

入 所 者 特 性 調 査 票

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

I 入所者の基本情報

連番
記入欄

1 性別	01 男 02 女	2 年齢	満 歳 (平成 22 年 6 月 23 日時点)
3 入所日	(昭和・平成) 年 月		
4 入所施設の種別	01 介護療養型老人保健施設 02 01 以外の老人保健施設		
5 入所時の理由 【該当する全てに○】	01 疾病が急性発症、又は急性増悪したため 02 継続的な高度な医療管理が必要なため 03 疾病の急性期状態が安定したため 04 継続的なリハビリが必要なため 05 医療施設もしくは他の介護施設でも対応できるが、適切な施設に空きがないため 06 在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療・介護サービスが確保できないため 07 在宅療養でも対応できるが、住宅改修等の住環境の整備ができないため 08 在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため 09 上記以外で、本人、家族等が強く希望するため 10 その他 ()		
6 入所前の居場所 【○を1つ】	01 自宅（家族等との同居も含む） 08 その他の医療機関の介護療養型医療施設 02 同一法人 ^{注1} の一般病棟 09 その他の医療機関のその他の病棟 03 同一法人の医療療養病棟 10 他の介護老人保健施設 04 同一法人の介護療養型医療施設 ^{注2} 11 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 05 同一法人のその他の病棟 12 その他の介護施設 ^{注3} 06 その他の医療機関の一般病棟 13 その他 () 07 その他の医療機関の医療療養病棟 ≪01 の場合、自宅での介護者の有無について該当するもの1つに○をつけてください≫ 01 日中、夜間とも介護ができる人がいない（介護者が病気等により介護できない場合も含む） 02 夜間のみ、介護ができる人がいる 05 不明 03 日中のみ、介護ができる人がいる 06 その他 () 04 日中、夜間とも介護ができる人がいる		

注1：貴施設と同一の法人、または関連する法人によって運営されている医療機関。

注2：老人性認知症疾患療養病棟を含む。

注3：有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、認知症グループホーム等。

II 入所者の状態等

7 現在治療中の 疾患 【該当する全てに○】 ※内服のみのものも含みます。ただし、現在治療していない既往歴は含めないでください。	01 脳血管疾患	07 糖尿病	13 気管支喘息
	02 骨折（大腿骨、脊髄等）	08 うつ・躁うつ	14 高血圧症
	03 認知症	09 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患	15 麻痺
	04 心疾患	10 てんかん	16 廃用症候群
	05 パーキンソン病関連疾患	11 慢性腎機能障害・腎不全	17 疾患は特になし
	06 悪性新生物（がん）	12 肺炎（誤嚥性肺炎を含む）	18 その他 ()
8 要介護度 【○を1つ】	01 未申請・申請中 03 要支援1 05 要介護1 07 要介護3 09 要介護5 02 非該当 04 要支援2 06 要介護2 08 要介護4 10 不明 ≪02～09 の場合、その要介護度の認定時期として該当する方をお選びください≫ 01 認定を受けて3カ月以内 02 認定を受けて3カ月以上経過		
9 認知症高齢者の 日常生活自立度 【○を1つ】	≪別添の記入要領に基づきご記入ください≫ 01 自立 03 II 05 IIIb 07 M 02 I 04 IIIa 06 IV		

想定できる範囲で記入してください。

カルテ等に記載してある場合など、把握している範囲で記入してください。

13 今後の生活・療養の場に関する本人の希望 【〇を1つ】	01 意思表示不能	06 他の介護老人保健施設での療養を希望
	02 希望は把握していない	07 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）での療養を希望
	03 現在の療養場所での療養を希望	08 その他の介護施設での療養を希望
	04 自宅での療養を希望	09 その他（ ）
	05 医療機関での療養を希望	
14 今後の生活・療養の場に関する家族の希望 【〇を1つ】	01 家族はいない	06 他の介護老人保健施設での療養を希望
	02 希望は把握していない	07 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）での療養を希望
	03 現在の療養場所での療養を希望	08 その他の介護施設での療養を希望
	04 自宅での療養を希望	09 その他（ ）
	05 医療機関での療養を希望	

V 入所者への医療の提供状況（医療区分等）に係る評価

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

◇なお、この評価項目は、療養病棟を有する医療機関で使用される医療区分等に基づき作成されています。記入要領をご参照いただきながら、該当する全ての項目に○をつけるようにしてください。特に※の項目の定義については、必ず記入要領で確認してから判断してください。

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

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

Ⅵ ADL区分に係る評価

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

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

記 入 欄	
A ベッド上の可動性	点
B 移乗	点
C 食事	点
D トイレの使用	点