

# 患者票

## 療養病床入院患者の状態等について

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。また、すべての票に通して001から連番をつけてください。

(1) 生年月

生年月について記入してください。

(2) 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	あてはまる病床に○をつけてください。 医療療養病床は、介護保険移行準備病床を含みます。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ります。 介護療養病床は、経過型介護療養病床を含みます。 なお、精神病床については対象としません。		
03 主傷病名	医師の判断に基づいた、入院を必要としている状態の原因となっている病名のうちもっとも重大なものに○をつけてください。なお、入院時ではなく平成18年10月1日現在における主傷病名としてください。		
04 性別	あてはまる性別に○をつけてください。		
05 医療区分	「「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」に基づき、あてはまる医療区分に○をつけてください。また、確認していない場合は未実施に○をつけてください。		
06 ADL区分	「「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」に基づき、あてはまるADL区分に○をつけてください。また、確認していない場合は未実施に○をつけてください。		
07 要介護状態等区分	あてはまる要介護状態等区分に○をつけてください。 なお、介護療養病床における要支援1、要支援2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（経過措置）とされた方をいいます。		
08 認知症高齢者の日常生活自立度	以下の分類に基づき、あてはまるものに○をつけてください。		
	ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
	I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	II	日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
	II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
	III	日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
	IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
	M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等
			判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
			在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
			在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
			日常生活に支障を来たような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
			常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
			ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

09 障害高齢者の日常生活自立度	以下の分類に基づき、あてはまるものに○をつけてください。		
	生活自立	ランク J 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する	
	準寝たきり	ランク A 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	
	寝たきり	ランク B 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上で生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する	
ランク C 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない			
10 世帯の状況	あてはまる世帯の状況に○をつけてください。 なお、高齢者とは、65歳以上の者をいいます。		
11 住居の状況	あてはまる住居の状況に○をつけてください。		
12 自宅での介護者の有無	患者が自宅に帰った場合における介護に従事する家族等の介護者の有無について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、日中とは、おおむね午前6時から午後6時、夜間とはおおむね午後6時から午前6時の間とします。		
13 特別養護老人ホームの申込みの有無	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の入所申込みの有無について、あてはまるものに○をつけてください。		
14 介護老人保健施設の申込みの有無	介護老人保健施設の入所申込みの有無について、あてはまるものに○をつけてください。		
15 所得状況（医療療養病床に入院している方）	医療療養病床に入院している方の所得状況について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、各分類についてはそれぞれ以下の方をいいます。 低所得者Ⅰ①：市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 低所得者Ⅰ②：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 生活保護法の要保護者であって、低所得者Ⅰ②の適用を受けることにより、被保護者とならない方 低所得者Ⅱ：市町村民税世帯非課税であって、低所得者Ⅰ①又は低所得者Ⅰ②でない方 生活保護法の要保護者であって、低所得者Ⅱの適用を受けることにより、被保護者とならない方 その他：上記以外の者		
	16 所得状況（介護療養病床に入院している方）	介護療養病床に入院している方の所得状況について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、各分類についてはそれぞれ以下の方をいいます。 利用者負担第1段階：市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者、生活保護受給者 利用者負担第2段階：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 利用者負担第3段階：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上で利用者負担第1段階、第2段階以外の方 その他：上記以外の者	
(3) それぞれ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について、あてはまるものすべてに○をつけてください。 5 気管切開、6 人工肛門については、既に行われたものに対する処置を含みます。 なお、褥瘡処置（Ⅲ度以上）とは、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む）（NPUAP分類Ⅲ度及びⅣ度）に対して処置を行った場合をいいます。	
	18 3ヶ月以内の急性増悪の有無（急性期病院への転院等）	貴院の入院患者で、7月以降に急性増悪により急性期病院への転院、一般病床への転棟などがあり、治癒後再度貴院へ入院した経過の有無について、あてはまるものに○をつけてください。	
	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	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について、あてはまるものに○をつけてください。その際、地域にこれらの施設等が存在していると仮定して記入してください。 なお、継続入院が望ましいと考えられる場合には、「2 医療療養病床」又は「3 介護療養病床」に○をつけてください。	

## 「療養病床アンケート調査」患者票における医療処置の定義について

○記入に際しては、9 月中に行われた医療処置についてそれぞれ以下の通り取り扱うこととします。

1	<b>喀痰吸引</b>	ネラトンカテーテル、吸引器等を使用して喀痰吸引を行った場合をいいます。
2	<b>経管栄養</b>	鼻腔栄養、胃ろう、腸ろう等により栄養処置を行った場合をいいます。
3	<b>モニター測定 (心拍、血圧、酸素飽和度)</b>	継続して心拍、血圧、酸素飽和度を測定している場合をいいます。 なお、 <u>健康管理上の朝夕の血圧測定等は含みません。</u>
4	<b>酸素療法</b>	鼻カニューラ、酸素マスク等により酸素吸入を行った場合をいいます。
5	<b>気管切開</b>	気管切開を行った場合をいいます。 (既に処置を行われていた場合を含みます。)
6	<b>人工肛門</b>	人工肛門を造設した場合をいいます。 (既に処置を行われていた場合を含みます。)
7	<b>膀胱カテーテル</b>	留置カテーテルの設置、カテーテル挿入による導尿等を行った場合をいいます。
8	<b>点滴</b>	<u>中心静脈点滴</u> を行った場合をいいます。 なお、 <u>末梢静脈点滴</u> は含みません。
9	<b>褥瘡処置 (Ⅲ度以上)</b>	皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む)(NPUAP 分類Ⅲ度及びⅣ度)に対して処置を行った場合をいいます。
10	<b>疼痛管理</b>	<u>オピオイド(麻薬系鎮痛薬)</u> 等を使用し疼痛管理を行った場合をいいます。
11	<b>透析</b>	血液透析及び腹膜透析を行った場合をいいます。
12	<b>その他</b>	薬剤内服等の上記以外の医療処置を行った場合をいいます。

## 留意事項

1. 施設票集計における医療療養病床の病床数と入院者数は回復期リハビリテーション管理料算定病床及び当該病床入院者を除いたものである。
2. %の値は小数第二位での四捨五入のため、計が100%にならない場合がある。
3. 複数回答設問では、各選択肢に該当する数の合計と全体の数は一致しない。また、各選択肢についての構成比は全体の数に占める割合であるため、合計は100%にならない。
4. 「無回答等」には、1) 無回答、2) 単一回答の設問における複数回答が含まれる。
5. 患者票入院病床別集計における「全体」は入院病床が不明であった患者も含むため、医療療養病床入院者数と介護療養病床入院者数の合計は全体の数と一致しない。