

中医協 総-2参考
4.10.26

中医協 診-1参考
4.10.26

診調組 入-1参考(改)
4.10.12

A-1

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票 (A)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“※”を付けております。

- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合、問1、問4及び問7-1の記入は不要です。

◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

問1 貴院の開設者についてお伺いします。（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）

1-1 開設者（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
<p>01 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）</p> <p>02 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）</p> <p>03 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）</p> <p>04 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）</p> <p>05 医療法人（社会医療法人は含まない）</p> <p>06 その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人）</p> <p>07 個人</p>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

問2 貴施設と同一敷地内または隣接する施設についてお伺いします。

2-1 貴施設と同一敷地内または隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等（令和4年11月1日時点）		《回答欄》
（該当する番号すべて、右欄に○）		
01 病院（貴院以外）		01 <input type="checkbox"/>
02 一般診療所（貴院以外）		02 <input type="checkbox"/>
03 訪問看護ステーション		03 <input type="checkbox"/>
04 介護老人保健施設		04 <input type="checkbox"/>
05 介護老人福祉施設		05 <input type="checkbox"/>
06 介護医療院		06 <input type="checkbox"/>
07 認知症高齢者グループホーム		07 <input type="checkbox"/>
08 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））		08 <input type="checkbox"/>
09 サービス付き高齢者向け住宅（08を除く）		09 <input type="checkbox"/>
10 短期入所生活介護事業所		10 <input type="checkbox"/>
11 （介護予防）短期入所療養介護		11 <input type="checkbox"/>
12 （介護予防）小規模多機能型居宅介護		12 <input type="checkbox"/>
13 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		13 <input type="checkbox"/>
14 訪問介護事業所		14 <input type="checkbox"/>
15 通所介護事業所		15 <input type="checkbox"/>
16 （介護予防）訪問リハビリテーション		16 <input type="checkbox"/>
17 （介護予防）通所リハビリテーション		17 <input type="checkbox"/>
18 （介護予防）居宅療養管理指導		18 <input type="checkbox"/>
19 居宅介護支援事業所		19 <input type="checkbox"/>
20 地域包括支援センター		20 <input type="checkbox"/>
21 保険薬局		21 <input type="checkbox"/>
22 なし		22 <input type="checkbox"/>
23 その他（具体的に <input type="text"/> ）		23 <input type="checkbox"/>

《2-2は2-1にて「21 保険薬局」の場合にご回答ください。》		《回答欄》
2-2 当該保険薬局との賃貸借取引等の状況についてお伺いします。（令和4年11月1日時点）		
（該当する番号1つを右欄に記載）		
01 保険医療機関と直接不動産の賃貸借取引（保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者又は法人の役員が名義人となっている場合を含む）がある保険薬局		<input type="checkbox"/>
02 保険医療機関と第三者を通じて不動産の賃貸借取引（賃料が発生しない場合を含む）がある（第三者による転借が複数回行われている場合を含む）保険薬局		
03 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む）を利用して開局している保険薬局		
04 保険薬局が所有する施設・設備を保険医療機関に貸与している保険薬局		
05 保険医療機関による開局時期の指定を受けて開局している（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む）（公募の際に、開局時期が明示されていない場合を含む）保険薬局		

*問3 貴院において標榜している診療科を選択してください。

3-1 診療科（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 内科			23 肛門外科
02 呼吸器内科			24 脳神経外科
03 循環器内科			25 整形外科
04 消化器内科（胃腸内科）			26 形成外科
05 腎臓内科			27 美容外科
06 脳神経外科			28 眼科
07 糖尿病内科（代謝内科）			29 耳鼻いんこう科
08 血液内科			30 小児外科
09 皮膚科			31 産婦人科
10 アレルギー科			32 産科
11 リウマチ科			33 婦人科
12 感染症内科			34 リハビリテーション科
13 小児科			35 放射線科
14 精神科			36 麻酔科
15 心療内科			37 病理診断科
16 外科			38 臨床検査科
17 呼吸器外科			39 救急科
18 心臓血管外科			40 歯科
19 乳腺外科			41 矯正歯科
20 気管食道外科			42 小児歯科
21 消化器外科（胃腸外科）			43 歯科口腔外科
22 泌尿器科			

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）

4-1 許可病床数（令和4年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ 結核病床		床
② 療養病床		床	⑤ 感染症病床		床
③ 精神病床		床	⑥ 合計		床

* 4-2 届出病床数について入院料毎にご回答ください。(令和4年11月1日時点)			
① 急性期一般入院料 1	床	⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 (経過措置)	床
② 急性期一般入院料 2	床	⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 (経過措置)	床
③ 急性期一般入院料 3	床	⑰ 地域包括ケア病棟入院料 1	床
④ 急性期一般入院料 4	床	⑱ 地域包括ケア入院医療管理料 1	床
⑤ 急性期一般入院料 5	床	⑲ 地域包括ケア病棟入院料 2	床
⑥ 急性期一般入院料 6	床	⑳ 地域包括ケア入院医療管理料 2	床
⑦ 地域一般入院料 1	床	㉑ 地域包括ケア病棟入院料 3	床
⑧ 地域一般入院料 2	床	㉒ 地域包括ケア入院医療管理料 3	床
⑨ 地域一般入院料 3	床	㉓ 地域包括ケア病棟入院料 4	床
⑩ 療養病棟入院料 1	床	㉔ 地域包括ケア入院医療管理料 4	床
⑪ 療養病棟入院料 2	床	㉕ 障害者施設等入院基本料 (7対1)	床
⑫ 療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数を算定	床	㉖ 障害者施設等入院基本料 (10対1)	床
		㉗ 障害者施設等入院基本料 (13対1)	床
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	床	㉘ 障害者施設等入院基本料 (15対1)	床
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	床	㉙ 緩和ケア病棟入院料 1	床
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	床	㉚ 緩和ケア病棟入院料 2	床
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4	床	㉛ その他	床
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	床	(<input type="text"/>)	

問5 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

5-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 (令和4年11月1日時点) ※1	床
--	---

※1 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

5-2 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無 (令和4年11月1日時点)		《回答欄》
(該当する番号すべて、右欄に○)		
01 重点医療機関 (新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関) として都道府県から指定されている	01	<input type="checkbox"/>
02 協力医療機関 (新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関) として都道府県から指定されている	02	<input type="checkbox"/>
03 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関	03	<input type="checkbox"/>
04 01~03以外の医療機関であって、新型コロナウイルス感染症から回復した患者を受け入れている	04	<input type="checkbox"/>
05 01~04のいずれでもない	05	<input type="checkbox"/>

問6 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

6-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（令和4年11月1日時点）					
① 医師		人	⑫ 公認心理師		人
② 歯科医師		人	⑬ 診療放射線技師		人
③ 看護師		人	⑭ 臨床検査技師		人
④ 准看護師		人	⑮ 臨床工学技士		人
⑤ 看護補助者		人	⑯ 歯科衛生士		人
⑥（うち）介護福祉士		人	⑰ 相談員		人
⑦ 薬剤師		人	⑱（うち）社会福祉士		人
⑧ 管理栄養士		人	⑲（うち）精神保健福祉士		人
⑨ 理学療法士		人	⑳ 医師事務作業補助者		人
⑩ 作業療法士		人	㉑ 事務職員		人
⑪ 言語聴覚士		人	㉒ その他の職員		人

※1 常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数＋常勤換算した非常勤の職員数）

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

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

問7 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

(7-1は、データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。)

7-1 届け出ている入院基本料および特定入院料（令和4年11月1日時点）		
〔入院基本料〕（01～27については該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 急性期一般入院料 1		01
02 急性期一般入院料 2		02
03 急性期一般入院料 3		03
04 急性期一般入院料 4		04
05 急性期一般入院料 5		05
06 急性期一般入院料 6		06
07 地域一般入院料 1		07
08 地域一般入院料 2		08
09 地域一般入院料 3		09
10 療養病棟入院料 1		10
11 療養病棟入院料 2		11
12 療養病棟入院基本料（経過措置）		12
13 結核病棟入院基本料（7対1）		13
14 結核病棟入院基本料（10対1）		14
15 結核病棟入院基本料（13対1）		15
16 結核病棟入院基本料（15対1）		16
17 結核病棟入院基本料（18対1）		17
18 結核病棟入院基本料（20対1）		18
19 精神病棟入院基本料（10対1）		19
20 精神病棟入院基本料（13対1）		20
21 精神病棟入院基本料（15対1）		21
22 精神病棟入院基本料（18対1）		22
23 精神病棟入院基本料（20対1）		23
24 専門病院入院基本料（7対1）		24
25 専門病院入院基本料（10対1）		25
26 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）		26
27 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）		27

〔特定入院料〕（28～65については該当する番号すべて、右欄に○）

28	救命救急入院料 1	28
29	救命救急入院料 2	29
30	救命救急入院料 3	30
31	救命救急入院料 4	31
32	特定集中治療室管理料 1	32
33	特定集中治療室管理料 2	33
34	特定集中治療室管理料 3	34
35	特定集中治療室管理料 4	35
36	ハイケアユニット入院医療管理料 1	36
37	ハイケアユニット入院医療管理料 2	37
38	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	38
39	小児特定集中治療室管理料	39
40	新生児特定集中治療室管理料 1	40
41	新生児特定集中治療室管理料 2	41
42	母体・胎児集中治療室管理料	42
43	新生児集中治療室管理料	43
44	新生児治療回復室入院医療管理料	44
45	地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 1	45
46	地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 2	46
47	地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 3	47
48	地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 4	48
49	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	49
50	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	50
51	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	51
52	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	52
53	回復期リハビリテーション病棟入院料 5	53
54	回復期リハビリテーション病棟入院料 5（経過措置）	54
55	回復期リハビリテーション病棟入院料 6（経過措置）	55
56	特殊疾患入院医療管理料	56
57	特殊疾患病棟入院料 1	57
58	特殊疾患病棟入院料 2	58
59	緩和ケア病棟入院料 1	59
60	緩和ケア病棟入院料 2	60
61	小児入院医療管理料 1	61
62	小児入院医療管理料 2	62
63	小児入院医療管理料 3	63
64	小児入院医療管理料 4	64
65	小児入院医療管理料 5	65

《7-2は、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、専門病院入院料（7対1、10対1）、「特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1、一般病棟10対1）」のいずれかを算定する病棟についてご回答ください。》

7-2 病棟の状況についてご回答ください。

① 入院患者数	ア（令和4年11月1日時点）		人
② 新入棟患者数	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		人
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		人
③ 新退棟患者数	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		人
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		人
④ 在院患者延日数	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		日
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		日
⑤ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ ^{※1} （算定されていない場合は空欄としてください。 （「0」（ゼロ）を記載しないでください。）	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		%
⑥ 重症度、医療・看護必要度Ⅱ ^{※1} （算定されていない場合は空欄としてください。 （「0」（ゼロ）を記載しないでください。）	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		%
⑦ 在宅復帰率 ^{※2}	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		%
⑧ 平均在院日数	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		日
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		日
⑨ 病床利用率 ^{※3}	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		%

※1 令和3年8月～10月については、令和4年度診療報酬改定前の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」評価票を用い、基準を満たす患者割合を記載ください。

令和4年8月～10月については、令和4年度診療報酬改定後の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」評価票を用い、基準を満たす患者割合を記載ください。

【基準】以下のいずれかに該当する患者

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

※2 「在宅復帰率」＝A÷B：A、該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）×100、B、該当する病棟から退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。

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

問8 貴院の病棟等に関する今後の届出の意向についてお伺いします。

《8-1は、急性期一般入院基本料もしくは地域一般入院基本料を届け出ている場合にご回答ください。》

8-1 今後の意向についてお伺いします。令和5年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向

（貴院の考えについて最も近い番号1つに○）

《回答欄》

01 増床

02 現状を維持

03 削減（転換を除く）

04 他の病棟・施設へ転換

《8-2は、8-1にて「04 他の病棟・施設へ転換」の場合にご回答ください。》

8-2 検討している転換先とその病棟数及び医療保険届出病床数をご回答ください。

(a: 該当する番号すべて右欄に○

b: 選択した転換先について病棟数を記載

c: 選択した転換先について医療保険届出病床数を記載)

a 検討している転換先	b 病棟数	c 医療保険届出病床数	a: 《回答欄》
① 急性期一般入院料1の病棟	棟	床	①
② 急性期一般入院料2の病棟	棟	床	②
③ 急性期一般入院料3の病棟	棟	床	③
④ 急性期一般入院料4の病棟	棟	床	④
⑤ 急性期一般入院料5の病棟	棟	床	⑤
⑥ 急性期一般入院料6の病棟	棟	床	⑥
⑦ 地域一般入院基本料の病棟	棟	床	⑦
⑧ 回復期リハビリテーション病棟	棟	床	⑧
⑨ 地域包括ケア病棟	棟	床	⑨
⑩ 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床	⑩
⑪ ①～⑩以外の病棟・病室へ転換	棟	床	⑪
⑫ 具体的な病棟種別等は未定	棟	床	⑫

《8-3は8-2で「01 急性期一般入院料1」に記載をした場合にご回答ください。》

8-3 令和5年4月以降の入院料として、引き続き急性期一般入院料1を選択する理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

《回答欄》

01 急性期一般入院料1の看護職員配置(7対1以上)が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため	01
02 急性期一般入院料1から他の病棟等へ転換すると、地域で連携している医療機関からの要請に応えられなくなる懸念があるため	02
03 施設基準を満たしており、職員の雇用に影響を与えることから、特に転換する必要性を認めないため	03
04 急性期一般入院料1は、職員のモチベーションを維持できるため	04
05 急性期一般入院料1の看護職員の数を満たすことができるようになったため	05
06 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の患者割合基準を満たすことができるようになったため	06
07 急性期一般入院料1の平均在院日数の基準を満たすことができるようになったため	07
08 急性期一般入院料1の在宅復帰率の基準を満たすことができるようになったため	08
09 その他 (<input type="text"/>)	09

8-4 現時点において急性期一般入院料1を届け出ている医療機関であって、令和5年4月以降の入院料として、急性期一般入院料1以外の入院料への変更をお考えの場合、その理由をご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

《回答欄》

01 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が現在届け出ている病棟又は入院料等と合わなくなってきたため

01

02 平均在院日数の基準を満たすことが困難なため

02

03 在宅復帰率の基準を満たすことが困難なため

03

04 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため

04

05 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため

05

06 看護師の確保が困難なため

06

07 他の入院料の施設基準を満たすことができるようになったため

07

08 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため

08

09 看護師以外の職種の確保が可能になったため

09

10 その他 ()

10

《8-5は7-1で「07 地域一般入院料1」～「09 地域一般入院料3」に該当した場合に、ご回答ください。》

8-5 地域一般入院基本料の届出を行った理由 (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 地域のニーズに合った医療を提供できるため

01

02 患者の状態に即した医療を提供できるため

02

03 急性期一般入院基本料の看護職員体制を満たすことが難しいため

03

04 急性期一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の要件を満たすことが難しいため

04

05 急性期一般入院基本料の平均在院日数の要件を満たすことが難しいため

05

06 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の重症患者割合の要件を満たすことが難しいため

06

07 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の在宅復帰に係る職員や在宅復帰率の要件を満たすことが難しいため

07

08 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の自宅等から入棟した患者割合・緊急患者の受入等の要件を満たすことが難しいため

08

09 回復期リハビリテーション病棟入院料のリハビリ専門職体制を満たすことが難しいため

09

10 回復期リハビリテーション病棟入院料の重症者(日常生活機能評価10点以上)の割合や退院時の同評価の要件を満たすことが難しいため

10

11 回復期リハビリテーション病棟入院料リハビリテーション実績指数の要件を満たすことが難しいため

11

12 データ提出加算の要件を満たすことが難しいため

12

13 その他 ()

13

* 問9 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について

9-1 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="checkbox"/>

《9-2は9-1にて「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》

9-2 「02 届け出していない」についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため		01 <input type="checkbox"/>
02 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟（障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く）に配置することが困難なため		02 <input type="checkbox"/>
03 病棟薬剤業務を1週間につき20時間相当実施することが困難なため		03 <input type="checkbox"/>
04 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、院内からの相談に対応できる体制の整備が困難なため		04 <input type="checkbox"/>
05 その他（ <input type="text"/> ）		05 <input type="checkbox"/>

《9-3は9-2にて「01 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため」「02 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟（障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く）に配置することが困難なため」の場合にご回答ください。》

9-3 薬剤師を配置することが困難な理由をご回答ください。（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため		<input type="checkbox"/>
02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がいないため		
03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため		
04 その他（ <input type="text"/> ）		

* 問10 貴院の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

10-1 届け出ている一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の種別（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ	02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ	<input type="checkbox"/>

《10-2は10-1にて「01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の場合にご回答ください。》

10-2 重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由

(該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

《回答欄》

- 01 診療実績情報データ（レセプトコード）による評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）より、評価票の記入のほう
容易であり、重症度、医療・看護必要度Ⅱの方法に変更する必要性を感じないため
- 02 重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合と比較して、
患者の状態をより適切に評価できるため
- 03 重症度、医療・看護必要度Ⅰのデータを看護職員配置などの看護管理業務に用いるため
- 04 重症度、医療・看護必要度Ⅱを算出するシステムの導入が間に合っていないため
- 05 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両者で算出した患者割合にズレがないかを確認できていないため
- 06 その他 ()

01

02

03

04

05

06

* 問11 看護職員および看護補助者の体制に関する加算等についてお伺いします。

11-1 届け出ている入院料等加算についてご回答ください。（令和4年11月1日時点）

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 急性期看護補助体制加算（看護補助体制充実加算の届出あり）
- 02 急性期看護補助体制加算（看護補助体制充実加算の届出なし）
- 03 看護補助加算（看護補助体制充実加算の届出あり）
- 04 看護補助加算（看護補助体制充実加算の届出なし）
- 05 看護職員夜間配置加算
- 06 時間外受入体制強化加算（小児入院医療管理料の注加算）

01

02

03

04

05

06

《11-2は11-1にて「06 時間外受入体制強化加算」を選択した場合、ご回答ください。》

11-2 15歳未満の時間外における緊急入院患者数についてご回答ください。（令和4年10月1か月）

人

《11-3は11-1にて「01/02 急性期看護補助体制加算」または「03/04 看護補助加算」を
選択していない場合に、ご回答ください。》

* 11-3 急性期看護補助体制加算または看護補助加算を届け出していない場合、その理由についてご回答ください。

(最も該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 職員確保が困難なため
- 02 必要性がないため
- 03 急性期看護補助体制加算または看護補助加算を届け出られる入院基本料を届け出していないため
- 04 その他 ()

12-3 院内迅速対応システムがある場合、どのような活動をおこなっていますか(該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 起動基準を設定し、基準に該当する患者に対し院内迅速対応チームが対応している。		01 <input type="checkbox"/>
02 RRSに係る責任者を配置している。		02 <input type="checkbox"/>
03 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応について、多職種からなる当該対応の改善に関する委員会又は会議を設置し、発生状況の把握及び評価等を実施している。		03 <input type="checkbox"/>
04 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応に関する対応方法をマニュアルとして整備している。		04 <input type="checkbox"/>
05 院内の職員を対象に、急変の前兆の捉え方や、急変時対応（ACLSなど）の教育活動を行っている。		05 <input type="checkbox"/>
06 その他 (<input type="text"/>)		06 <input type="checkbox"/>

12-4 院内迅速対応システムがない場合、その理由（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 院内迅速対応チームについて知識がないため。		01 <input type="checkbox"/>
02 院内迅速対応チームを担うことができる職員がいないため。		02 <input type="checkbox"/>
03 病棟に勤務する職員（医師、看護師等）の理解が得られないため。		03 <input type="checkbox"/>
04 病院管理者の理解が得られないため。		04 <input type="checkbox"/>
05 入院患者において、院内迅速対応チームの対応が必要となるような患者が想定されないため。		05 <input type="checkbox"/>
06 院内の体制が、院内迅速対応チームの対応が必要としていないため		06 <input type="checkbox"/>
07 その他 (<input type="text"/>)		07 <input type="checkbox"/>

問13 貴院の外来患者数、延べ入院患者数および救急搬送件数についてお伺いします。

13-1 患者数や該当する件数について①～⑥それぞれご回答ください。		令和3年4月1日～令和4年3月31日	
外来患者数	① 初診の患者数	<input type="text"/>	人
	② うち、紹介状により紹介された患者数	<input type="text"/>	人
	③ 再診の延べ患者数	延べ <input type="text"/>	人
	④ 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数	<input type="text"/>	人
延べ入院患者数	⑤ 延べ入院患者数	延べ <input type="text"/>	人
	⑥ 救急搬送件数	<input type="text"/>	件

問14 貴院の救急医療体制についてお伺いします。

14-1 救急告示の有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 救急告示あり	02 救急告示なし	<input type="checkbox"/>

14-2 救急医療体制について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 高度救命救急センター	04 いずれにも該当しないが救急部門を有している	<input type="checkbox"/>
02 救命救急センター	05 救急部門を有していない	
03 二次救急医療機関		

《14-3は14-2にて「03 二次救急医療機関」の場合、ご回答ください。》

14-3 該当する二次救急医療体制について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 病院群輪番制^{※1}

01

02 拠点型^{※2}

02

03 共同利用型^{※3}

03

04 その他

04

※1 地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入態勢を整えている場合をいう。

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

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

14-4 承認等の状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて右欄に○）

《回答欄》

01 特定機能病院

01

02 地域医療支援病院

02

03 災害拠点病院

03

04 小児救命救急センター

04

05 小児救急医療拠点病院

05

06 総合周産期母子医療センター

06

07 地域周産期母子医療センター

07

08 精神科救急情報センター

08

09 上記のいずれも該当しない

09

問15 小児入院医療管理料を届け出ている場合にお伺いします。（令和4年11月1日時点）

15-1 ①～④それぞれについてご回答ください。

① 小児入院医療管理料を算定している患者数				人/件
② 6歳未満の入院を伴う手術件数				件/年
(令和3年11月1日～令和4年10月31日)				
③ 年間の小児緊急入院患者数	件/年			件/年
④ 近隣 ^{※1} で小児科の入院が可能な医療機関までの距離	直線距離		km又は車で約	分

※1 複数の医療機関があった場合、近隣のうち最も近い医療機関

* 問16 化学療法^{※1}の実施状況についてお伺いします。

16-1 化学療法を実施している患者のうち、外来化学療法を実施している割合（令和3年4月1日～令和4年3月31日）

① 化学療法を実施した実患者数		人
② うち、1サイクル ^{※2} 以上、外来で化学療法を実施した実患者数		人

※1 悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの。

※2 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休業期間を含む一連の期間を指す。

16-2 貴院で実施可能な化学療法のレジメン数についてお伺いします。
 診療科ごとのレジメンの数を空欄に記載してください。(令和4年11月1日時点)

診療科	a 実施可能な レジメン数	b うち、外来で 実施可能な レジメン数	診療科	a 実施可能な レジメン数	b うち、外来で 実施可能な レジメン数
① 内科			⑪ 消化器外科 (胃腸外科)		
② 呼吸器内科					
③ 消化器内科 (胃腸内科)			⑫ 泌尿器科		
			⑬ 肛門外科		
④ 血液内科			⑭ 脳神経外科		
⑤ 皮膚科			⑮ 整形外科		
⑥ 小児科			⑯ 眼科		
⑦ 外科			⑰ 耳鼻咽喉科		
⑧ 呼吸器外科			⑱ 小児外科		
⑨ 乳腺外科			⑲ 産婦人科		
⑩ 気管食道外科			⑳ 歯科口腔外科		
			㉑ その他 (<input type="text"/>)		

* 問17 外来腫瘍化学療法診療料についてお伺いします。

17-1 外来腫瘍化学療法診療料の届出状況についてお伺いします。(令和4年11月1日時点)
 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 外来腫瘍化学療法診療料 1	03 届け出ていない	《回答欄》 <input type="text"/>
02 外来腫瘍化学療法診療料 2		

《17-2は17-1にて「03 届け出ていない」の場合、ご回答ください。》

17-2 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない理由についてお伺いします。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有していないため	01 <input type="text"/>
02 人員配置基準を満たすことが困難なため	02 <input type="text"/>
03 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置することが困難なため	03 <input type="text"/>
04 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため	04 <input type="text"/>
05 化学療法を実施していないため	05 <input type="text"/>
06 その他 (<input type="text"/>)	06 <input type="text"/>

17-3 外来化学療法の専用室についてお伺いします。

専用ベッドの台数	<input type="text"/>	台
----------	----------------------	---

17-4 専用室を使用可能な診療科に制限はあるかについてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 ある

02 ない

17-5 外来化学療法の職員の配置状況についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)

構成人数

① 専任の医師

人

② うち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師

人

③ 専任の看護師

人

④ うち、化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師

人

⑤ 専任の薬剤師

人

⑥ うち、化学療法にかかる調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師

人

⑦ その他の職種 ()

人

17-6 外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針についてお伺いします。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 基準や指針を作成している

02 基準や指針を作成していない

《17-7は17-6にて「01 基準や指針を作成している」の場合に、ご回答ください。》

17-7 「基準や指針」における、患者への外来での化学療法の選択肢に関する提示方法の記載の有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 選択肢に関する提示方法を明記している

02 選択肢に関する提示方法は明記していない

《17-8は17-7にて「01 選択肢に関する提示方法を明記している」の場合に、ご回答ください。》

17-8 外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法についてお伺いします。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 主治医が説明している

01

02 薬剤師が説明している

02

03 看護師が説明している

03

04 治療に関わるパンフレットを用いて説明している

04

05 がん相談支援センターで治療方法や費用について説明、支援している

05

06 その他 ()

06

17-9 外来化学療法を実施している患者に係る時間外の対応体制についてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている

01

02 速やかに受診が必要な場合に、自院において診療ができる体制を取っている

02

03 速やかに受診が必要な場合には、連携している他の医療機関において診療ができる体制を取っている

03

04 時間外の対応体制は取っていない

04

《17-10は17-9にて「01 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制をとっている」の場合、
17-10の設問についてご回答ください。》

17-10 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01** 化学療法を担当する職員のみが連絡を受ける体制を取っている
- 02** 化学療法を担当する職員又はそれ以外の職員が連絡を受ける体制を取っている

01

02

《17-11は17-9にて「01 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制をとっている」の場合、
ご回答ください。》

17-11 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談状況についてご回答ください。

（令和4年4月1日～令和4年9月30日）

① 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数		件
② うち、日中		件
③ うち、診療時間外		件

問18 貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。

18-1 入退院支援加算の届出の有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01** 入退院支援加算1を届け出ている
- 02** 入退院支援加算2を届け出ている
- 03** 入退院支援加算3を届け出ている
- 04** 地域連携診療計画加算を届け出ている
- 05** 入院時支援加算を届け出ている
- 06** 総合機能評価加算を届け出ている
- 07** 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置している）
- 08** 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置していない）

01

02

03

04

05

06

07

08

《18-2は、18-1にて「07」「08」のいずれかに該当する場合にご回答ください。》

18-2 入退院支援加算を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | | | |
|----|---|----|--------------------------|
| 01 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の社会福祉士の配置が困難なため | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師の配置が困難なため | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の社会福祉士の配置が困難なため | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | 退院支援が必要な患者が少ないため | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | 地域連携が円滑に運営されており、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 入退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | その他（ <input type="text"/> ） | 13 | <input type="checkbox"/> |

《18-3は、「入退院支援加算1～3を届け出ているが、入院時支援加算を届け出していない（18-1にて「01～03」のいずれかを選択し、かつ「05」を選択していない）」の場合、ご回答ください。》

*18-3 入院時支援加算を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | | | |
|----|--|----|--------------------------|
| 01 | 入院前支援を行うものとして、入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または社会福祉士の配置が困難なため | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 転院または退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | その他（ <input type="text"/> ） | 04 | <input type="checkbox"/> |

■ 問18-4～18-5は、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

<p>* 18-4 入退院支援加算1・2を算定した患者について、患者数とその患者の退院困難な要因をご回答ください。 (令和4年8月～10月の3か月間) ※「退院困難な要因」に複数該当する場合は、最も退院困難な要因の項目に計上してください。</p>		
入退院支援加算1・2を算定した患者数		人
「退院困難な要因」の内訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	人
	② 緊急入院であること	人
	③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ¹	人
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	人
	⑤ 生活困窮者であること	人
	⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	人
	⑦ 排泄に介助を要すること	人
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	人
	⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	人
	⑩ 入退院を繰り返していること	人
	⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	人
	⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	人
	⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	人
	⑭ その他患者の状況から判断して①から⑭までに準ずると認められる場合	人

※1 ③は、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

<p>18-5 入院時支援加算を算定した患者について、患者数と入院前に実施した事項についてご回答ください。 (令和4年8月～10月の3か月間) ※①～⑧については、各項目に該当する人数を計上してご記入ください。</p>		
入院時支援加算を算定した患者数		人
入院前に実施した事項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握(必須)	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握(該当する場合必須)	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
	⑧ 入院生活の説明(必須)	人

■ 問19は、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

問19 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします。（入退院支援加算2や3を届け出ている場合もご回答ください。）

19-1 連携機関 ^{※1} の施設数をご回答ください。（特別の関係にあるものを含む） （令和4年11月1日時点）	a 連携先の施設数	b うち、特別の関係にある施設数
① 連携機関数の合計	施設	施設
② うち、病院	施設	施設
③ うち、診療所	施設	施設
④ うち、介護保険サービス事業所	施設	施設
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑥ うち、その他の施設	施設	施設

※1 連携機関とは、「（1）転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「（2）入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

19-2 連携医療機関1施設あたりの面会回数について	a 最大回数	b 最小回数
① 連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数 （令和3年11月1日から令和4年10月31日の間）	回	回
② うち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会を行った場合	回	回

19-3 介護支援等連携指導料および相談支援専門員との連携について（令和3年11月1日～令和4年10月31日）		
① 介護支援等連携指導料の算定回数		回
② 相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る）		回

19-4 算定対象病床について（令和4年11月1日時点）	
① 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計	
② 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05を乗じた数	

問20 貴院において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

20-1 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項 (該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない		01
02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない		02
03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い		03
04 病棟との情報共有が十分でないことが多い		04
05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい		05
06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい		06
07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい		07
08 特にない		08
09 その他 (<input type="text"/>)		09

20-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない		01
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない		02
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導(医療保険)を行う医療機関が少ない		03
04 地域の中で、外来リハビリテーション(医療保険)を行う医療機関が少ない		04
05 地域の中で、訪問リハビリテーション(介護保険)を行う事業所が少ない		05
06 地域の中で、通所リハビリテーション(介護保険)を行う事業所が少ない		06
07 地域の中で、通所系サービス(通所リハビリテーションを除く)を行う事業所が少ない		07
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない		08
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない		09
10 特にない		10
11 その他 (<input type="text"/>)		11

* 問21 急性期充実体制加算の届出状況について

21-1 急性期充実体制加算の届出状況について(令和4年11月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	

《21-2は、急性期充実体制加算の届出有無に関わらず、ご回答ください。》

21-2 ①～⑯それぞれの実施についてご回答ください。

(令和3年4月1日～令和4年3月31日)

① 全身麻酔による手術件数		件
② うち、緊急手術件数		件
③ 悪性腫瘍手術件数		件
④ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術件数		件
⑤ 心臓カテーテル法手術件数		件
⑥ 消化管内視鏡による手術件数		件
⑦ 化学療法の件数		件
⑧ うち、造血器悪性腫瘍に係る化学療法の件数		件
⑨ 異常分娩の件数		件
⑩ 6歳未満の手術件数		件
⑪ 救急自動車等による搬送件数		件
⑫ 精神疾患診療体制加算2の算定又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法 若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数		件
⑬ 紹介割合 ^{※1} (令和4年4月1日～令和4年10月31日)		%
⑭ 逆紹介割合 ^{※2} (令和4年4月1日～令和4年10月31日)		%
⑮ 「一般病棟」 ^{※3} における平均在院日数 ^{※4}		日
⑯ 「一般病棟」の退棟患者に占める、同一医療機関の「一般病棟」以外の 病棟に転棟したものの割合 ^{※5}		%

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

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

※3 一般病棟入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料及び小児入院医療管理料。

※4 入院基本料等における算出方法にならうこと (小数点第一位まで)。

※5 直近3か月間に一般病棟から他の病棟に転棟した患者を直近3か月に当該病棟から退棟した患者 (退院患者を含む) の数で除して算出。

《21-3は「急性期一般入院料1」を算定する病棟を有する医療機関、かつ21-1にて「02 届け出ていない」に該当する場合、21-3の設問についてご回答ください。》

21-3 貴院で満たすのが困難な要件を選択してください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- | | | |
|--|----|--------------------------|
| 01 手術等に係る実績 | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 化学療法の実施を推進する体制 | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 24時間の救急医療提供 | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件 | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 感染対策向上加算1の届出 | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 画像診断及び検査を、24時間実施できる体制の確保 | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保 | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 急性期一般入院料1にかかる届出を行っている病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行っていること | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出 | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備 | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 外来を縮小する体制の確保 | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 一般病棟の病床数の合計が9割以上であること | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設がないこと | 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと | 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 平均在院日数14日以内 | 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割以上 | 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19 敷地内における禁煙の取り扱い | 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20 第三者評価を受けていること | 20 | <input type="checkbox"/> |
| 21 総合入院体制加算を届出していないこと | 21 | <input type="checkbox"/> |

問22 総合入院体制加算の届出状況についてお伺いいたします。

■ 22-1～22-2は、下記のいずれかの医療機関に該当する場合のみご回答ください。

- ・高度救命救急センター、救命救急センター、2次救急医療機関のいずれかに指定されている医療機関
- ・総合周産期母子医療センターを設置している医療機関
- ・上記医療機関と同様に、救急患者を24時間受入れている医療機関

22-1 「総合入院体制加算」の届出状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 01 総合入院体制加算1を届け出ている | 03 総合入院体制加算3を届け出ている |
| 02 総合入院体制加算2を届け出ている | 04 総合入院体制加算を届け出していない |

22-2 22-1にて「02 総合入院体制加算2を届け出ている」、「03 総合入院体制加算3を届け出ている」、「04 総合入院体制加算を届け出していない」の場合、貴院で満たすのが困難な要件を選択してください。
 なお、急性期充実体制加算を届け出ている場合は回答不要です。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | | | |
|----|--|----|--------------------------|
| 01 | 全身麻酔による手術の件数が年間800件以上 | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 人工心肺を用いた手術の件数が年間40件以上 | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 悪性腫瘍手術の件数が年間400件以上 | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | 腹腔鏡下手術の件数が年間100件以上 | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | 放射線治療（体外照射法）の件数が年間4,000件以上 | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | 化学療法の件数が年間1,000件以上 | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | 分娩の件数が年間100件以上 | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | 救急自動車等による搬送件数が年間2,000件以上 | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | 精神科について、24時間対応できる体制を確保している | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受入れている | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算1」の届出を行っている | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 「精神疾患診療体制加算2」の算定件数又は救急患者の入院3日以内における「入院精神療法」若しくは「救命救急入院料の注2の加算」の算定件数が合計で年間20件以上 | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 療養病棟入院基本料 または 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届け出していない | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 画像診断及び検査を、24時間実施できる体制を確保している | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15 | 薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している | 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16 | 総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治癒し通院不要な患者が4割以上である | 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17 | 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、及び産科（産婦人科）を標榜し、入院医療を提供している ^{※1} | 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18 | 連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置 | 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19 | 医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備 | 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20 | 院内助産又は助産師外来の開設 | 20 | <input type="checkbox"/> |
| 21 | 特定行為研修修了者の複数名の配置 | 21 | <input type="checkbox"/> |
| 22 | 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等以外） | 22 | <input type="checkbox"/> |
| 23 | 敷地内に喫煙所を設ける場合は、非喫煙場所にタバコの煙が流れないようにし、適切な受動喫煙防止措置を講ずること | 23 | <input type="checkbox"/> |
| 24 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合が3割3分以上、又は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が3割以上（総合入院体制加算3は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合が3割以上、又は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が2割7分以上） | 24 | <input type="checkbox"/> |
| 25 | 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない | 25 | <input type="checkbox"/> |
| 26 | その他（ <input type="text"/> ） | 26 | <input type="checkbox"/> |

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

* 問23 重症患者初期支援充実加算についてお伺いします。

23-1 届出の状況について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 届け出ている	03 届け出ているが、今後届ける予定	□
02 届け出していない		

23-2 重症患者初期支援充実加算を届け出ている場合、入院時重症患者対応メディエーターの配置状況をお答えください。		
① 医師	□	人
② 看護師	□	人
③ 薬剤師	□	人
④ 社会福祉士	□	人
⑤ 公認心理師	□	人
⑥ その他医療有資格者 (職種名: □)	□	人
⑦ 医療有資格者以外のもので、医療関係団体等が実施する研修を終了し、かつ、支援に係る経験を有する者	□	人

《23-3は23-1にて「02 届出なし」の場合、ご回答ください。》

23-3 「02 届け出していない」の場合、その理由について (令和4年11月1日時点)

(該当する番号すべて、右欄に○)

01 算定対象となる特定入院料を届け出していないため	01	□
02 入院時重症患者対応メディエーターの介入が必要となるような特に重篤な状態の患者がないため	02	□
03 特に重篤な状態の患者を行う医師・看護師等による十分に対応できており、入院時重症患者対応メディエーターの必要性がないため	03	□
04 患者サポート体制充実加算を届け出していないため	04	□
05 入院時重症患者対応メディエーターを担う職員がないため	05	□
06 その他 (□)	06	□

《問24については、特定機能病院入院基本料を算定している医療機関のみご回答ください》

* 問24 入院栄養管理体制加算についてお伺いします。

24-1 届出の状況について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	□

《24-2は、24-1にて「02 届け出していない」の場合、ご回答ください。》

24-2 届け出していない理由について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

24-2 届け出していない理由について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 専従の常勤の管理栄養士を1名以上配置することが困難なため	□	
02 入院時支援加算に係る届出を行っていないため		
03 栄養サポートチーム加算の算定を優先しているため		
04 入院栄養食事指導料の算定を優先しているため		
05 その他 (□)		

《26-3は、26-1にて「02 届け出ていない」の場合、ご回答ください。》

26-3 届け出ていない理由について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 所定の研修を修了した医師の確保が難しいため
- 02 所定の研修を修了した看護師の確保が難しいため
- 03 所定の研修を修了した薬剤師の確保が難しいため
- 04 所定の研修を修了した管理栄養士の確保が難しいため
- 05 加算の要件に沿ったチームの設置のメリットがすくないため
- 06 その他（ ）

01

02

03

04

05

06

***問27 身体的拘束^{※1}を予防・最小化する取組についてお伺いします。**

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

27-1 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定について（令和4年11月1日時点）

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 策定あり
- 02 策定なし

27-2 院内における身体的拘束の実施・解除基準を策定していますか。（令和4年11月1日時点）

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 策定あり
- 02 策定なし

27-3 貴院における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容についてご回答ください。

（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 院内の身体的拘束の実施状況の把握
- 02 院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有
- 03 院内の身体的拘束の実施状況の見える化
- 04 身体的拘束の予防・最小化に関する具体的な目標設定
- 05 病棟ラウンドを通じた身体的拘束を実施している患者状況・状態の把握
- 06 病棟において、身体的拘束を実施している各患者の解除に向けた多職種による検討
- 07 看護職員に対する教育や研修の企画・開催
- 08 看護職員以外の職員に対する教育や研修の企画・開催
- 09 病院外の者が関わる事例検討会や対策の検討の実施
- 10 その他（ ）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

27-4 身体的拘束を予防・最小化するための組織の有無 (該当する番号すべて、右欄に○)	
01 身体的拘束を予防・最小化に係る院内横断チームの設置	01 <input type="checkbox"/>
02 行動制限最小化委員会の設置	02 <input type="checkbox"/>
03 その他 (<input type="text"/>)	03 <input type="checkbox"/>

* 問28 感染対策向上加算についてお伺いします。

28-1 届出の状況について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 感染対策向上加算1	03 感染対策向上加算3	<input type="checkbox"/>
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない	

28-2 令和4年3月31日時点における、感染防止対策加算の届出状況について(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 感染防止対策加算1	03 届け出ていない	<input type="checkbox"/>
02 感染防止対策加算2		

■ 28-3～28-7は、全ての施設がご回答ください。

28-3 感染制御チームを有する場合、構成する職員の人数についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)	
	構成人数
① 医師	<input type="text"/> 人
② うち 感染症対策に3年以上の経験を有する専従の常勤医師	<input type="text"/> 人
③ うち 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師	<input type="text"/> 人
④ 看護師	<input type="text"/> 人
⑤ うち 感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	<input type="text"/> 人
⑥ うち 感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	<input type="text"/> 人
⑦ うち 感染管理の経験5年以上(感染管理に係る適切な研修を修了していない)看護師	<input type="text"/> 人
⑧ 薬剤師	<input type="text"/> 人
⑨ うち 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師	<input type="text"/> 人
⑩ うち 3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師	<input type="text"/> 人
⑪ 臨床検査技師	<input type="text"/> 人
⑫ うち 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師	<input type="text"/> 人
⑬ うち 3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した専任の臨床検査技師	<input type="text"/> 人
⑭ その他 (<input type="text"/>)	<input type="text"/> 人

28-4 令和3年度院内感染対策講習会において上記感染症制御チームの少なくとも1名が参加した講習会について
(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01** 講習会① (特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会)
- 02** 講習会② (院内感染対策に関して、地域における指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会)
- 03** 講習会③ (講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会)
- 04** 講習会④ (医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会)

01

02

03

04

28-5 感染対策について連携している医療機関数について (令和4年度)

※カンファレンスについては、加算1の場合、開催(予定も含む)回数を、加算2または3は参加(予定も含む)回数をご記入ください。

※連携施設数については、現時点の状況をご記入ください。

① 連携施設数		施設
② 医療機関・行政との合同カンファレンス回数		回
③ うち 新興感染症を想定した訓練の回数		回

28-6 院内感染等に関する助言を行っている場合、その対象 (該当する番号すべて、右欄に○)

※感染対策向上加算1については、感染対策向上加算2、3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関以外への助言の状況

《回答欄》

- 01** 高齢者施設
- 02** 障害福祉施設
- 03** 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関
- 04** 歯科医療機関
- 05** 調剤薬局
- 06** 自治体
- 07** 一般市民
- 08** その他 ()

01

02

03

04

05

06

07

08

28-7 サーベイランスへの参加について (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01** 院内感染対策サーベイランス (JANIS)
- 02** 感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)
- 03** その他 ()

01

02

03

■ 28-8～28-11は「感染対策向上加算を届け出していない」場合、ご回答ください。

28-8 院内感染対策マニュアルは作成されていますか。（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 作成済	03 作成中	<input type="text"/>
02 未作成		

28-9 医療機関・行政等との連携および体制について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 保健所、地域の医師会及び他の医療機関と連携し、感染対策に係るカンファレンスを実施又は参加している		01 <input type="text"/>
02 他の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有している		02 <input type="text"/>
03 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、他の保険医療機関等とあらかじめ協議を行っている		03 <input type="text"/>
04 他の医療機関と連携し、必要時に院内感染対策に関する助言を受ける体制を有している		04 <input type="text"/>
05 01～04には該当しない		05 <input type="text"/>

28-10 新興感染症の発生時等の体制整備について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する		<input type="text"/>
02 体制は整備していない。		

28-11 抗菌薬の適正使用について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している		01 <input type="text"/>
02 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている		02 <input type="text"/>
03 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している		03 <input type="text"/>
04 その他（ <input type="text"/> ）		04 <input type="text"/>

* 問29 感染対策向上加算1を算定している場合にご回答ください。

29-1 指導強化加算の届出有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="text"/>

29-2 感染対策向上加算2及び3、または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関との連携状況について		
① 連携施設数	<input type="text"/>	施設
② 連携の申し込みがあったが断った施設数	<input type="text"/>	施設
③ 助言を行った総回数（令和4年4月～10月の7か月）	<input type="text"/>	回

* 問30 感染対策向上加算2および3を算定している場合にご回答ください。

30-1 感染対策向上加算1に対して、連携の申し込みを行ったが断られた場合があったか。 （該当する番号1つを右欄に○）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

30-2 連携強化加算の有無（令和4年8月～10月）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

30-3 感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数および報告回数について		
① 施設数	<input type="text"/>	施設
② 総回数（令和4年4月～10月の7か月）	<input type="text"/>	回

問31 貴院の認知症ケア加算およびせん妄ハイリスク患者ケア加算の届出状況についてお伺いします。

31-1 認知症ケア加算の届出状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 認知症ケア加算1を届け出ている	03 認知症ケア加算3を届け出ている	<input type="text"/>
02 認知症ケア加算2を届け出ている	04 届け出していない	

31-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="text"/>

31-3 認知症患者を受け入れるにあたっての取り組みについてお伺いします。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 認知症患者である場合、入院前から十分な時間を確保し、患者説明を行っている		01 <input type="text"/>
02 入退院支援部門と連携し、認知症患者の家族からの情報収集および、退院後の家族支援の必要性も早期に検討している。		02 <input type="text"/>
03 患者に不安を与えないよう、治療説明や面談等を行う部屋の環境に配慮をしている。		03 <input type="text"/>
04 認知症看護に係る研修を修了した看護師の育成を積極的に進めている。		04 <input type="text"/>
05 服用中の薬剤の評価、処方提案、服薬支援を行っている。		05 <input type="text"/>
06 転倒転落のリスクを評価し、ADLの維持・向上に向けた取組を行っている		06 <input type="text"/>
07 早期離床の取組を行っている		07 <input type="text"/>
08 疼痛管理の強化を行っている		08 <input type="text"/>
09 適切な睡眠管理を行っている		09 <input type="text"/>
10 その他（ <input type="text"/> ）		10 <input type="text"/>

* 問32 ADL維持向上等体制加算の届出状況等についてお伺いします。

32-1 ADL維持向上等体制加算の届出状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="text"/>

32-2 A D L 維持向上等体制加算を届け出していない場合、その理由について（該当する番号すべて、右欄に○）

01 理学療法士等のセラピストが確保できないため	01
02 リハビリテーション医療に係る経験を有し、研修を修了している医師を確保できないため	02
03 直近1年間の新規入院患者のうち65歳以上の患者又は循環器系等の疾患の患者の割合を満たせないため	03
04 アウトカム評価に係る基準を満たすことができないため	04
05 疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていないため	05
06 疾患別リハビリテーション料を算定している等、A D L 維持向上等体制加算の届出の必要性を感じられないため	06
07 その他（ <input type="text"/> ）	07

《回答欄》

《A D L 維持向上等体制加算の届出有無に関わらずご回答ください。》

32-3 土日祝日の貴施設における、リハビリテーションの実施状況について当てはまる番号を選択してください。
（①～③それぞれ該当する番号1つ右欄に記載）

① 土曜	01 平日と同様に実施	02 平日より回数を減らして実施	03 実施なし	①
② 日曜	01 平日と同様に実施	02 平日より回数を減らして実施	03 実施なし	②
③ 祝日	01 平日と同様に実施	02 平日より回数を減らして実施	03 実施なし	③

《回答欄》

◆その他のご意見

① その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

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

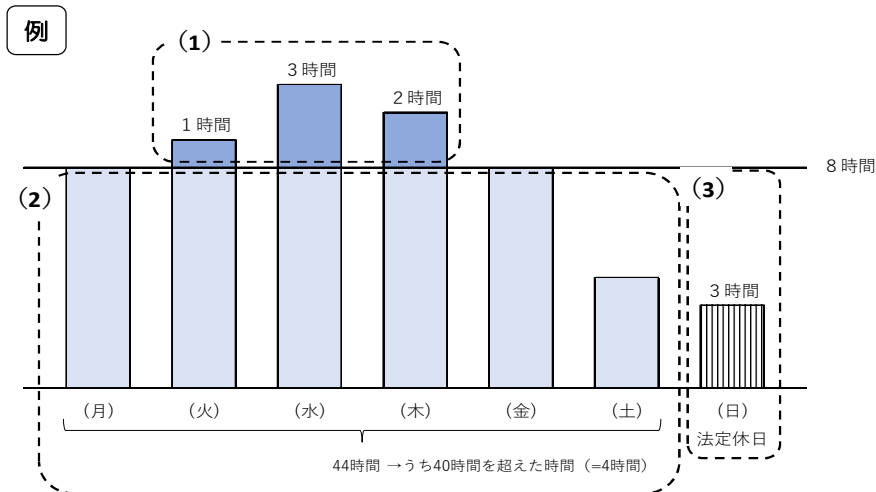
* 問33 医師の勤務状況等についてお伺いします。

33-1 医師の勤務体制について、交代制の有無をお答えください。(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 交代制である	02 交代制ではない	

33-2 貴施設における令和2年6月、令和3年6月、令和4年6月の常勤医師1人あたりの平均、超過勤務時間 ^{※1} の 最大値、最小値(1か月間)、及び、超過勤務時間が80時間/月以上の者・155時間/月以上の者の人数、宿日直状況を 記載してください。※小数点第1位まで(小数点以下第2位を切り捨て)			
医師1人あたりの1か月の超過勤務時間数 (交代制の場合の超過勤務も含む)	a 令和2年6月	b 令和3年6月	c 令和4年6月
① 平均値	時間	時間	時間
② 最大値	時間	時間	時間
③ 最小値	時間	時間	時間
④ 1か月の超過勤務時間が 80時間超の人数	人	人	人
⑤ 1か月の超過勤務時間が 155時間超の人数	人	人	人
医師1人あたりの1か月の宿日直回数 ^{※2} (交代制の場合を除く)	a 令和2年6月	b 令和3年6月	c 令和4年6月
⑥ 平均値	回	回	回
⑦ 最大値	回	回	回
⑧ 最小値	回	回	回
⑨ 連日当直を実施した者の人数	人	人	人
⑩ 連日当直の発生した回数	延べ 回	延べ 回	延べ 回

※1 超過勤務時間とは、次の(1)～(3)の総和を指します。

- (1) 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間
- (2) 1週について40時間を超えて労働した時間数(①及び③で計上される時間数は除く。)
- (3) 法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間



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

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

33-3 夜間医師が従事する業務に係る労働基準監督署の宿日直許可についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 全ての業務について許可を受けている 03 許可を受けている業務はない
02 許可を受けている業務と受けていない業務がある

《回答欄》

* 問34 医療従事者の勤務環境改善マネジメントについてお伺いします。

- 34-1～34-5は、総合入院体制加算を届け出していない施設のみご回答ください。

34-1 勤務環境改善マネジメントシステム^{*}を推進するチームについてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 チームがある 03 チームはなく、今後設置予定もない
02 チームはないが、今後設置予定

《回答欄》

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

34-2 勤務環境の現状に関する実態把握や分析の実施状況についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 行っている 03 行っておらず、今後実施予定もない
02 行っていないが、今後実施予定

《回答欄》

《34-3は、34-2にて「01 行っている」の場合にご回答ください。》

34-3 実態把握や分析の頻度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 毎月行っている 04 2～3年に1度行っている
02 数か月に1度行っている 05 定期的な実態把握や分析は行っていない
03 1年に1度行っている

《回答欄》

《34-4は、34-2で「02 行っていないが、今後実施予定」「03 行っておらず、今後実施予定もない」に該当した場合にご回答ください。》

34-4 勤務環境改善の取組に関する計画の策定についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 策定している 03 策定しておらず、今後策定予定もない
02 策定していないが、今後策定予定

《回答欄》

《34-5は、34-4にて「01 策定している」の場合にご回答ください。》

34-5 計画の見直しの頻度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 数か月に1度行っている 03 2～3年に1度行っている
02 1年に1度行っている 04 4年以上見直しをしていない

《回答欄》

- 34-6と34-7は全施設ご回答ください。

34-6 異なる保険医療機関から当直医を要請していますか。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 要請している 02 要請していない

《回答欄》

34-7 自院での当直明けの医師の勤務について、以下の対応を行っていますか。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 当直

02 特段配慮していない

* 問35 記録や会議に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

35-1 貴施設では、入院部門で電子カルテを導入していますか。(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 導入している

03 導入しておらず、導入予定もない

02 導入していないが、導入を検討中

04 その他(具体的に)

35-2 ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組についてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 タブレットの活用

01

02 音声入力システムの活用

02

03 ビデオ通話による会議の実施

03

04 遠隔画像診断の実施

04

05 遠隔病理診断の実施

05

06 紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用

06

07 特になし

07

08 その他 (具体的に)

08

《35-3は、35-2にて「07 特になし」の場合にご回答ください。》

35-3 ICTを活用していない理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 ICTの導入にコストがかかるから

01

02 ICTの維持・管理にコストがかかるから

02

03 ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから

03

04 ICTを使いこなせない職員がいる(または多い)から

04

05 現場のオペレーションを変更する事務的負担が大きいから

05

06 現場の賛同が得られないから

06

07 故障時などに現場が混乱することを避けたいから

07

08 その他 (具体的に)

08

35-4 院内の会議に関する負担軽減の取組についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 必要性の低い会議の廃止

01

02 医師の出席義務の取りやめ

02

03 会議の開催回数の削減

03

04 会議の開催時間の短縮

04

05 ビデオ通話(WEB形式)による会議の実施

05

06 会議での紙資料の配付の中止

06

07 特になし

07

08 その他 (具体的に)

08

*** 問36 医師の働き方改革に関する取組み等について**

36-1 医師の働き方改革に関する検討会に基づく、令和4年11月1日時点の貴施設の水準^{※1}について
 ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 A水準相当	01
02 連携B水準相当	02
03 B水準相当	03
04 C-1水準相当	04
05 C-2水準相当	05

《回答欄》

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

36-2 貴施設の勤務医のうち、連携B水準、B水準、C-1水準、C-2水準に相当する医師の有無について
 ご回答ください。（「1:いる 2:いない」のうち、該当する番号を空欄に記載してください）

	a 連携B水準相当 (1:いる 2:いない)	b B水準相当 (1:いる 2:いない)	c C-1水準相当 (1:いる 2:いない)	d C-2水準相当 (1:いる 2:いない)
① 令和3年度実績				
② 令和4年11月1日時点				

《36-3は、36-2にて「1:いる」に該当する場合にご回答ください。》

36-3 各水準に該当する医師の人数と今年度の目標人数についてご回答ください。

	a 連携B水準相当	b B水準相当	c C-1水準相当	d C-2水準相当
① 令和3年度実績	人	人	人	人
② 令和4年11月1日時点 ^{※2}	人	人	人	人
③ 今年度の目標人数	人	人	人	人

※2 R4年度については、R6年度以降の医療機関による申請予定を考慮した、4月から10月までの実績から各水準に相当する人数を記載。

36-4 令和6年4月の労働時間上限規制の適用後に、予定している貴施設の水準^{※1}について
 ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 A水準	01
02 連携B水準	02
03 B水準	03
04 C-1水準	04
05 C-2水準	05

《回答欄》

* 問37 医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

37-1 貴施設の自施設における医師の労働時間の把握方法として該当するものをお選びください。
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 ICカード・タイムカード	03 自己申告に基づき把握	05 把握していない	《回答欄》
02 上司等第三者の確認	04 その他 (具体的に <input type="text"/>)		

37-2 長時間労働者に対する、医師による面接指導の実施状況についてご回答ください。
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 実施している	03 実施しておらず、今後も実施する予定はない	《回答欄》
02 実施していないが、今後実施を予定している	04 長時間労働者はいない	

37-3 常勤医師について、他施設での勤務状況の把握についてご回答ください。
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 把握している	02 把握していない	《回答欄》
------------------	-------------------	-------

《37-4は、37-3にて「01 把握している」の場合にご回答ください。》

37-4 他施設での勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 他施設での勤務時間	01	<input type="checkbox"/>
02 他施設での当直日程	02	<input type="checkbox"/>
03 その他 (<input type="text"/>)	03	<input type="checkbox"/>

37-5 医師の労働時間以外の勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 年次有給休暇取得率	01	<input type="checkbox"/>
02 育児休業の取得率	02	<input type="checkbox"/>
03 介護休業の取得率	03	<input type="checkbox"/>
04 代休取得率	04	<input type="checkbox"/>
05 連続勤務	05	<input type="checkbox"/>
06 勤務間インターバル	06	<input type="checkbox"/>
07 代償休息	07	<input type="checkbox"/>
08 把握していない	08	<input type="checkbox"/>
09 その他 (具体的に <input type="text"/>)	09	<input type="checkbox"/>

37-6 医師の負担軽減策に関する医療勤務環境改善支援センターへの相談の有無についてご回答ください。
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 既に相談した	03 相談していない (相談の予定なし)	《回答欄》
02 今後相談する予定		

37-7 多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議の開催の有無についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

01 開催している

02 開催していない

《回答欄》

《37-8は、37-7にて「01 開催している」の場合にご回答ください。》

37-8 開催回数についてご回答ください。

年間 回

37-9 以下の項目の中で、取り組み実績のあるものについてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

01 タスク・シフト/シェア

02 医師の業務の見直し

03 その他の勤務環境改善 (ICT活用、ワークライフバランス推進等)

04 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

05 C-1水準を適用する臨床研修及び専攻医の研修の効率化

06 その他 ()

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

37-10 37-9で取り組んでいない項目の中で、今後取り組みの計画のあるものについてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

01 タスク・シフト/シェア

02 医師の業務の見直し

03 その他の勤務環境改善 (ICT活用、ワークライフバランス推進等)

04 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

05 C-1水準を適用する臨床研修及び専攻医の研修の効率化

06 その他 ()

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

*** 問38 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に係る取組**

38-1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているものをお選びください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

01 業務量の調整 (時間外労働が発生しないような業務量の調整)

02 看護職員と他職種との業務分担

03 看護補助者の配置・増員

04 短時間正規雇用の看護職員の活用

05 多様な勤務形態の導入

06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮

07 夜勤負担の軽減

08 その他 (上記01~07以外) (具体的に)

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

《38-2は、38-1にて「03 看護補助者の配置・増員」の場合にご回答ください。》

38-2 看護補助者の配置・増員についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 主として直接ケアを行う看護補助者の新たな配置
- 02 主として直接ケアを行う看護補助者の増員
- 03 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置
- 04 主として事務的作業を行う看護補助者の増員
- 05 夜間の看護補助者の新たな配置
- 06 夜間の看護補助者の増員
- 07 その他（具体的に ）

01

02

03

04

05

06

07

《38-3は、38-1にて「06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」の場合にご回答ください。》

38-3 具体的な配慮についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

01

02

03

04

05

06

07

08

■問38-4は、以下の加算を算定している施設のみご回答ください。

- 夜間看護加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12）
- 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注9）
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助加算
- 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注3）
- 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注4）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注7）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注5）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注5）

38-4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況についてお伺いします。

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 達成が困難である
- 02 達成はやや困難である
- 03 概ね達成可能である
- 04 ほぼ達成可能である
- 05 評価時期に達していない

《38-5は、38-4にて「01 達成が困難である」又は「02 達成はやや困難である」に該当した場合にご回答ください。》

38-5 達成が困難である項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 業務量の調整

01

02 看護職員と他職種との業務分担

02

03 看護補助者の配置・増員

03

04 短時間正規雇用の看護職員の活用

04

05 多様な勤務形態の導入

05

06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮

06

07 夜勤負担の軽減

07

08 夜勤に係る配慮

08

09 その他（

09

* 問39 各診療報酬項目の施設基準の届出状況等についてお伺いします。

39-1 手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届出状況についてご回答ください。

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 届け出ている

02 届け出していない

39-2 「地域医療体制確保加算」の届出状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 届け出ている

02 届け出していない

《39-3は、39-2にて「02 届け出ていない」の場合にご回答ください。》

39-3 施設基準として、満たすことが困難な要件についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01** 病院勤務医の負担軽減・処遇改善のため、勤務医の勤務状況把握とその改善の必要性等を提言するための責任者配置
- 02** 病院勤務医の勤務時間および当直を含む夜間の勤務状況把握
- 03** 院内に多職種からなる役割分担推進委員会・会議を設置し、「病院勤務医の負担軽減・処遇に資する計画」を作成
当該委員会等は、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催
- 04** 計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた
病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資するものとし、定期的な評価・見直しを行う
- 05** 計画には、以下の項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載する
- ・医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）
 - ・勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ・前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間休息の確保（勤務間インターバル）
 - ・予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
 - ・当直翌日の業務内容に対する配慮
 - ・交替勤務制・複数主治医制の実施
 - ・育児・介護休業法を活用した短時間正規雇用医師の活用
- 06** 病院勤務医の負担軽減・処遇改善に関する取り組み事項を院内掲示等の方法で公表する
- 07** 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること
- 08** 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること
- 09** 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること

01

02

03

04

05

06

07

08

09

《39-4は、39-3にて「05 計画には、以下の項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載する」の場合にご回答ください。》

39-4 満たすことが困難な項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01** 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）
- 02** 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- 03** 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間休息の確保（勤務間インターバル）
- 04** 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- 05** 当直翌日の業務内容に対する配慮
- 06** 交替勤務制・複数主治医制の実施
- 07** 育児・介護休業法を活用した短時間正規雇用医師の活用

01

02

03

04

05

06

07

《39-5は、39-2にて「02 届け出ていない」の場合にご回答ください。》

39-5 救急用自動車・救急医療用ヘリによる搬送受け入れ件数について（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 01 年間2,000件以上 | 03 年間999件以下 |
| 02 年間1,000件以上1,999件以下 | |

■ 39-6～39-7は、32-2にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》

39-6 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目の取組状況について実施している取組をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | |
|---|----|
| 01 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 | 01 |
| 02 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施 | 02 |
| 03 勤務間インターバルの確保 | 03 |
| 04 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 | 04 |
| 05 当直翌日の業務内容に対する配慮 | 05 |
| 06 交代勤務制・複数主治医制の実施 | 06 |
| 07 短時間正規雇用医師の活用 | 07 |
| 08 時間外・休日・深夜における手術・1000点以上の処置の実施に係る医師（術者又は第一助手）の手当支給 | 08 |
| 09 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外が実施していること
(新生児を除く) | 09 |
| 10 その他（具体的に <input type="text"/> ） | 10 |

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

39-7 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき検討項目のうち、実施していない取組とその理由（実施困難な理由等）についてご回答ください。 (①～⑦それぞれ該当する番号1つを右欄に記載)				
	01 職員確保が 困難	02 予算がない	03 医療従事者等 職員との調整 が困難	04 その他具体的に ()
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における 役割分担	01	02	03	04 (<input type="text"/>)
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務	01	02	03	04 (<input type="text"/>)
③ 勤務間インターバルの確保	01	02	03	04 (<input type="text"/>)
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮	01	02	03	04 (<input type="text"/>)
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮	01	02	03	04 (<input type="text"/>)
⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施	01	02	03	04 (<input type="text"/>)
⑦ 短時間正規雇用医師の活用	01	02	03	04 (<input type="text"/>)

《回答欄》

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

<p>《39-8は、39-7の理由にて「02 予算がない」「03 医療従事者等職員との調整が困難」に該当した場合にご回答ください。》</p> <p>39-8 貴施設は地域医療介護総合確保基金「6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」の対象となっていますか。（該当する番号1つを右欄に記載）</p>	
01 なっている	02 なっていない

《回答欄》

<p>39-9 医師事務作業補助体制加算の届出状況についてお伺いします。（令和4年11月1日時点）</p> <p>（該当する番号1つを右欄に記載）</p>	
01 医師事務作業補助体制加算1(15対1)	08 医師事務作業補助体制加算2(15対1)
02 医師事務作業補助体制加算1(20対1)	09 医師事務作業補助体制加算2(20対1)
03 医師事務作業補助体制加算1(25対1)	10 医師事務作業補助体制加算2(25対1)
04 医師事務作業補助体制加算1(30対1)	11 医師事務作業補助体制加算2(30対1)
05 医師事務作業補助体制加算1(50対1)	12 医師事務作業補助体制加算2(50対1)
06 医師事務作業補助体制加算1(75対1)	13 医師事務作業補助体制加算2(75対1)
07 医師事務作業補助体制加算1(100対1)	14 医師事務作業補助体制加算2(100対1)
	15 届け出ていない

《回答欄》

《39-15は、39-14にて「01 研修を行っている」の場合にご回答ください。》

39-15 院内教育・研修の具体的内容について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 接遇・コミュニケーション

01

02 管理者研修

02

03 リーダーシップ研修

03

04 新人研修

04

05 OJT

05

06 その他（）

06

39-16 医師事務作業補助者の効果について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 医師の残業時間短縮

01

02 医師の働きやすさ

02

03 外来における患者の待ち時間の短縮

03

04 その他（具体的に ）

04

*** 問40 非常勤職員についてお伺いします。**

40-1 非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無について

（該当する番号1つを右欄に記載）

	有	無	
1) 医師	01	02	1) <input type="text"/>
2) 看護師	01	02	2) <input type="text"/>
3) 薬剤師	01	02	3) <input type="text"/>
4) 理学療法士	01	02	4) <input type="text"/>
5) 作業療法士	01	02	5) <input type="text"/>
6) その他	01	02	6) <input type="text"/>

《回答欄》

《40-2は、40-1にて「01 有」の場合にご回答ください。》

40-2 該当する診療報酬の項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 緩和ケア診療加算

01

02 依存症入院医療管理加算

02

03 摂食障害入院医療管理加算

03

04 栄養サポートチーム加算

04

05 感染対策向上加算

05

06 ハイリスク分娩等管理加算

06

07 病棟薬剤業務実施加算

07

08 入退院支援加算

08

09 認知症ケア加算

09

10 小児入院医療管理料

10

11 その他（具体的に ）

11

《40-3は、40-1にて「01有」の場合にご回答ください。》

40-3 非常勤職員の配置を行ったことによる影響について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 常勤職員の負担が軽減された
- 02 非常勤職員を雇用しやすくなった
- 03 非常勤職員を活用できる場が増えた
- 04 医師の責任の所在があいまいになった
- 05 非常勤医師間の連携不足により患者の診療や病棟業務等に支障が出た
- 06 非常勤医師と看護師等の他職種との連携不足による患者の診療や病棟業務等に支障が出た
- 07 患者から不満等が出た
- 08 その他（具体的に ）

01	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>

① 上記でご選択頂いた番号のうち、最もあてはまる番号を記入してください。（番号は1つ）

40-4 常勤配置や専従配置について、要件の緩和を希望する診療報酬項目があれば、当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。

1) 常勤配置	<input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>
2) 専従配置	<input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>

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

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和4年●月●日（●）までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6	7
------------	---	---	---	---	---	---	---

B-1

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票 (B)

R4年に新規で設定した設間につきましては、設間文前に“*”を付けております。

- 数値を記入する設間で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合は、問1、問4及び問7-1への記入は不要です。

◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

問1 貴院の開設者等についてお伺いします（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）

1-1 開設者（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
<p>01 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）</p> <p>02 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）</p> <p>03 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）</p> <p>04 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）</p> <p>05 医療法人（社会医療法人は含まない）</p> <p>06 その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人）</p> <p>07 個人</p>	

1-2 貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等（令和4年11月1日時点）

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 01 | 病院（貴院以外） | 01 | |
| 02 | 一般診療所（貴院以外） | 02 | |
| 03 | 訪問看護ステーション | 03 | |
| 04 | 介護老人保健施設 | 04 | |
| 05 | 介護老人福祉施設 | 05 | |
| 06 | 介護医療院 | 06 | |
| 07 | 認知症高齢者グループホーム | 07 | |
| 08 | 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合）） | 08 | |
| 09 | サービス付き高齢者向け住宅（08を除く） | 09 | |
| 10 | 短期入所生活介護事業所 | 10 | |
| 11 | （介護予防）短期入所療養介護 | 11 | |
| 12 | （介護予防）小規模多機能型居宅介護 | 12 | |
| 13 | 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） | 13 | |
| 14 | 訪問介護事業所 | 14 | |
| 15 | 通所介護事業所 | 15 | |
| 16 | （介護予防）訪問リハビリテーション | 16 | |
| 17 | （介護予防）通所リハビリテーション | 17 | |
| 18 | （介護予防）居宅療養管理指導 | 18 | |
| 19 | 居宅介護支援事業所 | 19 | |
| 20 | 地域包括支援センター | 20 | |
| 21 | 保険薬局 | 21 | |
| 22 | なし | 22 | |
| 23 | その他（具体的に <input type="text"/> ） | 23 | |

問2 貴施設と同一敷地内または隣接する施設についてお伺いします。

2-1 貴施設と同一敷地内または隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等（令和4年11月1日時点） （該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 病院（貴院以外）		<input type="checkbox"/>
02 一般診療所（貴院以外）		<input type="checkbox"/>
03 訪問看護ステーション		<input type="checkbox"/>
04 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/>
05 介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/>
06 介護医療院		<input type="checkbox"/>
07 認知症高齢者グループホーム		<input type="checkbox"/>
08 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））		<input type="checkbox"/>
09 サービス付き高齢者向け住宅（08を除く）		<input type="checkbox"/>
10 短期入所生活介護事業所		<input type="checkbox"/>
11 （介護予防）短期入所療養介護		<input type="checkbox"/>
12 （介護予防）小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/>
13 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		<input type="checkbox"/>
14 訪問介護事業所		<input type="checkbox"/>
15 通所介護事業所		<input type="checkbox"/>
16 （介護予防）訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/>
17 （介護予防）通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/>
18 （介護予防）居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/>
19 居宅介護支援事業所		<input type="checkbox"/>
20 地域包括支援センター		<input type="checkbox"/>
21 保険薬局		<input type="checkbox"/>
22 なし		<input type="checkbox"/>
23 その他（具体的に <input type="text"/> ）		<input type="checkbox"/>

《2-2は、2-1にて「21 保険薬局」の場合にご回答ください。》		《回答欄》
2-2 当該保険薬局との賃貸借取引等の状況についてお伺いします。（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		<input type="checkbox"/>
01 保険医療機関と直接不動産の賃貸借取引（保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者又は法人の役員が名義人となっている場合を含む）がある保険薬局		
02 保険医療機関と第三者を通じて不動産の賃貸借取引（賃料が発生しない場合を含む）がある（第三者による転借が複数回行われている場合を含む）保険薬局		
03 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む）を利用して開局している保険薬局		
04 保険薬局が所有する施設・設備を保険医療機関に貸与している保険薬局		
05 保険医療機関による開局時期の指定を受けて開局している（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む）（公募の際に、開局時期が明示されていない場合を含む）保険薬局		

*問3 貴院において標榜している診療科を選択してください。

3-1 診療科（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 内科			23 肛門外科
02 呼吸器内科			24 脳神経外科
03 循環器内科			25 整形外科
04 消化器内科（胃腸内科）			26 形成外科
05 腎臓内科			27 美容外科
06 脳神経外科			28 眼科
07 糖尿病内科（代謝内科）			29 耳鼻いんこう科
08 血液内科			30 小児外科
09 皮膚科			31 産婦人科
10 アレルギー科			32 産科
11 リウマチ科			33 婦人科
12 感染症内科			34 リハビリテーション科
13 小児科			35 放射線科
14 精神科			36 麻酔科
15 心療内科			37 病理診断科
16 外科			38 臨床検査科
17 呼吸器外科			39 救急科
18 心臓血管外科			40 歯科
19 乳腺外科			41 矯正歯科
20 気管食道外科			42 小児歯科
21 消化器外科（胃腸外科）			43 歯科口腔外科
22 泌尿器科			

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。（データ提出加算を提出している場合は、記入不要です。）

4-1 許可病床数（令和4年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ 結核病床		床
② 療養病床		床	⑤ 感染症病床		床
③ 精神病床		床	⑥ 合計		床

* 4-2 届出病床数について入院料毎にご回答ください。（令和4年11月1日時点）					
① 急性期一般入院料 1		床	⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5（経過措置）		床
② 急性期一般入院料 2		床	⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 6（経過措置）		床
③ 急性期一般入院料 3		床	⑰ 地域包括ケア病棟入院料 1		床
④ 急性期一般入院料 4		床	⑱ 地域包括ケア入院医療管理料 1		床
⑤ 急性期一般入院料 5		床	⑲ 地域包括ケア病棟入院料 2		床
⑥ 急性期一般入院料 6		床	⑳ 地域包括ケア入院医療管理料 2		床
⑦ 地域一般入院料 1		床	㉑ 地域包括ケア病棟入院料 3		床
⑧ 地域一般入院料 2		床	㉒ 地域包括ケア入院医療管理料 3		床
⑨ 地域一般入院料 3		床	㉓ 地域包括ケア病棟入院料 4		床
⑩ 療養病棟入院料 1		床	㉔ 地域包括ケア入院医療管理料 4		床
⑪ 療養病棟入院料 2		床	㉕ 障害者施設等入院基本料（7対1）		床
⑫ 療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数を算定		床	㉖ 障害者施設等入院基本料（10対1）		床
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1		床	㉗ 障害者施設等入院基本料（13対1）		床
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2		床	㉘ 障害者施設等入院基本料（15対1）		床
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3		床	㉙ 緩和ケア病棟入院料 1		床
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4		床	㉚ 緩和ケア病棟入院料 2		床
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5		床	㉛ その他 (<input type="text"/>)		床

問5 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

5-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点）※		床
---	--	---

※ 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

5-2 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和4年11月1日時点）		《回答欄》
(該当する番号すべて、右欄に○)		
01 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている	01	<input type="text"/>
02 協力医療機関（新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている	02	<input type="text"/>
03 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関	03	<input type="text"/>
04 01～03以外の医療機関であって、新型コロナウイルス感染症から回復した患者を受け入れている	04	<input type="text"/>
05 01～04のいずれでもない	05	<input type="text"/>

問6 貴院の職種別の職員数（常勤換算※）についてお伺いします。

6-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※）（令和4年11月1日時点）					
① 医師	<input type="text"/>	人	⑫ 公認心理師	<input type="text"/>	人
② 歯科医師	<input type="text"/>	人	⑬ 診療放射線技師	<input type="text"/>	人
③ 看護師	<input type="text"/>	人	⑭ 臨床検査技師	<input type="text"/>	人
④ 准看護師	<input type="text"/>	人	⑮ 臨床工学技士	<input type="text"/>	人
⑤ 看護補助者	<input type="text"/>	人	⑯ 歯科衛生士	<input type="text"/>	人
⑥ (うち) 介護福祉士	<input type="text"/>	人	⑰ 相談員	<input type="text"/>	人
⑦ 薬剤師	<input type="text"/>	人	⑱ (うち) 社会福祉士	<input type="text"/>	人
⑧ 管理栄養士	<input type="text"/>	人	⑲ (うち) 精神保健福祉士	<input type="text"/>	人
⑨ 理学療法士	<input type="text"/>	人	⑳ 医師事務作業補助者	<input type="text"/>	人
⑩ 作業療法士	<input type="text"/>	人	㉑ 事務職員	<input type="text"/>	人
⑪ 言語聴覚士	<input type="text"/>	人	㉒ その他の職員	<input type="text"/>	人

※ 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入
 (ご記入いただく職員数 = 常勤職員数 + 常勤換算した非常勤の職員数)

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

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

問7 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

《データ提出加算を算定している場合、7-1への回答は不要です。》	
7-1 届け出ている入院基本料および特定入院料（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 地域包括ケア病棟入院料 1	01 <input type="checkbox"/>
02 地域包括ケア入院医療管理料 1	02 <input type="checkbox"/>
03 地域包括ケア病棟入院料 2	03 <input type="checkbox"/>
04 地域包括ケア入院医療管理料 2	04 <input type="checkbox"/>
05 地域包括ケア病棟入院料 3	05 <input type="checkbox"/>
06 地域包括ケア入院医療管理料 3	06 <input type="checkbox"/>
07 地域包括ケア病棟入院料 4	07 <input type="checkbox"/>
08 地域包括ケア入院医療管理料 4	08 <input type="checkbox"/>
09 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	09 <input type="checkbox"/>
10 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	10 <input type="checkbox"/>
11 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	11 <input type="checkbox"/>
12 回復期リハビリテーション病棟入院料 4	12 <input type="checkbox"/>
13 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	13 <input type="checkbox"/>
14 回復期リハビリテーション病棟入院料 5（経過措置）	14 <input type="checkbox"/>
15 回復期リハビリテーション病棟入院料 6（経過措置）	15 <input type="checkbox"/>
16 地域一般入院料 1	16 <input type="checkbox"/>
17 地域一般入院料 2	17 <input type="checkbox"/>
18 地域一般入院料 3	18 <input type="checkbox"/>

《7-1で選択した入院基本料について7-2でご回答ください。》		7-2 病棟の状況についてご回答ください。			
		a	b	c	d
		地域包括ケア 病棟入院料 (7-1で01、03、 05、07いずれかを 回答した場合)	地域包括ケア 入院医療管理料 (7-1で02、04、 06、08いずれかを 回答した場合)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (7-1で09～15 いずれかを回答 した場合)	地域一般入院料 (7-1で16～18 いずれかを回答 した場合)
① 入院患者数	(令和4年11月1日時点)	人	人	人	人
② 新入棟患者数	ア (令和3年8～10月)	人	人	人	人
	イ (令和4年8～10月)	人	人	人	人
③ 新退棟患者数	ア (令和3年8～10月)	人	人	人	人
	イ (令和4年8～10月)	人	人	人	人
④ 在院患者延日数	ア (令和3年8～10月)	日	日	日	日
	イ (令和4年8～10月)	日	日	日	日
⑤ 在宅復帰率 ^{※1}	ア (令和3年8～10月)	%	%	%	%
	イ (令和4年8～10月)	%	%	%	%
⑥ 平均在院日数	ア (令和3年8～10月)	日	日	日	日
	イ (令和4年8～10月)	日	日	日	日
⑦ 病床利用率 ^{※2}	ア (令和3年8～10月)	%	%	%	%
	イ (令和4年8～10月)	%	%	%	%

※1 ①地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料

「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）×100、B. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。

②回復期リハビリテーション病棟入院料

「在宅復帰率」= C ÷ D : C. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）×100、D. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く）。

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

*** 問8 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について**

8-1 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="checkbox"/>

《8-2は、8-1にて「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》		《回答欄》
8-2 届け出していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため		01 <input type="checkbox"/>
02 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟（障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く）に配置することが困難なため		02 <input type="checkbox"/>
03 病棟薬剤業務を1週間につき20時間相当実施することが困難なため		03 <input type="checkbox"/>
04 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、院内からの相談に対応できる体制の整備が困難なため		04 <input type="checkbox"/>
05 その他（ <input type="text"/> ）		05 <input type="checkbox"/>

- 問11は、貴院が「地域包括ケア病棟入院料」または「地域包括ケア入院医療管理料」を届け出ている場合にご回答ください。

* 問11 貴院の在宅医療等の提供状況についてお伺いします。

11-1 在宅医療等の提供の有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

《11-2は、11-1にて「01あり」の場合にご回答ください。》

11-2 在宅医療等の提供対象者（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 貴院へ入院歴のある患者	<input type="text"/>	01 <input type="text"/>
02 貴院へ外来通院歴のある患者		02 <input type="text"/>
03 貴院へ入院歴・外来通院歴のない地域住民		03 <input type="text"/>
04 その他（		04 <input type="text"/>

* 11-3 在宅医療等の提供状況（令和4年8～10月の3か月）

		令和4年8～10月
① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数		<input type="text"/> 回
② 病院からの訪問看護等の提供実績		
ア 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数		<input type="text"/> 回
イ 退院後訪問指導料の算定回数		<input type="text"/> 回
ウ 介護保険の指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数		<input type="text"/> 回
③ 同一敷地内または隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションによる訪問看護の提供実績		
ア 訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数		<input type="text"/> 回
イ 介護保険法に規定する訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数		<input type="text"/> 回
※指定訪問看護ステーションの場合のみ計上してください。		
④ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数		<input type="text"/> 回
⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業者による介護保険法に規定する訪問介護、（介護予防）訪問リハビリテーションの提供実績		
ア 介護保険法に規定する訪問介護費の算定回数		<input type="text"/> 回
イ 介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数		<input type="text"/> 回
⑥ 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数		<input type="text"/> 回
ア 退院時共同指導料2の算定回数		<input type="text"/> 回
イ 外来在宅共同指導料1の算定回数		<input type="text"/> 回

12-3 訪問看護を提供している利用者の状況等（令和4年10月の1か月）	
	令和4年10月
① 全利用者数	人
② うち、医療保険を算定した利用者数（介護保険と併用した者を含む）	人
③ うち、介護保険のみを算定した利用者数	人
④ 医療保険の特掲診療料の施設基準等 別表第7 ^{※2} （厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する利用者数	人
⑤ 医療保険の特掲診療料の施設基準等 別表第8 ^{※3} （厚生労働大臣の定める状態等にあるもの）に該当する利用者数	人
⑥ 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者数	人
⑦ 複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者数	人

※2 記入要領p.5参照

※3 記入要領p.6参照

■ 12-4については、「同一敷地内または隣接する訪問看護ステーション」がない（2-1にて「03 訪問看護ステーション」に該当しない）場合ご回答ください。

12-4 訪問看護ステーションを併設していない理由についてご回答ください。 （該当する番号すべてに○）		《回答欄》
01 地域内に既に多くの訪問看護ステーションが開設されており、ニーズがないため		01 <input type="checkbox"/>
02 自院から訪問看護を提供しているため（在宅患者訪問看護・指導料等を算定している）		02 <input type="checkbox"/>
03 訪問看護ステーション開設に必要な看護職員を確保できないため		03 <input type="checkbox"/>
04 他の要件で地域包括ケア病棟入院料の施設基準を満たしているため、訪問看護ステーションの開設を検討したことがない		04 <input type="checkbox"/>
05 その他（ <input type="text"/> ）		05 <input type="checkbox"/>

- 問13は、貴院が「地域包括ケア病棟入院料」または「地域包括ケア入院医療管理料」を届け出ている場合にご回答ください。

問13 今後の意向についてお伺いします。

13-1 病床数の増減の意向についてご回答ください。(令和5年4月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 増床(新設を含む)	
02 現状を維持(届出なしを含む)	
03 削減(転換を除く)	
04 他の病棟へ転換	

《回答欄》

13-2 届出予定の入院料とその病棟数をご回答ください。(令和5年4月以降)

届出予定の入院料	a 病棟数	b 医療保険届出病床数
① 急性期一般入院基本料	棟	床
② 地域一般入院料1	棟	床
③ 地域一般入院料2	棟	床
④ 地域一般入院料3	棟	床
⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料	棟	床
⑥ 地域包括ケア病棟入院料	棟	床
⑦ 地域包括ケア入院医療管理料(一部のみ)	室	床
⑧ 療養病棟入院基本料	棟	床
⑨ 介護保険施設		床
⑩ 上記以外の病棟・病室	棟	床
⑪ 休床を届出予定		床

《13-3は、13-1にて「04 他の病棟へ転換」の場合にご回答ください。》

13-3 転換を検討している転換先についてご回答ください。(令和5年4月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 急性期一般病棟	
02 回復期リハビリテーション病棟	
03 療養病棟	
04 障害者施設等入院基本料算定病棟	
05 地域一般病棟	
06 緩和ケア病棟	
07 その他 ()	
08 未定	

《回答欄》

《13-4は、13-1にて「04 他の病棟へ転換」の場合にご回答ください。》

* 13-4 転換を検討している理由についてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

《回答欄》

- | | | | |
|----|------------------------------------|----|----------------------|
| 01 | 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため | 01 | <input type="text"/> |
| 02 | 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため | 02 | <input type="text"/> |
| 03 | 回復期リハビリテーション病棟入院料が再編されたため | 03 | <input type="text"/> |
| 04 | 地域に利用者がいないため | 04 | <input type="text"/> |
| 05 | 看護師の確保が困難なため | 05 | <input type="text"/> |
| 06 | 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため | 06 | <input type="text"/> |
| 07 | 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため | 07 | <input type="text"/> |
| 08 | 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため | 08 | <input type="text"/> |
| 09 | 地域の利用者が多いため | 09 | <input type="text"/> |
| 10 | 看護師の確保が可能なため | 10 | <input type="text"/> |
| 11 | 施設基準を満たせないため | 11 | <input type="text"/> |
| 12 | 減算された点数での算定になってしまうため | 12 | <input type="text"/> |
| 13 | その他 (<input type="text"/>) | 13 | <input type="text"/> |

《13-5は、13-4にて「11～12」のいずれかに該当する場合、ご回答ください。》

* 13-5 具体的に満たすことができない項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- | | | | |
|----|------------------------------|----|----------------------|
| 01 | 職員の配置 | 01 | <input type="text"/> |
| 02 | 救急医療の提供 | 02 | <input type="text"/> |
| 03 | 重症患者割合 | 03 | <input type="text"/> |
| 04 | 自院の一般病棟から転棟した患者割合 | 04 | <input type="text"/> |
| 05 | 自宅等から入棟した患者割合 | 05 | <input type="text"/> |
| 06 | 自宅等からの緊急入院患者の受入れ | 06 | <input type="text"/> |
| 07 | 在宅医療等の実績 | 07 | <input type="text"/> |
| 08 | 在宅復帰率 | 08 | <input type="text"/> |
| 09 | 入退院支援部門及び地域連携業務を担う部門の設置 | 09 | <input type="text"/> |
| 10 | その他 (<input type="text"/>) | 10 | <input type="text"/> |

《13-6は、13-5にて「07 在宅医療等の実績」の場合、ご回答ください。》

* 13-6 以下に挙げる在宅医療等の実績のうち、満たせない項目をご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定回数
- 02 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数
- 03 同一敷地内または隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費の算定回数
- 04 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数
- 05 同一敷地内または隣接する敷地内に位置する事業所の訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護または介護予防訪問リハビリテーションの提供実績
- 06 退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 の算定回数

01

02

03

04

05

06

■ 問14は、貴院が「地域包括ケア病棟入院料」または「地域包括ケア入院医療管理料」を届け出ている場合にご回答ください。

問14 地域包括ケア病棟・病室の状況等についてお伺いいたします。

14-1 現在「地域包括ケア入院医療管理料」を届け出ている病室の改定前の状況			
	a	b	
	病室・病棟数	医療保険届出病床数	
① 地域包括ケア病室（令和4年11月1日時点）	<input type="text"/> 室	<input type="text"/>	床
② うち、改定前（令和4年3月31日時点以前）に地域包括ケア病室以外の病室の一部から転換	<input type="text"/> 室	<input type="text"/>	床
③ うち、改定前（令和4年3月31日時点以前）に地域包括ケア病棟以外の病棟の一部から転換	<input type="text"/> 棟	<input type="text"/>	床

14-2 地域包括ケア病棟・病室の届出を行った理由

《回答欄》

(該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

- 01 地域包括ケア病棟・病室にすることで、経営が安定するため
- 02 地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員のモチベーションが向上するため
- 03 地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員の負担軽減につながるため
- 04 地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため
- 05 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されたため
- 06 他の入院料の病棟と組み合わせることで、患者の状態に即した医療を提供できるため
- 07 急性期一般病棟を維持するためには一部を地域包括ケア病棟・病室に転換する必要があったため
- 08 地域包括ケア病棟・病室の重症度、医療・看護必要度の基準であれば満たすことが可能であるため
- 09 退院支援の実施が無理なくできるため
- 10 施設基準に平均在院日数の要件がないため
- 11 その他 ()

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

14-3 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨

(該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つ右欄に◎を記載)

《回答欄》

- 01 自院の急性期病棟からの転棟先として利用している
- 02 他院の急性期病棟からの転院先として利用している
- 03 在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している
- 04 在宅医療の後方支援として、看取りを中心に利用している
- 05 自院又は他院の療養病棟からの転棟・転院先として利用している
- 06 介護保険施設等からの急変時の入院先として利用している
- 07 その他 ()

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

14-4 地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況

		割合 (人数)	
① 自宅等から入棟した患者割合	ア 令和4年5月～7月	<input type="text"/>	%
	イ 令和4年8月～10月	<input type="text"/>	%
② 令和4年5月～10月のうち最も高い月の患者割合		<input type="text"/>	%
③ 令和4年5月～10月のうち最も低い月の患者割合		<input type="text"/>	%
④ 自宅等からの緊急患者の受入れ数	ア 令和4年5月～7月	<input type="text"/>	人
	イ 令和4年8月～10月	<input type="text"/>	人
⑤ 令和4年5月～10月のうち最も高い月の患者数		<input type="text"/>	人
⑥ 令和4年5月～10月のうち最も低い月の患者数		<input type="text"/>	人
⑦ 自院の一般病床からの転棟患者割合	ア 令和4年5月～7月	<input type="text"/>	%
	イ 令和4年8月～10月	<input type="text"/>	%
⑧ 令和4年5月～10月のうち最も高い月の患者割合		<input type="text"/>	%
⑨ 令和4年5月～10月のうち最も低い月の患者割合		<input type="text"/>	%

14-5 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で提供している介護サービス (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 訪問介護
- 02 訪問リハビリテーション
- 03 介護予防訪問リハビリテーション
- 04 訪問看護
- 05 介護予防訪問看護
- 06 その他 ()

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

■ 問15は、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届け出ている場合ご回答ください。
問15 今後の意向についてお伺いします。

15-1 病床数の増減の意向についてご回答ください。(令和5年4月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

<p>01 増床 (新設を含む)</p> <p>02 現状を維持 (届出なしを含む)</p> <p>03 削減 (転換を除く)</p> <p>04 他の病棟へ転換</p>	《回答欄》 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

15-2 届出予定の入院料とその病棟数をご回答ください。(令和5年4月以降)

届出予定の入院料	a 病棟数	b 医療保険届出病床数
① 急性期一般入院基本料	棟	床
② 地域一般入院料1	棟	床
③ 地域一般入院料2	棟	床
④ 地域一般入院料3	棟	床
⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料	棟	床
⑥ 地域包括ケア病棟入院料	棟	床
⑦ 地域包括ケア入院医療管理料 (一部のみ)	室	床
⑧ 療養病棟入院基本料	棟	床
⑨ 介護保険施設		床
⑩ 上記以外の病棟・病室	棟	床
⑪ 休床を届出予定		床

《15-3は、15-1にて「04 他の病棟へ転換」の場合にご回答ください。》

15-3 転換を検討している転換先についてご回答ください。(令和5年4月以降) (該当する番号1つを右欄に記載)

<p>01 急性期一般病棟</p> <p>02 回復期リハビリテーション病棟</p> <p>03 療養病棟</p> <p>04 障害者施設等入院基本料算定病棟</p> <p>05 地域一般病棟</p> <p>06 緩和ケア病棟</p> <p>07 その他 (<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>)</p> <p>08 未定</p>	《回答欄》 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

《15-4は、15-1にて「04 他の病棟へ転換」の場合にご回答ください。》

15-4 転換を検討している理由についてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎)

《回答欄》

- 01 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため
- 02 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため
- 03 回復期リハビリテーション病棟入院料が再編されたため
- 04 地域に利用者がいないため
- 05 看護師の確保が困難なため
- 06 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため
- 07 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため
- 08 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため
- 09 地域の利用者が多いため
- 10 看護師の確保が可能なため
- 11 施設基準を満たせないため
- 12 その他 ()

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

《15-5は、15-4にて「11 施設基準を満たせないため」の場合にご回答ください。》

* 15-5 具体的に満たすことができない項目についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 職員の配置 (満たせない職種を具体的に:)
- 02 週7日間のリハビリテーションの提供
- 03 重症者の割合
- 04 入院時に重症であった患者における退院時の日常生活機能評価またはFIMが一定以上改善した割合
- 05 自宅等に退院する割合
- 06 リハビリテーション実績の指数
- 07 その他 ()

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

■ 15-6～15-9は、貴院が令和4年3月31日時点で「回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6」を届け出ている場合にご回答ください。

* 15-6 令和5年4月1日～令和6年3月31日までの届出の意向についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

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

<input type="text"/>

《15-7は、15-6にて「05」または「06」のにご回答ください。》

* 15-7 届出予定の理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

《回答欄》

- | | | | |
|----|--|----|--------------------------|
| 01 | データ提出加算の届出が困難なため | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 重症者の割合を満たせないため | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 入院時に重症者であった患者における退院時の日常生活機能評価またはFIMが一定以上改善した割合を満たせないため | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | 自宅等に退院する割合を満たせないため | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | リハビリテーション実績の指数に係る要件を満たせないため | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | 実際の患者の状態により即した入院料等が設定されているため | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | 地域に利用者がいないため | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | その他（ <input type="text"/> ） | 10 | <input type="checkbox"/> |

* 15-8 令和6年4月1日以降の届出の意向についてご回答ください。

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | | |
|----|--------------------------------|--------------------------|
| 01 | 回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出る予定 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 回復期リハビリテーション病棟入院料2を届け出る予定 | |
| 03 | 回復期リハビリテーション病棟入院料3を届け出る予定 | |
| 04 | 回復期リハビリテーション病棟入院料4を届け出る予定 | |
| 05 | 回復期リハビリテーション病棟入院料以外の入院料を届け出る予定 | |
| 06 | 届け出る入院料については検討中、未定 | |

《15-8で「05」または「06」を選択された場合に15-9の設問についてご回答ください。》

* 15-9 届出予定の理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

《回答欄》

- | | | | |
|----|--|----|--------------------------|
| 01 | データ提出加算の届出が困難なため | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 重症者の割合を満たせないため | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 入院時に重症者であった患者における退院時の日常生活機能評価またはFIMが一定以上改善した割合を満たせないため | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | 自宅等に退院する割合を満たせないため | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | リハビリテーション実績の指数に係る要件を満たせないため | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | 実際の患者の状態により即した入院料等が設定されているため | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | 他の病棟等へ転換することで経営が安定するため | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | 地域に利用者がいないため | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | その他（ <input type="text"/> ） | 10 | <input type="checkbox"/> |

■ 問16は、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届け出ている場合ご回答ください。

問16 貴院のリハビリテーションの状況についてお伺いします。

* 16-1 貴院のリハビリテーション実績指数についてご回答ください。(令和4年10月1か月)	
(小数点第2位を四捨五入した値)	

16-2 疾患別リハビリテーションの届出状況についてご回答ください。		
(①～⑤それぞれで該当する番号1つを右欄に記載)		
届出の有無 (令和4年10月)		《回答欄》
① 心大血管疾患リハビリテーション料		① <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
01 リハビリテーション料Ⅰ	03 届け出ている	
02 リハビリテーション料Ⅱ		
② 脳血管疾患等リハビリテーション料		② <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
01 リハビリテーション料Ⅰ	03 リハビリテーション料Ⅲ	
02 リハビリテーション料Ⅱ	04 届け出ている	
③ 廃用症候群リハビリテーション料		③ <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
01 リハビリテーション料Ⅰ	03 リハビリテーション料Ⅲ	
02 リハビリテーション料Ⅱ	04 届け出ている	
④ 運動器リハビリテーション料		④ <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
01 リハビリテーション料Ⅰ	03 リハビリテーション料Ⅲ	
02 リハビリテーション料Ⅱ	04 届け出ている	
⑤ 呼吸器リハビリテーション料		⑤ <input style="background-color: yellow;" type="text"/>
01 リハビリテーション料Ⅰ	03 届け出ている	
02 リハビリテーション料Ⅱ		

《16-3は、16-2 ①心大血管疾患リハビリテーション料にて「01 リハビリテーション料Ⅰ」または「02 リハビリテーション料Ⅱ」の場合にご回答ください。》		
* 16-3 心大血管疾患リハビリテーション料を届け出た時期についてご回答ください。		
(該当する番号1つを右欄に記載)		
01 令和4年3月31日以前	02 令和4年4月1日以降	《回答欄》 <input style="background-color: yellow;" type="text"/>

《16-4は、16-2 ①心大血管疾患リハビリテーション料にて「03 届け出ていない」の場合にご回答ください。》

* 16-4 今後の意向についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 届出を行う予定
- 02 届出の希望はなく、実際に届出も行わない予定
- 03 届出を行いたいが、行えない

《16-5は、16-4にて「03届出を行いたいが、行えない」の場合にご回答ください。》

* 16-5 届出を行えない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 循環器科又は心臓血管外科の医師の確保が困難
- 02 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の確保が困難
- 03 心大血管疾患の経験を有する理学療法士または看護師の確保が困難
- 04 専用の機能訓練室の確保が困難
- 05 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において緊急手術や、緊急の血管造影検査を行う体制の確保が困難
- 06 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において患者の緊急事態に使用できる救急入院料又は特定集中室管理料の届出がされている治療室の確保が困難
- 07 心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者を受け入れる方針が無いため
- 08 その他（ ）

01

02

03

04

05

06

07

08

16-6 疾患別リハビリテーションの実施計画書において重点的に説明する項目をご回答ください。

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 患者の病態
- 02 安静度・リスクや禁忌・特記事項
- 03 心身機能・構造
- 04 基本動作
- 05 日常生活活動の実行状況
- 06 社会保障サービスの申請状況
- 07 リハビリテーションの目標
- 08 リハビリテーションの治療方針と治療内容
- 09 その他（ ）

16-7 外来患者に対するリハビリテーションなどの実施状況（①～④それぞれで該当する番号1つを右欄に記載、「01 実施あり」を選択した場合は実施件数についてもご回答ください。）

	令和4年10月		《回答欄》
	01 実施あり	02 実施なし	
① 外来患者に対するリハビリテーションの実施 (医療保険)	件		①
② 外来患者に対する訪問リハビリテーション指導の実施 (医療保険)	件		②
③ 外来患者に対する通所リハビリテーションの実施 (介護保険)	件		③
④ 外来患者に対する訪問リハビリテーション指導の実施 (介護保険)	件		④

《16-8は、16-7の「③ 外来患者に対する通所リハビリテーションの実施（介護保険）」にて「02 実施なし」の場合にご回答ください。》

16-8 通所リハビリテーションを実施していない理由（最も該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

<p>01 機能訓練室が施設基準を満たせないため</p> <p>02 人員配置が施設基準を満たせないため</p> <p>03 実施したとしても経営の安定が見込めないため</p> <p>04 同一法人内の別施設で実施しているため</p> <p>05 別の法人の施設で実施しているため</p> <p>06 急性期病院であるため</p> <p>07 送迎が困難なため</p> <p>08 今後行う予定であるため</p> <p>09 その他（ <input type="text"/> ）</p>	《回答欄》
--	-------

16-9 病棟専従のリハビリ専門職による実施の状況（令和4年10月1か月）

（①～③それぞれ該当する番号1つを右欄に記載）

	令和4年10月		《回答欄》
	01 実施あり	02 実施なし	
① 入院中の患者又は退棟後3か月以内の患者に対する退院前の訪問指導の実施			①
② 退棟後3か月以内の患者に対する外来リハビリテーションの実施			②
③ 退棟後3か月以内の患者に対する訪問リハビリテーション指導の実施			③

16-10 入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価に関する実施状況についてご回答ください。

（令和4年10月1か月）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

<p>01 FIMのみ使用</p> <p>02 日常生活機能評価のみ使用</p> <p>03 日常生活機能評価とFIMの併用</p>	《回答欄》
--	-------

《16-11は、16-10にて「02 日常生活機能評価のみ使用」または「03 日常生活機能評価とFIMの併用」の場合にご回答ください。》

16-11 「02 日常生活機能評価のみ使用」または「03 日常生活機能評価とFIMの併用」を選択した理由についてご回答ください。（最も該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

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

16-12 1日の1患者あたりのリハビリテーション提供単位数についてご回答ください。
(令和4年5月～10月の6か月間)

 単位

16-13 1日あたりの重症者※1の状況（令和4年5月～10月6か月）	a	b
	日常生活機能評価	FIM
① 新規入院患者のうち重症者の割合	<input style="width: 100px;" type="text"/> %	<input style="width: 100px;" type="text"/> %
② 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が1点以上改善した重症者の割合 またはFIMが4点以上改善した重症者の割合	<input style="width: 100px;" type="text"/> %	<input style="width: 100px;" type="text"/> %
③ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 またはFIMが12点以上改善した重症者の割合	<input style="width: 100px;" type="text"/> %	<input style="width: 100px;" type="text"/> %
④ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合 またはFIMが16点以上改善した重症者の割合	<input style="width: 100px;" type="text"/> %	<input style="width: 100px;" type="text"/> %

※1 日常生活機能評価が10点以上またはFIMが55点以下に該当する患者。

* 16-14 次の回復期リハビリテーションを要する状態（①～⑥）に該当する入棟元別の患者数についてご回答ください。

（令和4年10月1か月）

- ① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
- ② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
- ③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
- ④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
- ⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態
- ⑥ 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

令和4年10月	a 自院の他病棟	b 他医療機関	c 自宅	d 介護老人 保健施設	e 介護老人 福祉施設	f 介護医療院	g 高齢者施設 ※2	h その他
ア ①に該当する患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
イ うち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
ア ②に該当する患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
イ うち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
ア ③に該当する患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
イ うち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
ア ④に該当する患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
イ うち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
ア ⑤に該当する患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
イ うち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
ア ⑥に該当する患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人
イ うち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								
	人	人	人	人	人	人	人	人

※2 高齢者施設とは、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る）又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）のことを示す。

16-15 貴院の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数についてご回答ください。（実患者数でご回答ください。）		
	a 令和4年5月～7月	b 令和4年8月～10月
① 当該病棟から退棟した患者数	人	人
うち、リハを要する状態別の患者数		
② 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	人	人
③ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	人	人
④ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	人	人
⑤ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	人	人
⑥ 股関節又は膝関節の置換術後の状態	人	人
⑦ 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した疾患又は手術後の状態	人	人
⑧ 死亡退棟した患者数	人	人

■ 問17は、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届け出ている場合ご回答ください。

* 問17 第三者評価についてお伺いします。

17-1 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院または公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（リハビリ病院）と同等の基準についての第三者評価の認定の有無についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	03 現在は無いが、今後受審予定	<input type="text"/>
02 審査中・認定結果待ち	04 現在は無く、今後も受審予定はない	

《17-2は、17-1にて「01 あり」の場合にご回答ください。》

17-2 取得されている認定についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う病院機能評価（主機能）		01 <input type="text"/>
02 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う病院機能評価（副機能）		02 <input type="text"/>
03 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う病院機能評価（主機能、高度・専門機能）		03 <input type="text"/>
04 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う病院機能評価（副機能、高度・専門機能）		04 <input type="text"/>
05 ISO9001		05 <input type="text"/>
06 その他（ <input type="text"/> ）		06 <input type="text"/>

■ 18-5、18-6は、許可病床数200床未満の病院の場合にご回答ください。

* 18-5 救急患者を受け入れている頻度・時間帯についてご回答ください。（令和4年11月1日時点）	
① 受け入れている頻度	週 <input type="text"/> 日
② 受け入れている時間帯（該当する番号すべて、右欄に○）	
01 日中	01 <input type="checkbox"/>
02 夜間 ^{※4}	02 <input type="checkbox"/>
03 深夜 ^{※5}	03 <input type="checkbox"/>

※4 夜間…18時以降22時まで
 ※5 深夜…22時以降翌6時まで

* 18-6 救急患者の受け入れ可否の判断についてご回答ください。（令和4年11月1日時点）	
（該当する番号すべて、右欄に○）	
01 自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	01 <input type="checkbox"/>
02 患者の症状により受け入れ可否を判断している	02 <input type="checkbox"/>
03 全患者受け入れている	03 <input type="checkbox"/>
04 医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	04 <input type="checkbox"/>
05 その他（ <input type="text"/> ）	05 <input type="checkbox"/>

問19 貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。

19-1 入退院支援加算の届出の有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	
01 入退院支援加算1を届け出ている	01 <input type="checkbox"/>
02 入退院支援加算2を届け出ている	02 <input type="checkbox"/>
03 入退院支援加算3を届け出ている	03 <input type="checkbox"/>
04 地域連携診療計画加算を届け出ている	04 <input type="checkbox"/>
05 入院時支援加算を届け出ている	05 <input type="checkbox"/>
06 総合機能評価加算を届け出ている	06 <input type="checkbox"/>
07 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置している）	07 <input type="checkbox"/>
08 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置していない）	08 <input type="checkbox"/>

《19-2は、19-1にて「07」「08」のいずれかに該当する場合にご回答ください。》

19-2 入退院支援加算を届け出していない理由 (該当する選択肢すべての右欄に○)

《回答欄》

- | | | | |
|----|---|----|--------------------------|
| 01 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の社会福祉士の配置が困難なため | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師の配置が困難なため | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の社会福祉士の配置が困難なため | 04 | <input type="checkbox"/> |
| 05 | 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため | 05 | <input type="checkbox"/> |
| 06 | 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため | 06 | <input type="checkbox"/> |
| 07 | 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため | 07 | <input type="checkbox"/> |
| 08 | 退院支援が必要な患者が少ないため | 08 | <input type="checkbox"/> |
| 09 | 地域連携が円滑に運営されており、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため | 09 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 入退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | その他 (<input type="text"/>) | 13 | <input type="checkbox"/> |

《19-3は、「入退院支援加算1～3を届け出ているが、入院時支援加算を届け出していない(19-1で「01～03」のいずれかを選択し、かつ「05」を選択していない)」の場合にご回答ください。》

* 19-3 入院時支援加算を届け出していない理由 (該当する選択肢すべての右欄に○)

《回答欄》

- | | | | |
|----|--|----|--------------------------|
| 01 | 入院前支援を行うものとして、入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または社会福祉士の配置が困難なため | 01 | <input type="checkbox"/> |
| 02 | 転院または退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため | 02 | <input type="checkbox"/> |
| 03 | 地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため | 03 | <input type="checkbox"/> |
| 04 | その他 (<input type="text"/>) | 04 | <input type="checkbox"/> |

■ 問19-4、19-5については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

* 19-4 入退院支援加算1・2を算定した患者について、患者数とその患者の退院困難な要因をご回答ください。

(令和4年8月～10月の3か月間)

※「退院困難な要因」に複数該当する場合は、最も退院困難な要因の項目に計上してください。

入退院支援加算1・2を算定した患者数		人
「退院困難な要因」の内訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	人
	② 緊急入院であること	人
	③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること ^{※1}	人
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	人
	⑤ 生活困窮者であること	人
	⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	人
	⑦ 排泄に介助を要すること	人
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	人
	⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	人
	⑩ 入退院を繰り返していること	人
	⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	人
	⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	人
	⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	人
	⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	人

※1 ③は、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

19-5 入院時支援加算を算定した患者について、患者数と入院前に実施した事項についてご回答ください。

(令和4年8月～10月の3か月間)

※①～⑧については、各項目に該当する人数を計上してご記入ください。

入院時支援加算を算定した患者数		人
入院前に実施した事項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握(必須)	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握(該当する場合必須)	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
	⑧ 入院生活の説明(必須)	人

■ 問20については、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

問20 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします（入退院支援加算2や3を届け出ている場合もご回答ください。）

20-1 連携機関※1の施設数をご回答ください（特別の関係にあるものを含む） （令和4年11月1日時点）	a 連携先の施設数	b うち、特別の関係にある施設数
① 連携機関数の合計	施設	施設
② うち、病院	施設	施設
③ うち、診療所	施設	施設
④ うち、介護保険サービス事業所	施設	施設
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑥ うち、その他の施設	施設	施設

※1 連携機関とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

20-2 連携医療機関1施設あたりの面会回数について	a 最大回数	b 最小回数
① 連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数 （令和3年11月1日から令和4年10月31日の間）	回	回
② うち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会を行った場合	回	回

20-3 介護支援等連携指導料および相談支援専門員との連携について（令和3年11月1日～令和4年10月31日）	
① 介護支援等連携指導料の算定回数	回
② 相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る）	回

20-4 算定対象病床について（令和4年11月1日時点）	
① 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計	
② 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05を乗じた数	

問21 貴院において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

21-1 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項 (該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない		01
02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない		02
03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い		03
04 病棟との情報共有が十分でないことが多い		04
05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい		05
06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい		06
07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい		07
08 特にない		08
09 その他 (<input type="text"/>)		09

21-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない		01
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない		02
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導（医療保険）を行う医療機関が少ない		03
04 地域の中で、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない		04
05 地域の中で、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない		05
06 地域の中で、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない		06
07 地域の中で、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない		07
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない		08
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない		09
10 特にない		10
11 その他 (<input type="text"/>)		11

*** 問22 身体的拘束^{※1}を予防・最小化する取組についてお伺いします。**

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

22-1 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 策定あり	02 策定なし	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

22-2 院内における身体的拘束の実施・解除基準を策定していますか。(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 策定あり	02 策定なし	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

22-3 貴院における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容についてご回答ください。 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 院内の身体的拘束の実施状況の把握 02 院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有 03 院内の身体的拘束の実施状況の見える化 04 身体的拘束の予防・最小化に関する具体的な目標設定 05 病棟ラウンドを通じた身体的拘束を実施している患者状況・状態の把握 06 病棟において、身体的拘束を実施している各患者の解除に向けた多職種による検討 07 看護職員に対する教育や研修の企画・開催 08 看護職員以外の職員に対する教育や研修の企画・開催 09 病院外の者が関わる事例検討会や対策の検討の実施 10 その他 (<input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>)	01 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 02 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 03 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 04 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 05 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 06 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 07 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 08 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 09 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 10 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	

22-4 身体的拘束を予防・最小化するための組織の有無 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 身体的拘束を予防・最小化に係る院内横断チームの設置 02 行動制限最小化委員会の設置 03 その他 (<input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/>)	01 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 02 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 03 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	

*** 問23 感染対策向上加算についてお伺いします。**

23-1 届出の状況について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 感染対策向上加算1	03 感染対策向上加算3	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない	

23-2 令和4年3月31日時点における、感染防止対策加算の届出状況について (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 感染対策向上加算1	03 届け出ていない	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
02 感染対策向上加算2		

■ 23-3～23-7は、全ての施設がご回答ください。

23-3 感染制御チームを有する場合、構成する職員の人数についてご回答ください。（令和4年11月1日時点）		構成人数
① 医師		人
② うち、感染症対策に3年以上の経験を有する専従の常勤医師		人
③ うち、感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		人
④ 看護師		人
⑤ うち、感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師		人
⑥ うち、感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師		人
⑦ うち、感染管理の経験5年以上（感染管理に係る適切な研修を修了していない）看護師		人
⑧ 薬剤師		人
⑨ うち、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師		人
⑩ うち、3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師		人
⑪ 臨床検査技師		人
⑫ うち、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師		人
⑬ うち、3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した専任の臨床検査技師		人
⑭ その他（ <input type="text"/> ）		人

23-4 令和3年度院内感染対策講習会において上記感染症制御チームの少なくとも1名が参加した講習会について （令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 講習会①（特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会）	01	<input type="text"/>
02 講習会②（院内感染対策に関して、地域における指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会）	02	<input type="text"/>
03 講習会③（講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会）	03	<input type="text"/>
04 講習会④（医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会）	04	<input type="text"/>

23-5 感染対策について連携している医療機関数について（令和4年度）	
※カンファレンスについては、加算1の場合、開催（予定も含む）回数を、加算2または3は参加（予定も含む）回数をご記入ください。	
※連携施設数については、現時点の状況をご記入ください。	
① 連携施設数	<input type="text"/> 施設
② 医療機関・行政との合同カンファレンス回数	<input type="text"/> 回
③ うち、新興感染症を想定した訓練の回数	<input type="text"/> 回

23-6 院内感染等に関する助言を行っている場合、その対象（該当する番号すべて、右欄に○）

※感染対策向上加算1については、感染対策向上加算2、3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関以外への助言の状況

01 高齢者施設	01	<input type="checkbox"/>
02 障害福祉施設	02	<input type="checkbox"/>
03 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関	03	<input type="checkbox"/>
04 歯科医療機関	04	<input type="checkbox"/>
05 調剤薬局	05	<input type="checkbox"/>
06 自治体	06	<input type="checkbox"/>
07 一般市民	07	<input type="checkbox"/>
08 その他（ <input type="text"/> ）	08	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

23-7 サーベイランスへの参加について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 院内感染対策サーベイランス（JANIS）	01	<input type="checkbox"/>
02 感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）	02	<input type="checkbox"/>
03 その他（ <input type="text"/> ）	03	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

■ 23-8～23-11は「感染対策向上加算を届け出していない」場合、ご回答ください。

23-8 院内感染対策マニュアルは作成されていますか。（令和4年11月1日時点）

（該当する番号1つを右欄に記載）

01 作成済	03 作成中	<input type="checkbox"/>
02 未作成		

《回答欄》

23-9 医療機関・行政等との連携および体制について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて右欄に○）

01 保健所、地域の医師会及び他の医療機関と連携し、感染対策に係るカンファレンスを実施又は参加している	01	<input type="checkbox"/>
02 他の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有している	02	<input type="checkbox"/>
03 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、他の保険医療機関等とあらかじめ協議を行っている	03	<input type="checkbox"/>
04 他の医療機関と連携し、必要時に院内感染対策に関する助言を受ける体制を有している	04	<input type="checkbox"/>
05 01～04には該当しない	05	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

23-10 新興感染症の発生時等の体制整備について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 新興感染症の発生時等に、感染症患者等を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	<input type="checkbox"/>
02 体制は整備していない	

《回答欄》

23-11 抗菌薬の適正使用について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している		01 <input type="checkbox"/>
02 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている		02 <input type="checkbox"/>
03 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している		03 <input type="checkbox"/>
04 その他（ <input type="text"/> ）		04 <input type="checkbox"/>

*** 問24 感染対策向上加算 1 を算定している場合にご回答ください。**

24-1 指導強化加算の届出有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="checkbox"/>

24-2 感染対策向上加算 2 及び 3、または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関との連携状況について		
① 連携施設数	<input type="text"/>	施設
② 連携の申し込みがあったが断った施設数	<input type="text"/>	施設
③ 助言を行った総回数（令和4年4月～10月の7か月）	<input type="text"/>	回

*** 問25 感染対策向上加算 2 および 3 を算定している場合にご回答ください。**

25-1 感染対策向上加算 1 に対して、連携の申し込みを行ったが断られた場合があったか。 （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

25-2 連携強化加算の有無（令和4年8月～10月）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

25-3 感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数および報告回数について		
① 施設数	<input type="text"/>	施設
② 総回数（令和4年4月～10月の7か月）	<input type="text"/>	回

◆ 其他のご意見

① その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。
 記入漏れがないかをご確認の上、令和4年●月●日（●）までに、
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6	7
------------	---	---	---	---	---	---	---

C-1

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票 (C)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“※”を付けております。

- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合、問3、問4及び問6-1への記入は不要です。

◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

問1 貴院の開設者についてお伺いします。（データ提出加算を提出している場合は、記入不要です。）

1-1 開設者（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01** 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）
- 02** 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）
- 03** 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
- 04** 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）
- 05** 医療法人（社会医療法人は含まない）
- 06** その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人）
- 07** 個人

問2 貴施設と同一敷地内または隣接する施設についてお伺いします。

2-1 貴施設と同一敷地内または隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等（令和4年11月1日時点）
 （該当する番号すべて、右欄に○）

01 病院（貴院以外）	01	<input type="checkbox"/>
02 一般診療所（貴院以外）	02	<input type="checkbox"/>
03 訪問看護ステーション	03	<input type="checkbox"/>
04 介護老人保健施設	04	<input type="checkbox"/>
05 介護老人福祉施設	05	<input type="checkbox"/>
06 介護医療院	06	<input type="checkbox"/>
07 認知症高齢者グループホーム	07	<input type="checkbox"/>
08 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））	08	<input type="checkbox"/>
09 サービス付き高齢者向け住宅（08を除く）	09	<input type="checkbox"/>
10 短期入所生活介護事業所	10	<input type="checkbox"/>
11 （介護予防）短期入所療養介護	11	<input type="checkbox"/>
12 （介護予防）小規模多機能型居宅介護	12	<input type="checkbox"/>
13 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	13	<input type="checkbox"/>
14 訪問介護事業所	14	<input type="checkbox"/>
15 通所介護事業所	15	<input type="checkbox"/>
16 （介護予防）訪問リハビリテーション	16	<input type="checkbox"/>
17 （介護予防）通所リハビリテーション	17	<input type="checkbox"/>
18 （介護予防）居宅療養管理指導	18	<input type="checkbox"/>
19 居宅介護支援事業所	19	<input type="checkbox"/>
20 地域包括支援センター	20	<input type="checkbox"/>
21 保険薬局	21	<input type="checkbox"/>
22 なし	22	<input type="checkbox"/>
23 その他（具体的に <input type="text"/> ）	23	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

《2-2は2-1にて「21 保険薬局」の場合にご回答ください。》

2-2 当該保険薬局との賃貸借取引等の状況についてお伺いします。（令和4年11月1日時点）
 （該当する番号1つを右欄に記載）

01 保険医療機関と直接不動産の賃貸借取引（保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者又は法人の役員が名義人となっている場合を含む）がある保険薬局	<input type="checkbox"/>
02 保医療機関と第三者を通じて不動産の賃貸借取引（賃料が発生しない場合を含む）がある（第三者による転借が複数回行われている場合を含む）保険薬局	<input type="checkbox"/>
03 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む）を利用して開局している保険薬局	<input type="checkbox"/>
04 保険薬局が所有する施設・設備を保険医療機関に貸与している保険薬局	<input type="checkbox"/>
05 保険医療機関による開局時期の指定を受けて開局している（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む）（公募の際に、開局時期が明示されていない場合を含む）保険薬局	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

*問3 貴院において標榜している診療科を選択してください。

3-1 診療科 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)			
01 内科			23 肛門外科
02 呼吸器内科			24 脳神経外科
03 循環器内科			25 整形外科
04 消化器内科 (胃腸内科)			26 形成外科
05 腎臓内科			27 美容外科
06 脳神経外科			28 眼科
07 糖尿病内科 (代謝内科)			29 耳鼻いんこう科
08 血液内科			30 小児外科
09 皮膚科			31 産婦人科
10 アレルギー科			32 産科
11 リウマチ科			33 婦人科
12 感染症内科			34 リハビリテーション科
13 小児科			35 放射線科
14 精神科			36 麻酔科
15 心療内科			37 病理診断科
16 外科			38 臨床検査科
17 呼吸器外科			39 救急科
18 心臓血管外科			40 歯科
19 乳腺外科			41 矯正歯科
20 気管食道外科			42 小児歯科
21 消化器外科 (胃腸外科)			43 歯科口腔外科
22 泌尿器科			

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。(データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。)

4-1 許可病床数 (令和4年11月1日時点)					
① 一般病床		床	④ 結核病床		床
② 療養病床		床	⑤ 感染症病床		床
③ 精神病床		床	⑥ 合計		床

* 4-2 届出病床数について入院料毎にご回答ください。(令和4年11月1日時点)					
① 急性期一般入院料 1		床	⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 (経過措置)		床
② 急性期一般入院料 2		床	⑪ 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 (経過措置)		床
③ 急性期一般入院料 3		床	⑫ 地域包括ケア病棟入院料 1		床
④ 急性期一般入院料 4		床	⑬ 地域包括ケア入院医療管理料 1		床
⑤ 急性期一般入院料 5		床	⑭ 地域包括ケア病棟入院料 2		床
⑥ 急性期一般入院料 6		床	⑮ 地域包括ケア入院医療管理料 2		床
⑦ 地域一般入院料 1		床	⑯ 地域包括ケア病棟入院料 3		床
⑧ 地域一般入院料 2		床	⑰ 地域包括ケア入院医療管理料 3		床
⑨ 地域一般入院料 3		床	⑱ 地域包括ケア病棟入院料 4		床
⑩ 療養病棟入院料 1		床	⑲ 地域包括ケア入院医療管理料 4		床
⑪ 療養病棟入院料 2		床	⑳ 障害者施設等入院基本料 (7対1)		床
⑫ 療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数を算定		床	㉑ 障害者施設等入院基本料 (10対1)		床
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1		床	㉒ 障害者施設等入院基本料 (13対1)		床
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2		床	㉓ 障害者施設等入院基本料 (15対1)		床
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3		床	㉔ 緩和ケア病棟入院料 1		床
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4		床	㉕ 緩和ケア病棟入院料 2		床
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5		床	㉖ その他 (<input type="text"/>)		床

問5 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

5-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 (令和4年11月1日時点) ※1	<input type="text"/>	床
--	----------------------	---

※1 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

5-2 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無 (令和4年11月1日時点)		《回答欄》
(該当する番号すべて、右欄に○)		
01 重点医療機関 (新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関) として都道府県から指定されている		01 <input type="text"/>
02 協力医療機関 (新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関) として都道府県から指定されている		02 <input type="text"/>
03 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関		03 <input type="text"/>
04 01~03以外の医療機関であって、新型コロナウイルス感染症から回復した患者を受け入れている		04 <input type="text"/>
05 01~04のいずれでもない		05 <input type="text"/>

問6 貴院の職種別の職員数（常勤換算^{※1}）についてお伺いします。

6-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（令和4年11月1日時点）					
① 医師		人	⑫ 公認心理師		人
② 歯科医師		人	⑬ 診療放射線技師		人
③ 看護師		人	⑭ 臨床検査技師		人
④ 准看護師		人	⑮ 臨床工学技士		人
⑤ 看護補助者		人	⑯ 歯科衛生士		人
⑥（うち）介護福祉士		人	⑰ 相談員		人
⑦ 薬剤師		人	⑱（うち）社会福祉士		人
⑧ 管理栄養士		人	⑲（うち）精神保健福祉士		人
⑨ 理学療法士		人	⑳ 医師事務作業補助者		人
⑩ 作業療法士		人	㉑ 事務職員		人
⑪ 言語聴覚士		人	㉒ その他の職員		人

※1 常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入
 （ご記入いただく職員数 = 常勤職員数 + 常勤換算した非常勤の職員数）

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

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

問7 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

7-1 入院基本料（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	
（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）	
01 療養病棟入院料1	01 <input type="checkbox"/>
02 療養病棟入院料2	02 <input type="checkbox"/>
03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定	03 <input type="checkbox"/>

《回答欄》

7-2 上記7-1にて回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。

		a	b	c
		療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟入院基本料 「注11」
① 入院患者数	(令和4年11月1日時点)	人	人	人
② 新入棟患者数	ア (令和3年8~10月)	人	人	人
	イ (令和4年8~10月)	人	人	人
③ 新退棟患者数	ア (令和3年8~10月)	人	人	人
	イ (令和4年8~10月)	人	人	人
④ 在院患者延日数	ア (令和3年8~10月)	日	日	日
	イ (令和4年8~10月)	日	日	日
⑤ 在宅復帰率 ^{※1}	ア (令和3年8~10月)	%	%	%
	イ (令和4年8~10月)	%	%	%
⑥ 平均在院日数	ア (令和3年8~10月)	日	日	日
	イ (令和4年8~10月)	日	日	日
⑦ 病床利用率 ^{※2}	ア (令和3年8~10月)	%	%	%
	イ (令和4年8~10月)	%	%	%

※1 「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者であり、在宅での生活が1月以上（医療区分3の場合は14日以上）継続する見込であることを確認できた者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く。同一の保険医療機関の療養病棟以外の病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）×100、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く。同一の保険医療機関の療養病棟以外の病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）。

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

7-3 現在届け出ている入院基本料の病床数の増減の意向についてご回答ください。（令和5年4月以降）

(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 増床

02 現状を維持

03 削減（転換を除く）

04 他の病棟・施設へ転換

《7-4は7-3にて「04 他の病棟・施設へ転換」の場合にご回答ください。》

7-4 現在届け出ている入院基本料から転換を検討している病棟の状況およびその理由をご回答ください。

① 検討している転換先（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 療養病棟入院料 1
- 02 療養病棟入院料 2
- 03 療養病棟入院基本料「注11」
- 04 回復期リハ病棟
- 05 地域包括ケア病棟
- 06 介護保険施設
- 07 介護医療院
- 08 その他（ ）
- 09 未定

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

② 転換を検討している理由（該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

《回答欄》

- 01 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため
- 02 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため
- 03 療養病棟入院基本料が再編され転換負担が緩和されたため
- 04 看護師の確保が困難なため
- 05 医療区分2・3の基準を満たす患者が現在届け出ている病棟又は入院料等と合わなくなってきたため
- 06 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため
- 07 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため
- 08 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため
- 09 その他（ ）

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

《7-5は7-4 ①の【検討している転換先】にて「07 介護医療院」の場合にご回答ください。》

7-5 療養病棟から介護医療院へ転換を検討している病床数についてご回答ください。 床

《7-6は7-1にて「01 療養病棟入院料1」の場合にご回答ください。》

7-6 在宅復帰機能強化加算の算定についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

01 在宅復帰機能強化加算を算定している **02** 在宅復帰機能強化加算を算定していない

《回答欄》

《7-7は7-1にて「01 療養病棟入院料1」の場合にご回答ください。》

7-7 一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合^{※3}についてご回答ください。
(令和3年11月～令和4年10月の1年間)

一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合 %

※3 「一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合」= C ÷ D : C. 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る）から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く）× 100、D. 当該病棟の1年間の1日平均入院患者数

《7-8は7-1にて「03療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定」の場合にご回答ください。》

7-8 下記の厚生労働大臣が定めるもののうち、基準を満たせないものをご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。 01

02 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること 02

03 主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、1日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1に相当する数以下であること。 03

04 当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること。 04

*** 問8 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について**

8-1 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 届け出ている **02** 届け出していない

《回答欄》

《8-2は8-1にて「02」の場合にご回答ください。》

8-2 届け出していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため 01

02 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟（障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く）に配置することが困難なため 02

03 病棟薬剤業務を1週間につき20時間相当実施することが困難なため 03

04 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、院内からの相談に対応できる体制の整備が困難なため 04

05 その他 () 05

《8-3は8-2にて「01 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため」「02 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟（障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く）に配置することが困難なため」の場合にご回答ください。》

8-3 薬剤師を配置することが困難な理由をご回答ください。（令和4年11月1日時点）
（該当する番号1つを右欄に記載）

01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため
02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がいないため
03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため
04 その他（ ）

《回答欄》

問9 貴院の患者数等についてお伺いします。

9-1 患者数や該当する件数について①～⑥それぞれご回答ください。

		令和3年4月1日～令和4年3月31日	
外来患者数	① 初診の患者数	<input type="text"/>	人
	② うち、紹介状により紹介された患者数	<input type="text"/>	人
	③ 再診の延べ患者数	延べ <input type="text"/>	人
	④ 紹介状により他院または診療所に紹介した患者数	<input type="text"/>	人
入院患者数	⑤ 延べ入院患者数	延べ <input type="text"/>	人
	⑥ 救急搬送件数	<input type="text"/>	人

■ 下記問10については、貴院が改定前に「療養病棟入院料1」を届け出ている場合のみご回答ください。

問10 改定前に療養病棟入院料1を届け出ている病棟の現時点の状況についてお伺いします。

10-1 改定前（令和4年3月31日時点）に療養病棟入院基本料1を届け出ている病棟の状況

		a 病棟数	b 医療保険届出病床数
① 改定前（令和4年3月31日時点）に療養病棟入院基本料1を届け出ている病棟		<input type="text"/> 棟	<input type="text"/> 床
令和4年11月1日	② 令和4年11月1日時点 療養病棟入院料1を届出	<input type="text"/> 棟	<input type="text"/> 床
	③ 令和4年11月1日時点 療養病棟入院料2を届出	<input type="text"/> 棟	<input type="text"/> 床
	④ 令和4年11月1日時点 回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換	<input type="text"/> 棟	<input type="text"/> 床
	⑤ 令和4年11月1日時点 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	<input type="text"/> 棟	<input type="text"/> 床
	⑥ 令和4年11月1日時点 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	<input type="text"/> 室	<input type="text"/> 床
	⑦ 令和4年11月1日時点 介護保険施設へ転換	<input type="text"/>	<input type="text"/> 床
	⑧ （うち）介護医療院へ転換	<input type="text"/>	<input type="text"/> 床
	⑨ 令和4年11月1日時点 上記③～⑦以外へ転換	<input type="text"/> 棟	<input type="text"/> 床
	⑩ 令和4年11月1日時点 休床としている病床	<input type="text"/>	<input type="text"/> 床

■ 下記問11については、貴院が改定前に「療養病棟入院基本料2」を届け出ている場合のみご回答ください。

問11 改定前に療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟の現時点の状況についてお伺いします。

11-1 改定前（令和4年3月31日時点）に療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟の状況		a 病棟数	b 医療保険届出病床数
令和4年11月1日時点の内訳	① 改定前（令和4年3月31日時点）に療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟		棟 床
	② 療養病棟入院料1を届出		棟 床
	③ 療養病棟入院料2を届出		棟 床
	④ 回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換		棟 床
	⑤ 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換		棟 床
	⑥ 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換		室 床
	⑦ 介護保険施設へ転換		床
	⑧ （うち）介護医療院へ転換		床
	⑨ 上記④～⑦以外へ転換		棟 床
	⑩ 休床としている病床		床

■ 下記問12については、貴院が改定前に旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注11を届け出ている場合のみご回答ください。

問12 改定前に旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注11（以下「旧経過措置」と表記）を届け出ている病棟の現時点の状況についてお伺いします。

12-1 改定前（令和4年3月31日時点）に「旧経過措置」を届け出ている病棟の状況		a 病棟数	b 医療保険届出病床数
令和4年11月1日時点の内訳	① 改定前（令和4年3月31日時点）に旧経過措置を届け出ている病棟		棟 床
	② 療養病棟入院料1を届出		棟 床
	③ 療養病棟入院料2を届出		棟 床
	④ 療養病棟入院基本料 経過措置を届出		棟 床
	⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟へ転換		棟 床
	⑥ 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換		棟 床
	⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換		室 床
	⑧ 介護保険施設へ転換		床
	⑨ （うち）介護医療院へ転換		床
	⑩ 上記⑤～⑧以外へ転換		棟 床
	⑪ 休床としている病床		床

*問13 療養病棟入院基本料の注1に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制についてお伺いします。

13-1 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 体制あり	02 体制なし	

17-4 承認等の状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 特定機能病院		01
02 地域医療支援病院		02
03 災害拠点病院		03
04 小児救命救急センター		04
05 小児救急医療拠点病院		05
06 総合周産期母子医療センター		06
07 地域周産期母子医療センター		07
08 精神科救急情報センター		08
09 上記のいずれも該当しない		09

問18 貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。

18-1 入退院支援加算の届出の有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 入退院支援加算1を届け出ている		01
02 入退院支援加算2を届け出ている		02
03 入退院支援加算3を届け出ている		03
04 地域連携診療計画加算を届け出ている		04
05 入院時支援加算を届け出ている		05
06 総合機能評価加算を届け出ている		06
07 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置している）		07
08 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置していない）		08

《18-2は、18-1にて「07」「08」のいずれかに該当する場合にご回答ください。》

18-2 入退院支援加算を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため		01
02 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の社会福祉士の配置が困難なため		02
03 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師の配置が困難なため		03
04 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の社会福祉士の配置が困難なため		04
05 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため		05
06 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため		06
07 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため		07
08 退院支援が必要な患者が少ないため		08
09 地域連携が円滑に運営されており、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため		09
10 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため		10
11 入退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため		11
12 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため		12
13 その他（ <input type="text"/> ）		13

《18-3は「入退院支援加算1～3を届け出ているが、入院時支援加算を届け出していない（18-1にて「01～03」のいずれかを選択し、かつ「05」を選択していない）に該当する場合にご回答ください。》

*18-3 入院時支援加算を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

<p>01 入院前支援を行うものとして、入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または社会福祉士の配置が困難なため</p>	01 <input type="checkbox"/>
<p>02 転院または退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため</p>	02 <input type="checkbox"/>
<p>03 地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため</p>	03 <input type="checkbox"/>
<p>04 その他（ <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/> ）</p>	04 <input type="checkbox"/>

■ 問18-4～18-5は、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

*18-4 入退院支援加算1・2を算定した患者について、患者数とその患者の退院困難な要因をご回答ください。
 （令和4年8月～10月の3か月間）
 ※「退院困難な要因」に複数該当する場合は、最も退院困難な要因の項目に計上してください。

入退院支援加算1・2を算定した患者数		人
「退院困難な要因」の内訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	人
	② 緊急入院であること	人
	③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ¹	人
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	人
	⑤ 生活困窮者であること	人
	⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）	人
	⑦ 排泄に介助を要すること	人
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	人
	⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	人
	⑩ 入退院を繰り返していること	人
	⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	人
	⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	人
	⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	人
	⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	人

※1 ③は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

18-5 入院時支援加算を算定した患者について、患者数と入院前に実施した事項についてご回答ください。 (令和4年8月～10月の3か月間) ※ ①～⑧については、各項目に該当する人数を計上してご記入ください。		
入院前に実施した事項	入院時支援加算を算定した患者数	人
	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 (必須)	人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 (該当する場合必須)	人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価	人
	④ 栄養状態の評価	人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認	人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価	人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明	人
⑧ 入院生活の説明 (必須)	人	

■ 問19は、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

問19 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします (入退院支援加算2や3を届け出ている場合もご回答ください。)

19-1 連携機関 ^{※1} の施設数をご回答ください (特別の関係にあるものを含む) (令和4年11月1日時点)	a 連携先の施設数	b うち、特別の関係にある施設数
① 連携機関数の合計	施設	施設
② うち、病院	施設	施設
③ うち、診療所	施設	施設
④ うち、介護保険サービス事業所	施設	施設
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑥ うち、その他の施設	施設	施設

※1 連携機関とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等 (以下「連携機関」という)」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

19-2 連携医療機関1施設あたりの面会回数について	a 最大回数	b 最小回数
① 連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数 (令和3年11月1日から令和4年10月31日の間)	回	回
② うち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて面会を行った場合	回	回

19-3 介護支援等連携指導料および相談支援専門員との連携について (令和3年11月1日～令和4年10月31日)	
① 介護支援等連携指導料の算定回数	回
② 相談支援専門員との連携回数 (小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る)	回

19-4 算定対象病床について (令和4年11月1日時点)	
① 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と「療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計	
② 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数	

問20 貴院において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

20-1 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項 (該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない		01 <input type="text"/>
02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない		02 <input type="text"/>
03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い		03 <input type="text"/>
04 病棟との情報共有が十分でないことが多い		04 <input type="text"/>
05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい		05 <input type="text"/>
06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい		06 <input type="text"/>
07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい		07 <input type="text"/>
08 特にない		08 <input type="text"/>
09 その他 (<input type="text"/>)		09 <input type="text"/>

20-2 その他に退院を困難にしている事項(該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない		01 <input type="text"/>
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない		02 <input type="text"/>
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導(医療保険)を行う医療機関が少ない		03 <input type="text"/>
04 地域の中で、外来リハビリテーション(医療保険)を行う医療機関が少ない		04 <input type="text"/>
05 地域の中で、訪問リハビリテーション(介護保険)を行う事業所が少ない		05 <input type="text"/>
06 地域の中で、通所リハビリテーション(介護保険)を行う事業所が少ない		06 <input type="text"/>
07 地域の中で、通所系サービス(通所リハビリテーションを除く)を行う事業所が少ない		07 <input type="text"/>
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない		08 <input type="text"/>
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない		09 <input type="text"/>
10 特にない		10 <input type="text"/>
11 その他 (<input type="text"/>)		11 <input type="text"/>

* 問21 摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況についてお伺いします。

21-1 摂食嚥下機能回復体制加算の算定の有無(令和4年11月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 摂食嚥下機能回復体制加算1	03 摂食嚥下機能回復体制加算3	
02 摂食嚥下機能回復体制加算2	04 摂食嚥下機能回復体制加算を届け出していない	

《21-2は、21-1にて「04 摂食嚥下機能回復体制加算を届け出ていない」の場合にご回答ください。》

21-2 摂食嚥下機能回復体制加算を届け出ていない場合、届出が困難な理由（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 専任の医師、看護師又は言語聴覚士の確保が困難
- 02 中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上の条件を達成することが困難
- 03 その他（ ）

01

02

03

問22 人生の最終段階における医療・ケアに関してお伺いします。

22-1 人生の最終段階における意思決定支援による診療への影響について（令和4年11月1日時点）

（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 入院早期から、今後の療養生活について患者・家族と話し合うことができている。
- 02 療養生活を支援する関係機関との連携が強化され、退院支援がスムーズになった。
- 03 療養生活を支援する関係機関との連携が強化により、当該患者の入院医療を要する状態になった際に、後方支援をスムーズに行うことができている。
- 04 指針もしくはガイドラインをもとに意思決定支援を行っているが、以前と状況は変わらない。
- 05 その他（ ）

01

02

03

04

05

22-2 人生の最終段階における意思決定支援を行う中で、困難と感じているものについて

（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 患者自身の、人生の最終段階における思いや意思を引き出すこと
- 02 患者への人生の最終段階の意思決定に関わる情報提供について、家族から承諾を得ること
- 03 患者および家族と十分にコミュニケーションを取る時間を持っていないこと
- 04 家族等がないこと
- 05 医療者側の病状判断と、患者および家族の理解にずれが生じること
- 06 患者の意思決定に対して、患者および家族間で合意形成が困難なこと
- 07 ケアチーム内で、患者の意思決定支援に関わる方針について、合意形成が困難なこと
- 08 ケアチームと、患者および家族間で、方針について合意形成が得られないこと
- 09 繰り返し話し合いを持つ機会の確保が困難であること
- 10 患者および家族との合意形成ができない場合に、複数の専門家を交えての検討の機会を確保することが困難であること
- 11 患者および家族の意思決定が、医師の判断や考えを追認する結果になることが多いこと
- 12 意思決定支援を行うスタッフの確保・養成が困難であること
- 13 家族が来院する機会が少ないこと
- 14 その他（ ）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

問23 褥瘡対策チームの状況についてお伺いします。

23-1 褥瘡対策加算の算定の有無（令和3年11月1日から令和4年10月31日の間） （該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 褥瘡対策加算1を算定している		01 <input type="checkbox"/>
02 褥瘡対策加算2を算定している		02 <input type="checkbox"/>
03 算定していない		03 <input type="checkbox"/>

23-2 褥瘡対策加算を算定している場合、算定件数についてご回答ください （令和3年11月1日から令和4年10月31日の間）	
01 褥瘡対策加算1	<input type="text"/> 件
02 褥瘡対策加算2	<input type="text"/> 件

《23-3は23-1にて「03 算定していない」の場合にご回答ください。》

23-3 褥瘡対策加算を算定していない理由をご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 褥瘡を有する患者がいなかった		<input type="checkbox"/>
02 DESIGN-R ^{*1} の評価を行っていない		
03 その他（ <input type="text"/> ）		

※1 令和4年度診療報酬改定度後については、DESIGN-R2020による評価とする

問24 貴院の認知症ケア加算の届出状況についてお伺いします。

24-1 認知症ケア加算の届出状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 認知症ケア加算1を届け出ている	03 認知症ケア加算3を届け出ている	<input type="checkbox"/>
02 認知症ケア加算2を届け出ている	04 届け出していない	

《24-2は24-1にて「03 認知症ケア加算3を届け出ている」又は「04届け出していない」に該当する場合にご回答ください。》

24-2 認知症ケア加算2を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師がないため		01 <input type="checkbox"/>
02 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師がないため		02 <input type="checkbox"/>
03 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を、すべての病棟に3名以上配置することが困難なため		03 <input type="checkbox"/>
04 病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握することが困難なため		04 <input type="checkbox"/>
05 認知症患者に関わる職員に対する研修や事例検討会等を行うことが困難なため		05 <input type="checkbox"/>
06 入院患者に認知症患者が多くないため		06 <input type="checkbox"/>
07 入院患者に認知症患者がいなかったため		07 <input type="checkbox"/>
08 その他（ <input type="text"/> ）		08 <input type="checkbox"/>

《24-3は24-1にて「03 認知症ケア加算3を届け出ている」又は「04届け出していない」の場合にご回答ください。》

24-3 認知症ケア加算3を届け出ている若しくは加算を届け出していない場合の令和4年3月までの意向
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 加算1に変更する予定
- 02 加算2のままとする予定
- 03 加算3のままとする予定 (加算3を届け出ている場合のみ選択)
- 04 加算3を届け出る予定 (届け出していない場合のみ選択)
- 05 認知症ケア加算の届出意向はない (届け出していない場合のみ選択)
- 06 その他 ()

問25 貴院の排尿自立に向けた支援状況についてお伺いします。

25-1 排尿自立支援加算の届出状況 (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 届け出ている
- 02 届け出していない

《25-2は、25-1にて「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》

25-2 排尿自立支援加算を届け出していない理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有し、排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師がいないため
- 02 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験があり、所定の研修を修了した専任の看護師がいないため
- 03 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する理学療法士又は作業療法士がいないため
- 04 排尿ケアチームの活動を行う余力がないため
- 05 病棟看護師による、下部尿路機能障害を有する患者の抽出が困難であるため
- 06 病棟看護師による、排尿日誌や残尿測定などの情報収集が困難であるため
- 07 その他 ()

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	

*** 問26 身体的拘束^{※1}を予防・最小化する取組についてお伺いします。**

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

26-1 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定について (令和4年11月1日時点)
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 策定あり
- 02 策定なし

26-2 院内における身体的拘束の実施・解除基準を策定していますか。(令和4年11月1日時点)
(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 策定あり
- 02 策定なし

26-3 貴院における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容についてご回答ください。
 (該当する番号すべて、右欄に○)

01 院内の身体的拘束の実施状況の把握	01	<input type="checkbox"/>
02 院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有	02	<input type="checkbox"/>
03 院内の身体的拘束の実施状況の見える化	03	<input type="checkbox"/>
04 身体的拘束の予防・最小化に関する具体的な目標設定	04	<input type="checkbox"/>
05 病棟ラウンドを通じた身体的拘束を実施している患者状況・状態の把握	05	<input type="checkbox"/>
06 病棟において、身体的拘束を実施している各患者の解除に向けた多職種による検討	06	<input type="checkbox"/>
07 看護職員に対する教育や研修の企画・開催	07	<input type="checkbox"/>
08 看護職員以外の職員に対する教育や研修の企画・開催	08	<input type="checkbox"/>
09 病院外の者が関わる事例検討や対策の検討の実施	09	<input type="checkbox"/>
10 その他 (<input type="text"/>)	10	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

26-4 身体的拘束を予防・最小化するための組織の有無 (該当する番号すべて、右欄に○)

01 身体的拘束を予防・最小化に係る院内横断チームの設置	01	<input type="checkbox"/>
02 行動制限最小化委員会の設置	02	<input type="checkbox"/>
03 その他 (<input type="text"/>)	03	<input type="checkbox"/>

* 問27 感染対策向上加算についてお伺いします。

27-1 届出の状況について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 感染対策向上加算1	03 感染対策向上加算3	<input type="checkbox"/>
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない	

《回答欄》

27-2 令和4年3月31日時点における、感染防止対策加算の届出状況について (該当する番号1つを右欄に記載)

01 感染防止対策加算1	03 届け出ていない	<input type="checkbox"/>
02 感染防止対策加算2		

《回答欄》

■ 27-3～27-7は、全ての施設がご回答ください。

27-3 感染制御チームを有する場合、構成する職員の数についてご回答ください。 (令和4年11月1日時点)		構成人数
① 医師		人
② うち 感染症対策に3年以上の経験を有する専従の常勤医師		人
③ うち 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		人
④ 看護師		人
⑤ うち 感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師		人
⑥ うち 感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師		人
⑦ うち 感染管理の経験5年以上(感染管理に係る適切な研修を修了していない)看護師		人
⑧ 薬剤師		人
⑨ うち 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師		人
⑩ うち 3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師		人
⑪ 臨床検査技師		人
⑫ うち 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師		人
⑬ うち 3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した専任の臨床検査技師		人
⑭ その他 (<input type="text"/>)		人

27-4 令和3年度院内感染対策講習会において上記感染症制御チームの少なくとも1名が参加した講習会について (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 講習会① (特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会)		01 <input type="checkbox"/>
02 講習会② (院内感染対策に関して、地域における指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会)		02 <input type="checkbox"/>
03 講習会③ (講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会)		03 <input type="checkbox"/>
04 講習会④ (医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会)		04 <input type="checkbox"/>

27-5 感染対策について連携している医療機関数について (令和4年度)	
※カンファレンスについては、加算1の場合、開催(予定も含む)回数を、加算2または3は参加(予定も含む)回数をご記入ください。	
※連携施設数については、現時点の状況をご記入ください。	
① 連携施設数	<input type="text"/> 施設
② 医療機関・行政との合同カンファレンス回数	<input type="text"/> 回
③ うち 新興感染症を想定した訓練の回数	<input type="text"/> 回

27-6 院内感染等に関する助言を行っている場合、その対象（該当する番号すべて、右欄に○）

※感染対策向上加算1については、感染対策向上加算2、3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関以外への助言の状況

《回答欄》

01 高齢者施設

01

02 障害福祉施設

02

03 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関

03

04 歯科医療機関

04

05 調剤薬局

05

06 自治体

06

07 一般市民

07

08 その他（）

08

27-7 サーベイランスへの参加について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 院内感染対策サーベイランス（JANIS）

01

02 感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）

02

03 その他（）

03

■ 27-8～27-11は「感染対策向上加算を届け出していない」場合、ご回答ください。

27-8 院内感染対策マニュアルは作成されていますか。（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 作成済		<input type="text"/>
02 未作成		
03 作成中		

27-9 医療機関・行政等との連携および体制について（令和4年11月1日時点） （該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 保健所、地域の医師会及び他の医療機関と連携し、感染対策に係るカンファレンスを実施又は参加している。	01	<input type="text"/>
02 他の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有している	02	<input type="text"/>
03 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、他の保険医療機関等とあらかじめ協議を行っている。	03	<input type="text"/>
04 他の医療機関と連携し、必要時に院内感染対策に関する助言を受ける体制を有している。	04	<input type="text"/>
05 01～04には該当しない。	05	<input type="text"/>

27-10 新興感染症の発生時等の体制整備について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 新興感染症の発生時等に、感染症患者等を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する		<input type="text"/>
02 体制は整備していない。		

27-11 抗菌薬の適正使用について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している	01	<input type="text"/>
02 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている	02	<input type="text"/>
03 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している	03	<input type="text"/>
04 その他（ <input type="text"/> ）	04	<input type="text"/>

* 問28 感染対策向上加算1を算定している場合にご回答ください。

28-1 指導強化加算の届出有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="text"/>

28-2 感染対策向上加算2及び3、または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関との連携状況について		
① 連携施設数	<input type="text"/>	施設
② 連携の申し込みがあったが断った施設数	<input type="text"/>	施設
③ 助言を行った総回数（令和4年4月～10月の7か月）	<input type="text"/>	回

*** 問29 感染対策向上加算2および3を算定している場合にご回答ください。**

29-1 感染対策向上加算1に対して、連携の申し込みを行ったが断られた場合があったか。 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

29-2 連携強化加算の有無 (令和4年8月~10月) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

29-3 感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数および報告回数について		
① 施設数		施設
② 総回数 (令和4年4月~10月の7か月)		回

◆ 其他のご意見

その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。
 記入漏れがないかをご確認の上、令和●年●月●日(金)までに、
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6	7
------------	---	---	---	---	---	---	---

D-1

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
施設調査票 (D)R4年に新規で設定した設問につ
きましては、設問文前に
“*”を付けております。

- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合、問1、問4及び問7-1への記入は不要です。

■ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

問1 貴院の開設者についてお伺いします。(データ提出加算を算定している場合は記入不要です。)

1-1 開設者 (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 国立 (国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)
- 02 公立 (都道府県、市町村、地方独立行政法人)
- 03 公的 (日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
- 04 社会保険関係 (健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)
- 05 医療法人 (社会医療法人は含まない)
- 06 その他の法人 (公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人)
- 07 個人

問2 貴施設と同一敷地内または隣接する施設についてお伺いします。

2-1 貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等（令和4年11月1日時点）		《回答欄》
(該当する番号すべて、右欄に○)		
01 病院（貴院以外）		01 <input type="checkbox"/>
02 一般診療所（貴院以外）		02 <input type="checkbox"/>
03 訪問看護ステーション		03 <input type="checkbox"/>
04 介護老人保健施設		04 <input type="checkbox"/>
05 介護老人福祉施設		05 <input type="checkbox"/>
06 介護医療院		06 <input type="checkbox"/>
07 認知症高齢者グループホーム		07 <input type="checkbox"/>
08 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））		08 <input type="checkbox"/>
09 サービス付き高齢者向け住宅（08を除く）		09 <input type="checkbox"/>
10 短期入所生活介護事業所		10 <input type="checkbox"/>
11 （介護予防）短期入所療養介護		11 <input type="checkbox"/>
12 （介護予防）小規模多機能型居宅介護		12 <input type="checkbox"/>
13 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		13 <input type="checkbox"/>
14 訪問介護事業所		14 <input type="checkbox"/>
15 通所介護事業所		15 <input type="checkbox"/>
16 （介護予防）訪問リハビリテーション		16 <input type="checkbox"/>
17 （介護予防）通所リハビリテーション		17 <input type="checkbox"/>
18 （介護予防）居宅療養管理指導		18 <input type="checkbox"/>
19 居宅介護支援事業所		19 <input type="checkbox"/>
20 地域包括支援センター		20 <input type="checkbox"/>
21 保険薬局		21 <input type="checkbox"/>
22 なし		22 <input type="checkbox"/>
23 その他（具体的に <input type="text"/> ）		23 <input type="checkbox"/>

《2-2は、2-1にて「21 保険薬局」に該当する場合にご回答ください。》		《回答欄》
2-2 当該保険薬局との賃貸借取引等の状況についてお伺いします。（令和4年11月1日時点）		
(該当する番号1つに○)		
01 保険医療機関と直接不動産の賃貸借取引（保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者又は法人の役員が名義人となっている場合を含む）がある保険薬局		<input type="checkbox"/>
02 保険医療機関と第三者を通じて不動産の賃貸借取引（賃料が発生しない場合を含む）がある（第三者による転借が複数回行われている場合を含む）保険薬局		
03 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む）を利用して開局している保険薬局		
04 保険薬局が所有する施設・設備を保険医療機関に貸与している保険薬局		
05 保険医療機関による開局時期の指定を受けて開局している（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む）（公募の際に、開局時期が明示されていない場合を含む）保険薬局		

* 問3 貴院において標榜している診療科を選択してください。

3-1 診療科（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 内科			23 肛門外科
02 呼吸器内科			24 脳神経外科
03 循環器内科			25 整形外科
04 消化器内科（胃腸内科）			26 形成外科
05 腎臓内科			27 美容外科
06 脳神経外科			28 眼科
07 糖尿病内科（代謝内科）			29 耳鼻いんこう科
08 血液内科			30 小児外科
09 皮膚科			31 産婦人科
10 アレルギー科			32 産科
11 リウマチ科			33 婦人科
12 感染症内科			34 リハビリテーション科
13 小児科			35 放射線科
14 精神科			36 麻酔科
15 心臓内科			37 病理診断科
16 外科			38 臨床検査科
17 呼吸器外科			39 救急科
18 心臓血管外科			40 歯科
19 乳腺外科			41 矯正歯科
20 気管食道外科			42 小児歯科
21 消化器外科（胃腸外科）			43 歯科口腔外科
22 泌尿器科			

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。（データ提出加算を算定している場合は記入不要です。）

4-1 許可病床数（令和4年11月1日時点）					
① 一般病床		床	④ 結核病床		床
② 療養病床		床	⑤ 感染症病床		床
③ 精神病床		床	⑥ 合計		床

* 4-2 届出病床数について入院料毎にご回答ください。(令和4年11月1日時点)			
① 急性期一般入院料 1	床	⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 (経過措置)	床
② 急性期一般入院料 2	床	⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 (経過措置)	床
③ 急性期一般入院料 3	床	⑰ 地域包括ケア病棟入院料 1	床
④ 急性期一般入院料 4	床	⑱ 地域包括ケア入院医療管理料 1	床
⑤ 急性期一般入院料 5	床	⑲ 地域包括ケア病棟入院料 2	床
⑥ 急性期一般入院料 6	床	⑳ 地域包括ケア入院医療管理料 2	床
⑦ 地域一般入院料 1	床	㉑ 地域包括ケア病棟入院料 3	床
⑧ 地域一般入院料 2	床	㉒ 地域包括ケア入院医療管理料 3	床
⑨ 地域一般入院料 3	床	㉓ 地域包括ケア病棟入院料 4	床
⑩ 療養病棟入院料 1	床	㉔ 地域包括ケア入院医療管理料 4	床
⑪ 療養病棟入院料 2	床	㉕ 障害者施設等入院基本料 (7対1)	床
⑫ 療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数を算定	床	㉖ 障害者施設等入院基本料 (10対1)	床
		㉗ 障害者施設等入院基本料 (13対1)	床
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	床	㉘ 障害者施設等入院基本料 (15対1)	床
⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	床	㉙ 緩和ケア病棟入院料 1	床
⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	床	㉚ 緩和ケア病棟入院料 2	床
⑯ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4	床	㉛ 特殊疾患病棟入院料 1	床
⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	床	㉜ 特殊疾患病棟入院料 2	床
		㉝ 特殊疾患入院医療管理料	床
		㉞ その他 (<input type="text"/>)	床

問5 貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

5-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点）※1

床

※1 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

5-2 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和4年11月1日時点）

（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている

01

02 協力医療機関（新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている

02

03 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関

03

04 01～03以外の医療機関であって、新型コロナウイルス感染症から回復した患者を受け入れている

04

05 01～04のいずれでもない

05

問6 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

6-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※1）（令和4年11月1日時点）

① 医師		人	⑫ 公認心理師		人
② 歯科医師		人	⑬ 診療放射線技師		人
③ 看護師		人	⑭ 臨床検査技師		人
④ 准看護師		人	⑮ 臨床工学技士		人
⑤ 看護補助者		人	⑯ 歯科衛生士		人
⑥ (うち) 介護福祉士		人	⑰ 相談員		人
⑦ 薬剤師		人	⑱ (うち) 社会福祉士		人
⑧ 管理栄養士		人	⑲ (うち) 精神保健福祉士		人
⑨ 理学療法士		人	⑳ 医師事務作業補助者		人
⑩ 作業療法士		人	㉑ 事務職員		人
⑪ 言語聴覚士		人	㉒ その他の職員		人

※1 常勤換算の算出方法

貴院で定められた常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入
（ご記入いただく職員数＝常勤職員数＋常勤換算した非常勤の職員数）

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

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

問7 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

(7-1はデータ提出加算を算定している場合、記入不要です。)

7-1 届け出ている入院基本料および特定入院料（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01	7対1 障害者施設等入院基本料	01
02	10対1 障害者施設等入院基本料	02
03	13対1 障害者施設等入院基本料	03
04	15対1 障害者施設等入院基本料	04
05	特殊疾患病棟入院料1	05
06	特殊疾患病棟入院料2	06
07	特殊疾患入院医療管理料	07
08	一般病棟入院基本料	08
09	緩和ケア病棟入院料1	09
10	緩和ケア病棟入院料2	10

《7-1で選択した入院基本料について7-2の設問でご回答ください。》

7-2 病棟の状況についてご回答ください。		a 障害者施設等 入院基本料 (7-1で01～04のいずれ かを回答した場合のみ)	b 特殊疾患病棟 入院料 (7-1で05、06のいずれ かを回答した場合のみ)	c 特殊疾患 入院医療管理料 (7-1で07を回答した場合 のみ)
① 入院患者数	(令和4年11月1日時点)		人	人
② 新入棟患者数	ア (令和3年8月～10月)		人	人
	イ (令和4年8月～10月)		人	人
③ 新退棟患者数	ア (令和3年8月～10月)		人	人
	イ (令和4年8月～10月)		人	人
④ 在院患者延日数	ア (令和3年8月～10月)		日	日
	イ (令和4年8月～10月)		日	日
⑤ 在宅復帰率 ^{※1}	ア (令和3年8月～10月)		%	%
	イ (令和4年8月～10月)		%	%
⑥ 平均在院日数	ア (令和3年8月～10月)		日	日
	イ (令和4年8月～10月)		日	日
⑦ 病床利用率 ^{※2}	ア (令和3年8月～10月)		%	%
	イ (令和4年8月～10月)		%	%

(7-2の続き)		d 一般病棟 入院基本料 (7-1で08を回答した 場合のみ)	e 緩和ケア病棟入院料1 (7-1で09を回答した場 合のみ)	f 緩和ケア病棟入院料2 (7-1で10を回答した場 合のみ)
① 入院患者数	(令和4年11月1日時点)	人	人	人
② 新入棟患者数	ア (令和3年8月～10月)	人	人	人
	イ (令和4年8月～10月)	人	人	人
③ 新退棟患者数	ア (令和3年8月～10月)	人	人	人
	イ (令和4年8月～10月)	人	人	人
④ 在院患者延日数	ア (令和3年8月～10月)	日	日	日
	イ (令和4年8月～10月)	日	日	日
⑤ 在宅復帰率 ^{※1}	ア (令和3年8月～10月)	%	%	%
	イ (令和4年8月～10月)	%	%	%
⑥ 平均在院日数	ア (令和3年8月～10月)	日	日	日
	イ (令和4年8月～10月)	日	日	日
⑦ 病床利用率 ^{※2}	ア (令和3年8月～10月)	%	%	%
	イ (令和4年8月～10月)	%	%	%

※1 (1) 一般病棟入院基本料、緩和ケア病棟入院料1、緩和ケア病棟入院料2

「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、療養病棟、有床診療所、老健施設へ退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）×100、B. 該当する病棟から、退棟した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）。

(2) 障害施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料

「在宅復帰率」= C ÷ D : C. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）×100、D. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

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

《7-1で選択した入院基本料について7-3の設問でご回答ください。》

7-3 令和5年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてご回答ください

(①～④それぞれ該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

① 障害者施設等入院基本料	01 増床	02 現状を維持	03 削減（転換を除く）	04 他の病棟へ転換	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
② 特殊疾患病棟入院料	01 増床	02 現状を維持	03 削減（転換を除く）	04 他の病棟へ転換	
③ 特殊疾患入院医療管理料	01 増床	02 現状を維持	03 削減（転換を除く）	04 他の病棟へ転換	
④ 緩和ケア病棟入院料	01 増床	02 現状を維持	03 削減（転換を除く）	04 他の病棟へ転換	

《7-4は、7-3で①～④のうち1つでも「04 他の病棟へ転換」を選択した場合にご回答ください。》

7-4 検討している転換先およびその理由をご回答ください。

① 検討している転換先（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 障害者施設等入院基本料

01

02 特殊疾患病棟入院料

02

03 特殊疾患入院医療管理料

03

04 一般病棟入院基本料

04

05 地域包括ケア病棟入院料（管理料）

05

06 回復期リハビリテーション病棟入院料

06

07 療養病棟入院基本料

07

08 その他（ ）

08

② 転換を検討している理由（該当する番号すべて、右欄に○、最も該当するもの1つには◎）

《回答欄》

01 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため

01

02 他の入院料と組み合わせることで、より患者の状態に即した医療を提供できるため

02

03 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため

03

04 地域に利用者がいないため

04

05 看護師の確保が困難なため

05

06 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため

06

07 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため

07

08 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため

08

09 その他（ ）

09

*** 問8 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について^{※1}**

8-1 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 届け出ている

02 届け出していない

※1 障害者施設等入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く

《8-2は、8-1にて「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》

8-2 届け出していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため

01

02 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟（障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く）に配置することが困難なため

02

03 病棟薬剤業務を1週間に付き20時間相当実施することが困難なため

03

04 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、院内からの相談に対応できる体制の整備が困難なため

04

05 その他（ ）

05

《8-3は8-2にて「01 常勤の薬剤師を2名以上配置することが困難なため」「02 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師を全ての病棟（障害者入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料を算定する病棟を除く）に配置することが困難なため」の場合にご回答ください。》

8-3 薬剤師を配置することが困難な理由をご回答ください。（令和4年11月1日時点）

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため
- 02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がないため
- 03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため
- 04 その他（ ）

*** 問9 看護職員および看護補助者の体制に関する入院料等加算についてお伺いします。**

9-1 届け出ている入院料等加算についてご回答ください。

（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

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

■ 問9-2、問9-3は、障害者施設等入院基本料（7対1又は10対1）を届け出ている場合に、ご回答ください。

9-2 9-1で「01 障害者施設等入院基本料 注9の看護補助加算」及び「02 障害者施設等入院基本料 注9の看護補助体制充実加算」をいずれも選択していない場合、その理由についてご回答ください。

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 職員確保が困難なため
- 02 必要性がないため
- 03 その他（ ）

9-3 9-1で「07 障害者施設等入院基本料 注10の夜間看護体制加算」を選択していない場合、その理由についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 職員確保が困難なため
- 02 必要性がないため
- 03 その他（ ）

* 問10 障害者施設等入院基本料を算定している医療機関にお伺いします。

10-1 患者の状態ごとの在院日数についてお伺いします。 (令和3年11月1日～令和4年10月31日の間に退院した患者)	
① 重度の肢体不自由児	日
② 脊椎損傷等の重症障害者	日
③ 重度の意識障害者	日
④ 筋ジストロフィー患者	日
⑤ 難病患者	日
⑥ ①～⑤以外の患者	日

問11 貴院の患者数等についてお伺いします。

11-1 患者数や該当する件数について①～⑥それぞれご回答ください。		令和3年4月1日～令和4年3月31日	
外 来 患 者 数	① 初診の患者数		人
	② うち、紹介状により紹介された患者数		人
	③ 再診の延べ患者数	延べ	人
	④ 紹介状により他院または診療所に紹介した患者数		人
/	⑤ 延べ入院患者数	延べ	人
	⑥ 救急搬送件数		件

問12 貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。

12-1 入退院支援加算の届出の有無（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 入退院支援加算1を届け出ている	01
02 入退院支援加算2を届け出ている	02
03 入退院支援加算3を届け出ている	03
04 地域連携診療計画加算を届け出ている	04
05 入院時支援加算を届け出ている	05
06 総合機能評価加算を届け出ている	06
07 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置している）	07
08 入退院支援加算を届け出していない（入退院支援部門を設置していない）	08

《12-2は、12-1にて「07」「08」のいずれかに該当する場合にご回答ください。》	
12-2 入退院支援加算を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため	01 <input type="checkbox"/>
02 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の社会福祉士の配置が困難なため	02 <input type="checkbox"/>
03 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師の配置が困難なため	03 <input type="checkbox"/>
04 入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の社会福祉士の配置が困難なため	04 <input type="checkbox"/>
05 自宅等から入院する予定入院患者が少ないため	05 <input type="checkbox"/>
06 緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため	06 <input type="checkbox"/>
07 他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため	07 <input type="checkbox"/>
08 退院支援が必要な患者が少ないため	08 <input type="checkbox"/>
09 地域連携が円滑に運営されており、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため	09 <input type="checkbox"/>
10 入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため	10 <input type="checkbox"/>
11 入退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため	11 <input type="checkbox"/>
12 入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため	12 <input type="checkbox"/>
13 その他（ <input type="text"/> ）	13 <input type="checkbox"/>

《12-3は、「入退院支援加算1～3」を届け出ているが、「入院時支援加算」を届け出していない（12-1にて「01～03」のいずれかを選択し、かつ「05」を選択していない）場合にご回答ください。》	
* 12-3 入退院支援加算を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 入院前支援を行うものとして、入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または社会福祉士の配置が困難なため	01 <input type="checkbox"/>
02 転院または退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため	02 <input type="checkbox"/>
03 地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため	03 <input type="checkbox"/>
04 その他（ <input type="text"/> ）	04 <input type="checkbox"/>

■ 問12-4～12-5は、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

* 12-4 入退院支援加算1・2を算定した患者について、患者数とその患者の退院困難な要因をご回答ください。

(令和4年8月～10月の3か月間)

※「退院困難な要因」に複数該当する場合は、最も退院困難な要因の項目に計上してください。

入退院支援加算1・2を算定した患者数			人
「退院困難な要因」の内訳	① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること		人
	② 緊急入院であること		人
	③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること※ ¹		人
	④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること		人
	⑤ 生活困窮者であること		人
	⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）		人
	⑦ 排泄に介助を要すること		人
	⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと		人
	⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと		人
	⑩ 入退院を繰り返していること		人
	⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること		人
	⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること		人
	⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること		人
	⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合		人

※ 1 ③は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

12-5 入院時支援加算を算定した患者について、患者数と入院前に実施した事項についてご回答ください。

(令和4年8月～10月の3か月間)

※ ①～⑧については、各項目に該当する人数を計上してご記入ください。

入院時支援加算を算定した患者数			人
入院前に実施した事項	① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）		人
	② 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合必須）		人
	③ 褥瘡に関する危険因子の評価		人
	④ 栄養状態の評価		人
	⑤ 服薬中の薬剤の確認		人
	⑥ 退院困難な要因の有無の評価		人
	⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明		人
	⑧ 入院生活の説明（必須）		人

■ 問13は、貴院が入退院支援加算を届け出ている場合にご回答ください。

問13 貴院の入退院支援加算の施設基準についてお伺いします（入退院支援加算2や3を届け出ている場合もご回答ください）。

13-1 連携機関 ^{※1} の施設数をご回答ください（特別の関係にあるものを含む） （令和4年11月1日時点）	a 連携先の施設数	b うち、特別の関係にある施設数
① 連携機関数の合計	施設	施設
② うち、病院	施設	施設
③ うち、診療所	施設	施設
④ うち、介護保険サービス事業所	施設	施設
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	施設	施設
⑥ うち、その他の施設	施設	施設

※1 連携機関とは、「（1）転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「（2）入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいう。

13-2 連携医療機関1施設あたりの面会回数について	a 最大回数	b 最小回数
① 連携機関の職員と面会し、情報の共有等を行っている回数 （令和3年11月1日から令和4年10月31日の間）	回	回
② うち、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会を行った場合	回	回

13-3 介護支援等連携指導料および相談支援専門員との連携について（令和3年11月1日～令和4年10月31日）		
① 介護支援等連携指導料の算定回数		回
② 相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る）		回

13-4 算定対象病床について (令和4年11月1日時点)	
① 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と 「療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計	
② 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数	

問14 貴院において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

14-1 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項 (該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない		01
02 退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない		02
03 退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い		03
04 病棟との情報共有が十分でないことが多い		04
05 患者・家族と面会日等を調整することが難しい		05
06 患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい		06
07 在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい		07
08 特にない		08
09 その他 ()		09

14-2 その他に退院を困難にしている事項 (該当する番号すべて、右欄に○、最も該当する番号1つには◎)		《回答欄》
01 地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない		01
02 地域の中で、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない		02
03 地域の中で、訪問リハビリテーション指導(医療保険)を行う医療機関が少ない		03
04 地域の中で、外来リハビリテーション(医療保険)を行う医療機関が少ない		04
05 地域の中で、訪問リハビリテーション(介護保険)を行う事業所が少ない		05
06 地域の中で、通所リハビリテーション(介護保険)を行う事業所が少ない		06
07 地域の中で、通所系サービス(通所リハビリテーションを除く)を行う事業所が少ない		07
08 地域の中で、短期入所サービスを行う事業所が少ない		08
09 地域の中で、看取りを行える介護施設が少ない		09
10 特にない		10
11 その他 ()		11

《16-3は、16-2にて「03 二次救急医療機関」に該当する場合にご回答ください。》

16-3 該当する二次救急医療体制について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 病院群輪番制^{※1}
 02 拠点型^{※2}
 03 共同利用型^{※3}
 04 その他

01
02
03
04

※1 地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入態勢を整えている場合をいう。

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

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

16-4 承認等の状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 特定機能病院
 02 地域医療支援病院
 03 災害拠点病院
 04 小児救命救急センター
 05 小児救急医療拠点病院
 06 総合周産期母子医療センター
 07 地域周産期母子医療センター
 08 精神科救急情報センター
 09 上記のいずれも該当しない

01
02
03
04
05
06
07
08
09

■ 問17は、貴院が「緩和ケア病棟入院料1もしくは2」を届け出ている場合にご回答ください。

問17 緩和ケア病棟入院料1もしくは2を算定している医療機関にお伺いします。

17-1 緩和ケア病棟入院料の算定状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 緩和ケア病棟入院料1を算定している 02 緩和ケア病棟入院料2を算定している

17-2 外部評価について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

01
02
03
04
05
06

17-3 病棟の患者の状況についてご回答ください。（令和3年11月～令和4年10月）	
① 入院までの平均待機期間	日
② 入退院支援加算の算定回数	回

17-4 退院患者数（令和3年11月1日から令和4年10月31日）	人
-----------------------------------	---

17-5 退院患者数に対する割合についてご回答ください。（令和3年11月1日から令和4年10月31日）	
① 退院患者のうち、他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者数	人
② 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟患者数	人
③ 他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者数	人
④ 退院患者のうち、死亡退院の患者数	人

《17-6は、17-1にて「02 緩和ケア病棟入院料2を算定している」の場合にご回答ください。》	
17-6 緩和ケア病棟入院料1を算定できない理由をご回答ください。（最も該当する番号1つを右欄に記載）	
<p>01 入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、緩和ケアを担当する常勤の医師が、入院の適応を判断し、当該医師または当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けることが困難</p> <p>02 「緩和ケアを担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間の平均を14日未満にすることが困難</p> <p>03 当該病棟の退院患者のうち、他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者の割合を15%未満にすることが困難</p> <p>04 同一の保険医療機関の緩和ケア病棟入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟患者の割合を15%未満にすることが困難</p> <p>05 退院患者のうち、死亡退院患者の割合を15%未満にすることが困難</p> <p>06 緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料および在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難</p> <p>07 その他（ <input type="text"/> ）</p>	<p>《回答欄》</p> <input type="text"/>

17-7 疼痛の評価その他の療養上必要な指導等の実施について

(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 緩和ケアに関するガイドラインをカルテ内で常時閲覧できるようにしている。
- 02 緩和ケアに関する院内研修で周知を図っている。
- 03 ガイドラインをもとに、院内マニュアルなどを作成している。
- 04 その他 ()

01
02
03
04

17-8 「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価の頻度について

ご回答ください。(令和4年10月の1か月) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 毎日
- 02 週2～3回
- 03 週1回
- 04 月2～3回
- 05 月1回
- 06 その他 ()

17-9 疼痛の数字等を用いた評価について緩和ケア病棟内の何割くらいの患者に対して評価を行っているか

ご回答ください。(令和4年10月の1か月) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 原則全員
- 02 8割以上
- 03 6割以上
- 04 5割以上
- 05 4割以上
- 06 2割以上
- 07 2割未満

*問18 緩和ケア診療加算についてお伺いします。

18-1 緩和ケア診療加算の届出状況について(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 届け出ている
- 02 届け出していない

18-2 個別栄養食事管理加算の届出状況について(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 届け出ている
- 02 届け出していない

*問19 栄養サポートチーム加算の届出状況について

19-1 令和4年11月1日時点における栄養サポートチーム加算の届出状況について

(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 届け出ている
- 02 届け出していない

《19-2は、19-1にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》

19-2 栄養サポートチーム加算の算定件数(令和4年10月1か月)

件

21-4 身体的拘束を予防・最小化するための組織の有無 (該当する番号すべて、右欄に○)		
01 身体的拘束を予防・最小化に係る院内横断チームの設置		01 <input type="text"/>
02 行動制限最小化委員会の設置		02 <input type="text"/>
03 その他 (<input type="text"/>)		03 <input type="text"/>

問22 感染対策向上加算についてお伺いします。

22-1 届出の状況について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 感染対策向上加算1	03 感染対策向上加算3	<input type="text"/>
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない	

22-2 令和4年3月31日時点における、感染防止対策加算の届出状況について (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 感染対策向上加算1	03 届け出ていない	<input type="text"/>
02 感染対策向上加算2		

■ 22-3～22-7は、全ての施設がご回答ください。

22-3 感染制御チームを有する場合、構成する職員の人数についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)		構成人数
① 医師		<input type="text"/> 人
② うち 感染症対策に3年以上の経験を有する専従の常勤医師		<input type="text"/> 人
③ うち 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		<input type="text"/> 人
④ 看護師		<input type="text"/> 人
⑤ うち 感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師		<input type="text"/> 人
⑥ うち 感染管理の経験5年以上かつ感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師		<input type="text"/> 人
⑦ うち 感染管理の経験5年以上 (感染管理に係る適切な研修を修了していない) 看護師		<input type="text"/> 人
⑧ 薬剤師		<input type="text"/> 人
⑨ うち 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師		<input type="text"/> 人
⑩ うち 3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師		<input type="text"/> 人
⑪ 臨床検査技師		<input type="text"/> 人
⑫ うち 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師		<input type="text"/> 人
⑬ うち 3年未満の病院勤務経験かつ適切な研修を修了した専任の臨床検査技師		<input type="text"/> 人
⑭ その他 (<input type="text"/>)		<input type="text"/> 人

22-4 令和3年度院内感染対策講習会において上記感染症制御チームの少なくとも1名が参加した講習会について
(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 講習会① (特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会)
- 02 講習会② (院内感染対策に関して、地域における指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会)
- 03 講習会③ (講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会)
- 04 講習会④ (医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会)

01

02

03

04

22-5 感染対策について連携している医療機関数について (令和4年度)

※カンファレンスについては、加算1の場合、開催(予定も含む)回数を、加算2または3は参加(予定も含む)回数をご記入ください。

※連携施設数については、現時点の状況をご記入ください。

① 連携施設数		施設
② 医療機関・行政との合同カンファレンス回数		回
③ うち 新興感染症を想定した訓練の回数		回

22-6 院内感染等に関する助言を行っている場合、その対象(該当する番号すべて、右欄に○)

※感染対策向上加算1については、感染対策向上加算2、3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関以外への助言の状況

《回答欄》

- 01 高齢者施設
- 02 障害福祉施設
- 03 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関
- 04 歯科医療機関
- 05 調剤薬局
- 06 自治体
- 07 一般市民
- 08 その他 ()

01

02

03

04

05

06

07

08

22-7 サーベイランスへの参加について(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 院内感染対策サーベイランス (JANIS)
- 02 感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)
- 03 その他 ()

01

02

03

■ 22-8～22-11は、22-1にて「04 届け出ていない」の場合にご回答ください。

22-8 院内感染対策マニュアルは作成されていますか。 (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 作成済		<input type="text"/>
02 未作成		<input type="text"/>
03 作成中		<input type="text"/>

22-9 医療機関・行政等との連携および体制について (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 保健所、地域の医師会及び他の医療機関と連携し、感染対策に係るカンファレンスを実施又は参加している。		01 <input type="text"/>
02 他の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有している		02 <input type="text"/>
03 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、他の保険医療機関等とあらかじめ協議を行っている。		03 <input type="text"/>
04 他の医療機関と連携し、必要時に院内感染対策に関する助言を受ける体制を有している。		04 <input type="text"/>
05 01～04には該当しない。		05 <input type="text"/>

22-10 新興感染症の発生時等の体制整備について (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 新興感染症の発生時等に、感染症患者等を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する		<input type="text"/>
02 体制は整備していない。		<input type="text"/>

22-11 抗菌薬の適正使用について (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している		01 <input type="text"/>
02 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている		02 <input type="text"/>
03 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している		03 <input type="text"/>
04 その他 (<input type="text"/>)		04 <input type="text"/>

* 問23 感染対策向上加算1を算定している場合にご回答ください

23-1 指導強化加算の届出有無 (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出ていない	<input type="text"/>

23-2 感染対策向上加算2及び3、または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関との連携状況について		
① 連携施設数	<input type="text"/>	施設
② 連携の申し込みがあったが断った施設数	<input type="text"/>	施設
③ 助言を行った総回数 (令和4年4月～10月の7か月)	<input type="text"/>	回

* 問24 感染対策向上加算 2 および 3 を算定している場合にご回答ください。

24-1 感染対策向上加算 1 に対して、連携の申し込みを行ったが断られた場合があったか。 (該当する番号 1 つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

24-2 連携強化加算の有無 (令和 4 年8月~10月) (該当する番号 1 つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

24-3 感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数および報告回数について		
① 施設数	<input type="text"/>	施設
② 総回数 (令和 4 年 4 月~10月の7か月)	<input type="text"/>	回

問25 貴院の排尿自立に向けた支援状況についてお伺いします。

25-1 排尿自立支援加算の届出状況 (令和 4 年11月 1 日時点) (該当する番号 1 つを右欄に記載)		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="text"/>

《25-2 は、25-1 にて「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》

25-2 排尿自立支援加算を届け出していない理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有し、排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師がいないため		01 <input type="text"/>
02 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験があり、所定の研修を修了した専任の看護師がいないため		02 <input type="text"/>
03 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する理学療法士又は作業療法士がいないため		03 <input type="text"/>
04 排尿ケアチームの活動を行う余力がないため		04 <input type="text"/>
05 病棟看護師による、下部尿路機能障害を有する患者の抽出が困難であるため		05 <input type="text"/>
06 病棟看護師による、排尿日誌や残尿測定などの情報収集が困難であるため		06 <input type="text"/>
07 その他 (<input type="text"/>)		07 <input type="text"/>

◆その他のご意見

① その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

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

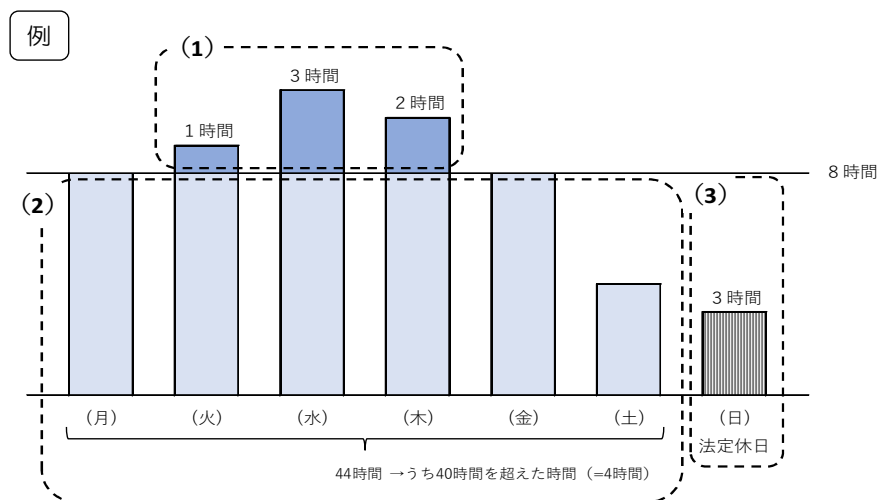
* 問26 医師の勤務状況等についてお伺いします。

26-1 医師の勤務体制について、交代制の有無をお答えください。(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 交代制である	02 交代制ではない	

26-2 貴施設における令和2年6月、令和3年6月、令和4年6月の常勤医師1人あたりの平均、超過勤務時間 ^{※1} の 最大値、最小値(1か月間)、及び、超過勤務時間が80時間/月以上の者・155時間/月以上の者の人数、宿日直状況 を記載してください。※小数点第1位まで(小数点以下第2位を切り捨て)			
医師1人あたりの1か月の超過勤務時間数 (交代制の場合の超過勤務も含む)	a 令和2年6月	b 令和3年6月	c 令和4年6月
① 平均値	時間	時間	時間
② 最大値	時間	時間	時間
③ 最小値	時間	時間	時間
④ 1か月の超過勤務時間が80時間超の人数	人	人	人
⑤ 1か月の超過勤務時間が155時間超の人数	人	人	人
医師1人あたりの1か月の宿日直回数 ^{※2} (交代制の場合を除く)	a 令和2年6月	b 令和3年6月	c 令和4年6月
⑥ 平均値	回	回	回
⑦ 最大値	回	回	回
⑧ 最小値	回	回	回
⑨ 連日当直を実施した者の人数	人	人	人
⑩ 連日当直の発生した回数	延べ 回	延べ 回	延べ 回

※1 超過勤務時間とは、次の(1)～(3)の総和を指します。

- (1) 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間
- (2) 1週について40時間を超えて労働した時間数(①及び③で計上される時間数は除く。)
- (3) 法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間



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

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

26-3 夜間医師が従事する業務に係る労働基準監督署の宿日直許可についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** 全ての業務について許可を受けている **03** 許可を受けている業務はない
02 許可を受けている業務と受けていない業務がある

《回答欄》

* 問27 医療従事者の勤務環境改善マネジメントについてお伺いします。

- 27-1～27-5は、総合入院体制加算を届け出していない施設のみご回答ください。

27-1 勤務環境改善マネジメントシステム[※]を推進するチームについてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** チームがある **03** チームはなく、今後設置予定もない
02 チームはないが、今後設置予定

《回答欄》

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

27-2 勤務環境の現状に関する実態把握や分析の実施状況についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** 行っている **03** 行っておらず、今後実施予定もない
02 行っていないが、今後実施予定

《回答欄》

《27-3は、27-2にて「01 行っている」の場合にご回答ください。》

27-3 実態把握や分析の頻度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** 毎月行っている **04** 2～3年に1度行っている
02 数か月に1度行っている **05** 定期的な実態把握や分析は行っていない
03 1年に1度行っている

《回答欄》

《27-4は、27-2で「02 行っていないが、今後実施予定」「03 行っておらず、今後実施予定もない」に該当した場合にご回答ください。》

27-4 勤務環境改善の取組に関する計画の策定についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** 策定している **03** 策定しておらず、今後策定予定もない
02 策定していないが、今後策定予定

《回答欄》

《27-5は、27-4にて「01 策定している」の場合にご回答ください。》

27-5 計画の見直しの頻度についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** 数か月に1度行っている **03** 2～3年に1度行っている
02 1年に1度行っている **04** 4年以上見直しをしていない

《回答欄》

- 27-6と27-7は全施設ご回答ください。

27-6 異なる保険医療機関から当直医を要請していますか。(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** 要請している **02** 要請していない

《回答欄》

27-7 自院での当直明けの医師の勤務について、以下の対応を行っていますか。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01** 当直 **02** 特段配慮していない

《回答欄》

* 問28 記録や会議に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

28-1 貴施設では、入院部門で電子カルテを導入していますか。（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 導入している	03 導入しておらず、導入予定もない	□
02 導入していないが、導入を検討中	04 その他(具体的に □)	

28-2 ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組についてご回答ください。 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 タブレットの活用	□	01
02 音声入力システムの活用		02
03 ビデオ通話による会議の実施		03
04 遠隔画像診断の実施		04
05 遠隔病理診断の実施		05
06 紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用		06
07 特になし		07
08 その他 (具体的に □)		08

《28-3は、28-2にて「07 特になし」の場合にご回答ください。》

28-3 ICTを活用していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 ICTの導入にコストがかかるから	□	01
02 ICTの維持・管理にコストがかかるから		02
03 ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから		03
04 ICTを使いこなせない職員がいる（または多い）から		04
05 現場のオペレーションを変更する事務的負担が大きいから		05
06 現場の賛同が得られないから		06
07 故障時などに現場が混乱することを避けたいから		07
08 その他 (具体的に □)		08

28-4 院内の会議に関する負担軽減の取組についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 必要性の低い会議の廃止	□	01
02 医師の出席義務の取りやめ		02
03 会議の開催回数の削減		03
04 会議の開催時間の短縮		04
05 ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施		05
06 会議での紙資料の配付の中止		06
07 特になし		07
08 その他 (具体的に □)		08

*** 問29 医師の働き方改革に関する取組み等について**

29-1 医師の働き方改革に関する検討会に基づく、令和4年11月1日時点の貴施設の水準^{※1}について
 ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 A水準相当	01
02 連携B水準相当	02
03 B水準相当	03
04 C-1水準相当	04
05 C-2水準相当	05

《回答欄》

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

29-2 貴施設の勤務医のうち、連携B水準、B水準、C-1水準、C-2水準に相当する医師の有無について
 ご回答ください。（「1:いる 2:いない」のうち、該当する番号を空欄に記載してください）

	a 連携B水準相当 (1:いる 2:いない)	b B水準相当 (1:いる 2:いない)	c C-1水準相当 (1:いる 2:いない)	d C-2水準相当 (1:いる 2:いない)
① 令和3年度実績				
② 令和4年11月1日時点				

《29-3は、29-2にて「1:いる」に該当する場合にご回答ください。》

29-3 各水準に該当する医師の人数と今年度の目標人数についてご回答ください。

	a 連携B水準相当	b B水準相当	c C-1水準相当	d C-2水準相当
① 令和3年度実績	人	人	人	人
② 令和4年11月1日時点 ^{※2}	人	人	人	人
③ 今年度の目標人数	人	人	人	人

※2 R4年度については、R6年度以降の医療機関による申請予定を考慮した、4月から10月までの実績から各水準に相当する人数を記載。

29-4 令和6年4月の労働時間上限規制の適用後に、予定している貴施設の水準^{※1}について
 ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 A水準	01
02 連携B水準	02
03 B水準	03
04 C-1水準	04
05 C-2水準	05

《回答欄》

* 問30 医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

30-1 貴施設の自施設における医師の労働時間の把握方法として該当するものをお選びください。 (該当する番号1つを右欄に記載)			《回答欄》
01 ICカード・タイムカード	03 自己申告に基づき把握	05 把握していない	<input type="text"/>
02 上司等第三者の確認	04 その他 (具体的に <input type="text"/>)		

30-2 長時間労働者に対する、医師による面接指導の実施状況についてご回答ください。 (該当する番号1つを右欄に記載)			《回答欄》
01 実施している	03 実施しておらず、今後も実施する予定はない		<input type="text"/>
02 実施していないが、今後実施を予定している	04 長時間労働者はいない		

30-3 常勤医師について、他施設での勤務状況の把握についてご回答ください。 (該当する番号1つを右欄に記載)			《回答欄》
01 把握している	02 把握していない		<input type="text"/>

《30-4は、30-3にて「01 把握している」の場合にご回答ください。》

30-4 他施設での勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。 (該当する番号すべて、右欄に○)			《回答欄》
01 他施設での勤務時間			01 <input type="text"/>
02 他施設での当直日程			02 <input type="text"/>
03 その他 (<input type="text"/>)			03 <input type="text"/>

30-5 医師の労働時間以外の勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。 (該当する番号すべて、右欄に○)			《回答欄》
01 年次有給休暇取得率			01 <input type="text"/>
02 育児休業の取得率			02 <input type="text"/>
03 介護休業の取得率			03 <input type="text"/>
04 代休取得率			04 <input type="text"/>
05 連続勤務			05 <input type="text"/>
06 勤務間インターバル			06 <input type="text"/>
07 代償休息			07 <input type="text"/>
08 把握していない			08 <input type="text"/>
09 その他 (具体的に <input type="text"/>)			09 <input type="text"/>

30-6 医師の負担軽減策に関する医療勤務環境改善支援センターへの相談の有無についてご回答ください。 (該当する番号1つを右欄に記載)			《回答欄》
01 既に相談した	03 相談していない(相談の予定なし)		<input type="text"/>
02 今後相談する予定			

30-7 多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議の開催の有無についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

01 開催している

02 開催していない

《回答欄》

《30-8は、30-7にて「01 開催している」の場合にご回答ください。》

30-8 開催回数についてご回答ください。

年間 回

30-9 以下の項目の中で、取り組み実績のあるものについてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

01 タスク・シフト/シェア

02 医師の業務の見直し

03 その他の勤務環境改善 (ICT活用、ワークライフバランス推進等)

04 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

05 C-1水準を適用する臨床研修及び専攻医の研修の効率化

06 その他 ()

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

30-10 30-9で取り組んでいない項目の中で、今後取り組みの計画のあるものについてご回答ください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

01 タスク・シフト/シェア

02 医師の業務の見直し

03 その他の勤務環境改善 (ICT活用、ワークライフバランス推進等)

04 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

05 C-1水準を適用する臨床研修及び専攻医の研修の効率化

06 その他 ()

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

*** 問31 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に係る取組**

31-1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているものをお選びください。

(該当する番号すべて、右欄に○)

01 業務量の調整 (時間外労働が発生しないような業務量の調整)

02 看護職員と他職種との業務分担

03 看護補助者の配置・増員

04 短時間正規雇用の看護職員の活用

05 多様な勤務形態の導入

06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮

07 夜勤負担の軽減

08 その他 (上記01~07以外) (具体的に)

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

《31-2は、31-1にて「03 看護補助者の配置・増員」の場合にご回答ください。》

31-2 看護補助者の配置・増員についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 主として直接ケアを行う看護補助者の新たな配置
- 02 主として直接ケアを行う看護補助者の増員
- 03 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置
- 04 主として事務的作業を行う看護補助者の増員
- 05 夜間の看護補助者の新たな配置
- 06 夜間の看護補助者の増員
- 07 その他（具体的に ）

01

02

03

04

05

06

07

《31-3は、31-1にて「06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」の場合にご回答ください。》

31-3 具体的な配慮についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

01

02

03

04

05

06

07

08

■問31-4は、以下の加算を算定している施設のみご回答ください。

- 夜間看護加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12）
- 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注9）
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助加算
- 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注3）
- 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注4）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注7）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注5）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注5）

31-4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況についてお伺いします。

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 達成が困難である
- 02 達成はやや困難である
- 03 概ね達成可能である
- 04 ほぼ達成可能である
- 05 評価時期に達していない

《31-5は、31-4にて「01 達成が困難である」又は「02 達成はやや困難である」に該当した場合にご回答ください。》

31-5 達成が困難である項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 業務量の調整

01

02 看護職員と他職種との業務分担

02

03 看護補助者の配置・増員

03

04 短時間正規雇用の看護職員の活用

04

05 多様な勤務形態の導入

05

06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮

06

07 夜勤負担の軽減

07

08 夜勤に係る配慮

08

09 その他（

09

* 問32 各診療報酬項目の施設基準の届出状況等についてお伺いします。

32-1 手術もしくは処置の休日1・時間外1・深夜加算1の届出状況についてご回答ください。

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 届け出ている

02 届け出していない

32-2 「地域医療体制確保加算」の届出状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 届け出ている

02 届け出していない

《32-3は、32-2にて「02 届け出ていない」の場合にご回答ください。》

32-3 施設基準として、満たすことが困難な要件についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | |
|---|-----------------------------|
| 01 病院勤務医の負担軽減・処遇改善のため、勤務医の勤務状況把握とその改善の必要性等を提言するための責任者配置 | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 病院勤務医の勤務時間および当直を含む夜間の勤務状況把握 | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 院内に多職種からなる役割分担推進委員会・会議を設置し、「病院勤務医の負担軽減・処遇に資する計画」を作成
当該委員会等は、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催 | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた
病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資するものとし、定期的な評価・見直しを行う | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 計画には、以下の項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載する
<ul style="list-style-type: none"> ・医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など） ・勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施 ・前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間休息の確保（勤務間インターバル） ・予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ・当直翌日の業務内容に対する配慮 ・交替勤務制・複数主治医制の実施 ・育児・介護休業法を活用した短時間正規雇用医師の活用 | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 病院勤務医の負担軽減・処遇改善に関する取り組み事項を院内掲示等の方法で公表する | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること | 07 <input type="checkbox"/> |
| 08 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A 2 3 7」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A 3 0 1 - 4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること | 08 <input type="checkbox"/> |
| 09 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること | 09 <input type="checkbox"/> |

《32-4は、32-3にて「05 計画には、以下の項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載する」の場合にご回答ください。》

32-4 満たすことが困難な項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | |
|--|-----------------------------|
| 01 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など） | 01 <input type="checkbox"/> |
| 02 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施 | 02 <input type="checkbox"/> |
| 03 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間休息の確保（勤務間インターバル） | 03 <input type="checkbox"/> |
| 04 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 | 04 <input type="checkbox"/> |
| 05 当直翌日の業務内容に対する配慮 | 05 <input type="checkbox"/> |
| 06 交替勤務制・複数主治医制の実施 | 06 <input type="checkbox"/> |
| 07 育児・介護休業法を活用した短時間正規雇用医師の活用 | 07 <input type="checkbox"/> |

《32-5は、32-2にて「02 届け出ていない」の場合にご回答ください。》

32-5 救急用自動車・救急医療用ヘリによる搬送受け入れ件数について（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 01 年間2,000件以上 | 03 年間999件以下 |
| 02 年間1,000件以上1,999件以下 | |

■ 32-6～32-7は、32-2にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。

32-6 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目の取組状況について実施している取組をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | |
|--|----|
| 01 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 | 01 |
| 02 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施 | 02 |
| 03 勤務間インターバルの確保 | 03 |
| 04 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 | 04 |
| 05 当直翌日の業務内容に対する配慮 | 05 |
| 06 交代勤務制・複数主治医制の実施 | 06 |
| 07 短時間正規雇用医師の活用 | 07 |
| 08 時間外・休日・深夜における手術・1000点以上の処置の実施に係る医師（術者又は第一助手）の手当支給 | 08 |
| 09 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外が実施していること
(新生児を除く。) | 09 |
| 10 その他（具体的に <input type="text"/> ） | 10 |

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

32-7 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき検討項目のうち、実施していない取組とその理由（実施困難な理由等）についてご回答ください。

（①～⑦それぞれ該当する番号1つを右欄に記載）

	01 職員確保が 困難	02 予算がない	03 医療従事者等 職員との調整 が困難	04 その他具体的に ()	《回答欄》
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担	01	02	03	04 ()	① <input type="text"/>
② 勤務計画、連続当直を行わない勤務	01	02	03	04 ()	② <input type="text"/>
③ 勤務間インターバルの確保	01	02	03	04 ()	③ <input type="text"/>
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮	01	02	03	04 ()	④ <input type="text"/>
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮	01	02	03	04 ()	⑤ <input type="text"/>
⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施	01	02	03	04 ()	⑥ <input type="text"/>
⑦ 短時間正規雇用医師の活用	01	02	03	04 ()	⑦ <input type="text"/>

《32-8は、32-7の理由で「02 予算がない」「03 医療従事者等職員との調整が困難」に該当した場合にご回答ください。》

32-8 貴施設は地域医療介護総合確保基金「6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」の対象となっていますか。（該当する番号1つを右欄に記載）

01 なっている	02 なっていない	《回答欄》
		<input type="text"/>

32-9 医師事務作業補助体制加算の届出状況についてお伺いします。（令和4年11月1日時点）

（該当する番号1つを右欄に記載）

01 医師事務作業補助体制加算1(15対1)	08 医師事務作業補助体制加算2(15対1)	《回答欄》 <input type="text"/>
02 医師事務作業補助体制加算1(20対1)	09 医師事務作業補助体制加算2(20対1)	
03 医師事務作業補助体制加算1(25対1)	10 医師事務作業補助体制加算2(25対1)	
04 医師事務作業補助体制加算1(30対1)	11 医師事務作業補助体制加算2(30対1)	
05 医師事務作業補助体制加算1(50対1)	12 医師事務作業補助体制加算2(50対1)	
06 医師事務作業補助体制加算1(75対1)	13 医師事務作業補助体制加算2(75対1)	
07 医師事務作業補助体制加算1(100対1)	14 医師事務作業補助体制加算2(100対1)	
	15 届け出ていない	

《32-15は、32-14にて「01 研修を行っている」の場合にご回答ください。》

32-15 院内教育・研修の具体的内容について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 接遇・コミュニケーション

01

02 管理者研修

02

03 リーダーシップ研修

03

04 新人研修

04

05 OJT

05

06 その他（）

06

32-16 医師事務作業補助者の効果について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 医師の残業時間短縮

01

02 医師の働きやすさ

02

03 外来における患者の待ち時間の短縮

03

04 その他（具体的に ）

04

*** 問33 非常勤職員についてお伺いします。**

33-1 非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無について

（該当する番号1つを右欄に記載）

	有	無	
1) 医師	01	02	1) <input type="text"/>
2) 看護師	01	02	2) <input type="text"/>
3) 薬剤師	01	02	3) <input type="text"/>
4) 理学療法士	01	02	4) <input type="text"/>
5) 作業療法士	01	02	5) <input type="text"/>
6) その他	01	02	6) <input type="text"/>

《回答欄》

《33-2は、33-1にて「01 有」の場合にご回答ください。》

33-2 該当する診療報酬の項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 緩和ケア診療加算

01

02 依存症入院医療管理加算

02

03 摂食障害入院医療管理加算

03

04 栄養サポートチーム加算

04

05 感染対策向上加算

05

06 ハイリスク分娩等管理加算

06

07 病棟薬剤業務実施加算

07

08 入退院支援加算

08

09 認知症ケア加算

09

10 小児入院医療管理料

10

11 その他（具体的に ）

11

《33-3は、33-1にて「01有」の場合にご回答ください。》

33-3 非常勤職員の配置を行ったことによる影響について（該当する番号すべて右欄に記載）

《回答欄》

- 01 常勤職員の負担が軽減された
- 02 非常勤職員を雇用しやすくなった
- 03 非常勤職員を活用できる場が増えた
- 04 医師の責任の所在があいまいになった
- 05 非常勤医師間の連携不足により患者の診療や病棟業務等に支障が出た
- 06 非常勤医師と看護師等の他職種との連携不足による患者の診療や病棟業務等に支障が出た
- 07 患者から不満等が出た
- 08 その他（具体的に ）

01

02

03

04

05

06

07

08

① 上記でご選択頂いた番号のうち、最もあてはまる番号を記入してください。（番号は1つ）

33-4 常勤配置や専従配置について、要件の緩和を希望する診療報酬項目があれば、当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。

1) 常勤配置	
2) 専従配置	

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

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和4年●月●日（●）までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6	7
------------	---	---	---	---	---	---	---

A-3

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
治療室調査票（A）

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

- 特に指定がある場合を除いて、令和4年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■ 施設ID、治療室IDをご記入下さい。

施設ID		治療室ID	
------	--	-------	--

問1 貴治療室の特定入院料についてお伺いします。

1-1 特定入院料（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
<p>01 救命救急入院料 1</p> <p>02 救命救急入院料 2</p> <p>03 救命救急入院料 3</p> <p>04 救命救急入院料 4</p> <p>05 特定集中治療室管理料 1</p> <p>06 特定集中治療室管理料 2</p> <p>07 特定集中治療室管理料 3</p> <p>08 特定集中治療室管理料 4</p>	<p>09 ハイケアユニット入院医療管理料 1</p> <p>10 ハイケアユニット入院医療管理料 2</p> <p>11 脳卒中ケアユニット入院医療管理料</p> <p>12 小児特定集中治療室管理料</p> <p>13 新生児特定集中治療室管理料 1</p> <p>14 新生児特定集中治療室管理料 2</p> <p>15 母体・胎児集中治療室管理料</p> <p>16 新生児集中治療室管理料</p> <p>17 新生児治療回復室入院医療管理料</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; background-color: #ffffcc; margin: 0 auto;"></div>

問2 貴治療室の基本情報についてお伺いします。

2-1 貴治療室の届出病床数（令和4年11月1日時点）	
診療報酬上の届出病床数	床

2-2 貴治療室に配置されている職員数（常勤換算 ^{※1} ）（令和4年11月1日時点）					
① 専任の医師		人	⑨ 薬剤師		人
②（うち）5年以上の特定集中治療の経験を有する医師		人	⑩ 管理栄養士		人
③ 看護師		人	⑪ 理学療法士		人
④（うち）適切な研修を修了した専任の常勤看護師 ^{※2}		人	⑫ 作業療法士		人
⑤（うち）特定行為研修修了者 ^{※3}		人	⑬ 言語聴覚士		人
		人	⑭ 臨床工学技士		人
⑥ 准看護師		人	⑮ 相談員		人
⑦ 看護補助者		人	⑯（うち）社会福祉士		人
⑧（うち）介護福祉士		人	⑰（うち）精神保健福祉士		人
		人	⑱ 医師事務作業補助者		人
		人	⑲ その他の職員		人

※1 職員数の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入。

例：常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴治療室にて週4日（各日3時間）従事している場合

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

※2 ① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修／② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修／③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修／④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修／⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程／⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修。なお、⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

※3 ⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修。なお、⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する

問3 貴治療室における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

3-1 貴治療室における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数	
（令和4年11月1日時点）	床

3-2 入室患者数、在室日数等			
① 実入室患者数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		人
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		人
② 平均在室日数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		日
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		日
③ 病床利用率 ^{※1}	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		%
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		%

※1 「病床利用率」= A÷B : A. 3月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 31

■ 問4は、貴治療室が「救命救急入院料1,3」を算定している場合にご回答ください。

問4 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

4-1 重症度、医療・看護必要度の評価に用いている、評価票の種別についてご回答ください。
 (令和4年8～10月の3か月間) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 I	04 01及び03の両方を使用している
02 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 II	05 02及び03の両方を使用している
03 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度	

《回答欄》

4-2 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合についてご記入ください。
 8月～10月の間に評価表や基準の変更があった場合は、10月1か月の状況についてお答えください。

① 重症度、医療・看護必要度	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		%
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		%

■ 問5は、貴治療室が「救命救急入院料2,4」もしくは「特定集中治療室管理料」を算定している場合にご回答

問5 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

5-1 重症度、医療・看護必要度の評価に用いている、評価票の種別についてご回答ください。
 (令和4年8～10月の3か月間) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 I	03 01及び02の両方を使用している
02 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 II	

《回答欄》

5-2 重症度、医療・看護必要度の算出に使用した判定基準についてご回答ください。
 (令和4年8～10月の3か月間) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 改定前の判定基準	03 途中の月で変更したため混在
02 改定後の判定基準	

《回答欄》

5-3 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合についてご記入ください。

I又はIIどちらも算出している場合は両方をお答えください。

8月～10月の間に評価表や基準の変更があった場合は、10月1か月の状況についてお答えください。

① 重症度、医療・看護必要度 I IIを算定している場合は「空欄」のまま（「0」を記載しないでください。）	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		%
② 重症度、医療・看護必要度 II Iを算定している場合は「空欄」のまま（「0」を記載しないでください。）	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		%

■ 問6は、貴治療室が「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している場合にご回答ください。

問6 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

6-1 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合についてご記入ください。

① 重症度、医療・看護必要度	ア（令和3年8月～10月の3か月間）		%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）		%

■ 問7は、貴治療室が「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定している場合にご回答ください。

問7 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

7-1 重症度、医療・看護必要度の評価に用いている、評価票の種別についてご回答ください。

（令和4年8月～10月の3か月間） （該当する番号1つを右欄に記載）

01 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I	03 01及び02の両方を使用している	《回答欄》 <input type="text"/>
02 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II		

7-2 重症度、医療・看護必要度の算出に使用した判定基準についてご回答ください。

（該当する番号1つを右欄に記載）

01 改定前の評価票	03 途中の月で変更したため混在	《回答欄》 <input type="text"/>
02 改定後の評価票		

7-3 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合についてご記入ください。

I又はIIどちらも算出している場合は両方をお答えください。

8月～10月の間に評価表や基準の変更があった場合は、10月1か月の状況についてお答えください。

① 重症度、医療・看護必要度 I ※ ¹ IIを算定している場合は「空欄」のまま（「0」を記載しないでください。）	ア（令和3年8月～10月の3か月間）	%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）	%
② 重症度、医療・看護必要度 II ※ ¹ Iを算定している場合は「空欄」のまま（「0」を記載しないでください。）	ア（令和3年8月～10月の3か月間）	%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）	%

※1 令和3年8月～10月については、令和4年度診療報酬改定前の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」評価票を用い、基準を満たす患者割合を記載ください。

令和4年8月～10月については、令和4年度診療報酬改定後の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」評価票を用い、基準を満たす患者割合を記載ください。

【基準】以下のいずれかに該当する患者

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

■ 問8は、貴治療室が「救命救急入院料1～4」を算定している場合にご回答ください。

問8 救急体制充実加算についてお伺いします。

8-1 救急体制充実加算の届出状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 救急体制充実加算1 02 救急体制充実加算2	03 救急体制充実加算3 04 届け出ていない	

8-2 「救命救急センターの新しい充実段階評価」についてお伺いします。	a 救命救急センター充実段階評価の「評価点」	b 是正を要する項目数
	① 令和2年1月～12月の実績	
② 令和3年1月～12月の実績		

■ 貴治療室が特定集中治療室管理料1～4を算定している場合にご回答ください。

問9 貴治療室の生物学的スコア（SOFAスコア）の状況等についてお伺いします。

9-1 入退室時の生理学的スコア（SOFAスコア）別の在室患者数（※ 令和4年11月1日時点の入室患者のみ対象）											
	令和4年11月1日時点の入室患者		⇒	同一患者の退室時の状況（SOFAスコア等）							
	SOFAスコア	a 患者数		b 0点	c 1～2点	d 3～5点	e 6～10点	f 11～15点	g 16～20点	h 21～24点	i 死亡
入室時の状況	① 0点	人	⇒	人	人	人	人	人	人	人	人
	② 1～2点	人	⇒	人	人	人	人	人	人	人	人
	③ 3～5点	人	⇒	人	人	人	人	人	人	人	人
	④ 6～10点	人	⇒	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑤ 11～15点	人	⇒	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑥ 16～20点	人	⇒	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑦ 21～24点	人	⇒	人	人	人	人	人	人	人	人

■ 問10は、貴治療室が「小児特定集中治療室管理料」を算定している場合にご回答ください。

問10 貴治療室における実績等についてお伺いします。

10-1 以下の実績等についてご回答ください。（令和3年11月1日～令和4年10月31日）	
① 他の医療機関から転院してきた患者数	人
② うち 急性期治療中 ^{※1} の患者数	人
③ 転院時に他の医療機関又は当該保険医療機関で救急搬送診療料を算定したもの	人
④ うち 当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸を実施した ^{※2} 患者数	人
⑤ 人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者	人

※1 急性期治療中とは、転院時に他の保険医療機関で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定するもの。

※2 当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上：手術の麻酔や検査のために実施した時間を除く）を実施した患者で、当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。

■ 問11は、貴治療室が「新生児特定集中治療室管理料」を算定している場合にご回答ください。

問11 貴治療室における実績等についてお伺いします。

11-1 以下の実績についてご回答ください。（令和3年11月1日～令和4年10月31日）	
① 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数	人
② 出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数	人
③ 当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数	件

■ 問12は、貴治療室が「救命救急入院料 2, 4」もしくは「特定集中治療室管理料 1～4」を算定している場合にご回答ください。

* 問12 重症患者対応体制強化加算についてお伺いします。

12-1 届出の状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 届け出ている	02 届け出していない	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

《12-2は、12-1にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》

12-2 集中治療を必要とする患者の看護に係る研修修了者の具体的な実施業務について
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 地域の医療機関との連携業務や研修の開催準備等	01	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
02 院内研修の講師	02	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
03 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修の講師	03	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
04 院内における集中治療看護に関する相談対応	04	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
05 配置されている治療室の患者担当	05	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
06 その他（ <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>)	06	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

12-3 院内研修の開催状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 開催済	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 回	02 今年度中に開催予定

《12-1で「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》

12-4 届出が困難な理由について（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 施設基準に係る看護師の数に含めない看護師2名以上を確保できない	01	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
02 要件に該当する経験のある臨床工学技士がいない	02	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
03 専従の臨床工学技士を確保できない	03	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
04 急性期充実体制加算を届け出していない	04	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
05 感染対策向上加算を届け出していない	05	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
06 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない	06	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
07 そもそも届け出る予定がない	07	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
08 その他（ <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>)	08	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

* 問13 重症患者初期支援充実加算についてお伺いします。

13-1 重症患者初期支援充実加算を届け出ている場合、入院時重症患者対応メディエーターの介入状況 （令和4年10月1か月）	
在室患者のうち入院時重症患者対応メディエーターが介入した実患者数	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 人

■ 問14は、貴治療室が救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料を算定している場合にご回答ください。

問14 早期離床・リハビリテーション重症患者初期支援充実加算についてお伺いします。

14-1 早期離床・リハビリテーション加算の届出状況 (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている		<input type="text"/>
02 早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない		<input type="text"/>

《14-2は、14-1にて「01 早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている」の場合にご回答ください。》

14-2 早期離床・リハビリテーション加算の算定人数・算定回数 (令和4年10月の1か月間)	算定人数	算定回数
	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 回

《14-3は、14-1にて「02 早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない」の場合にご回答ください。》

14-3 早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない理由について (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師を確保できないため		01 <input type="text"/>
02 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を確保できないため		02 <input type="text"/>
03 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士を確保できないため		03 <input type="text"/>
04 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すことが困難なため		04 <input type="text"/>
05 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を届け出していないため		05 <input type="text"/>
06 その他 (<input type="text"/>)		06 <input type="text"/>

《14-4は、早期離床・リハビリテーション加算の届出有無に関わらずご回答ください。》

* 14-4 土・日・祝日の貴治療室における、リハビリテーションの実施状況についてご回答ください。

(令和4年10月の1か月間) (①~③それぞれ該当する番号1つを右欄に記載)

① 土曜	01 平日と同様に実施	02 平日より回数を減らして実施	03 実施なし	① <input type="text"/>
② 日曜	01 平日と同様に実施	02 平日より回数を減らして実施	03 実施なし	② <input type="text"/>
③ 祝日	01 平日と同様に実施	02 平日より回数を減らして実施	03 実施なし	③ <input type="text"/>

《14-5は、すべての施設にご回答ください。》

* 14-5 貴病棟におけるリハビリテーション介入日(開始日)をご回答ください。(令和4年10月の1か月間)

リハビリテーション介入日	平均入室後	<input type="text"/> 日目
--------------	-------	-------------------------

- 問15は、貴治療室が「救命救急入院料」、「特定集中治療室管理料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「小児特定集中治療室管理料」を算定している場合にご回答ください。

問15 早期栄養介入管理加算についてお伺いします

15-1 早期栄養介入管理加算の届出の有無について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 早期栄養介入管理加算を届け出ている		<input type="text"/>
02 早期栄養介入管理加算を届け出していない		

《15-2は、15-1にて「01 早期栄養介入管理加算を届け出ている」の場合にご回答ください。》

15-2 早期栄養介入に係る体制および実績等について

① 専任の管理栄養士（令和4年11月1日時点）	<input type="text"/>	人
② 早期栄養介入の対象実患者数（令和4年10月の1か月間）	<input type="text"/>	人
③ うち、当該加算を算定した実患者数（令和4年10月の1か月間）	<input type="text"/>	人
④ 医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンスの1週間当たりの実施回数（直近の1週間）	<input type="text"/>	回
⑤ 入室後48時間以内に経腸栄養を開始できた実患者数（令和4年10月の1か月間）	<input type="text"/>	人

《15-3は、15-1にて「02 早期栄養介入管理加算を届け出していない」の場合にご回答ください。》

15-3 早期栄養介入管理加算を届け出していない理由（該当する番号すべて、右欄に○）

01 加算の対象となる患者がないため	<input type="text"/>	01
02 栄養サポートチームでの栄養管理の経験3年以上に該当する管理栄養士を確保できないため	<input type="text"/>	02
03 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有する管理栄養士を確保できないため	<input type="text"/>	03
04 当該治療室の入院患者10人に対し1人の管理栄養士の配置が困難なため	<input type="text"/>	04
05 当該治療室入室患者全員に対し、栄養スクリーニングを実施することが困難なため	<input type="text"/>	05
06 当該治療室への入室後、48時間以内に栄養アセスメントすることが困難なため	<input type="text"/>	06
07 当該治療室への入室後、48時間以内に栄養管理に関する早期介入の計画を作成することが困難なため	<input type="text"/>	07
08 当該治療室への入室後、48時間以内に経腸栄養を開始することが困難なため	<input type="text"/>	08
09 その他（ <input type="text"/> ）	<input type="text"/>	09

問16 貴治療室における術後の患者の管理についてお伺いします。

16-1 貴治療室において、術後の患者の管理はどのように実施していますか。 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 主に治療室の専従の医師が管理している		01
02 主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理している		02
03 主に手術を担当した麻酔科医が管理している		03
04 集中治療部門等で研修中の臨床研修医あるいは専攻医が管理している		04
05 医師の包括指示を用いて、血圧や呼吸状態の変動時も主に看護師が対応している		05
06 認定看護師や特定行為研修終了看護師などが包括指示に基づいて対応している		06

* 問17 貴治療室における身体的拘束の実施についてお伺いします。

17-1 貴治療室の実患者数 ^{※1}	令和4年10月の1か月間
	人
17-2 身体的拘束 ^{※2} の実施 身体的拘束を実施した患者数(実人数)	令和4年10月の1か月間
	人

※1 病室全体の令和4年10月1か月間の実患者数とすること。

※2 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

◆ 其他のご意見

① その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、令和●年●月●日(金)までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

A-2

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

病棟調査票 (A)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

- 特に指定がある場合を除いて、令和4年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

- ◆施設ID、病棟IDをご記入下さい。

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

- ◆貴病棟の看護師長が「医療従事者調査（病棟看護管理者票）」を回答する場合、「医療従事者調査（病棟看護管理者票）」にて割り振られた「看護師長の医療従事者ID」（英数字9桁）を転記下さい。

看護師長の医療従事者ID

問1 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

1-1 診療科目（令和4年11月1日時点）（最も近似する主な診療科を3つまで右欄に記載）

《回答欄》

- | | | |
|---------|----------|--------------------------------|
| 01 内科 | 06 脳神経外科 | 11 泌尿器科 |
| 02 小児科 | 07 産婦人科 | 12 放射線科 |
| 03 精神科 | 08 眼科 | 13 リハビリテーション科 |
| 04 外科 | 09 耳鼻咽喉科 | 14 歯科（歯科口腔外科等含む） |
| 05 整形外科 | 10 皮膚科 | 15 その他（ <input type="text"/>) |

1-2 入院基本料（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|--------------|--------------------------------|
| 01 急性期一般入院料1 | 08 地域一般入院料2 |
| 02 急性期一般入院料2 | 09 地域一般入院料3 |
| 03 急性期一般入院料3 | 10 専門病院入院基本料（7対1） |
| 04 急性期一般入院料4 | 11 専門病院入院基本料（10対1） |
| 05 急性期一般入院料5 | 12 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1） |
| 06 急性期一般入院料6 | 13 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1） |
| 07 地域一般入院料1 | 14 小児入院医療管理料（病床単位で届け出ている場合を除く） |

- 1-2-1は、貴病棟が小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして
地方厚生局長等に届け出た場合のみご回答ください。

1-2-1 届け出ている小児入院医療管理料（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 小児入院医療管理料 1	04 小児入院医療管理料 4	
02 小児入院医療管理料 2	05 小児入院医療管理料 5	
03 小児入院医療管理料 3		

問2 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

2-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 [※] （令和4年11月1日時点）		床
--	--	---

※ 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答えください。

問3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

* 3-1 貴病棟の病床数についてご回答ください。（令和4年11月1日時点）		
医療保険届出病床数		床

3-2 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算 ^{※1} ）（令和4年11月1日時点）					
① 看護師		人	⑦ 作業療法士		人
①-i（うち）特定行為研修 修了者		人	⑧ 言語聴覚士		人
①-ii（うち）短時間勤務又 は夜勤免除の看護師数		人	⑨ 相談員		人
			⑨-i（うち）社会福祉士		人
			⑨-ii（うち）精神保健福祉士		人
② 准看護師		人	⑩ 医師事務作業補助者		人
③ 看護補助者		人	⑪ 保育士		人
③-i（うち）介護福祉士		人	⑫ その他の職員		人
④ 薬剤師		人			
⑤ 管理栄養士		人			
⑥ 理学療法士		人			

※1 職員数の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）を記入。

例：常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日（各日3時間）従事している場合

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

* 3-3 貴病棟における看護職員の勤務形態 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 3交代制^{※2}

01

02 変則3交代制^{※3}

02

03 2交代制

03

04 変則2交代制^{※4}

04

05 その他 (具体的に

05

※2 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

※3 変則3交代制：日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤8時間といった日勤・準夜勤・深夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

※4 変則2交代制：日勤8時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

3-4 新入棟患者数、新退棟患者数等

① 新入棟患者数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		人
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		人
② 新退棟患者数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		人
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		人
③ 在院患者延日数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		日
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		日

3-5 貴病棟における病床利用率^{※5}

病床利用率	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		%
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		%

※5 「病床利用率」= A ÷ B : A. 当該月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間中の暦日数。

3-6 貴病棟における在宅復帰率等

① 在宅復帰率 ^{※6}	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		%
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		%
② 平均在院日数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)		日
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)		日

※6 「在宅復帰率」= A ÷ B

: A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等(介護医療院を含む)、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、療養病棟、有床診療所、老健施設へ退院した患者(死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く) × 100

B. 該当する病棟から、退棟した患者(死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く)

問4 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数 ^{※1}	令和4年10月の1か月間
貴病棟の入院患者数	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、4-1の実患者数は4-2の合計と一致させること。

4-2 入棟前の居場所別患者数 ^{※2}	令和4年10月の1か月間
① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※3} ）	人
② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※3} ）	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑩-1 うち、特別の関係の医療機関の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑪-1 うち、特別の関係の医療機関の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

※2（再掲）病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、4-1の実患者数は4-2の合計と一致させること。

※3 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

4-3 自院の他病棟からの転棟患者数	令和4年10月の1か月間	
ア [再掲] 自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-2の⑫」）	人	
内 訳	① 自院の一般病床（下記の②、③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外）から転棟	人
	⑤ 自院の精神病床から転棟	人
	⑥ 自院のその他の病床から転棟	人

* 4-4 身体的拘束 ^{※4} の実施	令和4年10月の1か月間
① 身体的拘束を実施した患者数（実人数）	人
② うち、認知症ケア加算算定患者数（実人数）	人

※4 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

*問5 貴病棟における薬剤師および管理栄養士の配置状況についてお伺いします。

■ 5-1～5-2は、3-2-④で薬剤師が配置されている場合、ご回答ください。

5-1 薬剤師の配置状況について（令和4年11月1日時点）		
	a 常勤	b 非常勤
ア 専従	人	人
イ 専任	人	人

5-2 病棟での薬剤師による薬学管理として実施している内容についてご回答ください。 （令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 予定入院患者の外來での服薬中の薬剤の確認		01
02 入院時の持参薬の確認と医師に処方提案		02
03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施		03
04 入院中のポリファーマシー対策を医師看護師等と実施		04
05 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施		05
06 退院時の薬局への文書による情報提供		06

■ 5-3は、3-2-④で薬剤師が配置されていない場合、ご回答ください。

5-3 薬剤師を配置することが困難な理由をご回答ください。（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がないため		
03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため		
04 その他（ <input type="text"/> ）		

- 5-4～5-5は、3-2-⑤で管理栄養士が配置されている場合、ご回答ください。

5-4 管理栄養士の配置状況について（令和4年11月1日時点）		
	a 常勤	b 非常勤
ア 専従	人	人
イ 専任	人	人

5-5 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。 （令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）			《回答欄》
01 入院栄養食事指導 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/>	人	01 <input type="checkbox"/>
02 栄養情報提供書の作成 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/>	人	02 <input type="checkbox"/>
03 栄養状態の評価			03 <input type="checkbox"/>
04 栄養管理計画の作成、再評価			04 <input type="checkbox"/>
05 食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング			05 <input type="checkbox"/>
06 ミールラウンド			06 <input type="checkbox"/>
07 食事形態の確認、調整			07 <input type="checkbox"/>
08 食事摂取不良患者や食欲低下時の対応			08 <input type="checkbox"/>
09 栄養補助食品の紹介・提案			09 <input type="checkbox"/>
10 医師への栄養メニュー提案			10 <input type="checkbox"/>
11 その他（ <input type="text"/> ）			11 <input type="checkbox"/>

問6 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

6-1 退棟先別の退棟患者数 ^{※1}		令和4年10月の1か月間
ア 貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※2} ）	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※2} ）	人
	③ 介護老人保健施設	人
	③-1 介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人	
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑬-1 他院の療養病床（⑭以外かつ在宅復帰強化加算を算定）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
自院	⑮ 自院の一般病床（⑯、⑰以外）	人
	⑯ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑰ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑱ 自院の療養病床（⑲以外）	人
	⑱-1 自院の療養病床（⑲以外かつ在宅復帰強化加算算定を算定）	人
	⑲ 自院の精神病床	人
	⑳ 自院のその他の病床	人
有床診療所	㉒ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
	㉓ 有床診療所（㉒以外）	人
死亡	㉔ 死亡退院	人
	㉕ その他	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、アの実患者数と①～㉕の合計は一致させること。

※2 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

* 問7 貴病棟における入退院支援状況についてお伺いします。

7-1 貴病棟における 退院支援に係る各取組について、主として実施する者を選択してください。 (該当する選択肢の欄に○)				
	① 入退院支援 部門の看護 師・社会福祉 士等	② 病棟専任の 入退院支援職 員	③ ①、②以外 の病棟の看護 師等	④ 実施してい ない
01 退院困難な要因を有している患者の抽出				
02 患者・家族と退院後の生活も含めた話合い				
03 退院支援計画の作成				
04 病棟の看護師と入退院支援部門の看護師 社会福祉士等と共同したカンファレンスの実施				
05 医師から患者・家族に対して行われるICへの同席				
06 患者・家族へ退院後の療養上必要な事項について 説明				
07 退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との 連絡・調整				
08 介護サービス、障害福祉サービス等の導入に係る 支援				
09 経済的サポート等、「08」以外の公的支援導入に 係る支援				

* 問8 貴病棟におけるリハビリテーションの実施状況についてお伺いします。

8-1 ADL維持向上等体制加算の算定状況について (令和4年11月1日時点)		《回答欄》
(該当する番号1つを右欄に記載)		
01 算定している	02 算定していない	

《8-1で「01 算定している」を選択した場合、8-2にご回答ください。》	
8-2 ADL維持向上等体制加算を算定した患者の実績等について	
① ADL維持向上等体制加算を算定した患者のうち、退院又は転院した患者数 (令和4年8月1日～令和4年10月31日)	人
② ADL維持向上等体制加算を算定した患者のうち、基本的日常生活活動度が 入院時と比較して低下した患者数 ^{※1} (令和4年8月1日～令和4年10月31日)	人
③ ADL維持向上等体制加算を算定した患者のうち、入院患者数 ^{※2}	人
④ ADL維持向上等体制加算を算定した患者のうち、褥瘡を有する実患者 (持ち込み褥瘡および院内発生褥瘡のすべて) (令和4年11月1日時点)	人
⑤ 上記④のうち、院内発生褥瘡を有する実患者数 (令和4年11月1日時点)	人

※1 入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、入院時ADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較する。

※2 11月1日の入院又は予定入院患者は含めない。退院患者を含める。

◆ 其他のご意見

その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

--

設問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和4年〇月〇日(〇)までに、

同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

B-2

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
病棟調査票 (B)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

- 特に指定がある場合を除いて、令和4年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

◆ 施設ID、病棟IDをご記入下さい。

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

問1 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

1-1 診療科目（令和4年11月1日時点）（最も近似する主な診療科を3つまで右欄に記載）			《回答欄》
01 内科	06 脳神経外科	11 泌尿器科	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02 小児科	07 産婦人科	12 放射線科	
03 精神科	08 眼科	13 リハビリテーション科	
04 外科	09 耳鼻咽喉科	14 歯科（歯科口腔外科等含む）	
05 整形外科	10 皮膚科	15 その他（ <input type="text"/> ）	

1-2 入院基本料（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 地域一般入院料1	10 地域包括ケア病棟入院料4		<input type="text"/>
02 地域一般入院料2	11 地域包括ケア入院医療管理料4		
03 地域一般入院料3	12 回復期リハビリテーション病棟入院料1		
04 地域包括ケア病棟入院料1	13 回復期リハビリテーション病棟入院料2		
05 地域包括ケア入院医療管理料1	14 回復期リハビリテーション病棟入院料3		
06 地域包括ケア病棟入院料2	15 回復期リハビリテーション病棟入院料4		
07 地域包括ケア入院医療管理料2	16 回復期リハビリテーション病棟入院料5		
08 地域包括ケア病棟入院料3	17 回復期リハビリテーション病棟入院料5（経過措置）		
09 地域包括ケア入院医療管理料3	18 回復期リハビリテーション病棟入院料6（経過措置）		

《1-3は、1-2で「04～18」を選択した場合、ご回答ください。》

1-3 医療法上の許可病床（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 一般病床	02 療養病床	<input type="text"/>

問2 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

2-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 [※] （令和4年11月1日時点）	<input type="text"/> 床
--	------------------------

※ 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答えください。

問3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

* 3-1 貴病棟の病床数についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)	
医療保険届出病床数	床

3-2 貴病棟に配置されている職員数(常勤換算 ^{※1}) (令和4年11月1日時点)			
① 看護師	人	⑦ 作業療法士	人
①-i (うち) 特定行為研修 修了者	人	⑧ 言語聴覚士	人
①-ii (うち) 短時間勤務又 は夜勤免除の看護師数	人	⑨ 相談員	人
		⑨-i (うち) 社会福祉士	人
		⑨-ii (うち) 精神保健福祉士	人
② 准看護師	人	⑩ 医師事務作業補助者	人
③ 看護補助者	人	⑪ その他の職員	人
③-i (うち) 介護福祉士	人		
④ 薬剤師	人		
⑤ 管理栄養士	人		
⑥ 理学療法士	人		

※1 職員数の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで(小数点第2位以下を切り捨て)を記入。

例: 常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日(各日3時間) 従事している場合

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

3-3 新入棟患者数、新退棟患者数等			
① 新入棟患者数	ア (令和3年8月~10月の3か月間)		人
	イ (令和4年8月~10月の3か月間)		人
② 新退棟患者数	ア (令和3年8月~10月の3か月間)		人
	イ (令和4年8月~10月の3か月間)		人
③ 在院患者延日数	ア (令和3年8月~10月の3か月間)		日
	イ (令和4年8月~10月の3か月間)		日

3-4 貴病棟における病床利用率 ^{※2}			
病床利用率	ア (令和3年8月~10月の3か月間)		%
	イ (令和4年8月~10月の3か月間)		%

※2 「病床利用率」= A ÷ B : A. 当該月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間中の暦日数。

3-5 貴病棟における在宅復帰率等		
① 在宅復帰率 ^{※3}	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	%
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	%
② 平均在院日数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	日
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	日

※3 地域包括ケア病棟・病室：「在宅復帰率」= A ÷ B

A 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）×100

B 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。

回復期リハビリテーション病棟：「在宅復帰率」= C ÷ D

C 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）×100

D 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く）

問4 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数 ^{※1}	令和4年10月の1か月間
	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、4-1の実患者数は4-2の合計と一致させること。

4-2 入棟前の居場所別患者数 ^{※1}	令和4年10月の1か月間
① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※2} ）	人
② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※2} ）	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑩-1 うち、特別の関係の医療機関の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑪-1 うち、特別の関係の医療機関の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

※1（再掲）病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、4-1の実患者数は4-2の合計と一致させること。

※2 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

4-3 自院の他病棟からの転棟患者数		令和4年10月の1か月間
ア [再掲] 自院の他病棟からの転棟患者 (=「4-2の②」)		人
内 訳	① 自院の一般病床（下記の②、③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外）から転棟	人
	⑤ 自院の精神病床から転棟	人
	⑥ 自院のその他の病床から転棟	人

* 4-4 身体的拘束 ^{※3} の実施		令和4年10月の1か月間
① 身体的拘束を実施した患者数（実人数）		人
② うち、認知症ケア加算算定患者数（実人数）		人

※3 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■ 4-5～4-11は、貴病棟が「回復期リハビリテーション病棟」の場合のみご回答ください

* 4-5 入院時のリハビリテーションを必要とする状態別の新入棟患者数及び平均在院日数をご記入ください。 (令和4年5月～10月の6か月間)			
	a 新規入院患者数	b うち 重症者の患者数	c 平均在院日数
① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	人	人	日
② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	人	人	日
③ 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	人	人	日
④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	人	人	日
⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態	人	人	日
⑥ 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	人	人	日

* 4-6 貴病棟における心肺運動負荷試験の実施についてご回答ください。
 (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 心肺運動負荷試験を行っている	02 心肺運動負荷試験を行っていない
--------------------------	---------------------------

《回答欄》

--	--

* 《4-7は、4-6で「01 心肺運動負荷試験を行っている」に該当する場合にご回答ください。》
 4-7 最高酸素摂取量の年齢別標準値に対する予測率別に該当する人数をご記入ください。
 (測定が一度のみの場合は入棟時のみ記入) (令和4年11月1日時点)

最高酸素摂取量の年齢別標準値に 対する予測率	a 入棟時	b 退棟時
① 標準値の80%以上 (正常)	人	人
② 標準値の60~80% (軽症)	人	人
③ 標準値の40~60% (中等症)	人	人
④ 検査実施不能, または標準値の40%未満 (重症)	人	人

《4-8は、4-6で「02 心肺運動負荷試験を行っていない」に該当する場合にご回答ください。》
 * 4-8 心配運動負荷試験を行っていない理由についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 必要性を感じないため 02 設備が不十分であるため 03 医師が立ち会えないため 04 検査時間が長い 05 その他 (<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>)	01 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 02 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 03 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 04 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 05 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

4-9 リハビリの実施単位数別の入院患者数の内訳 (令和4年11月1日時点)

① 2単位/日		⑤ 6単位/日	
② 3単位/日		⑥ 7単位/日	
③ 4単位/日		⑦ 8単位/日	
④ 5単位/日		⑧ 9単位以上/日	

4-10 保険医療機関外（屋外等）で実施された疾患別リハビリテーションの実施単位数別の入院患者数について （令和4年11月1日時点）	
① 1単位/日	人
② 2単位/日	人
③ 3単位/日	人

《4-11は、4-10で1人以上該当する入院患者がいた場合にご回答ください。》	
4-11 保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションにおける該当人数（令和4年11月1日時点）	
① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの	人
② 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの	人
③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの	人

■ 4-12～4-20は、貴病棟が「地域包括ケア病棟」の場合のみご回答ください。

4-12 要介護度別の入院患者数	令和4年10月の 1か月間
① 不明	人
② 未申請	人
③ 申請中	人
④ 非該当	人
⑤ 要支援1	人
⑥ 要支援2	人
⑦ 要介護1	人
⑧ 要介護2	人
⑨ 要介護3	人
⑩ 要介護4	人
⑪ 要介護5	人

4-13 年齢区分別の入院患者数	令和4年10月の 1か月間
① 40～64歳	人
② 65～74歳	人
③ 75～84歳	人
④ 85～94歳	人
⑤ 95歳以上	人

4-14 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数	令和4年10月の1か月間
① 自立	人
② ランク I	人
③ ランク II a	人
④ ランク II b	人
⑤ ランク III a	人
⑥ ランク III b	人
⑦ ランク IV	人
⑧ ランク M	人

4-15 貴病棟で提供可能な医療についてご回答ください。

- ① 本調査回答日時点の入院患者数をご回答ください。
- ② 提供可能な医療について、該当する番号すべての「提供可否」欄に○を記載してください。
- ③ 本調査回答日時点の入院患者のうち、当該病棟に入棟日から本調査回答日までに「01」～「28」の医療処置について、該当する患者数をご回答ください。

① 入院患者数（本調査回答日時点）					
病棟内で提供可能な医療	② 提供可否	③ 患者数	病棟内で提供可能な医療	② 提供可否	③ 患者数
					人
01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		人	14 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）		人
02 経鼻経管栄養		人	15 簡易血糖測定		人
03 中心静脈栄養		人	16 インスリン注射		人
04 24時間持続点滴		人	17 疼痛管理（麻薬なし）		人
05 カテーテル(尿道カテーテル・コンドームカテーテル)の管理		人	18 疼痛管理（麻薬使用）		人
06 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理		人	18-1 内服薬・座薬・貼付薬		人
			18-2 点滴薬		人
07 喀痰吸引（1日8回未満）		人	19 創傷処置		人
08 喀痰吸引（1日8回以上）		人	20 褥瘡処置		人
09 ネブライザー		人	21 浣腸		人
10 酸素療法（酸素吸入）		人	22 摘便		人
10-1 鼻カヌラ		人	23 導尿		人
10-2 マスク		人	24 膀胱洗浄		人
10-3 リザーバー付きマスク		人	25 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）		人
11 気管切開のケア		人	26 リハビリテーション		人
12 人工呼吸器の管理		人	27 透析		人
12-1 挿管		人	28 その他		人
12-2 マスク式（NPPV等）		人			
13 静脈内注射（点滴含む）		人			
13-1 電解質輸液		人			
13-2 抗菌薬		人			
13-3 昇圧薬		人			

4-16 週当たりの個別リハビリテーションの実施状況別の入院患者数の内訳 (令和4年10月第3週における実施人数)	
① リハビリテーションを実施している患者	人
② (うち) 週1回	人
③ (うち) 週2回	人
④ (うち) 週3回	人
⑤ (うち) 週4回	人
⑥ (うち) 週5回以上	人
⑦ リハビリテーションの対象でない患者数	人

《4-17は、4-16の⑦で1人以上該当する患者がいた場合にご回答ください。》

4-17 リハビリテーションの対象とならなかった理由をご回答ください。(最も該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 患者又は家族からの拒否のため
- 02 ADL低下のリスクがない、もしくは低いため
- 03 病状等が適さないため
- 04 ADLの改善を見込めないため(症状固定しているため)
- 05 リハビリの必要性はあるが、医者からのリハビリ処方箋が出ていないため
- 06 その他 ()

《4-18は、4-17で「03 病状等が適さないため」を選択した場合にご回答ください。》

4-18 具体的な状態の例を3つまでご回答をお願いします。

01 「03」の状態例1

02 「03」の状態例2

03 「03」の状態例3

4-19 リハビリテーションの必要性を説明・記録を行っている職種について

(令和4年11月1日時点) (最も該当する番号1つに記載)

《回答欄》

- 01 医師
- 02 看護職員
- 03 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- 04 社会福祉士
- 05 ケアマネージャー
- 06 その他 ()

4-20 加算の算定状況別の入院患者数	a	b
	令和4年6月1日時点	令和4年11月1日時点
① 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者	人	人
② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者	人	人
③ ②のうち、新型コロナウイルス感染症により算定した患者数（令和4年11月1日時点）		人
④ ②のうち、介護老人保健施設から入院した患者の人数（令和4年11月1日時点）		人
⑤ ②のうち、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の人数（令和4年11月1日時点）		人

*問5 貴病棟における薬剤師および管理栄養士の配置状況についてお伺いします。

■ 5-1～5-2は、3-2-④で薬剤師が配置されている場合、ご回答ください。

5-1 薬剤師の配置状況について（令和4年11月1日時点）		
	a 常勤	b 非常勤
ア 専従	人	人
イ 専任	人	人

5-2 病棟での薬剤師による薬学管理として実施している内容についてご回答ください。 （令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 予定入院患者の外来での服薬中の薬剤の確認		01
02 入院時の持参薬の確認と医師に処方提案		02
03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施		03
04 入院中のポリファーマシー対策を医師看護師等と実施		04
05 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施		05
06 退院時の薬局への文書による情報提供		06

■ 5-3は、3-2-④で薬剤師が配置されていない場合、ご回答ください。

5-3 薬剤師を配置することが困難な理由をご回答ください。（令和4年11月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため		<input type="text"/>
02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がいないため		
03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため		
04 その他（ <input type="text"/> ）		

■ 5-4～5-5は、3-2-⑤で管理栄養士が配置されている場合、ご回答ください。

5-4 管理栄養士の配置状況について（令和4年11月1日時点）			
		a 常勤	b 非常勤
	ア 専従	人	人
	イ 専任	人	人

5-5 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。
 （令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

			《回答欄》
01	入院栄養食事指導 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/> 人	01 <input type="checkbox"/>
02	栄養情報提供書の作成 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/> 人	02 <input type="checkbox"/>
03	栄養状態の評価		03 <input type="checkbox"/>
04	栄養管理計画の作成、再評価		04 <input type="checkbox"/>
05	食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング		05 <input type="checkbox"/>
06	ミールラウンド		06 <input type="checkbox"/>
07	食事形態の確認、調整		07 <input type="checkbox"/>
08	食事摂取不良患者や食欲低下時の対応		08 <input type="checkbox"/>
09	栄養補助食品の紹介・提案		09 <input type="checkbox"/>
10	医師への栄養メニュー提案		10 <input type="checkbox"/>
11	その他（ <input type="text"/> ）		11 <input type="checkbox"/>

5-6 リハビリ計画書の栄養項目記載について
 （令和4年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

			《回答欄》	
01	患者全員に記載	02 一部の患者のみ記載	03 記載していない	<input type="checkbox"/>

問6 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

6-1 退棟先別の退棟患者数 ^{※1}		令和4年10月の1か月間
ア 貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※2} ）	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※2} ）	人
	③ 介護老人保健施設	人
	③-1 介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
他院	⑨ 障害者支援施設	人
	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑬-1 他院の療養病床（⑭以外かつ在宅復帰強化加算算定を算定）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
自院	⑮ 他院のその他の病床	人
	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人
	⑲-1 自院の療養病床（⑳以外かつ在宅復帰強化加算を算定）	人
	⑳ 自院の精神病床	人
有床診療所	㉑ 自院のその他の病床	人
	㉒ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
死亡	㉓ 有床診療所（㉒以外）	人
	㉔ 死亡退院	人
	㉕ その他	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、アの実患者数と①～㉕の合計は一致させること。

※2 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

* 問7 貴病棟における入退院支援状況についてお伺いします。

7-1 貴病棟における 退院支援に係る各取組について、主として実施する者を選択してください。 (該当する選択肢の欄に○)				
	① 入退院支援部門の看護師・社会福祉士等	② 病棟専任の入退院支援職員	③ ①、②以外の病棟の看護師等	④ 実施していない
01 退院困難な要因を有している患者の抽出				
02 患者・家族と退院後の生活も含めた話合い				
03 退院支援計画の作成				
04 病棟の看護師と入退院支援部門の看護師 社会福祉士等と共同したカンファレンスの実施				
05 医師から患者・家族に対して行われるICへの同席				
06 患者・家族へ退院後の療養上必要な事項について 説明				
07 退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との 連絡・調整				
08 介護サービス、障害福祉サービス等の導入に係る 支援				
09 経済的サポート等、「08」以外の公的支援導入に 係る支援				

* 問8 貴病棟における患者の薬剤整理または減薬整理に関してお伺いします。

8-1 貴病棟において薬剤総合評価調整加算 ^{※1} を算定した患者の割合について ご回答ください。(令和4年10月の1か月)	%
8-2 貴病棟において薬剤調整加算 ^{※2} を算定した患者の割合を ご回答ください。(令和4年10月の1か月)	%
8-3 貴病棟において薬剤総合評価調整加算を算定した患者のうち急性期患者支援病床 初期加算を算定している患者の割合をご回答ください。(令和4年10月の1か月)	%

※1 薬剤総合評価調整加算とは入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

イ 入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

※2 薬剤調整加算とは次のいずれかに該当する場合に、薬剤総合評価調整加算から更に所定点数に加算する。

イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 注1のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

8-4 貴病棟において、患者の退院時の薬剤管理や服薬指導等に関して困っていることについて、
当てはまる番号を選択してください。（該当する番号すべてに○）

- 01 退院時服用薬の効能、副作用等について、患者またはその家族等への説明が十分できていない
- 02 配薬練習等の自己管理のため服薬指導が十分できていない
- 03 高額医薬品を服薬しているため退院調整が進まないことがある
- 04 退院後患者が利用する薬局への情報提供が十分できていない
- 05 病棟薬剤師の手が回らない
- 06 薬剤師（病棟薬剤師を除く）の手が回らない
- 07 その他（ ）

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

《8-5は、8-4で選択した番号についてご回答ください。》

8-5 最も困っていることについて、当てはまる番号を選択してください。
（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

◆ 其他のご意見

其他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

設問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、令和4年〇月〇日（〇）までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

C-2

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
病棟調査票 (C)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

- 特に指定がある場合を除いて、令和4年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

◆ 施設ID、病棟IDをご記入下さい。

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

問1 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

1-1 診療科目（令和4年11月1日時点）（最も近似する診療科の番号を主なもの3つまで右欄に記載）	《回答欄》																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%;"> <tr><td>01 内科</td><td>09 耳鼻咽喉科</td></tr> <tr><td>02 小児科</td><td>10 皮膚科</td></tr> <tr><td>03 精神科</td><td>11 泌尿器科</td></tr> <tr><td>04 外科</td><td>12 放射線科</td></tr> <tr><td>05 整形外科</td><td>13 リハビリテーション科</td></tr> <tr><td>06 脳神経外科</td><td>14 歯科（歯科口腔外科等含む）</td></tr> <tr><td>07 産婦人科</td><td>15 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）</td></tr> <tr><td>08 眼科</td><td></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%;"> <tr><td>01 内科</td><td>09 耳鼻咽喉科</td></tr> <tr><td>02 小児科</td><td>10 皮膚科</td></tr> <tr><td>03 精神科</td><td>11 泌尿器科</td></tr> <tr><td>04 外科</td><td>12 放射線科</td></tr> <tr><td>05 整形外科</td><td>13 リハビリテーション科</td></tr> <tr><td>06 脳神経外科</td><td>14 歯科（歯科口腔外科等含む）</td></tr> <tr><td>07 産婦人科</td><td>15 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）</td></tr> <tr><td>08 眼科</td><td></td></tr> </table>	01 内科	09 耳鼻咽喉科	02 小児科	10 皮膚科	03 精神科	11 泌尿器科	04 外科	12 放射線科	05 整形外科	13 リハビリテーション科	06 脳神経外科	14 歯科（歯科口腔外科等含む）	07 産婦人科	15 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）	08 眼科		<table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>				<table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>			
<table style="width: 100%;"> <tr><td>01 内科</td><td>09 耳鼻咽喉科</td></tr> <tr><td>02 小児科</td><td>10 皮膚科</td></tr> <tr><td>03 精神科</td><td>11 泌尿器科</td></tr> <tr><td>04 外科</td><td>12 放射線科</td></tr> <tr><td>05 整形外科</td><td>13 リハビリテーション科</td></tr> <tr><td>06 脳神経外科</td><td>14 歯科（歯科口腔外科等含む）</td></tr> <tr><td>07 産婦人科</td><td>15 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）</td></tr> <tr><td>08 眼科</td><td></td></tr> </table>	01 内科	09 耳鼻咽喉科	02 小児科	10 皮膚科	03 精神科	11 泌尿器科	04 外科	12 放射線科	05 整形外科	13 リハビリテーション科	06 脳神経外科	14 歯科（歯科口腔外科等含む）	07 産婦人科	15 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）	08 眼科		<table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>								
01 内科	09 耳鼻咽喉科																								
02 小児科	10 皮膚科																								
03 精神科	11 泌尿器科																								
04 外科	12 放射線科																								
05 整形外科	13 リハビリテーション科																								
06 脳神経外科	14 歯科（歯科口腔外科等含む）																								
07 産婦人科	15 その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ）																								
08 眼科																									

1-2 入院基本料（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>01 療養病棟入院料1</td> <td>03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定</td> </tr> <tr> <td>02 療養病棟入院料2</td> <td>(以下、「療養病棟入院基本料 経過措置」と表記)</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>01 療養病棟入院料1</td> <td>03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定</td> </tr> <tr> <td>02 療養病棟入院料2</td> <td>(以下、「療養病棟入院基本料 経過措置」と表記)</td> </tr> </table>	01 療養病棟入院料1	03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定	02 療養病棟入院料2	(以下、「療養病棟入院基本料 経過措置」と表記)	<table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>		<table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>01 療養病棟入院料1</td> <td>03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定</td> </tr> <tr> <td>02 療養病棟入院料2</td> <td>(以下、「療養病棟入院基本料 経過措置」と表記)</td> </tr> </table>	01 療養病棟入院料1	03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定	02 療養病棟入院料2	(以下、「療養病棟入院基本料 経過措置」と表記)	<table style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>				
01 療養病棟入院料1	03 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定								
02 療養病棟入院料2	(以下、「療養病棟入院基本料 経過措置」と表記)								

問2 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

2-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 ^{※1} （令和4年11月1日時点）		床
--	--	---

※1 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。

問3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

* 3-1 貴病棟の病床数についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)		
医療保険届出病床数		床

3-2 貴病棟に配置されている職員数(常勤換算 ^{※1}) (令和4年11月1日時点)		
① 看護師		人
①-i (うち) 特定行為研修修了者		人
①-ii (うち) 短時間勤務又は夜勤免除の看護師数		人
② 准看護師		人
③ 看護補助者		人
③-i (うち) 介護福祉士		人
④ 薬剤師		人
⑤ 管理栄養士		人
⑥ 理学療法士		人
⑦ 作業療法士		人
⑧ 言語聴覚士		人
⑨ 相談員		人
⑨-i (うち) 社会福祉士		人
⑨-ii (うち) 精神保健福祉士		人
⑩ 医師事務作業補助者		人
⑪ その他の職員		人

※1 職員数の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで(小数点第2位以下を切り捨て)を記入。

例: 常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日(各日3時間)従事している場合

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

3-3 新入棟患者数、新退棟患者数等			
① 新入棟患者数	ア (令和3年8月~10月の3か月間)		人
	イ (令和4年8月~10月の3か月間)		人
② 新退棟患者数	ア (令和3年8月~10月の3か月間)		人
	イ (令和4年8月~10月の3か月間)		人
③ 在院患者延日数	ア (令和3年8月~10月の3か月間)		日
	イ (令和4年8月~10月の3か月間)		日

3-4 貴病棟における病床利用率 ^{※2}		
病床利用率	ア（令和3年8月～10月の3か月間）	%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）	%

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

3-5 貴病棟における在宅復帰率等		
① 在宅復帰率 ^{※3}	ア（令和3年8月～10月の3か月間）	%
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）	%
② 平均在院日数	ア（令和3年8月～10月の3か月間）	日
	イ（令和4年8月～10月の3か月間）	日

※3 「在宅復帰率」= A ÷ B

: A 当該病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者であり、在宅での生活が1月以上（医療区分3の場合は14日以上）継続する見込であることを確認できた者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く。同一の保険医療機関の療養病棟以外の病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）×100
 B 当該病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く。同一の保険医療機関の療養病棟以外の病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）

3-6 入院期間別の入院患者数		令和4年10月31日時点
① 入院後14日以内		人
② 15日～30日		人
③ 31日～60日		人
④ 61日～180日		人
⑤ 181日～365日		人
⑥ 366日～700日		人
⑦ 701日以上		人

問4 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数 ^{※1}	令和4年10月の1か月間
貴病棟の入院患者数	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とする。

4-2 入棟前の居場所別患者数 ^{※2}	令和4年10月の1か月間
① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※3} ）	人
② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※3} ）	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑩-1 うち、特別の関係の医療機関の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑪-1 うち、特別の関係の医療機関の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

※2 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、患者数の合計は4-1と一致すること

※3 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

4-3 患者の状態別の入院患者数	令和4年10月の1か月間	
医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	ア 医療区分3に該当	人
	イ 医療区分2に該当	人

4-4 要介護度別の入院患者数 ^{※2}	令和4年10月の1か月間
① 不明	人
② 未申請	人
③ 申請中	人
④ 非該当	人
⑤ 要支援1	人
⑥ 要支援2	人
⑦ 要介護1	人
⑧ 要介護2	人
⑨ 要介護3	人
⑩ 要介護4	人
⑪ 要介護5	人

※2（再掲）病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、患者数の合計は4-1と一致すること

4-5 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数 ^{※2}	令和4年10月の1か月間
① 自立	人
② ランク I	人
③ ランク II a	人
④ ランク II b	人
⑤ ランク III a	人
⑥ ランク III b	人
⑦ ランク IV	人
⑧ ランク M	人

※2（再掲）病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、患者数の合計は4-1と一致すること

4-6 自院の他病棟からの転棟患者数	令和4年10月の1か月間	
【再掲】自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-2の②」）	人	
内 訳	① 自院の一般病床（②、③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外）から転棟	人
	⑤ 自院の精神病床から転棟	人
	⑥ 自院のその他の病床から転棟	人

* 4-7 身体的拘束 ^{※4} の実施	令和4年10月の1か月間
① 身体的拘束を実施した患者数（実人数）	人
② うち、認知症ケア加算算定患者数（実人数）	人

※4 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

* 問5 貴病棟における薬剤師および管理栄養士の配置状況についてお伺いします。

■ 5-1～5-2は、3-2-④で薬剤師が配置されている場合、ご回答ください。

5-1 薬剤師の配置状況について（令和4年11月1日時点）		a 常勤	b 非常勤
ア 専従		人	人
イ 専任		人	人

5-2 病棟での薬剤師による薬学管理として実施している内容についてご回答ください。

（令和4年11月1日時点） （該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- | | | |
|----|-------------------------------|--|
| 01 | 01 予定入院患者の外来での服薬中の薬剤の確認 | |
| 02 | 02 入院時の持参薬の確認と医師に処方提案 | |
| 03 | 03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施 | |
| 04 | 04 入院中のポリファーマシー対策を医師看護師等と実施 | |
| 05 | 05 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施 | |
| 06 | 06 退院時の薬局への文書による情報提供 | |

01
02
03
04
05
06

■ 5-3は、3-2-④で薬剤師が配置されていない場合、ご回答ください。

5-3 薬剤師を配置することが困難な理由をご回答ください。（令和4年11月1日時点）

（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | | |
|----|--|--|
| 01 | 01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため | |
| 02 | 02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がいないため | |
| 03 | 03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため | |
| 04 | 04 その他（ <input type="text"/> ） | |

■ 5-4～5-5は、3-2-⑤で管理栄養士が配置されている場合、ご回答ください。

5-4 管理栄養士の配置状況について（令和4年11月1日時点）		
	a 常勤	b 非常勤
ア 専従	人	人
イ 専任	人	人

5-5 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。
 （令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 入院栄養食事指導 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/>	人)	01	<input type="text"/>
02 栄養情報提供書の作成 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/>	人)	02	<input type="text"/>
03 栄養状態の評価			03	<input type="text"/>
04 栄養管理計画の作成、再評価			04	<input type="text"/>
05 食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング			05	<input type="text"/>
06 ミールラウンド			06	<input type="text"/>
07 食事形態の確認、調整			07	<input type="text"/>
08 食事摂取不良患者や食欲低下時の対応			08	<input type="text"/>
09 栄養補助食品の紹介・提案			09	<input type="text"/>
10 医師への栄養メニュー提案			10	<input type="text"/>
11 その他（ <input type="text"/> ）			11	<input type="text"/>

問6 貴病棟に令和4年8月1日時点で入院していた患者についてお伺いします。

6-1 医療区分別の入院患者数（※ 令和4年8月1日時点で入院していた患者のみ対象）						
令和4年8月1日時点	令和4年8月1日時点	⇒	同一患者の令和4年11月1日の状況			
	a 医療区分別 の入院患者数		b 医療区分1	c 医療区分2	d 医療区分3	e 退棟
ア 医療区分1	人	⇒	人	人	人	人
イ 医療区分2	人	⇒	人	人	人	人
ウ 医療区分3	人	⇒	人	人	人	人

6-2 退棟時の医療区分別の患者数（※ 令和4年8月1日時点で入院しており11月1日までに退棟した患者のみ対象）						
令和4年8月1日時点	a	⇒	同一患者の退棟時の医療区分			
			b 医療区分1	c 医療区分2	d 医療区分3	e 死亡退院
ア 医療区分1	人	⇒	人	人	人	人
イ 医療区分2	人	⇒	人	人	人	人
ウ 医療区分3	人	⇒	人	人	人	人

6-3 ADL区分別の入院患者数（※ 令和4年8月1日時点で入院していた患者のみ対象）						
令和4年8月1日時点	令和4年8月1日時点	⇒	同一患者の令和4年11月1日の状況			
	a ADL区分別 の入院患者数		b ADL区分1 (ADL得点0～10点)	c ADL区分2 (ADL得点11～22点)	d ADL区分3 (ADL得点23～24点)	e 退棟
ア ADL区分1 (ADL得点0～10点)	人	⇒	人	人	人	人
イ ADL区分2 (ADL得点11～22点)	人	⇒	人	人	人	人
ウ ADL区分3 (ADL得点23～24点)	人	⇒	人	人	人	人

6-4 退棟時のADL区分別の患者数（※ 令和4年8月1日時点で入院しており11月1日までに退棟した患者のみ対象）						
令和4年8月1日時点	a	⇒	同一患者の退棟時のADL区分			
			b ADL区分1 (ADL得点0～10点)	c ADL区分2 (ADL得点11～22点)	d ADL区分3 (ADL得点23～24点)	e 死亡退院
ア ADL区分1 (ADL得点0～10点)	人	⇒	人	人	人	人
イ ADL区分2 (ADL得点11～22点)	人	⇒	人	人	人	人
ウ ADL区分3 (ADL得点23～24点)	人	⇒	人	人	人	人

問7 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

7-1 退棟先別の退棟患者数 ^{※1}		令和4年10月の1か月間
ア 貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※2} ）	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※2} ）	人
	③ 介護老人保健施設	人
	③-1 介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
他院	⑨ 障害者支援施設	人
	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑬-1 他院の療養病床（⑭以外かつ在宅復帰強化加算を算定）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
自院	⑮ 他院のその他の病床	人
	⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外）	人
	⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑲ 自院の療養病床（⑳以外）	人
	⑲-1 自院の療養病床（⑳以外かつ在宅復帰強化加算算定を算定）	人
	⑳ 自院の精神病床	人
有床診療所	㉑ 自院のその他の病床	人
	㉒ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
死亡	㉓ 有床診療所（㉒以外）	人
	㉔ 死亡退院	人
	㉕ その他	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、アの実患者数と①～㉕の合計は一致させること。

※2 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

* 問8 貴病棟における中心静脈栄養の実施状況についてお伺いします。

* 8-1 中心静脈カテーテルに関連した患者の状況について（令和4年11月1日時点）	
① 中心静脈カテーテルを挿入して貴病棟へ転棟した患者数	人
①- i （うち）PICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）により中心静脈栄養を行っている患者数	人
①- ii （うち）中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数	人
② 転棟後に中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者数	人
③ 転棟後に中心静脈栄養から経管栄養（胃瘻栄養等）へ移行した患者数	人

8-2 中心静脈栄養の適応理由について （該当する選択肢の欄に○）	a 改定前 （令和3年3月31日）	b 改定後 （令和4年11月1日）
01 患者本人の希望		
02 家族の希望		
03 転院を行うため ^{*1}		
04 腸管安静等のため		
05 他に代替できる栄養経路がない		
06 その他（ <input type="text"/> ）		

*1. 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

* 問9 貴病棟における入退院支援状況についてお伺いします。

9-1 貴病棟における 退院支援に係る各取組について、主として実施する者を選択してください。 （01～09それぞれ該当する選択肢（①～④）の欄に○）				
	① 入退院支援 部門の看護師・社会福祉 士等	② 病棟専任の 入退院支援職 員	③ ①、②以外 の病棟の看護 師等	④ 実施してい ない
01 退院困難な要因を有している患者の抽出				
02 患者・家族と退院後の生活も含めた話し合い				
03 退院支援計画の作成				
04 病棟の看護師と入退院支援部門の看護師 社会福祉士等と共同したカンファレンスの実施				
05 医師から患者・家族に対して行われるICへの同席				
06 患者・家族へ退院後の療養上必要な事項について 説明				
07 退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との 連絡・調整				
08 介護サービス、障害福祉サービス等の導入に係る 支援				
09 経済的サポート等、「08」以外の公的支援導入に 係る支援				

9-2 入退院支援の具体的な内容について、当てはまるものを選択してください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 01 一般病棟と同じ入退院支援内容である | 03 療養病棟独自の入退院支援内容である |
| 02 地域包括ケア病棟と同じ入退院支援内容である | 04 その他 |

《回答欄》

--

* 問10 認知症ケアに関わる貴病棟の体制についてお伺いします。

10-1 認知症治療に係る適切な研修^{※1}を修了した医師数についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)

人

※1 「認知症治療に係る適切な研修」とは、都道府県及び指定都市で実施する「認知症地域医療支援事業」に基づいた「認知症サポート医養成研修」のこと。

10-2 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修^{※2}又は院内研修^{※3}を受けた看護師数について

(令和4年11月1日時点)

認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る 適切な研修又は院内研修を受けた看護師数 ^{※4}	① 合計	② (うち) 院外研修	③ (うち) 院内研修
	人	人	人

※2 認知症ケア加算の施設基準に示す、次の事項に該当する研修を指す。ア、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修である(修了証が交付されるもの) イ、認知症看護に必要な専門知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修である。ウ、講義及び演習は、9時間以上含むもの。詳細は認知症ケア加算の施設基準を参照のこと。

※3 認知症ケア加算の施設基準に示す、※2の研修を受けた看護師が行う院内研修を指す(認知症ケア加算2を届け出ている場合は、認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師が実施する院内研修も含まれる)。

※4 前年度までに研修を受けた看護師も含む。

10-3 病棟単位での認知症ケアに係る研修や事例検討会の開催状況について

① 病棟単位における研修や事例検討会の開催の有無について(該当する番号1つを右欄に記載)

01 有り **02** 無し

② ①で「01 有り」と回答した場合、開催回数について(令和3年11月1日から令和4年10月31日の間)

回

《回答欄》

--

◆その他のご意見

その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

--

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和4年〇月〇日(〇)までに、

同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

D-2

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

病棟調査票 (D)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

- 特に指定がある場合を除いて、令和4年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

◆施設ID、病棟IDをご記入下さい。

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

◆ 貴病棟の看護師長が「医療従事者調査（病棟看護管理者票）」を回答する場合、「医療従事者調査（病棟看護管理者票）」にて割り振られた「看護師長の医療従事者ID」（英数字9桁）を転記下さい。

看護師長の医療従事者ID

問1 貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

1-1 診療科目（令和4年11月1日時点）（最も近似する診療科を主なもの3つまで○）

《回答欄》

- | | | |
|---------|----------|--------------------------------|
| 01 内科 | 06 脳神経外科 | 11 泌尿器科 |
| 02 小児科 | 07 産婦人科 | 12 放射線科 |
| 03 精神科 | 08 眼科 | 13 リハビリテーション科 |
| 04 外科 | 09 耳鼻咽喉科 | 14 歯科（歯科口腔外科等含む） |
| 05 整形外科 | 10 皮膚科 | 15 その他（ <input type="text"/> ） |

* 1-2 貴病棟に従事している医師の専門とする診療科を選択してください。（令和4年11月1日時点）

（最も近似する診療科を主なもの3つまで○）

《回答欄》

- | | | |
|---------|----------|--------------------------------|
| 01 内科 | 06 脳神経外科 | 11 泌尿器科 |
| 02 小児科 | 07 産婦人科 | 12 放射線科 |
| 03 精神科 | 08 眼科 | 13 リハビリテーション科 |
| 04 外科 | 09 耳鼻咽喉科 | 14 歯科（歯科口腔外科等含む） |
| 05 整形外科 | 10 皮膚科 | 15 その他（ <input type="text"/> ） |

1-3 入院基本料等（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|--------------------|----------------|
| 01 7対1障害者施設等入院基本料 | 06 特殊疾患病棟入院料2 |
| 02 10対1障害者施設等入院基本料 | 07 特殊疾患入院医療管理料 |
| 03 13対1障害者施設等入院基本料 | 08 緩和ケア病棟入院料1 |
| 04 15対1障害者施設等入院基本料 | 09 緩和ケア病棟入院料2 |
| 05 特殊疾患病棟入院料1 | |

--

問2 貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

2-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数 ^{※1} (令和4年11月1日時点)	床
	床

※1 新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答えください。

問3 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

* 3-1 貴病棟の病床数についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)	
医療保険届出病床数	床

3-2 貴病棟に配置されている職員数(常勤換算 ^{※1}) (令和4年11月1日時点)			
① 看護師	人	⑤ 管理栄養士	人
①-i (うち) 特定行為研修 修了者	人	⑥ 理学療法士	人
①-ii (うち) 短時間勤務又 は夜勤免除の看護師数	人	⑦ 作業療法士	人
② 准看護師	人	⑧ 言語聴覚士	人
③ 看護補助者	人	⑨ 相談員	人
③-i (うち) 介護福祉士	人	⑨-i (うち) 社会福祉士	人
④ 薬剤師	人	⑨-ii (うち) 精神保健福祉士	人
		⑩ 医師事務作業補助者	人
		⑪ その他の職員	人

※1 職員数の常勤換算の算出方法

貴院の常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで(小数点第2位以下を切り捨て)を記入。

例: 常勤職員の1週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴病棟にて週4日(各日3時間)従事している場合

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

* 3-3 貴病棟における看護職員の勤務形態 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 3交代制 ^{※2}		01
02 変則3交代制 ^{※3}		02
03 2交代制		03
04 変則2交代制 ^{※4}		04
05 その他(具体的に)		05

※2 3交代制: 日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

※3 変則3交代制: 日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤8時間といった日勤・準夜勤・深夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

※4 変則2交代制: 日勤8時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

3-4 新入棟患者数、新退棟患者数等		
① 新入棟患者数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	人
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	人
② 新退棟患者数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	人
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	人
③ 在院患者延日数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	日
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	日

3-5 貴病棟における病床利用率 ^{※5}		
病床利用率	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	%
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	%

※5 「病床利用率」= A ÷ B : A. 当該月の在院患者延数 × 100、B. 届出病床数 × 期間中の暦日数。

3-6 貴病棟における在宅復帰率等		
① 在宅復帰率 ^{※6}	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	%
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	%
② 平均在院日数	ア (令和3年8月～10月の3か月間)	日
	イ (令和4年8月～10月の3か月間)	日

※6 「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）×100、B. 該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

* 3-7 貴病棟の手術件数についてご回答ください。（令和4年10月1か月）		
手術を受けた患者数 ^{※7} （緊急・予定手術を問わない）		件

※7 手術後に直接、当該病棟に帰棟（帰室）した患者数をご記入ください。

3-8 「緩和ケア病棟入院料1」又は「緩和ケア病棟入院料2」を算定している場合に、以下の疾患ごとの平均在院日数、患者数をお答えください。 (令和3年6月1日から令和4年5月31日)	a 平均在院日数	b 患者数
① 末期心不全症候群の患者	日	人
② 悪性腫瘍の患者	日	人
③ 後天性免疫不全症候群に罹患している患者	日	人

問4 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

4-1 貴病棟の入院患者数 ^{※1}	令和4年10月の1か月間
貴病棟の入院患者数	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とする。

4-2 要介護度別の入院患者数 ^{※2}	令和4年10月の 1か月間
① 不明	人
② 未申請	人
③ 申請中	人
④ 非該当	人
⑤ 要支援1	人
⑥ 要支援2	人
⑦ 要介護1	人
⑧ 要介護2	人
⑨ 要介護3	人
⑩ 要介護4	人
⑪ 要介護5	人

4-3 認知症高齢者の日常生活 自立度別の入院患者数 ^{※2}	令和4年10月の 1か月間
① 自立	人
② ランク I	人
③ ランク II a	人
④ ランク II b	人
⑤ ランク III a	人
⑥ ランク III b	人
⑦ ランク IV	人
⑧ ランク M	人

※2 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、患者数の合計は4-1と一致すること

4-4 入棟前の居場所別患者数 ^{※2}	令和4年10月の 1か月間
① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※3} ）	人
② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※3} ）	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 介護医療院	人
⑤ 介護療養型医療施設	人
⑥ 特別養護老人ホーム	人
⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
⑧ その他の居住系介護施設（認知症 グループホーム、サービス付高齢者 向け住宅等	人
⑨ 障害者支援施設	人
⑩ 他院の一般病床	人
⑩-1 うち、特別の関係の医療機関 の一般病床	人
⑪ 他院の一般病床以外	人
⑪-1 うち、特別の関係の医療機関 の一般病床以外	人
⑫ 自院の他病棟	人
⑬ 有床診療所	人
⑭ その他	人

4-5 自院の他病棟からの転棟 患者数	令和4年10月の 1か月間	
[再掲] 自院の他病棟からの転棟患者 (=「4-4の⑩」)	人	
内 訳	① 自院の一般病床（下記の②、 ③以外）から転棟	人
	② 自院の地域一般入院基本料を 届け出ている病床から転棟	人
	③ 自院の地域保活ケア病棟入院 料、回復期リハビリテーション 病棟入院料を届け出ている病床 から転棟	人
	④ 自院の療養病床（③以外） から転棟	人
	⑤ 自院の精神病床から転棟	人
	⑥ 自院のその他の病床から転棟	人

※2（再掲）病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、患者数の合計は4-1と一致すること

※3 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

* 4-6 身体的拘束 ^{※4} の実施	令和4年10月の1か月間
① 身体的拘束を実施した患者数（実人数）	人
② うち、認知症ケア加算算定患者数（実人数）	人

※4 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■ 4-7および4-8は、「緩和ケア病棟入院料1または2」を算定している施設のみご回答ください。

* 4-7 緩和ケア病棟に現在入院している患者の入院理由別患者数（当てはまる理由毎に該当する患者の人数を記入） （令和4年10月の1か月間）	
01 入院による身体症状の苦痛緩和が必要なため	人
02 入院による精神症状の苦痛緩和が必要なため	人
03 疼痛コントロール不良により、退院先が決められないため	人
04 退院後の在宅における受け入れ態勢が整わないため	人
05 家族または本人の強い入院希望があるため	人
06 その他 (<input type="text"/>)	人

* 4-8 緩和ケア疼痛評価加算の算定件数について（令和4年8月～10月）	
<input type="text"/>	件

■ 4-9～4-12は、「障害者施設等入院基本料」、「特殊疾患病棟入院料」および「特殊疾患入院医療管理料」を算定している施設のみご回答ください。

4-9 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者数	令和4年10月の1か月間
① 重度の肢体不自由児・者 ^{※5} （脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）	人
② 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）	人
③ 重度の意識障害者	人
④ 筋ジストロフィー患者	人
⑤ 難病患者	人
⑥ その他	人

4-10 年齢区分別の入院患者数	令和4年10月の1か月間
① 0～14歳	人
② 15～39歳	人
③ 40～64歳	人
④ 65～74歳	人
⑤ 75歳以上	人

※5 特殊疾患病棟入院料2の場合、日常生活自立度のランクB以上に限る。ただし、脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。

4-11 身体障害者（肢体不自由）の等級別の入院患者数	令和4年10月の1か月間
① 不明	人
② 非該当	人
③ 1級（肢体不自由）	人
④ 2級（肢体不自由）	人
⑤ 3級（肢体不自由）	人
⑥ 4級（肢体不自由）	人
⑦ 5級（肢体不自由）	人
⑧ 6級（肢体不自由）	人
⑨ 7級（肢体不自由）	人

4-12 障害支援区分別の入院患者数	令和4年10月の1か月間
① 不明	人
② 未申請等	人
③ 非該当	人
④ 障害支援区分1	人
⑤ 障害支援区分2	人
⑥ 障害支援区分3	人
⑦ 障害支援区分4	人
⑧ 障害支援区分5	人
⑨ 障害支援区分6	人

* 問5 貴病棟における薬剤師および管理栄養士の配置状況についてお伺いします。

■ 5-1～5-2は、3-2-④で薬剤師が配置されている場合、ご回答ください。

5-1 薬剤師の配置状況について（令和4年11月1日時点）		
	a 常勤	b 非常勤
ア 専従	人	人
イ 専任	人	人

5-2 病棟での薬剤師による薬学管理として実施している内容についてご回答ください。
（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 予定入院患者の外来での服薬中の薬剤の確認	01
02 入院時の持参薬の確認と医師に処方提案	02
03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施	03
04 入院中のポリファーマシー対策を医師看護師等と実施	04
05 退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施	05
06 退院時の薬局への文書による情報提供	06

《回答欄》

■ 5-3は、3-2-④で薬剤師が配置されていない場合、ご回答ください。

5-3 薬剤師を配置することが困難な理由をご回答ください。（令和4年11月1日時点）
（該当する番号1つを右欄に記載）

01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため	《回答欄》
02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がないため	
03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため	
04 その他（ <input type="text"/> ）	

■ 5-4～5-5は、3-2-⑤で管理栄養士が配置されている場合、ご回答ください。

5-4 管理栄養士の配置状況について（令和4年11月1日時点）		
	a 常勤	b 非常勤
ア 専従	人	人
イ 専任	人	人

5-5 病棟での管理栄養士による栄養管理として実施している内容についてご回答ください。
 （令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 入院栄養食事指導 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/>	人	01 <input type="checkbox"/>
02 栄養情報提供書の作成 ※加算の算定問わず（令和4年10月の1か月間に実施した人数	<input type="text"/>	人	02 <input type="checkbox"/>
03 栄養状態の評価			03 <input type="checkbox"/>
04 栄養管理計画の作成、再評価			04 <input type="checkbox"/>
05 食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング			05 <input type="checkbox"/>
06 ミールラウンド			06 <input type="checkbox"/>
07 食事形態の確認、調整			07 <input type="checkbox"/>
08 食事摂取不良患者や食欲低下時の対応			08 <input type="checkbox"/>
09 栄養補助食品の紹介・提案			09 <input type="checkbox"/>
10 医師への栄養メニュー提案			10 <input type="checkbox"/>
11 その他（ <input type="text"/> ）			11 <input type="checkbox"/>

問6 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

6-1 退棟先別の退棟患者数 ^{※1}		令和4年10月の1か月間
ア 貴病棟における退棟患者数		人
自宅・介護保険施設等	① 自宅（在宅医療の提供あり ^{※2} ）	人
	② 自宅（在宅医療の提供なし ^{※2} ）	人
	③ 介護老人保健施設	人
	③-1 介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	人
	④ 介護医療院	人
	⑤ 介護療養型医療施設	人
	⑥ 特別養護老人ホーム	人
	⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	人
⑨ 障害者支援施設	人	
他院	⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外）	人
	⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑬ 他院の療養病床（⑭以外）	人
	⑬-1 他院の療養病床（⑭以外かつ在宅復帰強化加算を算定）	人
	⑭ 他院の精神病床	人
自院	⑮ 自院の一般病床（⑯、⑰以外）	人
	⑯ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	⑰ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	⑱ 自院の療養病床（⑲以外）	人
	⑱-1 自院の療養病床（⑲以外かつ在宅復帰強化加算算定を算定）	人
	⑲ 自院の精神病床	人
	⑳ 自院のその他の病床	人
	有床診療所	㉒ 有床診療所（介護サービス提供医療機関）
㉓ 有床診療所（㉒以外）		人
死亡	㉔ 死亡退院	人
	㉕ その他	人

※1 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とし、アの実患者数と①～㉕の合計は一致させること。

※2 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

*** 問 7 貴病棟における入退院支援状況についてお伺いします。**

7-1 貴病棟における 退院支援に係る各取組について、主として実施する者を選択してください。 (該当する選択肢の欄に○)				
	① 入退院支援部門の看護師・社会福祉士等	② 病棟専任の入退院支援職員	③ ①、②以外の病棟の看護師等	④ 実施していない
01 退院困難な要因を有している患者の抽出				
02 患者・家族と退院後の生活も含めた話し合い				
03 退院支援計画の作成				
04 病棟の看護師と入退院支援部門の看護師 社会福祉士等と共同したカンファレンスの実施				
05 医師から患者・家族に対して行われるICへの同席				
06 患者・家族へ退院後の療養上必要な事項について説明				
07 退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との 連絡・調整				
08 介護サービス、障害福祉サービス等の導入に係る支援				
09 経済的サポート等、「08」以外の公的支援導入に係る支援				

◆ 其他のご意見

その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和4年●月●日(●)までに、

同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

治療室

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

***治療室患者票 (A)**

施設ID:	<input type="text"/>	治療室ID:	<input type="text"/>	患者ID:	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

患者が以下の入院料に入室されている場合にご回答ください。

(救命救急入院料1-4、特定集中治療室管理料1-4、ハイケアユニット入院医療管理料1-2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料)

I 患者の基本情報

1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 男性	02 女性	<input type="text"/>

2 生年月	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	《回答欄》
-------	----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-------

3 新型コロナウイルス感染症 診断の有無について	01 新型コロナウイルス感染症あり	03 なし	《回答欄》
	02 新型コロナウイルス感染症疑い		

4 主傷病 および副傷病 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入			
01 主傷病	<input type="text"/>	06 併存症2	<input type="text"/>
02 入院契機	<input type="text"/>	07 併存症3	<input type="text"/>
03 医療資源を最も投入した傷病名	<input type="text"/>	08 続発症	<input type="text"/>
04 医療資源を2番目に投入した傷病名	<input type="text"/>	09 続発症2	<input type="text"/>
05 併存症	<input type="text"/>	10 続発症3	<input type="text"/>

5 ① 入院年月日	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
② 入室年月日	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>

6 入室前の場所（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	自宅（在宅医療の提供あり）※ ¹	<input type="text"/>
02	自宅（在宅医療の提供なし）※ ¹	
03	介護老人保健施設	
04	介護医療院	
05	介護療養型医療施設	
06	特別養護老人ホーム	
07	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	
08	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	
09	障害者支援施設	
10	他院の一般病床	
11	他院の集中治療室	
12	他院の一般病床以外	
13	自院の一般病床（14、15以外）	
14	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
15	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	
16	自院の療養病床（15以外）	
17	自院の精神病床	
18	自院のその他の病床（ <input type="text"/> ）	
19	有床診療所	
20	その他（ <input type="text"/> ）	

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

7 予定・緊急入院区分（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	予定入院	<input type="text"/>
02	緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）	
03	緊急入院（外来の初再診後）	

《7-1は、7にて「02」の場合にご回答ください。》

7-1 入院時の他院からの紹介状		《回答欄》
01	紹介状あり	<input type="text"/>
02	紹介状なし	

8 入室した時の状態（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 意識障害又は昏睡		01 <input type="checkbox"/>
02 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		02 <input type="checkbox"/>
03 急性心不全（心筋梗塞を含む）		03 <input type="checkbox"/>
04 急性薬物中毒		04 <input type="checkbox"/>
05 ショック		05 <input type="checkbox"/>
06 重篤な代謝障害		06 <input type="checkbox"/>
07 広範囲熱傷		07 <input type="checkbox"/>
08 大手術後		08 <input type="checkbox"/>
09 救急蘇生後		09 <input type="checkbox"/>
10 その他外傷、破傷風等で重篤な状態		10 <input type="checkbox"/>

9 主担当医の診療科		《回答欄》
01 集中治療科	09 神経内科	<input type="checkbox"/>
02 救急医学科	10 呼吸器外科	
03 整形外科	11 呼吸器内科	
04 循環器科	12 泌尿器科	
05 心臓血管外科	13 耳鼻咽喉科	
06 外科	14 小児科	
07 消化器内科	15 産婦人科	
08 脳神経外科	16 その他 (<input type="text"/>)	

II 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をお答えしてください。）

1 患者状態の評価の実施日（調査基準日）	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日（調査基準日）	<input type="text"/>
----------------------	----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------	----------------------

2 認知症の有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 認知症あり	02 認知症なし	03 わからない	<input type="checkbox"/>

《2-1は2にて「01 認知症あり」の場合にご回答ください。》

2-1 BPSDの有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 BPSDあり	02 BPSDなし	03 わからない	<input type="checkbox"/>

3 せん妄の有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 せん妄あり	02 せん妄なし	03 わからない	<input type="checkbox"/>

4 過去7日間の身体的拘束の実施^{※1}有無

01 調査基準日時点（問Ⅱ-1）で実施あり

02 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり

03 なし

《回答欄》

※1 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■ 4-1～4-3は、4にて「01」または「02」の場合にご回答ください。

4-1 身体的拘束の実施理由

01 ライン・チューブ類の自己抜去防止

02 転倒・転落防止

03 安静保持が必要

04 創部の保護が必要

05 その他 ()

《回答欄》

4-2 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数（該当する番号1つを右欄に記載）

（該当する番号1つを右欄に記載）

01 1日間	03 3日間	05 5日間	07 7日間
02 2日間	04 4日間	06 6日間	

《回答欄》

◆ 4-3は、過去7日間のうち、直近で拘束を行った日について1日の状況をお答えください。

4-3 拘束時間（該当する番号1つを右欄に記載）

01 常時（24時間継続）

02 一時的（処置時、不穏時等）

03 夜間のみ（※02を除く）

《回答欄》

5 栄養摂取の状況（該当する番号1つを右欄に記載）

01 経口摂取のみ

02 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用

03 経管栄養・経静脈栄養のみ

《回答欄》

5-1 早期栄養介入管理の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

01 あり

02 なし

《回答欄》

《5-2は5にて「01」の場合にご回答ください。》

5-2 嚥下調整食の必要性（該当する番号1つを右欄に記載）

01 嚥下調整食の必要性あり

02 嚥下調整食の必要性なし

《回答欄》

《5-3は5にて「02」または「03」に該当する場合にご回答ください。》

5-3 経管・経静脈栄養の状況（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 経鼻胃管
- 02 胃瘻・腸瘻
- 03 末梢静脈栄養
- 04 中心静脈栄養

- 01
- 02
- 03
- 04

■ 5-4～5-6は、5-3にて「04 中心静脈栄養」の場合にご回答ください。

5-4 入院中の嚥下機能評価の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 あり
- 02 なし

5-5 嚥下機能障害の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 あり
- 02 なし

5-6 入院中の嚥下リハビリの有無について（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 あり
- 02 なし

Ⅲ 患者の受療状況等

■ 1-1～1-3は、医師・看護師による医療提供の状況についてお伺いします。（調査基準日から遡った過去7日間）

1-1 ECMO、人工呼吸器の使用有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 あり
- 02 なし

1-2 気管内挿管が行われていた場合にご回答ください。覚醒試験加算の算定について
（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 あり
- 02 なし

1-3 人工呼吸器からの離脱があった場合にご回答ください。離脱試験加算の算定について
（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 あり
- 02 なし

2 入院中の手術の実施状況

《回答欄》

- 01 手術を実施した
- 02 手術は実施していない

《2-1は2にて「01」を選択した場合に回答》

2-1 手術の方法等（該当する番号すべて、右欄に○）

01 開頭術	実施日		月		日	01	
02 開胸術	実施日		月		日	02	
03 開腹術	実施日		月		日	03	
04 骨の観血的手術	実施日		月		日	04	
05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術	実施日		月		日	05	
06 その他の手術	実施日		月		日	06	

《回答欄》

3 リハビリテーションの実施状況（該当する番号1つを右欄に記載）

01 実施あり		02 実施なし		
3-1 リハビリテーション開始日	入室後			日目
3-2 単位数	平均	単位/回	※1回当たりの平均単位数を記入してください。	

《回答欄》

4 過去7日間に実施した検査の件数

① 検体検査（尿・血液等）	過去7日間		件
② 生体検査（超音波・内視鏡等）	過去7日間		件
③ X線単純撮影	過去7日間		件
④ CT・MRI	過去7日間		件

※検査を実施していない場合は、“0”を記入してください。

VI 患者が退室した場合のみご回答ください。

■調査基準日より1週間以内に当該患者が退室された場合に、退室年月日および1～2の設問にご記入ください。

① 退室年月日	西暦		年		月		日
---------	----	--	---	--	---	--	---

1 退室時のSOFAスコア（評価を行っている場合に記載してください）

※下表のSOFAスコアを参考に点数を記載してください。

① 呼吸器PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)		点
② 凝固能血小板(X10 ³ /mm ³)		点
③ 肝臓総ビリルビン(mg/dL)		点
④ 循環器平均血圧/循環作動薬		点
⑤ 中枢神経Galsgow Coma Scale		点
⑥ 腎機能クレアチニン値(mg/dL)/尿量		点

【SOFAスコア】

機能	0点	1点	2点	3点	4点
呼吸器 PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	≧400	300~399	200~299	100~199 呼吸補助	<100 呼吸補助
凝固 血小板(×10 ³ μL)	≧150	100~149	50~99	20~49	<20
肝 総ビリルビン(mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	≧12.0
循環器	平均血圧 ≧70mmHg	平均血圧 <70mmHg	ドパミン<5μg/kg/min あるいは、ドブタミンの併用	以下のいずれか ・ドパミン 5.1~15μg/kg/min ・ルアドレナリン≧0.1μg/kg/min ・アドレナリン ≧0.1μg/kg/min	以下のいずれか ・ドパミン >15μg/kg/min ・ルアドレナリン >0.1μg/kg/min ・アドレナリン >0.1μg/kg/min
中枢神経 GCS	15	13~14	10~12	6~9	<6
腎 クレアチニン(mg/dL) 尿量(mL/日)	<1.2	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9あるいは 尿量が<500ml/日	≧5.0あるいは 尿量が<200ml/日

《回答欄》

2 退室先（該当する番号1つを右欄に記載）

- 01 自院の一般病床（02、03以外）
- 02 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
- 03 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
- 04 自院の療養病床（03以外）
- 05 自院のその他の病床
（ ）
- 06 他院の一般病床（07、08以外）
- 07 他院の集中治療室等
- 08 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
- 09 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
- 10 他院の療養病床（09以外）
- 11 他院の精神病床
- 12 他院のその他の病床
- 13 自宅（在宅医療の提供あり）
- 14 自宅（在宅医療の提供なし）
- 15 その他（ ）

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

入院患者票 (A)

・R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

I 患者の基本情報

1 性別（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 男性	02 女性

2 生年月	西暦	年	月
-------	----	---	---

3 主傷病 および副傷病 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入			
01 主傷病		06 併存症2	
02 入院契機		07 併存症3	
03 医療資源を最も投入した傷病名		08 続発症	
04 医療資源を2番目に投入した傷病名		09 続発症2	
05 併存症		10 続発症3	

4 ①入院年月日	西暦	年	月	日
②入棟年月日	西暦	年	月	日

5 入棟前の場所（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 自宅（在宅医療の提供あり※¹）
- 02 自宅（在宅医療の提供なし※¹）
- 03 介護老人保健施設
- 04 介護医療院
- 05 介護療養型医療施設
- 06 特別養護老人ホーム
- 07 軽費老人ホーム、有料老人ホーム
- 08 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）
- 09 障害者支援施設
- 10 他院の一般病床
- 11 他院の一般病床以外
- 12 自院の一般病床（13、14以外）
- 13 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
- 14 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
- 15 自院の療養病床（14以外）
- 16 自院の精神病床
- 17 自院のその他の病床
- 18 有床診療所
- 19 その他（)

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

6 予定・緊急入院区分（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 予定入院
- 02 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）
- 03 緊急入院（外来の初再診後）

7 入院した時の状態（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの状態		01 <input type="checkbox"/>
02 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請		02 <input type="checkbox"/>
03 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある		03 <input type="checkbox"/>
04 生活困窮者である		04 <input type="checkbox"/>
05 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態）		05 <input type="checkbox"/>
06 排泄に介助を要する状態		06 <input type="checkbox"/>
07 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態		07 <input type="checkbox"/>
08 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態		08 <input type="checkbox"/>
09 入退院を繰り返している状態		09 <input type="checkbox"/>
10 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること		10 <input type="checkbox"/>
11 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること		11 <input type="checkbox"/>
12 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること		12 <input type="checkbox"/>
13 その他患者の状況から判断して01から12までに準ずると認められる状態 (具体的な内容 <input type="text"/>)		13 <input type="checkbox"/>

8 入院の理由（主に該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 治療のため		<input type="checkbox"/>
02 リハビリテーションのため		
03 検査及び確定診断のため		
04 教育的入院のため		
05 緩和ケアのため		
06 看取りのため（05を除く）		
07 その他（ <input type="text"/>)		

9 入院時の他院からの紹介状の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 紹介状あり	02 紹介状なし	<input type="checkbox"/>

10 入棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）					
① 食事	スコア		⑥ 平地歩行	スコア	
② 移乗	スコア		⑦ 階段	スコア	
③ 整容	スコア		⑧ 更衣	スコア	
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		⑨ 排便管理	スコア	
⑤ 入浴	スコア		⑩ 排尿管理	スコア	

【ADLスコア】

	所 見			
	自 立	一部介助	全介助	不 明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人のできる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

II 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点を回答してください。）

1 患者状態の評価の実施日（調査基準日）	西暦	年	月	日（調査基準日）
----------------------	----	---	---	----------

2 認知症の有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 認知症あり 02 認知症なし 03 わからない	<input type="text"/>

《2-1は2にて「01」の場合にご回答ください。》

2-1 BPSDの有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 BPSDあり 02 BPSDなし 03 わからない	<input type="text"/>

3 せん妄の有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 せん妄あり	02 せん妄なし	03 わからない	<input type="text"/>

4 要介護度（該当する番号1つを右欄に記載）				《回答欄》
01 不明	04 非該当	07 要介護1	10 要介護4	<input type="text"/>
02 未申請	05 要支援1	08 要介護2	11 要介護5	
03 申請中	06 要支援2	09 要介護3		

5 認知症高齢者の日常生活自立度（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）				《回答欄》
01 自立	03 II a	05 III a	07 IV	<input type="text"/>
02 I	04 II b	06 III b	08 M	

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

6 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）					《回答欄》
01 自立	03 J 2	05 A 2	07 B 2	09 C 2	<input type="text"/>
02 J 1	04 A 1	06 B 1	08 C 1		

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもつたない

7 栄養摂取の状況（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 経口摂取のみ	03 経管栄養・経静脈栄養のみ	<input type="text"/>
02 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用		

《7-1は7にて「01」の場合にご回答ください。》

7-1 嚥下調整食の必要性（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 嚥下調整食の必要性あり	02 嚥下調整食の必要性なし	<input type="text"/>

《7-2は7にて「02」又は「03」の場合にご回答ください。》

7-2 経管・経静脈栄養の状況（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 経鼻胃管		01 <input type="text"/>
02 胃瘻・腸瘻		02 <input type="text"/>
03 末梢静脈栄養		03 <input type="text"/>
04 中心静脈栄養		04 <input type="text"/>

■ 7-3～7-5は、7-2で「04 中心静脈栄養」を選択した場合にご回答ください。

7-3 入院中の嚥下機能評価の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

7-4 嚥下機能障害の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

7-5 入院中の嚥下リハビリの有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

《7-6は、7-5にて「01 あり」の場合にご回答ください。》

7-6 嚥下リハビリの介入頻度について（該当する番号の空欄に回数を記載し、右欄に○）		《回答欄》
01 30分未満	平均 <input type="text"/> 回/週	01 <input type="text"/>
02 30分以上	平均 <input type="text"/> 回/週	02 <input type="text"/>

8 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

* 8-1 入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

*9 過去7日間の身体的拘束の実施^{※2}有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 調査基準日時点（問Ⅱ-1）で実施あり
02 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
03 なし

※2 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■9で「01」または「02」を選択した場合に9-1～9-3の設問についてご回答ください。

*9-1 身体的拘束の実施理由（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 ライン・チューブ類の自己抜去防止
02 転倒・転落防止
03 安静保持が必要
04 創部の保護が必要
05 その他（）

*9-2 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 1日間 03 3日間 05 5日間 07 7日間
02 2日間 04 4日間 06 6日間

◆9-3は、過去7日間のうち、直近で拘束を行った日について1日の状況をお答えください。

*9-3 拘束時間（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 常時（24時間継続） 03 夜間のみ（※02を除く）
02 一時的（処置時、不穏時等）

Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）

1-1 入棟中の患者の医療的な状態（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 安定している 02 時々、不安定である 03 常時、不安定である

1-2 医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
02 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
03 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
04 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
05 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

1-3 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 1日1～3回の観察および管理が必要
02 1日4～8回の観察および管理が必要
03 02を超えた頻繁な観察および管理が必要
04 03を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）

2 入院中の手術の実施状況（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 手術を実施した	02 手術は実施していない	<input type="text"/>

《2-1は2にて「01」の場合にご回答ください。》

2-1 手術の方法等（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 開頭術	実施日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	01 <input type="text"/>
02 開胸術	実施日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	02 <input type="text"/>
03 開腹術	実施日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	03 <input type="text"/>
04 骨の観血的手術	実施日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	04 <input type="text"/>
05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術	実施日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	05 <input type="text"/>
06 その他の手術	実施日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	06 <input type="text"/>

3 リハビリ職による疾患別リハ実施状況（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 心大血管疾患リハビリテーション	04 運動器リハビリテーション	<input type="text"/>
02 脳血管疾患等リハビリテーション	05 呼吸器リハビリテーション	
03 廃用症候群リハビリテーション	06 いずれも実施していない	

《3-1、3-2は3にて「06」以外の場合にご回答ください。》

3-1 頻度	平均 <input type="text"/> 回/週	※1週間当たりの平均回数を記入してください。
3-2 単位数	平均 <input type="text"/> 単位/回	※1回当たりの平均単位数を記入してください。

4 過去7日間に実施した検査の件数	
① 検体検査（尿・血液等）	過去7日間 <input type="text"/> 件
② 生体検査（超音波・内視鏡等）	過去7日間 <input type="text"/> 件
③ X線単純撮影	過去7日間 <input type="text"/> 件
④ CT・MRI	過去7日間 <input type="text"/> 件
※検査を実施していない場合は、「0」を記入してください。	

*5 入院前における貴院入退院支援部門の関与（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》	
01 あり	02 なし	03 不明	<input type="text"/>

6 入院前の担当ケアマネジャーの有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》	
01 担当ケアマネジャーあり	02 担当ケアマネジャーなし	03 不明	<input type="text"/>

IV 患者の今後の見通し等

1 医学的な入院継続の理由等（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 医学的な理由のため、入院医療が必要である 02 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい 03 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している		<input type="checkbox"/>
《1-1は1にて「01」の場合にご回答ください。》		
1-1 医学的な理由の詳細（最も該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 急性期の治療を行っているため 02 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため 03 退院にはリハビリテーションが必要であるため 04 その他（ <input type="text"/> ）		<input type="checkbox"/>
《1-2は、1にて「03」の場合にご回答ください。》		
1-2 退院後に必要な支援（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）		《回答欄》
01 医療処置 02 通院の介助 03 訪問診療 04 訪問看護 05 リハビリテーション 06 買い物・清掃・調理等の家事の補助 07 食事・排泄・移動等の介護 08 認知症・精神疾患に対する見守り 09 その他（ <input type="text"/> ）		01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/>

《1-3は1にて「03」の場合にご回答ください。》

1-3 退院できない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 本人の希望に合わないため
- 02 家族の希望に合わないため
- 03 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため
- 04 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため
- 05 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため
- 06 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため
- 07 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため
- 08 地域に施設サービスがないため
- 09 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため
- 10 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため
- 11 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため
- 12 転院先の医療機関の確保ができていないため
- 13 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

《1-3-1は1-3にて「01」または「02」に該当する場合にご回答ください。》

1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 家族が患者と同居できないため
- 02 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため
- 03 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため
- 04 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため
- 05 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため
- 06 サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため
- 07 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため
- 08 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため
- 09 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用して家族の負担が大きいため
- 10 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため
- 11 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため
- 12 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

2 退院へ向けた目標・課題等（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

01	疾病の治癒・軽快	01	
02	病態の安定	02	
03	手術・投薬・処置・検査等の終了	03	
04	診断・今後の治療方針の確定	04	
05	低下した機能の回復（リハビリテーション）	05	
06	在宅医療・介護等の調整	06	
07	入所先の施設の確保	07	
08	本人家族の病状理解	08	
09	転院先の医療機関の確保	09	
10	終末期医療・緩和ケア	10	
11	その他（ <input type="text"/> ）	11	

《回答欄》

3 退院時期の決定について（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

01	家族の希望	01	
02	患者の希望	02	
03	主治医の判断	03	
04	病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）	04	
05	クリニカルパスの退院日の通り	05	
06	DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	06	
07	現時点で時期未定	07	
08	その他（ <input type="text"/> ）	08	

《回答欄》

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

B - 4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
入院患者票 (B)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

I 患者の基本情報

1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 男性

02 女性

2 生年月

西暦

年

月

3 主傷病 および副傷病 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入

01 主傷病

06 併存症2

02 入院契機

07 併存症3

03 医療資源を最も投入した傷病名

08 続発症

04 医療資源を2番目に投入した傷病名

09 続発症2

05 併存症

10 続発症3

4 ①入院年月日

西暦

年

月

日

②入棟年月日^{※1}

西暦

年

月

日

※1 地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定している場合は入室年月日

5 入棟前の場所（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 自宅（在宅医療の提供あり※²）
- 02 自宅（在宅医療の提供なし※²）
- 03 介護老人保健施設
- 04 介護医療院
- 05 介護療養型医療施設
- 06 特別養護老人ホーム
- 07 軽費老人ホーム、有料老人ホーム
- 08 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）
- 09 障害者支援施設
- 10 他院の一般病床
- 11 他院の一般病床以外
- 12 自院の一般病床（13、14以外）
- 13 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
- 14 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
- 15 自院の療養病床（14以外）
- 16 自院の精神病床
- 17 自院のその他の病床
- 18 特別の関係にある医療機関
- 19 有床診療所
- 20 その他（)

※2 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

6 予定・緊急入院区分（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 予定入院
- 02 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）
- 03 緊急入院（外来の初再診後）

11 入棟時 F I M 得点（回復期リハビリテーション病棟に入院している患者の場合必ず記入。地域包括ケア病棟または病床に入院している患者の場合測定していれば記入。）			
		入棟時	
① 運動項目	・セルフケア(6～42点)		点
	・排泄(2～14点)		点
	・移乗(3～21点)		点
	・移動(2～14点)		点
② 認知項目	・コミュニケーション(2～14点)		点
	・社会認識(3～21点)		点

12 入棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）			
① 食事	スコア		
② 移乗	スコア		
③ 整容	スコア		
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		
⑤ 入浴	スコア		
⑥ 平地歩行	スコア		
⑦ 階段	スコア		
⑧ 更衣	スコア		
⑨ 排便管理	スコア		
⑩ 排尿管理	スコア		

【ADLスコア】

	所 見			
	自 立	一部介助	全介助	不 明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔／髪／歯／ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人のできる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

Ⅱ 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点を回答してください。）

1 患者状態の評価の実施日（調査基準日）	西暦	年	月	日（調査基準日）
----------------------	----	---	---	----------

2 認知症の有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 認知症あり 02 認知症なし 03 わからない	<input type="text"/>

《2-1は2にて「01」の場合にご回答ください。》

2-1 BPSDの有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 BPSDあり 02 BPSDなし 03 わからない	<input type="text"/>

3 せん妄の有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 せん妄あり 02 せん妄なし 03 わからない	<input type="text"/>

4 要介護度（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 不明 04 非該当 07 要介護1 10 要介護4 02 未申請 05 要支援1 08 要介護2 11 要介護5 03 申請中 06 要支援2 09 要介護3	<input type="text"/>

5 認知症高齢者の日常生活自立度（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 自立 03 II a 05 III a 07 IV 02 I 04 II b 06 III b 08 M	<input type="text"/>

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、 大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

6 GAF尺度 (直近)	点
--------------	---

【GAF尺度】

値	所見
91-100	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人に多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81-90	症状が全くないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまたに家族と口論する）。
71-80	症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）。社会的、職業的、又は学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：一時的に学業で後れをとる）。
61-70	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、又は、社会的、職業的、又は学校の機能にいくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全我的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51-60	中等度の症状（例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある）、又は、社会的、職業的、又は学校の機能における中等度の困難（例：友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤）
41-50	重大な症状（例：自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する）又は、社会的、職業的、又は学校の機能における何らかの深刻な障害（例：友達がいない、仕事が続かない）
31-40	現実検討か疎通性にいくらかの欠陥（例：会話は時々非論理的、あいまい、又は関係性がなくなる）、又は、仕事や学校、家族関係、判断、思考、又は気分など多くの面での重大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもをなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない）
21-30	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、又は疎通性が判断に重大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、又は、ほとんどすべての面で機能することができない（例：1日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
11-20	自己又は他者を傷つける危険がかなりあるか（例：はっきりと死の可能性を意識しない自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮）、又は、時には最低限の身の清潔維持ができない。（例：大便を塗る）、又は、疎通性に重大な欠陥（例：大部分滅裂か無言症）
1-10	自己又は他者をひどく傷つける危険が続いている（例：暴力の繰り返し）、又は最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、又は、はっきりと死の可能性を意識した重大な自殺行為
0	情報不十分

7 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 自立	03 J 2	05 A 2	07 B 2	09 C 2
02 J 1	04 A 1	06 B 1	08 C 1	

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

8 栄養摂取の状況（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 経口摂取のみ	03 経管栄養・経静脈栄養のみ	<input type="text"/>
02 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用		

《8-1は8にて「01」の場合にご回答ください。》

8-1 嚥下調整食の必要性（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 嚥下調整食の必要性あり	02 嚥下調整食の必要性なし	<input type="text"/>

《8-2は8にて「02」又は「03」の場合にご回答ください。》

8-2 経管・経静脈栄養の状況（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 経鼻胃管		01 <input type="text"/>
02 胃瘻・腸瘻		02 <input type="text"/>
03 末梢静脈栄養		03 <input type="text"/>
04 中心静脈栄養		04 <input type="text"/>

■ 8-3～8-10は、8-2にて「04 中心静脈栄養」を選択した場合にご回答ください。

8-3 中心静脈栄養開始の契機について（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 患者本人の希望		01 <input type="text"/>
02 家族の希望		02 <input type="text"/>
03 転院を行うため ^{※1}		03 <input type="text"/>
04 腸管安静等のため		04 <input type="text"/>
05 他に代替できる栄養経路がない		05 <input type="text"/>
06 その他（ <input type="text"/> ）		06 <input type="text"/>

※1 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

8-4 中心静脈開始からの経過日数（転院前から開始している場合は通算の日数）		
（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 <input type="text"/> 日目	02 不明	<input type="text"/>

8-5 カテーテル関連血流感染症発症の有無（入院時からの履歴）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 発症の履歴あり	02 発症の履歴なし	<input type="text"/>

8-6 中心静脈栄養を継続している理由について（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01	患者本人の希望	01
02	家族の希望	02
03	転院を行うため ^{※1}	03
04	腸管安静等のため	04
05	他に代替できる栄養経路がない	05
06	その他（ <input type="text"/> ）	06

※1（再掲）転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

8-7 中心静脈カテーテル抜去の見込みについて（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	近日中に抜去予定	<input type="text"/>
02	半年以内に抜去予定	
03	半年以上後に抜去予定	
04	01～03以外で退院時に抜去予定	
05	抜去できる見込みなし	

8-8 入院中の嚥下機能評価の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	あり	<input type="text"/>
02	なし	

8-9 嚥下機能障害の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	あり	<input type="text"/>
02	なし	

8-10 入院中の嚥下リハビリの有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	あり	<input type="text"/>
02	なし	

《8-11は、8-10にて「01 あり」の場合にご回答ください。》

8-11 嚥下リハビリの介入頻度について（該当する番号の空欄に回数を記載し、右欄に○）				《回答欄》	
01	30分未満	平均	<input type="text"/>	回/週	01
02	30分以上	平均	<input type="text"/>	回/週	02

9 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	あり	<input type="text"/>
02	なし	

* 9-1 入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	あり	<input type="text"/>
02	なし	

*10 過去7日間の身体的拘束の実施^{※2}有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 調査基準日時点（問Ⅱ-1）で実施あり
 02 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
 03 なし

※2 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■10-1～10-3は、10にて「01」又は「02」の場合にご回答ください。

*10-1 身体的拘束の実施理由（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 ライン・チューブ類の自己抜去防止
 02 転倒・転落防止
 03 安静保持が必要
 04 創部の保護が必要
 05 その他（）

*10-2 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 1日間 03 3日間 05 5日間 07 7日間
 02 2日間 04 4日間 06 6日間

◆ 10-3は、過去7日間のうち、直近で拘束を行った日について1日の状況をご回答ください。

*10-3 拘束時間（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 常時（24時間継続） 03 夜間のみ（※02を除く）
 02 一時的（処置時、不穏時等）

Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）

1-1 入棟中の患者の医療的な状態（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 安定している 02 時々、不安定である 03 常時、不安定である

1-2 医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 02 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 03 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 04 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 05 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

1-3 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 1日1～3回の観察および管理が必要
- 02 1日4～8回の観察および管理が必要
- 03 02を超えた頻繁な観察および管理が必要
- 04 03を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）

2 入院中の手術の実施状況（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 手術を実施した
- 02 手術は実施していない

《2-1は、2にて「01」に該当する場合にご回答ください。》

2-1 手術の方法等（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 開頭術	実施日		月		日	01
02 開胸術	実施日		月		日	02
03 開腹術	実施日		月		日	03
04 骨の観血的手術	実施日		月		日	04
05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術	実施日		月		日	05
06 その他の手術	実施日		月		日	06

《3は、回復期リハビリテーション病棟の場合にご回答ください。》

3 回復期リハビリテーションを要する状態（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
- 02 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
- 03 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
- 04 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
- 05 股関節又は膝関節の置換術後の状態

4 疾患別リハ実施状況（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 心大血管疾患リハビリテーション
- 02 脳血管疾患等リハビリテーション
- 03 廃用症候群リハビリテーション
- 04 運動器リハビリテーション
- 05 呼吸器リハビリテーション
- 06 いずれも実施していない

《4-1～4-3は、4にて「06」以外の場合にご回答ください。》

4-1 疾患別リハビリテーションの頻度	調査基準日から遡った過去7日間		回
4-2 疾患別リハビリテーションの単位数	調査基準日から遡った過去7日間		単位
4-3 保険医療機関外（屋外等）での単位数	調査基準日から遡った過去7日間		単位

《1-2は、1にて「03」の場合にご回答ください。》

1-2 退院後に必要な支援（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

01 医療処置

01

02 通院の介助

02

03 訪問診療

03

04 訪問看護

04

05 リハビリテーション

05

06 買い物・清掃・調理等の家事の補助

06

07 食事・排泄・移動等の介護

07

08 認知症・精神疾患に対する見守り

08

09 その他（

09

《1-3は、1にて「03」の場合にご回答ください。》

1-3 退院できない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

01 本人の希望に合わないため

01

02 家族の希望に合わないため

02

03 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため

03

04 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため

04

05 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため

05

06 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため

06

07 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため

07

08 地域に施設サービスがないため

08

09 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため

09

10 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため

10

11 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため

11

12 転院先の医療機関の確保ができていないため

12

13 その他（

13

《1-3-1は、1-3にて「01」または「02」に該当する場合にご回答ください。》

1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 家族が患者と同居できないため
- 02 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため
- 03 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため
- 04 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため
- 05 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため
- 06 サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため
- 07 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため
- 08 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため
- 09 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため
- 10 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため
- 11 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため
- 12 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

2 退院へ向けた目標・課題等（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 疾病の治癒・軽快
- 02 病態の安定
- 03 手術・投薬・処置・検査等の終了
- 04 診断・今後の治療方針の確定
- 05 低下した機能の回復（リハビリテーション）
- 06 在宅医療・介護等の調整
- 07 入所先の施設の確保
- 08 本人家族の病状理解
- 09 転院先の医療機関の確保
- 10 終末期医療・緩和ケア
- 11 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

3 退院時期の決定について（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 家族の希望
- 02 患者の希望
- 03 主治医の判断
- 04 病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）
- 05 クリニカルパスの退院日の通り
- 06 DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院
- 07 現時点で時期未定
- 08 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

事務局	1	2	3	4	5	6
記入欄						

C-4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
入院患者票 (C)

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

I 患者の基本情報

1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 男性

02 女性

2 生年月

西暦

年

月

3 主傷病 および副傷病 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入

01 主傷病

06 併存症2

02 入院契機

07 併存症3

03 医療資源を最も投入した傷病名

08 続発症

04 医療資源を2番目に投入した傷病名

09 続発症2

05 併存症

10 続発症3

4 ①入院年月日

西暦

年

月

日

②入棟年月日

西暦

年

月

日

5 入棟前の場所（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 自宅（在宅医療の提供あり^{※1}）
- 02 自宅（在宅医療の提供なし^{※1}）
- 03 介護老人保健施設
- 04 介護医療院
- 05 介護療養型医療施設
- 06 特別養護老人ホーム
- 07 軽費老人ホーム、有料老人ホーム
- 08 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）
- 09 障害者支援施設
- 10 他院の一般病床
- 11 他院の一般病床以外
- 12 自院の一般病床（13、14以外）
- 13 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
- 14 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
- 15 自院の療養病床（14以外）
- 16 自院の精神病床
- 17 自院のその他の病床
- 18 有床診療所
- 19 その他（)

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

6 予定・緊急入院区分（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 予定入院
- 02 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）
- 03 緊急入院（外来の初再診後）

7 入院した時の状態（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの状態
- 02 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請
- 03 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
- 04 生活困窮者である
- 05 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態）
- 06 排泄に介助を要する状態
- 07 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態
- 08 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態
- 09 入退院を繰り返している状態
- 10 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- 11 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- 12 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- 13 その他患者の状況から判断して01から12までに準ずると認められる状態

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13

（具体的な内容

8 入院の理由（主に該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 治療のため
- 02 リハビリテーションのため
- 03 検査及び確定診断のため
- 04 教育的入院のため
- 05 緩和ケアのため
- 06 看取りのため（05を除く）
- 07 その他（）

9 入院時の他院からの紹介状の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 紹介状あり
- 02 紹介状なし

10 過去1か月の急性増悪の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 急性増悪はなく、病態は安定している
- 02 急性増悪があった

11 入棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）			
① 食事	スコア		
② 移乗	スコア		
③ 整容	スコア		
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		
⑤ 入浴	スコア		
⑥ 平地歩行	スコア		
⑦ 階段	スコア		
⑧ 更衣	スコア		
⑨ 排便管理	スコア		
⑩ 排尿管理	スコア		

【ADLスコア】

	所 見			
	自 立	一部介助	全介助	不 明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人できる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

II 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をお答えしてください。）

1 患者状態の評価の実施日（調査基準日）	西暦	年	月	日（調査基準日）
----------------------	----	---	---	----------

2 認知症の有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 認知症あり 02 認知症なし 03 わからない	<input type="text"/>

《2-1は、2にて「01」の場合にご回答ください。》	
2-1 BPSDの有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 BPSDあり 02 BPSDなし 03 わからない	<input type="text"/>

3 せん妄の有無（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》
01 せん妄あり 02 せん妄なし 03 わからない	<input type="text"/>

4 意識障害の有無（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 意識障害あり（JCS II-3以上又はGCS 8点以下）		01 <input type="text"/>
02 意識障害あり（JCSIII-100以上）		02 <input type="text"/>
03 意識障害あり（01、02以外）		03 <input type="text"/>
04 意識障害なし		04 <input type="text"/>

5 要介護度（該当する番号1つを右欄に記載）				《回答欄》
01 不明	04 非該当	07 要介護1	10 要介護4	<input type="text"/>
02 未申請	05 要支援1	08 要介護2	11 要介護5	
03 申請中	06 要支援2	09 要介護3		

6 認知症高齢者の日常生活自立度（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）				《回答欄》
01 自立	03 II a	05 III a	07 IV	<input type="text"/>
02 I	04 II b	06 III b	08 M	

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、 大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

7 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 自立	03 J 2	05 A 2	07 B 2	09 C 2
02 J 1	04 A 1	06 B 1	08 C 1	

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

8 身体障害者（肢体不自由）の等級（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 不明	03 1級	05 3級	07 5級	09 7級
02 非該当	04 2級	06 4級	08 6級	

9 障害支援区分（障害程度区分）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 未申請等	03 不明	05 区分2	07 区分4	09 区分6
02 非該当	04 区分1	06 区分3	08 区分5	

* 10 排泄方法 (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 自立 (トイレまで歩行)
 02 自立 (ベッドサイドで尿器等使用)
 03 ポータブルトイレを使用
 04 おむつ併用
 05 完全におむつ
 06 人工膀胱 (ウロストミー)
 07 人工肛門 (コロストミー、イレオストミー)
 08 膀胱留置カテーテル

01
02
03
04
05
06
07
08

* 10-1 排泄介助の回数

1日当たり 約

回

* 10-2 排泄自立に向けた支援内容 (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 下部尿路機能評価のための情報収集 (排尿日誌、残尿測定等)
 02 膀胱機能評価や超音波測定などに基づく排尿誘導
 03 水分摂取の見直しなどの生活指導
 04 膀胱訓練・骨盤底筋訓練の実施
 05 関節可動域拡大、座位保持、歩行訓練などの排泄に関連する動作訓練

01
02
03
04
05

11 栄養摂取の状況 (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 経口摂取のみ
 02 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用
 03 経管栄養・経静脈栄養のみ

《11-1は、11にて「01」の場合にご回答ください。》

11-1 嚥下調整食の必要性 (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 嚥下調整食の必要性あり
 02 嚥下調整食の必要性なし

《11-2は、11にて「02」又は「03」の場合にご回答ください。》

11-2 経管・経静脈栄養の状況 (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 経鼻胃管
 02 胃瘻・腸瘻
 03 末梢静脈栄養
 04 中心静脈栄養

01
02
03
04

■ 11-3～11-10は、11-2にて「04 中心静脈栄養」の場合にご回答ください。

11-3 中心静脈栄養開始の契機について（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 患者本人の希望		01 <input type="checkbox"/>
02 家族の希望		02 <input type="checkbox"/>
03 転院を行うため ^{※1}		03 <input type="checkbox"/>
04 腸管安静等のため		04 <input type="checkbox"/>
05 他に代替できる栄養経路がない		05 <input type="checkbox"/>
06 その他（ <input type="text"/> ）		06 <input type="checkbox"/>

※1 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

11-4 中心静脈開始からの経過日数(転院前から開始している場合は通算の日数)(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 <input type="text"/> 日目	02 不明	<input type="checkbox"/>

11-5 カテーテル関連血流感染症発症の有無（入院時からの履歴）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 発症の履歴あり	02 発症の履歴なし	<input type="checkbox"/>

11-6 中心静脈栄養を継続している理由について（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 患者本人の希望		01 <input type="checkbox"/>
02 家族の希望		02 <input type="checkbox"/>
03 転院を行うため ^{※1}		03 <input type="checkbox"/>
04 腸管安静等のため		04 <input type="checkbox"/>
05 他に代替できる栄養経路がない		05 <input type="checkbox"/>
06 その他（ <input type="text"/> ）		06 <input type="checkbox"/>

※1（再掲）転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

11-7 中心静脈カテーテル抜去の見込みについて（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 近日中に抜去予定	04 01～03以外で退院時に抜去予定	<input type="checkbox"/>
02 半年以内に抜去予定	05 抜去できる見込みなし	
03 半年以上後に抜去予定		

11-8 入院中の嚥下機能評価の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

11-9 嚥下機能障害の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

11-10 入院中の嚥下リハビリの有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

《11-11は、11-10にて「01 あり」の場合にご回答ください。》

11-11 嚥下リハビリの介入頻度について（該当する番号の空欄に回数を記載し、右欄に○）

《回答欄》

01 30分未満	平均		回/週	01	<input type="text"/>
02 30分以上	平均		回/週	02	<input type="text"/>

12 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 あり **02** なし

* 12-1 入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 あり **02** なし

*13 過去7日間の身体的拘束の実施^{※2}有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 調査基準日時点（問Ⅱ-1）で実施あり
 02 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
 03 なし

※2 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■ 13-1～13-3は、13にて「01」または「02」の場合にご回答ください。

*13-1 身体的拘束の実施理由（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 ライン・チューブ類の自己抜去防止
 02 転倒・転落防止
 03 安静保持が必要
 04 創部の保護が必要
 05 その他（）

*13-2 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 1日間 03 3日間 05 5日間 07 7日間
 02 2日間 04 4日間 06 6日間

◆ 13-3は、過去7日間のうち、直近で拘束を行った日について1日の状況をお答えください。

*13-3 拘束時間（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 常時（24時間継続） 03 夜間のみ（※02を除く）
 02 一時的（処置時、不穏時等）

Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）

1-1 入棟中の患者の医療的な状態（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 安定している 02 時々、不安定である 03 常時、不安定である

1-2 医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 02 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 03 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 04 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
 05 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

《3-3-1は、3-3にて「1単位以上」の場合にご回答ください。》

3-3-1 該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーション（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01** 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーター の利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの
- 02** 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの
- 03** 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの

4 過去7日間／過去1か月に実施した検査の件数

① 検体検査（尿・血液等）	過去7日間	件	過去1か月	件
② 生体検査（超音波・内視鏡等）	過去7日間	件	過去1か月	件
③ X線単純撮影	過去7日間	件	過去1か月	件
④ CT・MRI	過去7日間	件	過去1か月	件

※検査を実施していない場合は、“0”を記入してください。

5 過去1か月間に患者が受けた医療行為・処置等（該当する番号すべて、右欄に○）

01	気管切開・気管内挿管	01
02	気管カニューレの交換	02
03	胸腹腔洗浄	03
04	胃瘻カテーテルの装着・交換	04
05	中心静脈カテーテルの挿入・交換	05
06	その他カテーテルの挿入・交換 → (部位 <input type="text"/>)	06
07	モルヒネの持続皮下注射	07
08	鎮静薬の持続皮下注射	08
09	エコー検査	09
10	造影剤を用いた放射線検査	10
11	血圧・脈拍の測定	11
12	服薬援助・管理（点眼薬等を含む）	12
13	胃ろう・腸ろうによる栄養管理	13
14	経鼻経管栄養	14
15	中心静脈栄養	15
16	喀痰吸引	16
17	ネブライザー	17
18	創傷処置	18
19	体位変換	19
20	浣腸・摘便	20
21	褥瘡の処置	21
22	インスリン注射	22
23	点滴・注射（22以外）	23
24	膀胱（留置）カテーテルの管理	24
25	人工肛門・人工膀胱の管理	25
26	人工呼吸器の管理	26
27	気管切開の処置	27
28	酸素療法管理	28
29	がん末期の疼痛管理	29
30	慢性疼痛の管理（29以外）	30
31	透析・腹膜還流	31
32	リハビリテーション	32
33	口腔ケア	33

《回答欄》

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	

* 6 入院前における貴院入退院支援部門の関与（該当する番号1つを右欄に記載）

01 あり	02 なし	03 不明
-------	-------	-------

《回答欄》

--

7 入院前の担当ケアマネジャーの有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 担当ケアマネジャーあり	02 担当ケアマネジャーなし	03 不明	<input type="text"/>

IV 患者の今後の見通し等

1 医学的な入院継続の理由等（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 医学的な理由のため、入院医療が必要である 02 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい 03 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している		<input type="text"/>

《1-1は、1にて「01」の場合にご回答ください。》		
1-1 医学的な理由の詳細（最も該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 急性期の治療を行っているため 02 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため 03 退院にはリハビリテーションが必要であるため 04 その他（ <input type="text"/> ）		<input type="text"/>

《1-2は、1にて「03」の場合にご回答ください。》		
1-2 退院後に必要な支援（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）		《回答欄》
01 医療処置 02 通院の介助 03 訪問診療 04 訪問看護 05 リハビリテーション 06 買い物・清掃・調理等の家事の補助 07 食事・排泄・移動等の介護 08 認知症・精神疾患に対する見守り 09 その他（ <input type="text"/> ）		01 <input type="text"/> 02 <input type="text"/> 03 <input type="text"/> 04 <input type="text"/> 05 <input type="text"/> 06 <input type="text"/> 07 <input type="text"/> 08 <input type="text"/> 09 <input type="text"/>

《1-3は、1にて「03」の場合にご回答ください。》

1-3 退院できない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 本人の希望に合わないため
- 02 家族の希望に合わないため
- 03 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため
- 04 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため
- 05 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため
- 06 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため
- 07 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため
- 08 地域に施設サービスがないため
- 09 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため
- 10 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため
- 11 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため
- 12 転院先の医療機関の確保ができていないため
- 13 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

《1-3-1は、1-3にて「01」又は「02」に該当する場合にご回答ください。》

1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 家族が患者と同居できないため
- 02 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちなため
- 03 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため
- 04 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため
- 05 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため
- 06 サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため
- 07 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため
- 08 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため
- 09 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用して家族の負担が大きいため
- 10 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため
- 11 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため
- 12 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

2 退院へ向けた目標・課題等（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

01	疾病の治癒・軽快	01	
02	病態の安定	02	
03	手術・投薬・処置・検査等の終了	03	
04	診断・今後の治療方針の確定	04	
05	低下した機能の回復（リハビリテーション）	05	
06	在宅医療・介護等の調整	06	
07	入所先の施設の確保	07	
08	本人家族の病状理解	08	
09	転院先の医療機関の確保	09	
10	終末期医療・緩和ケア	10	
11	その他（ <input type="text"/> ）	11	

《回答欄》

3 退院時期の決定について（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

01	家族の希望	01	
02	患者の希望	02	
03	主治医の判断	03	
04	病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）	04	
05	クリニカルパスの退院日の通り	05	
06	DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	06	
07	現時点で時期未定	07	
08	その他（ <input type="text"/> ）	08	

《回答欄》

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

D-4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
入院患者票 (D)

R4年に新規で設定した設間につきましては、設間文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

I 患者の基本情報

1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 男性

02 女性

2 生年月

西暦

年

月

3 主傷病 および副傷病 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入

01 主傷病

06 併存症2

02 入院契機

07 併存症3

03 医療資源を最も投入した傷病名

08 続発症

04 医療資源を2番目に投入した傷病名

09 続発症2

05 併存症

10 続発症3

4 ①入院年月日

西暦

年

月

日

②入棟年月日

西暦

年

月

日

5 入棟前の場所（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 自宅（在宅医療の提供あり※¹）
- 02 自宅（在宅医療の提供なし※¹）
- 03 介護老人保健施設
- 04 介護医療院
- 05 介護療養型医療施設
- 06 特別養護老人ホーム
- 07 軽費老人ホーム、有料老人ホーム
- 08 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）
- 09 障害者支援施設
- 10 他院の一般病床
- 11 他院の一般病床以外
- 12 自院の一般病床（13、14以外）
- 13 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
- 14 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
- 15 自院の療養病床（14以外）
- 16 自院の精神病床
- 17 自院のその他の病床
- 18 有床診療所
- 19 その他（)

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

6 予定・緊急入院区分（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 予定入院
- 02 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）
- 03 緊急入院（外来の初再診後）

7 入院した時の状態（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの状態		01 <input type="checkbox"/>
02 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請		02 <input type="checkbox"/>
03 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある		03 <input type="checkbox"/>
04 生活困窮者である		04 <input type="checkbox"/>
05 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態）		05 <input type="checkbox"/>
06 排泄に介助を要する状態		06 <input type="checkbox"/>
07 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態		07 <input type="checkbox"/>
08 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態		08 <input type="checkbox"/>
09 入退院を繰り返している状態		09 <input type="checkbox"/>
10 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること		10 <input type="checkbox"/>
11 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること		11 <input type="checkbox"/>
12 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること		12 <input type="checkbox"/>
13 その他患者の状況から判断して01から12までに準ずると認められる状態		13 <input type="checkbox"/>
（具体的な内容 <input type="text"/>)		

8 入院の理由（主に該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 治療のため		<input type="checkbox"/>
02 リハビリテーションのため		
03 検査及び確定診断のため		
04 教育的入院のため		
05 緩和ケアのため		
06 看取りのため（05を除く）		
07 その他（ <input type="text"/>)		

9 入院時の他院からの紹介状の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 紹介状あり	02 紹介状なし	<input type="checkbox"/>

10 過去1か月の急性増悪の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 急性増悪はなく、病態は安定している	02 急性増悪があった	<input type="checkbox"/>

11 入棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）					
① 食事	スコア		⑥ 平地歩行	スコア	
② 移乗	スコア		⑦ 階段	スコア	
③ 整容	スコア		⑧ 更衣	スコア	
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		⑨ 排便管理	スコア	
⑤ 入浴	スコア		⑩ 排尿管理	スコア	

【ADLスコア】

	所 見			
	自 立	一部介助	全介助	不 明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人のできる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

Ⅱ 患者の状態等（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をお答えしてください。）

1 患者状態の評価の実施日（調査基準日）	西暦	年	月	日	（調査基準日）
----------------------	----	---	---	---	---------

2 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 重度の肢体不自由児・者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）		01
02 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）		02
03 重度の意識障害者		03
04 筋ジストロフィー患者		04
05 難病患者		05
06 その他（ <input type="text"/> ）		06

3 認知症の有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 認知症あり	02 認知症なし	03 わからない	

《3-1は、3にて「01」の場合にご回答ください。》			
3-1 BPSDの有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 BPSDあり	02 BPSDなし	03 わからない	

4 せん妄の有無（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 せん妄あり	02 せん妄なし	03 わからない	

5 意識障害の有無（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 意識障害あり（JCS II-3以上又はGCS 8点以下）		01
02 意識障害あり（JCSIII-100以上）		02
03 意識障害あり（01、02以外）		03
04 意識障害なし		04

6 要介護度（該当する番号1つを右欄に記載）				《回答欄》
01 不明	04 非該当	07 要介護1	10 要介護4	
02 未申請	05 要支援1	08 要介護2	11 要介護5	
03 申請中	06 要支援2	09 要介護3		

7 認知症高齢者の日常生活自立度（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 自立	03 II a	05 III a	07 IV
02 I	04 II b	06 III b	08 M

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、 大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

8 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（下表の分類に従って該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 自立	03 J 2	05 A 2	07 B 2	09 C 2
02 J 1	04 A 1	06 B 1	08 C 1	

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

9 身体障害者（肢体不自由）の等級（該当する番号1つを右欄に記載）					《回答欄》
01 不明	03 1級	05 3級	07 5級	09 7級	<input type="text"/>
02 非該当	04 2級	06 4級	08 6級		

10 障害支援区分（障害程度区分）（該当する番号1つを右欄に記載）					《回答欄》
01 未申請等	03 不明	05 区分2	07 区分4	09 区分6	<input type="text"/>
02 非該当	04 区分1	06 区分3	08 区分5		

11 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
①運動機能	01 運動機能：座位までに該当する 02 運動機能：座位までに該当しない	<input type="text"/>
②判定スコア	点 ※全項目に非該当場合は、“0”を記入してください。	

12 栄養摂取の状況（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 経口摂取のみ	03 経管栄養・経静脈栄養のみ	<input type="text"/>
02 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用		

《12-1は、12にて「01」の場合にご回答ください。》

12-1 嚥下調整食の必要性（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 嚥下調整食の必要性あり	02 嚥下調整食の必要性なし	<input type="text"/>

《12-2は、12にて「02」又は「03」の場合にご回答ください。》

12-2 経管・経静脈栄養の状況（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 経鼻胃管	01	<input type="text"/>
02 胃瘻・腸瘻	02	<input type="text"/>
03 末梢静脈栄養	03	<input type="text"/>
04 中心静脈栄養	04	<input type="text"/>

■ 12-3～12-10は、12-2にて「04 中心静脈栄養」の場合にご回答ください。

12-3 中心静脈栄養開始の契機について（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 患者本人の希望	01	<input type="text"/>
02 家族の希望	02	<input type="text"/>
03 転院を行うため※1	03	<input type="text"/>
04 腸管安静等のため	04	<input type="text"/>
05 他に代替できる栄養経路がない	05	<input type="text"/>
06 その他（ <input type="text"/> ）	06	<input type="text"/>

※1 転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

12-4 中心静脈開始からの経過日数（転院前から開始している場合は通算の日数） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	<input type="text"/> 日目	02 不明

12-5 カテーテル関連血流感染症発症の有無（入院時からの履歴）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 発症の履歴あり	02 発症の履歴なし	

12-6 中心静脈栄養を継続している理由について（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 患者本人の希望	<input type="text"/>	01 <input type="checkbox"/>
02 家族の希望		02 <input type="checkbox"/>
03 転院を行うため ^{※1}		03 <input type="checkbox"/>
04 腸管安静等のため		04 <input type="checkbox"/>
05 他に代替できる栄養経路がない		05 <input type="checkbox"/>
06 その他		06 <input type="checkbox"/>

※1 （再掲）転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

12-7 中心静脈カテーテル抜去の見込みについて（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 近日中に抜去予定	04 01~03以外で退院時に抜去予定	
02 半年以内に抜去予定	05 抜去できる見込みなし	
03 半年以上後に抜去予定		

12-8 入院中の嚥下機能評価の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	

12-9 嚥下機能障害の有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	

12-10 入院中の嚥下リハビリの有無について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	

《12-11は、12-10にて「01 あり」の場合にご回答ください。》

12-11 嚔下リハビリの介入頻度について（該当する番号の空欄に回数を記載し、右欄に○）

《回答欄》

01 30分未満	平均		回/週	01	<input type="text"/>
02 30分以上	平均		回/週	02	<input type="text"/>

13 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援の自院における実施の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 あり **02** なし

* 13-1 入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 あり **02** なし

■ 14-1~14-2 は、疼痛の評価を行っている場合にご回答ください。

* 14-1 主に使用している疼痛の評価スケールについて（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

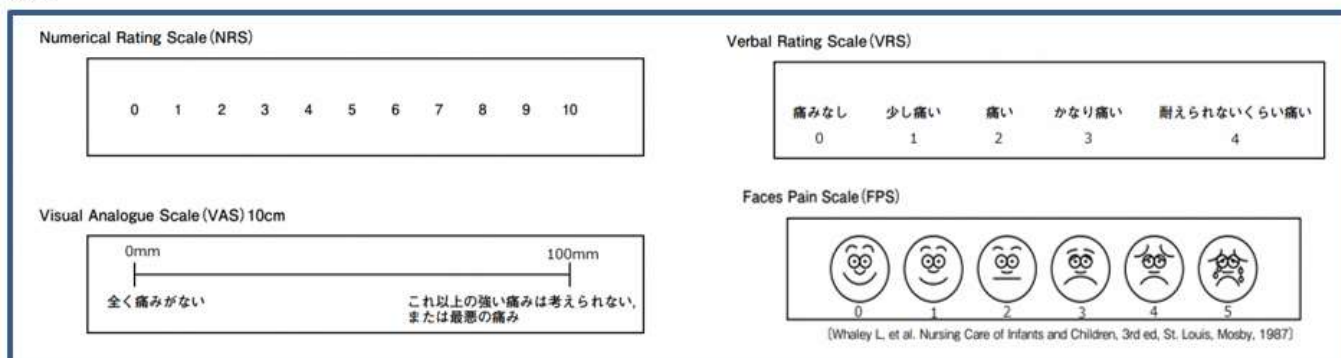
01 NRS **04** FPS（フェイススケール）
02 VAS（視覚的アナログスケール） **05** その他（ ）
03 VRS（語句評価スケール）

* 14-2 14-1にて選択した評価による疼痛の程度について（図1を参考に、数値でご回答ください）

① 調査基準日時点で疼痛の最も強い時の評価
 （ ）

② 調査基準日時点で疼痛の最も弱い時の評価
 （ ）

図1



* 15 過去7日間の身体的拘束の実施^{※2}の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 調査基準日時点（問II-1）で実施あり
02 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり
03 なし

※2 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

■ 15-1～15-3は、15にて「01」又は「02」の場合にご回答ください。

*15-1 身体的拘束の実施理由（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	ライン・チューブ類の自己抜去防止	<input type="text"/>
02	転倒・転落防止	
03	安静保持が必要	
04	創部の保護が必要	
05	その他（ <input type="text"/> ）	

*15-2 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数（該当する番号1つを右欄に記載）				《回答欄》				
01	1日間	03	3日間	05	5日間	07	7日間	<input type="text"/>
02	2日間	04	4日間	06	6日間			

◆ 15-3は、過去7日間のうち、直近で拘束を行った日について1日の状況をお答えください。				
*15-3 拘束時間（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》		
01	常時（24時間継続）	03	夜間のみ（※02を除く）	<input type="text"/>
02	一時的（処置時、不穏時等）			

Ⅲ 患者の受療状況等

1 医師・看護師による医療提供の状況（調査基準日から遡った過去7日間）						
1-1 入棟中の患者の医療的な状態（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》				
01	安定している	02	時々、不安定である	03	常時、不安定である	<input type="text"/>

1-2 医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要	<input type="text"/>
02	週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要	
03	毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要	
04	1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要	
05	常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要	

1-3 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	1日1～3回の観察および管理が必要	<input type="text"/>
02	1日4～8回の観察および管理が必要	
03	02を超えた頻繁な観察および管理が必要	
04	03を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）	

2 入院中の手術の実施状況（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》		
01	手術を実施した	02	手術は実施していない	<input type="text"/>

- 2で「01」を選択した場合に2-1,2-2の設問についてご回答ください。

2-1 全身麻酔（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 全身麻酔を実施した	02 全身麻酔は実施していない	<input type="text"/>

2-2 手術時間（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》	
01 手術時間が1時間未満	02 手術時間が1時間以上・8時間未満	03 手術時間が8時間以上	<input type="text"/>

3 疾患別リハ実施状況（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 心大血管疾患リハビリテーション	04 運動器リハビリテーション	<input type="text"/>
02 脳血管疾患等リハビリテーション	05 呼吸器リハビリテーション	
03 廃用症候群リハビリテーション	06 いずれも実施していない	

- 3-1～3-3は、3で「06」以外の場合にご回答ください。

3-1 疾患別リハビリテーションの頻度	調査基準日から遡った過去7日間	<input type="text"/>	回
3-2 疾患別リハビリテーションの単位数	調査基準日から遡った過去7日間	<input type="text"/>	単位
3-3 保険医療機関外（屋外等）での単位数	調査基準日から遡った過去7日間	<input type="text"/>	単位

《3-3-1は、3-3にて「1単位以上」の場合にご回答ください。》

3-3-1 該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーション（該当する番号1つを右欄に記載）

- | | |
|---|-------------------------------|
| 01 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの | 《回答欄》
<input type="text"/> |
| 02 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの | |
| 03 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの | |

4 過去7日間／過去1か月に実施した検査の件数

① 検体検査（尿・血液等）	過去7日間	<input type="text"/>	件	過去1か月	<input type="text"/>	件
② 生体検査（超音波・内視鏡等）	過去7日間	<input type="text"/>	件	過去1か月	<input type="text"/>	件
③ X線単純撮影	過去7日間	<input type="text"/>	件	過去1か月	<input type="text"/>	件
④ CT・MRI	過去7日間	<input type="text"/>	件	過去1か月	<input type="text"/>	件

※検査を実施していない場合は、「0」を記入してください。

*5 入院前における貴院入院支援部門の関与（該当する番号1つを右欄に記載）

- | | | | |
|-------|-------|-------|-------------------------------|
| 01 あり | 02 なし | 03 不明 | 《回答欄》
<input type="text"/> |
|-------|-------|-------|-------------------------------|

6 入院前の担当ケアマネジャーの有無（該当する番号1つを右欄に記載）

- | | | | |
|----------------|----------------|-------|-------------------------------|
| 01 担当ケアマネジャーあり | 02 担当ケアマネジャーなし | 03 不明 | 《回答欄》
<input type="text"/> |
|----------------|----------------|-------|-------------------------------|

IV 患者の今後の見通し等

1 医学的な入院継続の理由等（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 医学的な理由のため、入院医療が必要である
- 02 医学的な理由のため、どちらかという入院の方が望ましい
- 03 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない
- 04 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している

《1-1は、1にて「01」の場合にご回答ください。》

1-1 医学的な理由の詳細（最も該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 急性期の治療を行っているため
- 02 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため
- 03 退院にはリハビリテーションが必要であるため
- 04 その他（）

《1-2は、1にて「03」の場合にご回答ください。》

1-2 退院後に必要な支援（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 医療処置
- 02 通院の介助
- 03 訪問診療
- 04 訪問看護
- 05 リハビリテーション
- 06 買い物・清掃・調理等の家事の補助
- 07 食事・排泄・移動等の介護
- 08 認知症・精神疾患に対する見守り
- 09 その他（）

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

《1-3は、1にて「03」の場合にご回答ください。》

1-3 退院できない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 本人の希望に合わないため
- 02 家族の希望に合わないため
- 03 在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため
- 04 地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため
- 05 在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため
- 06 地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため
- 07 入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため
- 08 地域に施設サービスがないため
- 09 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため
- 10 01～09の全体の調整・マネジメントができていないため
- 11 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため
- 12 転院先の医療機関の確保ができていないため
- 13 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

《1-3-1は、1-3にて「01」又は「02」の場合にご回答ください。》

1-3-1 本人・家族の希望に合わない理由（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

《回答欄》

- 01 家族が患者と同居できないため
- 02 家族が患者と同居可能だが、日中不在がちなため
- 03 家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため
- 04 家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため
- 05 自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため
- 06 サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため
- 07 自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため
- 08 自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため
- 09 自宅に帰った場合、在宅介護等を利用して家族の負担が大きいため
- 10 入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため
- 11 患者が当該病棟での入院継続を希望しているため
- 12 その他（）

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

2 退院へ向けた目標・課題等（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

01	疾病の治癒・軽快	01	
02	病態の安定	02	
03	手術・投薬・処置・検査等の終了	03	
04	診断・今後の治療方針の確定	04	
05	低下した機能の回復（リハビリテーション）	05	
06	在宅医療・介護等の調整	06	
07	入所先の施設の確保	07	
08	本人家族の病状理解	08	
09	転院先の医療機関の確保	09	
10	終末期医療・緩和ケア	10	
11	その他（ <input type="text"/> ）	11	

《回答欄》

3 退院時期の決定について（該当する番号すべて右欄に○、最も該当する番号1つには◎）

01	家族の希望	01	
02	患者の希望	02	
03	主治医の判断	03	
04	病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）	04	
05	クリニカルパスの退院日の通り	05	
06	DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	06	
07	現時点で時期未定	07	
08	その他（ <input type="text"/> ）	08	

《回答欄》

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

A-4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
退棟患者票 (A)

・R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

- 「入院患者票 (A)」の対象者のうち、調査基準日から7日以内に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

なお、データ提出加算を算定している場合、回答を省略できる設問があります。(一部の設問については、指定の条件も満たした場合に回答が省略できます。)

データ提出加算により回答を省略できる設問には「#」の記載があります。

# 回答を省略できます。(データ提出加算算定の場合に限る。以下同様。)		
1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 男性	02 女性	<input type="text"/>
# 回答を省略できます。		
2 生年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/>	
# 回答を省略できます。		
3-1 入院年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 入棟日と入院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-2 入棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-3 退棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 回答を省略できます。		
4 入退院支援加算等の算定状況 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 入退院支援加算1 算定あり		01 <input type="text"/>
02 入退院支援加算2 算定あり		02 <input type="text"/>
03 入退院支援加算3 算定あり		03 <input type="text"/>
04 入退院支援加算1~3 算定なし		04 <input type="text"/>
05 薬剤総合評価調整加算 算定あり		05 <input type="text"/>
06 薬剤総合評価調整加算 算定なし		06 <input type="text"/>

退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。

5 退棟時転帰（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合
- 02 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合
- 03 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
- 04 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
- 05 最も医療資源を投入した傷病による死亡
- 06 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
- 07 その他（検査入院含む）

6 退棟先（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|--|--|
| 01 自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 13 他院の療養病床（12以外） |
| 02 自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 14 他院の精神病床 |
| 03 介護老人保健施設 | 15 他院のその他の病床 |
| 04 介護医療院 | 16 自院の一般病床（17、18以外） |
| 05 介護療養型医療施設 | 17 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 |
| 06 特別養護老人ホーム | 18 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 |
| 07 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 19 自院の療養病床（18以外） |
| 08 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 20 自院の精神病床 |
| 09 障害者支援施設 | 21 自院のその他の病床 |
| 10 他院の一般病床（11、12以外） | 22 有床診療所（介護サービス提供医療機関） |
| 11 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 23 有床診療所（22以外） |
| 12 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 24 死亡退院 |
| | 25 その他（ <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> ） |

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

7 退院後に利用を予定している医療・介護サービス（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 外来診療		01
02 訪問診療		02
03 訪問看護		03
04 訪問リハビリテーション		04
05 通所リハビリテーション		05
06 訪問介護		06
07 訪問入浴介護		07
08 通所介護		08
09 短期入所生活介護		09
10 短期入所療養介護		10
11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		11
12 夜間対応型訪問介護		12
13 認知症対応型通所介護		13
14 看護小規模多機能型居宅介護		14
15 福祉用具貸与		15
16 その他（ <input type="text"/> ）		16

# 退棟と同時に退院となった場合、回答を省略できます。					
8 退棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）					
① 食事	スコア		⑥ 平地歩行	スコア	
② 移乗	スコア		⑦ 階段	スコア	
③ 整容	スコア		⑧ 更衣	スコア	
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		⑨ 排便管理	スコア	
⑤ 入浴	スコア		⑩ 排尿管理	スコア	

【ADLスコア】

	所 見			
	自 立	一部介助	全介助	不 明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔／髪／歯／ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人のできる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

B-4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
退棟患者票 (B)

・R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

- 「入院患者票 (B)」の対象者のうち、調査基準日から7日以内に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

なお、データ提出加算を算定している場合、回答を省略できる設問があります。(一部の設問については、指定の条件も満たした場合に回答が省略できます。)

データ提出加算により回答を省略できる設問には「#」の記載があります。

# 回答を省略できます。(データ提出加算算定の場合に限る。以下同様。)		
1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 男性	02 女性	<input type="text"/>
# 回答を省略できます。		
2 生年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/>	
# 回答を省略できます。		
3-1 入院年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 入棟日と入院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-2 入棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-3 退棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 回答を省略できます。		
4 入退院支援加算等の算定状況 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 入退院支援加算1 算定あり		01 <input type="text"/>
02 入退院支援加算2 算定あり		02 <input type="text"/>
03 入退院支援加算3 算定あり		03 <input type="text"/>
04 入退院支援加算1～3 算定なし		04 <input type="text"/>
05 薬剤総合評価調整加算 算定あり		05 <input type="text"/>
06 薬剤総合評価調整加算 算定なし		06 <input type="text"/>

- 5の設問は、回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については必ずご回答ください。
地域包括ケア病棟または病床に入院している患者についてはFIMを測定している場合、ご回答ください。

# 回復期リハビリテーション病棟の場合、回答を省略できます。		
5 退棟時FIM得点		
		退棟時
① 運動項目	・セルフケア(6~42点)	点
	・排泄(2~14点)	点
	・移乗(3~21点)	点
	・移動(2~14点)	点
② 認知項目	・コミュニケーション(2~14点)	点
	・社会認識(3~21点)	点

- 6-1~6-3は、心大血管疾患リハビリテーション料を算定している患者の場合にご回答ください。

* 6-1 入院中のトレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査の算定の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="text"/>

- 6-2~6-3は、6-1で「01あり」の場合にご回答ください。

* 6-2 退棟時の心肺運動負荷試験点数（測定していない場合は回答不要）		
① peak VO2		mL/min/kg
② AT		mL/min/kg
③ VE/VCO2 slope	値	

* 6-3 最高酸素摂取量の年齢別標準値に対する予測率（測定していない場合は回答不要）	
	%

- 7~9は、回復期リハビリテーション病棟の患者の場合にご回答ください。

7 回復期リハビリテーションを要する状態（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	<input type="text"/>
02	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	
03	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	
04	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	
05	股関節又は膝関節の置換術後の状態	

回答を省略できます

8 実施した疾患別リハビリテーションの種類（該当する番号すべて、右欄に○）

01 心大血管疾患リハビリテーション	01
02 脳血管疾患等リハビリテーション	02
03 廃用症候群リハビリテーション	03
04 運動器リハビリテーション	04
05 呼吸器リハビリテーション	05

《回答欄》

01
02
03
04
05

9 退棟後のリハビリテーションの必要性の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

01 必要あり	02 必要なし
---------	---------

《回答欄》

--

■ 10～11は、すべての患者についてご回答ください。

退棟日と退院日が同日の場合、退院回答を省略できます。

10 退棟時転帰（該当する番号1つを右欄に記載）

01 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合
02 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合
03 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
04 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
05 最も医療資源を投入した傷病による死亡
06 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
07 その他（検査入院含む）

《回答欄》

--

11 退棟先（該当する番号1つを右欄に記載）

01 自宅（在宅医療の提供あり※ ¹ ）	13 他院の療養病床（12以外）
02 自宅（在宅医療の提供なし※ ¹ ）	14 他院の精神病床
03 介護老人保健施設	15 他院のその他の病床
04 介護医療院	16 自院の一般病床（17、18以外）
05 介護療養型医療施設	17 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
06 特別養護老人ホーム	18 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハ リテーション病棟入院料を届け出ている病床
07 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	19 自院の療養病床（18以外）
08 その他の居住系介護施設 （認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	20 自院の精神病床
09 障害者支援施設	21 自院のその他の病床
10 他院の一般病床（11、12以外）	22 特別の関係にある医療機関
11 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	23 有床診療所（介護サービス提供医療機関）
12 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハ ビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	24 有床診療所（23以外）
	25 死亡退院
	26 その他（ <input type="text"/> ）

《回答欄》

--

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

* 《11で「13、19」を選択した場合に回答》	
* 11-1 退棟先として療養病床が選択された理由 (該当する番号すべて、右欄に○)	
01 患者または家族の希望のため	01
02 社会的な理由により在宅での療養が困難なため	02
03 医学的な理由により在宅での療養が困難なため	03
04 その他 (<input type="text"/>)	04

■ 12～13は、すべての患者についてご回答ください。

12 退院後に利用を予定している医療・介護サービス (該当する番号すべて、右欄に○)	
01 外来診療	01
02 訪問診療	02
03 訪問看護	03
04 訪問リハビリテーション	04
05 通所リハビリテーション	05
06 訪問介護	06
07 訪問入浴介護	07
08 通所介護	08
09 短期入所生活介護	09
10 短期入所療養介護	10
11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11
12 夜間対応型訪問介護	12
13 認知症対応型通所介護	13
14 看護小規模多機能型居宅介護	14
15 福祉用具貸与	15
16 その他 (<input type="text"/>)	16

# 退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。				
13 退棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）				
① 食事	スコア		⑥ 平地歩行	スコア
② 移乗	スコア		⑦ 階段	スコア
③ 整容	スコア		⑧ 更衣	スコア
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		⑨ 排便管理	スコア
⑤ 入浴	スコア		⑩ 排尿管理	スコア

【ADLスコア】

	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人で行える	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

C-4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
退棟患者票 (C)

・R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

■ 「入院患者票 (C)」の対象者のうち、調査基準日から30日以内に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

なお、データ提出加算を算定している場合、回答を省略できる設問があります。(一部の設問については、指定の条件も満たした場合に回答が省略できます。)

データ提出加算により回答を省略できる設問には「#」の記載があります。

# 回答を省略できます。(データ提出加算算定の場合に限る。以下同様。)		
1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 男性	02 女性	<input type="text"/>
# 回答を省略できます。		
2 生年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/>	
# 回答を省略できます。		
3-1 入院年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 入棟日と入院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-2 入棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-3 退棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 回答を省略できます。		
4 入退院支援加算等の算定状況 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 入退院支援加算1 算定あり		01 <input type="text"/>
02 入退院支援加算2 算定あり		02 <input type="text"/>
03 入退院支援加算1・2 算定なし		03 <input type="text"/>
04 薬剤総合評価調整加算 算定あり		04 <input type="text"/>
05 薬剤総合評価調整加算 算定なし		05 <input type="text"/>

退棟日と退院日が同日の場合、退院回答を省略できます。

5 退棟時転帰（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|----|-------------------------------|
| 01 | 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合 |
| 02 | 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合 |
| 03 | 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合 |
| 04 | 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合 |
| 05 | 最も医療資源を投入した傷病による死亡 |
| 06 | 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡 |
| 07 | その他（検査入院含む） |

回答を省略できます

* 6 摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | | | |
|----|---------------|----|---------------|
| 01 | 摂食嚥下機能回復体制加算1 | 03 | 摂食嚥下機能回復体制加算3 |
| 02 | 摂食嚥下機能回復体制加算2 | 04 | 算定なし |

7 退棟先（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 01 | 自宅（在宅医療の提供あり ^{※1} ） | 13 | 他院の療養病床（12以外） |
| 02 | 自宅（在宅医療の提供なし ^{※1} ） | 14 | 他院の精神病床 |
| 03 | 介護老人保健施設 | 15 | 他院のその他の病床 |
| 04 | 介護医療院 | 16 | 自院の一般病床（17、18以外） |
| 05 | 介護療養型医療施設 | 17 | 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 |
| 06 | 特別養護老人ホーム | 18 | 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 |
| 07 | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 19 | 自院の療養病床（18以外） |
| 08 | その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 20 | 自院の精神病床 |
| 09 | 障害者支援施設 | 21 | 自院のその他の病床 |
| 10 | 他院の一般病床（11、12以外） | 22 | 有床診療所（介護サービス提供医療機関） |
| 11 | 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 23 | 有床診療所（22以外） |
| 12 | 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 24 | 死亡退院 |
| | | 25 | その他（ <input type="text"/> ） |

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

8 退院後に利用を予定している医療・介護サービス（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 外来診療		01
02 訪問診療		02
03 訪問看護		03
04 訪問リハビリテーション		04
05 通所リハビリテーション		05
06 訪問介護		06
07 訪問入浴介護		07
08 通所介護		08
09 短期入所生活介護		09
10 短期入所療養介護		10
11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		11
12 夜間対応型訪問介護		12
13 認知症対応型通所介護		13
14 看護小規模多機能型居宅介護		14
15 福祉用具貸与		15
16 その他（ <input type="text"/> ）		16

# 退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。				
9 退棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）				
① 食事	スコア		⑥ 平地歩行	スコア
② 移乗	スコア		⑦ 階段	スコア
③ 整容	スコア		⑧ 更衣	スコア
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		⑨ 排便管理	スコア
⑤ 入浴	スコア		⑩ 排尿管理	スコア

【ADLスコア】

	所 見			
	自 立	一部介助	全介助	不 明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人のできる	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

D-4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査
退棟患者票 (D)

・R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

施設ID: 病棟ID: 患者ID:

■ 「入院患者票 (D)」の対象者のうち、調査基準日から30日以内に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

なお、データ提出加算を算定している場合、回答を省略できる設問があります。(一部の設問については、指定の条件も満たした場合に回答が省略できます。)

データ提出加算により回答を省略できる設問には「#」の記載があります。

# 回答を省略できます。(データ提出加算算定の場合に限る。以下同様。)		
1 性別 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 男性	02 女性	<input type="text"/>
# 回答を省略できます。		
2 生年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/>	
# 回答を省略できます。		
3-1 入院年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 入棟日と入院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-2 入棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。		
3-3 退棟年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
# 回答を省略できます。		《回答欄》
4 入退院支援加算の算定状況 (該当する番号1つを右欄に記載)	01 入退院支援加算1 算定あり 03 入退院支援加算1・2 算定なし 02 入退院支援加算2 算定あり	<input type="text"/>

退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。

5 退棟時転帰（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- 01 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合
- 02 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断される場合
- 03 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
- 04 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
- 05 最も医療資源を投入した傷病による死亡
- 06 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
- 07 その他（検査入院含む）

6 退棟先（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 01 自宅（在宅医療の提供あり^{※1}） 02 自宅（在宅医療の提供なし^{※1}） 03 介護老人保健施設 04 介護医療院 05 介護療養型医療施設 06 特別養護老人ホーム 07 軽費老人ホーム、有料老人ホーム 08 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） 09 障害者支援施設 10 他院の一般病床（11、12以外） 11 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 12 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | <ul style="list-style-type: none"> 13 他院の療養病床（12以外） 14 他院の精神病床 15 他院のその他の病床 16 自院の一般病床（17、18以外） 17 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 18 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 19 自院の療養病床（18以外） 20 自院の精神病床 21 自院のその他の病床 22 有床診療所（介護サービス提供医療機関） 23 有床診療所（22以外） 24 死亡退院 25 その他（ <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> ） |
|--|--|

※1 提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

7 退院後に利用を予定している医療・介護サービス（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 外来診療		01
02 訪問診療		02
03 訪問看護		03
04 訪問リハビリテーション		04
05 通所リハビリテーション		05
06 訪問介護		06
07 訪問入浴介護		07
08 通所介護		08
09 短期入所生活介護		09
10 短期入所療養介護		10
11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		11
12 夜間対応型訪問介護		12
13 認知症対応型通所介護		13
14 看護小規模多機能型居宅介護		14
15 福祉用具貸与		15
16 その他（ <input type="text"/> ）		16

# 退棟日と退院日が同日の場合、回答を省略できます。					
8 退棟時のADLスコア（下表の分類に従って記入）					
① 食事	スコア		⑥ 平地歩行	スコア	
② 移乗	スコア		⑦ 階段	スコア	
③ 整容	スコア		⑧ 更衣	スコア	
④ トイレ動作・トイレの使用	スコア		⑨ 排便管理	スコア	
⑤ 入浴	スコア		⑩ 排尿管理	スコア	

【ADLスコア】

	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる	0 座位バランス困難	9
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作・ トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人で行える	0	9
入 浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

***医療従事者調査（医師票）**

●数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力のお願ひ】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

医療従事者ID（英数字9桁）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■あなたが所属している施設名をご記入ください。

施設名

--

問1 あなたご自身のことについてお伺いします。

1-1 性別（該当する番号1つを右欄に記載）

01 男性

02 女性

《回答欄》

--

1-2 年齢（令和4年11月1日時点）

歳

--	--

1-3 医師経験年数（令和4年11月1日時点）

年目

--	--

1-4 貴施設での勤続年数（令和4年11月1日時点）

年目

--	--

1-5 主たる診療科（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|----------------|---------------------------------|
| 01 消化器内科 | 17 放射線診断 |
| 02 循環器内科 | 18 放射線治療 |
| 03 呼吸器内科 | 19 整形外科 |
| 04 血液内科 | 20 産婦人科 |
| 05 内分泌代謝・糖尿病内科 | 21 眼科 |
| 06 脳神経内科 | 22 耳鼻咽喉科 |
| 07 腎臓内科 | 23 泌尿器科 |
| 08 膠原病・リウマチ内科 | 24 脳神経外科 |
| 09 小児科 | 25 麻酔科 |
| 10 皮膚科 | 26 病理 |
| 11 精神科 | 27 臨床検査 |
| 12 消化器外科 | 28 救急科 |
| 13 呼吸器外科 | 29 形成外科 |
| 14 心臓血管外科 | 30 リハビリテーション科 |
| 15 小児外科 | 31 総合診療 |
| 16 乳腺外科 | 32 その他 (<input type="text"/>) |

1-11 主たる診療科の主治医制の状況（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 単独主治医制^{※1} 02 複数主治医制^{※1} 03 チーム制 04 その他（ ）

《回答欄》

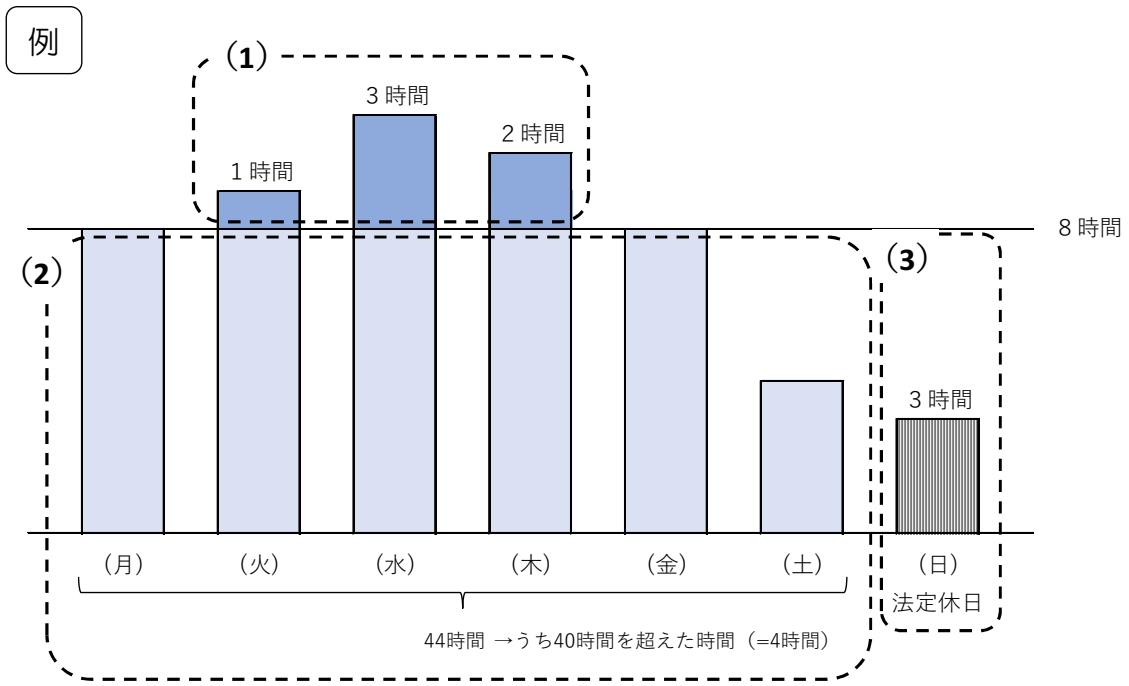
※1 単独主治医制：1人の患者につき1人の主治医が担当する場合
 複数主治医制：1人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

問2 あなたの勤務状況等についてお伺いします。

2-1 貴施設（この調査票を受けとった医療機関）における勤務状況についてご回答ください。
 （令和4年10月1か月）

	令和4年10月	
① 超過勤務時間 ^{※1}	約 <input type="text"/> 時間	時間
② 宿日直回数 ^{※2}	<input type="text"/>	回
③ うち、連続当直回数	<input type="text"/>	回
④ 術者及び第一助手を予定している 前日の夜勤時間帯に当直等を行った回数 ^{※3}	<input type="text"/>	回

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



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

※2 土曜日・日曜日の日直は1回として数えてください。なお、連続当直回数とは当直翌日に当直が入っている日数を指します。
 ※3 夜勤時間帯は午後10時～翌日午前5時までを指します。当直等とは当直・夜勤及び緊急呼び出し当番を指します。

2-2 新型コロナウイルス感染症診療への従事状況についてご回答ください。（令和4年10月1か月）

（該当する番号すべて、右欄に○）

01	新型コロナウイルス感染症病棟の診療	01	
02	診療時間内の発熱外来	02	
03	診療時間外の発熱外来	03	
04	原則従事していない（かかりつけ患者の感染例や他疾患で入院中の患者での発症例のみへの対応も含む）	04	
05	貴施設（この調査票を受けとった医療機関）において新型コロナウイルス感染症患者の対応をしていない	05	
06	その他（ <input type="text"/> ）	06	

《回答欄》

2-3 勤務時間の申告方法についてご回答ください。

（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	ICカードをかざす、もしくはタイムカードによる打刻方式	01	
02	ICタグやビーコン、アプリ等の測位技術を用いた自動的な打刻	02	
03	上司等第三者の確認	03	
04	自己申告	04	
05	その他（ <input type="text"/> ）	05	

《回答欄》

2-4 現在、貴施設（この調査票を受けとった医療機関）以外での勤務はありますか。

（該当する番号1つを右欄に記載）

01	あり	02	なし
----	----	----	----

《回答欄》

《2-5は、2-4にて「01あり」の場合にご回答ください。》

2-5 現在、貴施設（この調査票を受けとった医療機関）以外における勤務状況についてご回答ください。

（令和4年10月1か月間）

	令和4年10月	
① 他に勤務している医療機関数		施設
② 1か月間の勤務時間	約	時間
③ 1か月間の宿日直回数		回
④ うち、連続当直回数 ^{※4}		回
⑤ 術者及び第一助手を予定している 前日の夜勤時間帯に当直等を行った回数 ^{※5}		回

※4 調査票を受け取った医療機関と他の医療機関で連続して当直した場合もその回数をご記入ください。

※5 調査票を受け取った医療機関もしくは他の医療機関で術者及び第一助手を予定している前日の夜勤時間帯に調査票を受け取った医療機関もしくは他医療機関で当直等を行った場合も1回として数えてください。

2-6 貴施設（この調査票を受け取った医療機関）での1年前と比較したあなたの勤務状況について、 次の項目それぞれにご回答ください。（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
① 勤務時間	01 短くなった 02 変わらない 03 長くなった	① <input type="text"/>
② 病棟の勤務状況 （標榜診療時間内）	01 改善した 02 変わらない 03 悪化した 04 実施していない	② <input type="text"/>
③ 外来の勤務状況 （標榜診療時間内）	01 改善した 02 変わらない 03 悪化した 04 実施していない	③ <input type="text"/>
④ 救急外来の勤務状況 （標榜診療時間外）	01 改善した 02 変わらない 03 悪化した 04 実施していない	④ <input type="text"/>
⑤ 標榜診療時間外に おける手術回数	01 減った 02 変わらない 03 増えた 04 実施していない	⑤ <input type="text"/>
⑥ 手術前日の当直回数	01 減った 02 変わらない 03 増えた 04 実施していない	⑥ <input type="text"/>
⑦ 当直の回数	01 減った 02 変わらない 03 増えた 04 実施していない	⑦ <input type="text"/>
⑧ 当直時の平均睡眠時間	01 減った 02 変わらない 03 増えた 04 実施していない	⑧ <input type="text"/>
⑨ オンコール担当回数 ^{※6}	01 減った 02 変わらない 03 増えた 04 実施していない	⑨ <input type="text"/>
⑩ 当直翌日の勤務状況	01 改善した 02 変わらない 03 悪化した 04 実施していない	⑩ <input type="text"/>
⑪ 書類作成等の事務作業	01 減った 02 変わらない 03 増えた	⑪ <input type="text"/>
⑫ ビデオ通話が可能な機器を用いた 会議やカンファレンスの実施状況	01 減った 02 変わらない 03 増えた 04 実施していない	⑫ <input type="text"/>
⑬ 総合的にみた勤務状況	01 改善した 02 どちらかというと改善した 03 変わらない 04 どちらかというと悪化した 05 悪化した 06 その他 (<input type="text"/>)	⑬ <input type="text"/>

※6 病院、診療科、診療科内のチーム等の組織において「オンコール担当」として当番となった回数

問3 あなたの行っている業務等についてお伺いします。

3-1 貴診療科（あなたの所属する診療科）において実施している医師の負担軽減策をご回答ください。

（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	医師の増員	01	
02	勤務間のインターバル導入	02	
03	外来提供体制の短縮	03	
04	予定手術前の当直の免除	04	
05	連続当直回数の制限（年間4回以内）	05	
06	当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む）	06	
07	複数主治医制 ^{※1} の実施	07	
08	医師業務の特定行為研修修了者である看護師との分担	08	
09	医師業務の看護師（「08」に示す看護師を除く）との分担	09	
10	救急外来における、医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、 看護師による血液検査オーダー入力・採血等検査の実施	10	
11	医師業務の助産師との分担	11	
12	薬剤師による処方提案または服薬計画等の提案	12	
13	薬剤師による投薬に係る患者への説明	13	
14	処方された薬剤の、薬剤師による変更（事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの） ^{※2}	14	
15	薬剤師による患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供	15	
16	臨床検査技師あるいは放射線技師による注射等の認められた医療行為の分担	16	
17	医師事務作業補助者の病棟への配置・増員	17	
18	医師事務作業補助者の外来への配置・増員	18	
19	ビデオ通話が可能な機器を用いた会議やカンファレンスの開催	19	
20	ICTを活用した業務の見直し・省力化	20	
21	その他（ <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>)	21	

※1 1人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

※2 投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

3-2 他職種に実施してほしい業務、分担可能な業務についてご回答ください。

(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

- 01 初療時の予診
- 02 血液培養の採取
- 03 救急医療等における診療の優先順位の決定 (トリアージの実施)
- 04 患者・家族に対する定期的な検査結果 (治療方針に関わらないもの) の説明
- 05 患者への療養生活等の説明
- 06 医師が予め患者の範囲を示し、時間外・休日の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、検査オーダー入力・採血等検査の実施
- 07 臨床検査技師あるいは放射線技師による点滴ルート確保等の実施
- 08 薬剤師による処方提案や服薬計画等の提案
- 09 退院時の薬剤情報管理指導
- 10 患者に対する処方薬の説明
- 11 医薬品の副作用・効果の確認
- 12 その他 ()

《回答欄》

01	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>

問4 あなたの勤務状況に関するご意見等をお伺いします。

4-1 あなたの現在の勤務状況についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)

(該当する番号1つを右欄に記載)

- 01 改善の必要性が高い
- 02 改善の必要がある
- 03 現状のままでよい
- 04 その他 ()

《回答欄》

<input type="checkbox"/>

《4-2は、4-1にて「01 改善の必要性が高い」または「02 改善の必要がある」の場合にご回答ください。》

4-2 「01 改善の必要性が高い」または「02 改善の必要がある」を選択した理由をご回答ください。

(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

- 01 医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため
- 02 業務を継続していけるか不安があるため
- 03 過重勤務により身体的・精神的疾患を患う(患った)ため
- 04 給与が業務量に比べて低いと感じられるため
- 05 ワークライフバランスがとれていないため
- 06 出産・育児休暇等の取得が難しいため
- 07 その他 ()

《回答欄》

01	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>

4-3 勤務環境改善についての相談先をご回答ください。
 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 院内の委員会、もしくはその委員	01
02 上司	02
03 産業医	03
04 なし	04
05 その他 (<input type="text"/>)	05

《回答欄》

4-4 貴施設(この調査票を受けとった医療機関)の「タスクシフト・シェア」について相談できる体制等の有無についてご回答ください。(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 あり	02 なし	《回答欄》
-------	-------	-------

《回答欄》

《4-5は、4-4にて「01 あり」の場合にご回答ください。》
 4-5 「タスクシフト・シェア」についての相談先をご回答ください。
 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 院内の委員会、もしくはその委員	01
02 上司	02
03 産業医	03
04 なし	04
05 その他 (<input type="text"/>)	05

《回答欄》

4-6 どのような取組が病院で行われれば、医師の負担を軽減できると思いますか。
 ご意見があれば下欄にご記入ください。
 (新型コロナウイルス感染症の影響に対する取組や働き方改革全般に対する取組など、自由にご記載ください。)

医師票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和4年●月●日(●)までに

貴施設(この調査票を受けとった医療機関)の調査担当者にお渡し下さい。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

*** 医療従事者調査（病棟看護管理者票）**

- 特に指定がある場合を除いて、令和4年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力をお願い】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

医療従事者ID（英数字9桁）								
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

■あなたが所属している施設名をご記入ください。

施設名	
-----	--

問1 あなたが管理する病棟の概要についてお伺いします。

- 1-1～1-3は、本調査における「病棟調査票（A）もしくは病棟調査票（D）」を貴病棟にて提出済みの場合、回答不要です。

1-1 診療科目（令和4年11月1日時点）（最も近似する診療科の番号を主なもの3つまで右欄に記載）	《回答欄》			
01 内科	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 25px;"> </td></tr> </table>			
02 小児科				
03 精神科				
04 外科				
05 整形外科				
06 脳神経外科				
07 産婦人科				
08 眼科				
09 耳鼻咽喉科				
10 皮膚科				
11 泌尿器科				
12 放射線科				
13 リハビリテーション科				
14 歯科（歯科口腔外科等含む）				
15 その他（ <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"> </table> ）				

1-2 入院基本料 (01~52のうち最も病床数が多い番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
一般病棟入院基本料	01 急性期一般入院料 1 02 急性期一般入院料 2 03 急性期一般入院料 3 04 急性期一般入院料 4 05 急性期一般入院料 5 06 急性期一般入院料 6	07 地域一般入院料 1 08 地域一般入院料 2 09 地域一般入院料 3
療養病棟入院基本料	10 療養病棟入院料 1 11 療養病棟入院料 2	12 療養病棟入院基本料 注11
精神病棟入院基本料	13 10対1 14 13対1 15 15対1	16 18対1 17 20対1
特定機能病院 入院基本料	一般病棟	18 7対1 19 10対1
	精神病棟	20 7対1 21 10対1 22 13対1 23 15対1
障害者施設等入院基本料	24 7対1 25 10対1	26 13対1 27 15対1
その他の入院基本料	28 7対1 29 10対1	30 13対1 31 それ以外
回復期リハビリテーション 病棟入院料	32 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 33 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 34 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 35 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 36 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	
地域包括ケア病棟入院料	37 地域包括ケア病棟入院料 1 38 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1 39 地域包括ケア病棟入院料 2 40 地域包括ケア病棟入院医療管理料 2 41 地域包括ケア病棟入院料 3 42 地域包括ケア病棟入院医療管理料 3 43 地域包括ケア病棟入院料 4 44 地域包括ケア病棟入院医療管理料 4	
小児入院医療管理料	45 小児入院医療管理料 1 46 小児入院医療管理料 2 47 小児入院医療管理料 3	48 小児入院医療管理料 4 49 小児入院医療管理料 5
緩和ケア病棟入院料	50 緩和ケア病棟入院料 1	51 緩和ケア病棟入院料 2
その他の特定入院料	52 (具体的に記載 <input type="text"/>)	

1-3 貴病棟の病床数、病床利用率をご記入ください。		
① 病床数		床
② 病床利用率 ^{※1} (令和4年11月1日時点)		%
③ 令和4年10月1か月間の新入院患者数		人
④ 令和4年10月1か月間の退院患者数		人
⑤ 平均在院日数 ^{※2} (令和4年8月～10月の3か月間)		日
⑥ 令和4年10月1か月間の手術を受けた患者数 ^{※3} (緊急・予定手術を問わない)		人

※1 病床利用率：以下の式により算出し、小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）でご記入ください。

$$\text{病床利用率} = \frac{\text{8月～10月の在院患者延べ数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末許可病床数}) \text{の8月～10月の合計}} \times 100$$

※2 平均在院日数：以下の式により算出し、整数（小数点以下を切り上げ）でご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{8月～10月の在院患者延べ日数}}{(\text{8月～10月の新入院患者数} + \text{8月～10月の新退院患者数}) \times 0.5}$$

※3 手術後に直接、当該病棟に帰棟（帰室）した患者数をご記入ください。

問2 貴病棟における看護職員・看護補助者の勤務状況等についてお伺いします。

《2-1は、本調査における「病棟調査票（A）もしくは病棟調査票（D）」を提出済みの場合、回答不要です。》

2-1 貴病棟に配置されている職員数（夜勤専従者は除く）
(令和4年11月1日時点)

	a 常勤	b 非常勤（常勤換算 ^{※1} ）
① 看護師数	人	人
①-1 うち、特定行為研修を修了した看護師数	人	人
①-2 うち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師数	人	人
② 准看護師数	人	人
③ 看護補助者数	人	人

※1 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）でご記入ください。

- 1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
- 1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

2-2 看護職員^{※2}の勤務者数について（令和4年8月～10月の3か月間）

	平均	人/月
① 平日日勤帯		
② 準夜勤帯		
③ 深夜勤帯		

※2 看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

2-3 看護職員 ^{※2} の勤務時間等（夜勤専従者は除く）			
（令和4年8月～10月の3か月間）		a 常勤	b 非常勤（常勤換算）
① 1人当たり平均勤務時間 ^{※3} ／月		時間／月	時間／月
② 1人当たり平均夜勤時間 ^{※4} ／月		時間／月	時間／月
③（最小値 ^{※5} ）夜勤時間／月		時間／月	時間／月
④（最大値 ^{※6} ）夜勤時間／月		時間／月	時間／月
⑤ 1人当たり平均勤務日数 ^{※7} ／月		日／月	日／月

※2（再掲）看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

※3 平均勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含まれます。

※4 平均夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数（※夜勤従事者は夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内（病棟+病棟外）で勤務する時間）。なお、次の該当者は計算から除外してください。

a) 夜勤専従者（専ら夜勤時間帯に従事する者）

b) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟の場合は月夜勤時間数が16時間未満及び短時間制職員で月夜勤時間数が12時間未満の者

c) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟以外の病棟の場合は、月夜勤時間数が8時間未満の者

※5（最小値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。夜勤に従事していない人は除いてください。

※6（最大値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。

※7 平均勤務日数：所定休日や休暇を除いた勤務日数の1人当たり平均値をご記入ください。

2-4 看護補助者の勤務者数について（令和4年8月～10月の3か月間）		
① 平日日勤帯	平均	人／月
② 準夜勤帯	平均	人／月
③ 深夜勤帯	平均	人／月

2-5 看護補助者の勤務時間（令和4年8月～10月の3か月間）		
	a 常勤	b 非常勤
1人当たり平均勤務時間 ^{※3} ／月	時間／月	時間／月

※3（再掲）平均勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含まれます。

2-6 貴病棟に配置されている看護職員 ^{※2} の夜勤専従者数（実人数）			
（令和4年8月～10月の3か月間）		a 常勤	b 非常勤（実人数）
① 看護師数		人	人
② 准看護師数		人	人

※2（再掲）看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

2-7 看護職員 ^{※2} の夜勤専従者の勤務時間等（令和4年8月～10月の3か月間）			
		a 常勤	b 非常勤
① 1人当たり平均勤務時間 ^{※3} ／月		時間／月	時間／月
② 1人当たり平均夜勤時間 ^{※4} ／月		時間／月	時間／月
③（最小値 ^{※5} ）夜勤時間／月		時間／月	時間／月
④（最大値 ^{※6} ）夜勤時間／月		時間／月	時間／月

※2（再掲）看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

※3（再掲）平均勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含まれます。

※4（再掲）平均夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数（※夜勤従事者は夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内（病棟+病棟外）で勤務する時間）。なお、次の該当者は計算から除外してください。

a) 夜勤専従者（専ら夜勤時間帯に従事する者）

b) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟の場合は月夜勤時間数が16時間未満及び短時間制職員で月夜勤時間数が12時間未満の者

c) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟以外の病棟の場合は、月夜勤時間数が8時間未満の者

※5（再掲）（最小値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。夜勤に従事していない人は除いてください。

※6（再掲）（最大値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。

問3 勤務体制等についてお伺いします。

《3-1は、本調査における「病棟調査票（A）もしくは病棟調査票（D）」を提出済みの場合、回答不要です。》

3-1 貴病棟における看護職員の勤務形態（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 3交代制^{※1}

01

02 変則3交代制^{※2}

02

03 2交代制

03

04 変則2交代制^{※3}

04

05 その他（具体的に： ）

05

※1 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

※2 変則3交代制：日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤8時間といった日勤・準夜勤・深夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

※3 変則2交代制：日勤8時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

3-2 貴病棟における看護職員数に関する状況についてお伺いします。

（直近1年間の変化について該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

① 看護師数

01 増えた

02 変わらない

03 減った

①

② 准看護師数

01 増えた

02 変わらない

03 減った

②

③ 看護補助者数

01 増えた

02 変わらない

03 減った

③

④ 夜勤の看護職員配置数

01 増えた

02 変わらない

03 減った

④

⑤ 夜勤の看護補助者配置数

01 増えた

02 変わらない

03 減った

⑤

3-3 貴病棟の業務負担軽減の取り組みについてお伺いします。（令和4年11月1日時点）

（直近1年間の変化について該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 取り組みを行っている

02 現状で問題がないため新たな取り組みは行っていない

03 取り組みたいが困難

《3-4は、3-3にて「01 取り組みを行っている」の場合にご回答ください。》

3-4 以下①～⑳の中から、取り組みを行っている項目について効果の有無をご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

	01 効果がある	02 どちらかとい えば効果があ る	03 どちらとも言 えない	04 どちらかと言 えば効果がな い	05 効果がない	
① 看護職員の増員	01	02	03	04	05	① <input type="text"/>
② 夜勤専従勤務の導入もしくは夜勤専従者の増員	01	02	03	04	05	② <input type="text"/>
③ 早出や遅出など夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	01	02	03	04	05	③ <input type="text"/>
④ 欠勤、患者の急変、不穏患者の対応等における他部署からの応援体制	01	02	03	04	05	④ <input type="text"/>
⑤ 夜勤後の暦日の休日の確保	01	02	03	04	05	⑤ <input type="text"/>
⑥ 夜勤の連続回数が2連続（2回まで）の設定	01	02	03	04	05	⑥ <input type="text"/>
⑦ 11時間以上の勤務間隔の確保	01	02	03	04	05	⑦ <input type="text"/>
⑧ 月の夜勤回数の上限の設定	01	02	03	04	05	⑧ <input type="text"/>
⑨（2交代制勤務の場合）夜勤時の仮眠時間を含む休憩時間の確保	01	02	03	04	05	⑨ <input type="text"/>
⑩（2交代制勤務の場合）13時間以内となる夜勤時間の設定	01	02	03	04	05	⑩ <input type="text"/>
⑪（3交代制勤務の場合）正循環の交代周期の確保	01	02	03	04	05	⑪ <input type="text"/>
⑫ 2交代・3交代制勤務の見直し（変則への移行を含む）	01	02	03	04	05	⑫ <input type="text"/>
⑬ 看護補助者の増員	01	02	03	04	05	⑬ <input type="text"/>
⑭ 早出や遅出の看護補助者の配置	01	02	03	04	05	⑭ <input type="text"/>
⑮ 夜勤帯の看護補助者の配置	01	02	03	04	05	⑮ <input type="text"/>
⑯ 看護補助者との業務分担	01	02	03	04	05	⑯ <input type="text"/>
⑰ 病棟クラークの配置	01	02	03	04	05	⑰ <input type="text"/>
⑱ 薬剤師の病棟配置	01	02	03	04	05	⑱ <input type="text"/>
⑲ 薬剤師による薬剤管理や服薬指導等の実施	01	02	03	04	05	⑲ <input type="text"/>
⑳ 臨床工学技士との業務分担	01	02	03	04	05	⑳ <input type="text"/>
㉑ PT、OT、STとの業務分担	01	02	03	04	05	㉑ <input type="text"/>
㉒ 入退院支援部門のスタッフ（MSW等）との業務分担	01	02	03	04	05	㉒ <input type="text"/>
㉓ ICT、AI、IoT等の活用	01	02	03	04	05	㉓ <input type="text"/>
㉔ 電子カルテの活用	01	02	03	04	05	㉔ <input type="text"/>

(3-4の続き)	01 効果がある	02 どちらかとい えば効果があ る	03 どちらとも言 えない	04 どちらかと言 えば効果がな い	05 効果がない
㉕ 院内保育所の設置	01	02	03	04	05
㉖ 夜間院内保育所の設置	01	02	03	04	05
㉗ ㉕又は㉖の院内保育所における病児保育 の実施	01	02	03	04	05
㉘ 夜間を含めた各部署の業務量を 把握・調整するシステムの構築	01	02	03	04	05
㉙ その他(<input type="text"/>)	01	02	03	04	05

《回答欄》

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

《3-5は、3-3にて「03 取り組みたいが困難」の場合にご回答ください。》

* 3-5 その理由についてお伺いします。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 病院の方針(現状維持)	01 <input type="text"/>
02 看護職員の人材不足	02 <input type="text"/>
03 他職種の人材不足	03 <input type="text"/>
04 シフトの導入や変更等検討するも、スタッフの同意が得られない	04 <input type="text"/>
05 他病棟も多忙で応援体制をとることが困難	05 <input type="text"/>
06 新型コロナウイルス感染症の対策により他職種との業務分担が困難	06 <input type="text"/>
07 その他(具体的に <input type="text"/>)	07 <input type="text"/>

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

3-6 貴病棟の看護職員の勤務状況についてお伺いします。

(直近1年間の変化について該当する番号1つを右欄に記載)

① 勤務時間	01 短くなった	02 変わらない	03 長くなった
② 残業時間	01 短くなった	02 変わらない	03 長くなった
③ 有給休暇の取得状況	01 増えた	02 変わらない	03 減った
④ 実際の夜勤時間の長さ(残業等含む)	01 短くなった	02 変わらない	03 長くなった
⑤ 夜勤の回数	01 増えた	02 変わらない	03 減った
⑥ 夜勤シフトの組み方	01 組みやすくなった	02 変わらない	03 組みにくくなった
⑦ 夜勤の72時間要件	01 満たしやすくなった	02 変わらない	03 満たしにくくなった
⑧ 総合的にみた勤務状況	01 改善した	04 どちらかというと悪化した	02 どちらかというと改善した
	03 変わらない	06 その他(<input type="text"/>)	05 悪化した

《回答欄》

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

3-7 看護記録に係る負担軽減のための取組を実施していますか。

(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 実施している
- 02 今年度中に実施する予定
- 03 実施する予定はない

《3-7で「01 実施している」を選択した場合に以下の設問についてご回答ください。》

3-8 看護記録に係る負担軽減のため、どのような取組を実施していますか。

(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 記録内容の簡素化・見直し(様式の見直し、重複書類の削減、クリニカルパスの活用等)
- 02 記録の運用方法の見直し(記録の電子化、多職種間での共同閲覧機能の拡大等)
- 03 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の評価方法の変更(IからIIへ)
- 04 ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入(タブレットやモバイルPCの活用等)
- 05 バイタルデータ等の自動入力システムの活用
- 06 看護補助者やクラーク等による入力代行・支援
- 07 音声入力やボイスレコーダーを活用した看護記録の代行入力
- 08 AIを活用したアセスメント支援システムの導入
- 09 その他(具体的に:)

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

《回答欄》

3-9 上記で選択した取組のうち、最も負担軽減に寄与している取組の番号を1つご記入ください。

問4 あなたの勤務する病棟での看護補助者との連携状況についてお伺いします。

4-1 以下の各業務について、貴病棟の状況をそれぞれご回答ください。（令和4年11月1日時点） (1)～(4)の設問について、それぞれ該当する番号を空欄にご記入ください。	(1) 看護職員の業務負担感						(2) 看護補助者との業務分担状況			(3) 【看護補助者が各業務を実施する場合（完全委譲・部分委譲・協働も含む）】看護職員の負担軽減の効果 ※既に看護補助者が実施している場合もお答えください。					(4) 【看護職員が主に担当している場合】今後の看護補助者との協働・分担に関する意向・予定				
	負担が非常に小さい	負担が小さい	どちらか大きい	負担が大きい	負担が非常に大きい	実施していない	看護職員が主に担当	看護職員と看護補助者との協働	看護補助者が主に担当	効果がある	どちらかともいえない	どちらかともいえない	効果が無い	効果がある	効果がない	効果がない	効果がない	効果がない	効果がない
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2
① 食事介助																			
② 配下膳																			
③ 排泄介助																			
④ おむつ交換等																			
⑤ 体位変換																			
⑥ 移乗（車椅子、ベッド等）																			
⑦ 寝具やリネンの交換、ベッド作成																			
⑧ 清潔・整容（清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等）																			
⑨ 患者の病棟外への送迎（検査、リハビリ等）																			
⑩ 入院案内（オリエンテーション等）																			
⑪ 日中の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）																			
⑫ 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）																			
⑬ 事務的業務																			
⑭ 物品搬送																			
⑮ 医療材料等の物品の補充、準備、点検																			
⑯ 環境整備																			

問5 その他ご意見等をお伺いします。

どのような取組が病院で行われれば、医療従事者の負担を軽減することができると思いますか。

新型コロナウイルスの影響に対する取組と働き方改革全般に対する取組の違いに留意しつつ、具体的にご記入ください。

また、貴病棟における看護職員の勤務状況や負担軽減に関する今後の課題等があればご記入ください。

病棟看護管理者票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和4年●月●日(●)までに

貴施設(この調査票を受けとった医療機関)の調査担当者にお渡し下さい。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

A-5/D-4

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

* 医療従事者調査（薬剤部責任者票）

● 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■ 医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力をお願い】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

医療従事者ID（英数字9桁）									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ あなたが所属している施設名をご記入ください。

施設名	
-----	--

問1 貴施設の概要等についてお伺いします。

1-1 貴施設の薬剤師数及びその他の職員数についてご記入回答ください。（令和4年11月1日時点）			
	a 常勤	非常勤	
		b 実人数	c 常勤換算人数 ^{※1}
① 薬剤師 (薬剤部以外に所属する方も含めた施設全体の人数)	人	人	人
② 薬剤師（薬剤部門所属）	人	人	人
その他の職員 (薬剤部門所属)	③ 事務補助者	人	人
	④ その他	人	人

※1 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点第1位まで（小数点第2位以下切り捨て）でご記入ください。以下、常勤換算数をたずねる設問については同じ方法で算出してください。

- 1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
- 1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

1-2 職員数の変動状況について改定前（令和4年3月31日時点）と改定後（令和4年11月1日時点）を比較してご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 増員した	02 変化なし	03 減員した	

1-3 貴施設の常勤薬剤師1人あたりの平均勤務時間 ^{※2} についてご回答ください。（令和4年10月1か月）	
約	時間/月

※2 所定労働時間に残業時間を加えた時間

1-4 貴施設の処方箋枚数についてご回答ください。(令和4年10月1か月)	
	令和4年10月
① 外来患者の院外処方箋	枚
② 外来患者の院内処方箋	枚
③ 入院患者の処方箋	枚

1-5 貴施設における病棟数、薬剤師が配置されている病棟数についてご回答ください。 (病棟薬剤業務実施加算を算定していない場合もすべて含めて記入してください。)(令和4年11月1日時点)	
① 貴施設における全病棟数	病棟
② うち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数	病棟
③ 療養病棟・精神病棟の病棟数	病棟
④ うち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数	病棟
⑤ 集中治療室等 ^{※3} の病棟数	病棟
⑥ うち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数	病棟

※3 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している病棟

1-6 各病棟に配置されている薬剤師数についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)			
	a 常 勤	非常勤	
		b 実人数	c 常勤換算人数
① 各病棟に配置されている薬剤師数	人	人	人
② うち、病棟専任の薬剤師数	人	人	人
③ うち、療養病棟に配置されている薬剤師数	人	人	人
④ うち、精神病棟に配置されている薬剤師数	人	人	人
⑤ うち、集中治療室等 ^{※3} に配置されている薬剤師数	人	人	人
⑥ うち、小児病棟に配置されている薬剤師数	人	人	人
⑦ うち、緩和ケア病棟に配置されている薬剤師数	人	人	人

1-7 貴施設の夜間勤務体制についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)	
(該当する番号1つを右欄に記載)	
01 日勤のみ	05 3交代制 ^{※7}
02 当直 ^{※4}	06 シフト勤務 ^{※8} (早出、遅出等)
03 オンコール ^{※5}	07 その他 (<input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>)
04 2交代制 ^{※6}	

《回答欄》

- ※4 薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること
- ※5 自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること
- ※6 日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務
- ※7 日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務
- ※8 早出、遅出等の時間差勤務体制をとっていること

《1-8は、1-7にて「02 当直」「03 オンコール」に該当する場合にご回答ください。》

1-8 当直、オンコールを担当する平均薬剤師数 (令和4年10月1か月)

	a 常勤	b 非常勤
	人	人

1-9 1人あたりの当直・オンコール担当平均回数^{※9} (令和4年10月1か月)

	令和4年10月
	回

※9 土曜日・日曜日の日直はそれぞれ1回として数える

1-10 当直、オンコール時の業務内容についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

(令和4年11月1日時点)

	《回答欄》
01 入院患者に対する調剤	01
02 外来患者に対する調剤	02
03 入院患者に対する薬剤管理指導	03
04 外来患者に対する薬剤管理指導	04
05 緊急手術の薬剤の払い出し等の薬剤管理	05
06 緊急入院患者の持参薬の鑑別	06
07 麻薬等の管理が必要な医薬品の払い出し	07
08 入院患者の医師看護師等からの薬剤に関する問い合わせ	08
09 救急外来患者の医師看護師等からの薬剤に関する問い合わせ	09
10 無菌製剤処理業務	10
11 薬品管理業務(発注、在庫管理、マスタ管理等)	11
12 その他(具体的に <input type="text"/>)	12

1-11 夜勤1日あたりの①～④それぞれの平均件数についてご回答ください。(令和4年10月1か月)

	令和4年10月	
① 入院調剤件数	平均	件
② 外来調剤件数	平均	件
③ 病棟対応件数(入院患者に関する薬学的管理に関する対応)	平均	件
④ 外来対応件数(救急外来等の薬学的管理に関する対応、 外来患者等からの電話による相談の対応等)	平均	件

問2 薬剤師の働き方についてお伺いします。

2-1 薬剤師の業務について実施の有無、実施している業務については業務量が1年前と比較してどのように変化したかご回答ください。(aは該当する番号1つ、bはaで「1：有」の場合に該当する番号1つを記載)

	a 実施の有無 (令和3年11月1日 ～令和4年10月31日)	b 業務量の変化
	1：有 2：無	1：増えた 2：変化なし 3：減った
① 薬剤師による入院時における持参薬の確認・鑑別及び、 確認・鑑別結果に基づく服薬計画の立案		
② 入院前の患者の服用薬の確認と、手術前中止薬等の 医師への情報提供		
③ 薬剤師から医師への情報提供		
④ 薬剤師の病棟内のカンファレンス・回診への参加回数		
⑤ 医師から薬剤師への薬剤に関する助言を求められる回数		
⑥ 看護職員から薬剤師への薬剤に関する助言を求められる回数		
⑦ 薬剤師による処方提案・処方内容変更の提案の件数		
⑧ 薬剤師による臨床検査（肝・腎機能、電解質・血中薬物濃度 モニタリングなど）の提案の件数		
⑨ 薬剤師の関与による副作用・相互作用等回避の件数		
⑩ 薬剤師の関与による国への副作用報告の件数		
⑪ 薬剤師による医薬品の流量又は投与量等の計算・確認回数		
⑫ 医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan） に関する情報等を活用した医薬品安全管理に関する業務		
⑬ おくすり手帳等へ入院中に服用した主な薬剤の記載と 退院時の患者や家族への服用に関する指導の件数		
⑭ 手術室関連業務		
⑮ 術後疼痛管理チームへの参加		
⑯ 褥瘡対策関連業務		
⑰ 《小児入院医療管理料を算定する病棟がある施設のみ》 小児病棟での薬学的管理		
⑱ 《小児入院医療管理料を算定する病棟がある施設のみ》 小児病棟で退院時の服薬指導及び薬局に対する情報提供		
⑲ 《集中治療室等 ^{※1} の病棟がある施設のみ》 集中治療領域での薬学的管理		

※1 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している病棟

2-2 貴施設の薬剤師の従業員数と業務量の状況についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)
 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 薬剤師の従業員数は業務量に対して少ない	《回答欄》 <input type="checkbox"/>
02 薬剤師の従業員数は業務量に対して適切である	
03 薬剤師の従業員数は業務量に対して多い	

《2-3は、2-2にて「01 薬剤師の従業員数は業務量に対して少ない」の場合にご回答ください。
 2-3 薬剤師の従業員数が少ないことにより、十分に実施できていない業務についてご回答ください。
 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 入院患者に対する調剤業務	01 <input type="checkbox"/>
02 入院患者に対する病棟業務	02 <input type="checkbox"/>
03 外来患者に対する調剤業務	03 <input type="checkbox"/>
04 外来患者に対する薬剤業務(外来化学療法室での患者指導業務など)	04 <input type="checkbox"/>
05 手術室関連業務	05 <input type="checkbox"/>
06 術後疼痛管理チームへの参加	06 <input type="checkbox"/>
07 褥瘡対策関連業務	07 <input type="checkbox"/>
08 《小児入院医療管理料を算定する病棟がある施設のみ》小児病棟での薬学的管理	08 <input type="checkbox"/>
09 《小児入院医療管理料を算定する病棟がある施設のみ》小児病棟で退院時の服薬指導及び薬局に対する情報提供	09 <input type="checkbox"/>
10 《集中治療室等 ^{※1} の病棟がある施設のみ》集中治療領域での薬学的管理	10 <input type="checkbox"/>
11 医薬品情報管理業務	11 <input type="checkbox"/>
12 治験・臨床研究関連業務	12 <input type="checkbox"/>
13 教育・研究業務	13 <input type="checkbox"/>
14 抗菌薬の適正使用の推進に関する取組	14 <input type="checkbox"/>
15 入院時の薬学管理と医師・看護師等への情報提供	15 <input type="checkbox"/>
16 退院時の薬学管理指導と薬局への情報提供	16 <input type="checkbox"/>
17 医師から薬剤師への業務のタスクシフト	17 <input type="checkbox"/>
18 その他 (<input type="text"/>)	18 <input type="checkbox"/>

※1 (再掲) 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している病棟

《2-4は、2-2にて「01 薬剤師の従業員数は業務量に対して少ない」の場合にご回答ください。》
 2-4 薬剤師の従業員数が業務量に対して少ない理由について最もあてはまるものをご回答ください。
 (令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 薬剤管理業務が増えても、病院の方針で薬剤師の増員はされないため	《回答欄》 <input type="checkbox"/>
02 薬剤管理業務が増え、薬剤師増員のため募集を行っても、応募してくる薬剤師がいないため	
03 薬剤管理業務が増え、増員を行っても、退職者が多く欠員状態が続いているため	
04 その他 (<input type="text"/>)	

問3 薬剤師の病棟業務等についてお伺いします。

3-1 貴施設の病棟薬剤業務実施加算の届出状況についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)
 (該当する番号すべて、右欄に○)

01 病棟薬剤業務実施加算1を届け出ている	01	<input type="checkbox"/>
02 病棟薬剤業務実施加算2を届け出ている	02	<input type="checkbox"/>
03 いずれも届け出していない	03	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

《3-2は、3-1にて「03 いずれも届け出していない」に該当する場合にご回答ください。》

3-2 病棟薬剤業務実施加算1の届け出していない理由についてご回答ください。
 (令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 算定対象病棟がないため	01	<input type="checkbox"/>
02 入院患者が少なく病棟業務の実施時間が週20時間に満たないため	02	<input type="checkbox"/>
03 薬剤師が少なく病棟業務の実施時間が週20時間確保できないため	03	<input type="checkbox"/>
04 薬剤師が少なく算定対象の全ての病棟に専従の薬剤師を配置できないため	04	<input type="checkbox"/>
05 病院の方針で他の分野に注力しているため	05	<input type="checkbox"/>
06 入院患者に対する調剤業務負担が大きいため	06	<input type="checkbox"/>
07 外来患者に対する調剤業務負担が大きいため	07	<input type="checkbox"/>
08 外来化学療法室での患者指導業務負担が大きいため	08	<input type="checkbox"/>
09 医薬品情報管理業務負担が大きいため	09	<input type="checkbox"/>
10 治験・臨床研究関連業務負担が大きいため	10	<input type="checkbox"/>
11 教育・研究業務負担が大きいため	11	<input type="checkbox"/>
12 薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため	12	<input type="checkbox"/>
13 その他 (<input type="text"/>)	13	<input type="checkbox"/>

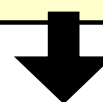
《回答欄》

《すべての施設が3-3の設問についてご回答ください。》

3-3 一週間あたりの病棟業務時間について、①～⑭それぞれに該当する病棟数と主な病棟をご回答ください。

(令和4年10月1か月)

	1病棟あたりの 1週間の病棟業務時間	a 病棟数 (令和4年10月)	b 主な病棟
病棟薬剤業務実施加算1を算定している病棟の病棟数	① 20時間以上 25時間未満		病棟
	② 25時間以上 30時間未満		病棟
	③ 30時間以上		病棟
病棟薬剤業務実施加算2を算定している病棟の病棟数	④ 20時間以上 25時間未満		病棟
	⑤ 25時間以上 30時間未満		病棟
	⑥ 30時間以上		病棟
病棟薬剤業務実施加算を算定していない病棟の病棟数	⑦ 0時間		病棟
	⑧ 0時間以上 5時間未満		病棟
	⑨ 5時間以上 10時間未満		病棟
	⑩ 10時間以上 15時間未満		病棟
	⑪ 15時間以上 20時間未満		病棟
	⑫ 20時間以上 25時間未満		病棟
	⑬ 25時間以上 30時間未満		病棟
	⑭ 30時間以上		病棟



※ 「b 主な病棟」は以下「01～13」から最も該当する番号1つを①～⑭それぞれに記載してください。		
01 一般病棟	06 ICU病棟	10 NICU病棟
02 回復期リハビリテーション病棟	07 HCU病棟	11 GCU病棟
03 地域包括ケア病棟	08 SCU病棟	12 PICU病棟
04 療養病棟	09 MFICU病棟	13 その他 (<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>)
05 小児病棟		

問4 各種加算や医学管理料の状況等についてお伺いします。

4-1 周術期の薬剤管理として行っていること（病棟薬剤師と連携して行っていることを含む）をご回答ください。（令和4年10月1か月）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認	01	<input type="checkbox"/>
02 術前中止薬の患者への説明	02	<input type="checkbox"/>
03 医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力 ^{※1}	03	<input type="checkbox"/>
04 術中使用薬剤の医師による処方後の払出し	04	<input type="checkbox"/>
05 手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製	05	<input type="checkbox"/>
06 手術中における、鎮痛薬等の調製	06	<input type="checkbox"/>
07 手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案	07	<input type="checkbox"/>
08 術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理	08	<input type="checkbox"/>
09 その他（ <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>)	09	<input type="checkbox"/>

※1 「代行入力」とは、医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が電子カルテに処方や検査の指示等を入力することを指す。薬剤師においては、必要に応じて、疑義照会や処方提案を行う。

4-2 周術期薬剤管理加算の届出を行っていますか。（該当する番号1つを右欄に記載）
（令和4年11月1日時点）

《回答欄》

01 届け出ている	02 届け出していない	<input type="checkbox"/>
-----------	-------------	--------------------------

《4-3は、4-2にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》

4-3 平均手術件数についてご回答ください。（令和4年10月1か月）

	令和4年10月1か月	
① 周術期薬剤管理加算の算定をした手術件数	平均 <input style="width: 100px;" type="text"/>	件/月
② うち、時間外休日夜間	平均 <input style="width: 100px;" type="text"/>	件/月
③ 周術期薬剤管理加算の算定対象ではない、「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行っていない手術」において周術期薬剤管理を行った手術件数	平均 <input style="width: 100px;" type="text"/>	件/月
④ うち、時間外休日夜間	平均 <input style="width: 100px;" type="text"/>	件/月

4-4 ①～②それぞれの手術の診療科について、下記<診療科群>の「01～12」よりご回答ください。
（該当する番号すべて）

① 周術期薬剤管理加算の算定をした手術	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
② 周術期薬剤管理加算の算定対象ではない、「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行っていない手術」において周術期薬剤管理を行った手術	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

<診療科群>

01 整形外科	04 心臓血管外科	07 眼科	10 泌尿器科
02 脳神経外科	05 消化器外科	08 耳鼻咽喉科	11 小児科
03 呼吸器外科	06 産婦人科	09 皮膚科	12 その他（ <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>)

4-5 周術期薬剤管理加算の算定をした手術の平均対応時間（令和4年10月1か月）	
平均	分/件

《4-6は、4-2にて「02 届け出ていない」の場合にご回答ください。》

4-6 周術期薬剤管理加算を届け出ていない理由をご回答ください。（令和4年10月1か月）

（該当する番号すべて、右欄に○）

<p>01 「周術期薬剤管理に関するプロトコルを整備し、定期的な見直しを実施する」を満たせないから</p> <p>02 「周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、必要な情報を提供する」を満たせないから</p> <p>03 「医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携する」を満たせないから</p> <p>04 「専任の薬剤師の配置」を満たせないから</p> <p>05 「病棟薬剤師との連携」を満たせないから</p> <p>06 「病棟薬剤業務実施加算1の届出」を満たせないから</p> <p>07 その他（<input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>)</p>	<p>《回答欄》</p> <p>01 <input type="checkbox"/></p> <p>02 <input type="checkbox"/></p> <p>03 <input type="checkbox"/></p> <p>04 <input type="checkbox"/></p> <p>05 <input type="checkbox"/></p> <p>06 <input type="checkbox"/></p> <p>07 <input type="checkbox"/></p>
---	---

4-7 術後疼痛管理チーム加算の届出を行っていますか。（令和4年10月1か月）

（該当する番号1つを右欄に記載）

<p>01 届け出ている</p>	<p>02 届け出ていない</p>	<p>《回答欄》</p> <p><input type="checkbox"/></p>
-------------------------	--------------------------	--

4-8 貴施設における外来化学療法の実施の有無についてご回答ください。

（令和4年10月1か月）（該当する番号1つを右欄に記載）

<p>01 あり</p>	<p>02 なし</p>	<p>《回答欄》</p> <p><input type="checkbox"/></p>
---------------------	---------------------	--

《4-9は、4-8で「01 あり」の場合にご回答ください。》

4-9 貴施設における外来腫瘍化学療法診療料の届出の有無についてご回答ください。
(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 外来腫瘍化学療法診療料1を届け出ている	《回答欄》 <input type="text"/>
02 外来腫瘍化学療法診療料2を届け出ている	
03 届け出していない	

《4-10は、4-9で「01 外来腫瘍化学療法診療料1を届け出ている」の場合にご回答ください。》

4-10 薬剤師が行っている業務についてご回答ください。(令和4年10月1か月)
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 患者や家族への抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等に関する説明	01 <input type="text"/>
02 投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況の評価	02 <input type="text"/>
03 抗悪性腫瘍剤投与中・投与後の副作用に対する処方提案	03 <input type="text"/>
04 外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対する対応	04 <input type="text"/>
05 投与量の評価、必要な場合に変更の提案	05 <input type="text"/>
06 レジメンの提案	06 <input type="text"/>
07 診療前の情報収集と医師への情報提供	07 <input type="text"/>
08 その他 (<input type="text"/>)	08 <input type="text"/>

4-11 連携充実加算^{※2}の算定の有無についてご回答ください。(令和4年10月1か月)
(該当する番号1つを右欄に記載)

01 あり	02 なし	《回答欄》 <input type="text"/>
-------	-------	-------------------------------

※2 医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合、月1回に限り加算(150点)。

《4-12は、4-11にて「01 あり」の場合にご回答ください。》

4-12 対象患者の算定割合(令和4年10月1か月)

約 <input type="text"/> % ^{※3}
--

※3 (連携充実加算の算定対象数の期間合計) ÷ (化学療法加算1の算定対象数の期間合計) × 100 で算出し、小数点以下第2位を切り捨て、小数点以下第1位までご記入ください。

4-13 外来における抗悪性腫瘍剤による治療に従事する薬剤師の平均配置人数についてご回答ください。
(令和4年10月1か月)

平均 <input type="text"/> 人/日

4-14 貴施設の外来における内服の抗悪性腫瘍剤による治療の有無についてご回答ください。
(令和4年10月1か月) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 あり	02 なし	《回答欄》 <input type="text"/>
-------	-------	-------------------------------

4-15 内服の抗悪性腫瘍剤のみを使用する場合でも病院と薬局の連携は必要と考えますか。
(令和4年11月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 必要である	02 必要ではない	《回答欄》 <input type="text"/>
----------	-----------	-------------------------------

《4-16は、4-15にて「01 必要である」の場合にご回答ください。》

4-16 必要な理由（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 治療による副作用が強いため
- 02 患者の自己中断を防ぐため
- 03 支持療法が適切であるかモニタリングが必要であるため
- 04 治療に対し、患者が不安を抱いている場合があるため
- 05 症状に応じて自己調整が必要な支持療法があるため
- 06 その他（)

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

問5 貴施設の医療従事者の負担軽減における取組状況等についてお伺いします。

5-1 薬剤師以外の医療従事者の負担を軽減するため、薬剤師が取り組んでいることについて
ご回答ください。（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 病棟薬剤業務の推進
- 02 外来患者に対する患者の服薬状況等の聞き取り、医師への情報提供等の外来支援業務
- 03 救急外来における患者の服薬情報等の収集、薬物による症状の確認
- 04 定期的な検査が必要な医薬品に関する検査の提案
- 05 医師と事前に取り決めたプロトコールに沿って処方された薬剤の変更
- 06 薬局からの疑義照会への対応
- 07 フォーミュラリーの作成等による処方への支援
- 08 入院時における施設外の医師・薬剤師等との連携
- 09 退院時における施設外の医師・薬剤師等との連携
- 10 医薬品に関する研修会等の開催
- 11 その他（)

01	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>

5-2 病院薬剤師がどのような業務を分担すれば、病院全体の働き方改革に貢献できると思いますか。
（令和4年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 病棟薬剤業務の推進
- 02 外来患者に対する患者の服薬状況等の聞き取り、医師への情報提供等の外来支援業務
- 03 予定入院患者の外来での服薬中の薬剤管理（いわゆる持参薬管理）
- 04 救急外来における患者の服薬情報等の収集、薬物による症状の確認
- 05 定期的な検査が必要な医薬品に関する検査の提案
- 06 医師と事前に取り決めたプロトコールに沿って処方された薬剤の変更
- 07 薬局からの疑義照会への対応
- 08 フォーミュラリーの作成等による処方への支援
- 09 入退院時における施設外の医師・薬剤師等との連携
- 10 医薬品に関する研修会等の開催
- 11 その他（)

01	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>

5-3 どのような取組を行えば、薬剤師の負担を軽減できると思いますか。

(令和4年11月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 システムや事務職員等による医薬品の在庫管理 (医薬品の発注・納品・管理業務、医薬品の補填業務)
- 02 システムや事務職員等による物品の搬送・移送
- 03 システムによる医薬品情報業務
- 04 電子カルテ、調剤支援システム、オーダーリングシステムの導入や改良
- 05 調剤ロボットやピッキングマシンによる調剤業務の機械化
- 06 薬局薬剤師による持参薬鑑別
- 07 薬局薬剤師によるフォローアップ
- 08 その他 ()

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	

5-4 どのような取組が病院で行われれば、医療従事者の負担を軽減できると思いますか。

ご意見があれば下欄にご記入ください。

(新型コロナウイルスの影響に対する取組や働き方改革全般に対する取組など、自由にご記載ください)

問6 保険薬局との連携等についてお伺いします。

■ 外来での連携についてお伺いします。

6-1 保険薬局からの文書による情報提供の有無についてご回答ください。(令和4年8~10月の3か月) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

《6-2は、6-1にて「01あり」の場合にご回答ください。》

6-2 保険薬局からの情報提供件数(令和4年8~10月の3か月)	<input type="text"/>	件
----------------------------------	----------------------	---

6-3 薬局からのトレーシングレポート(保険薬局からの文書による情報提供)の薬局との取り決めの有無についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

6-4 薬局からのトレーシングレポート(保険薬局からの文書による情報提供)の院内で受け取る体制が整備されているかご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 整備されている	02 整備されていない	<input type="checkbox"/>

《6-5は、6-4にて「01あり」の場合にご回答ください。》

6-5 薬局からのトレーシングレポート(保険薬局からの文書による情報提供)の窓口についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 医師	<input type="text"/>	01 <input type="checkbox"/>
02 薬剤師		02 <input type="checkbox"/>
03 その他		03 <input type="checkbox"/>

■ 入院時の連携についてお伺いします。

6-6 予定入院患者の入院前の使用薬剤の確認の有無についてご回答ください。 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	<input type="checkbox"/>

《6-7は、6-6にて「01あり」の場合にご回答ください。》

6-7 予定入院患者の入院前の使用薬剤の確認内容についてご回答ください。 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 使用薬剤の確認	<input type="text"/>	01 <input type="checkbox"/>
02 ポリファーマシーの有無と減薬の提案		02 <input type="checkbox"/>
03 手術前中止薬の有無		03 <input type="checkbox"/>
04 せん妄リスク薬の有無		04 <input type="checkbox"/>
05 その他		05 <input type="checkbox"/>

■退院時の連携についてお伺いします。（在宅の処方調整など）

6-8 貴施設の退院時共同カンファレンスへの病院薬剤師の参加状況についてお伺いします。
 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 積極的に参加している	02 参加依頼があった時のみ参加している	03 参加していない
----------------------	-----------------------------	-------------------

《回答欄》

--

6-9 貴施設の退院時共同カンファレンスへの薬局薬剤師の参加状況についてお伺いします。
 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 積極的に参加している	02 参加依頼があった時のみ参加している	03 参加していない
----------------------	-----------------------------	-------------------

《回答欄》

--

《6-10は、6-8にて「01 積極的に参加している」「02 参加依頼があった時のみ参加している」に該当する場合にご回答ください。》

6-10 入院患者の在宅移行時に対応可能な薬局の把握が難しいものをお選びください。
 (該当する番号すべて、右欄に○)

01 希少疾病医薬品	01
02 麻薬	02
03 抗悪性腫瘍薬	03
04 無菌製剤処理	04
05 医療的ケア児	05
06 その他 (<input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>)	06

《回答欄》

《6-11は、6-8にて「01 積極的に参加している」「02 参加依頼があった時のみ参加している」に該当する場合にご回答ください。》

6-11 入院患者の在宅移行時に病院薬剤師が行うことや提供する情報等をお選びください。
 (該当する番号すべて、右欄に○)

01 注射薬について、薬局で対応可能な組成への変更を医師に処方提案	01
02 特殊な調剤方法の薬剤について、調剤方法を薬局に情報提供	02
03 入院中のポリファーマシーの評価を含む処方変更等の情報を薬局に情報提供	03
04 患者の服薬状況を在宅で関与する医療従事者に情報提供する	04
05 その他 (<input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>)	05

《回答欄》

薬剤師責任者票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和4年●月●日(●)までに

貴施設(この調査票を受けとった医療機関)の調査担当者にお渡し下さい。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

***外来調査（施設票）**

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

- 特に指定がある場合を除いて、令和4年11月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

施設名		施設ID	
記入者氏名		電話番号	

問1 貴施設の概要についてお伺いします。

1-1 開設者（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）		<input type="text"/>
02 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）		
03 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）		
04 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）		
05 医療法人（社会医療法人は含まない）		
06 その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人）		
07 個人		

1-2 医療機関の種別（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所	<input type="text"/>

《1-3 貴施設が病院・有床診療所の場合、許可病床数をご回答ください。》					
①一般病床	②療養病床	③精神病床	④感染症病床	⑤結核病床	⑥全体
<input type="text"/> 床	<input type="text"/> 床	<input type="text"/> 床	<input type="text"/> 床	<input type="text"/> 床	<input type="text"/> 床

1-4 標榜診療科（該当する番号すべて、右欄に○）

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

《1-5は、1-2にて「02 有床診療所 03 無床診療所」の場合にご回答ください。》

1-5 主たる診療科（上記1-4のうち、該当する番号1つを右欄に記載）

主たる診療科目についての考え方の優先順位は

- ①科目別患者数が多いもの
- ②院長又は常勤医師（非常勤医師のみのときは管理医師）の主たる専門科目
- ③院長が主たる診療科目として判断するものとします。

《回答欄》

1-13 特掲診療料の届出又は算定状況（届出又は算定している番号すべて、右欄に○）

01	特定疾患療養管理料	01	
02	小児科療養指導料	02	
03	てんかん指導料	03	
04	難病外来指導管理料	04	
05	糖尿病透析予防指導管理料	05	
06	生活習慣病管理料	06	
07	在宅時医学総合管理料	07	
08	施設入居時等医学総合管理料	08	
09	精神科在宅患者支援管理料	09	
10	小児かかりつけ診療料	10	
11	認知症地域包括診療料	11	
12	外来腫瘍化学療法診療料	12	

《回答欄》

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	

1-14 外来における院内・院外処方状況（該当する番号1つを右欄に記載）

01 主として院内処方	02 主として院外処方
-------------	-------------

《回答欄》

--

1-15 連携している24時間対応の薬局の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

01 あり	02 なし
-------	-------

《回答欄》

--

1-16 貴施設の外来患者数についてお伺いします。

外来患者数	令和3年10月1か月間	令和4年10月1か月間
① 初診の患者数	人 延べ	人
② (うち) 紹介状により紹介された患者数	人 延べ	人
③ 再診の延べ患者数	人 延べ	人
④ 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数	人 延べ	人

問2 外来感染対策向上加算についてお伺いします。

《2-1は、貴院が病院の場合にご回答ください。》

2-1 届出の状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 感染対策向上加算1	03 感染対策向上加算3
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない

《回答欄》

--

《2-2は、貴院が診療所の場合にご回答ください。》

2-2 外来感染症対策向上加算の届出状況についてご回答ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

01 届け出ている	02 届け出ていない
-----------	------------

《回答欄》

--

《2-3は、2-2にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》

2-3 外来感染症対策向上加算にかかる連携強化加算の算定状況についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

01 算定あり

02 算定なし

《回答欄》

《2-4は、外来感染症対策向上加算・サーベイランス強化加算の届出の有無に関わらずご回答ください。》

2-4 サーベイランスへの参加の状況についてご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

01 院内感染対策サーベイランス (JANIS)

02 感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)

03 診療所版J-SIPHE

04 その他地域や全国のサーベイランス (

《回答欄》

《2-5は、2-3にて「01 あり」の場合にご回答ください。》

2-5 令和4年度のカンファレンスの参加状況(予定も含む)についてご回答ください。

① 加算1を届け出ている医療機関が主催するカンファレンス

② 地域の医師会が主催するカンファレンス

《2-6は、2-2にて「02 なし」の場合にご回答ください。》

2-6 外来感染症対策向上加算を届出できない理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため

02 職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため

03 年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須)することが困難であるため

04 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため

05 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応できないため

06 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため

07 都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施する体制を有しているが、自治体ホームページで公開されないため

08 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため

09 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

問3 地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況等についてお伺いします。

3-1 地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出について（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 地域包括診療料 1	03 地域包括診療加算 1	<input type="text"/>
02 地域包括診療料 2	04 地域包括診療加算 2	
05 いずれも届け出ていない		

■ 3-2-1、3-2-2は、3-1にて「05 いずれも届け出ていない」の場合にご回答ください。

3-2-1 地域包括診療料を届け出ていない理由を回答してください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 許可病床が200床以上の病院であるため		01 <input type="text"/>
02 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を確保できないため		02 <input type="text"/>
03 【診療所の場合】24時間対応をしている薬局と連携することができないため		03 <input type="text"/>
04 敷地内の禁煙に係る対応が難しいため		04 <input type="text"/>
05 要介護認定に係る主治医意見書の作成ができないため		05 <input type="text"/>
06 介護保険の対応に係る要件を満たすことができないため		06 <input type="text"/>
07 【病院の場合】地域包括ケア病棟入院料の届出を行えないため		07 <input type="text"/>
08 【病院の場合】在宅療養支援病院の届出を行えないため		08 <input type="text"/>
09 【診療所の場合】時間外対応加算1の届出を行えないため		09 <input type="text"/>
10 【診療所の場合】常勤換算2名以上（うち1名以上が常勤）の医師を配置できないため		10 <input type="text"/>
11 【診療所の場合】在宅療養支援診療所でないため		11 <input type="text"/>
12 健康相談及び予防接種に係る相談に対応し、それを院内掲示することができないため		12 <input type="text"/>
13 外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないから		13 <input type="text"/>
14 他院への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師の負担が重いから		14 <input type="text"/>
15 患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから		15 <input type="text"/>
16 患者に地域包括診療料の意義を理解してもらうことが困難だから		16 <input type="text"/>
17 患者本人や家族から、地域包括診療料算定の承諾が見込めないから		17 <input type="text"/>
18 経営上のメリットが少ないから		18 <input type="text"/>
19 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから		19 <input type="text"/>
20 その他（具体的に： <input type="text"/> ）		20 <input type="text"/>

3-2-2 3-2-1で選択した番号のうち、最も該当する番号1つを右欄にご回答ください。	《回答欄》
	<input type="text"/>

■ 3-2-3～3-2-4は、3-1で「05 いずれも届け出ていない」を選んだ診療所のみご回答ください。

3-2-3 地域包括診療加算を届け出ていない理由を回答してください。(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を確保できないため
- 02 24時間対応をしている薬局と連携することができないため
- 03 敷地内の禁煙に係る対応が難しいため
- 04 要介護認定に係る主治医意見書の作成ができないため
- 05 介護保険の対応に係る要件を満たすことができないため
- 06 次のいずれの要件も満たすことができないため
 - ・ 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っている
 - ・ 常勤換算2名以上(うち1名以上が常勤)の医師を配置している
 - ・ 在宅療養支援診療所である
- 07 外来患者に算定対象となる患者がないから・少ないから
- 08 他院への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師の負担が重いから
- 09 患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから
- 10 患者に地域包括診療加算の意義を理解してもらうことが困難だから
- 11 患者本人や家族から、地域包括診療加算算定の承諾が見込めないから
- 12 経営上のメリットが少ないから
- 13 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから
- 14 その他(具体的に:)

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

《回答欄》

3-2-4 3-2-3で選択した番号のうち、最も該当する番号1つを右欄にご回答ください。

《3-3-1は、3-1にて「05 いずれも届け出ていない」の場合にご回答ください。》

3-3-1 今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向についてご回答ください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- | | | |
|------------|--------------|-------------|
| 01 届出予定がある | 02 届出について検討中 | 03 届出の予定はない |
|------------|--------------|-------------|

《3-3-2は、3-3-1にて「01 届出予定がある」の場合にご回答ください。》

3-3-2 届出予定時期と届出予定の項目について

《回答欄》

① 届出予定時期	令和	<input style="width: 90%;" type="text"/>	年	<input style="width: 80%;" type="text"/>	月頃
② 届出予定の項目	01 地域包括診療料1	03 地域包括診療加算1			
	02 地域包括診療料2	04 地域包括診療加算2			

《3-4は、3-1にて「01」～「04」を選択した施設のうち、**令和4年4月以降**にはじめて地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしている病院・地域包括診療加算の届出をしている病院・診療所がご回答ください。》

3-4 令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料/地域包括診療加算の届出を行った理由をご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を確保できたため
- 02 敷地内の禁煙に係る対応が可能となったため
- 03 要介護認定に係る主治医意見書を作成するようになったため
- 04 介護保険制度に係る要件を満たすようになったため
- 05 診療所に係る要件を満たすようになったため
- 06 病院に係る要件を満たすようになったため
- 07 生活面の指導について医師の指示を受けた看護師、管理栄養士、薬剤師が行うことができるため
- 08 経営上のメリットがあると判断したから
- 09 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集が完了したから
- 10 その他（具体的に：）

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

《3-4-1は、3-4にて「04 介護保険制度に係る要件を満たすようになったため」に該当する場合にご回答ください。》

3-4-1 満たすことができた介護保険制度に関する要件についてご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 居宅介護支援事業者の指定と常勤の介護支援専門員の配置
- 02 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供実績
- 03 介護サービス事業所の併設
- 04 地域ケア会議に年1回以上出席
- 05 介護保険のリハビリテーションの提供
- 06 介護認定審査会の委員経験
- 07 医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講
- 08 医師の介護支援専門員の資格保有
- 09 【病院の場合】総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定

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

《3-4-2は、3-4にて「05 診療所に係る要件を満たすようになったため」に該当する場合にご回答ください。》

3-4-2 満たすことができた診療所に関する要件についてご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 24時間対応をしている薬局を連携先として確保できたため
- 02 時間外対応加算1の届出を行っている
- 03 時間外対応加算2の届出を行っている
- 04 時間外対応加算3の届出を行っている
- 05 常勤換算2名以上（うち1名以上が常勤）の医師を配置している
- 06 在宅療養支援診療所である

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

《3-4-3は、3-4にて「06 病院に係る要件を満たすようになったため」に該当する場合にご回答ください。》

3-4-3 満たすことができた病院に関する要件についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 地域包括ケア病棟入院料を届け出ている

01

02 在宅療養支援病院を届け出ている

02

《3-5は、3-1にて「01」～「04」を選択した施設のうち、地域包括診療料・地域包括診療加算を届け出ている病院・診療所にご回答ください。》

3-5 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数をお答えください。（令和4年11月1日時点）

① 算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数		施設
② 算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数		施設
③ 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数		施設
④ 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数		施設
⑤ 算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数		施設
⑥ 算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数		事業所

■ 3-6、3-7は、3-1にて「01」～「04」の場合にご回答ください。

3-6 令和4年10月の1か月間における地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定している患者について、以下にあてはまる患者数をそれぞれ**実人数**でお答えください（それぞれの患者は重複して構いません）。

① 高血圧症を有する患者		人
② 糖尿病を有する患者		人
③ 脂質異常症を有する患者		人
④ 慢性心不全を有する患者		人
⑤ 慢性腎臓病を有する患者		人
⑥ 認知症を有する患者		人

3-7 貴院で継続的かつ全人的に診療を行っている患者について、令和4年10月の1か月間における以下にあてはまる患者数をそれぞれ**実人数**でお答えください（それぞれの患者は重複して構いません）。

① がんを有する患者		人
② 脳血管疾患を有する患者		人
③ 虚血性心疾患を有する患者		人
④ 心不全を有する患者を有する患者		人
⑤ COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者		人
⑥ 慢性腎臓病を有する患者		人
⑦ 高尿酸血症を有する患者		人
⑧ その他（具体的に： <input type="text"/> ）		人

問4 療養・就労両立支援指導料及び相談支援加算の算定状況等についてお伺いします。

4-1 貴施設では、令和4年4月～9月の6か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定していますか。
 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 算定あり→4-2へ	02 算定なし→問5へ
---------------------	--------------------

《回答欄》

--

■ 4-2～4-5は、4-1にて「01 算定あり」の場合にご回答ください。

4-2 令和4年4月～9月の6か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定した患者について、疾患別に延べ人数でお答えください。

	合計	
① 全体		人
② (うち) 悪性腫瘍に罹患している患者		人
③ (うち) 脳血管疾患等 ^{※1} に罹患している患者		人
④ (うち) 肝疾患に罹患している患者		人
⑤ (うち) 心疾患に罹患している患者		人
⑥ (うち) 糖尿病に罹患している患者		人
⑦ (うち) 若年性認知症に罹患している患者		人
⑧ (うち) 指定難病に罹患している患者		人

※1 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血その他急性発症した脳血管疾患を指します。

4-3 令和4年4月～9月の6か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定した患者について、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等、当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を以下の先に提供した延べ人数をお答えください。

	合計	
① 産業医		人
② 総括安全衛生管理者		人
③ 衛生管理者		人
④ 安全衛生推進者		人
⑤ 衛生推進者		人
⑥ 労働者の健康管理等を行う保健師		人

4-4 施設では、相談支援加算の施設基準の届出をしていますか。 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 届け出ている→4-5へ	02 届け出していない→問5へ
-----------------------	------------------------

《回答欄》

--

《4-5は、4-4にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》

4-5 令和4年4月～9月の6か月間において、相談支援加算を算定した患者について**実人数**でお答えください。

① 全体 (実人数)		人
② (うち)「看護師」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者		人
③ (うち)「社会福祉士」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者		人
④ (うち)「精神保健福祉士」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者		人
⑤ (うち)「公認心理師」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者		人

問5 生活習慣病管理料についてお伺いします。

5-1 令和4年10月1か月間の外来患者の実人数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。

	令和4年10月 1か月間の外来患者の実人数
① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数 (在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない)	人
② 特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	人

5-2 次の外来患者数（在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない。）についてお答えください。

① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病として治療管理のため継続的に通院をしていたが、 令和4年4月から9月までの間に通院をしていない患者の概ねの人数	人
② 上記①のうち、治癒、転医又は死亡により通院終了となった患者を除いた患者の概ねの人数	人

《③は上記②に該当する患者が1人以上いた場合にご回答ください。》

③ 上記②に該当した患者について、脂質異常症、高血圧又は 糖尿病を主病として貴院に通院していた期間別の患者数	① ～3か月未満	人
	② 4～6か月未満	人
	③ 6か月以上1年未満	人
	④ 1年以上	人

5-2-1 生活習慣病管理料の算定について、困難を感じることはありますか。

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 00 困難を感じることはない
- 01 許可病床数が200床未満の病院又は診療所であること
- 02 該当する患者がいないこと
- 03 療養計画書を作成し、患者に対して丁寧に説明の上当該計画書に署名を受けること
- 04 糖尿病の患者について、血糖値及びHbA1cの値を測定すること
- 05 糖尿病の患者について、血糖値及びHbA1cの値を療養計画書に記載すること
- 06 高血圧症の患者について、血圧の値を測定すること
- 07 高血圧症の患者について、血圧の値を療養計画書に記載すること
- 08 糖尿病又は高血圧症の管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記録し、当該患者数を定期的に記録すること
- 09 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を必要に応じて参考にすること
- 10 地域包括診療加算・地域包括診療料を算定しているため
- 11 病状が安定している等の理由により受診間隔が月1回より長いこと
- 12 生活習慣病管理料を算定することで自己負担額が上がることに患者の理解が得にくいこと
- 13 年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと
- 14 その他(具体的に:)

00	
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	

《回答欄》

5-2-2 5-2-1で選択した番号のうち、最も該当する番号1つを右欄にご回答ください。

--

《5-3は、5-1において生活習慣病管理料を算定した患者がいた場合にご回答ください。》

5-3 令和4年10月1か月間に糖尿病又は高血圧症の患者で管理方針を変更した患者数についてご回答ください。

	人
--	---

《5-4は、5-3にて、1名以上患者がいた場合のみ、ご回答ください。》

5-4 薬物療法・投薬内容の変更にあたり患者に説明していること(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 変更の理由
- 02 治療の選択肢
- 03 薬剤の服用に当たっての注意点
- 04 薬剤等の費用
- 05 その他 ()

01	
02	
03	
04	
05	

《5-5は、5-3にて、1名以上患者がいた場合のみ、ご回答ください。》

5-5 総合的な治療管理の実施において、連携している職種（該当する番号すべて、右欄に○）

01 看護師	01
02 薬剤師	02
03 管理栄養士	03
04 その他（ <input type="text"/> ）	04

《回答欄》

《5-6は、5-3にて、1名以上患者がいた場合にご回答ください。》

5-6 糖尿病を主病としている患者である患者に定期的な眼科受診を勧めていますか。
（該当する番号1つを右欄に記載）

01 はい	02 いいえ	<input type="text"/>
-------	--------	----------------------

《回答欄》

問6 外来緩和ケア管理料の届出状況等についてお伺いします。

《6-1は、すべての施設がご回答ください。》

6-1 貴施設では、外来緩和ケア管理料の施設基準の届出をしていますか。（該当する番号1つを右欄に記載）

01 届け出ている→6-2へ	02 届け出していない→6-3へ	<input type="text"/>
----------------	------------------	----------------------

《回答欄》

《6-2は、6-1にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》

6-2 令和4年10月1か月間において、外来緩和ケア管理料を算定している患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

	① 全体	②（うち）悪性腫瘍の患者	③（うち）後天性免疫不全症候群の患者	④（うち）末期心不全の患者
外来緩和ケア管理料	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

■ 6-3、6-4は、6-1にて「02 届け出していない」の場合にご回答ください。

6-3 外来緩和ケア管理料を届け出していない理由についてお答えください。（該当する番号すべてを右欄に記載）

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

《回答欄》

6-4 6-3の外来緩和ケア管理料を届け出していない理由のうち最も該当する番号1つを右欄にご記入ください。

《回答欄》

問7 オンライン診療料についてお伺いします。

7-1 貴施設では、情報通信機器を用いた初診、再診の施設基準の届出をしていますか。（該当する番号1つを右欄に記載）

01 届け出ている→7-2～7-4に回答ののち、7-6へ	02 届け出していない→7-5に回答ののち、7-6へ	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------------	----------------------

《回答欄》

■ 7-2～7-4は、7-1にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。

7-2 情報通信機器を用いた診療の実施状況についてお伺いします。	
	令和4年10月1ヶ月間
① 情報通信機器を用いた場合の初診料の算定回数	回
② 情報通信機器を用いた場合の再診料、外来診療料の算定回数	回

7-3 厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していますか。 (該当する番号1つを右欄に記載)	
01 はい	02 いいえ

《回答欄》



7-4 貴施設で下記01～22の診療料を算定している患者のうち、それぞれの項目にあてはまる患者の人数(実人数)を令和4年10月1か月間についてお答えください。		
	令和4年10月	
① 情報通信機器を用いた診療	人	
② 情報通信機器を用いた診療実施時に算定している管理料ごとの患者数	01 特定疾患療養管理料	人
	02 小児科療養指導料	人
	03 てんかん指導料	人
	04 難病外来指導管理料	人
	05 糖尿病透析予防指導管理料	人
	06 在宅自己注射指導管理料	人
	07 在宅時医学総合管理料	人
	08 精神科在宅患者支援管理料	人
	09 ウイルス疾患指導料	人
	10 皮膚科特定疾患指導管理料	人
	11 小児悪性腫瘍患者指導管理料	人
	12 がん性疼痛緩和指導管理料	人
	13 がん患者指導管理料	人
	14 外来緩和ケア管理料	人
	15 移植後患者指導管理料	人
	16 腎代替療法指導管理料	人
	17 乳幼児育児栄養指導料	人
	18 療養・就労両立支援指導料	人
	19 がん治療連携計画策定料2	人
	20 外来がん患者在宅連携指導料	人
	21 肝炎インターフェロン治療計画料	人
	22 薬剤総合評価調整管理料	人
	23 外来栄養食事指導料	人

《7-5は、7-1にて「02 届け出ていない」の場合にご回答ください。》

7-5 今後、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向の有無をお答えください。
(該当する番号1つを右欄に記載)

01 届出の意向あり	02 届出の意向なし
-------------------	-------------------

《回答欄》

--

《7-5-1は、7-5にて「02 届出の意向なし」の場合にご回答ください。》

7-5-1 届出の意向がない理由をお答えください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 対面診療の方がすぐれているため 02 患者のニーズがない・少ないため 03 保険診療でのオンライン診療の適応になる患者がない・少ないため 04 情報通信機器を用いた診療に用いる機器やシステムの操作が難しいため 05 情報通信機器を用いた診療に用いる機器やシステム導入・運用のコストが高いため 06 情報通信機器を用いた診療のメリットが手間やコストに見合わないため 07 その他 (具体的に: <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>)	01 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 02 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 03 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 04 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 05 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 06 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 07 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
--	--

《回答欄》

《7-5-2は、7-5にて「01 届出の意向あり」の場合にご回答ください。》

7-5-2 現時点で届出を行わない理由をお答えください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 施設基準(ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保)を満たすことが困難であるため 02 その他 (具体的に: <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>)	01 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 02 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

《回答欄》

《7-5-3は、7-5-2にて「01 施設基準(ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保)を満たすことが困難であるため」に該当する場合にご回答ください。》

7-5-3 困難である理由をお答えください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 OSやソフトウェアをアップデートしセキュリティソフトをインストールすること 02 チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うこと 03 医師側から患者側につなげることを徹底すること 04 患者の本人確認を行うこと 05 患者がいつでも医師の本人確認を行えるよう情報を提示しておくこと 06 患者が適切な場所で情報通信機器を用いた診療を受けられるよう患者に指示を行うこと 07 その他の点 (具体的に: <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>)	01 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 02 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 03 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 04 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 05 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 06 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 07 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

《回答欄》

《7-6は、すべての施設が回答してください》

7-6 貴施設で情報通信機器を用いた診療を行うにあたり用いているシステムの概要をお答えください。
患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類 (該当する番号すべて、右欄に○)

01 オンライン診療に特化したシステム 02 オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム (SNSアプリ等を用いたビデオ通話) 03 その他 (具体的に: <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>) 04 非該当 (情報通信機器を用いた診療を行っていない場合)	01 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 02 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 03 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 04 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
--	--

《回答欄》

《7-6-1は、7-6にて「01」、「02」、「03」に該当する場合にご回答ください。》

7-6-1 システムの利用に係るシステム提供者への費用の支払い（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 あり **02** なし

《7-6-2は、7-6にて「01」、「02」、「03」に該当する場合にご回答ください。》

7-6-2 システム利用に係る患者からの費用徴収の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 あり **02** なし

■ 7-6-3、7-6-4は、7-6-2にて「01あり」の場合にご回答ください。

7-6-3 患者1人あたりの費用徴収額（数字を記入）

円/月

7-6-4 費用の名目（名称を記入）

《7-7は、すべての施設が回答してください》

7-7 情報通信機器・電話を用いた診療以外で、貴施設の患者に対するICTの活用方法のうち該当するものをお選びください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01** 患者の自宅における生体情報（血圧・血糖値等）や生活情報（食事・運動等）の把握に用いている
- 02** 患者への診療情報の共有（結果説明等）に用いている
- 03** オンライン受診勧奨や健康相談に用いている
- 04** 服薬指導や薬学管理に用いている
- 05** 他の医療機関等との診療情報の連携に用いている
- 06** その他（具体的に：)

01

02

03

04

05

06

《7-8は、すべての施設が回答してください》

7-8 貴施設において、保険診療以外のみで情報通信機器を用いた診療を行っている患者がいますか。

（令和4年10月1か月間）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 いる →7-8-1~7-8-3へ **02** いない →問8へ

■ 7-8-1~7-8-3は、7-8にて「01 いる」の場合にご回答ください。

7-8-1 保険診療以外のみで行っている患者数（実人数）

人

7-8-2 疾患によって保険診療の場合と保険診療以外の場合の両方で行っている患者数（実人数）

人

7-8-3 保険診療以外のみで情報通信機器を用いた診療を行っている場合の、患者の疾患名について、具体的にご記入ください。※自由記述

問8 外来腫瘍化学療法診療料についてお伺いたします。

8-1 「外来腫瘍化学療法診療料」の届出状況について (令和4年11月1日時点)
(該当する番号1つを右欄に記載)

01 外来腫瘍化学療法診療料1を届け出ている	03 外来腫瘍化学療法診療料を届け出していない
02 外来腫瘍化学療法診療料2を届け出ている	

《回答欄》

8-2 8-1にて、「03」を選択した場合、その理由についてお伺します。
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 外来化学療法を実施するための専用のベッドを有していないため	01
02 人員配置基準を満たすことが困難なため	02
03 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置することが困難なため	03
04 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため	04
05 化学療法を実施していないため	05
06 その他 (<input type="text"/>)	06

《回答欄》

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

■ 8-3～8-10は 8-1「外来腫瘍化学療法診療料」の届出状況の有無に関わらず、化学療法^{*}を実施している場合、ご回答ください。 ※悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの。

8-3 外来化学療法の専用室についてお伺します。

専用ベッドの台数 台

8-4 専用室を使用可能な診療科に制限はあるか

01 あり	02 なし
--------------	--------------

《回答欄》

8-5 外来化学療法の職員の配置状況についてご回答ください。(令和4年11月1日時点)

	構成人数
① 専任の医師	<input type="text"/> 人
①-1 うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師	<input type="text"/> 人
② 専任の看護師	<input type="text"/> 人
②-1 うち 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師	<input type="text"/> 人
③ 専任の薬剤師	<input type="text"/> 人
③-1 うち 化学療法にかかる調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師	<input type="text"/> 人
④ その他の職種 (<input type="text"/>)	<input type="text"/> 人

8-6 外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針についてお伺します。(該当する番号1つを右欄に記載)

01 基準や指針を作成している	02 基準や指針を作成していない
------------------------	-------------------------

《回答欄》

8-7 外来化学療法を実施している患者に係る時間外の対応体制について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

《8-8は、8-7にて「01 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制をとっている」に該当する場合にご回答ください。》

8-8 電話又はメール等による相談を常時受けられる体制について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 化学療法を担当する職員のみが連絡を受ける体制を取っている	01	<input type="checkbox"/>
02 化学療法を担当する職員又はそれ以外の職員が連絡を受ける体制を取っている	02	<input type="checkbox"/>

8-9 以下の状況についてご回答ください。

	令和4年4月1日～令和4年9月30日
① 外来化学療法を実施している患者からの電話等による相談件数	人
①-i うち 日中	人
①-ii うち 診療時間外	人

8-10 現在、入院や診療時間外の対応について他の医療機関との連携状況についてご回答ください。
(令和4年11月1日時点)

① 連携先施設数	施設
----------	----

② ①の連携先の医療機関と、どのような連携を行っていますか。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要がある場合の受け入れを依頼している	01	<input type="checkbox"/>
02 自院で外来化学療法を実施している患者が自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受け入れを依頼している	02	<input type="checkbox"/>
03 自院で外来化学療法を実施している患者が、外来での化学療法の実施が困難になった場合に、受け入れを依頼している	03	<input type="checkbox"/>
04 外来で化学療法が実施可能な患者を紹介してもらっている	04	<input type="checkbox"/>
05 その他 (<input type="text"/>)	05	<input type="checkbox"/>

問9 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する外来栄養食事指導料についてお伺いいたします。

9-1 「外来栄養食事指導料」の届出状況について（令和4年11月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

01 外来栄養食事指導料注2を届け出ている	03 外来栄養食事指導料注2及び注3を届け出していない	<input type="checkbox"/>
02 外来栄養食事指導料注3を届け出ている		

《9-2は、9-1の外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する「外来栄養食事指導料」にて、「01」または「02」に該当する場合にご回答ください。》

9-2 ①～②の算定件数についてご回答ください。

	令和4年4月1日～令和4年9月30日
① 外来栄養食事指導料 注2（外来腫瘍化学療法診察料と同日算定）	件
② 外来栄養食事指導料 注3（専門的な知識を有する管理栄養士が指導）	件

《9-3は、9-1の「外来栄養食事指導料」にて、「03 外来栄養食事指導料注2及び注3を届け出していない」を選択した場合にご回答ください。》

9-2 施設で満たすのが困難な要件を選択してください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 外来腫瘍化学療法診察料を算定していないため	01 <input type="checkbox"/>
02 外来腫瘍化学療法診察料の算定日と同日に外来栄養食事指導を行うことが困難であるため	02 <input type="checkbox"/>
03 外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士の確保が困難であるため	03 <input type="checkbox"/>
04 「03」の管理栄養士が医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため	04 <input type="checkbox"/>
05 栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士を配置することが困難であるため	05 <input type="checkbox"/>
06 専任の管理栄養士が悪性腫瘍の栄養管理に関する研修（医療関係団体等が実施する300時間以上の研修もしくは悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修）を修了することが困難であるため	06 <input type="checkbox"/>

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和4年●月●日（●）までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6	7
------------	---	---	---	---	---	---	---

患者ID:

E-2

R4年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和4年度調査

入院・外来医療等における実態調査

***オンライン診療等に関する意識調査（患者票）**

- このアンケートは、本日受診した患者さんまたは保護者の方に、オンライン診療についてのご意見をお伺いするものです。
- 特に指定がある場合を除いて、回答日現在の状況についてお答えください。

問1 あなた（本日受診した患者さん）についてお伺いします（回答日時点）。

1-1 性別（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 男性	02 女性	<input type="text"/>

1-2 年齢（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 10歳未満	04 30歳代	07 60歳代	<input type="text"/>
02 10歳代	05 40歳代	08 70歳代	
03 20歳代	06 50歳代	09 80歳代以上	

1-3 お住まい（都道府県）	<input type="text"/>
----------------	----------------------

1-4 本日受診した医療機関へのご自宅からの移動時間（片道）	<input type="text"/>	分程度
--------------------------------	----------------------	-----

1-5 本日受診した医療機関への主な移動手段（該当する番号1つを右欄に記載）			《回答欄》
01 徒歩	03 車	05 バス	<input type="text"/>
02 自転車	04 電車	06 その他（ <input type="text"/> ）	

1-6 本日受診した理由（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 この医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため→1-7へ		<input type="text"/>
02 違う医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため→1-7へ		
03 まだ診断されていないが、何かの病気ではないかと気になる症状があるため→1-8へ		

《1-7は、1-6にて「01」、「02」の場合にご回答ください。》

1-7 本日受診した理由の病気（主となる理由を1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|------------------------------|--|
| 01 糖尿病 | 22 その他の消化器系の病気 |
| 02 肥満症 | 23 歯の病気 |
| 03 脂質異常症（高コレステロール血症等） | 24 アトピー性皮膚炎 |
| 04 甲状腺の病気 | 25 その他の皮膚の病気 |
| 05 うつ病やその他こころの病気 | 26 痛風 |
| 06 認知症 | 27 関節リウマチ |
| 07 パーキンソン病 | 28 関節症 |
| 08 その他の神経の病気（神経痛、麻痺等） | 29 肩こり症 |
| 09 眼の病気 | 30 腰痛症 |
| 10 耳の病気 | 31 骨粗しょう症 |
| 11 高血圧症 | 32 腎臓の病気 |
| 12 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | 33 前立腺肥大症 |
| 13 狭心症・心筋梗塞 | 34 閉経期又は閉経後障害（更年期障害等） |
| 14 その他の循環器系の病気 | 35 骨折 |
| 15 急性鼻咽頭炎（かぜ） | 36 骨折以外のけが・やけど |
| 16 アレルギー性鼻炎 | 37 貧血・血液の病気 |
| 17 慢性閉塞性肺疾患（COPD） | 38 悪性新生物（がん） |
| 18 喘息 | 39 妊娠・産褥（切迫流産、前置胎盤等） |
| 19 その他の呼吸器系の病気 | 40 不妊症 |
| 20 胃・十二指腸の病気 | 41 その他（ <input style="background-color: yellow; border: 1px solid black;" type="text"/>) |
| 21 肝臓・胆のうの病気 | 42 不明 |

1-8は、すべての方が回答してください。

1-8 本日受診した理由の症状（主となる症状1つを右欄に記載）

《回答欄》

- | | |
|--------------|---------------------------------|
| 01 熱がある | 22 腹痛・胃痛 |
| 02 体がだるい | 23 痔による痛み・出血など |
| 03 眠れない | 24 歯が痛い |
| 04 いらいらしやすい | 25 歯ぐきのはれ・出血 |
| 05 ものを忘れする | 26 かみにくい |
| 06 頭痛 | 27 発疹(じんま疹・できもの) |
| 07 めまい | 28 かゆみ(湿疹・水虫など) |
| 08 目のかすみ | 29 肩こり |
| 09 物が見づらい | 30 腰痛 |
| 10 耳なりがする | 31 手足の関節が痛む |
| 11 きこえにくい | 32 手足の動きが悪い |
| 12 動悸 | 33 手足のしびれ |
| 13 息切れ | 34 手足が冷える |
| 14 前胸部に痛みがある | 35 足のむくみやだるさ |
| 15 せきやたんが出る | 36 尿が出にくい |
| 16 鼻がつまる | 37 頻尿(尿の出る回数が多い) |
| 17 ゼイゼイする | 38 尿失禁(尿がもれる) |
| 18 胃のもたれ | 39 月経不順・月経痛 |
| 19 下痢 | 40 骨折・ねんざ |
| 20 便秘 | 41 切り傷・やけどなどのけが |
| 21 食欲不振 | 42 その他 (<input type="text"/>) |

1-9は、すべての方が回答してください。

1-9 この医療機関には定期的に通っていますか。(該当する番号1つを右欄に記載)

01 定期的に通っている→1-10へ **02** 定期的に通っていない→問2へ

《回答欄》

《1-10は、1-9にて「01 定期的に通っている」の場合にご回答ください。》

1-10 この医療機関への通う頻度はどの程度ですか。(該当する番号1つを右欄に記載) (回答日時点)

01 1週間に1、2回程度
02 2週間に1回程度
03 1か月に1回程度
04 2か月に1回程度
05 3か月に1回程度
06 4か月以上に1回程度

《回答欄》

問2 電話による診療(音声のみの電話をもちいた診察)についてお伺いします。(回答日時点)

2-1 あなた(本日受診した患者さん)は、これまでに電話診療を受けたことがありますか。
 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 受けたことがある→2-2へ **02** 受けたことがない→問3へ

《回答欄》

《2-2は、2-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

2-2 直近の電話診療を受けた時期についてお答えください。(該当する番号1つを右欄に記載)

01 令和3年9月30日より前 **04** 令和4年4月1日以降6月30日より前
02 令和3年10月1日以降12月31日より前 **05** 令和4年7月1日以降9月30日より前
03 令和4年1月1日以降3月31日より前 **06** わからない

《回答欄》

《2-3は、2-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

2-3 直近の電話診療を受けた理由についてお答えください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 感染症(新型コロナウイルスを含む)の予防のため
02 新型コロナを疑う症状が出現したもしくは、新型コロナに感染したため
03 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから
04 住まいが遠方だから
05 体の調子が悪くて外出が難しいから
06 通院の手助けを受けられないから
07 リラックスして受診できるから
08 医師からすすめられたから
09 対面診療より気軽に受診できるから
10 その他(具体的に:)

《回答欄》

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

《2-4は、2-3にて「01 感染症（新型コロナウイルスを含む）の予防のため」の場合にご回答ください。》

2-4 感染症（新型コロナウイルスを含む）の予防のための詳しい理由をお答えください。
 (該当する番号すべて、右欄に○)

01	新型コロナウイルス感染症の疑いがあったから	01	<input type="checkbox"/>
02	感染予防のため医療機関に行かない方がよいと思ったから	02	<input type="checkbox"/>
03	感染予防のため医療機関に行かない方がよいと家族等からすすめられたから	03	<input type="checkbox"/>
04	自治体から外出自粛の要請があったから	04	<input type="checkbox"/>
05	外出自粛の要請の有無にかかわらず、自主的に外出を控えていたから	05	<input type="checkbox"/>
06	その他（具体的に： <input type="text"/>	06	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

《2-5は、2-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

2-5 電話診療を受けた際に感じたことについて、①～⑧それぞれあてはまるものをお答えください。
 (該当する番号1つを右欄に記載)

① 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた (直接触って異常を見つけてもらうことができない等)	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	①	<input type="checkbox"/>
② 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	②	<input type="checkbox"/>
③ 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	③	<input type="checkbox"/>
④ 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	④	<input type="checkbox"/>
⑤ 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせてられた	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	⑤	<input type="checkbox"/>
⑥ 対面診療と比べて待ち時間が減った	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	⑥	<input type="checkbox"/>
⑦ リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	⑦	<input type="checkbox"/>
⑧ 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった	01 そう思う	02 そう思わない	03 どちらでもない	⑧	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

2-6 電話診療を受けた際に感じたことについて、ご意見があればご入力ください。

問3 オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、ビデオ通話で行う診察をさします）についてお伺いします（回答日時点）。

3-1 あなたは、これまでにオンライン診療を受けたことがありますか (本日受診した医療機関に限られません)。(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 受けたことがある→3-2へ	02 受けたことがない→3-9へ	<input type="text"/>

《3-2は、3-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

3-2 これまでに何回程度オンライン診療を受けたことがありますか。(該当する番号1つを右欄に記載)			《回答欄》
01 1回、2回	03 6回～9回	05 わからない	<input type="text"/>
02 3回～5回	04 10回以上		

《3-3は、3-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

3-3 直近のオンライン診療を受けた時期(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 令和3年9月30日より前	04 令和4年4月1日以降6月30日より前	<input type="text"/>
02 令和3年10月1日以降12月31日より前	05 令和4年7月1日以降9月30日より前	
03 令和4年1月1日以降3月31日より前	06 わからない	

《3-4は、3-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

3-4 直近のオンライン診療を受けた医療機関の所在地についてご回答ください。(わからない場合は空欄で構いません。)

(医療機関が所在する都道府県を記載)

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

《3-5は、3-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

3-5 直近のオンライン診療を受けた理由についてお答えください。(該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 感染症(新型コロナウイルスを含む)の予防のため		01 <input type="text"/>
02 新型コロナを疑う症状が出現したもしくは、新型コロナに感染したため		02 <input type="text"/>
03 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから		03 <input type="text"/>
04 住まいが遠方だから		04 <input type="text"/>
05 体の調子が悪くて外出が難しいから		05 <input type="text"/>
06 通院の手助けを受けられないから		06 <input type="text"/>
07 リラックスして受診できるから		07 <input type="text"/>
08 医師からすすめられたから		08 <input type="text"/>
09 対面診療より気軽に受診できるから		09 <input type="text"/>
10 その他の理由(具体的に： <input type="text"/>)		10 <input type="text"/>

《3-6は、3-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

3-6 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをお答えください。

(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

① 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた (直接触って異常を見つけてもらうことができない等)	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	① <input type="text"/>
② 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	② <input type="text"/>
③ 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	③ <input type="text"/>
④ 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	④ <input type="text"/>
⑤ 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	⑤ <input type="text"/>
⑥ 機器や診療システムの使い方が難しかった	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	⑥ <input type="text"/>
⑦ 診療以外に掛かる費用(システム利用料、通信費等)が高いと感じた	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	⑦ <input type="text"/>
【⑦で「01」と答えた場合にお答えください】 ⑦-1 どのような費用が高いと感じましたか。	01 システム利用料 02 通信費 03 その他 (<input type="text"/>)	⑦-1 <input type="text"/>
⑧ 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせてられた	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	⑧ <input type="text"/>
⑨ 対面診療と比べて待ち時間が減った	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	⑨ <input type="text"/>
⑩ リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	⑩ <input type="text"/>
⑪ 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない	⑪ <input type="text"/>

3-7 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、ご意見があればご入力ください。

《3-8は、3-1にて「01 受けたことがある」の場合にご回答ください。》

3-8 直近のオンライン診療受診時、保険診療・保険外診療(自由診療)のどちらで受診しましたか。

(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

01 保険診療として受けた	03 保険診療の場合と保険外診療の場合があった	① <input type="text"/>
02 保険外診療(自由診療)として受けた	04 わからない	

《3-9は、3-1にて「02 受けたことがない」の場合にご回答ください。》

3-9 オンライン診療を受けたことがない理由について選んでください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	対面の方が十分な診察が受けられると考えているから	01	<input type="checkbox"/>
02	対面診療の方が十分なコミュニケーションがとれるから	02	<input type="checkbox"/>
03	対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないから	03	<input type="checkbox"/>
04	対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じるから	04	<input type="checkbox"/>
05	オンライン診療の必要性を感じたことがないから	05	<input type="checkbox"/>
06	医師からオンライン診療を提案されたことがないから	06	<input type="checkbox"/>
07	医師からオンライン診療の適応にないと言われているから	07	<input type="checkbox"/>
08	オンライン診療を提供している医療機関を知らないから	08	<input type="checkbox"/>
09	オンライン診療にかかる費用が高いから	09	<input type="checkbox"/>
10	機器や診療システムの使用が難しいから	10	<input type="checkbox"/>
11	オンライン診療の受け方がわからないから	11	<input type="checkbox"/>
12	その他（具体的に： <input type="text"/> ）	12	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

《3-10は、3-9にて「01」～「04」の場合にご回答ください。》

3-10 その理由をお答えください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	丁寧な診察が受けられるから	01	<input type="checkbox"/>
02	検査や処置がすぐに受けられるから	02	<input type="checkbox"/>
03	医師等の話が聞きやすいから	03	<input type="checkbox"/>
04	病気に関する質問や相談がしやすいから	04	<input type="checkbox"/>
05	病気のこと以外の相談や話がしやすいから	05	<input type="checkbox"/>
06	通信機器を使った診療に不安を感じるから	06	<input type="checkbox"/>
07	その他（ <input type="text"/> ）	07	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

《3-11は、3-9にて「05 オンライン診療の必要性を感じたことがないから」の場合にご回答ください。》

3-11 その理由をお答えください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	通院する時間は十分にあるから	01	<input type="checkbox"/>
02	通院先が近いから	02	<input type="checkbox"/>
03	その他（ <input type="text"/> ）	03	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

《3-12は、すべての方がご回答ください。》	
3-12 今後の受診について、現時点のお考えをお答えください。（該当する番号1つを右欄に記載）	
① 対面診療とオンライン診療どちらを希望するか	01 対面診療 02 オンライン診療 03 どちらでもない
② 感染が懸念される間、できるだけオンライン診療を受けたい	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない
③ 感染の問題とは関係なく、できるだけオンライン診療を受けたい	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない
④ 対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない
⑤ 症状に応じて対面の診療とオンライン診療を使い分けたい	01 そう思う 02 そう思わない 03 どちらでもない

《回答欄》

①

②

③

④

⑤

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、回答が済みましたら、
調査票をお渡しした担当者様へ本調査票をお渡しください。

事務局 記入欄	1	2	3	4	5	6
------------	---	---	---	---	---	---

入院・外来医療等における実態調査

* オンライン診療等に関する意識調査（案）（一般の方向け票）

- このアンケートは、オンライン診療についてのご意見をお伺いするものです。
- この調査の設問の中に持病を問う設問がございます。
- 特に指定がある場合を除いて、回答日現在の状況についてお答え下さい。
- ご回答の際は、あてはまる番号を選択してください。また、空欄内には具体的な数字や内容・理由などを入力してください。

問1. あなたについてお伺いします。

1-1 性別	01.男性	02.女性	
1-2 年齢	01.10歳未満	04.30歳代	07.60歳代
	02.10歳代	05.40歳代	08.70歳代
	03.20歳代	06.50歳代	09.80歳代以上
1-3 お住まい	() 都・道・府・県		
1-4 ご職業	01.正社員	05.離職（無職）	08.学生（小、中学生）
	02.派遣社員	06.自営業	09.学生（中学卒業以上）
	03.契約社員	07.未就学者	10.その他（)
	04.アルバイト・パート		
* 1-5 同居者の有無	01.同居者あり	02.同居者なし	

<p>1 - 6 持病をお持ちの方は選択してください。</p> <p>(当てはまるものは全て○)</p>	<p>01.糖尿病</p> <p>02.肥満症</p> <p>03.脂質異常症（高コレステロール血症等）</p> <p>04.甲状腺の病気</p> <p>05.うつ病やその他こころの病気</p> <p>06.認知症</p> <p>07.パーキンソン病</p> <p>08.その他の神経の病気（神経痛、麻痺等）</p> <p>09.眼の病気</p> <p>10.耳の病気</p> <p>11.高血圧症</p> <p>12.脳卒中（脳出血・脳梗塞等）</p> <p>13.狭心症・心筋梗塞</p> <p>14.その他の循環器系の病気</p> <p>15.急性鼻咽頭炎（かぜ）</p> <p>16.アレルギー性鼻炎</p> <p>17.慢性閉塞性肺疾患（COPD）</p> <p>18.喘息</p> <p>19.その他の呼吸器系の病気</p> <p>20.胃・十二指腸の病気</p> <p>21.肝臓・胆のうの病気</p>	<p>22.その他の消化器系の病気</p> <p>23.歯の病気</p> <p>24.アトピー性皮膚炎</p> <p>25.その他の皮膚の病気</p> <p>26.痛風</p> <p>27.関節リウマチ</p> <p>28.関節症</p> <p>29.肩こり症</p> <p>30.腰痛症</p> <p>31.骨粗しょう症</p> <p>32.腎臓の病気</p> <p>33.前立腺肥大症</p> <p>34.閉経期又は閉経後障害（更年期障害等）</p> <p>35.骨折</p> <p>36.骨折以外のけが・やけど</p> <p>37.貧血・血液の病気</p> <p>38.悪性新生物（がん）</p> <p>39.妊娠・産褥（切迫流産、前置胎盤等）</p> <p>40.不妊症</p> <p>41.その他</p> <p>42.不明</p> <p>43.持病なし</p>
--	--	---

問2. 電話による診療（音声のみの電話をもちいた診察）についてお伺いします。

2-1 あなたは、これまでに電話診療を受けたことがありますか。（○は1つだけ）

01. 受けたことがある →2-2へ

02. 受けたことがない →問3へ

【2-1で「01. 受けたことがある」を選択した方が回答してください】

2-2 直近の電話診療を受けた時期についてお答えください。（○は1つだけ）

01. 令和3年9月30日より前

04. 令和4年4月1日以降6月30日より前

02. 令和3年10月1日以降12月31日より前

05. 令和4年7月1日以降9月30日より前

03. 令和4年1月1日以降3月31日より前

06. わからない

2-3 直近の電話診療を受けた理由についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

01. 感染症（新型コロナウイルスを含む）の予防のため

02. 新型コロナを疑う症状が出現したもしくは、新型コロナに感染したため

03. 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから

04. 住まいが遠方だから

05. 体の調子が悪くて外出が難しいから

06. 通院の手助けを受けられないから

07. リラックスして受診できるから

08. 医師からすすめられたから

09. 対面診療より気軽に受診できるから

10. その他の理由（具体的に：

）

【2-3で「01.感染症（新型コロナウイルスを含む）の予防のため」を選んだ方が回答してください】

2-4 「感染症（新型コロナウイルスを含む）の予防のため」を選んだ詳しい理由をお答えください。（01～06のあてはまるもの全てに○）

01. 新型コロナウイルス感染症の疑いがあったから

02. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと思ったから

03. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと家族等からすすめられたから

04. 自治体から外出自粛の要請があったから

05. 外出自粛の要請の有無にかかわらず、自主的に外出を控えていたから

06. その他の理由（具体的に：

）

【2-1で「01. 受けたことがある」を選んだ方が回答してください】

* 2-5 電話診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをお答えください。（○はそれぞれ1つずつ）

①対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた（直接触って異常を見つけてもらうことができない等）	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
②対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
③対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
④対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
⑤対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせられた	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
⑥対面診療と比べて待ち時間が減った	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
⑦リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
⑧様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない

* 2-6 電話診療を受けた際に感じたことについて、ご意見があればご入力ください。

問3. オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、ビデオ通話で行う診察をさします）についてお伺いします。

3-1 あなたは、これまでにオンライン診療を受けたことがありますか。（○は1つだけ）

01. 受けたことがある →3-2へ

02. 受けたことがない →3-9へ

【3-1で「01. 受けたことがある」を選んだ方が回答してください】

3-2 これまでに何回程度オンライン診療を受けたことがありますか。（○は1つだけ）

01.1回、2回

03.6回～9回

05.わからない

02.3回～5回

04.10回以上

3-3 直近のオンライン診療を受けた時期についてお答えください（○は1つだけ）

01. 令和3年9月30日より前

04. 令和4年4月1日以降6月30日より前

02. 令和3年10月1日以降12月31日より前

05. 令和4年7月1日以降9月30日より前

03. 令和4年1月1日以降3月31日より前

06. わからない

3-4 直近のオンライン診療を受けた医療機関の所在地についてお答えください。

（わからない場合は空欄で構いません）

（ ）都・道・府・県

3-5 直近のオンライン診療を受けた理由についてお答えください。（あてはまるもの全てに○）

01. 感染症（新型コロナウイルスを含む）の予防のため

02. 新型コロナを疑う症状が出現したもしくは、新型コロナに感染したため

03. 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから

04. 住まいが遠方だから

05. 体の調子が悪くて外出が難しいから

06. 通院の手助けを受けられないから

07. リラックスして受診できるから

08. 医師からすすめられたから

09. 対面診療より気軽に受診できるから

10. その他の理由（具体的に：

）

3-8 直近のオンライン診療受診時、保険診療・保険外診療（自由診療）のどちらで受診しましたか。

（○は1つだけ）

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 01. 保険診療として受けた | 03. 保険診療の場合と保険外診療の場合があった |
| 02. 保険外診療（自由診療）として受けた | 04. わからない |

【3-1で「02. 受けたことがない」と選んだ方が回答してください】

3-9 オンライン診療を受けたことがない理由について選んでください。

（あてはまるもの全てに○）

- | |
|---------------------------------------|
| 01. 対面の方が十分な診察が受けられると考えているから |
| 02. 対面診療の方が十分なコミュニケーションがとれるから |
| 03. 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないから |
| 04. 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じるから |
| 05. オンライン診療の必要性を感じたことがないから |
| 06. 医師からオンライン診療を提案されたことがないから |
| 07. 医師からオンライン診療の適応にならないと言われているから |
| 08. オンライン診療を提供している医療機関を知らないから |
| 09. オンライン診療にかかる費用が高いから |
| 10. 機器や診療システムの使用が難しいから |
| 11. オンライン診療の受け方がわからないから |
| 12. その他（具体的に： _____) |

【3-9で01～04を選んだ方が回答してください】

3-10その理由をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- | |
|-------------------------|
| 01. 丁寧な診察が受けられるから |
| 02. 検査や処置がすぐに受けられるから |
| 03. 医師等の話が聞きやすいから |
| 04. 病気に関する質問や相談がしやすいから |
| 05. 病気のこと以外の相談や話がしやすいから |
| 06. 通信機器を使った診療に不安を感じるから |
| 07. その他（具体的に： _____) |

【3-9で「05. オンライン診療の必要性を感じたことがないから」を選んだ方が回答してください】

3-11 その理由をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- | | |
|---------------------|--|
| 01 通院する時間は十分にあるから | |
| 02 通院先が近いから | |
| 03 その他（具体的に： _____） | |

【すべての方が回答してください】

3-12 今後の受診について、現時点のお考えをお答えください。（○は1つだけ）

①対面診療とオンライン診療どちらを希望するか	01.対面診療 02.オンライン診療 03.どちらでもない
②感染が懸念される間、できるだけオンライン診療を受けたい	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
③感染の問題とは関係なく、できるだけオンライン診療を受けたい	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
④対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない
⑤症状に応じて対面の診療とオンライン診療を使い分けたい	01.そう思う 02.そう思わない 03.どちらでもない