

事例調査票

【調査票のご記入について】

- ※ 事例回答については、それぞれ過去1年間の対応事例についてご回答ください(過去1年で事例回答件数に満たない場合でも、1年以内の事例についてのみご回答いただき、1年以上前の事例について、ご回答いただく必要はありません)。短期入所の利用者は対象に含みません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答下さい。
- ※ 特に断りのない限り、問1は死亡時点、問2、問3は搬送時点の状況についてご回答ください。
- ※ 調査票の提出期限は、令和6年11月8日(金)にてお願いしております。
- ※ 問3については、1週間程度の予定入院は含めずにお答えください。
- ※ 看取り期:ここでは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態にあると判断した場合を言います。
- ※ 救急搬送:ここでは消防の救急車を呼び搬送したケースのほか、自施設の車等で搬送し、緊急受診したケースも含みます。

問1)過去1年間(令和5年10月から令和6年9月)において、貴施設の施設内で看取り(死亡退所)になった事例のうち、直近5件について伺います。

過去1年以内に、施設内にて看取りを実施しましたか。	1. はい 2. いいえ→問2)(4頁)に進んでください
問1-2. 上記質問で1. はいと回答の場合は、下記の問にお進みください。	
施設内で看取り[死亡退所]になった、直近の事例 ①～⑤についてご回答ください。	

看取り:事例①

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号	該当がない場合の疾患名:	
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号	該当がない場合の疾患名:	
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		

看取り:事例②

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		

看取り:事例③

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		

看取り:事例④

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		

看取り:事例⑤

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		

問2) 過去1年間(令和5年10月から令和6年9月)において、貴施設にて看取り対応中に、救急搬送された事例のうち、直近の2件について伺います。

過去1年以内に、看取り対応中に救急搬送された入所者はいましたか。	1. はい 2. いいえ→問3)(6頁)へ進んでください
問2-2. 上記質問で1. はいと回答の場合は、下記の問にお進みください。	
施設内で看取り対応中の入所者が、救急搬送された直近の事例⑥・⑦についてご回答ください	

看取り中の救急搬送:事例⑥

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~ 西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種類	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合 (14)ACPの話し合いで定まった方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤帯(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

看取り中の救急搬送:事例⑦

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合			1. 一致していた
(14)ACPの話し合いで定めた方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。			2. 一致していなかった
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤帯(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

問3) 過去1年間(令和5年10月から令和6年9月)において、看取り対応中以外で、医療機関へ救急搬送された事例のうち、直近の3件について伺います。

※1週間程度の予定入院の事例は対象外です。

過去1年以内に、看取り対応中以外の入所者で救急搬送された方はいましたか。	1. はい 2. いいえ⇒質問は以上で終わりです
問3-2. 上記質問で1. はいと回答の場合は、下記の間にお進みください。	
施設内で看取り対応中以外の入所者が、救急搬送された直近の事例⑧～⑩についてご回答ください。	

看取り対応中以外の救急搬送: 事例⑧

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日～西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種類	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合			1. 一致していた 2. 一致していなかった
(14)ACPの話し合いで定めた方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。			
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00～8:00) 2. 日中(8:00～16:00) 3. 夜勤前(16:00～18:00) 4. 夜勤帯(18:00～翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

看取り対応中以外の救急搬送:事例⑨

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合 (14)ACPの話し合いで定まった方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤帯(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

看取り対応中以外の救急搬送:事例⑩

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合 (14)ACPの話し合いで定まった方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤帯(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

診断名リスト

別紙

ICDコード分類	番号	診断名
循環器系等の疾患	1	脳梗塞
	2	脳出血
	3	多発性脳梗塞
	4	くも膜下出血
	5	硬膜下血腫
	6	硬膜下血腫および脳挫傷
	7	その他の脳血管疾患
	8	高血圧症(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)
	9	慢性心不全
	10	心筋梗塞
	11	狭心症
	12	不整脈
	13	心房細動
	14	その他の心疾患
	15	閉塞性動脈硬化症
	16	その他の中枢または末梢血管の疾患
精神及び行動の障害	17	アルツハイマー型認知症
	18	脳血管性認知症
	19	レビー小体型認知症
	20	下記以外の認知症 (脳血管性・アルツハイマー型・混合型・レビー小体型・ピック病)
	21	前頭・側頭葉型認知症(ピック病等)
	22	混合型認知症
	23	まだ確定診断のついていない認知症
	24	うつ病
	25	統合失調症
	26	その他の精神疾患
神経系の疾患	27	パーキンソン病
	28	パーキンソン病以外の脊髄小脳変性疾患
	29	症候性てんかん、てんかん
	30	その他の中枢神経疾患
	31	末梢神経疾患
内分泌、栄養及び代謝疾患	32	糖尿病(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)
	33	栄養障害
	34	肥満
	35	脂質異常症(高脂血症)
	36	甲状腺機能障害
	37	その他の代謝・内分泌疾患
筋骨格系及び結合組織の疾患	38	脊髄損傷
	39	脊柱管狭窄症
	40	変形性脊椎症
	41	下肢の変形性関節症(股関節・膝関節)
	42	上肢の変形性関節症(肩関節・肘関節)
	43	大腿骨の骨折(手術を行った)
	44	大腿骨以外の骨折(手術を行った)
	45	骨折(保存的治療のみ)
	46	骨粗しょう症
	50	関節リウマチ
51	関節リウマチ以外の全身性結合組織障害	
52	筋、軟部組織の障害	
呼吸器系の疾患	53	気管支喘息
	54	肺気腫等慢性閉塞性肺疾患
	55	誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症
	56	急性呼吸器感染症
	57	その他肺および胸膜など呼吸器の疾患

ICDコード分類	番号	診断名
腎尿路生殖系等の疾患	58	腎不全(慢性・急性を含む)
	59	尿路結石症など尿路の疾患
	60	尿路感染症(膀胱炎など)
	61	乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患
	62	前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患
消化器系の疾患	63	胃・食道疾患
	64	小腸・大腸の疾患
	65	肝胆膵の疾患
	66	ヘルニア
	67	肛門の疾患
	68	その他の消化器の疾患(腹膜、口腔、唾液腺、顎等を含む)
	69	悪性新生物
新生物	70	良性新生物およびその他特定されない新生物
眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患	71	緑内障・白内障などの眼およびその付属器の疾患
	72	耳および乳様突起の疾患
皮膚及び皮下組織の疾患	73	疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症
	74	水疱症(天疱瘡・類天疱瘡等)
	75	アレルギー性皮膚疾患
	76	褥創
	77	皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患
	78	感染症
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	79	貧血
	80	貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患
周産期に発生した病態	81	周産期や小児期の疾患の後遺症(脳性麻痺、精神発達遅滞を含む)
先天奇形、変形及び染色体異常	82	先天奇形・変形および染色体異常
損傷、中毒及びその他の外因の影響	83	損傷、中毒及びその他の外因の影響

その他特記すべき状態	84	PTCA等心臓手術の既往
	85	ペースメーカー装着者
	86	気管切開状態
	87	透析
	88	尿道カテーテル留置や人工膀胱状態
	89	経鼻胃管や胃瘻等経管栄養状態
	90	HBVキャリア
	91	HCVキャリア
	92	褥創
	93	片麻痺
	94	失語
	95	片麻痺・失語以外の高次機能障害