

事務連絡(保 87)
平成19年7月25日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 満

厚生労働省保険局医療課が行う
在宅療養支援診療所および難病患者の実態調査について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

今般、厚生労働省保険局医療課において、診療報酬改定の検討資料とするため、①在宅療養支援診療所の実態および②難病患者の実態について、調査を行う旨連絡がありましたので、取り急ぎご連絡申し上げます。

①在宅療養支援診療所の実態調査につきましては、平成18年4月の診療報酬改定により、「在宅療養支援診療所」が新設され、平成18年に約1万医療機関から届出がありました。

平成20年4月の後期高齢者医療制度の創設、さらには療養病床の再編等を控え、在宅療養支援診療所および連携する病院・有床診療所の機能等が、大変重要な役割を担うことが想定されます。また一方で、在宅療養支援診療所については、現場の実態に沿わない算定要件・施設基準等が指摘されております。

そこで、在宅医療を担う医療機関の医療提供状況の実態および在宅医療を提供するにあたり、連携する病院・有床診療所に期待する役割等を把握するため、平成19年7月2日現在、届出のあった全国の在宅療養支援診療所を対象に調査を実施することとしております。

②難病患者の実態調査につきましては、療養病床以外の病床に入院している難病等患者に係る患者特性と医療サービス提供等の実態を把握するため、全国の特殊疾患療養病棟入院料、障害者施設等入院基本料算定病棟を有する病院(施設)および特殊疾患入院医療管理料を算定する病室を有する病院を調査対象に実施することとしております。

特に、一般病棟・精神病棟における特殊疾患療養病棟入院料および特殊疾患入院医療管理料については、平成20年3月31日までの間、経過措置として算定が認められているものであり、当該病棟(病室)に入院している対象者の状況を把握し、今後当該病棟がどのように転換されていくのか、または多くの医療機関で病棟の転換が難しい状況であれば、経過措置を延長する等の対応が必要であるのか等の判断材料となるものであります。

また、療養病床の再編等を控え、障害者施設等入院基本料算定病棟において、算定要件となっている7割以上の対象患者が適切に入院されているか、さらに、医療療養病棟への転換の意向等について調査するものであります。

なお、これらの調査は、厚生労働省保険局医療課が行う診療報酬改定関連の調査であり、

みずほ情報総研株式会社に委託の上実施するものでありますので、調査票等が送付された会員医療機関等から、都道府県医師会若しくは郡市区医師会等へ照会があった場合には、本調査の趣旨をご説明いただくとともに、ご協力いただくかどうかはあくまでも各会員のご判断に委ねるものでありますことをお伝えいただきたくお願い申し上げます。

<添付資料>

①在宅療養支援診療所の実態調査

- ・「在宅療養支援診療所の実態調査」ご協力のお願い
(平成19年7月 厚生労働省保険局医療課)
- ・「在宅療養支援診療所の実態調査」へのご協力のお願い
(平成19年7月 みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部)
- ・在宅療養支援診療所の実態調査 [調査票]

②難病患者の実態調査

- ・「難病患者の実態調査」ご協力のお願い
(平成19年7月 厚生労働省保険局医療課)
- ・「難病患者の実態調査」へのご協力のお願い
(平成19年7月 みずほ情報総研株式会社)
- ・難病患者の実態調査 **施設票**
【特殊疾患療養病棟・障害者施設等入院基本料算定病棟等を有する病院（施設）】
- ・入院患者の状態等に関する調査 **患者個票**
【特殊疾患療養病棟・障害者施設等入院基本料算定病棟等の入院患者について】
- ・「難病患者の実態調査」【調査実施要領・記入要領】
(平成19年7月 調査事務局 みずほ情報総研株式会社)

平成19年 7月

各 位

厚生労働省保険局医療課

「在宅療養支援診療所の実態調査」ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の適切な運用につきまして、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省保険局医療課では、在宅療養支援診療所における医療提供状況の実態を把握し、今後の診療報酬改定に関する基礎資料とすることを目的に、「在宅療養支援診療所の実態調査」を実施することとなりました。

本調査の調査対象病院は、社会保険事務局に在宅療養支援診療所の届出を行っている全国の診療所となっております。

つきましては、同封している調査委託先の「みずほ情報総研株式会社」の調査資料をご覧いただき、ご多忙の折大変恐縮ではありますが、調査の実施にご協力いただきますようお願い申し上げます。

また、ご記入いただきました調査票については、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ので、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力を重ねてお願い申し上げます。

謹白

平成 19 年 7 月

各 位

「在宅療養支援診療所の実態調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 18 年 4 月の診療報酬改定より、「在宅療養支援診療所」が新設されたことを受けまして、この度、厚生労働省保険局医療課が「在宅療養支援診療所の実態調査」を実施することとなりました。

本調査は、在宅療養支援診療所における医療提供状況の実態を把握し、今後の診療報酬改定に関する基礎資料とすることを目的に、社会保険事務局に在宅療養支援診療所の届出を行なっている全国の診療所を対象として実施するものです。調査結果は、今後の診療報酬改定に資する重要な基礎資料となります。

なお、本調査は、厚生労働省保険局医療課より委託を受けたみずほ情報総研株式会社が実施しております。ご多用の折、お手を煩わせることになり、誠に恐縮ではございますが、本調査の主旨をご理解の上、何卒ご協力をお願い申し上げます。

つきましては、貴施設のご理解とご協力を賜りたく、同封いたしました調査票にご回答の上、平成 19 年 7 月 31 日（火曜日）までにご返信いただければ幸いです。

謹白

みずほ情報総研株式会社
社会経済コンサルティング部

【お問い合わせ先】 調査事務局

「在宅療養支援診療所の実態調査」

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部内 担当：森岡／肥塚（コヅカ）

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

フリーダイヤル

TEL：0120-025-464（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：30）

FAX：0120-025-472（24 時間受付）

問い合わせ専用 E MAIL：iryo-zaitaku07@mizuho-ir.co.jp

(平成 19 年度 厚生労働省委託事業)

在宅療養支援診療所の実態調査

ラベル貼付欄

<ご回答に際して>

1. 本調査は、平成 19 年 7 月 2 日現在、届出のあった在宅療養支援診療所を対象とした調査です。
2. 不明点などにつきましては下記のコールセンターで受け付けております。
3. 回答が終わりましたら記入内容をご確認のうえ、同封の返信用封筒に入れ、平成 19 年 8 月 10 日（金曜日）までにご返送ください。

【コールセンター】

「在宅療養支援診療所の実態調査」調査事務局（みずほ情報総研株式会社）

フリーダイヤル

TEL：0120-025-464（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：00）

FAX：0120-025-472（24 時間受付）

問い合わせ専用EMAIL：iryo-zaitaku07@mizuho-ir.co.jp

■本調査票のご記入日・ご担当者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年（ ）月（ ）日
ご担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

問 8 貴院にて案内されている（表示）診療時間を曜日別にご記入ください（時間外診療等を除く）。なお、外来診療と訪問診療の別にその時間をご記入ください。

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
外来診療	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
訪問診療	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間

（注）案内されている（表示）診療時間については下記のようにご記入下さい。

貴院にて案内されている診療時間が下記のような場合：

【月曜日～金曜日】 9時～12時（3時間）、13時～18時（5時間）：全て外来診療

【土曜日】 9時～12時（3時間）：外来診療、13時～17時（4時間）：訪問診療

【日曜日】 休診

- ・月曜日から金曜日の外来診療欄にそれぞれ8時間、訪問診療は0時間と記入します。
- ・土曜日は外来診療欄に3時間、訪問診療欄に4時間と記入します。
- ・また、同じ曜日に（複数医師により）外来診療を8時間、訪問診療を8時間と案内されている場合は、当該曜日の外来診療欄に8時間、訪問診療欄に8時間と記入します。なお、**時間帯を表示することなく（実態として）行なっている訪問診療の時間や緊急往診等に費やす時間は含めず、案内（表示）診療時間（通常対応されている体制）のみをご記入ください。**

■ 貴院の在宅医療への取り組みについてお伺いします。

問 9 貴院の平成 18 年度 1 ヶ年及び平成 19 年 6 月の 1 ヶ月間における以下の在宅医療(往診・訪問診療・看取り)に関する患者数をご記入下さい。

（注1）在宅医療には、患者が自ら行なう医療行為を含まないものとします。

（注2）患者数は、患者延数ではなく、対象患者数をご記入ください。

	平成 18 年度	平成 19 年 6 月
01 在宅医療を行った患者数（在宅患者訪問診療料・往診料を算定した患者）	人	人
02. [再掲] 主傷病別内訳		
1) がん	人	人
2) 神経難病	人	人
3) その他（ ）	人	人
03. [再掲] 緩和ケアが必要な患者数	人	人
04. [再掲] 在宅時医学総合管理料算定患者数	人	人
05. [再掲] 在宅人工呼吸指導管理料算定患者数	人	人
06. [再掲] 在宅悪性腫瘍患者指導管理料算定患者数	人	人
07 在宅医療を行っていた患者のうち、死亡した患者数	人	人
[再掲] 内訳		
1) 在宅で看取り	人	人
2) 自院で看取り	人	人
3) 病院で看取り	人	人
08 在宅末期医療総合診療料の算定患者数	人	人
09 在宅ターミナルケア加算の算定患者数（在宅患者訪問診療料の加算）	人	人
10 年度内に、死亡以外の理由で在宅療養を中止した患者数	人	人
[再掲] 内訳		
1) 施設入所へ移行	人	人
2) 入院療養へ移行	人	人
3) 転居その他	人	人

問 10 貴院において平成 18 年 6 月及び平成 19 年 6 月の平均的な 1 週間に、往診・訪問診療に赴いた件数及びそれに費やした時間（移動時間を含む）、移動に要した時間をご記入下さい。		
	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
01 往診・訪問診療に赴いた件数 (1 週間に平均□件)	件	件
02 往診・訪問診療に費やしている時間 (1 週間に平均□時間)	時間	時間
03 [再掲] うち、移動に要する時間	時間	時間

問 11 平成 18 年 6 月及び平成 19 年 6 月における下記の往診に関連する回数をご記入下さい。		
	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
01 患者から電話を受けた回数	回	回
02 [再掲] 緊急往診（診療時間内・外問わず）を行った回数	回	回
03 [再掲] 夜間・深夜往診を行った回数	回	回
04 [再掲] 緊急対応時に電話再診(家族への指示等)を行った回数	回	回
05 [再掲] 緊急対応時に自院の看護師に指示を行った回数	回	回
06 [再掲] 緊急対応時に訪問看護ステーションの訪問看護師に指示を行った回数	回	回
07 [再掲] 救急車を呼ぶように指示した回数	回	回

問 12 貴院が在宅医療を行うにあたり、連携している保険医療機関数及び職種別人数をご記入ください。		
01 病院		施設
02 一般診療所		施設
03 [再掲] 連携の内容を文書で定めている診療所数		施設
04 [再掲] 在宅療養支援診療所数		施設
05 [再掲] 有床診療所		施設
06 歯科診療所		施設
07 訪問看護ステーション		施設
08 [再掲] 特別な関係にある訪問看護ステーション数		施設
09 [再掲] 連携の内容を文書で定めている訪問看護ステーション数		施設
10 [再掲] 在宅末期医療総合診療料を算定する時に連携している訪問看護ステーション数		施設
11 調剤薬局		施設
12 ケアマネージャー		人
13 その他（具体的に：)		施設

問 13 平成 18 年度における貴院の在宅医療提供に係る連携病院又は連携有床診療所について、下記の体制・状況に該当する施設数等をご記入ください。		
01 連携の内容を文書で定めている病院・有床診療所の数		施設
02 [再掲] うち、有床診療所の数		施設
03 緊急時の入院先として確保している病院・有床診療所の数		施設
04 [再掲] うち、有床診療所の数		施設
05 緊急時の入院先である病院・有床診療所に確保している病床数		床
06 緊急時の入院先である病院・有床診療所への平成 18 年度緊急対応入院回数		回
07 24 時間の往診を支援・サポートしている病院・有床診療所の数		施設
08 [再掲] うち、有床診療所の数		施設
09 居宅での介護が困難になった時に一時的な入院を受け入れている病院・有床診療所の数		施設
10 [再掲] うち、有床診療所の数		施設
11 在宅医療に関する研修（医師・看護師）を受入れている病院・有床診療所の数		施設
12 [再掲] うち、有床診療所の数		施設
13 在宅医療機器の保守などを支援・サポートしている病院・有床診療所の数		施設
14 [再掲] うち、有床診療所の数		施設
15 その他（具体的に： ）		施設

問 14 貴院の在宅医療提供において連携病院・連携有床診療所に期待している役割等ございましたら、下欄にご記入下さい。
自由記入欄：

問 15 在宅医療に係る情報交換のための連携医療機関との会合の状況をご記入ください。		
01 平成 18 年度における連携医療機関との会合の開催回数		回

問 16 平成 18 年 6 月及び平成 19 年 6 月の訪問看護の状況及び訪問看護ステーションとの連携状況についてご記入ください。		
	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
01 訪問看護指示書の発行回数	回	回
02 [再掲] 特別訪問看護指示書の発行回数	回	回
03 [再掲] 上記特別訪問看護指示書を出したうち、14 日を超えて頻回の指定訪問看護が必要であったと思われる回数	回	回
04 緊急訪問看護加算の算定回数（自院）	回	回
05 在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問看護・指導料の加算として）を算定した患者数（自院）	人	人

問 17 ケアマネージャーとの連携状況 についてご記入ください。 ※「01-1 はい」および「03-1 はい」を選択された場合は、02 および 04 の設問にもご回答ください。			
01 要請に応じて患者の診療情報等を提供したことがある	01-1 はい	01-2 いいえ	
02 【01-1 に○を付けた場合にご回答ください】 情報提供する場合の通常の手段は下記のいずれですか。			
02-1 文書（メールを含む）	02-2 電話	02-3 その他（	）
03 要請に応じてケアカンファレンスに出席したことがある	03-1 はい	03-2 いいえ	
04 【03-1 の「はい」に○を付けた場合にご回答ください】 平成 18 年度平均出席回数			回

問 18 平成 18 年 6 月及び平成 19 年 6 月の病院から新規に受け入れた在宅療養（患者が自ら行なう医療行為は含まない）患者数 についてご記入ください。		
	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
在宅療養患者のうち病院からの新規受入れ患者数	人	人

問 19 貴院が、経営あるいは業務において提携している居宅系施設の状況（平成 19 年 6 月の 1 ヶ月） について、施設の種類の別にご記入ください。				
	高齢者専用 賃貸住宅	有料老人ホーム	グループホーム	特養
01 提携施設数	施設	施設	施設	施設
02 1 施設当たり患者数	人	人	人	人
03 訪問回数	回	回	回	回

問 20 貴院が在宅医療（患者が自ら行なう医療行為は含まない）を提供している患者及びその家族などとのコミュニケーションの状況 について、当てはまるもの全ての番号に○をお付けください。	
01	緊急時の対応について、連絡先や方法などを文書で説明している
02	患者の容態が急変した際に、家族がどのように対処すべきかを説明している
03	患者の容態が急変した際に、医師・訪問看護師が何を行うかを説明している
04	患者が他の医療機関の診療を受けた場合にはその結果についての連絡を受けることにしている
05	在宅での看取りに関して説明をしている
06	介護の仕方や注意すべき点について、介護サービス事業者（ヘルパー）に対する直接又は文書による説明をしている
07	その他（具体的に：

問 21 貴院が在宅医療時に提供している緩和ケアの状況について、当てはまるもの全ての番号に○をお付けください。

01	疼痛緩和ケアについて家族に説明している		
02	疼痛緩和のための麻薬を処方している		
03	疼痛緩和のための麻薬の取扱いについて調剤薬局との連携を行っている		
04	麻薬の管理方法についての説明を家族に行っている		
05	疼痛緩和のための麻薬の取扱いについて訪問看護ステーションとの連携を行っている		
06	【05に○を付けた場合にご回答ください】 麻薬の取扱いについて、訪問看護ステーションとの連絡は通常どのような方法で行なっておりますか。		
	06-1	06-2	06-3
	文書（メールを含む）	電話	その他（ ）
07	その他（具体的： ）		

問 22 在宅医療について、今後の意向に該当するものに○をお付けください。

01 在宅医療患者を増やす予定 02 外来医療へのシフトを模索中 03 在宅医療の対応を中止する予定

■最後に、在宅医療に関するご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、8月10日（金）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

平成19年7月

各 位

厚生労働省保険局医療課

「難病患者の実態調査」ご協力のお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の適切な運用につきまして、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省保険局医療課では、療養病床以外の病床に入院している難病等患者に係る患者特性と医療サービス提供等の実態を把握し、今後の診療報酬改定に関する基礎資料とすることを目的に、「難病患者の実態調査」を実施することとなりました。

本調査の調査対象病院は、特殊疾患療養病棟入院基本料並びに障害者施設等入院基本料を算定している病棟等を有する全国の病院（「重症心身障害児(者)施設」を含みます）となっております。

つきましては、同封している調査委託先の「みずほ情報総研株式会社」の調査資料をご覧いただき、ご多忙の折大変恐縮ではありますが、調査の実施にご協力いただきますようお願い申し上げます。

また、ご記入いただきました調査票については、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ので、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力を重ねてお願い申し上げます。

謹白

平成19年7月

病院長 様

平成19年度 厚生労働省委託事業

「難病患者の実態調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、厚生労働省では、療養病床以外の病床に入院している難病等患者に係る患者特性と医療サービス提供等の実態を把握し、今後の診療報酬改定に関する基礎資料とすることを目的に、「難病患者の実態調査」を実施することとなりました。

本調査は、厚生労働省より委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が実施し、特殊疾患療養病棟入院基本料、並びに、障害者施設等入院基本料を算定している病棟等を有する全国の病院（「重症心身障害児(者)施設」を含みます）を対象とするものです。

調査（票）は、当該病棟を有する病院（施設）の施設特性を把握するための「施設票」、当該病棟に入院している個々の患者の状態を把握するための「患者個票」と、当該病棟（障害者施設等入院基本料算定病棟のみ）の入院患者の6月分の診療報酬明細書（レセプト）のコピーとなっております。

つきましては、同封いたしました調査実施要領等をご覧いただき、ご多忙の折大変恐縮ではありますが、調査の実施にご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、ご記入いただいた調査票の返信期限は、平成19年8月10日（金曜日）となっておりますので、本調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力を重ねてお願い申し上げます。

謹白

みずほ情報総研株式会社

記

送付一覧

1. 「難病患者の実態調査」へのご協力をお願い状（本紙）
2. 「難病患者の実態調査」ご協力をお願い状（厚生労働省保険局医療課）
3. 調査票「施設票」
4. 調査票「患者個票」
「患者個票」については、貴院(園)の当該病棟の病床数分の枚数を想定して送付しておりますが、調査票が足りない場合は、大変申し訳ありませんが、当社に電話等で必要枚数をお申し付けくださいますようお願い致します（少数の場合は、貴院(園)にて同調査票の両面コピーをしてご使用いただいても結構です）。
5. 調査実施要領・記入要領
6. 返信用宅配便（着払い伝票）、返信用封筒

以上

難病患者の実態調査

【特殊疾患療養病棟・障害者施設等入院基本料算定病棟等を有する病院(施設)】

発送先ラベル貼付

〈ご回答の方法〉

1. ご記入に先立ち、本調査の「調査実施要領・記入要領」を必ずお読みください。
2. 「児童福祉法に基づく指定施設で障害者施設等入院基本料の算定病棟を有する施設」の場合は、大変申し訳ありませんが、「入院」を「入所」、「入院患者」を「入所者」と読み替えて、ご回答ください。
3. 不明点などにつきましては下記のコールセンターで受け付けております。お気軽にお問い合わせください。
4. 回答が終わりましたら記入内容をご確認のうえ、「患者個票」とあわせて、平成19年8月10日（金曜日）までにご返送ください。

【コールセンター】

「難病患者の実態調査」調査事務局（みずほ情報総研株式会社）

フリーダイヤル：0120-025-464（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

FAX：0120-025-472（24時間受付）

問い合わせ専用EMAIL：iryō-nanbyō07@mizuho-ir.co.jp

本調査票の記入日、記入者についてご記入ください。

記入日	平成19年	月	日
記入者氏名	部署		
連絡電話番号	()	-()	-()
連絡FAX番号	()	-()	-()

1. 基本情報

平成 19 年 6 月末時点の、貴院(園)の情報についてご記入ください。

<p>(1) 施設の種類</p>	<p>該当する番号のいずれかを○で囲んでください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 児童福祉法に基づく指定施設で障害者施設等入院基本料の算定病棟を有する施設 (児童福祉法(昭和 22 年法律第 164 号)に規定する肢体不自由児施設、重症心身障害児施設及びこれに準ずる施設) 2. 上記以外で障害者施設等入院基本料又は特殊疾患療養病棟入院料等の算定病棟を有する保険医療機関(施設) (厚生労働大臣が定める重度の障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟(又は病室)に関する施設基準に適合した施設) 																											
<p>(2) 開設者</p>	<p>該当する番号のいずれかを○で囲んでください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 国立 (厚生労働省, 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福祉機構, 他) 2. 公立 (都道府県, 市区町村) 3. 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) 4. 社会保険関係 (全国社会保険協会連合会, 厚生年金事業振興団, 船員保険会, 健康保険組合, 共済組合, 国民健康保険組合) 5. 医療法人 6. 社会福祉法人 7. その他の法人・個人 (公益法人, 学校法人, 医療生協, 会社, その他法人, 個人) 																											
<p>(3) 標榜診療科目</p>	<p>該当する番号をすべて○で囲んでください。</p> <table border="0"> <tr> <td>1. 内科</td> <td>2. 呼吸器科</td> <td>3. 消化器科</td> </tr> <tr> <td>4. 循環器科</td> <td>5. 小児科</td> <td>6. 精神科</td> </tr> <tr> <td>7. 神経科</td> <td>8. 神経内科</td> <td>9. 心療内科</td> </tr> <tr> <td>10. 外科</td> <td>11. 整形外科</td> <td>12. 脳神経外科</td> </tr> <tr> <td>13. 呼吸器外科</td> <td>14. 心臓血管外科</td> <td>15. 小児外科</td> </tr> <tr> <td>16. 産婦人科</td> <td>17. 産科</td> <td>18. 婦人科</td> </tr> <tr> <td>19. 眼科</td> <td>20. 耳鼻咽喉科</td> <td>21. 皮膚科</td> </tr> <tr> <td>22. 泌尿器科</td> <td>23. リハビリテーション科</td> <td>24. 放射線科</td> </tr> <tr> <td>25. 歯科</td> <td>26. その他 ()</td> <td></td> </tr> </table>	1. 内科	2. 呼吸器科	3. 消化器科	4. 循環器科	5. 小児科	6. 精神科	7. 神経科	8. 神経内科	9. 心療内科	10. 外科	11. 整形外科	12. 脳神経外科	13. 呼吸器外科	14. 心臓血管外科	15. 小児外科	16. 産婦人科	17. 産科	18. 婦人科	19. 眼科	20. 耳鼻咽喉科	21. 皮膚科	22. 泌尿器科	23. リハビリテーション科	24. 放射線科	25. 歯科	26. その他 ()	
1. 内科	2. 呼吸器科	3. 消化器科																										
4. 循環器科	5. 小児科	6. 精神科																										
7. 神経科	8. 神経内科	9. 心療内科																										
10. 外科	11. 整形外科	12. 脳神経外科																										
13. 呼吸器外科	14. 心臓血管外科	15. 小児外科																										
16. 産婦人科	17. 産科	18. 婦人科																										
19. 眼科	20. 耳鼻咽喉科	21. 皮膚科																										
22. 泌尿器科	23. リハビリテーション科	24. 放射線科																										
25. 歯科	26. その他 ()																											
<p>(4) 併設施設 (同一若しくは関連法人による併設施設の有無について)</p>	<p>該当する番号を○で囲んでください。また、所有している場合は事業所数と総定員数についてご記入ください。</p> <p>■介護老人保健施設 1. 所有していない 2. 所有している (事業所数: _____ カ所、総定員数: _____ 名)</p> <p>■介護老人福祉施設 1. 所有していない 2. 所有している (事業所数: _____ カ所、総定員数: _____ 名)</p>																											
<p>(5) 併設事業 (同一若しくは関連法人による併設事業の有無について)</p>	<p>該当する番号をすべて○で囲んでください。また、〔 〕内には箇所数をご記入ください。</p> <table border="0"> <tr> <td>1. 訪問介護</td> <td>2. 訪問入浴介護</td> </tr> <tr> <td>3. 訪問看護ステーション [_____]</td> <td>4. 訪問看護 (医療機関)</td> </tr> <tr> <td>5. 訪問リハビリテーション</td> <td>6. 通所介護 [_____]</td> </tr> <tr> <td>7. 通所リハビリテーション [_____]</td> <td>8. 福祉用具貸与</td> </tr> <tr> <td>9. 居宅療養管理指導</td> <td>10. 短期入所生活介護</td> </tr> <tr> <td>11. 短期入所療養介護</td> <td>12. 痴呆対応型共同生活介護 [_____]</td> </tr> <tr> <td>13. 特定施設入所者生活介護</td> <td>14. 居宅介護支援事業</td> </tr> <tr> <td>15. 1~14 のいずれにも該当しない</td> <td></td> </tr> </table>	1. 訪問介護	2. 訪問入浴介護	3. 訪問看護ステーション [_____]	4. 訪問看護 (医療機関)	5. 訪問リハビリテーション	6. 通所介護 [_____]	7. 通所リハビリテーション [_____]	8. 福祉用具貸与	9. 居宅療養管理指導	10. 短期入所生活介護	11. 短期入所療養介護	12. 痴呆対応型共同生活介護 [_____]	13. 特定施設入所者生活介護	14. 居宅介護支援事業	15. 1~14 のいずれにも該当しない												
1. 訪問介護	2. 訪問入浴介護																											
3. 訪問看護ステーション [_____]	4. 訪問看護 (医療機関)																											
5. 訪問リハビリテーション	6. 通所介護 [_____]																											
7. 通所リハビリテーション [_____]	8. 福祉用具貸与																											
9. 居宅療養管理指導	10. 短期入所生活介護																											
11. 短期入所療養介護	12. 痴呆対応型共同生活介護 [_____]																											
13. 特定施設入所者生活介護	14. 居宅介護支援事業																											
15. 1~14 のいずれにも該当しない																												

2. 病床数と入院患者の状況

平成18年6月30日時点及び平成19年6月30日時点のそれぞれにおける貴院(園)の病棟数、許可病床数および入院患者数についてご記入ください。

【平成18年6月30日時点の病棟数、許可病床数および入院患者数】

病床区分	医療保険			介護保険		
	病棟数	許可病床数	入院患者数	病棟数	許可病床数	入院患者数
総数	棟	床	名	棟	床	名
①一般病床	棟	床	名			
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	名			
(再掲) 亜急性期病棟 (病室)	棟	床	名			
(再掲) 特殊疾患療養病棟	棟	床	名			
(再掲) 障害者施設等入院基本料算定病棟	棟	床	名			
②療養病床	棟	床	名	棟	床	名
(再掲) 療養病棟	棟	床	名	棟	床	名
(再掲) 特殊疾患療養病棟	棟	床	名			
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	名			
③精神病床	棟	床	名	棟	床	名
(再掲) 特殊疾患療養病棟	棟	床	名			
(再掲) 老人性認知症疾患治療病棟	棟	床	名			
(再掲) 老人性認知症疾患療養病棟				棟	床	名

【平成19年6月30日時点の病棟数、許可病床数および入院患者数】

病床区分	医療保険			介護保険		
	病棟数	許可病床数	入院患者数	病棟数	許可病床数	入院患者数
総数	棟	床	名	棟	床	名
①一般病床	棟	床	名			
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	名			
(再掲) 亜急性期病棟 (病室)	棟	床	名			
(再掲) 特殊疾患療養病棟	棟	床	名			
(再掲) 障害者施設等入院基本料算定病棟	棟	床	名			
②療養病床	棟	床	名	棟	床	名
(再掲) 療養病棟	棟	床	名	棟	床	名
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	名			
(再掲) 介護保険移行準備病棟	棟	床	名			
(再掲) 経過型介護療養型医療施設				棟	床	名
③精神病床	棟	床	名	棟	床	名
(再掲) 特殊疾患療養病棟	棟	床	名			
(再掲) 老人性認知症疾患治療病棟	棟	床	名			
(再掲) 老人性認知症疾患療養病棟				棟	床	名
(再掲) 経過型介護療養型医療施設				棟	床	名

3. 特殊疾患療養病棟等について

3-1. 特殊疾患療養病棟等（一般病棟の場合）の状況

平成19年6月30日時点において、貴院(園)の一般病棟で有している「特殊疾患療養病棟入院基本料を算定する病棟」、及び「特殊疾患入院医療管理料を算定する病室」について、病棟ごとに（算定入院種別が同じでも病棟が異なれば病棟ごとに）下記の項目をご記入ください。なお、「特殊疾患入院医療管理料を算定する病室」の場合は、当該病室を有する病棟に関して記入してください。

（精神病棟の場合については、「3-2. 特殊疾患療養病棟等（精神病棟の場合）の状況」でご記入ください。特殊疾患療養病棟等を有していない場合は、「4. 障害者施設等入院基本料算定病棟について」へ進んでください。）

病棟名 (貴院固有の名称をそのまま記入)	許可 病床数	※1 算定入院 料種別 選択肢番号 記入	※2 平均在 院日数	※3 6月中の1 日平均入 院患者数	6月中の 人工呼吸 器使用加 算人数	6月中の職員配置状況				
						※4 医師数			※5 看護要員1人 当り患者数	
						医師数	(再掲) 常勤	(再掲) 非常勤 (常勤換算)	看護職 配置	看護補 助者配 置
例 南3病棟	38 床	1	275 日	37 人	4 人	2.6 人	1.8 人	0.8 人	14 :1	13 :1
1.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1
2.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1
3.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1
4.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1
5.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1
6.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1
7.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1
8.	床		日	人	人	人	人	人	:1	:1

※1【算定入院料種別】選択肢（1～3）

1. 特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟（一般病棟）
2. 特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟（一般病棟）
3. 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室（一般病棟）

※2【平均在院日数】算定方法

平均在院日数については、診療報酬上の計算方法に準ずるものとし、以下の式により求める（小数点以下切り上げ）。

平均在院日数 = ①に掲げる数 / ②に掲げる数

① 当該病棟における直近3ヶ月間の在院患者延べ日数

② (当該病棟における当該3ヶ月間の新入棟患者数 + 当該病棟における当該3ヶ月間の新退棟患者数) ÷ 2

※3【6月中の1日平均入院患者数】算定方法

6月中の1日平均入院患者数は、6月の全入院患者の入院日数の総和を6月の日数(30日)で除して得た数とする。但し、入院日数には該当患者が入院した日を含むが、退院した日は含まれないものとする。

※4【医師数】算定方法

常勤医師数：当該病棟に係る医師数を小数点第1位までの数値で記入する。当該病棟の専任医師は1.0人単位で算定し、専任医師以外は、6月中の当該病棟に係った平均的な時間割合を割り振ることとする（ある医師が外来0.2、当該病棟0.5、当該病棟以外0.3とした場合→当該病棟に係る人数を0.5とする）。

非常勤医師数：非常勤医師の1ヵ月の当該病棟に係る労働時間を常勤医師の所定労働時間で除して求める（小数点第2位を四捨五入）。

※5【看護要員1人当り患者数】算定方法

看護要員1人当り患者数は、以下の式により求める（小数点以下切り上げ）。

看護職配置(看護職員1人当たり患者数) =

6月中の1日平均患者数 ÷ [看護師と准看護師の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤) ÷ (月の日数(30日) × 24時間)]

看護補助者配置(看護補助者1人当たり患者数) =

6月中の1日平均患者数 ÷ [看護補助者の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤) ÷ (月の日数(30日) × 24時間)]

3-2. 特殊疾患療養病棟等（精神病棟の場合）の状況

平成19年6月30日時点において、貴院(園)の精神病棟において有している「特殊疾患療養病棟入院基本料を算定する病棟」、及び「特殊疾患入院医療管理料を算定する病室」について、病棟ごとに(算定入院料種別が同じでも病棟が異なれば病棟ごとに)下記の項目をご記入ください。なお、「特殊疾患入院医療管理料を算定する病室」の場合は、当該病室を有する病棟に関して記入してください。

病棟名 (貴院固有の名称をそのまま記入)	許可 病床数	※1 算定入院 料種別 選択肢番号 記入	※2 平均在 院日数	※3 6月中の1 日平均入 院患者数	6月中の 人工呼吸 器使用加 算人数	6月中の職員配置状況				
						医師数 ※4			看護要員1人 ※5 当り患者数	
						医師数	(再掲) 内科医 師数	(再掲) 内科医以外 の医師数	看護職 配置	看護補 助者配 置
例 西B病棟	32 床	4	345 日	30 人	1 人	2.2 人	1.7 人	0.5 人	15 : 1	16 : 1
1.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1
2.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1
3.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1
4.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1
5.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1
6.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1
7.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1
8.	床		日	人	人	人	人	人	: 1	: 1

※1【算定入院料種別】選択肢（4～5）

- 4. 特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟（精神病棟）
- 5. 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室（精神病棟）

※2【平均在院日数】算定方法（一般病棟の場合と同じ、前ページを参照）

※3【6月中の1日平均入院患者数】算定方法（一般病棟の場合と同じ、前ページを参照）

※4【医師数】算定方法

内科医師数：当該病棟に係る常勤及び非常勤の内科医の人数を小数点第1位までの数値で記入する。当該病棟の専任医師でない場合は6月中の当該病棟に係った平均的な時間割合を割り振ることとする（ある医師が外来0.2、当該病棟0.5、当該病棟以外0.3とした場合→当該病棟に係る人数を0.5とする）。

非常勤の内科医師数は、1ヵ月の当該病棟に係る労働時間を常勤医師の所定労働時間で除して求める（小数点第2位を四捨五入）。

内科医以外の医師数：当該病棟に係る常勤及び非常勤の内科医以外の医師の人数を小数点第1位までの数値で記入する。人数の算定方法は、上記と同じ。

※5【看護要員1人当り患者数】算定方法（一般病棟の場合と同じ、前ページを参照）

3-3. 特殊疾患療養病棟等の病棟転換について

特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料の算定（一般病棟・精神病棟）は、平成20年4月1日以降、廃止予定となっておりますが、現在、貴院（園）において有している特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟（病室）に関して、もし現時点での転換予定があれば、転換先別に病床数、転換予定月をご記入ください。

また、転換予定が未定の場合は、「26 転換先未定」に未定の病床数をご記入ください。

（なお、記載された内容は本調査の目的に限られ、今後の予定を拘束するものではありません。）

転換先		病床数	転換予定月			
医療 保険	01	医療療養病床	床	平成	年	月
	02	（再掲）医療療養病棟（20対1）	床	平成	年	月
	03	（再掲）医療療養病棟（25対1）	床	平成	年	月
	04	（再掲）回復期リハビリテーション病棟	床	平成	年	月
	05	（再掲）介護保険移行準備病棟	床	平成	年	月
	06	一般病床	床	平成	年	月
	07	（再掲）回復期リハビリテーション病棟	床	平成	年	月
	08	（再掲）亜急性期病棟（病室）	床	平成	年	月
	09	（再掲）障害者施設等入院基本料を算定する病棟（10対1）	床	平成	年	月
	10	（再掲）障害者施設等入院基本料を算定する病棟（13対1）	床	平成	年	月
	11	（再掲）障害者施設等入院基本料を算定する病棟（15対1）	床	平成	年	月
	12	精神病棟	床	平成	年	月
	13	（再掲）精神療養病棟	床	平成	年	月
	14	（再掲）老人性認知症疾患治療病棟	床	平成	年	月
	15	診療所（無床）	床	平成	年	月
介護 保険	16	介護療養病床	床	平成	年	月
	17	（再掲）経過型介護療養病棟	床	平成	年	月
	18	老人性認知症疾患療養病床	床	平成	年	月
	19	介護老人保健施設	床	平成	年	月
	20	介護老人福祉施設	床	平成	年	月
	21	有料老人ホーム	床	平成	年	月
	22	軽費老人ホーム（ケアハウス）	床	平成	年	月
	23	グループホーム	床	平成	年	月
24	廃止	床	平成	年	月	
その他	25	その他（ ）	床	平成	年	月

未定	26	転換先未定	床
----	----	-------	---

3-4. 医療療養病棟へ病棟転換できない理由について

「3-3. 特殊疾患療養病棟の病棟転換について」において、転換先の予定が「一般病床」又は「精神病床」となっていて、「医療療養病床」の「医療療養病棟」や「回復期リハビリテーション病棟」となっていない場合、その理由についてご回答ください。

(転換先の予定が「療養病床」となっている場合や「転換先未定」の場合、又は、転換先の予定が「介護保険」の各施設や「その他」となっている場合は記入不要です。)

下記の該当する番号すべてを○で囲んでください。

1. 医療療養病棟では、高額薬剤(一部除く)や検査など出来高算定が出来ず、必要な医療が提供できないため。
2. 医療療養病棟の包括評価による医療区分2・3の患者の割合が少ないことが見込まれるため(40%未満)。
3. 経管栄養摂取や胃瘻処置等の医療区分1に該当する患者が多く(40%以上)、医療療養病棟では当該患者への対応が困難になるため。
4. 医療療養病棟では、現在の手厚い職員配置(医師や看護職員、看護補助者等)に見合う収入が得られないため。
5. 医療療養病棟での療養環境に係る構造設備(1人当り床面積/1病室当り病床数/廊下幅/浴室/談話室/食堂等)の基準を満たすことができないため(あるいは構造設備に関する設備投資が必要ため)。
6. その他()

3-4. 病棟転換に関してのご意見等

特殊疾患療養病棟入院料を算定する病棟等の病棟転換等に関連してご意見等がありましたらご記入ください。

--

4. 障害者施設等入院基本料算定病棟について

4-1. 障害者施設等入院基本料算定病棟の状況

平成19年6月30日時点において、貴院(園)で有している「障害者施設等入院基本料を算定する病棟(一般病棟)」について、病棟ごとに(算定入院料種別が同じでも病棟が異なれば病棟ごとに)下記の項目をご記入ください。

(障害者施設等入院基本料を算定する病棟を有していない場合は、記入不要です(設問終了)。)

病棟名 (貴院固有の名称を記入)	許可 病床数	※1 算定入院 料種別 選択肢番 号記入	※2 平均在 院日数	※3 6月中の 1日平均 入院患 者数	6月中の加算算定人数			6月中の職員配置状況				
					難病等 特別入 院診療 加算	特殊疾 患入院 施設管 理加算	超重症 児(者) 入院診 療加算	医師数 ※4			看護要員1人 ※5 当り患者数	
								医師数	(再掲) 常勤	(再掲) 非常勤 (常勤換算)	看護職 配置	看護補 助者配 置
例 東A棟	30 床	7	225 日	29 人	0 人	26 人	0 人	2.0 人	1.6 人	0.4 人	14 :1	15 :1
1.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
2.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
3.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
4.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
5.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
6.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
7.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
8.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
9.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1
10.	床		日	人	人	人	人	人	人	人	:1	:1

※1【算定入院料種別】選択肢(6~8)

- 6. 障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟)
- 7. 障害者施設等入院基本料(13対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟)
- 8. 障害者施設等入院基本料(15対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟)

※2【平均在院日数】算定方法

平均在院日数については、診療報酬上の計算方法に準ずるものとし、以下の式により求める(小数点以下切り上げ)。

平均在院日数=①に掲げる数/②に掲げる数

①当該病棟における直近3ヶ月間の在院患者延べ日数

②(当該病棟における当該3ヶ月間の新入棟患者数+当該病棟における当該3ヶ月間の新退棟患者数)÷2

※3【6月中の1日平均入院患者数】算定方法

6月中の1日平均入院患者数は、6月の全入院患者の入院日数の総和を6月の日数(30日)で除して得た数とする。但し、入院日数には該当患者が入院した日を含むが、退院した日は含まれないものとする。

※4【医師数】算定方法

常勤医師数：当該病棟に係る医師数を小数点第1位までの数値で記入する。当該病棟の専任医師は1.0人単位で算定し、専任医師以外は、6月中の当該病棟に係った平均的な時間割合を割り振ることとする(ある医師が外来0.2、当該病棟0.5、当該病棟以外0.3とした場合→当該病棟に係る人数を0.5とする)。

非常勤医師数：非常勤医師の1ヵ月の当該病棟に係る労働時間を常勤医師の所定労働時間で除して求める(小数点第2位を四捨五入)。

※5【看護要員1人当り患者数】算定方法

看護要員1人当り患者数は、以下の式により求める(小数点以下切り上げ)。

看護職配置(看護職員1人当たり患者数)=

6月中の1日平均患者数÷[看護師と准看護師の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤)÷(月の日数(30日)×24時間)]

看護補助者配置(看護補助者1人当たり患者数)=

6月中の1日平均患者数÷[看護補助者の月延べ勤務時間数(日勤+夜勤)÷(月の日数(30日)×24時間)]

4-2. 医療療養病棟への転換意向について

現在保有している障害者施設等入院基本料を算定する病棟を医療療養病棟へ転換する意向はありますか。転換意向を考えていない場合は「1. 転換意向なし」を選び、その理由について回答してください。また、転換意向を考えている場合は「2. 転換意向あり」を選び、その理由について回答してください。

【医療療養病棟への転換意向について】 下記の該当する番号のどちらかを○で囲んでください。

1. 転換意向なし

(【医療療養病棟への転換意向なしの場合の理由】へ)

2. 転換意向あり

(【医療療養病棟への転換意向ありの場合の理由】へ)

【医療療養病棟への転換意向なしの場合の理由】 下記の該当する番号すべてを○で囲んでください。

1. 医療療養病棟では、高額薬剤(一部除く)や検査など出来高算定ができず、必要な医療が提供できないため。
2. 医療療養病棟の包括評価による医療区分2・3の患者の割合が少ないことが見込まれるため(40%未満)。
3. 経管栄養摂取や胃瘻処置等の医療区分1に該当する患者が多く(40%以上)、医療療養病棟では当該患者への対応が困難になるため。
4. 医療療養病棟では、現在の手厚い職員配置(医師や看護職員、看護補助者等)に見合う収入が得られないため。
5. 医療療養病棟での療養環境に係る構造設備(1人当り床面積/1病室当り病床数/廊下幅/浴室/談話室/食堂等)の基準を満たすことができないため。
6. その他()

【医療療養病棟への転換意向ありの場合の理由】 下記の該当する番号すべてを○で囲んでください。

1. 障害者施設等入院基本料算定病棟での職員配置(看護職員、看護補助者等)の基準を満たすことが困難になることが見込まれるため。
2. 酸素療法や中心静脈栄養、喀痰吸引等の医療区分2・3に該当する患者の割合が多いことが見込まれるため(40%以上)。
3. 高額薬剤の使用や検査などの医療提供が特段必要な患者が多くないため。
4. 病棟転換しても、医療療養病棟の療養環境に係る構造設備(1人当り床面積/1病室当り病床数/廊下幅/浴室/談話室/食堂等)の基準を満たすことができるため(特段の設備投資が不要)。
5. その他()

4-3. 医療療養病棟への転換に関してのご意見等

障害者施設等入院基本料を算定する病棟の医療療養病棟への転換等に関連してご意見等がありましたらご記入ください。

設問は以上です。各設問項目に記入漏れがないか再度ご確認ください。
調査にご協力いただきありがとうございました。

入院患者の状態等に関する調査

【特殊疾患療養病棟・障害者施設等入院基本料算定病棟等の入院患者について】

平成 19 年 6 月 30 日 (24 時) 現在における貴院(園)の入院患者のうち、「特殊疾患療養病棟入院基本料を算定する病棟(一般病棟・精神病棟)」、「特殊疾患入院医療管理料を算定する病室(一般病棟・精神病棟)」、「障害者施設等入院基本料を算定する病棟(一般病棟)」に入院している全患者について、患者ごとに以下の事項についてご記入ください。

病棟の連番号
 該当する病棟別に病棟連番号を記入してください。

患者個票の連番号
 病棟ごとに 001 から連番を記入してください。

I. 患者の基本情報について

01 病棟名	病棟名：		
02 性別	1 男 2 女	03 生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
04 入院日	病棟に関わらず当該病院(施設)入院日 昭和・平成 年 月 日		
05 当該病棟転入日	当該病棟への転入日(上記と同じ場合記入不要) 昭和・平成 年 月 日		
06 算定病棟種別	いずれかを○で囲んでください。 1 特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟(一般病棟) 2 特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟(一般病棟) 3 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室(一般病棟) 4 特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟(精神病棟) 5 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室(精神病棟) 6 障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟) 7 障害者施設等入院基本料(13対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟) 8 障害者施設等入院基本料(15対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟)		

II. 患者の状態等について

07 障害者手帳所持の状況	該当するものすべてを○で囲んでください。該当する場合は等級もご記入ください。 1 身体障害者手帳 (等級 _____ 級) 2 療育手帳(知的障害者福祉手帳) (等級 _____ 級) 3 精神障害者保健福祉手帳 (等級 _____ 級) 4 障害者手帳は所持していない		
08 病棟の施設基準に係る患者の該当状態	該当するものすべてを○で囲んでください。 1 重度の意識障害 2 重度の障害(肢体不自由又は脊髄損傷等) 3 筋ジストロフィー 4 難病(「09疾患・感染症」の2~26に該当するものに限る) 5 その他()		
09 疾患・感染症 【一般病棟の入院患者のみ】	1~39の番号の中から該当するものすべてを○で囲んでください(一般病棟の入院患者のみ記入)。なお、上記設問で「4 難病」を選んだ場合は、下記の2~26の中から該当するものを必ず選んでください。 【神経難病】 3 脊髄小脳変性症 4 重症筋無力症 5 パーキンソン病関連疾患 6 筋萎縮性側索硬化症 7 ハンチントン病 8 多発性硬化症 9 プリオン病 10 亜急性硬化性全脳炎 11 スモン 12 モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症) 13 その他神経難病() 【神経難病以外の難病】 14 ベーチェット病 15 全身性エリテマトーデス 16 サルコイドーシス 17 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 18 特発性血小板減少性紫斑病 19 潰瘍性大腸炎 20 クロウン病 21 後縦靭帯骨化症 22 特発性拡張型(うっ血型)心筋症 23 原発性胆汁性肝硬変 24 特発性大腿骨頭壊死症 25 網膜色素変性症 26 その他の神経難病以外の難病() 【神経】 27 脊髄損傷 28 アルツハイマー病 29 失語症 30 脳性麻痺 31 脳梗塞 32 脳出血 33 アルツハイマー病以外の認知症 34 片側不全麻痺/片麻痺 35 四肢麻痺 36 仮性球麻痺(嚥下障害を伴うもの) 【感染症】 37 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 38 後天性免疫不全症候群(HIV感染含む) 39 その他の感染症()		

10 基礎的な精神疾患 【精神病棟の入院患者のみ】	いずれかを○で囲んでください（精神病棟の入院患者のみ記入）。 1 アルツハイマー型認知症 2 アルツハイマー型以外の認知症 3 総合失調症 4 そううつ病 5 神経症 6 その他の神経症
11 併発疾患 【一般・精神病棟の入院患者】	該当するものすべてを○で囲んでください（一般病棟・精神病棟の入院患者について記入）。 1 悪性腫瘍 2 腎不全 3 肝不全 4 腸閉塞(イレウス) 5 糖尿病 6 うっ血性心不全 7 急性心不全 8 慢性心不全 9 高血圧症 10 虚血性心疾患 11 その他の疾患（ ）
12 重症心身障害の程度 【重症心身障害者のみ】	大島分類 ^{※1} に基づき、どちらかを○で囲んでください（重症心身障害者のみ記入）。 1 分類1～4に当てはまる 0 分類1～4に当てはまらない
13 行動障害の程度 【重症心身障害者のみ】	強度行動障害評価 ^{※2} に基づき、どちらかを○で囲んでください（重症心身障害者のみ記入）。 1 30点以上 0 29点以下
14 障害高齢者の 日常生活自立度 (寝たきり度)	いずれかを○で囲んでください。 1 自立 2 J 1 3 J 2 4 A 1 5 A 2 6 B 1 7 B 2 8 C 1 9 C 2 10 不明・未実施
15 認知症高齢者の 日常生活自立度	いずれかを○で囲んでください。 1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明・未実施
16 意識障害の程度	JCS (Japan Coma Scale) 又は GCS (Glasgow Coma Scale) ^{※3} に基づき、どちらかを○で囲んでください。 1 意識障害者である（JCS II-3以上又はGCS 8点以下の状態が2週以上持続、あるいは無動症の状態） 0 意識障害者でない（上記の状態に該当しない）
17 医療処置 (調査記入日を含む過去7日 間に実施したもの)	該当するものすべてを○で囲んでください。 1 喀痰吸引 2 経管栄養 3 酸素療法 4 気管切開口等ケア 5 注射・点滴 6 透析 7 人工呼吸器 8 ドレーン法等・胸腹腔洗浄 9 疼痛管理 10 胃瘻等の瘻の処置 11 褥瘡・潰瘍処置(Ⅱ度以上) 12 膀胱留置カテーテル 13 血糖チェック 14 心電図モニター管理 15 その他（ ）

※1～※3の詳細は、記入要領をご覧ください。

Ⅲ. 退院の見通しについて

18 退院の見通し	いずれかを○で囲んでください。 1 90日以内に退院できる見通し 2 90日以内に退院できる見通しはないが、今後受け皿が整備されれば退院できる 3 悪化して転院・転棟・死亡する見通し 4 退院（転院・転棟）の見通しはない
19 退院（転棟）先の見 通し	[上記1～3の回答のみ] 今後の見通しとして、下記の1～9のうち最も可能性が高い場面のいずれかを○で囲んでください。なお、上記で「2 90日以内で退院できる見通しはないが、今後の受け皿が整備されれば退院できる」を選んだ場合には、地域における今後の受け皿の整備状況等を勘案して選んでください。 1 自宅（家族等との同居も含む） 2 グループホーム 3 有料老人ホーム 4 ケアハウス（軽費老人ホーム） 5 介護老人福祉施設(特別介護老人ホーム) 6 介護老人保健施設 7 医療療養病床（他院・自院） 8 医療療養病床以外の医療機関(他院・自院) 9 その他（ ）

設問は以上です。設問項目に記入漏れがないか再度ご確認ください。
調査にご協力いただきありがとうございました。

平成 19 年度厚生労働省委託事業
「難病患者の実態調査」

【 調査実施要領・記入要領 】

平成 19 年 7 月

調査事務局 みずほ情報総研株式会社

【 問合せ先 】

「難病患者の実態調査」調査事務局(みずほ情報総研株式会社)

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町3-1

フリーダイヤル:0120-025-464(受付:月曜日~金曜日 9:30~17:00)

FAX:0120-025-472(24時間受付)

問い合わせ専用EMAIL:iryō-nanbyō07@mizuho-ir.co.jp

目 次

I	調査概要（調査実施要領）	1
1.	調査の目的	1
2.	調査実施主体	1
3.	調査結果の取り扱い	1
4.	調査の対象	1
5.	調査内容（概要）	2
6.	提出期限	3
7.	調査の実施に際して	3
II	「施設票」の記入要領	4
1.	調査の目的	4
2.	調査の対象	4
3.	調査票の記入者	4
4.	調査内容	5
5.	回答方法	5
III	「患者個票」の記入要領	6
1.	調査の目的	6
2.	調査の対象者	6
3.	調査票の記入者	6
4.	回答方法	7
5.	設問別記入要領	8
IV	「レセプト調査票」作成方法	14
1.	作成の目的	14
2.	対象病棟・対象患者	14
3.	作成方法	14
4.	作成イメージの例示	15

I 調査概要（調査実施要領）

1. 調査の目的

本調査は、療養病床以外の病床に入院している難病等患者に係る患者特性と医療サービス提供等の実態を把握し、今後の診療報酬改定に関する基礎資料とすることを目的に実施するものです。

なお、本調査により収集されたデータは、本調査の趣旨以外の目的で使用されることはありません。

2. 調査実施主体

本調査は、厚生労働省保険局から業務委託を受けた「みずほ情報総研株式会社」が行うものです。

3. 調査結果の取り扱い

調査データに基づき全病院（施設）の平均値又は中央値などをもつての比較検討を行いますので、個人情報等への配慮はもちろん、各病院（施設）の名前が掲載された病院（施設）別の集計結果が公表されることはありません。

4. 調査の対象

本調査では、平成 19 年 6 月末日現在において、下記に示す「特殊疾患療養病棟入院基本料」、「特殊疾患入院医療管理料」、並びに「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟（又は病室）をひとつ以上有する全国の病院（「重症心身障害児(者)施設」等の施設も含む）を対象としています。

なお、下記の病棟（病室）をひとつも有していない場合は、本調査の対象外となります。お手数ですが、「調査対象外」と調査票（施設票）の表紙に明記の上、同封の返信用宅配便（着払い伝票）にて調査票をそのまま返信くださいますようお願いいたします。

- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 1 を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室（一般病棟）
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定する病棟（精神病棟）
- ・ 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室（精神病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（10 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（13 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（15 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）

5. 調査内容（概要）

本調査は、「施設票」、「患者個票」、「レセプト調査票」の3種類の調査票となっています。

なお、各調査票の回答方法等につきましては、4頁以降の各調査票の記入要領等をご覧ください。

（1）施設票

調査対象病院（施設）の施設属性及び対象病棟における医療サービスの状況、対象病棟の病棟転換に関する意向・意見等を把握することを目的として、下記の項目を調査します。

調査票の記載全般については事務部門の担当者としませんが、病棟転換に関する設問等については病院（施設）の責任者（病院長、施設長等）のご回答をお願いいたします。

<主な調査項目>

施設の種類の、開設者、標榜診療科、併設施設・事業の有無、平成18年及び19年の6月末日時点の病床数と入院患者の状況、特殊疾患療養病棟等（一般病棟）の状況、特殊疾患療養病棟等（精神病棟）の状況、特殊疾患療養病棟等の病棟転換について、医療療養病棟へ病棟転換できない理由について、障害者施設等入院基本料算定病棟の状況、医療療養病棟への転換意向について 等

（2）患者個票

療養病床以外の病床に入院している難病等患者に係る患者の特性及び医療サービス等を把握することを目的として、下記の項目を調査します。

調査票の記載は、対象病棟の看護師長とします。設問の内容に応じ適宜、主治医や担当看護師、医事の担当者等から情報提供を求めてください。

<主な調査項目>

性別、生年月日、入院日、障害者手帳保持の有無、病棟の施設基準に係る患者の該当状況、疾患・感染症（一般病棟のみ）、基礎的な精神疾患（精神病棟のみ）、併発疾患、重症心身障害の程度、行動障害の程度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、意識障害の程度、医療処置、退院の見通し、退院先の見通し 等

（3）レセプト調査票

入院患者の入院料以外の出来高部分（特掲診療料）における医療内容や点数状況の把握を目的に、「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟に限って、平成19年6月1ヵ月分の入院患者の診療報酬明細書（レセプト）のコピーを収集します。

調査作業は、事務部門の担当者とします。

なお、「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟を有していない場合は、レセプトコピーの収集は不要です。

6. 提出期限

調査票の提出期限は、平成19年8月10日（金）となっています。

「施設票」及び「患者個票」を同封しました着払い伝票で調査事務局（みずほ情報総研）までご返送ください。また、「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟を有する場合は、対象病棟の入院患者の「レセプトコピー」もあわせてご返送ください。

7. 調査の実施に際して

(1) 「入院」等表記の読み替え

調査票の記入に際し、「児童福祉法に基づく指定施設で障害者施設等入院基本料の算定病棟を有する施設」の場合は、お手数ですが、「入院」を「入所」、「退院」を「退所」、「入院患者」を「入所者」等と読み替えて、ご回答ください。

(2) 問合せ対象窓口の設置

調査実施に関する問合せに対する窓口を下記のとおり設置しています。

「難病患者の実態調査」調査事務局（みずほ情報総研）

TEL：0120-025-464（受付時間9時30分～17時00分）

FAX：0120-025-472（24時間受付）

問合せ専用Eメール：iryo-nanbyo07@mizuho-ir.co.jp

Ⅱ 「施設票」の記入要領

1. 調査の目的

調査対象病院（施設）の施設属性及び対象病棟における医療サービスの状況、対象病棟の病棟転換に関する意向・意見等を把握するための調査です。

2. 調査の対象

本調査では、平成 19 年 6 月末日現在において、下記に示す「特殊疾患療養病棟入院基本料」、「特殊疾患入院医療管理料」、並びに「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟（又は病室）をひとつ以上有する全国の病院（「重症心身障害児(者)施設」等の施設も含む）を対象としています。

- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 1 を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室（一般病棟）
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定する病棟（精神病棟）
- ・ 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室（精神病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（10 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（13 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（15 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）

3. 調査票の記入者

「施設票」の記入及びとりまとめは、事務部門の担当者をお願いします。

はじめに、事務部門にて本調査の責任者をお決めのうえ、その方が各設問の記載内容の確認、全体のとりまとめ等を実施くださいますようお願いいたします。

なお、「施設票」の病棟転換に関する設問については、病院（施設）の責任者（病院長、施設長等）によるご回答をお願いします。

4. 調査内容

調査項目は以下のような構成になっています。

調査票項目	内容
1. 基本情報 (1 ページ)	「平成 19 年 6 月末時点」での病院(施設)の基本情報を記入します。 (1)施設の種類、(2)開設者、(3)標榜診療科目、(4)併設施設、(5)併設事業について、設問に沿って回答します。
2. 病床数と入院患者の 状況 (2 ページ)	「平成 18 年 6 月 30 日時点」と「平成 19 年 6 月 30 日時点」の病院(施設)全体における病棟数、許可病床数、入院患者数をそれぞれ病床区分別に記入します。
3. 特殊疾患療養病棟等 について (3～6 ページ)	平成 19 年 6 月 30 日時点の特殊疾患療養病棟(一般病棟・精神病棟)における病棟名、許可病床数、算定入院料種別、平均在院日数、1 日平均入院患者数、人工呼吸器使用加算人数、職員配置状況、及び病棟転換の予定と転換できない理由等をそれぞれ記入します。
4. 障害者施設等入院基 本料算定病棟につい て (7～8 ページ)	平成 19 年 6 月 30 日時点の障害者施設等入院基本料算定病棟における病棟名、許可病床数、算定入院料種別、平均在院日数、1 日平均入院患者数、加算算定人数、職員配置状況、及び病棟転換の意向等をそれぞれ記入します。

5. 回答方法

「施設票」の各設問の内容にそってご回答ください。

特に、「施設票」の「3. 特殊疾患療養病棟について」(3～4 頁)及び「4. 障害者施設等入院基本料算定病棟について」(7 頁)の各設問では、個別に指定された選択肢・算定方法を参照の上、ご記入ください。

Ⅲ 「患者個票」の記入要領

1. 調査の目的

療養病床以外の病床に入院している難病等患者の特性及び医療サービス等の実態に関するデータを収集し、その状態像別の分布状況を把握するための調査です。

2. 調査の対象者

調査の対象者は、平成19年6月30日(24時)時点における貴院(園)の入院患者のうち、以下を算定する病棟に入院している全患者となります。

「患者個票」は、平成19年6月30日時点の患者の状態像を評価して記入します。

- ・ 特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟(一般病棟)
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟(一般病棟)
- ・ 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室(一般病棟)
- ・ 特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟(精神病棟)
- ・ 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室(精神病棟)
- ・ 障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟)
- ・ 障害者施設等入院基本料(13対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟)
- ・ 障害者施設等入院基本料(15対1入院基本料)を算定する病棟(一般病棟)

3. 調査票の記入者

「患者個票」の記入及びとりまとめは、対象病棟の看護師長にお願いします。

対象病棟の看護師長は、調査項目の設問内容に応じて担当看護師に回答を依頼・確認の上、調査票の記入をお願いします。また、該当項目以外でも医事課・主治医等の確認が必要な場合には、適宜ご相談いただくようお願いします。

実施に際し、調査票が不足する場合は、お手数ですが当社に電話・FAX等で必要枚数を申し付けください。早急にお送りします。(少数の場合は、貴院(園)において調査票を両面コピーし対応されても結構です)

4. 回答方法

(1) 「病棟の連番号」、「患者個票の連番号」の記入方法

<病棟の連番号>

貴院(園)で対象となる病棟すべてについて、順に連番(01、02、03、04、・・・・)を記入してください。連番は、必ず01からはじめ、対象となる病棟数分までの数値とします。病棟の算定種別が同じであっても病棟が異なっていれば別の連番号を記入してください。

<患者個票の連番号>

対象となる病棟ごとにすべての入院患者について、順に連番(001、002、003、004、・・・・)を記入してください。連番は、病棟ごとに必ず001からはじめ、その病棟の入院患者分までの数値とします。

(2) 設問の回答方法

「患者個票」の設問の記入方法は、単数回答と複数回答の2通りがあります。以下の記入見本を参考の上、ご記入ください。

① 単数回答の記入について：

選択肢の中から当てはまるものを1つ選び、該当数字に○をご記入ください。

【例(単数回答)】

14 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	いずれかを○で囲んでください。				
	① 自立	2 J 1	3 J 2	4 A 1	5 A 2
	6 B 1	7 B 2	8 C 1	9 C 2	10 不明・未実施

② 複数回答の記入について：

選択肢の中で、当てはまるもの全ての選択肢の該当数字に○を記入ください。

【例(複数回答)】

08 病棟の施設基準に係る患者の該当状態	該当するものすべてを○で囲んでください。	
	1 重度の意識障害	② 重度の障害(肢体不自由又は脊髄損傷等)
	3 筋ジストロフィー	④ 難病(「09 疾患・感染症」の2~26に該当するものに限る)
	5 その他()	

5. 設問別記入要領

Ⅱ. 患者の状態等について

「09 疾患・感染症【一般病棟の入院患者のみ】」

一般病棟の入院患者のみを対象として、「特殊疾患療養病棟入院基本料」、「特殊疾患入院医療管理料」、「障害者施設等入院基本料」を算定する場合の施設基準に該当する患者の疾患・感染症について回答する。

このうち、難病に関連する選択肢の定義については下表を参照。

<p>神経難病</p>	<p>1 筋ジストロフィー</p> <p>3 脊髄小脳変性症</p> <p>5 多発性硬化症</p> <p>7 ハンチントン病</p> <p>9 プリオン病</p> <p>11 スモン</p> <p>13 その他の神経難病 〔ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー 等〕</p>	<p>2 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〔Yahr（ヤール）stage3 以上（生活機能障害ⅡまたはⅢ）のみ〕</p> <p>4 重症筋無力症</p> <p>6 筋萎縮性側索硬化症</p> <p>8 多系統萎縮症 〔線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群〕</p> <p>10 亜急性硬化性全脳炎</p> <p>12 モヤモヤ病（ウイリス動脈輪閉塞症）</p>
<p>神経難病以外の難病</p>	<p>14 ベーチェット病</p> <p>16 サルコイドーシス</p> <p>18 特発性血小板減少性紫斑病</p> <p>20 クローン病</p> <p>22 特発性拡張型（うっ血型）心筋症</p> <p>24 特発性大腿骨頭壊死症</p> <p>26 その他の神経難病以外の難病 〔再生不良性貧血、結節性動脈周囲炎、大動脈炎症候群、ピュルガー病、天疱瘡、難治性の肝炎のうち劇症肝炎、悪性関節リウマチ、アミロイドーシス、ウェゲナー肉芽腫症、表皮水疱症（接合部型及び栄養障害型）、膿疱性乾癬、広範脊柱管狭窄症、重症急性膵炎、混合性結合組織病、原発性免疫不全症候群、特発性間質性肺炎、原発性肺高血圧症、神経線維腫症、バッド・キアリ（Budd-Chiari）症候群、特発性慢性肺血栓栓症（肺高血圧型） 等〕</p>	<p>15 全身性エリテマトーデス</p> <p>17 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎</p> <p>19 潰瘍性大腸炎</p> <p>21 後縦靭帯骨化症</p> <p>23 原発性胆汁性肝硬変</p> <p>25 網膜色素変性症</p>

厚生労働省の特定疾患治療研究事業の対象疾患（平成19年5月現在、45疾患）

「12 重症心身障害の程度」

重症心身障害者のみを対象として、大島分類に基づく重症心身障害の程度について、分類1～4に該当するかどうか回答する。定義は下表を参照。

					知能(IQ)
					80
					境界
					70
					軽度
					50
					中度
					35
					重度
					20
					最重度
運動	走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり

「13 行動障害の程度」

重症心身障害者のみを対象として、それぞれの行動障害の内容について、次頁の強度行動障害評価表の各項目に該当するかチェックし、該当する場合にその頻度を判定基準を基に評価し、スコアを確定する。

<調査上の留意点>

- ・ 行動障害が過去半年以上続いていればあてはまる項目に○をつける。行動障害の内容が該当するものは全て3段階の判定基準のどれかに○をつける。
- ・ 抗精神病薬・抗てんかん薬などの定期薬服用者は服用している状態で評価する。
- ・ 頓用の不穏持薬・不眠持薬・注射等は使用しない状態で評価する。
- ・ 現在身体疾患で一時的にベッド安静などの状態は、半年以内であれば治癒、回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態を評価する。

(資料：『「強度行動障害」評価ガイドライン』 等)

強度行動障害評価表

行動障害項目	行動障害の内容 (6ヶ月以上継続している)	判定基準		
		1点	3点	5点
1.ひどい自傷	頭部が変形する、鼓膜が破れるような叩き、壁や床への頭打ち、肉が見えるような掻きむしり、失明するような眼のいじり、爪はぎなど。 その他：(※装具(ヘッドギアなど)を着用していない状態を想定して評価する。)	週1～2回	1日1～2回	1日中
2.強い他傷・他害	噛みつき、蹴り、なぐる、髪ひき、頭突きなどの危害を加える。	月1～2回	週1～2回	1日何度も
3.激しいこだわり	強く指示しても服を脱ぐ、外出を強く拒む、特定の場所に固執、水を流す、触る、過飲水など。	週1～2回	1日1～2回	1日何度も
4.激しい物壊し	ドア、窓ガラス、家具、寝具、照明類、玩具、眼鏡等破壊し、危害が本人にも周りにも大きい。破衣など。 (※器財や玩具を自由に使用出来る環境を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	1日何度も
5.睡眠の大きな乱れ	昼夜逆転、ベッドに居れず人や物に危害を加えるなど。 (※問題行動で個室使用者は大部屋を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	ほぼ毎日
6.食事関係の強い障害	食器、お盆ごと投げる、椅子に座っていられずみんなと食事ができない、異食や拒食、偏食で体の異常きたすなど。 (※離席や盗食防止のため身体拘束は、解放状態を想定して評価する。)	週1～2回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7.排泄関係の強い障害	便をこねる・投げる・壁面になすりつける、頻尿(便)、脅迫的な排尿(便)など。 (※普段の状態(オムツ使用・パンツ使用)で評価する。つなぎ等の予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	ほぼ毎日
8.著しい多動	身体、生命の危険につながる建物からの飛び出し、目を離すとどこへいかわからない、高く、危険なところにかかるなど。 (※解放病棟で、行動制限なしの状況を想定して評価する。)	月1～2回	週1～2回	ほぼ毎日
9.著しい騒がしさ	周囲が絶えられない様な大声、大泣きが何時間も続くなど。	ほぼ毎日	1日中	絶え間なく
10.パニックがもたらす結果が大変なため処遇困難な状態	パニックが出ると体力的におさまられず、つきあっていられない状態を呈する。			あれば
11.粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難な状態	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、こちらが恐怖を感じる。			あれば
合計スコア		点		

「14 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準に基づく日常生活自立度について、どのランクに該当するか回答する。定義は下表を参照。

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. 隣近所なら外出する
準 寝 た き り	ランク A	屋内での生活はおおむね自立しているが、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、着替え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

「15 認知症高齢者の日常生活自立度」

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準に基づく日常生活自立度について、どのランクに該当するか回答する。定義は下表を参照。

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
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。		在宅生活の基本であり、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	日常生活に支障をきたすような症状・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。		在宅生活の基本であり、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、金銭管理などそれまでに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一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障をきたすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活の基本であるが、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 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、ものを拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
IV	日常生活に支障をきたすような症状・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II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、又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。
V	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と制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。

「16 意識障害の程度」

JCS II (Japan Coma Scale II) は、「刺激すると覚醒する状態 (刺激をやめると眠り込む)」であり、その程度はさらに以下のように分けられ、ここではII-3以上の状態が2週以上持続している場合を意識障害の基準とする。

III群 刺激しても覚醒しない状態
3 痛み刺激にまったく反応しない
2 痛み刺激に手足を少し動かしたり顔をしかめる (除脳硬直を含む)
1 痛み刺激に対してはらいのけるような動作をする
II群 刺激すると覚醒する状態
3 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する
2 大きな声または体をゆさぶることにより開眼する
1 普通の呼びかけで容易に開眼する
I群 刺激しなくても覚醒している状態
3 自分の名前、生年月日が言えない
2 見当識障害あり (時、人、場所がわからない)
1 だいたい意識清明だが、今ひとつはっきりしない
0群 清明

GCS (Glasgow Coma Scale) では、以下のA、B、Cのそれぞれにあてはまる状態の合計得点が8点以下の状態が2週以上持続している場合を意識障害の基準とする。

A. 開眼	自発的に開眼する	4
	音声により開眼する	3
	疼痛により開眼する	2
	まったく開眼しない	1
B. 最良言語反応	見当識あり	5
	混乱した会話	4
	混乱した言語	3
	理解不明の声	2
	まったくない	1
C. 最良運動反応	命令に従う	6
	疼痛部認識可能	5
	逃避する	4
	移乗屈曲	3
	伸展する	2
	まったくない	1

無動症の状態とは、閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等の患者を指す。

IV 「レセプト調査票」作成方法

1. 作成の目的

「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟（一般病棟）の入院患者の診療報酬明細書（レセプト）をコピー収集し、入院料以外の出来高部分（特掲診療料）における医療内容や点数の状況を把握することを目的とします。

なお、「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟を有していない場合は、レセプトコピーの収集は不要です。

2. 対象病棟・対象患者

対象病棟は、下記に示す「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟とします。

対象患者は、平成 19 年 6 月中に「障害者施設等入院基本料」を算定する病棟に入院していたすべての患者とします。6 月中に対象病棟以外から転入（転棟・入院）した患者又は対象病棟から転出（転棟・退院）した患者についても対象とします。

<対象病棟>

- ・ 障害者施設等入院基本料（10 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（13 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）
- ・ 障害者施設等入院基本料（15 対 1 入院基本料）を算定する病棟（一般病棟）

3. 作成方法

作成手順は以下のとおりに行ってください。調査作業は、医事課等の事務部門の担当者が行います。

- ① 平成 19 年 6 月分の対象患者の診療報酬明細書（紙）を抽出します。
- ② 抽出した診療報酬明細書の一枚目のみをコピーします。
- ③ コピーした診療報酬明細書の以下の項目を黒く塗りつぶします（サインペン等を使用してください）。
 - ・ 保険医療機関の所在地及び名称
 - ・ 患者氏名（患者住所の記載もあれば黒く塗りつぶします）
- ④ 対象患者分（平成 19 年 6 月分）のレセプトコピー枚数があることを確認し、他の調査票（「施設票」・「患者個票」）とあわせて、事務局へ返送してください。

4. 作成イメージの例示

診療報酬明細書と患者氏名等の塗りつぶしのイメージについて、次頁に例示します。ご参考にしてください。

レセプトコピー作成イメージの例示

診療報酬明細書 (医科入院) 1社 平成18年11月分 県西

市町村	老人受	1 医科	1 社	1 単独	1 本入
公費①	公受①	保険			
公費②	公受②	記号・番号			

区分	07療養	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
氏名	[Redacted]		[Redacted]
職務上の事由	[Redacted]		

傷病名	(1) 腎盂癌 (2) 転移性脳腫瘍 (3) 廃用症候群 (4) 慢性気管支炎 (5) 糖尿病	診療開始日	(1) 18年 8月18日 (2) 18年 8月18日 (3) 18年 8月18日 (4) 18年 8月18日 (5) 18年 8月18日	診療日数	30日
以下、摘要欄		診療終了日		診療日数①	
11 初診	回		(6) 症候性てんかん	18. 8. 26	
13 医学管理			(7) 脱水症	18. 8. 26	
14 在宅			(8) 意識障害	18. 8. 26	
20 21 内服	32単 96		(9) 胆のう結石症	18. 8. 30	
22 屯服	単		②① * 塩化ナトリウム 6g	1 X 16	
23 外用	単		* ウルソ顆粒5% 6g	5 X 16	
24 調剤	16日 112		②① * 調剤料 (入院)	7 X 16	
26 麻毒	日		④④ * 喀痰吸引	48 X 16	
27 調基	42		* 鼻腔栄養	60 X 16	
30 31 皮下筋内	回		* アロテック吸入液2% 0.9mL		
32 静脈内	回		ピソルボン吸入液 0.2% 3mL		
33 その他	回		生理食塩液 (5mL) 6A	47 X 30	
40 処置	32回 1728		(吸入として使用)		
40 処置	3784		* キシロカインゼリー 2% 5mL 4 X 1		
50 手術・麻酔	回		交換用胃瘻カテーテル (胃留置型・パンパー型) (@23,700) 1個		
60 検査	回		(胃瘻カテーテル交換)	2370 X 1	
70 画像診断	回		* 18年11月17日療養病棟へ転棟		
80 その他			* 特外理由: 廃用症候群による重度の肢体不自由のため		
90 入院年月日	18年8月18日		③③ * 入院料		
90 病	90 入院基本料・加算		障害者施設等13対1入院基本料	1092 X 16	
障13	1092× 16日 17472		* 11月17~30日		
療B	1344× 14日 18816		(次頁に続く)		
特疾	× 日 7304		※高額療養費	円※公 点	
補2	× 日		97 基準1	640円×90 回※公 点	
栄養	× 日		特別	76円×90 回基準(生) 円× 回	
			食堂	50円×16 日 円× 回	
			生活	円× 日	
92 特定入院料・その他					
保険請求点※決定点	49,354	負担金額円	90	65,240	標準負担額円
①					23,400
②					

注) 上記のレセプトコピー例は、平成18年11月分のものとなっておりますが、今回提出していただくのは平成19年6月分のものであります。