

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5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)

R5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。

目次

1. 基本情報・体制等【全ての医療機関がご回答ください（一部、算定している入院料によって回答不要なものがございます）】

問1 貴院の開設者についてお伺いします。 2

問2 貴院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。 3

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。 4

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。 5

問5 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。 7

問6 貴院の在宅復帰率等についてお伺いします。 8

問7 貴院の外来患者数、延べ入院患者数および救急搬送件数等についてお伺いします。 9

問8 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。 11

問9 院内迅速対応システム（RRS）についてお伺いします。 15

問10 貴院の救急医療体制についてお伺いします。 16

問11 貴院の個室料についてお伺いします。 17

問12 貴施設における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況等についてお伺いします。 18

問13 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。 20

問14 貴院の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。 21

問15 緩和ケアにかかる医療提供体制について 21

2. 各加算等【現在の算定有無にかかわらずご回答ください】

問16 感染対策向上加算についてお伺いします。 24

問17 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。 26

問18 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。 26

問19 外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍を主病とする患者に行う外来化学療法）についてお伺いします。 27

問20 外来化学療法加算（悪性腫瘍以外の疾患を主病とする患者に行う外来化学療法）についてお伺いします。 29

問21 病棟薬剤業務実施加算の届出状況について 29

問22 看護職員処遇改善評価料の届出状況等についてお伺いします。 30

問23 急性期充実体制加算の届出状況について 30

問24 総合入院体制加算の届出状況についてお伺いします。 33

問25 術後疼痛管理チーム加算の届出状況について 35

3. 療養病棟について【療養病棟入院料1、2又は療養病棟入院基本料（経過措置）のいずれかを届け出ている医療機関のみご回答ください】

問26 療養病棟入院料1および2、療養病棟入院基本料（経過措置）の病棟についてお伺いします。 35

問27 令和4年3月31日時点で療養病棟入院基本料の注11（以下「旧経過措置」と表記）を届け出た病棟の現時点の状況についてお伺いします。 37

問28 患者の日常生活動作の評価に関する状況についてお伺いします。 37

4. 働き方改革【全ての医療機関がご回答ください】

問29 医師の勤務状況等についてお伺いします。 38

問30 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。 40

- 特に指定がある場合を除いて、令和5年6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 I D	
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。

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>	

問2 貴院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 貴院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5年6月1日時点） （該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01	病院（貴院以外）	01
02	一般診療所（貴院以外）	02
03	訪問看護ステーション	03
04	介護老人保健施設	04
05	介護老人福祉施設	05
06	介護医療院	06
07	医療型短期入所（障害福祉サービス）	07
08	認知症高齢者グループホーム	08
09	特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合）	09
10	サービス付き高齢者向け住宅（09を除く）	10
11	短期入所生活介護事業所	11
12	（介護予防）短期入所療養介護	12
13	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	13
14	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	14
15	訪問介護事業所	15
16	通所介護事業所	16
17	（介護予防）訪問リハビリテーション	17
18	（介護予防）通所リハビリテーション	18
19	（介護予防）居宅療養管理指導	19
20	居宅介護支援事業所	20
21	地域包括支援センター	21
22	保険薬局（敷地内）	22
23	保険薬局（隣接）	23
24	なし	24
25	その他（具体的に <input type="text"/> ）	25

《2-2は2-1にて「22 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5年6月1日時点)

(該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 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5年6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			

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。

4-1 許可病床数（令和5年6月1日時点）							
01	一般病床		床	04	結核病床		床
02	療養病床		床	05	感染症病床		床
03	精神病床		床	06	合計		床

4-2 届出病床数 ^{※1} について入院料毎にご回答ください。（令和5年6月1日時点）							
01	急性期一般入院料1		床	16	結核病棟入院基本料（15対1）		床
02	急性期一般入院料2		床	17	結核病棟入院基本料（18対1）		床
03	急性期一般入院料3		床	18	結核病棟入院基本料（20対1）		床
04	急性期一般入院料4		床	19	精神病棟入院基本料（10対1）		床
05	急性期一般入院料5		床	20	精神病棟入院基本料（13対1）		床
06	急性期一般入院料6		床	21	精神病棟入院基本料（15対1）		床
07	地域一般入院料1		床	22	精神病棟入院基本料（18対1）		床
08	地域一般入院料2		床	23	精神病棟入院基本料（20対1）		床
09	地域一般入院料3		床	24	専門病院入院基本料（7対1）		床
10	療養病棟入院料1		床	25	特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）		床
11	療養病棟入院料2		床	26	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」		床	27	障害者施設等入院基本料（10対1）		床
13	結核病棟入院基本料（7対1）		床	28	障害者施設等入院基本料（13対1）		床
14	結核病棟入院基本料（10対1）		床	29	障害者施設等入院基本料（15対1）		床
15	結核病棟入院基本料（13対1）		床	30	その他		床

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」
 （令和2年4月18日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）に基づき「簡易な報告」による運用をしている場合であっても、
 簡易な報告による病床数ではなく、本来の届出病床数を計上すること。

4-3 届出病床数 ^{※1} について入院料毎にご回答ください。(令和5年6月1日時点)				
31	救命救急入院料 1	床	48 地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 1	床
32	救命救急入院料 2	床	49 地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 2	床
33	救命救急入院料 3	床	50 地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 3	床
34	救命救急入院料 4	床	51 地域包括ケア病棟入院料もしくは入院医療管理料 4	床
35	特定集中治療室管理料 1	床	52 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	床
36	特定集中治療室管理料 2	床	53 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	床
37	特定集中治療室管理料 3	床	54 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	床
38	特定集中治療室管理料 4	床	55 回復期リハビリテーション病棟入院料 4	床
39	ハイケアユニット入院医療管理料 1	床	56 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	床
40	ハイケアユニット入院医療管理料 2	床	57 特殊疾患入院医療管理料	床
41	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	床	58 特殊疾患病棟入院料 1	床
42	小児特定集中治療室管理料	床	59 特殊疾患病棟入院料 2	床
43	新生児特定集中治療室管理料 1	床	60 緩和ケア病棟入院料 1	床
44	新生児特定集中治療室管理料 2	床	61 緩和ケア病棟入院料 2	床
45	母体・胎児集中治療室管理料	床	62 小児入院医療管理料 1	床
46	新生児集中治療室管理料	床	63 小児入院医療管理料 2	床
47	新生児治療回復室入院医療管理料	床	64 小児入院医療管理料 3	床
			65 小児入院医療管理料 4	床
			66 小児入院医療管理料 5	床

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その12)」
 (令和2年4月18日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)に基づき「簡易な報告」による運用をしている場合であっても、
 簡易な報告による病床数ではなく、本来の届出病床数を計上すること。

問5 貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算 ^{※1} ）（令和5年6月1日時点）					
01 医師		人	12 公認心理師		人
02 歯科医師		人	13 診療放射線技師		人
03 看護師		人	14 臨床検査技師		人
04 准看護師		人	15 臨床工学技士		人
05 看護補助者		人	16 歯科衛生士		人
06 うち、介護福祉士		人	17 相談員		人
07 薬剤師		人	18 うち、社会福祉士		人
08 管理栄養士		人	19 うち、精神保健福祉士		人
09 理学療法士		人	20 保育士 ^{※2}		人
10 作業療法士		人	21 医師事務作業補助者		人
11 言語聴覚士		人	22 事務職員		人
			23 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

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

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

問6 貴院の在宅復帰率等についてお伺いします。

6-1 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、専門病院入院料（7対1、10対1）、 特定機能病院入院基本料のいずれかを算定する病棟についてご回答ください。			
01 入院患者数	a (令和5年6月1日時点)		人
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		人
02 新入棟患者数	a (令和4年3月～5月の3か月間)		人
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		人
03 新退棟患者数	a (令和4年3月～5月の3か月間)		人
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		人
04 在院延べ患者数	a (令和4年3月～5月の3か月間)	延べ	人
	b (令和5年3月～5月の3か月間)	延べ	人
05 在宅復帰率 ^{※1}	a (令和4年3月～5月の3か月間)		%
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		%
06 平均在院日数	a (令和4年3月～5月の3か月間)		日
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		日
07 病床利用率 ^{※2}	a (令和4年3月～5月の3か月間)		%
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		%

※1 「在宅復帰率」 = A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、
地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、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棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。

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

問7 貴院の外来患者数、延べ入院患者数および救急搬送件数等についてお伺いします。

7-1 患者数や該当する件数について01~07それぞれご回答ください。		令和4年4月1日~令和5年3月31日
外 来	01 初診の患者数（実患者数）	人
	02 うち、紹介状により紹介された患者数	人
	03 再診の延べ患者数	延べ 人
	04 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
入 院	05 入院患者数（実患者数）	人
	06 延べ入院患者数	延べ 人
	07 救急搬送受入れ件数（入院に至らなかった外来のみの患者含む）	件

*7-2 入院に至った他医療機関からの転院の状況（受入）について、以下01~12についてご回答ください。		令和5年5月1日~令和5年5月31日
患者数については、実患者数でご回答ください。		
01 初診の患者数（転院以外の入院患者を含む。）		人
うち、転院により入院した患者の性質		
02 転院元における急性期治療（入院）の後に継続的な加療が必要な患者		人
03 転院元の治療（入院）よりも更に高度又は専門的な治療が必要な患者		人
04 高度急性期病院における初期対応（救急外来）で、入院治療が必要だが高度急性期病院以外で対応可能と判断された患者		人
05 転院元における初期対応（救急外来）で、入院治療が必要だが転院元よりも更に高度又は専門的な入院医療が必要と判断された患者		人
うち、転院により入院した患者の搬送方法		
06 救急車又は救急医療用ヘリコプター（07以外）		人
07 搬送元医療機関の所有する車両		人
08 搬送先の医療機関の所有する車両（自院が所有する車両）		人
09 民間救急		人
10 家族による搬送		人
うち、受入の調整の方法別の患者数		
11 搬送元との直接の調整		人
12 メディカルコントロール協議会による依頼		人

《7-3は、貴院が急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料のいずれかを算定する場合にご回答ください。》

* 7-3 7-2の**02**及び**04**で示した状態の患者の、転院搬送をさらに受け入れるために必要な要素（現状足りないもの）について、貴院のお考えをご回答ください。（令和5年6月1日時点）
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 病棟で急性期の患者を受け入れる医師の体制	01	<input type="checkbox"/>
02 病棟で急性期の患者を受け入れる看護職員の体制	02	<input type="checkbox"/>
03 要介護者等の入院患者に対してリハビリテーションを実施する体制	03	<input type="checkbox"/>
04 要介護者等の入院患者に十分なケアを提供できる人員体制	04	<input type="checkbox"/>
05 休日・夜間に入院を受け入れる医師の体制	05	<input type="checkbox"/>
06 休日・夜間に入院を受け入れる病棟（看護職員）の体制	06	<input type="checkbox"/>
07 転院元の病院と患者情報や転院日時等について連絡調整する部署の体制	07	<input type="checkbox"/>
08 現状、地域において自院が受け入れるニーズがない	08	<input type="checkbox"/>
09 その他（ <input type="text"/> ）	09	<input type="checkbox"/>

《7-4は、すべての施設にご回答ください。》

* 7-4 他院での入院を目的とした転院搬送の状況（他院への転院）について、以下**01**～**12**についてご回答ください。
患者数については、実患者数でご回答ください。

	令和5年5月1日～令和5年5月31日
01 入院患者数（実患者数）	<input type="text"/> 人
うち、状態別の患者数	
02 自院における急性期治療（入院）の後に継続的な加療が必要な患者	<input type="text"/> 人
03 自院の治療（入院）よりも更に高度又は専門的な治療が必要な患者	<input type="text"/> 人
04 高度急性期病院における初期対応（救急外来）で入院治療が必要だが高度急性期病院以外で対応可能と判断された患者	<input type="text"/> 人
05 自院における初期対応（救急外来）で入院治療が必要だが転院元よりも更に高度又は専門的な入院医療が必要と判断された患者	<input type="text"/> 人
うち、搬送方法別の患者数	
06 救急車又は救急医療用ヘリコプター（ 07 以外）	<input type="text"/> 人
07 自院が所有する車両	<input type="text"/> 人
08 搬送先の医療機関の所有する車両	<input type="text"/> 人
09 民間救急	<input type="text"/> 人
10 家族による搬送	<input type="text"/> 人
うち、受入の調整の方法別の患者数	
11 搬送先との直接の調整	<input type="text"/> 人
12 メディカルコントロール協議会による依頼	<input type="text"/> 人

問8 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。

* 8-1 コロナ疑い患者の外来診療時におけるゾーニングの状況についてお伺いします。
(令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01	待合室は共同とし、その中でゾーニングして距離を確保している	01	《回答欄》
02	医療機関内の別室を活用している	02	《回答欄》
03	医療機関の建物外にプレハブ等を設置している	03	《回答欄》
04	通常の外来診療時間の中で、コロナ疑い患者のみ対応する時間を確保している	04	《回答欄》
05	通常の外来診療時間の外で、コロナ疑い患者のみ対応する時間を確保している	05	《回答欄》
06	待合患者は駐車場で待機する(診察は院内で行う)	06	《回答欄》
07	待合患者は駐車場で待機する(診察も多くは駐車場で行う)	07	《回答欄》
08	その他の方法で分離している	08	《回答欄》
09	新型コロナウイルス感染症疑い患者とその他で分離はしていない	09	《回答欄》

* 8-2 外来の受付時間(週当たり)についてご回答ください。(令和5年6月1日時点)

01	1週間の外来の時間	時間
02	うち、発熱外来の時間(週当たり)	時間
03	うち、本来時間外の時間	時間

* 8-3 外来の感染対策に対して追加の人手、負担が発生していますか。(令和5年6月1日時点)
(該当する番号1つを右欄に記載)

01	発生している	02	発生していない	《回答欄》
----	--------	----	---------	-------

《8-4は、8-3にて「01 発生している」の場合にご回答ください。》(令和5年6月1日時点)

* 8-4 現在でも追加を必要としている職種別の理由(該当する番号すべて、右欄に○)

ア 看護職員		《回答欄》
01	理由: コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	01
02	理由: コロナ疑い患者への問診、療養指導のため	02
03	理由: コロナに関する特例的な事務手続き(医療費関係等)のため	03
04	理由: 標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	04
05	理由: その他 (<input type="text"/>)	05
イ 事務員		《回答欄》
01	理由: コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	01
02	理由: コロナ疑い患者への問診票の記載依頼、取りまとめ	02
03	理由: コロナに関する特例的な事務手続き(医療費関係等)のため	03
04	理由: 標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	04
05	理由: その他 (<input type="text"/>)	05

* 8-5 8-4で選択した職種と理由について理由ごとの必要人数（1日当たり）※1をご回答ください。

ア 看護職員	
01 理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	人
02 理由：コロナ疑い患者への問診、療養指導のため	人
03 理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	人
04 理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	人
05 理由：その他	人
イ 事務員	
01 理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	人
02 理由：コロナ疑い患者への問診票の記載依頼、取りまとめ	人
03 理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	人
04 理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	人
05 理由：その他	人

※1 例えば複数の理由（01と02等）のために、1人の看護職員を必要とした場合は、主な理由である欄に「1人」とし、各欄を合計した人数が実際に追加配置している人数と一致するようにご回答ください。

* 8-6 外来のPPEの効率化についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 検体を採取する職員以外は、ガウンや手袋は装着しない（マスク、フェイスシールドは装着）	01	《回答欄》
02 検体を採取する職員以外は、ガウンや手袋、フェイスシールドは装着しない（マスクは装着）	02	《回答欄》
03 検体採取に関わらず患者に対応する職員全て、ガウン、手袋、マスクを装着しているが、汚染されるまで交換はしない	03	《回答欄》
04 01～03のような効率化を図っていない	04	《回答欄》
05 検体採取に関わらず患者に対応する職員全て、ガウン、手袋、マスクを装着し患者ごとに交換している	05	《回答欄》

8-7 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和5年6月1日時点）※2

	床
--	---

※2 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。

* 8-8 新型コロナウイルス感染症入院患者受入数（令和5年5月の1か月間）※3

	人
--	---

※3 入院後に新型コロナウイルス感染症に診断された患者は除く。

* 8-9 8-8のうち、高齢者施設からの受入数（令和5年5月の1か月間）

	人
--	---

* 8-10 新型コロナウイルス感染症患者専用病棟の有無(令和5年6月1日時点)(該当する番号1つを右欄に記載)

01 専用病棟あり	02 専用病棟なし	《回答欄》
-----------	-----------	-------

8-11 令和4年8月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況^{※4}の01～04について、「あり」の場合は1、「なし」の場合は2、を各月すべてにご回答ください。

	令和4年	令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月
01 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無			
02 01に該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無			
03 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無			
04 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無			

※4 本設問における01～04の項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

8-12 令和4年6月～12月における、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
(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
- 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
- 03 新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関
- 04 新型コロナウイルス感染症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
- 05 01～04以外の医療機関であって、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている
- 06 01～04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
- 07 新型コロナウイルス感染症患者又は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ない

《回答欄》

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	

8-13 令和5年5月8日～6月1日における、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
(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
- 02 新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関
- 03 新型コロナウイルス感染症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
- 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患者を受け入れている
- 05 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
- 06 新型コロナウイルス感染症患者又は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ない

《回答欄》

01	
02	
03	
04	
05	
06	

8-14 令和4年8月以降、以下3つの時点における受診者や体制の動向等についてお伺いします。

01、02について「あり」の場合は1、「なし」の場合は2、を毎月すべてにご回答ください。

	令和4年	令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月
01 新型コロナウイルス感染症患者 ^{※5} の外来患者受入の有無			
02 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者 ^{※6} の受入の有無			

《8-14で「あり」を選択された場合、毎月それぞれの受入人数（1か月の合計）をご回答ください。》

* 8-15 各月の中で、受入人数（1か月の合計）をご回答ください。（受け入れがない月は空欄で可）

	令和4年	令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月
01 新型コロナウイルス感染症患者 ^{※5} の外来患者各月の受入人数	人	人	人
02 新型コロナウイルス感染症患者 ^{※6} の入院患者各月の受入人数	人	人	人

※5 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を含む。

※6 院内クラスター等により入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。

《8-16は、貴院が今まで一度も新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れていない場合にお伺いします。》

* 8-16 類型見直し^{※7}前後いずれも新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れてない理由についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 一般病棟の中で受け入れた場合にゾーニング等病棟内の感染対策を十分に実施できないため	01	
02 専用病棟で対応する必要があると考えており、そのための設備・人員の確保が困難であるため	02	
03 中等症の患者を診療できる人員体制がないため	03	
04 重症患者を診療できる人員体制がないため	04	
05 重症患者を診療できる設備（人工呼吸器等）がないため	05	
06 その他（ <input type="text"/> ）	06	

《8-17は、貴院がこれまでに発熱外来としてコロナ疑い患者を受け入れていない場合にお伺いします。》

* 8-17 類型見直し^{※7}前後いずれも発熱外来としてコロナ疑い患者を受け入れていない理由についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 パーティション等、施設内で用いる設備の不足により、コロナ疑い患者以外との空間的分離が困難だから	01	
02 建物・敷地面積の不足により、コロナ疑い患者以外との空間的分離が困難だから	02	
03 その他（01、02以外）感染対策を十分に実施できないから	03	
04 個人防護具等の確保が難しいため	04	
05 新型コロナウイルス感染症患者について、他院と連携しているため	05	
06 勤務している医師が、新型コロナウイルス感染症を診療することができないため	06	
07 その他（ <input type="text"/> ）	07	

※7 5/8より2類相当から5類へ変更になったことを指す。

問9 院内迅速対応システム (RRS) ※¹ についてお伺いします。

9-1 院内迅速対応システムの有無について (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 ある	03 ない
02 準備中/検討中	04 わからない

《回答欄》

--

※1 患者の急変の前兆を捉えるために予め起動基準を定め、院内の患者が当該基準を満たした場合には医師、看護師等からなるチームが要請され、速やかに患者の安定化と管理を行うことで、致死性の急変に至るのを未然に防ごうとするシステム。
また、本システムにおいては、発生した事案のデータを収集し、将来同様の事案を回避できるようフィードバックを行うことや、RRSのチームの設置やスタッフへの教育を行う指揮調整を行う組織を含む。

《9-2は9-1にて「01 ある」の場合についてご回答ください。》

9-2 院内迅速対応チームの構成員について (令和5年6月1日時点)

	構成人数
01 救急又は集中治療に関する5年以上の経験を有する医師	人
02 01以外の医師	人
03 看護師	人
04 その他 ()	人

9-3 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○)

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
02 RRSに係る責任者を配置している	02
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
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
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
06 その他 ()	06

《回答欄》

9-4 院内迅速対応システムがない場合、その理由について (該当する番号すべて、右欄に○)

01 院内迅速対応チームについて知識がないため	01
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
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
04 病院管理者の理解が得られないため	04
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
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
07 その他 ()	07

《回答欄》

問10 貴院の救急医療体制についてお伺いします。

10-1 救急告示の有無（令和5年6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="text"/>

10-2 救急医療体制について（令和5年6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="text"/>
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		

《10-3は10-2にて「03 二次救急医療機関」の場合、ご回答ください。》

10-3 該当する二次救急医療体制について（令和5年6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}	<input type="text"/>	01 <input type="text"/>
02 拠点型 ^{※2}		02 <input type="text"/>
03 共同利用型 ^{※3}		03 <input type="text"/>
04 その他		04 <input type="text"/>

※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。

10-4 承認等の状況について（令和5年6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	<input type="text"/>	01 <input type="text"/>
02 地域医療支援病院		02 <input type="text"/>
03 災害拠点病院		03 <input type="text"/>
04 小児救命救急センター		04 <input type="text"/>
05 小児救急医療拠点病院		05 <input type="text"/>
06 総合周産期母子医療センター		06 <input type="text"/>
07 地域周産期母子医療センター		07 <input type="text"/>
08 精神科救急情報センター		08 <input type="text"/>
09 紹介受診重点医療機関（予定）		09 <input type="text"/>
10 上記のいずれも該当しない		10 <input type="text"/>

*10-5 救急外来患者数 ^{※4} （令和5年5月1か月の延べ人数）	a 平日日勤帯	b 平日準夜帯	c 平日深夜帯	d 休日帯
01 救急搬送で診療した患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
02 救急搬送以外で診療した患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

※4 記載の時間帯に診療が開始された患者数を記載

■10-6は、貴院が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）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）のいずれかを算定する場合に、ご回答ください。

*10-6 救急搬送を現状より多く受け入れるために必要な要素（現状足りないもの）について、貴院のお考えをご回答ください。（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	病棟で急性期の患者を受け入れる医師の体制	01	《回答欄》
02	病棟で急性期の患者を受け入れる看護職員の体制	02	
03	要介護者等の入院患者に対してリハビリテーションを実施する体制	03	
04	要介護者等の入院患者に十分なケアを提供できる人員体制	04	
05	休日・夜間に入院患者を受け入れる医師の体制	05	
06	休日・夜間に入院患者を受け入れる病棟（看護職員）の体制	06	
07	救急外来において患者・家族からの電話対応・受診相談を受ける体制	07	
08	救急外来において他院への搬送を見据えた患者情報の収集や他院との連絡調整を行う体制	08	
09	現状、地域において自院が受け入れるニーズがない	09	
10	その他（ <input type="text"/> ）	10	

問11 貴院の個室料についてお伺いします。

*11-1 貴院の個室料の状況についてお伺いします。（令和5年5月1日～5月31日）

01	個室の延べ利用人数（人）		人
02	うち、①～③の理由 ^{※1} 等により特別の料金を求めなかった人数		人
		03	うち、新型コロナウイルス感染症患者又は疑い患者の人数

※1 ① 同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）
 ② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合
 ③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

***問12 貴施設における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況等についてお伺いします。**

12-1 貴施設における、令和4年5月および令和5年5月の**初診・再診時**の患者数、**初診・再診時**の定額負担の徴収患者数、紹介割合、逆紹介割合等をご記入ください。

	a 令和4年5月1か月	b 令和5年5月1か月
01 初診 の患者数（延べ人数）	人	人
02 うち、紹介状なしの患者数	人	人
03 うち、初診時定額負担の徴収患者数	人	人
04 うち、他の医療機関を紹介した患者数	人	人
05 うち、初診時定額負担を徴収した後、貴施設で再診を受けた患者数	人	人
06 うち、救急患者数	人	人
07 うち、紹介患者数	人	人
08 うち、逆紹介患者数	人	人
09 再診 の患者数（延べ人数）	人	人
10 うち、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数	人	人
11 うち、再診時定額負担の徴収患者数	人	人
12 紹介割合 ^{※1}	%	%
13 逆紹介割合 ^{※2}	%	%

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

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

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

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

***12-2 貴施設の医科における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の有無・金額（単価（税込））**
 についてご回答ください。なお、金額について複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをご記入ください。（該当する番号1つを右欄に記載）

1) 令和4年5月1日時点の状況	01 定額負担を導入している	02 定額負担を導入していない	1) <input type="text"/>
	a 単価	ア 初診 <input type="text"/> 円	
2) 令和5年5月1日時点の状況	01 定額負担を導入している	02 定額負担を導入していない	2) <input type="text"/>
	a 単価	ア 初診 <input type="text"/> 円	

《回答欄》

《12-3は定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。》

*12-3 令和5年5月1日～14日の14日間において、紹介状を持たない初診の患者や、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴施設を受診した再診の患者であるものの、定額負担を徴収しなかった患者がいましたか。

※（「1:1人以上いる 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。）

※ 複数の事由についてあてはまる患者がいる場合は、それぞれについて「1人以上あり」と見なしてください。

	a 初診の患者		b 再診の患者	
	1:1人以上いる	2:いない	1:1人以上いる	2:いない
01 救急の患者				
02 公費負担医療の対象患者				
03 無料低額診療事業の対象者				
04 HIV感染者				
05 自施設の他の診療科を受診中の患者				
06 医科と歯科の間で院内紹介した患者				
07 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者				
08 救急医療事業における休日夜間受診患者				
09 周産期事業等における休日夜間受診患者				
10 外来受診後そのまま入院となった患者				
11 治験協力者である患者				
12 災害により被害を受けた患者				
13 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者				
14 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者				
15 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受信する必要性を特に認めた患者				
具体的に				
16 その他				
具体的に				

*12-4 外来の機能分化を進めるためには、どのような政策が必要だとお考えですか。
 (該当する番号すべて、右欄に○)

01	更に高い定額負担の金額を設定する →具体的な金額 <input type="text"/> 円	01	<input type="checkbox"/>
02	定額負担を徴収できない(または徴収しなくてもよい) 患者の範囲を限定する	02	<input type="checkbox"/>
03	かかりつけ医の機能に関する国民の周知を進める	03	<input type="checkbox"/>
04	その他 (<input type="text"/>)	04	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

◆その他のご意見

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

問13 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。

13-1 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5年6月1日時点)
 (該当する番号1つを右欄に記載)

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"/>
----	----------------	----	-----------------	--------------------------

《回答欄》

《13-2は13-1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。》

13-2 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◎)

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が容易であり、重症度、医療・看護必要度 II の方法に変更する必要性を感じないため	01	<input type="checkbox"/>
02	重症度、医療・看護必要度 I を用いた場合、重症度、医療・看護必要度 II を用いた場合と比較して、患者の状態をより適切に評価できるため	02	<input type="checkbox"/>
03	重症度、医療・看護必要度 I のデータを看護職員配置などの看護管理業務に用いるため	03	<input type="checkbox"/>
04	重症度、医療・看護必要度 II を算出するシステムの導入が間に合っていないため	04	<input type="checkbox"/>
05	重症度、医療・看護必要度 II に移行すると、基準を満たす割合が下がることが懸念されるため	05	<input type="checkbox"/>
06	重症度、医療・看護必要度 I ・ II 両方で算出した患者割合にズレがないかを確認できていないため	06	<input type="checkbox"/>
07	その他 (<input type="text"/>)	07	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

13-3 重症患者割合について			
01 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。)	a (令和4年1月～3月の3か月間)		%
	b (令和5年1月～3月の3か月間)		%
02 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。)	a (令和4年1月～3月の3か月間)		%
	b (令和5年1月～3月の3か月間)		%

※1 【基準】以下のいずれかに該当する患者

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

■ 問14は、貴院が「特定集中治療室管理料」もしくは「救命救急入院料2・4」を届け出ている場合にご回答ください。

*問14 貴院の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

*14-1 届け出ている特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の種別（令和5年6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	

《14-2は14-1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。》

*14-2 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 が容易であり、重症度、医療・看護必要度Ⅱの方法に変更する必要性を感じないため		01
02 重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合と比較して、患者の状 態をより適切に評価できるため		02
03 重症度、医療・看護必要度Ⅰのデータを看護職員配置などの看護管理業務に用いるため		03
04 重症度、医療・看護必要度Ⅱを算出するシステムの導入が間に合っていないため		04
05 重症度、医療・看護必要度Ⅱに移行すると、基準を満たす割合が下がることが懸念されるため		05
06 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方で算出した患者割合にズレがないかを確認できていないため		06
07 その他 ()		07

*問15 人生の最終段階における医療・ケア及び緩和ケアにかかる医療提供体制について

*15-1 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた 適切な意思決定に係る指針を作成していますか。 (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 作成している	02 作成していない	

*15-2 在宅医療の提供の有無 (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 有り	02 無し	

《15-3は、15-2で「01有り」を選択した場合、ご回答ください。》

*15-3 貴施設の在宅療養支援病院の届出区分（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 機能強化型在宅療養支援病院（単独型）	《回答欄》 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
02 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）	
03 上記01, 02以外の在宅療養支援病院	
04 在宅療養支援病院ではない	

《15-4は、15-3で「01、02」を選択した場合、ご回答ください。》

*15-4 在宅緩和ケア充実病院の届出の有無（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 有り	02 無し	《回答欄》 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

《15-5は、15-3で「01、02」を選択した場合、ご回答ください。》

*15-5 在宅療養後方支援病院の届け出の有無（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 有り	02 無し	《回答欄》 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

* 《15-6は、15-5で「01、有り」を選択した場合、ご回答ください。》

15-6 在宅患者緊急入院診療加算1の算定回数（令和4年4月1日～令和5年3月31日）	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	回
---	---	---

*15-7 貴院の同一敷地内における訪問看護ステーションの設置の有無（令和5年6月1日時点）
（該当する番号1つを右欄に記載）

01 有り	02 無し	《回答欄》 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

15-8 在宅医療等の提供状況（令和5年3～5月の3か月）		令和5年3～5月の3か月
01	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数	回
02	病院からの訪問看護等の提供実績	
a	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数	回
b	退院後訪問指導料の算定回数	回
c	介護保険の指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数	回
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よる訪問看護の提供実績	
a	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	回
b	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 ※指定訪問看護ステーションの場合のみ計上してください。	回
04	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回
05	同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業者による介護保険法に規定する訪問介護、（介護予防）訪問リハビリテーションの提供実績	
a	介護保険法に規定する訪問介護費の算定回数	回
b	介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数	回
06	退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数	回
a	退院時共同指導料2の算定回数	回
b	外来在宅共同指導料1の算定回数	回

問16 感染対策向上加算についてお伺いします。

16-1 届出の状況について (令和5年6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	
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない	

■ 16-2～16-5は、全ての施設がご回答ください。

16-2 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5年6月1日時点)		構成人数
01 医師		
02 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		
03 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		
04 看護師		
05 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		
06 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		
07 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		
08 薬剤師		
09 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		
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		
11 臨床検査技師		
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		
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		
14 その他 (

16-3 令和4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5年6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)		

16-4 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4月1日～令和5年3月31日)
 ※カンファレンスについては、加算1の場合、開催回数を、加算2または3は参加回数をご回答ください。
 ※連携施設数については、現時点の状況をご回答ください。

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

*16-5 院内感染等に関する助言を行っている場合、その対象種別と対象施設数 (令和4年4月1日～令和5年3月31日)
 ※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		施設
02 うち、貴院と同一法人の施設		施設
03 障害福祉施設		施設
04 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関		施設
05 歯科医療機関		施設
06 薬局		施設
07 自治体		施設
08 一般市民		施設
09 その他		施設

■ 16-6～16-8は、16-5「01 高齢者施設」で1施設以上の場合、ご回答ください。

*16-6 高齢者施設に対して、平時に施設内まで行って助言をしていますか。
 (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 助言をしている 02 助言をしていない

《回答欄》

*16-7 高齢者施設との協議により、施設内クラスターが起こった場合に往診を行っていますか。
 (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 行っている 02 行っていない

《回答欄》

*16-8 16-7で「02 行っていない」を選択した場合、オンライン診療を行っていますか。
 (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01 行っている 02 行っていない

《回答欄》

■ 16-9～16-12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。

16-9 院内感染対策マニュアルは作成されていますか。(令和5年6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
 02 未作成

《回答欄》

16-10 医療機関・行政等との連携および体制について (令和5年6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
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
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
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
05 01～04には該当しない		05

16-11 新興感染症の発生時等の体制整備について (令和5年6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		
02 体制は整備していない		

16-12 抗菌薬の適正使用について (令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している		01
02 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている		02
03 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応している		03
04 その他 (<input type="text"/>)		04

問17 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。

17-1 指導強化加算の届出有無 (令和5年6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	

17-2 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 (令和4年4月1日～令和5年3月31日)		
01 連携施設数	<input type="text"/>	施設
02 連携の申し込みがあったが断った施設数	<input type="text"/>	施設
03 助言を行った総回数	<input type="text"/>	回

問18 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。

18-1 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りますか。 (令和4年4月1日～令和5年3月31日) (該当する番号1つを右欄に○)		《回答欄》
01 あった	02 なかった	

18-2 連携強化加算の有無 (令和5年3月～5月) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 あり	02 なし	

18-3 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 (令和4年4月1日～令和5年3月31日)	
01 施設数	施設
02 総回数 (令和4年4月1日～令和5年3月31日)	回

*問19 外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍を主病とする患者に行う外来化学療法）についてお伺いします。

《外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍の患者を対象）を算定している医療機関にお伺いします》			
* 19-1 外来腫瘍化学療法診療料算定の対象となる患者数 (令和5年5月1か月間)			延べ人数
01	病院全体の外来化学療法患者総数 (延べ人数)		人
02	病院全体の外来化学療法患者総数 (延べ人数) のうち、6才以上15歳未満		人
03	病院全体の外来化学療法患者総数 (延べ人数) のうち、3才以上6歳未満		人
04	病院全体の外来化学療法患者総数 (延べ人数) のうち、3歳未満 (新生児を除く)		人
05	病院全体の外来化学療法患者総数 (延べ人数) のうち、新生児		人
* 19-2 院内で採用している外来化学療法（悪性腫瘍を主病とする患者を対象）に用いる薬剤の後発品の割合 (令和5年6月1日時点)			
	a 後発医薬品 (バイオ後続品を含む) がある先発医薬品数	b 後発医薬品数 (バイオ後続品を含む)	c 割合【b÷(a+b)】
01	抗悪性腫瘍薬 (バイオ医薬品)	品目	%
02	抗悪性腫瘍薬 (バイオ医薬品以外)	品目	%
03	支持療法に用いる医薬品 (抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む)	品目	%

* 19-3 外来化学療法を行う施設の機能としての対応についてお伺いします。(令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)	
01 外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っている	01
02 当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じている	02
03 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている	03
04 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、緊急で入院ができる体制が整備されている	04
05 04で入院体制が整備されていない場合については、他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されている	05
06 医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示している	06

《回答欄》

《19-4は、19-3にて1つ以上選択した場合にご回答ください。》

*19-4 19-3で回答した対応について医療機関内の**見やすい場所への掲示状況**をお伺いします。
(掲示しているものは、該当する番号すべて、右欄に○)

01 外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っていること	01
02 当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じること	02
03 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けていること	03
04 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、緊急で入院ができる体制が整備されていること	04
05 04で入院体制が整備されていない場合については、他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること	05
06 医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示していること	06

《回答欄》

《19-5は、19-3にて1つ以上選択した場合にご回答ください。》

*19-5 19-3で回答した対応について**ホームページへの掲示状況**をお伺いします。
(掲示しているものは、該当する番号すべて、右欄に○)

01 外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っていること	01
02 当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じること	02
03 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けていること	03
04 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、緊急で入院ができる体制が整備されていること	04
05 04で入院体制が整備されていない場合については、他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること	05
06 医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示していること	06

《回答欄》

*問20 外来化学療法加算（悪性腫瘍以外の疾患を主病とする患者に行う外来化学療法）についてお伺いします。

《外来化学療法加算（悪性腫瘍以外の患者を対象）を算定している医療機関にお伺いします。》

20-1 外来化学療法加算の対象となる患者数（令和5年5月1か月間）		延べ人数
01	病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）	人
02	病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、6才以上15歳未満	人
03	病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、3才以上6歳未満	人
04	病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、3歳未満（新生児を除く）	人
05	病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、新生児	人

*20-2 院内で採用している外来化学療法（悪性腫瘍以外の疾患を主病とする患者を対象）に用いる薬剤の後発品の割合（令和5年6月1日時点）

	a 後発医薬品 （バイオ後続品を含む） がある先発医薬品数	b 後発医薬品数 （バイオ後続品を含む）	c 割合【b÷(a+b)】
01 バイオ医薬品	品目	品目	%
02 支持療法に用いる医薬品	品目	品目	%

問21 病棟薬剤業務実施加算の届出状況について

21-1 病棟薬剤業務実施加算1の届出状況について（令和5年6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》
------------------	--------------------	-------

*21-2 病棟薬剤業務実施加算2の届出状況について（令和5年6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 治療室があるが届け出していない	03 治療室がないため届け出していない	《回答欄》
------------------	---------------------------	----------------------------	-------

《21-3は21-2にて「02 治療室があるが届け出していない」の場合にご回答ください。》

*21-3 「02 治療室があるが届け出していない」の理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 病棟業務実施加算1を算定できていないため	01
02 治療室に専任の薬剤師を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 その他（ <input type="text"/> ）	04

問22 看護職員処遇改善評価料の届出状況等についてお伺いします。

22-1 看護職員処遇改善評価料の届出状況について (令和5年6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"/>

《22-2は22-1にて「02 届け出していない」を選択した場合、ご回答ください。》

22-2 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 施設基準を満たさないため		01 <input type="checkbox"/>
02 既に賃金引き上げを行っていたため		02 <input type="checkbox"/>
03 届け出る予定であるが、具体的な賃上げ方法等について調整中のため		03 <input type="checkbox"/>
04 看護職員処遇改善評価料が継続される保証がなく、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げを行うことを躊躇するため		04 <input type="checkbox"/>
05 法人内/圏域内の公立病院等の医療機関間において施設基準を満たす施設と満たさない施設があり、待遇に差が生じるため		05 <input type="checkbox"/>
06 その他 (<input type="text"/>)		06 <input type="checkbox"/>

問23 急性期充実体制加算の届出状況について

23-1 急性期充実体制加算の届出状況について (令和5年6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"/>

*23-2 精神科充実体制加算の届出状況について (令和5年6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"/>

《23-3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。》

23-3 01～16それぞれの実施についてご回答ください。

		(令和4年4月1日～令和5年3月31日)
01	全身麻酔による手術件数	件
02	うち、緊急手術件数	件
03	悪性腫瘍手術件数	件
04	腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術件数	件
05	心臓カテーテル法手術件数	件
06	消化管内視鏡による手術件数	件
07	化学療法の件数	件
08	うち、造血器悪性腫瘍に係る化学療法の件数	件
09	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5年3月31日)	%
14	逆紹介割合 ^{※2} (令和4年4月1日～令和5年3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。

■ 問23-4～23-6は、貴院が23-1で「01 届け出ている」を選択した場合にご回答ください。

*23-4 届出以前の状況についてご回答ください。
(令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01	総合入院体制加算1を届け出ている	《回答欄》 <input type="checkbox"/>
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	総合入院体制加算の届出はしていなかった	

*23-5 各診療科の入院医療の状況についてお伺いします。

各時点において、「入院医療の提供がある」場合は 1、
「入院医療の提供がない」場合は 2 をそれぞれ右欄に数字で記載

	a 令和4年3月1日時点	b 令和5年6月1日時点
01 精神科		
02 産科又は産婦人科		
03 小児科		

*23-6 23-5の01～03の診療科において、令和4年3月1日時点では開設していた診療科のうち、令和5年6月1日時点で閉鎖している診療科が1つでもあった場合にお伺いします。
(該当する番号1つを右欄に記載)

01 条件に当てはまる全ての診療科において、地域医療構想調整会議で合意を得て閉鎖	《回答欄》 <input type="text"/>
02 条件に当てはまる一部の診療科について、地域医療構想調整会議で合意を得て閉鎖	
03 条件に当てはまる診療科については、地域医療構想調整会議での検討は行わなかった	

《「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23-1にて「02 届け出ていない」に該当する場合、23-7の設問についてご回答ください。》

23-7 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○)

01 手術等に係る実績	01 <input type="text"/>
02 化学療法の実施を推進する体制	02 <input type="text"/>
03 24時間の救急医療提供	03 <input type="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
06 感染対策向上加算1の届出	06 <input type="text"/>
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="text"/>
08 薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保	08 <input type="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
12 外来を縮小する体制の確保	12 <input type="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
17 平均在院日数14日以内	17 <input type="text"/>
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="text"/>
19 敷地内における禁煙の取り扱い	19 <input type="text"/>
20 第三者評価を受けていること	20 <input type="text"/>
21 総合入院体制加算を届出していないこと	21 <input type="text"/>

問24 総合入院体制加算の届出状況についてお伺いします。

■ 24-1～24-2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

24-1 「総合入院体制加算」の届出状況について（令和5年6月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）	
<p>01 総合入院体制加算1を届け出ている</p> <p>02 総合入院体制加算2を届け出ている</p>	<p>03 総合入院体制加算3を届け出ている</p> <p>04 総合入院体制加算を届け出していない</p>

《回答欄》

24-2 24-1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
- 02 人工心肺を用いた手術の件数が 年間40件以上
- 03 悪性腫瘍手術の件数が 年間400件以上
- 04 腹腔鏡下手術の件数が 年間100件以上
- 05 放射線治療（体外照射法）の件数が 年間4,000件以上
- 06 化学療法の件数が 年間1,000件以上
- 07 分娩の件数が 年間100件以上
- 08 救急自動車等による搬送件数が 年間2,000件以上
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 20 院内助産又は助産師外来の開設
- 21 特定行為研修修了者の複数名の配置
- 22 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等以外）
- 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
- 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）
- 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
- 26 その他

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	

※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25 術後疼痛管理チーム加算の届出状況について**

*25-1 術後疼痛管理チーム加算の届出状況について（令和5年6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》

--

《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 「02 届け出していない」の理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 麻酔に従事する常勤の医師がいないため	01
02 所定の研修を修了した専任の看護師の確保が難しいため	02
03 経験年数を満たす看護師が足りないため	03
04 所定の研修を修了した専任の薬剤師の確保が難しいため	04
05 経験年数を満たす薬剤師が足りないため	05
06 その他（ <input style="width: 450px; height: 20px;" type="text"/> ）	06

《回答欄》

■問26～問28は、療養病棟入院料1および2、療養病棟入院基本料（経過措置）のいずれかを届け出ている医療機関のみご回答ください。届出していない医療機関は問29へお進みください。

問26 療養病棟入院料1および2、療養病棟入院基本料（経過措置）の病棟についてお伺いします。

26-1 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6年4月以降）
（該当する番号1つを右欄に記載）

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
--------------	-----------------	---------------------	----------------------

《回答欄》

--

《26-2は26-1にて「04 他の病棟・施設へ転換」の場合にご回答ください。》

26-2 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○）

01 療養病棟入院料1	01
02 療養病棟入院料2	02
03 療養病棟入院基本料「注11」	03
04 回復期リハ病棟	04
05 地域包括ケア病棟	05
06 介護保険施設	06
07 介護医療院	07
08 その他（ <input style="width: 550px; height: 20px;" type="text"/> ）	08
09 未定	09

《回答欄》

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	<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	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
04	看護師の確保が困難なため	<input type="text"/>
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	<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	<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	<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	<input type="text"/>
09	その他 (<input type="text"/>)	<input type="text"/>

《26-3は「療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定」されている場合にご回答ください。》		
26-3 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○)		《回答欄》
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	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>

■ 下記問27については、貴院が令和5年3月31日時点で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27 令和4年3月31日時点で療養病棟入院基本料の注11（以下「旧経過措置」と表記）を届け出た病棟の現時点の状況についてお伺いします。

27-1 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5年6月1日時点の内訳	01 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
	02 療養病棟入院料1を届出	棟	床
	03 療養病棟入院料2を届出	棟	床
	04 療養病棟入院基本料 経過措置を届出	棟	床
	05 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
	06 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換	棟	床
	07 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換	室	床
	08 介護保険施設へ転換		床
	09 うち、介護医療院へ転換		床
	10 上記05～08以外へ転換	棟	床
	11 休床としている病床		床

■ 下記問28については、貴院が療養病棟入院料1および2、療養病棟入院基本料（経過措置）を届け出ている場合のみご回答ください。

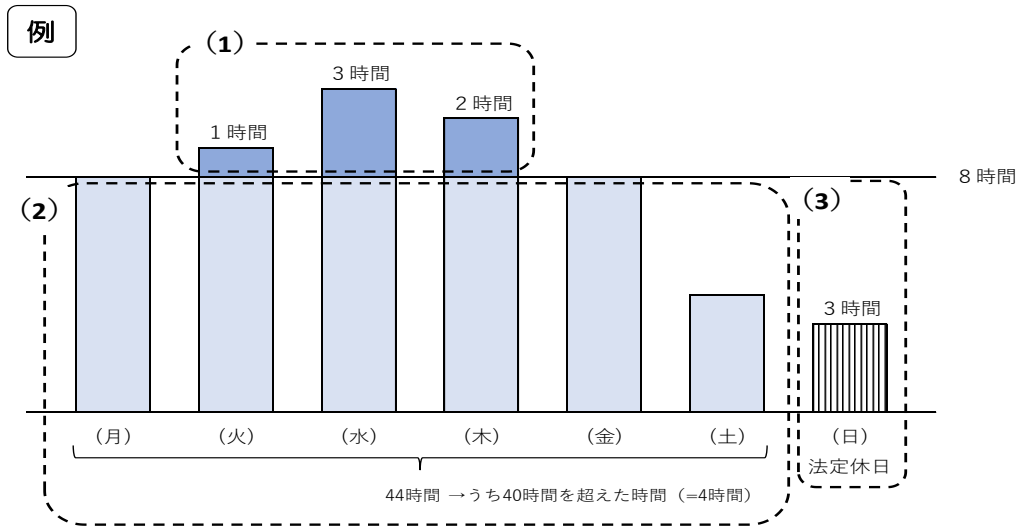
問28 患者の日常生活動作の評価に関する状況についてお伺いします。

28-1 患者に対して、1月に1回以上、機能的自立度評価法（FIM）による測定の有無 （令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 測定あり	02 測定なし	
28-2 は28-1にて「02 測定なし」の場合にご回答ください。		
28-2 施設基準を満たせない理由（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 FIMを用いる院内運用が整っていないため		01
02 FIMだと患者の病態の評価に即していないため		02
03 その他（ <input type="text"/> ）		03

問29 医師の勤務状況等についてお伺いします。

29-1 貴施設における令和5年5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）	令和5年5月1か月
01 平均値	時間
02 最大値	時間
03 最小値	時間
04 1か月の超過勤務時間が80時間超の人数	人
05 1か月の超過勤務時間が155時間超の人数	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）	令和5年5月1か月
06 平均値	回
07 最大値	回
08 最小値	回
09 連日当直を実施した者の人数	人
10 連日当直の発生した回数	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。

29-2 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。 (令和5年6月1日時点) (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》

《29-3は、29-2にて「02 許可を受けている業務と受けていない業務がある」の場合にご回答ください。》

*29-3 宿日直許可を受けている業務をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 救急外来業務
- 02 一般病棟業務
- 03 院内管理業務
- 04 ICU業務
- 05 HCU業務
- 06 NICU業務
- 07 MFICU業務
- 08 SCU業務
- 09 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"/>

*29-4 29-3で選択した業務において、宿日直を行う際の人員配置として、それぞれ次のうちいずれが該当するかご回答ください。（それぞれ該当する番号1つを右欄に記載）

	01 一人で宿日直	02 二人以上で宿日直し、 時間帯を分けて宿日直 を交代している	03 一人は夜勤で勤務、そ の上で、宿日直の医師 も設けている	04 宿日直許可を受けてい ない	
1) 救急外来業務	01	02	03	04	1) <input type="text"/>
2) 一般病棟業務	01	02	03	04	2) <input type="text"/>
3) 院内管理業務	01	02	03	04	3) <input type="text"/>
4) ICU業務	01	02	03	04	4) <input type="text"/>
5) HCU業務	01	02	03	04	5) <input type="text"/>
6) NICU業務	01	02	03	04	6) <input type="text"/>
7) MFICU業務	01	02	03	04	7) <input type="text"/>
8) SCU業務	01	02	03	04	8) <input type="text"/>
9) その他	01	02	03	04	9) <input type="text"/>

《回答欄》

29-5 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。

(令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

《回答欄》

- 01 勤務間インターバルの確保
- 02 特段配慮していない

<input type="text"/>

問30 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。

30-1 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。
 (令和5年6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》

30-2 「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。
 (令和5年6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》

《30-3は、30-2にて「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》

30-3 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)

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	

《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5年6月26日(月)までに、
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

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5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)

R5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。

- 特に指定がある場合を除いて、令和5年6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。

◆ 施設ID、病棟IDをご記入下さい。

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

問1 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

1-1 診療科目（令和5年6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	09 耳鼻咽喉科	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
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: 150px; height: 20px;" type="text"/> ）	
08 眼科		

1-2 入院基本料（令和5年6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	11 専門病院入院基本料（10対1）	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
02 急性期一般入院料2	12 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）	
03 急性期一般入院料3	13 特定機能病院入院基本料（一般病棟10対1）	
04 急性期一般入院料4	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）	
05 急性期一般入院料5	15 療養病棟入院料1	
06 急性期一般入院料6	16 療養病棟入院料2	
07 地域一般入院料1	17 療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数を算定	
08 地域一般入院料2	18 緩和ケア病棟入院料1	
09 地域一般入院料3	19 緩和ケア病棟入院料2	
10 専門病院入院基本料（7対1）		

■ 1-3 は、貴病棟が小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合のみご回答ください。

1-3 届け出ている小児入院医療管理料（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）	
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	

《回答欄》

1-4 貴病棟の病床数 ^{※1} についてご回答ください。（令和5年6月1日時点）	
01 医療保険届出病床数（本来の届出）	床
02 簡易な報告 ^{※1} により運用している場合、簡易な報告後の医療保険届出病床数	床

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」
（令和2年4月18日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）に基づく「簡易な報告」

1-5 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算 ^{※1} ）（令和5年6月1日時点）	
01 看護師	人
02 うち、特定行為研修修了者	人
03 うち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師	人
04 准看護師	人
05 看護補助者	人
06 うち、介護福祉士	人
07 薬剤師	人
08 うち、専従	人
09 うち、専任	人
10 管理栄養士	人
11 うち、専従	人
12 うち、専任	人
13 理学療法士	人
14 作業療法士	人
15 言語聴覚士	人
16 歯科衛生士	人
17 相談員	人
18 うち、社会福祉士	人
19 うち、精神保健福祉士	人
20 保育士 ^{※2}	人
21 医師事務作業補助者	人
22 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

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

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

1-6 新入棟患者数、新退棟患者数等			
01 新入棟患者数	a	(令和4年3月～5月の3か月間)	人
	b	(令和5年3月～5月の3か月間)	人
02 新退棟患者数	a	(令和4年3月～5月の3か月間)	人
	b	(令和5年3月～5月の3か月間)	人
03 在院患者延日数	a	(令和4年3月～5月の3か月間)	日
	b	(令和5年3月～5月の3か月間)	日

1-7 貴病棟における病床利用率 ^{※3}			
病床利用率	a	(令和4年3月～5月の3か月間)	%
	b	(令和5年3月～5月の3か月間)	%

※3 「病床利用率」= A ÷ B × 100 : 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。

1-8 貴病棟における在宅復帰率等			
01 在宅復帰率 ^{※4}	a	(令和4年3月～5月の3か月間)	%
	b	(令和5年3月～5月の3か月間)	%
02 平均在院日数	a	(令和4年3月～5月の3か月間)	日
	b	(令和5年3月～5月の3か月間)	日

※4 「在宅復帰率」の計算方法については記入要領にも記載がございますので、ご活用ください。

1-9 貴病棟における看護職員の勤務形態 (令和5年6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 ^{※5}		01
02 変則3交代制 ^{※6}		02
03 2交代制		03
04 変則2交代制 ^{※7}		04
05 その他(具体的に <input type="text"/>)		05

※5 3交代制: 日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

※6 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。

※7 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。

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お伺いします。

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5年6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ください。

2-2 受診者や体制の動向等についてお伺いします。
「あり」の場合は1、「なし」の場合は2を毎月すべてにご回答ください。

	令和4年		令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月	
01 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者 ^{※2} の受入の有無				

※2 疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

* 2-3 貴病棟についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 コロナ専用病棟である	02 コロナ専用病棟ではない（コロナ患者は病床単位で対応又はコロナ患者を受け入れていない）	《回答欄》 □
---------------	---	------------

《2-4は、実際に新型コロナ感染症患者が病棟にいる場合の状況についてお伺いします。》

* 2-4 新型コロナ感染症患者を担当する看護職員の勤務状況について（該当する番号1つを右欄に記載）

01 コロナ患者対応について専従にしている	02 コロナ患者だけでなくその他の患者も合わせて担当している	《回答欄》 □
03 コロナ患者の受け入れ人数によって、専従か否かの勤務体制を変動している	04 その他（ □ ）	

* 2-5 新型コロナ感染症患者が複数名入院した場合の病床管理について（該当する番号1つを右欄に記載）

01 コロナ患者同士は、他に空室があっても同室で対応している	02 コロナ患者同士は、他に空室がない場合に限り同室で対応している	《回答欄》 □
03 コロナ患者は必ず個室で対応している	04 その他（ □ ）	

* 2-6 新型コロナ感染症患者受入れ時（下記期間のうち最大数）の患者数についてお伺いします。
（令和5年4月1日～令和5年5月31日のうち、**在院している新型コロナ感染症患者数が最も多かった日**：**0時～24時**、入退院患者含む。）

在院している新型コロナ感染症患者数が最も多かった日：0時～23時		月		日
----------------------------------	--	---	--	---

* 2-7 2-6で回答した日の患者数および看護職員数についてお伺いします。

01 全病床数（休床含まない）		床
02 入院患者数（入退院含む実患者数）		人
03 02のうち、新型コロナ感染症患者数（入退院含む実患者数）		人
04 03のうち、その日に酸素投与を行った患者数		人
05 04のうち、その日に人工呼吸器管理を行った患者数		人
06 日勤帯の常勤換算看護職員数		人
07 準夜帯の常勤換算看護職員数		人
08 深夜帯の常勤換算看護職員数		人

《2-8は、2-6で回答した日（在院している新型コロナ感染症患者数が最も多かった日）について、お伺いします。》

* 2-8 看護職員以外の職員の追加配置について（該当する番号1つを右欄に記載）

01 追加配置した	02 追加配置していない	《回答欄》
-----------	--------------	-------

《2-8で「01追加配置した」を選択した場合、2-9にご回答ください。》

* 2-9 追加した職種について人数をご回答ください。

01 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士		人
02 看護補助者		人
03 うち、介護福祉士		人
04 その他（具体的に		人

* 2-10 新型コロナ感染症患者受入れ時**以外**の患者数および看護職員数についてお伺いします。（コロナ患者がいない場合の平均的な状況についてご回答ください。）

01 全病床数（休床含まない）		床
02 入院患者数（入退院含む実患者数）		人
03 日勤帯の常勤換算看護職員数		人
04 準夜帯の常勤換算看護職員数		人
05 深夜帯の常勤換算看護職員数		人

* 2-11 入院中のコロナ患者対応時におけるPPEの効率化の状況についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 患者及び患者周囲の汚染箇所に直接触れなければ、手袋・ガウンは着用しないことが多い	《回答欄》
02 接触時間が長くなければ、ガウンは着用しないことが多い	
03 マスクは入室毎の交換ではなく、汚染されたときのみ交換している	
04 01～03のような効率化をしていない	
05 その他（具体的に	

問3 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

3-1 貴病棟の入院患者数 ^{※1}	令和5年5月の1か月間
貴病棟の入院患者数	人

※1 病棟全体の令和5年5月1か月間の実患者数とし、3-1の実患者数は3-2の合計と一致させること。

3-2 入棟前の居場所別患者数 ^{※2} (令和5年5月の1か月間)	a 予定入院	b 予定以外の入院
01 自宅 (在宅医療の提供あり ^{※3})	人	人
02 自宅 (在宅医療の提供なし ^{※3})	人	人
03 介護施設等 ^{※4}	人	人
04 他院の一般病床	人	人
05 うち、夜間に入院した患者数 (22時～6時)	人	人
06 うち、休日に入院した患者数 (日曜及び国民の休日)	人	人
07 うち、入院による急性期治療後に、継続的な加療が必要な患者	人	人
08 うち、入棟前の医療機関の治療よりもさらに高度もしくは専門的な治療が必要な患者	人	人
09 他院の一般病床以外	人	人
10 うち、高度急性期病院における初期対応 (救急外来) で入院治療と判断されたが、入院先として高度急性期病院以外でも対応可能と判断された患者	人	人
11 うち、入棟前の医療機関における初期対応 (救急外来) で入院治療が必要だが転院元よりも更に高度又は専門的な入院医療が必要と判断された患者	人	人
12 自院の他病棟	人	人
13 その他	人	人

※2 (再掲) 病棟全体の令和5年5月1か月間の実患者数とし、3-1の実患者数は3-2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 介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、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)、障害者支援施設

3-3 身体的拘束 ^{※5} の実施	
身体的拘束を実施した患者数 (実人数) (令和5年5月の1か月間)	人

※5 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4 貴病棟における薬剤師の配置状況についてお伺いします。

■ 4-1は、1-5-07で薬剤師が配置されている場合、ご回答ください。

4-1 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5年6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 <input type="checkbox"/>
02 入院時の持参薬の確認と医師に処方提案		02 <input type="checkbox"/>
03 入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施		03 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
06 退院時の薬局への文書による情報提供		06 <input type="checkbox"/>

■ 4-2は、1-5-07で薬剤師が配置されていない場合、ご回答ください。

4-2 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5年6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5 貴病棟における多職種連携の状況についてお伺いします。

* 5-1 貴病棟におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携についてお伺いします。
 下記の取組について、実施の有無をご回答ください。（実施しているもの全てに○）
 実施している場合は、主として実施している職種（◎）と関与している職種（○）をご回答ください。
 （主として実施している職種1つに◎、関与している職種全てに○）なお、歯科医師、歯科衛生士については
 院内にいる職種のみ対象とします。

	a 実施 の有無	b 医師	c 歯科 医師	d 看護 職員	e 薬剤師	f 理学 療法士	g 作業 療法士	h 言語 聴覚士	i 管理 栄養士	j 歯科 衛生士
01 NST等の専門チームでのカンファレンス										
02 01以外の病棟でのカンファレンス (簡易な情報共有や相談を含む)										
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・ 定期的な評価										
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価										
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価										
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価										
07 口腔の状態のスクリーニング・ 定期的な評価										
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・ 定期的な評価										
09 栄養管理計画の作成										
10 離床やリハビリテーションに係る 計画の作成										
11 口腔管理に関する計画の作成										
12 ミールラウンド（食事の観察）										
13 食事形態の検討・調整										
14 経腸栄養剤の種類を選択や変更										
15 退院前の居宅への訪問指導										
16 退院時のカンファレンス										

* 5-2 貴病棟におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携について、
 院外の歯科医師および歯科衛生士との連携の有無についてご回答ください。（連携しているもの全てに○）
 連携している場合は、院外の歯科医師又は歯科衛生士と連携して実施している内容に（○）をご回答ください。

	ア 連携の 有無	5-1の01～16															
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
a 院外の歯科医師																	
b 院外の歯科衛生士																	

問6 緩和ケアについてお伺いします。

* 6-1 緩和ケア診療加算の届出の有無 (令和5年6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	
《6-2は、6-1で「01 届け出ている」を選択した場合、ご回答ください。》		
* 6-2 緩和ケア診療加算を算定した患者数 (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		
		人
* 6-3 6-2のうち退院した患者数 (転院及び死亡退院を除く。) (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		
		人
* 6-4 6-3のうち退院後に自院にて在宅医療を提供した患者数 (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		
		人
* 6-5 6-4のうち退院後に他院にて在宅医療を提供した患者数と紹介した医療機関数 (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		
01 患者数		人
02 紹介した医療機関数		施設

問7 地域包括ケア病棟入院料の届出の有無に関わらず、以下についてご回答ください。

* 7-1 以下の項目のうち、貴院が満たす要件があればご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置		01
02 リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること		02
03 適切な意思決定支援に係る指針を定めていること		03
04 一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)		04
05 自院の一般病棟から転棟した患者割合が6割未満		05
06 自宅等から入棟した患者割合が2割以上		06
07 自宅等からの緊急患者の受入 3月で9人以上		07
08 在宅医療等の実績2つ以上 ^{※1}		08

※1 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料 (I) 及び (II) の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・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 の算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて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が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において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が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

* 7-2 各種実績の状況	令和4年		令和5年			
	a 12月	b 1月	c 2月	d 3月	e 4月	f 5月
	01 自宅等から入棟した患者割合	%	%	%	%	%
02 自宅等からの緊急患者の受入れ数	人	人	人	人	人	人
03 介護保険施設から入棟した患者割合	%	%	%	%	%	%
04 介護保険施設からの緊急患者の受入れ数	人	人	人	人	人	人
05 自院の一般病床からの転棟患者割合	%	%	%	%	%	%

■ 療養病棟入院料1, 2、および療養病棟入院基本料（経過措置）を算定する病棟のみご回答ください。

問8 貴病棟に令和5年6月1日時点で入院している患者についてお伺いします。

8-1 医療区分別の入院患者数（実患者数）	
1) 医療区分別の患者数	
01 医療区分1	人
02 医療区分2	人
03 医療区分3	人
2) ADL区分別の患者数	
01 ADL区分1 (ADL得点0～10点)	人
02 ADL区分2 (ADL得点11～22点)	人
03 ADL区分3 (ADL得点23～24点)	人

問9 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

9-1 退棟先別の退棟患者数		令和5年5月の1か月間
a 貴病棟における退棟患者数		
自宅・介護保険施設等	01 自宅（在宅医療の提供あり ^{※1} ）	人
	02 自宅（在宅医療の提供なし ^{※1} ）	人
	03 介護老人保健施設	人
	04 うち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	人
	05 介護医療院	人
	06 介護療養型医療施設	人
	07 特別養護老人ホーム	人
	08 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	09 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
	10 障害者支援施設	人
他院	11 他院の一般病床（ 12 、 13 以外）	人
	12 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	13 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
	14 他院の療養病床（ 13 以外）	人
	15 うち、他院の療養病床（ 13 以外かつ在宅復帰強化加算を算定）	人
	16 他院の精神病床	人
	17 他院のその他の病床	人
自院	18 自院の一般病床（ 19 、 20 以外）	人
	19 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	20 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	21 自院の療養病床（ 20 以外）	人
	22 うち、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
	23 自院の精神病床	人
	24 自院のその他の病床	人
有床診療所	25 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
	26 有床診療所（ 25 以外）	人
死亡	27 死亡退院	人
	28 その他	人

※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。

◆**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5年7月4日（火）までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。**

R5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。

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5年度調査

入院・外来医療等における実態調査

治療室調査票 (A)

- 特に指定がある場合を除いて、令和5年6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（令和5年6月1日時点）（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>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

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5年6月1日時点）		
01 診療報酬上の届出病床数（本来の届出）		床
02 簡易な報告※1により運用している場合、簡易な報告後の届出病床数		床

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」
（令和2年4月18日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）に基づく「簡易な報告」

2-2 貴治療室に配置されている職員数（常勤換算 ^{※1} ）（令和5年6月1日時点）		
01 専任の医師		人
02 うち、5年以上の特定集中治療の経験を有する医師		人
03 看護師		人
04 うち、適切な研修を修了した専任の常勤看護師 ^{※2}		人
05 うち、特定行為研修修了者 ^{※3}		人
06 准看護師		人
07 看護補助者		人
08 うち、介護福祉士		人
09 薬剤師		人
10 管理栄養士		人
11 理学療法士		人
12 作業療法士		人
13 言語聴覚士		人
14 臨床工学技士		人
15 相談員		人
16 うち、社会福祉士		人
17 うち、精神保健福祉士		人
18 医師事務作業補助者		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。

《2-3は、2-2-04で「適切な研修を修了した専任の常勤看護師」数を計上した場合、ご回答ください。》		
* 2-3 適切な研修を修了した専任の常勤看護師のみの勤務時間等（令和5年5月1か月）		
01 1人当たり平均勤務時間 ^{※4}		時間/月
02 1人当たり平均夜勤時間 ^{※5}		時間/月
03 1人当たり平均勤務日数 ^{※6}		日/月

※4 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。

※5 平均夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数

※6 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 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5年6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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
03 主に手術を担当した麻酔科医が管理している	03	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
06 特定行為研修を修了した看護師などが包括指示に基づいて対応している	06	<input type="checkbox"/>

* 2-5 貴治療室の医師の業務について (令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 予定手術後の患者の管理	01	<input type="checkbox"/>
02 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送により入院し、入室した患者の管理	02	<input type="checkbox"/>
03 救急外来から入院し、入室した患者の管理 (02を除く)	03	<input type="checkbox"/>
04 院内の入院患者の様態が悪化し、入室した患者の管理 (緊急手術後を含む)	04	<input type="checkbox"/>
05 その他 (<input type="text"/>)	05	<input type="checkbox"/>

■ 2-5で「01」～「04」を選択した場合に、2-6～2-9をご回答ください。

* 2-6 2-5の「01 予定手術後の患者の管理」を選択した場合に、夜間に対応する医師の体制について
 ご回答ください。(令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応	01	<input type="checkbox"/>
02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応	02	<input type="checkbox"/>
03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応	03	<input type="checkbox"/>
04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応	04	<input type="checkbox"/>
05 その他 (<input type="text"/>)	05	<input type="checkbox"/>

* 2-7 2-5の「02 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送により入院し、
 入室した患者の管理」を選択した場合に、夜間に対応する医師の体制についてご回答ください。
 (令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応	01	<input type="checkbox"/>
02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応	02	<input type="checkbox"/>
03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応	03	<input type="checkbox"/>
04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応	04	<input type="checkbox"/>
05 その他 (<input type="text"/>)	05	<input type="checkbox"/>

* 2-8 2-5の「03 救急外来から入院し、入室した患者の管理 (02を除く)」を選択した場合に、
 夜間に対応する医師の体制についてご回答ください。
 (令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応	01	<input type="checkbox"/>
02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応	02	<input type="checkbox"/>
03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応	03	<input type="checkbox"/>
04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応	04	<input type="checkbox"/>
05 その他 (<input type="text"/>)	05	<input type="checkbox"/>

* 2-9 2-5の「04 院内の入院患者の様態が悪化し、入室した患者の管理（緊急手術後を含む）」を選択した場合に、夜間に対応する医師の体制についてご回答ください。
 （令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が対応	01	<input type="text"/>
02 原疾患の治療を行う担当科の医師が対応	02	<input type="text"/>
03 救急又は集中治療を担当する診療科の医師と原疾患の治療を行う担当科の医師が共同で対応	03	<input type="text"/>
04 救急又は集中治療を担当する診療科、原疾患の治療を行う担当科いずれでもない医師が当番制により対応	04	<input type="text"/>
05 その他（ <input type="text"/> ）	05	<input type="text"/>

《回答欄》

2-10 入室患者数、在室日数等

01 実入室患者数	a (令和4年3月～5月の3か月間)	<input type="text"/>	人
	b (令和5年3月～5月の3か月間)	<input type="text"/>	人
02 平均在室日数	a (令和4年3月～5月の3か月間)	<input type="text"/>	日
	b (令和5年3月～5月の3か月間)	<input type="text"/>	日
03 病床利用率 ^{※7}	a (令和4年3月～5月の3か月間)	<input type="text"/>	%
	b (令和5年3月～5月の3か月間)	<input type="text"/>	%

※7 「病床利用率」= A ÷ B × 100 : A、3月の在院患者延数 × 100、B、届出病床数 × 31

■ 問3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3 重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

3-1 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 ご回答ください。	令和5年1月～3月の3か月間
重症度、医療・看護必要度	<input type="text"/> %

■ 問4は、貴治療室が「救命救急入院料2,4」もしくは「特定集中治療室管理料」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5年1～3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	<input type="text"/>
02 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 II	
03 01及び02の両方を使用している	

《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回答ください。
 I又はIIどちらも算出している場合は両方をご回答ください。

01 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。）	令和5年1月～3月の3か月間
	<input type="text"/> %
02 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。）	令和5年1月～3月の3か月間
	<input type="text"/> %

- 問5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。
簡易な報告により、現在ハイケアユニット入院医療管理料以外を運用している場合でも、本来は「ハイケアユニット入院医療管理料」を届け出ている場合、5-2および5-3の設問にはご回答ください。

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・看護必要度に係る基準を満たす患者割合について ご回答ください。		令和5年1月～3月の3か月間
重症度、医療・看護必要度		%

* 5-2 貴治療室の夜間において、ハイケアユニットを担当する医師の体制 ※本来の届出によるハイケアユニット病床の状況についてご回答をお願いします。 (令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 医療機関内にいる担当医師に、5年以上の経験を有する医師が常に含まれる体制		01
02 医療機関内にいる担当医師に、2年以上の経験を有する医師が常に含まれる体制		02
03 2年以上の経験を有する医師が担当医師に常に含まれるとは限らないが、医療機関内に担当医師が常時1名以上いる体制		03

* 5-3 貴治療室の夜間における相談体制 (医療機関内にいる医師以外の医師への相談を含む。) ※本来の届出によるハイケアユニット病床の状況についてご回答をお願いします。 (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 必要に応じて、特定集中治療の5年以上の経験を有する医師と常時相談可能		《回答欄》
02 必要に応じて、01以外で救急又は集中治療を担当する診療科の医師と常時相談可能		
03 必要に応じて、01、02以外で5年以上の経験を有する医師と常時相談可能		
04 必要に応じて、01～03以外で2年以上の経験を有する医師と常時相談可能		

- 問6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6 重症度、医療・看護必要度^{※1}についてお伺いします。

6-1 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5年3月～5月の3か月間) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
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》
02 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II		

6-2 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合についてご回答ください。 I又はIIどちらも算出している場合は両方をご回答ください。	
01 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。)	令和5年1月～3月の3か月間 %
02 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。)	令和5年1月～3月の3か月間 %

※1 【基準】以下のいずれかに該当する患者
 ・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上の患者
 ・A得点が3点以上の患者
 ・手術等の医学的状況に係る得点(C得点)が1点以上の患者

問7 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お伺いします。

7-1 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5年6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ご回答ください。

7-2 受診者や体制の動向等についてお伺いします。
「あり」の場合は1、「なし」の場合は2を毎月すべてにご回答ください。

	令和4年		令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月	
01 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者 ^{※2} の受入の有無				

※2 新型コロナウイルス感染症の疑い患者及び疑似症として届出が行われた患者を含む。

* 7-3 貴病棟についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 コロナ専用病棟である	02 コロナ専用病棟ではない（コロナ患者は病床単位で対応又はコロナ患者を受け入れていない）	《回答欄》
---------------	---	-------

《7-4は、実際に新型コロナ感染症患者が病棟にいる場合の状況についてお伺いします。》

* 7-4 新型コロナ感染症患者を担当する看護職員の勤務状況について（該当する番号1つを右欄に記載）

01 コロナ患者対応について専従にしている	02 コロナ患者だけでなくその他の患者も合わせて担当している	《回答欄》
03 コロナ患者の受け入れ人数によって、専従か否かの勤務体制を変動している	04 その他（ ）	

* 7-5 新型コロナ感染症患者が複数名入院した場合の病床管理について（該当する番号1つを右欄に記載）

01 コロナ患者同士は、他に空室があっても同室で対応している	02 コロナ患者同士は、他に空室がない場合に限り同室で対応している	《回答欄》
03 コロナ患者は必ず個室で対応している	04 その他（ ）	

* 7-6 新型コロナ感染症患者受入れ時（下記期間のうち最大数）の患者数についてお伺いします。
（令和5年4月1日～令和5年5月31日のうち、**在院している新型コロナ感染症患者数が最も多かった日**：**0時～24時**、入退院患者含む。）

在院している新型コロナ感染症患者数が最も多かった日：0時～23時	月	日
----------------------------------	---	---

* 7-7 7-6で回答した日の患者数および看護職員数についてお伺いします。

01 全病床数（休床含まない）		床
02 入院患者数（入退院含む実患者数）		人
03 02のうち、新型コロナウイルス感染症患者数（入退院含む実患者数）		人
04 03のうち、その日に酸素投与を行った患者数		人
05 04のうち、その日に人工呼吸器管理を行った患者数		人
06 日勤帯の常勤換算看護職員数		人
07 準夜帯の常勤換算看護職員数		人
08 深夜帯の常勤換算看護職員数		人

《7-8は、7-6で回答した日（在院している新型コロナ感染症患者数が最も多かった日）について、お伺いします。》

*7-8 看護職員以外の職員の追加配置について（該当する番号1つを右欄に記載）

01 追加配置した	02 追加配置していない	《回答欄》
-----------	--------------	-------

《7-8で「01 追加配置した」を選択した場合、7-9にご回答ください。》

*7-9 追加した職種について人数をご回答ください。

01 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士		人
02 看護補助者		人
03 うち、介護福祉士		人
04 その他（具体的に <input type="text"/> ）		人

*7-10 新型コロナ感染症患者受入れ時以外[※]の患者数および看護職員数についてお伺いします。
（コロナ患者がいない場合の平均的な状況についてご回答ください。）

01 全病床数（休床含まない）		床
02 入院患者数（入退院含む実患者数）		人
03 日勤帯の常勤換算看護職員数		人
04 準夜帯の常勤換算看護職員数		人
05 深夜帯の常勤換算看護職員数		人

*7-11 入院中のコロナ患者対応時におけるPPEの効率化の状況についてお伺いします。
（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 患者及び患者周囲の汚染箇所に直接接触しなければ、手袋・ガウンは着用しないことが多い	01	《回答欄》
02 接触時間が長くなければ、ガウンは着用しないことが多い	02	《回答欄》
03 マスクは入室毎の交換ではなく、汚染されたときのみ交換している	03	《回答欄》
04 01~03のような効率化をしていない	04	《回答欄》
05 その他（具体的に <input type="text"/> ）	05	《回答欄》

■ 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5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

01 救急体制充実加算1	03 救急体制充実加算3	《回答欄》
02 救急体制充実加算2	04 届け出ていない	《回答欄》

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
01 令和3年1月～12月の実績		
02 令和4年1月～12月の実績		

- 問9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9 重症患者対応体制強化加算についてお伺いします。

9-1 届出の状況について（令和5年6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の届出の有無に関わらずご回答ください。》

*9-2 当該治療室における職員の配置状況（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 専従の常勤臨床工学技士を1名以上配置している ^{※1}		01 <input type="checkbox"/>
02 当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師2名以上の配置 ^{※2}		02 <input type="checkbox"/>

※1 救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士に限る。
 ※2 集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師に限る。

《9-3は、9-2で「02 当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師2名以上の配置」に該当した場合にご回答ください。》

9-3 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○）		《回答欄》
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 type="checkbox"/>
02 院内研修の講師		02 <input type="checkbox"/>
03 新型コロナウイルス感染症に発生に伴う他の医療機関への支援 具体的内容（ <input type="text"/> ）		03 <input type="checkbox"/>
04 新型コロナウイルス感染症に発生に伴う高齢者施設等への支援（03を除く） 具体的内容（ <input type="text"/> ）		04 <input type="checkbox"/>
05 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		05 <input type="checkbox"/>
06 院内における集中治療看護に関する相談対応		06 <input type="checkbox"/>
07 配置されている治療室の患者担当		07 <input type="checkbox"/>
08 その他（ <input type="text"/> ）		08 <input type="checkbox"/>

《9-4は、9-1で「02 届け出していない」の場合にご回答ください。》

9-4 届出が困難な理由について（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
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 type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>
03 専従の臨床工学技士を確保できない		03 <input type="checkbox"/>
04 急性期充実体制加算を届け出していない		04 <input type="checkbox"/>
05 感染対策向上加算を届け出していない		05 <input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>
07 そもそも届け出る予定がない		07 <input type="checkbox"/>
08 その他（ <input type="text"/> ）		08 <input type="checkbox"/>

問10 重症患者初期支援充実加算についてお伺いします。

10-1 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5年の5月1か月間)	
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	人

- 問11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11 早期栄養介入管理加算についてお伺いします。

11-1 早期栄養介入管理加算の届出の有無について (令和5年6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="checkbox"/>
02 早期栄養介入管理加算を届け出していない		

《11-2は、11-1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。》

11-2 早期栄養介入に係る体制および実績等について	
01 専任の管理栄養士 (令和5年6月1日時点)	人
02 早期栄養介入の対象実患者数 (令和5年5月1か月)	人
03 うち、当該加算を算定した実患者数 (令和5年5月1か月)	人
04 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)	回
05 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5年5月1か月)	人

《11-3は、11-2で、「02 早期栄養介入の対象実患者数」より「03 当該加算を算定した実患者数」が少ない場合にご回答ください。》

*11-3 対象患者に当該加算を算定しなかった理由 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 入室後、48時間以内に栄養アセスメントを実施できなかったため		01 <input type="checkbox"/>
02 入室後、48時間以内に栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理を実施できなかったため		02 <input type="checkbox"/>
03 転棟後、入院中に栄養指導が必要な患者だったため (入院時栄養食事指導料の算定を優先)		03 <input type="checkbox"/>
04 周術期の栄養管理が必要な患者だったため (周術期栄養管理実施加算の算定を優先)		04 <input type="checkbox"/>
05 栄養サポートチームによる栄養管理が必要な患者だったため (栄養サポートチーム加算の算定を優先)		05 <input type="checkbox"/>
06 (特定機能病院入院基本料) 入院栄養管理体制加算を算定している病棟に転棟したため		06 <input type="checkbox"/>
07 その他 (<input type="text"/>)		07 <input type="checkbox"/>

問12 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。

12-1 貴治療室の実患者数	令和5年5月1か月
	人
12-2 身体的拘束 ^{※1} の実施	令和5年5月1か月
身体的拘束を実施した患者数 (実人数)	人

※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。

◆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5年7月4日(火)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-1

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 令和5年度調査

入院医療等における実態調査

施設調査票（B）

●**特に指定がある場合を除いて、令和5年6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 貴院の開設者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》 <input type="text"/>
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5年6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
02	一般診療所（貴院以外）	02
03	訪問看護ステーション	03
04	介護老人保健施設	04
05	介護老人福祉施設	05
06	介護医療院	06
07	医療型短期入所（障害福祉サービス）	07
08	認知症高齢者グループホーム	08
09	特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））	09
10	サービス付き高齢者向け住宅（09を除く）	10
11	短期入所生活介護事業所	11
12	（介護予防）短期入所療養介護	12
13	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	13
14	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	14
15	訪問介護事業所	15
16	通所介護事業所	16
17	（介護予防）訪問リハビリテーション	17
18	（介護予防）通所リハビリテーション	18
19	（介護予防）居宅療養管理指導	19
20	居宅介護支援事業所	20
21	地域包括支援センター	21
22	保険薬局（敷地内）	22
23	保険薬局（隣接）	23
24	なし	24
25	その他（具体的に <input type="text"/>)	25

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5年6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		

問4 貴院の許可病床数についてお伺いします。

4-1 許可病床数（令和5年6月1日時点）					
01 一般病床		床	04 結核病床		床
02 療養病床		床	05 感染症病床		床
03 精神病床		床	06 合計		床

問5 貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

5-1 届出病床数 ^{※1} について入院料毎にご回答ください。（令和5年6月1日時点）					
01 急性期一般入院料1		床	18 地域包括ケア病棟入院料1		床
02 急性期一般入院料2		床	19 地域包括ケア入院医療管理料1		床
03 急性期一般入院料3		床	20 地域包括ケア病棟入院料2		床
04 急性期一般入院料4		床	21 地域包括ケア入院医療管理料2		床
05 急性期一般入院料5		床	22 地域包括ケア病棟入院料3		床
06 急性期一般入院料6		床	23 地域包括ケア入院医療管理料3		床
07 地域一般入院料1		床	24 地域包括ケア病棟入院料4		床
08 地域一般入院料2		床	25 地域包括ケア入院医療管理料4		床
09 地域一般入院料3		床	26 障害者施設等入院基本料（7対1）		床
10 療養病棟入院料1		床	27 障害者施設等入院基本料（10対1）		床
11 療養病棟入院料2		床	28 障害者施設等入院基本料（13対1）		床
12 療養病棟入院基本料「注11」		床	29 障害者施設等入院基本料（15対1）		床
13 回復期リハビリテーション病棟入院料1		床	30 緩和ケア病棟入院料1		床
14 回復期リハビリテーション病棟入院料2		床	31 緩和ケア病棟入院料2		床
15 回復期リハビリテーション病棟入院料3		床	32 その他		床
16 回復期リハビリテーション病棟入院料4		床	(<input type="text"/>)		
17 回復期リハビリテーション病棟入院料5		床			

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」
 （令和2年4月18日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）に基づき「簡易な報告」による運用している場合であっても、
 簡易な報告による病床数ではなく、本来の届出病床数を計上すること。

5-2 上記5-1で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。

注：施設の該当する病棟・病室すべてについてお答えください

		a	b	c
		地域包括ケア 病棟入院料 (5-1で18、20、22、 24いずれかを回答した場 合のみ)	地域包括ケア 入院医療管理料 (5-1で19、21、23、 25いずれかを回答した場 合のみ)	回復期リハビリ テーション病棟入院料 (5-1で13~17いずれか を回答した場合のみ)
01	入院患者数	(令和5年6月1日時点)	人	人
02	新入棟患者数	ア (令和4年3~5月)	人	人
		イ (令和5年3~5月)	人	人
03	新退棟患者数	ア (令和4年3~5月)	人	人
		イ (令和5年3~5月)	人	人
04	在院延べ患者数	ア (令和4年3~5月)	延べ 人	延べ 人
		イ (令和5年3~5月)	延べ 人	延べ 人
05	在宅復帰率 ^{※1}	ア (令和4年3~5月)	%	%
		イ (令和5年3~5月)	%	%
06	平均在院日数	ア (令和4年3~5月)	日	日
		イ (令和5年3~5月)	日	日
07	病床利用率 ^{※2}	ア (令和4年3~5月)	%	%
		イ (令和5年3~5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. 期間中の在院患者数（退院患者は除く）×100、B. 届出病床数 × 期間の暦日数

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5年6月1日時点）					
01	医師	人	12	公認心理師	人
02	歯科医師	人	13	診療放射線技師	人
03	看護師	人	14	臨床検査技師	人
04	准看護師	人	15	臨床工学技士	人
05	看護補助者	人	16	歯科衛生士	人
06	うち、介護福祉士	人	17	相談員	人
07	薬剤師	人	18	うち、社会福祉士	人
08	管理栄養士	人	19	うち、精神保健福祉士	人
09	理学療法士	人	20	保育士 ^{※2}	人
10	作業療法士	人	21	医師事務作業補助者	人
11	言語聴覚士	人	22	事務職員	人
			23	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

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

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

問7 貴院の外来患者数、延べ入院患者数についてお伺いします。

7-1 患者数や該当する件数について01~07それぞれご回答ください。		令和4年4月1日～令和5年3月31日
外来	01 初診の患者数	人
	02 うち、紹介状により紹介された患者数	人
	03 再診の延べ患者数	延べ 人
	04 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
入院	05 入院患者数（実患者数）	人
	06 延べ入院患者数	延べ 人
	07 救急搬送受入れ件数（入院に至らなかった外来のみの患者も含む）	件

*7-2 入院に至った他医療機関からの転院の状況（受入）について、以下01~12についてご回答ください。	
患者数については、実患者数でご回答ください。	令和5年5月1日~令和5年5月31日
01 初診の患者数（転院以外の入院患者を含む。）	人
01 のうち、転院により入院した患者の性質	
02 転院元における急性期治療（入院）の後に継続的な加療が必要な患者	人
03 転院元の治療（入院）よりも更に高度又は専門的な治療が必要な患者	人
04 高度急性期病院における初期対応（救急外来）で、入院治療が必要だが高度急性期病院以外で対応可能と判断された患者	人
05 転院元における初期対応（救急外来）で、入院治療が必要だが転院元よりも更に高度又は専門的な入院医療が必要と判断された患者	人
01 のうち、転院により入院した患者の搬送方法	
06 救急車又は救急医療用ヘリコプター（07以外）	人
07 搬送元医療機関の所有する車両	人
08 搬送先の医療機関の所有する車両（自院が所有する車両）	人
09 民間救急	人
10 家族による搬送	人
01 のうち、受入の調整の方法別の患者数	
11 搬送元との直接の調整	人
12 メディカルコントロール協議会による依頼	人

*7-3 7-2の02及び04で示した状態の患者の、転院搬送をさらに受け入れるために必要な要素（現状足りないもの）について、貴院のお考えをご回答ください。（令和5年6月1日時点） （該当する番号すべて、右欄に○）	
	《回答欄》
01 病棟で急性期の患者を受け入れる医師の体制	01
02 病棟で急性期の患者を受け入れる看護職員の体制	02
03 要介護者等の入院患者に対してリハビリテーションを実施する体制	03
04 要介護者等の入院患者に十分なケアを提供できる人員体制	04
05 休日・夜間に入院を受け入れる医師の体制	05
06 休日・夜間に入院を受け入れる病棟（看護職員）の体制	06
07 転院元の病院と患者情報や転院日時等について連絡調整する部署の体制	07
08 現状、地域において自院が受け入れるニーズがない	08
09 その他（ <input type="text"/> ）	09

問8 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。

* 8-1 コロナ疑い患者の外来診療時におけるゾーニングの状況についてお伺いします。
 (令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01	待合室は共同とし、その中でゾーニングして距離を確保している	01	<input type="checkbox"/>
02	医療機関内の別室を活用している	02	<input type="checkbox"/>
03	医療機関の建物外にプレハブ等を設置している	03	<input type="checkbox"/>
04	通常の外来診療時間の中で、コロナ疑い患者のみ対応する時間を確保している	04	<input type="checkbox"/>
05	通常の外来診療時間の外で、コロナ疑い患者のみ対応する時間を確保している	05	<input type="checkbox"/>
06	待合患者は駐車場で待機する(診察は院内で行う)	06	<input type="checkbox"/>
07	待合患者は駐車場で待機する(診察も多くは駐車場で行う)	07	<input type="checkbox"/>
08	その他の方法で分離している	08	<input type="checkbox"/>
09	新型コロナウイルス感染症疑い患者とその他で分離はしていない	09	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

* 8-2 外来の受付時間(週当たり)についてご回答ください。(令和5年6月1日時点)

01	1週間の外来の時間	<input type="text"/>	時間
02	うち、発熱外来の時間(週当たり)	<input type="text"/>	時間
03	うち、本来時間外の時間	<input type="text"/>	時間

* 8-3 外来の感染対策に対して追加の人手、負担が発生していますか。(令和5年6月1日時点)
 (該当する番号1つを右欄に記載)

01	発生している	02	発生していない	<input type="checkbox"/>
-----------	--------	-----------	---------	--------------------------

《回答欄》

《8-4は、8-3にて「01 発生している」の場合にご回答ください。》（令和5年6月1日時点）

* 8-4 現在でも追加を必要としている職種別の理由（該当する番号すべて、右欄に○）

ア 看護職員		《回答欄》
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	01 <input type="checkbox"/>
02	理由：コロナ疑い患者への問診、療養指導のため	02 <input type="checkbox"/>
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	03 <input type="checkbox"/>
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	04 <input type="checkbox"/>
05	理由：その他（ <input type="text"/> ）	05 <input type="checkbox"/>
イ 事務員		
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	01 <input type="checkbox"/>
02	理由：コロナ疑い患者への問診票の記載依頼、取りまとめ	02 <input type="checkbox"/>
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	03 <input type="checkbox"/>
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	04 <input type="checkbox"/>
05	理由：その他（ <input type="text"/> ）	05 <input type="checkbox"/>

* 8-5 8-4で選択した職種と理由について理由ごとの必要人数（1日当たり）*1をご回答ください。

ア 看護職員		
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	<input type="text"/> 人
02	理由：コロナ疑い患者への問診、療養指導のため	<input type="text"/> 人
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	<input type="text"/> 人
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	<input type="text"/> 人
05	理由：その他	<input type="text"/> 人
イ 事務員		
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	<input type="text"/> 人
02	理由：コロナ疑い患者への問診票の記載依頼、取りまとめ	<input type="text"/> 人
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	<input type="text"/> 人
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	<input type="text"/> 人
05	理由：その他	<input type="text"/> 人

*1 例えば複数の理由（01と02等）のために、1人の看護職員を必要とした場合は、主な理由である欄に「1人」とし、各欄を合計した人数が実際に追加配置している人数と一致するようにご回答ください。

* 8-6 外来のPPEの効率化についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）

（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	検体を採取する職員以外は、ガウンや手袋は装着しない（マスク、フェイスシールドは装着）	01 <input type="checkbox"/>
02	検体を採取する職員以外は、ガウンや手袋、フェイスシールドは装着しない（マスクは装着）	02 <input type="checkbox"/>
03	検体採取に関わらず患者に対応する職員全て、ガウン、手袋、マスクを装着しているが、汚染されるまで交換はしない	03 <input type="checkbox"/>
04	01~03のような効率化を図っていない	04 <input type="checkbox"/>
05	検体採取に関わらず患者に対応する職員全て、ガウン、手袋、マスクを装着し患者ごとに交換している	05 <input type="checkbox"/>

8-7 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和5年6月1日時点）※2	床
---	---

※2 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。

* 8-8 新型コロナウイルス感染症入院患者受入数（令和5年5月の1か月間）※3	人
--	---

※3 入院後に新型コロナウイルス感染症に診断された患者は除く。

* 8-9 8-8のうち、高齢者施設からの受入数（令和5年5月の1か月間）	人
---------------------------------------	---

* 8-10 新型コロナウイルス感染症患者専用病棟の有無（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">01 専用病棟あり</td> <td style="width: 50%;">02 専用病棟なし</td> </tr> </table>	01 専用病棟あり	02 専用病棟なし	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	
01 専用病棟あり	02 専用病棟なし			

8-11 令和4年8月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況※4の01~04について、「あり」の場合は1、「なし」の場合は2、を各月すべてにご回答ください。

	令和4年		令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月	
01 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無				
02 01に該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無				
03 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無				
04 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無				

※4 本設問における01~04の項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア~エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

8-12 令和4年6月~12月における、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（該当する番号すべて、右欄に○）

<p>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</p> <p>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</p> <p>03 新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関</p> <p>04 新型コロナウイルス感染症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</p> <p>05 01~04以外の医療機関であって、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている</p> <p>06 01~04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</p> <p>07 新型コロナウイルス感染症患者又は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ない</p>	<p>《回答欄》</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">01</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">02</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">03</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">04</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">05</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">06</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">07</td></tr> </table>	01	02	03	04	05	06	07
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								

8-13 令和5年5月8日~6月1日における、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（該当する番号すべて、右欄に○）

<p>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</p> <p>02 新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられたその他の医療機関</p> <p>03 新型コロナウイルス感染症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</p> <p>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患者を受け入れている</p> <p>05 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</p> <p>06 新型コロナウイルス感染症患者又は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ない</p>	<p>《回答欄》</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">01</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">02</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">03</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">04</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">05</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">06</td></tr> </table>	01	02	03	04	05	06
01							
02							
03							
04							
05							
06							

8-14 令和4年8月以降、以下3つの時点における受診者や体制の動向等についてお伺いします。
01、02について「あり」の場合は1、「なし」の場合は2、を各月すべてにご回答ください。

	令和4年	令和5年

	a 8月	b 1月	c 5月
01 新型コロナウイルス感染症患者 ^{※5} の外来患者受入の有無			
02 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者 ^{※6} の受入の有無			

《8-14で「あり」を選択された場合、各月それぞれの受入人数（1か月の合計）をご回答ください。》

* 8-15 各月の中で、受入人数（1か月の合計）をご回答ください。（受け入れがない月は空欄で可）

	令和4年	令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月
01 新型コロナウイルス感染症患者 ^{※5} の外来患者各月の受入人数	人	人	人
02 新型コロナウイルス感染症患者 ^{※6} の入院患者各月の受入人数	人	人	人

※5 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を含む。

※6 院内クラスター等により入院後に新型コロナウイルス感染症と診断された患者を除く。

《8-16は、貴院が今まで一度も新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れていない場合、ご回答ください》

* 8-16 類型の見直し^{※7}前後でいずれも新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れてない理由をご回答ください（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 一般病棟の中で受け入れた場合にゾーニング等病棟内の感染対策を十分に実施できないため	01
02 専用病棟で対応する必要があると考えており、そのための設備・人員の確保が困難であるため	02
03 中等症の患者を診療できる人員体制がないため	03
04 重症患者を診療できる人員体制がないため	04
05 重症患者を診療できる設備（人工呼吸器等）がないため	05
06 その他（ <input type="text"/> ）	06

《8-17は、貴院がこれまでに発熱外来としてコロナ疑い患者を受け入れていない場合にお伺いします。》

* 8-17 類型の見直し^{※7}前後でいずれも発熱外来としてコロナ疑い患者を受け入れていない理由（発熱外来になっていない理由）についてお伺いします。（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 パーティション等、施設内で用いる設備の不足により、コロナ疑い患者以外との空間的分離が困難だから	01
02 建物・敷地面積の不足により、コロナ疑い患者以外との空間的分離が困難だから	02
03 その他（ 01 、 02 以外）感染対策を十分に実施できないから	03
04 個人防護具等の確保が難しいため	04
05 新型コロナウイルス感染症患者について、他院と連携しているため	05
06 勤務している医師が、新型コロナウイルス感染症を診療することができないため	06
07 その他（ <input type="text"/> ）	07

※7 5/8より2類相当から5類へ変更になったことを指す。

問9 貴院の救急医療体制についてお伺いします。

9-1 救急告示の有無（令和5年6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="text"/>

9-2 救急医療体制（令和5年6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 01~03のいずれにも該当しないが救急部門を有している	<input type="text"/>
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		

《9-3～9-6は、9-2にて「03 二次救急医療機関」と回答した場合のみご回答ください。》

9-3 該当する二次救急医療体制について（令和3年6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 <input type="text"/>
02 拠点型 ^{※2}		02 <input type="text"/>
03 共同利用型 ^{※3}		03 <input type="text"/>
04 その他	<input type="text"/>	04 <input type="text"/>

- ※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。

*9-4 救急外来の有無（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つに○）		《回答欄》
01 あり	02 なし	01 <input type="text"/>

*9-5 24時間の救急患者の受入れ体制（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つに○）		《回答欄》
01 あり	02 なし	01 <input type="text"/>

*9-6 受入れ患者について（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つに○）		《回答欄》
01 自院に受診歴のある患者のみを受け入れている		01 <input type="text"/>
02 自院に受診歴がない患者も受け入れている		02 <input type="text"/>

■ 9-7 すべての医療機関がご回答ください。

*9-7 救急外来患者数 ^{※4} （令和5年5月1か月の延べ人数）	a 平日日勤帯	b 平日準夜帯	c 平日深夜帯	d 休日帯
01 救急搬送で診療した患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
02 救急搬送以外で診療した患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

※4 記載の時間帯に診療が開始された患者数を記載

*9-8 救急搬送を現状より多く受け入れるために必要な要素（現状、足りないもの）について、
貴院のお考えをご回答ください。（令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	病棟で急性期の患者を受け入れる医師の体制	01	
02	病棟で急性期の患者を受け入れる看護職員の体制	02	
03	要介護者等の入院患者に対してリハビリテーションを実施する体制	03	
04	要介護者等の入院患者に十分なケアを提供できる人員体制	04	
05	休日・夜間に入院患者を受け入れる医師の体制	05	
06	休日・夜間に入院患者を受け入れる病棟（看護職員）の体制	06	
07	救急外来において患者・家族からの電話対応・受診相談を受ける体制	07	
08	救急外来において他院への搬送を見据えた患者情報の収集や他院との連絡調整を行う体制	08	
09	現状、地域において自院が受け入れるニーズがない	09	
10	その他（ <input type="text"/> ）	10	

問10 貴院の介護保険施設等との連携体制についてお伺いします。

*10-1 以下の選択肢の内容について、実施できる体制を有しているかどうかご回答ください。
（令和5年6月1日時点）（体制を有するものについて、該当する番号すべて、右欄に○）

01	介護保険施設等からの電話等による相談への対応	01	
02	介護保険施設等に入所する者が、当該患者又はその看護に当たっている者から往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断した場合の往診による対応	02	
03	やむを得ない理由により上記往診の実施が難しい場合のオンライン診療による対応	03	
04	介護保険施設等に入所する者が、往診又はオンライン診療を実施した際に入院の可否の判断及び必要に応じた入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)	04	

*10-2 10-1の体制について一つでも当てはまる場合、上記選択肢の対応について、貴施設と介護保険施設等であらかじめ取決めを行うなどして、連携している当該介護保険施設等の数をご回答ください。（令和5年6月1日時点）

01	介護医療院	a	貴法人・関連法人の施設		施設
		b	上記以外の施設		施設
02	介護老人保健施設	a	貴法人・関連法人の施設		施設
		b	上記以外の施設		施設
03	特別養護老人ホーム	a	貴法人・関連法人の施設		施設
		b	上記以外の施設		施設
04	特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））	a	貴法人・関連法人の施設		施設
		b	上記以外の施設		施設
05	認知症高齢者グループホーム	a	貴法人・関連法人の施設		施設
		b	上記以外の施設		施設
06	障害者支援施設	a	貴法人・関連法人の施設		施設
		b	上記以外の施設		施設

問11 感染対策向上加算についてお伺いします。

11-1 届出の状況について (令和5年6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	□
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない	
11-2 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	□
02 感染防止対策加算2		

■ 11-3～11-7は、全ての施設がご回答ください。

11-3 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5年6月1日時点)		構成人数
01 医師		人
02 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
03 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
04 看護師		人
05 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
06 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
07 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
08 薬剤師		人
09 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 ()		人

11-4 令和4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5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

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	
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	
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	
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	

11-5 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4月1日～令和5年3月31日)
※カンファレンスについては、加算1の場合、開催回数を、加算2または3は参加回数をご回答ください。
※連携施設数については、現時点の状況をご回答ください。

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

11-6 院内感染等に関する助言を行っている場合、その対象種別と対象施設数 (令和4年4月1日～令和5年3月31日)
※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		施設
02	うち、貴院と同一法人の施設		施設
03	障害福祉施設		施設
04	感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出していない医療機関		施設
05	歯科医療機関		施設
06	薬局		施設
07	自治体		施設
08	一般市民		施設
09	その他 ()		施設

■ 11-7～11-9は11-6「01 高齢者施設」で1施設以上の場合、ご回答ください。

*11-7 高齢者施設に対して、平時に施設内まで行って助言をしていますか。
(令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01	助言をしている	02	助言をしていない	
----	---------	----	----------	--

*11-8 高齢者施設との協議により、施設内クラスターが起こった場合に往診を行っていますか。
(令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01	行っている	02	行っていない	
----	-------	----	--------	--

*11-9 11-8で「02 行っていない」を選択した場合、オンライン診療を行っていますか。
(令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)

01	行っている	02	行っていない	
----	-------	----	--------	--

■ 11-10～11-13は「感染対策向上加算を届け出ていない」場合、ご回答ください。

11-10 院内感染対策マニュアルは作成されていますか。(令和5年6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		

11-11 医療機関・行政等との連携および体制について(令和5年6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"/>

11-12 新興感染症の発生時等の体制整備について(令和5年6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		

11-13 抗菌薬の適正使用について(令和5年6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12 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。

12-1 指導強化加算の届出有無(令和5年6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"/>

12-2 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 (令和4年4月1日～令和5年3月31日)		
01 連携施設数	<input type="text"/>	施設
02 連携の申し込みがあったが断った施設数	<input type="text"/>	施設
03 助言を行った総回数	<input type="text"/>	回

問13 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。

13-1 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りますか。 (令和4年4月1日～令和5年3月31日)(該当する番号1つを右欄に○)		《回答欄》
01 あった	02 なかった	<input type="text"/>

13-2 連携強化加算の有無(令和5年3月～5月の3か月間)(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"/>

14-8 在宅医療等の提供状況（令和5年3～5月の3か月）		令和5年3～5月
01 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数		回
02 病院からの訪問看護等の提供実績		
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		
		回
イ 退院後訪問指導料の算定回数		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		回
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		
		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		
		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。		
04 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数		回
05 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業者による介護保険法に規定する訪問介護、（介護予防）訪問リハビリテーションの提供実績		
ア 介護保険法に規定する訪問介護費の算定回数		
		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		
		回
06 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数		回
ア 退院時共同指導料2の算定回数		
		回
イ 外来在宅共同指導料1の算定回数		
		回

問15 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。

15-1 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5年5月の1か月間） （小数点第2位を四捨五入した値）	
--	--

*15-2 FIMの測定に関する取り組みとして行っているものをご回答ください。（令和5年6月1日時点） （該当する番号すべてに○）	
01 院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的に開催している	01
02 院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している	02
03 FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている	03
04 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（日本医療機能評価機構の受審などによるもの）	04
05 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている（04以外）	05
06 FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している	06

《回答欄》

15-3 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5年6月1日時点)		《回答欄》
1) 心大血管疾患リハビリテーション料		1) <input type="text"/>
01	リハビリテーション料 I	03 届け出ていない
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 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	
3) 廃用症候群リハビリテーション料		3) <input 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	
4) 運動器リハビリテーション料		4) <input 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	
5) 呼吸器リハビリテーション料		5) <input type="text"/>
01	リハビリテーション料 I	03 届け出ていない
02	リハビリテーション料 II	

15-4 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5年6月1日時点)

		《回答欄》	
1)	医療保険による外来リハビリテーションの実施	01 実施あり	02 実施なし
2)	医療保険による訪問リハビリテーションの実施	01 実施あり	02 実施なし
3)	介護保険による通所リハビリテーションの実施	01 実施あり	02 実施なし
4)	介護保険による訪問リハビリテーションの実施	01 実施あり	02 実施なし

《15-4の1) ~ 4) のいずれかで「01 実施あり」の場合、15-5にご回答ください。》

*15-5 上記で回答していただいた1) ~ 4) の実施件数のうち、貴院の回復期リハ病棟から退院した患者割合をご回答ください。(令和5年6月1日時点)

01	外来患者に対するリハビリテーションの実施 (医療保険)	<input type="text"/>	%
02	外来患者に対する訪問リハビリテーションの実施 (医療保険)	<input type="text"/>	%
03	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)	<input type="text"/>	%
04	外来患者に対する訪問リハビリテーションの実施 (介護保険)	<input type="text"/>	%

15-6 病棟専従のリハビリ専門職による実施の状況 (令和5年5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

		令和5年5月		《回答欄》
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	01 実施あり	02 実施なし	1) <input type="text"/>
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	01 実施あり	02 実施なし	2) <input type="text"/>
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	01 実施あり	02 実施なし	3) <input type="text"/>

15-7 1日あたりの重症者 ^{※1} の状況（令和4年12月～令和5年5月の6か月間）		a	b
		日常生活機能評価	FIM
01	新規入院患者のうち重症者の割合	%	%
02	退院した重症者のうち、日常生活機能評価が1点以上改善した重症者の割合またはFIMが4点以上改善した重症者の割合	%	%
03	退院した重症者のうち、日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合またはFIMが12点以上改善した重症者の割合	%	%
04	退院した重症者のうち、日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合またはFIMが16点以上改善した重症者の割合	%	%

※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。

- 問16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16 地域包括ケア病棟・病室の状況等についてお伺いします。

16-1 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
		病棟数	医療保険届出病床数
01	地域包括ケア病室（令和4年3月31日時点）	室	床
02	地域包括ケア病室（令和5年6月1日時点）	室	床

16-2 地域包括ケア病棟・病室の届出を行った理由（令和5年6月1日時点）		《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	01
02	地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員のモチベーションが向上するため	02
03	地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員の負担軽減につながるため	03
04	地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため	04
05	実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されたため	05
06	他の入院料の病棟と組み合わせることで、患者の状態に即した医療を提供できるため	06
07	急性期一般病棟を維持するためには一部を地域包括ケア病棟・病室に転換する必要があったため	07
08	地域包括ケア病棟・病室の重症度・医療・看護必要度の基準であれば満たすことが可能であるため	08
09	退院支援の実施が無理なくできるため	09
10	施設基準に平均在院日数の要件がないため	10
11	その他（ <input type="text"/> ）	11

16-3 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)

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

《回答欄》

16-4 地域包括ケア病棟入院医療管理料における各種実績の状況 (病室がある場合のみご回答ください。)

	令和4年		令和5年			
	a 12月	b 1月	c 2月	d 3月	e 4月	f 5月
01 自宅等から入棟した患者割合	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
02 自宅等からの緊急患者の受入れ数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
03 介護保険施設から入棟した患者割合	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
04 介護保険施設からの緊急患者の受入れ数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
05 自院の一般病床からの転棟患者割合	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

問17 貴院の地域貢献活動について伺います。

* 17-1 施設として実施している又は関与している取組についてご回答下さい。（令和5年6月1日時点）
 （該当する番号すべて、右欄に○）

01	地域ケア会議への参加	01	
02	訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言	02	
03	住民主体の通いの場への支援	03	
04	その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	04	
05	上記のいずれも実施又は関与していない	05	

《回答欄》

《17-2は、17-1で1つでも実施している取組があった場合にご回答ください。》

* 17-2 前問の取組に派遣している職種をご回答下さい。（令和5年6月1日時点）
 （該当する番号すべて、右欄に○）

01	医師	01	
02	歯科医師	02	
03	薬剤師	03	
04	看護職員	04	
05	理学療法士	05	
06	作業療法士	06	
07	言語聴覚士	07	
08	管理栄養士	08	
09	歯科衛生士	09	
10	その他	10	

《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5年6月26日（月）までに、
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

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5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)

R5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5年6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 貴病棟の基本情報についてお伺いします。

1-1 診療科目（令和5年6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	09 耳鼻咽喉科	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
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: 100%; height: 20px;" type="text"/> ）	
08 眼科		

1-2 入院基本料（令和5年6月1日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 地域包括ケア病棟入院料1	08 地域包括ケア入院医療管理料4	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
02 地域包括ケア入院医療管理料1	09 回復期リハビリテーション病棟入院料1	
03 地域包括ケア病棟入院料2	10 回復期リハビリテーション病棟入院料2	
04 地域包括ケア入院医療管理料2	11 回復期リハビリテーション病棟入院料3	
05 地域包括ケア病棟入院料3	12 回復期リハビリテーション病棟入院料4	
06 地域包括ケア入院医療管理料3	13 回復期リハビリテーション病棟入院料5	
07 地域包括ケア病棟入院料4		

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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

1-4 貴病棟の病床数についてご回答ください。（令和5年6月1日時点）		
01 医療保険届出病床数（本来の届出）	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	床
02 簡易な報告 ^{※1} により運用している場合、簡易な報告後の医療保険届出病床数	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	床

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」
（令和2年4月18日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）に基づく「簡易な報告」

1-5 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算 ^{※1} ）（令和5年6月1日時点）		
01 看護師		人
02 うち、特定行為研修修了者		人
03 うち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師		人
04 准看護師		人
05 看護補助者		人
06 うち、介護福祉士		人
07 薬剤師		人
08 うち、専従		人
09 うち、専任		人
10 管理栄養士		人
11 うち、専従		人
12 うち、専任		人
13 理学療法士		人
14 作業療法士		人
15 言語聴覚士		人
16 歯科衛生士		人
17 相談員		人
18 うち、社会福祉士		人
19 うち、精神保健福祉士		人
20 保育士		人
21 医師事務作業補助者		人
22 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

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

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

1-6 新入棟患者数、新退棟患者数等			
01 新入棟患者数	a (令和4年3月～5月の3か月間)		人
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		人
02 新退棟患者数	a (令和4年3月～5月の3か月間)		人
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		人
03 在院患者延日数	a (令和4年3月～5月の3か月間)		日
	b (令和5年3月～5月の3か月間)		日

1-7 貴病棟における病床利用率 ^{※2}		
病床利用率	a (令和4年3月～5月の3か月間)	%
	b (令和5年3月～5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。

1-8 貴病棟における在宅復帰率等		
01 在宅復帰率 ^{※3}	a (令和4年3月～5月の3か月間)	%
	b (令和5年3月～5月の3か月間)	%
02 平均在院日数	a (令和4年3月～5月の3か月間)	日
	b (令和5年3月～5月の3か月間)	日

※3 地域包括ケア病棟・病室：「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・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」 = E ÷ F : E. 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、F. 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5年6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ください。

2-2 受診者や体制の動向等についてお伺いします。			
「あり」の場合は1、「なし」の場合は2を各月すべてにご入力ください。			
	令和4年	令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月
01 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者 ^{※2} の受入の有無			

※2 疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

* 2-3 貴病棟についてお伺いします。(令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 コロナ専用病棟である	02 コロナ専用病棟ではない(コロナ患者は病床単位で対応又はコロナ患者を受け入れていない)	

《2-4は、実際に新型コロナ感染症患者が病棟にいる場合の状況についてお伺いします。》		
* 2-4 新型コロナ感染症患者を担当する看護職員の勤務状況について (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 コロナ患者対応について専従にしている		
02 コロナ患者だけでなくその他の患者も合わせて担当している		
03 コロナ患者の受け入れ人数によって、専従か否かの勤務体制を変動している		
04 その他 ()		

* 2-5 新型コロナウイルス感染症患者が複数名入院した場合の病床管理について
(該当する番号1つを右欄に記載)

01 コロナ患者同士は、他に空室があっても同室で対応している

02 コロナ患者同士は、他に空室がない場合に限り同室で対応している

03 コロナ患者は必ず個室で対応している

04 その他 ()

《回答欄》

* 2-6 新型コロナウイルス感染症患者受入れ時(下記期間のうち最大数)の患者数についてお伺いします。
(令和5年4月1日~令和5年5月31日のうち、**在院している新型コロナウイルス感染症患者数が最も多かった日**：
0時~24時、入退院患者含む。)

在院している新型コロナウイルス感染症患者数が最も多かった日：0時~23時

月 日

* 2-7 2-6で回答した日の患者数および看護職員数についてお伺いします。

01 全病床数(休床含まない) 床

02 入院患者数(入退院含む実患者数) 人

03 02のうち、新型コロナウイルス感染症患者数(入退院含む実患者数) 人

04 03のうち、その日に酸素投与を行った患者数 人

05 04のうち、その日に人工呼吸器管理を行った患者数 人

06 日勤帯の常勤換算看護職員数 人

07 準夜帯の常勤換算看護職員数 人

08 深夜帯の常勤換算看護職員数 人

《2-8は、2-6で回答した日(在院している新型コロナウイルス感染症患者数が最も多かった日)について、お伺いします。》

* 2-8 看護職員以外の職員の追加配置について(該当する番号1つを右欄に記載)

01 追加配置した 02 追加配置していない

《回答欄》

《2-8で「01追加配置した」を選択した場合、2-9にご回答ください。》

* 2-9 追加した職種について人数をご回答ください。

01 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士 人

02 看護補助者 人

03 うち、介護福祉士 人

04 その他(具体的に) 人

* 2-10 新型コロナウイルス感染症患者受入れ時**以外**の患者数および看護職員数についてお伺いします。
(コロナ患者がいない場合の平均的な状況についてご回答ください。)

01 全病床数(休床含まない) 床

02 入院患者数(入退院含む実患者数) 人

03 日勤帯の常勤換算看護職員数 人

04 準夜帯の常勤換算看護職員数 人

05 深夜帯の常勤換算看護職員数 人

* 2-11 入院中のコロナ患者対応時におけるPPEの効率化の状況についてお伺いします。 (令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01	患者及び患者周囲の汚染箇所に直接接触しなければ、手袋・ガウンは着用しないことが多い	01
02	接触時間が長くなければ、ガウンは着用しないことが多い	02
03	マスクは入室毎の交換ではなく、汚染されたときのみ交換している	03
04	01~03のような効率化をしていない	04
05	その他 (具体的に <input type="text"/>)	05

問3 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

3-1 貴病棟の入院患者数 ^{※1}	令和5年5月の1か月間
貴病棟の入院患者数	<input type="text"/> 人

※1 病棟全体の令和5年5月1か月間の実患者数とし、3-1の実患者数は3-2の合計と一致させること。

3-2 入棟前の居場所別患者数 ^{※2} (令和5年5月の1か月間)	a 予定入院	b 予定以外の入院
01 自宅 (在宅医療の提供あり ^{※3})	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
02 自宅 (在宅医療の提供なし ^{※3})	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
03 介護施設等 ^{※4}	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
04 他院の一般病床	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
05 うち、夜間に入院した患者数 (22時~6時)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
06 うち、休日に入院した患者数 (日曜及び国民の休日)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
07 うち、入院による急性期治療後に、継続的な加療が必要な患者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
08 うち、入棟前の医療機関の治療よりもさらに高度もしくは専門的な治療が必要な患者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
09 他院の一般病床以外	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
10 うち、高度急性期病院における初期対応 (救急外来) で入院治療と判断されたが、入院先として高度急性期病院以外でも対応可能と判断された患者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
11 うち、入棟前の医療機関における初期対応 (救急外来) で入院治療が必要だが転院元よりも更に高度又は専門的な入院医療が必要と判断された患者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
12 自院の他病棟	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
13 その他	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

※2 (再掲) 病棟全体の令和5年5月1か月間の実患者数とし、3-1の実患者数は3-2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 介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、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)、障害者支援施設

3-3 自院の他病棟からの転棟患者数		令和5年5月の1か月間
内 訳	a [再掲] 自院の他病棟からの転棟患者 (=「3-2の12 自院の他病棟」)	人
	01 自院の一般病床(下記の02、03以外)から転棟	人
	02 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
	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から転棟	人
	04 自院の療養病床(03以外)から転棟	人
	05 自院の精神病床から転棟	人
	06 自院のその他の病床から転棟	人

3-4 身体的拘束 ^{※5} の実施	令和5年5月の1か月間
身体的拘束を実施した患者数(実人数)	人

※5 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4については、貴病棟が地域包括ケア病棟もしくは地域包括ケア病室を含む病棟の場合のみご回答ください。

問4 地域包括ケア病棟もしくは病床の状況についてお伺いします。

4-1 地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況							
	令和4年		令和5年				
	a 12月	b 1月	c 2月	d 3月	e 4月	f 5月	
01 自宅等から入棟した患者割合	%	%	%	%	%	%	%
02 自宅等からの緊急患者の受入れ数	人	人	人	人	人	人	人
03 介護保険施設から入棟した患者割合	%	%	%	%	%	%	%
04 介護保険施設からの緊急患者の受入れ数	人	人	人	人	人	人	人
05 自院の一般病床からの転棟患者割合	%	%	%	%	%	%	%

* 4-2 看護職員配置加算の届出状況についてお伺いします。(令和5年6月1日時点)		《回答欄》 <input type="text"/>
(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	

* 4-3 看護職員夜間配置加算の届出状況についてお伺いします。(令和5年6月1日時点)		《回答欄》 <input type="text"/>
(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	

4-4 リハビリの実施状況別の入院患者数の内訳（令和5年6月1日時点）		
01	リハビリテーションを実施している患者	人
02	うち、平均 2(単位/日) 以上、 4 単位(単位/日) 未満の患者数 (平均の単位は直近3カ月の実績から算出)	人
03	うち、平均 4(単位/日) 以上、 6 単位(単位/日) 未満の患者数 (平均の単位は直近3カ月の実績から算出)	人
04	うち、平均 6(単位/日) 以上の患者数 (平均の単位は直近3カ月の実績から算出)	人
05	リハビリテーションの対象でない患者数	人

■ 問5は、貴病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合のみご回答ください。

問5 回復期リハビリテーション病棟の状況についてお伺いします。

5-1 令和4年12月～令和5年5月の6か月間における回復期 リハビリテーション病棟入院料の1日あたりの重症者 ^{※1} の状況	a 日常生活機能評価	b FIM
01 新規入院患者のうち重症者の割合	%	%
02 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が1点以上改善した重症者の割合またはFIMが4点以上改善した重症者の割合	%	%
03 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合またはFIMが12点以上改善した重症者の割合	%	%
04 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合またはFIMが16点以上改善した重症者の割合	%	%

※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。

* 5-2 入棟患者のうち、リハビリテーションを要する患者として「急性心筋梗塞、狭心症発作、その他急性発症した心大血管疾患または手術後の状態」の患者について 行っているリハビリテーションの場所として、当てはまる数字をご回答ください。 (1:1番目に多い、2:2番目に多い、3:3番目に多い)	
01 自室におけるリハビリテーション	
02 病棟内の共有スペース（廊下等）におけるリハビリテーション	
03 訓練室におけるリハビリテーション（個別療法）	
04 訓練室におけるリハビリテーション（集団療法）	
05 敷地内建物外におけるリハビリテーション	
06 保険医療機関外でのリハビリテーション	

5-3 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5年5月1か月間)

- 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5年5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 介護施設等 ※2	h その他
01 1)に該当する患者数	人	人	人	人	人	人	人	人
02 01の合計人数のうち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								人
03 2)に該当する患者数	人	人	人	人	人	人	人	人
04 03の合計人数のうち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								人
05 3)に該当する患者数	人	人	人	人	人	人	人	人
06 05の合計人数のうち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								人
07 4)に該当する患者数	人	人	人	人	人	人	人	人
08 07の合計人数のうち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								人
09 5)に該当する患者数	人	人	人	人	人	人	人	人
10 09の合計人数のうち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								人
11 6)に該当する患者数	人	人	人	人	人	人	人	人
12 11の合計人数のうち、発症または手術後2か月以上経過した患者数								人

※2 介護施設等とは、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。

5-4 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の状態	実患者数	
	ア 令和4年12月～ 令和5年2月 までの3か月間	イ 令和5年3～5月 までの3か月間
a 当該病棟から退棟した患者数	人	人
a のうち、リハを要する状態別の患者数		
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	人	人
02 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
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	人	人
04 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	人	人
05 股関節又は膝関節の置換術後の状態	人	人
06 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管性疾患又は手術後の状態	人	人

問6 貴病棟における多職種連携の状況についてお伺いします。

* 6-1 貴病棟におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携についてお伺いします。

下記の取組について、実施の有無をご回答ください。（実施しているもの全てに○）

実施している場合は、主として実施している職種（◎）と関与している職種（○）をご回答ください。

（主として実施している職種1つに◎、関与している職種全てに○）なお、歯科医師、歯科衛生士については院内にいる職種のみ対象とします。

	a 実施 の有無	b 医師	c 歯科 医師	d 看護 職員	e 薬剤師	f 理学 療法士	g 作業 療法士	h 言語 聴覚士	i 管理 栄養士	j 歯科 衛生士
01 NST等の専門チームでのカンファレンス										
02 01以外の病棟でのカンファレンス (簡易な情報共有や相談を含む)										
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・ 定期的な評価										
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価										
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価										
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価										
07 口腔の状態のスクリーニング・ 定期的な評価										
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・ 定期的な評価										
09 栄養管理計画の作成										
10 離床やリハビリテーションに係る 計画の作成										
11 口腔管理に関する計画の作成										
12 ミールラウンド（食事の観察）										
13 食事形態の検討・調整										
14 経腸栄養剤の種類の選択や変更										
15 退院前の居宅への訪問指導										
16 退院時のカンファレンス										

* 6-2 貴病棟におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携について、

院外の歯科医師および歯科衛生士との連携の有無についてご回答ください。（連携しているもの全てに○）

連携している場合は、院外の歯科医師又は歯科衛生士と連携して実施している内容に（○）をご回答ください。

	ア 連携の 有無	6-1の01～16															
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
a 院外の歯科医師																	
b 院外の歯科衛生士																	

***問7 緩和ケアについてご回答ください**

* 7-1 緩和ケア診療加算の届出の有無 (令和5年6月1日時点) (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
01 届け出ている	02 届け出していない	

《7-2は、7-1で「01 届け出ている」を選択した場合、ご回答ください。》

* 7-2 緩和ケア診療加算を算定した患者数 (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> 人
--	--	--

* 7-3 7-2のうち退院した患者(転院及び死亡退院を除く。)数 (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> 人
---	--	--

* 7-4 7-3のうち退院後に自院にて在宅医療を提供した患者数 (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> 人
--	--	--

* 7-5 7-4のうち退院後に他院にて在宅医療を提供した患者数と紹介した医療機関数 (令和5年3月～令和5年5月の3か月間)		
01 患者数	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	人
02 紹介した医療機関数	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	施設

問 8 貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

8-1 退棟先別の退棟患者数		令和5年5月の1か月間
ア 貴病棟における退棟患者数		
自宅・介護保険施設等	01 自宅（在宅医療の提供あり ^{※1} ）	人
	02 自宅（在宅医療の提供なし ^{※1} ）	人
	03 介護老人保健施設	人
	04 うち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	人
	05 介護医療院	人
	06 介護療養型医療施設	人
	07 特別養護老人ホーム	人
	08 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	人
	09 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
	10 障害者支援施設	人
他院	11 他院の一般病床（12、13以外）	人
	12 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	13 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
	14 他院の療養病床（13以外）	人
	15 うち、他院の療養病床（13以外かつ在宅復帰強化加算を算定）	人
	16 他院の精神病床	人
	17 他院のその他の病床	人
自院	18 自院の一般病床（19、20以外）	人
	19 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	人
	20 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	人
	21 自院の療養病床（20以外）	人
	22 うち、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
	23 自院の精神病床	人
	24 自院のその他の病床	人
有床診療所	25 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	人
	26 有床診療所（25以外）	人
死亡	27 死亡退院	人
	28 その他	人

※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。

◆**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。

**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5年7月4日（火）までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。**

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

※2 常勤換算の算出方法

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

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

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

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

1-8 外来を担当する医師の人数 ※常勤・非常勤とも、外来に従事した時間分を常勤換算してご記入ください。	常勤		人
	非常勤		人

1-9 往診・訪問診療を担当する医師の人数 ※常勤・非常勤とも、往診・訪問診療に従事した時間分を常勤換算してご記入ください。	常勤		人
	非常勤		人

1-10 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無^{※4}（該当する番号1つを右欄に記載）

「01 あり」を選択した場合、人数もご回答ください。

01 あり →	<input type="text"/>	人	02 なし	《回答欄》
---------	----------------------	---	-------	-------

※4 「慢性疾患にかかる適切な研修を修了した医師を配置していること」が地域包括診療加算等の施設基準とされています。

1-11 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

01 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師がいる	《回答欄》
02 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師はいないが、研修の一部を受講した医師がいる	
03 01及び02以外	

1-12 認知症に係る研修である「認知症サポート医養成研修事業」^{※5}を修了した医師の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

01 あり	02 なし	《回答欄》
-------	-------	-------

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

1-13 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」^{※6}を修了した医師の有無（該当する番号1つを右欄に記載）

01 あり	02 なし	《回答欄》
-------	-------	-------

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

* 1-14 全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師の有無
(該当する番号1つを右欄に記載)

01 あり **02** なし

《回答欄》

* 1-15 日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師の有無 (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 在支病・在支診の状況 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 機能強化型(単独型)在宅療養支援病院・診療所である
02 機能強化型(連携型)在宅療養支援病院・診療所である
03 機能強化型以外の在宅療養支援病院・診療所である
04 在宅療養支援病院・診療所ではない

《回答欄》

《1-17は貴施設が病院の場合にご回答ください。》

1-17 地域包括ケア病棟入院料の届出の状況 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 あり **02** なし^{※7}

《回答欄》

※7 地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている場合は「02 なし」を選択してください。

1-18 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
02 小児科療養指導料
03 てんかん指導料
04 難病外来指導管理料
05 糖尿病透析予防指導管理料
06 生活習慣病管理料
07 在宅時医学総合管理料
08 施設入居時等医学総合管理料
09 精神科在宅患者支援管理料
10 小児かかりつけ診療料
11 認知症地域包括診療料
12 外来腫瘍化学療法診療料

《回答欄》

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

1-19 外来における院内・院外処方の状況 (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》

1-20 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》

1-21 地域医療情報連携ネットワーク^{※8}への参加の有無 (該当する番号1つを右欄に記載)

01 あり **02** なし

《回答欄》

※8 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

1-22 情報通信機器を用いた初診、再診の施設基準の届出有無（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"/>

1-23 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うためのICT（情報通信技術）活用の有無（該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》
01 ICTを活用している	02 ICTを活用していない	<input type="text"/>

《1-24は、1-23にて「01 ICTを活用している」の場合にご回答ください。》

1-24 活用しているICTツール（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 メール		01 <input type="text"/>
02 電子掲示板		02 <input type="text"/>
03 グループチャット		03 <input type="text"/>
04 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）		04 <input type="text"/>
05 専用アプリ		05 <input type="text"/>
06 地域医療情報連携ネットワーク		06 <input type="text"/>
07 自院を中心とした専用の情報連携システム		07 <input type="text"/>
08 その他（具体的に： <input type="text"/> ）		08 <input type="text"/>

1-25 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4年5月1か月間	令和5年5月1か月間
01 初診の患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
02 うち、紹介状により紹介された患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
03 うち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された患者数（逆紹介患者数）	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
04 再診の延べ患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
05 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

問2 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。

* 2-1 コロナ疑い患者の外来診療時におけるゾーニングの状況についてお伺いします。 （令和5年6月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 待合室は共同とし、その中でゾーニングして距離を確保している		01 <input type="text"/>
02 医療機関内の別室を活用している		02 <input type="text"/>
03 医療機関の建物外にプレハブ等を設置している		03 <input type="text"/>
04 通常の外来診療時間の中で、コロナ疑い患者のみ対応する時間を確保している		04 <input type="text"/>
05 通常の外来診療時間の外で、コロナ疑い患者のみ対応する時間を確保している		05 <input type="text"/>
06 待合患者は駐車場で待機する（診察は院内で行う）		06 <input type="text"/>
07 待合患者は駐車場で待機する（診察も多くは駐車場で行う）		07 <input type="text"/>
08 その他の方法で分離している		08 <input type="text"/>
09 新型コロナウイルス感染症疑い患者とその他で分離はしていない		09 <input type="text"/>

* 2-2 外来の受付時間（週当たり）についてご回答ください（令和5年6月1日時点）		
01	1週間の外来の時間	時間
02	うち、発熱外来の時間（週当たり）	時間
03	うち、本来時間外の時間	時間

* 2-3 外来の感染対策に対して追加の人手、負担が発生していますか。（令和5年6月1日時点） （該当する番号1つを右欄に記載）		《回答欄》		
01	発生している	02	発生していない	

* 《2-4は、2-3にて「01発生している」の場合にご回答ください。》

2-4 現在でも追加を必要としている職種別の理由（該当する番号すべて、右欄に○）

ア 看護職員		《回答欄》
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	01
02	理由：コロナ疑い患者への問診、療養指導のため	02
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	03
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	04
05	理由：その他（ <input type="text"/> ）	05
イ 事務員		
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	01
02	理由：コロナ疑い患者への問診票の記載依頼、取りまとめ	02
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	03
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	04
05	理由：その他（ <input type="text"/> ）	05

* 2-5 2-4で選択した職種と理由について理由ごとの必要人数（1日当たり）※1をご回答ください。

ア 看護職員		
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	人
02	理由：コロナ疑い患者への問診、療養指導のため	人
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	人
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	人
05	理由：その他	人
イ 事務員		
01	理由：コロナ疑い患者用の待合場を設けたことによる当該待合場内の患者の対応が別に必要なため	人
02	理由：コロナ疑い患者への問診票の記載依頼、取りまとめ	人
03	理由：コロナに関する特例的な事務手続き（医療費関係等）のため	人
04	理由：標榜時間外に発熱患者を診ることにより、時間外勤務の必要が生じるため	人
05	理由：その他	人

※1 例えば複数の理由（01と02等）のために、1人の看護職員を必要とした場合は、主な理由である欄に「1人」とし、各欄を合計した人数が実際に追加配置している人数と一致するようにご回答ください。

* 2-6 外来のPPEの効率化についてお伺いします。(令和5年6月1日時点)
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 検体を採取する職員以外は、ガウンや手袋は装着しない(マスク、フェイスシールドは装着)	01	<input type="checkbox"/>
02 検体を採取する職員以外は、ガウンや手袋、フェイスシールドは装着しない(マスクは装着)	02	<input type="checkbox"/>
03 検体採取に関わらず患者に対応する職員全て、ガウン、手袋、マスクを装着しているが、汚染されるまで交換はしない	03	<input type="checkbox"/>
04 01~03のような効率化を図っていない	04	<input type="checkbox"/>
05 検体採取に関わらず患者に対応する職員全て、ガウン、手袋、マスクを装着し患者ごとに交換している	05	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

2-7 令和4年8月以降の、受診者や体制の動向等についてお伺いします。
新型コロナウイルス感染症疑い又は新型コロナウイルス感染症と診断された外来患者について
受入「あり」の場合は1、「なし」の場合は2を各月すべてにご回答ください。

	令和4年	令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月
新型コロナウイルス感染症疑い又は新型コロナウイルス感染症と診断された外来患者受入の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

《2-7で「あり」を選択された場合、2-8にご回答ください。》

* 2-8 各月の受入れ延べ人数をご回答ください。(受入れがない月は空欄で可)

	令和4年	令和5年	
	a 8月	b 1月	c 5月
新型コロナウイルス感染症疑い又は新型コロナウイルス感染症と診断された外来患者各月の延べ患者数	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

* 《2-9は、貴院がこれまでに発熱外来としてコロナ疑い患者を受け入れていない場合にお伺いいたします。》

2-9 類型見直し前後^{※2}いずれも発熱外来としてコロナ疑い患者を受け入れていない理由
(発熱外来になっていない理由)についてお伺いします。
(令和5年6月1日時点) (該当する番号すべて、右欄に○)

01 パーティション等、施設内で用いる設備の不足により、コロナ疑い患者以外との空間的分離が困難だから	01	<input type="checkbox"/>
02 建物・敷地面積の不足により、コロナ疑い患者以外との空間的分離が困難だから	02	<input type="checkbox"/>
03 その他(01、02以外) 感染対策を十分に実施できないから	03	<input type="checkbox"/>
04 個人防護具等の確保が難しいため	04	<input type="checkbox"/>
05 新型コロナウイルス感染症患者について、他院と連携しているため	05	<input type="checkbox"/>
06 勤務している医師が、新型コロナウイルス感染症を診療することができないため	06	<input type="checkbox"/>
07 その他 (<input type="text"/>)	07	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

※2 5/8より2類相当から5類へ変更になったことを指す。

問3 外来感染対策向上加算についてお伺いします。

《3-1は、貴院が病院の場合にご回答ください。》		
3-1 届出の状況について (令和5年6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: 40px; height: 20px;" type="text"/>
02 感染対策向上加算2	04 届け出ていない	
《3-2は、貴院が診療所の場合にご回答ください。》		
3-2 外来感染対策向上加算の届出状況についてご回答ください。(令和5年6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 style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
《3-3は、3-2にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》		
3-3 外来感染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)		《回答欄》
01 算定あり	02 算定なし	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
《3-4は、3-3にて「01 算定あり」の場合にご回答ください。》		
3-4 令和5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。		
01 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		回
02 地域の医師会が主催するカンファレンス		回
《3-5は、3-2にて「02 届け出ていない」の場合にご回答ください。》		
3-5 外来感染対策向上加算を届出できない理由をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため		01 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
02 職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため		02 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
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		03 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
04 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため		04 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
05 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿って対応できないため		05 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
06 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため		06 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
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		07 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
08 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため		08 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
09 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため		09 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
10 その他 <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>		10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

問4 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。

4-1 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	04 地域包括診療加算2	
02 地域包括診療料2	05 いずれも届け出ていない	
03 地域包括診療加算1		

《4-2は、4-1にて「01」～「04」を選択した施設のうち、令和5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・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。》

4-2 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○)

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	01	
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	02	
03 介護サービス事業所の併設	03	
04 地域ケア会議に年1回以上出席	04	
05 介護保険のリハビリテーションの提供	05	
06 介護認定審査会の委員経験	06	
07 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	07	
08 医師の介護支援専門員の資格保有	08	
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	09	

<p>* 《4-3は、令和5年3月以前に、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出・地域包括診療加算の届出をしている病院・診療所の場合にご回答ください。》</p>	
<p>4-3 満たすことができている介護保険制度に関する要件についてご回答ください。 (該当する番号すべて、右欄に○)</p>	
<p>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</p> <p>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</p> <p>03 介護サービス事業所の併設</p> <p>04 地域ケア会議に年1回以上出席</p> <p>05 介護保険のリハビリテーションの提供</p> <p>06 介護認定審査会の委員経験</p> <p>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</p> <p>08 医師の介護支援専門員の資格保有</p> <p>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</p>	<p>《回答欄》</p> <p>01 <input type="checkbox"/></p> <p>02 <input type="checkbox"/></p> <p>03 <input type="checkbox"/></p> <p>04 <input type="checkbox"/></p> <p>05 <input type="checkbox"/></p> <p>06 <input type="checkbox"/></p> <p>07 <input type="checkbox"/></p> <p>08 <input type="checkbox"/></p> <p>09 <input type="checkbox"/></p>
<p>* 《4-4は、令和5年3月以前に、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出・地域包括診療加算の届出をしている病院・診療所の場合にご回答ください。》</p>	
<p>4-4 満たすことができている診療所に関する要件についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)</p>	
<p>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</p> <p>02 時間外対応加算1の届出を行っている</p> <p>03 時間外対応加算2の届出を行っている</p> <p>04 時間外対応加算3の届出を行っている</p> <p>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</p> <p>06 在宅療養支援診療所である</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>* 《4-5は、4-1にて「01」～「04」を選択した施設のうち、令和5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・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。》</p>	
<p>4-5 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○)</p>	
<p>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</p> <p>02 時間外対応加算1の届出を行っている</p> <p>03 時間外対応加算2の届出を行っている</p> <p>04 時間外対応加算3の届出を行っている</p> <p>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</p> <p>06 在宅療養支援診療所である</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>* 《4-6は、4-1にて「01」～「04」を選択した施設のうち、令和5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・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。》</p>	
<p>4-6 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○)</p>	
<p>01 地域包括ケア病棟入院料を届け出ている</p> <p>02 在宅療養支援病院を届け出ている</p>	<p>《回答欄》</p> <p>01 <input type="checkbox"/></p> <p>02 <input type="checkbox"/></p>

* 問5 機能強化加算の届出状況等についてお伺いします。

5-1 貴施設では、機能強化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	02 届け出していない
------------------	--------------------

《回答欄》 作成者:
4/21
田宮教授指
正

《5-2については全ての医療機関がご回答ください》

5-2 以下にあてはまる患者について、それぞれ該当する患者数(実人数)をご回答ください。
(該当する番号01~09のうち1つを右欄に記載)

(令和4年6月~令和5年5月の1年間)	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6-9人	10-19人	20人以上
ア 地域包括診療料/地域包括診療加算の算定患者	01	02	03	04	05	06	07	08	09
イ 認知症地域包括診療料/認知症地域包括診療加算の算定患者	01	02	03	04	05	06	07	08	09
ウ 継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者数	01	02	03	04	05	06	07	08	09
エ 在宅患者訪問診療料1の「1」を算定した患者数	01	02	03	04	05	06	07	08	09
オ 「在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る)を算定した患者数	01	02	03	04	05	06	07	08	09
カ 往診料を算定した患者数	01	02	03	04	05	06	07	08	09

《回答欄》

ア	
イ	
ウ	
エ	
オ	
カ	

《1-16で「01 機能強化型(単独型)在宅療養支援病院・診療所である」もしくは「02 機能強化型(連携型)在宅療養支援病院・診療所である」を選択した病院・診療所がご回答ください。》

5-3 以下にあてはまる患者について、それぞれ該当する患者数(実人数)をご回答ください。
(該当する番号01~09のうち1つを右欄に記載)

(令和4年6月~令和5年5月の1年間)	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6-9人	10-19人	20人以上
ア 緊急往診の実績	01	02	03	04	05	06	07	08	09
イ 在宅における看取りの実績	01	02	03	04	05	06	07	08	09
ウ 15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績	01	02	03	04	05	06	07	08	09

《回答欄》

ア	
イ	
ウ	

* 問 6 小児かかりつけ診療料の届出状況等についてお伺いします。

《小児科を標榜している施設に該当する場合にご回答ください。》		
6-1 貴施設では、小児かかりつけ診療料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 小児かかりつけ診療料1	03 いずれの届出もなし	<input type="text"/>
02 小児かかりつけ診療料2		

《6-2は、6-1にて「03 いずれの届出もなし」の場合にご回答ください。》		
6-2 小児かかりつけ診療料を届け出していない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 専ら小児科または小児外科を担当する常勤の医師を確保できないため		01 <input type="text"/>
02 時間外対応加算1又は2の届出ができないため		02 <input type="text"/>
03 時間外対応加算3を届出ができず、かつ在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日または夜間の診療を年6回以上の頻度で行うことが困難であるため		03 <input type="text"/>
04 乳幼児の健康診査を実施していないため		04 <input type="text"/>
05 予防接種を実施していないため		05 <input type="text"/>
06 過去1年間に15歳未満の超重症児または準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していないため		06 <input type="text"/>
07 幼稚園の園医、保育園の嘱託医または小学校もしくは中学校の学校に就任していないため		07 <input type="text"/>
08 外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないため		08 <input type="text"/>
09 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、医師の負担が重いため		09 <input type="text"/>
10 患者に小児かかりつけ診療料の意義を理解してもらうことが困難であるため		10 <input type="text"/>
11 患者本人や家族から、小児かかりつけ診療料算定の承諾が見込めないため		11 <input type="text"/>
12 経営上のメリットが少ないため		12 <input type="text"/>
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ため		13 <input type="text"/>
14 その他（具体的に： <input type="text"/> ）		14 <input type="text"/>

《6-3は、令和4年12月以前から小児かかりつけ診療料の届出をしている病院・診療所の場合にご回答ください。》	
6-3 初診患者について、以下にあてはまる患者数をそれぞれ実人数でご回答ください。 （それぞれの患者は重複して構いません）	
01 令和4年12月～令和5年5月の6カ月間における小児かかりつけ診療料の算定患者数	<input type="text"/> 人
02 令和4年6月～令和5年5月の1年間に継続的な外来診療を経て在宅医医療に移行した患者数	<input type="text"/> 人

《6-4は、令和5年4月以降にはじめて小児かかりつけ診療料の届出をしている病院・診療所の場合にご回答ください。》

6-4 令和5年4月以降にはじめて小児かかりつけ診療料の届出を行った理由を回答してください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

01 専ら小児科または小児外科を担当する常勤の医師を確保できたため	01
02 「専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師」が3つの項目ではなく、2つの項目に該当すれば施設基準を満たすと要件が見直された結果、施設基準を満たすこととなったため	02
03 時間外対応加算1又は2の届出ができたため	03
04 時間外対応加算3の届出要件を満たすことができたため	04
05 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日または夜間の診療を年6回以上の頻度で行うことができたため	05
06 乳幼児の健康診査を実施するようになったため	06
07 過去1年間に15歳未満の超重症児または準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有したため	07
08 幼稚園の園医、保育園の嘱託医または小学校もしくは中学校の学校に就任したため	08
09 経営上のメリットがあると判断したから	09
10 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
11 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ため	11

《回答欄》

* 問7は、貴院が診療所の場合にご回答ください。

問7 時間外対応加算の届出状況等についてお伺いします。

7-1 貴施設では、時間外対応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 時間外対応加算1	03 時間外対応加算3
02 時間外対応加算2	04 届け出ていない

《回答欄》

《時間外対応加算の届出をしている病院・診療所の場合にご回答ください。》

7-2 時間外対応加算における患者からの電話等による問い合わせに応じる体制(時間外対応加算3については当番日に限る)についてお伺いします。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 診療所に勤務している常勤の医師が対応	01
02 診療所に勤務している非常勤の医師が対応	02
03 診療所に勤務している看護職員が対応	03
04 診療所に勤務している事務職員が対応	04
05 その他(具体的に: <input type="text"/>)	05

《回答欄》

01
02
03
04
05

《時間外対応加算1～3の届出をしている病院・診療所の場合にご回答ください。》

7-3 時間外対応加算1～3における、電話等における相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応についてご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 診療所における外来診療	01
02 診療所の医師による往診	02
03 診療所の医師(当該診療所における対面診療の実績を有するものに限る)によるオンライン診療	03
04 03に示す医師以外によるオンライン診療	04
05 他の医療機関との連携または緊急搬送等	05
06 その他(具体的に: <input type="text"/>)	06

《回答欄》

01
02
03
04
05
06

問8 生活習慣病管理料についてお伺いします。

8-1 令和5年5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）についてご回答ください。	令和5年5月 1か月間の外来患者の実人数
01 脂質異常症を主病とする患者の概ねの人数	人
02 01のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	人
03 01のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	人
04 高血圧を主病とする患者の概ねの人数	人
05 04のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	人
06 04のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	人
07 糖尿病を主病とする患者の概ねの人数	人
08 07のうち、生活習慣病管理料を算定した患者の概ねの人数	人
09 07のうち、特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	人

8-2 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》
01 困難に感じることはない	01
02 許可病床数が200床未満の病院又は診療所であること	02
03 該当する患者がいないこと	03
04 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
05 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
06 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
07 高血圧症の患者について、血圧の値を測定すること	07
08 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
09 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
10 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
11 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
12 病状が安定している等の理由により受診間隔が月1回より長いため	12
13 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ついて患者の理解が得にくいこと	13
14 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
15 その他（具体的に： <input type="text"/> ）	15

《8-3は、8-1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。》

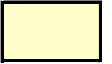
8-3 総合的な治療管理の実施において、連携している職種（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 看護師	01
02 薬剤師	02
03 管理栄養士	03
04 その他（ <input type="text"/> ）	04

《8-4は、8-1にて、糖尿病を主病とする患者が1名以上いた場合にご回答ください。》

8-4 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）	《回答欄》

01 はい

02 いいえ



《8-5は、8-1にて、糖尿病を主病とする患者が1名以上いた場合にご回答ください。》		
* 8-5 糖尿病を主病としている患者である患者に歯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)		《回答欄》
01 はい	02 いいえ	<input type="text"/>
《8-6は、8-1にて、糖尿病を主病とする患者が1名以上いた場合にご回答ください。》		
* 8-6 糖尿病と歯周病の関係性 ^{※1} を知っていますか。(該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 はい	02 いいえ	<input type="text"/>
※1 X糖尿病診療ガイドライン2019(日本糖尿病学会)において、歯周病は慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすこと等が示されています。		
《8-7は、8-1にて、糖尿病を主病とする患者が1名以上いた場合にご回答ください。》		
* 8-7 糖尿病を主病としている患者である患者に管理栄養士による栄養指導を実施していますか。 (該当する番号1つを右欄に記載)		《回答欄》
01 はい	02 いいえ	<input type="text"/>
《8-8は、8-7にて、「01(はい)」を選択した場合にご回答ください。》		
* 8-8 栄養指導を実施している管理栄養士の所属について、ご回答ください。 (該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01 自院(常勤)		01 <input type="text"/>
02 自院(非常勤)		02 <input type="text"/>
03 他の保険医療機関		03 <input type="text"/>
04 栄養士会が運営する「栄養ケア・ステーション」		04 <input type="text"/>
* 8-9 外来データ提出加算として、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提供する意向の有無(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"/>

問9 連携強化診療情報提供料の算定状況等についてお伺いします。

9-1 貴施設では、連携強化診療情報提供料に係る施設基準を満たしていますか。
(該当する番号1つを右欄に記載)

01 満たしている	02 満たしていない
------------------	-------------------

《回答欄》

--

《9-2は、9-1にて、「01 満たしている」の場合にご回答ください。》

9-2 満たしている施設基準をご回答ください。(該当する番号1つを右欄に記載)

<p>01 注1の施設基準(敷地内が禁煙であること等、禁煙に係る施設基準)</p> <p>02 注3の施設基準(禁煙に係る施設基準に加え、地域包括診療料等、かかりつけ医機能に関する施設基準を届け出ていること)</p> <p>03 注4の施設基準(禁煙に係る施設基準に加え、難病(疑い含む)の患者の場合は難病診療連携拠点病院または難病診療分野別診療拠点病院、てんかん(疑い含む)の患者の場合はてんかん支援拠点病院)</p> <p>04 注5の施設基準(禁煙に関する施設基準に加え、妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備していること等の基準)</p>	
--	--

《回答欄》

--

《9-3は、9-1にて、「02 満たしていない」の場合にご回答ください。》

9-3 満たせない施設基準をご回答ください。(該当する番号すべて、右欄に○)

<p>01 注1の施設基準(敷地内が禁煙であること等、禁煙に係る施設基準)</p> <p>02 注3の施設基準(禁煙に係る施設基準に加え、地域包括診療料等、かかりつけ医機能に関する施設基準を届け出ていること)</p> <p>03 注4の施設基準(禁煙に係る施設基準に加え、難病(疑い含む)の患者の場合は難病診療連携拠点病院または難病診療分野別診療拠点病院、てんかん(疑い含む)の患者の場合はてんかん支援拠点病院)</p> <p>04 注5の施設基準(禁煙に関する施設基準に加え、妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備していること等の基準)</p>	<p>01 <input type="text"/></p> <p>02 <input type="text"/></p> <p>03 <input type="text"/></p> <p>04 <input type="text"/></p>
--	---

《回答欄》

《9-4は、連携強化診療情報提供料の施設基準を満たしている病院・診療所の場合にご回答ください。》

9-4 令和5年5月1か月間における、連携強化診療情報提供料を算定した延べ回数をご回答ください。

01 地域包括診療加算等 ^{※1} を届け出ている医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合		回
02 自院(地域包括診療加算等 ^{※1} を届け出ている場合)に、他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合		回
03 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院において、他院から紹介された難病(疑い含む)の患者について、当該患者を紹介した医療機関から求めに応じて情報提供した場合		回
04 てんかん支援拠点病院であって、他院から紹介されたてんかん(疑い含む)の患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合		回
05 産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された妊娠している患者について、当該患者を紹介した医療機関に情報提供した場合		回
06 自院が産科若しくは産婦人科を標榜していて、妊娠している患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合		回
07 01~04以外で、妊娠している患者について情報提供した場合		回

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

《9-5は、9-4にて、「01 地域包括診療加算等^{※1}を届け出ている医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合」の対象として算定した患者が1名以上いる病院・診療所の場合にご回答ください。》

9-5 紹介元の医療機関が届け出ている地域包括診療加算等についてご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 地域包括診療加算
- 02 地域包括診療料
- 03 小児かかりつけ診療料
- 04 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- 05 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）

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

《9-6は、9-4にて、「02 自院（地域包括診療加算等^{※1}を届け出ている場合）に、他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した医療機関からの求めに応じて情報提供した場合」の対象として算定した患者が1名以上いる病院・診療所の場合にご回答ください。》

9-6 貴施設が届け出ている地域包括診療加算等についてご回答ください。
(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 地域包括診療加算
- 02 地域包括診療料
- 03 小児かかりつけ診療料
- 04 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- 05 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）

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

《連携強化診療情報提供料の施設基準を満たしているにもかかわらず算定していない場合のみご回答ください。》

9-7 連携強化診療情報提供料を算定していない理由について（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

- 01 紹介元の保険医療機関からの求めがないから
- 02 患者の同意が得られないから
- 03 算定対象となる患者がないから
- 04 診療情報の提供をするための事務作業に手間がかかるから
- 05 その他（ ）

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

問10 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。

10-1 貴施設では、令和5年3月～5月の3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）	《回答欄》 <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>		
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: 1px solid black; padding: 5px;">01 算定あり</td> <td style="width:50%; border: 1px solid black; padding: 5px;">02 算定なし</td> </tr> </table>	01 算定あり	02 算定なし	
01 算定あり	02 算定なし		

《10-2は、10-1にて「01 算定あり」の場合にご回答ください。》	
10-2 令和5年3月～5月の3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、それぞれ実人数でご回答ください。	
01 全体	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
02 うち、悪性腫瘍の患者	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
03 うち、脳血管疾患等 ^{※1} に罹患している患者	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
04 うち、肝疾患に罹患している患者	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
05 うち、指定難病に罹患している患者	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
06 うち、心疾患に罹患している患者	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
07 うち、糖尿病に罹患している患者	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
08 うち、若年性認知症に罹患している患者	<input style="width:90%;" type="text"/> 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。	

《10-3は、10-1にて「01 算定あり」の場合にご回答ください。》			
10-3 令和5年3月～5月の3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ご回答ください。			
01 産業医	02 総括安全衛生管理者	03 安全衛生推進者	04 労働者の健康管理等を行う保健師
<input style="width:90%;" type="text"/> 人	<input style="width:90%;" type="text"/> 人	<input style="width:90%;" type="text"/> 人	<input style="width:90%;" type="text"/> 人

10-4 令和5年3月～5月の3か月間において、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ご回答ください。	
衛生推進者	<input style="width:90%;" type="text"/> 回

《10-5は、10-1にて「01 算定あり」の場合にご回答ください。》	
10-5 貴施設では、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	02 届け出していない
《回答欄》 <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	

《10-6は、10-5にて「01 届け出ている」の場合にご回答ください。》	
10-6 令和5年3月～5月の3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ご回答ください。	
01 全体（実人数）	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
02 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	<input style="width:90%;" type="text"/> 人
03 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	<input style="width:90%;" type="text"/> 人

問11 貴施設が有しているかかりつけ医機能についてお伺いします。

11-1 次のかかりつけ医機能のうち、どの機能を有していますか。(該当する番号すべて、右欄に○)		《回答欄》
01	どんな病気でもまずは診療できる	01
02	これまでの病歴や家族背景等を把握している	02
03	必要時に専門医に紹介する	03
04	夜間や休日であっても、患者の体調が悪くなった場合に連絡を受ける	04
05	夜間や休日であっても、患者の緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介する	05
06	体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行う	06
07	栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる	07
08	喫煙者に対して禁煙指導を行う	08
09	健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行う	09
10	予防接種の実施状況の把握、予防接種の有効性・安全性に関する指導・相談への対応を行う	10
11	予防接種を実施する	11
12	患者が受診しているすべての医療機関や処方薬を把握する	12
13	患者が入院や手術を行った医療機関と連携する	13
14	患者の処方を担当する薬局と連携する	14
15	往診や訪問診療などの在宅医療を行う	15
16	在宅医療において看取りを行う	16
17	患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方（ACP）について話し合う	17
18	地域の介護職などの他の関連職種との連携を行う	18
19	要介護認定に関する主治医意見書を作成する	19
20	認知症に関する助言や指導を行う	20
21	行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う	21
22	医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行う	22
23	ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を患者に提供する	23
24	ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携する	24
25	オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用している	25
26	その他（具体的に： <input type="text"/> ）	26

* 11-2 介護との連携について、どのような取組をしていますか。（該当する番号すべて、右欄に○） 《回答欄》

01 要介護認定に関する主治医意見書を作成する	01	
02 サービス担当者会議への参加	02	
03 地域ケア会議への参加	03	
04 介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保	04	
05 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業への参加	05	
06 地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	06	
07 介護認定審査会の委員経験	07	
08 高齢者施設の協力医療機関となっている	08	
09 高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している	09	
10 認知症カフェの開催・協力	10	
11 その他（具体的に： <input style="width: 450px; height: 20px;" type="text"/> ）	11	

* 11-3 障害福祉サービスとの連携について、どのような取組をしていますか。（該当する番号すべて、右欄に○） 《回答欄》

01 障害支援区分の認定の際の医師意見書を作成している	01	
02 受診・入院時に情報共有を相談支援専門員と行っている	02	
03 医療型短期入所の開設を検討している、または開設している	03	
04 障害者支援施設の連携医療機関になっている	04	
05 区分認定審査会の委員経験	05	
06 その他（具体的に： <input style="width: 450px; height: 20px;" type="text"/> ）	06	
07 特に取組はしていない	07	

* 11-4 貴施設は、書面を用いて患者へどのような内容の説明をしていますか。（該当する番号すべて、右欄に○） 《回答欄》

01 施設が有するかかりつけ医機能	01	
02 患者の病状	02	
03 治療内容	03	
04 起こりうる合併症	04	
05 食事・運動等の生活指導	05	
06 必要となる介護・福祉サービス	06	
07 急変時の対応	07	
08 その他（具体的に： <input style="width: 450px; height: 20px;" type="text"/> ）	08	
09 特に取組はしていない	09	

問12 薬剤の使用に係る状況等についてお伺いします。

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

問13 人生の最終段階における医療・ケアについてご回答ください

*13-1 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」について知っていますか (令和5年6月1日時点)		《回答欄》
01 知っている	02 知らない	<input type="text"/>
*13-2 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成していますか。（該当する番号1つを右欄に記載） (令和5年6月1日時点)		《回答欄》
01 作成している	02 作成していない	<input type="text"/>

* 問14 外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍を主病とする患者に行う外来化学療法）についてお伺いいたします。

《外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍の患者を対象）を算定している医療機関にお伺いします》	
14-1 外来腫瘍化学療法診療料算定の対象となる患者数 (令和5年5月1か月間)	
	延べ人数
01 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）	人
02 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、6才以上15歳未満	人
03 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、3才以上6歳未満	人
04 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、3歳未満（新生児を除く）	人
05 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、新生児	人

*14-2 院内で採用している外来化学療法（悪性腫瘍を主病とする患者を対象）に用いる薬剤の後発品の割合 （令和5年6月1日時点）							
		a 後発医薬品 （バイオ後続品を含む） がある先発医薬品数		b 後発医薬品数 （バイオ後続品を含む）		c 割合【b÷(a+b)】	
01	抗悪性腫瘍薬 （バイオ医薬品）		品目		品目		%
02	抗悪性腫瘍薬 （バイオ医薬品以外）		品目		品目		%
03	支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）		品目		品目		%

* 14-3 外来化学療法を行う施設の機能としての対応についてお伺いします。（令和5年6月1日時点） （該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01	外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っている	01
02	当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じている	02
03	当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けている	03
04	当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、緊急で入院ができる体制が整備されている	04
05	04で入院体制が整備されていない場合については、他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されている	05
06	医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示している	06

《14-4は、14-3にて1つ以上選択した場合にご回答ください。》		
14-4 14-3で回答した対応について医療機関内の見やすい場所への掲示状況をお伺いします。 （掲示しているものは、該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01	外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っていること	01
02	当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じること	02
03	当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けていること	03
04	当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、緊急で入院ができる体制が整備されていること	04
05	04で入院体制が整備されていない場合については、他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること	05
06	医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示していること	06

《14-5は、14-3にて1つ以上選択した場合にご回答ください。》

14-5 14-3で回答した対応について**ホームページへの掲示状況**をお伺いします。
(掲示しているものは、該当する番号すべて、右欄に○)

01 外来化学療法の実施に向けて、医師、看護師、及び薬剤師等と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行っていること	01	
02 当該化学療法のレジメンについて、副作用等に関する相談に応じること	02	
03 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、患者からの電話等による緊急の相談等に対する相談窓口を設けていること	03	
04 当該化学療法のレジメンの期間内における、副作用等による来院（診療時間外を含む）に関して、緊急で入院ができる体制が整備されていること	04	
05 04で入院体制が整備されていない場合については、他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること	05	
06 医療機関で実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において、承認・登録されている全てのレジメンのうち、外来で実施可能なレジメンの割合を提示していること	06	

《回答欄》

* 問15 外来化学療法加算（悪性腫瘍以外の疾患を主病とする患者に行う外来化学療法）についてお伺いします。

《外来化学療法加算（悪性腫瘍以外の患者を対象）を算定している医療機関にお伺いします。》

15-1 外来化学療法加算の対象となる患者数（令和5年5月1か月間）

	延べ人数
01 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）	人
02 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、6才以上15歳未満	人
03 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、3才以上6歳未満	人
04 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、3歳未満（新生児を除く）	人
05 病院全体の外来化学療法患者総数（延べ人数）のうち、新生児	人

*15-2 院内で採用している外来化学療法（悪性腫瘍以外の疾患を主病とする患者を対象）に用いる薬剤の後発品の割合（令和5年6月1日時点）

	a 後発医薬品 (バイオ後続品を含む) がある先発医薬品数	b 後発医薬品数 (バイオ後続品を含む)	c 割合【b÷(a+b)】
01 バイオ医薬品	品目	品目	%
02 支持療法に用いる医薬品	品目	品目	%

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5年6月26日（月）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
------------	---	---	---	---	---	---	---

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5年度調査

入院・外来医療等における実態調査

かかりつけ医機能に関する意識調査（患者票）

施設名		患者ID	
-----	--	------	--

- このアンケートは、本日受診した患者さんまたは保護者・介護者の方に、かかりつけ医機能についてのご意見をお伺いするものです。
- ご回答の際は、あてはまる番号を《解答欄》に記入もしくは□内に具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。わからない場合は「-」をご記入ください。
- 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 年齢（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>01 10歳未満</td> <td>04 30歳代</td> <td>07 60歳代</td> </tr> <tr> <td>02 10歳代</td> <td>05 40歳代</td> <td>08 70歳代</td> </tr> <tr> <td>03 20歳代</td> <td>06 50歳代</td> <td>09 80歳代以上</td> </tr> </table>	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	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
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								

* 1-2 要介護認定（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>01 非該当</td> <td>05 要支援1</td> <td>09 要介護3</td> </tr> <tr> <td>02 未申請</td> <td>06 要支援2</td> <td>10 要介護4</td> </tr> <tr> <td>03 申請中</td> <td>07 要介護1</td> <td>11 要介護5</td> </tr> <tr> <td>04 不明</td> <td>08 要介護2</td> <td></td> </tr> </table>	01 非該当	05 要支援1	09 要介護3	02 未申請	06 要支援2	10 要介護4	03 申請中	07 要介護1	11 要介護5	04 不明	08 要介護2		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
01 非該当	05 要支援1	09 要介護3											
02 未申請	06 要支援2	10 要介護4											
03 申請中	07 要介護1	11 要介護5											
04 不明	08 要介護2												

1-3 お住まい（都道府県）	
----------------	--

1-4 定期的（3か月に1回以上の頻度）に通院している医療機関数	《回答欄》						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>01 1か所</td> <td>04 4か所</td> </tr> <tr> <td>02 2か所</td> <td>05 5か所以上</td> </tr> <tr> <td>03 3か所</td> <td>06 定期的に通院している医療機関はない</td> </tr> </table>	01 1か所	04 4か所	02 2か所	05 5か所以上	03 3か所	06 定期的に通院している医療機関はない	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
01 1か所	04 4か所						
02 2か所	05 5か所以上						
03 3か所	06 定期的に通院している医療機関はない						

問2 本日受診した医療機関に定期的（3か月に1回程度以上の頻度）に通院していますか。

2-1 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）	《回答欄》				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>01 今回が初めて</td> <td>03 定期的にはないが、過去に通院したことがある</td> </tr> <tr> <td>02 定期的に通院している</td> <td>04 わからない</td> </tr> </table>	01 今回が初めて	03 定期的にはないが、過去に通院したことがある	02 定期的に通院している	04 わからない	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
01 今回が初めて	03 定期的にはないが、過去に通院したことがある				
02 定期的に通院している	04 わからない				

* 2-2 本日受診した医療機関から診療を受けているのはどのようなご病気ですか（該当するものすべてに○）。
また、該当するそれぞれのご病気に対して、**定期的（3カ月に1回以上）**に通院している医療機関の数を
ご回答ください。

病名	該当する病気	医療機関数
01 高血圧症		
02 脂質異常症		
03 糖尿病		
04 がん		
05 難病（国指定の難病）		
06 慢性頭痛		
07 脳血管疾患（脳梗塞後遺症などを含む）		
08 狭心症・心不全などの心疾患		
09 肺炎・気管支喘息		
10 慢性閉塞性肺疾患（COPD）		
11 胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの消化器疾患		
12 便秘症		
13 慢性腎不全		
14 骨粗しょう症・骨折		
15 脊柱管狭窄症・腰痛症		
16 関節痛・リウマチ		
17 アレルギー性疾患・花粉症		
18 湿疹・皮膚炎（アトピー含む）		
19 白内障・緑内障		
20 睡眠障害（不眠症）		
21 認知症		
22 めまい		
23 耳鳴り		
24 中耳炎		
25 かぜ・感冒		
26 発達障害		
27 その他精神疾患		
28 その他 具体的に		

* 2-3 2-2 で選択したご病気のうち、定期的（3カ月に1回以上）に通院している医療機関の数が
2か所以上のものが1つでもあった場合にご回答ください。※歯科は除く。

《回答欄》

- 01 いずれかの医療機関について、紹介状をもらい受診している
- 02 いずれの医療機関についても、紹介状をもらわずに受診している
- 03 その他

問3 かかりつけ医[※]についてお伺いします。

※なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

3-1 あなたは、かかりつけ医を決めていますか。
(本日受診した医療機関に限りません)。(該当する番号1つを右欄に記載)

01 決めている	03 決めていない。また、決める予定もない
02 決めていないが、決めたいと思っている	

《回答欄》

--

《3-2は3-1で「01 決めている」もしくは「02 決めていないが、決めたいと思っている」と答えた場合にご回答ください。

3-2 本日受診した医師は、あなたのかかりつけ医ですか (該当する番号1つを右欄に記載)

01 かかりつけ医である
02 かかりつけ医ではない
03 今後、かかりつけ医にするつもりである

《回答欄》

--

《3-3は3-1で「03 決めていない。また、決める予定もない」と答えた場合にご回答ください。

3-3 かかりつけ医を決めていない理由は何ですか。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 医療機関にかかることがあまりないから	01
02 その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから	02
03 どのような医師をかかりつけ医として選んだらよいかわからないから	03
04 かかりつけ医として求める機能を持つ医師がいないから	04
05 かかりつけ医をもつ必要性を感じないから	05
06 その他 具体的に <input type="text"/>	06
07 特に理由はない	07

《回答欄》

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	

■ 3-4～3-5は、すべての方がご回答ください。

3-4 本日受診した医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えてありますか。
また、これまでにかかりつけ医に関する説明を受けたこと等がありますか。
(①～⑥それぞれ、該当する番号1つを右欄に記載)

01 01 02	01 伝えている	2 伝えていない	01	
02 01 02	01 伝えている	2 伝えていない	02	
03 01 02 03	01 見せている	2 見せていない	3 持っていない	03
04 01 02	01 受けたことがある	2 受けたことはない	04	
05 01 02	01 見たことがある	2 見たことはない	05	
06 01 02	01 持ち帰ったことがある	2 持ち帰ったことはない	06	

《回答欄》

01	
02	
03	
04	
05	
06	

3-5 あなたにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか。

(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

- 01 どんな病気でもまずは診療してくれる
- 02 これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれている
- 03 必要時に専門医に紹介してくれる
- 04 夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる
- 05 夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる
- 06 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる
- 07 栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる
- 08 喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる
- 09 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行ってくれる
- 10 予防接種を推奨・実施してくれる
- 11 受診しているすべての医療機関や処方された薬を把握してくれる
- 12 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる
- 13 調剤を行う薬局と連携してくれる
- 14 医療機関で薬を受け取ることができる
- 15 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる
- 16 在宅医療において看取りを行ってくれる
- 17 自分らしい人生の終わり方の相談ができる
- 18 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる
- 19 要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる
- 20 認知症に関する助言や指導を行ってくれる
- 21 行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる
- 22 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる
- 23 ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を患者に提供してくれる
- 24 ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携してくれる
- 25 オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用してくれる。
- 26 その他 具体的に

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
26	
27	

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
------------	---	---	---	---	---	---

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5年度調査

入院・外来医療等における実態調査

かかりつけ医機能に関する意識調査（インターネット調査票）

施設名		患者ID	
-----	--	------	--

- このアンケートは、かかりつけ医機能についてのご意見をお伺いするものです。
- ご回答の際は、あてはまる番号を《解答欄》に記入もしくは□内に具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。わからない場合は「-」をご記入ください。
- 特に指定がある場合を除いて、回答日現在の状況についてお答えください。

問1 あなたについてお伺いします（回答日時点）。

1-1 年齢（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>01 10歳未満</td> <td>04 30歳代</td> <td>07 60歳代</td> </tr> <tr> <td>02 10歳代</td> <td>05 40歳代</td> <td>08 70歳代</td> </tr> <tr> <td>03 20歳代</td> <td>06 50歳代</td> <td>09 80歳代以上</td> </tr> </table>	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	□
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								

1-2 要介護認定（該当する番号1つを右欄に記載）	《回答欄》												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>01 非該当</td> <td>05 要支援1</td> <td>09 要介護3</td> </tr> <tr> <td>02 未申請</td> <td>06 要支援2</td> <td>10 要介護4</td> </tr> <tr> <td>03 申請中</td> <td>07 要介護1</td> <td>11 要介護5</td> </tr> <tr> <td>04 不明</td> <td>08 要介護2</td> <td></td> </tr> </table>	01 非該当	05 要支援1	09 要介護3	02 未申請	06 要支援2	10 要介護4	03 申請中	07 要介護1	11 要介護5	04 不明	08 要介護2		□
01 非該当	05 要支援1	09 要介護3											
02 未申請	06 要支援2	10 要介護4											
03 申請中	07 要介護1	11 要介護5											
04 不明	08 要介護2												

1-3 お住まい（都道府県）	
-----------------------	--

1-4 定期的（3か月に1回以上の頻度）に通院している医療機関数	《回答欄》						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>01 1か所</td> <td>04 4か所</td> </tr> <tr> <td>02 2か所</td> <td>05 5か所以上</td> </tr> <tr> <td>03 3か所</td> <td>06 定期的に通院している医療機関はない</td> </tr> </table>	01 1か所	04 4か所	02 2か所	05 5か所以上	03 3か所	06 定期的に通院している医療機関はない	□
01 1か所	04 4か所						
02 2か所	05 5か所以上						
03 3か所	06 定期的に通院している医療機関はない						

問2 受診状況等についてお伺いします。

2-1 現在、医療機関から診療を受けているのはどのような病気ですか（該当するものすべてに○）。
また、該当するそれぞれのご病気に対して、**定期的（3カ月に1回以上）**に通院している医療機関の数を
ご回答ください。

病名	該当する病気	医療機関数
01 高血圧症		
02 脂質異常症		
03 糖尿病		
04 がん		
05 難病（国指定の難病）		
06 慢性頭痛		
07 脳血管疾患（脳梗塞後遺症などを含む）		
08 狭心症・心不全などの心疾患		
09 肺炎・気管支喘息		
10 慢性閉塞性肺疾患（COPD）		
11 胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの消化器疾患		
12 便秘症		
13 慢性腎不全		
14 骨粗しょう症・骨折		
15 脊柱管狭窄症・腰痛症		
16 関節痛・リウマチ		
17 アレルギー性疾患・花粉症		
18 湿疹・皮膚炎（アトピー含む）		
19 白内障・緑内障		
20 睡眠障害（不眠症）		
21 認知症		
22 めまい		
23 耳鳴り		
24 中耳炎		
25 かぜ・感冒		
26 発達障害		
27 その他精神疾患		
28 その他 具体的に <input type="text"/>		

2-2 2-1 で選択したご病気のうち、定期的（3カ月に1回以上）に通院している医療機関の数が
2か所以上のものが1つでもあった場合にご回答ください。※歯科は除く。

《回答欄》

01	いずれかの医療機関について、紹介状をもらい受診している	<input type="checkbox"/>
02	いずれの医療機関についても、紹介状をもらわずに受診している	<input type="checkbox"/>
03	その他 <input type="text"/>	

問3 かかりつけ医[※]についてお伺いします。

※なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

3-1 あなたは、かかりつけ医を決めていますか。(該当する番号1つを右欄に記載)

01 決めている	03 決めていない。また、決める予定もない
02 決めていないが、決めたいと思っている	

《回答欄》

--

《3-2は3-1で「03 決めていない。また、決める予定もない」と答えた場合にご回答ください。

3-2 かかりつけ医を決めていない理由は何ですか。(該当する番号すべて、右欄に○)

01 医療機関にかかることがあまりないから	01	<input type="checkbox"/>
02 その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから	02	<input type="checkbox"/>
03 どのような医師をかかりつけ医として選んだらよいかわからないから	03	<input type="checkbox"/>
04 かかりつけ医として求める機能を持つ医師がないから	04	<input type="checkbox"/>
05 かかりつけ医をもつ必要性を感じないから	05	<input type="checkbox"/>
06 その他 具体的に <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	06	<input type="checkbox"/>
07 特に理由はない	07	<input type="checkbox"/>

《回答欄》

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	

■ 3-3～3-4は、すべての方がご回答ください。

<p>3-3 定期的（3カ月に1回以上）に通院している医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えていますか。また、これまでにかかりつけ医に関する説明を受けたこと等がありますか。 (①～⑥それぞれ、該当する番号1つを右欄に記載)</p>				《回答欄》	
01	他の医療機関の受診状況	1 伝えている	2 伝えていない	01	
02	処方された薬の内容	1 伝えている	2 伝えていない	02	
03	お薬手帳	1 見せている	2 見せていない	3 持っていない	03
04	かかりつけ医機能に関する説明	1 受けたことがある	2 受けたことはない	04	
05	かかりつけ医機能に関する院内掲示	1 見たことがある	3 見たことはない	05	
06	かかりつけ医機能に関する文書	1 持ち帰ったことがある	4 持ち帰ったことはない	06	

<p>3-4 あなたにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか。 (該当する番号すべて、右欄に○)</p>		《回答欄》
01	どんな病気でもまずは診療してくれる	01
02	これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれている	02
03	必要時に専門医に紹介してくれる	03
04	夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる	04
05	夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる	05
06	体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる	06
07	栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる	07
08	喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる	08
09	健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行ってくれる	09
10	予防接種を推奨・実施してくれる	10
11	受診しているすべての医療機関や処方された薬を把握してくれる	11
12	入院や手術を行った医療機関と連携してくれる	12
13	調剤を行う薬局と連携してくれる	13
14	医療機関で薬を受け取ることができる	14
15	往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる	15
16	在宅医療において看取りを行ってくれる	16
17	自分らしい人生の終わり方の相談ができる	17
18	地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる	18
19	要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる	19
20	認知症に関する助言や指導を行ってくれる	20
21	行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる	21
22	医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる	22
23	ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を患者に提供してくれる	23
24	ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携してくれる	24
25	オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用してくれる。	26
26	その他 具体的に	27

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。

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5年度調査
 入院・外来医療等における実態調査
 医療資源の少ない地域におけるヒアリング

・特に指定がある場合を除いて、令和5年6月1日現在の状況についてお答え下さい。

1) 基本情報

病院名				
所在地				
記入者所属	記入者氏名	記入者電話番号（直通・PHS等）		

開設者（該当する番号1つに○）	《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）	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: auto;"></div>
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	
07 個人	

同一の市区町村内の関連法人・グループの施設・事業所（該当する番号すべてに○）			
01 病院	07 介護老人福祉施設（特養）	13 通所介護事業所	
02 有床診療所	08 グループホーム	14 通所リハビリテーション事業所	
03 無床診療所	09 サービス付き高齢者向け住宅	15 訪問看護ステーション	
04 介護療養型医療施設	10 居宅介護支援事業所	16 訪問介護事業所	
05 介護医療院	11 短期入所生活介護事業所	17 訪問リハビリテーション事業所	
06 介護老人保健施設	12 短期入所療養介護事業所	18 その他（ ）	

許可病床数についてお伺いします			
一般		療養	
※うち、急性期一般病棟		結核	
※うち、地域包括ケア病棟		感染症	
※うち、回復期リハビリテーション病棟		精神	
合計			0

※合計は自動計算されます。

※2) 外来診療の実施状況（令和5年5月1か月）

初診の患者数	人
うち、紹介状により紹介された患者数	人
再診の延べ患者数	人
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

※3) 在宅医療の実施状況（令和5年5月1か月）

訪問診療を提供した患者数	人
うち、16kmを超えて訪問診療を提供した患者数	人
往診を提供した患者数	人
うち、16kmを超えて往診を提供した患者数	人

情報通信を用いた診療を提供した患者数	人
うち、主治医として計画的に訪問診療を行っている患者数	人

在宅医療を提供する上での課題がございましたら、お聞かせください。

(1) の情報通信機器を用いた診療を提供した患者数について0人と回答した場合、今後の情報通信機器を用いた診療の意向についてお聞かせください	《回答欄》
01 情報通信機器を用いた診療体制を有するが、希望がない等の理由で、情報通信機器を用いた診療がなかった。 02 情報通信機器を用いた診療体制を確保する予定である。 03 情報通信機器を用いた診療体制を確保する予定はない。	
情報通信機器を用いた診療を行う上での課題がございましたら、お聞かせください。	

3) 診療提供体制に対する評価とその理由

(1) 医療従事者数と勤務状況について

・採用や確保が難しい職種について、理由も併せてお聞かせください。 例：医師、看護師、薬剤師、看護補助者、医療技術員、事務職員等

(2) 専門医師の数と患者の多様性について

対応が難しい診療域、その対応方法（近隣他地域に紹介・転院等）をお聞かせください。

(3) 近隣医療機関との救急輪番体制などの構築状況について

関係者のうちだれが主で行っているのか、医師派遣などもおこなっているのか救急医療体制において課題がございましたらお聞かせください。

(4) 病床数と院内での機能分化の状況について

院内における機能分化の現況や、今後の病棟・病床編成等の意向についてお聞かせください。

(5) 院内の診療外業務に対する負担の状況について

会議等の診療外業務の負担についていかがでしょうか。

(6) 夜間の呼び出し対応に対する負担の状況について

夜間の呼び出し対応に対する医師の負担の状況について、お聞かせください。
夜間の呼び出し対応に対する看護師の負担の状況について、お聞かせください。

(7) 夜間の救急外来の受診状況、対応状況について

夜間の救急外来の受診状況、対応状況について、困難な点や課題がございましたら、お聞かせください。

(8) 地域連携ネットワークについて

地域のネットワークなどへの参加状況はいかがでしょう。
(地域のネットワーク名や参加施設数、どのような施設が参加しているかお聞かせください。)

地域ネットワークの活用状況や課題についてお聞かせください。

(9) 教育・研修等を受ける機会について (オンラインの研修受講動向含む)

研修や教育機会は十分に確保できていますでしょうか。

オンライン研修による教育・研修機会の確保等が進んでいますでしょうか? (代替となっていますでしょうか)

(10) 算定困難な診療報酬項目について

算定困難な診療報酬項目がございましたら、お聞かせください。
(例: 施設基準の体制確保や医療資源の少ない地域が優遇されていない加算を算定したい等)

※(11) 在宅療養支援病院について

(11-1) 在宅療養支援病院・診療所の届出区分	01 機能強化型在宅療養支援病院・診療所 (単独型)	《回答欄》
	02 機能強化型在宅療養支援病院・診療所 (連携型)	
	03 上記以外の在宅療養支援病院・診療所	
	04 在宅療養支援病院・診療所ではない	
(11-2) 連携先 [※] の施設数 (特別の関係にあるものを含む)	連携先の施設数	(うち) 特別の関係にある施設数
① 病院	施設	施設
うち、在宅療養支援病院	施設	施設
うち、貴院を緊急時の入院医療機関としている病院	施設	施設
② 診療所	施設	施設
うち、在宅療養支援診療所	施設	施設
うち、貴院を緊急時の入院医療機関としている診療所	施設	施設

※「連携医療機関」は、貴施設が連携型の在支診・在支病である場合は在宅支援連携体制を構築する保険医療機関として届け出ている医療機関、連携型の在支診・在支病でない場合については、連携型の在支診・在支病における在宅支援連携体制を構築する保険医療機関に準ずる、緊急時の病床確保等を行っている医療機関を指します。

(11-3) 在宅療養支援病院・診療所の場合 (上記の設定で01~03を選択した場合)、維持する上での課題がございましたら、お聞かせください。

(11-4) 機能強化型在宅療養支援病院・診療所ではない在宅療養支援病院・診療所の場合（上記の設問で03を選択した場合）、満たすことができていない基準をお答えください。（すべて選択）	
01	在宅医療を担当する常勤の医師3人以上の確保
02	過去1年間の緊急往診の実績10件以上
03	在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上
04	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている
05	過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上
06	市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うこと

《回答欄》	
01	
02	
03	
04	
05	
06	

(11-5) 在宅療養支援病院・診療所ではない場合（上記の設問で04を選択した場合）、満たすことができていない基準をお答えください。（すべて選択）	
01	24時間連絡を受ける体制の確保
02	24時間の往診体制
03	24時間の訪問看護体制
04	緊急時の入院体制
05	連携する医療機関等への情報提供
06	年に1回、看取り数等を報告していること
07	適切な意思決定支援に係る指針を作成していること

《回答欄》	
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	

(11-6) 在宅療養支援病院・診療所ではない場合（上記の設問で04を選択した場合）、その他課題がございましたら、お聞かせください。	

5) 医療資源の少ない地域に係る診療報酬改定項目に対する評価とその理由

※(1) 入退院支援加算に関する施設基準	01 届出を行っている 02 届出を行っていない	《回答欄》

算定している場合（上記の設問で「01」を選択した場合）、影響や課題がございましたら、お聞かせください。	

算定していない場合（上記の設問で「02」を選択した場合）、取得していない理由をお聞かせください。	

※(2) 超急性期脳卒中加算に関する施設基準	01 届出を行っている 02 届出を行っていない	《回答欄》

《届出を行っていない場合（上記の設問で「02」を選択した場合）》 令和4年度診療報酬改定により、情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携した診療により組織プラスミノゲン活性化因子を投与する場合においても加算を算定できることとなったことを知っていましたか。	
---	--

01 知っていた	02 知らなかった	《回答欄》

算定していない場合（上記の設問で02を選択した場合）、取得していない理由をお聞かせください。	

算定している場合（上記の設問で01を選択した場合）、影響や課題がございましたら、お聞かせください。	

(7) 保険医療機関間の連携による病理診断 (受診側)に関する施設基準 (該当する番号1つに○)	01 算定している	02 算定していない	《回答欄》

算定していない場合（上記の設問で02を選択した場合）、取得していない理由をお聞かせください。

在宅医療を提供する上での課題がございましたら、お聞かせください。

6) その他

その他、緩和を望む他の要件等がございましたら、お答えください。

調査項目は、以上になります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。