

療養病床入院患者の状態等について

患者票

平成18年10月1日午前0時現在の貴医療機関の入院患者のうち、医療療養病床（介護保険移行準備病床を含む。また、療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。）、介護療養病床（経過型介護療養病床を含む）それぞれ誕生月が3月、6月、9月、12月の全患者を選び、1人につき1枚ずつ記入してください。なお、できるだけ不明の回答が少なくなるよう、必要に応じて本人・家族等に確認して記入してください。

患者票の連番号				
---------	--	--	--	--

(1) 生年月について記入してください。

01 生年月	1 明治・2 大正・3 昭和・4 平成	年	月
--------	---------------------	---	---

(2) 以下の02～16について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

02 入院病床	1 医療療養病床 (介護保険移行準備病床を含む。)			2 介護療養病床 (経過型介護療養病床を含む。)
03 主傷病名 (医師の判断に基づく。)	1 脳梗塞	2 脳出血	3 骨折	4 認知症 5 心疾患
	6 パーキンソン病	7 悪性新生物	8 糖尿病	9 うつ 10 褥瘡 11 その他
04 性別	1 男	2 女		
05 医療区分	1 医療区分1	2 医療区分2	3 医療区分3	4 未実施
06 ADL区分	1 ADL区分1	2 ADL区分2	3 ADL区分3	4 未実施
07 要介護状態等区分	1 認定されていない	2 要支援1	3 要支援2	4 経過的要介護 5 要介護1
	6 要介護2	7 要介護3	8 要介護4	9 要介護5 10 不明
08 認知症高齢者の 日常生活自立度	1 自立	2 I	3 IIa	4 IIb 5 IIIa
	6 IIIb	7 IV	8 M	9 不明・未実施
09 障害高齢者の 日常生活自立度	1 自立	2 J1	3 J2	4 A1 5 A2
	6 B1	7 B2	8 C1	9 C2 10 不明・未実施
10 世帯の状況	1 単身世帯	2 高齢者のみの世帯 (単身世帯を除く。)	3 その他の世帯	4 不明
11 住居の状況	1 なし	2 自宅 (借家を含む。)	3 介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等からの一時的な入院	
	4 その他	5 不明		
12 自宅での介護者の有無	1 日中、夜間とも 介護ができる人がいる		2 日中のみ、 介護ができる人がいる	3 夜間のみ、 介護ができる人がいる
	4 日中、夜間とも介護ができる人がいない (介護者が病気等により介護できない場合も含む。)		5 その他	6 不明
13 特別養護老人ホーム の申込みの有無	1 なし	2 あり	3 不明	
14 介護老人保健施設 の申込みの有無	1 なし	2 あり	3 不明	
15 所得状況 医療療養病床 に入院している方	1 低所得Ⅰ①	2 低所得Ⅰ②	3 低所得Ⅱ	4 その他 5 不明
16 所得状況 介護療養病床 に入院している方	1 利用者負担第1段階		2 利用者負担第2段階	3 利用者負担第3段階
	4 その他		5 不明	

(3) 以下の17～19について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

17 医療処置 (9月中に行われた処置。 5,6については既に行われ たものを含む。)	1 喀痰吸引	2 経管栄養	3 モニター測定 (心拍、血圧、酸素飽和度)	4 酸素療法
	5 気管切開	6 人工肛門	7 膀胱カテーテル	8 点滴 9 褥瘡処置(Ⅲ度以上)
	10 疼痛管理	11 透析	12 その他	
18 3ヶ月以内の急性増悪 の有無(急性期病院へ の転院等)	1 なし	2 あり	3 不明	
19 それぞれの施設等の機 能や、本人の医療や介 護の必要性等を踏まえ て、対応が望ましいと 考えられる施設等	1 一般病床	2 医療療養病床	3 介護療養病床	4 介護老人保健施設
	5 特別養護老人ホーム	6 有料老人ホーム	7 軽費老人ホーム(ケアハウス)	
	8 グループホーム	9 在宅	10 その他	

ご協力ありがとうございました。

(都道府県記入欄)

整理番号				
------	--	--	--	--

「療養病床アンケート調査」記入要領

「療養病床アンケート調査」にご協力いただきありがとうございます。記入に際しては、以下の要領を参照のうえ、誤りのないように記入してください。

I 記入上の注意

- 1 記入文字は、黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを使って、かい書ではっきり記入してください。
- 2 数字はすべて算用数字で記入し、計上する数字のない場合は記入しないでください。
- 3 ○をつける質問は、該当する番号を○で囲んでください。（例 ① 医療療養病床）

II 主な調査事項の記入要領

本票は施設票と患者票があります。以下を参照し、断りのない限り平成18年10月1日午前0時現在の状況について記入してください。施設票は施設ごとに1部、患者票は患者ごとに1枚（足りない場合はコピーしてください）記入してください。

施設票

基本情報 (表紙(1)～(4))

法人名を含んだ貴医療機関名、電話番号、所在地を記入してください。後日、調査事項について照会させていただく場合もございますので、調査票に記入した方の所属、氏名を記入してください。

※（都道府県記入欄）については、各都道府県において記入するものですので、各医療機関において記入する必要はありません。

療養病床の概況について

(1) 病床数及び入院患者数

以下を参照し、あてはまる病床数及び入院患者数について記入してください。

1 医療療養病床	病院又は診療所における医療保険適用の療養病床をいいます。なお、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限りです。
2 介護保険移行準備病床	1のうち、介護保険移行準備病床の病床をいいます。
3 介護療養病床	病院又は診療所における介護保険適用の療養病床をいいます。
4 経過型介護療養病床	3のうち、経過型介護療養型医療施設の病床をいいます。
5 老人性認知症疾患治療病床（医療保険）	医療保険における老人性認知症疾患治療病床の病床をいいます。
6 老人性認知症疾患療養病床（介護保険）	介護保険における老人性認知症疾患療養病床の病床をいいます。
7 経過型介護療養病床	6のうち、経過型介護療養型医療施設の病床をいいます。

(2) 医療区分とADL区分の組み合わせ（医療療養病床）

医療療養病床のみ、各医療区分1～3、ADL区分1～3の入院患者について、それぞれあてはまる人数を記入してください。
 「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」（平成18年6月30日保医発第0630001号）における「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」に基づく医療区分、ADL区分について記入してください。

(3) 要介護度別利用者数(介護療養病床)	介護療養病床のみ、要介護度別の入院患者数を記入してください。 なお、要支援1(経過措置)、要支援2(経過措置)とは、平成18年4月以降の新要介護状態等区分において要支援1又は要支援2と認定された方のうち、法律上経過的に3年間の間に限り施設サービスを受けることができるとされた方です。										
(4) 療養病床の建物の構造・築年数等	以下を参照し、病棟ごとにあてはまるものを記入してください。										
	<table border="1"> <tr> <td>病棟名</td> <td>貴医療機関における固有の名称を記入してください。(例：東2病棟)</td> </tr> <tr> <td>① 建築年度</td> <td>当該病棟についての建設年度について記入してください。</td> </tr> <tr> <td>② 病床数</td> <td>医療療養病床又は介護療養病床のうちあてはまる病床に○をつけたうえで、病床数を記入してください。医療療養病床及び介護療養病床をともに有する場合は、両方について記入してください。</td> </tr> <tr> <td>③ 個室 ④ 2人部屋 ⑤ 3人又は4人部屋 ⑥ 5人以上部屋</td> <td>③から⑥の各病室の室数を室定員規模別に記入してください。</td> </tr> <tr> <td>⑦ 廊下幅(内法)</td> <td>片廊下又は中廊下のうちあてはまるものに○をつけた上で記入してください。片廊下及び中廊下をともに有する場合は、両方について記入してください。複数の幅がある場合はもっとも狭い幅について記入してください。</td> </tr> </table>	病棟名	貴医療機関における固有の名称を記入してください。(例：東2病棟)	① 建築年度	当該病棟についての建設年度について記入してください。	② 病床数	医療療養病床又は介護療養病床のうちあてはまる病床に○をつけたうえで、病床数を記入してください。医療療養病床及び介護療養病床をともに有する場合は、両方について記入してください。	③ 個室 ④ 2人部屋 ⑤ 3人又は4人部屋 ⑥ 5人以上部屋	③から⑥の各病室の室数を室定員規模別に記入してください。	⑦ 廊下幅(内法)	片廊下又は中廊下のうちあてはまるものに○をつけた上で記入してください。片廊下及び中廊下をともに有する場合は、両方について記入してください。複数の幅がある場合はもっとも狭い幅について記入してください。
病棟名	貴医療機関における固有の名称を記入してください。(例：東2病棟)										
① 建築年度	当該病棟についての建設年度について記入してください。										
② 病床数	医療療養病床又は介護療養病床のうちあてはまる病床に○をつけたうえで、病床数を記入してください。医療療養病床及び介護療養病床をともに有する場合は、両方について記入してください。										
③ 個室 ④ 2人部屋 ⑤ 3人又は4人部屋 ⑥ 5人以上部屋	③から⑥の各病室の室数を室定員規模別に記入してください。										
⑦ 廊下幅(内法)	片廊下又は中廊下のうちあてはまるものに○をつけた上で記入してください。片廊下及び中廊下をともに有する場合は、両方について記入してください。複数の幅がある場合はもっとも狭い幅について記入してください。										
(5) 併設施設等の状況	併設している施設(事業所)について、あてはまるものすべてに○をつけてください。01から13にあてはまらないものはすべて14とし、()内に具体内容を記入してください。 なお、「併設」とは、同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地に、同一法人又は関連する法人が開設する各施設・事業所があり、一般に「併設」と呼ばれるような連携がとれている場合を指します。										

療養病床の転換意向について

(1) 医療療養病床のみ (2) 介護療養病床のみ	<p>(1) <u>医療療養病床における</u>今後の転換予定、(2) <u>介護療養病床における</u>今後の転換予定について、貴医療機関においてあてはまるものを記入してください。(転換意向に関しては、現時点での予定を記入してください。なお、記入したことによって、今後の予定を拘束するものではありません。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 平成23年度末までに複数の転換先がある場合には、最終的な転換先について記入してください。未定の場合は19を選択してください。また、(2)において介護療養病床のまま平成23年度末まで維持する場合は、「09 介護療養病床(病院又は診療所)」を選択してください。 なお、特別養護老人ホームに転換する場合は、社会福祉法人格が必要です。 整備区分欄には、次に該当するものを記入してください。 「創設」：既存の療養病床を有する施設を取り壊さずに、新たに施設を整備すること。 「改築」：既存の療養病床を有する施設を取り壊して、新たに施設を整備すること。 「改修」：既存の療養病床を有する施設を本体の躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等)で工事を伴うものであること。 「その他」：工事を伴わない転換を行う場合であること。
(3) 療養病床転換全般についてのご意見等	療養病床転換全般についてのご意見等がありましたらご自由に記入してください。