

中医協 総-1参考  
6 . 1 1 . 6

中医協 診-1参考  
6 . 1 1 . 6

診調組 入-1参考(改)  
6 . 1 0 . 3 0

共-1

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

**施設調査票 (A~D全施設共通)**

R6年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“\*”を付けております。

※本調査票は全施設（A・B・C・D区分）共通の調査票です。

※本調査票の後、貴院該当の区分（A・B・C・D区分いずれか）の調査票が綴じられています。

※本冊子にある調査票（全施設共通調査票及び貴院該当の区分の調査票）は両方ご回答ください。

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 施設名 |  | 施設ID |  |
|-----|--|------|--|

問1 貴院の開設者についてお伺いします。

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 1-1 | 開設者についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）   | 《回答欄》   |
|     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 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）</li> <li>2 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）</li> <li>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）</li> <li>4 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）</li> <li>5 医療法人（社会医療法人は含まない）</li> <li>6 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）</li> <li>7 個人</li> </ol> | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> |

問2 貴施設と同一敷地内又は隣接する施設についてお伺いします。

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 2-1 貴院と同一敷地内又は隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 01 病院(貴院以外)  |  | 01    |
| 02 一般診療所(貴院以外)   |  | 02    |
| 03 訪問看護ステーション  |  | 03    |
| 04 介護老人保健施設  |  | 04    |
| 05 介護老人福祉施設  |  | 05    |
| 06 介護医療院   |  | 06    |
| 07 医療型短期入所(障害福祉サービス)   |  | 07    |
| 08 認知症高齢者グループホーム   |  | 08    |
| 09 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))                           |  | 09    |
| 10 サービス付き高齢者向け住宅(09を除く)  |  | 10    |
| 11 短期入所生活介護事業所   |  | 11    |
| 12 (介護予防)短期入所療養介護  |  | 12    |
| 13 (介護予防)小規模多機能型居宅介護   |  | 13    |
| 14 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)  |  | 14    |
| 15 訪問介護事業所   |  | 15    |
| 16 通所介護事業所   |  | 16    |
| 17 (介護予防)訪問リハビリテーション   |  | 17    |
| 18 (介護予防)通所リハビリテーション   |  | 18    |
| 19 (介護予防)居宅療養管理指導  |  | 19    |
| 20 居宅介護支援事業所   |  | 20    |
| 21 地域包括支援センター  |  | 21    |
| 22 保険薬局(敷地内)   |  | 22    |
| 23 保険薬局(隣接)  |  | 23    |
| 24 なし  |  | 24    |
| 25 その他   |  | 25    |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 《2-1で「22」を選択した場合にご回答ください。》   |  |       |
| 2-2 当該保険薬局との賃貸借取引等の状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載)                         |  | 《回答欄》 |
| 1 保険医療機関と直接不動産の賃貸借取引(保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者又は法人の役員が名義人となっている場合を含む)がある保険薬局                    |  |       |
| 2 保険医療機関と第三者を通じて不動産の賃貸借取引(賃料が発生しない場合を含む)がある(第三者による転借が複数回行われている場合を含む)保険薬局                   |  |       |
| 3 保険医療機関が譲り渡した不動産(保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む)を利用して開局している保険薬局                                      |  |       |
| 4 保険薬局が所有する施設・設備を保険医療機関に貸与している保険薬局   |  |       |
| 5 保険医療機関による開局時期の指定を受けて開局している(病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む)(公募の際に、開局時期が明示されていない場合を含む)保険薬局 |  |       |

問3 貴院において標榜している診療科をお伺いします。

|   |             |  |  |
|---|-------------|--|--|
| 3-1 貴院において標榜している診療科をすべてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |             |  |  |
| 01  | 内科          |  |  |
| 02  | 呼吸器内科       |  |  |
| 03  | 循環器内科       |  |  |
| 04  | 消化器内科(胃腸内科) |  |  |
| 05  | 腎臓内科        |  |  |
| 06  | 脳神経内科       |  |  |
| 07  | 糖尿病内科(代謝内科) |  |  |
| 08  | 血液内科        |  |  |
| 09  | 皮膚科         |  |  |
| 10  | アレルギー科      |  |  |
| 11  | リウマチ科       |  |  |
| 12  | 感染症内科       |  |  |
| 13  | 小児科         |  |  |
| 14  | 精神科         |  |  |
| 15  | 心療内科        |  |  |
| 16  | 外科          |  |  |
| 17  | 呼吸器外科       |  |  |
| 18  | 心臓血管外科      |  |  |
| 19  | 乳腺外科        |  |  |
| 20  | 気管食道外科      |  |  |
| 21  | 消化器外科(胃腸外科) |  |  |
| 22  | 泌尿器科        |  |  |
| 23  | 肛門外科        |  |  |
| 24  | 脳神経外科       |  |  |
| 25  | 整形外科        |  |  |
| 26  | 形成外科        |  |  |
| 27  | 美容外科        |  |  |
| 28  | 眼科          |  |  |
| 29  | 耳鼻いんこう科     |  |  |
| 30  | 小児外科        |  |  |
| 31  | 産婦人科        |  |  |
| 32  | 産科          |  |  |
| 33  | 婦人科         |  |  |
| 34  | リハビリテーション科  |  |  |
| 35  | 放射線科        |  |  |
| 36  | 麻酔科         |  |  |
| 37  | 病理診断科       |  |  |
| 38  | 臨床検査科       |  |  |
| 39  | 救急科         |  |  |
| 40  | 歯科          |  |  |
| 41  | 矯正歯科        |  |  |
| 42  | 小児歯科        |  |  |
| 43  | 歯科口腔外科      |  |  |

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。

|                                 |             |   |
|---------------------------------|-------------|---|
| 4-1 許可病床数をご回答ください。(令和6年11月1日時点) |             |   |
| 01                              | 許可病床        | 床 |
| 02                              | 01のうち、一般病床  | 床 |
| 03                              | 01のうち、療養病床  | 床 |
| 04                              | 01のうち、精神病床  | 床 |
| 05                              | 01のうち、結核病床  | 床 |
| 06                              | 01のうち、感染症病床 | 床 |

| 4-2 届出病床数について入院料毎にご回答ください。(令和6年11月1日時点) |                      |   |    |                        |   |
|---|----------------------|---|----|------------------------|---|
| 01                                      | 急性期一般入院料1            | 床 | 41 | ハイケアユニット入院医療管理料2       | 床 |
| 02                                      | 急性期一般入院料2            | 床 | 42 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料       | 床 |
| 03                                      | 急性期一般入院料3            | 床 | 43 | 小児特定集中治療室管理料           | 床 |
| 04                                      | 急性期一般入院料4            | 床 | 44 | 新生児特定集中治療室管理料1         | 床 |
| 05                                      | 急性期一般入院料5            | 床 | 45 | 新生児特定集中治療室管理料2         | 床 |
| 06                                      | 急性期一般入院料6            | 床 | 46 | 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 | 床 |
| 07                                      | 地域一般入院料1             | 床 | 47 | 母体・胎児集中治療室管理料          | 床 |
| 08                                      | 地域一般入院料2             | 床 | 48 | 新生児集中治療室管理料            | 床 |
| 09                                      | 地域一般入院料3             | 床 | 49 | 新生児治療回復室入院医療管理料        | 床 |
| 10                                      | 療養病棟入院料1             | 床 | 50 | 地域包括医療病棟入院料            | 床 |
| 11                                      | 療養病棟入院料2             | 床 | 51 | 地域包括ケア病棟入院料1           | 床 |
| 12                                      | 結核病棟入院基本料            | 床 | 52 | 地域包括ケア入院医療管理料1         | 床 |
| 13                                      | 精神病棟入院基本料(10対1)      | 床 | 53 | 地域包括ケア病棟入院料2           | 床 |
| 14                                      | 精神病棟入院基本料(13対1)      | 床 | 54 | 地域包括ケア入院医療管理料2         | 床 |
| 15                                      | 精神病棟入院基本料(15対1)      | 床 | 55 | 地域包括ケア病棟入院料3           | 床 |
| 16                                      | 精神病棟入院基本料(18対1)      | 床 | 56 | 地域包括ケア入院医療管理料3         | 床 |
| 17                                      | 精神病棟入院基本料(20対1)      | 床 | 57 | 地域包括ケア病棟入院料4           | 床 |
| 18                                      | 専門病院入院基本料(7対1)       | 床 | 58 | 地域包括ケア入院医療管理料4         | 床 |
| 19                                      | 専門病院入院基本料(10対1)      | 床 | 59 | 回復期リハビリテーション病棟入院料1     | 床 |
| 20                                      | 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1) | 床 | 60 | 回復期リハビリテーション病棟入院料2     | 床 |
| 21                                      | 障害者施設等入院基本料(7対1)     | 床 | 61 | 回復期リハビリテーション病棟入院料3     | 床 |
| 22                                      | 障害者施設等入院基本料(10対1)    | 床 | 62 | 回復期リハビリテーション病棟入院料4     | 床 |
| 23                                      | 障害者施設等入院基本料(13対1)    | 床 | 63 | 回復期リハビリテーション病棟入院料5     | 床 |
| 24                                      | 障害者施設等入院基本料(15対1)    | 床 | 64 | 回復期リハビリテーション入院医療管理料    | 床 |
| 25                                      | 特殊疾患入院医療管理料          | 床 | 65 | 小児入院医療管理料1             | 床 |
| 26                                      | 特殊疾患病棟入院料1           | 床 | 66 | 小児入院医療管理料2             | 床 |
| 27                                      | 特殊疾患病棟入院料2           | 床 | 67 | 小児入院医療管理料3             | 床 |
| 28                                      | 緩和ケア病棟入院料1           | 床 | 68 | 小児入院医療管理料4             | 床 |
| 29                                      | 緩和ケア病棟入院料2           | 床 | 69 | 精神科救急急性期医療入院料          | 床 |
| 30                                      | 救命救急入院料1             | 床 | 70 | 精神科急性期治療病棟入院料1         | 床 |
| 31                                      | 救命救急入院料2             | 床 | 71 | 精神科急性期治療病棟入院料2         | 床 |
| 32                                      | 救命救急入院料3             | 床 | 72 | 精神科救急・合併症入院料           | 床 |
| 33                                      | 救命救急入院料4             | 床 | 73 | 児童・思春期精神科入院医療管理料       | 床 |
| 34                                      | 特定集中治療室管理料1          | 床 | 74 | 精神療養病棟入院料              | 床 |
| 35                                      | 特定集中治療室管理料2          | 床 | 75 | 認知症治療病棟入院料1            | 床 |
| 36                                      | 特定集中治療室管理料3          | 床 | 76 | 認知症治療病棟入院料2            | 床 |
| 37                                      | 特定集中治療室管理料4          | 床 | 77 | 精神科地域包括ケア病棟入院料         | 床 |
| 38                                      | 特定集中治療室管理料5          | 床 | 78 | 地域移行機能強化病棟入院料          | 床 |
| 39                                      | 特定集中治療室管理料6          | 床 | 79 | その他                    | 床 |
| 40                                      | ハイケアユニット入院医療管理料1     | 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 <sup>※1</sup> ）についてご回答ください。（令和6年11月1日時点） |  |   |                      |
|--|--|---|----------------------|
| 01 常勤医師  |  | 人 | 14 視能訓練士             |
| 02 非常勤医師(実数 <sup>※2</sup> )                                      |  | 人 | 15 公認心理師             |
| 03 非常勤医師（常勤換算）   |  | 人 | 16 診療放射線技師           |
| 04 歯科医師  |  | 人 | 17 臨床検査技師            |
| 05 看護師   |  | 人 | 18 臨床工学技士            |
| 06 准看護師  |  | 人 | 19 歯科衛生士             |
| 07 看護補助者   |  | 人 | 20 相談員               |
| 08 07のうち、介護福祉士   |  | 人 | 21 20のうち、社会福祉士       |
| 09 薬剤師   |  | 人 | 22 20のうち、精神保健福祉士     |
| 10 管理栄養士   |  | 人 | 23 保育士 <sup>※3</sup> |
| 11 理学療法士   |  | 人 | 24 医師事務作業補助者         |
| 12 作業療法士   |  | 人 | 25 事務職員              |
| 13 言語聴覚士   |  | 人 | 26 その他の職員            |

## ※1 常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の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点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数＋常勤換算した非常勤の職員数）

例：常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の施設で、週4日（各日3時間）従事している職員が1人の場合

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

## ※2 実数は常勤換算せずに、人数としてカウントしてください

## ※3 「保育士」は、子どもの患者に対するケアを行う保育士を計上してください。なお、院内保育所に勤務している保育士は含みません。

問6 貴院の外来患者数、入院患者数及び救急搬送件数についてお伺いします。

|  |    |   |
|--|----|---|
| 6-1 患者数や該当する件数についてご回答ください。(令和5年11月1日～令和6年10月31日) |    |   |
| <b>01 外来患者数</b>                                  |    |   |
| <b>a</b> 01のうち、初診の患者数                            |    | 人 |
| <b>b</b> aのうち、紹介状により紹介された患者数                     |    | 人 |
| <b>c</b> 01のうち、再診の患者数                            |    | 人 |
| <b>d</b> 01のうち、紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者数           |    | 人 |
| <b>02 入院患者数</b>                                  |    |   |
| <b>a</b> 02のうち、実患者数 <sup>※1</sup>                |    | 人 |
| <b>b</b> aのうち、高次救急医療機関における救急診療の後、転院搬送で受け入れた患者数   |    | 人 |
| <b>c</b> aのうち、協力対象施設入所者入院加算を算定した患者数              |    | 人 |
| <b>d</b> 02のうち、延べ入院患者数 <sup>※2</sup>             | 延べ | 人 |
| <b>03 救急搬送受入れ件数(入院に至らなかった外来のみの患者含む)</b>          |    |   |
| <b>a</b> 03のうち、入院した患者数                           |    | 人 |
| <b>b</b> aのうち、救急医療管理加算を算定した患者数                   |    | 人 |
| <b>c</b> bのうち、時間外に入院した患者数                        |    | 人 |
| <b>d</b> 03のうち、他の医療機関へ転院搬送した患者数                  |    | 人 |

※1 実患者数は、入院期間に関わらず1日でも入院した患者を1人と計算してください。

ただし、退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

※2 延べ入院患者数は1人1日の入院を1人とカウントしてください。

問7 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。

|   |  |    |
|---|--|----|
| 7-1 入退院支援加算の届出の有無についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  |    |
| <b>01</b> 入退院支援加算1を届け出ている                                       |  | 01 |
| <b>02</b> 入退院支援加算2を届け出ている                                       |  | 02 |
| <b>03</b> 入退院支援加算3を届け出ている                                       |  | 03 |
| <b>04</b> 地域連携診療計画加算を届け出ている                                     |  | 04 |
| <b>05</b> 入院時支援加算を届け出ている  |  | 05 |
| <b>06</b> 総合機能評価加算を届け出ている                                       |  | 06 |
| <b>07</b> 入退院支援加算を届け出していない(入退院支援部門を設置している)                      |  | 07 |
| <b>08</b> 入退院支援加算を届け出していない(入退院支援部門を設置していない)                     |  | 08 |

《回答欄》

|   |                  |    |
|---|------------------|----|
| 《 7-1で 「01 入退院支援加算 1 を届け出ている」と回答した場合にご回答ください。》                    |                  |    |
| 7-2 連携機関 <sup>※1</sup> 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6年11月1日時点) |                  |    |
| 01 連携機関数の合計   | a 連携先の施設数        | 施設 |
|   | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 02 01のうち、病院   | a 連携先の施設数        | 施設 |
|   | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 03 01のうち、診療所  | a 連携先の施設数        | 施設 |
|   | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 04 01のうち、介護保険サービス事業所  | a 連携先の施設数        | 施設 |
|   | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 05 01のうち、障害福祉サービス事業所  | a 連携先の施設数        | 施設 |
|   | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 06 01のうち、その他の施設   | a 連携先の施設数        | 施設 |
|   | b うち、特別の関係にある施設数 | 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も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も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回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

|   |    |       |
|---|----|-------|
| 《 7-1で 「07 入退院支援加算を届け出していない(入退院支援部門を設置している)」又は「08 入退院支援加算を届け出していない(入退院支援部門を設置していない)」を選択した場合にご回答ください。》   |    |       |
| 7-3 入退院支援加算を届け出していない理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)  |    |       |
| 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  | 01 | 《回答欄》 |
| 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  | 02 | 《回答欄》 |
| 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  | 03 | 《回答欄》 |
| 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  | 04 | 《回答欄》 |
| 05 05 入退院支援、5年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師(3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。)又は入退院支援、5年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有する専任の看護師(3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。)及び専従の社会福祉士が配置が困難なため | 05 | 《回答欄》 |
| 06 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため  | 06 | 《回答欄》 |
| 07 退院支援が必要な患者が少ないため   | 07 | 《回答欄》 |
| 08 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 | 《回答欄》 |
| 09 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   | 09 | 《回答欄》 |
| 10 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  | 10 | 《回答欄》 |
| 11 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため  | 11 | 《回答欄》 |
| 12 その他 <input type="text"/>   | 12 | 《回答欄》 |

|  |       |
|--|-------|
| 《 入退院支援加算 1～3 を届け出ているが、入院時支援加算を届け出していない場合にご回答ください。》                        |       |
| 7-4 入退院時支援加算を届け出していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）                        | 《回答欄》 |
| 01 入院前支援を行うものとして、入退院支援部門に、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又は社会福祉士の配置が困難なため | 01    |
| 02 転院又は退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため   | 02    |
| 03 地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため   | 03    |
| 04 その他 <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>            | 04    |

■ 問8は、貴院が**入退院支援加算 1～3**を届け出ている場合にご回答ください。

問8 貴院の入退院支援に関する状況についてお伺いします。

|  |   |
|--|---|
| 8-1 入退院支援加算 1・2 を算定した患者について、患者数とその患者の退院困難な要因をご回答ください。<br>(令和 6 年 8 月～10 月 3 か月)<br>※「退院困難な要因」に複数該当する場合は、最も退院困難な要因の項目に計上してください。 |   |
| 01 入退院支援加算 1・2 を算定した患者数  | 人 |
| 02 「退院困難な要因」の内訳  |   |
| a 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  | 人 |
| b 緊急入院であること  | 人 |
| c 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<br>又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること※1   | 人 |
| d コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者   | 人 |
| e 強度行動障害の状態の者  | 人 |
| f 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   | 人 |
| g 生活困窮者であること   | 人 |
| h 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）  | 人 |
| i 排泄に介助を要すること  | 人 |
| j 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  | 人 |
| k 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   | 人 |
| l 入退院を繰り返していること  | 人 |
| m 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること  | 人 |
| n 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること   | 人 |
| o 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること  | 人 |
| p その他患者の状況から判断してaからoまでに準ずると認められる場合   | 人 |

※ 1 02-c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。

|  |   |        |   |
|--|---|--------|---|
| 8-2 入院時支援加算を算定した患者について、患者数と入院前に実施した事項についてご回答ください。<br>(令和6年8月～10月3か月)<br>※ 02については、各項目に該当する人数を計上してご回答ください。                    |   |        |   |
| 01 入院時支援加算を算定した患者数   |   |        | 人 |
| 02 入院前に実施した事項  |   |        |   |
| a  | 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握                                    |        | 人 |
| b  | 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                                 |        | 人 |
| c  | 褥瘡に関する危険因子の評価   |        | 人 |
| d  | 栄養状態の評価   |        | 人 |
| e  | 服薬中の薬剤の確認   |        | 人 |
| f  | 退院困難な要因の有無の評価   |        | 人 |
| g  | 入院中に行われる治療・検査の説明  |        | 人 |
| h  | 入院生活の説明   |        | 人 |
| * 8-3 入院時支援加算を算定した患者のうち、入院事前調整加算を算定した患者数についてご回答ください。   |   |        |   |
| 入院事前調整加算を算定した患者数 (令和6年8月～10月3か月)   |   |        | 人 |
| 8-4 連携医療機関の面会回数 (1施設あたり) についてご回答ください。  |   |        |   |
| 01   | 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<br>(令和5年11月1日～令和6年10月31日の間)      | a 最大回数 | 回 |
|  |   | b 最小回数 | 回 |
| 02   | 01のうち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション<br>(ビデオ通話) が可能な機器を用いて面会を行った場合 | a 最大回数 | 回 |
|  |   | b 最小回数 | 回 |
| 8-5 介護支援等連携指導料の算定回数及び相談支援専門員との連携についてご回答ください。<br>(令和5年11月1日～令和6年10月31日)   |   |        |   |
| 01 介護支援等連携指導料の算定回数   |   |        | 回 |
| 02 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)   |   |        | 回 |
| 8-6 算定対象病床についてご回答ください。 (令和6年11月1日時点)   |   |        |   |
| 01 「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「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 |   |        |   |
| 02 「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   |   |        |   |

問9 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。

|  |                      |       |
|--|----------------------|-------|
| 9-1 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についてご回答ください。<br>(最も該当するものに◎、該当するものに○) |                      | 《回答欄》 |
| 01 自宅付近に、通いやすい外来診療所・医療機関が少ない                                       |                      | 01    |
| 02 自宅付近に、訪問診療を行う医療機関が少ない   |                      | 02    |
| 03 自宅付近に、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない                                       |                      | 03    |
| 04 自宅付近に、訪問リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない                              |                      | 04    |
| 05 自宅付近に、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    |
| 06 自宅付近に、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    |
| 07 自宅付近に、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    |
| 08 自宅付近に、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    |
| 09 自宅付近に、短期入所サービスを行う事業所が少ない  |                      | 09    |
| 10 自宅付近に、看取りを行える介護施設が少ない   |                      | 10    |
| 11 特になし  |                      | 11    |
| 12 その他   | <input type="text"/> | 12    |

問10 貴院の救急医療体制についてお伺いします。

|  |          |                      |
|--|----------|----------------------|
| 10-1 救急告示の有無についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |          | 《回答欄》                |
| 1 救急告示あり   | 2 救急告示なし | <input type="text"/> |

|   |                         |                      |
|---|-------------------------|----------------------|
| 10-2 救急医療体制についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |                         | 《回答欄》                |
| 1 高度救命救急センター  | 4 いずれにも該当しないが救急部門を有している | <input type="text"/> |
| 2 救命救急センター  | 5 救急部門を有していない           |                      |
| 3 二次救急医療機関  |                         |                      |

《10-2で「3」を選択した場合にご回答ください。》

|   |                      |       |
|---|----------------------|-------|
| 10-3 該当する二次救急医療体制についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》 |
| 01 病院群輪番制 <sup>※1</sup>   |                      | 01    |
| 02 拠点型 <sup>※2</sup>  |                      | 02    |
| 03 共同利用型 <sup>※3</sup>  |                      | 03    |
| 04 その他  | <input type="text"/> | 04    |

※1 地域内の病院群が共同連携して、輪番方式により救急患者の受入れ体制を整えている場合をいう。

※2 病院群輪番制の一つで、365日に入院を要する救急患者の受入れ体制を整えている場合をいう（いわゆる「固定輪番制」や「固定通年制」等も含む）。

※3 医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を開放し、地域医師会の協力により実施するものをいう。

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 10-4 承認等の状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)(該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 01 特定機能病院  |  | 01    |
| 02 地域医療支援病院  |  | 02    |
| 03 災害拠点病院  |  | 03    |
| 04 小児救命救急センター  |  | 04    |
| 05 小児救急医療拠点病院  |  | 05    |
| 06 総合周産期母子医療センター                                     |  | 06    |
| 07 地域周産期母子医療センター                                     |  | 07    |
| 08 常時対応型精神科救急医療施設                                    |  | 08    |
| 09 病院群輪番型精神科救急医療施設                                   |  | 09    |
| 10 身体合併症対応施設   |  | 10    |
| 11 紹介受診重点医療機関  |  | 11    |
| 12 上記のいずれも該当しない                                      |  | 12    |

|  |                       |   |
|--|-----------------------|---|
| * 10-5 救急外来患者数 <sup>※4</sup> についてご回答ください。(令和6年10月1か月の延べ人数) |                       |   |
| 01 救急搬送で診療した患者数  | a 平日日中                | 人 |
|  | b 平日夜間(18時以降22時まで)    | 人 |
|  | c 平日深夜(22時以降翌8時まで)    | 人 |
|  | d 土日祝日の日中             | 人 |
|  | e 土日祝日の夜間(18時以降22時まで) | 人 |
|  | f 土日祝日の深夜(22時以降翌8時まで) | 人 |
| 02 救急搬送以外で診療した患者数  | a 平日日中                | 人 |
|  | b 平日夜間(18時以降22時まで)    | 人 |
|  | c 平日深夜(22時以降翌8時まで)    | 人 |
|  | d 土日祝日の日中             | 人 |
|  | e 土日祝日の夜間(18時以降22時まで) | 人 |
|  | f 土日祝日の深夜(22時以降翌8時まで) | 人 |

※4 記載の時間帯に診療が開始された患者数を記載

■ 10-6~10-8は、「二次救急医療機関」の場合にご回答ください。

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 10-6 救急外来の有無についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》 |
| 1 あり  | 2 なし |       |

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 10-7 24時間の救急患者の受入れ体制についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》 |
| 1 あり  | 2 なし |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 10-8 受入れ患者についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》 |
| 1 自院に受診歴のある患者のみを受け入れている                             |  |       |
| 2 自院に受診歴がない患者も受け入れている                               |  |       |

■ 10-9～10-11は、救急告示病院の場合にご回答ください。

|   |   |   |
|---|---|---|
| 10-9 救急患者を受け入れている頻度についてご回答ください。(令和6年10月の任意の1週間) |   |   |
| 受け入れている頻度                                       | 週 | 日 |

|  |    |
|--|----|
| 10-10 救急患者を受け入れている時間帯についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 日中  | 01 |
| 02 夜間(18時以降22時まで)  | 02 |
| 03 深夜(22時以降翌8時まで)  | 03 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| * 10-11 以下のような患者の救急要請について、受入れを行っているかご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点)(該当するアルファベットすべて、右欄に○) |   |   |
| 01 日中  | a 自院の通院歴・入院歴を有する患者                      | a |
|  | b 要介護認定又は要支援認定に時間を要すると見込まれる患者           | b |
|  | c コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者           | c |
|  | d 精神疾患を有する患者                            | d |
|  | e 生活困窮者であり社会調整に時間を要する患者                 | e |
|  | f 入院前に比べADLが低下し、退院後の社会調整に時間を要すると見込まれる患者 | f |
|  | g 長期的な低栄養状態となることが見込まれる患者                | g |
|  | h 他医療機関から自施設への紹介状を有する患者                 | h |
|  | i その他                                   | i |
| 02 時間外<br>(診療表示時間外)  | a 自院の通院歴・入院歴を有する患者                      | a |
|  | b 要介護認定又は要支援認定に時間を要すると見込まれる患者           | b |
|  | c コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者           | c |
|  | d 精神疾患を有する患者                            | d |
|  | e 生活困窮者であり社会調整に時間を要する患者                 | e |
|  | f 入院前に比べADLが低下し、退院後の社会調整に時間を要すると見込まれる患者 | f |
|  | g 長期的な低栄養状態となることが見込まれる患者                | g |
|  | h 他医療機関から自施設への紹介状を有する患者                 | h |
|  | i その他                                   | i |

《回答欄》

|   |  |
|---|--|
| a |  |
| b |  |
| c |  |
| d |  |
| e |  |
| f |  |
| g |  |
| h |  |
| i |  |
| a |  |
| b |  |
| c |  |
| d |  |
| e |  |
| f |  |
| g |  |
| h |  |
| i |  |



■ 10-12・10-13は、全施設ご回答ください。

| 10-12 精神科救急患者の受入れ件数等についてご回答ください。（令和6年10月1か月） |   |
|--|---|
| <b>01</b> 精神疾患への対応が必要となった、又は精神科医による対応を行った件数  | 件 |
| <b>02</b> 01のうち、自院にかかりつけの患者の件数               | 件 |
| <b>a</b> 02のうち、自院の一般病床で入院した件数                | 件 |
| <b>b</b> 02のうち、自院の精神病床で入院した件数                | 件 |
| <b>c</b> 02のうち、他院に転院搬送した件数                   | 件 |
| <b>03</b> 01のうち、他院にかかりつけの患者の件数               | 件 |
| <b>a</b> 03のうち、自院の一般病床で入院した件数                | 件 |
| <b>b</b> 03のうち、かかりつけの他院に転院搬送した件数             | 件 |
| <b>c</b> 03のうち、かかりつけでない他院に転院搬送した件数           | 件 |
| <b>d</b> 03のうち、自院の精神病床で入院した件数                | 件 |
| <b>04</b> 01のうち、かかりつけの精神科がないもしくは不明の患者の対応件数   | 件 |
| <b>a</b> 04のうち、自院の一般病床で入院した件数                | 件 |
| <b>b</b> 04のうち、自院の精神病床で入院した件数                | 件 |
| <b>c</b> 04のうち、他院に転院搬送した件数                   | 件 |
| <b>05</b> 01のうち、非同意入院を行った件数                  | 件 |

| 《 10-12 で 「03」 が1件以上ある場合について、ご回答ください。》                           |    |
|--|----|
| 10-13 他院にかかりつけの患者が自院の救急外来を受診した理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| <b>01</b> 自院の近くで救急搬送が発生したため                                      | 01 |
| <b>02</b> 搬送時点ではかかりつけの医療機関があることが不明であったため                         | 02 |
| <b>03</b> かかりつけの他院が時間外対応を行っていないため                                | 03 |
| <b>04</b> かかりつけの他院が対応困難な身体合併症等を併存していたため                          | 04 |
| <b>05</b> その他 <input type="text"/>                               | 05 |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |

問11 貴院の在宅医療の提供状況についてお伺いします。

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| * 11-1 在宅医療に提供状況について、次のいずれかの届出を行っている場合、ご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                                   |
| <b>1</b> 機能強化型在宅療養支援病院（単独型）   | 《回答欄》<br><input type="checkbox"/> |
| <b>2</b> 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）   |                                   |
| <b>3</b> 機能強化型でない在宅療養支援病院   |                                   |
| <b>4</b> 在宅療養後方支援病院   |                                   |

《回答欄》

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

問12 貴院の介護保険施設等との協力体制についてお伺いします。

|  |                  |    |
|--|------------------|----|
| * 12-1 協力医療機関となっている介護保険施設等の数をご回答ください。(令和6年11月1日時点) |                  |    |
| 01 協力対象施設数の合計                                      | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 02 01のうち、介護医療院                                     | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 03 01のうち、介護老人保健施設                                  | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 04 01のうち、特別養護老人ホーム                                 | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 05 01のうち、有料老人ホーム                                   | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 06 01のうち、サービス付き高齢者向け住宅<br>(有料老人ホームを除く)             | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 07 01のうち、軽費老人ホーム                                   | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 08 01のうち、養護老人ホーム                                   | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 09 01のうち、認知症グループホーム                                | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 10 01のうち、障害者支援施設                                   | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |
| 11 01のうち、その他の施設                                    | a 協力対象の施設数       | 施設 |
|  | b うち、特別の関係にある施設数 | 施設 |

|  |   |    |
|--|---|----|
| * 12-2 協力医療機関を担うよう依頼を受け、実際に協力医療機関となっているかについてご回答ください。 |   |    |
| 01   | 令和6年1月1日～10月31日までに、協力医療機関を担うよう依頼を受けた施設数 | 施設 |
| 02   | 01のうち、依頼を断った施設数                         | 施設 |

|   |                                       |    |
|---|---------------------------------------|----|
| 《 1施設以上の協力医療機関である場合にご回答ください。》                         |                                       |    |
| * 12-3 協力対象施設への医療提供内容についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                                       |    |
| 01  | 診療の求めがあった場合に、常時、診療を行う体制を確保していること      | 01 |
| 02  | 入所者の急変時等において、常時、相談対応を行う体制を確保していること    | 02 |
| 03  | 入院を要すると認められた入所者を原則として受け入れる体制を確保していること | 03 |
| 04  | 訪問診療の提供                               | 04 |
| 05  | 医療機関に勤める医師が協力対象施設の配置医師として勤めている        | 05 |

《回答欄》

|   |                  |   |
|---|------------------|---|
| 12-4 協力対象施設への医療提供について、それぞれの実績についてご回答ください。<br>(令和6年10月1か月) |                  |   |
| 01  | 入所者の急変時等における相談対応 | 件 |
| 02  | 入所者の外来対応         | 件 |
| 03  | 入所者へ往診等の対応       | 件 |
| 04  | 入所者の入院の受入れ       | 件 |

《12-2で 依頼を断った件数が1件以上の場合にご回答ください。》

|  |  |    |
|--|--|----|
| * 12-5 協力医療機関となることを断った理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  |    |
| 01   | 診療の求めがあった場合に、常時、診療を行う体制を確保することが困難であるため                       | 01 |
| 02   | 入所者の急変時等において、常時、相談対応を行う体制を確保することが困難であるため                     | 02 |
| 03   | 入院を要すると認められた入所者を原則として受け入れる体制を確保することが困難であるため                  | 03 |
| 04   | 介護施設の入所者（認知症患者等）の対応をする体制が整っていないため                            | 04 |
| 05   | すでに複数の介護施設と連携しており、更なる連携先の拡充が困難であるため                          | 05 |
| 06   | 経営上のメリットが感じられないため  | 06 |
| 07   | 施設との金銭的な合意に至らなかったため  | 07 |
| 08   | 過去に施設とのトラブルを経験したことがあるため                                      | 08 |
| 09   | その他 <input style="width: 600px; height: 15px;" type="text"/> | 09 |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

問13 専門的知見を有する者<sup>※1</sup>の介護保険施設等への助言に係る業務についてお伺いします。

《感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定している場合にお答えください。》

|   |  |  |
|---|--|--|
| * 13-1 専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、他の保険医療機関に対する助言に係る業務及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務の有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |  |  |
|---|--|--|

《回答欄》

|   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| 1 | あり | 2 | なし |
|---|----|---|----|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

※1 「専門的知見を有する者」は各加算の要件に該当する医療従事者を指す。

|   |  |  |
|---|--|--|
| * 13-2 13-1 について、活用している加算についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  |  |
|---|--|--|

《回答欄》

|    |                      |    |
|----|----------------------|----|
| 01 | 感染対策向上加算（感染制御チーム）    | 01 |
| 02 | 緩和ケア診療加算（緩和ケアチーム）    | 02 |
| 03 | 外来緩和ケア管理料（緩和ケアチーム）   | 03 |
| 04 | 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（褥瘡管理者） | 04 |

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |

問14 栄養管理体制についてお伺いします。

|   |                      |       |
|---|----------------------|-------|
| * 14-1 栄養管理手順に位置づけている栄養スクリーニング・栄養評価のツールとして該当するものをすべて選択してください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》 |
| 01 GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition)                      |                      | 01    |
| 02 SGA (Subjective Global Assessment)   |                      | 02    |
| 03 MNA (Mini Nutritional Assessment)  |                      | 03    |
| 04 MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short-Form)                            |                      | 04    |
| 05 CONUT (Controlling Nutrition Status)                                       |                      | 05    |
| 06 GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index)                                    |                      | 06    |
| 07 MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)                               |                      | 07    |
| 08 NRS-2002 (Nutritional Risk Screening)                                      |                      | 08    |
| 09 アルブミン値   |                      | 09    |
| 10 病院独自のツール   |                      | 10    |
| 11 使用なし   |                      | 11    |
| 12 その他  | <input type="text"/> | 12    |

問15 身体的拘束<sup>※1</sup>を最小化する取組についてお伺いします。

|  |        |                          |
|--|--------|--------------------------|
| 15-1 身体的拘束を最小化するための指針の策定についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |        | 《回答欄》                    |
| 1 策定あり   | 2 策定なし | <input type="checkbox"/> |

※1 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。また、精神病床においては、精神保健福祉法に基づいて精神保健指定医の指示の下実施される、衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

|  |        |                          |
|--|--------|--------------------------|
| 15-2 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |        | 《回答欄》                    |
| 1 策定あり   | 2 策定なし | <input type="checkbox"/> |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 15-3 貴院における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○)        |  | 《回答欄》 |
| 01 身体的拘束の疑似体験   |  | 01    |
| 02 患者に医療処置を説明する掲示物の導入   |  | 02    |
| 03 緩衝マットの活用   |  | 03    |
| 04 鎮静を目的とした薬物の適正利用  |  | 04    |
| 05 身体的拘束実施の態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること                          |  | 05    |
| 06 身体的拘束を防ぐために職員を増員して対応   |  | 06    |
| 07 身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護師から構成される <b>身体的拘束最小化チーム</b> の設置                 |  | 07    |
| 08 07の身体的拘束最小化チームへの、薬剤師等、入院医療に携わる多職種の参加                                     |  | 08    |
| 09 07の身体的拘束最小化チームによる身体的拘束の実施状況の把握及び管理者を中心とした職員への周知                          |  | 09    |
| 10 07の身体的拘束最小化チームによる <b>身体的拘束を最小化するための指針</b> の作成及び職員への周知                    |  | 10    |
| 11 10の指針の定期的な見直し  |  | 11    |
| 12 10の指針内に、鎮静を目的とした薬物の適正使用についての内容を定めること                                     |  | 12    |
| 13 10の指針内に、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用した身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を定めること |  | 13    |
| 14 院長・看護師長が、身体的拘束を最小化する方針を自らの言葉で職員に伝え、発信している                                |  | 14    |
| 15 身体的拘束が行われるたびに、代替方策がないかどうか複数人数で検討する仕組みがある                                 |  | 15    |
| 16 身体的拘束の実施状況の全職員への公開・周知  |  | 16    |
| 17 身体的拘束の実施状況の院内掲示やHP掲載   |  | 17    |
| 18 その他 <input type="text"/>   |  | 18    |

|  |  |    |
|--|--|----|
| 15-4 身体的拘束を最小化するための組織についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に○) |  |    |
| 01 身体的拘束最小化チームを設置している                            |  | 01 |
| 02 身体的拘束最小化チームを設置していない                           |  | 02 |
| 03 その他 <input type="text"/>                      |  | 03 |

問16 人生の最終段階における医療・ケア及び緩和ケアに係る医療提供体制についてお伺いします。

|   |       |           |
|---|-------|-----------|
| 16-1 「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に係る指針を作成していますか。ご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |       | 《回答欄》     |
| 1 作成している  | 2 作成中 | 3 作成していない |

■ 16-2、16-3は、16-1で、「1 作成している」を選択した場合にご回答ください。

|   |           |       |
|---|-----------|-------|
| 16-2 当該指針の活用状況の把握をしているかについてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |           | 《回答欄》 |
| 1 定期的把握している   | 2 把握していない |       |

|   |               |       |
|---|---------------|-------|
| 16-3 当該指針の見直し等を行っているかについてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |               | 《回答欄》 |
| 1 定期的に見直し等を行っている  | 2 見直し等を行っていない |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 16-4 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ご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 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たようになった                               | 01    |
| 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                                   | 02    |
| 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たようになった | 03    |
| 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                              | 04    |
| 05  | その他 <input type="text"/>   | 05    |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 16-5 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ご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 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                | 01    |
| 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     | 02    |
| 03   | 患者及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いないこと            | 03    |
| 04   | 家族等がないこと                                     | 04    |
| 05   | 医療者側の病状判断と、患者及び家族の理解にずれが生じること                | 05    |
| 06   | 患者の意思決定に対して、患者及び家族間で合意形成が得られないこと             | 06    |
| 07   | 医療・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、合意形成が得られないこと  | 07    |
| 08   | 医療・ケアチームと、患者及び家族間で、方針について合意形成が得られないこと        | 08    |
| 09   | 繰り返し話し合いを持つ機会の確保をすること                        | 09    |
| 10   | 患者及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 | 10    |
| 11   | 患者及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       | 11    |
| 12   | 意思決定支援を行うスタッフの確保・養成をすること                     | 12    |
| 13   | 家族が来院する機会が少ないこと                              | 13    |
| 14   | その他 <input type="text"/>                     | 14    |

問17 面会時のルールについてお伺いします。

|  |                              |       |
|--|------------------------------|-------|
| 17-1 貴院における面会時のルールについてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                              | 《回答欄》 |
| 01   | 家族等の面会は24時間制限していない           | 01    |
| 02   | 面会時間を日中に制限している               | 02    |
| 03   | 面会時間を夜間にも設けている               | 03    |
| 04   | 面会は予約制である                    | 04    |
| 05   | 一部の病棟・診療科(NICU等)で面会を原則禁止している | 05    |
| 06   | 患者1人につき1日の面会人数を制限している        | 06    |
| 07   | 面会者の年齢(子供・高齢者等)に制限を設けている     | 07    |
| 08   | 面会者のワクチン接種状況等により制限を設けている     | 08    |
| 09   | 月・週の面会回数に制限を設けている            | 09    |
| 10   | 病棟内での面会を禁止し、面会場所を設けている       | 10    |
| 11   | その他 <input type="text"/>     | 11    |

問18 感染対策向上加算に関連する項目についてお伺いします。

|   |                    |       |
|---|--------------------|-------|
| 18-1 感染協定指定医療機関の指定状況について、ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                    | 《回答欄》 |
| 01  | 第一種協定指定医療機関である     | 01    |
| 02  | 第二種協定指定医療機関である     | 02    |
| 03  | 第一種協定指定医療機関の指定を検討中 | 03    |
| 04  | 第二種協定指定医療機関の指定を検討中 | 04    |
| 05  | 協定指定医療機関となる予定はない   | 05    |

|  |                       |    |
|--|-----------------------|----|
| 18-2 保健所、地域の医師会、他医療機関等との連携及び合同カンファレンスについてご回答ください。<br>(令和6年6月1日～令和6年10月31日) |                       |    |
| 01   | 連携施設数                 | 施設 |
| 02   | 医療機関・行政との合同カンファレンス回数  | 回  |
| 03   | 02のうち、新興感染症を想定した訓練の回数 | 回  |

|  |                                   |    |
|--|-----------------------------------|----|
| 18-3 院内感染等に関する助言を行っている場合、施設数についてご回答ください。<br>※感染対策向上加算1については、感染対策向上加算2、3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関以外への助言の状況（令和6年6月1日～令和6年10月31日） |                                   |    |
| 01   | 高齢者施設                             | 施設 |
| 02   | 01のうち、貴院と同一法人の施設                  | 施設 |
| 03   | 障害福祉施設                            | 施設 |
| 04   | 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関 | 施設 |
| 05   | 歯科医療機関                            | 施設 |
| 06   | 薬局                                | 施設 |
| 07   | 自治体                               | 施設 |
| 08   | 一般市民                              | 施設 |
| 09   | その他                               | 施設 |

|                                   |                               |   |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|
| 18-4 院内感染等に関する助言を受けている場合にご回答ください。 |                               |   |
|                                   | 助言を受けた回数（令和6年6月1日～令和6年10月31日） | 回 |

■ 18-5～18-7は、18-3で「01 高齢者施設」が1施設以上ある場合にご回答ください。

|   |         |       |          |
|---|---------|-------|----------|
| 18-5 高齢者施設に対して、平時に施設内まで行き助言を行っているかについて、ご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |         | 《回答欄》 |          |
| 1   | 助言をしている | 2     | 助言をしていない |

|   |       |       |        |
|---|-------|-------|--------|
| 18-6 高齢者施設との協議により、施設内クラスターが起こった場合に往診を行っているかについてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |       | 《回答欄》 |        |
| 1   | 行っている | 2     | 行っていない |

|   |       |       |        |
|---|-------|-------|--------|
| 18-7 19-6で「2 行っていない」を選択した場合、オンライン診療を行っているかについて、ご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |       | 《回答欄》 |        |
| 1   | 行っている | 2     | 行っていない |



■ 18-8以降は、全施設ご回答ください。

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| 18-8 院内感染対策マニュアルの作成についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |       | 《回答欄》 |
| 1 作成済   | 3 作成中 | □     |
| 2 未作成   |       |       |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 18-9 新興感染症の発生時等の体制整備についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》 |
| 1 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する     |  | □     |
| 2 1の体制は整備していない   |  |       |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| 18-10 抗菌薬の適正使用についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |   | 《回答欄》 |
| 01 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している                                 |   | 01 □  |
| 02 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている                     |   | 02 □  |
| 03 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している  |   | 03 □  |
| 04 その他   | □ | 04 □  |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 18-11 令和6年度院内感染対策講習会において感染症制御チームの少なくとも1名が参加した講習会についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 01 講習会① 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会   |  | 01 □  |
| 02 講習会② 講習会①の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会                           |  | 02 □  |
| 03 講習会③ 平時及び院内感染(アウトブレイク)発生時に医療機関との連携や、適切な介入・支援が求められる行政機関職員を対象とした院内感染対策に関する講習会             |  | 03 □  |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 18-12 サーベイランスへの参加についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |   | 《回答欄》 |
| 01 院内感染対策サーベイランス(JANIS)   |   | 01 □  |
| 02 感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)                                    |   | 02 □  |
| 03 その他  | □ | 03 □  |

問19 感染対策向上加算1を算定している場合にお伺いします。

|   |            |       |
|---|------------|-------|
| 19-1 指導強化加算の届出の有無についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》 |
| 1 届け出ている  | 2 届け出していない | □     |

|   |   |    |
|---|---|----|
| 19-2 感染対策向上加算2及び3、又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関との連携状況についてご回答ください。 |   |    |
| 01 連携施設数  | □ | 施設 |
| 02 連携の申し込みがあったが断った施設数   | □ | 施設 |
| 03 助言を行った総回数(令和6年6月1日~令和6年10月31日)                             | □ | 回  |



問20 感染対策向上加算2及び3を算定している場合にお伺いします。

|  |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|
| 20-1 感染対策向上加算1に対して、連携の申し込みを行った際に、断られたことがあるかないかについて<br>ご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) (令和6年6月1日~令和6年10月31日) |                      | 《回答欄》                |
| 1 あり   | 2 なし                 | <input type="text"/> |
| 20-2 感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数及び報告回数について<br>ご回答ください。   |                      |                      |
| 01 施設数   | <input type="text"/> | 施設                   |
| 02 総回数(令和6年6月1日~令和6年10月31日)  | <input type="text"/> | 回                    |

■ 問21以降は、全施設ご回答ください。

問21 入院時の食事提供に関してお伺いします。

|  |                            |                         |
|--|----------------------------|-------------------------|
| 21-1 給食運営の状況についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)                                 |                            | 《回答欄》                   |
| 1 全面委託   | 3 完全直営                     | <input type="text"/>    |
| 2 一部委託   | 4 その他 <input type="text"/> |                         |
| * 21-2 入院時の食費の基準が1食当たり30円引き上げられましたが、この1年間に、給食提供等に関して<br>見直したことについてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                            | 《回答欄》                   |
| 01 給食の質が上がった(食材料の質を上げた、献立の品数を増やした等)  | <input type="text"/>       | 01 <input type="text"/> |
| 02 給食委託費を増額した(または今年度中に増額予定)  | <input type="text"/>       | 02 <input type="text"/> |
| 03 給食の赤字の補填に充てたため、食事内容は見直していない   | <input type="text"/>       | 03 <input type="text"/> |
| 04 給食自体は赤字ではないが、経営改善にあてため、食事内容は見直していない   | <input type="text"/>       | 04 <input type="text"/> |
| 05 30円以上経費が増加しているため、給食の内容は変えずに経費の節減を行った<br>(納入方法の変更、光熱費の契約変更等)                             | <input type="text"/>       | 05 <input type="text"/> |
| 06 30円以上経費が増加しているため、給食の内容を変えて経費の節減を行った(食材料、メニューの変更等)                                       | <input type="text"/>       | 06 <input type="text"/> |
| 07 その他 <input type="text"/>  | <input type="text"/>       | 07 <input type="text"/> |

問22 ベースアップ評価料についてお伺いします。

|   |                      |                         |
|---|----------------------|-------------------------|
| 《ベースアップ評価料を届け出していない場合にご回答ください。》                                 |                      |                         |
| * 22-1 ベースアップ評価料について、届け出していない理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                      |                         |
| 01 届出内容が煩雑なため   | <input type="text"/> | 01 <input type="text"/> |
| 02 届出の際の事務作業外注費用が高いため   | <input type="text"/> | 02 <input type="text"/> |
| 03 対象職種がないため  | <input type="text"/> | 03 <input type="text"/> |
| 04 対象職種が他の職種より賃金が高いため   | <input type="text"/> | 04 <input type="text"/> |
| 05 他の医療機関等より賃金水準が高いため   | <input type="text"/> | 05 <input type="text"/> |
| 06 患者への説明が難しいため   | <input type="text"/> | 06 <input type="text"/> |
| 07 近隣の医療機関等が届け出していないため  | <input type="text"/> | 07 <input type="text"/> |
| 08 次回改定後もベースアップ評価料が存続するのか不明のため                                  | <input type="text"/> | 08 <input type="text"/> |
| 09 届出をしなくても、十分な賃上げが可能なため  | <input type="text"/> | 09 <input type="text"/> |
| 10 その他 <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | 10 <input type="text"/> |

問23 情報通信機器を用いた診療についてお伺いします。

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| * 23-1 厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していますか。<br>ご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |       | 《回答欄》 |
| 1 はい   | 2 いいえ |       |

|  |           |           |       |
|--|-----------|-----------|-------|
| * 23-2 今後、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向の有無をご回答ください。<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |           |           | 《回答欄》 |
| 1 届出の意向あり  | 2 届出の意向なし | 3 既に届出ている |       |

《 23-2で 「2 届出の意向なし」 を選択した場合にご回答ください。》

|  |  |       |
|--|--|-------|
| * 23-3 届出の意向がない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01 対面診療の方がすぐれているため                         |  | 01    |
| 02 患者のニーズがない・少ないため                         |  | 02    |
| 03 保険診療でのオンライン診療の適応になる患者がない・少ないため          |  | 03    |
| 04 情報通信機器を用いた診療に用いる機器やシステムの操作が難しいため        |  | 04    |
| 05 情報通信機器を用いた診療に用いる機器やシステム導入・運用のコストが高いため   |  | 05    |
| 06 情報通信機器を用いた診療のメリットが手間やコストに見合わないため        |  | 06    |
| 07 その他                                     |  | 07    |

《 23-2で 「1 届出の意向あり」 を選択した場合にご回答ください。》

|  |  |    |
|--|--|----|
| * 23-4 現時点で届出できていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）             |  |    |
| 01 施設基準(ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保)を満たすことが困難であるため                |  | 01 |
| 02 OSやソフトウェアをアップデートしセキュリティソフトをインストールすることが困難であるため           |  | 02 |
| 03 チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うことが困難であるため |  | 03 |
| 04 医師側から患者側につなげることを徹底することが困難であるため                          |  | 04 |
| 05 患者の本人確認を行うことが困難であるため                                    |  | 05 |
| 06 患者がいつでも医師の本人確認を行えるよう情報を提示しておくことが困難であるため                 |  | 06 |
| 07 患者が適切な場所で情報通信機器を用いた診療を受けられるよう患者に指示を行うことが困難であるため         |  | 07 |
| 08 その他   |  | 08 |

■ すべての施設がご回答ください。

|  |  |       |
|--|--|-------|
| * 23-5 貴施設で情報通信機器を用いた診療を行うにあたり用いているシステムの概要についてお伺いします。<br>患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01 オンライン診療に特化したシステム  |  | 01    |
| 02 オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム（SNSアプリ等を用いたビデオ通話）   |  | 02    |
| 03 非該当（情報通信機器を用いた診療を行っていない場合）  |  | 03    |
| 04 その他   |  | 04    |

《 23-5で 「01」, 「02」, 「04」 のいずれかを選択した場合にご回答ください。》

|   |      |       |
|---|------|-------|
| * 23-6 システム利用に係るシステム提供者への費用の支払いについてご回答ください。<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |      | 《回答欄》 |
| 1 あり  | 2 なし |       |

《 23-6で「1」を選択した場合にご回答ください。》

\* 23-7 システム利用に係るシステム提供者への支払い費用についてご回答ください。

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| 01 導入時初期費用 |  | 円   |
| 01 月額維持費用  |  | 円/月 |

《 23-5で「01」,「02」,「04」のいずれかを選択した場合にご回答ください。》

\* 23-8 システム利用に係る患者からの費用徴収の有無についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|      |      |       |
|------|------|-------|
| 1 あり | 2 なし | 《回答欄》 |
|------|------|-------|

《 23-8で「1」を選択した場合にご回答ください。》

\* 23-9 システム利用に係る患者1人あたりの平均徴収額をご回答ください。

|  |  |     |
|--|--|-----|
|  |  | 円/人 |
|--|--|-----|

■ すべての施設にご回答ください。

\* 23-10 オンライン診療において、薬剤を患者に処方する方法についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|  |    |       |
|--|----|-------|
| 01 電子処方箋を発行する                                    | 01 | 《回答欄》 |
| 02 紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応する薬局）に郵送する    | 02 | 《回答欄》 |
| 03 紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応していない薬局）に郵送する | 03 | 《回答欄》 |
| 04 紙の処方箋を患者に郵送する                                 | 04 | 《回答欄》 |
| 05 自院で調剤し、薬剤を患者に郵送する                             | 05 | 《回答欄》 |
| 06 その他   | 06 | 《回答欄》 |

問24 患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）の実施状況についてお伺いします。

《 遠隔連携診療料の算定の有無に関わらず、すべての施設にご回答ください。》

\* 24-1 過去1年間に於いて、患者が自院に来院したとき又は訪問診療を実施したときに、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|         |         |       |
|---------|---------|-------|
| 1 実績がある | 2 実績がない | 《回答欄》 |
|---------|---------|-------|

《 24-1で「1 実績がある」を選択した場合にご回答ください。》

\* 24-2 連携を行った状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                                    |    |       |
|------------------------------------|----|-------|
| 01 てんかん患者に対して、てんかん診療拠点機関の医師との連携    | 01 | 《回答欄》 |
| 02 難病に対して、難病診療連携拠点病院等の医師との連携       | 02 | 《回答欄》 |
| 03 その他の疾患の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携 | 03 | 《回答欄》 |
| 04 医療的ケア児（者）に対して、小児科・小児外科医師との連携    | 04 | 《回答欄》 |
| 05 訪問診療における眼科、皮膚科、耳鼻科等の専門医との連携     | 05 | 《回答欄》 |

《 24-2で「03」を選択した場合にご回答ください。》

\* 24-3 その他の疾患について、具体的な疾患名をご回答ください。

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

| 《 知的障害のてんかん患者又は難病患者の診療を行っている場合にご回答ください。》 |   |    |                          |
|--|---|----|--------------------------|
| * 24-4                                   | 知的障害のてんかん患者又は難病患者に対して、遠隔連携診療料を算定しない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |    |                          |
| 01                                       | 遠隔連携診療を行わなくても、自院の医師が対応可能であるため                                     | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02                                       | 遠隔連携診療を行わなくても、必要に応じて近隣の医療機関へ紹介することで対応可能であるため                      | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03                                       | 当該患者に対しては、主として訪問診療を行っており、自院に患者が来院することが困難であるため                     | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04                                       | 自院に来院した患者に対して、情報通信機器を用いて連携先医療機関と接続する体制を有していないため                   | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05                                       | 知的障害のてんかん患者について、連携するてんかん診療拠点機関との調整が困難であるため                        | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06                                       | 難病患者について、連携するてんかん診療拠点機関との調整が困難であるため                               | 06 | <input type="checkbox"/> |

施設調査票（全施設共通）の設問は以上です。

引き続き、次ページからの貴院該当の区分の設問にお進みください。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査  
 入院・外来医療等における実態調査  
**施設調査票 (A)**

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 施設名 |  | 施設ID |  |
|-----|--|------|--|

問1 貴院の在宅復帰率等についてお伺いします。

|   |                     |               |           |         |
|---|---------------------|---------------|-----------|---------|
| 1-1 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、専門病院入院料（7対1、10対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、地域包括医療病棟入院料、及び緩和ケア病棟入院料のいずれかを算定する場合に、該当病棟についてご回答ください。 |                     |               |           |         |
|   |                     | ア             | イ         | ウ       |
|   |                     | 急性期一般入院基本料    | 地域一般入院基本料 | 専門病院入院料 |
| <b>01</b>   | 入院患者数               | a 令和6年11月1日時点 | 人         | 人       |
| <b>02</b>   | 新入棟患者数              | a 令和5年8～10月   | 人         | 人       |
|   |                     | b 令和6年8～10月   | 人         | 人       |
| <b>03</b>   | 新退棟患者数              | a 令和5年8～10月   | 人         | 人       |
|   |                     | b 令和6年8～10月   | 人         | 人       |
| <b>04</b>   | 在院延べ患者数             | a 令和5年8～10月   | 延べ 人      | 延べ 人    |
|   |                     | b 令和6年8～10月   | 延べ 人      | 延べ 人    |
| <b>05</b>   | 在宅復帰率 <sup>※1</sup> | a 令和5年8～10月   | %         | %       |
|   |                     | b 令和6年8～10月   | %         | %       |
| <b>06</b>   | 平均在院日数              | a 令和5年8～10月   | 日         | 日       |
|   |                     | b 令和6年8～10月   | 日         | 日       |
| <b>07</b>   | 病床利用率 <sup>※2</sup> | a 令和5年8～10月   | %         | %       |
|   |                     | b 令和6年8～10月   | %         | %       |

| 1-1のつづき |         |               | 工           | オ           | カ         |
|---------|---------|---------------|-------------|-------------|-----------|
|         |         |               | 特定機能病院入院基本料 | 地域包括医療病棟入院料 | 緩和ケア病棟入院料 |
| 01      | 入院患者数   | a 令和6年11月1日時点 | 人           | 人           | 人         |
| 02      | 新入棟患者数  | a 令和5年8～10月   | 人           | 人           | 人         |
|         |         | b 令和6年8～10月   | 人           | 人           | 人         |
| 03      | 新退棟患者数  | a 令和5年8～10月   | 人           | 人           | 人         |
|         |         | b 令和6年8～10月   | 人           | 人           | 人         |
| 04      | 在院延べ患者数 | a 令和5年8～10月   | 延べ 人        | 延べ 人        | 延べ 人      |
|         |         | b 令和6年8～10月   | 延べ 人        | 延べ 人        | 延べ 人      |
| 05      | 在宅復帰率※1 | a 令和5年8～10月   | %           | %           | %         |
|         |         | b 令和6年8～10月   | %           | %           | %         |
| 06      | 平均在院日数  | a 令和5年8～10月   | 日           | 日           | 日         |
|         |         | b 令和6年8～10月   | 日           | 日           | 日         |
| 07      | 病床利用率※2 | a 令和5年8～10月   | %           | %           | %         |
|         |         | b 令和6年8～10月   | %           | %           | %         |

※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）、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハ病棟、  
 ア ウ 特定機能病院リハビリテーション病棟、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、  
 ・ ・ 救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者を除く）×100  
 工 カ 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、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に  
 転院した患者を除く）

- 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）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）、  
 老健施設（在宅強化型の届出施設に限り、その入所者数の5割を控除）へ退院した患者（死亡退院患者、再入院患者、  
 イ 短期滞在手術等基本料1・3の算定患者及びその対象手術等を行った患者を除く）×100  
 B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者、再入院患者、短期滞在手術等基本料1・3の算定患者  
 及びその対象手術等を行った患者を除く）

- 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、  
 有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）、介護老人保健施設（在宅強化型（超強化型含む）及び基本型（加算型含む）に限る）へ  
 オ 退院した患者（死亡退院患者、再入院患者、短期滞在手術等基本料1・3の算定患者及びその対象手術等を行った患者を除く）×100  
 B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者、再入院患者、短期滞在手術等基本料1・3の算定患者  
 及びその対象手術等を行った患者を除く）

※2 「病床利用率」 = A ÷ B : A. 期間中の在院延べ患者数（退院患者を除く）×100、B. 届出病床数×期間の暦日数

問2 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。

|   |  |
|---|--|
| 《急性期一般入院基本料もしくは地域一般入院基本料を届け出ている場合にご回答ください。》 |  |
| 2-1   | 令和7年6月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてご回答ください。<br>(貴院の考えについて最も近い番号を右欄に記載) |
| 1 増床  | 2 現状を維持  |
| 3 削減(転換を除く)                                 | 4 他の病棟・施設へ転換   |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《 2-1で「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合にご回答ください。》

2-2 検討している転換先がある場合は、該当する病棟の病棟数及び医療保険届出病床数をご回答ください。  
 該当しない場合は「0」をご回答ください。  
 a：検討している転換先について病棟数又は病室数を記載  
 b：検討している転換先について医療保険届出病床数を記載

|                           | a 病棟数又は病室数 | b 医療保険届出病床数 |
|---------------------------|------------|-------------|
| 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 地域包括医療病棟入院料の病棟         | 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入院料の病棟   | 棟          | 床           |
| 10 地域包括ケア病棟入院料の病棟         | 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/室        | 床           |
| 13 具体的な病棟種別等は未定           | 棟          | 床           |

《 現在急性期一般入院料1を届け出ており、引き続き急性期一般入院料1の届出を検討している場合にご回答ください。》

2-3 令和7年6月以降、引き続き急性期一般入院料1を選択する理由についてご回答ください。  
 (最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○)

|  |    |  |
|--|----|--|
| 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             | 01 |  |
| 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 | 02 |  |
| 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             | 03 |  |
| 04 急性期一般入院料1は、職員のモチベーションを維持できるため                             | 04 |  |
| 05 急性期一般入院料1の施設基準を満たしているため                                   | 05 |  |
| 06 地域医療構想調整会議の結果をうけたため                                       | 06 |  |
| 07 その他 <input type="text"/>                                  | 07 |  |

《回答欄》

《急性期一般入院料1から急性期一般入院料1以外の入院料へ変更を検討している場合に、ご回答ください。》

2-4 令和7年6月以降に急性期一般入院料1以外の入院料へ変更を検討している場合、その理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○）

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 重症度、医療・看護必要度の基準①（「A3点以上」又は「C1点以上」に該当）の患者割合を満たすことが困難なため | 01 |  |
| 02 | 重症度、医療・看護必要度の基準②（「A2点以上」又は「C1点以上」に該当）の患者割合を満たすことが困難なため | 02 |  |
| 03 | 平均在院日数の基準を満たすことが困難なため                                  | 03 |  |
| 04 | 在宅復帰率の基準を満たすことが困難なため                                   | 04 |  |
| 05 | DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため           | 05 |  |
| 06 | 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                          | 06 |  |
| 07 | 高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため                        | 07 |  |
| 08 | 軽症・中等症の患者が増加（重症患者が減少）しており、ニーズに沿った対応ができるため              | 08 |  |
| 09 | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため                 | 09 |  |
| 10 | 栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため                      | 10 |  |
| 11 | 医師の確保が困難なため  | 11 |  |
| 12 | 看護師の確保が困難なため   | 12 |  |
| 13 | 看護師以外の職種の確保が可能になったため                                   | 13 |  |
| 14 | 他の病棟等の方が、職員の負担軽減につながると考えるため                            | 14 |  |
| 15 | 他の入院料へ転換することによって増収となるため                                | 15 |  |
| 16 | 地域医療構想調整会議の結果を受けたため                                    | 16 |  |
| 17 | その他  | 17 |  |

《地域一般入院料1・地域一般入院料2・地域一般入院料3を届け出ている場合にご回答ください。》

2-5 地域一般入院基本料の届出を行った理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 軽症・中等症の患者が増加（重症患者が減少）しており、地域のニーズに沿った対応ができるため                               | 01 |  |
| 02 | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、地域のニーズに沿った対応ができるため                                  | 02 |  |
| 03 | 栄養管理が必要な患者が増加しており、地域のニーズに沿った対応ができるため                                       | 03 |  |
| 04 | 患者の状態に即した医療を提供できるため  | 04 |  |
| 05 | 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  | 05 |  |
| 06 | 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                                     | 06 |  |
| 07 | 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   | 07 |  |
| 08 | 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                                  | 08 |  |
| 09 | 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                         | 09 |  |
| 10 | 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・緊急患者の受入れ等の要件を満たすことが難しいため                 | 10 |  |
| 11 | 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                                    | 11 |  |
| 12 | 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点以上もしくはFIM55点以下）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 | 12 |  |
| 13 | 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                             | 13 |  |
| 14 | その他  | 14 |  |



■ 問3は、貴院が「地域包括医療病棟入院料」を届け出していない場合にご回答ください。

問3 地域包括医療病棟について、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。

|       |   |       |                 |   |            |   |       |  |
|-------|---|-------|-----------------|---|------------|---|-------|--|
| * 3-1 | 地域包括医療病棟入院料について、令和7年6月以降の届出意向についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |                 |   |            |   |       |  |
| 1     | 届出を検討中  | 2     | 届出を検討したものの届け出ない | 3 | 届出を検討していない | 4 | わからない |  |

《3-1で「1」又は「2」を選択した場合にご回答ください。》

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| * 3-2 | 届出を検討している理由もしくは検討した理由についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) | 《回答欄》 |
| 01    | 職員のモチベーションが向上すると考えるため   | 01    |
| 02    | 職員の負担軽減につながると考えるため  | 02    |
| 03    | DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため                                  | 03    |
| 04    | 病院全体の看護師の確保状況を踏まえ、看護職員の配置を最適化するため   | 04    |
| 05    | 軽症・中等症の患者が増加(重症患者が減少)しており、ニーズに沿った対応ができるため                                     | 05    |
| 06    | 高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため   | 06    |
| 07    | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため  | 07    |
| 08    | 栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため   | 08    |
| 09    | 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   | 09    |
| 10    | 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と考えるため                                    | 10    |
| 11    | 地域包括医療病棟の重症度、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                                     | 11    |
| 12    | 退院支援の実施が無理なくできるため   | 12    |
| 13    | 高齢者の早期在宅復帰につながるため   | 13    |
| 14    | 経営が安定すると考えるため   | 14    |
| 15    | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>                  | 15    |

《 3-1で「1 届出を検討中」又は「2 届出を検討したものの届け出ない」を選択した場合にご回答ください。》

\* 3-3 地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○) (令和6年11月1日時点)

|    |   | 《回答欄》 |
|----|---|-------|
| 01 | 看護職員の配置   | 01    |
| 02 | 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置  | 02    |
| 03 | 専任の常勤の管理栄養士の配置  | 03    |
| 04 | 当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること | 04    |
| 05 | 退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催  | 05    |
| 06 | DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすこと  | 06    |
| 07 | 2次救急医療機関又は救急告示病院であること   | 07    |
| 08 | 常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること   | 08    |
| 09 | 重症度、医療・看護必要度の基準① <sup>*1</sup> を満たすこと   | 09    |
| 10 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること  | 10    |
| 11 | 平均在院日数が21日以内であること   | 11    |
| 12 | 退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること  | 12    |
| 13 | 入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること   | 13    |
| 14 | 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること                              | 14    |
| 15 | データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること   | 15    |
| 16 | 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること   | 16    |
| 17 | 休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること  | 17    |
| 18 | リハビリテーションに必要な構造設備   | 18    |
| 19 | 急性期充実体制加算を届出を行っていない保険医療機関であること  | 19    |
| 20 | 経営の安定性  | 20    |
| 21 | その他   | 21    |

※1 【基準】以下のいずれかに該当する患者

- ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上の患者
- ・A得点が3点以上の患者
- ・手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上の患者

■ 問4は、 貴院が「地域包括医療病棟入院料」を届け出ている場合にご回答ください。

問4 地域包括医療病棟の状況等についてお伺いします。

| * 4-1 地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |  | 《回答欄》 |
|---|--|-------|
| 01  | 職員のモチベーションが向上すると考えたため                        | 01    |
| 02  | 職員の負担軽減につながると考えたため                           | 02    |
| 03  | DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため | 03    |
| 04  | 軽症・中等症の患者が増加(重症患者が減少)しており、ニーズに沿った対応ができるため    | 04    |
| 05  | 高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため              | 05    |
| 06  | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため       | 06    |
| 07  | 栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため            | 07    |
| 08  | 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                  | 08    |
| 09  | 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と考えたため   | 09    |
| 10  | 地域包括医療病棟の重症度、医療・看護必要度の基準であれば満たすことが可能であったため   | 10    |
| 11  | 退院支援の実施が無理なくできると考えたため                        | 11    |
| 12  | 高齢者の早期在宅復帰につながると考えたため                        | 12    |
| 13  | 経営が安定すると思ったため                                | 13    |
| 14  | その他 <input type="text"/>                     | 14    |

| * 4-2 地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点でどのように感じているか<br>についてご回答ください。(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |  | 《回答欄》 |
|---|--|-------|
| 01  | 経営が安定してきていると感じる                            | 01    |
| 02  | 職員のモチベーションが向上していると感じる                      | 02    |
| 03  | 職員の負担軽減につながっていると感じる                        | 03    |
| 04  | 高齢者救急の受け入れが進んだと感じる                         | 04    |
| 05  | リハビリテーション、栄養、口腔管理が進んだと感じる                  | 05    |
| 06  | 実際の患者の状態に、より即した入院料等であると感じる                 | 06    |
| 07  | 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ていると感じる | 07    |
| 08  | 退院支援の実施が無理なくできていると感じる                      | 08    |
| 09  | 高齢者の早期在宅復帰に貢献していると感じる                      | 09    |
| 10  | 届出を維持するのが困難だと感じる                           | 10    |
| 11  | その他 <input type="text"/>                   | 11    |

| 《 4-2で「10」を選択した場合にご回答ください。》 |   |       |
|-----------------------------|---|-------|
| * 4-3                       | 届出を維持するのが困難だと感じる項目についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) (令和6年11月1日時点)  | 《回答欄》 |
| 01                          | 看護職員の配置   | 01    |
| 02                          | 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置  | 02    |
| 03                          | 専任の常勤の管理栄養士の配置  | 03    |
| 04                          | 当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(基本的日常生活活動度(Barthel Index)の合計点数をいう。)が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること | 04    |
| 05                          | 退院又は転棟時におけるADL(基本的日常生活活動度(Barthel Index))の測定に関する研修会の開催  | 05    |
| 06                          | DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすこと  | 06    |
| 07                          | 2次救急医療機関又は救急告示病院であること   | 07    |
| 08                          | 常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること   | 08    |
| 09                          | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上の患者の割合                                  | 09    |
| 10                          | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、A得点が3点以上の患者の割合   | 10    |
| 11                          | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、手術等の医学的状況に係る得点(C得点)が1点以上の患者の割合   | 11    |
| 12                          | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること  | 12    |
| 13                          | 平均在院日数が21日以内であること   | 13    |
| 14                          | 退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること  | 14    |
| 15                          | 入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること   | 15    |
| 16                          | 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること                              | 16    |
| 17                          | データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること   | 17    |
| 18                          | 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること   | 18    |
| 19                          | 休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること  | 19    |
| 20                          | リハビリテーションに必要な構造設備   | 20    |
| 21                          | 経営の安定性  | 21    |
| 22                          | その他   | 22    |

問5 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況についてお伺いします。

|  |            |       |
|--|------------|-------|
| * 5-1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》 |
| 1 届け出ている   | 2 届け出していない | □     |

《5-1で「2 届け出していない」を選択した場合にご回答ください。》

|  |  |       |
|--|--|-------|
| * 5-2 届け出していない理由についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○)          |  | 《回答欄》 |
| 01 常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置(うち1名は専任でも可)することが困難なため                |  | 01 □  |
| 02 常勤専任の管理栄養士を1名以上配置することが困難なため   |  | 02 □  |
| 03 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療における経験を3年以上有し、適切な研修を受けた常勤医師を確保することが困難なため    |  | 03 □  |
| 04 入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上に満たないため                         |  | 04 □  |
| 05 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため             |  | 05 □  |
| 06 退院又は転棟時のADLが低下した割合が3%未満を満たすことが困難なため                                 |  | 06 □  |
| 07 院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合2.5%未満を満たすことが困難なため                           |  | 07 □  |
| 08 当該保険医療機関の歯科医師又は歯科診療を担う他の保険医療機関へ、受診を促す体制がないため                        |  | 08 □  |
| 09 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていないため                       |  | 09 □  |
| 10 入退院支援加算1の届出を行っていないため  |  | 10 □  |
| 11 病棟に入棟した患者全員に対して、原則入棟後48時間以内にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することが困難であるため |  | 11 □  |
| 12 その他   |  | 12 □  |

《5-1で「2 届け出していない」を選択した場合にご回答ください。》

|   |  |       |
|---|--|-------|
| * 5-3 今後の意向についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》 |
| 1 届出の意向があり、今後届出をする予定                                  |  | □     |
| 2 届出をしたいが、届出の具体的な予定はない                                |  |       |
| 3 届出の意向はない  |  |       |
| 4 未定  |  |       |

《 地域包括医療病棟を算定している病棟において、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出していない場合にご回答ください。》

\* 5-4 届け出していない理由についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）  
（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |   |    |
|----|---|----|
| 01 | 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療における経験を3年以上有し、適切な研修を受けた常勤医師を確保することが困難なため    | 01 |
| 02 | 入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上に満たないため                         | 02 |
| 03 | 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため             | 03 |
| 04 | 退院又は転棟時のADLが低下した割合が3%未満を満たすことが困難なため                                 | 04 |
| 05 | 院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合2.5%未満を満たすことが困難なため                           | 05 |
| 06 | 当該保険医療機関の歯科医師又は歯科診療を担う他の保険医療機関へ、受診を促す体制がないため                        | 06 |
| 07 | 病棟に入棟した患者全員に対して、原則入棟後48時間以内にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することが困難であるため | 07 |
| 08 | その他 <input type="text"/>  | 08 |

問6 貴院の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

6-1 届け出ている一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の種別をご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|   |                |   |                 |
|---|----------------|---|-----------------|
| 1 | 重症度、医療・看護必要度 I | 2 | 重症度、医療・看護必要度 II |
|---|----------------|---|-----------------|

《 6-1で「1」を選択した場合にご回答ください。》

6-2 重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている場合、その理由についてご回答ください。  
（最も該当するものに○、その他該当する番号すべてに○）

|    |  |    |
|----|--|----|
| 01 | 診療実績情報データ（レセプトデータ）による評価（重症度、医療・看護必要度 II）より、評価票の記入の方が容易であり、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 | 01 |
| 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、患者の状態をより適切に評価できるため                         | 02 |
| 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  | 03 |
| 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  | 04 |
| 05 | 重症度、医療・看護必要度 II に移行すると、基準を満たす割合が下がることが懸念されるため  | 05 |
| 06 | 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 |
| 07 | その他 <input type="text"/>   | 07 |

《 令和6年11月1日時点で、急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、専門病院入院基本料（7対1）のいずれかを算定する場合にご回答ください。》

\* 6-3 改定後（令和6年8月～10月3か月）の各割合についてご回答ください。  
8～10月の間に評価票や基準の変更があった場合は、変更前及び変更後の I ・ II それぞれの状況についてご回答ください。

|    |                 |   |                   |   |
|----|-----------------|---|-------------------|---|
| 01 | 重症度、医療・看護必要度 I  | a | 基準① <sup>※1</sup> | % |
|    | 令和6年8月～10月の3か月間 | b | 基準② <sup>※2</sup> | % |
| 02 | 重症度、医療・看護必要度 II | a | 基準① <sup>※1</sup> | % |
|    | 令和6年8月～10月の3か月間 | b | 基準② <sup>※2</sup> | % |

※1 【基準】「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する患者

※2 【基準】「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する患者

|  |  |   |
|--|--|---|
| 《急性期一般入院料2～5、地域一般入院基本料のいずれかを算定する場合にご回答ください。》 |  |   |
| * 6-4  | 改定後（令和6年8月～10月3か月）の重症患者割合についてご回答ください。<br>8～10月の間に評価票や基準の変更があった場合は、変更前及び変更後のI・IIそれぞれの状況についてご回答ください。 |   |
| 01   | 重症度、医療・看護必要度I（令和6年8月～10月3か月）   | % |
| 02   | 重症度、医療・看護必要度II（令和6年8月～10月3か月）  | % |

問7 看護職員及び看護補助者の体制に関する加算等についてお伺いします。

|     |   |  |       |
|-----|---|--|-------|
| 7-1 | 届け出ている入院料等加算についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01  | 急性期看護補助体制加算   |  | 01    |
| 02  | 看護補助体制加算  |  | 02    |
| 03  | 看護補助加算  |  | 03    |
| 04  | 看護補助体制充実加算1   |  | 04    |
| 05  | 看護補助体制充実加算2   |  | 05    |
| 06  | 看護補助体制充実加算3   |  | 06    |
| 07  | 看護職員夜間配置加算  |  | 07    |
| 08  | 夜間看護体制加算  |  | 08    |
| 09  | 夜間看護補助体制加算  |  | 09    |
| 10  | いずれも届け出していない  |  | 10    |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 《地域包括医療病棟入院料を算定し、7-1で「04」「05」「06」のいずれかを選択した場合にご回答ください。》 |  |   |
| * 7-2   | 「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」について、以下の要件を満たしている人数及び以下に該当する者の内訳をご回答ください。（令和6年11月1日時点） |   |
| 01  | 直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者(02～04の合計数)  | 人 |
| 02  | 01のうち、介護福祉士の資格を有する者  | 人 |
| 03  | 01のうち、看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者  | 人 |
| 04  | 01のうち、02・03の両方を満たす者  | 人 |

|  |   |  |       |
|--|---|--|-------|
| 《7-1で「01 急性期看護補助体制加算」又は「02 看護補助体制加算」を選択していない場合にご回答ください。》 |   |  |       |
| 7-3  | 急性期看護補助体制加算又は看護補助体制加算を届け出していない場合、その理由についてご回答ください。（最も該当する番号1つを右欄に記載） |  | 《回答欄》 |
| 1  | 職員確保が困難なため  |  | □     |
| 2  | 必要性がないため  |  |       |
| 3  | 急性期看護補助体制加算又は看護補助加算を届け出られる入院基本料を届け出ないため                             |  |       |
| 4  | その他   |  |       |

《7-1で「08 夜間看護体制加算」を選択していない場合に、ご回答ください。》

7-4 夜間看護体制加算を届け出していない場合、その理由についてご回答ください。  
(最も該当する番号1つを右欄に記載)

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | 職員確保が困難なため                                 |  |
| 2 | 必要性がないため                                   |  |
| 3 | 急性期看護補助体制加算又は看護補助加算を届け出られる入院基本料を届け出していないため |  |
| 4 | その他  |  |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

問8 看護補助者の状況等についてお伺いします。

\* 8-1 看護補助者の勤続年数別の看護補助者割合<sup>※1</sup>についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)

|    |                   |  |   |
|----|-------------------|--|---|
| 01 | 1年未満の看護補助者割合      |  | % |
| 02 | 1年以上3年未満の看護補助者割合  |  | % |
| 03 | 3年以上5年未満の看護補助者割合  |  | % |
| 04 | 5年以上10年未満の看護補助者割合 |  | % |
| 05 | 10年以上の看護補助者割合     |  | % |

※1 看護補助者割合：(各勤続年数に該当する看護補助者数×100)/病院全体の看護補助者数

\* 8-2 看護補助者の定着を促進するために取り組んでいる内容があれば教えてください。  
(令和6年11月1日時点)(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                 |    |  |
|----|-----------------|----|--|
| 01 | 看護補助者業務マニュアルの整備 | 01 |  |
| 02 | 看護補助者への研修の充実    | 02 |  |
| 03 | 看護補助者のラダーの整備    | 03 |  |
| 04 | 看護補助者業務の細分化     | 04 |  |
| 05 | 看護補助者の勤務時間の整備   | 05 |  |
| 06 | 看護補助者の給与の見直し    | 06 |  |
| 07 | 看護師への教育・研修      | 07 |  |
| 08 | 看護管理者への教育・研修    | 08 |  |
| 09 | その他             | 09 |  |

《回答欄》

問9 救急患者連携搬送料に関連する貴院の状況についてお伺いします。

\* 9-1 救急患者連携搬送料の届出状況についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |        |   |          |
|---|--------|---|----------|
| 1 | 届け出ている | 2 | 届け出していない |
|---|--------|---|----------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|



《 救急患者連携搬送料を届け出していない高度救命救急センター、救命救急センター、二次救急医療機関のみ  
ご回答ください。》

\* 9-2 救急患者連携搬送料を届け出していない理由をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため                    | 01 |  |
| 02 | 「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため | 02 |  |
| 03 | 地理的な事情により、連携が可能な医療機関を確保できないため                                      | 03 |  |
| 04 | 自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため  | 04 |  |
| 05 | 搬送に同乗するスタッフが確保できないため   | 05 |  |
| 06 | 救急患者の連携搬送を行わなくても、自院において対応が可能であるため                                  | 06 |  |
| 07 | 他院に転院させることによる病棟稼働率への影響を少なくするため                                     | 07 |  |
| 08 | その他 <input type="text"/>   | 08 |  |

《回答欄》

■ 9-3～9-6は、**救急患者連携搬送料を届け出ている医療機関のみ**ご回答ください。

\* 9-3 搬送先として連携する医療機関の数(救急体制別)をご回答ください。(令和6年11月1日時点)

|    |                         |  |    |
|----|-------------------------|--|----|
| 01 | 二次救急医療機関                |  | 施設 |
| 02 | 二次救急医療機関以外で救急部門を有する医療機関 |  | 施設 |
| 03 | 救急部門を有しない医療機関           |  | 施設 |

\* 9-4 救急患者連携搬送料を算定した患者について、連携する搬送先の医療機関において、引き続き入院医療を提供する必要があると判断した事情別の患者数についてご回答ください。(令和6年10月1か月)  
(複数の事情に当てはまる患者については、最も当てはまるもののみご回答ください。)

|    |                                  |  |   |
|----|----------------------------------|--|---|
| 01 | 緊急手術・処置等を必要とする患者                 |  | 人 |
| 02 | 緊急での手術・処置は要しないが、予定手術・処置を必要とする患者  |  | 人 |
| 03 | 上記以外で、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者   |  | 人 |
| 04 | 急性疾患に対する治療は終了し、リハビリが必要であった患者     |  | 人 |
| 05 | 急性疾患に対する治療は終了し、社会資源等の調整が必要であった患者 |  | 人 |

《 救急患者連携搬送料を算定する患者の、搬送元となる医療機関の場合にご回答ください。》

\* 9-5 救急患者連携搬送における体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | 搬送可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している                    | 01 |  |
| 02 | 新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している | 02 |  |
| 03 | 搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している             | 03 |  |
| 04 | 連携先と患者情報を連携する際、ICTを活用している                   | 04 |  |
| 05 | 空床状況の共有方法を協議している                            | 05 |  |
| 06 | 夜間の搬送について、連携医療機関と協議している                     | 06 |  |
| 07 | いつでも搬送に対応できるよう、看護師等を増員している                  | 07 |  |
| 08 | その他 <input type="text"/>                    | 08 |  |

《回答欄》

|   |  |
|---|--|
| 《 救急患者連携搬送料を算定する患者の、搬送元となる医療機関の場合にご回答ください。》 |  |
| * 9-6                                       | 貴院において救急患者連携搬送を行う際に、自院又は連携先に属する緊急自動車に同乗する職種についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |
| 01  | 医師   |
| 02  | 看護師  |
| 03  | 救命救急士  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |

■ 問10は、貴院が救急患者連携搬送料を算定する患者の、搬送先（受入れ側）となる医療機関の場合にご回答ください。

問10 救急患者連携搬送料を算定する患者に関連する貴院の状況についてお伺いします。

|        |  |
|--------|--|
| * 10-1 | 救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |
| 01     | 受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している  |
| 02     | 新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している  |
| 03     | 搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している  |
| 04     | 搬送元と患者情報を連携する際、ICTを活用している  |
| 05     | 空床状況の共有方法を協議している   |
| 06     | 夜間の搬送受入れについて、連携医療機関と協議している   |
| 07     | 事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している   |
| 08     | その他 <input type="text"/>   |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| * 10-2 | 搬送元として連携する医療機関の数（救急体制別にそれぞれの数）をご回答ください。（令和6年11月1日時点） |    |
| 01     | 高度救命救急センター   | 施設 |
| 02     | 救命救急センター   | 施設 |
| 03     | 二次救急医療機関   | 施設 |

|        |                                 |   |
|--------|---------------------------------|---|
| * 10-3 | 該当する患者数をご回答ください。（令和6年10月1か月）    |   |
| 01     | 10-2で連携している医療機関から搬送を受け入れた患者数    | 人 |
| 02     | 01のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した患者数 | 人 |

■ 問11は、200床（一般病床に係るものに限ります。）以上の病院の場合のみ、ご回答ください。

問11 貴施設における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況等についてお伺いします。

| * 11-1 貴施設における、令和5年10月および令和6年10月の初診・再診時の患者数、初診・再診時の定額負担の徴収患者数、紹介割合、逆紹介割合等をご回答ください。 |                                    | a 令和5年10月1か月 | b 令和6年10月1か月 |
|--|------------------------------------|--------------|--------------|
| <b>01</b>  | 初診の患者数（延べ人数）                       | 人            | 人            |
| <b>02</b>  | 01のうち、紹介状なしの患者数                    | 人            | 人            |
| <b>03</b>  | 02のうち、初診時定額負担の徴収患者数                | 人            | 人            |
| <b>04</b>  | 03のうち、他の医療機関を紹介した患者数               | 人            | 人            |
| <b>05</b>  | 03のうち、初診時定額負担を徴収した後、貴施設で再診を受けた患者数  | 人            | 人            |
| <b>06</b>  | 01のうち、救急患者数                        | 人            | 人            |
| <b>07</b>  | 01のうち、紹介患者数                        | 人            | 人            |
| <b>08</b>  | 01のうち、逆紹介患者数                       | 人            | 人            |
| <b>09</b>  | 再診の患者数（延べ人数）                       | 人            | 人            |
| <b>10</b>  | 09のうち、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数 | 人            | 人            |
| <b>11</b>  | 09のうち、再診時定額負担の徴収患者数                | 人            | 人            |
| <b>12</b>  | 紹介割合 <sup>※1</sup>                 | %            | %            |
| <b>13</b>  | 逆紹介割合 <sup>※2</sup>                | ‰            | ‰            |

※1 紹介割合 (%) = (紹介患者数 + 救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100

※2 逆紹介割合 (‰) = 逆紹介患者数 ÷ (初診の患者数 + 再診の患者数) × 1000

\*初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については、診療報酬上の定義に従ってください。

\*紹介割合、逆紹介割合は小数点以下第2位を四捨五入し、第1位までをご記入ください。

| 11-2 貴施設の医科における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                |  | 《回答欄》 |
|--|----------------|--|-------|
| <b>01</b>  | 令和5年10月1日時点の状況 | <b>1</b> 定額負担を導入している <b>2</b> 定額負担を導入していない | 01    |
| <b>02</b>  | 令和6年10月1日時点の状況 | <b>1</b> 定額負担を導入している <b>2</b> 定額負担を導入していない | 02    |

| 11-3 11-2で導入している定額負担の金額（単価（税込））についてご回答ください。<br>なお、金額について複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをご記入ください。 |                |             |      |
|--|----------------|-------------|------|
| <b>01</b>  | 令和5年10月1日時点の状況 | <b>a</b> 初診 | 単価 円 |
|  |                | <b>b</b> 再診 | 単価 円 |
| <b>02</b>  | 令和6年10月1日時点の状況 | <b>a</b> 初診 | 単価 円 |
|  |                | <b>b</b> 再診 | 単価 円 |

■ 11-4～11-7は、**定額負担を導入している場合**にのみ、ご回答ください。

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>11-4 紹介状を持たない初診患者についてご回答ください。（令和6年10月1日～10月14日）<br/>                 （01～16の各項目に該当する患者が1人以上いた場合に、右欄に○）<br/>                 ※ 複数の事由について当てはまる患者がいる場合は、それぞれについて「1人以上いる」と見なしてください。</p> |  | 《回答欄》   |
| 初診の患者  | <p><b>01</b> 救急の患者</p> <p><b>02</b> 公費負担医療の対象者</p> <p><b>03</b> 無料定額診療事業の対象者</p> <p><b>04</b> HIV感染者</p> <p><b>05</b> 自施設の他の診療科を受診中の患者</p> <p><b>06</b> 医科と歯科の間で院内紹介した患者</p> <p><b>07</b> 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者</p> <p><b>08</b> 救急医療事業における休日夜間受診患者</p> <p><b>09</b> 周産期事業等における休日夜間受診患者</p> <p><b>10</b> 外来受診後そのまま入院となった患者</p> <p><b>11</b> 治験協力者である患者</p> <p><b>12</b> 災害により被害を受けた患者</p> <p><b>13</b> 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者</p> <p><b>14</b> 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者</p> <p><b>15</b> 他の保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者</p> <p><b>16</b> その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>01 <input type="checkbox"/></p> <p>02 <input type="checkbox"/></p> <p>03 <input type="checkbox"/></p> <p>04 <input type="checkbox"/></p> <p>05 <input type="checkbox"/></p> <p>06 <input type="checkbox"/></p> <p>07 <input type="checkbox"/></p> <p>08 <input type="checkbox"/></p> <p>09 <input type="checkbox"/></p> <p>10 <input type="checkbox"/></p> <p>11 <input type="checkbox"/></p> <p>12 <input type="checkbox"/></p> <p>13 <input type="checkbox"/></p> <p>14 <input type="checkbox"/></p> <p>15 <input type="checkbox"/></p> <p>16 <input type="checkbox"/></p> |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <p>11-5 11-4で「15」を選択した場合にご回答ください。</p> |   |
| <p>具体的にご記載ください</p>                    | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>11-6 他医療機関を紹介したにも関わらず貴院を受診（再診）し、定額負担を徴収しなかった患者についてご回答ください。（令和6年10月1日～10月14日）<br/>                 （01～11の各項目に該当する患者が1人以上いた場合に、右欄に○）<br/>                 ※ 複数の事由について当てはまる患者がいる場合は、それぞれについて「1人以上いる」と見なしてください。</p> |  | 《回答欄》  |
| 再診の患者   | <p><b>01</b> 救急の患者</p> <p><b>02</b> 公費負担医療の対象者</p> <p><b>03</b> 無料定額診療事業の対象者</p> <p><b>04</b> HIV感染者</p> <p><b>05</b> 救急医療事業における休日夜間受診患者</p> <p><b>06</b> 周産期事業等における休日夜間受診患者</p> <p><b>07</b> 災害により被害を受けた患者</p> <p><b>08</b> 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者</p> <p><b>09</b> 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者</p> <p><b>10</b> 他の保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者</p> <p><b>11</b> その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>01 <input type="checkbox"/></p> <p>02 <input type="checkbox"/></p> <p>03 <input type="checkbox"/></p> <p>04 <input type="checkbox"/></p> <p>05 <input type="checkbox"/></p> <p>06 <input type="checkbox"/></p> <p>07 <input type="checkbox"/></p> <p>08 <input type="checkbox"/></p> <p>09 <input type="checkbox"/></p> <p>10 <input type="checkbox"/></p> <p>11 <input type="checkbox"/></p> |

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 11-7 | 11-6で「10」を選択した場合にご回答ください。 |
|      | 具体的にご記載ください               |

|      |   |       |
|------|---|-------|
| 11-8 | 外来の機能分化を進めるために必要と考える政策をご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01   | 更に高い定額負担の金額を設定する                                    | 01    |
| 02   | 定額負担を徴収できない(又は徴収しなくても良い)患者の範囲を限定する                  | 02    |
| 03   | かかりつけ医の機能に関する国民の周知を進める                              | 03    |
| 04   | その他   | 04    |

|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| 《11-8で「01」を選択した場合にご回答ください。》 |                   |
| 11-9                        | 具体的な金額をご回答ください。 円 |

|       |  |
|-------|--|
| 11-10 | 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等において、ご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。 |
|-------|--|

問12 「小児入院医療管理料」を届け出ている場合にお伺いします。

|      |   |   |         |
|------|---|---|---------|
| 12-1 | 「01~04」それぞれについてご回答ください。(令和5年11月1日~令和6年10月31日)                             |   |         |
| 01   | 小児入院医療管理料を算定している患者数   |   | 人       |
| 02   | 6歳未満の入院を伴う手術件数  |   | 件       |
| 03   | 小児緊急入院患者数   |   | 人       |
| 04   | 近隣 <sup>※1</sup> で小児科の入院が可能な医療機関までの距離<br>「a」「b」いずれかをご回答ください。(令和6年11月1日時点) | a | 直線距離 km |
|      |   | b | 車で約 分   |

※1 複数の医療機関があった場合、近隣のうち最も近い医療機関。

|        |   |       |
|--------|---|-------|
| * 12-2 | 患者の家族が希望により付き添うことがありますか(該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |
| 1      | ある                                      | 2 ない  |

|        |  |       |
|--------|--|-------|
| * 12-3 | 小児入院医療管理料を算定する場合において、患者の家族等の希望により付き添う際の環境に対して、具体的に配慮している対応についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01     | 睡眠環境の配慮  | 01    |
| 02     | 付き添う家族への食事提供   | 02    |
| 03     | 食事環境への配慮   | 03    |
| 04     | 入浴環境への配慮   | 04    |
| 05     | プライバシーへの配慮   | 05    |
| 06     | その他  | 06    |

|  |                             |                        |
|--|-----------------------------|------------------------|
| <p>* 12-4 届け出ている入院料等加算についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br/>(該当する番号すべて、右欄に○)</p> |                             | 《回答欄》                  |
| 01   | 小児入院医療管理料 注2加算 (保育士1名の場合)   | 01                     |
| 02   | 小児入院医療管理料 注2加算 (保育士2名以上の場合) | 02                     |
| 03   | 重症児受入体制加算1 注4加算             | 03                     |
| 04   | 重症児受入体制加算2 注4加算             | 04                     |
| 05   | 看護補助加算                      | 05                     |
| 06   | 看護補助体制充実加算                  | 06                     |
| 07   | 「01~06」いずれも届け出していない         | 07                     |
| <p>* 《12-4で 「07」を選択した場合にご回答ください。》</p>                                    |                             |                        |
| <p>12-5 加算を届け出していない場合、その理由についてご回答ください。<br/>(最も該当する番号1つを右欄に記載)</p>        |                             | 《回答欄》                  |
| 1  | 職員確保が困難なため                  | <input type="text"/>   |
| 2  | 必要性がないため                    |                        |
| 3  | その他                         |                        |
| <p>* 《貴施設が小児入院管理料3を届け出ている場合にご回答ください。》</p>                                |                             |                        |
| <p>12-6 一般病棟(7対1に限る)との一体的な運用を行っていますか。<br/>(該当する番号1つを右欄に記載)</p>           |                             | 《回答欄》                  |
| 1  | 一体的な運用を行っている                | <input type="text"/>   |
| 2  | 一体的な運用を行っていない               |                        |
| <p>* 《12-6で 「1」を選択した場合にご回答ください。》</p>                                     |                             |                        |
| <p>12-7 小児入院医療管理料3を算定する病床を集めて区域特定していますか。<br/>(該当する番号1つを右欄に記載)</p>        |                             | 《回答欄》                  |
| 1  | 区域特定している                    | <input type="text"/>   |
| 2  | 区域特定していない                   |                        |
| <p>* 《12-7で 「1」を選択した場合にご回答ください。》</p>                                     |                             |                        |
| <p>12-8 区域特定している場合のその区域の病床数と、夜勤看護職員数をご回答ください。<br/>(令和6年11月1日時点)</p>      |                             |                        |
| 01   | 病床数                         | <input type="text"/> 床 |
| 02   | 夜勤看護職員数                     | <input type="text"/> 人 |

■ 問13は、届出の有無により13-1もしくは13-2にご回答ください。

問13 医療的ケア児（者）に関する状況についてお伺いします。

|  |                  |   |
|--|------------------|---|
| 《 医療的ケア児（者）入院前支援加算を届け出ている場合にご回答ください。》                                  |                  |   |
| 13-1 医療的ケア児（者）の自宅等へ事前訪問を行っている患者数についてご回答ください。<br>(令和5年11月1日～令和6年10月31日) |                  |   |
| 01   | 事前訪問を実施した患者数     | 人 |
| 02   | 01のうち、実際に入院した患者数 | 人 |

■ 13-2は、小児入院医療管理料を届出ている場合にご回答ください。

|   |   |    |
|---|---|----|
| 《 医療的ケア児（者）入院前支援加算を届け出ている場合にご回答ください。》                   |   |    |
| 13-2 届け出ている理由をご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |   |    |
| 01  | 直近1年間(※令和7年5月31日までの経過措置あり)の医療的ケア児(者)の入院患者数が10件未満であるため | 01 |
| 02  | 医療的ケア児(者)に該当する患者がないため                                 | 02 |
| 03  | 訪問を実施できる医師又は看護職員がないため                                 | 03 |
| 04  | 訪問の実施に必要な費用が確保できないため                                  | 04 |
| 05  | その他   | 05 |

問14 外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍を主病とする患者に行う外来化学療法）

に関連する項目についてお伺いします。

|        |   |       |            |  |
|--------|---|-------|------------|--|
| * 14-1 | 外来腫瘍化学療法を受ける患者について、「急変時の緊急事態等に対応するための指針」が整備されているかについてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |            |  |
| 1      | 指針を整備している   | 2     | 指針を整備していない |  |

|  |    |   |        |   |    |       |
|--|----|---|--------|---|----|-------|
| * 《 外来化学療法を実施している場合にご回答ください。》  |    |   |        |   |    |       |
| 14-2 令和6年6月以降で、入院治療を主とする化学療法から、外来治療を主とする化学療法へ移行した疾患やレジメン等の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |    |   |        |   |    |       |
| 1  | ある | 2 | 移行を検討中 | 3 | ない | 《回答欄》 |

|  |                                   |    |
|--|-----------------------------------|----|
| * 《 14-2 で 「3ない」 を選択した場合にご回答ください。》                                   |                                   |    |
| 14-3 外来治療を主とする化学療法へ移行した疾患やレジメン等がない理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                                   |    |
| 01   | 既に、外来治療を主としており、移行可能なものがないため       | 01 |
| 02   | 外来化学療法室の構造上、これ以上患者を増やすことができないため   | 02 |
| 03   | 外来治療室の人員不足により、これ以上患者を増やすことができないため | 03 |
| 04   | 外来治療が可能な患者が少ないため                  | 04 |
| 05   | 外来治療に移行することで、病床利用率に影響を与えるため       | 05 |
| 06   | 患者の多くが入院による治療を希望するため              | 06 |
| 07   | 病院の方針のため                          | 07 |

\* 《 外来化学療法を実施している場合にご回答ください。》

14-4 令和6年6月以降で、**外来治療を主とする化学療法から、入院治療を主とする化学療法へ**移行した疾患やレジメン等の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |                 |             |
|-------------|-----------------|-------------|
| <b>1</b> ある | <b>2</b> 移行を検討中 | <b>3</b> ない |
|-------------|-----------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

\* 《 14-4 で 「1」 を選択した場合にご回答ください。》

14-5 入院治療を主とする化学療法へ移行した理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|  |   |
|--|---|
| <p><b>01</b> 化学療法を安全に施行する上で、外来での実施に課題が生じたため。</p> <p><b>02</b> 外来化学療法室の構造上、外来治療を受ける患者を減らすことが必要となったため</p> <p><b>03</b> 外来治療室の人員不足により、外来治療を受ける患者を減らすことが必要となったため</p> <p><b>04</b> 入院治療に移行することで、病床利用率を増やすため</p> <p><b>05</b> 患者の多くが入院による治療を希望するため</p> | <p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> <p>05</p> |
|--|---|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

14-6 外来化学療法の専用室についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 専用ベッドの台数 |  | 台 |
|----------|--|---|

14-7 専用室を使用可能な診療科に制限はあるかについてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |             |
|-------------|-------------|
| <b>1</b> ある | <b>2</b> ない |
|-------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

14-8 外来化学療法の職員の配置状況についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>01</b> 専任の医師                                      |  | 人 |
| <b>02</b> <b>01</b> のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師       |  | 人 |
| <b>03</b> 専任の看護師                                     |  | 人 |
| <b>04</b> <b>03</b> のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師        |  | 人 |
| <b>05</b> 専任の薬剤師                                     |  | 人 |
| <b>06</b> <b>05</b> のうち、化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師 |  | 人 |
| <b>07</b> その他の職種                                     |  | 人 |

14-9 外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <b>1</b> 基準や指針を作成している | <b>2</b> 基準や指針を作成していない |
|-----------------------|------------------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《 14-9で 「1」 を選択した場合にご回答ください。》

14-10 「基準や指針」における、患者への外来での化学療法の選択肢に関する提示方法の記載の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <b>1</b> 選択肢に関する提示方法を明記している | <b>2</b> 選択肢に関する提示方法は明記していない |
|-----------------------------|------------------------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|



《 14-10で 「1」 を選択した場合にご回答ください。》

14-11 外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                                 |    |  |
|----|---------------------------------|----|--|
| 01 | 主治医が説明している                      | 01 |  |
| 02 | 薬剤師が説明している                      | 02 |  |
| 03 | 看護師が説明している                      | 03 |  |
| 04 | 治療に関わるパンフレットを用いて説明している          | 04 |  |
| 05 | がん相談支援センターで治療方法や費用について説明、支援している | 05 |  |
| 06 | その他 <input type="text"/>        | 06 |  |

《回答欄》

14-12 外来化学療法を実施している患者に係る時間外の対応体制についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている                | 01 |  |
| 02 | 速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている           | 02 |  |
| 03 | 速やかに受診が必要な場合に、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている | 03 |  |
| 04 | 時間外の対応体制は取っていない                              | 04 |  |

《回答欄》

《 14-12で 「01」 を選択した場合にご回答ください。》

14-13 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                                     |                               |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1 | 化学療法を担当する職員のみが連絡を受ける体制を取っている        | 《回答欄》<br><input type="text"/> |
| 2 | 化学療法を担当する職員又はそれ以外の職員が連絡を受ける体制を取っている |                               |

《回答欄》

《 14-12で 「01 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている」 を選択した場合にご回答ください。》

14-14 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談状況についてご回答ください。  
(令和6年8月～10月3か月)

|    |                              |  |   |
|----|------------------------------|--|---|
| 01 | 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数 |  | 件 |
| 02 | 01のうち、診療時間内                  |  | 件 |
| 03 | 01のうち、診療時間外                  |  | 件 |

■ 14-15～14-18は、 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている場合に、ご回答ください。

\* 14-15 外来腫瘍化学療法診療料を算定した患者についてご回答ください。(令和6年10月1か月)

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
| 01 | 外来腫瘍化学療法を算定した実人数                          |  | 人 |
| 02 | 01のうち、「抗悪性腫瘍薬の投与以外の必要な治療管理を行った場合」を算定した実人数 |  | 人 |

\* 14-16 外来化学療法を実施する患者の、緊急時に有害事象等の診療が可能な連携医療機関数をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点)

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
|  |  |  | 施設 |
|--|--|--|----|

\* 《 14-16で 連携医療機関数が1以上の場合にご回答ください。》

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 14-17 連携医療機関と、どのような連携を行っているかご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01   | 自院で外来化学療法を実施している患者が、緊急時に入院する必要が生じた場合の受入れを依頼している              | 01    |
| 02   | 自院で外来化学療法を実施している患者が、自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受入れを依頼している          | 02    |
| 03   | 自院で外来化学療法を実施している患者が、外来での化学療法の実施が困難になった場合に受入れを依頼している          | 03    |
| 04   | 外来で化学療法が実施可能な患者を紹介してもらっている                                   | 04    |
| 05   | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> | 05    |

\* 《 14-16で 連携医療機関数が0の場合にご回答ください。》

|   |                                |       |
|---|--------------------------------|-------|
| 14-18 連携医療機関がない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                                | 《回答欄》 |
| 01  | 自院において緊急時の対応が可能であるため           | 01    |
| 02  | 緊急時の対応を他院に依頼することに患者の理解が得られないため | 02    |
| 03  | 地理的な事情により、連携できる医療機関がないため       | 03    |
| 04  | 他院へ連携を打診したが、先方の事情により実現できなかったため | 04    |
| 05  | 連携を行わなくても、個別の紹介により対応が可能であるため   | 05    |

問15 急性期充実体制加算に関連する項目についてお伺いします。

|   |            |                      |
|---|------------|----------------------|
| 15-1 急性期充実体制加算の届出状況についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》                |
| 1 急性期充実体制加算1を届け出ている   | 3 届け出していない | <input type="text"/> |
| 2 急性期充実体制加算2を届け出ている   |            |                      |

|  |            |                      |
|--|------------|----------------------|
| 15-2 精神科充実体制加算の届出状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》                |
| 1 届け出ている   | 2 届け出していない | <input type="text"/> |

|   |            |                      |
|---|------------|----------------------|
| * 15-3 小児・周産期・精神科充実体制加算の届出状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》                |
| 1 届け出ている  | 2 届け出していない | <input type="text"/> |

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| 《15-4は、貴院が令和6年11月1日時点で急性期充実体制加算を届け出ている場合にご回答ください。》  |  |                      |
| 15-4 急性期充実体制加算を届け出る前の状況についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》                |
| 1 総合入院体制加算1を届け出ている                                  |  | <input type="text"/> |
| 2 総合入院体制加算2を届け出ている                                  |  |                      |
| 3 総合入院体制加算3を届け出ている                                  |  |                      |
| 4 総合入院体制加算の届出はしていなかった                               |  |                      |

|  |               |      |      |                        |
|--|---------------|------|------|------------------------|
| 15-5 各診療科の入院医療の提供の有無についてご回答ください。<br>(各時点において、それぞれ該当する番号1つを右欄に記載) |               |      |      | 《回答欄》                  |
| 01 精神科   | a 令和5年11月1日時点 | 1 あり | 2 なし | a <input type="text"/> |
|  | b 令和6年11月1日時点 | 1 あり | 2 なし | b <input type="text"/> |
| 02 産科又は産婦人科  | a 令和5年11月1日時点 | 1 あり | 2 なし | a <input type="text"/> |
|  | b 令和6年11月1日時点 | 1 あり | 2 なし | b <input type="text"/> |
| 03 小児科   | a 令和5年11月1日時点 | 1 あり | 2 なし | a <input type="text"/> |
|  | b 令和6年11月1日時点 | 1 あり | 2 なし | b <input type="text"/> |

**\* 《「急性期一般入院料1」を算定する病棟を有しており、全身麻酔による手術及び心臓カテーテル検査を実施する医療機関、かつ急性期充実体制加算を届け出していない場合にご回答ください。》**

15-6 貴院で満たすのが困難な要件をご回答ください。  
(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○)

《回答欄》

- |    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 全身麻酔による手術件数  | 01 |  |
| 02 | 01のうち、緊急手術の件数  | 02 |  |
| 03 | 悪性腫瘍手術件数   | 03 |  |
| 04 | 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術件数   | 04 |  |
| 05 | 心臓カテーテル法手術件数   | 05 |  |
| 06 | 消化管内視鏡による手術件数  | 06 |  |
| 07 | 化学療法の件数  | 07 |  |
| 08 | 心臓胸部大血管の手術件数   | 08 |  |
| 09 | 化学療法の実施を推進する体制   | 09 |  |
| 10 | 24時間の救急医療提供  | 10 |  |
| 11 | 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備                        | 11 |  |
| 12 | 高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件                             | 12 |  |
| 13 | 感染対策向上加算1の届出   | 13 |  |
| 14 | 画像診断及び検査を、24時間実施できる体制の確保                               | 14 |  |
| 15 | 薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保                                  | 15 |  |
| 16 | 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行っていること | 16 |  |
| 17 | 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1もしくは2の届出                         | 17 |  |
| 18 | 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備                             | 18 |  |
| 19 | 外来を縮小する体制の確保   | 19 |  |
| 20 | 療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと                                  | 20 |  |
| 21 | 一般病棟の病床数の合計が9割以上であること                                  | 21 |  |
| 22 | 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院がないこと                    | 22 |  |
| 23 | 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと                  | 23 |  |
| 24 | 平均在院日数14日以内  | 24 |  |
| 25 | 一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割未満                               | 25 |  |
| 26 | 敷地内における禁煙の取り扱い   | 26 |  |
| 27 | 日本医療機能評価機構等の第三者評価を受けていること                              | 27 |  |
| 28 | 地域包括医療病棟の届出を辞退すること                                     | 28 |  |
| 29 | 総合入院体制加算を辞退すること  | 29 |  |
| 30 | その他  | 30 |  |

問16 総合入院体制加算に係る施設基準等についてお伺いします。

- 16-1は、下記のいずれかの医療機関に該当する場合のみご回答ください。
  - ・高度救命救急センター、救命救急センター、2次救急医療機関のいずれかに指定されている医療機関
  - ・総合周産期母子医療センターを設置している医療機関
  - ・上記医療機関と同様に、救急患者を24時間受け入れている医療機関

|      |  |                    |       |
|------|--|--------------------|-------|
| 16-1 | 「総合入院体制加算」の届出状況について（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載） |                    | 《回答欄》 |
| 1    | 総合入院体制加算1を届け出ている                                 | 3 総合入院体制加算3を届け出ている |       |
| 2    | 総合入院体制加算2を届け出ている                                 | 4 総合入院体制加算を届け出ている  |       |

|        |   |  |                         |
|--------|---|--|-------------------------|
| * 16-2 | 16-1で「2」、「3」、「4」を選択した場合、貴院で満たすのが困難な要件をご回答ください。なお、急性期充実体制加算を届け出ている場合は回答不要です。（令和6年11月1日時点）（最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○） |  | 《回答欄》                   |
| 01     | 全身麻酔による手術の件数が年間800件以上   |  | 01 <input type="text"/> |
| 02     | 人工心肺を用いた手術の件数が年間40件以上   |  | 02 <input type="text"/> |
| 03     | 悪性腫瘍手術の件数が年間400件以上  |  | 03 <input type="text"/> |
| 04     | 腹腔鏡下手術の件数が年間100件以上  |  | 04 <input type="text"/> |
| 05     | 放射線治療（体外照射法）の件数が年間4,000件以上  |  | 05 <input type="text"/> |
| 06     | 化学療法の件数が年間1,000件以上  |  | 06 <input type="text"/> |
| 07     | 分娩の件数が年間100件以上  |  | 07 <input type="text"/> |
| 08     | 精神科について、24時間対応できる体制を確保している  |  | 08 <input type="text"/> |
| 09     | 「精神科リエゾンチーム加算」又は「認知症ケア加算1」の届出を行っている   |  | 09 <input type="text"/> |
| 10     | 「精神疾患診療体制加算2」の算定件数又は救急患者の入院3日以内における「入院精神療法」もしくは「救命救急入院料の注2の加算」の算定件数が合計で年間20件以上                                      |  | 10 <input type="text"/> |
| 11     | 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届け出ている  |  | 11 <input type="text"/> |
| 12     | 画像診断及び検査を、24時間実施できる体制を確保している  |  | 12 <input type="text"/> |
| 13     | 薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している  |  | 13 <input type="text"/> |
| 14     | 総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治癒し通院不要な患者が4割以上である   |  | 14 <input type="text"/> |
| 15     | 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、及び産科（産婦人科）を標榜し、入院医療を提供している <sup>※1</sup>   |  | 15 <input type="text"/> |
| 16     | 連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置   |  | 16 <input type="text"/> |
| 17     | 初診に係る選定療養の報告・実費徴収を行っており、かつ、診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数、通院の必要がない患者数等が、総退院患者数のうち、4割以上であること                           |  | 17 <input type="text"/> |
| 18     | 紹介受診重点医療機関であること   |  | 18 <input type="text"/> |
| 19     | 医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備   |  | 19 <input type="text"/> |
| 20     | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合が2割8分以上、又は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が2割7分以上  |  | 20 <input type="text"/> |
| 21     | 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、又は介護医療院を設置していない  |  | 21 <input type="text"/> |
| 22     | 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと   |  | 22 <input type="text"/> |
| 23     | 敷地内における禁煙の取り扱いに関する整備  |  | 23 <input type="text"/> |
| 24     | その他   | <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> | 24 <input type="text"/> |

※1 医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たすものとする。

問17 貴院の精神身体合併症への対応状況についてお伺いします。

|   |                                       |       |
|---|---------------------------------------|-------|
| * 17-1 精神疾患への対応体制についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                                       | 《回答欄》 |
| 01  | 精神病床を持っている                            | 01    |
| 02  | 精神病床はないが、常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている | 02    |
| 03  | 非常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている         | 03    |
| 04  | 精神科を担当する医師は勤務しているが、入院患者への診療を行っていない    | 04    |
| 05  | 外来を含め、精神科への対応は行っていない                  | 05    |

|   |                    |       |
|---|--------------------|-------|
| * 17-2 貴院の精神病床以外の病床において、患者の入院の受入に当たって以下の疾患を併存していた場合、診療及び対応が可能なものを選択してください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                    | 《回答欄》 |
| 01  | 認知症                | 01    |
| 02  | 認知症を除く器質性精神障害      | 02    |
| 03  | アルコール依存症           | 03    |
| 04  | 依存症(アルコール以外によるもの)  | 04    |
| 05  | 統合失調症              | 05    |
| 06  | 気分障害               | 06    |
| 07  | 人格障害(パーソナリティ障害等)   | 07    |
| 08  | 神経症性障害(不安障害、PTSD等) | 08    |
| 09  | 摂食障害               | 09    |
| 10  | 睡眠障害               | 10    |
| 11  | 産後うつ               | 11    |
| 12  | 知的障害               | 12    |
| 13  | 発達障害               | 13    |
| 14  | てんかん               | 14    |
| 15  | せん妄                | 15    |
| 16  | その他の精神疾患           | 16    |

|   |                |       |
|---|----------------|-------|
| * 17-3 算定可能な加算についてご回答ください。(現在算定中の加算も含む)<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                | 《回答欄》 |
| 01  | 精神科リエゾンチーム加算   | 01    |
| 02  | 精神疾患診断治療初回加算   | 02    |
| 03  | 認知症ケア加算        | 03    |
| 04  | せん妄ハイリスクケア加算   | 04    |
| 05  | 強度行動障害入院医療管理加算 | 05    |
| 06  | 依存症入院医療管理加算    | 06    |
| 07  | 摂食障害入院医療管理加算   | 07    |
| 08  | 精神疾患診療体制加算     | 08    |

■ 17-4～17-7は、17-3で「01」を選択した場合にご回答ください。》

|   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| * 17-4 精神科リエゾンチームに参加している職種をお選びください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                          | 《回答欄》 |
| 01  | 精神科医                     | 01    |
| 02  | 精神看護専門看護師                | 02    |
| 03  | 精神科認定看護師                 | 03    |
| 04  | 02、03以外の看護師              | 04    |
| 05  | 薬剤師                      | 05    |
| 06  | 作業療法士                    | 06    |
| 07  | 精神保健福祉士                  | 07    |
| 08  | 公認心理師                    | 08    |
| 09  | その他 <input type="text"/> | 09    |

|   |                   |       |
|---|-------------------|-------|
| * 17-5 精神科リエゾンチームが介入している入院料についてお選びください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                   | 《回答欄》 |
| 01  | 急性期一般入院料          | 01    |
| 02  | 地域一般入院基本料         | 02    |
| 03  | 専門病院入院基本料         | 03    |
| 04  | 特定機能病院入院基本料       | 04    |
| 05  | 地域包括医療病棟入院料       | 05    |
| 06  | 緩和ケア病棟入院料         | 06    |
| 07  | 小児入院医療管理料         | 07    |
| 08  | 地域包括ケア病棟入院料       | 08    |
| 09  | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 09    |
| 10  | 療養病棟入院基本料         | 10    |
| 11  | 障害者施設等入院基本料       | 11    |
| 12  | 特殊疾患病棟入院管理料       | 12    |

|  |                  |       |
|--|------------------|-------|
| * 17-6 精神科リエゾンチームが介入した患者についてお選びください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                  | 《回答欄》 |
| 01   | せん妄を有する患者        | 01    |
| 02   | 抑うつを有する患者        | 02    |
| 03   | 自殺企図で入院した患者      | 03    |
| 04   | 認知症患者            | 04    |
| 05   | その他の精神疾患を有する患者   | 05    |
| 06   | 上記以外への対応を求められた患者 | 06    |

|  |                      |   |
|--|----------------------|---|
| * 17-7 入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスを<br>開催した回数をご記入ください。(令和6年10月1か月) | <input type="text"/> | 回 |
|--|----------------------|---|

《 17-1で 「04 精神科を担当する医師は勤務しているが、入院患者への診療を行っていない」 又は 「05 外来を含め、精神科への対応は行っていない」 を選択した場合にご回答ください。》

\* 17-8 入院患者に対して精神科診療提供体制を取っていない理由をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | 精神科医が勤務していないため                                    | 01 |  |
| 02 | 精神病床の許可病床申請が下りないため                                | 02 |  |
| 03 | 精神疾患患者は他の医療機関で対応することが地域で決められており、対象となる患者が入院していないため | 03 |  |
| 04 | 対象となる患者はいるが、精神科医の確保が困難であるため                       | 04 |  |
| 05 | 対象となる患者の診療を精神科医以外の医師が担っているため                      | 05 |  |
| 06 | 精神科診療提供体制を取る必要性を感じないため                            | 06 |  |
| 07 | 経営上のメリットがないため                                     | 07 |  |
| 08 | その他   | 08 |  |

問18 小児緩和ケアチームについてお伺いします。

18-1 小児緩和ケアチームの体制を構築しているかどうかについてご回答ください。(令和6年11月1日時点)  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |           |   |            |  |
|---|-----------|---|------------|--|
| 1 | 体制を構築している | 2 | 体制を構築していない |  |
|---|-----------|---|------------|--|

《 18-1で 「1」 を選択した場合にご回答ください。》

\* 18-2 小児緩和ケア診療加算の算定対象であるか否かにかかわらず、小児緩和ケアチームが介入を行った患者についてご回答ください。(令和6年10月1か月) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |               |    |  |
|----|---------------|----|--|
| 01 | 悪性腫瘍          | 01 |  |
| 02 | 後天性免疫不全症候群    | 02 |  |
| 03 | 末期心不全         | 03 |  |
| 04 | 染色体異常         | 04 |  |
| 05 | 先天奇形          | 05 |  |
| 06 | 出血性疾患(血液腫瘍除く) | 06 |  |
| 07 | 重症外傷          | 07 |  |
| 08 | その他           | 08 |  |

■ 問19は、貴院が「緩和ケア病棟入院料1もしくは2」を届け出ている場合にご回答ください。

問19 緩和ケア病棟入院料1もしくは2を算定している医療機関にお伺いします。

\* 19-1 外部評価等についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価(緩和ケア病棟)と同等の基準について、第三者の評価を受けている | 01 |  |
| 02 | がん診療連携拠点病院(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院)の指定を受けている        | 02 |  |
| 03 | 特定領域がん診療連携拠点病院の指定を受けている                                 | 03 |  |
| 04 | 地域がん診療病院の指定を受けている                                       | 04 |  |
| 05 | 小児がん拠点病院の指定を受けている                                       | 05 |  |
| 06 | 02~05以外のがん診療の拠点となる病院 名称                                 | 06 |  |



|  |  |   |
|--|--|---|
| * 19-2 退院患者数（実人数）※ <sup>1</sup> についてご回答ください。 |  |   |
| 01   | 退院患者数（実人数）（令和5年11月1日～令和6年10月31日）   | 人 |
| 02   | 01のうち、他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者数 | 人 |
| 03   | 01のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟患者数                | 人 |
| 04   | 01のうち、死亡退院の患者数   | 人 |
| 05   | 01のうち、上記以外の患者数   | 人 |

※1 患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

|  |   |    |
|--|---|----|
| 《緩和ケア病棟入院料2を届け出ている場合に、ご回答ください。》                                    |   |    |
| * 19-3 緩和ケア病棟入院料1を算定できない理由をご回答ください。<br>（最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○） |   |    |
| 01   | 入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、緩和ケアを担当する常勤の医師が、入院の適応を判断し、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けることが困難   | 01 |
| 02   | 「緩和ケアを担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間の平均を14日未満にすることが困難  | 02 |
| 03   | 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。<br>（イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者<br>（ロ）同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者<br>（ハ）死亡退院の患者 | 03 |
| 04   | 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難   | 04 |
| 05   | その他 <input type="text"/>  | 05 |

■ 問20は、貴院が「緩和ケア病棟入院料1もしくは2」を届け出ている場合にご回答ください。

問20 緩和ケア病棟入院料1もしくは2を算定していない医療機関にお伺いします。

|  |  |    |
|--|--|----|
| * 20-1 緩和ケア病棟入院料を届け出ている理由についてご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |  |    |
| 01   | 緩和ケアを担当する常勤の医師の配置が困難                   | 01 |
| 02   | 看護師の配置が困難                              | 02 |
| 03   | 末期の悪性腫瘍等の対象患者が少なく、1病棟を保てない             | 03 |
| 04   | 緩和ケアを必要とする患者はいるが、主病が末期心不全等であり、対象患者ではない | 04 |
| 05   | 患者家族の控室、患者専用の台所等の病棟設備を整えることが困難         | 05 |
| 06   | 連携する保険医療機関に対して実習を行う専門的な緩和ケアの研修を行うことが困難 | 06 |
| 07   | 他病棟の方が緩和ケアへの対応が行いやすいため                 | 07 |
| 08   | 他サービスが充実しており、地域に緩和ケア病棟の需要がないため         | 08 |
| 09   | 他入院料の方が経営上のメリットがあるため                   | 09 |
| 10   | その他 <input type="text"/>               | 10 |

問21 貴院の地域貢献活動についてお伺いします。

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 21-1 施設として実施している又は関与している取組についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 01  | 地域ケア会議への参加   | 01    |
| 02  | 訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言  | 02    |
| 03  | 住民主体の通いの場への支援  | 03    |
| 04  | その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力                          | 04    |
| 05  | 地域医療構想調整会議への参加   | 05    |
| 06  | 上記のいずれも実施又は関与していない   | 06    |
| 《 21-1で 1つでも実施している取組があった場合にご回答ください。》                                    |  |       |
| 21-2 前問の取組に派遣している職種をご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○)           |  | 《回答欄》 |
| 01  | 医師   | 01    |
| 02  | 歯科医師   | 02    |
| 03  | 薬剤師  | 03    |
| 04  | 看護職員   | 04    |
| 05  | 理学療法士  | 05    |
| 06  | 作業療法士  | 06    |
| 07  | 言語聴覚士  | 07    |
| 08  | 管理栄養士  | 08    |
| 09  | 歯科衛生士  | 09    |
| 10  | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> | 10    |

※ このページからは、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設におけるチーム医療の実施状況や、医療従事者の負担軽減に関する取組とその効果、今後の課題等について お伺いするものです。

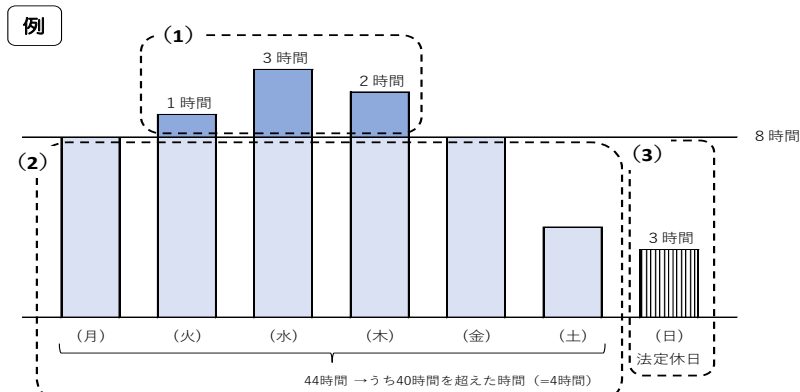
問22 医師の勤務状況等についてお伺いします。

|   |                  |   |
|---|------------------|---|
| 22-1 医師の勤務体制について、交代制か否かをご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |                  | 《回答欄》   |
| <b>1</b> 交代制を採用している業務がある  | <b>2</b> 交代制ではない | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |

|  |  |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
|--|--|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|-------|-----------|--|--|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|
| 《 22-1で 「1」 を選択した場合にご回答ください。》  |  |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| * 22-2 交代制を採用している業務をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号すべて、右欄に○）  |  |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;"><b>01</b></td><td>救急外来業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>02</b></td><td>一般病棟業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>03</b></td><td>院内管理業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>04</b></td><td>ICU業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>05</b></td><td>HCU業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>06</b></td><td>NICU・GCU業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>07</b></td><td>MFICU業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>08</b></td><td>SCU業務</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>09</b></td><td>その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/></td></tr> </table> | <b>01</b>  | 救急外来業務 | <b>02</b> | 一般病棟業務 | <b>03</b> | 院内管理業務 | <b>04</b> | ICU業務 | <b>05</b> | HCU業務 | <b>06</b> | NICU・GCU業務 | <b>07</b> | MFICU業務 | <b>08</b> | SCU業務 | <b>09</b> | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">01</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">02</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">03</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">04</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">05</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">06</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">07</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">08</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">09</td><td><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></td></tr> </table> | 01 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 02 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 03 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 04 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 05 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 06 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 07 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 08 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 09 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>01</b>  | 救急外来業務   |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>02</b>  | 一般病棟業務   |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>03</b>  | 院内管理業務   |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>04</b>  | ICU業務  |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>05</b>  | HCU業務  |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>06</b>  | NICU・GCU業務   |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>07</b>  | MFICU業務  |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>08</b>  | SCU業務  |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| <b>09</b>  | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 01   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 02   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 03   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 04   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 05   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 06   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 07   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 08   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |
| 09   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>      |        |           |        |           |        |           |       |           |       |           |            |           |         |           |       |           |  |  |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |

|  |                       |  |    |
|--|-----------------------|--|----|
| 22-3 貴施設における令和5年10月及び令和6年10月の常勤医師1人あたりの超過勤務時間 <sup>※1</sup> の平均値、<br>最大値、最小値（1か月間）、及び、超過勤務時間が80時間/月以上の者・155時間/月以上の<br>者の人数をご回答ください。 ※小数点第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）<br>（交代制の場合の超過勤務も含む） |                       |  |    |
|  | a 令和5年10月             | b 令和6年10月                                  |    |
| <b>01</b>  | 平均値                   | <input style="width: 100px;" type="text"/> | 時間 |
| <b>02</b>  | 最大値                   | <input style="width: 100px;" type="text"/> | 時間 |
| <b>03</b>  | 最小値                   | <input style="width: 100px;" type="text"/> | 時間 |
| <b>04</b>  | 1か月の超過勤務時間が 80時間超の人数  | <input style="width: 100px;" type="text"/> | 人  |
| <b>05</b>  | 1か月の超過勤務時間が 155時間超の人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> | 人  |

- ※1 超過勤務時間とは、次の(1)～(3)の総和を指します。
- (1) 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間
  - (2) 1週について40時間を超えて労働した時間数
  - (3) 法定休日（週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり）において労働した時間



上図の場合、(1)：1+3+2=6時間 (2)：44-40=4時間 (3)：3時間となるため、1週間の超過勤務時間数(1)+(2)+(3)=13時間 と計算されます。

|  |           |    |   |
|--|-----------|----|---|
| 22-4 貴施設における令和5年10月及び令和6年10月の常勤医師1人あたりの1か月の宿日直回数 <sup>※2</sup> や、連日当直を実施した者の人数をご回答ください。(交代制の場合を除く) |           |    |   |
| 01 平均値   | a 令和5年10月 |    | 回 |
|  | b 令和6年10月 |    | 回 |
| 02 最大値   | a 令和5年10月 |    | 回 |
|  | b 令和6年10月 |    | 回 |
| 03 最小値   | a 令和5年10月 |    | 回 |
|  | b 令和6年10月 |    | 回 |
| 04 連日当直を実施した者の人数   | a 令和5年10月 |    | 人 |
|  | b 令和6年10月 |    | 人 |
| 05 連日当直の発生した回数   | a 令和5年10月 | 延べ | 回 |
|  | b 令和6年10月 | 延べ | 回 |

※2 土曜日・日曜日の日直は1回として数えてください。なお、連続当直回数とは当直翌日に当直が入っている日数を指します。

|  |                 |       |
|--|-----------------|-------|
| 22-5 夜間医師が従事する業務に係る労働基準監督署の宿日直許可についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                 | 《回答欄》 |
| 1 すべての業務について許可を受けている   | 3 許可を受けている業務はない |       |
| 2 許可を受けている業務と受けていない業務がある                                     |                 |       |

|  |  |   |
|--|--|---|
| * 22-6 平日夜間の勤務体制 <sup>※3</sup> についてご回答ください。(10月における任意の平日5日間) |  |   |
| 01 宿直の人数   |  | 人 |
| 02 01のうち宿日直許可を得た宿直   |  | 人 |
| 03 夜勤の人数   |  | 人 |

※3 宿直は、主として病院の入院患者の病状急変に対応する体制確保を求めるもので、通常の日勤業務よりも労働密度が低い勤務  
夜勤は、通常の勤務時間と同態様の労働となる勤務

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| 《22-5で「1 すべての業務について許可を受けている」、「2 許可を受けている業務と受けていない業務がある」を選択した場合にご回答ください。》 |                             |
| * 22-7 宿日直許可を受けている業務をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)                            |                             |
| 01 救急外来業務  | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 一般病棟業務  | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 院内管理業務  | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 ICU業務   | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 HCU業務   | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 NICU・GCU業務  | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 MFICU業務   | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 SCU業務   | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 その他 <input style="width: 100px;" type="text"/>                        | 09 <input type="checkbox"/> |

\* 22-8 22-7で選択した業務において、宿日直を行う際の人員配置※4として、それぞれ該当するすべての欄に○を記載してください。（各業務を行っていない場合は空欄）

a: 一人で宿日直（他の業務を掛け持つ場合を含む）  
 b: 複数人で宿日直  
 c: 宿日直のほか夜勤（交代勤務）の医師も設けている  
 d: 宿日直のほか、他病棟（床）の医師がバックアップ  
 e: 宿日直のほか、院外のオンコール医師がバックアップ

|               | a | b | c | d | e |
|---------------|---|---|---|---|---|
| 01 救急外来業務     |   |   |   |   |   |
| 02 一般病棟業務     |   |   |   |   |   |
| 03 院内管理業務     |   |   |   |   |   |
| 04 ICU業務      |   |   |   |   |   |
| 05 HCU業務      |   |   |   |   |   |
| 06 NICU・GCU業務 |   |   |   |   |   |
| 07 MFICU業務    |   |   |   |   |   |
| 08 SCU業務      |   |   |   |   |   |
| 09 その他        |   |   |   |   |   |

※4 令和6年度診療報酬改定後からは、特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1を算定する治療室内に配置される専任の常勤医師は、宿日直を行っていない医師であることが施設基準となっております。

問23 医療従事者の勤務環境改善マネジメントについてお伺いします。

■ 23-1～23-5は、総合入院体制加算を届け出していない施設のみご回答ください。

23-1 勤務環境改善マネジメントシステム※1を推進するチームについてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1 チームがある         | 3 チームはなく、今後設置予定もない |
| 2 チームはないが、今後設置予定 |                    |

《回答欄》

※1 「勤務環境改善マネジメントシステム」とは、「医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み」を指します。

23-2 勤務環境の現状に関する実態把握や分析の実施状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1 行っている          | 3 行っておらず、今後実施予定もない |
| 2 行っていないが、今後実施予定 |                    |

《回答欄》

《23-2で「1」を選択した場合にご回答ください。》

23-3 実態把握や分析の頻度についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| 1 毎月行っている     | 4 2～3年に1度行っている       |
| 2 数か月に1度行っている | 5 定期的な実態把握や分析は行っていない |
| 3 1年に1度行っている  |                      |

《回答欄》

《23-2で「2行っていないが、今後実施予定」又は「3行っておらず、今後実施予定もない」を選択した場合にご回答ください。》

23-4 勤務環境改善の取組に関する計画の策定についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1 策定している          | 3 策定しておらず、今後策定予定もない |
| 2 策定していないが、今後策定予定 |                     |

《回答欄》

《 23-4で 「1」 を選択した場合にご回答ください。》

23-5 計画の見直しの頻度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |             |   |               |
|---|-------------|---|---------------|
| 1 | 数か月に1度行っている | 3 | 2～3年に1度行っている  |
| 2 | 1年に1度行っている  | 4 | 4年以上見直しをしていない |

《回答欄》

■ 23-6は全施設ご回答ください。

23-6 異なる保険医療機関から当直医を要請しているかについてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |        |   |         |   |             |
|---|--------|---|---------|---|-------------|
| 1 | 要請している | 2 | 要請していない | 3 | そもそも当直体制がない |
|---|--------|---|---------|---|-------------|

《回答欄》

問24 記録や会議に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

24-1 貴施設の入院部門における電子カルテの導入についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                 |   |                          |
|---|-----------------|---|--------------------------|
| 1 | 導入している          | 3 | 導入しておらず、導入予定もない          |
| 2 | 導入していないが、導入を検討中 | 4 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

24-2 貴施設におけるICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                            |    |                      |
|----|----------------------------|----|----------------------|
| 01 | タブレットの活用によるペーパーレス化         | 01 | <input type="text"/> |
| 02 | 音声入力システムの活用                | 02 | <input type="text"/> |
| 03 | ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施       | 03 | <input type="text"/> |
| 04 | 遠隔画像診断の実施                  | 04 | <input type="text"/> |
| 05 | 遠隔病理診断の実施                  | 05 | <input type="text"/> |
| 06 | 紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用         | 06 | <input type="text"/> |
| 07 | 患者の状態の予測                   | 07 | <input type="text"/> |
| 08 | 患者の状態の共有                   | 08 | <input type="text"/> |
| 09 | 勤怠管理のICT化                  | 09 | <input type="text"/> |
| 10 | スマートフォン等からの電子カルテ閲覧及び入力システム | 10 | <input type="text"/> |
| 11 | 患者向け説明動画（入院前、術前）           | 11 | <input type="text"/> |
| 12 | 電子カルテ等情報の視覚化・構造化システム       | 12 | <input type="text"/> |
| 13 | クリニカルパス分析システム              | 13 | <input type="text"/> |
| 14 | 電子問診・AI問診システム              | 14 | <input type="text"/> |
| 15 | 特になし                       | 15 | <input type="text"/> |
| 16 | その他 <input type="text"/>   | 16 | <input type="text"/> |

《回答欄》

| 《 24-2で 「15」 を選択した場合にご回答ください。》                       |                                 |       |
|--|---------------------------------|-------|
| 24-3 ICTを活用していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）       |                                 | 《回答欄》 |
| 01   | ICTの導入にコストがかかるから                | 01    |
| 02   | ICTの維持・管理にコストがかかるから             | 02    |
| 03   | ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから | 03    |
| 04   | ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から        | 04    |
| 05   | 現場のオペレーションを変更する事務的負担が大きいから      | 05    |
| 06   | 現場の賛同が得られないから                   | 06    |
| 07   | 故障時などに現場が混乱することを避けたいから          | 07    |
| 08   | その他 <input type="text"/>        | 08    |
| 24-4 院内の会議に関する負担軽減の取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）    |                                 | 《回答欄》 |
| 01   | 必要性が低下した会議の廃止                   | 01    |
| 02   | 医師の出席義務の取りやめ                    | 02    |
| 03   | 会議の開催回数の削減                      | 03    |
| 04   | 会議の開催時間の短縮                      | 04    |
| 05   | ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施            | 05    |
| 06   | 会議での紙資料の配付の中止                   | 06    |
| 07   | 特になし                            | 07    |
| 08   | その他 <input type="text"/>        | 08    |
| 24-5 医師の書類作成に関する負担軽減の取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）  |                                 | 《回答欄》 |
| 01   | 必要性が低下した書類の廃止                   | 01    |
| 02   | 書類の記載項目の簡素化                     | 02    |
| 03   | 医師事務作業補助者による下書きの作成              | 03    |
| 04   | 電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化           | 04    |
| 05   | 文書作成補助システムの活用                   | 05    |
| 06   | 特になし                            | 06    |
| 07   | その他 <input type="text"/>        | 07    |
| * 24-6 看護師の記録に関する負担軽減の取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                                 | 《回答欄》 |
| 01   | バイタルサイン等の測定機器からの自動入力            | 01    |
| 02   | 必要性が低下した書類の廃止                   | 02    |
| 03   | 書類の記載項目の簡素化                     | 03    |
| 04   | 看護補助者等による下書きの作成                 | 04    |
| 05   | 電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化           | 05    |
| 06   | 電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記      | 06    |
| 07   | 文書作成補助システムの活用                   | 07    |
| 08   | 特になし                            | 08    |
| 09   | その他 <input type="text"/>        | 09    |

|   |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
| 24-7 他医療機関（訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等）との情報共有・連携を行うための、ICT（情報通信技術）活用についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                      | 《回答欄》                |
| <b>1</b> ICTを活用している   | <b>2</b> ICTは活用していない | <input type="text"/> |

《 24-7で 「1」 を選択した場合にご回答ください。 》

|  |                      |                         |
|--|----------------------|-------------------------|
| 24-8 活用しているICTについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                      | 《回答欄》                   |
| <b>01</b> メール                              |                      | 01 <input type="text"/> |
| <b>02</b> 電子掲示板                            |                      | 02 <input type="text"/> |
| <b>03</b> グループチャット                         |                      | 03 <input type="text"/> |
| <b>04</b> ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）            |                      | 04 <input type="text"/> |
| <b>05</b> 専用アプリ                            |                      | 05 <input type="text"/> |
| <b>06</b> 地域医療情報連携ネットワーク※1                 |                      | 06 <input type="text"/> |
| <b>07</b> 自院を中心とした専用の情報連携システム              |                      | 07 <input type="text"/> |
| <b>08</b> 他院を中心とした専用の情報連携システム              |                      | 08 <input type="text"/> |
| <b>09</b> 電子処方箋管理サービス                      |                      | 09 <input type="text"/> |
| <b>10</b> オンライン資格確認システム（薬剤情報・健診情報等）        |                      | 10 <input type="text"/> |
| <b>11</b> その他                              | <input type="text"/> | 11 <input type="text"/> |

※1 地域において病診連携など、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。

《 24-7で 「2 ICTは活用していない」 を選択した場合にご回答ください。 》

|  |                      |                         |
|--|----------------------|-------------------------|
| 24-9 ICTを活用していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                      | 《回答欄》                   |
| <b>01</b> ICTの導入にコストがかかるから                     |                      | 01 <input type="text"/> |
| <b>02</b> ICTの維持・管理にコストがかかるから                  |                      | 02 <input type="text"/> |
| <b>03</b> ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから      |                      | 03 <input type="text"/> |
| <b>04</b> ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から             |                      | 04 <input type="text"/> |
| <b>05</b> 現場のオペレーションを変更する負担が大きいから              |                      | 05 <input type="text"/> |
| <b>06</b> 故障時などに現場が混乱することを避けたいから               |                      | 06 <input type="text"/> |
| <b>07</b> その他                                  | <input type="text"/> | 07 <input type="text"/> |



問25 医師の働き方改革に関する取組等についてお伺いします。

|   |       |               |
|---|-------|---------------|
| 25-1 各水準 <sup>※1</sup> に該当する医師の人数についてご回答ください。 |       | a 令和6年11月1日時点 |
| 01  | A水準   | 人             |
| 02  | 連携B水準 | 人             |
| 03  | B水準   | 人             |
| 04  | C-1水準 | 人             |
| 05  | C-2水準 | 人             |

※1 A水準＝原則、すべての医療機関の水準。時間外・休日労働時間の上限は原則、年960時間/月100時間。  
 連携B水準＝医師の派遣を通じて地域医療を確保するために必要な役割を持つ特定の医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。（個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下）  
 B水準＝三次救急や救急搬送の多い二次救急指定病院、がん拠点病院などの水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。  
 C-1水準＝初期研修医、専門医取得を目指す専攻医を雇用している医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。  
 C-2水準＝特定高度技能獲得を目指す医籍登録後の臨床従事6年目以降の医師を雇用する医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。

問26 医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

|  |                 |       |
|--|-----------------|-------|
| 26-1 貴施設の自施設における医師の労働時間の把握方法として該当するものをご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                 | 《回答欄》 |
| 1 ICカード・タイムカード   | 4 アプリ等による自動的な打刻 | □     |
| 2 上等等第三者の確認  | 5 把握していない       |       |
| 3 自己申告に基づき把握   | 6 その他 □         |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| * 26-2 長時間労働医師に対する、面接指導体制の準備・実施状況についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》 |
| 1 面接指導実施医師がおり、体制整備されている   |  | □     |
| 2 他院と連携し、面接指導実施医師を確保している  |  |       |
| 3 今後、面接指導の体制を整える予定である   |  |       |
| 4 長時間労働となる医師がいないので、面接指導体制がない                                      |  |       |

《26-2で「1」又は「2」を選択した場合にご回答ください。》

|  |              |       |
|--|--------------|-------|
| 26-3 長時間労働者に対する、医師による面接指導の実施状況についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |              | 《回答欄》 |
| 1 実施している   | 3 長時間労働者はいない | □     |
| 2 実施していないが、今後実施を予定している   |              |       |

|  |           |       |
|--|-----------|-------|
| 26-4 常勤医師について、他施設での勤務状況の把握についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |           | 《回答欄》 |
| 1 把握している   | 2 把握していない | □     |

《26-4で「1」を選択した場合にご回答ください。》

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 26-5 他施設での勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 01 他施設での勤務時間  |  | 01 □  |
| 02 他施設での当直日程  |  | 02 □  |
| 03 その他 □  |  | 03 □  |

|  |                      |                             |
|--|----------------------|-----------------------------|
| 26-6 医師の労働時間以外の勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》                       |
| 01 年次有給休暇取得率   |                      | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 育児休業の取得率  |                      | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 介護休業の取得率  |                      | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 代休取得率   |                      | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 連続勤務  |                      | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 勤務間インターバル   |                      | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 代償休息  |                      | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 把握していない   |                      | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 その他   | <input type="text"/> | 09 <input type="checkbox"/> |

|  |                    |                          |
|--|--------------------|--------------------------|
| 26-7 医師の負担軽減策に関する医療勤務環境改善支援センターへの相談の有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                    | 《回答欄》                    |
| 1 既に相談した   | 3 相談していない(相談の予定なし) | <input type="checkbox"/> |
| 2 今後相談する予定   |                    |                          |

|  |           |                          |
|--|-----------|--------------------------|
| 26-8 多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議の開催の有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |           | 《回答欄》                    |
| 1 開催している   | 2 開催していない | <input type="checkbox"/> |

|   |                      |                             |
|---|----------------------|-----------------------------|
| 26-9 以下の項目の中で、取組実績のあるものについてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》                       |
| 01 タスク・シフト/シェア  |                      | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 複数主治医制の導入  |                      | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 交代勤務制等への勤務形態の変更                                      |                      | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 患者・家族への説明の時間内実施                                      |                      | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 院内会議等の削減・効率化   |                      | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 オンコール等による宿日直の削減                                      |                      | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 自己研鑽の明確化   |                      | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 ICT・AI・IOT等の活用                                       |                      | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 その他  | <input type="text"/> | 09 <input type="checkbox"/> |

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 26-10 | 26-9で 取り組んでいない項目の中で、今後取組の計画のあるものについてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01    | タスク・シフト/シェア  | 01    |
| 02    | 複数主治医制の導入  | 02    |
| 03    | 交代勤務制等への勤務形態の変更  | 03    |
| 04    | 患者・家族への説明の時間内実施  | 04    |
| 05    | 院内会議等の削減・効率化   | 05    |
| 06    | オンコール等による宿日直の削減  | 06    |
| 07    | 自己研鑽の明確化   | 07    |
| 08    | ICT・AI・IoT等の活用   | 08    |
| 09    | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>     | 09    |

問27 看護職員の業務負担の軽減に係る取組についてお伺いします。

|      |   |       |
|------|---|-------|
| 27-1 | 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているものをご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01   | 業務量の調整（時間外労働が発生しないような業務量の調整）  | 01    |
| 02   | 他職種との業務分担（タスク・シフト/シェア）  | 02    |
| 03   | 看護補助者の配置・増員   | 03    |
| 04   | 短時間正規雇用の看護職員の活用   | 04    |
| 05   | 多様な勤務形態の導入  | 05    |
| 06   | 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮  | 06    |
| 07   | 夜勤負担の軽減   | 07    |
| 08   | ICT・AI・IoT等の活用  | 08    |
| 09   | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>        | 09    |

《 27-1で 「03」 を選択した場合にご回答ください。》

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 27-2 | 看護補助者の配置・増員について行った具体的な内容をご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○)        | 《回答欄》 |
| 01   | 主として直接ケアを行う看護補助者の新たな配置                                       | 01    |
| 02   | 主として直接ケアを行う看護補助者の増員  | 02    |
| 03   | 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置                                      | 03    |
| 04   | 主として事務的作業を行う看護補助者の増員   | 04    |
| 05   | 夜間の看護補助者の新たな配置   | 05    |
| 06   | 夜間の看護補助者の増員  | 06    |
| 07   | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> | 07    |

《 27-1で 「06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」 を選択した場合にご回答ください。》

27-3 具体的な配慮についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |             |    |  |
|----|-------------|----|--|
| 01 | 院内保育所       | 01 |  |
| 02 | 夜間保育の実施     | 02 |  |
| 03 | 夜勤の減免措置     | 03 |  |
| 04 | 休日勤務の制限制度   | 04 |  |
| 05 | 半日・時間単位休暇制度 | 05 |  |
| 06 | 所定労働時間の短縮   | 06 |  |
| 07 | 他部署等への配置転換  | 07 |  |
| 08 | 急な欠勤の際の応援体制 | 08 |  |

《回答欄》

■ 27-4は、以下の加算を算定している施設のみご回答ください。

- 夜間看護体制加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12、13）
- 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注9、10）
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助体制加算
- 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注3）
- 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注4、5）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注8）
- 看護補助体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注8）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括医療病棟入院料の注9）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注4）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注4）

27-4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|   |            |   |             |
|---|------------|---|-------------|
| 1 | 達成が困難である   | 4 | ほぼ達成可能である   |
| 2 | 達成はやや困難である | 5 | 評価時期に達していない |
| 3 | 概ね達成可能である  |   |             |

《回答欄》

《 27-4で 「1」 又は「2」 を選択した場合にご回答ください。》

27-5 達成が困難である項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                        |    |  |
|----|------------------------|----|--|
| 01 | 業務量の調整                 | 01 |  |
| 02 | 看護職員と他職種との業務分担         | 02 |  |
| 03 | 看護補助者の配置・増員            | 03 |  |
| 04 | 短時間正規雇用の看護職員の活用        | 04 |  |
| 05 | 多様な勤務形態の導入             | 05 |  |
| 06 | 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮 | 06 |  |
| 07 | 夜勤負担の軽減                | 07 |  |
| 08 | 夜勤に係る配慮                | 08 |  |
| 09 | その他                    | 09 |  |

《回答欄》

問28 各診療報酬項目の施設基準の届出状況等についてお伺いします。

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 《 地域医療体制確保加算を届け出していない医療機関のみご回答ください。》 |  |
| 28-1                                 | 救急用自動車・救急医療用ヘリによる搬送受入れ件数についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |
| <b>1</b>                             | 年間2,000件以上   |
| <b>2</b>                             | 年間1,000件以上1,999件以下                                       |
| <b>3</b>                             | 年間999件以下   |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |  |
|---|--|
| 《 28-1で 「1」 を選択した場合、又は、小児・周産期医療において一定の機能を持つ医療機関 <sup>※1</sup> のみご回答ください。》 |  |
| 28-2  | 施設基準として、満たすことが困難な要件についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)                              |
| <b>01</b>   | 病院勤務医の負担軽減・処遇改善のため、勤務医の勤務状況把握とその改善の必要性等を提言するための責任者配置                         |
| <b>02</b>   | 病院勤務医の勤務時間及び当直を含む夜間の勤務状況把握   |
| <b>03</b>   | 院内に多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること |
| <b>04</b>   | B水準・連携B水準の医師の1年間の時間外・休日労働時間を令和6年度において1785時間以下、令和7年度において1710時間以下とすること         |
| <b>05</b>   | 病院勤務医の負担軽減・処遇改善に関する取組事項を院内掲示等の方法で公表すること                                      |
| <b>06</b>   | 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること       |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

※1 以下のうち、いずれかにあてはまる医療機関

○救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）

もしくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料

もしくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること

○「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること

■ 28-3～28-6は、 医師事務作業補助体制加算を届け出ている場合にご回答ください。

|   |   |                  |  |   |
|---|---|------------------|--|---|
| 28-3                                      | 医師事務作業補助者の配置人数（常勤換算 <sup>※1</sup> ）を配置場所別にご回答ください。（令和6年11月1日時点） | <b>01</b> 外来     |  | 人 |
|   |   | <b>02</b> 病棟     |  | 人 |
|   |   | <b>03</b> その他医局等 |  | 人 |
| ※複数か所で勤務している場合、勤務時間で人数を按分してそれぞれに回答してください。 |   |                  |  |   |

※1 常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の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点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数＋常勤換算した非常勤の職員数）

例：常勤職員の1週間の所定労働時価が40時間の施設で、週4日（各日3時間）従事している職員が1人の場合

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

| 28-4 令和5年11月1日時点及び令和6年11月1日時点の、各病棟における医師事務作業補助者の常勤・非常勤別の職員数（実人数）、及び常勤換算 <sup>※1</sup> した非常勤の職員数をご回答ください。 |                            | a 令和5年11月1日 | b 令和6年11月1日 |
|--|----------------------------|-------------|-------------|
| 01 一般病棟  | ア 常勤                       | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） | 人           | 人           |
| 02 精神病棟  | ア 常勤                       | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） | 人           | 人           |
| 03 療養病棟  | ア 常勤                       | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） | 人           | 人           |
| 04 その他   | ア 常勤                       | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） | 人           | 人           |

※1（再掲）常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の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点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数＋常勤換算した非常勤の職員数）

例：常勤職員の1週間の所定労働時価が40時間の施設で、週4日（各日3時間）従事している職員が1人の場合

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

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 28-5 医師事務作業補助者用の人事考課の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      | 《回答欄》 |
| 1 あり  | 2 なし |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 28-6 医師事務作業補助者の効果についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01 医師の残業時間短縮                                  |  | 01    |
| 02 診療に専念できることによる医療の質の向上                       |  | 02    |
| 03 外来における患者の待ち時間の短縮                           |  | 03    |
| 04 患者満足度の向上                                   |  | 04    |
| 05 その他  |  | 05    |

問29 診療科毎の処遇についてお伺いします。

|  |  |       |
|--|--|-------|
| * 29-1 医師が不足している診療科において、医師の給与を変えていますか。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01 基本給を変えている   |  | 01    |
| 02 賞与を変えている  |  | 02    |
| 03 手当等をつけている   |  | 03    |
| 04 変えていない  |  | 04    |
| 05 その他   |  | 05    |

\* 《 29-1で 「03」を選択した場合にご回答ください。》

29-2 手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                           |   |    |
|---|---------------------------|---|----|
| 1 | 所定労働時間内外(時間外労働での勤務)を問わずあり | 3 | なし |
| 2 | 所定労働時間外のみあり               |   |    |

《回答欄》

\* 《 29-2で 「1」、「2」を選択した場合にご回答ください。》

29-3 手当が支払われた医師における月当たりの平均的な手当の金額についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |       |   |        |
|---|-------|---|--------|
| 1 | 1万円未満 | 3 | 5~10万円 |
| 2 | 1~5万円 | 4 | 10万円以上 |

《回答欄》

問30 非常勤職員についてお伺いします。

30-1 非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|    |       |   |    |   |    |
|----|-------|---|----|---|----|
| 01 | 医師    | 1 | あり | 2 | なし |
| 02 | 看護師   | 1 | あり | 2 | なし |
| 03 | 薬剤師   | 1 | あり | 2 | なし |
| 04 | 理学療法士 | 1 | あり | 2 | なし |
| 05 | 作業療法士 | 1 | あり | 2 | なし |
| 06 | その他   | 1 | あり | 2 | なし |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |

《 30-1で 01~06のいずれかで 「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》

30-2 該当する診療報酬の項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |              |    |                      |
|----|--------------|----|----------------------|
| 01 | 緩和ケア診療加算     | 01 | <input type="text"/> |
| 02 | 外来緩和ケア管理料    | 02 | <input type="text"/> |
| 03 | 依存症入院医療管理加算  | 03 | <input type="text"/> |
| 04 | 摂食障害入院医療管理加算 | 04 | <input type="text"/> |
| 05 | 栄養サポートチーム加算  | 05 | <input type="text"/> |
| 06 | 感染対策向上加算     | 06 | <input type="text"/> |
| 07 | ハイリスク分娩等管理加算 | 07 | <input type="text"/> |
| 08 | 病棟薬剤業務実施加算   | 08 | <input type="text"/> |
| 09 | 入退院支援加算      | 09 | <input type="text"/> |
| 10 | 認知症ケア加算      | 10 | <input type="text"/> |
| 11 | 小児入院医療管理料    | 11 | <input type="text"/> |
| 12 | 小児緩和ケア診療加算   | 12 | <input type="text"/> |
| 13 | 時間外対応加算      | 13 | <input type="text"/> |
| 14 | その他          | 14 | <input type="text"/> |

《回答欄》

|  |  |
|--|--|
| <p>《 30-1で <b>01~06のいずれかで「1あり」を選択した場合</b>にご回答ください。》</p>  |  |
| <p>30-3 非常勤職員の配置を行ったことによる影響についてご回答ください。<br/>(最も該当するものに◎、該当するものに○)</p>  |  |
| <p><b>01</b> 常勤職員の負担が軽減された</p> <p><b>02</b> 非常勤職員を雇用しやすくなった</p> <p><b>03</b> 非常勤職員を活用できる場が増えた</p> <p><b>04</b> 医師の責任の所在があいまいになった</p> <p><b>05</b> 非常勤医師間の連携不足により患者の診療や病棟業務等に支障が出た</p> <p><b>06</b> 非常勤医師と看護師等の他職種との連携不足による患者の診療や病棟業務等に支障が出た</p> <p><b>07</b> 患者から不満等が出た</p> <p><b>08</b> その他</p> | <p>《回答欄》</p> <p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> <p>05</p> <p>06</p> <p>07</p> <p>08</p> |
| <p>30-4 常勤配置や専従配置について、要件の緩和を希望する診療報酬項目があれば、当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。</p>   |  |
| <p><b>01</b> 常勤配置</p>  |  |
| <p><b>02</b> 専従配置</p>  |  |



|  |
|--|
| <p>最後に、医師、看護職員等の医療従事者の負担軽減策、チーム医療の推進、病院独自の取組等についてご意見等ございましたらご自由にご記入ください。</p> |
| <p>◆その他のご意見</p> <p>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。</p>               |
|  |

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6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。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票 (B)

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 施設名 |  | 施設ID |  |
|-----|--|------|--|

問1 貴院の入院基本料の病棟の状況等についてお伺いします。

1-1 「地域包括ケア病棟入院料」「地域包括ケア入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」「緩和ケア病棟入院料」のいずれかを算定する病棟の場合に、該当病棟についてご回答ください。

|                        |               | ア           | イ             | ウ                 | エ         |
|------------------------|---------------|-------------|---------------|-------------------|-----------|
|                        |               | 地域包括ケア病棟入院料 | 地域包括ケア入院医療管理料 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 緩和ケア病棟入院料 |
| 01 入院患者数               | a 令和6年11月1日時点 | 人           | 人             | 人                 | 人         |
|                        | b 令和5年8～10月   | 人           | 人             | 人                 | 人         |
| 02 新入棟患者数              | a 令和5年8～10月   | 人           | 人             | 人                 | 人         |
|                        | b 令和6年8～10月   | 人           | 人             | 人                 | 人         |
| 03 新退棟患者数              | a 令和5年8～10月   | 人           | 人             | 人                 | 人         |
|                        | b 令和6年8～10月   | 人           | 人             | 人                 | 人         |
| 04 在院延べ患者数             | a 令和5年8～10月   | 人           | 人             | 人                 | 人         |
|                        | b 令和6年8～10月   | 人           | 人             | 人                 | 人         |
| 05 在宅復帰率 <sup>※1</sup> | a 令和5年8～10月   | %           | %             | %                 | %         |
|                        | b 令和6年8～10月   | %           | %             | %                 | %         |
| 06 平均在院日数              | a 令和5年8～10月   | 日           | 日             | 日                 | 日         |
|                        | b 令和6年8～10月   | 日           | 日             | 日                 | 日         |
| 07 病床利用率 <sup>※2</sup> | a 令和5年8～10月   | %           | %             | %                 | %         |
|                        | b 令和6年8～10月   | %           | %             | %                 | %         |

※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）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）、老健施設（在宅強化型の届出施設に限り、その入所者数の5割を控除）へ退院した患者（死亡退院患者、再入院患者、短期滞在手術等基本料1・3の算定患者及びその対象手術等を行った患者を除く）×100
- イ B. 該当する病棟から、退棟した患者（死亡退院患者、再入院患者、短期滞在手術等基本料1・3の算定患者及びその対象手術等を行った患者を除く）

- 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）、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）×100
- ウ B. 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）

- 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、特定機能病院リハビリテーション病棟、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、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者を除く）×100

- エ 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、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者を除く）

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

問2 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で提供している介護サービスについてお伺いします。

|   |                      |       |
|---|----------------------|-------|
| 2-1 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で提供している介護サービスについてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》 |
| 01 訪問介護   |                      | 01    |
| 02 訪問リハビリテーション  |                      | 02    |
| 03 通所リハビリテーション  |                      | 03    |
| 04 介護予防訪問リハビリテーション  |                      | 04    |
| 05 訪問看護   |                      | 05    |
| 06 介護予防訪問看護   |                      | 06    |
| 07 その他  | <input type="text"/> | 07    |

問3 貴院の介護保険施設等との連携体制についてお伺いします。

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 3-1 以下の選択肢の内容について、実施できる体制を有しているかどうかご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (体制を有するものについて、該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 01 介護保険施設等からの電話等による相談への対応  |  | 01    |
| 02 介護保険施設等に入所する者が、当該患者又はその看護に当たっている者から往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断した場合の往診による対応            |  | 02    |
| 03 やむを得ない理由により上記往診の実施が難しい場合のオンライン診療による対応   |  | 03    |
| 04 介護保険施設等に入所する者が、往診又はオンライン診療を実施した際に入院の要否の判断及び必要に応じた入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)                |  | 04    |

|  |               |                      |    |
|--|---------------|----------------------|----|
| 3-2 3-1の体制について1つでも有している場合、上記選択肢の対応について、貴施設と介護保険施設等であらかじめ取決めを行うなどして、連携している当該介護保険施設等の数をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) |               |                      |    |
| 01 介護医療院   | a 貴法人・関連法人の施設 | <input type="text"/> | 施設 |
|  | b 上記以外の施設     | <input type="text"/> | 施設 |
| 02 介護老人保健施設  | a 貴法人・関連法人の施設 | <input type="text"/> | 施設 |
|  | b 上記以外の施設     | <input type="text"/> | 施設 |
| 03 特別養護老人ホーム   | a 貴法人・関連法人の施設 | <input type="text"/> | 施設 |
|  | b 上記以外の施設     | <input type="text"/> | 施設 |
| 04 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))   | a 貴法人・関連法人の施設 | <input type="text"/> | 施設 |
|  | b 上記以外の施設     | <input type="text"/> | 施設 |
| 05 認知症高齢者グループホーム   | a 貴法人・関連法人の施設 | <input type="text"/> | 施設 |
|  | b 上記以外の施設     | <input type="text"/> | 施設 |
| 06 障害者支援施設   | a 貴法人・関連法人の施設 | <input type="text"/> | 施設 |
|  | b 上記以外の施設     | <input type="text"/> | 施設 |

■ 問4は、貴院が「地域包括医療病棟入院料」を届け出していない場合にご回答ください。

問4 地域包括医療病棟について、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。

|   |  |
|---|--|
| * 4-1 地域包括医療病棟入院料について、令和7年6月以降の届出意向についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》<br><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 届出を検討中 <b>2</b> 届出を検討したものの届け出ない <b>3</b> 届出を検討していない <b>4</b> わからない       |  |

|   |  |                       |   |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
|---|--|-----------------------|---|---|-----------|----------------|----|---|-----------|--|----|---|-----------|-----------------------------------|----|---|-----------|---|----|---|-----------|---------------------------------|----|---|-----------|--|----|---|-----------|-----------------------------------|----|---|-----------|-----------------------------|----|---|-----------|--|----|---|-----------|---|----|---|-----------|-------------------|----|---|-----------|-------------------|----|---|-----------|---------------|----|---|-----------|--|----|---|--|
| 《4-1で「1」又は「2」を選択した場合にご回答ください。》  |  |                       |   |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| * 4-2 届出を検討している理由もしくは検討した理由についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○)   | 《回答欄》  |                       |   |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; padding: 5px;"><b>01</b></td> <td style="padding: 5px;">職員のモチベーションが向上すると考えるため</td> <td style="width: 5%; text-align: right; padding: 5px;">01</td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>02</b></td> <td style="padding: 5px;">職員の負担軽減につながるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">02</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>03</b></td> <td style="padding: 5px;">DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">03</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>04</b></td> <td style="padding: 5px;">病院全体の看護師の確保状況を踏まえ、看護職員の配置を最適化するため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">04</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>05</b></td> <td style="padding: 5px;">軽症・中等症の患者が増加(重症患者が減少)しており、ニーズに沿った対応ができるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">05</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>06</b></td> <td style="padding: 5px;">高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">06</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>07</b></td> <td style="padding: 5px;">ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">07</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>08</b></td> <td style="padding: 5px;">栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">08</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>09</b></td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">09</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>10</b></td> <td style="padding: 5px;">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と考えるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">10</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>11</b></td> <td style="padding: 5px;">地域包括医療病棟の重症度、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</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">11</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>12</b></td> <td style="padding: 5px;">退院支援の実施が無理なくできるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">12</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>13</b></td> <td style="padding: 5px;">高齢者の早期在宅復帰につながるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">13</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>14</b></td> <td style="padding: 5px;">経営が安定すると考えるため</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">14</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>15</b></td> <td style="padding: 5px;">その他 <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">15</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table> | <b>01</b>  | 職員のモチベーションが向上すると考えるため | 01  | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>02</b> | 職員の負担軽減につながるため | 02 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>03</b> | DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため | 03 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>04</b> | 病院全体の看護師の確保状況を踏まえ、看護職員の配置を最適化するため | 04 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>05</b> | 軽症・中等症の患者が増加(重症患者が減少)しており、ニーズに沿った対応ができるため | 05 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>06</b> | 高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため | 06 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>07</b> | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため | 07 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>08</b> | 栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため | 08 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>09</b> | 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 | 09 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>10</b> | 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と考えるため | 10 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>11</b> | 地域包括医療病棟の重症度、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 | 11 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>12</b> | 退院支援の実施が無理なくできるため | 12 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>13</b> | 高齢者の早期在宅復帰につながるため | 13 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>14</b> | 経営が安定すると考えるため | 14 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>15</b> | その他 <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> | 15 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |  |
| <b>01</b>   | 職員のモチベーションが向上すると考えるため                                      | 01                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>02</b>   | 職員の負担軽減につながるため   | 02                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>03</b>   | DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため               | 03                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>04</b>   | 病院全体の看護師の確保状況を踏まえ、看護職員の配置を最適化するため                          | 04                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>05</b>   | 軽症・中等症の患者が増加(重症患者が減少)しており、ニーズに沿った対応ができるため                  | 05                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>06</b>   | 高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため                            | 06                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>07</b>   | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため                     | 07                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>08</b>   | 栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため                          | 08                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>09</b>   | 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                                | 09                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>10</b>   | 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と考えるため                 | 10                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>11</b>   | 地域包括医療病棟の重症度、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                  | 11                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>12</b>   | 退院支援の実施が無理なくできるため  | 12                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>13</b>   | 高齢者の早期在宅復帰につながるため  | 13                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>14</b>   | 経営が安定すると考えるため  | 14                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |
| <b>15</b>   | その他 <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> | 15                    | <input style="width: 100%;" type="text"/> |   |           |                |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |   |    |   |           |                                 |    |   |           |  |    |   |           |                                   |    |   |           |                             |    |   |           |  |    |   |           |   |    |   |           |                   |    |   |           |                   |    |   |           |               |    |   |           |  |    |   |  |

| 《 4-1で「1 届出を検討中」又は「2 届出を検討したものの届け出ない」を選択した場合にご回答ください。》 |   |    |  |
|--|---|----|--|
| * 4-3  | 地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目をご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) (令和6年11月1日時点)  |    |  |
|  | 《回答欄》   |    |  |
| 01   | 看護職員の配置   | 01 |  |
| 02   | 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置  | 02 |  |
| 03   | 専任の常勤の管理栄養士の配置  | 03 |  |
| 04   | 当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(基本的日常生活活動度(Barthel Index)の合計点数をいう。)が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること | 04 |  |
| 05   | 退院又は転棟時におけるADL(基本的日常生活活動度(Barthel Index))の測定に関する研修会の開催  | 05 |  |
| 06   | 2次救急医療機関又は救急告示病院であること   | 06 |  |
| 07   | 常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること   | 07 |  |
| 08   | 重症度、医療・看護必要度の基準①※1を満たすこと  | 08 |  |
| 09   | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること  | 09 |  |
| 10   | 平均在院日数が21日以内であること   | 10 |  |
| 11   | 退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること  | 11 |  |
| 12   | 入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること   | 12 |  |
| 13   | 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること                              | 13 |  |
| 14   | データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること   | 14 |  |
| 15   | 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること   | 15 |  |
| 16   | 休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること  | 16 |  |
| 17   | リハビリテーションに必要な構造設備   | 17 |  |
| 18   | 経営の安定性  | 18 |  |
| 19   | その他   | 19 |  |

※1 【基準】以下のいずれかに該当する患者

- ・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上の患者
- ・A得点が3点以上の患者
- ・手術等の医学的状況に係る得点(C得点)が1点以上の患者

■ 問5～ 問9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」を届け出ている場合にご回答ください。

問5 地域包括ケア病棟・病室の状況等についてお伺いします。

|   |                       |       |             |
|---|-----------------------|-------|-------------|
| 5-1 現在「地域包括ケア入院医療管理料」を届け出ている病室について、<br>改定前（令和6年5月31日時点）と現在の状況についてご回答ください。 |                       |       |             |
|   |                       | a 病室数 | b 医療保険届出病床数 |
| 01  | 地域包括ケア病室（令和6年5月31日時点） | 室     | 床           |
| 02  | 地域包括ケア病室（令和6年11月1日時点） | 室     | 床           |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 5-2 地域包括ケア病棟・病室の届出を行った理由についてご回答ください。<br>（最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○） |  | 《回答欄》 |
| 01  | 地域包括ケア病棟・病室にすることで、経営が安定するため                  | 01    |
| 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          | 02    |
| 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             | 03    |
| 04  | 地域包括ケア病棟・病室にすることで、よりニーズに合った医療を提供できるため        | 04    |
| 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                  | 05    |
| 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       | 06    |
| 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  | 07    |
| 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 | 08    |
| 09  | 退院支援の実施が無理なくできるため                            | 09    |
| 10  | 施設基準に平均在院日数の要件がないため                          | 10    |
| 11  | 地域医療構想調整会議の結果を受けたため                          | 11    |
| 12  | その他  | 12    |

|  |                                |       |
|--|--------------------------------|-------|
| 5-3 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る目的についてご回答ください。<br>（最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○） |                                | 《回答欄》 |
| 01   | 自院の急性期病棟からの転棟先として利用している        | 01    |
| 02   | 他院の急性期病棟からの転院先として利用している        | 02    |
| 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 | 03    |
| 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     | 04    |
| 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  | 05    |
| 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     | 06    |
| 07   | その他                            | 07    |

| * 5-4 地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況についてご回答ください。 |   |         |   |
|--|---|---------|---|
| 01 当該病棟の入院患者延べ数                          | a | 令和6年5月  | 人 |
|  | b | 令和6年6月  | 人 |
|  | c | 令和6年7月  | 人 |
|  | d | 令和6年8月  | 人 |
|  | e | 令和6年9月  | 人 |
|  | f | 令和6年10月 | 人 |
| 02 自宅等から入棟した患者数                          | a | 令和6年5月  | 人 |
|  | b | 令和6年6月  | 人 |
|  | c | 令和6年7月  | 人 |
|  | d | 令和6年8月  | 人 |
|  | e | 令和6年9月  | 人 |
|  | f | 令和6年10月 | 人 |
| 03 自宅等からの緊急患者の受入れ数                       | a | 令和6年5月  | 人 |
|  | b | 令和6年6月  | 人 |
|  | c | 令和6年7月  | 人 |
|  | d | 令和6年8月  | 人 |
|  | e | 令和6年9月  | 人 |
|  | f | 令和6年10月 | 人 |
| 04 介護保険施設から入棟した患者数                       | a | 令和6年5月  | 人 |
|  | b | 令和6年6月  | 人 |
|  | c | 令和6年7月  | 人 |
|  | d | 令和6年8月  | 人 |
|  | e | 令和6年9月  | 人 |
|  | f | 令和6年10月 | 人 |
| 05 介護保険施設からの緊急患者の受入れ数                    | a | 令和6年5月  | 人 |
|  | b | 令和6年6月  | 人 |
|  | c | 令和6年7月  | 人 |
|  | d | 令和6年8月  | 人 |
|  | e | 令和6年9月  | 人 |
|  | f | 令和6年10月 | 人 |
| 06 自院の一般病床からの転棟患者数                       | a | 令和6年5月  | 人 |
|  | b | 令和6年6月  | 人 |
|  | c | 令和6年7月  | 人 |
|  | d | 令和6年8月  | 人 |
|  | e | 令和6年9月  | 人 |
|  | f | 令和6年10月 | 人 |

問6 今後の入院料の届出意向についてお伺いします。

6-1 病床数の増減の意向についてご回答ください。(令和7年6月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

|             |                |                    |                     |
|-------------|----------------|--------------------|---------------------|
| <b>1</b> 増床 | <b>2</b> 現状を維持 | <b>3</b> 削減(転換を除く) | <b>4</b> 他の病棟・施設へ転換 |
|-------------|----------------|--------------------|---------------------|

《回答欄》

\* 6-2 届出予定の入院料の病棟数と医療保険届出病床数をご回答ください。(令和7年6月以降)

|                                  | a 病棟数又は病室数 | b 医療保険届出病床数 |
|----------------------------------|------------|-------------|
| <b>01</b> 急性期一般入院基本料             | 棟          | 床           |
| <b>02</b> 地域一般入院料 1              | 棟          | 床           |
| <b>03</b> 地域一般入院料 2              | 棟          | 床           |
| <b>04</b> 地域一般入院料 3              | 棟          | 床           |
| <b>05</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料      | 棟          | 床           |
| <b>06</b> 地域包括ケア病棟入院料            | 棟          | 床           |
| <b>07</b> 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換 | 室          | 床           |
| <b>08</b> 地域包括医療病棟入院料            | 棟          | 床           |
| <b>09</b> 療養病棟入院基本料              | 棟          | 床           |
| <b>10</b> 介護保険施設                 |            | 床           |
| <b>11</b> 上記以外の病棟・病室             | 棟          | 床           |
| <b>12</b> 休床を届出予定                |            | 床           |

《6-3~6-4は、6-1で「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合にご回答ください。》

6-3 転換を検討している転換先についてご回答ください。  
(令和7年6月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

|   |
|---|
| <b>1</b> 急性期一般入院基本料   |
| <b>2</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料  |
| <b>3</b> 療養病棟入院基本料  |
| <b>4</b> 障害者施設等入院基本料  |
| <b>5</b> 地域一般入院料  |
| <b>6</b> 緩和ケア病棟入院料  |
| <b>7</b> 地域包括医療病棟入院料  |
| <b>8</b> その他 <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>9</b> 未定   |

《回答欄》



| 6-4 転換を検討している理由についてご回答ください。<br>(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |   | 《回答欄》 |
|--|---|-------|
| 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             | 01    |
| 02   | 高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため           | 02    |
| 03   | 軽症・中等症の患者が増加（重症患者が減少）しており、ニーズに沿った対応ができるため | 03    |
| 04   | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため    | 04    |
| 05   | 栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため         | 05    |
| 06   | 回復期リハビリテーション病棟入院料が再編されたため                 | 06    |
| 07   | 地域に利用者がいないため                              | 07    |
| 08   | 医師の確保が困難なため                               | 08    |
| 09   | 看護師の確保が困難なため                              | 09    |
| 10   | 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため                   | 10    |
| 11   | 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           | 11    |
| 12   | 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              | 12    |
| 13   | 地域の利用者が多いため                               | 13    |
| 14   | 看護師の確保が可能なため                              | 14    |
| 15   | 施設基準を満たせないため                              | 15    |
| 16   | 減算された点数での算定になってしまうため                      | 16    |
| 17   | 地域医療構想調整会議の結果を受けたため                       | 17    |
| 18   | その他 <input type="text"/>                  | 18    |

| 《 6-4で「15～16」のいずれかを選択した場合にご回答ください。》              |                          | 《回答欄》 |
|--|--------------------------|-------|
| 6-5 具体的に満たすことができない項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                          |       |
| 01   | 職員の配置                    | 01    |
| 02   | 救急医療の提供                  | 02    |
| 03   | 重症度、医療・看護必要度の割合          | 03    |
| 04   | 自院の一般病棟から転棟した患者割合        | 04    |
| 05   | 自宅等から入棟した患者割合            | 05    |
| 06   | 自宅等からの緊急入院患者の受入れ         | 06    |
| 07   | 在宅医療等の実績                 | 07    |
| 08   | 在宅復帰率                    | 08    |
| 09   | 入退院支援部門及び地域連携業務を担う部門の設置  | 09    |
| 10   | その他 <input type="text"/> | 10    |

■ 問7は、在宅医療等の提供がある場合にご回答ください。

問7 貴院の在宅医療等の提供状況についてお伺いします。

|   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 7-1 在宅医療等の提供対象者についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                          | 《回答欄》 |
| 01  | 貴院へ入院歴のある患者              | 01    |
| 02  | 貴院へ外来通院歴のある患者            | 02    |
| 03  | 貴院へ入院歴・外来通院歴のない地域住民      | 03    |
| 04  | その他 <input type="text"/> | 04    |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 7-2 在宅医療等の提供状況についてご回答ください。(令和6年8~10月3か月)                          |  |   |
| 01  | 在宅患者訪問診療料(I)及び(II)の算定回数  | 回 |
| 02 病院からの訪問看護等の提供実績  |  |   |
| a   | 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)及び精神科訪問看護・指導料(III)の算定回数  | 回 |
| b   | 退院後訪問指導料の算定回数  | 回 |
| c   | 介護保険法に規定する訪問看護費「ロ」及び介護予防訪問看護費「ロ」の算定回数<br>※指定訪問看護ステーションの場合のみ計上してください。 | 回 |
| 03 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションによる訪問看護の提供実績                      |  |   |
| a   | 訪問看護基本療養費の算定回数   | 回 |
| b   | 精神科訪問看護基本療養費の算定回数  | 回 |
| c   | 介護保険法に規定する訪問看護費「イ」及び介護予防訪問看護費「イ」の算定回数<br>※指定訪問看護ステーションの場合のみ計上してください。 | 回 |
| 04  | 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  | 回 |
| 05 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業者による介護保険法に規定する訪問介護、(介護予防)訪問リハビリテーションの提供実績 |  |   |
| a   | 介護保険法に規定する訪問介護費の算定回数   | 回 |
| b   | 介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数                        | 回 |
| 06 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数                                     |  |   |
| a   | 退院時共同指導料2の算定回数   | 回 |
| b   | 外来在宅共同指導料1の算定回数  | 回 |
| 07 病院からの訪問栄養食事指導の提供実績   |  |   |
| a   | 在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数   | 回 |
| b   | 介護保険法に規定する居宅療養管理指導費(管理栄養士が行う場合)の算定回数                                 | 回 |

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 届け出ている重症度、医療・看護必要度の種別をご回答ください。  
 (令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> 重症度、医療・看護必要度 I | <b>2</b> 重症度、医療・看護必要度 II |
|-------------------------|--------------------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

8-2 「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者割合をご回答ください。  
 8～10月の間に評価票や基準の変更があった場合は、10月1か月の状況についてお答えください。  
 算出されていない場合は空欄としてください。(「0」を記載しないでください。)

|                    |          | 対象期間            | 基準を満たす患者割合 |
|--------------------|----------|-----------------|------------|
| <b>01</b> 地域包括ケア病室 | <b>a</b> | 令和5年8月～10月の3か月間 | %          |
|                    | <b>b</b> | 令和6年8月～10月の3か月間 | %          |
| <b>02</b> 地域包括ケア病棟 | <b>a</b> | 令和5年8月～10月の3か月間 | %          |
|                    | <b>b</b> | 令和6年8月～10月の3か月間 | %          |

問9 看護職員及び看護補助者の体制に関する加算等についてお伺いします。

\* 9-1 届け出ている入院料等加算についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)  
 (該当する番号すべて、右欄に○)

|                        |    |
|------------------------|----|
| <b>01</b> 看護補助者配置加算    | 01 |
| <b>02</b> 看護補助体制充実加算 1 | 02 |
| <b>03</b> 看護補助体制充実加算 2 | 03 |
| <b>04</b> 看護補助体制充実加算 3 | 04 |
| <b>05</b> 看護職員夜間配置加算   | 05 |
| <b>06</b> 急性期看護補助体制加算  | 06 |
| <b>07</b> 看護補助体制加算     | 07 |
| <b>08</b> 夜間看護体制加算     | 08 |
| <b>09</b> 夜間看護補助体制加算   | 09 |
| <b>10</b> いずれも届け出していない | 10 |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

《9-1で「02」「03」「04」を選択した場合にご回答ください。》

\* 9-2 「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」について、以下の要件を満たしている人数をご回答ください。(令和6年11月1日時点)

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>01</b> 直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者(02～04の合計数)       |  | 人 |
| <b>02</b> 01のうち介護福祉士の資格を有する者                        |  | 人 |
| <b>03</b> 01のうち、看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者 |  | 人 |
| <b>04</b> 01のうち、「02」「03」の両方を満たす者                    |  | 人 |

《 9-1で「01 看護補助者配置加算」を選択していない場合に、ご回答ください。》

\* 9-3 看護補助者配置加算を届け出していない場合、その理由についてご回答ください。  
(最も該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 1 | 職員確保が困難なため                       |  |
| 2 | 必要性がないため                         |  |
| 3 | 看護補助者配置加算を届け出られる入院基本料を届け出していないため |  |
| 4 | その他                              |  |

《回答欄》

《 9-1で「05 看護職員夜間配置加算」を選択していない場合に、ご回答ください。》

\* 9-4 看護職員夜間配置加算を届け出していない場合、その理由についてご回答ください。  
(最も該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| 1 | 職員確保が困難なため                        |  |
| 2 | 必要性がないため                          |  |
| 3 | 看護職員夜間配置加算を届け出られる入院基本料を届け出していないため |  |
| 4 | その他                               |  |

《回答欄》

問10 看護補助者の状況等についてお伺いします。

\* 10-1 看護補助者の勤続年数別の看護補助者割合<sup>※1</sup>についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)

|    |                   |  |   |
|----|-------------------|--|---|
| 01 | 1年未満の看護補助者割合      |  | % |
| 02 | 1年以上3年未満の看護補助者割合  |  | % |
| 03 | 3年以上5年未満の看護補助者割合  |  | % |
| 04 | 5年以上10年未満の看護補助者割合 |  | % |
| 05 | 10年以上の看護補助者割合     |  | % |

※1 看護補助者割合：(各勤続年数に該当する看護補助者数×100)/病院全体の看護補助者数

\* 10-2 看護補助者の定着を促進するために取り組んでいる内容があれば教えてください。  
(令和6年11月1日時点)(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                 |    |                          |
|----|-----------------|----|--------------------------|
| 01 | 看護補助者業務マニュアルの整備 | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 看護補助者への研修の充実    | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 看護補助者のラダーの整備    | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | 看護補助者業務の細分化     | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | 看護補助者の勤務時間の整備   | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | 看護補助者の給与の見直し    | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | 看護師への教育・研修      | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | 看護管理者への教育・研修    | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | その他             | 09 | <input type="checkbox"/> |

■ 問11・問12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にご回答ください。

問11 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。

|      |  |  |
|------|--|--|
| 11-1 | 貴院のリハビリテーション実績指数についてご回答ください。(令和6年10月1か月)<br>(小数点第2位を四捨五入した値) |  |
|------|--|--|

|           |   |               |
|-----------|---|---------------|
| 11-2      | 疾患別リハビリテーションの届出状況についてご回答ください。<br>(令和6年10月1日時点) (01~04それぞれで該当する番号1つを右欄に記載) |               |
| <b>01</b> | 心大血管疾患リハビリテーション料  | 《回答欄》         |
| 1         | リハビリテーション料Ⅰ   | 3 届けていない      |
| 2         | リハビリテーション料Ⅱ   |               |
| 01        |   |               |
| <b>02</b> | 脳血管疾患等リハビリテーション料  | 《回答欄》         |
| 1         | リハビリテーション料Ⅰ   | 3 リハビリテーション料Ⅲ |
| 2         | リハビリテーション料Ⅱ   | 4 届けていない      |
| 02        |   |               |
| <b>03</b> | 運動器リハビリテーション料   | 《回答欄》         |
| 1         | リハビリテーション料Ⅰ   | 3 リハビリテーション料Ⅲ |
| 2         | リハビリテーション料Ⅱ   | 4 届けていない      |
| 03        |   |               |
| <b>04</b> | 呼吸器リハビリテーション料   | 《回答欄》         |
| 1         | リハビリテーション料Ⅰ   | 3 届けていない      |
| 2         | リハビリテーション料Ⅱ   |               |
| 04        |   |               |

|        |  |       |
|--------|--|-------|
| * 11-3 | F I Mの測定に関わる医療従事者の全員が、FIMの測定に関する研修を受講していますか。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |
| 1      | 全員受講している   |       |
| 2      | 一部の職員のみ受講している  |       |
| 3      | 受講していない  |       |

|        |   |          |
|--------|---|----------|
| * 11-4 | 日本医療機能評価機構等が行う第三者の医療機能評価を受けていますか。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》    |
| 1      | 受けている   | 2 受けていない |

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| * 11-5    | 外来患者に対するリハビリテーションなどの実施がある場合は実施総件数をご回答ください。<br>実施がない場合は「0」とご回答ください。(令和6年10月1か月) |   |
| <b>01</b> | 医療保険による外来リハビリテーションの実施  | 件 |
| <b>02</b> | 医療保険による訪問リハビリテーションの実施  | 件 |
| <b>03</b> | 介護保険による通所リハビリテーションの実施  | 件 |
| <b>04</b> | 介護保険による訪問リハビリテーションの実施  | 件 |

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 11-6 | 入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価に関する実施状況についてご回答ください。<br>(令和6年10月1か月) (該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |
| 1    | FIMのみ使用  |       |
| 2    | 日常生活機能評価のみ使用   |       |
| 3    | 日常生活機能評価とFIMの併用  |       |

《 11-6で 「2」 又は「3」 を選択した場合にご回答ください。》

11-7 11-6で 「2」 又は「3」 を選択した理由についてご回答ください。  
(最も該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 1 FIMだと診療実績の施設基準を満たさないため
- 2 FIMを入院直後に評価していないため
- 3 FIMの評価でも良いことを知らなかったため
- 4 FIMを用いる院内運用が整っていないため
- 5 FIMだと患者の病態の評価に即していないため
- 6 その他

11-8 1日の1患者あたりの平均リハビリテーション提供単位数についてご回答ください。  
(令和6年5月～10月6か月)

単位

11-9 1日あたりの重症者<sup>※1</sup>の状況についてご回答ください。(令和6年5月～10月6か月)  
(日常生活機能評価とFIMを両方測定している場合は両方の割合をご回答ください。どちらか一方を使用している場合は使用している指標のみ割合をご回答下さい。)

|    |   |   |          |   |   |
|----|---|---|----------|---|---|
| 01 | 新規入院患者のうち重症者の割合   | a | 日常生活機能評価 | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |
|    |   | b | FIM      | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |
| 02 | 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又はFIMが4点以上改善した重症者の割合  | a | 日常生活機能評価 | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |
|    |   | b | FIM      | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |
| 03 | 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又はFIMが12点以上改善した重症者の割合 | a | 日常生活機能評価 | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |
|    |   | b | FIM      | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |
| 04 | 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又はFIMが16点以上改善した重症者の割合 | a | 日常生活機能評価 | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |
|    |   | b | FIM      | <input style="width: 60px;" type="text"/> | % |

※1 日常生活機能評価が10点以上又はFIMが55点以下に該当する患者。

| 11-10 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（実人数）※ <sup>2</sup> についてご回答ください。  |              |              |
|---|--------------|--------------|
|   | ア 令和5年8月～10月 | イ 令和6年8月～10月 |
| <b>01</b> 当該病棟から退棟した患者数   | 人            | 人            |
| <b>02</b> 01のうち、リハを要する状態別の患者数   |              |              |
| <b>a</b> 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も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            |
| <b>b</b> aのうち、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合   | 人            | 人            |
| <b>c</b> 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節も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            |
| <b>d</b> 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            |
| <b>e</b> 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態  | 人            | 人            |
| <b>f</b> 股関節又は膝関節の置換術後の状態   | 人            | 人            |
| <b>g</b> 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した疾患又は手術後の状態  | 人            | 人            |
| <b>03</b> 01のうち、死亡退棟した患者数   | 人            | 人            |

※2 患者数（実人数）は1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。  
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

|         |  |                  |
|---------|--|------------------|
| * 11-11 | 市区町村などにリハビリテーション専門職を派遣できる体制を構築するなど、地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業への参加についてご回答ください。 |                  |
|         | （令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）  |                  |
|         | <b>1</b> 参加している  | <b>2</b> 参加していない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

問12 今後の意向についてお伺いします。

12-1 病床数の増減の意向についてご回答ください。(令和7年6月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

|          |    |          |       |          |           |          |            |
|----------|----|----------|-------|----------|-----------|----------|------------|
| <b>1</b> | 増床 | <b>2</b> | 現状を維持 | <b>3</b> | 削減(転換を除く) | <b>4</b> | 他の病棟・施設へ転換 |
|----------|----|----------|-------|----------|-----------|----------|------------|

《回答欄》

12-2 届出予定の入院料の病棟数と医療保険届出病床数をご回答ください。(令和7年6月以降)

|                                  | a 病棟数又は病室数 | b 医療保険届出病床数 |
|----------------------------------|------------|-------------|
| <b>01</b> 急性期一般入院基本料             | 棟          | 床           |
| <b>02</b> 地域一般入院料 1              | 棟          | 床           |
| <b>03</b> 地域一般入院料 2              | 棟          | 床           |
| <b>04</b> 地域一般入院料 3              | 棟          | 床           |
| <b>05</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料      | 棟          | 床           |
| <b>06</b> 地域包括ケア病棟入院料            | 棟          | 床           |
| <b>07</b> 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換 | 室          | 床           |
| <b>08</b> 地域包括医療病棟入院料            | 棟          | 床           |
| <b>09</b> 療養病棟入院基本料              | 棟          | 床           |
| <b>10</b> 介護保険施設                 |            | 床           |
| <b>11</b> 上記以外の病棟・病室             | 棟          | 床           |
| <b>12</b> 休床を届出予定                |            | 床           |

《12-1で 「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合にご回答ください。》

12-3 転換を検討している転換先についてご回答ください。(令和7年6月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

|          |   |
|----------|---|
| <b>1</b> | 急性期一般入院基本料  |
| <b>2</b> | 療養病棟入院基本料   |
| <b>3</b> | 障害者施設等入院基本料   |
| <b>4</b> | 地域一般入院料   |
| <b>5</b> | 緩和ケア病棟入院料   |
| <b>6</b> | 地域包括医療病棟入院料   |
| <b>7</b> | その他 <div style="border: 1px solid black; width: 600px; height: 20px; display: inline-block;"></div> |
| <b>8</b> | 未定  |

《回答欄》



《 12-1で 「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合にご回答ください。》

12-4 転換を検討している理由についてご回答ください。  
(最も該当するものに○、その他該当する番号すべてに○)

- |    |   |    |
|----|---|----|
| 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             | 01 |
| 02 | 高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため           | 02 |
| 03 | 軽症・中等症の患者が増加（重症患者が減少）しており、ニーズに沿った対応ができるため | 03 |
| 04 | ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため    | 04 |
| 05 | 栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため         | 05 |
| 06 | 回復期リハビリテーション病棟入院料が再編されたため                 | 06 |
| 07 | 地域に利用者がいないため                              | 07 |
| 08 | 医師の確保が困難なため                               | 08 |
| 09 | 看護師の確保が困難なため                              | 09 |
| 10 | 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため                   | 10 |
| 11 | 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           | 11 |
| 12 | 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              | 12 |
| 13 | 地域の利用者が多いため                               | 13 |
| 14 | 看護師の確保が可能のため                              | 14 |
| 15 | 施設基準を満たせないため                              | 15 |
| 16 | 減算された点数での算定になってしまうため                      | 16 |
| 17 | 地域医療構想調整会議の結果を受けたため                       | 17 |
| 18 | その他 <input type="text"/>                  | 18 |

《回答欄》

《 12-4で 「15～16」を選択した場合にご回答ください。》

12-5 具体的に満たすことができない項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

- |    |   |    |
|----|---|----|
| 01 | 職員の配置   | 01 |
| 02 | 休日におけるリハビリテーションの提供                                    | 02 |
| 03 | 重症者の割合  | 03 |
| 04 | 入院時に重症者であった患者における退院時の日常生活機能評価又はFIMが一定以上改善した割合を満たせないため | 04 |
| 05 | 自宅等に退院する割合  | 05 |
| 06 | リハビリテーション実績の指数  | 06 |
| 07 | FIMの測定に関する院内研修を年1回以上行うこと                              | 07 |
| 08 | 口腔管理の体制   | 08 |
| 09 | 地域貢献活動への参加  | 09 |
| 10 | GLIM基準による栄養状態の評価                                      | 10 |
| 11 | その他 <input type="text"/>                              | 11 |

《回答欄》

《 12-5で 「01」を選択した場合にご回答ください。》

\* 12-6 満たすことができない職種について、具体的にご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |        |    |  |
|----|--------|----|--|
| 01 | 医師     | 01 |  |
| 02 | 看護職員   | 02 |  |
| 03 | 看護補助者  | 03 |  |
| 04 | 理学療法士  | 04 |  |
| 05 | 作業療法士  | 05 |  |
| 06 | 言語聴覚士  | 06 |  |
| 07 | 社会福祉士等 | 07 |  |
| 08 | 管理栄養士  | 08 |  |

《回答欄》

■ 12-7～12-8は、貴院が令和6年11月1日時点で「回復期リハビリテーション病棟入院料5」を届け出ている場合にご回答ください。

12-7 今後の届出の意向についてご回答ください。（令和7年6月以降）  
（該当する番号1つを右欄に記載）

|   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| 1 | 回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出る予定      |  |
| 2 | 回復期リハビリテーション病棟入院料2を届け出る予定      |  |
| 3 | 回復期リハビリテーション病棟入院料3を届け出る予定      |  |
| 4 | 回復期リハビリテーション病棟入院料4を届け出る予定      |  |
| 5 | 現在の入院料を継続して届け出る予定              |  |
| 6 | 回復期リハビリテーション病棟入院料以外の入院料を届け出る予定 |  |

《回答欄》

《 12-7で 「5」を選択した場合にご回答ください。》

12-8 届出予定の理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | 重症者の割合を満たせないため  | 01 |  |
| 02 | 入院時に重症者であった患者における退院時の日常生活機能評価又はFIMが一定以上改善した割合を満たせないため | 02 |  |
| 03 | 自宅等に退院する割合を満たせないため                                    | 03 |  |
| 04 | その他   | 04 |  |

《回答欄》

《 12-7で 「6 回復期リハビリテーション病棟入院料以外の入院料を届け出る予定」を選択した場合にご回答ください。》

12-9 届出予定の理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○）

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | データ提出加算の届出が困難になるため                             | 01 |  |
| 02 | 回復期リハビリテーション病棟入院料5の職員の配置に関する施設基準が満たすことが困難になるため | 02 |  |
| 03 | 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                   | 03 |  |
| 04 | 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             | 04 |  |
| 05 | 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため                         | 05 |  |
| 06 | 地域に利用者がいないため                                   | 06 |  |
| 07 | 回復期リハビリテーション病棟入院料5を届出できる期間を超過してしまうため           | 07 |  |
| 08 | その他  | 08 |  |

《回答欄》

■ 問13は、貴院が救急患者連携搬送料を算定する患者の、搬送先（受入れ側）となる医療機関の場合にご回答ください。

問13 救急患者連携搬送料を算定する患者に関連する貴院の状況についてお伺いします。

|   |   |       |
|---|---|-------|
| * 13-1 救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |   | 《回答欄》 |
| 01  | 受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している                   | 01    |
| 02  | 新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している | 02    |
| 03  | 搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している             | 03    |
| 04  | 搬送元と患者情報を連携する際、ICTを活用している                   | 04    |
| 05  | 空床状況の共有方法を協議している                            | 05    |
| 06  | 夜間の搬送受入れについて、連携医療機関と協議している                  | 06    |
| 07  | 事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している              | 07    |
| 08  | その他 <input type="text"/>                    | 08    |

|   |            |    |
|---|------------|----|
| * 13-2 搬送元として連携する医療機関の数（救急体制別にそれぞれの数）をご回答ください。（令和6年11月1日時点） |            |    |
| 01  | 高度救命救急センター | 施設 |
| 02  | 救命救急センター   | 施設 |
| 03  | 二次救急医療機関   | 施設 |

|                                     |                                 |   |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| * 13-3 該当する患者数をご回答ください。（令和6年10月1か月） |                                 |   |
| 01                                  | 13-2で連携している医療機関から搬送を受け入れた患者数    | 人 |
| 02                                  | 01のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した患者数 | 人 |

■ 問14は、貴院が「緩和ケア病棟入院料1もしくは2」を届け出ている場合にご回答ください。

問14 緩和ケア病棟入院料1もしくは2を算定している医療機関にお伺いします。

|   |   |       |
|---|---|-------|
| * 14-1 外部評価等についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |   | 《回答欄》 |
| 01  | 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病棟）と同等の基準について、第三者の評価を受けている | 01    |
| 02  | がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院）の指定を受けている        | 02    |
| 03  | 特定領域がん診療連携拠点病院の指定を受けている                                 | 03    |
| 04  | 地域がん診療病院の指定を受けている                                       | 04    |
| 05  | 小児がん拠点病院の指定を受けている                                       | 05    |
| 06  | 02～05以外のがん診療の拠点となる病院 名称 <input type="text"/>            | 06    |

|  |  |   |
|--|--|---|
| * 14-2 退院患者数（実人数）※ <sup>1</sup> についてご回答ください。 |  |   |
| 01   | 退院患者数（実人数）（令和5年11月1日～令和6年10月31日）   | 人 |
| 02   | 01のうち、他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者数 | 人 |
| 03   | 01のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟患者数                | 人 |
| 04   | 01のうち、死亡退院の患者数   | 人 |
| 05   | 01のうち、上記以外の患者数   | 人 |

※1 患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

《 緩和ケア病棟入院料2を届け出ている場合に、ご回答ください。》

|  |   |       |
|--|---|-------|
| * 14-3 緩和ケア病棟入院料1を算定できない理由をご回答ください。<br>（最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○） |   | 《回答欄》 |
| 01   | 入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、緩和ケアを担当する常勤の医師が、入院の適応を判断し、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けることが困難   | 01    |
| 02   | 「緩和ケアを担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間の平均を14日未満にすることが困難  | 02    |
| 03   | 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。<br>（イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者<br>（ロ）同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者<br>（ハ）死亡退院の患者 | 03    |
| 04   | 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難   | 04    |
| 05   | その他 <input type="text"/>  | 05    |

■ 問15は、貴院が「緩和ケア病棟入院料1もしくは2」を届け出ている場合にご回答ください。

問15 緩和ケア病棟入院料1もしくは2を算定していない医療機関にお伺いします。

|  |  |       |
|--|--|-------|
| * 15-1 緩和ケア病棟入院料を届け出ている理由についてご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01   | 緩和ケアを担当する常勤の医師の配置が困難                   | 01    |
| 02   | 看護師の配置が困難                              | 02    |
| 03   | 末期の悪性腫瘍等の対象患者が少なく、1病棟を保てない             | 03    |
| 04   | 緩和ケアを必要とする患者はいるが、主病が末期心不全等であり、対象患者ではない | 04    |
| 05   | 患者家族の控室、患者専用の台所等の病棟設備を整えることが困難         | 05    |
| 06   | 連携する保険医療機関に対して実習を行う専門的な緩和ケアの研修を行うことが困難 | 06    |
| 07   | 他病棟の方が緩和ケアへの対応が行いやすいため                 | 07    |
| 08   | 他サービスが充実しており、地域に緩和ケア病棟の需要がないため         | 08    |
| 09   | 他入院料の方が経営上のメリットがあるため                   | 09    |
| 10   | その他 <input type="text"/>               | 10    |

## 問16 貴院の地域貢献活動についてお伺いします。

|   |                                     |       |
|---|-------------------------------------|-------|
| 16-1 施設として実施している又は関与している取組についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                                     | 《回答欄》 |
| 01  | 地域ケア会議への参加                          | 01    |
| 02  | 訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言               | 02    |
| 03  | 住民主体の通いの場への支援                       | 03    |
| 04  | その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力 | 04    |
| 05  | 地域医療構想調整会議への参加                      | 05    |
| 06  | 上記のいずれも実施又は関与していない                  | 06    |
| 《 16-1で 1つでも実施している取組があった場合にご回答ください。》                                    |                                     |       |
| 16-2 前問の取組に派遣している職種をご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号すべて、右欄に○)           |                                     | 《回答欄》 |
| 01  | 医師                                  | 01    |
| 02  | 歯科医師                                | 02    |
| 03  | 薬剤師                                 | 03    |
| 04  | 看護職員                                | 04    |
| 05  | 理学療法士                               | 05    |
| 06  | 作業療法士                               | 06    |
| 07  | 言語聴覚士                               | 07    |
| 08  | 管理栄養士                               | 08    |
| 09  | 歯科衛生士                               | 09    |
| 10  | その他 <input type="text"/>            | 10    |

※ このページからは、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設におけるチーム医療の実施状況や、医療従事者の負担軽減に関する取組とその効果、今後の課題等について お伺いするものです。

問17 医師の勤務状況等についてお伺いします。

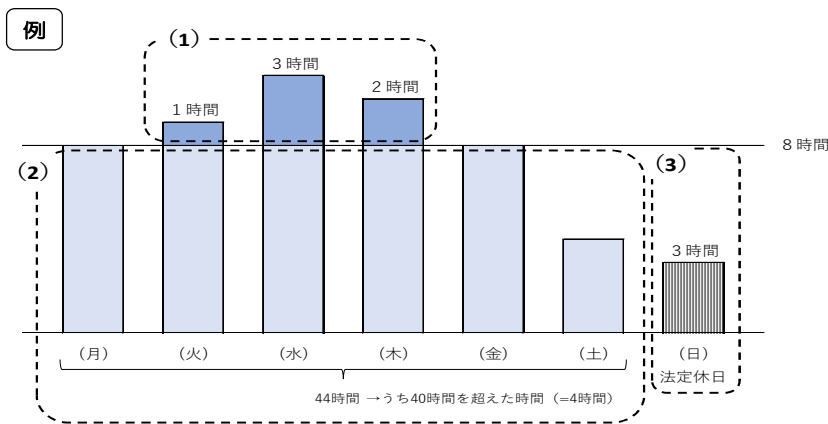
|          |  |          |
|----------|--|----------|
| 17-1     | 医師の勤務体制について、交代制か否かをご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号1つを右欄に記載） | 《回答欄》    |
| <b>1</b> | 交代制を採用している業務がある  | <b>2</b> |
|          | 交代制ではない  | 《回答欄》    |

《 17-1で 「1」 を選択した場合にご回答ください。 》

|           |  |       |
|-----------|--|-------|
| * 17-2    | 交代制を採用している業務をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号すべて、右欄に○）       | 《回答欄》 |
| <b>01</b> | 救急外来業務   | 01    |
| <b>02</b> | 一般病棟業務   | 02    |
| <b>03</b> | 院内管理業務   | 03    |
| <b>04</b> | その他 <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/> | 04    |

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| <p>17-3 貴施設における令和5年10月及び令和6年10月の常勤医師1人あたりの超過勤務時間<sup>※1</sup>の平均値、最大値、最小値（1か月間）、及び、超過勤務時間が80時間/月以上の者・155時間/月以上の者の人数をご回答ください。 ※小数点第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）<br/>（交代制の場合の超過勤務も含む）</p> | a 令和5年10月 | b 令和6年10月 |
| <b>01</b> 平均値  | 時間        | 時間        |
| <b>02</b> 最大値  | 時間        | 時間        |
| <b>03</b> 最小値  | 時間        | 時間        |
| <b>04</b> 1か月の超過勤務時間が 80時間超の人数   | 人         | 人         |
| <b>05</b> 1か月の超過勤務時間が 155時間超の人数  | 人         | 人         |

- ※1 超過勤務時間とは、次の（1）～（3）の総和を指します。
- （1） 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間
  - （2） 1週について40時間を超えて労働した時間数
  - （3） 法定休日（週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり）において労働した時間



上図の場合、（1）：1+3+2=6時間 （2）：44-40=4時間 （3）：3時間となるため、1週間の超過勤務時間数(1)+(2)+(3)=13時間 と計算されます。

|  |           |    |   |
|--|-----------|----|---|
| 17-4 貴施設における令和5年10月及び令和6年10月の常勤医師1人あたりの1か月の宿日直回数 <sup>※2</sup> や、連日当直を実施した者の人数をご回答ください。(交代制の場合を除く) |           |    |   |
| 01 平均値   | a 令和5年10月 |    | 回 |
|  | b 令和6年10月 |    | 回 |
| 02 最大値   | a 令和5年10月 |    | 回 |
|  | b 令和6年10月 |    | 回 |
| 03 最小値   | a 令和5年10月 |    | 回 |
|  | b 令和6年10月 |    | 回 |
| 04 連日当直を実施した者の人数   | a 令和5年10月 |    | 人 |
|  | b 令和6年10月 |    | 人 |
| 05 連日当直の発生した回数   | a 令和5年10月 | 延べ | 回 |
|  | b 令和6年10月 | 延べ | 回 |

※2 土曜日・日曜日の日直は1回として数えてください。なお、連続当直回数とは当直翌日に当直が入っている日数を指します。

|  |                 |       |
|--|-----------------|-------|
| 17-5 夜間医師が従事する業務に係る労働基準監督署の宿日直許可についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                 | 《回答欄》 |
| 1 すべての業務について許可を受けている   | 3 許可を受けている業務はない | □     |
| 2 許可を受けている業務と受けていない業務がある   |                 |       |

|  |  |   |
|--|--|---|
| * 17-6 平日夜間の勤務体制 <sup>※3</sup> についてご回答ください。(10月における任意の平日5日間) |  |   |
| 01 宿直の人数   |  | 人 |
| 02 01のうち宿日直許可を得た宿直   |  | 人 |
| 03 夜勤の人数   |  | 人 |

※3 宿直は、主として病院の入院患者の病状急変に対応する体制確保を求めるもので、通常の日勤業務よりも労働密度が低い勤務  
夜勤は、通常の勤務時間と同態様の労働となる勤務

|  |      |
|--|------|
| 《 17-5で 「1 すべての業務について許可を受けている」、「2 許可を受けている業務と受けていない業務がある」を選択した場合にご回答ください。》 |      |
| * 17-7 宿日直許可を受けている業務をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)                              |      |
| 01 救急外来業務  | 01 □ |
| 02 一般病棟業務  | 02 □ |
| 03 院内管理業務  | 03 □ |
| 04 その他 □   | 04 □ |

\* 17-8 17-7で選択した業務において、宿日直を行う際の人員配置として、それぞれ該当するすべての欄に○を記載してください※<sup>1</sup>（各業務を行っていない場合は空欄）

a： 一人で宿日直（他の業務を掛け持つ場合を含む）  
 b： 複数人で宿日直  
 c： 宿日直のほか夜勤（交代勤務）の医師も設けている  
 d： 宿日直のほか、他病棟（床）の医師がバックアップ  
 e： 宿日直のほか、院外のオンコール医師がバックアップ

|           | a | b | c | d | e |
|-----------|---|---|---|---|---|
| 01 救急外来業務 |   |   |   |   |   |
| 02 一般病棟業務 |   |   |   |   |   |
| 03 院内管理業務 |   |   |   |   |   |
| 04 その他    |   |   |   |   |   |

※<sup>1</sup> 令和6年度診療報酬改定後からは、特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1を算定する治療室内に配置される専任の常勤医師は、宿日直を行っていない医師であることが施設基準となっております。

問18 医療従事者の勤務環境改善マネジメントについてお伺いします。

■18-1～18-5は、総合入院体制加算を届け出していない施設のみご回答ください。

18-1 勤務環境改善マネジメントシステム※<sup>1</sup>を推進するチームについてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1 チームがある         | 3 チームはなく、今後設置予定もない |
| 2 チームはないが、今後設置予定 |                    |

《回答欄》

※<sup>1</sup> 「勤務環境改善マネジメントシステム」とは、「医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み」を指します。

18-2 勤務環境の現状に関する実態把握や分析の実施状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1 行っている          | 3 行っておらず、今後実施予定もない |
| 2 行っていないが、今後実施予定 |                    |

《回答欄》

《18-2で「1」を選択した場合にご回答ください。》

18-3 実態把握や分析の頻度についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| 1 毎月行っている     | 4 2～3年に1度行っている       |
| 2 数か月に1度行っている | 5 定期的な実態把握や分析は行っていない |
| 3 1年に1度行っている  |                      |

《回答欄》

《18-2で「2 行っていないが、今後実施予定」又は「3 行っておらず、今後実施予定もない」を選択した場合にご回答ください。》

18-4 勤務環境改善の取組に関する計画の策定についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1 策定している          | 3 策定しておらず、今後策定予定もない |
| 2 策定していないが、今後策定予定 |                     |

《回答欄》

《18-4で「1」を選択した場合にご回答ください。》

18-5 計画の見直しの頻度についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1 数か月に1度行っている | 3 2～3年に1度行っている  |
| 2 1年に1度行っている  | 4 4年以上見直しをしていない |

《回答欄》



■ 18-6は全施設ご回答ください。

|   |           |               |                      |
|---|-----------|---------------|----------------------|
| 18-6 異なる保険医療機関から当直医を要請しているかについてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |           |               | 《回答欄》                |
| 1 要請している  | 2 要請していない | 3 そもそも当直体制がない | <input type="text"/> |

問19 記録や会議に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

|   |                   |                   |                            |
|---|-------------------|-------------------|----------------------------|
| 19-1 貴施設の入院部門における電子カルテの導入についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                   |                   | 《回答欄》                      |
| 1 導入している  | 3 導入しておらず、導入予定もない | 2 導入していないが、導入を検討中 | 4 その他 <input type="text"/> |

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 19-2 貴施設におけるICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》                   |
| 01 タブレットの活用によるペーパーレス化  |  | 01 <input type="text"/> |
| 02 音声入力システムの活用   |  | 02 <input type="text"/> |
| 03 ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施  |  | 03 <input type="text"/> |
| 04 遠隔画像診断の実施   |  | 04 <input type="text"/> |
| 05 遠隔病理診断の実施   |  | 05 <input type="text"/> |
| 06 紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用  |  | 06 <input type="text"/> |
| 07 患者の状態の予測  |  | 07 <input type="text"/> |
| 08 患者の状態の共有  |  | 08 <input type="text"/> |
| 09 勤怠管理のICT化   |  | 09 <input type="text"/> |
| 10 スマートフォン等からの電子カルテ閲覧及び入力システム  |  | 10 <input type="text"/> |
| 11 患者向け説明動画（入院前、術前）  |  | 11 <input type="text"/> |
| 12 電子カルテ等情報の視覚化・構造化システム  |  | 12 <input type="text"/> |
| 13 クリニカルパス分析システム   |  | 13 <input type="text"/> |
| 14 電子問診・AI問診システム   |  | 14 <input type="text"/> |
| 15 特になし  |  | 15 <input type="text"/> |
| 16 その他 <input type="text"/>  |  | 16 <input type="text"/> |

《 19-2で 「15」を選択した場合にご回答ください。》

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 19-3 ICTを活用していない理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》                   |
| 01 ICTの導入にコストがかかるから                            |  | 01 <input type="text"/> |
| 02 ICTの維持・管理にコストがかかるから                         |  | 02 <input type="text"/> |
| 03 ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから             |  | 03 <input type="text"/> |
| 04 ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から                    |  | 04 <input type="text"/> |
| 05 現場のオペレーションを変更する事務的負担が大きいから                  |  | 05 <input type="text"/> |
| 06 現場の賛同が得られないから                               |  | 06 <input type="text"/> |
| 07 故障時などに現場が混乱することを避けたいから                      |  | 07 <input type="text"/> |
| 08 その他 <input type="text"/>                    |  | 08 <input type="text"/> |

|   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 19-4 院内の会議に関する負担軽減の取組についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                          | 《回答欄》 |
| 01  | 必要性が低下した会議の廃止            | 01    |
| 02  | 医師の出席義務の取りやめ             | 02    |
| 03  | 会議の開催回数の削減               | 03    |
| 04  | 会議の開催時間の短縮               | 04    |
| 05  | ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施     | 05    |
| 06  | 会議での紙資料の配付の中止            | 06    |
| 07  | 特になし                     | 07    |
| 08  | その他 <input type="text"/> | 08    |

|   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 19-5 医師の書類作成に関する負担軽減の取組についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                          | 《回答欄》 |
| 01  | 必要性が低下した書類の廃止            | 01    |
| 02  | 書類の記載項目の簡素化              | 02    |
| 03  | 医師事務作業補助者による下書きの作成       | 03    |
| 04  | 電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化    | 04    |
| 05  | 文書作成補助システムの活用            | 05    |
| 06  | 特になし                     | 06    |
| 07  | その他 <input type="text"/> | 07    |

|  |                            |       |
|--|----------------------------|-------|
| * 19-6 看護師の記録に関する負担軽減の取組についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                            | 《回答欄》 |
| 01   | バイタルサイン等の測定機器からの自動入力       | 01    |
| 02   | 必要性が低下した書類の廃止              | 02    |
| 03   | 書類の記載項目の簡素化                | 03    |
| 04   | 看護補助者等による下書きの作成            | 04    |
| 05   | 電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化      | 05    |
| 06   | 電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記 | 06    |
| 07   | 文書作成補助システムの活用              | 07    |
| 08   | 特になし                       | 08    |
| 09   | その他 <input type="text"/>   | 09    |

|   |             |       |
|---|-------------|-------|
| 19-7 他医療機関（訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等）との情報共有・連携を行うための、ICT（情報通信技術）活用についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |             | 《回答欄》 |
| 1   | ICTを活用している  | 0     |
| 2   | ICTは活用していない |       |

《 19-7で 「1」 を選択した場合にご回答ください。》

19-8 活用しているICTについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                           |    |  |
|----|---------------------------|----|--|
| 01 | メール                       | 01 |  |
| 02 | 電子掲示板                     | 02 |  |
| 03 | グループチャット                  | 03 |  |
| 04 | ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）     | 04 |  |
| 05 | 専用アプリ                     | 05 |  |
| 06 | 地域医療情報連携ネットワーク※1          | 06 |  |
| 07 | 自院を中心とした専用の情報連携システム       | 07 |  |
| 08 | 他院を中心とした専用の情報連携システム       | 08 |  |
| 09 | 電子処方箋管理サービス               | 09 |  |
| 10 | オンライン資格確認システム（薬剤情報・健診情報等） | 10 |  |
| 11 | その他                       | 11 |  |

※1 地域において病診連携など、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。

《 19-7で 「2 ICTは活用していない」 を選択した場合にご回答ください。》

19-9 ICTを活用していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                                 |    |  |
|----|---------------------------------|----|--|
| 01 | ICTの導入にコストがかかるから                | 01 |  |
| 02 | ICTの維持・管理にコストがかかるから             | 02 |  |
| 03 | ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから | 03 |  |
| 04 | ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から        | 04 |  |
| 05 | 現場のオペレーションを変更する負担が大きいから         | 05 |  |
| 06 | 故障時などに現場が混乱することを避けたいから          | 06 |  |
| 07 | その他                             | 07 |  |

問20 医師の働き方改革に関する取組等についてお伺いします。

20-1 各水準※1に該当する医師の人数についてご回答ください。

|    |       | a 令和6年11月1日時点 |
|----|-------|---------------|
| 01 | A水準   | 人             |
| 02 | 連携B水準 | 人             |
| 03 | B水準   | 人             |
| 04 | C-1水準 | 人             |
| 05 | C-2水準 | 人             |

※1 A水準＝原則、すべての医療機関の水準。時間外・休日労働時間の上限は原則、年960時間/月100時間。  
 連携B水準＝医師の派遣を通じて地域医療を確保するために必要な役割を持つ特定の医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。（個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下）  
 B水準＝三次救急や救急搬送の多い二次救急指定病院、がん拠点病院などの水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。  
 C-1水準＝初期研修医、専門医取得を目指す専攻医を雇用している医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。  
 C-2水準＝特定高度技能獲得を目指す医師登録後の臨床従事6年目以降の医師を雇用する医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。

問21 医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

|                                      |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
|--------------------------------------|--|-------------------------|--------------------------|---|------------------------------|---|--|---|----------------------|----|--|----|----------------------|----|-------|----|----------------------|----|------|----|----------------------|----|-----------|----|----------------------|----|------|----|----------------------|----|---------|----|----------------------|----|--|----|----------------------|--|
| 21-1                                 | 貴施設の自施設における医師の労働時間の把握方法として該当するものをご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載)  | 《回答欄》                   |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
|                                      | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1 ICカード・タイムカード</td> <td style="width: 50%; border: none;">4 アプリ等による自動的な打刻</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2 上司等第三者の確認</td> <td style="border: none;">5 把握していない</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3 自己申告に基づき把握</td> <td style="border: none;">6 その他 <input style="width: 150px;" type="text"/></td> </tr> </table>  | 1 ICカード・タイムカード          | 4 アプリ等による自動的な打刻          | 2 上司等第三者の確認   | 5 把握していない                    | 3 自己申告に基づき把握  | 6 その他 <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 1 ICカード・タイムカード                       | 4 アプリ等による自動的な打刻  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 2 上司等第三者の確認                          | 5 把握していない  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 3 自己申告に基づき把握                         | 6 その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>   |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| * 21-2                               | 長時間労働医師に対する、面接指導体制の準備・実施状況についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載)   | 《回答欄》                   |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
|                                      | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="border: none;">1 面接指導実施医師がおり、体制整備されている</td></tr> <tr><td style="border: none;">2 他院と連携し、面接指導実施医師を確保している</td></tr> <tr><td style="border: none;">3 今後、面接指導の体制を整える予定である</td></tr> <tr><td style="border: none;">4 長時間労働となる医師がいないので、面接指導体制がない</td></tr> </table>  | 1 面接指導実施医師がおり、体制整備されている | 2 他院と連携し、面接指導実施医師を確保している | 3 今後、面接指導の体制を整える予定である                                   | 4 長時間労働となる医師がいないので、面接指導体制がない | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 1 面接指導実施医師がおり、体制整備されている              |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 2 他院と連携し、面接指導実施医師を確保している             |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 3 今後、面接指導の体制を整える予定である                |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 4 長時間労働となる医師がいないので、面接指導体制がない         |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 《 21-2で 「1」 又は「2」 を選択した場合にご回答ください。 》 |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 21-3                                 | 長時間労働者に対する、医師による面接指導の実施状況についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載)  | 《回答欄》                   |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
|                                      | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1 実施している</td> <td style="width: 50%; border: none;">3 長時間労働者はいない</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2 実施していないが、今後実施を予定している</td> <td></td> </tr> </table>  | 1 実施している                | 3 長時間労働者はいない             | 2 実施していないが、今後実施を予定している                                  |                              | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 1 実施している                             | 3 長時間労働者はいない   |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 2 実施していないが、今後実施を予定している               |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 21-4                                 | 常勤医師について、他施設での勤務状況の把握についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載)  | 《回答欄》                   |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
|                                      | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1 把握している</td> <td style="width: 50%; border: none;">2 把握していない</td> </tr> </table>  | 1 把握している                | 2 把握していない                | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 1 把握している                             | 2 把握していない  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 《 21-4で 「1」 を選択した場合にご回答ください。 》       |  |                         |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 21-5                                 | 他施設での勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)   | 《回答欄》                   |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
|                                      | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;">01</td> <td style="width: 70%; border: none;">他施設での勤務時間</td> <td style="width: 10%; border: none;">01</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">02</td> <td style="border: none;">他施設での当直日程</td> <td style="border: none;">02</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">03</td> <td style="border: none;">その他 <input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td style="border: none;">03</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>   | 01                      | 他施設での勤務時間                | 01  | <input type="text"/>         | 02  | 他施設での当直日程  | 02  | <input type="text"/> | 03 | その他 <input style="width: 150px;" type="text"/> | 03 | <input type="text"/> |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 01                                   | 他施設での勤務時間  | 01                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 02                                   | 他施設での当直日程  | 02                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 03                                   | その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>   | 03                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 21-6                                 | 医師の労働時間以外の勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○)  | 《回答欄》                   |                          |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
|                                      | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 10%; border: none;">01</td><td style="width: 70%; border: none;">年次有給休暇取得率</td><td style="width: 10%; border: none;">01</td><td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">02</td><td style="border: none;">育児休業の取得率</td><td style="border: none;">02</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">03</td><td style="border: none;">介護休業の取得率</td><td style="border: none;">03</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">04</td><td style="border: none;">代休取得率</td><td style="border: none;">04</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">05</td><td style="border: none;">連続勤務</td><td style="border: none;">05</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">06</td><td style="border: none;">勤務間インターバル</td><td style="border: none;">06</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">07</td><td style="border: none;">代償休息</td><td style="border: none;">07</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">08</td><td style="border: none;">把握していない</td><td style="border: none;">08</td><td style="text-align: center;"><input type="text"/></td></tr> <tr> <td style="border: none;">09</td> <td style="border: none;">その他 <input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td style="border: none;">09</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table> | 01                      | 年次有給休暇取得率                | 01  | <input type="text"/>         | 02  | 育児休業の取得率   | 02  | <input type="text"/> | 03 | 介護休業の取得率                                       | 03 | <input type="text"/> | 04 | 代休取得率 | 04 | <input type="text"/> | 05 | 連続勤務 | 05 | <input type="text"/> | 06 | 勤務間インターバル | 06 | <input type="text"/> | 07 | 代償休息 | 07 | <input type="text"/> | 08 | 把握していない | 08 | <input type="text"/> | 09 | その他 <input style="width: 150px;" type="text"/> | 09 | <input type="text"/> |  |
| 01                                   | 年次有給休暇取得率  | 01                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 02                                   | 育児休業の取得率   | 02                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 03                                   | 介護休業の取得率   | 03                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 04                                   | 代休取得率  | 04                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 05                                   | 連続勤務   | 05                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 06                                   | 勤務間インターバル  | 06                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 07                                   | 代償休息   | 07                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 08                                   | 把握していない  | 08                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |
| 09                                   | その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>   | 09                      | <input type="text"/>     |   |                              |   |  |   |                      |    |  |    |                      |    |       |    |                      |    |      |    |                      |    |           |    |                      |    |      |    |                      |    |         |    |                      |    |  |    |                      |  |

21-7 医師の負担軽減策に関する医療勤務環境改善支援センターへの相談の有無についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|            |                    |
|------------|--------------------|
| 1 既に相談した   | 3 相談していない(相談の予定なし) |
| 2 今後相談する予定 |                    |

《回答欄》

21-8 多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議の開催の有無についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|          |           |
|----------|-----------|
| 1 開催している | 2 開催していない |
|----------|-----------|

《回答欄》

21-9 以下の項目の中で、取組実績のあるものについてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 01 タスク・シフト/シェア              | 01 |
| 02 複数主治医制の導入                | 02 |
| 03 交代勤務制等への勤務形態の変更          | 03 |
| 04 患者・家族への説明の時間内実施          | 04 |
| 05 院内会議等の削減・効率化             | 05 |
| 06 オンコール等による宿日直の削減          | 06 |
| 07 自己研鑽の明確化                 | 07 |
| 08 ICT・AI・IOT等の活用           | 08 |
| 09 その他 <input type="text"/> | 09 |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

21-10 21-9で 取り組んでいない項目の中で、今後取組の計画のあるものについてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 01 タスク・シフト/シェア              | 01 |
| 02 複数主治医制の導入                | 02 |
| 03 交代勤務制等への勤務形態の変更          | 03 |
| 04 患者・家族への説明の時間内実施          | 04 |
| 05 院内会議等の削減・効率化             | 05 |
| 06 オンコール等による宿日直の削減          | 06 |
| 07 自己研鑽の明確化                 | 07 |
| 08 ICT・AI・IOT等の活用           | 08 |
| 09 その他 <input type="text"/> | 09 |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

問22 看護職員の業務負担の軽減に係る取組についてお伺いします。

|  |                               |       |
|--|-------------------------------|-------|
| 22-1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているものをご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                               | 《回答欄》 |
| 01   | 業務量の調整 (時間外労働が発生しないような業務量の調整) | 01    |
| 02   | 他職種との業務分担 (タスク・シフト/シェア)       | 02    |
| 03   | 看護補助者の配置・増員                   | 03    |
| 04   | 短時間正規雇用の看護職員の活用               | 04    |
| 05   | 多様な勤務形態の導入                    | 05    |
| 06   | 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮        | 06    |
| 07   | 夜勤負担の軽減                       | 07    |
| 08   | ICT・AI・IoT等の活用                | 08    |
| 09   | その他 <input type="text"/>      | 09    |

《 22-1で 「03」 を選択した場合にご回答ください。》

|  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| 22-2 看護補助者の配置・増員について行った具体的な内容をご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                          | 《回答欄》 |
| 01   | 主として直接ケアを行う看護補助者の新たな配置   | 01    |
| 02   | 主として直接ケアを行う看護補助者の増員      | 02    |
| 03   | 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置  | 03    |
| 04   | 主として事務的作業を行う看護補助者の増員     | 04    |
| 05   | 夜間の看護補助者の新たな配置           | 05    |
| 06   | 夜間の看護補助者の増員              | 06    |
| 07   | その他 <input type="text"/> | 07    |

《 22-1で 「06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」 を選択した場合にご回答ください。》

|   |             |       |
|---|-------------|-------|
| 22-3 具体的な配慮についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |             | 《回答欄》 |
| 01                                      | 院内保育所       | 01    |
| 02                                      | 夜間保育の実施     | 02    |
| 03                                      | 夜勤の減免措置     | 03    |
| 04                                      | 休日勤務の制限制度   | 04    |
| 05                                      | 半日・時間単位休暇制度 | 05    |
| 06                                      | 所定労働時間の短縮   | 06    |
| 07                                      | 他部署等への配置転換  | 07    |
| 08                                      | 急な欠勤の際の応援体制 | 08    |

■22-4は、以下の加算を算定している施設のみご回答ください。

- 夜間看護体制加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12、13）
- 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注9、10）
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助体制加算
- 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注3）
- 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注4、5）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注8）
- 看護補助体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注8）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括医療病棟入院料の注9）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注4）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注4）

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| 22-4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |               | 《回答欄》   |
| 1 達成が困難である  | 4 ほぼ達成可能である   | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2 達成はやや困難である  | 5 評価時期に達していない |   |
| 3 概ね達成可能である   |               |   |

|   |  |
|---|--|
| 《22-4で「1」又は「2」を選択した場合にご回答ください。》                                 |  |
| 22-5 達成が困難である項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)                     |  |
| 01 業務量の調整   | 01 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 02 看護職員と他職種との業務分担   | 02 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 03 看護補助者の配置・増員  | 03 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 04 短時間正規雇用の看護職員の活用  | 04 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 05 多様な勤務形態の導入   | 05 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮                                       | 06 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 07 夜勤負担の軽減  | 07 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 08 夜勤に係る配慮  | 08 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| 09 その他 <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/> | 09 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |

問23 各診療報酬項目の施設基準の届出状況等についてお伺いします。

■23-1～23-4は、医師事務作業補助体制加算を届け出ている場合にご回答ください。

|   |           |   |   |
|---|-----------|---|---|
| 23-1 医師事務作業補助者の配置人数（常勤換算 <sup>※1</sup> ）を配置場所別にご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br><br>※複数か所で勤務している場合、勤務時間で人数を按分してそれぞれに回答してください。 | 01 外来     | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
|   | 02 病棟     | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
|   | 03 その他医局等 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |

※1 常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の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点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入  
(ご記入いただく職員数=常勤職員数+常勤換算した非常勤の職員数)

例：常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の施設で、週4日（各日3時間）従事している職員が1人の場合

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

| 23-2 令和5年11月1日時点及び令和6年11月1日時点の、各病棟における医師事務作業補助者の常勤・非常勤別の職員数（実人数）、及び常勤換算 <sup>※1</sup> した非常勤の職員数をご回答ください。 |                            |  | a 令和5年11月1日 | b 令和6年11月1日 |
|--|----------------------------|--|-------------|-------------|
| 01 一般病棟  | ア 常勤                       |  | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 |  | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） |  | 人           | 人           |
| 02 精神病棟  | ア 常勤                       |  | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 |  | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） |  | 人           | 人           |
| 03 療養病棟  | ア 常勤                       |  | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 |  | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） |  | 人           | 人           |
| 04 その他   | ア 常勤                       |  | 人           | 人           |
|  | イ 非常勤（実人数）                 |  | 人           | 人           |
|  | ウ 非常勤（常勤換算 <sup>※1</sup> ） |  | 人           | 人           |

※1 （再掲）常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の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点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数＋常勤換算した非常勤の職員数）

例：常勤職員の1週間の所定労働時価が40時間の施設で、週4日（各日3時間）従事している職員が1人の場合

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

23-3 医師事務作業補助者用の人事考課の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |       |
|------|------|-------|
| 1 あり | 2 なし | 《回答欄》 |
|------|------|-------|

23-4 医師事務作業補助者の効果についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 01 医師の残業時間短縮            | 01 |
| 02 診療に専念できることによる医療の質の向上 | 02 |
| 03 外来における患者の待ち時間の短縮     | 03 |
| 04 患者満足度の向上             | 04 |
| 05 その他                  | 05 |

問24 診療科毎の処遇についてお伺いします。

\* 24-1 医師が不足している診療科において、医師の給与を変えていますか。（該当する番号すべて、右欄に○）

|              |    |
|--------------|----|
| 01 基本給を変えている | 01 |
| 02 賞与を変えている  | 02 |
| 03 手当等をつけている | 03 |
| 04 変えていない    | 04 |
| 05 その他       | 05 |



|  |      |
|--|------|
| * 《 24-1で 「03」を選択した場合にご回答ください。》                            |      |
| 24-2 手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |      |
| 1 所定労働時間内外(時間外労働での勤務)を問わずあり                                | 3 なし |
| 2 所定労働時間外のみあり  |      |

《回答欄》

|   |          |
|---|----------|
| * 《 24-2で 「1」、「2」を選択した場合にご回答ください。》                                |          |
| 24-3 手当が支払われた医師における月当たりの平均的な手当の金額についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |          |
| 1 1万円未満   | 3 5~10万円 |
| 2 1~5万円   | 4 10万円以上 |

《回答欄》

## 問25 非常勤職員についてお伺いします。

|  |      |      |
|--|------|------|
| 25-1 非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |      |
| 01 医師  | 1 あり | 2 なし |
| 02 看護師   | 1 あり | 2 なし |
| 03 薬剤師   | 1 あり | 2 なし |
| 04 理学療法士   | 1 あり | 2 なし |
| 05 作業療法士   | 1 あり | 2 なし |
| 06 その他   | 1 あり | 2 なし |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 《 25-1で 01~06のいずれかで「1あり」を選択した場合にご回答ください。》    |                         |
| 25-2 該当する診療報酬の項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                         |
| 01 緩和ケア診療加算                                  | 01 <input type="text"/> |
| 02 外来緩和ケア管理料                                 | 02 <input type="text"/> |
| 03 依存症入院医療管理加算                               | 03 <input type="text"/> |
| 04 摂食障害入院医療管理加算                              | 04 <input type="text"/> |
| 05 栄養サポートチーム加算                               | 05 <input type="text"/> |
| 06 感染対策向上加算                                  | 06 <input type="text"/> |
| 07 ハイリスク分娩等管理加算                              | 07 <input type="text"/> |
| 08 病棟薬剤業務実施加算                                | 08 <input type="text"/> |
| 09 入退院支援加算                                   | 09 <input type="text"/> |
| 10 認知症ケア加算                                   | 10 <input type="text"/> |
| 11 小児入院医療管理料                                 | 11 <input type="text"/> |
| 12 小児緩和ケア診療加算                                | 12 <input type="text"/> |
| 13 時間外対応加算                                   | 13 <input type="text"/> |
| 14 その他                                       | 14 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |
| 12 | <input type="text"/> |
| 13 | <input type="text"/> |
| 14 | <input type="text"/> |

| 《 25-1で 01~06のいずれかで「1あり」を選択した場合にご回答ください。》 |  |
|---|--|
| 25-3                                      | 非常勤職員の配置を行ったことによる影響についてご回答ください。<br>(最も該当するものに◎、該当するものに○)     |
| 01  | 常勤職員の負担が軽減された  |
| 02  | 非常勤職員を雇用しやすくなった  |
| 03  | 非常勤職員を活用できる場が増えた   |
| 04  | 医師の責任の所在があいまいになった  |
| 05  | 非常勤医師間の連携不足により患者の診療や病棟業務等に支障が出た                              |
| 06  | 非常勤医師と看護師等の他職種との連携不足による患者の診療や病棟業務等に支障が出た                     |
| 07  | 患者から不満等が出た   |
| 08  | その他 <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/> |
|   | 《回答欄》  |
|   | 01   |
|   | 02   |
|   | 03   |
|   | 04   |
|   | 05   |
|   | 06   |
|   | 07   |
|   | 08   |
| 25-4                                      | 常勤配置や専従配置について、要件の緩和を希望する診療報酬項目があれば、当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。     |
| 01  | 常勤配置   |
| 02  | 専従配置   |

|  |
|--|
| <p>最後に、医師、看護職員等の医療従事者の負担軽減策、チーム医療の推進、病院独自の取組等についてご意見等ございましたらご自由にご記入ください。</p> |
|  |
| <p>◆その他のご意見<br/>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。</p>                  |
|  |

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6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。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

## 施設調査票 (C)

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 施設名 |  | 施設ID |  |
|-----|--|------|--|

問1 貴院の入院基本料の病棟の状況等についてお伺いします。

| 1-1 「療養病棟入院料1」「療養病棟入院料2」のいずれかを算定する病棟の場合に、該当病棟についてご回答ください。 |               | ア<br>療養病棟入院料1 |   | イ<br>療養病棟入院料2 |   |
|---|---------------|---------------|---|---------------|---|
| 01 入院患者数  | a 令和6年11月1日時点 |               | 人 |               | 人 |
|   | b 令和6年8～10月   |               | 人 |               | 人 |
| 02 新入棟患者数   | a 令和5年8～10月   |               | 人 |               | 人 |
|   | b 令和6年8～10月   |               | 人 |               | 人 |
| 03 新退棟患者数   | a 令和5年8～10月   |               | 人 |               | 人 |
|   | b 令和6年8～10月   |               | 人 |               | 人 |
| 04 在院延べ患者数  | a 令和5年8～10月   | 延べ            | 人 | 延べ            | 人 |
|   | b 令和6年8～10月   | 延べ            | 人 | 延べ            | 人 |
| 05 在宅復帰率 <sup>※1</sup>                                    | a 令和5年8～10月   |               | % |               | % |
|   | b 令和6年8～10月   |               | % |               | % |
| 06 平均在院日数   | a 令和5年8～10月   |               | 日 |               | 日 |
|   | b 令和6年8～10月   |               | 日 |               | 日 |
| 07 病床利用率 <sup>※2</sup>                                    | a 令和5年8～10月   |               | % |               | % |
|   | b 令和6年8～10月   |               | % |               | % |

※1 「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・転棟又は転院した患者・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）×100
- 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又は転院した患者・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）。

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

1-2 令和7年6月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|             |                |                    |                     |
|-------------|----------------|--------------------|---------------------|
| <b>1</b> 増床 | <b>2</b> 現状を維持 | <b>3</b> 削減(転換を除く) | <b>4</b> 他の病棟・施設へ転換 |
|-------------|----------------|--------------------|---------------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《1-2で「4」を選択した場合にご回答ください。》

1-3 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等をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| <b>01</b> | 療養病棟入院料 1  | 01 |
| <b>02</b> | 療養病棟入院料 2  | 02 |
| <b>03</b> | 地域包括医療病棟入院料  | 03 |
| <b>04</b> | 回復期リハビリテーション病棟入院料  | 04 |
| <b>05</b> | 地域包括ケア病棟入院料  | 05 |
| <b>06</b> | 介護老人保健施設   | 06 |
| <b>07</b> | 介護医療院  | 07 |
| <b>08</b> | 特別養護老人ホーム  | 08 |
| <b>09</b> | その他 <table border="1" style="width:600px; height:20px;"></table> | 09 |
| <b>10</b> | 未定   | 10 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

《1-2で「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合にご回答ください。》

1-4 現在届け出ている入院基本料から転換を検討している理由をご回答ください。  
(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○)

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| <b>01</b> | 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                                    | 01 |
| <b>02</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                               | 02 |
| <b>03</b> | 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                                       | 03 |
| <b>04</b> | 看護師の確保が困難なため   | 04 |
| <b>05</b> | 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                    | 05 |
| <b>06</b> | 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため  | 06 |
| <b>07</b> | 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                                  | 07 |
| <b>08</b> | 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                                     | 08 |
| <b>09</b> | その他 <table border="1" style="width:600px; height:20px;"></table> | 09 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |

《1-3 の【検討している転換先】で「06 介護老人保健施設」「07 介護医療院」「08 特別養護老人ホーム」のいずれかを選択した場合にご回答ください。》

1-5 療養病棟から転換を検討している病床数についてご回答ください。

|           |                        |  |   |
|-----------|------------------------|--|---|
| <b>01</b> | 介護老人保健施設へ転換を検討している病床数  |  | 床 |
| <b>02</b> | 介護医療院へ転換を検討している病床数     |  | 床 |
| <b>03</b> | 特別養護老人ホームへ転換を検討している病床数 |  | 床 |

■ 問2は、貴院が改定前に「療養病棟入院料1」を届け出ている場合のみご回答ください。

問2 改定前に療養病棟入院料1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。

| 2-1 改定前（令和6年5月31日時点）に療養病棟入院料1を届け出ている病棟の状況についてご回答ください。 |                                    |            |             |
|---|------------------------------------|------------|-------------|
|   |                                    | ア 病棟数又は病室数 | イ 医療保険届出病床数 |
| 01  | 改定前（令和6年5月31日時点）に療養病棟入院料1を届け出ている病棟 | 棟          | 床           |
| 02 令和6年11月1日時点の内訳                                     |                                    |            |             |
| a   | 療養病棟入院料1を届出                        | 棟          | 床           |
| b   | 療養病棟入院料2を届出                        | 棟          | 床           |
| c   | 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           |
| d   | 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換                  | 棟          | 床           |
| e   | 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換             | 室          | 床           |
| f   | 特別養護老人ホームへ転換                       |            | 床           |
| g   | 介護老人保健施設へ転換                        |            | 床           |
| h   | 介護医療院へ転換                           |            | 床           |
| i   | 上記b～h以外へ転換                         | 棟          | 床           |
| j   | 休床としている病床                          |            | 床           |

■ 問3は、貴院が改定前に「療養病棟入院料2」を届け出ている場合のみご回答ください。

問3 改定前に療養病棟入院料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。

| 3-1 改定前（令和6年5月31日時点）に療養病棟入院料2を届け出ている病棟の状況についてご回答ください。 |                                    |            |             |
|---|------------------------------------|------------|-------------|
|   |                                    | ア 病棟数又は病室数 | イ 医療保険届出病床数 |
| 01  | 改定前（令和6年5月31日時点）に療養病棟入院料2を届け出ている病棟 | 棟          | 床           |
| 02 令和6年11月1日時点の内訳                                     |                                    |            |             |
| a   | 療養病棟入院料1を届出                        | 棟          | 床           |
| b   | 療養病棟入院料2を届出                        | 棟          | 床           |
| c   | 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           |
| d   | 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換                  | 棟          | 床           |
| e   | 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換             | 室          | 床           |
| f   | 特別養護老人ホームへ転換                       |            | 床           |
| g   | 介護老人保健施設へ転換                        |            | 床           |
| h   | 介護医療院へ転換                           |            | 床           |
| i   | 上記a,c～h以外へ転換                       | 棟          | 床           |
| j   | 休床としている病床                          |            | 床           |

問4 看護職員及び看護補助者の体制に関する加算等についてお伺いします。

\* 4-1 届け出ている入院料等加算についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |              |    |
|----|--------------|----|
| 01 | 看護補助体制充実加算1  | 01 |
| 02 | 看護補助体制充実加算2  | 02 |
| 03 | 看護補助体制充実加算3  | 03 |
| 04 | 夜間看護加算       | 04 |
| 05 | いずれも届け出していない | 05 |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |

\* 4-2 「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」について、以下の要件を満たしている人数の割合をご回答ください。(令和6年11月1日時点)

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
| 01 | 直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者(02~04の合計数)       |  | 人 |
| 02 | 01のうち、介護福祉士の資格を有する者                       |  | 人 |
| 03 | 01のうち、看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者 |  | 人 |
| 04 | 01のうち、「02」「03」の両方を満たす者                    |  | 人 |

《4-1で「01 看護補助体制充実加算1~03 看護補助体制充実加算3」の看護補助体制充実加算を選択していない場合にご回答ください。》

\* 4-3 看護補助体制充実加算を届け出ることが困難な理由についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |
|----|---|----|
| 01 | 職員確保が困難なため  | 01 |
| 02 | 夜勤を行う看護職員及び看護補助者を、常時、当該病棟の入院患者数16人に対して1人以上配置することが困難なため                  | 02 |
| 03 | ADL区分3の患者を5割以上入院させることが困難なため   | 03 |
| 04 | 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置することが困難なため | 04 |
| 05 | 多職種からなる役割分担推進のための委員会等の設置が困難なため  | 05 |
| 06 | 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する取組事項を院内掲示する等の方法で公開することが困難なため                        | 06 |
| 07 | 看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成することが困難なため               | 07 |
| 08 | 看護師長等が、看護補助体制充実加算に係る所定の研修を受講することが困難なため                                  | 08 |
| 09 | 身体的拘束最小化の取組が実施できていないため  | 09 |
| 10 | 必要性がないため  | 10 |
| 11 | その他   | 11 |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |
| 06 |
| 07 |
| 08 |
| 09 |
| 10 |
| 11 |

《 4-1で「04 夜間看護加算」を選択していない場合に、ご回答ください。》

\* 4-4 夜間看護加算を届け出ることが困難な理由についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |
|----|---|----|
| 01 | 職員確保が困難なため  | 01 |
| 02 | 看護補助体制充実加算1～3のいずれかを届け出ているため   | 02 |
| 03 | 夜勤を行う看護職員及び看護補助者を、常時、当該病棟の入院患者数16人に対して1人以上配置することが困難なため                  | 03 |
| 04 | ADL区分3の患者を5割以上入院させることが困難なため   | 04 |
| 05 | 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置することが困難なため | 05 |
| 06 | 多職種からなる役割分担推進のための委員会等の設置が困難なため  | 06 |
| 07 | 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する取組事項を院内掲示する等の方法で公開することが困難なため                        | 07 |
| 08 | 院内研修を年1回以上受講した看護補助者がいないため   | 08 |
| 09 | 身体的拘束最小化の取組が実施できていないため  | 09 |
| 10 | 必要性がないため  | 10 |
| 11 | その他 <input type="text"/>  | 11 |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |
| 06 |
| 07 |
| 08 |
| 09 |
| 10 |
| 11 |

問5 看護補助者の状況等についてお伺いします。

\* 5-1 看護補助者の勤続年数別の看護補助者割合<sup>※1</sup>についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)

|    |                   |                      |   |
|----|-------------------|----------------------|---|
| 01 | 1年未満の看護補助者割合      | <input type="text"/> | % |
| 02 | 1年以上3年未満の看護補助者割合  | <input type="text"/> | % |
| 03 | 3年以上5年未満の看護補助者割合  | <input type="text"/> | % |
| 04 | 5年以上10年未満の看護補助者割合 | <input type="text"/> | % |
| 05 | 10年以上の看護補助者割合     | <input type="text"/> | % |

※1 看護補助者割合：(各勤続年数に該当する看護補助者数×100)/病院全体の看護補助者数

\* 5-2 看護補助者の定着を促進するために取り組んでいる内容があれば教えてください。  
(令和6年11月1日時点)(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                          |    |
|----|--------------------------|----|
| 01 | 看護補助者業務マニュアルの整備          | 01 |
| 02 | 看護補助者への研修の充実             | 02 |
| 03 | 看護補助者のラダーの整備             | 03 |
| 04 | 看護補助者業務の細分化              | 04 |
| 05 | 看護補助者の勤務時間の整備            | 05 |
| 06 | 看護補助者の給与の見直し             | 06 |
| 07 | 看護師への教育・研修               | 07 |
| 08 | 看護管理者への教育・研修             | 08 |
| 09 | その他 <input type="text"/> | 09 |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |
| 06 |
| 07 |
| 08 |
| 09 |



問6 経腸栄養管理加算の算定状況についてお伺いします。

\* 6-1 経腸栄養管理加算の算定状況についてお伺いします。

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| 経腸栄養管理加算の算定件数（令和6年8月～10月3か月） |  | 件 |
|------------------------------|--|---|

《 経腸栄養管理加算を届け出していない場合にご回答ください。 》

\* 6-2 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| <b>01</b> | 「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出していないため                          | 01 |
| <b>02</b> | 療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置することが困難であるため           | 02 |
| <b>03</b> | 自院又は他の医療機関との協力により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を確保することが困難であるため | 03 |
| <b>04</b> | その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>           | 04 |

《回答欄》

問7 療養病棟入院基本料の注1に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制についてお伺いします。

7-1 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無についてご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|               |               |  |
|---------------|---------------|--|
| <b>1</b> 体制あり | <b>2</b> 体制なし |  |
|---------------|---------------|--|

《回答欄》

\* 《 7-1で 「2」を選択した場合にご回答ください。 》

7-2 体制整備が困難な理由についてご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| <b>01</b> | 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有することが困難なため            | 01 |
| <b>02</b> | 摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できないため                      | 02 |
| <b>03</b> | 他の保険医療機関との協力による体制の確保が困難なため                     | 03 |
| <b>04</b> | 体制を満たす必要がないため                                  | 04 |
| <b>05</b> | その他 <input style="width: 150px;" type="text"/> | 05 |

《回答欄》

《 7-1で 「2 体制なし」を選択した場合にご回答ください。 》

7-3 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制に対する今後の予定についてご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|                              |                                |  |
|------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>1</b> 1～3か月以内に必要の体制を満たす予定 | <b>4</b> 10～12か月以内に必要の体制を満たす予定 |  |
| <b>2</b> 4～6か月以内に必要の体制を満たす予定 | <b>5</b> 満たす予定はない              |  |
| <b>3</b> 7～9か月以内に必要の体制を満たす予定 |                                |  |

《回答欄》

## 問8 中心静脈栄養と身体的拘束の実施状況についてお伺いします。

| 8-1 中心静脈カテーテルと身体的拘束に関連した患者数についてそれぞれに該当する実人数をご回答ください。 |  |              |              |
|--|--|--------------|--------------|
|  |  | a 令和5年8月～10月 | b 令和6年8月～10月 |
| <b>01</b>  | 新規入院患者                                   | 人            | 人            |
| <b>02</b>  | 01のうち、貴院への転院前に中心静脈カテーテルの挿入を依頼した患者        | 人            | 人            |
| <b>03</b>  | 01のうち、入院前から中心静脈栄養を実施している患者               | 人            | 人            |
| <b>04</b>  | 03のうち、PICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）により栄養剤を投与している患者 | 人            | 人            |
| <b>05</b>  | 03のうち、身体的拘束を実施している患者                     | 人            | 人            |
| <b>06</b>  | 01のうち、入院後から中心静脈栄養を開始した患者                 | 人            | 人            |
| <b>07</b>  | 06のうち、PICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）により栄養剤を投与している患者 | 人            | 人            |
| <b>08</b>  | 06のうち、身体的拘束を実施している患者                     | 人            | 人            |
| <b>09</b>  | 01のうち、入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者            | 人            | 人            |
| <b>10</b>  | 09のうち、入院前から中心静脈栄養を実施していた患者               | 人            | 人            |
| <b>11</b>  | 09のうち、入院後から中心静脈栄養を開始した患者                 | 人            | 人            |
| <b>12</b>  | 09のうち、経口摂取へ移行した患者                        | 人            | 人            |
| <b>13</b>  | 09のうち、胃瘻を造設した患者                          | 人            | 人            |
| <b>14</b>  | 01のうち、身体的拘束を実施している患者                     | 人            | 人            |

## 問9 胃瘻の造設や経腸栄養の実施状況についてお伺いします。

| * 9-1 胃瘻に関連した患者数についてそれぞれに該当する実人数をご回答下さい。 |                                 |              |              |
|--|---------------------------------|--------------|--------------|
|  |                                 | a 令和5年8月～10月 | b 令和6年8月～10月 |
| <b>01</b>                                | 新規入院患者（再掲）                      | 人            | 人            |
| <b>02</b>                                | 01のうち、入院前から胃瘻を造設し経腸栄養を実施している患者数 | 人            | 人            |
| <b>03</b>                                | 01のうち、入院後から胃瘻を造設し経腸栄養を実施開始した患者数 | 人            | 人            |
| <b>04</b>                                | 01のうち、入院中に胃瘻を中止した患者数            | 人            | 人            |
| <b>05</b>                                | 04のうち、入院前から胃瘻を実施している患者数         | 人            | 人            |
| <b>06</b>                                | 04のうち、入院後から胃瘻を開始した患者数           | 人            | 人            |
| <b>07</b>                                | 04のうち、経口摂取へ移行した患者数              | 人            | 人            |

問10 摂食嚥下機能回復体制加算についてお伺いします。

|                                     |  |       |
|-------------------------------------|--|-------|
| 《 摂食嚥下機能回復体制加算を届け出していない場合にご回答ください。》 |  |       |
| * 10-1                              | 摂食嚥下機能回復体制加算を届け出していない場合、届出が困難な理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○)                             | 《回答欄》 |
| 01                                  | 専任の医師、看護師又は言語聴覚士の確保が困難   | 01    |
| 02                                  | 中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上の条件を達成することが困難 | 02    |
| 03                                  | その他 <input type="text"/>   | 03    |

■ 問11は、貴院が救急患者連携搬送料を算定する患者の、搬送先（受入れ側）となる医療機関の場合にご回答ください。

問11 救急患者連携搬送料を算定する患者に関連する貴院の状況についてお伺いします。

|        |   |       |
|--------|---|-------|
| * 11-1 | 救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01     | 受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している   | 01    |
| 02     | 新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している   | 02    |
| 03     | 搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している   | 03    |
| 04     | 搬送元と患者情報を連携する際、ICTを活用している   | 04    |
| 05     | 空床状況の共有方法を協議している  | 05    |
| 06     | 夜間の搬送受入れについて、連携医療機関と協議している  | 06    |
| 07     | 事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している  | 07    |
| 08     | その他 <input type="text"/>  | 08    |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| * 11-2 | 搬送元として連携する医療機関の数(救急体制別にそれぞれの数)をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) |    |
| 01     | 高度救命救急センター   | 施設 |
| 02     | 救命救急センター   | 施設 |
| 03     | 二次救急医療機関   | 施設 |

|        |                                 |   |
|--------|---------------------------------|---|
| * 11-3 | 該当する患者数をご回答ください。(令和6年10月1か月)    |   |
| 01     | 11-2で連携している医療機関から搬送を受け入れた患者数    | 人 |
| 02     | 01のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した患者数 | 人 |

◆**その他のご意見**

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6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。

## 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

## 入院・外来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6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 施設名 |  | 施設ID |  |
|-----|--|------|--|

問1 貴院の入院基本料の病棟の状況等についてお伺いします。

|   |               |                      |                    |                      |                    |
|---|---------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| 1-1 「障害者施設等入院基本料」「特殊疾患病棟入院料」「特殊疾患入院医療管理料」「一般病棟入院基本料」のいずれかを算定する病棟の場合に、該当病棟についてご回答ください。 |               |                      |                    |                      |                    |
|   |               | ア<br>障害者施設等<br>入院基本料 | イ<br>特殊疾患病棟<br>入院料 | ウ<br>特殊疾患<br>入院医療管理料 | エ<br>一般病棟<br>入院基本料 |
| 01 入院患者数  | a 令和6年11月1日時点 | 人                    | 人                  | 人                    | 人                  |
| 02 新入棟患者数   | a 令和5年8～10月   | 人                    | 人                  | 人                    | 人                  |
|   | b 令和6年8～10月   | 人                    | 人                  | 人                    | 人                  |
| 03 新退棟患者数   | a 令和5年8～10月   | 人                    | 人                  | 人                    | 人                  |
|   | b 令和6年8～10月   | 人                    | 人                  | 人                    | 人                  |
| 04 在院延べ患者数  | a 令和5年8～10月   | 人                    | 人                  | 人                    | 人                  |
|   | b 令和6年8～10月   | 人                    | 人                  | 人                    | 人                  |
| 05 在宅復帰率 <sup>※1</sup>  | a 令和5年8～10月   | %                    | %                  | %                    | %                  |
|   | b 令和6年8～10月   | %                    | %                  | %                    | %                  |
| 06 平均在院日数   | a 令和5年8～10月   | 日                    | 日                  | 日                    | 日                  |
|   | b 令和6年8～10月   | 日                    | 日                  | 日                    | 日                  |
| 07 病床利用率 <sup>※2</sup>  | a 令和5年8～10月   | %                    | %                  | %                    | %                  |
|   | b 令和6年8～10月   | %                    | %                  | %                    | %                  |

※1 「在宅復帰率」= A ÷ B :

ア 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  
・ウ （死亡退院患者・転棟又は転院した患者・再入院患者を除く）×100

イ 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又は転院した患者・再入院患者を除く）。

エ 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、  
特定機能リハビリテーション病院病棟、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・救急患者連携搬送料を算定し他院に転院した患者を除く）×100

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・救急患者連携搬送料を算定し他院に転院した患者を除く）。

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

1-2 令和7年6月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてご回答ください。  
(01~03それぞれ該当する番号1つを右欄に記載)

|           |             |          |       |          |           |          |            |    |                      |
|-----------|-------------|----------|-------|----------|-----------|----------|------------|----|----------------------|
| <b>01</b> | 障害者施設等入院基本料 |          |       |          | 《回答欄》     |          |            |    |                      |
| <b>1</b>  | 増床          | <b>2</b> | 現状を維持 | <b>3</b> | 削減(転換を除く) | <b>4</b> | 他の病棟・施設へ転換 | 01 | <input type="text"/> |
| <b>02</b> | 特殊疾患病棟入院料   |          |       |          | 《回答欄》     |          |            |    |                      |
| <b>1</b>  | 増床          | <b>2</b> | 現状を維持 | <b>3</b> | 削減(転換を除く) | <b>4</b> | 他の病棟・施設へ転換 | 02 | <input type="text"/> |
| <b>03</b> | 特殊疾患入院医療管理料 |          |       |          | 《回答欄》     |          |            |    |                      |
| <b>1</b>  | 増床          | <b>2</b> | 現状を維持 | <b>3</b> | 削減(転換を除く) | <b>4</b> | 他の病棟・施設へ転換 | 03 | <input type="text"/> |

《1-2で01~03のうち1つでも「4」を選択した場合にご回答ください。》

1-3 転換を検討している転換先についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|           |                   |    |                      |
|-----------|-------------------|----|----------------------|
| <b>01</b> | 障害者施設等入院基本料       | 01 | <input type="text"/> |
| <b>02</b> | 特殊疾患病棟入院料         | 02 | <input type="text"/> |
| <b>03</b> | 特殊疾患入院医療管理料       | 03 | <input type="text"/> |
| <b>04</b> | 一般病棟入院基本料         | 04 | <input type="text"/> |
| <b>05</b> | 地域包括医療病棟入院料       | 05 | <input type="text"/> |
| <b>06</b> | 地域包括ケア病棟入院料(管理料)  | 06 | <input type="text"/> |
| <b>07</b> | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 07 | <input type="text"/> |
| <b>08</b> | 療養病棟入院基本料         | 08 | <input type="text"/> |
| <b>09</b> | その他               | 09 | <input type="text"/> |

《1-2で01~03のうち1つでも「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合にご回答ください。》

1-4 転換を検討している理由についてご回答ください。  
(最も該当するものに○、その他該当する番号すべてに○)

|           |                                       |    |                      |
|-----------|---------------------------------------|----|----------------------|
| <b>01</b> | 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         | 01 | <input type="text"/> |
| <b>02</b> | 他の入院料と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 | 02 | <input type="text"/> |
| <b>03</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    | 03 | <input type="text"/> |
| <b>04</b> | 地域に利用者がいないため                          | 04 | <input type="text"/> |
| <b>05</b> | 施設基準を満たせないため                          | 05 | <input type="text"/> |
| <b>06</b> | 看護師の確保が困難なため                          | 06 | <input type="text"/> |
| <b>07</b> | 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため               | 07 | <input type="text"/> |
| <b>08</b> | 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 | <input type="text"/> |
| <b>09</b> | 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 | <input type="text"/> |
| <b>10</b> | その他                                   | 10 | <input type="text"/> |

《 1-4で「05」を選択した場合にご回答ください。》

\* 1-5 具体的に満たすことのできない項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関にかかる病棟であること(特殊疾患病棟入院料1以外)           | 01 |  |
| 02 | 重度の肢体不自由児(者)、脊椎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、難病患者等の入院患者割合 | 02 |  |
| 03 | 重度肢体不自由児(者)等の重度の障害者が入院患者数の8割以上であること(特殊疾患病棟入院料2のみ)         | 03 |  |
| 04 | 看護職員の最小必要数  | 04 |  |
| 05 | データ提出加算に係る届出を行うこと   | 05 |  |

《回答欄》

問2 看護職員及び看護補助者の体制に関する入院料等加算についてお伺いします。

2-1 届け出ている入院料等加算についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点)(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                              |    |  |
|----|------------------------------|----|--|
| 01 | 障害者施設等入院基本料注9の看護補助加算         | 01 |  |
| 02 | 障害者施設等入院基本料注10の看護補助体制充実加算    | 02 |  |
| 03 | 急性期看護補助体制加算(看護補助体制充実加算の届出あり) | 03 |  |
| 04 | 急性期看護補助体制加算(看護補助体制充実加算の届出なし) | 04 |  |
| 05 | 看護補助加算(看護補助体制充実加算の届出あり)      | 05 |  |
| 06 | 看護補助加算(看護補助体制充実加算の届出なし)      | 06 |  |
| 07 | 障害者施設等入院基本料注11の夜間看護体制加算      | 07 |  |
| 08 | 看護職員夜間配置加算                   | 08 |  |

《回答欄》

《 障害者施設等入院基本料(7対1又は10対1)を届け出ている場合に、ご回答ください。》

2-2 2-1で「01」及び「02」をいずれも選択していない場合、その理由についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |            |  |
|---|------------|--|
| 1 | 職員確保が困難なため |  |
| 2 | 必要性がないため   |  |
| 3 | その他        |  |

《回答欄》

《 障害者施設等入院基本料(7対1又は10対1)を届け出ている場合に、ご回答ください。》

2-3 2-1で「07 障害者施設等入院基本料注11の夜間看護体制加算」を選択していない場合、その理由についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |            |  |
|---|------------|--|
| 1 | 職員確保が困難なため |  |
| 2 | 必要性がないため   |  |
| 3 | その他        |  |

《回答欄》

問3 障害者施設等入院基本料を算定している医療機関にお伺いします。

|   |                                    |                           |
|---|------------------------------------|---------------------------|
| 3-1 患者の状態ごとの在院延べ日数及び退院患者数（実人数） <sup>※1</sup> についてご回答ください。<br>（令和5年11月1日～令和6年10月31日の間に退院した患者（入院日は問いません）） |                                    |                           |
| 01  | 重度の肢体不自由児（者） <sup>※2</sup> の在院延べ日数 | 延べ <input type="text"/> 日 |
| 02  | 重度の肢体不自由児（者） <sup>※2</sup> の退院実患者数 | <input type="text"/> 人    |
| 03  | 脊椎損傷等の重症障害者 <sup>※2</sup> の在院延べ日数  | 延べ <input type="text"/> 日 |
| 04  | 脊椎損傷等の重症障害者 <sup>※2</sup> の退院実患者数  | <input type="text"/> 人    |
| 05  | 重度の意識障害者の在院延べ日数                    | 延べ <input type="text"/> 日 |
| 06  | 重度の意識障害者の退院実患者数                    | <input type="text"/> 人    |
| 07  | 筋ジストロフィー患者の在院延べ日数                  | 延べ <input type="text"/> 日 |
| 08  | 筋ジストロフィー患者の退院実患者数                  | <input type="text"/> 人    |
| 09  | 難病患者の在院延べ日数                        | 延べ <input type="text"/> 日 |
| 10  | 難病患者の退院実患者数                        | <input type="text"/> 人    |
| 11  | 01・03・05・07・09以外の患者の在院延べ日数         | 延べ <input type="text"/> 日 |
| 12  | 02・04・06・08・10以外の退院実患者数            | <input type="text"/> 人    |

※1 患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。  
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。  
※2 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。

問4 看護補助者の状況等についてお伺いします。

|   |                   |                        |
|---|-------------------|------------------------|
| * 4-1 看護補助者の勤続年数別の看護補助者割合 <sup>※1</sup> についてご回答ください。（令和6年11月1日時点） |                   |                        |
| 01  | 1年未満の看護補助者割合      | <input type="text"/> % |
| 02  | 1年以上3年未満の看護補助者割合  | <input type="text"/> % |
| 03  | 3年以上5年未満の看護補助者割合  | <input type="text"/> % |
| 04  | 5年以上10年未満の看護補助者割合 | <input type="text"/> % |
| 05  | 10年以上の看護補助者割合     | <input type="text"/> % |

※1 看護補助者割合：（各勤続年数に該当する看護補助者数×100）/病院全体の看護補助者数

|  |                          |
|--|--------------------------|
| * 4-2 看護補助者の定着を促進するために取り組んでいる内容があれば教えてください。<br>（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |                          |
| 01   | 看護補助者業務マニュアルの整備          |
| 02   | 看護補助者への研修の充実             |
| 03   | 看護補助者のラダーの整備             |
| 04   | 看護補助者業務の細分化              |
| 05   | 看護補助者の勤務時間の整備            |
| 06   | 看護補助者の給与の見直し             |
| 07   | 看護師への教育・研修               |
| 08   | 看護管理者への教育・研修             |
| 09   | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |



問5 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料について  
お伺いします。

|     |   |       |
|-----|---|-------|
| 5-1 | 満たしている施設基準についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）  | 《回答欄》 |
| 01  | 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第二号に規定する医療型障害児入所施設 <sup>※1</sup> 又は同法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関に係る一般病棟である | 01    |
| 02  | 患者及び看護要員に係る要件 <sup>※2</sup>   | 02    |

- ※1 主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう）を入所させるものに限る。
- ※2 障害者施設等入院基本料においては、「重度の肢体不自由児（者）<sup>※3</sup>、脊椎損傷等の重度障害者<sup>※3</sup>、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を7割以上入院させている病棟である。」及び「当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上である。」  
 特殊疾患病棟入院料2においては、「重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者をおおむね8割以上入院させる一般病棟又は精神病棟であって、病棟単位で行うもの。」及び「当該病棟において、1日に看護を行う看護補助員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上である。」  
 特殊疾患病棟入院料1及び特殊疾患入院医療管理料においては、「脊椎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おおむね8割以上入院させる一般病棟であって、病棟単位で行うもの。」及び「当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上である。」
- ※3 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。

|     |   |                 |                 |                 |            |            |             |
|-----|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------|------------|-------------|
| 5-2 | それぞれの患者数についてご回答ください。（01～05は令和6年10月の1か月間における1日平均入院患者数） |                 |                 |                 |            |            |             |
|     | a   | b               | c               | d               | e          | f          | g           |
|     | 7対1障害者施設等入院基本料  | 10対1障害者施設等入院基本料 | 13対1障害者施設等入院基本料 | 15対1障害者施設等入院基本料 | 特殊疾患病棟入院料1 | 特殊疾患病棟入院料2 | 特殊疾患入院医療管理料 |
| 01  | 重度肢体不自由児等 <sup>※4</sup>                               | 人               | 人               | 人               | 人          | 人          | 人           |
| 02  | 脊椎損傷等の重度障害者 <sup>※5</sup>                             | 人               | 人               | 人               | 人          | 人          | 人           |
| 03  | 重度の意識障害者  | 人               | 人               | 人               | 人          | 人          | 人           |
| 04  | 筋ジストロフィー患者  | 人               | 人               | 人               | 人          | 人          | 人           |
| 05  | 難病患者  | 人               | 人               | 人               | 人          | 人          | 人           |
| 06  | 1日平均入院患者数 <sup>※6</sup>                               | 人               | 人               | 人               | 人          | 人          | 人           |

- ※4 特殊疾患病棟入院料2の場合、日常生活自立度のランクB以上に限る。ただし、脊椎損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。
- ※5 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。
- ※6 直近1年間（令和5年11月1日～令和6年10月31日）の1日平均入院患者数。

◆**その他のご意見**

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6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。



| 1-4 標榜診療科をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |             |  |
|------------------------------------|-------------|--|
| 01                                 | 内科          |  |
| 02                                 | 呼吸器内科       |  |
| 03                                 | 循環器内科       |  |
| 04                                 | 消化器内科(胃腸内科) |  |
| 05                                 | 腎臓内科        |  |
| 06                                 | 脳神経内科       |  |
| 07                                 | 糖尿病内科(代謝内科) |  |
| 08                                 | 血液内科        |  |
| 09                                 | 皮膚科         |  |
| 10                                 | アレルギー科      |  |
| 11                                 | リウマチ科       |  |
| 12                                 | 感染症内科       |  |
| 13                                 | 小児科         |  |
| 14                                 | 精神科         |  |
| 15                                 | 心療内科        |  |
| 16                                 | 外科          |  |
| 17                                 | 呼吸器外科       |  |
| 18                                 | 心臓血管外科      |  |
| 19                                 | 乳腺外科        |  |
| 20                                 | 気管食道外科      |  |
| 21                                 | 消化器外科(胃腸外科) |  |
| 22                                 | 泌尿器科        |  |
| 23                                 | 肛門外科        |  |
| 24                                 | 脳神経外科       |  |
| 25                                 | 整形外科        |  |
| 26                                 | 形成外科        |  |
| 27                                 | 美容外科        |  |
| 28                                 | 眼科          |  |
| 29                                 | 耳鼻いんこう科     |  |
| 30                                 | 小児外科        |  |
| 31                                 | 産婦人科        |  |
| 32                                 | 産科          |  |
| 33                                 | 婦人科         |  |
| 34                                 | リハビリテーション科  |  |
| 35                                 | 放射線科        |  |
| 36                                 | 麻酔科         |  |
| 37                                 | 病理診断科       |  |
| 38                                 | 臨床検査科       |  |
| 39                                 | 救急科         |  |
| 40                                 | 歯科          |  |
| 41                                 | 矯正歯科        |  |
| 42                                 | 小児歯科        |  |
| 43                                 | 歯科口腔外科      |  |
|                                    |             |  |

《 貴院が、有床診療所又は無床診療所の場合にご回答ください。》

1-5 主たる診療科<sup>※1</sup>をご回答ください。（令和6年11月1日時点）  
（上記1-4のうち、01～43の中から1つ選択し、該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- ※1 主たる診療科目についての考え方の優先順位
- ① 科目別患者数が多いもの
  - ② 院長又は常勤医師（非常勤医師のみのときは管理医師）の主たる専門科目
  - ③ 院長が主たる診療科目として判断するもの

1-6 常勤職員・非常勤職員の人数（常勤換算<sup>※2</sup>）についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|                             |  |   |                      |  |   |
|-----------------------------|--|---|----------------------|--|---|
| 01 常勤医師                     |  | 人 | 14 視能訓練士             |  | 人 |
| 02 非常勤医師(実数 <sup>※3</sup> ) |  | 人 | 15 公認心理師             |  | 人 |
| 03 非常勤医師（常勤換算）              |  | 人 | 16 診療放射線技師           |  | 人 |
| 04 歯科医師                     |  | 人 | 17 臨床検査技師            |  | 人 |
| 05 看護師                      |  | 人 | 18 臨床工学技士            |  | 人 |
| 06 准看護師                     |  | 人 | 19 歯科衛生士             |  | 人 |
| 07 看護補助者                    |  | 人 | 20 相談員               |  | 人 |
| 08 07のうち、介護福祉士              |  | 人 | 21 20のうち、社会福祉士       |  | 人 |
| 09 薬剤師                      |  | 人 | 22 20のうち、精神保健福祉士     |  | 人 |
| 10 管理栄養士                    |  | 人 | 23 保育士 <sup>※4</sup> |  | 人 |
| 11 理学療法士                    |  | 人 | 24 医師事務作業補助者         |  | 人 |
| 12 作業療法士                    |  | 人 | 25 事務職員              |  | 人 |
| 13 言語聴覚士                    |  | 人 | 26 その他の職員            |  | 人 |

- ※2 常勤換算の算出方法  
貴院で定められた常勤職員の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点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数＋常勤換算した非常勤の職員数）  
例：常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の施設で、週4日（各日3時間）従事している職員が1人の場合  
常勤換算した職員数 =  $\frac{4日 \times 3時間 \times 1人}{40時間} = 0.3人$
- ※3 実数は常勤換算せずに、人数としてカウントしてください
- ※4 「保育士」は、子どもの患者に対するケアを行う保育士を計上してください。なお、院内保育所に勤務している保育士は含みません。

1-7 外来を担当する看護職員の人数についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）  
（在宅医療に従事する者・時間は除く）

|        |  |   |
|--------|--|---|
| 01 常勤  |  | 人 |
| 02 非常勤 |  | 人 |

1-8 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の人数をご回答ください。  
該当者がいない場合は「0」とご回答ください。

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 人 |
|--|--|---|

1-9 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無についてご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|  |  |
|--|--|
| 1 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師がいる                   |  |
| 2 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師はいないが、研修の一部を受講した医師はいる |  |
| 3 1及び2以外                                       |  |

《回答欄》

1-10 認知症に係る研修である「認知症サポート医養成研修」<sup>※5</sup>を修了した医師の有無についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 1 あり |  | 2 なし |  |
|------|--|------|--|

《回答欄》

※5 都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業となります。



| 《 1-20で「1 ICTを活用している」を選択した場合にご回答ください。》           |       |
|--|-------|
| 1-21 活用しているICTツールについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）    | 《回答欄》 |
| 01 メール   | 01    |
| 02 電子掲示板   | 02    |
| 03 グループチャット                                      | 03    |
| 04 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）                         | 04    |
| 05 専用アプリ   | 05    |
| 06 地域医療情報連携ネットワーク                                | 06    |
| 07 自院を中心とした専用の情報連携システム                           | 07    |
| 08 電子処方箋管理サービス                                   | 08    |
| 09 オンライン資格確認システムを用いて得られる患者の薬剤情報や健診情報             | 09    |
| 10 その他 <input type="text"/>                      | 10    |
| 《 1-20で「2 ICTを活用していない」を選択した場合にご回答ください。》          |       |
| * 1-22 ICTを活用していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） | 《回答欄》 |
| 01 ICTの導入にコストがかかるから                              | 01    |
| 02 ICTの維持・管理にコストがかかるから                           | 02    |
| 03 ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから               | 03    |
| 04 ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から                      | 04    |
| 05 現場のオペレーションを変更する負担が大きいから                       | 05    |
| 06 故障時などに現場が混乱することを避けたいから                        | 06    |
| 07 その他 <input type="text"/>                      | 07    |

■ すべての施設が回答してください。

|  |  |       |
|--|--|-------|
| * 1-23 情報通信機器・電話を用いた診療以外で、貴施設の患者に対するICTの活用方法のうち該当するものをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01   | 患者の自宅における生体情報（血圧・血糖値等）や生活情報（食事・運動等）の把握に用いている                 | 01    |
| 02   | 患者への診療情報の共有（結果説明等）に用いている                                     | 02    |
| 03   | オンライン受診勧奨や健康相談に用いている   | 03    |
| 04   | 服薬指導や薬学管理に用いている  | 04    |
| 05   | 他の医療機関等との診療情報の連携に用いている                                       | 05    |
| 06   | その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> | 06    |

|                            |  |   |             |  |   |
|----------------------------|--|---|-------------|--|---|
| 1-24 貴施設の外来患者数についてご回答ください。 |  |   |             |  |   |
| 01                         | 初診の患者数                                     | a | 令和5年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
|                            |  | b | 令和6年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
| 02                         | 01のうち、紹介状により紹介された患者数                       | a | 令和5年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
|                            |  | b | 令和6年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
| 03                         | 02のうち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された患者数(逆紹介患者数) | a | 令和5年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
|                            |  | b | 令和6年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
| 04                         | 再診の延べ患者数                                   | a | 令和5年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
|                            |  | b | 令和6年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
| 05                         | 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数                   | a | 令和5年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
|                            |  | b | 令和6年10月1か月間 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| * 1-25 貴施設の以下に該当する令和6年10月1か月間に受診した外来患者数についてご回答ください。 |   |  |   |
| 01  | 大学病院と連携して診療にあっている患者（大学病院と自院双方にかかりつけである患者）の数 | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
| 02  | 予防接種相談を行った患者数                               | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |
| 03  | 介護支援専門員及び相談支援専門員による相談を受けた患者数                | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> | 人 |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| * 1-26 患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なことについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
| 01   | 患者の自宅から近いこと  | 01    |
| 02   | 予約診療を行っていること   | 02    |
| 03   | 休日に診療ができる体制が整備されていること  | 03    |
| 04   | 休日夜間にも連絡が取れる体制が整備されていること                                     | 04    |
| 05   | 多職種との連携によって治療管理を行うこと   | 05    |
| 06   | 家族との連携によって治療管理を行うこと  | 06    |
| 07   | 市区町村や保険者が行う健康づくりに関する取り組みに協力していること                            | 07    |
| 08   | オンライン診療を活用すること   | 08    |
| 09   | リフィル処方箋を発行してもらえらること  | 09    |
| 10   | 28日以上長期の処方をしてもらえらること   | 10    |
| 11   | その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> | 11    |

|   |                  |                      |
|---|------------------|----------------------|
| * 1-27 地域当番医（輪番制）への参加についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                  | 《回答欄》                |
| <b>1</b> 参加している                                   | <b>2</b> 参加していない | <input type="text"/> |

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| * 1-28 学生実習の受入れについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》                   |
| <b>01</b> 医学生の実習を受け入れている                    |  | 01 <input type="text"/> |
| <b>02</b> 6年制薬学部の実習を受け入れている                 |  | 02 <input type="text"/> |
| <b>03</b> 看護学生の実習を受け入れている                   |  | 03 <input type="text"/> |
| <b>04</b> 保健師の養成課程の実習を受け入れている               |  | 04 <input type="text"/> |
| <b>05</b> 助産師の養成課程の実習を受け入れている               |  | 05 <input type="text"/> |
| <b>06</b> 理学療法士の養成課程の実習を受け入れている             |  | 06 <input type="text"/> |
| <b>07</b> 作業療法士の養成課程の実習を受け入れている             |  | 07 <input type="text"/> |
| <b>08</b> 言語聴覚士の養成課程の実習を受け入れている             |  | 08 <input type="text"/> |
| <b>09</b> 介護福祉士の養成課程の実習を受け入れている             |  | 09 <input type="text"/> |
| <b>10</b> 救急救命士の養成課程の実習を受け入れている             |  | 10 <input type="text"/> |
| <b>11</b> 管理栄養士の養成課程の実習を受け入れている             |  | 11 <input type="text"/> |
| <b>12</b> 診療放射線技師の養成課程の実習を受け入れている           |  | 12 <input type="text"/> |
| <b>13</b> 臨床検査技師の養成課程の実習を受け入れている            |  | 13 <input type="text"/> |
| <b>14</b> その他の医療従事者に関する養成課程の実習を受け入れている      |  | 14 <input type="text"/> |
| <b>15</b> 学生実習は受け入れていない                     |  | 15 <input type="text"/> |

|  |                   |                      |
|--|-------------------|----------------------|
| * 1-29 初期臨床研修の基幹型病院からの臨床研修医の受入れについてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載） |                   | 《回答欄》                |
| <b>1</b> 受け入れている   | <b>2</b> 受け入れていない | <input type="text"/> |

|   |                   |                      |
|---|-------------------|----------------------|
| * 1-30 専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医の受入れについてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載） |                   | 《回答欄》                |
| <b>1</b> 受け入れている  | <b>2</b> 受け入れていない | <input type="text"/> |

問2 外来感染対策に係る貴院の状況についてお伺いします。

|   |                      |    |
|---|----------------------|----|
| 2-1 保健所、地域の医師会、他医療機関等との連携及び合同カンファレンス（予定も含む）についてご回答ください。（令和6年6月1日以降） |                      |    |
| <b>01</b> 連携施設数   | <input type="text"/> | 施設 |
| <b>02</b> 外来感染対策向上加算1を届け出ている医療機関が主催するカンファレンス                        | <input type="text"/> | 回  |
| <b>03</b> 地域の医師会が主催するカンファレンス  | <input type="text"/> | 回  |
| <b>04</b> 03のうち、新興感染症を想定した訓練の回数                                     | <input type="text"/> | 回  |

|  |               |                      |
|--|---------------|----------------------|
| * 2-2 外来感染症対策向上加算に係る発熱患者等対応加算についてご回答ください。（令和6年6月1日～令和6年10月31日）（該当する番号1つを右欄に記載） |               | 《回答欄》                |
| <b>1</b> 算定あり  | <b>2</b> 算定なし | <input type="text"/> |



《 外来感染対策向上加算を届け出していない場合にご回答ください。》

2-3 外来感染対策向上加算を届出できない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 専任の院内感染管理者（医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者）を配置することが困難であるため  | 01 |  |
| 02 | 職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため   | 02 |  |
| 03 | 年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須）することが困難であるため             | 03 |  |
| 04 | 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため   | 04 |  |
| 05 | 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応できないため                               | 05 |  |
| 06 | 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため                                    | 06 |  |
| 07 | 都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）ではないため                                    | 07 |  |
| 08 | 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため | 08 |  |
| 09 | 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため | 09 |  |
| 10 | その他 <input type="text"/>   | 10 |  |

問3 地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況等についてお伺いします。

3-1 地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出についてご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|   |          |   |           |   |              |                               |
|---|----------|---|-----------|---|--------------|-------------------------------|
| 1 | 地域包括診療料1 | 3 | 地域包括診療加算1 | 5 | いずれも届け出していない | 《回答欄》<br><input type="text"/> |
| 2 | 地域包括診療料2 | 4 | 地域包括診療加算2 |   |              |                               |

■ 3-2～3-9は、「地域包括診療料」もしくは「地域包括診療加算」を届け出ている場合にご回答ください。  
いずれも届け出ない場合は、3-10へお進みください。

\* 3-2 地域包括診療料・地域包括診療加算を最初に届け出た時期をご回答ください。

|    |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|

\* 3-3 地域包括診療料・地域包括診療加算についての患者数についてご回答ください。  
（令和6年8月1日～令和6年10月31日）

|    |   |                      |   |
|----|---|----------------------|---|
| 01 | 「地域包括診療料」もしくは「地域包括診療加算」の算定患者数                             | <input type="text"/> | 人 |
| 02 | 01のうち、患者や家族からの求めに応じて、疾患名・治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を実際に行った患者数 | <input type="text"/> | 人 |

|   |                                      |       |
|---|--------------------------------------|-------|
| <p>* 3-4 満たすことができている介護保険制度に関する要件についてご回答ください。<br/>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)</p> |                                      | 《回答欄》 |
| 01  | 指定居宅介護支援事業者の指定と常勤の介護支援専門員の配置         | 01    |
| 02  | 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供実績             | 02    |
| 03  | 介護サービス事業所の併設                         | 03    |
| 04  | 地域ケア会議に年1回以上出席                       | 04    |
| 05  | 介護保険のリハビリテーションの提供                    | 05    |
| 06  | 介護認定審査会の委員経験                         | 06    |
| 07  | 都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講             | 07    |
| 08  | 介護支援専門員の資格保有                         | 08    |
| 09  | 「認知症初期集中支援チーム」等の市区町村が実施する認知症施策への協力実績 | 09    |
| 10  | 【病院の場合】総合機能評価加算の届出又は介護支援等連携指導料の算定    | 10    |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| <p>* 3-5 満たすことができている要件についてご回答ください。<br/>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)</p> |  | 《回答欄》 |
| 01  | 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第13条第9号に規定するサービス担当者会議に参加した実績   | 01    |
| 02  | 「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に規定する地域ケア会議に出席した実績 | 02    |
| 03  | 介護支援専門員と対面において相談できる体制を設けていること  | 03    |
| 04  | 介護支援専門員とICT等を用いた相談の機会を設けていること  | 04    |

|   |                           |       |
|---|---------------------------|-------|
| 《病院のみご回答ください。》  |                           |       |
| <p>3-6 満たすことができている病院に関する要件についてご回答ください。<br/>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)</p> |                           | 《回答欄》 |
| 01  | 地域包括ケア病棟入院料を届け出ている        | 01    |
| 02  | 機能強化型・単独型の在宅療養支援病院を届け出ている | 02    |
| 03  | 機能強化型・連携型の在宅療養支援病院を届け出ている | 03    |
| 04  | 在宅療養支援病院(従来型)を届け出ている      | 04    |
| 05  | 在宅療養後方支援病院を届け出ている         | 05    |

|  |                               |       |
|--|-------------------------------|-------|
| 《診療所のみご回答ください。》  |                               |       |
| <p>3-7 満たすことができている診療所に関する要件についてご回答ください。<br/>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)</p> |                               | 《回答欄》 |
| 01   | 24時間対応をしている薬局を連携先として確保している    | 01    |
| 02   | 時間外対応加算1の届出を行っている             | 02    |
| 03   | 時間外対応加算2の届出を行っている             | 03    |
| 04   | 時間外対応加算3の届出を行っている             | 04    |
| 05   | 時間外対応加算4の届出を行っている             | 05    |
| 06   | 常勤換算2名以上(うち1名以上が常勤)の医師を配置している | 06    |
| 07   | 機能強化型・単独型の在宅療養支援診療所を届け出ている    | 07    |
| 08   | 機能強化型・連携型の在宅療養支援診療所を届け出ている    | 08    |
| 09   | 在宅療養支援診療所(従来型)である             | 09    |

|  |  |     |
|--|--|-----|
| 3-8 <b>地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2</b> または <b>認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2</b> を算定した患者について、日常的に連携している医療機関数等の数をご回答ください。（令和6年11月1日時点） |  |     |
| 01   | 算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数              | 施設  |
| 02   | 算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数                | 施設  |
| 03   | 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡を取っている医療機関数    | 施設  |
| 04   | 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数             | 施設  |
| 05   | 算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数              | 施設  |
| 06   | 算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数 | 事業所 |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 3-9 貴院で継続的かつ全人的に診療を行っている患者について、令和6年10月の1か月間における以下にあてはまる患者数をそれぞれ <b>実人数</b> でご回答ください。（それぞれの患者は重複して構いません） |  |   |
| 01  | 脂質異常症を有する患者  | 人 |
| 02  | 高血圧症を有する患者   | 人 |
| 03  | 糖尿病を有する患者  | 人 |
| 04  | 心不全を有する患者  | 人 |
| 05  | 慢性腎臓病を有する患者  | 人 |
| 06  | 高尿酸血症を有する患者  | 人 |
| 07  | 胃潰瘍を有する患者  | 人 |
| 08  | 脳血管疾患を有する患者  | 人 |
| 09  | 虚血性心疾患を有する患者   | 人 |
| 10  | 認知症を有する患者  | 人 |
| 11  | 喘息を有する患者   | 人 |
| 12  | COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者   | 人 |
| 13  | がんを有する患者   | 人 |
| 14  | その他 <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/> | 人 |

《3-1で「5 いずれも届け出ていない」を選択した場合にご回答ください。》

|  |           |          |
|--|-----------|----------|
| 3-10 今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向についてご回答ください。<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |           |          |
| 1  | 2         | 3        |
| 届出予定がある  | 届出について検討中 | 届出の予定はない |

《回答欄》

《3-10で「1 届出予定がある」を選択した場合にご回答ください。》

|                                       |          |           |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| 3-11 届出予定の項目をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |          |           |
| 1                                     | 2        | 3         |
| 地域包括診療料1                              | 地域包括診療料2 | 地域包括診療加算1 |
| 4                                     |          |           |
| 地域包括診療加算2                             |          |           |

《回答欄》

問4 機能強化加算の届出項目に関連する在宅医療等の状況についてお伺いします。

|   |                         |   |
|---|-------------------------|---|
| 4-1 以下にあてはまる患者について、それぞれ該当する <b>実人数</b> をご回答ください。<br>(令和5年6月～令和6年5月の1年間)<br>(診療の体制を有しない場合は、未回答でお進みください。) |                         |   |
| 01  | 継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者数 | 人 |
| 02  | 緊急往診の実績                 | 人 |
| 03  | 在宅における看取りの実績            | 人 |
| 04  | 15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績   | 人 |

■ 問5は、**小児科を標榜している医療機関のみ**ご回答ください。

問5 小児かかりつけ診療料についてお伺いします。

|   |       |
|---|-------|
| 《小児かかりつけ診療料を届け出していない場合にご回答ください。》  |       |
| 5-1 小児かかりつけ診療料を届け出していない理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)                        | 《回答欄》 |
| 01 専ら小児科または小児外科を担当する常勤の医師を確保できないため  | 01    |
| 02 小児科外来診療料を算定していないため   | 02    |
| 03 時間外対応加算2又は4の届出が困難であるため   | 03    |
| 04 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行うことが困難であるため                | 04    |
| 05 診療時間以外の時間において、留守番電話等により、小児医療に関する相談窓口等の案内を行うなどの対応が困難であるため               | 05    |
| 06 乳幼児の健康診査を実施していないため   | 06    |
| 07 予防接種を実施していないため   | 07    |
| 08 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していないため                        | 08    |
| 09 幼稚園の園医、保育園の嘱託医又は小学校もしくは中学校の学校医に就任していないため                               | 09    |
| 10 外来患者に4回以上自院を受診した未就学児がいない、または少ないため                                      | 10    |
| 11 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、乳幼児期の慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うことが困難であるため | 11    |
| 12 患者が受診している医療機関のすべてや、健康診査の受診状況、予防接種の実施状況など、把握しなければならない項目が多く負担が大きい        | 12    |
| 13 患者本人や家族から、小児かかりつけ診療料算定の承諾を得るための説明にかかる負担が大きい                            | 13    |
| 14 患者に小児かかりつけ診療料の意義を理解してもらうことが困難であるため                                     | 14    |
| 15 患者本人や家族から、小児かかりつけ診療料算定の承諾が見込めない  | 15    |
| 16 経営上のメリットが少ない   | 16    |
| 17 発達障害の疑いがある患者の診察、相談への対応、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うことが困難なため                | 17    |
| 18 不適切な養育にもつながりうる育児不安等の相談に対応することが困難なため                                    | 18    |
| 19 その他  | 19    |



■ 問7は、貴院が診療所又は許可病床数が200床未満の病院の場合にご回答ください。

問7 生活習慣病管理料に関連する項目についてお伺いします。

|   |  |   |
|---|--|---|
| * 7-1 外来患者の概ねの人数（在宅医療の患者を含まない）をご回答ください。（令和6年10月1か月） |  |   |
| 01  | 脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数                    | 人 |
| 02  | 01のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数         | 人 |
| 03  | 01のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数         | 人 |
| 04  | 01のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数 | 人 |
| 05  | 01のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数            | 人 |
| 06  | 高血圧を主病とする患者の概ねの人数                      | 人 |
| 07  | 06のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数         | 人 |
| 08  | 06のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数         | 人 |
| 09  | 06のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数 | 人 |
| 10  | 06のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数            | 人 |
| 11  | 糖尿病を主病とする患者の概ねの人数                      | 人 |
| 12  | 11のうち、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した患者の概ねの人数         | 人 |
| 13  | 11のうち、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した患者の概ねの人数         | 人 |
| 14  | 11のうち、5月31日以前に特定疾患療養管理料を算定していた患者の概ねの人数 | 人 |
| 15  | 11のうち、外来管理加算のみを算定した患者の概ねの人数            | 人 |

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| * 7-2 糖尿病を主病とする患者についてご回答ください。（令和6年10月1か月） |                |   |
| 01  | 眼科受診を指導した概ねの人数 | 人 |
| 02  | 歯科受診を促した概ねの人数  | 人 |

《 7-2において 生活習慣病管理料を算定した患者がいた場合にご回答ください。》

7-3 総合的な治療管理の実施において、連携している職種についてご回答ください。  
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

|    |                          |    |                          |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 01 | 看護師                      | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 薬剤師                      | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 管理栄養士                    | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | 歯科医師                     | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | その他 <input type="text"/> | 05 | <input type="checkbox"/> |

|                                  |  |       |
|----------------------------------|--|-------|
| 《「生活習慣病管理料」を算定していない場合に、ご回答ください。》 |  |       |
| * 7-4                            | 生活習慣病管理料を算定していない理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01                               | 地域包括診療料を算定しているため                                   | 01    |
| 02                               | 算定対象となる患者がない、もしくは少ないため                             | 02    |
| 03                               | 電子カルテではないため  | 03    |
| 04                               | 療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きいため                         | 04    |
| 05                               | 患者に対して説明を行う時間的負担が大きいため                             | 05    |
| 06                               | 生活習慣病管理料を算定することで自己負担額が上がることに患者の理解を得ることが困難なため       | 06    |
| 07                               | 治療管理における看護師、薬剤師等との多職種連携が困難なため                      | 07    |
| 08                               | 生活習慣病管理料以外の併存疾病に対する医学管理料、検査料等が包括されているため            | 08    |
| 09                               | 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にすることが困難なため       | 09    |
| 10                               | その他 <input type="text"/>                           | 10    |

問8 慢性心不全患者の在宅診療指導に関連する項目についてお伺いします。

|       |  |       |         |                      |
|-------|--|-------|---------|----------------------|
| * 8-1 | 慢性心不全患者に対する在宅診療指導料についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |         |                      |
| 1     | 算定している   | 2     | 算定していない | <input type="text"/> |

|                                   |  |       |
|-----------------------------------|--|-------|
| 《8-1で「2 算定していない」を選択した場合にご回答ください。》 |  |       |
| * 8-2                             | 慢性心不全患者に対する在宅療養指導料を算定していない理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01                                | 対象となる患者がないため   | 01    |
| 02                                | 心不全による入院歴が過去1年以上前の患者が多く、算定要件を満たさないため                         | 02    |
| 03                                | 心不全による初回入院後の患者が多く、算定要件を満たさないため                               | 03    |
| 04                                | 治療抵抗性心不全ステージに該当する患者であるため                                     | 04    |
| 05                                | 退院後は入院医療機関での外来受診をしないため                                       | 05    |
| 06                                | 入院医療機関への初回外来受診は退院後1か月を経過しているため                               | 06    |
| 07                                | 入院医療機関からの紹介等による外来受診時に、すでに退院後1か月を経過している患者が多いため                | 07    |
| 08                                | その他 <input type="text"/>                                     | 08    |

問9 連携強化診療情報提供料の算定状況等についてお伺いします。

|     |  |       |         |                      |
|-----|--|-------|---------|----------------------|
| 9-1 | 貴施設では、連携強化診療情報提供料に係る施設基準を満たしていますか。ご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |         |                      |
| 1   | 満たしている   | 2     | 満たしていない | <input type="text"/> |

|                                  |   |       |
|----------------------------------|---|-------|
| 《9-1で「1 満たしている」を選択した場合にご回答ください。》 |   |       |
| 9-2                              | 満たしている施設基準をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)   | 《回答欄》 |
| 01                               | 注1の施設基準(敷地内が禁煙であること等、禁煙に係る施設基準)   | 01    |
| 02                               | 注3の施設基準(禁煙に係る施設基準に加え、地域包括診療料等、かかりつけ医機能に関する施設基準を届け出ていること)                                    | 02    |
| 03                               | 注4の施設基準(禁煙に係る施設基準に加え、難病(疑い含む)の患者の場合は難病診療連携拠点病院または難病診療分野別診療拠点病院、てんかん(疑い含む)の患者の場合はてんかん支援拠点病院) | 03    |
| 04                               | 注5の施設基準(禁煙に関する施設基準に加え、妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備していること等の基準)                                       | 04    |



|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 《 9-1で 「2 満たしていない」 を選択した場合にご回答ください。》 |   |
| 9-3                                  | 満たせない施設基準をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）  |
| 01                                   | 注1の施設基準（敷地内が禁煙であること等、禁煙に係る施設基準）   |
| 02                                   | 注3の施設基準（禁煙に係る施設基準に加え、地域包括診療料等、かかりつけ医機能に関する施設基準を届け出ていること）                                    |
| 03                                   | 注4の施設基準（禁煙に係る施設基準に加え、難病（疑い含む）の患者の場合は難病診療連携拠点病院または難病診療分野別診療拠点病院、てんかん（疑い含む）の患者の場合はてんかん支援拠点病院） |
| 04                                   | 注5の施設基準（禁煙に関する施設基準に加え、妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備していること等の基準）                                       |

《回答欄》

01  
02  
03  
04

|  |  |
|--|--|
| 《 連携強化診療情報提供料の施設基準を満たしている病院・診療所の場合にご回答ください。》 |  |
| 9-4  | 連携強化診療情報提供料を算定した延べ回数をご回答ください。（令和5年5月1か月）   |
| 01   | 地域包括診療加算等 <sup>※1</sup> を届け出ている医療機関から紹介された患者について、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合               |
| 02   | 自院が地域包括診療加算等 <sup>※1</sup> を届け出しており、他院から紹介された患者について、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合            |
| 03   | 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院において、他院から紹介された難病（疑い含む）の患者について、当該患者を紹介した医療機関からの情報提供の求めに応じて情報提供した場合 |
| 04   | てんかん支援拠点病院であって、他院から紹介されたてんかん（疑い含む）の患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合                 |
| 05   | 産科もしくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された妊娠している患者について、当該患者を紹介した医療機関に情報提供した場合                          |
| 06   | 自院が産科もしくは産婦人科を標榜していて、妊娠している患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合                                |
| 07   | 01～06以外で、妊娠している患者について情報提供した場合  |

※1 地域包括診療加算等とは、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を指します。

|   |   |
|---|---|
| 《 9-4で 「02 自院が地域包括診療加算等を届け出しており、他院から紹介された患者について、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合」 の対象として算定した患者が1名以上いる病院・診療所の場合にご回答ください。》 |   |
| 9-5   | 貴施設が届け出ている地域包括診療加算等についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |
| 01  | 地域包括診療加算  |
| 02  | 地域包括診療料   |
| 03  | 小児かかりつけ診療料                                      |
| 04  | 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）              |
| 05  | 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）           |

《回答欄》

01  
02  
03  
04  
05



|  |   |       |
|--|---|-------|
| 《 連携強化診療情報提供料の施設基準を満たしているにもかかわらず算定していない場合のみご回答ください。》 |   |       |
| 9-6  | 連携強化診療情報提供料を算定していない理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》 |
| 01   | 紹介元の保険医療機関からの求めがないから                                  | 01    |
| 02   | 患者の同意が得られないから   | 02    |
| 03   | 算定対象となる患者がないから  | 03    |
| 04   | 診療情報の提供をするための事務作業に手間がかかるから                            | 04    |
| 05   | その他 <input type="text"/>                              | 05    |

■ 問10は、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のみご回答ください。

問10 療養・就労両立支援指導料についてお伺いします。

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 10-1 | 療養・就労両立支援指導料の算定についてご回答ください。<br>(令和6年8月～10月の3か月) (該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》 |
| 1    | 算定あり   | 01    |
| 2    | 算定なし   |       |

|                                  |  |       |
|----------------------------------|--|-------|
| 《 10-1で「2 算定なし」を選択した場合にご回答ください。》 |  |       |
| * 10-2                           | 療養・就労両立支援指導料の算定をしない理由についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○)  | 《回答欄》 |
| 01                               | 患者から、勤務情報を記載した文書を受け取ることが困難なため  | 01    |
| 02                               | 患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化 に応じた就労上の留意点に係る指導を行うことが困難なため                                 | 02    |
| 03                               | 患者の事業場の産業医等に情報提供するための文書を作成することが困難なため   | 03    |
| 04                               | 療養・就労両立支援の必要性について、患者から同意を得ることが困難なため  | 04    |
| 05                               | 患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化 に応じた就労上の留意点に係る指導を行うことができる、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士の確保が困難なため | 05    |
| 06                               | 当該指導料の存在を知らない  | 06    |
| 07                               | その他 <input type="text"/>   | 07    |

## 問11 貴施設が有しているかかりつけ医機能についてお伺いします。

| 11-1 次のかかりつけ医機能のうち、有している機能をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |   | 《回答欄》 |
|---|---|-------|
| 01  | どんな症状や疾患でも一次診療ができる                            | 01    |
| 02  | 病歴や家族背景等を把握している                               | 02    |
| 03  | 必要時に専門医に紹介する                                  | 03    |
| 04  | 夜間や休日であっても、患者の体調が悪くなった場合に連絡を受ける               | 04    |
| 05  | 夜間や休日であっても、患者の緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介する       | 05    |
| 06  | 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行う             | 06    |
| 07  | 栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行う    | 07    |
| 08  | 喫煙者に対して禁煙指導を行う                                | 08    |
| 09  | 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行う          | 09    |
| 10  | 予防接種を実施する                                     | 10    |
| 11  | 予防接種の実施状況の把握、予防接種の有効性・安全性に関する指導・相談への対応を行う     | 11    |
| 12  | 患者が受診しているすべての医療機関や処方薬を把握する                    | 12    |
| 13  | 患者が入院や手術を行った医療機関と連携する                         | 13    |
| 14  | 患者の処方を担当する薬局と連携する                             | 14    |
| 15  | 医療機関で薬を受け取ることができる                             | 15    |
| 16  | 往診や訪問診療などの在宅医療を行う                             | 16    |
| 17  | 在宅医療において看取りを行う                                | 17    |
| 18  | 患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方（ACP）について話し合う         | 18    |
| 19  | 患者が利用する訪問看護と連携する                              | 19    |
| 20  | 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行う                        | 20    |
| 21  | 要介護認定に関する主治医意見書を作成する                          | 21    |
| 22  | 認知症に関する助言や指導を行う                               | 22    |
| 23  | 行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う           | 23    |
| 24  | 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行う                    | 24    |
| 25  | 診療に関する情報を患者に提供するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用する        | 25    |
| 26  | 診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用する | 26    |
| 27  | オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用している         | 27    |
| 28  | かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいる                         | 28    |
| 29  | 総合診療専門医がいる                                    | 29    |
| 30  | 自院又は連携による後方支援病床を確保している                        | 30    |
| 31  | 地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへ参加している                  | 31    |
| 32  | その他 <input type="text"/>                      | 32    |

| 11-2 介護との連携について、実施している取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
|--|--|-------|
| 01 要介護認定に関する主治医意見書を作成する                              |  | 01    |
| 02 サービス担当者会議への参加                                     |  | 02    |
| 03 地域ケア会議への参加  |  | 03    |
| 04 介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保                       |  | 04    |
| 05 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業への参加                         |  | 05    |
| 06 地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力                   |  | 06    |
| 07 介護認定審査会の委員経験                                      |  | 07    |
| 08 高齢者施設の協力医療機関となっている                                |  | 08    |
| 09 高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している                       |  | 09    |
| 10 認知症カフェの開催・協力                                      |  | 10    |
| 11 その他   |  | 11    |

| 11-3 障害福祉サービスとの連携について、実施している取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
|--|--|-------|
| 01 障害支援区分の認定の際の医師意見書を作成している                                |  | 01    |
| 02 受診・入院時に情報共有を相談支援専門員と行っている                               |  | 02    |
| 03 医療型短期入所の開設を検討している、または開設している                             |  | 03    |
| 04 障害者支援施設の連携医療機関になっている                                    |  | 04    |
| 05 区分認定審査会の委員経験  |  | 05    |
| 06 特に取組はしていない  |  | 06    |
| 07 その他   |  | 07    |

| 11-4 書面を用いて患者へ説明する内容についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》 |
|--|--|-------|
| 01 施設が有するかかりつけ医機能                                |  | 01    |
| 02 患者の病状   |  | 02    |
| 03 治療内容  |  | 03    |
| 04 起こりうる合併症                                      |  | 04    |
| 05 食事・運動等の生活指導                                   |  | 05    |
| 06 必要となる介護・福祉サービス                                |  | 06    |
| 07 急変時の対応  |  | 07    |
| 08 特に取組はしていない                                    |  | 08    |
| 09 その他   |  | 09    |

問12 薬剤の使用に係る状況等についてお伺いします。

|  |   |       |
|--|---|-------|
| * 12-1 高齢者の医薬品適正使用について、下記の取組のうち、貴施設が行っている事項をご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |   | 《回答欄》 |
| 01   | お薬手帳等を利用した他施設での処方薬の把握   | 01    |
| 02   | 病院薬剤師との連携による処方薬の見直し   | 02    |
| 03   | 病院薬剤師からの報告書（薬剤サマリー）により処方薬の見直し   | 03    |
| 04   | 薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し   | 04    |
| 05   | 薬局薬剤師からの報告書（トレーシングレポート等）による処方薬の見直し  | 05    |
| 06   | 医薬品の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施  | 06    |
| 07   | 厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」、日本老年医学会の関連ガイドライン「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」等を参考にした処方薬の見直し | 07    |
| 08   | オンライン資格確認システムを利用した他施設での処方薬の把握   | 08    |
| 09   | その他 <input type="text"/>  | 09    |

問13 人生の最終段階における医療・ケアについてお伺いします。

|   |        |       |     |   |         |  |
|---|--------|-------|-----|---|---------|--|
| 13-1 「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に係る指針を作成していますか。ご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |        | 《回答欄》 |     |   |         |  |
| 1   | 作成している | 2     | 作成中 | 3 | 作成していない |  |

■ 13-2、12-3 は、13-1で、「1 作成している」を選択した場合にご回答ください。

|   |            |       |         |  |
|---|------------|-------|---------|--|
| 13-2 当該指針の活用状況の把握をしているかについてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》 |         |  |
| 1   | 定期的に把握している | 2     | 把握していない |  |

|   |                |       |             |  |
|---|----------------|-------|-------------|--|
| 13-3 当該指針の見直し等を行っているかについてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |                | 《回答欄》 |             |  |
| 1   | 定期的に見直し等を行っている | 2     | 見直し等を行っていない |  |

■ 問14は、**外来化学療法を実施している場合**にご回答ください。

問14 外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍を主病とする患者に行う外来化学療法）  
に関連する項目についてお伺いします。

|  |  |                      |    |  |
|--|--|----------------------|----|--|
| 14-1   | 化学療法を実施している場合に外来化学療法の専用室のベッド数をご回答ください。 | <input type="text"/> | 台  |  |
| 14-2 専用室を使用可能な診療科に制限はあるかご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》                |    |  |
| 1  | あり                                     | 2                    | なし |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 14-3 外来化学療法の職員の配置状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) |  |   |
| 01 専任の医師                                     |  | 人 |
| 02 01のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師              |  | 人 |
| 03 専任の看護師                                    |  | 人 |
| 04 03のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師             |  | 人 |
| 05 専任の薬剤師                                    |  | 人 |
| 06 05のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師             |  | 人 |
| 07 その他の職種                                    |  | 人 |

|  |                 |       |
|--|-----------------|-------|
| 14-4 外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                 | 《回答欄》 |
| 1 基準や指針を作成している   | 2 基準や指針を作成していない |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 14-5 外来化学療法を実施している患者に係る時間外の対応体制についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |
| 01 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている                                |  | 01    |
| 02 速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている                           |  | 02    |
| 03 速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている                |  | 03    |
| 04 時間外の対応体制は取っていない  |  | 04    |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 《14-5で「01 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている」を選択した場合にご回答ください。》    |  |       |
| 14-6 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》 |
| 01 化学療法を担当する職員のみが連絡を受ける体制を取っている                              |  | 01    |
| 02 化学療法を担当する職員又はそれ以外の職員が連絡を受ける体制を取っている                       |  | 02    |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 14-7 以下の状況についてご回答ください。(令和6年4月1日～令和6年9月30日) |  |   |
| 01 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数            |  | 件 |
| 02 01のうち、日中                                |  | 件 |
| 03 01のうち、診療時間外                             |  | 件 |

|   |  |    |
|---|--|----|
| * 14-8 外来化学療法を実施する患者の緊急時に、有害事象等の診療が可能な連携医療機関数をご回答ください。(令和6年11月1日時点) |  | 施設 |
|---|--|----|

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 14-9 連携医療機関と、どのような連携を行っているかご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)    |  | 《回答欄》 |
| 01 自院で外来化学療法を実施している患者が、緊急時に入院する必要が生じた場合の受入れを依頼している     |  | 01    |
| 02 自院で外来化学療法を実施している患者が、自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受入れを依頼している |  | 02    |
| 03 自院で外来化学療法を実施している患者が、外来での化学療法の実施が困難になった場合に受入れを依頼している |  | 03    |
| 04 外来で化学療法が実施可能な患者を紹介してもらっている                          |  | 04    |
| 05 その他   |  | 05    |

|   |            |       |
|---|------------|-------|
| * 14-10 「患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針」の整備状況についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》 |
| 1 整備されている   | 2 整備されていない |       |

\* 《 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている場合に、ご回答ください。》

14-11 外来腫瘍化学療法診療料を算定した患者についてご回答ください。（令和6年10月1か月）

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
| 01 | 外来腫瘍化学療法を算定した実人数                              |  | 人 |
| 02 | 01のうち、「抗悪性腫瘍薬を投与した場合以外の必要な治療管理を行った場合」を算定した実人数 |  | 人 |

\* 《 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている場合に、ご回答ください。》

14-12 外来腫瘍化学療法診療料を「届け出ている」理由についてご回答ください。  
（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有していないため                            | 01 |  |
| 02 | 対象となる患者がいない、もしくは少ないため                                    | 02 |  |
| 03 | 専任の医師が、緩和ケアに関する研修を受講していないため                              | 03 |  |
| 04 | 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務することが難しいため | 04 |  |
| 05 | 化学療法専任の薬剤師が勤務していないため                                     | 05 |  |
| 06 | 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため                           | 06 |  |
| 07 | 他の医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制が確保できないため              | 07 |  |
| 08 | 化学療法を実施していないため   | 08 |  |
| 09 | その他 <input type="text"/>                                 | 09 |  |

■ 問14-13～14-14は、入院機能を有する医療機関のみご回答ください。

\* 14-13 令和6年6月以降で、入院治療を主とする化学療法から、外来治療を主とする化学療法へ移行した疾患やレジメン等の有無についてご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|   |    |   |        |   |    |  |
|---|----|---|--------|---|----|--|
| 1 | ある | 2 | 移行を検討中 | 3 | ない |  |
|---|----|---|--------|---|----|--|

《 14-13で 「3 ない」 を選択した場合にご回答ください。》

\* 14-14 外来治療を主とする化学療法へ移行した疾患やレジメン等がない理由についてご回答ください。  
（該当する番号すべて、右欄に○）（令和6年11月1日時点）

|    |                                   |    |  |
|----|-----------------------------------|----|--|
| 01 | すでに、外来治療を主としており、移行可能なものがないため      | 01 |  |
| 02 | 外来化学療法室の構造上、これ以上患者を増やすことが出来ないため   | 02 |  |
| 03 | 外来治療室の人員不足により、これ以上患者を増やすことが出来ないため | 03 |  |
| 04 | 外来治療が可能な患者が少ないため                  | 04 |  |
| 05 | 外来治療に移行することで、病床利用率に影響を与えるため       | 05 |  |
| 06 | 患者の多くが入院による治療を希望するため              | 06 |  |
| 07 | 病院の方針のため                          | 07 |  |
| 08 | その他 <input type="text"/>          | 08 |  |

問15 外来緩和ケア管理料の届出状況等についてお伺いします。

《 外来緩和ケア管理料を届け出ている場合に、ご回答ください。》

15-1 外来緩和ケア管理料を算定している患者について、それぞれ**実人数**をご回答ください。  
(令和6年10月1か月)

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| 01 全体               |  | 人 |
| 02 うち、悪性腫瘍の患者       |  | 人 |
| 03 うち、後天性免疫不全症候群の患者 |  | 人 |
| 04 うち、末期心不全の患者      |  | 人 |

《 外来緩和ケア管理料を届け出ている場合に、ご回答ください。》

15-2 外来緩和ケア管理料を届け出ている理由についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|   |    |  |
|---|----|--|
| 01 緩和ケア診療を行うための十分な人員体制を整えることが困難だから      | 01 |  |
| 02 算定対象となる患者がないから・少ないから                 | 02 |  |
| 03 経営上のメリットが少ないから                       | 03 |  |
| 04 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから | 04 |  |
| 05 その他 <input type="text"/>             | 05 |  |

問16 情報通信機器を用いた診療についてお伺いします。

16-1 厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していますか。  
ご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|      |       |  |
|------|-------|--|
| 1 はい | 2 いいえ |  |
|------|-------|--|

16-2 今後、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向の有無をご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|           |           |           |  |
|-----------|-----------|-----------|--|
| 1 届出の意向あり | 2 届出の意向なし | 3 既に届出ている |  |
|-----------|-----------|-----------|--|

《 16-2で「2 届出の意向なし」を選択した場合にご回答ください。》

16-3 届出の意向がない理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|  |    |  |
|--|----|--|
| 01 対面診療の方がすぐれているため                       | 01 |  |
| 02 患者のニーズがない・少ないため                       | 02 |  |
| 03 保険診療でのオンライン診療の適応になる患者がない・少ないため        | 03 |  |
| 04 情報通信機器を用いた診療に用いる機器やシステムの操作が難しいため      | 04 |  |
| 05 情報通信機器を用いた診療に用いる機器やシステム導入・運用のコストが高いため | 05 |  |
| 06 情報通信機器を用いた診療のメリットが手間やコストに見合わないため      | 06 |  |
| 07 その他 <input type="text"/>              | 07 |  |

《 16-2で「1 届出の意向あり」を選択した場合にご回答ください。》

16-4 現時点で届出できていない理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | 施設基準(ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保)を満たすことが困難であるため                | 01 |  |
| 02 | OSやソフトウェアをアップデートしセキュリティソフトをインストールすることが困難であるため           | 02 |  |
| 03 | チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うことが困難であるため | 03 |  |
| 04 | 医師側から患者側につなげることを徹底することが困難であるため                          | 04 |  |
| 05 | 患者の本人確認を行うことが困難であるため                                    | 05 |  |
| 06 | 患者がいつでも医師の本人確認を行えるよう情報を提示しておくことが困難であるため                 | 06 |  |
| 07 | 患者が適切な場所で情報通信機器を用いた診療を受けられるよう患者に指示を行うことが困難であるため         | 07 |  |
| 08 | その他 <input type="text"/>                                | 08 |  |

■ すべての施設が回答してください。

\* 16-5 貴施設で情報通信機器を用いた診療を行うにあたり用いているシステムの概要についてお伺いします。患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | オンライン診療に特化したシステム                                  | 01 |  |
| 02 | オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム(SNSアプリ等を用いたビデオ通話) | 02 |  |
| 03 | 非該当(情報通信機器を用いた診療を行っていない場合)                        | 03 |  |
| 04 | その他 <input type="text"/>                          | 04 |  |

《 16-5で「01」、「02」、「04」のいずれかを選択した場合にご回答ください。》

\* 16-6 システム利用に係るシステム提供者への費用の支払いについてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |    |   |    |  |
|---|----|---|----|--|
| 1 | あり | 2 | なし |  |
|---|----|---|----|--|

《 16-6で「1」を選択した場合にご回答ください。》

\* 16-7 システム利用に係るシステム提供者への支払い費用についてご回答ください。

|    |         |                      |     |
|----|---------|----------------------|-----|
| 01 | 導入時初期費用 | <input type="text"/> | 円   |
| 01 | 月額維持費用  | <input type="text"/> | 円/月 |

《 16-5で「01」、「02」、「04」のいずれかを選択した場合にご回答ください。》

\* 16-8 システム利用に係る患者からの費用徴収の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|   |    |   |    |  |
|---|----|---|----|--|
| 1 | あり | 2 | なし |  |
|---|----|---|----|--|

《 16-8で「1」を選択した場合にご回答ください。》

\* 16-9 システム利用に係る患者1人あたりの費用平均徴収額をご回答ください。

|                      |     |
|----------------------|-----|
| <input type="text"/> | 円/人 |
|----------------------|-----|



■ すべての施設が回答してください。

|  |   |       |
|--|---|-------|
| * 16-10 オンライン診療において、薬剤を患者に処方する方法についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |   | 《回答欄》 |
| 01   | 電子処方箋を発行する                                    | 01    |
| 02   | 紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応する薬局）に郵送する    | 02    |
| 03   | 紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応していない薬局）に郵送する | 03    |
| 04   | 紙の処方箋を患者に郵送する                                 | 04    |
| 05   | 自院で調剤し、薬剤を患者に郵送する                             | 05    |
| 06   | その他 <input type="text"/>                      | 06    |

問17 患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）の実施状況についてお伺いします。

|   |       |       |       |  |
|---|-------|-------|-------|--|
| 《 遠隔連携診療料の算定の有無に関わらず、すべての施設が回答してください。》  |       |       |       |  |
| * 17-1 過去1年間において、患者が自院に来院したとき又は訪問診療を実施したときに、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |       | 《回答欄》 |       |  |
| 1   | 実績がある | 2     | 実績がない |  |

|   |                                 |       |
|---|---------------------------------|-------|
| 《 17-1で「1 実績がある」を選択した場合ご回答ください。》            |                                 |       |
| * 17-2 連携を行った状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                                 | 《回答欄》 |
| 01  | てんかん患者に対して、てんかん診療拠点機関の医師との連携    | 01    |
| 02  | 難病に対して、難病診療連携拠点病院等の医師との連携       | 02    |
| 03  | その他の疾患の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携 | 03    |
| 04  | 医療的ケア児（者）に対して、小児科・小児外科医師との連携    | 04    |
| 05  | 訪問診療における眼科、皮膚科、耳鼻科等の専門医との連携     | 05    |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 《 17-2で「03」を選択した場合ご回答ください。》        |  |
| * 17-3 その他の疾患について、具体的な疾患名をご回答ください。 |  |
| <input type="text"/>               |  |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| 《 知的障害のてんかん患者又は難病患者の診療を行っている場合にご回答ください。》                                 |   |       |
| * 17-4 知的障害のてんかん患者又は難病患者に対して、遠隔連携診療料を算定しない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |   | 《回答欄》 |
| 01   | 遠隔連携診療を行わなくても、自院の医師が対応可能であるため                   | 01    |
| 02   | 遠隔連携診療を行わなくても、必要に応じて近隣の医療機関へ紹介することで対応可能であるため    | 02    |
| 03   | 当該患者に対しては、主として訪問診療を行っており、自院に患者が来院することが困難であるため   | 03    |
| 04   | 自院に来院した患者に対して、情報通信機器を用いて連携先医療機関と接続する体制を有していないため | 04    |
| 05   | 知的障害のてんかん患者について、連携するてんかん診療拠点機関との調整が困難であるため      | 05    |
| 06   | 難病患者について、連携するてんかん診療拠点機関との調整が困難であるため             | 06    |

問18 外来データ提出加算についてお伺いします。

|                                  |   |                          |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| 《 外来データ提出加算の算定をしていない場合にご回答ください。》 |   |                          |
| * 18-1                           | 外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） | 《回答欄》                    |
| 01                               | 電子カルテ・レセコンが対応していない  | 01                       |
| 02                               | 入力のための人員が確保できない   | 02                       |
| 03                               | 加算の点数が作業に必要なコストに見合っていない   | 03                       |
| 04                               | 算定のための仕組みが複雑で理解が難しい   | 04                       |
| 05                               | 患者へのメリットが感じられない   | 05                       |
| 06                               | 特に困難を感じることはないため、現在算定に向けた準備をしている                                     | 06                       |
| 07                               | 特に困難を感じることはないが、算定するつもりはない   | 07                       |
| 08                               | その他 <input type="text"/>  | 08                       |
| 《 外来データ提出加算の算定をしている場合にご回答ください。》  |   |                          |
| * 18-2                           | 入力する人員の体制についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）                               | 《回答欄》                    |
| 01                               | 医師が行う   | 01                       |
| 02                               | 看護師が行う  | 02                       |
| 03                               | その他医療職が行う   | 03                       |
| 04                               | 事務職員が行う   | 04                       |
| 05                               | 外部に委託している   | 05                       |
| 06                               | その他 <input type="text"/>  | 06                       |
| 《 外来データ提出加算の算定をしている場合にご回答ください。》  |   |                          |
| * 18-3                           | データ提出加算の入力にかかる 1 件あたりの時間をご回答ください。                                   | <input type="text"/> 分/件 |

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6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。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

## 病棟調査票 (A)

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 施設ID、病棟IDをご記入ください。

| 施設ID   | 病棟ID    |
|--|---------|
| データ提出加算を算定している施設のみ記入<br>DPCデータの様式3-4記載の病床機能報告の病棟コード（下5桁） | 1 9 0 6 |

問1 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

| 1-1 診療科目をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（最も近似する主な診療科を3つまで右欄に記載） |                             | 《回答欄》  |
|---|-----------------------------|--|
| 1 内科  | 9 耳鼻咽喉科                     | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| 2 小児科   | 10 皮膚科                      |  |
| 3 精神科   | 11 泌尿器科                     |  |
| 4 外科  | 12 放射線科                     |  |
| 5 整形外科  | 13 リハビリテーション科               |  |
| 6 脳神経外科   | 14 歯科（歯科口腔外科等含む）            |  |
| 7 産婦人科  | 15 その他 <input type="text"/> |  |
| 8 眼科  |                             |  |

| 1-2 入院基本料等をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |                          | 《回答欄》                |
|--|--------------------------|----------------------|
| 1 急性期一般入院料 1   | 10 専門病院入院基本料（7対1）        | <input type="text"/> |
| 2 急性期一般入院料 2   | 11 専門病院入院基本料（10対1）       |                      |
| 3 急性期一般入院料 3   | 12 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）  |                      |
| 4 急性期一般入院料 4   | 13 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1） |                      |
| 5 急性期一般入院料 5   | 14 小児入院医療管理料             |                      |
| 6 急性期一般入院料 6   | 15 地域包括医療病棟入院料           |                      |
| 7 地域一般入院料 1  | 16 緩和ケア病棟入院料 1           |                      |
| 8 地域一般入院料 2  | 17 緩和ケア病棟入院料 2           |                      |
| 9 地域一般入院料 3  |                          |                      |

《 1-3は、貴病棟が小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合のみご回答ください。》

1-3 届け出ている小児入院医療管理料をご回答ください。（令和6年11月1日時点）  
（該当する番号1つを右欄に記載）

|               |               |
|---------------|---------------|
| 1 小児入院医療管理料 1 | 4 小児入院医療管理料 4 |
| 2 小児入院医療管理料 2 | 5 小児入院医療管理料 5 |
| 3 小児入院医療管理料 3 |               |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

1-4 貴病棟の医療保険届出病床数をご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|  |   |
|--|---|
|  | 床 |
|--|---|

1-5 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算）についてご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）

|                          |  |   |                  |  |   |
|--------------------------|--|---|------------------|--|---|
| 01 看護師                   |  | 人 | 14 視能訓練士         |  | 人 |
| 02 01のうち、特定行為研修修了者       |  | 人 | 15 公認心理師         |  | 人 |
| 03 01のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師 |  | 人 | 16 診療放射線技師       |  | 人 |
| 04 准看護師                  |  | 人 | 17 臨床検査技師        |  | 人 |
| 05 看護補助者                 |  | 人 | 18 臨床工学技士        |  | 人 |
| 06 05のうち、介護福祉士           |  | 人 | 19 歯科衛生士         |  | 人 |
| 07 薬剤師                   |  | 人 | 20 相談員           |  | 人 |
| 08 07のうち、専従              |  | 人 | 21 20のうち、社会福祉士   |  | 人 |
| 09 07のうち、専任              |  | 人 | 22 20のうち、精神保健福祉士 |  | 人 |
| 10 管理栄養士                 |  | 人 | 23 保育士           |  | 人 |
| 11 理学療法士                 |  | 人 | 24 医師事務作業補助者     |  | 人 |
| 12 作業療法士                 |  | 人 | 25 事務職員          |  | 人 |
| 13 言語聴覚士                 |  | 人 | 26 その他の職員        |  | 人 |

1-6 1-5の「05 看護補助者」について「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数をご回答ください。

|  |    |  |   |
|--|----|--|---|
| 01 直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者                  | 01 |  | 人 |
| 02 01のうち、介護福祉士の資格を有する者                       | 02 |  | 人 |
| 03 01のうち、看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者 | 03 |  | 人 |
| 04 01のうち、「02及び03」の両方を満たす者                    | 04 |  | 人 |

《回答欄》

1-7 新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。

|             |                   |   |  |   |
|-------------|-------------------|---|--|---|
| 01 新入棟患者数   | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | 人 |
|             | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | 人 |
| 02 新退棟患者数   | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | 人 |
|             | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | 人 |
| 03 在院患者延べ日数 | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | 日 |
|             | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | 日 |

《回答欄》

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 日 |
|  | 日 |

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| 1-8 貴病棟における病床利用率をご回答ください。 |                   |
| 01 病床利用率                  | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                           | b 令和6年8月～10月の3か月間 |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | % |
| b | <input type="text"/> | % |

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| 1-9 * 貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 |                   |
| 01 新退棟患者数                        | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 02 01のうち在宅に復帰した患者数               | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 03 02のうち外来フォローアップしている患者数         | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 04 平均在院日数                        | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 日 |

|   |                      |
|---|----------------------|
| 1-10 貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 3交代制   | <input type="text"/> |
| 02 変則3交代制   |                      |
| 03 2交代制   |                      |
| 04 変則2交代制   |                      |
| 05 その他  |                      |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |

問2 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

|  |                      |   |
|--|----------------------|---|
| 2-1 貴病棟の入院実患者数 <sup>※1</sup> をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) | <input type="text"/> | 人 |
|--|----------------------|---|

※1 病棟全体で1か月間に入院していた実患者数とし、2-1の実患者数は2-2の合計と一致させること。  
 なお、実患者数は、入院期間に関わらず1日でも入院した患者を1人と計算してください。  
 ただし、退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

| 2-2 入棟前の居場所別実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |                            | 《回答欄》 |   |
|---|----------------------------|-------|---|
| 01                                      | 自宅（在宅医療の提供あり）              | 01    | 人 |
| 02                                      | 自宅（在宅医療の提供なし）              | 02    | 人 |
| 03                                      | 介護老人保健施設                   | 03    | 人 |
| 04                                      | 介護医療院                      | 04    | 人 |
| 05                                      | 特別養護老人ホーム                  | 05    | 人 |
| 06                                      | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム            | 06    | 人 |
| 07                                      | その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）   | 07    | 人 |
| 08                                      | 障害者支援施設                    | 08    | 人 |
| 09                                      | 他院の一般病床                    | 09    | 人 |
| 10                                      | 09のうち、特別の関係の医療機関の一般病床      | 10    | 人 |
| 11                                      | 他院の一般病床以外の病床               | 11    | 人 |
| 12                                      | 11のうち、特別の関係の医療機関の一般病床以外の病床 | 12    | 人 |
| 13                                      | 自院の他病棟                     | 13    | 人 |
| 14                                      | 有床診療所                      | 14    | 人 |
| 15                                      | その他                        | 15    | 人 |

| 2-3 自院の他病棟からの転棟実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |   | 《回答欄》 |   |
|--|---|-------|---|
| 01   | 自院の他病棟からの転棟患者（2-2の13の再掲）                            | 01    | 人 |
| 02   | 01のうち、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                     | 02    | 人 |
| 03   | 01のうち、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 | 03    | 人 |
| 04   | 01のうち、自院の一般病床（02、03以外）から転棟                          | 04    | 人 |
| 05   | 01のうち、自院の療養病床（03以外）から転棟                             | 05    | 人 |
| 06   | 01のうち、自院の精神病床から転棟                                   | 06    | 人 |
| 07   | 01のうち、自院のその他の病床から転棟                                 | 07    | 人 |

問3 見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

3-1 身体的拘束を実施した実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間）

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

3-2 疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。  
（令和6年10月の1か月間）（該当する番号すべて、右欄に○）

- 01 他部署の看護師へ応援を依頼する
- 02 自部署の看護補助者へ見守りを依頼する
- 03 他部署の看護補助者へ応援を依頼する
- 04 夜間の看護師配置を増員し対応している
- 05 日中の看護師配置を増員し対応している
- 06 早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している
- 07 院内のチーム（認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等）へ応援を依頼する
- 08 ボランティアスタッフに協力（話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等）を依頼する
- 09 患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する
- 10 身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う
- 11 その他

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |

3-3 \* 応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数<sup>※1</sup>をご回答ください。（令和6年10月の1か月間）

|  |   |
|--|---|
|  | 日 |
|--|---|

※1 1日8時間換算で、1時間=0.125日とする。

問4 貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1~4-4は、1-5で「07 薬剤師」が配置されている場合にご回答ください。

4-1 \* 貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。  
令和6年10月1か月の業務実態に基づき、1週間当たりの平均業務時間（人時）<sup>※1</sup>をご回答ください。

|  |    |
|--|----|
|  | 人時 |
|--|----|

※1 平均業務時間（人時）は、総病棟薬剤業務時間数÷4（週間）=1週間あたりの人時としてご回答ください。

（例）病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合  
A氏：40時間/月・10時間/週のため10人時/週  
B氏：28時間/月・7時間/週のため7人時/週  
（40時間+28時間）÷4となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

4-2 \* 貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

- |         |      |         |      |
|---------|------|---------|------|
| 1 大いにある | 2 ある | 3 あまりない | 4 ない |
|---------|------|---------|------|

《回答欄》

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |    |
|--|----|
| 4-3 * 薬剤師による薬学管理として、実施している内容についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること                                     | 01 |
| 02 入院時の持参薬の確認と医師への処方提案   | 02 |
| 03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施   | 03 |
| 04 入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援  | 04 |
| 05 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等                                     | 05 |
| 06 入院中のポリファーマシー <sup>※2</sup> 対策を医師・看護師等と実施                                | 06 |
| 07 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施  | 07 |
| 08 退院時の文書による情報提供   | 08 |

《回答欄》

※2 「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

|  |    |
|--|----|
| 4-4 * 薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること   | 01 |
| 02 入院時の持参薬の確認と医師への処方提案   | 02 |
| 03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施   | 03 |
| 04 入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援  | 04 |
| 05 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等   | 05 |
| 06 入院中のポリファーマシー対策を医師・看護師等と実施   | 06 |
| 07 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施  | 07 |
| 08 退院時の文書による情報提供   | 08 |

《回答欄》

■ 4-5~4-7は、1-5の「07 薬剤師」の配置状況に関わらずご回答ください。

|  |    |
|--|----|
| 4-5 * 退院患者数及び退院時薬剤情報連携等の状況についてご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |    |
| 01 薬剤師が退院時に服薬指導を実施した件数                                   | 01 |
| 02 薬剤師が退院時に薬剤等に関する情報連携 <sup>※3</sup> を実施した件数             | 02 |

《回答欄》

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 01 |  | 件/月 |
| 02 |  | 件/月 |

※3 単に退院処方に関する薬剤情報提供文書の交付やお薬手帳への薬剤情報の記載ではなく、薬剤サマリー等の文書による情報提供を実施した件数。情報連携先は薬局に限定せず医療機関（転院）、介護施設、ケアマネジャーなどへ実施した場合も含めてご回答ください。



| 4-6 *退院時の薬剤に関する情報連携について、貴院で実施しているものについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |   |
|---|---|
| 01  | ポリファーマシー対策に係る処方調整に関する情報                   |
| 02  | 術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報                   |
| 03  | 術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報   |
| 04  | 周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来の処方内容を再開することの情報 |
| 05  | 入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報            |
| 06  | 入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報               |
| 07  | 退院処方一覧                                    |
| 08  | 入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報             |
| 09  | 生活習慣やADLなどの患者情報                           |
| 10  | 入院中に変更となった処方に関する変更理由                      |
| 11  | 入院中に実施したがん化学療法に関する情報                      |
| 12  | 入院中（直近の）処方内容の変更内容とその理由                    |
| 13  | その他 <input type="text"/>                  |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |

| 4-7 *入院時に提供された薬剤に関する情報について、貴院で実際に活用している情報についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                             |
|---|-----------------------------|
| 01  | 受診中の他の医療機関、診療科等に関する情報       |
| 02  | 現在服用中の薬剤の一覧                 |
| 03  | 医師の指示による入院前中止薬に対する対応状況      |
| 04  | 自己調節している薬剤に関する情報            |
| 05  | 服薬遵守状況                      |
| 06  | 服薬方法や服薬管理者に関する情報            |
| 07  | 薬物治療に関して入院中に際してお願い（相談）したいこと |
| 08  | 退院時の処方の際にお願いしたいこと           |
| 09  | 市販薬等や健康食品に関する情報             |
| 10  | その他 <input type="text"/>    |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |

\* ■ 4-8～4-10は、1-5の「10 管理栄養士」の配置状況に関わらずご回答ください。

|   |           |
|---|-----------|
| 4-8 * 貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |           |
| 1 8割以上  | 3 2割～5割未満 |
| 2 5割～8割未満   | 4 2割未満    |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |    |
|---|----|
| 4-9 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 入院栄養食事指導 ※加算の算定問わず   | 01 |
| 02 栄養情報提供書の作成 ※加算の算定問わず   | 02 |
| 03 食物アレルギーや入院前の食生活の聞き取り   | 03 |
| 04 栄養状態の評価  | 04 |
| 05 栄養管理計画の作成、再評価  | 05 |
| 06 食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング  | 06 |
| 07 ミールラウンド  | 07 |
| 08 食事形態の確認、調整   | 08 |
| 09 食事摂取不良患者や食欲低下時の対応  | 09 |
| 10 栄養補助食品の紹介・提案   | 10 |
| 11 医師への栄養メニュー提案   | 11 |
| 12 その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>           | 12 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |

|   |    |
|---|----|
| 4-10 * 入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |    |
| 01 入院栄養食事指導料  | 01 |
| 02 栄養情報連携料  | 02 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |

## 問5 貴病棟における多職種連携の状況についてお伺いします。

|   | 主として実施している職種◎<br>関与している職種○ |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     | 実施している◎<br>連携あり○ |                  |
|---|----------------------------|-----------------|----------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|-----|------------------|------------------|
|   | a                          | b               | c        | d   | e         | f         | g         | h         | i                | j   | k                | l                |
|   | 医師                         | 院内の<br>歯科<br>医師 | 看護<br>職員 | 薬剤師 | 理学<br>療法士 | 作業<br>療法士 | 言語<br>聴覚士 | 管理<br>栄養士 | 院内の<br>歯科<br>衛生士 | その他 | 院外の<br>歯科<br>医師  | 院外の<br>歯科<br>衛生士 |
| 5-1 貴病棟におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携、取組の実施についてご回答ください。<br>歯科医師、歯科衛生士については、院外についてもご回答ください。<br>(「a~j」は、主として実施している◎、関与している○。「k、l」は、実施している◎、連携あり○) |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 01 NST等の専門チームでのカンファレンス  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 02 01以外の病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む）  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 05 ADLのスクリーニング・定期的な評価   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 09 栄養管理計画の作成  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 11 口腔管理に関する計画の作成  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 12 ミールラウンド（食事の観察）   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 13 食事形態の検討・調整   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 14 経腸栄養剤の種類を選択や変更   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 15 退院前の居宅への訪問指導   |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |
| 16 退院時のカンファレンス  |                            |                 |          |     |           |           |           |           |                  |     |                  |                  |

■ 問6は、「地域包括医療病棟」を算定する病棟のみご回答ください。

問6 地域包括医療病棟の状況等についてお伺いします。

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 6-1 * 地域包括医療病棟における各種基準の状況についてご回答ください。<br>(令和6年8月～10月の3か月間)<br>(小数点以下第2位以下を切り捨てとし、小数点以下第1位までを表記) |  | 《回答欄》 |
| 01  | 当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（BarthelIndex）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合 | 01 %  |
| 02  | 平日のリハビリテーション提供単位に対して土・日・祝日に提供している単位割合（概算）  | 02 %  |
| 03  | 重症度、医療・看護必要度ⅠもしくはⅡの基準を満たす患者割合  | 03 %  |
| 04  | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合  | 04 %  |
| 05  | 入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合  | 05 %  |
| 06  | 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合                               | 06 %  |
| 07  | 退院患者のうち、在宅等に退院した患者割合   | 07 %  |

\* ■ 6-2～6-5は、「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定している」場合にご回答ください。

|   |   |
|---|---|
| 6-2 * リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した患者数をご回答ください。<br>(令和6年8月1日～令和6年10月31日) | 人 |
|---|---|

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 6-3 令和6年8月1日～令和6年10月31日に当該病棟を退院又は転棟した患者の実績等についてご回答ください。 |  | 《回答欄》 |
| 01  | ADLが入院時と比較して改善した患者数  | 01 人  |
| 02  | 入院時と比較してADLに変化がなかった又は低下した患者数                                 | 02 人  |
| 03  | 入棟後3日目までに、疾患別リハビリテーション料を算定した患者数                              | 03 人  |
| 04  | 口腔状態に係る課題を認め、当該保険医療機関の歯科医師等と連携した又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促した患者数 | 04 人  |

|   |              |       |
|---|--------------|-------|
| 6-4 * 6-2で回答した患者について、「リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画」の作成が完了した時間ごとのおおむねの患者割合についてご回答ください。 |              | 《回答欄》 |
| 01  | 入院後12時間未満    | 01 %  |
| 02  | 入院後12～24時間未満 | 02 %  |
| 03  | 入院後24～36時間未満 | 03 %  |
| 04  | 入院後36～48時間未満 | 04 %  |
| 05  | 入院後48時間以上    | 05 %  |

\* 《6-4で「05 入院後48時間以上」が0%より大きい場合にご回答ください。》

|   |                  |       |
|---|------------------|-------|
| 6-5 * 「リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画」の作成に48時間超の時間を要した患者数及び主な理由についてご回答ください。 |                  | 《回答欄》 |
| 01  | 48時間以上の時間を要した患者数 | 01 人  |
| 02  | 主な理由             |       |

問7 貴病棟が地域包括医療病棟入院料を算定していない場合、貴病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制に関する状況についてお伺いします。

|   |   |
|---|---|
| 7-1 * リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した患者数をご回答ください。<br>(令和6年8月1日～令和6年10月31日) | 人 |
|---|---|

■ 7-2～7-4は、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」を算定している場合にご回答ください。

|   |       |
|---|-------|
| 7-2 令和6年8月1日～令和6年10月31日に当該病棟を退院又は転棟した患者の実績等についてご回答ください。         | 《回答欄》 |
| 01 ADLが入院時と比較して改善した患者数  | 01 人  |
| 02 入院時と比較してADLに変化がなかった又は低下した患者数                                 | 02 人  |
| 03 入棟後3日目までに、疾患別リハビリテーション料を算定した患者数                              | 03 人  |
| 04 口腔状態に係る課題を認め、当該保険医療機関の歯科医師等と連携した又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促した患者数 | 04 人  |

|   |       |
|---|-------|
| 7-3 * 7-1で回答した患者について、「リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画」の作成が完了した時間ごとのおおむねの患者割合についてご回答ください。 | 《回答欄》 |
| 01 入院後12時間未満  | 01 %  |
| 02 入院後12～24時間未満   | 02 %  |
| 03 入院後24～36時間未満   | 03 %  |
| 04 入院後36～48時間未満   | 04 %  |
| 05 入院後48時間以上  | 05 %  |

|  |       |
|--|-------|
| * 《7-3で「05 入院後48時間以上」が0%より大きい場合にご回答ください。》                              |       |
| 7-4 * 「リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画」の作成に48時間以上の時間を要した患者数及び主な理由についてご回答ください。 | 《回答欄》 |
| 01 48時間以上の時間を要した患者数  | 01 人  |
| 02 主な理由  | 人     |

\* ■ 7-5～7-6は、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定の有無にかかわらずご回答ください。

|   |           |                          |
|---|-----------|--------------------------|
| 7-5 * 土日祝日のリハビリテーションの実施についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |           | 《回答欄》                    |
| 1 実施している  | 2 実施していない | <input type="checkbox"/> |

|  |                      |                             |
|--|----------------------|-----------------------------|
| 7-6 * 専従・専任のリハビリ職の疾患別リハビリテーションの提供以外の業務内容についてご回答ください。(該当するすべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》                       |
| 01 計画書等の作成   |                      | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 部内カンファレンス   |                      | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 多職種カンファレンス  |                      | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 院外ケアマネ等との情報共有   |                      | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 ADL等の評価   |                      | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 他職種へのポジショニング等に関する助言   |                      | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 可動域等を考慮した患者へのケア提供   |                      | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 退院後を考慮した患者へのケア提供  |                      | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 病棟における他職種との調整   |                      | 09 <input type="checkbox"/> |
| 10 リハ職の配置決定  |                      | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11 ハラスメントの防止、長時間労働の是正等の職場環境の改善                                     |                      | 11 <input type="checkbox"/> |
| 12 病棟におけるリハ職のスケジュール管理  |                      | 12 <input type="checkbox"/> |
| 13 病棟における患者の状態に応じた環境整備   |                      | 13 <input type="checkbox"/> |
| 14 リハ職や他職種への指導   |                      | 14 <input type="checkbox"/> |
| 15 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者へのADLの維持・向上を目的とした指導                      |                      | 15 <input type="checkbox"/> |
| 16 患者データの収集・分析   |                      | 16 <input type="checkbox"/> |
| 17 業務マニュアル作成等の体制整備   |                      | 17 <input type="checkbox"/> |
| 18 研修の実施等の人材育成   |                      | 18 <input type="checkbox"/> |
| 19 その他   | <input type="text"/> | 19 <input type="checkbox"/> |

■ 問8は、貴病棟が緩和ケア病棟の場合のみご回答ください。

問8 緩和ケア病棟の状況についてお伺いします。

|  |          |
|--|----------|
| 8-1 以下の疾患ごとの平均在院日数、患者数についてご回答ください。<br>(令和5年6月1日～令和6年5月31日) |          |
| 01 新規入院患者  | a 平均在院日数 |
|  | b 患者数    |
| 02 悪性腫瘍の患者   | a 平均在院日数 |
|  | b 患者数    |
| 03 後天性免疫不全症候群に罹患している患者                                     | a 平均在院日数 |
|  | b 患者数    |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 人 |

|  |  |
|--|--|
| 8-2 *緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由別患者数についてご回答ください。<br>(当てはまる理由ごとに該当する患者の人数を記入) (令和6年10月の1か月間) |  |
| 01   | 緩和ケア病棟に入院している実患者数 (令和6年10月の1か月間)           |
| 02   | 01のうち、入院による身体症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数       |
| 03   | 01のうち、入院による精神症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数       |
| 04   | 01のうち、疼痛コントロール不良により、退院先が決められないため入院している実患者数 |
| 05   | 01のうち、退院後の在宅における受入れ体制が整わないため入院している実患者数     |
| 06   | その他 <input type="text"/>                   |

《回答欄》

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 01 | <input type="text"/> | 人 |
| 02 | <input type="text"/> | 人 |
| 03 | <input type="text"/> | 人 |
| 04 | <input type="text"/> | 人 |
| 05 | <input type="text"/> | 人 |
| 06 | <input type="text"/> | 人 |

問9 緩和ケアについてお伺いします。

|   |            |
|---|------------|
| 9-1 緩和ケア診療加算の届出の有無をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |            |
| 1 届け出ている  | 2 届け出していない |

《回答欄》

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| 《9-1で「1 届け出ている」を選択した場合にご回答ください。》                   |                               |
| 9-2 緩和ケア診療加算を算定した患者数をご回答ください。<br>(令和6年8月～10月の3か月間) |                               |
| 01   | 緩和ケア診療加算を算定した患者数              |
| 02   | 01のうち、悪性腫瘍の患者数                |
| 03   | 01のうち、後天性免疫不全症候群の患者数          |
| 04   | 01のうち、末期心不全の患者数               |
| 05   | 01のうち、退院した患者 (転院及び死亡退院を除く) 数  |
| 06   | 05のうち、退院後に自院にて在宅医療を提供した患者数    |
| 07   | 05のうち、在宅医療を提供している医療機関へ紹介した患者数 |
| 08   | 07の患者を紹介した医療機関数               |

《回答欄》

|    |                      |    |
|----|----------------------|----|
| 01 | <input type="text"/> | 人  |
| 02 | <input type="text"/> | 人  |
| 03 | <input type="text"/> | 人  |
| 04 | <input type="text"/> | 人  |
| 05 | <input type="text"/> | 人  |
| 06 | <input type="text"/> | 人  |
| 07 | <input type="text"/> | 人  |
| 08 | <input type="text"/> | 施設 |

## 問10 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 10-1 貴病棟における退棟患者数（実人数）※ <sup>1</sup> 及び、退棟先別の患者数（実人数）※ <sup>1</sup> をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |  | 《回答欄》 |
|---|--|-------|
| 01 貴病棟における退棟患者数   |  | 01 人  |
| 02 自宅（在宅医療の提供あり）  |  | 02 人  |
| 03 自宅（在宅医療の提供なし）  |  | 03 人  |
| 04 介護老人保健施設   |  | 04 人  |
| 05 04のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）   |  | 05 人  |
| 06 介護医療院  |  | 06 人  |
| 07 特別養護老人ホーム  |  | 07 人  |
| 08 軽費老人ホーム、有料老人ホーム  |  | 08 人  |
| 09 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）   |  | 09 人  |
| 10 障害者支援施設  |  | 10 人  |
| 11 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床  |  | 11 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  |  | 12 人  |
| 13 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床  |  | 13 人  |
| 14 他院の一般病床（11、12、13以外）  |  | 14 人  |
| 15 他院の療養病床（12以外）  |  | 15 人  |
| 16 15のうち、在宅復帰強化加算を算定している他院の療養病床   |  | 16 人  |
| 17 他院の精神病床  |  | 17 人  |
| 18 他院のその他の病床  |  | 18 人  |
| 19 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床  |  | 19 人  |
| 20 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  |  | 20 人  |
| 21 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床  |  | 21 人  |
| 22 自院の一般病床（19、20、21以外）  |  | 22 人  |
| 23 自院の療養病床（20以外）  |  | 23 人  |
| 24 23のうち、在宅復帰強化加算算定を算定している自院の療養病床   |  | 24 人  |
| 25 自院の精神病床  |  | 25 人  |
| 26 自院のその他の病床  |  | 26 人  |
| 27 有床診療所（介護サービス提供医療機関）  |  | 27 人  |
| 28 有床診療所（27以外）  |  | 28 人  |
| 29 死亡退院   |  | 29 人  |
| 30 その他  |  | 30 人  |

※1 患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。  
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。



◆その他のご意見

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。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに

貴施設の調査担当者にお渡し下さい。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査  
 入院・外来医療等における実態調査

治療室調査票 (A)

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 施設ID、治療室IDをご記入ください。

| 施設ID   |  | 治療室ID |   |   |   |  |  |  |  |  |
|--|--|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| データ提出加算を算定している施設のみ記入<br>DPCデータの様式3-4記載の病床機能報告の病棟コード（下5桁） |  | 1     | 9 | 0 | 6 |  |  |  |  |  |

問1 貴治療室の特定入院料についてお伺いします。

| 1-1 特定入院料をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |  |
|---|--|
| 1 救命救急入院料1  | 11 ハイケアユニット入院医療管理料1                    |
| 2 救命救急入院料2  | 12 ハイケアユニット入院医療管理料2                    |
| 3 救命救急入院料3  | 13 脳卒中ケアユニット入院医療管理料                    |
| 4 救命救急入院料4  | 14 小児特定集中治療室管理料                        |
| 5 特定集中治療室管理料1                                       | 15 新生児特定集中治療室管理料1                      |
| 6 特定集中治療室管理料2                                       | 16 新生児特定集中治療室管理料2                      |
| 7 特定集中治療室管理料3                                       | 17 総合周産期特定集中治療室管理料<br>（1母体・胎児集中治療室管理料） |
| 8 特定集中治療室管理料4                                       | 18 総合周産期特定集中治療室管理料<br>（2新生児集中治療室管理料）   |
| 9 特定集中治療室管理料5                                       | 19 新生児治療回復室入院医療管理料                     |
| 10 特定集中治療室管理料6                                      |  |

《回答欄》

| 1-2 *令和6年6月1日以降における、貴治療室で算定する特定入院料の変更の有無についてご回答ください。 |        |
|--|--------|
| 1 変更あり   | 2 変更なし |

《回答欄》

《 1-2で「1 変更あり」を選択した場合にご回答ください。》

1-3 \* 令和6年5月31日以前の特定入院料をご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|                     |  |
|---------------------|--|
| 1 救命救急入院料 1         | 10 ハイケアユニット入院医療管理料 2                   |
| 2 救命救急入院料 2         | 11 脳卒中ケアユニット入院医療管理料                    |
| 3 救命救急入院料 3         | 12 小児特定集中治療室管理料                        |
| 4 救命救急入院料 4         | 13 新生児特定集中治療室管理料 1                     |
| 5 特定集中治療室管理料 1      | 14 新生児特定集中治療室管理料 2                     |
| 6 特定集中治療室管理料 2      | 15 総合周産期特定集中治療室管理料<br>(1母体・胎児集中治療室管理料) |
| 7 特定集中治療室管理料 3      | 16 総合周産期特定集中治療室管理料<br>(2新生児集中治療室管理料)   |
| 8 特定集中治療室管理料 4      | 17 新生児治療回復室入院医療管理料                     |
| 9 ハイケアユニット入院医療管理料 1 |  |

《回答欄》

1-4 \* 医師に係る要件改定における影響について、該当する項目をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 01 専任医師の人数が充足しているため、特に影響はない                | 01 <input type="text"/> |
| 02 届け出は継続できているが、人数に余裕がないため医師の有休取得が困難な状態にある | 02 <input type="text"/> |
| 03 医師の確保のための活動に費やす時間が増大している                | 03 <input type="text"/> |
| 04 医師確保のための紹介料等が増大している                     | 04 <input type="text"/> |
| 05 その他 <input type="text"/>                | 05 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |

1-5 \* 貴治療室における宿日直許可の取得状況についてご回答ください。

|                            |
|----------------------------|
| 1 宿直で宿日直許可を得ている ※又は「夜間の宿直」 |
| 2 休日の日直で宿日直許可を得ている         |
| 3 宿直で宿日直許可を申請する予定・申請中      |
| 4 休日の日直で宿日直許可を申請する予定・申請中   |
| 5 宿日直許可は得ていない              |

《回答欄》

問2 貴治療室の基本情報についてお伺いします。

2-1 貴治療室の診療報酬上の届出病床数をご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|  |   |
|--|---|
|  | 床 |
|--|---|

2-2 貴治療室に配置されている職員数（常勤換算※01～03は除く）についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）

《回答欄》

|                                      |    |  |   |
|--------------------------------------|----|--|---|
| <b>01</b> 専任の常勤医師の実数                 | 01 |  | 人 |
| <b>02</b> 01のうち、5年以上の特定集中治療の経験を有する医師 | 02 |  | 人 |
| <b>03</b> 専任の非常勤医師の実数                | 03 |  | 人 |
| <b>04</b> 専任の非常勤医師                   | 04 |  | 人 |
| <b>05</b> 04のうち、5年以上の特定集中治療の経験を有する医師 | 05 |  | 人 |
| <b>06</b> 看護師                        | 06 |  | 人 |
| <b>07</b> 06のうち、適切な研修を修了した専任の常勤看護師   | 07 |  | 人 |
| <b>08</b> 07のうち、特定行為研修修了者            | 08 |  | 人 |
| <b>09</b> 准看護師                       | 09 |  | 人 |
| <b>10</b> 看護補助者                      | 10 |  | 人 |
| <b>11</b> 10のうち、介護福祉士                | 11 |  | 人 |
| <b>12</b> 薬剤師                        | 12 |  | 人 |
| <b>13</b> 12のうち、専従                   | 13 |  | 人 |
| <b>14</b> 12のうち、専任                   | 14 |  | 人 |
| <b>15</b> 管理栄養士                      | 15 |  | 人 |
| <b>16</b> 理学療法士                      | 16 |  | 人 |
| <b>17</b> 作業療法士                      | 17 |  | 人 |
| <b>18</b> 言語聴覚士                      | 18 |  | 人 |
| <b>19</b> 臨床工学技士                     | 19 |  | 人 |
| <b>20</b> 相談員                        | 20 |  | 人 |
| <b>21</b> 20のうち、社会福祉士                | 21 |  | 人 |
| <b>22</b> 20のうち、精神保健福祉士              | 22 |  | 人 |
| <b>23</b> 医師事務作業補助者                  | 23 |  | 人 |
| <b>24</b> その他の職員                     | 24 |  | 人 |

《2-2で「04 適切な研修を修了した専任の常勤看護師」数を計上した場合にご回答ください。》

2-3 適切な研修を修了した専任の常勤看護師のみの当該治療室における勤務時間等についてご回答ください。（令和6年10月1か月）

《回答欄》

|                       |    |  |      |
|-----------------------|----|--|------|
| <b>01</b> 1人当たり平均勤務時間 | 01 |  | 時間/月 |
| <b>02</b> 1人当たり平均夜勤時間 | 02 |  | 時間/月 |
| <b>03</b> 1人当たり平均勤務日数 | 03 |  | 日/月  |

2-4 貴治療室において、術後の患者の管理はどのように実施していますか。ご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 主に治療室の専任の医師が管理している

02 主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理している

03 主に手術を担当した麻酔科医が管理している

04 集中治療部門等で研修中の臨床研修医あるいは専攻医が管理している

05 医師の包括指示を用いて、血圧や呼吸状態の変動時も主に看護師が対応している

06 特定行為研修を修了した看護師などが包括指示書に基づいて対応している

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

2-5 貴治療室の専任の医師の業務についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)  
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 予定手術後の患者の管理

02 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送により入院し、入室した患者の管理

03 救急外来から入院し、入室した患者の管理 (02を除く)

04 院内の入院患者の様態が悪化し、入室した患者の管理 (緊急手術後を含む)

05 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

2-6 2-5で「01 予定手術後の患者の管理」を選択した場合に、夜間に対応する医師の体制についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応

02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応

03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応

04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応

05 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

2-7 2-5で「02 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送により入院し、入室した患者の管理」を選択した場合に、夜間に対応する医師の体制についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応

02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応

03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応

04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応

05 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

2-8 2-5で「03 救急外来から入院し、入室した患者の管理 (02を除く)」を選択した場合に、夜間に対応する医師の体制についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応

02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応

03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応

04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応

05 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

|  |                      |
|--|----------------------|
| 2-9 2-5で「04 院内の入院患者の様態が悪化し、入室した患者の管理（緊急手術後を含む）」を選択した場合に、夜間に対応する医師の体制についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応  |                      |
| 02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応  |                      |
| 03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応   |                      |
| 04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応   |                      |
| 05 その他   | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 2-10 入室患者数、在室日数等についてご回答ください。 |                   |
| 01 実入室患者数                    | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                              | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 02 平均在室日数                    | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                              | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 03 病床利用率                     | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                              | b 令和6年8月～10月の3か月間 |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 日 |
| a | <input type="text"/> | % |
| b | <input type="text"/> | % |

■ 問3は、貴治療室が「救命救急入院料1,3」もしくは「ハイケアユニット入院管理料」を算定している場合にご回答ください。

問3 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 3-1 改定前の重症患者割合についてご回答ください。        |  |
| 01 重症度、医療・看護必要度 (令和5年8月～10月の3か月間) |  |

《回答欄》

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 01 | <input type="text"/> | % |
|----|----------------------|---|

|   |       |
|---|-------|
| 3-2 改定後の重症患者割合についてご回答ください。<br>8～10月の間に評価表や基準の変更があった場合は、変更前及び変更後のI・IIそれぞれの状況についてご回答ください。 |       |
| 01 重症度、医療・看護必要度 I<br>令和6年8月～10月の3か月間  | a 基準① |
|   | b 基準② |
| 02 重症度、医療・看護必要度 II<br>令和6年8月～10月の3か月間   | a 基準① |
|   | b 基準② |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | % |
| b | <input type="text"/> | % |
| a | <input type="text"/> | % |
| b | <input type="text"/> | % |

■ 問4は、貴治療室が「救命救急入院料2,4」もしくは「特定集中治療室管理料1～6」を算定している場合にご回答ください。

問4 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

|   |  |
|---|--|
| 4-1 改定前の重症患者割合についてご回答ください。<br>(算定されていない場合は空欄としてください。) |  |
| <b>01</b> 重症度、医療・看護必要度Ⅰ (令和5年8月～10月の3か月間)             |  |
| <b>02</b> 重症度、医療・看護必要度Ⅱ (令和5年8月～10月の3か月間)             |  |

《回答欄》

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 01 | <input type="text"/> | % |
| 02 | <input type="text"/> | % |

|   |  |
|---|--|
| 4-2 改定後の重症患者割合についてご回答ください。<br><u>8～10月の間に評価表や基準の変更があった場合は、変更前及び変更後のⅠ・Ⅱそれぞれの状況についてご回答ください。</u> |  |
| <b>01</b> 重症度、医療・看護必要度Ⅰ (令和6年8月～10月の3か月間)   |  |
| <b>02</b> 重症度、医療・看護必要度Ⅱ (令和6年8月～10月の3か月間)   |  |

《回答欄》

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 01 | <input type="text"/> | % |
| 02 | <input type="text"/> | % |

■ 問5は、貴治療室が「救命救急入院料1～4」を算定している場合にご回答ください。

問5 救急体制充実加算についてお伺いします。

|  |                    |
|--|--------------------|
| 5-1 救急体制充実加算の届出状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                    |
| <b>1</b> 救急体制充実加算1   | <b>3</b> 救急体制充実加算3 |
| <b>2</b> 救急体制充実加算2   | <b>4</b> 届け出ていない   |

《回答欄》

|                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 5-2 「救命救急センターの充実段階評価」についてご回答ください。 |                               |
| <b>01</b> 令和4年1月～12月の実績           | <b>a</b> 救命救急センター充実段階評価の「評価点」 |
|                                   | <b>b</b> 是正を要する項目数            |
| <b>02</b> 令和5年1月～12月の実績           | <b>a</b> 救命救急センター充実段階評価の「評価点」 |
|                                   | <b>b</b> 是正を要する項目数            |

《回答欄》

|   |                      |
|---|----------------------|
| a | <input type="text"/> |
| b | <input type="text"/> |
| a | <input type="text"/> |
| b | <input type="text"/> |

■ 問6は、貴治療室が「救命救急入院料2,4」もしくは「特定集中治療室管理料1～4」を算定している場合にご回答ください。

問6 重症患者対応体制強化加算についてお伺いします。

|  |                  |
|--|------------------|
| 6-1 届出の状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                  |
| <b>1</b> 届け出ている  | <b>2</b> 届け出ていない |

《回答欄》

|  |                        |
|--|------------------------|
| 6-2 院内研修の開催状況について開催済の場合は回数、今年度中に開催予定の場合は「99」、予定がない場合は「0」とご回答ください。(令和6年11月1日時点) | <input type="text"/> 回 |
|--|------------------------|

|  |  |
|--|--|
| 《6-1の届出の有無に関わらずご回答ください。》                             |  |
| 6-3 当該治療室における職員の配置状況についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  |
| <b>01</b> 専従の常勤臨床工学技士を1名以上配置している                     |  |
| <b>02</b> 当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師2名以上の配置         |  |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |

《 6-3で「02 当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師2名以上の配置」を選択した場合にご回答ください。》

6-4 集中治療を必要とする患者の看護に係る研修修了者の具体的な実施業務についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                                       |  |
|----|---------------------------------------|--|
| 01 | 地域の医療機関との連携業務や研修の開催準備等                |  |
| 02 | 院内研修の講師                               |  |
| 03 | 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修の講師 |  |
| 04 | 院内における集中治療看護に関する相談対応                  |  |
| 05 | 配置されている治療室の患者担当                       |  |
| 06 | その他                                   |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

《 6-1で「2 届け出していない」を選択した場合にご回答ください。》

6-5 届け出していない理由をご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |   |  |
|----|---|--|
| 01 | 施設基準に係る看護師の数に含めない看護師2名以上を確保できない                                       |  |
| 02 | 要件に該当する経験を有する専従の臨床工学技士を確保できない   |  |
| 03 | 急性期充実体制加算を届け出していない  |  |
| 04 | 感染対策向上加算を届け出していない   |  |
| 05 | 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であることが満たせない |  |
| 06 | 届け出る予定がない   |  |
| 07 | その他   |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |



問7 \* 診療報酬改定による「救命救急入院料」への影響についてお伺いします。

|  |    |
|--|----|
| * 《改定前に、「救命救急入院料」を届出していた場合、ご回答ください。》   |    |
| 7-1 * 「救命救急入院料2または4」から、「1または3」への変更、もしくは取り下げとなった場合、その理由をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)    |    |
| 01 救命救急センターではなくなったため   | 01 |
| 02 宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため   | 02 |
| 03 専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため   | 03 |
| 04 手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制が確保できないため  | 04 |
| 05 当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため   | 05 |
| 06 医療安全対策加算1の届出を行っていないため   | 06 |
| 07 算定の対象となる救急患者が減少したため   | 07 |
| 08 「救命救急入院料2、4」を算定していたが、重症度、医療看護必要度による評価の基準を満たせなくなったため   | 08 |
| 09 「救命救急入院料2、4」を算定していたが、当該治療室の専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むことができなくなったため                          | 09 |
| 10 「救命救急入院料2、4」を算定していたが、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置が困難であるため | 10 |
| 11 「救命救急入院料2、4」を算定していたが、専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務することができなくなったため  | 11 |
| 12 その他 <input type="text"/>  | 12 |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |
| 06 |
| 07 |
| 08 |
| 09 |
| 10 |
| 11 |
| 12 |

問8 \* 診療報酬改定による「特定集中治療室管理料」への影響についてお伺いします。

《改定前に、「特定集中治療室管理料1または2」を届出していた場合、ご回答ください。》

8-1 \* 「特定集中治療室管理料1または2」から、「3～6」への変更、ハイケアユニット入院治療管理料への変更、もしくは取り下げとなった場合、その理由をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |  |    |
|----|--|----|
| 01 | 当該治療室の専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むことができなくなったため                                      | 01 |
| 02 | 専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため  | 02 |
| 03 | 宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため  | 03 |
| 04 | 当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため  | 04 |
| 05 | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置が困難であるため             | 05 |
| 06 | 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務することができないため   | 06 |
| 07 | 重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で、基準を満たす患者が8割以上いないため   | 07 |
| 08 | 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア5以上の患者が1割以上を満たすことが困難であるため、もしくはS O F Aスコアの測定実績がないため | 08 |
| 09 | 当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため  | 09 |
| 10 | 医療安全対策加算1の届出を行っていないため  | 10 |
| 11 | 特定集中治療室管理料の算定対象となる重症患者が減少したため  | 11 |
| 12 | その他 <input type="text"/>   | 12 |

《回答欄》

《改定前に、「特定集中治療室管理料3または4」を届出していた場合、ご回答ください。》

8-2 \* 「特定集中治療室管理料3または4」から、「5または6」への変更、もしくは取り下げとなった場合、その理由をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |  |    |
|----|--|----|
| 01 | 専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため  | 01 |
| 02 | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置が可能であったため            | 02 |
| 03 | 重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で、基準を満たす患者が7割以上いないため   | 03 |
| 04 | 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア3以上の患者が1割以上を満たすことが困難であるため、もしくはS O F Aスコアの測定実績がないため | 04 |
| 05 | その他 <input type="text"/>   | 05 |

《回答欄》

■ 問9・問10は、届け出ている特定集中治療室管理料の区分に関わらずご回答ください。

問9 \* 特定集中治療室遠隔支援加算の届出状況についてお伺いします。

9-1 \* 情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けているか(自院が被支援側医療機関)についてご回答ください。

|            |             |       |
|------------|-------------|-------|
| 1 支援を受けている | 2 支援を受けていない | 《回答欄》 |
|------------|-------------|-------|

《回答欄》

\* 《9-1で「2 支援を受けていない」を選択した場合にご回答ください。》

9-2 \* 情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けることに関して、今後の考えについてご回答ください。

|                     |                   |       |
|---------------------|-------------------|-------|
| 1 今後支援を受けることを検討している | 2 今後も支援を受けるつもりはない | 《回答欄》 |
|---------------------|-------------------|-------|

《回答欄》



\* 《 10-4 で「01 「特定集中治療室遠隔支援加算を届け出ている被支援側医療機関に対して、支援側医療機関として連携している施設数」が0（ゼロ）」の場合にご回答ください。》

10-5 \* 特定集中治療室遠隔支援加算を届け出ている被支援側医療機関に支援を行っていない理由をご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 特定集中治療室管理料5もしくは6を届け出ている医療機関から、連携の要請を受けていないため

02 支援側医療機関の施設基準を満たしていないため

03 その他

《回答欄》

01

02

03

\* 《 10-5 で「02 支援側医療機関の施設基準を満たしていないため」を選択した場合にご回答ください。》

10-6 \* 支援側医療機関として満たしていない施設基準についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に特定集中治療の経験を5年以上有する医師を配置すること

02 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること

03 被支援側医療機関の治療室における入院患者数に対し30又はその端数を増すごとに1以上の医師又は看護師を配置すること

04 支援する医療機関に、医療資源の少ない地域又は医師少数区域に所在する保険医療機関が含まれること

05 特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと

06 被支援側医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと

07 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

■ 問11は、貴治療室が「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している場合にご回答ください。

問11 \* ハイケアユニット入院医療管理料についてお伺いします。

11-1 \* 貴治療室の夜間において、ハイケアユニットを担当する医師の体制についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 医療機関内にいる担当医師に、5年以上の経験を有する医師が常に含まれる体制

02 医療機関内にいる担当医師に、2年以上の経験を有する医師が常に含まれる体制

03 2年以上の経験を有する医師が担当医師に常に含まれるとは限らないが、医療機関内に担当医師が常時1名以上いる体制

《回答欄》

01

02

03

11-2 \* 貴治療室の夜間における相談体制（医療機関内にいる医師以外の医師への相談を含む。）についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

1 必要に応じて、特定集中治療の5年以上の経験を有する医師と常時相談可能

2 必要に応じて、1以外で救急又は集中治療を担当する診療科の医師と常時相談可能

3 必要に応じて、1、2以外で5年以上の経験を有する医師と常時相談可能

4 必要に応じて、1～3以外で2年以上の経験を有する医師と常時相談可能

《回答欄》

■ 問12は、貴治療室が「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定している場合にご回答ください。

問12 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

|   |                  |
|---|------------------|
| 12-1 重症度、医療・看護必要度の算出に使用した評価票をご回答ください。<br>(令和6年8月～10月の3か月間) (該当する番号1つを右欄に記載) |                  |
| 1 改定後の評価票   | 2 改定前と改定後の評価票が混在 |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |
|---|
| 12-2 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合についてご回答ください。<br>届出に関わらずⅠ又はⅡどちらも用いて評価している場合は両方をご回答ください。<br>8月～10月の間に評価票や基準の変更があった場合は、10月1か月の状況について<br>ご回答ください。 |
|---|

《回答欄》

|   |                   |   |  |   |
|---|-------------------|---|--|---|
| 01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ<br>(Ⅰを用いて評価していない場合は「空欄」のまま)<br>(「0」を記載しないでください。) | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | % |
|   | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | % |
| 02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ<br>(Ⅱを用いて評価していない場合は「空欄」のまま)<br>(「0」を記載しないでください。) | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | % |
|   | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | % |

問13 重症患者初期支援充実加算についてお伺いします。

|  |
|--|
| 13-1 重症患者初期支援充実加算を届け出ている場合、在室患者のうち入院時重症患者対応メディエーターが介入した実患者数をご回答ください。(令和6年10月1か月) |
|--|

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

問14 \* 診療報酬改定による「小児特定集中治療室管理料」への影響についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| * 《改定前に「小児特定集中治療室管理料」を届出していた場合、ご回答ください。》                                       |  |
| 14-1 * 「小児特定集中治療室管理料」を取り下げた場合、その理由をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)  |  |
| 01 当該治療室の専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むことができなくなったため                      |  |
| 02 宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため                                       |  |
| 03 専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため                                     |  |
| 04 当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため   |  |
| 05 他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上という要件が満たせないため                             |  |
| 06 他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)という要件を満たせないため |  |
| 07 当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であることという要件を満たせないため   |  |
| 08 医療安全対策加算1の届出を行っていないため   |  |
| 09 算定の対象となる小児が減少したため   |  |
| 10 その他   |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

■ 問15は、貴治療室が「小児特定集中治療室管理料」を算定している場合にご回答ください。

問15 貴治療室における実績等についてお伺いします。

|   |   |       |   |
|---|---|-------|---|
| 15-1 以下の実績等についてご回答ください。（令和5年11月1日～令和6年10月31日） |   | 《回答欄》 |   |
| 01  | 他の医療機関から転院してきた患者数                       | 01    | 人 |
| 02  | 01のうち急性期治療中の救命救急入院料又は特定集中治療室管理料を算定する患者数 | 02    | 人 |
| 03  | 転院時に他の医療機関又は当該保険医療機関で救急搬送診療料を算定した患者数    | 03    | 人 |
| 04  | 03のうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸を実施した患者数      | 04    | 人 |
| 05  | 人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者数      | 05    | 人 |

■ \* 問16は、貴治療室における「新生児特定集中治療室管理料」又は「総合周産期特定集中治療室管理料（2新生児集中治療室管理料）」の算定状況に関わらずご回答ください。

問16 \* 診療報酬改定による「新生児特定集中治療室管理料」又は「総合周産期特定集中治療室管理料（2新生児集中治療室管理料）」への影響についてお伺いします。

|   |   |       |  |
|---|---|-------|--|
| * 《改定前に「新生児特定集中治療室管理料1」を届出していた場合に、ご回答ください。》   |   | 《回答欄》 |  |
| 16-1 * 「新生児特定集中治療室管理料1」を「新生児特定集中治療室管理料2」へ変更、もしくは取り下げとなった場合、その理由をご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |   |       |  |
| 01  | 宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため   | 01    |  |
| 02  | 専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため   | 02    |  |
| 03  | 当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため   | 03    |  |
| 04  | 直近一年間の出生体重1000g未満の新生児の新規入院患者数又は直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数の要件が満たせないため | 04    |  |
| 05  | 医療安全対策加算1の届出を行っていないため   | 05    |  |
| 06  | 分娩の取り扱いを取りやめたため   | 06    |  |
| 07  | 算定の対象となる新生児が減少したため  | 07    |  |
| 08  | その他 <input type="text"/>  | 08    |  |





問18 \* 診療報酬改定による「総合周産期特定集中治療室管理料1」への影響についてお伺いします。

《改定前に「総合周産期特定集中治療室管理料（1 母体・胎児集中治療室管理料）」を届出していた場合にご回答ください。》

18-1 \* 「総合周産期特定集中治療室管理料（1 母体・胎児集中治療室管理料）」を取り下げた場合、その理由をご回答ください。  
（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 01 | 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターではなくなったため                                  | 01 |  |
| 02 | 宿日直許可の有無に関係なく、専任の医師が確保できず交代勤務体制が組めないため                                 | 02 |  |
| 03 | 当該治療室における、宿日直を行わない専任の医師1名又は宿日直勤務を行う専任の産婦人科・産科の医師2名を確保できず、交代勤務体制が組めないため | 03 |  |
| 04 | 当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため                                    | 04 |  |
| 05 | 帝王切開術が必要な場合に30分以内に児の娩出が可能となる体制を確保することが困難であるため                          | 05 |  |
| 06 | 医療安全対策加算1の届出を行っていないため  | 06 |  |
| 07 | 分娩の取り扱いをやめたため  | 07 |  |
| 08 | 算定の対象となる妊産婦が減少したため   | 08 |  |
| 09 | その他 <input type="text"/>   | 09 |  |

《回答欄》

問19 貴治療室における身体的拘束の実施についてお伺いします。

19-1 貴治療室の実患者数、身体的拘束の実施についてご回答ください。  
（令和6年10月1か月）

|    |                      |    |                      |   |
|----|----------------------|----|----------------------|---|
| 01 | 貴治療室の実患者数            | 01 | <input type="text"/> | 人 |
| 02 | 01のうち、身体的拘束を実施した実患者数 | 02 | <input type="text"/> | 人 |

《回答欄》

◆その他のご意見  
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。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日（ ）までに  
貴施設の調査担当者にお渡し下さい。



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

## 病棟調査票 (B)

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 施設ID、病棟IDをご記入ください。

| 施設ID   | 病棟ID    |
|--|---------|
| データ提出加算を算定している施設のみ記入<br>DPCデータの様式3-4記載の病床機能報告の病棟コード（下5桁） | 1 9 0 6 |

問1 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

| 1-1 診療科目をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（最も近似する主な診療科を3つまで右欄に記載） |                             | 《回答欄》  |
|---|-----------------------------|--|
| 1 内科  | 9 耳鼻咽喉科                     | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| 2 小児科   | 10 皮膚科                      |  |
| 3 精神科   | 11 泌尿器科                     |  |
| 4 外科  | 12 放射線科                     |  |
| 5 整形外科  | 13 リハビリテーション科               |  |
| 6 脳神経外科   | 14 歯科（歯科口腔外科等含む）            |  |
| 7 産婦人科  | 15 その他 <input type="text"/> |  |
| 8 眼科  |                             |  |

| 1-2 特定入院をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |                        | 《回答欄》                |
|--|------------------------|----------------------|
| 1 地域包括ケア病棟入院料1                                     | 9 回復期リハビリテーション病棟入院料1   | <input type="text"/> |
| 2 地域包括ケア入院医療管理料1                                   | 10 回復期リハビリテーション病棟入院料2  |                      |
| 3 地域包括ケア病棟入院料2                                     | 11 回復期リハビリテーション病棟入院料3  |                      |
| 4 地域包括ケア入院医療管理料2                                   | 12 回復期リハビリテーション病棟入院料4  |                      |
| 5 地域包括ケア病棟入院料3                                     | 13 回復期リハビリテーション病棟入院料5  |                      |
| 6 地域包括ケア入院医療管理料3                                   | 14 回復期リハビリテーション入院医療管理料 |                      |
| 7 地域包括ケア病棟入院料4                                     | 15 緩和ケア病棟入院料1          |                      |
| 8 地域包括ケア入院医療管理料4                                   | 16 緩和ケア病棟入院料2          |                      |

《1-2で、1~14 を選択した場合にご回答ください。》

| 1-3 医療法上の許可病床についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |        | 《回答欄》                |
|---|--------|----------------------|
| 1 一般病床                                    | 2 療養病床 | <input type="text"/> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1-4 貴病棟の医療保険届出病床数をご回答ください。(令和6年11月1日時点) |  | 床 |
|---|--|---|

|   |   |                  |   |
|---|---|------------------|---|
| 1-5 貴病棟に配置されている職員数(常勤換算)についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) |   |                  |   |
| 01 看護師  | 人 | 14 視能訓練士         | 人 |
| 02 01のうち、特定行為研修修了者                                    | 人 | 15 公認心理師         | 人 |
| 03 01のうち、短時間勤務<br>又は夜勤免除の看護師                          | 人 | 16 診療放射線技師       | 人 |
| 04 准看護師   | 人 | 17 臨床検査技師        | 人 |
| 05 看護補助者  | 人 | 18 臨床工学技士        | 人 |
| 06 05のうち、介護福祉士  | 人 | 19 歯科衛生士         | 人 |
| 07 薬剤師  | 人 | 20 相談員           | 人 |
| 08 07のうち、専従   | 人 | 21 20のうち、社会福祉士   | 人 |
| 09 07のうち、専任   | 人 | 22 20のうち、精神保健福祉士 | 人 |
| 10 管理栄養士  | 人 | 23 保育士           | 人 |
| 11 理学療法士  | 人 | 24 医師事務作業補助者     | 人 |
| 12 作業療法士  | 人 | 25 事務職員          | 人 |
| 13 言語聴覚士  | 人 | 26 その他の職員        | 人 |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 1-6 1-5の「05 看護補助者」について「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数をご回答ください。 |  | 《回答欄》 |
| 01 直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者                                  |  | 01 人  |
| 02 01のうち、介護福祉士の資格を有する者                                       |  | 02 人  |
| 03 01のうち、看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者                 |  | 03 人  |
| 04 01のうち、「02及び03」の両方を満たす者                                    |  | 04 人  |

|                                |                   |       |
|--------------------------------|-------------------|-------|
| 1-7 新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。 |                   | 《回答欄》 |
| 01 新入棟患者数                      | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a 人   |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b 人   |
| 02 新退棟患者数                      | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a 人   |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b 人   |
| 03 在院患者延べ日数                    | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a 日   |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b 日   |

|                           |                   |       |
|---------------------------|-------------------|-------|
| 1-8 貴病棟における病床利用率をご回答ください。 |                   | 《回答欄》 |
| 01 病床利用率                  | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a %   |
|                           | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b %   |

|                                 |                   |       |   |
|---------------------------------|-------------------|-------|---|
| 1-9 *貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 |                   | 《回答欄》 |   |
| 01 新退棟患者数                       | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 人 |
|                                 | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| 02 01のうち在宅に復帰した患者数              | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 人 |
|                                 | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| 03 02のうち外来フォローアップしている患者数        | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 人 |
|                                 | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| 04 平均在院日数                       | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 日 |
|                                 | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 日 |

|   |  |       |  |
|---|--|-------|--|
| 1-10 貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》 |  |
| 01 3交代制   |  | 01    |  |
| 02 変則3交代制   |  | 02    |  |
| 03 2交代制   |  | 03    |  |
| 04 変則2交代制   |  | 04    |  |
| 05 その他  |  | 05    |  |

## 問2 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

|  |  |   |
|--|--|---|
| 2-1 貴病棟の入院実患者数 <sup>※1</sup> をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |  | 人 |
|--|--|---|

※1 病棟全体で1か月間に入院していた実患者数とし、2-1の実患者数は2-2の合計と一致させること。

なお、実患者数は、入院期間に関わらず1日でも入院した患者を1人と計算してください。

ただし、退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

|   |  |       |   |
|---|--|-------|---|
| 2-2 入棟前の居場所別実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |  | 《回答欄》 |   |
| 01 自宅(在宅医療の提供あり)                        |  | 01    | 人 |
| 02 自宅(在宅医療の提供なし)                        |  | 02    | 人 |
| 03 介護老人保健施設                             |  | 03    | 人 |
| 04 介護医療院                                |  | 04    | 人 |
| 05 特別養護老人ホーム                            |  | 05    | 人 |
| 06 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                      |  | 06    | 人 |
| 07 その他の居住系介護施設(認知症グループホーム等)             |  | 07    | 人 |
| 08 障害者支援施設                              |  | 08    | 人 |
| 09 他院の一般病床                              |  | 09    | 人 |
| 10 09のうち、特別の関係の医療機関の一般病床                |  | 10    | 人 |
| 11 他院の一般病床以外の病床                         |  | 11    | 人 |
| 12 11のうち、特別の関係の医療機関の一般病床以外の病床           |  | 12    | 人 |
| 13 自院の他病棟                               |  | 13    | 人 |
| 14 有床診療所                                |  | 14    | 人 |
| 15 その他                                  |  | 15    | 人 |

|  |                           |
|--|---------------------------|
| 2-3 自院の他病棟からの転棟実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間）             | 《回答欄》                     |
| 01 自院の他病棟からの転棟患者（2-2の13の再掲）                            | 01 <input type="text"/> 人 |
| 02 01のうち、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                     | 02 <input type="text"/> 人 |
| 03 01のうち、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 | 03 <input type="text"/> 人 |
| 04 01のうち、自院の一般病床（02、03以外）から転棟                          | 04 <input type="text"/> 人 |
| 05 01のうち、自院の療養病床（03以外）から転棟                             | 05 <input type="text"/> 人 |
| 06 01のうち、自院の精神病床から転棟                                   | 06 <input type="text"/> 人 |
| 07 01のうち、自院のその他の病床から転棟                                 | 07 <input type="text"/> 人 |

問3 見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

|   |                        |
|---|------------------------|
| 3-1 身体的拘束を実施した実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） | <input type="text"/> 人 |
|---|------------------------|

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 3-2 疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。<br>（令和6年10月の1か月間）（該当する番号すべて、右欄に○） | 《回答欄》                   |
| 01 他部署の看護師へ応援を依頼する  | 01 <input type="text"/> |
| 02 自部署の看護補助者へ見守りを依頼する   | 02 <input type="text"/> |
| 03 他部署の看護補助者へ応援を依頼する  | 03 <input type="text"/> |
| 04 夜間の看護師配置を増員し対応している   | 04 <input type="text"/> |
| 05 日中の看護師配置を増員し対応している   | 05 <input type="text"/> |
| 06 早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している   | 06 <input type="text"/> |
| 07 院内のチーム（認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等）へ応援を依頼する   | 07 <input type="text"/> |
| 08 ボランティアスタッフに協力（話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等）を依頼する  | 08 <input type="text"/> |
| 09 患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する   | 09 <input type="text"/> |
| 10 身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う   | 10 <input type="text"/> |
| 11 その他 <input type="text"/>   | 11 <input type="text"/> |

|  |                        |
|--|------------------------|
| 3-3 * 応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数 <sup>※1</sup> をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） | <input type="text"/> 日 |
|--|------------------------|

※1 1日8時間換算で、1時間=0.125日とする。

問4 貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1～4-4は、1-5で「07 薬剤師」が配置されている場合にご回答ください。

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 4-1 * 貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。<br>令和6年10月1か月の業務実態に基づき、1週間当たりの平均業務時間（人時） <sup>※1</sup> をご回答ください。 | <input type="text"/> 人時 |
|---|-------------------------|

※1 平均業務時間（人時）は、総病棟薬剤師業務時間数÷4（週間）=1週間あたりの人時としてご回答ください。

（例）病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合

A氏：40時間/月・10時間/週のため10人時/週

B氏：28時間/月・7時間/週のため7人時/週

（40時間+28時間）÷4となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

|  |      |         |      |
|--|------|---------|------|
| 4-2 * 貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |         |      |
| 1 大いにある  | 2 ある | 3 あまりない | 4 ない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |
|---|
| 4-3 * 薬剤師による薬学管理として、実施している内容についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |
|---|

《回答欄》

|  |    |  |
|--|----|--|
| 01 入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること | 01 |  |
| 02 入院時の持参薬の確認と医師への処方提案                 | 02 |  |
| 03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施                   | 03 |  |
| 04 入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援            | 04 |  |
| 05 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等 | 05 |  |
| 06 入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施         | 06 |  |
| 07 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施          | 07 |  |
| 08 退院時の文書による情報提供                       | 08 |  |

※2 「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

|   |
|---|
| 4-4 * 薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |
|---|

《回答欄》

|  |    |  |
|--|----|--|
| 01 入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること | 01 |  |
| 02 入院時の持参薬の確認と医師への処方提案                 | 02 |  |
| 03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施                   | 03 |  |
| 04 入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援            | 04 |  |
| 05 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等 | 05 |  |
| 06 入院中のポリファーマシー対策を医師・看護師等と実施           | 06 |  |
| 07 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施          | 07 |  |
| 08 退院時の文書による情報提供                       | 08 |  |

■ 4-5～4-7は、1-5の「07 薬剤師」の配置状況に関わらずご回答ください。

|  |
|--|
| 4-5 * 退院患者数及び退院時薬剤情報連携等の状況についてご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |
|--|

《回答欄》

|                                 |    |  |     |
|---------------------------------|----|--|-----|
| 01 薬剤師が退院時に服薬指導を実施した件数          | 01 |  | 件/月 |
| 02 薬剤師が退院時に薬剤等に関する情報連携※3を実施した件数 | 02 |  | 件/月 |

※3 単に退院処方に関する薬剤情報提供文書の交付やお薬手帳への薬剤情報の記載ではなく、薬剤サマリー等の文書による情報提供を実施した件数。情報連携先は薬局に限定せず医療機関（転院）、介護施設、ケアマネジャーなどへ実施した場合も含めてご回答ください。

| 4-6 *退院時の薬剤に関する情報連携について、貴院で実施しているものについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  |
|---|--|
| 01  | ポリファーマシー対策に係る処方調整に関する情報                  |
| 02  | 術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報                  |
| 03  | 術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報  |
| 04  | 周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来処方内容を再開することの情報 |
| 05  | 入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報           |
| 06  | 入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報              |
| 07  | 退院処方一覧                                   |
| 08  | 入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報            |
| 09  | 生活習慣やADLなどの患者情報                          |
| 10  | 入院中に変更となった処方に関する変更理由                     |
| 11  | 入院中に実施したがん化学療法に関する情報                     |
| 12  | 入院中（直近の）処方内容の変更内容とその理由                   |
| 13  | その他 <input type="text"/>                 |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |
| 12 | <input type="text"/> |
| 13 | <input type="text"/> |

| 4-7 *入院時に提供された薬剤に関する情報について、貴院で実際に活用している情報についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  |
|---|--|
| 01  | ポリファーマシー対策に係る処方調整に関する情報                  |
| 02  | 術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報                  |
| 03  | 術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報  |
| 04  | 周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来処方内容を再開することの情報 |
| 05  | 入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報           |
| 06  | 入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報              |
| 07  | 退院処方一覧                                   |
| 08  | 入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報            |
| 09  | 生活習慣やADLなどの患者情報                          |
| 10  | 入院中に変更となった処方に関する変更理由                     |
| 11  | 入院中に実施したがん化学療法に関する情報                     |
| 12  | 入院中（直近の）処方内容の変更内容とその理由                   |
| 13  | その他 <input type="text"/>                 |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |
| 12 | <input type="text"/> |
| 13 | <input type="text"/> |

\* ■ 4-8~4-10は、1-5の「10 管理栄養士」の配置状況に関わらずご回答ください。

|   |           |
|---|-----------|
| 4-8 * 貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |           |
| 1 8割以上  | 3 2割~5割未満 |
| 2 5割~8割未満   | 4 2割未満    |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |    |
|---|----|
| 4-9 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 入院栄養食事指導 ※加算の算定問わず   | 01 |
| 02 栄養情報提供書の作成 ※加算の算定問わず   | 02 |
| 03 食物アレルギーや入院前の食生活の聞き取り   | 03 |
| 04 栄養状態の評価  | 04 |
| 05 栄養管理計画の作成、再評価  | 05 |
| 06 食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング  | 06 |
| 07 ミールラウンド  | 07 |
| 08 食事形態の確認、調整   | 08 |
| 09 食事摂取不良患者や食欲低下時の対応  | 09 |
| 10 栄養補助食品の紹介・提案   | 10 |
| 11 医師への栄養メニュー提案   | 11 |
| 12 その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>           | 12 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |

|   |    |
|---|----|
| 《 4-10は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している場合のみご回答ください。》          |    |
| 4-10 * 入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |    |
| 01 入院栄養食事指導料  | 01 |
| 02 栄養情報連携料  | 02 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |

■ 4-11～4-12は、回復期リハビリテーション病棟のみご回答ください。

| 4-11 *GLIM基準の各項目の測定や判定に関わる職種についてご回答ください。<br>(該当するものすべて、右欄に○) |                            |
|--|----------------------------|
| <b>01 体重減少</b>   |                            |
| a 医師   | a <input type="checkbox"/> |
| b 看護師  | b <input type="checkbox"/> |
| c 管理栄養士  | c <input type="checkbox"/> |
| d 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか                                     | d <input type="checkbox"/> |
| e その他 <input type="text"/>                                   | e <input type="checkbox"/> |
| <b>02 低BMI</b>   |                            |
| a 医師   | a <input type="checkbox"/> |
| b 看護師  | b <input type="checkbox"/> |
| c 管理栄養士  | c <input type="checkbox"/> |
| d 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか                                     | d <input type="checkbox"/> |
| e その他 <input type="text"/>                                   | e <input type="checkbox"/> |
| <b>03 筋肉量減少</b>  |                            |
| a 医師   | a <input type="checkbox"/> |
| b 看護師  | b <input type="checkbox"/> |
| c 管理栄養士  | c <input type="checkbox"/> |
| d 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか                                     | d <input type="checkbox"/> |
| e その他 <input type="text"/>                                   | e <input type="checkbox"/> |
| <b>04 食事摂取量減少/消化吸収能低下</b>                                    |                            |
| a 医師   | a <input type="checkbox"/> |
| b 看護師  | b <input type="checkbox"/> |
| c 管理栄養士  | c <input type="checkbox"/> |
| d 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか                                     | d <input type="checkbox"/> |
| e その他 <input type="text"/>                                   | e <input type="checkbox"/> |
| <b>05 疾病負荷/炎症</b>  |                            |
| a 医師   | a <input type="checkbox"/> |
| b 看護師  | b <input type="checkbox"/> |
| c 管理栄養士  | c <input type="checkbox"/> |
| d 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか                                     | d <input type="checkbox"/> |
| e その他 <input type="text"/>                                   | e <input type="checkbox"/> |



|  |  |
|--|--|
| 4-12 * GLIM基準による評価を導入したことによる影響についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  |
| 01 低栄養と判定される患者が増えた   |  |
| 02 低栄養と判定される患者が減った   |  |
| 03 栄養評価に時間がかかるようになった   |  |
| 04 栄養評価の時間が短縮された   |  |
| 05 多職種の連携が進んだ  |  |
| 06 従前からGLIM基準を用いているため、影響はない  |  |
| 07 その他   |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |

問5 \* 貴病棟における患者の薬剤整理又は減薬整理についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| 5-1 * 病棟において、患者の退院時の薬剤管理や服薬指導等に関して困っていることについて<br>ご回答ください。(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |  |
| 01 退院時服用薬の効能、副作用等について、患者またはその家族等への説明が十分できていない  |  |
| 02 配薬練習等の自己管理のための服薬指導が十分できていない   |  |
| 03 高額医薬品を服薬しているため退院調整が十分できていない   |  |
| 04 退院後の薬局や転院先の医療機関へ薬剤に関する情報提供が十分できていない   |  |
| 05 病棟薬剤師の手が回らない  |  |
| 06 その他   |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

|   |  |
|---|--|
| 5-2 * 病棟における薬剤整理等で困っていることのうち、薬剤師に実施して欲しいことについてご<br>回答ください。(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |  |
| 01 服用薬剤数を減らすこと  |  |
| 02 ADLの低下した患者に適した剤形を選択すること  |  |
| 03 用法を簡素化すること(用法の統一、不均等投与を避けるなど)  |  |
| 04 調剤の工夫や服薬方法の支援(一包化、服薬カレンダーの活用、など)   |  |
| 05 嚥下困難者に対する服用方法(簡易懸濁法や服薬補助ゼリー等)の提案   |  |
| 06 退院後の生活環境等を考慮した薬物治療内容の見直しに係る提案  |  |
| 07 受診する医療機関や利用する薬局を一元化することの提案   |  |
| 08 リハビリテーションへ影響を与える薬剤に関する情報共有や減量等の処方提案  |  |
| 09 その他  |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |

■ 問6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。

問6 回復期リハビリテーション病棟の状況についてお伺いします。

| 6-1 入院時のリハビリテーションを必要とする状態別の新入棟患者数及び平均在院日数をご回答ください。(令和6年5月～10月の6か月間)                                |                | 《回答欄》 |   |
|--|----------------|-------|---|
| 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、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 | a 新規入院患者数      | a     | 人 |
|  | b aのうち、重症者の患者数 | b     | 人 |
|  | c 平均在院日数       | c     | 日 |
| 02 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節も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  | a 新規入院患者数      | a     | 人 |
|  | b aのうち、重症者の患者数 | b     | 人 |
|  | c 平均在院日数       | c     | 日 |
| 03 外科手術後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   | a 新規入院患者数      | a     | 人 |
|  | b aのうち、重症者の患者数 | b     | 人 |
|  | c 平均在院日数       | c     | 日 |
| 04 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態   | a 新規入院患者数      | a     | 人 |
|  | b aのうち、重症者の患者数 | b     | 人 |
|  | c 平均在院日数       | c     | 日 |
| 05 股関節又は膝関節の置換術後の状態  | a 新規入院患者数      | a     | 人 |
|  | b aのうち、重症者の患者数 | b     | 人 |
|  | c 平均在院日数       | c     | 日 |
| 06 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心血管疾患又は手術後の状態  | a 新規入院患者数      | a     | 人 |
|  | b aのうち、重症者の患者数 | b     | 人 |
|  | c 平均在院日数       | c     | 日 |

| 6-2 次の回復期リハビリテーションを要する状態に該当する入棟元別の患者数について<br>ご回答ください。(令和6年10月の1か月間)  |   | 《回答欄》 |   |
|--|---|-------|---|
| <b>01</b> 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もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態に該当する患者数 | <b>a</b> 自院の他病棟                               | a     | 人 |
|  | <b>b</b> 他医療機関                                | b     | 人 |
|  | <b>c</b> 自宅                                   | c     | 人 |
|  | <b>d</b> 介護老人保健施設                             | d     | 人 |
|  | <b>e</b> 介護老人福祉施設                             | e     | 人 |
|  | <b>f</b> 介護医療院                                | f     | 人 |
|  | <b>g</b> 介護施設等                                | g     | 人 |
|  | <b>h</b> その他                                  | h     | 人 |
|  | <b>i</b> a~hの合計人数のうち、<br>発症または手術後2か月以上経過した患者数 | i     | 人 |
| <b>02</b> 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節も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に該当する患者数   | <b>a</b> 自院の他病棟                               | a     | 人 |
|  | <b>b</b> 他医療機関                                | b     | 人 |
|  | <b>c</b> 自宅                                   | c     | 人 |
|  | <b>d</b> 介護老人保健施設                             | d     | 人 |
|  | <b>e</b> 介護老人福祉施設                             | e     | 人 |
|  | <b>f</b> 介護医療院                                | f     | 人 |
|  | <b>g</b> 介護施設等                                | g     | 人 |
|  | <b>h</b> その他                                  | h     | 人 |
|  | <b>i</b> a~hの合計人数のうち、<br>発症または手術後2か月以上経過した患者数 | i     | 人 |
| <b>03</b> 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に該当する患者数   | <b>a</b> 自院の他病棟                               | a     | 人 |
|  | <b>b</b> 他医療機関                                | b     | 人 |
|  | <b>c</b> 自宅                                   | c     | 人 |
|  | <b>d</b> 介護老人保健施設                             | d     | 人 |
|  | <b>e</b> 介護老人福祉施設                             | e     | 人 |
|  | <b>f</b> 介護医療院                                | f     | 人 |
|  | <b>g</b> 介護施設等                                | g     | 人 |
|  | <b>h</b> その他                                  | h     | 人 |
|  | <b>i</b> a~hの合計人数のうち、<br>発症または手術後2か月以上経過した患者数 | i     | 人 |

| 6-2のつづき  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 04 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の神経、筋<br>又は靭帯損傷後の状態に該当する患者数 | a 自院の他病棟                               | a | 人 |
|  | b 他医療機関                                | b | 人 |
|  | c 自宅                                   | c | 人 |
|  | d 介護老人保健施設                             | d | 人 |
|  | e 介護老人福祉施設                             | e | 人 |
|  | f 介護医療院                                | f | 人 |
|  | g 介護施設等                                | g | 人 |
|  | h その他                                  | h | 人 |
|  | i a~hの合計人数のうち、<br>発症または手術後2か月以上経過した患者数 | i | 人 |
| 05 股関節又は膝関節の置換術後の状態に該当する患者数                        | a 自院の他病棟                               | a | 人 |
|  | b 他医療機関                                | b | 人 |
|  | c 自宅                                   | c | 人 |
|  | d 介護老人保健施設                             | d | 人 |
|  | e 介護老人福祉施設                             | e | 人 |
|  | f 介護医療院                                | f | 人 |
|  | g 介護施設等                                | g | 人 |
|  | h その他                                  | h | 人 |
|  | i a~hの合計人数のうち、<br>発症または手術後2か月以上経過した患者数 | i | 人 |
| 06 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管<br>疾患又は手術後の状態に該当する患者数 | a 自院の他病棟                               | a | 人 |
|  | b 他医療機関                                | b | 人 |
|  | c 自宅                                   | c | 人 |
|  | d 介護老人保健施設                             | d | 人 |
|  | e 介護老人福祉施設                             | e | 人 |
|  | f 介護医療院                                | f | 人 |
|  | g 介護施設等                                | g | 人 |
|  | h その他                                  | h | 人 |
|  | i a~hの合計人数のうち、<br>発症または手術後2か月以上経過した患者数 | i | 人 |

| 6-3 リハビリの実施単位数別の入院患者数の内訳をご回答ください。(令和6年11月1日時点)      |           | 《回答欄》 |   |
|---|-----------|-------|---|
| <b>01</b> 運動器リハビリテーション料を算定する患者                      | a 2単位/日   | a     | 人 |
|   | b 3単位/日   | b     | 人 |
|   | c 4単位/日   | c     | 人 |
|   | d 5単位/日   | d     | 人 |
|   | e 6単位/日   | e     | 人 |
|   | f 7単位/日   | f     | 人 |
|   | g 8単位/日   | g     | 人 |
|   | h 9単位以上/日 | h     | 人 |
| <b>02</b> * 廃用症候群リハビリテーション料を算定する患者                  | a 2単位/日   | a     | 人 |
|   | b 3単位/日   | b     | 人 |
|   | c 4単位/日   | c     | 人 |
|   | d 5単位/日   | d     | 人 |
|   | e 6単位/日   | e     | 人 |
|   | f 7単位/日   | f     | 人 |
|   | g 8単位/日   | g     | 人 |
|   | h 9単位以上/日 | h     | 人 |
| <b>03</b> * 運動器リハビリテーション料または廃用症候群リハビリテーション料を算定しない患者 | a 2単位/日   | a     | 人 |
|   | b 3単位/日   | b     | 人 |
|   | c 4単位/日   | c     | 人 |
|   | d 5単位/日   | d     | 人 |
|   | e 6単位/日   | e     | 人 |
|   | f 7単位/日   | f     | 人 |
|   | g 8単位/日   | g     | 人 |
|   | h 9単位以上/日 | h     | 人 |

6-4 \*リハビリテーションの包括上限単位数を超えて、選定療養としてリハビリテーションを行っている患者数についてご回答ください。  
(選定療養としての単位数のみに該当する人数) (令和6年11月1日時点)

|   |        |
|---|--------|
| 01 運動器リハビリテーション料を算定する患者                     | a 1単位  |
|   | b 2単位  |
|   | c 3単位  |
|   | d 4単位  |
|   | e 5単位  |
|   | f 6単位  |
|   | g それ以上 |
| 02 *廃用症候群リハビリテーション料を算定する患者                  | a 1単位  |
|   | b 2単位  |
|   | c 3単位  |
|   | d 4単位  |
|   | e 5単位  |
|   | f 6単位  |
|   | g それ以上 |
| 03 *運動器リハビリテーション料または廃用症候群リハビリテーション料を算定しない患者 | a 1単位  |
|   | b 2単位  |
|   | c 3単位  |
|   | d 4単位  |
|   | e 5単位  |
|   | f 6単位  |
|   | g それ以上 |

《回答欄》

|   |  |   |
|---|--|---|
| a |  | 人 |
| b |  | 人 |
| c |  | 人 |
| d |  | 人 |
| e |  | 人 |
| f |  | 人 |
| g |  | 人 |
| a |  | 人 |
| b |  | 人 |
| c |  | 人 |
| d |  | 人 |
| e |  | 人 |
| f |  | 人 |
| g |  | 人 |
| a |  | 人 |
| b |  | 人 |
| c |  | 人 |
| d |  | 人 |
| e |  | 人 |
| f |  | 人 |
| g |  | 人 |

6-5 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をご回答ください。（令和6年11月1日時点）  
※保険医療機関外でのリハビリテーションの実施がない場合は記入不要です。

|          |
|----------|
| 01 1単位/日 |
| 02 2単位/日 |
| 03 3単位/日 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |

《6-5で1人以上該当する入院患者がいた場合にご回答ください。》

6-6 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をご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|   |
|---|
| 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 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |

|   |       |
|---|-------|
| 6-7 *疾患別リハビリテーションとは別に、生活の場における20分に満たない短時間のリハビリテーションを実施していますか。 |       |
| 1 はい  | 2 いいえ |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |  |
|---|--|
| 《 6-8~6-9は6-7で「1」を選択した場合にお答えください。 》                             |  |
| 6-8 *生活の場における短時間のリハビリテーションに関する実施体制をご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  |

《回答欄》

|   |    |
|---|----|
| 01 生活の場における短時間のリハビリテーション担当の理学療法士を常駐している | 01 |
| 02 疾患別リハビリテーション担当の理学療法士が空き時間に担当している     | 02 |
| 03 生活の場における短時間のリハビリテーション担当の作業療法士を常駐している | 03 |
| 04 疾患別リハビリテーション担当の作業療法士が空き時間に担当している     | 04 |
| 05 生活の場における短時間のリハビリテーション担当の言語聴覚士を常駐している | 05 |
| 06 疾患別リハビリテーション担当の言語聴覚士が空き時間に担当している     | 06 |
| 07 その他                                  | 07 |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
| 6-9 *生活の場における短時間のリハビリテーションを実施した入院実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |
|--|

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| 6-10 令和6年5月~10月の6か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日あたりの重症者の状況についてご回答ください。<br>(小数点以下第2位以下を切り捨てとし、小数点以下第1位までを表記) |  |
|---|--|

《回答欄》

|   |            |   |  |   |
|---|------------|---|--|---|
| 01 新規入院患者のうち重症者の割合  | a 日常生活機能評価 | a |  | % |
|   | b FIM      | b |  | % |
| 02 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  | a 日常生活機能評価 | a |  | % |
|   | b FIM      | b |  | % |
| 03 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 | a 日常生活機能評価 | a |  | % |
|   | b FIM      | b |  | % |
| 04 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 | a 日常生活機能評価 | a |  | % |
|   | b FIM      | b |  | % |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
| 6-11 入棟患者のうち、リハビリテーションを要する患者として「急性心筋梗塞、狭心症発作、その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」の患者について行っているリハビリテーションの場所として、該当する番号を多い順に3つ右欄にご記載ください。  |
| <b>1</b> 自室におけるリハビリテーション<br><b>2</b> 病棟内の共有スペース（廊下等）におけるリハビリテーション<br><b>3</b> 訓練室におけるリハビリテーション（個別療法）<br><b>4</b> 訓練室におけるリハビリテーション（集団療法）<br><b>5</b> 敷地内建物外におけるリハビリテーション<br><b>6</b> 保険医療機関外でのリハビリテーション |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
| 6-12 *専従・専任のリハビリ職の疾患別リハビリテーションの提供以外の業務内容についてご回答ください。（該当するすべて、右欄に○）   |
| <b>01</b> 計画書等の作成<br><b>02</b> 部内カンファレンス<br><b>03</b> 多職種カンファレンス<br><b>04</b> 院外ケアマネ等との情報共有<br><b>05</b> ADL等の評価<br><b>06</b> 他職種へのポジショニング等に関する助言<br><b>07</b> 可動域等を考慮した患者へのケア提供<br><b>08</b> 退院後を考慮した患者へのケア提供<br><b>09</b> 病棟における他職種との調整<br><b>10</b> リハ職の配置決定<br><b>11</b> ハラスメントの防止、長時間労働の是正等の職場環境の改善<br><b>12</b> 病棟におけるリハ職のスケジュール管理<br><b>13</b> 病棟における患者の状態に応じた環境整備<br><b>14</b> リハ職や他職種への指導<br><b>15</b> 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者へのADLの維持・向上を目的とした指導<br><b>16</b> 患者データの収集・分析<br><b>17</b> 業務マニュアル作成等の体制整備<br><b>18</b> 研修の実施等の人材育成<br><b>19</b> その他 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |



| 6-13 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についてご回答ください。  |                          | 《回答欄》 |   |
|---|--------------------------|-------|---|
| <b>01</b> 当該病棟から退棟した患者数   | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| <b>02</b> 01のうち、リハを要する状態別の患者数<br>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もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| <b>03</b> 02のうち、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者数  | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| <b>04</b> 01のうち、リハを要する状態別の患者数<br>大腿骨、骨盤、脊椎、股関節も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   | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| <b>05</b> 01のうち、リハを要する状態別の患者数<br>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   | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| <b>06</b> 01のうち、リハを要する状態別の患者数<br>大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態  | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| <b>07</b> 01のうち、リハを要する状態別の患者数<br>股関節又は膝関節の置換術後の状態   | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| <b>08</b> 01のうち、リハを要する状態別の患者数<br>急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管性疾患又は手術後の状態   | <b>a</b> 令和6年5月～7月の3か月間  | a     | 人 |
|   | <b>b</b> 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |

\* ■ 6-14～6-18は、入院患者に対する訪問指導実施状況についてご回答ください。

| 6-14 * 退院前の訪問指導を実施している職種についてご回答ください。<br>(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |  | 《回答欄》 |  |
|---|--|-------|--|
| <b>01</b> 医師  |  | 01    |  |
| <b>02</b> 保健師   |  | 02    |  |
| <b>03</b> 看護師   |  | 03    |  |
| <b>04</b> 理学療法士   |  | 04    |  |
| <b>05</b> 作業療法士   |  | 05    |  |
| <b>06</b> 言語聴覚士   |  | 06    |  |
| <b>07</b> その他   |  | 07    |  |

|  |                      |
|--|----------------------|
| 6-15 *退院前の訪問指導について実施内容をご回答ください。<br>(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |                      |
| 01 家屋調査  |                      |
| 02 ADL動作・生活動線の確認   |                      |
| 03 福祉用具の提案   |                      |
| 04 住宅改修の提案・調整  |                      |
| 05 本人へのADL動作指導   |                      |
| 06 家族等への介助方法等の指導   |                      |
| 07 在宅医療、介護保険サービス等、外部サービスとの調整                                   |                      |
| 08 その他   | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |

|  |                      |
|--|----------------------|
| 6-16 *退院後の訪問指導を実施している職種についてご回答ください。<br>(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |                      |
| 01 医師  |                      |
| 02 保健師   |                      |
| 03 看護師   |                      |
| 04 理学療法士   |                      |
| 05 作業療法士   |                      |
| 06 言語聴覚士   |                      |
| 07 その他   | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |

|  |                      |
|--|----------------------|
| 6-17 *退院後の訪問指導について実施内容をご回答ください。<br>(最も該当するものに◎、その他該当する番号すべてに○) |                      |
| 01 家屋調査  |                      |
| 02 ADL動作・生活動線の確認   |                      |
| 03 福祉用具の提案   |                      |
| 04 住宅改修の提案・調整  |                      |
| 05 本人へのADL動作指導   |                      |
| 06 家族等への介助方法等の指導   |                      |
| 07 在宅医療、介護保険サービス等、外部サービスとの調整                                   |                      |
| 08 その他   | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |

|  |           |
|--|-----------|
| 6-18 *市区町村などにリハビリテーション専門職を派遣できる体制を構築するなど、地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業への参加についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |           |
| 1 参加している   | 2 参加していない |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

■ 問7は、貴病棟が地域包括ケア病棟もしくは地域包括ケア病室を含む病棟の場合のみご回答ください。

問7 貴病棟における入院患者の状況等についてお伺いします。

| 7-1 入院・入棟時の要介護度別の入院実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |  | 《回答欄》 |   |
|--|--|-------|---|
| 01 不明  |  | 01    | 人 |
| 02 未申請   |  | 02    | 人 |
| 03 申請中   |  | 03    | 人 |
| 04 非該当   |  | 04    | 人 |
| 05 要支援1  |  | 05    | 人 |
| 06 要支援2  |  | 06    | 人 |
| 07 要介護1  |  | 07    | 人 |
| 08 要介護2  |  | 08    | 人 |
| 09 要介護3  |  | 09    | 人 |
| 10 要介護4  |  | 10    | 人 |
| 11 要介護5  |  | 11    | 人 |

| 7-2 入院・入棟時の年齢区分別の入院実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |  | 《回答欄》 |   |
|--|--|-------|---|
| 01 40～64歳  |  | 01    | 人 |
| 02 65～74歳  |  | 02    | 人 |
| 03 75～84歳  |  | 03    | 人 |
| 04 85～94歳  |  | 04    | 人 |
| 05 95歳以上   |  | 05    | 人 |

| 7-3 入院・入棟時の認知症高齢者の日常生活自立度別の入院実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |  | 《回答欄》 |   |
|--|--|-------|---|
| 01 自立  |  | 01    | 人 |
| 02 ランクⅠ  |  | 02    | 人 |
| 03 ランクⅡ a  |  | 03    | 人 |
| 04 ランクⅡ b  |  | 04    | 人 |
| 05 ランクⅢ a  |  | 05    | 人 |
| 06 ランクⅢ b  |  | 06    | 人 |
| 07 ランクⅣ  |  | 07    | 人 |
| 08 ランクM  |  | 08    | 人 |

|  |                    |
|--|--------------------|
| 7-4 週当たりの個別リハビリテーションの実施状況別の入院患者数の内訳をご回答ください。<br>(令和6年10月第3週における実施人数) |                    |
| 01   | リハビリテーションを実施している患者 |
| 02   | 01のうち、週1回          |
| 03   | 01のうち、週2回          |
| 04   | 01のうち、週3回          |
| 05   | 01のうち、週4回          |
| 06   | 01のうち、週5回          |
| 07   | 01のうち、週6回          |
| 08   | 01のうち、週7回          |
| 09   | リハビリテーションの対象でない患者数 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |
| 07 |  | 人 |
| 08 |  | 人 |
| 09 |  | 人 |

|  |  |
|--|--|
| 《7-4で「09 リハビリテーションの対象でない患者数」に1人以上該当する患者がいた場合にご回答ください。》 |  |
| 7-5 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。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  |
| 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、もしくは低いため  |
| 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 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 《7-5で「3 病状等が適さないため」を選択した場合にご回答ください。》 |   |
| 7-6 具体的な状態の例を3つまでご回答ください。            |   |
| 01                                   | 「3」の状態例1 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> |
| 02                                   | 「3」の状態例2 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> |
| 03                                   | 「3」の状態例3 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> |

|   |                   |
|---|-------------------|
| 7-7 以下それぞれの期間において、退院患者数及び退院した患者のうち短期滞在手術等を実施した総患者数をご回答ください。 |                   |
| 01 退院患者数  | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|   | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 02 退院した患者のうち、短期滞在手術等を実施した総患者数                               | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|   | b 令和6年8月～10月の3か月間 |

《回答欄》

|   |  |   |
|---|--|---|
| a |  | 人 |
| b |  | 人 |
| a |  | 人 |
| b |  | 人 |

|   |  |
|---|--|
| 7-8 リハビリテーションの必要性について説明・記録を行っている職種をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (最も該当する番号1つを右欄に記載) |  |
| 1 医師  | 4 社会福祉士  |
| 2 看護職員  | 5 ケアマネージャー   |
| 3 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士   | 6 その他 <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> |

《回答欄》

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| 7-9 加算の算定状況別の入院患者数をご回答ください。(令和6年11月1日時点)              |  | 《回答欄》                     |
| 01 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者                             |  | 01 <input type="text"/> 人 |
| 02 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者                              |  | 02 <input type="text"/> 人 |
| 03 02のうち、介護老人保健施設から入院した患者                             |  | 03 <input type="text"/> 人 |
| 04 02のうち、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者 |  | 04 <input type="text"/> 人 |

|   |              |                          |
|---|--------------|--------------------------|
| 7-10 地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況についてご回答ください。 |              | 《回答欄》                    |
| 01 当該病棟の入院実患者数                          | a 令和5年8月～10月 | a <input type="text"/> 人 |
|   | b 令和6年8月～10月 | b <input type="text"/> 人 |
| 02 自宅等から入棟した実患者数                        | a 令和5年8月～10月 | a <input type="text"/> 人 |
|   | b 令和6年8月～10月 | b <input type="text"/> 人 |
| 03 自宅等からの緊急患者の受入れ実患者数                   | a 令和5年8月～10月 | a <input type="text"/> 人 |
|   | b 令和6年8月～10月 | b <input type="text"/> 人 |
| 04 介護保険施設から入棟した実患者数                     | a 令和5年8月～10月 | a <input type="text"/> 人 |
|   | b 令和6年8月～10月 | b <input type="text"/> 人 |
| 05 介護保険施設からの緊急患者の受入れ実患者数                | a 令和5年8月～10月 | a <input type="text"/> 人 |
|   | b 令和6年8月～10月 | b <input type="text"/> 人 |
| 06 自院の一般病床からの転棟実患者数                     | a 令和5年8月～10月 | a <input type="text"/> 人 |
|   | b 令和6年8月～10月 | b <input type="text"/> 人 |

|   |            |                      |
|---|------------|----------------------|
| 7-11 看護職員配置加算の届出状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》                |
| 1 届け出ている  | 2 届け出していない | <input type="text"/> |

|   |            |                      |
|---|------------|----------------------|
| 7-12 看護職員夜間配置加算の届出状況についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |            | 《回答欄》                |
| 1 届け出ている  | 2 届け出していない | <input type="text"/> |

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| 7-13 リハビリの実施状況別の入院患者数の内訳をご回答ください。(令和6年11月1日時点)           |  | 《回答欄》                     |
| 01 リハビリテーションを実施している患者                                    |  | 01 <input type="text"/> 人 |
| 02 01のうち、平均2(単位/日)以上、4単位(単位/日)未満の患者数(平均の単位は直近3か月の実績から算出) |  | 02 <input type="text"/> 人 |
| 03 01のうち、平均4(単位/日)以上、6単位(単位/日)未満の患者数(平均の単位は直近3か月の実績から算出) |  | 03 <input type="text"/> 人 |
| 04 01のうち、平均6(単位/日)以上の患者数(平均の単位は直近3か月の実績から算出)             |  | 04 <input type="text"/> 人 |
| 05 リハビリテーションの対象でない患者数                                    |  | 05 <input type="text"/> 人 |

|  |                        |
|--|------------------------|
| 7-14 *入院期間が30日を超える患者数についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) | <input type="text"/> 人 |
|--|------------------------|

7-15 \*7-14の患者について、在宅復帰が困難である主な理由をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                                       |
|----|---------------------------------------|
| 01 | 悪性腫瘍患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため            |
| 02 | 認知症患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため             |
| 03 | 誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため |
| 04 | 緊急入院であったため                            |
| 05 | 要介護認定又は要支援認定に時間を要するため                 |
| 06 | コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有しているため         |
| 07 | 精神疾患を有するため                            |
| 08 | 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ため          |
| 09 | 生活困窮者であり社会資源の調整に時間を要するため              |
| 10 | 入院前に比べADLが低下し、退院後の社会資源の調整に時間を要するため    |
| 11 | 排泄に介助を要するため                           |
| 12 | 自宅等において、必要な介護又は介助を十分に提供できる状況にないため     |
| 13 | 医療処置が継続して必要であるため                      |
| 14 | 長期的な低栄養状態となることが見込まれるため                |
| 15 | その他 <input type="text"/>              |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |
| 12 | <input type="text"/> |
| 13 | <input type="text"/> |
| 14 | <input type="text"/> |
| 15 | <input type="text"/> |

■ 問8は、貴病棟が緩和ケア病棟の場合のみご回答ください。

問8 緩和ケア病棟の状況についてお伺いします。

8-1 以下の疾患ごとの平均在院日数、患者数についてご回答ください。  
(令和5年6月1日～令和6年5月31日)

|    |                     |          |
|----|---------------------|----------|
| 01 | 新規入院患者              | a 平均在院日数 |
|    |                     | b 患者数    |
| 02 | 悪性腫瘍の患者             | a 平均在院日数 |
|    |                     | b 患者数    |
| 03 | 後天性免疫不全症候群に罹患している患者 | a 平均在院日数 |
|    |                     | b 患者数    |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 人 |

8-2 \*緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由別患者数についてご回答ください。  
(当てはまる理由ごとに該当する患者の人数を記入) (令和6年10月の1か月間)

|    |  |
|----|--|
| 01 | 緩和ケア病棟に入院している実患者数 (令和6年10月の1か月間)           |
| 02 | 01のうち、入院による身体症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数       |
| 03 | 01のうち、入院による精神症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数       |
| 04 | 01のうち、疼痛コントロール不良により、退院先が決められないため入院している実患者数 |
| 05 | 01のうち、退院後の在宅における受入れ体制が整わないため入院している実患者数     |
| 06 | その他 <input type="text"/>                   |

《回答欄》

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 01 | <input type="text"/> | 人 |
| 02 | <input type="text"/> | 人 |
| 03 | <input type="text"/> | 人 |
| 04 | <input type="text"/> | 人 |
| 05 | <input type="text"/> | 人 |
| 06 | <input type="text"/> | 人 |

## 問9 緩和ケアについてお伺いします。

|   |                   |
|---|-------------------|
| 9-1 緩和ケア診療加算の届出の有無をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |                   |
| <b>1</b> 届け出ている   | <b>2</b> 届け出していない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |    |
|--|----|
| 《9-1で「1 届け出ている」を選択した場合にご回答ください。》                   |    |
| 9-2 緩和ケア診療加算を算定した患者数をご回答ください。<br>(令和6年8月～10月の3か月間) |    |
| <b>01</b> 緩和ケア診療加算を算定した患者数                         | 01 |
| <b>02</b> 01のうち、悪性腫瘍の患者数                           | 02 |
| <b>03</b> 01のうち、後天性免疫不全症候群の患者数                     | 03 |
| <b>04</b> 01のうち、末期心不全の患者数                          | 04 |
| <b>05</b> 01のうち、退院した患者(転院及び死亡退院を除く)数               | 05 |
| <b>06</b> 05のうち、退院後に自院にて在宅医療を提供した患者数               | 06 |
| <b>07</b> 05のうち、在宅医療を提供している医療機関へ紹介した患者数            | 07 |
| <b>08</b> 07の患者を紹介した医療機関数                          | 08 |

《回答欄》

|    |  |    |
|----|--|----|
| 01 |  | 人  |
| 02 |  | 人  |
| 03 |  | 人  |
| 04 |  | 人  |
| 05 |  | 人  |
| 06 |  | 人  |
| 07 |  | 人  |
| 08 |  | 施設 |

## 問10 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 10-1 貴病棟における退棟患者数（実人数）※ <sup>1</sup> 及び、退棟先別の患者数（実人数）※ <sup>1</sup> をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |  | 《回答欄》 |   |
|---|--|-------|---|
| 01 貴病棟における退棟患者数   |  | 01    | 人 |
| 02 自宅（在宅医療の提供あり）  |  | 02    | 人 |
| 03 自宅（在宅医療の提供なし）  |  | 03    | 人 |
| 04 介護老人保健施設   |  | 04    | 人 |
| 05 04のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）   |  | 05    | 人 |
| 06 介護医療院  |  | 06    | 人 |
| 07 特別養護老人ホーム  |  | 07    | 人 |
| 08 軽費老人ホーム、有料老人ホーム  |  | 08    | 人 |
| 09 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）   |  | 09    | 人 |
| 10 障害者支援施設  |  | 10    | 人 |
| 11 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床  |  | 11    | 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  |  | 12    | 人 |
| 13 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床  |  | 13    | 人 |
| 14 他院の一般病床（11、12、13以外）  |  | 14    | 人 |
| 15 他院の療養病床（12以外）  |  | 15    | 人 |
| 16 15のうち、在宅復帰強化加算を算定している他院の療養病床   |  | 16    | 人 |
| 17 他院の精神病床  |  | 17    | 人 |
| 18 他院のその他の病床  |  | 18    | 人 |
| 19 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床  |  | 19    | 人 |
| 20 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  |  | 20    | 人 |
| 21 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床  |  | 21    | 人 |
| 22 自院の一般病床（19、20、21以外）  |  | 22    | 人 |
| 23 自院の療養病床（20以外）  |  | 23    | 人 |
| 24 23のうち、在宅復帰強化加算算定を算定している自院の療養病床   |  | 24    | 人 |
| 25 自院の精神病床  |  | 25    | 人 |
| 26 自院のその他の病床  |  | 26    | 人 |
| 27 有床診療所（介護サービス提供医療機関）  |  | 27    | 人 |
| 28 有床診療所（27以外）  |  | 28    | 人 |
| 29 死亡退院   |  | 29    | 人 |
| 30 その他  |  | 30    | 人 |

※1 患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。  
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。



◆その他のご意見

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。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに

貴施設の調査担当者にお渡し下さい。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

### 病棟調査票 (C)

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 施設ID、病棟IDをご記入ください。

| 施設ID   |  | 病棟ID |   |   |   |  |  |  |  |  |
|--|--|------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| データ提出加算を算定している施設のみ記入<br>DPCデータの様式3-4記載の病床機能報告の病棟コード（下5桁） |  | 1    | 9 | 0 | 6 |  |  |  |  |  |

問1 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

1-1 診療科目をご回答ください。（令和6年11月1日時点）  
（最も近似する主な診療科を3つまで右欄に記載）

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>1 内科</p> <p>2 小児科</p> <p>3 精神科</p> <p>4 外科</p> <p>5 整形外科</p> <p>6 脳神経外科</p> <p>7 産婦人科</p> <p>8 眼科</p> | <p>9 耳鼻咽喉科</p> <p>10 皮膚科</p> <p>11 泌尿器科</p> <p>12 放射線科</p> <p>13 リハビリテーション科</p> <p>14 歯科（歯科口腔外科等含む）</p> <p>15 その他 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span></p> | <p>《回答欄》</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> |
|--|---|--|

1-2 入院基本料をご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|                   |                   |   |
|-------------------|-------------------|---|
| <p>1 療養病棟入院料1</p> | <p>2 療養病棟入院料2</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> |
|-------------------|-------------------|---|

1-3 貴病棟の医療保険届出病床数をご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|  |  |
|--|--|
|  | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 床 |
|--|--|

|   |  |   |                  |  |   |
|---|--|---|------------------|--|---|
| 1-4 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算）についてご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点） |  |   |                  |  |   |
| 01 看護師  |  | 人 | 14 視能訓練士         |  | 人 |
| 02 01のうち、特定行為研修修了者                                    |  | 人 | 15 公認心理師         |  | 人 |
| 03 01のうち、短時間勤務<br>又は夜勤免除の看護師                          |  | 人 | 16 診療放射線技師       |  | 人 |
| 04 准看護師   |  | 人 | 17 臨床検査技師        |  | 人 |
| 05 看護補助者  |  | 人 | 18 臨床工学技士        |  | 人 |
| 06 05のうち、介護福祉士  |  | 人 | 19 歯科衛生士         |  | 人 |
| 07 薬剤師  |  | 人 | 20 相談員           |  | 人 |
| 08 07のうち、専従   |  | 人 | 21 20のうち、社会福祉士   |  | 人 |
| 09 07のうち、専任   |  | 人 | 22 20のうち、精神保健福祉士 |  | 人 |
| 10 管理栄養士  |  | 人 | 23 保育士           |  | 人 |
| 11 理学療法士  |  | 人 | 24 医師事務作業補助者     |  | 人 |
| 12 作業療法士  |  | 人 | 25 事務職員          |  | 人 |
| 13 言語聴覚士  |  | 人 | 26 その他の職員        |  | 人 |

|  |  |
|--|--|
| 1-5 1-4の「05 看護補助者」について「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数をご回答ください。 |  |
| 01 直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者                                  |  |
| 02 01のうち、介護福祉士の資格を有する者                                       |  |
| 03 01のうち、看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者                 |  |
| 04 01のうち、「02及び03」の両方を満たす者                                    |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |

|                                |                   |  |
|--------------------------------|-------------------|--|
| 1-6 新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。 |                   |  |
| 01 新入棟患者数                      | a 令和5年8月～10月の3か月間 |  |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 |  |
| 02 新退棟患者数                      | a 令和5年8月～10月の3か月間 |  |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 |  |
| 03 在院患者延べ日数                    | a 令和5年8月～10月の3か月間 |  |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 |  |

《回答欄》

|   |  |   |
|---|--|---|
| a |  | 人 |
| b |  | 人 |
| a |  | 人 |
| b |  | 人 |
| a |  | 日 |
| b |  | 日 |

|                           |                   |  |
|---------------------------|-------------------|--|
| 1-7 貴病棟における病床利用率をご回答ください。 |                   |  |
| 01 病床利用率                  | a 令和5年8月～10月の3か月間 |  |
|                           | b 令和6年8月～10月の3か月間 |  |

《回答欄》

|   |  |   |
|---|--|---|
| a |  | % |
| b |  | % |

| 1-8 * 貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 |                   | 《回答欄》 |   |
|----------------------------------|-------------------|-------|---|
| 01 新退棟患者数                        | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 人 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| 02 01のうち在宅に復帰した患者数               | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 人 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| 03 02のうち外来フォローアップしている患者数         | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 人 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 人 |
| 04 平均在院日数                        | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a     | 日 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b     | 日 |

| 1-9 貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》 |  |
|--|----------------------|-------|--|
| 01 3交代制  |                      | 01    |  |
| 02 変則3交代制  |                      | 02    |  |
| 03 2交代制  |                      | 03    |  |
| 04 変則2交代制  |                      | 04    |  |
| 05 その他   | <input type="text"/> | 05    |  |

| 1-10 入院期間別の入院患者数をご回答ください。(令和6年10月31日時点) |  | 《回答欄》 |   |
|---|--|-------|---|
| 01 入院後14日以内                             |  | 01    | 人 |
| 02 15日～30日                              |  | 02    | 人 |
| 03 31日～60日                              |  | 03    | 人 |
| 04 61日～180日                             |  | 04    | 人 |
| 05 181日～300日                            |  | 05    | 人 |
| 06 301日～365日                            |  | 06    | 人 |
| 07 366日～700日                            |  | 07    | 人 |
| 08 701日以上                               |  | 08    | 人 |

|   |  |
|---|--|
| 1-11 * 1-10で、06～08を選択した（入院期間301日以上）患者において、在宅復帰が困難である主な理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  |
| 01 悪性腫瘍患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため   |  |
| 02 認知症患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため  |  |
| 03 誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため  |  |
| 04 緊急入院であったため   |  |
| 05 要介護認定又は要支援認定に時間を要するため  |  |
| 06 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有しているため  |  |
| 07 精神疾患を有するため   |  |
| 08 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ため   |  |
| 09 生活困窮者であり社会資源の調整に時間を要するため   |  |
| 10 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の社会資源の調整に時間を要するため   |  |
| 11 排泄に介助を要するため  |  |
| 12 自宅等において、必要な介護又は介助を十分に提供できる状況にないため  |  |
| 13 医療処置が継続して必要であるため   |  |
| 14 長期的な低栄養状態となることが見込まれるため   |  |
| 15 その他  |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |

## 問2 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| 2-1 貴病棟の入院実患者数 <sup>*1</sup> をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |  |
|--|--|

※1 病棟全体で1か月間に入院していた実患者数とし、2-1の実患者数は2-2の合計と一致させること。  
 なお、実患者数は、入院期間に関わらず1日でも入院した患者を1人と計算してください。  
 ただし、退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| 2-2 入棟前の居場所別実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |  |
| 01 自宅（在宅医療の提供あり）                        |  |
| 02 自宅（在宅医療の提供なし）                        |  |
| 03 介護老人保健施設                             |  |
| 04 介護医療院                                |  |
| 05 特別養護老人ホーム                            |  |
| 06 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                      |  |
| 07 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）             |  |
| 08 障害者支援施設                              |  |
| 09 他院の一般病床                              |  |
| 10 09のうち、特別の関係の医療機関の一般病床                |  |
| 11 他院の一般病床以外の病床                         |  |
| 12 11のうち、特別の関係の医療機関の一般病床以外の病床           |  |
| 13 自院の他病棟                               |  |
| 14 有床診療所                                |  |
| 15 その他                                  |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |
| 07 |  | 人 |
| 08 |  | 人 |
| 09 |  | 人 |
| 10 |  | 人 |
| 11 |  | 人 |
| 12 |  | 人 |
| 13 |  | 人 |
| 14 |  | 人 |
| 15 |  | 人 |

| 2-3 自院の他病棟からの転棟実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |   | 《回答欄》 |   |
|--|---|-------|---|
| 01   | 自院の他病棟からの転棟患者(2-2の13の再掲)                            | 01    | 人 |
| 02   | 01のうち、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                     | 02    | 人 |
| 03   | 01のうち、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 | 03    | 人 |
| 04   | 01のうち、自院の一般病床(02、03以外)から転棟                          | 04    | 人 |
| 05   | 01のうち、自院の療養病床(03以外)から転棟                             | 05    | 人 |
| 06   | 01のうち、自院の精神病床から転棟                                   | 06    | 人 |
| 07   | 01のうち、自院のその他の病床から転棟                                 | 07    | 人 |

| 2-4 *貴病棟の入院患者のうち、各医療区分別入院実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |          | 《回答欄》 |   |
|--|----------|-------|---|
| 01   | 医療区分3に該当 | 01    | 人 |
| 02   | 医療区分2に該当 | 02    | 人 |

| 2-5 入院・入棟時の要介護度別入院実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |      | 《回答欄》 |   |
|---|------|-------|---|
| 01  | 不明   | 01    | 人 |
| 02  | 未申請  | 02    | 人 |
| 03  | 申請中  | 03    | 人 |
| 04  | 非該当  | 04    | 人 |
| 05  | 要支援1 | 05    | 人 |
| 06  | 要支援2 | 06    | 人 |
| 07  | 要介護1 | 07    | 人 |
| 08  | 要介護2 | 08    | 人 |
| 09  | 要介護3 | 09    | 人 |
| 10  | 要介護4 | 10    | 人 |
| 11  | 要介護5 | 11    | 人 |

| 2-6 入院・入棟時の「認知症高齢者の日常生活自立度」別入院実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間) |          | 《回答欄》 |   |
|---|----------|-------|---|
| 01  | 自立       | 01    | 人 |
| 02  | ランクI     | 02    | 人 |
| 03  | ランクII a  | 03    | 人 |
| 04  | ランクII b  | 04    | 人 |
| 05  | ランクIII a | 05    | 人 |
| 06  | ランクIII b | 06    | 人 |
| 07  | ランクIV    | 07    | 人 |
| 08  | ランクM     | 08    | 人 |

2-7 \*透析・腹膜還流を実施した実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間)

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

問3 見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

3-1 身体的拘束を実施した実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間)

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

3-2 疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。  
(令和6年10月の1か月間) (該当する番号すべて、右欄に○)

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>01</b> 他部署の看護師へ応援を依頼する</p> <p><b>02</b> 自部署の看護補助者へ見守りを依頼する</p> <p><b>03</b> 他部署の看護補助者へ応援を依頼する</p> <p><b>04</b> 夜間の看護師配置を増員し対応している</p> <p><b>05</b> 日中の看護師配置を増員し対応している</p> <p><b>06</b> 早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している</p> <p><b>07</b> 院内のチーム(認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等)へ応援を依頼する</p> <p><b>08</b> ボランティアスタッフに協力(話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等)を依頼する</p> <p><b>09</b> 患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する</p> <p><b>10</b> 身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う</p> <p><b>11</b> その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>《回答欄》</p> <p>01 <input type="checkbox"/></p> <p>02 <input type="checkbox"/></p> <p>03 <input type="checkbox"/></p> <p>04 <input type="checkbox"/></p> <p>05 <input type="checkbox"/></p> <p>06 <input type="checkbox"/></p> <p>07 <input type="checkbox"/></p> <p>08 <input type="checkbox"/></p> <p>09 <input type="checkbox"/></p> <p>10 <input type="checkbox"/></p> <p>11 <input type="checkbox"/></p> |
|--|---|

3-3 \*応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数<sup>※1</sup>をご回答ください。(令和6年10月の1か月間)

|  |   |
|--|---|
|  | 日 |
|--|---|

※1 1日8時間換算で、1時間=0.125日とする。

問4 貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1~4-4は、1-4で「07 薬剤師」が配置されている場合にご回答ください。

4-1 \*貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。  
令和6年10月1か月の業務実態に基づき、1週間当たりの平均業務時間(人時)<sup>※1</sup>をご回答ください。

|  |    |
|--|----|
|  | 人時 |
|--|----|

※1 平均業務時間(人時)は、総病棟薬剤師業務時間数÷4(週間)=1週間あたりの人時としてご回答ください。

(例) 病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合

A氏: 40時間/月・10時間/週のため10人時/週

B氏: 28時間/月・7時間/週のため7人時/週

(40時間+28時間)÷4となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

4-2 \*貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|                |             |                |             |
|----------------|-------------|----------------|-------------|
| <b>1</b> 大いにある | <b>2</b> ある | <b>3</b> あまりない | <b>4</b> ない |
|----------------|-------------|----------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |    |
|--|----|
| 4-3 * 薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること   | 01 |
| 02 入院時の持参薬の確認と医師への処方提案   | 02 |
| 03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施   | 03 |
| 04 入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援  | 04 |
| 05 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等   | 05 |
| 06 入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施   | 06 |
| 07 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施  | 07 |
| 08 退院時の文書による情報提供   | 08 |

《回答欄》

※2 「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

|  |    |
|--|----|
| 《1-4の「07 薬剤師」の配置状況に関わらずご回答ください。》                                       |    |
| 4-4 * 入院時に提供された薬剤に関する情報について、貴院で実際に活用している情報についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 ポリファーマシー対策に係る処方調整に関する情報   | 01 |
| 02 術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報   | 02 |
| 03 術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報                             | 03 |
| 04 周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来の処方内容を再開することの情報                           | 04 |
| 05 入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報                                      | 05 |
| 06 入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報   | 06 |
| 07 退院処方一覧  | 07 |
| 08 入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報                                       | 08 |
| 09 生活習慣やADLなどの患者情報   | 09 |
| 10 入院中に変更となった処方に関する変更理由  | 10 |
| 11 入院中に実施したがん化学療法に関する情報  | 11 |
| 12 入院中(直近の)処方内容の変更内容とその理由  | 12 |
| 13 その他   | 13 |

《回答欄》



\* ■ 4-5～4-7は、1-4の「10 管理栄養士」の配置状況に関わらずご回答ください。

|   |           |
|---|-----------|
| 4-5 * 貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |           |
| 1 8割以上  | 3 2割～5割未満 |
| 2 5割～8割未満   | 4 2割未満    |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |    |
|--|----|
| 4-6 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○） |    |
| 01 入院栄養食事指導※加算の算定問わず   | 01 |
| 02 栄養情報提供書の作成※加算の算定問わず   | 02 |
| 03 食物アレルギーや入院前の食生活の聞き取り  | 03 |
| 04 栄養状態の評価   | 04 |
| 05 栄養管理計画の作成、再評価   | 05 |
| 06 食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング   | 06 |
| 07 ミールラウンド   | 07 |
| 08 食事形態の確認、調整  | 08 |
| 09 食事摂取不良患者や食欲低下時の対応   | 09 |
| 10 栄養補助食品の紹介・提案  | 10 |
| 11 医師への栄養メニュー提案  | 11 |
| 12 その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>          | 12 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |

|  |    |
|--|----|
| 4-7 * 入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |    |
| 01 入院栄養食事指導料   | 01 |
| 02 栄養情報連携料   | 02 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |

問5 貴病棟における中心静脈栄養の実施状況についてお伺いします。

|   |    |
|---|----|
| 5-1 * 中心静脈栄養を実施した実患者数および身体拘束を実施した実患者数についてご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |    |
| 01 中心静脈栄養を実施した実患者数（令和6年10月の1か月間）                                | 01 |
| 02 01のうち、身体拘束を実施した実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間）                   | 02 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |

|  |    |
|--|----|
| 5-2 中心静脈カテーテルに関連した実患者数をご回答ください。（令和6年11月1日時点）   |    |
| 01 他病棟から転棟した患者数                                | 01 |
| 02 中心静脈カテーテルを挿入して貴病棟へ転棟した患者数                   | 02 |
| 03 02のうち、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 | 03 |
| 04 02のうち、中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数                  | 04 |
| 05 転棟後に中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者数                    | 05 |
| 06 転棟後に中心静脈栄養から経管栄養（胃瘻栄養等）へ移行した患者数             | 06 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |

| 5-3 中心静脈栄養の適応理由についてご回答ください。（該当するすべて、右欄に○） |                  |
|---|------------------|
| 01 患者本人の希望                                | a 改定前（令和6年5月31日） |
|   | b 改定後（令和6年11月1日） |
| 02 家族の希望                                  | a 改定前（令和6年5月31日） |
|   | b 改定後（令和6年11月1日） |
| 03 転院を行うため                                | a 改定前（令和6年5月31日） |
|   | b 改定後（令和6年11月1日） |
| 04 腸管安静等のため                               | a 改定前（令和6年5月31日） |
|   | b 改定後（令和6年11月1日） |
| 05 他に代替えできる栄養経路がない                        | a 改定前（令和6年5月31日） |
|   | b 改定後（令和6年11月1日） |
| 06 その他                                    | a 改定前（令和6年5月31日） |
|   | b 改定後（令和6年11月1日） |

《回答欄》

|   |  |
|---|--|
| a |  |
| b |  |
| a |  |
| b |  |
| a |  |
| b |  |
| a |  |
| b |  |
| a |  |
| b |  |

問6 認知症ケアに関わる貴病棟の体制についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| 6-1 認知症治療に係る適切な研修 <sup>※1</sup> を修了した医師数をご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点） |  |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

※ 都道府県及び指定都市が実施する「認知症サポート医養成研修」のこと

|   |
|---|
| 6-2 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又は院内研修を受けた看護師数についてご回答ください。（令和6年11月1日時点） |
| 01 合計   |
| 02 01のうち、院外研修を受けた看護師数   |
| 03 01のうち、院内研修を受けた看護師数   |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |

|   |  |
|---|--|
| 6-3 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回数をご回答ください。開催がない場合は「0」とご回答ください。（令和5年11月1日から令和6年10月31日の間） |  |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
|  | 回 |
|--|---|

## 問7 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 7-1 貴病棟における退棟患者数（実人数）※ <sup>1</sup> 及び、退棟先別の患者数（実人数）※ <sup>1</sup> をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |  | 《回答欄》 |   |
|--|--|-------|---|
| 01 貴病棟における退棟患者数  |  | 01    | 人 |
| 02 自宅（在宅医療の提供あり）   |  | 02    | 人 |
| 03 自宅（在宅医療の提供なし）   |  | 03    | 人 |
| 04 介護老人保健施設  |  | 04    | 人 |
| 05 04のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）  |  | 05    | 人 |
| 06 介護医療院   |  | 06    | 人 |
| 07 特別養護老人ホーム   |  | 07    | 人 |
| 08 軽費老人ホーム、有料老人ホーム   |  | 08    | 人 |
| 09 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）  |  | 09    | 人 |
| 10 障害者支援施設   |  | 10    | 人 |
| 11 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床   |  | 11    | 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   |  | 12    | 人 |
| 13 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床   |  | 13    | 人 |
| 14 他院の一般病床（11、12、13以外）   |  | 14    | 人 |
| 15 他院の療養病床（12以外）   |  | 15    | 人 |
| 16 15のうち、在宅復帰強化加算を算定している他院の療養病床  |  | 16    | 人 |
| 17 他院の精神病床   |  | 17    | 人 |
| 18 他院のその他の病床   |  | 18    | 人 |
| 19 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床   |  | 19    | 人 |
| 20 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   |  | 20    | 人 |
| 21 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床   |  | 21    | 人 |
| 22 自院の一般病床（19、20、21以外）   |  | 22    | 人 |
| 23 自院の療養病床（20以外）   |  | 23    | 人 |
| 24 23のうち、在宅復帰強化加算算定を算定している自院の療養病床  |  | 24    | 人 |
| 25 自院の精神病床   |  | 25    | 人 |
| 26 自院のその他の病床   |  | 26    | 人 |
| 27 有床診療所（介護サービス提供医療機関）   |  | 27    | 人 |
| 28 有床診療所（27以外）   |  | 28    | 人 |
| 29 死亡退院  |  | 29    | 人 |
| 30 その他   |  | 30    | 人 |

※1 患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。  
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

◆その他のご意見

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。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに

貴施設の調査担当者にお渡し下さい。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

## 病棟調査票 (D)

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

◆ 施設ID、病棟IDをご記入ください。

| 施設ID   | 病棟ID    |
|--|---------|
| データ提出加算を算定している施設のみ記入<br>DPCデータの様式3-4記載の病床機能報告の病棟コード（下5桁） | 1 9 0 6 |

問1 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

| 1-1 診療科目をご回答ください。（令和6年11月1日時点）<br>（最も近似する主な診療科を3つまで右欄に記載） |                             | 《回答欄》  |
|---|-----------------------------|--|
| 1 内科  | 9 耳鼻咽喉科                     | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| 2 小児科   | 10 皮膚科                      |  |
| 3 精神科   | 11 泌尿器科                     |  |
| 4 外科  | 12 放射線科                     |  |
| 5 整形外科  | 13 リハビリテーション科               |  |
| 6 脳神経外科   | 14 歯科（歯科口腔外科等含む）            |  |
| 7 産婦人科  | 15 その他 <input type="text"/> |  |
| 8 眼科  |                             |  |

| 1-2 貴病棟に従事している医師の専門とする診療科をご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点）（最も近似する主な診療科を3つまで右欄に記載） |                             | 《回答欄》  |
|--|-----------------------------|--|
| 1 内科   | 9 耳鼻咽喉科                     | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| 2 小児科  | 10 皮膚科                      |  |
| 3 精神科  | 11 泌尿器科                     |  |
| 4 外科   | 12 放射線科                     |  |
| 5 整形外科   | 13 リハビリテーション科               |  |
| 6 脳神経外科  | 14 歯科（歯科口腔外科等含む）            |  |
| 7 産婦人科   | 15 その他 <input type="text"/> |  |
| 8 眼科   |                             |  |

|   |               |
|---|---------------|
| 1-3 入院基本料をご回答ください。(令和6年11月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載) |               |
| 1 7対1障害者施設等入院基本料                                | 5 特殊疾患病棟入院料1  |
| 2 10対1障害者施設等入院基本料                               | 6 特殊疾患病棟入院料2  |
| 3 13対1障害者施設等入院基本料                               | 7 特殊疾患入院医療管理料 |
| 4 15対1障害者施設等入院基本料                               |               |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |
|---|
| 1-4 貴病棟の医療保険届出病床数をご回答ください。(令和6年11月1日時点) |
|---|

|  |   |
|--|---|
|  | 床 |
|--|---|

|   |  |   |                  |  |   |
|---|--|---|------------------|--|---|
| 1-5 貴病棟に配置されている職員数(常勤換算)についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) |  |   |                  |  |   |
| 01 看護師  |  | 人 | 14 視能訓練士         |  | 人 |
| 02 01のうち、特定行為研修修了者                                    |  | 人 | 15 公認心理師         |  | 人 |
| 03 01のうち、短時間勤務<br>又は夜勤免除の看護師                          |  | 人 | 16 診療放射線技師       |  | 人 |
| 04 准看護師   |  | 人 | 17 臨床検査技師        |  | 人 |
| 05 看護補助者  |  | 人 | 18 臨床工学技士        |  | 人 |
| 06 05のうち、介護福祉士  |  | 人 | 19 歯科衛生士         |  | 人 |
| 07 薬剤師  |  | 人 | 20 相談員           |  | 人 |
| 08 07のうち、専従   |  | 人 | 21 20のうち、社会福祉士   |  | 人 |
| 09 07のうち、専任   |  | 人 | 22 20のうち、精神保健福祉士 |  | 人 |
| 10 管理栄養士  |  | 人 | 23 保育士           |  | 人 |
| 11 理学療法士  |  | 人 | 24 医師事務作業補助者     |  | 人 |
| 12 作業療法士  |  | 人 | 25 事務職員          |  | 人 |
| 13 言語聴覚士  |  | 人 | 26 その他の職員        |  | 人 |

|  |    |  |   |
|--|----|--|---|
| 1-6 1-5の「05 看護補助者」について「直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」の人数をご回答ください。 |    |  |   |
| 01 直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者                                  | 01 |  | 人 |
| 02 01のうち、介護福祉士の資格を有する者                                       | 02 |  | 人 |
| 03 01のうち、看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者                 | 03 |  | 人 |
| 04 01のうち、「02及び03」の両方を満たす者                                    | 04 |  | 人 |

《回答欄》

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |

|                                |                   |   |  |   |
|--------------------------------|-------------------|---|--|---|
| 1-7 新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。 |                   |   |  |   |
| 01 新入棟患者数                      | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | 人 |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | 人 |
| 02 新退棟患者数                      | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | 人 |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | 人 |
| 03 在院患者延べ日数                    | a 令和5年8月～10月の3か月間 | a |  | 日 |
|                                | b 令和6年8月～10月の3か月間 | b |  | 日 |

《回答欄》

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 日 |
|  |  | 日 |

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| 1-8 貴病棟における病床利用率をご回答ください。 |                   |
| 01 病床利用率                  | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                           | b 令和6年8月～10月の3か月間 |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | % |
| b | <input type="text"/> | % |

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| 1-9 * 貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 |                   |
| 01 新退棟患者数                        | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 02 01のうち在宅に復帰した患者数               | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 03 02のうち外来フォローアップしている患者数         | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |
| 04 平均在院日数                        | a 令和5年8月～10月の3か月間 |
|                                  | b 令和6年8月～10月の3か月間 |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 日 |
| b | <input type="text"/> | 日 |

|   |                      |
|---|----------------------|
| 1-10 貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 3交代制   | <input type="text"/> |
| 02 変則3交代制   |                      |
| 03 2交代制   |                      |
| 04 変則2交代制   |                      |
| 05 その他  |                      |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| 1-11 貴病棟の手術件数をご回答ください。(令和6年10月1か月)<br>手術を受けた患者数(緊急・予定手術を問わない) | <input type="text"/> | 件 |
|---|----------------------|---|

## 問2 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

2-1 貴病棟の入院実患者数<sup>※1</sup>をご回答ください。（令和6年10月の1か月間）

人

※1 病棟全体で1か月間に入院していた実患者数とし、2-1の実患者数は2-2の合計と一致させること。  
 なお、実患者数は、入院期間に関わらず1日でも入院した患者を1人と計算してください。  
 ただし、退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

| 2-2 入棟前の居場所別実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |    |
|---|----|
| 01 自宅（在宅医療の提供あり）                        | 01 |
| 02 自宅（在宅医療の提供なし）                        | 02 |
| 03 介護老人保健施設                             | 03 |
| 04 介護医療院                                | 04 |
| 05 特別養護老人ホーム                            | 05 |
| 06 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                      | 06 |
| 07 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）             | 07 |
| 08 障害者支援施設                              | 08 |
| 09 他院の一般病床                              | 09 |
| 10 09のうち、特別の関係の医療機関の一般病床                | 10 |
| 11 他院の一般病床以外の病床                         | 11 |
| 12 11のうち、特別の関係の医療機関の一般病床以外の病床           | 12 |
| 13 自院の他病棟                               | 13 |
| 14 有床診療所                                | 14 |
| 15 その他                                  | 15 |

《回答欄》

|                      |   |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |

2-3 自院の他病棟からの転棟実患者数をご回答ください。（令和6年10月の1か月間）

《回答欄》

|  |    |
|--|----|
| 01 自院の他病棟からの転棟患者（2-2の13の再掲）                            | 01 |
| 02 01のうち、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                     | 02 |
| 03 01のうち、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 | 03 |
| 04 01のうち、自院の一般病床（02、03以外）から転棟                          | 04 |
| 05 01のうち、自院の療養病床（03以外）から転棟                             | 05 |
| 06 01のうち、自院の精神病床から転棟                                   | 06 |
| 07 01のうち、自院のその他の病床から転棟                                 | 07 |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |
| <input type="text"/> | 人 |



|   |  |
|---|--|
| 2-4 入院・入棟時の要介護度別入院実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |  |
| 01 不明   |  |
| 02 未申請  |  |
| 03 申請中  |  |
| 04 非該当  |  |
| 05 要支援1   |  |
| 06 要支援2   |  |
| 07 要介護1   |  |
| 08 要介護2   |  |
| 09 要介護3   |  |
| 10 要介護4   |  |
| 11 要介護5   |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |
| 07 |  | 人 |
| 08 |  | 人 |
| 09 |  | 人 |
| 10 |  | 人 |
| 11 |  | 人 |

|   |  |
|---|--|
| 2-5 入院・入棟時の「認知症高齢者の日常生活自立度」別入院実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |  |
| 01 自立   |  |
| 02 ランクⅠ   |  |
| 03 ランクⅡ a   |  |
| 04 ランクⅡ b   |  |
| 05 ランクⅢ a   |  |
| 06 ランクⅢ b   |  |
| 07 ランクⅣ   |  |
| 08 ランクM   |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |
| 07 |  | 人 |
| 08 |  | 人 |

|  |  |
|--|--|
| 2-6 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |  |
| 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   |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |

|  |  |
|--|--|
| 2-7 入院・入棟時の年齢区分別の入院実患者数をご回答ください。<br>(令和6年10月の1か月間) |  |
| 01 0～14歳   |  |
| 02 15～39歳  |  |
| 03 40～64歳  |  |
| 04 65～74歳  |  |
| 05 75歳以上   |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |

| 2-8 入院・入棟時の身体障害者（肢体不自由）の等級別の入院実患者数をご回答ください。<br>（令和6年10月の1か月間） |           |
|---|-----------|
| 01  | 不明        |
| 02  | 非該当       |
| 03  | 1級（肢体不自由） |
| 04  | 2級（肢体不自由） |
| 05  | 3級（肢体不自由） |
| 06  | 4級（肢体不自由） |
| 07  | 5級（肢体不自由） |
| 08  | 6級（肢体不自由） |
| 09  | 7級（肢体不自由） |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |
| 07 |  | 人 |
| 08 |  | 人 |
| 09 |  | 人 |

| 2-9 入院・入棟時の障害支援区分別の入院実患者数をご回答ください。<br>（令和6年10月の1か月間） |         |
|--|---------|
| 01   | 不明      |
| 02   | 未申請等    |
| 03   | 非該当     |
| 04   | 障害支援区分1 |
| 05   | 障害支援区分2 |
| 06   | 障害支援区分3 |
| 07   | 障害支援区分4 |
| 08   | 障害支援区分5 |
| 09   | 障害支援区分6 |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 人 |
| 06 |  | 人 |
| 07 |  | 人 |
| 08 |  | 人 |
| 09 |  | 人 |

問3 見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

3-1 身体的拘束を実施した実患者数をご回答ください。(令和6年10月の1か月間)

|  |   |
|--|---|
|  | 人 |
|--|---|

3-2 疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。  
(令和6年10月の1か月間) (該当する番号すべて、右欄に○)

- |  |    |  |
|--|----|--|
| 01 他部署の看護師へ応援を依頼する                             | 01 |  |
| 02 自部署の看護補助者へ見守りを依頼する                          | 02 |  |
| 03 他部署の看護補助者へ応援を依頼する                           | 03 |  |
| 04 夜間の看護師配置を増員し対応している                          | 04 |  |
| 05 日中の看護師配置を増員し対応している                          | 05 |  |
| 06 早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している                      | 06 |  |
| 07 院内のチーム(認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等)へ応援を依頼する        | 07 |  |
| 08 ボランティアスタッフに協力(話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等)を依頼する | 08 |  |
| 09 患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する  | 09 |  |
| 10 身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う                      | 10 |  |
| 11 その他   | 11 |  |

《回答欄》

3-3 \* 応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数<sup>※1</sup>をご回答ください。(令和6年10月の1か月間)

|  |   |
|--|---|
|  | 日 |
|--|---|

※1 1日8時間換算で、1時間=0.125日とする。

問4 貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1~4-3は、1-5で「07 薬剤師」が配置されている場合にご回答ください。

4-1 \* 貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。  
令和6年10月1か月の業務実態に基づき、1週間当たりの平均業務時間(人時)<sup>※1</sup>をご回答ください。

|  |    |
|--|----|
|  | 人時 |
|--|----|

※1 平均業務時間(人時)は、総病棟薬剤業務時間数÷4(週間)=1週間あたりの人時としてご回答ください。

(例) 病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合

A氏: 40時間/月・10時間/週のため10人時/週

B氏: 28時間/月・7時間/週のため7人時/週

(40時間+28時間)÷4となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

4-2 \* 貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- |         |      |         |      |
|---------|------|---------|------|
| 1 大いにある | 2 ある | 3 あまりない | 4 ない |
|---------|------|---------|------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

4-3 \* 薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| 01 | 入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること |
| 02 | 入院時の持参薬の確認と医師への処方提案                 |
| 03 | 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施                   |
| 04 | 入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援            |
| 05 | 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等 |
| 06 | 入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施         |
| 07 | 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施          |
| 08 | 退院時の文書による情報提供                       |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |

※2 「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

\* ■ 4-4～4-6は、1-5の「10 管理栄養士」の配置状況に関わらずご回答ください。

4-4 \* 貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合をご回答ください。(令和6年10月の1か月間)

|   |         |   |         |
|---|---------|---|---------|
| 1 | 8割以上    | 3 | 2割～5割未満 |
| 2 | 5割～8割未満 | 4 | 2割未満    |

《回答欄》

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

4-5 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                           |
|----|---------------------------|
| 01 | 入院栄養食事指導※加算の算定問わず         |
| 02 | 栄養情報提供書の作成※加算の算定問わず       |
| 03 | 食物アレルギーや入院前の食生活の聞き取り      |
| 04 | 栄養状態の評価                   |
| 05 | 栄養管理計画の作成、再評価             |
| 06 | 食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング |
| 07 | ミールラウンド                   |
| 08 | 食事形態の確認、調整                |
| 09 | 食事摂取不良患者や食欲低下時の対応         |
| 10 | 栄養補助食品の紹介・提案              |
| 11 | 医師への栄養メニュー提案              |
| 12 | その他 <input type="text"/>  |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |

4-6 \* 入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定実患者数をご回答ください。  
(令和6年10月の1か月間)

|    |           |
|----|-----------|
| 01 | 入院栄養食事指導料 |
| 02 | 栄養情報連携料   |

《回答欄》

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 01 | <input type="text"/> | 人 |
| 02 | <input type="text"/> | 人 |

## 問5 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 5-1 貴病棟における退棟患者数（実人数）※ <sup>1</sup> 及び、退棟先別の患者数（実人数）※ <sup>1</sup> をご回答ください。（令和6年10月の1か月間） |  | 《回答欄》 |
|--|--|-------|
| 01 貴病棟における退棟患者数  |  | 01 人  |
| 02 自宅（在宅医療の提供あり）   |  | 02 人  |
| 03 自宅（在宅医療の提供なし）   |  | 03 人  |
| 04 介護老人保健施設  |  | 04 人  |
| 05 04のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）  |  | 05 人  |
| 06 介護医療院   |  | 06 人  |
| 07 特別養護老人ホーム   |  | 07 人  |
| 08 軽費老人ホーム、有料老人ホーム   |  | 08 人  |
| 09 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）  |  | 09 人  |
| 10 障害者支援施設   |  | 10 人  |
| 11 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床   |  | 11 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   |  | 12 人  |
| 13 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床   |  | 13 人  |
| 14 他院の一般病床（11、12、13以外）   |  | 14 人  |
| 15 他院の療養病床（12以外）   |  | 15 人  |
| 16 15のうち、在宅復帰強化加算を算定している他院の療養病床  |  | 16 人  |
| 17 他院の精神病床   |  | 17 人  |
| 18 他院のその他の病床   |  | 18 人  |
| 19 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床   |  | 19 人  |
| 20 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   |  | 20 人  |
| 21 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床   |  | 21 人  |
| 22 自院の一般病床（19、20、21以外）   |  | 22 人  |
| 23 自院の療養病床（20以外）   |  | 23 人  |
| 24 23のうち、在宅復帰強化加算算定を算定している自院の療養病床  |  | 24 人  |
| 25 自院の精神病床   |  | 25 人  |
| 26 自院のその他の病床   |  | 26 人  |
| 27 有床診療所（介護サービス提供医療機関）   |  | 27 人  |
| 28 有床診療所（27以外）   |  | 28 人  |
| 29 死亡退院  |  | 29 人  |
| 30 その他   |  | 30 人  |

※1 患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、1日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を1人と計算してください。  
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

◆その他のご意見

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。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに

貴施設の調査担当者にお渡し下さい。



《回答欄》

| 1-5 入棟前の場所をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |   |
|-------------------------------------|---|
| 1                                   | 自宅(在宅医療の提供あり <sup>※1</sup> )              |
| 2                                   | 自宅(在宅医療の提供なし <sup>※1</sup> )              |
| 3                                   | 介護老人保健施設                                  |
| 4                                   | 介護医療院                                     |
| 5                                   | 特別養護老人ホーム                                 |
| 6                                   | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                           |
| 7                                   | その他の居住系介護施設(認知症グループホーム等)                  |
| 8                                   | 障害者支援施設                                   |
| 9                                   | 他院の一般病床                                   |
| 10                                  | 他院の一般病床以外                                 |
| 11                                  | 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                     |
| 12                                  | 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 |
| 13                                  | 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   |
| 14                                  | 自院の一般病床(11、12、13以外)                       |
| 15                                  | 自院の療養病床(12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 <input type="text"/>                  |

※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。

《回答欄》

| 1-6 予定・緊急入院区分をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                            |
|--|----------------------------|
| 1                                      | 予定入院                       |
| 2                                      | 緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター) |
| 3                                      | 緊急入院(外来の初再診後)              |



1-7 当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|  |    |
|--|----|
| 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                     | 01 |
| 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、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請 | 02 |
| 03 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する                             | 03 |
| 04 強度行動障害状態  | 04 |
| 05 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                            | 05 |
| 06 生活困窮者である  | 06 |
| 07 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）           | 07 |
| 08 排泄に介助を要する状態   | 08 |
| 09 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                 | 09 |
| 10 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                          | 10 |
| 11 入退院を繰り返している状態   | 11 |
| 12 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態                       | 12 |
| 13 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等                             | 13 |
| 14 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている                             | 14 |
| 15 その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態                    | 15 |
| 16 その他 <input type="text"/>                              | 16 |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |
| 06 |
| 07 |
| 08 |
| 09 |
| 10 |
| 11 |
| 12 |
| 13 |
| 14 |
| 15 |
| 16 |

1-8 1-7で「15 その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

1-9 入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号1つを右欄に記載）

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| 1 治療のため        | 5 緩和ケアのため                  |
| 2 リハビリテーションのため | 6 看取りのため（5を除く）             |
| 3 検査及び確定診断のため  | 7 医療処置を伴う介護のため             |
| 4 教育的入院のため     | 8 その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

1-10 入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|         |         |
|---------|---------|
| 1 紹介状あり | 2 紹介状なし |
|---------|---------|

《回答欄》

|                                       |
|---------------------------------------|
| 1-11 入棟時のADLスコアをご回答ください。(下表の分類に従って記入) |
| 01 食事                                 |
| 02 移乗                                 |
| 03 整容                                 |
| 04 トイレ動作・トイレの使用                       |
| 05 入浴                                 |
| 06 平地歩行                               |
| 07 階段                                 |
| 08 更衣                                 |
| 09 排便管理                               |
| 10 排尿管理                               |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所見              |                                   |               |    |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|----|
|                  | 自立              | 一部介助                              | 全介助           | 不明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする | 0             | 9  |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能                     | 0<br>座位バランス困難 | 9  |
|                  |                 | 1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる      |               |    |
| 整 容              | 1<br>顔/髪/歯/ひげ剃り | 0                                 |               | 9  |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>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<br>一人介助で歩く                      | 0             | 9  |
|                  |                 | 1<br>車いすで自立                       |               |    |
| 階 段              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 更 衣              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 排便管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |

問2 患者の状態等についてお伺いします。

(特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。)

|                                     |    |  |  |  |  |   |  |  |   |  |   |
|-------------------------------------|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|---|
| 2-1 患者状態の評価の実施日をご回答ください。<br>(調査基準日) | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  | 日 |
|-------------------------------------|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|---|

|  |      |         |
|--|------|---------|
| 2-2 認知症の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》   |
| 1 あり                                   | 2 なし | 3 わからない |

《2-2で「1あり」を選択した場合にご回答ください。》

|   |      |         |
|---|------|---------|
| 2-3 BPSDの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》   |
| 1 あり                                    | 2 なし | 3 わからない |

|  |      |         |
|--|------|---------|
| 2-4 せん妄の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》   |
| 1 あり                                   | 2 なし | 3 わからない |

|                                      |        |        |         |
|--------------------------------------|--------|--------|---------|
| 2-5 要介護度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |        | 《回答欄》  |         |
| 1 不明                                 | 4 非該当  | 7 要介護1 | 10 要介護4 |
| 2 未申請                                | 5 要支援1 | 8 要介護2 | 11 要介護5 |
| 3 申請中                                | 6 要支援2 | 9 要介護3 |         |

|   |        |         |      |
|---|--------|---------|------|
| 2-6 認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。<br>(下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載) |        | 《回答欄》   |      |
| 1 自立  | 3 II a | 5 III a | 7 IV |
| 2 I   | 4 II b | 6 III b | 8 M  |

【認知症高齢者の日常生活自立度】

| 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、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等   |
|       | 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、電話の対応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<br>やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、<br>大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
|       | 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   |

|  |              |              |              |              |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 2-7 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）についてご回答ください。<br>（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載） |              |              |              |              |
| <b>1</b> 自立  | <b>3</b> J 2 | <b>5</b> A 2 | <b>7</b> B 2 | <b>9</b> C 2 |
| <b>2</b> J 1   | <b>4</b> A 1 | <b>6</b> B 1 | <b>8</b> C 1 |              |

《回答欄》

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

|       |      |  |
|-------|------|--|
| 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<br>1 交通機関等を利用して外出する<br>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<br>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<br>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<br>1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う<br>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<br>1 自力で寝返りをうつ<br>2 自力では寝返りもうたない                                  |

|   |             |                     |
|---|-------------|---------------------|
| 2-8 *入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |             |                     |
| <b>1</b> あり   | <b>2</b> なし | <b>3</b> スクリーニング未実施 |

《回答欄》

《2-8で「1あり」を選択した場合にご回答ください。》

|   |                    |
|---|--------------------|
| 2-9 *GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。<br>（該当する番号1つを右欄に記載） |                    |
| <b>1</b> 低栄養非該当   | <b>3</b> 重度低栄養     |
| <b>2</b> 中等度低栄養   | <b>4</b> GLIM基準非対応 |

《回答欄》

|  |                       |
|--|-----------------------|
| 2-10 栄養摂取の状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                       |
| <b>1</b> 経口摂取のみ                          | <b>3</b> 経管栄養・経静脈栄養のみ |
| <b>2</b> 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用              |                       |

《回答欄》

《2-10で「1経口摂取のみ」を選択した場合にご回答ください。》

|  |                      |
|--|----------------------|
| 2-11 嚥下調整食の必要性についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                      |
| <b>1</b> 嚥下調整食の必要性あり                       | <b>2</b> 嚥下調整食の必要性なし |

《回答欄》

《2-11で「1嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合にご回答ください。》

|  |                    |                     |                     |
|--|--------------------|---------------------|---------------------|
| 2-12 *栄養管理計画に「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードが記載されている場合は、ご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                    |                     |                     |
| <b>1</b> 嚥下調整食 4   | <b>3</b> 嚥下調整食 2-2 | <b>5</b> 嚥下調整食 1 j  | <b>7</b> 嚥下訓練食品 0 j |
| <b>2</b> 嚥下調整食 3   | <b>4</b> 嚥下調整食 2-1 | <b>6</b> 嚥下訓練食品 0 t | <b>8</b> 記載なし       |

《回答欄》

《 2-10で「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」を選択した場合にご回答ください。》

2-13 経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|           |    |
|-----------|----|
| 01 経鼻胃管   | 01 |
| 02 胃瘻・腸瘻  | 02 |
| 03 末梢静脈栄養 | 03 |
| 04 中心静脈栄養 | 04 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |

■ 2-14～2-17は、2-13で「04 中心静脈栄養」を選択した場合にご回答ください。

2-14 入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-15 嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-16 入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《 2-16で「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》

2-17 入院中の嚥下リハビリについて、1週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。（該当がない場合、「0」でご回答ください。）

|          |    |     |
|----------|----|-----|
| 01 30分未満 | 01 | 回/週 |
| 02 30分以上 | 02 | 回/週 |

《回答欄》

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 01 |  | 回/週 |
| 02 |  | 回/週 |

2-18 「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をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-19 入院時における自院以外の施設からの「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、医療・ケアの方針についての情報共有の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-20 過去7日間の身体的拘束の実施<sup>※1</sup>有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                               |
|-------------------------------|
| 1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり          |
| 2 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり |
| 3 なし                          |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

※1 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■ 2-21～2-23は、2-20で「1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり」を選択した場合にご回答ください。

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| 2-21 身体的拘束の実施理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  | 《回答欄》                    |
| 01                                       | ライン・チューブ類の自己抜去防止   | <input type="checkbox"/> |
| 02                                       | 転倒・転落防止  | <input type="checkbox"/> |
| 03                                       | 安静保持が必要  | <input type="checkbox"/> |
| 04                                       | 創部の保護が必要   | <input type="checkbox"/> |
| 05                                       | その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |     |   |     |       |     |   |     |                          |
|---|-----|---|-----|-------|-----|---|-----|--------------------------|
| 2-22 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |     |   |     | 《回答欄》 |     |   |     |                          |
| 1   | 1日間 | 3 | 3日間 | 5     | 5日間 | 7 | 7日間 | <input type="checkbox"/> |
| 2   | 2日間 | 4 | 4日間 | 6     | 6日間 |   |     |                          |

|  |                            |                          |
|--|----------------------------|--------------------------|
| 2-23 過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の拘束時間及び方法についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                            | 《回答欄》                    |
| 1  | 常時：衣服に付けるクリップセンサー等         | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 常時：手指・四肢・体幹抑制              |                          |
| 3  | 一時的（処置時・不穏時）               |                          |
| 4  | 夜間のみ（3を除く）：衣服に付けるクリップセンサー等 |                          |
| 5  | 夜間のみ（3を除く）：手指・四肢・体幹抑制      |                          |

問3 患者の受療状況等についてお伺いします。

|   |        |   |           |   |           |                          |
|---|--------|---|-----------|---|-----------|--------------------------|
| 3-1 入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。（調査基準日から遡った過去7日間）（該当する番号1つを右欄に記載） |        |   | 《回答欄》     |   |           |                          |
| 1   | 安定している | 2 | 時々、不安定である | 3 | 常時、不安定である | <input type="checkbox"/> |

|  |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 3-2 医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性についてご回答ください。（調査基準日から遡った過去7日間）（該当する番号1つを右欄に記載） |                             | 《回答欄》                    |
| 1  | 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要 | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要   |                          |
| 3  | 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要      |                          |
| 4  | 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要    |                          |
| 5  | 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要      |                          |

|   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 3-3 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性についてご回答ください。（調査基準日から遡った過去7日間）（該当する番号1つを右欄に記載） |  | 《回答欄》                    |
| 1   | 1日1～3回の観察および管理が必要                                | <input type="checkbox"/> |
| 2   | 1日4～8回の観察および管理が必要                                |                          |
| 3   | 2を超えた頻繁な観察および管理が必要                               |                          |
| 4   | 3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） |                          |

|   |              |
|---|--------------|
| 3-4 入院中の手術の実施状況についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |              |
| 1 手術を実施した                                   | 2 手術は実施していない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 《3-4で「1 手術を実施した」を選択した場合にご回答ください。》   |  |
| 3-5 次の手術方法別の実施日をご回答ください。(未実施の場合は空欄) |  |
| 01 開頭術                              |  |
| 02 開胸術                              |  |
| 03 開腹術                              |  |
| 04 骨の観血的手術                          |  |
| 05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術                    |  |
| 06 その他の手術                           |  |

《回答欄》

|    |  |  |   |  |  |   |
|----|--|--|---|--|--|---|
| 01 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 02 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 03 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 04 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 05 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 06 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|   |                |
|---|----------------|
| 3-6 リハビリ職による疾患別リハ実施状況についてご回答ください。<br>(調査基準日から遡った過去7日間) (該当する番号1つを右欄に記載) |                |
| 1 心大血管疾患リハビリテーション   | 4 運動器リハビリテーション |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション   | 5 呼吸器リハビリテーション |
| 3 廃用症候群リハビリテーション  | 6 いずれも実施していない  |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |  |
|---|--|
| 《3-6で「1 心大血管疾患リハビリテーション」～「5 呼吸器リハビリテーション」を選択した場合にご回答ください。》      |  |
| 3-7 入院中の疾患別リハビリテーションの実施について、調査基準日から遡った過去7日間の回数と実施単位についてご回答ください。 |  |
| 01 疾患別リハビリテーションの回数  |  |
| 02 疾患別リハビリテーションの単位数   |  |
| 03 保険医療機関外(屋外等)での単位数  |  |

《回答欄》

|    |  |    |
|----|--|----|
| 01 |  | 回  |
| 02 |  | 単位 |
| 03 |  | 単位 |

|  |  |
|--|--|
| 3-8 過去7日間に実施した検査の件数をご回答ください。<br>※検査を実施していない場合は、「0」を記入してください。 |  |
| 01 検体検査(尿・血液等) ※オーダー単位                                       |  |
| 02 生体検査(超音波・内視鏡等)  |  |
| 03 X線単純撮影  |  |
| 04 CT・MRI  |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 件 |
| 02 |  | 件 |
| 03 |  | 件 |
| 04 |  | 件 |

|   |      |      |
|---|------|------|
| 3-9 入院前における貴院の入退院支援部門の関与の有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |      |      |
| 1 あり  | 2 なし | 3 不明 |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |      |      |
|---|------|------|
| 3-10 入院前の担当ケアマネジャーの有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |      |      |
| 1 あり  | 2 なし | 3 不明 |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

問4 患者の今後の見通し等についてお伺いします。

|   |  |
|---|--|
| 4-1 医学的な入院継続の理由等についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  | 《回答欄》  |
| <b>1</b> 医学的な理由のため、入院医療が必要である<br><b>2</b> 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<br><b>3</b> 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<br><b>4</b> 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 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

《 4-1で「1 医学的な理由のため、入院医療が必要である」もしくは「2 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」を選択した場合にご回答ください。》

|   |  |
|---|--|
| 4-2 医学的な理由の詳細についてご回答ください。（最も該当する番号1つを右欄に記載）   | 《回答欄》  |
| <b>1</b> 急性期の治療を行っているため<br><b>2</b> 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<br><b>3</b> 退院にはリハビリテーションが必要であるため<br><b>4</b> その他 | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

《 4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

|  |   |
|--|---|
| 4-3 退院後に必要な支援についてご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）   | 《回答欄》   |
| <b>01</b> 医療処置<br><b>02</b> 通院の介助<br><b>03</b> 訪問診療<br><b>04</b> 訪問看護<br><b>05</b> リハビリテーション<br><b>06</b> 買い物・清掃・調理等の家事の補助<br><b>07</b> 食事・排泄・移動等の介護<br><b>08</b> 認知症・精神疾患に対する見守り<br><b>09</b> その他 | 01 <input type="checkbox"/><br>02 <input type="checkbox"/><br>03 <input type="checkbox"/><br>04 <input type="checkbox"/><br>05 <input type="checkbox"/><br>06 <input type="checkbox"/><br>07 <input type="checkbox"/><br>08 <input type="checkbox"/><br>09 <input type="checkbox"/> |



《 4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

4-4 退院できない理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

|   |  |
|---|--|
| 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 地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため         |  |
| 10 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため                 |  |
| 11 01～10の全体の調整・マネジメントができていないため            |  |
| 12 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          |  |
| 13 転院先の医療機関の確保ができていないため                   |  |
| 14 その他                                    |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |

《 4-4で「01 本人の希望に合わないため」または「02 家族の希望に合わないため」を選択した場合にご回答ください。》

4-5 本人・家族の希望に合わない理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

|   |  |
|---|--|
| 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                                      |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |

4-6 退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。  
(最も該当するものに◎、該当するものに○)

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 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 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |

4-7 退院時期の決定についてご回答ください。(最も該当するものに◎、該当するものに○)

|    |                            |
|----|----------------------------|
| 01 | 疾病の治癒・軽快                   |
| 02 | 家族の希望                      |
| 03 | 患者の希望                      |
| 04 | 主治医の判断                     |
| 05 | 病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど） |
| 06 | クリニカルパスの退院日の通り             |
| 07 | DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院          |
| 08 | 現時点で時期未定                   |
| 09 | その他 <input type="text"/>   |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

■ 当該患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）以降、7日以内に退棟・退院した場合に限り、以降の設問へご記入ください。

問5 患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）に入室していた病棟から退出（退棟・退院）した状況等についてお伺いします。

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| 5-1 退棟、退院年月日をご回答ください。 |       |
| 01                    | 退棟年月日 |
| 02                    | 退院年月日 |

|       |    |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|-------|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 《回答欄》 |    |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
| 01    | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 02    | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|   |                 |
|---|-----------------|
| 5-2 入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                 |
| 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 |

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| 《回答欄》 |                          |
| 01    | <input type="checkbox"/> |
| 02    | <input type="checkbox"/> |
| 03    | <input type="checkbox"/> |
| 04    | <input type="checkbox"/> |
| 05    | <input type="checkbox"/> |
| 06    | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 5-3 退棟・退院時転帰についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                          |
| 1  | 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断 |
| 2  | 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断    |
| 3  | 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断      |
| 4  | 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断    |
| 5  | 最も医療資源を投入した傷病による死亡       |
| 6  | 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡     |
| 7  | その他（検査入院含む）              |

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| 《回答欄》 |                          |
|       | <input type="checkbox"/> |

《回答欄》

| 5-4 退棟・退院先をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）                     |   |
|---|---|
| <b>1</b> 自宅（在宅医療の提供あり※ <sup>1</sup> ）                   | <b>15</b> 他院のその他の病床   |
| <b>2</b> 自宅（在宅医療の提供なし※ <sup>1</sup> ）                   | <b>16</b> 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床   |
| <b>3</b> 介護老人保健施設                                       | <b>17</b> 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   |
| <b>4</b> 介護医療院  | <b>18</b> 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床   |
| <b>5</b> 特別養護老人ホーム                                      | <b>19</b> 自院の一般病床（ <b>16</b> 、 <b>17</b> 、 <b>18</b> 以外）  |
| <b>6</b> 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                                | <b>20</b> 自院の療養病床（ <b>17</b> 以外）  |
| <b>7</b> その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）                       | <b>21</b> 自院の精神病床   |
| <b>8</b> 障害者支援施設  | <b>22</b> 自院のその他の病床   |
| <b>9</b> 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                          | <b>23</b> 特別の関係にある医療機関  |
| <b>10</b> 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     | <b>24</b> 有床診療所（介護サービス提供医療機関）   |
| <b>11</b> 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                       | <b>25</b> 有床診療所（ <b>24</b> 以外）  |
| <b>12</b> 他院の一般病床（ <b>9</b> 、 <b>10</b> 、 <b>11</b> 以外） | <b>26</b> 死亡退院  |
| <b>13</b> 他院の療養病床（ <b>10</b> 以外）                        | <b>27</b> その他 <input style="width: 150px; height: 20px; background-color: #ffff00;" type="text"/> |
| <b>14</b> 他院の精神病床                                       |   |

※1 （再掲）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。

|   |                      |
|---|----------------------|
| 《 5-4で「26 死亡退院」以外を選択した場合にご回答ください。》                      |                      |
| 5-5 退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 外来診療   |                      |
| 02 訪問診療   |                      |
| 03 訪問看護   |                      |
| 04 訪問薬剤管理指導   |                      |
| 05 訪問リハビリテーション  |                      |
| 06 通所リハビリテーション  |                      |
| 07 訪問栄養食事指導   |                      |
| 08 訪問介護   |                      |
| 09 訪問入浴介護   |                      |
| 10 通所介護   |                      |
| 11 短期入所生活介護   |                      |
| 12 短期入所療養介護   |                      |
| 13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                     |                      |
| 14 夜間対応型訪問介護  |                      |
| 15 認知症対応型通所介護   |                      |
| 16 看護小規模多機能型居宅介護  |                      |
| 17 福祉用具貸与   |                      |
| 18 居宅療養管理指導   |                      |
| 19 その他  | <input type="text"/> |
| 20 なし   |                      |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> |

5-6 \*入院前に利用していた医療・介護サービスをご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | 外来診療                     |
| 02 | 訪問診療                     |
| 03 | 訪問看護                     |
| 04 | 訪問リハビリテーション              |
| 05 | 通所リハビリテーション              |
| 06 | 訪問栄養食事指導                 |
| 07 | 訪問介護                     |
| 08 | 訪問入浴介護                   |
| 09 | 通所介護                     |
| 10 | 短期入所生活介護                 |
| 11 | 短期入所療養介護                 |
| 12 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護         |
| 13 | 夜間対応型訪問介護                |
| 14 | 認知症対応型通所介護               |
| 15 | 看護小規模多機能型居宅介護            |
| 16 | 福祉用具貸与                   |
| 17 | 居宅療養管理指導                 |
| 18 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> |

|   |
|---|
| 5-7 退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入） |
| 01 食事                                   |
| 02 移乗                                   |
| 03 整容                                   |
| 04 トイレ動作・トイレの使用                         |
| 05 入浴                                   |
| 06 平地歩行                                 |
| 07 階段                                   |
| 08 更衣                                   |
| 09 排便管理                                 |
| 10 排尿管理                                 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所見              |                                   |               |    |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|----|
|                  | 自立              | 一部介助                              | 全介助           | 不明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする | 0             | 9  |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能                     | 0<br>座位バランス困難 | 9  |
|                  |                 | 1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる      |               |    |
| 整 容              | 1<br>顔/髪/歯/ひげ剃り | 0                                 |               | 9  |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>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<br>一人介助で歩く                      | 0             | 9  |
|                  |                 | 1<br>車いすで自立                       |               |    |
| 階 段              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 更 衣              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 排便管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに

貴施設の調査担当者にお渡し下さい。

治療室

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

## 治療室患者票 (A)

|       |  |        |  |       |  |
|-------|--|--------|--|-------|--|
| 施設ID: |  | 治療室ID: |  | 患者ID: |  |
|-------|--|--------|--|-------|--|

患者が以下の入院料に入室されている場合にご回答ください。

(救命救急入院料1-4、特定集中治療室管理料1-6、ハイケアユニット入院医療管理料1-2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料)

問1 患者の基本情報についてお伺いします。

|   |       |      |  |
|---|-------|------|--|
| 1-1 性別をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)   | 《回答欄》 |      |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 男性</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">2 女性</td> </tr> </table> | 1 男性  | 2 女性 |  |
| 1 男性  | 2 女性  |      |  |

|                   |   |    |  |  |  |   |  |   |  |   |  |   |
|-------------------|---|----|--|--|--|---|--|---|--|---|--|---|
| 1-2 生年月日をご回答ください。 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">西暦</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> </tr> </table> | 西暦 |  |  |  |   |  | 年 |  |   |  | 月 |
| 西暦                |   |    |  |  |  | 年 |  |   |  | 月 |  |   |

|  |       |
|--|-------|
| 1-3 主傷病および副傷病についてご回答ください。<br>※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 | 《回答欄》 |
| 01 主傷病   | 01    |
| 02 入院契機  | 02    |
| 03 医療資源を最も投入した傷病名  | 03    |
| 04 医療資源を2番目に投入した傷病名                                      | 04    |
| 05 併存症   | 05    |
| 06 併存症2  | 06    |
| 07 併存症3  | 07    |
| 08 続発症   | 08    |
| 09 続発症2  | 09    |
| 10 続発症3  | 10    |

※ 主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード(請求コード)で記入してください。

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| 1-4 入院、入室年月日をご回答ください。 | 《回答欄》 |
| 01 入院年月日              | 01    |
| 02 入室年月日              | 02    |



|   |   |
|---|---|
| 1-5 入室前の場所をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)                             |   |
| 1 自宅(在宅医療の提供あり) <sup>※2</sup>                                   | 《回答欄》<br><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2 自宅(在宅医療の提供なし) <sup>※2</sup>                                   |   |
| 3 介護老人保健施設  |   |
| 4 介護医療院   |   |
| 5 特別養護老人ホーム   |   |
| 6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム   |   |
| 7 その他の居住系介護施設(認知症グループホーム等)                                      |   |
| 8 障害者支援施設   |   |
| 9 他院の一般病床   |   |
| 10 他院の集中治療室   |   |
| 11 他院の一般病床以外  |   |
| 12 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床  |   |
| 13 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                    |   |
| 14 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                                      |   |
| 15 自院の一般病床(12、13、14以外)  |   |
| 16 自院の療養病床(13以外)  |   |
| 17 自院の精神病床  |   |
| 18 自院のその他の病床  |   |
| 19 有床診療所  |   |
| 20 その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> |   |

※2 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。

|  |   |
|--|---|
| 1-6 予定・緊急入院区分をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |   |
| 1 予定入院                                 | 《回答欄》<br><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2 緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)           |   |
| 3 緊急入院(外来の初再診後)                        |   |

《1-6で「2 緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)」を選択した場合にご回答ください。》

|   |         |   |
|---|---------|---|
| 1-7 入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |         |   |
| 1 紹介状あり   | 2 紹介状なし | 《回答欄》<br><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |

|  |  |
|--|--|
| 1-8 入室した時の状態についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |  |
| 01 意識障害又は昏睡                              |  |
| 02 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪                   |  |
| 03 急性心不全(心筋梗塞を含む)                        |  |
| 04 急性薬物中毒                                |  |
| 05 ショック                                  |  |
| 06 重篤な代謝障害                               |  |
| 07 広範囲熱傷                                 |  |
| 08 大手術後                                  |  |
| 09 救急蘇生後                                 |  |
| 10 その他外傷、破傷風等で重篤な状態                      |  |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |
| 06 |
| 07 |
| 08 |
| 09 |
| 10 |

|   |   |
|---|---|
| 1-9 主担当医の診療科をご回答ください。(最も近似する番号1つを右欄に記載) |   |
| 1 集中治療科                                 | 9 神経内科  |
| 2 救急医学科                                 | 10 呼吸器外科  |
| 3 整形外科                                  | 11 呼吸器内科  |
| 4 循環器科                                  | 12 泌尿器科   |
| 5 心臓血管外科                                | 13 耳鼻咽喉科  |
| 6 外科                                    | 14 小児科  |
| 7 消化器内科                                 | 15 産婦人科   |
| 8 脳神経外科                                 | 16 その他 <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

問2 患者の状態等についてお伺いします。

(特に断りがない限り、調査基準日時点をご回答ください。)

|                                 |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-1 患者状態の評価の実施日をご回答ください。(調査基準日) | 西暦 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | 年 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | 月 | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | 日 |
|---------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

|  |      |         |
|--|------|---------|
| 2-2 せん妄の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |         |
| 1 あり                                   | 2 なし | 3 わからない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |      |         |
|--|------|---------|
| 2-3 認知症の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |         |
| 1 あり                                   | 2 なし | 3 わからない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |      |         |
|---|------|---------|
| 《2-3で「1あり」を選択した場合にご回答ください。》             |      |         |
| 2-4 BPSDの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |         |
| 1 あり                                    | 2 なし | 3 わからない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|



|  |             |              |              |
|--|-------------|--------------|--------------|
| 《 2-11で「1 嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合にご回答ください。》  |             |              |              |
| 2-12 *栄養管理計画に「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードが記載されている場合は、ご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |             |              |              |
| 1 嚥下調整食 4  | 3 嚥下調整食 2-2 | 5 嚥下調整食 1 j  | 7 嚥下訓練食品 0 j |
| 2 嚥下調整食 3  | 4 嚥下調整食 2-1 | 6 嚥下訓練食品 0 t | 8 記載なし       |

《回答欄》

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 《 2-9で「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」を選択した場合にご回答ください。》 |                         |
| 2-13 経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）                     |                         |
| 01 経鼻胃管  | 01 <input type="text"/> |
| 02 胃瘻・腸瘻   | 02 <input type="text"/> |
| 03 末梢静脈栄養  | 03 <input type="text"/> |
| 04 中心静脈栄養  | 04 <input type="text"/> |

《回答欄》

01

02

03

04

■ 2-14～2-16は、2-13で「04 中心静脈栄養」を選択した場合にご回答ください。

|   |      |
|---|------|
| 2-14 入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |
| 1 あり  | 2 なし |

《回答欄》

|   |      |
|---|------|
| 2-15 嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |
| 1 あり                                    | 2 なし |

《回答欄》

|   |      |
|---|------|
| 2-16 入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |
| 1 あり  | 2 なし |

《回答欄》

### 問3 患者の受療状況等についてお伺いします。

■ 3-1～3-3は、医師・看護師による医療提供の状況についてご回答ください。（調査基準日から遡った過去7日間）

|  |      |
|--|------|
| 3-1 ECMO、人工呼吸器の使用有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |
| 1 あり   | 2 なし |

《回答欄》

|  |      |
|--|------|
| 3-2 気管内挿管が行われていた場合、覚醒試験加算の算定についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |
| 1 あり   | 2 なし |

《回答欄》

|  |      |
|--|------|
| 3-3 人工呼吸器からの離脱があった場合、離脱試験加算の算定についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |
| 1 あり   | 2 なし |

《回答欄》

|   |              |
|---|--------------|
| 3-4 入院中の手術の実施状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |              |
| 1 手術を実施した                                   | 2 手術は実施していない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 《3-4で「1 手術を実施した」を選択した場合にご回答ください。》   |  |
| 3-5 次の手術方法別の実施日をご回答ください。（未実施の場合は空欄） |  |
| 01 開頭術                              |  |
| 02 開胸術                              |  |
| 03 開腹術                              |  |
| 04 骨の観血的手術                          |  |
| 05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術                    |  |
| 06 その他の手術                           |  |

《回答欄》

|    |  |  |   |  |  |   |
|----|--|--|---|--|--|---|
| 01 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 02 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 03 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 04 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 05 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 06 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|  |        |
|--|--------|
| 3-6 リハビリテーションの実施状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |        |
| 1 実施あり   | 2 実施なし |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 3-7 3-6で「1 実施あり」を選択した場合にご回答ください。 |  |
| 01 リハビリテーション開始日（入室後）             |  |
| 02 単位数（平均）                       |  |

《回答欄》

|    |  |      |
|----|--|------|
| 01 |  | 日目   |
| 02 |  | 単位/回 |

|  |  |
|--|--|
| 3-8 過去7日間に実施した検査の件数をご回答ください。<br>※検査を実施していない場合は、「0」を記入してください。 |  |
| 01 検体検査（尿・血液等）   |  |
| 02 生体検査（超音波・内視鏡等）  |  |
| 03 X線単純撮影  |  |
| 04 CT・MRI  |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 件 |
| 02 |  | 件 |
| 03 |  | 件 |
| 04 |  | 件 |





## 1-5 入棟前の場所をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 1 自宅(在宅医療の提供あり※<sup>2</sup>)
- 2 自宅(在宅医療の提供なし※<sup>2</sup>)
- 3 介護老人保健施設
- 4 介護医療院
- 5 特別養護老人ホーム
- 6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム
- 7 その他の居住系介護施設(認知症グループホーム等)
- 8 障害者支援施設
- 9 他院の一般病床
- 10 他院の一般病床以外
- 11 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
- 12 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
- 13 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床
- 14 自院の一般病床(11、12、13以外)
- 15 自院の療養病床(12以外)
- 16 自院の精神病床
- 17 自院のその他の病床
- 18 特別の関係にある医療機関
- 19 有床診療所
- 20 その他

※<sup>2</sup> 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。

## 1-6 予定・緊急入院区分をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 1 予定入院
- 2 緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター)
- 3 緊急入院(外来の初再診後)



1-7 当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

- 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、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請
- 03 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する
- 04 強度行動障害状態
- 05 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
- 06 生活困窮者である
- 07 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）
- 08 排泄に介助を要する状態
- 09 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
- 10 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
- 11 入退院を繰り返している状態
- 12 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態
- 13 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- 14 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
- 15 その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態
- 16 その他

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |

1-8 1-7で「15 その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

1-9 入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号1つを右欄に記載）

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1 治療のため</li> <li>2 リハビリテーションのため</li> <li>3 検査及び確定診断のため</li> <li>4 教育的入院のため</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>5 緩和ケアのため</li> <li>6 看取りのため（5を除く）</li> <li>7 医療処置を伴う介護のため</li> <li>8 その他 <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/></li> </ul> |
|--|---|

《回答欄》

1-10 入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1 紹介状あり</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>2 紹介状なし</li> </ul> |
|---|---|

《回答欄》

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |   |
|---|---|
| 1-11 主担当医の診療科をご回答ください。(最も近似する番号1つを右欄に記載)  |   |
| <b>1</b> 内科<br><b>2</b> 呼吸器内科<br><b>3</b> 消化器内科<br><b>4</b> 循環器科<br><b>5</b> 精神科<br><b>6</b> 神経内科<br><b>7</b> 外科<br><b>8</b> 整形外科<br><b>9</b> 脳神経外科 | <b>10</b> 呼吸器外科<br><b>11</b> 心臓血管外科<br><b>12</b> 眼科<br><b>13</b> 耳鼻いんこう科<br><b>14</b> 皮膚科<br><b>15</b> 泌尿器科<br><b>16</b> 救急医学科<br><b>17</b> その他 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 15px; background-color: yellow;"></table> |

|  |   |          |                  |          |             |          |           |          |           |
|--|---|----------|------------------|----------|-------------|----------|-----------|----------|-----------|
| 1-12 入棟時 F I M 得点をご回答ください。<br>(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必ず記入。地域包括ケア病棟または病床に入院している患者の場合測定していれば記入。) |   |          |                  |          |             |          |           |          |           |
| <b>01</b> 運動項目   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><b>a</b></td><td>セルフケア(6~42点)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>b</b></td><td>排泄(2~14点)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>c</b></td><td>移乗(3~21点)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>d</b></td><td>移動(2~14点)</td></tr> </table> | <b>a</b> | セルフケア(6~42点)     | <b>b</b> | 排泄(2~14点)   | <b>c</b> | 移乗(3~21点) | <b>d</b> | 移動(2~14点) |
| <b>a</b>   | セルフケア(6~42点)  |          |                  |          |             |          |           |          |           |
| <b>b</b>   | 排泄(2~14点)   |          |                  |          |             |          |           |          |           |
| <b>c</b>   | 移乗(3~21点)   |          |                  |          |             |          |           |          |           |
| <b>d</b>   | 移動(2~14点)   |          |                  |          |             |          |           |          |           |
| <b>02</b> 認知項目   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><b>a</b></td><td>コミュニケーション(2~14点)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>b</b></td><td>社会認識(3~21点)</td></tr> </table>   | <b>a</b> | コミュニケーション(2~14点) | <b>b</b> | 社会認識(3~21点) |          |           |          |           |
| <b>a</b>   | コミュニケーション(2~14点)  |          |                  |          |             |          |           |          |           |
| <b>b</b>   | 社会認識(3~21点)   |          |                  |          |             |          |           |          |           |

《回答欄》

|   |  |   |
|---|--|---|
| a |  | 点 |
| b |  | 点 |
| c |  | 点 |
| d |  | 点 |
| a |  | 点 |
| b |  | 点 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| 1-13 入棟時のADLスコアをご回答ください。(下表の分類に従って記入) |
| <b>01</b> 食事                          |
| <b>02</b> 移乗                          |
| <b>03</b> 整容                          |
| <b>04</b> トイレ動作・トイレの使用                |
| <b>05</b> 入浴                          |
| <b>06</b> 平地歩行                        |
| <b>07</b> 階段                          |
| <b>08</b> 更衣                          |
| <b>09</b> 排便管理                        |
| <b>10</b> 排尿管理                        |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所 見             |   |               |     |
|------------------|-----------------|---|---------------|-----|
|                  | 自 立             | 一部介助  | 全介助           | 不 明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする             | 0             | 9   |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能<br>1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる | 0<br>座位バランス困難 | 9   |
| 整 容              | 1<br>顔/髪/歯/ひげ剃り | 0   |               | 9   |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>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<br>一人介助で歩く<br>1<br>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<br>時々失敗                                     | 0<br>失禁       | 9   |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                                     | 0<br>失禁       | 9   |

問2 患者の状態等についてお伺いします。

(特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。)

|                                     |    |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|-------------------------------------|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 2-1 患者状態の評価の実施日をご回答ください。<br>(調査基準日) | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|-------------------------------------|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|

|  |  |      |  |  |  |         |  |  |  |  |  |   |
|--|--|------|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|---|
| 2-2 認知症の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |  |      |  |  |  |         |  |  |  |  |  | 《回答欄》   |
| 1 あり                                   |  | 2 なし |  |  |  | 3 わからない |  |  |  |  |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |

《2-2で「1あり」を選択した場合にご回答ください。》

|   |  |      |  |  |  |         |  |  |  |  |  |   |
|---|--|------|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|---|
| 2-3 BPSDの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |  |      |  |  |  |         |  |  |  |  |  | 《回答欄》   |
| 1 あり                                    |  | 2 なし |  |  |  | 3 わからない |  |  |  |  |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |

|  |  |      |  |  |  |         |  |  |  |  |  |   |
|--|--|------|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|---|
| 2-4 せん妄の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |  |      |  |  |  |         |  |  |  |  |  | 《回答欄》   |
| 1 あり                                   |  | 2 なし |  |  |  | 3 わからない |  |  |  |  |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |

|                                      |  |        |  |        |  |         |  |  |  |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--------|--|--------|--|---------|--|--|--|--|--|---|
| 2-5 要介護度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |  |        |  |        |  |         |  |  |  |  |  | 《回答欄》   |
| 1 不明                                 |  | 4 非該当  |  | 7 要介護1 |  | 10 要介護4 |  |  |  |  |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2 未申請                                |  | 5 要支援1 |  | 8 要介護2 |  | 11 要介護5 |  |  |  |  |  |   |
| 3 申請中                                |  | 6 要支援2 |  | 9 要介護3 |  |         |  |  |  |  |  |   |

|   |  |        |  |         |  |      |  |  |  |  |  |   |
|---|--|--------|--|---------|--|------|--|--|--|--|--|---|
| 2-6 認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。<br>(下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載) |  |        |  |         |  |      |  |  |  |  |  | 《回答欄》   |
| 1 自立  |  | 3 II a |  | 5 III a |  | 7 IV |  |  |  |  |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2 I   |  | 4 II b |  | 6 III b |  | 8 M  |  |  |  |  |  |   |

【認知症高齢者の日常生活自立度】

| 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の状態が見られる。  |
| 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。  |
| 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                                       |

2-7 GAF尺度をご回答ください。(直近)

点

【GAF尺度】

| 値      | 所見   |
|--------|--|
| 91-100 | 広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人に多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。  |
| 81-90  | 症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに家族と口論する)。  |
| 71-80  | 症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的、又は学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:一時的に学業で後れをとる)。  |
| 61-70  | いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、又は、社会的、職業的、又は学校の機能にいくらかの困難はある(例:時に不眠をきたしたり、家の金を盗んだりする)が、全体的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。   |
| 51-60  | 中等度の症状(例:感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、又は、社会的、職業的、又は学校の機能における中等度の困難(例:友達が少ししかない、仲間や仕事の同僚との葛藤)  |
| 41-50  | 重大な症状(例:自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する)又は、社会的、職業的、又は学校の機能における何らかの深刻な障害(例:友達がいない、仕事が続かない)   |
| 31-40  | 現実検討か疎通性にいくらかの欠陥(例:会話は時々非論理的、あいまい、又は関係性がなくなる)、又は、仕事や学校、家族関係、判断、思考、又は気分など多くの面での重大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもをなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない) |
| 21-30  | 行動は妄想や幻覚に相当影響されている、又は疎通性が判断に重大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、又は、ほとんどすべての面で機能することができない(例:1日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。                                  |
| 11-20  | 自己又は他者を傷つける危険がかなりあるか(例:はっきりと死の可能性を意識しない自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、又は、時には最低限の身の清潔維持ができない。(例:大便を塗りたくる)、又は、疎通性に重大な欠陥(例:大部分滅裂か無言症)                                   |
| 1-10   | 自己又は他者をひどく傷つける危険が続いている(例:暴力の繰り返し)、又は最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、又は、はっきりと死の可能性を意識した重大な自殺行為   |
| 0      | 情報不十分  |

2-8 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)についてご回答ください。  
(下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載)

|              |              |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>1</b> 自立  | <b>3</b> J 2 | <b>5</b> A 2 | <b>7</b> B 2 | <b>9</b> C 2 |
| <b>2</b> J 1 | <b>4</b> A 1 | <b>6</b> B 1 | <b>8</b> C 1 |              |

《回答欄》

【障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)】

|       |      |  |
|-------|------|--|
| 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<br>1 交通機関等を利用して外出する<br>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<br>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<br>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<br>1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う<br>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<br>1 自力で寝返りをうつ<br>2 自力では寝返りもうたない                                  |

2-9 \*入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|      |      |              |
|------|------|--------------|
| 1 あり | 2 なし | 3 スクリーニング未実施 |
|------|------|--------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-9で「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》

2-10 \*GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|          |             |
|----------|-------------|
| 1 低栄養非該当 | 3 重度低栄養     |
| 2 中等度低栄養 | 4 GLIM基準非対応 |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-11 栄養摂取の状況についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| 1 経口摂取のみ             | 3 経管栄養・経静脈栄養のみ |
| 2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 |                |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-11で「1 経口摂取のみ」を選択した場合にご回答ください。》

2-12 嚥下調整食の必要性についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|               |               |
|---------------|---------------|
| 1 嚥下調整食の必要性あり | 2 嚥下調整食の必要性なし |
|---------------|---------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-12で「1 嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合にご回答ください。》

2-13 \*栄養管理計画に「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードが記載されている場合は、ご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|           |             |              |              |
|-----------|-------------|--------------|--------------|
| 1 嚥下調整食 4 | 3 嚥下調整食 2-2 | 5 嚥下調整食 1 j  | 7 嚥下訓練食品 0 j |
| 2 嚥下調整食 3 | 4 嚥下調整食 2-1 | 6 嚥下訓練食品 0 t | 8 記載なし       |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-11で「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」を選択した場合にご回答ください。》

2-14 経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|           |    |    |
|-----------|----|----|
| 01 経鼻胃管   | 01 |    |
| 02 胃瘻・腸瘻  |    | 02 |
| 03 末梢静脈栄養 |    | 03 |
| 04 中心静脈栄養 |    | 04 |

《回答欄》

|  |    |
|--|----|
|  | 01 |
|  | 02 |
|  | 03 |
|  | 04 |

■ 2-15~2-23は、2-14で「04 中心静脈栄養」を選択した場合にご回答ください。

2-15 中心静脈栄養開始の契機についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|   |    |    |
|---|----|----|
| 01 患者本人の希望  | 01 |    |
| 02 家族の希望  |    | 02 |
| 03 転院を行うため <sup>※1</sup>  |    | 03 |
| 04 腸管安静等のため   |    | 04 |
| 05 他に代替できる栄養経路がない   |    | 05 |
| 06 その他 <input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/> |    | 06 |

《回答欄》

|  |    |
|--|----|
|  | 01 |
|  | 02 |
|  | 03 |
|  | 04 |
|  | 05 |
|  | 06 |

※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。

2-16 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)をご回答ください。不明の場合は「0」とご回答ください。

|  |    |
|--|----|
|  | 01 |
|--|----|

2-17 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）についてご回答ください。  
（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |             |
|-------------|-------------|
| <b>1</b> あり | <b>2</b> なし |
|-------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-18 中心静脈栄養を継続している理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                                    |   |    |    |    |    |    |    |
|------------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|
| <b>01</b> 患者本人の希望                  | <table border="1"> <tr><td>01</td></tr> <tr><td>02</td></tr> <tr><td>03</td></tr> <tr><td>04</td></tr> <tr><td>05</td></tr> <tr><td>06</td></tr> </table> | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| 01                                 |   |    |    |    |    |    |    |
| 02                                 |   |    |    |    |    |    |    |
| 03                                 |   |    |    |    |    |    |    |
| 04                                 |   |    |    |    |    |    |    |
| 05                                 |   |    |    |    |    |    |    |
| 06                                 |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>02</b> 家族の希望                    |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>03</b> 転院を行うため <sup>※1</sup>    |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>04</b> 腸管安静等のため                 |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>05</b> 他に代替できる栄養経路がない           |   |    |    |    |    |    |    |
| <b>06</b> その他 <input type="text"/> |   |    |    |    |    |    |    |

《回答欄》

※1 （再掲）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。

2-19 中心静脈カテーテル抜去の見込みについてご回答ください。  
（該当する番号1つを右欄に記載）

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| <b>1</b> 近日中に抜去予定   | <b>4</b> 1~3以外で退院時に抜去予定 |
| <b>2</b> 半年以内に抜去予定  | <b>5</b> 抜去できる見込みなし     |
| <b>3</b> 半年以上後に抜去予定 |                         |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-20 入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |             |
|-------------|-------------|
| <b>1</b> あり | <b>2</b> なし |
|-------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-21 嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |             |
|-------------|-------------|
| <b>1</b> あり | <b>2</b> なし |
|-------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-22 入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |             |
|-------------|-------------|
| <b>1</b> あり | <b>2</b> なし |
|-------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-22で「1あり」を選択した場合にご回答ください。》

2-23 入院中の嚥下リハビリについて、1週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。（該当がない場合、「0」でご回答ください。）

|                 |   |     |     |     |    |  |     |
|-----------------|---|-----|-----|-----|----|--|-----|
| <b>01</b> 30分未満 | <table border="1"> <tr> <td>01</td> <td></td> <td>回/週</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td></td> <td>回/週</td> </tr> </table> | 01  |     | 回/週 | 02 |  | 回/週 |
| 01              |   |     | 回/週 |     |    |  |     |
| 02              |   | 回/週 |     |     |    |  |     |
| <b>02</b> 30分以上 |   |     |     |     |    |  |     |

《回答欄》

2-24 「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をご回答ください。  
（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |             |
|-------------|-------------|
| <b>1</b> あり | <b>2</b> なし |
|-------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-25 入院時における自院以外の施設からの「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、医療・ケアの方針についての情報共有の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|             |             |
|-------------|-------------|
| <b>1</b> あり | <b>2</b> なし |
|-------------|-------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-26 過去7日間の身体的拘束の実施<sup>※2</sup>有無についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 1 調査基準日時点(問2-1)で実施あり
- 2 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
- 3 なし

※2 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■ 2-27~2-29は、2-26で「1 調査基準日時点(問2-1)で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり」を選択した場合にご回答ください。

2-27 身体的拘束の実施理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 ライン・チューブ類の自己抜去防止
- 02 転倒・転落防止
- 03 安静保持が必要
- 04 創部の保護が必要
- 05 その他

01

02

03

04

05

2-28 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| 1 1日間 | 3 3日間 | 5 5日間 | 7 7日間 |
| 2 2日間 | 4 4日間 | 6 6日間 |       |

2-29 過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の拘束時間及び方法についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 1 常時：衣服に付けるクリップセンサー等
- 2 常時：手指・四肢・体幹抑制
- 3 一時的(処置時・不穏時)
- 4 夜間のみ(3を除く)：衣服に付けるクリップセンサー等
- 5 夜間のみ(3を除く)：手指・四肢・体幹抑制

問3 患者の受療状況等についてお伺いします。

3-1 入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。(調査基準日から遡った過去7日間)  
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- |          |             |             |
|----------|-------------|-------------|
| 1 安定している | 2 時々、不安定である | 3 常時、不安定である |
|----------|-------------|-------------|

3-2 医師による診察(処置、判断含む)の頻度・必要性についてご回答ください。  
(調査基準日から遡った過去7日間) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 1 週1回程度以下、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- 2 週2~3回、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- 3 毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- 4 1日数回、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- 5 常時、医師による診察(処置、判断含む)が必要







《 4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

4-3 退院後に必要な支援についてご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

01 医療処置

02 通院の介助

03 訪問診療

04 訪問看護

05 リハビリテーション

06 買い物・清掃・調理等の家事の補助

07 食事・排泄・移動等の介護

08 認知症・精神疾患に対する見守り

09 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

《 4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

4-4 退院できない理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

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 地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため

10 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため

11 01～10の全体の調整・マネジメントができていないため

12 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

13 転院先の医療機関の確保ができていないため

14 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

《 4-4で「01 本人の希望に合わないため」または「02 家族の希望に合わないため」を選択した場合にご回答ください。》

4-5 本人・家族の希望に合わない理由をご回答ください。  
(最も該当するものに◎、該当するものに○)

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

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

4-6 退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。  
(最も該当するものに◎、該当するものに○)

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

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

4-7 退院時期の決定についてご回答ください。(最も該当するものに◎、該当するものに○)

01 疾病の治癒・軽快

02 家族の希望

03 患者の希望

04 主治医の判断

05 病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）

06 クリニカルパスの退院日の通り

07 DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院

08 現時点で時期未定

09 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

■ 当該患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）以降、7日以内に退棟・退院した場合に限り、以降の設問へご記入ください。

問5 患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）に入室していた病棟から退出（退棟・退院）した状況等についてお伺いします。

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 5-1 退棟、退院年月日をご回答ください。 |  |
| 01 退棟年月日              |  |
| 02 退院年月日              |  |

《回答欄》

|    |    |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|----|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 01 | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 02 | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|   |  |
|---|--|
| 5-2 入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |  |
| 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                                |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| 5-3 測定している場合は、退棟時FIM得点をご回答ください。 |                    |
| 01 運動項目                         | a セルフケア(6～42点)     |
|                                 | b 排泄(2～14点)        |
|                                 | c 移乗(3～21点)        |
|                                 | d 移動(2～14点)        |
| 02 認知項目                         | a コミュニケーション(2～14点) |
|                                 | b 社会認識(3～21点)      |

《回答欄》

|   |  |   |
|---|--|---|
| a |  | 点 |
| b |  | 点 |
| c |  | 点 |
| d |  | 点 |
| a |  | 点 |
| b |  | 点 |

■ 5-4～5-7は、回復期リハビリテーション病棟の患者の場合にご回答ください。

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| 5-4 *リハビリテーション実績指数の算出対象についてご回答ください。 |           |
| 1 算出対象である                           | 2 算出対象でない |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |  |
|--|--|
| 5-5 回復期リハビリテーションを要する状態についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |  |
| 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 |
| 2  | 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   |
| 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   |
| 4  | 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態  |
| 5  | 股関節又は膝関節の置換術後の状態   |
| 6  | 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態  |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

5-6 実施した疾患別リハビリテーションの種類をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|                    |  |
|--------------------|--|
| 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    |  |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |

5-7 退棟後のリハビリテーションの必要性の有無についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 5-8～5-9 は、すべての患者についてご回答ください。

5-8 退棟・退院時転帰についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|                            |
|----------------------------|
| 1 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断 |
| 2 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断    |
| 3 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断      |
| 4 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断    |
| 5 最も医療資源を投入した傷病による死亡       |
| 6 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡     |
| 7 その他(検査入院含む)              |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

5-9 退棟・退院先をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|  |  |
|--|--|
| 1 自宅(在宅医療の提供あり <sup>※1</sup> )               | 15 他院のその他の病床                                 |
| 2 自宅(在宅医療の提供なし <sup>※1</sup> )               | 16 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                     |
| 3 介護老人保健施設                                   | 17 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 |
| 4 介護医療院                                      | 18 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   |
| 5 特別養護老人ホーム                                  | 19 自院の一般病床(16、17、18以外)                       |
| 6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                            | 20 自院の療養病床(17以外)                             |
| 7 その他の居住系介護施設(認知症グループホーム等)                   | 21 自院の精神病床                                   |
| 8 障害者支援施設                                    | 22 自院のその他の病床                                 |
| 9 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                      | 23 特別の関係にある医療機関                              |
| 10 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 有床診療所(介護サービス提供医療機関)                       |
| 11 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   | 25 有床診療所(24以外)                               |
| 12 他院の一般病床(9、10、11以外)                        | 26 死亡退院                                      |
| 13 他院の療養病床(10以外)                             | 27 その他                                       |
| 14 他院の精神病床                                   |  |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

※1 (再掲) 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で「14 他院の療養病床（11以外）」または「21 自院の療養病床（18以外）」を選択した場合にご回答ください。》

5-10 退棟先として療養病床が選択された理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 患者または家族の希望のため

02 社会的な理由により在宅での療養が困難なため

03 医学的な理由により在宅での療養が困難なため

04 その他

《回答欄》

01

02

03

04

《 5-10で「26 死亡退院」以外を選択した場合にご回答ください。》

5-11 退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 外来診療

02 訪問診療

03 訪問看護

04 訪問薬剤管理指導

05 訪問リハビリテーション

06 通所リハビリテーション

07 訪問栄養食事指導

08 訪問介護

09 訪問入浴介護

10 通所介護

11 短期入所生活介護

12 短期入所療養介護

13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

14 夜間対応型訪問介護

15 認知症対応型通所介護

16 看護小規模多機能型居宅介護

17 福祉用具貸与

18 居宅療養管理指導

19 その他

20 なし

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

|  |
|--|
| 5-12 退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入） |
| 01 食事                                    |
| 02 移乗                                    |
| 03 整容                                    |
| 04 トイレ動作・トイレの使用                          |
| 05 入浴                                    |
| 06 平地歩行                                  |
| 07 階段                                    |
| 08 更衣                                    |
| 09 排便管理                                  |
| 10 排尿管理                                  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所 見             |                                   |               |     |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|-----|
|                  | 自 立             | 一部介助                              | 全介助           | 不 明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする | 0             | 9   |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能                     | 0<br>座位バランス困難 | 9   |
|                  |                 | 1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる      |               |     |
| 整 容              | 1<br>顔／髪／歯／ひげ剃り | 0                                 |               | 9   |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>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<br>一人介助で歩く                      | 0             | 9   |
|                  |                 | 1<br>車いすで自立                       |               |     |
| 階 段              | 2               | 1                                 | 0             | 9   |
| 更 衣              | 2               | 1                                 | 0             | 9   |
| 排便管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9   |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9   |

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日（ ）までに

貴施設の調査担当者にお渡し下さい。





《回答欄》

| 1-5 入棟前の場所をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |   |
|-------------------------------------|---|
| 1                                   | 自宅(在宅医療の提供あり <sup>※1</sup> )              |
| 2                                   | 自宅(在宅医療の提供なし <sup>※1</sup> )              |
| 3                                   | 介護老人保健施設                                  |
| 4                                   | 介護医療院                                     |
| 5                                   | 特別養護老人ホーム                                 |
| 6                                   | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                           |
| 7                                   | その他の居住系介護施設(認知症グループホーム等)                  |
| 8                                   | 障害者支援施設                                   |
| 9                                   | 他院の一般病床                                   |
| 10                                  | 他院の一般病床以外                                 |
| 11                                  | 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                     |
| 12                                  | 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 |
| 13                                  | 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   |
| 14                                  | 自院の一般病床(11、12、13以外)                       |
| 15                                  | 自院の療養病床(12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 <input type="text"/>                  |

※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。

《回答欄》

| 1-6 予定・緊急入院区分をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                            |
|--|----------------------------|
| 1                                      | 予定入院                       |
| 2                                      | 緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター) |
| 3                                      | 緊急入院(外来の初再診後)              |

|   |    |
|---|----|
| 1-7 当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |    |
| 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                              | 01 |
| 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、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請          | 02 |
| 03 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する                                      | 03 |
| 04 強度行動障害状態   | 04 |
| 05 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                                     | 05 |
| 06 生活困窮者である   | 06 |
| 07 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）                    | 07 |
| 08 排泄に介助を要する状態  | 08 |
| 09 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                          | 09 |
| 10 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                                   | 10 |
| 11 入退院を繰り返している状態  | 11 |
| 12 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態                                | 12 |
| 13 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等                                      | 13 |
| 14 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている                                      | 14 |
| 15 その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態                             | 15 |
| 16 その他 <input type="text"/>                                       | 16 |

《回答欄》

01  
02  
03  
04  
05  
06  
07  
08  
09  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16

1-8 1-7で「15 その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1-9 入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号1つを右欄に記載） |                            |
| 1 治療のため                              | 5 緩和ケアのため                  |
| 2 リハビリテーションのため                       | 6 看取りのため（5を除く）             |
| 3 検査及び確定診断のため                        | 7 医療処置を伴う介護のため             |
| 4 教育的入院のため                           | 8 その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|  |         |
|--|---------|
| 1-10 入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |         |
| 1 紹介状あり  | 2 紹介状なし |

《回答欄》

|  |            |
|--|------------|
| 1-11 過去1か月の急性増悪の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |            |
| 1 急性増悪はなく、病態は安定している                            | 2 急性増悪があった |

《回答欄》

|                                       |
|---------------------------------------|
| 1-12 入棟時のADLスコアをご回答ください。(下表の分類に従って記入) |
| 01 食事                                 |
| 02 移乗                                 |
| 03 整容                                 |
| 04 トイレ動作・トイレの使用                       |
| 05 入浴                                 |
| 06 平地歩行                               |
| 07 階段                                 |
| 08 更衣                                 |
| 09 排便管理                               |
| 10 排尿管理                               |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所見              |                                   |               |    |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|----|
|                  | 自立              | 一部介助                              | 全介助           | 不明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする | 0             | 9  |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能                     | 0<br>座位バランス困難 | 9  |
|                  |                 | 1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる      |               |    |
| 整 容              | 1<br>顔/髪/歯/ひげ剃り | 0                                 |               | 9  |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>おおよそ自分一人できる  | 0             | 9  |
| 入 浴              | 1               | 0                                 |               | 9  |
| 平地歩行             | 3               | 2<br>一人介助で歩く                      | 0             | 9  |
|                  |                 | 1<br>車いすで自立                       |               |    |
| 階 段              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 更 衣              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 排便管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |

問2 患者の状態等についてお伺いします。

(特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。)

|                                     |
|-------------------------------------|
| 2-1 患者状態の評価の実施日をご回答ください。<br>(調査基準日) |
|-------------------------------------|

|    |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|----|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 西暦 |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|----|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

|  |      |         |
|--|------|---------|
| 2-2 認知症の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |         |
| 1 あり                                   | 2 なし | 3 わからない |

《回答欄》

《2-2で「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》

|   |      |         |
|---|------|---------|
| 2-3 BPSDの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |         |
| 1 あり                                    | 2 なし | 3 わからない |

《回答欄》

|  |      |         |
|--|------|---------|
| 2-4 せん妄の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |         |
| 1 あり                                   | 2 なし | 3 わからない |

《回答欄》

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 2-5 意識障害の有無についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                         |
| 01 意識障害あり (JCSII-3以上又はGCS8点以下)          | 01 <input type="text"/> |
| 02 意識障害あり (JCSIII-100以上)                | 02 <input type="text"/> |
| 03 意識障害あり (01、02以外)                     | 03 <input type="text"/> |
| 04 意識障害なし                               | 04 <input type="text"/> |

《回答欄》

01

02

03

04

|                                      |        |        |         |
|--------------------------------------|--------|--------|---------|
| 2-6 要介護度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |        |        |         |
| 1 不明                                 | 4 非該当  | 7 要介護1 | 10 要介護4 |
| 2 未申請                                | 5 要支援1 | 8 要介護2 | 11 要介護5 |
| 3 申請中                                | 6 要支援2 | 9 要介護3 |         |

《回答欄》

|   |        |         |      |
|---|--------|---------|------|
| 2-7 認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。<br>(下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載) |        |         |      |
| 1 自立  | 3 II a | 5 III a | 7 IV |
| 2 I   | 4 II b | 6 III b | 8 M  |

《回答欄》

【認知症高齢者の日常生活自立度】

| 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、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等   |
|       | 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 |
|       | 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                                       |

2-8 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）についてご回答ください。  
（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）

|              |              |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>1</b> 自立  | <b>3</b> J 2 | <b>5</b> A 2 | <b>7</b> B 2 | <b>9</b> C 2 |
| <b>2</b> J 1 | <b>4</b> A 1 | <b>6</b> B 1 | <b>8</b> C 1 |              |

《回答欄》

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

|       |      |  |
|-------|------|--|
| 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<br>1 交通機関等を利用して外出する<br>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<br>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<br>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<br>1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う<br>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<br>1 自力で寝返りをうつ<br>2 自力では寝返りもうたない                                  |

2-9 身体障害者（肢体不自由）の等級についてご回答ください。  
（該当する番号1つを右欄に記載）

|              |             |             |             |             |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>1</b> 不明  | <b>3</b> 1級 | <b>5</b> 3級 | <b>7</b> 5級 | <b>9</b> 7級 |
| <b>2</b> 非該当 | <b>4</b> 2級 | <b>6</b> 4級 | <b>8</b> 6級 |             |

《回答欄》

2-10 障害支援区分（障害程度区分）についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|               |              |              |              |              |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>1</b> 未申請等 | <b>3</b> 不明  | <b>5</b> 区分2 | <b>7</b> 区分4 | <b>9</b> 区分6 |
| <b>2</b> 非該当  | <b>4</b> 区分1 | <b>6</b> 区分3 | <b>8</b> 区分5 |              |

《回答欄》

2-11 排泄方法についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>01</b> 自立（トイレまで歩行）          | 01 |
| <b>02</b> 自立（ベッドサイドで尿器等使用）     | 02 |
| <b>03</b> ポータブルトイレを使用          | 03 |
| <b>04</b> おむつ併用                | 04 |
| <b>05</b> 完全におむつ               | 05 |
| <b>06</b> 人工膀胱（ウロストミー）         | 06 |
| <b>07</b> 人工肛門（コロストミー、イレオストミー） | 07 |
| <b>08</b> 膀胱留置カテーテル            | 08 |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |

2-12 排泄介助の回数をご回答ください。

 回/日

2-13 排泄自立に向けた支援内容についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                                 |
|----|---------------------------------|
| 01 | 下部尿路機能評価のための情報収集(排尿日誌、残尿測定等)    |
| 02 | 膀胱機能評価や超音波測定などに基づく排尿誘導          |
| 03 | 水分摂取の見直しなどの生活指導                 |
| 04 | 膀胱訓練・骨盤底筋訓練の実施                  |
| 05 | 関節可動域拡大、座位保持、歩行訓練などの排泄に関連する動作訓練 |
| 06 | 移動手段、補助用具の提供、設備の調整など            |
| 07 | 実際の排泄や排泄に向けた移動に関する見守り・リハビリテーション |
| 08 | 該当なし                            |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |

2-14 \*入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|      |      |              |
|------|------|--------------|
| 1 あり | 2 なし | 3 スクリーニング未実施 |
|------|------|--------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-14で「1あり」を選択した場合にご回答ください。》

2-15 \*GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|          |             |
|----------|-------------|
| 1 低栄養非該当 | 3 重度低栄養     |
| 2 中等度低栄養 | 4 GLIM基準非対応 |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-16 栄養摂取の状況についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| 1 経口摂取のみ             | 3 経管栄養・経静脈栄養のみ |
| 2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 |                |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-16で「1経口摂取のみ」を選択した場合にご回答ください。》

2-17 嚥下調整食の必要性についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|               |               |
|---------------|---------------|
| 1 嚥下調整食の必要性あり | 2 嚥下調整食の必要性なし |
|---------------|---------------|

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-17で「1嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合にご回答ください。》

2-18 \*栄養管理計画に「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードが記載されている場合は、ご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|           |             |              |              |
|-----------|-------------|--------------|--------------|
| 1 嚥下調整食 4 | 3 嚥下調整食 2-2 | 5 嚥下調整食 1 j  | 7 嚥下訓練食品 0 j |
| 2 嚥下調整食 3 | 4 嚥下調整食 2-1 | 6 嚥下訓練食品 0 t | 8 記載なし       |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-16で「2経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3経管栄養・経静脈栄養のみ」を選択した場合にご回答ください。》

2-19 経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |        |
|----|--------|
| 01 | 経鼻胃管   |
| 02 | 胃瘻・腸瘻  |
| 03 | 末梢静脈栄養 |
| 04 | 中心静脈栄養 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |

■ 2-20～2-28は、2-19で「04 中心静脈栄養」を選択した場合にご回答ください。

2-20 中心静脈栄養開始の契機についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 01 患者本人の希望               |  |
| 02 家族の希望                 |  |
| 03 転院を行うため <sup>※1</sup> |  |
| 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                   |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

※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。

2-21 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）をご回答ください。不明の場合は「0」とご回答ください。

《回答欄》 日付

2-22 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）についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

2-23 中心静脈栄養を継続している理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 01 患者本人の希望               |  |
| 02 家族の希望                 |  |
| 03 転院を行うため <sup>※1</sup> |  |
| 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                   |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

※1 （再掲）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。

2-24 中心静脈カテーテル抜去の見込みについてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|              |                  |
|--------------|------------------|
| 1 近日中に抜去予定   | 4 1～3以外で退院時に抜去予定 |
| 2 半年以内に抜去予定  | 5 抜去できる見込みなし     |
| 3 半年以上後に抜去予定 |                  |

《回答欄》

2-25 入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

2-26 嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

2-27 入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》



|   |                             |                          |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| 《 2-27で「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》  |                             |                          |
| 2-28 入院中の嚥下リハビリについて、1週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。（該当がない場合、「0」でご回答ください。）  |                             | 《回答欄》                    |
| 01  | 30分未満                       | <input type="text"/> 回/週 |
| 02  | 30分以上                       | <input type="text"/> 回/週 |
| 2-29 「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をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  |                             | 《回答欄》                    |
| 1   | あり                          | <input type="text"/>     |
| 2   | なし                          | <input type="text"/>     |
| 2-30 入院時における自院以外の施設からの「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、医療・ケアの方針についての情報共有の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  |                             | 《回答欄》                    |
| 1   | あり                          | <input type="text"/>     |
| 2   | なし                          | <input type="text"/>     |
| 2-31 過去7日間の身体的拘束の実施 <sup>※2</sup> 有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  |                             | 《回答欄》                    |
| 1   | 調査基準日時点（問2-1）で実施あり          | <input type="text"/>     |
| 2   | 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり | <input type="text"/>     |
| 3   | なし                          | <input type="text"/>     |
| <p>※2 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。</p> <p>■ 2-32～2-34は、2-31で「1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり」を選択した場合にご回答ください。</p> |                             |                          |
| 2-32 身体的拘束の実施理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）  |                             | 《回答欄》                    |
| 01  | ライン・チューブ類の自己抜去防止            | <input type="text"/>     |
| 02  | 転倒・転落防止                     | <input type="text"/>     |
| 03  | 安静保持が必要                     | <input type="text"/>     |
| 04  | 創部の保護が必要                    | <input type="text"/>     |
| 05  | その他 <input type="text"/>    | <input type="text"/>     |
| 2-33 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）   |                             | 《回答欄》                    |
| 1   | 1日間                         | <input type="text"/>     |
| 2   | 2日間                         | <input type="text"/>     |
| 3   | 3日間                         | <input type="text"/>     |
| 4   | 4日間                         | <input type="text"/>     |
| 5   | 5日間                         | <input type="text"/>     |
| 6   | 6日間                         | <input type="text"/>     |
| 7   | 7日間                         | <input type="text"/>     |
| 2-34 過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の拘束時間及び方法についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  |                             | 《回答欄》                    |
| 1   | 常時：衣服に付けるクリップセンサー等          | <input type="text"/>     |
| 2   | 常時：手指・四肢・体幹抑制               | <input type="text"/>     |
| 3   | 一時的（処置時・不穏時）                | <input type="text"/>     |
| 4   | 夜間のみ（3を除く）：衣服に付けるクリップセンサー等  | <input type="text"/>     |
| 5   | 夜間のみ（3を除く）：手指・四肢・体幹抑制       | <input type="text"/>     |

問3 患者の受療状況等についてお伺いします。

3-1 入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。（調査基準日から遡った過去7日間）  
（該当する番号1つを右欄に記載）

**1** 安定している                      **2** 時々、不安定である                      **3** 常時、不安定である

《回答欄》

3-2 医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性についてご回答ください。  
（調査基準日から遡った過去7日間）（該当する番号1つを右欄に記載）

**1** 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要  
**2** 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要  
**3** 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要  
**4** 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要  
**5** 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

《回答欄》

3-3 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性についてご回答ください。  
（調査基準日から遡った過去7日間）（該当する番号1つを右欄に記載）

**1** 1日1～3回の観察および管理が必要  
**2** 1日4～8回の観察および管理が必要  
**3** 2を超えた頻繁な観察および管理が必要  
**4** 3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）

《回答欄》

3-4 入院中の手術の実施状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

**1** 手術を実施した                      **2** 手術は実施していない

《回答欄》

■ 3-5・3-6は、3-4で「**1** 手術を実施した」を選択した場合にご回答ください。

3-5 全身麻酔についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

**1** 全身麻酔を実施した                      **2** 全身麻酔は実施していない

《回答欄》

3-6 手術時間についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

**1** 1時間未満                      **2** 1時間以上8時間未満                      **3** 8時間以上

《回答欄》

3-7 リハビリ職による疾患別リハ実施状況についてご回答ください。  
（調査基準日から遡った過去7日間）（該当する番号1つを右欄に記載）

**1** 心大血管疾患リハビリテーション                      **4** 運動器リハビリテーション  
**2** 脳血管疾患等リハビリテーション                      **5** 呼吸器リハビリテーション  
**3** 廃用症候群リハビリテーション                      **6** いずれも実施していない

《回答欄》

《3-7で「**1** 心大血管疾患リハビリテーション」～「**5** 呼吸器リハビリテーション」を選択した場合にご回答ください。》

3-8 入院中の疾患別リハビリテーションの実施について、調査基準日から遡った過去7日間の回数と実施単位についてご回答ください。

**01** 疾患別リハビリテーションの回数  
**02** 疾患別リハビリテーションの単位数  
**03** 保険医療機関外（屋外等）での単位数

《回答欄》

|    |                      |    |
|----|----------------------|----|
| 01 | <input type="text"/> | 回  |
| 02 | <input type="text"/> | 単位 |
| 03 | <input type="text"/> | 単位 |

|   |  |
|---|--|
| 《 3-8 「03 保険医療機関外（屋外等）での単位数」で「1単位以上」の場合にご回答ください。》   |  |
| 3-9 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についてご回答ください。<br>（該当する番号1つを右欄に記載）  |  |
| <b>1</b> 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<br><br><b>2</b> 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<br><br><b>3</b> 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 | 《回答欄》<br><div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> |

|   |                |   |   |
|---|----------------|---|---|
| 3-10 過去7日間／過去1か月に実施した検査の件数をご回答ください。<br>※検査を実施していない場合は、「0」を記入してください。 |                |   |   |
| <b>01</b> 検体検査（尿・血液等） ※オーダー単位                                       | <b>a</b> 過去7日間 | a | 件 |
|   | <b>b</b> 過去1か月 | b | 件 |
| <b>02</b> 生体検査（超音波・内視鏡等）  | <b>a</b> 過去7日間 | a | 件 |
|   | <b>b</b> 過去1か月 | b | 件 |
| <b>03</b> X線単純撮影  | <b>a</b> 過去7日間 | a | 件 |
|   | <b>b</b> 過去1か月 | b | 件 |
| <b>04</b> CT・MRI  | <b>a</b> 過去7日間 | a | 件 |
|   | <b>b</b> 過去1か月 | b | 件 |

3-11 過去1か月間に患者が受けた医療行為・処置等についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

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

3-12 3-11で「06 その他カテーテルの挿入・交換」を選択した場合、部位をご回答ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |      |      |
|--|------|------|
| 3-13 入院前における貴院の入退院支援部門の関与の有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |      |      |
| 1 あり   | 2 なし | 3 不明 |

《回答欄》

|   |      |      |
|---|------|------|
| 3-14 入院前の担当ケアマネジャーの有無についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |      |      |
| 1 あり  | 2 なし | 3 不明 |

《回答欄》

問4 患者の今後の見通し等についてお伺いします。

|  |  |  |
|--|--|--|
| 4-1 医学的な入院継続の理由等についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |  |  |
| 1 医学的な理由のため、入院医療が必要である                       |  |  |
| 2 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                 |  |  |
| 3 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            |  |  |
| 4 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       |  |  |

《回答欄》

《4-1で「1 医学的な理由のため、入院医療が必要である」もしくは「2 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」を選択した場合にご回答ください。》

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
| 4-2 医学的な理由の詳細についてご回答ください。(最も該当する番号1つを右欄に記載) |                      |  |
| 1 急性期の治療を行っているため                            |                      |  |
| 2 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             |                      |  |
| 3 退院にはリハビリテーションが必要であるため                     |                      |  |
| 4 その他                                       | <input type="text"/> |  |

《回答欄》

《4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

|  |                      |  |
|--|----------------------|--|
| 4-3 退院後に必要な支援についてご回答ください。(最も該当するものに◎、該当するものに○) |                      |  |
| 01 医療処置  | <input type="text"/> |  |
| 02 通院の介助                                       | <input type="text"/> |  |
| 03 訪問診療  | <input type="text"/> |  |
| 04 訪問看護  | <input type="text"/> |  |
| 05 リハビリテーション                                   | <input type="text"/> |  |
| 06 買い物・清掃・調理等の家事の補助                            | <input type="text"/> |  |
| 07 食事・排泄・移動等の介護                                | <input type="text"/> |  |
| 08 認知症・精神疾患に対する見守り                             | <input type="text"/> |  |
| 09 その他   | <input type="text"/> |  |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

《 4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

4-4 退院できない理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

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 地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため

10 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため

11 01～10の全体の調整・マネジメントができていないため

12 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

13 転院先の医療機関の確保ができていないため

14 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

《 4-4で「01 本人の希望に合わないため」または「02 家族の希望に合わないため」を選択した場合にご回答ください。》

4-5 本人・家族の希望に合わない理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

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

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

4-6 退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。  
 (最も該当するものに◎、該当するものに○)

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 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 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |

4-7 退院時期の決定についてご回答ください。(最も該当するものに◎、該当するものに○)

|    |                            |
|----|----------------------------|
| 01 | 患者の症状の回復                   |
| 02 | 家族の希望                      |
| 03 | 患者の希望                      |
| 04 | 主治医の判断                     |
| 05 | 病床管理上の理由(予定入院や転入受け入れのためなど) |
| 06 | クリニカルパスの退院日の通り             |
| 07 | DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院          |
| 08 | 現時点で時期未定                   |
| 09 | その他 <input type="text"/>   |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日( )までに  
 貴施設の調査担当者にお渡し下さい。





問2 退棟もしくは退院時の状況についてお伺いします。

2-1 入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|                    |
|--------------------|
| 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 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

《2-1で「04」と回答した場合にご回答ください。》

2-2 \*入退院支援加算1～3が算定無しとなった理由は何ですか。(該当する番号すべて、右欄に○)

|   |
|---|
| 01 退院困難な要因を有していなかった   |
| 02 入院後7日以内に退院困難であることを抽出できなかった                                   |
| 03 規定の期間内に退院支援計画を作成することができなかった                                  |
| 04 多職種の共同カンファレンスが行えなかった   |
| 05 その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |

2-3 退棟・退院時転帰についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

|                            |
|----------------------------|
| 1 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断 |
| 2 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断    |
| 3 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断      |
| 4 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断    |
| 5 最も医療資源を投入した傷病による死亡       |
| 6 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡     |
| 7 その他(検査入院含む)              |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

2-4 摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1 摂食嚥下機能回復体制加算1 | 3 摂食嚥下機能回復体制加算3 |
| 2 摂食嚥下機能回復体制加算2 | 4 算定なし          |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

《回答欄》

## 2-5 退棟・退院先をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- |  |  |
|--|--|
| 1 自宅(在宅医療の提供あり※ <sup>1</sup> )               | 15 他院のその他の病床                                 |
| 2 自宅(在宅医療の提供なし※ <sup>1</sup> )               | 16 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                     |
| 3 介護老人保健施設                                   | 17 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 |
| 4 介護医療院                                      | 18 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   |
| 5 特別養護老人ホーム                                  | 19 自院の一般病床(16、17、18以外)                       |
| 6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                            | 20 自院の療養病床(17以外)                             |
| 7 その他の居住系介護施設<br>(認知症グループホーム等)               | 21 自院の精神病床                                   |
| 8 障害者支援施設                                    | 22 自院のその他の病床                                 |
| 9 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                      | 23 特別の関係にある医療機関                              |
| 10 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 有床診療所(介護サービス提供医療機関)                       |
| 11 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   | 25 有床診療所(24以外)                               |
| 12 他院の一般病床(9、10、11以外)                        | 26 死亡退院                                      |
| 13 他院の療養病床(10以外)                             | 27 その他 <input type="text"/>                  |
| 14 他院の精神病床                                   |  |

※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。

|   |                      |
|---|----------------------|
| 《 2-5で「26 死亡退院」以外を選択した場合にご回答ください。》                      |                      |
| 2-6 退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 外来診療   |                      |
| 02 訪問診療   |                      |
| 03 訪問看護   |                      |
| 04 訪問薬剤管理指導   |                      |
| 05 訪問リハビリテーション  |                      |
| 06 通所リハビリテーション  |                      |
| 07 訪問栄養食事指導   |                      |
| 08 訪問介護   |                      |
| 09 訪問入浴介護   |                      |
| 10 通所介護   |                      |
| 11 短期入所生活介護   |                      |
| 12 短期入所療養介護   |                      |
| 13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                     |                      |
| 14 夜間対応型訪問介護  |                      |
| 15 認知症対応型通所介護   |                      |
| 16 看護小規模多機能型居宅介護  |                      |
| 17 福祉用具貸与   |                      |
| 18 居宅療養管理指導   |                      |
| 19 その他  | <input type="text"/> |
| 20 なし   |                      |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> |

|   |
|---|
| 2-7 退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入） |
| 01 食事                                   |
| 02 移乗                                   |
| 03 整容                                   |
| 04 トイレ動作・トイレの使用                         |
| 05 入浴                                   |
| 06 平地歩行                                 |
| 07 階段                                   |
| 08 更衣                                   |
| 09 排便管理                                 |
| 10 排尿管理                                 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所見              |                                   |               |    |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|----|
|                  | 自立              | 一部介助                              | 全介助           | 不明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする | 0             | 9  |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能                     | 0<br>座位バランス困難 | 9  |
|                  |                 | 1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる      |               |    |
| 整 容              | 1<br>顔／髪／歯／ひげ剃り | 0                                 |               | 9  |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>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<br>一人介助で歩く                      | 0             | 9  |
|                  |                 | 1<br>車いすで自立                       |               |    |
| 階 段              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 更 衣              | 2               | 1                                 | 0             | 9  |
| 排便管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9  |

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに  
貴施設の調査担当者にお渡し下さい。



《回答欄》

| 1-5 入棟前の場所をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |   |
|-------------------------------------|---|
| 1                                   | 自宅(在宅医療の提供あり <sup>※1</sup> )              |
| 2                                   | 自宅(在宅医療の提供なし <sup>※1</sup> )              |
| 3                                   | 介護老人保健施設                                  |
| 4                                   | 介護医療院                                     |
| 5                                   | 特別養護老人ホーム                                 |
| 6                                   | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                           |
| 7                                   | その他の居住系介護施設(認知症グループホーム等)                  |
| 8                                   | 障害者支援施設                                   |
| 9                                   | 他院の一般病床                                   |
| 10                                  | 他院の一般病床以外                                 |
| 11                                  | 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                     |
| 12                                  | 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 |
| 13                                  | 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   |
| 14                                  | 自院の一般病床(11、12、13以外)                       |
| 15                                  | 自院の療養病床(12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 <input type="text"/>                  |

※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。

《回答欄》

| 1-6 予定・緊急入院区分をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                            |
|--|----------------------------|
| 1                                      | 予定入院                       |
| 2                                      | 緊急入院(救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター) |
| 3                                      | 緊急入院(外来の初再診後)              |

1-7 当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |   |    |
|----|---|----|
| 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                     | 01 |
| 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、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請 | 02 |
| 03 | コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する                             | 03 |
| 04 | 強度行動障害状態  | 04 |
| 05 | 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                            | 05 |
| 06 | 生活困窮者である  | 06 |
| 07 | 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）           | 07 |
| 08 | 排泄に介助を要する状態   | 08 |
| 09 | 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                 | 09 |
| 10 | 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                          | 10 |
| 11 | 入退院を繰り返している状態   | 11 |
| 12 | 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態                       | 12 |
| 13 | 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等                             | 13 |
| 14 | 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている                             | 14 |
| 15 | その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態                    | 15 |
| 16 | その他 <input type="text"/>                              | 16 |

《回答欄》

1-8 1-7で「15 その他患者の状況から判断して01から14までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

1-9 入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号1つを右欄に記載）

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| 1 治療のため        | 5 緩和ケアのため                  |
| 2 リハビリテーションのため | 6 看取りのため（5を除く）             |
| 3 検査及び確定診断のため  | 7 医療処置を伴う介護のため             |
| 4 教育的入院のため     | 8 その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

1-10 入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|         |         |
|---------|---------|
| 1 紹介状あり | 2 紹介状なし |
|---------|---------|

《回答欄》

1-11 過去1か月の急性増悪の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                     |            |
|---------------------|------------|
| 1 急性増悪はなく、病態は安定している | 2 急性増悪があった |
|---------------------|------------|

《回答欄》

|                                       |
|---------------------------------------|
| 1-12 入棟時のADLスコアをご回答ください。(下表の分類に従って記入) |
| 01 食事                                 |
| 02 移乗                                 |
| 03 整容                                 |
| 04 トイレ動作・トイレの使用                       |
| 05 入浴                                 |
| 06 平地歩行                               |
| 07 階段                                 |
| 08 更衣                                 |
| 09 排便管理                               |
| 10 排尿管理                               |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所 見             |   |               |     |
|------------------|-----------------|---|---------------|-----|
|                  | 自 立             | 一部介助  | 全介助           | 不 明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする             | 0             | 9   |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能<br>1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる | 0<br>座位バランス困難 | 9   |
| 整 容              | 1<br>顔/髪/歯/ひげ剃り | 0   |               | 9   |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>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<br>一人介助で歩く<br>1<br>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<br>時々失敗                                     | 0<br>失禁       | 9   |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                                     | 0<br>失禁       | 9   |



問2 患者の状態等についてお伺いします。

(特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。)

|                                     |    |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|-------------------------------------|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 2-1 患者状態の評価の実施日をご回答ください。<br>(調査基準日) | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|-------------------------------------|----|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|

2-2 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当について  
ご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 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

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |

2-3 認知症の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

|      |      |         |
|------|------|---------|
| 1 あり | 2 なし | 3 わからない |
|------|------|---------|

|  |
|--|
|  |
|--|

《2-3で「1あり」を選択した場合にご回答ください。》

2-4 BPSDの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

|      |      |         |
|------|------|---------|
| 1 あり | 2 なし | 3 わからない |
|------|------|---------|

|  |
|--|
|  |
|--|

2-5 せん妄の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

|      |      |         |
|------|------|---------|
| 1 あり | 2 なし | 3 わからない |
|------|------|---------|

|  |
|--|
|  |
|--|

2-6 意識障害の有無についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 意識障害あり (JCSII-3以上又はGCS8点以下)
- 02 意識障害あり (JCSIII-100以上)
- 03 意識障害あり (01、02以外)
- 04 意識障害なし

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |

2-7 要介護度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

|       |        |        |         |
|-------|--------|--------|---------|
| 1 不明  | 4 非該当  | 7 要介護1 | 10 要介護4 |
| 2 未申請 | 5 要支援1 | 8 要介護2 | 11 要介護5 |
| 3 申請中 | 6 要支援2 | 9 要介護3 |         |

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |        |         |      |
|---|--------|---------|------|
| 2-8 認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。<br>(下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載) |        |         |      |
| 1 自立  | 3 II a | 5 III a | 7 IV |
| 2 I   | 4 II b | 6 III b | 8 M  |

《回答欄》

【認知症高齢者の日常生活自立度】

| 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、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等   |
|       | 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 |
|       | 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                                       |

|  |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|
| 2-9 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）についてご回答ください。<br>(下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載) |       |       |       |       |
| 1 自立   | 3 J 2 | 5 A 2 | 7 B 2 | 9 C 2 |
| 2 J 1  | 4 A 1 | 6 B 1 | 8 C 1 |       |

《回答欄》

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

|       |      |  |
|-------|------|--|
| 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<br>1 交通機関等を利用して外出する<br>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<br>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<br>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<br>1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う<br>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<br>1 自力で寝返りをうつ<br>2 自力では寝返りもうたない                                  |

|  |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|
| 2-10 身体障害者（肢体不自由）の等級についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |      |      |      |      |
| 1 不明   | 3 1級 | 5 3級 | 7 5級 | 9 7級 |
| 2 非該当  | 4 2級 | 6 4級 | 8 6級 |      |

《回答欄》

|   |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|
| 2-11 障害支援区分（障害程度区分）についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |       |       |       |       |
| 1 未申請等  | 3 不明  | 5 区分2 | 7 区分4 | 9 区分6 |
| 2 非該当   | 4 区分1 | 6 区分3 | 8 区分5 |       |

《回答欄》

■ 2-12・2-13は、当該患者が超重症児（者）・準超重症児（者）の場合にご回答ください。

|  |              |
|--|--------------|
| 2-12 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準について、運動機能をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |              |
| 1 座位までに該当する  | 2 座位までに該当しない |

《回答欄》

|   |
|---|
| 2-13 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準について、判定スコアをご回答ください。<br>※全項目に非該当の場合は、「0」を記入してください。 |
|---|

点

|  |      |              |
|--|------|--------------|
| 2-14 *入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      |              |
| 1 あり   | 2 なし | 3 スクリーニング未実施 |

《回答欄》

《2-14で「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》

|  |             |
|--|-------------|
| 2-15 *GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |             |
| 1 低栄養非該当   | 3 重度低栄養     |
| 2 中等度低栄養   | 4 GLIM基準非対応 |

《回答欄》

|  |                |
|--|----------------|
| 2-16 栄養摂取の状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                |
| 1 経口摂取のみ                                 | 3 経管栄養・経静脈栄養のみ |
| 2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用                     |                |

《回答欄》

《2-16で「1 経口摂取のみ」を選択した場合にご回答ください。》

|  |               |
|--|---------------|
| 2-17 嚥下調整食の必要性についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |               |
| 1 嚥下調整食の必要性あり                              | 2 嚥下調整食の必要性なし |

《回答欄》

《2-17で「1 嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合にご回答ください。》

|  |             |              |              |
|--|-------------|--------------|--------------|
| 2-18 *栄養管理計画に「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードが記載されている場合は、ご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |             |              |              |
| 1 嚥下調整食 4  | 3 嚥下調整食 2-2 | 5 嚥下調整食 1 j  | 7 嚥下訓練食品 0 j |
| 2 嚥下調整食 3  | 4 嚥下調整食 2-1 | 6 嚥下訓練食品 0 t | 8 記載なし       |

《回答欄》

《2-16で「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」を選択した場合にご回答ください。》

|  |  |
|--|--|
| 2-19 経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |  |
| 01 経鼻胃管                                      |  |
| 02 胃瘻・腸瘻                                     |  |
| 03 末梢静脈栄養                                    |  |
| 04 中心静脈栄養                                    |  |

《回答欄》

01  
02  
03  
04

■ 2-20～2-28は、2-19で「04 中心静脈栄養」を選択した場合にご回答ください。

|  |                      |
|--|----------------------|
| 2-20 中心静脈栄養開始の契機についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 患者本人の希望                                   |                      |
| 02 家族の希望                                     |                      |
| 03 転院を行うため <sup>※1</sup>                     |                      |
| 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                                       | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |

※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。

|  |
|--|
| 2-21 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)をご回答ください。不明の場合は「0」とご回答ください。 |
|--|

|                      |    |
|----------------------|----|
| <input type="text"/> | 日付 |
|----------------------|----|

|  |      |
|--|------|
| 2-22 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)についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |
| 1 あり   | 2 なし |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| 2-23 中心静脈栄養を継続している理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 患者本人の希望                                    |                      |
| 02 家族の希望                                      |                      |
| 03 転院を行うため <sup>※1</sup>                      |                      |
| 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  | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |

※1 (再掲) 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。

|  |                  |
|--|------------------|
| 2-24 中心静脈カテーテル抜去の見込みについてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                  |
| 1 近日中に抜去予定                                       | 4 1～3以外で退院時に抜去予定 |
| 2 半年以内に抜去予定                                      | 5 抜去できる見込みなし     |
| 3 半年以上後に抜去予定                                     |                  |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |      |
|---|------|
| 2-25 入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |
| 1 あり  | 2 なし |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |      |
|---|------|
| 2-26 嚥下機能障害の有無をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |
| 1 あり                                    | 2 なし |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |      |
|---|------|
| 2-27 入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      |
| 1 あり  | 2 なし |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|  |  |
|--|--|
| 《2-27で「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》  |  |
| 2-28 入院中の嚥下リハビリについて、1週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。(該当がない場合、「0」でご回答ください。) |  |
| 01 30分未満   |  |
| 02 30分以上   |  |

《回答欄》

|    |                      |     |
|----|----------------------|-----|
| 01 | <input type="text"/> | 回/週 |
| 02 | <input type="text"/> | 回/週 |



問3 患者の受療状況等についてお伺いします。

|   |  |
|---|--|
| 3-1 入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。(調査基準日から遡った過去7日間)<br>(該当する番号1つを右欄に記載)   | 《回答欄》<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 安定している <b>2</b> 時々、不安定である <b>3</b> 常時、不安定である   |  |
| 3-2 医師による診察(処置、判断含む)の頻度・必要性についてご回答ください。<br>(調査基準日から遡った過去7日間) (該当する番号1つを右欄に記載)   | 《回答欄》<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 週1回程度以下、医師による診察(処置、判断含む)が必要<br><b>2</b> 週2～3回、医師による診察(処置、判断含む)が必要<br><b>3</b> 毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要<br><b>4</b> 1日数回、医師による診察(処置、判断含む)が必要<br><b>5</b> 常時、医師による診察(処置、判断含む)が必要 |  |
| 3-3 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性についてご回答ください。<br>(調査基準日から遡った過去7日間) (該当する番号1つを右欄に記載)  | 《回答欄》<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 1日1～3回の観察および管理が必要<br><b>2</b> 1日4～8回の観察および管理が必要<br><b>3</b> 2を超えた頻繁な観察および管理が必要<br><b>4</b> 3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)                                  |  |
| 3-4 入院中の手術の実施状況についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)   | 《回答欄》<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 手術を実施した <b>2</b> 手術は実施していない  |  |
| ■ 3-5・3-6は、3-4で「 <b>1</b> 手術を実施した」を選択した場合にご回答ください。  |  |
| 3-5 全身麻酔についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)  | 《回答欄》<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 全身麻酔を実施した <b>2</b> 全身麻酔は実施していない  |  |
| 3-6 手術時間についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)  | 《回答欄》<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 1時間未満 <b>2</b> 1時間以上8時間未満 <b>3</b> 8時間以上   |  |
| 3-7 リハビリ職による疾患別リハ実施状況についてご回答ください。<br>(調査基準日から遡った過去7日間) (該当する番号1つを右欄に記載)   | 《回答欄》<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <b>1</b> 心大血管疾患リハビリテーション <b>4</b> 運動器リハビリテーション<br><b>2</b> 脳血管疾患等リハビリテーション <b>5</b> 呼吸器リハビリテーション<br><b>3</b> 廃用症候群リハビリテーション <b>6</b> いずれも実施していない                                      |  |
| 《3-7で「 <b>1</b> 心大血管疾患リハビリテーション」～「 <b>5</b> 呼吸器リハビリテーション」を選択した場合にご回答ください。》  |  |
| 3-8 入院中の疾患別リハビリテーションの実施について、調査基準日から遡った過去7日間の回数と実施単位についてご回答ください。   | 《回答欄》  |
| <b>01</b> 疾患別リハビリテーションの回数   | 01 <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 回      |
| <b>02</b> 疾患別リハビリテーションの単位数  | 02 <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 単位     |
| <b>03</b> 保険医療機関外(屋外等)での単位数   | 03 <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 単位     |



《 4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

4-3 退院後に必要な支援についてご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

01 医療処置

02 通院の介助

03 訪問診療

04 訪問看護

05 リハビリテーション

06 買い物・清掃・調理等の家事の補助

07 食事・排泄・移動等の介護

08 認知症・精神疾患に対する見守り

09 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

《 4-1で「3 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」を選択した場合にご回答ください。》

4-4 退院できない理由をご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

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 地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため

10 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため

11 01～10の全体の調整・マネジメントができていないため

12 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

13 転院先の医療機関の確保ができていないため

14 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14



《 4-4で「01 本人の希望に合わないため」または「02 家族の希望に合わないため」を選択した場合にご回答ください。》

4-5 本人・家族の希望に合わない理由をご回答ください。  
(最も該当するものに◎、該当するものに○)

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

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

4-6 退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。  
(最も該当するものに◎、該当するものに○)

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

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

| 4-7 退院時期の決定についてご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○） |  |
|--|--|
| 01 患者の症状の回復                                  |  |
| 02 家族の希望                                     |  |
| 03 患者の希望                                     |  |
| 04 主治医の判断                                    |  |
| 05 病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）                |  |
| 06 クリニカルパスの退院日の通り                            |  |
| 07 DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院                         |  |
| 08 現時点で時期未定                                  |  |
| 09 その他                                       |  |

《回答欄》

|    |
|----|
| 01 |
| 02 |
| 03 |
| 04 |
| 05 |
| 06 |
| 07 |
| 08 |
| 09 |

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日（ ）までに

貴施設の調査担当者にお渡し下さい。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査  
 入院・外来医療等における実態調査

退棟患者票 (D)

|       |                      |       |                      |       |                      |
|-------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 施設ID: | <input type="text"/> | 病棟ID: | <input type="text"/> | 患者ID: | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|

■ 「入院患者票 (D)」の対象者のうち、調査基準日 (11月~12月の間で、貴院にて任意で設定した調査開始日) に入室していた病棟から30日以内に退居 (退棟・退院) した場合に限り、本調査票へご記入ください。

問1 患者の基本情報についてお伺いします。

|                                 |      |                      |
|---------------------------------|------|----------------------|
| 1-1 性別をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》                |
| 1 男性                            | 2 女性 | <input type="text"/> |

|                   |    |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |
|-------------------|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 1-2 生年月日をご回答ください。 | 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |
|-------------------|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|

|                       |       |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |
|-----------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 1-3 入院、入棟年月日をご回答ください。 |       | 《回答欄》                |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |
| 01 入院年月日              | 01 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |
| 02 入棟年月日              | 02 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |

|                       |       |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |
|-----------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 1-4 退棟、退院年月日をご回答ください。 |       | 《回答欄》                |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |   |
| 01 退棟年月日              | 01 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |
| 02 退院年月日              | 02 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |

問2 退棟もしくは退院時の状況についてお伺いします。

|   |                   |                      |
|---|-------------------|----------------------|
| 2-1 入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                   | 《回答欄》                |
| 1 入退院支援加算1 算定あり                               | 3 入退院支援加算3 算定あり   | <input type="text"/> |
| 2 入退院支援加算2 算定あり                               | 4 入退院支援加算1~3 算定なし |                      |

|  |                      |                         |
|--|----------------------|-------------------------|
| 《2-1で「4」と回答した場合にご回答ください。》                        |                      |                         |
| 2-2 *入退院支援加算1~3が算定無しとなった理由は何ですか。(該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》                   |
| 01 退院困難な要因を有していなかった                              |                      | 01 <input type="text"/> |
| 02 入院後7日以内に退院困難であることを抽出できなかった                    |                      | 02 <input type="text"/> |
| 03 規定の期間内に退院支援計画を作成することができなかった                   |                      | 03 <input type="text"/> |
| 04 多職種の間共同カンファレンスが行えなかった                         |                      | 04 <input type="text"/> |
| 05 その他   | <input type="text"/> | 05 <input type="text"/> |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 2-3 退棟・退院時転帰についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |                          |
| 1  | 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断 |
| 2  | 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断    |
| 3  | 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断      |
| 4  | 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断    |
| 5  | 最も医療資源を投入した傷病による死亡       |
| 6  | 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡     |
| 7  | その他(検査入院含む)              |

《回答欄》

|                                     |   |    |   |
|-------------------------------------|---|----|---|
| 2-4 退棟・退院先をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |   |    |   |
| 1                                   | 自宅(在宅医療の提供あり※1)                           | 15 | 他院のその他の病床                                 |
| 2                                   | 自宅(在宅医療の提供なし※1)                           | 16 | 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                     |
| 3                                   | 介護老人保健施設                                  | 17 | 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 |
| 4                                   | 介護医療院                                     | 18 | 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   |
| 5                                   | 特別養護老人ホーム                                 | 19 | 自院の一般病床(16、17、18以外)                       |
| 6                                   | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                           | 20 | 自院の療養病床(17以外)                             |
| 7                                   | その他の居住系介護施設<br>(認知症グループホーム等)              | 21 | 自院の精神病床                                   |
| 8                                   | 障害者支援施設                                   | 22 | 自院のその他の病床                                 |
| 9                                   | 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床                     | 23 | 特別の関係にある医療機関                              |
| 10                                  | 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 | 有床診療所(介護サービス提供医療機関)                       |
| 11                                  | 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床                   | 25 | 有床診療所(24以外)                               |
| 12                                  | 他院の一般病床(9、10、11以外)                        | 26 | 死亡退院                                      |
| 13                                  | 他院の療養病床(10以外)                             | 27 | その他 <input type="text"/>                  |
| 14                                  | 他院の精神病床                                   |    |   |

《回答欄》

※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。

|   |                      |
|---|----------------------|
| 《 2-4で「26 死亡退院」以外を選択した場合にご回答ください。》                      |                      |
| 2-5 退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) |                      |
| 01 外来診療   |                      |
| 02 訪問診療   |                      |
| 03 訪問看護   |                      |
| 04 訪問薬剤管理指導   |                      |
| 05 訪問リハビリテーション  |                      |
| 06 通所リハビリテーション  |                      |
| 07 訪問栄養食事指導   |                      |
| 08 訪問介護   |                      |
| 09 訪問入浴介護   |                      |
| 10 通所介護   |                      |
| 11 短期入所生活介護   |                      |
| 12 短期入所療養介護   |                      |
| 13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                     |                      |
| 14 夜間対応型訪問介護  |                      |
| 15 認知症対応型通所介護   |                      |
| 16 看護小規模多機能型居宅介護  |                      |
| 17 福祉用具貸与   |                      |
| 18 居宅療養管理指導   |                      |
| 19 その他  | <input type="text"/> |
| 20 なし   |                      |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> |

|   |
|---|
| 2-6 退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入） |
| 01 食事                                   |
| 02 移乗                                   |
| 03 整容                                   |
| 04 トイレ動作・トイレの使用                         |
| 05 入浴                                   |
| 06 平地歩行                                 |
| 07 階段                                   |
| 08 更衣                                   |
| 09 排便管理                                 |
| 10 排尿管理                                 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

【ADLスコア】

|                  | 所 見             |                                   |               |     |
|------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|-----|
|                  | 自 立             | 一部介助                              | 全介助           | 不 明 |
| 食 事              | 2               | 1<br>切ったり、バターを塗ったり<br>などで介助を必要とする | 0             | 9   |
| 移 乗              | 3               | 2<br>軽度の介助で可能                     | 0<br>座位バランス困難 | 9   |
|                  |                 | 1<br>高度の介助を必要とするが、<br>座ってられる      |               |     |
| 整 容              | 1<br>顔／髪／歯／ひげ剃り | 0                                 |               | 9   |
| トイレ動作・<br>トイレの使用 | 2               | 1<br>多少の介助を必要とするが<br>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<br>一人介助で歩く                      | 0             | 9   |
|                  |                 | 1<br>車いすで自立                       |               |     |
| 階 段              | 2               | 1                                 | 0             | 9   |
| 更 衣              | 2               | 1                                 | 0             | 9   |
| 排便管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9   |
| 排尿管理             | 2               | 1<br>時々失敗                         | 0<br>失禁       | 9   |

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに  
貴施設の調査担当者にお渡し下さい。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査  
入院・外来医療等における実態調査

医療従事者調査（医師票）

● 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

■ 医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力のお願ひ】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療従事者ID（英数字9桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

■ あなたが所属している施設名をご記入ください。

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
|-----|--|

問1 あなたご自身のことについてお伺いします。

|  |               |       |
|--|---------------|-------|
| 1-1 性別をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）                      |               | 《回答欄》 |
| 1 男性   | 2 女性          |       |
| 1-2 年齢をご回答ください。（令和6年11月1日時点）                         |               | 歳     |
| 1-3 医師経験年数をご回答ください。（令和6年11月1日時点）                     |               | 年目    |
| 1-4 貴施設での勤続年数をご回答ください。（令和6年11月1日時点）                  |               | 年目    |
| 1-5 主たる診療科をご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載） |               | 《回答欄》 |
| 1 消化器内科  | 17 放射線診断      |       |
| 2 循環器内科  | 18 放射線治療      |       |
| 3 呼吸器内科  | 19 整形外科       |       |
| 4 血液内科   | 20 産婦人科       |       |
| 5 内分泌代謝・糖尿病内科  | 21 眼科         |       |
| 6 脳神経内科  | 22 耳鼻咽喉科      |       |
| 7 腎臓内科   | 23 泌尿器科       |       |
| 8 膠原病・リウマチ内科   | 24 脳神経外科      |       |
| 9 小児科  | 25 麻酔科        |       |
| 10 皮膚科   | 26 病理         |       |
| 11 精神科   | 27 臨床検査       |       |
| 12 消化器外科   | 28 救急科        |       |
| 13 呼吸器外科   | 29 形成外科       |       |
| 14 心臓血管外科  | 30 リハビリテーション科 |       |
| 15 小児外科  | 31 総合診療       |       |
| 16 乳腺外科  | 32 その他        |       |

1-6 担当している病棟をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (最も該当するものに◎、該当するものに○)

|    |  |
|----|--|
| 01 | 急性期一般病棟  |
| 02 | 救急病棟   |
| 03 | ICU  |
| 04 | HCU  |
| 05 | SCU  |
| 06 | MFICU  |
| 07 | NICU   |
| 08 | GCU  |
| 09 | PICU   |
| 10 | 小児入院病棟   |
| 11 | 精神病棟   |
| 12 | 地域包括医療病棟   |
| 13 | 回復期リハビリテーション病棟   |
| 14 | 地域包括ケア病棟   |
| 15 | 障害者施設等一般病棟   |
| 16 | 特殊疾患病棟   |
| 17 | 緩和ケア病棟   |
| 18 | その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |
| 12 | <input type="text"/> |
| 13 | <input type="text"/> |
| 14 | <input type="text"/> |
| 15 | <input type="text"/> |
| 16 | <input type="text"/> |
| 17 | <input type="text"/> |
| 18 | <input type="text"/> |

1-7 役職等をご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |              |
|----|--------------|
| 01 | 院長・副院長       |
| 02 | 部長・副部長       |
| 03 | 診療科の責任者(医長等) |
| 04 | その他の管理職医師    |
| 05 | 非管理職の医師      |
| 06 | 専攻医          |
| 07 | 臨床研修医        |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |

1-8 勤務形態についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|      |       |
|------|-------|
| 1 常勤 | 2 非常勤 |
|------|-------|

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

1-9 短時間勤務制度の利用についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|      |      |
|------|------|
| 1 あり | 2 なし |
|------|------|

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|



|   |                             |       |                      |                      |
|---|-----------------------------|-------|----------------------|----------------------|
| 1-10 主たる診療科の主治医制の状況についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |                             |       |                      | 《回答欄》                |
| 1 単独主治医制 <sup>※1</sup>  | 2 チーム制/複数主治医制 <sup>※1</sup> | 3 その他 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

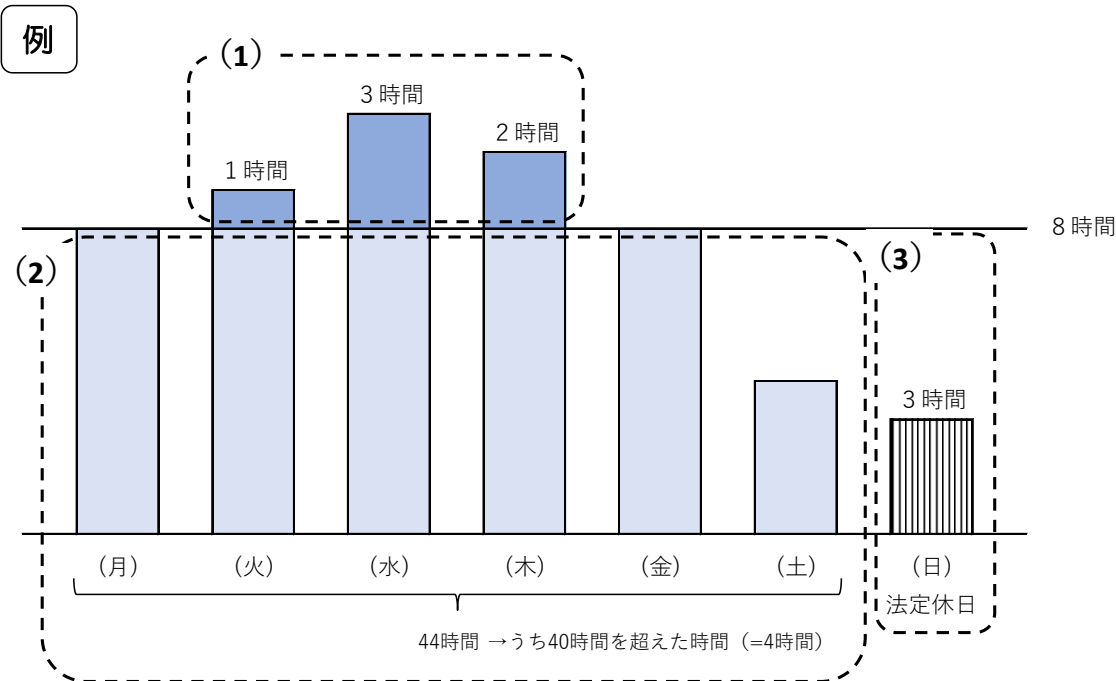
※1 単独主治医制：1人の患者につき1人の主治医が担当する場合  
 複数主治医制：1人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| 1-11 *特定対象医師(特例水準が適用される医師)であるかについてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |  | 《回答欄》                |
| 1 特定対象医師ではない   |  | <input type="text"/> |
| 2 特定対象医師(B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準)である                             |  |                      |
| 3 分からない  |  |                      |

問2 あなたの勤務状況等についてお伺いします。

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 2-1 貴施設(この調査票を受けとった医療機関)における勤務状況についてご回答ください。<br>(令和6年10月1か月) |  | 《回答欄》                   |
| 01 超過勤務時間 <sup>※1</sup>                                      |  | <input type="text"/> 時間 |
| 02 宿日直回数 <sup>※2</sup>                                       |  | <input type="text"/> 回  |
| 03 02のうち、宿日直許可のある宿日直回数                                       |  | <input type="text"/> 回  |
| 04 02のうち、連続当直回数  |  | <input type="text"/> 回  |
| 05 術者及び第一助手を予定している前日の夜勤時間帯に当直等を行った回数 <sup>※3</sup>           |  | <input type="text"/> 回  |

※1 超過勤務時間とは、次の(1)～(3)の総和を指します。  
 (1) 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間  
 (2) 1週について40時間を超えて労働した時間数(1)及び(3)で計上される時間数は除く。  
 (3) 法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間



上図の場合、(1): 1+2+3=6時間 (2): 44-40=4時間 (3): 3時間 となるため、1週間の超過勤務時間数(1)+(2)+(3)=13時間と計算されます。

※2 土曜日・日曜日の日直は1回として数えてください。なお、連続当直回数とは当直翌日に当直が入っている日数を指します。

※3 夜勤時間帯は午後10時～翌日午前5時までを指します。当直等とは当直・夜勤及び緊急呼び出し当番を指します。



|   |         |               |                         |
|---|---------|---------------|-------------------------|
| 2-5 貴施設（この調査票を受け取った医療機関）での1年前と比較したあなたの勤務状況について、次の項目それぞれにご回答ください。<br>（令和6年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載） |         |               |                         |
| <b>01 勤務時間</b>  |         |               |                         |
| 1 短くなった   | 2 変わらない | 3 長くなった       | 01 <input type="text"/> |
| <b>02 病棟の勤務状況（標榜診療時間内）</b>  |         |               |                         |
| 1 改善した  | 2 変わらない | 3 悪化した        | 4 実施していない               |
| 02 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>03 外来の勤務状況（標榜診療時間内）</b>  |         |               |                         |
| 1 改善した  | 2 変わらない | 3 悪化した        | 4 実施していない               |
| 03 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>04 救急外来の勤務状況（標榜診療時間外）</b>  |         |               |                         |
| 1 改善した  | 2 変わらない | 3 悪化した        | 4 実施していない               |
| 04 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>05 標榜診療時間外における手術回数</b>   |         |               |                         |
| 1 減った   | 2 変わらない | 3 増えた         | 4 実施していない               |
| 05 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>06 手術前日の当直回数</b>   |         |               |                         |
| 1 減った   | 2 変わらない | 3 増えた         | 4 実施していない               |
| 06 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>07 当直の数</b>  |         |               |                         |
| 1 減った   | 2 変わらない | 3 増えた         | 4 実施していない               |
| 07 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>08 当直時の平均睡眠時間</b>  |         |               |                         |
| 1 減った   | 2 変わらない | 3 増えた         | 4 実施していない               |
| 08 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>09 オンコール担当回数<sup>※6</sup></b>  |         |               |                         |
| 1 減った   | 2 変わらない | 3 増えた         | 4 実施していない               |
| 09 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>10 当直翌日の勤務状況</b>   |         |               |                         |
| 1 改善した  | 2 変わらない | 3 悪化した        | 4 実施していない               |
| 10 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>11 書類作成等の事務作業</b>  |         |               |                         |
| 1 減った   | 2 変わらない | 3 増えた         |                         |
| 11 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>12 ビデオ通話が可能な機器を用いた会議やカンファレンスの実施状況</b>  |         |               |                         |
| 1 減った   | 2 変わらない | 3 増えた         | 4 実施していない               |
| 12 <input type="text"/>   |         |               |                         |
| <b>13 総合的にみた勤務状況</b>  |         |               |                         |
| 1 改善した  |         | 4 どちらかという悪化した |                         |
| 2 どちらかという改善した   |         | 5 悪化した        |                         |
| 3 変わらない   |         | 6 その他         | <input type="text"/>    |

※6 病院、診療科、診療科内のチーム等の組織において「オンコール担当」として当番となった回数

問3 あなたの行っている業務等についてお伺いします。

3-1 貴診療科（あなたの所属する診療科）において実施している医師の負担軽減策をご回答ください。（令和6年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

|  |    |                          |
|--|----|--------------------------|
| 01 医師の増員   | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 勤務間のインターバル導入  | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 外来提供体制の短縮   | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 予定手術前の当直の免除   | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 連続当直回数の制限（年間4回以内）   | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む）  | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 複数主治医制 <sup>※1</sup> の実施  | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 医師業務の特定行為研修者である看護師との分担  | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 医師業務の看護師（「08」に示す看護師を除く）との分担   | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 救急外来における、医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、看護師による血液検査オーダー入力・採血等検査の実施 | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 医師業務の助産師との分担  | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 薬剤師による処方提案又は服薬計画等の提案  | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 薬剤師による投薬に係る患者への説明   | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 処方された薬剤の、薬剤師による変更（事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの） <sup>※2</sup>                     | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 薬剤師による患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供                                       | 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 臨床検査技師、臨床工学技士あるいは放射線技師による注射等の認められた医療行為の分担                                 | 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 医師事務作業補助者の病棟への配置・増員   | 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 医師事務作業補助者の外来への配置・増員   | 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19 ビデオ通話が可能な機器を用いた会議やカンファレンスの開催  | 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20 ICTを活用した業務の見直し・省力化  | 20 | <input type="checkbox"/> |
| 21 患者への診療時間内の受診の呼びかけ   | 21 | <input type="checkbox"/> |
| 22 病状説明の診療時間内の実施の呼びかけ  | 22 | <input type="checkbox"/> |
| 23 その他 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>               | 23 | <input type="checkbox"/> |

※1 1人の患者につき複数の主治医が担当する場合、勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

※2 投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

3-2 他職種に実施してほしい業務、分担可能な業務についてご回答ください。  
 (令和6年11月1日時点) (最も該当するものに◎、該当するものに○)

|    |   |
|----|---|
| 01 | 初療時の予診  |
| 02 | 血液培養の採取   |
| 03 | 救急医療等における診療の優先順位の決定(トリアージの実施)                                   |
| 04 | 患者・家族に対する定期的な検査結果(治療方針に関わらないもの)の説明                              |
| 05 | 患者への療養生活等の説明  |
| 06 | 医師が予め患者の範囲を示し、時間外・休日の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、検査オーダー入力・採血等検査の実施 |
| 07 | 臨床検査技師、臨床工学技士あるいは放射線技師による点滴ルート確保等の実施                            |
| 08 | 薬剤師による処方提案や服薬計画等の提案   |
| 09 | 退院時の薬剤情報管理指導  |
| 10 | 患者に対する処方薬の説明  |
| 11 | 医薬品の副作用・効果の確認   |
| 12 | その他 <input type="text"/>  |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |
| 12 | <input type="text"/> |

問4 あなたの勤務状況に関するご意見等をお伺いします。

4-1 あなたの現在の勤務状況についてご回答ください。  
 (令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 改善の必要性が高い                |
| 2 | 改善の必要がある                 |
| 3 | 現状のままでよい                 |
| 4 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

《4-1で「1 改善の必要性が高い」又は「2 改善の必要がある」を選択した場合にご回答ください。》

4-2 「1 改善の必要性が高い」又は「2 改善の必要がある」を選択した理由をご回答ください。  
 (令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                             |
|----|-----------------------------|
| 01 | 医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため |
| 02 | 業務を継続していけるか不安があるため          |
| 03 | 過重勤務により身体的・精神的疾患を患う(患った)ため  |
| 04 | 給与が業務量に比べて低いと感じられるため        |
| 05 | ワークライフバランスがとれていないため         |
| 06 | 出産・育児休暇等の取得が難しいため           |
| 07 | その他 <input type="text"/>    |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査  
入院・外来医療等における実態調査

医療従事者調査（病棟看護管理者票）

- 特に指定がある場合を除いて、令和6年11月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

■ 医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力のお願ひ】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療従事者ID（英数字9桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

■ あなたが所属している施設名をご記入ください。

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
|-----|--|

問1 あなたが管理する病棟の概要についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| 1-1 診療科目をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (最も近似する診療科の番号を主なもの3つまで右欄に記載)  |  |
| <p>1 内科</p> <p>2 小児科</p> <p>3 精神科</p> <p>4 外科</p> <p>5 整形外科</p> <p>6 脳神経外科</p> <p>7 産婦人科</p> <p>8 眼科</p> | <p>9 耳鼻咽喉科</p> <p>10 皮膚科</p> <p>11 泌尿器科</p> <p>12 放射線科</p> <p>13 リハビリテーション科</p> <p>14 歯科（歯科口腔外科等含む）</p> <p>15 その他 <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |



| 1-2 入院基本料をご回答ください。(01~72のうち最も病床数が多い番号1つを右欄に記載) |  |   |
|--|--|---|
| 一般病棟入院基本料                                      | 1 急性期一般入院料 1                      7 地域一般入院料 1        |   |
|  | 2 急性期一般入院料 2                      8 地域一般入院料 2        |   |
|  | 3 急性期一般入院料 3                      9 地域一般入院料 3        |   |
|  | 4 急性期一般入院料 4   |   |
|  | 5 急性期一般入院料 5   |   |
|  | 6 急性期一般入院料 6   |   |
| 療養病棟入院基本料                                      | 10 療養病棟入院料 1                      11 療養病棟入院料 2       |   |
| 精神病棟入院基本料                                      | 12 10対1                                      15 18対1 |   |
|  | 13 13対1                                      16 20対1 |   |
|  | 14 15対1  |   |
| 特定機能病院<br>入院基本料                                | 一般病棟   | 17 7対1                                      18 10対1 |
|  | 精神病棟   | 19 7対1                                      21 13対1 |
|  | 20 10対1                                      22 15対1 |   |
| 障害者施設等入院基本料                                    | 23 7対1                                      25 13対1  |   |
|  | 24 10対1                                      26 15対1 |   |
| その他の入院基本料                                      | 27 7対1                                      29 13対1  |   |
|  | 28 10対1                                      30 それ以外 |   |
| 救命救急入院料  | 31 救命救急入院料 1                      33 救命救急入院料 3       |   |
|  | 32 救命救急入院料 2                      34 救命救急入院料 4       |   |
| 特定集中治療室管理料                                     | 35 特定集中治療室管理料 1              38 特定集中治療室管理料 4         |   |
|  | 36 特定集中治療室管理料 2              39 特定集中治療室管理料 5         |   |
|  | 37 特定集中治療室管理料 3              40 特定集中治療室管理料 6         |   |
| ハイケアユニット入院医療<br>管理料                            | 41 ハイケアユニット入院医療管理料 1                                 |   |
|  | 42 ハイケアユニット入院医療管理料 2                                 |   |
| 脳卒中ケアユニット入院医療<br>管理料                           | 43 脳卒中ケアユニット入院医療管理料                                  |   |
| 小児特定集中治療室管理料                                   | 44 小児特定集中治療室管理料                                      |   |
| 新生児特定集中治療室管理料                                  | 45 新生児特定集中治療室管理料 1                                   |   |
|  | 46 新生児特定集中治療室管理料 2                                   |   |
| 総合周産期特定集中治療室<br>管理料                            | 47 母体・胎児集中治療室管理料                                     |   |
|  | 48 新生児集中治療室管理料                                       |   |
| 新生児治療回復室入院医療<br>管理料                            | 49 新生児治療回復室入院医療管理料                                   |   |



| 1-2 のつづき          |   |
|-------------------|---|
| 地域包括医療病棟入院料       | <b>50</b> 地域包括医療病棟入院料                       |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 | <b>51</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 1               |
|                   | <b>52</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 2               |
|                   | <b>53</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 3               |
|                   | <b>54</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 4               |
|                   | <b>55</b> 回復期リハビリテーション病棟入院料 5               |
|                   | <b>56</b> 回復期リハビリテーション入院医療管理料               |
| 地域包括ケア病棟入院料       | <b>57</b> 地域包括ケア病棟入院料 1                     |
|                   | <b>58</b> 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1                 |
|                   | <b>59</b> 地域包括ケア病棟入院料 2                     |
|                   | <b>60</b> 地域包括ケア病棟入院医療管理料 2                 |
|                   | <b>61</b> 地域包括ケア病棟入院料 3                     |
|                   | <b>62</b> 地域包括ケア病棟入院医療管理料 3                 |
|                   | <b>63</b> 地域包括ケア病棟入院料 4                     |
|                   | <b>64</b> 地域包括ケア病棟入院医療管理料 4                 |
| 小児入院医療管理料         | <b>65</b> 小児入院医療管理料 1 <b>68</b> 小児入院医療管理料 4 |
|                   | <b>66</b> 小児入院医療管理料 2 <b>69</b> 小児入院医療管理料 5 |
|                   | <b>67</b> 小児入院医療管理料 3                       |
| 緩和ケア病棟入院料         | <b>70</b> 緩和ケア病棟入院料 1 <b>71</b> 緩和ケア病棟入院料 2 |
| その他の特定入院料         | <b>72</b> その他                               |

| 1-3 貴病棟の病床数、病床利用率をご回答ください。                                   |  |
|--|--|
| <b>01</b> 病床数  |  |
| <b>02</b> 病床利用率 <sup>※1</sup> （令和6年11月1日時点）                  |  |
| <b>03</b> 令和6年10月1か月間の新入院患者数                                 |  |
| <b>04</b> 令和6年10月1か月間の退院患者数                                  |  |
| <b>05</b> 平均在院日数 <sup>※2</sup> （令和6年8月～10月の3か月間）             |  |
| <b>06</b> 令和6年10月1か月間の手術を受けた患者数 <sup>※3</sup> （緊急・予定手術を問わない） |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 床 |
| 02 |  | % |
| 03 |  | 人 |
| 04 |  | 人 |
| 05 |  | 日 |
| 06 |  | 人 |

※1 病床利用率：以下の式により算出し、小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）でご記入ください。

病床利用率 = 8月～10月の在院患者延べ数 ÷ (月間日数 × 月末許可病床数) の8月～10月の合計 × 100

※2 平均在院日数：以下の式により算出し、整数（小数点以下を切り上げ）でご記入ください。

平均在院日数 = 8月～10月の在院患者延べ日数 ÷ (8月～10月の新入院患者数 + 8月～10月の新退院患者数) × 0.5

※3 手術後に直接、当該病棟に帰棟（帰室）した患者数をご記入ください。

問2 貴病棟における看護職員・看護補助者の勤務状況等についてお伺いします。

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| 2-1 貴病棟に配置されている職員数をご回答ください。<br>(夜勤専従者は除く) (令和6年11月1日時点) |                             |
| 01 看護師数   | a 常勤                        |
|   | b 非常勤 (常勤換算 <sup>※1</sup> ) |
| 02 01のうち、特定行為研修を修了した看護師数                                | a 常勤                        |
|   | b 非常勤 (常勤換算 <sup>※1</sup> ) |
| 03 01のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師数                               | a 常勤                        |
|   | b 非常勤 (常勤換算 <sup>※1</sup> ) |
| 04 准看護師数  | a 常勤                        |
|   | b 非常勤 (常勤換算 <sup>※1</sup> ) |
| 05 看護補助者数   | a 常勤                        |
|   | b 非常勤 (常勤換算 <sup>※1</sup> ) |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |

※1 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点第1位まで(小数点第2位以下切り捨て)でご記入ください。  
 ■ 1週間に数回勤務の場合: (非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)  
 ■ 1か月に数回勤務の場合: (非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| 2-2 看護補助者の勤務時間をご回答ください。(令和6年10月1か月間) |       |
| 01 1人当たり平均勤務時間 <sup>※2</sup> /月      | a 常勤  |
|                                      | b 非常勤 |

《回答欄》

|   |                      |      |
|---|----------------------|------|
| a | <input type="text"/> | 時間/月 |
| b | <input type="text"/> | 時間/月 |

※2 平均勤務時間: 実際に勤務した時間です。残業時間も含まれます。

|  |            |
|--|------------|
| 2-3 貴病棟に配置されている看護職員 <sup>※3</sup> の夜勤専従者数(実人数)をご回答ください。<br>(令和6年10月1か月間) |            |
| 01 看護師数  | a 常勤       |
|  | b 非常勤(実人数) |
| 02 准看護師数   | a 常勤       |
|  | b 非常勤(実人数) |

《回答欄》

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |
| a | <input type="text"/> | 人 |
| b | <input type="text"/> | 人 |

※3 看護職員: 保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

|   |       |
|---|-------|
| 2-4 看護職員の夜勤専従者の勤務時間等についてご回答ください。<br>(令和6年10月1か月間) |       |
| 01 1人当たり平均勤務時間/月                                  | a 常勤  |
|   | b 非常勤 |
| 02 1人当たり平均夜勤時間 <sup>※4</sup> /月                   | a 常勤  |
|   | b 非常勤 |
| 03 (最小値 <sup>※5</sup> )夜勤時間/月                     | a 常勤  |
|   | b 非常勤 |
| 04 (最大値 <sup>※6</sup> )夜勤時間/月                     | a 常勤  |
|   | b 非常勤 |

《回答欄》

|   |                      |      |
|---|----------------------|------|
| a | <input type="text"/> | 時間/月 |
| b | <input type="text"/> | 時間/月 |
| a | <input type="text"/> | 時間/月 |
| b | <input type="text"/> | 時間/月 |
| a | <input type="text"/> | 時間/月 |
| b | <input type="text"/> | 時間/月 |

※4 平均夜勤時間: 延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数  
 ※5 (最小値)夜勤時間/月: 貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。夜勤に従事していない人は除いてください。  
 ※6 (最大値)夜勤時間/月: 貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。

問3 勤務体制等についてお伺いします。

3-1 貴病棟における看護職員の勤務形態をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                      |                      |
|----|----------------------|----------------------|
| 01 | 3交代制 <sup>※1</sup>   |                      |
| 02 | 変則3交代制 <sup>※2</sup> |                      |
| 03 | 2交代制                 |                      |
| 04 | 変則2交代制 <sup>※3</sup> |                      |
| 05 | その他                  | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |

※1 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

※2 変則3交代制：日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤8時間といった日勤・準夜勤・深夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

※3 変則2交代制：日勤8時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

3-2 貴病棟における看護職員数に関する状況についてご回答ください。  
(直近1年間の変化について以下の1～3より、該当する番号1つを右欄に記載)

|    |       |   |   |
|----|-------|---|---|
|    | 1     | 2 | 3 |
| 01 | 増えた   |   |   |
| 02 | 変わらない |   |   |
| 03 | 減った   |   |   |

|    |             |   |   |   |
|----|-------------|---|---|---|
| 01 | 看護師数        | 1 | 2 | 3 |
| 02 | 准看護師数       | 1 | 2 | 3 |
| 03 | 看護補助者数      | 1 | 2 | 3 |
| 04 | 夜勤の看護職員配置数  | 1 | 2 | 3 |
| 05 | 夜勤の看護補助者配置数 | 1 | 2 | 3 |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |

3-3 \* 貴病棟で医師から看護師へのタスクシフト/タスクシェアとして行われている内容についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |  |                      |
|----|--|----------------------|
| 01 | 特定行為(38行為21区分)の実施                              |                      |
| 02 | 事前に取り決めたプロトコル <sup>※4</sup> に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施 |                      |
| 03 | 注射、採血、静脈路の確保                                   |                      |
| 04 | カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為                            |                      |
| 05 | 特に無し   |                      |
| 06 | その他  | <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |

※4 「プロトコル」とは、事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもの。

3-4 貴病棟の業務負担軽減の取組についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)  
(直近1年間の変化について該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| 1 | 取組を行っている               |  |
| 2 | 現状で問題がないため新たな取組は行っていない |  |
| 3 | 取り組みたいが困難              |  |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| 《 3-4で「1 取組を行っている」を選択した場合にご回答ください。》  |   |   |   |   |   |       |
|--|---|---|---|---|---|-------|
| 3-5 以下01～30の中から、取組を行っている項目について効果の有無をご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載)   |   |   |   |   |   |       |
| <b>1</b> 効果がある<br><b>2</b> どちらかといえば効果がある<br><b>3</b> どちらともいえない<br><b>4</b> どちらかといえば効果がない<br><b>5</b> 効果がない |   |   |   |   |   |       |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 《回答欄》 |
| 01 看護職員の増員   |   |   |   |   |   | 01    |
| 02 夜勤専従勤務の導入もしくは夜勤専従者の増員   |   |   |   |   |   | 02    |
| 03 早出や遅出など夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫   |   |   |   |   |   | 03    |
| 04 欠勤、患者の急変、不穏患者の対応等における他部署からの応援体制   |   |   |   |   |   | 04    |
| 05 夜勤後の暦日の休日の確保  |   |   |   |   |   | 05    |
| 06 夜勤の連続回数が2連続（2回まで）の設定  |   |   |   |   |   | 06    |
| 07 11時間以上の勤務間隔の確保  |   |   |   |   |   | 07    |
| 08 月の夜勤回数の上限の設定  |   |   |   |   |   | 08    |
| 09 （2交代制勤務の場合）夜勤時の仮眠時間を含む休憩時間の確保   |   |   |   |   |   | 09    |
| 10 （2交代制勤務の場合）13時間以内となる夜勤時間の設定   |   |   |   |   |   | 10    |
| 11 （3交代制勤務の場合）正循環の交代周期の確保  |   |   |   |   |   | 11    |
| 12 2交代・3交代制勤務の見直し（変則への移行を含む）   |   |   |   |   |   | 12    |
| 13 看護補助者の増員  |   |   |   |   |   | 13    |
| 14 早出や遅出の看護補助者の配置  |   |   |   |   |   | 14    |
| 15 夜勤帯の看護補助者の配置  |   |   |   |   |   | 15    |
| 16 看護補助者との業務分担   |   |   |   |   |   | 16    |
| 17 病棟クラークの配置   |   |   |   |   |   | 17    |
| 18 薬剤師の病棟配置  |   |   |   |   |   | 18    |
| 19 薬剤師による内服薬管理や服薬指導等の実施  |   |   |   |   |   | 19    |
| 20 薬剤師によるミキシング（輸液準備）の実施  |   |   |   |   |   | 20    |
| 21 管理栄養士との業務分担   |   |   |   |   |   | 21    |
| 22 臨床工学技士との業務分担  |   |   |   |   |   | 22    |
| 23 PT、OT、STとの業務分担  |   |   |   |   |   | 23    |
| 24 入退院支援部門のスタッフ（MSW等）との業務分担  |   |   |   |   |   | 24    |
| 25 ICT、AI、IoT等の活用  |   |   |   |   |   | 25    |
| 26 電子カルテの活用  |   |   |   |   |   | 26    |
| 27 院内保育所の設置  |   |   |   |   |   | 27    |
| 28 夜間院内保育所の設置  |   |   |   |   |   | 28    |
| 29 27又は28の院内保育所における病児保育の実施   |   |   |   |   |   | 29    |
| 30 その他   |   |   |   |   |   | 30    |

《3-4で「3 取り組みたいが困難」を選択した場合にご回答ください。》

3-6 その理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                                  |    |                          |
|----------------------------------|----|--------------------------|
| 01 病院の方針（現状維持）                   | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 看護職員の人材不足                     | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 他職種の人材不足                      | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 シフトの導入や変更等検討するも、スタッフの同意が得られない | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 他病棟との合意形成が困難                  | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 他職種との合意形成が困難                  | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 その他 <input type="text"/>      | 07 | <input type="checkbox"/> |

《回答欄》

3-7 貴病棟の看護職員の勤務状況についてご回答ください。  
（直近1年間の変化について該当する番号1つを右欄に記載）

|                      |               |                            |  |    |                          |
|----------------------|---------------|----------------------------|--|----|--------------------------|
| 01 勤務時間              |               |                            |  | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 1 短くなった              | 2 変わらない       | 3 長くなった                    |  |    |                          |
| 02 残業時間              |               |                            |  | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 1 短くなった              | 2 変わらない       | 3 長くなった                    |  |    |                          |
| 03 有給休暇の取得状況         |               |                            |  | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 1 増えた                | 2 変わらない       | 3 減った                      |  |    |                          |
| 04 実際の夜勤時間の長さ（残業等含む） |               |                            |  | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 1 短くなった              | 2 変わらない       | 3 長くなった                    |  |    |                          |
| 05 夜勤の回数             |               |                            |  | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 1 増えた                | 2 変わらない       | 3 減った                      |  |    |                          |
| 06 夜勤シフトの組み方         |               |                            |  | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 1 組みやすくなった           | 2 変わらない       | 3 組みにくくなった                 |  |    |                          |
| 07 夜勤の72時間要件         |               |                            |  | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 1 満たしやすくなった          | 2 変わらない       | 3 満たしにくくなった                |  |    |                          |
| 08 総合的にみた勤務状況        |               |                            |  | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 1 改善した               | 3 変わらない       | 5 悪化した                     |  |    |                          |
| 2 どちらかという改善した        | 4 どちらかという悪化した | 6 その他 <input type="text"/> |  |    |                          |

《回答欄》

3-8 \*看護必要度の記録について、病棟看護管理者としての課題に感じていることをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|                             |    |                          |
|-----------------------------|----|--------------------------|
| 01 特になし                     | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 看護職員による記録忘れが多い           | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 看護職員以外による記録忘れが多い         | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 看護必要度に関する職員研修に手間がかかる     | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 必要度の記録により、時間外勤務が発生している   | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 その他 <input type="text"/> | 06 | <input type="checkbox"/> |

《回答欄》

|  |
|--|
| 3-9 看護記録に係る負担軽減のための取組の実施についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |
| 1 実施している<br>2 今年度中に実施する予定<br>3 実施する予定はない                               |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |
|---|
| 《 3-9で「1 実施している」を選択した場合にご回答ください。》   |
| 3-10 看護記録に係る負担軽減のため、どのような取組を実施しているかをご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (最も該当するものに◎、該当するものに○) |

《回答欄》

|  |  |
|--|--|
| 01 記録内容の簡素化・見直し(様式の見直し、重複書類の削減、クリニカルパスの活用等)  |  |
| 02 記録の運用方法の見直し(記録の電子化、多職種間での共同閲覧機能の拡大等)  |  |
| 03 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の評価方法の変更(IからIIへ)  |  |
| 04 ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入(タブレットやモバイルPCの活用等)   |  |
| 05 バイタルデータ等の自動入力システムの活用  |  |
| 06 電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記  |  |
| 07 看護補助者やクラーク等による入力代行・支援   |  |
| 08 音声入力やボイスレコーダーを活用した看護記録の代行入力   |  |
| 09 AIを活用したアセスメント支援システムの導入  |  |
| 10 その他 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="background-color: #fff9c4;"> </td></tr></table> |  |
|  |  |

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

問4 あなたの勤務する病棟での看護補助者との連携状況についてお伺いします。

| 4-1 看護補助者との業務分担状況について、貴病棟の状況をご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (下記の1~3の選択肢より、該当する番号1つを右欄に記載) |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1 看護職員が主に担当<br>2 看護職員と看護補助者との協働<br>3 看護補助者が主に担当                                      |   |   |   |
|  | 1 | 2 | 3 |
| 01 食事介助  | 1 | 2 | 3 |
| 02 配下膳   | 1 | 2 | 3 |
| 03 排泄介助  | 1 | 2 | 3 |
| 04 おむつ交換等  | 1 | 2 | 3 |
| 05 体位変換  | 1 | 2 | 3 |
| 06 移乗(車椅子、ベッド等)  | 1 | 2 | 3 |
| 07 寝具やリネンの交換、ベッド作成   | 1 | 2 | 3 |
| 08 清潔・整容(清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等)   | 1 | 2 | 3 |
| 09 患者の病棟外への送迎(検査、リハビリ等)  | 1 | 2 | 3 |
| 10 入院案内(オリエンテーション等)  | 1 | 2 | 3 |
| 11 日中の患者のADLや行動の見守り・付添(認知症や高次機能障害等)  | 1 | 2 | 3 |
| 12 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添(認知症や高次機能障害等)  | 1 | 2 | 3 |
| 13 事務的業務   | 1 | 2 | 3 |
| 14 物品搬送  | 1 | 2 | 3 |
| 15 医療材料等の物品の補充、準備、点検   | 1 | 2 | 3 |
| 16 環境整備  | 1 | 2 | 3 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |

4-2 看護補助者が各業務を実施する場合（完全委譲・部分委譲・協働も含む）、看護職員の負担軽減の効果について、貴病棟の状況をご回答ください。  
 ※既に看護補助者が実施している場合もお答えください。  
 （令和6年11月1日時点）（下記の1～5の選択肢より、該当する番号1つを右欄に記載）

- 1 効果がある
- 2 どちらかといえば効果がある
- 3 どちらともいえない
- 4 どちらかといえば効果がない
- 5 効果がない

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| <b>01</b> 食事介助                             |   |   |   |   |   |
| <b>02</b> 配下膳                              |   |   |   |   |   |
| <b>03</b> 排泄介助                             |   |   |   |   |   |
| <b>04</b> おむつ交換等                           |   |   |   |   |   |
| <b>05</b> 体位変換                             |   |   |   |   |   |
| <b>06</b> 移乗（車椅子、ベッド等）                     |   |   |   |   |   |
| <b>07</b> 寝具やリネンの交換、ベッド作成                  |   |   |   |   |   |
| <b>08</b> 清潔・整容（清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等）      |   |   |   |   |   |
| <b>09</b> 患者の病棟外への送迎（検査、リハビリ等）             |   |   |   |   |   |
| <b>10</b> 入院案内（オリエンテーション等）                 |   |   |   |   |   |
| <b>11</b> 日中の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等） |   |   |   |   |   |
| <b>12</b> 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等） |   |   |   |   |   |
| <b>13</b> 事務的業務                            |   |   |   |   |   |
| <b>14</b> 物品搬送                             |   |   |   |   |   |
| <b>15</b> 医療材料等の物品の補充、準備、点検                |   |   |   |   |   |
| <b>16</b> 環境整備                             |   |   |   |   |   |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |



|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p>4-3 【看護職員が主に担当している場合】今後の看護補助者との協働・分担に関する意向・予定について、貴病棟の状況をご回答ください。<br/>                 (令和6年11月1日時点) (下記の1～3の選択肢より、該当する番号1つを右欄に記載)</p> <p>1 協働・分担を進めたいと考えており、検討中<br/>                 2 協働・分担を進めたいが具体的な検討はしていない<br/>                 3 協働・分担の意向はない</p> |   |   |   |
| 01 食事介助   | 1 | 2 | 3 |
| 02 配下膳  | 1 | 2 | 3 |
| 03 排泄介助   | 1 | 2 | 3 |
| 04 おむつ交換等   | 1 | 2 | 3 |
| 05 体位変換   | 1 | 2 | 3 |
| 06 移乗(車椅子、ベッド等)   | 1 | 2 | 3 |
| 07 寝具やリネンの交換、ベッド作成  | 1 | 2 | 3 |
| 08 清潔・整容(清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等)  | 1 | 2 | 3 |
| 09 患者の病棟外への送迎(検査、リハビリ等)   | 1 | 2 | 3 |
| 10 入院案内(オリエンテーション等)   | 1 | 2 | 3 |
| 11 日中の患者のADLや行動の見守り・付添(認知症や高次機能障害等)   | 1 | 2 | 3 |
| 12 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添(認知症や高次機能障害等)   | 1 | 2 | 3 |
| 13 事務的業務  | 1 | 2 | 3 |
| 14 物品搬送   | 1 | 2 | 3 |
| 15 医療材料等の物品の補充、準備、点検  | 1 | 2 | 3 |
| 16 環境整備   | 1 | 2 | 3 |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |

|  |
|--|
| <p>4-4 看護補助者との協働・分担を進めるために工夫していることがあればご回答ください。</p> |
|  |

問5 その他ご意見等をお伺いします。

|  |
|--|
| <p>5-1 どのような取組が病院で行われれば、医療従事者の負担を軽減することができると思いますか。<br/>働き方改革全般に対する取組の違いに留意しつつ、具体的にご記入ください。また、貴病棟における看護職員の勤務状況や負担軽減に関する今後の課題等があればご記入ください。</p> |
|  |

医療従事者調査票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに  
貴施設の調査担当者にお渡し下さい。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

### 医療従事者調査（薬剤部責任者票）

● 数値を記入する設問で、該当する方・施設等がない場合は、「0」（ゼロ）をご記入ください。

■ 医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力のお願ひ】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療従事者ID（英数字9桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

■ あなたが所属している施設名をご記入ください。

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
|-----|--|

問1 貴施設の概要等についてお伺いします。

| 1-1 貴施設の薬剤師数及びその他の職員数についてご回答ください。（令和6年11月1日時点） |                            | 《回答欄》 |   |
|--|----------------------------|-------|---|
| 01 薬剤師（薬剤部以外に所属する方も含めた施設全体の人数）                 | a 常勤                       | a     | 人 |
|  | b 非常勤 実人数                  | b     | 人 |
|  | c 非常勤 常勤換算人数 <sup>※1</sup> | c     | 人 |
| 02 薬剤師（薬剤部門所属）                                 | a 常勤                       | a     | 人 |
|  | b 非常勤 実人数                  | b     | 人 |
|  | c 非常勤 常勤換算人数 <sup>※1</sup> | c     | 人 |
| 03 事務補助者（薬剤部門所属）                               | a 常勤                       | a     | 人 |
|  | b 非常勤 実人数                  | b     | 人 |
|  | c 非常勤 常勤換算人数 <sup>※1</sup> | c     | 人 |
| 04 その他の職員（薬剤部門所属） <sup>※2</sup>                | a 常勤                       | a     | 人 |
|  | b 非常勤 実人数                  | b     | 人 |
|  | c 非常勤 常勤換算人数 <sup>※1</sup> | c     | 人 |

※1 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）でご記入ください。

以下、常勤換算数をたずねる設問については同じ方法で算出してください。

■ 1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）

■ 1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

※2 医薬品の物流管理支援（SPD）等の外部委託支援業者も含めてご回答ください。

1-2 \* 貴施設の薬剤師の求人数・応募者数・採用人数についてご回答ください。  
(令和5年11月～令和6年10月の1年間)

|         |  |
|---------|--|
| 01 求人数  |  |
| 02 応募者数 |  |
| 03 採用人数 |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |
| 03 |  | 人 |

1-3 職員数の変動状況について改定前（令和6年3月31日時点）と改定後（令和6年11月1日時点）を比較してご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                         |        |        |
|-------------------------|--------|--------|
| 01 薬剤師                  |        |        |
| 1 増員した                  | 2 変化なし | 3 減員した |
| 02 事務補助者及びその他職員（薬剤部門所属） |        |        |
| 1 増員した                  | 2 変化なし | 3 減員した |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |

1-4 常勤薬剤師1人あたりの平均勤務時間<sup>※3</sup>についてご回答ください。  
(令和6年10月1か月)

時間/月

※3 所定労働時間に残業時間を加えた時間

1-5 貴施設の処方箋枚数についてご回答ください。（令和6年10月1か月）

|                 |  |
|-----------------|--|
| 01 外来患者の院外処方箋   |  |
| 02 外来患者の院内処方（箋） |  |
| 03 入院患者の処方（箋）   |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 枚 |
| 02 |  | 枚 |
| 03 |  | 枚 |

1-6 貴施設の夜間勤務体制についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 1 日勤のみ                | 4 2交代制 <sup>※6</sup> 又は3交代制 <sup>※7</sup> |
| 2 当直 <sup>※4</sup>    | 5 その他 <input type="text"/>                |
| 3 オンコール <sup>※5</sup> |   |

《回答欄》

※4 薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること。

※5 自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること。

※6 日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。

※7 日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

1-7 貴施設の休日勤務体制についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 1 日勤のみ                | 4 2交代制 <sup>※6</sup> 又は3交代制 <sup>※7</sup> |
| 2 当直 <sup>※4</sup>    | 5 その他 <input type="text"/>                |
| 3 オンコール <sup>※5</sup> |   |

《回答欄》

※4 (再掲) 薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること。

※5 (再掲) 自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること。

※6 (再掲) 日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。

※7 (再掲) 日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

1-8 \* 常勤薬剤師の勤務体制についてご回答ください。（令和6年11月1日時点）

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 01 夜間の勤務体制に従事できない薬剤師数 |  |
| 02 休日の勤務体制に従事できない薬剤師数 |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | 人 |
| 02 |  | 人 |

問2 薬剤師の働き方についてお伺いします。

|   |  |
|---|--|
| 2-1 * 貴施設の薬剤部門における業務量の配分について、割合 <sup>※1</sup> をご回答ください。 |  |
| 01 中央業務（調剤・注射剤等）  |  |
| 02 病棟業務 <sup>※2</sup>                                   |  |
| 03 チーム医療（主に診療関係） <sup>※3</sup>                          |  |
| 04 その他の業務   |  |

《回答欄》

|    |  |   |
|----|--|---|
| 01 |  | % |
| 02 |  | % |
| 03 |  | % |
| 04 |  | % |

- ※1 1週間の業務を想定し、合計が100%になるようにご回答ください。
- ※2 薬剤師が病棟で持参薬確認、服薬指導等を実施すること。
- ※3 栄養サポートチームや感染制御チーム、院内感染対策委員会など横断的な医療チームでの診療への関り等。

|   |  |
|---|--|
| 2-2 貴施設の薬剤師の従業員数と業務量の状況についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |  |
| 1 薬剤師の従業員数は業務量に対して少ない   |  |
| 2 薬剤師の従業員数は業務量に対して適切である   |  |
| 3 薬剤師の従業員数は業務量に対して多い  |  |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |  |
|---|--|
| 2-3 * 薬剤師の不足を踏まえ、貴施設で <b>実施すべき業務全体のうち、現状実施できている業務の割合</b> についてご回答ください。<br>(令和6年11月時点において以下の1～4より、該当する番号1つを右欄に記載) |  |
| 1 全く実施できていない  |  |
| 2 5割未満だが実施  |  |
| 3 5割以上実施  |  |
| 4 原則すべて実施   |  |

|                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 01 病棟薬剤業務に係る業務                    |   |   |   |   |
| 02 退院時の薬学管理指導と薬局への情報提供            |   |   |   |   |
| 03 転院時の薬学管理指導と転院先への情報提供           |   |   |   |   |
| 04 ポリファーマシー <sup>※4</sup> 対策に係る業務 |   |   |   |   |
| 05 後発医薬品の使用体制に係る業務（採用医薬品の見直し等）    |   |   |   |   |
| 06 バイオ後続品の使用体制に係る業務（採用医薬品の見直し等）   |   |   |   |   |
| 07 院内感染対策及び抗菌薬適正使用に係る業務           |   |   |   |   |
| 08 医療安全対策に係る業務                    |   |   |   |   |
| 09 周術期薬剤管理に係る業務                   |   |   |   |   |
| 10 外来腫瘍化学療法に係る業務                  |   |   |   |   |
| 11 入院支援部門における業務                   |   |   |   |   |
| 12 退院支援などにおける地域連携に関する業務           |   |   |   |   |
| 13 救急外来における薬学的管理業務                |   |   |   |   |
| 14 上記以外の多職種によるチーム医療に係る業務          |   |   |   |   |
| 15 その他                            |   |   |   |   |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |

- ※4 「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態

2-4 \* 薬剤部門における業務負担軽減策として取り組んでいることについてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |
|----|---|
| 01 | 外部委託業者による医薬品の物流管理支援 (SPD) の導入             |
| 02 | システムによる医薬品の在庫管理 (医薬品の発注・納品・管理業務、医薬品の補填業務) |
| 03 | 医薬品を含む物品の搬送・移送システムの導入や更新                  |
| 04 | 業務補助者 (薬剤師以外の者) による医薬品を含む物品の搬送・移送         |
| 05 | 業務補助者 (薬剤師以外の者) による医薬品の取り揃え等の業務補助         |
| 06 | 調剤支援システムの導入や更新                            |
| 07 | 調剤ロボットやピッキングマシーン等による調剤業務の機械化              |
| 08 | 病院情報システム (電子カルテ等) の導入や更新                  |
| 09 | AIを活用した医薬品情報に関する支援システムの導入                 |
| 10 | 実施していない                                   |
| 11 | その他 <input type="text"/>                  |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |
| 11 | <input type="text"/> |

2-5 \* 薬剤師を確保するために取り組んでいることについてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                                    |
|----|------------------------------------|
| 01 | 採用に係るイベント等の開催 (見学会、説明会等)           |
| 02 | 採用のための大学訪問                         |
| 03 | 求人情報サイトへの登録などの人材サービス会社の利用          |
| 04 | 薬学部実習生や研修生等の受入                     |
| 05 | 魅力的な業務や職場環境の整備などのブランディング力の向上       |
| 06 | 賃上げの実施                             |
| 07 | 大規模基幹病院から薬剤師の出向の受入 (具体的であれば検討中も含む) |
| 08 | 薬局から薬剤師の受入 (研修・出向等)                |
| 09 | 実施していない                            |
| 10 | その他 <input type="text"/>           |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |
| 10 | <input type="text"/> |

2-6 \* 免許取得直後の薬剤師の教育研修体制についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|   |  |
|---|--|
| 1 | 一定期間の総合的な研修プログラムに基づく研修を実施している            |
| 2 | いわゆるOJT (On The Job training) の形式で実施している |
| 3 | 明確な教育研修体制はない                             |
| 4 | その他 <input type="text"/>                 |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

《2-6で実施している「1 一定期間の総合的な研修プログラムに基づく研修を実施している」  
「2 いわゆるOJT (On The Job training) の形式で実施している」を選択した場合にご回答ください。》

2-7 \* 免許取得直後の薬剤師の教育研修の期間をご回答ください。

|                      |    |
|----------------------|----|
| <input type="text"/> | か月 |
|----------------------|----|

問3 薬剤師の病棟業務等についてお伺いします。

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| 3-1 貴施設の病棟薬剤業務実施加算の届出状況についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》                       |
| 01 病棟薬剤業務実施加算1  |  | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 病棟薬剤業務実施加算2  |  | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 いずれも届け出ていない  |  | 03 <input type="checkbox"/> |

|   |                      |                             |
|---|----------------------|-----------------------------|
| 《3-1で「03 いずれも届け出ていない」を選択した場合にご回答ください。》                                  |                      |                             |
| 3-2 病棟薬剤業務実施加算1の届け出ていない理由についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |                      | 《回答欄》                       |
| 01 算定対象病棟がないため  |                      | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 入院患者が少なく病棟業務の実施時間が週20時間に満たないため                                       |                      | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 薬剤師が少なく病棟業務の実施時間が週20時間確保できないため                                       |                      | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 薬剤師が少なく算定対象の全ての病棟に専従の薬剤師を配置できないため                                    |                      | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 病院の方針で他の分野に注力しているため  |                      | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 入院患者に対する調剤業務負担が大きいため   |                      | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 外来患者に対する調剤業務負担が大きいため   |                      | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 外来化学療法室での患者指導業務負担が大きいため  |                      | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 医薬品情報管理業務負担が大きいため  |                      | 09 <input type="checkbox"/> |
| 10 治験・臨床研究関連業務負担が大きいため  |                      | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11 教育・研究業務負担が大きいため  |                      | 11 <input type="checkbox"/> |
| 12 薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため  |                      | 12 <input type="checkbox"/> |
| 13 その他  | <input type="text"/> | 13 <input type="checkbox"/> |

|   |      |                          |
|---|------|--------------------------|
| 《3-1で「01 病棟薬剤業務実施加算1」は届け出ているが、「02 病棟薬剤業務実施加算2」は届け出していない場合にご回答ください。》 |      |                          |
| 3-3 * 治療室の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)                            |      | 《回答欄》                    |
| 1 あり  | 2 なし | <input type="checkbox"/> |

|   |      |                          |
|---|------|--------------------------|
| 3-4 * 病棟薬剤業務について、1週間あたり20時間以上の業務を実施している病棟及び治療室の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》                    |
| 1 あり  | 2 なし | <input type="checkbox"/> |

《3-5～3-7は、3-4で「1 あり」と回答した場合にご回答ください。》

|  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| 3-5 * 貴施設の病棟数についてご回答ください。                    |  | 《回答欄》                      |
| 01 貴施設のすべての病棟数                               |  | 01 <input type="text"/> 病棟 |
| 02 01のうち、病棟薬剤業務について1週間あたり20時間以上の業務を実施している病棟数 |  | 02 <input type="text"/> 病棟 |

3-6 \*20時間以上の業務を実施している**病棟**の状況についてご回答ください。  
 (病棟薬剤業務総時間数が多い順に病棟を6つお選びいただき、ご回答ください。)  
 (令和6年10月25日～10月31日)

|    | a                            | b                          | c       |   | d                         |   | e                            |   | f                  |      | g                         |     | h                        |      |
|----|------------------------------|----------------------------|---------|---|---------------------------|---|------------------------------|---|--------------------|------|---------------------------|-----|--------------------------|------|
|    | 主となる<br>診療科<br>(別表1より<br>選択) | 算定<br>入院料<br>(別表2より<br>選択) | 新規入院患者数 |   | cのうち、<br>持参薬確認を<br>行った患者数 |   | 薬剤管理指導に<br>相当する服薬<br>指導の実施人数 |   | 持参薬の確認業務に<br>要する時間 |      | 1日あたり病棟<br>薬剤業務実施<br>薬剤師数 |     | 1週間あたりの<br>病棟薬剤業務<br>総時間 |      |
| 01 |                              |                            |         | 人 |                           | 人 |                              | 人 |                    | 時間/日 |                           | 人/日 |                          | 時間/週 |
| 02 |                              |                            |         | 人 |                           | 人 |                              | 人 |                    | 時間/日 |                           | 人/日 |                          | 時間/週 |
| 03 |                              |                            |         | 人 |                           | 人 |                              | 人 |                    | 時間/日 |                           | 人/日 |                          | 時間/週 |
| 04 |                              |                            |         | 人 |                           | 人 |                              | 人 |                    | 時間/日 |                           | 人/日 |                          | 時間/週 |
| 05 |                              |                            |         | 人 |                           | 人 |                              | 人 |                    | 時間/日 |                           | 人/日 |                          | 時間/週 |
| 06 |                              |                            |         | 人 |                           | 人 |                              | 人 |                    | 時間/日 |                           | 人/日 |                          | 時間/週 |

| 別表1    | 《 診療科》 (最も近似する主な診療科を選択) |                   |  |
|--------|-------------------------|-------------------|--|
| 1 内科   | 6 脳神経外科                 | 11 泌尿器科           |  |
| 2 小児科  | 7 産婦人科                  | 12 放射線科           |  |
| 3 精神科  | 8 眼科                    | 13 リハビリテーション科     |  |
| 4 外科   | 9 耳鼻咽喉科                 | 14 歯科 (歯科口腔外科等含む) |  |
| 5 整形外科 | 10 皮膚科                  | 15 その他            |  |

| 別表2          | 《 入院料》             |                        |  |
|--------------|--------------------|------------------------|--|
| 1 急性期一般入院料 1 | 11 特定機能病院入院基本料     | 21 地域包括ケア病棟入院料 3       |  |
| 2 急性期一般入院料 2 | 12 療養病棟入院基本料       | 22 地域包括ケア入院医療管理料 3     |  |
| 3 急性期一般入院料 3 | 13 結核病棟入院基本料       | 23 地域包括ケア病棟入院料 4       |  |
| 4 急性期一般入院料 4 | 14 精神病棟入院基本料       | 24 地域包括ケア入院医療管理料 4     |  |
| 5 急性期一般入院料 5 | 15 小児入院医療管理料       | 25 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 |  |
| 6 急性期一般入院料 6 | 16 地域包括医療病棟入院料     | 26 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 |  |
| 7 地域一般入院料 1  | 17 地域包括ケア病棟入院料 1   | 27 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 |  |
| 8 地域一般入院料 2  | 18 地域包括ケア入院医療管理料 1 | 28 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 |  |
| 9 地域一般入院料 3  | 19 地域包括ケア病棟入院料 2   | 29 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 |  |
| 10 専門病院入院基本料 | 20 地域包括ケア入院医療管理料 2 | 30 回復期リハビリテーション入院医療管理料 |  |



| 3-7 *20時間以上の業務を実施している <b>治療室</b> の状況についてご回答ください。<br>(最大3つ治療室をお選びいただき、ご回答ください。)(令和6年10月25日~10月31日) |                          |              |                            |   |                                   |                                    |                                |   |
|---|--------------------------|--------------|----------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
|   | a<br>治療室の種別<br>(別表3より選択) | b<br>新規入院患者数 | c<br>bのうち、<br>持参薬確認を行った患者数 |   | d<br>薬剤管理指導に<br>相当する服薬指導の<br>実施人数 | e<br>病棟薬剤業務に<br>あたる薬剤師数<br>(常勤換算数) | f<br>1週間当たりの<br>病棟薬剤業務<br>総時間数 | g<br>病棟薬剤業務実<br>施加算2の届出<br>の有無(別表4<br>より選択) |
| 01  |                          | 人            | 人                          | 人 | 人                                 | 人                                  | 時間/週                           |   |
| 02  |                          | 人            | 人                          | 人 | 人                                 | 人                                  | 時間/週                           |   |
| 03  |                          | 人            | 人                          | 人 | 人                                 | 人                                  | 時間/週                           |   |

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| 別表3                | 《治療室》(複数の治療室を担当している場合は、主となる治療室を選択) |
| 1 救命救急入院料          | 5 小児特定集中治療室管理料                     |
| 2 特定集中治療室管理料       | 6 新生児特定集中治療室管理料                    |
| 3 ハイケアユニット入院医療管理料  | 7 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料           |
| 4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 8 総合周産期特定集中治療室管理料                  |

|          |                     |
|----------|---------------------|
| 別表4      | 《病棟薬剤業務実施加算2の届出の有無》 |
| 1 届け出ている | 2 届け出していない          |

|  |       |
|--|-------|
| 3-8 *病棟薬剤業務実施加算1の対象病棟における、病棟薬剤業務の業務時間について、ご回答ください。(令和6年10月の任意の1週間) |       |
| 01 病棟薬剤業務実施加算1の対象病棟数   | 01 病棟 |
| 02 病棟薬剤業務実施加算1の対象病棟に係る業務携わる薬剤師数(常勤・非常勤を含む実数)                       | 02 人  |
| 03 病棟薬剤業務実施加算1の対象病棟に係る業務の総実施時間                                     | 03 時間 |
| 04 03のうち、病棟薬剤業務実施加算1の対象病棟において実施した業務の実施時間                           | 04 時間 |
| 05 03のうち、持参薬の確認業務に要する時間  | 05 時間 |

|  |    |
|--|----|
| 3-9 *持参薬の確認業務に係る負担軽減策について、貴院で実施している取組についてご回答ください。(令和6年11月1日時点)(該当する番号すべて、右欄に○) |    |
| 01 電子カルテの導入や改良   | 01 |
| 02 薬局からの薬剤情報一覧の活用  | 02 |
| 03 薬局における常用薬の整理  | 03 |
| 04 薬局における治療前休止薬の分別   | 04 |
| 05 オンライン資格確認による薬剤情報の利活用  | 05 |
| 06 入院前における服用中の薬剤の確認をした際の情報の活用  | 06 |
| 07 お薬手帳の読取システムや錠剤識別システムの導入   | 07 |
| 08 薬剤情報一覧の情報を電子カルテ等へ入力することについて事務員による作業補助                                       | 08 |
| 09 その他   | 09 |

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 3-10 * 持参薬の確認業務の負担が軽減された場合、実施可能となる業務についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》                       |
| 01 従来より短時間で必要な病棟薬剤業務が実施できるため時間外業務負担の軽減につながる  |  | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 ポリファーマシー解消のための総合的な薬剤調整及び評価  |  | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 薬剤管理指導に基づく直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導のさらなる充実   |  | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 添付文書以外の医薬品情報も活用した高度な薬物治療の支援   |  | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 術前休止薬の適切な管理   |  | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 術後再開薬の適切な管理   |  | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 医師と事前に取り決めたプロトコールに沿って処方された薬剤の変更   |  | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 医師と事前に取り決めたプロトコールに沿った持参薬を入院中継続に関する業務支援  |  | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 入院時における施設外の医師・薬剤師等との薬剤情報に関する連携  |  | 09 <input type="checkbox"/> |
| 10 退院時における施設外の医師・薬剤師等との薬剤情報に関する連携  |  | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11 退院患者に対する薬剤に関する指導  |  | 11 <input type="checkbox"/> |
| 12 その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>                    |  | 12 <input type="checkbox"/> |

|   |           |                          |
|---|-----------|--------------------------|
| 《3-1で「02 病棟薬剤業務実施加算2」を選択した場合にご回答ください。》  |           |                          |
| 3-11 * 救急搬送後治療室に入室する患者に対して、入室する前の段階から実施している薬学管理についてご回答ください。(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |           | 《回答欄》                    |
| 1 実施している  | 2 実施していない | <input type="checkbox"/> |

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 《3-11で「1 実施している」を選択した場合にご回答ください。》  |  |                             |
| 3-12 * 治療室に入室する前の段階で実施している薬学管理についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》                       |
| 01 薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等(医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。)の確認                                |  | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 薬剤起因性副作用等に関する薬学的評価  |  | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 静注血栓溶解療法(t-PA)や抗菌薬治療など迅速な薬物治療の提供に関する支援体制                                  |  | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 術後疼痛に対する鎮痛薬を用いた薬物治療の支援や処方提案   |  | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 患者の状態に応じた薬剤選択の支援や処方提案   |  | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 注射薬の配合変化や調製方法に関する情報提供   |  | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 医師、看護師等からの相談等に即時に対応する体制   |  | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 入院する治療室のスタッフとの情報連携  |  | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 手術室のスタッフとの情報連携  |  | 09 <input type="checkbox"/> |
| 10 その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>              |  | 10 <input type="checkbox"/> |

問4 各種加算や医学管理料の状況等についてお伺いします。

|  |      |                          |
|--|------|--------------------------|
| 4-1 貴施設における外来化学療法の実施の有無についてご回答ください。<br>(令和6年10月1か月) (該当する番号1つを右欄に記載) |      | 《回答欄》                    |
| 1 あり   | 2 なし | <input type="checkbox"/> |

《 4-1で「1 あり」を選択した場合にご回答ください。》

4-2 \* 注射による外来化学療法に従事する薬剤師の平均配置人数についてご回答ください。  
 ※令和6年10月の任意の1週間の業務実態に基づき、1日当たりの平均業務時間（人時）をご回答ください。（例）2人で3時間かかる場合は「6人時」と回答。

01 主に抗悪性腫瘍剤の調製に従事する薬剤師

02 主に薬学管理業務<sup>※1</sup>に従事する薬剤師

《回答欄》

01  人時/日

02  人時/日

※1 02については、外来患者の腫瘍化学療法において、服薬指導、診察前面談、レジメン監査、薬局等との情報連携など01以外で業務に従事している人時を回答ください。

4-3 \* 注射による外来化学療法に従事する薬剤師の配置人数の変化について改定前（令和6年3月31日時点）と改定後（令和6年11月1日時点）を比較してご回答ください。  
 （該当する番号1つを右欄に記載）

01 主に抗悪性腫瘍剤の調製に従事する薬剤師

1 増員した                      2 変化なし                      3 削減した

02 主に薬学管理業務<sup>※1</sup>に従事する薬剤師

1 増員した                      2 変化なし                      3 削減した

《回答欄》

01

02

※1 （再掲）02については、外来患者の腫瘍化学療法において、服薬指導、診察前面談、レジメン監査、薬局等との情報連携など01以外で業務に従事している人時を回答ください。

《 がん薬物療法体制充実加算を届出している場合にご回答ください。》

4-4 \* 届出しているが実施するにあたって困難なことについてご回答ください。  
 （該当する番号すべて、右欄に○）

01 午前中など患者が集中する時間帯があり、一時的に多くの薬剤師を配置することが難しい

02 診察前だけでなく診察後にも対応が必要な事例が従来より増加したことへの対応が間に合わない

03 薬剤師の面談等を実施する時間を医師の診察前に確保することが難しい

04 化学療法に係る十分な経験を有し、適切な研修を修了していることの要件を満たした薬剤師を必要な人数確保することが難しい□

05 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

4-5 \* 令和6年10月1か月間の患者数等についてご回答ください。

01 注射による外来化学療法を受けた患者件数

02 01のうち、薬剤師が診察前面談<sup>※2</sup>を実施した件数

03 がん薬物療法体制充実加算を算定した件数

《回答欄》

01  件/月

02  件/月

03  件/月

※2 診察前面談は、がん薬物療法体制充実加算に係る業務を実施した件数を回答ください。

《 がん薬物療法体制充実加算を届出していない場合にご回答ください。》

4-6 \* 届出できない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 配置する薬剤師が、専任かつ常勤であることの要件が満たせない

02 配置する薬剤師が、化学療法に係る十分な経験を有し、適切な研修を修了していることの要件が満たせない

03 患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室がない

04 薬剤師が診察前面談を実施し、医師がより適切な診療方針を立てる体制が整備できない

05 他に優先される業務があるため手が回らない

06 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

問5 \* ポリファーマシー対策に係る業務の状況についてお伺いします。

|  |               |           |                      |
|--|---------------|-----------|----------------------|
| 5-1 入院時にポリファーマシーを解消するための取組についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載) |               |           | 《回答欄》                |
| 1 令和6年5月以前から実施   | 2 令和6年6月以降に開始 | 3 実施していない | <input type="text"/> |

《5-1で「1 令和6年5月以前から実施」「2 令和6年6月以降に開始」を選択した場合にご回答ください。》

|   |     |
|---|-----|
| 5-2 薬剤総合評価調整加算の算定回数をご回答ください。(令和6年8～10月の3か月) | 件/月 |
|---|-----|

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| 5-3 処方内容を評価した上で、処方内容の変更及び療養上の必要な指導を行うことが、難しい事例がある場合、困難な理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》                   |
| 01 病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用した多職種の連携が難しい                                   |  | 01 <input type="text"/> |
| 02 入院前の薬剤の情報がなく、4週間以上継続しているかどうかわからない  |  | 02 <input type="text"/> |
| 03 他院から処方された薬剤の処方意図を把握することなどが難しいため  |  | 03 <input type="text"/> |
| 04 他院の処方へ介入することについて、関係する医療従事者の理解が得られない  |  | 04 <input type="text"/> |
| 05 6種類以上の内服薬が処方されている対象となる患者がいない   |  | 05 <input type="text"/> |
| 06 患者の理解が得られないため  |  | 06 <input type="text"/> |
| 07 その他 <input type="text"/>   |  | 07 <input type="text"/> |

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| 5-4 薬剤調整加算を算定できない理由についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○) |  | 《回答欄》                   |
| 01 入院期間中に2種類以上の減薬を実施することが難しいため                                    |  | 01 <input type="text"/> |
| 02 持参薬等の他院処方への介入であり、自院から退院時の処方をしないため                              |  | 02 <input type="text"/> |
| 03 減薬を実施した場合であっても、その状態が4週間以上継続することが見込めないため                        |  | 03 <input type="text"/> |
| 04 前回の加算算定日が不明であるため   |  | 04 <input type="text"/> |
| 05 その他 <input type="text"/>                                       |  | 05 <input type="text"/> |

《5-4で「01 入院期間中に2種類以上の減薬を実施することが難しいため」を選択した場合にご回答ください。》

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| 5-5 2剤以上の減薬が難しい理由についてご回答ください。<br>(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)                     |  | 《回答欄》                   |
| 01 処方の変更に対する反応を確認しながら1剤ずつ減量する必要があるため  |  | 01 <input type="text"/> |
| 02 SCAP (safety correction of high-dose antipsychotic polypharmacy) 法による減量プロトコールのため |  | 02 <input type="text"/> |
| 03 入院期間が短いため  |  | 03 <input type="text"/> |
| 04 その他 <input type="text"/>   |  | 04 <input type="text"/> |

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| 5-6 薬剤総合評価調整加算の算定の有無に関わらず、ポリファーマシー対策の介入を行った患者について、入院時と比較した退院時に処方する内服薬の剤数についてご回答ください。<br>(令和6年8～10月の3か月) |  | 《回答欄》                     |
| 01 1種類減少  |  | 01 <input type="text"/> 件 |
| 02 2種類以上減少  |  | 02 <input type="text"/> 件 |
| 03 変化なし   |  | 03 <input type="text"/> 件 |
| 04 増加   |  | 04 <input type="text"/> 件 |

5-7 薬剤総合評価調整加算の算定の有無に関わらず、ポリファーマシー対策の介入を行った患者について、実施した処方の変更等の内容についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 PIMs（高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物）の減薬
- 02 日本版抗コリンリスクスケールを用いた減薬
- 03 抗精神病薬の減薬
- 04 服薬の簡素化（服用回数の低減等）
- 05 合剤の使用
- 06 入院治療で一時的に要した薬剤の減量・中止
- 07 その他

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |

5-8 ポリファーマシー対策に関する講習会等の実施状況についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点で過去1年の実績) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 院内の講習会を実施
- 02 院外や地域の講習会を実施
- 03 実施していない

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |

《5-8で「02 地域の講習会を実施」を選択した場合にご回答ください。》

5-9 講習会の参加者についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 自治体
- 02 保険者
- 03 医師会
- 04 病院関係者
- 05 診療所関係者
- 06 薬剤師会
- 07 薬局関係者
- 08 看護関係者
- 09 介護関係者
- 10 学識経験者
- 11 その他

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |

5-10 入院時にポリファーマシー対策に関するスクリーニングの実施の有無についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 1 実施している
- 2 実施していない

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

《 5-10で「1 実施している」を選択した場合にご回答ください。》

5-11 入院時スクリーニングとして実施している方法・取組等をご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | スクリーニングツールの利用            |
| 02 | 電子カルテデータの抽出              |
| 03 | 専用システムの導入                |
| 04 | 専任担当者を配置している             |
| 05 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |

問6 \* 退院時の医療機関の薬剤師の業務についてお伺いします。

6-1 令和6年10月1か月間の退院患者数及び退院時薬剤情報連携等の状況についてご回答ください。

|    |   |
|----|---|
| 01 | 退院患者数   |
| 02 | 01のうち、薬剤師が退院時に服薬指導を実施した件数                       |
| 03 | 01のうち、薬剤師が退院時に薬剤等に関する情報連携 <sup>※1</sup> を実施した件数 |
| 04 | 03のうち、情報連携先が薬局であった件数                            |
| 05 | 03のうち、情報連携先が医療機関であった件数                          |
| 06 | 03のうち、情報連携先が介護施設であった件数                          |
| 07 | 03のうち、情報連携先がケアマネージャーであった件数                      |

《回答欄》

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 01 | <input type="text"/> | 人 |
| 02 | <input type="text"/> | 件 |
| 03 | <input type="text"/> | 件 |
| 04 | <input type="text"/> | 件 |
| 05 | <input type="text"/> | 件 |
| 06 | <input type="text"/> | 件 |
| 07 | <input type="text"/> | 件 |

※1 単に退院処方に関する薬剤情報提供文書の交付やお薬手帳への薬剤情報の記載ではなく、薬剤サマリー等の文書による情報提供を実施した件数。

6-2 自院の退院処方薬の交付方法<sup>※2</sup>についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|   |           |   |              |
|---|-----------|---|--------------|
| 1 | 病棟で薬剤師が交付 | 3 | 薬剤部窓口で薬剤師が交付 |
| 2 | 病棟で看護師が交付 | 4 | 医師が交付        |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

※2 平日日勤帯など、関連職種がいずれも勤務しているであろう時間帯での業務分担についてご回答ください。

6-3 退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行う主な範囲についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (最も該当するものに◎、該当するものに○)

|    |                                      |
|----|--------------------------------------|
| 01 | 自院の退院処方薬に関する説明・指導                    |
| 02 | 患者が持参した医薬品等も含めた説明・指導                 |
| 03 | 患者が持参した医薬品等も含めた説明・指導及び必要な服薬支援(一包化など) |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |

6-4 退院時に病院薬剤師が行うことや提供する情報等のうち、貴院で恒常的に実施されているものをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 自宅退院する患者に対して、退院後のかかりつけ薬局の選定や仲介を行うこと
- 02 在宅移行する患者に対して、在宅対応可能な薬局の選定や仲介を行うこと
- 03 薬局の薬剤師と薬剤等に関する情報連携を行うこと
- 04 介護支援専門員（ケアマネジャー）と薬剤等に関する情報連携を行うこと
- 05 医師と連携して在宅療法を見据えた減薬に関する処方調整を行うこと
- 06 医師と連携して在宅療養を見据えた服用回数の低減に関する処方調整を行うこと
- 07 退院共同カンファレンスにおける薬剤に関する調整や相談を行うこと
- 08 患家を訪問して、自宅での薬物治療を継続するために必要な薬学的管理及び指導を行うこと
- 09 その他

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |

6-5 薬剤師が退院時に薬剤等に関する他の医療機関等へ情報連携する場合の手段についてご回答ください。（最も該当するものに◎、該当するものに○）

《回答欄》

- 01 お薬手帳への記載
- 02 薬剤サマリーの作成
- 03 医師が作成する診療情報提供書への追記や添付
- 04 FAX送信
- 05 医療従事者用SNS
- 06 電子メール
- 07 郵送
- 08 その他

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |

問7 保険薬局との連携等についてお伺いします。

7-1 \* 医療機関の薬剤師が薬局との連携において実施していることについて、ご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |  |    |                          |
|----|--|----|--------------------------|
| 01 | 院外処方箋に係る疑義照会や問い合わせの中継  | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 院外処方箋に係る問い合わせ簡素化プロトコルの運用                                     | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | トレーシングレポートを受け取る窓口の実施（スキャン取組を含む）                              | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | トレーシングレポートの内容を医師に伝達するなど、手間をかけた情報の活用                          | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | 医薬品供給不安定に関する院外処方における問い合わせ対応や薬局との情報連携                         | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | 薬局の薬剤師が糖尿病に関するフォローアップするために必要な情報連携                            | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | 薬局の薬剤師が心不全に関するフォローアップするために必要な情報連携                            | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | 薬局の薬剤師が経口抗がん剤に関するフォローアップするために必要な情報連携                         | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | 院外との薬剤情報に関する連携におけるICTの導入                                     | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | その他 <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> | 10 | <input type="checkbox"/> |

《回答欄》

7-2 \* 地域の医療機関や薬局との連携における医療機関の薬剤師の関与の状況についてご回答ください。  
(令和6年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

|   |                      |   |         |
|---|----------------------|---|---------|
| 1 | 地域連携に係る専任の薬剤師を配置している | 3 | 関わっていない |
| 2 | 必要に応じて薬剤師が関わっている     |   |         |

《回答欄》

医療従事者調査票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和7年 月 日 ( ) までに  
貴施設の調査担当者にお渡し下さい。



厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査  
入院・外来医療等における実態調査

かかりつけ医及びオンライン診療に関する意識調査（患者票）

◆ 施設名、患者IDをご記入ください。

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 施設名 |  | 患者ID |  |
|-----|--|------|--|

●このアンケートは、本日受診した患者さんまたは保護者の方に、かかりつけの医師機能及びオンライン診療等についてのご意見をお伺いするものです。  
●特に指定がある場合を除いて、回答日現在の状況についてお答えください。

問1 あなた（本日受診した患者さん）についてお伺いします。（回答日時点）

|  |   |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
|--|---|----------|---|---------|--------|---------------------|---|--------|----------|---|--------|--|---|
| 1-1 性別をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  | 《回答欄》   |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 男性</td> <td style="width: 50%;">2 女性</td> </tr> </table>   | 1 男性  | 2 女性     | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 1 男性   | 2 女性  |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 1-2 年齢をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  | 《回答欄》   |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 10歳未満</td> <td style="width: 33%;">4 30歳代</td> <td style="width: 33%;">7 60歳代</td> </tr> <tr> <td>2 10歳代</td> <td>5 40歳代</td> <td>8 70歳代</td> </tr> <tr> <td>3 20歳代</td> <td>6 50歳代</td> <td>9 80歳代以上</td> </tr> </table>  | 1 10歳未満   | 4 30歳代   | 7 60歳代  | 2 10歳代  | 5 40歳代 | 8 70歳代              | 3 20歳代  | 6 50歳代 | 9 80歳代以上 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |        |  |   |
| 1 10歳未満  | 4 30歳代  | 7 60歳代   |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 2 10歳代   | 5 40歳代  | 8 70歳代   |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 3 20歳代   | 6 50歳代  | 9 80歳代以上 |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 1-3 要介護認定についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  | 《回答欄》   |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 非該当</td> <td style="width: 33%;">5 要支援1</td> <td style="width: 33%;">9 要介護3</td> </tr> <tr> <td>2 未申請</td> <td>6 要支援2</td> <td>10 要介護4</td> </tr> <tr> <td>3 申請中</td> <td>7 要介護1</td> <td>11 要介護5</td> </tr> <tr> <td>4 不明</td> <td>8 要介護2</td> <td></td> </tr> </table> | 1 非該当   | 5 要支援1   | 9 要介護3  | 2 未申請   | 6 要支援2 | 10 要介護4             | 3 申請中   | 7 要介護1 | 11 要介護5  | 4 不明  | 8 要介護2 |  | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| 1 非該当  | 5 要支援1  | 9 要介護3   |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 2 未申請  | 6 要支援2  | 10 要介護4  |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 3 申請中  | 7 要介護1  | 11 要介護5  |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 4 不明   | 8 要介護2  |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 1-4 お住まいの都道府県をご回答ください。   | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 1-5 定期的（3か月に1回以上の頻度）に通院している医療機関数をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）  | 《回答欄》   |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 1か所</td> <td style="width: 50%;">4 4か所</td> </tr> <tr> <td>2 2か所</td> <td>5 5か所以上</td> </tr> <tr> <td>3 3か所</td> <td>6 定期的に通院している医療機関はない</td> </tr> </table>   | 1 1か所   | 4 4か所    | 2 2か所   | 5 5か所以上 | 3 3か所  | 6 定期的に通院している医療機関はない | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |        |          |   |        |  |   |
| 1 1か所  | 4 4か所   |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 2 2か所  | 5 5か所以上   |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |
| 3 3か所  | 6 定期的に通院している医療機関はない                                     |          |   |         |        |                     |   |        |          |   |        |  |   |

《 1-5で「1」～「5」を選択した場合にご回答ください。》

1-6 \*定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うことをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                                   |    |                      |
|----|-----------------------------------|----|----------------------|
| 01 | 予約診療を行っていること                      | 01 | <input type="text"/> |
| 02 | 休日に診療ができる体制が整備されていること             | 02 | <input type="text"/> |
| 03 | 休日夜間にも連絡が取れる体制が整備されていること          | 03 | <input type="text"/> |
| 04 | 複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること | 04 | <input type="text"/> |
| 05 | 家族との連携によって治療管理が行われていること           | 05 | <input type="text"/> |
| 06 | 市区町村や保険者が行う健康づくりに関する取り組みに協力していること | 06 | <input type="text"/> |
| 07 | オンライン診療を活用していること                  | 07 | <input type="text"/> |
| 08 | リフィル処方箋*に対応していること                 | 08 | <input type="text"/> |
| 09 | 28日以上長期処方に対応していること                | 09 | <input type="text"/> |
| 10 | その他 <input type="text"/>          | 10 | <input type="text"/> |

《回答欄》

※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

問2 本日受診した医療機関について、また受診理由などについてお伺いします。

2-1 本日受診した医療機関へのご自宅からの移動時間（片道）をご回答ください。

|                      |     |
|----------------------|-----|
| <input type="text"/> | 分程度 |
|----------------------|-----|

2-2 本日受診した医療機関への主な移動手段をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|       |      |       |                      |
|-------|------|-------|----------------------|
| 1 徒歩  | 3 車  | 5 バス  | <input type="text"/> |
| 2 自転車 | 4 電車 | 6 その他 |                      |

《回答欄》

2-3 本日受診した理由をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|
| 1 この医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため      | <input type="text"/> |
| 2 違う医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため      |                      |
| 3 まだ診断されていないが、何かの病気ではないかと気になる症状があるため |                      |

《回答欄》

2-4 本日受診した医療機関には定期的に通っているかご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|              |                           |                      |
|--------------|---------------------------|----------------------|
| 1 今回が初めて     | 3 定期的にはではないが、過去に通院したことがある | <input type="text"/> |
| 2 定期的に通院している | 4 わからない                   |                      |

《回答欄》

《 2-4で「2 定期的に通院している」を選択した場合にご回答ください。》

2-5 この医療機関へ通う頻度についてご回答ください。（回答日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

|              |              |                      |
|--------------|--------------|----------------------|
| 1 1週間に1、2回程度 | 4 2か月に1回程度   | <input type="text"/> |
| 2 2週間に1回程度   | 5 3か月に1回程度   |                      |
| 3 1か月に1回程度   | 6 4か月以上に1回程度 |                      |

《回答欄》

| 2-6 *普段医療機関に定期的に受診して診療を受けているのはどのようなご病気ですか。(該当する病気*すべてに○)<br>また、該当するそれぞれのご病気に対して、定期的に通院している医療機関の数をご回答ください。 |                          |                                      |                             |                                      |                           |
|---|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| 受診している病名  | a<br>該当する<br>病気すべて<br>に○ | b<br>本日受診した医療機<br>関で診療を受けてい<br>る病気に○ | c<br>定期的(3か月未満<br>に1回程度)に通院 | d<br>定期的(3か月以上<br>6か月未満に1回程<br>度)に通院 | e<br>定期的(6か月に1回<br>以上)に通院 |
| 01 高血圧症   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 02 脂質異常症  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 03 糖尿病  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 04 がん   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 05 難病(国指定の難病)   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 06 慢性頭痛   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 07 脳血管疾患(脳梗塞後遺症などを含む)   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 08 狭心症・心不全などの心疾患  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 09 肺炎・気管支喘息   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 10 慢性閉塞性肺疾患(COPD)   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 11 胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの消化器疾患   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 12 便秘症  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 13 慢性腎不全  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 14 骨粗しょう症・骨折  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 15 脊柱管狭窄症・腰痛症   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 16 関節痛・リウマチ   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 17 アレルギー性疾患・花粉症   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 18 湿疹・皮膚炎(アトピー含む)   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 19 白内障・緑内障  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 20 睡眠障害(不眠症)  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 21 認知症  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 22 めまい  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 23 耳鳴り  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 24 中耳炎  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 25 かぜ・感冒  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 26 発達障害   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 27 精神疾患   |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 28 その他  |                          |                                      | か所                          | か所                                   | か所                        |

2-7 2-6で該当したご病気のうち、定期的に通院している医療機関の数が2か所以上のものが1つでもあった場合にご回答ください。※歯科は除く。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

- 1 いずれかの医療機関について、紹介状をもらい受診している
- 2 いずれの医療機関についても、紹介状をもらわずに受診している
- 3 その他

《回答欄》

2-8 本日受診した理由の症状についてご回答ください。  
(主となる症状の番号1つを右欄に記載)

|              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| 1 熱がある       | 22 腹痛・胃痛                    |
| 2 体がだるい      | 23 痔による痛み・出血など              |
| 3 眠れない       | 24 歯が痛い                     |
| 4 いろいろしやすい   | 25 歯ぐきのはれ・出血                |
| 5 ものを忘れる     | 26 かみにくい                    |
| 6 頭痛         | 27 発疹(じんま疹・できもの)            |
| 7 めまい        | 28 かゆみ(湿疹・水虫など)             |
| 8 目のかすみ      | 29 肩こり                      |
| 9 物が見づらい     | 30 腰痛                       |
| 10 耳なりがする    | 31 手足の関節が痛む                 |
| 11 きこえにくい    | 32 手足の動きが悪い                 |
| 12 動悸        | 33 手足のしびれ                   |
| 13 息切れ       | 34 手足が冷える                   |
| 14 前胸部に痛みがある | 35 足のむくみやだるさ                |
| 15 せきやたんが出る  | 36 尿が出にくい                   |
| 16 鼻がつまる     | 37 頻尿(尿の出る回数が多い)            |
| 17 ゼイゼイする    | 38 尿失禁(尿がもれる)               |
| 18 胃のもたれ     | 39 月経不順・月経痛                 |
| 19 下痢        | 40 骨折・ねんざ                   |
| 20 便秘        | 41 切り傷・やけどなどのけが             |
| 21 食欲不振      | 42 その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

問3 「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院をされている方にお伺いします。

3-1 \*令和6年6月以降に、「生活習慣病 療養計画書」の交付を受けましたか。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|      |       |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

《回答欄》

■ 3-2~3-3は、3-1で「1 はい」を選択した方がご回答ください。

3-2 \*療養計画書の交付を受けたことによる変化についてご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 01 継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった    | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 自らの検査結果に対する理解が深まった              | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 自分に合った治療方針を決めることができた            | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできた    | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 治療上の副作用や心配な点について相談ができた          | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 特に変化はない                         | 07 <input type="checkbox"/> |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |

3-3 \*「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続けるうえで、必要と思うことについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                                |
|----|--------------------------------|
| 01 | 継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること    |
| 02 | 食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること |
| 03 | 自らの検査結果を理解すること                 |
| 04 | 自分に合った治療方針を決めることができること         |
| 05 | 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできること |
| 06 | 治療上の副作用や心配な点について相談ができること       |
| 07 | 療養計画書の提示を受け署名し、医師と共有すること       |
| 08 | 特に必要だと思うことはない                  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |

問4 かかりつけの医師<sup>※</sup>についてお伺いします。

※この調査における「かかりつけの医師」とは、なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

4-1 かかりつけの医師を決めているかをご回答ください。  
（本日受診した医療機関に限りません）（該当する番号1つを右欄に記載）

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1 決めている              | 3 決めていない、また、決める予定もない |
| 2 決めていないが、決めたいと思っている |                      |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

4-2 4-1で「1 決めている」もしくは「2 決めていないが、決めたいと思っている」を選択した場合、本日受診した医師は、あなたのかかりつけの医師であるかどうかご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| 1 かかりつけの医師である  | 3 今後、かかりつけの医師にするつもりである |
| 2 かかりつけの医師ではない |                        |

《回答欄》

|  |
|--|
|  |
|--|

4-3 4-1で「3 決めていない、また、決める予定もない」を選択した場合、かかりつけの医師を決めていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |  |
|----|--|
| 01 | 医療機関にかかることがあまりないから   |
| 02 | その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから                                     |
| 03 | どのような医師をかかりつけの医師として選んだらよいかわからないから                            |
| 04 | かかりつけの医師として求める機能を持つ医師がいないから                                  |
| 05 | かかりつけの医師をもつ必要性を感じないから  |
| 06 | 特に理由はない  |
| 07 | その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |

■ 4-4~4-6は、すべての方がご回答ください。

|  |       |          |
|--|-------|----------|
| 4-4 本日受診した医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えていますか。<br>また、これまでにかかりつけの医師に関する説明を受けたこと等についてご回答ください。<br>(それぞれ該当する番号1つを右欄に記載) |       |          |
| <b>01</b> 他の医療機関の受診状況を伝えている  |       |          |
| 1 はい   | 2 いいえ |          |
| <b>02</b> 処方された薬の内容を伝えている  |       |          |
| 1 はい   | 2 いいえ |          |
| <b>03</b> お薬手帳を見せている   |       |          |
| 1 はい   | 2 いいえ | 3 持っていない |
| <b>04</b> かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある  |       |          |
| 1 はい   | 2 いいえ |          |
| <b>05</b> かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある   |       |          |
| 1 はい   | 2 いいえ |          |
| <b>06</b> かかりつけ医機能に関する文書を持ち帰ったことがある  |       |          |
| 1 はい   | 2 いいえ |          |

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

4-5 あなたにとっての「かかりつけの医師」に求める役割をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |
|----|---|
| 01 | どんな症状や病気でもまずは診療してくれる                                  |
| 02 | これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれている                           |
| 03 | 必要時に専門医に紹介してくれる                                       |
| 04 | 夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる                           |
| 05 | 夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる               |
| 06 | 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる                 |
| 07 | 栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる        |
| 08 | 喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる                                    |
| 09 | 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行ってくれる              |
| 10 | 予防接種を推奨・実施してくれる                                       |
| 11 | 予防接種の実施状況の把握、予防接種の有効性・安全性に関する指導・相談への対応を行う             |
| 12 | 受診しているすべての医療機関や処方された薬を把握してくれる                         |
| 13 | 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる                                 |
| 14 | 調剤を行う薬局と連携してくれる                                       |
| 15 | 医療機関で薬を受け取ることができる                                     |
| 16 | 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる                                 |
| 17 | 在宅医療において看取りを行ってくれる                                    |
| 18 | 自分らしい人生の終わり方の相談ができる                                   |
| 19 | 利用する訪問看護と連携してくれる                                      |
| 20 | 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる                            |
| 21 | 要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる                               |
| 22 | 認知症に関する助言や指導を行ってくれる                                   |
| 23 | 行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる               |
| 24 | 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる                        |
| 25 | 診療に関する情報を患者に提供するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる             |
| 26 | 診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる      |
| 27 | オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用してくれる                |
| 28 | かかりつけ医機能に関する研修を修了した医師がいる                              |
| 29 | 総合診療専門医がいる  |
| 30 | 病状が悪化して入院が必要になった場合に入院できる、または他の入院できる病院と連携している          |
| 31 | 退院や自宅復帰などに関する地域内の医療機関の取り決め（退院ルールや地域連携クリティカルパス）へ参加している |
| 32 | その他 <input type="text"/>                              |

《回答欄》

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> |
| 21 | <input type="checkbox"/> |
| 22 | <input type="checkbox"/> |
| 23 | <input type="checkbox"/> |
| 24 | <input type="checkbox"/> |
| 25 | <input type="checkbox"/> |
| 26 | <input type="checkbox"/> |
| 27 | <input type="checkbox"/> |
| 28 | <input type="checkbox"/> |
| 29 | <input type="checkbox"/> |
| 30 | <input type="checkbox"/> |
| 31 | <input type="checkbox"/> |
| 32 | <input type="checkbox"/> |

4-6 かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するかご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | 施設が有するかかりつけの医師機能         |
| 02 | 病状                       |
| 03 | 治療内容                     |
| 04 | 起こりうる合併症                 |
| 05 | 食事・運動等の生活指導              |
| 06 | 必要となる介護・福祉サービス           |
| 07 | 急変時の対応                   |
| 08 | 特に期待はしていない               |
| 09 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

問5 オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、ビデオ通話で行う診察をさします）についてお伺いします。（回答日時点）

5-1 あなたは、これまでにオンライン診療を受けたことがあるかをご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1 受けたことがある→5-2へ | 2 受けたことがない→5-10へ |
|-----------------|------------------|

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

■5-2～5-9は、5-1で「1 受けたことがある」を選択した場合にご回答ください。

5-2 これまでにオンライン診療を受けた回数についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 1 1回、2回 | 3 6回～9回 | 5 わからない |
| 2 3回～5回 | 4 10回以上 |         |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

5-3 直近のオンライン診療を受けた時期についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 1 令和5年9月30日以前         | 4 令和6年4月1日以降6月30日以前 |
| 2 令和5年10月1日以降12月31日以前 | 5 令和6年7月1日以降9月30日以前 |
| 3 令和6年1月1日以降3月31日以前   | 6 わからない             |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

5-4 直近のオンライン診療を受けた医療機関の所在地をご回答ください。  
(わからない場合は空欄で構いません) (医療機関が所在する都道府県を記載)

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

5-5 直近のオンライン診療を受けた理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから     |
| 02 | 住まいが遠方だから                |
| 03 | 体の調子が悪くて外出が難しいから         |
| 04 | 通院の手助けを受けられないから          |
| 05 | リラックスして受診できるから           |
| 06 | 医師からすすめられたから             |
| 07 | 対面診療より気軽に受診できるから         |
| 08 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |



|   |          |           |
|---|----------|-----------|
| 5-6 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをご回答ください。<br>(それぞれ該当する番号1つを右欄に記載) |          |           |
| <b>01</b> 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた(直接触って異常を見つけてもらうことができない等)         |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>02</b> 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた                             |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>03</b> 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた                          |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>04</b> 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた                           |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>05</b> 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった                           |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>06</b> 機器や診療システムの使い方が難しかった                                       |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>07</b> 診療以外に掛かる費用(システム利用料、通信費等)が高いと感じた                           |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>08</b> 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせられた                              |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>09</b> 対面診療と比べて待ち時間が減った  |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>10</b> リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった                                  |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |
| <b>11</b> 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった                                    |          |           |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない |

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

|   |       |                      |
|---|-------|----------------------|
| 5-7 5-6「07 診療以外に掛かる費用(システム利用料、通信費等)が高いと感じた」で<br>「1 そう思う」を選択した場合、高いと感じた費用をご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |       |                      |
| 1 システム利用料   | 2 通信費 | 3 その他                |
|   |       | <input type="text"/> |

《回答欄》

|  |
|--|
| 5-8 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、ご意見があればご記載ください。 |
| <input type="text"/>                       |

|  |                        |
|--|------------------------|
| 5-9 直近のオンライン診療受診時の保険についてご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                        |
| 1 保険診療として受けた   | 3 保険診療の場合と保険外診療の場合があった |
| 2 保険外診療(自由診療)として受けた                                  | 4 わからない                |

《回答欄》

《 5-1で「2 受けたことがない」を選択した場合にご回答ください。》

5-10 オンライン診療を受けたことがない理由をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 対面の方が十分な診察が受けられると考えているから

02 対面診療の方が十分なコミュニケーションがとれるから

03 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないから

04 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じるから

05 オンライン診療の必要性を感じたことがないから

06 医師からオンライン診療を提案されたことがないから

07 医師からオンライン診療の適応にならないと言われているから

08 オンライン診療を提供している医療機関を知らないから

09 オンライン診療にかかる費用が高いから

10 機器や診療システムの使用が難しいから

11 オンライン診療の受け方がわからないから

12 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

《 5-10で「01」～「04」を選択した場合にご回答ください。》

5-11 その理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 丁寧な診察が受けられるから

02 検査や処置がすぐに受けられるから

03 医師等の話が聞きやすいから

04 病気に関する質問や相談がしやすいから

05 病気のこと以外の相談や話がしやすいから

06 通信機器を使った診療に不安を感じるから

07 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

《 5-10で「05 オンライン診療の必要性を感じたことがないから」を選択した場合にご回答ください。》

5-12 その理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 通院する時間は十分にあるから

02 通院先が近いから

03 その他

《回答欄》

01

02

03

|   |                 |                  |
|---|-----------------|------------------|
| 《 すべての方がご回答ください。》   |                 |                  |
| 5-13 今後の受診について、現時点のお考えをご回答ください。<br>(それぞれ該当する番号 1 つを右欄に記載) |                 |                  |
| <b>01</b> 対面診療とオンライン診療どちらを希望するか                           |                 |                  |
| <b>1</b> そう思う   | <b>2</b> そう思わない | <b>3</b> どちらでもない |
| <b>02</b> できるだけオンライン診療を受けたい                               |                 |                  |
| <b>1</b> そう思う   | <b>2</b> そう思わない | <b>3</b> どちらでもない |
| <b>03</b> 対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい                        |                 |                  |
| <b>1</b> そう思う   | <b>2</b> そう思わない | <b>3</b> どちらでもない |
| <b>04</b> 症状に応じて対面診療とオンライン診療を使い分けたい                       |                 |                  |
| <b>1</b> そう思う   | <b>2</b> そう思わない | <b>3</b> どちらでもない |

《回答欄》

01

02

03

04

**アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。**

**お手数をおかけいたしますが、回答が済みましたら、  
調査票をお渡しした担当者様へ本調査票をお渡しく下さい。**

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和6年度調査

入院・外来医療等における実態調査

## かかりつけ医及びオンライン診療に関する意識調査

### (一般の方向け票)

●このアンケートは、本日受診した患者さんまたは保護者の方に、かかりつけの医師機能及びオンライン診療等についてのご意見をお伺いするものです。

●特に指定がある場合を除いて、回答日現在の状況についてお答えください。

問1 あなたについてお伺いします。(回答日時点)

|   |                     |                      |
|---|---------------------|----------------------|
| 1-1 性別をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)                 |                     | 《回答欄》                |
| 1 男性  | 2 女性                | <input type="text"/> |
| 1-2 年齢をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)                 |                     | 《回答欄》                |
| 1 10歳未満   | 4 30歳代              | 7 60歳代               |
| 2 10歳代  | 5 40歳代              | 8 70歳代               |
| 3 20歳代  | 6 50歳代              | 9 80歳代以上             |
| 1-3 要介護認定についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)           |                     | 《回答欄》                |
| 1 非該当   | 5 要支援1              | 9 要介護3               |
| 2 未申請   | 6 要支援2              | 10 要介護4              |
| 3 申請中   | 7 要介護1              | 11 要介護5              |
| 4 不明  | 8 要介護2              |                      |
| 1-4 お住まいの都道府県をご回答ください。                          |                     | <input type="text"/> |
| 1-5 持病の有無をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)              |                     | 《回答欄》                |
| 1 あり  | 2 なし                | <input type="text"/> |
| 1-6 通院している場合に医療機関数をご回答ください。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) |                     | 《回答欄》                |
| 1 1か所   | 4 4か所               | <input type="text"/> |
| 2 2か所   | 5 5か所以上             |                      |
| 3 3か所   | 6 定期的に通院している医療機関はない |                      |

《 1-6で「1」～「5」を選択した場合にご回答ください。》

1-7 \*定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うことをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|           |  |    |  |
|-----------|--|----|--|
| <b>01</b> | 予約診療を行っていること   | 01 |  |
| <b>02</b> | 休日に診療ができる体制が整備されていること  | 02 |  |
| <b>03</b> | 休日夜間にも連絡が取れる体制が整備されていること                                     | 03 |  |
| <b>04</b> | 複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること                            | 04 |  |
| <b>05</b> | 家族との連携によって治療管理が行われていること                                      | 05 |  |
| <b>06</b> | 市区町村や保険者が行う健康づくりに関する取り組みに協力していること                            | 06 |  |
| <b>07</b> | オンライン診療を活用していること   | 07 |  |
| <b>08</b> | リフィル処方箋*に対応していること  | 08 |  |
| <b>09</b> | 28日以上長期処方に対応していること   | 09 |  |
| <b>10</b> | その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> | 10 |  |

《回答欄》

|    |  |
|----|--|
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |

※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

■問2は、1-6で「1」～「5」を選択した場合にご回答ください。

問2 受診状況等についてお伺いします。

| 2-1 *普段医療機関に定期的に受診して診療を受けているのはどのようなご病気ですか。(該当する病気すべてに○)<br>また、該当するそれぞれのご病気に対して、定期的に通院している医療機関の数をご回答ください。 |                   |                             |                                      |                           |
|--|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| 受診している病名   | a<br>該当する<br>病気に○ | b<br>定期的(3か月未満<br>に1回程度)に通院 | c<br>定期的(3か月以上<br>6か月未満に1回程<br>度)に通院 | d<br>定期的(6か月に1回<br>以上)に通院 |
| 01 高血圧症  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 02 脂質異常症   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 03 糖尿病   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 04 がん  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 05 難病(国指定の難病)  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 06 慢性頭痛  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 07 脳血管疾患(脳梗塞後遺症などを含む)  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 08 狭心症・心不全などの心疾患   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 09 肺炎・気管支喘息  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 10 慢性閉塞性肺疾患(COPD)  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 11 胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの消化器疾患  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 12 便秘症   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 13 慢性腎不全   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 14 骨粗しょう症・骨折   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 15 脊柱管狭窄症・腰痛症  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 16 関節痛・リウマチ  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 17 アレルギー性疾患・花粉症  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 18 湿疹・皮膚炎(アトピー含む)  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 19 白内障・緑内障   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 20 睡眠障害(不眠症)   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 21 認知症   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 22 めまい   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 23 耳鳴り   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 24 中耳炎   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 25 かぜ・感冒   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 26 発達障害  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 27 精神疾患  |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |
| 28 その他   |                   | か所                          | か所                                   | か所                        |

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 2-2      | 2-1で該当したご病気のうち、定期的に通院している医療機関の数が2か所以上のものが1つでもあった場合にご回答ください。※歯科は除く。<br>(該当する番号1つを右欄に記載)                  | 《回答欄》  |
| <b>1</b> | いずれかの医療機関について、紹介状をもらい受診している   | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>2</b> | いずれの医療機関についても、紹介状をもらわずに受診している   |  |
| <b>3</b> | その他 <div style="border: 1px solid black; width: 550px; height: 15px; background-color: #fff9c4;"></div> |  |

問3 「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院をされている方にお伺いします。

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 3-1      | *令和6年6月以降に、「生活習慣病 療養計画書」の交付を受けましたか。<br>(該当する番号1つを右欄に記載) | 《回答欄》  |
| <b>1</b> | はい  | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>2</b> | いいえ   |  |

■ 3-2~3-3は、3-1で「1 はい」を選択した方がご回答ください。

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| 3-2       | *療養計画書の交付を受けたことによる変化についてご回答ください。<br>(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》   |
| <b>01</b> | 継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった                         | 01 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>02</b> | 食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった                      | 02 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>03</b> | 自らの検査結果に対する理解が深まった                                   | 03 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>04</b> | 自分に合った治療方針を決めることができた                                 | 04 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>05</b> | 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできた                         | 05 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>06</b> | 治療上の副作用や心配な点について相談ができた                               | 06 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>07</b> | 特に変化はない  | 07 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| 3-3       | *「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続けるうえで、必要と思うことについてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○) | 《回答欄》   |
| <b>01</b> | 継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること   | 01 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>02</b> | 食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること                                      | 02 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>03</b> | 自らの検査結果を理解すること  | 03 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>04</b> | 自分に合った治療方針を決めることができること  | 04 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>05</b> | 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできること                                      | 05 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>06</b> | 治療上の副作用や心配な点について相談ができること  | 06 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>07</b> | 療養計画書の提示を受け署名し、医師と共有すること  | 07 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |
| <b>08</b> | 特に必要だと思うことはない   | 08 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; background-color: #fff9c4;"></div> |

問4 かかりつけの医師<sup>※</sup>についてお伺いします。

※この調査における「かかりつけの医師」とは、なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

|   |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
| 4-1 かかりつけの医師を決めているかご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |                      | 《回答欄》                |
| 1 決めている                                     | 3 決めていない、また、決める予定もない | <input type="text"/> |
| 2 決めていないが、決めたいと思っている                        |                      |                      |

|  |                      |                         |
|--|----------------------|-------------------------|
| 4-2 4-1で「3 決めていない、また、決める予定もない」を選択した場合、かかりつけの医師を決めていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○） |                      | 《回答欄》                   |
| 01 医療機関にかかることがあまりないから  |                      | 01 <input type="text"/> |
| 02 その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから  |                      | 02 <input type="text"/> |
| 03 どのような医師をかかりつけの医師として選んだらよいかわからないから   |                      | 03 <input type="text"/> |
| 04 かかりつけの医師として求める機能を持つ医師がいないから   |                      | 04 <input type="text"/> |
| 05 かかりつけの医師をもつ必要性を感じないから   |                      | 05 <input type="text"/> |
| 06 特に理由はない   |                      | 06 <input type="text"/> |
| 07 その他   | <input type="text"/> | 07 <input type="text"/> |

■ 4-3～4-6は、すべての方がご回答ください。

|  |      |                      |
|--|------|----------------------|
| 4-3 定期的に（3か月に1回以上）通院している医療機関の有無をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載） |      | 《回答欄》                |
| 1 あり   | 2 なし | <input type="text"/> |

|  |       |                         |
|--|-------|-------------------------|
| 4-4 定期的（3か月に1回以上）に通院している医療機関がある場合、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えているかご回答下さい。<br>また、これまでのかかりつけの医師に関する説明等についてご回答ください。（それぞれ該当する番号1つを右欄に記載） |       | 《回答欄》                   |
| 01 他の医療機関の受診状況を伝えている   |       | 01 <input type="text"/> |
| 1 はい   | 2 いいえ |                         |
| 02 処方された薬の内容を伝えている   |       | 02 <input type="text"/> |
| 1 はい   | 2 いいえ |                         |
| 03 お薬手帳を見せている  |       | 03 <input type="text"/> |
| 1 はい   | 2 いいえ |                         |
| 04 かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある   |       | 04 <input type="text"/> |
| 1 はい   | 2 いいえ |                         |
| 05 かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある  |       | 05 <input type="text"/> |
| 1 はい   | 2 いいえ |                         |
| 06 かかりつけ医機能に関する文書を持ち帰ったことがある   |       | 06 <input type="text"/> |
| 1 はい   | 2 いいえ |                         |



4-5 あなたにとっての「かかりつけの医師」に求める役割をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | どんな症状や病気でもまずは診療してくれる                                  | 01 |  |
| 02 | これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれている                           | 02 |  |
| 03 | 必要時に専門医に紹介してくれる                                       | 03 |  |
| 04 | 夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる                           | 04 |  |
| 05 | 夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる               | 05 |  |
| 06 | 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる                 | 06 |  |
| 07 | 栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる        | 07 |  |
| 08 | 喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる                                    | 08 |  |
| 09 | 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行ってくれる              | 09 |  |
| 10 | 予防接種を推奨・実施してくれる                                       | 10 |  |
| 11 | 予防接種の実施状況の把握、予防接種の有効性・安全性に関する指導・相談への対応を行う             | 11 |  |
| 12 | 受診しているすべての医療機関や処方された薬を把握してくれる                         | 12 |  |
| 13 | 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる                                 | 13 |  |
| 14 | 調剤を行う薬局と連携してくれる                                       | 14 |  |
| 15 | 医療機関で薬を受け取ることができる                                     | 15 |  |
| 16 | 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる                                 | 16 |  |
| 17 | 在宅医療において看取りを行ってくれる                                    | 17 |  |
| 18 | 自分らしい人生の終わり方の相談ができる                                   | 18 |  |
| 19 | 利用する訪問看護と連携してくれる                                      | 19 |  |
| 20 | 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる                            | 20 |  |
| 21 | 要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる                               | 21 |  |
| 22 | 認知症に関する助言や指導を行ってくれる                                   | 22 |  |
| 23 | 行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる               | 23 |  |
| 24 | 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる                        | 24 |  |
| 25 | 診療に関する情報を患者に提供するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる             | 25 |  |
| 26 | 診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる      | 26 |  |
| 27 | オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用してくれる                | 27 |  |
| 28 | かかりつけ医機能に関する研修を修了した医師がいる                              | 28 |  |
| 29 | 総合診療専門医がいる  | 29 |  |
| 30 | 病状が悪化して入院が必要になった場合に入院できる、または他の入院できる病院と連携している          | 30 |  |
| 31 | 退院や自宅復帰などに関する地域内の医療機関の取り決め（退院ルールや地域連携クリティカルパス）へ参加している | 31 |  |
| 32 | その他   | 32 |  |

《回答欄》

4-6 かかりつけの医師から、書面を用いたどのような説明を期待するかご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | 施設が有するかかりつけの医師機能         |
| 02 | 病状                       |
| 03 | 治療内容                     |
| 04 | 起こりうる合併症                 |
| 05 | 食事・運動等の生活指導              |
| 06 | 必要となる介護・福祉サービス           |
| 07 | 急変時の対応                   |
| 08 | 特に期待はしていない               |
| 09 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |
| 09 | <input type="text"/> |

問5 オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、ビデオ通話で行う診察をさします）についてお伺いします。（回答日時点）

5-1 あなたは、これまでにオンライン診療を受けたことがあるかをご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1 受けたことがある→5-2へ | 2 受けたことがない→5-10へ |
|-----------------|------------------|

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

■5-2～5-9は、5-1で「1 受けたことがある」を選択した場合にご回答ください。

5-2 これまでにオンライン診療を受けた回数についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 1 1回、2回 | 3 6回～9回 | 5 わからない |
| 2 3回～5回 | 4 10回以上 |         |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

5-3 直近のオンライン診療を受けた時期についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 1 令和5年9月30日以前         | 4 令和6年4月1日以降6月30日以前 |
| 2 令和5年10月1日以降12月31日以前 | 5 令和6年7月1日以降9月30日以前 |
| 3 令和6年1月1日以降3月31日以前   | 6 わからない             |

《回答欄》

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

5-4 直近のオンライン診療を受けた医療機関の所在地をご回答ください。  
(わからない場合は空欄で構いません) (医療機関が所在する都道府県を記載)

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

5-5 直近のオンライン診療を受けた理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 01 | 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから     |
| 02 | 住まいが遠方だから                |
| 03 | 体の調子が悪くて外出が難しいから         |
| 04 | 通院の手助けを受けられないから          |
| 05 | リラックスして受診できるから           |
| 06 | 医師からすすめられたから             |
| 07 | 対面診療より気軽に受診できるから         |
| 08 | その他 <input type="text"/> |

《回答欄》

|    |                      |
|----|----------------------|
| 01 | <input type="text"/> |
| 02 | <input type="text"/> |
| 03 | <input type="text"/> |
| 04 | <input type="text"/> |
| 05 | <input type="text"/> |
| 06 | <input type="text"/> |
| 07 | <input type="text"/> |
| 08 | <input type="text"/> |

5-6 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをご回答ください。  
(それぞれ該当する番号1つを右欄に記載)

|   |          |           |                         |
|---|----------|-----------|-------------------------|
| <b>01</b> 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた(直接触って異常を見つけてもらうことができない等) |          |           | 《回答欄》                   |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 01 <input type="text"/> |
| <b>02</b> 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた                     |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 02 <input type="text"/> |
| <b>03</b> 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた                  |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 03 <input type="text"/> |
| <b>04</b> 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた                   |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 04 <input type="text"/> |
| <b>05</b> 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった                   |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 05 <input type="text"/> |
| <b>06</b> 機器や診療システムの使い方が難しかった                               |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 06 <input type="text"/> |
| <b>07</b> 診療以外に掛かる費用(システム利用料、通信費等)が高いと感じた                   |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 07 <input type="text"/> |
| <b>08</b> 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせてられた                     |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 08 <input type="text"/> |
| <b>09</b> 対面診療と比べて待ち時間が減った                                  |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 09 <input type="text"/> |
| <b>10</b> リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった                          |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 10 <input type="text"/> |
| <b>11</b> 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった                            |          |           |                         |
| 1 そう思う  | 2 そう思わない | 3 どちらでもない | 11 <input type="text"/> |

5-7 5-6「07 診療以外に掛かる費用(システム利用料、通信費等)が高いと感じた」で「1 そう思う」を選択した場合、高いと感じた費用をご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|           |       |       |                      |       |
|-----------|-------|-------|----------------------|-------|
| 1 システム利用料 | 2 通信費 | 3 その他 | <input type="text"/> | 《回答欄》 |
|-----------|-------|-------|----------------------|-------|

5-8 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、ご意見があればご記載ください。

5-9 直近のオンライン診療受診時の保険についてご回答ください。  
(該当する番号1つを右欄に記載)

|                     |                        |       |
|---------------------|------------------------|-------|
| 1 保険診療として受けた        | 3 保険診療の場合と保険外診療の場合があった | 《回答欄》 |
| 2 保険外診療(自由診療)として受けた | 4 わからない                |       |

《 5-1で「2 受けたことがない」を選択した場合にご回答ください。》

5-10 オンライン診療を受けたことがない理由をご回答ください。  
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 対面の方が十分な診察が受けられると考えているから

02 対面診療の方が十分なコミュニケーションがとれるから

03 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないから

04 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じるから

05 オンライン診療の必要性を感じたことがないから

06 医師からオンライン診療を提案されたことがないから

07 医師からオンライン診療の適応にならないと言われているから

08 オンライン診療を提供している医療機関を知らないから

09 オンライン診療にかかる費用が高いから

10 機器や診療システムの使用が難しいから

11 オンライン診療の受け方がわからないから

12 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

《 5-10で「01」～「04」を選択した場合にご回答ください。》

5-11 その理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 丁寧な診察が受けられるから

02 検査や処置がすぐに受けられるから

03 医師等の話が聞きやすいから

04 病気に関する質問や相談がしやすいから

05 病気のこと以外の相談や話がしやすいから

06 通信機器を使った診療に不安を感じるから

07 その他

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

《 5-10で「05 オンライン診療の必要性を感じたことがないから」を選択した場合にご回答ください。》

5-12 その理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 通院する時間は十分にあるから

02 通院先が近いから

03 その他

《回答欄》

01

02

03

|   |                  |                  |
|---|------------------|------------------|
| 《 すべての方がご回答ください。 》                                      |                  |                  |
| 5-13 今後の受診について、現時点のお考えをご回答ください。<br>(それぞれ該当する番号1つを右欄に記載) |                  |                  |
| <b>01</b> 対面診療とオンライン診療どちらを希望するか                         |                  |                  |
| <b>1</b> 対面診療   | <b>2</b> オンライン診療 | <b>3</b> どちらでもない |
| <b>02</b> できるだけオンライン診療を受けたい                             |                  |                  |
| <b>1</b> そう思う   | <b>2</b> そう思わない  | <b>3</b> どちらでもない |
| <b>03</b> 対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい                      |                  |                  |
| <b>1</b> そう思う   | <b>2</b> そう思わない  | <b>3</b> どちらでもない |
| <b>04</b> 症状に応じて対面診療とオンライン診療を使い分けたい                     |                  |                  |
| <b>1</b> そう思う   | <b>2</b> そう思わない  | <b>3</b> どちらでもない |

《回答欄》

01

02

03

04