

病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱（案）

1. 設置目的

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社は病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり、病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、今村知明（奈良県立医科大学 教授）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	今村 知明（奈良県立医科大学 教授）
委員	池端 幸彦（一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長）
	清崎 由美子（一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長）
	小池 創一（自治医科大学地域医療学センター（地域医療政策部門）教授）
	鈴木 理恵（公益社団法人日本看護協会 医療政策部医療制度課 課長）
	土屋 繁之（公益社団法人全日本病院協会 常任理事）
	松本 隆利（一般社団法人日本病院会 理事・ 社会医療法人財団新和会 八千代病院 理事長）
見元 伊津子（公益社団法人日本精神科病院協会 理事）	

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 介護保険データ分析室長 西嶋 康浩
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 井口 豪
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 看護専門官 後藤 友美
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 療養病床転換係長 佐藤 理
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 看護係長 長谷川 洋子
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 係員 兼本 千絵

(2) 病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する
調査研究事業 (案)

1. 調査の目的

今後、慢性疾患や認知症を有する医療ニーズの高い中重度の要介護高齢者の増加が見込まれる中で、病院・診療所に入院する患者について、在宅医療等を活用し地域でどのように受け止めていくかが課題となっている。

本調査事業においては、慢性期医療を担う病院・診療所で行われる医療や、経管栄養・喀痰吸引を必要とする患者に対しての看護・介護など、病院・診療所における医療提供の状況を把握する。併せて訪問看護ステーション等の提供する中重度者向けのサービスの状況等について調査を行い、これらの患者が住み慣れた地域で生活していくために必要な機能を明確化し、平成 30 年度に予定されている介護報酬と診療報酬との同時改定に向けた議論に資するデータの収集を行う。

2. 調査客体

①病院・診療所における医療提供の状況

- ・ 介護療養型医療施設 1,400 箇所程度 ※悉皆調査
- ・ 医療保険適用の病床を有する医療機関 2,000 箇所程度 ※無作為抽出
- ・ 自治体 (都道府県等) ※悉皆調査

②在宅における中重度者向けのサービス状況

- ・ 訪問看護ステーション等 1,000 箇所程度
 - －①の調査対象の医療機関全数
(実際の訪問看護実施医療機関は 600 箇所程度の見込み)
 - －訪問看護ステーション 600 箇所程度 ※無作為抽出

3. 主な調査項目

①介護療養型医療施設及び医療保険適用病床を有する医療機関の実態調査 (事業所票・

入院患者票・退院患者票) 及び自治体毎の療養病床等の状況等調査

- ・ 開設主体、職員体制、慢性期医療を担う病院・診療所で行われる医療 (レントゲン、エコー等) 及び経管栄養・喀痰吸引等を必要とする患者への看護・介護など医療提供体制及び提供状況、口腔衛生管理体制、在院期間、加算・特定診療費の算定状況
- ・ 入院患者・退院患者等の状況 (住まい・世帯状況、要介護度、病態) 等
- ・ 介護療養型医療施設の指定事業所数・定員数、圏内の医療・介護サービスの状況等

②訪問看護ステーション等 (事業所票)

- ・ 開設主体、職員体制、中重度者に対する医療・介護サービスの提供体制及び提供状況等

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
介護療養型医療施設票(案)

※本調査票は、貴施設の管理者の方がご記入下さい。

※回答の際は、あてはまる番号や数字等を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。
分からない場合は「-」と記入して下さい。

※調査時点は、平成28年10月5日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地		() 都・道・府・県			
2) 開設主体		1 公立 2 医療法人 3 社団・財団法人 4 個人 5 その他()			
3) 開設年		西暦()年			
4) 貴院の形態		1 病院 2 診療所			
5) 病床数	一般病床	() 床			
	療養病床	() 床			
	介護保険適用病床数	() 床			
	医療保険適用病床数	() 床			
	精神病床(老人性認知症疾患療養病棟を除く)	() 床			
	老人性認知症疾患療養病棟	() 床			
	上記以外の病床	() 床			
【一般病床が有る場合】					
6) 一般病棟の看護職員配置		1 7対1 2 10対1 3 13対1 4 15対1 5 なし			
7) 一般病棟の平均在院日数		(.) 日			
【医療保険適用の療養病床が有る場合】					
8) 診療報酬の届出区分 (複数回答可)		0 該当なし 1 療養病棟入院基本料1 2 療養病床入院基本料2 3 有床診療所療養病床入院基本料			
9) 医療療養病床 有する場合:平均 在院日数	①療養病棟入院基本料1	(.) 日			
	②療養病棟入院基本料2(看護配置25:1以上かつ医療区分2・3の患者割合が5割以上)	(.) 日			
	③療養病棟入院基本料2(その他)	(.) 日			
【介護保険適用の病床が有る場合】					
10) 介護療養病床の平均在院日数		(.) 日			
11) 老人性認知症疾患療養病棟の平均在院日数		(.) 日			
12) 療養機能強化型の届出の状況		1 無 2 療養機能強化型A 3 療養機能強化型B			
13) 療養型経過型ですか		1 はい 2 いいえ			
14) 介護職員の配置	①病院の場合	1 4対1 2 5対1 3 6対1			
	②診療所の場合	1 介護6:1 2 看護・介護で3:1			
15) 介護保険適用の病室数と床面積					
【①療養病床(病院・診療所)の場合】					
	4人室	3人室	2人室	個室	ユニット型個室
室数	室	室	室	室	室
延べ床面積	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²

【②老人性認知症疾患療養病棟の場合】					
	4人室	3人室	2人室	個室	ユニット型個室
室数	室	室	室	室	室
延べ床面積	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
16) 貴院全体の看護職員数(実人数)	常勤 () 人、非常勤 () 人				
17) 貴施設で実施しているサービス(複数回答可)	1 短期入所療養介護 2 通所リハビリテーション 3 訪問リハビリテーション 4 訪問看護 (ステーション以外) 5 居宅療養管理指導				
18) その他、併設している施設・事業所(複数回答可)	1 老人保健施設 2 特別養護老人ホーム 3 訪問介護事業所 4 訪問看護ステーション 5 通所介護事業所 6 短期入所生活介護事業所 7 認知症対応型共同生活介護事業所 8 小規模多機能型居宅介護事業所 9 看護小規模多機能型居宅介護事業所 10 居宅介護支援事業所 11 有料老人ホーム 12 サービス付高齢者向け住宅 13 地域包括支援センター 14 在宅介護支援センター 15 その他				

2. 貴施設の職員体制についてお伺いします。

(1) 介護療養型医療施設の病棟 (または病室) の業務に携わる従事者について職種別に記入して下さい。

平成 28 年 10 月 5 日時点の職員数について、常勤換算数で記入して下さい。					
※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。常勤と非常勤の合計人数で記入して下さい。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分して下さい。得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。					
	①介護療養病床	②認知症疾患療養病棟		①介護療養病床	②認知症疾患療養病棟
医師	.	.	理学療法士	.	.
歯科医師	.	.	作業療法士	.	.
薬剤師	.	.	言語聴覚士	.	.
看護師	.	.	栄養士	.	.
准看護師	.	.	うち、管理栄養士	.	.
介護職員	.	.	精神保健福祉士	.	.
うち、介護福祉士	.	.	放射線技師	.	.
歯科衛生士	.	.	介護病床専従の事務職	.	.

(2) 介護療養型医療施設の病棟 (または病室) において、平成 28 年 10 月 5 日 24 時点に実際に配置されていた職員数 (実人数) をご記入下さい。

		①介護療養病床	②認知症疾患療養病棟
夜勤	看護師	人	人
	准看護師	人	人
	介護職員	人	人
	うち、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	人
宿直	看護職員 (看護師または准看護師)	人	人
オンコール対応	看護職員 (看護師または准看護師)	人	人

3. 貴施設の介護療養病床の入院患者数等についてお伺いします。

(※短期入所療養介護の利用者は含みません。) 介護療養病床を有しない場合は4. に進んでください。

(1) 入院患者数をご記入下さい。

平成 28 年 10 月 5 日 24 時時点の入院患者数(実人数)	人
------------------------------------	---

(2) 入院患者数 (実人数) について、内訳をご記入下さい。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数と入院患者の平均年齢		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数	
要介護1	人	40~64 歳	人	自立	人	自立	人
要介護2	人	65~74 歳	人	J	人	I	人
要介護3	人	75~84 歳	人	A	人	II	人
要介護4	人	85~94 歳	人	B	人	III	人
要介護5	人	95 歳以上	人	C	人	IV	人
申請中	人	平均年齢	歳			M	人

※内訳の合計はそれぞれ (1) と一致するように、ご記入下さい。

(3) 入院患者数について、医療区分・ADL区分別の人数をご記入下さい。

	ADL区分 1	ADL区分 2	ADL区分 3	小計
医療区分 1	人	人	人	人
医療区分 2	人	人	人	人
医療区分 3	人	人	人	人
小計	人	人	人	人

(4) 療養機能強化型の算定要件に係る状況をお伺いします。平成 28 年 7 月~9 月の 3 か月間の入院患者(実人数) についてご記入下さい。

	実人数
前 3 ヶ月の入院患者数の総数	人
以下の①~⑩の項目に 1 つ以上あてはまった人数 (実人数)	人
(重篤な身体疾患を有する者)	
①NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
③各週 2 日以上的人工腎臓の実施が必要である者で	
常時低血圧 (収縮時血圧が 90mmHg 以下)	人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
出血性消化器病変を有するもの	人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
④Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態	人
⑤連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態	人
⑥単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態	人
⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
(身体合併症を有する認知症高齢者)	
⑧認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	人
⑨認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病 (注 1) と診断された者	人
⑩認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ b、Ⅳまたは M に該当する者	人
喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射が実施された者	
喀痰吸引が実施された者、または相当する者注 2)	人
経管栄養が実施された者、または相当する者注 3)	人
インスリン注射が実施された者 (自ら実施する者は除く)	人

(前頁注)

- 注 1) 別に掲げる疾病：パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋委縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、悪性関節リウマチ
- 注 2) 喀痰吸引の実施に相当する者：過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者であって、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されている者
- 注 3) 経管栄養の実施に相当する者：過去 1 年間に経管栄養が実施されていた者であって、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されている者

(5) 平成 28 年 10 月 5 日 24 時時点の入院患者の延べ入院日数、以下の①～③の条件全てに適合する入院患者の人数と延べ入院日数をご記入下さい。

全ての入院患者ののべ入院日数	日
①～③の条件全てに適合する入院患者数(実人数)	人
①～③の条件全てに適合する入院患者の延べ入院日数	日

【条件】

- ① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。
- ② 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。
- ③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

(6) 平成 28 年 4～9 月の「入棟前の居場所別 新規入棟者数」と「退院先別人数」をご回答下さい。

	新規入棟者数	退院者数
本人の家	人	人
貴院の他の病棟	人	人
他の病院	人	人
他の診療所	人	人
老人保健施設	人	人
特別養護老人ホーム	人	人
有料老人ホーム	人	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	人
養護老人ホーム	人	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人
死亡		人
その他	人	人

(7) 口腔衛生管理体制

貴施設の口腔衛生管理体制として、有する項目、実施されている項目 (複数回答可)	1 協力歯科医療機関の届出 2 協力歯科医療機関による訪問歯科診療 3 歯科医師による定期的な歯科健康診査 4 歯科衛生士による定期的な歯科衛生に関するアセスメント 5 歯科衛生士による口腔衛生管理（いわゆる専門的口腔ケア）の実施 6 介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会 7 カンファレンス（経口維持加算Ⅱによるもの等）への歯科医師、歯科衛生士の参加 8 歯科医師又は歯科衛生士の介護職員に対する口腔ケアに係る助言や指導 9 その他（ ）
--	---

(8) 加算等の算定人数(平成28年9月分)についてお伺いします。

	算定人数	
	(※算定した人がいない場合は、必ず「2 無」に○を付けて下さい)	
1) 栄養マネジメント加算	1 有	2 無
2) 経口移行加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
3) 経口維持加算(Ⅰ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
4) 経口維持加算(Ⅱ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
5) 口腔衛生管理体制加算	1 有	2 無
6) 口腔衛生管理加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
7) 療養食加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
8) 認知症専門ケア加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
9) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
10) 退院前訪問指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
11) 退院後訪問指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
12) 退院時指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
13) 退院時情報提供加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
14) 退院前連携加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
15) 老人訪問看護指示加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
16) 在宅復帰支援機能加算	1 有	2 無
以下からは、特定診療費についてお聞きします。		
17) 感染対策指導管理	1 有	2 無
18) 褥瘡対策指導管理	1 有	2 無
19) 初期入院診療管理	1 有⇒算定人数()人	2 無
20) 特定施設管理	1 有⇒算定人数()人	2 無
21) 重症皮膚潰瘍管理指導	1 有⇒算定人数()人	2 無
22) 薬剤管理指導	1 有⇒算定人数()人	2 無
23) 特別薬剤管理指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
24) 医学情報提供	1 有⇒算定人数()人	2 無
25) 理学療法(Ⅰ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
26) 理学療法(Ⅱ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
27) 理学療法リハビリ計画加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
28) 理学療法日常動作訓練指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
29) 理学療法リハビリ体制強化加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
30) 作業療法	1 有⇒算定人数()人	2 無
31) 作業療法リハビリ計画加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
32) 作業療法日常動作訓練指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
33) 作業療法リハビリ体制強化加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
34) 言語聴覚療法	1 有⇒算定人数()人	2 無
35) 言語聴覚療法リハビリ体制強化加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
36) 集団コミュニケーション療法	1 有⇒算定人数()人	2 無

(続き)

	算定人数	
	(※算定した人がいない場合は、必ず「2 無」に○を付けて下さい)	
37) 摂食機能療法	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
38) 短期集中リハビリテーション	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
39) 認知症短期集中リハビリテーション	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
40) 精神科作業療法	1 有⇒算定人数 () 人	2 無
41) 認知症老人入院精神療法	1 有⇒算定人数 () 人	2 無

4. 貴施設の老人性認知症疾患療養病棟の入院者数等についてお伺いします。

(※短期入所療養介護の利用者は含みません。) 老人性認知症疾患療養病棟を有しない場合は5. に進んでください。

(1) 入院者数をご記入下さい。

平成 28 年 10 月 5 日 24 時時点の入院者数(実人数)	人
-----------------------------------	---

(2) 入院者数 (実人数) について、内訳をご記入下さい。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数と入院患者の平均年齢		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数	
要介護1	人	40~64 歳	人	自立	人	自立	人
要介護2	人	65~74 歳	人	J	人	I	人
要介護3	人	75~84 歳	人	A	人	II	人
要介護4	人	85~94 歳	人	B	人	III	人
要介護5	人	95 歳以上	人	C	人	IV	人
申請中	人	平均年齢	歳			M	人

※内訳の合計はそれぞれ (1) と一致するように、ご記入下さい。

(3) 平成 28 年 4 ~ 9 月の「入棟前の居場所別 新規入棟者数」と「退院先別人数」をご回答下さい。

	新規入棟者数	退院者数
本人の家	人	人
貴院の他の病棟	人	人
他の病院	人	人
他の診療所	人	人
老人保健施設	人	人
特別養護老人ホーム	人	人
有料老人ホーム	人	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	人
養護老人ホーム	人	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人
死亡	/	人
その他	人	人

(4) 口腔衛生管理体制

貴施設の口腔衛生管理体制として、 有する項目、実施されている項目 (複数回答可)	1 協力歯科医療機関の届出 2 協力歯科医療機関による訪問歯科診療 3 歯科医師による定期的な歯科健康診査 4 歯科衛生士による定期的な歯科衛生に関するアセスメント 5 歯科衛生士による口腔衛生管理(いわゆる専門的口腔ケア)の実施 6 介護職員に対する口腔ケアに関する研修の機会 7 カンファレンス(経口維持加算Ⅱによるもの等)への歯科医師、 歯科衛生士の参加 8 歯科医師又は歯科衛生士の介護職員に対する口腔ケアに係る 助言や指導 9 その他()
--	---

(5) 加算等の算定人数(平成 28 年 9 月分)についてお伺いします。

	算定人数	
	(※算定した人がいない場合は、必ず「2 無」に○を付けて下さい)	
1) 栄養マネジメント加算	1 有	2 無
2) 経口移行加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
3) 経口維持加算(Ⅰ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
4) 経口維持加算(Ⅱ)	1 有⇒算定人数()人	2 無
5) 口腔衛生管理体制加算	1 有	2 無
6) 口腔衛生管理加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
7) 療養食加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
8) 在宅復帰支援機能加算	1 有	2 無
9) 退院前訪問指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
10) 退院後訪問指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
11) 退院時指導加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
12) 退院時情報提供加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
13) 退院前連携加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
14) 老人訪問看護指示加算	1 有⇒算定人数()人	2 無
以下からは、特定診療費についてお聞きします。		
15) 感染対策指導管理	1 有	2 無
16) 褥瘡対策指導管理	1 有	2 無
17) 初期入院診療管理	1 有⇒算定人数()人	2 無
18) 認知症短期集中リハビリテーション	1 有⇒算定人数()人	2 無
19) 精神科作業療法	1 有⇒算定人数()人	2 無
20) 認知症老人入院精神療法	1 有⇒算定人数()人	2 無

5. 退院支援および指定訪問看護の実施状況についてお伺いします。

1) 退院支援部門の有無	1 有	2 無
2) 退院後訪問指導料の算定有無・件数(平成 28 年 9 月分)	1 有 ➡ () 件	2 無
3) 指定訪問看護の実施の有無	1 有	2 無
①(3)で 2 無の場合 貴院で訪問看護が必要な利用者 がいる場合は、主に、どのように対 応していますか	1 主に併設の指定訪問看護ステーションで対応 2 主に、同一法人(同系列を含む)が開設している指定訪問看護ステーション(併設以外)で対応しているため 3 主に、地域の訪問看護ステーションに依頼 4 当院の患者には訪問看護の必要な患者はいない 5 その他()	
②(3)で 2 無の場合 今後、実施する意向はありますか	1 実施したい 2 実施したいが難しい 3 意向はない	
②で 1 実施したい を選んだ理由	1 訪問看護を必要とする患者が増えているから 2 今後、訪問看護を必要とする患者が増えることが予想されるから 3 退院支援を促進するためには、必要なサービスであるから 4 当院の看護職員の活躍の場として、望ましいと考えるから 5 病院の機能を拡充するために必要と考えるから 6 訪問看護部門の実施は、病院の経営への貢献が期待されるから 7 その他()	
②で 2 実施したい が難しい・ 3 意向はない を選んだ場 合:理由(複 数回答可)	1 指定訪問看護ステーションを併設しているため 2 同一法人(同系列を含む)が指定訪問看護ステーションを開設しているため(併設以外) 3 地域の訪問看護ステーションと連携することで対応可能であるため 4 地域に訪問看護ステーションが多くあるため 5 当院の患者には訪問看護を必要とする患者がいらないため 6 地域には訪問看護のニーズがないため 7 看護職員が不足しているから 8 看護職員に在宅での看護の提供のスキル・経験がないから 9 訪問看護は採算がとれないから 10 その他()	

(貴施設の全体の状況についてお伺いします。)

6. 平成 28 年度の地域に貢献する活動の実施状況についてお伺いします。

1) 地域住民への健康教室	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
2) ボランティアの受け入れ	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
3) 認知症カフェ	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
4) 住民も含めた祭り等の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
5) 住民と患者の交流会の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
6) その他実施している活動 (自由回答)			

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入下さい。

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、入院患者票・退院患者票、あれば訪問看護票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
医療療養病床票(案)

※本調査票は、貴施設の管理者の方がご記入下さい。
 ※回答の際は、あてはまる番号や数字等を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。
 分からない場合は「-」と記入して下さい。
 ※調査時点は、平成28年10月5日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県	
2) 開設主体	1 公立 2 医療法人 3 社団・財団法人 4 個人 5 その他()	
3) 開設年	西暦()年	
4) 貴院の形態	1 病院 2 診療所	
5) 病床数	一般病床	() 床
	療養病床	() 床
	介護保険適用病床数	() 床
	医療保険適用病床数	() 床
	精神病床(老人性認知症疾患療養病棟を除く)	() 床
	老人性認知症疾患療養病棟	() 床
	上記以外の病床	() 床
6) 一般病棟の看護職員配置	1 7対1 2 10対1 3 13対1 4 15対1 5 なし	
7) 一般病棟の平均在院日数	(.) 日	
8) 医療保険適用の療養病床の診療報酬の届出区分(複数回答可)	1 療養病棟入院基本料1 2 療養病床入院基本料2 3 有床診療所療養病床入院基本料	
9) 医療療養病床有する場合:平均在院日数	①療養病棟入院基本料1	(.) 日
	②療養病棟入院基本料2(看護配置25:1以上かつ医療区分2・3の患者割合が5割以上)	(.) 日
	③療養病棟入院基本料2(その他)	(.) 日
10) 貴院全体の看護職員数(実人数)	常勤()人、非常勤()人	
11) 貴施設で実施しているサービス(複数回答可)	1 短期入所療養介護 2 通所リハビリテーション 3 訪問リハビリテーション 4 訪問看護(ステーション以外) 5 居宅療養管理指導	
12) その他、併設している施設・事業所(複数回答可)	1 老人保健施設 2 特別養護老人ホーム 3 訪問介護事業所 4 訪問看護ステーション 5 通所介護事業所 6 短期入所生活介護事業所 7 認知症対応型共同生活介護事業所 8 小規模多機能型居宅介護事業所 9 看護小規模多機能型居宅介護事業所 10 居宅介護支援事業所 11 有料老人ホーム 12 サービス付高齢者向け住宅 13 地域包括支援センター 14 在宅介護支援センター 15 その他	
13) 看護補助加算の有無(複数回答可)	1 看護補助加算1 2 看護補助加算2 3 看護補助加算3 4 夜勤75対1看護補助加算 5 夜間看護体制加算	

2. 貴施設の職員体制についてお伺いします。

(1) 医療保険適用の療養病床の業務に携わる従事者について職種別に記入して下さい。

平成 28 年 10 月 5 日時点の職員数について、常勤換算数で記入して下さい。					
※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。常勤と非常勤の合計人数で記入して下さい。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分して下さい。得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。					
	①療養病棟入院基本料 1 または有床診療所の療養病床	②療養病棟入院基本料 2		①療養病棟入院基本料 1 または有床診療所の療養病床	②療養病棟入院基本料 2
医師	.	.	理学療法士	.	.
歯科医師	.	.	作業療法士	.	.
薬剤師	.	.	言語聴覚士	.	.
看護師	.	.	栄養士	.	.
准看護師	.	.	うち、管理栄養士	.	.
看護補助者	.	.	精神保健福祉士	.	.
歯科衛生士	.	.	放射線技師	.	.
			療養病床専従の事務職	.	.

(2) 医療保険適用の療養病床において、平成 28 年 10 月 5 日 24 時時点で、実際に配置されていた職員数(実人数)をご記入下さい。

		①療養病棟入院基本料 1 または有床診療所の療養病床	②療養病棟入院基本料 2
夜勤	看護師	人	人
	准看護師	人	人
	看護補助者	人	人
宿直	看護職員(看護師または准看護師)	人	人
オンコール対応	看護職員(看護師または准看護師)	人	人

3. 貴施設の医療療養病床の入院患者数についてお伺いします。

診療報酬の届出区分ごとにご記入下さい。2種類の届出をしている場合は、4. にもご記入下さい。

(1) ここで回答する診療報酬の届出区分

診療報酬の届出区分	1 療養病棟入院基本料 1
	2 療養病床入院基本料 2 (看護配置 25 : 1 以上かつ医療区分 2・3 の患者割合が 5 割以上)
	3 療養病床入院基本料 2 (その他)
	4 有床診療所療養病床入院基本料

(2) 入院者数をご記入下さい。

平成 28 年 10 月 5 日 24 時時点の入院患者数(実人数)	人
------------------------------------	---

(3) 入院患者数(実人数)について、内訳をご記入下さい。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数と入院患者の平均年齢		3) 障害高齢者の日常生活自立度別人数 ※1記入要領参照		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数 ※1記入要領参照	
要支援1・2	人	40～64歳	人	自立	人	自立	人
要介護1	人	65～74歳	人	J	人	I	人
要介護2	人	75～84歳	人	A	人	II	人
要介護3	人	85～94歳	人	B	人	III	人
要介護4	人	95歳以上	人	C	人	IV	人
要介護5	人	平均年齢	歳	不明	人	M	人
申請中	人					不明	人
非該当	人						
未申請	人						

※内訳の合計はそれぞれ(2)と一致するように、ご記入下さい。

(4) 入院患者数について、医療区分・ADL区分別の人数をご記入下さい。

	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	小計
医療区分1	人	人	人	人
医療区分2	人	人	人	人
医療区分3	人	人	人	人
小計	人	人	人	人

(5) 平成28年7月～9月の3か月間の入院患者(実人数)についてご記入下さい。(参考として、介護療養型医療施設における療養機能強化型の算定要件に関する項目をお伺いしております。)

	実人数
前3か月の入院患者数の総数	人
以下の①～⑩の項目に1つ以上あてはまった人数(実人数)	人
(重篤な身体疾患を有する者)	
①NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
②Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
③各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で	
常時低血圧(収縮時血圧が90mmHg以下)	人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
出血性消化器病変を有するもの	人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
④Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態	人
⑤連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態	人
⑥単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態	人
⑦現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
(身体合併症を有する認知症高齢者)	
⑧認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	人
⑨認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病(注1)と診断された者	人
⑩認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、ⅣまたはMに該当する者	人

(続き)

	実人数
喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射が実施された者	人
喀痰吸引が実施された者、または相当する者注2)	人
経管栄養が実施された者、または相当する者注3)	人
インスリン注射が実施された者(自ら実施する者は除く)	人

注1) 別に掲げる疾病：パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、筋委縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、悪性関節リウマチ

注2) 喀痰吸引の実施に相当する者：過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者であって、過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者であって、i) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入院患者に対し口腔ケアを月4回以上行っている場合、又はii) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対し口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合

注3) 経管栄養の実施に相当する者：過去1年間に経管栄養が実施されていた者であって、i) 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入院患者に対して、多職種で入院患者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事の摂取を進めるための計画を作成し栄養管理を行っている場合、又はii) 管理栄養士が継続的に入院患者ごとの栄養管理を行っている場合

(6) 平成28年10月5日24時時点の入院患者の延べ入院日数、以下の①～③の条件全てに適合する入院患者（ターミナル期のケアを提供している入院患者）の人数と延べ入院日数をご記入下さい。

全ての入院患者ののべ入院日数	日
①～③の条件全てに適合する入院患者数(実人数)	人
①～③の条件全てに適合する入院患者の延べ入院日数	日

【条件】

- ① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。
- ② 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。
- ③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

(7) 平成28年4～9月の「入棟前の居場所別 新規入棟者数」と「退院先別人数」をご回答下さい。

	新規入棟者数	退院者数
本人の家	人	人
貴院の他の病棟	人	人
他の病院	人	人
他の診療所	人	人
老人保健施設	人	人
特別養護老人ホーム	人	人
有料老人ホーム	人	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	人
養護老人ホーム	人	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人
死亡		人
その他	人	人

4. 貴施設の医療療養病床の診療報酬の届出区分が複数ある場合、設問 3. でご回答されていない届出区分の入院患者についてお伺いします。(届出区分が1つの場合は、5. へ進んで下さい。)

(1) ここで回答する診療報酬の届出区分

診療報酬の届出区分	1 療養病棟入院基本料 1
	2 療養病床入院基本料 2 (看護配置 25 : 1 以上かつ医療区分 2・3 の患者割合が 5 割以上)
	3 療養病床入院基本料 2 (その他)
	4 有床診療所療養病床入院基本料

(2) 入院者数をご記入下さい。

平成 28 年 10 月 5 日 24 時時点の入院患者数(実人数)	人
------------------------------------	---

(3) 入院患者数 (実人数) について、内訳をご記入下さい。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数と入院患者の平均年齢		3) 障害高齢者の日常生活自立度別人数 ※1 記入要領参照		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数 ※1 記入要領参照	
要支援 1・2	人	40～64 歳	人	自立	人	自立	人
要介護 1	人	65～74 歳	人	J	人	I	人
要介護 2	人	75～84 歳	人	A	人	II	人
要介護 3	人	85～94 歳	人	B	人	III	人
要介護 4	人	95 歳以上	人	C	人	IV	人
要介護 5	人	平均年齢	歳	不明	人	M	人
申請中	人					不明	人
非該当	人						
未申請	人						

※内訳の合計はそれぞれ (2) と一致するように、ご記入下さい。

(4) 入院患者数について、医療区分・ADL 区分別の人数をご記入下さい。

	ADL 区分 1	ADL 区分 2	ADL 区分 3	小計
医療区分 1	人	人	人	人
医療区分 2	人	人	人	人
医療区分 3	人	人	人	人
小計	人	人	人	人

(5) 平成 28 年 10 月 5 日 24 時時点の入院患者の延べ入院日数、以下の①～③の条件全てに適合する入院患者 (ターミナル期のケアを提供している入院患者) の人数と延べ入院日数をご記入下さい。

全ての入院患者ののべ入院日数	日
①～③の条件全てに適合する入院患者数(実人数)	人
①～③の条件全てに適合する入院患者の延べ入院日数	日

【条件】

- ① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。
- ② 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。
- ③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

(6) 平成 28 年 7 月～9 月の 3 か月間の入院患者(実人数) についてご記入下さい。(参考として、介護療養機能強化型の算定要件に関連する項目をお伺いしております。)

	実人数
前 3 か月の入院患者数の総数	人
以下の①～⑩の項目に 1 つ以上あてはまった人数 (実人数)	人
(重篤な身体疾患を有する者)	
① NYHA 分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	人
② Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態	人
③ 各週 2 日以上的人工腎臓の実施が必要である者で	
常時低血圧 (収縮時血圧が 90mmHg 以下)	人
透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	人
出血性消化器病変を有するもの	人
骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	人
④ Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態	人
⑤ 連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態	人
⑥ 単一の凝固因子活性が 40%未満の凝固異常の状態	人
⑦ 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	人
(身体合併症を有する認知症高齢者)	
⑧ 認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	人
⑨ 認知症であって、別に掲げるいずれかの疾病 (注 1) と診断された者	人
⑩ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ b、ⅣまたはⅤに該当する者	人
喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射が実施された者	人
喀痰吸引が実施された者、または相当する者注 2)	人
経管栄養が実施された者、または相当する者注 3)	人
インスリン注射が実施された者(自ら実施する者は除く)	人

注 1) 別に掲げる疾病: パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)、多系統萎縮症 (線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、悪性関節リウマチ

注 2) 喀痰吸引の実施に相当する者: 過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者であって、過去 1 年間に喀痰吸引が実施されていた者であって、i) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入院患者に対し口腔ケアを月 4 回以上行っている場合、又は ii) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対し口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月 1 回以上行っている場合

注 3) 経管栄養の実施に相当する者: 過去 1 年間に経管栄養が実施されていた者であって、i) 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入院患者に対して、多職種で入院患者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事の摂取を進めるための計画を作成し栄養管理を行っている場合、又は ii) 管理栄養士が継続的に入院患者ごとの栄養管理を行っている場合

(7) 平成 28 年 4～9 月の「入棟前の居場所別 新規入棟者数」と「退院先別人数」をご回答下さい。

	新規入棟者数	退院者数
本人の家	人	人
貴院の他の病棟	人	人
他の病院	人	人
他の診療所	人	人
老人保健施設	人	人
特別養護老人ホーム	人	人
有料老人ホーム	人	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	人
養護老人ホーム	人	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	人
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人
死亡		人
その他	人	人

5. 退院支援および指定訪問看護の実施状況についてお伺いします。

1) 退院支援部門の有無	1 有	2 無
2) 退院後訪問指導料の算定有無・件数(平成28年10月分)	1 有 ➡ () 件	2 無
3) 指定訪問看護の実施の有無	1 有	2 無
①(3)で2無の場合 貴院で訪問看護が必要な利用者がある場合は、主に、どのように対応していますか	1 主に併設の指定訪問看護ステーションで対応 2 主に、同一法人(同系列を含む)が開設している指定訪問看護ステーション(併設以外)で対応しているため 3 主に、地域の訪問看護ステーションに依頼 4 当院の患者には訪問看護の必要な患者はいない 5 その他()	
②(3)で2無の場合 今後、実施する意向はありますか	1 実施したい 2 実施したいが難しい 3 意向はない	
②で 1 実施したいを選んだ理由	1 訪問看護を必要とする患者が増えてきているから 2 今後、訪問看護を必要とする患者が増えることが予想されるから 3 退院支援を促進するためには、必要なサービスであるから 4 当院の看護職員の活躍の場として、望ましいと考えるから 5 病院の機能を拡充するために必要と考えるから 6 訪問看護部門の実施は、病院の経営への貢献が期待されるから 7 その他()	
②で 2 実施したいが難しい・ 3 意向はない を選んだ場合：理由(複数回答可)	1 指定訪問看護ステーションを併設しているため 2 同一法人(同系列を含む)が指定訪問看護ステーションを開設しているため(併設以外) 3 地域の訪問看護ステーションと連携することで対応可能であるため 4 地域に訪問看護ステーションが多くあるため 5 当院の患者には訪問看護を必要とする患者がいなかったため 6 地域には訪問看護のニーズがないため 7 看護職員が不足しているから 8 看護職員に在宅での看護の提供のスキル・経験がないから 9 訪問看護は採算がとれないから 10 その他()	

(貴施設の全体の状況についてお伺いします。)

6. 平成28年度の地域に貢献する活動の実施状況についてお伺いします。

1) 地域住民への健康教室	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
2) ボランティアの受け入れ	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
3) 認知症カフェ	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
4) 住民も含めた祭り等の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
5) 住民と患者の交流会の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
6) その他実施している活動 (自由回答)			

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入下さい。

施設名	電話番号
-----	------

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、入院患者票・退院患者票、あれば訪問看護票とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
 病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
入院患者票(案)

※本調査票は、当該患者の状況について詳しい職員の方がご記入下さい。ご本人・家族にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入下さい。
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
 ※調査時点は、平成28年10月5日、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 患者の基本情報についてお伺いします。

1) 入院している病棟	1 介護療養病床 2 老人性認知症疾患療養病棟 3 療養病棟入院基本料1 4 療養病床入院基本料2 (看護配置25:1以上かつ医療区分2・3の患者割合が5割以上) 5 療養病床入院基本料2 (その他)		
2) 年齢 (平成28年10月5日)	() 歳	3) 性別	1 男 2 女
4) 入院(棟)日	平成()年()月()日		
5) 世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他		
6) 家族介護者の有無(入院前)	1 有 2 無		
「1有」の場合	1 配偶者 2 子ども・子どもの配偶者 3 孫・孫の配偶者		
①主な介護者の続柄	4 兄弟姉妹 5 その他		
②主な介護者の状況のうち、介護が難しくなる要因があればご回答下さい(複数回答可)	1 高齢 2 病気 3 育児中 4 仕事 5 その他()		
③副介護者の有無	1 有 2 無		
7) 要介護度(直近)	1 要支援1・2 2 要介護1 3 要介護2 4 要介護3 5 要介護4 6 要介護5 7 申請中 8 未申請 9 非該当		
8) 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3		
9) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明		
10) ベッド上の可動性	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
11) 移乗	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
12) 食事	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
13) トイレの使用	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
14) 傷病(複数回答可)	1 高血圧 2 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症(脂質異常症) 6 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10 外傷(転倒・骨折等) 11 がん(新生物) 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症(アルツハイマー病等) 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他() 21 ない		
15) 検査・処置の実施状況(複数回答可)(平成28年10月)	1 尿検査 2 糞便検査 3 血液・生化学検査 4 培養検査 5 呼吸機能検査 6 心電図検査 7 超音波検査 8 脳波検査 9 上部・下部消化管内視鏡検査 10 気管支鏡検査 11 喉頭鏡検査 12 単純エックス線撮影 13 透視 14 CT 15 MRI 16 ドレナージ 17 脳室穿刺 18 胸腔・腹腔穿刺 19 腰椎穿刺 20 骨髄穿刺 21 透析(腹膜灌流を含む)		
16) その他の処置等の実施状況(複数回答可)(平成28年10月)	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養 3 中心静脈栄養 4 カテーテル(尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル)の管理 5 ストマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 6 喀痰吸引 7 ネブライザー 8 酸素療法(酸素吸入) 9 気管切開のケア 10 人工呼吸器の管理 11 静脈内注射(点滴含む) 12 皮内、皮下及び筋肉内注射(インスリン注射を除く) 13 簡易血糖測定 14 インスリン注射 15 疼痛管理(麻薬なし) 16 疼痛管理(麻薬使用) 17 創傷処置 18 褥瘡処置 19 浣腸 20 摘便 21 導尿 22 膀胱洗浄 23 持続モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		

17) 参考として介護療養型医療施設における療養機能強化型の算定要件に関する項目をお伺いします。 (平成28年10月分)(複数回答可)	
0 いずれにも該当しない 1 NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 2 Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態 3 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で常時低血圧(収縮時血圧が90mmHg以下) 4 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの 5 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で出血性消化器病変を有するもの 6 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの 7 Child-Pugh 分類C以上の肝機能障害の状態 8 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態 9 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態 10 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態 11 認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者 12 認知症であって、以下のいずれかの疾病と診断された者 【疾病】パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、ホップ橋小脳萎縮症、シヤイトレガー症候群)、筋委縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、悪性関節リウマチ 13 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、ⅣまたはMに該当する者	
18) ターミナルケアの実施の有無※医学的に回復の見込みがないと診断された者に対し、本人・家族の同意を得て、計画的にケアを行うこと	1 はい 2 いいえ
19) (介護保険適用の病床の場合のみご記入下さい) 算定した加算(平成28年10月分)(複数回答可)	
1 経口移行加算 2 口腔衛生管理加算 3 認知症専門ケア加算 4 認知症行動・心理症状緊急対応加算	
20) (介護保険のみご記入下さい)「経口維持加算」の算定経験(算定月はいつでも可)	
(1算定有の場合)算定期間	平成()年()月~()年()月
(算定期間が7か月以上の場合)7か月以降に、水飲みテスト、頸部聴診法、造影検査、内視鏡検査等による摂食機能障害及び誤嚥の確認を、医師又は歯科医師が行ったことがありますか	1 有 2 無
21) (介護保険適用の病床の場合のみご記入下さい) 算定した特定診療費(平成28年10月分)(複数回答可)	
1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 理学療法(I・II) 4 作業療法 5 言語聴覚療法 6 集団コミュニケーション療法 7 摂食機能療法 8 短期集中リハビリテーション 9 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 10 精神科作業療法 11 認知症老人入院精神療法	

2. 貴施設への入院・入棟前の状況等をおうかがいします。

22)入院(棟)前の状況	1 本人の家 2 他の病院 → (a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) 3 貴院の他の病床 → (a 一般 b 回復期リハ c 医療療養 d 介護療養 e その他) 4 診療所 → (a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) 5 老人保健施設 6 特別養護老人ホーム 7 有料老人ホーム 8 サービス付き高齢者向け住宅 9 養護老人ホーム 10 軽費老人ホーム・ケアハウス 11 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 12 その他()
23)入院(棟)理由(あてはまるもの全てに○、最もあてはまるもの1つに◎)	1 疾病の急性期状態が安定したため 2 リハビリテーションが必要なため 3 近く看取りが予想され、病院内での看取りを本人または家族が希望しているため 4 他の医療機関への入院が適切と考えられるが、適切な施設に空きがなかったため 5 他の介護施設への入所が適切と考えられるが、適切な施設に空きがなかったため 6 在宅療養が可能と考えるが、必要な在宅医療を確保できないため 7 在宅療養が可能と考えるが、必要な介護を確保できないため 8 上位以外の理由で、本人または家族が強く希望するため

3. 退院(退棟)の見通し

24)退院時期の目標(現在からの時期)	1 1か月以内 2 3か月以内 3 6か月以内 4 1年以内 5 退院は困難
① 24)で1~4の場合、退院先等の見通し	1 本人の家 2 他の病院・病棟 → (a 一般病床 b 医療療養病床 c 介護療養病床 d その他) 3 診療所 4 老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム 7 サービス付き高齢者向け住宅 8 養護老人ホーム 9 軽費老人ホーム・ケアハウス 10 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 11 その他()
② 24)で5の場合、その理由	1 治療中のため 2 在宅支援体制が整っていないため 3 施設の入所待ちのため 4 ターミナルのため 5 その他()

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
退院患者票（案）

※本調査票は、当該患者の状況について詳しい職員の方がご記入下さい。ご本人・家族にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入下さい。
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
 ※調査時点は、退院時、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 患者の基本情報についてお伺いします。

1) 入院している病棟	1 介護療養病床 2 老人性認知症疾患療養病棟 3 療養病棟入院基本料1 4 療養病床入院基本料2（看護配置25：1以上かつ医療区分2・3の患者割合が5割以上） 5 療養病床入院基本料2（その他）		
2) 年齢（退院時点）	（ ）歳	3) 性別	1 男 2 女
4) 入院（棟）日	平成（ ）年（ ）月（ ）日		
5) 世帯構成	1 独居 2 夫婦のみ世帯 3 2以外で高齢者のみの世帯 4 その他		
6) 家族介護者の有無（入所前）	1 有 2 無		
	「1有」の場合	1 配偶者 2 子ども・子どもの配偶者 3 孫・孫の配偶者	
	①主な介護者の続柄	4 兄弟姉妹 5 その他	
	②主な介護者の状況のうち、介護が難しくなる要因があればご回答下さい（複数回答可）	1 高齢 2 病気 3 育児中 4 仕事 5 その他（ ）	
③副介護者の有無	1 有 2 無		
7) 要介護度（直近）	1 要支援1・2 2 要介護1 3 要介護2 4 要介護3 5 要介護4 6 要介護5 7 申請中 8 未申請 9 非該当		
8) 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3		
9) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明		
10) ベッド上の可動性	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
11) 移乗	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
12) 食事	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
13) トイレの使用	0 自立 1 準備のみ 2 観察 3 部分的な援助 4 広範な援助 5 最大の援助 6 全面依存		
14) 傷病（複数回答可）	1 高血圧 2 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） 3 心臓病 4 糖尿病 5 高脂血症（脂質異常症） 6 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） 7 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8 腎臓・前立腺の病気 9 筋骨格系の病気（骨粗しょう症、関節症等） 10 外傷（転倒・骨折等） 11 がん（新生物） 12 血液・免疫の病気 13 うつ病・精神疾患 14 認知症（アルツハイマー病等） 15 パーキンソン病 16 目の病気 17 耳の病気 18 歯科疾患 19 その他の難病 20 その他（ ） 21 ない		
15) 検査・処置の実施状況（複数回答可）（平成28年10月）	1 尿検査 2 糞便検査 3 血液・生化学検査 4 培養検査 5 呼吸機能検査 6 心電図検査 7 超音波検査 8 脳波検査 9 上部・下部消化管内視鏡検査 10 気管支鏡検査 11 喉頭鏡検査 12 単純エックス線撮影 13 透視 14 CT 15 MRI 16 ドレナージ 17 脳室穿刺 18 胸腔・腹腔穿刺 19 腰椎穿刺 20 骨髄穿刺 21 透析（腹膜灌流を含む）		
16) その他の処置等の実施状況（複数回答可）（平成28年10月）	1 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 2 経鼻経管栄養 3 中心静脈栄養 4 カテーテル（尿道留置カテーテル・コンドームカテーテル）の管理 5 ストマ（人工肛門・人工膀胱）の管理 6 喀痰吸引 7 ネブライザー 8 酸素療法（酸素吸入） 9 気管切開のケア 10 人工呼吸器の管理 11 静脈内注射（点滴含む） 12 皮内、皮下及び筋肉内注射（インスリン注射を除く） 13 簡易血糖測定 14 インスリン注射 15 疼痛管理（麻薬なし） 16 疼痛管理（麻薬使用） 17 創傷処置 18 褥瘡処置 19 浣腸 20 摘便 21 導尿 22 膀胱洗浄 23 持続モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		

17) 参考として介護療養型医療施設における療養機能強化型の算定要件に関する項目をお伺いします。 (退院月) (複数回答可)	
0 いずれにも該当しない	
1 NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態	
2 Hugh-Jones 分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態	
3 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で常時低血圧(収縮時血圧が90mmHg以下)	
4 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの	
5 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で出血性消化器病変を有するもの	
6 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要である者で骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの	
7 Child-Pugh 分類C以上の肝機能障害の状態	
8 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態	
9 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態	
10 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められる状態	
11 認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者	
12 認知症であって、以下のいずれかの疾病と診断された者 【疾病】パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、ホップ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーカー症候群)、筋委縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、広範脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、悪性関節リウマチ	
13 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、ⅣまたはMに該当する者	
18) ターミナルケアの実施の有無※医学的に回復の見込みがないと診断された者に対し、本人・家族の同意を得て、計画的にケアを行うこと	1 はい 2 いいえ
19) (介護保険適用の病床の場合のみご記入下さい) 算定した加算(退院月)(複数回答可)	
1 経口移行加算 2 口腔衛生管理加算 3 認知症専門ケア加算 4 認知症行動・心理症状緊急対応加算	
20) (介護保険のみご記入下さい)「経口維持加算」の算定経験(算定月はいつでも可)	
(1算定有の場合)算定期間	平成()年()月~()年()月
(算定期間が7か月以上の場合)7か月以降に、水飲みテスト、頸部聴診法、造影検査、内視鏡検査等による摂食機能障害及び誤嚥の確認を、医師又は歯科医師が行ったことがありますか	1 有 2 無
21) (介護保険適用の病床の場合のみご記入下さい) 算定した特定診療費(退院月)(複数回答可)	
1 重症皮膚潰瘍管理指導 2 薬剤管理指導 3 理学療法(Ⅰ・Ⅱ) 4 作業療法	
5 言語聴覚療法 6 集団コミュニケーション療法 7 摂食機能療法 8 短期集中リハビリテーション	
9 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 10 精神科作業療法 11 認知症老人入院精神療法	

2. 貴施設の入院・入棟前の状況等をおうかがいします。

22) 入院(棟)前の状況	1 本人の家 2 他の病院 → (a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) 3 貴院の他の病床 → (a 一般 b 回復期リハ c 医療療養 d 介護療養 e その他) 4 診療所 → (a 同一法人(同系列を含む) b 他法人) 5 老人保健施設 6 特別養護老人ホーム 7 有料老人ホーム 8 サービス付き高齢者向け住宅 9 養護老人ホーム 10 軽費老人ホーム・ケアハウス 11 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 12 その他()
23) 入院(棟)理由(あてはまるもの全てに○、最もあてはまるもの1つに◎)	1 疾病の急性期状態が安定したため 2 リハビリテーションが必要なため 3 近く看取りが予想され、病院内での看取りを本人または家族が希望しているため 4 他の医療機関への入院が適切と考えられるが、適切な施設に空きがなかったため 5 他の介護施設への入所が適切と考えられるが、適切な施設に空きがなかったため 6 在宅療養が可能と考えるが、必要な在宅医療を確保できないため 7 在宅療養が可能と考えるが、必要な介護を確保できないため 8 上位以外の理由で、本人または家族が強く希望するため

3. 退院の状況

24) 退院時期	平成()年()月()日
25) 退院先	1 死亡による退院 2 本人の家 3 他の病院・病棟 → (a 一般病床 b 医療療養病床 c 介護療養病床 d その他) 4 診療所 5 老人保健施設 6 特別養護老人ホーム 7 有料老人ホーム 8 サービス付き高齢者向け住宅 9 養護老人ホーム 10 軽費老人ホーム・ケアハウス 11 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 12 その他()
26) 退院時点で予定されていたケアプラン(複数回答可)	1 住宅改修 2 福祉用具貸与 3 訪問介護 4 訪問看護 5 訪問リハ 6 通所介護 7 通所リハ 8 短期入所生活介護 9 短期入所療養介護 10 小規模多機能型居宅介護 11 看護小規模多機能型居宅介護 12 その他() 13 なし 14 把握していない

質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

平成 28 年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)
病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
病院・診療所が行う訪問看護に関する調査票 (案)

- ※本調査票は、「在宅患者訪問看護・指導料」を算定している場合にご回答下さい。
 ※本調査は、貴施設の訪問看護業務の管理者の方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則 1 つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。
 分からない場合は「-」と記入して下さい。
 ※調査時点は、平成 28 年 10 月 5 日または、質問に記載している期間とします。

1 訪問看護の実施状況・実施体制等

1) 貴院で訪問看護を開始したのはいつからですか。
西暦 () 年
2) 貴院ではどのような訪問看護を実施していますか。算定している診療報酬、介護報酬について該当する番号全てを選びんで下さい(複数回答可)。
1 訪問看護費・介護予防訪問看護費 (①介護保険による訪問看護)
2 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料 (②医療保険・公費による訪問看護)
3 精神科訪問看護・指導料 (医療保険・公費による③精神科の訪問看護)
4 その他 ()

ここから先は、上記の設問 2) の選択肢 1～3 のそれぞれの訪問看護についてお伺いします。以下の①～③については、実施している訪問看護についてのみご回答下さい。

3) 貴院内では、訪問看護をどのような部署で実施していますか。訪問看護の種類別にあてはまる選択肢の番号に○を付けて下さい。(複数回答可)				
	1 訪問看護を 専門に担当する 部門で実施	2 外来の 看護職員が訪問	3 病棟配置の 看護職員が訪問	4 その他
①介護保険の訪問看護	1	2	3	4
②医療保険の訪問看護 (精神科以外)	1	2	3	4
③精神科の訪問看護	1	2	3	4

3) で「1 訪問看護を専門に担当する部門で実施」を選択した場合のみご記入下さい。

4) 訪問看護を専門に担当する部門がある場合、配置職員数を、実人数でご記入下さい。					
	保健師・助産師・ 看護師	准看護師	看護補助者 (介護職員)	作業療法士	精神保健福祉士
常勤専従者	人	人	人	人	人
常勤兼務者	人	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人	人
5) 訪問看護を専門に担当する部門の看護職員の人事について(主なもの1つ)					
1 病院・診療所の中でのローテーションの一環として、人事部門から指名する形で異動する					
2 外来・病棟の看護職員のうち、希望すれば異動することができる					
3 訪問看護を主に担当する職員として、外来・病棟の看護職員とは別に採用する					

6) 訪問看護を担当する職員の訪問看護に特化した研修について(複数回答可)	
1	病院・診療所全体の研修で実施している
2	訪問看護部門で独自の研修を実施している
3	外部の研修に参加させている
4	研修はない

2 訪問看護の提供実績等

7) 貴院の訪問看護の利用者数等をご記入下さい。							
	平成28年 10月の 利用者数 (実人数)	うち、亡く なった 利用者数	うち、ターミ ナルケア加 算・訪問 看護ターミ ナルケア療養 費算定数	うち、 利用開始 から1か 月以内の 利用者数	貴院に入 院経験の ある利用 者数	10月の 利用開始 者数	うち、退院 直後の 利用 開始者数
①介護保険の 訪問看護	人	人	人	人	人	人	人
②医療保険の訪問 看護(精神科以外)	人	人	人	人	人	人	人
③精神科の訪問看護	人	人	人	人	人	人	人

8) 介護保険の利用者について、要介護度別人数をご記入下さい。						
要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
人	人	人	人	人	人	人

9) 訪問回数(平成28年10月分)			
	訪問回数 (1か月間の合計回数)	緊急に訪問した回数 ※加算算定数ではなく実数	入院中の利用者の外泊 日に行った訪問の回数
①介護保険の訪問看護	回	回	回
②医療保険の訪問看護 (精神科以外)	回	回	回
③精神科の訪問看護	回	回	

10) 加算についてお伺いします(平成28年10月)		
介護保険	1) 緊急時訪問看護加算の届出	1 有⇒算定件数()件/月 2 無
	2) 特別管理体制の届出	1 有⇒算定件数()件/月 2 無
	3) ターミナルケア体制の届出	1 有 2 無
	4) サービス提供体制強化加算の届出	1 有 2 無
医療保険等	5) 特別管理加算の届出	1 有⇒算定件数()件/月 2 無

3 土日や夜間等の対応体制

11) 計画的な訪問についてお尋ねします。貴院では土日や祝日、早朝や夜間、深夜の計画的な訪問に対応していますか。実績にかかわらず、貴院で一般的に対応している曜日及び時間帯に○をつけて下さい(複数回答可)。(平成28年10月分)								
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
早朝								
日中								
夜間								
深夜								
11)-1 11)で平日・日中のみ対応している場合、他の曜日や時間帯に対応できないのはなぜですか(複数回答可)								
1 時間外に対応する必要がある利用者がいない 2 人員不足のためローテーションを組めない 3 土日や夜間に勤務可能な看護職員が確保できない 4 時間外手当を払えない 5 その他()								
12) 緊急訪問についてお尋ねします。早朝・夜間・深夜の緊急訪問の回数をご記入下さい(平成28年10月分) ※加算算定数ではなく実数								
	早朝		夜間		深夜			
特別管理加算算定者	回		回		回			
特別管理加算算定者以外	回		回		回			
12)-1 やむを得ず、緊急時に対応ができなかったことはありますか(10月中)							1 有 2 無	

4 連携の状況等

13) 他院から訪問看護の依頼(他院から診療情報提供書を受けて自院の訪問看護指示書を作成)をされている利用者がいますか。	
1 いる 2 いない	
13)-1 13)で1を選択した場合、依頼されている利用者数及び病院・診療所数	
利用者数：()人	
依頼元：病院()か所、診療所()か所	
14) 介護保険の訪問看護の利用者について、自院と同一の開設者・系列法人の事業所以外の居宅介護支援事業所からの依頼がありますか。	
1 ある 2 ない	
14)-1 14)で1を選択した場合、依頼を受けている居宅介護支援事業所数	
()か所	
15) 地域のステーションではなく貴院で訪問看護を実施したほうがよりよいと考えられる利用者の状態・状況はどれですか。(複数回答可)	
1 特にない 2 自院を退院直後の人 3 医療機器がある場合 4 がんターミナルの人 5 小児 6 精神 7 リハビリテーションが必要な人 8 病状が不安定な人 9 緊急の入院の必要性が高いとみこまれる人 10 重度の褥瘡ケア 11 その他()	

16) 貴院の訪問看護で対応できない場合がありますか。ある場合はどのような場合ですか。(複数回答可)
1 ない 2 ある ⇒ a 自院の訪問看護の提供可能量を超えている場合 b 1人の利用者に対して、複数の訪問看護事業所から提供体制があったほうがよい場合(具体的に：) c ステーションの専門性から、自院より適当であると考えられる場合 ➡具体的に：1 小児 2 精神 3 看取り 4 がん末期 5 リハ 6 その他() d 土日や休日等、当院の対応できない曜日、日にちの訪問が必要な場合 e 早朝や夜間、深夜等、自院の対応できない時間帯の訪問が必要な場合 f 24時間体制で緊急の連絡や対応が必要な患者の場合 g その他()
17) 地域の訪問看護ステーションの支援のためにできることはどれですか。(複数回答可)
1 訪問看護に特化した座学研修(一般的な内容)の受け入れ 2 訪問看護に特化した座学研修(専門性の高い内容)の受け入れ 3 専門性の高い看護師の同行訪問(褥瘡、緩和ケア)の実施 4 専門性の高い看護師等が相談に乗ること 5 訪問看護ステーションが対応するには難しいケース、入院の頻度が高いケース等を担当すること 6 地域の訪問看護のネットワーク構築の支援 7 その他()
18) 地域の訪問看護ステーションに担って欲しい役割がありましたら、ご自由にご記入下さい。

5 課題等

19) 病院・診療所が行う訪問看護の課題を自由に記載して下さい。

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、施設票等とあわせて、ご返送下さい。ご協力ありがとうございました。

平成 28 年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)
病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
訪問看護ステーション票 (案)

※本調査票は、訪問看護ステーションの管理者の方がご記入下さい。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則 1 つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。
分からない場合は「-」と記入して下さい。
※調査時点は、平成 28 年 10 月 5 日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県
2) 事業開始年	西暦 () 年
3) 開設主体	1 医療法人 2 営利法人 (会社) 3 社会福祉法人 4 医師会 5 看護協会 6 その他の社団・財団法人 7 協同組合 8 地方公共団体 9 その他 ()
4) 貴事業所と同一法人 (同系列を含む) が有する医療・介護施設・事業所 (複数回答可)	1 病院 2 診療所 3 老人保健施設 4 特別養護老人ホーム 5 訪問リハビリテーション 6 訪問介護事業所 7 通所介護事業所 8 通所リハビリテーション 9 小規模多機能型居宅介護事業所 10 看護小規模多機能型居宅介護事業所 11 居宅介護支援事業所 12 地域包括支援センター 13 在宅介護支援センター 14 その他 15 特になし
4) で「1 病院」または「2 診療所」に○を付けた場合、回答してください。	
4)-1 訪問看護ステーションに従事する看護職員の人事について (主なもの 1 つ)	
1 病院・診療所の中でのローテーションの一環として、人事部門から指名する形で異動する 2 外来・病棟の看護職員のうち、希望すれば訪問看護ステーションに異動することができる 3 訪問看護ステーションに勤務する職員として、外来・病棟の看護職員とは別に採用する	
4)-2 訪問看護ステーションに従事する職員の訪問看護に特化した研修について (複数回答可)	
1 病院・診療所全体の研修に参加する 2 訪問看護部門で独自の研修を実施している 3 外部の研修に参加する 4 研修はない	

2. 併設の病院・診療所の基礎情報

5) 併設医療機関の種類	1 同一の開設者・系列法人の病院併設 2 同一の開設者・系列法人の診療所併設 3 別の開設者の病院併設 4 別の開設者の診療所併設 5 併設の病院・診療所はない → 設問 8) に進んで下さい
6) 病床数	一般病床 () 床 → 看護職員配置 (7・10・13・15) 対 1
	医療保険適用の療養病床 () 床
	介護保険適用の療養病床 () 床
	精神病床 () 床
	結核病床・感染症病床 () 床
	合計 (全病床) () 床
7) 併設医療機関の看護職員数 (実人数)	常勤 () 人、非常勤 () 人

※併設：同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する場合

3. 貴事業所の職員体制についてお伺いします

8) 平成28年10月5日時点の職員数について、実人数および常勤換算数を記入して下さい。 ※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷当事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。常勤専従・常勤兼務・非常勤を合算して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。							
		保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他の職員
実人数	常勤専従						
	常勤兼務						
	非常勤						
常勤換算数(常勤専従+常勤兼務+非常勤合計)							

4. 実施している訪問看護についてお伺いします(平成28年10月)

9) 訪問看護ステーションではどのような訪問看護を実施していますか。算定している診療報酬、介護報酬について該当する番号全てを選んで下さい(複数回答可)。

- 1 訪問看護費・介護予防訪問看護費 (①介護保険による訪問看護)
- 2 訪問看護基本療養費 (②医療保険・公費による訪問看護)
- 3 精神科訪問看護基本療養費 (医療保険・公費による③精神科の訪問看護)
- 4 その他 (具体的に:)

10) 加算についてお伺いします(平成28年10月分)

介護保険	1) 緊急時訪問看護加算の届出	1 有 2 無
	2) 特別管理体制の届出	1 有 2 無
	3) ターミナルケア体制の届出	1 有 2 無
	4) サービス提供体制強化加算の届出	1 有 2 無
医療保険等	5) 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の届出	1 24時間対応体制加算⇒算定件数()件/月 2 24時間連絡体制加算⇒算定件数()件/月 3 なし
	6) 特別管理加算の届出	1 有⇒算定件数()件/月 2 無
	7) 機能強化型訪問看護療養費の届出	1 機能強化型訪問看護管理療養費1 2 機能強化型訪問看護管理療養費2 3 なし

5. 訪問看護の提供実績等(平成28年10月)

11) 貴事業所の訪問看護の利用者数等をご記入下さい

	平成28年10月の利用者数(実人数)	うち、亡くなった利用者数	うち、ターミナルケア加算・訪問看護ターミナルケア療養費算定数	うち、利用開始から1か月以内の利用者数	特別管理加算の算定者数	10月の利用開始者数	うち、退院直後の利用開始者数
介護保険のみの訪問看護	人	人	人	人	人	人	人
医療保険のみの訪問看護(精神科以外)	人	人	人	人	人	人	人
精神科の訪問看護	人	人	人	人		人	人
医療保険と介護保険の両方の訪問看護	人	人	人	人	人	人	人

12) 介護保険の利用者について、要介護度別人数をご記入下さい。

要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
人	人	人	人	人	人	人

13) 訪問回数(平成28年10月分)								
	訪問回数 (1カ月間の合計回数)		緊急に訪問した回数 ※加算算定数ではなく実数		入院中の利用者の 外泊日に行った訪問の回数			
	①介護保険の訪問看護	回		回				
②医療保険の訪問看護 (精神科以外)	回		回					回
③精神科の訪問看護	回		回					回
14) 計画的な訪問についてお尋ねします。貴事業所では土日や祝日、早朝や夜間、深夜の計画的な訪問に対応していますか。実績にかかわらず、貴事業所で一般的に対応している曜日及び時間帯に○をつけて下さい(複数回答可)。(平成28年10月分)								
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日
早朝								
日中								
夜間								
深夜								
14)-1 14) で平日・日中のみの場合、他の曜日や時間帯に対応できないのはなぜですか(複数回答可)								
1 平日・日中以外に対応する必要がある利用者がいない 2 人員不足のためローテーションを組めない 3 土日や夜間に勤務可能な看護職員が確保できない 4 時間外手当を払えない 5 その他 ()								
15) 緊急訪問についてお尋ねします。早朝・夜間・深夜の緊急訪問の回数をご記入下さい(平成28年10月分) ※加算算定数ではなく実数								
	早朝		夜間		深夜			
特別管理加算算定者	回		回					回
特別管理加算算定者以外	回		回					回
15)-1 やむを得ず、緊急時に対応ができなかったことはありますか(10月中)							1 有 2 無	

6. 連携の状況等

16) (医療機関併設の場合のみ回答) 訪問看護の指示を出す医師の所属は主にどこですか。						
1 全患者について、併設医療機関の医師が指示を出す						
2 主に併設医療機関の医師であるが、他の医療機関等の医師からの指示の場合もある						
3 主に他の医療機関等の医師からの指示である						
17) 訪問看護指示書の交付を受けている病院・診療所数						
	同一法人(同系列を含む)の 医療機関		左記以外の併設の医療機関		その他の医療機関	
病院	か所		か所		か所	
診療所	か所		か所		か所	
18) 介護保険の利用者について、主治医が招集する利用者宅における緊急時カンファレンスに参加したことはありますか。有る場合その回数をご記入して下さい。(平成28年7月～9月)						
1 有⇒回数()回 2 無						
19) 利用者に関する情報を提供または共有している医療機関・介護事業所数および連携した利用者数 ※の欄には貴事業所と同一の開設者(同系列を含む)の事業所分をご記入下さい。						
	病院	診療所	居宅介護支 援事業所	地域包括支 援センター	介護サービ ス事業所	薬局
	※	※	※	※	※	※
施設・介護事業所数						
利用者数						

20) 貴事業所の訪問看護で対応できない場合がありますか。ある場合はどのような場合ですか。(複数回答可)	
1 ない	
2 ある ⇒	a 当事業所の訪問看護の提供可能量を超えている場合 b 1人の利用者に対して、複数の訪問看護事業所から提供体制があったほうがよい場合(具体的に:) c ステーションの専門性から、適当であると考えられる場合 →具体的に: 1 小児 2 精神 3 看取り 4 がん末期 5 リハ 6 その他 ()
	d 土日や休日等、当事業所の対応できない曜日、日にちの訪問が必要な場合 e 早朝や夜間、深夜等、当事業所の対応できない時間帯の訪問が必要な場合 f 24時間体制で緊急の連絡や対応が必要な患者の場合 g その他 ()
21) 病院・診療所からの訪問看護や医療機関併設型の訪問看護ステーションに期待することはどれですか。(複数回答可)(医療機関併設のステーションは回答不要です。)	
1	訪問看護に特化した座学研修(一般的な内容)の受け入れ
2	訪問看護に特化した座学研修(専門性の高い内容)の受け入れ
3	専門性の高い看護師の同行訪問(褥瘡、緩和ケア)の実施
4	専門性の高い看護師等が相談に乗ること
5	難しいケース、入院の頻度が高いケース等を担当すること
6	夜間対応をして欲しい
7	緊急対応をして欲しい
8	地域の訪問看護のネットワーク構築の支援
9	その他 ()
10	なし

7. 訪問看護導入の課題等

22) 利用者の新規獲得のために、ここ1年で実施されていることは何ですか(複数回答可)	1 病院の退院支援部門への働きかけ	2 診療所への働きかけ
	3 ケアマネジャーへの働きかけ	4 チラシ・パンフレットの配布
	5 ホームページの開設	6 SNS、ブログを通じた情報発信
	7 勉強会の開催	8 会議等の場で訪問看護の役割や利用効果を説明
	9 その他 ()	
	10 特になし	

22)-1 「1~9」を選んだ場合: 十分な成果を得られましたか

1 得られた 2 得られていない 3 これから得られると思う 4 分からない

23) 訪問看護ステーションからみて、介護支援専門員、退院した医療機関の医療従事者、利用者が訪問看護の導入するにあたり、課題だととらえているのはどのようなことだと思いますか。(複数回答可)			
	介護支援専門員	退院元の医療従事者	利用者
1 訪問看護の機能がよくわからない	1	1	1
2 訪問看護の必要性の判断が難しい	2	2	
3 予防的な訪問看護の導入が難しい	3	3	
4 主治医との連携がうまく取れない	4	4	
5 訪問看護師との連携がうまく取れない	5	5	
6 どの事業所を選択していいのかわからない	6	6	6
7 利用者の理解が得られない	7	7	
8 介護者の理解が得られない	8	8	8
9 支給限度額を超えてしまう	9	9	9
10 他のサービスより単価が高い	10	10	10

8. 居宅療養管理指導について

24) 居宅療養管理指導を届け出ていますか	1 はい 2 いいえ 3 届出が可能なことを知らない
25) 居宅療養管理指導の算定の有無・回数(平成 28 年 10 月分)	1 有 ➡ () 回 2 無
26) 居宅療養管理指導は算定しにくいとお考えですか	1 はい 2 いいえ
26)-1 「1 はい」の場合: その理由をご回答下さい。	
1 対象者が主治医意見書中で該当する者に限定されるため	2 利用者にあまり知られていないため
3 居宅療養管理指導を詳しく知らないため	4 単価が安い
5 申請手続きに時間がかかるため	6 指定に料金がかかるため
7 その他 ()	

9. 介護報酬改定についてのご意見があればご自由にご記入下さい。

記入内容についてお伺いする場合があります。事業所名と連絡先をご記入下さい。

事業所名		電話番号	
------	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は返送用封筒(切手は不要です)に入れ、投函して下さい。
ご協力ありがとうございました。

平成28年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業
自治体調査票（案）

- ※ 本調査票は、介護保険施設の担当部局の方がご記入下さい。
 ※ 回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
 ※ 具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入下さい。分からない場合は「-」と記入して下さい。
 ※ 調査時点は、平成28年10月5日（水）現在、または、質問に記載している期間とします。

1) 貴自治体の、自治体名をご記入下さい。							
都道府県		都・道・府・県			市（政令市・中核市の場合）		市
2) 貴自治体内における、（地域密着型）介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の平成28年10月5日（水）現在の施設数、定員数、および「第6期介護保険事業（支援）計画」における平成29年度末時点の施設数、定員数をご記入下さい。なお、介護老人保健施設のうち認知症専門病棟を持つもの、および介護療養型医療施設のうち老人性認知症疾患病棟を持つものの定員数については、各々の病棟の定員数をご記入下さい。（※ 都道府県の場合は、政令市・中核市のデータを含めてご記入下さい）							
		介護老人福祉施設	地域密着型 介護老人福祉施設	介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
				うち、認知症 専門病棟を持つ 老健	介護療養病床	老人性認知症 疾患療養病棟	
H28.10.5 現在	施設数	施設	施設	施設	施設	施設	施設
	定員数	人	人	人	人	人	人
H29 年度末 時点	施設数	施設	施設	施設			
	定員数	人	人	人			
3) 貴自治体内の「介護療養型医療施設」もしくは「医療保険適用の療養病床を持つ病院・診療所」について、平成27年10月～平成28年9月の1年間に、各施設から貴自治体に対して、「①転換に係る情報収集」や「②転換に係る相談」があった施設は、どの程度ございましたか。それぞれ、「施設数」と「その具体的な内容」についてご記入下さい。							
①転換に係る情報収集							
施設の種類		施設数	（情報収集の）具体的な内容（自由回答）				
介護療養型医療施設		施設					
医療保険適用の療養 病床を持つ病院・ 診療所		施設					
②転換に係る具体的な相談							
施設の種類		施設数	（相談の）具体的な内容（自由回答）				
介護療養型医療施設		施設					
医療保険適用の療養 病床を持つ病院・ 診療所		施設					

4) 3)の「②転換に係る具体的な相談」のあった施設について、結果として転換に至らなかった理由は何ですか。（複数回答可）				
1 転換に至らなかった施設はない	2 転換後の施設の経営の目処がたたない	3 転換後の法人全体の資金繰りの目処がたたない	4 転換すると利用者に十分なケアが提供できない	5 患者の転院先・受け入れ先を見つけるのが困難
6 周辺に競合する施設があり、経営が不安	7 転換すると職員の確保や配置が困難なため	8 地域で療養病床が必要とされていたため	9 病院をやめることへの抵抗感（法人の理念、従業員の意識等）	10 建物改修の必要があるため
11 その他〔 〕				
5) 貴自治体内の「介護療養型医療施設」もしくは「医療保険適用の療養病床を持つ病院・診療所」について、平成27年10月～平成28年9月の1年間に「転換した施設」は、どの程度ございますか。それぞれ、施設数をご記入下さい。（※ 都道府県の場合は、政令市・中核市のデータを除いて、ご記入下さい）				
		介護療養型医療施設	医療保険適用の療養病床	
転換した施設の数		施設	施設	
転換後の施設	① 一般病床	施設		
	② 医療保険適用の療養病床	施設		
	③ 介護老人保健施設	施設	施設	
	④ 介護老人福祉施設	施設	施設	
	⑤ 有料老人ホーム	施設	施設	
	⑥ その他の介護施設・事業所	施設	施設	
6) 介護療養型医療施設について、お伺いします。貴自治体内の「介護療養型医療施設」は、貴自治体からみて「特に、どのような方、どのような事情を抱えた方」がご利用されているイメージがございますか。（複数選択可）				
1 継続的な医療管理等が必要で、他の介護施設・在宅等では対応できない方	2 他の介護施設等でも対応できるが、適切な施設に空きがない方	3 在宅療養が可能と考えるが、必要な在宅医療を確保できない方	4 在宅療養が可能と考えるが、必要な介護を確保できない方	5 本人・家族等が入院を強く希望されている方
6 その他〔 〕				
7) 平成29年度末の介護療養病床の廃止等を背景としながら、今後は在宅等において療養生活を送る「医療ニーズの高い中重度の要介護高齢者」の増加が見込まれています。このようなニーズに対して、貴自治体では、どのようなサービス・体制の充実に向けて、取組を進めていますか（進めていきますか）。「貴自治体の取組」としてご回答下さい。				
	既に、積極的に取り組んでいる	既に、取り組んでいる	今後、取り組む予定である	現時点で、取り組む予定はない
①円滑な退院調整の仕組みづくり	1	2	3	4
②在宅療養者患者の緊急時入院の受入体制の整備	1	2	3	4
③在宅医療に対応する診療所の充実	1	2	3	4
④病院・診療所による訪問看護の充実	1	2	3	4
⑤訪問看護ステーションによる訪問看護の充実	1	2	3	4
⑥看護小規模多機能型居宅介護の充実	1	2	3	4
⑦医療ニーズに対応できる短期入所療養介護の充実	1	2	3	4
⑧医療ニーズに対応できる介護老人保健施設の充実	1	2	3	4
⑨看取りに対応できる介護老人福祉施設の充実	1	2	3	4

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票と「介護療養型医療施設のリスト」を、返送用封筒（切手は不要です）に入れ、●月●日までにポストに投函して下さい。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。