

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 令和2年度調査

入院医療等における実態調査 施設調査票(A)

今年度の新設項目は
【*】で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和2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。
- **DPC データの様式3ファイルを提出していただいた場合、問3、問4及び問6-1への記入は不要です。**

◆ 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 I D	
記入者氏名		電話番号	

* 問1 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和2年11月1日時点）※1		床						
1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況（令和2年11月1日時点）（予定を含む） （該当する番号1つに○）								
01 診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）（検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む） 02 診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）以外で検査を実施する医療機関（診療・検査医療機関（仮称）と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む） 03 その他（ ）								
1-3 令和2年4月以降の受診者や体制の動向等（該当する番号ひとつに○）								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
新型コロナウイルス感染症 疑い※2の外来患者受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
新型コロナウイルス感染症患者の 入院患者※3の受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
1-4 令和2年4月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況※4（該当する番号ひとつに○）								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	

1-5 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- 01** 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
- 02** 協力医療機関（新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
- 03** その他（_____）

※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

※2. 新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。

※3. 疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

※4. 本設問におけるア～エの項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

*問2 貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。

2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和2年10月1ヵ月）（該当する番号すべてに○）

- 01** 看護職員の配置に特段変動はなかった
- 02** 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした
- 03** 通常、病棟の業務以外に従事している看護職員、病棟業務に配置転換をした
- 04** 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした
- 05** その他（_____）

2-2 「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い※1」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和2年4月以降）についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。（該当する番号ひとつに○）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
定数超過入院の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当
月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 あり 02 無し 03 要件非該当
看護要員※2の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当
「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※3の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当
平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当	01 有り 02 無し 03 要件非該当

重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
医療区分2又は3の患者割合への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 あり 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（1）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。

※2. 看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。

※3. 「DPC制度への参加等の手続きについて」（令和2年3月27日保医発 0327 第6号）の第1の4（2）②に規定する場合を言う。

*** 2-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ1つに○）**

①外来（平日）	01 通常	02 制限	03 停止	
②外来（土日）	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
③入院	01 通常	02 制限	03 停止	
④救急	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑤化学療法	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑥手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑦緊急手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし

問3 貴院の開設者についてお伺いします。（様式3ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。）

3-1 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

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。(様式3ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)

4-1 許可病床数（令和2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5 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※1）（令和2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6 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

6-1 入院基本料（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○） （様式3ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。）	
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	

* 6-2 上記 6-1 で回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。「簡易な報告※1」をしている場合、③～⑬については、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。			
① 病棟数	本来の届出	(令和 2 年 11 月 1 日時点)	棟
② 届出病床数	本来の届出		床
	* 簡易な報告※1		床
③ 入院患者数		(令和 2 年 10 月 30 日時点)	人
④ 新入棟患者数		* (令和 2 年 4 月～6 月の 3 か月間)	人
		(令和 2 年 8 月～10 月の 3 か月間)	人
⑤ 新退棟患者数		* (令和 2 年 4 月～6 月の 3 か月間)	人
		(令和 2 年 8 月～10 月の 3 か月間)	人
⑥ 在院患者延日数		* (令和 2 年 4 月～6 月の 3 か月間)	日
		(令和 2 年 8 月～10 月の 3 か月間)	日
⑦ 重症度、医療・看護必要度の算出に使用した評価票についてご回答ください。(該当する番号に○)			
	令和 2 年 4～6 月	01 改定前の評価票 02 改定後の評価票 03 途中の月で変更したため混在	
	令和 2 年 8～10 月	01 改定前の評価票 02 改定後の評価票 03 途中の月で変更したため混在	
⑧ 重症度、医療・看護必要度の算出に使用した判定基準についてご回答ください。(該当する番号に○)			
	令和 2 年 4～6 月	01 改定前の判定基準 02 改定後の判定基準 03 途中の月で変更したため混在	
	令和 2 年 8～10 月	01 改定前の判定基準 02 改定後の判定基準 03 途中の月で変更したため混在	
⑨ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ※2 (Ⅱで届け出ていてもⅠを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)		* (平成 31 年 4 月～令和元年 6 月)	. %
		(令和元年 8 月～10 月)	. %
		* (令和 2 年 4 月～6 月)	. %
		* (令和 2 年 8 月～10 月)	. %
⑩ 重症度、医療・看護必要度Ⅱ※2 (Ⅰで届け出ていてもⅡを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)		* (平成 31 年 4 月～令和元年 6 月)	. %
		(令和元年 8 月～10 月)	. %
		* (令和 2 年 4 月～6 月)	. %
		(令和 2 年 8 月～10 月)	. %
⑪ 在宅復帰率※3		* (平成 31 年 4 月～令和元年 6 月)	. %
		* (令和元年 8 月～10 月)	. %
		* (令和 2 年 4 月～6 月)	. %
		(令和 2 年 8 月～10 月)	. %
⑫ 平均在院日数		* (平成 31 年 4 月～令和元年 6 月)	. 日
		* (令和元年 8 月～10 月)	. 日
		* (令和 2 年 4 月～6 月)	. 日
		(令和 2 年 8 月～10 月)	. 日
⑬ 病床利用率※4		* (平成 31 年 4 月～令和元年 6 月)	. %
		* (令和元年 8 月～10 月)	. %
		* (令和 2 年 4 月～6 月)	. %
		* (令和 2 年 8 月～10 月)	. %

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その 12)」(令和 2 年 4 月 18 日保険局医療課事務連絡)における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

※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、A 得点 3 点以上、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. 「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)、回復期リハビリ病棟、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）。

※4. 「病床利用率」＝A÷B : A. 期間中の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間の暦日数

6-3 今後の意向についてお伺いします。回答した入院基本料を届け出ている病棟に関する、令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向（貴院の考えについて最も近いもの1つに○）				
【今後の意向】	01 増床	02 現状を維持	03 削減	04 他の病棟へ転換 (転換を除く)
■ 上記【今後の意向】で「04 他の病棟へ転換」を選択した場合、現在届け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。				
* 6-3-1 検討している転換先とその病棟数及び届出病床数 (該当する番号すべてに○をし、○をした場合は病棟数と届出病床数を記載)	検討している転換先	病棟数	届出病床数	
	01 急性期一般入院料1の病棟	棟	床	
	02 急性期一般入院料2の病棟	棟	床	
	03 急性期一般入院料3の病棟	棟	床	
	04 急性期一般入院料4の病棟	棟	床	
	05 急性期一般入院料5の病棟	棟	床	
	06 急性期一般入院料6の病棟	棟	床	
	07 急性期一般入院料7の病棟	棟	床	
	08 地域一般入院基本料の病棟	棟	床	
	09 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	
	10 地域包括ケア病棟	棟	床	
	11 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 01～11以外の病棟・病室へ転換	棟	床	
	13 具体的な病棟種別等は未定	棟	床	
6-3-2 転換を検討している理由 (該当する選択肢3つまでに○、うち最も該当するもの1つに◎)	01 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			
	02 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			
	03 看護師の確保が困難なため			
	04 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が現在届け出ている病棟又は入院料等と合わなくなってきたため			
	05 平均在院日数の基準を満たすことが困難なため			
	06 在宅復帰率の基準を満たすことが困難なため			
	07 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため			
	08 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			
	09 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			
	10 その他 ()			

* 6-3-3 令和3年4月以降の入院料の届出の意向として、急性期一般入院料1をお考えの場合、その理由をご回答ください。 (該当する番号に○、うち最も該当するもの1つに◎)	01 急性期一般入院料1の看護職員配置（7対1以上）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応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、職員の雇用に影響を与えることから、特に転換する必要性を認めないため	
	04 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	
	05 急性期一般入院基本料1は、職員のモチベーションを維持できるため	
	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、職員の負担が増加する懸念があるため	
	07 その他（_____）	
* 6-3-4 令和2年11月1日時点で急性期一般入院料1を届け出ているものの、令和3年4月以降の入院料の届出の意向として、急性期一般入院料2または3をお考えの場合、その理由をご回答ください。 (該当する番号に○、うち最も該当するもの1つに◎)	01 7対1から10対1の間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 急性期一般入院料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 急性期一般入院料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 急性期一般入院料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（_____）	

■ 6-4 上記6-1で09又は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。
(該当する番号1つに○)

01 看護必要度加算 1

03 看護必要度加算 3

02 看護必要度加算 2

04 看護必要度加算を届け出していない

問 7 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

7-1 外来患者数		① 初診の患者数		② 再診の延べ患者数		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
			(うち) 紹介状により紹介された患者数			
* 令和元年 (平成 31 年)	4 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	5 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	6 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	7 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	8 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	9 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	10 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
令和 2 年	* 4 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 5 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 6 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 7 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 8 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 9 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	10 月 1 か月	人	人	延べ	人	人

* 7-2 総入院患者数※ ¹	令和元年 (平成 31 年)	令和 2 年
4 月 1 か月	人	人
5 月 1 か月	人	人
6 月 1 か月	人	人
7 月 1 か月	人	人
8 月 1 か月	人	人
9 月 1 か月	人	人
10 月 1 か月	人	人

※ 1. 施設全体の延べ人数でお答えください。

* 7-3 救急搬送件数	令和元年 (平成 31 年)	令和 2 年
4 月 1 か月	人	人
5 月 1 か月	人	人
6 月 1 か月	人	人
7 月 1 か月	人	人
8 月 1 か月	人	人
9 月 1 か月	人	人
10 月 1 か月	人	人

問 8 貴院の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

8-1 届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2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8-1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。	
8-1-1 重症度、医療・看護必要度Ⅰの届出を行っている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
01 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け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を算出するシステムの導入が間に合っていないため	
*05 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を確認できていないため	
06 その他（_____）	
■ 上記8-1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。	
8-1-2 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を行っている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
01 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いるため	
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よりも評価記入者の負担が軽減されるため	
03 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け出ることができるため	
04 入院料の施設基準において、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	
05 その他（_____）	

問 9 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伺います。

9-1 入退院支援部門の設置状況（令和2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 <u>設置している</u>	02 入退院支援部門を <u>設置していない</u>
■ 上記9-1で「01 入退院支援部門を <u>設置している</u> 」を選択した場合、ご回答ください。	
* 9-2 地域包括ケア病棟入院料の届出の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を <u>届け出ている</u>	02 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を <u>届け出ている</u>

9-3 入退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。(令和2年11月1日時点)		専 従	専 任
① 医師		人	人
② 看護師		人	人
* (うち) 非常勤		人	人
③ 相談員		人	人
(うち) 社会福祉士		人	人
* (うち) 非常勤		人	人
④ その他の職種		人	人
(うち) 職種名 ()		人	人
(うち) 職種名 ()		人	人
(うち) 職種名 ()		人	人
⑤ ケアマネジャー(介護支援専門員)の資格を有する者		人	人
■ * 以下は貴院が入退院支援加算3を届け出ている場合のみ、入退院支援部門に従事する看護師の研修状況についてご回答ください。			
小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した看護師		人	人
入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する看護師		人	人

■ 上記 9-1 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。

9-4 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（ _____ ）	

■ 上記 9-1 で「01 入退院支援部門を設置している」を選択し、かつ入院時支援加算を届け出ている場合、入院時の評価状況をご回答ください。

9-5 入院時支援加算 2 を算定した患者について、入院前に実施した事項について人数をご回答ください。
(令和 2 年 8 月～10 月の 3 か月間)

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

■ 9-5-1 入院時支援加算 2 を 1 件以上算定している場合、同加算 1 ではなく加算 2 の算定となった理由をご回答ください（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（_____）

問 10 貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。

10-1 入退院支援加算の届出の有無（令和 2 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 を届け出ている *05 入院時支援加算を届け出ている
 02 入退院支援加算 2 を届け出ている *06 総合機能評価加算を届け出ている
 *03 入退院支援加算 3 を届け出ている 07 入退院支援加算を届け出していない
 *04 地域連携診療計画加算を届け出ている

■ 上記 10-1 で「07 入退院支援加算を届け出していない」場合、その理由をご回答ください。

*10-2 入退院支援加算を届け出していない理由（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従の社会福祉士の配置が困難なため | |
| 03 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の配置が困難なため | |
| 04 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社会福祉士の配置が困難なため | |
| 05 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | |
| 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 退院支援が必要な患者が少ないため | |
| 09 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため | |
| 10 入院早期の多職種によるカンファレンスの実施が困難なため | |
| 11 その他（_____） | |

■上記 10-1 で「02 入退院支援加算 2 を届け出ている」場合、入退院支援加算 1 を届け出ている理由をご回答ください。

＊10-3 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

01	入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため	
02	入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に配置しているが、1 人につき 2 病棟、120 床までの条件を満たせないため	
03	連携機関（保険医療機関、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者等）の数が 20 に満たないため	
04	連携機関数は満たしているが、連携機関と年 3 回以上の面会ができないため	
05	過去 1 年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去 1 年間の相談支援専門員との連携回数の合計回数が、基準を満たさないため	
06	退院困難な患者を入院後 3 日以内に抽出することが困難なため	
07	入院後 7 日（療養病棟等は 14 日）以内に患者や家族と面談することが困難なため	
08	入院後 7 日以内に多職種によるカンファレンスを実施することが困難なため	
09	その他（ ）	

■ 上記 10-1 の地域連携診療計画加算等を届け出ている場合、その理由をご回答ください。

＊10-4-1 地域連携診療計画加算を届け出ることが困難な理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

01	地域連携診療計画を作成する体制が整っていないため	
02	疾患ごと、患者の状態ごとの計画をあらかじめ立てておくことが困難なため	
03	連携先の保険医療機関又は介護サービス事業者等を確保できないため	
04	連携先との間で、定期的な診療情報の共有地域連携診療計画の評価を行う機会を設けるのが難しいため	
05	地域連携診療計画加算を知らなかったため	
06	その他（ ）	

10-4-2 入院時支援加算を届け出ることが困難な理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

01	入退院支援を行うための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	入退院支援を行うための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	緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため	
06	他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため	
07	その他（ ）	

＊10-4-3 総合機能評価加算を届け出ることが困難な理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

01	適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師がいないため	
02	総合的な機能評価の経験を 1 年以上有する医師若しくは歯科医師がいないため	
03	院内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施できないため	
04	総合機能評価加算を算定する患者がいないため	
05	総合機能評価加算を知らなかったため	
06	その他（ ）	

■ 下記問 11 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 11 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします（入退院支援加算 2 や 3 を届け出ている場合もご回答ください。）

11-1 入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。連携機関 ^{※1} の施設数をご回答ください（特別の関係にあるものを含む）（令和 2 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
連携機関数の合計	施設	施設
（うち）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
（うち）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
（うち）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
（うち）④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
（うち）⑤ その他の施設	施設	施設

※ 1. 連携機関とは、「(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。

* 11-2 連携医療機関 1 施設あたりの面会回数について	最大回数	最小回数
連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数（令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回	回
（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面会を行った場合	回	回
* 11-3 介護支援等連携指導料の算定回数（令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）		回
* 11-4 相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る）（令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）		回
介護支援等連携指導料と相談支援専門員の連携回数の合計		回
* 11-5 ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計（令和 2 年 11 月 1 日時点）		.
* 11-6 イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数（令和 2 年 11 月 1 日時点）		.
■ 11-6-1 11-5 及び 11-6 の合計		.

■ 下記問 12 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 12 貴院の入退院支援加算に関連にする算定状況についてお伺いします

12-1 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（令和2年8月～10月の3か月間）			
① 入退院支援加算 1	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
② 入退院支援加算 2	件	*⑥ 入院時支援加算 1	件
*③ 入退院支援加算 3	件	*⑦ 入院時支援加算 2	件
④ 小児加算（入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件	*⑧ 総合機能評価加算	件

12-2 【再掲】入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（令和2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 12-2 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。		
12-2-1 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。

*** 問 13 入退院支援の他サービスとの連携状況や地域での役割等についてお伺いします。**

13-1 在宅療養支援病院の届出の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）			
01 在宅療養支援病院の届出を行っている		02 在宅療養支援病院の届出を行っていない	
13-2 上記13-1の届出の有無にかかわらず、以下の算定回数等をお答えください（令和2年8月～10月の3か月間）			
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1	回	⑤同一建物居住者訪問看護・指導料	回
②在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2	回	⑥在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	回
③在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	回	⑦訪問看護指示料	回
④在宅患者訪問看護・指導料	回	⑧退院時共同指導料1	回
		⑨退院時共同指導料2	回

*** 13-3 貴施設と同一敷地内または隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等（令和2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 保険薬局 |
| 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 他に運営施設・事業所等はない |
| | 23 その他
（具体的に_____） |

■13-3-1 上記13-3が1つ以上該当した場合、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の提供実績の有無についてお答えください。

- | | |
|---------|----------|
| 01 実績有り | 02 実績はない |
|---------|----------|

問 14 貴院において、退院支援の積極的な取組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	
09 その他（_____）	

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 | 特になし | |
| 11 | その他（_____） | |

* 問 15 貴院の認知症ケア加算の届出状況についてお伺いします。

15-1 認知症ケア加算の届出状況（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- | | | | |
|----|-------------------------|----|-----------------------|
| 01 | 認知症ケア加算1を届け出ている→15-2へ | 03 | 認知症ケア加算3を届け出ている→15-5へ |
| 02 | 認知症ケア加算2を届け出ている→15-2～4へ | 04 | 届け出していない→15-5へ |

■ 15-2 上記15-1で、「01 認知症ケア加算1を届け出ている」又は「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアチーム又は専任の常勤医師・看護師の、他のチームとの兼務の有無についてご回答ください。

- | | | |
|-------------------------------|---------|---------|
| ① 医師 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）精神科リエゾンチーム | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ② 看護師 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）精神科リエゾンチーム | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ③ 社会福祉士 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ④ 精神保健福祉士 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ⑤ その他の職員 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |

■ 15-3 上記 15-1 で、「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアに係るチームの有無

01 有り

02 無し

認知症ケアに係る専任の職員数

① 認知症ケア加算2の施設基準の要件を満たす（認知症患者の診療について十分な経験を有する）常勤医師	人
（うち）認知症治療に係る適切な研修を修了した医師	人
② 認知症ケア加算2の施設基準の要件を満たす（認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した）常勤看護師	人
③ その他の職員	人
（うち）社会福祉士	人
（うち）精神保健福祉士	人

■ 上記 15-1 で「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、加算1を届け出ている理由と、令和4年3月までの届出の意向についてご回答ください。

15-4-1 加算1を届け出ている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

01 認知症ケアチームを設置することが困難なため	
02 専任の常勤看護師が週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事することが困難なため	
03 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士を配置することが困難なため	
04 認知症ケアチームによる週1回程度のカンファレンスが困難であるため	
05 週1回以上の病棟巡回が困難であるため	
06 その他（ ）	

15-4-2 加算2を届け出ている場合の令和4年3月までの意向（該当する選択肢1つに○）

01 加算1に変更する予定	
02 加算2のままとする予定	
03 加算3に変更する予定	
04 その他（ ）	

■ 上記 15-1 で「03 認知症ケア加算3を届け出ている」又は「04 届け出ている」を選択した場合、加算2を届け出ている理由と、令和4年3月までの届出の意向についてご回答ください。

15-5-1 加算2を届け出ている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

01 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がいないため	
02 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師がいないため	
03 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を、すべての病棟に3名以上配置することが困難なため	
04 病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握することが困難なため	
05 認知症患者に関わる職員に対する研修や事例検討会等を行うことが困難なため	
06 入院患者に認知症患者が多くないため	
07 入院患者に認知症患者がいないため	
08 その他（ ）	

15-5-2 加算3を届け出ている若しくは加算を届け出していない場合の令和4年3月までの意向

(該当する選択肢1つに○)

- | | | |
|----|---------------------------------|--|
| 01 | 加算1に変更する予定 | |
| 02 | 加算2に変更する予定 | |
| 03 | 加算3のままとする予定（加算3を届け出ている場合のみ選択） | |
| 04 | 加算3を届け出る予定（届け出していない場合のみ選択） | |
| 05 | 認知症ケア加算の届出意向はない（届け出していない場合のみ選択） | |
| 06 | その他（_____） | |

*問16 せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出状況についてお伺いします。

16-1 せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出状況（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- | | | | |
|----|--------|----|----------|
| 01 | 届け出ている | 02 | 届け出していない |
|----|--------|----|----------|

■ 上記16-1で「02 届け出していない」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。

16-1-1 届け出していない理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | すべての入院患者に対しせん妄ハイリスク因子の確認を行うことが、困難なため | |
| 02 | 入院前または入院後3日以内にせん妄ハイリスク因子の確認を行うことが、困難なため | |
| 03 | せん妄対策について、新たにチェックリストを作成し運用する業務が負担となるため | |
| 04 | 病棟薬剤師の人数が少なく、せん妄ハイリスク患者に対する連携業務が困難なため | |
| 05 | 認知症ケア加算を算定しているため、必要ないため | |
| 06 | 現在届出の準備中であるため | |
| 07 | その他（_____） | |

■ 上記16-1で「02 届け出していない」を選択した場合の取組についてご回答ください。

16-1-2 ハイリスク患者のスクリーニングや、ハイリスクとされた患者に対して実施している取組をご回答ください。（該当する番号すべてに○）

- | | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 01 | 患者情報から、リスクの有無について判断を行っている | |
| 02 | せん妄の既往があるかどうかを確認している | |
| 03 | 認知症の症状について家族に聴取し、症状があればリスク患者として対応している | |
| 04 | リスク患者に対して脱水の治療・予防へ介入している | |
| 05 | リスクとなる薬剤の漸減・中止を行っている | |
| 06 | 早期離床の取組を行っている | |
| 07 | 疼痛管理の強化を行っている | |
| 08 | 適切な睡眠管理を行っている | |
| 09 | せん妄の症状とリスクに関する本人・家族への情報提供を行っている | |
| 10 | その他（_____） | |

* 問 17 貴院の排尿自立支援加算の届出状況についてお伺いします。

17-1 排尿自立支援加算の届出状況（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 届け出ている	02 届け出していない
■ 17-1-1 上記 17-1 で、「01 排尿自立支援加算を届け出ている」と選択した場合、その活動についてお答えください。 （該当する番号1つに○）	
01 排尿ケアチームの活動は、週1回以上行っている。	
02 排尿ケアチームの活動は、月2-3回程度行っている。	
03 排尿ケアチームの活動は、月1回以下である。	
■ 17-1-2 上記 17-1 で「02 排尿自立支援加算を届け出していない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。 （該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
01 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有し、排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師がいないため	
02 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験があり、所定の研修を修了した専任の看護師がいないため	
03 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する理学療法士がいないため	
04 排尿ケアチームの活動を行う余力がないため	
05 病棟看護師による、下部尿路機能障害を有する患者の抽出が困難であるため	
06 病棟看護師による、排尿日誌や残尿測定などの情報収集が困難であるため	
07 その他（ ）	

- *◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

- ◆ 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、令和●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
病棟調査票(A)今年度の新設項目は
【*】で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和2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 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数※1（令和2年11月1日時点）							床
1-1 令和2年4月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者※2受入状況等（該当する番号それぞれ1つに○）							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
① 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
② 病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無※3	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

※2. 疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

※3. 1) 医療機関において患者が原疾患とは別に新たに患した感染症、2) 医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

1-2 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（令和2年11月1日時点）（該当する番号それぞれ1つに○）

① 入院	01 通常	02 制限	03 停止	
② 手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
③ 緊急手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし

1-3 新型コロナウイルス感染症による、貴病棟の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合への影響について（令和2年11月1日時点）（該当する選択肢1つの右欄に○）

01 基準を満たす患者割合が増加した	
02 基準を満たす患者割合が減少した	
03 基準を満たす患者割合について増減はない	
04 増減が不明である	

■ 1-4 上記1-3で「01」もしくは「02」を選択した場合、具体的な状況についてご回答ください。

(令和2年11月1日時点)(該当する選択肢すべての右欄に○)

01	手術件数を制限しているため	
02	救急外来の受け入れを制限しているため	
03	比較的重症な入院患者が減ったため	
04	比較的重症な入院患者が増えたため	
05	比較的軽症な入院患者が減ったため	
06	比較的軽症な入院患者が増えたため	
07	その他 ()	

問2 貴病棟の診療科目、入院基本料についてお伺いします。

2-1 診療科目(令和2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()

2-2 入院基本料(令和2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3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

3-1 貴病棟の届出病床数(令和2年11月1日時点) (「簡易な報告」※1ではない、本来の届出の数値をご回答ください)

貴病棟の届出病床数	床
-----------	---

* 3-2 「簡易な報告」による届出病床数(令和2年11月1日時点)

貴病棟の届出病床数	床
-----------	---

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その12)」(令和2年4月18日保険局医療課事務連絡)における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

3-3 貴病棟に配置されている職員数（専従換算※ ¹ ）（令和2年11月1日時点）					
① 看護師		人	⑦ 作業療法士	人	
	（うち）特定行為研修修了者	人	⑧ 言語聴覚士	人	
② 准看護師		人	⑨ 相談員	人	
③ 看護補助者		人		（うち）社会福祉士	人
	（うち）介護福祉士	人		（うち）精神保健福祉士	人
④ 薬剤師		人	⑩ 医師事務作業補助者	人	
⑤ 管理栄養士		人	⑪ その他の職員	人	
⑥ 理学療法士		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

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

3-4 新入棟患者数、新退棟患者数等※ ¹		
① 新入棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
② 新退棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
③ 在院患者延日数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	日
	（令和2年8月～10月の3か月間）	日

※1 「簡易な報告」をしている場合、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。

3-5 貴病棟における病床利用率※ ¹			
病床利用率	令和元年 （平成31年）	* 4月1か月	人 %
		* 5月1か月	人 %
		* 6月1か月	人 %
		* 7月1か月	人 %
		* 8月1か月	人 %
		* 9月1か月	人 %
		10月1か月	人 %
	令和2年	* 4月1か月	人 %
		* 5月1か月	人 %
		* 6月1か月	人 %
		* 7月1か月	人 %
		* 8月1か月	人 %
		* 9月1か月	人 %
		10月1か月	人 %

※1. 「病床利用率」＝A÷B：A. 当該月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間中の暦日数。「簡易な報告」を行っている場合は、届出病床数ではなく、「簡易な報告」により運用している病床数を用いて算出してください。

3-6 貴病棟における在宅復帰率等		
① 在宅復帰率※ ¹	* (令和2年4月～6月の3か月間)	. %
	(令和2年8月～10月の3か月間)	. %
② 平均在院日数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	. 日
	(令和2年8月～10月の3か月間)	. 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4 貴院の認知症ケアに関わる病棟の体制についてお伺いします。**

4-1 貴病棟における看護師及び准看護師の実人数について（令和2年11月1日時点）		人	
4-2 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修※ ¹ 又は院内研修※ ² を受けた看護師数について（令和2年11月1日時点）			
① 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師数※ ³	合 計	（うち）院外研修	（うち）院内研修
	人	人	人
4-3 病棟単位での認知症ケアに係る研修や事例検討会の開催状況について			
① 病棟単位における研修や事例検討会の開催の有無について（該当するものに○）	01 有り	02 無し	
② 「01 有り」と回答した場合、開催回数について（令和元年11月1日から令和2年10月31日の間）	回		

- ※1. 認知症ケア加算の施設基準に示す、次の事項に該当する研修を指す。ア、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修である（修了証が交付されるもの） イ、認知症看護に必要な専門知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修である。ウ、講義及び演習は、9時間以上含むもの。詳細は認知症ケア加算の施設基準を参照のこと。
- ※2. 認知症ケア加算の施設基準に示す、※1の研修を受けた看護師が行う院内研修を指す（認知症ケア加算2を届け出ている場合は、認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師が実施する院内研修も含まれる）。
- ※3. 前年度までに研修を受けた看護師も含む。

4-4 認知症患者に対して実施している取組をご回答ください。（該当する番号すべてに○）	
01 認知症症状を考慮して、適切な環境調整やコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成	
02 認知症症状を考慮したケアを実施・評価	
03 病棟の看護師等に対して、認知症ケアに関する研修や事例検討を実施（年1回以上）	
04 身体的拘束のマニュアルを作成	
05 身体的拘束をした場合に、解除に向けた検討を1日に1度は実施	
06 入院患者に認知症患者が多くない又はいない	
07 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（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
貴病棟の入院患者数※ ¹	人	人

※1. 病棟全体の延べ人数でお答えください

5-2 入棟前の居場所別患者数（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 自宅（在宅医療の提供あり）※ ¹	人	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※ ¹	人	人
③ 介護老人保健施設	人	人
④ 介護医療院	人	人
⑤ 介護療養型医療施設	人	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
⑨ 障害者支援施設	人	人
⑩ 他院の一般病床	人	人
⑪ 他院の一般病床以外	人	人
⑫ 自院の他病棟	人	人
⑬ 有床診療所	人	人
⑭ その他	人	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（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
〔再掲〕自院の他病棟からの転棟患者（＝「5-2の⑫」）	人	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け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け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（それぞれの月の1か月間）		* 令和2年5月	令和2年10月
貴病棟における退棟患者数		人	人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人	人
	③ 介護老人保健施設	人	人
	④ 介護医療院	人	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
	⑨ 障害者支援施設	人	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人	人
	⑭ 他院の精神病床	人	人
	⑮ 他院のその他の病床	人	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人	人
	㉑ 自院の精神病床	人	人
	㉒ 自院のその他の病床	人	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	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人	人
死亡	㉕ 死亡退院	人	人
	㉖ その他	人	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、令和●年●月●日（月）までに、
ご提出ください。

入院医療等における実態調査 入院患者票（A）

今年度の新設項目は
【*】で表示。

施設ID：

病棟ID：

患者ID：

* I 対象患者の新型コロナウイルス感染症の有無について

1 今回の入院中 ^{※1} に、新型コロナウイルス感染症の検査を行いましたか。（該当する番号1つに○）			
01. 実施して陽性だった	02. 実施して陰性だった	03. 実施してまだ結果が出ていない	04. 検査対象ではない（実施する予定がない）
2 上記1で01「実施して陽性だった」場合に回答してください。			
検査陽性が判明した日		2020 年 月 日	
3 上記1で02「実施して陰性だった」場合に回答してください。（該当する番号1つに○）			
01. 疑似症患者として届け出ている		02. 届け出していない	

※1. 入院直前の外来を含む。

II 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. 医療資源を最も投入した傷病名			04. 医療資源を2番目に投入した傷病名		
	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け出ている病床		
	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、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床		
	06. 特別養護老人ホーム			15. 自院の療養病床（14以外）		
	07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム			16. 自院の精神病床		
	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）			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（ ）		

※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。

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○)	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 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. 呼吸器内科 03. 消化器内科 04. 循環器科 05. 精神科 06. 神経内科 07. 外科 08. 整形外科 09. 脳神経外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 眼科 13. 耳鼻いんこう科 14. 皮膚科 15. 泌尿器科 16. 救急医学科 17. 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. 皮下組織をこえる損傷 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	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きる	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

Ⅲ 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点を回答してください。）

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

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などこれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

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	

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りも出来ない

* 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

《 7-2 で「04」を選択した場合に回答》	
* 7-3 中心静脈栄養開始の契機について (該当する番号すべてに○)	01. 患者本人の希望 02. 家族の希望 03. 転院を行うため※ ¹ 04. 腸管安静等のため 05. 他に代替できる栄養経路がない 06. その他 ()
* 7-4 中心静脈開始からの経過日数(転院前から開始している場合は通算の日数)	01. (日目) 02. 不明
* 7-5 カテーテル関連血流感染症発症の有無(入院時からの履歴) (該当する番号1つに○)	01. 発症の履歴あり 02. 発症の履歴なし
* 7-6 中心静脈栄養を継続している理由について (該当する番号すべてに○)	01. 患者本人の希望 02. 家族の希望 03. 転院を行うため※ ¹ 04. 腸管安静等のため 05. 他に代替できる栄養経路がない 06. その他 ()
* 7-7 中心静脈カテーテル抜去の見込みについて (該当する番号1つに○)	01. 近日中に抜去予定 02. 半年以内に抜去予定 03. 半年以上後に抜去予定 04. 01~03 以外で退院時に抜去予定 05. 抜去できる見込みなし
* 7-8 入院中の嚥下機能評価の有無について (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし
* 7-9 入院中の嚥下リハビリの有無について (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし
* 7-10 嚥下機能障害の有無について (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし
《 7-9 で「01」を選択した場合に回答》	
* 7-11 嚥下リハビリの介入頻度について (該当する番号すべてに○)	01. 30 分未満 (平均 回/週) 02. 30 分以上 (平均 回/週)
* 8 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無 (該当する番号1つに○)	
	01. あり 02. なし
* 9 8 以外の患者の意思決定支援の有無 (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし
* 10 当該入院中の 8 及び 9 の回数	8 及び 9 の回数 _____ 回
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) 02. 基本的動作能力 (イス上 坐位姿勢の保持、除圧) 03. 病的骨突出 04. 関節拘縮 05. 栄養状態低下 06. 皮膚湿潤 (多汗, 尿失禁, 便失禁) 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)
12 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。	
DESIGN-R の評価結果(調査基準日直近の状況)	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。

※ 1. 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

IV 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・必要性 (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・必要性 (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 _____ 月 _____ 日) 04. 骨の観血的手術 → (実施日 _____ 月 _____ 日) 02. 開胸術 → (実施日 _____ 月 _____ 日) 05. 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術 → (実施日 _____ 月 _____ 日) 03. 開腹術 → (実施日 _____ 月 _____ 日) 06. その他の手術 → (実施日 _____ 月 _____ 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 04. 運動器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 05. 呼吸器リハビリテーション 03. 廃用症候群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 02. 担当相談支援専門員なし 03. 不明
《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 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
《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 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 (_____)
8-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	01. 内科 02. 呼吸器内科 03. 消化器内科 04. 循環器科 05. 精神科 06. 神経内科 07. 外科 08. 整形外科 09. 脳神経外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 眼科 13. 耳鼻いんこう科 14. 皮膚科 15. 泌尿器科 16. 救急医学科 17. 放射線科 18. 麻酔科 (ペインクリニック) 19. 歯科 20. その他 (_____)
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 02. 入院料を減算した上で先方にて請求 03. その他 (_____)

V 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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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. 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	
	12. その他 ()	

2 退院へ向けた目標・課題等 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 ()	
* 3 退院時期の決定について (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	01. 家族の希望	
	02. 患者の希望	
	03. 主治医の判断	
	04. 病床管理上の理由 (予定入院や転入受け入れのためなど)	
	05. クリニカルパスの退院日の通り	
	06. DPC 制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	
	07. 現時点で時期未定	
	08. 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 令和2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、1、2、3①、5（退院した患者）、6（療養病棟入院料のみ）及び9（退院した患者）の設問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4の設問への記入は不要です。（対象となっている設問に（#）をつけています）

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	04. 入退院支援加算1～3 算定なし
	02. 入退院支援加算2 算定あり	05. 薬剤総合評価調整加算 算定あり
	03. 入退院支援加算3 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. 皮下組織をこえる損傷 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け出ている病床
	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け出ている病床
	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け出ている病床	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け出ている病床	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、座っていられる	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

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 令和2年度調査

入院医療等における実態調査

施設調査票(B)

今年度の新設項目は
【*】で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和2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。
- DPC データの様式3ファイルを提出していただいた場合、問3-1、問4及び問6-1への記入は不要です。

◆ 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	

* 問1 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和2年11月1日時点）※1								床
1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況（令和2年11月1日時点）（予定を含む） （該当する番号1つに○）								
01 診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）（検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む） 02 診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）以外で検査を実施する医療機関（診療・検査医療機関（仮称）と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む） 03 その他（ ）								
1-3 令和2年4月以降の受診者や体制の動向等（該当する番号ひとつに○）								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
新型コロナウイルス感染症 疑い※2の外来患者受入の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
新型コロナウイルス感染症患者の 入院患者※3の受入の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
1-4 令和2年4月以降の新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向等 （該当する番号ひとつに○）								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
① 新型コロナウイルス感染症患 者以外の患者の受け入れ有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
② 新型コロナウイルス感染症治 療後（検査陰性）の患者受け入れ 有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
③ 上記①及び②について都道府 県からの要請の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し

1-5 令和2年4月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況※4（該当する番号ひとつに○）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

1-6 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- 01 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
- 02 協力医療機関（新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
- 03 その他（ ）

※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

※2. 新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。

※3. 疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

※4. 本設問におけるア～エの項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

***問2 貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。**

2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和2年10月1ヵ月）（該当する番号すべてに○）

- 01 看護職員の配置に特段変動はなかった
- 02 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした
- 03 通常、病棟の業務以外に従事している看護職員、病棟業務に配置転換をした
- 04 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした
- 05 その他（ ）

2-2 「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い※1」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和2年4月以降）についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。（該当する番号ひとつに○）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
定数超過入院の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当

看護要員※ ² の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※ ³ の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
医療区分2又は3の患者割合への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（1）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。

※2. 看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。

※3. 「DPC制度への参加等の手続きについて」（令和2年3月27日保医発 0327 第6号）の第1の4（2）②に規定する場合を言う。

* 2-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ1つに○）				
① 外来（平日）	01 通常	02 制限	03 停止	
② 外来（土日）	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
③ 入院	01 通常	02 制限	03 停止	
④ 救急	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑤ 化学療法	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑥ 手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑦ 緊急手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし

問3 貴院の開設者等についてお伺いします。

3-1 開設者 (様式3ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)(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

3-2 貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等(令和2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_____) |

3-3 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(令和2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4 貴院の許可病床数についてお伺いします。(様式3ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)

4-1 許可病床数(令和2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5 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※ ¹ ）（令和2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6 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

6-1 入院基本料等（令和2年11月1日時点）（該当する番号すべてに○）

（様式3 ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。）

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）

* 6-2 上記 6-1 で回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。「簡易な報告※1」をしている場合、③～⑨については、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。

			地域一般入院料 (6-1 で 01～03 いずれかを回答した 場合のみ)	地域包括ケア 病棟入院料 (6-1 で 04、06、 08、10 いずれかを 回答した場合のみ)	地域包括ケア 入院医療管理料 (6-1 で 05、07、 09、11 いずれかを 回答した場合のみ)
① 病棟数	本来の届出	(令和2年11月1日時点)	棟	棟	室
② 届出病床数	本来の届出 * 簡易な報告※1		床	床	床
③ 入院患者数		(令和2年10月30日時点)	人	人	人
④ 新入棟患者数	* (令和2年4～6月)		人	人	人
	(令和2年8～10月)		人	人	人
⑤ 新退棟患者数	* (令和2年4～6月)		人	人	人
	(令和2年8～10月)		人	人	人
⑥ 在院患者延日数	* (令和2年4～6月)		日	日	日
	(令和2年8～10月)		日	日	日
⑦ 在宅復帰率※2	* (平成31年4月～令和元年6月)		. %	. %	. %
	* (令和元年8～10月)		. %	. %	. %
	* (令和2年4～6月)		. %	. %	. %
	(令和2年8～10月)		. %	. %	. %
⑧ 平均在院日数	* (平成31年4月～令和元年6月)		. 日	. 日	. 日
	* (令和元年8～10月)		. 日	. 日	. 日
	* (令和2年4～6月)		. 日	. 日	. 日
	(令和2年8～10月)		. 日	. 日	. 日
⑨ 病床利用率※3	* (平成31年4月～令和元年6月)		. %	. %	. %
	* (令和元年8～10月)		. %	. %	. %
	* (令和2年4～6月)		. %	. %	. %
	* (令和2年8～10月)		. %	. %	. %

			回復期リハビリテーション病棟 入院料 (6-1で12~17いずれかを回答した場合のみ)	専門病院入院 基本料 (6-1で18を回答した場合のみ)
① 病棟数	本来の届出	(令和2年11月1日時点)	棟	棟
② 届出病床数	本来の届出		床	床
	簡易な報告※1		床	床
③ 入院患者数		(令和2年10月30日時点)	人	人
④ 新入棟患者数		* (令和2年4~6月)	人	人
		(令和2年8~10月)	人	人
⑤ 新退棟患者数		* (令和2年4~6月)	人	人
		(令和2年8~10月)	人	人
⑥ 在院患者延日数		* (令和2年4~6月)	日	日
		(令和2年8~10月)	日	日
⑦ 在宅復帰率※2		* (平成31年4月~令和元年6月)	. %	. %
		* (令和元年8月~10月)	. %	. %
		* (令和2年4月~6月)	. %	. %
		(令和2年8月~10月)	. %	. %
⑧ 平均在院日数		* (平成31年4月~令和元年6月)	. 日	. 日
		* (令和元年8月~10月)	. 日	. 日
		* (令和2年4月~6月)	. 日	. 日
		(令和2年8月~10月)	. 日	. 日
⑨ 病床利用率※3		* (平成31年4月~令和元年6月)	. %	. %
		* (令和元年8月~10月)	. %	. %
		* (令和2年4月~6月)	. %	. %
		* (令和2年8月~10月)	. %	. %

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」（令和2年4月18日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入に伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

※2. ①地域一般入院料、専門病院入院基本料

「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院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。

②地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料

「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院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。

③回復期リハビリテーション病棟入院料

「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院した患者（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. 「病床利用率」= A ÷ B : A. 期間中の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間の暦日数

■ 上記6-1で「01 地域一般入院料1」～「03 地域一般入院料3」いずれかに該当した場合、届出を行った理由をご回答ください。

6-3 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 () | |

問7 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

7-1 電子カルテの導入状況（令和2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 |
|------------------|-------------------|

7-2 オーダリングシステムの導入状況（令和2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 |
|------------------|-------------------|

7-3 医療情報連携ネットワーク※1への参加状況（令和2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7-3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。

7-3-1 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 8 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

8-1 外来患者数		① 初診の患者数		② 再診の延べ患者数		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
			(うち) 紹介状により紹介された患者数			
令和元年 (平成 31 年)	* 4 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 5 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 6 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 7 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 8 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 9 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 10 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
令和 2 年	* 4 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 5 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 6 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 7 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 8 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	* 9 月 1 か月	人	人	延べ	人	人
	10 月 1 か月	人	人	延べ	人	人

* 8-2 総入院患者数 ^{※1}	令和元年 (平成 31 年)	令和 2 年
4 月 1 か月	人	人
5 月 1 か月	人	人
6 月 1 か月	人	人
7 月 1 か月	人	人
8 月 1 か月	人	人
9 月 1 か月	人	人
10 月 1 か月	人	人

※1. 施設全体の延べ人数でお答えください。

■ 下記問9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又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている場合にご回答ください。

問9 貴院の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

9-1 届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2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9-1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。	
9-1-1 重症度、医療・看護必要度Ⅰの届出を行っている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
01 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け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を算出するシステムの導入が間に合っていないため	
*05 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を確認できていないため	
06 その他（_____）	
■ 上記9-1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。	
9-1-2 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を行っている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
01 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いるため	
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よりも評価記入者の負担が軽減されるため	
03 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け出ることができるため	
04 入院料の施設基準において、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	
05 その他（_____）	

9-2 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 <u>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。</u>			
9-2-1 重症度、医療・看護必要度の算出に使用した評価票についてご回答ください。(該当する番号に○)			
	令和2年4～6月	01 改定前の評価票 02 改定後の評価票 03 途中の月で変更したため混在	
	令和2年8～10月	01 改定前の評価票 02 改定後の評価票 03 途中の月で変更したため混在	
9-2-2 重症度、医療・看護必要度の算出に使用した判定基準についてご回答ください。(該当する番号に○)			
	令和2年4～6月	01 改定前の評価基準 02 改定後の評価基準 03 途中の月で変更したため混在	
	令和2年8～10月	01 改定前の評価基準 02 改定後の評価基準 03 途中の月で変更したため混在	
9-2-3	重症度、医療・看護必要度の種別	対象期間	基準を満たす患者割合
① 地域一般入院料1を届け出ている病棟	重症度、医療・看護必要度 I (IIで届け出てもIを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)	*平成31年4月～令和元年6月	※1 . %
		令和元年8～10月	※1 . %
		*令和2年4～6月	※1 . %
		令和2年8～10月	※1 . %
	重症度、医療・看護必要度 II (Iで届け出てもIIを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)	*平成31年4月～令和元年6月	※1 . %
		令和元年8～10月	※1 . %
		*令和2年4～6月	※1 . %
		令和2年8～10月	※1 . %
② 地域包括ケア病室	重症度、医療・看護必要度 I (IIで届け出てもIを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)	*平成31年4月～令和元年6月	※2 . %
		令和元年8～10月	※2 . %
		*令和2年4～6月	※2 . %
		令和2年8～10月	※2 . %
	重症度、医療・看護必要度 II (Iで届け出てもIIを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)	*平成31年4月～令和元年6月	※2 . %
		令和元年8～10月	※2 . %
		*令和2年4～6月	※2 . %
		令和2年8～10月	※2 . %
③ 地域包括ケア病棟	重症度、医療・看護必要度 I (IIで届け出てもIを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)	*平成31年4月～令和元年6月	※2 . %
		令和元年8～10月	※2 . %
		*令和2年4～6月	※2 . %
		令和2年8～10月	※2 . %
	重症度、医療・看護必要度 II (Iで届け出てもIIを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」(ゼロ)を記載しないでください。)	*平成31年4月～令和元年6月	※2 . %
		令和元年8～10月	※2 . %
		*令和2年4～6月	※2 . %
		令和2年8～10月	※2 . %

※1. 「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、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. 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。

問 10 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。

- ◆ 令和2年11月1日時点で貴院が届け出ている入院基本料に係る、今後の意向についてお伺いします。【今後の意向】では、令和3年4月以降の入院基本料等別の病床数の増減の及び入院料の意向について、貴院の考えに最も近いものに○を1つ付けてください。

10-1 令和3年4月以降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○）	【今後の意向】 入院基本料等別の病床数の増減の意向			
① 地域一般入院基本料	01 増床 (新設を含む)	02 現状を維持 (届出なし含む)	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
② 地域包括ケア病棟入院料又は 地域包括ケア入院医療管理料	01 増床 (新設を含む)	02 現状を維持 (届出なし含む)	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換
③ 回復期リハビリテーション病棟入院料	01 増床 (新設を含む)	02 現状を維持 (届出なし含む)	03 削減 (転換を除く)	04 他の病棟へ 転換

- 上記 10-1 【今後の意向】で「04 他の病棟へ転換」を選択した場合、現在届け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。

10-1-1 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 急性期一般病棟	02 地域包括ケア病棟	03 回復期リハ病棟	04 療養病棟	05 その他	06 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 急性期一般病棟	02 回復期リハ病棟	03 療養病棟	04 その他	05 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 急性期一般病棟	02 地域包括ケア病棟	03 療養病棟	04 その他	05 未定	
転換を検討している理由	, ,					

- ◆ 以下は、上記 10-1-1 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。

(10-1-1 「転換を検討している理由」の選択肢) 現在届け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 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため
d 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
e 看護師の確保が困難なため
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 11 については、貴院が現時点で「地域一般入院料1又は2」を届け出ている場合のみご回答ください。

* 問 11 現時点で地域一般入院料 1 又は 2 を届け出ている病棟の令和 3 年 4 月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします。

11-1 令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）及びその理由		病棟数	届出病床数	理由 (以下◆から1つ選択)
① 急性期一般入院基本料を届出		棟	床	
② 地域一般入院料1を届出		棟	床	
③ 地域一般入院料2を届出		棟	床	
④ 地域一般入院料3を届出		棟	床	
⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出		棟	床	
⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出		棟	床	
⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出		室	床	
⑧ 療養病棟入院料を届出		棟	床	
⑨ 介護保険施設を届出			床	
⑩ 上記以外の病棟・病室を届出		棟	床	
⑪ 休床を届出			床	

◆ 以下は、上記 11-1 の「令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

(11-1 令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を 1 つご回答ください。	
01	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
02	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
03	地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため
04	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
05	地域に利用者がいないため
06	看護師の確保が困難なため
07	他の病棟等へ転換することで経営が安定するため
08	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
09	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
10	地域の利用者が多いため
11	看護師の確保が可能のため
12	届出を変えないことが安定した経営を維持できるため
13	届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため
14	届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため
15	その他（ ）

■ 下記問 12 については、貴院が現時点で「地域一般入院料3」を届け出ている場合のみご回答ください。

***問 12 現時点で地域一般入院料 3 を届け出ている病棟の令和 3 年 4 月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします**

12-1 令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）及びその理由		病棟数	届出病床数	理由 (以下◆から 1 つ選択)
① 急性期一般入院基本料を届出		棟	床	
② 地域一般入院料1を届出		棟	床	
③ 地域一般入院料2を届出		棟	床	
④ 地域一般入院料3を届出		棟	床	
⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出		棟	床	
⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出		棟	床	
⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出		室	床	
⑧ 療養病棟入院料を届出		棟	床	
⑨ 介護保険施設を届出			床	
⑩ 上記以外の病棟・病室を届出		棟	床	
⑪ 休床を届出			床	

◆ 以下は、上記 12-1 の「令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

(12-1 令和 3 年 4 月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を 1 つご回答ください。	
01	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
02	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
03	地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため
04	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
05	地域に利用者がいないため
06	看護師の確保が困難なため
07	他の病棟等へ転換することで経営が安定するため
08	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
09	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
10	地域の利用者が多いため
11	看護師の確保が可能なため
12	届出を変えないことが安定した経営を維持できるため
13	届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため
14	届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため
15	その他 ()

■ 下記問 13～16 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」を届け出ている場合のみご回答ください。

*** 問 13** 現時点で回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟の令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします。

13-1 令和3年4月以降の状況（見込み）及びその理由		病棟数	届出病床数	理由 (以下◆から1つ選択)
① 急性期一般入院基本料を届出		棟	床	
② 地域一般入院料1を届出		棟	床	
③ 地域一般入院料2を届出		棟	床	
④ 地域一般入院料3を届出		棟	床	
⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出		棟	床	
⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出		棟	床	
⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出		室	床	
⑧ 療養病棟入院料を届出		棟	床	
⑨ 介護保険施設を届出			床	
⑩ 上記以外の病棟・病室を届出		棟	床	
⑪ 休床を届出			床	

◆ 以下は、上記 13-1 の「令和3年4月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和3年4月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

(13-1 令和3年4月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を1つご回答ください。	
01	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
02	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
03	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
04	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
05	地域に利用者がいないため
06	看護師の確保が困難なため
07	他の病棟等へ転換することで経営が安定するため
08	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
09	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
10	地域の利用者が多いため
11	看護師の確保が可能のため
12	届出を変えないことが安定した経営を維持できるため
13	届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため
14	届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため
15	その他（ ）

■ 下記 13-2 は、貴院が現時点で回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ている場合のみご回答ください。

* 13-2 専任・常勤の管理栄養士の施設基準の状況と今後の予定（該当する選択肢の右欄にひとつ〇）	
① 施設基準を満たしており、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。	
② 現時点で施設基準を満たしていないが、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。	
③ 現時点で施設基準を満たしておらず、経過措置終了後は別の入院料を届け出る予定である。	

■下記 13-3 は、貴院が現時点で回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 3 を届け出ている場合のみご回答ください。

*13-3 「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準の状況と今後の予定についてご回答ください。 (該当する選択肢の右欄にひとつ〇)	
① 現時点で施設基準を満たしており、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。	
② 現時点で施設基準を満たしていないが、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。	
③ 現時点で施設基準を満たしておらず、経過措置終了後は別の入院料を届け出る予定である。	

問 14 貴院の令和元年及び令和 2 年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。

14-1 リハビリテーション実績指数の状況		令和元年 (平成 31 年)	令和 2 年
リハビリテーションの実績指数	*4月の実績指数		
	*5月の実績指数		
	*6月の実績指数		
	*7月の実績指数		
	*8月の実績指数		
	*9月の実績指数		
	10 月の実績指数		

問 15 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。

15-1 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 つに〇)	届出の有無 (令和 2 年 10 月 1 か月)			
① 心大血管疾患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	
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	04 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	04 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	04 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	

*15-2 疾患別リハビリテーションの実施計画書の説明状況について、実施計画書において重点的に説明する項目をご回答ください。 (該当する選択肢 3 つの右欄に〇、最も該当する者に◎)	
01 患者の病態	
02 安静度・リスクや禁忌・特記事項	
03 心身機能・構造	
04 基本動作	
05 日常生活活動の実行状況	
06 社会保障サービスの申請状況	
07 リハビリテーションの目標	
08 リハビリテーションの治療方針と治療内容	
09 その他 ()	

15-3 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○。有りの場合は人数も記載ください。）		* 実施の有無	
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）	* 令和2年4月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年5月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年6月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年7月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年8月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年9月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年10月1か月	01 実施有り（ 件）	02 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）	* 令和2年4月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年5月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年6月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年7月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年8月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年9月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年10月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
* ③ 訪問リハビリテーション指導の実施（介護保険）	令和2年4月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年5月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年6月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年7月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年8月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年9月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年10月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
④ 通所リハビリテーションの実施（介護保険）	* 令和2年4月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年5月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年6月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年7月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年8月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	* 令和2年9月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし
	令和2年10月1か月	01 実施有り（ 件）	02 実施なし

■15-3-1 上記 15-3「④ 通所リハビリテーションの実施」においてすべて「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。

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 実施したとしても経営の安定が見込めないため

*04 同一法人内の別施設で実施しているため

*05 別の法人の施設で実施しているため

*06 急性期病院であるため

*07 送迎が困難なため

*08 今後行う予定であるため

09 その他 ()

15-4 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							
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	* 令和2年4月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年5月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年6月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年7月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年8月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年9月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	令和2年10月1か月	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	* 令和2年4月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年5月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年6月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年7月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年8月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年9月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	令和2年10月1か月	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	* 令和2年4月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年5月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年6月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年7月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年8月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	* 令和2年9月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
	令和2年10月1か月	01 実施あり	02 実施なし						
* 15-5 回復期リハビリテーション病棟入院料における入院時及び退院時の退院時の患者の日常生活動作の評価に関する状況（該当する番号1つに○）		実施の有無 （令和2年10月1か月） <table border="1"> <thead> <tr> <th>01</th> <th>02</th> <th>03</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FIMのみ使用</td> <td>日常生活機能評価のみ使用</td> <td>日常生活機能評価とFIMの併用</td> </tr> </tbody> </table>		01	02	03	FIMのみ使用	日常生活機能評価のみ使用	日常生活機能評価とFIMの併用
01	02	03							
FIMのみ使用	日常生活機能評価のみ使用	日常生活機能評価とFIMの併用							
■ 15-5-1 上記15-5において「02 日常生活機能評価のみ使用」又は「03 日常生活機能評価とFIMの併用」を選択した場合、その理由をご回答ください。（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つに◎）									
01 FIMだと診療実績の施設基準を満たさないため									
02 FIMを入院直後に評価していないため									
03 FIMの評価でも良いことを知らなかったため									
04 FIMを用いる院内運用が整っていないため									
05 FIMだと患者の病態の評価に即していないため									
06 その他（_____）									

15-6 令和2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日の1患者あたりのリハビリテーション提供単位数の状況

1日の1患者あたりのリハビリテーション提供単位数 . 単位

*15-7 令和2年4月～10月の7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日あたりの重症者※1の状況		日常生活機能評価	*FIM
① 新規入院患者のうち重症者の割合		. %	. %
(うち) 割合が最も高い月とその割合※2	月	. %	. %
(うち) 割合が最も低い月とその割合※2	月	. %	. %
② 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またはFIMが4点以上改善した重症者の割合		. %	. %
(うち) 割合が最も高い月とその割合※2	月	. %	. %
(うち) 割合が最も低い月とその割合※2	月	. %	. %
③ 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またはFIMが12点以上改善した重症者の割合		. %	. %
(うち) 割合が最も高い月とその割合※2	月	. %	. %
(うち) 割合が最も低い月とその割合※2	月	. %	. %
④ 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またはFIMが16点以上改善した重症者の割合		. %	. %
(うち) 割合が最も高い月とその割合※2	月	. %	. %
(うち) 割合が最も低い月とその割合※2	月	. %	. %

※1. 日常生活機能評価が10点以上またはFIMが55点以下に該当する患者。

※2. 割合が高いもしくは低い月が、日常生活機能評価とFIMとで異なる場合は、FIMを基準とした月について記載してください。

*15-8 回復期リハビリテーション病棟入院料における入院患者状態についてお伺いします。		令和2年5月 1か月	令和2年10月 1か月
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	患者数	人	人
	うち2カ月以上経過した患者数※1	人	人
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	患者数	人	人
	うち2カ月以上経過した患者数※1	人	人
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	患者数	人	人
	うち2カ月以上経過した患者数※1	人	人
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態	患者数	人	人
	うち2カ月以上経過した患者数※1	人	人
股関節又は膝関節の置換術後の状態	患者数	人	人
	うち2カ月以上経過した患者数※1	人	人

※1. 左記の状態から症後又は術後2カ月以上経過した患者

問 16 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。

16-1 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	
		*令和2年4～6月 までの3か月間	令和2年8～10月 までの3か月間
当該病棟から退棟した患者数		人	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	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	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	人
	④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態	人	人
	⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態	人	人

■ 下記問 17 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 17 貴院の地域包括ケア病棟・病室についてお伺いします。

* 17-1 現時点で地域包括ケア病棟入院料もしくは地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている病棟の令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします。				
令和3年4月以降の状況（見込み）及びその理由		病棟数	届出病床数	理由 (以下◆から選択)
① 急性期一般入院基本料を届出		棟	床	
② 地域一般入院料 1 を届出		棟	床	
③ 地域一般入院料 2 を届出		棟	床	
④ 地域一般入院料 3 を届出		棟	床	
⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出		棟	床	
⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出		棟	床	
⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出		室	床	
⑧ 療養病棟入院料を届出		棟	床	
⑨ 介護保険施設を届出			床	
⑩ 上記以外の病棟・病室を届出		棟	床	
⑪ 休床を届出			床	

◆ 以下は、上記 17-1 の「令和3年4月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和3年4月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

(17-1 令和3年4月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を1つご回答ください。
01 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
02 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
03 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため
04 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
05 地域に利用者がいないため
06 看護師の確保が困難なため
07 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため
08 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
09 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
10 地域の利用者が多いため
11 看護師の確保が可能のため
12 届出を変えないことが安定した経営を維持できるため
13 届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため
14 届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため
15 その他（ ）

■ 下記問 17-2から 17-5については、現時点の状況についてお答えください。

17-2 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（令和2年11月1日時点）		室	床
再掲	① 改定前(令和2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(令和2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

17-3 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（_____）	

17-4 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（_____）	

17-5 地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況

① 自宅等から入棟した患者割合	* 令和2年4～6月	. %
	令和2年8～10月	. %
	令和2年4月～10月のうち最も高い患者割合とその月	月 . %
	令和2年4月～10月のうち最も低い患者割合とその月	月 . %
② 自宅等からの緊急患者の受入れ数	* 令和2年4～6月	人
	令和2年8～10月	人
	令和2年4月～10月のうち最も高い患者割合とその月	月 人
	令和2年4月～10月のうち最も低い患者割合とその月	月 人
③ 在宅医療等の提供状況について (該当する番号すべてに○)		
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直近3か月間で30回以上であること 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の算定回数が直近3か月間で60回以上であること 03 当該保険医療機関において、同一敷地内又は隣接する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直近3か月間で300回以上であること 04 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること *05 当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること 06 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で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の提供実績を有していること		

問 18 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。

18-1 入退院支援部門の設置状況（令和2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	
18-2 入退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。（令和2年11月1日時点）	専 従	専 任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
* (うち) 非常勤	人	人
③ 相談員	人	人
(うち) 社会福祉士	人	人
* (うち) 非常勤	人	人
④ その他の職種	人	人
(うち) 職種名 ()	人	人
(うち) 職種名 ()	人	人
(うち) 職種名 ()	人	人
⑤ ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人

■ * 以下は貴院が入退院支援加算3を届け出ている場合のみ、入退院支援部門に従事する看護師の研修状況についてご回答ください。

小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した看護師	人	人
入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する看護師	人	人

■ 上記 18-1 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。

18-3 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 ()

■ 上記 18-1 で「01 入退院支援部門を設置している」を選択し、かつ入院時支援加算を届け出ている場合、入院時の評価状況をご回答ください。

18-4 入院時支援加算2を算定した患者について、入院前に実施した事項について人数をご回答ください。
(令和2年8月～10月の3か月間)

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

■ 18-4-1 入院時支援加算2を1件以上算定している場合、同加算1ではなく加算2の算定となった理由をご回答ください(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 ()

* 問 19 貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。

19-1 入退院支援加算の届出の有無(令和2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を届け出ている

*05 入院時支援加算を届け出ている

02 入退院支援加算2を届け出ている

*06 総合機能評価加算を届け出ている

*03 入退院支援加算3を届け出ている

07 入退院支援加算を届け出していない

*04 地域連携診療計画加算を届け出ている

■ 上記 19-1 で 「07 入退院支援加算を届け出していない」 場合、その理由をご回答ください。

*19-2 入退院支援加算を届け出していない理由 (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従の社会福祉士の配置が困難なため | |
| 03 | 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の配置が困難なため | |
| 04 | 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社会福祉士の配置が困難なため | |
| 05 | 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | |
| 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 | 退院支援が必要な患者が少ないため | |
| 09 | 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため | |
| 10 | 入院早期の多職種によるカンファレンスの実施が困難なため | |
| 11 | その他 () | |

■ 上記 19-1 で 「02 入退院支援加算2を届け出ている」 場合、入退院支援加算1を届け出していない理由をご回答ください。

*19-3 入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため | |
| 02 | 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に配置しているが、1人につき2病棟、120床までの条件を満たせないため | |
| 03 | 連携機関（保険医療機関、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者等）の数が20に満たないため | |
| 04 | 連携機関数は満たしているが、連携機関と年3回以上の面会ができないため | |
| 05 | 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数の合計回数が、基準に満たないため | |
| 06 | 退院困難な患者を入院後3日以内に抽出することが困難なため | |
| 07 | 入院後7日（療養病棟等は14日）以内に患者や家族と面談することが困難なため | |
| 08 | 入院後7日以内に多職種によるカンファレンスを実施することが困難なため | |
| 09 | その他 () | |

■ 上記 19-1 の地域連携診療計画加算等を届け出ている場合、その理由をご回答ください。

* 19-4-1 地域連携診療計画加算を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01	地域連携診療計画を作成する体制が整っていないため	
02	疾患ごと、患者の状態ごとの計画をあらかじめ立てておくことが困難なため	
03	連携先の保険医療機関又は介護サービス事業者等を確保できないため	
04	連携先との間で、定期的な診療情報の共有地域連携診療計画の評価を行う機会を設けるのが難しいため	
05	地域連携診療計画加算を知らなかったため	
06	その他 ()	

* 19-4-2 入院時支援加算を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01	入退院支援を行うための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	入退院支援を行うための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	緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため	
06	他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため	
07	その他 ()	

* 19-4-3 総合機能評価加算を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01	適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師がいないため	
02	総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師がいないため	
03	院内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施できないため	
04	総合機能評価加算を算定する患者がいないため	
05	総合機能評価加算を知らなかったため	
06	その他 ()	

■ 下記問 20 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 20 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします（入退院支援加算 2 や 3 を届け出ている場合もご回答ください。）

20-1 入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。連携機関 ^{※1} の施設数をご回答ください（特別の関係にあるものを含む）（令和 2 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
連携機関数の合計	施設	施設
（うち）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
（うち）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
（うち）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
（うち）④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
（うち）⑤ その他の施設	施設	施設

※ 1. 連携機関とは、「（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。

* 20-2 連携医療機関 1 施設あたりの面会回数について	最大回数	最小回数
連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数（令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回	回
（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面会を行った場合	回	回

* 20-3 介護支援等連携指導料の算定回数 （令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回
* 20-4 相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る） （令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回
介護支援等連携指導料と相談支援専門員の連携回数の合計	回

*20-5 ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計 (令和2年11月1日時点)		.
*20-6 イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05を乗じた数（令和2年11月1日時点）		.
■20-6-1 20-5及び20-6の合計		.

■ 下記問 21 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 21 貴院の入退院支援加算に関連にする算定状況についてお伺いします

21-1 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（令和2年8月～10月の3か月間）			
① 入退院支援加算 1	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
② 入退院支援加算 2	件	*⑥ 入院時支援加算 1	件
③ *入退院支援加算 3	件	*⑦ 入院時支援加算 2	件
④ 小児加算（入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件	*⑧ 総合機能評価加算	件

21-2 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（令和2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 21-2 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。

21-2-1 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。

*** 問 22 入退院支援の他サービスとの連携状況や地域での役割等についてお伺いします。**

22-1 在宅療養支援病院の届出の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）			
01 在宅療養支援病院の届出を行っている		02 在宅療養支援病院の届出を行っていない	
22-2 上記 22-1 の届出の有無にかかわらず、以下の算定回数等をお答えください （令和2年8月～10月の3か月間）			
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1	回	⑤同一建物居住者訪問看護・指導料	回
②在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2	回	⑥在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料	回
③在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	回	⑦訪問看護指示料	回
④在宅患者訪問看護・指導料	回	⑧退院時共同指導料1	回
		⑨退院時共同指導料2	回

*** 22-3 貴施設と同一敷地内または隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等（令和2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 保険薬局 |
| 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 他に運営施設・事業所等はない |
| | 23 その他
（具体的に_____） |

*** ■ 22-3-1 上記 22-3 が1つ以上該当した場合、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の提供実績の有無についてお答えください。**

- | | |
|---------|----------|
| 01 実績有り | 02 実績はない |
|---------|----------|

問 23 貴院において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

23-1 退院支援の積極的な取組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	
09 その他（_____）	

23-2 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 24 貴院の認知症ケア加算の届出状況についてお伺いします。

24-1 認知症ケア加算の届出状況（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- | | | | |
|----|-------------------------|----|-----------------------|
| 01 | 認知症ケア加算1を届け出ている→24-2へ | 03 | 認知症ケア加算3を届け出ている→24-5へ |
| 02 | 認知症ケア加算2を届け出ている→24-2～4へ | 04 | 届け出していない→24-5へ |

■ 24-2 上記24-1で、「01 認知症ケア加算1を届け出ている」又は「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアチーム又は専任の常勤医師・看護師の、他のチームとの兼務の有無についてご回答ください。

- | | | |
|-------------------------------|---------|---------|
| ① 医師 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）精神科リエゾンチーム | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ② 看護師 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）精神科リエゾンチーム | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ③ 社会福祉士 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ④ 精神保健福祉士 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ⑤ その他の職員 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |

■ 24-3 上記 24-1 で、「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアに係るチームの有無

01 有り

02 無し

認知症ケアに係る専任の職員数

① 認知症ケア加算2の施設基準の要件を満たす（認知症患者の診療について十分な経験を有する）常勤医師	人
（うち）認知症治療に係る適切な研修を修了した医師	人
② 認知症ケア加算2の施設基準の要件を満たす（認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した）常勤看護師	人
③ その他の職員	人
（うち）社会福祉士	人
（うち）精神保健福祉士	人

■ 上記 24-1 で「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、加算1を届け出ている理由と、令和4年3月までの届出の意向についてご回答ください。

24-4-1 加算1を届け出ている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

01 認知症ケアチームを設置することが困難なため	
02 専任の常勤看護師が週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事することが困難なため	
03 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士を配置することが困難なため	
04 認知症ケアチームによる週1回程度のカンファレンスが困難であるため	
05 週1回以上の病棟巡回が困難であるため	
06 その他（ ）	

24-4-2 加算2を届け出ている場合の令和4年3月までの意向

（該当する選択肢1つに○）

01 加算1に変更する予定	
02 加算2のままとする予定	
03 加算3に変更する予定	
04 その他（ ）	

■ 上記 24-1 で「03 認知症ケア加算3を届け出ている」又は「04 届け出ている」を選択した場合、加算2を届け出ている理由と、令和4年3月までの届出の意向についてご回答ください。

24-5-1 加算2を届け出ている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

01 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がいないため	
02 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師がいないため	
03 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を、すべての病棟に3名以上配置することが困難なため	
04 病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握することが困難なため	
05 認知症患者に関わる職員に対する研修や事例検討会等を行うことが困難なため	
06 入院患者に認知症患者が多いため	
07 入院患者に認知症患者がいないため	
08 その他（ ）	

24-5-2 加算3を届け出ている若しくは加算を届け出していない場合の令和4年3月までの意向

(該当する選択肢1つに○)

01 加算1に変更する予定

02 加算2に変更する予定

03 加算3のままとする予定(加算3を届け出ている場合のみ選択)

04 加算3を届け出る予定(届け出していない場合のみ選択)

05 認知症ケア加算の届出意向はない(届け出していない場合のみ選択)

06 その他()

*問25 貴院の排尿自立支援加算の届出状況についてお伺いします。

25-1 排尿自立支援加算の届出状況(令和2年11月1日時点) (該当する番号1つに○)

01 届け出ている

02 届け出していない

■25-1-1 上記25-1で、「01 排尿自立支援加算を届け出ている」と選択した場合、その活動についてお答えください。

(該当する番号1つに○)

01 排尿ケアチームの活動は、週1回以上行っている。

02 排尿ケアチームの活動は、月2-3回程度行っている。

03 排尿ケアチームの活動は、月1回以下である。

■25-1-2 上記25-1で「02 排尿自立支援加算を届け出していない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。

(該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有し、排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師がいないため

02 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験があり、所定の研修を修了した専任の看護師がいないため

03 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する理学療法士がいないため

04 排尿ケアチームの活動を行う余力がないため

05 病棟看護師による、下部尿路機能障害を有する患者の抽出が困難であるため

06 病棟看護師による、排尿日誌や残尿測定などの情報収集が困難であるため

07 その他()

*** ■ 下記問 26 については、貴院が地域包括ケア病棟入院料又は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。**

問 26 貴院の人生の最終段階における医療・ケアに関してお伺いします。

26-1 人生の最終段階における意思決定支援による診療への影響について

(令和2年11月1日時点) (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01	入院早期から、今後の療養生活について患者・家族と話し合うことができている	
02	療養生活を支援する関係機関との連携が強化され、退院支援がスムーズになった	
03	療養生活を支援する関係機関との連携が強化により、当該患者の入院医療を要する状態になった際に、後方支援をスムーズに行うことができている	
04	指針もしくはガイドラインをもとに意思決定支援を行っているが、以前と状況は変わらない	
05	その他 ()	

26-2 人生の最終段階における意思決定支援を行う中で、困難と感じているものについて

(令和2年11月1日時点) (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

01	患者自身の、人生の最終段階における思いや意思を引き出すこと	
02	患者への人生の最終段階の意思決定に関わる情報提供について、家族から承諾を得ること	
03	患者および家族と十分にコミュニケーションを取る時間を持てないこと	
04	家族等がないこと	
05	医療者側の病状判断と、患者および家族の理解にずれが生じること	
06	患者の意思決定に対して、患者および家族間で合意形成が困難なこと	
07	ケアチーム内で、患者の意思決定支援に関わる方針について、合意形成が困難なこと	
08	ケアチームと、患者および家族間で、方針について合意形成が得られないこと	
09	繰り返し話し合いを持つ機会の確保が困難であること	
10	患者および家族との合意形成ができない場合に、複数の専門家を交えての検討の機会を確保することが困難であること	
11	患者および家族の意思決定が、医師の判断や考えを追認する結果になることが多いこと	
12	意思決定支援を行うスタッフの確保・養成が困難であること	
13	家族が来院する機会が少ないこと	
14	その他 ()	

- *◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

- ◆ 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、令和●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 病棟調査票(B)

今年度の新設項目は
【*】で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和2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 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 ^{※1} (令和2年11月1日時点)							床
1-1 令和2年4月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者 ^{※2} 受入状況等 (該当する番号それぞれ1つに○)							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
① 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
② 病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無 ^{※3}	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

※2. 疑似症患者 (感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者) を含む。

※3. 1) 医療機関において患者が原疾患とは別に新たに患した感染症、2) 医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

1-2 令和2年4月以降の貴病棟における、新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向 (該当する番号それぞれ1つに○)							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
① 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
② 新型コロナウイルス感染症治療後(検査陰性)の患者の受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
③ 上記①および②について、都道府県からの要請の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

1-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。(令和2年11月1日時点) (該当する番号それぞれ1つに○)				
① 入院	01 通常	02 制限	03 停止	
② 手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
③ 緊急手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし

1-4 新型コロナウイルス感染症による、貴病棟の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合への影響について（令和2年11月1日時点）（該当する選択肢一つの右欄に○）

01 基準を満たす患者割合が増加した	
02 基準を満たす患者割合が減少した	
03 基準を満たす患者割合について増減はない	
04 増減が不明である	

**■ 1-5 上記1-4で「01」もしくは「02」を選択した場合、具体的な状況についてご回答ください。
（令和2年11月1日時点）（該当する選択肢すべての右欄に○）**

01 手術件数を制限しているため	
02 救急外来の受け入れを制限しているため	
03 比較的重症な入院患者が減ったため	
04 比較的重症な入院患者が増えたため	
05 比較的軽症な入院患者が減ったため	
06 比較的軽症な入院患者が増えたため	
07 その他（ ）	

問2 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

2-1 診療科目（令和2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（ ）

2-2 入院基本料等（令和2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

*** 2-2-1 上記2-2で05～18を選択した場合、ご回答ください。（該当する番号に○）**

医療法上の許可病床

01 一般病床

02 療養病床

問3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

3-1 貴病棟の届出病床数（令和2年11月1日時点）（「簡易な報告」※1ではない、本来の届出の数値をご回答ください）	
貴病棟の届出病床数	床

* 3-2 「簡易な報告」による届出病床数（令和2年11月1日時点）	
貴病棟の届出病床数	床

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」（令和2年4月18日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

3-3 貴病棟に配置されている職員数（専従換算※1）（令和2年11月1日時点）			
① 看護師	人	⑦ 作業療法士	人
（うち）特定行為研修修了者	人	⑧ 言語聴覚士	人
② 准看護師	人	⑨ 相談員	人
③ 看護補助者	人	（うち）社会福祉士	人
（うち）介護福祉士	人	（うち）精神保健福祉士	人
④ 薬剤師	人	⑩ 医師事務作業補助者	人
⑤ 管理栄養士	人	⑪ その他の職員	人
⑥ 理学療法士	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

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

3-4 新入棟患者数、新退棟患者数等※1		
① 新入棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
② 新退棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
③ 在院患者延日数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	日
	（令和2年8月～10月の3か月間）	日

※1. 「簡易な報告」をしている場合、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。

3-5 貴病棟における病床利用率※1			
病床利用率	令和元年 (平成31年)	* 4月1か月	. %
		* 5月1か月	. %
		* 6月1か月	. %
		* 7月1か月	. %
		* 8月1か月	. %
		* 9月1か月	. %
		10月1か月	. %
	令和2年	* 4月1か月	. %
		* 5月1か月	. %
		* 6月1か月	. %
		* 7月1か月	. %
		* 8月1か月	. %
		* 9月1か月	. %
		10月1か月	. %

※1. 「病床利用率」＝ $A \div B$: A. 10月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間中の暦日数。「簡易な報告」を行っている場合は、届出病床数ではなく、「簡易な報告」により運用している病床数を用いて算出してください。

3-6 貴病棟における在宅復帰率等		
① 在宅復帰率※1	* (令和2年4月～6月の3か月間)	. %
	(令和2年8月～10月の3か月間)	. %
② 平均在院日数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	. 日
	(令和2年8月～10月の3か月間)	. 日

※1. 地域一般入院料算定病棟 : 「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）。

地域包括ケア病棟・病室 : 「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）。

回復期リハビリテーション病棟 : 「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）。

* 問 4 貴院の認知症ケアに関わる病棟の体制についてお伺いします。

4-1 貴病棟における看護師及び准看護師の実人数について（令和2年11月1日時点）		人	
4-2 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修 ^{※1} 又は院内研修 ^{※2} を受けた看護師数について（令和2年11月1日時点）			
① 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師数 ^{※3}	合 計	（うち）院外研修	（うち）院内研修
	人	人	人
4-3 病棟単位での認知症ケアに係る研修や事例検討会の開催状況について			
① 病棟単位における研修や事例検討会の開催の有無について（該当するものに○）	01 有り 02 無し		
② 「01 有り」と回答した場合、開催回数について（令和元年11月1日から令和2年10月31日の間）	回		

※1. 認知症ケア加算の施設基準に示す、次の事項に該当する研修を指す。ア、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修である（修了証が交付されるもの）イ、認知症看護に必要な専門知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修である。ウ、講義及び演習は、9時間以上含むもの。詳細は認知症ケア加算の施設基準を参照のこと。

※2. 認知症ケア加算の施設基準に示す、※1の研修を受けた看護師が行う院内研修を指す（認知症ケア加算2を届け出ている場合は、認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師が実施する院内研修も含まれる）。

※3. 前年度までに研修を受けた看護師も含む。

4-4 認知症患者に対して実施している取組をご回答ください。（該当する番号すべてに○）	
01 認知症症状を考慮して、適切な環境調整やコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成	
02 認知症症状を考慮したケアを実施・評価	
03 病棟の看護師等に対して、認知症ケアに関する研修や事例検討を実施（年1回以上）	
04 身体的拘束のマニュアルを作成	
05 身体的拘束をした場合に、解除に向けた検討を1日に1度は実施	
06 入院患者に認知症患者が多くない又はいない	
07 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（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
貴病棟の入院患者数※ ¹	人	人

※1. 病棟全体の延べ人数でお答えください

5-2 入棟前の居場所別患者数（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 自宅（在宅医療の提供あり）※ ¹	人	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※ ¹	人	人
③ 介護老人保健施設	人	人
④ 介護医療院	人	人
⑤ 介護療養型医療施設	人	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
⑨ 障害者支援施設	人	人
⑩ 他院の一般病床	人	人
⑪ 他院の一般病床以外	人	人
⑫ 自院の他病棟	人	人
⑬ 有床診療所	人	人
⑭ その他	人	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（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
〔再掲〕自院の他病棟からの転棟患者（＝「5-2の⑫」）	人	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け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け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5-4～5-9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。

* 5-4 令和2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日あたりの重症者※1の状況	日常生活機能評価	*FIM
① 新規入院患者のうち重症者の割合	. %	. %
② 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 または FIM が4点以上改善した重症者の割合	. %	. %
③ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 または FIM が12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4点以上改善した重症者の割合 または FIM が16点以上改善した重症者の割合	. %	. %

※1. 日常生活機能評価が10点以上またはFIMが55点以下に該当する患者。

5-5 体制強化加算の算定状況について（令和2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
-------------------	-------------------	-------------------

5-6 管理栄養士の病棟への配置の有無（令和2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5-6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。

5-6-1 管理栄養士の配置状況について（令和2年11月1日時点）		
	常勤	非常勤
専従	人	人
専任	人	人

5-7 リハビリ計画書の栄養項目記載について（令和2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

5-8 リハビリの実施単位数別の入院患者数の内訳（令和2年10月30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

5-9 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 （令和2年10月30日時点）	
① 1単位/日	人
② 2単位/日	人
③ 3単位/日	人
■ 上記5-9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。	
5-9-1 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該当人数（令和2年10月30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5-10、5-11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。

5-10 リハビリの実施状況別の入院患者数の内訳（令和2年10月30日時点）	
① リハビリテーションを実施している患者（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
② リハビリテーションの対象でない患者数	人
* ■ 5-10-1 上記5-10の②に該当する患者が、リハビリテーションの対象とならなかった理由をご回答ください。 （該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つに◎）	
01 患者又は家族からの拒否のため	
02 ADL 低下のリスクがない、もしくは少ないため	
03 病状等が適さないため	
04 ADL の改善を見込めないため（症状固定しているため）	
05 リハビリの必要性はあるが、医者からのリハビリ処方箋が出ていないため	
06 その他（ ）	

* 5-10-2 上記5-10-1で「03」を選択した場合、具体的な状態の例を3つまでご回答をお願いします。	
「03」の状態例1（	）
「03」の状態例2（	）
「03」の状態例3（	）

*** 5-11 リハビリテーションの必要性を説明・記録を行っている職種について**（該当する選択肢の右欄すべてに○、最も該当するもの1つに◎）（令和2年10月30日時点）

01 医師	
02 看護職員	
03 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	
04 社会福祉士	
05 ケアマネージャー	
06 その他（ ）	

5-12 加算の算定状況別の入院患者数	* 令和元年10月30日時点	令和2年10月30日時点
① 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者	人	人
② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者	人	人
*③ ②のうち、新型コロナウイルス感染症により算定した患者数（令和2年10月30日時点）		人

■ 5-13 上記5-12「② 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。

5-13 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（それぞれの月の1か月間）		* 令和2年5月	令和2年10月
貴病棟における退棟患者数		人	人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人	人
	③ 介護老人保健施設	人	人
	④ 介護医療院	人	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
	⑨ 障害者支援施設	人	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人	人
	⑭ 他院の精神病床	人	人
	⑮ 他院のその他の病床	人	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人	人
	㉑ 自院の精神病床	人	人
	㉒ 自院のその他の病床	人	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	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人	人
死亡	㉕ 死亡退院	人	人
	㉖ その他	人	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、令和●年●月●日（●）までに、
ご提出ください。

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 令和2年度調査

入院医療等における実態調査
入院患者票(B)今年度の新設項目は
【*】で表示。

施設ID:

病棟ID:

患者ID:

* I 対象患者の新型コロナウイルス感染症の有無について

1 今回の入院中※1に、新型コロナウイルス感染症の検査を行いましたか。(該当する番号1つに○)			
01. 実施して陽性だった	02. 実施して陰性だった	03. 実施してまだ結果が出ていない	04. 検査対象ではない (実施する予定がない)
2 上記1で01「実施して陽性だった」場合に回答してください。			
検査陽性が判明した日		2020 年 月 日	
3 上記1で02「実施して陰性だった」場合に回答してください。(該当する番号1つに○)			
01. 疑似症患者として届け出ている		02. 届け出していない	
4 上記1で04「検査対象ではない」場合に回答してください。(該当する番号1つに○)			
01. 入院より前に 陽性と判明して いた	02. 入院より前に 陰性と判明して いた	03. 入院前の状況が不明 であった	04. 検査を要する症例 ではない

※1. 入院直前の外来を含む。

II 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. 医療資源を最も投入した傷病名			04. 医療資源を2番目に投入した傷病名		
	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け出ている病床
	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、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
	06. 特別養護老人ホーム	15. 自院の療養病床（14 以外）
	07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	16. 自院の精神病床
	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)	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 ()

※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。

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○)	01. 治療のため	05. 緩和ケアのため	06. 看取りのため（05 を除く）
	02. リハビリテーションのため	07. その他 ()	
	03. 検査及び確定診断のため		
	04. 教育的入院のため		
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	05. 慢性腎臓病	06. 肝炎
	02. 大腿骨頸部骨折	07. その他 ()	
	03. がん		
	04. 糖尿病		

11 主担当医の診療科（直近） （最も近似する番号1つに○）	<table border="0"> <tr> <td>01. 内科</td> <td>09. 脳神経外科</td> </tr> <tr> <td>02. 呼吸器内科</td> <td>10. 呼吸器外科</td> </tr> <tr> <td>03. 消化器内科</td> <td>11. 心臓血管外科</td> </tr> <tr> <td>04. 循環器科</td> <td>12. 眼科</td> </tr> <tr> <td>05. 精神科</td> <td>13. 耳鼻いんこう科</td> </tr> <tr> <td>06. 神経内科</td> <td>14. 皮膚科</td> </tr> <tr> <td>07. 外科</td> <td>15. 泌尿器科</td> </tr> <tr> <td>08. 整形外科</td> <td>16. 救急医学科</td> </tr> <tr> <td></td> <td>17. その他（ ）</td> </tr> </table>	01. 内科	09. 脳神経外科	02. 呼吸器内科	10. 呼吸器外科	03. 消化器内科	11. 心臓血管外科	04. 循環器科	12. 眼科	05. 精神科	13. 耳鼻いんこう科	06. 神経内科	14. 皮膚科	07. 外科	15. 泌尿器科	08. 整形外科	16. 救急医学科		17. その他（ ）		
01. 内科	09. 脳神経外科																				
02. 呼吸器内科	10. 呼吸器外科																				
03. 消化器内科	11. 心臓血管外科																				
04. 循環器科	12. 眼科																				
05. 精神科	13. 耳鼻いんこう科																				
06. 神経内科	14. 皮膚科																				
07. 外科	15. 泌尿器科																				
08. 整形外科	16. 救急医学科																				
	17. その他（ ）																				
12 入院時の褥瘡の有無 （該当する番号1つに○）	<table border="0"> <tr> <td>01. 皮膚損傷・発赤なし</td> <td>05. 皮下組織をこえる損傷</td> </tr> <tr> <td>02. 持続する発赤</td> <td>06. 関節腔、体腔に至る損傷</td> </tr> <tr> <td>03. 真皮までの損傷</td> <td>07. 判定不能</td> </tr> <tr> <td>04. 皮下組織までの損傷</td> <td></td> </tr> </table>	01. 皮膚損傷・発赤なし	05. 皮下組織をこえる損傷	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													
01. 皮膚損傷・発赤なし	05. 皮下組織をこえる損傷																				
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																					
*13 FIM得点 （回復期リハビリテーション病棟に入院している患者の場合のみ記入）	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">入棟時</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 運動項目</td> <td>・セルフケア 点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・排泄 点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・移乗 点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・移動 点</td> </tr> <tr> <td>② 認知項目</td> <td>・コミュニケーション 点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・社会認識 点</td> </tr> </tbody> </table>	入棟時		① 運動項目	・セルフケア 点		・排泄 点		・移乗 点		・移動 点	② 認知項目	・コミュニケーション 点		・社会認識 点						
入棟時																					
① 運動項目	・セルフケア 点																				
	・排泄 点																				
	・移乗 点																				
	・移動 点																				
② 認知項目	・コミュニケーション 点																				
	・社会認識 点																				
14 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	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

Ⅲ 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点を回答してください。）

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 （下表の分類に従って該当する番号1つに○）	01. 自立 03. II a 05. III a 07. IV 02. I 04. II b 06. III b 08. M

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などこれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

6 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） （下表の分類に従って該当する 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	

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

* 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
《7-2で「04」を選択した場合に回答》	
* 7-3 中心静脈栄養開始の契機について (該当する番号すべてに○)	01. 患者本人の希望 04. 腸管安静のため 02. 家族の希望 05. 他に代替できる栄養経路がない 03. 転院を行うため※1 06. その他 ()
* 7-4 中心静脈開始からの経過日数(転院前から開始している場合は通算の日数)	01. (日目) 02. 不明
* 7-5 カテーテル関連血流感染症発症の有無(入院時からの履歴) (該当する番号1つに○)	01. 発症の履歴あり 02. 発症の履歴なし
* 7-6 中心静脈栄養を継続している理由について (該当する番号すべてに○)	01. 患者本人の希望 04. 腸管安静のため 02. 家族の希望 05. 他に代替できる栄養経路がない 03. 転院を行うため※1 06. その他 ()
* 7-7 中心静脈カテーテル抜去の見込みについて (該当する番号1つに○)	01. 近日中に抜去予定 04. 01～03以外で退院時に抜去予定 02. 半年以内に抜去予定 05. 抜去できる見込みなし 03. 半年以上後に抜去予定
* 7-8 入院中の嚥下機能評価の有無について (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし
* 7-9 入院中の嚥下リハビリの有無について (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし
* 7-10 嚥下機能障害の有無について (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし

《7-9で「01」を選択した場合に回答》	
* 7-11 嚥下リハビリの介入頻度について (該当する番号すべてに○)	01. 30分未満(平均 _____ 回/週) 02. 30分以上(平均 _____ 回/週)
* 8 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無 (該当する番号1つに○)	
	01. あり 02. なし
* 9 8以外の患者の意思決定支援の有無 (該当する番号1つに○)	01. あり 02. なし
* 10 当該入院中の8及び9の回数	8及び9の回数 _____ 回
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, 便秘禁) 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(スキナーテアの保有, 既往)
12 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	
DESIGN-R の評価結果 (調査基準日直近の状況)	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。

※1. 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

IV 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・必要性 （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・必要性 （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 月 日）		
	02. 開胸術 →（実施日 月 日）		
	03. 開腹術 →（実施日 月 日）		
	04. 骨の観血的手術 →（実施日 月 日）		
	05. 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術 →（実施日 月 日）		
	06. その他の手術 →（実施日 月 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、筋又は靱帯損傷後の状態 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)	<table border="0"> <tr> <td>01. 60 日</td> <td>03. 150 日</td> </tr> <tr> <td>02. 90 日</td> <td>04. 180 日</td> </tr> </table>	01. 60 日	03. 150 日	02. 90 日	04. 180 日
01. 60 日	03. 150 日				
02. 90 日	04. 180 日				

6 疾患別リハ実施状況 (該当する番号1つに○)	<table border="0"> <tr> <td>01. 心大血管疾患リハビリテーション</td> <td>04. 運動器リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>02. 脳血管疾患等リハビリテーション</td> <td>05. 呼吸器リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td>03. 廃用症候群リハビリテーション</td> <td>06. いずれも実施していない</td> </tr> </table>	01. 心大血管疾患リハビリテーション	04. 運動器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	05. 呼吸器リハビリテーション	03. 廃用症候群リハビリテーション	06. いずれも実施していない		
01. 心大血管疾患リハビリテーション	04. 運動器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	05. 呼吸器リハビリテーション								
03. 廃用症候群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	<table border="0"> <tr> <td>① 検体検査（尿・血液等）</td> <td>過去7日間 _____件</td> </tr> <tr> <td>② 生体検査（超音波・内視鏡等）</td> <td>過去7日間 _____件</td> </tr> <tr> <td>③ X線単純撮影</td> <td>過去7日間 _____件</td> </tr> <tr> <td>④ C T ・ M R I</td> <td>過去7日間 _____件</td> </tr> </table> ※検査を実施していない場合は、“0”を記入してください。	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 C T ・ M R I	過去7日間 _____件
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 C T ・ M R I	過去7日間 _____件								
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○)	<table border="0"> <tr> <td>01. 担当ケアマネジャーあり</td> <td>03. 不明</td> </tr> <tr> <td>02. 担当ケアマネジャーなし</td> <td></td> </tr> </table>	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					
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									
《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○)	<table border="0"> <tr> <td>01. カンファレンスに直接出席</td> <td>03. 電話等による（口頭による）情報提供</td> </tr> <tr> <td>02. 文書（FAXやEメールも含む）での情報提供</td> <td>04. 情報提供は受けていない</td> </tr> </table>	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				
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								

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. 呼吸器内科 03. 消化器内科 04. 循環器科 05. 精神科 06. 神経内科 07. 外科 08. 整形外科 09. 脳神経外科 10. 呼吸器外科	11. 心臓血管外科 12. 眼科 13. 耳鼻いんこう科 14. 皮膚科 15. 泌尿器科 16. 救急医学科 17. 放射線科 18. 麻酔科 (ペインクリニック) 19. 歯科 20. 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 (_____)

V 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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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. 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	
	12. その他 ()	

2 退院へ向けた目標・課題等 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 ()	
* 3 退院時期の決定について (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	01. 家族の希望	
	02. 患者の希望	
	03. 主治医の判断	
	04. 病床管理上の理由 (予定入院や転入受け入れのためなど)	
	05. クリニカルパスの退院日の通り	
	06. DPC 制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	
	07. 現時点で時期未定	
	08. 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 令和2年度調査

入院医療等における実態調査

退棟患者票(B)

今年度の新設項目は
【*】で表示。

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、1、2、3①、5(回復期リハビリテーション病棟入院料のみ)、11(退院した患者)、12(療養病棟入院料のみ)、15(退院した患者)の設問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4、7の設問への記入は不要です。(対象となっている設問に(※)をつけています)

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

- FIM得点については、FIM得点を測定している場合にのみご回答ください。

* 5 FIM得点(※) (回復期リハビリテーション病棟に 入院している患者の場合のみ記入)	退棟時	
	① 運動項目	点
	・セルフケア	点
	・排泄	点
	・移乗	点
	・移動	点
② 認知項目	点	
・コミュニケーション	点	
・社会認識	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6～8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、筋又は靱帯損傷後の状態 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. 皮下組織をこえる損傷 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け出ている病床 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け出ている病床 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け出ている病床 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け出ている病床 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	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

入院医療等における実態調査
施設調査票(C)今年度の新設項目は
【*】で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和2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。
- DPC データの様式3ファイルを提出していただいた場合、問3、問4及び問6-1への記入は不要です。

◆ 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	

* 問1 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数(令和2年11月1日時点)※1								床
1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況(令和2年11月1日時点)(予定を含む) (該当する番号1つに○)								
01 診療・検査医療機関(仮称)(旧:帰国者・接触者外来)(検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む) 02 診療・検査医療機関(仮称)(旧:帰国者・接触者外来)以外で検査を実施する医療機関(診療・検査医療機関(仮称)と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む) 03 その他()								
1-3 令和2年4月以降の受診者や体制の動向等(該当する番号ひとつに○)								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
新型コロナウイルス感染症 疑い※2の外来患者受入の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
新型コロナウイルス感染症患者の 入院患者※3の受入の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
1-4 令和2年4月以降の新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向等 (該当する番号ひとつに○)								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
① 新型コロナウイルス感染症患 者以外の患者の受け入れ有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
② 新型コロナウイルス感染症治 療後(検査陰性)の患者受け入 れ有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
③ 上記①及び②について都道府 県からの要請の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し

1-5 令和2年4月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況※4（該当する番号ひとつに○）							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

1-6 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）
01 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
02 協力医療機関（新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
03 その他（ ）

- ※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。
 ※2. 新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。
 ※3. 疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。
 ※4. 本設問におけるア～エの項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

*問2 貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。

2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和2年10月1ヵ月）（該当する番号すべてに○）							
01 看護職員の配置に特段変動はなかった							
02 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした							
03 通常、病棟の業務以外に従事している看護職員、病棟業務に配置転換をした							
04 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした							
05 その他（ ）							

2-2 「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い※1」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和2年4月以降）についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。（該当する番号ひとつに○）							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
定数超過入院の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当

看護要員※ ² の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※ ³ の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
医療区分2又は3の患者割合への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（1）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。

※2. 看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。

※3. 「DPC制度への参加等の手続きについて」（令和2年3月27日保医発 0327 第6号）の第1の4（2）②に規定する場合を言う。

*** 2-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ1つに○）**

① 外来（平日）	01 通常	02 制限	03 停止	
② 外来（土日）	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
③ 入院	01 通常	02 制限	03 停止	
④ 救急	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑤ 化学療法	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑥ 手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑦ 緊急手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし

問3 貴院の開設者についてお伺いします。(様式3 ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)

3-1 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

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。(様式3 ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)

4-1 許可病床数(令和2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5 貴院の職種別の職員数(常勤換算)についてお伺いします。

5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算※1)(令和2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6 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

6-1 入院基本料（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

（様式3ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。）

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」と表記）

02 療養病棟入院料2

6-2 上記6-1で回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。「簡易な報告※1」をしている場合、③～⑨については、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。

① 病棟数	本来の届出	(令和2年11月1日時点)	棟
② 届出病床数	本来の届出		床
	* 簡易な報告※1		床
③ 入院患者数		(令和2年10月30日時点)	人
④ 新入棟患者数		* (令和2年4月～6月の3か月間)	人
		(令和2年8月～10月の3か月間)	人
⑤ 新退棟患者数		* (令和2年4月～6月の3か月間)	人
		(令和2年8月～10月の3か月間)	人
⑥ 在院患者延日数		* (令和2年4月～6月の3か月間)	日
		(令和2年8月～10月の3か月間)	日
⑦ 在宅復帰率※2		* (平成31年4月～令和元年6月)	. %
		* (令和元年8月～10月)	. %
		* (令和2年4月～6月)	. %
		(令和2年8月～10月)	. %
⑧ 平均在院日数		* (平成31年4月～令和元年6月)	. 日
		* (令和元年8月～10月)	. 日
		* (令和2年4月～6月)	. 日
		(令和2年8月～10月)	. 日
⑨ 病床利用率※3		* (平成31年4月～令和元年6月)	. %
		* (令和元年8月～10月)	. %
		* (令和2年4月～6月)	. %
		* (令和2年8月～10月)	. %

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」（令和2年4月18日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

※2. 「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）。

※3. 「病床利用率」＝A÷B：A. 期間中の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間の暦日数

6-3 今後の意向についてお伺いします。回答した入院基本料を届け出ている病棟に関する、令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向（貴院の考えについて最も近いもの1つに○）

【今後の意向】

01 増床 02 現状を維持 03 削減 04 他の病棟・施設へ転換
(転換を除く)

■ 6-3-1 上記6-3【今後の意向】で「04 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合、現在届け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。

検討している転換先

(該当する番号すべてに○)

01 療養病棟入院料1 06 介護保険施設
02 療養病棟入院料2 07 介護医療院
03 療養病棟入院料 経過措置 08 その他
04 回復期リハ病棟 09 未定
05 地域包括ケア病棟

転換を検討している理由

(該当する選択肢3つまでに○、うち最も該当するもの1つに◎)

01 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
02 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
03 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
04 看護師の確保が困難なため
05 医療区分2・3の基準を満たす患者が現在届け出ている病棟又は入院料等と合わなくなってきたため
06 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため
07 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
08 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
09 その他 ()

■ 6-3-2 上記 6-3-1 の【検討している転換先】で「07 介護医療院」を選択した場合、療養病棟から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。

床

■ 6-4 問6-1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。
(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

■ 6-5 問6-1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※4についてご回答ください。(令和元年11月～令和2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

%

※4. 「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7 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

7-1 電子カルテの導入状況（令和2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

7-2 オーダリングシステムの導入状況（令和2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

7-3 医療情報連携ネットワーク※ ¹ への参加状況（令和2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7-3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。	
7-3-1 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8 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

8-1 外来患者数		① 初診の患者数		② 再診の延べ患者数		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
			（うち）紹介状により紹介された患者数			
令和元年 （平成31年）	* 4月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 5月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 6月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 7月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 8月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 9月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 10月1か月	人	人	延べ	人	人
令和2年	* 4月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 5月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 6月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 7月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 8月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 9月1か月	人	人	延べ	人	人
	10月1か月	人	人	延べ	人	人

* 8-2 総入院患者数※ ¹	令和元年 （平成31年）	令和2年
4月1か月	人	人
5月1か月	人	人
6月1か月	人	人
7月1か月	人	人
8月1か月	人	人
9月1か月	人	人
10月1か月	人	人

※1. 施設全体の延べ人数でお答えください。

■ 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」を届け出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を届け出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（令和2年3月31日時点）に療養病棟入院基本料1を届け出ていた病棟の状況		病棟数	届出病床数
改定前（令和2年3月31日時点）に療養病棟入院基本料1を届け出ていた病棟		棟	床
令和2年11月1日時点の内訳	① 令和2年11月1日時点、療養病棟入院料1を届出	棟	床
	② 令和2年11月1日時点、療養病棟入院料2を届出	棟	床
	③ 令和2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
	④ 令和2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
	⑤ 令和2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
	⑥ 令和2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
	⑦ 令和2年11月1日時点、上記③～⑥以外へ転換	棟	床
	⑧ 令和2年11月1日時点、休床としている病床		床

■ 上記9-1で③、④、⑤、⑦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。

9-1-1 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」を届け出ている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を届け出ている病棟の現時点の状況についてお伺いします。

10-1 改定前（令和2年3月31日時点）に療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟の状況		病棟数	届出病床数
改定前（令和2年3月31日時点）に療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟		棟	床
令和2年11月1日時点の内訳	① 令和2年11月1日時点、療養病棟入院料1を届出	棟	床
	② 令和2年11月1日時点、療養病棟入院料2を届出	棟	床
	③ 令和2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
	④ 令和2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
	⑤ 令和2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
	⑥ 令和2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
	⑦ 令和2年11月1日時点、上記③～⑥以外へ転換	棟	床
⑧ 令和2年11月1日時点、休床としている病床			床

■ 上記 10-1 で③、④、⑤、⑦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。

10-1-1 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を届け出ている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）を届け出ている病棟の現時点の状況についてお伺いします。

11-1 改定前（令和2年3月31日時点）に旧経過措置を届け出ている病棟の状況		病棟数	届出病床数
改定前（令和2年3月31日時点）に旧経過措置を届け出ている病棟		棟	床
令和2年11月1日時点の内訳	① 令和2年11月1日時点、療養病棟入院料1を届出	棟	床
	② 令和2年11月1日時点、療養病棟入院料2を届出	棟	床
	③ 令和2年11月1日時点、療養病棟入院基本料 経過措置を届出	棟	床
	④ 令和2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 令和2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 令和2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 令和2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
	⑧ 令和2年11月1日時点、上記④～⑦以外へ転換	棟	床
⑨ 令和2年11月1日時点、休床としている病床			床

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（令和2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、ご回答ください。	
* 12-2 地域包括ケア病棟入院料の届出の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 地域包括ケア病棟入院料もしくは地域包括ケア入院医療管理料を <u>届け出ている</u>	02 地域包括ケア病棟入院料もしくは地域包括ケア入院医療管理料を <u>届け出していない</u>

12-3 入退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。（令和2年11月1日時点）	専 従	専 任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
*（うち）非常勤	人	人
③ 相談員	人	人
（うち）社会福祉士	人	人
*（うち）非常勤	人	人
④ その他の職種	人	人
（うち）職種名（ ）	人	人
（うち）職種名（ ）	人	人
（うち）職種名（ ）	人	人
⑤ ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人
■ * 以下は貴院が入退院支援加算3を届け出ている場合のみ、入退院支援部門に従事する看護師の研修状況についてご回答ください。		
小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した看護師	人	人
入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する看護師	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。	
12-4 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（ ）	

■ 上記 12-1 で「01 入退院支援部門を設置している」を選択し、かつ入院時支援加算を届け出ている場合、入院時の評価状況をご回答ください。

12-5 入院時支援加算 2 を算定した患者について、入院前に実施した事項について人数をご回答ください。
(令和 2 年 8 月～10 月の 3 か月間)

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

■ 12-5-1 入院時支援加算 2 を 1 件以上算定している場合、同加算 1 ではなく加算 2 の算定となった理由をご回答ください（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（_____）

問 13 貴院の入退院支援に関連する届出状況、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（令和 2 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 を届け出ている *05 入院時支援加算を届け出ている
 02 入退院支援加算 2 を届け出ている *06 総合機能評価加算を届け出ている
 *03 入退院支援加算 3 を届け出ている 07 入退院支援加算を届け出していない
 *04 地域連携診療計画加算を届け出ている

■ 上記 13-1 で「07 入退院支援加算を届け出していない」場合、その理由をご回答ください。

*13-2 入退院支援加算を届け出していない理由（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従の社会福祉士の配置が困難なため | |
| 03 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の配置が困難なため | |
| 04 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社会福祉士の配置が困難なため | |
| 05 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | |
| 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 退院支援が必要な患者が少ないため | |
| 09 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため | |
| 10 入院早期の多職種によるカンファレンスの実施が困難なため | |
| 11 その他（_____） | |

■上記 13-1 で「02 入退院支援加算 2 を届け出ている」場合、入退院支援加算 1 を届け出ている理由をご回答ください。

*13-3 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため | |
| 02 | 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に配置しているが、1 人につき 2 病棟、120 床までの条件を満たせないため | |
| 03 | 連携機関（保険医療機関、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者等）の数が 20 に満たないため | |
| 04 | 連携機関数は満たしているが、連携機関と年 3 回以上の面会ができないため | |
| 05 | 過去 1 年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去 1 年間の相談支援専門員との連携回数の合計回数が、基準に満たないため | |
| 06 | 退院困難な患者を入院後 3 日以内に抽出することが困難なため | |
| 07 | 入院後 7 日（療養病棟等は 14 日）以内に患者や家族と面談することが困難なため | |
| 08 | 入院後 7 日以内に多職種によるカンファレンスを実施することが困難なため | |
| 09 | その他 () | |

■ 上記 13-1 の地域連携診療計画加算等を届け出ている場合、その理由をご回答ください。

*13-4-1 地域連携診療計画加算を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | | |
|----|--|--|
| 01 | 地域連携診療計画を作成する体制が整っていないため | |
| 02 | 疾患ごと、患者の状態ごとの計画をあらかじめ立てておくことが困難なため | |
| 03 | 連携先の保険医療機関又は介護サービス事業者等を確保できないため | |
| 04 | 連携先との間で、定期的な診療情報の共有地域連携診療計画の評価を行う機会を設けるのが難しいため | |
| 05 | 地域連携診療計画加算を知らなかったため | |
| 06 | その他 () | |

13-4-2 入院時支援加算を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 入退院支援を行うための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 | 入退院支援を行うための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 | 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため | |
| 06 | 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため | |
| 07 | その他 () | |

*13-4-3 総合機能評価加算を届け出ることが困難な理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎)

- | | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 01 | 適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師がいないため | |
| 02 | 総合的な機能評価の経験を 1 年以上有する医師若しくは歯科医師がいないため | |
| 03 | 院内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施できないため | |
| 04 | 総合機能評価加算を算定する患者がいないため | |
| 05 | 総合機能評価加算を知らなかったため | |
| 06 | その他 () | |

■ 下記問 14 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 14 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします（入退院支援加算 2 や 3 を届け出ている場合もご回答ください。）

14-1 入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。連携機関 ^{※1} の施設数をご回答ください（特別の関係にあるものを含む）（令和 2 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
連携機関数の合計	施設	施設
（うち）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
（うち）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
（うち）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
（うち）④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
（うち）⑤ その他の施設	施設	施設

※ 1. 連携機関とは、「（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。

* 14-2 連携医療機関 1 施設あたりの面会回数について	最大回数	最小回数
連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数（令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回	回
（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面会を行った場合	回	回

* 14-3 介護支援等連携指導料の算定回数 （令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回
* 14-4 相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る） （令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回
介護支援等連携指導料と相談支援専門員の連携回数の合計	回

*14-5 ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計 （令和2年11月1日時点）		.
*14-6 イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数（令和2年11月1日時点）		.
■14-6-1 14-5 及び 14-6 の合計		.

■ 下記問 15 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 15 貴院の入退院支援加算に関連にする算定状況についてお伺いします

15-1 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（令和2年8月～10月の3か月間）			
① 入退院支援加算 1	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
② 入退院支援加算 2	件	⑥ *入院時支援加算 1	件
③ *入退院支援加算 3	件	⑦ *入院時支援加算 2	件
④ 小児加算（入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件	⑧ *総合機能評価加算	件

15-2 [再掲] 入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（令和2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 15-2 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。		
15-2-1 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。

* 問 16 入退院支援の他サービスとの連携状況や地域での役割等についてお伺いします。

16-1 在宅療養支援病院の届出の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）			
01 在宅療養支援病院の届出を行っている		02 在宅療養支援病院の届出を行っていない	
16-2 上記16-1の届出の有無にかかわらず、以下の算定回数等をお答えください （令和2年8月～10月の3か月間）			
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1	回	⑤同一建物居住者訪問看護・指導料	回
②在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2	回	⑥在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料	回
③在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	回	⑦訪問看護指示料	回
④在宅患者訪問看護・指導料	回	⑧退院時共同指導料1	回
		⑨退院時共同指導料2	回

* 16-3 貴施設と同一敷地内または隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等（令和2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 保険薬局 |
| 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 他に運営施設・事業所等はない |
| | 23 その他
（具体的に_____） |

■16-3-1 上記16-3が1つ以上該当した場合、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の提供実績の有無についてお答えください。

- | | |
|---------|----------|
| 01 実績有り | 02 実績はない |
|---------|----------|

問 17 貴院において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

17-1 退院支援の積極的な取組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 特になし	
09 その他（_____）	

17-2 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 18 貴院の認知症ケア加算の届出状況についてお伺いします。

18-1 認知症ケア加算の届出状況（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- | | | | |
|----|-------------------------|----|-----------------------|
| 01 | 認知症ケア加算1を届け出ている→18-2へ | 03 | 認知症ケア加算3を届け出ている→18-5へ |
| 02 | 認知症ケア加算2を届け出ている→18-2～4へ | 04 | 届け出していない→18-5へ |

■ 18-2 上記18-1で、「01 認知症ケア加算1を届け出ている」又は「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアチーム又は専任の常勤医師・看護師の、他のチームとの兼務の有無についてご回答ください。

- | | | |
|-------------------------------|---------|---------|
| ① 医師 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）精神科リエゾンチーム | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ② 看護師 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）精神科リエゾンチーム | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）その他（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ③ 社会福祉士 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ④ 精神保健福祉士 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）兼務しているチーム（_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| ⑤ その他の職員 | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |
| （うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____） | 01 兼務有り | 02 兼務無し |

■ 18-3 上記 18-1 で、「02 認知症ケア加算 2 を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアに係るチームの有無

01 有り

02 無し

認知症ケアに係る専任の職員数

① 認知症ケア加算 2 の施設基準の要件を満たす（認知症患者の診療について十分な経験を有する）常勤医師	人
（うち）認知症治療に係る適切な研修を修了した医師	人
② 認知症ケア加算 2 の施設基準の要件を満たす（認知症患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した）常勤看護師	人
③ その他の職員	人
（うち）社会福祉士	人
（うち）精神保健福祉士	人

■ 18-4 上記 18-1 で「02 認知症ケア加算 2 を届け出ている」を選択した場合、加算 1 を届け出ている理由と、令和 4 年 3 月までの届出の意向についてご回答ください。

18-4 加算 1 を届け出ている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

01 認知症ケアチームを設置することが困難なため	
02 専任の常勤看護師が週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事することが困難なため	
03 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士を配置することが困難なため	
04 認知症ケアチームによる週 1 回程度のカンファレンスが困難であるため	
05 週 1 回以上の病棟巡回が困難であるため	
06 その他（ ）	

18-4-1 加算 2 を届け出ている場合の令和 4 年 3 月までの意向

（該当する選択肢の 1 つに○）

01 加算 1 に変更する予定	
02 加算 2 のままとする予定	
03 加算 3 に変更する予定	
04 その他（ ）	

■ 上記 18-1 で「03 認知症ケア加算 3 を届け出ている」又は「04 届け出ている」を選択した場合、加算 2 を届け出ている理由と、令和 4 年 3 月までの届出の意向についてご回答ください。

18-5 加算 2 を届け出ている理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

01 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がいないため	
02 認知症患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師がいないため	
03 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を、すべての病棟に 3 名以上配置することが困難なため	
04 病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握することが困難なため	
05 認知症患者に関わる職員に対する研修や事例検討会等を行うことが困難なため	
06 入院患者に認知症患者が多くないため	
07 入院患者に認知症患者がいないため	
08 その他（ ）	

18-5-1 加算3を届け出ている若しくは加算を届け出していない場合の令和4年3月までの意向 (該当する選択肢の1つに○)	
01 加算1に変更する予定	
02 加算2に変更する予定	
03 加算3のままとする予定(加算3を届け出ている場合のみ選択)	
04 加算3を届け出る予定(届け出していない場合のみ選択)	
05 認知症ケア加算の届出意向はない(届け出していない場合のみ選択)	
06 その他()	

***問 19 貴院の排尿自立支援加算の届出状況についてお伺いします。**

19-1 排尿自立支援加算の届出状況(令和2年11月1日時点) (該当する番号1つに○)	
01 届け出ている	02 届け出していない
19-1-1 上記19-1で、「01 排尿自立支援加算を届け出ている」と選択した場合、その活動についてお答えください。 (該当する番号1つに○)	
01 排尿ケアチームの活動は、週1回以上行っている。	
02 排尿ケアチームの活動は、月2-3回程度行っている。	
03 排尿ケアチームの活動は、月1回以下である。	

19-1-2 上記19-1で「02 排尿自立支援加算を届け出していない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)	
01 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有し、排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師がいないため	
02 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験があり、所定の研修を修了した専任の看護師がいないため	
03 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する理学療法士がいないため	
04 排尿ケアチームの活動を行う余力がないため	
05 病棟看護師による、下部尿路機能障害を有する患者の抽出が困難であるため	
06 病棟看護師による、排尿日誌や残尿測定などの情報収集が困難であるため	
07 その他()	

***問 20 人生の最終段階における医療・ケアに関してお伺いします。**

20-1 人生の最終段階における意思決定支援による診療への影響について(令和2年11月1日時点) (該当するものすべてに○ 最も該当するもの1つに◎)	
01 入院早期から、今後の療養生活について患者・家族と話し合うことができている。	
02 療養生活を支援する関係機関との連携が強化され、退院支援がスムーズになった。	
03 療養生活を支援する関係機関との連携が強化により、当該患者の入院医療を要する状態になった際に、後方支援をスムーズに行うことができている。	
04 指針もしくはガイドラインをもとに意思決定支援を行っているが、以前と状況は変わらない。	
05 その他()	

20-2 人生の最終段階における意思決定支援を行う中で、困難と感じているものについて

(令和2年11月1日時点) (該当するものすべてに○ 最も該当するもの1つに◎)

01	患者自身の、人生の最終段階における思いや意思を引き出すこと	
02	患者への人生の最終段階の意思決定に関わる情報提供について、家族から承諾を得ること	
03	患者および家族と十分にコミュニケーションを取る時間を持ってないこと	
04	家族等がないこと	
05	医療者側の病状判断と、患者および家族の理解にずれが生じること	
06	患者の意思決定に対して、患者および家族間で合意形成が困難なこと	
07	ケアチーム内で、患者の意思決定支援に関わる方針について、合意形成が困難なこと	
08	ケアチームと、患者および家族間で、方針について合意形成が得られないこと	
09	繰り返し話し合いを持つ機会の確保が困難であること	
10	患者および家族との合意形成ができない場合に、複数の専門家を交えての検討の機会を確保することが困難であること	
11	患者および家族の意思決定が、医師の判断や考えを追認する結果になることが多いこと	
12	意思決定支援を行うスタッフの確保・養成が困難であること	
13	家族が来院する機会が少ないこと	
14	その他 ()	

* 問 21 中心静脈栄養の実施状況についてお伺いします。

21-1 中心静脈カテーテルに関連した患者の状況について

	令和元年 8~10月の3か月間	令和2年度 8~10月の3か月間
① 新規入院患者数	人	人
(うち)入院時から中心静脈栄養を実施している患者数	人	人
(うち)PICC(末梢穿刺中心静脈カテーテル)により中心静脈栄養を行っている患者数	人	人
(うち)中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数	人	人
(うち)貴院への転院前に中心静脈カテーテル挿入を依頼した患者の数	人	人
② 入院後に、中心静脈栄養を実施した患者数	人	人
(うち)PICC(末梢穿刺中心静脈カテーテル)により中心静脈栄養を行っている患者数	人	人
(うち)中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数	人	人
③ 入院後に中心静脈栄養から経口摂取もしくは胃瘻造設した患者数	人	人

21-2 中心静脈栄養の適応理由について (該当するものすべてに○ 最も該当するもの1つに◎)	改定前 (令和2年3月 31日時点)	改定後 (令和2年11月 1日時点)
01 患者本人の希望		
02 家族の希望		
03 転院を行うため※ ¹		
04 腸管安静等のため		
05 他に代替えできる栄養経路がない		
06 その他()		

※1. 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

21-3 上記21-2の「04 腸管安静等のため」に 中心静脈栄養を選択した症例がある場 合、具体的な疾患名を記載してください。	改定前 (令和2年3月31日時点)	改定後 (令和2年11月1日時点)
「腸管安静等のため」、中心静脈栄養を選択する 疾患の具体例		

***問22 「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」についてお伺いします。**

22-1 「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」の作成について(令和2年11月1日時点) (該当する番号1つに○)
01 医師が主導して指針の作成を行った。
02 院内の感染対策委員会が主導して指針の作成を行った。
03 感染管理に関わる研修を修了した院内の看護師が作成した。
04 その他 ()

22-2 中心静脈栄養に関する適切な管理に関する他の医療機関との連携について	
いつの時点で、中心静脈栄養に関する情報共有を行っているかご回答ください（該当する番号 1 つに○）	01 転院・転入前もしくは入院前
	02 転院・転入時 もしくは入院時
	03 転院・転入後もしくは入院後
	04 その他（ ）
22-3 上記 22-1 の連携する症例について	
情報共有を行う症例についてご回答ください （該当する番号 1 つに○）	01 中心静脈栄養に限らず長期栄養管理を要するすべての症例
	02 中心静脈栄養を実施しているすべての症例
	03 01、02 以外の基準で、情報共有の必要な症例のみ
	04 その他（ ）

22-4 中心静脈栄養を選択する対象患者の変化の有無について	令和2年11月1日時点
中心静脈カテーテル挿入時の要件である、①患者・家族等に療養上必要な事項を説明することで、対象患者に変化がみられたかご回答ください (該当する番号に1つに○)	01 変化あり 02 変化なし

■22-4-1 上記 22-4 で、「01 変化あり」を選択した場合、中心静脈栄養を選択する対象患者の変化の内容について
ご回答ください（令和 2 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）

- | | |
|----|----------------------------|
| 01 | 患者本人の希望が減った |
| 02 | 家族の希望が減った |
| 03 | 患者本人の希望が増えた |
| 04 | 家族の希望が増えた |
| 05 | 中心静脈栄養を実施する対象疾患を限定するようになった |
| 06 | 中心静脈栄養以外が選択されるようになった |
| 07 | その他（_____） |

■22-4-2 上記を選択した理由について（令和 2 年 11 月 1 日時点）
（該当するものすべてに○ 最も該当するもの 1 つには◎）

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 患者・家族への説明の機会が増えたことで、患者・家族が栄養投与方法について選択できるようになったため | |
| 02 | 嚥下評価や嚥下訓練の実施が増えたため | |
| 03 | 中心静脈栄養以外の方法が実施可能な場合、それらを優先するようになったため | |
| 04 | その他（_____） | |

*** 問 23 中心静脈注射用カテーテルに係る感染防止対策についてお伺いします。**

23-1 その他の感染防止体制整備について（令和 2 年 11 月 1 日時点）（該当する番号すべてに○）

- | | |
|----|----------------------------|
| 01 | 感染防止対策委員会もしくはそれに該当するチームが有る |
| 02 | 感染対策マニュアルが有る |
| 03 | その他の取組を実施している（_____） |

- *◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

- ◆ 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、令和●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 病棟調査票(C)

今年度の新設項目は
【*】で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和2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 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 ^{※1} (令和2年11月1日時点)							床
1-1 令和2年4月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者 ^{※2} 受入状況等 (該当する番号それぞれ1つに○)							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
① 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
② 病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無 ^{※3}	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

※2. 疑似症患者 (感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者) を含む。

※3. 1) 医療機関において患者が原疾患とは別に新たに患した感染症、2) 医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

1-2 令和2年4月以降の貴病棟における、新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向 (該当する番号それぞれ1つに○)							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
① 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
② 新型コロナウイルス感染症治療後(検査陰性)の患者の受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
③ 上記①および②について、都道府県からの要請の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

1-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。(令和2年11月1日時点)(該当する番号それぞれ1つに○)			
① 入院	01 通常	02 制限	03 停止

1-4 新型コロナウイルス感染症による、貴病棟の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合への影響について（令和2年11月1日時点）（該当する選択肢一つの右欄に○）	
01 基準を満たす患者割合が増加した	
02 基準を満たす患者割合が減少した	
03 基準を満たす患者割合について増減はない	
04 増減が不明である	

■ 1-5 上記1-4で「01」もしくは「02」を選択した場合、具体的な状況についてご回答ください。（令和2年11月1日時点）（該当する選択肢すべての右欄に○）	
01 手術件数を制限しているため	
02 救急外来の受け入れを制限しているため	
03 比較的重症な入院患者が減ったため	
04 比較的重症な入院患者が増えたため	
05 比較的軽症な入院患者が減ったため	
06 比較的軽症な入院患者が増えたため	
07 その他（ ）	

問2 貴病棟の診療科目、入院基本料についてお伺いします。

2-1 診療科目（令和2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（ ）

2-2 入院基本料（令和2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
02 療養病棟入院料2	（以下、「療養病棟入院基本料 経過措置」と表記）

問3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

3-1 貴病棟の届出病床数（令和2年11月1日時点）（「簡易な報告」※1ではない、本来の届出の数値をご回答ください）	
貴病棟の届出病床数	床
* 3-2 「簡易な報告」による許可病床数（令和2年11月1日時点）	
貴病棟の届出病床数	床

※1、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」（令和2年4月18日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入に伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

3-3 貴病棟に配置されている職員数（専従換算※ ¹ ）（令和2年11月1日時点）				
① 看護師		人	⑦ 作業療法士	人
	（うち）特定行為研修修了者	人	⑧ 言語聴覚士	人
② 准看護師		人	⑨ 相談員	人
③ 看護補助者		人	（うち）社会福祉士	人
	（うち）介護福祉士	人		（うち）精神保健福祉士
④ 薬剤師		人	⑩ 医師事務作業補助者	人
⑤ 管理栄養士		人	⑪ その他の職員	人
⑥ 理学療法士		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

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

3-4 新入棟患者数、新退棟患者数等※ ¹		
① 新入棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
② 新退棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
③ 在院患者延日数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	日
	（令和2年8月～10月の3か月間）	日

※1. 「簡易な報告」をしている場合、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。

3-5 貴病棟における病床利用率※ ¹		令和元年（平成31年）	令和2年
病床利用率	* 4月1か月	人 %	人 %
	* 5月1か月	人 %	人 %
	* 6月1か月	人 %	人 %
	* 7月1か月	人 %	人 %
	* 8月1か月	人 %	人 %
	* 9月1か月	人 %	人 %
	10月1か月	人 %	人 %

※1. 「病床利用率」＝A÷B：A. 当該月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間中の暦日数。「簡易な報告」を行っている場合は、届出病床数ではなく、「簡易な報告」により運用している病床数を用いて算出してください。

3-6 貴病棟における在宅復帰率等		
① 在宅復帰率※ ¹	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人 %
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人 %
② 平均在院日数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	日
	（令和2年8月～10月の3か月間）	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床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床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4 貴院の認知症ケアに関わる病棟の体制についてお伺いします。

4-1 貴病棟における看護師及び准看護師の実人数について（令和2年11月1日時点）				人
4-2 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修 ^{※1} 又は院内研修 ^{※2} を受けた看護師数について（令和2年11月1日時点）				
① 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師数 ^{※3}	合 計	（うち）院外研修	（うち）院内研修	
	人	人	人	
4-3 病棟単位での認知症ケアに係る研修や事例検討会の開催状況について				
① 病棟単位における研修や事例検討会の開催の有無について（該当するものに○）	01 有り		02 無し	
② 「01 有り」と回答した場合、開催回数について（令和元年11月1日から令和2年10月31日の間）	回			

※1. 認知症ケア加算の施設基準に示す、次の事項に該当する研修を指す。ア、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修である（修了証が交付されるもの） イ、認知症看護に必要な専門知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修である。ウ、講義及び演習は、9時間以上含むもの。詳細は認知症ケア加算の施設基準を参照のこと。

※2. 認知症ケア加算の施設基準に示す、※1の研修を受けた看護師が行う院内研修を指す（認知症ケア加算2を届け出ている場合は、認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師が実施する院内研修も含まれる）。

※3. 前年度までに研修を受けた看護師も含む。

4-4 認知症患者に対して実施している取組をご回答ください。（該当する番号すべてに○）	
01 認知症症状を考慮して、適切な環境調整やコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成	
02 認知症症状を考慮したケアを実施・評価	
03 病棟の看護師等に対して、認知症ケアに関する研修や事例検討を実施（年1回以上）	
04 身体的拘束のマニュアルを作成	
05 身体的拘束をした場合に、解除に向けた検討を1日に1度は実施	
06 入院患者に認知症患者が多くない又はいない	
07 その他（ ）	

問5 貴病棟の入院患者数についてお伺いします。

5-1 入院期間別の入院患者数	* 令和2年6月1日	令和2年10月30日
① 入院後14日以内	人	人
② 15日～30日	人	人
③ 31日～60日	人	人
④ 61日～180日	人	人
⑤ 181日～365日	人	人
⑥ 366日～700日	人	人
⑦ 701日以上	人	人

5-2 要介護度別の 入院患者数	*令和2年 6月1日	令和2年 10月30日
① 不明	人	人
② 未申請	人	人
③ 申請中	人	人
④ 非該当	人	人
⑤ 要支援1	人	人
⑥ 要支援2	人	人
⑦ 要介護1	人	人
⑧ 要介護2	人	人
⑨ 要介護3	人	人
⑩ 要介護4	人	人
⑪ 要介護5	人	人

5-3 認知症高齢者の 日常生活自立度 別の入院患者数	*令和2年 6月1日	令和2年 10月30日
① 自立	人	人
② ランク I	人	人
③ ランク II a	人	人
④ ランク II b	人	人
⑤ ランク III a	人	人
⑥ ランク III b	人	人
⑦ ランク IV	人	人
⑧ ランク M	人	人

5-4 入棟前の居場所別患者数	*令和2年6月1日	令和2年10月30日
① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人	人
③ 介護老人保健施設	人	人
④ 介護医療院	人	人
⑤ 介護療養型医療施設	人	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
⑨ 障害者支援施設	人	人
⑩ 他院の一般病床	人	人
⑪ 他院の一般病床以外	人	人
⑫ 自院の他病棟	人	人
⑬ 有床診療所	人	人
⑭ その他	人	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。

5-5 自院の他病棟からの転棟患者数	*令和2年6月1日	令和2年10月30日
〔再掲〕自院の他病棟からの転棟患者（＝「5-4の⑫」）	人	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け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け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 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

6-1 貴病棟の入院患者数（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
貴病棟の入院患者数※ ¹	人	人

※1. 病棟全体の延べ人数でお答えください。

6-2 患者の状態別の入院患者数 （それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
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
	医療区分2に該当	人

6-3 加算の算定状況別の入院患者数（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者	人	人
② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者	人	人
*③ ②のうち、新型コロナウイルス感染症により算定した患者数（令和2年10月30日時点）		人

■ 上記6-3「② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者」が令和2年10月30日時点でいる場合、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。

6-3-1 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、もしくは家族等がいないため、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
	③ その他（具体的に_____）	人

問 7 貴病棟に令和2年8月1日時点で入院していた患者についてお伺いします。

7-1 医療区分別の入院患者数（※ 令和2年8月1日時点で入院していた患者のみ対象）							
		令和2年8月1日時点 医療区分別の 入院患者数	⇒	同一患者の令和2年10月30日の状況			
				■ 医療区分1	■ 医療区分2	■ 医療区分3	退棟
令和2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

7-2 退棟時の医療区分別の患者数（※ 令和2年8月1日時点で入院しており10月30日までに退棟した患者のみ対象）							
		令和2年 8月1日時点 の医療区分	⇒	同一患者の退棟時の医療区分			
				■ 医療区分1	■ 医療区分2	■ 医療区分3	死亡退院
令和2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

7-3 ADL 区分別の入院患者数（※ 令和2年8月1日時点で入院していた患者のみ対象）							
		令和2年8月1日時点 ADL 区分別の 入院患者数	⇒	同一患者の令和2年10月30日の状況			
				■ 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
令和2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

7-4 退棟時の ADL 区分別の患者数（※ 令和2年8月1日時点で入院しており10月30日までに退棟した患者のみ対象）							
		令和2年 8月1日時点 の ADL 区分	⇒	同一患者の退棟時の 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
令和2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 8 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

8-1 退棟先別の退棟患者数（それぞれの月の1か月間）		* 令和2年5月	令和2年10月
貴病棟における退棟患者数		人	人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人	人
	③ 介護老人保健施設	人	人
	④ 介護医療院	人	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
	⑨ 障害者支援施設	人	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人	人
	⑭ 他院の精神病床	人	人
	⑮ 他院のその他の病床	人	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人	人
	㉑ 自院の精神病床	人	人
	㉒ 自院のその他の病床	人	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	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人	人
死亡	㉕ 死亡退院	人	人
	㉖ その他	人	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、令和●年●月●日（●）までに、
ご提出ください。

入院医療等における実態調査 入院患者票（C）

今年度の新設項目は
【*】で表示。

施設ID：

病棟ID：

患者ID：

* I 対象患者の新型コロナウイルス感染症の有無について

1 今回の入院中※1に、新型コロナウイルス感染症の検査を行いましたか。（該当する番号1つに○）			
01. 実施して陽性だった	02. 実施して陰性だった	03. 実施してまだ結果が出ていない	04. 検査対象ではない（実施する予定がない）
2 上記1で01「実施して陽性だった」場合に回答してください。			
検査陽性が判明した日		2020 年 月 日	
3 上記1で02「実施して陰性だった」場合に回答してください。（該当する番号1つに○）			
01. 疑似症患者として届け出ている		02. 届け出していない	
4 上記1で04「検査対象ではない」場合に回答してください。（該当する番号1つに○）			
01. 入院より前に陽性と判明していた	02. 入院より前に陰性と判明していた	03. 入院前の状況が不明であった	04. 検査を要する症例ではない

※1. 入院直前の外来を含む。

II 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. 医療資源を最も投入した傷病名		04. 医療資源を2番目に投入した傷病名
	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	04. 介護医療院	12. 自院の一般病床（13、14 以外）
	05. 介護療養型医療施設	13. 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
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	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け出ている病床
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	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（_____）

※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。

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○)	01. 治療のため	05. 緩和ケアのため	06. 看取りのため（05 を除く）
	02. リハビリテーションのため	07. その他（_____）	
	03. 検査及び確定診断のため		
	04. 教育的入院のため		
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	05. 慢性腎臓病	06. 肝炎
	02. 大腿骨頸部骨折	07. その他（_____）	
	03. がん		
	04. 糖尿病		
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	05. 皮下組織をこえる損傷	06. 関節腔、体腔に至る損傷
	02. 持続する発赤	07. 判定不能	
	03. 真皮までの損傷		
	04. 皮下組織までの損傷		

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	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 およそ自分一人できる	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

Ⅲ 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点を回答してください。）

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 03. 意識障害あり (01、02 以外) (JCS II-3 以上又は GCS 8 点以下)				
	02. 意識障害あり 04. 意識障害なし (JCSIII-100 以上)				
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 (下表の分類に従って該当する番号1つに○)	01. 自立	03. II a	05. III a	07. IV
	02. I	04. II b	06. III b	08. M

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などこれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

7 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） (下表の分類に従って該当する番号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	

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りも出来ない

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
02. 胃瘻・腸瘻03. 末梢静脈栄養
04. 中心静脈栄養

《10-2で「04」を選択した場合に回答》

*10-3 中心静脈栄養開始の契機について
(該当する番号すべてに○)01. 患者本人の希望
02. 家族の希望
03. 転院を行うため※¹04. 腸管安静等のため
05. 他に代替できる栄養経路がない
06. その他 ()

*10-4 中心静脈開始からの経過日数(転院前から開始している場合は通算の日数)

01. () 日目 02. 不明

*10-5 カテーテル関連血流感染症発症の有無(入院時からの履歴)
(該当する番号1つに○)

01. 発症の履歴あり 02. 発症の履歴なし

*10-6 中心静脈栄養を継続している理由について
(該当する番号すべてに○)01. 患者本人の希望
02. 家族の希望
03. 転院を行うため※¹04. 腸管安静等のため
05. 他に代替できる栄養経路がない
06. その他 ()*10-7 中心静脈カテーテル抜去の見込みについて
(該当する番号1つに○)01. 近日中に抜去予定
02. 半年以内に抜去予定
03. 半年以上後に抜去予定04. 01~03以外で、退院時に抜去予定
05. 抜去できる見込みなし*10-8 入院中の嚥下機能評価の有無について
(該当する番号1つに○)

01. あり 02. なし

*10-9 入院中の嚥下リハビリの有無について
(該当する番号1つに○)

01. あり 02. なし

*10-10 嚥下機能障害の有無について
(該当する番号1つに○)

01. あり 02. なし

《10-9で「01」を選択した場合に回答》

*10-11 嚥下リハビリの介入頻度について
(該当する番号すべてに○)

01. 30分未満(平均) 回/週 02. 30分以上(平均) 回/週

*11 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無 (該当する番号1つに○)

01. あり 02. なし

*12 11以外の患者の意思決定支援の有無
(該当する番号1つに○)

01. あり 02. なし

*13 当該入院中の11及び12の回数

11及び12の回数 _____ 回

14 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)
02. 基本的動作能力(イス上 坐位姿勢の保持、除圧)
03. 病的骨突出
04. 関節拘縮
05. 栄養状態低下
06. 皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
07. 皮膚の脆弱性(浮腫)
08. 皮膚の脆弱性(スキンケアの保有、既往)

※1. 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

15 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。

IV 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・必要性 （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・必要性 （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1つに○）	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1か月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 17. ネブライザー 02. 気管カニューレの交換 18. 創傷処置 03. 胸腹腔洗浄 19. 体位変換 04. 胃瘻カテーテルの装着・交換 20. 浣腸・排便 05. 中心静脈カテーテルの挿入・交換 21. 褥瘡の処置 06. その他カテーテルの挿入・交換 22. インスリン注射 →（部位 _____） 23. 点滴・注射（22以外） 07. モルヒネの持続皮下注射 24. 膀胱（留置）カテーテルの管理 08. 鎮静薬の持続皮下注射 25. 人工肛門・人工膀胱の管理 09. エコー検査 26. 人工呼吸器の管理 10. 造影剤を用いた放射線検査 27. 気管切開の処置 11. 血圧・脈拍の測定 28. 酸素療法管理 12. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 29. がん末期の疼痛管理 13. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 30. 慢性疼痛の管理（29以外） 14. 経鼻経管栄養 31. 透析・腹膜還流 15. 中心静脈栄養 32. リハビリテーション 16. 喀痰吸引 33. 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 03. 不明 02. 担当ケアマネジャーなし	
《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 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	

《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を受診状況 (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. 呼吸器内科 03. 消化器内科 04. 循環器科 05. 精神科 06. 神経内科 07. 外科 08. 整形外科 09. 脳神経外科 10. 呼吸器外科 11. 心臓血管外科 12. 眼科 13. 耳鼻いんこう科 14. 皮膚科 15. 泌尿器科 16. 救急医学科 17. 放射線科 18. 麻酔科 (ペインクリニック) 19. 歯科 20. 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 (_____)	

V 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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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. 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	
	12. その他 ()	

2 退院へ向けた目標・課題等 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 ()	
* 3 退院時期の決定について (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	01. 家族の希望	
	02. 患者の希望	
	03. 主治医の判断	
	04. 病床管理上の理由 (予定入院や転入受け入れのためなど)	
	05. クリニカルパスの退院日の通り	
	06. DPC 制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	
	07. 現時点で時期未定	
	08. 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 令和2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。

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、1、2、3①、5 (退院した患者)、6 及び 9 (退院した患者) の設問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 4 の設問への記入は不要です。(対象となっている設問に (#) をつけています)

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 1・2 算定なし	04. 薬剤総合評価調整加算 算定あり 05. 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. 皮下組織をこえる損傷 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け出ている病床
	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け出ている病床
	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け出ている病床	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け出ている病床	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

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、令和2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。
- DPC データの様式3ファイルを提出していただいた場合、問3、問4及び問6-1への記入は不要です。

◆ 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 I D	
記入者氏名		電話番号	

* 問1 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和2年11月1日時点）※1								床
1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況（令和2年11月1日時点）（予定を含む） （該当する番号1つに○）								
01 診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）（検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む） 02 診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）以外で検査を実施する医療機関（診療・検査医療機関（仮称）と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む） 03 その他（ ）								
1-3 令和2年4月以降の受診者や体制の動向等（該当する番号ひとつに○）								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
新型コロナウイルス感染症 疑い※2の外来患者受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
新型コロナウイルス感染症患者の 入院患者※3の受入の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
1-4 令和2年4月以降の新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向等 （該当する番号ひとつに○）								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
① 新型コロナウイルス感染症患 者以外の患者の受け入れ有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
② 新型コロナウイルス感染症治 療後（検査陰性）の患者受け入 れ有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	
③ 上記①及び②について都道府 県からの要請の有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	

1-5 令和2年4月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況※4（該当する番号ひとつに○）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し
エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し	01 有り 02 無し

1-6 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

- 01 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
- 02 協力医療機関（新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている
- 03 その他（_____）

※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

※2. 新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。

※3. 疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

※4. 本設問におけるア～エの項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

***問2 貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。**

2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和2年10月1ヵ月）（該当する番号すべてに○）

- 01 看護職員の配置に特段変動はなかった
- 02 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした
- 03 通常、病棟の業務以外に従事している看護職員、病棟業務に配置転換をした
- 04 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした
- 05 その他（_____）

2-2 「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い※1」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和2年4月以降）についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。（該当する番号ひとつに○）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
定数超過入院の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当

看護要員※ ² の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※ ³ の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当
医療区分2又は3の患者割合への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当	01 有り 02 無し 03 要件 非該当

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（1）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。

※2. 看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。

※3. 「DPC制度への参加等の手続きについて」（令和2年3月27日保医発 0327 第6号）の第1の4（2）②に規定する場合を言う。

*** 2-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ1つに○）**

① 外来（平日）	01 通常	02 制限	03 停止	
② 外来（土日）	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
③ 入院	01 通常	02 制限	03 停止	
④ 救急	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑤ 化学療法	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑥ 手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
⑦ 緊急手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし

問3 貴院の開設者についてお伺いします。(様式3 ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)

3-1 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

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。(様式3 ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)

4-1 許可病床数(令和2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5 貴院の職種別の職員数(常勤換算)についてお伺いします。

5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算※1)(令和2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6 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

6-1 入院基本料等（令和2年11月1日時点）（該当する番号すべてに○）

(様式3 ファイルを提出していただいた場合は記入不要です。)

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 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 | *08 一般病棟入院基本料 |

6-2 上記6-1で回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。「簡易な報告※1」をしている場合、③～⑨については、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。

		障害者施設等 入院基本料 (問1-2で01～ 04のいずれかを回答 した場合のみ)	特殊疾患病棟 入院料 (問1-2で05、06 のいずれかを回答した 場合のみ)
① 病棟数		棟	棟
② 届出病床数	本来の届出	床	床
	* 簡易な報告※1	床	床
③ 入院患者数	(令和2年10月30日時点)	人	人
④ 新入棟患者数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	人	人
	(令和2年8月～10月の3か月間)	人	人
⑤ 新退棟患者数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	人	人
	(令和2年8月～10月の3か月間)	人	人
⑥ 在院患者延日数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	日	日
	(令和2年8月～10月の3か月間)	日	日
⑦ 在宅復帰率※2	* (平成31年4月～令和元年6月)	. %	. %
	* (令和元年8月～10月)	. %	. %
	* (令和2年4月～6月)	. %	. %
	(令和2年8月～10月)	. %	. %
⑧ 平均在院日数	* (平成31年4月～令和元年6月)	. 日	. 日
	* (令和元年8月～10月)	. 日	. 日
	* (令和2年4月～6月)	. 日	. 日
	(令和2年8月～10月)	. 日	. 日
⑨ 病床利用率※3	* (平成31年4月～令和元年6月)	. %	. %
	* (令和元年8月～10月)	. %	. %
	* (令和2年4月～6月)	. %	. %
	* (令和2年8月～10月)	. %	. %

		特殊疾患 入院医療管理料 (問1-2で07を 回答した場合のみ)	一般病棟 入院基本料 (問1-2で08を回 答した場合のみ)
① 病棟数		棟	棟
② 届出病床数	本来の届出	床	床
	* 簡易な報告※1	床	床
③ 入院患者数	(令和2年10月30日時点)	人	人
④ 新入棟患者数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	人	人
	(令和2年8月～10月の3か月間)	人	人
⑤ 新退棟患者数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	人	人
	(令和2年8月～10月の3か月間)	人	人
⑥ 在院患者延日数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	日	日
	(令和2年8月～10月の3か月間)	日	日
⑦ 在宅復帰率※2	* (平成31年4月～令和元年6月)	. %	. %
	* (令和元年8月～10月)	. %	. %
	* (令和2年4月～6月)	. %	. %
	(令和2年8月～10月)	. %	. %
⑧ 平均在院日数	* (平成31年4月～令和元年6月)	. 日	. 日
	* (令和元年8月～10月)	. 日	. 日
	* (令和2年4月～6月)	. 日	. 日
	(令和2年8月～10月)	. 日	. 日
⑨ 病床利用率※3	* (平成31年4月～令和元年6月)	. %	. %
	* (令和元年8月～10月)	. %	. %
	* (令和2年4月～6月)	. %	. %
	* (令和2年8月～10月)	. %	. %

6-3 今後の意向についてお伺いします。回答した入院基本料を届け出ている病棟に関する、令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向をご回答ください。(貴院の考えについて最も近いもの1つに○)。

障害者施設等入院基本料	01 増床 02 現状を維持 03 削減 04 他の病棟へ転換 (転換を除く)
特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料	01 増床 02 現状を維持 03 削減 04 他の病棟へ転換 (転換を除く)

※1.「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その12)」(令和2年4月18日保険局医療課事務連絡)における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

※2. ①一般病棟入院基本料

「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)、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、退棟した患者(死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く)。

②一般病棟入院基本料以外

「在宅復帰率」＝ $C \div D$: 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)。

※3.「病床利用率」＝ $A \div B$: A. 期間中の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間の暦日数

問7 貴院のシステム導入状況についてお伺いします。

7-1 電子カルテの導入状況(令和2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

7-2 オーダリングシステムの導入状況（令和2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

7-3 医療情報連携ネットワーク※1への参加状況（令和2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7-3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。

7-3-1 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8 貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

8-1 外来患者数		① 初診の患者数		② 再診の延べ患者数		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
			（うち）紹介状により紹介された患者数			
* 令和元年 （平成31年）	4月1か月	人	人	延べ	人	人
	5月1か月	人	人	延べ	人	人
	6月1か月	人	人	延べ	人	人
	7月1か月	人	人	延べ	人	人
	8月1か月	人	人	延べ	人	人
	9月1か月	人	人	延べ	人	人
	10月1か月	人	人	延べ	人	人
令和2年	* 4月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 5月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 6月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 7月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 8月1か月	人	人	延べ	人	人
	* 9月1か月	人	人	延べ	人	人
	10月1か月	人	人	延べ	人	人

* 8-2 総入院患者数※1	令和元年 （平成31年）	令和2年
4月1か月	人	人
5月1か月	人	人
6月1か月	人	人
7月1か月	人	人
8月1か月	人	人
9月1か月	人	人
10月1か月	人	人

※1. 施設全体の延べ人数でお答えください。

問9 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。

9-1 入退院支援部門の設置状況（令和2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9-1で「01 入退院支援部門を設置している」を選択した場合、ご回答ください。		
* 9-2 地域包括ケア病棟入院料の届出の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）		
01 地域包括ケア病棟入院料もしくは地域包括ケア入院医療管理料を <u>届け出ている</u>	02 地域包括ケア病棟入院料もしくは地域包括ケア入院医療管理料を <u>届け出していない</u>	
9-3 入退院支援部門に従事する職員数をご回答ください。（令和2年11月1日時点）	専 従	専 任
① 医師	人	人
② 看護師	人	人
*（うち）非常勤	人	人
③ 相談員	人	人
（うち）社会福祉士	人	人
*（うち）非常勤	人	人
④ その他の職種	人	人
（うち）職種名（ ）	人	人
（うち）職種名（ ）	人	人
（うち）職種名（ ）	人	人
⑤ ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を有する者	人	人
■ * 以下は貴院が入退院支援加算3を届け出ている場合のみ、入退院支援部門に従事する看護師の研修状況についてご回答ください。		
小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した看護師	人	人
入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する看護師	人	人

■ 上記9-1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。	
9-4 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（ ）	

■ 上記 9-1 で「01 入退院支援部門を設置している」を選択し、かつ入院時支援加算を届け出ている場合、入院時の評価状況をご回答ください。

9-5 入院時支援加算 2 を算定した患者について、入院前に実施した事項について人数をご回答ください。
(令和 2 年 8 月～10 月の 3 か月間)

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

■ 9-5-1 入院時支援加算 2 を 1 件以上算定している場合、同加算 1 ではなく加算 2 の算定となった理由をご回答ください（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（_____）

*** 問 10 貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。**

10-1 入退院支援加算の届出の有無（令和 2 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 を届け出ている *05 入院時支援加算を届け出ている
 02 入退院支援加算 2 を届け出ている *06 総合機能評価加算を届け出ている
 *03 入退院支援加算 3 を届け出ている 07 入退院支援加算を届け出していない
 *04 地域連携診療計画加算を届け出ている

■ 上記 10-1 で「07 入退院支援加算を届け出していない」場合、その理由をご回答ください。

*10-2 入退院支援加算を届け出していない理由（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従の社会福祉士の配置が困難なため | |
| 03 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の配置が困難なため | |
| 04 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社会福祉士の配置が困難なため | |
| 05 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | |
| 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 退院支援が必要な患者が少ないため | |
| 09 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため | |
| 10 入院早期の多職種によるカンファレンスの実施が困難なため | |
| 11 その他（_____） | |

■上記 10-1 で「02 入退院支援加算 2 を届け出ている」場合、入退院支援加算 1 を届け出ている理由をご回答ください。

***10-3 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由**（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため | |
| 02 | 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に配置しているが、1 人につき 2 病棟、120 床までの条件を満たせないため | |
| 03 | 連携機関（保険医療機関、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者等）の数が 20 に満たないため | |
| 04 | 連携機関数は満たしているが、連携機関と年 3 回以上の面会ができないため | |
| 05 | 過去 1 年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去 1 年間の相談支援専門員との連携回数の合計回数が、基準に満たないため | |
| 06 | 退院困難な患者を入院後 3 日以内に抽出することが困難なため | |
| 07 | 入院後 7 日（療養病棟等は 14 日）以内に患者や家族と面談することが困難なため | |
| 08 | 入院後 7 日以内に多職種によるカンファレンスを実施することが困難なため | |
| 09 | その他（_____） | |

■ 上記 10-1 の地域連携診療計画加算等を届け出ている場合、その理由をご回答ください。

***10-4-1 地域連携診療計画加算を届け出ることが困難な理由**（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

- | | | |
|----|--|--|
| 01 | 地域連携診療計画を作成する体制が整っていないため | |
| 02 | 疾患ごと、患者の状態ごとの計画をあらかじめ立てておくことが困難なため | |
| 03 | 連携先の保険医療機関又は介護サービス事業者等を確保できないため | |
| 04 | 連携先との間で、定期的な診療情報の共有地域連携診療計画の評価を行う機会を設けるのが難しいため | |
| 05 | 地域連携診療計画加算を知らなかったため | |
| 06 | その他（_____） | |

10-4-2 入院時支援加算を届け出ることが困難な理由（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 入退院支援を行うための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 | 入退院支援を行うための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 | 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため | |
| 06 | 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため | |
| 07 | その他（_____） | |

***10-4-3 総合機能評価加算を届け出ることが困難な理由**（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの 1 つには◎）

- | | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 01 | 適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師がいないため | |
| 02 | 総合的な機能評価の経験を 1 年以上有する医師若しくは歯科医師がいないため | |
| 03 | 院内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施できないため | |
| 04 | 総合機能評価加算を算定する患者がいないため | |
| 05 | 総合機能評価加算を知らなかったため | |
| 06 | その他（_____） | |

■ 下記問 11 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 11 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします（入退院支援加算 2 や 3 を届け出ている場合もご回答ください。）

11-1 入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。連携機関 ^{※1} の施設数をご回答ください（特別の関係にあるものを含む）（令和 2 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
連携機関数の合計	施設	施設
（うち）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
（うち）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
（うち）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
（うち）④ 障害福祉サービス事業所	施設	施設
（うち）⑤ その他の施設	施設	施設

※ 1. 連携機関とは、「（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」施設等という。

* 11-2 連携医療機関 1 施設あたりの面会回数について	最大回数	最小回数
連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数（令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回	回
（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面会を行った場合	回	回

* 11-3 介護支援等連携指導料の算定回数（令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回
* 11-4 相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る） （令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月 31 日の間）	回
介護支援等連携指導料と相談支援専門員の連携回数の合計	回
* 11-5 ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計（令和 2 年 11 月 1 日時点）	.
* 11-6 イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数（令和 2 年 11 月 1 日時点）	.
■ 11-6-1 11-5 及び 11-6 の合計	.

■ 下記問 12 については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合のみご回答ください。

問 12 貴院の入退院支援加算に関連する算定状況についてお伺いします

12-1 入退院支援加算に関連する項目の算定件数（令和2年8月～10月の3か月間）			
① 入退院支援加算 1	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
② 入退院支援加算 2	件	*⑥ 入院時支援加算 1	件
*③ 入退院支援加算 3	件	*⑦ 入院時支援加算 2	件
④ 小児加算（入退院支援加算 1 又は 2 に係る加算に限る）	件	*⑧ 総合機能評価加算	件
12-2 【再掲】入退院支援加算 1 又は 2 の算定件数の内訳（令和2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 12-2 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。			
12-2-1 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。

* 問 13 入退院支援の他サービスとの連携状況や地域での役割等についてお伺いします。

13-1 在宅療養支援病院の届出の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号 1 つに○）			
01 在宅療養支援病院の届出を行っている		02 在宅療養支援病院の届出を行っていない	
13-2 上記 13-1 の届出の有無にかかわらず、以下の算定回数等をお答えください（令和2年8月～10月の3か月間）			
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の 1	回	⑤同一建物居住者訪問看護・指導料	回
②在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の 2	回	⑥在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	回
③在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	回	⑦訪問看護指示料	回
④在宅患者訪問看護・指導料	回	⑧退院時共同指導料 1	回
		⑨退院時共同指導料 2	回

13-3 貴施設と同一敷地内または隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等（令和2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 保険薬局 |
| 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 他に運営施設・事業所等はない |
| | 23 その他 |
- (具体的に_____)

■13-3-1 上記13-3が1つ以上該当した場合、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の提供実績の有無についてお答えください。

- | | |
|---------|----------|
| 01 実績有り | 02 実績はない |
|---------|----------|

問 14 貴院において、退院支援の積極的な取組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 | |
| 09 その他（_____） | |

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 貴院の認知症ケア加算の届出状況についてお伺いします。

15-1 認知症ケア加算の届出状況（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 認知症ケア加算1を届け出ている→15-2へ	03 認知症ケア加算3を届け出ている→15-5へ
02 認知症ケア加算2を届け出ている→15-2～4へ	04 届け出していない→15-5へ

■ 15-2 上記15-1で、「01 認知症ケア加算1を届け出ている」又は「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアチーム又は専任の常勤医師・看護師の、他のチームとの兼務の有無についてご回答ください。

① 医師	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）精神科リエゾンチーム	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）その他（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）その他（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
② 看護師	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）精神科リエゾンチーム	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）その他（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）その他（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
③ 社会福祉士	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）兼務しているチーム（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）兼務しているチーム（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
④ 精神保健福祉士	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）兼務しているチーム（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）兼務しているチーム（_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
⑤ その他の職員	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____）	01 兼務有り	02 兼務無し
（うち）（職種：____、兼務しているチーム：_____）	01 兼務有り	02 兼務無し

■ 15-3 上記15-1で、「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、認知症ケアに係るチーム及び職員についてご回答ください

認知症ケアに係るチームの有無	01 有り	02 無し
認知症ケアに係る専任の職員数		
① 認知症ケア加算2の施設基準の要件を満たす（認知症患者の診療について十分な経験を有する）常勤医師	人	
（うち）認知症治療に係る適切な研修を修了した医師	人	
② 認知症ケア加算2の施設基準の要件を満たす（認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した）常勤看護師	人	
③ その他の職員	人	
（うち）社会福祉士	人	
（うち）精神保健福祉士	人	

■ 上記 15-1 で「02 認知症ケア加算2を届け出ている」を選択した場合、加算1を届け出ている理由と、令和4年3月までの出の意向についてご回答ください。

15-4 加算1を届け出ている理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 認知症ケアチームを設置することが困難なため | |
| 02 | 専任の常勤看護師が週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事することが困難なため | |
| 03 | 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士を配置することが困難なため | |
| 04 | 認知症ケアチームによる週1回程度のカンファレンスが困難であるため | |
| 05 | 週1回以上の病棟巡回が困難であるため | |
| 06 | その他 () | |

15-4-1 加算2を届け出ている場合の令和4年3月までの意向

(該当する選択肢1つに○)

- | | | |
|----|-------------|--|
| 01 | 加算1に変更する予定 | |
| 02 | 加算2のままとする予定 | |
| 03 | 加算3に変更する予定 | |
| 04 | その他 () | |

■ 上記 15-1 で「03 認知症ケア加算3を届け出ている」又は「04 届け出していない」を選択した場合、加算2を届け出ている理由と、令和4年3月までの届出の意向についてご回答ください。

15-5 加算2を届け出ている理由 (該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がいないため | |
| 02 | 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師がいないため | |
| 03 | 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を、すべての病棟3名以上配置することが困難なため | |
| 04 | 病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握することが困難なため | |
| 05 | 認知症患者に関わる職員に対する研修や事例検討会等を行うことが困難なため | |
| 06 | 入院患者に認知症患者が多くないため | |
| 07 | 入院患者に認知症患者がいないため | |
| 08 | その他 () | |

15-5-1 加算3を届け出ている若しくは加算を届け出ている場合の令和4年3月までの意向

(該当する選択肢1つに○)

- | | | |
|----|----------------------------------|--|
| 01 | 加算1に変更する予定 | |
| 02 | 加算2に変更する予定 | |
| 03 | 加算3のままとする予定 (加算3を届け出ている場合のみ選択) | |
| 04 | 加算3を届け出る予定 (届け出していない場合のみ選択) | |
| 05 | 認知症ケア加算の届出意向はない (届け出していない場合のみ選択) | |
| 06 | その他 () | |

* 問 16 貴院の排尿自立支援加算の届出状況についてお伺いします。

16-1 排尿自立支援加算の届出状況（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）	
01 届け出ている	02 届け出していない
■ 16-1-1 上記16-1で、「01 排尿自立支援加算を届け出ている」と選択した場合、その活動についてお答えください。（該当する番号1つに○）	
01 排尿ケアチームの活動は、週1回以上行っている。	
02 排尿ケアチームの活動は、月2-3回程度行っている。	
03 排尿ケアチームの活動は、月1回以下である。	
■ 16-1-2 上記16-1で「02 排尿自立支援加算を届け出していない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。（該当する選択肢の右欄に○、最も該当するもの1つには◎）	
01 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有し、排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師がいないため	
02 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験があり、所定の研修を修了した専任の看護師がいないため	
03 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する理学療法士がいないため	
04 排尿ケアチームの活動を行う余力がないため	
05 病棟看護師による、下部尿路機能障害を有する患者の抽出が困難であるため	
06 病棟看護師による、排尿日誌や残尿測定などの情報収集が困難であるため	
07 その他（ ）	

- *◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

- ◆ 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、令和●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
病棟調査票(D)今年度の新設項目は
【*】で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和2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 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 ^{※1} (令和2年11月1日時点)							床
1-1 令和2年4月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者 ^{※2} 受入状況等 (該当する番号それぞれ1つに○)							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
① 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
② 病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無 ^{※3}	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し

※1. 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

※2. 疑似症患者 (感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者) を含む。

※3. 1) 医療機関において患者が原疾患とは別に新たに患った感染症、2) 医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

1-2 令和2年4月以降の貴病棟における、新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向 (該当する番号それぞれ1つに○)							
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
① 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
② 新型コロナウイルス感染症治療後(検査陰性)の患者の受入の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し
③ 上記①および②について、都道府県からの要請の有無	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り	01 有り
	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し	02 無し

1-3 次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。(令和2年11月1日時点) (該当する番号それぞれ1つに○)				
① 入院	01 通常	02 制限	03 停止	
② 手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし
③ 緊急手術	01 通常	02 制限	03 停止	04 従来から実施なし

1-4 新型コロナウイルス感染症による、貴病棟の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合への影響について（令和2年11月1日時点）（該当する選択一つの右欄に○）	
01 基準を満たす患者割合が増加した	
02 基準を満たす患者割合が減少した	
03 基準を満たす患者割合について増減はない	
04 増減が不明である	
■1-5 上記1-4で「01」もしくは「02」を選択した場合、具体的な状況についてご回答ください。（令和2年11月1日時点）（該当する選択肢すべての右欄に○）	
01 手術件数を制限しているため	
02 救急外来の受け入れを制限しているため	
03 比較的重症な入院患者が減ったため	
04 比較的重症な入院患者が増えたため	
05 比較的軽症な入院患者が減ったため	
06 比較的軽症な入院患者が増えたため	
07 その他（ ）	

問2 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

2-1 診療科目（令和2年11月1日時点） （最も近似する診療科を <u>主なもの3つまで</u> ○）		
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（ ）

2-2 入院基本料等（令和2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3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

3-1 貴病棟の届出病床数（令和2年11月1日時点）（「簡易な報告」※1ではない、本来の届出の数値をご回答ください）	
貴病棟の届出病床数	床

* 3-2 「簡易な報告」による届出病床数（令和2年11月1日時点）	
貴病棟の届出病床数	床

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」（令和2年4月18日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入に伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」の取扱いによって、各地方厚生局への「簡易な報告」を行っている場合、その報告上の数値をご回答ください。

3-3 貴病棟に配置されている職員数（専従換算※1）（令和2年11月1日時点）			
① 看護師	人	⑦ 作業療法士	人
（うち）特定行為研修修了者	人	⑧ 言語聴覚士	人
② 准看護師	人	⑨ 相談員	人
③ 看護補助者	人	（うち）社会福祉士	人
（うち）介護福祉士	人	（うち）精神保健福祉士	人
④ 薬剤師	人	⑩ 医師事務作業補助者	人
⑤ 管理栄養士	人	⑪ その他の職員	人
⑥ 理学療法士	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

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

3-4 新入棟患者数、新退棟患者数等※1		
① 新入棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
② 新退棟患者数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	人
	（令和2年8月～10月の3か月間）	人
③ 在院患者延日数	*（令和2年4月～6月の3か月間）	日
	（令和2年8月～10月の3か月間）	日

※1. 「簡易な報告」をしている場合、「簡易な報告」により運用している病床分について記載してください。

3-5 貴病棟における病床利用率※1			
病床利用率	令和元年 (平成31年)	* 4月1か月	. %
		* 5月1か月	. %
		* 6月1か月	. %
		* 7月1か月	. %
		* 8月1か月	. %
		* 9月1か月	. %
		10月1か月	. %
	令和2年	* 4月1か月	. %
		* 5月1か月	. %
		* 6月1か月	. %
		* 7月1か月	. %
		* 8月1か月	. %
		* 9月1か月	. %
		10月1か月	. %

※1. 「病床利用率」＝ $A \div B$: A. 当該月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間中の暦日数。「簡易な報告」を行っている場合は、届出病床数ではなく、「簡易な報告」により運用している病床数を用いて算出してください。

3-6 貴病棟における在宅復帰率等		
① 在宅復帰率※1	* (令和2年4月～6月の3か月間)	. %
	(令和2年8月～10月の3か月間)	. %
② 平均在院日数	* (令和2年4月～6月の3か月間)	. 日
	(令和2年8月～10月の3か月間)	. 日

※1. 「在宅復帰率」＝ $C \div D$: 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）。

* 問4 貴院の認知症ケアに関わる病棟の体制についてお伺いします。

4-1 貴病棟における看護師及び准看護師の実人数について（令和2年11月1日時点）				人
4-2 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修※ ¹ 又は院内研修※ ² を受けた看護師数について（令和2年11月1日時点）				
① 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師数※ ³	合 計	（うち）院外研修	（うち）院内研修	
	人	人	人	
4-3 病棟単位での認知症ケアに係る研修や事例検討会の開催状況について				
① 病棟単位における研修や事例検討会の開催の有無について（該当するものに○）	01 有り		02 無し	
② 「01 有り」と回答した場合、開催回数について（令和元年11月1日から令和2年10月31日の間）	回			

※1. 認知症ケア加算の施設基準に示す、次の事項に該当する研修を指す。ア、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修である（修了証が交付されるもの） イ、認知症看護に必要な専門知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修である。ウ、講義及び演習は、9時間以上含むもの。詳細は認知症ケア加算の施設基準を参照のこと。

※2. 認知症ケア加算の施設基準に示す、※1の研修を受けた看護師が行う院内研修を指す（認知症ケア加算2を届け出ている場合は、認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師が実施する院内研修も含まれる）。

※3. 前年度までに研修を受けた看護師も含む。

4-4 認知症患者に対して実施している取組をご回答ください。（該当する番号すべてに○）	
01 認知症症状を考慮して、適切な環境調整やコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成	
02 認知症症状を考慮したケアを実施・評価	
03 病棟の看護師等に対して、認知症ケアに関する研修や事例検討を実施（年1回以上）	
04 身体的拘束のマニュアルを作成	
05 身体的拘束をした場合に、解除に向けた検討を1日に1度は実施	
06 入院患者に認知症患者が多くない又はいない	
07 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（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
貴病棟の入院患者数※ ¹	人	人

※1. 病棟全体の延べ人数でお答えください

5-2 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（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
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	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	人
③ 重度の意識障害者	人	人
④ 筋ジストロフィー患者	人	人
⑤ 難病患者	人	人
⑥ その他	人	人

5-3 要介護度別の 入院患者数 (それぞれの月の 1か月間)	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 不明	人	人
② 未申請	人	人
③ 申請中	人	人
④ 非該当	人	人
⑤ 要支援1	人	人
⑥ 要支援2	人	人
⑦ 要介護1	人	人
⑧ 要介護2	人	人
⑨ 要介護3	人	人
⑩ 要介護4	人	人
⑪ 要介護5	人	人

5-4 認知症高齢者の 日常生活自立度 別の入院患者数 (それぞれの月の 1か月間)	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 自立	人	人
② ランク I	人	人
③ ランク II a	人	人
④ ランク II b	人	人
⑤ ランク III a	人	人
⑥ ランク III b	人	人
⑦ ランク IV	人	人
⑧ ランク M	人	人

5-5 年齢区別の 入院患者数 (それぞれの月の 1か月間)	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 0～14歳	人	人
② 15～39歳	人	人
③ 40～64歳	人	人
④ 65～74歳	人	人
⑤ 75歳以上	人	人

5-6 身体障害者(肢体不自由)の 等級別の入院患者数 (それぞれの月の1か月間)	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 不明	人	人
② 非該当	人	人
③ 1級(肢体不自由)	人	人
④ 2級(肢体不自由)	人	人
⑤ 3級(肢体不自由)	人	人
⑥ 4級(肢体不自由)	人	人
⑦ 5級(肢体不自由)	人	人
⑧ 6級(肢体不自由)	人	人
⑨ 7級(肢体不自由)	人	人

5-7 障害支援区分別の 入院患者数 (それぞれの月の 1か月間)	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 不明	人	人
② 未申請等	人	人
③ 非該当	人	人
④ 障害支援区分1	人	人
⑤ 障害支援区分2	人	人
⑥ 障害支援区分3	人	人
⑦ 障害支援区分4	人	人
⑧ 障害支援区分5	人	人
⑨ 障害支援区分6	人	人

5-8 入棟前の居場所別患者数（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人	人
② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人	人
③ 介護老人保健施設	人	人
④ 介護医療院	人	人
⑤ 介護療養型医療施設	人	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
⑨ 障害者支援施設	人	人
⑩ 他院の一般病床	人	人
⑪ 他院の一般病床以外	人	人
⑫ 自院の他病棟	人	人
⑬ 有床診療所	人	人
⑭ その他	人	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。

5-9 自院の他病棟からの転棟患者数（それぞれの月の1か月間）	* 令和2年5月	* 令和2年10月
〔再掲〕自院の他病棟からの転棟患者（＝「5-8の⑫」）	人	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け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け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（それぞれの月の1か月間）		* 令和2年5月	* 令和2年10月
貴病棟における退棟患者数		人	人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり）※1	人	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし）※1	人	人
	③ 介護老人保健施設	人	人
	④ 介護医療院	人	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人	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	人
	⑨ 障害者支援施設	人	人
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人	人
	⑭ 他院の精神病床	人	人
	⑮ 他院のその他の病床	人	人
自院	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人	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け出ている病床	人	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人	人
	㉑ 自院の精神病床	人	人
	㉒ 自院のその他の病床	人	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	人
	㉔ 有床診療所（㉓以外）	人	人
死亡	㉕ 死亡退院	人	人
	㉖ その他	人	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、令和●年●月●日（●）までに、
ご提出ください。

入院医療等における実態調査 入院患者票（D）

今年度の新設項目は
【*】で表示。

施設ID：

病棟ID：

患者ID：

* I 対象患者の新型コロナウイルス感染症の有無について

1 今回の入院中 ^{※1} に、新型コロナウイルス感染症の検査を行いましたか。（該当する番号1つに○）			
01. 実施して陽性だった	02. 実施して陰性だった	03. 実施してまだ結果が出ていない	04. 検査対象ではない（実施する予定がない）
2 上記1で01「実施して陽性だった」場合に回答してください。			
検査陽性が判明した日		2020 年 月 日	
3 上記1で02「実施して陰性だった」場合に回答してください。（該当する番号1つに○）			
01. 疑似症患者として届け出ている		02. 届け出していない	
4 上記1で04「検査対象ではない」場合に回答してください。（該当する番号1つに○）			
01. 入院より前に陽性と判明していた	02. 入院より前に陰性と判明していた	03. 入院前の状況が不明であった	04. 検査を要する症例ではない

※1. 入院直前の外来を含む。

II 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. 医療資源を最も投入した傷病名			04. 医療資源を2番目に投入した傷病名		
	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科を届け出ている病床
	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、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
	06. 特別養護老人ホーム	15. 自院の療養病床（14 以外）
	07. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	16. 自院の精神病床
	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)	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 ()

※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。

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○)	01. 治療のため	05. 緩和ケアのため	06. 看取りのため（05を除く）
	02. リハビリテーションのため	07. その他 ()	
	03. 検査及び確定診断のため		
	04. 教育的入院のため		
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	05. 慢性腎臓病	06. 肝炎
	02. 大腿骨頸部骨折	07. その他 ()	
	03. がん		
	04. 糖尿病		
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	05. 皮下組織をこえる損傷	06. 関節腔、体腔に至る損傷
	02. 持続する発赤	07. 判定不能	
	03. 真皮までの損傷		
	04. 皮下組織までの損傷		

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	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

Ⅲ 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点を回答してください。）

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・ 特殊疾患療養入院料等の 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 (下表の分類に従って該当する番号1つに○)	01. 自立	03. II a	05. III a	07. IV
	02. I	04. II b	06. III b	08. M

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などこれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

8 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） (下表の分類に従って該当する番号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	

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りも出来ない

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
《12-2 で「04」を選択した場合に回答》	
* 12-3 中心静脈栄養開始の契機について (該当する番号すべてに○)	01. 患者本人の希望 04. 腸管安静等のため 02. 家族の希望 05. 他に代替できる栄養経路がない 03. 転院を行うため※ ¹ 06. その他 ()
* 12-4 中心静脈開始からの経過日数(転院前から開始している場合は通算の日数)	01. (日 目) 02. 不明
* 12-5 カテーテル関連血流感染症発症の有無(入院時からの履歴) (該当する番号 1 つに○)	01. 発症の履歴あり 02. 発症の履歴なし
* 12-6 中心静脈栄養を継続している理由について (該当する番号すべてに○)	01. 患者本人の希望 04. 腸管安静等のため 02. 家族の希望 05. 他に代替できる栄養経路がない 03. 転院を行うため※ ¹ 06. その他 ()
* 12-7 中心静脈カテーテル抜去の見込みについて (該当する番号 1 つに○)	01. 近日中に抜去予定 04. 01～03 以外で、退院時に抜去予定 02. 半年以内に抜去予定 05. 抜去できる見込みなし 03. 半年以上後に抜去予定
* 12-8 入院中の嚥下機能評価の有無について (該当する番号 1 つに○)	01. あり 02. なし
* 12-9 入院中の嚥下リハビリの有無について (該当する番号 1 つに○)	01. あり 02. なし
* 12-10 嚥下機能障害の有無について (該当する番号 1 つに○)	01. あり 02. なし
《12-9 で「01」を選択した場合に回答》	
* 12-11 嚥下リハビリの介入頻度について (該当する番号すべてに○)	01. 30 分未満 (平均 回/週) 02. 30 分以上 (平均 回/週)
* 13 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無 (該当する番号 1 つに○)	
01. あり 02. なし	
* 14 13 以外の患者の意思決定支援の有無 (該当する番号 1 つに○)	
01. あり 02. なし	
* 15 当該入院中の 13 及び 14 の回数	
13 及び 14 の回数 _____ 回	
16 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)

※ 1. 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

17 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。

DESIGN-R の評価結果
(調査基準日直近の状況)

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。

IV 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・必要性 (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・必要性 (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 1 つに○)	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1か月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○）	<table border="0"> <tr> <td>01. 気管切開・気管内挿管</td> <td>17. ネブライザー</td> </tr> <tr> <td>02. 気管カニューレの交換</td> <td>18. 創傷処置</td> </tr> <tr> <td>03. 胸腹腔洗浄</td> <td>19. 体位変換</td> </tr> <tr> <td>04. 胃瘻カテーテルの装着・交換</td> <td>20. 浣腸・排便</td> </tr> <tr> <td>05. 中心静脈カテーテルの挿入・交換</td> <td>21. 褥瘡の処置</td> </tr> <tr> <td>06. その他カテーテルの挿入・交換 → （部位_____）</td> <td>22. インスリン注射</td> </tr> <tr> <td>07. モルヒネの持続皮下注射</td> <td>23. 点滴・注射（22以外）</td> </tr> <tr> <td>08. 鎮静薬の持続皮下注射</td> <td>24. 膀胱（留置）カテーテルの管理</td> </tr> <tr> <td>09. エコー検査</td> <td>25. 人工肛門・人工膀胱の管理</td> </tr> <tr> <td>10. 造影剤を用いた放射線検査</td> <td>26. 人工呼吸器の管理</td> </tr> <tr> <td>11. 血圧・脈拍の測定</td> <td>27. 気管切開の処置</td> </tr> <tr> <td>12. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む）</td> <td>28. 酸素療法管理</td> </tr> <tr> <td>13. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理</td> <td>29. がん末期の疼痛管理</td> </tr> <tr> <td>14. 経鼻経管栄養</td> <td>30. 慢性疼痛の管理（29以外）</td> </tr> <tr> <td>15. 中心静脈栄養</td> <td>31. 透析・腹膜還流</td> </tr> <tr> <td>16. 喀痰吸引</td> <td>32. リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td></td> <td>33. 口腔ケア</td> </tr> </table>		01. 気管切開・気管内挿管	17. ネブライザー	02. 気管カニューレの交換	18. 創傷処置	03. 胸腹腔洗浄	19. 体位変換	04. 胃瘻カテーテルの装着・交換	20. 浣腸・排便	05. 中心静脈カテーテルの挿入・交換	21. 褥瘡の処置	06. その他カテーテルの挿入・交換 → （部位_____）	22. インスリン注射	07. モルヒネの持続皮下注射	23. 点滴・注射（22以外）	08. 鎮静薬の持続皮下注射	24. 膀胱（留置）カテーテルの管理	09. エコー検査	25. 人工肛門・人工膀胱の管理	10. 造影剤を用いた放射線検査	26. 人工呼吸器の管理	11. 血圧・脈拍の測定	27. 気管切開の処置	12. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む）	28. 酸素療法管理	13. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	29. がん末期の疼痛管理	14. 経鼻経管栄養	30. 慢性疼痛の管理（29以外）	15. 中心静脈栄養	31. 透析・腹膜還流	16. 喀痰吸引	32. リハビリテーション		33. 口腔ケア
01. 気管切開・気管内挿管	17. ネブライザー																																			
02. 気管カニューレの交換	18. 創傷処置																																			
03. 胸腹腔洗浄	19. 体位変換																																			
04. 胃瘻カテーテルの装着・交換	20. 浣腸・排便																																			
05. 中心静脈カテーテルの挿入・交換	21. 褥瘡の処置																																			
06. その他カテーテルの挿入・交換 → （部位_____）	22. インスリン注射																																			
07. モルヒネの持続皮下注射	23. 点滴・注射（22以外）																																			
08. 鎮静薬の持続皮下注射	24. 膀胱（留置）カテーテルの管理																																			
09. エコー検査	25. 人工肛門・人工膀胱の管理																																			
10. 造影剤を用いた放射線検査	26. 人工呼吸器の管理																																			
11. 血圧・脈拍の測定	27. 気管切開の処置																																			
12. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む）	28. 酸素療法管理																																			
13. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	29. がん末期の疼痛管理																																			
14. 経鼻経管栄養	30. 慢性疼痛の管理（29以外）																																			
15. 中心静脈栄養	31. 透析・腹膜還流																																			
16. 喀痰吸引	32. リハビリテーション																																			
	33. 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 03. 不明 02. 担当ケアマネジャーなし																																			
《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 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																																			

《 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	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
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	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
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)	
《 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	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	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	
9-3 受診費用の請求について (該当する番号すべてに○)	05. その他 (_____)	
	01. 内科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	02. 呼吸器内科	
	03. 消化器内科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	04. 循環器科	
	05. 精神科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	06. 神経内科	
	07. 外科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	08. 整形外科	
	09. 脳神経外科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	10. 呼吸器外科	
	11. 心臓血管外科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	12. 眼科	
	13. 耳鼻いんこう科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	14. 皮膚科	
	15. 泌尿器科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	16. 救急医学科	
	17. 放射線科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	18. 麻酔科（ペインクリニック）	
	19. 歯科	
9-2 受診した診療科 (該当する番号すべてに○)	20. その他 (_____)	
	01. 合議で精算	
9-3 受診費用の請求について (該当する番号すべてに○)	03. その他 (_____)	
	02. 入院料を減算した上で先方にて請求	

V 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	
1 医学的な入院継続の 理由等 (該当する番号1つに○)	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	
1-1 医学的な理由の詳細 (最も当てはまる番号1つに○)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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. 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	
	12. その他（_____）	
2 退院へ向けた目標・課題等 (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	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（_____）	

* 3 退院時期の決定について (該当する選択肢に○、最も該当するもの1つには◎)	01. 家族の希望	
	02. 患者の希望	
	03. 主治医の判断	
	04. 病床管理上の理由 (予定入院や転入受け入れのためなど)	
	05. クリニカルパスの退院日の通り	
	06. DPC 制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	
	07. 現時点で時期未定	
	08. 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 令和2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。

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、1、2、3①、5(退院した患者)、6(療養病棟入院料のみ)及び9(退院した患者)の設問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4の設問への記入は不要です。(対象となっている設問に(＃)をつけています)

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 02. 入退院支援加算2 算定あり	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. 皮下組織をこえる損傷 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け出ている病床
	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け出ている病床
	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け出ている病床	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け出ている病床	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

入院医療等における実態調査(令和2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。

今年度の新設項目は【*】で表示。

記入例：

1点 or 該当	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	2点	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I
I													
I													
I													
I													
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で読取りますので、丁寧に書き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

--	--

★ 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。

■ 外泊・退院等による評価未実施		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目							
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。		<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I
I															
I															
I															
I															
I															
I															
I															
A モニタリング及び処置等	[1] 創傷処置[①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)②褥瘡の処置]	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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[4] 心電図モニターとの管理	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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[7-04] 麻薬の内服、貼付、*坐剤の管理	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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[7-06] 免疫抑制剤の管理(*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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
[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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															
*[8] 救急搬送後の入院(5日間)	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。	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I	<table><tr><td>I</td></tr></table>	I		
I															
I															
I															
I															
I															
I															

175

入院医療等における実態調査(令和2年度調査)

補助票【重症度、医療・看護必要度票(裏面)】

★ 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
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。	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
	[10] 移乗(患者の状態)	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。	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
	*[10] 移乗(介助の実施)	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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[11] 口腔清潔(患者の状態)	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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	*[11] 口腔清潔(介助の実施)	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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[12] 食事摂取(患者の状態)	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。	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
	*[12] 食事摂取(介助の実施)	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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[13] 衣服の着脱(患者の状態)	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。	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
	*[13] 衣服の着脱(介助の実施)	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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
[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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
[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。	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
C 手術等 の医学 的状況	[16] 開頭手術(*13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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[17] 開胸手術(*12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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[18] 開腹手術(*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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[19] 骨の手術(*11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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[20] 胸腔鏡・腹腔鏡手術(*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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[21] 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(*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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	[22] 救命等に係る内科的治療(*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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	*[23] 別に定める検査(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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	*[24] 別に定める手術(6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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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】

今年度の新設項目は
【*】で表示。

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	
* 87. 中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療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の患者以外の患者
- 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】

今年度の新設項目は
【*】で表示。

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。
- ◆ 入棟日が令和2年3月31日以前であり、項番81～87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（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	
	* 87. 中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療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 (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の患者以外の患者
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】

今年度の新設項目は
【*】で表示。

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（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	
* 87. 中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療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 (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の患者以外の患者
 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。

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 令和2年度調査
入院医療等における実態調査
医療資源の少ない地域におけるヒアリング

・特に指定がある場合を除いて、令和●年●月●日現在の状況についてお答え下さい。

1) 基本情報

病院名										
所在地										
記入者所属		記入者氏名		記入者電話番号(直通・PHS等)						
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										
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	07 介護老人福祉施設(特養)	13 通所介護事業所								
02 有床診療所	08 グループホーム	14 通所リハビリテーション事業所								
03 無床診療所	09 サービス付き高齢者向け住宅	15 訪問看護ステーション								
04 介護療養型医療施設	10 居宅介護支援事業所	16 訪問介護事業所								
05 介護医療院	11 短期入所生活介護事業所	17 訪問リハビリテーション事業所								
06 介護老人保健施設	12 短期入所療養介護事業所	18 その他()								
許可病床数	一般		療養		結核		感染症		精神	
									合計	0 床

2)入退院支援の状況

入退院支援部門の有無(該当する番号1つに○)		1、部門あり	2、部門無し
入退院支援部門に従事する職員数		専 従	専 任
医師		人	人
看護師		人	人
(うち)非常勤		人	人
相談員		人	人
(うち)社会福祉士		人	人
(うち)非常勤		人	人
その他の職	()	人	人
	()	人	人
	()	人	人
ケアマネジャー(介護支援専門員)の資格を有する者		人	人
以下は貴院が入退院支援加算3を届け出ている場合のみ、入退院支援部門に従事する看護師の研修状況について ご回答ください。			
小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した看護師		人	人
入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する看護師		人	人

入退院支援加算に関する施設基準(該当する番号全てに○、届出している場合は具体的な加算名を記入してください)	1. 入退院支援加算1 2. 入退院支援加算2 3. 入退院支援加算3 4. 地域連携診療計画加算
	5. 入院時支援加算 6. 総合機能評価加算 7. 届出無し
入退院支援加算の届出と算定が困難な理由につきまして、お聞かせください。	

3)地域連携の状況

連携先※1の施設数(特別の関係にあるものを含む)	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。

地域連携を担当している部門の有無(該当する番号1つに○)	1、部門あり	2、部門無し
連携先との会議および連絡会の実施状況につきまして、お聞かせください。		
地域連携を行う上での課題がございましたら、お聞かせください。		

4) 診療提供体制等に対する評価とその理由

(1) 新型コロナウイルス感染症に関連する影響について

新型コロナウイルス感染症の患者については「1. あり」「2. なし」を入力してください。その他は実際の人数を入れてください。

	2020年4月	2020年5月	2020年6月	2020年7月	2020年8月	2020年9月
初診の患者数						
再診の延べ患者数						
総入院患者数						
初診の患者数						
(うち)新型コロナウイルス感染症 患者(疑い含む)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
再診の延べ患者数						
(うち)新型コロナウイルス感染症 患者(疑い含む)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
総入院患者数						
(うち)新型コロナウイルス感染症 患者(疑い含む)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

	2020年10月	2020年11月	2020年12月	2021年1月
初診の患者数				
再診の延べ患者数				
総入院患者数				
初診の患者数				
うち、新型コロナ患者(疑い含む)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
再診の延べ患者数				
うち、新型コロナ患者(疑い含む)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
総入院患者数				
うち、新型コロナ患者(疑い含む)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

新型コロナウイルス感染症の影響で、具体的にどのような入院患者、外来患者が減少しているか等、傾向や特徴がある場合はその詳細についてお聞かせください。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止策として、新たに入院患者、外来患者に対して受入時・診察時に実施していることはあるか、ある場合、具体的にどのようなことを実施しているかお聞かせください。

(2)医療従事者数と勤務状況について

・採用や確保が難しい職種について、理由も併せてお聞かせください。
例：医師、看護師、薬剤師、看護補助者、医療技術員、事務職員等）

(3)専門医師の数と患者の多様性について

対応が難しい診療域、その対応方法（近隣の他地域に紹介・転院等）をお聞かせください。

(4)近隣の医療機関との救急における輪番体制（病院群輪番制等）などの構築状況について

医師派遣などもおこなっているのか、救急医療体制において課題がございましたらお聞かせください。

(5)病床数と院内での機能分化の状況について

院内における機能分化の現況や、今後の病棟・病床編成等の意向についてお聞かせください。

(6)院内の診療外業務に対する負担の状況について

会議等の診療外業務の負担についていかがでしょうか。
例：医師、看護師、薬剤師、看護補助者、医療技術員、事務職員等

(7)夜間の呼び出し対応に対する負担の状況について

夜間の呼び出し対応に対する医師の負担の状況について、お聞かせください。

夜間の呼び出し対応に対する看護師の負担の状況について、お聞かせください。

(8)夜間の救急外来の受診状況、対応状況について

夜間の救急外来の受診状況、対応状況について、困難な点や課題がございましたら、お聞かせください。

(9)ICTを用いた診療・連携の状況について

地域のネットワークなどへの参加状況はいかがでしょう。
(地域のネットワーク名や参加施設数、どのような施設が参加しているかお聞かせください。)

地域ネットワークの活用状況や課題についてお聞かせください。

(10)教育・研修等を受ける機会について(オンラインの研修受講動向含む)

研修や教育機会は十分に確保できていますでしょうか。

オンライン研修による教育・研修機会の確保等が進んでいますでしょうか(代替となっていますでしょうか)

(11)算定困難な診療報酬項目について

算定困難な診療報酬項目がございましたら、お聞かせください。
(例:施設基準の体制確保や医療資源の少ない地域が優遇されていない加算を算定したい等)

5)医療資源の少ない地域に係る診療報酬改定項目に対する評価とその理由

(1)医師事務作業補助体制加算(20対1～100対1)に関する施設基準(該当する番号1つに○、届出している場合は具体的な加算名を記入してください)

1. 届出している() 2. 届出していない

届出している場合、業務負荷の軽減度合はいかがでしょうか。

(2)処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に関する施設基準(該当する番号1つに○、届出している場合は具体的な加算名を記入してください)

1. 届出している() 2. 届出していない

届出している場合(上記の設問で1を選択した場合)、影響や課題がございましたら、お聞かせください。

届出していない場合(上記の設問で2を選択した場合)、取得していない理由をお聞かせください。

(3)手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に関する施設基準(該当する番号1つに○、届出している場合は具体的な加算名を記入してください)	1. 届出している() 2. 届出していない
届出している場合(上記の設問で1を選択した場合)、影響や課題がございましたら、お聞かせください。	
届出していない場合(上記の設問で2を選択した場合)、取得していない理由をお聞かせください。	
(4)遠隔画像診断に関する施設基準(該当する番号1つに○)	1. 算定している 2. 算定していない
算定している場合(上記の設問で1を選択した場合)、影響や課題がございましたら、お聞かせください。	
算定していない場合(上記の設問で2を選択した場合)、取得していない理由をお聞かせください。	

(5)保険医療機関間の連携による病理診断(受信側)に関する施設基準 (該当する番号1つに○)	1. 算定している 2. 算定していない
算定していない場合(上記の設問で2を選択した場合)、取得していない理由をお聞かせください。	
(6)在宅療養支援病院について (該当する番号1つに○)	1. 在宅療養支援病院である 2. 在宅療養支援病院ではない
在宅療養支援病院の場合(上記の設問で1を選択した場合)、維持する上での課題がございましたら、お聞かせください。	
在宅療養支援病院ではない場合(上記の設問で2を選択した場合)、施設基準上の課題や、その他課題がございましたら、お聞かせください。	
(7)オンライン診療について(該当する番号1つに○)	1. 実施している 2. 実施していない
実施している場合(上記の設問で1を選択した場合)、オンライン診療を行うことへの影響や課題がございましたら、お聞かせください。	

6)その他

その他、緩和を望む他の要件等がございましたら、お答えください。

調査項目は、以上になります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。