

施設特性調査票

■ 回答者の名前と連絡先をご記入ください。

ご担当者氏名		部署・役職	
電話番号		ファクス番号	
施設名			
住所	〒		
施設形態	病院・診療所 ← 該当する方に○をつけてください。		

問1 貴院の**開設主体**について、該当するもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 01 国 | 05 社会保険関係団体 | 09 社団・財団法人 |
| 02 都道府県 | 06 広域連合・一部事務組合 | 10 その他の法人 |
| 03 市区町村 | 07 医療法人 | 11 個人 |
| 04 公的(日赤・済生会等) | 08 社会福祉法人 | |

問2 貴院に**併設する施設・事業所**について、該当するもの全てに○をつけてください。

- | | | |
|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 01 併設なし | 07 認知症グループホーム | 12 訪問看護事業所 ^{注3} |
| 02 病院 | 08 その他の介護施設(ケア付き住宅等) ^{注1} | 13 訪問介護事業所 |
| 03 有床診療所 | 09 短期入所事業所(ショートステイ) ^{注2,3} | 14 訪問リハビリテーション事業所 ^{注3} |
| 04 無床診療所 | 10 通所介護事業所(デイサービス) | 15 その他の居宅介護サービス |
| 05 介護老人保健施設 | 11 通所リハビリテーション事業所(デイケア) ^{注3} | 16 その他() |
| 06 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | | |

問3 貴院の**病床数・入院患者数・所属する職員数(常勤換算・小数点第一位まで)**をご記入ください。

病棟種別		許可病床数	入院患者数	専従医師	看護職員	看護補助者・介護職員
医 療	① 医療療養病棟(病院・20:1)	床	人	人	人	人
	② 医療療養病棟(病院・25:1)	床	人	人	人	人
	③ 医療療養病床(診療所)	床	人	人	人	人
	④ 一般病棟(病院・13:1)	床	人	人	人	人
	⑤ 一般病棟(病院・15:1)	床	人	人	人	人
	⑥ 一般病床(診療所)	床	人	人	人	人
	⑦ 障害者施設(7:1)	床	人	人	人	人
	⑧ 障害者施設(10:1)	床	人	人	人	人
	⑨ 障害者施設(13:1)	床	人	人	人	人
	⑩ 障害者施設(15:1)	床	人	人	人	人
	⑪ 特殊疾患病棟 ^{注4}	床	人	人	人	人
	⑫ 上記以外の病棟	床	人	人	人	人
介 護	⑬ 介護療養型医療施設	床	人	人	人	人
	⑭ 老人性認知症疾患療養病棟	床	人	人	人	人

注1: 有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅 等。

注2: 短期入所生活介護事業所および短期入所療養介護事業所。

注3: みなし指定を含む。

注4: 特殊疾患入院医療管理料を算定している病室を含む。

＜問3①～③に該当する病棟（医療療養病棟等）がある場合のみご回答ください。＞

問4 貴院の医療療養病棟等で、 全く受け入れていない患者 として該当するもの全てに○をつけてください。		
01 気管切開をしている	07 人工透析をしている	13 重篤な合併症を併発している
02 中心静脈栄養をしている	08 人工呼吸器をつけている	14 当該施設での看取りを希望する
03 経鼻経管栄養をしている	09 喀痰吸引の必要がある	15 家族や身元引受人がない
04 胃ろう・腸ろうをしている	10 重度の褥瘡がある	16 その他（ ）
05 インスリンを投与している	11 感染症（MRSA、緑膿菌など）がある	
06 酸素療法をしている	12 重度の認知症（徘徊を含む）の状態にある	
問5 貴院の 医療療養病棟等 が地域で果たす役割のうち、 特に重要と考える もの全てに○をつけてください。		
01 他の医療機関からの患者受入	05 長期療養	
02 在宅・介護施設からの急性増悪者受入	06 日常生活支援	
03 家族への支援（レスパイト・介護困難者の支援）	07 看取り	
04 在宅復帰支援	08 その他（ ）	

＜問3④または⑤に該当する病棟（13:1又は15:1一般病棟）がある場合のみご回答ください。＞

問6 貴院の 救急医療体制 についておうかがいします。		
① 救急告示（○は1つ）	01 一次	03 三次
	02 二次	04 なし
② 24時間の救急対応の可否（○は1つ）	01 ほぼ毎日可能	03 週1～2日可能
	02 週3～5日可能	04 ほぼ不可能
③ 平成22年5月中に受け入れた救急車の件数		件
④ 平成22年5月中に診療時間外に受診した患者の延数		人
⑤ ④のうち、緊急入院した患者の延数【再掲】		人
問7 貴院の 手術の実施状況 についておうかがいします。		
① 平成22年5月中に実施した手術の件数		件
② ①のうち、全身麻酔（静脈麻酔は除く）を実施した件数【再掲】		件
③ ①のうち、腰椎麻酔（静脈麻酔は除く）を実施した件数【再掲】		件

＜問3⑬に該当する病棟（介護療養型医療施設）がある場合のみご回答ください。＞

問8 貴院の介護療養型医療施設で、 全く受け入れていない患者 として該当するもの全てに○をつけてください。		
01 気管切開をしている	07 人工透析をしている	13 重篤な合併症を併発している
02 中心静脈栄養をしている	08 人工呼吸器をつけている	14 当該施設での看取りを希望する
03 経鼻経管栄養をしている	09 喀痰吸引の必要がある	15 家族や身元引受人がない
04 胃ろう・腸ろうをしている	10 重度の褥瘡がある	16 その他（ ）
05 インスリンを投与している	11 感染症（MRSA、緑膿菌など）がある	
06 酸素療法をしている	12 重度の認知症（徘徊を含む）の状態にある	
問9 貴院の 介護療養型医療施設 が地域で果たす役割のうち、 特に重要と考える もの全てに○をつけてください。		
01 他の医療機関からの患者受入	05 長期療養	
02 在宅・介護施設からの急性増悪者受入	06 日常生活支援	
03 家族への支援（レスパイト・介護困難者の支援）	07 看取り	
04 在宅復帰支援	08 その他（ ）	

設問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

患者特性調査票

◆本調査は、医療施設・介護施設を利用する方々への横断的な調査であるため、各設問において貴院に該当しない選択肢があり得ますが、最も適当と考えられるものについてご記入下さい。

I 患者の基本情報		連番 記入欄	
1 性別	01 男 02 女	2 年齢	満 _____ 歳 (平成 22 年 6 月 23 日時点)
3 入院年月	(昭和・平成) _____ 年 _____ 月		
4 入院している 病棟の種別 【〇を1つ】	01 介護療養型医療施設 ^{注1} (病院)	06 一般病棟 (看護配置 15 : 1)	
	02 介護療養型医療施設 (診療所)	07 一般病棟 (看護配置 13 : 1)	
	03 医療療養病棟 (病院・看護配置 20 : 1)	08 一般病床 (診療所)	
	04 医療療養病棟 (病院・看護配置 25 : 1)	09 障害者施設	
	05 医療療養病床 (診療所)	10 特殊疾患療養病棟 ^{注2}	
<p>≪回答した病棟が、平成20年4月以降に他の病棟から種別を変更した病棟である場合には、変更した年月を記入するとともに、変更前の病棟の種別について該当するもの1つに〇をつけてください(複数回変更している場合は、直近の変更について記入ください)≫</p>			
病棟変更の年月		平成 _____ 年 _____ 月	
	01 介護療養型医療施設	03 一般病棟	
	02 医療療養病棟	04 その他の病棟	
5 入院時の理由 【該当する全てに〇】	01 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 02 継続的な高度な医療管理が必要なため 03 疾病の急性期状態が安定したため 04 継続的なリハビリが必要なため 05 他の医療施設もしくは介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 06 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療・介護サービスが確保できないため 07 在宅療養でも対応できるが、住宅改修等の住環境の整備ができないため 08 在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため 09 上記以外で、本人、家族等が強く希望するため 10 その他 (_____)		
6 入院前の居場所 【〇を1つ】	01 自宅 (家族等との同居も含む)	08 その他の医療機関の介護療養型医療施設	
	02 自院または同一法人 ^{注3} の一般病棟	09 その他の医療機関のその他の病棟	
	03 自院または同一法人の医療療養病棟	10 介護老人保健施設	
	04 自院または同一法人の介護療養型医療施設	11 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	
	05 自院または同一法人のその他の病棟	12 その他の介護施設 ^{注4}	
	06 その他の医療機関の一般病棟	13 その他 (_____)	
	07 その他の医療機関の医療療養病棟		
	<p>≪01の場合、自宅での介護者の有無について該当するもの1つに〇をつけてください≫</p>		
	01 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)	05 不明	
	02 夜間のみ、介護ができる人がいる	06 その他 (_____)	
	03 日中のみ、介護ができる人がいる		
	04 日中、夜間とも介護ができる人がいる		

注1：老人性認知症疾患療養病棟を含む。

注2：特殊疾患入院医療管理料を算定している病室を含む。

注3：貴院と同一の法人、または関連する法人によって運営されている医療機関。

注4：有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、認知症グループホーム等。

II 患者の状態等

7 現在治療中の 疾患 【該当する全てに〇】 ※内服のみのものも含みます。ただし、現在治療していない既往歴は含めないでください。	01 脳血管疾患	07 糖尿病	13 気管支喘息
	02 骨折 (大腿骨、脊髄等)	08 うつ・躁うつ	14 高血圧症
	03 認知症	09 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患	15 麻痺
	04 心疾患	10 てんかん	16 廃用症候群
	05 パーキンソン病関連疾患	11 慢性腎機能障害・腎不全	17 疾患は特になし
	06 悪性新生物 (がん)	12 肺炎 (誤嚥性肺炎を含む)	18 その他 (_____)

V 患者への医療の提供状況（医療区分等）に係る評価

◇平成22年6月23日における対象患者の状態について、下記の評価項目等に該当する場合は、その全てについて記入欄内に○をつけてください。

◇なお、この評価項目は、療養病棟入院基本料等の算定の際に使用する医療区分に基づき作成されていますが、一部に医療区分の評価項目以外のものも含まれています。記入要領をご参照いただきながら、該当する全ての項目に○をつけるようにしてください。特に※の項目の定義については、必ず記入要領で確認してから判断してください。

		記 入 欄	
		該当あり	
01	24時間持続して点滴を実施している状態	<input type="checkbox"/>	不明
	01-2 連続して実施しているのは7日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	尿路感染症に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>	不明
	02-2 連続して実施しているのは14日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	傷病等により医療保険のリハビリテーションが必要な状態※	<input type="checkbox"/>	不明
	03-2 原因となる傷病等の発症後30日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	リハビリテーションが必要な状態（03の場合を除く）※	<input type="checkbox"/>	
05	脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	<input type="checkbox"/>	不明
	05-2 連続して実施しているのは7日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	脱水に対する治療を実施している状態（発熱を伴わない状態）	<input type="checkbox"/>	
07	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態※	<input type="checkbox"/>	不明
	07-2 連続しているのは7日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	<input type="checkbox"/>	不明
	08-2 連続して実施しているのは3日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態（発熱を伴わない状態）	<input type="checkbox"/>	
10	せん妄に対する治療を実施している状態※	<input type="checkbox"/>	不明
	10-2 連続して実施しているのは7日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態	<input type="checkbox"/>	不明
	11-2 連続して実施しているのは7日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態（発熱及び嘔吐を伴わない状態）	<input type="checkbox"/>	
13	頻回の血糖検査を実施している状態	<input type="checkbox"/>	不明
	13-2 連続して実施しているのは3日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	インスリン注射を実施している状態	<input type="checkbox"/>	
15	スモン	<input type="checkbox"/>	
16	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態※	<input type="checkbox"/>	
17	中心静脈栄養を実施している状態	<input type="checkbox"/>	
18	人工呼吸器を使用している状態（1日5時間以上）	<input type="checkbox"/>	
19	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態	<input type="checkbox"/>	
20	気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態	<input type="checkbox"/>	
21	気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴わない状態）	<input type="checkbox"/>	
22	酸素療法を実施している状態	<input type="checkbox"/>	

23	感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態		
24	筋ジストロフィー症		
25	多発性硬化症		
26	筋萎縮性側索硬化症		
27	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 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。)]		
28	その他の難病 (スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患を除く。)		
29	脊髄損傷 (頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)		
30	重度の意識障害		
31	慢性閉塞性肺疾患 (ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)		
32	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態		
33	悪性腫瘍 (医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)		
34	悪性腫瘍以外で疼痛コントロールが必要な状態		
35	肺炎に対する治療を実施している状態		
36	褥瘡に対する治療を実施している状態 (皮膚層の部分的喪失が認められる場合、又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)		
37	褥瘡に対する治療を実施している状態 (36の場合を除く。)		
38	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態		
39	うつ症状に対する治療を実施している状態		
40	他者に対する暴行が毎日認められる状態		
41	1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態		
42	1日に1回以上8回未満の喀痰吸引を実施している状態		
43	創傷 (手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態		
44	人工肛門の処置を実施している状態		
45	膀胱留置カテーテル、導尿等の排尿時の処置を実施している状態		
46	過去7日間に内服した薬剤の種類※	種類	
47	過去7日間に実施した検査の内容	① 検体検査 (尿・血液等)	
		② 生体検査 (超音波・内視鏡等)	
		③ X線単純撮影	
		④ CT・MRI	

VI ADL区分に係る評価

別添の記入要領に基づき、6月23日時点の患者の状態として該当する点数を記入してください。

自立：0点 準備のみ：1点 観察：2点 部分的な援助：3点 広範な援助：4点 最大の援助：5点 全面依存：6点

	記入欄
A ベッド上の可動性	点
B 移乗	点
C 食事	点
D トイレの使用	点