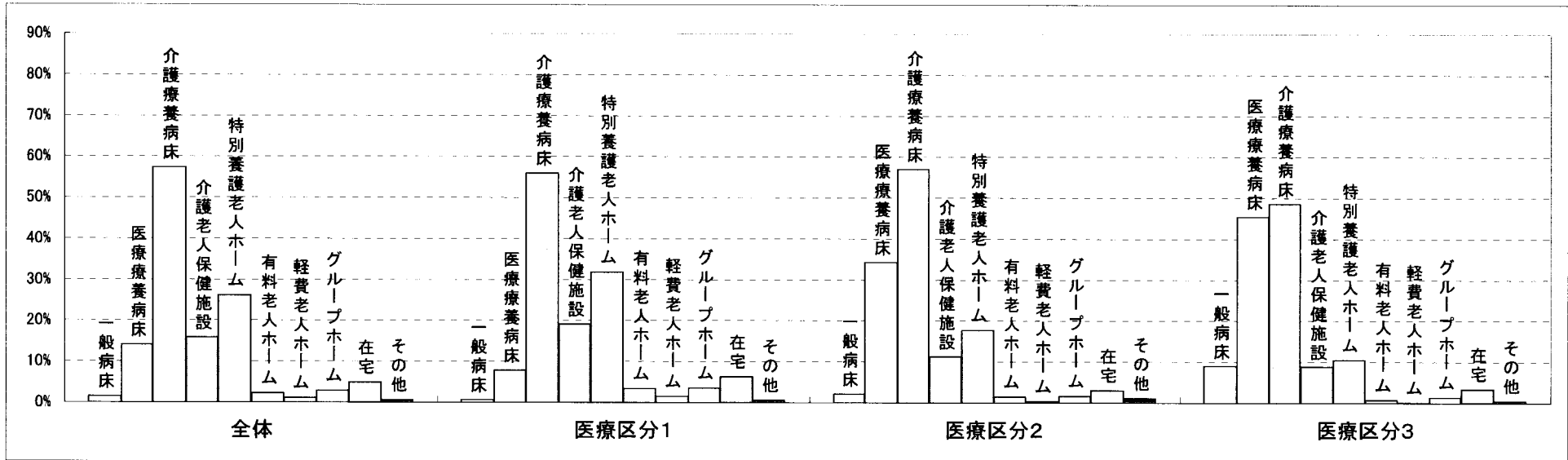


## 18 それぞれの施設等の機能や、本人の医療や介護の必要性等を踏まえ、医療機関として対応が望ましいと考えられる施設等 **医療区分別・介護療養病床**

患者にとって望ましいと考えられたのは、全体では多い順に介護療養病床が57.4%、特別養護老人ホームが26.2%であった。医療区分1では介護療養病床が56.0%、特別養護老人ホームが31.8%であった。医療区分2では介護療養病床が57.0%、医療療養病床が34.2%であった。医療区分3では介護療養病床が48.7%、医療療養病床が45.4%であった。



介護療養病床

		合計	対応が望ましいと考えられる施設 (複数回答)										
			一般病床	医療療養病床	介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	有料老人ホーム	軽費老人ホーム(ケアハウス)	グループホーム	在宅	その他	無回答
全体		34,806人 100.0%	533人 1.5%	4,901人 14.1%	19,976人 57.4%	5,502人 15.8%	9,113人 26.2%	811人 2.3%	406人 1.2%	999人 2.9%	1,741人 5.0%	219人 0.6%	190人 0.5%
医療区分	医療区分1	12,030人 100.0%	83人 0.7%	943人 7.8%	6,733人 56.0%	2,300人 19.1%	3,828人 31.8%	408人 3.4%	187人 1.6%	430人 3.6%	764人 6.4%	69人 0.6%	33人 0.3%
	医療区分2	3,343人 100.0%	74人 2.2%	1,144人 34.2%	1,905人 57.0%	379人 11.3%	595人 17.8%	49人 1.5%	14人 0.4%	55人 1.6%	101人 3.0%	37人 1.1%	8人 0.2%
	医療区分3	643人 100.0%	58人 9.0%	292人 45.4%	313人 48.7%	57人 8.9%	68人 10.6%	5人 0.8%	1人 0.2%	9人 1.4%	22人 3.4%	3人 0.5%	4人 0.6%
	未実施	17,389人 100.0%	299人 1.7%	2,361人 13.6%	10,344人 59.5%	2,511人 14.4%	4,229人 24.3%	320人 1.8%	186人 1.1%	467人 2.7%	769人 4.4%	98人 0.6%	58人 0.3%
	無回答等	1,401人 100.0%	19人 1.4%	161人 11.5%	681人 48.6%	255人 18.2%	393人 28.1%	29人 2.1%	18人 1.3%	38人 2.7%	85人 6.1%	12人 0.9%	87人 6.2%



# 療養病床アンケート調査について

## 1 趣旨

- 今般の医療制度改革においては、いわゆる社会的入院の是正を図り、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担の推進を図るため、療養病床の再編成を実施することとなる。
- 今後本格化する療養病床の再編成において、病床の円滑な転換に向けた支援を進めるため、各地域においては、その受け皿づくりを含め、将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められる。
- 今後、各都道府県においては、ケア体制全般の在り方を検討した上で、地域としての対応方針を確立し、計画的な療養病床の転換を図ることが求められるが、その際に、医療計画・医療費適正化計画・介護保険事業支援計画の各分野横断的な対応を図るための「地域ケア整備構想（仮称）」を平成19年夏から秋頃を目途に策定することが必要となる。
- 本調査は、各都道府県における「地域ケア整備構想（仮称）」の策定に向けての基礎資料とするために、療養病床における入院患者のサービスニーズや療養病床を有する医療機関の意向等を把握するものである。

## 2 調査概要

### 1) 調査内容

以下の3事項についてアンケート調査を実施するものとする。

- I 療養病床の概況
- II 療養病床の転換意向
- III 療養病床入院患者の状態等

### 2) アンケート調査の対象及び客体

- ・療養病床を有する医療機関（全数）・・・・・・（I、II）
- ・上記医療機関の入院患者（抽出）・・・・・・（III）

### 3) アンケート調査の時期

平成18年10月1日

	施設票		患者票
	I 療養病床の概況	II 療養病床の転換意向	III 療養病床入院患者の状態等
実施主体	都道府県		
調査対象	療養病床を有する 全医療機関		療養病床を有する 全医療機関の入院患者のうち 抽出されたもの (※1)
調査 スケジュール	8月 アンケート調査内容についての検討 9月 アンケート調査票配布 11月 アンケート調査票回収・補正 3月 まとめ		
記入者	療養病床を有する医療機関の管理者		

(※1) 対象者については、平成18年10月1日午前0時現在の医療機関の入院患者のうち、医療療養病床（介護保険移行準備病床を含む）、介護療養病床（経過型介護療養型医療施設を含む）それぞれにおける誕生日が3月、6月、9月、12月の全患者とする。



## 「療養病床アンケート調査」 ご協力をお願い

今般の医療制度改革においては、いわゆる社会的入院の是正を図り、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担の推進を図るため、医療保険適応の療養病床（以下「医療療養病床」という。）及び介護療養型医療施設（以下「介護療養病床」という。）の再編成を実施することとしています。

今後本格化する療養病床の再編成において、病床の円滑な転換に向けた支援を進めるため、各地域においては、その受け皿づくりを含め、将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められることとなります。

上記の「地域ケア体制」をさらに推進する観点から、療養病床を有するすべての医療機関に対して、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」、「療養病床入院患者の状態等」に関するアンケート調査を実施することとなりました。

つきましては、貴医療機関における平成18年10月1日午前0時現在の状況について、本調査票（案）に記入をお願いいたします。本調査票（案）は、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」については、貴医療機関に関する票（施設票）、「療養病床入院患者の状態等」については貴医療機関に入院されている個々の患者についての調査票（患者票）となっています。

調査票は、平成18年11月〇日までに必着するよう、下記照会先に提出ください。

また、ご記入いただきました調査票（案）については、厳重に取り扱うこととし、上記以外の目的に使用することは一切ありません。また、公表にあたっては、個別の医療機関の状態等が特定できないようにいたします。

なお、記入に際しては別添の記入要領をご参照ください。

以上の趣旨をご理解のうえ、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

(照会先)

〇〇都道府県 〇〇部局

担当 〇〇〇 〇〇

電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

FAX 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

貴医療機関について、以下(1)～(4)をご記入ください。

(1) 医療機関名	ふりがな
(2) 電話番号	( ) - ( ) - ( )
(3) 所在地	〒 —
(4) 記入者名	所属： 氏名：

(都道府県記入欄)

整理番号

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

# 療養病床の概況について

## (1) 病床数及び入院患者数

平成18年10月1日午前0時現在の貴医療機関における病床数及び入院患者数について、それぞれ記入してください。

		① 病床数	② 入院患者数
01 療養病床	1 医療療養病床 (※)	床	人
	2 (再掲) 介護保険移行準備病床	床	人
	3 介護療養病床	床	人
	4 (再掲) 経過型介護療養病床	床	人
02 精神病床	5 老人性認知症疾患治療病床 (医療保険)	床	人
	6 老人性認知症疾患療養病床 (介護保険)	床	人
	7 (再掲) 経過型介護療養病床	床	人

(※) 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。

## (2) 医療区分とADL区分の組み合わせ (医療療養病床)

**医療療養病床のみ**、それぞれあてはまる入院患者数を記入してください。

	① ADL区分1	② ADL区分2	③ ADL区分3
01 医療区分1	人	人	人
02 医療区分2	人	人	人
03 医療区分3	人	人	人

## (3) 要介護度別利用者数 (介護療養病床)

**介護療養病床のみ**、それぞれあてはまる入院患者数を記入してください。

①要支援1 (経過措置)	②要支援2 (経過措置)	③要介護1	④要介護2	⑤要介護3	⑥要介護4	⑦要介護5
人	人	人	人	人	人	人

(4) 療養病床の建物の構造・築年数等

医療療養病床と介護療養病床が属する病棟の状況について記入してください。

病棟名	①建設年度	②病床数		居室数				⑦廊下幅 (内法)
				③個室	④2人部屋	⑤3人又は 4人部屋	⑥5人以上 部屋	
	1 大正 2 昭和 3 平成	1 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		2 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	3 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		4 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	5 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		6 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	7 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		8 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	9 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		10 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	11 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		12 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	13 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		14 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	15 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		16 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	17 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		18 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
	1 大正 2 昭和 3 平成	19 医療 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m
		20 介護 療養病床	床	室	室	室	室	1 片廊下 m 2 中廊下 m

(5) 併設施設等の状況

貴医療機関に併設(※)している施設(事業所)について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

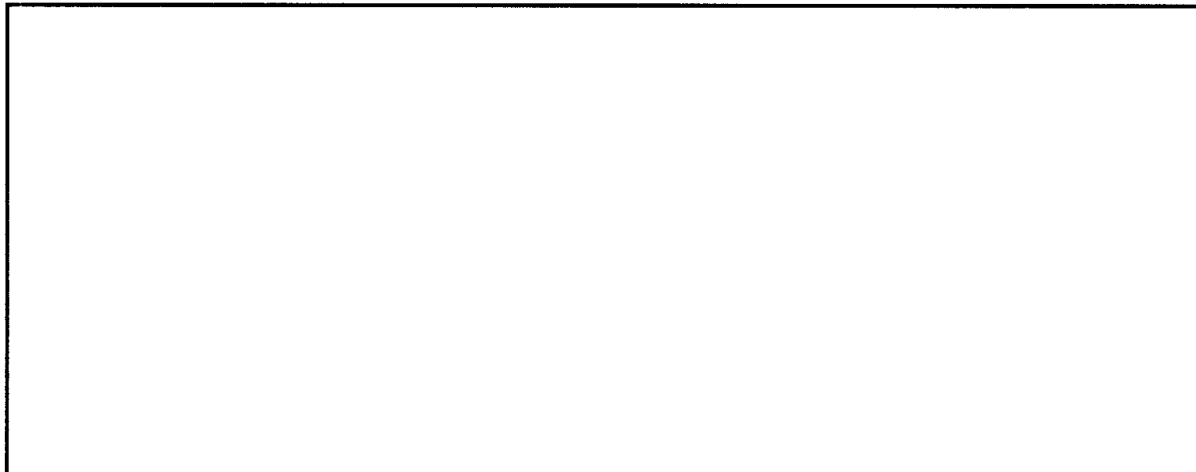
01 併設なし
02 病院
03 診療所
04 介護老人保健施設
05 特別養護老人ホーム
06 有料老人ホーム
07 軽費老人ホーム(ケアハウス)
08 グループホーム
09 通所介護事業所(認知症対応型通所介護事業所を含む。)
10 通所リハビリテーション事業所
11 訪問看護事業所
12 訪問介護事業所
13 居宅介護支援事業所
14 その他( )

※ここでいう「併設」とは、同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地に、同一法人又は関連する法人が開設する各施設・事業所があり、一般に「併設」と呼ばれるような連携がとれている場合を指す。





(3) 療養病床転換全般についてのご意見等がありましたらご記入ください。(自由記載)



ご協力ありがとうございました。

# 療養病床入院患者の状態等について

## 患者票

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

患者票の連番				
--------	--	--	--	--

(1) 生年月について記入してください。

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

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

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

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

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

ご協力ありがとうございました。

(都道府県記入欄)

整理番号				
------	--	--	--	--

# 「療養病床アンケート調査」記入要領

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

## I 記入上の注意

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

## II 主な調査事項の記入要領

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

### 施設票

基本情報  
(表紙(1)～(4))

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

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

## 療養病床の概況について

(1) 病床数及び入院患者数

以下を参照し、あてはまる病床数及び入院患者数について記入してください。

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

(2) 医療区分とADL区分の組み合わせ（医療療養病床）

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

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

## 療養病床の転換意向について

(1) 医療療養病床のみ	<p>(1) <b>医療療養病床における</b>今後の転換予定、(2) <b>介護療養病床における</b>今後の転換予定について、貴医療機関においてあてはまるものを記入してください。(転換意向に関しては、現時点での予定を記入してください。なお、記入したことによって、今後の予定を拘束するものではありません。)</p> <p>1. 平成23年度末までに複数の転換先がある場合には、最終的な転換先について記入してください。未定の場合は19を選択してください。また、(2)において介護療養病床のまま平成23年度末まで維持する場合は、「09 介護療養病床(病院又は診療所)」を選択してください。          なお、特別養護老人ホームに転換する場合は、社会福祉法人格が必要です。</p> <p>2. 整備区分欄には、次に該当するものを記入してください。          「創設」：既存の療養病床を有する施設を取り壊さずに、新たに施設を整備すること。          「改築」：既存の療養病床を有する施設を取り壊して、新たに施設を整備すること。          「改修」：既存の療養病床を有する施設を本体の躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等)で工事を伴うものであること。          「その他」：工事を伴わない転換を行う場合であること。</p>
(2) 介護療養病床のみ	
(3) 療養病床転換全般についてのご意見等	療養病床転換全般についてのご意見等がありましたらご自由に記入してください。

# 患者票

## 療養病床入院患者の状態等について

平成18年10月1日午前0時現在の貴医療機関の入院患者のうち、医療療養病床（介護保険移行準備病床を含む。また、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。）、介護療養病床（経過型介護療養病床を含む）それぞれ誕生月が3月、6月、9月、12月の全患者を選び、1人につき1枚ずつ記入してください。なお、できるだけ不明の回答が少なくなるよう、必要に応じて本人・家族等に確認して記入してください。また、すべての票に通して001から連番号をつけてください。

(1) 生年月

生年月について記入してください。

(2) それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

02 入院病床	あてはまる病床に○をつけてください。 医療療養病床は、介護保険移行準備病床を含みます。また、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限ります。 介護療養病床は、経過型介護療養病床を含みます。 なお、精神病床については対象としません。			
03 主傷病名	医師の判断に基づいた、入院を必要としている状態の原因となっている病名のうちもっとも重大なものに○をつけてください。なお、入院時ではなく平成18年10月1日現在における主傷病名としてください。			
04 性別	あてはまる性別に○をつけてください。			
05 医療区分	「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」（平成18年6月30日保医発第0630001号）における「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」に基づき、あてはまる医療区分に○をつけてください。また、確認していない場合は未実施に○をつけてください。			
06 ADL区分	「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」（平成18年6月30日保医発第0630001号）における「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」に基づき、あてはまるADL区分に○をつけてください。また、確認していない場合は未実施に○をつけてください。			
07 要介護状態等区分	あてはまる要介護状態等区分に○をつけてください。 なお、介護療養病床における要支援1、要支援2とは、平成18年4月以降の新たな要介護状態等区分において要支援1又は要支援2と認定された方のうち、法律上経過的に3年間の間に限り施設サービスを受けることができる（経過措置）とされた方をいいます。			
08 認知症高齢者の日常生活自立度	以下の分類に基づき、あてはまるものに○をつけてください。			
	ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
	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はほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
	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。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
	II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
	II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	
	III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		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ランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
	III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
	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顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。	
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	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。	

09 障害高齢者の日常生活自立度	以下の分類に基づき、あてはまるものに○をつけてください。		
	生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
	準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
	寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
ランク C		1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない	
10 世帯の状況	あてはまる世帯の状況に○をつけてください。 なお、高齢者とは、65歳以上の者をいいます。		
11 住居の状況	あてはまる住居の状況に○をつけてください。		
12 自宅での介護者の有無	患者が自宅に帰った場合における介護に従事する家族等の介護者の有無について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、日中とは、おおむね午前6時から午後6時、夜間とはおおむね午後6時から午前6時の間とします。		
13 特別養護老人ホームの申込みの有無	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の入所申込みの有無について、あてはまるものに○をつけてください。		
14 介護老人保健施設の申込みの有無	介護老人保健施設の入所申込みの有無について、あてはまるものに○をつけてください。		
15 所得状況（医療療養病床に入院している方）	医療療養病床に入院している方の所得状況について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、各分類についてはそれぞれ以下の方をいいます。 低所得者Ⅰ①：市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 低所得者Ⅰ②：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 生活保護法の要保護者であって、低所得者Ⅰ②の適用を受けることにより、被保護者とならない方 低所得者Ⅱ：市町村民税世帯非課税であって、低所得者Ⅰ①又は低所得者Ⅰ②でない方 生活保護法の要保護者であって、低所得者Ⅱの適用を受けることにより、被保護者とならない方 その他：上記以外の者		
16 所得状況（介護療養病床に入院している方）	介護療養病床に入院している方の所得状況について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、各分類についてはそれぞれ以下の方をいいます。 利用者負担第1段階：市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者、生活保護受給者 利用者負担第2段階：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 利用者負担第3段階：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上で利用者負担第1段階、第2段階以外の方 その他：上記以外の者		
(3) それぞれあてはまるものすべてに○をつけてください。	17 医療処置	9月中に行われた処置について、あてはまるものすべてに○をつけてください。 5 気管切開、6 人工肛門については、既に行われたものに対する処置を含みます。 なお、褥瘡処置（Ⅲ度以上）とは、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む）（NPUAP分類Ⅲ度及びⅣ度）に対して処置を行った場合をいいます。	
	18 3ヶ月以内の急性増悪の有無（急性期病院への転院等）	貴院の入院患者で、7月以降に急性増悪により急性期病院への転院、一般病床への転棟などがあり、治癒後再度貴院へ入院した経過の有無について、あてはまるものに○をつけてください。	
	19 それぞれの施設等の機能や、本人の医療や介護の必要性等を踏まえて、対応が望ましいと考えられる施設等	それぞれの施設等の機能や、本人の医療や介護の必要性等を踏まえて、対応が望ましいと考えられる施設等について、あてはまるものに○をつけてください。その際、地域にこれらの施設等が存在していると仮定して記入してください。 なお、継続入院が望ましいと考えられる場合には、「2 医療療養病床」又は「3 介護療養病床」に○をつけてください。	

## 「療養病床アンケート調査」患者票における医療処置の定義について

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

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

## 留意事項

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