※現に病棟群で届出ている場合の記入欄です。 （平成27年10月は病棟群（10対1）の病棟で算出してください。）	. %	. %

※「病床利用率」＝A÷B：A. 10月の在院患者延数×100、B. 届出病床数×31

5-6 90日を超えて入院する患者の取扱い別の病棟数等（平成28年11月1日時点）	病棟数	届出病床数
① 一般病棟（7対1、10対1）の病棟	棟	床
（うち）90日超は出来高算定で、平均在院日数の計算対象	棟	床
（うち）療養病棟と同等の報酬体系で、平均在院日数の計算対象外	棟	床

5-7 90日を超えて入院する患者の取扱い別の入院患者数	入院患者数	入院後 30日以下	30日超、 90日以下	長期入院 (90日超)
① 一般病棟（7対1、10対1）の病棟（平成27年11月1日時点）	人	人	人	人
（うち）90日超は出来高算定で、平均在院日数の計算対象	人			人
（うち）療養病棟と同等の報酬体系で、平均在院日数の計算対象外	人			人
② 一般病棟（7対1、10対1）の病棟（平成28年11月1日時点）	人	人	人	人
（うち）90日超は出来高算定で、平均在院日数の計算対象	人			人
（うち）療養病棟と同等の報酬体系で、平均在院日数の計算対象外	人			人

問6 貴院の集中治療室についてお伺いたします。

6-1 集中治療室における病床数、病床利用率 （平成28年11月1日時点）	届出状況（該当する番号すべてに○）					病床数	病床利用率
① 救命救急病室等（救命救急入院料）	01 入院料1	02 入院料2	03 入院料3	04 入院料4	05 届出なし	床	%
② ICU（特定集中治療室管理料）	01 管理料1	02 管理料2	03 管理料3	04 管理料4	05 届出なし	床	%
③ HCU（ハイケアユニット入院医療管理料）	01 管理料1	02 管理料2	03 届出なし			床	%
④ その他（SCU・PICU・NICU・MFICU）	01 SCU	02 PICU	03 NICU	04 MFICU	05 届出なし	床	%

※ 問7については、貴院が改定前に10対1一般病棟(専門病院・特定機能病院を含む)を届出していた場合、記入不要です。

**問7 貴院において改定前に一般病棟(7対1)を届出していた病棟の現時点の状況についてお伺いします。**

7-1 改定前(平成28年3月31日時点)に一般病棟(7対1)を届出していた病棟の状況		病棟数	届出病床数
改定前(平成28年3月31日時点)に一般病棟(7対1)を届出していた病棟		棟	床
平成28年11月1日時点の内訳	① 平成28年11月1日時点、一般病棟(7対1)を届出している	棟	床
	② 平成28年11月1日時点、一般病棟(10対1)へ転換	棟	床
	③ 平成28年11月1日時点、回復期リハビリテーション病棟へ転換	棟	床
	④ 平成28年11月1日時点、地域包括ケア病棟入院料1の病棟へ転換	棟	床
	⑤ 平成28年11月1日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料1の病室へ転換	室	床
	⑥ 平成28年11月1日時点、地域包括ケア病棟入院料2の病棟へ転換	棟	床
	⑦ 平成28年11月1日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料2の病室へ転換	室	床
	⑧ 平成28年11月1日時点、上記②～⑦以外の病棟・病室へ転換		床
	⑨ 平成28年11月1日時点、休床としている病床		床

■ 上記7-1で②～⑧に記入が無い場合、下記7-1-1についてご回答ください。

**7-1-1 一般病棟(7対1)を届出している理由** (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01 一般病棟(7対1)相当の看護配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため	
02 一般病棟(7対1)から他病棟へ転換すると、地域のニーズに応えられなくなる懸念があるため	
03 施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため	
04 現在、一般病棟(7対1)に応じた職員を雇用しており、転換することで余剰職員が発生するため	
05 一般病棟(7対1)の方が、他の病棟と比較して収益が上げやすいため	
06 一般病棟(7対1)から他の病棟へ転換することで、職員のモチベーションが低下するため	
07 一般病棟(7対1)から他の病棟へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため	
08 その他( )	

■ 上記7-1で②～⑧に記入が有る場合、下記7-1-2についてご回答ください。

**7-1-2 一般病棟(7対1)から転換した理由** (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01 実際の患者の状態に、より即した入院料が設定されたため	
02 他の入院料と一般病棟(7対1)を組み合わせることで、より患者の状態に即した医療を提供できるため	
03 一般病棟(7対1)から他病棟へ転換することで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため	
04 看護師の確保が困難なため	
05 重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため	
06 平均在院日数の基準を満たすことが困難なため	
07 十分な退院支援を実施することが困難なため	
08 全て他の入院料へ転換 又は 一部を他の入院料へ転換した方が収益を上げやすいため	
09 一般病棟(7対1)から他病棟へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため	
10 一般病棟(7対1)から他病棟へ転換することで、職員の負担軽減につながるため	
11 その他( )	

**問 8 貴院の病棟等に関する今後の届出の意向についてお伺いいたします。**

■ 今後の入院料等別の病床数の増減の意向について、貴院の考えに最も近いものに○を1つ付けてください。

※【現時点の状況】届出の有無について「02 届出なし」を選択した場合にも、【今後の意向】入院料等別の病床数の増減の意向についてお答えください。

8-1 今後の入院料等別の病床数の増減の意向 (該当する番号それぞれ1つに○)	【現時点の状況】 届出の有無		【今後の意向】 入院料等別の病床数の増減の意向		
	01	02	01	02	03
① ICU (PICU、NICU を除く)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
② HCU	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
③ 一般病棟 (7対1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
④ 一般病棟 (10対1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑤ 地域包括ケア病棟 (病室)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑥ 回復期リハビリテーション病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑦ 療養病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑧ 精神病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)

**問 9 貴院の外来患者数についてお伺いします。**

9-1 外来患者数 (平成 28 年 10 月の 1 か月間)		
① 初診の患者数		人
(うち) 紹介状により紹介された患者数		人
② 再診の延べ患者数	延べ	人
③ 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数		人

**問 10 貴院の救急の患者数についてお伺いします。**

10-1 救急の患者数 (平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間)		
① 救急自動車により搬入された初診患者数		人
(うち) 入院に至った患者数		人
② 休日または夜間に、救急自動車以外の手段で受診した初診の救急患者数		人
(うち) 入院に至った患者数		人

## 問 11 貴院の一般病棟（7 対 1、10 対 1）での加算の届出状況についてお伺いたします。

11-1 「ADL維持向上等体制加算」の届出状況（平成 28 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）	
01 現に届出ている	02 届出していない
■ 上記 11-1 で「02 届出していない」を選択した場合、その理由を選択してください。	
11-1-1 ADL維持向上等体制加算を届出していない理由（該当する番号すべてに○）	
01 施設基準を満たしていないため	
02 ADL維持向上等体制加算の届出が不要と考えているため	
03 その他（ _____ ）	
■ 上記 11-1-1 で「01 施設基準を満たしていないため」を選択した場合、満たしていない施設基準の要件を選択してください。	
11-1-2 満たしていない施設基準の要件（該当する番号すべてに○）	
01 病棟に専従の常勤リハビリ職員（PT・OT・ST）を 2 名以上配置する又は、専従の PT を 1 名 かつ 専任の PT を 1 名配置する	
02 リハビリ医療の経験 3 年以上、かつ適切なリハビリ研修を修了している常勤医師を 1 名以上確保する	
03 病棟の直近 1 年間の新規入院患者のうち、65 歳以上の患者が 8 割以上である又は、循環器系・新生物・消化器系・運動器系もしくは呼吸器系の疾患の患者が 6 割以上である	
04 直近 1 年間に、病棟から退院・転棟した患者（死亡退院を除く）のうち、入院時よりも ADL が低下した者が 3% 未満である	
05 病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2 以上）を有する者が 1.5% 未満である	

問 12 貴院の退院支援に関連する項目の算定件数・回数についてご回答ください。

12-1 退院支援に関連する項目の算定件数・回数（平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 退院支援加算 1	件	⑤ 地域連携診療計画加算 （診療情報提供料（I））	回
② 退院支援加算 2	件	⑥ 介護支援連携指導料	回
③ 退院支援加算 3	件	⑦ 退院前訪問指導料	回
④ 地域連携診療計画加算 （退院支援加算）	件	⑧ 退院後訪問指導料	回
		（うち）訪問看護同行加算 （退院後訪問指導料）	回

12-2 [再掲]退院支援加算 1・2 の算定件数の内訳（平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
[再掲] 退院支援加算 1・2 の算定件数（＝「12-1 の①」＋「12-1 の②」）	件	
内 訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	件
	② 緊急入院であること	件
	③ 要介護認定が未申請であること※	件
	④ 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）	件
	⑤ 排泄に介助を要すること	件
	⑥ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑦ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	件
	⑧ 入退院を繰り返していること	件
	⑨ その他患者の状況から判断して①から⑧までに準ずると認められる場合	件

■ 上記 12-2 で「⑨」に該当する件数が 1 以上ある場合、具体的な状態の例をご回答ください。

12-2-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大 3 つまで）	
「⑨」の状態例 1（	）
「⑨」の状態例 2（	）
「⑨」の状態例 3（	）

※「③」は、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。

問 13 貴院の退院支援に係る基準の有無、病棟配置の相談員の受け持ち患者数についてお伺いします。

13-1 退院支援に係る基準の策定状況（該当する番号すべてに○）	
01 退院困難な要因を有している患者を抽出する基準がある	
02 退院支援に携わる看護師と社会福祉士がともに配置されている病棟があり、患者への支援内容に応じて担当者（看護師・社会福祉士）を割当てる基準がある	

※ 退院支援・地域連携業務の専従職員（看護師又は社会福祉士）が病棟に配置されている場合、下記 13-2 についてご回答ください。

13-2 病棟に配置されている退院支援等の専従職員の受け持ち患者数（平成 28 年 11 月 1 日時点）	
病棟配置の退院支援等の専従職員（看護師又は社会福祉士）の 1 人当たりの受け持ち患者数	人

問 14 貴院の退院支援部門(退院支援及び地域連携業務を担う部門)の設置状況などについてお伺いします。

14-1 退院支援部門の設置状況(平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)		
01 退院支援部門を設置している		02 退院支援部門を設置していない
■ 上記14-1で「01 退院支援部門を設置している」を選択した場合、退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。		
14-1-1 退院支援部門に従事する職員数(平成28年11月1日時点)	専 従	専 任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
③ 相談員	人	人
(うち)社会福祉士	人	人
④ その他の職種(准看護師も含む)	人	人
⑤ [再掲] ケアマネジャー(介護支援専門員)の資格を有する者	人	人
■ 上記14-1で「02 退院支援部門を設置していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。		
14-1-2 退院支援部門を設置していない理由 (該当する番号すべてに○)		
01 入院してくる患者に退院支援が必要な患者が少ないため		
02 退院する見込みのある患者が少ないため		
03 退院支援部門を設置すれば、収益を上げることが困難になるため		
04 退院支援部門を担当する職員数(看護師、社会福祉士等)を十分確保できないため		
05 退院支援部門を設置することで、職員の負担が増えるため		
06 退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため		
07 地域連携が円滑に運営されているので、退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		
08 退院支援部門を設置しなくても、十分な退院支援をおこなえているため		
09 退院支援が必要な患者がいれば、その都度、退院支援チームを組んで対応しているため		
10 その他 ( _____ )		



14-2 連携先の施設数(特別の関係にあるものを除く)(平成28年11月1日時点)	
① 病院	施設
(うち)在宅療養支援病院	施設
(うち)貴院を緊急時の入院医療機関としている病院	施設
② 診療所	施設
(うち)在宅療養支援診療所	施設
(うち)貴院を緊急時の入院医療機関としている診療所	施設
③ 居宅サービス事業者(訪問介護)	施設
④ 居宅サービス事業者(訪問看護)	施設
⑤ 居宅サービス事業者(訪問リハビリテーション)	施設
⑥ 居宅サービス事業者(通所介護)	施設
⑦ 居宅サービス事業者(通所リハビリテーション)	施設
⑧ 居宅サービス事業者(その他: サービス内容 <input type="text"/> )	施設
⑨ 地域密着型サービス事業者	施設
⑩ 居宅介護支援事業者	施設
⑪ 施設サービス事業者	施設
⑫ 障害福祉サービス事業所	施設
⑬ その他の施設	施設

問 15 地域の自治体との連携についてお伺いします。

15-1 地域連携診療計画において、市町村との連携の有無(平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)	
01 市町村と連携している	02 市町村と連携していない
15-2 過去6か月間の地域の自治体(市町村、都道府県)と個別事例に関する連携の有無(平成28年5月~10月の6か月間) (該当する番号1つに○)	
01 連携あり	02 連携なし
15-3 地域ケア会議の参加の有無(平成28年5月~10月の6か月間) (該当する番号1つに○)	
01 参加した	03 開催の案内がきていない
02 開催の案内がきたが参加していない	
■ 上記15-3で「01 参加した」を選択した場合、その実績をご回答ください。	
15-3-1 地域ケア会議の参加実績(平成28年5月~10月の6か月間)	
地域ケア会議の参加実績	回
15-4 地域医療支援病院の承認の有無 (該当する番号1つに○)	
01 承認を受けている	02 承認を受けていない

**問 16 貴院において、退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項についてお伺いします。****16-1 退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項** (該当する番号すべてに○)

- 01 担当患者数が多いため、患者 1 人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない
- 02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない
- 03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い
- 04 病棟との情報共有が十分でないことが多い
- 05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい
- 06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい
- 07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい
- 08 地域の中で、在宅支援を行う医療・介護サービスの事業所が少ない
- 09 その他 ( \_\_\_\_\_ )

**■ 入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。**

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、平成 28 年 11 月〇日 (〇) までに、  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成 28 年度調査

入院医療等における実態調査  
病棟調査票(A)

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 11 月 1 日(火)現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設 ID		病棟 ID	
-------	--	-------	--

問 1 貴病棟の入院基本料等についてお伺いします。

<b>1-1 入院基本料等</b> (平成 28 年 11 月 1 日時点) (該当する番号 1 つに○)	<b>01</b> 7 対 1 一般病棟入院基本料	<b>04</b> 10 対 1 一般病棟入院基本料	<b>05</b> 10 対 1 特定機能病院入院基本料 (一般病棟)
	<b>02</b> 7 対 1 特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	<b>06</b> 10 対 1 専門病院入院基本料	<b>03</b> 7 対 1 専門病院入院基本料

問 2 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

2-1 貴病棟の届出病床数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)	床
------------------------------------	---

2-2 貴病棟に配置されている職員数 (専従換算) (平成 28 年 11 月 1 日時点)			
① 看護師	.	人	⑦ 作業療法士
② 准看護師	.	人	⑧ 言語聴覚士
③ 看護補助者	.	人	⑨ 臨床心理技術者
(うち) 介護福祉士	.	人	⑩ 相談員
④ 薬剤師	.	人	(うち) 社会福祉士
⑤ 管理栄養士	.	人	⑪ 事務職員
⑥ 理学療法士	.	人	⑫ その他の職員

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等 (平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間)	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延べ日数
新入棟患者数、新退棟患者数等	人	人	日

問 3 平成 28 年度診療報酬改定における、重症度、医療・看護必要度の見直しの影響等についてお伺いします。

3-1 患者像の評価 (該当する番号 1 つに○)	
<b>01</b> これまで評価されなかった患者が評価されるようになった <b>02</b> 変わらない <b>03</b> これまで評価されていた患者が評価されなくなった	

## 3-2 貴病棟における重症度、医療・看護必要度にかかる新基準を満たす割合（平成28年10月の1か月間）

貴病棟における重症度、医療・看護必要度にかかる新基準を満たす割合	%
----------------------------------	---

## 3-3 評価の見直しの影響（該当する番号すべてに○）

- 01 新規項目についての研修が負担となった
- 02 新規項目の追加により入力作業が増え負担となった
- 03 看護職員以外の職種（医師、薬剤師等）が評価をするようになり院内の連携がしやすくなった
- 04 記録の方法・項目の統一により病院全体で患者像が把握しやすくなった
- 05 その他（\_\_\_\_\_）

## 問4 貴病棟の退院支援の状況についてお伺いします。

## 4-1 貴病棟に配置されている専任あるいは専従の退院支援職員について（平成28年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- 01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる      02 退院支援の専任・専従の職員はいない

■ 上記4-1で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の退院支援職員数をご回答ください。

4-1-1 貴病棟における職種別の退院支援職員数(平成28年11月1日時点)	専 従	専 任
① 看護師	人	人
② 相談員	人	人
(うち) 社会福祉士	人	人
③ その他の職種（准看護師も含む）	人	人
④ [再掲] ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人

■ 上記4-1で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、いなかった場合と比較して、もたらされている効果等を選択してください。

## 4-1-2 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる場合、もたらされている効果等（該当する番号すべてに○）

- 01 より早期に退院支援を行う患者を病棟で抽出・関与できる
- 02 より多くの患者に対して退院支援を行える
- 03 患者及び家族への説明や面会の頻度を増やすことができる
- 04 早期退院に向けた多職種カンファレンスの開催頻度を増やすことができる
- 05 退院支援計画の作成が滞りなく行える
- 06 その他（\_\_\_\_\_）

## 4-2 退院支援で困難等を感じる点（該当する番号すべてに○）

- 01 退院支援を行う患者を病棟で抽出することが難しい
- 02 全ての患者に対して退院支援を行うことは難しい
- 03 患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない
- 04 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い
- 05 退院支援室等の情報共有が十分でないことが多い
- 06 患者・家族と面会日等を調整することが難しい
- 07 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい
- 08 他の医療機関・施設との顔の見える関係を構築するのが難しい
- 09 その他（\_\_\_\_\_）

## 問5 貴病棟の入院患者数についてお伺いします。

5-1 貴病棟の入院患者数（平成28年11月1日時点）	人
-----------------------------	---

5-2 平成28年11月1日時点に入院している患者における入院前の居場所別患者数（平成28年11月1日時点）	
① 自宅	人
② 介護老人福祉施設（特養）	人
③ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
④ 障害者支援施設	人
⑤ 他の医療機関	人
⑥ 介護療養型医療施設	人
⑦ 介護老人保健施設	人
⑧ その他	人

5-3 平成28年11月1日時点に入院している患者における入棟に至る転棟状況別の入院患者数（平成28年11月1日時点）	
① 転棟していない	人
② 自院の急性期病床（7対1、10対1）から転棟	人
③ 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床から転棟	人
④ 自院の療養病床から転棟	人
⑤ 自院のその他の病床から転棟	人

## 問6 貴病棟の退棟患者についてお伺いします。

6-1 退棟先別の退棟患者数（平成28年10月の1か月間）		
貴病棟における退棟患者数		人
自宅等	① 自宅（在宅医療の提供あり）	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）	人
	③ 介護老人福祉施設（特養）	人
	④ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
	⑤ 障害者支援施設	人
自院	⑥ 自院の急性期病床（7対1、10対1）	人
	⑦ 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人
	⑧ 自院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人
	⑨ 自院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人
	⑩ 自院のその他の病床	人
他院	⑪ 他の病院の急性期病床（7対1、10対1）	人
	⑫ 他の病院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人
	⑬ 他の病院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人
	⑭ 他の病院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人
	⑮ 他の病院のその他の病床	人
診療所 有床	⑯ 有床診療所（在宅復帰機能強化加算を届出）	人
	⑰ 有床診療所（上記以外の有床診療所）	人
介護療養 老健	⑱ 介護療養型医療施設	人
	⑲ 介護老人保健施設（在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出）	人
	⑳ 介護老人保健施設（上記以外の老健施設）	人
死亡	㉑ 死亡退院	人
	㉒ その他	人

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、平成28年12月〇日（〇）までに、  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 入院患者票 (A)

施設ID:

病棟ID:

患者ID:

## I 患者の基本情報

1 性別 (該当する番号1つに○)	01. 男性	02. 女性
2 生年月	西暦_____年_____月	
3 主傷病 および副傷病 (疾病コード)	01. 主傷病	02. 副傷病1
		03. 副傷病2
4 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日	
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日	
5 入棟前の場所 (該当する番号1つに○)	01. 自宅 02. 自院の7対1、10対1病床 03. 自院の地域包括ケア・回りハ病床 04. 自院の療養病床 05. 他院の7対1、10対1病床 06. 他院の地域包括ケア・回りハ病床 07. 他院の療養病床 08. 介護療養型医療施設 09. 介護老人保健施設 10. 介護老人福祉施設(特養) 11. 居住系介護施設 12. 障害者支援施設 13. その他(_____)	
6 予定・緊急入院区分 (該当する番号1つに○)	01. 予定入院	
	02. 緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)	
《6で「02」を選択した場合に回答》		
6-1 救急搬送後の入院方法 (該当する番号1つに○)	01. 独歩	03. 車いす
	02. ストレッチャー	04. その他(_____)
7 入院した時の状態 (該当する番号すべてに○)	01. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症	
	02. 要介護認定が未申請	
8 入院の理由 (主な番号1つに○)	03. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態(必要と推測される状態)	
	04. 排泄に介助を要する状態	
	05. 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない状態	
	06. 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要な状態	
	07. 入退院を繰り返している状態	
	08. その他患者の状況から判断して01から07までに準ずると認められる状態	
	01. 治療のため	05. 介護施設の入所待ちのため
	02. リハビリテーションのため	06. 緩和ケアのため
03. 検査及び確定診断のため	07. 看取りのため(06を除く)	
04. 患者教育のため	08. その他(_____)	
9 地域連携診療計画の使用 (該当する番号1つに○)	01. 地域連携診療計画あり	02. 地域連携診療計画なし
《9で「01」を選択した場合に回答》		
9-1 対象疾患 (該当する番号1つに○)	01. 脳卒中	03. その他(_____)
	02. 大腿骨頸部骨折	
10 主担当医の診療科(直近) (最も近似する番号1つに○)	01. 内科	09. 呼吸器外科
	02. 呼吸器科	10. 心臓血管外科
10 主担当医の診療科(直近) (最も近似する番号1つに○)	03. 消化器科(胃腸科)	11. 眼科
	04. 循環器科	12. 耳鼻いんこう科
	05. 精神科・神経科	13. 皮膚科
	06. 外科	14. 泌尿器科
	07. 整形外科	15. 救急医学科
	08. 脳神経外科	16. その他(_____)

## II 患者の状態等

<b>1 患者状態の評価の実施日</b> (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
<b>2 認知症の診断の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり    02. 認知症なし    03. 認知症の診断を受けていない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
<b>2-1 BPSDの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり    02. BPSDなし
<b>3 要介護度</b> (該当する番号1つに○)	01. 不明    03. 申請中    05. 要支援1    07. 要介護1    09. 要介護3    11. 要介護5 02. 未申請    04. 非該当    06. 要支援2    08. 要介護2    10. 要介護4
<b>4 認知症高齢者の日常生活自立度</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立    03. II a    05. III a    07. IV 02. I    04. II b    06. III b    08. M
<b>5 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立    03. J 2    05. A 2    07. B 2    09. C 2 02. J 1    04. A 1    06. B 1    08. C 1
<b>6 栄養摂取の状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《6で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
<b>6-1 経管・経静脈栄養の状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管    03. 末梢静脈栄養 02. 胃瘻・腸瘻    04. 中心静脈栄養
《6-1で「01」または「02」を選択した場合に回答》	
<b>6-1-1 経腸栄養用製品の種別</b> (該当する番号1つに○)	01. 食品のみ    03. 食品と医薬品とを併用 02. 医薬品のみ
<b>6-1-2 上記6-1-1の種別とした理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 患者の病態・栄養状態に合った成分のため 02. 患者の経済状態を考慮したため 03. 退院後(在宅)や転院先で提供される製品のため 04. その他(_____)
<b>7 疾患及び状態</b>	
<b>7-1 調査基準日時点の疾患</b> (該当する番号・記号すべてに○)	01. スモン    16. 脳梗塞 02. 筋ジストロフィー    17. 脳出血 03. 多発性硬化症    18. その他の原因による重度障害(17以外) 04. 筋萎縮性側索硬化症    19. 悪性腫瘍 05. パーキンソン病関連疾患    → a 疼痛コントロールが必要 06. その他の難病(神経系)    → b 余命3か月以内 → a 神経系    20. 不整脈 → b 神経系以外    21. 心不全(高度非代償性) 07. 脊髄損傷    22. 心筋梗塞 08. 骨折・外傷(07以外)    23. 肝不全(腹水高度、NH4CL120mg/dl以上) 09. 脳性麻痺    24. 髄膜炎 10. その他の乳児期からの障害(09以外)    25. 肺血栓塞栓症 11. 片麻痺    26. 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 12. 四肢麻痺    27. 肺炎 13. 播種性血管内凝固症候群(DIC)    28. 喘息重積発作 14. 敗血症    29. 尿路感染症 15. 急性腹症
<b>7-2 調査基準日時点の状態</b> (該当する番号すべてに○)	01. 医師及び看護師による常時監視・管理    07. 鬱状態 02. 感染隔離室における管理    08. 消化管等の体内からの出血 03. 意識障害(JCSII-3以上又はGCS8点以下)    09. 脱水(発熱あり) 04. 意識障害(JCSIII-100以上)    10. 頻回の嘔吐(発熱あり) 05. せん妄(術後)    11. 褥瘡(皮膚層の喪失又は複数箇所) 06. せん妄(術後以外)    12. 他者への暴行が認められる状態



## Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）	
1-1 入棟中の患者の医療的な状態 (該当する番号1つに○)	01. 安定している 02. 時々、不安定である 03. 常時、不安定である
1-2 医師による診察 (処置、判断含む)の頻度 (該当する番号1つに○)	01. 週1回程度以下、医師による診察(処置、判断含む)が必要 02. 週2～3回、医師による診察(処置、判断含む)が必要 03. 毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要 04. 1日数回、医師による診察(処置、判断含む)が必要 05. 常時、医師による診察(処置、判断含む)が必要
1-3 医師の指示の見直しの頻度 (該当する番号1つに○)	01. 医師による指示の見直しはほとんど必要としない 02. 週1回程度の指示見直しが必要 03. 週2～3回程度の指示見直しが必要 04. 毎日指示見直しが必要 05. 1日数回の指示見直しが必要
1-4 看護師による直接の看護提供の頻度 (該当する番号1つに○)	01. 定時の観察のみで対応できる(している) 02. 定時以外に1日1回～数回の観察および管理が必要 03. 頻回の観察および管理が必要 04. 24時間観察および管理が必要
2 入院中の手術の実施状況 (該当する番号1つに○)	01. 手術を実施した 02. 手術は実施していない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
2-1 手術の方法等 (該当する番号すべてに○)	01. 開頭術 → (実施日 _____) 02. 開胸術 → (実施日 _____) 03. 開腹術 → (実施日 _____) 04. 骨の観血的手術 → (実施日 _____) 05. 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術 → (実施日 _____) 06. その他の手術 → (実施日 _____)
3 内服薬の種類	過去7日間に内服した薬剤 _____ 種類
4 リハビリ担当者による個別機能訓練 (該当する番号1つに○)	01. 個別リハビリテーションを受けている 02. 個別リハビリテーションを受けていない
《4で「01」を選択した場合に回答》	
4-1 頻度	平均 _____ 回/週 ※1週間当たりの平均回数を記入してください。
4-2 単位数	平均 _____ 単位/回 ※1回当たりの平均単位数を記入してください。

<p><b>5 過去7日間に実施した検査の件数</b></p>	<p>① 検体検査（尿・血液等） 過去7日間 _____ 件</p> <p>② 生体検査（超音波・内視鏡等） 過去7日間 _____ 件</p> <p>③ X線単純撮影 過去7日間 _____ 件</p> <p>④ CT・MRI 過去7日間 _____ 件</p> <p>※検査を実施していない場合は、“0”を記入してください。</p>																																								
<p><b>6 調査基準日における医療行為・処置等</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 蘇生術の施行</td> <td>17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射</td> </tr> <tr> <td>02. 人工呼吸器の使用</td> <td>18. 特殊な治療法等</td> </tr> <tr> <td>03. 人工呼吸器の抜管後1週間以内</td> <td>→ a CHDF</td> </tr> <tr> <td>04. 気管切開・気管内挿管（発熱あり）</td> <td>→ b IABP</td> </tr> <tr> <td>05. 気管切開・気管内挿管（発熱なし）</td> <td>→ c PCPS</td> </tr> <tr> <td>06. 酸素療法（密度の高い治療）</td> <td>→ d 補助人工心臓</td> </tr> <tr> <td>07. 酸素療法（上記以外）※1</td> <td>→ e ICP測定</td> </tr> <tr> <td>08. ドレーン法</td> <td>→ f ECMO</td> </tr> <tr> <td>→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔</td> <td>19. 輸液ポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ b 胸腔・腹腔・胆道</td> <td>20. シリンジポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ c 関節腔</td> <td>21. 創傷処置（皮膚潰瘍・手術創・創傷）</td> </tr> <tr> <td>→ d 皮下・硬膜下</td> <td>→ a 難治性皮膚潰瘍</td> </tr> <tr> <td>09. 喀痰吸引（1日8回以上）</td> <td>→ b 手術創</td> </tr> <tr> <td>10. 体位ドレナージ・スクウィーピング</td> <td>→ c 手術創以外の創傷</td> </tr> <tr> <td>11. 動脈圧測定（動脈ライン）</td> <td>22. 褥瘡処置</td> </tr> <tr> <td>12. 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）</td> <td>23. 中心静脈栄養</td> </tr> <tr> <td>13. 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）</td> <td>24. 経管栄養</td> </tr> <tr> <td>14. 24時間持続点滴</td> <td>25. 胃瘻（減圧のため開放中）</td> </tr> <tr> <td>15. 輸血・血液製剤の使用</td> <td>26. 胃瘻（閉鎖中）</td> </tr> <tr> <td>16. 血糖測定（1日3回以上）</td> <td>27. 身体抑制※2</td> </tr> </table>	01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射	02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等	03. 人工呼吸器の抜管後1週間以内	→ a CHDF	04. 気管切開・気管内挿管（発熱あり）	→ b IABP	05. 気管切開・気管内挿管（発熱なし）	→ c PCPS	06. 酸素療法（密度の高い治療）	→ d 補助人工心臓	07. 酸素療法（上記以外）※1	→ e ICP測定	08. ドレーン法	→ f ECMO	→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理	→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理	→ c 関節腔	21. 創傷処置（皮膚潰瘍・手術創・創傷）	→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍	09. 喀痰吸引（1日8回以上）	→ b 手術創	10. 体位ドレナージ・スクウィーピング	→ c 手術創以外の創傷	11. 動脈圧測定（動脈ライン）	22. 褥瘡処置	12. 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	23. 中心静脈栄養	13. 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	24. 経管栄養	14. 24時間持続点滴	25. 胃瘻（減圧のため開放中）	15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻（閉鎖中）	16. 血糖測定（1日3回以上）	27. 身体抑制※2
01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射																																								
02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等																																								
03. 人工呼吸器の抜管後1週間以内	→ a CHDF																																								
04. 気管切開・気管内挿管（発熱あり）	→ b IABP																																								
05. 気管切開・気管内挿管（発熱なし）	→ c PCPS																																								
06. 酸素療法（密度の高い治療）	→ d 補助人工心臓																																								
07. 酸素療法（上記以外）※1	→ e ICP測定																																								
08. ドレーン法	→ f ECMO																																								
→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理																																								
→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理																																								
→ c 関節腔	21. 創傷処置（皮膚潰瘍・手術創・創傷）																																								
→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍																																								
09. 喀痰吸引（1日8回以上）	→ b 手術創																																								
10. 体位ドレナージ・スクウィーピング	→ c 手術創以外の創傷																																								
11. 動脈圧測定（動脈ライン）	22. 褥瘡処置																																								
12. 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	23. 中心静脈栄養																																								
13. 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	24. 経管栄養																																								
14. 24時間持続点滴	25. 胃瘻（減圧のため開放中）																																								
15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻（閉鎖中）																																								
16. 血糖測定（1日3回以上）	27. 身体抑制※2																																								
<p>《6で「23」、「24」を選択した場合に回答》</p>																																									
<p><b>6-1 中心静脈栄養・経管栄養を行っている理由</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>01. 医学的な理由で一時的に必要であったため</p> <p>02. 医学的な理由で長期的に必要であったため</p> <p>03. 入院時に既に必要であったため</p> <p>04. 退院の際に必要であったため</p>																																								

※1 酸素療法（上記以外）：「安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できる状態」。

※2 身体抑制：「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がれないようにする」、「ミトンの着用」、「自分の意志で開けることの出来ない居室等への隔離」。

<b>7 入院後7日以内の、退院支援を目的としたカンファレンスの開催の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 開催あり (予定を含む)	02. 開催なし (予定を含む)
<b>8 入院前の担当ケアマネジャーの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 担当ケアマネジャーあり	03. 不明
	02. 担当ケアマネジャーなし	
《8で「01」を選択した場合に回答》		
<b>8-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法</b> (該当する番号すべてに○)	01. カンファレンスに直接出席	03. 電話等による(口頭による)情報提供
	02. 文書(FAXやEメールも含む)での情報提供	04. 情報提供は受けていない
<b>8-2 情報提供の有用性</b> (該当する番号1つに○)	01. 有用だった	03. あまり有用ではなかった
	02. 多少有用だった	04. 有用ではなかった
<b>9 入院中の他の医療機関の受診状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 他の医療機関を受診した → (受診回数 _____ 回/月)	02. 他の医療機関を受診していない
《9で「01」を選択した場合に回答》		
<b>9-1 他の医療機関を受診した理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 専門外の急性疾患の治療のため	03. 症状の原因精査のため
	02. 専門外の慢性疾患の治療のため	04. その他 (_____)
<b>9-2 受診した診療科</b> (該当する番号すべてに○)	01. 内科	07. 心臓血管外科
	02. 小児科	08. 放射線科
	03. 精神科	09. 麻酔科 (ペインクリニック)
	04. 外科	10. 歯科
	05. 整形外科	11. その他 (_____)
	06. 脳神経外科	
<b>9-3 受診費用の請求について</b> (該当する番号すべてに○)	01. 合議で精算	03. その他 (_____)
	02. 入院料を減算した上で先方にて請求	

IV 患者の今後の見通し等

<p><b>1 医学的な入院継続の理由等</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>01. 医学的な理由のため入院医療が必要である 02. 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい 03. 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04. 退院予定が決まっている</p>
<p>《1で「01」を選択した場合に回答》</p>	
<p><b>1-1 医学的な理由の詳細</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない 02. 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない 03. 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態 04. 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態 05. その他 ( _____ )</p>
<p>《1で「03」を選択した場合に回答》</p>	
<p><b>1-2 退院後に必要な支援</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 医療処置 02. 通院の介助 03. 訪問診療 04. 訪問看護・リハビリテーション 05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助 06. 食事・排泄・移動等の介護 07. 認知症・精神疾患に対する見守り 08. その他 ( _____ )</p>
<p><b>1-3 退院できない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</p>	<p>01. 本人の希望に合わないため 02. 家族の希望に合わないため 03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため 04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため 05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため 06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため 07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため 08. 地域に施設サービスがないため 09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため 10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため 11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため 12. 転院先の医療機関の確保ができていないため 13. その他 ( _____ )</p>
<p>《1-3で「01」「02」を選択した場合に回答》</p>	
<p><b>1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</p>	<p>01. 家族が患者と同居できないため 02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため 03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため 04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため 05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため 06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため 07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため 08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため 09. 在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため 10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため 11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため 12. その他 ( _____ )</p>

<b>2 退院へ向けた目標・課題等</b> (主なものを1つに○)	01. 疾病の治癒・軽快 02. 病態の安定 03. 手術・投薬・処置・検査等の終了 04. 診断・今後の治療方針の確定 05. 低下した機能の回復（リハビリテーション） 06. 在宅医療・介護等の調整	07. 入所先の施設の確保 08. 本人家族の病状理解 09. 転院先の医療機関の確保 10. 看取り（死亡退院） 11. その他（_____）
--------------------------------------	--	--

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査

## 退棟患者票 (A)

施設ID:

病棟ID:

患者ID:

(注) 「入院患者票 (A)」の対象者のうち、「補助票 (重症度, 医療・看護必要度票)」の追跡期間 (1週間) に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

<b>1 性別</b> (該当する番号1つに○)	01. 男性	02. 女性
<b>2 生年月</b>	西暦_____年_____月	
<b>3 ①入院年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	
<b>②入棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	
<b>③退棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	

<b>4 退院支援加算等の算定状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 退院支援加算1 算定あり	04. 退院支援加算1~3 算定なし
	02. 退院支援加算2 算定あり	05. 介護支援連携指導料 算定あり
	03. 退院支援加算3 算定あり	

《4で「02」、「03」、「04」を選択した場合に回答》

<b>4-1 患者・家族との面談</b> (該当する番号1つに○)	01. 面談を実施 → 入院後 (____) 日目に実施	02. 面談を実施せず
<b>4-2 多職種カンファレンス</b> (該当する番号1つに○)	01. カンファレンスを実施 → 入院後 (____) 日目に実施	02. カンファレンスを実施せず

<b>5 退棟先</b> (該当する番号1つに○)	<自宅等>	11. 療養病床 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし
	01. 自宅 → a 在宅医療の提供あり → b 在宅医療の提供なし	12. その他の病床
	02. 介護老人福祉施設 (特養)	<有床診療所>
	03. 居住系介護施設 (グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	13. 有床診療所 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし
	04. 障害者支援施設	<介護施設・老健>
	<自院>	14. 介護療養型医療施設
	05. 一般病床	15. 介護老人保健施設 → a 在宅強化型 → b 在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり → c 上記 a, b 以外
	06. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床	<死亡>
	07. 療養病床 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし	16. 死亡退院 → (最も死亡に影響を与えた傷病名: _____)
	08. その他の病床	<その他>
	<他院>	17. その他 (_____)
	09. 一般病床	
	10. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床	

うらへ続く

【自宅または居住系施設へ退院した場合のみ、以下の設間にご回答ください。】※転棟・転院の場合は記入不要です。

<b>6 退院後に利用を予定している医療・介護サービス</b> (該当する番号すべてに○)	01. 医療機関の外来診療	09. 短期入所生活介護
	02. 医療機関の訪問診療	10. 短期入所療養介護
	03. 訪問看護	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	04. 訪問リハビリテーション	12. 夜間対応型訪問介護
	05. 通所リハビリテーション	13. 認知症対応型通所介護
	06. 訪問介護	14. 看護小規模多機能型居宅介護
	07. 訪問入浴介護	15. 福祉用具貸与
	08. 通所介護	16. その他 ( _____ )

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 施設調査票（B）

- 特に指定がある場合を除いて、平成28年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

■ 貴院の基本情報について、別途 確認票(Webサイト参照)にてご確認ください。

問1 貴院の許可病床数についてご回答ください。

1-1 許可病床数（平成28年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ その他の病床		床
② 療養病床		床	⑤ 合計		床
③ 精神病床		床			

問2 貴院の手術等の実施件数についてご回答ください。

2-1 手術等実施件数（平成27年11月～平成28年10月の1年間）					
① 手術の実施件数	年間	件	④ 腹腔鏡下手術	年間	件
（うち）全身麻酔の件数	年間	件	⑤ 放射線治療（体外照射法）	年間	件
② 人工心肺を用いた手術	年間	件	⑥ 化学療法	年間	件
③ 悪性腫瘍の手術	年間	件	⑦ 分娩件数	年間	件

問3 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてご回答ください。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 <sup>注</sup> ）（平成28年11月1日時点）					
① 医師		人	⑨ 作業療法士		人
② 歯科医師		人	⑩ 言語聴覚士		人
③ 看護師		人	⑪ 臨床心理技術者		人
④ 准看護師		人	⑫ 診療放射線技師		人
⑤ 看護補助者		人	⑬ 臨床検査技師		人
（うち）介護福祉士		人	⑭ 相談員		人
⑥ 薬剤師		人	（うち）社会福祉士		人
⑦ 管理栄養士		人	⑮ 事務職員		人
⑧ 理学療法士		人	⑯ その他の職員		人

注) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第1位まで（小数点第2位を切り上げ）を記入。  
例：常勤職員の1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$



## 問4 貴院の一般病棟（13対1、15対1）、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟についてお伺いします。

4-1 病棟数、病床数等（平成28年11月1日時点）	病棟数	届出病床数	入院患者数
① 一般病棟（13対1、15対1）	棟	床	人
② 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	人
③ 地域包括ケア病室	室	床	人
④ 地域包括ケア病棟	棟	床	人

■ 上記4-1で「①一般病棟（13対1、15対1）」に病棟数等を記入した場合、届出を行った理由をご回答ください。

4-1-1 一般病棟（13対1、15対1）の届出を行った理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
01 地域のニーズに合った医療を提供できるため	
02 患者の状態に即した医療を提供できるため	
03 一般病棟（7対1、10対1）の施設基準を満たすことが難しいため	
04 他の病棟種別の施設基準を満たすために必要な人員の確保が難しいため	
05 病棟の改修が難しく、十分な床面積を確保することが難しいため	
06 その他（_____）	

4-2 新入棟、退棟患者数等（平成28年8月～10月の3か月間）	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延日数
① 一般病棟（13対1、15対1）の病棟	人	人	日
② 回復期リハビリテーション病棟	人	人	日
③ 地域包括ケア病室	人	人	日
④ 地域包括ケア病棟	人	人	日

4-3 改定前・改定後の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合	平成27年8月～10月		平成28年8月～10月	
① 一般病棟（13対1、15対1）の病棟	※1	. %	※3	. %
② 回復期リハビリテーション病棟	※2	. %	※4	. %
③ 地域包括ケア病室	※2	. %	※5	. %
④ 地域包括ケア病棟	※2	. %	※5	. %

- ※1. 平成27年度時における「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点（B得点）3点以上を満たす患者割合。
- ※2. 平成27年度時における「回復期リハビリテーション病棟入院料1における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」、「地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医学管理料を算定する場合も含む）」における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A得点） $\geq 1$ 点を満たす患者割合。
- ※3. 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A得点）2点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）3点以上、A得点3点以上又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上を満たす患者割合。
- ※4. 「回復期リハビリテーション病棟入院料1における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A得点）1点以上を満たす患者割合。
- ※5. 「地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医学管理料を算定する場合も含む）」における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A得点）1点以上又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上を満たす患者割合。

4-4 在宅復帰率等（平成28年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率	平均在院日数
① 一般病棟（13対1、15対1）の病棟	※1 . %	. 日
② 回復期リハビリテーション病棟	※2 . %	. 日
③ 地域包括ケア病室	※3 . %	. 日
④ 地域包括ケア病棟	※3 . %	. 日

※1. 「在宅復帰率」＝A÷B：A. 該当する病棟から、自宅、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟、在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所、在宅機能強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出ている老健施設、居住系介護施設等へ退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）。

※2. 「在宅復帰率」＝C÷D：C. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）、D. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

※3. 「在宅復帰率」＝E÷F：E. 該当する病棟から、自宅、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟（転院及び転棟）、在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所、在宅機能強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出ている老健施設、居住系介護施設等へ退院した患者（死亡退院患者・再入院患者を除く）、F. 該当する病棟から、退院又は転棟した患者（死亡退院患者・再入院患者を除く）。

4-5 病床利用率	平成27年10月の 1か月間	平成28年10月の 1か月間
① 一般病棟（13対1、15対1）の病棟	. %	. %
② 回復期リハビリテーション病棟	. %	. %
③ 地域包括ケア病室	. %	. %
④ 地域包括ケア病棟	. %	. %

※「病床利用率」＝A÷B：A. 10月の在院患者延数×100、B. 届出病床数×31

4-6 一般病棟（13対1、15対1）における退院患者数		平成27年8月～10月	平成28年8月～10月
一般病棟（13対1、15対1）における退院患者数		人	人
再掲	① 在宅（自宅及び居住系介護施設等）	人	人
	② 介護老人保健施設	人	人
	（うち）在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	人	人
	③ 有床診療所		人
	（うち）有床診療所在宅復帰機能強化加算又は有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出を行っている施設		人
	④ 他院の療養病棟	人	人
	（うち）在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	人	人
	⑤ 他院の回復期リハビリテーション病棟	人	人
⑥ 他院の地域包括ケア病棟又は病室	人	人	
⑦ 上記①～⑥を除く病院	人	人	

4-7 回復期リハビリテーション病棟における退院患者数		平成27年8月～10月	平成28年8月～10月
回復期リハビリテーション病棟における退院患者数		人	人
再掲	① 在宅（自宅及び居住系介護施設等）	人	人

4-8 地域包括ケア病棟・病室における退院患者数		平成 27 年 8 月～10 月	平成 28 年 8 月～10 月
地域包括ケア病棟・病室における退院患者数		人	人
再掲	① 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	人	人
	② 介護老人保健施設	人	人
	(うち)在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	人	人
	③ 有床診療所		人
	(うち)有床診療所在宅復帰機能強化加算又は有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出を行っている施設		人
	④ 他院の療養病棟	人	人
	(うち)在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	人	人
⑤ 上記①～④を除く病院	人	人	
4-9 地域包括ケア病棟・病室から他病棟への転棟患者数		平成 27 年 8 月～10 月	平成 28 年 8 月～10 月
地域包括ケア病棟・病室から他病棟への転棟患者数		人	人
再掲	① 自院の療養病棟	人	人
	(うち)在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	人	人

### 問5 貴院の病棟等に関する今後の届出の意向についてお伺いします。

■ 今後の入院料等別の病床数の増減の意向について、貴院の考えに最も近いものに○を1つ付けてください。

※【現時点の状況】届出の有無について「02 届出なし」を選択した場合にも、【今後の意向】入院料等別の病床数の増減の意向についてお答えください。

5-1 今後の入院料等別の病床数の増減の意向 (該当する番号それぞれ1つに○)	【現時点の状況】 届出の有無		【今後の意向】 入院料等別の病床数の増減の意向		
	01	02	01	02	03
① ICU (PICU、NICU を除く)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
② HCU	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
③ 一般病棟 (7 対 1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
④ 一般病棟 (10 対 1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑤ 一般病棟 (13 対 1、15 対 1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑥ 地域包括ケア病棟 (病室)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑦ 回復期リハビリテーション病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑧ 療養病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑨ 精神病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)

※ 下記問6については、貴院が「地域包括ケア病棟入院料」あるいは「地域包括ケア入院医療管理料」を届出ている場合のみご回答ください。

**問6 貴院の地域包括ケア病棟・病室の平成28年3月31日時点の状況についてお伺いします。**

6-1 現地域包括ケア病室の改定前の状況		病棟数	届出病床数
地域包括ケア病室（問4-1③を転記）（平成28年11月1日時点）		室	床
再掲	① 改定前（平成28年3月31日時点）に地域包括ケア病室以外の病室もしくは地域包括ケア病棟以外の病棟の一部から転換	室	床

6-2 現地域包括ケア病棟の改定前の状況		病棟数	届出病床数
地域包括ケア病棟（問4-1④を転記）（平成28年11月1日時点）		棟	床
平成28年3月31日時点の内訳	① 改定前に一般病棟入院基本料（7対1）を届出していた	棟	床
	② 改定前に一般病棟入院基本料（10対1）を届出していた	棟	床
	③ 改定前に一般病棟入院基本料（13対1）を届出していた	棟	床
	④ 改定前に一般病棟入院基本料（15対1）を届出していた	棟	床
	⑤ 改定前に回復期リハビリテーション病棟を届出していた	棟	床
	⑥ 改定前に療養病棟入院基本料1（20対1）を届出していた	棟	床
	⑦ 改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出していた	棟	床
	⑧ 改定前に地域包括ケア病棟入院料を届出していた	棟	床
	⑨ 改定前に上記以外を届出していた	棟	床

6-3 地域包括ケア病棟の届出を行った理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）		
01	地域包括ケア病棟の方が収益を上げやすいため	
02	地域包括ケア病棟にすることで、職員のモチベーションが向上するため	
03	地域包括ケア病棟にすることで、職員の負担軽減につながるため	
04	地域包括ケア病棟にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため	
05	実際の患者の状態に、より即した入院料が設定されたため	
06	他の入院料の病棟と組み合わせることで、患者の状態に即した医療を提供できるため	
07	一般病棟（7対1）を維持するためには一部を地域包括ケア病棟に転換する必要があるため	
08	地域包括ケア病棟の重症度、医療・看護必要度の基準であれば満たすことが可能であるため	
09	退院支援の実施が無理なくできるため	
10	施設基準に平均在院日数の要件がないため	
11	その他（_____）	

6-4 地域包括ケア病棟の利用に係る趣旨（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）		
01	自院の急性期病棟からの受皿として利用している	
02	他院の急性期病棟からの受皿として利用している	
03	在宅医療の後方支援として、看取りを中心に利用している	
04	在宅医療の後方支援として、急変時等の受皿として利用している	
05	他院の療養病棟からの受皿として利用している	
06	介護保険施設等からの急変時の受皿として利用している	
07	その他（_____）	

6-5 地域包括ケア病棟・病室における入棟前居場所別の入院患者数（平成28年11月1日時点）		
①	自院の急性期病棟からの患者の受け入れ	人
②	自院の急性期病棟 <u>以外</u> の病棟からの患者の受け入れ	人
③	他病院の急性期病棟からの患者の受け入れ	人
④	他病院の急性期病棟 <u>以外</u> の病棟からの受け入れ	人
⑤	在宅・介護施設等からの受け入れ	人

## 問7 貴院の退院支援に関連する項目の算定件数・回数についてご回答ください。

7-1 退院支援に関連する項目の算定件数・回数（平成28年8月～10月の3か月間）			
① 退院支援加算1	件	⑤ 地域連携診療計画加算 （診療情報提供料（I））	回
② 退院支援加算2	件	⑥ 介護支援連携指導料	回
③ 退院支援加算3	件	⑦ 退院前訪問指導料	回
④ 地域連携診療計画加算 （退院支援加算）	件	⑧ 退院後訪問指導料	回
		（うち）訪問看護同行加算 （退院後訪問指導料）	回

7-2 [再掲]退院支援加算1・2の算定件数の内訳（平成28年8月～10月の3か月間）		
[再掲] 退院支援加算1・2の算定件数（＝「7-1の①」＋「7-1の②」）		件
内訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	件
	② 緊急入院であること	件
	③ 要介護認定が未申請であること*	件
	④ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）	件
	⑤ 排泄に介助を要すること	件
	⑥ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑦ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	件
	⑧ 入退院を繰り返していること	件
	⑨ その他患者の状況から判断して①から⑧までに準ずると認められる場合	件

■ 上記7-2で「⑨」に該当する件数が1以上ある場合、具体的な状態の例をご回答ください。

7-2-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大3つまで）	
「⑨」の状態例1（	）
「⑨」の状態例2（	）
「⑨」の状態例3（	）

※「③」は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

## 問8 貴院の退院支援に係る基準の有無、病棟配置の相談員の受け持ち患者数についてお伺いします。

8-1 退院支援に係る基準の策定状況（該当する番号すべてに○）	
01	退院困難な要因を有している患者を抽出する基準がある
02	退院支援に携わる看護師と社会福祉士がともに配置されている病棟があり、患者への支援内容に応じて担当者（看護師・社会福祉士）を割当てる基準がある

※ 退院支援・地域連携業務の専従職員（看護師又は社会福祉士）が病棟に配置されている場合、下記8-2についてご回答ください。

8-2 病棟に配置されている退院支援等の専従職員の受け持ち患者数（平成28年11月1日時点）	
病棟配置の退院支援等の専従職員（看護師又は社会福祉士）の1人当たりの受け持ち患者数	人

## 問9 貴院の退院支援部門（退院支援及び地域連携業務を担う部門）の設置状況などについてお伺いします。

9-1 退院支援部門の設置状況（平成28年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
<input type="radio"/> 01 退院支援部門を設置している	<input type="radio"/> 02 退院支援部門を設置していない	
■ 上記9-1で「01 退院支援部門を設置している」を選択した場合、退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。		
9-1-1 退院支援部門に従事する職員数（平成28年11月1日時点）	専従	専任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
③ 相談員	人	人
（うち）社会福祉士	人	人
④ その他の職種（准看護師も含む）	人	人
⑤ [再掲] ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人
■ 上記9-1で「02 退院支援部門を設置していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。		
9-1-2 退院支援部門を設置していない理由（該当する番号すべてに○）		
<input type="radio"/> 01 入院してくる患者に退院支援が必要な患者が少ないため <input type="radio"/> 02 退院する見込みのある患者が少ないため <input type="radio"/> 03 退院支援部門を設置すれば、収益を上げることが困難になるため <input type="radio"/> 04 退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため <input type="radio"/> 05 退院支援部門を設置することで、職員の負担が増えるため <input type="radio"/> 06 退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため <input type="radio"/> 07 地域連携が円滑に運営されているので、退院支援に多くの時間を費やす必要がないため <input type="radio"/> 08 退院支援部門を設置しなくても、十分な退院支援をおこなえているため <input type="radio"/> 09 退院支援が必要な患者がいれば、その都度、退院支援チームを組んで対応しているため <input type="radio"/> 10 その他（_____）		

9-2 連携先の施設数（特別の関係にあるものを除く）（平成28年11月1日時点）	
① 病院	施設
（うち）在宅療養支援病院	施設
（うち）貴院を緊急時の入院医療機関としている病院	施設
② 診療所	施設
（うち）在宅療養支援診療所	施設
（うち）貴院を緊急時の入院医療機関としている診療所	施設
③ 居宅サービス事業者（訪問介護）	施設
④ 居宅サービス事業者（訪問看護）	施設
⑤ 居宅サービス事業者（訪問リハビリテーション）	施設
⑥ 居宅サービス事業者（通所介護）	施設
⑦ 居宅サービス事業者（通所リハビリテーション）	施設
⑧ 居宅サービス事業者（その他：サービス内容 _____）	施設
⑨ 地域密着型サービス事業者	施設
⑩ 居宅介護支援事業者	施設
⑪ 施設サービス事業者	施設
⑫ 障害福祉サービス事業所	施設
⑬ その他の施設	施設

**問 10 地域の自治体との連携についてお伺いします。**

10-1	地域連携診療計画において、市町村との連携の有無（平成 28 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）
01	市町村と連携している
02	市町村と連携していない
10-2	過去 6 か月間の地域の自治体（市町村、都道府県）と個別事例に関する連携の有無（平成 28 年 5 月～10 月の 6 か月間）（該当する番号 1 つに○）
01	連携あり
02	連携なし
10-3	地域ケア会議の参加の有無（平成 28 年 5 月～10 月の 6 か月間）（該当する番号 1 つに○）
01	参加した
02	開催の案内がきたが参加していない
03	開催の案内がきていない
■ 上記 10-3 で「01 参加した」を選択した場合、その実績をご回答ください。	
10-3-1	地域ケア会議の参加実績（平成 28 年 5 月～10 月の 6 か月間）
地域ケア会議の参加実績	回
10-4	地域医療支援病院の承認の有無（該当する番号 1 つに○）
01	承認を受けている
02	承認を受けていない

**問 11 貴院において、退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項についてお伺いします。**

11-1	退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項（該当する番号すべてに○）
01	担当患者数が多いため、患者 1 人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない
02	退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない
03	退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い
04	病棟との情報共有が十分でないことが多い
05	患者・家族と面会日等を調整することが難しい
06	患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい
07	在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい
08	地域の中で、在宅支援を行う医療・介護サービスの事業所が少ない
09	その他（ _____ ）

**■ 入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。**

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、平成 28 年 11 月〇日（〇）までに、  
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成 28 年度調査

## 入院医療等における実態調査 病棟調査票(B)

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 11 月 1 日(火)現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

### ■ 施設 ID、病棟 ID をご記入下さい。

施設 ID		病棟 ID	
-------	--	-------	--

### 問 1 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

<b>1-1 診療科目</b> (平成 28 年 11 月 1 日時点) (最も近似する診療科を 主なもの 3 つまで○)	<b>01</b> 内科	<b>07</b> 形成外科	<b>13</b> 放射線科
	<b>02</b> 小児科	<b>08</b> 産婦人科	<b>14</b> リハビリテーション科
	<b>03</b> 精神科	<b>09</b> 眼科	<b>15</b> 歯科 (歯科口腔外科等含む)
	<b>04</b> 外科	<b>10</b> 耳鼻咽喉科	<b>16</b> 全科
	<b>05</b> 整形外科	<b>11</b> 皮膚科	<b>17</b> その他 ( )
	<b>06</b> 脳神経外科	<b>12</b> 泌尿器科	

<b>1-2 入院基本料等</b> (平成 28 年 11 月 1 日時点) (該当する番号・記号 1 つに○)	<b>01</b> 13 対 1 一般病棟入院基本料	<b>05</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	
	<b>02</b> 15 対 1 一般病棟入院基本料	<b>06</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	
	<b>03</b> 13 対 1 専門病院入院基本料	<b>07</b> 地域包括ケア病棟入院料 1	
	<b>04</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 → a 体制強化加算 1	<b>08</b> 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1	
	→ b 体制強化加算 2	<b>09</b> 地域包括ケア病棟入院料 2	
		<b>10</b> 地域包括ケア病棟入院医療管理料 2	

### 問 2 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

2-1 貴病棟の届出病床数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)	床
------------------------------------	---

2-2 貴病棟に配置されている職員数 (専従換算) (平成 28 年 11 月 1 日時点)			
① 看護師	. 人	⑦ 作業療法士	. 人
② 准看護師	. 人	⑧ 言語聴覚士	. 人
③ 看護補助者	. 人	⑨ 臨床心理技術者	. 人
(うち) 介護福祉士	. 人	⑩ 相談員	. 人
④ 薬剤師	. 人	(うち) 社会福祉士	. 人
⑤ 管理栄養士	. 人	⑪ 事務職員	. 人
⑥ 理学療法士	. 人	⑫ その他の職員	. 人

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等 (平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間)	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延べ日数
新入棟患者数、新退棟患者数等	人	人	日



**2-4 貴病棟における重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合（平成 28 年 10 月の 1 か月間）**

貴病棟における重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合※ .                    %

※ 貴病棟が一般病棟（13 対 1、15 対 1）の場合：「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A 得点）2 点以上かつ患者の状況等に係る得点（B 得点）3 点以上、A 得点 3 点以上又は手術等の医学的状況に係る得点（C 得点）が 1 点以上 を満たす患者割合。

貴病棟が回復期リハ病棟の場合                    : 「回復期リハビリテーション病棟入院料 1 における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A 得点）1 点以上を満たす患者割合。

貴病棟が地域包括ケア病棟の場合                    : 「地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医学管理料を算定する場合も含む）における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A 得点）1 点以上又は手術等の医学的状況に係る得点（C 得点）が 1 点以上 を満たす患者割合。

**問 3 貴病棟の退院支援の状況についてお伺いします。**

**3-1 貴病棟に配置されている専任あるいは専従の退院支援職員について（平成 28 年 11 月 1 日時点）**（該当する番号 1 つに○）

- 01** 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる                    **02** 退院支援の専任・専従の職員はいない

■ 上記 3-1 で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の退院支援職員数をご回答ください。

3-1-1 貴病棟における職種別の退院支援職員数(平成 28 年 11 月 1 日時点)	専 従	専 任
① 看護師	人	人
② 相談員	人	人
(うち) 社会福祉士	人	人
③ その他の職種（准看護師も含む）	人	人
④ [再掲] ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人

■ 上記 3-1 で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、いなかった場合と比較して、もたらされている効果等を選択してください。

**3-1-2 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる場合、もたらされている効果等**（該当する番号すべてに○）

- 01** より早期に退院支援を行う患者を病棟で抽出・関与できる
- 02** より多くの患者に対して退院支援を行える
- 03** 患者及び家族への説明や面会の頻度を増やすことができる
- 04** 早期退院に向けた多職種カンファレンスの開催頻度を増やすことができる
- 05** 退院支援計画の作成が滞りなく行える
- 06** その他（ \_\_\_\_\_ ）

**3-2 退院支援で困難等を感じる点**（該当する番号すべてに○）

- 01** 退院支援を行う患者を病棟で抽出することが難しい
- 02** 全ての患者に対して退院支援を行うことは難しい
- 03** 患者 1 人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない
- 04** 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い
- 05** 退院支援室等との情報共有が十分でないことが多い
- 06** 患者・家族と面会日等を調整することが難しい
- 07** 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい
- 08** 他の医療機関・施設との顔の見える関係を構築するのが難しい
- 09** その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 問4 貴病棟の入院患者数についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数（平成28年11月1日時点）		人
-----------------------------	--	---

4-2 平成28年11月1日時点に入院している患者における入院前の居場所別患者数（平成28年11月1日時点）		
① 自宅		人
② 介護老人福祉施設（特養）		人
③ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）		人
④ 障害者支援施設		人
⑤ 他の医療機関		人
⑥ 介護療養型医療施設		人
⑦ 介護老人保健施設		人
⑧ その他		人

4-3 平成28年11月1日時点に入院している患者における自院の他病棟からの転棟患者数（平成28年11月1日時点）		
自院の他病棟からの転棟患者		人
再掲	① 自院の急性期病床（7対1、10対1）から転棟	人
	② 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床から転棟	人
	③ 自院の医療療養病床から転棟	人
	④ 自院の介護療養病床から転棟	人
	⑤ 自院の精神病床から転棟	人
	⑥ 自院のその他の病床から転棟	人

※ 下記4-4については、貴病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合のみご回答ください。

4-4 リハビリの実施単位数別の入院患者数の内訳（平成28年11月1日時点）			
① 2単位/日	人	⑤ 6単位/日	人
② 3単位/日	人	⑥ 7単位/日	人
③ 4単位/日	人	⑦ 8単位/日	人
④ 5単位/日	人	⑧ 9単位以上/日	人

※ 下記4-5については、貴病棟が地域包括ケア病棟の場合のみご回答ください。

4-5 リハビリの実施状況別の入院患者数の内訳（平成28年11月1日時点）		
① リハビリテーションの対象でない患者		人
② リハビリテーションの対象の患者（平均の単位は直近3カ月の実績から算出）		人
（うち）平均 2(単位/日) 以上、4 単位(単位/日) 未満		人
（うち）平均 4(単位/日) 以上、6 単位(単位/日) 未満		人
（うち）平均 6(単位/日) 以上		人

## 問5 貴病棟の退棟患者についてお伺いします。

5-1 退棟先別の退棟患者数（平成28年10月の1か月間）		
貴病棟における退棟患者数		人
自宅等	① 自宅（在宅医療の提供あり）	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）	人
	③ 介護老人福祉施設（特養）	人
	④ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
	⑤ 障害者支援施設	人
自院	⑥ 自院の急性期病床（7対1、10対1）	人
	⑦ 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人
	⑧ 自院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人
	⑨ 自院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人
	⑩ 自院のその他の病床	人
他院	⑪ 他の病院の急性期病床（7対1、10対1）	人
	⑫ 他の病院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人
	⑬ 他の病院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人
	⑭ 他の病院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人
	⑮ 他の病院のその他の病床	人
診療所 有床	⑯ 有床診療所（在宅復帰機能強化加算を届出）	人
	⑰ 有床診療所（上記以外の有床診療所）	人
介護療養・ 老健	⑱ 介護療養型医療施設	人
	⑲ 介護老人保健施設（在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出）	人
	⑳ 介護老人保健施設（上記以外の老健施設）	人
死亡	㉑ 死亡退院	人
	㉒ その他	人

設問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、平成28年12月〇日（〇）までに、  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 入院患者票（B）

施設ID：

病棟ID：

患者ID：

## I 患者の基本情報

1 性別（該当する番号1つに○）	01. 男性	02. 女性
2 生年月	西暦_____年_____月	
3 主傷病 および副傷病 （疾病コード）	01. 主傷病	02. 副傷病1
		03. 副傷病2
4 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日	
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日	
5 入棟前の場所 （該当する番号1つに○）	01. 自宅 02. 自院の7対1、10対1病床 03. 自院の地域包括ケア・回りハ病床 04. 自院の療養病床 05. 他院の7対1、10対1病床 06. 他院の地域包括ケア・回りハ病床 07. 他院の療養病床 08. 介護療養型医療施設 09. 介護老人保健施設 10. 介護老人福祉施設（特養） 11. 居住系介護施設 12. 障害者支援施設 13. その他（_____）	
6 予定・緊急入院区分 （該当する番号1つに○）	01. 予定入院 02. 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター） 03. 緊急入院（外来の初診後） 04. 緊急入院（外来の再診後）	
《6で「02」を選択した場合に回答》		
6-1 救急搬送後の入院方法 （該当する番号1つに○）	01. 独歩	03. 車いす
	02. ストレッチャー	04. その他（_____）
7 入院した時の状態 （該当する番号すべてに○）	01. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 02. 要介護認定が未申請 03. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態） 04. 排泄に介助を要する状態 05. 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない状態 06. 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態 07. 入退院を繰り返している状態 08. その他患者の状況から判断して01から07までに準ずると認められる状態	
8 入院の理由 （主な番号1つに○）	01. 治療のため 02. リハビリテーションのため 03. 検査及び確定診断のため 04. 患者教育のため 05. 介護施設の入所待ちのため 06. 緩和ケアのため 07. 看取りのため（06を除く） 08. その他（_____）	
9 地域連携診療計画の使用 （該当する番号1つに○）	01. 地域連携診療計画あり	02. 地域連携診療計画なし
《9で「01」を選択した場合に回答》		
9-1 対象疾患 （該当する番号1つに○）	01. 脳卒中	03. その他（_____）
	02. 大腿骨頸部骨折	

## II 患者の状態等

<b>1 患者状態の評価の実施日</b> (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
<b>2 認知症の診断の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり    02. 認知症なし    03. 認知症の診断を受けていない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
<b>2-1 BPSDの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり    02. BPSDなし
<b>3 要介護度</b> (該当する番号1つに○)	01. 不明    03. 申請中    05. 要支援1    07. 要介護1    09. 要介護3    11. 要介護5 02. 未申請    04. 非該当    06. 要支援2    08. 要介護2    10. 要介護4
<b>4 認知症高齢者の日常生活自立度</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立    03. II a    05. III a    07. IV 02. I    04. II b    06. III b    08. M
<b>5 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立    03. J 2    05. A 2    07. B 2    09. C 2 02. J 1    04. A 1    06. B 1    08. C 1
<b>6 栄養摂取の状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《6で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
<b>6-1 経管・経静脈栄養の状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管    03. 末梢静脈栄養 02. 胃瘻・腸瘻    04. 中心静脈栄養
《6-1で「01」または「02」を選択した場合に回答》	
<b>6-1-1 経腸栄養用製品の種別</b> (該当する番号1つに○)	01. 食品のみ    03. 食品と医薬品とを併用 02. 医薬品のみ
<b>6-1-2 上記6-1-1の種別とした理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 患者の病態・栄養状態に合った成分のため 02. 患者の経済状態を考慮したため 03. 退院後(在宅)や転院先で提供される製品のため 04. その他(_____)

7 疾患及び状態																																			
<p><b>7-1 調査基準日時点の疾患</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. スモン</td> <td>16. 脳梗塞</td> </tr> <tr> <td>02. 筋ジストロフィー</td> <td>17. 脳出血</td> </tr> <tr> <td>03. 多発性硬化症</td> <td>18. その他の原因による重度障害 (17 以外)</td> </tr> <tr> <td>04. 筋萎縮性側索硬化症</td> <td>19. 悪性腫瘍</td> </tr> <tr> <td>05. パーキンソン病関連疾患</td> <td>→ a 疼痛コントロールが必要</td> </tr> <tr> <td>06. その他の難病 (神経系)</td> <td>→ b 余命 3 か月以内</td> </tr> <tr> <td>→ a 神経系</td> <td>20. 不整脈</td> </tr> <tr> <td>→ b 神経系以外</td> <td>21. 心不全 (高度非代償性)</td> </tr> <tr> <td>07. 脊髄損傷</td> <td>22. 心筋梗塞</td> </tr> <tr> <td>08. 骨折・外傷 (07 以外)</td> <td>23. 肝不全 (腹水高度、NH<sub>4</sub>CL120mg/dl 以上)</td> </tr> <tr> <td>09. 脳性麻痺</td> <td>24. 髄膜炎</td> </tr> <tr> <td>10. その他の乳児期からの障害 (09 以外)</td> <td>25. 肺血栓塞栓症</td> </tr> <tr> <td>11. 片麻痺</td> <td>26. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)</td> </tr> <tr> <td>12. 四肢麻痺</td> <td>27. 肺炎</td> </tr> <tr> <td>13. 播種性血管内凝固症候群 (DIC)</td> <td>28. 喘息重積発作</td> </tr> <tr> <td>14. 敗血症</td> <td>29. 尿路感染症</td> </tr> <tr> <td>15. 急性腹症</td> <td></td> </tr> </table>	01. スモン	16. 脳梗塞	02. 筋ジストロフィー	17. 脳出血	03. 多発性硬化症	18. その他の原因による重度障害 (17 以外)	04. 筋萎縮性側索硬化症	19. 悪性腫瘍	05. パーキンソン病関連疾患	→ a 疼痛コントロールが必要	06. その他の難病 (神経系)	→ b 余命 3 か月以内	→ a 神経系	20. 不整脈	→ b 神経系以外	21. 心不全 (高度非代償性)	07. 脊髄損傷	22. 心筋梗塞	08. 骨折・外傷 (07 以外)	23. 肝不全 (腹水高度、NH <sub>4</sub> CL120mg/dl 以上)	09. 脳性麻痺	24. 髄膜炎	10. その他の乳児期からの障害 (09 以外)	25. 肺血栓塞栓症	11. 片麻痺	26. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	12. 四肢麻痺	27. 肺炎	13. 播種性血管内凝固症候群 (DIC)	28. 喘息重積発作	14. 敗血症	29. 尿路感染症	15. 急性腹症	
01. スモン	16. 脳梗塞																																		
02. 筋ジストロフィー	17. 脳出血																																		
03. 多発性硬化症	18. その他の原因による重度障害 (17 以外)																																		
04. 筋萎縮性側索硬化症	19. 悪性腫瘍																																		
05. パーキンソン病関連疾患	→ a 疼痛コントロールが必要																																		
06. その他の難病 (神経系)	→ b 余命 3 か月以内																																		
→ a 神経系	20. 不整脈																																		
→ b 神経系以外	21. 心不全 (高度非代償性)																																		
07. 脊髄損傷	22. 心筋梗塞																																		
08. 骨折・外傷 (07 以外)	23. 肝不全 (腹水高度、NH <sub>4</sub> CL120mg/dl 以上)																																		
09. 脳性麻痺	24. 髄膜炎																																		
10. その他の乳児期からの障害 (09 以外)	25. 肺血栓塞栓症																																		
11. 片麻痺	26. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)																																		
12. 四肢麻痺	27. 肺炎																																		
13. 播種性血管内凝固症候群 (DIC)	28. 喘息重積発作																																		
14. 敗血症	29. 尿路感染症																																		
15. 急性腹症																																			
<p><b>7-2 調査基準日時点の状態</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 医師及び看護師による常時監視・管理</td> <td>07. 鬱状態</td> </tr> <tr> <td>02. 感染隔離室における管理</td> <td>08. 消化管等の体内からの出血</td> </tr> <tr> <td>03. 意識障害 (JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下)</td> <td>09. 脱水 (発熱あり)</td> </tr> <tr> <td>04. 意識障害 (JCS III-100 以上)</td> <td>10. 頻回の嘔吐 (発熱あり)</td> </tr> <tr> <td>05. せん妄 (術後)</td> <td>11. 褥瘡 (皮膚層の喪失又は複数箇所)</td> </tr> <tr> <td>06. せん妄 (術後以外)</td> <td>12. 他者への暴行が認められる状態</td> </tr> </table>	01. 医師及び看護師による常時監視・管理	07. 鬱状態	02. 感染隔離室における管理	08. 消化管等の体内からの出血	03. 意識障害 (JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下)	09. 脱水 (発熱あり)	04. 意識障害 (JCS III-100 以上)	10. 頻回の嘔吐 (発熱あり)	05. せん妄 (術後)	11. 褥瘡 (皮膚層の喪失又は複数箇所)	06. せん妄 (術後以外)	12. 他者への暴行が認められる状態																						
01. 医師及び看護師による常時監視・管理	07. 鬱状態																																		
02. 感染隔離室における管理	08. 消化管等の体内からの出血																																		
03. 意識障害 (JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下)	09. 脱水 (発熱あり)																																		
04. 意識障害 (JCS III-100 以上)	10. 頻回の嘔吐 (発熱あり)																																		
05. せん妄 (術後)	11. 褥瘡 (皮膚層の喪失又は複数箇所)																																		
06. せん妄 (術後以外)	12. 他者への暴行が認められる状態																																		
<p><b>7-3 回復期リハビリテーションを要する状態</b> <b>【回復期リハビリテーションの場合のみご回答ください】</b> (該当する番号 1 つに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 脳血管疾患 (算定上限 150 日)</td> </tr> <tr> <td>02. 上記 01 以外で算定上限 150 日 (脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後 2 か月以内の状態、又は義肢装着訓練を要する状態)</td> </tr> <tr> <td>03. 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害 (算定上限 180 日)</td> </tr> <tr> <td>04. 上記 03 以外で算定上限 180 日 (重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷)</td> </tr> <tr> <td>05. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態 (算定上限 90 日)</td> </tr> <tr> <td>06. 手術後又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群 (算定上限 90 日)</td> </tr> <tr> <td>07. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後 1 か月以内の状態 (算定上限 60 日)</td> </tr> <tr> <td>08. 股関節又は膝関節の置換術後の状態 (算定上限 90 日)</td> </tr> </table>	01. 脳血管疾患 (算定上限 150 日)	02. 上記 01 以外で算定上限 150 日 (脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後 2 か月以内の状態、又は義肢装着訓練を要する状態)	03. 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害 (算定上限 180 日)	04. 上記 03 以外で算定上限 180 日 (重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷)	05. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態 (算定上限 90 日)	06. 手術後又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群 (算定上限 90 日)	07. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後 1 か月以内の状態 (算定上限 60 日)	08. 股関節又は膝関節の置換術後の状態 (算定上限 90 日)																										
01. 脳血管疾患 (算定上限 150 日)																																			
02. 上記 01 以外で算定上限 150 日 (脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後 2 か月以内の状態、又は義肢装着訓練を要する状態)																																			
03. 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害 (算定上限 180 日)																																			
04. 上記 03 以外で算定上限 180 日 (重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷)																																			
05. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態 (算定上限 90 日)																																			
06. 手術後又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群 (算定上限 90 日)																																			
07. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後 1 か月以内の状態 (算定上限 60 日)																																			
08. 股関節又は膝関節の置換術後の状態 (算定上限 90 日)																																			

## Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）	
1-1 入棟中の患者の医療的な状態 (該当する番号1つに○)	01. 安定している 02. 時々、不安定である 03. 常時、不安定である
1-2 医師による診察 (処置、判断含む)の頻度 (該当する番号1つに○)	01. 週1回程度以下、医師による診察(処置、判断含む)が必要 02. 週2～3回、医師による診察(処置、判断含む)が必要 03. 毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要 04. 1日数回、医師による診察(処置、判断含む)が必要 05. 常時、医師による診察(処置、判断含む)が必要
1-3 医師の指示の見直しの頻度 (該当する番号1つに○)	01. 医師による指示の見直しはほとんど必要としない 02. 週1回程度の指示見直しが必要 03. 週2～3回程度の指示見直しが必要 04. 毎日指示見直しが必要 05. 1日数回の指示見直しが必要
1-4 看護師による直接の看護提供の頻度 (該当する番号1つに○)	01. 定時の観察のみで対応できる(している) 02. 定時以外に1日1回～数回の観察および管理が必要 03. 頻回の観察および管理が必要 04. 24時間観察および管理が必要
2 入院中の手術の実施状況 (該当する番号1つに○)	01. 手術を実施した 02. 手術は実施していない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
2-1 手術の方法等 (該当する番号すべてに○)	01. 開頭術 → (実施日 _____) 02. 開胸術 → (実施日 _____) 03. 開腹術 → (実施日 _____) 04. 骨の観血的手術 → (実施日 _____) 05. 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術 → (実施日 _____) 06. その他の手術 → (実施日 _____)
3 内服薬の種類	過去7日間に内服した薬剤 _____ 種類
4 過去7日間に実施した検査の件数	① 検体検査(尿・血液等) 過去7日間 _____ 件 ② 生体検査(超音波・内視鏡等) 過去7日間 _____ 件 ③ X線単純撮影 過去7日間 _____ 件 ④ CT・MRI 過去7日間 _____ 件 ※検査を実施していない場合は、“0”を記入してください。

<b>5 調査基準日における 医療行為・処置等</b> (該当する番号・記号すべてに○)	01. 蘇生術の施行 02. 人工呼吸器の使用 03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内 04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり) 05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし) 06. 酸素療法 (密度の高い治療) 07. 酸素療法 (上記以外) *1 08. ドレーン法 → a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔 → b 胸腔・腹腔・胆道 → c 関節腔 → d 皮下・硬膜下 09. 喀痰吸引 (1 日 8 回以上) 10. 体位ドレナージ・スクウィーミング 11. 動脈圧測定 (動脈ライン) 12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン) 13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル) 14. 24 時間持続点滴 15. 輸血・血液製剤の使用 16. 血糖測定 (1 日 3 回以上)	17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射 18. 特殊な治療法等 → a CHDF → b IABP → c PCPS → d 補助人工心臓 → e ICP 測定 → f ECMO 19. 輸液ポンプの管理 20. シリンジポンプの管理 21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷) → a 難治性皮膚潰瘍 → b 手術創 → c 手術創以外の創傷 22. 褥瘡処置 23. 中心静脈栄養 24. 経管栄養 25. 胃瘻 (減圧のため開放中) 26. 胃瘻 (閉鎖中) 27. 身体抑制*2
	《5で「23」、「24」を選択した場合に回答》	
<b>5-1 中心静脈栄養・経管栄養を行っている理由</b> (該当する番号 1 つに○)	01. 医学的な理由で一時的に必要であったため 02. 医学的な理由で長期的に必要であったため 03. 入院時に既に必要であったため 04. 退院の際に必要であったため	
<b>6 入院後 7 日以内の、退院支援を目的としたカンファレンスの開催の有無</b> (該当する番号 1 つに○)	01. 開催あり (予定を含む)	02. 開催なし (予定を含む)
<b>7 入院前の担当ケアマネジャーの有無</b> (該当する番号 1 つに○)	01. 担当ケアマネジャーあり 02. 担当ケアマネジャーなし	03. 不明
《7で「01」を選択した場合に回答》		
<b>7-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法</b> (該当する番号すべてに○)	01. カンファレンスに直接出席 02. 文書 (FAX や E メールも含む) での情報提供	03. 電話等による (口頭による) 情報提供 04. 情報提供は受けていない
<b>7-2 情報提供の有用性</b> (該当する番号 1 つに○)	01. 有用だった 02. 多少有用だった	03. あまり有用ではなかった 04. 有用ではなかった

※1 酸素療法 (上記以外): 「安静時に 3 L / 分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90% 以上を維持できる状態」。

※2 身体抑制: 「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がれないようにする」、「ミトンの着用」、「自分の意志で開けることの出来ない居室等への隔離」。



8 リハビリ担当者による個別機能訓練 (該当する番号1つに○)	01. 個別リハビリテーションを受けている      02. 個別リハビリテーションを受けていない		
《8で「01」を選択した場合に回答》      【貴病棟が、回復期リハビリテーション病棟の場合の設問】			
8-1 リハビリテーションの 単位数等	1回当たり平均単位数	FIM又はBI得点 (該当する番号1つに○) 01. FIMで評価 02. BIで評価	日常生活機能評価
入棟時		_____点	_____点
入棟後1月目	平均_____単位/回	平均_____点	平均_____点
入棟後2月目	平均_____単位/回	平均_____点	平均_____点
入棟後3月目	平均_____単位/回	平均_____点	平均_____点
入棟後4月目	平均_____単位/回	平均_____点	平均_____点
入棟後5月目	平均_____単位/回	平均_____点	平均_____点
入棟後6月目	平均_____単位/回	平均_____点	平均_____点
入棟後7月目以降	平均_____単位/回	平均_____点	平均_____点
《8で「01」を選択した場合に回答》      【貴病棟が、地域包括ケア病棟の場合の設問】			
8-2 頻度	平均_____回/週      ※1週間当たりの平均回数を記入してください。		
8-3 単位数	平均_____単位/回      ※1回当たりの平均単位数を記入してください。		
9 入院中の他の医療機関の受診状況 (該当する番号1つに○)	01. 他の医療機関を受診した      02. 他の医療機関を受診していない → (受診回数 _____ 回/月)		
《9で「01」を選択した場合に回答》			
9-1 他の医療機関を受診した理由 (該当する番号すべてに○)	01. 専門外の急性疾患の治療のため      03. 症状の原因精査のため 02. 専門外の慢性疾患の治療のため      04. その他 (_____)		
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	01. 内科      07. 心臓血管外科 02. 小児科      08. 放射線科 03. 精神科      09. 麻酔科 (ペインクリニック) 04. 外科      10. 歯科 05. 整形外科      11. その他 (_____) 06. 脳神経外科		
9-3 受診費用の請求について (該当する番号すべてに○)	01. 合議で精算      03. その他 (_____) 02. 入院料を減算した上で先方にて請求		

## IV 患者の今後の見通し等

<b>1 医学的な入院継続の理由等</b> (該当する番号1つに○)	01. 医学的な理由のため入院医療が必要である 02. 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい 03. 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04. 退院予定が決まっている
《1で「01」を選択した場合に回答》	
<b>1-1 医学的な理由の詳細</b> (最も当てはまる番号1つに○)	01. 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない 02. 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない 03. 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態 04. 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態 05. その他 ( _____ )
《1で「03」を選択した場合に回答》	
<b>1-2 退院後に必要な支援</b> (最も当てはまる番号1つに○)	01. 医療処置 02. 通院の介助 03. 訪問診療 04. 訪問看護・リハビリテーション 05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助 06. 食事・排泄・移動等の介護 07. 認知症・精神疾患に対する見守り 08. その他 ( _____ )
<b>1-3 退院できない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)	01. 本人の希望に合わないため 02. 家族の希望に合わないため 03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため 04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため 05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため 06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため 07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため 08. 地域に施設サービスがないため 09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため 10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため 11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため 12. 転院先の医療機関の確保ができていないため 13. その他 ( _____ )
《1-3で「01」「02」を選択した場合に回答》	
<b>1-3-1 本人・家族の希望に          合わない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)	01. 家族が患者と同居できないため 02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため 03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため 04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため 05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため 06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため 07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため 08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため 09. 在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため 10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため 11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため 12. その他 ( _____ )

<b>2 退院へ向けた目標・課題等</b> (主なもの1つに○)	01. 疾病の治癒・軽快 02. 病態の安定 03. 手術・投薬・処置・検査等の終了 04. 診断・今後の治療方針の確定 05. 低下した機能の回復（リハビリテーション） 06. 在宅医療・介護等の調整	07. 入所先の施設の確保 08. 本人家族の病状理解 09. 転院先の医療機関の確保 10. 看取り（死亡退院） 11. その他（_____）
-------------------------------------	--	--

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査

## 退棟患者票 (B)

施設ID:

病棟ID:

患者ID:

(注)「入院患者票 (B)」の対象者のうち、「補助票 (重症度, 医療・看護必要度票)」の追跡期間 (1週間) に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

<b>1 性別</b> (該当する番号1つに○)	01. 男性 02. 女性
<b>2 生年月</b>	西暦_____年_____月
<b>3 ① 入院年月日</b>	西暦_____年_____月_____日
<b>② 入棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日
<b>③ 退棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日

<b>4 退院支援加算等の算定状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 退院支援加算1 算定あり 02. 退院支援加算2 算定あり 03. 退院支援加算3 算定あり 04. 退院支援加算1～3 算定なし 05. 介護支援連携指導料 算定あり
《4で「02」、「03」、「04」を選択した場合に回答》	
<b>4-1 患者・家族との面談</b> (該当する番号1つに○)	01. 面談を実施 → 入院後 (____) 日目に実施 02. 面談を実施せず
<b>4-2 多職種カンファレンス</b> (該当する番号1つに○)	01. カンファレンスを実施 → 入院後 (____) 日目に実施 02. カンファレンスを実施せず

<b>5 機能評価結果 (退棟時)</b> 【回復期リハ病棟の場合のみご回答ください】 (該当する番号1つに○)	01. FIMで評価 02. BIで評価	_____点	日常生活機能評価	_____点
--	-------------------------	--------	----------	--------

うらへ続く

<p><b>6 退棟先</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>&lt;自宅等&gt;</p> <p>01. 自宅 → <b>a</b> 在宅医療の提供あり → <b>b</b> 在宅医療の提供なし</p> <p>02. 介護老人福祉施設 (特養)</p> <p>03. 居住系介護施設 (グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等)</p> <p>04. 障害者支援施設</p>	<p>11. 療養病床 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>12. その他の病床</p>
	<p>&lt;自院&gt;</p> <p>05. 一般病床</p> <p>06. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床</p> <p>07. 療養病床 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>08. その他の病床</p> <p>&lt;他院&gt;</p> <p>09. 一般病床</p> <p>10. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床</p>	<p>&lt;有床診療所&gt;</p> <p>13. 有床診療所 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>&lt;介護施設・老健&gt;</p> <p>14. 介護療養型医療施設</p> <p>15. 介護老人保健施設 → <b>a</b> 在宅強化型 → <b>b</b> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり → <b>c</b> 上記 <b>a</b>、<b>b</b> 以外</p> <p>&lt;死亡&gt;</p> <p>16. 死亡退院 → (最も死亡に影響を与えた傷病名: _____)</p> <p>&lt;その他&gt;</p> <p>17. その他 (_____)</p>

**【自宅または居住系施設へ退院した場合のみ、以下の設問にご回答ください。】※転棟・転院の場合は記入不要です。**

<p><b>7 退院後に利用を予定している医療・介護サービス</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<p>01. 医療機関の外来診療</p> <p>02. 医療機関の訪問診療</p> <p>03. 訪問看護</p> <p>04. 訪問リハビリテーション</p> <p>05. 通所リハビリテーション</p> <p>06. 訪問介護</p> <p>07. 訪問入浴介護</p> <p>08. 通所介護</p>	<p>09. 短期入所生活介護</p> <p>10. 短期入所療養介護</p> <p>11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p> <p>12. 夜間対応型訪問介護</p> <p>13. 認知症対応型通所介護</p> <p>14. 看護小規模多機能型居宅介護</p> <p>15. 福祉用具貸与</p> <p>16. その他 (_____)</p>
--	---	--

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成 28 年度調査

入院医療等における実態調査  
施設調査票（C）

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 11 月 1 日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設 I D	
記入者氏名		電話番号	

■ 貴院の基本情報について、別途 確認票(Webサイト参照)にてご確認ください。

問 1 貴院の関連施設についてご回答ください。

- 同一二次医療圏内における下記①～⑰に該当する施設のうち、貴院と特別の関係にある施設数を A の欄にお書きください。  
A に該当する施設のうち、同一法人・グループ（関連法人・グループを含む）が有する施設数を B の欄にお書きください。  
また、B に該当する施設のうち、貴院に併設する施設数を C の欄にお書きください。

1-1 関連施設の施設数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)	A. 特別の関係にある 施設数	B. (Aのうち) 同一法人・グループが 有する施設数	
		C. (Bのうち) 貴院に併設する施設数	
① 病院	施設	施設	施設
② 有床診療所	施設	施設	施設
③ 無床診療所	施設	施設	施設
④ 介護療養型医療施設	施設	施設	施設
⑤ 介護老人保健施設	施設	施設	施設
⑥ 介護老人福祉施設（特養）	施設	施設	施設
⑦ グループホーム	施設	施設	施設
⑧ サービス付き高齢者向け住宅	施設	施設	施設
⑨ 居宅介護支援事業所	施設	施設	施設
⑩ 短期入所生活介護事業所	施設	施設	施設
⑪ 短期入所療養介護事業所	施設	施設	施設
⑫ 通所介護事業所	施設	施設	施設
⑬ 通所リハビリテーション事業所	施設	施設	施設
⑭ 訪問看護ステーション	施設	施設	施設
⑮ 訪問介護事業所	施設	施設	施設
⑯ 訪問リハビリテーション事業所	施設	施設	施設
⑰ その他（ <input type="text"/> ）	施設	施設	施設

※ 「⑰その他」の施設種類が複数存在する場合は、カッコ内にカンマ区切りで並べてご記入ください。カッコ内に入りきらない場合は、余白にご記入ください。

## 問2 貴院の許可病床数についてご回答ください。

2-1 許可病床数（平成28年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ その他の病床		床
② 療養病床		床	⑤ 合計		床
③ 精神病床		床			

## 問3 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてご回答ください。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 <sup>注</sup> ）（平成28年11月1日時点）					
① 医師		人	⑨ 作業療法士		人
② 歯科医師		人	⑩ 言語聴覚士		人
③ 看護師		人	⑪ 臨床心理技術者		人
④ 准看護師		人	⑫ 診療放射線技師		人
⑤ 看護補助者		人	⑬ 臨床検査技師		人
（うち）介護福祉士		人	⑭ 相談員		人
⑥ 薬剤師		人	（うち）社会福祉士		人
⑦ 管理栄養士		人	⑮ 事務職員		人
⑧ 理学療法士		人	⑯ その他の職員		人

注) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第1位まで（小数点第2位を切り上げ）を記入。

例：常勤職員の1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

## 問4 貴院の療養病棟入院基本料、認知症治療病棟入院料を届出ている病棟についてお伺いします。

4-1 病棟数、病床数等（平成28年11月1日時点）	病棟数	届出病床数	入院患者数
① 療養病棟（20対1）	棟	床	人
（うち）在宅復帰機能強化加算を算定する病棟	棟	床	人
② 療養病棟（25対1）	棟	床	人
③ 認知症治療病棟	棟	床	人
④ 介護療養病棟	棟	床	人

4-2 新入棟、退棟患者数等（平成28年8月～10月の3か月間）	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延日数
① 療養病棟（20対1）	人	人	日
② 療養病棟（25対1）	人	人	日
③ 認知症治療病棟	人	人	日

4-3 在宅復帰率等（平成28年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率	平均在院日数
① 療養病棟（20対1）	※1 . %	. 日
② 療養病棟（25対1）	※1 . %	. 日
③ 認知症治療病棟	※2 . %	. 日

※1. 「在宅復帰率」＝A÷B：A. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者であり、在宅での生活が1月以上（医療区分3の場合は14日以上）継続する見込であることを確認できた者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く。同一の保険医療機関の療養病棟以外の病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く。同一の保険医療機関の療養病棟以外の病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）。

※2. 「在宅復帰率」＝C÷D：C. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）、D. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

4-4 病床利用率	平成27年10月の 1か月間	平成28年10月の 1か月間
① 療養病棟（20対1）	. %	. %
② 療養病棟（25対1）	. %	. %
③ 認知症治療病棟	. %	. %

※「病床利用率」＝A÷B：A. 10月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 31



## 問5 貴院の病棟等に関する今後の届出の意向についてお伺いします。

■ 今後の入院料等別の病床数の増減の意向について、貴院の考えに最も近いものに○を1つ付けてください。

※【現時点の状況】届出の有無について「02 届出なし」を選択した場合にも、【今後の意向】入院料等別の病床数の増減の意向についてお答えください。

5-1 今後の入院料等別の病床数の増減の意向 (該当する番号それぞれ1つに○)	【現時点の状況】 届出の有無		【今後の意向】 入院料等別の病床数の増減の意向		
	01	02	01	02	03
① ICU (PICU、NICUを除く)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
② HCU	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
③ 一般病棟 (7対1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
④ 一般病棟 (10対1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑤ 一般病棟 (13対1、15対1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑥ 地域包括ケア病棟 (病室)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑦ 回復期リハビリテーション病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑧ 療養病棟 (20対1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑨ 療養病棟 (25対1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑩ 精神病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑪ 認知症治療病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)

## 問6 貴院の病棟に入棟する前の居場所別の入院患者数についてお伺いします。

6-1 療養病棟 (20対1、25対1) における入棟前居場所別の入院患者数 (平成28年11月1日時点)	
① 自院の急性期病棟からの患者の受け入れ	人
② 自院の急性期病棟 <u>以外</u> の病棟からの患者の受け入れ	人
③ 他病院の急性期病棟からの患者の受け入れ	人
(うち) 特別の関係にある病院の急性期病棟からの患者の受け入れ	人
④ 他病院の急性期病棟 <u>以外</u> の病棟からの患者の受け入れ	人
(うち) 特別の関係にある病院の急性期病棟 <u>以外</u> の病棟からの患者の受け入れ	人
⑤ 在宅・介護施設等からの受け入れ	人
(うち) 特別の関係にある介護施設等からの受け入れ	人

※ 下記問7については、貴院が改定前に「療養病棟(20対1)」を届出していた場合のみご回答ください。

**問7 改定前に療養病棟(20対1)を届出していた病棟の現時点の状況についてお伺いします。**

7-1 改定前(平成28年3月31日時点)に療養病棟(20対1)を届出していた病棟の状況		病棟数	届出病床数
改定前(平成28年3月31日時点)に療養病棟(20対1)を届出していた病棟		棟	床
平成28年11月1日時点の内訳	① 平成28年11月1日時点、療養病棟(20対1)を届出している	棟	床
	② 平成28年11月1日時点、療養病棟(25対1)へ転換	棟	床
	③ 平成28年11月1日時点、回復期リハビリテーション病棟へ転換	棟	床
	④ 平成28年11月1日時点、地域包括ケア病棟入院料1の病棟へ転換	棟	床
	⑤ 平成28年11月1日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料1の病室へ転換	室	床
	⑥ 平成28年11月1日時点、地域包括ケア病棟入院料2の病棟へ転換	棟	床
	⑦ 平成28年11月1日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料2の病室へ転換	室	床
	⑧ 平成28年11月1日時点、上記②～⑦以外の病棟・病室へ転換		床
	⑨ 平成28年11月1日時点、休床としている病床		床

■ 上記7-1で②～⑧に記入が無い場合、下記7-1-1についてご回答ください。

7-1-1 療養病棟(20対1)を届出している理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 療養病棟(20対1) 相当の看護配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため	
02 療養病棟(20対1) から他病棟へ転換すると、地域のニーズに応えられなくなる懸念があるため	
03 施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため	
04 現在、療養病棟(20対1) に応じた職員を雇用しており、転換することで余剰職員が発生するため	
05 療養病棟(20対1) の方が、他の病棟と比較して収益を上げやすいため	
06 療養病棟(20対1) から他病棟へ転換することで、職員のモチベーションが低下するため	
07 療養病棟(20対1) から他病棟へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため	
08 その他( )	

■ 上記7-1で②～⑧に記入が有る場合、下記7-1-2についてご回答ください。

7-1-2 療養病棟(20対1)から転換した理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 実際の入院患者の状態に、より即した入院料が設定されたため	
02 他の入院料と療養病棟(20対1)を組み合わせることで、より患者の状態に即した医療を提供できるため	
03 療養病棟(20対1)から他病棟へ転換することで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため	
04 転換先の施設基準を満たす職員が確保できたため	
05 医療区分2・3の該当患者割合の基準を満たすことが困難なため	
06 十分な退院支援を実施することが困難なため	
07 全て他の入院料へ転換 又は 一部を他の入院料へ転換した方が収益を上げやすいため	
08 療養病棟(20対1)から他病棟へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため	
09 療養病棟(20対1)から他病棟へ転換することで、職員の負担軽減につながるため	
10 その他( )	

※ 下記問8については、貴院が改定前に「療養病棟(25対1)」を届出していた場合のみご回答ください。

**問8 改定前に療養病棟(25対1)を届出していた病棟の現時点の状況についてお伺いします。**

8-1 改定前(平成28年3月31日時点)に療養病棟(25対1)を届出していた病棟の状況		病棟数	届出病床数
改定前(平成28年3月31日時点)に療養病棟(25対1)を届出していた病棟		棟	床
平成28年11月1日時点の内訳	① 平成28年11月1日時点、療養病棟(25対1)を届出している	棟	床
	② 平成28年11月1日時点、療養病棟(20対1)へ転換	棟	床
	③ 平成28年11月1日時点、回復期リハビリテーション病棟へ転換	棟	床
	④ 平成28年11月1日時点、地域包括ケア病棟入院料1の病棟へ転換	棟	床
	⑤ 平成28年11月1日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料1の病室へ転換	室	床
	⑥ 平成28年11月1日時点、地域包括ケア病棟入院料2の病棟へ転換	棟	床
	⑦ 平成28年11月1日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料2の病室へ転換	室	床
	⑧ 平成28年11月1日時点、上記②～⑦以外の病棟・病室へ転換		床
	⑨ 平成28年11月1日時点、休床としている病床		床

■ 上記8-1で②～⑧に記入が無い場合、下記8-1-1についてご回答ください。

**8-1-1 療養病棟(25対1)を届出している理由** (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01 療養病棟(25対1)相当の看護配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため	
02 療養病棟(25対1)から他病棟へ転換すると、地域のニーズに応えられなくなる懸念があるため	
03 療養病棟(20対1)の施設基準を満たす職員の確保が困難であるため	
04 療養病棟(20対1)の施設基準を満たす医療区分2・3の該当患者割合まで患者を集めるのが困難であるため	
05 療養病棟(25対1)の方が、他の病棟と比較して収益を上げやすいため	
06 療養病棟(25対1)から他病棟へ転換することで、職員のモチベーションが低下するため	
07 療養病棟(25対1)から他病棟へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため	
08 その他( )	

■ 上記8-1で②～⑧に記入が有る場合、下記8-1-2についてご回答ください。

**8-1-2 療養病棟(25対1)から転換した理由** (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01 実際の入院患者の状態に、より即した入院料が設定されたため	
02 他の入院料と療養病棟(25対1)を組み合わせることで、より患者の状態に即した医療を提供できるため	
03 療養病棟(25対1)から他病棟へ転換することで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため	
04 転換先の施設基準を満たす職員が確保できたため	
05 医療区分2・3の該当患者割合が療養病棟(20対1)の施設基準を満たすことができたため	
06 医療区分2・3の該当患者割合が療養病棟(25対1)の施設基準を満たすことができなかったため	
07 十分な退院支援を実施することが困難なため	
08 全て他の入院料へ転換 又は 一部を他の入院料へ転換した方が収益を上げやすいため	
09 療養病棟(25対1)から他病棟へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため	
10 療養病棟(25対1)から他病棟へ転換することで、職員の負担軽減につながるため	
11 療養病床の看護配置に係る医療法上の経過措置が平成29年度末となっているため	
12 その他( )	

問9 貴院の退院支援に関連する項目の算定件数・回数についてご回答ください。

9-1 退院支援に関連する項目の算定件数・回数（平成28年8月～10月の3か月間）			
① 退院支援加算1	件	⑤ 地域連携診療計画加算 （診療情報提供料(I)）	回
② 退院支援加算2	件	⑥ 介護支援連携指導料	回
③ 退院支援加算3	件	⑦ 退院前訪問指導料	回
④ 地域連携診療計画加算 （退院支援加算）	件	⑧ 退院後訪問指導料	回
		（うち）訪問看護同行加算 （退院後訪問指導料）	回

9-2 [再掲]退院支援加算1・2の算定件数の内訳（平成28年8月～10月の3か月間）	
[再掲] 退院支援加算1・2の算定件数（＝「9-1の①」＋「9-1の②」）	
内 訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
	② 緊急入院であること
	③ 要介護認定が未申請であること※
	④ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
	⑤ 排泄に介助を要すること
	⑥ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
	⑦ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと
	⑧ 入退院を繰り返していること
	⑨ その他患者の状況から判断して①から⑧までに準ずると認められる場合
■ 上記9-2で「⑨」に該当する件数が1以上ある場合、具体的な状態の例をご回答ください。	
9-2-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大3つまで）	
「⑨」の状態例1（ ）	
「⑨」の状態例2（ ）	
「⑨」の状態例3（ ）	

※「③」は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

問10 貴院の退院支援に係る基準の有無、病棟配置の相談員の受け持ち患者数についてお伺いします。

10-1 退院支援に係る基準の策定状況（該当する番号すべてに○）	
01	退院困難な要因を有している患者を抽出する基準がある
02	退院支援に携わる看護師と社会福祉士がともに配置されている病棟があり、患者への支援内容に応じて担当者（看護師・社会福祉士）を割当てる基準がある

※ 退院支援・地域連携業務の専従職員（看護師又は社会福祉士）が病棟に配置されている場合、下記10-2についてご回答ください。

10-2 病棟に配置されている退院支援等の専従職員の受け持ち患者数（平成28年11月1日時点）	
病棟配置の退院支援等の専従職員（看護師又は社会福祉士）の1人当たりの受け持ち患者数	人

## 問 11 貴院の退院支援部門(退院支援及び地域連携業務を担う部門)の設置状況などについてお伺いします。

11-1 退院支援部門の設置状況(平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)		
<b>01</b> 退院支援部門を設置している	<b>02</b> 退院支援部門を設置していない	
■ 上記11-1で「01 退院支援部門を設置している」を選択した場合、退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。		
11-1-1 退院支援部門に従事する職員数(平成28年11月1日時点)	専 従	専 任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
③ 相談員	人	人
(うち) 社会福祉士	人	人
④ その他の職種(准看護師も含む)	人	人
⑤ [再掲] ケアマネジャー(介護支援専門員)の資格を有する者	人	人
■ 上記11-1で「02 退院支援部門を設置していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。		
11-1-2 退院支援部門を設置していない理由 (該当する番号すべてに○)		
<b>01</b> 入院してくる患者に退院支援が必要な患者が少ないため <b>02</b> 退院する見込みのある患者が少ないため <b>03</b> 退院支援部門を設置すれば、収益を上げることが困難になるため <b>04</b> 退院支援部門を担当する職員数(看護師、社会福祉士等)を十分確保できないため <b>05</b> 退院支援部門を設置することで、職員の負担が増えるため <b>06</b> 退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため <b>07</b> 地域連携が円滑に運営されているので、退院支援に多くの時間を費やす必要がないため <b>08</b> 退院支援部門を設置しなくても、十分な退院支援をおこなえているため <b>09</b> 退院支援が必要な患者がいれば、その都度、退院支援チームを組んで対応しているため <b>10</b> その他( )		
11-2 連携先の施設数(特別の関係にあるものを除く)(平成28年11月1日時点)		
① 病院		施設
(うち) 在宅療養支援病院		施設
(うち) 貴院を緊急時の入院医療機関としている病院		施設
② 診療所		施設
(うち) 在宅療養支援診療所		施設
(うち) 貴院を緊急時の入院医療機関としている診療所		施設
③ 居宅サービス事業者(訪問介護)		施設
④ 居宅サービス事業者(訪問看護)		施設
⑤ 居宅サービス事業者(訪問リハビリテーション)		施設
⑥ 居宅サービス事業者(通所介護)		施設
⑦ 居宅サービス事業者(通所リハビリテーション)		施設
⑧ 居宅サービス事業者(その他: サービス内容 )		施設
⑨ 地域密着型サービス事業者		施設
⑩ 居宅介護支援事業者		施設
⑪ 施設サービス事業者		施設
⑫ 障害福祉サービス事業所		施設
⑬ その他の施設		施設

## 問 12 地域の自治体との連携についてお伺いします。

12-1 地域連携診療計画において、市町村との連携の有無（平成 28 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）	
01 市町村と連携している	02 市町村と連携していない
12-2 過去 6 か月間の地域の自治体（市町村、都道府県）と個別事例に関する連携の有無（平成 28 年 5 月～10 月の 6 か月間）（該当する番号 1 つに○）	
01 連携あり	02 連携なし
12-3 地域ケア会議の参加の有無（平成 28 年 5 月～10 月の 6 か月間）（該当する番号 1 つに○）	
01 参加した	03 開催の案内がきていない
02 開催の案内がきたが参加していない	
■ 上記 12-3 で「01 参加した」を選択した場合、その実績をご回答ください。	
12-3-1 地域ケア会議の参加実績（平成 28 年 5 月～10 月の 6 か月間）	
地域ケア会議の参加実績	回
12-4 地域医療支援病院の承認の有無（該当する番号 1 つに○）	
01 承認を受けている	02 承認を受けていない

## 問 13 貴院において、退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

13-1 退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項（該当する番号すべてに○）	
01 担当患者数が多いため、患者 1 人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない	
02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない	
03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い	
04 病棟との情報共有が十分でないことが多い	
05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい	
06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい	
07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい	
08 地域の中で、在宅支援を行う医療・介護サービスの事業所が少ない	
09 その他（_____）	

## ■ 入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

--

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、平成 28 年 11 月〇日（○）までに、  
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

入院医療等における実態調査  
病棟調査票(C)

- 特に指定がある場合を除いて、平成28年11月1日(火)現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■ 施設ID、病棟IDをご記入下さい。

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

問1 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

1-1 診療科目 (平成28年11月1日時点) (最も近似する診療科を 主なもの3つまで○)	01 内科	07 形成外科	13 放射線科
	02 小児科	08 産婦人科	14 リハビリテーション科
	03 精神科	09 眼科	15 歯科(歯科口腔外科等含む)
	04 外科	10 耳鼻咽喉科	16 全科
	05 整形外科	11 皮膚科	17 その他( )
	06 脳神経外科	12 泌尿器科	

1-2 入院基本料等 (平成28年11月1日時点) (該当する番号・記号1つに○)	01 療養病棟入院基本料1 (20対1) → a 在宅復帰機能強化加算	03 認知症治療病棟入院料1
	02 療養病棟入院基本料2 (25対1)	04 認知症治療病棟入院料2

■ 上記 1-2 で「02 療養病棟入院基本料2 (25対1)」を選択した場合、下記1-2-1についてご回答ください。

1-2-1 療養病棟入院基本料2 (25対1)の算定について (該当する番号1つに○)

- 01 医療区分2・3の患者の割合又は看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさず、所定点数の95/100の点数で算定を行っている
- 02 所定点数で算定を行っている

問2 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

2-1 貴病棟の届出病床数(平成28年11月1日時点)	床
-----------------------------	---

2-2 貴病棟に配置されている職員数(専従換算)(平成28年11月1日時点)			
① 看護師	人	⑦ 作業療法士	人
② 准看護師	人	⑧ 言語聴覚士	人
③ 看護補助者	人	⑨ 臨床心理技術者	人
(うち)介護福祉士	人	⑩ 相談員	人
④ 薬剤師	人	(うち)社会福祉士	人
⑤ 管理栄養士	人	⑪ 事務職員	人
⑥ 理学療法士	人	⑫ その他の職員	人

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等(平成28年8月~10月の3か月間)	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延日数
新入棟患者数、新退棟患者数等	人	人	日

※ 下記2-4については、貴病棟が療養病棟(20対1)もしくは療養病棟(25対1)の場合のみご回答ください。

2-4 療養病棟(20対1)もしくは療養病棟(25対1)における退院患者数	平成27年8月～10月	平成28年8月～10月
療養病棟(20対1、25対1)における退院患者数(再入院患者、急性増悪等により転棟または転院した患者、死亡退院患者を除く。同一の保険医療機関の療養病棟以外の病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。)	人	人
① 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	人	人
(うち)退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者	人	人

※ 下記2-5については、貴病棟が認知症治療病棟の場合のみ、ご回答ください。

2-5 認知症治療病棟における退院患者数	平成27年8月～10月	平成28年8月～10月
認知症治療病棟における退院患者数(再入院患者、急性増悪等により転棟または転院した患者、死亡退院患者を除く。)	人	人
① 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	人	人

問3 貴病棟の退院支援の状況についてお伺いします。

3-1 貴病棟に配置されている専任あるいは専従の退院支援職員について(平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)		
<b>01</b> 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる	<b>02</b> 退院支援の専任・専従の職員はいない	
■ 上記3-1で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の退院支援職員数をご回答ください。		
3-1-1 貴病棟における職種別の退院支援職員数(平成28年11月1日時点)	専従	専任
① 看護師	人	人
② 相談員	人	人
(うち)社会福祉士	人	人
③ その他の職種(准看護師も含む)	人	人
④ [再掲] ケアマネジャー(介護支援専門員)の資格を有する者	人	人
■ 上記3-1で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、いなかった場合と比較して、もたらされている効果等を選択してください。		
3-1-2 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる場合、もたらされている効果等 (該当する番号すべてに○)		
<b>01</b> より早期に退院支援を行う患者を病棟で抽出・関与できる <b>02</b> より多くの患者に対して退院支援を行える <b>03</b> 患者及び家族への説明や面会の頻度を増やすことができる <b>04</b> 早期退院に向けた多職種カンファレンスの開催頻度を増やすことができる <b>05</b> 退院支援計画の作成が滞りなく行える <b>06</b> その他( )		



## 3-2 退院支援で困難等を感じる点 (該当する番号すべてに○)

- 01 退院支援を行う患者を病棟で抽出することが難しい
- 02 全ての患者に対して退院支援を行うことは難しい
- 03 患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない
- 04 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い
- 05 退院支援室等との情報共有が十分でないことが多い
- 06 患者・家族と面会日等を調整することが難しい
- 07 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい
- 08 他の医療機関・施設との顔の見える関係を構築するのが難しい
- 09 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 問4 貴病棟の入院患者数についてお伺いします。

## 4-1 患者の状態別の入院患者数(平成28年11月1日時点)

① 尿路感染症に対する治療を実施している状態*1	人
② 褥瘡に対する治療を実施している状態*1	人
③ 入院後に発症した褥瘡に対する治療を実施している状態(②に該当する患者を除く)	人
④ 身体抑制を実施している状態*2	人

※1 医療区分において定義されている状態と同様

※2 身体抑制:「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がれないようにする」、「ミットの着用」、「自分の意志で開けることの出来ない居室等への隔離」。

## 4-2 医療区分別の入院患者数(※平成28年7月1日時点で入院していた患者のみ対象)

		平成28年9月1日時点				
		■ 医療区分1	■ 医療区分2	■ 医療区分3	退院	(うち)死亡退院
平成28年7月1日時点	■ 医療区分1	人	人	人	人	人
	■ 医療区分2	人	人	人	人	人
	■ 医療区分3	人	人	人	人	人

## 4-3 患者への医療行為・処置等別の入院患者数

		平成27年11月1日時点	平成28年11月1日時点
当該病棟の入院患者数		人	人
再掲	酸素療法を実施している状態	医療区分3に該当	人
		医療区分2に該当	人
	頻回の血糖検査を実施している状態	医療区分2に該当	人
	うつ症状に対する治療を実施している状態	医療区分2に該当	人

4-4 要介護度別の入院患者数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)	
① 不明	人
② 未申請	人
③ 申請中	人
④ 非該当	人
⑤ 要支援 1	人
⑥ 要支援 2	人
⑦ 要介護 1	人
⑧ 要介護 2	人
⑨ 要介護 3	人
⑩ 要介護 4	人
⑪ 要介護 5	人

4-5 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)	
① 自立	人
② ランク I	人
③ ランク II a	人
④ ランク II b	人
⑤ ランク III a	人
⑥ ランク III b	人
⑦ ランク IV	人
⑧ ランク M	人

4-6 平成 28 年 11 月 1 日時点に入院している患者における入院前の居場所別患者数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)	入院前の居場所別患者数	(うち)入院前の居場所が貴院と特別の関係にある場合
① 自宅	人	
② 介護老人福祉施設 (特養)	人	人
③ 居住系介護施設 (グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	人	人
④ 障害者支援施設	人	人
⑤ 他の医療機関	人	人
⑥ 介護療養型医療施設	人	人
⑦ 介護老人保健施設	人	人
⑧ その他	人	人

4-7 平成 28 年 11 月 1 日時点に入院している患者における自院の他病棟からの転棟患者数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)		
自院の他病棟からの転棟患者		人
内 訳	① 自院の急性期病床 (7 対 1、10 対 1) から転棟	人
	② 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床から転棟	人
	③ 自院の医療療養病床から転棟	人
	④ 自院の介護療養病床から転棟	人
	⑤ 自院の精神病床から転棟	人
	⑥ 自院のその他の病床から転棟	人

## 問5 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

5-1 退棟先別の退棟患者数（平成28年10月の1か月間）		退棟先別 退棟患者数	(うち)退棟先が 貴院と特別の関 係にある場合
貴病棟における退棟患者数		人	
自宅等	① 自宅（在宅医療の提供あり）	人	
	② 自宅（在宅医療の提供なし）	人	
	③ 介護老人福祉施設（特養）	人	人
	④ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人	人
	⑤ 障害者支援施設	人	人
自院	⑥ 自院の急性期病床（7対1、10対1）	人	
	⑦ 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人	
	⑧ 自院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	
	⑨ 自院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人	
	⑩ 自院のその他の病床	人	
他院	⑪ 他の病院の急性期病床（7対1、10対1）	人	人
	⑫ 他の病院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人	人
	⑬ 他の病院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	人
	⑭ 他の病院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人	人
	⑮ 他の病院のその他の病床	人	人
診療所 有床	⑯ 有床診療所（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	人
	⑰ 有床診療所（上記以外の有床診療所）	人	人
介護療養・ 老健	⑱ 介護療養型医療施設	人	人
	⑲ 介護老人保健施設（在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出）	人	人
	⑳ 介護老人保健施設（上記以外の老健施設）	人	人
死亡	㉑ 死亡退院	人	
	㉒ その他	人	人

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、平成28年12月〇日（〇）までに、  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 入院患者票（C）

施設ID：

病棟ID：

患者ID：

## I 患者の基本情報

1 性別（該当する番号1つに○）	01. 男性	02. 女性
2 生年月	西暦_____年_____月	
3 主傷病 および副傷病 （疾病コード）	01. 主傷病	02. 副傷病1
		03. 副傷病2
4 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日	
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日	
5 入棟前の場所 （該当する番号1つに○）	01. 自宅 02. 自院の7対1、10対1病床 03. 自院の地域包括ケア・回りハ病床 04. 自院の療養病床 05. 他院の7対1、10対1病床 06. 他院の地域包括ケア・回りハ病床 07. 他院の療養病床 08. 介護療養型医療施設 09. 介護老人保健施設 10. 介護老人福祉施設（特養） 11. 居住系介護施設 12. 障害者支援施設 13. その他（_____）	
6 予定・緊急入院区分 （該当する番号1つに○）	01. 予定入院 02. 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター） 03. 緊急入院（外来の初診後） 04. 緊急入院（外来の再診後）	
《6で「02」を選択した場合に回答》		
6-1 救急搬送後の入院方法 （該当する番号1つに○）	01. 独歩	03. 車いす
	02. ストレッチャー	04. その他（_____）
7 入院した時の状態 （該当する番号すべてに○）	01. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 02. 要介護認定が未申請 03. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態） 04. 排泄に介助を要する状態 05. 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない状態 06. 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態 07. 入退院を繰り返している状態 08. その他患者の状況から判断して01から07までに準ずると認められる状態	
8 入院の理由 （主な番号1つに○）	01. 治療のため 02. リハビリテーションのため 03. 検査及び確定診断のため 04. 患者教育のため 05. 介護施設の入所待ちのため 06. 緩和ケアのため 07. 看取りのため（06を除く） 08. その他（_____）	
9 地域連携診療計画の使用 （該当する番号1つに○）	01. 地域連携診療計画あり	02. 地域連携診療計画なし
《9で「01」を選択した場合に回答》		
9-1 対象疾患 （該当する番号1つに○）	01. 脳卒中	03. その他（_____）
	02. 大腿骨頸部骨折	
10 過去1か月の急性増悪の有無 （該当する番号1つに○）	01. 急性増悪はなく、病態は安定している 02. 急性増悪があった	

## II 患者の状態等

<b>1 患者状態の評価の実施日</b> (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
<b>2 認知症の診断の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり      02. 認知症なし      03. 認知症の診断を受けていない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
<b>2-1 BPSDの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり      02. BPSDなし
<b>3 要介護度</b> (該当する番号1つに○)	01. 不明    03. 申請中    05. 要支援1    07. 要介護1    09. 要介護3    11. 要介護5 02. 未申請    04. 非該当    06. 要支援2    08. 要介護2    10. 要介護4
<b>4 認知症高齢者の日常生活自立度</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立      03. II a      05. III a      07. IV 02. I      04. II b      06. III b      08. M
<b>5 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立      03. J 2      05. A 2      07. B 2      09. C 2 02. J 1      04. A 1      06. B 1      08. C 1
<b>6 身体障害者(肢体不自由)の等級</b> (該当する番号1つに○)	01. 不明      03. 1級      05. 3級      07. 5級      09. 7級 02. 非該当    04. 2級      06. 4級      08. 6級
<b>7 障害支援区分(障害程度区分)</b> (該当する番号1つに○)	01. 未申請等    03. 不明      05. 区分2      07. 区分4      09. 区分6 02. 非該当      04. 区分1    06. 区分3      08. 区分5
<b>8 栄養摂取の状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《8で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
<b>8-1 経管・経静脈栄養の状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管      03. 末梢静脈栄養 02. 胃瘻・腸瘻      04. 中心静脈栄養
《8-1で「01」または「02」を選択した場合に回答》	
<b>8-1-1 経腸栄養用製品の種別</b> (該当する番号1つに○)	01. 食品のみ      03. 食品と医薬品とを併用 02. 医薬品のみ
<b>8-1-2 上記8-1-1の種別とした理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 患者の病態・栄養状態に合った成分のため 02. 患者の経済状態を考慮したため 03. 退院後(在宅)や転院先で提供される製品のため 04. その他(_____)
<b>9 調査基準日時点の医療区分の評価結果</b>	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、「0」を記入してください。
<b>10 入院時の医療区分の評価結果</b>	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、「0」を記入してください。
<b>11 調査基準日から3か月前の医療区分の評価結果</b> (調査基準日から3か月前に入院していた場合に回答)	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、「0」を記入してください。

12 疾患及び状態		
<p><b>12-1 調査基準日時点の疾患</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<p>01. スモン 02. 筋ジストロフィー 03. 多発性硬化症 04. 筋萎縮性側索硬化症 05. パーキンソン病関連疾患 06. その他の難病（神経系） → a 神経系 → b 神経系以外 07. 脊髄損傷 08. 骨折・外傷（07以外） 09. 脳性麻痺 10. その他の乳児期からの障害（09以外） 11. 片麻痺 12. 四肢麻痺 13. 播種性血管内凝固症候群（DIC） 14. 敗血症 15. 急性腹症</p>	<p>16. 脳梗塞 17. 脳出血 18. その他の原因による重度障害（17以外） 19. 悪性腫瘍 → a 疼痛コントロールが必要 → b 余命3か月以内 20. 不整脈 21. 心不全（高度非代償性） 22. 心筋梗塞 23. 肝不全（腹水高度、NH<sub>4</sub>CL120mg/dl以上） 24. 髄膜炎 25. 肺血栓塞栓症 26. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 27. 肺炎 28. 喘息重積発作 29. 尿路感染症</p>
<p><b>12-2 調査基準日時点の状態</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<p>01. 医師及び看護師による常時監視・管理 02. 感染隔離室における管理 03. 意識障害（JCS II-3以上又はGCS 8点以下） 04. 意識障害（JCS III-100以上） 05. せん妄（術後） 06. せん妄（術後以外）</p>	<p>07. 鬱状態 08. 消化管等の体内からの出血 09. 脱水（発熱あり） 10. 頻回の嘔吐（発熱あり） 11. 褥瘡（皮膚層の喪失又は複数箇所） 12. 他者への暴行が認められる状態</p>

## Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）	
1-1 入棟中の患者の医療的な状態 (該当する番号1つに○)	01. 安定している 02. 時々、不安定である 03. 常時、不安定である
1-2 医師による診察 (処置、判断含む)の頻度 (該当する番号1つに○)	01. 週1回程度以下、医師による診察(処置、判断含む)が必要 02. 週2～3回、医師による診察(処置、判断含む)が必要 03. 毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要 04. 1日数回、医師による診察(処置、判断含む)が必要 05. 常時、医師による診察(処置、判断含む)が必要
1-3 医師の指示の見直しの頻度 (該当する番号1つに○)	01. 医師による指示の見直しはほとんど必要としない 02. 週1回程度の指示見直しが必要 03. 週2～3回程度の指示見直しが必要 04. 毎日指示見直しが必要 05. 1日数回の指示見直しが必要
1-4 医師による患者又は家族 に対する病状説明の頻度 (該当する番号1つに○)	01. 週1回以上 02. 月2～3回程度 03. 月1回程度 04. 2～3か月に1回程度 05. 半年に1回程度 06. 上記のいずれより少ない頻度
1-5 看護師による直接の 看護提供の頻度 (該当する番号1つに○)	01. 定時の観察のみで対応できる(している) 02. 定時以外に1日1回～数回の観察および管理が必要 03. 頻回の観察および管理が必要 04. 24時間観察および管理が必要
2 入院中の手術の実施状況 (該当する番号1つに○)	01. 手術を実施した 02. 手術は実施していない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
2-1 全身麻酔 (該当する番号1つに○)	01. 全身麻酔を実施した 02. 全身麻酔は実施していない
2-2 手術時間 (該当する番号すべてに○)	01. 手術時間が1時間未満 02. 手術時間が1時間以上・8時間未満 03. 手術時間が8時間以上
3 内服薬の種類	過去7日間に内服した薬剤 _____ 種類
4 リハビリ担当者による個別機能訓練 (該当する番号1つに○)	01. 個別リハビリテーションを受けている 02. 個別リハビリテーションを受けていない
《4で「01」を選択した場合に回答》	
4-1 頻度	平均_____回/週 ※1週間当たりの平均回数を記入してください。
4-2 単位数	平均_____単位/回 ※1回当たりの平均単位数を記入してください。
5 過去7日間/過去1か月に実施した検査の件数	① 検体検査(尿・血液等) 過去7日間 _____ 件 / 過去1か月 _____ 件 ② 生体検査(超音波・内視鏡等) 過去7日間 _____ 件 / 過去1か月 _____ 件 ③ X線単純撮影 過去7日間 _____ 件 / 過去1か月 _____ 件 ④ CT・MRI 過去7日間 _____ 件 / 過去1か月 _____ 件 ※検査を実施していない場合は、「0」を記入してください。

<p><b>6 過去 30 日間に患者が受けた医療行為・処置等</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 気管切開・気管内挿管</td> <td>18. ネブライザー</td> </tr> <tr> <td>02. 気管カニューレの交換</td> <td>19. 創傷処置</td> </tr> <tr> <td>03. 透析の指示</td> <td>20. 体位変換</td> </tr> <tr> <td>04. 胸腹腔洗浄</td> <td>21. 浣腸・排便</td> </tr> <tr> <td>05. 胃瘻カテーテルの装着・交換</td> <td>22. 褥瘡の処置</td> </tr> <tr> <td>06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換</td> <td>23. インスリン注射</td> </tr> <tr> <td>07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位_____)</td> <td>24. 点滴・注射 (23 以外)</td> </tr> <tr> <td>08. モルヒネの持続皮下注射</td> <td>25. 膀胱 (留置) カテーテルの管理</td> </tr> <tr> <td>09. 鎮静薬の持続皮下注射</td> <td>26. 人工肛門・人工膀胱の管理</td> </tr> <tr> <td>10. エコー検査</td> <td>27. 人工呼吸器の管理</td> </tr> <tr> <td>11. 造影剤を用いた放射線検査</td> <td>28. 気管切開の処置</td> </tr> <tr> <td>12. 血圧・脈拍の測定</td> <td>29. 酸素療法管理</td> </tr> <tr> <td>13. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)</td> <td>30. がん末期の疼痛管理</td> </tr> <tr> <td>14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理</td> <td>31. 慢性疼痛の管理 (30 以外)</td> </tr> <tr> <td>15. 経鼻経管栄養</td> <td>32. 透析・腹膜還流</td> </tr> <tr> <td>16. 中心静脈栄養</td> <td>33. リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>17. 喀痰吸引</td> <td>34. 口腔ケア</td> </tr> </table>	01. 気管切開・気管内挿管	18. ネブライザー	02. 気管カニューレの交換	19. 創傷処置	03. 透析の指示	20. 体位変換	04. 胸腹腔洗浄	21. 浣腸・排便	05. 胃瘻カテーテルの装着・交換	22. 褥瘡の処置	06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換	23. インスリン注射	07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位_____)	24. 点滴・注射 (23 以外)	08. モルヒネの持続皮下注射	25. 膀胱 (留置) カテーテルの管理	09. 鎮静薬の持続皮下注射	26. 人工肛門・人工膀胱の管理	10. エコー検査	27. 人工呼吸器の管理	11. 造影剤を用いた放射線検査	28. 気管切開の処置	12. 血圧・脈拍の測定	29. 酸素療法管理	13. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)	30. がん末期の疼痛管理	14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	31. 慢性疼痛の管理 (30 以外)	15. 経鼻経管栄養	32. 透析・腹膜還流	16. 中心静脈栄養	33. リハビリテーション	17. 喀痰吸引	34. 口腔ケア						
01. 気管切開・気管内挿管	18. ネブライザー																																								
02. 気管カニューレの交換	19. 創傷処置																																								
03. 透析の指示	20. 体位変換																																								
04. 胸腹腔洗浄	21. 浣腸・排便																																								
05. 胃瘻カテーテルの装着・交換	22. 褥瘡の処置																																								
06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換	23. インスリン注射																																								
07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位_____)	24. 点滴・注射 (23 以外)																																								
08. モルヒネの持続皮下注射	25. 膀胱 (留置) カテーテルの管理																																								
09. 鎮静薬の持続皮下注射	26. 人工肛門・人工膀胱の管理																																								
10. エコー検査	27. 人工呼吸器の管理																																								
11. 造影剤を用いた放射線検査	28. 気管切開の処置																																								
12. 血圧・脈拍の測定	29. 酸素療法管理																																								
13. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)	30. がん末期の疼痛管理																																								
14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	31. 慢性疼痛の管理 (30 以外)																																								
15. 経鼻経管栄養	32. 透析・腹膜還流																																								
16. 中心静脈栄養	33. リハビリテーション																																								
17. 喀痰吸引	34. 口腔ケア																																								
<p><b>7 調査基準日における医療行為・処置等</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 蘇生術の施行</td> <td>17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射</td> </tr> <tr> <td>02. 人工呼吸器の使用</td> <td>18. 特殊な治療法等</td> </tr> <tr> <td>03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内</td> <td>→ a CHDF</td> </tr> <tr> <td>04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)</td> <td>→ b IABP</td> </tr> <tr> <td>05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)</td> <td>→ c PCPS</td> </tr> <tr> <td>06. 酸素療法 (密度の高い治療)</td> <td>→ d 補助人工心臓</td> </tr> <tr> <td>07. 酸素療法 (上記以外) ※1</td> <td>→ e ICP 測定</td> </tr> <tr> <td>08. ドレーン法</td> <td>→ f ECMO</td> </tr> <tr> <td>→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔</td> <td>19. 輸液ポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ b 胸腔・腹腔・胆道</td> <td>20. シリンジポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ c 関節腔</td> <td>21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)</td> </tr> <tr> <td>→ d 皮下・硬膜下</td> <td>→ a 難治性皮膚潰瘍</td> </tr> <tr> <td>09. 喀痰吸引 (1 日 8 回以上)</td> <td>→ b 手術創</td> </tr> <tr> <td>10. 体位ドレナージ・スクウィーミング</td> <td>→ c 手術創以外の創傷</td> </tr> <tr> <td>11. 動脈圧測定 (動脈ライン)</td> <td>22. 褥瘡処置</td> </tr> <tr> <td>12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)</td> <td>23. 中心静脈栄養</td> </tr> <tr> <td>13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)</td> <td>24. 経管栄養</td> </tr> <tr> <td>14. 24 時間持続点滴</td> <td>25. 胃瘻 (減圧のため開放中)</td> </tr> <tr> <td>15. 輸血・血液製剤の使用</td> <td>26. 胃瘻 (閉鎖中)</td> </tr> <tr> <td>16. 血糖測定 (1 日 3 回以上)</td> <td>27. 身体抑制※2</td> </tr> </table>	01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射	02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等	03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内	→ a CHDF	04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)	→ b IABP	05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)	→ c PCPS	06. 酸素療法 (密度の高い治療)	→ d 補助人工心臓	07. 酸素療法 (上記以外) ※1	→ e ICP 測定	08. ドレーン法	→ f ECMO	→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理	→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理	→ c 関節腔	21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)	→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍	09. 喀痰吸引 (1 日 8 回以上)	→ b 手術創	10. 体位ドレナージ・スクウィーミング	→ c 手術創以外の創傷	11. 動脈圧測定 (動脈ライン)	22. 褥瘡処置	12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	23. 中心静脈栄養	13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	24. 経管栄養	14. 24 時間持続点滴	25. 胃瘻 (減圧のため開放中)	15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻 (閉鎖中)	16. 血糖測定 (1 日 3 回以上)	27. 身体抑制※2
01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射																																								
02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等																																								
03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内	→ a CHDF																																								
04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)	→ b IABP																																								
05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)	→ c PCPS																																								
06. 酸素療法 (密度の高い治療)	→ d 補助人工心臓																																								
07. 酸素療法 (上記以外) ※1	→ e ICP 測定																																								
08. ドレーン法	→ f ECMO																																								
→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理																																								
→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理																																								
→ c 関節腔	21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)																																								
→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍																																								
09. 喀痰吸引 (1 日 8 回以上)	→ b 手術創																																								
10. 体位ドレナージ・スクウィーミング	→ c 手術創以外の創傷																																								
11. 動脈圧測定 (動脈ライン)	22. 褥瘡処置																																								
12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	23. 中心静脈栄養																																								
13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	24. 経管栄養																																								
14. 24 時間持続点滴	25. 胃瘻 (減圧のため開放中)																																								
15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻 (閉鎖中)																																								
16. 血糖測定 (1 日 3 回以上)	27. 身体抑制※2																																								
<p>《7で「23」、「24」を選択した場合に回答》</p>																																									
<p><b>7-1 中心静脈栄養・経管栄養を行っている理由</b> (該当する番号 1 つに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 医学的な理由で一時的に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>02. 医学的な理由で長期的に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>03. 入院時に既に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>04. 退院の際に必要であったため</td> </tr> </table>	01. 医学的な理由で一時的に必要であったため	02. 医学的な理由で長期的に必要であったため	03. 入院時に既に必要であったため	04. 退院の際に必要であったため																																				
01. 医学的な理由で一時的に必要であったため																																									
02. 医学的な理由で長期的に必要であったため																																									
03. 入院時に既に必要であったため																																									
04. 退院の際に必要であったため																																									

※1 酸素療法 (上記以外) : 「安静時に 3 L / 分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態」。

※2 身体抑制: 「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がれないようにする」、「ミトンの着用」、「自分の意志で開けることの出来ない居室等への隔離」。



<b>8 入院後7日以内の、退院支援を目的としたカンファレンスの開催の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 開催あり (予定を含む)	02. 開催なし (予定を含む)
<b>9 入院前の担当ケアマネジャーの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 担当ケアマネジャーあり	03. 不明
	02. 担当ケアマネジャーなし	
《9で「01」を選択した場合に回答》		
<b>9-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法</b> (該当する番号すべてに○)	01. カンファレンスに直接出席	03. 電話等による (口頭による) 情報提供
	02. 文書 (FAXやEメールも含む) での情報提供	04. 情報提供は受けていない
<b>9-2 情報提供の有用性</b> (該当する番号1つに○)	01. 有用だった	03. あまり有用ではなかった
	02. 多少有用だった	04. 有用ではなかった
<b>10 入院中の他の医療機関の受診状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 他の医療機関を受診した → (受診回数 _____ 回/月)	02. 他の医療機関を受診していない
《10で「01」を選択した場合に回答》		
<b>10-1 他の医療機関を受診した理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 専門外の急性疾患の治療のため	03. 症状の原因精査のため
	02. 専門外の慢性疾患の治療のため	04. その他 ( _____ )
<b>10-2 受診した診療科</b> (該当する番号すべてに○)	01. 内科	07. 心臓血管外科
	02. 小児科	08. 放射線科
	03. 精神科	09. 麻酔科 (ペインクリニック)
	04. 外科	10. 歯科
	05. 整形外科	11. その他 ( _____ )
	06. 脳神経外科	
<b>10-3 受診費用の請求について</b> (該当する番号すべてに○)	01. 合議で精算	03. その他 ( _____ )
	02. 入院料を減算した上で先方にて請求	

IV 患者の今後の見通し等

<p><b>1 医学的な入院継続の理由等</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>01. 医学的な理由のため入院医療が必要である 02. 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい 03. 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04. 退院予定が決まっている</p>																										
<p>《1で「01」を選択した場合に回答》</p>																											
<p><b>1-1 医学的な理由の詳細</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない 02. 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない 03. 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態 04. 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態 05. その他 ( _____ )</p>																										
<p>《1で「03」を選択した場合に回答》</p>																											
<p><b>1-2 退院後に必要な支援</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 医療処置 02. 通院の介助 03. 訪問診療 04. 訪問看護・リハビリテーション 05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助 06. 食事・排泄・移動等の介護 07. 認知症・精神疾患に対する見守り 08. その他 ( _____ )</p>																										
<p><b>1-3 退院できない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)</p>	<table border="1"> <tr><td>01. 本人の希望に合わないため</td><td></td></tr> <tr><td>02. 家族の希望に合わないため</td><td></td></tr> <tr><td>03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため</td><td></td></tr> <tr><td>04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため</td><td></td></tr> <tr><td>05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため</td><td></td></tr> <tr><td>06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため</td><td></td></tr> <tr><td>07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>08. 地域に施設サービスがないため</td><td></td></tr> <tr><td>09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため</td><td></td></tr> <tr><td>12. 転院先の医療機関の確保ができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>13. その他 ( _____ )</td><td></td></tr> </table>	01. 本人の希望に合わないため		02. 家族の希望に合わないため		03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため		04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため		05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため		06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため		07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため		08. 地域に施設サービスがないため		09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため		10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため		11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため		12. 転院先の医療機関の確保ができていないため		13. その他 ( _____ )	
01. 本人の希望に合わないため																											
02. 家族の希望に合わないため																											
03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため																											
04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため																											
05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため																											
06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため																											
07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため																											
08. 地域に施設サービスがないため																											
09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため																											
10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため																											
11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため																											
12. 転院先の医療機関の確保ができていないため																											
13. その他 ( _____ )																											
<p>《1-3で「01」「02」を選択した場合に回答》</p>																											
<p><b>1-3-1 本人・家族の希望に 合わない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)</p>	<table border="1"> <tr><td>01. 家族が患者と同居できないため</td><td></td></tr> <tr><td>02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため</td><td></td></tr> <tr><td>03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため</td><td></td></tr> <tr><td>04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため</td><td></td></tr> <tr><td>05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため</td><td></td></tr> <tr><td>06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため</td><td></td></tr> <tr><td>07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため</td><td></td></tr> <tr><td>08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため</td><td></td></tr> <tr><td>09. 在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため</td><td></td></tr> <tr><td>10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため</td><td></td></tr> <tr><td>11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため</td><td></td></tr> <tr><td>12. その他 ( _____ )</td><td></td></tr> </table>	01. 家族が患者と同居できないため		02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため		03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため		04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため		05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため		06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため		07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため		08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため		09. 在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため		10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため		11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため		12. その他 ( _____ )			
01. 家族が患者と同居できないため																											
02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため																											
03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため																											
04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため																											
05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため																											
06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため																											
07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため																											
08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため																											
09. 在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため																											
10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため																											
11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため																											
12. その他 ( _____ )																											

<b>2 退院へ向けた目標・課題等</b> (主なもの1つに○)	<table><tr><td>01. 疾病の治癒・軽快</td><td>07. 入所先の施設の確保</td></tr><tr><td>02. 病態の安定</td><td>08. 本人家族の病状理解</td></tr><tr><td>03. 手術・投薬・処置・検査等の終了</td><td>09. 転院先の医療機関の確保</td></tr><tr><td>04. 診断・今後の治療方針の確定</td><td>10. 看取り（死亡退院）</td></tr><tr><td>05. 低下した機能の回復（リハビリテーション）</td><td>11. その他（_____）</td></tr><tr><td>06. 在宅医療・介護等の調整</td><td></td></tr></table>	01. 疾病の治癒・軽快	07. 入所先の施設の確保	02. 病態の安定	08. 本人家族の病状理解	03. 手術・投薬・処置・検査等の終了	09. 転院先の医療機関の確保	04. 診断・今後の治療方針の確定	10. 看取り（死亡退院）	05. 低下した機能の回復（リハビリテーション）	11. その他（_____）	06. 在宅医療・介護等の調整	
01. 疾病の治癒・軽快	07. 入所先の施設の確保												
02. 病態の安定	08. 本人家族の病状理解												
03. 手術・投薬・処置・検査等の終了	09. 転院先の医療機関の確保												
04. 診断・今後の治療方針の確定	10. 看取り（死亡退院）												
05. 低下した機能の回復（リハビリテーション）	11. その他（_____）												
06. 在宅医療・介護等の調整													

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査

## 退棟患者票 (C)

施設ID:

病棟ID:

患者ID:

(注)「入院患者票 (C)」の対象者のうち、「補助票 (重症度, 医療・看護必要度票)」の追跡期間 (1 週間) に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

<b>1 性別</b> (該当する番号1つに○)	01. 男性 02. 女性
<b>2 生年月</b>	西暦 _____ 年 _____ 月
<b>3 ① 入院年月日</b>	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<b>② 入棟年月日</b>	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<b>③ 退棟年月日</b>	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<b>4 退院支援加算等の算定状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 退院支援加算 1 算定あり 02. 退院支援加算 2 算定あり 03. 退院支援加算 3 算定あり 04. 退院支援加算 1～3 算定なし 05. 介護支援連携指導料 算定あり
《4で「02」、「03」、「04」を選択した場合に回答》	
<b>4-1 患者・家族との面談</b> (該当する番号1つに○)	01. 面談を実施 → 入院後 (____) 日目に実施 02. 面談を実施せず
<b>4-2 多職種カンファレンス</b> (該当する番号1つに○)	01. カンファレンスを実施 → 入院後 (____) 日目に実施 02. カンファレンスを実施せず

<b>5 医療区分の評価結果</b> (退棟時)	① 医療区分3の評価項目で該当するもの _____ 項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの _____ 項目 ※該当する評価項目がない場合は、“0”を記入してください。
-----------------------------	---

うらへ続く

<p><b>6 退棟先</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>&lt;自宅等&gt;</p> <p>01. 自宅 → <b>a</b> 在宅医療の提供あり → <b>b</b> 在宅医療の提供なし</p> <p>02. 介護老人福祉施設 (特養)</p> <p>03. 居住系介護施設 (グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等)</p> <p>04. 障害者支援施設</p> <p>&lt;自院&gt;</p> <p>05. 一般病床</p> <p>06. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床</p> <p>07. 療養病床 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>08. その他の病床</p> <p>&lt;他院&gt;</p> <p>09. 一般病床</p> <p>10. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床</p>	<p>11. 療養病床 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>12. その他の病床</p> <p>&lt;有床診療所&gt;</p> <p>13. 有床診療所 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>&lt;介護施設・老健&gt;</p> <p>14. 介護療養型医療施設</p> <p>15. 介護老人保健施設 → <b>a</b> 在宅強化型 → <b>b</b> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり → <b>c</b> 上記 <b>a</b>、<b>b</b> 以外</p> <p>&lt;死亡&gt;</p> <p>16. 死亡退院 → (最も死亡に影響を与えた傷病名: _____)</p> <p>&lt;その他&gt;</p> <p>17. その他 (_____)</p>
	<p>《6で「05」から「12」を選択した場合に回答》</p>	
<p><b>6 - 1 退棟の原因となった傷病名</b> (疾病コード)</p>		
<p>《6で「16」を選択した場合に回答》</p>		
<p><b>6 - 2 最も死亡に影響を与えた傷病名</b> (疾病コード)</p>		

**【自宅または居住系施設へ退院した場合のみ、以下の設問にご回答ください。】※転棟・転院の場合は記入不要です。**

<p><b>7 退院後に利用を予定している医療・介護サービス</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<p>01. 医療機関の外来診療</p> <p>02. 医療機関の訪問診療</p> <p>03. 訪問看護</p> <p>04. 訪問リハビリテーション</p> <p>05. 通所リハビリテーション</p> <p>06. 訪問介護</p> <p>07. 訪問入浴介護</p> <p>08. 通所介護</p>	<p>09. 短期入所生活介護</p> <p>10. 短期入所療養介護</p> <p>11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p> <p>12. 夜間対応型訪問介護</p> <p>13. 認知症対応型通所介護</p> <p>14. 看護小規模多機能型居宅介護</p> <p>15. 福祉用具貸与</p> <p>16. その他 (_____)</p>
--	---	--

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成 28 年度調査

## 入院医療等における実態調査 施設調査票 (D)

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 11 月 1 日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設 I D	
記入者氏名		電話番号	

■ 貴院の基本情報について、別途 確認票(Webサイト参照)にてご確認ください。

問 1 貴院の関連施設についてご回答ください。

- 同一二次医療圏内における下記①～⑰に該当する施設のうち、貴院と特別の関係にある施設数を A の欄にお書きください。  
A に該当する施設のうち、同一法人・グループ（関連法人・グループを含む）が有する施設数を B の欄にお書きください。  
また、B に該当する施設のうち、貴院に併設する施設数を C の欄にお書きください。

1-1 関連施設の施設数 (平成 28 年 11 月 1 日時点)	A. 特別の関係にある 施設数	B. (Aのうち) 同一法人・グループが 有する施設数	C. (Bのうち) 貴院に併設する施設数
① 病院	施設	施設	施設
② 有床診療所	施設	施設	施設
③ 無床診療所	施設	施設	施設
④ 介護療養型医療施設	施設	施設	施設
⑤ 介護老人保健施設	施設	施設	施設
⑥ 介護老人福祉施設（特養）	施設	施設	施設
⑦ グループホーム	施設	施設	施設
⑧ サービス付き高齢者向け住宅	施設	施設	施設
⑨ 居宅介護支援事業所	施設	施設	施設
⑩ 短期入所生活介護事業所	施設	施設	施設
⑪ 短期入所療養介護事業所	施設	施設	施設
⑫ 通所介護事業所	施設	施設	施設
⑬ 通所リハビリテーション事業所	施設	施設	施設
⑭ 訪問看護ステーション	施設	施設	施設
⑮ 訪問介護事業所	施設	施設	施設
⑯ 訪問リハビリテーション事業所	施設	施設	施設
⑰ 障害福祉サービス事業所	施設	施設	施設
⑰ その他 ( <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> )	施設	施設	施設

※ 「⑰その他」の施設種類が複数存在する場合は、カッコ内にカンマ区切りで並べてご記入ください。カッコ内に入りきらない場合は、余白にご記入ください。

## 問2 貴院の許可病床数についてご回答ください。

2-1 許可病床数（平成28年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ その他の病床		床
② 療養病床		床	⑤ 合計		床
③ 精神病床		床			

## 問3 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてご回答ください。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 <sup>注</sup> ）（平成28年11月1日時点）					
① 医師		. 人	⑨ 作業療法士		. 人
② 歯科医師		. 人	⑩ 言語聴覚士		. 人
③ 看護師		. 人	⑪ 臨床心理技術者		. 人
④ 准看護師		. 人	⑫ 診療放射線技師		. 人
⑤ 看護補助者		. 人	⑬ 臨床検査技師		. 人
(うち) 介護福祉士		. 人	⑭ 相談員		. 人
⑥ 薬剤師		. 人	(うち) 社会福祉士		. 人
⑦ 管理栄養士		. 人	⑮ 事務職員		. 人
⑧ 理学療法士		. 人	⑯ その他の職員		. 人

注) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第1位まで（小数点第2位を切り上げ）を記入。  
例：常勤職員の1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

## 問4 貴院の一般病棟、障害者施設等一般病棟、特殊疾患病棟についてお伺いします。

4-1 病棟数、病床数等（平成28年11月1日時点）	病棟数	届出病床数	入院患者数
① 一般病棟入院基本料を届出ている病棟	棟	床	人
② 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟	棟	床	人
③ 特殊疾患入院医療管理料を届出ている病室	室	床	人
④ 特殊疾患病棟入院料を届出ている病棟	棟	床	人

4-2 新入棟、退棟患者数等（平成28年8月～10月の3か月間）	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延日数
① 一般病棟入院基本料を届出ている病棟	人	人	日
② 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟	人	人	日
③ 特殊疾患入院医療管理料を届出ている病室	人	人	日
④ 特殊疾患病棟入院料を届出ている病棟	人	人	日

4-3 在宅復帰率等（平成28年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率※	平均在院日数
① 一般病棟入院基本料を届出ている病棟	※1 . %	. 日
② 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟	※2 . %	. 日
③ 特殊疾患入院医療管理料を届出ている病室	※2 . %	. 日
④ 特殊疾患病棟入院料を届出ている病棟	※2 . %	. 日

※1. 「在宅復帰率」＝A÷B : A. 該当する病棟から、自宅、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟、在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所、在宅機能強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出ている老健施設、居住系介護施設等へ退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）。

※2. 「在宅復帰率」＝C÷D : C. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）、D. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

4-4 病床利用率	平成27年10月の 1か月間	平成28年10月の 1か月間
① 一般病棟入院基本料を届出ている病棟	. %	. %
② 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟	. %	. %
③ 特殊疾患入院医療管理料を届出ている病室	. %	. %
④ 特殊疾患病棟入院料を届出ている病棟	. %	. %

※「病床利用率」＝A÷B : A. 10月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 31



**問5 貴院の病棟等に関する今後の届出の意向についてお伺いいたします。**

■ 今後の入院料等別の病床数の増減の意向について、貴院の考えに最も近いものに○を1つ付けてください。

※【現時点の状況】届出の有無について「02 届出なし」を選択した場合にも、【今後の意向】入院料等別の病床数の増減の意向についてお答えください。

5-1 今後の入院料等別の病床数の増減の意向 (該当する番号それぞれ1つに○)	【現時点の状況】 届出の有無		【今後の意向】 入院料等別の病床数の増減の意向		
	01	02	01	02	03
① ICU (PICU、NICU を除く)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
② HCU	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
③ 一般病棟 (7 対 1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
④ 一般病棟 (10 対 1)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑤ 地域包括ケア病棟 (病室)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑥ 回復期リハビリテーション病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑦ 療養病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑧ 精神病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑨ 障害者施設等一般病棟	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)
⑩ 特殊疾患病棟 (病室)	届出あり	届出なし	増床したい (新設を含む)	現状を維持したい	削減したい (現有の場合のみ)

**問6 貴院の退院支援に関連する項目の算定件数・回数についてご回答ください。**

6-1 退院支援に関連する項目の算定件数・回数 (平成28年8月～10月の3か月間)			
① 退院支援加算1	件	⑤ 地域連携診療計画加算 (診療情報提供料(I))	回
② 退院支援加算2	件	⑥ 介護支援連携指導料	回
③ 退院支援加算3	件	⑦ 退院前訪問指導料	回
④ 地域連携診療計画加算 (退院支援加算)	件	⑧ 退院後訪問指導料	回
		(うち) 訪問看護同行加算 (退院後訪問指導料)	回

6-2 [再掲]退院支援加算1・2の算定件数の内訳（平成28年8月～10月の3か月間）		
[再掲] 退院支援加算1・2の算定件数（＝「6-1の①」＋「6-1の②」）		件
内 訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	件
	② 緊急入院であること	件
	③ 要介護認定が未申請であること※	件
	④ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）	件
	⑤ 排泄に介助を要すること	件
	⑥ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑦ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	件
	⑧ 入退院を繰り返していること	件
	⑨ その他患者の状況から判断して①から⑧までに準ずると認められる場合	件
■ 上記6-2で「⑨」に該当する件数が1以上ある場合、具体的な状態の例をご回答ください。		
6-2-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大3つまで）		
「⑨」の状態例1（ ）		
「⑨」の状態例2（ ）		
「⑨」の状態例3（ ）		

※「③」は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

### 問7 貴院の退院支援に係る基準の有無、病棟配置の相談員の受け持ち患者数についてお伺いします。

7-1 退院支援に係る基準の策定状況（該当する番号すべてに○）	
01	退院困難な要因を有している患者を抽出する基準がある
02	退院支援に携わる看護師と社会福祉士がともに配置されている病棟があり、患者への支援内容に応じて担当者（看護師・社会福祉士）を割当てる基準がある

※ 退院支援・地域連携業務の専従職員（看護師又は社会福祉士）が病棟に配置されている場合、下記7-2についてご回答ください。

7-2 病棟に配置されている退院支援等の専従職員の受け持ち患者数（平成28年11月1日時点）	
病棟配置の退院支援等の専従職員（看護師又は社会福祉士）の1人当たりの受け持ち患者数	人

問8 貴院の退院支援部門（退院支援及び地域連携業務を担う部門）の設置状況などについてお伺いします。

8-1 退院支援部門の設置状況（平成28年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
01 退院支援部門を設置している		02 退院支援部門を設置していない
■ 上記8-1で「01 退院支援部門を設置している」を選択した場合、退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。		
8-1-1 退院支援部門に従事する職員数（平成28年11月1日時点）	専従	専任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
③ 相談員	人	人
（うち）社会福祉士	人	人
④ その他の職種（准看護師も含む）	人	人
⑤ [再掲] ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人
■ 上記8-1で「02 退院支援部門を設置していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。		
8-1-2 退院支援部門を設置していない理由（該当する番号すべてに○）		
01 入院してくる患者に退院支援が必要な患者が少ないため		
02 退院する見込みのある患者が少ないため		
03 退院支援部門を設置すれば、収益を上げることが困難になるため		
04 退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため		
05 退院支援部門を設置することで、職員の負担が増えるため		
06 退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため		
07 地域連携が円滑に運営されているので、退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		
08 退院支援部門を設置しなくても、十分な退院支援をおこなえているため		
09 退院支援が必要な患者がいれば、その都度、退院支援チームを組んで対応しているため		
10 その他（_____）		
8-2 連携先の施設数（特別の関係にあるものを除く）（平成28年11月1日時点）		
① 病院		施設
（うち）在宅療養支援病院		施設
（うち）貴院を緊急時の入院医療機関としている病院		施設
② 診療所		施設
（うち）在宅療養支援診療所		施設
（うち）貴院を緊急時の入院医療機関としている診療所		施設
③ 居宅サービス事業者（訪問介護）		施設
④ 居宅サービス事業者（訪問看護）		施設
⑤ 居宅サービス事業者（訪問リハビリテーション）		施設
⑥ 居宅サービス事業者（通所介護）		施設
⑦ 居宅サービス事業者（通所リハビリテーション）		施設
⑧ 居宅サービス事業者（その他：サービス内容 _____）		施設
⑨ 地域密着型サービス事業者		施設
⑩ 居宅介護支援事業者		施設
⑪ 施設サービス事業者		施設
⑫ 障害福祉サービス事業所		施設
⑬ その他の施設		施設

## 問9 地域の自治体との連携についてお伺いします。

9-1 地域連携診療計画において、市町村との連携の有無（平成28年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

01 市町村と連携している

02 市町村と連携していない

9-2 過去6か月間の地域の自治体（市町村、都道府県）と個別事例に関する連携の有無（平成28年5月～10月の6か月間）（該当する番号1つに○）

01 連携あり

02 連携なし

9-3 地域ケア会議の参加の有無（平成28年5月～10月の6か月間）（該当する番号1つに○）

01 参加した

03 開催の案内がきていない

02 開催の案内がきたが参加していない

■ 上記9-3で「01 参加した」を選択した場合、その実績をご回答ください。

9-3-1 地域ケア会議の参加実績（平成28年5月～10月の6か月間）

地域ケア会議の参加実績

回

9-4 地域医療支援病院の承認の有無（該当する番号1つに○）

01 承認を受けている

02 承認を受けていない

## 問10 貴院において、退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

10-1 退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項（該当する番号すべてに○）

01 担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない

02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない

03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い

04 病棟との情報共有が十分でないことが多い

05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい

06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい

07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい

08 地域の中で、在宅支援を行う医療・介護サービスの事業所が少ない

09 その他（\_\_\_\_\_）

■ 入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

設問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、平成28年11月〇日（〇）までに、  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成 28 年度調査

入院医療等における実態調査  
病棟調査票(D)

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 11 月 1 日(火)現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■ 施設ID、病棟IDをご記入下さい。

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

問1 貴病棟の診療科目、入院基本料等に係る届出状況等(平成 26 年 11 月 5 日時点)についてお伺いします。

1-1 診療科目 (平成 28 年 11 月 1 日時点) (最も近似する診療科を 主なもの3つまで○)	01 内科	07 形成外科	13 放射線科
	02 小児科	08 産婦人科	14 リハビリテーション科
	03 精神科	09 眼科	15 歯科(歯科口腔外科等含む)
	04 外科	10 耳鼻咽喉科	16 全科
	05 整形外科	11 皮膚科	17 その他( )
	06 脳神経外科	12 泌尿器科	

1-2 入院基本料・特定 入院料に係る届出状況 (平成 28 年 11 月 1 日時点) (該当する番号1つに○)	01 7 対 1 障害者施設等入院基本料	05 特殊疾患病棟入院料 1
	02 10 対 1 障害者施設等入院基本料	06 特殊疾患病棟入院料 2
	03 13 対 1 障害者施設等入院基本料	07 特殊疾患入院医療管理料
	04 15 対 1 障害者施設等入院基本料	08 その他

問2 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

2-1 貴病棟の届出病床数(平成 28 年 11 月 1 日時点)	
① 障害者施設等入院基本料を届出ている病棟	床
② 特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を届出ている病棟、病室	床

2-2 貴病棟に配置されている職員数(専従換算)(平成 28 年 11 月 1 日時点)					
① 看護師	.	人	⑦ 作業療法士	.	人
② 准看護師	.	人	⑧ 言語聴覚士	.	人
③ 看護補助者	.	人	⑨ 臨床心理技術者	.	人
(うち)介護福祉士	.	人	⑩ 相談員	.	人
④ 薬剤師	.	人	(うち)社会福祉士	.	人
⑤ 管理栄養士	.	人	⑪ 事務職員	.	人
⑥ 理学療法士	.	人	⑫ その他の職員	.	人

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等(平成28年8月～10月の3か月間)	新入棟患者数	新退棟患者数	在院患者延べ日数
新入棟患者数、新退棟患者数等	人	人	日

2-4 退棟患者数(平成28年8月～10月の3か月間)			
貴病棟における退棟患者数(再入院患者、急性増悪等により転棟または転院した患者、死亡退院患者を除く)			人
再掲	① 在宅(自宅及び居宅系介護施設等)		人

### 問3 貴病棟の退院支援の状況についてお伺いします。

3-1 貴病棟に配置されている専任あるいは専従の退院支援職員について(平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)		
<input type="radio"/> 01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる <input type="radio"/> 02 退院支援の専任・専従の職員はいない		
■ 上記3-1で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の退院支援職員数をご回答ください。		
3-1-1 貴病棟における職種別の退院支援職員数(平成28年11月1日時点)	専従	専任
① 看護師	人	人
② 相談員	人	人
(うち) 社会福祉士	人	人
③ その他の職種(准看護師も含む)	人	人
④ [再掲] ケアマネジャー(介護支援専門員)の資格を有する者	人	人
■ 上記3-1で「01 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる」を選択した場合、いなかった場合と比較して、もたらされている効果等を選択してください。		
3-1-2 退院支援の専任あるいは専従の職員がいる場合、もたらされている効果等 (該当する番号すべてに○)		
<input type="radio"/> 01 より早期に退院支援を行う患者を病棟で抽出・関与できる <input type="radio"/> 02 より多くの患者に対して退院支援を行える <input type="radio"/> 03 患者及び家族への説明や面会の頻度を増やすことができる <input type="radio"/> 04 早期退院に向けた多職種カンファレンスの開催頻度を増やすことができる <input type="radio"/> 05 退院支援計画の作成が滞りなく行える <input type="radio"/> 06 その他( _____ )		

3-2 退院支援で困難等を感じる点 (該当する番号すべてに○)	
<input type="radio"/> 01 退院支援を行う患者を病棟で抽出することが難しい <input type="radio"/> 02 全ての患者に対して退院支援を行うことは難しい <input type="radio"/> 03 患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない <input type="radio"/> 04 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い <input type="radio"/> 05 退院支援室等との情報共有が十分でないことが多い <input type="radio"/> 06 患者・家族と面会日等を調整することが難しい <input type="radio"/> 07 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい <input type="radio"/> 08 他の医療機関・施設との顔の見える関係を構築するのが難しい <input type="radio"/> 09 その他( _____ )	

## 問4 貴病棟の入院患者数についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数（平成28年11月1日時点）	人
-----------------------------	---

4-2 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者数（平成28年11月1日時点）	
① 重度の肢体不自由児・者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）	人
② 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）	人
③ 重度の意識障害者	人
④ 筋ジストロフィー患者	人
⑤ 難病患者	人
⑥ その他	人

4-3 医療区分別の入院患者数（平成28年11月1日時点）	
① 医療区分1に該当する入院患者数	人
（うち）重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者数	人
② 医療区分2に該当する入院患者数	人
（うち）重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者数	人
③ 医療区分3に該当する入院患者数	人
（うち）重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者数	人

4-4 要介護度別の入院患者数 （平成28年11月1日時点）	
① 不明	人
② 未申請	人
③ 申請中	人
④ 非該当	人
⑤ 要支援1	人
⑥ 要支援2	人
⑦ 要介護1	人
⑧ 要介護2	人
⑨ 要介護3	人
⑩ 要介護4	人
⑪ 要介護5	人

4-5 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数 （平成28年11月1日時点）	
① 自立	人
② ランク I	人
③ ランク II a	人
④ ランク II b	人
⑤ ランク III a	人
⑥ ランク III b	人
⑦ ランク IV	人
⑧ ランク M	人

4-6 年齢区分別の入院患者数（平成28年11月1日時点）	
① 0～14歳	人
② 15～39歳	人
③ 40～64歳	人
④ 65～74歳	人
⑤ 75歳以上	人

4-7 身体障害者（肢体不自由）の等級別の入院患者数 （平成 28 年 11 月 1 日時点）	
① 不明	人
② 非該当	人
③ 1 級（肢体不自由）	人
④ 2 級（肢体不自由）	人
⑤ 3 級（肢体不自由）	人
⑥ 4 級（肢体不自由）	人
⑦ 5 級（肢体不自由）	人
⑧ 6 級（肢体不自由）	人
⑨ 7 級（肢体不自由）	人

4-8 障害支援区分別の入院患者数 （平成 28 年 11 月 1 日時点）	
① 不明	人
② 未申請等	人
③ 非該当	人
④ 障害支援区分 1	人
⑤ 障害支援区分 2	人
⑥ 障害支援区分 3	人
⑦ 障害支援区分 4	人
⑧ 障害支援区分 5	人
⑨ 障害支援区分 6	人

4-9 平成 28 年 11 月 1 日時点に入院している患者における入院前の居場所別患者数（平成 28 年 11 月 1 日時点）	入院前の居場所別患者数	（うち）入院前の居場所が貴院と特別の関係にある場合
① 自宅	人	
② 介護老人福祉施設（特養）	人	人
③ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人	人
④ 障害者支援施設	人	人
⑤ 他の医療機関	人	人
⑥ 介護療養型医療施設	人	人
⑦ 介護老人保健施設	人	人
⑧ その他	人	人

4-10 平成 28 年 11 月 1 日時点に入院している患者における入棟に至る転棟状況別の入院患者数（平成 28 年 11 月 1 日時点）	
① 転棟していない	人
② 自院の急性期病床（7 対 1、10 対 1）から転棟	人
③ 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床から転棟	人
④ 自院の療養病床から転棟	人
⑤ 自院のその他の病床から転棟	人



## 問5 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

5-1 退棟先別の退棟患者数（平成28年10月の1か月間）		退棟先別 退棟患者数	(うち)退棟先が 貴院と特別の関 係にある場合
貴病棟における退棟患者数		人	
自宅等	① 自宅（在宅医療の提供あり）	人	
	② 自宅（在宅医療の提供なし）	人	
	③ 介護老人福祉施設（特養）	人	人
	④ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人	人
	⑤ 障害者支援施設	人	人
自院	⑥ 自院の急性期病床（7対1、10対1）	人	
	⑦ 自院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人	
	⑧ 自院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	
	⑨ 自院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人	
	⑩ 自院のその他の病床	人	
他院	⑪ 他の病院の急性期病床（7対1、10対1）	人	人
	⑫ 他の病院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人	人
	⑬ 他の病院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	人
	⑭ 他の病院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人	人
	⑮ 他の病院のその他の病床	人	人
診療所 有床	⑯ 有床診療所（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	人
	⑰ 有床診療所（上記以外の有床診療所）	人	人
介護療養 老健・	⑱ 介護療養型医療施設	人	人
	⑲ 介護老人保健施設（在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出）	人	人
	⑳ 介護老人保健施設（上記以外の老健施設）	人	人
死亡	㉑ 死亡退院	人	
	㉒ その他	人	人

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、平成28年12月〇日（〇）までに、  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成 28 年度調査

## 入院医療等における実態調査 入院患者票 (D)

施設 ID :

病棟 ID :

患者 ID :

## I 患者の基本情報

1 性別 (該当する番号1つに○)	01. 男性	02. 女性
2 生年月	西暦_____年_____月	
3 主傷病 および副傷病 (疾病コード)	01. 主傷病	02. 副傷病 1
		03. 副傷病 2
4 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日	
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日	
5 入棟前の場所 (該当する番号1つに○)	01. 自宅 02. 自院の7対1、10対1病床 03. 自院の地域包括ケア・回りハ病床 04. 自院の療養病床 05. 他院の7対1、10対1病床 06. 他院の地域包括ケア・回りハ病床 07. 他院の療養病床 08. 介護療養型医療施設 09. 介護老人保健施設 10. 介護老人福祉施設 (特養) 11. 居住系介護施設 12. 障害者支援施設 13. その他 (_____)	
6 予定・緊急入院区分 (該当する番号1つに○)	01. 予定入院 02. 緊急入院 (救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター) 03. 緊急入院 (外来の初診後) 04. 緊急入院 (外来の再診後)	
《6で「02」を選択した場合に回答》		
6-1 救急搬送後の入院方法 (該当する番号1つに○)	01. 独歩 02. ストレッチャー 03. 車いす 04. その他 (_____)	
7 入院した時の状態 (該当する番号すべてに○)	01. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 02. 要介護認定が未申請 03. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態 (必要と推測される状態) 04. 排泄に介助を要する状態 05. 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない状態 06. 退院後に医療処置 (胃瘻等の経管栄養法を含む) が必要な状態 07. 入退院を繰り返している状態 08. その他患者の状況から判断して01から07までに準ずると認められる状態	
8 入院の理由 (主な番号1つに○)	01. 治療のため 02. リハビリテーションのため 03. 検査及び確定診断のため 04. 患者教育のため 05. 介護施設の入所待ちのため 06. 緩和ケアのため 07. 看取りのため (06を除く) 08. その他 (_____)	
9 地域連携診療計画の使用 (該当する番号1つに○)	01. 地域連携診療計画あり 02. 地域連携診療計画なし	
《9で「01」を選択した場合に回答》		
9-1 対象疾患 (該当する番号1つに○)	01. 脳卒中 02. 大腿骨頸部骨折 03. その他 (_____)	
10 過去1か月の急性増悪の有無 (該当する番号1つに○)	01. 急性増悪はなく、病態は安定している 02. 急性増悪があった	

## II 患者の状態等

<b>1 患者状態の評価の実施日</b> (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
<b>2 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当</b> (該当する番号すべてに○)	01. 重度の肢体不自由児・者 (脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く) 02. 脊髄損傷等の重度障害者 (脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く) 03. 重度の意識障害者 04. 筋ジストロフィー患者 05. 難病患者 06. その他 (_____)
<b>3 認知症の診断の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり      02. 認知症なし      03. 認知症の診断を受けていない
《3で「01」を選択した場合に回答》	
<b>3-1 BPSDの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり      02. BPSDなし
<b>4 要介護度</b> (該当する番号1つに○)	01. 不明      03. 申請中      05. 要支援1      07. 要介護1      09. 要介護3      11. 要介護5 02. 未申請      04. 非該当      06. 要支援2      08. 要介護2      10. 要介護4
<b>5 認知症高齢者の日常生活自立度</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立      03. II a      05. III a      07. IV 02. I      04. II b      06. III b      08. M
<b>6 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立      03. J 2      05. A 2      07. B 2      09. C 2 02. J 1      04. A 1      06. B 1      08. C 1
<b>7 身体障害者(肢体不自由)の等級</b> (該当する番号1つに○)	01. 不明      03. 1級      05. 3級      07. 5級      09. 7級 02. 非該当      04. 2級      06. 4級      08. 6級
<b>8 障害支援区分(障害程度区分)</b> (該当する番号1つに○)	01. 未申請等      03. 不明      05. 区分2      07. 区分4      09. 区分6 02. 非該当      04. 区分1      06. 区分3      08. 区分5
<b>9 超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準</b> (該当する番号1つに○)	01. 運動機能：座位までに該当する      02. 運動機能：座位までに該当しない 判定スコア_____点 ※全項目に非該当場合は、“0”を記入してください。
<b>10 栄養摂取の状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《10で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
<b>10-1 経管・経静脈栄養の状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管      03. 末梢静脈栄養 02. 胃瘻・腸瘻      04. 中心静脈栄養
《10-1で「01」または「02」を選択した場合に回答》	
<b>10-1-1 経腸栄養用製品の種別</b> (該当する番号1つに○)	01. 食品のみ      03. 食品と医薬品とを併用 02. 医薬品のみ
<b>10-1-2 上記10-1-1の種別とした理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 患者の病態・栄養状態に合った成分のため 02. 患者の経済状態を考慮したため 03. 退院後(在宅)や転院先で提供される製品のため 04. その他 (_____)
<b>11 医療区分の評価結果</b>	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、“0”を記入してください。

12 疾患及び状態		
<p><b>12-1 調査基準日時点の疾患</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<p>01. スモン 02. 筋ジストロフィー 03. 多発性硬化症 04. 筋萎縮性側索硬化症 05. パーキンソン病関連疾患 06. その他の難病（神経系） → a 神経系 → b 神経系以外 07. 脊髄損傷 08. 骨折・外傷（07 以外） 09. 脳性麻痺 10. その他の乳児期からの障害（09 以外） 11. 片麻痺 12. 四肢麻痺 13. 播種性血管内凝固症候群（DIC） 14. 敗血症 15. 急性腹症</p>	<p>16. 脳梗塞 17. 脳出血 18. その他の原因による重度障害（17 以外） 19. 悪性腫瘍 → a 疼痛コントロールが必要 → b 余命 3 か月以内 20. 不整脈 21. 心不全（高度非代償性） 22. 心筋梗塞 23. 肝不全（腹水高度、NH<sub>4</sub>CL120mg/dl 以上） 24. 髄膜炎 25. 肺血栓塞栓症 26. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 27. 肺炎 28. 喘息重積発作 29. 尿路感染症</p>
<p><b>12-2 調査基準日時点の状態</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<p>01. 医師及び看護師による常時監視・管理 02. 感染隔離室における管理 03. 意識障害（JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下） 04. 意識障害（JCS III-100 以上） 05. せん妄（術後） 06. せん妄（術後以外）</p>	<p>07. 鬱状態 08. 消化管等の体内からの出血 09. 脱水（発熱あり） 10. 頻回の嘔吐（発熱あり） 11. 褥瘡（皮膚層の喪失又は複数箇所） 12. 他者への暴行が認められる状態</p>



<p><b>6 過去 30 日間に患者が受けた医療行為・処置等</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 気管切開・気管内挿管</td> <td>18. ネブライザー</td> </tr> <tr> <td>02. 気管カニューレの交換</td> <td>19. 創傷処置</td> </tr> <tr> <td>03. 透析の指示</td> <td>20. 体位変換</td> </tr> <tr> <td>04. 胸腹腔洗浄</td> <td>21. 浣腸・排便</td> </tr> <tr> <td>05. 胃瘻カテーテルの装着・交換</td> <td>22. 褥瘡の処置</td> </tr> <tr> <td>06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換</td> <td>23. インスリン注射</td> </tr> <tr> <td>07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位 _____)</td> <td>24. 点滴・注射 (23 以外)</td> </tr> <tr> <td>08. モルヒネの持続皮下注射</td> <td>25. 膀胱 (留置) カテーテルの管理</td> </tr> <tr> <td>09. 鎮静薬の持続皮下注射</td> <td>26. 人工肛門・人工膀胱の管理</td> </tr> <tr> <td>10. エコー検査</td> <td>27. 人工呼吸器の管理</td> </tr> <tr> <td>11. 造影剤を用いた放射線検査</td> <td>28. 気管切開の処置</td> </tr> <tr> <td>12. 血圧・脈拍の測定</td> <td>29. 酸素療法管理</td> </tr> <tr> <td>13. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)</td> <td>30. がん末期の疼痛管理</td> </tr> <tr> <td>14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理</td> <td>31. 慢性疼痛の管理 (30 以外)</td> </tr> <tr> <td>15. 経鼻経管栄養</td> <td>32. 透析・腹膜還流</td> </tr> <tr> <td>16. 中心静脈栄養</td> <td>33. リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>17. 喀痰吸引</td> <td>34. 口腔ケア</td> </tr> </table>	01. 気管切開・気管内挿管	18. ネブライザー	02. 気管カニューレの交換	19. 創傷処置	03. 透析の指示	20. 体位変換	04. 胸腹腔洗浄	21. 浣腸・排便	05. 胃瘻カテーテルの装着・交換	22. 褥瘡の処置	06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換	23. インスリン注射	07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位 _____)	24. 点滴・注射 (23 以外)	08. モルヒネの持続皮下注射	25. 膀胱 (留置) カテーテルの管理	09. 鎮静薬の持続皮下注射	26. 人工肛門・人工膀胱の管理	10. エコー検査	27. 人工呼吸器の管理	11. 造影剤を用いた放射線検査	28. 気管切開の処置	12. 血圧・脈拍の測定	29. 酸素療法管理	13. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)	30. がん末期の疼痛管理	14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	31. 慢性疼痛の管理 (30 以外)	15. 経鼻経管栄養	32. 透析・腹膜還流	16. 中心静脈栄養	33. リハビリテーション	17. 喀痰吸引	34. 口腔ケア						
01. 気管切開・気管内挿管	18. ネブライザー																																								
02. 気管カニューレの交換	19. 創傷処置																																								
03. 透析の指示	20. 体位変換																																								
04. 胸腹腔洗浄	21. 浣腸・排便																																								
05. 胃瘻カテーテルの装着・交換	22. 褥瘡の処置																																								
06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換	23. インスリン注射																																								
07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位 _____)	24. 点滴・注射 (23 以外)																																								
08. モルヒネの持続皮下注射	25. 膀胱 (留置) カテーテルの管理																																								
09. 鎮静薬の持続皮下注射	26. 人工肛門・人工膀胱の管理																																								
10. エコー検査	27. 人工呼吸器の管理																																								
11. 造影剤を用いた放射線検査	28. 気管切開の処置																																								
12. 血圧・脈拍の測定	29. 酸素療法管理																																								
13. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)	30. がん末期の疼痛管理																																								
14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	31. 慢性疼痛の管理 (30 以外)																																								
15. 経鼻経管栄養	32. 透析・腹膜還流																																								
16. 中心静脈栄養	33. リハビリテーション																																								
17. 喀痰吸引	34. 口腔ケア																																								
<p><b>7 調査基準日における医療行為・処置等</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 蘇生術の施行</td> <td>17. インスリン・ソマトメジンC 製剤の注射</td> </tr> <tr> <td>02. 人工呼吸器の使用</td> <td>18. 特殊な治療法等</td> </tr> <tr> <td>03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内</td> <td>→ a CHDF</td> </tr> <tr> <td>04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)</td> <td>→ b IABP</td> </tr> <tr> <td>05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)</td> <td>→ c PCPS</td> </tr> <tr> <td>06. 酸素療法 (密度の高い治療)</td> <td>→ d 補助人工心臓</td> </tr> <tr> <td>07. 酸素療法 (上記以外) ※1</td> <td>→ e ICP 測定</td> </tr> <tr> <td>08. ドレーン法</td> <td>→ f ECMO</td> </tr> <tr> <td>→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔</td> <td>19. 輸液ポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ b 胸腔・腹腔・胆道</td> <td>20. シリンジポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ c 関節腔</td> <td>21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)</td> </tr> <tr> <td>→ d 皮下・硬膜下</td> <td>→ a 難治性皮膚潰瘍</td> </tr> <tr> <td>09. 喀痰吸引 (1 日 8 回以上)</td> <td>→ b 手術創</td> </tr> <tr> <td>10. 体位ドレナージ・スクウィーピング</td> <td>→ c 手術創以外の創傷</td> </tr> <tr> <td>11. 動脈圧測定 (動脈ライン)</td> <td>22. 褥瘡処置</td> </tr> <tr> <td>12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)</td> <td>23. 中心静脈栄養</td> </tr> <tr> <td>13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)</td> <td>24. 経管栄養</td> </tr> <tr> <td>14. 24 時間持続点滴</td> <td>25. 胃瘻 (減圧のため開放中)</td> </tr> <tr> <td>15. 輸血・血液製剤の使用</td> <td>26. 胃瘻 (閉鎖中)</td> </tr> <tr> <td>16. 血糖測定 (1 日 3 回以上)</td> <td>27. 身体抑制※2</td> </tr> </table>	01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC 製剤の注射	02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等	03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内	→ a CHDF	04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)	→ b IABP	05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)	→ c PCPS	06. 酸素療法 (密度の高い治療)	→ d 補助人工心臓	07. 酸素療法 (上記以外) ※1	→ e ICP 測定	08. ドレーン法	→ f ECMO	→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理	→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理	→ c 関節腔	21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)	→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍	09. 喀痰吸引 (1 日 8 回以上)	→ b 手術創	10. 体位ドレナージ・スクウィーピング	→ c 手術創以外の創傷	11. 動脈圧測定 (動脈ライン)	22. 褥瘡処置	12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	23. 中心静脈栄養	13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	24. 経管栄養	14. 24 時間持続点滴	25. 胃瘻 (減圧のため開放中)	15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻 (閉鎖中)	16. 血糖測定 (1 日 3 回以上)	27. 身体抑制※2
01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC 製剤の注射																																								
02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等																																								
03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内	→ a CHDF																																								
04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)	→ b IABP																																								
05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)	→ c PCPS																																								
06. 酸素療法 (密度の高い治療)	→ d 補助人工心臓																																								
07. 酸素療法 (上記以外) ※1	→ e ICP 測定																																								
08. ドレーン法	→ f ECMO																																								
→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理																																								
→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理																																								
→ c 関節腔	21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)																																								
→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍																																								
09. 喀痰吸引 (1 日 8 回以上)	→ b 手術創																																								
10. 体位ドレナージ・スクウィーピング	→ c 手術創以外の創傷																																								
11. 動脈圧測定 (動脈ライン)	22. 褥瘡処置																																								
12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	23. 中心静脈栄養																																								
13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	24. 経管栄養																																								
14. 24 時間持続点滴	25. 胃瘻 (減圧のため開放中)																																								
15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻 (閉鎖中)																																								
16. 血糖測定 (1 日 3 回以上)	27. 身体抑制※2																																								
<p>《7 で「23」、「24」を選択した場合に回答》</p>																																									
<p><b>7-1 中心静脈栄養・経管栄養を行っている理由</b> (該当する番号 1 つに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 医学的な理由で一時的に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>02. 医学的な理由で長期的に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>03. 入院時に既に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>04. 退院の際に必要であったため</td> </tr> </table>	01. 医学的な理由で一時的に必要であったため	02. 医学的な理由で長期的に必要であったため	03. 入院時に既に必要であったため	04. 退院の際に必要であったため																																				
01. 医学的な理由で一時的に必要であったため																																									
02. 医学的な理由で長期的に必要であったため																																									
03. 入院時に既に必要であったため																																									
04. 退院の際に必要であったため																																									

※1 酸素療法 (上記以外): 「安静時に 3 L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態」。

※2 身体抑制: 「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がれないようにする」、「ミトンの着用」、「自分の意志で開けることの出来ない居室等への隔離」。

<b>8 入院後7日以内の、退院支援を目的としたカンファレンスの開催の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 開催あり (予定を含む)	02. 開催なし (予定を含む)
<b>9 入院前の担当ケアマネジャーの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 担当ケアマネジャーあり	03. 不明
	02. 担当ケアマネジャーなし	
《9で「01」を選択した場合に回答》		
<b>9-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法</b> (該当する番号すべてに○)	01. カンファレンスに直接出席	03. 電話等による(口頭による)情報提供
	02. 文書(FAXやEメールも含む)での情報提供	04. 情報提供は受けていない
<b>9-2 情報提供の有用性</b> (該当する番号1つに○)	01. 有用だった	03. あまり有用ではなかった
	02. 多少有用だった	04. 有用ではなかった
<b>10 入院中の他の医療機関の受診状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 他の医療機関を受診した → (受診回数 _____ 回/月)	02. 他の医療機関を受診していない
《10で「01」を選択した場合に回答》		
<b>10-1 他の医療機関を受診した理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 専門外の急性疾患の治療のため	03. 症状の原因精査のため
	02. 専門外の慢性疾患の治療のため	04. その他 (_____)
<b>10-2 受診した診療科</b> (該当する番号すべてに○)	01. 内科	07. 心臓血管外科
	02. 小児科	08. 放射線科
	03. 精神科	09. 麻酔科(ペインクリニック)
	04. 外科	10. 歯科
	05. 整形外科	11. その他 (_____)
	06. 脳神経外科	
<b>10-3 受診費用の請求について</b> (該当する番号すべてに○)	01. 合議で精算	03. その他 (_____)
	02. 入院料を減算した上で先方にて請求	

IV 患者の今後の見通し等

<p><b>1 医学的な入院継続の理由等</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>01. 医学的な理由のため入院医療が必要である 02. 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい 03. 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04. 退院予定が決まっている</p>
<p>《1で「01」を選択した場合に回答》</p>	
<p><b>1-1 医学的な理由の詳細</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない 02. 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない 03. 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態 04. 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態 05. その他 ( _____ )</p>
<p>《1で「03」を選択した場合に回答》</p>	
<p><b>1-2 退院後に必要な支援</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 医療処置 02. 通院の介助 03. 訪問診療 04. 訪問看護・リハビリテーション 05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助 06. 食事・排泄・移動等の介護 07. 認知症・精神疾患に対する見守り 08. その他 ( _____ )</p>
<p><b>1-3 退院できない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</p>	<p>01. 本人の希望に合わないため 02. 家族の希望に合わないため 03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため 04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため 05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため 06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため 07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため 08. 地域に施設サービスがないため 09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため 10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため 11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため 12. 転院先の医療機関の確保ができていないため 13. その他 ( _____ )</p>
<p>《1-3で「01」「02」を選択した場合に回答》</p>	
<p><b>1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</p>	<p>01. 家族が患者と同居できないため 02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため 03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため 04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため 05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため 06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため 07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため 08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため 09. 在宅介護等を利用して負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため 10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため 11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため 12. その他 ( _____ )</p>



<b>2 退院へ向けた目標・課題等</b> (主なもの1つに○)	01. 疾病の治癒・軽快 02. 病態の安定 03. 手術・投薬・処置・検査等の終了 04. 診断・今後の治療方針の確定 05. 低下した機能の回復（リハビリテーション） 06. 在宅医療・介護等の調整	07. 入所先の施設の確保 08. 本人家族の病状理解 09. 転院先の医療機関の確保 10. 看取り（死亡退院） 11. その他（_____）
-------------------------------------	--	--

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 退棟患者票 (D)

施設ID:

病棟ID:

患者ID:

(注)「入院患者票(D)」の対象者のうち、「補助票(重症度, 医療・看護必要度票)」の追跡期間(1週間)に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

<b>1 性別</b> (該当する番号1つに○)	01. 男性	02. 女性
<b>2 生年月</b>	西暦_____年_____月	
<b>3 ① 入院年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	
<b>② 入棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	
<b>③ 退棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	

<b>4 退院支援加算等の算定状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 退院支援加算1 算定あり	04. 退院支援加算1～3 算定なし
	02. 退院支援加算2 算定あり	05. 介護支援連携指導料 算定あり
	03. 退院支援加算3 算定あり	
《4で「02」、「03」、「04」を選択した場合に回答》		
<b>4-1 患者・家族との面談</b> (該当する番号1つに○)	01. 面談を実施 → 入院後(____)日目に実施	02. 面談を実施せず
<b>4-2 多職種カンファレンス</b> (該当する番号1つに○)	01. カンファレンスを実施 → 入院後(____)日目に実施	02. カンファレンスを実施せず

<b>5 医療区分の評価結果</b> (退棟時)	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、“0”を記入してください。
-----------------------------	---

うらへ続く

<p><b>6 退棟先</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>&lt;自宅等&gt;</p> <p>01. 自宅 → <b>a</b> 在宅医療の提供あり → <b>b</b> 在宅医療の提供なし</p> <p>02. 介護老人福祉施設 (特養)</p> <p>03. 居住系介護施設 (グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等)</p> <p>04. 障害者支援施設</p>	<p>11. 療養病床 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>12. その他の病床</p>
	<p>&lt;自院&gt;</p> <p>05. 一般病床</p> <p>06. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床</p> <p>07. 療養病床 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>08. その他の病床</p> <p>&lt;他院&gt;</p> <p>09. 一般病床</p> <p>10. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床</p>	<p>&lt;有床診療所&gt;</p> <p>13. 有床診療所 → <b>a</b> 在宅復帰機能強化加算あり → <b>b</b> 在宅復帰機能強化加算なし</p> <p>&lt;介護施設・老健&gt;</p> <p>14. 介護療養型医療施設</p> <p>15. 介護老人保健施設 → <b>a</b> 在宅強化型 → <b>b</b> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり → <b>c</b> 上記 <b>a</b>、<b>b</b> 以外</p> <p>&lt;死亡&gt;</p> <p>16. 死亡退院 → (最も死亡に影響を与えた傷病名: _____)</p> <p>&lt;その他&gt;</p> <p>17. その他 (_____)</p>

**【自宅または居住系施設へ退院した場合のみ、以下の設問にご回答ください。】※転棟・転院の場合は記入不要です。**

<p><b>7 退院後に利用を予定している医療・介護サービス</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<p>01. 医療機関の外来診療</p> <p>02. 医療機関の訪問診療</p> <p>03. 訪問看護</p> <p>04. 訪問リハビリテーション</p> <p>05. 通所リハビリテーション</p> <p>06. 訪問介護</p> <p>07. 訪問入浴介護</p> <p>08. 通所介護</p>	<p>09. 短期入所生活介護</p> <p>10. 短期入所療養介護</p> <p>11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p> <p>12. 夜間対応型訪問介護</p> <p>13. 認知症対応型通所介護</p> <p>14. 看護小規模多機能型居宅介護</p> <p>15. 福祉用具貸与</p> <p>16. その他 (_____)</p>
--	---	--

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 施設調査票（E）

- 特に指定がある場合を除いて、平成28年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

■ 貴院の基本情報について、別途 確認票(Webサイト参照)にてご確認ください。

問1 貴院の開設者、診療科等に係る基本情報等についてお伺いします。

1-1 在宅療養支援診療所の届出の有無 (該当する番号1つに○)	01 有り	02 無し
■ 上記1-1で「01 有り」を選択した場合、下記1-1-1についてご回答ください。		
1-1-1 機能強化型在宅療養支援診療所の種類 (平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)		
01 機能強化型在宅療養支援診療所 (単独型)      02 機能強化型在宅療養支援診療所 (連携型)		

1-2 貴院の主たる 診療科目 (平成28年11月1日時点) (該当する番号1つに○)	01 内科	07 形成外科	13 放射線科
	02 小児科	08 産婦人科	14 リハビリテーション科
	03 精神科	09 眼科	15 歯科(歯科口腔外科等含む)
	04 外科	10 耳鼻咽喉科	16 全科
	05 整形外科	11 皮膚科	17 その他(_____)
	06 脳神経外科	12 泌尿器科	

1-3 同一の市区町村内 の関連法人・グループの 施設・事業所 (平成28年11月1日時点) (該当する番号すべてに○)	01 病院	10 短期入所生活介護事業所	
	02 有床診療所	11 短期入所療養介護事業所	
	03 無床診療所	12 通所介護事業所	
	04 介護療養型医療施設	13 通所リハビリテーション事業所	
	05 介護老人保健施設	14 訪問看護ステーション	
	06 介護老人福祉施設(特養)	15 訪問介護事業所	
	07 グループホーム	16 訪問リハビリテーション事業所	
	08 サービス付き高齢者向け住宅	17 その他(_____)	
	09 居宅介護支援事業所		

問2 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

2-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 <sup>注</sup> ）（平成28年11月1日時点）			
① 医師	. 人	⑨ 作業療法士	. 人
② 歯科医師	. 人	⑩ 言語聴覚士	. 人
③ 看護師	. 人	⑪ 臨床心理技術者	. 人
④ 准看護師	. 人	⑫ 診療放射線技師	. 人
⑤ 看護補助者	. 人	⑬ 臨床検査技師	. 人
（うち）介護福祉士	. 人	⑭ 相談員	. 人
⑥ 薬剤師	. 人	（うち）社会福祉士	. 人
⑦ 管理栄養士	. 人	⑮ 事務職員	. 人
⑧ 理学療法士	. 人	⑯ その他の職員	. 人

注) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第1位まで（小数点第2位を切り上げ）を記入。  
 例：常勤職員の1週間の通常の勤務時間が40時間（8時間×5日）の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

問3 貴院の病床利用率についてお伺いします。

3-1 病床利用率	平成27年10月の 1か月間	平成28年10月の 1か月間
① 一般病床	. %	. %
② 療養病床	. %	. %

※「病床利用率」= A ÷ B × 100 : A. 10月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 31

問4 貴院の手術等の実施件数についてお伺いします。

4-1 手術等の実施件数（平成27年11月～平成28年10月の1年間）					
① 手術の実施件数	年間	件	④ 腹腔鏡下手術	年間	件
（うち）全身麻酔の件数	年間	件	⑤ 放射線治療（体外照射法）	年間	件
② 人工心肺を用いた手術	年間	件	⑥ 化学療法	年間	件
③ 悪性腫瘍の手術	年間	件	⑦ 分娩件数	年間	件

問5 貴院の過去1年間の状況についてお伺いします。

5-1 過去1年間（平成27年11月1日～平成28年10月31日）の状況	
① 過去1年間の急変時の入院件数	件
② 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入の割合	%
③ 過去1年間の看取りの実績件数	件
（うち）貴院内で看取りを行った件数	件
（うち）貴院外で看取りを行った件数	件
④ 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者（分娩除く）の件数	件
⑤ 過去1年間の分娩を行った総件数	件

**問6 貴院の往診や訪問診療、緊急往診、地域ケア会議の状況についてお伺いします。**

6-1 往診や訪問診療、緊急往診、地域ケア会議の状況	
① 過去3か月間の往診を行った患者の延数（平成28年8月～10月）	人
② 過去3か月間の訪問診療を行った患者の延数（平成28年8月～10月）	人
③ 過去1年間の緊急往診の実績件数（平成27年11月1日～平成28年10月31日）	件
④ 過去1年間の地域ケア会議の出席件数（平成27年11月1日～平成28年10月31日）	件

**問7 貴院の診療時間外の外来対応件数についてお伺いします。**

7-1 診療時間外の外来対応件数（平成28年10月の1か月間）	
診療時間外の外来対応件数	件

**問8 貴院の地域包括診療料の届出状況などについてお伺いします。**

8-1 地域包括診療料・診療加算の届出状況（平成28年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 地域包括診療料を届出ている	03 どちらも届出していない
02 地域包括診療加算を届出ている	
■ 上記8-1で「01 地域包括診療料を届出ている」を選択した場合、認知症地域包括診療料の算定実績をご回答ください。	
8-1-1 認知症地域包括診療料の算定実績（平成28年8月～10月の3か月間）（該当する番号1つに○）	
01 認知症地域包括診療料の算定実績あり	02 認知症地域包括診療料を算定実績なし
■ 上記8-1で「03 どちらも届出していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。	
8-1-2 地域包括診療料・診療加算を届出していない理由（該当する番号すべてに○）	
01 現状の方が収益を上げやすいため 02 地域包括診療料を届出れば、職員の負担が増加するため 03 地域において、十分なニーズ（算定要件を満たす患者）が見込めないため 04 地域の他の医療機関が地域包括診療料を届出しており、地域のニーズに十分対応できているため 05 施設基準のうち、24時間対応の薬局との連携の要件が満たせないため 06 施設基準のうち、在宅医療の提供及び当該患者に対して24時間対応を実施する要件が満たせないため 07 施設基準のうち、常勤医師2名以上配置の要件が満たせないため 08 医療機関の機能上、届出を行う必要性がないため 09 その他（_____）	

**問 9 有床診療所在宅復帰機能強化加算に係る要件について、条件として特に厳しいと感じているものをお教えください。**

9-1 有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出について (該当する番号1つに○)

- 01 有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出あり
- 02 有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出を今後したいと考えている
- 03 有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出を現状では考えていない

9-2 有床診療所在宅復帰機能強化加算の届出にあたって求められている要件等について、特に困難と感じられる要件を下記より選択してください。 (該当する番号すべてに○)

- 01 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2、又は有床診療所入院基本料3を届出ていること
- 02 直近6ヶ月間の在宅復帰率が7割以上であること
- 03 在宅への退院患者の在宅生活がひと月以上継続する見込みであることを退院後ひと月以内に確認し、記録すること
- 04 平均在院日数が60日以内であること

9-3 「在宅生活が継続する見込みであること」の確認方法 (最も頻度の多い番号1つに○)

- 01 患者の居宅を訪問
- 02 電話等により本人・家族等に確認
- 03 在宅療養を担当する保険医療機関からの情報提供

**問 10 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算に係る要件について、条件として特に厳しいと感じているものをお教えください。**

10-1 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出について (該当する番号1つに○)

- 01 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出あり
- 02 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出を今後したいと考えている
- 03 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出を現状では考えていない

10-2 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出にあたって求められている要件等について、特に困難と感じられる要件を下記より選択してください。 (該当する番号すべてに○)

- 01 直近6ヶ月間の在宅復帰率が5割以上であること
- 02 在宅への退院患者の在宅生活がひと月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを退院後ひと月以内に確認し、記録すること
- 03 平均在院日数が365日以内であること

10-3 「在宅生活が継続する見込みであること」の確認方法 (最も頻度の多い番号1つに○)

- 01 患者の居宅を訪問
- 02 電話等により本人・家族等に確認
- 03 在宅療養を担当する保険医療機関からの情報提供

## 問 11 貴院の退院支援に関連する項目の算定件数・回数についてご回答ください。

11-1 退院支援に関連する項目の算定件数・回数（平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 退院支援加算 1	件	⑤ 退院前訪問指導料	回
② 退院支援加算 2	件	⑥ 退院後訪問指導料	回
③ 地域連携診療計画加算 （診療情報提供料（I））	回	（うち）訪問看護同行加算 （退院後訪問指導料）	回
④ 介護支援連携指導料	回		

## 問 12 貴院の退院支援部門（退院支援及び地域連携業務を担う部門）の設置状況などについてお伺いします。

12-1 退院支援部門の設置状況（平成 28 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）		
01 退院支援部門を設置している		02 退院支援部門を設置していない
■ 上記 12-1 で「01 退院支援部門を設置している」を選択した場合、退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。		
12-1-1 退院支援部門に従事する職員数（平成 28 年 11 月 1 日時点）	専 従	専 任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
③ 相談員	人	人
（うち）社会福祉士	人	人
④ その他の職種（准看護師も含む）	人	人
⑤ [再掲] ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人

12-2 連携先の施設数（特別な関係にあるものを除く）（平成 28 年 11 月 1 日時点）	
① 病院	施設
（うち）在宅療養支援病院	施設
② 診療所	施設
（うち）在宅療養支援診療所	施設
（うち）歯科診療所	施設
③ 居宅サービス事業者	施設
④ 地域密着型サービス事業者	施設
⑤ 居宅介護支援事業者	施設
⑥ 施設サービス事業者	施設
⑦ 障害福祉サービス事業所	施設
⑧ その他の施設	施設



## 問 13 地域の自治体との連携についてお伺いします。

13-1 地域連携診療計画において、市町村との連携の有無（平成 28 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）	
01 市町村と連携している	02 市町村と連携していない
13-2 過去 6 か月間の地域の自治体（市町村、都道府県）と個別事例に関する連携の有無（平成 28 年 5 月～10 月の 6 か月間）（該当する番号 1 つに○）	
01 連携あり	02 連携なし

## 問 14 貴院において、退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

14-1 退院支援の積極的な取組みや促進等を困難にしている事項（該当する番号すべてに○）	
01 担当患者数が多いため、患者 1 人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない	
02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない	
03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い	
04 病棟との情報共有が十分でないことが多い	
05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい	
06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい	
07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい	
08 地域の中で、在宅支援を行う医療・介護サービスの事業所が少ない	
09 その他（_____）	

## 問 15 貴院における、地域の様々な機関との連携の状況についてお伺いします。

15-1 地域の様々な機関との連携の状況（平成 28 年 10 月の 1 か月間）（該当する番号 1 つに○）	
① 自院の重症患者の急性期医療機関への緊急の紹介（「01 連携あり」を選択した場合は件数を記入）	
01 連携あり（月 _____ 件）	02 連携なし
② 自院の専門外の患者の、地域の医療機関へのコンサルテーション（「01 連携あり」を選択した場合は件数を記入）	
01 連携あり（月 _____ 件）	02 連携なし
③ 急性期治療を終えた患者の自院への受け入れ（「01 連携あり」を選択した場合は件数を記入）	
01 連携あり（月 _____ 件）	02 連携なし
④ 訪問・通所系介護事業所やケアマネジャー（「01 連携あり」を選択した場合は件数を記入）	
01 連携あり（月 _____ 件）	02 連携なし
⑤ 訪問看護事業所（「01 連携あり」を選択した場合は件数を記入）	
01 連携あり（月 _____ 件）	02 連携なし

**問 16 貴院における、3～5年前と比べた自院への入院のニーズについてお伺いします。**

16-1 3～5年前と比べた自院への入院のニーズ (該当する番号1つに○)	
01 増加傾向にある	03 減少傾向にある
02 ほぼ同じ	04 回答が困難 (最近開設した場合など)
■ 上記 16-1 で「03 減少傾向にある」を選択した場合、減少の理由をご回答ください。	
16-1-1 減少の理由	

**問 17 貴院の、今後5～10年を見据えた運営の方向性についてお伺いします。**

17-1 今後5～10年を見据えた運営の方向性 (該当する番号すべてに○)
<p>01 特定の診療科の専門的な診療に力を入れたい (例：分娩)</p> <p>02 訪問診療・訪問看護など在宅医療に力を入れたい</p> <p>03 介護保険サービスを併設するなど介護に力を入れたい</p> <p>04 比較的軽症な患者への救急医療に力を入れたい</p> <p>05 長期の療養のための入院に力を入れたい</p> <p>06 介護保険施設や高齢者の居住施設を併設して運営したい</p> <p>07 現状を維持したい</p> <p>08 経営上の理由により、無床の診療に切り替えたい (切り替えざるを得ないを含む)</p> <p>09 その他の理由により、無床の診療に切り替えたい (切り替えざるを得ないを含む)</p> <p>10 病院からの退院患者を自宅・介護施設へ受け渡すことに力を入れたい</p> <p>11 終末期の医療に力を入れたい</p> <p>12 診療を中止する見込み (中止せざるを得ないを含む)</p>

**■ 入院医療における課題などについて、ご意見等ございましたら下欄にご記入ください。**

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、平成28年11月〇日(〇)までに、  
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 病棟調査票(E)

- 特に指定がある場合を除いて、平成28年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

### ■ 施設IDをご記入下さい。

施設ID	
------	--

### 問1 貴院の入院基本料等についてお伺いします。

1-1 入院基本料等 (平成28年11月1日時点) (該当する番号・記号すべてに○)	01 有床診療所入院基本料 → a 有床診療所在宅復帰機能強化加算	02 有床診療所療養病床入院基本料 → a 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算
--	--------------------------------------	--

### 問2 貴院の病床数、在院患者延べ日数などについてお伺いします。

2-1 病床数、在院患者延べ日数など	病床数 (平成28年11月1日時点)	在院患者延べ日数 (平成28年8~10月)	新入院患者数 (平成28年8~10月)	新退院患者数 (平成28年8~10月)
① 一般病床	床	日	人	人
② 医療療養病床	床	日	人	人
③ 介護療養病床	床	日	人	人
④ 合計	床	日	人	人

2-2 退院患者数（再入院患者、死亡退院患者を除く）（平成28年8月～10月の3か月間）	
貴院における退院患者数（再入院患者、死亡退院患者を除く）	人
① 在宅（自宅及び居住系介護施設等）	人
（うち）退院した患者の住宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者	人

### 問3 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

3-1 貴病棟の入院患者数（平成28年11月1日時点）	人
-----------------------------	---

3-2 医療区分別の入院患者数（平成28年11月1日時点）	
① 医療区分1	人
② 医療区分2	人
③ 医療区分3	人

3-3 平成 28 年 11 月 1 日時点に入院している患者における入院前の居場所別患者数（平成 28 年 11 月 1 日時点）	入院前の居場所別患者数	（うち）入院前の居場所が貴院と特別の関係にある場合
① 自宅	人	
② 介護老人福祉施設（特養）	人	人
③ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人	人
④ 障害者支援施設	人	人
⑤ 他の医療機関	人	人
⑥ 介護療養型医療施設	人	人
⑦ 介護老人保健施設	人	人
⑧ その他	人	人

3-4 平成 28 年 11 月 1 日時点に入院している患者における入床に至る転床状況別の入院患者数(平成 28 年 11 月 1 日時点)	
① 転床していない	人
② 自院の一般病床から転床	人
③ 自院の療養病床から転床	人
④ 自院のその他の病床から転床	人

#### 問 4 貴病棟の ADL 低下患者割合と入院後褥瘡発生率についてお伺いします。

4-1 ADL 低下患者割合と入院後褥瘡発生率	
① ADL 低下患者割合 <sup>注1</sup> （平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間）	%
② 入院後褥瘡発生率 <sup>注2</sup> （平成 28 年 11 月 1 日時点）	%

注 1) 平成 28 年 8 月から平成 28 年 10 月の間に、退院または転院した患者（死亡退院を除く）のうち、退院または転院時における ADL が入院時と比較して低下した患者の割合。

注 2) 平成 28 年 11 月 1 日時点において褥瘡を保有する患者数のうち入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数を、同日の入院患者数（同日の入院患者は含めず、退院患者は含める）で除して求めた割合。

## 問5 貴院の転床・退院患者数についてお伺いします。

5-1 退院先および転床先別の転床・退院患者数（平成28年10月の1か月間）		退院先および 転床先別 転床・退院患者数	（うち）退院先お よび転床先が貴 院と特別の関係 にある場合
貴院における転床・退院患者数		人	
自宅等	① 自宅（在宅医療の提供あり）	人	
	② 自宅（在宅医療の提供なし）	人	
	③ 介護老人福祉施設（特養）	人	人
	④ 居住系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム等）	人	人
	⑤ 障害者支援施設	人	人
自院	⑥ 自院の一般病床	人	
	⑦ 自院の療養病床	人	
他の有床 診療所	⑧ 他の有床診療所（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	人
	⑨ 他の有床診療所（上記以外の有床診療所）	人	人
病院	⑩ 病院の急性期病床（7対1、10対1）	人	人
	⑪ 病院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟の病床	人	人
	⑫ 病院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届出）	人	人
	⑬ 病院の療養病床（上記以外の療養病棟）	人	人
	⑭ 病院のその他の病床	人	人
介護療養 ・ 老健	⑮ 介護療養型医療施設	人	人
	⑯ 介護老人保健施設（在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届出）	人	人
	⑰ 介護老人保健施設（上記以外の老健施設）	人	人
死亡	⑱ 死亡退院	人	
	⑲ その他	人	人

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、平成28年12月〇日（〇）までに、  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 入院患者票（E）

施設ID：

患者ID：

## I 患者の基本情報

1 性別（該当する番号1つに○）	01. 男性	02. 女性	
2 生年月	西暦_____年_____月		
3 主傷病 および副傷病 （疾病コード）	01. 主傷病	02. 副傷病1	03. 副傷病2
4 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日		
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日		
5 入棟前の場所 （該当する番号1つに○）	01. 自宅 → a 在宅医療の提供あり → b 在宅医療の提供なし 02. 他の有床診療所の病床 03. 他の病院の7対1、10対1病床 04. 他の病院の地域包括ケア・回りハ病床 05. 他の病院の療養病床 06. 介護療養型医療施設 07. 介護老人保健施設 08. 介護老人福祉施設（特養） 09. 居住系介護施設 10. 障害者支援施設 11. その他（_____）		
6 予定・緊急入院区分 （該当する番号1つに○）	01. 予定入院 02. 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター） 03. 緊急入院（外来の初診後） 04. 緊急入院（外来の再診後）		
《6で「02」を選択した場合に回答》			
6-1 救急搬送後の入院方法 （該当する番号1つに○）	01. 独歩 02. ストレッチャー 03. 車いす 04. その他（_____）		
7 入院した時の状態 （該当する番号すべてに○）	01. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 02. 要介護認定が未申請 03. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態） 04. 排泄に介助を要する状態 05. 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない状態 06. 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態 07. 入退院を繰り返している状態 08. その他患者の状況から判断して01から07までに準ずると認められる状態		
8 入院の理由 （主な番号1つに○）	01. 治療のため 02. リハビリテーションのため 03. 検査及び確定診断のため 04. 患者教育のため 05. 介護施設の入所待ちのため 06. 緩和ケアのため 07. 看取りのため（06を除く） 08. その他（_____）		

## II 患者の状態等

<b>1 患者状態の評価の実施日</b> (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
<b>2 認知症の診断の有無</b> (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり      02. 認知症なし      03. 認知症の診断を受けていない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
<b>2-1 BPSDの有無</b> (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり      02. BPSDなし
<b>3 要介護度</b> (該当する番号1つに○)	01. 不明      03. 申請中      05. 要支援1      07. 要介護1      09. 要介護3      11. 要介護5 02. 未申請      04. 非該当      06. 要支援2      08. 要介護2      10. 要介護4
<b>4 認知症高齢者の日常生活自立度</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立      03. II a      05. III a      07. IV 02. I      04. II b      06. III b      08. M
<b>5 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)</b> (該当する番号1つに○)	01. 自立      03. J 2      05. A 2      07. B 2      09. C 2 02. J 1      04. A 1      06. B 1      08. C 1
<b>6 超重症児(者)・準重症児(者)の判定基準</b> (該当する番号1つに○)	01. 運動機能：座位までに該当する      02. 運動機能：座位までに該当しない 判定スコア_____点 ※全項目に非該当場合は、“0”を記入してください。
<b>7 栄養摂取の状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《7で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
<b>7-1 経管・経静脈栄養の状況</b> (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管      03. 末梢静脈栄養 02. 胃瘻・腸瘻      04. 中心静脈栄養
《7-1で「01」または「02」を選択した場合に回答》	
<b>7-1-1 経腸栄養用製品の種別</b> (該当する番号1つに○)	01. 食品のみ      03. 食品と医薬品とを併用 02. 医薬品のみ
<b>7-1-2 上記7-1-1の種別とした理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 患者の病態・栄養状態に合った成分のため 02. 患者の経済状態を考慮したため 03. 退院後(在宅)や転院先で提供される製品のため 04. その他(_____)
<b>8 調査基準日時点の医療区分の評価結果</b>	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、“0”を記入してください。
<b>9 入院時の医療区分の評価結果</b>	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、“0”を記入してください。
<b>10 調査基準日から3か月前の医療区分の評価結果</b> (調査基準日から3か月前に入院していた場合に回答)	① 医療区分3の評価項目で該当するもの_____項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの_____項目 ※該当する評価項目がない場合は、“0”を記入してください。

11 疾患及び状態		
<p><b>11-1 調査基準日時点の疾患</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<p>01. スモン 02. 筋ジストロフィー 03. 多発性硬化症 04. 筋萎縮性側索硬化症 05. パーキンソン病関連疾患 06. その他の難病（神経系） → a 神経系 → b 神経系以外 07. 脊髄損傷 08. 骨折・外傷（07 以外） 09. 脳性麻痺 10. その他の乳児期からの障害（09 以外） 11. 片麻痺 12. 四肢麻痺 13. 播種性血管内凝固症候群（DIC） 14. 敗血症 15. 急性腹症</p>	<p>16. 脳梗塞 17. 脳出血 18. その他の原因による重度障害（17 以外） 19. 悪性腫瘍 → a 疼痛コントロールが必要 → b 余命3か月以内 20. 不整脈 21. 心不全（高度非代償性） 22. 心筋梗塞 23. 肝不全（腹水高度、NH<sub>4</sub>CL120mg/dl 以上） 24. 髄膜炎 25. 肺血栓塞栓症 26. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 27. 肺炎 28. 喘息重積発作 29. 尿路感染症</p>
<p><b>11-2 調査基準日時点の状態</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<p>01. 医師及び看護師による常時監視・管理 02. 感染隔離室における管理 03. 意識障害（JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下） 04. 意識障害（JCS III-100 以上） 05. せん妄（術後） 06. せん妄（術後以外）</p>	<p>07. 鬱状態 08. 消化管等の体内からの出血 09. 脱水（発熱あり） 10. 頻回の嘔吐（発熱あり） 11. 褥瘡（皮膚層の喪失又は複数箇所） 12. 他者への暴行が認められる状態</p>



## Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）	
1-1 入棟中の患者の医療的な状態 （該当する番号1つに○）	01. 安定している 02. 時々、不安定である 03. 常時、不安定である
1-2 医師による診察 （処置、判断含む）の頻度 （該当する番号1つに○）	01. 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要 02. 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要 03. 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要 04. 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要 05. 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要
1-3 医師の指示の見直しの頻度 （該当する番号1つに○）	01. 医師による指示の見直しはほとんど必要としない 02. 週1回程度の指示見直しが必要 03. 週2～3回程度の指示見直しが必要 04. 毎日指示見直しが必要 05. 1日数回の指示見直しが必要
1-4 医師による患者又は家族 に対する病状説明の頻度 （該当する番号1つに○）	01. 週1回以上 02. 月2～3回程度 03. 月1回程度 04. 2～3か月に1回程度 05. 半年に1回程度 06. 上記のいずれより少ない頻度
1-5 看護師による直接の 看護提供の頻度 （該当する番号1つに○）	01. 定時の観察のみで対応できる（している） 02. 定時以外に1日1回～数回の観察および管理が必要 03. 頻回の観察および管理が必要 04. 24時間観察および管理が必要
2 入院中の手術の実施状況 （該当する番号1つに○）	01. 手術を実施した 02. 手術は実施していない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
2-1 全身麻酔 （該当する番号1つに○）	01. 全身麻酔を実施した 02. 全身麻酔は実施していない
2-2 手術時間 （該当する番号すべてに○）	01. 手術時間が1時間未満 02. 手術時間が1時間以上・8時間未満 03. 手術時間が8時間以上
3 内服薬の種類	過去7日間に内服した薬剤 _____ 種類
4 過去7日間に実施した 検査の件数	① 検体検査（尿・血液等） _____ 件 過去7日間 ② 生体検査（超音波・内視鏡等） _____ 件 過去7日間 ③ X線単純撮影 _____ 件 過去7日間 ④ CT・MRI _____ 件 過去7日間 ※検査を実施していない場合は、“0”を記入してください。

<p><b>5 過去 30 日間に患者が受けた医療行為・処置等</b> (該当する番号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 身体所見・身体機能の評価</td> <td>24. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理</td> </tr> <tr> <td>02. 採血・検体採取</td> <td>25. 経鼻経管栄養</td> </tr> <tr> <td>03. 抗がん剤の点滴・注射</td> <td>26. 中心静脈栄養</td> </tr> <tr> <td>04. モルヒネの持続皮下注射</td> <td>27. 吸入・吸引</td> </tr> <tr> <td>05. 鎮静薬の持続皮下注射</td> <td>28. ネブライザー</td> </tr> <tr> <td>06. 皮下輸液</td> <td>29. 創傷処置</td> </tr> <tr> <td>07. 中心静脈栄養・ポート管理</td> <td>30. 体位変換</td> </tr> <tr> <td>08. 輸血</td> <td>31. 浣腸・摘便</td> </tr> <tr> <td>09. 胸水穿刺・腹水穿刺</td> <td>32. 褥瘡の処置</td> </tr> <tr> <td>10. 経口麻薬の投与</td> <td>33. インスリン注射</td> </tr> <tr> <td>11. 末梢静脈点滴</td> <td>34. 点滴・注射 (33.以外)</td> </tr> <tr> <td>12. 上記以外の点滴・注射</td> <td>35. 膀胱 (留置) カテーテルの管理</td> </tr> <tr> <td>13. 気管切開・カニューレ交換</td> <td>36. 人工肛門・人工膀胱の管理</td> </tr> <tr> <td>14. カテーテル交換 → (部位_____)</td> <td>37. 人工呼吸器の管理</td> </tr> <tr> <td>15. エコー検査</td> <td>38. 気管切開の処置</td> </tr> <tr> <td>16. 薬剤の処方</td> <td>39. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)</td> </tr> <tr> <td>17. 特定保険医療材料の処方</td> <td>40. がん末期の疼痛管理</td> </tr> <tr> <td>18. ネブライザー</td> <td>41. 慢性疼痛の管理 (40.以外)</td> </tr> <tr> <td>19. たんの吸引の指示</td> <td>42. 透析・腹膜還流</td> </tr> <tr> <td>20. 栄養指導</td> <td>43. リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>21. 患者・家族等への病状説明</td> <td>44. 口腔衛生リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>22. 血圧・脈拍の測定</td> <td>45. 歯科医療</td> </tr> <tr> <td>23. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)</td> <td>46. その他 (_____)</td> </tr> </table>	01. 身体所見・身体機能の評価	24. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	02. 採血・検体採取	25. 経鼻経管栄養	03. 抗がん剤の点滴・注射	26. 中心静脈栄養	04. モルヒネの持続皮下注射	27. 吸入・吸引	05. 鎮静薬の持続皮下注射	28. ネブライザー	06. 皮下輸液	29. 創傷処置	07. 中心静脈栄養・ポート管理	30. 体位変換	08. 輸血	31. 浣腸・摘便	09. 胸水穿刺・腹水穿刺	32. 褥瘡の処置	10. 経口麻薬の投与	33. インスリン注射	11. 末梢静脈点滴	34. 点滴・注射 (33.以外)	12. 上記以外の点滴・注射	35. 膀胱 (留置) カテーテルの管理	13. 気管切開・カニューレ交換	36. 人工肛門・人工膀胱の管理	14. カテーテル交換 → (部位_____)	37. 人工呼吸器の管理	15. エコー検査	38. 気管切開の処置	16. 薬剤の処方	39. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)	17. 特定保険医療材料の処方	40. がん末期の疼痛管理	18. ネブライザー	41. 慢性疼痛の管理 (40.以外)	19. たんの吸引の指示	42. 透析・腹膜還流	20. 栄養指導	43. リハビリテーション	21. 患者・家族等への病状説明	44. 口腔衛生リハビリテーション	22. 血圧・脈拍の測定	45. 歯科医療	23. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)	46. その他 (_____)
01. 身体所見・身体機能の評価	24. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理																																														
02. 採血・検体採取	25. 経鼻経管栄養																																														
03. 抗がん剤の点滴・注射	26. 中心静脈栄養																																														
04. モルヒネの持続皮下注射	27. 吸入・吸引																																														
05. 鎮静薬の持続皮下注射	28. ネブライザー																																														
06. 皮下輸液	29. 創傷処置																																														
07. 中心静脈栄養・ポート管理	30. 体位変換																																														
08. 輸血	31. 浣腸・摘便																																														
09. 胸水穿刺・腹水穿刺	32. 褥瘡の処置																																														
10. 経口麻薬の投与	33. インスリン注射																																														
11. 末梢静脈点滴	34. 点滴・注射 (33.以外)																																														
12. 上記以外の点滴・注射	35. 膀胱 (留置) カテーテルの管理																																														
13. 気管切開・カニューレ交換	36. 人工肛門・人工膀胱の管理																																														
14. カテーテル交換 → (部位_____)	37. 人工呼吸器の管理																																														
15. エコー検査	38. 気管切開の処置																																														
16. 薬剤の処方	39. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)																																														
17. 特定保険医療材料の処方	40. がん末期の疼痛管理																																														
18. ネブライザー	41. 慢性疼痛の管理 (40.以外)																																														
19. たんの吸引の指示	42. 透析・腹膜還流																																														
20. 栄養指導	43. リハビリテーション																																														
21. 患者・家族等への病状説明	44. 口腔衛生リハビリテーション																																														
22. 血圧・脈拍の測定	45. 歯科医療																																														
23. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)	46. その他 (_____)																																														
<p><b>6 調査基準日における医療行為・処置等</b> (該当する番号・記号すべてに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 蘇生術の施行</td> <td>17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射</td> </tr> <tr> <td>02. 人工呼吸器の使用</td> <td>18. 特殊な治療法等</td> </tr> <tr> <td>03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内</td> <td>→ a CHDF</td> </tr> <tr> <td>04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)</td> <td>→ b IABP</td> </tr> <tr> <td>05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)</td> <td>→ c PCPS</td> </tr> <tr> <td>06. 酸素療法 (密度の高い治療)</td> <td>→ d 補助人工心臓</td> </tr> <tr> <td>07. 酸素療法 (上記以外) ※1</td> <td>→ e ICP 測定</td> </tr> <tr> <td>08. ドレーン法</td> <td>→ f ECMO</td> </tr> <tr> <td>→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔</td> <td>19. 輸液ポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ b 胸腔・腹腔・胆道</td> <td>20. シリンジポンプの管理</td> </tr> <tr> <td>→ c 関節腔</td> <td>21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)</td> </tr> <tr> <td>→ d 皮下・硬膜下</td> <td>→ a 難治性皮膚潰瘍</td> </tr> <tr> <td>09. 喀痰吸引 (1日8回以上)</td> <td>→ b 手術創</td> </tr> <tr> <td>10. 体位ドレナージ・スクウィーピング</td> <td>→ c 手術創以外の創傷</td> </tr> <tr> <td>11. 動脈圧測定 (動脈ライン)</td> <td>22. 褥瘡処置</td> </tr> <tr> <td>12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)</td> <td>23. 中心静脈栄養</td> </tr> <tr> <td>13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)</td> <td>24. 経管栄養</td> </tr> <tr> <td>14. 24 時間持続点滴</td> <td>25. 胃瘻 (減圧のため開放中)</td> </tr> <tr> <td>15. 輸血・血液製剤の使用</td> <td>26. 胃瘻 (閉鎖中)</td> </tr> <tr> <td>16. 血糖測定 (1日3回以上)</td> <td>27. 身体抑制※2</td> </tr> </table>	01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射	02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等	03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内	→ a CHDF	04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)	→ b IABP	05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)	→ c PCPS	06. 酸素療法 (密度の高い治療)	→ d 補助人工心臓	07. 酸素療法 (上記以外) ※1	→ e ICP 測定	08. ドレーン法	→ f ECMO	→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理	→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理	→ c 関節腔	21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)	→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍	09. 喀痰吸引 (1日8回以上)	→ b 手術創	10. 体位ドレナージ・スクウィーピング	→ c 手術創以外の創傷	11. 動脈圧測定 (動脈ライン)	22. 褥瘡処置	12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	23. 中心静脈栄養	13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	24. 経管栄養	14. 24 時間持続点滴	25. 胃瘻 (減圧のため開放中)	15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻 (閉鎖中)	16. 血糖測定 (1日3回以上)	27. 身体抑制※2						
01. 蘇生術の施行	17. インスリン・ソマトメジンC製剤の注射																																														
02. 人工呼吸器の使用	18. 特殊な治療法等																																														
03. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内	→ a CHDF																																														
04. 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)	→ b IABP																																														
05. 気管切開・気管内挿管 (発熱なし)	→ c PCPS																																														
06. 酸素療法 (密度の高い治療)	→ d 補助人工心臓																																														
07. 酸素療法 (上記以外) ※1	→ e ICP 測定																																														
08. ドレーン法	→ f ECMO																																														
→ a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔	19. 輸液ポンプの管理																																														
→ b 胸腔・腹腔・胆道	20. シリンジポンプの管理																																														
→ c 関節腔	21. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷)																																														
→ d 皮下・硬膜下	→ a 難治性皮膚潰瘍																																														
09. 喀痰吸引 (1日8回以上)	→ b 手術創																																														
10. 体位ドレナージ・スクウィーピング	→ c 手術創以外の創傷																																														
11. 動脈圧測定 (動脈ライン)	22. 褥瘡処置																																														
12. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	23. 中心静脈栄養																																														
13. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	24. 経管栄養																																														
14. 24 時間持続点滴	25. 胃瘻 (減圧のため開放中)																																														
15. 輸血・血液製剤の使用	26. 胃瘻 (閉鎖中)																																														
16. 血糖測定 (1日3回以上)	27. 身体抑制※2																																														
<p>《6で「23」、「24」を選択した場合に回答》</p>																																															
<p><b>6-1 中心静脈栄養・経管栄養を行っている理由</b> (該当する番号1つに○)</p>	<table border="0"> <tr> <td>01. 医学的な理由で一時的に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>02. 医学的な理由で長期的に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>03. 入院時に既に必要であったため</td> </tr> <tr> <td>04. 退院の際に必要であったため</td> </tr> </table>	01. 医学的な理由で一時的に必要であったため	02. 医学的な理由で長期的に必要であったため	03. 入院時に既に必要であったため	04. 退院の際に必要であったため																																										
01. 医学的な理由で一時的に必要であったため																																															
02. 医学的な理由で長期的に必要であったため																																															
03. 入院時に既に必要であったため																																															
04. 退院の際に必要であったため																																															

※1 酸素療法 (上記以外): 「安静時に 3 L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態」。

※2 身体抑制: 「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がれないようにする」、「ミトンの着用」、「自分の意志で開けることの出来ない居室等への隔離」。

<b>7 入院中の他の医療機関の受診状況</b> (該当する番号1つに○)	01. 他の医療機関を受診した → (受診回数 _____ 回/月)	02. 他の医療機関を受診していない
《7で「01」を選択した場合に回答》		
<b>7-1 他の医療機関を受診した理由</b> (該当する番号すべてに○)	01. 専門外の急性疾患の治療のため 02. 専門外の慢性疾患の治療のため	03. 症状の原因精査のため 04. その他 ( _____ )
<b>7-2 受診した診療科</b> (該当する番号すべてに○)	01. 内科 02. 小児科 03. 精神科 04. 外科 05. 整形外科 06. 脳神経外科	07. 心臓血管外科 08. 放射線科 09. 麻酔科 (ペインクリニック) 10. 歯科 11. その他 ( _____ )
<b>7-3 受診費用の請求について</b> (該当する番号すべてに○)	01. 合議で精算 02. 入院料を減算した上で先方にて請求	03. その他 ( _____ )

IV 患者の今後の見通し等

<p><b>1 医学的な入院継続の理由等</b> (該当する番号1つに○)</p>	<p>01. 医学的な理由のため入院医療が必要である 02. 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい 03. 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04. 退院予定が決まっている</p>																										
<p>《1で「01」を選択した場合に回答》</p>																											
<p><b>1-1 医学的な理由の詳細</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない 02. 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない 03. 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態 04. 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態 05. その他 ( _____ )</p>																										
<p>《1で「03」を選択した場合に回答》</p>																											
<p><b>1-2 退院後に必要な支援</b> (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 医療処置 02. 通院の介助 03. 訪問診療 04. 訪問看護・リハビリテーション 05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助 06. 食事・排泄・移動等の介護 07. 認知症・精神疾患に対する見守り 08. その他 ( _____ )</p>																										
<p><b>1-3 退院できない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</p>	<table border="1"> <tr><td>01. 本人の希望に合わないため</td><td></td></tr> <tr><td>02. 家族の希望に合わないため</td><td></td></tr> <tr><td>03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため</td><td></td></tr> <tr><td>04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため</td><td></td></tr> <tr><td>05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため</td><td></td></tr> <tr><td>06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため</td><td></td></tr> <tr><td>07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>08. 地域に施設サービスがないため</td><td></td></tr> <tr><td>09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため</td><td></td></tr> <tr><td>12. 転院先の医療機関の確保ができていないため</td><td></td></tr> <tr><td>13. その他 ( _____ )</td><td></td></tr> </table>	01. 本人の希望に合わないため		02. 家族の希望に合わないため		03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため		04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため		05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため		06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため		07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため		08. 地域に施設サービスがないため		09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため		10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため		11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため		12. 転院先の医療機関の確保ができていないため		13. その他 ( _____ )	
01. 本人の希望に合わないため																											
02. 家族の希望に合わないため																											
03. 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため																											
04. 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため																											
05. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため																											
06. 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため																											
07. 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため																											
08. 地域に施設サービスがないため																											
09. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため																											
10. 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため																											
11. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため																											
12. 転院先の医療機関の確保ができていないため																											
13. その他 ( _____ )																											
<p>《1-3で「01」「02」を選択した場合に回答》</p>																											
<p><b>1-2-1 本人・家族の希望に合わない理由</b> (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</p>	<table border="1"> <tr><td>01. 家族が患者と同居できないため</td><td></td></tr> <tr><td>02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため</td><td></td></tr> <tr><td>03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため</td><td></td></tr> <tr><td>04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため</td><td></td></tr> <tr><td>05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため</td><td></td></tr> <tr><td>06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため</td><td></td></tr> <tr><td>07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため</td><td></td></tr> <tr><td>08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため</td><td></td></tr> <tr><td>09. 在宅介護等を利用して負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため</td><td></td></tr> <tr><td>10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため</td><td></td></tr> <tr><td>11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため</td><td></td></tr> <tr><td>12. その他 ( _____ )</td><td></td></tr> </table>	01. 家族が患者と同居できないため		02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため		03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため		04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため		05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため		06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため		07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため		08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため		09. 在宅介護等を利用して負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため		10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため		11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため		12. その他 ( _____ )			
01. 家族が患者と同居できないため																											
02. 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため																											
03. 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため																											
04. 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため																											
05. 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため																											
06. サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため																											
07. 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため																											
08. 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため																											
09. 在宅介護等を利用して負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため																											
10. 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため																											
11. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため																											
12. その他 ( _____ )																											

<b>2 退院へ向けた目標・課題等</b> (主なもの1つに○)	01. 疾病の治癒・軽快 02. 病態の安定 03. 手術・投薬・処置・検査等の終了 04. 診断・今後の治療方針の確定 05. 低下した機能の回復（リハビリテーション） 06. 在宅医療・介護等の調整	07. 入所先の施設の確保 08. 本人家族の病状理解 09. 転院先の医療機関の確保 10. 看取り（死亡退院） 11. その他（_____）
-------------------------------------	--	--

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成28年度調査

## 入院医療等における実態調査 退棟患者票 (E)

施設ID:

患者ID:

(注)「入院患者票 (E)」の対象者のうち、「補助票 (重症度, 医療・看護必要度票)」の追跡期間 (1週間) に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

<b>1 性別</b> (該当する番号1つに○)	01. 男性	02. 女性
<b>2 生年月</b>	西暦_____年_____月	
<b>3 ① 入院年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	
<b>② 入棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	
<b>③ 退棟年月日</b>	西暦_____年_____月_____日	

<b>4 医療区分の評価結果 (退棟時)</b>	① 医療区分3の評価項目で該当するもの _____ 項目 ② 医療区分2の評価項目で該当するもの _____ 項目 ※該当する評価項目がない場合は、“0”を記入してください。
------------------------------	---

<b>5 退院先</b> (該当する番号1つに○)	<自宅等> 01. 自宅 → a 在宅医療 (全て自院が提供) → b 在宅医療 (一部自院が提供) → c 在宅医療 (全て他院が提供) → d 在宅医療の提供なし 02. 介護老人福祉施設 (特養) 03. 居住系介護施設 (グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等) 04. 障害者支援施設 <自院> 05. 一般病床 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし 06. 療養病床 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし <他の病院> 07. 一般病床	08. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床 09. 療養病床 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし 10. その他の病床 <他の有床診療所> 11. 有床診療所 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし <介護施設・老健> 12. 介護療養型医療施設 13. 介護老人保健施設 → a 在宅強化型 → b 在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり → c 上記 a、b 以外 <死亡> 14. 死亡退院 → (最も死亡に影響を与えた傷病名: _____) <その他> 15. その他 (_____)
------------------------------	---	--

うらへ続く

【自宅または居住系施設へ退院した場合のみ、以下の設問にご回答ください。】※転棟・転院の場合は記入不要です。

<b>6 退院後に利用を予定している医療・介護サービス</b> (該当する番号すべてに○)	01. 医療機関の外来診療	09. 短期入所生活介護
	02. 医療機関の訪問診療	10. 短期入所療養介護
	03. 訪問看護	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	04. 訪問リハビリテーション	12. 夜間対応型訪問介護
	05. 通所リハビリテーション	13. 認知症対応型通所介護
	06. 訪問介護	14. 看護小規模多機能型居宅介護
	07. 訪問入浴介護	15. 福祉用具貸与
	08. 通所介護	16. その他 ( _____ )

入院医療等における実態調査(平成28年度調査) 補助票【重症度、医療・看護必要度票】

《記入の仕方と記入例》

■ 二重枠の中に、数字（もしくは アルファベット）を一文字だけ記入してください。

記入例： 

B	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

悪い例 1： 

5
---

 文字が枠にかかっている。      悪い例 2： 

4
---

 文字が小さい。

■ 上下のガイドの中に、縦棒を一本だけ記入してください。0点もしくは非該当の場合は、記入は不要です。

記入例： 

1点 or 該当	I		I		I		I		I		I	2点	I
----------------	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	----	---

悪い例 1： 

I
---

 縦棒の色が薄い      悪い例 2： 

I
---

 縦棒の線が短い

※「患者氏名」をマスキング(墨消し)して提出してください。 ★ 二重枠の欄に英数字をご記入ください。OCRで読取りますので、丁寧にはっきり書いていただくようお願い申し上げます。

患者氏名 

--

 施設 ID 

--	--	--

 - 

--	--	--	--

 病棟 ID 

--	--

 患者 ID 

--	--

★ 以下のマークシート欄には、「1点」もしくは「該当」のとき縦棒1本、「2点」のとき縦棒2本を上下のガイドの位置に引いてください(記入例は裏面)。 ★ 裏面の項目にもご記入ください。

★ 「入院患者票」の評価の実施日(調査基準日)を”1日目”としてください。

1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目

■ 外泊・退院等による評価未実施

外泊・転棟等により評価を実施しなかった場合、該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。退院後の日次にも縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

A モニタリング及び処置等	[1] 創傷処置	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[2] 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[3] 点滴ライン同時3本以上の管理	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[4] 心電図モニター管理	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[5] シリンジポンプ管理	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[6] 輸血や血液製剤管理	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7] 専門的な治療処置	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 2点: 該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-01] 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-02] 抗悪性腫瘍剤の内服管理	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-03] 麻薬の使用(注射剤のみ)	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-04] 麻薬の内服・貼付・座剤管理	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-05] 放射線治療	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-06] 免疫抑制剤管理	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-07] 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
	[7-08] 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□
[7-09] 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□	
[7-10] ドレナージ管理	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□	
[7-11] 無菌治療室での治療	実施なし: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□	
[8] 救急搬送後の入院	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 2点: 該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	□	□	□	□	□	□	□	□	



入院医療等における実態調査(平成28年度調査)

補助票【重症度、医療・看護必要度票(裏面)】

★ 以下のマークシート欄には、「1点」もしくは「該当」のとき縦棒1本、「2点」のとき縦棒2本を上下のガイドの位置に引いてください。 ★ 表面にもご記入ください。

★ 「入院患者票」の評価の実施日(調査基準日)を「1日目」としてください。

1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目

		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
B 患者の 状況等	[9] 寝返り	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点: 該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[10] 移乗	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点: 該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[11] 口腔清潔	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[12] 食事摂取	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点: 該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[13] 衣服の着脱	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点: 該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[14] 診療・療養上の指示が通じる	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[15] 危険行動	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 2点: 該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 手術等 の医学 的状況	[16] 開頭手術(7日間)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[17] 開胸手術(7日間)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[18] 開腹手術(5日間)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[19] 骨の手術(5日間)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[20] 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[21] 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	[22] 救命等に係る内科的治療(2日間)	0点: 該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点: 該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>