中医協　総－１ ２４．１０．３	中医協　検－１ ２４．１０．３

平成２４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成２４年度調査）の調査票案について

○　救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査

- 調査概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３頁
- 救急病院調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５頁
- 救急外来に関する調査票【患者票】・・・・・・・・・・・・１８頁
- 精神科救急病院調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０頁
- 依頼状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２６頁

○　在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査

- 調査概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３０頁
- 在宅医療調査票【入院医療機関票】・・・・・・・・・・・・３２頁
- 在宅医療調査票【在宅医療票】・・・・・・・・・・・・・・４４頁
- 在宅医療調査票【患者票】・・・・・・・・・・・・・・・・５５頁
- 依頼状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６１頁

○　訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護等に係る評価についての影響調査

- 調査概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６４頁
- 訪問看護調査票【訪問看護ステーション票】・・・・・・・６６頁
- 訪問看護調査票【精神科訪問看護票】・・・・・・・・・・・７８頁

・　訪問看護調査票【病院・診療所票】・・・・・・・・・・・・８２頁
・　訪問看護調査票【患者票】・・・・・・・・・・・・・・・・８７頁
・　依頼状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９３頁

○　在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査
・　調査概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９６頁
・　在宅歯科調査票【施設票】・・・・・・・・・・・・・・・・９９頁
・　在宅歯科調査票【患者票】・・・・・・・・・・・・・・・・１０７頁
・　特別対応歯科調査票【施設票】・・・・・・・・・・・・・・１１１頁
・　特別対応歯科調査票【患者票】・・・・・・・・・・・・・・１１９頁
・　歯科医療意向調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１２３頁
・　依頼状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１２７頁

○　医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査
・　調査概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１３４頁
・　医療安全対策調査票【施設票】・・・・・・・・・・・・・・１３６頁
・　患者サポート調査票【患者票】・・・・・・・・・・・・・・１４６頁
・　入院基本料簡素化調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・１４８頁
・　療養病床環境整備調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・１５２頁
・　依頼状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５５頁

「救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

○ 救急医療体制、関連診療報酬の施設基準の届出・算定状況の把握
○ 救命救急医療、小児救急の実施状況の把握
○ 精神科救急入院の受入状況や精神科入院患者の退院調整の状況の把握
○ 救急搬送患者の受入状況や退院時の退院調整の状況の把握

＜調査のねらい＞

- 救急医療体制の状況の把握
- 救命救急医療、小児救急の実施状況の把握
- 小児特定集中治療室等における体制、患者の状況、退院調整の状況等の把握
- 救命救急入院料算定病床における精神疾患を合併する救急患者の受入状況等の把握
- 精神科救急入院の受入状況や退院調整の状況等の把握
- 救急搬送患者に関する医療機関間の連携状況等の把握
- 院内トリアージの実施状況等の把握
- 院内トリアージに対する患者の意識等の把握　　／等

■ 調査対象

①救急医療機関票【施設票】

- 「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「新生児特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」のいずれかについて届出を行っている保険医療機関（悉皆予定）、
- 「院内トリアージ実施料」の届出を行っている保険医療機関（悉皆予定）、
- 「地域連携小児夜間・休日診療料Ⅰ・Ⅱ」の届出を行っている保険医療機関（無作為抽出、200 件）、
- 「救急搬送患者地域連携紹介加算」の届出を行っている保険医療機関の中から無作為抽出した保険医療機関を本調査の対象とする。
- 調査客体数は上記 4 つ合わせて 2,000 施設程度とする。

②救急外来調査【患者票】

- 上記①の調査対象施設において、調査期間中に救急外来（21 時以降）を利用した患者。1 施設当たり 4 名程度を予定。

③精神科救急票【施設票】

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料のいずれ

かについて届出を行っている保険医療機関を本調査の対象とする（悉皆予定、400 施設程度見込み）。

■調査方法

- 施設調査については、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- 患者調査については、施設調査対象施設を通じて患者に調査票を配布し、事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で回収する。

■ 調査項目（調査票案 参照）

■ 調査スケジュール（案）

救急医療機関票

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査　調査票（案）

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

※この調査票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における救急医療体制や救急医療の実施状況、後方病床との連携、救急医療に関するお考え等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※「9 月末時点」の状況を尋ねる質問については、特に断りのない場合は、平成 23 年 9 月については**平成 23 年 9 月 30 日**、平成 24 年 9 月については**平成 24 年 10 月 1 日**時点の状況についてご記入ください。

１．貴施設の概況についてお伺いします。

①開設者 ※○は１つだけ	1. 国　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体 5. 医療法人　6. 個人　7. 学校法人　8. その他の法人
②貴施設の救急医療体制についてお答えください。	
1）救急告示の有無　※○は１つだけ	1. あり　2. なし
2）救急医療体制 ※○は１つだけ	1. 三次救急（高次救命救急センター）　2. 三次救急（救命救急センター） 3. 二次救急（入院を要する救急医療施設）　4. 一次救急（休日夜間急患センター）
③承認等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院　2. 地域医療支援病院 3. 災害拠点病院　4. 小児救命救急センター 5. 小児救急医療拠点病院　6. 総合周産期母子医療センター 7. 地域周産期母子医療センター　8. 小児専門病院 9 上記以外の専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生（支）局長に届け出たもの） 10. 病院群輪番制参加病院（輪番ではなく固定制の場合も含む） 11. 在宅療養支援病院　12. 上記のいずれも該当しない
④ＤＰＣ対応 ※○は１つだけ	1. ＤＰＣ対象病院Ⅰ群　2. ＤＰＣ対象病院Ⅱ群 3. ＤＰＣ対象病院Ⅲ群　4. ＤＰＣ準備病院 5. 対応していない
⑤貴施設では、軽症患者等を対象とした時間外選定療養費を導入していますか。※○は１つだけ	
1. 導入している→**導入時期**：平成（　　）年（　　）月　2. 導入していない→**２ページの質問⑥へ**	
⑤-1 時間外選定療養費の金額	（　　）円　※価格が複数の場合は初診時の最高額

⑤-2 時間外選定療養費を徴収した件数 ※1 か月間の件数	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
	件	件

⑥貴施設の近隣（半径 4 キロメートル程度以内）に、夜間対応（準夜・深夜・早朝）の診療所はありますか。※○は 1 つ

1. ある　　2. ない→質問⑦へ

⑥-1 【夜間対応診療所がある場合】平成 24 年 4 月以降、新たにできた夜間対応診療所はありますか。※○は 1 つだけ

1. ある　　2. ない

⑦貴施設の近隣（半径 4 キロメートル程度以内）に、休日診療所（休日対応）はありますか。※○は 1 つだけ

1. ある　　2. ない→質問⑧へ

⑦-1 【休日診療所がある場合】平成 24 年 4 月以降、新たにできた休日診療所はありますか。※○は 1 つだけ

1. ある　　2. ない

⑧平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間の 1）許可病床数（各 9 月末時点）、2）新規入院患者数、3）病床利用率、4）平均在院日数（一般病床の内訳の算定病床については、当該病室における平均在室期間）をお答えください。該当の病床がない場合は許可病床数欄に必ず「0」とお書きください（この場合、2)～4)の回答欄の記入は結構です）。2）～4）は該当の特定入院料等の算定対象とならなかった患者数も含めた数値をご記入ください。

	平成 23 年 9 月			
	1）許可病床数	2）新規入院患者数	3）病床利用率	4）平均在院日数
一般病床	床	人	%	日
（うち）救命救急入院料	床	人	%	日
（うち）特定集中治療室管理料	床	人	%	日
上記のうち小児専用病床	床	人	%	日
（うち）ハイケアユニット入院医療管理料	床	人	%	日
（うち）小児特定集中治療室管理料				
（うち）新生児特定集中治療室管理料	床	人	%	日
（うち）母体・胎児集中治療室管理料	床	人	%	日
（うち）新生児集中治療室管理料	床	人	%	日
（うち）新生児治療回復室入院医療管理料	床	人	%	日
（うち）小児入院医療管理料	床	人	%	日
療養病床	床	人	%	日
精神病床	床	人	%	
結核病床	床	人	%	
感染症病床	床			
病院全体	床	人	%	日

	平成 24 年 9 月			
	1）許可病床数	2）新規入院患者数	3）病床利用率	4）平均在院日数
一般病床	床	人	%	日
（うち）救命救急入院料	床	人	%	日
（うち）特定集中治療室管理料	床	人	%	日
上記のうち小児専用病床	床	人	%	日
（うち）ハイケアユニット入院医療管理料	床	人	%	日
（うち）小児特定集中治療室管理料	床	人	%	日
（うち）新生児特定集中治療室管理料	床	人	%	日
（うち）母体・胎児集中治療室管理料	床	人	%	日
（うち）新生児集中治療室管理料	床	人	%	日
（うち）新生児治療回復室入院医療管理料	床	人	%	日
（うち）小児入院医療管理料	床	人	%	日
療養病床	床	人	%	日
精神病床	床	人	%	
結核病床	床	人	%	
感染症病床	床			
病院全体	床	人	%	日

2．貴施設における救急医療体制の状況等についてお伺いします。

①夜間（準夜・深夜・早朝）の救急対応はどのようになっていますか。1）～5）の診療科ごとに対応状況としてあてはまる番号 1 つに○をつけてください。（例：内科では毎日対応可能であれば、太線枠の中の 1）内科の行で「5」を○で囲んでください）※○は 1 つだけ

	ほぼ毎日 対応可能	週 3～5 日 対応可能	週 1～2 日 対応可能	ほとんど 不可能	診療科なし
1）内　科	5	4	3	2	1
2）小児科	5	4	3	2	1
3）外　科	5	4	3	2	1
4）産　科	5	4	3	2	1
5）精神科	5	4	3	2	1

②夜間（準夜・深夜・早朝）の救急外来の初期対応について、貴施設ではどのように対応していますか。※○は 1 つだけ

1. 救急部門の専任医師と救急部門以外の診療科の当直医師が対応
2. 救急部門の専任医師が対応
3. 救急部門以外の当直医師が対応
4. その他（具体的に　　）

③平成 23 年 9 月末及び平成 24 年 9 月末時点の救急医療に従事する医師の常勤換算人数（専従・専任別）をお答えください。

				平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）救急医療に従事する医師数（常勤換算）				人	人
従事部署別	2）救命救急センター外来		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	3）救命救急センター病棟		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	4）特定集中治療室		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	5）ハイケアユニット		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	6）小児特定集中治療室		専　従		人
			専任（兼任）		人
	7）新生児特定集中治療室		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	8）総合周産期特定集中治療室		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	9）新生児治療回復室		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	10）その他救急医療に従事する医師数		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人

④平成 23 年 9 月末及び平成 24 年 9 月末時点の救急医療に従事する看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の常勤換算人数をお答えください。

				平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）救急医療に従事する看護職員数（常勤換算）				人	人
従事部署別	2）救命救急センター外来		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	3）救命救急センター病棟		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人
	4）特定集中治療室		専　従	人	人
			専任（兼任）	人	人

5）ハイケアユニット	専　　従	人	人
	専任（兼任）	人	人
6）小児特定集中治療室	専　　従		人
	専任（兼任）		人
7）新生児特定集中治療室	専　　従	人	人
	専任（兼任）	人	人
8）総合周産期特定集中治療室	専　　従	人	人
	専任（兼任）	人	人
9）新生児治療回復室	専　　従	人	人
	専任（兼任）	人	人
10）その他救急部門を担当する看護職員	専　　従	人	人
	専任（兼任）	人	人

3．貴施設における救急医療に関する施設基準及びその算定状況等についてお伺いします。

①次の施設基準等について、「届出があるもの」の該当数字を○で囲んでください。届出がある場合、「届出の時期」を1～3の中から1つだけ選び○で囲んでください。また、平成23年9月及び平成24年9月の各1か月間の算定件数をお答えください。算定件数は患者1人につき1件と数えてください。

施設基準等	届出があるものの数字に○	届出がある場合	届出の時期			算定件数	
			平成23年8月31日以前	平成23年9月1日～平成24年3月31日	平成24年4月1日以降	平成23年9月	平成24年9月
1）救命救急入院料1	1	→	1	2	3	件	件
2）救命救急入院料2	2	→	1	2	3	件	件
3）救命救急入院料3	3	→	1	2	3	件	件
【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料						件	件
4）救命救急入院料4	4	→	1	2	3	件	件
【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料						件	件
5）救命救急入院料の充実度評価加算A	5	→	1	2	3	件	件
6）救命救急入院料の充実度評価加算B	6	→	1	2	3	件	件
7）救命救急入院料の小児加算	7	→	1	2	3	件	件
8）特定集中治療室管理料1	8	→	1	2	3	件	件
9）特定集中治療室管理料2	9	→	1	2	3	件	件
【再掲】広範囲熱傷特定集中治療管理料						件	件
10）特定集中治療室管理料の小児加算	10	→	1	2	3	件	件
11）ハイケアユニット入院医療管理料	11	→	1	2	3	件	件
12）小児特定集中治療室管理料	12	→			3		件
13）新生児特定集中治療室管理料1	13	→	1	2	3	件	件
14）新生児特定集中治療室管理料2	14	→	1	2	3	件	件
15）母体・胎児集中治療室管理料	15	→	1	2	3	件	件
16）新生児集中治療室管理料	16	→	1	2	3	件	件
17）新生児治療回復室入院医療管理料	17	→	1	2	3	件	件
18）小児入院医療管理料1	18	→	1	2	3	件	件
19）小児入院医療管理料2	19	→	1	2	3	件	件
20）小児入院医療管理料3	20	→	1	2	3	件	件
21）小児入院医療管理料4	21	→	1	2	3	件	件
22）小児入院医療管理料5						件	件

②次の施設基準等について、「届出があるもの」の該当数字を○で囲んでください。また、届出がある場合、「届出時期」、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間の算定件数をお答えください。

施設基準等	届出の状況		算定件数	
	届出があるもの	届出時期	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）救急医療管理加算	1	平成（　）年（　）月	件	件
【再掲】乳幼児救急医療管理加算			件	件
【再掲】小児救急医療管理加算				件
2）超急性期脳卒中加算	2	平成（　）年（　）月	件	件
3）妊産婦緊急搬送入院加算	3	平成（　）年（　）月	件	件
4）在宅患者緊急入院診療加算	4	平成（　）年（　）月	件	件
5）超重症児（者）入院診療加算	5	平成（　）年（　）月		
【再掲】6 歳未満の場合			件	件
【再掲】6 歳以上の場合			件	件
【再掲】救急・在宅重症児（者）受入加算			件	件
6）準超重症児（者）入院診療加算	6	平成（　）年（　）月		
【再掲】6 歳未満の場合			件	件
【再掲】6 歳以上の場合			件	件
【再掲】救急・在宅重症児（者）受入加算			件	件
7）ハイリスク妊産婦共同管理料１	7	平成（　）年（　）月	件	件
8）ハイリスク妊産婦共同管理料２	8	平成（　）年（　）月	件	件
9）ハイリスク妊娠管理加算	9	平成（　）年（　）月	件	件
10）ハイリスク分娩管理加算	10	平成（　）年（　）月	件	件
11）退院調整加算１	11	平成２４年（　）月		件
【再掲】14 日以内の期間（340 点）				件
【再掲】15 日以上 30 日以内の期間（150 点）				件
【再掲】31 日以上の期間（50 点）				件
12）新生児特定集中治療室退院調整加算１	12	平成（　）年（　）月	件	件
13）新生児特定集中治療室退院調整加算２	13	平成２４年（　）月		
【再掲】退院支援計画作成加算				件
【再掲】退院加算				件
14）救急搬送患者地域連携紹介加算	14	平成（　）年（　）月	件	件
15）救急搬送患者地域連携受入加算	15	平成（　）年（　）月	件	件
16）地域連携小児夜間・休日診療料１	16	平成（　）年（　）月	件	件
17）地域連携小児夜間・休日診療料２	17	平成（　）年（　）月	件	件
18）地域連携夜間・休日診療料	18	平成（　）年（　）月	件	件
19）院内トリアージ実施料	19	平成２４年（　）月		件
20）夜間休日救急搬送医学管理料	20	平成２４年（　）月		件
21）救急搬送診療料			件	件
22）救急搬送診療料　長時間加算				件
23）地域連携診療計画管理料	23	平成（　）年（　）月	件	件
24）地域連携診療計画退院時指導料	24	平成（　）年（　）月	件	件

③平成 24 年 9 月末時点に届出を行っている一般病棟の入院基本料について○をつけてください。

1）一般病棟入院基本料	1. ７対１　2. １０対１　3. １３対１　4. １５対１　5. 届出なし
2）特定機能病院入院基本料	1. ７対１　2. １０対１　3. 届出なし
3）専門病院入院基本料	1. ７対１　2. １０対１　3. １３対１　4. 届出なし
4）障害者施設等入院基本料	1. ７対１　2. １０対１　3. １３対１　4. １５対１　5. 届出なし

４．貴施設における「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「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」の各算定病床における１５歳未満の小児患者の状況等についてお伺いします。これらの病床のない施設の方は、９ページの６．へお進みください。

①平成 24 年 9 月 1 か月間に、「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「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」の各算定病床から退室した**小児患者数（１５歳未満）（実人数、患者１人につき１人と数えます）**をご記入ください。ここでの患者数は、１５歳未満の患者であれば、各管理料を算定できなかった場合も含めてお答えください。

	救命救急入院料算定病床	特定集中治療室管理料算定病床	小児特定集中治療室管理料算定病床	新生児特定集中治療室管理料算定病床
退室した**小児（15 歳未満、新生児を含む）**の患者数	人	人	人	人
Ａ．入室時の年齢区分				
1）新生児（出生後 28 日未満）	人	人	人	人
2）乳児（1 歳未満）	人	人	人	人
3）6 歳未満（新生児・乳児を除く）	人	人	人	人
4）6 歳以上 15 歳未満	人	人	人	人
Ｂ．入室前の状況				
1）ドクターヘリによる搬送患者（転院は含まない）	人	人	人	人
2）救急搬送による患者（転院は含まない）	人	人	人	人
3）その他による患者（転棟・転院は含まない。ウォークイン患者は含む）	人	人	人	人
4）自院の術後患者	人	人	人	人
5）自院の一般病棟からの転棟患者（上記 4）を除く）	人	人	人	人
6）自院の救命救急入院料算定病床からの転室患者（上記 4）を除く）		人	人	人
7）自院の特定集中治療室からの転室患者（上記 4）を除く）	人		人	人
8）救命救急センター（他院）からの転院患者	人	人	人	人
9）他院の特定集中治療室からの転院患者	人	人	人	人
10）その他の転院患者	人	人	人	人
11）【別掲】救急搬送・ドクターヘリによる転院患者	人	人	人	人
Ｃ．入室時における状況（※該当があれば、１人の患者を重複して計上してください。）				
1）人工呼吸器装着患者数	人	人	人	人
2）CHDF（持続血液濾過法）を実施している患者数	人	人	人	人
3）PCPS（経皮的心肺補助）装着患者数	人	人	人	人
4）補助人工心臓装着患者数	人	人	人	人
Ｄ．入室時の主たる状態等（※該当があれば、１人の患者を重複して計上してください。）				
1）高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児	人	人	人	人
2）意識障害又は昏睡、ショック、重大な代謝障害、大手術後、救急蘇生後	人	人	人	人
3）急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全	人	人	人	人
4）急性薬物中毒	人	人	人	人
5）広範囲熱傷	人	人	人	人
6）その他外傷、破傷風等で重篤な状態	人	人	人	人

②平成 23 年 9 月末及び平成 24 年 9 月末各時点における**小児（15 歳未満、新生児を含む）の**在室患者数（実人数）をお答えください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）救命救急入院料算定病床における月末在室の小児患者数	人	人
2）上記 1）のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数	人	人
3）特定集中治療室管理料算定病床における月末在室の小児患者数	人	人
4）上記 3）のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数	人	人
5）小児特定集中治療室管理料算定病床における月末在室の小児患者数		人
6）上記 5）のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数		人
7）新生児特定集中治療室管理料算定病床における月末在室の小児患者数	人	人
8）上記 7）のうち 60 日以上当該病床に入室している小児患者数	人	人
9）上記 8）のうち 1 年以上当該病床に入室している小児患者数	人	人

③平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月 1 か月間における各治療室から退室した**小児（15 歳未満、新生児を含む）**患者数を転帰別にご記入ください。

	救命救急入院料算定病床		特定集中治療室管理料算定病床	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）当該病床から退室した患者数	人	人	人	人
2）自宅（直接退院）	人	人	人	人
3）自院の他の病室・病棟等	人	人	人	人
（うち）新生児特定集中治療室	人	人	人	人
（うち）新生児治療回復室	人	人	人	人
（うち）小児特定集中治療室	人	人	人	人
（うち）特定集中治療室	人	人		
（うち）一般病棟（障害者施設除く）	人	人	人	人
4）他の病院	人	人	人	人
（うち）新生児特定集中治療室		人		人
（うち）新生児治療回復室		人		人
（うち）小児特定集中治療室		人		人
（うち）特定集中治療室		人		人
（うち）一般病棟（障害者施設除く）		人		人
5）障害者施設	人	人	人	人
6）有床診療所（一般・療養）	人	人	人	人
7）療養病棟（自院・他院）	人	人	人	人
8）その他	人	人	人	人
9）死亡	人	人	人	人

	新生児特定集中治療室 管理料算定病床		小児特定集中治療室 管理料算定病床	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）当該病床から退室した患者数	人	人		人
2）自宅（直接退院）	人	人		人
3）自院の他の病室・病棟等	人	人		人
（うち）新生児特定集中治療室				人
（うち）新生児治療回復室	人	人		人
（うち）小児特定集中治療室	人	人		人
（うち）特定集中治療室	人	人		人
（うち）一般病棟（障害者施設除く）	人	人		人
4）他の病院	人	人		人
（うち）新生児特定集中治療室		人		人
（うち）新生児治療回復室		人		人
（うち）小児特定集中治療室		人		人
（うち）特定集中治療室		人		人
（うち）一般病棟（障害者施設除く）		人		人
5）障害者施設	人	人		人
6）有床診療所（一般・療養）	人	人		人
7）療養病棟（自院・他院）	人	人		人
8）その他	人	人		人
9）死亡	人	人		人

５．貴施設における「救命救急入院料」算定病床における身体合併症のある精神科患者（認知症、酩酊は除く）の受入状況等についてお伺いします。該当病床のない施設の方は、９ページの６．へお進みください。

①貴施設では、救命救急入院料算定病床で身体合併症のある精神科患者（認知症、酩酊は除く）を受け入れていますか。※○は１つだけ

1. 受け入れている　　2. 受け入れていない→９ページ６．へ

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
②平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月 1 か月間に、救命救急入院料算定病床に入院した身体合併症のある精神科患者数をご記入ください。	人	人
③上記②のうち、「救命救急入院料」注 2（3000 点）の加算を算定した患者数	人	人

④上記③の場合、精神科医をどのように確保していますか。

1. 自院の精神保健指定医が対応
2. 連携している保険医療機関の精神保健指定医が対応
3. 自院の精神科の医師（精神保健指定医を除く）が対応
4. その他（具体的に　　）

６.ハイケアユニットの状況等についてお伺いします。ハイケアユニットのない施設の方は、１０ページの７.へお進みください。

①平成 24 年 9 月末時点で貴施設のハイケアユニットに入室している患者についてご記入ください。	
1）平成 24 年 9 月末時点でハイケアユニットに入室中の患者数 ※下記 2）＋3）＋4）（合計）と一致することをご確認ください。	人
2）上記 1）のうち、ハイケアユニットに入室している期間が 22 日以上のため「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者数	人
3）上記 1）のうち、算定要件に該当しないため「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定できない患者数	人
4）上記 1）のうち、「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している患者数	人

②平成 24 年 9 月末時点において「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している患者（上記①の 4））について、下記の状況別患者数をご記入ください。	
Ａ．入室時の年齢	
1）6 歳未満	人
2）6 歳以上 15 歳未満	人
3）15 歳以上	人
Ｂ．入室時の状況	
1）救急搬送患者（ドクターヘリ含む。転院搬送は除く）	人
2）自院の他の一般病床からの転室患者	人
3）他院の一般病床からの転院患者	人
4）その他	人
Ｃ．現在のモニタリング及び処置等の状況	
1）心電図モニターあり	人
2）輸液ポンプの使用あり	人
3）動脈圧（動脈ライン）あり	人
4）シリンジポンプの使用あり	人
5）中心静脈測定（中心静脈ライン）あり	人
6）人工呼吸器の装着あり	人
7）輸液や血液製剤の使用あり	人
8）肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）あり	人
9）特殊な治療法（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定）あり	人
Ｄ．患者の状況等	
1）寝返りできない患者	人
2）起き上がりできない患者	人
3）座位保持できない患者	人
4）移乗できない患者	人
5）口腔清潔できない患者	人

７．貴施設における救急医療の実施状況等についてお伺いします。

①初診料・再診料（外来診療料）について、平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のそれぞれ 1 か月間の算定件数をご記入ください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）初診料	件	件	5）再診料	件	件
2）初診料　時間外加算	件	件	6）再診料　時間外加算	件	件
3）初診料　休日加算	件	件	7）再診料　休日加算	件	件
4）初診料　深夜加算	件	件	8）再診料　深夜加算	件	件

②平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のそれぞれ 1 か月間の外来延べ患者数、救急用の自動車等により搬送された延べ患者数をご記入ください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）外来延べ患者数	人	人
2）救急搬送受け入れ患者数（時間内・時間外）	人	人
3）時間外・休日・深夜に上記 2）以外の方法で来院した患者数（いわゆる「ウォークイン」患者数）	人	人

③平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月のそれぞれ 1 か月間に救急対応（救急搬送受け入れ、自身で救急外来に来院含む）した患者数（上記②の 2）+3）の延べ患者数）について、以下の患者数をご記入ください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）軽症（入院を要しないもの）の患者数	人	人
2）緊急入院となった患者数	人	人
3）上記 2）のうち、生命の危険の可能性がある患者数	人	人
4）貴施設では対応できず、転送した患者数	人	人
5）初診時死亡が確認された患者数	人	人

④貴施設では、連携している在宅医療を提供する医療機関がありますか。

1. ある→連携施設数：（　　）　　2. ない→質問⑥へ

	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
⑤平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月のそれぞれ半年間に、貴施設で緊急入院を受け入れた在宅療養中の小児の患者数	人	人
⑤-1　上記⑤のうち連携している在宅医療を提供する医療機関との取り決めによるもの	人	人

⑥平成 24 年 9 月 1 か月間に、「救急医療管理加算」を算定した患者について、その状態別の人数をご記入ください。

※１人の患者が複数の状態に該当する場合は重複して計上してください。	平成 24 年 9 月
1）吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	人
2）意識障害又は昏睡	人
3）呼吸不全又は心不全で重篤な状態	人
4）急性薬物中毒	人
5）ショック	人
6）重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	人
7）広範囲熱傷	人
8）外傷、破傷風等で重篤な状態	人
9）緊急手術を必要とする状態	人
10）その他（具体的な状態をお書きください。）	人

⑦上記⑥の「救急医療管理加算」を算定した患者について、救急対応時に医師がリハビリテーションを必要と判断し、早期からリハビリテーションの計画を策定・実施した患者はいましたか。	1. いた　　2. いなかった

⑧平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設に緊急入院した患者のうち、7 日以内に他の保険医療機関に転院

した患者について転院先別の人数をご記入ください。「小児患者」とは 15 歳未満（新生児を含む）の患者を指します。

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	全患者数	うち小児患者数	全患者数	うち小児患者数
1）７日以内に転院した患者数	人	人	人	人
2）他の病院への転院	人	人	人	人
3）救命救急センター			人	人
4）上記 3）以外の病院の一般病棟			人	人
5）療養病棟			人	人
6）精神病棟			人	人
7）その他			人	人
8）有床診療所への転院	人	人	人	人
9）一般病床	人	人	人	人
10）療養病床	人	人	人	人

⑨貴施設では、疾病ごとに患者の紹介先を変えていますか。※○は 1 つだけ

1. 変えている　　2. 変えていない

⑩貴施設では退院調整を行う部署がありますか。
※○は 1 つだけ

1. ある　　2. ない→１２ページの８．へ

⑪貴施設では、退院調整をどのような体制で実施していますか。平成 23 年 9 月末と平成 24 年 9 月末時点の常勤換算数を専従・専任別にお書きください。

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	専　従	専　任	専　従	専　任
1)医師	人	人	人	人
2)看護師	人	人	人	人
3)准看護師	人	人	人	人
4)社会福祉士	人	人	人	人
5)事務職員	人	人	人	人
6)その他（　　）	人	人	人	人
合計	人	人	人	人

８．貴施設における院内トリアージの実施状況等についてお伺いします。

①院内トリアージの実施状況 ※○は 1 つだけ	1. 実施している（一律に全患者に対して行っている場合を含む） 2. 実施していない→質問⑩へ
②院内トリアージの導入時期	平成（　　）年（　　）月

③貴施設で院内トリアージを実施する職員の実人数をご記入ください。

	実人数	うち、院内トリアージに関する研修受講者
1）医師	人	人
2）看護職員（救急医療に関する３年以上の経験あり）	人	人
3）上記以外の看護職員	人	人

④貴施設では、院内トリアージを実施する際に医師の関与はありますか。※○は 1 つだけ

1. 医師が必ず関与する　　2. 状況に応じて医師が関与する　　3. 医師は関与しない	
⑤採用している院内トリアージのガイドラインの種類※○は 1 つだけ	1. 学会推奨のガイドライン（JTAS など）を採用 2. 独自の基準を採用
⑥トリアージは何段階ですか。 ※○は 1 つだけ	1. ３段階　　2. ４段階　　3. ５段階 4. その他（具体的に　　）
⑦院内トリアージの実施基準 ※○は 1 つだけ	1. 定めている　　2. 定めていない→質問⑧へ →質問⑦－１　定めている実施基準　※あてはまる番号すべてに○ 1. トリアージ目標開始時間　2. トリアージ再評価時間 3. トリアージ分類　　4. トリアージの流れ 5. その他（　　）

⑧貴施設では、院内トリアージを実施した患者数とそのトリアージの内容を把握していますか。※○は 1 つだけ

1. 把握している　　2. 把握していない→質問⑨へ

⑧-1 平成 24 年 8 月及び 9 月のそれぞれ 1 か月間に院内トリアージを実施した患者数とそのトリアージの結果別患者数をご記入ください。

	平成 24 年 8 月	平成 24 年 9 月
1）院内トリアージを実施した患者数	人	人
2）オーバートリアージであった患者数	人	人
3）アンダートリアージであった患者数	人	人

⑨院内トリアージを実施することで、以下のような事柄は貴施設にあてはまりますか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）重症患者への早期治療が可能になった	5	4	3	2	1
2）緊急度の高い患者の入院が増えた	5	4	3	2	1
3）救急部門の医師の負担が軽減された	5	4	3	2	1
4）救急部門の看護師の負担が軽減された	5	4	3	2	1
5）救急搬送受入を断る件数が減少した	5	4	3	2	1
6）軽症の患者の受診が減った	5	4	3	2	1
7）患者や家族からの外来待ち時間に対する苦情が減った	5	4	3	2	1
8）患者や家族への説明にかかる時間が増えた	5	4	3	2	1

⑩院内トリアージを実施する上での課題等があればご記入ください。

９．救急医療における課題等について、ご意見等がございましたら、お書きください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

＜医療機関ご記入欄＞

①	②	③

患者票

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

医療機関における救急外来に関するアンケート調査　調査票(案)

最初に、この調査票のご記入者についておうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方などでしょうか。
ご家族の方などの場合は、患者さんとのご関係やご記入者も性別・年齢をお書きください。

1. 本人（家族による代筆の場合も含む）
2. 家族など（具体的に　　）→ **記入者の性別**：（1. 男性　2. 女性）
　　記入者の年齢：（　　）歳

問１．患者さんのことについて、おうかがいします。

①性別	1. 男性　2. 女性	**②年齢**	（　　）歳
③本日の来院方法	1. 救急車等による搬送　2. 救急車以外		
④外来受付時間	1. 午後９時～午後１０時　2. 午後１０時～午前６時 3. 午前６時～午前８時		
⑤診察までの待ち時間	（　　）時間（　　）分くらい		
⑥本日受診した医療機関 ※○は１つ	1. 診療所「～診療所」「～クリニック」「～医院」など） 2. 病院（大学病院を除く）　3. 大学病院 4. その他（具体的に　　）		

問２．本日の受診までの状況等について、おうかがいします。

①受診前に、ご家族以外のどこかに相談しましたか。※○は１つ

1. 相談した　　2. 相談していない→**質問②へ**

①－１　相談した相手は誰ですか。※○はいくつでも

1. ＃８０００　2. ＃７１１９　3. 救急医療情報センター＊
4. 消防（１１９）　5. かかりつけ医　6. その他（具体的に　　）

＊都道府県・市町村による独自の取組で、夜間や休日の緊急時に対応できる医療機関などを紹介しています。都道府県によって実施の有無や名称などは異なります。

②今回、市町村の広報誌やインターネットなどで、時間外の診療を行っている医療機関を事前に調べましたか。※○は１つ

1. 調べた　　2. 調べなかった

③今回、受診した時間帯に近隣であいている医療機関はありましたか。※○は１つ

1. あった　　2. なかった　　3. わからない

④本日の診療までの待ち時間の長さについて、どのように思われましたか。※○は１つ

1. 納得できる　　2. だいたい納得できる
3. あまり納得できない　　4. まったく納得できない

- - - - - - - → 裏面につづきます

⑤今回、受診した医療機関を選ばれた、最大の理由は何ですか。※○は１つ

1. 救急隊の判断による	2. 日頃診てもらっている医師がいるから
3. 最も距離が近いから	4. 診てもらいたい診療科があるから
5. 多くの診療科があるから	6. ＣＴ等の検査（画像診断）機器があるから
7. 待ち時間が短いから	8. 専門医がいるから
9. 大病院であるから	10. いつも夜間や休日に対応しているから
11. 受診前の相談相手（質問①－1）から案内されたから	
12. その他（具体的に　　）	

問３.「トリアージ」のことについて、おうかがいします。

①「トリアージ」とは、医療機関があらかじめ定めた医学的な基準にしたがって、診察前に緊急度（病状の重さ）を評価し、診療の順番を変更する仕組みです。医療機関のスタッフはすでに受診された方の処置に専念するとともに、受診を待たれている方により良い医療を受けていただくため、命に関わるかもしれない病状の方の診療を優先する一方で、そうでない方には少しお待ちいただくことをお願いしています。この仕組みをご存知ですか。※○は１つ

1. 知っていた	2. 知らなかった

②「トリアージ」の仕組みを医療機関が導入することについてどのように思われますか。※○は１つ

1. 賛成→質問②-1へ	2. どちらかというと賛成→質問②-1へ
3. どちらかというと反対→質問②-2へ	4. 反対→質問②-2へ

②－１【上記②で「1.賛成」「2.どちらかというと賛成」を選択した方】その理由をお答えください。
※○はいくつでも

1. 緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため
2. 診療前に医師・看護師と話せることで安心感があるため
3. より症状の重い他の患者の救命措置につながるから
4. その他（具体的に　　）

②－２【上記②で「3.どちらかというと反対」「4.反対」を選択した方】その理由をお書きください。

③本日、「トリアージ」について説明を受けましたか。※○は１つ

1. 受けた→質問③-1へ	2. 受けていない→質問④へ	3. わからない→質問④へ

③－１【上記③で「1.受けた」を選択した方】その説明をどの程度理解できましたか。※○は１つ

1. よく理解できた	2. だいたい理解できた
3. あまり理解できなかった	4. まったく理解できなかった

④トリアージに対するご意見、時間外の救急医療についてのご意見等がございましたら、お書きください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）に
アンケートを入れ、お近くのポストに＊＊月＊＊日（＊）までに投函してください。

精神科救急票

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査　調査票（案）

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

※この調査票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における救急医療体制や救急医療の実施状況、後方病床との連携、救急医療に関するお考え等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※「9 月末時点」の状況を尋ねる質問については、特に断りのない場合は、平成 23 年 9 月については**平成 23 年 9 月 30 日**、平成 24 年 9 月については**平成 24 年 10 月 1 日**時点の状況についてご記入ください。

１．貴施設の概要についてお伺いします。

①開設者 ※○は１つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人
②貴施設の救急医療体制についてお答えください。				
1）救急告示の有無　※○は１つだけ	1. あり	2. なし		
2）救急医療体制 ※○は１つだけ	1. 三次救急（高次救命救急センター）	2. 三次救急（救命救急センター）		
	3. 二次救急（入院を要する救急医療施設）	4. 一次救急（休日夜間急患センター）		
③病院種別　※○は１つだけ	1. 精神科病院	2. 総合病院	3. その他の病院	
④精神科医療に関する指定等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 措置入院指定病院	2. 応急入院指定病院		
	3. 精神科救急医療施設	4. 認知症疾患医療センター		
⑤精神病棟入院基本料 ※○は１つだけ	1. １０対１	2. １３対１	3. １５対１	
	4. １８対１	5. ２０対１	6. なし	
⑥特定機能病院入院基本料（精神病棟） ※○は１つだけ	1. ７対１	2. １０対１	3. １３対１	
	4. １５対１	5. なし（特定機能病院ではない）		

⑦平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間における、1）許可病床数（各 9 月末時点）、2）病床利用率、3）平均在院日数をご記入ください。

※該当病床がない場合は、許可病床数には「0」、病床利用率と平均在院日数には「／」をご記入ください。

		平成 23 年 9 月			平成 24 年 9 月		
		1）許可病床数	2）病床利用率	3）平均在院日数	1）許可病床数	2）病床利用率	3）平均在院日数
精神病床		床	%	日	床	%	日
うち	精神病棟入院基本料 特定機能病院入院基本料（精神病棟）	床	%	日	床	%	日
うち	精神科救急入院料（１・２） ※あてはまる数値を○	床	%	日	床	%	日
うち	精神科救急・合併症入院料	床	%	日	床	%	日
うち	精神科急性期治療病棟入院料 （１・２）※あてはまる数値を○	床	%	日	床	%	日
うち	児童・思春期精神科入院医療管理料	床	%	日	床	%	日
うち	精神療養病棟入院料	床	%	日	床	%	日
うち	認知症治療病棟入院料（１・２） ※あてはまる数値を○	床	%	日	床	%	日
一般病床		床	%	日	床	%	日
療養病床		床	%	日	床	%	日
結核病床		床			床		
感染症病床		床			床		
病院全体		床	%	日	床	%	日

⑧**精神科病棟**に従事している職員数（常勤換算）をお書きください。※平成 23 年 9 月末時点と平成 24 年 9 月末時点

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）医師	人	人
（うち）精神保健指定医	人	人
（うち）精神科特定医師	人	人
（うち）上記以外の精神科医	人	人
（うち）内科医	人	人
（うち）外科医	人	人
2）看護師（保健師を含む）	人	人
（うち）認知症看護認定看護師	人	人
（うち）老年看護専門看護師	人	人
（うち）精神看護専門看護師	人	人
3）准看護師	人	人
4）看護補助者	人	人
5）作業療法士	人	人
6）臨床心理技術者	人	人
7）精神保健福祉士	人	人
8）ソーシャルワーカー（上記 7）を除く）	人	人
9）その他の職員（事務職員など）	人	人

※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、小数点以下第 1 位までお答えください。

■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．精神科救急医療の実施状況等についてお伺いします。

（１）精神科救急医療体制整備事業への参加状況等についてお伺いします。

①貴施設は、精神科救急医療体制整備事業に参加していますか。※○は１つだけ

1. 常時対応型の基幹的病院として参加　　2. 輪番病院として参加
3. その他の形で参加（具体的に　　）
4. 参加していない→質問②へ

①-1 貴施設では、平成 24 年 9 月 1 か月間に精神科救急医療体制整備事業に何回参加しましたか。

（　　）回参加　　うち入院：（　　）件
うち外来診療のみ：（　　）件

②精神科救急医療体制整備事業への参加日における医師当直体制はどのようになっていますか。※○は１つだけ

1. 精神保健指定医が常に当直
2. 精神科医師が常に当直（指定医がオンコールになることあり）
3. 精神科以外の医師が当直することあり（精神保健指定医はオンコール）
4. その他（具体的に　　）

③次の施設基準の「届出の有無」と、届出がある場合は「届出時期」及び「算定件数（平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月、各１か月間）」についてお答えください。

施設基準等	届出の状況		算定件数	
	届出の有無	届出時期	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）精神病棟入院時医学管理加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月	件	件
2）精神科地域移行実施加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月	件	件
3）精神科身体合併症管理加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月	件	件
4）精神科リエゾンチーム加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月		件
5）重度ｱﾙｺｰﾙ依存症入院医療管理加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月	件	件
6）摂食障害入院医療管理加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月	件	件
7）精神科救急搬送患者地域連携受入加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月		件
8）患者サポート体制充実加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月		件
9）地域連携認知症集中治療加算	0. 無　1. 有	平成（　）年（　）月		件

（２）「精神科救急入院料」算定病棟の状況等についてお伺いします。

①貴施設では、「精神科救急入院料」の施設基準の届出がありますか。※○は１つだけ

1. 精神科救急入院料１の届出あり　　2. 精神科救急入院料２の届出あり
3. 精神科救急入院料１・２いずれも届出なし→4 ページの（3）の質問①へ

②上記①の施設基準の届出時期　　平成（　　）年（　　）月

③平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間について、次の患者数をご記入ください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）精神科救急入院料算定病床における新規入院患者数	人	人
（うち）救急搬送・警察搬送患者数	人	人
（うち）緊急措置入院患者数	人	人
（うち）措置入院患者数	人	人
（うち）応急入院患者数	人	人
（うち）他の精神科病院からの転院患者数	人	人
（うち）他の一般病院からの転院患者数	人	人

（うち）身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、貴施設に再入院となった患者数	人	人
（うち）自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
2）各年 9 月末時点の当該病床の在院患者数	人	人
（うち）在院期間が 30 日以内の患者数	人	人
（うち）在院期間が 60 日超の患者数	人	人
3）各 1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
（うち）自宅退院患者数（障害者施設等含む）	人	人
（うち）自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
（うち）自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
（うち）他院の精神病床に転院した患者数	人	人
（うち）連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
（うち）他院の一般病床に転院した患者数	人	人

（３）「**精神科救急・合併症入院料**」算定病棟の状況等についてお伺いします。

①貴施設では、「精神科救急・合併症入院料」の施設基準の届出がありますか。※○は 1 つだけ	
1. 届出あり	2. 届出なし→（4）の質問①へ
②上記①の施設基準の届出時期	平成（　　）年（　　）月

③平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間について、次の患者数をご記入ください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）精神科救急・合併症入院料算定病床における新規入院患者数	人	人
（うち）救急搬送・警察搬送患者数	人	人
（うち）緊急措置入院患者数	人	人
（うち）措置入院患者数	人	人
（うち）応急入院患者数	人	人
（うち）他の精神科病院からの転院患者数	人	人
（うち）他の一般病院からの転院患者数	人	人
（うち）身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、貴施設に再入院となった患者数	人	人
（うち）自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
2）各年 9 月末時点の当該病床の在院患者数	人	人
（うち）在院期間が 30 日以内の患者数	人	人
（うち）在院期間が 60 日超の患者数	人	人
3）各 1 か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
（うち）自宅退院患者数（障害者施設等含む）	人	人
（うち）自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
（うち）自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
（うち）他院の精神病床に転院した患者数	人	人
（うち）連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
（うち）他院の一般病床に転院した患者数	人	人

（４）「**精神科急性期治療病棟入院料**」算定病棟の状況等についてお伺いします。

①貴施設では、「精神科急性期治療病棟入院料」の施設基準の届出がありますか。※○は１つだけ

1. 精神科急性期治療病棟入院料１の届出あり　　2. 精神科急性期治療病棟入院料２の届出あり
3. 精神科急性期治療病棟入院料１・２いずれも届出なし→**５ページの３．質問①へ**

②上記①の施設基準の届出時期	平成（　　）年（　　）月

③平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間について、次の患者数をご記入ください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）精神科急性期治療病棟入院料算定病床における新規入院患者数	人	人
（うち）救急搬送・警察搬送患者数	人	人
（うち）緊急措置入院患者数	人	人
（うち）措置入院患者数	人	人
（うち）応急入院患者数	人	人
（うち）他の精神科病院からの転院患者数	人	人
（うち）他の一般病院からの転院患者数	人	人
（うち）身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、貴施設に再入院となった患者数	人	人
（うち）自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
2）各年 9 月末時点の当該病床の在院患者数	人	人
（うち）在院期間が 30 日以内の患者数	人	人
（うち）在院期間が 60 日超の患者数	人	人
3）各１か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
（うち）自宅退院患者数（障害者施設等含む）	人	人
（うち）自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
（うち）自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
（うち）他院の精神病床に転院した患者数	人	人
（うち）連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
（うち）他院の一般病床に転院した患者数	人	人

３．精神科医療における退院調整等の状況についてお伺いします。

①貴施設では、精神病床に入院している患者についての退院調整を行う部署がありますか。※○は１つだけ

1. 精神病床入院患者専門の退院調整部署がある
2. 精神病床だけではなく病院全体として退院調整部署がある
3. 退院調整部署はない→**質問④へ**
4. その他（具体的に　　）→**質問④へ**

②上記①の体制として、退院調整部署の職種（専従・専任別）にあてはまるものに○をつけてください。

1）専従	1. 精神科医師	2. 精神科以外の医師	3. 看護職員（保健師を含む）
	4. 精神保健福祉士	5. 社会福祉士	6. 事務職員
2）専任	1. 精神科医師	2. 精神科以外の医師	3. 看護職員（保健師を含む）
	4. 精神保健福祉士	5. 社会福祉士	6. 事務職員

③貴施設では、精神病床（急性期）に入院している患者についての退院調整は、多くの場合、どのようなタイミングで実施しますか。※○は１つだけ

1. 入院前
2. 入院から２週間以内
3. 入院から１か月くらい経った頃
4. 入院から２か月くらい経った頃
5. 入院から３か月くらい経った頃
6. 特に決まっていない
7. その他（具体的に　　）

④貴施設では、「精神科救急搬送患者地域連携紹介加算」の届出がありますか。※○は１つだけ

1. ある→質問④-1 へ
2. ないが、届出の予定がある→いつ頃：平成（　　）年（　　）月頃　→質問⑤へ
3. ない→　届出をしていない理由　※最もあてはまる番号に○を１つだけ

   1. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出施設であるから
   2. 救急患者の転院先である「精神科救急搬送患者地域連携受入加算」の届出病院を確保できないから
   3. 救急患者を受け入れていないから
   4. その他（具体的に　　）

   -----▶ 質問⑤へ

④-1 上記④加算の施設基準の届出時期	平成２４年（　　）月

④-2 上記④加算の１か月間の算定件数（平成24年）	４月	５月	６月	７月	8月	９月
	件	件	件	件	件	件

④-3 上記④と同様に、平成 24 年度診療報酬改定で「精神科救急搬送患者地域連携受入加算」が新設されましたが、これによって、貴施設に緊急入院しその後状態が落ち着いた患者について、他の精神科医療機関への転院が円滑に行われるケースが改定前と比較してどのように変化しましたか。　※○は１つだけ

1. 増えた　　2. どちらかというと増えた　　3. 変わらない
4. どちらかというと減った　　5. 減った　　6. その他（具体的に　　）

⑤貴施設における連携医療機関数をお伺いします（平成 23 年 9 月末及び平成 24 年 9 月末時点）。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1) 貴施設に入院中の身体合併症患者について診療連携を行っている連携医療機関数（一般・精神）	箇所	箇所
2) 他病院の一般病床に入院中の精神疾患を有する患者について貴施設の精神科医師が診療を行っている連携医療機関数	箇所	箇所
3) 精神科急性期患者の後方病床として連携している精神科医療機関数（施設基準の届出の有無に関わらず）	箇所	箇所

４．精神科救急における課題等についてお伺いします。

①精神科救急患者の受入においての課題等がございましたら、ご記入ください。

②精神科急性期医療を実施していく上での課題等がございましたら、ご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、小児特定集中治療室管理料の新設や救急医療管理加算における乳幼児加算の引上げ・小児加算の新設などの小児救急に関する評価、及び精神科救急搬送患者地域連携紹介加算・精神科救急搬送患者地域連携受入加算の新設などの精神科救急に関する評価が行われました。また、夜間休日救急搬送医学管理料の新設や院内トリアージ実施料の新設、地域連携夜間・休日診療料等の引上げなど、二次救急医療機関等の救急外来に関する評価が行われました。さらに、救急搬送患者地域連携受入加算の引上げと届出・算定要件の緩和など、後方病床における取組に関する評価も行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、救急医療を担う保険医療機関と当該施設の救急外来を受診した患者の方を対象に、救急医療の実施状況や体制整備の状況、退院調整や後方病床との連携状況、今後の課題、救急外来受診に関する患者の意識等の把握を主な目的として、「救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社

平成 24 年月**日（*）まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

---► 裏面に続きます

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）

E-mail：＊＊＊@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-****

平成 24 年＊＊月

各位

厚生労働省委託事業　平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査

「医療機関における救急外来に関するアンケート調査」への ご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を整え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成２４年４月に実施された診療報酬改定では、重症な患者が救命救急センター等で迅速かつ適切に治療が受けられるよう、質の高い救命救急医療の推進を目指した様々な見直しが行われました。また、患者にとって身近な地域の病院や診療所での深夜や土曜・休日などの時間外の診療についてもその体制の整備・充実化を進めております。一方で、大病院を中心に時間外診療の患者が増え、治療上、緊急度の高い患者の診察が遅れてしまうといった医療現場での問題も指摘されております。こうした問題を解決し、誰もが安心して救急医療を受けられる環境を整備するため、平成２４年４月の診療報酬改定では、あらかじめ医療機関が定めた基準（これを「院内トリアージ基準」といいます）に従って、医師や救急医療の経験を有する看護師が患者の状態を評価・判断し、緊急度に応じて診療の順番を決めるという仕組み（この仕組みを「院内トリアージ」といいます）を導入した医療機関を評価する診療報酬（「院内トリアージ実施料」）が新たに設けられました。

こうした診療報酬改定の影響や効果、問題点を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では「救急医療機関と後方病床との一層の連携の推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査」を行うこととしました。この一環として、救急外来を利用した患者を対象として「医療機関における救急外来に関するアンケート調査」を実施するものです。

この調査は、救急医療の現状や今後の課題等を把握することを目的として、検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領によりご協力をお願いすることとしております。

対象の方

・　この調査は、調査日に救急外来を利用された患者が対象となっております。

回答期限・返送方法

・　お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

平成 24 年＊＊月＊＊日（＊＊）までに、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

お時間のある時に調査票をご記入いただければ幸いです（返信用封筒はのり付きですので、セロテープやのりなどは一切必要ございません）。

（ ---► 裏面へ続きます）

回答方法

- ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号１つだけに○をつけてください。
- （　　）内には、数字や具体的な理由などを記入してください。

なお、この調査は、平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査事業について厚生労働省から委託を受けた三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング株式会社が、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施するものです。ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や看護師等に開示されることはございません。

この調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会において、患者のご意見やご要望等を踏まえた実りある議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【調査実施主体・問い合わせ先】

「診療報酬改定結果検証調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）

E-mail：＊＊＊@＊＊＊.＊＊

TEL：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊（受付時間：10：00 ～ 17：00、土日・祝日除く。）

FAX：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊

「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況」調査の概要（案）

■ 調査目的

・ 医療機関から在宅への退院調整及び移行状況の変化等の把握
・ 在宅医療の実施状況及び各医療機関間・居宅介護支援事業所等との連携状況の把握
・ 夜間や緊急時の対応状況の把握
・ 患者における在宅医療に関する意識等の把握

＜調査のねらい＞

○ 医療機関におけるパス（入院診療計画書）の活用状況の把握
○ 医療機関における退院調整部門の体制や退院調整の実施状況、その効果の把握
○ 入院機能を有する医療機関における医療機関・介護保険施設・事業所等との連携状況、その効果の把握
○ 在宅医療の実施状況の把握
○ 在宅医療の提供を行う医療機関における夜間や緊急時の対応状況の把握
○ 在宅医療の提供を行う医療機関における他の医療機関や居宅介護支援事業所等との連携状況の把握
○ 在宅医療の提供を行う医療機関における特別訪問看護指示書の交付状況、緩和ケア・ターミナルケアの実施状況の把握
○ 在宅医療を受けている患者における訪問看護・介護サービスの利用状況の把握
○ 入院医療から在宅医療に移行した患者における退院調整の実施状況、在宅医療の利用状況と満足度等の把握　／等

■ 調査対象及び調査方法

＜入院医療機関調査＞

・ 全国の保険医療機関のうち、①退院調整加算、退院時共同指導料 2、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関（500 施設）、及び②在宅療養支援病院（500 施設）の計 1,000 施設を調査対象とする。

＜在宅医療調査＞

・ 全国の保険医療機関のうち、無作為抽出した①在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）1,500 施設、②在宅療養支援病院（500 施設、「入院医療機関調査」の対象）及び③在宅療養支援病院・診療所の届出のない保険医療機関（500 施設）を調査対象とする。調査対象施設は計 2,500 施設。

＜患者調査＞

・ 上記「在宅医療調査」の対象施設のうち、①及び②の対象施設の在宅医療を受けている患者。

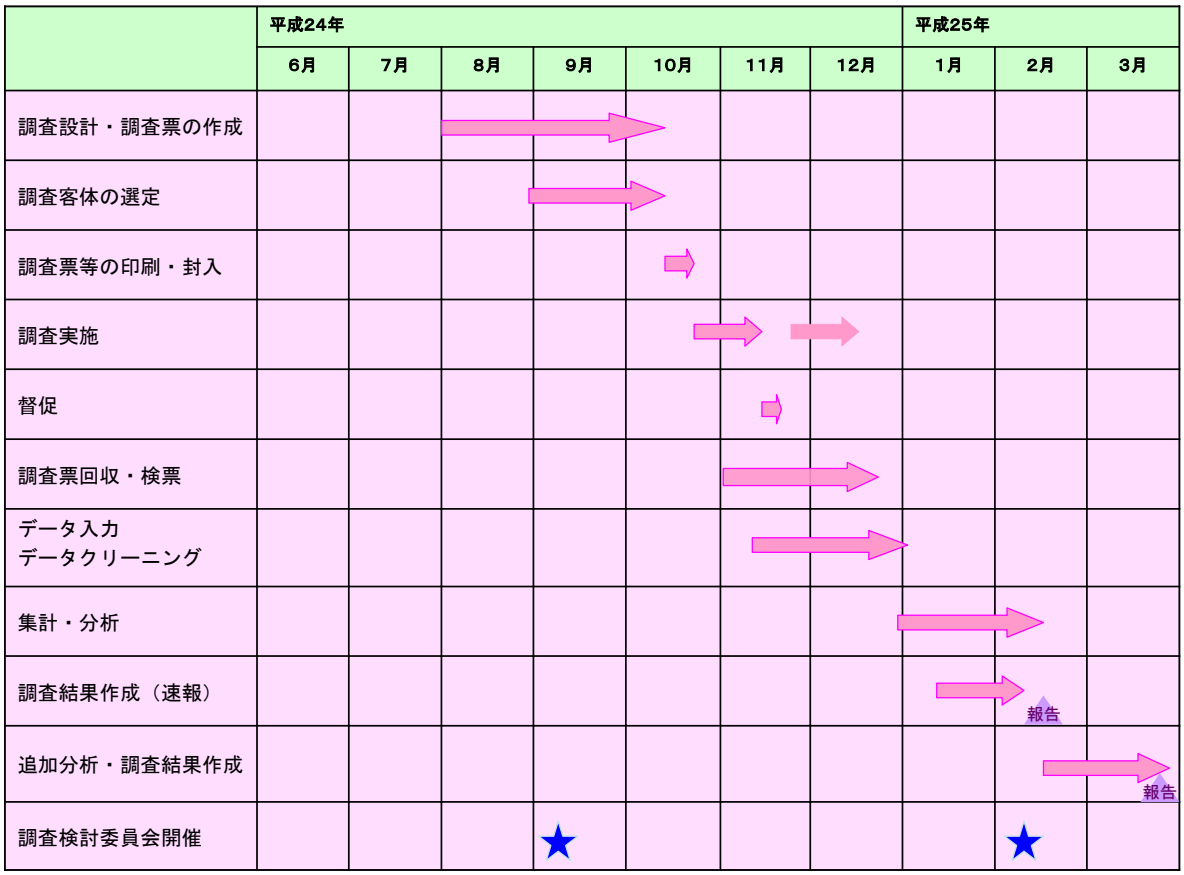
・ 1 施設につき 3 名を本調査の対象とする。3 名の内訳は、退院からの期間が新しい人から 3 名を優先的に対象とする。

＜調査方法＞

・ 施設調査は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
・ 患者調査は、自記式調査票で施設調査対象施設を通じて配布し、回収は施設を通さずに直接回収とする。

■ **調査項目**（調査票案 参照）

■ **調査スケジュール（案）**



入院医療機関票

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

在宅医療の実施状況と医療・介護の連携状況　調査票（案）

※ 以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、施設名、施設の所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

※ この「入院医療機関票」は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における退院調整の実施状況や医療と介護の連携状況、在宅医療や介護保険施設･事業所との連携に関するお考え等についてお伺いするものです。

※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をお書きください。

※ 特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

１．貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は１つだけ	1. 国　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体 5. 医療法人　6. 個人　7. 学校法人　8. その他の法人
②標榜診療科 ※○はいくつでも	1. 内科　2. 呼吸器内科　3. 循環器内科　4. 消化器内科 5. 神経内科　6. 皮膚科　7. 小児科　8. 精神科 9. 外科　10. 消化器外科　11. 泌尿器科　12. 脳神経外科 13. 整形外科　14. 形成外科　15. 眼科　16. 耳鼻咽喉科 17. 産婦人科　18. リハビリテーション科　19. 放射線科 20. 麻酔科　21. リウマチ科　22. 肛門外科　23. 歯科 24. その他（具体的に　　）
③貴施設に該当するものを選択してください。 ※○はいくつでも	1. ＤＰＣ対象病院　2. ＤＰＣ準備病院 3. 地域医療支援病院　4. 特定機能病院 5. がん診療連携拠点病院　6. 在宅療養支援病院 7. いずれもあてはまらない

④貴施設の職員数を常勤換算でお書きください。※小数点以下第１位まで

医師	歯科医師	保健師 助産師 看護師	准看護師	薬剤師	理学療法士	作業療法士
.	.	.	.	.	.	.
言語聴覚士	**その他の医療職種**	**看護補助者**	**社会福祉士**	**事務職員**	**その他の職員**	**計**
.	.	.	.	.	.	.

＊非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

■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）

⑤貴法人・関連法人が運営する施設・事業所 ※○はいくつでも		
	1. 訪問看護ステーション	2. 居宅介護支援事業所
	3. 介護老人保健施設	4. 介護老人福祉施設
	5. 通所介護事業所	6. サービス付き高齢者向け住宅
	7. 有料老人ホーム	8. 一般診療所
	9. その他（具体的に　　）	10. 他に運営する施設・事業所はない

⑥貴施設の 1）病床数（平成 24 年 9 月 30 日時点）、2） 1 日平均入院患者数（平成 24 年 9 月 1 か月間、小数点以下第 1 位まで）、3）病床稼働率（平成 24 年 9 月 1 か月間、小数点以下第 1 位まで）を病棟ごとにお書きください。
※「病院全体」には感染症病床や介護療養病床を含めた病院全体の許可病床数をお書きください。

	一般病棟	医療療養病棟	回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1）病床数	床	床	床	床	床	床
2）1日平均入院患者数	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人
3）病床稼働率	. %	. %	. %	. %	. %	. %

⑦-1 貴施設における平成 23 年 9 月 30 日及び平成 24 年 9 月 30 日時点の、入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数（詳細は調査要綱をご覧ください）（小数点以下第 1 位まで）を病棟ごとにお書きください。
※「病院全体」には、介護療養病床を除いた病院全体の平均在院日数をお書きください。

	一般病棟	医療療養病棟	回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1）平成 23 年 9 月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2）平成 24 年 9 月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

⑦-2 貴施設における平成 23 年 9 月 30 日及び平成 24 年 9 月 30 日時点の、以下の計算式による平均在院日数（詳細は調査要綱をご覧ください）（小数点以下第 1 位まで）をお書きください。
※「病院全体」には、感染症病床や介護療養病床を含めた病院全体の平均在院日数をお書きください。
＜計算式＞（平均在院日数）＝（在院患者延数）÷（1/2×（新規入院患者数＋退院患者数））

	一般病棟	医療療養病棟	回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟	精神病棟	結核病棟	病院全体
1）平成 23 年 9 月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日
2）平成 24 年 9 月	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日	. 日

⑧貴施設における平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月 1 か月間に退院した患者について、病棟別に在院期間別の人数をお書きください。

⑧-1 一般病棟	7 日以内	8 日～14 日以内	15 日～30 日以内	31 日～90 日以内	91 日～120 日以内	121 日以上
1）平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2）平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人
⑧-2 療養病棟	7 日以内	8 日～14 日以内	15 日～30 日以内	31 日～90 日以内	91 日～120 日以内	121 日以上
1）平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2）平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人
⑧-3 精神病棟	7 日以内	8 日～14 日以内	15 日～30 日以内	31 日～90 日以内	91 日～120 日以内	121 日以上
1）平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2）平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人
⑧-4 結核病棟	7 日以内	8 日～14 日以内	15 日～30 日以内	31 日～90 日以内	91 日～120 日以内	121 日以上
1）平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2）平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人

⑨貴施設では、訪問診療・訪問看護を行っていますか。※○は１つだけ
1. 自院では訪問診療・訪問看護ともに行っている 2. 自院では訪問診療を行っているが、訪問看護は行っていない 3. 自院では訪問看護を行っている（併設の訪問看護ステーションは含まない）が、訪問診療は行っていない 4. 自院では訪問診療・訪問看護のいずれも行っていない 5. その他（具体的に　　）

２．貴施設におけるパス（入院診療計画書）の活用状況等についてお伺いします。

①電子カルテの導入状況　※○は１つ	1. 導入している　　2. 導入していない
②パス（入院診療計画書）はどのような様式で作成していますか。 ※○はいくつでも	1. 厚生労働省が示している様式（別添６別紙２、別紙２の２）で作成 2. 施設独自の様式で作成 3. 作成していない　→５ページ３．①へお進みください
③がん治療連携計画策定料の施設基準の届出の有無　※○は１つ	1. あり　→③－１届出時期：平成（　　）年（　　）月 2. なし
④がん治療連携指導料の施設基準の届出の有無 ※○は１つ	1. あり　→④－１届出時期：平成（　　）年（　　）月 2. なし
⑤パス（入院診療計画書）を電子化して使用していますか。※○は１つ	1. 電子化している　　2. 電子化する予定が具体的にある 3. 電子化を検討中 4. 電子化していない（今後も電子化する予定はない）

⑥院内にパス委員会が設置されていますか。※○は１つ	1. はい　　2. いいえ	
⑦現在、貴施設で導入しているパスは何種類ありますか。疾患別、術式別にお答えください。	疾患（MDC 分類）	（　　）種類
	術式	（　　）種類

⑧パス（入院診療計画書）の作成に携わる人は誰ですか。あてはまる番号すべてに○をおつけください。また、複数の場合、主担当となる人に◎を１つおつけください。	1. 医師　2. 歯科医師　3. 看護職員 4. 薬剤師　5. 理学療法士　6. 作業療法士 7. 言語聴覚士　8. 放射線技師　9. 検査技師 10. 栄養士　11. 社会福祉士　12. 事務職員 13. その他（　　）

⑨平成 24 年 9 月 1 か月間にパス（入院診療計画書）を使用した患者数等	1）パス（入院診療計画書）を使用した全患者数	2）1）のうち、計画通りではなかった患者数
	（　　）人	（　　）人

⑩現在、貴施設で導入しているパス（入院診療計画書）の疾患（MDC 分類）は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 神経系疾患　2. 眼科疾患　3. 耳鼻咽喉科疾患 4. 呼吸器系疾患　5. 循環器系疾患　6. 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 7. 筋骨格系疾患　8. 皮膚・皮下組織の疾患 9. 乳房の疾患　10. 内分泌・栄養・代謝に関する疾患 11. 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患 12. 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 13. 血液・造血器・免疫臓器の疾患　14. 新生児疾患・先天性奇形 15. 小児疾患　16. 外傷・熱傷・中毒 17. 精神疾患　18. その他（具体的に　　）

⑪現在、貴施設で導入しているパス（入院診療計画書）に、退院に向けた目標や退院基準、退院調整（退院アセスメント、退院計画、退院時カンファレンスなど）に関する項目がありますか。※○は１つだけ
1. ある　　2. ない

⑫貴施設では、パス（入院診療計画書）の活用により、以下のような効果がありましたか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）患者に対するインフォームドコンセントがしやすくなった	5	4	3	2	1
2）平均在院日数が短くなった	5	4	3	2	1
3）診療録の記録等が簡単になり、業務が改善した	5	4	3	2	1
4）チーム医療が進んだ	5	4	3	2	1
5）リスクマネジメントがしやすくなった	5	4	3	2	1
6）治療の標準化と均質な医療の提供ができるようになった	5	4	3	2	1
7）医療の質が向上した	5	4	3	2	1
8）その他（具体的に　　）	5	4	3	2	1

⑬パス（入院診療計画書）を活用できた事例と活用できなかった事例についてお伺いします。
※同じ疾患（MDC 分類）の同じ術式のクリニカルパスを適用した患者についてお書きください。

1）パスの活用事例について、選んだ疾患を上記⑩の中から 1 つ選び、該当する番号をご記入ください。

2）活用により効果があった事例

2）－1　連携した職種
※あてはまる番号すべてに○をおつけください。また、複数の場合、主担当となる人に◎を 1 つおつけください。

1. 医師　2. 歯科医師　3. 看護職員
4. 薬剤師　5. 理学療法士　6. 作業療法士
7. 言語聴覚士　8. 放射線技師　9. 臨床検査技師
10. 栄養士　11. 社会福祉士　12. 事務職員
13. その他（具体的に　　）

2）－2　当該患者の在院日数とその間のカンファレンス回数

在院日数：（　　）日
カンファレンス回数：（　　）回

2）－3　活用できた理由
※○は 1 つ

1. 医師の参加が得られた
2. 医師間のコンセンサスが得られた
3. 他職種間のコンセンサスが得られた
4. 疾患自体がパスに向いた
5. その他（具体的に　　）.

3）活用できなかった事例

3）－1　連携した職種
※あてはまる番号すべてに○をおつけください。また、複数の場合、主担当となる人に◎を 1 つおつけください。

1. 医師　2. 歯科医師　3. 看護職員
4. 薬剤師　5. 理学療法士　6. 作業療法士
7. 言語聴覚士　8. 放射線技師　9. 臨床検査技師
10. 栄養士　11. 社会福祉士　12. 事務職員
13. その他（具体的に　　）

3）－2　当該患者の在院日数とその間のカンファレンス回数

在院日数：（　　）日
カンファレンス回数：（　　）回

3）－3　活用できた理由
※○は 1 つ

1. 医師の参加が得られた
2. 医師間のコンセンサスが得られた
3. 他職種間のコンセンサスが得られた
4. 疾患自体がパスに向いた
5. その他（具体的に　　）.

３．貴施設における退院調整の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設には、退院調整部門はありますか。※○は１つ		1. ある 2. 開設準備中 3. ない　} 問①−3 へお進みください。
【上記①で「1.ある」を選択した方】 ①−1 退院調整部門はどこに設置していますか。 ※○は１つ		1. 独立部門として設置 2. 地域連携を担う部署の中に設置 3. 看護部門の中に設置 4. その他（具体的に　　）
【上記①で「1.ある」を選択した方】 ①−2 退院調整にあたり、退院調整部門と病棟でそれぞれ行っていることは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	1）退院調整部門	1. 退院困難者の抽出 2. 退院支援計画の作成 3. 患者・家族に対する退院支援計画の説明 4. 退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整 5. 内部・外部カンファレンス等の調整や参加 6. その他（具体的に　　）
	2）病棟	1. 退院困難者の抽出 2. 退院支援計画の作成 3. 患者・家族に対する退院支援計画の説明 4. 退院後に必要な医療・看護・介護等に関する調整 5. 内部・外部カンファレンス等の調整や参加 6. その他（具体的に　　）
【上記①で「2. 開設準備中」「3. ない」を選択した方】 ①−3 退院調整機能を担っている部門は主にどこですか。 ※あてはまる番号すべてに○		1. 病棟　2. 医療相談室　3. 外来 4. 事務部門　5. その他（具体的に　　） －－－▶ 質問③へお進みください。

		平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
		専　従	専　任	専　従	専　任
②貴施設では、退院調整をどのような体制で実施していますか。平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の常勤換算人数を専従、専任別にお書きください。	1)医師	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	2)保健師･助産師･看護師	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	3)准看護師	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	4)社会福祉士	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	5)事務職員	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	6)その他（　　）	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	合計	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

③施設基準の「届出状況」と、届出がある場合、「届出時期」、「算定回数（平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間）」についてお答えください。

施設基準等	届出状況	届出時期	算定回数 平成 23 年 9 月	算定回数 平成 24 年 9 月
1）総合評価加算	1. あり　→ 2. なし	平成（　　）年（　　）月	（　　）回	（　　）回
2）地域連携診療計画退院時指導料	1. あり　→ 2. なし	平成（　　）年（　　）月	（　　）回	（　　）回
3）介護支援連携指導料			（　　）回	（　　）回
4）退院時共同指導料２			（　　）回	（　　）回
5）上記 4）のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師と共同して指導を行った場合（300 点）			（　　）回	（　　）回

6)上記 4)のうち、貴施設の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合(2,000 点)		（　　）回	（　　）回
7）上記 6）のうち、ケアマネジャーと連携した回数		（　　）回	（　　）回
8）退院調整加算 1	1. あり　→　平成２４年（　）月 2. なし		（　　）回
9）上記 8）のうち地域連携計画加算を算定した回数			（　　）回
10）退院調整加算２	1. あり　→　平成２４年（　）月 2. なし		（　　）回
11）上記 10）のうち地域連携計画加算を算定した回数			（　　）回
12）退院前訪問指導料		（　　）回	（　　）回

④平成 24 年度の診療報酬の改定前後において、一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っていますか。※○は 1 つ

1. 改定前から一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っている
2. 改定後から一定の手順を踏んで退院困難者の抽出を行っている

} 問④−1 へお進みください。

3. 一定の手順を踏んでいないが、退院困難者の抽出を行っている　→問⑤へお進みください。
4. 退院困難者の抽出を行っていない　→問⑥へお進みください。

④−1 退院困難者の評価や抽出は、いつ・どこで・誰が行っていますか。

④−1−1【いつ】 ※○は 1 つ	1. 入院前　2. 入院初日 3. 入院 2 日目～3 日目　4. 入院 4 日目～5 日目 5. 入院 6 日目～7 日目　6. 入院 8 日目以降　→入院（　　）日目
④−1−2【どこで】 ※○は 1 つ	1. 病棟と退院調整部門等の共同　2. 退院調整部門　3.病棟 4. その他（　　）
④−1−3【誰が】 ※あてはまる番号すべてに○	1. 医師　2. 歯科医師　3. 看護職員　4. 薬剤師 5. 理学療法士　6. 作業療法士　7. 言語聴覚士　8. 社会福祉士 9. 事務職員　10. その他（　　）

⑤平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者の抽出人数をお答えください。

1）平成 24 年 9 月 1 か月間の入院患者数	（　　）人
2）上記 1）のうち、抽出を行った退院困難な要因を有する患者数	（　　）人
上記 2）のうち、一定の手順を踏んで抽出を行った退院困難な要因を有する患者数	（　　）人
3）上記 1）のうち、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患者数・・・【症例Ａ】	（　　）人
4）上記 1）のうち、緊急入院の患者数	（　　）人
5）上記 1）のうち、介護保険が未申請の患者数	（　　）人
6）上記 1）のうち、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患者数	（　　）人
7）上記 1）のうち排泄に介護を要する患者数	（　　）人
8）上記 1）のうち同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない患者数	（　　）人
9）上記 1）のうち退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む）が必要な患者数・・・【症例Ｂ】	（　　）人
10）上記 1）のうち入退院を繰り返している患者数・・・【症例Ｃ】	（　　）人
11）上記 3）～10）以外で、患者の状況から判断して 3）～10）に準ずると認められる患者数	（　　）人

【症例 A】、【症例 B】、【症例 C】に該当する患者についての
患者調査（このアンケートの 10 ページ以降）につきましても、重要な調査ですので、
後程、ご協力をお願いいたします。 **→問⑥へお進みください。**

⑥平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に貴施設から退院した患者についてその人数をお答えください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）退院患者数	（ ）人	（ ）人
2）上記 1）のうち、退院調整をした患者数（加算算定の有無は問わず）	（ ）人	（ ）人
3）上記 2）のうち、退院調整加算を算定した患者数	（ ）人	（ ）人
4）上記 1）のうち、他医療機関へ転院した患者数	（ ）人	（ ）人
5）上記 1）のうち、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設に入所した患者数	（ ）人	（ ）人
6）上記 1）のうち、自院に外来通院となった患者数	（ ）人	（ ）人
7）上記 1）のうち、他院に外来通院となった患者数	（ ）人	（ ）人
8）上記 1）のうち、退院後に療養が必要で、かつ通院が困難な患者数	（ ）人	（ ）人
9）上記 1）のうち、在宅医療（訪問診療及び訪問看護）に移行した患者数	（ ）人	（ ）人
10）上記 9）のうち、自院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護（併設の訪問看護ステーションも含む））を受けている患者数	（ ）人	（ ）人
11）上記 9）のうち、他院の在宅医療（訪問診療及び訪問看護）を受けている患者数	（ ）人	（ ）人
12）上記 11）のうち、退院時共同指導料を算定した患者数	（ ）人	（ ）人
13）上記 1）のうち、入院前に在宅医療を受けていた患者で在宅医療に移行した患者数	（ ）人	（ ）人
14）上記 1）のうち、死亡退院患者数	（ ）人	（ ）人

⑦貴施設では、退院調整の取組により、以下のような効果がありましたか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）今まで退院が困難だった患者の退院支援が進んだ	5	4	3	2	1
2）入院から退院までの患者の理解が深まった	5	4	3	2	1
3）患者がスムーズに地域へ移行できるようになった	5	4	3	2	1
4）在宅復帰率が高まった	5	4	3	2	1
5）平均在院日数が短くなった	5	4	3	2	1
6）部門・多職種間の調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
7）その他（具体的に ）	5	4	3	2	1

⑧退院調整を効果的に行うために工夫していることや課題がございましたら、ご自由にお書きください。

4．貴施設における医療機関等との連携状況等についてお伺いします。

①貴施設で、患者の診療情報の共有を図る等の定期的なカンファレンスを行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所の数（平成 23 年 9 月 30 日及び平成 24 年 9 月 30 日時点）、定期的なカンファレンスの回数（平成 23 年 9 月及び平成 24 年 9 月の各 1 か月間）についてお答えください。

	連携している施設･事業所数		定期的なカンファレンスの月間開催数	
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）病院・診療所	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
2）上記 1）のうち、在宅療養支援病院・診療所（機能強化型も含む）	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
3）上記 1）のうち、貴施設を緊急時の入院医療機関としている病院・診療所	（　　）箇所	（　　）箇所		
4）他の医療機関	（　　）箇所	（　　）箇所		
5）訪問看護ステーション	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
6）歯科保険医療機関	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
7）保険薬局	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
8）介護老人保健施設	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
9）介護老人福祉施設	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
10）その他の施設	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回
11）居宅介護支援事業所	（　　）箇所	（　　）箇所	（　　）回	（　　）回

②平成 24 年 9 月 30 日時点で、患者の診療情報の共有を図る等の定期的なカンファレンスを行うなどの連携を行っている医療機関・介護保険施設・事業所について、その連携内容はどのようなものですか。あてはまる連携内容の番号に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

	緊急入院時の病床確保	退院後の受入やサービス提供等	定期的なカンファレンス	夜間や緊急時等の対応	連携していない
1）病院・診療所	1	2	3	4	5
2）訪問看護ステーション		2	3	4	5
3）歯科保険医療機関		2	3	4	5
4）保険薬局		2	3	4	5
5）介護老人保健施設		2	3	4	5
6）介護老人福祉施設		2	3	4	5
7）その他の施設		2	3	4	5
8）居宅介護支援事業所		2	3	4	5

③下記診療報酬項目の「算定回数（平成 24 年 8 月と 9 月の各 1 か月間）」についてお答えください。

診療報酬項目	算定回数	
	平成 24 年 8 月	平成 24 年 9 月
1）在宅患者緊急入院診療加算 －機能強化型の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院間での受入の場合（2500 点）	（　　）回	（　　）回
2）在宅患者緊急入院診療加算 －連携医療機関である場合（上記 1）の場合を除く）（2000 点）	（　　）回	（　　）回
3）在宅患者緊急入院診療加算－上記 1）及び 2）以外の場合（1000 点）	（　　）回	（　　）回
4）リンパ浮腫指導管理料	（　　）回	（　　）回
5）がん患者カウンセリング料	（　　）回	（　　）回

④平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間について次の患者数についてお答えください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）在宅療養支援診療所（機能強化型も含む）等の医療機関から連絡を受け、入院した患者数	（　　）人	（　　）人
うち緊急入院した患者数	（　　）人	（　　）人
2）上記 1）のうち貴施設を緊急時の入院医療機関として連携している医療機関から連絡を受け、入院した患者数	（　　）人	（　　）人
うち緊急入院した患者数	（　　）人	（　　）人

５．貴施設における退院調整の効果や課題等についてお伺いします。

①貴施設では、パス（入院診療計画）の活用や退院調整部門による早期退院支援、他医療機関等との定期的なカンファレンスを行うなどの連携により、以下のような効果がありましたか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）救急外来受診や再入院が減った	5	4	3	2	1
2）在宅医療を提供する在宅療養支援診療所等の他医療機関からの紹介入院が増えた	5	4	3	2	1
3）自宅退院が増えた	5	4	3	2	1
4）退院･転院に関する患者の苦情やトラブルが減った	5	4	3	2	1
5）平均在院日数が短くなった	5	4	3	2	1
6）他施設との連携の重要性について、院内のスタッフの理解が深まった	5	4	3	2	1
7）他の医療機関や介護保険施設・事業所等との連携が良くなった	5	4	3	2	1

②退院調整や在宅医療を推進していく上で、どのような課題がありますか。

患者調査

【症例Ａ】平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、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患者

①性別	1. 男性　2. 女性	②年齢（入院時）	（　　）歳
③主たる傷病名	1. 悪性腫瘍　2. 認知症 3. 急性呼吸器感染症　4. その他	④同居家族の有無	1. あり　2. なし
⑤入院前の所在	1. 自宅　2. 介護老人保健施設　3. 介護老人福祉施設 4 認知症高齢者グループホーム　5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関　7. サービス付き高齢者向け住宅　8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた　2. 受けていない　3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑧予定入院期間	（　　）日間		
⑨貴施設における退院日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり　2. なし	⑪（手術があった場合）手術日	平成（　）年（　）月（　）日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり　2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり　→　⑭-1　関与を開始した時期 1. 入院前　2. 入院当初　3. 入院中 4. 退院直前　5. その他（具体的に　　） 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※○はいくつでも	1. 連携している病院・一般診療所　2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関　4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所　6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設　8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に　　）		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	（　　）回　　1 回あたりの平均所要時間：（　　）分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー） ※○はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師　2. 歯科医師　3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師　5. 社会福祉士　6. 事務職員 7. その他（具体的に　　） 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医　2. 前記 1 以外の医師　3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師　5. 准看護師　6. 薬剤師 7. 理学療法士　8. 作業療法士　9. 言語聴覚士　10. 歯科衛生士 11. 社会福祉士　12. 事務職員 13. その他（具体的に　　） 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関　2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関　4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所　6. 介護施設 7. 介護老人福祉施設　8. その他（具体的に　　）		
⑲退院後の所在（予定も含む） ※○は１つ	1. 連携している病院の一般病棟　2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟　5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関　7. 自宅　8. 介護施設 9. その他（具体的に　　）		

【症例 B】平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養法やたんの吸引を含む）が必要な患者

①性別	1. 男性　2. 女性	②年齢（入院時）	（　　）歳
③主たる傷病名	1. 循環器疾患　2. 脳血管疾患　3. 精神、神経疾患 4. 糖尿病　5. がん　6. その他		
④同居家族の有無	1. あり　2. なし		
⑤入院前の所在	1. 自宅　2. 介護老人保健施設　3. 介護老人福祉施設 4 認知症高齢者グループホーム　5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関　7. サービス付き高齢者向け住宅　8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた　2. 受けていない　3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑧予定入院期間	（　　）日間		
⑨貴施設における退院日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり　2. なし	⑪（手術があった場合）手術日	平成（　）年（　）月（　）日
⑫入院診療計画を患者に説明した日		平成（　　）年（　　）月（　　）日	
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり　2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり　→　⑭-1　関与を開始した時期 1. 入院前　2. 入院当初　3. 入院中 4. 退院直前　5. その他（具体的に　　） 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※○はいくつでも	1. 連携している病院・一般診療所　2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関　4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所　6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設　8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に　　）		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	（　　）回　　1 回あたりの平均所要時間：（　　）分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー） ※○はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師　2. 歯科医師　3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師　5. 社会福祉士　6. 事務職員 7. その他（具体的に　　） 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医　2. 前記 1 以外の医師　3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師　5. 准看護師　6. 薬剤師 7. 理学療法士　8. 作業療法士　9. 言語聴覚士　10. 歯科衛生士 11. 社会福祉士　12. 事務職員 13. その他（具体的に　　） 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関　2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関　4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所　6. 介護施設 7. 介護老人福祉施設　8. その他（具体的に　　）		
⑲退院後の所在（予定も含む） ※○は 1 つ	1. 連携している病院の一般病棟　2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟　5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関　7. 自宅　8. 介護施設 9. その他（具体的に　　）		

【症例 C】平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設が抽出を行った退院困難な要因を有する患者で、入退院を繰り返している患者

①性別	1. 男性　2. 女性	②年齢（入院時）	（　　）歳
③主たる傷病名	1. 循環器疾患　2. 脳血管疾患　3. 精神、神経疾患 4. 糖尿病　5. がん　6. その他		
④同居家族の有無	1. あり　2. なし		
⑤入院前の所在	1. 自宅　2. 介護老人保健施設　3. 介護老人福祉施設 4 認知症高齢者グループホーム　5. 連携している医療機関 6. その他の医療機関　7. サービス付き高齢者向け住宅　8. 有料老人ホーム		
⑥入院前の在宅医療の受療状況	1. 受けていた　2. 受けていない　3. わからない		
⑦貴施設における入院開始日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑧予定入院期間	（　　）日間		
⑨貴施設における退院日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑩入院中の手術の有無	1. あり　2. なし	⑪（手術があった場合）手術日	平成（　）年（　）月（　）日
⑫入院診療計画を患者に説明した日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑬退院調整に当たり一定の手順を踏んだ抽出の有無	1. あり　2. なし		
⑭退院調整に向けて、退院調整部門の関与はありましたか。	1. あり　→　⑭-1　関与を開始した時期 1. 入院前　2. 入院当初　3. 入院中 4. 退院直前　5. その他（具体的に　　） 2. なし		
⑮退院調整としてどの施設・事業所と連携を行いましたか。※○はいくつでも	1. 連携している病院・一般診療所　2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関　4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所　6. 訪問介護事業所 7. 介護老人保健施設　8. 介護老人福祉施設 9. その他（具体的に　　）		
⑯退院調整の初回カンファレンス時期	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
⑰退院調整のカンファレンスの回数・平均所要時間	（　　）回　　1 回あたりの平均所要時間：（　　）分程度		
⑱退院調整のカンファレンスの参加者（いつも参加したメンバー） ※○はいくつでも	【退院調整部門】 1. 医師　2. 歯科医師　3. 保健師・助産師・看護師 4. 准看護師　5. 社会福祉士　6. 事務職員 7. その他（具体的に　　） 【院内】（退院調整部門を除く） 1. 担当医　2. 前記 1 以外の医師　3. 歯科医師 4. 保健師・助産師・看護師　5. 准看護師　6. 薬剤師 7. 理学療法士　8. 作業療法士　9. 言語聴覚士　10. 歯科衛生士 11. 社会福祉士　12. 事務職員 13. その他（具体的に　　） 【外部】 1. 在宅医療を実施する医療機関　2. 訪問看護ステーション 3. 歯科保険医療機関　4. 保険薬局 5. 居宅介護支援事業所　6. 介護施設 7. 介護老人福祉施設　8. その他（具体的に　　）		
⑲退院後の所在（予定も含む） ※○は 1 つ	1. 連携している病院の一般病棟　2. 連携している病院の療養病棟 3. 連携している病院の回復期リハビリテーション病棟 4. 連携している病院の緩和ケア病棟　5. 連携している病院の精神病棟 6. その他の医療機関　7. 自宅　8. 介護施設 9. その他（具体的に　　）		

在宅医療票

ID	

平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

在宅医療の実施状況と医療・介護の連携状況調査　調査票(案)

※この「在宅医療票」は、在宅医療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、(　　)内には具体的な数値、用語等をお書きください。(　　)内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「－」をお書きください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてお書きください。

1．貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体 5. 医療法人　6. 個人　7. 学校法人　8. その他の法人
②標榜診療科 ※主たる診療科に○は1つだけ	1. 内科　2. 外科　3. 整形外科　4. 脳神経外科 5. 小児科　6. 呼吸器科　7. 消化器科　8. 循環器科 9. 精神科　10. 眼科　11. 皮膚科　12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科　14. その他(　　)
③医療機関の種別 ※○は1つだけ	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 → ③-1 許可病床数(　　)床 ③-2 平均在院日数(平成 24 年 9 月 1 か月)(　　.　)日
④自法人・関連法人が運営している施設・事業所 ※○はいくつでも	1. 訪問看護ステーション　2. 居宅介護支援事業所 3. 介護老人保健施設　4. 介護老人福祉施設 5. 通所介護事業所　6. サービス付き高齢者向け住宅 7.有料老人ホーム　8. 他に運営施設・事業所はない 9.その他(具体的に　　)
⑤自法人・関連法人が運営している併設施設・事業所 ※○はいくつでも	1. 訪問看護ステーション　2. 居宅介護支援事業所 3. 介護老人保健施設　4. 介護老人福祉施設 5. 通所介護事業所　6. サービス付き高齢者向け住宅 7. 併設施設・事業所はない　8. その他(具体的に　　)
⑥貴施設が在宅医療を開始した時期	西暦(　　)年(　　)月頃
⑦貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分はどのようになっていますか。 ※次の 1.～7.の中から○を1つだけつけたうえで、次の質問にお進みください。	1. 機能を強化した在宅療養支援診療所(単独型)→質問⑧へ 2. 機能を強化した在宅療養支援診療所(連携型)→質問⑦-3 へ 3. 上記以外の在宅療養支援診療所→質問⑦-1 へ 4. 機能を強化した在宅療養支援病院(単独型)→質問⑧へ 5. 機能を強化した在宅療養支援病院(連携型)→質問⑦-3 へ 6. 上記以外の在宅療養支援病院→質問⑦-1 へ 7. 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所ではない→質問⑦-1 へ

⑦－1【上記⑦で「機能強化型在宅療養支援病院・診療所」または「在宅療養支援病院・診療所」の届出をしていない場合】
その理由をお答えください。※○はいくつでも

1. 在宅医療を担当する常勤の医師を３名以上配置することができない（連携医療機関の分も含めて）
2. 過去１年間の緊急の往診実績が５件以上となっていない（連携医療機関の分も含めて）
3. 過去１年間の看取り実績が２件以上となっていない（連携医療機関の分も含めて）
4. 適切な連携医療機関を確保できない
5. 連携型の要件である「患者からの緊急時の連絡先の一元化」ができていない
6. 連携型の要件である「患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月１回以上の定期的なカンファレンスを実施する」ことができていない
7. 連携型の要件である「連携医療機関数が１０未満である」が満たせない
8. 連携型の要件である「病院が連携に入る場合は２００床未満である」が満たせない
9. 自院の許可病床数が 200 床以上である
10. 半径 4 キロメートル以内に診療所が存在する
11. 単独で 24 時間連絡を受ける体制を構築することが困難
12. 単独で 24 時間往診体制を確保することが困難
13. 24 時間訪問看護の提供体制を確保することが困難
14. 在宅療養患者のための緊急時の入院病床を常に確保することが困難
15. その他（具体的に　　）

⑦－2【上記⑦で「機能強化型在宅療養支援病院・診療所」または「在宅療養支援病院・診療所」」の届出をしていない場合】今後、届出を行う予定がありますか。※○は１つだけ

1. 届出をする予定がある→**いつ頃**：平成（　　）年（　　）月頃

→**届出の内容**：　※○は１つだけ

1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）
2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）
3. 在宅療養支援病院・診療所

2. 条件が整えば届出をしたい
3. 届出をする予定はない

－－－－－▶質問⑧へお進みください。

⑦－3【上記⑦で「機能強化型（連携型）」の届出をしている場合】在宅支援連携体制についてお伺いします。

1）届出をしている病院・診療所別の連携医療機関数	連携診療所数（病床あり）	（　　）施設
	連携診療所数（病床なし）	（　　）施設
	連携病院数	（　　）施設
	合計	（　　）施設
2）在宅医療を担当する常勤の医師数（自施設＋連携施設）		（　　）人

⑧在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行った時期はいつですか。機能強化型の場合、機能強化型の届出時期もお答えください。在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出のない施設の方は、２．へお進みください。

1）在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出時期	平成（　　）年（　　）月
2）【機能強化型の場合】機能強化型の届出時期	平成 24 年（　　）月

2．貴施設の診療体制についてお伺いします。

①貴施設では、外来診療を行っていますか。※○は１つだけ	1. 行っている　→問①−1 へお進みください 2. 行っていない　→問②へお進みください

①−1　外来診療は予約制ですか。※○は１つだけ	1）初診	1. 予約制	2. 予約制ではない
	2）再診	1. 予約制	2. 予約制ではない

①−2　平成 23 年と平成 24 年の各 4 月～9 月における各月の外来延べ患者数（初診＋再診延べ患者数）

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
平成 23 年	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
平成 24 年	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

②貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。※最も近いものに○は１つだけ

1. 訪問診療を中心に行っている
2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている
3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている
4. 特定の曜日に訪問診療を行っている
5. 患者の要望があれば、随時、外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている
6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている
7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師が複数名体制）
8. その他（具体的に　　）

③全職員数（常勤換算＊）※小数点以下第１位まで	医師	歯科医師	保健師助産師看護師	准看護師	薬剤師	リハビリ職	その他医療職職員	社会福祉士	事務職員他	計
	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
うち在宅医療の実施のため、患家に訪問をする職員数	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

＊非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。
■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）

④上記③のうち、以下の職員数をお書きください。

1）在宅医療を担当する常勤の医師数（貴施設単独）	（　　）人
2）ケアマネジャー専従者数（常勤換算）	（　　）人

⑤貴施設では、在宅の患者に対して緊急時に連絡をとれる電話番号をどのように通知していますか。※○は１つだけ

1. 貴施設と連携医療機関で一元化した電話番号を通知している
2. 曜日や時間帯ごとにつながる電話番号を通知している
3. その他（具体的に　　）

⑥上記⑤の緊急時の連絡は、ルールとして主にどなたが電話を受けることになっていますか。※○は１つだけ

1. 貴施設の医師　2. 連携先の医師　3. 貴施設の看護職員
4. 連携先の看護職員　5. 貴施設と連携先の輪番制　6. その他（　　）

⑦貴施設では、診療時間内と診療時間外において在宅の患者の緊急時の往診を行っていますか。※それぞれ○は１つだけ

1）診療時間内	1. 行っている　2. 行っていない	2）診療時間外	1. 行っている　2. 行っていない

⑧24 時間往診が可能な体制をどのように構築していますか。※○は１つだけ

1. 自院のみで体制構築している
2. 自院で対応できない場合は連携医療機関で対応している
3. 自院と連携医療機関の輪番制で対応している
4. その他（具体的に　　）

【上記⑧で選択肢 2.を回答した場合】

⑧−1 緊急時に自院で対応できず、連携医療機関で対応している頻度はどのくらいですか。※最も近いものに○は１つだけ

1. 週に 1、2 回程度　2. 2 週間に 1 回程度　3. 1 か月に 1 回程度　4. 3 か月に 1 回程度
5. 半年に 1 回程度　6. 1 年に 1 回程度　7. その他（　　）

⑨24 時間訪問看護の体制をどのように構築していますか。※○は１つだけ

1. 自院のみで対応している
2. 連携している保険医療機関（訪問看護部門）で対応している
3. 連携している訪問看護ステーションで対応している
4. その他（具体的に　　）

⑩緊急時に入院できる病床の確保体制はどのようになっていますか。※○は１つだけ

1. 自院のみで確保している
2. 自院及び連携している保険医療機関で確保している
3. 連携している保険医療機関のみで確保している
4. その他（具体的に　　）

⑪緊急時の対応のために工夫していることや課題等がございましたら、お書きください。

３．貴施設の在宅医療の実施状況についてお伺いします。

①貴施設で在宅医療を提供している患者について、場所別に施設数と患者数についてお答えください（平成 24 年 9 月 1 か月間）。

自宅	居住系施設（特別養護老人ホームや有料老人ホーム等）	
【患者数】	【施設数】	【患者数】
（　　）人	（　　）施設	（　　）人

②貴施設では、サービス付き高齢者向け住宅に居住する患者に在宅医療を提供していますか。※○は１つだけ

1. 併設と併設以外のサービス付き高齢者向け住宅に在宅医療を提供している
2. 併設しているサービス付き高齢者向け住宅のみに在宅医療を提供している
3. 併設以外のサービス付き高齢者向け住宅に在宅医療を提供している
4. サービス付き高齢者向け住宅にはサービス提供していない

②−1 貴施設が在宅医療を提供しているサービス付高齢者向け住宅の設置主体はどこですか。※○はいくつでも

1. 自法人　2. 他の医療法人　3. 社会福祉法人
4. 株式会社　5. 有限会社　6. 特定非営利活動法人
7. わからない　8. その他（具体的に　　）

③在宅医療提供日（1 日あたり）において、貴施設の医師 1 人あたり何件程度提供場所に行きますか。	（　　）件程度

④在宅医療提供日（1 日あたり）において、貴施設の医師 1 人あたりの提供場所までの移動時間、診療時間、カルテ等の記載時間の合計はおおよそ何分ですか。また、それはその日の全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか（時間ベース）。

1）提供場所までの移動時間	（　　）分	（　　）%程度
2）診療時間	（　　）分	（　　）%程度
3）カルテ等の記載時間	（　　）分	（　　）%程度

⑤貴施設が主治医として在宅医療を提供している患者の人数についてお伺いします。平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に訪問診療を実施した患者数（実人数）についてお答えください。

		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
⑤－1　年齢別の患者数	1）3 歳未満	人	人
	2）3 歳以上 6 歳未満	人	人
	3）6 歳以上 15 歳未満	人	人
	4）15 歳以上 40 歳未満	人	人
	5）40 歳以上 65 歳未満	人	人
	6）65 歳以上 75 歳未満	人	人
	7）75 歳以上	人	人
⑤－2　貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の 1）～3）の主たる疾病別の患者数 ※１人の患者に複数の疾病がある場合は、最も重篤な疾病名を当該患者の疾病名とお考えください。	1）悪性新生物	人	人
	2）認知症	人	人
	3）特定疾患（難病）	人	人
⑤－3　貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の 1）～8）の状態別の患者数 ※１人の患者に複数の状態が該当する場合は、それぞれに人数を入れてください。このため、合計は在宅提供患者数よりも多くなります。	1）喀痰吸引	人	人
	2）胃ろう	人	人
	3）経鼻経管栄養	人	人
	4）中心静脈栄養	人	人
	5）気管切開又は気管内挿管	人	人
	6）褥瘡処置	人	人
	7）その他の創傷処置	人	人
	8）人工呼吸器	人	人

⑥貴施設における平成 23 年 9 月と平成 24 年の 9 月の各 1 か月間に下記の診療報酬の対象となった患者数・算定回数をお答えください。

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	患者数	算定回数	患者数	算定回数
1）往診料	人	回	人	回
2）上記 1）の緊急加算	人	回	人	回
3）上記 1）の夜間加算	人	回	人	回
4）上記 1）の深夜加算	人	回	人	回
5）在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	人	回	人	回
在宅患者訪問診療料（同一建物：特定施設）	人	回	人	回

在宅患者訪問診療料（同一建物：特定施設以外）			人	回
6）在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算	人	回	人	回
7）在宅患者訪問診療料　看取り加算			人	回
8）在宅患者訪問診療料　乳幼児加算・幼児加算	人	回	人	回
9）在宅時医学総合管理料	人	回	人	回
上記 9）重症者加算算定回数		回		回
上記 9）在宅移行早期加算算定回数		回		回
10）特定施設入居時等医学総合管理料	人	回	人	回
上記 10）重症者加算算定回数		回		回
上記 10）在宅移行早期加算算定回数		回		回
11）在宅患者緊急入院診療加算	人	回	人	回
12）在宅がん医療総合診療料 ※平成 23 年は「在宅末期医療総合診療料」	人	回	人	回
13）在宅悪性腫瘍患者指導管理料	人	回	人	回
14）在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	人	回	人	回
15）在宅療養指導料（170 点）	人	回	人	回
16）在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	人	回	人	回

⑦平成 23 年 4 月～9 月及び平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、緊急時に貴施設が以下の対応を行った実績についてお答えください。

	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1）緊急時に往診した回数	（　　）回	（　　）回
2）上記 1）のうち、緊急入院が必要と判断した回数	（　　）回	（　　）回
3）上記 1）のうち、看取りを行った回数	（　　）回	（　　）回
4）上記 1）のうち、貴施設医師が副主治医として緊急往診した回数（連携施設が主治医）	（　　）回	（　　）回

⑧特別養護老人ホーム等の自宅以外の場所への在宅医療提供の対応で課題等がございましたらご自由にお書きください。

4．他の医療機関等との連携についてお伺いします。

①貴施設における連携施設・事業所数と連携内容についてお答えください。ここでの「連携」とは、特に断りのない限り、在宅療養支援病院・診療所の届出の内容に限定せず、自主的なものも含めてお答えください。

	①−1 連携をしている施設・事業所数	①−2 連携の内容 ※あてはまる番号すべてに○をつけてください。		
		定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）	夜間・休日・緊急時等の対応	緊急入院病床の確保
1） 診療所・病院	か所	1	2	3
2）届出上の在宅療養支援病院	か所	1	2	3
3）届出上の在宅療養支援診療所	か所	1	2	3
4）届出上の機能強化型在宅療養支援病院	か所	1	2	3
5）届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	か所	1	2	3
6）訪問看護ステーション	か所	1	2	
7）届出上の訪問看護ステーション	か所	1	2	
8）歯科保険医療機関	か所	1	2	
9）保険薬局	か所	1	2	
10）居宅介護支援事業所	か所	1	2	
11）地域包括支援センター	か所	1	2	
12）その他（　　）	か所	1	2	

【上記①-2 で選択肢「1」を回答した場合】

②貴施設が行っている定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の平均回数をお答えください。※平成 24 年 9 月 1 か月間　（　　）回

③上記②のカンファレンスの 1 回あたりの平均時間をお答えください。　（　　）分

④上記②のカンファレンスの出席者は誰ですか（貴施設と連携施設を合わせて）。※○はいくつでも

1. 医師　2. 歯科医師　3. 看護職員　4. 薬剤師　5. リハビリ職員
6. 社会福祉士　7. 管理栄養士・栄養士　8. ケアマネジャー
9. 事務職員　10. その他（具体的に　　）

⑤患者が連携医療機関へ緊急入院した時、貴施設は連携医療機関や患者とどのような関わり方をしますか。
※最も近いものに○は 1 つだけ

1. 主治医が入院先の医療機関へ出向き、引き続き診療を行う
2. 主治医が定期的に患者の容態等の情報共有をするためにカンファレンスに参加する
3. 患者の容態等の情報共有をするために医師同士で電話やメールでやり取りをする
4. 患者の容態等の情報共有をするためにソーシャルワーカー同士が連絡を取り合う
5. 医師又はソーシャルワーカー等が退院時のカンファレンスのみに参加する
6. 入院先の医療機関に任せる
7. その他（具体的に　　）

⑥平成 24 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかったことはありますか。
※○は 1 つだけ

1. なかった　→問⑦へ
2. 1 回あった
3. 複数回あった

⑥－1 どういった対応をとりましたか。※○はいくつでも

1. 貴職員等が連絡をし、連携医療機関とは別の入院先を確保した
2. 救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送した
3. 在宅での診察を継続し、入院予約をして病床が空くのを待った
4. その他（具体的に　　）

⑦連携の充足感についてお伺いします。
※「十分である」を「5」、「不足している」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。

	十分である	おおよそ十分である	どちらともいえない	やや不足している	不足している
1）医療機関の連携数	5	4	3	2	1
2）医療機関の連携内容	5	4	3	2	1
3）居宅介護支援事業所との連携数	5	4	3	2	1
4）居宅介護支援事業所との連携内容	5	4	3	2	1

⑦－1　「不足している」と感じる理由をお答えください。

⑧在宅がん医療総合診療料のように貴施設が一括して算定し、訪問看護ステーション等に点数配分する必要がある場合、どのように行っていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. あらかじめ貴施設と訪問看護ステーションで相談して点数配分を決めている
2. 都度、貴施設と訪問看護ステーションで相談して決めている
3. 貴施設が決めた基準の点数配分をしている
4. 訪問看護ステーションが決めた基準の点数配分をしている
5. その他（具体的に　　）

⑨貴施設の医師が主治医として在宅医療を行っている患者について、当該医師の不在時の対応として、連携している医療機関の医師が当該患者の看取りを行った場合、連携している医療機関との間で「看取り加算」の配分をどのようにしていますか。　※○は 1 つだけ

1. 自施設が「看取り加算」等診療報酬を請求し、看取りを行った連携医療機関の医師は自施設の非常勤医師として報酬を得ている（患者にとっては同一医療機関からの請求）
2. 看取りを実際に行った連携医療機関が診療報酬を請求している（患者にとっては複数の医療機関からの請求となる）
3. その他（具体的に　　）

⑩平成 24 年 4 月以降、他の施設に入院中の患者に対しての退院調整に関与しましたか。　※○は 1 つだけ

1. 関与した　　2. 関与しない　→問⑪へお進みください

⑩－1　平成 24 年 4 月～9 月の半年間に退院調整で貴施設が関与した患者数についてお答えください。

1）退院調整に関与した患者数合計	2）1）のうち、入院前から貴施設で在宅医療を提供していた患者数	3）1）のうち、入院前は貴施設で在宅医療を提供していなかった患者数
（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑩－2　平成 24 年 9 月 1 か月間に下記の診療報酬の対象となった患者数・算定回数についてお答えください。

	患者数	算定回数
1）退院時共同指導料 1	（　　）人	（　　）回
2）特別管理指導加算	（　　）人	（　　）回

⑪下記の疾患において専門医との連携を行っていますか。※○は 1 つだけ

1）悪性新生物	1. 在支病・在支診の連携医療機関の専門医と連携している 2. 上記以外の専門医と連携している 3. 専門医との連携は行っていない 4. 対象患者がいない 5. その他（具体的に　　）	⑪－1 平成 24 年 9 月 1 か月間の患者数 （　　）人
2）難治性皮膚疾患	1. 在支病・在支診の連携医療機関の専門医と連携している 2. 上記以外の専門医と連携している 3. 専門医との連携は行っていない 4. 対象患者がいない 5. その他（具体的に　　）	⑪－2 平成 24 年 9 月 1 か月間の患者数 （　　）人

⑫在宅患者において、上記⑪の疾患以外に専門医との連携が必要だと思う疾患がありましたらご自由にお書きください。

⑬平成 24 年 4 月～9 月の半年間において、貴施設が在宅医療を提供していた患者が貴施設以外の医療機関に入院をした時、引き続き当該患者の入院中に、当該医療機関のカンファレンスに参加する等して当該患者の治療方針等に関与していましたか。

1. 関与した　　2. 関与しなかった　→問⑭へお進みください。

⑬－1　平成 24 年 4 月～9 月の半年間における患者数の実績についてお答えください。

1）貴施設が在宅医療を提供していた患者で、他の医療機関での入院中に貴施設が継続して関与していた患者数	2）1）のうち、他の医療機関から退院した患者数	3）2）のうち、貴施設で再び在宅医療を提供した患者数
（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑭他の医療機関等との連携による効果についてお伺いします。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）患者の在宅医療への移行がスムーズになった	5	4	3	2	1
2）在宅医療を提供できる患者数が増えた	5	4	3	2	1
3）在宅医療で対応できる疾患が増えた	5	4	3	2	1
4）24 時間体制の負担が軽減された	5	4	3	2	1
5）緊急時の対応がより可能となった	5	4	3	2	1
6）その他（　　）	5	4	3	2	1

⑮他の医療機関との連携における課題がございましたら、ご自由にお書きください。

5．訪問看護事業所や介護事業所への指示書交付についてお伺いします。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間における「特別訪問看護指示書」を交付した人数を患者の状態別、医療保険と介護保険別についてお答えください。

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険
1）特別訪問看護指示書を交付した人数	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
2）上記 1）のうち、「急性増悪」	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
3）上記 1）のうち、「非がんの終末期」	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
4）上記 1）のうち、「退院直後」	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
5）上記 1）のうち「胃ろう、経管栄養の管理が必要な人」	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

②平成 24 年 9 月 1 か月間に下記指示料を算定した患者数についてお答えください。

1）介護職員等喀痰吸引等指示料	（　　）人
2）精神科訪問看護指示料	（　　）人
3）訪問看護指示料	（　　）人
4）上記 3）のうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスの利用者数	（　　）人

③「介護職員等喀痰吸引等指示料」についてお伺いします。

1）介護職員等喀痰吸引等指示書の平均指示期間	（　　）日
2）実際に望ましいと考えられる指示期間	（　　）日

6．緩和ケア・ターミナルケア及び看取りの状況についてお伺いします。

①平成 24 年 4 月～9 月の半年間に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）における看取りを行いましたか。※○は 1 つだけ

1. はい　　2. いいえ　→問②へ

①－1 平成 24 年 4 月～9 月の半年間に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で看取りを行った患者数等についてお答えください。

1）介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で看取りを行った患者数	（　　）人
2）うち在宅患者訪問診療料を算定した患者数	（　　）人
3）うち特定施設入居時等医学管理料を算定した患者数	（　　）人

②在宅における緩和ケア・ターミナルケアで緩和ケア病棟の医師等と連携していますか。※○は 1 つだけ

1. 連携している　　2. 連携していない

③貴院が在宅医療を提供する患者に対して、他医療機関の緩和ケアの研修を受けた医師が共同で同一日に指導管理を行ったことはありますか。（平成 24 年 4 月～9 月の半年間）。※○は 1 つだけ

1. 行ったことがある　　2. 行ったことはない

④在宅における緩和ケア・ターミナルケアに関する課題等がございましたらご自由にお書きください。

※以下の質問⑤～⑪までは、**在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院に係る報告書（様式 11 の 4「在宅支援連携体制に係る報告書（新規・7 月報告）」で届け出た人数をお書きください。**例えば、平成 24 年 6 月届出の場合の 1 年間は、「平成 23 年 6 月から平成 24 年 5 月まで」を指します。届出のない施設の方は記入いただく必要はございません。

⑤在宅療養を担当した患者のうち、1 年間に死亡した患者数	（　　）人
⑥上記⑤のうち、医療機関以外で死亡した患者数	（　　）人
⑦上記⑥のうち、自宅での死亡者数	（　　）人
⑧上記⑥のうち、自宅以外での死亡者数	（　　）人
⑨上記⑤のうち、医療機関で死亡した患者数	（　　）人
⑩上記⑨のうち、連携医療機関で死亡した患者数	（　　）人
⑪上記⑨のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数	（　　）人

7．在宅医療に関する今後の課題等がございましたら、お書きください。

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。

患者票（施設記入分）

患者ＩＤ	

※この「患者票（施設記入分）」は、医療関係者の方に、患者さんの状況についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

1）性別	1. 男性　2. 女性	2）年齢	（　　）歳
3）同居家族の有無	1. あり　2. なし		
4）医療区分　※○は１つ	1. 医療区分１　2. 医療区分２　3. 医療区分３		
5）在宅医療を受ける前に入院・入所していた場所　※○は１つ	1. 在宅療養支援病院　2. 在宅療養支援病院以外の病院 3. 在宅療養支援診療所　4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 5. 介護老人保健施設　6. 介護老人福祉施設 7. 入院・入所経験なし 8. その他（具体的に　　）		
6）当該患者に貴施設で提供している医療 ※○はいくつでも	1. 看取り期のケア　2. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養　5. 吸入・吸引　6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便　8. 褥瘡の処置　9. インスリン注射 10. 点滴・中心静脈栄養・注射（9.以外） 11. 膀胱（留置）カテーテルの管理 12. 人工肛門・人工膀胱の管理 13. 人工呼吸器の管理　14. 気管切開の処置 15. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） 16. がん末期の疼痛管理　17. 慢性疼痛の管理（16.以外） 18. リハビリテーション　19. 歯科医療 20. その他（具体的に　　）		
7）現在在宅医療を続けている原因の病名 ※指示書にある傷病名を転記ください。 ※○はいくつでも	1. 循環器疾患（高血圧症、心不全など） 2. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など） 3. 精神系疾患　4. 神経系疾患　5. 認知症 6. 糖尿病　7. 悪性新生物　8. 骨折・筋骨格系疾患 9. 呼吸器系疾患　10. 歯科疾患 11. その他（具体的に　　）		
8）その病気が発症した時期	西暦（　　）年（　　）月頃		
9）その病気で入院した日（直近）	西暦（　　）年（　　）月頃		
10）直近の退院日	西暦（　　）年（　　）月頃		
11）貴施設が往診を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月頃		

（→裏面に続く）

12）訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月頃
13）在宅医療提供中に肺炎になった経験	1. あり　　2. なし
14）在宅医療提供中に尿路感染症になった経験	1. あり　　2. なし
15）（15 歳未満の方）NICU の入院経験の有無	1. 入院していた　　2. 入院していない
16）（15 歳未満の方） 超重症児・準超重症児スコア	1. 超重症児　　2. 準超重症児　　3.その他
17）機能的自立度評価表（ＦＩＭ）点数	1. 評価実施→　（　　）点 2. 評価していない・不明
18）障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	1. Ｊ　　2. Ａ　　3. Ｂ　　4. Ｃ
19）認知症高齢者の日常生活自立度	0. 自立　　1. Ⅰ　　2. Ⅱ 3. Ⅲ　　4. Ⅳ　　5. Ｍ
20）精神疾患の有無	1. あり　　2. なし
21）障害者手帳などの種類	1. 身体障害者手帳（　　）級 2. 療育手帳（　　）度 3. 精神障害者保健福祉手帳（　　）級 4. 申請中　　5. 手帳なし　　6. わからない
22）褥瘡の状態（NPUAP 分類） ※○は１つ	0. なし　　1. Ⅰ　　2. Ⅱ 3. Ⅲ　　4. Ⅳ　　5. 判定不能
23）褥瘡の状態（DESIGN）：深さ ※○は１つ	0. d0　　1. d1　　2. d2 3. d3　　4. d4　　5. d5 6. U
24）厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）	1. あり　　2. なし
25）在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）	1. あり　　2. なし
26）ターミナルかどうか（医師が余命 6 か月以内と判断）	1. ターミナル 2. ターミナルでない

患者ＩＤ	

平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

在宅医療に関するアンケート調査　調査票（案）

※この調査票は、ご自宅で静養されている方に、在宅医療の状況やお考えについておうかがいするものです。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数字、ことば等をお書きください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者の方でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者ご本人もしくは家族の方の代筆
2. 本人以外のご家族（具体的に　　）
3. その他（具体的に　　）

1. 患者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性　2. 女性	② 年齢	（　　）歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。	1. いる　2. いない		

④ お住まいの状況 ※○は１つだけ	1. 一戸建て 2. 集合住宅（マンション・アパート等） 3. サービス付き高齢者向け住宅 4. 有料老人ホーム 5. 介護老人保健施設 6. 介護老人福祉施設 7. その他（具体的に　　）
⑤ 要介護度 ※○は１つだけ	1. なし（非該当・未申請）　2. 要支援１　3. 要支援２ 4. 要介護１　5. 要介護２　6. 要介護３ 7. 要介護４　8. 要介護５　9. 申請中
⑥ 訪問看護の利用頻度 ※○は１つだけ	0. 訪問看護を利用していない 1. 毎日　2. １週間に４回以上 3. １週間に２、３回　4. １週間に１回 5. １か月に２、３回　6. １か月に１回 7. 決まっていない　8. わからない・わすれた 9. その他（具体的に　　）
⑦ 利用している医療・介護サービス （平成 24 年 9 月） ※○はいくつでも	1. 歯科の訪問診療　2. 薬剤師の訪問 3. 訪問リハビリテーション　4. 訪問介護 5. 訪問入浴介護　6. 通所介護 7. 通所リハビリテーション　8. デイケア 9. ショートステイ　10. 福祉用具貸与 11. その他（具体的に　　）

2. 病院から退院するときのことについておうかがいします。

① 在宅医療を受けている間または在宅医療を受ける前に入院したことがありますか。※Oは１つだけ

1. ある　2. ない→３ページ３．①へ　3. わからない・わすれた→３ページ３．①へ

②入院前・入院中に、退院後の医療や介護サービスなどについて説明を受けましたか。※Oは１つだけ

1. はい　2. いいえ→質問⑤へ　3. わからない・わすれた→質問⑤へ

③退院後の医療や介護サービスなどについての説明はいつ受けましたか。※Oはいくつでも

1. 入院前　2. 入院してすぐ　3. 退院のめどがたったころ
4. 退院近く　5. わからない　6. その他（具体的に　　）

④ 退院後の医療や介護サービスなどについての説明は誰からされましたか。※Oはいくつでも

1. 医師　2. 看護師　3. 社会福祉士　4. 事務職員
5. 訪問診療の医師　6. その他（具体的に　　）

⑤ 退院後の医療や介護サービスなどについての説明は、どのタイミングでお聞きになりたいですか。※Oは１つだけ

1. 入院前　2. 入院してすぐ　3. 退院のめどがたったころ
4. 退院近く　5. わからない　6. その他（具体的に　　）

⑥ 入院の早い段階で、退院後の医療や介護サービスなどについて説明があることをどのように思いますか。※Oは１つだけ

1. とてもよい　2. よい　3. どちらでもない
4. あまりよくない　5. まったくよくない

⑦ 入院中に訪問診療（往診）を行う医師の紹介はありましたか。 ※Oは１つだけ

1. はい　2. いいえ→質問⑨へ　3. わからない・わすれた→質問⑨へ

⑧ 入院中に訪問診療（往診）を行う医師の紹介があったことに満足していますか。※Oは１つだけ

1. とても満足　2. やや満足
3. すこし不満　4. とても不満　5. わからない・どちらでもない

⑨ 退院してから医師が初めて訪問診療をしてくれたのはいつですか。 ※Oは１つだけ

1. 退院当日　2. 退院翌日　3. 退院後１週間以内
4. 退院後１週間以上　5. わからない・わすれた
6. その他（具体的に　　）

⑩ 退院から訪問診療を開始するまでの期間について満足していますか。 ※Oは１つだけ

1. とても満足　2. やや満足
3. すこし不満　4. とても不満　5. わからない・どちらでもない

3. **【すべての方におうかがいします】医師**の訪問診療についておうかがいします。

① 訪問診療（往診）の利用を始めた時期はいつですか。

平成（　　）年　（　　）月頃から

② 医師はどのくらいの頻度で自宅に来てくれますか。　※○は１つだけ

1. １週間に２、３度　2. １週間に１度　3. １か月に２、３度
4. １か月に１度　5. ２～３か月に１度　6. 決まっていない
7. わからない・わすれた　8. その他（具体的に　　）

③ 夜間や緊急時の連絡方法について医師から知らされていますか。※○は１つだけ

1. はい　2. いいえ→質問⑥へ　3. わからない・わすれた→質問⑥へ

④ 夜間や緊急時に急に具合が悪くなった場合は、まず、誰に連絡をするように医師から言われていますか。　※○は１つだけ

1. 訪問診療の医師　2. 緊急時の連絡番号　3. 訪問看護師
4. ケアマネジャー　5. 救急車（119 番）
6. その他（具体的に　　）
7. 特に言われたことはない→質問⑥へ

⑤夜間や緊急時の連絡先を医師から知らされていることについてどう思いますか。※○は１つだけ

1. とても満足　2. やや満足
3. すこし不満　4. とても不満　5. わからない・どちらでもない

⑥ （すべての方）いつも訪問してくれる医師が、他の病院や診療所などと連携して、夜間や緊急時にも対応できるように体制をととのえていることは、在宅医療を受ける上で安心感を高めると思いますか。　※○は１つだけ

1. とてもそう思う　2. どちらかというとそう思う
3. どちらかというとそう思わない　4. まったくそう思わない

⑥－1　その理由をお書きください。

⑦ 医療機関や訪問看護が連携して、夜間や緊急時の対応を行うことをどう思いますか。
※○は１つだけ

1. とてもよい　2. よい
3. あまりよくない　4. まったくよくない　5. わからない・どちらでもない

⑧ あなたは、夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅にきてくれる**訪問診療の医師**に緊急の連絡をしたことがありますか。 ※○は１つだけ

1. 連絡したことがある
2. 連絡したことはない（緊急連絡の機会がなかった）
3. 連絡したことはない（訪問看護ステーションに連絡したため）
4. 連絡したことはない（消防 119（救急車）に連絡したため）
5. わからない・わすれた→質問⑨へ

→ ⑧－１ 訪問医師はどのような対応をしてくれましたか。 ※○は１つだけ

1. 電話で状況を伝えるとすぐ担当の医師が来てくれた
2. 電話で状況を伝えるとすぐ連携先の医師が来てくれた
3. 電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した
4. 電話で相談にのってくれ、翌朝に担当の医師が来てくれた
5. 連絡したが、医師との連絡がつかなかった
6. わからない・わすれた
7. その他（具体的に　　）

⑨ 訪問診療の医師による自宅への訪問診療についてどのように思いますか。 ※○は１つだけ

1. とても満足　　2. やや満足
3. すこし不満　　4. とても不満　　5. わからない・どちらでもない

4. 在宅医療への要望についておうかがいします。

① 病院から在宅へ移行するときに不安だったことは何ですか。※○はいくつでも

0. 不安はなかった
1. 医師が適切に訪問して対応してくれるかどうか
2. 看護師が適切に訪問してくれるかどうか
3. 夜間や緊急時に対応してくれる医師や看護師がいるかどうか
4. 体調などで心配なことがあったときに相談できるところがあるかどうか
5. 介護してくれる家族などへの負担
6. その他（具体的に　　）

② 在宅医療についてのご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

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。

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組についての評価とともに、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価などが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、保険医療機関と患者を対象に、各種医療機関間の連携状況や介護との連携状況、在宅医療の実施状況、患者の意識等についての把握を主な目的として、「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年月**日（*）まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-****

平成 24 年 10 月

各位

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「在宅医療に関するアンケート調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を整え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年毎に診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成 24 年 4 月改定においては、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組についての評価とともに、個々の患者さんに対して適切な場所での医療を提供する観点から、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価などが行われました。この改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」の一環として、在宅医療を利用している患者さんを対象に「在宅医療に関するアンケート調査」を行うこととしました。

本調査は、在宅医療の現状や今後の課題等を把握することを目的として、検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領によりご協力をお願いすることとしております。

対象の方

・ この調査は、在宅医療を利用された患者さんが対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

平成 24 年＊＊月＊＊日（＊）までに、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

お時間のある時に調査票をご記入いただければ幸いです（返信用封筒はのり付きですので、セロテープやのりなどは一切必要ございません）。

回答方法

・ ご回答の際には、当てはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよく当てはまる番号１つだけに○をつけてください。

・ （　　）内には、具体的な数値や理由などを記入してください。

（- - -►　裏面へ続きます）

なお、本調査は、平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）事業について厚生労働省から委託を受けた三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社が、この事業を実施し、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施いたします。ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会において、患者さんのご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【調査実施主体・問い合わせ先】

「診療報酬改定結果検証調査」事務局
〒105-8501　東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@＊＊＊.＊＊
TEL：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊（受付時間：10：00 ～ 17：00、土日・祝日除く。）
FAX：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊

「訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査」調査の概要（案）

■ 調査目的

・ 訪問看護ステーション及び病院・診療所における訪問看護の実施状況等の変化の把握
・ 精神科訪問看護の実施状況等の変化の把握
・ 患者における訪問看護に関する意識等の把握

＜調査のねらい＞

○ 訪問看護の実施状況の変化の把握
○ 入院中・退院直後の利用者に対する訪問看護の実施状況の把握
○ 夜間や緊急時における対応状況の変化の把握
○ 専門性の高い看護師による訪問や複数名の看護職員等による訪問の状況の把握
○ 特別管理加算の算定状況や負担感についての把握
○ 精神科訪問看護の実施状況についての把握
○ 訪問看護を実施する上での各医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携状況の把握
○ 患者の訪問看護に関する意識の把握
○ 訪問看護を受けている患者（利用者）の介護サービスの利用状況の把握／等

■ 調査対象及び調査方法

＜訪問看護ステーション調査＞

・ 全国の訪問看護ステーションから無作為抽出した訪問看護ステーションを調査対象とする。調査客体数は 1,000 事業所とする。
加えて、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションについては、関係団体等に依頼の上、可能であれば、全事業所を調査対象とする（200 事業所程度を想定）。
合計約 1,200 事業所を対象とする。

＜保険医療機関調査＞

・ 全国の訪問看護を実施している保険医療機関 1,000 施設を対象とする。

＜精神科訪問看護（病院）調査＞

・ 精神科訪問看護指導料の届出があり、かつ精神病棟入院基本料を算定している全国の病院を調査対象とする。調査客体数は約 500 施設とする。

＜患者調査＞

- 上記、訪問看護ステーション調査及び精神科訪問看護（病院）調査の対象施設・事業所の利用者のうち、医療保険での訪問看護を利用している人を対象とする。
- 1 施設・事業所につき 4 名を本調査の対象とする。
  4 名の内訳は、「週 3 日以上」訪問した利用者、「0 歳～15 歳」の利用者、利用開始から「3 カ月以内」の利用者、「3 カ月超」の利用者から 1 名ずつとする（該当者がいない場合は、別の状況の利用者に複数配付いただく。）。客体数は 6,800 人（4×1,700=6,800 人）となる。

＜調査方法＞

- 施設・事業所調査は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- 患者調査は、自記式調査票の配布は施設・事業所調査対象の施設・事業所（病院・診療所、訪問看護ステーション）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により利用者から直接郵送で行う。

■ 調査項目（調査票案 参照）

■ 調査スケジュール（案）

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

訪問看護ステーション票

平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査　調査票（案）

※以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、事業所名、事業所の所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

※この「訪問看護ステーション票」は、訪問看護ステーションの開設者・管理者の方に、貴事業所における訪問看護の実施状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をお書きください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてお書きください。

※特に断りのない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください。介護保険など、医療保険以外の訪問看護に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。

事業所名	
事業所の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

１．貴事業所の概要についてお伺いします。

①開設者
※○は１つだけ

1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合
2. 日本赤十字社・社会保険関係団体　3. 医療法人
4. 医師会　5. 看護協会
6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない）　7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）
8. 農業協同組合及び連合会　9. 消費生活協同組合及び連合会
10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）　11. 特定非営利活動法人（NPO）
12. その他（具体的に　　）

②併設施設・事業所
※複数回答可

1. 該当なし
2. 病院→
   - **入院基本料**：1. 一般　2. 療養　3. 結核　4. 精神　5. 特定機能病院　6. 専門病院　7. 障害者施設等
   - **看護区分**：1. ７対１　2. １０対１　3. １３対１　4. １５対１　5. １８対１　6. ２０対１
3. 診療所　4. 居宅介護支援事業所　5. 地域包括支援センター
6. 訪問介護事業所　7. 小規模多機能事業所

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

1) 病院併設の場合：平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月に看護区分に変化がありましたか。あった場合は、変化前の看護区分をお答えください。
1.変化なし 2.変化あり→変更前：(a. ７対１　b. １０対１　c. １３対１　d. １５対１　e. １８対１　f. ２０対１)

2) 併設施設・事業所がある場合：施設・事業所間での人事異動の有無	1. 有　2. 無
3) 併設施設・事業所がある場合：研修共同開催の有無	1. 有　2. 無

③訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月
④サテライトの有無と、ある場合はその設置数	1. 有→（　　）か所　2. 無
1) サテライトがある場合：平成 24 年 4 月～9 月の開設の有無	1. 有　2. 無
2) サテライトがない場合：平成 24 年度中の開設予定の有無	1. 有　2. 無
⑤24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出（医療保険）の有無　※複数回答可	1. 24 時間対応体制加算　2. 24 時間連絡体制加算　3. 無

⑥貴事業所の職員数を常勤換算*でお答えください。※平成 23 年 9 月 30 日（H23）及び平成 24 年 9 月 30 日（H24）時点の状況

	保健師・助産師・看護師	准看護師	リハビリ職(PT・OT・ST)	精神保健福祉士（看護・リハビリ職以外）	その他の職員	（うち）看護補助者・介護職員	（うち）事務職員	合計
H23	.	.	.	.	.	.	.	.
H24	.	.	.	.	.	.	.	.

＊非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

■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) ÷ (貴事業所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) ÷ (貴事業所が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)

⑦平成 23 年 10 月～平成 24 年 9 月の間に、同一開設者の訪問看護事業所（新設・既存）への職員の異動はありましたか。	1. 新設事業所への異動があった 2. 既存事業所への異動があった 3. 特に異動はなかった
⑧専門看護師の有無と人数等	1. 無　2. 有（人数：　人、分野：　）
⑨認定看護師の有無と人数等	1. 無　2. 有（人数：　人、分野：　）
⑩訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書の提出の有無と内容。	1. 無　2. 有→(a 緩和ケア　b 褥瘡ケア)
⑪貴事業所の管理者は、貴事業所において、勤続何年目ですか。	（　　）年目

２．貴事業所の利用者数および訪問回数についてお伺いします（精神科訪問看護を含みます）。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。

	1) 利用者数（人数）：医療保険と介護保険の合計	2)（うち）医療保険の利用者数（人数）	3)（うち）医療保険と介護保険の両方を使った利用者数（人数）	3) 訪問回数（回数）：医療保険と介護保険の合計	4)（うち）医療保険の訪問回数（回数）
平成 23 年 9 月	人	人		回	回
平成 24 年 9 月	人	人	人	回	回

②上記①の平成 24 年 9 月の利用者のうち、特掲診療料の施設基準等別表７（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する人数	医療	人	介護	人
③上記①の平成 24 年 9 月の利用者のうちサービス付き高齢者住宅の利用者数	医療	人	介護	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

④平成 24 年 9 月 1 か月間の医療保険の利用者のうち、新規の利用者数	人
1)上記④のうち、医療機関退院後の利用者数	人
2)1)のうち、利用者の入院中にカンファレンスを実施した利用者数	人

⑤平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者について、年齢別の人数をお書きください。

	1 歳未満	1 歳以上 3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上 75 歳未満	75 歳以上
平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人

⑥上記⑤の医療保険の利用者のうち、15 歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児の人数をお書きください。

	1）超重症児（運動機能が座位までで、判定スコアが 25 点以上）	2）準超重症児（運動機能が座位までで、判定スコアが 10 点以上 25 点未満）	3）その他
平成 23 年 9 月	人	人	人
平成 24 年 9 月	人	人	人

⑦平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の利用者のうち、40 歳以上の利用者について、要介護度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。

	要支援１・２	要介護 １・２・３	要介護４	要介護５	申請中・自立・未申請
平成 23 年 9 月（医療）	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（医療）	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（介護）	人	人	人	人	人

⑧平成 24 年 9 月の 1 か月間の利用者のうち、要介護認定者について、日常生活自立度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。

	J（自立）	A（室内自立）	B（床上自立）	C（寝たきり）
平成 24 年 9 月（医療）	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（介護）	人	人	人	人

⑨平成 24 年 9 月の 1 か月間の 65 歳以上の利用者について、認知症高齢者の日常生活自立度をⅡ以上の区分別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。

	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	M
平成 24 年 9 月（医療）	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（介護）	人	人	人	人

⑩平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者のうち、褥瘡について、NPUAP 分類または DESIGN 分類で状態を確認している利用者数、および真皮を超える褥瘡の利用者数をお書きください。

	NPUAP 分類で確認	うち、グレードⅢ以上	DESIGN 分類で確認	うち、D３以上
平成 23 年 9 月(医療)	人	人	人	人
平成 24 年 9 月(医療)	人	人	人	人

⑪平成 24 年 9 月の 1 か月間の医療保険の利用者における、長時間訪問看護の実施状況についてお伺いします。

	1) 90 分を超える長時間の訪問看護を実施した利用者数	2) 1)のうち２時間以上の訪問看護を実施した利用者数	3) 1)のうち、「長時間訪問看護加算」を算定した利用者数	4) 3)のうち、15 歳未満の超重症児・準超重症児数
平成 24 年 9 月	人	人	人	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

5）平成 24 年 9 月 1 か月間の医療保険の利用者において、90 分以上の訪問看護を行ったにもかかわらず、「長時間訪問看護加算」を算定できなかった利用者がいる場合、その疾患や状態像の具体的な状況を教えてください。

⑫平成 24 年 9 月 1 か月間の医療保険の利用者のうち、1 か月に 13 日以上訪問した利用者数	人

⑬「特別管理加算」（平成 23 年は「重症者管理加算」）を算定した利用者数と、うち週４日以上訪問した週がある利用者数をお書きください。

1）「重症者管理加算」算定利用者数（平成 23 年 9 月）	2）「特別管理加算」算定利用者数 平成 24 年 9 月	3）（うち）週４日以上訪問した週がある利用者数
人	人	人

⑭厚生労働大臣の定める疾病等（別表７）や在宅医療の指導管理料（別表８）に該当する利用者以外で、週４日以上訪問する必要がある利用者はいますか。いる場合は、どのような利用者か、具体的にお書きください。

1. いない
2. いる→（具体的に：　　）

⑮平成 24 年 9 月 1 か月間の医療保険の利用者のうち、たんの吸引が行われている利用者についてお伺いします。

1）介護職員によってたんの吸引が行われている利用者の有無とその人数をお答えください。	1. 有→利用者数：（　　）人 2. 無
2）介護職員に対して、たんの吸引の指導のみを目的に実施した「訪問看護基本療養費」の算定の有無、算定回数、訪問先での平均滞在時間をお答えください。	1. 有→算定回数：延べ（　　）回 →平均滞在時間：（　　）分 2. 無

⑯平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の 1 か月間に「特別訪問看護指示書」が交付された利用者数及び当該利用者への訪問回数をお書きください。

	1）各年 9 月中に、「特別訪問看護指示書」が交付された件数（延べ件数）	2）1)の「特別訪問看護指示書」における特別訪問看護指示期間中の訪問回数の合計（訪問日が 10 月のものも含みます）
平成 23 年	人	回
平成 24 年	人	回

⑰平成 23 年 4 月 1 日～9 月 30 日までの半年間と、平成 24 年 4 月 1 日～9 月 30 日までの半年間に「ターミナルケア療養費」を算定した利用者についてお伺いします。その人数と死亡場所が「在宅」であった人数をお書きください。
※「在宅」とは自宅の他、有料老人ホーム・グループホーム、介護保険施設等、医療機関以外の施設を含みます。

	1）ターミナルケア療養費算定利用者数	2）うち、在宅で死亡した利用者数	3）うち、過去１年以内の入院経験がない利用者数
平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月	人	人	
平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月	（A）　人	人	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑱ ⑰の（A）欄に該当する利用者について、死亡前の 1）直近の退院日と 2）死亡日、3）死亡日の訪問看護の有無、4）死亡場所をご記入ください。６人以上該当者がいる場合は、死亡日が最近の方から５人までお書きください。

	1）直近の退院日	2）死亡日	3）最後の訪問日	4)最後から２番目の訪問日	4）死亡場所
1	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
2	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
3	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
4	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
5	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他

３．入院中・退院直後の利用者に対する訪問看護の実施状況についてお伺いします。

（１） 入院中の外泊日の訪問看護についてお伺いします。

①入院中の利用者の外泊日に行った訪問看護の有無とその対象人数（各半年間）	平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月	1. 有（　）人　2. 無
	平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月	1. 有（　）人　2. 無
②【上記①で平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月までに実績がある場合】上記①について診療報酬の請求はありましたか。また、診療報酬請求があった場合、期間中の算定件数をお書きください。		1. 有（　）件　2. 無

（２） 退院後２週間の利用者に対する訪問看護についてお伺いします。

	退院後２週間以内の利用開始者数	（うち）30 日以内に、再入院した利用者数	退院当日に訪問した利用者数	退院後２週間以内の訪問（退院当日の訪問は除く）	
				特別訪問看護指示書あり	（うち）要介護認定者
平成 24 年 4 月～9 月	人	人	人	人	人
	１週間に４回以上訪問した人数			人	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

（３）（利用者の詳細）退院直後、特別訪問看護指示書が交付された要介護認定者がいれば、直近の１名について、状態を教えてください。

①年齢	（　　）歳
②要介護度　※○は１つだけ	1. 要支援１　2. 要支援２　3. 要介護１　4. 要介護２ 5. 要介護３　6. 要介護４　7. 要介護５　8. 申請中
③主な疾病　※○は１つだけ	1. 脳血管疾患　2. 循環器疾患　3. 悪性新生物　4. 糖尿病 5. 神経難病　6. その他神経系の疾患　7. 精神系の疾患　8. 認知症 9. 骨折・筋骨格系　10. 呼吸器系疾患 11. その他（具体的に　　）
④患者の状態等 ※複数回答可	1. ターミナル→（a. がん　b. がん以外 ） 2. 真皮を越える褥瘡　3. 気管カニューレを使用 4. 家族への医療処置の指導　5. 状態変化（急変時） 6. その他（具体的に　　）
⑤入院前の貴事業所からの訪問看護の有無	1. 有　2. 無
⑥入院中の利用者の外泊中の在宅への訪問看護の有無	1. 有　2. 無
⑦入院中の利用者の在宅へ訪問しての家族との調整の有無	1. 有　2. 無
⑧入院中の病院・診療所への訪問の有無	1. 有　2. 無
⑨退院当日の訪問の有無	1. 有　2. 無
⑩退院後２週間以内の訪問回数（退院当日の訪問は除く）	（　　）回/１週目　（　　）回/２週目
⑪退院後 30 日以内の再入院の有無	1. 14 日以内に入院した　2. 15 日～30 日以内に入院した 3. 30 日以内の再入院はなかった

※この調査では、「ターミナル」とは、医師が余命約６か月以内と判断した場合を指します。

４．夜間や緊急時の対応についてお伺いします。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月１か月間において、早朝・夜間・深夜に、計画的に（緊急以外で）訪問看護を実施している利用者はいますか。該当の利用者がいる場合、その利用者数と延べ訪問回数、利用料を徴収した利用者数（平成 23 年 9 月）、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数(平成 24 年 9 月)をお書きください。

平成 23 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回 →うち、利用料を徴収していた利用者数：（　　）人
平成 24 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回 →うち、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数：（　　）人
②上記①の平成 24 年 9 月において実績がある場合、訪問が必要な理由を教えてください。 ※複数回答可	1. たんの吸引　2. 人工呼吸器等の医療機器の管理 3. インシュリン注射　4. 点滴 5. 服薬介助（含点眼・点鼻・軟膏）　6. 浣腸・摘便 7. その他のＡＤＬ支援　8.その他（具体的に　　）

③利用者に早朝、夜間、深夜に、計画的に（緊急以外で）訪問看護を実施しているにも関わらず、夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算の算定ができなかったケースがある場合、その理由は何か、教えてください。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

④平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、訪問看護師が加算算定の有無に関わらず、緊急訪問を行った回数をお書きください。

	早朝 (6 時～8 時)	日中		夜間 (18 時～22 時)	深夜 (22 時～6 時)
		平日	休日		
平成 23 年 9 月	回	回	回	回	回
平成 24 年 9 月	回	回	回	回	回

⑤平成 24 年 9 月 1 か月間の緊急訪問の指示について、指示を出した医療機関種別ごとにその回数をお書きください。

	在宅療養支援診療所	その他の診療所	在宅療養支援病院	その他の病院
1）指示を出した医療機関別緊急訪問回数	回	回	回	回
2）上記 1）のうち、緊急訪問看護加算の算定回数	回	回	回	

⑥平成 24 年 4 月以降、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院に夜間の対応を依頼した際に断られたことはありますか。※○は 1 つだけ	1. まったくない→５．質問①へ 2. 時々ある　　3. 頻繁にある

→⑥-1 上記⑥で選択肢 2. または 3. を選んだ場合、具体的な状況を教えてください。

５．専門性の高い看護師による訪問や複数名の看護職員等による訪問についてお伺いします。

①以下の利用者に対して、他施設・事業所の専門性の高い看護師[※注1]による同一日訪問を実施しましたか。該当の利用者数（実人数）、平成 24 年 9 月 1 か月間の訪問回数をお書きください。（※注１：専門性の高い看護師とは、５年以上褥瘡ケア又は緩和ケアの看護に従事した経験を有し、それぞれ６か月以上の適切な専門研修を修了した者）

1）鎮痛療法又は化学療法を行っている緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の利用者はいますか。	1. いる→利用者数：（　　）人　　2. いない→質問 2）へ
1）-1（該当の利用者がいる場合）他医療機関・事業所の専門性の高い看護師による同一日の訪問の有無。	1. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回 2. 無→質問 1）-3 へ
1）-2（上記 1）-1 で訪問がある場合） 具体的な効果があれば、教えてください。	1. 痛みが緩和された 2. 患者・家族が納得してケアを受けることができた 3. 専門性の高い看護師の支援を受け、自信をもってケアが提供できるようになった 4.その他（　　）
1）-3（上記 1）-1 で訪問がない場合）理由を教えてください。 ※主なもの１つに○	1. 専門性の高い看護師の訪問が必要なかったから 2. 専門性の高い看護師が当事業所にいるから 3. 専門性の高い看護師が近くにはいないから 4. 専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから 5. 近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから 6. 利用者の経済的負担（自己負担）が増えるから 7. 利用者に利用の案内・説明をするのが難しいから 8. 医療事故が発生した際の患者への責任の所在について不明確であるから 9. その他（具体的に　　）

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

2）真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の利用者はいますか。	1. いる→利用者数：（　　）人　　2.　いない→質問 3）へ
2）-1（該当の利用者がいる場合）他医療機関・事業所の専門性の高い看護師による同一日の訪問の有無。	1. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回 2. 無→質問 2）-3 へ
2）-2（上記 2）-1 で訪問がある場合） 具体的な効果があれば、教えてください。	1. 褥瘡の治癒が促進した 2. 患者・家族が納得してケアを受けることができた 3. 専門性の高い看護師の支援を受け、自信をもってケアが提供できるようになった 4.その他（　　）
2）-3（上記 2）-1 で訪問がない場合）理由を教えてください。 ※主なもの１つに○	1. 専門性の高い看護師の訪問の必要性がないから 2. 専門性の高い看護師が当事業所にいるから 3. 専門性の高い看護師が近くにはいないから 4. 専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから 5. 近くの専門性の高い看護師は忙しく、依頼できないから 6. 利用者の経済的負担（自己負担）が増えるから 7. 利用者に利用の案内・説明をするのが難しいから 8. 医療事故が発生した際の患者への責任の所在について不明確であるから 9. その他（具体的に　　）
3）緩和ケアや褥瘡ケア以外で、専門性の高い看護師との同一日訪問ができればよいと思われるケースがあれば、教えてください。	具体的に：

②貴事業所では、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、「複数名訪問看護加算」の算定ができる**複数名の職員**（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師、看護補助者）が同時に訪問を行った利用者はいましたか。　※○は 1 つだけ

平成 23 年 9 月	1. 無　　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回
平成 24 年 9 月	1. 無　　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回

③②のうち、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、看護職員が看護補助者と同時に訪問した利用者はいましたか。

平成 23 年 9 月	1. 無　　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回
平成 24 年 9 月	1. 無　　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回
④平成 24 年 9 月に該当利用者がいた場合、看護補助者が行った業務 ※複数回答可	1. 保清　　2. 体位保持・体位変換 3. 物品等の準備や片づけ　　4. 服薬管理や点滴の見守り 5. 迷惑行為等があったときの連絡や防御 6. その他（具体的に　　）
⑤平成 24 年 9 月に該当利用者がいた場合、看護補助者との同時訪問による効果　※複数回答可	1. 利用者の安全・安楽が確保できた　　2. ケアの充実・追加ができた 3. 家族介護者の休養・休息が確保できた　　4. 滞在時間の短縮ができた 5. 看護職員の負担軽減ができた 6. その他（具体的に　　）

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

６．精神科訪問看護について、届出の状況や訪問人数、訪問回数等をお答えください。

①精神科訪問看護に関する届出の状況 ※○は１つだけ	1. あり（経過措置利用していない） 2. 経過措置を利用して、届け出ている 3. なし（→10 ページの７．の質問へ進んでください。）
②精神科訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月
③精神科訪問看護を実施する看護師等 ※複数回答可	1. 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者 2. 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を有する者 3. 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者 4. 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者 5. 平成 25 年 3 月までに専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了する予定の者
④精神科訪問看護を実施する職員の職種※複数回答可	1. 保健師　2. 看護師　3. 准看護師 4. 作業療法士　5. 精神保健福祉士（複数名訪問）
⑤精神科訪問看護の対象の患者数（精神障害を有する本人）（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）人
⑥上記⑤のうち、定期的に通院している人数	（　　）人
⑦上記⑤のうち、家族に対し、訪問看護を実施した人数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）人

⑧平成 24 年 9 月 1 か月間の、精神科訪問看護の利用者について疾患別利用者数をお書きください。
※　「精神疾患のある」とは、主傷病として、または主傷病以外に精神疾患を有する場合とお考えください。
※　疾患別人数は、１名の利用者に複数の疾患がある場合は、訪問看護指示書に記載されている主傷病名に基づきお書きください。

		1）40 歳未満	2）40 歳以上 65 歳未満	3）65 歳以上
疾患別人数	統合失調症	人	人	人
	気分障害	人	人	人
	認知症	人	人	人
	その他	人	人	人

		30 分未満	30 分以上	合計
⑨平成 24 年 9 月 1 か月間の、精神科訪問看護の時間区分ごとの算定回数	精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	回	回	回
	精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）（同一建物居住者）	回	回	回

⑩精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）（障害者施設への訪問）（平成 24 年 9 月 1 か月間）について、1）施設への訪問延べ日数、2）対象としている利用者総数（対象人員）、3）算定回数（合計）をお書きください。

1）施設への訪問延べ日数	2）対象人員	3）算定回数（合計）
日	人	回

⑪精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）（外泊時）の算定回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）回
⑫長時間精神科訪問看護加算（１回につき 5,200 円）の算定回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）回

⑬貴事業所では、平成 24 年 9 月 1 か月間に**複数名の職員**（保健師、看護師、作業療法士、准看護師、精神保健福祉士、看護補助者）が同時に訪問を行った精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者はいましたか。同行した職員の職種別にその加算回数をお書きください。

保健師、看護師	作業療法士	准看護師	精神保健福祉士	看護補助者
回	回	回	回	回

⑭夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算の算定回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	夜間・早朝訪問看護加算	深夜訪問看護加算
	回	回

⑮精神科緊急訪問看護加算の算定回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）回

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑯精神科特別訪問看護指示書の交付件数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）件
⑰上記⑯の交付の理由について、具体的にお書きください。	
⑱平成 24 年 9 月 1 か月間の利用者のうち、1 か月に 13 日以上訪問した利用者数	人

7．医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携状況についてお伺いします。

（1） 複数事業所による訪問看護療養費の算定についてお伺いします。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に貴事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者数をお書きください。	人	人

②上記①の利用者に対して複数事業所からの訪問看護を実施することになった理由をお答えください。※複数回答可

1. 利用者に頻回な訪問看護が必要で、1 つの事業所のみでは対応できない
2. 各訪問看護ステーションの専門性が異なる
3. 利用者数が多く、事業所として受入可能な範囲を超えている
4. その他（具体的に　　）

③**複数事業所でのサービスの提供**が有効と考えられるケースにはどのようなものがありますか。利用者の状態と有効と思われる連携方法などご自由にお書きください。

（2） 貴事業所の他の医療機関との連携についてお伺いします。

①平成 24 年 9 月 1 か月間に訪問看護指示書を交付した医療機関数について、医療機関種別ごとに、お書きください（医療保険の利用者のみ）。

	在宅療養支援診療所	その他の診療所	在宅療養支援病院	その他の病院
指示を受けた医療機関数	か所	か所	か所	か所

②報酬改定前に比べて、医療機関との協力関係は強化されたと思いますか。	1. 強くなった 2. 変わらない 3. 弱くなった
なお、その理由をお書きください。	
③医療機関との情報伝達手段としてもっとも多いのはどれですか。	1. 訪問　2. 電話　3. FAX　4.メール 5. その他（　　）
④在宅がん医療総合診療料を医療機関が算定している利用者はいますか。利用者がいる場合、人数をお書きください。	1. 有→利用者数：（　　）人　2. 無
⑤上記④のうち、週３回以上訪問している利用者はいますか。	1. 有→利用者数：（　　）人　2. 無

⑥医療機関との連携について、課題と考えることがあれば、ご自由にお書きください。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

（３） 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携に関してお伺いします。

①平成 24 年 9 月 1 か月間で、医療保険の利用者のうち、要介護認定者であって、**併設以外の**居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの利用者数をお書きください。	（　　）人
②上記①の利用者を担当している介護支援専門員・地域包括支援センター職員は何人ですか。実人数をお書きください。（１人の介護支援専門員が複数の利用者を担当している場合は、１人と数えてください）	（　　）人
③上記②のうち、平成 24 年 9 月 1 か月間に貴事業所が連絡をとった人数をお書きください。	（　　）人

④居宅介護支援事業所および地域包括支援センターからの相談内容で、多いのはどのような内容ですか。

８．貴事業所の収支についてお伺いします。

①報酬改定前と比べて収支はどのように変化しましたか	1. プラスになった　2. ほぼ同じ 3. マイナスになった　4. 分からない

②上記となった理由について考えられることを記載してください(複数回答可)

1　利用者が増えたから
2　利用者が減ったから
3　診療報酬改定の影響である　➡具体的に（　　）
4　介護報酬改定の影響である　➡具体的に（　　）
5　事業所の職員体制が変化したから　➡具体的に（　　）
6　その他　➡具体的に（　　）

③（上記①で 1.プラスになった場合）今後の使途について教えてください

具体的に：

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

９．訪問看護を続けていく上での課題や経営上の課題、大規模化の予定とそれに向けた課題等をお書きください。

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。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

精神科訪問看護票

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査　調査票(案)

※以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、施設名、施設の所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。
※この「精神科訪問看護票」は、訪問看護を提供する医療機関の開設者・管理者の方に、訪問看護の実施状況やお考えについてお伺いするものです。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、(　　) 内には具体的な数値、用語等をお書きください。(　　) 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をお書きください。
※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてお書きください。

※特に断りのない場合は、医療保険の精神科訪問看護に関してお答えください。介護保険等、医療保険以外の訪問看護に関しては、設問内で指定がない場合、含みません。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	(　　)
ご回答者名	(　　)

1．貴施設の概要についてお伺いします。

①開設者 ※○は１つだけ	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 医療法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない） 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） 8. 農業協同組合及び連合会 9. 消費生活協同組合及び連合会 10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 11. 特定非営利活動法人（NPO） 12. その他（具体的に　　）
②施設種別 ※○は１つだけ	1. 在宅療養支援病院　　2. 在宅療養支援病院以外の病院

③病床数	全病床	（うち）一般病床	（うち）療養病床	（うち）精神病床
	床	床	床	床

④訪問看護の実施状況 ※複数回答可	1. 訪問看護（医療保険）　2. 訪問看護（介護保険）　3. 精神科訪問看護

※精神科訪問看護を実施していない場合は以下の質問の回答は不要です。同封の返信用封筒に入れて返送してください。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑤精神科訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月

⑥精神科訪問看護に携わる職員数を常勤換算*でお答えください。
※平成 23 年 9 月 30 日（H23）及び平成 24 年 9 月 30 日（H24）時点の状況

	保健師・看護師	准看護師	作業療法士	精神保健福祉士	看護補助者
H23	.	.	.	.	.
H24	.	.	.	.	.

＊非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。
■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) ÷ (貴事業所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) ÷ (貴事業所が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)

2．貴施設での精神科訪問看護以外の訪問看護（介護保険も含む）の利用者数、訪問回数についてお伺いします。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。

	1) 利用者数（人数）：医療保険と介護保険の合計	2)（うち）医療保険の利用者数（人数）	3)（うち）医療保険と介護保険の両方を使った利用者数（人数）	3) 訪問回数（回数）：医療保険と介護保険の合計	4)（うち）医療保険の訪問回数（回数）
平成 23 年 9 月	人	人		回	回
平成 24 年 9 月	人	人	人	回	回

②上記①の平成 24 年 9 月の利用者のうちサービス付き高齢者住宅の利用者数	医療	人	介護	人

3．精神科訪問看護について、届出の状況や利用者の人数、訪問回数等をお答えください。

①平成 24 年 9 月 1 か月間の利用者のうち、精神科訪問看護の対象となる患者数（精神障害を有する本人）	（　　）人
②上記①の患者のうち、家族に対して、訪問看護を実施した利用者数	（　　）人

③平成 24 年 9 月 1 か月間の、精神科訪問看護の利用者について、疾患別利用者数をお書きください。 ※ 「精神疾患のある」とは、主傷病として、または主傷病以外に精神疾患を有する場合とお考えください。 ※ 疾患別人数は、１名の利用者に複数の疾患がある場合は、訪問看護指示書に記載されている主傷病名に基づきお書きください。		1) 40 歳未満	2) 40 歳以上 65 歳未満	3) 65 歳以上
疾患別人数	統合失調症	人	人	人
	気分障害	人	人	人
	認知症	人	人	人
	その他	人	人	人

④**平成 23 年**9 月 1 か月間の精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数	（　　）回

⑤平成 24 年 9 月 1 か月間の、精神科訪問看護の時間区分ごとの算定回数		30 分未満	30 分以上	合計
	精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	回	回	回
	精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者）	回	回	回

⑥精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）（障害者施設への訪問）（平成 24 年 9 月 1 か月間）について、1）施設への訪問延べ日数、2）対象としている利用者総数（対象人員）、3）算定回数（合計）をお書きください。

1）施設への訪問延べ日数	2）対象人員	3）算定回数（合計）
日	人	回

⑦長時間精神科訪問看護加算（１回につき 520 点）の算定回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）回

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑧貴院では、平成 24 年 9 月 1 か月間に**複数名の職員**（保健師、看護師、作業療法士、准看護師、精神保健福祉士、看護補助者）が同時に訪問を行った精神科訪問看護・指導料を算定している利用者はいましたか。同行した職員の職種別にその加算回数をお書きください。				
保健師、看護師	作業療法士	准看護師	精神保健福祉士	看護補助者
回	回	回	回	回

⑨夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算の算定回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	夜間・早朝訪問看護加算	深夜訪問看護加算
	回	回

⑩精神科緊急訪問看護加算の算定回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）回
⑪精神科特別訪問看護指示書の交付件数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）件

⑫上記⑪の交付の理由について、具体的にお書きください。

⑬平成 24 年 9 月 1 か月間の利用者のうち、1 か月に 13 日以上訪問した利用者数	人

4．入院中・退院直後の利用者に対する精神科訪問看護の実施状況についてお伺いします。

（1） 入院中の外泊日の訪問看護についてお伺いします。

①入院中の利用者の外泊日に行った訪問看護の有無とその対象人数（各 1 か月間）	平成 23 年 9 月	1. 有（　　）人　2. 無
	平成 24 年 9 月	1. 有（　　）人　2. 無
②精神科退院前訪問指導料算定件数（1 か月間）	平成 24 年 9 月	1. 有（　　）人　2. 無

③利用者の外泊日に行った訪問看護の具体的な内容を教えてください。

（2） 退院直後の利用者に対する精神科訪問看護についてお伺いします。

	退院直後の利用開始者数	（うち）30 日以内に、再入院した利用者数	退院当日に訪問した利用者数	退院後２週間以内の訪問（退院当日の訪問は除く）	
				特別訪問看護指示書あり	（うち）要介護認定者
平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人
	（うち）１週間に４回以上訪問した利用者数			人	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

５．精神科訪問看護を続けていく上での課題や経営上の課題等をお書きください。

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。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

訪問看護票（案）（保険医療機関）

ID	

1．貴施設における訪問看護の実施状況についてお伺いします。

①訪問看護の実施状況 ※複数回答可	1. 訪問看護（医療保険）　2. 訪問看護（介護保険） 3. 精神科訪問看護　4. 実施していない

※以下は、主に、医療保険の訪問看護についてお伺いします。医療保険の訪問看護を実施していない場合は記入不要です。）

②訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月

③平成 23 年 9 月 30 日と平成 24 年 9 月 30 日時点の訪問看護に携わる職員数を常勤換算*でお答えください。

	1）保健師・助産師 看護師	2）（うち） 緩和ケアまたは 褥瘡ケアに係る専門の 研修を受けた看護師	3）准看護師	4）看護補助者
平成 23 年 9 月	.	.	.	.
平成 24 年 9 月	.	.	.	.

＊非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

■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）÷（貴事業所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）÷（貴事業所が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

④平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の訪問看護の利用者数をお書きください。

	1）利用者数（人数）： 医療保険と介護保険 の合計	2）（うち） 医療保険の利用 者数（人数）	3）（うち）医療 保険と介護保険 の両方を使った 利用者数（人数）	3）訪問回数（回数）： 医療保険と介護保険 の合計	4）（うち） 医療保険の訪 問回数 （回数）
平成 23 年 9 月	人	人		回	回
平成 24 年 9 月	人	人	人	回	回

⑤上記④の平成 24 年 9 月の利用者のうち、特掲診療料の施設基準等別表７（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する人数	医療	人	介護	人
⑥上記④の平成 24 年 9 月の利用者のうちサービス付き高齢者住宅の利用者数	医療	人	介護	人

⑦平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者について、年齢別の人数をお書きください。

	1 歳未満	1 歳以上 3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上 75 歳未満	75 歳以上
平成 23 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月	人	人	人	人	人	人	人	人

⑧上記⑦の医療保険の利用者のうち、15 歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児の人数をお書きください。

	1）超重症児 （運動機能が座位までで、 判定スコアが 25 点以上）	2）準超重症児 （運動機能が座位までで、 判定スコアが10点以上25点未満）	3）その他
平成 23 年 9 月	人	人	人
平成 24 年 9 月	人	人	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

⑨平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の利用者のうち、40 歳以上の利用者について、要介護度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。

	要支援１・２	要介護１・２・３	要介護４	要介護５	申請中・自立・未申請
平成 23 年 9 月（医療）	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（医療）	人	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（介護）	人	人	人	人	人

⑩平成 24 年 9 月の 1 か月間の利用者のうち、要介護認定者について、日常生活自立度別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。

	J（自立）	A（室内自立）	B（床上自立）	C（寝たきり）
平成 24 年 9 月（医療）	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（介護）	人	人	人	人

⑪平成 24 年 9 月の 1 か月間の 65 歳以上の利用者について、認知症高齢者の日常生活自立度をⅡ以上の区分別(医療保険・介護保険別)の人数をお書きください。

	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	M
平成 24 年 9 月（医療）	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（介護）	人	人	人	人

⑫平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者のうち、褥瘡について、NPUAP 分類または DESIGN 分類で状態を確認している利用者数、および真皮を超える褥瘡の利用者数をお書きください。

	NPUAP 分類で確認	うち、グレードⅢ以上	DESIGN 分類で確認	うち、D３以上
平成 23 年 9 月（医療）	人	人	人	人
平成 24 年 9 月（医療）	人	人	人	人

⑬平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間の長時間訪問看護の実施状況についてお伺いします。

	1）90 分を超える長時間の訪問看護を実施した利用者数	2）うち、「長時間訪問看護・指導加算」を算定した利用者数（※平成 23 年は２時間以上の場合）	3）うち、15 歳未満の超重症児・準超重症児数
平成 23 年 9 月	人	人	
平成 24 年 9 月	人	人	人

4）平成 24 年 9 月 1 か月間の医療保険の利用者において、90 分以上の訪問看護を行ったにもかかわらず、「長時間訪問看護・指導加算」を算定できなかった利用者がいる場合、その疾患や状態等の具体的な状況を教えてください。

⑭平成 24 年 9 月 1 か月間の医療保険の利用者のうち、１か月に 13 日以上訪問した利用者数	人

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

⑮「在宅移行管理加算」を算定した利用者数と、うち週４日以上訪問した週がある利用者数をお書きください。

1)「在宅移行管加算」算定利用者数（平成 23 年 9 月）	2)「在宅移行管加算」算定利用者数（平成 24 年 9 月）	3)（うち）週４日以上訪問した週がある利用者数
人	人	人

⑯厚生労働大臣の定める疾病等（別表７）や在宅医療の指導管理料（別表８）に該当する利用者以外で、週４日以上訪問する必要がある利用者はいますか。いる場合は、どのような利用者か、具体的にお書きください。

1. いない
2. いる→（具体的に：　　）

⑰平成 23 年 4 月 1 日～9 月 30 日までの半年間と、平成 24 年 4 月 1 日～9 月 30 日までの半年間に「在宅ターミナルケア加算」を算定した利用者についてお伺いします。その人数と死亡場所が「在宅」であった人数をお書きください。
※「在宅」とは自宅の他、有料老人ホーム・グループホーム、介護保険施設等、医療機関以外の施設を含みます。

	1）ターミナルケア加算算定利用者数	２）うち、在宅で死亡した利用者数	３）うち、過去１年以内の入院経験がない利用者数
平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月	人	人	
平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月	（A）　人	人	人

⑱上記⑰の（A）欄に該当する利用者について、死亡前の 1）直近の退院日と 2）死亡日、3）死亡日の訪問看護の有無、4）死亡場所をご記入ください。６人以上該当者がいる場合は、死亡日が最近の方から５人までお書きください。

	1）直近の退院日	2）死亡日	3）最後の訪問日	4)最後から２番目の訪問日	4）死亡場所
1	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
2	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
3	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
4	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他
5	1.平成（　）年（　）月（　）日 2.入院経験なし・不明	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	（　）月 （　）日	1. 在宅 2. 医療機関 3. その他

⑲平成 24 年 9 月 1 か月間に、貴院の専門性の高い看護師が、他の訪問看護ステーション等の訪問看護師と利用者宅を同一日に訪問した件数をお書きください。　　件

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

２．入院中・退院直後の利用者に対する訪問看護の実施状況についてお伺いします。

（１） 入院中の外泊日の訪問看護についてお伺いします。

①入院中の利用者の外泊日に行った訪問看護の有無とその対象人数（各半年間）	平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月	1. 有（　　）人　2. 無
	平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月	1. 有（　　）人　2. 無
②【上記①で平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月までに実績がある場合】上記①について診療報酬の請求はありましたか。また、診療報酬請求があった場合、期間中の算定件数をお書きください。		1. 有（　　）件　2. 無

（２） 退院後２週間の利用者に対する訪問看護についてお伺いします。

	退院後２週間以内の利用開始者数	（うち）30 日以内に、再入院した利用者数	退院当日に訪問した利用者数	退院後２週間以内の訪問（退院当日の訪問は除く）	
				１週間に訪問看護が頻回（４回以上）必要であるという指示がでた人	（うち）要介護認定者
平成 24 年 4 月～9 月	人	人	人	人	人
	（うち）１週間に４回以上訪問した人			人	人

３．夜間や緊急時の対応についてお伺いします。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月 1 か月間において、早朝・夜間・深夜に、計画的に（緊急以外で）訪問看護を実施している利用者はいますか。該当の利用者がいる場合、その利用者数と延べ訪問回数、利用料を徴収した利用者数（平成 23 年 9 月）、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数(平成 24 年 9 月)をお書きください。

平成 23 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回 →うち、利用料を徴収していた利用者数：（　　）人
平成 24 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回 →うち、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数：（　　）人
②上記①の平成 24 年 9 月において実績がある場合、訪問が必要な理由を教えてください。 ※複数回答可	1. たんの吸引　2. 人工呼吸器等の医療機器の管理 3. インシュリン注射　4. 点滴 5. 服薬介助（含点眼・点鼻・軟膏）　6. 浣腸・摘便 7. その他のＡＤＬ支援　8.その他（具体的に　　）

③利用者に早朝、夜間、深夜に、計画的に（緊急以外で）訪問看護を実施しているにも関わらず、夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算の算定ができなかったケースがある場合、その理由は何か、教えてください。

④平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、訪問看護師が加算算定の有無に関わらず、緊急訪問を行った回数をお書きください。

	早朝（6 時～8 時）	日中		夜間（18 時～22 時）	深夜（22 時～6 時）
		平日	休日		
平成 23 年 9 月	回	回	回	回	回
平成 24 年 9 月	回	回	回	回	回

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください。

４．複数名の看護職員等による訪問についてお伺いします。

①貴施設では、平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、「複数名訪問看護加算」の算定ができる**複数名の職員**（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師、看護補助者）が同時に訪問を行った利用者はいましたか。	
平成 23 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回
平成 24 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回
②平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の各 1 か月間に、看護職員が看護補助者と同時に訪問した利用者はいましたか。	
平成 23 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回
平成 24 年 9 月	1. 無　2. 有→利用者数：（　　）人、延べ訪問回数：（　　）回
③平成 24 年 9 月に該当利用者がいた場合、看護補助者が行った業務 ※複数回答可	1. 保清　2. 体位保持・体位変換 3. 物品等の準備や片づけ　4. 服薬管理や点滴の見守り 5. 迷惑行為等があったときの連絡や防御 6. その他（具体的に　　）
④平成 24 年 9 月に該当利用者がいた場合、看護補助者との同時訪問による効果　※複数回答可	1. 利用者の安全・安楽が確保できた　2. ケアの充実・追加ができた 3. 家族介護者の休養・休息が確保できた　4. 滞在時間の短縮ができた 5. 看護職員の負担軽減ができた 6. その他（具体的に　　）

５．居宅介護支援事業所等との連携状況についてお伺いします。

①平成 24 年 9 月 1 か月間で、医療保険の利用者で、併設の居宅介護支援事業所以外の居宅介護支援事業所を利用していた利用者の人数をお書きください。	（　　）人
②上記①の利用者を担当している介護支援専門員数は何人ですか。実人数をお書きください。	（　　）人
③上記②の介護支援専門員のうち、平成 24 年 9 月 1 か月間に貴施設が連絡をとった人数をお書きください。	（　　）人

６．訪問看護を続けていく上での課題や経営上の課題等をお書きください。

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。

患者票（施設・事業所記入分）

患者ＩＤ	

※この「患者票（施設・事業所記入分）」は、医療関係者の方に、患者さんの状況についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

① 性別		1. 男性　2. 女性	② 年齢	（　　）歳
③ 在宅移行前の入院・入所場所		0.特に入院・入所はしていない（→④へ進んでください） 1. 病院（一般病床）　2. 病院（療養病床） 3. 病院（その他）　4. 診療所 5. 介護老人保健施設　6. 介護老人福祉施設 7. その他（　　）		
	直近の退院・退所日	平成（　　）年（　　）月（　　）日		
④ （15 歳未満の方）NICU の入院経験の有無		1.有　2. 無		
⑤ （15 歳未満の方）超重症児・準超重症児スコア		1. 超重症児　2. 準超重症児　3.その他		
⑥ 要介護度	訪問看護開始時	0. なし　1. 要支援１・２　2. 要介護１　3. 要介護２ 4. 要介護３　5. 要介護４　6. 要介護５		
	直近	0. なし　1. 要支援１・２　2. 要介護１　3. 要介護２ 4. 要介護３　5. 要介護４　6. 要介護５		
⑦ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）		訪問看護開始時	1. J　2. A　3. B　4. C	
		直近	1. J　2. A　3. B　4. C	
⑧ 認知症高齢者の日常生活自立度		0. 自立　1. Ⅰ　2. Ⅱ 3. Ⅲ　4. Ⅳ　5. M		
⑨ 障害者手帳などの種類		1. 身体障害者手帳（　　）級 2. 療育手帳（　　）度 3. 精神障害者保健福祉手帳（　　）級 4. 申請中　5. 手帳なし　6. わからない		
⑩ 現在在宅医療を続けている原因の病名（指示書にある傷病名を転記ください） （複数回答可）		1. 脳血管疾患　2. 循環器疾患 3. 悪性新生物　4. 糖尿病 5. 精神系の疾患　6. 神経難病 7. その他の神経系の疾患　8. 呼吸器系の疾患 9.骨折・筋骨格系　10. 認知症 11. その他（具体的に　　）		
⑪ 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（別表第七）		1. 有　2. 無		
⑫ 在宅医療の指導管理料の算定の有無（別表第八）		1. 有　2. 無		
⑬ ターミナルかどうか（医師が余命６か月以内と判断）		1. ターミナルである　2. ターミナルではない		

（→裏面に続く）

⑭ 褥瘡の状態	NPUAP 分類	0. なし　1. グレードⅠ 2. グレードⅡ　3. グレードⅢ 4. グレードⅣ　5. 判定不能 6. 確認していない
	DESIGN分類:深さ	0. ｄ0　1. ｄ1　2. ｄ2　3. D3 4. D4　5. D5　6. U　7. 確認していない

⑮ 訪問看護が提供した内容・受けている医療 （複数回答可）

1. 看取り期のケア　2. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む）　3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理
4. 経鼻経管栄養　5. 吸入・吸引　6. 創傷処置
7. 浣腸・摘便　8. 褥瘡の処置　9. インスリン注射
10. 点滴・中心静脈栄養・注射（9.以外）　11. 膀胱（留置）カテーテルの管理
12. 人工肛門・人工膀胱の管理　13. 人工呼吸器の管理　14. 気管切開の処置
15. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）　16. がん末期の疼痛管理　17. 慢性疼痛の管理（16.以外）
18. リハビリテーション　19. 歯科医療　20. 口腔ケア
21. 頻回の観察・アセスメント　22 看護師による家族支援
23 看護師による他サービスの連絡調整　24. その他（具体的に　　）

⑮－１ 家族との連絡調整	1 密　2 普通　3 なし
⑮－２ 他事業所との連携・連絡調整	1 密　2 普通　3 なし
⑯ 貴事業所・施設でこの患者に訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月頃
⑰ 訪問看護の種別	1. 訪問看護基本療養費 2. 訪問看護・指導料 3. 精神科訪問看護基本療養費 4. 精神科訪問看護・指導料
⑱ 訪問看護の加算等の状況（平成 24 年 9 月）（複数回答可）	1. 特別管理加算・在宅移行管理加算 2. 複数名訪問看護加算 ⇒（a 看護師、療法士等　b 准看護師　c 看護補助者　d 精神保健福祉士） 3. 専門性の高い看護師による訪問⇒（a 緩和ケア　b 褥瘡ケア） 4. 夜間・早朝訪問看護加算　5. 深夜訪問看護加算 6. 緊急訪問看護加算　7. 難病等複数回訪問加算 8. 長時間訪問看護加算　9. 乳幼児加算・幼児加算 10. 退院支援指導加算　11. 24 時間対応体制加算・連絡体制加算 12. 退院時共同指導加算　13.訪問看護ターミナルケア療養費（加算）
⑲ 貴事業所からの訪問回数（平成 24 年 9 月 1 か月間）	（　　）回
うち、緊急訪問回数	（　　）回
⑳ 特別訪問看護指示書の交付の有無（平成 24 年 9 月）	1. 有　2. 無

患者ＩＤ	

平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

訪問看護の利用状況や効果等についての調査　調査票(案)

※この調査票は、ご自宅で静養されている方に、訪問看護の利用状況やお考えについておうかがいするものです。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数字、ことば等をお書きください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者の方でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者ご本人もしくは家族の方の代筆
2. 本人以外のご家族など（具体的に　　）
3. その他（具体的に　　）

1. 患者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性　2. 女性	② 年齢	（　　）歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。			1. いる　2. いない
③－１：③で１の場合：日中も同居のご家族はいらっしゃいますか。			1. いる　2. いない
③－２：③で２の場合：別居で、介護をしてくれるご家族・親戚等はいらっしゃいますか。			1. いる　2. いない
④ お住まいの状況	1. 一戸建て 2. 集合住宅（マンション・アパート等） 3. サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム 4. その他（　　）		
⑤ 要介護度	1. なし（非該当・未申請）　2. 要支援１　3. 要支援２ 4. 要介護１　5. 要介護２　6. 要介護３ 7. 要介護４　8. 要介護５　9. 申請中		
⑥ 訪問看護以外に、利用している医療・介護サービス（平成 24 年 9 月）（複数回答可）	1. 訪問診療・往診　2. 外来受診 3. 歯科の訪問診療　4. 薬剤師の訪問 5. デイケア　6. 訪問介護 7. 訪問入浴介護　8. 訪問リハビリテーション 9. 通所介護　10. 通所リハビリテーション 11. ショートステイ　12. 福祉用具貸与 13. その他（　　）		
【訪問診療・往診を利用している場合】 ⑥-1 医師は、どのくらいの頻度で自宅に来てくれますか。	1. １週間に２、３度　2. １週間に１度 3. １か月に２、３度　4. １か月に１度 5. ２～３か月に１度　6. 決まっていない 7. わからない　8. その他（具体的に　　）		

2. 訪問看護師による**訪問看護**についておうかがいします。

① いつ頃から訪問看護を利用していますか。

平成（　　）年（　　）月頃から

② 現在、訪問看護は何か所の事業所・施設から来てくれますか。　※○は１つだけ

1. １か所　　2. ２か所　　3. ３か所

③ 訪問看護を依頼したとき、すぐに事業者は見つかりましたか。　※○は１つだけ

1. いいえ　　2. はい→質問④へ

→ ③－１ 見つからなかった理由をなぜですか。　※○は１つだけ

1. 周りに事業者がなかった
2. 周りに事業者はあったが、空きがなかった
3. 事業者に空きはあったが、病状により受け入れが困難といわれた
4. どこに依頼すればよいかわからなかった
5. 分からない、忘れた

④ 平成２４年４月以降、病院に入院しましたか。　※○は１つだけ

1. はい　　2. いいえ→質問⑤へ

→ ④－１ 入院中に外泊しましたか。また、外泊日に訪問看護を利用しましたか。
※○は１つだけ

1. 外泊はしていない　　2. 外泊はしたが、訪問看護は利用していない
3. 外泊し、訪問看護を利用した　4. わからない・わすれた

④－２ 最も最近の退院後、訪問看護師が最初に来たのは退院からどのくらいたってからでしたか。　※○は１つだけ

1. 退院当日　2. 退院翌日　3. 退院後１週間以内　4. 退院後１週間以上
5. わからない・わすれた　6. その他（具体的に　　）

④－３ 退院後、訪問看護師が来てくれるまでの期間はよかったですか。
※○は１つだけ

1. ちょうどよかった　　2. もっと早く来て欲しかった
3. 早すぎた　　4. わからない・どちらでもない

④－４ 【外泊日または退院当日に訪問看護を受けた場合のみお伺いします】
外泊日または退院当日に訪問看護を受けて、どのように思いましたか。
※○は１つだけ

1. 退院に向けて自信がついた　　2. 退院に向けて課題がわかった
3. 退院が不安になった　　4. わからない
5. その他（具体的に　　）

⑤ ここ１か月の間に訪問看護師はどのくらいの頻度で来てくれましたか。　※○は１つだけ

1. 毎日	2. １週間に２、３度	3. １週間に１度
4. １か月に２、３度	5. １か月に１度	6. 決まっていない
7. わからない・わすれた	8. その他（具体的に	）

⑥ 訪問看護師が自宅に来るときは、何名で来てくれますか。　※○は１つだけ

1. いつも複数名で来る	2. 複数名で来ることがある
3. いつも１人で来る	4. 決まっていない

⑦ 自宅に来る訪問看護師の訪問頻度に満足していますか。　※○は１つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない・どちらでもない

⑧ 自宅に来る訪問看護師の対応に満足していますか。　※○は１つだけ

1. とても満足	2. やや満足	
3. すこし不満	4. とても不満	5. わからない・どちらでもない

⑨ 早朝・夜間・深夜（午前８時以前または午後８時以降）に訪問看護を利用したことはありますか。　※○は１つだけ

1. はい　　2. いいえ→質問⑩へ

→ ⑨－１ 昨年も早朝・夜間・深夜（午前８時以前または午後８時以降）に訪問看護を利用したことはありますか。　※○は１つだけ

1. はい　　2. いいえ→質問⑩へ

⑨－２　（⑨-１で「はい」の人のみ）早朝・夜間・深夜の訪問看護の利用料金の自己負担額は、昨年と比べてどう変化しましたか。※○は１つだけ

1. 高くなった　　2. 安くなった　　3. 変わらない

⑩ 夜間や休日に急に具合が悪くなった場合は、まず、誰に連絡をするように訪問看護師から言われていますか。　※○は１つだけ

1. 訪問診療の医師	2. 訪問看護師	3. ケアマネジャー
5. 救急車（119 番）	6. その他（具体的に	）
7. 特に訪問看護師から言われたことはない		

⑪ 夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅に来てくれる訪問看護師の事業所に緊急の連絡をしたことがありますか。　※○は１つだけ

1. 連絡したことがある　　2. 連絡したことはない　　3. わからない・わすれた

→ 次頁 ⑪-1 へ

⑪－１ 訪問看護師はどのような対応をしてくれましたか。 ※○はいくつでも

1. 電話で状況を伝えるとすぐに来てくれた
2. 電話で相談にのってくれたので、電話で問題が解決した
3. 電話で相談にのってくれ、翌朝に来てくれた
4. わからない・わすれた
5. その他（具体的に　　）

⑫訪問看護ステーションに求めることは何ですか。上位３つまで選んでください※○は３つまで

1. 24 時間対応してくれる
2. 病状が重くなっても対応してくれる。
3. 頻回な訪問でも対応してもらえる。
4. 必要に応じ複数名で訪問してもらえる。
5. 入退院時に病院と連絡調整してくれる。
6. 訪問看護ステーションが家の近くにある。
7. いつも特定の看護師が対応してくれる。
8. その他（具体的に　　）

⑬ 訪問看護サービスについてご要望があればご自由にお書きください。

3. 在宅医療に対する満足度等についておうかがいします。

① 在宅で医療を受けることはどう思いますか。 ※○は１つだけ

1. 本当は病院に入院して医療を受けたい
2. 在宅で医療を受けられることはよい
3. わからない・どちらともいえない

② 病院ではなく、自宅での生活をどう思っていますか。 ※○は１つだけ

1. とても満足
2. やや満足
3. すこし不満
4. とても不満
5. わからない

③ 自宅に来る医師や訪問看護師などの専門家との相談について、どう思っていますか。
※○は１つだけ

1. とても満足
2. やや満足
3. すこし不満
4. とても不満
5. わからない

④ 体調のことなどで心配なことがあった場合、家族以外で、まず誰に連絡をしますか。
※○は１つだけ

1. 訪問診療の医師
2. 訪問看護師
3. ケアマネジャー
4. 病院・診療所
5. その他（具体的に　　）

4. 自宅で生活することについてご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

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。

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「訪問看護の実施状況および効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組についての評価とともに、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価などが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、訪問看護実施機関と患者を対象に、訪問看護の実施状況、精神科訪問看護の実施状況、各種医療機関や介護との連携状況、患者の意識等についての把握を主な目的として、「訪問看護の実施状況および効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年月**日（*）まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-****

平成 24 年 10 月

各位

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「訪問看護の利用状況や効果等についての調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省では、在宅医療や訪問看護の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を整え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年毎に診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成 24 年 4 月改定においては、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組についての評価とともに、個々の患者さんに対して適切な場所での医療を提供する観点から、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価などが行われました。この改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査」の一環として、訪問看護を利用している患者さんを対象に「訪問看護の利用状況や効果等についての調査」を行うこととしました。

本調査は、訪問看護の現状や今後の課題等を把握することを目的として、検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領によりご協力をお願いすることとしております。

対象の方

・ この調査は、訪問看護を利用された患者さんが対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

平成 24 年＊＊月＊＊日（＊）までに、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

お時間のある時に調査票をご記入いただければ幸いです（返信用封筒はのり付きですので、セロテープやのりなどは一切必要ございません）。

回答方法

・ ご回答の際には、当てはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよく当てはまる番号１つだけに○をつけてください。

・ （　　）内には、具体的な数値や理由などを記入してください。

（- - -►　裏面へ続きます）

なお、本調査は、平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）事業について厚生労働省から委託を受けた三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング株式会社が、この事業を実施し、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施いたします。ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会において、患者さんのご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【調査実施主体・問い合わせ先】

「診療報酬改定結果検証調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@＊＊＊.＊＊
TEL：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊（受付時間：10：00 ～ 17：00、土日・祝日除く。）
FAX：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊

「在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

○ 在宅歯科医療の体制整備、実施状況及び課題等の把握

○ 歯科診療で特別対応が必要な患者に対する歯科医療の体制整備、実施状況及び課題等の把握

○ 他の医療機関や介護事業者等との連携状況の把握

○ 在宅歯科医療及び特別対応が必要な患者に向けた歯科医療に関する患者の意識の把握

＜調査のねらい＞

- 歯科訪問診療の体制整備の状況の把握
- 歯科訪問診療の実施状況及び歯科衛生士を同行した歯科訪問診療の実施状況・効果等の把握
- 歯科訪問診療における他の医療機関・介護事業者等との連携状況及び課題等の把握
- 歯科訪問診療における効果や課題等の把握
- 歯科訪問診療に関する患者の満足度・意向等の把握
- 歯科訪問診療を受けた患者における介護サービスの利用状況等の把握
- 歯科診療で特別対応が必要な患者に向けた歯科医療を実施する上での体制整備等の状況の把握
- 歯科診療で特別対応が必要な患者に向けた歯科医療の実施状況及び課題等の把握
- 歯科診療で特別対応が必要な患者への歯科医療を実施する上での、他の医療機関との連携状況やその効果、課題等の把握
- 歯科診療で特別対応が必要な患者に向けた歯科医療に関する患者の満足度・意向等の把握　／等

■ 調査対象

（1）在宅歯科医療の実施状況調査

＜施設調査＞

- 全国の「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っている歯科保険医療機関（参考：3,996 施設（平成 22 年 7 月現在））の中から無作為抽出した歯科診療所を調査対象とする。調査客体数は 2,000 施設とする。

＜患者調査＞

- 調査期間中に、上記施設調査の対象施設の歯科訪問診療を受けた患者を調査対象とする。1 施設当たり 2 名の患者を予定。

（２）歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査

＜施設調査＞

・ ①全国の「歯科診療特別対応連携加算」の届出を行っている保険医療機関＜悉皆調査＞（参考：障害者歯科医療連携加算届出施設　447 施設（平成 22 年 7 月現在））、及び②「障害者歯科医療連携加算」の届出を行っていないが「障害者加算」の一定以上の算定実績がある歯科保険医療機関（病院、診療所）として、日本障害者歯科学会の会員の保険医療機関（指導医もしくは認定医のいる施設を優先対象とする）の中から無作為抽出した施設 1,000 施設程度（①と②の合計）を調査対象とする。

＜患者調査＞

・ 調査期間中に、上記施設調査の対象施設で診療を受けた、歯科診療特別対応加算の算定対象となった患者を調査対象とする。1 施設当たり 2 名の患者を予定。

（３）歯科医療に関する意向調査

＜施設調査＞

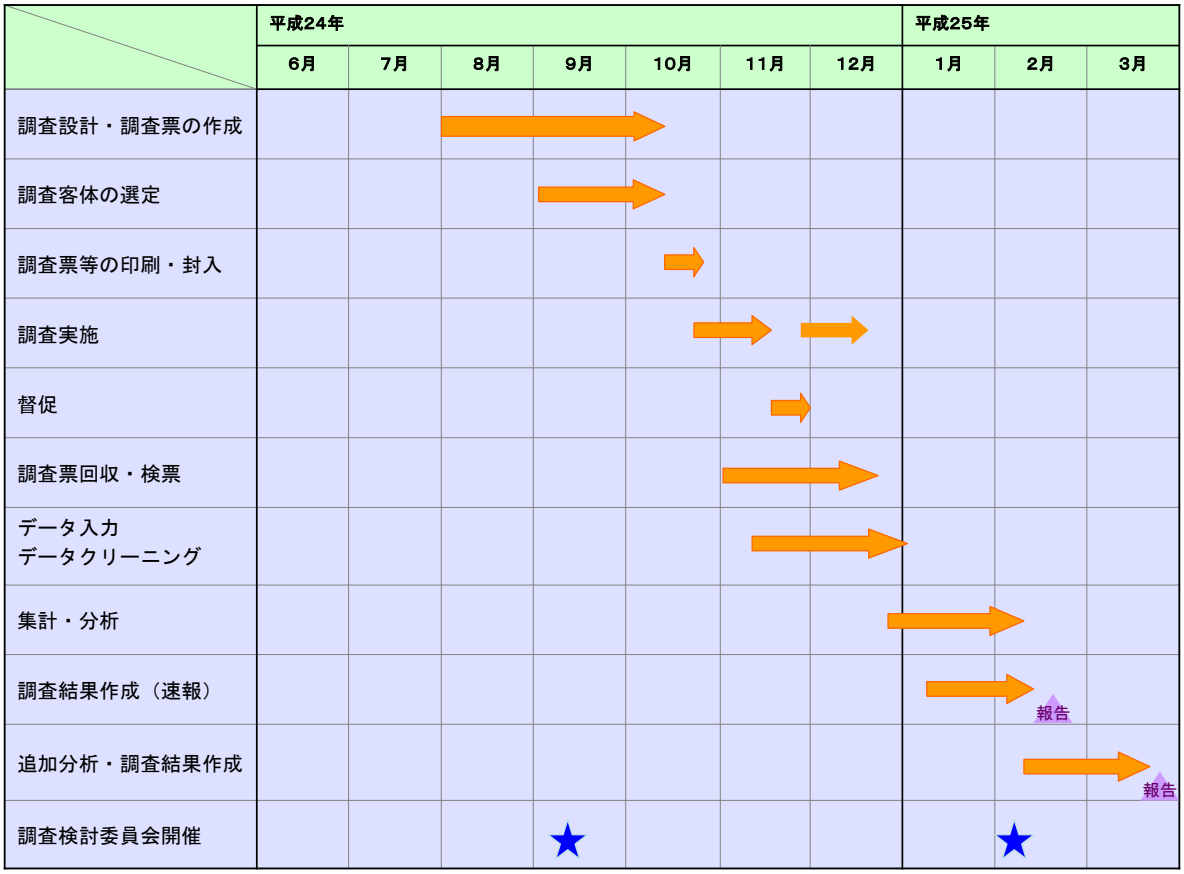
・ 全国の「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っている歯科保健医療機関（上記（１）在宅歯科医療の実施状況調査の抽出対象施設）及び全国の「歯科診療特別対応連携加算」の届出を行っている歯科保健医療機関及び日本障害者歯科学会の会員保険医療機関（上記（２）歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査で調査対象の抽出対象施設）を除く、全国の歯科診療所の中から無作為抽出し、本調査の対象とする。調査客体は 1,000 施設とする。

■ **調査方法**

・ 施設調査については、調査対象施設の開設者・管理者宛てに自記式調査票を郵送配布し、回答調査票を郵送により回収する。
・ 患者調査については、調査票の配布は上記施設調査の対象施設を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行う。

■ **調査項目**（調査票案 参照）

■ 調査スケジュール


平成24年
平成25年
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月
調査設計・調査票の作成
調査客体の選定
調査票等の印刷・封入
調査実施
督促
調査票回収・検票
データ入力
データクリーニング
集計・分析
調査結果作成（速報）
報告
追加分析・調査結果作成
報告
調査検討委員会開催

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

在宅歯科医療の実施状況調査　調査票(案)

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	(　　)
ご回答者名	(　　)

※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅歯科診療の実施状況やお考えについてお伺いするものです。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、(　　)内には具体的な数値、用語等をご記入ください。(　　)内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※特に断りのない場合は、2012 年(平成 24 年)9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1．貴施設の基本情報についてお伺いします。

①開設主体 ※○は 1 つだけ	1. 個人　2. 法人　3. その他(　　)
②施設開設時期	西暦(　　)年(　　)月頃
③標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科　2. 矯正歯科　3. 小児歯科　4. 歯科口腔外科
④医科の医療機関との併設状況 ※○は 1 つだけ	1. 併設している　2. 併設していない
⑤同一法人・関連法人による施設・事業所の有無 ※○は 1 つだけ	1. ある　2. ない→質問⑥へ
⑤-1 同一法人・関連法人による施設・事業所 ※あてはまるものすべてに○	1. 病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) 2. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 3. 歯科技工所　4. 医科の診療所 5. 医科の病院　6. 介護関係施設 7. その他(具体的に　　)
⑥施設基準(届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科外来診療環境体制加算　2. 歯科治療総合医療管理料 3. 歯科診療特別対応連携加算　4. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 5. 歯科訪問診療料地域医療連携体制加算 6. 上記 1.～5.のいずれも届出をしていない
⑦行っている診療内容 ※あてはまるものすべてに○	1. 一般外来歯科診療 2. 歯科訪問診療 3. 著しく歯科診療が困難な患者への歯科診療 (基本診療料に係る「歯科診療特別対応加算」の算定対象となるもの) 4. その他(具体的に　　)
⑧歯科ユニット台数	(　　)台

施設票

		2011 年（平成 23 年）9 月 30 日		2012 年（平成 24 年）9 月 30 日	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
⑨職員数（常勤換算）	1）歯科医師	人	人	人	人
	2）歯科衛生士	人	人	人	人
	3）歯科技工士	人	人	人	人
	4）その他	人	人	人	人
	5）合計	人	人	人	人
⑨-1 ⑨のうち歯科訪問診療に携わる職員数（常勤換算）	1）歯科医師	人	人	人	人
	2）歯科衛生士	人	人	人	人
	3）歯科技工士	人	人	人	人
	4）その他	人	人	人	人
	5）合計	人	人	人	人

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第 1 位までお答えください。
■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）

⑩主に歯科訪問診療を行っている歯科医師の年齢 ※３人以上の場合は、歯科訪問診療の回数が多い歯科医師２名についてご記入ください。	１人目：（　　）歳 ２人目：（　　）歳

２．貴施設における歯科訪問診療の体制整備等についてお伺いします。

①「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準の届出時期はいつですか。	西暦（　　）年（　　）月
②貴施設が歯科訪問診療を開始したのはいつですか。	西暦（　　）年（　　）月

③それぞれの患者への歯科訪問診療を実施するきっかけとしてあてはまるものは何ですか。
※あてはまるものすべてに○

1. 貴施設に通院していた患者・家族等からの依頼
2. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介
3. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介
4. 歯科訪問診療を実施していない他の歯科医療機関からの依頼・紹介
5. 地区歯科医師会からの依頼・紹介
6. 口腔保健センター等からの依頼・紹介
7. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介
8. 介護保険施設からの依頼・紹介
9. 居宅介護支援事業所からの依頼・紹介
10. 地域包括支援センターからの依頼・紹介
11. 行政からの依頼・紹介
12. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの依頼・紹介
13. その他（具体的に　　）

③-1 上記③の選択肢 1～13 のうち、最も多いものの番号を 1 つだけご記入ください。	

④歯科訪問診療を実施している理由は何ですか。　※あてはまるものすべてに○

1. かかりつけ医として患者にかかわっていきたいから
2. 歯科訪問診療のニーズが増えたため
3. 一般外来歯科診療の患者が減少したため
4. 行政からの依頼が増えたため
5. 歯科医師会からの要請があったため
6. その他（具体的に　　）

⑤貴施設では、歯科訪問診療をどのように行っていますか。 ※最も近いものに○は１つだけ

1. 一般外来歯科診療ではなく、歯科訪問診療を中心に行っている
2. 午前中は一般外来歯科診療を行い、午後に歯科訪問診療を行っている
3. 午前中は歯科訪問診療を行い、午後に一般外来歯科診療を行っている
4. 特定の曜日に歯科訪問診療を行っている
5. 患者の要望があれば、一般外来歯科診療の実施時間を調整し歯科訪問診療を行っている
6. 昼休みまたは一般外来歯科診療の前後で歯科訪問診療を行っている
7. その他（具体的に　　）

⑥歯科訪問診療で訪問する先はどこですか。（平成 24 年 9 月 1 か月間に訪問した先）
※あてはまるものすべてに○

1. 自宅（患者宅）：戸建て
2. 自宅（患者宅）：集合住宅
3. サービス付き高齢者向け住宅
4. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設
5. 介護保険施設（介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設）
6. 歯科の標榜がない病院
7. その他（具体的に　　）

⑥-1 上記⑥の選択肢 1～7 のうち、最も多いものの番号を１つだけご記入ください。　　

⑦歯科訪問診療で行っている主な治療内容は何ですか。（歯科衛生士と協働で行うものも含む。）
※あてはまるものすべてに○

1. 歯冠修復　2. 歯内療法　3. 歯周治療
4. 抜歯　5. 欠損補綴（ブリッジ）　6. 欠損補綴（義歯）
7. 口腔機能管理　8. 口腔粘膜疾患治療　9. 摂食機能療法
10. その他（具体的に　　）

⑦-1 上記⑦の選択肢 1～10 のうち、最も多いものの番号を１つだけご記入ください。　　

⑧歯科訪問診療を行う際、誰と同行していますか。
※あてはまるものすべてに○

1. 他の人は同行しない（自分１人で行く）
2. 他の歯科医師が同行
3. 医師が同行
4. 歯科衛生士１人が同行
5. ２人以上の歯科衛生士が同行
6. 看護師が同行
7. その他（具体的に　　）

⑧-1 上記⑧の選択肢 1～7 のうち、最も多いものの番号を１つだけご記入ください。　　

⑨貴施設が歯科訪問診療を実施する際に必ず携行している器具は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○

1. 訪問診療用ポータブルユニット
2. ポータブルユニット（エアタービン、マイクロモータ）
3. ポータブルユニット以外の切削器具（マイクロモータ単独等）
4. 歯科用電気エンジン及びその周辺装置
5. ポータブルレントゲン
6. その他（具体的に　　）

⑩貴施設が歯科訪問診療を実施していることを患者にどのように周知していますか。※あてはまるものすべてに○
1. 診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している
2. ホームページで告知している
3. 介護保険施設・事業所等にリーフレットを置いている
4. その他（具体的に　　）

3．貴施設における歯科訪問診療等の実施状況についてお伺いします。

①2011 年（平成 23 年）9 月と 2012 年（平成 24 年）9 月の各 1 か月間の**歯科外来患者総数（当月の初診患者と再診患者の延べ人数）、歯科訪問診療患者総数（当月の歯科訪問診療を実施した患者延べ人数）**をご記入ください。　注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。

	2011 年（平成 23 年）9 月	2012 年（平成 24 年）9 月
1）歯科外来患者総数	（　　）人	（　　）人
2）歯科訪問診療患者総数 ※歯科訪問診療料を算定できない場合を含む	（　　）人	（　　）人

②2011 年（平成 23 年）9 月と 2012 年（平成 24 年）9 月の各 1 か月間の**算定患者延べ人数**をご記入ください。
注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。

	2011 年（平成 23 年）9 月	2012 年（平成 24 年）9 月
1）歯科訪問診療料１	（　　）人	（　　）人
2）歯科訪問診療料２	（　　）人	（　　）人
3）周術期口腔機能管理料（Ⅰ） ※歯科がない病院に対して訪問診療を行った場合に当該管理料を算定したケースに限る。		（　　）人
4）歯科疾患在宅療養管理料	（　　）人	（　　）人
5）口腔機能管理加算（歯科疾患在宅療養管理料の加算）	（　　）人	（　　）人
6）訪問歯科衛生指導料	（　　）人	（　　）人
7）在宅患者歯科治療総合管理料	（　　）人	（　　）人
8）在宅患者等急性歯科疾患対応加算	（　　）人	（　　）人
8)のうち　同一建物居住者以外		（　　）人
8)のうち　同一建物居住者（5 人以下）		（　　）人
8)のうち　同一建物居住者（6 人以上）		（　　）人
9）緊急歯科訪問診療加算	（　　）人	（　　）人
10）歯科訪問診療補助加算		（　　）人
10)のうち　同一建物居住者（45 点）		（　　）人
10)のうち　同一建物居住者以外（110 点）		（　　）人
11）地域医療連携体制加算	（　　）人	（　　）人
12）居宅療養管理指導費［介護保険］（歯科医師が行う場合）	（　　）人	（　　）人
13）居宅療養管理指導費［介護保険］（歯科衛生士等が行う場合）	（　　）人	（　　）人

②-1 上記②で 2012 年（平成 24 年）9 月 1 か月間の算定患者延べ人数が「0 人」だった項目について、その理由をそれぞれお選びください。 ※あてはまる太線枠内の数値すべてに○

	該当するケースがない	項目の内容がよく分からない	歯科衛生士が確保できない	歯科衛生士以外の医療スタッフが不足している	書類の作成が負担になる	安全な治療を実施するための機器を整備することができない	介護保険が優先される	患者の自己負担に配慮している	その他
1）歯科訪問診療料 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2）歯科訪問診療料 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3）周術期口腔機能管理料（Ⅰ） ※歯科がない病院に対して訪問診療を行った場合に当該管理料を算定したケースに限る。	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4）歯科疾患在宅療養管理料	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5）口腔機能管理加算（歯科疾患在宅療養管理料の加算）	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6）訪問歯科衛生指導料	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7）在宅患者歯科治療総合管理料	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8）在宅患者等急性歯科疾患対応加算	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9）緊急歯科訪問診療加算	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10）歯科訪問診療補助加算	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11）地域医療連携体制加算	1	2	3	4	5	6	7	8	9

③平成 24 年度診療報酬改定で在宅患者等急性歯科疾患対応加算の評価が変わったことによる経営上の影響はありましたか。
※○は 1 つだけ

［改定前］ イ 1 回目 232 点
ロ 2 回目 90 点
［改定後］ イ 同一建物居住者以外 170 点
ロ 同一建物居住者（5 人以下） 85 点
ハ 同一建物居住者（6 人以上） 50 点

1. あった　　2. なかった→問④へ
→③-1 影響を具体的にご記入下さい。

④歯科訪問診療中に患者の容体が急変したことで診療時間が 20 分未満となったものの、歯科訪問診療料を算定したことはありますか（平成 24 年 4 月以降）。
※○は 1 つだけ

1. ある→（　　件）　　2. ない→問⑤へ
→④-1 具体的な症例をご記入下さい。

⑤平成 24 年 4 月前と比較して、歯科衛生士を同行する歯科訪問診療件数はどのように変化しましたか。 ※○は 1 つだけ

1. 増加した　　2. 変わらない　　3. 減少した

⑥歯科衛生士を同行して行う歯科訪問診療を行うことのメリットは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科医師による治療時間が短くなった 2. 定期的に口腔機能管理を実施できるようになった 3. 複雑な治療ができるようになった 4. 治療に必要な器具を運搬できるようになった 5. その他（具体的に　　）

⑦歯科訪問診療を行う上で、治療することが困難な患者やお困りになっている点があればご記入ください。

4．歯科訪問診療における連携状況についてお伺いします。

①歯科訪問診療を実施する上で、以下の医療機関等とは連携していますか。また、連携している場合、連携施設数を具体的にご記入ください。1)、2)、3）の全てで「いずれの医療機関・機関とも連携していない」と回答した施設は７頁の質問⑤へお進みください。 ※あてはまるものすべてに○

1）歯科の医療機関	1. 他の歯科診療所 ―――→（　　か所） 2. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 ―――→（　　か所） 3. 病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く） →（　　か所） 4. 口腔保健センター ―――→（　　か所） 5. その他（具体的　　）―――→（　　か所） 6. いずれの医療機関とも連携していない
2）医科の医療機関	1. 一般診療所―――→（　　か所） 2. 病院（救急医療機関を除く）―――→（　　か所） 3. 病院（救急医療機関）―――→（　　か所） 4. その他（具体的　　）―――→（　　か所） 5. いずれの医療機関とも連携していない
3）その他の機関	1. 歯科医師会　2. 在宅歯科医療連携室　3. 保険薬局 4. 訪問看護ステーション　5. 介護保険施設　6. 居宅介護支援事業所 7. 地域包括支援センター　8. 行政 9. その他（具体的に　　） 10. いずれの機関とも連携していない

【上記①1）2）3）で連携機関がある施設の方】 ②関係機関との連携内容 ※あてはまるものすべてに○	歯科の医療機関	医科の医療機関	その他の機関
1）患者急変時の受け入れ	1	1	1
2）夜間・休日等の往診の連携	2	2	2
3）患者の紹介や診療情報の提供や依頼	3	3	3
4）その他（具体的に　　）	4	4	4

【上記①1）2）3）で連携機関がある施設の方】 ③共有している情報 ※あてはまるものすべてに○	1. 傷病名　2. 既往歴及び家族歴 3. 症状、診療内容及び治療経過　4. 検査の結果 5. 緊急時の連絡先、方法　6. 飲んでいる薬 7. かかりつけの医師名もしくは医療機関名 8. その他（具体的に　　） 9. 共有している情報はない

【上記①1）2）3）で連携機関がある施設の方】 ④各機関と連携していることによる効果 ※あてはまるものすべてに○	1. 患者急変時に受け入れてもらうことができるため安心できた 2. 夜間・休日等の負担が軽減された 3. 患者や家族の不安感がなくなった 4. その他（具体的に　　） 5. 特に効果はない 6. わからない
【すべての施設の方】 ⑤各機関と連携を推進する上での課題 ※あてはまるものすべてに○	1. 家族の協力が得られない（独居である） 2. 歯科訪問診療があることが知られていない 3. 介護保険の口腔関連サービスが知られていない 4. 相談窓口や治療に関する情報が不足している 5. 介護サービス提供者からの指導・助言が不足している 6. 連携する機関が普段の診療に同行できない 7. 連携する医療機関の間で患者の情報が共有化されていない 8. 緊急時に連絡することができる医療機関がない 9. 連携する機関間での役割（責任・権限など）が明確でない 10. その他（具体的に　　） 11. 特に課題はない

５．歯科訪問診療による影響等についてお伺いします。

①歯科訪問診療を行うことによって、歯科医療機関や歯科訪問診療が必要な患者にとってどのような効果があったと考えられますか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）定期的な口腔機能管理を行えるようになった	5	4	3	2	1
2）地域のニーズを把握しやすくなった	5	4	3	2	1
3）他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
4）患者のＱＯＬが向上したように感じる	5	4	3	2	1
5）患者の家族の安心感が増したように感じる	5	4	3	2	1
6）その他（具体的に　　）	5	4	3	2	1

②貴施設が歯科訪問診療を行っていく際の課題は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○

1. 歯科訪問診療を行うために歯科衛生士を確保することが難しい
2. 歯科訪問診療を行うための歯科医師以外の医療スタッフ（歯科衛生士を除く）を確保することが難しい
3. 歯科訪問診療を行う際に、経営上、歯科医師以外の医療スタッフを同行させることが難しい
4. 歯科訪問診療用の装置・器具の購入にコストがかかる
5. 歯科訪問診療に当たっての装置･器具の準備と後片付けに時間がかかる
6. 医療保険請求の確認等事務処理に困難がある
7. 介護保険の確認等事務処理に困難がある
8. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい
9. 一般外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい
10. 歯科訪問診療を行うのは効率が悪い
11. 歯科訪問診療を行うための体力がない
12. その他（具体的に　　）

６．歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

在宅歯科医療に関する意識調査（案）

O. 最初に、この調査票のご記入者についておうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方でしょうか。

1. 本人もしくは家族の方の代筆　　2. 本人以外の家族等（具体的に　　）
3. 医療・介護関係者（具体的に　　）

1. <u>患者さん（本日診療を受けた方）</u>について、おたずねします。

① 性別	1. 男性　2. 女性	② 年齢	（　　）歳
③お住まい		（　　）都・道・府・県	
④ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。		1. いる　2. いない	

⑤ 本日あなたが診療を受けた場所はどこですか。※○は１つ

1. 自宅（一戸建て）
2. 自宅（マンション、アパート、団地などの集合住宅）
3. サービス付き高齢者向け住宅
4. 有料老人ホーム、グループホームなどの居宅系施設
5. 介護保険施設（特別養護老人ホームなど）
6. 入院している病院
7. その他（具体的に　　）

⑥ 介護保険を利用していますか。※○は１つ

1. 利用している　　2. 利用していない→**質問⑦へ**

【⑥で「1. 利用している」とご回答いただいた方のみお答えください。】
⑥－１ 要介護度はどのようになっていますか。※○は１つ

1. 要支援１	2. 要支援２	3. 要介護１
4. 要介護２	5. 要介護３	6. 要介護４
7. 要介護５	8. 申請中	

⑥－２ 現在、介護サービスを利用していますか。※○は１つ

1. 利用している　　2. 利用していない

【すべての方がお答えください。】

⑦ 平成２４年４月以降、医師（歯科医師ではない）の訪問診療を受けていますか。※○は１つ

1. 受けている	2. 受けていない

⑧ 平成２４年４月以降、どのくらいの頻度で訪問看護を受けていますか。※○は１つ

0. 受けていない	
1. 週に４日以上	2. 週に３回程度
3. 週に２回程度	4. 週に１回程度
5. 月に１回程度	6. 決まっていない
7. わからない・わすれた	8　その他（　　）

【すべての方がお答えください。】

2. 本日診療を受けた「歯科訪問診療」について、おたずねします。

① 本日あなたが診療を受けた歯科医師をどのように知りましたか。※○は１つ

1. 以前、通院していた歯科診療所・病院
2. 他の歯科診療所・病院からの紹介
3. 診療で自宅に来てくれる医師（歯科医師ではない）からの紹介
4. 訪問看護に来てくれる看護師からの紹介
5. ケアマネージャーからの紹介
6. 地域包括支援センターからの紹介
7. インターネット等で調べて
8. 家族や知り合いの方からの情報
9. 県や市町村等の情報
10. 歯科医師会からの情報
11. 利用している介護施設等に置いてあったリーフレット等からの情報
12. 入居している介護施設等に来てくれた
13. その他（具体的に　　）

② 本日訪問してくれた歯科医療機関（歯科医師）をいつ頃から利用していますか。
※○は１つ

1. 今回がはじめて	2. 利用し始めてから１か月以内
3. 利用し始めてから３か月以内	4. 利用し始めてから６か月以内
5. 利用し始めてから１年以内	6. 利用し始めてから（　　）年くらい
7. 覚えていない	
8. その他（具体的に　　）	

③ 歯科医師からどのくらいの頻度で診療を受けていますか。※○は１つ

1. 今回がはじめて	2. １週間に１度
3. １か月に２～３度	4. １か月に１度
5. ２～３か月に１度	6. 決まっていない
7. わからない・わすれた	8. その他（具体的に　　）

④ 今日は誰が診療に来ましたか。※あてはまるものすべてに○

1. 歯科医師	→	（1. １人　2. ２人以上）
2. 医師（歯科医師でない）	→	（1. １人　2. ２人以上）
3. 歯科衛生士	→	（1. １人　2. ２人以上）
4. 看護師	→	（1. １人　2. ２人以上）
5. その他（具体的に　　）		

⑤ 本日はどのような診療を受けましたか。※あてはまるものすべてに○

1. 診察のみ
2. 入れ歯の製作や調整
3. 冠を被せる治療やブリッジの治療
4. むし歯の治療や歯の根の治療
5. 歯周病（歯槽のうろう）の治療
6. 歯を抜いた
7. 歯や口の中、入れ歯の清掃方法の指導
8. 食べ方・飲み方の訓練（お口のリハビリ）・指導
9. その他（具体的に　　）

⑥ 診療を受けてどのように感じましたか。※○は１つ

1. とても満足している	2. 満足している	3. どちらでもない
4. 不満である	5. とても不満である	

⑦ 今後も歯科診療が必要な際には、歯科医師が自宅、施設等に訪問して行う診療を受けたいと思いますか。※○は１つ

1. とてもそう思う	2. そう思う	3. どちらでもない
4. あまりそう思わない	5. 全くそう思わない	

⑦－１上記⑦でお答えいただいた理由を具体的にお書きください。

3. 歯科医療全般について、おたずねします。

① 歯科医師と歯科衛生士が自宅や施設等に訪問して診療をしてくれることによって安心感は高まりますか。　※○は１つ

1. 大いに高まる	2. やや高まる	3. あまり高まらない
4. まったく高まらない	5. どちらともいえない	

4. 歯科訪問診療について、お困りのことやご要望などがございましたらお書きください。

ご協力いただき、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れて、お近くのポストに<u>●月●日（●）まで</u>に投函してください。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

特別対応が必要な患者の歯科医療の実施状況調査　調査票（案）

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における特別対応が必要な患者の歯科医療の実施状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、2012 年（平成 24 年）9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

※本調査での「特別対応が必要な患者」とは、診療報酬の基本診療料（初診料）の「歯科診療特別対応加算」の対象者となりうる患者を指します。実際に、歯科診療特別対応加算を算定していない場合でも、本調査票にご回答いただけますよう、お願い申し上げます。

１．貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※○は１つだけ	1. 診療所（口腔保健センター、障害者歯科医療センター、障害者施設内歯科診療所を除く） 2. 病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く） 3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 4. 口腔保健センター、障害者歯科医療センター 5. 障害者施設内歯科診療所
②開設主体　※○は１つだけ	1. 個人　2. 法人　3. 公的機関　4. その他
③施設開設時期	西暦（　　）年（　　）月頃
④標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科　2. 矯正歯科　3. 小児歯科　4. 歯科口腔外科
⑤医科の医療機関との併設状況　※○は１つだけ	1. 併設している　2. 併設していない
⑥施設基準（届出のあるもの）※あてはまるものすべてに○	1. 歯科外来診療環境体制加算　2. 地域医療連携体制加算 3. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 4. 在宅療養支援歯科診療所　5. 地域歯科診療支援病院歯科初診料 6. 上記の 1.～5.のいずれも届出をしていない
⑦行っている診療内容 ※あてはまるものすべてに○	1. 一般外来歯科診療　2. 歯科訪問診療 3. 著しく歯科診療が困難な患者への歯科診療（基本診療料に係る「歯科診療特別対応加算」の算定対象となるもの、以下、「特別対応が必要な患者の歯科医療」） 4. 入院歯科診療 5. その他（具体的に　　）

⑧歯科ユニット台数		（　　）台			
		2011 年（平成 23 年）9 月 30 日		2012 年（平成 24 年）9 月 30 日	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
⑨職員数（常勤換算）	1）歯科医師	人	人	人	人
	2）歯科衛生士	人	人	人	人
	3）歯科技工士	人	人	人	人
	4）その他の医療職（有資格者）	人	人	人	人
	5）その他（助手、事務職員等）	人	人	人	人
	6）合計	人	人	人	人

※診療所、口腔保健センター、障害者歯科医療センター、障害者施設内歯科診療所は「施設単位」で、病院歯科及び歯科大学・歯学部附属病院は「診療科」単位でご記入ください。

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第 1 位までお答えください。

■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．貴施設における特別対応が必要な患者の歯科医療の状況についてお伺いします。

①特別対応が必要な患者の歯科医療を行っていますか。　※○は 1 つだけ	1. 行っている　　2. 行っていない→質問⑦へ
②特別対応が必要な患者に対する歯科医療を開始したのはいつですか。	西暦（　　）年（　　）月
③特別対応が必要な患者に対する歯科医療のための専用の歯科ユニットがありますか。　※○は 1 つだけ	1. ある（　　台）　　2. ない
④特別対応が必要な患者に対する歯科医療を行う上で必要となる装置・器具は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 自動体外式除細動器（AED） 2. 経皮的酸素飽和濃度測定器（パルスオキシメーター） 3. 人工呼吸・酸素吸入用酸素 4. 救急蘇生セット 5. 薬剤（造影剤・麻酔薬を除く） 6. その他（具体的に　　）
⑤上記④の装置・器具を使用しての治療を行った症例はありますか。　※○は 1 つだけ	1. ある　　2. ない→質問⑥へ
⑤-1 装置・器具を使用しての治療を行った具体的な症例をご記入ください。	

⑥特別対応が必要な患者に対する歯科医療を開始する際に新たに対応をしたものはありますか。 ※○は１つだけ	1. ある　　2. ない→質問⑦へ
⑥-1 新たに対応をしたものは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科医師を増員した 2. 歯科衛生士を採用・増員した 3. 看護補助者などを採用・増員した 4. 特別対応が必要な患者に対する歯科医療に関する研修に参加した 5. 適切にコミュニケーションをとるための道具の用意や研修に参加した 6. 緊急事態に対応するため、医科の医療機関との連携を開始した 7. 自動体外式除細動器（AED）や経皮的酸素飽和濃度測定器（パルスオキシメーター）などの医療機器を整備した 8. 静脈内鎮静法を実施するための機器等を整備した 9. 吸入鎮静法を実施するための機器等を整備した 10. 治療スペースの確保やバリアフリー化など施設を整備した 11. その他（具体的に　　）

⑦2011 年（平成 23 年）、2012 年（平成 24 年）の 8 月、9 月における各月の 1 か月間の**歯科外来患者総数（当月の初診患者と再診患者の延べ人数）**をご記入ください。

注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。

2011 年（平成 23 年）		2012 年（平成 24 年）	
8 月	9 月	8 月	9 月
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑧2011 年（平成 23 年）、2012 年（平成 24 年）の 8 月、9 月における各月の 1 か月間のそれぞれの**算定患者延べ人数**をご記入ください。　注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。

	2011 年（平成 23 年）		2012 年（平成 24 年）	
	8 月	9 月	8 月	9 月
1）[2012 年（平成 24 年）3 月まで] 障害者加算 [2012 年（平成 24 年）4 月から] 歯科診療特別対応加算	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
2）[2012 年（平成 24 年）3 月まで] 障害者歯科医療連携加算 [2012 年（平成 24 年）4 月から] 歯科診療特別対応連携加算	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
3）初診時歯科診療導入加算	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
4）初診時乳幼児加算	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
5）歯科衛生実地指導料２	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
6）診療情報提供料Ⅰ	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
7）歯科診療特別対応地域支援加算			（　　）人	（　　）人

⑧-1 上記⑧で 2012 年（平成 24 年）8 月、9 月の各 1 か月間の算定患者延べ人数がいずれも「0 人」だった項目について、その理由をそれぞれお選びください。※太線枠内のあてはまる数字すべてに○

	該当するケースがない	項目の内容がよく分からない	歯科衛生士を確保することができない	歯科衛生士以外の医療スタッフが不足している	医療スタッフの教育・研修が不十分なため実施することができない	患者の安全を確保するための機器・設備・装置を整えることができない	施設基準や算定要件等を満たすことができない	その他
1）[2012 年（平成 24 年）3 月まで] 障害者加算 [2012 年（平成 24 年）4 月から] 歯科診療特別対応加算	1	2	3	4	5	6	7	8
2）[2012 年（平成 24 年）3 月まで] 障害者歯科医療連携加算 [2012 年（平成 24 年）4 月から] 歯科診療特別対応連携加算	1	2	3	4	5	6	7	8
3）初診時歯科診療導入加算	1	2	3	4	5	6	7	8
4）初診時乳幼児加算	1	2	3	4	5	6	7	8
5）歯科衛生実地指導料２	1	2	3	4	5	6	7	8
6）診療情報提供料Ⅰ	1	2	3	4	5	6	7	8
7）歯科診療特別対応地域支援加算	1	2	3	4	5	6	7	8

	8 月	9 月
⑨2012 年（平成 24 年）の 8 月、9 月における各 1 か月間の**歯科診療特別対応加算算定患者実人数**をご記入ください。 注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。	（　　）人	（　　）人
⑩2012 年（平成 24 年）の 8 月、9 月における各 1 か月間の診療情報提供料Ⅰのうち、歯科診療特別対応加算を算定した患者について、一般の歯科診療所に対して診療状況を示す文書を添えて紹介した患者数をご記入ください。 注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。	（　　）人	（　　）人

⑪歯科診療特別対応加算を算定した患者について、患者数が最も多い状態は次のうちどの状態の患者でしょうか。　※○は 1 つだけ

1. 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
2. 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
3. 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
4. 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、歯科医療において家族等の援助を必要とする状態
5. その他（具体的に　　）

⑫来院する患者に対する最も多い治療状況は次のうちどの治療でしょうか。 ※○は１つだけ
1. 鎮静法等を用いない治療 2. 鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応した治療 3. 静脈内鎮静法や吸入鎮静法等を用いた治療 4. 全身麻酔を用いた歯科治療 5. その他（具体的に　　）

⑬1 人の患者を治療する際に必要となる歯科医師を含む医療職の人数は何人ですか。最も多いものを１つだけお答えください。 ※○は１つだけ	1. １人　2. ２人 3. ３人　4. ４人以上

⑭特別対応が必要な患者に対する診療において、歯科医師を含む医療職の人数が多く必要となる症例を具体的にご記入ください。

３．特別対応が必要な患者の歯科医療における連携状況についてお伺いします。

①特別対応が必要な患者の歯科医療を実施する上で、貴施設が連携している保険医療機関を「通常時」と「緊急時」のそれぞれについてお答えください。 ※あてはまるものすべてに○	通常時	緊急時
1）他の歯科診療所	1	1
2）病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）	2	2
3）歯科大学病院もしくは歯学部附属病院	3	3
4）医科の診療所	4	4
5）病院の医科の診療科（救急医療機関を除く）	5	5
6）病院（救急医療機関）	6	6
7）口腔保健センター、障害者歯科医療センター	7	7
8）療育センター等	8	8
9）連携している施設はない	9	9
10）その他（具体的に　　）	10	10

②緊急時の連絡方法として患者にどのように対応していますか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 貴施設の電話番号を通知 2. 貴施設の医師の電話番号を通知 3. 連携医療機関の電話番号を通知 4. 特に連絡方法を通知していない 5. その他（具体的に　　）
③特別対応が必要な患者の緊急時の対応はどのようにしていますか。 ※○は１つだけ	1. 夜間、緊急時のいずれも対応している 2. 夜間（時間外）は対応していないが、時間内の緊急時は対応している 3. 夜間（時間外）は対応しているが、時間内の緊急時は対応していない 4. 夜間、緊急時のいずれも対応していない 5. その他（具体的に　　）

④特別対応が必要な患者について、上記①の他施設と連携して対応した事例はありますか。(平成 24 年４月以降) ※○は１つだけ	1. ない 2. ある 〔連携した事例を具体的にお書きください。〕
⑤連携している医療機関があることを、患者に対してはどのようにお知らせしていますか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している 2. ホームページで告知している 3. 関係施設にリーフレットを置いている 4. その他（具体的に　　）
⑥特別対応が必要な患者に対して、他の医療機関等と連携していることでどのような効果がありましたか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 患者急変時に受け入れてもらうことができるため安心して診療できた 2. 夜間・休日における診療の負担が軽減された 3. 患者や家族の不安感がなくなった 4. その他（具体的に　　） 5. 特に効果はない
⑦各機関との連携を推進する上での課題は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 特別対応が必要な患者の歯科医療が知られていない 2. 相談窓口や治療に関する情報が不足している 3. 特別対応が必要な患者に対応できる設備が整っている施設が少ない 4. 連携する医療機関の間で患者の情報が共有化されていない 5. 緊急時に連絡することができる医療機関がない 6. 連携する機関間での役割（責任・権限など）が明確でない 7. その他（具体的に　　）
⑧平成 24 年度診療報酬改定で、「障害者加算」が「歯科診療特別対応加算」に変更されましたが、このことによる影響はありますか。 ※○は１つだけ	1. なかった 2. あった 〔影響を具体的にご記入下さい。〕

４．貴施設における歯科診療特別対応連携加算の届出状況等についてお伺いします。

①2012 年（平成 24 年）9 月現在「歯科診療特別対応連携加算」の施設基準の届出をしていますか。　※○は１つだけ	1. 届出をしている→質問①-1 へ 2. 届出をしていない→質問②へ
①-1 「歯科診療特別対応連携加算」の施設基準の届出時期はいつですか。	西暦（　　）年（　　）月
①-2 「歯科診療特別対応連携加算」の施設基準を満たしていることを患者に周知していますか。 ※○は１つだけ	1. 周知している 2. 周知していない→5. 質問①へ
①-3 どのように患者に周知していますか。 ※あてはまるものすべてに○	1. 診察室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している 2. ホームページで告知している 3. 関係施設にリーフレットを置いている 4. その他（具体的に　　） （→7ページの5. 質問①へ）
②今後「歯科診療特別対応連携加算」の届出をする予定はありますか　※○は１つだけ	1. ある→５．質問①へ　　2. ない→質問③へ

③「歯科診療特別対応連携加算」の届出をしない理由又はできない理由は何ですか。※あてはまるものすべてに○

1. 歯科診療特別対応加算を算定した外来患者が月平均 20 人未満である
2. 必要な器具（自動体外式除細動器（AED)、経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター)、酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの)、救急蘇生セット（薬剤を含む)）を準備できない
3. 医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る）との連携体制が確保できない
4. その他（具体的に　　）

５．歯科診療特別対応連携加算による効果についてお伺いします。

①歯科診療特別対応連携加算によって、歯科医療機関や特別対応が必要な患者の歯科医療を行う上でどのような効果があると考えられますか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）患者のう蝕や歯周疾患が重症化しなくなった	5	4	3	2	1
2）特別対応が必要な患者への歯科医療に係る体制を整備しやすくなった	5	4	3	2	1
3）他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
4）患者のＱＯＬが向上したように感じる	5	4	3	2	1
5）患者の家族の安心感が増したように感じる	5	4	3	2	1
6）その他（具体的に　　）	5	4	3	2	1

【すべての施設の方にお伺いします】

６．特別対応が必要な患者への歯科医療を実施する上での貴施設における課題についてお伺いします。

①特別対応が必要な患者を受け入れる上でどのような課題がありますか。　※あてはまるものすべてに○

1. 全身状態の管理が必要になる
2. 診療への協力が得られにくい
3. 診療に時間がかかる
4. 特殊な設備が必要になる
5. 医療職の負担が大きい
6. 医療職の人数が足りない
7. 予約の調整が難しい
8. 採算が合いにくい
9. 地域のニーズが少ない
10. 施設のバリアフリー化が必要になる
11. その他（　　）
12. 特にない

7．診療報酬の基本診療料（初診料）の「歯科診療特別対応加算」の対象とならない患者の治療についてお伺いします。

①貴施設では、2012 年（平成 24 年）4 月以降、診療報酬の基本診療料（初診料）の「歯科診療特別対応加算」の対象とはならないが、特別対応が必要となる患者の治療を行っていますか。　※○は 1 つだけ	1. 行っている 2. 行っていない

②診療報酬の基本診療料（初診料）の「歯科診療特別対応加算」の対象とならないが、特別対応が必要な患者の治療を行う上で、お困りになっている点があればご記入ください。

8．特別対応が必要となる患者の歯科医療の問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

歯科医療に関するアンケート調査（案）

O. 最初に、この調査票のご記入者についておうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方でしょうか。

1. 本人もしくは家族の方の代筆
2. 本人以外の家族等（具体的に：患者の（　　））
3. 医療・介護関係者（具体的に　　）

1. <u>患者さん（本日受診した方）</u>について、おたずねします。

① 性別	1. 男性　2. 女性	② 年齢	（　　）歳
③お住まい		（　　）都・道・府・県	

④ 障害者手帳をお持ちですか。※○は１つ

1. 持っている　2. 申請中→④－１へ　3. 持っていない→⑤へ

【④で「1. 持っている」「2. 申請中」とご回答いただいた方のみお答えください。】
→④－１ お持ちの手帳（申請中の手帳）の種類は何ですか。※○は１つ

1. 身体障害者手帳（　　）級
2. 療育手帳（　　）度
3. 精神障害者保健福祉手帳（　　）級

⑤ 介護保険を利用していますか。※○は１つ

1. 利用している　2. 利用していない→２．①へ

【⑤で「1. 利用している」とご回答いただいた方のみお答えください。】
⑤－１ 要介護度はどのようになっていますか。※○は１つ

1. 要支援１	2. 要支援２	3. 要介護１
4. 要介護２	5. 要介護３	6. 要介護４
7. 要介護５	8. 申請中	

【すべての方がお答えください。】

2. 本日<u>受診した歯科医療機関</u>について、おたずねします。

① 本日受診した歯科医療機関を利用し始めてからどのくらいですか。※○は１つ

1. 今回がはじめて	2. 利用し始めてから１か月以内
3. 利用し始めてから３か月以内	4. 利用し始めてから６か月以内
5. 利用し始めてから１年以内	6. 利用し始めてから（　　）年くらい
7. 覚えていない	8. その他（具体的に　　）

②どのくらいの頻度で受診していますか。※○は１つ

1. 今回がはじめて	2. １週間に１度
3. １か月に２～３度	4. １か月に１度
5. ２～３か月に１度	6. 決まっていない
7. わからない・わすれた	8. その他（具体的に　　）

③ 本日受診した歯科医療機関は次のうちどれですか。※○は１つ

1. 診療所（「～診療所」「～クリニック」「～医院」などとなっています）
2. 病院歯科（「～病院」となっています。大学歯学部附属病院・歯科大学病院は除く）
3. 大学歯学部附属病院や歯科大学病院
4. その他（具体的に　　）

④ 本日受診した歯科医療機関をどのように知りましたか。※○は１つ

1. 他の歯科医療機関からの紹介
2. 歯科でない病院・診療所からの紹介
3. 地区の口腔保健センターなどからの紹介
4. 市役所・町村役場からの紹介
5. 歯科医師会の広報を見て
6. 家族や友人・知人などからの口コミ・紹介
7. ホームページなどで、自分自身で探した
8. その他（具体的に　　）

⑤ 本日受診した歯科医療機関を選んだ理由は何ですか。※あてはまるものすべてに○

1. 家の近くで受診することができるから
2. 専門性が高い歯科治療を受けることができるから
3. 医科の保険医療機関と連携しているから
4. 全身麻酔での治療が必要な場合があり他の歯科医療機関では治療を受けられないから
5. コミュニケーションや治療などを特別に工夫してくれるから
6. その他（具体的に　　）

3. 本日受けた歯科診療について、おたずねします。

① 本日はどのような診療を受けましたか。※あてはまるものすべてに○

1. 診察のみ（治療を受けるための練習も含みます）
2. 入れ歯の製作や調整
3. 冠を被せる治療やブリッジの治療
4. むし歯の治療や歯の根の治療
5. 歯周病（歯槽のうろう）の治療
6. 歯を抜いた
7. 口腔衛生指導（歯みがきの方法、口の中の病気などの対応方法の指導）
8. 食べ方・飲み方の訓練（お口のリハビリ）・指導
9. その他（具体的に　　）

② 診療にあたった歯科医師とスタッフの人数は合計何人でしたか。※○は１つ

1. １人	2. ２人	3. ３人
4. ４人	5. ５人以上	6. わからない・わすれた

③ 診療を受けてどのように感じましたか。※○は１つ

1. とても満足している	2. 満足している	3. どちらでもない
4. 不満である	5. とても不満である	

④ 上記③でお答えいただいた理由を具体的にお書きください。

4. 歯科診療全般について、おたずねします。

① 治療の際の歯科医師やスタッフ等からの治療等に関する説明に満足していますか。
※○は１つ

1. とても満足している	2. 満足している	3. どちらでもない
4. 不満である	5. とても不満である	

② 治療にあたった歯科医師やスタッフのコミュニケーションや治療等への配慮に満足していますか。※○は１つ

1. とても満足している	2. 満足している	3. どちらでもない
4. 不満である	5. とても不満である	

③ 今後、歯科医療を受けるにあたり、どのようなことを望みますか。
※あてはまるものすべてに○

1. どこの歯科保険医療機関でも安心して診療が受けられる環境
2. 専門性の高い歯科保険医療機関で安心して診療が受けられる環境
3. 治療器具や設備等が充実した環境
4. 治療に要する人員が充実した環境
5. 緊急時や夜間に診療を受けられる環境
6. 患者の全身状況や周囲が患者の状態を理解する環境
7. その他（具体的に　　）

5. 歯科医療を受ける上で、お困りになっていることやご要望などがございましたら、お書きください。

ご協力いただき、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れて、お近くのポストに<u>●月●日（●）まで</u>に投函してください。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

歯科医療に関する意向調査　調査票(案)

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	(　　)
ご回答者名	(　　)

※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における歯科訪問診療や特別対応が必要な患者の歯科医療に関する実施意向や課題等についてお伺いするものです。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、(　　)内には具体的な数値、用語等をご記入ください。(　　)内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※特に断りのない場合は、2012 年(平成 24 年)9 月 30 日時点在の状況についてご記入ください。

１．貴施設の基本情報についてお伺いします。

①開設主体 ※○は 1 つだけ	1. 個人　2. 法人　3. その他(　　)
②施設開設時期	西暦(　　)年(　　)月頃
③標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科　2. 矯正歯科　3. 小児歯科　4. 歯科口腔外科
④医科の医療機関との併設状況 ※○は 1 つだけ	1. 併設している　2. 併設していない
⑤同一法人・関連法人による施設・事業所の有無 ※○は 1 つだけ	1.ある　2. ない
⑤-1 同一法人・関連法人による施設・事業所 ※あてはまるものすべてに○	1. 病院歯科(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) 2. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 3. 歯科技工所　4. 医科の診療所 5. 医科の病院　6. 介護関係施設 7. その他(具体的に　　)
⑥施設基準(届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科外来診療環境体制加算　2. 歯科治療総合医療管理料 3. 上記の 1.～2.のいずれも届出をしていない
⑦歯科ユニット台数	(　　)台

		常勤	非常勤
⑧職員数（常勤換算）	1）歯科医師	（　　）人	（　　）人
	2）歯科衛生士	（　　）人	（　　）人
	3）歯科技工士	（　　）人	（　　）人
	4）その他の医療職（有資格者）	（　　）人	（　　）人
	5）その他（助手、事務職員等）	（　　）人	（　　）人
	6）合計	（　　）人	（　　）人

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第１位までお答えください。
■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．貴施設における歯科訪問診療の実施状況についてお伺いします。

①2012 年（平成 24 年）9 月現在、貴施設では歯科訪問診療を実施していますか。 ※○は 1 つだけ

1. 実施している　**→質問④へお進みください**
2. 今後、実施したいと考えている
3. 実施していたが、今はしていない
4. 実施していない

②貴施設が歯科訪問診療を実施していないのはなぜですか。※あてはまるものすべてに○

1. 歯科訪問診療の要請がない
2. 歯科訪問診療を行うために歯科衛生士を確保することが難しい
3. 歯科訪問診療を行うための歯科医師以外の医療スタッフ（歯科衛生士を除く）を確保することが難しい
4. 歯科訪問診療用の装置・器具の購入にコストがかかる
5. 医療保険請求の手続きが煩雑である
6. 介護保険の請求方法がよくわからない
7. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい
8. 一般外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい
9. 歯科訪問診療を行うのは効率が悪い
10. 歯科訪問診療を行うことに対して不安がある
11. 歯科訪問診療を行うための体力がない.
12. 歯科訪問診療を積極的に行っている別の歯科医療機関が地域にある
13. その他（具体的に　　）

③どのような環境が整えば歯科訪問診療をはじめてもよいとお考えになりますか。※あてはまるものすべてに○

1. 研修受講に関する支援
2. 診療報酬上のより一層の評価
3. 歯科衛生士の紹介
4. 歯科訪問診療に適した装置・器具を揃えるための支援
5. 他機関・他職種との連携するための支援
6 その他（具体的に　　）

④次の算定項目について「④-1 認知度」、知っている場合は「④-2 算定状況」を、算定をしていない場合は「④-3 算定できる環境は整っているか」についてお答えください。 ※○はそれぞれ１つだけ

	④-1 認知度		④-2 算定状況		④-3 算定できる環境は整っているか	
	知らない	知っている	算定している	算定していない	環境は整っている	環境は整ってない
1）歯科訪問診療料１	1	2 →	1	2 →	1	2
2）歯科訪問診療料２	1	2 →	1	2 →	1	2
3）周術期口腔機能管理料（Ⅰ） ※歯科がない病院に対して訪問診療を行った場合に当該管理料を算定したケースに限る。	1	2 →	1	2 →	1	2
4）歯科疾患在宅療養管理料	1	2 →	1	2 →	1	2
5）口腔機能管理加算（歯科疾患在宅療養管理料の加算）	1	2 →	1	2 →	1	2
6）訪問歯科衛生指導料	1	2 →	1	2 →	1	2
7）在宅患者歯科治療総合管理料	1	2 →	1	2 →	1	2
8）在宅患者等急性歯科疾患対応加算	1	2 →	1	2 →	1	2
9）緊急歯科訪問診療加算	1	2 →	1	2 →	1	2
10）歯科訪問診療補助加算	1	2 →	1	2 →	1	2
11）地域医療連携体制加算	1	2 →	1	2 →	1	2
12）居宅療養管理指導費（歯科医師が行う場合）［介護保険］	1	2 →	1	2 →	1	2
13）居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）［介護保険］	1	2 →	1	2 →	1	2

３．歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

４．貴施設における特別対応が必要な患者の歯科医療に関する実施状況についてお伺いします。

①2012 年（平成 24 年）9 月現在、貴施設では特別対応が必要な患者の歯科医療を実施していますか。
※○は１つだけ

1. 実施している →質問④へお進みください
2. 今後、実施したいと考えている
3. 実施していたが、今はしていない
4. 実施していない

※特別対応が必要な患者とは、「歯科診療特別対応加算」の対象となる患者を指します。

②貴施設が特別対応が必要な患者の歯科医療を実施していないのはなぜですか。 ※あてはまるものすべてに○

1. 自院の医療スタッフが不足している
2. 特別対応が必要な患者の歯科医療の要請がない
3. 特別対応が必要な患者の歯科医療の評価が低い
4. 医療保険請求の手続きが煩雑である
5. 特別対応が必要な患者の歯科医療を行うことに対して不安がある
6. 特別対応が必要な患者の歯科医療を積極的に行っている医療機関が地域にある
7. 特別対応が必要な患者の歯科医療に必要な装置・器具の購入にコストがかかる
8. その他（具体的に　　）

③どのような環境が整えば特別対応が必要な患者の歯科医療をはじめてもよいとお考えになりますか。
※あてはまるものすべてに○

1. 研修受講に関する支援　　2. 診療報酬上のより一層の評価
3. 歯科衛生士の紹介
4. 特別対応が必要な患者の歯科医療に適した装置・器具を揃えるための支援
5. その他（具体的に　　）

④次の算定項目について「④-1 認知度」、知っている場合は「④-2 算定状況」を、算定をしていない場合は「④-3 算定できる環境は整っているか」についてお答えください。　※○はそれぞれ 1 つだけ

	④-1 認知度		④-2 算定状況		④-3 算定できる環境は整っているか	
	知らない	知っている	算定している	算定していない	環境は整っている	環境は整っていない
1）［2012 年（平成 24 年）3 月まで］障害者加算 ［2012 年（平成 24 年）4 月から］歯科診療特別対応加算	1	2 →	1	2 →	1	2
2）［2012 年（平成 24 年）3 月まで］障害者歯科医療連携加算 ［2012 年（平成 24 年）4 月から］歯科診療特別対応連携加算	1	2 →	1	2 →	1	2
3）初診時歯科診療導入加算	1	2 →	1	2 →	1	2
4）初診時乳幼児加算	1	2 →	1	2 →	1	2
5）歯科衛生実地指導料２	1	2 →	1	2 →	1	2
6）診療情報提供料Ⅰ	1	2 →	1	2 →	1	2
7）歯科診療特別対応地域支援加算	1	2 →	1	2 →	1	2

⑤「歯科診療特別対応地域支援加算」についてお伺いします。

【算定している施設の方】
⑤-1 2012 年（平成 24 年）8 月、9 月における各 1 か月間の「歯科診療特別対応地域支援加算」の算定人数をご記入ください。
注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。

8 月	9 月
（　　）人	（　　）人

【算定している施設の方】
⑤-2 歯科診療特別対応地域支援加算を算定した患者の診療や紹介元の歯科医療機関との連絡は円滑に行われましたか。

1. 円滑に行われた
2. 円滑に行われなかった
3. どちらともいえない

} 理由を具体的にご記入ください。

【算定していない施設の方】
⑤-3 算定できなかった理由を具体的にご記入ください。

5．特別対応が必要な者の歯科医療を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「在宅歯科医療の実施状況調査」へのご協力のお願い（案）

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現の見直しや歯科訪問診療料の評価の見直し、歯科訪問診療補助加算の新設など、在宅歯科医療のより一層の推進を目的とした改定が行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度診療報酬改定による影響等を検証するために、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている歯科診療所とその患者の方を対象に、在宅歯科医療の実施状況や体制整備の状況、今後の課題、意識等の把握を主な目的として、「在宅歯科医療の実施状況調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。また、昨年度に引き続き本調査の対象となりました歯科保険医療機関の皆様には、再度のお願いとなり大変恐縮でございますが、本調査につきましても重ねてご協力の程お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年 10 月●日（●）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-＊＊＊＊（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-＊＊＊＊

平成 24 年 10 月

各位

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「在宅歯科医療の実施状況調査（患者調査）」への ご協力のお願い（案）

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成２４年４月診療報酬改定では、在宅歯科医療のより一層の推進を目的とした診療報酬の見直しが行われました。この改定の影響や効果を検証するため、この度、厚生労働省では、「在宅歯科医療の実施状況調査（患者調査)」を行うこととしました。

本調査は、在宅歯科医療について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を今後の医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

・ この調査は、歯科訪問診療を受けた患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

平成 24 年 10 月●日（●）までに、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号１つだけに○をつけてください。
・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

なお、本調査は、平成２４年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成２４年度調査）事業について厚生労働省から委託を受けた三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社が、この事業を実施し、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施いたします。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、歯科医師等に開示されることはございません。

（→裏面へ続きます）

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）

E-mail：＊＊＊＊@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-＊＊＊＊（受付時間：10:00～17:00）
※ただし、土日・祝日は除きます。
FAX：03-6733-＊＊＊＊

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「特別対応が必要な患者の歯科医療の実施状況調査」への ご協力のお願い（案）

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、「障害者加算」が「歯科診療特別対応加算」と名称が見直された他、「歯科診療特別対応地域支援加算」が新設されるなど、著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科医療の充実を目的とした改定が行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科診療を実施している歯科保険医療機関とその患者の方を対象に、実施状況や体制整備の状況、今後の課題、意識等の把握を主な目的として、「特別対応が必要な患者の歯科医療の実施状況調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。また、昨年度に引き続き本調査の対象となりました歯科保険医療機関の皆様には、再度のお願いとなり大変恐縮でございますが、本調査につきましても重ねてご協力の程お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社

平成 24 年 10 月●日（●）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-＊＊＊＊（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-＊＊＊＊

平成 24 年 10 月

各位

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「歯科医療に関するアンケート調査」への ご協力のお願い（案）

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成２４年４月診療報酬改定では、生活の質に配慮した歯科医療の充実を目的とした診療報酬の見直しが行われました。この改定の影響や効果を検証するため、この度、厚生労働省では、「歯科医療に関するアンケート調査」を行うこととしました。

本調査は、歯科医療について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を今後の医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

・ この調査は、歯科保険医療機関を受診した患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

平成 24 年 10 月●日（●）までに、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号１つだけに○をつけてください。
・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

なお、本調査は、平成２４年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成２４年度調査）事業について厚生労働省から委託を受けた三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社が、この事業を実施し、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施いたします。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、歯科医師等に開示されることはございません。

（→裏面へ続きます）

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）

E-mail：＊＊＊＊@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-＊＊＊＊（受付時間：10:00～17:00）
※ただし、土日・祝日は除きます。
FAX：03-6733-＊＊＊＊

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「歯科医療に関する意向調査」へのご協力のお願い（案）

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現の見直しや歯科訪問診療料の評価の見直し、歯科訪問診療補助加算の新設など、在宅歯科医療のより一層の推進を目的とした改定が行われました。また、「障害者加算」が「歯科診療特別対応加算」と名称が見直された他、「歯科診療特別対応地域支援加算」が新設されるなど、著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科医療の充実を目的とした改定もあわせて行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、歯科保険医療機関を対象に、在宅歯科医療及び特別対応が必要な患者の歯科医療に関する今後の意向や課題等の把握を主な目的として、「歯科医療に関する意向調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年 10 月●日（●）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-＊＊＊＊（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-＊＊＊＊

「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

○ 院内感染防止対策の実施状況の把握
○ 医療安全対策の実施状況の把握
○ 患者サポート体制、相談支援体制の実施状況の把握
○ 入院基本料等加算の簡素化に関する影響等の把握
○ 有床診療所の療養病床における療養環境整備の状況と今後の予定の把握

＜調査のねらい＞

・ 院内感染防止対策部門の体制の把握
・ 院内感染防止対策における他医療機関との連携状況・効果・課題等の把握
・ 患者サポート体制の把握
・ 患者相談支援業務の実施状況・効果・課題等の把握
・ 医療機関における患者相談支援業務に対する患者の意識等の把握
・ 有床診療所における栄養管理・褥瘡対策に関する取組状況等の把握
・ 有床診療所療養病床における療養環境整備の状況・今後の課題等の把握　／等

■ 調査対象

①医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査

・ 「感染防止対策加算１・２」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為抽出した施設（病院）を本調査の対象とする。調査客体数は 1,500 施設とする。

②医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査

・ 上記①の対象施設において、調査期間中に患者相談窓口を利用した患者を本調査の対象とする。
・ 調査期間中に患者相談窓口を利用した患者、利用順に 6 名を対象とする。最大客体数は 9,000 人（6 人／施設×1,500 施設=9,000 人）となる。

③入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査

・ 有床診療所入院基本料または有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出のある施設の中から無作為抽出した 1,000 施設を本調査の対象とする。

④療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査

・ 「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出施設（悉皆）、及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出のある施設のうち「診療所療養病床療養環境加算」の届出の

ない施設を本調査の対象とする。

■調査方法

- 施設調査については、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- 患者調査については、施設調査対象施設を通じて患者に調査票を配布し、事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で回収する。

■ 調査項目（調査票案 参照）

■ 調査スケジュール（案）

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査 調査票（案）

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

※この調査票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における院内感染防止対策の実施状況や患者サポート体制に関する取組状況、課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

１．貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者 ※○は１つだけ	1. 国　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体 5. 医療法人　6. 個人　7. 学校法人　8. その他の法人
②病院種別 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院　2. 地域医療支援病院 3. がん診療連携拠点病院　4. 臨床研修指定病院
③ＤＰＣ対応 ※○は１つだけ	1. ＤＰＣ対象病院Ⅰ群　2. ＤＰＣ対象病院Ⅱ群 3. ＤＰＣ対象病院Ⅲ群　4. ＤＰＣ準備病院 5. 対応していない
④第三者評価の認定 ※あてはまる番号すべてに○	1. 病院機能評価→Ver.（　　） 2. ISO9001 認証 3. その他の第三者評価（具体的に　　） 4. 第三者評価の認定を受けていない（具体的に検討中・準備中） 5. 第三者評価の認定を受けていない（予定もない）

⑤貴施設の職員数（常勤、非常勤別）をお書きください。

	医師 歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	放射線 技師	臨床検 査技師	臨床工 学技師	その他	病院 全体
1）常勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人
2）非常勤 （常勤換算で）	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※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、小数点以下第１位までお答えください。

■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）

⑥貴施設の 1）病床数、2） 1 日平均入院患者数（小数点以下第 1 位まで）をお書きください。					
	一般病床	療養病床	精神病床	その他の病床	病院全体
1）許可病床数（医療法）	床	床	床	床	床
2） 1 日平均入院患者数	人	人			人

2．貴施設における院内感染防止対策の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設における「感染防止対策加算」の施設基準の届出状況 ※○は 1 つだけ	1. 感染防止対策加算 1 2. 感染防止対策加算 2 3. 届出をしていない→質問②へ
①-1 上記①の加算の届出時期	平成 24 年（ ）月
①-2 平成 24 年 9 月 1 か月間の感染防止対策加算の算定件数	（ ）件

②貴施設では、院内感染防止対策にどのように取り組んでいますか。※○は 1 つだけ

1. 医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置している
   →設置時期：平成（ ）年（ ）月 →質問③へ
2. 医療安全管理部門が感染制御チーム（感染防止対策部門）としても機能している→質問③へ
3. 感染防止対策を担当する部門（チーム）はない→質問⑦へ
4. その他（具体的に ）→質問⑦へ

③感染制御チーム（感染防止対策部門）の職種別人数を専従・専任別にお書きください。

	専従	専任（兼任）
1）医師・歯科医師（感染症対策の経験：3 年以上）	人	人
2）医師・歯科医師（感染症対策の経験：3 年未満）	人	人
3）保健師・助産師・看護師（感染管理に従事した経験：5 年以上）	人	人
4）保健師・助産師・看護師（感染管理に従事した経験：5 年未満）	人	人
5）薬剤師（病院勤務経験：3 年以上）	人	人
6）薬剤師（病院勤務経験：3 年未満）	人	人
7）臨床検査技師（病院勤務経験：3 年以上）	人	人
8）臨床検査技師（病院勤務経験：3 年未満）	人	人
9）その他の医療職	人	人
10）その他（ ）	人	人
11）合計	人	人
③-1 上記のうち、日本看護協会認定の感染管理認定看護師の資格を有する者	人	人

④感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、以下のようなことは効果としてあてはまりますか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）院内感染発生率が低下した	5	4	3	2	1
2）院内感染の拡大を防ぐことができた	5	4	3	2	1
3）抗菌薬の適正使用が進んだ	5	4	3	2	1
4）職員の感染防止対策の知識や意識が向上した	5	4	3	2	1
5）職員による院内感染防止の取組が徹底して行われるようになった	5	4	3	2	1
6）感染防止対策上有効な環境の整備が進んだ	5	4	3	2	1
7）職員の職業感染（針刺しなど）が減少した	5	4	3	2	1
8）感染発生や感染防止対策に関する情報が感染制御チーム（感染防止対策部門）に一元化されるようになった	5	4	3	2	1

⑤上記以外に感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、効果があれば具体的にご記入ください。

⑥貴施設では、院内感染防止対策について他の医療機関との相互チェック等連携した取組を行っていますか。※○は1つだけ	1. 行っている 2. 行っていない→質問⑦へ

⑥-1　感染防止対策における他の医療機関との相互チェック等の取組についてお伺いします。

1）貴施設で、相互チェック等の取組を開始した時期はいつですか。 ※○は1つだけ	1. 平成22年3月以前 2. 平成22年4月～平成24年3月 3. 平成24年4月以降
2）感染防止対策において連携している医療機関数	（　　）
3）2）のうち、貴施設が現地に赴いて評価を行う連携医療機関数	（　　）
4）2）のうち、貴施設の評価を行う連携医療機関数	（　　）
5）平成24年4月～9月の半年間に貴施設が現地に赴いて評価を行った医療機関数と実施回数（実績）	医療機関数：（　　） 実施回数（累計）：（　　）回
6）平成24年4月～9月の半年間に貴施設の院内感染防止対策を評価しに訪れた医療機関数と実施回数（実績）	医療機関数：（　　） 実施回数（累計）：（　　）回
7）平成24年4月～9月の半年間に開催した合同の定期カンファレンスの回数（実績）	（　　）回
8）「感染防止対策地域連携加算」の届出状況の有無　※○は1つだけ	1. あり　　2. なし

⑥-2　他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことで、感染防止対策上の効果がありましたか。※○は 1 つだけ

1. 大きな効果があった　　2. 効果があった　　3. 効果がほとんどなかった
4. 効果がまったくなかった　　5. 何ともいえない

⑥-3　他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組む上でどのような課題がありますか。

⑦抗菌薬の適正使用を図るため、貴施設ではどのような取組を行っていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. 院内で使用しているクリティカルパスに抗菌薬の使用について明記
2. 抗菌薬の血中濃度測定とそれに基づく適正な投与設計
3. 抗菌薬の使用に関する届出制の採用
4. 耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携
5. その他（具体的に　　）
6. 特に行っていない

⑧貴施設では、誰が中心となって抗菌薬の適正使用のための取組を進めていますか。※○は 1 つだけ

1. 感染症専門医　　2. 医師（上記 1.以外）　　3. 歯科医師　　4. 感染症専門看護師
5. 看護師（上記 4.以外）　　6. 感染症薬剤師　　7. 薬剤師（上記 6.以外）
8. 臨床検査技師　　9. その他医療職　　10. 事務職員
11. その他（具体的に　　）

⑨現在、貴施設が行っている院内の感染対策サーベイランスは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 外科手術部位感染サーベイランス
2. 血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス
3. 人工呼吸器関連肺炎サーベイランス
4. 尿道留置カテーテル関連尿路感染サーベイランス
5. 薬剤耐性菌サーベイランス
6. その他（具体的に　　）
7. 感染対策サーベイランスを実施していない

⑩現在、貴施設では厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業に参加していますか。※○は 1 つだけ

1. 参加している　　2. 参加していない

⑪上記⑩以外で貴施設が参加している院外の感染対策サーベイランス事業があれば、具体的にお書きください。

⑫平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、貴施設で実施した院内感染防止対策のための講習会の開催数と参加者数をお答えください。

	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1）講習会の開催回数	（　　）回	（　　）回
2）講習会の延べ参加者数	（　　）人	（　　）人

⑬平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、貴施設で院内感染防止対策のための講習に参加した職種としてあてはまる番号に○をつけてください。

	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1）感染症専門医	1	1
2）医師（上記 1）以外）	2	2
3）歯科医師	3	3
4）感染症専門看護師	4	4
5）保健師・助産師・看護師（上記 4）以外）	5	5
6）感染症薬剤師	6	6
7）薬剤師（上記 6）以外）	7	7
8）臨床検査技師	8	8
9）その他の医療職	9	9
10）その他	10	10

⑭貴施設では、職業感染についてどのような防止策を講じていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. 職員の HBs 抗体の有無を検査している
2. HBs 抗体陰性者にはワクチンを接種している
3. 結核接触者検診にＱＦＴを活用している
4. 麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨している
5. 針刺し・切創事例に対する対応・報告システムが整っている
6. 安全装置付きの機材を導入している
7. その他（具体的に　　）

⑮貴施設は院内感染防止対策について患者にどのように周知をしていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. 病棟の廊下や談話室などの共有スペース、外来受付や会計窓口にポスターを掲示している
2. 外来窓口等で院内感染防止対策の取組に関するビデオを流している
3. 自施設の院内感染防止対策の取組に関するリーフレット等を作成し患者が入手できるようにしている
4. 病院のホームページで院内感染防止対策の取組を紹介している
5. その他（具体的に　　）

⑯平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間における下記の患者数をお答えください。

	平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月	平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月
1）新規入院患者数	人	人
2）上記 1）のうち MRSA の感染者数	人	人
3）上記 1）のうち多剤耐性緑膿菌の感染者数	人	人
4）上記 1）のうち VRE の感染者数	人	人

⑰感染防止対策を推進する上での課題等がございましたら、ご記入ください。

３．貴施設における医療機器の安全管理の状況等についてお伺いします。

①貴施設では、平成 24 年 4 月以降、ＣＴを使用していますか。※○は 1 つだけ

1. 使用している　　2. 使用していない→質問⑤へ

	1）64 列以上 マルチスライス型	2）16 列以上 64 列未満 マルチスライス型	3）4 列以上 16 列未満 マルチスライス型	4）その他
②ＣＴの性能別の使用台数	台	台	台	台

③貴施設では、コンピュータ断層撮影（ＣＴ撮影）の施設基準の届出はどのような状況でしょうか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 64 列以上のマルチスライス型　　2. 16 列以上 64 列未満のマルチスライス型
3. 4 列以上 16 列未満のマルチスライス型　　4. なし

④4 列以上のマルチスライス型のＣＴ装置について、どのような内容の保守点検を行っていますか。

1. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施
2. 上記 1.に加えて、保守点検を実施
3. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施していないが、自主的に定めた自主点検を実施
4. 全く保守点検を実施していない
5. ４列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用していない
6. その他（具体的に　　）

④-1　自主的に行っている保守点検の具体的な内容をご記入ください。

1）毎回実施している内容	
2）定期的に実施している内容	

⑤貴施設では、平成 24 年 4 月以降、ＭＲＩを使用していますか。※○は 1 つだけ

1. 使用している　　2. 使用していない→質問⑨へ

	1）3 テスラ以上	2）1.5 テスラ以上 3 テスラ未満	3）1.5 テスラ未満
⑥ＭＲＩの性能別の使用台数	台	台	台

⑦貴施設では、磁気共鳴コンピュータ断層撮影（ＭＲＩ撮影）の施設基準の届出はどのような状況でしょうか。
※あてはまる番号すべてに○

1. ３テスラ以上　　2. １．５テスラ以上
3. なし

⑧1.5 テスラ以上のＭＲＩ機器について、どのような内容の保守点検を行っていますか。

1. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施
2. 上記 1.に加えて、保守点検を実施
3. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施していないが、自主的に定めた自主点検を実施
4. 全く保守点検を実施していない
5. １．５テスラ以上のＭＲＩ機器を使用していない
6. その他（具体的に　　）

⑧-1　自主的に行っている保守点検の具体的な内容をご記入ください。

1）毎回実施している内容	
2）定期的に実施している内容	

⑨貴施設では、ＣＴ・ＭＲＩ・造影剤注入装置に係る保守管理計画を策定していますか。　※○は１つだけ

1. 策定している　　2. １つでも策定していないものがある→**質問⑩へ**

⑨-1ＣＴ・ＭＲＩ・造影剤注入装置に係る保守管理計画はどのくらいの頻度で見直しを行っていますか。※○は１つだけ

1. １年間に数回　　2. １年間に１回（毎年）　　3. ２～３年に１回
4. 機器の入替があった時など内容に変更があった時（定期的な見直しは行っていない）
5. その他（具体的に　　）
6. 見直しを行っていない

⑩貴施設では、平成 24 年 4 月以降、ＣＴ・ＭＲＩ・造影剤注入装置の安全使用のために職員向けの院内研修を行っていますか。※○は１つだけ

1. 行っている
2. 行っていないが、計画が具体的にある→**質問⑪へ**
3. 行っていない（計画もない）→**質問⑪へ**

⑩-1 平成 24 年 4 月～9 月までの半年間で、職員向けの研修は何回開催しましたか。

（　　）回　※平成 24 年 4 月～9 月

⑪ＣＴやＭＲＩ、造影剤注入装置の保守管理について、どのような課題がありますか。具体的にご記入ください。

４．患者サポート体制の取組についてお伺いします。

①貴施設では、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていますか。　※○は１つだけ

1. 届出を行っている→届出時期：平成（　　）年（　　）月→**質問②へ**
2. 届出を行っていないが検討中→届出予定時期：平成（　　）年（　　）月頃
3. 届出は行っていない（具体的な予定もない）

①-1　患者サポート体制充実加算の施設基準の届出を行っていない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 診療時間内に常時１名以上の職員を配置することができないから
2. 患者支援体制に係る担当者を配置できない部門がある等病院全体での体制が整備されていないから
3. マニュアルが整備できていないから
4. 患者相談支援窓口を設置する適切な場所がないから
5. 患者から相談支援窓口の設置を求める要望がないから
6. その他（具体的に　　）

－－－－－－▶ **質問⑥へ**

②平成 24 年 9 月 1 か月間の患者サポート体制充実加算の算定件数	（　　）件

③患者サポート体制充実加算における患者相談支援窓口は、医療安全対策加算における相談窓口と兼用でしょうか。
※○は 1 つだけ

1. 独立している（専門部署）　　2. 医療安全対策加算の窓口と兼用
3. その他（具体的に　　）

④患者サポート体制充実加算における、患者相談支援業務に直接関与している職員数についてお書きください。

	専従	専任（兼任）
1）医師	人	人
2）歯科医師	人	人
3）看護師・保健師・助産師	人	人
4）薬剤師	人	人
5）社会福祉士	人	人
6）臨床心理士・精神保健福祉士	人	人
7）事務職	人	人
8）その他（　　）	人	人
9）合計	人	人

④-1 上記④の職員のうちソーシャルワーカーの人数	専従	専任（兼任）
	人	人

⑤上記④の職員について患者相談の経験年数別に職員数をご記入ください。

	専従	専任（兼任）
1）５年以上	人	人
2）３年以上５年未満	人	人
3）１年以上３年未満	人	人
4）１年未満	人	人

⑥貴施設では、施設基準の届出の有無とは関わらず、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者またはその家族等を支援する（相談の受付とその対応など）部門・担当者（以下、「患者相談支援窓口」）がありますか。
※○は 1 つだけ

1. ある　　2. ない→質問⑬へ

⑦貴施設では、医療対話仲介者に関する職員の研修を行っていますか。※○は 1 つだけ

1. 院内で職員の研修を行っている
2. 外部の研修に職員を派遣し受講させている
3. 院内での研修に加え、外部の研修にも職員を派遣し受講させている
4. 研修を行っていない（外部研修への職員派遣も実施していない）→質問⑩へ

⑧上記⑦の研修（院内・外部）について、平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月までの半年間にどのくらい開催または職員派遣をしましたか。

	院内研修	外部研修
1）実施回数（外部研修の場合、職員派遣した回数）	回	回
2）参加者・受講者数（延べ職員数）	人	人

⑨上記⑦の研修の参加者はどのような職員ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 医師　2. 歯科医師　3. 看護師・保健師・助産師
4. 薬剤師　5. 社会福祉士　6. 臨床心理士・精神保健福祉士
7. ソーシャルワーカー（上記に含まれない人）　8. 事務職
9. その他（具体的に　　）

⑩患者相談支援窓口が行っている業務内容についてお答えください。※あてはまる番号すべてに○

1. 患者からの相談への対応
2. 患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議
3. 担当医師から患者等への説明の際の同席　4. 担当看護師から患者等への説明の際の同席
5. 他の医療職から患者等への説明の際の同席　6. 患者相談内容と対応内容についてのデータ化
7. マニュアル作成・見直し　8. 職員向けの研修企画・実施
9. 患者満足度調査等によるモニタリングの実施　10. ＱＣ活動等による業務改善活動
11. その他（具体的に　　）

⑪平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等についてご記入ください。

		平成 24 年 4 月～9 月
1）患者・家族等からの相談件数		件
対応者	2）1）のうち、患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数	件
	3）1）のうち、主として医療職が対応した件数	件
	4）1）のうち、主として医療職以外が対応した件数	件
内容	5）1）のうち、医学的な内容に関する相談件数	件
	6）1）のうち、終末期医療に関する相談件数	件
	7）1）のうち、苦情・クレームの件数	件
	8）7）のうち、弁護士等への相談などに発展した件数	件

⑫患者相談支援体制を充実させることで、どのような効果がみられますか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1）患者等の相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
2）医師や看護師など医療職からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
3）各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
4）医療従事者が協力的になった	5	4	3	2	1
5）患者が治療に協力的になった	5	4	3	2	1
6）患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった	5	4	3	2	1
7）クレーム再発防止につながった	5	4	3	2	1

⑬患者相談支援体制を充実させていく上で、お困りになっていることがございましたら、ご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

患者票

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査　調査票(案)

質問　最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1．本人（家族が代筆した場合も含む）　2．家族（具体的に　　）
3．本人・家族以外（具体的に　　）

問１．患者さんご自身のことについて、おうかがいします。

（１）性別　1．男性　2．女性

（２）年齢　（　　）歳

（３）本日、この調査票を受け取った医療機関では、外来と入院のどちらでご利用されましたか。
※○は１つ

1．外来→（３）－１へ　2．入院→（３）－２へ　3．その他→問２．（１）へ

（３）－1　【外来の場合】本日受診した（この調査票を受け取った）医療機関の利用頻度はどのくらいですか。※○は１つ

1．本日が初めて　2．週に１回程度　3．２週間に１回程度
4．１か月に１回程度　5．２か月に１回程度　6．１年に数回程度
7．（　　）に１回程度

（３）－２、【入院の場合】本日、この調査票を受け取った医療機関には、今日までどのくらい入院されていますか。※○は１つ

1．３日以内　2．～２週間以内　3．～１か月以内
4．～３か月以内　5．～６か月以内　6．６か月以上
7．その他（具体的に　　）

問２．患者相談窓口について、おうかがいします。

（１）本日、診療を受けた医療機関で、患者や家族等のための相談窓口があることをどのようにお知りになりましたか。※あてはまるものすべてに○

1．医療機関内に掲示されているポスターをみて
2．医療機関から渡された文書をみて
3．「患者相談窓口」などの看板をみて
4．職員から入院当日に説明を受けて
5．担当医師・看護師から紹介されて
6．患者相談窓口の担当者が来て
7．その他（具体的に　　）

（２）上記（１）の掲示や説明、文書はわかりやすかったですか。※○は１つ

1．わかりやすかった　2．どちらかというとわかりやすかった
3．どちらかというとわかりにくかった　4．わかりにくかった

------▶裏面につづきます

（３）相談窓口を利用した内容は何ですか。※あてはまるものすべてに○

1. 病気のこと	2. 治療内容のこと
3. 薬のこと	4. 検査のこと
5. 治療・入院期間のこと	6. 退院後の行き先のこと
7. 専門治療ができる他の医療機関のこと	8. 介護保険のこと
9. 担当医師のこと	10. 担当看護師のこと
11. 他の患者との関係のこと	12. 家族との関係のこと
13. 医療機関の施設・設備に関すること	14. 外来待ち時間のこと
15. 外来受付や会計窓口のこと	16. 費用に関すること
17. その他（具体的に　　）	

（４）①相談に対応してくれた人数（最も多い時）、②相談回数、③全体の相談時間はどのくらいですか。

①対応してくれた人数→（　　）人
②相談回数　　→（　　）回
③全体の相談時間　→（　　）分くらい

（５）どのような人が対応してくれましたか。※あてはまるものすべてに○

1. 医師	2. 看護師	3. 薬剤師
4. 社会福祉士	5. ソーシャルワーカー	6. 事務職
7. その他（　　）		8. わからない

（６）相談したことで問題や疑問、不安は解決しましたか。※○は１つ

1. 解決した	2. ある程度解決した
3. あまり解決しなかった	4. まったく解決しなかった
5. なんともいえない	6. その他（　　）

（７）職員の対応に満足はしましたか。※○は１つ

1. とても満足している	2. 満足している
3. どちらともいえない	4. あまり満足していない
5. まったく満足していない	

（８）今後、医療機関の相談窓口で、どのようなサポート体制があれば、納得して受診することができると思いますか。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに**＊＊月＊＊日（＊）まで**に投函してください。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査　調査票（案）

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

※この調査票は、有床診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における入院基本料等加算の簡素化の影響や課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

１．貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者※○は１つだけ	1. 医療法人　2. 個人　3. その他（　　）	
②種類　※○は１つだけ	1. 在宅療養支援診療所　2. 在宅療養支援診療所以外の診療所	
③主たる担当診療科 ※○は１つだけ	1. 内科　2. 外科　3. 整形外科　4. 小児科 5. 産婦人科　6. 呼吸器科　7. 消化器科　8. 循環器科 9. 精神科　10. 眼科　11. 耳鼻咽喉科　12. 泌尿器科 13. その他（具体的に　　）	
④医師数（常勤換算）		（　　）人
⑤看護職員数（常勤換算）※准看護師・看護補助者を含む		（　　）人
⑥平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数		（　　）人　※初診＋再診患者延べ人数
⑦病床数 ※平成 24 年 9 月 30 日時点	1）一般病床	（　　）床
	2）療養病床	（　　）床　うち介護療養病床（　　）床
	3）合計	（　　）床
⑧平成 24 年 9 月における 1 日あたり平均入院患者数		（　　）人

⑨平成 24 年 9 月 1 か月間の算定件数をご記入ください。

	算定件数		算定件数
1）有床診療所入院基本料１	件	3）有床診療所入院基本料３	件
2）有床診療所入院基本料２	件	4）有床診療所療養病床入院基本料	件
5）一般病床であるが、患者の状態により「有床診療所療養病床入院基本料」を算定した件数			件
6）療養病床であるが、患者の状態により「有床診療所入院基本料」を算定した件数			件

⑩次の施設基準の届出がありますか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 夜間看護配置加算１　2. 夜間看護配置加算２ 3. いずれもない

2．貴施設における栄養管理体制についてお伺いします。

①貴施設では、平成 24 年 3 月 31 日時点において「栄養管理実施加算」の届出をしていましたか。※○は 1 つだけ

1. 届出をしていた→届出時期：平成（　　）年（　　）月**→質問②へ**
2. 届出をしていなかった（平成 24 年 4 月以降開設した場合も含む）

①-1　届出をしていなかった理由は何ですか。　※あてはまる番号すべてに○

1. 該当する患者がいない
2. 管理栄養士及び栄養士がいない
3. 管理栄養士及び栄養士はいたが、他職種が栄養評価を行っていた
4. その他（具体的に　　）

②管理栄養士数・栄養士数（実人数）　※いない場合は「0」とお書きください。

	平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1）管理栄養士数	人	人	人	人
2）1）のうち、栄養指導など患者と直接、接する管理栄養士数	人	人	人	人
3）栄養士	人	人	人	人

③【管理栄養士がいない施設の方】貴施設では、管理栄養士の確保についてどのような状況でしょうか。※○は 1 つだけ

1. 管理栄養士の確保の目処が具体的にある→**いつ頃**：平成（　　）年（　　）月**→質問④へ**
2. 具体的な予定はないが、平成 24 年度中に管理栄養士を確保する予定である**→質問④へ**
3. 平成 25 年度末までに管理栄養士を確保する予定である**→質問④へ**
4. 目処がまったく立っていない
5. その他（具体的に　　）**→質問④へ**

③-1　管理栄養士を確保するために日本栄養士会等に相談していますか。※あてはまる番号すべてに○

1. 日本栄養士会に相談している
2. 人材派遣会社に相談している
3. ハローワークに相談している
4. その他の機関に相談している（　　）
5. 相談していない

④貴施設では、栄養スクリーニング等の栄養評価を行っていますか。※○は 1 つだけ

1. 平成 24 年 3 月より以前から行っている
2. 以前は行っていなかったが、平成 24 年 4 月以降行っている
3. 平成 24 年 4 月よりも前は行っていたが、今は行っていない**→質問⑥へ**
4. 以前から行っていない**→質問⑥へ**

⑤患者の栄養評価は誰が行っていますか。※○は 1 つだけ、ここでの「看護職員」には准看護師・看護補助者を含む。

1. 管理栄養士のみ
2. 管理栄養士と医師との共同
3. 管理栄養士と看護職員との共同
4. 管理栄養士、医師、看護職員による共同
5. その他（具体的に　　）

⑥貴施設において、患者の栄養管理を行う上で、どのような課題がありますか。

3．貴施設における褥瘡対策等についてお伺いします。

①貴施設では、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の届出をしていましたか。※○は 1 つだけ

1. 届出をしていた→届出時期：平成（　　）年（　　）月→質問②へ
2. 届出をしていなかった（平成 24 年 4 月以降開設した場合も含む）

①-1　届出をしていなかった理由は何ですか。　※あてはまる番号すべてに○

1. 該当する患者がいない
2. 褥瘡対策に係る専任の医師がいない
3. 褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護師がいない
4. 体圧分散式マットレス等がない
5. その他（具体的に　　）

②褥瘡対策チームを設置したのはいつですか。	平成（　　）年（　　）月
③上記②の内訳を職種別に記入してください（実人員）。 ※該当職種がいない場合、（ ）に「0」と記入してください。 その他の場合は、（　）に具体的に職種を記入してください。	1）医　師　（　　）人 2）看護師　（　　）人 3）上記 2）のうち　皮膚・排泄ケア認定看護師 （　　）人 4）准看護師（　　）人 5）その他　（　　）人 →（具体的に　　）

④褥瘡対策チームによるカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。

1）平成23年4月～9月	1. 週（　　）回程度　2. 月（　　）回程度 3.その他（　　）
2）平成24年4月～9月	1. 週（　　）回程度　2. 月（　　）回程度

⑤褥瘡対策チームによる褥瘡回診は、どのくらいの頻度で実施していますか。

1）平成23年4月～9月	1. 週（　　）回程度　2. 月（　　）回程度 3.その他（　　）
2）平成24年4月～9月	1. 週（　　）回程度　2. 月（　　）回程度

⑥平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月 1 か月間の以下の患者数について記入してください。
※発生していない場合には「0（ゼロ）」、わからない場合は「-」と記入してください。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）褥瘡リスクアセスメント実施数	人	人
2）褥瘡ハイリスク患者特定数	人	人
3）褥瘡保有者数	人	人
4）上記 3）のうち院内発生の褥瘡を有する患者数	人	人
5）上記 3）のうち真皮を越える褥瘡を有する患者数	人	人
6）上記 5）のうち院内発生の患者数	人	人

⑦褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況を教えてください。

1. 購入し所有している　2. レンタルで導入している　3. まだ導入していない→質問⑧へ

⑦-1 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の種類別の使用枚数（レンタルも含みます）。

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1）圧切替型のエアマットレス	枚	枚
2）ウレタンフォームマットレス	枚	枚
3）その他のマットレス	枚	枚

⑧褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 抗生剤軟膏　2. 左記 1. 以外の軟膏　3. 創傷被覆材料
4. ラップ法（穴あきビニール、食品用ラップなど）　5. 外科的治療（ポケット切開、壊死組織切除など）
6. 物理療法（陰圧閉鎖療法、超音波療法など）　7. 消毒
8. 洗浄　9. その他（具体的に　　）

⑨貴施設では、褥瘡対策を行う上で、どのような課題がありますか。

4．貴施設における緩和ケア、ターミナルケア等についてお伺いします。

①貴施設では、「有床診療所緩和ケア診療加算」の施設基準の届出がありますか。※○は 1 つだけ

1. 届出あり→**届出時期**：平成（　　）年（　　）月
　算定回数：（　　）回　**※平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間**
2. 届出なし

②貴施設では、「看取り加算」の施設基準の届出がありますか。※○は 1 つだけ

1. 届出あり→**届出時期**：平成（　　）年（　　）月
　算定回数：（　　）回　**※平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間**
2. 届出なし

③貴施設では、今後緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向はありますか。※○は 1 つだけ

1. 既に取り組んでいる
2. 今は取り組んでいないが、今後は取り組んでいきたい
3. 今後も取り組む予定はない
4. その他（具体的に　　）

④緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合、どのような課題がありますか。※○は 1 つだけ

1. 夜勤看護師の確保
2. 緩和ケアやターミナルケアに関する医師の知識・スキル向上
3. 緩和ケアやターミナルケアに関する看護師の知識・スキル向上
4. その他（具体的に　　）

5．診療報酬改定の影響等についてお伺いします。

①平成 24 年度の診療報酬改定で入院基本料等加算の簡素化（例えば、栄養管理実施加算が入院基本料や特定入院料で包括して評価され、入院基本料、特定入院料がそれぞれ 11 点ずつ引き上げられました）が行われましたが、これによって、貴施設への影響等がございましたら、具体的にお書きください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査　調査票（案）

※　以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	（　　）
ご回答者名	（　　）

※この調査票は、有床診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における療養環境の整備状況や今後の意向・課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日現在の状況についてご記入ください。

1．貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者※○は 1 つだけ	1. 医療法人　2. 個人　3. その他（具体的に　　）
②主たる担当診療科 ※○は 1 つだけ	1. 内科　2. 外科　3. 整形外科　4. 小児科 5. 産婦人科　6. 呼吸器科　7. 消化器科　8. 循環器科 9. 精神科　10. 眼科　11. 耳鼻咽喉科　12. 泌尿器科 13. 皮膚科　14. その他（具体的に　　）

③全職員数（常勤換算＊） ※小数点以下第 1 位まで		医師	歯科医師	保健師助産師看護師	准看護師	薬剤師	その他医療職職員	看護補助者	事務職員他	計
	常　勤	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	非常勤	.	.	.	.	.	.	.	.	.

＊非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

■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）

④平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数	（　　）人　※初診＋再診患者延べ人数

⑤1）病床数と 2）1 日当たり平均入院患者数 ※平成 24 年 9 月 30 日現在		1）病床数	2）1 日当たり平均入院患者数
	一般病床	（　　）床	（　　）人
	療養病床	（　　）床	（　　）人
	全　体	（　　）床	（　　）人

⑥療養病床の平均在院日数	（　　.　　）日　※平成 24 年 9 月 1 か月間、小数点以下第 1 位まで

⑦施設基準の届出の有無等（平成 24 年 9 月 30 日時点）　※○はそれぞれ１つ	
1）在宅療養支援診療所	1. あり→**届出時期**：平成（　　）年（　　）月 2. なし
2）機能強化型在宅療養支援診療所	1. あり→**届出時期**：平成（　　）年（　　）月 2. なし
3）有床診療所緩和ケア診療加算	1. あり→**届出時期**：平成（　　）年（　　）月 2. なし
4）看取り加算	1. あり→**届出時期**：平成（　　）年（　　）月 **夜間の看護職員数**：（　　）人 **平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数**：（　　）回 2. なし

２．貴施設における療養病床の状況等についてお伺いします。

①貴施設の療養病床の病室構成はどのようになっていますか。					
医療療養病床			介護療養病床		
	病室数	該当病床数合計		病室数	該当病床数合計
1）個室	（　　）室	（　　）床	1）個室	（　　）室	（　　）床
2）2 人部屋	（　　）室	（　　）床	2）2 人部屋	（　　）室	（　　）床
3）3 人部屋	（　　）室	（　　）床	3）3 人部屋	（　　）室	（　　）床
4）4 人部屋	（　　）室	（　　）床	4）4 人部屋	（　　）室	（　　）床

②療養病床の病床部分の面積をお答えください。			
1）病床部分に係る床面積	（　　）㎡	2）患者１人当たり床面積	（　　）㎡
③廊下幅はどのくらいですか。			
1）片側室部分	（　　）m	2）両側室部分	（　　）m

④食堂の面積はどのくらいですか。	（　　）㎡
⑤談話室はありますか。 ※○は１つだけ	1. 専用談話室がある 2. 他と兼用の談話室がある 3. ないが設置する予定がある→**いつ頃**：平成（　　）年（　　）月頃 4. ない（設置する目処が立っていない）
⑥浴室はありますか。 ※○は１つだけ	1. ある 2. ないが設置する予定がある→**いつ頃**：平成（　　）年（　　）月頃 3. ない（設置する目処が立っていない）
⑦機能訓練室はありますか。 ※○は１つだけ	1. ある→面積：（　　）㎡ 2. ないが設置する予定がある→**いつ頃**：平成（　　）年（　　）月頃 3. ない（設置する目処が立っていない）
⑧貴施設が療養病床のある建物を建築した時期はいつですか。	西暦（　　）年
⑨貴施設では、療養病床のある建物を改築しましたか。 ※○は１つだけ	1. 改築した→**いつ頃**：西暦（　　）年 2. 改築していない

⑩貴施設では、今後、療養病床について増築や全面的な改築の予定がありますか。 ※○は１つだけ	1. 増築の予定が具体的にある **→着工予定**：平成（　　）年（　　）月 **完成予定**：平成（　　）年（　　）月 2. 全面的な改築の予定が具体的にある **→着工時期**：平成（　　）年（　　）月 **完成予定**：平成（　　）年（　　）月 3. 具体的な時期は未定だが、増築または全面的な改築を予定している **→いつ頃を目処**：平成（　　）年（　　）月頃 4. 予定はない

⑪「診療所療養病床療養環境加算」「診療所療養病床療養環境改善加算」の施設基準の届出の状況はいかがですか。
（平成 24 年 9 月 30 日現在）　※○は１つだけ

1. 「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行っている→**届出時期**：平成（　）年（　）月
2. 「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出を行っている→**届出時期**：平成（　）年（　）月
3. いずれの届出も行っていない

⑪-1 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定はありますか。　※○は１つだけ

1. 届出を行う予定がある→**予定時期**：平成（　）年（　）月
2. 届出を行う予定はない

→⑪-1-1　**その主な理由は何ですか。**

（　　）

⑫有床診療所として療養病床を運営していく上での課題等がございましたら、お書きください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、保険医療機関における感染防止対策部門（感染制御チーム）による院内感染防止対策や他の医療機関との院内感染防止対策の相互チェック等連携した取組を評価する感染防止対策加算の新設や患者相談支援業務に取り組んでいる医療機関を評価する患者サポート体制充実加算の新設など、診療報酬の見直しが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、保険医療機関及び当該医療機関の患者相談窓口を利用した患者を対象に、感染防止対策部門と患者相談支援業務の体制、その取組状況や効果、今後の課題、患者の意識等の把握を主な目的として、「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年月**日（*）まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-****

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、栄養管理実施加算や褥瘡患者管理加算が入院基本料や特定入院料で包括して評価されるなど、入院基本料等加算の簡素化が行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、有床診療所を対象に、栄養管理体制と栄養評価の実施状況、褥瘡対策の体制とその実施状況等の把握を主な目的として、「入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年月**日（*）まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-****

平成 24 年 10 月

開設者様
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）

「療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査」への ご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定により、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系が見直され、原則を下回る病棟については療養環境の改善計画を策定・報告することを要件に、増築または全面的な改築を行うまでの間、療養病棟療養環境改善加算１・２、診療所療養病床療養環境改善加算を算定することが認められました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、有床診療所を対象に、療養病床の療養環境の状況や今後の意向の把握を主な目的として、「療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査」を実施することになりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年月**日（*）まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆★☆お問い合わせ先☆★☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@murc.jp
※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）
FAX：03-6733-****

平成 24 年＊＊月

各位

厚生労働省委託事業　平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査

「医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査」への ご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を整え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成２４年４月に実施された診療報酬改定では、医療機関の職員と患者とのコミュニケーションを促進するために、一定の資格を有する職員による患者相談窓口を設置し、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関を評価する内容の見直しが行われました。

こうした診療報酬改定の影響や効果、問題点を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」を行うこととしました。この一環として、医療機関の患者相談窓口を利用した患者を対象として「医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査」を実施するものです。

この調査は、患者相談支援体制の効果や今後の課題等を把握することを目的として、検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領によりご協力をお願いすることとしております。

対象の方

・ この調査は、調査期間中に患者相談窓口を利用された患者が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

平成 24 年＊＊月＊＊日（＊＊）までに、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

お時間のある時に調査票をご記入いただければ幸いです（返信用封筒はのり付きですので、セロテープやのりなどは一切必要ございません）。

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号１つだけに○をつけてください。

（　　）内には、数字や具体的な理由などを記入してください。

（ ---► 裏面へ続きます）

なお、この調査は、**平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査事業について**厚生労働省から委託を受けた三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社が、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施するものです。ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や看護師等に開示されることは一切ございません。

この調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会」において、患者のご意見やご要望等を踏まえた実りある議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【調査実施主体・問い合わせ先】

「診療報酬改定結果検証調査」事務局
〒105-8501 東京都港区虎ノ門５－１１－２
三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社
経済・社会政策部（担当：＊＊＊、＊＊＊、＊＊＊）
E-mail：＊＊＊@＊＊＊.＊＊
TEL：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊（受付時間：10：00 ～ 17：00、土日・祝日除く。）
FAX：03-＊＊＊＊-＊＊＊＊

第１９回医療経済実態調査について

○　第１９回調査の実施について

第１９回調査の実施に向けた調査設計に係る議論が必要であり、調査実施小委員会を開催して、平成２４年度中に結論を得ることとしてはどうか。

・　事務局より第１９回調査に係る主な論点を提示
（案として、６月単月データの廃止、消費税項目の調査、回答率の向上策等）
・　論点に沿った議論
・　議論を踏まえ、事務局より第１９回調査の実施案等を提示

○　調査を平成２５年６月に２年分の年間（決算）データで実施するとした場合のスケジュール

平成２４年度	10月3日	○総会（調査実施に向けた検討）
	10月～２月	○調査実施小委員会（調査実施に向けた検討開始） ※　月１回程度開催
	２月	○総会（調査内容の了承）
平成２５年度	６月	○調査月
	７月末	○回答期限（７月末は、医療機関等調査の回答期限であり、保険者調査の回答期限は８月末である）
	８月～10月	○調査票の集計・分析
	10月下旬	○調査実施小委員会（調査結果の報告）
	10月下旬	○総会（調査結果の報告）

※消費税項目の調査については、「医療機関等における消費税負担に関する分科会」での議論を踏まえて決定する。