

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30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30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、算定されている入院基本料等についてお伺いします。

1-1 開設者 (該当する番号1つに○)

- 01 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)
- 02 公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)
- 03 公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
- 04 社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)
- 05 医療法人(社会医療法人は含まない)
- 06 その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人)
- 07 個人

1-2 入院基本料(平成30年11月1日時点) (該当する番号1つに○)

- 01 急性期一般入院料1
- 02 急性期一般入院料2
- 03 急性期一般入院料3
- 04 急性期一般入院料4
- 05 急性期一般入院料5
- 06 急性期一般入院料6
- 07 急性期一般入院料7
- 08 専門病院入院基本料(7対1)
- 09 専門病院入院基本料(10対1)
- 10 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)
- 11 特定機能病院入院基本料(一般病棟10対1)

■上記1-2で08~11を選択された場合、看護必要度加算の届出状況についてご回答ください。

1-2-1 看護必要度加算の届出状況 (該当する番号1つに○)

- 01 看護必要度加算1
- 02 看護必要度加算2
- 03 看護必要度加算3
- 04 看護必要度加算を届出していない

問2 貴院の許可病床数についてお伺いします。

2-1 許可病床数(平成30年11月1日時点)

① 一般病床	床	④ 結核病床	床
② 療養病床	床	⑤ 感染症病床	床
(うち)介護療養病床	床	⑥ 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）についてお伺いします。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（平成30年11月1日時点）			
① 医師	. 人	⑪ 臨床心理技術者	. 人
② 歯科医師	. 人	⑫ 診療放射線技師	. 人
③ 看護師	. 人	⑬ 臨床検査技師	. 人
④ 准看護師	. 人	⑭ 臨床工学技士	. 人
⑤ 看護補助者	. 人	⑮ 歯科衛生士	. 人
（うち）介護福祉士	. 人	⑯ 相談員	. 人
⑥ 薬剤師	. 人	（うち）社会福祉士	. 人
⑦ 管理栄養士	. 人	（うち）精神保健福祉士	. 人
⑧ 理学療法士	. 人	⑰ 医師事務作業補助者	. 人
⑨ 作業療法士	. 人	⑱ 事務職員	. 人
⑩ 言語聴覚士	. 人	⑲ その他の職員	. 人

※1. 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 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

4-1 電子カルテの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-2 オーダリングシステムの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-3 医療情報連携ネットワーク ^{※1} への参加状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 参加している	02 参加していない
■ 上記4-3で「01 参加している」を選択した場合、患者情報の開示状況についてご回答ください。	
4-3-1 参加している医療情報連携ネットワークにおける、電子カルテなどの患者情報の開示状況 ^{※2} （該当する番号1つに○）	
01 開示施設である	02 開示施設ではない

※1. 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク。

※2. 部分的でも開示している医療情報があれば「01 開示施設である」とご回答ください。

問5 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

5-1 外来患者数（平成30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
5-2 総入院患者数（平成30年11月1日時点）	
① 総入院患者数※1	人

※1. 施設全体の合計をご回答ください。

問6 貴院の病棟の状況についてお伺いします。

6-1 病棟数、病床数等（平成30年11月1日時点）	病棟数	届出病床数	入院患者数
① 急性期一般入院料1	棟	床	人
② 急性期一般入院料2	棟	床	人
③ 急性期一般入院料3	棟	床	人
④ 急性期一般入院料4	棟	床	人
⑤ 急性期一般入院料5	棟	床	人
⑥ 急性期一般入院料6	棟	床	人
⑦ 急性期一般入院料7	棟	床	人
⑧ 専門病院入院基本料（7対1）	棟	床	人
⑨ 専門病院入院基本料（10対1）	棟	床	人
⑩ 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	棟	床	人
⑪ 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）	棟	床	人
6-2 新入棟、退棟患者数等（平成30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 急性期一般入院料1	人	人	日
② 急性期一般入院料2	人	人	日
③ 急性期一般入院料3	人	人	日
④ 急性期一般入院料4	人	人	日
⑤ 急性期一般入院料5	人	人	日
⑥ 急性期一般入院料6	人	人	日
⑦ 急性期一般入院料7	人	人	日
⑧ 専門病院入院基本料（7対1）	人	人	日
⑨ 専門病院入院基本料（10対1）	人	人	日
⑩ 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	人	人	日
⑪ 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）	人	人	日

6-3 届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ

02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

■ 上記6-3で「01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ」を選択した場合、届出を行った理由をご回答ください。

6-3-1 重症度、医療・看護必要度Ⅰ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 | 診療実績情報データ（レセプトコード）による評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）より、評価票の記入のほうが容易であり、重症度、医療・看護必要度Ⅱの方法に変更する必要性を感じないため | |
| 02 | 重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合と比較して、より高い入院料を届出ることができるため | |
| 03 | 重症度、医療・看護必要度Ⅰのデータを看護職員配置などの看護管理業務に用いるため | |
| 04 | 重症度、医療・看護必要度Ⅱを満たす患者の割合と重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合との差分が0.04に収まらないため | |
| 05 | その他（_____） | |

■ 上記6-3で「02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を選択した場合、届出を行った理由をご回答ください。

6-3-2 重症度、医療・看護必要度Ⅱ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 | 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に必要な診療実績情報データ（レセプトコード）による評価体制が整っており、重症度、医療・看護必要度Ⅰよりも評価票記入者の負担が軽減されるため | |
| 02 | 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合と比較して、より高い入院料を届出ることができるため | |
| 03 | 入院料の算定要件に重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが求められているため | |
| 04 | その他（_____） | |

■ 届出によらず、重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの両方の患者割合を算出している場合、下記6-4にご回答ください。

6-4 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方を算出している理由（該当する番号すべてに○）

- | | |
|----|--|
| 01 | 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方で算出した患者割合にズレがないか確認するため |
| 02 | 現在、施設として重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ているが、将来的に重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を検討しているため |
| 03 | その他（_____） |

6-5 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30年8月～10月については、Ⅰ又はⅡどちらも算出している場合は両方をお答えください。	平成29年 8月～10月※ ¹	平成30年8月～10月※ ²	
		重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
① 急性期一般入院料1※ ³	. %	. %	. %
② 急性期一般入院料2※ ³	. %	. %	. %
③ 急性期一般入院料3※ ³	. %	. %	. %
④ 急性期一般入院料4※ ³	. %	. %	. %
⑤ 急性期一般入院料5※ ³	. %	. %	. %
⑥ 急性期一般入院料6※ ³	. %	. %	. %
⑦ 急性期一般入院料7※ ³	. %	. %	. %
⑧ 専門病院入院基本料（7対1）	. %	. %	. %
⑨ 専門病院入院基本料（10対1）	. %	. %	. %
⑩ 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	. %	. %	. %
⑪ 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）	. %	. %	. %

※1. 平成29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、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。

※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、「診療・療養上の指示が通じる（B14）」又は「危険行動（B15）」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が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。

※3. 平成29年8～10月の値については、平成29年11月1日時点で一般病棟入院基本料（7対1）又は一般病棟入院基本料（10対1）の届出をしていた場合にご回答ください。

6-6 在宅復帰率等（平成30年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率※ ¹	平均在院日数
① 急性期一般入院料1	. %	. 日
② 急性期一般入院料2	. %	. 日
③ 急性期一般入院料3	. %	. 日
④ 急性期一般入院料4	. %	. 日
⑤ 急性期一般入院料5	. %	. 日
⑥ 急性期一般入院料6	. %	. 日
⑦ 急性期一般入院料7	. %	. 日
⑧ 専門病院入院基本料（7対1）	. %	. 日
⑨ 専門病院入院基本料（10対1）	. %	. 日
⑩ 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	. %	. 日
⑪ 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）	. %	. 日

※1. 「在宅復帰率」＝A÷B：A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、療養病棟、有床診療所、老健施設へ退院した患者（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）。

6-7 病床利用率 ^{※1}	平成 29 年 10 月の 1 か月間	平成 30 年 10 月の 1 か月間
① 急性期一般入院料 1 ^{※2}	. %	. %
② 急性期一般入院料 2 ^{※2}	. %	. %
③ 急性期一般入院料 3 ^{※2}	. %	. %
④ 急性期一般入院料 4 ^{※2}	. %	. %
⑤ 急性期一般入院料 5 ^{※2}	. %	. %
⑥ 急性期一般入院料 6 ^{※2}	. %	. %
⑦ 急性期一般入院料 7 ^{※2}	. %	. %
⑧ 専門病院入院基本料（7 対 1）	. %	. %
⑨ 専門病院入院基本料（10 対 1）	. %	. %
⑩ 特定機能病院入院基本料（一般病棟 7 対 1）	. %	. %
⑪ 特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対 1）	. %	. %

※1. 「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

※2. 平成 29 年 10 月の値については、平成 29 年 11 月 1 日時点で一般病棟入院基本料（7 対 1）又は一般病棟入院基本料（10 対 1）の届出をしていた場合にご回答ください。

問 7 貴院における夜間看護体制特定日減算についてお伺いします。

7-1 夜間看護体制特定日減算の算定状況について（平成 30 年 8 月～10 月の 3 ヶ月間）（該当する番号 1 つに○）	
<input type="radio"/> 01 夜間看護体制特定日減算を算定している	<input type="radio"/> 02 夜間看護体制特定日減算を算定していない
■ 上記 7-1 で「01 夜間看護体制特定日減算を算定している」と回答した場合、夜間看護体制特定日減算の算定日数についてご回答ください。	
7-1-1 夜間看護体制特定日減算の算定日数	日

問 8 貴院における急性期看護補助体制加算の届出状況等についてお伺いします。

8-1 急性期看護補助体制加算の届出状況について（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）	
<input type="radio"/> 01 25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割以上）	<input type="radio"/> 04 75 対 1 急性期看護補助体制加算
<input type="radio"/> 02 25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割未満）	<input type="radio"/> 05 夜間看護体制加算
<input type="radio"/> 03 50 対 1 急性期看護補助体制加算	<input type="radio"/> 06 急性期看護補助体制加算を届出していない

8-2 身体的拘束等の行動制限を最小化する取り組みの実施状況について（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）	
<input type="radio"/> 01 身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている	
<input type="radio"/> 02 身体的拘束を最小限にするための取り組みについて、職員が知識や技術を学ぶ機会を設けている	
<input type="radio"/> 03 身体的拘束を必要としない状態となるよう、1 日 1 回程度、環境やケアの見直しを実施している	
<input type="radio"/> 04 身体的拘束を最小限にするための取り組みとして、身体的拘束に係る用具の新規購入を中止している	
<input type="radio"/> 05 特にない	
<input type="radio"/> 06 その他（ ）	

問9 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。

- ◆【現時点の状況】では、平成30年11月1日時点の状況についてご回答ください。【今後の意向】では、今後の入院基本料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。

9-1 今後の入院基本料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】 入院基本料別の病床数の増減の意向 (左記届出の有無で「01 届出あり」を選択した場合は上段の選択肢、「02 届出なし」を選択した場合は下段の選択肢にご回答ください)			
			01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
① 急性期一般入院料1	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
② 急性期一般入院料2	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
③ 急性期一般入院料3	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
④ 急性期一般入院料4	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
⑤ 急性期一般入院料5	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
⑥ 急性期一般入院料6	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
⑦ 急性期一般入院料7	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
⑧ 専門病院入院基本料 (7対1)	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
⑨ 専門病院入院基本料 (10対1)	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
⑩ 特定機能病院入院基本料 (一般病棟7対1)	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
⑪ 特定機能病院入院基本料 (一般病棟10対1)	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		

■ 上記9-1【今後の意向】で「04 他の病棟へ転換」を選択した場合、現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟の状況およびその理由をご回答ください。

9-1-1 現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟の状況	検討している転換先 (該当する病棟等すべてに〇)	転換を検討している理由 (下記の選択肢から優先度が高い順に該当する理由3つを記入)
① 急性期一般入院料1の病棟へ転換		, ,
② 急性期一般入院料2の病棟へ転換		, ,
③ 急性期一般入院料3の病棟へ転換		, ,
④ 急性期一般入院料4の病棟へ転換		, ,
⑤ 急性期一般入院料5の病棟へ転換		, ,
⑥ 急性期一般入院料6の病棟へ転換		, ,
⑦ 急性期一般入院料7の病棟へ転換		, ,
⑧ 地域一般入院基本料の病棟へ転換		, ,
⑨ 回復期リハビリテーション病棟へ転換		, ,
⑩ 地域包括ケア病棟へ転換		, ,
⑪ 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換		, ,
⑫ 上記以外の病棟・病室へ転換		, ,
⑬ 具体的な病棟種別等は未定		

◆ 以下は、上記9-1-1の「転換を検討している理由」の選択肢です。該当する記号を「転換を検討している理由」の回答欄にご記入ください。

(9-1-1 「転換を検討している理由」の選択肢) 現在届出ている入院基本料から転換を検討している理由
<ul style="list-style-type: none"> a 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため b 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため c 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）が急性期一般入院料に再編・統合され転換負担が緩和されたため d 看護師の確保が困難なため e 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が現在届出ている病棟又は入院料等と合わなくなってきたため f 平均在院日数の基準を満たすことが困難なため g 在宅復帰率の基準を満たすことが困難なため h 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため i 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため j 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため k その他

■ 下記問 10 については、貴院が改定前に一般病棟入院基本料(7対1入院基本料)を届出していた場合のみご回答ください。

問 10 貴院が改定前（平成 30 年 3 月 31 日時点）に一般病棟入院基本料（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。

10-1 改定前（平成 30 年 3 月 31 日時点）に一般病棟入院基本料（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 30 年 3 月 31 日時点）に一般病棟入院基本料（7 対 1）を届出していた病棟		棟	床
平成 30 年 11 月 1 日時点の内訳	① 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院料1を届出	棟	床
	② 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院料2を届出	棟	床
	③ 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院料3を届出	棟	床
	④ 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院料4を届出	棟	床
	⑤ 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院料5を届出	棟	床
	⑥ 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院料6を届出	棟	床
	⑦ 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院料7を届出	棟	床
	⑧ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域一般入院基本料の病棟へ転換	棟	床
	⑨ 平成 30 年 11 月 1 日時点、回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑩ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑪ 平成 30 年 11 月 1 日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床
	⑫ 平成 30 年 11 月 1 日時点、上記以外の病棟・病室へ転換		床
	⑬ 平成 30 年 11 月 1 日時点、休床としている病床		床

■ 上記 10-1 で①に記入した場合、急性期一般入院料 1 を届出している理由についてご回答ください。

10-1-1 急性期一般入院料 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 改定前の一般病棟（7 対 1）相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い（医療需要がある）ため	
02 急性期一般入院料 1 から他の病棟等へ転換すると、地域で連携している医療機関からの要請に答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、急性期一般入院料 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 急性期一般入院料 1 の方が、他の病棟等と比較して経営が安定するため	
06 急性期一般入院料 1 から他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが低下するため	
07 急性期一般入院料 1 から他の病棟等へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため	
08 その他（_____）	

■ 上記 10-1 で②または③に記入した場合、一般病棟（7 対 1）から急性期一般入院料 2 または 3 を届出ている病棟へ転換した理由についてご回答ください。

10-1-2 一般病棟（7 対 1）から急性期一般入院料 2 または 3 を届出ている病棟へ転換した理由

（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

01	7 対 1 より 10 対 1 の看護職員配置が適切だと思われる入院患者が多い（医療需要がある）ため	
02	一般病棟（7 対 1）から転換することで、より地域で連携している医療機関からの要請に応えられる医療を提供できるため	
03	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	
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すことが困難なため	
06	平均在院日数の基準を満たすことが困難なため	
07	在宅復帰率の基準を満たすことが困難なため	
08	転換した方が経営が安定するため	
09	一般病棟（7 対 1）から転換することで、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 11 貴院の看護要員の状況についてお伺いします。

11-1 平成 31 年度の看護要員の確保の意向 (該当する番号それぞれ 1 つに○)	平成 30 年度の退職者数の見込み		平成 31 年度の新規採用予定者数	
① 看護師	01 例年より多い 02 例年並み	03 例年より少ない 04 分からない	01 例年より多い 02 例年並み	03 例年より少ない 04 分からない
② 准看護師	01 例年より多い 02 例年並み	03 例年より少ない 04 分からない	01 例年より多い 02 例年並み	03 例年より少ない 04 分からない
③ 看護補助者	01 例年より多い 02 例年並み	03 例年より少ない 04 分からない	01 例年より多い 02 例年並み	03 例年より少ない 04 分からない

問 12 貴院の入退院支援部門（入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 入退院支援部門の設置状況（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）		
01 入退院支援部門を設置している		02 入退院支援部門を設置していない
■ 上記 12-1 で「01 入退院支援部門を設置している」を選択した場合、入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 入退院支援部門に従事する職員数（平成 30 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（ <input type="text"/> ）	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 12-1 で「02 入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。		
12-1-2 入退院支援部門を設置していない理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）		
01 入院時点で退院支援を必要とする（見込みを含む）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 入退院支援部門を設置すると、経営が不安定になるおそれがあるため		
04 入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 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため		
06 入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おり、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		
08 入退院支援部門を設置しなくても、各病棟や各職員による十分な入退院支援を行えているため		
09 入退院支援が必要な患者がいれば、その都度、入退院支援チームを組んで対応しているため		
10 その他（ <input type="text"/> ）		

問 13 貴院の入退院支援に関連する項目の算定件数についてお伺いします。

13-1 入退院支援加算の届出の有無（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）	
01 入退院支援加算 1 を届出ている	04 入退院支援加算（特定地域）を届出ている
02 入退院支援加算 2 を届出ている	05 入退院支援加算を届出していない
03 入退院支援加算 3 を届出ている	

13-2 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 入退院支援加算 1	件	④ 入退院支援加算（特定地域）	件
② 入退院支援加算 2	件	⑤ 地域連携診療計画加算 （入退院支援加算に係る加算に限る）	件
③ 入退院支援加算 3	件	⑥ 小児加算 （入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件

13-3 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
[再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数		件
内 訳 ※ ¹	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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ²	件
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	件
	⑤ 生活困窮者であること	件
	⑥ 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
	⑦ 排泄に介助を要すること	件
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑨ 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
	⑩ 入退院を繰り返していること	件
	⑪ その他患者の状況から判断して①から⑩までに準ずると認められる場合	件
■ 上記 13-3 で「⑪」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。		
13-3-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大 3 つまで）		
「⑪」の状態例 1（		）
「⑪」の状態例 2（		）
「⑪」の状態例 3（		）

※ 1. 内訳の各項目に記載の「退院困難な要因」のうち、複数の要因に該当する場合は、主たる要因にのみ件数を計上してください。

※ 2. 「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。

13-4 退院時共同指導料 2 に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
① 退院時共同指導料 2 の算定件数		件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合		件
② 多機関共同指導加算の算定件数		件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合		件

13-5 入退院支援加算を算定する患者で退院時共同指導料 2 を算定した患者の退院先（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
[再掲] 退院時共同指導料 2 の算定件数（＝「13-4 の①」）		件
（うち）入退院支援加算を算定する患者への算定件数		件
退 院 先 の 内 訳	① 自宅	件
	② 介護老人保健施設	件
	③ 介護医療院	件
	④ 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）	件
	⑤ 特定施設（地域密着型特定施設を含む）	件
	⑥ 障害者支援施設※ ¹	件
	⑦ 福祉型障害児入所施設	件
	⑧ 医療型障害児入所施設	件

※ 1. 生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。

13-6 退院時共同指導料2の算定にあたり共同指導に従事している職種（平成30年8月～10月の3か月間） （該当する選択肢の右欄に○、算定にあたり最も多く関与している職種1つには◎）	
01 医師	
02 看護師等（保健師、助産師、看護師又は准看護師）	
03 薬剤師	
04 管理栄養士	
05 理学療法士	
06 作業療法士	
07 言語聴覚士	
08 社会福祉士	
09 その他の職種（_____）	

問 14 貴院の入院時支援加算の届出状況などについてお伺いします。

14-1 入院時支援加算の届出状況（平成30年11月1日時点） （該当する番号1つに○）		
01 入院時支援加算を届出ている	02 入院時支援加算を届出していない	
■ 上記14-1で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院前支援を行う職員数をご回答ください。		
14-1-1 入退院支援部門に従事する職員のうち入院前支援を行う職員数 （平成30年11月1日時点）	専 従	専 任
① 看護師	人	人
② 社会福祉士	人	人
③ その他の職種（_____）	人	人
■ 上記14-1で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院時支援加算の算定件数をご回答ください。		
14-1-2 入院時支援加算の算定件数（平成30年8月～10月の3か月間）		
入院時支援加算の算定件数	件	
入院前に実施した事項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合必須）	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
	⑧ 入院生活の説明（必須）	人
■ 上記14-1-2で③～⑦に記載の人数のうち、「入院時支援加算の算定件数」を下回る項目がある場合、その理由をご回答ください。		
14-1-2-1 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった理由 （該当する番号すべてに○）		
01 全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため		
02 配置されている人数の看護師又は社会福祉士のみでは、全ての項目を実施するのは困難であったため		
03 全ての項目を実施するには他職種（医師、薬剤師、管理栄養士等）の協力が必要であったため		
04 その他（_____）		

■ 上記 14-1-2 で「入院時支援加算の算定件数」が 1 件以上の場合、入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法についてご回答ください。

14-1-2-2 入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法 (該当する番号すべてに○)

- 01 電子カルテにより計画を共有している
 02 入退院支援部門から病棟に計画を送付している
 03 対面によるカンファレンス等により計画を共有している
 04 その他 (_____)

■ 上記 14-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、当該加算の届出による効果等をご回答ください。

14-1-3 入院時支援加算の届出によりもたらされた効果等 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | |
|---|--|
| 01 治療や入院生活に対する患者の理解度が上がった | |
| 02 退院調整にかかる期間が短くなった | |
| 03 病棟での入院時の受入における患者への治療方針等の説明に係る負担が減った | |
| 04 病棟での入院時の受入における入院生活等の説明に係る負担が減った | |
| 05 患者の身体的・社会的・精神的背景を踏まえた療養環境の整備が入院前に実施できるようになった | |
| 06 入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった | |
| 07 入院前の服薬状況を踏まえた治療方針が立てられるようになった | |
| 08 褥瘡・栄養スクリーニング結果に応じた治療方針が立てやすくなった | |
| 09 入退院支援加算に係る退院困難な要因を有している患者の抽出が容易となった | |
| 10 より多くの患者に対して入院前支援を実施できるようになった | |
| 11 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ようになった | |
| 12 特になかった | |
| 13 その他 (_____) | |

■ 上記 14-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。

14-1-4 入院時支援加算を届出ることが困難な理由 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | |
|---|--|
| 01 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため | |
| 02 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため | |
| 03 地域連携を行う十分な体制が整備できていないため | |
| 04 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | |
| 05 入退院支援加算を算定する患者がいないため | |
| 06 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため | |
| 07 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため | |
| 08 その他 (_____) | |

■ 上記 14-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、今後の届出の意向についてご回答ください。

14-1-5 入院時支援加算の今後の届出の意向 (該当する番号 1 つに○)

- 01 届出を予定している
 02 届出する予定はない
 03 未定・分からない

問 15 貴院が連携している施設についてお伺いします。

15-1 連携先 ^{※1} の施設数（特別の関係にあるものを含む）（平成 30 年 11 月 1 日時点）	連携先の施設数	（うち）特別の関係にある施設数
① 病院	施設	施設
（うち）在宅療養支援病院	施設	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	施設
② 診療所	施設	施設
（うち）在宅療養支援診療所	施設	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	施設
③ 介護保険サービス事業所	施設	施設
（うち）訪問系サービス（訪問介護、訪問看護等）	施設	施設
（うち）通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション等）	施設	施設
（うち）短期滞在系サービス（短期入所生活介護等）	施設	施設
（うち）居住系サービス（認知症グループホーム、特定施設等）	施設	施設
（うち）入所系サービス（特別養護老人ホーム等）	施設	施設
（うち）居宅介護支援事業所	施設	施設
④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑤ その他の施設	施設	施設

※1. 連携先とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

問 16 貴院において、退院支援の積極的な取り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り組みや促進等を困難にしている事項（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
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 特にない	

16-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01	地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない	
02	地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない	
03	地域の中で、訪問リハビリテーション指導（医療保険）を行う医療機関が少ない	
04	地域の中で、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	
05	地域の中で、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
06	地域の中で、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
07	地域の中で、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない	
08	地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない	
09	地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない	
10	特になし	
11	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●年●月●日（●）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30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30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、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、入院基本料についてお伺いします。

1-1 診療科目 (平成30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	06 脳神経外科	11 泌尿器科
02 小児科	07 産婦人科	12 放射線科
03 精神科	08 眼科	13 リハビリテーション科
04 外科	09 耳鼻咽喉科	14 歯科 (歯科口腔外科等含む)
05 整形外科	10 皮膚科	15 その他 ()

1-2 入院基本料 (平成30年11月1日時点) (該当する番号1つに○)	
01 急性期一般入院料1	07 急性期一般入院料7
02 急性期一般入院料2	08 専門病院入院基本料 (7対1)
03 急性期一般入院料3	09 専門病院入院基本料 (10対1)
04 急性期一般入院料4	10 特定機能病院入院基本料 (一般病棟7対1)
05 急性期一般入院料5	11 特定機能病院入院基本料 (一般病棟10対1)
06 急性期一般入院料6	

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30年11月1日時点)	
貴病棟の届出病床数	床

2-2 貴病棟に配置されている職員数 (専従換算 ^{※1}) (平成30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 相談員	. 人
(うち) 介護福祉士	. 人	(うち) 社会福祉士	. 人
④ 薬剤師	. 人	(うち) 精神保健福祉士	. 人
⑤ 管理栄養士	. 人	⑩ 医師事務作業補助者	. 人
⑥ 理学療法士	. 人	⑪ その他の職員	. 人

※1. 職員数の専従換算の算出方法
貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように専従換算して小数第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週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日 (各日3時間) 従事している場合

$$\text{専従換算した職員数} = \frac{4 \text{日} \times 3 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.3 \text{人}$$

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等 (平成30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

2-4 貴病棟における病床利用率※1	平成29年10月の 1か月間	平成30年10月の 1か月間
貴病棟における病床利用率	. %	. %

※1. 「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

2-5 貴病棟における在宅復帰率等 (平成30年8月～10月の3か月間)	在宅復帰率※1	平均在院日数
貴病棟における在宅復帰率等	. %	. 日

※1. 「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等 (介護医療院を含む)、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、療養病棟、有床診療所、老健施設へ退院した患者 (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)。

問3 平成30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 重症度、医療・看護必要度について (平成30年11月1日時点) (該当する番号1つに○)		
届出している重症度、医療・看護必要度の種別	01 I	02 II

3-2 貴病棟における重症度、医療・看護必要度 I または II に係る基準を満たす患者割合※1 (2時点比較)	
改定前 (平成29年8～10月) の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合	. %
改定後 (平成30年8～10月) の重症度、医療・看護必要度 I に係る基準を満たす患者割合※2	. %
改定後 (平成30年8～10月) の重症度、医療・看護必要度 II に係る基準を満たす患者割合※2	. %

※1. 改定前の患者割合は改定前の基準にしたがって算出した値を、改定後の患者割合は改定後の基準 (I 及び II) にしたがって算出した値をご記入ください。

※2. 届出に関わらず、重症度、医療・看護必要度 I 及び II の両方を算出している場合には該当患者割合をそれぞれご記入ください。

問4 貴病棟の入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入退院支援及び地域連携業務に従事する職員について (平成30年11月1日時点) (該当する番号すべてに○)		
01 専従の職員がいる	02 専任の職員がいる	03 専任・専従の職員はいない
■上記4-1で「01 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の入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入退院支援職員数 (平成30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 ()	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 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」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ご回答ください。

4-1-2 入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

(該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01	入退院支援業務の担当者が明確になるため、地域との連携、調整がスムーズになる	
02	より多くの患者に対して入退院支援を行える	
03	入退院支援に係る院内での調整を円滑に行える	
04	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	
05	退院支援計画の作成が滞りなく行える	
06	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	
07	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	
08	早期退院につながる	
09	特にない	
10	その他 (_____)	

4-2 入退院支援で困難等を感じる点 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

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が難しい	
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	入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機会を設けることが難しい	
09	他の医療機関・施設と、転院又は退院体制等について協議を行える信頼関係を構築することが難しい	
10	特にない	
11	その他 (_____)	

問5 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

5-1 貴病棟の入院患者数（平成30年11月1日時点）	
貴病棟の入院患者数	人

5-2 入棟前の居場所別患者数（平成30年11月1日時点）	
① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

5-3 自院の他病棟からの転棟患者数（平成30年11月1日時点）		
[再掲] 自院の他病棟からの転棟患者（＝「5-2の⑫」）	人	
内訳	① 自院の一般病床（②、③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外）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6 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

6-1 退棟先別の退棟患者数（平成30年10月の1か月間）		
貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人
	③ 介護老人保健施設	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
	⑨ 障害者支援施設	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
	⑮ 他院のその他の病床	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人
	㉑ 自院の精神病床	人
	㉒ 自院のその他の病床	人
診療所 有床	㉓ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人
死亡	㉕ 死亡退院	人
	㉖ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

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●年●月●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 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 ※レセプト電算処理用の傷病名 マスタの傷病名コードで記入	01. 主傷病	02. 入院契機			
	03. 医療資源	04. 医療資源 2			
	05. 併存症	06. 併存症 2	07. 併存症 3		
	08. 続発症	09. 続発症 2	10. 続発症 3		
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○)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 01. 自宅 (在宅医療の提供あり) *1 02. 自宅 (在宅医療の提供なし) *1 03. 介護老人保健施設 04. 介護医療院 05. 介護療養型医療施設 06. 特別養護老人ホーム 07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等) 09. 障害者支援施設 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border: none;"> 10. 他院の一般病床 11. 他院の一般病床以外 12. 自院の一般病床 (13、14 以外) 13. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 15. 自院の療養病床 (14 以外) 16. 自院の精神病床 17. 自院のその他の病床 18. 有床診療所 19. その他 (_____) </td> </tr> </table>			01. 自宅 (在宅医療の提供あり) *1 02. 自宅 (在宅医療の提供なし) *1 03. 介護老人保健施設 04. 介護医療院 05. 介護療養型医療施設 06. 特別養護老人ホーム 07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等) 09. 障害者支援施設	10. 他院の一般病床 11. 他院の一般病床以外 12. 自院の一般病床 (13、14 以外) 13. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 15. 自院の療養病床 (14 以外) 16. 自院の精神病床 17. 自院のその他の病床 18. 有床診療所 19. その他 (_____)
01. 自宅 (在宅医療の提供あり) *1 02. 自宅 (在宅医療の提供なし) *1 03. 介護老人保健施設 04. 介護医療院 05. 介護療養型医療施設 06. 特別養護老人ホーム 07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等) 09. 障害者支援施設	10. 他院の一般病床 11. 他院の一般病床以外 12. 自院の一般病床 (13、14 以外) 13. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 15. 自院の療養病床 (14 以外) 16. 自院の精神病床 17. 自院のその他の病床 18. 有床診療所 19. 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 (外来の初再診後)				
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のいずれかの状態 02. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請 03. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある 04. 生活困窮者である 05. 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) 06. 排泄に介助を要する状態 07. 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態 08. 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 09. 入退院を繰り返している状態 10. その他患者の状況から判断して 01 から 09 までに準ずると認められる状態 (具体的な内容 : _____)				
8 入院の理由 (主な番号1つに○)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 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. 教育的入院のため </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border: none;"> 05. 緩和ケアのため 06. 看取りのため (05 を除く) 07. その他 (_____) </td> </tr> </table>			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. 教育的入院のため	05. 緩和ケアのため 06. 看取りのため (05 を除く) 07. その他 (_____)
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. 教育的入院のため	05. 緩和ケアのため 06. 看取りのため (05 を除く) 07. その他 (_____)				

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

9 入院時の他院からの紹介状の有無 (該当する番号1つに○)	01. 紹介状あり	02. 紹介状なし
10 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
《10で「01」を選択した場合に回答》		
10-1 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. がん 04. 糖尿病	05. 慢性腎臓病 06. 肝炎 07. その他 (_____)
11 主担当医の診療科 (直近) (最も近似する番号1つに○)	01. 内科 02. 呼吸器科 03. 消化器科(胃腸科) 04. 循環器科 05. 精神科・神経科 06. 外科 07. 整形外科 08. 脳神経外科	09. 呼吸器外科 10. 心臓血管外科 11. 眼科 12. 耳鼻いんこう科 13. 皮膚科 14. 泌尿器科 15. 救急医学科 16. その他 (_____)
12 入院時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし 02. 持続する発赤 03. 真皮までの損傷 04. 皮下組織までの損傷	05. 皮下組織を越える損傷 06. 関節腔、体腔に至る損傷 07. 判定不能
13 入院時のADLスコア (下表の分類に従って記入)	①食事 <u>スコア</u> _____ ②移乗 <u>スコア</u> _____ ③整容 <u>スコア</u> _____ ④トイレ動作・トイレの使用 <u>スコア</u> _____ ⑤入浴 <u>スコア</u> _____	⑥平地歩行 <u>スコア</u> _____ ⑦階段 <u>スコア</u> _____ ⑧更衣 <u>スコア</u> _____ ⑨排便管理 <u>スコア</u> _____ ⑩排尿管理 <u>スコア</u> _____

ADLスコア	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とする が、座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人できる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

II 患者の状態等

1 患者状態の評価の実施日 (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)				
2 認知症の有無 (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり	02. 認知症なし	03. わからない		
《2で「01」を選択した場合に回答》					
2-1 BPSDの有無 (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり	02. BPSDなし	03. わからない		
3 せん妄の有無 (該当する番号1つに○)	01. せん妄あり	02. せん妄なし	03. わからない		
4 要介護度 (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
	02. 未申請	04. 非該当	06. 要支援2	08. 要介護2	11. 要介護5
5 認知症高齢者の日常生活自立度 (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	
6 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (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	
7 栄養摂取の状況 (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「01」を選択した場合に回答》					
7-1 嚥下調整食の必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし				
《7で「02」または「03」を選択した場合に回答》					
7-2 経管・経静脈栄養の状況 (該当する番号すべてに○)	01. 経鼻胃管	03. 末梢静脈栄養		04. 中心静脈栄養	
	02. 胃瘻・腸瘻				
8 褥瘡に関する危険因子の状況 (調査基準日直近の状況) (該当する番号すべてに○)	01. 基本的動作能力(ベッド上 自立体位変換)	05. 栄養状態低下	06. 皮膚湿潤(多汗, 尿失禁, 便失禁)		
	02. 基本的動作能力(イス上 坐位姿勢の保持, 除圧)	07. 皮膚の脆弱性(浮腫)	08. 皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有, 既往)		
	03. 病的骨突出				
	04. 関節拘縮				
9 DESIGN-Rの評価結果 (調査基準日直近の状況)	褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者の場合に記載ください 調査基準日直近の DESIGN-R の合計点 _____ 点 ※褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者の DESIGN-R の合計点数を回答してください。				

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 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. 1日1～3回の観察および管理が必要 02. 1日4～8回の観察および管理が必要 03. 02を超えた頻繁な観察および管理が必要 04. 03を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）
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	入院時 _____ 種類 調査基準日時点 _____ 種類
4 リハビリ職による疾患別リハ実施状況 （該当する番号1つに○）	01. 心大血管疾患リハビリテーション 02. 脳血管疾患等リハビリテーション 03. 廃用症候群リハビリテーション 04. 運動器リハビリテーション 05. 呼吸器リハビリテーション 06. いずれも実施していない
《4で「06」以外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。
6 入院前の担当ケアマネジャーの有無 (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
《6で「01」を選択した場合に回答》	
6-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法 (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
6-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 03. どちらかといえば有用ではなかった 02. どちらかといえば有用だった 04. 有用ではなかった
7 入院前の担当相談支援専門員の有無 (該当する番号1つに○)	01. 担当相談支援専門員あり 03. 不明 02. 担当相談支援専門員なし
《7で「01」を選択した場合に回答》	
7-1 相談支援専門員からの情報伝達の方法 (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
7-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 03. どちらかといえば有用ではなかった 02. どちらかといえば有用だった 04. 有用ではなかった
8 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)
《8で「01」を選択した場合に回答》	
8-1 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 04. 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 05. その他 (_____) 03. 自院にはない医療機器の使用のため（放射線治療機器等）
8-2 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
8-3 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

<p>1 医学的な入院継続の理由等 (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. 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している</p>
<p>《1で「01」を選択した場合に回答》</p>	
<p>1-1 医学的な理由の詳細 (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 急性期の治療を行っているため 02. 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため 03. 退院にはリハビリテーションが必要であるため 04. その他 (_____)</p>
<p>《1で「03」を選択した場合に回答》</p>	
<p>1-2 退院後に必要な支援 (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>1-3 退院できない理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</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>1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</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、日中不在がちなため 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. 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため 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. その他 (_____)</p>

2 退院へ向けた目標・課題等 (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. 終末期医療・緩和ケア 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30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:

- 「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。

なお、DPCデータの様式1ファイルを提出していただいた場合、問1、問2、問3①への記入は不要です。またEFファイルを提出いただいた場合は問4への記入は不要です。

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 ①入院年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
②入棟年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
③退棟年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
4 入退院支援加算等の算定状況 (該当する番号すべてに○)	01. 入退院支援加算1 算定あり 02. 入退院支援加算2 算定あり 03. 入退院支援加算3 算定あり	04. 入退院支援加算1～3 算定なし 05. 薬剤総合評価調整加算 算定あり 06. 薬剤総合評価調整加算 算定なし
5 退棟時転帰 (該当する番号1つに○)	01. 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合 02. 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合 03. 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合 04. 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合 05. 最も医療資源を投入した傷病による死亡 06. 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡 07. その他 (検査入院含む)	
6 退棟時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし 02. 持続する発赤 03. 真皮までの損傷 04. 皮下組織までの損傷	05. 皮下組織を越える損傷 06. 関節腔、体腔に至る損傷 07. 判定不能

うらへ続く

7 退棟先 (該当する番号1つに○)	01. 自宅（在宅医療の提供あり）※1	13. 他院の療養病床（12 以外）
	02. 自宅（在宅医療の提供なし）※1	14. 他院の精神病床
	03. 介護老人保健施設	15. 他院のその他の病床
	04. 介護医療院	16. 自院の一般病床（17、18 以外）
	05. 介護療養型医療施設	17. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床
	06. 特別養護老人ホーム	18. 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床
	07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	19. 自院の療養病床（18 以外）
	08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	20. 自院の精神病床
	09. 障害者支援施設	21. 自院のその他の病床
	10. 他院の一般病床（11、12 以外）	22. 有床診療所（介護サービス提供医療機関）
	11. 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	23. 有床診療所（22 以外）
	12. 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	24. 死亡退院
		25. その他（_____）

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

【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。

8 退院後に利用を予定している医療・介護サービス (該当する番号すべてに○)	01. 外来診療	09. 短期入所生活介護
	02. 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（_____）

9 退棟時の ADL スコア (下表の分類に従って記入)	①食事	スコア _____	⑥平地歩行	スコア _____
	②移乗	スコア _____	⑦階段	スコア _____
	③整容	スコア _____	⑧更衣	スコア _____
	④トイレ動作・トイレの使用	スコア _____	⑨排便管理	スコア _____
	⑤入浴	スコア _____	⑩排尿管理	スコア _____

ADLスコア	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とする が、座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人で行える	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

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30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30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、算定されている入院基本料等についてお伺いします。

1-1 開設者 (該当する番号1つに○)

- 01 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）
- 02 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）
- 03 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
- 04 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）
- 05 医療法人（社会医療法人は含まない）
- 06 その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人）
- 07 個人

1-2 入院基本料等（平成30年11月1日時点） (該当する番号すべてに○)

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 01 地域一般入院料 1 | 10 地域包括ケア病棟入院料 4 |
| 02 地域一般入院料 2 | 11 地域包括ケア入院医療管理料 4 |
| 03 地域一般入院料 3 | 12 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 |
| 04 地域包括ケア病棟入院料 1 | 13 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 |
| 05 地域包括ケア入院医療管理料 1 | 14 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 |
| 06 地域包括ケア病棟入院料 2 | 15 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 |
| 07 地域包括ケア入院医療管理料 2 | 16 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 |
| 08 地域包括ケア病棟入院料 3 | 17 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 |
| 09 地域包括ケア入院医療管理料 3 | 18 専門病院入院基本料（13対1） |

1-3 貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等（平成30年11月1日時点）（該当する番号すべてに○）

01 病院（貴院以外）	12 サービス付き高齢者向け住宅（11を除く）
02 一般診療所（貴院以外）	13 認知症高齢者グループホーム
03 訪問看護ステーション	14 （介護予防）訪問リハビリテーション
04 介護老人保健施設	15 （介護予防）通所リハビリテーション
05 介護老人福祉施設	16 （介護予防）居宅療養管理指導
06 介護医療院	17 （介護予防）短期入所療養介護
07 居宅介護支援（介護予防支援）事業所	18 （介護予防）小規模多機能型居宅介護
08 （介護予防）通所介護事業所	19 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
09 訪問介護事業所	20 短期入所生活介護事業所
10 地域包括支援センター	21 他に運営施設・事業所等はない
11 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））	22 その他 （具体的に

1-4 貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等（平成30年11月1日時点）（該当する番号すべてに○）

01 病院（貴院以外）	12 サービス付き高齢者向け住宅（11を除く）
02 一般診療所（貴院以外）	13 認知症高齢者グループホーム
03 訪問看護ステーション	14 （介護予防）訪問リハビリテーション
04 介護老人保健施設	15 （介護予防）通所リハビリテーション
05 介護老人福祉施設	16 （介護予防）居宅療養管理指導
06 介護医療院	17 （介護予防）短期入所療養介護
07 居宅介護支援（介護予防支援）事業所	18 （介護予防）小規模多機能型居宅介護
08 （介護予防）通所介護事業所	19 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
09 訪問介護事業所	20 短期入所生活介護事業所
10 地域包括支援センター	21 他に運営施設・事業所等はない
11 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））	22 その他 （具体的に

問2 貴院の許可病床数についてお伺いします。

2-1 許可病床数（平成30年11月1日時点）

① 一般病床	床	④ 結核病床	床
② 療養病床	床	⑤ 感染症病床	床
（うち）介護療養病床	床	⑥ 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）についてお伺いします。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（平成30年11月1日時点）			
① 医師	. 人	⑪ 臨床心理技術者	. 人
② 歯科医師	. 人	⑫ 診療放射線技師	. 人
③ 看護師	. 人	⑬ 臨床検査技師	. 人
④ 准看護師	. 人	⑭ 臨床工学技士	. 人
⑤ 看護補助者	. 人	⑮ 歯科衛生士	. 人
（うち）介護福祉士	. 人	⑯ 相談員	. 人
⑥ 薬剤師	. 人	（うち）社会福祉士	. 人
⑦ 管理栄養士	. 人	（うち）精神保健福祉士	. 人
⑧ 理学療法士	. 人	⑰ 医師事務作業補助者	. 人
⑨ 作業療法士	. 人	⑱ 事務職員	. 人
⑩ 言語聴覚士	. 人	⑲ その他の職員	. 人

※1. 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 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

4-1 電子カルテの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない

4-2 オーダリングシステムの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない

4-3 医療情報連携ネットワーク ^{※1} への参加状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 参加している	02 参加していない

■ 上記4-3で「01 参加している」を選択した場合、患者情報の開示状況についてご回答ください。

4-3-1 参加している医療情報連携ネットワークにおける、電子カルテなどの患者情報の開示状況 ^{※2} （該当する番号1つに○）	
01 開示施設である	02 開示施設ではない

※1. 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク。

※2. 部分的でも開示している医療情報があれば「01 開示施設である」とご回答ください。

問5 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

5-1 外来患者数（平成30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

5-2 総入院患者数（平成30年11月1日時点）	
① 総入院患者数※1	人

※1. 施設全体の合計をご回答ください。

問6 貴院の地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等を届出している病棟等についてお伺いします。

6-1 病棟数、病床数等（平成30年11月1日時点）	病棟数	届出病床数	入院患者数
① 地域一般入院料1	棟	床	人
② 地域一般入院料2	棟	床	人
③ 地域一般入院料3	棟	床	人
④ 地域包括ケア病棟入院料1	棟	床	人
⑤ 地域包括ケア入院医療管理料1	室	床	人
⑥ 地域包括ケア病棟入院料2	棟	床	人
⑦ 地域包括ケア入院医療管理料2	室	床	人
⑧ 地域包括ケア病棟入院料3	棟	床	人
⑨ 地域包括ケア入院医療管理料3	室	床	人
⑩ 地域包括ケア病棟入院料4	棟	床	人
⑪ 地域包括ケア入院医療管理料4	室	床	人
⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料1	棟	床	人
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料2	棟	床	人
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料3	棟	床	人
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料4	棟	床	人
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料5	棟	床	人
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料6	棟	床	人
⑱ 専門病院入院基本料（13対1）	棟	床	人

■ 上記6-1で「① 地域一般入院料1」～「③ 地域一般入院料3」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。

6-1-1 地域一般入院基本料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	急性期一般入院基本料の看護職員体制を満たすことが難しいため	
04	急性期一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の要件を満たすことが難しいため	
05	急性期一般入院基本料の平均在院日数の要件を満たすことが難しいため	
06	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の重症患者割合の要件を満たすことが難しいため	
07	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の在宅復帰に係る職員や在宅復帰率の要件を満たすことが難しいため	
08	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の自宅等から入棟した患者割合・緊急患者の受入等の要件を満たすことが難しいため	
09	回復期リハビリテーション病棟入院料のリハビリ専門職体制を満たすことが難しいため	
10	回復期リハビリテーション病棟入院料の重症者（日常生活機能評価10点以上）の割合や退院時の同評価の要件を満たすことが難しいため	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料のリハビリテーション実績指数の要件を満たすことが難しいため	
12	データ提出加算の要件を満たすことが難しいため	
13	その他 (_____)	

6-2 新入棟、退棟患者数等 (平成30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 地域一般入院料1	人	人	日
② 地域一般入院料2	人	人	日
③ 地域一般入院料3	人	人	日
④ 地域包括ケア病棟入院料1	人	人	日
⑤ 地域包括ケア入院医療管理料1	人	人	日
⑥ 地域包括ケア病棟入院料2	人	人	日
⑦ 地域包括ケア入院医療管理料2	人	人	日
⑧ 地域包括ケア病棟入院料3	人	人	日
⑨ 地域包括ケア入院医療管理料3	人	人	日
⑩ 地域包括ケア病棟入院料4	人	人	日
⑪ 地域包括ケア入院医療管理料4	人	人	日
⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料1	人	人	日
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料2	人	人	日
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料3	人	人	日
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料4	人	人	日
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料5	人	人	日
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料6	人	人	日
⑱ 専門病院入院基本料 (13対1)	人	人	日

■ 下記6-3、6-3-1、6-3-2、6-4については、貴院が地域一般入院料1、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を届出ている場合にご回答ください。

6-3 届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ	02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

■ 上記6-3で「01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ」を選択した場合、届出を行った理由をご回答ください。

6-3-1 重症度、医療・看護必要度Ⅰ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 診療実績情報データ（レセプトコード）による評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）より、評価票の記入のほうが容易であり、重症度、医療・看護必要度Ⅱの方法に変更する必要性を感じないため	
02 重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合と比較して、より高い入院料を届出ることができるため	
03 重症度、医療・看護必要度Ⅰのデータを看護職員配置などの看護管理業務に用いるため	
04 重症度、医療・看護必要度Ⅱを満たす患者の割合と重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合との差が0.04に収まらないため	
05 その他（_____）	

■ 上記6-3で「02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を選択した場合、届出を行った理由をご回答ください。

6-3-2 重症度、医療・看護必要度Ⅱ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 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に必要な診療実績情報データ（レセプトコード）による評価体制が整っており、重症度、医療・看護必要度Ⅰよりも評価票記入者の負担が軽減されるため	
02 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合と比較して、より高い入院料を届出ることができるため	
03 入院料の算定要件に重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが求められているため	
04 その他（_____）	

6-4 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30年8月～10月については、Ⅰ又はⅡどちらも算出している場合は両方をお答えください。	平成29年 8月～10月	平成30年8月～10月	
		重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
① 地域一般入院料1を届出ている病棟 (うち)地域包括ケア病棟入院料に係る基準で算出した場合の患者割合	※1 . %	※3 . %	※3 . %
② 地域包括ケア病室	※2 . %	※4 . %	※4 . %
③ 地域包括ケア病棟	※2 . %	※4 . %	※4 . %

- ※1. 平成29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、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。
- ※2. 平成29年度時における「地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療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。
- ※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、「診療・療養上の指示が通じる（B14）」又は「危険行動（B15）」に該当する患者であって、A得点が1点以上且つB得点が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. 「地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療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。

6-5 在宅復帰率等（平成30年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率	平均在院日数
① 地域一般入院料1	※1 . %	. 日
② 地域一般入院料2	※1 . %	. 日
③ 地域一般入院料3	※1 . %	. 日
④ 地域包括ケア病棟入院料1	※2 . %	. 日
⑤ 地域包括ケア入院医療管理料1	※2 . %	. 日
⑥ 地域包括ケア病棟入院料2	※2 . %	. 日
⑦ 地域包括ケア入院医療管理料2	※2 . %	. 日
⑧ 地域包括ケア病棟入院料3	※2 . %	. 日
⑨ 地域包括ケア入院医療管理料3	※2 . %	. 日
⑩ 地域包括ケア病棟入院料4	※2 . %	. 日
⑪ 地域包括ケア入院医療管理料4	※2 . %	. 日
⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料1	※3 . %	. 日
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料2	※3 . %	. 日
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料3	※3 . %	. 日
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料4	※3 . %	. 日
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料5	※3 . %	. 日
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料6	※3 . %	. 日
⑱ 専門病院入院基本料（13対1）	※1 . %	. 日

※1. 「在宅復帰率」＝ $A \div B$: A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。

※2. 「在宅復帰率」＝ $C \div D$: C. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）、D. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。

※3. 「在宅復帰率」＝ $E \div F$: E. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）、F. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・一般病棟への転棟・転院患者・再入院患者を除く）。

6-6 病床利用率※1	平成 29 年 10 月の 1 か月間	平成 30 年 10 月の 1 か月間
① 地域一般入院料 1 ※2	. %	. %
② 地域一般入院料 2 ※2	. %	. %
③ 地域一般入院料 3 ※2	. %	. %
④ 地域包括ケア病棟入院料 1 ※3	. %	. %
⑤ 地域包括ケア入院医療管理料 1 ※3	. %	. %
⑥ 地域包括ケア病棟入院料 2 ※3	. %	. %
⑦ 地域包括ケア入院医療管理料 2 ※3	. %	. %
⑧ 地域包括ケア病棟入院料 3 ※3	. %	. %
⑨ 地域包括ケア入院医療管理料 3 ※3	. %	. %
⑩ 地域包括ケア病棟入院料 4 ※3	. %	. %
⑪ 地域包括ケア入院医療管理料 4 ※3	. %	. %
⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ※4	. %	. %
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 ※4	. %	. %
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 ※4	. %	. %
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 ※4	. %	. %
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 ※4	. %	. %
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 ※4	. %	. %
⑱ 専門病院入院基本料 (13 対 1)	. %	. %

※1. 「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

※2. 平成 29 年 10 月の値については、平成 29 年 11 月 1 日時点で一般病棟入院基本料 (13 対 1) 又は一般病棟入院基本料 (15 対 1) の届出をしていた場合にご回答ください。

※3. 平成 29 年 10 月の値については、平成 29 年 11 月 1 日時点で地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出をしていた場合にご回答ください。

※4. 平成 29 年 10 月の値については、平成 29 年 11 月 1 日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出をしていた場合にご回答ください。

■ 下記問7については、貴院が「地域一般入院料」、「地域包括ケア病棟入院料」又は「専門病院入院基本料」を届出している場合のみご回答ください。

問7 貴院における夜間看護体制特定日減算についてお伺いします。

7-1 夜間看護体制特定日減算の算定状況について (平成 30 年 8 月～10 月の 3 ヶ月間) (該当する番号 1 つに○)	
<input type="radio"/> 01 夜間看護体制特定日減算を算定している	<input type="radio"/> 02 夜間看護体制特定日減算を算定していない
■ 上記 7-1 で「01 夜間看護体制特定日減算を算定している」と回答した場合、夜間看護体制特定日減算の算定日数についてご回答ください。	
7-1-1 夜間看護体制特定日減算の算定日数	日

問 8 貴院における看護補助加算等の届出状況等についてお伺いします。

8-1 看護補助加算等の届出状況について（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）	
01 看護補助加算 1	04 夜間 75 対 1 看護補助加算
02 看護補助加算 2	05 看護補助者配置加算（地域包括ケアのみ）
03 看護補助加算 3	06 届出なし

8-2 身体的拘束等の行動制限を最小化する取り組みの実施状況について（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）	
01 身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている	
02 身体的拘束を最小限にするための取り組みについて、職員が知識や技術を学ぶ機会を設けている	
03 身体的拘束を必要としない状態となるよう、1 日 1 回程度、環境やケアの見直しを実施している	
04 身体的拘束を最小限にするための取り組みとして、身体的拘束に係る用具の新規購入を中止している	
05 特になし	
06 その他（	）

問 9 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。

◆【現時点の状況】では、平成 30 年 11 月 1 日時点の状況についてご回答ください。【今後の意向】では、今後の入院基本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。

9-1 今後の入院基本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】 入院基本料等別の病床数の増減の意向 (左記届出の有無で「01 届出あり」を選択した場合は上段の選択肢、「02 届出なし」を選択した場合は下段の選択肢にご回答ください)			
			01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
① 地域一般入院基本料	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
② 地域包括ケア病棟入院料・ 入院医療管理料	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
③ 回復期リハビリテーション病棟入院料	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		

■ 上記9-1【今後の意向】で「04 他の病棟へ転換」を選択した場合、現在届出ている入院基本料等から転換を検討している病棟等の状況およびその理由をご回答ください。

9-1-1 転換を検討している病棟等の状況およびその理由 (該当する番号すべてに○)

(転換を検討している理由は以下の選択肢から優先度が高い順に該当する理由3つを記入)

① 地域一般入院基本料	01	02	03	04	05	06
	急性期一般病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハ病棟	療養病棟	その他	未定
転換を検討している理由			, ,			
② 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料	01	02	03	04	05	
	急性期一般病棟	回復期リハ病棟	療養病棟	その他	未定	
転換を検討している理由			, ,			
③ 回復期リハビリテーション病棟入院料	01	02	03	04	05	
	急性期一般病棟	地域包括ケア病棟	療養病棟	その他	未定	
転換を検討している理由			, ,			

◆ 以下は、上記9-1-1の「転換を検討している理由」の選択肢です。該当する記号を「転換を検討している理由」の回答欄にご記入ください。

(9-1-1「転換を検討している理由」の選択肢) 現在届出ている入院基本料等から転換を検討している理由

- a 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため
- b 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため
- c 一般病棟入院基本料（13対1、15対1）が地域一般入院基本料に再編・統合され転換負担が緩和されたため
- d 地域包括ケア病棟入院料・管理料が再編され転換負担が緩和されたため
- e 回復期リハビリテーション病棟入院料が再編され転換負担が緩和されたため
- f 看護師の確保が困難なため
- g 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため
- h 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため
- i 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため
- j その他

■ 下記問 10 については、貴院が改定前に「一般病棟入院基本料(13 対 1 入院基本料)」を届出していた場合のみご回答ください。

問 10 改定前(平成 30 年 3 月 31 日時点)に一般病棟入院基本料(13 対 1)を届出していた病棟の状況についてお伺いします。

10-1 改定前(平成 30 年 3 月 31 日時点)に一般病棟入院基本料(13 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 30 年 3 月 31 日時点)に一般病棟入院基本料(13 対 1)を届出していた病棟		棟	床
平成 30 年 11 月 1 日時点の内訳	① 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院基本料を届出	棟	床
	② 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域一般入院料1を届出	棟	床
	③ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域一般入院料2を届出	棟	床
	④ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域一般入院料3を届出	棟	床
	⑤ 平成 30 年 11 月 1 日時点、回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑥ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑦ 平成 30 年 11 月 1 日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床
	⑧ 平成 30 年 11 月 1 日時点、介護保険施設へ転換		床
	⑨ 平成 30 年 11 月 1 日時点、上記以外の病棟・病室へ転換	棟	床
	⑩ 平成 30 年 11 月 1 日時点、休床としている病床		床

■ 下記問 11 については、貴院が改定前に「一般病棟入院基本料(15 対 1 入院基本料)」を届出していた場合のみご回答ください。

問 11 改定前(平成 30 年 3 月 31 日時点)に一般病棟入院基本料(15 対 1)を届出していた病棟の状況についてお伺いします。

11-1 改定前(平成 30 年 3 月 31 日時点)に一般病棟入院基本料(15 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 30 年 3 月 31 日時点)に一般病棟入院基本料(15 対 1)を届出していた病棟		棟	床
平成 30 年 11 月 1 日時点の内訳	① 平成 30 年 11 月 1 日時点、急性期一般入院基本料を届出	棟	床
	② 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域一般入院料1を届出	棟	床
	③ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域一般入院料2を届出	棟	床
	④ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域一般入院料3を届出	棟	床
	⑤ 平成 30 年 11 月 1 日時点、回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑥ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑦ 平成 30 年 11 月 1 日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床
	⑧ 平成 30 年 11 月 1 日時点、介護保険施設へ転換		床
	⑨ 平成 30 年 11 月 1 日時点、上記以外の病棟・病室へ転換	棟	床
	⑩ 平成 30 年 11 月 1 日時点、休床としている病床		床

■ 下記問 12 については、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届出ている場合のみご回答ください。

問 12 貴院の回復期リハビリテーション病棟の平成 30 年 3 月 31 日時点の状況についてお伺いします。

12-1 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病棟の状況		病棟数	届出病床数
平成 30 年 11 月 1 日時点、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届出ている病棟		棟	床
平成 30 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入院料1を届出していた	棟	床
	⑥ 改定前に回復期リハビリテーション病棟入院料2を届出していた	棟	床
	⑦ 改定前に回復期リハビリテーション病棟入院料3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 改定前に地域包括ケア入院医療管理料を届出していた	室	床
	⑩ 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
	⑪ 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
	⑫ 改定前に上記以外を届出していた	棟	床

問 13 貴院の平成 29 年 10 月及び平成 30 年 10 月におけるリハビリテーション実績指数についてお伺いします。

13-1 リハビリテーション実績指数の状況	平成 29 年 10 月	平成 30 年 10 月
リハビリテーション実績指数		

問 14 貴院のリハビリテーションの状況についてお伺いします。

14-1 疾患別リハビリテーションの届出状況 (該当する番号それぞれ1つに○)	届出の有無 (平成 30 年 10 月の 1 か月間)		
	01	02	03
① 心大血管疾患リハビリテーション料	リハビリテーション料Ⅰ	リハビリテーション料Ⅱ	届出なし
② 脳血管疾患等リハビリテーション料	01 リハビリテーション料Ⅰ	02 リハビリテーション料Ⅱ	03 リハビリテーション料Ⅲ 届出なし
③ 廃用症候群リハビリテーション料	01 リハビリテーション料Ⅰ	02 リハビリテーション料Ⅱ	03 リハビリテーション料Ⅲ 届出なし
④ 運動器リハビリテーション料	01 リハビリテーション料Ⅰ	02 リハビリテーション料Ⅱ	03 リハビリテーション料Ⅲ 届出なし
⑤ 呼吸器リハビリテーション料	01 リハビリテーション料Ⅰ	02 リハビリテーション料Ⅱ	03 届出なし

14-2 外来患者に対するリハビリテーションなどの実施状況 (該当する番号それぞれ1つに○)	実施の有無 (平成 30 年 10 月の 1 か月間)	
	01	02
① 外来患者に対するリハビリテーションの実施(医療保険)	実施あり	実施なし
② 訪問リハビリテーション指導の実施(医療保険)	01 実施あり	02 実施なし
③ 通所リハビリテーションの実施(介護保険)	01 実施あり	02 実施なし

■ 上記 14-2 「③ 通所リハビリテーションの実施」において「02 実施なし」を選択した場合、通所リハビリテーションを実施していない理由をご回答ください。

14-2-1 通所リハビリテーションを実施していない理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つに◎)

- | | | |
|----|-----------------------|--|
| 01 | 機能訓練室が施設基準を満たせないため | |
| 02 | 人員配置が施設基準を満たせないため | |
| 03 | 指定にかかる手続きが煩雑であるため | |
| 04 | 地域に利用者がいないため | |
| 05 | 実施したとしても経営の安定が見込めないため | |
| 06 | その他 () | |

14-3 回復期リハビリテーション病棟入院料における病棟専従のリハビリ専門職による実施の状況 (該当する番号それぞれ1つに○)	実施の有無 (平成30年10月の1か月間)	
① 入院中の患者又は退棟後3月以内の患者に対する退院前の訪問指導の実施	01 実施あり	02 実施なし
② 退棟後3月以内の患者に対する外来リハビリテーションの実施	01 実施あり	02 実施なし
③ 退棟後3月以内の患者に対する訪問リハビリテーション指導の実施	01 実施あり	02 実施なし

■ 下記 14-4については、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届出ている場合のみご回答ください。

14-4 平成30年4月～9月の6ヶ月間における回復期リハビリテーション病棟入院料の1日あたりのリハビリテーション提供単位数、重症者 ^{*1} の状況	
① 1日あたりのリハビリテーション提供単位数	単位
② 新規入院患者のうち重症者の割合	. %
③ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が1点以上改善した重症者の割合	. %
④ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合	. %
⑤ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合	. %

※1. 日常生活機能評価が10点以上に該当する患者。

問 15 貴院の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数と、そのうちのリハビリテーションを要する状態別患者数についてお伺いします。

15-1 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の状態	患者数
平成30年8月から平成30年10月までの3か月間に当該病棟から退棟した患者数	人
(うち) リハを要する状態別の患者数	
① 脳血管疾患、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の状態又は義肢装着訓練を要する状態	人
② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	人
③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	人
④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	人
⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態	人

■ 下記問 16 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 16 貴院の地域包括ケア病棟・病室についてお伺いします。

16-1 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（平成 30 年 11 月 1 日時点）		棟	床
平成 30 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入院料を届出していた	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 改定前に地域包括ケア入院医療管理料を届出していた	室	床
	⑩ 改定前に上記以外を届出していた	棟	床

16-2 現地域包括ケア病室の改定前の状況		病室・病棟数	届出病床数
地域包括ケア病室（平成 30 年 11 月 1 日時点）		室	床
再 掲	① 改定前（平成 30 年 3 月 31 日時点）に地域包括ケア病室以外の病室の一部から転換	室	床
	② 改定前（平成 30 年 3 月 31 日時点）に地域包括ケア病棟以外の病棟の一部から転換	棟	床

16-3 地域包括ケア病棟・病室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・病室の方が経営が安定するため	
02	地域包括ケア病棟・病室にすることで、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・病室にすることで、職員の負担軽減につながるため	
04	地域包括ケア病棟・病室にすることで、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、より即した入院料等が設定されたため	
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	急性期一般病棟を維持するためには一部を地域包括ケア病棟・病室に転換する必要があったため	
08	地域包括ケア病棟・病室の重症度、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（_____）	

16-4 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨（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転棟先として利用している	
02	他院の急性期病棟からの転院先として利用している	
03	在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している	
04	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	
05	自院 又は 他院の療養病棟からの転棟・転院先として利用している	
06	介護保険施設等からの急変時の入院先として利用している	
07	その他（_____）	

16-5 地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況（平成30年8月～平成30年10月の3か月）	
① 自宅等から入棟した患者割合	％
② 自宅等からの緊急患者の受入れ数	人
③ 在宅医療等の提供状況について（該当するものすべてに○）	
<p>01 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること</p> <p>02 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上であること</p> <p>03 当該保険医療機関において、同一敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること</p> <p>04 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が3月で10回以上であること</p> <p>05 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること</p>	

問17 貴院の入退院支援部門（入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。

17-1 入退院支援部門の設置状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
01 入退院支援部門を設置している	02 入退院支援部門を設置していない	
■ 上記17-1で「01 入退院支援部門を設置している」を選択した場合、入退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。		
17-1-1 入退院支援部門に従事する職員数（平成30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（ <input type="text"/>)	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17-1で「02 入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。		
17-1-2 入退院支援部門を設置していない理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）		
01 入院時点で退院支援を必要とする（見込みを含む）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 入退院支援部門を設置すると、経営が不安定になるおそれがあるため		
04 入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 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため		
06 入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おり、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		
08 入退院支援部門を設置しなくても、各病棟や各職員による十分な入退院支援を行えているため		
09 入退院支援が必要な患者がいれば、その都度、入退院支援チームを組んで対応しているため		
10 その他（ <input type="text"/>)		

問 18 貴院の入退院支援に関連する項目の算定件数についてお伺いします。

18-1 入退院支援加算の届出の有無（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）	
01 入退院支援加算 1 を届出ている	04 入退院支援加算（特定地域）を届出ている
02 入退院支援加算 2 を届出ている	05 入退院支援加算を届出していない
03 入退院支援加算 3 を届出ている	

18-2 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 入退院支援加算 1	件	④ 入退院支援加算（特定地域）	件
② 入退院支援加算 2	件	⑤ 地域連携診療計画加算 （入退院支援加算に係る加算に限る）	件
③ 入退院支援加算 3	件	⑥ 小児加算 （入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件

18-3 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
[再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数		
内 訳 ※ 1	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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ²	件
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	件
	⑤ 生活困窮者であること	件
	⑥ 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
	⑦ 排泄に介助を要すること	件
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑨ 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
	⑩ 入退院を繰り返していること	件
	⑪ その他患者の状況から判断して①から⑩までに準ずると認められる場合	件
■ 上記 18-3 で「⑪」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。		
18-3-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大 3 つまで）		
「⑪」の状態例 1 （ ）		
「⑪」の状態例 2 （ ）		
「⑪」の状態例 3 （ ）		

※ 1. 内訳の各項目に記載の「退院困難な要因」のうち、複数の要因に該当する場合は、主たる要因にのみ件数を計上してください。

※ 2. 「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。

18-4 退院時共同指導料 2 に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）	
① 退院時共同指導料 2 の算定件数	件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合	件
② 多機関共同指導加算の算定件数	件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合	件

18-5 入退院支援加算を算定する患者で退院時共同指導料2を算定した患者の退院先（平成30年8月～10月の3か月間）		
[再掲] 退院時共同指導料2の算定件数（＝「18-4の①」）		件
（うち）入退院支援加算を算定する患者への算定件数		件
退 院 先 の 内 訳	① 自宅	件
	② 介護老人保健施設	件
	③ 介護医療院	件
	④ 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）	件
	⑤ 特定施設（地域密着型特定施設を含む）	件
	⑥ 障害者支援施設*1	件
	⑦ 福祉型障害児入所施設	件
	⑧ 医療型障害児入所施設	件

※1. 生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。

18-6 退院時共同指導料2の算定にあたり共同指導に従事している職種（平成30年8月～10月の3か月間）	
（該当する選択肢の右欄に○、算定にあたり最も多く関与している職種1つには◎）	
01 医師	
02 看護師等（保健師、助産師、看護師又は准看護師）	
03 薬剤師	
04 管理栄養士	
05 理学療法士	
06 作業療法士	
07 言語聴覚士	
08 社会福祉士	
09 その他の職種（_____）	

問 19 貴院の入院時支援加算の届出状況などについてお伺いします。

19-1 入院時支援加算の届出状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
01 入院時支援加算を届出ている	02 入院時支援加算を届出していない	
■ 上記19-1で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院前支援を行う職員数をご回答ください。		
19-1-1 入退院支援部門に従事する職員のうち入院前支援を行う職員数 （平成30年11月1日時点）	専 従	専 任
① 看護師	人	人
② 社会福祉士	人	人
③ その他の職種（_____）	人	人

■ 上記 19-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院時支援加算の算定件数をご回答ください。

19-1-2 入院時支援加算の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）

入院時支援加算の算定件数		件
入院前に実施した事項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合必須）	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
	⑧ 入院生活の説明（必須）	人

■ 上記 19-1-2 で③～⑦に記載の人数のうち、「入院時支援加算の算定件数」を下回る項目がある場合、その理由をご回答ください。

19-1-2-1 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった理由（該当する番号すべてに○）

- 01 全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため
 02 配置されている人数の看護師又は社会福祉士のみでは、全ての項目を実施するのは困難であったため
 03 全ての項目を実施するには他職種（医師、薬剤師、管理栄養士等）の協力が必要であったため
 04 その他（_____）

■ 上記 19-1-2 で「入院時支援加算の算定件数」が 1 件以上の場合、入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法についてご回答ください。

19-1-2-2 入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法（該当する番号すべてに○）

- 01 電子カルテにより計画を共有している
 02 入退院支援部門から病棟に計画を送付している
 03 対面によるカンファレンス等により計画を共有している
 04 その他（_____）

■ 上記 19-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、当該加算の届出による効果等をご回答ください。

19-1-3 入院時支援加算の届出によりもたらされた効果等（該当する番号すべてに○、最も該当するもの 1 つには◎）

01 治療や入院生活に対する患者の理解度が上がった	
02 退院調整にかかる期間が短くなった	
03 病棟での入院時の受入における患者への治療方針等の説明に係る負担が減った	
04 病棟での入院時の受入における入院生活等の説明に係る負担が減った	
05 患者の身体的・社会的・精神的背景を踏まえた療養環境の整備が入院前に実施できるようになった	
06 入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった	
07 入院前の服薬状況を踏まえた治療方針が立てられるようになった	
08 褥瘡・栄養スクリーニング結果に応じた治療方針が立てやすくなった	
09 入退院支援加算に係る退院困難な要因を有している患者の抽出が容易となった	
10 より多くの患者に対して入院前支援を実施できるようになった	
11 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ようになった	
12 特になかった	
13 その他（_____）	

■ 上記 19-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。

19-1-4 入院時支援加算を届出ることが困難な理由 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの1つには◎)

- | | | |
|----|--|--|
| 01 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため | |
| 02 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため | |
| 03 | 地域連携を行う十分な体制が整備できていないため | |
| 04 | 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | |
| 05 | 入退院支援加算を算定する患者がいないため | |
| 06 | 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため | |
| 07 | 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため | |
| 08 | その他 (_____) | |

■ 上記 19-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、今後の届出の意向についてご回答ください。

19-1-5 入院時支援加算の今後の届出の意向 (該当する番号1つに○)

- | | |
|----|-----------|
| 01 | 届出を予定している |
| 02 | 届出する予定はない |
| 03 | 未定・分からない |

問 20 貴院が連携している施設についてお伺いします。

20-1 連携先 ^{※1} の施設数 (特別の関係にあるものを含む) (平成 30 年 11 月 1 日時点)	連携先の施設数	(うち) 特別の関係にある施設数
① 病院	施設	施設
(うち) 在宅療養支援病院	施設	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	施設
② 診療所	施設	施設
(うち) 在宅療養支援診療所	施設	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	施設
③ 介護保険サービス事業所	施設	施設
(うち) 訪問系サービス (訪問介護、訪問看護等)	施設	施設
(うち) 通所系サービス (通所介護、通所リハビリテーション等)	施設	施設
(うち) 短期滞在系サービス (短期入所生活介護等)	施設	施設
(うち) 居住系サービス (認知症グループホーム、特定施設等)	施設	施設
(うち) 入所系サービス (特別養護老人ホーム等)	施設	施設
(うち) 居宅介護支援事業所	施設	施設
④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑤ その他の施設	施設	施設

※1. 連携先とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等 (以下「連携機関」という)」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

問 21 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。

21-1 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 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
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 特にない	

21-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない	
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない	
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導（医療保険）を行う医療機関が少ない	
04 地域の中で、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	
05 地域の中で、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
06 地域の中で、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
07 地域の中で、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない	
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない	
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない	
10 特にない	
11 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●年●月●日(●)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30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30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、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30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	06 脳神経外科	11 泌尿器科
02 小児科	07 産婦人科	12 放射線科
03 精神科	08 眼科	13 リハビリテーション科
04 外科	09 耳鼻咽喉科	14 歯科（歯科口腔外科等含む）
05 整形外科	10 皮膚科	15 その他（_____）

1-2 入院基本料等（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

01 地域一般入院料1	10 地域包括ケア入院医療管理料3
02 地域一般入院料2	11 地域包括ケア病棟入院料4
03 地域一般入院料3	12 地域包括ケア入院医療管理料4
04 専門病院入院基本料（13対1）	13 回復期リハビリテーション病棟入院料1
05 地域包括ケア病棟入院料1	14 回復期リハビリテーション病棟入院料2
06 地域包括ケア入院医療管理料1	15 回復期リハビリテーション病棟入院料3
07 地域包括ケア病棟入院料2	16 回復期リハビリテーション病棟入院料4
08 地域包括ケア入院医療管理料2	17 回復期リハビリテーション病棟入院料5
09 地域包括ケア病棟入院料3	18 回復期リハビリテーション病棟入院料6

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30年11月1日時点）

貴病棟の届出病床数	床
-----------	---

2-2 貴病棟に配置されている職員数（専従換算 ^{※1} ）（平成30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 相談員	. 人
（うち）介護福祉士	. 人	（うち）社会福祉士	. 人
④ 薬剤師	. 人	（うち）精神保健福祉士	. 人
⑤ 管理栄養士	. 人	⑩ 医師事務作業補助者	. 人
⑥ 理学療法士	. 人	⑪ その他の職員	. 人

※1. 職員数の専従換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように専従換算して小数第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週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日（各日3時間）従事している場合

$$\text{専従換算した職員数} = \frac{4 \text{日} \times 3 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.3 \text{人}$$

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等 （平成30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

2-4 貴病棟における病床利用率 ^{※1}	平成29年10月の 1か月間	平成30年10月の 1か月間
貴病棟における病床利用率	. %	. %

※1. 「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

2-5 貴病棟における在宅復帰率等（平成30年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率 ^{※1}	平均在院日数
貴病棟における在宅復帰率等	. %	. 日

※1. 地域一般入院料算定病棟：

「在宅復帰率」＝A÷B：A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。

地域包括ケア病棟・病室：

「在宅復帰率」＝C÷D：C. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）、D. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。

回復期リハビリテーション病棟：

「在宅復帰率」＝E÷F：E. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）、F. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く）。

2-6 重症度、医療・看護必要度について（平成30年11月1日時点）	（該当する番号1つに○）	
届出している重症度、医療・看護必要度の種別	01 I	02 II

2-7 貴病棟における重症度、医療・看護必要度ⅠまたはⅡに係る基準を満たす患者割合 ^{※1 ※2} （2時点比較）	
改定前（平成29年8～10月）の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合	. %
改定後（平成30年8～10月）の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る基準を満たす患者割合 ^{※3}	. %
改定後（平成30年8～10月）の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る基準を満たす患者割合 ^{※3}	. %

※1. 貴病棟が地域一般入院料1を算定している場合：「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、「診療・療養上の指示が通じる（B14）」又は「危険行動（B15）」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が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療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。

※2. 改定前の患者割合は改定前の基準にしたがって算出した値を、改定後の患者割合は改定後の基準（Ⅰ及びⅡ）にしたがって算出した値をご記入ください。

※3. 届出に関わらず、重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの両方を算出している場合には該当患者割合をそれぞれご記入ください。

問3 貴病棟の入退院支援の状況についてお伺いします。

<p>3-1 貴病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務に従事する職員について（平成30年11月1日時点） （該当する番号すべてに○）</p>		
01 専従の職員がいる	02 専任の職員がいる	03 専任・専従の職員はいない
<p>■上記3-1で「01 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の入退院支援職員数をご回答ください。</p>		
3-1-1 貴病棟における職種別の入退院支援職員数（平成30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（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）	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
<p>■上記3-1で「01 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」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ご回答ください。</p>		
<p>3-1-2 入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 （該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）</p>		
01 入退院支援業務の担当者が明確になるため、地域との連携、調整がスムーズになる		
02 より多くの患者に対して入退院支援を行える		
03 入退院支援に係る院内での調整を円滑に行える		
04 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		
05 退院支援計画の作成が滞りなく行える		
06 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		
07 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		
08 早期退院につながる		
09 特にない		
10 その他（ <input style="width: 150px;" type="text"/> ）		
<p>3-2 入退院支援で困難等を感じる点 （該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）</p>		
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が難しい		
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 入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機会を設けることが難しい		
09 他の医療機関・施設と、転院又は退院体制等について協議を行える信頼関係を構築することが難しい		
10 特にない		
11 その他（ <input style="width: 150px;" type="text"/> ）		

問4 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数（平成30年11月1日時点）	
貴病棟の入院患者数	人
4-2 入棟前の居場所別患者数（平成30年11月1日時点）	
① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

4-3 自院の他病棟からの転棟患者数（平成30年11月1日時点）		
[再掲] 自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-2の⑫」）		
内訳	① 自院の一般病床（②、③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外）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4-4～4-9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 平成30年4月～9月（過去6か月間）における貴病棟の重症の患者の状況についてご記入ください。	
① 平成30年4月～9月（過去6か月間）に新たに入院した患者のうちの重症の患者（日常生活機能評価で10点以上）割合	%
② 平成30年4月～9月（過去6か月間）に退棟した患者であって、入院時の判定で重症であった者のうち、入院時と比較して日常生活機能評価で3点以上改善している患者の割合	%
③ 平成30年4月～9月（過去6か月間）に退棟した患者であって、入院時の判定で重症であった者のうち、入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上改善している患者の割合	%

4-5 体制強化加算の算定状況について（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

01 体制強化加算1を算定している 02 体制強化加算2を算定している 03 体制強化加算を算定していない

4-6 管理栄養士の病棟への配置の有無（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

01 配置あり 02 配置なし

■ 上記4-6で「01 配置あり」を選択した場合、管理栄養士の配置状況についてご回答ください。

4-6-1 管理栄養士の配置状況について（平成30年11月1日時点）

	常勤	非常勤
専従	人	人
専任	人	人

4-7 リハビリ計画書の栄養項目記載について（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

01 患者全員に記載 02 一部の患者のみ記載 03 記載していない

4-8 リハビリの実施単位数別の入院患者数の内訳（平成30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

4-9 保険医療機関外（屋外等）で実施された疾患別リハビリテーションの実施単位数別の入院患者数について（平成30年11月1日時点）

① 1単位/日	人
② 2単位/日	人
③ 3単位/日	人

■ 上記4-9に該当する入院患者がいた場合、保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションにおける下記該当人数をご回答ください。

4-9-1 保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションにおける保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションにおける該当人数（平成30年11月1日時点）

① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの	人
② 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの	人
③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの	人

■ 下記4-10、4-11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。

4-10 リハビリの実施状況別の入院患者数の内訳（平成30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

4-11 加算の算定状況別の入院患者数	平成29年11月1日時点	平成30年11月1日時点
① 救急・在宅等支援病床初期加算を算定している患者	人	
② 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者		人
③ 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者		人

■ 上記4-11「③ 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者」がいる場合、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援について、その実施内容別に実施した人数についてご回答ください。

4-11-1 治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援の実施内容別実施人数		
[再掲] 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者	人	
意思決定に対する支援の実施内容	① 患者本人の意思の確認ができるため、患者自身と人生の最終段階における医療・ケアの方針について話し合い、意思決定を支援した	人
	② 患者本人の意思が確認できないため、その意思を推定しうる者となる家族等とともに患者の推定意思を明らかにし、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった	人
	③ 患者本人の意思の確認ができず、かつ家族等が本人の意思を推定できない、もしくは家族等がないため、家族等と医療・ケアチームが話し合いの場を持ち、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった	人
	④ その他（具体的に_____）	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30年10月の1か月間）		
貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人
	③ 介護老人保健施設	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
	⑨ 障害者支援施設	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
	⑮ 他院のその他の病床	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人
	㉑ 自院の精神病床	人
	㉒ 自院のその他の病床	人
診療所 有床	㉓ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人
死亡	㉕ 死亡退院	人
	㉖ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

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●年●月●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
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 ※レセプト電算処理用の傷病名 マスタの傷病名コードで記入	01. 主傷病	02. 入院契機	
	03. 医療資源	04. 医療資源2	
	05. 併存症	06. 併存症2	07. 併存症3
	08. 続発症	09. 続発症2	10. 続発症3
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（在宅医療の提供あり）^{*1} 10. 他院の一般病床 02. 自宅（在宅医療の提供なし）^{*1} 11. 他院の一般病床以外 03. 介護老人保健施設 12. 自院の一般病床（13、14以外） 04. 介護医療院 13. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 05. 介護療養型医療施設 14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、 06. 特別養護老人ホーム 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 15. 自院の療養病床（14以外） 08. その他の居住系介護施設 16. 自院の精神病床 <small>（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）</small> 17. 自院のその他の病床 09. 障害者支援施設 18. 有床診療所 19. 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（外来の初再診後）		
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のいずれかの状態 02. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請 03. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある 04. 生活困窮者である 05. 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） 06. 排泄に介助を要する状態 07. 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できない状態 08. 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 09. 入退院を繰り返している状態 10. その他患者の状況から判断して01から09までに準ずると認められる状態 <small>（具体的な内容：_____）</small>		

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

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. 教育的入院のため	05. 緩和ケアのため 06. 看取りのため (05を除く) 07. その他 (_____)
9 入院時の他院からの紹介状の有無 (該当する番号1つに○)	01. 紹介状あり	02. 紹介状なし
10 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
《10で「01」を選択した場合に回答》		
10-1 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. がん 04. 糖尿病	05. 慢性腎臓病 06. 肝炎 07. その他 (_____)
11 担当医師の診療科 (直近) (最も近似する番号1つに○)	01. 内科 02. 呼吸器科 03. 消化器科(胃腸科) 04. 循環器科 05. 精神科・神経科 06. 外科 07. 整形外科 08. 脳神経外科	09. 呼吸器外科 10. 心臓血管外科 11. 眼科 12. 耳鼻いんこう科 13. 皮膚科 14. 泌尿器科 15. 救急医学科 16. その他 (_____)
12 入院時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし 02. 持続する発赤 03. 真皮までの損傷 04. 皮下組織までの損傷	05. 皮下組織を越える損傷 06. 関節腔、体腔に至る損傷 07. 判定不能
13 入院時の ADL スコア (下表の分類に従って記入)	①食事 <u>スコア</u> _____ ②移乗 <u>スコア</u> _____ ③整容 <u>スコア</u> _____ ④トイレ動作・トイレの使用 <u>スコア</u> _____ ⑤入浴 <u>スコア</u> _____	⑥平地歩行 <u>スコア</u> _____ ⑦階段 <u>スコア</u> _____ ⑧更衣 <u>スコア</u> _____ ⑨排便管理 <u>スコア</u> _____ ⑩排尿管理 <u>スコア</u> _____

ADLスコア	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とする が、座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人で行える	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

II 患者の状態等

1 患者状態の評価の実施日 (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
2 認知症の有無 (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり 02. 認知症なし 03. わからない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
2-1 BPSDの有無 (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり 02. BPSDなし 03. わからない
3 せん妄の有無 (該当する番号1つに○)	01. せん妄あり 02. せん妄なし 03. わからない
4 要介護度 (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
5 認知症高齢者の日常生活自立度 (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
6 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (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
7 栄養摂取の状況 (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「01」を選択した場合に回答》	
7-1 嚥下調整食の必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《7で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
7-2 経管・経静脈栄養の状況 (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 褥瘡に関する危険因子の状況 (調査基準日直近の状況) (該当する番号すべてに○)	01. 基本的動作能力(ベッド上 自立体位変換) 05. 栄養状態低下 02. 基本的動作能力(イス上 坐位姿勢の保持、除圧) 06. 皮膚湿潤(多汗, 尿失禁, 便失禁) 03. 病的骨突出 07. 皮膚の脆弱性(浮腫) 04. 関節拘縮 08. 皮膚の脆弱性(スキンテープの保有, 既往)
9 DESIGN-R の評価結果(調査基準日直近の状況)	褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者の場合に記載ください 調査基準日直近の DESIGN-R の合計点 _____ 点 ※褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者の DESIGN-R の合計点数を回答してください。

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 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. 1日1～3回の観察および管理が必要 02. 1日4～8回の観察および管理が必要 03. 02を超えた頻繁な観察および管理が必要 04. 03を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）
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	入院時 _____ 種類 調査基準日時点 _____ 種類
4 回復期リハビリテーションを要する状態 (該当する番号1つに○) (回復期リハビリテーション病棟のみ回答)	01. 脳血管疾患、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の状態又は義肢装着訓練を要する状態 02. 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 03. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態 04. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態 05. 股関節又は膝関節の置換術後の状態
5 入棟時の状態に応じた算定上限日数 (該当する番号1つに○) (回復期リハビリテーション病棟のみ回答)	01. 60日 02. 90日 03. 150日 04. 180日

6 疾患別リハ実施状況 (該当する番号1つに○)	01. 心大血管疾患リハビリテーション 02. 脳血管疾患等リハビリテーション 03. 廃用症候群リハビリテーション	04. 運動器リハビリテーション 05. 呼吸器リハビリテーション 06. いずれも実施していない	
《6で「06」以外を選択した場合に回答》			
6-1 疾患別リハビリテーションの頻度	調査基準日から遡った過去7日間 _____回		
6-2 疾患別リハビリテーションの単位数	調査基準日から遡った過去7日間 _____単位		
6-3 保険医療機関外（屋外等）での単位数	調査基準日から遡った過去7日間 _____単位		
《6-3が1単位以上の場合に回答》			
6-3-1 該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーション (該当する番号1つに○)	01. 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの 02. 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの 03. 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの		
7 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。		
8 入院前の担当ケアマネジャーの有無 (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	
《8で「01」を選択した場合に回答》			
8-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法 (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
8-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 02. どちらかといえば有用だった		03. どちらかといえば有用ではなかった 04. 有用ではなかった
9 入院前の担当相談支援専門員の有無 (該当する番号1つに○)	01. 担当相談支援専門員あり 02. 担当相談支援専門員なし	03. 不明	
《9で「01」を選択した場合に回答》			
9-1 相談支援専門員からの情報伝達の方法 (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
9-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 02. どちらかといえば有用だった		03. どちらかといえば有用ではなかった 04. 有用ではなかった

10 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 → (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》		
10-1 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 02. 専門外の慢性疾患の治療のため 03. 自院にはない医療機器の使用のため (放射線治療機器等)	04. 症状の原因精査のため 05. その他 (_____)
10-2 受診した診療科 (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 (_____)
10-3 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 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

1 医学的な入院継続の理由等 (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. 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している																										
《1で「01」を選択した場合に回答》																											
1-1 医学的な理由の詳細 (最も当てはまる番号1つに○)	01. 急性期の治療を行っているため 02. 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため 03. 退院にはリハビリテーションが必要であるため 04. その他 (_____)																										
《1で「03」を選択した場合に回答》																											
1-2 退院後に必要な支援 (最も当てはまる番号1つに○)	<table border="0"> <tr> <td>01. 医療処置</td> <td>05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助</td> </tr> <tr> <td>02. 通院の介助</td> <td>06. 食事・排泄・移動等の介護</td> </tr> <tr> <td>03. 訪問診療</td> <td>07. 認知症・精神疾患に対する見守り</td> </tr> <tr> <td>04. 訪問看護・リハビリテーション</td> <td>08. その他 (_____)</td> </tr> </table>	01. 医療処置	05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助	02. 通院の介助	06. 食事・排泄・移動等の介護	03. 訪問診療	07. 認知症・精神疾患に対する見守り	04. 訪問看護・リハビリテーション	08. その他 (_____)																		
01. 医療処置	05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助																										
02. 通院の介助	06. 食事・排泄・移動等の介護																										
03. 訪問診療	07. 認知症・精神疾患に対する見守り																										
04. 訪問看護・リハビリテーション	08. その他 (_____)																										
1-3 退院できない理由 (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)	<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 (_____)																											
《1-3で「01」「02」を選択した場合に回答》																											
1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由 (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)	<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、日中不在がちなため</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. 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため</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. 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、日中不在がちなため		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. 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため		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. 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、日中不在がちなため																											
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. 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため																											
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. その他 (_____)																											

2 退院へ向けた目標・課題等 (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. 終末期医療・緩和ケア 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30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：

- 「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。

なお、DPCデータの様式1ファイルを提出していただいた場合、問1、問2、問3①への記入は不要です。またEFファイルを提出いただいた場合は問4への記入は不要です。

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_____日			
3 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日			
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日			
③退棟年月日	西暦_____年_____月_____日			
4 入退院支援加算等の算定状況 (該当する番号すべてに○)	01. 入退院支援加算1 算定あり 02. 入退院支援加算2 算定あり 03. 入退院支援加算3 算定あり	04. 入退院支援加算1～3 算定なし 05. 薬剤総合評価調整加算 算定あり 06. 薬剤総合評価調整加算 算定なし		
5 FIM得点	入棟時		退棟時	
	① 運動項目	・セルフケア	点	点
		・排泄	点	点
		・移乗	点	点
		・移動	点	点
	② 認知項目	・コミュニケーション	点	点
・社会認識		点	点	

- 回復期リハビリテーション病棟の患者については以下の7～9にご回答ください。

6 回復期リハビリテーションを要する状態 (該当する番号1つに○)	01. 脳血管疾患、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の状態又は義肢装着訓練を要する状態 02. 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 03. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態 04. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態 05. 股関節又は膝関節の置換術後の状態
---	---

7 実施した疾患別リハビリテーションの種類 (該当する番号すべてに○)	01. 心大血管疾患リハビリテーション 02. 脳血管疾患等リハビリテーション 03. 廃用症候群リハビリテーション 04. 運動器リハビリテーション 05. 呼吸器リハビリテーション	
8 入棟時の状態に応じた算定上限日数 (該当する番号1つに○)	01. 60日 02. 90日	03. 150日 04. 180日
9 退棟後のリハビリテーションの必要性の有無 (該当する番号1つに○)	01. 必要あり 02. 必要なし	
10 退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (該当する番号1つに○)	01. リハビリテーションの実施あり 02. リハビリテーションの実施なし 03. 不明	
《10で「01」を選択した場合に回答》		
10-1 リハビリの種類 (該当する番号すべてに○)	01. 医療・介護 02. 通所・訪問	
10-2 実施主体 (該当する番号1つに○)	01. 貴施設、又は貴施設の同一法人又は関連法人の医療機関 02. 01以外の医療機関 03. 介護老人保健施設 04. 不明	
11 退棟時転帰 (該当する番号1つに○)	01. 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合 02. 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合 03. 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合 04. 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合 05. 最も医療資源を投入した傷病による死亡 06. 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡 07. その他(検査入院含む)	
12 退棟時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし 02. 持続する発赤 03. 真皮までの損傷 04. 皮下組織までの損傷 05. 皮下組織を越える損傷 06. 関節腔、体腔に至る損傷 07. 判定不能	
13 退棟先 (該当する番号1つに○)	01. 自宅(在宅医療の提供あり)*1 02. 自宅(在宅医療の提供なし)*1 03. 介護老人保健施設 04. 介護医療院 05. 介護療養型医療施設 06. 特別養護老人ホーム 07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等) 09. 障害者支援施設 10. 他院の一般病床(11、12以外) 11. 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床 12. 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 13. 他院の療養病床(12以外) 14. 他院の精神病床 15. 他院のその他の病床 16. 自院の一般病床(17、18以外) 17. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 18. 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 19. 自院の療養病床(18以外) 20. 自院の精神病床 21. 自院のその他の病床 22. 有床診療所(介護サービス提供医療機関) 23. 有床診療所(22以外) 24. 死亡退院 25. その他()	

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

【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。

14 退院後に利用を予定している医療・介護サービス (該当する番号すべてに○)	01. 外来診療	09. 短期入所生活介護
	02. 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 (_____)

15 退棟時の ADL スコア (下表の分類に従って記入)	①食事	スコア _____	⑥平地歩行	スコア _____
	②移乗	スコア _____	⑦階段	スコア _____
	③整容	スコア _____	⑧更衣	スコア _____
	④トイレ動作・トイレの使用	スコア _____	⑨排便管理	スコア _____
	⑤入浴	スコア _____	⑩排尿管理	スコア _____

ADL スコア	所 見			
	自 立	一部介助	全介助	不 明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とする が、座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人で行える	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

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30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30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、算定されている入院基本料等についてお伺いします。

1-1 開設者 (該当する番号1つに○)	
<p>01 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)</p> <p>02 公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)</p> <p>03 公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)</p> <p>04 社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)</p> <p>05 医療法人(社会医療法人は含まない)</p> <p>06 その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人)</p> <p>07 個人</p>	
1-2 入院基本料(平成30年11月1日時点) (該当する番号すべてに○)	
01 療養病棟入院料1	03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定 (以下、「療養病棟入院基本料 経過措置1」と表記)
02 療養病棟入院料2	04 療養病棟入院基本料「注12」に規定される点数を算定 (以下、「療養病棟入院基本料 経過措置2」と表記)
■ 上記 1-2 で「01 療養病棟入院料1」を選択した場合、在宅復帰機能強化加算の算定についてご回答ください。	
1-2-1 在宅復帰機能強化加算の算定について (該当する番号1つに○)	
01 在宅復帰機能強化加算を算定している	02 在宅復帰機能強化加算を算定していない
■ 上記 1-2 で「01 療養病棟入院料1」を選択した場合、一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合についてご回答ください。	
1-2-2 一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合^{※1}(平成29年10月～平成30年10月の1年間)	
一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合	. %

※1. 「一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合」＝C÷D : C. 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室〔一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る〕から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数(当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く)、D. 当該病棟の1年間の1日平均入院患者数

問2 貴院の許可病床数についてお伺いします。

2-1 許可病床数（平成30年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ 結核病床		床
② 療養病床		床	⑤ 感染症病床		床
	(うち) 介護療養病床		⑥ 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）についてお伺いします。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（平成30年11月1日時点）					
① 医師		人	⑪ 臨床心理技術者		人
② 歯科医師		人	⑫ 診療放射線技師		人
③ 看護師		人	⑬ 臨床検査技師		人
④ 准看護師		人	⑭ 臨床工学技士		人
⑤ 看護補助者		人	⑮ 歯科衛生士		人
	(うち) 介護福祉士		⑯ 相談員		人
⑥ 薬剤師		人		(うち) 社会福祉士	
⑦ 管理栄養士		人		(うち) 精神保健福祉士	
⑧ 理学療法士		人	⑰ 医師事務作業補助者		人
⑨ 作業療法士		人	⑱ 事務職員		人
⑩ 言語聴覚士		人	⑲ その他の職員		人

※1. 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 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

4-1 電子カルテの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-2 オーダリングシステムの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-3 医療情報連携ネットワーク ^{※1} への参加状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 参加している	02 参加していない
■ 上記4-3で「01 参加している」を選択した場合、患者情報の開示状況についてご回答ください。	
4-3-1 参加している医療情報連携ネットワークにおける、電子カルテなどの患者情報の開示状況 ^{※2} （該当する番号1つに○）	
01 開示施設である	02 開示施設ではない

※1. 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク。

※2. 部分的でも開示している医療情報があれば「01 開示施設である」とご回答ください。

問5 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

5-1 外来患者数（平成30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

5-2 総入院患者数（平成30年11月1日時点）	
① 総入院患者数※1	人

※1. 施設全体の合計をご回答ください。

問6 貴院の療養病棟入院基本料を届出ている病棟についてお伺いします。

6-1 病棟数、病床数等（平成30年11月1日時点）	病棟数	届出病床数	入院患者数
① 療養病棟入院料1	棟	床	人
② 療養病棟入院料2	棟	床	人
③ 療養病棟入院基本料 経過措置1	棟	床	人
④ 療養病棟入院基本料 経過措置2	棟	床	人

6-2 新入棟、退棟患者数等（平成30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 療養病棟入院料1	人	人	日
② 療養病棟入院料2	人	人	日
③ 療養病棟入院基本料 経過措置1	人	人	日
④ 療養病棟入院基本料 経過措置2	人	人	日

6-3 在宅復帰率等（平成30年8月～10月の3か月間）	在宅復帰率※1	平均在院日数
① 療養病棟入院料1	. %	. 日
② 療養病棟入院料2	. %	. 日
③ 療養病棟入院基本料 経過措置1	. %	. 日
④ 療養病棟入院基本料 経過措置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）。

6-4 病床利用率※1	平成 29 年 10 月の 1 か月間	平成 30 年 10 月の 1 か月間
① 療養病棟入院料 1 ※2	. %	. %
② 療養病棟入院料 2 ※3	. %	. %
③ 療養病棟入院基本料 経過措置 1 ※3	. %	. %
④ 療養病棟入院基本料 経過措置 2 ※4	. %	. %

※1. 「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

※2. 平成 29 年 10 月の値については、平成 29 年 11 月 1 日時点で療養病棟入院基本料 1 (20 対 1) の届出をしている場合にご回答ください。

※3. 平成 29 年 10 月の値については、平成 29 年 11 月 1 日時点で療養病棟入院基本料 2 (25 対 1) の届出をしている場合にご回答ください。

※4. 平成 29 年 10 月の値については、平成 29 年 11 月 1 日時点で旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注 11 の届出をしている場合にご回答ください。

問 7 貴院における夜間看護加算の届出状況等についてお伺いします。

7-1 夜間看護加算の届出状況について (平成 30 年 11 月 1 日時点) (該当する番号 1 つに○)	
01 夜間看護加算を届出ている	02 夜間看護加算を届出していない

7-2 身体的拘束等の行動制限を最小化する取り組みの実施状況について (平成 30 年 11 月 1 日時点) (該当する番号すべてに○)	
01 身体的拘束の実施について病院としての指針 (マニュアル等) を定めている	
02 身体的拘束を最小限にするための取り組みについて、職員が知識や技術を学ぶ機会を設けている	
03 身体的拘束を必要としない状態となるよう、1 日 1 回程度、環境やケアの見直しを実施している	
04 身体的拘束を最小限にするための取り組みとして、身体的拘束に係る用具の新規購入を中止している	
05 特になし	
06 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します。

◆【現時点の状況】では、平成 30 年 11 月 1 日時点の状況についてご回答ください。【今後の意向】では、今後の入院基本料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。

8-1 今後の入院基本料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】 入院基本料別の病床数の増減の意向 (左記届出の有無で「01 届出あり」を選択した場合は上段の選択肢、「02 届出なし」を選択した場合は下段の選択肢にご回答ください)			
			01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟・ 施設へ転換
① 療養病棟入院料 1	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟・ 施設へ転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
② 療養病棟入院料 2	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟・ 施設へ転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
③ 療養病棟入院基本料 経過措置 1	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟・ 施設へ転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
④ 療養病棟入院基本料 経過措置 2	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟・ 施設へ転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		

■ 上記8-1【今後の意向】で「04 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合、現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設の状態およびその理由をご回答ください。

8-1-1 転換を検討している病棟・施設の状態およびその理由 (該当する番号すべてに○)

(転換を検討している理由は以下の選択肢から優先度が高い順に該当する理由3つを記入)

① 療養病棟入院料1	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	療養病棟入院料2	療養病棟経過措置1	療養病棟経過措置2	回復期リハ病棟	地域包括ケア病棟	介護保険施設	〔再掲〕介護医療院	その他	未定
転換を検討している理由						, ,			
② 療養病棟入院料2	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	療養病棟入院料1	療養病棟経過措置1	療養病棟経過措置2	回復期リハ病棟	地域包括ケア病棟	介護保険施設	〔再掲〕介護医療院	その他	未定
転換を検討している理由						, ,			
③ 療養病棟入院基本料経過措置1	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟経過措置2	回復期リハ病棟	地域包括ケア病棟	介護保険施設	〔再掲〕介護医療院	その他	未定
転換を検討している理由						, ,			
④ 療養病棟入院基本料経過措置2	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟経過措置1	回復期リハ病棟	地域包括ケア病棟	介護保険施設	〔再掲〕介護医療院	その他	未定
転換を検討している理由						, ,			

■ 上記8-1-1で「07〔再掲〕介護医療院」を選択した場合、介護医療院へ転換を検討している病床数についてご回答ください。

8-1-1-1 療養病棟から介護医療院へ転換を検討している病床数

療養病棟から介護医療院へ転換を検討している病床数	床
--------------------------	---

◆ 以下は、上記8-1-1の「転換を検討している理由」の選択肢です。該当する記号を「転換を検討している理由」の回答欄にご記入ください。

(8-1-1「転換を検討している理由」の選択肢) 現在届出ている入院基本料から転換を検討している理由

- a 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため
- b 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため
- c 療養病棟入院基本料が再編され転換負担が緩和されたため
- d 看護師の確保が困難なため
- e 医療区分2・3の基準を満たす患者が現在届出ている病棟又は入院料等と合わなくなってきたため
- f 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため
- g 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため
- h 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため
- i その他

■ 下記問9については、貴院が改定前に「療養病棟入院基本料1(20対1)」を届出していた場合のみご回答ください。

問9 改定前に療養病棟入院基本料1(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。

9-1 改定前(平成30年3月31日時点)に療養病棟入院基本料1(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30年3月31日時点)に療養病棟入院基本料1を届出していた病棟		棟	床
平成30年11月1日時点の内訳	① 平成30年11月1日時点、療養病棟入院料1を届出	棟	床
	② 平成30年11月1日時点、療養病棟入院料2を届出	棟	床
	③ 平成30年11月1日時点、療養病棟入院基本料 経過措置1を届出	棟	床
	④ 平成30年11月1日時点、回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑤ 平成30年11月1日時点、地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑥ 平成30年11月1日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床
	⑦ 平成30年11月1日時点、介護保険施設へ転換 (うち)介護医療院へ転換		床
	⑧ 平成30年11月1日時点、上記④～⑦以外へ転換	棟	床
	⑨ 平成30年11月1日時点、休床としている病床		床

■ 上記9-1で③に該当する病棟がある場合、経過措置1を届出している理由をご回答ください。

9-1-1 経過措置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 介護保険施設等へ転換することで、地域のニーズに応えられなくなる懸念があるため	
02 看護職員配置20対1を満たす看護職員の確保が困難であるため	
03 看護補助職員配置20対1を満たす看護補助職員の確保が困難であるため	
04 医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため	
05 療養病棟入院料1と療養病棟入院料2を同時に届出ることができなくなったため	
06 介護保険施設等へ転換することで、職員のモチベーションが低下するため	
07 介護保険施設等へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため	
08 その他 (_____)	

■ 上記9-1で④、⑤、⑥、⑧のいずれかに該当する病棟がある場合、療養病棟入院基本料1から転換した理由をご回答ください。

9-1-2 療養病棟入院基本料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入院基本料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 療養病棟以外の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 療養病棟以外の他病棟へ転換することで、経営が安定するため	
06 療養病棟以外の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	
07 療養病棟以外の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	
08 その他 (_____)	

■ 下記問 10 については、貴院が改定前に「療養病棟入院基本料2(25 対 1)」を届出していた場合のみご回答ください。

問 10 改定前に療養病棟入院基本料 2 (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。

10-1 改定前(平成 30 年 3 月 31 日時点)に療養病棟入院基本料 2 (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 30 年 3 月 31 日時点)に療養病棟入院基本料 2 を届出していた病棟		棟	床
平成 30 年 11 月 1 日時点の内訳	① 平成 30 年 11 月 1 日時点、療養病棟入院料 1 を届出	棟	床
	② 平成 30 年 11 月 1 日時点、療養病棟入院料 2 を届出	棟	床
	③ 平成 30 年 11 月 1 日時点、療養病棟入院基本料 経過措置 1 を届出	棟	床
	④ 平成 30 年 11 月 1 日時点、回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑤ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑥ 平成 30 年 11 月 1 日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床
	⑦ 平成 30 年 11 月 1 日時点、介護保険施設へ転換 (うち)介護医療院へ転換		床
	⑧ 平成 30 年 11 月 1 日時点、上記④～⑦以外へ転換	棟	床
	⑨ 平成 30 年 11 月 1 日時点、休床としている病床		床

■ 上記 10-1 で③に該当する病棟がある場合、経過措置 1 を届出している理由をご回答ください。

10-1-1 経過措置 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 介護保険施設等へ転換することで、地域のニーズに応えられなくなる懸念があるため	
02 看護職員配置 20 対 1 を満たす看護職員の確保が困難であるため	
03 看護補助職員配置 20 対 1 を満たす看護補助職員の確保が困難であるため	
04 医療区分 2・3 の該当患者割合 5 割を満たすことが困難であるため	
05 療養病棟入院料 1 と療養病棟入院料 2 を同時に届出ることができなくなったため	
06 介護保険施設等へ転換することで、職員のモチベーションが低下するため	
07 介護保険施設等へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため	
08 その他 ()	

■ 上記 10-1 で④、⑤、⑥、⑧のいずれかに該当する病棟がある場合、療養病棟入院基本料 2 から転換した理由をご回答ください。

10-1-2 療養病棟入院基本料 2 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入院基本料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 療養病棟以外の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 療養病棟以外の他病棟へ転換することで、経営が安定するため	
06 療養病棟以外の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	
07 療養病棟以外の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	
08 その他 ()	

■ 下記問 11 については、貴院が改定前に旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注11を届出していた場合のみご回答ください。

問 11 改定前に旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注 11（以下「旧経過措置」と表記）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。

11-1 改定前（平成 30 年 3 月 31 日時点）に旧経過措置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 30 年 3 月 31 日時点）に旧経過措置を届出していた病棟		棟	床
平成 30 年 11 月 1 日 時 点 の 内 訳	① 平成 30 年 11 月 1 日時点、療養病棟入院料1を届出	棟	床
	② 平成 30 年 11 月 1 日時点、療養病棟入院料2を届出	棟	床
	③ 平成 30 年 11 月 1 日時点、療養病棟入院基本料 経過措置1を届出	棟	床
	④ 平成 30 年 11 月 1 日時点、療養病棟入院基本料 経過措置2を届出	棟	床
	⑤ 平成 30 年 11 月 1 日時点、回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑥ 平成 30 年 11 月 1 日時点、地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	⑦ 平成 30 年 11 月 1 日時点、一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床
	⑧ 平成 30 年 11 月 1 日時点、介護保険施設へ転換		床
	（うち）介護医療院へ転換		床
	⑨ 平成 30 年 11 月 1 日時点、上記⑤～⑧以外へ転換	棟	床
⑩ 平成 30 年 11 月 1 日時点、休床としている病床		床	

■ 上記 11-1 で④に該当する病棟がある場合、経過措置 2 を届出している理由をご回答ください。

11-1-1 経過措置 2 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	介護保険施設等へ転換することで、地域のニーズに応えられなくなる懸念があるため	
02	看護職員配置 25 対 1 を満たす看護職員の確保が困難であるため	
03	看護補助職員配置 25 対 1 を満たす看護補助職員の確保が困難であるため	
04	療養病棟入院料 1 と療養病棟入院料 2 を同時に届出ることができなくなったため	
05	介護保険施設等へ転換することで、職員のモチベーションが低下するため	
06	介護保険施設等へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため	
07	その他（ _____ ）	

問 12 貴院の入退院支援部門（入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 入退院支援部門の設置状況（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）		
01 入退院支援部門を設置している		02 入退院支援部門を設置していない
■ 上記 12-1 で「01 入退院支援部門を設置している」を選択した場合、入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 入退院支援部門に従事する職員数（平成 30 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（ <input type="text"/> ）	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 12-1 で「02 入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。		
12-1-2 入退院支援部門を設置していない理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）		
01 入院時点で退院支援を必要とする（見込みを含む）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 入退院支援部門を設置すると、経営が不安定になるおそれがあるため		
04 入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 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため		
06 入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おり、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		
08 入退院支援部門を設置しなくても、各病棟や各職員による十分な入退院支援を行えているため		
09 入退院支援が必要な患者がいれば、その都度、入退院支援チームを組んで対応しているため		
10 その他（ <input type="text"/> ）		

問 13 貴院の入退院支援に関連する項目の算定件数についてお伺いします。

13-1 入退院支援加算の届出の有無（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）			
01	入退院支援加算 1 を届出ている	03	入退院支援加算（特定地域）を届出ている
02	入退院支援加算 2 を届出ている	04	入退院支援加算を届出していない

13-2 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 入退院支援加算 1	件	④ 地域連携診療計画加算 （入退院支援加算に係る加算に限る）	件
② 入退院支援加算 2	件	⑤ 小児加算 （入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件
③ 入退院支援加算（特定地域）	件		

13-3 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
[再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数	件	
内 訳 ※ ¹	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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ²	件
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	件
	⑤ 生活困窮者であること	件
	⑥ 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
	⑦ 排泄に介助を要すること	件
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑨ 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
	⑩ 入退院を繰り返していること	件
	⑪ その他患者の状況から判断して①から⑩までに準ずると認められる場合	件
■ 上記 13-3 で「⑪」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。		
13-3-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大 3 つまで）		
「⑪」の状態例 1	（ ）	
「⑪」の状態例 2	（ ）	
「⑪」の状態例 3	（ ）	

※ 1. 内訳の各項目に記載の「退院困難な要因」のうち、複数の要因に該当する場合は、主たる要因にのみ件数を計上してください。

※ 2. 「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。

13-4 退院時共同指導料 2 に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）	
① 退院時共同指導料 2 の算定件数	件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合	件
② 多機関共同指導加算の算定件数	件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合	件

13-5 入退院支援加算を算定する患者で退院時共同指導料2を算定した患者の退院先（平成30年8月～10月の3か月間）

[再掲] 退院時共同指導料2の算定件数（＝「13-4の①」）		件
（うち）入退院支援加算を算定する患者への算定件数		件
退 院 先 の 内 訳	① 自宅	件
	② 介護老人保健施設	件
	③ 介護医療院	件
	④ 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）	件
	⑤ 特定施設（地域密着型特定施設を含む）	件
	⑥ 障害者支援施設※ ¹	件
	⑦ 福祉型障害児入所施設	件
	⑧ 医療型障害児入所施設	件

※1. 生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る

13-6 退院時共同指導料2の算定にあたり共同指導に従事している職種（平成30年8月～10月の3か月間）

（該当する選択肢の右欄に○、算定にあたり最も多く関与している職種1つには◎）

01 医師	
02 看護師等（保健師、助産師、看護師又は准看護師）	
03 薬剤師	
04 管理栄養士	
05 理学療法士	
06 作業療法士	
07 言語聴覚士	
08 社会福祉士	
09 その他の職種（_____）	

問 14 貴院の入院時支援加算の届出状況などについてお伺いします。

14-1 入院時支援加算の届出状況（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）		
01 入院時支援加算を届出ている		02 入院時支援加算を届出していない
■ 上記 14-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院前支援を行う職員数をご回答ください。		
14-1-1 入退院支援部門に従事する職員のうち入院前支援を行う職員数 （平成 30 年 11 月 1 日時点）	専 従	専 任
① 看護師	人	人
② 社会福祉士	人	人
③ その他の職種（ <input type="text"/> ）	人	人
■ 上記 14-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院時支援加算の算定件数をご回答ください。		
14-1-2 入院時支援加算の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
入院時支援加算の算定件数		件
入院前 に 実 施 し た 事 項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合必須）	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
	⑧ 入院生活の説明（必須）	人
■ 上記 14-1-2 で③～⑦に記載の人数のうち、「入院時支援加算の算定件数」を下回る項目がある場合、その理由をご回答ください。		
14-1-2-1 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった理由（該当する番号すべてに○）		
01 全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため		
02 配置されている人数の看護師又は社会福祉士のみでは、全ての項目を実施するのは困難であったため		
03 全ての項目を実施するには他職種（医師、薬剤師、管理栄養士等）の協力が必要であったため		
04 その他（ <input type="text"/> ）		
■ 上記 14-1-2 で「入院時支援加算の算定件数」が 1 件以上の場合、入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法についてご回答ください。		
14-1-2-2 入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法（該当する番号すべてに○）		
01 電子カルテにより計画を共有している		
02 入退院支援部門から病棟に計画を送付している		
03 対面によるカンファレンス等により計画を共有している		
04 その他（ <input type="text"/> ）		

■ 上記 14-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、当該加算の届出による効果等をご回答ください。

14-1-3 入院時支援加算の届出によりもたらされた効果等 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの1つには◎)

01	治療や入院生活に対する患者の理解度が上がった	
02	退院調整にかかる期間が短くなった	
03	病棟での入院時の受入における患者への治療方針等の説明に係る負担が減った	
04	病棟での入院時の受入における入院生活等の説明に係る負担が減った	
05	患者の身体的・社会的・精神的背景を踏まえた療養環境の整備が入院前に実施できるようになった	
06	入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった	
07	入院前の服薬状況を踏まえた治療方針が立てられるようになった	
08	褥瘡・栄養スクリーニング結果に応じた治療方針が立てやすくなった	
09	入退院支援加算に係る退院困難な要因を有している患者の抽出が容易となった	
10	より多くの患者に対して入院前支援を実施できるようになった	
11	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ようになった	
12	特になかった	
13	その他 ()	

■ 上記 14-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。

14-1-4 入院時支援加算を届出ることが困難な理由 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの1つには◎)

01	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため	
02	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため	
03	地域連携を行う十分な体制が整備できていないため	
04	自宅等から入院する予定入院患者が少ないため	
05	入退院支援加算を算定する患者がいないため	
06	緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため	
07	他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため	
08	その他 ()	

■ 上記 14-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、今後の届出の意向についてご回答ください。

14-1-5 入院時支援加算の今後の届出の意向 (該当する番号1つに○)

01	届出を予定している	
02	届出する予定はない	
03	未定・分からない	

問 15 貴院が連携している施設についてお伺いします。

15-1 連携先 ^{※1} の施設数（特別の関係にあるものを含む）（平成 30 年 11 月 1 日時点）	連携先の施設数	（うち）特別の関 係にある施設数
① 病院	施設	施設
（うち）在宅療養支援病院	施設	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	施設
② 診療所	施設	施設
（うち）在宅療養支援診療所	施設	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	施設
③ 介護保険サービス事業所	施設	施設
（うち）訪問系サービス（訪問介護、訪問看護等）	施設	施設
（うち）通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション等）	施設	施設
（うち）短期滞在系サービス（短期入所生活介護等）	施設	施設
（うち）居住系サービス（認知症グループホーム、特定施設等）	施設	施設
（うち）入所系サービス（特別養護老人ホーム等）	施設	施設
（うち）居宅介護支援事業所	施設	施設
④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑤ その他の施設	施設	施設

※1. 連携先とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

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 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
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 特にない	

16-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない	
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない	
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導（医療保険）を行う医療機関が少ない	
04 地域の中で、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	
05 地域の中で、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
06 地域の中で、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
07 地域の中で、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない	
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない	
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない	
10 特にない	
11 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●年●月●日（●）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 30 年度調査

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 30 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、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、入院基本料についてお伺いします。

1-1 診療科目（平成 30 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	06 脳神経外科	11 泌尿器科
02 小児科	07 産婦人科	12 放射線科
03 精神科	08 眼科	13 リハビリテーション科
04 外科	09 耳鼻咽喉科	14 歯科（歯科口腔外科等含む）
05 整形外科	10 皮膚科	15 その他（_____）

1-2 入院基本料（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号1つに○）

01 療養病棟入院料 1	03 療養病棟入院基本料「注 11」に規定される点数を算定（以下、「療養病棟入院基本料 経過措置 1」と表記）
02 療養病棟入院料 2	04 療養病棟入院基本料「注 12」に規定される点数を算定（以下、「療養病棟入院基本料 経過措置 2」と表記）

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 30 年 11 月 1 日時点）

貴病棟の届出病床数	床
-----------	---

2-2 貴病棟に配置されている職員数（専従換算^{※1}）（平成 30 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 相談員	. 人
（うち）介護福祉士	. 人	（うち）社会福祉士	. 人
④ 薬剤師	. 人	（うち）精神保健福祉士	. 人
⑤ 管理栄養士	. 人	⑩ 医師事務作業補助者	. 人
⑥ 理学療法士	. 人	⑪ その他の職員	. 人

※1. 職員数の専従換算の算出方法
貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように専従換算して小数第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週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日（各日3時間）従事している場合

$$\text{専従換算した職員数} = \frac{4 \text{ 日} \times 3 \text{ 時間} \times 1 \text{ 人}}{40 \text{ 時間}} = 0.3 \text{ 人}$$

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等(平成30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

2-4 貴病棟における病床利用率 ^{※1}	平成29年10月の 1か月間	平成30年10月の 1か月間
貴病棟における病床利用率	. %	. %

※1. 「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

2-5 貴病棟における在宅復帰率等(平成30年8月~10月の3か月間)	在宅復帰率 ^{※1}	平均在院日数
貴病棟における在宅復帰率等	. %	. 日

※1. 「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 当該病棟から、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. 当該病棟から、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)。

問3 貴病棟の入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入退院支援及び地域連携業務に従事する職員について(平成30年11月1日時点) (該当する番号すべてに○)		
01 専従の職員がいる	02 専任の職員がいる	03 専任・専従の職員はいない

■ 上記3-1で「01 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の入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入退院支援職員数(平成30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()	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 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」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ご回答ください。

3-1-2 入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 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 入退院支援業務の担当者が明確になるため、地域との連携、調整がスムーズになる	
02 より多くの患者に対して入退院支援を行える	
03 入退院支援に係る院内での調整を円滑に行える	
04 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	
05 退院支援計画の作成が滞りなく行える	
06 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	
07 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	
08 早期退院につながる	
09 特にない	
10 その他()	

3-2 入退院支援で困難等を感じる点 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
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が難しい	
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 入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機会を設けることが難しい	
09 他の医療機関・施設と、転院又は退院体制等について協議を行える信頼関係を構築することが難しい	
10 特になし	
11 その他 ()	

問4 貴病棟の平成30年11月1日時点の入院患者数についてお伺いします。

4-1 入院期間別の入院患者数 (平成30年11月1日時点)	
① 入院後14日以内	人
② 15日～30日	人
③ 31日～60日	人
④ 61日～180日	人
⑤ 181日～365日	人
⑥ 366日～700日	人
⑦ 701日以上	人

4-2 要介護度別の入院患者数 (平成30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

4-3 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数 (平成30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

4-4 入棟前の居場所別患者数（平成 30 年 11 月 1 日時点）	
① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

4-5 自院の他病棟からの転棟患者数（平成 30 年 11 月 1 日時点）		
[再掲] 自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-4の⑫」）		
内 訳	① 自院の一般病床（②、③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外）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 貴病棟の平成29年11月1日時点と平成30年11月1日時点の入院患者についてお伺いします。

5-1 貴病棟の入院患者数	平成29年11月1日時点	平成30年11月1日時点
貴病棟の入院患者数	人	人

5-2 患者の状態別の入院患者数	平成29年11月1日時点	平成30年11月1日時点	
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	医療区分3に該当	人	人
	医療区分2に該当		人

5-3 加算の算定状況別の入院患者数	平成29年11月1日時点	平成30年11月1日時点
① 救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定している患者	人	
② 急性期患者支援療養病床初期加算を算定している患者		人
③ 在宅患者支援療養病床初期加算を算定している患者		人

■ 上記5-3「③ 在宅患者支援療養病床初期加算を算定している患者」がいる場合、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援について、その実施内容別に実施した人数についてご回答ください。

5-3-1 治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援の実施内容別実施人数		
[再掲] 在宅患者支援療養病床初期加算を算定している患者		人
意思決定に対する支援の実施内容	① 患者本人の意思の確認ができるため、患者自身と人生の最終段階における医療・ケアの方針について話し合い、意思決定を支援した	人
	② 患者本人の意思が確認できないため、その意思を推定しうる者となる家族等とともに患者の推定意思を明らかにし、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった	人
	③ 患者本人の意思の確認ができず、かつ家族等が本人の意思を推定できない、もしくは家族等がないため、家族等と医療・ケアチームが話し合いの場を持ち、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった	人
	④ その他（具体的に_____）	人

問6 貴病棟の平成30年8月1日時点の入院患者についてお伺いします。

6-1 医療区分別の入院患者数（※平成30年8月1日時点で入院していた患者のみ対象）

		平成30年8月1日時点	⇒	同一患者の平成30年11月1日時点の状況			
		医療区分別の入院患者数		■ 医療区分1	■ 医療区分2	■ 医療区分3	退棟
平成30年8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

6-2 退棟時の医療区分別の患者数（※平成30年8月1日時点で入院しており11月1日までに退棟した患者のみ対象）

		平成30年8月1日時点	⇒	同一患者の退棟時の医療区分			
		退棟した患者の医療区分		■ 医療区分1	■ 医療区分2	■ 医療区分3	死亡退院
平成30年8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

6-3 ADL区分別の入院患者数（※平成30年8月1日時点で入院していた患者のみ対象）

		平成30年8月1日時点	⇒	同一患者の平成30年11月1日時点の状況			
		ADL区分別の入院患者数		■ ADL区分1 (ADL得点0~10点)	■ ADL区分2 (ADL得点11~22点)	■ ADL区分3 (ADL得点23~24点)	退棟
平成30年8月1日時点	■ ADL区分1 (ADL得点0~10点)	人	⇒	人	人	人	人
	■ ADL区分2 (ADL得点11~22点)	人	⇒	人	人	人	人
	■ ADL区分3 (ADL得点23~24点)	人	⇒	人	人	人	人

6-4 退棟時のADL区分別の患者数（※平成30年8月1日時点で入院しており11月1日までに退棟した患者のみ対象）

		平成30年8月1日時点	⇒	同一患者の退棟時のADL区分			
		退棟した患者のADL区分		■ ADL区分1 (ADL得点0~10点)	■ ADL区分2 (ADL得点11~22点)	■ ADL区分3 (ADL得点23~24点)	死亡退院
平成30年8月1日時点	■ ADL区分1 (ADL得点0~10点)	人	⇒	人	人	人	人
	■ ADL区分2 (ADL得点11~22点)	人	⇒	人	人	人	人
	■ ADL区分3 (ADL得点23~24点)	人	⇒	人	人	人	人

問7 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

7-1 退棟先別の退棟患者数（平成30年10月の1か月間）		
貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人
	③ 介護老人保健施設	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
	⑨ 障害者支援施設	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
	⑮ 他院のその他の病床	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人
	㉑ 自院の精神病床	人
	㉒ 自院のその他の病床	人
診療所 有床	㉓ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人
死亡	㉕ 死亡退院	人
	㉖ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

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●年●月●日（●）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30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 ※レセプト電算処理用の傷病名 マスタの傷病名コードで記入	01. 主傷病	02. 入院契機	
	03. 医療資源	04. 医療資源2	
	05. 併存症	06. 併存症2	07. 併存症3
	08. 続発症	09. 続発症2	10. 続発症3
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（在宅医療の提供あり）*1 02. 自宅（在宅医療の提供なし）*1 03. 介護老人保健施設 04. 介護医療院 05. 介護療養型医療施設 06. 特別養護老人ホーム 07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 08. その他の居住系介護施設 （認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） 09. 障害者支援施設 10. 他院の一般病床 11. 他院の一般病床以外 12. 自院の一般病床（13、14以外） 13. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 15. 自院の療養病床（14以外） 16. 自院の精神病床 17. 自院のその他の病床 18. 有床診療所 19. 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（外来の初再診後）		
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のいずれかの状態 02. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請 03. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある 04. 生活困窮者である 05. 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） 06. 排泄に介助を要する状態 07. 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できない状態 08. 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 09. 入退院を繰り返している状態 10. その他患者の状況から判断して01から09までに準ずると認められる状態 （具体的な内容：_____）		

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

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. 教育的入院のため 05. 緩和ケアのため 06. 看取りのため (05を除く) 07. その他 ()																				
9 入院時の他院からの紹介状の有無 (該当する番号1つに○)	01. 紹介状あり 02. 紹介状なし																				
10 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																				
《10で「01」を選択した場合に回答》																					
10-1 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. がん 04. 糖尿病 05. 慢性腎臓病 06. 肝炎 07. その他 ()																				
11 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																				
12 入院時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし 02. 持続する発赤 03. 真皮までの損傷 04. 皮下組織までの損傷 05. 皮下組織を越える損傷 06. 関節腔、体腔に至る損傷 07. 判定不能																				
13 入院時のADLスコア (下表の分類に従って記入)	<table border="0"> <tr> <td>①食事</td> <td>スコア _____</td> <td>⑥平地歩行</td> <td>スコア _____</td> </tr> <tr> <td>②移乗</td> <td>スコア _____</td> <td>⑦階段</td> <td>スコア _____</td> </tr> <tr> <td>③整容</td> <td>スコア _____</td> <td>⑧更衣</td> <td>スコア _____</td> </tr> <tr> <td>④トイレ動作・トイレの使用</td> <td>スコア _____</td> <td>⑨排便管理</td> <td>スコア _____</td> </tr> <tr> <td>⑤入浴</td> <td>スコア _____</td> <td>⑩排尿管理</td> <td>スコア _____</td> </tr> </table>	①食事	スコア _____	⑥平地歩行	スコア _____	②移乗	スコア _____	⑦階段	スコア _____	③整容	スコア _____	⑧更衣	スコア _____	④トイレ動作・トイレの使用	スコア _____	⑨排便管理	スコア _____	⑤入浴	スコア _____	⑩排尿管理	スコア _____
①食事	スコア _____	⑥平地歩行	スコア _____																		
②移乗	スコア _____	⑦階段	スコア _____																		
③整容	スコア _____	⑧更衣	スコア _____																		
④トイレ動作・トイレの使用	スコア _____	⑨排便管理	スコア _____																		
⑤入浴	スコア _____	⑩排尿管理	スコア _____																		

ADLスコア	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とする が、座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人のできる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

II 患者の状態等

1 患者状態の評価の実施日 (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
2 認知症の有無 (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり 02. 認知症なし 03. わからない
《2で「01」を選択した場合に回答》	
2-1 BPSDの有無 (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり 02. BPSDなし 03. わからない
3 せん妄の有無 (該当する番号1つに○)	01. せん妄あり 02. せん妄なし 03. わからない
4 意識障害の有無 (該当する番号すべてに○)	01. 意識障害あり (JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下) 03. 意識障害あり (01、02 以外) 02. 意識障害あり (JCSIII-100 以上) 04. 意識障害なし
5 要介護度 (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
6 認知症高齢者の日常生活自立度 (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
7 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (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
8 身体障害者(肢体不自由)の等級 (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
9 障害支援区分(障害程度区分) (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
10 栄養摂取の状況 (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「01」を選択した場合に回答》	
10-1 嚥下調整食の必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《10で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
10-2 経管・経静脈栄養の状況 (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
11 褥瘡に関する危険因子の状況 (調査基準日直近の状況) (該当する番号すべてに○)	01. 基本的動作能力(ベッド上 自立体位変換) 05. 栄養状態低下 02. 基本的動作能力(イス上 坐位姿勢の保持、除圧) 06. 皮膚湿潤(多汗, 尿失禁, 便失禁) 03. 病的骨突出 07. 皮膚の脆弱性(浮腫) 04. 関節拘縮 08. 皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有, 既往)
12 DESIGN-R の評価結果 (褥瘡対策加算の算定対象患者のみ回答)	① 調査基準日の前々月の DESIGN-R の実績点_____点 ② 調査基準日の前月の DESIGN-R の実績点_____点 ③ 調査基準日の DESIGN-R の合計点_____点 ※①、②は DESIGN-R の評価を実施していた場合に回答してください。 ※DESIGN-R の実績点及び合計点は、褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者の DESIGN-R の合計点数を回答してください。

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 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. 1日1～3回の観察および管理が必要 02. 1日4～8回の観察および管理が必要 03. 02を超えた頻繁な観察および管理が必要 04. 03を超えた常時の観察および管理が必要(24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない)
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	入院時 _____ 種類 調査基準日時点 _____ 種類

4 疾患別リハ実施状況 (該当する番号1つに○)	01. 心大血管疾患リハビリテーション 02. 脳血管疾患等リハビリテーション 03. 廃用症候群リハビリテーション 04. 運動器リハビリテーション 05. 呼吸器リハビリテーション 06. いずれも実施していない
《4で「06」以外を選択した場合に回答》	
4-1 疾患別リハビリテーションの頻度	調査基準日から遡った過去7日間 _____回
4-2 疾患別リハビリテーションの単位数	調査基準日から遡った過去7日間 _____単位
4-3 保険医療機関外（屋外等）での単位数	調査基準日から遡った過去7日間 _____単位
《4-3が1単位以上の場合に回答》	
4-3-1 該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーション (該当する番号1つに○)	01. 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの 02. 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの 03. 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの
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。
6 過去30日間に患者が受けた医療行為・処置等 (該当する番号すべてに○)	01. 気管切開・気管内挿管 02. 気管カニューレの交換 03. 透析の指示 04. 胸腹腔洗浄 05. 胃瘻カテーテルの装着・交換 06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換 07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位 _____) 08. モルヒネの持続皮下注射 09. 鎮静薬の持続皮下注射 10. エコー検査 11. 造影剤を用いた放射線検査 12. 血圧・脈拍の測定 13. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 15. 経鼻経管栄養 16. 中心静脈栄養 17. 喀痰吸引 18. ネブライザー 19. 創傷処置 20. 体位変換 21. 浣腸・排便 22. 褥瘡の処置 23. インスリン注射 24. 点滴・注射（23以外） 25. 膀胱（留置）カテーテルの管理 26. 人工肛門・人工膀胱の管理 27. 人工呼吸器の管理 28. 気管切開の処置 29. 酸素療法管理 30. がん末期の疼痛管理 31. 慢性疼痛の管理（30以外） 32. 透析・腹膜還流 33. リハビリテーション 34. 口腔ケア

7 入院前の担当ケアマネジャーの有無 (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》		
7-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法 (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
7-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 02. どちらかといえば有用だった	03. どちらかといえば有用ではなかった 04. 有用ではなかった
8 入院前の担当相談支援専門員の有無 (該当する番号1つに○)	01. 担当相談支援専門員あり 02. 担当相談支援専門員なし	03. 不明
《8で「01」を選択した場合に回答》		
8-1 相談支援専門員からの情報伝達の方法 (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
8-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 02. どちらかといえば有用だった	03. どちらかといえば有用ではなかった 04. 有用ではなかった
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 → (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》		
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 02. 専門外の慢性疾患の治療のため 03. 自院にはない医療機器の使用のため (放射線治療機器等)	04. 症状の原因精査のため 05. 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 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 (_____)
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 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>1 医学的な入院継続の理由等 (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. 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している</p>
<p>《1で「01」を選択した場合に回答》</p>	
<p>1-1 医学的な理由の詳細 (最も当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 急性期の治療を行っているため 02. 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため 03. 退院にはリハビリテーションが必要であるため 04. その他 (_____)</p>
<p>《1で「03」を選択した場合に回答》</p>	
<p>1-2 退院後に必要な支援 (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>1-3 退院できない理由 (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)</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>1-3-1 本人・家族の希望に 合わない理由 (該当する選択肢の右欄に○、 最も該当するもの1つには◎)</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. 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため 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. その他 (_____)</p>

2 退院へ向けた目標・課題等 (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. 終末期医療・緩和ケア 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30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:

- 「入院患者票 (C)」の対象者のうち、調査基準日から30日以内に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

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 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日
③退棟年月日	西暦_____年_____月_____日

4 入退院支援加算等の算定状況 (該当する番号すべてに○)	01. 入退院支援加算1 算定あり	04. 薬剤総合評価調整加算 算定あり
	02. 入退院支援加算2 算定あり	05. 薬剤総合評価調整加算 算定なし
	03. 入退院支援加算1・2 算定なし	

5 退棟時転帰 (該当する番号すべてに○)	01. 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合
	02. 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合
	03. 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
	04. 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
	05. 最も医療資源を投入した傷病による死亡
	06. 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
	07. その他 (検査入院含む)

6 退棟時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし	05. 皮下組織を越える損傷
	02. 持続する発赤	06. 関節腔、体腔に至る損傷
	03. 真皮までの損傷	07. 判定不能
	04. 皮下組織までの損傷	

うらへ続く

7 退棟先 (該当する番号1つに○)	01. 自宅 (在宅医療の提供あり) *1	13. 他院の療養病床 (12 以外)
	02. 自宅 (在宅医療の提供なし) *1	14. 他院の精神病床
	03. 介護老人保健施設	15. 他院のその他の病床
	04. 介護医療院	16. 自院の一般病床 (17、18 以外)
	05. 介護療養型医療施設	17. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床
	06. 特別養護老人ホーム	18. 自院の地域包括ケア病床入院料、回復期リハビリテーション病床入院料を届出ている病床
	07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	19. 自院の療養病床 (18 以外)
	08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	20. 自院の精神病床
	09. 障害者支援施設	21. 自院のその他の病床
	10. 他院の一般病床 (11、12 以外)	22. 有床診療所 (介護サービス提供医療機関)
	11. 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	23. 有床診療所 (22 以外)
	12. 他院の地域包括ケア病床入院料、回復期リハビリテーション病床入院料を届出ている病床	24. 死亡退院
		25. その他 (_____)

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

【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。

8 退院後に利用を予定している医療・介護サービス (該当する番号すべてに○)	01. 外来診療	09. 短期入所生活介護
	02. 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 (_____)

9 退棟時の ADL スコア (下表の分類に従って記入)	①食事	スコア _____	⑥平地歩行	スコア _____
	②移乗	スコア _____	⑦階段	スコア _____
	③整容	スコア _____	⑧更衣	スコア _____
	④トイレ動作・トイレの使用	スコア _____	⑨排便管理	スコア _____
	⑤入浴	スコア _____	⑩排尿管理	スコア _____

ADLスコア	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とする が、座ってられる		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とする がおおよそ自分一人で行える	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

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30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30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、算定されている入院基本料等についてお伺いします。

1-1 開設者 (該当する番号1つに○)

- 01 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)
- 02 公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)
- 03 公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
- 04 社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)
- 05 医療法人(社会医療法人は含まない)
- 06 その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人)
- 07 個人

1-2 入院基本料等(平成30年11月1日時点) (該当する番号すべてに○)

- | | |
|--------------------|----------------|
| 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 | |

問2 貴院の許可病床数についてお伺いします。

2-1 許可病床数(平成30年11月1日時点)

① 一般病床	床	④ 結核病床	床
② 療養病床	床	⑤ 感染症病床	床
(うち)介護療養病床	床	⑥ 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）についてお伺いします。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（平成30年11月1日時点）			
① 医師	. 人	⑪ 臨床心理技術者	. 人
② 歯科医師	. 人	⑫ 診療放射線技師	. 人
③ 看護師	. 人	⑬ 臨床検査技師	. 人
④ 准看護師	. 人	⑭ 臨床工学技士	. 人
⑤ 看護補助者	. 人	⑮ 歯科衛生士	. 人
(うち)介護福祉士	. 人	⑯ 相談員	. 人
⑥ 薬剤師	. 人	(うち)社会福祉士	. 人
⑦ 管理栄養士	. 人	(うち)精神保健福祉士	. 人
⑧ 理学療法士	. 人	⑰ 医師事務作業補助者	. 人
⑨ 作業療法士	. 人	⑱ 事務職員	. 人
⑩ 言語聴覚士	. 人	⑲ その他の職員	. 人

※1. 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 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

4-1 電子カルテの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-2 オーダリングシステムの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-3 医療情報連携ネットワーク ^{※1} への参加状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 参加している	02 参加していない
■ 上記4-3で「01 参加している」を選択した場合、患者情報の開示状況についてご回答ください。	
4-3-1 参加している医療情報連携ネットワークにおける、電子カルテなどの患者情報の開示状況 ^{※2} （該当する番号1つに○）	
01 開示施設である	02 開示施設ではない

※1. 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク。

※2. 部分的でも開示している医療情報があれば「01 開示施設である」とご回答ください。

問5 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

5-1 外来患者数（平成30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

5-2 総入院患者数（平成30年11月1日時点）	
① 総入院患者数※1	人

※1. 施設全体の合計をご回答ください。

問6 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。

6-1 病棟数、病床数等（平成30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

6-2 新入棟、退棟患者数等（平成30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

6-3 在宅復帰率等（平成30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、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・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）。

6-4 病床利用率※1	平成 29 年 10 月の 1 か月間	平成 30 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	. %	. %

※1. 「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

■ 下記問7～8については、貴院が障害者施設等入院基本料を届出ている場合のみご回答ください。

問7 貴院における夜間看護体制特定日減算の算定状況等についてお伺いします。

7-1 夜間看護体制特定日減算の算定状況について（平成30年8月～10月の3ヶ月間）（該当する番号1つに○）	
01 夜間看護体制特定日減算を算定している	02 夜間看護体制特定日減算を算定していない
■ 上記7-1で「01 夜間看護体制特定日減算を算定している」と回答した場合、夜間看護体制特定日減算の算定日数についてご回答ください。	
7-1-1 夜間看護体制特定日減算の算定日数	日

問8 貴院における看護補助加算の届出状況等についてお伺いします。

8-1 看護補助加算、夜間看護体制加算の届出状況について（平成30年11月1日時点）（該当する番号すべてに○）	
01 看護補助加算を届出ている	03 夜間看護体制加算を届出ている
02 看護補助加算を届出していない	04 夜間看護体制加算を届出していない
8-2 身体的拘束等の行動制限を最小化する取り組みの実施状況について（平成30年11月1日時点）（該当する番号すべてに○）	
01 身体的拘束の実施について病院としての指針（マニュアル等）を定めている	
02 身体的拘束を最小限にするための取り組みについて、職員が知識や技術を学ぶ機会を設けている	
03 身体的拘束を必要としない状態となるよう、1日1回程度、環境やケアの見直しを実施している	
04 身体的拘束を最小限にするための取り組みとして、身体的拘束に係る用具の新規購入を中止している	
05 特にない	
06 その他（ ）	

問9 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。

◆ 【現時点の状況】では、平成30年11月1日時点の状況についてご回答ください。【今後の意向】では、今後の入院基本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。

9-1 今後の入院基本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】 入院基本料等別の病床数の増減の意向 (左記届出の有無で「01 届出あり」を選択した場合は上段の選択肢、「02 届出なし」を選択した場合は下段の選択肢にご回答ください)				
		01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換	
① 障害者施設等入院基本料	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		
② 特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料	01 届出あり	⇒	01 増床	02 現状を維持	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
	02 届出なし		01 新設	02 現状を維持		

問 10 貴院の入退院支援部門（入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。

10-1 入退院支援部門の設置状況（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）		
01 入退院支援部門を設置している		02 入退院支援部門を設置していない
■ 上記 10-1 で「01 入退院支援部門を設置している」を選択した場合、入退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。		
10-1-1 入退院支援部門に従事する職員数（平成 30 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（ <input type="text"/> ）	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 10-1 で「02 入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。		
10-1-2 入退院支援部門を設置していない理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）		
01 入院時点で退院支援を必要とする（見込みを含む）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 入退院支援部門を設置すると、経営が不安定になるおそれがあるため		
04 入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 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため		
06 入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おり、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		
08 入退院支援部門を設置しなくても、各病棟や各職員による十分な入退院支援を行えているため		
09 入退院支援が必要な患者がいれば、その都度、入退院支援チームを組んで対応しているため		
10 その他（ <input type="text"/> ）		

問 11 貴院の入退院支援に関連する項目の算定件数についてお伺いします。

11-1 入退院支援加算の届出の有無（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）			
01	入退院支援加算 1 を届出ている	03	入退院支援加算（特定地域）を届出ている
02	入退院支援加算 2 を届出ている	04	入退院支援加算を届出していない

11-2 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 入退院支援加算 1	件	④ 地域連携診療計画加算 （入退院支援加算に係る加算に限る）	件
② 入退院支援加算 2	件	⑤ 小児加算 （入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件
③ 入退院支援加算（特定地域）	件		

11-3 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
[再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数			件
内 訳 ※ ¹	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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ²		件
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること		件
	⑤ 生活困窮者であること		件
	⑥ 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
	⑦ 排泄に介助を要すること		件
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと		件
	⑨ 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
	⑩ 入退院を繰り返していること		件
	⑪ その他患者の状況から判断して①から⑩までに準ずると認められる場合		件
■ 上記 11-3 で「⑪」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。			
11-3-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大 3 つまで）			
	「⑪」の状態例 1（		）
	「⑪」の状態例 2（		）
	「⑪」の状態例 3（		）

※ 1. 内訳の各項目に記載の「退院困難な要因」のうち、複数の要因に該当する場合は、主たる要因にのみ件数を計上してください。

※ 2. 「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。

11-4 退院時共同指導料 2 に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 退院時共同指導料 2 の算定件数			件
	（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合		件
② 多機関共同指導加算の算定件数			件
	（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合		件

11-5 入退院支援加算を算定する患者で退院時共同指導料2を算定した患者の退院先（平成30年8月～10月の3か月間）		
[再掲] 退院時共同指導料2の算定件数（＝「11-4の①」）		件
（うち）入退院支援加算を算定する患者への算定件数		件
退 院 先 の 内 訳	① 自宅	件
	② 介護老人保健施設	件
	③ 介護医療院	件
	④ 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）	件
	⑤ 特定施設（地域密着型特定施設を含む）	件
	⑥ 障害者支援施設* ¹	件
	⑦ 福祉型障害児入所施設	件
	⑧ 医療型障害児入所施設	件

※1. 生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る

11-6 退院時共同指導料2の算定にあたり共同指導に従事している職種（平成30年8月～10月の3か月間）		
（該当する選択肢の右欄に○、算定にあたり最も多く関与している職種1つには◎）		
01	医師	
02	看護師等（保健師、助産師、看護師又は准看護師）	
03	薬剤師	
04	管理栄養士	
05	理学療法士	
06	作業療法士	
07	言語聴覚士	
08	社会福祉士	
09	その他の職種（_____）	

問 12 貴院の入院時支援加算の届出状況などについてお伺いします。

12-1 入院時支援加算の届出状況（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号 1 つに○）		
01 入院時支援加算を届出ている		02 入院時支援加算を届出していない
■ 上記 12-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院前支援を行う職員数をご回答ください。		
12-1-1 入退院支援部門に従事する職員のうち入院前支援を行う職員数 （平成 30 年 11 月 1 日時点）	専 従	専 任
① 看護師	人	人
② 社会福祉士	人	人
③ その他の職種（ <input type="text"/> ）	人	人
■ 上記 12-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院時支援加算の算定件数をご回答ください。		
12-1-2 入院時支援加算の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
入院時支援加算の算定件数		件
入院前 に 実 施 し た 事 項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合必須）	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
	⑧ 入院生活の説明（必須）	人
■ 上記 12-1-2 で③～⑦に記載の人数のうち、「入院時支援加算の算定件数」を下回る項目がある場合、その理由をご回答ください。		
12-1-2-1 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった理由（該当する番号すべてに○）		
01 全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため		
02 配置されている人数の看護師又は社会福祉士のみでは、全ての項目を実施するのは困難であったため		
03 全ての項目を実施するには他職種（医師、薬剤師、管理栄養士等）の協力が必要であったため		
04 その他（ <input type="text"/> ）		
■ 上記 12-1-2 で「入院時支援加算の算定件数」が 1 件以上の場合、入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法についてご回答ください。		
12-1-2-2 入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法（該当する番号すべてに○）		
01 電子カルテにより計画を共有している		
02 入退院支援部門から病棟に計画を送付している		
03 対面によるカンファレンス等により計画を共有している		
04 その他（ <input type="text"/> ）		

■ 上記 12-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、当該加算の届出による効果等をご回答ください。

12-1-3 入院時支援加算の届出によりもたらされた効果等 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの1つには◎)

01	治療や入院生活に対する患者の理解度が上がった	
02	退院調整にかかる期間が短くなった	
03	病棟での入院時の受入における患者への治療方針等の説明に係る負担が減った	
04	病棟での入院時の受入における入院生活等の説明に係る負担が減った	
05	患者の身体的・社会的・精神的背景を踏まえた療養環境の整備が入院前に実施できるようになった	
06	入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった	
07	入院前の服薬状況を踏まえた治療方針が立てられるようになった	
08	褥瘡・栄養スクリーニング結果に応じた治療方針が立てやすくなった	
09	入退院支援加算に係る退院困難な要因を有している患者の抽出が容易となった	
10	より多くの患者に対して入院前支援を実施できるようになった	
11	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ようになった	
12	特になかった	
13	その他 ()	

■ 上記 12-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。

12-1-4 入院時支援加算を届出ることが困難な理由 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの1つには◎)

01	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため	
02	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため	
03	地域連携を行う十分な体制が整備できていないため	
04	自宅等から入院する予定入院患者が少ないため	
05	入退院支援加算を算定する患者がいないため	
06	緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため	
07	他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため	
08	その他 ()	

■ 上記 12-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、今後の届出の意向についてご回答ください。

12-1-5 入院時支援加算の今後の届出の意向 (該当する番号1つに○)

- | | |
|----|-----------|
| 01 | 届出を予定している |
| 02 | 届出する予定はない |
| 03 | 未定・分からない |

問 13 貴院が連携している施設についてお伺いします。

13-1 連携先 ^{※1} の施設数（特別の関係にあるものを含む）（平成 30 年 11 月 1 日時点）	連携先の施設数	（うち）特別の関 係にある施設数
① 病院	施設	施設
（うち）在宅療養支援病院	施設	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	施設
② 診療所	施設	施設
（うち）在宅療養支援診療所	施設	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	施設
③ 介護保険サービス事業所	施設	施設
（うち）訪問系サービス（訪問介護、訪問看護等）	施設	施設
（うち）通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション等）	施設	施設
（うち）短期滞在系サービス（短期入所生活介護等）	施設	施設
（うち）居住系サービス（認知症グループホーム、特定施設等）	施設	施設
（うち）入所系サービス（特別養護老人ホーム等）	施設	施設
（うち）居宅介護支援事業所	施設	施設
④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑤ その他の施設	施設	施設

※1. 連携先とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

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 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
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 特にない	

14-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない	
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない	
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導（医療保険）を行う医療機関が少ない	
04 地域の中で、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	
05 地域の中で、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
06 地域の中で、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
07 地域の中で、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない	
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない	
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない	
10 特にない	
11 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●年●月●日（●）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30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30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、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30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	06 脳神経外科	11 泌尿器科
02 小児科	07 産婦人科	12 放射線科
03 精神科	08 眼科	13 リハビリテーション科
04 外科	09 耳鼻咽喉科	14 歯科（歯科口腔外科等含む）
05 整形外科	10 皮膚科	15 その他（_____）

1-2 入院基本料等（平成30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	

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30年11月1日時点）

貴病棟の届出病床数	床
-----------	---

2-2 貴病棟に配置されている職員数（専従換算^{※1}）（平成30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 相談員	. 人
（うち）介護福祉士	. 人	（うち）社会福祉士	. 人
④ 薬剤師	. 人	（うち）精神保健福祉士	. 人
⑤ 管理栄養士	. 人	⑩ 医師事務作業補助者	. 人
⑥ 理学療法士	. 人	⑪ その他の職員	. 人

※1. 職員数の専従換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように専従換算して小数第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週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日（各日3時間）従事している場合

$$\text{専従換算した職員数} = \frac{4日 \times 3時間 \times 1人}{40時間} = 0.3人$$

2-3 新入棟患者数、新退棟患者数等(平成30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

2-4 貴病棟における病床利用率 ^{※1}	平成29年10月の 1か月間	平成30年10月の 1か月間
貴病棟における病床利用率	. %	. %

※1. 「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3 貴病棟の入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入退院支援及び地域連携業務に従事する職員について(平成30年11月1日時点) (該当する番号すべてに○)
<input type="checkbox"/> 01 専従の職員がいる <input type="checkbox"/> 02 専任の職員がいる <input type="checkbox"/> 03 専任・専従の職員はいない

■ 上記3-1で「01 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」を選択した場合、貴病棟における職種別の入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入退院支援職員数(平成30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()	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 専従の職員がいる」又は「02 専任の職員がいる」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ご回答ください。

3-1-2 入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 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 入退院支援業務の担当者が明確になるため、地域との連携、調整がスムーズになる	
02 より多くの患者に対して入退院支援を行える	
03 入退院支援に係る院内での調整を円滑に行える	
04 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	
05 退院支援計画の作成が滞りなく行える	
06 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	
07 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	
08 早期退院につながる	
09 特にない	
10 その他()	

3-2 入退院支援で困難等を感じる点 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

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が難しい	
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	入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機会を設けることが難しい	
09	他の医療機関・施設と、転院又は退院体制等について協議を行える信頼関係を構築することが難しい	
10	特にない	
11	その他 ()	

問4 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数 (平成30年11月1日時点)	
貴病棟の入院患者数	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30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 要介護度別の入院患者数 (平成 30 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

4-4 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数 (平成 30 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

4-5 年齢区別の入院患者数 (平成 30 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

4-6 身体障害者 (肢体不自由) の等級別の入院患者数 (平成 30 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

4-7 障害支援区分別の入院患者数 (平成 30 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

4-8 入棟前の居場所別患者数（平成30年11月1日時点）	
① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

4-9 自院の他病棟からの転棟患者数（平成30年11月1日時点）		
[再掲] 自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-8の⑫」）		人
内訳	① 自院の一般病床（②、③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外）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30年10月の1か月間）		
貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※ ¹	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※ ¹	人
	③ 介護老人保健施設	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
	⑨ 障害者支援施設	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
	⑮ 他院のその他の病床	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	人
	⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人
	㉑ 自院の精神病床	人
	㉒ 自院のその他の病床	人
診療所 有床	㉓ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人
死亡	㉕ 死亡退院	人
	㉖ その他	人

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

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●年●月●日（●）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30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 ※レセプト電算処理用の傷病名 マスタの傷病名コードで記入	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 (在宅医療の提供あり) *1 02. 自宅 (在宅医療の提供なし) *1 03. 介護老人保健施設 04. 介護医療院 05. 介護療養型医療施設 06. 特別養護老人ホーム 07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等) 09. 障害者支援施設 10. 他院の一般病床 11. 他院の一般病床以外 12. 自院の一般病床 (13、14 以外) 13. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床 15. 自院の療養病床 (14 以外) 16. 自院の精神病床 17. 自院のその他の病床 18. 有床診療所 19. 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 (外来の初再診後)		
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のいずれかの状態 02. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請 03. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある 04. 生活困窮者である 05. 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) 06. 排泄に介助を要する状態 07. 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態 08. 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 09. 入退院を繰り返している状態 10. その他患者の状況から判断して 01 から 09 までに準ずると認められる状態 (具体的な内容: _____)		

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

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. 教育的入院のため	05. 緩和ケアのため 06. 看取りのため (05を除く) 07. その他 (_____)
9 入院時の他院からの紹介状の有無 (該当する番号1つに○)	01. 紹介状あり	02. 紹介状なし
10 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
《10で「01」を選択した場合に回答》		
10-1 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. がん 04. 糖尿病	05. 慢性腎臓病 06. 肝炎 07. その他 (_____)
11 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	
12 入院時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし 02. 持続する発赤 03. 真皮までの損傷 04. 皮下組織までの損傷	05. 皮下組織を越える損傷 06. 関節腔、体腔に至る損傷 07. 判定不能
13 入院時のADLスコア (下表の分類に従って記入)	①食事 スコア _____ ⑥平地歩行 スコア _____ ②移乗 スコア _____ ⑦階段 スコア _____ ③整容 スコア _____ ⑧更衣 スコア _____ ④トイレ動作・トイレの使用 スコア _____ ⑨排便管理 スコア _____ ⑤入浴 スコア _____ ⑩排尿管理 スコア _____	

ADLスコア	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とする が、座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人ができる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすです自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

II 患者の状態等

1 患者状態の評価の実施日 (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)
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 (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 (_____)
3 認知症の有無 (該当する番号1つに○)	01. 認知症あり 02. 認知症なし 03. わからない
《3で「01」を選択した場合に回答》	
3-1 BPSDの有無 (該当する番号1つに○)	01. BPSDあり 02. BPSDなし 03. わからない
4 せん妄の有無 (該当する番号1つに○)	01. せん妄あり 02. せん妄なし 03. わからない
5 意識障害の有無 (該当する番号すべてに○)	01. 意識障害あり (JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下) 03. 意識障害あり (01、02 以外) 02. 意識障害あり (JCSIII-100 以上) 04. 意識障害なし
6 要介護度 (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
7 認知症高齢者の日常生活自立度 (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
8 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (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
9 身体障害者(肢体不自由)の等級 (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
10 障害支援区分(障害程度区分) (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
11 超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準 (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。
12 栄養摂取の状況 (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
《12で「01」を選択した場合に回答》	
12-1 嚥下調整食の必要性 (該当する番号1つに○)	01. 嚥下調整食の必要性あり 02. 嚥下調整食の必要性なし
《12で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
12-2 経管・経静脈栄養の状況 (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

13 褥瘡に関する危険因子の状況（調査基準日直近の状況） (該当する番号すべてに○)	01. 基本的動作能力 (ベッド上 自立体位変換) 05. 栄養状態低下 02. 基本的動作能力 (イス上 坐位姿勢の保持、除圧) 06. 皮膚湿潤 (多汗, 尿失禁, 便失禁) 03. 病的骨突出 07. 皮膚の脆弱性 (浮腫) 04. 関節拘縮 08. 皮膚の脆弱性 (スキンケアの保有, 既往)
14 DESIGN-R の評価結果（調査基準日直近の状況）	褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者の場合に記載ください 調査基準日直近の DESIGN-R の合計点 _____ 点 ※褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者の DESIGN-R の合計点数を回答してください。

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 03. 常時、不安定である 02. 時々、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 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. 1 日 1～3 回の観察および管理が必要 02. 1 日 4～8 回の観察および管理が必要 03. 02 を超えた頻繁な観察および管理が必要 04. 03 を超えた常時の観察および管理が必要 (24 時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない)
2 入院中の手術の実施状況 (該当する番号 1 つに○)	
《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 03. 手術時間が 8 時間以上 02. 手術時間が 1 時間以上・8 時間未満
3 内服薬の種類 入院時 _____ 種類 調査基準日時点 _____ 種類	

4 疾患別リハ実施状況 (該当する番号1つに○)	01. 心大血管疾患リハビリテーション 02. 脳血管疾患等リハビリテーション 03. 廃用症候群リハビリテーション 04. 運動器リハビリテーション 05. 呼吸器リハビリテーション 06. いずれも実施していない
《4で「06」以外を選択した場合に回答》	
4-1 疾患別リハビリテーションの頻度	調査基準日から遡った過去7日間 _____回
4-2 疾患別リハビリテーションの単位数	調査基準日から遡った過去7日間 _____単位
4-3 保険医療機関外（屋外等）での単位数	調査基準日から遡った過去7日間 _____単位
《4-3が1単位以上の場合に回答》	
4-3-1 該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーション (該当する番号1つに○)	01. 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの 02. 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職への準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの 03. 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの
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。
6 過去30日間に患者が受けた医療行為・処置等 (該当する番号すべてに○)	01. 気管切開・気管内挿管 02. 気管カニューレの交換 03. 透析の指示 04. 胸腹腔洗浄 05. 胃瘻カテーテルの装着・交換 06. 中心静脈カテーテルの挿入・交換 07. その他カテーテルの挿入・交換 → (部位 _____) 08. モルヒネの持続皮下注射 09. 鎮静薬の持続皮下注射 10. エコー検査 11. 造影剤を用いた放射線検査 12. 血圧・脈拍の測定 13. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 14. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 15. 経鼻経管栄養 16. 中心静脈栄養 17. 喀痰吸引 18. ネブライザー 19. 創傷処置 20. 体位変換 21. 浣腸・排便 22. 褥瘡の処置 23. インスリン注射 24. 点滴・注射（23以外） 25. 膀胱（留置）カテーテルの管理 26. 人工肛門・人工膀胱の管理 27. 人工呼吸器の管理 28. 気管切開の処置 29. 酸素療法管理 30. がん末期の疼痛管理 31. 慢性疼痛の管理（30以外） 32. 透析・腹膜還流 33. リハビリテーション 34. 口腔ケア

7 入院前の担当ケアマネジャーの有無 (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》		
7-1 ケアマネジャーからの情報伝達の方法 (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
7-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 02. どちらかといえば有用だった	03. どちらかといえば有用ではなかった 04. 有用ではなかった
8 入院前の担当相談支援専門員の有無 (該当する番号1つに○)	01. 担当相談支援専門員あり 02. 担当相談支援専門員なし	03. 不明
《8で「01」を選択した場合に回答》		
8-1 相談支援専門員からの情報伝達の方法 (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
8-2 情報提供の有用性 (該当する番号1つに○)	01. 有用だった 02. どちらかといえば有用だった	03. どちらかといえば有用ではなかった 04. 有用ではなかった
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 → (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》		
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 02. 専門外の慢性疾患の治療のため 03. 自院にはない医療機器の使用のため (放射線治療機器等)	04. 症状の原因精査のため 05. 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 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 (_____)
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 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

1 医学的な入院継続の理由等 <small>(該当する番号1つに○)</small>	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. 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している
《1で「01」を選択した場合に回答》	
1-1 医学的な理由の詳細 <small>(最も当てはまる番号1つに○)</small>	01. 急性期の治療を行っているため 02. 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため 03. 退院にはリハビリテーションが必要であるため 04. その他 (_____)
《1で「03」を選択した場合に回答》	
1-2 退院後に必要な支援 <small>(最も当てはまる番号1つに○)</small>	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 (_____)
1-3 退院できない理由 <small>(該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</small>	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》	
1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由 <small>(該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)</small>	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. 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用して家族の負担が大きいため 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. その他 (_____)

2 退院へ向けた目標・課題等 (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. 終末期医療・緩和ケア 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30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:

- 「入院患者票 (D)」の対象者のうち、調査基準日から30日以内に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

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 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日
③退棟年月日	西暦_____年_____月_____日

4 入退院支援加算の算定状況 (該当する番号1つに○)	01. 入退院支援加算1 算定あり	03. 入退院支援加算1・2 算定なし
	02. 入退院支援加算2 算定あり	

5 退棟時転帰 (該当する番号1つに○)	01. 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合
	02. 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合
	03. 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
	04. 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
	05. 最も医療資源を投入した傷病による死亡
	06. 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
	07. その他 (検査入院含む)

6 退棟時の褥瘡の有無 (該当する番号1つに○)	01. 皮膚損傷・発赤なし	05. 皮下組織を越える損傷
	02. 持続する発赤	06. 関節腔、体腔に至る損傷
	03. 真皮までの損傷	07. 判定不能
	04. 皮下組織までの損傷	

うらへ続く

7 退棟先 (該当する番号1つに○)	01. 自宅 (在宅医療の提供あり) *1	13. 他院の療養病床 (12 以外)
	02. 自宅 (在宅医療の提供なし) *1	14. 他院の精神病床
	03. 介護老人保健施設	15. 他院のその他の病床
	04. 介護医療院	16. 自院の一般病床 (17、18 以外)
	05. 介護療養型医療施設	17. 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床
	06. 特別養護老人ホーム	18. 自院の地域包括ケア病床入院料、回復期リハビリテーション病床入院料を届出ている病床
	07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	19. 自院の療養病床 (18 以外)
	08. その他の居住系介護施設 (認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	20. 自院の精神病床
	09. 障害者支援施設	21. 自院のその他の病床
	10. 他院の一般病床 (11、12 以外)	22. 有床診療所 (介護サービス提供医療機関)
	11. 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	23. 有床診療所 (22 以外)
	12. 他院の地域包括ケア病床入院料、回復期リハビリテーション病床入院料を届出ている病床	24. 死亡退院
		25. その他 (_____)

※1. 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

【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。

8 退院後に利用を予定している医療・介護サービス (該当する番号すべてに○)	01. 外来診療	09. 短期入所生活介護
	02. 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 (_____)

9 退棟時の ADL スコア (下表の分類に従って記入)	①食事	スコア _____	⑥平地歩行	スコア _____
	②移乗	スコア _____	⑦階段	スコア _____
	③整容	スコア _____	⑧更衣	スコア _____
	④トイレ動作・トイレの使用	スコア _____	⑨排便管理	スコア _____
	⑤入浴	スコア _____	⑩排尿管理	スコア _____

ADLスコア	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とする が、座ってられる		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とする がおおよそ自分一人で行える	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

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30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30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、関連法人等についてお伺いします。

1-1 開設者 （該当する番号1つに○）

- 01 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）
- 02 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）
- 03 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
- 04 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）
- 05 医療法人（社会医療法人は含まない）
- 06 その他の法人
- 07 個人

1-2 同一の市区町村内の関連法人・グループの施設・事業所 （該当する番号すべてに○）

- | | |
|------------------|-------------------|
| 01 病院 | 10 居宅介護支援事業所 |
| 02 有床診療所 | 11 短期入所生活介護事業所 |
| 03 無床診療所 | 12 短期入所療養介護事業所 |
| 04 介護療養型医療施設 | 13 通所介護事業所 |
| 05 介護医療院 | 14 通所リハビリテーション事業所 |
| 06 介護老人保健施設 | 15 訪問看護ステーション |
| 07 介護老人福祉施設（特養） | 16 訪問介護事業所 |
| 08 グループホーム | 17 訪問リハビリテーション事業所 |
| 09 サービス付き高齢者向け住宅 | 18 その他（ ） |

1-3 所在地域の指定状況 （該当する番号1つに○）

- 01 離島振興法（昭和28年法律第72号）により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 02 奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）により指定された地域
- 03 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）により指定された地域
- 04 沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）に規定する離島
- 05 その他（ ）

1-4 離島加算の算定状況 （該当する番号1つに○）

- | | |
|----------------|-----------------|
| 01 離島加算を算定している | 02 離島加算を算定していない |
|----------------|-----------------|

問2 貴院の許可病床数についてお伺いします。

2-1 許可病床数（平成30年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ 結核病床		床
② 療養病床		床	⑤ 感染症病床		床
	(うち) 介護療養病床		⑥ 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）についてお伺いします。

3-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（平成30年11月1日時点）					
① 医師		. 人	⑪ 臨床心理技術者		. 人
② 歯科医師		. 人	⑫ 診療放射線技師		. 人
③ 看護師		. 人	⑬ 臨床検査技師		. 人
④ 准看護師		. 人	⑭ 臨床工学技士		. 人
⑤ 看護補助者		. 人	⑮ 歯科衛生士		. 人
	(うち) 介護福祉士	. 人	⑯ 相談員		. 人
⑥ 薬剤師		. 人	(うち) 社会福祉士		. 人
⑦ 管理栄養士		. 人	(うち) 精神保健福祉士		. 人
⑧ 理学療法士		. 人	⑰ 医師事務作業補助者		. 人
⑨ 作業療法士		. 人	⑱ 事務職員		. 人
⑩ 言語聴覚士		. 人	⑲ その他の職員		. 人

※1. 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 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

4-1 電子カルテの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-2 オーダリングシステムの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
4-3 医療情報連携ネットワーク ^{※1} への参加状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 参加している	02 参加していない
■ 上記4-3で「01 参加している」を選択した場合、患者情報の開示状況についてご回答ください。	
4-3-1 参加している医療情報連携ネットワークにおける、電子カルテなどの患者情報の開示状況 ^{※2} （該当する番号1つに○）	
01 開示施設である	02 開示施設ではない

※1. 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク。

※2. 部分的でも開示している医療情報があれば「01 開示施設である」とご回答ください。

問5 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

5-1 外来患者数（平成30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

5-2 総入院患者数（平成30年11月1日時点）	
① 総入院患者数※1	人

※1. 施設全体の合計をご回答ください。

問6 貴院の一般病棟における一般病棟入院基本料の算定状況についてお伺いします。

6-1 病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定の有無（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
<input type="checkbox"/> 01 病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定している	<input type="checkbox"/> 02 病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定していない	
■ 上記6-1で「01 病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定している」を選択した場合、算定している入院基本料をご回答ください。		
6-1-1 算定している入院基本料（該当する番号すべてに○）		
<input type="checkbox"/> 01 急性期一般入院料2	<input type="checkbox"/> 04 急性期一般入院料5	<input type="checkbox"/> 07 地域一般入院料1
<input type="checkbox"/> 02 急性期一般入院料3	<input type="checkbox"/> 05 急性期一般入院料6	<input type="checkbox"/> 08 地域一般入院料2
<input type="checkbox"/> 03 急性期一般入院料4	<input type="checkbox"/> 06 急性期一般入院料7	<input type="checkbox"/> 09 地域一般入院料3

問7 貴院の病棟の状況についてお伺いします。

7-1 病棟数、病床数等（平成30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（急性期一般入院基本料）	棟	床	人
② 一般病棟（地域一般入院基本料）	棟	床	人
③ 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	人
④ 地域包括ケア病棟・病室	棟	床	人
⑤ 特定一般病棟	棟	床	人
⑥ 療養病棟（療養病棟入院料1, 2（経過措置対象含む））	棟	床	人

7-2 新入棟、退棟患者数等（平成30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（急性期一般入院基本料）	人	人	日
② 一般病棟（地域一般入院基本料）	人	人	日
③ 回復期リハビリテーション病棟	人	人	日
④ 地域包括ケア病棟・病室	人	人	日
⑤ 特定一般病棟	人	人	日
⑥ 療養病棟（療養病棟入院料1, 2（経過措置対象含む））	人	人	日

7-3 在宅復帰率等（平成30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（急性期一般入院基本料）	※1 . %	. 日
② 一般病棟（地域一般入院基本料）	※1 . %	. 日
③ 回復期リハビリテーション病棟	※2 . %	. 日
④ 地域包括ケア病棟・病室	※3 . %	. 日
⑤ 特定一般病棟	※4 . %	. 日
⑥ 療養病棟（療養病棟入院料1, 2（経過措置対象含む））	※5 . %	. 日

- ※1. 「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）、B. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・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、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）、D. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・一般病棟への転棟・転院患者・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、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）、F. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。
- ※4. 「在宅復帰率」= G ÷ H : G. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（老健施設は含まない）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）、H. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。
- ※5. 「在宅復帰率」= I ÷ J : I. 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）、J. 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）。

7-4 病床利用率※1	平成29年10月の 1か月間	平成30年10月の 1か月間
① 一般病棟（急性期一般入院基本料）※2	. %	. %
② 一般病棟（地域一般入院基本料）※3	. %	. %
③ 回復期リハビリテーション病棟	. %	. %
④ 地域包括ケア病棟・病室	. %	. %
⑤ 特定一般病棟	. %	. %
⑥ 療養病棟（療養病棟入院料1, 2（経過措置対象含む））	. %	. %

※1. 「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

※2. 平成29年10月の値については、平成29年11月1日時点で一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の届出をしている場合にご回答ください。

※3. 平成29年10月の値については、平成29年11月1日時点で一般病棟入院基本料（13対1、15対1）の届出をしている場合にご回答ください。

問8 貴院における、医療資源の少ない地域に配慮した評価（400床未満の病院が緩和対象となる見直し）についてお伺いします。

8-1 特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況（該当する番号すべてに○）	
01 地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）	08 地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）
02 地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）	09 緩和ケア診療加算（特定地域）
03 地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）	10 栄養サポートチーム加算（特定地域）
04 地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）	11 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）
05 地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）	12 入退院支援加算（特定地域）
06 地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）	13 外来緩和ケア管理料（特定地域）
07 地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）	14 糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）

8-2 8-1の届出状況に○をつけた特定入院料、加算に関する「緩和要件」の評価について

(上記の届出状況に○を付けた項目のみ選択回答)	緩和要件に対する評価 (該当する番号1つに○)		
① 地域包括ケア病棟入院料等 (上記 01~08)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
② 緩和ケア診療加算 (上記 09)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
③ 栄養サポートチーム加算 (上記 10)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
④ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (上記 11)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
⑤ 入退院支援加算 (上記 12)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
⑥ 外来緩和ケア管理料 (上記 13)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
⑦ 糖尿病透析予防指導管理料 (上記 14)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない

■ 上記8-2の緩和要件に対して「03 有用でない」を選択された場合、緩和要件が有用でない理由・ご意見等をご回答ください。

8-2-1 緩和要件が有用でない理由・ご意見等

■ 上記8-1の特定入院料、加算等を届け出していない場合、届出を行っていない理由をご回答ください。

8-2-2 届出を行っていない理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01 緩和された施設基準を満たすことができないため	
02 地域に該当するニーズのある患者がいないため	
03 患者の状態に即した医療を提供できないため	
04 届出を行っても経営の安定を見込めないため	
05 入院医療でなく外来での対応が可能のため	
06 病棟において対応が可能であるため	
07 他の地域の医療機関において対応が可能であるため	
08 他のサービスにより対応が可能であるため	
09 その他 ()	

◆ 上記8-1の特定入院料、加算以外に、人員配置等を満たすことができないため、届出を希望していても届出ができない特定入院料、加算等がある場合はご回答ください。

8-3 届出を希望していても届出ができない特定入院料、加算等

問9 診療報酬の施設基準において医療機関の病床数を要件としているいくつかの診療報酬項目について、医療資源の少ない地域では、平成30年4月1日から病床数の要件が2割緩和されました。この点に関連してお伺いします。

9-1 特定入院料、加算等の届出状況 (該当する番号すべてに○)

01 地域包括ケア病棟入院料 1	06 地域包括ケア入院医療管理料 4
02 地域包括ケア病棟入院料 3	07 精神疾患診療体制加算
03 地域包括ケア入院医療管理料 1	08 精神科急性期医師配置加算
04 地域包括ケア入院医療管理料 2	09 在宅療養支援病院
05 地域包括ケア入院医療管理料 3	10 在宅療養後方支援病院

9-2 9-1の届出状況に○をつけた特定入院料、加算等に関する「緩和要件」の評価について

(上記の届出状況に○を付けた項目のみ選択回答)	緩和要件に対する評価 (該当する番号1つに○)		
① 地域包括ケア病棟入院料等(上記 01~06)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
② 精神疾患診療体制加算(上記 07)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
③ 精神科急性期医師配置加算(上記 08)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
④ 在宅療養支援病院(上記 09)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
⑤ 在宅療養後方支援病院(上記 10)	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない

■ 上記9-1の届出状況に○を付けていない特定入院料、加算等がある場合、もしくは9-2の緩和要件に対して「03 有用でない」を選択された場合、特定入院料、加算等、また、緩和要件が有用でない理由・ご意見等をご回答ください。

9-2-1 特定入院料、加算等、また、緩和要件が有用でない理由・ご意見等

◆ 上記9-1の特定入院料、加算等以外に、病床規模を満たすことができないため、届出を希望していても届出ができない特定入院料、加算等があればご回答ください。

9-3 届け出を希望していても届出ができない特定入院料、加算等

問 10 貴院の入退院支援部門(入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。

10-1 入退院支援部門の設置状況(平成30年11月1日時点) (該当する番号1つに○)

01 入退院支援部門を設置している	02 入退院支援部門を設置していない
-------------------	--------------------

■ 上記10-1で「01 入退院支援部門を設置している」を選択した場合、入退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。

10-1-1 入退院支援部門に従事する職員数(平成30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()	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10-1で「02 入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。

10-1-2 入退院支援部門を設置していない理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01 入院時点で退院支援を必要とする(見込みを含む)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 入退院支援部門を設置すると、経営が不安定になるおそれがあるため	
04 入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 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため	
06 入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おり、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため	
08 入退院支援部門を設置しなくても、各病棟や各職員による十分な入退院支援を行えているため	
09 入退院支援が必要な患者がいれば、その都度、入退院支援チームを組んで対応しているため	
10 その他()	

問 11 貴院の入退院支援に関連する項目の算定件数についてお伺いします。

11-1 入退院支援加算の届出の有無（平成 30 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）	
01 入退院支援加算 1 を届出ている	04 入退院支援加算（特定地域）を届出ている
02 入退院支援加算 2 を届出ている	05 入退院支援加算を届出していない
03 入退院支援加算 3 を届出ている	

11-2 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）			
① 入退院支援加算 1	件	④ 入退院支援加算（特定地域）	件
② 入退院支援加算 2	件	⑤ 地域連携診療計画加算 （入退院支援加算に係る加算に限る）	件
③ 入退院支援加算 3	件	⑥ 小児加算 （入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件

11-3 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）		
[再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数	件	
内 訳 ※ ¹	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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ²	件
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	件
	⑤ 生活困窮者であること	件
	⑥ 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
	⑦ 排泄に介助を要すること	件
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑨ 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
	⑩ 入退院を繰り返していること	件
	⑪ その他患者の状況から判断して①から⑩までに準ずると認められる場合	件

■ 上記 11-3 で「⑪」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。

11-3-1 具体的な状態の例（該当件数が多い順に最大 3 つまで）	
「⑪」の状態例 1（	）
「⑪」の状態例 2（	）
「⑪」の状態例 3（	）

※ 1. 内訳の各項目に記載の「退院困難な要因」のうち、複数の要因に該当する場合は、主たる要因にのみ件数を計上してください。
 ※ 2. 「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。

11-4 退院時共同指導料 2 に関連する項目の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）	
① 退院時共同指導料 2 の算定件数	件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合	件
② 多機関共同指導加算の算定件数	件
（うち）リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合	件

11-5 入退院支援加算を算定する患者で退院時共同指導料2を算定した患者の退院先（平成30年8月～10月の3か月間）		
[再掲] 退院時共同指導料2の算定件数（＝「11-4の①」）		件
（うち）入退院支援加算を算定する患者への算定件数		件
退院先の内訳	① 自宅	件
	② 介護老人保健施設	件
	③ 介護医療院	件
	④ 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）	件
	⑤ 特定施設（地域密着型特定施設を含む）※1	件
	⑥ 障害者支援施設※1	件
	⑦ 福祉型障害児入所施設	件
	⑧ 医療型障害児入所施設	件

※1. 生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。

11-6 退院時共同指導料2の算定にあたり共同指導に従事している職種（平成30年8月～10月の3か月間） （該当する選択肢の右欄に○、算定にあたり最も多く関与している職種1つには◎）	
01 医師	
02 看護師等（保健師、助産師、看護師又は准看護師）	
03 薬剤師	
04 管理栄養士	
05 理学療法士	
06 作業療法士	
07 言語聴覚士	
08 社会福祉士	
09 その他の職種（ _____ ）	

問12 貴院の入院時支援加算の届出状況などについてお伺いします。

12-1 入院時支援加算の届出状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
01 入院時支援加算を届出ている	02 入院時支援加算を届出していない	
■ 上記12-1で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院前支援を行う職員数をご回答ください。		
12-1-1 入退院支援部門に従事する職員のうち入院前支援を行う職員数（平成30年11月1日時点）	専 従	専 任
① 看護師	人	人
② 社会福祉士	人	人
③ その他の職種（ _____ ）	人	人

■ 上記 12-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、入院時支援加算の算定件数をご回答ください。

12-1-2 入院時支援加算の算定件数（平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間）

入院時支援加算の算定件数		件
入院前に実施した事項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合必須）	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
	⑧ 入院生活の説明（必須）	人

■ 上記 12-1-2 で③～⑦に記載の人数のうち、「入院時支援加算の算定件数」を下回る項目がある場合、その理由をご回答ください。

12-1-2-1 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった理由（該当する番号すべてに○）

- 01 全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため
 02 配置されている人数の看護師又は社会福祉士のみでは、全ての項目を実施するのは困難であったため
 03 全ての項目を実施するには他職種（医師、薬剤師、管理栄養士等）の協力が必要であったため
 04 その他（_____）

■ 上記 12-1-2 で「入院時支援加算の算定件数」が 1 件以上の場合、入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法についてご回答ください。

12-1-2-2 入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法（該当する番号すべてに○）

- 01 電子カルテにより計画を共有している
 02 入退院支援部門から病棟に計画を送付している
 03 対面によるカンファレンス等により計画を共有している
 04 その他（_____）

■ 上記 12-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、当該加算の届出による効果等をご回答ください。

12-1-3 入院時支援加算の届出によりもたらされた効果等（該当する番号すべてに○、最も該当するもの 1 つには◎）

01 治療や入院生活に対する患者の理解度が上がった	
02 退院調整にかかる期間が短くなった	
03 病棟での入院時の受入における患者への治療方針等の説明に係る負担が減った	
04 病棟での入院時の受入における入院生活等の説明に係る負担が減った	
05 患者の身体的・社会的・精神的背景を踏まえた療養環境の整備が入院前に実施できるようになった	
06 入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった	
07 入院前の服薬状況を踏まえた治療方針が立てられるようになった	
08 褥瘡・栄養スクリーニング結果に応じた治療方針が立てやすくなった	
09 入退院支援加算に係る退院困難な要因を有している患者の抽出が容易となった	
10 より多くの患者に対して入院前支援を実施できるようになった	
11 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ようになった	
12 特になかった	
13 その他（_____）	

■ 上記 12-1 で「02 入院時支援加算を届出ていない」を選択した場合、その理由をご回答ください。

12-1-4 入院時支援加算を届出ることが困難な理由 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの1つには◎)

01	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため	
02	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため	
03	地域連携を行う十分な体制が整備できていないため	
04	自宅等から入院する予定入院患者が少ないため	
05	入退院支援加算を算定する患者がいないため	
06	緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため	
07	他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため	
08	その他 ()	

■ 上記 12-1 で「02 入院時支援加算を届出ていない」を選択した場合、今後の届出の意向についてご回答ください。

12-1-5 入院時支援加算の今後の届出の意向 (該当する番号1つに○)

- 01 届出を予定している
02 届出する予定はない
03 未定・分からない

問 13 貴院が連携している施設についてお伺いします。

13-1 連携先 ^{※1} の施設数 (特別の関係にあるものを含む) (平成 30 年 11 月 1 日時点)	連携先の施設数	(うち) 特別の関係にある施設数
① 病院	施設	施設
(うち) 在宅療養支援病院	施設	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	施設
② 診療所	施設	施設
(うち) 在宅療養支援診療所	施設	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	施設
③ 介護保険サービス事業所	施設	施設
(うち) 訪問系サービス (訪問介護、訪問看護等)	施設	施設
(うち) 通所系サービス (通所介護、通所リハビリテーション等)	施設	施設
(うち) 短期滞在系サービス (短期入所生活介護等)	施設	施設
(うち) 居住系サービス (認知症グループホーム、特定施設等)	施設	施設
(うち) 入所系サービス (特別養護老人ホーム等)	施設	施設
(うち) 居宅介護支援事業所	施設	施設
④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑤ その他の施設	施設	施設

※1. 連携先とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等 (以下「連携機関」という)」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

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 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
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 特にない	

14-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない	
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない	
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導（医療保険）を行う医療機関が少ない	
04 地域の中で、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	
05 地域の中で、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
06 地域の中で、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
07 地域の中で、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない	
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない	
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない	
10 特にない	
11 その他 (_____)	

問 15 貴院で行っているICTを用いたカンファレンスについてお伺いします。

15-1 貴院で行っているICTを用いたカンファレンス (実施しているものの右欄に○、最も効果を感じているものに◎)	
01 感染防止対策加算に関連するカンファレンス	
02 入退院支援加算1に関連するカンファレンス	
03 退院時共同指導料1, 2の注1に関連するカンファレンス	
04 退院時共同指導料2の注3に関連するカンファレンス	
05 ハイリスク妊産婦連携指導料1, 2に関連するカンファレンス	
06 在宅患者緊急時等カンファレンス料に関連するカンファレンス	
07 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関連するカンファレンス	
08 精神科在宅患者支援管理料2のイに関連するカンファレンス	
09 精神科在宅患者支援管理料2のロに関連するカンファレンス	
10 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●年●月●日（●）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30年度調査

入院医療等における実態調査

施設調査票(F)

- 特に指定がある場合を除いて、平成30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、関連法人等についてお伺いします。

1-1 開設者 (該当する番号1つに○)

- 01 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)
- 02 公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)
- 03 公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
- 04 社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)
- 05 医療法人(社会医療法人は含まない)
- 06 その他の法人
- 07 個人

1-2 同一の市区町村内の関連法人・グループの施設・事業所 (該当する番号すべてに○)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 01 病院 | 10 居宅介護支援事業所 |
| 02 有床診療所 | 11 短期入所生活介護事業所 |
| 03 無床診療所 | 12 短期入所療養介護事業所 |
| 04 介護療養型医療施設 | 13 通所介護事業所 |
| 05 介護医療院 | 14 通所リハビリテーション事業所 |
| 06 介護老人保健施設 | 15 訪問看護ステーション |
| 07 介護老人福祉施設(特養) | 16 訪問介護事業所 |
| 08 グループホーム | 17 訪問リハビリテーション事業所 |
| 09 サービス付き高齢者向け住宅 | 18 その他() |

1-3 所在地域の指定状況 (該当する番号1つに○)

- 01 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 02 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 03 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 04 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- 05 その他()

1-4 離島加算の算定状況 (該当する番号1つに○)

- 01 離島加算を算定している
- 02 離島加算を算定していない

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 ^{※1} ）（平成30年11月1日時点）			
① 医師	. 人	⑪ 臨床心理技術者	. 人
② 歯科医師	. 人	⑫ 診療放射線技師	. 人
③ 看護師	. 人	⑬ 臨床検査技師	. 人
④ 准看護師	. 人	⑭ 臨床工学技士	. 人
⑤ 看護補助者	. 人	⑮ 歯科衛生士	. 人
(うち)介護福祉士	. 人	⑯ 相談員	. 人
⑥ 薬剤師	. 人	(うち)社会福祉士	. 人
⑦ 管理栄養士	. 人	(うち)精神保健福祉士	. 人
⑧ 理学療法士	. 人	⑰ 医師事務作業補助者	. 人
⑨ 作業療法士	. 人	⑱ 事務職員	. 人
⑩ 言語聴覚士	. 人	⑲ その他の職員	. 人

※1. 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3 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

3-1 電子カルテの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
3-2 オーダリングシステムの導入状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 導入している	02 導入していない
3-3 医療情報連携ネットワーク ^{※1} への参加状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 参加している	02 参加していない
■ 上記3-3で「01 参加している」を選択した場合、患者情報の開示状況についてご回答ください。	
3-3-1 参加している医療情報連携ネットワークにおける、電子カルテなどの患者情報の開示状況 ^{※2} （該当する番号1つに○）	
01 開示施設である	02 開示施設ではない

※1. 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク。

※2. 部分的でも開示している医療情報があれば「01 開示施設である」とご回答ください。

問4 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

4-1 外来患者数（平成30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

4-2 総入院患者数（平成30年11月1日時点）

① 総入院患者数※1	人
------------	---

※1. 施設全体の合計をご回答ください。

問5 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。

5-1 往診や訪問診療などの状況	患者延数・件数
① 過去3か月間の往診を行った患者の延数（平成30年8月～10月の3か月間）	人
② 過去3か月間の訪問診療を行った患者の延数（平成30年8月～10月の3か月間）	人
③ 過去1年間の緊急往診の実績件数（平成29年11月1日～平成30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29年11月1日～平成30年10月31日）	件

問6 貴院における、医療資源の少ない地域に配慮した評価についてお伺いします。

6-1 特定地域に係る加算等の届出状況（該当する番号すべてに○）

01 入退院支援加算（特定地域） **02** 在宅療養支援診療所

6-2 6-1の届出状況に○をつけた加算等に関する「緩和要件」の評価について

（上記の届出状況に○を付けた項目のみ選択回答） 緩和要件に対する評価（該当する番号1つに○）

① 入退院支援加算（上記01）	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない
② 在宅療養支援診療所（上記02）	01 有用である	02 どちらでもない	03 有用でない

■ 上記6-1の届出状況に○を付けていない加算等がある場合、もしくは6-2の緩和要件に対して「03 有用でない」を選択された場合、緩和要件が有用でない理由・ご意見等をご回答ください。

6-2-1 緩和要件が有用でない理由・ご意見等

問7 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。

7-1 地域の様々な機関との連携の状況について（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 複数の機関と連携	02 1つの特定の機関と連携	03 連携していない
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 複数の機関と連携	02 1つの特定の機関と連携	03 連携していない
③ 急性期治療を終えた患者の自院への受け入れ	01 複数の機関と連携	02 1つの特定の機関と連携	03 連携していない
④ 訪問・通所系介護事業所やケアマネジャー	01 複数の機関と連携	02 1つの特定の機関と連携	03 連携していない
⑤ 訪問看護事業所	01 複数の機関と連携	02 1つの特定の機関と連携	03 連携していない

問8 貴院の入退院支援部門（入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 入退院支援部門の設置状況（平成30年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
01 入退院支援部門を設置している		02 入退院支援部門を設置していない
■ 上記8-1で「01 入退院支援部門を設置している」を選択した場合、入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 入退院支援部門に従事する職員数（平成30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（ <input type="text"/> ）	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 入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 入退院支援部門を設置していない理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）		
01 入院時点で退院支援を必要とする（見込みを含む）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 入退院支援部門を設置すると、経営が不安定になるおそれがあるため		
04 入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 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため		
06 入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おり、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		
08 入退院支援部門を設置しなくても、各病棟や各職員による十分な入退院支援を行えているため		
09 入退院支援が必要な患者がいれば、その都度、入退院支援チームを組んで対応しているため		
10 その他（ <input type="text"/> ）		

問9 貴院の入退院支援に関連する項目の算定件数についてお伺いします。

9-1 入退院支援加算の届出の有無（平成30年11月1日時点）（該当する番号すべてに○）			
01 入退院支援加算1を届出ている		03 入退院支援加算（特定地域）を届出ている	
02 入退院支援加算2を届出ている		04 入退院支援加算を届出していない	
9-2 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（平成30年8月～10月の3か月間）			
① 入退院支援加算1	件	④ 地域連携診療計画加算 （入退院支援加算に係る加算に限る）	件
② 入退院支援加算2	件	⑤ 小児加算 （入退院支援加算1又は2に係る加算に限る）	件
③ 入退院支援加算（特定地域）	件		

9-3 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳 (平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間)		
[再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数		件
内 訳 ※ 1	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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ²	件
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	件
	⑤ 生活困窮者であること	件
	⑥ 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
	⑦ 排泄に介助を要すること	件
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	件
	⑨ 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
	⑩ 入退院を繰り返していること	件
	⑪ その他患者の状況から判断して①から⑩までに準ずると認められる場合	件
■ 上記 9-3 で「⑪」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。		
9-3-1 具体的な状態の例 (該当件数が多い順に最大 3 つまで)		
「⑪」の状態例 1 ()		
「⑪」の状態例 2 ()		
「⑪」の状態例 3 ()		

※ 1. 内訳の各項目に記載の「退院困難な要因」のうち、複数の要因に該当する場合は、主たる要因にのみ件数を計上してください。

※ 2. 「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。

9-4 退院時共同指導料 2 に関連する項目の算定件数 (平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間)		
① 退院時共同指導料 2 の算定件数		件
(うち) リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて共同指導を行った場合		件
② 多機関共同指導加算の算定件数		件
(うち) リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて共同指導を行った場合		件

9-5 入退院支援加算を算定する患者で退院時共同指導料 2 を算定した患者の退院先 (平成 30 年 8 月～10 月の 3 か月間)		
[再掲] 退院時共同指導料 2 の算定件数 (= 「9-4 の①」)		件
(うち) 入退院支援加算を算定する患者への算定件数		件
退 院 先 の 内 訳	① 自宅	件
	② 介護老人保健施設	件
	③ 介護医療院	件
	④ 介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設を含む)	件
	⑤ 特定施設 (地域密着型特定施設を含む) ※ ¹	件
	⑥ 障害者支援施設※ ¹	件
	⑦ 福祉型障害児入所施設	件
	⑧ 医療型障害児入所施設	件

※ 1. 生活介護を行う施設又は自立訓練 (機能訓練) を行う施設に限る。

■ 上記 10-1-2 で「入院時支援加算の算定件数」が 1 件以上の場合、入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法についてご回答ください。

10-1-2-2 入院予定先の病棟職員との療養支援の計画の共有方法 (該当する番号すべてに○)

- 01 電子カルテにより計画を共有している
 02 入退院支援部門から病棟に計画を送付している
 03 対面によるカンファレンス等により計画を共有している
 04 その他 ()

■ 上記 10-1 で「01 入院時支援加算を届出ている」を選択した場合、当該加算の届出による効果等をご回答ください。

10-1-3 入院時支援加算の届出によりもたらされた効果等 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | |
|---|--|
| 01 治療や入院生活に対する患者の理解度が上がった | |
| 02 退院調整にかかる期間が短くなった | |
| 03 病棟での入院時の受入における患者への治療方針等の説明に係る負担が減った | |
| 04 病棟での入院時の受入における入院生活等の説明に係る負担が減った | |
| 05 患者の身体的・社会的・精神的背景を踏まえた療養環境の整備が入院前に実施できるようになった | |
| 06 入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった | |
| 07 入院前の服薬状況を踏まえた治療方針が立てられるようになった | |
| 08 褥瘡・栄養スクリーニング結果に応じた治療方針が立てやすくなった | |
| 09 入退院支援加算に係る退院困難な要因を有している患者の抽出が容易となった | |
| 10 より多くの患者に対して入院前支援を実施できるようになった | |
| 11 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ようになった | |
| 12 特になかった | |
| 13 その他 () | |

■ 上記 10-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、その理由をご回答ください。

10-1-4 入院時支援加算を届出ることが困難な理由 (該当する番号すべてに○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | |
|---|--|
| 01 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため | |
| 02 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため | |
| 03 地域連携を行う十分な体制が整備できていないため | |
| 04 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | |
| 05 入退院支援加算を算定する患者がいないため | |
| 06 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため | |
| 07 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため | |
| 08 その他 () | |

■ 上記 10-1 で「02 入院時支援加算を届出していない」を選択した場合、今後の届出の意向についてご回答ください。

10-1-5 入院時支援加算の今後の届出の意向 (該当する番号 1 つに○)

- 01 届出を予定している
 02 届出する予定はない
 03 未定・分からない

問 11 貴院が連携している施設についてお伺いします。

11-1 連携先 ^{※1} の施設数（特別の関係にあるものを含む）（平成 30 年 11 月 1 日時点）	連携先の施設数	（うち）特別の関係にある施設数
① 病院	施設	施設
（うち）在宅療養支援病院	施設	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	施設
② 診療所	施設	施設
（うち）在宅療養支援診療所	施設	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	施設
③ 介護保険サービス事業所	施設	施設
（うち）訪問系サービス（訪問介護、訪問看護等）	施設	施設
（うち）通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション等）	施設	施設
（うち）短期滞在系サービス（短期入所生活介護等）	施設	施設
（うち）居住系サービス（認知症グループホーム、特定施設等）	施設	施設
（うち）入所系サービス（特別養護老人ホーム等）	施設	施設
（うち）居宅介護支援事業所	施設	施設
④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑤ その他の施設	施設	施設

※1. 連携先とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

問 12 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。

12-1 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（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
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 特にない	

12-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない	
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない	
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導（医療保険）を行う医療機関が少ない	
04 地域の中で、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	
05 地域の中で、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
06 地域の中で、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	
07 地域の中で、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない	
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない	
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない	
10 特になし	
11 その他（_____）	

問 13 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。

13-1 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○)	
01 特定の診療科の専門的な診療に力を入れたい（例：分娩）	
02 訪問診療・訪問看護など在宅医療に力を入れたい	
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	
04 比較的軽症な患者への救急医療に力を入れたい	
05 長期の療養のための入院に力を入れたい	
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	
07 現状を維持したい	
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）	
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）	
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	
11 終末期の医療に力を入れたい	
12 診療を中止する見込み（中止せざるを得ないを含む）	

◆ 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●年●月●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(平成30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》 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき評価した結果を記入してください。

■ 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		2点	I	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で読み取りますので、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

--	--

★ 区分Eは病棟IDの記入は不要です。

★ 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。	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	[6] 輸血や血液製剤の管理	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。	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	[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の管理	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・座剤の管理	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] 免疫抑制剤の管理	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] ドレナージの管理	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。	□	□	□	□	□	□	□	□	□	

★ 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(4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"/>

入院医療等における実態調査

医療区分・ADL区分票

【調査基準日時点】

施設ID		病棟ID		患者ID	
------	--	------	--	------	--

◆ 調査基準日時点の医療区分・ADL区分の該当状況について「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」に基づき評価した結果を記入してください。

I. 医療区分・ADL区分の該当状況

1. 医療区分の各項目の該当状況(調査基準日時点) (各項目について該当する番号1つを選択)

1. 24時間持続して点滴を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	1. 該当無 2. 該当有	
4. 81、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	1. 該当無 2. 該当有	
6. 82、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
7. せん妄に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
8. 84、かつ、82又は83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
9. 頻回の血糖検査を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
10. スモン	1. 該当無 2. 該当有	
11. 注1を参照	1. 該当無 2. 該当有	
12. 86に該当、かつ、1～38(12を除く)に1項目以上該当する状態	1. 該当無 2. 該当有	
13. 中心静脈栄養を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
14. 人工呼吸器を使用している状態	1. 該当無 2. 該当有	
15. 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	1. 該当無 2. 該当有	
16. 85、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
17. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る)	1. 該当無 2. 該当有	
18. 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	1. 該当無 2. 該当有	
19. 筋ジストロフィー	1. 該当無 2. 該当有	
20. 多発性硬化症	1. 該当無 2. 該当有	
21. 筋萎縮性側索硬化症	1. 該当無 2. 該当有	
22. 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)]	1. 該当無 2. 該当有	
23. その他の指定難病等(10及び19～22までを除く)	1. 該当無 2. 該当有	
24. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
25. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る)	1. 該当無 2. 該当有	
26. 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	1. 該当無 2. 該当有	
27. 注2を参照	1. 該当無 2. 該当有	

28. 基本診療料の施設基準等の別表第5の3の3の患者	1. 該当無 2. 該当有	
29. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
30. 肺炎に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
31. 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ヵ所以上に認められる場合に限る)	1. 該当無 2. 該当有	
32. 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	1. 該当無 2. 該当有	
33. うつ症状に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
34. 他者に対する暴行が毎日認められる場合	1. 該当無 2. 該当有	
35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)	1. 該当無 2. 該当有	
37. 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	1. 該当無 2. 該当有	
38. 酸素療法を実施している状態(17を除く)	1. 該当無 2. 該当有	
39. 86に該当、かつ、1~38(12を除く)に該当しない状態	1. 該当無 2. 該当有	
81. 脱水に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
82. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
83. 発熱がある状態	1. 該当無 2. 該当有	
84. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	1. 該当無 2. 該当有	
85. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態	1. 該当無 2. 該当有	
86. 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	1. 該当無 2. 該当有	
91. 身体抑制を実施している	1. 該当無 2. 該当有	
2. ADL区分の各項目の点数(調査基準日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベル)(各項目について該当する番号1つを選択)		
a. ベッド上の可動性	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
b. 移乗	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
c. 食事	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
d. トイレの使用	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	

注1

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第5の2若しくは第5の3の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第12に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等
- エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第5の2又は第5の3の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第12に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る)(別表第5の2の患者は除く)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く)(別表第5の2の患者は除く)

病棟にて記入もれがないか御確認下さい。□
ご協力頂きありがとうございました。

入院医療等における実態調査

医療区分・ADL区分票

【入棟日時点】

施設ID		病棟ID		患者ID	
------	--	------	--	------	--

◆ 入棟日時点の医療区分・ADL区分の該当状況について「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」に基づき評価した結果を記入してください。

◆ 入棟日が平成30年3月31日以前であり、項番81～86への記入が困難な場合は、当該項目以外についてご記入ください。

I. 医療区分・ADL区分の該当状況

1. 医療区分の各項目の該当状況(調査基準日時点) (各項目について該当する番号1つを選択)		
1. 24時間持続して点滴を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	1. 該当無 2. 該当有	
4. 81、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	1. 該当無 2. 該当有	
6. 82、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
7. せん妄に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
8. 84、かつ、82又は83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
9. 頻回の血糖検査を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
10. スモン	1. 該当無 2. 該当有	
11. 注1を参照	1. 該当無 2. 該当有	
12. 86に該当、かつ、1～38(12を除く)に1項目以上該当する状態	1. 該当無 2. 該当有	
13. 中心静脈栄養を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
14. 人工呼吸器を使用している状態	1. 該当無 2. 該当有	
15. 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	1. 該当無 2. 該当有	
16. 85、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
17. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る)	1. 該当無 2. 該当有	
18. 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	1. 該当無 2. 該当有	
19. 筋ジストロフィー	1. 該当無 2. 該当有	
20. 多発性硬化症	1. 該当無 2. 該当有	
21. 筋萎縮性側索硬化症	1. 該当無 2. 該当有	
22. 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)]	1. 該当無 2. 該当有	
23. その他の指定難病等(10及び19～22までを除く)	1. 該当無 2. 該当有	
24. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
25. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
26. 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	1. 該当無 2. 該当有	

27. 注2を参照	1. 該当無 2. 該当有	
28. 基本診療料の施設基準等の別表第5の3の3の患者	1. 該当無 2. 該当有	
29. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
30. 肺炎に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
31. 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ヵ所以上に認められる場合に限る)	1. 該当無 2. 該当有	
32. 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	1. 該当無 2. 該当有	
33. うつ症状に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
34. 他者に対する暴行が毎日認められる場合	1. 該当無 2. 該当有	
35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)	1. 該当無 2. 該当有	
37. 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	1. 該当無 2. 該当有	
38. 酸素療法を実施している状態(17を除く)	1. 該当無 2. 該当有	
39. 86に該当、かつ、1~38(12を除く)に該当しない状態	1. 該当無 2. 該当有	
81. 脱水に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
82. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
83. 発熱がある状態	1. 該当無 2. 該当有	
84. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	1. 該当無 2. 該当有	
85. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態	1. 該当無 2. 該当有	
86. 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	1. 該当無 2. 該当有	
91. 身体抑制を実施している	1. 該当無 2. 該当有	
2. ADL区分の各項目の点数(調査基準日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベル)(各項目について該当する番号1つを選択)		
a. ベッド上の可動性	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
b. 移乗	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
c. 食事	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
d. トイレの使用	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	

注1

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第5の2若しくは第5の3の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第12に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等
- エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第5の2又は第5の3の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第12に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る)(別表第5の2の患者は除く)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く)(別表第5の2の患者は除く)

病棟にて記入もれがないか御確認下さい。□

ご協力頂きありがとうございました。

**入院医療等における実態調査
医療区分・ADL区分票
【調査基準日から3か月前時点】**

施設ID		病棟ID		患者ID	
------	--	------	--	------	--

- ◆ 調査基準日から3か月前時点の医療区分・ADL区分の該当状況について「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」に基づき評価した結果を記入してください。
- ◆ 調査基準日から3か月前に入院していた場合のみ、ご記入ください。

I. 医療区分・ADL区分の該当状況

1. 医療区分の各項目の該当状況(調査基準日時点) (各項目について該当する番号1つを選択)		
1. 24時間持続して点滴を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	1. 該当無 2. 該当有	
4. 81、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	1. 該当無 2. 該当有	
6. 82、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
7. せん妄に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
8. 84、かつ、82又は83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
9. 頻回の血糖検査を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
10. スモン	1. 該当無 2. 該当有	
11. 注1を参照	1. 該当無 2. 該当有	
12. 86に該当、かつ、1～38(12を除く)に1項目以上該当する状態	1. 該当無 2. 該当有	
13. 中心静脈栄養を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
14. 人工呼吸器を使用している状態	1. 該当無 2. 該当有	
15. 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	1. 該当無 2. 該当有	
16. 85、かつ、83の状態	1. 該当無 2. 該当有	
17. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る)	1. 該当無 2. 該当有	
18. 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	1. 該当無 2. 該当有	
19. 筋ジストロフィー	1. 該当無 2. 該当有	
20. 多発性硬化症	1. 該当無 2. 該当有	
21. 筋萎縮性側索硬化症	1. 該当無 2. 該当有	
22. 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)]	1. 該当無 2. 該当有	
23. その他の指定難病等(10及び19～22までを除く)	1. 該当無 2. 該当有	
24. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
25. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
26. 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	1. 該当無 2. 該当有	

27. 注2を参照	1. 該当無 2. 該当有	
28. 基本診療料の施設基準等の別表第5の3の3の患者	1. 該当無 2. 該当有	
29. 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)	1. 該当無 2. 該当有	
30. 肺炎に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
31. 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ヵ所以上に認められる場合に限る)	1. 該当無 2. 該当有	
32. 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	1. 該当無 2. 該当有	
33. うつ症状に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
34. 他者に対する暴行が毎日認められる場合	1. 該当無 2. 該当有	
35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)	1. 該当無 2. 該当有	
37. 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	1. 該当無 2. 該当有	
38. 酸素療法を実施している状態(17を除く)	1. 該当無 2. 該当有	
39. 86に該当、かつ、1~38(12を除く)に該当しない状態	1. 該当無 2. 該当有	
81. 脱水に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
82. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態	1. 該当無 2. 該当有	
83. 発熱がある状態	1. 該当無 2. 該当有	
84. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	1. 該当無 2. 該当有	
85. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態	1. 該当無 2. 該当有	
86. 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	1. 該当無 2. 該当有	
91. 身体抑制を実施している	1. 該当無 2. 該当有	
2. ADL区分の各項目の点数(調査基準日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベル)(各項目について該当する番号1つを選択)		
a. ベッド上の可動性	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
b. 移乗	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
c. 食事	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	
d. トイレの使用	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6	

注1

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第5の2若しくは第5の3の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第12に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等
- エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第5の2又は第5の3の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第12に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る)(別表第5の2の患者は除く)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く)(別表第5の2の患者は除く)

病棟にて記入もれがないか御確認下さい。□
ご協力頂きありがとうございました。