| 中医協　検－１ |
| --- |
| ２．１１．１１ |

# 令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）の調査票案について


○ かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その１）（右下頁）
- 調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３頁
- 定額負担施設票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２頁
- 定額負担患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６頁
- かかりつけ医等施設票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １８頁
- かかりつけ医等患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４７頁
- オンライン診療患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ５２頁
- 小児科施設票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ５９頁
- 小児科患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ７９頁
- 依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ８４頁

○ 精神医療等の実施状況調査（その１）
- 調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ８８頁
- 病院票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ９２頁
- 病棟票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２５頁
- 入院患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２９頁
- 依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３３頁

○ 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
- 調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３４頁
- 医療機関票（患者票） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １４５頁
- 訪問看護票（利用者票） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １７０頁
- 歯科医療機関票（患者票） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １８６頁
- 依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２０３頁

○ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その１）
- 調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２０４頁
- 施設票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２０９頁
- 医師票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２３０頁
- 看護師長票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２３６頁
- 薬剤師責任者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２４７頁
- 依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２５４頁

○ 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査
・調査概要　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２５５頁
・保険薬局票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２６０頁
・診療所票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２７２頁
・病院票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２８５頁
・医師票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２９７頁
・患者票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３０７頁
・依頼状　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３１３頁

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）
における電子レセプトデータの活用について　・・・・・・・・・・・・・・・　３１７頁

※調査票案のマーカー表記について
新型コロナウイルス感染症にかかる影響に関連した設問　・・・・　黄色マーカー
前回調査から新規に追加した設問　・・・・・・・・・・・・・・・　水色マーカー

# 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
# かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する
# 実施状況調査（その1）
# 調査の概要（案）

## 1．調査目的

令和2年度診療報酬改定において、かかりつけ医機能のさらなる推進、普及の推進、他の医療機関との連携強化の観点から、地域包括診療加算、診療情報提供料の要件見直しとともに、小児かかりつけ診療料、小児科外来診療料の見直し、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件、オンライン診療料の要件等の見直しを行った。また、治療と仕事の両立に資する取組を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料の見直し、相談支援加算の創設を行った。

これらを踏まえ、本調査では「受診時の定額負担等」、「かかりつけ医等」、「小児科」の観点から、改定に係る影響や関連する取組等の実施状況について調査・検証を行うことを目的とする。

## 2. 調査の視点

本調査は、下記の視点に基づき実施する。

**【受診時の定額負担等に関する調査】**

**目的① 新たに定額負担の対象となった病院において、徴収状況の変化を把握する**

**視点① 徴収の有無・金額の変化の把握**

- 新たに定額負担の対象となった「許可病床 400 床未満かつ一般病床数 200 床以上の地域医療支援病院」について、徴収金額の変化等を把握

**目的② 新たに定額負担の対象となった病院やそれ以外の病院において、外来患者数や紹介率・逆紹介率の変化を把握する**

**視点② 病院区分間の医療機能の比較**

- 病院規模の違い（定額負担の徴収開始時期）による外来患者数や紹介率・逆紹介率の違いを把握

**視点③ 前年同月からの変化の把握**

- 改定に伴う定額負担の徴収や金額の増が、外来患者数の減少や紹介率・逆紹介率の上昇につながっているかを、前年同月との比較を通じて把握

**目的③ 規模等に応じた病院間の機能分担が進んでいるかについて検証する**

**視点④ 大病院における外来診療の負担軽減状況の把握**

- 定額負担の徴収や金額の増を行った病院において、外来診療の負担軽減への効果を感じるかについて把握

【かかりつけ医等に関する調査】

**目的①　かかりつけ医機能に係る評価拡大の影響を検証する**

**視点①　地域包括診療加算の算定状況および時間外対応の状況に関する実態把握**

- 地域包括診療加算の算定実績の推移を把握する。
- 施設基準として新たに設定された時間外対応の要件に対する該当状況、課題を把握する。

**視点②　機能強化加算の見直しによる普及状況の把握**

- 情報提供に係る要件として示された院内掲示の状況を把握する。
- 患者への情報提供に関する取組み状況を把握する。

**目的②　かかりつけ医と他の医療機関との連携強化がはかられているかを検証する**

**視点③　診療情報提供料（Ⅲ）：算定状況の把握**

- かかりつけ医機能を有する医療機関から紹介された患者の継続的な診療を行っている場合の診療情報の提供状況の実態を把握する（地域包括診療加算等を届けている医療機関から紹介された場合、および同医療機関に紹介された場合別）。
- 妊娠している患者の紹介に際して、診療情報の提供状況を把握する。妊娠している患者に関する情報提供に伴う診療情報提供料（Ⅲ）を算定する医療機関における医師の経験等の実態を把握する。

**目的③　治療と仕事の両立に向けた支援充実の影響を検証する**

**視点④　療養・就労両立支援指導料：対象者の実態把握**

- 対象疾患の拡大に伴い、実際の算定患者の疾患構成を把握する。

**視点⑤　相談支援加算の算定施設における支援者の配置状況等の実態把握**

- 相談支援加算を算定している医療施設において支援にあたっている職種を把握する。

**目的④　初診外来の診察状況、外来医療から在宅医療への移行状況を把握する**

**視点⑥　初診外来患者の属性、診察状況の把握**

- 初診患者数に占める機能強化加算を算定した患者数を把握する。
  患者が、他の医療機関での受診状況等を伝えているか。

**視点⑦　外来医療から在宅医療への移行状況の把握**

- 外来患者数（初診、再診）の経年変化について把握する。
- 在宅患者（初診、再診）の経年変化について把握する。

**目的⑤　オンライン診療料等算定要件の緩和による影響を検証する**

**視点⑧　オンライン診療の実施状況の把握**

- 改定後のオンライン診療料等の届出状況、算定状況を把握
- 診療報酬上の臨時的取扱い等による影響を把握

**目的⑥　新型コロナウイルス感染症が医療提供体制・受療行動に及ぼす影響を把握する**

**視点⑨　新型コロナウイルス感染症が医療提供体制に及ぼす影響の把握**

- 新型コロナウイルス感染患者受け入れ有無を把握する。
- 「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」の該当を把握する。
- 新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無を把握する。

**視点⑩　新型コロナウイルス感染症が受療行動に及ぼす影響の把握**

- 新型コロナウイルス感染症による患者の受療行動の変化を把握する。
- 受療行動の変化に伴う患者の健康状態の変化を把握する。

**【小児科に関する調査】**

**目的①　小児かかりつけ医の評価による影響を検証する**

**視点①小児かかりつけ診療料の要件変更による影響を検証する**

- 算定実績がある医師の人数を把握する。
- 小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの患者の同意を得られないケースの割合を把握する。
- 患者が同意しない場合その理由を把握する。
- 施設基準の届出を行っていない場合その理由を把握する。

**視点②　地域との連携の評価による影響を検証する**

- 他機関の把握、紹介等の状況について把握する。
- 他機関の属性に関して分析する。

**目的②　かかりつけ医と他の医療機関との連携強化がはかられているかを検証する**

**視点③　診療情報提供料（Ⅰ）注7：学校医への情報提供の実施状況の把握**

- 学校医等への情報提供の実施状況の実態を把握する（情報提供先ごとの算定患者数、算定患者に行っている医療的ケア、学校医等に情報提供が算定できなかった場合その理由）。

**目的③　児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実による影響を検証する**

**視点④　算定状況を分析し、公認心理師によるカウンセリングの普及状況、被虐待（疑い含む）児童への支援推進の状況を把握する**

- 新たな算定要件による算定件数を把握する。
- 新たな算定要件に関する医療機関の意識を把握する。

**目的④　新型コロナウイルス感染症が医療提供体制・受療行動に及ぼす影響を把握する**

**視点⑤　新型コロナウイルス感染症が医療提供体制に及ぼす影響の把握**

- 新型コロナウイルス感染患者受け入れ有無を把握する。
- 「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」の該当を把握する。
- 新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無を把握する。

**視点⑥　新型コロナウイルス感染症が受療行動に及ぼす影響の把握**

- 新型コロナウイルス感染症による患者の受療行動の変化を把握する。
- 受療行動の変化に伴う患者の健康状態の変化を把握する。

## 3. 調査票の種類

**【受診時の定額負担等に関する調査】**

「施設票」、「患者票」で構成する。

**【かかりつけ医等に関する調査】**

「施設票」、「患者票（かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査）」、「患者票（オンライン診療に関する意識調査）」で構成する。

**【小児科に関する調査】**

「施設票」、「患者票」で構成する。

## 4. 調査の方法

本調査は、自記式アンケート調査方式により実施する。アンケート調査の構成、件数等は以下の通りとする。

調査は、紙媒体（ID を印字した調査票）への記入後、郵送返送する方法と、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送するオンライン上での回答も選択とする。

「2. かかりつけ医等に関する調査」のうち「患者票（オンライン診療に関する意識調査）」については、紙媒体（ID を印字した調査票）に加え、患者ごとにメールで配布・回収する方法も可能とする。メール配布・回収を選択する場合は、医療機関にて ID をもとに電子調査票をダウンロードの上、患者あてにメールで配布し、回収時は、患者がメールで医療機関に返送した電子調査票を、医療機関がメールで調査事務局に返送する。

**【受診時の定額負担等に関する調査：調査対象】**

| | |
|---|---|
| 【施設調査】<br>①特定機能病院<br>②一般病床 200 床以上の地域医療支援病院<br>③一般病床 200 床以上の病院<br>（特定機能病院・地域医療支援病院以外）<br>④一般病床 200 床未満の病院　400 施設<br>**上記合計約 1,750 施設** | 悉皆<br>（約 1350 施設） |
| 【患者調査】<br>・定額負担に関する意識調査（定額負担徴収義務のある病院向け）<br>上記①、②の施設において定額負担を支払った初診患者 2 名、再診患者 2 名に配布<br>・定額負担に関する意識調査（定額負担徴収義務のない病院向け）<br>上記③、④の初診患者 2 名、再診患者 2 名に配布<br>**上記合計約 7,000 人** | |

**【かかりつけ医等に関する調査：調査対象】**

| 【施設調査】 | | |
|---|---|---|
| | オンライン診療料届出施設 | オンライン診療料未届出施設 |
| ①機能強化加算届出施設 | 713 施設 | 713 施設 |
| （うち）地域包括診療料届出施設 | 79 施設 | 79 施設 |
| （うち）地域包括診療加算届出施設 | 230 施設 | 230 施設 |
| （うち）在宅療養支援病院 | 174 施設 | 174 施設 |
| （うち）在宅療養支援診療所 | 230 施設 | 230 施設 |
| ②機能強化加算未届出施設 | 700 施設 | 700 施設 |
| 合計 | **2,826 施設** | |

| 【患者調査】 | | オンライン診療料届出施設 | オンライン診療料未届出施設 | 合計 |
|---|---|---|---|---|
| かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査<br>1 施設につき 4 名～6 名 | ①機能強化加算届出施設 | 256 施設 | 456 施設 | **約 8,472 人** |
| | ②機能強化加算未届出施設 | 250 施設 | 450 施設 | |
| オンライン診療に関する意識調査<br>1 施設につき 6 名※ | ①機能強化加算届出施設 | 457 施設 | 257 施設 | **8,484 人** |
| | ②機能強化加算未届出施設 | 450 施設 | 250 施設 | |

※オンライン診療を行っている患者、電話診療を行っている患者、いずれも行っていない患者　各 2 名

**【小児科に関する調査：調査対象】**

【施設調査】
①小児かかりつけ診療料届出施設　300 施設（150 施設）※1
②小児かかりつけ診療料未届出施設　300 施設（150 施設）※1
**上記合計 600 施設**
※1：（　）内の内数はオンライン診療料届出施設の抽出件数

【患者調査】
**約 3000 人**
1 施設につき 4 名～6 名（小児かかりつけ診療料の算定の有無、初診・再診の別、6 歳以上・6 歳未満の別に応じて選定）

## ５．調査項目

＜新型コロナウイルスの影響に関する項目＞

○新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱い等
○医療機関におけるオンライン診療の実施状況

＜今回新設した項目＞

○地域包括診療加算の見直しの影響について【施設基準に時間外対応加算3を追加】
○機能強化加算の見直しの影響について【掲示等の情報提供に係る要件の追加】
・機能強化加算の届出状況、届出に当たり満たすことが困難な要件
・専門医への紹介状況、夜間・休日における相談件数
○診療情報提供料（Ⅰ）【医療的ケア児：主治医と学校医の連携】
・診療情報提供料（Ⅰ）注7（医療的ケア児の学校医等への診療情報提供）に基づく算定状況、情報提供先（学校医又は医療的ケア指導医）ごとの算定患者数
・学校医等に情報提供をしたにも関わらず診療情報提供料（Ⅰ）を算定できなかった場合その理由
○診療情報提供料（Ⅲ）【新設】
・診療情報提供料（Ⅲ）の算定状況、算定をしていない場合その理由
・対象患者の算定パターン別の算定回数、紹介元又は紹介先の届出加算及び診療科
・診療情報提供料（Ⅲ）を算定できなかった場合その理由
○療養・就労両立支援指導料の見直しの影響について【対象患者及び連携先の拡大】
・療養・就労両立支援指導料の算定状況、疾患別の算定延べ人数
○相談支援加算【新設】
・相談支援加算の届出状況、算定回数（看護師・社会福祉別）
○遠隔連携診療料【新設】
・遠隔連携診療料の算定状況、算定患者数
○婦人科特定疾患治療管理料【新設】
・婦人科特定疾患治療管理料の届出状況及び算定状況、
・算定患者数（器質性月経困難症の原因疾患別、処方したホルモン剤の種類別、算定した日に医師の診察以外に実施している検査・処置等別）
○緩和ケア診療加算等の見直しの影響について【末期心不全の患者を追加】
・緩和ケア診療加算等の届出状況、同加算の算定患者数（悪性腫瘍・後天性免疫不全症、末期心不全の別）
○外来排尿自立指導料【新設】
・外来排尿自立指導料の届出状況、届出をしていない場合その理由
・排尿ケアチームの人員配置
・当該指導料の算定患者数、算定できなかった患者がいた場合その理由
○外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料の見直しの影響について
○小児かかりつけ診療料【対象年齢の拡大】
○小児特定疾患カウンセリング料【公認心理士を追加】
・当該診療料の算定状況、当該診療料の算定状況（医師/公認心理士別）、対象患者がもつ疾患
・同診療料を算定した日に公認心理士がカウンセリングを実施した平均時間
・医師のみが同診療料を算定している場合に公認心理士によるカウンセリングを実施していない理由

＜負担軽減のため前回調査から削除した項目＞

〇地域包括診療料・認知症地域包括診療料等を算定した患者の処方薬の状況等
〇施設の個別の患者について

## 6. 調査スケジュール（案）

本調査は、下記の視点に基づき実施する。

| | 2020 年 | | | | 2021 年 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 1 月 | 2 月 | 3 月 |
| 調査票案の作成 | → | → | → | | | | |
| 調査客体の抽出・名簿作成 | | → | → | | | | |
| 調査票印刷・封入・発送 | | | → | → | | | |
| 調査実施期間 | | | | → | → | | |
| 督促状印刷・発送 | | | | → | → | | |
| データ入力・データクリーニング | | | | | → | → | |
| 集計・分析 | | | | | → | → | |
| 報告書（案）の作成 | | | | | | → | |
| 追加分析 | | | | | | → | → |
| 報告書のとりまとめ | | | | | | | → |
| 調査検討委員会の開催 | | ★ | | | | ★ | |

以上

**ID番号：**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 受診時の定額負担等に関する実態調査　定額負担施設票

※ この**定額負担施設票**は、大病院及び中小病院の開設者・管理者の方に、大病院における紹介状なしの初診・再診患者の受診時定額負担（以下、**「定額負担」**と表記）の導入状況や、外来医療の機能分化に対する効果・課題等についておうかがいするものです。

※ この調査票における「定額負担」には、徴収が**義務づけられていない200床以上の病院**における、**紹介状なし患者の初診・再診に係る選定療養費を含みます**。

※ 選択肢式の設問にご回答の際は、**あてはまる番号を○（マル）で囲んで**ください。

※ （　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、**該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」を**ご記入ください。

※ 特に断りのない場合は、**令和２年10月1日時点**の状況についてご記入ください。

※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 問１．貴施設の概要についてお伺いします。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ①所在地 | （　　）都・道・府・県　※都道府県名まで | | | | | |
| ②開設者 ＊1<br>※○は１つだけ | 01. 国立 | 02. 公立 | 03. 公的 | 04. 社会保険関係団体 | | |
| | 05. 医療法人 | 06. その他の法人 | 07. 個人 | | | |
| ＊1…各選択肢の区分については、別添「定額負担施設票　調査要綱」をご覧ください。 | | | | | | |
| ③承認等の状況<br>※○は１つだけ | 01. 特定機能病院 | 02. 地域医療支援病院 | 03. 01・02のいずれにも該当しない | | | |
| ④DPC対応状況<br>※○は１つだけ | 01. DPC対象病院 | 02. DPC準備病院 | 03. DPC対象病院・準備病院以外 | | | |
| ⑤許可病床数 | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 | 結核病床 | 感染症病床 | 病院全体 |
| | （　）床 | （　）床 | （　）床 | （　）床 | （　）床 | （　）床 |
| ⑥過去１年間の病床数の変更<br>※○は１つだけ | 01. 変更あり | 02. 変更なし | | | | |
| ⑦標榜診療科<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 内科 ＊2 | 02. 外科 ＊3 | 03. 精神科 | 04. 小児科 | | |
| | 05. 皮膚科 | 06. 泌尿器科 | 07. 産婦人科・産科 | 08. 眼科 | | |
| | 09. 耳鼻咽喉科 | 10. 放射線科 | 11. 脳神経外科 | 12. 整形外科 | | |
| | 13. 麻酔科 | 14. 救急科 | 15. 歯科・歯科口腔外科 | | | |
| | 16. リハビリテーション科 | | 17. その他 →（具体的に：　　） | | | |
| ＊2…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。<br>＊3…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。 | | | | | | |
| ⑧貴施設における外来分離 ＊4 の有無<br>※○は１つだけ | 01. 外来分離をしている | 02. 外来分離をしていない | | | | |
| ＊4…「外来分離」とは、入院を行う医療機関及び医療従事者と外来を行う医療機関及び医療従事者とを分けるなど、病院から外来機能を外すことを指します。 | | | | | | |
| ⑨医療情報連携ネットワーク＊5 への参加の有無<br>※○は１つだけ<br>＊5…「医療情報連携ネットワーク」とは、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を指します。 | 01. 参加あり<br>02. 参加なし | | | | | |

⑩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・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。

01. ICTを活用している

| 活用しているICT<br>※あてはまる番号すべてに○ | 11. メール | 12. 電子掲示板 |
|---|---|---|
| | 13. グループチャット | 14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） |
| | 15. その他（具体的に： ） | |

02. ICTを活用していない

## 問２．貴施設における受診時の定額負担の導入状況等についてお伺いします。

① 貴施設の**医科**における**定額負担の有無・金額（単価（税込））**についてお伺いします。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。

| | | |
|---|---|---|
| 初診時定額負担 | 令和元年10月1日時点 | 01. 定額負担なし　02. 定額負担あり　**→単価**:（　　）円 |
| | 令和２年10月1日時点 | 01. 定額負担なし　02. 定額負担あり　**→単価**:（　　）円 |
| | 定額負担を最初に導入した時期 | 平成／令和（　　）年（　　）月 |
| | 定額負担の金額の変更状況 | 01. 金額変更なし<br>02. 金額変更あり<br>**→直近の変更時期**:平成／令和（　　）年（　　）月 |
| 再診時定額負担 | 令和元年10月1日時点 | 01. 定額負担なし　02. 定額負担あり　**→単価**:（　　）円 |
| | 令和２年10月1日時点 | 01. 定額負担なし　02. 定額負担あり　**→単価**:（　　）円 |
| | 定額負担を最初に導入した時期 | 平成／令和（　　）年（　　）月 |
| | 定額負担の金額の変更状況 | 01. 金額変更なし<br>02. 金額変更あり<br>**→直近の変更時期**:平成／令和（　　）年（　　）月 |

②-1 貴施設における、令和元年10月および令和２年10月の**初診**の患者数、**初診時**の定額負担の徴収患者数、紹介率、逆紹介率等をご記入ください。

| | 令和元年10月 | 令和２年10月 |
|---|---|---|
| 1）初診の患者数（延べ人数） | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）うち、紹介状なしの患者数 | （　　）人 | （　　）人 |
| 3）うち、初診時定額負担の徴収患者数 | （　　）人 | （　　）人 |
| 4）うち、他の医療機関を紹介した患者数 | （　　）人 | （　　）人 |
| 5）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 |
| 6）うち、救急患者数 | （　　）人 | （　　）人 |
| 7）うち、紹介患者数 | （　　）人 | （　　）人 |
| 8）うち、逆紹介患者数 | （　　）人 | （　　）人 |
| 9）紹介率 ＊1 | （　.　）％ | （　.　）％ |
| 10）逆紹介率 ＊2 | （　.　）％ | （　.　）％ |

＊1　紹介率＝（紹介患者数＋救急患者数）÷初診の患者数×100

＊2　逆紹介率＝ 逆紹介患者数÷初診の患者数×100

※初診の患者数、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。

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

②-2 貴施設における、令和元年10月および令和２年10月の**再診**の患者数、**再診時**の定額負担の徴収患者数をご記入ください。

| | 令和元年10月 | 令和２年10月 |
|---|---|---|
| 再診の患者数（延べ人数） | （　　）人 | （　　）人 |
| 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 |
| うち、再診時定額負担の徴収患者数 | （　　）人 | （　　）人 |

【③には、初診時定額負担または再診時定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

③ 令和２年11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。

※下記の各事由について、あてはまる患者が1人以上いる場合に、「1人以上いれば〇」欄に〇をご記入ください。
※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。

| | 初診の患者<br>1人以上いれば〇 | 再診の患者<br>1人以上いれば〇 |
|---|---|---|
| 救急の患者 | | |
| 公費負担医療の対象患者 | | |
| 無料低額診療事業の対象患者 | | |
| ＨＩＶ感染者 | | |
| 自施設の他の診療科を受診中の患者 | | |
| 医科と歯科の間で院内紹介した患者 | | |
| 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 | | |
| 救急医療事業における休日夜間受診患者 | | |
| 周産期事業等における休日夜間受診患者 | | |
| 外来受診後そのまま入院となった患者 | | |
| 治験協力者である患者 | | |
| 災害により被害を受けた患者 | | |
| 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 | | |
| 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者 | | |
| 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（具体的に：　　） | | |
| 説明しても同意が得られない患者 | | |
| 総合診療科を受診した患者 | | |
| その他（具体的に：　　） | | |

【④-1、④-2には、初診時定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

**④-1 初診時定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。**

01. とても進んだ　　02. 一定程度進んだ
03. あまり進んでいない　　04. 全く進んでいない　　05. わからない

**④-2 （④-1で03または04を選んだ場合のみ）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。（複数回答）**

01. 更に高い定額負担の金額を設定する　　具体的な金額（　　）円
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
03. かかりつけ医の機能に関する国民への周知を進める
04. その他　具体的に（　　）

【⑤-1、⑤-2には、再診時定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

**⑤-1 再診時定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。**

01. とても進んだ　　02. 一定程度進んだ
03. あまり進んでいない　　04. 全く進んでいない　　05. わからない

**⑤-2 （⑤-1で03または04を選んだ場合のみ）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。（複数回答）**

01. 更に高い定額負担の金額を設定する　　具体的な金額（　　）円
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
03. かかりつけ医の機能に関する国民への周知を進める
04. その他　具体的に（　　）

**問３．外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等について、ご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。**

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、〇月〇日（〇）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入の上、お近くのポストに投函してください。

**ID番号：**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 受診時の定額負担等に関する調査　定額負担患者票

※この定額負担患者票は、患者さんに、紹介状なしで大きな病院を受診した際に発生する料金負担や大きな病院の受診についての意識をお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる**番号を○（マル）で囲んでください**。また、（　　）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

問１．患者さん（本日診療を受けた方）についてお伺いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①性別　※○は1つ | 01. 男性　　02. 女性 | ② 年齢 | （　　）歳 |
| ③お住まい | （　　）都・道・府・県　※都道府県名まで | | |
| ④本日の受診　※○は1つ | 01. 初診　＊　　02. 再診 | | |

＊…「初めて受診した」場合や、「前回受診した際の症状が治って治療が終了した後に、別の症状等で改めて受診した」場合、「患者さんの都合で診療を中断し、改めて受診した」場合などが、初診にあたります。

問２．大病院受診時定額負担の仕組み（下記）についてお伺いします。

**＜大病院受診時定額負担の仕組みについて＞**

・国は、患者さんが必要なときに必要な医療が受けられ、また、限りある医療資源を大切に活用するために、一般的な外来受診は「かかりつけ医（※）」に相談してもらい、**大学病院などの大きな病院の外来受診はかかりつけ医からの紹介により受診してもらう**ことを推進しています。

・そのための方策の一つとして、国は、大学病院などの大きな病院の一部に対し、紹介状なしで外来を受診する場合等に、患者さんに**診療にかかる料金とは別の追加料金**（初診時：5,000円以上、再診時：2,500円以上）を負担してもらう仕組みを導入しています。

※「かかりつけ医」とは、何でも相談できる上、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をいいます。

① あなた（患者さん）は、上記の大病院受診時定額負担の仕組みを知っていますか。　※○は１つ

01. 仕組みがあることも、仕組みが設けられている理由も知っていた
02. 仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった
03. 仕組みがあることを知らなかった

問３．大きな病院の受診に関するあなたの意識についてお伺いします。

**＜下記の2つのケースを想定したうえで、お答えください＞**

**【ケースA】**前日から、１日５回以上水のような下痢と、排便により改善する軽い腹痛が続いていたが、今朝、朝食を嘔吐してしまったため、症状を和らげるための受診を考えている。

**【ケースB】**数日前に、胸のあたりに圧迫感や締め付けられるような感じと、冷や汗が出たり呼吸しにくかったりする状態が続いた。その後症状は落ち着いたが、心配だ。

**①あなたは、紹介状を持たずに初診外来を受診するにあたり、診療の料金とは別にかかる追加料金（大病院受診時定額負担）の額がいくらまでであれば、追加料金を支払って大きな病院を受診しようと思いますか。**
※○はそれぞれ１つ

| ＜ケースAの場合＞ | ＜ケースBの場合＞ |
|---|---|
| 01. 少しでも負担があれば大きな病院を受診しない | 01. 少しでも負担があれば大きな病院を受診しない |
| 02. 5,000円まで　03. 6,000円まで | 02. 5,000円まで　03. 6,000円まで |
| 04. 7,000円まで　05. 8,000円まで | 04. 7,000円まで　05. 8,000円まで |
| 06. 9,000円まで　07. 10,000円まで | 06. 9,000円まで　07. 10,000円まで |
| 08. 15,000円まで | 08. 15,000円まで |
| 09. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する | 09. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する |

**②あなたは、初診外来時に追加料金（大病院受診時定額負担）が生じる大きな病院を受診した後に、他の医療機関を紹介されたとします。このように、他の医療機関を紹介されたにも関わらず同じ病院を再度受診すると、この場合も、診療の料金とは別に追加料金を支払うことになります。この額がいくらまでであれば、同じ病院を受診しようと思いますか。**　※○は１つ

| ＜ケースAの場合＞ | |
|---|---|
| 01. 少しでも負担があれば大きな病院を受診しない | |
| 02. 2,500円まで　03. 3,000円まで | |
| 04. 4,000円まで　05. 5,000円まで | |
| 06. 7,500円まで　07. 10,000円まで | |
| 08. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する | |

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、○月○日（○）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入の上、お近くのポストに投函してください。

**ID番号：**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査　施設票

※この施設票は、病院・一般診療所の開設者・管理者の方に、地域包括診療料・地域包括診療加算・オンライン診療料等の算定状況や外来診療の対象患者の状態等についてお伺いするものです。

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

※特に断りのない場合は、令和２年１０月１日時点の状況についてご記入ください。

※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 問１．貴施設の概要についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ①所在地 | （　　）都・道・府・県 |
| ②開設者<br>※○は１つだけ | 01. 国　02. 公立・公的　03. 社会保険関係団体<br>04. 医療法人　05. 個人　06. その他の法人 |
| ③医療機関の種別　※○は１つだけ | 01. 病院　02. 有床診療所　03. 無床診療所 |

④【病院・有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。

| 一般病床 | 療養病床 | （うち）介護療養病床 | 精神病床 | 感染症病床 | 結核病床 | 全体 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑤標榜診療科<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 内科 ＊1 | 02. 外科 ＊2 | 03. 整形外科 | 04. 脳神経外科 |
| | 05. 小児科 | 06. 精神科 | 07. 眼科 | 08. 皮膚科 |
| | 09. 耳鼻咽喉科 | 10. 泌尿器科 | 11.産科 | 12. 婦人科 |
| | 13. 産婦人科 | 14. 麻酔科 | 15. リハビリテーション科 | |
| | 16. 歯科（歯科口腔外科等含む） | | 17. その他（具体的に　　） | |

＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

| | |
|---|---|
| ⑥透析実施の有無　※○は１つ | 01. あり　02. なし |

⑦全職員数（常勤換算 ＊3）をご記入ください。　※小数点以下第１位まで

| 医師 | 歯科医師 | 保健師助産師看護師 | 准看護師 | 薬剤師 | リハビリ職＊4 | 管理栄養士 | その他の医療職＊5 | 社会福祉士 | その他の職員 | 計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 | （　．　）人 |

＊3 非常勤職員の「**常勤換算**」は以下の方法で計算してください。

■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）

■1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

＊4 **リハビリ職**とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。

＊5 **その他の医療職**とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。

| | |
|---|---|
| ⑧常勤の医師数 | 常勤（　　）人 |
| ⑨外来を担当する医師の人数<br>※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<br>非常勤（　．　）人 |
| ⑩往診・訪問診療を担当する医師の人数<br>※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<br>非常勤（　．　）人 |

| | |
|---|---|
| ⑪慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無<br>※○は１つだけ | 01. あり→（　　）人　　02. なし |
| ⑫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　※○は１つだけ | 01. あり　　02. なし |
| ⑬日本医師会の認知症に係る研修＊6 を修了した医師の有無　※○は１つだけ | 01. あり　　02. なし |

＊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であり、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」があります。

| | |
|---|---|
| ⑭在支病・在支診の状況<br>※○は１つだけ | 01. 機能強化型（単独型）在宅療養支援病院・診療所である<br>02. 機能強化型（連携型）在宅療養支援病院・診療所である<br>03. 機能強化型以外の在宅療養支援病院・診療所である<br>04. 在宅療養支援病院・診療所ではない |
| ⑮【病院】地域包括ケア病棟入院料の届出の有無　※○は１つだけ<br>（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。） | 01. あり　　02. なし |
| ⑯【診療所】時間外対応加算の種類<br>※○は１つだけ | 01. 時間外対応加算１　　02. 時間外対応加算２<br>03. 時間外対応加算３　　04. 届出なし |
| ⑰特掲診療料の届出又は算定状況<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 特定疾患療養管理料　　02. 小児科療養指導料<br>03. てんかん指導料　　04. 難病外来指導管理料<br>05. 糖尿病透析予防指導管理料　　06. 生活習慣病管理料<br>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<br>09. 精神科在宅患者支援管理料　　10.小児かかりつけ診療料<br>11. 認知症地域包括診療料 |
| ⑱外来における院内・院外処方の状況　※○は１つだけ | 01. 主として院内処方　　02. 主として院外処方 |
| ⑲連携している24時間対応の薬局の有無　※○は１つだけ | 01. あり　　02. なし |
| ⑳レセプトコンピュータ等による医事会計システムの導入状況<br>※○は１つだけ | 01. 導入している　　02. 導入の具体的な予定がある<br>03. 導入を検討中　　04. 導入する予定はない |
| ㉑レセプトの請求方法<br>※○は１つだけ | 01. オンライン請求　　02. 電子媒体（ＣＤなど）による提出<br>03. 紙レセプトによる提出（レセプトコンピュータ等による医事会計システムを使用）<br>04. 紙レセプトによる提出（手書き）　　05. 代行請求 |
| ㉒明細書発行体制等加算の算定状況<br>※○は１つだけ | 01. 令和2年9月中の算定あり　　02. 令和2年9月中の算定なし |
| ㉓医療情報連携ネットワーク＊ への参加の有無<br>＊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 | 01. 参加あり　　02. 参加なし |

㉔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・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。

01. ICTを活用している

| | |
|---|---|
| 活用しているICT<br>※あてはまる番号すべてに○ | 11. メール　　12. 電子掲示板<br>13. グループチャット　　14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）<br>15. その他（具体的に　　） |

02. ICTを活用していない

## 問２．新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱い等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①令和２年３月以降の受診者や体制の動向等　※○はそれぞれ１つ

| | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. 新型コロナウイルス感染疑い※1の外来患者受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| b. 新型コロナウイルス感染患者の入院患者※2の受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| c. 新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無※3 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

②令和２年３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　※○はそれぞれ１つ

| | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| イ ア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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| ウ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| エ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| オ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、院内トリアージ実施料※5を算定する保険医療機関 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

※１．新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む）。
※２．新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。
※３．１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たにり患した感染症、２）医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。
※４．本設問におけるア～エの項目は、「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。
※５．「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９）」（令和２年４月８日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）１で示された院内トリアージ料を指す。

【すべての施設の方】

③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和２年11月1日時点）※○は１つだけ

01. 重点医療機関（新型コロナ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. その他（　　）

【すべての施設の方】

④「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※1」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和２年４月以降）についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。※○はそれぞれ１つ

| | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. 定数超過入院の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| b. 月平均夜勤時間数について、１割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| c. 看護要員※2の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、１割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| d.「ＤＰＣ対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※3の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| e. 平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| f. 重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| g. 在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| h. 医療区分２又は３の患者割合への影響について、施設基準通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |

※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（１）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。
※２．看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。
※３．「ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて」（令和２年３月 27 日保医発 0327 第６号）の第１の４（２）②に規定する場合を言う。

【すべての施設の方】

⑤次に挙げる各項目について、令和２年４月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。※○はそれぞれ１つ

| | |
|---|---|
| a.外来（平日） | **01**通常　**02**制限　**03**停止 |
| b.外来（土日） | **01**通常　**02**制限　**03**停止　**04**従来から実施なし |
| c.入院 | **01**通常　**02**制限　**03**停止　**04**従来から実施なし |
| d.救急 | **01**通常　**02**制限　**03**停止　**04**従来から実施なし |
| e.化学療法 | **01**通常　**02**制限　**03**停止　**04**従来から実施なし |
| f.手術 | **01**通常　**02**制限　**03**停止　**04**従来から実施なし |
| g.緊急手術 | **01**通常　**02**制限　**03**停止　**04**従来から実施なし |

【すべての施設の方】

⑥貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。※数字を記入

| ⑥-１ 外来患者数 | | 1) 初診の患者数 | （うち）紹介状により紹介された患者数 | 2) 再診の延べ患者数 | 3) 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数 |
|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年（平成31年） | ４月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ５月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ６月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ７月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ８月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ９月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 10月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| 令和２年 | ４月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ５月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ６月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ７月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ８月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | ９月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 10月１か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |

| | | ⑥−２ 総入院患者数※1 | ⑥−３救急搬送件数 |
|---|---|---|---|
| 令和元年（平成31年） | ４月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ５月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ６月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ７月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ８月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ９月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 10月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| 令和２年 | ４月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ５月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ６月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ７月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ８月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | ９月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 10月１か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |

※1．施設全体の延べ人数でお答えください。

【すべての施設の方】

⑦緊急事態宣言の発出があった月から解除された月（令和２年４月１日～５月３１日）において、貴施設が患者の受療行動の変化に際して行った対応と、患者の健康影響等についてお伺いします。

| 貴施設が行った対応<br>および<br>各対応を行った患者数について<br><br>※イ～への各対応について当てはまるもの全てに○<br>該当が１つもない場合はトに○<br><br>※当てはまる場合は 01～05 の中から１つに○ | 【1)の 01~06 に１つでも○をつけた施設の方】<br>1-1)<br>各対応を行った患者がいる場合、患者の健康影響がありましたか。<br>※○は１つだけ | 【1)-1 で 01～03 に○をつけた施設の方】<br>２）患者の健康影響[注]の内容について、**A～E のうち、あてはまるものに○、最もあてはまるものに◎を記入**<br>※◎、○それぞれ１つ<br>注：総合的な影響度合いを踏まえ評価してください | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | A. 救急外来を受診した | B. 入院加療が必要となった | C. 重篤な疾患の発見が遅れた | D. 通常以上の運動機能の低下がみられた | E. 通常以上の認知機能の低下がみられた |
| イ.患者の希望があり受診間隔を伸ばした<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　⇒ 05 以外 | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ロ.検査・処置を中断・延期した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　⇒ 05 以外 | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ハ.通常の対応から変更し、日時を指定した完全予約制による対面での診療を実施した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　⇒ 05 以外 | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ニ.患者の希望に応じて電話・ICT を用いた診察を実施した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　⇒ 05 以外 | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ホ.処方を長期化した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　⇒ 05 以外 | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ヘ.その他（具体的に：　　）<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　⇒ 05 以外 | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ト.特に対応は取らなかった | | | | | | |

【すべての施設の方】

⑦―１その他、新型コロナウイルス感染症や緊急事態宣言に伴う受療行動の変化や患者への健康影響等について、ご意見がある場合は自由に記載してください。

**＜オンライン診療等の定義について＞**

本調査では、各用語を下記のように定義します。

**【オンライン診療】**

オンライン診療料等の算定対象となる診療を指す。

**【情報通信機器を用いた診療】**

オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師―患者間でのビデオ通話により実施する診療を指す。

【すべての施設の方】

⑧新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話・情報通信機器を用いた診療の実施状況についてお伺いします。

| | | 令和元年 | | 令和２年 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ５月中 | ９月中 | ５月中 | ９月中 |
| １）電話等初診料※１（214点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | | | （　）回 ※１回以上⑧－１へ | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 ※１回以上⑧－１へ | （　）回 |
| ２）電話等再診料（73点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | （　）回 | （　）回 | （　）回 ※１回以上⑧－１へ | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　）回 | （　）回 | （　）回 ※１回以上⑧－１へ | （　）回 |
| ２)－１ うち 診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診料※２（73点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | ※２）と区別して把握していない場合は「×回」と記入 | | （　）回 | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 | （　）回 |
| ２)－１－１ うち ２）－１の算定を行う前はオンライン診療料を算定していた診療を置き換えた回数 | 電話（音声通話のみ） | ※２）―１と区別して把握していない場合は「×回」と記入 | | （　）回 | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 | （　）回 |
| ２）－２ 診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診を行った際の管理料※３（100点、147点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | | | （　）回 | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 | （　）回 |
| ３）オンライン診療料の算定回数（71点） **（新型コロナウイルス感染症の影響に関係なく実施しているものも含む）** | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　）回 | （　）回 | （　）回 ※１回以上⑧－１へ | （　）回 |
| ３）－１ 個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価※４（100点）の算定回数 **（新型コロナウイルス感染症の影響に関係なく実施しているものも含む）** | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　）回 | （　）回 | （　）回 | （　）回 |

※１　新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた対応として「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和２年４月 10 日事務連絡）１．（１）に規定する初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行う場合で、「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 10）」（令和２年４月 10 日事務連絡）に基づいて A000 初診料の注２に規定する 214 点を算定する診療を指す。

※２　新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、既に診断されている慢性疾患等の診療または発症が容易に予測される症状の変化の診療を行い、「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 10）」（令和２年４月 10 日事務連絡）に基づいて A001 再診料の注７に規定する電話等再診料 73 点を算定する診療を指す。

※３　新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、以前から対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診を行った際に、「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 10）」（令和２年４月 10 日事務連絡）に基づいて算定する 147 点を指す。

※４　令和元年時点においては「オンライン医学管理料」を指す。

| | |
|---|---|
| 【令和２年５月に電話または情報通信機器を用いた診療（ビデオ通話）を行い、「⑧１）電話等初診料※１」または「⑧２）電話等再診料」もしくは「⑧３）オンライン診療料」を１回以上算定した病院・診療所の方】 | |
| ⑧－１令和２年５月に電話または情報通信機器を用いた診療を実施した理由をお答えください。<br>※あてはまる番号すべてに○ | |
| 01. 新型コロナウイルス感染症拡大による影響を考慮したため | |
| 【「01」を選んだ場合】詳しい理由をご回答ください。 | |
| 11. 院内感染予防のために実施すべきと考えたため | |
| 12. 外出自粛等の患者の受療行動の変化に鑑みて実施すべきと考えたため | |
| 13. 患者から実施の要望があったため | |
| 02. 新型コロナウイルス感染症の拡大にかかわらず、新型コロナウイルス感染症の拡大以前から、情報通信機器を用いた診療を活用（又は活用を検討）していたため | |
| 【02を選んだ場合】<br>新型コロナウイルス感染症の拡大以前から、オンライン診療料の算定をしていましたか。<br>（算定していた場合は○） | |
| 【02を選んだ場合】具体的にどのような診療に対して活用（又は活用を検討）していましたか。 | |
| 21. 身体機能・認知機能等の低下により頻繁な通院が困難な患者に対する診療 | |
| 22. 仕事や家庭の事情等により頻繁な通院が困難な患者に対する診療 | |
| 23. 住まいが遠方で頻繁な通院が困難な患者に対する診療 | |
| 24. 予約システムを導入するなど、より効率の高い診療 | |
| 25. 患者の自宅や職場の環境を把握するなど、よりきめ細やかな診療 | |
| 26. その他の活用方法 | （具体的に：　　） |
| 03.その他の理由 | （具体的に：　　） |

| 【すべての施設の方】<br>⑨貴施設で情報通信機器を用いた診療を行うにあたり用いているシステムの概要をお答えください。 | |
|---|---|
| ⑨－１患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. オンライン診療に特化したシステム<br>02. オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム（SNSアプリ等を用いたビデオ通話）<br>03. その他（具体的に：　　）<br>04. 非該当（情報通信機器を用いた診療を行っていない場合） |

| | | |
|---|---|---|
| 【⑨－１で01～03と回答した施設】<br>⑨－２システムの利用に係るシステム提供者への費用の支払い ※○は１つだけ | 01. あり　02. なし | |
| 【⑨－１で01～03と回答した施設】<br>⑨－３システム利用に係る患者からの費用徴収の有無 ※○は１つだけ | 01. あり　02. なし | |
| 【⑨－３で「01. あり」と回答した施設】<br>⑨－３－１ 患者１人あたりの費用徴収額 ※数字を記入 | 円/月 | |
| 【⑨－３で「01. あり」と回答した施設】<br>⑨－３－２費用の名目 ※名称を記入 | | |

| 【すべての施設の方】<br>⑩情報通信機器・電話を用いた診療以外で、貴施設の患者に対するICTの活用方法のうち該当するもの<br>※あてはまる番号すべてに○ | |
|---|---|
| 01.患者の自宅における生体情報（血圧・血糖値等）や生活情報（食事・運動等）の把握に用いている | |
| 02.患者への診療情報の共有（結果説明等）に用いている | |
| 03.オンライン受診勧奨や健康相談に用いている | |
| 04.服薬指導や薬学管理に用いている | |
| 05.他の医療機関等との診療情報の連携に用いている | |
| 06.その他 | （具体的に：　　） |

## 問３．地域包括診療料・地域包括診療加算の届状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

**①貴施設では、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出をしていますか。** ※○は１つだけ

01. 地域包括診療料１　02. 地域包括診療料２　03. 地域包括診療加算１　04. 地域包括診療加算２
**→ 01～04を選んだ方は質問④～⑥へ**

05. いずれの届出もなし　**→ 05を選んだ方は質問②、③へ**

【地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも**届出をしていない**病院・診療所の方】

**②地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない理由は何ですか。**
※あてはまる理由すべてに○、うち届出をしていない最大の理由１つに◎

| あてはまる理由に○ | 届出をしていない最大の理由に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 施設基準の要件を満たすことが困難であるから |
| | | 02. 外来患者に算定対象となる患者がいないから・少ないから |
| | | 03. 他院への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師の負担が重いから |
| | | 04. 患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから |
| | | 05. 患者に地域包括診療料・地域包括診療加算の意義を理解してもらうことが困難だから |
| | | 06. 患者本人や家族から、地域包括診療料・地域包括診療料算定の承諾が見込めないから |
| | | 07. 経営上のメリットが少ないから |
| | | 08. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから |
| | | 09. その他（具体的に：　　） |

**③貴施設では、今後、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向がありますか。** ※○は１つだけ

01. 届出予定がある

| | |
|---|---|
| 届出予定時期 | 令和（　　）年（　　）月頃 |
| 届出予定の項目 | 11. 地域包括診療料１　12. 地域包括診療料２<br>13. 地域包括診療加算１　14. 地域包括診療加算２ |

02. 届出について検討中
03. 届出の予定はない

【地域包括診療料・地域包括診療加算の**届出をしている**病院・診療所】

**④貴施設では、いつから地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行っていますか。** ※○は1つだけ

01. 令和２年３月以前　**→質問④－１へ**
02. 令和２年４月　**→質問④－１、④－２へ**
03. 令和２年５月以降　**→質問④－２へ**

【**令和２年４月以前から**地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をした病院・診療所】

④－１　以下にあてはまる患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

| | |
|---|---|
| １）令和２年４月～９月の６か月間における地域包括診療料／地域包括診療加算の算定患者 | （　　）人 |
| （うち）保険薬局から文書により服薬に関する情報提供を受けた患者数 | （　　）人 |
| ２）令和２年４月～９月の６か月間における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 | （　　）人 |
| （うち）保険薬局から文書により服薬に関する情報提供を受けた患者数 | （　　）人 |
| ３）令和元年10月～令和２年９月の１年間に継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者数 | （　　）人 |
| ４）令和２年９月１か月間に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合 | （　　）％ |

【**令和２年４月以降に**はじめて地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をした病院・診療所】

**④－２　令和２年４月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行ったのはなぜですか。**

※あてはまる番号すべてに○

01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を確保できたため
02. 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
03. 敷地内を禁煙とできたため
04. 要介護認定に係る主治医意見書を作成するようになったため
05. 介護保険制度に係る要件（下記点線枠内の要件）を満たすようになったため

**→満たすことができた介護保険制度に関する要件** ※あてはまる番号すべてに○

51. 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
52. 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
53. 介護サービス事業所の併設
54. 地域ケア会議に年1回以上出席
55. 介護保険のリハビリテーションの提供
56. 介護認定審査会の委員経験
57. 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
58. 医師の介護支援専門員の資格保有
59.（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

06. 地域包括診療加算に係る要件（下記点線枠内の要件）を満たすようになったため

**→満たすことができた地域包括診療加算に関する要件** ※あてはまる番号すべてに○

61. 時間外対応加算１の届出を行っている
62. 時間外対応加算２の届出を行っている
63. 時間外対応加算３の届出を行っている
64. 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
65. 在宅療養支援診療所である

07. 他院での服薬内容の確認が医師の指示を受けた看護師でも可能になったため
08. 他院での服薬内容の確認が薬局からの情報提供でも可能になったため
09. 定期的通院（年4回以上）の患者への地域包括診療料等の算定のための患者への同意書が不要になったため
10. 経営上のメリットがあると判断したから
11. 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
12. その他（具体的に：　　）

【地域包括診療料・地域包括診療加算の**届出をしている**病院・診療所】

**⑤地域包括診療料１・２、地域包括診療加算１・２**または**認知症地域包括診療料１・２、認知症地域包括診療加算１・２**を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数をお答えください。

| | |
|---|---|
| １）算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数 | （　　）施設 |
| ２）算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数 | （　　）施設 |
| ３）算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数 | （　　）施設 |
| ４）算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数 | （　　）施設 |
| ４）-1　（うち）情報提供を依頼した保険薬局の数 | （　　）施設 |
| ５）算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数 | （　　）施設 |
| ６）算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数 | （　　）事業所 |

【すべての施設の方】

⑥貴施設が、地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出に当たり満たすことが**困難な要件**は何ですか。

※あてはまる要件すべてに○、うち満たすことが最も困難な要件１つに◎

| あてはまる要件に○ | 最も困難な要件に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 満たすことが困難な要件はない |
| | | 02. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること |
| | | 03. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること |
| | | 04. 対象患者に対し院外処方を行う場合は 24 時間対応をしている薬局と連携していること |
| | | 05. 敷地内が禁煙であること |
| | | 06. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること |
| | | 07. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること |
| | | 08. 介護保険関係の要件（※問３④－２の点線枠内）の1 つを満たしていること |
| | | 09. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間往診等が可能な体制の確保もしくは24時間往診等の対応が可能な医療機関との連携体制が確保できていること |
| | | 10. 【病院の場合】地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること |
| | | 11. 【病院の場合】在宅療養支援病院の届出を行っていること |
| | | 12. 【診療所の場合】時間外対応加算２の届出を行っていること |
| | | 13. 【診療所の場合】時間外対応加算３の届出を行っていること |
| | | 14. 【診療所の場合】常勤換算2名以上で医師が配置され、うち1名以上が常勤であること |
| | | 15. 【診療所の場合】在宅療養支援診療所であること |
| | | 16. 【診療所の場合】①時間外対応加算１又は２の届出を行っている、②常勤換算2名以上で医師が配置され、うち1名以上が常勤であること、③在宅支援診療所であることのいずれか1つの要件を満たすこと |
| | | 17. 外来診療から訪問診療への移行実績が直近１年間で10人以上（在宅療養支援診療所以外の診療所については３人以上）いること |
| | | 18. 直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること |
| | | 19. その他（具体的に：　　） |

## 問４．初診患者の機能強化加算についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、初診患者に対する機能強化加算の施設基準の届出をしていますか。　※○は１つだけ

01. 届出あり　→ **質問①-1、①-2、②、③へ**　　02. 届出なし　→ **質問②、③へ**

【機能強化加算の届出をしている病院・診療所】

**①－１貴施設が該当する機能強化加算の施設基準をお答えください。**※あてはまるものすべてに○

| あてはまる施設基準に○ | |
|---|---|
| | 01. 地域包括診療加算に係る届出を行っている |
| | 02. 地域包括診療料に係る届出を行っている |
| | 03. 小児かかりつけ診療料に係る届出を行っている |
| | 04. 在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院で、在宅時医学総合管理料に係る届出を行っている |
| | 05. 在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院で、施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている |

【機能強化加算の届出をしている病院・診療所】

**①－２令和２年９月１か月間において、専門医又は専門医療機関に紹介した初診患者数ならびに夜間・休日における相談件数について、それぞれお答えください。**

| | |
|---|---|
| １）専門医又は専門医療機関に紹介した初診患者（実人数） | （　　）人 |
| ２）夜間・休日における相談件数（延べ件数） | （　　）件 |
| ３）健康管理に関する相談件数（延べ件数） | （　　）件 |
| ４）保健・福祉サービスに関する相談件数（延べ件数） | （　　）件 |

【すべての施設の方】

②貴施設が、機能強化加算の届出に当たり満たすことが困難な要件は何ですか。

※あてはまる要件すべてに○、うち満たすことが最も困難な要件１つに◎

| あてはまる要件に○ | 最も困難な要件に◎ | |
|---|---|---|
| | | 00. 満たすことが困難な要件はない |
| | | 01. 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・施設入居時等医学総合管理料のいずれかの届出をしていること |
| | | 02. 健康管理にかかる相談を実施している旨を院内掲示していること |
| | | 03. 保健・福祉サービスに関する相談を実施している旨を院内掲示していること |
| | | 04. 夜間・休日の問合せへの対応を行っている旨を院内掲示していること |
| | | 05. 必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関である旨を院内掲示していること |
| | | 06. 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できる旨を院内掲示していること |
| | | 07. 上記02～06について記載した書面を、院内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにし、患者の求めがあった場合には当該文書を交付すること。 |
| | | 08. その他（具体的に：　　） |

【すべての施設の方】

**③機能強化加算の算定について、困難を感じることはありますか。**

※あてはまる番号すべてに○、うち最も困難を感じること１つに◎

| あてはまるものに○ | 最も困難なものに◎ | |
|---|---|---|
| | | 00. 困難に感じることはない |
| | | 01. 健康管理にかかる相談を実施することが難しい |
| | | 02. 保健・福祉サービスに関する相談を実施することが難しい |
| | | 03. 夜間・休日の問合せへの対応を実施することが難しい |
| | | 04. 患者が求めるかかりつけ医機能を発揮できていない |
| | | 05. 機能強化加算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 |
| | | 06. その他（具体的に：　　） |

## 問５．診療情報提供料（Ⅰ）注７：学校医等への情報提供の実施状況についてお伺いします。

【すべての施設の方】

**①貴施設では、令和２年９月１か月間において、診療情報提供料（Ⅰ）注７（医療的ケア児の学校医等への診療情報提供）に基づく算定※1を行いましたか。** ※○は１つだけ

※１　児童福祉法第56条の６第２項に規定する、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該学校において当該患者が生活するに当たり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定可能。

01. 算定あり　→ **質問②～④へ**　　02. 算定なし　→ **質問④へ**

【診療情報提供料（Ⅰ）注７に基づく算定をした病院・診療所】

**②令和２年９月１か月間において、診療情報提供料（Ⅰ）を算定した患者について、情報提供先（学校医又は医療的ケア指導医※2）ごとにそれぞれ実人数でお答えください。**

※２　医療的ケア指導医とは、学校等が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱等する医師を指す。

| | 学校医 | 医療的ケア指導医 |
|---|---|---|
| 全体 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）小学校に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）中学校に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）義務教育学校に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）中等教育学校の前期課程に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）特別支援学校の小学部に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）特別支援学校の中学部に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |

**③当該患者に行っている医療的ケアについてお答えください。**※あてはまる番号すべてに○

01. 人工呼吸器　　02. 経管栄養　　03. 痰の吸引　　04. その他（　　）

【診療情報提供料（Ⅰ）注７に基づく算定にかかわらず、すべての病院・診療所】

**④令和２年９月１か月間において、診療情報提供料（Ⅰ）注７に基づく算定ができなかったが、学校医等に情報提供をしたケースがある場合、算定できなかった理由についてお答えください。**※あてはまる番号すべてに○

01. 保育所や認定こども園に在籍する患者だから
02. 幼稚園に在籍する患者だから
03. 特別支援学校の高等部、高等学校、中等教育学校の後期課程に在籍する患者だから
04. 患者又はその家族等の同意を得られなかったから
05. 提供した情報の内容が、学校の看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導・助言等するために必要な診療情報ではなかったから　→ **質問④－１へ**
06. 医療的ケア児ではなかったから　→ **質問④－２へ**
07. その他（具体的に：　　）

【④で選択肢05を回答した病院・診療所】

**④－１具体的にはどのような情報であったのかお答えください。**※自由回答

【④で選択肢06を回答した病院・診療所】

**④－２具体的にどのようなケアが必要な児だったのかお答えください。**※自由回答

## 問６．診療情報提供料（Ⅲ）の算定状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

**①貴施設では、診療情報提供料（Ⅲ）注１から注３の施設基準のうちいずれかを満たしていますか。** ※○は１つだけ

01. 満たしている**→質問②へ**　　02. 満たしていない**→質問⑨へ**

【診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準を満たしている病院・診療所】

**②貴施設では、令和２年９月１か月間において診療情報提供料（Ⅲ）を算定していますか。**※○は１つだけ

01. 算定あり**→質問③へ**　　02. 算定なし**→問７へ**

【診療情報提供料（Ⅲ）の算定をしている病院・診療所】

**③令和２年９月１か月間における、診療情報提供料（Ⅲ）を算定した延べ回数をお答えください。**

※**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。

| | |
|---|---|
| １）地域包括診療加算等※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他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合 | （　　）回 |
| ２）妊娠している者であって、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患者について情報提供した場合 | （　　）回 |
| ３）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 |
| ４）自院（地域包括診療加算等※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他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合 | （　　）回 |
| ５）１）～４）以外で、妊娠している患者について情報提供した場合 | （　　）回 |

【次の④⑤は上記③の「１）」の対象として算定した患者が１名以上いる病院・診療所のみお答えください。】

**④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お答えください。**※あてはまる番号すべてに○

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

**⑤診療情報提供料（Ⅲ）を算定した紹介患者について、紹介元（情報提供先）の医療機関の診療科についてお答えください。**※あてはまる番号すべてに○

＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

01. 内科 ＊1　02. 外科 ＊2　03. 整形外科　04. 脳神経外科　05. 小児科　06. 精神科　07. 眼科　08. 皮膚科
09. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. 産婦人科・産科　12. 麻酔科　13. リハビリテーション科
14. 歯科（歯科口腔外科等含む）　15. その他（具体的に：　　）

【次の⑥は上記③の「３）」の対象として算定した患者が１名以上いる病院・診療所のみお答えください。】

**⑥診療情報提供料（Ⅲ）を算定した紹介患者について、紹介元（情報提供先）の医療機関の診療科についてお答えください。**※あてはまる番号すべてに○

＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

01. 内科 ＊1　02. 外科 ＊2　03. 整形外科　04. 脳神経外科　05. 小児科　06. 精神科　07. 眼科　08. 皮膚科
09. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. 産婦人科・産科　12. 麻酔科　13. リハビリテーション科
14. 歯科（歯科口腔外科等含む）　15. その他（具体的に：　　）

【次の⑦⑧は上記③の「４）」の対象として算定した患者が１名以上いる病院・診療所のみお答えください。】

**⑦貴施設が届け出ている地域包括診療加算等についてお答えください。**※あてはまる番号すべてに○

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

**⑧診療情報提供料（Ⅲ）を算定した紹介患者について、紹介元（情報提供先）の医療機関の診療科についてお答えください。**※あてはまる番号すべてに○

＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

01. 内科 ＊1　02. 外科 ＊2　03. 整形外科　04. 脳神経外科　05. 小児科　06. 精神科　07. 眼科　08. 皮膚科
09. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. 産婦人科・産科　12. 麻酔科　13. リハビリテーション科
14. 歯科（歯科口腔外科等含む）　15. その他（具体的に：　　）

【すべての施設の方】

**⑨診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準について、満たしていない施設基準についてお答え下さい。**

※あてはまる番号すべてに○、うち最も困難を感じること１つに◎

| あてはまる要件に○ | 最も困難な要件に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについての基準を満たしていること |
| | | 02. 地域包括診療加算等※1の届出をしていること |
| | | 03. 産科若しくは産婦人科を担当している医師を配置していること |
| | | 04. 妊娠している者の診療に係る適切な研修※2を終了した医師を配置していること |

※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。）を指す。

※２　都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、研修内容は、①から⑤の要件を満たすものであること（①妊娠前後及び産後の生理的変化と検査値異常、②妊娠している者の診察時の留意点、③妊娠している者に頻度の高い合併症や診断が困難な疾患、④妊娠している者に対する画像検査（エックス線撮影やコンピューター断層撮影）の可否の判断、⑤胎児への影響に配慮した薬剤の選択）等。

## 問７．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。

①貴施設では、令和２年９月１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。※○は１つだけ

01. 算定あり**→質問②～④へ**　　02. 算定なし**→問８へ**

【療養・就労両立支援指導料の算定をしている病院・診療所】

②令和２年４月～９月の６か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定した患者について、疾患別に**延べ人数**でお答えください。

※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。

| | 合計 |
|---|---|
| 全体 | （　　）人 |
| （うち）悪性腫瘍に罹患している患者 | （　　）人 |
| （うち）脳血管疾患等※1に罹患している患者 | （　　）人 |
| （うち）肝疾患に罹患している患者 | （　　）人 |
| （うち）指定難病に罹患している患者 | （　　）人 |

【療養・就労両立支援指導料の算定をしている病院・診療所】

③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。　※○は１つだけ

01. 届出あり**→質問④へ**　　02. 届出なし**→問８へ**

【相談支援加算の届出をしている病院・診療所】

④令和２年４月～９月の６か月間において、相談支援加算を算定した患者について**実人数**でお答えください。

| | |
|---|---|
| 全体（実人数） | （　　）人 |
| （うち）「看護師」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者 | （　　）人 |
| （うち）「社会福祉士」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者 | （　　）人 |

## 問８．遠隔連携診療料の算定状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、令和２年９月１か月間において遠隔連携診療料を算定していますか。　※○は１つだけ

01. 算定あり**→質問②へ**　　02. 算定なし**→問９へ**

【遠隔連携診療料の算定をしている病院・診療所】

②令和２年９月１か月間における遠隔連携診療料の算定実人数、そのうち以下にあてはまる患者について、それぞれ実人数をお答えください。

| | |
|---|---|
| 遠隔連携診療料の算定実人数 | （　　）人 |
| （うち）遠隔連携診療料を算定した指定難病の疑いがある患者の実人数 | （　　）人 |
| （うち）遠隔連携診療料を算定したてんかん（外傷性のてんかんを含む）の疑いのある患者の実人数 | （　　）人 |

## 問９．婦人科特定疾患治療管理料の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、婦人科特定疾患治療管理料の施設基準の届出をしていますか。　※○は１つだけ

01. 届出あり**→質問②～⑤へ**　　02. 届出なし**→問10へ**

【婦人科特定疾患治療管理料の届出をしている病院・診療所】

②貴施設では、令和２年４月～９月の６か月間において婦人科特定疾患治療管理料を算定していますか。
※○は１つだけ

01. 算定あり　→患者の実人数：（　　）人　　02. 算定なし

【婦人科特定疾患治療管理料の算定をしている病院・診療所】

③上記②の算定患者数について、器質性月経困難症の原因疾患別にお答えください。
※複数の選択肢にあてはまる場合、あてはまる欄すべてに記入

| | |
|---|---|
| （うち）子宮筋腫 | （　　）人 |
| （うち）子宮腺筋症 | （　　）人 |
| （うち）子宮内膜症 | （　　）人 |
| （うち）骨盤内炎症性疾患 | （　　）人 |
| （うち）その他（具体的に：　　） | （　　）人 |

【婦人科特定疾患治療管理料の算定をしている病院・診療所】

④上記②の算定患者について、処方したホルモン剤の種類別にお答えください。
※複数の選択肢にあてはまる場合、あてはまる欄すべてに記入

| | |
|---|---|
| （うち）GnRHアナログ製剤 | （　　）人 |
| （うち）黄体ホルモン製剤 | （　　）人 |
| （うち）黄体ホルモン・卵胞ホルモン混合製剤 | （　　）人 |
| （うち）その他（具体的に：　　） | （　　）人 |

【婦人科特定疾患治療管理料の算定をしている病院・診療所】

⑤上記②の算定患者について、婦人科特定疾患治療管理料を算定した日に医師の診察以外に実施している検査・処置等別にお答えください。
※複数の選択肢にあてはまる場合、あてはまる欄すべてに記入

| | |
|---|---|
| （うち）尿検査 | （　　）人 |
| （うち）血液検査 | （　　）人 |
| （うち）血圧測定 | （　　）人 |
| （うち）内診 | （　　）人 |
| （うち）超音波検査 | （　　）人 |
| （うち）MRI検査 | （　　）人 |
| （うち）CT検査 | （　　）人 |
| （うち）薬物療法 | （　　）人 |
| （うち）その他（具体的に：　　） | （　　）人 |

## 問10. 緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア管理料の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア診療加算の施設基準の届出をしていますか。※あてはまる要件すべてに○

| | |
|---|---|
| 01. 緩和ケア診療加算 → **質問②へ** | 02. 有床診療所緩和ケア診療加算→ **質問②へ** |
| 03. 外来緩和ケア管理料→ **質問②へ** | 04. いずれの届出もなし→ **問11へ** |

【緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア診療加算の届出をしている病院・診療所】

②令和２年９月１か月間において、緩和ケア診療加算・個別栄養食事管理加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア診療加算を算定している患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

| | １）緩和ケア診療加算 | ２）個別栄養食事管理加算 | ３）有床診療所緩和ケア診療加算 | ４）外来緩和ケア診療加算 |
|---|---|---|---|---|
| 全体 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）悪性腫瘍の患者 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）後天性免疫不全症候群の患者 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）末期心不全の患者 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

## 問11. 外来排尿自立指導料の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、外来排尿自立指導料の施設基準の届出をしていますか。　※○は１つだけ

01. 届出あり**→質問②③④へ**　　02. 届出なし**→質問⑤へ**

【外来排尿自立指導料の届出をしている病院・診療所】

②貴施設における「排尿ケアチーム」の人員配置についてお答えください。（令和２年10月1日時点）

※常勤・非常勤とも実人数でご記入ください。

| | 常勤 | 非常勤 |
|---|---|---|
| １）「排尿ケアチーム」を構成する医師の人数 | （　　）人 | （　　）人 |
| ２）「排尿ケアチーム」を構成する看護師の人数 | （　　）人 | （　　）人 |
| ３）「排尿ケアチーム」を構成する理学療法士の人数 | （　　）人 | （　　）人 |
| ４）「排尿ケアチーム」を構成する作業療法士の人数 | （　　）人 | （　　）人 |
| ５）「排尿ケアチーム」を構成するその他の職種（具体的に：　　）の合計人数 | （　　）人 | （　　）人 |

③以下にあてはまる患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

| | |
|---|---|
| 令和２年９月１か月間における外来排尿自立指導料の算定患者 | （　　）人 |

④令和２年９月１か月間において、包括的排尿ケアを実施したが外来排尿自立指導料を算定できなかった患者がいた場合、その理由についてお答えください。

※あてはまる理由すべてに○、うち算定できなかった最大の理由１つに◎

| あてはまる理由に○ | 算定できなかった最大の理由に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 入院中に包括的排尿ケアを実施していなかったから |
| | | 02. 在宅自己導尿指導管理料を算定していたから |
| | | 03. 他の医療機関から紹介された患者であり、自医療機関の入院患者ではなかったから |
| | | 04. 排尿ケアチームによる関与を行っていなかったから |
| | | 05. その他 |

【④で選択肢05を回答した病院・診療所】

④－１　④で「05. その他」を選択した場合、外来排尿自立指導料を算定できなかった理由をお答えください。※自由記述

【外来排尿自立指導料の**届出をしていない**病院・診療所】

⑤外来排尿自立指導料の届出をしていない理由についてお答えください。※あてはまる番号すべてに○

| あてはまる理由に○ | 届出をしていない最大の理由に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 排尿ケアチームの設置が困難だから |
| | | 02. 外来患者に算定対象となる患者がいないから・少ないから |
| | | 03. 経営上のメリットが少ないから |
| | | 04. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから |
| | | 05. その他（具体的に：　　） |

## 問12. 外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、令和２月９月１か月において、栄養食事指導料の算定をしていますか。

※あてはまる番号すべてに○

01. 外来栄養食事指導料１の算定あり　**→質問②へ**　02. 外来栄養食事指導料２の算定あり　**→質問③へ**
03. 入院栄養食事指導料１の算定あり　**→質問②へ**　04. 入院栄養食事指導料２の算定あり　**→質問③へ**
05. いずれも算定なし**→ 問13へ**

【外来栄養食事指導料１・入院栄養食事指導料１の算定をしている病院・診療所】

②令和２年９月１か月間において、外来栄養食事指導料１、入院栄養食事指導料１を算定している患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

| | | |
|---|---|---|
| １）外来栄養食事指導料１を算定した患者 | | （　　）人 |
| | １）-1　（うち）外来栄養食事指導料の注２で算定した患者 | （　　）人 |
| | １）-2　（うち）外来化学療法加算を算定した患者 | （　　）人 |
| ２）入院栄養食事指導料１を算定した患者 | | （　　）人 |

【外来栄養食事指導料２・入院栄養食事指導料２の算定をしている病院・診療所】

③令和２年９月１か月間において、外来栄養食事指導料２、入院栄養食事指導料２を算定している患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

| | | |
|---|---|---|
| １）外来栄養食事指導料２を算定した患者 | | （　　）人 |
| | １）-1　（うち）他の医療機関に所属する管理栄養士が算定した患者 | （　　）人 |
| | １）-2　（うち）栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士が算定した患者 | （　　）人 |
| ２）入院栄養食事指導料２を算定した患者 | | （　　）人 |
| | ２）-1　（うち）他の医療機関に所属する管理栄養士が算定した患者 | （　　）人 |
| | ２）-2　（うち）栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士が算定した患者 | （　　）人 |

## 問13. オンライン診療料についてお伺いします。

**＜オンライン診療等の定義について＞**

本調査では、各用語を下記のように定義します。

**【オンライン診療】**

オンライン診療料・オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価の算定対象となる診療を指す。

**【情報通信機器を用いた診療】**

オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師―患者間でのビデオ通話により実施する診療を指す。

**【診療報酬上の臨時的な取扱いによる電話等再診料】**

新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、 慢性疾患等を有する定期受診患者等について、既に診断されている慢性疾患等の診療または発症が容易に予測される症状の変化の診療を行い、令和２年４月10日より前は「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２）」（令和２年２月28日事務連絡）、「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６）」（令和２年３月19日事務連絡）、令和２年４月10日以降は「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10）」（令和２年４月10日事務連絡）にもとづいてA001再診料の注７に規定する電話等再診料73点を算定する診療を指す。

**【ガイドライン】**

厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針(平成30年3月)(令和元年7月一部改訂)」を指す。

【すべての施設の方】

**①貴施設では、オンライン診療料の施設基準の届出をしていますか。**※○は１つだけ

01. 届出あり **→質問②～⑤に回答ののち、質問⑦～⑧へ**

02. 届出なし **→質問⑥に回答ののち、質問⑦～⑧へ**

【オンライン診療料の届出をしている病院・診療所】

| | |
|---|---|
| **②オンライン診療料の施設基準の届出を行ったのはいつですか。**※数字を記入 | 西暦（　　）年（　　）月 |
| **③頭痛患者に対してオンライン診療を行うための届出をしていますか。**<br>※○は１つだけ | 01. 届出あり　02. 届出なし |

**④貴施設で下記の診療料を算定している患者のうち、それぞれの項目にあてはまる患者の人数を、令和元年９月・令和２年９月１か月間についてお答えください。**※数字を記入

| | | 1）令和元年９月 | 2）令和２年９月 |
|---|---|---|---|
| オンライン診療料 | | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）対面診療で算定している管理料 ※あてはまるもの全てに○ | 特定疾患療養管理料 | | |
| | 小児科療養指導料 | | |
| | てんかん指導料 | | |
| | 難病外来指導管理料 | | |
| | 糖尿病透析予防指導管理料 | | |
| | 地域包括診療料 | | |
| | 認知症地域包括診療料 | | |
| | 生活習慣病管理料 | | |
| | 在宅自己注射指導管理料 | | |
| | 在宅時医学総合管理料 | | |
| | 精神科在宅患者支援管理料 | | |
| （うち）その他 | 定期通院が必要な慢性頭痛患者 | | |
| オンライン在宅管理料 | | （　　）人 | （　　）人 |
| 精神科オンライン在宅管理料 | | （　　）人 | （　　）人 |
| 再診料※ | | （　　）人 | （　　）人 |
| 外来診療料 | | （　　）人 | （　　）人 |
| 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） | | （　　）人 | （　　）人 |
| 在宅患者訪問診療料（Ⅱ） | | （　　）人 | （　　）人 |

※患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合を除く

【④でオンライン診療料等の算定人数が１人以上と回答した施設】
⑤貴施設でオンライン診療料等の算定対象となる診療を行う患者について、１月あたり回数ごとの人数をお答えください。（令和２年９月１か月間）※数字を記入

| | 1) オンライン診療料及び医学管理料 | 2) オンライン在宅管理料 | 3) 精神科オンライン在宅管理料 |
|---|---|---|---|
| １回未満※ | （　　）人★ | （　　）人★ | （　　）人★ |
| １回 | （　　）人★ | （　　）人★ | （　　）人★ |
| ２回 | （　　）人★ | （　　）人★ | （　　）人★ |
| ３回以上 | （　　）人★ | （　　）人★ | （　　）人★ |

※　１か月より長い期間に１回を算定する場合
★　診療報酬算定対象外

オンライン診療料について届出ありの病院・診療所は、質問⑤への回答が終わったら**質問⑦、⑧（すべての方が回答する質問）へ**

【オンライン診療料の**届出をしていない**病院・診療所】
⑥今後、オンライン診療の届出を行う意向の有無をお答えください。
※○は１つだけ

01. 届出の意向なし
02. 届出の意向あり

【⑥で「01. 届出の意向なし」と回答した施設】
⑥－１届出の意向がない理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---|---|
| 01. 対面診療の方がすぐれているため | |
| 02. 患者のニーズがない・少ないため | |
| 03. 保険診療でのオンライン診療の適応になる患者がいない・少ないため | |
| 04. オンライン診療に用いる機器やシステムの操作が難しいため | |
| 05. オンライン診療に用いる機器やシステム導入・運用のコストが高いため | |
| 06. オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため | |
| 07. その他（具体的に：　　） | |

【⑥で「02. 届出の意向あり」と回答した施設】
⑥－２届出を行わない理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---|---|
| 01. 施設基準（ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保）を満たすことが困難であるため | |
| 【「01」を選んだ場合】体制確保が難しいガイドラインの内容についてご回答ください。 | |
| 11. OSやソフトウェアをアップデートしセキュリティソフトをインストールすること | |
| 12. チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うこと | |
| 13. 医師側から患者側につなげることを徹底すること | |
| 14. 患者の本人確認を行うこと | |
| 15. 患者がいつでも医師の本人確認を行えるよう情報を提示しておくこと | |
| 16. 患者が適切な場所でオンライン診療を受けられるよう患者に指示を行うこと | |
| 17. その他の点（具体的に：　　） | |
| 02. その他（具体的に：　　） | |

オンライン診療料について届出なしの病院・診療所は、質問⑥への回答が終わったら**質問⑦、⑧（すべての方が回答する質問）へ**

【すべての施設の方】
⑦医学的に治療が必要な患者であって、オンライン診療の適応であるが、オンライン診療料を算定していない患者がいますか。（**届出の有無にかかわらずお答えください**）※○は１つだけ

01. いる ⇒（　　）人　⇒以下の設問へ（以下の設問は、当該患者について回答）
02. いない　**→質問⑧へ**

【⑦で「01. いる」と回答した場合のみ】
⑦－１ 当該患者の疾患や状態について具体的にご記入ください。※自由記述

| |
|---|
| |

⑦－２ オンライン診療料を算定していない理由をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---|---|
| 01. 診療報酬の要件を満たせないため | |
| 02. 患者の希望がないため | |
| 03. 患者がオンライン診療に用いる機器を使えないため | |
| 04. オンライン診療に用いる機器やシステムの導入・運用コストが高いため | |
| 05. 対面診療の方がすぐれているため | |
| 06. 新型コロナウイルスの感染拡大に伴う診療報酬上の臨時的な取扱いによる電話等再診料を算定しているため | |
| 07. その他（具体的に： ） | |

【⑦－２で「01」と回答した場合のみ】
⑦－３ 診療報酬の各要件があるために算定できない患者について、満たすことが困難な要件をお答えください ※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---|---|
| 01. オンライン診療料の対象となる管理料を算定している、または対象疾患であること | |
| 02. 初診から３か月以上（又は直近３月の間）同一医師による対面診療が必要であること | |
| 03. 02.の実績を有する医師がオンライン診療を行う必要があること | |
| 04. ３か月ごとに対面診療を行うこと | |
| 05. 対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成すること | |
| 06. 緊急時に原則として必要な対応を行うこと | |
| 07. 緊急時に患者が速やかに受診できる医療機関について説明し、診療計画に記載しておくこと | |
| 08. 予約に基づく診療による特別の料金を徴収しないこと | |
| 09. その他（具体的に： ） | |

【すべての施設の方】
⑧貴施設において、保険診療以外で情報通信機器を用いた診療を行っている患者がいますか。
（令和２年９月１か月間）※○は１つだけ

01. いる ⇒以下の設問へ
02. いない **→問14へ**

【⑧で「01. いる」と回答した場合のみ】

| | |
|---|---|
| ⑧－１ 保険診療以外で行っている患者数（実人数） | （ ）人 |
| ⑧－２ 疾患によって保険診療の場合と保険診療以外の場合の両方で行っている患者数（実人数） | （ ）人 |

⑧－３ 保険診療以外で情報通信機器を用いた診療を行っている場合の、患者の疾患名について、具体的にご記入ください。※自由記述

| |
|---|
| |

## 問14. 各種診療料・加算の算定状況等についてお伺いします。

①貴施設において届出している診療料、加算として該当するものを全てお選びください。

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 05. 施設入居時等医学総合管理料 | |
| 06. 認知症地域包括診療加算 | 07. 認知症地域包括診療料 | |

②令和２年９月１か月間の**外来患者数（在宅医療の患者を含まない）**についてお答えください。

| | 令和２年９月１か月間の外来患者数 |
|---|---|
| 1) 初診患者の延べ人数 | （　　）人 |
| 1)-1 うち機能強化加算を算定した患者数 | （　　）人 |
| 2) 再診患者の延べ人数 | （　　）人 |
| 2)-1 うちオンライン診療料を算定した患者数 | （　　）人 |
| 2)-1-1うち個別の医学管理料における情報通信機器を用い行った場合の評価の算定患者数 | （　　）人 |
| 2)-2 うち 地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定した患者数 | （　　）人 |
| 2)-3 うち 外来管理加算を算定した患者数 | （　　）人 |
| 3) 初診患者の実人数<br>※月に２回以上の初診があった場合でも「１人」と数えてください。 | （　　）人 |
| 4) 再診患者の実人数<br>※月に２回以上の再診があった場合でも「１人」と数えてください。 | （　　）人 |

③令和２年９月１か月間の**在宅患者数（外来患者を含まない）**についてお答えください。

| | 令和２年９月１か月間の在宅患者数 | |
|---|---|---|
| | 延べ患者数 | 実患者数<br>注:月に2回以上の算定があった場合でも「1人」と数えてください。 |
| 1) 初診患者数 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| 1)-1 うち機能強化加算を算定した患者数 | 延べ（　　）人 | |
| 2)再診患者数 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| 2)-1 うちオンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料算定患者 | 延べ（　　）人 | |
| 2)-2 うち外来管理加算を算定した患者数 | 延べ（　　）人 | |

④令和２年９月１か月間における、以下の診療等を担当した医師についてお答えください。

| | |
|---|---|
| 1) オンライン診療料、又は個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価の算定が１回以上あった医師の実人数 | 常勤（　　）人<br>非常勤（　　）人 |
| 2) オンライン在宅管理料、又は精神科オンライン在宅管理料の算定が１回以上あった医師の実人数 | 常勤（　　）人<br>非常勤（　　）人 |

## 問15. 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。

【すべての施設の方】
**貴施設は、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。** ※あてはまる番号すべてに○

01. どんな病気でもまずは診療できる
02. これまでの病歴や家族背景等を把握している
03. 必要時に専門医に紹介する
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
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
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
07. 生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行う
08. 喫煙者に対して禁煙指導を行う
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
10. 高齢者や児童などに対して、予防接種を推奨・実施する
11. 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. 患者が入院や手術を行った医療機関と連携する
13. 患者の処方を担当する薬局と連携する
14. 往診や訪問診療などの在宅医療を行う
15. 在宅医療において看取りを行う
16. 患者に自分らしい人生の終わり方の相談を行う
17. 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行う
18. 要介護認定に関する主治医意見書を作成する
19. 認知症に関する助言や指導を行う
20. 行政への協力や学校医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う
21. 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. 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. 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. その他（具体的に：　　）

## 問16. 薬剤の使用に係る状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】
**①抗菌薬の適正使用について、下記の取組のうち、貴施設が行っているものに○をつけて下さい。**
※あてはまる番号すべてに○

01. 地域感染症対策ネットワークに係る活動への参加
02. 感染症に係る研修会等への定期的な参加
03. 抗菌薬の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施
04. 厚生労働省「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考にした抗菌薬の使用
05. その他（具体的に：　　）

**②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ものに○をつけて下さい。**
※あてはまる番号すべてに○

01. お薬手帳等を利用した他施設での処方薬の把握
02. 院内薬剤師との連携による処方薬の見直し
03. 薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し
04. 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. 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. その他（具体的に：　　）

## 問17. 明細書（公費負担医療を含む。）の無料発行についてお伺いします。

【診療所の方】

①貴施設の明細書の発行状況として、自己負担のある患者、ない患者のそれぞれについて、最もあてはまるものを選んでください。なお、明細書発行体制等加算を算定し、それ以外の費用を徴収していない場合は「無料で発行している」とお答えください。 ※自己負担のある患者、自己負担のない患者それぞれについて○は1つだけ

| 自己負担のある患者 | 自己負担のない患者 | |
|---|---|---|
| | | 01. 原則として全患者に無料で発行している |
| | | 02.「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、無料で発行している |
| | | 03.「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、有料で発行している |
| | | 04.「正当な理由」の届出をし、明細書の発行は行っていない |
| | | 05. 明細書の無料発行が義務付けられていないため、明細書の発行は行っていない |

【①で「02、03、04」を選択した方】

②－１　貴施設が該当する「正当な理由」は何ですか。　※○は1つだけ

01. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため
02. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、改修が必要であるため

②－２　貴施設が該当する「正当な理由」についてはいつまでに対応する予定ですか。　※○は1つだけ

01. 令和３年３月末まで　　02. 令和３年９月末まで　　03. 令和４年３月末まで
04. その他（具体的に：　　）　　05. 未定

②－３　全患者に明細書を無料で発行する場合にお困りになる内容をお答えください。　※○は1つだけ

01. 初期費用がかかる　　02. 運用経費がかかる
03. 明細書発行に伴って業務負担が増加する　　04. 会計等の患者の待ち時間が長くなる
05. 特にない

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、○月○日（○）までに専用の返信用封筒（切手不要）
に同封し、お近くのポストに投函してください。

**ID番号：**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査 患者票

**【医療機関記入欄】**

**※この調査票を患者の方にお配りする前に、医療機関にて、下記①～⑥にご記入ください。**

| | |
|---|---|
| ①本日算定した基本診療料 | 01. 初診料　02. 再診料　03. 外来診療料 |
| ②機能強化加算の算定 | 01. 算定あり　02. 算定なし |
| ③地域包括診療料の届出 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| ④地域包括診療加算の届出 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| ⑤認知症地域包括診療料の届出 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| ⑥認知症地域包括診療加算の届出 | 01. 届出あり　02. 届出なし |

※このかかりつけ医患者票は、患者さんに、かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書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○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

※特に断りのない場合は、令和２年10月1日時点の状況についてご記入ください。

問１．患者さん（本日診療を受けた方）についてお伺いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①性別 ※○は１つだけ | 1.男性　2.女性 | ②年齢 | （　　）歳 |
| ③お住まい | （　　）都・道・府・県　※都道府県名まで | | |
| 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 | （　　）か所 | | |
| ⑤本日受診した診療科 | 01. 内科 ＊1　02. 外科 ＊2　03. 整形外科　04. 脳神経外科<br>05. 小児科　06. 精神科　07. 眼科　08. 皮膚科<br>09. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. 産科　12. 婦人科<br>13. 産婦人科　14. 麻酔科　15. リハビリテーション科<br>16. 歯科（歯科口腔外科等含む）　17. その他（具体的に　） | | |

＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

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。（○は1つ）

| | |
|---|---|
| 1. 今回が初めて | 2. 定期的に通院している |
| 3. 定期的にではないが、過去に通院したことがある | 4. わからない |

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。

①あなたは、かかりつけ医を決めていますか。（○は１つ）

| 1. 決めている | 2. 決めていない |
|---|---|

| ①-1 本調査票をお渡しした医療機関の医師は、患者さんにとってのかかりつけ医ですか。（○は１つ） | ①-2 かかりつけ医を決めていない理由は何ですか。（○はいくつでも） |
|---|---|
| 1. かかりつけ医である<br>2. かかりつけ医ではない<br>3. 今後、かかりつけ医にするつもりである | 1. 医療機関にかかることがあまりないから<br>2. その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから<br>3. 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<br>4. 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<br>5. かかりつけ医をもつ必要性を感じないから<br>6. その他（具体的に：　　）<br>7. 特に理由はない |

②本日受診した医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えていますか。
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。（○はそれぞれ１つずつ）

| | | |
|---|---|---|
| 1) 他の医療機関の受診状況 | 1. 伝えている | 2. 伝えていない |
| 2) 処方された薬の内容 | 1. 伝えている | 2. 伝えていない |
| 3) お薬手帳 | 1. 見せている | 2. 見せていない |
| 4) かかりつけ医に関する説明 | 1. 受けたことがある | 2. 受けたことはない |
| 5) かかりつけ医に関する院内掲示 | 1.見たことがある | 2. 見たことはない |
| 6) かかりつけ医に関する文書 | 1.持ち帰ったことがある | 2. 持ち帰ったことはない |

③本日受診した患者さんにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか。（○はいくつでも）

1. どんな病気でもまずは診療してくれる
2. 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
3. 必要時に専門医に紹介してくれる
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる
9. 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. その他（具体的に：　　）

## 問４．本日の明細書の受取状況と、明細書の受取に対するお考えについてお伺いします。

「明細書」とは、医療の透明化や患者さんへの情報提供を積極的に推進していくために、**使用した薬剤の名称や行われた検査の名称などが記載された「患者さんの受診した医療の内容がわかるもの」**として発行されるものであり、「領収書」とは異なります。

**①本日の診療についての明細書の内容を確認しましたか。（○は１つだけ）**

| | |
|---|---|
| 01. きちんと確認した | 02. おおまかに確認した |
| 03. ほとんど確認しなかった | 04. まったく確認しなかった |
| 05. 「必要ない」と断ったため発行されなかった | |
| 06. 発行されなかった | |

**▶①－１【質問①で確認しなかった方、または断った方】「明細書」を確認しなかった、または断ったのはなぜですか。（○はいくつでも）**

01. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
02. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため
03. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため
04. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
05. 領収証の内容で十分なため
06. 「明細書」の発行に時間がかかるため
07. 毎回ほぼ同じ内容であるため
08. 自己負担額がないため
09. その他（具体的に：　　）

**②医療機関での会計の際に「明細書」を受け取れることを知っていましたか（本日の受付や会計時に知った場合も含みます）。（○は１つだけ）**

| | |
|---|---|
| 01. 知っていた | 02. 知らなかった |

**③医療機関を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。（○は１つだけ）**

| | |
|---|---|
| 01. 必要だと思う | 02. どちらかというと必要だと思う |
| 03. どちらかというと必要ないと思う | 04. 必要ないと思う |

**④「明細書」の内容を確認することで、どのようなことに役立つと思いますか。（○はそれぞれ１つずつ）**

| | |
|---|---|
| 1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 2. 医療費の内訳がわかりやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 5. 医療機関への安心感・信頼感が高まる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 6. その他 | 具体的に： |

## 問５．新型コロナウイルス感染症の影響による受療行動の変化等についてお伺いします。

①新型コロナウイルス感染症の影響により、あなたの医療機関への受診に関する行動に変化はありましたか。（〇は１つだけ）

01. 受診に関する行動の変化があった　　02. 受診に関する行動の変化はなかった

【①で「01. 受診に関する行動の変化があった」と答えた場合】

②どのような変化がありましたか。（あてはまるもの全てに〇）

01. 受診頻度を少なくするようにした
02. 検査や処置などの延期やキャンセルをした
03. 処方薬を長めに出してもらうようにした
04. 電話やオンライン診察を利用するようにした
05. 受診頻度をむしろ増やすようにした
06. 市販薬で対応するようにした
07. その他（具体的に　　）

【①で「01. 受診に関する行動の変化があった」と答えた場合】

③受診に関する行動の変化により、あなたの体調に変化はありましたか。（〇は１つだけ）

01. 体調の変化があった　　02. 体調の変化はなかった

【③で「01. 体調の変化があった」と答えた場合】

④どのような変化がありましたか。（あてはまるもの全てに〇）

01. 持病の状態（高血圧、糖尿病、高脂血症などの慢性疾患）が悪くなった
02. 持病の状態が悪くなり、入院する必要があった
03. 命にかかわる病気（がん、動脈瘤など）の発見が遅れた
04. 運動機能の低下があった
05. 認知機能（記憶など）の低下があった
06. 健康に気を付けるようになり、持病の状態が改善した
07. その他（具体的に　　）

【すべての方にお伺いします】

⑤新型コロナウイルス感染症が収束した後の医療機関への受診に関する行動についてどのようにお考えになりますか。（あてはまるもの全てに〇）

01. 収束後は今よりも受診頻度を増やす
02. 収束後も今の受診頻度を維持する
03. 収束後は今よりも受診頻度を減らす
04. 処方薬を長めに出してもらう
05. 電話やオンライン診察を利用する
06. 市販薬で対応する
07. その他（具体的に　　）

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、〇月〇日（〇）までに専用の返信用封筒（切手不要）に同封し、お近くのポストに投函してください。

**ID番号：**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# オンライン診療に関する意識調査 患者票

**【医療機関記入欄】**

**※この調査票を患者の方にお配りする前に、医療機関にて、下記①～②にご記入ください。**

| | |
|---|---|
| ①（来院した場合）本日算定した基本診療料<br>（基本診療料を算定してない場合は特掲診療料） | 01.初診料　02.再診料　03.外来診療料<br>04.小児科外来診療料　05.小児かかりつけ診療料 |
| ②当該患者の方に直近で電話・情報通信機器を用いた診療を行った際に算定した診療料・管理料 | |
| ②－１ オンライン診療料 | 01.算定あり　02.算定なし |
| ②－２ 電話等初診料 | 01.算定あり　02.算定なし |
| ②－３ 電話等再診料 | 01.算定あり　02.算定なし |
| ②－４ 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係る電話等を用いた再診料 | 01.算定あり　02.算定なし |
| ②－５ オンライン在宅管理料 | 01.算定あり　02.算定なし |
| ②－６ 精神科オンライン在宅管理料 | 01.算定あり　02.算定なし |

※この患者票は、本日受診した患者さんまたは保護者の方に、オンライン診療についてのご意見をお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を〇（マル）で囲んでください。また、空欄内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

※特に断りのない場合は、令和２年１０月１日時点の状況についてご記入ください。

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。

| | |
|---|---|
| ①性別（〇は１つだけ） | 01.男性　02.女性 |
| ②年齢（〇は１つだけ） | 01.10歳未満　02.10歳代　03.20歳代　04.30歳代　05.40歳代<br>06.50歳代　07.60歳代　08.70歳代　09.80歳代以上 |
| ③お住まい | （　　）都・道・府・県（　　）区・市・町・村 |
| ④本日受診した医療機関へのご自宅からの移動時間（片道） | （　　）分程度 |
| ⑤本日受診した医療機関への主な移動手段<br>（〇は1つだけ） | 01.徒歩　02.自転車<br>03.車　04.電車<br>05.その他 |
| ⑥本日受診した理由<br>（〇は1つだけ） | 01.この医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため<br>→⑥-1へ<br>02.違う医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため<br>→⑥-1へ<br>03.まだ診断されていないが、何かの病気ではないかと気になる症状があるため　⑥-2へ |
| 【⑥で01、02の場合】<br>⑥-1. 本日受診した理由の病気<br>（〇は1つだけ） | 01. 高血圧症<br>02. 脂質異常症（コレステロール値、中性脂肪値の異常など）<br>03. 高血圧症・脂質異常症以外の循環器系の疾患（不整脈など）<br>04. 花粉症　05. 花粉症以外のアレルギー系の疾患<br>06. 気管支喘息　07. 気管支喘息以外の呼吸器系の疾患（肺炎など）<br>08. アトピー性皮膚炎<br>09. アトピー性皮膚炎以外の皮膚系の疾患（皮膚乾燥症など） |

| | |
|---|---|
| | 10. 消化器系の疾患（胃炎など）<br>11. 泌尿・生殖器系の疾患（尿路結石、腎炎など）<br>12. 糖尿病　　13. 糖尿病以外の内分泌代謝障害（バセドウ病など）<br>14. 筋骨格系の疾患（関節リウマチ、腰痛症、椎間板ヘルニアなど）<br>15. 眼科系の疾患<br>16. 婦人科系の疾患<br>17. 偏頭痛　　18. 偏頭痛以外の精神・神経系の疾患<br>19. がん・腫瘍<br>20. その他（　　）<br>21. わからない・答えたくない |
| 【⑥で03の場合】<br>⑥-2. 本日受診した理由の症状<br>（○は主なものに1つだけ） | 01.熱がある<br>02.体がだるい<br>03.眠れない<br>04.いらいらしやすい<br>05.頭痛<br>06.目のかすみ<br>07.物が見づらい<br>08.耳なりがする<br>09.きこえにくい<br>10.動悸<br>11.息切れ<br>12.前胸部に痛みがある<br>13.せきやたんが出る<br>14.鼻がつまる<br>15.ゼイゼイする<br>16.胃のもたれ<br>17.下痢<br>18.便秘<br>19.食欲不振<br>20.腹痛・胃痛<br>21.痔による痛み・出血など<br>22.歯が痛い<br>23.歯ぐきのはれ・出血<br>24.かみにくい<br>25.発疹（じんま疹・できもの）<br>26.かゆみ（湿疹・水虫など）<br>27.肩こり<br>28.腰痛<br>29.手足の関節が痛む<br>30.手足の動きが悪い<br>31.手足のしびれ<br>32.手足が冷える<br>33.足のむくみやだるさ<br>34.尿が出にくい<br>35.頻尿（尿の出る回数が多い）<br>36.尿失禁（尿がもれる）<br>37.月経不順・月経痛<br>38.骨折・ねんざ<br>39.切り傷・やけどなどのけが<br>40.その他 |
| ⑦この医療機関には定期的に通院していますか<br>（○は1つだけ） | 01.定期的に通院している　　02.定期的には通院していない |
| 【⑦で「01. 定期的に通院している」と回答した場合】<br>⑦-1. この医療機関への通院の頻度はどの程度ですか<br>（○は1つだけ） | 01.1週間に1、2回<br>02.2週間に1回程度<br>03.1か月に1回程度<br>04.2か月に1回程度<br>05.3か月以上に1回程度 |
| 【⑦で「02. 定期的には通院していない」と回答した場合】<br>⑦-2. 以前に1回でもこの医療機関にかかったことがありますか<br>（○は1つだけ） | 01.かかったことがある<br>02.かかったことはない<br>03.わからない |
| 【⑦で「02. 定期的には通院していない」と回答した場合】<br>⑦-3. 今回の受診にあたり、以前にかかった医療機関から、この医療機関宛てに、紹介状等による情報提供をしてもらいましたか。（○は1つだけ） | 01.情報提供してもらった<br>02.情報提供してもらっていない<br>03.わからない |

## 問２．電話診療（電話とは、音声のみの電話をさします）についてお伺いします。

**①あなた（本日受診した患者さん）は、これまでに電話診療を受けたことがありますか。（○は１つだけ）**

01. 受けたことがある→①-1～2へ　　02. 受けたことがない　→問３へ

**【①で「01. 受けたことがある」を選択した場合】**

**①-1直近の電話診療を受けた時期（○は１つだけ）**

01. 2020年(今年)2月28日より前　02. 2020年（今年）2月28日以降 3月19日より前
03. 2020年（今年）3月19日以降 4月10日より前
04. 2020年（今年）4月10日以降　　05.わからない

**①-2直近の電話診療を受けた理由についてお答えください。**

**①-2-1 新型コロナウイルス感染拡大による理由（あてはまるもの全てに○）**

01. 新型コロナウイルス感染症の疑いがあったから
02. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと思ったから
03. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと家族等からすすめられたから
04. 自治体から外出自粛の要請があったから
05. 外出自粛の要請の有無にかかわらず、自主的に外出を控えていたから
06. その他の理由（　　）

**①-2-2 その他の理由（あてはまるもの全てに○）**

01. 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから
02. 住まいが遠方だから
03. 体の調子が悪いから
04. 通院の手助けを受けられないから
05. リラックスして受診できるから
06. 医師からすすめられたから
07. その他の理由（　　）

問３．オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、動画を用いる診察をさします）についてお伺いします。

①あなた（本日受診した患者さん）は、オンライン診療（上記）を知っていますか。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 知っている | 02. 知らない |

②あなた（患者さん）は、これまでにオンライン診療を受けたことがありますか（本日受診した医療機関に限りません）。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 受けたことがある　→②-1へ | 02. 受けたことがない　→③へ |

【②で「01. 受けたことがある」を選択した場合】

②-1 これまでに何回程度オンライン診療を受けたことがありますか（○は１つだけ）

01.1回、2回　02. ３回～５回　03.6回～9回　04.１０回以上
05.それ以上　06.わからない

②-2 直近のオンライン診療を受けた時期（○は１つだけ）

01. 2020年(今年)2月28日より前　02. 2020年（今年）2月28日以降 3月19日より前
03. 2020年（今年）3月19日以降 4月10日より前
04. 2020年（今年）4月10日以降　05.わからない

②-3 直近のオンライン診療を受けた理由についてお答えください。

②-3-1 新型コロナウイルス感染拡大による理由（あてはまるもの全てに○）

01. 新型コロナウイルス感染症の疑いがあったから
02. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと思ったから
03. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと家族等からすすめられたから
04. 自治体から外出自粛の要請があったから
05. 外出自粛の要請の有無にかかわらず、自主的に外出を控えていたから
06. その他の理由（　　）

②-3-2 その他の理由（あてはまるもの全てに○）

01. 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから
02. 住まいが遠方だから
03. 体の調子が悪いから
04. 通院の手助けを受けられないから
05. リラックスして受診できるから
06. 医師からすすめられたから
07. その他の理由（　　）

②-4 オンライン診療を行うことを決定する際に、医師から診療計画や注意点等の説明を受けましたか。（〇は１つだけ）

| | | |
|---|---|---|
| 01. 受けた | 02. 受けなかった | 03. 覚えていない |

②-5 オンライン診療を受ける際に使用している機器（パソコン・タブレット・スマートフォン等）について、あてはまるものをお答えください。（あてはまるもの全てに〇）

01. 以前から本人または家族等が所有している機器
02. 医療機関から貸与・配布された機器
03. その他（具体的に：　　）

②-6 オンライン診療を受けたことのある場所を選んでください。（あてはまるもの全てに〇）

| | |
|---|---|
| 01. 自宅 | 02. 勤務先 |
| 03. 入所している介護施設（老人ホームなど） | 04. 通っている介護施設（デイサービスなど） |
| 05. その他（具体的に：　　） | |

②-7 オンライン診療を受けた際に、診療以外の費用がかかりましたか。（〇は１つだけ）

| | | |
|---|---|---|
| 01. かかった | 02. かからなかった | 03. 覚えていない |

②-7-1【②-7において「01」を選択した場合】
支払った金額をご記入ください。

円

②-7-2 A【②-7において「01」を選択した場合】
オンライン診療にかかる費用と、診療以外の費用の徴収について説明を受けましたか。
（〇は１つだけ）

| | | |
|---|---|---|
| 01. 受けた | 02. 受けなかった | 03. 覚えていない |

②-7-2 B【②-7-2 Aにおいて「01」を選択した場合】
②-7-2Aの説明について納得できましたか。（〇は１つだけ）

| | | |
|---|---|---|
| 01. 納得できた | 02. 納得できなかった | 03. わからない |

【すべての方にお伺いします】

②-8 明細書※を見て、（○は１つだけ）診療にかかる費用と、診療以外の費用の区別ができましたか。（○は１つだけ）

| | | |
|---|---|---|
| 01. 区別できた | 02. 区別できなかった | 03. わからない |

※使用した薬剤の名称や行われた検査の名称などが記載された「患者さんの受診した医療の内容がわかるもの」として受診後に発行されるものであり、「領収書」とは異なります。

②-9 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをお答えください。（○はそれぞれ１つずつ）

| | |
|---|---|
| 1. 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた（直接触って異常を見つけてもらうことができない等） | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 2. 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 3. 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 4. 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 5. 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 6. 機器や診療システムの使い方が難しかった | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 7.診療以外に係る費用（システム利用料、通信費等）が高いと感じた | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 【「01」と答えた場合にお答えください】 7-1. どのような費用が高いと思いましたか。 | 具体的に： |
| 8. 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせられた | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 9. 対面診療と比べて待ち時間が減った | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 10. リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 11. 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった | 01.そう思う 02.そう思わない 03.わからない |
| 12. その他 | 具体的に： |

②-10 オンライン診療を受診した際、保険診療・保険外診療（自由診療）のどちらで受診しましたか。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 保険診療として受けた | 02.保険外診療（自由診療）として受けた |
| 03. 保険診療の場合と保険外診療の場合があった | 04. わからない |

②-10-1【②-10において「02」または「03」を選択した場合】
保険外診療（自由診療）としてオンライン診療を受けた場合について、疾患名と負担額を教えてください（疾患名、金額を記入）

| 疾患名 | 自己負担額 | |
|---|---|---|
| | ➡（１回当たり平均） | 円程度 |
| | ➡（１回当たり平均） | 円程度 |

オンライン診療を受けたことがある方は、②-10 の回答が終わったら**問４（すべての方が回答する設問）**へ

【②で「02. 受けたことがない」と答えた場合】

③オンライン診療を受けたことがない理由について選んでください。（あてはまるもの全てに○）

01. できるだけ対面での診療を受けたいと考えているから

| 「01」を選んだ場合：その理由をお答えください。（あてはまるもの全てに○、最もあてはまるもの１つに◎） | | |
|---|---|---|
| あてはまる理由に○ | 最もあてはまる理由に◎ | |
| | | 丁寧な診察が受けられるから |
| | | 検査や処置がすぐに受けられるから |
| | | 医師等の話が聞きやすいから |
| | | 病気に関する質問や相談がしやすいから |
| | | 病気のこと以外の相談や話がしやすいから |
| | | その他（　　） |

02. オンライン診療の必要性を感じたことがないから

| 「02」を選んだ場合：その理由をお答えください。（あてはまるもの全てに○、最もあてはまるもの１つに◎） | | |
|---|---|---|
| あてはまる理由に○ | 最もあてはまる理由に◎ | |
| | | 通院する時間は十分にあるから |
| | | 通院先が近いから |
| | | その他（　　） |

03. 医師からオンライン診療を提案されたことがないから
04. 医師からオンライン診療の適応にならないと言われているから
05. オンライン診療にかかる費用が高いから
06. 機器や診療システムの使用が難しいから
07. その他（具体的に：　　）

オンライン診療を受けたことがない方は、③の回答が終わったら問４（すべての方が回答する設問）へ

【すべての方】

**問４．今後の受診について、現時点のお考えをお答えください。（○は１つだけ）**

01. 新型コロナウイルスの問題とは関係なく対面診療を受けたい
02. 新型コロナウイルスの感染が懸念される間オンライン診療を受けたい
03. 新型コロナウイルスの問題とは関係なくオンライン診療を受けたい
04. 対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい
05. わからない
06. その他（具体的に：　　）

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、●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入の上、お近くのポストに投函してください。

**ID 番号：**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査　小児科施設票

※ この小児科施設票は、小児科・小児外科を有する病院・一般診療所の開設者・管理者の方に、小児外来診療における診療体制や取組、患者の状態等についてお伺いするものです。
※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をお書きください。
※ 特に断りのない場合は、令和２年10月1日時点の状況についてご記入ください。
※ 被災された等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 問１．貴施設の概要についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ①所在地 | （　　）都・道・府・県　※都道府県名まで |
| ②開設者<br>※○は1つだけ | 01. 国　02. 公立・公的　03. 社会保険関係団体<br>04. 医療法人　05. 個人　06. その他の法人 |
| ③標榜診療科<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 小児科　02. 小児外科　03. 内科 ＊1　04. 外科 ＊2<br>05. 呼吸器科　06. アレルギー科　07. 皮膚科　08. 耳鼻咽喉科<br>09. その他（具体的に　　） |

＊1…内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「03.内科」としてご回答ください。
＊2…外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「04.外科」としてご回答ください。

| | |
|---|---|
| ④医療機関の種別<br>※○は1つだけ | 01. 200床以上の病院　02. 200床未満の病院　03. 有床診療所　04. 無床診療所 |

⑤【病院・有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。

| 一般病床 | 療養病床 | （うち）介護療養病床 | 精神病床 | 感染症病床 | 結核病床 | 全体 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 | （　　）床 |

⑥全職員数（常勤換算＊3）をご記入ください。※小数点以下第1位まで

| 医師 | 歯科医師 | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師 | 薬剤師 | リハビリ職＊4 | 管理栄養士 | その他の医療職＊5 | 社会福祉士 | その他の職員 | 計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 | （　.　）人 |

| | |
|---|---|
| ⑦専ら小児科を担当する医師数 | 常勤（　　）人　非常勤（常勤換算）（　.　）人 |
| ⑧専ら小児外科を担当する医師数 | 常勤（　　）人　非常勤（常勤換算）（　.　）人 |
| ⑨公認心理師の配置状況 | 常勤（　　）人　非常勤（常勤換算）（　.　）人 |

＊3 非常勤職員の「**常勤換算**」は以下の方法で計算してください。
◆1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
◆1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1ヶ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）
＊4 **リハビリ職**とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。
＊5 **その他の医療職**とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。

| | |
|---|---|
| ⑩レセプトコンピュータ等による医事会計システム（いわゆるレセコン）の導入状況　※○は1つだけ | 01. 導入している　02. 導入の具体的な予定がある<br>03. 導入を検討中　04. 導入する予定はない |
| ⑪レセプト請求方法<br>※もっとも多いものに○ | 01. オンライン請求　02. 電子媒体（CDなど）による提出<br>03. 紙レセプトによる提出（手書き）　04. 代行請求 |

| ⑫医療情報連携ネットワーク＊ への参加の有無<br>＊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 | 01. 参加あり　　02. 参加なし |
|---|---|

⑬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・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。　※あてはまる番号すべてに○

01. ICTを活用している

| 活用しているICT<br>※あてはまる番号すべてに○ | 11. メール　　12. 電子掲示板<br>13. グループチャット　　14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）<br>15. その他（具体的に：　　） |
|---|---|

02. ICTを活用していない

## 問２．新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱い等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①令和２年３月以降の受診者や体制の動向等　※○はそれぞれ１つ

| | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. 新型コロナウイルス感染疑い※1の外来患者受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| b. 新型コロナウイルス感染患者の入院患者※2の受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| c. 新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無※3 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

②令和２年３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　※○はそれぞれ１つ

| | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| イ ア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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| ウ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| エ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| オ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、院内トリアージ実施料※5を算定する保険医療機関 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

※１．新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む）。

※２．新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

※３．１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たにり患した感染症、２）医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

※４．本設問におけるア～エの項目は、「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。

※５．「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９）」（令和２年４月８日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）１で示された院内トリアージ料を指す。

【すべての施設の方】

③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和２年 11 月１日時点）※○は１つだけ

01. 重点医療機関（新型コロナ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. その他（　　）

【すべての施設の方】

④「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※1」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和２年４月以降）についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。※○はそれぞれ１つ

| | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. 定数超過入院の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| b. 月平均夜勤時間数について、１割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| c. 看護要員※2の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、１割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| d.「ＤＰＣ対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※3の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| e. 平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| f. 重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| g. 在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| h. 医療区分２又は３の患者割合への影響について、施設基準通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |

※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 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（１）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。
※２．看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。
※３．「ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて」（令和２年３月 27 日保医発 0327 第６号）の第１の４(２)②に規定する場合を言う。

【すべての施設の方】

⑤次に挙げる各項目について、令和２年４月から 11 月１日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。※○はそれぞれ１つ

| | |
|---|---|
| a.外来（平日） | **01** 通常　**02** 制限　**03** 停止 |
| b.外来（土日） | **01** 通常　**02** 制限　**03** 停止　**04** 従来から実施なし |
| c.入院 | **01** 通常　**02** 制限　**03** 停止　**04** 従来から実施なし |
| d.救急 | **01** 通常　**02** 制限　**03** 停止　**04** 従来から実施なし |
| e.化学療法 | **01** 通常　**02** 制限　**03** 停止　**04** 従来から実施なし |
| f.手術 | **01** 通常　**02** 制限　**03** 停止　**04** 従来から実施なし |
| g.緊急手術 | **01** 通常　**02** 制限　**03** 停止　**04** 従来から実施なし |

【すべての施設の方】

⑥貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。※数字を記入

| ⑥-１　外来患者数 | | 1）初診の患者数 | （うち）紹介状により紹介された患者数 | 2）再診の延べ患者数 | 3）紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数 |
|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年（平成 31 年） | 4月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 5月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 6月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 7月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 8月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 9月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 10 月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| 令和2年 | 4月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 5月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 6月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 7月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 8月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 9月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |
| | 10 月1か月間 | （　　）人 | （　　）人 | 延べ（　　）人 | （　　）人 |

| | | ⑥-2 総入院患者数※1 | ⑥-3 救急搬送件数 |
|---|---|---|---|
| 令和元年（平成 31 年） | 4月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 5月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 6月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 7月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 8月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 9月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 10 月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| 令和2年 | 4月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 5月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 6月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 7月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 8月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 9月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |
| | 10 月1か月間 | 延べ（　　）人 | （　　）件 |

※1．施設全体の延べ人数でお答えください。

【すべての施設の方】

⑦緊急事態宣言の発出があった月から解除された月（令和２年４月１日～５月３１日）において、貴施設が小児患者の受療行動の変化に際して行った対応と、小児患者の健康影響等についてお伺いします。

| 貴施設が行った対応<br>および<br>各対応を行った患者数について<br><br>※イ～への各対応について当てはまるもの全てに○<br>該当が１つもない場合はトに○<br><br>※当てはまる場合は01～05の中から１つに○ | 【1)の 01~06 に１つでも○をつけた施設の方】<br>1-1)<br>各対応を行った患者がいる場合、患者の健康影響がありましたか。<br>※○は１つだけ | 【1)-1 で 01～03 に○をつけた施設の方】<br>２）患者の健康影響[注]の内容について、A～C のうち、あてはまるものに○、最もあてはまるものに◎を記入<br>※◎、○それぞれ１つ<br>注:総合的な影響度合いを踏まえ評価してください | | |
|---|---|---|---|---|
| | | A<br>救急外来を受診した | B<br>入院加療が必要となった | C<br>重篤な疾患の発見が遅れた |
| イ．小児患者・保護者の希望があり受診間隔を伸ばした<br>01．かなりいた　02．多少いた<br>03．あまりいなかった　04．ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01．かなりあった<br>02．多少あった<br>03．あまりなかった<br>04．ほとんどなかった | | | |
| ロ．検査・処置を中断・延期した<br>01．かなりいた　02．多少いた<br>03．あまりいなかった　04．ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01．かなりあった<br>02．多少あった<br>03．あまりなかった<br>04．ほとんどなかった | | | |
| ハ．通常の対応から変更し、日時を指定した完全予約制による対面での診療を実施した<br>01．かなりいた　02．多少いた<br>03．あまりいなかった　04．ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01．かなりあった<br>02．多少あった<br>03．あまりなかった<br>04．ほとんどなかった | | | |
| ニ．小児患者・保護者の希望に応じて電話・ICT を用いた診察を実施した<br>01．かなりいた　02．多少いた<br>03．あまりいなかった　04．ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01．かなりあった<br>02．多少あった<br>03．あまりなかった<br>04．ほとんどなかった | | | |
| ホ．処方を長期化した<br>01．かなりいた　02．多少いた<br>03．あまりいなかった　04．ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01．かなりあった<br>02．多少あった<br>03．あまりなかった<br>04．ほとんどなかった | | | |
| ヘ.その他（具体的に：　　）<br>01．かなりいた　02．多少いた<br>03．あまりいなかった　04．ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01．かなりあった<br>02．多少あった<br>03．あまりなかった<br>04．ほとんどなかった | | | |
| ト．特に対応は取らなかった | | | | |

【すべての施設の方】

⑦―１その他、新型コロナウイルス感染症や緊急事態宣言に伴う受療行動の変化や患者への健康影響等について、ご意見がある場合は自由に記載してください。

**＜オンライン診療等の定義について＞**

本調査では、各用語を下記のように定義します。

**【オンライン診療】**

オンライン診療料等の算定対象となる診療を指す。

**【情報通信機器を用いた診療】**

オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師―患者間でのビデオ通話により実施する診療を指す。

【すべての施設の方】

⑧新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話・情報通信機器を用いた診療の実施状況についてお伺いします。

| | | 令和元年 5月中 | 令和元年 9月中 | 令和2年 5月中 | 令和2年 9月中 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1）電話等初診料※1（214点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | | | （　）回 ※1回以上⑧－1へ | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 1回以上 ※1回以上⑧－1へ | （　）回 |
| 2）電話等再診料（73点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | （　）回 | （　）回 | （　）回 1回以上 ※1回以上⑧－1へ | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　）回 | （　）回 | （　）回 1回以上 ※1回以上⑧－1へ | （　）回 |
| 2）-1 うち 診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診料※2（73点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | ※2）と区別して把握していない場合は「×回」と記入 | | （　）回 | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 | （　）回 |
| 2）-1-1 うち 2）－1の算定を行う前はオンライン診療料を算定していた診療を置き換えた回数 | 電話（音声通話のみ） | ※2）―1と区別して把握していない場合は「×回」と記入 | | （　）回 | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 | （　）回 |
| 2）-2 診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診を行った際の管理料※3（100点、147点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | | | （　）回 | （　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　）回 | （　）回 |
| 3）オンライン診療料の算定回数（71点）**（新型コロナウイルス感染症の影響に関係なく実施しているものも含む）** | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　）回 | （　）回 | （　）回 ※1回以上⑧－1へ | （　）回 |
| 3）-1 個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価※4（100点）の算定回数 **（新型コロナウイルス感染症の影響に関係なく実施しているものも含む）** | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　）回 | （　）回 | （　）回 | （　）回 |

※１　新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた対応として「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和２年４月 10 日事務連絡）１．（１）に規定する初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行う場合で、「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 10)」（令和２年４月 10 日事務連絡）に基づいて A000 初診料の注２に規定する 214 点を算定する診療を指す。

※２　新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、既に診断されている慢性疾患等の診療または発症が容易に予測される症状の変化の診療を行い、「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 10)」（令和２年４月 10 日事務連絡）に基づいて A001 再診料の注７に規定する電話等再診料 73 点を算定する診療を指す。

※３　新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、以前から対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診を行った際に、「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 10)」（令和２年４月 10 日事務連絡）に基づいて算定する 147 点を指す。

※４　令和元年時点においては「オンライン医学管理料」を指す。

【令和２年５月に電話または情報通信機器を用いた診療（ビデオ通話）を行い、「⑧１）電話等初診料※１」または「⑧２）電話等再診料」もしくは「⑧３）オンライン診療料」を１回以上算定した病院・診療所の方】

⑧－１令和２年５月に電話または情報通信機器を用いた診療を実施した理由をお答えください。
※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---|---|
| 01. 新型コロナウイルス感染症拡大による影響を考慮したため | |
| 【「01」を選んだ場合】詳しい理由をご回答ください。 | |
| 11. 院内感染予防のために実施すべきと考えたため | |
| 12. 外出自粛等の患者の受療行動の変化に鑑みて実施すべきと考えたため | |
| 13. 患者から実施の要望があったため | |
| 02. 新型コロナウイルス感染症の拡大にかかわらず、新型コロナウイルス感染症の拡大以前から、情報通信機器を用いた診療を活用（又は活用を検討）していたため | |
| 【02を選んだ場合】<br>新型コロナウイルス感染症の拡大以前から、オンライン診療料の算定をしていましたか。<br>（算定していた場合は○） | |
| 【02を選んだ場合】具体的にどのような診療に対して活用（又は活用を検討）していましたか。 | |
| 21. 身体機能・認知機能等の低下により頻繁な通院が困難な患者に対する診療 | |
| 22. 仕事や家庭の事情等により頻繁な通院が困難な患者に対する診療 | |
| 23. 住まいが遠方で頻繁な通院が困難な患者に対する診療 | |
| 24. 予約システムを導入するなど、より効率の高い診療 | |
| 25. 患者の自宅や職場の環境を把握するなど、よりきめ細やかな診療 | |
| 26. その他の活用方法 | （具体的に：　　） |
| 03.その他の理由 | （具体的に：　　） |

【すべての施設の方】

⑨情報通信機器・電話を用いた診療以外で、貴施設の患者に対するICTの活用方法のうち該当するもの
※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---|---|
| 01.患者の自宅における生体情報（血圧・血糖値等）や生活情報（食事・運動等）の把握に用いている | |
| 02.患者への診療情報の共有（結果説明等）に用いている | |
| 03.オンライン受診勧奨や健康相談に用いている | |
| 04.服薬指導や薬学管理に用いている | |
| 05.他の医療機関等との診療情報の連携に用いている | |
| 06.その他 | （具体的に：　　） |

問３．診療料・加算に係る施設基準の届出の状況や算定の有無等についてお伺いします。

| 診療料・加算 | 時点 | 届出の状況 |
|---|---|---|
| ①初診料の機能強化加算<br>※○は1つだけ | 令和２年 10 月１日現在 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| ②再診料の時間外対応加算　※○は1つだけ | 令和２年 10 月１日現在 | 01. 時間外対応加算１　02. 時間外対応加算２<br>03. 時間外対応加算３　04. 届出なし |
| ③オンライン診療料<br>※○は1つだけ | 令和２年 10 月１日現在 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| ④小児科外来診療料<br>※○は1つだけ | 令和２年 10 月１日現在 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| ⑤小児かかりつけ診療料<br>※○は1つだけ | 令和２年３月以前 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| | 令和２年 10 月１日現在 | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| 診療料・加算 | 時点 | 算定の有無 |
| ⑥再診料の明細書発行体制等加算　※○は1つだけ | 令和２年９月中 | 01. 算定あり　02. 算定なし |

問４．貴施設の小児科・小児外科の令和２年４月、７月、10 月の各１か月間における、診療料・加算に係る算定の実人数・延べ回数についてお伺いします。（上段：算定のべ回数、下段：算定実人数）

| 診療料・加算 | 令和 2 年 4 月 | 令和 2 年 7 月 | 令和 2 年 10 月 |
|---|---|---|---|
| ①初診料（15 歳未満の外来患者） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| ②初診料の機能強化加算（15 歳未満の外来患者） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| ③再診料（15 歳未満の外来患者） | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 |
| ④外来診療料（15 歳未満の外来患者） | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 |
| ⑤小児科外来診療料（初診時） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| ⑥小児科外来診療料（再診時） | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 |
| ⑦小児科外来診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| ⑧小児かかりつけ診療料（初診時） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| ⑨小児かかりつけ診療料（再診時） | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 | （　　）回<br>（　　）人 |
| ⑩小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| ⑪小児特定疾患カウンセリング料 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |

問５．貴施設の小児科・小児外科の令和２年９月1か月間における、外来患者の実人数についてお伺いします。

| 診療料 | 0～5 歳 | 6 歳以上かつ未就学 | 小学生 | 中学生以上かつ 15 歳未満 |
|---|---|---|---|---|
| ①初診料・再診料・外来診療料のうちいずれか１つ以上を算定した患者 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| ②小児科外来診療料を算定した患者 | （　　）人 | | | |
| ③小児かかりつけ診療料を算定した患者 | （　　）人 | （　　）人 | | |
| ④小児特定疾患カウンセリング料（医師による場合、月の１回目） | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| ⑤小児特定疾患カウンセリング料（医師による場合、月の２回目） | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| ⑥小児特定疾患カウンセリング料（公認心理士による場合） | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

問６．地域における活動等の状況についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ①在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況（令和２年９月の１か月間）　※○は1つだけ | 01. 参加あり　02. 参加なし |
| ②都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（#8000等）への参加状況（令和元年10月～令和２年９月の１年間）　※○は1つだけ | 01. 参加あり　02. 参加なし |
| ③市町村の乳幼児健康診査の実施状況（令和元年10月～令和２年９月の１年間）　※○は1つだけ | 01. 実施あり　02. 実施なし |
| ④乳幼児に対する定期予防接種の実施状況（令和元年10月～令和２年９月の１年間）　※○は1つだけ | 01. 実施あり　02. 実施なし |
| ⑤幼稚園の園医又は保育所の嘱託医の就任の有無<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 幼稚園の園医<br>02. 保育所の嘱託医<br>03. 園医・嘱託医ではない |
| ⑥令和元年10月～令和２年9月の1年間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する**往診・訪問診療**の提供状況　※○は1つだけ | 01. 提供あり　02. 提供なし |
| ⑦令和元年10月～令和２年9月の1年間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する**訪問看護**の提供状況　※○は1つだけ | 01. 提供あり　02. 提供なし |

問７．初診料の機能強化加算に係る状況についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、初診患者に対する機能強化加算の施設基準の届出をしていますか。　※○は１つだけ

01. 届出あり　→ **質問①-1、①-2、②、③へ**　　02. 届出なし　→ **質問②、③へ**

【機能強化加算の届出をしている病院・診療所】

**①－１貴施設が該当する機能強化加算の施設基準をお答えください。**※あてはまるものすべてに○

| あてはまる施設基準に○ | |
|---|---|
| | 01. 地域包括診療加算に係る届出を行っている |
| | 02. 地域包括診療料に係る届出を行っている |
| | 03. 小児かかりつけ診療料に係る届出を行っている |
| | 04. 在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院で、在宅時医学総合管理料に係る届出を行っている |
| | 05. 在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院で、施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている |

【機能強化加算の届出をしている病院・診療所】

**①－２　令和２年９月１か月間において、専門医又は専門医療機関に紹介した初診患者数ならびに夜間・休日における相談件数について、それぞれお答えください。**

| | |
|---|---|
| １）専門医又は専門医療機関に紹介した初診患者（実人数） | （　　）人 |
| ２）夜間・休日における相談件数（延べ件数） | （　　）件 |
| ３）健康管理に関する相談件数（延べ件数） | （　　）件 |
| ４）保健・福祉サービスに関する相談件数（延べ件数） | （　　）件 |

【すべての施設の方】

②貴施設が、機能強化加算の届出に当たり満たすことが困難な要件は何ですか。

※あてはまる要件すべてに○、うち満たすことが最も困難な要件１つに◎

| あてはまる要件に○ | 最も困難な要件に◎ | |
|---|---|---|
| | | 00. 満たすことが困難な要件はない |
| | | 01. 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・施設入居時等医学総合管理料のいずれかの届出をしていること |
| | | 02. 健康管理にかかる相談を実施している旨を院内掲示していること |
| | | 03. 保健・福祉サービスに関する相談を実施している旨を院内掲示していること |
| | | 04. 夜間・休日の問合せへの対応を行っている旨を院内掲示していること |
| | | 05. 必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関である旨を院内掲示していること |
| | | 06. 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できる旨を院内掲示していること |
| | | 07. 上記02～06について記載した書面を、院内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにし、患者の求めがあった場合には当該文書を交付すること。 |
| | | 08. その他（具体的に：　　） |

【すべての施設の方】

**③機能強化加算の算定について、困難を感じることはありますか。**

※あてはまる番号すべてに○、うち最も困難を感じること１つに◎

| あてはまるものに○ | 最も困難なものに◎ | |
|---|---|---|
| | | 00. 困難に感じることはない |
| | | 01. 健康管理にかかる相談を実施することが難しい |
| | | 02. 保健・福祉サービスに関する相談を実施することが難しい |
| | | 03. 夜間・休日の問合せへの対応を実施することが難しい |
| | | 04. 患者が求めるかかりつけ医機能を発揮できていない |
| | | 05. 機能強化加算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 |
| | | 06. その他（具体的に：　　） |

## 問８．診療情報提供料（Ⅰ）注７：学校医等への情報提供の実施状況についてお伺いします。

【すべての施設の方】

**①貴施設では、令和２年９月１か月間において、診療情報提供料（Ⅰ）注７（医療的ケア児の学校医等への診療情報提供）に基づく算定※1を行いましたか。** ※○は１つだけ

※１　児童福祉法第56条の６第２項に規定する、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該学校において当該患者が生活するに当たり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定可能。

01.　算定あり　→ **質問②③④へ**　　02.　算定なし　→ **質問④へ**

【診療情報提供料（Ⅰ）注７に基づく算定をした病院・診療所】

**②令和２年９月１か月間において、診療情報提供料（Ⅰ）を算定した患者について、情報提供先（学校医又は医療的ケア指導医※2）ごとにそれぞれ実人数でお答えください。**

※２　医療的ケア指導医とは、学校等が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱等する医師を指す。

| | 学校医 | 医療的ケア指導医 |
|---|---|---|
| 全体 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）小学校に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）中学校に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）義務教育学校に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）中等教育学校の前期課程に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）特別支援学校の小学部に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）特別支援学校の中学部に在籍する患者 | （　　）人 | （　　）人 |

**③当該患者に行っている医療的ケアについてお答えください。**※あてはまる番号すべてに○

01. 人工呼吸器　　02. 経管栄養　　03. 痰の吸引
04. その他（　　）

【診療情報提供料（Ⅰ）注７に基づく算定にかかわらず、すべての病院・診療所】

**④令和２年９月１か月間において、診療情報提供料（Ⅰ）注７に基づく算定ができなかったが、学校医等に情報提供をしたケースがある場合、算定できなかった理由についてお答えください。**

※あてはまる番号すべてに○

01. 保育所や認定こども園に在籍する患者だから
02. 幼稚園に在籍する患者だから
03. 特別支援学校の高等部、高等学校、中等教育学校の後期課程に在籍する患者だから
04. 患者又はその家族等の同意を得られなかったから
05. 提供した情報の内容が、学校の看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導・助言等するために必要な診療情報ではなかったから　→ **質問④－１へ**
06. 医療的ケア児ではなかったから　→ **質問④－２へ**
07. その他（具体的に：　　）

【④で選択肢05を回答した病院・診療所】

**④－１具体的にはどのような情報であったのかお答えください。**※自由回答

【④で選択肢06を回答した病院・診療所】

**④－２具体的にどのようなケアが必要な児だったのかお答えください。**※自由回答

問９．小児かかりつけ診療料に係る状況についてお伺いします。

**【①～④には、問３の⑤の小児かかりつけ診療料について、令和２年 10 月１日現在において施設基準の届出を行っている場合のみ、ご回答ください。】**

| ①貴施設において小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師の人数 | 全体 | うち小児科・小児外科の医師 |
|---|---|---|
| | （　　）人 | （　　）人 |

②令和２年４月以降、小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの、患者の同意を得られないケースは、説明した患者の何割くらいありましたか。※○は1つだけ

01. １割未満　02. １割　03. ２割　04. ３割　05. ４割　06. ５割　07. ５割より多い
08. 患者の同意を得られなかったことはない

③患者が同意しない場合、どのような理由によるものでしょうか。
※あてはまる理由すべてに○、うち最も多い理由1つに◎

| あてはまる理由に○ | 最も多い理由に◎ | |
|---|---|---|
| | | 00. 同意を得られないケースはなかった |
| | | 01. 他の医療機関にかかりつけ医を持っているため |
| | | 02. 複数の小児科医療機関を受診しており、かかりつけ医を決定できないため |
| | | 03. 自宅から遠い、または今後遠くなる可能性があり、かかりつけ医を決定できないため |
| | | 04. 患者や保護者が求めるかかりつけ医機能を十分に提供できないため |
| | | 05. 自己負担金が高くなってしまうため |
| | | 06. その他（具体的に：　　） |

④小児かかりつけ診療料を算定している患者が、他の医療機関を受診した場合、どのように対応していますか。　※最も多いものに○を1つだけ

01. 他院に照会し、治療内容や投薬状況を把握するようにしている
02. 患者から治療内容や投薬状況を報告してもらうようにしている
03. その他（具体的に：　　）

**【⑤には、問３の⑤の小児かかりつけ診療料について、令和２年３月以前には施設基準の届出を行っていなかったが、令和２年 10 月１日現在では届出を行っている場合のみ、ご回答ください】**

⑤令和２年度診療報酬改定以降に、小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行った理由は何ですか。
※あてはまる理由すべてに○、うち最大の理由1つに◎

| あてはまる理由に○ | 最大の理由に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 算定対象となる患者が３歳未満から６歳未満に拡大されたから |
| | | 02. 令和２年度診療報酬改定の内容によらず届出を行うことを決めていたから |
| | | 03. その他（具体的に：　　） |

**【⑥・⑦には、問３の⑤の小児かかりつけ診療料について、令和２年 10 月１日現在において施設基準の届出を行っていない場合のみ、ご回答ください】**

⑥小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由は何ですか。
※あてはまる理由すべてに○、うち最大の理由1つに◎

| あてはまる理由に○ | 最大の理由に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 専ら小児科または小児外科を担当する常勤医師の配置に係る届出要件を満たせないから |
| | | 02. 院内処方を行わない場合の算定要件が見直されたから |
| | | 03. 時間外対応加算１または２に係る届出要件を満たせないから |
| | | 04. 「在宅当番医等への参加による月１回以上の休日・夜間の診療」「市町村の乳幼児健康診査の実施」「乳幼児に対する定期予防接種の実施」「超重症児・準超重症児への在宅医療」「幼稚園の園医・保育所の嘱託医の就任」のうち３つ以上に該当という届出要件を満たせないから |
| | | 05. 算定対象となる患者が６歳未満の患者に限定されているから |
| | | 06. 算定対象となる患者が４回以上の受診のある患者に限定されているから |
| | | 07. 外来患者に算定対象となる患者がいないから・少ないから |
| | | 08. 他院への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、業務負担が重いから |
| | | 09. 患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから |
| | | 10. 患者や患者家族に小児かかりつけ診療料の意義を理解してもらうのが困難だから |
| | | 11. 患者や患者家族の同意を得るのが困難だから |
| | | 12. 経営上のメリットが少ないから |
| | | 13. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから |
| | | 14. その他（具体的に：　　） |

⑦今後の小児かかりつけ診療料の施設基準の届出に関する予定・意向　※○は1つだけ

01. 届出の具体的な予定がある　　02. 届出を検討中　　03. 届出を行う予定はない

## 問 10.　小児特定疾患カウンセリング料に係る状況についてお伺いします。

①令和２年９月１か月間において小児特定疾患カウンセリング料を算定した**延べ回数**をお答えください。

| | |
|---|---|
| １）小児特定疾患カウンセリング料の算定回数 | （　　）回 |
| ２）（うち）医師による場合（月の１回目） | （　　）回 |
| ３）（うち）医師による場合（月の２回目） | （　　）回 |
| ４）（うち）公認心理師による場合 | （　　）回 |

②上記①１）で算定回数が１回以上の場合、対象患者がもつ疾患についてお答えください。
※あてはまる番号すべてに○

01. 気分障害　02. 神経症性障害　03. ストレス関連障害　04. 身体表現性障害（小児心身症を含む）
05. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む）
06. 心身的発達の障害（自閉症を含む）
07. 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む）

③上記①４）で算定回数が１回以上の場合、小児特定疾患カウンセリング料を算定した日に公認心理師がカウンセリングを実施した平均時間についてお答えください。　※○は１つだけ

01. 20分～30分未満　　02. 30分～45分未満　　03. 45分～60分未満　　04. 60分～90分未満　　05. 90分以上

**④医師のみが小児特定疾患カウンセリング料を算定している場合、公認心理士によるカウンセリングを実施していない理由についてお答えください。** ※あてはまるものすべてに○

01. 患者の希望がない
02. 公認心理師の確保が難しい
03. 治療計画の策定が難しい
04. 算定対象となる患者がいないから・少ないから
05. その他（具体的に：　　）

## 問11. 貴施設が有している小児患者に対するかかりつけ医機能についてお伺いします。

**①貴施設は、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。** ※あてはまるものすべてに○

01. どんな病気でもまずは診療できる
02. これまでの病歴や家族背景等を把握している
03. 必要時に専門医に紹介する
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
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
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
07. 児童に対して、予防接種を推奨・実施する
08. 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
09. 患者が入院や手術を行った医療機関と連携する
10. 患者の処方を担当する薬局と連携する
11. 往診や訪問診療などの在宅医療を行う
12. 在宅医療において看取りを行う
13. 行政への協力や学校医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う
14. 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
15. 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
16. その他（具体的に：　　）

**②小児かかりつけ医機能を推進する上で、どのような課題がありますか。**
※あてはまる課題すべてに○、うち最大の課題1つに◎

| あてはまる課題に○ | 最大の課題に◎ | |
|---|---|---|
| | | 01. 24 時間対応を行うことが難しい・負担が大きい |
| | | 02. 患者が複数の医療機関にかかりつけ医を持ち、混乱が生じるケースがある |
| | | 03. 加算等による医療機関側へのメリットが少ない |
| | | 04. 患者や保護者が複数の医療機関の受診を希望する |
| | | 05. 患者や保護者が求めるかかりつけ医機能を十分に提供できない |
| | | 06. 患者や保護者に説明・同意取得を行うことが困難 |
| | | 07. その他（具体的に：　　） |

問12. 貴施設の小児科・小児外科の患者に対する抗菌薬の使用状況等についてお伺いします。

①貴施設が、小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準で満たしているものはありますか。
※あてはまるものすべてに○

| あてはまるものに○ | |
|---|---|
| | 00. 満たしている施設基準はない |
| | 01. 抗菌薬の適正な使用を推進する体制が整備されている |
| | 02. （病院の場合）データ提出加算２に係る届出を行っている |
| | 03. 小児科もしくは感染症に関係する学会等が開催する抗菌薬の適正使用に資する研修会等に1年に1回以上参加している |
| | 04. （病院の場合）院内で抗菌薬の適正使用に資する研修会を行っている |

②小児抗菌薬適正使用支援加算を算定しようとした際に、いかなる困難や課題がありますか。
※あてはまる困難や課題すべてに○、うち最大の困難や課題1つに◎

| あてはまる困難・課題に○ | 最大の困難・課題に◎ | |
|---|---|---|
| | | 00. 困難や課題はない |
| | | 01. 地域感染症対策ネットワークに係る活動への参加や感染症に係る研修会等への定期的な参加が困難であり、小児抗菌薬適正使用支援加算に係る施設基準を満たせない |
| | | 02. データ提出加算２に係る届出を行っていない病院であり、小児抗菌薬適正使用支援加算に係る施設基準を満たせない |
| | | 03. 抗菌薬の投与が不必要なケースにおいて、文書を用いた説明・情報提供に困難を感じる |
| | | 04. 抗菌薬の投与が不必要にも関わらず、抗菌薬の投与・処方を望む患者への説明に困難を感じる |
| | | 05. 抗菌薬を処方しないことで費用が発生することについての説明に困難を感じる |
| | | 06. その他（具体的に：　　） |

問13. 貴施設の小児科・小児外科の患者に係る診療状況や関係機関との連携状況等についてお伺いします。

| ※①～⑤については、令和2年9月の1か月間の患者数・回数についてご回答ください。 | 令和２年９月に小児かかりつけ診療料を算定した患者 | 令和２年９月に小児かかりつけ診療料を算定していない15歳未満の患者 |
|---|---|---|
| ①専門医療機関を紹介した患者数 | （　　）人 | （　　）人 |
| ②患者の電話による緊急の相談等の対応回数 | （　　）回 | （　　）回 |
| ③夜間緊急受診回数 | （　　）回 | （　　）回 |
| ④連絡があったが対応できなかった回数 | （　　）回 | （　　）回 |
| ⑤上記④のうち、その後、患者にコールバックをした回数 | （　　）回 | （　　）回 |
| ※⑥～⑨については、令和元年9月および令和2年9月の状況についてご回答ください。 | 令和元年９月の状況 | 令和２年９月の状況 |
| ⑥貴施設にはない診療科を有する医療機関で、小児患者を紹介する医科の医療機関数 | （　　）施設 | （　　）施設 |
| ⑦小児患者を紹介する歯科の医療機関数 | （　　）施設 | （　　）施設 |
| ⑧高度な専門診療を提供する医療機関で、小児患者を紹介する医療機関数 | （　　）施設 | （　　）施設 |
| ⑨小児患者のカルテ等の診療記録を共有している医療機関数 | （　　）施設 | （　　）施設 |

⑩小児患者に関して、関係機関と連携する際にお困りになっていることについてご回答ください。
※あてはまる困り事すべてに○、うち最大の困り事に◎を1つだけ

| あてはまる困り事に○ | 最大の困り事に◎ | |
|---|---|---|
| | | 00. 困っていることはない |
| | | 01. 時間外・夜間に他の医療機関を紹介する必要が生じた場合に、紹介を断られることが多い |
| | | 02. 障害を有する小児患者に関する地方自治体との連携に困難を感じる |
| | | 03. 障害を有する小児患者に関する障害福祉サービスの提供者との連携に困難を感じる |
| | | 04. 小児患者に対応する訪問看護ステーションの確保に困難を感じる |
| | | 05. それぞれのケースに対して紹介先として適切な医療機関を選ぶための情報がない |
| | | 06. その他（具体的に：　　） |

問14. 明細書（公費負担医療を含む。）の無料発行についてお伺いします。

【診療所の方】

①貴施設の明細書の発行状況として、自己負担のある患者、ない患者のそれぞれについて、最もあてはまるものを選んでください。なお、明細書発行体制等加算を算定し、それ以外の費用を徴収していない場合は「無料で発行している」とお答えください。

※自己負担のある患者、自己負担のない患者それぞれについて○は1つだけ

| 自己負担のある患者 | 自己負担のない患者 | |
|---|---|---|
| | | 01. 原則として全患者に無料で発行している |
| | | 02. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、無料で発行している |
| | | 03. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、有料で発行している |
| | | 04. 「正当な理由」の届出をし、明細書の発行は行っていない |
| | | 05. 明細書の無料発行が義務付けられていないため、明細書の発行は行っていない |

【①で「02、03、04」を選択した方】

②－１　貴施設が該当する「正当な理由」は何ですか。　※○は1つだけ

01. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため
02. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、改修が必要であるため

②－２　貴施設が該当する「正当な理由」についてはいつまでに対応する予定ですか。　※○は1つだけ

01. 令和３年３月末まで　　02. 令和３年９月末まで　　03. 令和４年３月末まで
04. その他（具体的に：　　）　　05. 未定

②－３　全患者に明細書を無料で発行する場合にお困りになる内容をお答えください。　※○は1つだけ

01. 初期費用がかかる　　02. 運用経費がかかる
03. 明細書発行に伴って業務負担が増加する　　04. 会計等の患者の待ち時間が長くなる
05. 特にない

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、○月○日（○）までに専用の返信用封筒（切手不要）に同封し、お近くのポストに投函してください。

**ID番号：**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査 小児科患者票

**【医療機関記入欄】**

**※この調査票を患者（保護者）の方にお配りする前に、医療機関にて、下記①～③にご回答ください。**

| | |
|---|---|
| ①本日算定した基本診療料 | 01.初診料　02.再診料　03.外来診療料 |
| ②初診料に対する機能強化加算の算定 | 01.算定あり　02.算定なし |
| ③小児かかりつけ診療料の算定 | 01.算定あり（初診）02.算定あり（再診）03.算定なし |

※この小児科患者票は、小児科または小児外科を受診した患者の保護者の方に、かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書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○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

※ 特に断りのない場合は、令和２年10月１日時点の状況についてご記入ください。

## 問１．患者さん（本日診療を受けた方）についてお伺いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①性別　※○は１つだけ | 01.男性　02.女性 | ②年齢 | （　　）歳 |
| ③お住まい | （　　）都・道・府・県　※都道府県名まで | | |
| 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 | | | （　　）か所 |

## 問２．**本日受けた診療**についてお伺いします。

①本日受診した医療機関には定期的（３か月に1回程度以上の頻度）に通院していますか。（○は１つだけ）

01. 今回が初めて　02. 定期的に通院している
03. 定期的にではないが、過去に通院したことがある　04. わからない

②本日の患者さんの症状や病気として、下記の選択肢にあてはまるものはありますか。（○はいくつでも）

01. 上気道症状（せき、鼻水・鼻づまり、のどの痛み・腫れ）　02. 下痢症状
03. 長期的に抱えている持病がある　04. 01～03の中にあてはまるものはない

③本日の受診にあたり、薬を処方されましたか。（○は１つだけ）

01. 抗菌薬（抗生物質）を処方された
02. 抗菌薬（抗生物質）以外の薬を処方された
03. 薬は処方されたが、何の薬かわからない
04. 薬は処方されなかった

→ ③－１【質問③でいずれかの薬を処方された方】　薬の処方にあたり、医師からその内容の説明を受けましたか。（○は１つだけ）

01. 特段説明はなかった
02. 本日の症状や病気には、抗菌薬（抗生物質）は必要でないとの説明を受けた
　→（21. 文書での説明あり　22. 口頭での説明あり）
03. それ以外の説明を受けた

問３．抗菌薬（抗生物質）の処方についてお伺いします。

本日診療を受けた患者さんについて、同じような症状や病気について異なる医療機関を受診した際に、抗菌薬（抗生物質）の処方について医療機関によって異なる説明を受けたことがありますか。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01.ある | 02.ない |

問４．**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。

①あなたは、本日診療を受けた患者さんのかかりつけ医を決めていますか。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 決めている | 02. 決めていない |

| ①-1 本調査票をお渡しした医療機関の医師は、患者さんにとってのかかりつけ医ですか。（○は１つだけ） | ①-2 かかりつけ医を決めていない理由は何ですか。（○はいくつでも） |
|---|---|
| 01. かかりつけ医である<br>02. かかりつけ医ではない<br>03. 今後、かかりつけ医にするつもりである | 01. 医療機関にかかることがあまりないから<br>02. その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから<br>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<br>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<br>05. かかりつけ医をもつ必要性を感じないから<br>06. その他（具体的に：　　）<br>07. 特に理由はない |

②本日受診した医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えていますか。
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。（○はそれぞれ１つずつ）

| | | |
|---|---|---|
| 1) 他の医療機関の受診状況 | 1. 伝えている | 2. 伝えていない |
| 2) 処方された薬の内容 | 1. 伝えている | 2. 伝えていない |
| 3) お薬手帳 | 1. 見せている | 2. 見せていない |
| 4) かかりつけ医に関する説明 | 1. 受けたことがある | 2. 受けたことはない |
| 5) かかりつけ医に関する院内掲示 | 1.見たことがある | 2. 見たことはない |
| 6) かかりつけ医に関する文書 | 1.持ち帰ったことがある | 2. 持ち帰ったことはない |

**③本日診療を受けた患者さんにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか。（〇はいくつでも）**

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. 予防接種を推奨・実施してくれる
08. 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
09. 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる
10. 調剤を行う薬局と連携してくれる
11. 医療機関で薬を受け取ることができる
12. 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる
13. 在宅医療において看取りを行ってくれる
14. 行政への協力や学校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
15. 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
16. 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
17. その他（具体的に：　　）

## 問５．本日の明細書の受取状況と、明細書の受取に対するお考えについてお伺いします。

「明細書」とは、医療の透明化や患者さんへの情報提供を積極的に推進していくために、**使用した薬剤の名称や行われた検査の名称などが記載された「患者さんの受診した医療の内容がわかるもの」**として発行されるものであり、「領収書」とは異なります。

①本日の診療についての明細書の内容を確認しましたか。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. きちんと確認した | 02. おおまかに確認した |
| 03. ほとんど確認しなかった | 04. まったく確認しなかった |
| 05.「必要ない」と断ったため発行されなかった | |
| 06. 発行されなかった | |

▶①－１【質問①で確認しなかった方、または断った方】「明細書」を確認しなかった、または断ったのはなぜですか。（○はいくつでも）

01.「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
02.「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため
03. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため
04. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
05. 領収証の内容で十分なため
06.「明細書」の発行に時間がかかるため
07. 毎回ほぼ同じ内容であるため
08. 自己負担額がないため
09. その他（具体的に：　　）

②医療機関での会計の際に「明細書」を受け取れることを知っていましたか（本日の受付や会計時に知った場合も含みます）。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 知っていた | 02. 知らなかった |

③医療機関を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。（○は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 必要だと思う | 02. どちらかというと必要だと思う |
| 03. どちらかというと必要ないと思う | 04. 必要ないと思う |

④「明細書」の内容を確認することで、どのようなことに役立つと思いますか。（○はそれぞれ１つずつ）

| | |
|---|---|
| 1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 2. 医療費の内訳がわかりやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 5. 医療機関への安心感・信頼感が高まる | 01.そう思う　02.そう思わない　03.わからない |
| 6. その他 | 具体的に： |

## 問６．新型コロナウイルス感染症の影響による受療行動の変化等についてお伺いします。

①新型コロナウイルス感染症の影響により、あなたの医療機関への受診に関する行動に変化はありましたか。（〇は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 受診に関する行動の変化があった | 02. 受診に関する行動の変化はなかった |

【①で「01. 受診に関する行動の変化があった」と答えた場合】

②どのような変化がありましたか。（あてはまるもの全てに〇）

01. 受診頻度を少なくするようにした
02. 検査や処置などの延期やキャンセルをした
03. 処方薬を長めに出してもらうようにした
04. 電話やオンライン診察を利用するようにした
05. 受診頻度をむしろ増やすようにした
06. 市販薬で対応するようにした
07. その他（具体的に　　）

【①で「01. 受診に関する行動の変化があった」と答えた場合】

③受診に関する行動の変化により、あなたの体調に変化はありましたか。（〇は１つだけ）

| | |
|---|---|
| 01. 体調の変化があった | 02. 体調の変化はなかった |

【③で「01. 体調の変化があった」と答えた場合】

④どのような変化がありましたか。（あてはまるもの全てに〇）

01. 受診が遅れて症状が悪化した
02. 救急受診につながった
03. 入院治療を要した
04. 健康に気をつけるようになって、疾患に罹患する頻度が減った
05. その他（具体的に　　）

【すべての方にお伺いします】

⑤新型コロナウイルス感染症が収束した後の医療機関への受診に関する行動についてどのようにお考えになりますか。（あてはまるもの全てに〇）

01. 収束後は今よりも受診頻度を増やす
02. 収束後も今の受診頻度を維持する
03. 収束後は今よりも受診頻度を減らす
04. 処方薬を長めに出してもらう
05. 電話やオンライン診察を利用する
06. 市販薬で対応する
07. その他（具体的に　　）

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、〇月〇日（〇）までに専用の返信用封筒（切手不要）に同封し、お近くのポストに投函してください。

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 「受診時の定額負担に関する実態調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、外来医療の機能分化をさらに推進し、専門的な医療を提供する機能を担う病院における負担軽減等を図る観点から、定額負担徴収義務の対象拡大が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の病院と受診した患者の方を対象に、調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆「定額負担患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒（患者用、切手不要）」とともに外来患者の方にご配布ください。

◆「定額負担施設票」については、ご回答の上、**令和2年12月●日（●）まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社
E-mail：〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」
# 調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、地域包括診療加算の施設基準の見直し、オンライン診療料の算定要件見直し、診療情報提供料（Ⅲ）や婦人科特定疾患治療管理料の新設等、かかりつけ医機能や他の機関との連携の評価を目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療施設と受診した患者の方を対象に、調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆「かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査 患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒（患者用、切手不要）」とともに外来患者の方にご配布ください。

◆「オンライン診療に関する意識調査 患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒（患者用、切手不要）」とともに外来患者の方にご配布いただくか、案内に沿って電子調査票をダウンロードいただき、患者の方にメール送付の上、患者の方の記入が済んだ調査票を**令和2年12月●日（●）まで**に下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

（裏面に続く）

◆「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査 施設票」については、ご回答の上、**令和2年12月●日(●)まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要)」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社
E-mail：〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査（小児科）」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の要件の見直しや、診療情報提供料（Ⅰ）の見直し等、かかりつけ医機能や他の医療機関との連携の評価を目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療施設と受診された患者の方を対象に、調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆「小児科患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒（患者用、切手不要）」とともに患者（保護者）の方にご配布ください。

◆「小児科施設票」については、ご回答の上、**令和2年12月●日（●）まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社
E-mail：〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

# 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
# 精神医療等の実施状況調査（その1）
# 調　査　の 概　要

## 1. 調査目的

令和2年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、入院医療から外来・在宅医療まで様々な見直し・評価の新設等が行われた。

本調査では、これらのうち、「質の高い入院医療の評価」、「精神病棟における地域移行の推進」、「地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援に対する評価」、「適切な精神科在宅医療の推進」を中心に、改定に係る影響や関連した取組の実施状況等について調査・検証を行うことを目的とする。

## 2. 調査の視点

以下の視点に基づき、調査票の設計を行うことを検討している。

**目的①　質の高い入院医療に資する取組み状況や取組みの広まり・課題等を検証する。**

**視点①　クロザピンや持続性抗精神病注射薬剤の普及・使用状況の把握**

- 精神科急性期医師配置加算の算定状況の把握
- 精神科急性期病棟におけるクロザピン新規導入を目的とした転棟患者の受入れ状況や入院料算定平均日数の把握
- クロザピンの普及促進状況の把握と改定効果の検証
- 持続性抗精神病注射薬剤の治療指導管理料の算定状況等の把握、同薬剤使用促進効果の把握・検証

**視点②　精神科身体合併症の患者受け入れ・管理状況の把握**

- 精神科身体合併症管理加算の算定状況の把握
- 身体合併症患者の受け入れ状況等と受け入れ促進効果の把握・検証

**視点③　精神療養病棟における疾患別リハビリテーションの実施状況把握**

- 疾患別リハビリテーション料の算定状況等の把握と疾患別リハビリテーション実施促進効果の検証

**目的②　精神病棟からのスムーズな地域移行・地域定着に資する取組み状況や課題を、入院医療提供側及び外来・在宅療養側双方について検証する。**

**視点④　精神病棟からの地域移行・地域定着の実施状況と多職種連携状況の把握**

- 地域移行機能強化病棟入院料の算定状況及び退院促進効果の把握
- 精神科救急入院料届出施設の状況把握
- 精神科退院時共同指導料 2 届出施設における人員配置（精神科医師・看護師・保健師・精神保健福祉士の配置数等）、精神科退院時共同指導の実施状況・算定状況、多職種チームの体制及び実施上の課題の把握
- 精神科退院時共同指導の対象患者属性（基本属性及び疾患分類等）の把握

**視点⑤　精神科外来における地域移行・地域定着に資する支援実施状況と多職種連携状況の把握**

- 精神科退院時共同指導料 1 届出施設における人員配置（精神科医師・看護師・保健師・精神保健福祉士の配置数等）、精神科退院時共同指導の実施状況・算定状況、多職種チームの体制及び実施上の課題の把握
- 精神科退院時共同指導の実施におけるビデオ通話利用頻度の把握
- 療養生活環境整備指導の実施状況・算定状況や体制（職種別対応職員数及び１人あたり指導対象患者数等）、カンファレンス参加者属性（職種・所属等）や開催頻度、及び実施上の課題の把握
- 精神科退院時共同指導や療養生活環境整備指導の対象患者属性（基本属性及び疾患分類等）の把握

**視点⑥　精神科患者への訪問診療・訪問看護の実施状況や関係機関との連携状況の把握**

- 精神科在宅患者支援管理料 1、2、3 の算定状況、訪問診療・訪問看護の実施状況（訪問者職種や訪問頻度等）、対象患者属性（基本属性及び疾患分類等）の把握
- 関係機関の職員等と共同して実施するカンファレンスの参加者属性（職種・所属等）、開催頻度、開催方法（対面/ビデオ通話）等の把握

## 3. 調査票の種類

本調査は、「病院票」、「病棟票」および回答医療機関の受診患者の状況等を把握するための「入院患者票」で構成する。

入院患者票の対象は、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料より 3 名、精神病棟入院基本料（15 対 1）、精神料療養病棟入院料を算定している患者より、入院期間が1年未満の患者を1名、入院期間が1年以上 3 年未満の患者を1名、入院期間が 3 年以上の患者を 1 名の計 3 名、合計 6 名を任意で選定し、医療機関において記入を求める。

## 4. 調査の方法

本調査は、自記式アンケート調査方式により実施する。アンケート調査の構成、件数等は以下の通りとする。

調査は、紙媒体（ID を印字した調査票）への記入後、郵送返送する方法と、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送するオンライン上での回答も選択とする。

図表　調査対象

<table>
<tr><td>病院票</td><td>・病院　約 1,000 施設を対象に回答を求める。<br>「抽出条件」<br>・地域移行機能強化病棟入院料を算定する病院　約 50 施設（悉皆）<br>・精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料を算定する病院約 500 施設（悉皆）。<br>・精神病棟入院基本料、精神科急性期医師配置加算を算定している施設（悉皆）<br>・精神科リエゾンチーム加算あるいは精神科急性期医師配置加を算定している病院（悉皆）。<br>・精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている病院約 100 施設（悉皆）<br>・精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する病院から無作為抽出（上記に該当しない医療施設より抽出）</td></tr>
<tr><td>病棟票</td><td>・病院票の対象施設に、以下の入院基本料等を届け出ている病棟についてそれぞれ以下について回答を求める。<br><table><tr><td>a. 精神科救急入院料<br>b. 精神科急性期治療病棟入院料<br>c. 精神科救急・合併症入院料</td><td>・a、b、c の届出を行っている全病棟について記入。</td></tr><tr><td>d. 精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1、15 対 1）<br>e. 精神料療養病棟入院料</td><td>・d、e の届出を行っている病棟より、1 棟を選択の上記入。</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>入院患者調査</td><td>・病院票の対象施設に、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料を算定している患者 3 名、精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1、15 対 1）、精神料療養病棟入院料を算定している患者より、入院期間が1年未満の患者を 1 名、入院期間が1年以上 3 年未満の患者を 1 名、入院期間が 3 年以上の患者を 1 名、計 3 名、合計 6 名を任意で選定し医療施設に回答を求める。</td></tr>
</table>

## 5. 調査項目

＜新型コロナウイルスの影響に関する項目＞
「施設票」
◎新型コロナウイルス感染症への対応状況
・受診者や体制の動向
・「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」の対象となる険医療機関等の該当状況
・新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無
・「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」に関連し、診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響
・、医療提供状況に変化
○新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に必要な感染予防策を講じて訪問看護・指導を行った場合に算定する在宅移行管理加算を算定した人数。
○電話等での訪問看護・指導を行った場合に算定する訪問看護・指導体制充実加算を算定した人数。 等

※◎は他調査の一部とも共通の調査項目

## 6. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

| | 2020 年 | | | | 2021 年 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 1 月 | 2 月 | 3 月 |
| 調査票案の作成 | → | → | → | | | | |
| 調査客体の抽出・名簿作成 | | → | → | | | | |
| 調査票印刷・封入・発送 | | | → | → | | | |
| 調査実施期間 | | | | → | → | | |
| 督促状印刷・発送 | | | | → | → | | |
| データ入力・データクリーニング | | | | | → | | |
| 集計・分析 | | | | | → | → | |
| 報告書（案）の作成 | | | | | | → | |
| 追加分析 | | | | | | → | → |
| 報告書のとりまとめ | | | | | | | → |
| 調査検討委員会の開催 | | ★ | | | | ★ | |

ID

**病院票**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 精神医療等の実施状況調査

※この病院票は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。
※ご回答の際は、**あてはまる番号を○（マル）で囲んでください**。また、（　　）内には**具体的な数値、用語等**をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、**該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」**をご記入ください。
※特に断りのない質問については、**令和２年１０月１日時点**の状況についてご記入ください。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## １．貴施設の概要

| | |
|---|---|
| ①所在地 | （　　）都道府県 |
| ②開設者<br>（○は１つ） | 01. 国　02. 公立　03. 公的　04. 社会保険関係団体<br>05. 医療法人　06. 個人　07. 学校法人　08. 社会福祉法人<br>09. その他（　　） |
| ③同一法人または関連法人が運営する施設・事業所<br>（あてはまる番号すべてに○） | 01. 該当なし　02. 介護老人保健施設　03. 介護老人福祉施設<br>04. 訪問看護ステーション　05. 居宅介護支援事業所　06. 地域包括支援センター<br>07. 訪問介護事業所　08. 小規模多機能型居宅介護事業所<br>09. 看護小規模多機能型居宅介護　10. 通所介護事業所<br>11. 介護療養型医療施設　12. 介護医療院<br>13. 障害福祉サービス事業所（就労系サービス）<br>14. 障害福祉サービス事業所（相談系サービス）<br>15. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス）<br>16. その他（　　） |
| ④病院種別<br>（○は１つ） | 01. 精神科病院（単科）※　02. 精神科病院（内科等一般科標榜あり）※<br>03. 精神科を有する特定機能病院　04. 精神科を有する一般病院 |

※精神科病院（単科）・・・精神病床のみを有する病院のうち、精神科、神経科、心療内科、児童精神科、老年精神科のみを標榜する病院
精神科病院（内科等一般科標榜あり）・・・精神病床のみを有する病院のうち、上記以外の内科等一般科も標榜する病院

⑤貴施設が標榜している診療科をお選びください。（あてはまる番号すべてに○）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01. 内科 | 02. 呼吸器内科 | 03. 循環器内科 | 04. 消化器内科（胃腸内科） |
| 05. 腎臓内科 | 06. 神経内科 | 07. 糖尿病内科（代謝内科） | 08. 血液内科 |
| 09. 皮膚科 | 10. アレルギー科 | 11. リウマチ科 | 12. 感染症内科 |
| 13. 小児科 | 14. 精神科 | 15. 心療内科 | 16. 外科 |
| 17. 呼吸器外科 | 18. 心臓血管外科 | 19. 乳腺外科 | 20. 気管食道外科 |
| 21. 消化器外科（胃腸外科） | 22. 泌尿器科 | 23. 肛門外科 | 24. 脳神経外科 |
| 25. 整形外科 | 26. 形成外科 | 27. 美容外科 | 28. 眼科 |
| 29. 耳鼻いんこう科 | 30. 小児外科 | 31. 産婦人科 | 32. 産科 |
| 33. 婦人科 | 34. リハビリテーション科 | 35. 放射線科 | 36. 麻酔科 |
| 37. 病理診断科 | 38. 臨床検査科 | 39. 救急科 | 40. 歯科 |
| 41. 矯正歯科 | 42. 小児歯科 | 43. 歯科口腔外科 | 44. その他（　　） |

⑥令和元年 10 月及び令和 2 年 10 月における、医療法上の 1）病棟数、2）許可病床数をそれぞれご記入ください。
**※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数には「0」をご記入ください。**

| | | a. 一般病床 | b.療養病床 | c.精神病床 | d.感染症病床 | e.結核病床 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1）病棟数 | 令和元年 10 月 | 棟 | 棟 | 棟 | 棟 | 棟 |
| | 令和 2 年 10 月 | 棟 | 棟 | 棟 | 棟 | 棟 |
| 2）許可病床数 | 令和元年 10 月 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 令和 2 年 10 月 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |

⑦貴施設の精神科病棟についてお伺いします。病棟ごとの入院基本料および加算の届出状況をご記入ください。
貴施設が有する病棟の数だけご記入ください。

| | 4ページの「選択肢」を参照の上、あてはまる番号に○ | |
|---|---|---|
| | 入院基本料等の届出状況 | 加算の届出状況 |
| 精神科病棟１<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟２<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟３<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟４<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟５<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟６<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |

| | | |
|---|---|---|
| 精神科病棟 7<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟 8<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟 9<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟 10<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟 11<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟 12<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟 13<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 )<br>02.　⇒ 区分( 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 )<br>03.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>04.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分( 01 ・ 02 )<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |

| | | |
|---|---|---|
| 精神科病棟 14<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ）<br>02.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ）<br>03.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ）<br>04.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ）<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ）<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |
| 精神科病棟 15<br>（名称:　　）<br>許可病床数<br>床 | 01.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ）<br>02.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ）<br>03.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ）<br>04.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ）<br>05.　06.　07.<br>08.　⇒ 区分（ 01 ・ 02 ）<br>09. | 01. <A228> 精応　02. <A230> 精医管<br>03. <A230-2> 精移　04. <A230-3> 精身<br>05. <A231-2> 強行　06. <A247> 認ケア<br>07. <A247-2> せハイ　08. <A249> 精急医配 |

**【入院基本料の選択肢】**

01. 精神病棟入院基本料 ⇒ 区分(01. 10 対 1　02. 13 対 1　03. 15 対 1　04. 18 対 1　05. 20 対 1　06. 特別)
02. 特定機能病院入院基本料(精神病棟) ⇒ 区分(01. 7 対 1　02. 10 対 1　03. 13 対 1　04. 15 対 1)
03. 精神科救急入院料 ⇒ 区分(01. 1　02. 2)
04. 精神科急性期治療病棟入院料 ⇒ 区分(01. 1　02. 2)
05. 精神科救急・合併症入院料　06. 児童・思春期精神科入院医療管理料　07. 精神療養病棟入院料
08. 認知症治療病棟入院料 ⇒ 区分(01. 1　02. 2)　09. 地域移行機能強化病棟入院料

**【加算の選択肢】**

01. 精神科応急入院施設管理加算【A228 精応】　02. 精神病棟入院時医学管理加算【A230 精医管】
03. 精神科地域移行実施加算【A230-2 精移】　04. 精神科身体合併症管理加算【A230-3 精身】
05. 強度行動障害入院時医療管理加算【A231-2 強行】　06. 認知症ケア加算【A247 認ケア】
07. せん妄ハイリスク患者ケア加算【A247-2 せハイ】　08. 精神科急性期医師配置加算【A249 精急医配】

⑧貴施設が届出を行っている入院基本料等加算をお選びください。
**（あてはまる番号すべてに○。また、選択肢「01」「02」の場合は、該当する区分にも○）**

01. 診療録管理体制加算 ⇒ 区分（ 01. 1　02. 2 ）
02. データ提出加算 ⇒ 区分（ 01. 1　02. 2　03. 3　04. 4 ）
03. 栄養サポートチーム加算　04. 精神科リエゾンチーム加算　05. 摂食障害入院医学管理加算
06. 重度アルコール依存症入院医療管理加算　07. ハイリスク分娩管理加算　08. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
09. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算　10. 精神疾患診療体制加算　11. 排尿自立支援加算

| | |
|---|---|
| ⑨救急告示の有無 [令和 2 年 10 月 30 日（金）時点]（○は 1 つ） | 01. 救急告示なし　02. 救急告示あり |
| ⑩救急医療体制<br>（令和 2 年 10 月 30 日時点）<br>（○は 1 つだけ） | 01. 高度救命救急センター　02. 救急センター　03. 二次救急医療機関<br>04. いずれにも該当しないが救急部門を有している<br>05. 救急部門を有していない |
| ⑪精神医療に関する指定の状況<br>（令和 2 年 10 月 30 日時点）<br>**（あてはまる番号すべてに○）** | 01. 措置入院指定病院　02. 応急入院指定病院<br>03. 精神科救急医療施設　04. 認知症疾患医療センター<br>05. 指定自立支援医療機関　06. 指定発達支援医療機関<br>07. 医療観察法指定入院医療機関　08. 医療観察法指定通院医療機関 |

⑫貴施設における令和2年 10 月 1 か月間の精神保健福祉法上の入院区分に応じた新規入院患者数（延べ人数）をご記入ください。

| | a. 延べ人数（全体） | b. （うち）時間外・休日の入院患者数 |
|---|---|---|
| 1）総数 | 人 | 人 |
| 2）（うち）措置入院患者数 | 人 | 人 |
| 3）（うち）緊急措置入院 | 人 | 人 |
| 4）（うち）医療保護入院 | 人 | 人 |
| 5）（うち）応急入院 | 人 | 人 |

⑬精神科救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算の届出を行っていますか。また、届出をしている場合はその算定件数をご記入ください。**（○は 1 つ）**

01. いずれかも届出をしていない →**⑬-1 へ**
02. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届出している ⇒ 算定件数 （　　）件／月
03. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届出している ⇒ 算定件数 （　　）件／月

⑬-1（質問⑬でいずれも届出をしていないと回答した施設のみ） 届出をしていない理由をお選びください。
**（最もあてはまるもの 1 つに○）**

01. 近隣に連携できる医療施設がない
02. 地域に他の医療機関はあるが連携協議が行われていない（連携実績がない）
03. 地域連携による転院への患者・家族の理解が得られづらい
04. 精神科救急搬送患者の後方病床による支援の必要性が低い
05. その他 （　　）

⑭ 貴施設では、「感染防止対策加算」の施設基準の届出を行っていますか。（**○は１つ**）

01. 届出をしていない →質問⑮へ

02. 届出をしている

→届出の種類（○は１つだけ）
01. 感染防止対策加算1　　02. 感染防止対策加算2

【⑮は、⑭で**感染防止対策加算の「届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

⑮ 貴施設が「感染防止対策加算」の施設基準の届出を行っていない理由をお選びください。
**（あてはまる番号すべてに○、最もあてはまる番号１つに◎）**

| | あてまはまるものすべてに○ | 最も当てはまるもの１つに◎ |
|---|---|---|
| 01. 専任の院内感染管理者を配置することが難しいから | | |
| 02. 院内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制を整備することが難しいから | | |
| 03. 院内の感染防止対策部門に感染管理に関する十分な経験を有する医師、看護師並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師、臨床検査技師を適切に配置することが難しいから | | |
| 04. 感染管理防止加算2を算定している医療機関との連携が難しいから | | |
| 05. 感染管理防止加算1を算定している医療機関との連携が難しいから | | |

⑯令和元年 10 月及び令和 2 年 10 月における、医療法上の精神病床の各入院料別の 1）病棟数、2）届出病床数、3）病床利用率※1、4）平均在院日数※2 をそれぞれご記入ください。
**※該当病床がない場合は、病棟数と病床数には「0」、病床利用率と平均在院日数には「／」をご記入ください。**

| | 令和元年 10 月 | | | | 令和 2 年 10 月 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1）病棟数 | 2）届出病床数 | 3）病床利用率※1 | 4）平均在院日数※2 | 1）病棟数 | 2）届出病床数 | 3）病床利用率※1 | 4）平均在院日数※2 |
| a.精神病床全体 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| b.精神病棟入院基本料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| c.特定機能病院入院基本料（精神病棟） | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| d.精神科救急入院料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| e.精神科急性期治療病棟入院料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| f.精神科救急・合併症入院料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| g.児童・思春期精神科入院医療管理料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| h.精神療養病棟入院料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| i.認知症治療病棟入院料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| j.地域移行機能強化病棟入院料 | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |
| k.介護療養型医療施設（老人性認知症疾患療養病棟） | 棟 | 床 | % | 日 | 棟 | 床 | % | 日 |

※1 病床利用率は令和元年 8 月～10 月、令和 2 年 8 月～10 月のそれぞれ 3 か月の病床利用率をご記入ください。なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。
病床利用率＝（8 月～10 月の在院延べ患者数）÷{（月間日数×月末病床数）の 8 月～10 月の合計}

※2 平均在院日数は令和元年 8 月～10 月、令和 2 年 8 月～10 月のそれぞれ 3 か月の平均在院日数をご記入ください。平均在院日数の計算式は、以下の通りです（小数点以下は切り上げてください）。
平均在院日数=（8 月～10 月の在院患者延べ日数）÷{（8 月～10 月の新入棟患者数＋8 月～10 月の新退棟患者数）／2}
また、転棟患者についても、当該病棟に入棟した場合は新入棟患者として、当該病棟から他病棟に転棟した場合は退棟患者として対象に含めて算出してください。
なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。

⑰貴施設の職員数（常勤換算※1）をご記入ください。また、内数として、精神科病棟に従事している職員数（常勤換算※1）をご記入ください。（令和 2 年 10 月時点）

| | 施設の職員数 | うち　精神科病棟に従事している職員数 |
|---|---|---|
| 1）医師 | 人 | 人 |
| a.（うち）精神保健指定医 | 人 | 人 |
| b.（うち）精神科特定医師 | 人 | 人 |
| c.（うち）上記以外の精神科医師 | 人 | 人 |
| d.（うち）精神科以外の医師 | 人 | 人 |
| ※精神科病棟に従事している**精神科以外の診療科**のうち、勤務回数の多い科から、最大 3 診療科まで記載ください | e. 診療科名 1 | 週（　　）回勤務 |
| | f. 診療科名 2 | 週（　　）回勤務 |
| | g. 診療科名 3 | 週（　　）回勤務 |
| 2）看護師（保健師を含む）※2 | 人 | 人 |
| a.（うち）精神看護専門看護師* | 人 | 人 |
| b.（うち）認知症看護認定看護師* | 人 | 人 |
| c.（うち）精神科認定看護師** | 人 | 人 |
| 3）准看護師 | 人 | 人 |
| 4）看護補助者 | 人 | 人 |
| 5）薬剤師 | 人 | 人 |
| 6）作業療法士 | 人 | 人 |
| 7）公認心理師 | 人 | 人 |
| 8）精神保健福祉士 | 人 | 人 |
| 9）社会福祉士（上記 8）を除く） | 人 | 人 |
| 10）管理栄養士 | 人 | 人 |
| 11）事務職員 | 人 | 人 |
| 12）その他の職員 | 人 | 人 |

※1 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第 1 位までお答えください。
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）
※2＊日本看護協会の認定した者　＊＊日本精神科看護協会の認定した者

## 2．新型コロナウイルス感染症への対応状況

①令和2年3月以降の受診者や体制の動向等 （**それぞれ該当する番号1つに○**）

| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a．新型コロナウイルス感染疑い※1の外来患者受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| b．新型コロナウイルス感染患者の入院患者※2の受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| c．新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無※3 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

②令和2年3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」の対象となる険医療機関等の該当状況※4（**それぞれ該当する番号1つ に○**）

| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| イ ア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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| ウ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| エ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| オ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、「院内トリアージ実施料」※5 を算定する保険医療機関の該当有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

※1．新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む。）。
※2．新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。
※3．1）医療機関において患者が原疾患とは別に新たにり患した感染症、2）医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。
※4．本設問におけるア～エの項目は、「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。
※5．オは、「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９）」（令和２年４月８日付厚生労働省保険局医療課事務連絡） 1 で示されたもの。

③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和2年 11 月 1 日時点）（**該当する番号1つに○**）

01 重点医療機関（新型コロナ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 その他 （ ）

④「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※1」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和2年4月以降）についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。

**（それぞれ該当する番号1つに○）**

| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. 定数超過入院の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| b. 月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| c. 看護要員※2の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| d.「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※3の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| e. 平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| f. 在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |

※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 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 （１）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。
※2．看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。
※3．「ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて」（令和２年３月 27 日保医発 0327 第６号）の第１の４（２）②に規定する場合を言う。

⑤次に挙げる各項目について、**令和2年4月から 11 月 1 日までの間**に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。

**（それぞれ該当する番号1つに○）**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 外来（平日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| 外来（土日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 入院 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 救急 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 化学療法 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 緊急手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 精神科デイ・ケア等 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 精神科訪問診療 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| 精神科訪問看護 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |

⑥貴院の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

| ⑥-1 外来患者数 | | 1) 初診の患者数 | （うち）紹介状により紹介された患者数 | 2) 再診の延べ患者数 | 3) 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数 |
|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年（平成 31 年） | 4月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 5月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 6月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 7月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 8月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 9月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 10 月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| 令和2年 | 4月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 5月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 6月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 7月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 8月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 9月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |
| | 10 月1か月間 | 人 | 人 | 延べ 人 | 人 |

| | | ⑥-2 総入院患者数 ※1 | ⑥-3救急搬送件数 |
|---|---|---|---|
| 令和元年（平成 31 年） | 4月1か月間 | 人 | 人 |
| | 5月1か月間 | 人 | 人 |
| | 6月1か月間 | 人 | 人 |
| | 7月1か月間 | 人 | 人 |
| | 8月1か月間 | 人 | 人 |
| | 9月1か月間 | 人 | 人 |
| | 10 月1か月間 | 人 | 人 |
| 令和2年 | 4月1か月間 | 人 | 人 |
| | 5月1か月間 | 人 | 人 |
| | 6月1か月間 | 人 | 人 |
| | 7月1か月間 | 人 | 人 |
| | 8月1か月間 | 人 | 人 |
| | 9月1か月間 | 人 | 人 |
| | 10 月1か月間 | 人 | 人 |

※1. 施設全体の延べ人数でお答えください。

## 3．救急医療の提供状況等

①貴施設では、精神科救急医療体制整備事業に参加していますか。（令和 2 年 10 月 30 日時点） **（○は 1 つ）**
また、参加していない場合はその理由をお書きください。

01. 参加している **→①-1、2 へ**

02. 参加していない（理由　　） **→②へ**

【以降①−1、2 の質問は、**①で精神科救急医療体制整備事業に「参加している」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

| ①-1 貴施設の精神科救急医療施設の種別<br>（令和 2 年 10 月 30 日時点）**（あてはまる番号すべてに○）** | 01. 病院群輪番型施設　02. 常時対応型施設<br>03. 外来対応型施設　04. 身体合併症対応型施設 |
|---|---|

①-2 貴施設では、令和 2 年 10 月の 1 か月間に精神科救急医療体制整備事業の当番日は何日ありましたか。
また、その診療実績をご記入ください。（令和 2 年 10 月）
※常時対応型施設は 1 か月の稼働日数をご記載ください。

| | |
|---|---|
| 1）当番日 | （　　）日／月 |
| 2）診療実績 | 01. 入院：（　　）件／月　　02. 外来診療のみ：（　　）件／月 |

【以降②の質問については、**全ての施設の方**がご回答ください。】

②時間外、休日または深夜の救急外来（精神疾患にかかるもの）における体制をお選びください。

| | | |
|---|---|---|
| 1） 医師 | | **（○は 1 つ）**<br>01. 宿直が担当<br>02. 通常勤務として勤務者を配置している（宿直も兼ねている）<br>03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている |
| | a. 医師総数 | 人 |
| | b. （うち）精神科医 | 人 |
| | c．（うち）精神保健指定医 | 人 |
| 2） 看護師（保健師含む） | | **（○は 1 つ）**<br>01. 宿直が担当<br>02. 通常勤務として勤務者を配置している（宿直も兼ねている）<br>03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている |

【以降③の質問については、**「精神科救急入院料」**もしくは**「精神科救急・合併症入院料」**のいずれか（もしくは両方）の施設基準の届出を行っている医療機関のみご回答ください。】

③貴施設の診療時間をご記入ください。記入にあたっては、24 時間制でご記入ください。（例　午後 10 時は 22:00 と記入）

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) 保険医療機関として届け出ている診療時間 | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : |
| 2)施設基準の要件として求められている時間外診療の「時間外」の時間 | ※病院群輪番型の病院であって、当番日が曜日ごとに定められている場合は、その曜日に○をつけた上で、該当する曜日に時間を記入してください。 | | | | | | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 |
| | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : | : ～ : |
| | ※当番日が、日にちで割り振られている場合、以下にその時間を記入してください。 | | | | | | |
| | : ～ : | | | | | | |
| 3)施設基準の要件として求められている深夜診療の「深夜」の時間 | ___ : ___ ～ ___ : ___ | | | | | | |

## 4．精神科救急入院料等について

①貴施設では、精神科救急入院料の届出を行っていますか。（**○は１つ**）

01. 届出をしている **→②から⑤へ**

02. 届出をしていない **→⑥、⑦へ**

【以降②～⑤の質問は、①で**「01.届出をしている」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

②貴施設における令和元年 11 月から令和2年 10 月の直近 1 年間の以下の入院形態別の患者数（延べ人数）をご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1) 措置入院患者数 | 人 |
| 2) 緊急措置入院患者数 | 人 |
| 3) 応急入院患者数 | 人 |
| 4) 鑑定入院患者数 | 人 |
| 5) 医療観察法入院数 | 人 |

③貴施設における令和元年 11 月から令和2年 10 月の直近 1 年間の、精神疾患にかかる救急外来診療件数をご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1) 時間外の診療件数（※精神科救急入院料の施設基準の要件として求められている時間外診療を指す） | 件 |
| 2) 休日の診療件数（※精神科救急入院料の施設基準の要件として求められている休日診療を指す） | 件 |
| 3) 深夜の診療件数（※精神科救急入院料の施設基準の要件として求められている深夜診療を指す） | 件 |

④貴施設では、常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の年間実績について、「施設基準1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり 1.87 件以上であること」という要件を満たすものとして届出をしていますか。 （**○は１つ**）

| | |
|---|---|
| 01. 当該要件を満たすものとしての届出をしていない<br>**→⑤へ** | 02. 当該要件を満たすものとして届出をしている<br>→ 21. 施設基準(12)アの地域で届出<br>22. 施設基準(12)イの地域で届出<br>**→以下の質問④-1、④-2 にお答えください** |

| | |
|---|---|
| ④-1 ア又はイの地域の人口（届出時の算出根拠となる数値を計算するに当たり使用した人口）をお答えください。 | 人 |
| ④-2 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の年間実績のうち、初診患者数（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の延べ人数をお答えください。 | 人 |

⑤病棟数または病床数の上限を満たさなくなった場合の対応方法についてお伺いします。

令和 4 年 4 月以降、施設基準を満たさなくなった場合の対応を記入ください。 （**あてはまる番号すべてに○**）

01. 現在届け出ている病棟・病床の一部を、他の精神科入院料算定病棟へ届出を変更

01. 精神科急性期治療病棟　　02. 精神科救急・合併症入院料算定病棟

03. 精神病棟入院基本料 （**○は1つ**）
→ 01. 10 対 1　02. 13 対 1　03. 15 対 1　04. 18 対 1　05. 20 対 1　06. 特別

04. 児童・思春期精神科入院医療管理料算定病棟

05. 精神療養病棟　　06. 認知症治療病棟　07. 地域移行機能強化病棟　　08. 未定

02. 現在届け出ている病棟・病床の一部を、精神科以外の病棟へ届出を変更

03. 現在届け出ている病棟・病床の一部を廃止

04. 検討中（具体的に:　　）

【以降⑥、⑦の質問は、①で**「02.届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

⑥貴施設では今後「精神科救急入院料」を届け出る意向はありますか。 **（○は１つ）**

01. 具体的な予定がある

→ 届出予定時期：西暦（　　）年（　　）月

→ 予定している届出内容：　01. 精神科救急入院料１　　02. 精神科救急入院料２

02. （具体的な予定はないが）届出を行う意向がある

→ 予定している届出内容：　01. 精神科救急入院料１　　02. 精神科救急入院料２

03. 検討中であり、まだわからない

04. 届出を行う意向はない

05. その他 （　　）

⑦精神科救急入院料の施設基準のうち満たすことが難しいものをお選びください。
**（あてはまる番号すべてに○、最もあてはまる番号１つに◎）**

| | あてはまる番号すべてに○ | 最もあてはまる番号１つに◎ |
|---|---|---|
| 01. 当該病棟における常勤の医師の数は当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 | | |
| 02. 当該病棟に常勤の精神保健指定医が 1 名以上配置されており、かつ当該保険医療機関内に精神保健指定医が 5 名以上配置されていること。 | | |
| 03. 当該病棟において、1 日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、1 日に看護を行う看護師数がそれ以上である場合は、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は 2 以上であること。 | | |
| 04. 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。 | | |
| 05. 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 | | |
| 06. 精神科救急医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。 | | |
| 07. 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 | | |

## 5．精神科救急・合併症入院料について

| ①貴施設では、精神科救急・合併症入院料の届出を行っていますか。（○は１つ） |
|---|
| 01. 届出をしている →②へ |
| 02. 届出をしていない →⑦へ |

【以降②～⑥の質問は、①で**「01.届出をしている」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

| ②令和 2 年 10 月の該当する病棟の入院日数 | |
|---|---|
| a. 1か月間、当該入院料を算定している病棟の延べ入院日数 | 日 |
| b. うち 新規入院患者の延べ入院日数 | 日 |

③令和元年 11 月から令和 2 年 10 月における、該当する病棟の直近 1 年間の各退院患者数についてご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| うち 措置入院患者数 +鑑定入院患者数+医療観察法入院患者数+クロザピンの新規導入を目的とした入院患者数 | a. 入院日から起算して 3 か月以内に退院し、自宅等へ移行した患者数 | 人 |
| | b. 3 か月超の後に退院した患者数 | 人 |

④令和元年 11 月から令和 2 年 10 月における、該当する病棟の直近 1 年間の精神疾患にかかる救急外来診療件数をご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1) 時間外の診療件数 | 件 |
| 2) 休日の診療件数 | 件 |
| 3) 深夜の診療件数 | 件 |

⑤令和元年 11 月から令和 2 年 10 月における、当該病棟の新規入院患者数についてお答えください。

| | |
|---|---|
| 当該病棟の新規入院患者数 | 人 |
| 措置入院患者数 | 人 |
| 緊急措置入院 | 人 |
| 医療保護入院 | 人 |
| 応急入院 | 人 |
| 鑑定入院 | 人 |
| 医療観察法入院 | 人 |
| 合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者 | 人 |

⑥貴施設では、常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く）件数の年間実績について、「施設基準1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり 2.5 件以上であること」という要件を満たすものとして届出をしていますか。 （○は１つ）

| | |
|---|---|
| 01. 当該要件を満たすものとしての届出をしていない<br>→⑦へ | 02. 当該要件を満たすものとして届出をしている<br>→ 21. 施設基準(12)アの地域で届出<br>22. 施設基準(12)イの地域で届出<br>**→以下の質問⑥-1、⑥-2 にお答えください** |

| | |
|---|---|
| ⑥-1 ア又はイの地域の人口（届出時の算出根拠となる数値を計算するに当たり使用した人口）をお答えください。 | 人 |
| ⑥-2 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く）件数の年間実績のうち、初診患者数（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関を受診していない患者）の延べ人数をお答えください。 | 人 |

【以降⑦、⑧の質問は、①で**「02.届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

⑦貴施設では「精神科救急・合併症入院料」の届出意向はありますか。 **（○は１つ）**

01. 具体的な予定がある

→ 届出予定時期: 西暦(　　)年(　　)月

02. （具体的な予定はないが）届出を行う意向がある

03. 検討中であり、まだわからない

04. 届出を行う意向はない

05. その他 （　　）

⑧精神科救急・合併症入院料の要件として満たすことが難しいものをお選びください。

**（あてはまる番号すべてに○、最もあてはまる番号１つに◎）**

| | あてはまる番号すべてに○ | 最もあてはまる番号１つに◎ |
|---|---|---|
| 01. 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有する病院の病棟単位で行うものであること。 | | |
| 02. 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。 | | |
| 03. 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が 5 名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が 3 名以上配置されていること。 | | |
| 04. 当該病棟において、1 日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、1 日に看護を行う看護師数がそれ以上である場合は、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は 2 以上であること。 | | |
| 05. 当該地域において精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。 | | |
| 06. 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 | | |
| 07. 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。 | | |
| 08. 精神科救急・合併症医療に係る実績を相当程度有していること。 | | |

## ６．精神科急性期医師配置加算について

①精神科急性期医師配置加算の届出は行っていますか。 **（○は１つ）**

01. 届出をしている **→以下の質問の後、②へ**

| | |
|---|---|
| a.届出の種類 | 01. 加算1　02. 加算2イ　03. 加算2ロ　04. 加算3 |
| b.令和 2 年 4 月改定まで届出ていた病棟の種類 | 01. 精神病棟入院基本料（10 対 1）<br>02. 精神病棟入院基本料（13 対 1）<br>03. 精神科急性期治療病棟入院料 1<br>04. 特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（7 対 1、）<br>05. 特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（10 対 1）<br>06. 特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（113 対 1） |

02.届出をしていない **→質問③へ**

【以降②～の質問は、**①で精神科急性期医師配置加算の「02. 届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

② 精神科急性期医師配置加算の要件として満たすことが難しいものをお選びください。 **（○はいくつでも）**

a. **精神科急性期治療病棟入院料 1** の届出をしている施設の方のみご回答ください。

01. 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上配置されていること。

**【精神科急性期医師配置加算 1、2ロ関する基準に関連するもの】**

02. 「医療観察法入院患者」及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 か月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

03. 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間 6 件以上であること。

04. 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く）件数が年間 20 件以上であり、かつ、入院件数が年間 8 件以上であること。

**【精神科急性期医師配置加算3の基準に関連するもの】**

05. 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 か月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

06. 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間 3 件以上であること。

b.**精神病棟入院基本料 10 対 1、13 対 1、特定機能病院入院料を算定する精神病棟 7 対 1、10 対 1、13 対 1** の届出をしている施設のみご回答ください。

01. 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上配置されていること。

**【精神科急性期医師配置加算2のイに関する基準に関連するもの】**

02. 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が 100 床以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保健医療機関であること。

03. 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の 50%未満かつ届出を行っている精神病棟が 2 病棟以下であること。

04. 「救急医療対策事業実施要項」に定める第 2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第 3「救命救急センター」、第 4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

05. 24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関であること。

06. 精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

07. 当該病棟の直近 3 か月間の新規入院患者の 5%以上が入院時に A230-3 精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

08. 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第 2 条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後 12 時間以内に毎月 5 人以上（直近 3 か月間の平均）診察していること。

| ③当該病棟のクロザピン新規導入件数 | 件／年間 |
|---|---|

④貴施設では「精神科急性期医師配置加算」の届出意向はありますか。 **（○は１つ）**

01. 具体的な予定がある → 届出予定時期：西暦（　　）年（　　）月
→（01. 加算1　02. 加算2イ　03. 加算2ロ　04. 加算3）
02. （具体的な予定はないが）届出を行う意向がある →（01. 加算1　02. 加算2イ　03. 加算2ロ　04. 加算3）
03. 検討中であり、まだわからない
04. 届出を行う意向はない
05. その他 （　　）

## 7．クロザピンの使用状況等について

①貴施設では、「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の施設基準の届出は行っていますか。 **（○は１つ）**

01. 届出あり →届出時期：西暦（　　）年（　　）月**→①-1 へ**　　02. 届出なし**→③へ**

①-1 令和元年 6 月 1 か月間における診療実績をご記入ください。

| 1）実患者数：（　　）人/月 | 2）算定件数：（　　）件/月 |
|---|---|

②貴施設で治療ができない（クロザピンが投与できない）ことによる転院が行われていますか。 **（○は１つ）**
また、転院している場合はその実績をご記入ください。**（令和 2 年 8 月~10 月）**

01. 転院していない
02. 転院している → 転院患者数 （　　人） **令和 2 年 8～10 月**

【以降③、④の質問は、**①で「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の「届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

③貴施設が「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の届出を行っていない理由をお選びください。
**（最もあてはまるもの１つだけ○）**

01. クロザピンの対象患者が少ないため
02. 医療圏内にクロザピン等の専門的治療を受けられる他の医療機関があるため
03. CPMS への登録要件を満たすことができないため
04. 施設基準の要件を満たせないため **→③-1 へ**
05. その他 （具体的に　　）

③-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件をお選びください。 **（あてはまる番号すべてに○）**

01. 統合失調症の診断及び治療に関する十分な経験を有する常勤医師が配置できない
02. 統合失調症の診断及び治療に関する十分な経験を有する常勤薬剤師が配置できない
03. 副作用に対応できる体制が整備できない

④貴施設では、「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の施設基準の届出意向がありますか。 **（○は１つ）**

01.具体的な予定がある → 届出予定時期：西暦（　　）年（　　）月
02.（具体的な予定はないが、）届出を行う意向がある
03. 検討中であり、まだわからない
04. 届出を行う意向はない
05. その他 （　　）

## 8．身体合併症への対応状況について

① 貴施設内で対応困難な身体合併症に対する対応をお選びください。 **（最も多いもの１つだけに○）**

01. 精神科病床のある総合病院へ転院
02. 精神科リエゾンチームのいる（精神科病床のない）総合病院へ転院
03. 精神科リエゾンチームも精神科病床もない身体科のみの医療機関へ転院
04. 他院の外来受診
05. その他 （ ）

② 精神科身体合併症管理加算の届出は行っていますか。 **（○は１つ）**

01. 届出をしている **→④へ**　　02. 届出をしていない **→③へ**

【以降③の質問は、**②で精神科身体合併症管理加算の「届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

③ 精神科身体合併症管理加算の届出をしていない理由をお選びください。 **（○は１つ）**

01. （算定対象の患者はいるが、）算定対象となる入院料の病棟がないため
02. 身体合併症に対応していないため（他院へ転院して対応）
03. 施設基準の要件を満たせないため **→③-1 へ**
04. その他 （ ）

③-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件をお選びください。 **（あてはまる番号すべてに○）**

01. 病棟専任配置医師（内科または外科）の確保
02. 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保健医療機関を含む）の確保

④貴施設における令和2年 4 月から 9 月の間における摂食障害の新規入院患者数（延べ人数）をご記入ください。

| 1) 摂食障害の新規入院患者数 | 人 |
|---|---|

2) 1)について、入院時の BMI 別患者数

| a. 12 未満 | b. 12 以上 13 未満 | c. 13 以上 14 未満 | d. 14 以上 15 未満 | e. 15 以上 16 未満 | f. 16 以上 17 未満 | g. 17 以上 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑤摂食障害入院医療管理加算の届出状況をお選びください。 **（○は１つ）**

01. 届け出ている　　02. 届け出ていない

⑥疾患別リハビリテーションの施設基準の届出状況をお答えください。 **（あてはまるものすべてに○）**

01. 心大血管疾患リハビリテーション料　　02. 脳血管疾患等リハビリテーション料　　03. 廃用症候群リハビリテーション料
04. 運動器リハビリテーション料　　05. 呼吸器リハビリテーション料

⑥-1 **⑥においていずれも届出がない場合**にご回答ください。貴施設では、疾患別リハビリテーションの届出意向はありますか。**（○は１つ）**

01. 具体的な予定がある　　→ 届出予定時期: 西暦（　　）年（　　）月
02. （具体的な予定はないが、）届出を行う意向がある
03. 検討中でありまだわからない
04. 届出を行う意向はない
05. その他 （ ）

## 9．精神科リエゾンチームの状況

①精神科リエゾンチーム加算の届出状況をお選びください。（○は１つ）

01. 届け出ている →②へ　　02. 届け出ていない →⑦へ

【①で「01. 届け出ている」と答えた方にお伺いします。】

②精神科リエゾンチームによる診療において、他の医療機関の医師が対診することはありますか。（○は１つ）

01. 他の医療機関の医師が対診することがある　　02. 他の医療機関の医師が対診することはない

③貴施設における令和２年 10 月１か月間に、精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数（実人数）をご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 1）総数 | | 人 |
| | a. うち新型コロナウイルス感染症の患者数※ | 人 |
| 2）対象疾患別患者数 | a. 症状性を含む器質性精神障害（F0） | 人 |
| | b. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1） | 人 |
| | c. 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（F2） | 人 |
| | d. 気分［感情］障害（F3） | 人 |
| | e. 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（F4） | 人 |
| | f. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（F5） | 人 |
| | g. 成人の人格及び行動の障害（F6） | 人 |
| | h. 知的障害＜精神遅滞＞（F7） | 人 |
| | i. 心理的発達の障害（F8） | 人 |
| | j. 小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F9） | 人 |
| | k. 自殺企図 | 人 |
| | l. せん妄 | 人 |

※新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

| | |
|---|---|
| ④令和２年 10 月１か月間に、カンファレンスを開催した回数をご記入ください。 | 回 |

⑤上記④のカンファレンスへの参加職種をお答えください。（あてはまる番号すべてに○）

01. 精神科医　　02. 精神科認定看護師等　　03. 02 以外の看護師
04. 薬剤師　　05. 作業療法士　　06. 精神保健福祉士
07. 公認心理師*　　08. その他（　　）

*平成 31 年３月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者及び公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者を含む。

⑥精神科リエゾンチームのせん妄ケアチーム及び認知症ケアチームとの連携状況をお答えください。

| | |
|---|---|
| 1) せん妄ケアチームとの連携状況（○は1つ） | 01. 特に連携していない<br>02. 精神科リエゾンチームの精神科医がせん妄ケアチームを兼務している<br>03. 病状が悪化した場合、精神科リエゾンチームにコンサルトしている<br>04. チーム間で情報共有している<br>05. その他（具体的に：　　） |
| 2) 認知症ケアチームとの連携状況（○は1つ） | 01. 特に連携していない<br>02. 精神科リエゾンチームの精神科医が認知症ケアチームを兼務している<br>03. 病状が悪化した場合、精神科リエゾンチームにコンサルトしている<br>04. チーム間で情報共有している<br>05. その他（具体的に：　　） |

【①で「02. 届け出ていない」と回答した施設のみご回答ください】

⑦貴施設が「精神科リエゾンチーム加算」の届出を行っていない理由をお選びください。
**（最もあてはまるもの１つだけ○）**

01. 精神科リエゾンチーム加算の対象ではないため
02. 対象となる患者が少ないため
03. 施設基準の要件を満たせないため **→⑦-1 へ**
04. その他 （具体的に ）

⑦-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件をお選びください。 **（あてはまる番号すべてに○）**

01. 5 年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師の配置。
02. 精神科等の経験を 3 年以上有する所定の研修を修了した専任の常勤の看護師の配置。
03. 精神科病院又は一般病院での精神医療に 3 年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうちいずれか 1 人※の配置。
04. 入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師等が参加すること。
05. 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。
06. 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。
07. その他（ ）

※当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に 15 人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に 3 年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうちいずれか 1 人で差し支えない。

## １０．地域移行機能強化病棟について

① 貴施設は地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っていますか。 **（○は１つ）**

01. 届出をしている →②へ　　02. 届出をしていない→⑦へ

【以降②～⑥の質問は、**①で地域移行機能強化病棟入院料の「届出をしている」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

② 地域移行機能強化病棟入院料の届出をした時期はいつですか。

西暦（　　）年（　　）月

③ 地域移行機能強化病棟に転換した病床種別は何ですか。 **（あてはまる番号すべてに○）**

01. 精神病棟入院基本料 ⇒ 区分（ア. 10 対 1 イ. 13 対 1 ウ. 15 対 1 エ. 18 対 1 オ. 20 対 1 カ. 特別）
02. 特定機能病院入院基本料（精神病棟） ⇒ 区分（ア. 7 対 1 イ. 10 対 1 ウ. 13 対 1 エ. 15 対 1）
03. 精神科救急入院料 ⇒ 区分（ア. 1 イ. 2）
04. 精神科急性期治療病棟入院料 ⇒ 区分（ア. 1 イ. 2）
05. 精神科救急・合併症入院料　　06. 児童・思春期精神科入院医療管理料
07. 精神療養病棟入院料　　08. 認知症治療病棟入院料 ⇒ 区分（ア. 1 イ. 2）
09. その他 （　　）

④ 地域移行機能強化病棟入院料の届出に当たり、どのように精神病床を削減する計画ですか。

令和（　　）年（　　）月までに精神病床（　　）床を削減予定

⑤ 地域移行機能強化病棟入院料の届出に当たり、精神病床の許可病床数の変更を行いましたか。 **（○は１つ）**

01. 変更を行った→（　　）床削減　　02. 変更を行っていない

⑥ 貴施設では、病床削減後に、どのようなサービス・事業を新たに実施したいと考えていますか。（下記の選択肢には法人種別により実施できないものも含まれています） **（あてはまる番号すべてに○）**

01. 特にない

【医療サービス】

02. 精神科救急・急性期病床　　03. 重度かつ慢性等の精神障害者に医療を提供する病床
04. 精神科外来　　05. 精神科デイ・ケア等　　06. 訪問診療
07. 訪問看護　　08. 精神科以外の外来
09. その他医療サービス（　　）

【介護サービス等】

10. 短期入所療養介護　　11. 介護老人保健施設　　12. 介護老人福祉施設
13. 軽費老人ホーム　　14. 養護老人ホーム　　15. 有料老人ホーム
16. サ高住　　17. 認知症高齢者グループホーム
18. その他介護サービス（　　）

【障害福祉サービス】

19. 居宅介護　　20. 重度訪問介護　　21. 同行援護
22. 行動援護　　23. 療養介護　　24. 生活介護
25. 短期入所　　26. 重度障害者等包括支援　　27. 施設入所支援
28. 自立訓練（機能訓練）　　29. 自立訓練（生活訓練）　　30. 就労移行支援
31. 就労継続支援A型　　32. 就労継続支援B型　　33. 就労定着支援
34. 自立生活援助　　35. 共同生活援助（グループホーム）
36. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）
37. 計画相談支援　　38. 基本相談支援
39. その他障害福祉サービス（　　）

【以降⑦、⑧、⑧-1 の質問は、**①で地域移行機能強化病棟入院料の「届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

⑦ 現在、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていない理由は何ですか。
**（あてはまる番号すべてに○、最もあてはまる番号１つに◎）**

| | あてはまる番号 番号すべてに ○ | 最もあてはまる番号1つに ◎ |
|---|---|---|
| 01. 長期入院患者がいない・少ない | 01 | 01 |
| 02. 転換に適した病床がないため（精神科急性期病床のみ、精神病床が少ないなど） | 02 | 02 |
| 03. 地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため | 03 | 03 |
| 04. 精神病床の削減は経営的に困難なため | 04 | 04 |
| 05. 過去に届出を行っていたが取り下げた （取り下げた理由: ） | 05 | 05 |
| 06. 施設基準の要件を満たせないから →⑦-1 へ | 06 | 06 |
| 07. その他 （具体的に | 07 | 07 |

⑦-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件は何ですか。 **（あてはまる番号すべてに○）**

| | |
|---|---|
| 01. 病棟配置の医師の確保 | 02. 病棟配置の看護職員の確保 |
| 03. 病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保 | 04. 病棟配置の作業療法士の確保 |
| 05. 常勤の公認心理師の配置 | 06. この設置 |
| 07. 退院支援相談員の確保 | 08. 長期入院患者の退院が進んでいること |
| 09. 精神病床の減少 | 10. 地域生活を支援する関係機関等との連携 |
| 11. 自宅等退院患者が 2.4%以上 | |

⑧ 今後、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行う意向はありますか。 **（○は１つ）**

01. 具体的な予定がある → 届出予定時期:令和( )年( )月
02. （具体的な予定はないが、）届出を行う意向がある
03. 検討中であり、まだわからない
04. 届出を行う意向はない
05. その他 （具体的に ）

⑧-1 どのような状況があれば、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしようと思いますか。具体的にご記入ください。

## １１．貴施設における退院支援部門の体制等

①貴施設では、退院支援※を担当する専門部署（地域移行推進室等名称は問わない）を設置していますか。
**（○は１つ）**

01. 設置している　　02. 設置していない

※退院支援とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行うことをいいます。

②貴施設において、管理者等が特に困難と感じる退院支援業務等をお選びください。上位 **5 つまで**選択してください。
**（○は 5 つまで）**

01. 困難な業務はない

退院後に必要な支援の検討に関する業務

- 02. 退院支援計画の作成
- 03. 退院支援計画の患者や家族等への説明
- 04. 保健所、指定特定・一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との連携
- 05. 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討
- 06. 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討
- 07. 後見人、保佐人または補助人の必要性の検討
- 08. 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成
- 09. 日中の適切な活動場所の検討

退院に向けた訓練に関する業務

- 10. 地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施（家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等）
- 11. 服薬アドヒアランスの確認と安定に向けた介入
- 12. 居住先等での試験外泊や訓練の実施
- 13. 市区町村役所での諸手続きや居住先で必要な日用品購入等への同行
- 14. 活動場所への移動手段に応じた訓練
- 15. 退院前の精神科デイ・ケア等の実施
- 16. 退院前の訪問看護の実施

退院後に必要な資源の確保に関する業務

- 17. 通院医療機関の確保
- 18. 居住の場の検討と居住先の確保
- 19. 後見人、保佐人または補助人が必要時の申請の支援
- 20. 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保

その他

- 21. その他（　　）

③**精神科退院時共同指導料**の届出状況をご記入ください。**（○は1つ）**

01. 届 出 をしている　　→**③ -1、2、3、4、5へ**
02. 届 出 をしていない　　→**④へ**

【以降の③−1から5は、③で**「01. 届出をしている」**と回答した施設にお伺いします。】

③−1 **令和2年8月から10月の間**における**精神科退院時共同指導料**の算定状況をご記入ください。（○は1つ）

01. 算 定 し て い る　**→③−2 ～ 5へ**

③−2 算 定 実 績 お よ び 共 同 指 導 の 実 施 状 況 を ご 記 入 く だ さ い 。

| | a. **令 和 2 年 8 月 か ら 10 月** の 算 定 回 数 | b.**a の 患 者** に 対 す る 共 同 指 導 に 基 づ く 多 職 種 カ ン フ ァ レ ン ス の 開 催 回 数 | c. **b のうち**ビデオ通話等による開催回数 |
|---|---|---|---|
| 精神科退院時共同指導料**1・イ（Ⅰ）** | 回 | 回 | bのうち　回 |
| 精神科退院時共同指導料**1・ロ（Ⅱ）** | 回 | 回 | bのうち　回 |
| 精神科退院共同指導料**2** | 回 | 回 | bのうち　回 |

02. 算 定 し て い な い　→④へ

③−3 退院時に共同して指導を実施する医療機関との**連携活動等の実施状況**をご記入ください。 ※それぞれ1つに○

| | 容易に実施できる | ある程度容易に実施できる | どちらともいえない | 実施はあまり容易ではない | 実施は容易ではない |
|---|---|---|---|---|---|
| 1）入院医療を提供している医療施設として外来又は在宅医療を担う医療施設への声かけを行う | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 2）外来又は在宅医療を担う医療施設として入院医療を提供している医療施設からの声かけを受ける | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 3）外来又は在宅医療を担う医療施設として入院医療を提供している医療施設への声かけを行う | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |

③−4 精神科退院時共同指導を行う多職種チームにおいて、以下の職種の参加状況についてご記入ください。
**（それぞれ該当する番号1つに○）**

| ＜貴施設が**在宅療養担当施設である場合**（貴施設が**精神科退院時共同指導料1**を算定する場合）＞<br>**※指導料1の算定が0回の場合は回答不要** | **すべての**ケースで参加 | **半数以上の**ケースで参加 | **半数未満の**ケースで参加 | 参加しているケースは**ない** |
|---|---|---|---|---|
| 1）貴施設の薬剤師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 2）貴施設の作業療法士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 3）貴施設の公認心理師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 4）貴施設の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師又は看護師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 5）貴施設の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 6）市町村等の担当者 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 7）その他の関係職種<br>（ 具体的に: ） | 01 | 02 | 03 | 04 |

| ＜貴施設が**入院医療を提供する施設**である場合（貴施設が**精神科退院時共同指導料2**を算定する場合）＞<br>**※指導料2の算定が0回の場合は回答不要** | **すべての**ケースで参加 | **半数以上の**ケースで参加 | **半数未満の**ケースで参加 | 参加しているケースは**ない** |
|---|---|---|---|---|
| 1）在宅療養担当医療機関の薬剤師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 2）在宅療養担当医療機関の作業療法士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 3）在宅療養担当医療機関の公認心理師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 4）在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師又は看護師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 5）在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 6）市町村等の担当者 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 7)その他の関係職種<br>（具体的に: ） | 01 | 02 | 03 | 04 |

| ③-5 **医師、看護師、精神保健福祉士以外に**多職種によるカンファレンスに参加している職種をご記入ください。**（それぞれあてはまる番号すべてに○）** | |
|---|---|
| 1)貴施設内 | 01. 薬剤師<br>02. 作業療法士<br>03. 公認心理師<br>04. その他の関係職種（ ） |
| 2)貴施設以外の施設、組織等 | 01. 薬剤師<br>02. 作業療法士<br>03. 公認心理師<br>04. 訪問看護ステーションの看護師等<br>05. 訪問看護ステーションの作業療法士<br>06. 市町村若しくは都道府県、保健所を設置する市又は特別区等の担当者<br>07. その他（ ） |

【以降の④は、③で**「02. 届出をしていない」**と回答した施設にお伺いします。】

| ④届出をしていない理由についてご記入ください。（**あてはまる番号すべて**に○） |
|---|
| 01. 専任の精神保健福祉士が1名以上配置されていることを満たせないため |
| 02. 共同指導を行うことができる医療機関がないため |
| 03. 多職種によるカンファレンスの開催が困難であるため |
| 04. 支援計画の作成が困難であるため |
| 05. その他（ ） |

【以下の⑤から⑥は全ての施設にお伺いします。】

| ⑤精神科退院時共同指導料の普及、充実を図るための方策、課題をご記入ください。 |
|---|
| |

| ⑥精神疾患を有する患者の地域移行と地域定着を推進するため、今後、どのような取組が必要とお考えになりますか。 |
|---|
| |

## １２．貴施設における外来医療の状況

①貴施設の精神科外来に通院中の患者に対して、医師による診察以外に、医師以外の職種が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための相談等の支援を行うことはありますか。（**○は１つ**）

01. ある **→②へ**　　02. ない **→⑥へ**

【以下の②～⑤は、①で**「01.ある」と回答した施設のみ**ご回答ください】

②医師以外の職種が、具体的にどのような支援を行っていますか。主なもの **5つまで**選択してください。（**○は5つまで**）

患者への支援提供

- 01. 居住の場の検討及び居住先の確保等、住まいに関係した相談支援
- 02. 後見人、保佐人または補助人の必要性の検討及び必要時の申請の支援
- 03. 服薬状況、副作用出現の有無等の確認や服薬支援
- 04. 症状悪化時の対処方法や緊急時連絡先の確認等の相談支援
- 05. 市区町村役所での諸手続きや居住先で必要な日用品購入等への同行
- 06. 日中の適切な活動場所の検討
- 07. 活動場所への移動手段に応じた訓練

院内・院外連携

- 08. 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討及びサービス事業者等との連携調整
- 09. 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討及びサービス事業者等との連携調整
- 10. 学校や職場等の関係機関との連絡調整
- 11. 保健所や精神保健福祉センター等の都道府県行政サービスとの連携調整
- 12. 基幹相談支援センター等の市区町村行政サービスとの連携調整

その他

- 13. その他（　　）

③主にどの職種が支援を行っていますか。（**あてはまる番号すべてに○**）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01. 保健師 | 02. 看護師 | 03. 精神保健福祉士 | 04. 薬剤師 |
| 05. 作業療法士 | 06. 公認心理師 | 07. その他（具体的に　　） | |

④病棟専従の精神保健福祉士の他に、外来で相談業務を行う精神保健福祉士を配置していますか。（**○は１つだけ**）

01. 配置していない　　02. 配置している

⑤どのような場合に支援を行っていますか。（**あてはまる番号すべてに○**）

01. 患者又は家族等からの求めがあった場合に行う
02. 担当医師の指示があった場合に行う
03. 全ての外来通院患者に行う
04. 後見人、保佐人または補助人の必要性の検討及び必要時の申請の支援
05. その他（　　）

【以下の⑥は全ての施設にお伺いします。】

⑥**療養生活環境整備指導加算**の届出状況をご記入ください。（**○は１つ**）

01. 届出している

→【「01」を選択した場合に回答】令和2年8月から10月までの間の算定回数、算定患者数（実人数）をご記入ください。】

| 算定回数: 回 | 算定患者数（実人数）: 人 |
|---|---|

02. 届出していない

⑥-1 ⑥で**「02. 届出していない」**と回答した施設にお伺いします。
施設基準等のうち満たすことが難しい要件としてあてはまるものをご記入ください。
**（あてはまる番号すべてに○）**

01. 専任の精神保健福祉士が1名以上勤務
02. 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数が1人つき30人以下
03. 多職種が参加する3ヶ月に1回のカンファレンスの開催
04. 退院時共同指導料1を算定した患者であること
05. その他（ ）

【以下の⑦は全ての施設にお伺いします。】

⑦全ての施設にお伺いします。
療養生活環境整備指導加算の実施に関する課題をご記入ください。

## １３．在宅医療の状況について

①貴施設では、精神科在宅患者の**往診**を実施していますか。

01. 往診を実施している

| → 令和 2 年 10 月の実施回数:(　　)回 | 令和 2 年 10 月に往診を行った実患者数:(　　)人 |
|---|---|

02. 往診を実施していない

②貴施設では、精神科在宅患者の**訪問診療**を実施していますか。

01. 訪問診療を実施している

| → 令和 2 年 10 月の実施回数:(　　)回 | 令和 2 年 10 月に訪問診療を行った実患者数:(　　)人 |
|---|---|

02. 訪問診療を実施していない

③貴施設において、独自あるいは他の医療機関等との連携等により、24 時間体制として整備されているものをご記入ください。
**(あてはまる番号すべてに○)**

01. 自施設のみで 24 時間往診の体制を確保
02. 他の医療機関と連携し 24 時間往診の体制を確保
03. 自施設のみで 24 時間の精神科訪問看護・指導(病院・診療所)の体制を確保
04. 他の医療機関と連携し 24 時間の精神科訪問看護・指導(病院・診療所)の体制を確保
05. 確保していない

④ 以下の施設基準のうち、届出を行っているものをご記入ください。**(あてはまる番号すべてに○)**

01. 在宅療養支援病院(在支病)　　02. 機能強化型在支病
03. 在宅時医学総合管理料(在総管)　　04. 施設入居時等医学総合管理料(施設総管)

⑤貴施設では、**「精神科在宅患者支援管理料」**の施設基準の届出を行っていますか。**(○は１つ)**

01. 届出をしている　→**以下の届出の種類に回答した後、⑤-1 へ**

→届出の種類**(あてはまるものすべてに○)**
01. 精神科在宅患者支援管理料1　02. 精神科在宅患者支援管理料2　03. 精神科在宅患者支援管理料3

02. 届出をしていない　**→⑥へ**

【以下の⑤-1、2 は、**⑤で精神科在宅患者支援管理料の「01. 届出をしている」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

⑤-1 **「精神科在宅患者支援管理料」**に基づく医学管理を実施する上で、連携する訪問看護ステーションがありますか。
**(○は１つだけ)**

01. ある　→ 連携事業所についてご回答ください:( **01**. 特別の関係※にあるもの　**02**. それ以外 )
02. ない

※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいう。

⑤-2 **令和 2 年 8 月から 10 月の間**における**「精神科在宅患者支援管理料」**の算定状況をご記入ください。**（○は1つ）**

01. ある →**⑤-2-1 へ**
02. ない →**⑥へ**

⑤-2-1 「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施している職員の体制（貴施設のみ）について
職種別の実人数をご記入ください。

| | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専 従※ | 専 任※ | 専 従※ | 専 任※ |
| 1）医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| a.（うち）精神保健指定医 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2）保健師・看護師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3）精神保健福祉士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4）作業療法士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5）その他 | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑤-2-2 令和 2 年 10 月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定件数をご記入ください。

| | 令和 2 年 10 月 |
|---|---|
| 1）精神科在宅患者支援管理料 1 | 件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者 1 人 | 件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者 2 人以上 | 件 |
| ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者 1 人 | 件 |
| ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者 2 人以上 | 件 |
| ハ. イ又はロ以外の患者 (1)単一建物診療患者 1 人 | 件 |
| うち 2020 年 3 月末時点で算定していた患者の算定件数 | 件 |
| ハ. イ又はロ以外の患者 (2)単一建物診療患者 2 人以上 | 件 |
| うち 2020 年 3 月末時点で算定していた患者の算定件数 | 件 |
| 2）精神科在宅患者支援管理料 2 | 件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者 1 人 | 件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者 2 人以上 | 件 |
| ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者 1 人 | 件 |
| ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者 2 人以上 | 件 |
| 3）精神科在宅患者支援管理料 3 | 件 |
| イ. 単一建物診療患者 1 人 | 件 |
| ロ. 単一建物診療患者 2 人以上 | 件 |

※専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

⑤-2-3 **令和2年8月から10月の間**における**精神科退院時共同指導料に基づく各種カンファレンス**の開催回数、対象実患者数、参加職種をご記入ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. チームカンファレンス<br>**※令和2年8月から10月の間** | 1)開催回数 | | | | 回 |
| | うちビデオ通話等により実施 | | | | 回 |
| | 2)対象実患者数 | | | | 実患者数: 人 |
| | 3)参加職種 | すべてのケースで参加 | 半数以上のケースで参加 | 半数未満のケースで参加 | 参加しているケースはない |
| | a. 精神科医 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | b. 看護師または保健師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | c. 精神保健福祉士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | d. 作業療法士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| b. 共同カンファレンス<br>**※令和2年8月から10月の間** | 1)開催回数 | | | | 回 |
| | うちビデオ通話等により実施 | | | | 回 |
| | 2)対象実患者数 | | | | 実患者数: 人 |
| | 3)参加職種 | すべてのケースで参加 | 半数以上のケースで参加 | 半数未満のケースで参加 | 参加しているケースはない |
| | a. 精神科医 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | b. 看護師または保健師 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | c. 精神保健福祉士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | d. 作業療法士 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | e. 保健所又は保健センター | 01 | 02 | 03 | 04 |

【以下の⑥は、**⑤で精神科在宅患者支援管理料の「02. 届出をしていない」と回答した施設のみ**ご回答ください。】

⑥貴施設では「精神科在宅患者支援管理料」の届出意向はありますか。（**○は１つ**）

01. 具体的な予定がある → 届出予定時期: 西暦(　　)年(　　)月
02. (具体的な予定はないが、)届出を行う意向がある
03. 検討中であり、まだわからない
04. 届出を行う意向はない
05. その他 (　　)

## １４．精神科訪問看護の状況

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。（○は１つ）

01. 病院（貴施設）が行っている →②へ
02. 病院（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている →⑱へ
03. 行っていない →⑱へ

【以下の設問②～⑰は、設問①で**「01. 病院（貴施設）が行っている」**と回答された施設のみお答えください。】

②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算*）をお答えください。 ※病棟看護職員による退院前訪問看護は含みません。

| | 保健師・看護師 | 准看護師 | 作業療法士 | 精神保健福祉士 | その他 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年 10 月 | . | . | . | . | . | . |
| 令和 2 年 10 月 | . | . | . | . | . | . |

＊非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。（小数点以下第１位まで）
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間） ÷ （貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間） ÷ （貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

| | |
|---|---|
| ②-1 上記②で「その他」に職員数を記入された場合、具体的な職種をお答えください。 | |

| | |
|---|---|
| ③令和 2 年 10 月 1 か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数） | 人 |
| ④上記③のうち、身体疾患を有する患者数（実人数） | 人 |
| ⑤上記③のうち、他の精神科療法を行った患者数（実人数） | 人 |

⑥令和 2 年 10 月 25 日～10 月 31 日の 1 週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。

| 週1回 | 週2回 | 週3回 | 週4回 | 週5回以上 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑦令和 2 年 10 月 1 か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの**算定患者数（人）**と**算定回数（回）**をお答えください。

| | 30 分未満 | 30 分以上 | 合計 |
|---|---|---|---|
| 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）保健師又は看護師による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）作業療法士による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）精神保健福祉士による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）准看護師による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者） | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）保健師又は看護師による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）作業療法士による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）精神保健福祉士による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |
| （うち）准看護師による算定回数 | 人 | 人 | 人 |
| | 回 | 回 | 回 |

| ⑧令和 2 年 10 月における精神科訪問看護の患者（上記③の患者数）のうち、複数名精神科訪問看護・指導加算を算定した患者数と算定回数 | | 1）算定患者数 | 2）算定回数 |
|---|---|---|---|
| | 1日に1回 | 人 | 回 |
| | 1日に2回 | 人 | 回 |
| | 1日に3回以上 | 人 | 回 |

⑨上記⑧について、複数名訪問が必要である理由と、同行者の職種ごとに、算定患者数をお答えください。

＜複数名訪問が必要である理由＞

理由 1）暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
理由 2）利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
理由 3）利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者
理由 4）その他

| | 保健師・看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 作業療法士 | 精神保健福祉士 | その他 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 理由 1） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 理由 2） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 理由 3） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 理由 4） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 理由 4）の具体的な内容 | |
|---|---|
| （「その他」の具体的な内容（職種）） | |

⑩令和 2 年 10 月 1 か月間の精神科訪問看護の患者について、月の初日の訪問看護時における GAF 尺度により判定した値ごとに、該当患者数をお答えください。

| 100～91 点 | 90～81 点 | 80～71 点 | 70～61 点 | 60～51 点 | 50～41 点 |
|---|---|---|---|---|---|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 40～31 点 | 30～21 点 | 20～11 点 | 10～1 点 | 0 点 | |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |

| ⑪令和 2 年 10 月 1 日時点の貴施設における訪問看護に従事する精神科認定看護師等の人数（実人数）をお答えください。<br><br>※以降の設問において「精神科認定看護師等」とは、右記の3種類を指します。 | 精神科認定看護師等 | 実人数 |
|---|---|---|
| | 精神科認定看護師（日本精神科看護協会） | 人 |
| | 「精神看護」の専門看護師（日本看護協会） | 人 |
| | 「認知症看護」の認定看護師（日本看護協会） | 人 |

※上記⑪のいずれかの項目で 1 人以上をお答えいただいた方は、以下の質問⑫～⑭にお答えください。

| ⑫令和 2 年 10 月 1 か月間の精神科認定看護師等による精神科訪問看護の実施状況をお答えください。 | | | |
|---|---|---|---|
| | 1）精神科訪問看護の実施回数 | | 回 |
| | 2）訪問看護ステーションや他医療機関との同行訪問回数 | | 回 |
| | 3）訪問看護ステーションや他医療機関へのコンサルテーション[注]の実施回数 | | 回 |
| | （うち）訪問看護ステーション又は他医療機関へ出向いて実施 | | 回 |
| | （うち）自施設で実施 | | 回 |
| | （うち）ICT を活用して実施<br>※具体的な実施方法別に回数をお答えください | ビデオ通話 | 回 |
| | | 電話 | 回 |
| | | メール等 | 回 |
| | （うち）上記以外の方法で実施 | | 回 |
| | 具体的な方法（　　） | | |

注：患者宅への同行訪問ではなく、訪問看護ステーションや他医療機関の看護職員に対して、個々の患者のケアについて、訪問看護ステーション等の相談先に出向いての相談対応や、ビデオ通話や電話等による相談対応を行うことを指す。

⑬上記⑫について、精神科認定看護師等が実施したケアの内容をお答えください。※あてはまる場合全てに○

01. 疾患別
- 011. 統合失調症　012. 気分障害　013. アルコール依存症　014. 双極性障害
- 015. 不安障害　016. 発達障害　017. 強迫性障害　018. 摂食障害
- 019. 薬物依存　020. 認知症　021. その他（具体的に　）

02. 年代別
- 021. 10歳未満　022. 10歳以上20歳未満　023. 20歳以上40歳未満
- 024. 40歳以上65歳未満　025. 65歳以上

03. 精神疾患の病期別
- 031. 慢性期　032. 急性期退院直後
- 033. その他病期を区切ったもの（具体的に　）

04. 目的別
- 041. 家事等、日常生活技能の習得　042. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得
- 043. 疾病と治療についての理解　044. 復職支援
- 045. 服薬アドヒアランスの向上　046. レクリエーション
- 047. 自己存在感を培う場所の確保　048. 人間関係構築の支援
- 049. 就学・就労支援　050. 家族等への支援
- 051. 身体疾患へのケア
- 052. その他（具体的に　）

⑭⑫以外の精神科認定看護師等による活動をお答えください。※あてはまる場合全てに○

01. 研修の開催（自施設職員向け）　02. 研修の開催（施設外を含む精神科関係者向け）
03. セミナー・相談会の開催（患者及び家族向け）　04. セミナー・相談会の開催（地域住民向け）
05. その他（　）

⑮貴施設では、24時間365日対応可能な体制を確保していますか。**（○は1つ）**

01. 自施設のみで体制を確保
02. 自施設のみで体制を確保（相談対応のみ）
03. 他医療機関や訪問看護ステーションと連携し、地域として体制を確保
04. 他医療機関や訪問看護ステーションと連携し、地域として体制を確保（相談対応のみ）
05. 確保していない

→

⑮-1 体制を確保されていない理由は何ですか。**（あてはまる番号全てに○）**

01. 自施設で対応する精神科医の不足
02. 自施設で対応する看護職員等の不足
03. 連携可能な他医療機関や訪問看護ステーションの不在・不足
04. その他（具体的に　）

| | 算定実人数 | 算定回数 |
|---|---|---|
| ⑯令和2年4月～10月に、新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に必要な感染予防策を講じて訪問看護・指導を行った場合に算定する在宅移行管理加算を算定した人数（実人数）※1および算定回数をお答えください。 | （　）人 | （　）回 |
| ⑰令和2年4月～10月に、電話等での訪問看護・指導を行った場合に算定する訪問看護・指導体制充実加算を算定した人数（実人数）※2および算定回数をお答えください。 | （　）人 | （　）回 |

※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２１）」（令和2年６月１０日付事務連絡）問１に定められる患者を指す。
※2「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２１）」（令和2年６月１０日付事務連絡）問２に定められる患者を指す。

【以下の設問は、全ての施設にお伺いします。】

⑱令和2年度の精神科訪問看護に関する診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。

病院票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和２年１２月○日（○）までに実施要綱に記載された方法に従ってご提出ください。

ID

**病棟票**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 精神医療等の実施状況調査

※この病棟票は、病棟の管理者の方に精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。
※以下の【調査対象病棟】に記載した入院基本料等を算定している病棟についてご記入ください。以下の入院基本料別に１部の病棟票を作成ください（該当する病棟がない場合は、その入院基本料についての病棟票は、回答不要です）。
※ご回答の際は、**あてはまる番号を○（マル）で囲んでください**。また、（　　）内には**具体的な数値、用語等**をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、**該当なしは「０（ゼロ）を、わからない場合は「－」**をご記入ください。
※特に断りのない質問については、**令和２年１０月１日時点**の状況についてご記入ください。

**【調査対象病棟】**
- 精神科救急入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神科救急・合併症入院料
- 精神病棟入院基本料（１０対１、１３対１、１５対１）
- 精神療養病棟入院料

## １．入院基本料等について

| | |
|---|---|
| ①　本病棟の入院基本料等をお選びください。（○は1つだけ） | 01. 精神科救急入院料　　02. 精神科急性期治療病棟入院料<br>03. 精神科救急・合併症入院料<br>04. 精神病棟入院基本料　⇒ 41. 10対1　42. 13対1　43. 15対1<br>05. 精神療養病棟入院料 |
| ②　当該病棟の許可病床数をご記入ください。 | （　　）床 |

③　貴施設が届出を行っている入院基本料等加算をお選びください。
**（あてはまる番号すべてに○。また、選択肢「12」「13」「14」の場合は、該当する区分にも○）**

| | |
|---|---|
| 01. 精神科応急入院施設管理加算 | 02. 精神病棟入院時医学管理加算 |
| 03. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 | 04. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 |
| 05. 精神疾患診療体制加算 | 06. 精神科地域移行実施加算 |
| 07. 精神科身体合併症管理加算 | |
| 08. 精神科リエゾンチーム加算 | 09. 強度行動障害入院時医療管理加算 |
| 10. 重度アルコール依存症入院医療管理加算 | 11. 摂食障害入院医療管理加算 |
| 12. 精神科急性期医師配置加算⇒ 区分（ a. 1　b. 2イ　c. 2ロ　d. 3） | |
| 13. 診療録管理体制加算　⇒ 区分（ a. 1　b. 2） | |
| 14. データ提出加算　⇒ 区分（ a. 1　b. 2　c. 3　d. 4 ） | 15. 栄養サポートチーム加算 |

## ２．新型コロナウイルス感染症患者※の受け入れ状況（令和2年10月の1か月間）

| | |
|---|---|
| 01. 有　（　　人） | 02. 無 |

※新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

## 3．入院患者の状況

① **令和 2 年 10 月 30 日**における当該病棟の全ての入院患者について、以下の該当する人数をご記入ください。**なお、年齢階級別の合計、在院期間別の合計、主たる疾患別の合計、GAF 尺度のスコア別の合計、在院期間別の合計は、令和 2 年 10 月 30 日時点での 1)の在院患者数と同じ数値になるようにしてください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1)①で回答した病棟における令和 2 年 10 月 30 日時点での在院患者数** | | | **（合計）　人** |
| 2) 年齢階級別 | a. | 20 歳未満 | 人 |
| | b. | 20 歳以上 40 歳未満 | 人 |
| | c. | 40 歳以上 65 歳未満 | 人 |
| | d. | 65 歳以上 75 歳未満 | 人 |
| | e. | 75 歳以上 | 人 |
| 3) 在院期間別 | a. | 1 週間未満 | 人 |
| | b. | 1 週間以上 2 週間未満 | 人 |
| | c. | 2 週間以上 1 か月未満 | 人 |
| | d. | 1か月以上2か月未満 | 人 |
| | e. | 2 か月以上 3 か月未満 | 人 |
| | f. | 3 か月以上 6 か月未満 | 人 |
| | g. | 6 か月以上 1 年未満 | 人 |
| | h. | 1 年以上 5 年未満 | 人 |
| | i. | 5 年以上 | 人 |
| 4) 主たる疾患別 | a. | 認知症(他の精神疾患によるものは除く)（F00-03） | 人 |
| | b. | その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09） | 人 |
| | c. | アルコールによる精神・行動の障害（F10） | 人 |
| | d. | その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) | 人 |
| | e. | 統合失調症（F20） | 人 |
| | f. | その他の精神病性障害（F21-29） | 人 |
| | g. | 気分（感情）障害（F3） | 人 |
| | h. | 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4） | 人 |
| | i. | 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） | 人 |
| | j. | 成人の人格・行動の障害（F6） | 人 |
| | k. | 知的障害（精神遅滞）（F7） | 人 |
| | l. | 心理的発達の障害（F8） | 人 |
| | m. | 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98） | 人 |
| | n. | 詳細不明の精神障害（F99） | 人 |
| | o. | てんかん（G40） | 人 |
| 5) GAF 尺度のスコア別 | a. | 91～100 | 人 |
| | b. | 81～90 | 人 |
| | c. | 71～80 | 人 |
| | d. | 61～70 | 人 |
| | e. | 51～60 | 人 |
| | f. | 41～50 | 人 |
| | g. | 31～40 | 人 |
| | h. | 21～30 | 人 |
| | i. | 11～20 | 人 |
| | j. | 1～10 | 人 |
| | k. | 0 | 人 |
| 6)向精神薬使用数 | | | |
| | a.主傷病に対して薬物療法を受けている患者数 | | 人 |
| | | b.(うち)クロザピンを投与している患者数 | 人 |
| | | c.(うち)持続性抗精神病注射薬剤（LAI）を投与している患者数 | 人 |
| | | d.(c のうち)非定型 LAI を投与している患者数 | 人 |
| 7)個室を使用している患者数 | | | 人 |
| 8)精神保健福祉法上の行動制限中の患者数 | | a.保護隔離中 | 人 |
| | | b.身体拘束中 | 人 |

| ②**令和 2 年 10 月の 1 か月間**について、当該病棟に入院した患者数をご記入ください。 | |
|---|---|
| 1）当該病棟における新規入院患者数 | 人 |
| a. （うち）任意入院 | 人 |
| b. （うち）医療保護入院 | 人 |
| c. （うち）措置入院 | 人 |
| d. （うち）緊急措置入院 | 人 |
| e. （うち）応急入院 | 人 |

| ③**令和 2 年 10 月の 1 か月間**について、当該病棟から退院・転院した患者数をご記入ください。 | |
|---|---|
| 1）当該病棟における退院・転院患者数 | 人 |
| a. （うち）自宅（親族の家含む）・賃貸住宅など | 人 |
| b. （うち）他の医療機関の精神科病棟 | 人 |
| c. 【再掲】特別な関係にある施設 | 人 |
| d. （うち）他の医療機関の精神科病棟以外の病棟 | 人 |
| e. 【再掲】特別な関係にある施設 | 人 |
| f. （うち）共同生活援助（グループホーム） | 人 |
| g. 【再掲】特別な関係にある施設 | 人 |
| h. （うち）介護老人保健施設 | 人 |
| i. 【再掲】特別な関係にある施設 | 人 |
| j. （うち）介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 人 |
| k. 【再掲】特別な関係にある施設 | 人 |
| l. （うち）介護医療院 | 人 |
| m. 【再掲】特別な関係にある施設 | 人 |
| n. （うち）その他精神障害者施設等 | 人 |
| o.【再掲】特別な関係にある施設 | 人 |
| p. （うち）死亡退院患者数 | 人 |

| ④**令和 2 年 10 月の 1 か月間**について、当該病棟において持続性抗精神病注射薬剤（LAI）の投与を開始した人数をご記入ください。 | |
|---|---|
| 1）当該病棟における持続性抗精神病注射薬剤（LAI）の投与開始人数 | 人 |

## 4．クロザピンの導入について

①**令和 2 年 4 月から 9 月の間**にクロザピンを新規導入した患者数について、患者数及びそのうちクロザピンの新規導入を目的として当該病棟に転棟（または他病院から転院）した患者数を月別にご記入ください。

**※実績がない場合は、0（ゼロ）をご記入ください。**

| 令和 2 年 | | 4 月 | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. クロザピン新規導入患者数 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| b. うちクロザピンの新規導入を目的として当該病棟に転入した患者数 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| c. b に該当する患者の転入前の病院/病棟 | c-1. 自院の他の精神科病棟 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | c-2. 自院の他の精神科病棟以外の病棟 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | c-3. 他病院 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

## ５．身体合併症の対応状況について

| ①**令和２年 10 月1か月間**に、該当病棟に入院した、疾患別人数をご記入ください。<br>**※該当患者がいない場合は、0（ゼロ）をご記入ください。** | |
|---|---|
| a. 精神科身体合併症管理加算を算定した実患者数　**※算定患者がいない場合は 0（ゼロ）を記入** | 人 |
| b. 呼吸系疾患 | 人 |
| c. うち　新型コロナウイルス感染症※ | 人 |
| d. うち　新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者 | 人 |
| e. 心疾患 | 人 |
| f. 手術又は直達・介達牽引を要する骨折 | 人 |
| g. 骨髄損傷 | 人 |
| h. 重篤な内分泌・代謝性疾患 | 人 |
| i. 重篤な栄養障害 | 人 |
| j. 意識障害 | 人 |
| k. 全身感染症 | 人 |
| l. 中枢神経系の感染症 | 人 |
| m.急性腹症 | 人 |
| n. 劇症肝炎又は重症急性膵炎 | 人 |
| o. 悪性症候群又は横紋筋融解症 | 人 |
| p. 広範囲（半肢以上）の熱傷 | 人 |
| q. 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍 | 人 |
| r. 透析導入時 | 人 |
| s. 重篤な血液疾患 | 人 |
| t. 急性かつ重篤な腎疾患 | 人 |
| u. 手術室での手術をを必要とする状態 | 人 |
| v. 膠原病 | 人 |
| w. 妊産婦 | 人 |
| x. 難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病 | 人 |

※新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

病棟票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和２年１２月〇日（〇）までに実施要綱に記載された方法に従ってご提出ください。

ID _____

令和2度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

# 精神医療等の実施状況調査　入院患者票

■この調査票は、令和２年１０月１日（木）時点で貴施設に入院していた患者について、記入要領の条件に沿って抽出の上、ご記入ください。

**患者A**についてお答えください。

## １．入院患者の基本属性

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①入院基本料の種類および入院期間 | ①-1 入院していた病棟の入院基本料の種類 ※○は１つだけ | | | | |
| | 01. 精神科救急入院料 | 02. 精神科急性期治療病棟入院料 | | | |
| | 03. 精神科救急・合併症入院料 | | | | |
| | 04. 精神病棟入院基本料 | 05. 精神療養病棟入院料 | | | |
| | ⇒（ 41.10 対１ 42. 13 対１ 43.15 対１ ） | | | | |
| | ①-2 入院期間 | 01. 1 年未満 | 02. 1 年以上 5 年未満 | 03. 5 年以上 | |
| ②性　別 | 01. 男性 | 02. 女性 | ③年　齢 | （10 月 1 日現在）＿＿＿歳 | |
| ④精神障害手帳 | 01. 手帳をもっていない | 02. 1 級 | 03. 2 級 | 04. 3 級 | 05. 申請中 |
| ⑤障害年金 | 01. 受給している | 02. 受給していない | 03. 申請中 | | |
| ⑥生活保護 | 01. 受給している | 02. 受給していない | 03. 申請中 | | |
| ⑦障害支援区分 | 01. 未申請 | 02. 申請中 | 03. 区分 1 | 04. 区分 2 | |
| | 05. 区分 3 | 06. 区分 4 | 07. 区分 5 | 08. 区分 6 | |
| | 09. 非該当 | 10. 不明 | | | |

## ２．入院時の状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①今回の入院日 | 西暦 ＿＿年＿＿月＿＿日頃 | ②現在の病棟の入棟日 | 西暦 ＿＿年＿＿月＿＿日頃 |
| ③精神科・神経科の初診日(他の医療機関を含む) | 西暦 ＿＿年＿＿月＿＿日頃 | ④前回(直近)の 退院日 | 西暦 ＿＿年＿＿月＿＿日頃 |
| ⑤精神科・神経科への通算入院回数 | ＿＿回目・不明 | ⑥精神科・神経科への通算入院期間 | ＿＿年＿＿か月・不明 |

| | | |
|---|---|---|
| ⑦入院前の居場所 ※○は１つだけ | 01. 自宅、賃貸住宅など（家族と同居） | 02. 自宅、賃貸住宅など（一人暮らし） |
| | 03. 自院の精神科病棟以外の病棟 | 04. 他の医療機関の精神科病棟 |
| | 05. 他の医療機関の精神科病棟以外の病棟 | 06. 介護老人保健施設 |
| | 07. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 08. 介護医療院 |
| | 09. 認知症高齢者グループホーム | 10. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 |
| | 11. 障害者グループホーム | 12. 障害者支援施設 |
| | 13. その他（ ） | 14. 不明 |
| ⑧直近の在宅療養期間における、精神科訪問看護の利用の有無※○は１つだけ | 01. あり | 02. なし |
| ⑨現在入院している病棟における主な入院の理由 ※○は２つまで | 01. 精神症状が強いため | 02. セルフケアに著しい問題があるため |
| | 03. 迷惑行為･他害行為の危険性が高いため | 04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため |
| | 05. 治療・服薬への抵抗が強いため | 06. 身体合併症の治療のため |
| | 07. 家族が入院を希望するため | 08. 退院後の居住先が確保できていないため |
| | 09. 退院後の日常生活の支援が得られないため | 10. その他（ ） |
| ⑩今回の入院時の入院形態 ※○は１つだけ | 01. 任意入院 | 02. 医療保護入院 |
| | 03. 措置入院 | 04. 緊急措置入院 |
| | 05. 応急入院 | |
| ⑪患者の GAF 尺度 | 01. 情報あり →（GAF 尺度: ） | 02. 不明 |

## 3．現在の状況

| | | |
|---|---|---|
| ①現在の入院形態※<br>※○は１つだけ | 01. 任意入院<br>03. 措置入院<br>05. 応急入院 | 02. 医療保護入院<br>04. 緊急措置入院 |
| ②現在の処遇<br>※○は１つだけ | 01. 開放処遇 | 02. 閉鎖処遇 |
| ③個室の使用状況 | 01. 個室 | 02. それ以外 |
| ④行動制限の状況 | 01. 隔離<br>03. なし | 02. 拘束 |
| ⑤主傷病<br>※○は１つだけ | 01. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)<br>03. アルコールによる精神・行動の障害（F10）<br>05. 統合失調症（F20）<br>07. 気分（感情）障害（F3）<br>09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)<br>11. 知的障害（精神遅滞）(F7)<br>13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98)<br>15. てんかん（G40） | 02. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)<br>04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19)<br>06. その他の精神病性障害（F21-29）<br>08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)<br>10. 成人の人格・行動の障害（F6）<br>12. 心理的発達の障害（F8）<br>14. 詳細不明の精神障害（F99） |
| ⑥主傷病以外の精神疾患の傷病<br>※あてはまる番号全てに○ | 00. なし<br>02. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)<br>04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19)<br>06. その他の精神病性障害（F21-29）<br>08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)<br>10. 成人の人格・行動の障害（F6）<br>12. 心理的発達の障害（F8）<br>14. 詳細不明の精神障害（F99） | 01. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)<br>03. アルコールによる精神・行動の障害（F10）<br>05. 統合失調症（F20）<br>07. 気分（感情）障害（F3）<br>09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)<br>11. 知的障害（精神遅滞）(F7)<br>13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98)<br>15. てんかん（G40） |
| ⑦身体合併症[注1]の有無 ※○は１つだけ | 01. あり | 02. なし |
| **上記⑦で「01.あり」を選択した場合のみ**<br>⑦-1 身体合併症の種類<br>※あてはまる番号全てに○ | 01. 新型コロナウイルス感染症によるもの[注2]<br>03. 心疾患（虚血性心疾患など）<br>05. 脊椎損傷の患者<br>07. 重篤な栄養障害(Body Mass Index 13 未満の摂食障害)<br>09. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）<br>11. 劇症肝炎または重症急性膵炎<br>13. 広範囲（半肢以上）熱傷<br>15. 透析導入時の患者<br>17. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）<br>19. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）<br>21. その他（　　） | 02. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）<br>※新型コロナウイルス感染症によるもの**以外**<br>04. 手術または直達・介達牽引を要する骨折<br>06. 重篤な内分泌・代謝性疾患<br>08. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）<br>10. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）<br>12. 悪性症候群または横紋筋融解症<br>14. 手術、化学療法または放射線療法を要する悪性腫瘍<br>16. 重篤な血液疾患<br>18. 手術室での手術を必要とする状態<br>20. 妊産婦 |
| ⑧身体合併症[注1]に対する主な対応状況<br>※○は１つだけ | 01. 治療を要する身体合併症なし<br>03. 自院の他科[注3]の医師が対応 | 02. 精神科・神経科の医師が対応<br>04. 他院の医師が対応 |

注 1. 経過観察中の疾患は除く。
注 2. 新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。
注 3. 入院時の主治医（精神科・神経科）以外の診療科を指す。

## 4．現在の患者の状態等

### （1）精神疾患の状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①現在の状況<br>※あてはまる番号全てに○ | 01. 精神症状が強い<br>03. 迷惑行為･他害行為の危険性が高い<br>05. 治療･服薬への抵抗が強い<br>07. 家族が入院を希望する<br>09. 退院後の日常生活の支援が得られない | | 02. セルフケアに著しい問題がある<br>04. 自傷行為･自殺企図の危険性が高い<br>06. 身体合併症の治療が必要<br>08. 退院後の居住先が確保できていない<br>10. その他（　　） |
| ②患者の GAF 尺度 | 現時点 | | （　　） |
| ③クロザピン及び持続性抗精神病注射薬剤（LAI）の処方内容<br>※主治医にご確認ください<br>（令和 2 年 10 月の 1 か月間） | 1）クロザピンの使用 | 01. あり | 02. なし |
| | →「01. あり」の場合<br>現在の投与量 | a-1. 1 日あたり（　　）mg | |
| | | a-2. 1 日（　　）回の投与 | |
| | 2）LAI の処方 | 01. あり | 02. なし |
| | a. 非定型 LAI の薬剤の使用有無 | 01. あり | 02. なし |
| | →a が「01. あり」の場合<br>b. 非定型 LAI の投与中の薬剤の種類　（あてはまる番号すべてに○） | 01. リスパダールコンスタ<br>03. エビリファイ | 02. ゼプリオン |

### （2）日常生活自立度等

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ①認知症高齢者の日常生活自立度<br>※○は 1 つだけ | 01. 自立 | 02. Ⅰ | 03. Ⅱ | 04. Ⅱa | 05. Ⅱb | 06. Ⅲ |
| | 07. Ⅲa | 08. Ⅲb | 09. Ⅳ | 10. M | 11. 不明 | |
| ②障害高齢者の日常生活自立度<br>※○は 1 つだけ | 01. J（生活自立） | | | 02. A（準寝たきり） | | |
| | 03. B（寝たきり） | | | 04. C（寝たきり） | | |
| ③ADL 区分 注<br>※○は 1 つだけ | 01. ADL 区分 1 | 02. ADL 区分 2 | 03. ADL 区分 3 | 04. 不明 | | |
| ④要介護度<br>※○は 1 つだけ | 01. 非該当 | 02. 未申請 | 03. 申請中 | 04. 自立 | 05. 要支援 1･2 | |
| | 06. 要介護 1 | 07. 要介護 2 | 08. 要介護 3 | 09. 要介護 4 | 10. 要介護 5 | |
| | 11. 不明 | | | | | |

注：療養病棟入院基本料の ADL 区分

## 5．退院の見通しと退院支援の状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①退院後に同居する意思のある家族の有無（○は 1 つ） | 01. あり | 02. なし | 03. 家族の意思不明 |
| ②退院後の居住先（自宅･グループホーム･介護施設等）の確保状況（○は 1 つ） | 01. 確保済み | 02. 未確保 | |
| ③どのような状況であれば退院が可能となりますか<br>※○は 1 つだけ | 01. 精神疾患が軽快すれば退院可能<br>02. 身体合併症が軽快すれば退院可能<br>03. 精神疾患と身体合併症が両方とも軽快すれば退院可能<br>04. 精神疾患または身体合併症が軽快した上で居住先や退院後に必要な支援等が確保できれば退院可能<br>05. その他（　　） | | |
| ④予想される入院期間<br>※○は 1 つだけ | 01. 1 か月以内 | 02. 1 か月超～3 か月以内 | 03. 3 か月超～6 か月以内 |
| | 04. 6 か月超～1年以内 | 05. 1 年超～5 年以内 | 06. 5 年超 |
| **上記④で 03～06 を選択した場合のみ**<br>⑤入院期間が 3 か月超となる主な理由※○は 2 つまで | 01. 精神疾患の治療に時間を要するため<br>03. 患者の経済的理由のため<br>05. 同居家族がいないため<br>07. 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため | 02. 身体合併症の治療に時間を要するため<br>04. 家族が入院を希望するため<br>06. 転院先、入所先または居住先が見つからないため<br>08. その他（　　） | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑥退院先の予定<br>※○は１つだけ | 00. 退院は考えられない | | |
| | 01. 自宅、賃貸住宅など（家族と同居） | 02. 自宅、賃貸住宅など（一人暮らし） | |
| | 03. 介護老人保健施設 | 04. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | |
| | 05. 介護医療院 | 06. 認知症高齢者グループホーム | |
| | 07. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 | 08. 障害者グループホーム | |
| | 09. 障害者支援施設 | 10. その他（　　） | |
| ⑦直近の退院支援委員会等（退院支援に向けたカンファレンスを含む）の参加者<br>※あてはまる番号全てに○ | 【患者・家族等】 | 01. 患者 | 02. 患者家族等 |
| | 【貴医院の職員】 | 03. 医師 | 04. 保健師・助産師・看護師 |
| | | 05. 精神保健福祉士 | 06. 作業療法士 |
| | | 07. 公認心理師 | 08. 社会福祉士 |
| | | 09. 介護職員 | 10. その他の職員 |
| | 【地域の支援者等】 | 11. 保健所職員 | 12. 指定特定相談支援事業所（計画相談支援）の職員 |
| | | 13. 指定一般相談支援事業所（地域移行支援又は地域定着支援）の職員 | |
| | | 14. 障害福祉サービス事業者の職員 | |
| | | 15. 居宅介護支援事業所の職員 | 16. 地域包括支援センターの職員 |
| | 【その他】 | 17. ピアサポーター | |
| | | 18. その他（　　） | |
| ⑧退院後に生活を継続するために必要な支援等<br>※あてはまる番号全てに○ | 00. 退院は考えられない | | |
| | 01. 薬物療法 | 02. 精神療法 | 03. 精神科退院時共同指導 |
| | 04. 精神科デイ・ケア等 | 05. 訪問診療 | 06. 精神科訪問看護 |
| | 【介護保険サービス】 | | |
| | 07. 訪問介護 | 08. 訪問看護 | 09. 訪問リハビリテーション |
| | 10. 通所介護 | 11. 短期入所療養介護 | 12. 短期入所生活介護 |
| | 13. 通所リハビリテーション | 14. 福祉用具貸与 | 15. 住宅改修 |
| | 16. 地域生活事業 | | |
| | 【障害福祉サービス】 | | |
| | 17. 居宅介護 | 18. 重度訪問介護 | 19. 同行援護 |
| | 20. 行動援護 | 21. 療養介護 | 22. 生活介護 |
| | 23. 短期入所 | 24. 重度障害者等包括支援 | 25. 施設入所支援 |
| | 26. 自立訓練（機能訓練） | 27. 自立訓練（生活訓練） | 28. 就労移行支援 |
| | 29. 就労継続支援A型 | 30. 就労継続支援B型 | 31. 就労定着支援 |
| | 32. 自立生活援助 | 33. 共同生活援助（グループホーム） | 34. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援） |
| | 35. 計画相談支援 | 36. 基本相談支援 | |
| | 【その他】 | | |
| | 37. 地域生活支援事業 | 38. その他（　　） | |
| 以下の設問⑨は、上記⑧で**「06. 精神科訪問看護」**を選択した場合のみお答えください。 | | | |
| ⑨退院後に精神科訪問看護が必要な場合、必要な頻度<br>※○は１つだけ | 01. 24時間体制での対応が必要 | 02. 日中のみ連絡体制が必要 | 03. 毎日の訪問が必要 |
| | 04. 1週間で数回の訪問が必要 | 05. 1週間で1回程度の訪問が必要 | |

入院患者票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和２年１２月○日（○）までに実施要綱に記載された方法に従ってご提出ください。

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 「精神医療等の実施状況調査」
# 調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、入院患者に対する精神医療については、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科急性期医師配置加算等の要件の見直し及び退院時共同指導に係る評価の新設等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の病院を対象に、調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆「病院票」、「病棟票」および「入院患者票」（貴施設においてご記入頂くもの）にご回答の上、**令和2年12月●日（●）まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社
E-mail：〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

# 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
# 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
# 調　査　の 概　要

## 1. 調査目的・視点、調査票の種類

本調査は医療機関調査、訪問看護調査および歯科医療機関調査に大別されるため、本項はこの「医療機関調査」、「訪問看護調査」および「歯科医療機関調査」別に概要を述べる。

### 口医療機関調査

#### （1）調査目的

令和 2 年度診療報酬改定では、多様化・高度化する在宅患者の医療ニーズに応じたきめ細かな対応促進等を目的に、平成 30 年度改定の際に新設された2か所目の医療機関による訪問診療の評価（在宅患者訪問診療料Ⅰ（2））について、必要に応じた訪問診療の提供可能期間の延長を行えることとした。また、在宅医療の後方支援体制の確保のため、在宅療養支援病院の対象となる病院を従前の 280 床未満から 240 床未満にしたことや、24 時間の往診体制を確保するための医師の待機場所に関する要件の明確化が行われた。このほか、必要な患者に速やかに適切な対応が行えるよう、（看護）小規模多機能型居宅介護への訪問診療の要件や在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定要件の見直し、訪問看護・指導体制充実加算の新設等が行われた。

今回の改定の経緯や背景、中央社会保険医療協議会における議論過程等を踏まえると、本調査項目に求められる主な調査目的は、以下のようなものであると考えられる。

目的①　在宅患者の状態に応じたきめ細かな対応の促進状況について検証する

目的②　在宅医療の提供体制の状況について検証する

## （２）調査の視点

本調査は、下記の視点に基づき実施する。

**目的①　在宅患者の状態に応じたきめ細かな対応の促進状況について検証する**

**視点①　2 か所目の医療機関による訪問診療（他の医療機関の依頼を受けて行う訪問診療）の実施状況の評価**

- 在宅患者訪問診療料Ⅰ（2）の算定患者の有無、および患者の有する複数疾患の内容（依頼のあった理由）、医療機関同士の連携内容・手法等を把握
- 令和 2 年度改定により 12 か月を超えた算定が行えるようになったことを受け、そうした長期の訪問診療）が必要となる患者の状況を把握

**視点②　在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定状況の評価**

- 当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師と連携した指導料の算定状況について把握

**視点③　医療機関における訪問看護提供体制の評価**

- 令和2年度改定で新設した訪問看護・指導体制充実加算の届出・算定状況について把握
- 当該加算の届出が無い場合、届出が困難な理由を把握

**目的②　在宅医療の提供体制の状況について検証する**

**視点①　在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の現状の評価**

- 在宅療養支援病院・診療所の地域への影響の把握
- 在宅療養支援病院・診療所ではない場合、その届出を行わない理由（または今後の意向）について把握

**視点②　在宅療養支援病院について、24 時間の往診体制の確保状況の評価**

- 往診体制の確保の方法（医師が病院で待機しているか、自宅等のオンコール体制を採っているか等）について把握

**視点③　地域包括ケア病棟の在宅療養・在宅復帰支援機能の見直しに関する評価**

- 地域包括ケア病棟の在宅療養・在宅復帰支援機能（在宅医療等の提供に関する実績要件）に関し、当該病棟の退院患者の状況を把握

## （３）調査票の種類

本調査は、各医療機関の診療料等の算定状況、算定における背景・課題等を把握することを目的に、医療機関を対象として行う「施設票」と、訪問診療・訪問看護を実施した在宅療養患者の医学的・社会的状況や受けている治療・処置内容等を個々に把握することを目的に、患者を対象として行う「患者票」で構成する。

患者票の対象患者は、指定した特定の期間内に訪問診療を行った患者2名、および訪問看護を行った患者 2 名を、氏名が五十音順で早い順に選定し、記入いただく。

## 口訪問看護調査

### （１）調査目的

訪問看護の利用者数は増加傾向にあり、令和元年 6 月時点で、訪問看護療養費（医療保険）が「小児等 40 歳未満の者及び要介護者・要支援者以外」の利用者は約 28.9 万人、訪問看護費（介護保険）が「要介護者・要支援者」は約 55.4 万人に上る。

訪問看護ステーションの利用者の主傷病は「精神および行動の障害」「神経系の疾患」がそれぞれ約 3～4 割、次いで「悪性新生物」が約1割である。年齢階級をみると、70 歳以上の高齢者が多いが、乳幼児からすべての年代にわたる。難病や医療的ケア児に該当する子どもの割合が増えており、小児や重度者への訪問看護が地域で十分に提供されることが重要である。

全世代を視野に入れた地域包括ケアシステムの構築に向け、訪問看護は、質と量の両面からの提供体制の強化と、介護サービス、保育所・幼稚園・学校等との情報共有・連携が望まれる。

今回の改定の経緯や背景、中央社会保険医療協議会における議論過程等を踏まえると、本調査項目に求められる主な調査目的は、以下のようなものであると考えられる。

目的①　訪問看護の提供体制の確保・強化に係る改定について検証する

目的②　利用者ニーズへの対応に係る改定について検証する

目的③　関係機関との連携に係る改定について検証する

## （２）調査の視点

本調査は、下記の視点に基づき実施する。

**目的①　訪問看護の提供体制の確保・強化に係る改定について検証する**

**視点①　機能強化型訪問看護ステーションの届け出の状況**

- 届出基準の看護職の人員配置基準に係る人数等の状況、届出をしていない理由、今後の届出意向等を把握

**視点②　看護職員と同行した複数名訪問看護加算の算定の状況**

- 複数名訪問看護加算、複数名精神科訪問看護加算の算定状況を把握（利用者の状況、同行した職種）

**目的②　利用者ニーズへの対応に係る改定について検証する**

**視点①　専門性の高い看護師の活動状況の把握**

- 専門の研修を受けた看護師による訪問看護の件数、内容を把握（認定看護師・専門看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問回数、コンサルテーション、研修や勉強会の回数、内容）

**視点②　精神障害を有する者への訪問看護の実施状況の把握**

- 精神科訪問看護の算定割合及び訪問回数を把握
  ・精神科訪問看護基本療養費の届出をしている事業所の割合
  ・精神科訪問看護に係る各種加算の届出の有無、届出を行っていない理由
  ・医療保険の利用者数に占める精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者数、延べ回数の割合
- ・精神科訪問看護において提供しているケアの内容を把握（GAF 尺度含む）

**目的③　関係機関との連携に係る改定について検証する**

**視点①　小児への訪問看護に係る自治体や保育所・幼稚園・学校等の関係機関との連携強化**

- 訪問看護情報提供療養費（1,2,3）の算定状況（算定の有無）
- 訪問看護情報提供療養費 2 の算定状況（人数、情報提供の依頼元、算定できない場合の理由と人数）を把握

## （３）調査票の種類

訪問看護ステーション向け調査（事業所票）とあわせて、当該調査対象訪問看護ステーションに依頼し、1 事業所あたり 4 名ずつを選定いただき、事業所に回答を依頼する。

「利用者票」は、訪問看護ステーションが「医療保険」で訪問看護を行った利用者4名について、調査実施を想定する。

## 口歯科医療機関調査

### （1）調査目的

令和 2 年度診療報酬改定では、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、歯科医師が他の保険医療機関に入院中、あるいは障害児入所施設等に入所中の患者の管理を行った場合に、新たに小児栄養サポートチーム等連携加算が算定できるよう見直しが行われた。また、歯科疾患在宅療養管理料については、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所が行うものについて、190 点から 200 点への評価の充実が行われた。

上記の他、在宅歯科診療に関する新たな評価や点数の改定等は行われなかったが、歯科訪問診療等基本的な算定項目の状況把握も重要と考えられる。

今回の改定の経緯や背景、中央社会保険医療協議会における議論過程等を踏まえると、本調査項目に求められる主な調査目的は、以下のようなものであると考える。

目的①　改定により、在宅歯科診療の提供体制の確保、機能の強化の促進がどのように進められたかを検証する

目的②　在宅歯科診療に関する基本的な診療行為等の実施状況について、網羅的に把握する

## （２）調査の視点

本調査は、下記の視点に基づき実施する。

**目的①　改定により、在宅歯科診療の提供体制の確保、機能の強化の促進がどのように進められたかを検証する**

**視点①　小児在宅患者への口腔リハビリテーションの実施状況を検証する。**

- 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料における小児栄養サポートチーム等連携加算１・２の算定回数を把握
- 小児栄養サポートチーム等連携加算の新設による、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料自体の算定回数の増加の有無についても把握

**視点②　施設基準に応じた、歯科疾患在宅療養管理料の算定状況を検証する。**

- 歯科疾患在宅療養管理料について、在宅療養支援歯科診療所とそれ以外の歯科診療所それぞれの算定状況を把握

**目的②　在宅歯科診療に関する基本的な診療行為等の実施状況について、網羅的に把握する**

**視点①　歯科訪問医療の提供体制に応じた提供状況を検証する。**

- 在宅療養支援歯科診療所とそれ以外の歯科診療所について、歯科訪問診療、口腔リハビリテーション等の算定状況の変化を把握・比較
  ※歯科訪問診療に関しては実人数・件数のほか開始年度、時間帯、歯科衛生士による訪問件数等詳細についても把握

**視点②　質の高い歯科訪問医療のための関係者間の連携状況等を検証する。**

- 患者情報の共有による医科歯科の連携、外来受診が困難になった患者に対する訪問診療への移行等が促進されたかの確認

**視点③　在宅患者の口腔機能の維持・向上に向けた取組の状況を検証する。**

- 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導、専門的な口腔衛生処置等が促進されたかの確認
- 入院患者や介護保険施設入所者等に対し、関係者間の連携に基づく口腔機能管理が促進されたかの確認

## （３）調査票の種類

本調査は、各歯科医療機関の診療料等の算定状況、算定における背景・課題等を把握することを目的に、歯科医療機関を対象として行う「施設票」と、各診療料等の算定対象となっている在宅療養患者の医学的・社会的状況や受けている治療・処置内容等を個々に把握することを目的に、患者を対象として行う「患者票」で構成する。

患者票の対象患者は、調査要綱等で指定した特定の日に訪問診療を行った患者を2名任意で選定し、記入を求める。

## 2. 調査の方法

本調査は、自記式アンケート調査方式により実施する。アンケート調査の構成、件数等は以下の通りとする。調査は、紙媒体(ID を印字した調査票)への記入後、郵送返送する方法と、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送するオンライン上による回答も選択可能とする。

図表　調査票の種類および調査対象

| | 医療機関調査 | 訪問看護調査 | 歯科医療機関調査 |
|---|---|---|---|
| 病院／一般診療所（以下 4 種　計 2,130 施設程度） | | | |
| 在宅療養支援診療所（1,000 施設） | ○ | ー | ー |
| 在宅療養支援病院（400 施設） | ○ | ー | ー |
| 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている一般診療所（600 施設） | ○ | ー | ー |
| 訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関（悉皆・130 施設程度） | ○ | ー | ー |
| 訪問看護ステーション（計 1,000 事業所） | | | |
| 機能強化型訪問看護ステーション（悉皆）、それ以外の訪問看護ステーション | ー | ○ | ー |
| 歯科診療所（計 3,000 施設） | | | |
| 在宅療養支援歯科診療所（2,000 施設） | ー | ー | ○ |
| その他の歯科医療機関（1,000 施設） | ー | ー | ○ |

※患者票は、1 施設あたり4名分(歯科医療機関調査は 1 施設あたり 2 名分)の記入を、各施設に依頼

## 3. 調査項目

### ＜新型コロナウイルスの影響に関する項目＞

**■医療機関調査**

・新型コロナウイルス感染症と診断された患者、または疑いがある患者へ往診、訪問診療、訪問看護を行った人数
・前年同月と比較した往診、訪問診療、訪問看護の変化の状況
・オンライン在宅管理料の算定の有無
・新型コロナウイルス感染疑いの入院・外来患者受入の有無
・令和2年4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
・新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無
・外来や往診、訪問診療、訪問看護等について、令和2年4月から 11 月 1 日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか
・新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に往診等を行い、かつ院内トリアージ実施料を算

定した人数
・新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者の要望等により、当月は1回の訪問診療と電話等を用いた診療で「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在宅時医学総合管理料等を算定した人数
・新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に必要な感染予防策を講じて訪問看護・指導を行った場合に算定する在宅移行管理加算を算定した人数
・電話等での訪問看護・指導を行った場合に算定する訪問看護・指導体制充実加算を算定した人数
等

**■訪問看護調査**
・全利用者数、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者、または疑いがある利用者への訪問看護を行った人数
・前年同月と比較した訪問看護の変化の状況
・新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に必要な感染予防策を講じて訪問看護を行った場合に算定する特別管理加算を算定した人数（実人数）、算定回数
・電話等での訪問看護を行った場合に算定する訪問看護管理療養費を算定した人数（実人数）、算定回数
等

**■歯科医療機関調査**
・新型コロナウイルス感染拡大により診療を断られた事例の有無・理由（歯科訪問診療に関して／小児栄養サポートチーム等連携加算に関して）
・新型コロナウイルス感染拡大を踏まえ、歯科訪問診療を行う際に実施した対策
・新型コロナウイルス感染拡大の臨時的な取扱い（e ラーニング等の WEB 配信による研修受講）について
・歯科外来患者数（令和元年 4～6 月、7～9 月、令和 2 年 4～6 月、7～9 月の比較）
・歯科訪問診療を実施した患者数（令和元年 4～6 月、7～9 月、令和 2 年 4～6 月、7～9 月の比較）
等

**＜今回新設した項目＞※新型コロナウイルスの影響に関する項目以外**

**■医療機関調査**
・在宅医療の提供にあたり連携している医療機関の有無、当該連携医療機関の概要や連携の理由
・在宅療養支援病院における在宅 24 時間の往診担当医の確保方法として、自宅等院外での待機（オンコール体制）を採用しているか
・回答施設が在宅療養支援病院・診療所であることで、当施設および患者・地域への利点となっていると考えること
・回答施設が在宅療養支援病院・診療所ではない場合、届出を行わない理由
・回答施設が主治医として在宅医療を実施した患者のうち、地域包括ケア病棟・病床から退院した患者数、および当該患者の概況
・在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定するための看護師および管理栄養士の確保方法、および当該指導料の年度内算定回数別の患者実人数
・（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス利用中の患者に提供した在宅患者訪問診療料等の算定回数、および医療機関退院日から宿泊サービスを利用した患者への当該診療料の算定回数
・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の全算定回数のうち、要介護度等の状況別算定回数および当該患者へ提供する医療内容として多いもの
・在宅患者訪問栄養食事指導料について、管理栄養士が所属する施設・機関別の算定回数
・在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数
・訪問看護・指導体制充実加算を届け出ている場合の体制確保の方法、満たしている施設基準、算定回数

・訪問看護・指導体制充実加算を届け出ていない場合の理由、訪問看護提供体制等

等

※上記に加え、訪問看護・指導を実施した患者を対象とした患者票を今回より新設。

**■訪問看護調査**

・医療資源の少ない地域に該当するか否か
・24 時間対応体制加算の届出を行っていない理由
・精神科重症患者支援管理連携加算の届出を行っていない理由
・常勤看護職員の数、看護職員の割合
・専門性の高い看護師の人数、専門分野、活動状況
・訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない理由
・事務の簡素化についての意見

等

**■歯科医療機関調査**

・小児栄養サポートチーム等連携加算の算定状況
・在宅療養支援歯科診療所の届出を行っていない理由

等

**＜負担軽減等のため前回調査から削除した項目＞**

**■医療機関調査**

・自施設あるいは訪問看護ステーションとの連携により 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっているか
・往診または訪問診療を行っており、在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）のうち、直近の 10 名の状況
・施設における精神科在宅患者支援管理料について、状態像別の算定回数

等

**■訪問看護調査**

・「地域の医療機関」以外の医療機関と共同で実施した指導による退院時共同指導加算の算定件数
・「地域の医療機関」の看護師が、貴事業所において一定期間勤務する等、貴事業所と当該医療機関間で看護職員の相互交流による勤務実績、勤務形態、看護職員の相互交流の効果、課題
・事業所の常勤換算による職員数の増減
・事業所の管理者の経験年数、管理者向け研修の受講の有無と受講した研修の内容
・訪問看護指示書、訪問看護計画書・訪問看護報告書の受け渡し（医療保険）について、授受のあった病院・診療所数と受け渡し方法別の延べ回数
・超重症児・準超重症児・医療的ケア児・その他の人数
・訪問看護基本療養費に関する各種加算を算定した医療保険の利用者数（24 時間対応体制加算、特別管理加算、退院支援指導加算、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算）
・精神科訪問看護基本療養費に関する加算を算定した医療保険の利用者数（精神科緊急訪問看護加算、長時間精神科訪問看護加算、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算）
・訪問看護管理療養費に関する加算を算定した医療保険の利用者数（24 時間対応体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算）
・連携先医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定している場合の実施状況（連携先の病院・診療所数、委託料の額、訪問看護の利用者数および訪問回数）
・訪問看護情報提供療養費 1を算定した利用者が居る場合、対象別人数、依頼元別人数

・訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者が居る場合、入院・入所先別人数、主治医の所属する病院・診療所数
・複数の訪問看護ステーションから訪問看護が行われている利用者の有無、情報共有の状況・手段、訪問看護の指示を複数の医師から受けることによる効果
・継続診療加算を算定している場合の連携先医療機関の医師の指示により、緊急訪問看護加算や精神科救急訪問看護加算を算定するにあたっての課題
・義務教育機関（通学送迎時等も含む）における医療的ケアの提供の依頼の状況、実施した医療的ケアと派遣に係る状況、派遣に対応できなかった理由
・地域での取組等（地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施等の活動の状況、人材育成のための研修の実施状況、地域包括ケアシステムの構築に向けて、近隣の医療機関との関係や、訪問看護、ケアマネジャー、障害福祉サービス等における相談支援事業所等との関係性の変化の状況）
・今後、貴事業所として重点的に取組みたい内容および課題、実現する上での課題
・明細書の無料発行についての意見

等

**■歯科医療機関調査**

・施設と同一建物内または同一敷地内の施設・事業所
・歯科訪問診療等に従事した職員数
・研修、学会等の参加回数
・歯科訪問診療等を最も多く実施した時間帯
・地域の高齢者等に対する食支援の観点から取り組まれている活動
・在宅医療・介護サービスの把握状況

等

## 4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

| | 2020 年 | | | | 2021 年 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 1 月 | 2 月 | 3 月 |
| 調査票案の作成 | → | → | → | | | | |
| 調査客体の抽出・名簿作成 | | → | → | | | | |
| 調査票印刷・封入・発送 | | | → | | | | |
| 調査実施期間 | | | | → | | | |
| 督促状印刷・発送 | | | | → | | | |
| データ入力・データクリーニング | | | | | → | | |
| 集計・分析 | | | | | → | | |
| 報告書（案）の作成 | | | | | | → | |
| 追加分析 | | | | | | → | |
| 報告書のとりまとめ | | | | | | | → |
| 調査検討委員会の開催 | | ★ | | | | ★ | |

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査

## 医療機関調査票

※ この調査票は、在宅医療の提供を実施している（関連の届出を行っている）医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療等の実施状況についてお伺いするものです。

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

※ 特に断りのない場合は、令和2年10月1日時点の状況についてご記入ください。

※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 1．貴施設の概要についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ①開設者<br>※○は1つだけ | 1. 国立　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体<br>5. 医療法人　6. その他の法人　7. 個人 |
| ②訪問診療及び往診を行っている診療科<br>※○はいくつでも | 1. 内科　2. 外科　3. 整形外科　4. 脳神経外科<br>5. 小児科　6. 精神科　7. 眼科　8. 皮膚科<br>9. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. リハビリテーション科<br>12. その他（具体的に　　） |
| ③医療機関の種別　※○は1つだけ | 1. 病院　2. 有床診療所　3. 無床診療所 |
| 【③で「3.無床診療所」を選んだ場合】<br>④貴施設は在宅専門診療所※であるか | 1. はい　2. いいえ |
| ⑤病床区分別の許可病床数<br>※該当する病床がない場合は「0」と記入してください<br>※介護医療院は除いてください | 1）一般病床　：（　　）床<br>2）医療療養病床　：（　　）床<br>3）介護療養病床（介護医療院は除く）　：（　　）床<br>4）精神病床　：（　　）床<br>5）結核病床及び感染症病床　：（　　）床 |
| ⑥医師会への入会の有無　※○は1つだけ | 1. あり　2. なし |
| ⑦貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分 | 1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）<br>2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）<br>3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所<br>4. 在宅療養支援病院・診療所ではない |

⑧貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等　※○はいくつでも

1. 病院（貴施設以外）　2. 一般診療所（貴施設以外）　3. 訪問看護ステーション　4. 薬局
5. 介護老人保健施設　6. 介護老人福祉施設　7. 介護医療院
8. 居宅介護支援（介護予防支援）事業所　9.（介護予防）通所介護事業所　10. 地域包括支援センター
11. 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））
12. サービス付き高齢者向け住宅（11を除く）　13. 認知症対応型共同生活介護
14.（介護予防）通所リハビリテーション　15.（介護予防）居宅療養管理指導
16.（介護予防）短期入所療養介護　17. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
18. 他に運営施設・事業所等はない　19. その他（具体的に　　）

※在宅専門診療所は、「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年3月4日事務連絡）に示す医療機関としてお考え下さい。

**⑨貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等※〇はいくつでも**

1. 病院　2. 一般診療所　3. 訪問看護ステーション　4. 薬局
5. 介護老人保健施設　6. 介護老人福祉施設　7. 介護医療院
8. 居宅介護支援（介護予防支援）事業所　9.（介護予防）通所介護事業所　10. 地域包括支援センター
11. 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））
12. サービス付き高齢者向け住宅（11を除く）　13. 認知症対応型共同生活介護
14.（介護予防）通所リハビリテーション　15.（介護予防）居宅療養管理指導
16.（介護予防）短期入所療養介護　17. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
18. 併設施設・事業所等はない　19. その他（具体的に　　）

**⑩医療情報連携ネットワーク※への参加の有無**
※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. 参加あり　2. 参加なし

**⑪貴施設において、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・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。※〇はいくつでも**

1. ICTを活用している　→　活用しているICT（11. メール　12. 電子掲示板　13. グループチャット　14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）　15. その他（　　））
2. ICTは活用していない

**⑫貴施設では、在宅医療の提供にあたり連携している医療機関（以下「連携医療機関」）※はありますか。※〇は1つだけ**

1. あり　2. なし

※「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。

**【⑫で「1.あり」の場合】**
**⑬連携医療機関の数、および当該医療機関と連携している理由**
**※1～8の種別ごとに施設数を記入。**
**1施設以上ある場合は、連携理由として多くの施設にあてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び、記入**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 病院 | 1. 機能強化型在宅療養支援病院（単独型） | （　　）施設 | | | |
| | 2. 機能強化型在宅療養支援病院（連携型） | （　　）施設 | | | |
| | 3. 上記以外の在宅療養支援病院 | （　　）施設 | | | |
| | 4. 在宅療養支援病院ではない病院 | （　　）施設 | | | |
| 診療所 | 5. 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型） | （　　）施設 | | | |
| | 6. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型） | （　　）施設 | | | |
| | 7. 上記以外の在宅療養支援診療所 | （　　）施設 | | | |
| | 8. 在宅療養支援診療所ではない診療所 | （　　）施設 | | | |

選択肢からあてはまる番号を記入

【選択肢】
1. 従来からの知り合いの医療機関・医師であるため　2. 貴施設の近隣にあるため
3. 高度・先進の医療機器・設備を有しているため　4. 専門医・認定医を有するなど技術等への信頼があるため
5. 貴施設での対応が困難な疾患・診療科への対応が可能なため
6. 特段の理由はない　7. その他

| | |
|---|---|
| 【⑫で「2.なし」の場合】<br>⑭連携している医療機関が無い理由<br>※〇はいくつでも | 1. 近隣に連携可能な医療機関が無いため<br>2. 連携に強い必要性を感じないため<br>3. その他（　　） |

【貴施設が「在宅療養支援病院」または「在宅療養支援診療所」である場合】

| | |
|---|---|
| ⑮貴施設では、24時間の往診担当医の確保方法として、自宅等院外での待機（オンコール体制）を採用していますか。（在宅療養支援病院のみ回答してください） | 1. はい　　2. いいえ |

⑯貴施設が在宅療養支援病院・診療所であることで、貴施設および患者・地域への利点となっていると考えるものをお答えください。 ※〇はいくつでも。うち、最もあてはまると考えるもの1つには◎

1. 地域での24時間の往診体制が確保できる
2. 地域からの緊急入院を円滑に受け入れる体制が確保できる
3. 地域での24時間訪問看護の提供体制が確保できる
4. 地域の診療所・他病院との連携が円滑に行える
5. ケアマネジャーとの連携等、医療・介護連携や介護サービスの調整・提供が円滑に行える
6. 複数の疾患を有する在宅療養患者への対応が円滑に行える
7. 在宅での看取りを行う体制が確保できる
8. 貴施設の収益・経営面で有効である
9. その他（　　）

⑰貴施設および患者・地域への利点となっていない（課題・問題である）と考えるものをお答えください。 ※〇はいくつでも。うち、最もあてはまると考えるもの1つには◎

1. 地域での24時間の往診体制が十分に確保できていない
2. 地域からの緊急入院を円滑に受け入れる体制が十分に確保できていない
3. 地域での24時間訪問看護の提供体制が十分に確保できていない
4. 地域の診療所・病院間の連携が円滑に行えていない
5. ケアマネジャーとの連携等、医療・介護連携や介護サービスの調整・提供が円滑に行えていない
6. 複数の疾患を有する在宅療養患者への対応が円滑に行えていない
7. 在宅での看取りを行う体制が十分に確保できていない
8. 在宅療養支援病院・診療所としての取組が貴施設の収益・経営面からみて有効ではない
9. その他（　　）

【貴施設が「在宅療養支援病院」または「在宅療養支援診療所」ではない場合】

⑱届出予定があるか、ありの場合、その時期の見込み

1.あり　→ 届出時期の見込み：西暦（　　）年（　　）月頃
2.なし

⑲上記⑱で「2. なし」を選択した場合、貴施設が在宅療養支援病院・診療所の届出を行わない理由として、あてはまるものに〇をつけてください。 ※〇はいくつでも

1. 病床数が200床以上（医療資源の少ない地域では280床以上）であるため（※病院のみ）
2. 24時間の往診担当医の確保が困難であるため
3. 上記以外の施設基準で、満たすことが困難なものがあるため
4. 地域での、在宅療養支援病院・診療所に係る需要が小さいと考えているため
5. 経営上の理由
6. その他（　　）

## ２．新型コロナウイルスの影響に関して、以下についてお伺いします。

①令和2年3月～10月の受診者や体制の動向等 （該当する番号ひとつに○）

| | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1）新型コロナウイルス感染疑い※1の外来患者受入の有無 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |
| 2）新型コロナウイルス感染患者の入院患者※2の受入の有無 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |
| 3）新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無※3 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |

②令和2年3月～10月の、「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（該当する番号ひとつに○）

| | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10 月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1）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 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |
| 2） 1）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 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |
| 3）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 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |
| 4）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 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |
| 5）新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、院内トリアージ実施料※5を算定する保険医療機関 | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し | 1. 有り 2. 無し |

※1　新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む）

※2　新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

※3　１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たにり患した感染症、２）医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

※4　本設問における1）～4）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。

※5　「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９）」（令和２年４月８日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）１で示された院内トリアージ料を指し、「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１４）」（令和2年4月２４日付事務連絡）問３で示すものは含まない。

③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点）※○は1つだけ

1.重点医療機関（新型コロナ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
2.協力医療機関（新型コロナ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
3.その他（　　）

④次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ1つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1）外来（平日） | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 2）外来（土日） | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 3）往診 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 4）訪問診療 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 5）訪問看護 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 6）入院 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 7）救急 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 8）化学療法 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 9）手術 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 10）緊急手術 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |

⑤令和2年3月～10月の8か月間に、貴施設で、新型コロナウイルス感染症と診断された患者、または新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者※への訪問を行った人数をお答えください。

| | 全患者数 | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された患者 | うち、新型コロナウイルス感染症の疑いのある患者 |
|---|---|---|---|
| 1）往診で訪問した患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）訪問診療で訪問した患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 3）訪問看護で訪問した患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

※「新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者」は、訪問時点では新型コロナウイルス感染症と診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケースをお考え下さい。

⑥令和2年3月～10月の8か月間の往診、訪問診療、訪問看護の患者数について、前年同月と比較した際の変化の状況についてご記入ください。（該当する番号それぞれ1つに○）
※上記④で「4. 従来から実施なし」を選んだ項目については、記載不要です。

【往診】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 7月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 4月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 8月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 5月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 9月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 6月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 10月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |

【訪問診療】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 7月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 4月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 8月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 5月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 9月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 6月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 10月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |

【訪問看護】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 7月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 4月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 8月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 5月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 9月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |
| 6月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した | 10月 | 1. 減少した　2. ほぼ変化なし　3. 増加した |

| ⑦貴施設では、令和元年4月～12月までに、オンライン在宅管理料の算定を行ったことがありますか。 | |
|---|---|
| 1. ある | 2. ない |

| ⑧ ⑦で「2」を選んだ施設にお伺いします。貴施設では、令和2年1月以降に、新型コロナウイルス感染症への対応を主目的として、オンライン在宅管理料の算定を新たに行いましたか。 ※○は1つだけ | |
|---|---|
| 1. 行った | 2. 行っていない |

| ⑨令和2年4月～6月に、新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に往診等を行い、かつ院内トリアージ実施料を算定した人数（実人数）※1をお答えください。 | （ ）人 |
|---|---|

※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１４）」（令和2年4月２４日付事務連絡）問３に定められる患者を指します。

| ⑩在宅時医学総合管理料、または施設入居時等医学総合管理料（以下「在総管等」）の算定状況に関してお伺いします。 | |
|---|---|
| 1）令和2年4月～6月に、「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在総管等を算定した人数（実人数）をお答えください。 | （ ）人 |
| 2）上記1）のうち、前月に「月２回以上訪問診療を行っている場合」の在総管等を算定したが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者の要望等により、当月は１回の訪問診療と電話等を用いた診療で「月２回以上訪問診療を行っている場合」の在総管等を算定した人数（実人数）※2をお答えください。 | （ ）人 |

※2 「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１４）」（令和2年4月２４日付事務連絡）問４に定められる患者を指します。

| | 算定実人数 | 算定回数 |
|---|---|---|
| ⑪令和2年4月～10月に、新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に必要な感染予防策を講じて訪問看護・指導を行った場合に算定する在宅移行管理加算を算定した人数（実人数）※3および算定回数をお答えください。 | （ ）人 | （ ）回 |
| ⑫令和2年4月～10月に、電話等での訪問看護・指導を行った場合に算定する訪問看護・指導体制充実加算を算定した人数（実人数）※4および算定回数をお答えください。 | （ ）人 | （ ）回 |

※3 「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１４）」（令和2年4月２４日付事務連絡）問６に定められる患者を指します。

※4 「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２１）」（令和2年６月１０日付事務連絡）問２に定められる患者を指します。

## 3．貴施設の診療体制及び患者数についてお伺いします。

①令和元年5月と9月、および令和2年5月と9月のそれぞれ1か月間の患者数　※0人の際は「0」をご記入ください。

| | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---|---|---|---|---|
| | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| 1)初診患者数(実人数)　※在宅医療分は含めない | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2)再診延べ患者数　※在宅医療分は含めない | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3)往診を行った延べ患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4)上記3)のうち、小児(15歳未満)の患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5)訪問診療を行った延べ患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 6)上記5)のうち、小児(15歳未満)の患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

②-1全職員数(常勤換算※1)をご記入ください。（小数点以下第1位まで。令和2年10月1日現在）

| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師 | リハビリ職※2 | 管理栄養士 | 医療ソーシャルワーカー | うち社会福祉士 | うち精神保健福祉士 | その他の職員 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

②-2　上記②-1のうち、在宅医療の実施のため、患家に訪問をする職員数(常勤換算※1)をご記入ください。

※令和2年9月1か月間について、在宅医療に携わった時間で換算してください。
例)1週間の勤務時間40時間のうち、在宅医療に携わった時間が16時間であれば16÷40＝0.4→「0.4人」と換算

| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師 | リハビリ職※2 | 管理栄養士 | 医療ソーシャルワーカー | うち社会福祉士 | うち精神保健福祉士 | その他の職員 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

※1　非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。
■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）
※2　リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。

| | |
|---|---|
| ②-3　上記②-1のうち、在宅医療を担当する常勤・非常勤の医師数をご記入ください。 | 常勤　（　　）人 |
| | 非常勤（　　）人 |

| | |
|---|---|
| ③貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。<br>※最も近いものに○を1つだけ | 1. 訪問診療・往診を中心に行っている（外来患者が５％未満）<br>2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている<br>3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている<br>4. 特定の曜日に訪問診療を行っている（その日は、原則、訪問診療のみを実施）<br>5. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている<br>6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている<br>7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師が複数名体制）<br>8. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない<br>9. その他（具体的に　　） |

④令和元年5月と9月、および令和2年5月と9月のそれぞれ1か月間に、貴施設が主治医として往診・訪問診療を実施した患者数（実人数）をお答えください。往診と訪問診療を両方提供した患者は、それぞれで数えてください。

| 【往診を実施した患者】 | | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| 1）往診を提供した患者数 （何回訪問しても「1人」と数えます） | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2）上記1）のうち、受診経路別の患者数 | 自院に通院・入院していた患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、直近1年間（令和元年10月～2年9月）に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 他の医療機関からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 医療機関以外からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3）上記1）のうち、精神疾患を主傷病とする患者数 | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4）上記1）のうち、往診について、医師が必要性を認めて実施した患者数（医師の判断ではなく、契約等に基づいて実施した患者を除きます） | | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 【訪問診療を実施した患者】 | | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| 1）訪問診療を提供した患者数 （何回訪問しても「1人」と数えます） | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2）上記1）のうち、受診経路別の患者数 | 自院に通院・入院していた患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、直近1年間（令和元年10月～2年9月）に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 他の医療機関からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 医療機関以外からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3）上記1）のうち、精神疾患を主傷病とする患者数 | | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑤令和元年4月～9月、および令和2年4月～9月の6か月間に、貴施設が主治医として在宅医療（往診または訪問診療）を実施した患者数（実人数）についてお答えください。

| | 令和元年 4月～9月 | 令和2年 4月～9月 |
|---|---|---|
| 1）在宅医療（往診または訪問診療）を提供した患者数 （何回実施しても「1人」と数えます） | 人 | 人 |
| 2）上記1）のうち、死亡した患者数 … 3）+9）=2） | 人 | 人 |
| 3）上記2）のうち、医療機関以外で死亡した患者数…4）+5）+6）+7）+8）=3） | 人 | 人 |
| 4）上記3）のうち、自宅※1での死亡者数 | 人 | 人 |
| 5）上記3）のうち、居住系施設※2での死亡者数 | 人 | 人 |
| 6）上記3）のうち、介護老人福祉施設での死亡者数 | 人 | 人 |
| 7）上記3）のうち、介護老人保健施設および介護医療院での死亡者数 | 人 | 人 |
| 8）上記3）のうち、4）から7）に該当しない場所※3での死亡者数 | 人 | 人 |
| 9）上記2）のうち、医療機関で死亡した患者数 … 10）+11）+12）=9） | 人 | 人 |
| 10）上記9）のうち、貴施設で死亡した患者数 | 人 | 人 |
| 11）上記9）のうち、連携医療機関※4で死亡した患者数 | 人 | 人 |
| 12）上記9）のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数 | 人 | 人 |
| 13）上記9）のうち、患者や家族の意向に基づき貴施設または連携医療機関に入院し、7日以内に死亡した患者数 | 人 | 人 |

【前ページ注釈】

※1「**自宅**」は、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「**居住系施設**」は、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院以外の居住先をいい、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、サ高住（該当する場合））、認知症グループホーム等が該当します。

※3「**4）から7）に該当しない場所**」は、上記の「※1」「※2」および介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院以外の場所をいい、短期入所生活介護の提供場所、（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスの提供場所等が該当します。

※4「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。

| | | 令和元年４月～９月 | 令和２年４月～９月 |
|---|---|---|---|
| 14）⑤の1）「令和元年4月～9月、および令和2年4月～9月の6か月間に、貴施設が主治医として在宅医療を実施した患者」を受診経路別に分けた場合、貴施設または他施設の地域包括ケア病棟等※5から退院した患者数 | | （　　）人 | （　　）人 |
| 15）14）のうち、地域包括ケア病棟等に入院・入棟していた理由別の患者数<br>※右記の理由ごとに、該当する患者数を記載<br>…14）の患者数<br>=a)+b)+c)+d)の患者数 | a）急性期治療を経過した後に、当該急性期病棟から転棟した | （　　）人 | （　　）人 |
| | b）在宅療養を行っている患者の急性疾患対応のため入院した | （　　）人 | （　　）人 |
| | c）検査入院や教育入院、化学療法等の予定入院であった | （　　）人 | （　　）人 |
| | d）その他（主な内容　　） | （　　）人 | （　　）人 |

※5　地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床

| 【14）で、「令和元年4月～9月」または「令和2年4月～9月」のいずれかまたは両方が「1人」以上の場合】 | |
|---|---|
| 16）14）のうち、「急性期病棟から地域包括ケア病棟等へ入院（転棟）した患者」が入院していた地域包括ケア病棟等は、どの医療機関が有するものであるか<br>※最も多くの患者が該当するもの一つに○ | 1. 貴施設の連携医療機関<br>2. 貴施設自身<br>3. 連携医療機関以外の医療機関<br>4. この選択肢に該当する患者はいない |
| 17）14）のうち、「在宅から地域包括ケア病棟等へ入院した患者」が入院していた地域包括ケア病棟等は、どの医療機関が有するものであるか<br>※最も多くの患者が該当するもの一つに○ | 1. 貴施設の連携医療機関<br>2. 貴施設自身<br>3. 連携医療機関以外の医療機関<br>4. この選択肢に該当する患者はいない |
| 18）当該患者の、入院前後の在宅医療（往診・訪問診療・訪問看護）の提供状況<br>※最も多くの患者が該当すると思われるもの一つに○ | 1. 入院前から在宅医療が提供されており、退院後も内容は変わらない<br>2. 入院前から在宅医療が提供されており、退院後に提供量（訪問時間、回数等）が増加した<br>3. 入院前から在宅医療が提供されており、退院後に提供量（訪問時間、回数等）が減少した<br>4. 入院前から在宅医療が提供されており、退院後も提供量（訪問時間、回数等）は変わらないが診療内容が変化した<br>5. 退院後に新規に在宅医療を受けることとなった<br>6. 入院前の状況を把握しておらず、判断できない<br>7. その他 |
| 19）当該患者が、地域包括ケア病棟等以外からの退院患者と比べたときにあてはまる特徴・項目<br>※○はいくつでも | 1. 在宅医療提供開始時の、退院元の医療機関との連携がスムーズである<br>2. 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が多い<br>3. 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が少ない<br>4. 急性増悪時などの緊急対応がスムーズに行える<br>5. 特に差はない<br>6. その他（　　） |

| 20）貴施設が往診・訪問診療を開始した時期 | 往診 | 訪問診療 |
|---|---|---|
| | 西暦（　　）年頃 | 西暦（　　）年頃 |
| 21）連携している24時間対応の薬局の有無 | | 1. あり　　2. なし |

⑥令和元年4月～6月および7月～9月、令和2年4月～6月および7月～9月の間に、貴施設で以下の診療料等を算定した患者数（実人数）についてお答えください。

| | | 令和元年 | | 令和２年 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ４月～６月 | ７月～９月 | ４月～６月 | ７月～９月 |
| 1）入退院支援加算1 | 算定患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）退院時共同指導料1および2 | 算定患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 3）在宅患者緊急時等カンファレンス料 | 算定患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 4）在宅患者訪問褥瘡管理指導料 | 算定患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 5）精神科在宅患者支援管理料 | 算定患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

⑦「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の令和2年度の算定患者が1人以上の場合、算定のための看護師および管理栄養士の確保方法としてあてはまるものに○をつけてください。 ※○はそれぞれ1つだけ

| | |
|---|---|
| a）看護師 | 1. 貴施設で確保　　2. 他の保険医療機関と連携して確保<br>3. 他の訪問看護ステーションと連携して確保 |
| b）管理栄養士 | 1. 貴施設で確保　　2. 他の保険医療機関と連携して確保<br>3. 他の栄養ケア・ステーションと連携して確保 |

⑧「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」を令和2年9月の1か月間に算定した患者について、9月に算定した指導料が令和2年度内で何回目の算定であったか、回数別に患者数をお答えください。

| | |
|---|---|
| 初回の算定人数 | （　　）人 |
| 2 回目の算定人数 | （　　）人 |
| 3 回目の算定人数 | （　　）人 |

（例１）初回を令和2年4月、2回目を6月、3回目を9月に算定した患者は「3回目の算定人数」に計上
（例２）初回を令和2年6月、2回目を9月に算定した患者は「2回目の算定人数」に計上
（例３）初回を令和2年9月に計上した患者は「初回の算定人数」に計上

| | |
|---|---|
| ⑨貴施設は、「他の医療機関が主治医として訪問診療を提供している患者について定期的な訪問診療を依頼されること」と、「貴施設が主治医として訪問診療を提供している患者について他の医療機関に定期的な訪問診療を依頼すること」のどちらが多いですか。 | 1. 依頼されることが多い<br>2. 依頼することが多い |

| ⑩令和2年4月～9月の6か月間に、他の医療機関が主治医として訪問診療を行っている患者で、貴施設が訪問診療を依頼された患者数（実人数） | （　　）人 |
|---|---|

⑪ 上記⑩のうち、依頼された訪問診療が令和2年10月1日時点で継続中の患者における、訪問診療の期間別の患者数

| | | | |
|---|---|---|---|
| a）1か月 | （　　）人 | b）1か月超～3か月 | （　　）人 |
| c）3か月超～6か月 | （　　）人 | d）6か月超～12か月 | （　　）人 |
| e）12か月超 | （　　）人 | | |

⑫令和2年4月～9月の6か月間における以下の患者数（実人数）

| 1）訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者数（実人数）<br>※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の対象となる患者としてお考え下さい。 | （　　）人 |
|---|---|

2）上記1）のうち、他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由別の患者数　※1）＝a）+b）+ c）+d）

| | |
|---|---|
| a）主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため | （　　）人 |
| b）主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため | （　　）人 |
| c）患者・家族の意向のため | （　　）人 |
| d）その他　（主な理由を具体的に：） | （　　）人 |

3）上記1）の患者について、依頼先の医療機関が実施した患者ごとの訪問診療の回数
…各患者に実施した訪問診療の回数が最も多いものと2番目に多いものを、a）～c）の期間ごとに下の【選択肢】の1.～5.の中から選び、該当する番号をお書きください。
※複数の医療機関に依頼した場合は、医療機関ごとの回数を別々に考慮してください。

【選択肢】 1. 月１回　2. 月２回　3. 月３回以上　4. 回数を把握していない　5. 当該期間は行われていない　（それぞれ該当する番号を記入）

| | 最も多いもの | 2番目に多いもの |
|---|---|---|
| a）初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数※1 | （　　） | （　　） |
| b）初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数※2 | （　　） | （　　） |
| c）初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数※3 | （　　） | （　　） |

※1（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、6月10日～6月30日に実施した訪問診療の回数です。
※2（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月31日の１か月間に実施した訪問診療の回数です。
※3（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の１か月あたり平均回数です。

4）上記1）のうち、依頼した訪問診療が令和2年10月1日時点で継続中の患者における、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間別の患者数

| | | | |
|---|---|---|---|
| a）1か月 | （　　）人 | b）1か月超～3か月 | （　　）人 |
| c）3か月超～6か月 | （　　）人 | d）6か月超～12か月 | （　　）人 |
| e）12か月超 | （　　）人 | | |

| | |
|---|---|
| 【4）のd）またはe）に該当患者がいる場合】<br>5）期間が6か月超である理由として、最も多いもの<br>※○は1つ | 1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有し、相応の期間の診療が必要なため<br>2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有し、相応の期間の診療が必要なため<br>3. 患者・家族の意向のため<br>4. その他（　　） |

6）上記1）の患者について、訪問診療の依頼先として多い診療科（多い診療科を順に3つ選択）

| | |
|---|---|
| 1.内科　2.外科　3.整形外科　4.脳神経外科<br>5.小児科　6.精神科　7.眼科　8.皮膚科<br>9.耳鼻咽喉科　10.泌尿器科　11.リハビリテーション科<br>12.婦人科　13.その他（具体的に　　） | 最も多く依頼した診療科の番号　（　　）<br>2番目に多く依頼した診療科の番号（　　）<br>3番目に多く依頼した診療科の番号（　　） |

7）上記1）の患者について、訪問診療を依頼した対象病名として多いもの（多い病名を順に3つ選択）

| | |
|---|---|
| 1.難病（神経系）　2.難病（神経系以外）　3.脊髄損傷　4.COPD<br>5.循環器疾患（高血圧症、心不全など）　6.脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）<br>7.精神系疾患　8.神経系疾患　9.認知症　10.糖尿病<br>11.悪性新生物　12.骨折・筋骨格系疾患　13.呼吸器系疾患<br>14.耳鼻科疾患　15.眼科疾患　16.皮膚疾患（褥瘡等）<br>17. その他（具体的に　　） | 最も多い病名の番号　（　　）<br>2番目に多い病名の番号（　　）<br>3番目に多い病名の番号（　　） |

8）上記1）のうち、依頼先の医療機関の種別ごとの患者数　※1）＝a）+b）+ c）+d）

| | |
|---|---|
| a）在宅療養支援病院 | （　　）人 |
| b）在宅療養支援病院以外の病院 | （　　）人 |
| c）在宅療養支援診療所 | （　　）人 |
| d）在宅療養支援診療所以外の診療所 | （　　）人 |

| | |
|---|---|
| 9）上記1）のうち、貴施設と特別の関係※である医療機関に依頼した患者数 | （　　）人 |
| ⑬令和2年4月～9月の6か月間に、貴施設が他の医療機関の連携医療機関として看取りを行った患者数（実人数） | （　　）人 |

※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

## ４．貴施設における、在宅療養に関する診療報酬の算定状況等についてお伺いします。

①貴施設の以下の算定回数（延べ）等をお答えください。
※回答の対象となる期間が1）～10）で一部異なります。設問ごとに記載した期間の回数等をお答えください。

「R1：4～9月」は
令和元年４月～９月の数値、
「R2：4～9月」は
令和２年４月～９月の数値を
それぞれご記入ください

| | | 算定回数 | うち、認知症対応型グループホームでの算定回数 | うち、特定施設※1での算定回数 | うち、小規模多機能型居宅介護、または看護小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス利用中の患者に提供した算定回数 | 上記のうち、医療機関の退院日から宿泊サービスを利用中であった患者への算定回数 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1）在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1 | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 |
| 2）在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2 | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 |
| 3）在宅患者訪問診療料（Ⅱ） | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 |
| 4）在宅がん医療総合診療料 | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | | (　　)回 | (　　)回 |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | | (　　)回 | (　　)回 |
| 5）夜間・休日往診加算 | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |
| 6）深夜往診加算 | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |
| 7）在宅患者共同診療料1,2,3 | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |
| 8）診療情報連携共有料 | R1：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |
| | R2：4～9月 | (　　)回 | (　　)回 | (　　)回 | | |

※１　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）

| 9)在宅時医学総合管理料 | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---|---|---|---|---|
| | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| a) 月2回以上（厚生労働大臣が定める状態※2） | 回 | 回 | 回 | 回 |
| b) 月2回以上（「a)」に該当しないもの） | 回 | 回 | 回 | 回 |
| c) 月1回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| d)「小規模多機能型居宅介護」または「看護小規模多機能型居宅介護」の宿泊サービス利用中の患者に提供した算定回数 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| e)上記d)のうち、医療機関の退院日から宿泊サービスを利用中であった患者への算定回数 | 回 | 回 | 回 | 回 |

| f)在宅時医学総合管理料の全算定回数のうち、要介護度等の状況別算定回数（令和2年9月） | | | |
|---|---|---|---|
| 要介護2 | （ ）回 | 要介護3 | （ ）回 |
| 要介護4 | （ ）回 | 要介護5 | （ ）回 |
| 障害支援区分2以上 | （ ）回 | | |

| g)要介護度別の患者へ提供する医療の内容として多いもの（令和2年9月）<br>（上位3つまで。以下【9)のg)、および10)のe)の選択肢】から該当する番号を選び、多い順に左から3つまでをご記入ください） | | | |
|---|---|---|---|
| 要介護2 | | 要介護3 | |
| 要介護4 | | 要介護5 | |
| 障害支援区分2以上 | | | |

| 10)施設入居時等医学総合管理料 | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---|---|---|---|---|
| | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| a) 月2回以上（厚生労働大臣が定める状態※2） | 回 | 回 | 回 | 回 |
| b) 月2回以上（「a)」に該当しないもの） | 回 | 回 | 回 | 回 |
| c) 月1回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

| d)施設入居時等医学総合管理料の全算定回数のうち、要介護度等の状況別算定回数（令和2年9月） | | | |
|---|---|---|---|
| 要介護2 | （ ）回 | 要介護3 | （ ）回 |
| 要介護4 | （ ）回 | 要介護5 | （ ）回 |
| 障害支援区分2以上 | （ ）回 | | |

| e)要介護度別の患者へ提供する医療の内容として多いもの（令和2年9月）<br>（上位3つまで。以下【9)のg)、および10)のe)の選択肢】から該当する番号を選び、多い順に左から3つまでをご記入ください） | | | |
|---|---|---|---|
| 要介護2 | | 要介護3 | |
| 要介護4 | | 要介護5 | |
| 障害支援区分2以上 | | | |

※2 「厚生労働大臣が定める状態」は、特掲診療料の施設基準別表第８の２にある疾患および状態をいいます。

【9)のg)、および10)のe)の選択肢】

| | | |
|---|---|---|
| 1.抗がん剤の点滴・注射 | 2.モルヒネの持続皮下注射 | 3.鎮静薬の持続皮下注射 |
| 4.皮下輸液 | 5.中心静脈栄養・ポート管理 | 6.輸血 |
| 7.胸水穿刺・腹水穿刺 | 8.経口麻薬の投与 | 9.末梢静脈点滴 |
| 10.上記以外の点滴・注射 | 11.気管切開ｶﾆｭｰﾚの交換 | 12.ｶﾃｰﾃﾙ交換（ｶﾃｰﾃﾙの部位 ） |
| 13.ネブライザー | 14.たんの吸引の指示 | 15.その他 |

| ②令和2年4月～9月の6か月間における緊急往診加算の実績をお答えください。 | 算定実人数 | 算定回数 |
|---|---|---|
| | （　　）人 | （　　）回 |

【緊急往診加算の算定回数が1回以上ある場合】

③算定患者の算定要件として該当する状態像別人数（実人数）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 急性心筋梗塞 | （　　）人 | 医学的に終末期と考えられる患者 | （　　）人 |
| 脳血管障害 | （　　）人 | その他 | （　　）人 |
| 急性腹症 | （　　）人 | ↳「その他」の主な状態像（　　） | |

④貴施設における在宅でのターミナルケアに関してお答えください。

1）令和2年4月～9月の6か月間における以下を算定した患者数をお答えください。
※d）およびe）の患者数は、在宅ターミナルケア加算を算定した患者を含みます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| a）在宅ターミナルケア加算 | | | （　　）人 |
| b）上記a）のうち、在宅ターミナルケア加算と看取り加算の両方を算定した患者数 | | | （　　）人 |
| c）上記a）のうち、在宅ターミナルケア加算と死亡診断加算の両方を算定した患者数 | | | （　　）人 |
| d）看取り加算 | （　　）人 | e）死亡診断加算 | （　　）人 |

2）貴施設では、看取りに対する指針を定めていますか。 ※〇は1つだけ

1. 定めている
2. 定めていないが、今後定める予定である
3. 定めておらず、今後定める予定もない
4. 未定

| ⑤令和2年9月の1か月間における、貴施設の包括的支援加算の算定人数（実人数）をお答えください。 | | （　　）人 |
|---|---|---|
| 【算定人数が1人以上の場合】⑥算定患者の状態像別人数（実人数）※1 | 1）要介護2以上または障害支援区分2以上 | （　　）人 |
| | 2）認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb 以上 | （　　）人 |
| | 3）週1回以上の訪問看護※2を受けている | （　　）人 |
| | 4）訪問診療時又は訪問看護時に、注射または喀痰吸引、経管栄養（胃ろう、腸ろうを含む）、鼻腔栄養を受けている | （　　）人 |
| | 5）特定施設等の入居者で、医師の指示を受け、看護職員による注射または喀痰吸引、経管栄養（胃ろう、腸ろうを含む）、鼻腔栄養を受けている | （　　）人 |
| | 6）その他、関係機関等との調整等のために医師による特別な医学管理を必要とする状態 | （　　）人 |

※1　患者１人について該当する状態が１）～６）のうち２つ以上ある場合は、それぞれの項目に人数を計上してください。
（例：ある患者が１）と２）の両方に該当する場合は、１）と２）に１人ずつ計上）

※2　訪問看護は、医療保険と介護保険の両方を含みます。

| 【⑦～⑩は、在宅療養支援診療所以外の診療所にお伺いします】<br>⑦令和2年4月～9月の6か月間における貴施設の継続診療加算の実績をお答えください。 | 算定実人数 | 算定回数 |
|---|---|---|
| | （　　）人 | （　　）回 |

| 【算定回数が1回以上ある場合】<br>⑧自施設で24時間の往診体制及び訪問看護の提供体制を確保できていますか。 | | 1. はい　2. いいえ |
|---|---|---|
| 【「2.いいえ」と回答した場合】<br>1）継続診療加算の算定にあたり連携している医療機関および訪問看護ステーション数<br>※連携機関がない場合は「0」と記載してください。 | 1. 在宅療養支援病院 | （　　）施設 |
| | 2. 在宅療養支援病院以外の病院 | （　　）施設 |
| | 3. 在宅療養支援診療所 | （　　）施設 |
| | 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 | （　　）施設 |
| | 5. 訪問看護ステーション | （　　）施設 |

| 【「2.いいえ」と回答した場合】<br>2）患者への夜間のサービス提供を行っている機関としてあてはまるもの<br>※〇はいくつでも | 1. 在宅療養支援病院　2. 在宅療養支援病院以外の病院<br>3. 在宅療養支援診療所　4. 在宅療養支援診療所以外の診療所<br>5. 訪問看護ステーション |
|---|---|

【算定回数が1回以上ある場合】
⑨診療体制の確保にあたり地域医師会の協力を得ていますか。

1. 協力を得ている　（具体的な内容　　）
2. 協力を得ていない

【算定回数が0回の場合】
⑩継続診療加算を算定していない理由として、あてはまるものに〇をつけてください。 ※〇はいくつでも

1. 24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない
（確保できない理由：　　）
2. 訪問看護の提供体制が確保できない
3. 当該加算の算定対象となる患者がいない
4. 経営上のメリットが感じられない
5. 往診・訪問診療は行わない方針である
6. その他　（具体的に　　）

⑪令和2年4月～9月の6か月間の貴施設における在宅患者訪問薬剤管理指導料、および在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患数別の算定回数（延べ）をお答えください。
※介護保険における居宅療養管理指導は除いてお考えください。

| | 単一建物診療患者数 | | |
|---|---|---|---|
| | 1人 | 2～9人 | 10人以上 |
| 1）在宅患者訪問薬剤管理指導料 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 2）在宅患者訪問栄養食事指導料1 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 3）在宅患者訪問栄養食事指導料2 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 4）3）のうち、他の医療機関に所属する管理栄養士の指導による算定回数 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 5）3）のうち、栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士の指導による算定回数 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |

| ⑫令和元年9月及び令和2年9月の1か月間における、以下の算定実人数、算定回数をお答えください。 | | 算定実人数 | 算定回数 |
|---|---|---|---|
| 令和元年9月 | a）在宅患者訪問看護・指導料 | （　　）人 | （　　）回 |
| | b）同一建物居住者訪問看護・指導料 | （　　）人 | （　　）回 |
| | c）精神科訪問看護・指導料 | （　　）人 | （　　）回 |
| 令和2年9月 | a）在宅患者訪問看護・指導料 | （　　）人 | （　　）回 |
| | b）同一建物居住者訪問看護・指導料 | （　　）人 | （　　）回 |
| | c）精神科訪問看護・指導料 | （　　）人 | （　　）回 |
| ⑬貴施設では、訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っていますか。（※令和2年10月1日時点） | | 1. はい　　2. いいえ | |

⑬で「1. はい」と答えた場合　→　⑭～⑯のご回答をお願いします。
⑬で「2. いいえ」と答えた場合　→　⑰～⑳のご回答をお願いします。

【⑬で「1. はい」と答えた場合】

⑭24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保するための方法としてあてはまるもの ※○はいくつでも

1. 貴施設のみで体制を確保している　　2. 他の保険医療機関と連携して確保している
3. 他の訪問看護ステーションと連携して確保している

⑮訪問看護・指導体制充実加算の施設基準のうち、貴施設が満たしている項目 ※○はいくつでも
※「在宅患者訪問看護・指導料等」には、同一建物居住者訪問看護・指導料を含みます。

1. 在宅患者訪問看護・指導料等の３（専門性の高い看護師の同行訪問）を前年度に５回以上算定
2. 在宅患者訪問看護・指導料等の乳幼児加算を前年度に25回以上算定
3. 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等※の患者について、在宅患者訪問看護・指導料等を前年度に25回以上算定
4. 在宅患者訪問看護・指導料等の在宅ターミナルケア加算を前年度に４回以上算定
5. 退院時共同指導料１又は２を前年度に25回以上算定
6. 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度に40回以上算定

| ⑯令和2年9月における、訪問看護・指導体制充実加算の算定回数をお答えください。<br>※新型コロナウイルスによる臨時的取扱いで、電話等での訪問看護・指導を行ったことによる訪問看護・指導体制充実加算の算定回数は除く | （　　）回 |
|---|---|

※　末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

【⑬で「2. いいえ」と答えた場合】

⑰24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していますか。 ※○は1つ

1. 貴施設のみで体制を確保している
2. 他の保険医療機関と連携して確保している
3. 他の訪問看護ステーションと連携して確保している
4. 確保していない

【⑰で「4. 確保していない」と答えた場合】

⑱貴施設が訪問看護を提供している利用者への、夜間の訪問看護提供を行っている施設・事業所等
※○はいくつでも

1. 地域の他の保険医療機関
2. 地域の他の訪問看護ステーション
3. 夜間の訪問看護提供が必要な利用者はいない
4. その他（ ）

【⑰で「4. 確保していない」と答えた場合】

⑲24時間訪問看護を提供していない理由 ※○はいくつでも

1. 他の医療機関や訪問看護ステーションと連携しても、人員がおらず確保が困難なため
2. 他の医療機関や訪問看護ステーションが24時間対応を行っているなど、需要は満たされていると考えるため
3. 体制を確保するための費用が確保できないため
4. その他（ ）

⑳訪問看護・指導体制充実加算を届け出ていない理由 ※○はいくつでも
※「在宅患者訪問看護・指導料等」には、同一建物居住者訪問看護・指導料を含みます。

1. 在宅患者訪問看護・指導料等の３（専門性の高い看護師の同行訪問）の年５回以上の算定が難しい
2. 在宅患者訪問看護・指導料等の乳幼児加算の年25回以上の算定が難しい
3. 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料等の年25回以上の算定が難しい
4. 在宅患者訪問看護・指導料等の在宅ターミナルケア加算の年４回以上の算定が難しい
5. 退院時共同指導料１又は２の年25回以上の算定が難しい
6. 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の年40回以上の算定が難しい
7. 24時間の訪問看護提供体制の確保が難しい
8. 施設基準は満たしており、今後届出の予定である（届出を検討している）
9. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定はない
10. その他（ ）

**５．ここからは、貴施設が訪問診療を実施した患者２名（患者票A・Bに記載）と、訪問看護を実施した患者２名（患者票C・Dに記載）の計４名を以下の方法で選定し、その患者についてご回答者様が引き続きご記入ください。**

【患者票A・Bについて】
●令和2年９月１日～９月16日の間に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、氏名が五十音順で早い患者２名（→患者票A、Bに記入。順不同）

【患者票C・Dについて】
●令和2年９月１日～９月16日の間に貴施設が訪問看護・指導を実施した患者のうち、氏名が五十音順で早い患者２名（→患者票C、Dに記入。順不同）

※ 貴施設が訪問看護指示書を交付し、訪問看護ステーションが訪問看護を実施した患者（貴施設が直接訪問看護・指導を実施していない患者）は、患者票C・Dの対象外です。

※ いずれも新型コロナウイルス感染症と診断された患者や、新型コロナウイルス感染の疑いのある患者（訪問時点では診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケース）は除いてください。

**患者票A**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1)性別 | 1. 男性　2. 女性 | 2)年齢 | （　　）歳 |
| 3)訪問先 | 1. 戸建て・マンション・アパート・団地等　2. サービス付き高齢者向け住宅<br>3. 有料老人ホーム　4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム<br>5. 特別養護老人ホーム　6. 認知症対応型共同生活介護<br>7. その他（具体的に　　） | | |
| 4)上記3)の訪問先建物（単一建物）において、貴施設が訪問診療を実施している患者数（※この患者を含めた人数） | | | （　　）人 |

| | |
|---|---|
| 5)調査日の診察状況 | 1. 単一の建物内で複数の患者を診察　2. 単一の建物内で当該患者のみ診察 |
| 6)要介護度 | 1. 対象外　2. 非該当　3. 未申請　4. 要支援１・２　5. 要介護１<br>6. 要介護２　7. 要介護３　8. 要介護４　9. 要介護５　10. 不明 |
| 7)認知症高齢者の日常生活自立度 | 1. 該当なし　2. Ⅰ　3. Ⅱa　4. Ⅱb　5. Ⅲa<br>6. Ⅲb　7. Ⅳ　8. M　9. 自立度不明 |
| 8)精神疾患の有無 | 1. あり→（1. 認知症　2. 認知症以外）　2. なし |
| 9)障害者手帳などの種類 | 1. 身体障害者手帳（　　）級　2. 療育手帳（　　）度<br>3. 精神障害者保健福祉手帳（　　）級　4. 申請中<br>5. 手帳なし　6. わからない |
| 10)同居家族等の有無 | 1. 独居（施設等入所を含む）　2. 同居家族等あり　3. 不明 |
| 11)患家を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br>※移動時間は貴施設から患家までの片道時間をお書きください。 | 1. 徒歩のみ　→（　　）分<br>2. 徒歩＋バス・電車等の公共交通　→（　　）分<br>3. 自動車　→（　　）分<br>4. その他（具体的に　　）→（　　）分 |
| 12)訪問診療を行ったきっかけ | 1. 自院の外来からの移行　2. 自院の入院からの移行<br>3. 他の医療機関からの紹介　4. 医療機関以外からの紹介<br>（4. について具体的に　　） |

| | |
|---|---|
| 13）訪問診療を行っている理由 | 1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難<br>2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難<br>3. その他（具体的に　　） |
| 14）訪問診療の対象病名<br>※〇はいくつでも | 1. 難病（神経系）　2. 難病（神経系以外）　3. 脊髄損傷　4. COPD<br>5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など）　6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）<br>7. 精神系疾患　8. 神経系疾患　9. 認知症　10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物　12. 骨折・筋骨格系疾患　13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等）<br>17. その他（具体的に　　） |
| 15）ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期→余命の見込み：（　　）か月　2. ターミナル期でない |

16）当該患者に対して、医師が実施した診療内容・連携等（※この1か月間に実施したもの）　※〇はいくつでも

1. 健康相談　2. 視聴打診・触診　3. バイタル測定　4. 患者・家族等への問診
5. 心電図検査　6. 簡易血糖測定　7. 採血・検体採取　8. 検査結果説明
9. 抗がん剤の点滴・注射　10. モルヒネの持続皮下注射　11. 鎮静薬の持続皮下注射
12. 皮下輸液　13. 中心静脈栄養・ポート管理　14. 輸血　15. 胸水穿刺・腹水穿刺
16. 経口麻薬の投与　17. 末梢静脈点滴　18. 上記以外の点滴・注射
19. 気管切開・ｶﾆｭｰﾚ交換　20. ｶﾃｰﾃﾙ交換（ｶﾃｰﾃﾙの部位　　）　21. エコー検査
22. 薬剤の処方　23. 特定保険医療材料の処方　24. ネブライザー　25. たんの吸引の指示
26. 栄養指導　27. 患者・家族等への病状説明　28. 診療上の継続的な意思決定支援
29. 訪問看護ステーションに関する指示・連携（具体的に　　）
30. 保険薬局に関する指示・連携（具体的に　　）
31. 歯科医療機関との連携（具体的に　　）
32. 居宅介護支援事業所との連携（具体的に　　）
33. その他（具体的に　　）

17）当該患者に対して訪問診療を行う医師の指示又は依頼のもと、医師以外の職種（貴施設以外の職員も含む）が提供している医療内容等（※この1か月間に提供したもの）

a）～d）の職種ごとに主な実施内容を下の【選択肢】の1.～32.の中から3つまで選び、該当の番号をお書きください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| a）看護職員が実施したもの | | | |
| b）リハビリ職が実施したもの | | | |
| c）薬剤師が実施したもの | | | |
| d）その他の職員（　　）が実施したもの | | | |

【選択肢】

1. 健康相談　2. 血圧・脈拍の測定　3. 心電図検査　4. 簡易血糖測定
5. 血糖自己測定（SMBG管理）　6. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む）　7. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理
8. 経鼻経管栄養　9. 中心静脈栄養　10. 吸入・吸引　11. ネブライザー
12. 創傷処置　13. 体位変換　14. 浣腸・摘便　15. 褥瘡の処置
16. インスリン注射　17. 点滴・注射（9、16以外）　18. 膀胱（留置）カテーテルの管理
19. 人工肛門・人工膀胱の管理　20. 人工呼吸器の管理　21. 気管切開の処置
22. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）　23. がん末期の疼痛管理　24. 慢性疼痛の管理（23以外）
25. 透析・腹膜還流　26. リハビリテーション　27. 口腔ケア　28. 連携施設・事業所との連絡・調整
29. 社会福祉制度、相談窓口等の紹介　30. 訪問服薬指導（自院の薬剤師によるもの）
31. 訪問服薬指導（自院以外の薬剤師によるもの）　32. その他（具体的に　　）

| | |
|---|---|
| 18)貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期 | 西暦（　　）年（　　）月頃 |
| 19)複数疾患への対応等のため、他の医療機関から訪問診療を依頼されている患者であるか | 1. はい　2. いいえ |
| 【在総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料の届出を行っている施設のみ】<br>20)複数疾患への対応等のため、他の医療機関に訪問診療を依頼・実施している又は依頼・実施していた患者であるか<br>※「1. はい」の場合は、何か所の医療機関に依頼したか、数もあわせて回答<br>※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の対象となる患者としてお考え下さい。 | 1. はい（依頼した医療機関数：＿＿＿＿か所）<br>2. いいえ |

【20)で「1.はい」とお答え頂いた施設のみ】
21)他の医療機関の医師への定期的な訪問診療の依頼について、下記の設問にお答えください。
※以下のa)～h)について、複数の医療機関に依頼した場合は、主な依頼先1か所について回答してください

| | |
|---|---|
| a)他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由 | 1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため<br>2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため<br>3. 患者・家族の意向のため<br>4. その他（具体的に　　） |
| b)依頼先の診療科 | 1. 内科　2. 外科　3. 整形外科　4. 脳神経外科　5. 小児科<br>6. 精神科　7. 眼科　8. 皮膚科　9. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科<br>11. リハビリテーション科　12. 婦人科　13. その他（具体的に　　） |

c)依頼先の医療機関が当該患者に実施した訪問診療の回数
…ⅰ)～ⅲ)の期間ごとに下の【選択肢】の1.～5.の中から選び、該当する番号をお書きください。

【選択肢】1. 月１回　2. 月２回　3. 月３回以上
4. 回数を把握していない　5. 当該期間は行われていない

| | |
|---|---|
| ⅰ） 初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数※1 | （　　） |
| ⅱ） 初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数※2 | （　　） |
| ⅲ） 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数※3 | （　　） |

| | |
|---|---|
| d)依頼先の医療機関による訪問診療の期間（見込みを含む） | 1. １か月　2. １か月超～３か月　3. ３か月超～６か月<br>4. ６か月超～１２か月　5. １２か月超 |
| e)訪問診療を依頼した病名 | 1. 難病（神経系）　2. 難病（神経系以外）　3. 脊髄損傷　4. COPD<br>5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など）　6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）<br>7. 精神系疾患　8. 神経系疾患　9. 認知症　10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物　12. 骨折・筋骨格系疾患　13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等）<br>17. その他（具体的に　　） |
| f)依頼先の医療機関の種別 | 1. 在宅療養支援病院　2. 在宅療養支援病院以外の病院<br>3. 在宅療養支援診療所　4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 |
| g)依頼先の医療機関の許可病床数 | 1. 0床（無床診療所）　2. 1～19床（有床診療所）<br>3. 20～199床　4. 200～399床　5. 400床以上 |
| h)依頼先の医療機関は、貴施設と特別の関係であるか※4 | 1. はい　2. いいえ |

※1（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、6月10日～6月30日に実施した訪問診療の回数です。
※2（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月31日の１か月間に実施した訪問診療の回数です。
※3（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の１か月あたり平均回数です。
※4「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

| | | |
|---|---|---|
| 22）当該患者の、医学管理料・加算の算定状況（令和2年9月） | 1. 在宅時医学総合管理料（重症患者）<br>3. 在宅時医学総合管理料（月１回）<br>5. 施設入居時等医学総合管理料（月２回以上）<br>7. 継続診療加算<br>9. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２<br>11. 精神科在宅患者支援管理料１のイ<br>13. 精神科在宅患者支援管理料１のハ<br>15. 精神科在宅患者支援管理料２のロ | 2. 在宅時医学総合管理料（月２回以上）<br>4. 施設入居時等医学総合管理料（重症患者）<br>6. 施設入居時等医学総合管理料（月１回）<br>8. 包括的支援加算<br>10. 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）<br>12. 精神科在宅患者支援管理料１のロ<br>14. 精神科在宅患者支援管理料２のイ<br>16. いずれも算定していない |
| 23）当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数（令和2年9月） | | （　　）回 |
| 24）調査日の診療時間（当該患者のために患家に滞在した時間） | | （　　）分 |
| 25）往診（定期的・計画的な訪問診療ではない）を行った回数（令和2年4月～令和2年9月の6か月間） | | （　　）回 |
| 26）当該患者への、1か月間の訪問看護実施回数（令和2年9月）<br>※医療保険、介護保険の両方を含みます。 | | （　　）回 |

（患者票Ｂも同内容で作成）

**患者票C**

| | |
|---|---|
| 1）性別 | 1.男性　2.女性 |
| 2）年齢 | （　　）歳 |
| 3）要介護度（直近） | 0.非該当　1.未申請　2.申請中　3.要支援１・２　4.要介護１<br>5.要介護２　6.要介護３　7.要介護４　8.要介護５　9.不明 |
| 4）障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（直近） | 0.自立　1. J　2. A　3. B　4. C　5.不明 |
| 5）認知症高齢者の日常生活自立度（直近） | 0.自立　1. Ⅰ　2. Ⅱ　3. Ⅲ　4. Ⅳ　5. M　6.不明 |
| 6）GAF尺度（直近）<br>（精神科訪問看護・指導料を算定している場合のみ） | （　　点） |
| 7）現在在宅療養を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）<br>※〇はいくつでも | 1. 脳血管疾患　2. 循環器疾患　3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患　5. 呼吸器疾患　6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患　8. 精神疾患　9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患　11. その他（具体的に　　） |
| 8）別表第七の疾病等の該当の有無<br>※ 〇はいくつでも | 0. 無<br>1. 末期の悪性腫瘍　2. 多発性硬化症　3. 重症筋無力症<br>4. スモン　5. 筋萎縮性側索硬化症　6. 脊髄小脳変性症<br>7. ハンチントン病　8. 進行性筋ジストロフィー症　9. ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病関連疾患<br>10. 多系統萎縮症　11. プリオン病　12. 亜急性硬化性全脳炎<br>13. ライソゾーム病　14. 副腎白質ジストロフィー　15. 脊髄性筋萎縮症<br>16. 球脊髄性筋萎縮症　17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　18. 後天性免疫不全症候群<br>19. 頸髄損傷　20. 人工呼吸器を使用している状態 |
| 9）別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※ 〇はいくつでも | 0. 無<br>1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理　2. 在宅気管切開患者指導管理<br>3. 気管カニューレ　4. 留置カテーテル<br>5. 在宅自己腹膜灌流指導管理　6. 在宅血液透析指導管理<br>7. 在宅酸素療法指導管理　8. 在宅中心静脈栄養法指導管理<br>9. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　10. 在宅自己導尿指導管理<br>11. 在宅人工呼吸指導管理　12. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理<br>13. 在宅自己疼痛管理指導管理　14. 在宅肺高血圧症患者指導管理<br>15. 人工肛門・人工膀胱　16. 真皮を越える褥瘡<br>17. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 |
| 10）ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期　→余命の見込み（　）か月　2. ターミナル期でない |
| 11）超重症児・準超重症児かどうか（15 歳未満の場合） | 1. 超重症児　2. 準超重症児　3. 非該当 |
| 11）-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有　2. 無 |
| 12）貴施設でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦（　　）年（　　）月頃 |
| 13）在宅療養への移行前の居場所<br>※12ヶ月間における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。また、「1. 病院」を選択した場合は、a～gのうち該当するもの1つに〇 | 0. 特に入院・入所はしていない<br>1. 病院　→病床（a. 一般　b. 医療療養　c. 介護療養　d. 回復期リハ　e. 地域包括ケア<br>f. 精神　g. その他（　　））<br>2. 有床診療所　3. 介護老人保健施設　4. 特別養護老人ホーム　5. 介護医療院<br>6. その他（　　） |
| 13）-1 「1.病院」、「2.有床診療所」の場合、当該医療機関は貴施設であるか | 1. 貴施設である　2. 貴施設ではない |
| 14）直近の退院月（半年以内直近） | 1. 退院実績あり　→西暦（　　）年（　）月　2. なし　3. 不明 |

**15）訪問看護の種別（令和2年9月分）**

1. 在宅患者訪問看護・指導料　2. 同一建物居住者訪問看護・指導料
3. 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）　4. 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

**15)-1 令和2年9月の1か月間に訪問看護で提供した全てのケア内容を【選択肢】より選び、その番号を以下の回答欄にすべて記入してください。**
**また、直近 1回の訪問時に行ったケア内容のうち、主なもの 3 つまで記入した番号に○をつけてください。**

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

【選択肢】

1. ターミナル期のケア　2. 服薬援助（点眼薬等を含む）　3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理
4. 経鼻経管栄養　5. 吸入・吸引　6. 創傷処置　7. 浣腸・摘便
8. 褥瘡の処置　9. 皮膚潰瘍等の処置　10.褥瘡等の壊死組織除去・陰圧閉鎖療法
11. 採血　12. 検体採取（11.以外）　13. 血糖自己測定の管理
14. インスリン注射　15. 点滴・中心静脈栄養・注射（14.以外）
16. 栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整　17. 膀胱（留置）カテーテルの管理
18. 導尿　19. 人工肛門・人工膀胱の管理　20. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうカテーテルの交換
21. 人工呼吸器の管理　22. 陽圧換気機器の管理　23. 気管切開の処置
24. 気管カニューレの交換　25. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）　26. 腹膜透析
27. がん末期の疼痛管理　28. 慢性疼痛の管理（27.以外）　29. 精神症状の観察
30. 心理的支援　31. 口腔ケア　32. 洗髪・清拭・入浴介助
33. リハビリテーション　34. 合併症予防ケア（肺炎予防等）　35. 頻回の観察・アセスメント
36. 家族への指導・支援　37. サービスの連絡調整　38. その他

**15)-2 難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算の算定の有無**

1. あり　（　　日）→ 15)-3へ
2. なし　→ 15)-4へ

**15)-3 15)-2で「1.あり」と回答した場合**
**複数回の訪問（直近の1日分）で提供した訪問看護の内容を、上記「15)-1」の【選択肢】より選び、その番号を以下の回答欄にすべて記入してください。**

1回目の訪問時：　※15)-1 と同じであれば　以下に**“同じ”**と記入ください。

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

2回目の訪問時：

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

3回目の訪問時：

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

**15)-4 複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算の算定の有無**

1. あり　（　　日）　→15)-5へ
2. なし　→16)へ

**15)-5 15)-4 で「1.あり」と回答した場合**
**複数名の訪問で提供した訪問看護の内容（直近1回の複数名の訪問）**

**① 保健師、助産師又は看護師と同行した職種　※○は1つ**

a .保健師・助産師・看護師　b .作業療法士　c .准看護師
d .看護補助者　e .精神保健福祉士　f.その他（　　）

**② 直近の複数名の訪問で提供した訪問看護の内容を、上記「15)-1」の【選択肢】より選び、その番号を以下の回答欄にすべて記入してください。**

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

**16）訪問看護のその他の加算等の状況（精神科を含む）（令和2年9月分） ※〇はいくつでも。「1」「2」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベットも選択**

1. 在宅移行管理加算 →（ a. 重症度等の高いもの b. a 以外 ）
2. 専門の研修を受けた看護師による訪問 →（ a. 緩和ケア b.褥瘡 c.人工肛門・人工膀胱周辺の皮膚障害 d.人工肛門・人工膀胱のその他の合併症 ）
3. 長時間訪問看護・指導加算（精神科含む）
4. 乳幼児加算
5. 在宅患者連携指導加算
6. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算
7. 在宅ターミナルケア加算
8. 緊急訪問看護加算（精神科含む）
9. 夜間・早朝訪問看護加算（精神科含む）
10. 深夜訪問看護加算（精神科含む）
11. 看護・介護職員連携強化加算
12. 特別地域訪問看護加算（精神科含む）
13. 訪問看護・指導体制充実加算

**17）貴施設からの訪問日数および訪問回数（令和2年9月の1か月間）**

延べ訪問日数：（ ）日
延べ訪問回数：（ ）回

うち 1回の訪問時間別延べ回数

| | | | |
|---|---|---|---|
| a. 30分未満 | 回 | b. 30分以上45分未満 | 回 |
| c. 45分以上60分未満 | 回 | d. 60分以上75分未満 | 回 |
| e. 75分以上90分以下 | 回 | f. 90分超 | 回 |

**うち 緊急訪問の有無・回数・理由**
**※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由を記入**

1. あり
→（ ）回／ 理由： ）
2. なし

**うち 1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延べ日数**
**※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に日数を記入**

1. あり→（ ）日 2. なし

**18）直近の1回の訪問時間（分） ※移動時間は含まない**

分

**19）訪問看護を提供した職員の職種**
**※〇はいくつでも。直近の訪問者は◎**
**※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ〇をつけてください。（令和2年9月の訪問者）**

1. 保健師・助産師・看護師
2. 准看護師
3. 作業療法士
4. 精神保健福祉士

**20）訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和2年9月分）**

| | |
|---|---|
| 保健師・助産師・看護師 | （ ）回 |
| 准看護師 | （ ）回 |
| 作業療法士 | （ ）回 |
| 精神保健福祉士 | （ ）回 |

**21）貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種**
**※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択**

1. あり
→種別（a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション）
→主な訪問者の職種（a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他）
2. なし

**22）当患者は訪問診療を受療していますか。**

1. はい 2. いいえ

**22）-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※〇はいくつでも**

1. 専門医などの診察が必要
2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能
3. その他（ ）

（患者票Ｄも同内容で作成）

**質問は以上です。ご協力有難うございました。**

ID

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査

## 訪問看護票

※ この調査票は、訪問看護ステーションの管理者に、訪問看護の実施状況や在宅医療機関との連携状況等についてお伺いするものです。
※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」を必ずお書きください。
※ 特に断りのない場合は、令和2年10月1 日時点の状況についてご記入ください。
※ 同様に、特に断りのない場合は、『医療保険』の訪問看護に関してお答えください。介護保険など医療保険以外に関しては、設問内で指定がある場合のみ、含めて記入してください。
※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 1．貴施設の概要についてお伺いします。

**① 開設者**
**※○は1つだけ**

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

**②同一法人・同一敷地内の医療・介護施設・事業所**

②−1　貴事業所と**同一法人（同系列を含む）**が有する医療・介護施設・事業所
※**【選択肢】**より該当する番号を全て記入

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

②−2　②−1のうち、貴事業所と同一敷地内又は隣接している医療・介護施設・事業所については、②−1で記載した番号に○をつけてください。

＊**「隣接」**とは、敷地外であるが隣り合った場所にある施設を指す（公道等を挟んだ隣接も含む）

**【選択肢】**

1. 病院
2. 診療所
3. 介護老人保健施設
4. 特別養護老人ホーム
5. 介護医療院
6. 居宅介護支援事業所
7. 通所介護事業所
8. 療養通所介護事業所
9. 地域包括支援センター
10. 訪問介護事業所
11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
12. 小規模多機能型居宅介護
13. 看護小規模多機能型居宅介護
14. 特定施設入居者生活介護（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））
15. サービス付き高齢者向け住宅（14を除く）
16. 認知症対応型共同生活介護
17. 特定相談支援事業所
18. 障害児相談支援事業所
19. 児童発達支援
20. 放課後デイサービス
21. その他（具体的に　　）

| | |
|---|---|
| ③訪問看護を開始した時期 | 西暦（　　）年（　　）月 |
| ④サテライト事業所の有無と、ある場合はその設置数<br>※「1. あり」の場合、箇所数を記入。 | 1. あり→（　　）か所　2. なし |
| ⑤貴事業所は医療保険の「特別地域訪問看護加算」に係る地域にありますか。　※過疎地等で厚生労働大臣が定める地域に限る | 1. 対象地域にある　2. 対象地域にない |
| ⑥貴事業所は医療資源の少ない地域＊に該当しますか。<br>＊「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添３」の「別紙２」に掲げる「医療を提供しているが医療資源の少ない地域」 | 1. 該当する　2. 該当しない |

| | |
|---|---|
| 【⑤で「1. 対象地域にある」、⑥で「1. 該当する」と回答した場合】<br>⑦複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応の体制を確保し、24時間対応体制加算を算定した利用者がいますか。**（令和2年9月の1か月間）** | 1. いる →（　　）人　　2. なし |
| ⑧貴事業所は介護保険の訪問看護費の「中山間地域等の小規模事業所加算」の対象地域にありますか。 | 1. 対象地域にある　　2. 対象地域にない |

## 2．届出状況及び訪問看護の体制（令和2年10月1日時点）についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ① 24 時間対応体制加算の届出の有無 | 1. あり　　2. なし |

【① で「2. なし（24 時間対応体制加算の届出）」と回答した場合、以下にご回答ください。】
①-1　24 時間対応体制加算の届出を行っていない理由　　※あてはまるもの全てに○

1. 24時間の電話対応の体制をとることが難しい
2. 24時間の訪問の体制をとることが難しい
3. 直接連絡のとれる連絡先を複数確保することが難しい
4. 利用者に説明をして同意を得ることが難しい
5. 営業時間外の電話対応や緊急訪問看護を必要とする利用者が少ない
6. その他（　　）

【① で「2. なし（24 時間対応体制加算の届出）」と回答した場合、以下にご回答ください。】
①-2　24 時間対応体制加算の届出を行っていない場合、複数のステーションで連携すれば24時間の体制確保が可能か

1. 可能　　2. 不可能

| | |
|---|---|
| ② 特別管理加算の届出の有無 | 1. あり　　2. なし |
| ③ 訪問看護基本療養費の注2、注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無<br>※「1. あり」の場合は、a～c のうち該当するもの全てに○ | 1. あり →（a. 緩和ケア　　b. 褥瘡ケア<br>c. 人工肛門ケア・人工膀胱ケア）<br>2. なし |

④ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無　　※「1. あり」の場合はa～c のうち該当するもの1つに○

1. あり →（a. 機能強化型１　　b. 機能強化型２　　c. 機能強化型３）→ ④-3へ　　2. なし → ④-1へ

【④で「2. なし（機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし）」を選択した場合、以下にご回答ください。】
④-1　今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向
※「1. 届出の予定がある」の場合は、カッコ内の数字のうちあてはまるもの1つに○

1. 届出の予定がある　　→ 予定がある届出番号に○（機能強化型訪問看護管理療養費 １・２・３）
2. 届出について検討中　→ ④-2へ
3. 届出の予定はない　　→ ④-2へ

【④で「2. なし（機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし）」を選択し、さらに④-1で「2. 届出について検討中」又は「3. 届出の予定はない」を選択した場合、以下にご回答ください。】
④-2　機能強化型訪問看護管理療養費の届出を行っていない場合、満たせない要件　　※あてはまるもの全てに○

1. 常勤の看護職員数　　2. 看護職員割合　　3. 24時間対応
4. ターミナルケアの実施　　5. 重症児の受入れ
6. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第７）の受入れ
7. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第８）の受入れ
8. 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者の受入れ
9. 居宅介護支援事業所の設置
10. 居宅介護支援事業所における介護サービス計画等の作成
11. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の設置
12. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所におけるサービス等利用計画等の作成
13. 休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施
14. 退院時共同指導加算の算定実績

15. 同一敷地内・同一開設者の保険医療機関における主治医の割合
16. 地域の保険医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
17. 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションへの研修の実施
18. 地域の訪問看護ステーションや住民などへの情報提供や相談の実績
19. 要件は満たしているが届出はしない

【④において「1. あり（機能強化型訪問看護管理療養費１～3の何れかの届出あり）」の場合、以下にご回答ください。】
④-3 届出の状況について　※〇は1つだけ

1. 令和２年度改定前からの届出は変わらない
2. 令和２年度改定により要件をクリアできるようになったため新規に届出をした
3. 令和２年度改定により要件をクリアできるようになったため届出を変更した
4. 令和２年度改定後、ステーションの事情により届出を変更した

## 3．精神科訪問看護の届出状況（令和 2 年 10 月 1 日時点）についてお伺いします。

【精神科訪問看護の実施状況について、全ての事業所がご回答ください。】

| | | |
|---|---|---|
| ① 精神科訪問看護基本療養費の届出の有無 | 1. あり | 2. なし |
| ② 精神科複数回訪問加算の届出の有無 | 1. あり | 2. なし |
| ③ 精神科重症患者支援管理連携加算の届出の有無 | 1. あり | 2. なし |

【② で「2. なし（精神科重症患者支援管理連携加算の届出）」と回答した場合】
③-1　届出を行っていない理由　※あてはまるもの全てに〇

1. 精神科訪問看護基本療養費の届出をしていない
2. 24時間対応体制加算の届出をしていない
3. 精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が、24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行う体制を確保できていない
4. 対象となる利用者が少ない（いない）
5. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の要件をクリアすることが難しい
6. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の要件をクリアすることが難しい
7. 支援計画の内容について、利用者、家族等に文書で説明して同意を得ることが難しい
8. その他（　　）

## 4．事業所の人員体制（令和2年10月1日時点）についてお伺いします。

① 貴事業所の職員数を常勤換算（請求する保険の種別を問わず訪問看護業務に従事する全職員を常勤換算）でお答えください。 ※1人の職員が複数の資格等に当てはまる場合は、主たる業務に従事するものとして計上してください。（1人の職員を重複計上することはできません）。

| 保健師・助産師・看護師 | 准看護師 | リハビリ職（PT・OT・ST） | その他の職員 | （うち）精神保健福祉士 | （うち）介護支援専門員 | （うち）相談支援専門員 | （うち）事務職員 | （うち）その他の職員（看護補助者等） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| . | . | . | . | . | . | . | . | . |

＊非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください（小数点以下第１位まで）。
・1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴事業所が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
・1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴事業所が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

| | |
|---|---|
| ②常勤看護職員の数（令和2年10月1日時点、サテライト配置の看護職員を含む） | 人 |
| ②-1　看護職員の割合（令和2年10月1日時点）<br>＊看護職員の割合の計算方法（小数点以下第１位を切り捨て）：<br>（保健師・助産師・看護師・准看護師の常勤換算人数）÷<br>（保健師・助産師・看護師・准看護師・リハビリ職の常勤換算人数）×100 | % |

**③令和2年10月1日時点の認定看護師等の専門性の高い看護師の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。**

＊認定看護師等の専門性の高い看護師とは、認定看護師又は専門看護師を指します。

| | |
|---|---|
| **1）専門性の高い看護師（認定看護師・専門看護師）の有無と人数（令和2年10月1日時点）** | 1. 認定看護師がいる（　人）<br>2. 専門看護師がいる（　人）<br>3. いない → ④へ |

**2）認定看護師の専門分野（令和2年10月1日時点）　※あてはまるもの全てに○**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. 皮膚・排泄ケア | 2. 緩和ケア | 3. がん化学療法看護 | 4. がん性疼痛看護 |
| 5. 訪問看護 | 6. 糖尿病看護 | 7. 摂食・嚥下障害看護 | 8. 認知症看護 |
| 9. 脳卒中リハビリテーション看護 | | 10. 慢性呼吸器疾患看護 | 11. 慢性心不全看護 |
| 12. 精神科看護（日本精神科看護協会認定） | | 13. その他（具体的に：　　） | |

**3）専門看護師の専門分野（令和2年10月1日時点）　※あてはまるもの全てに○**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. がん看護 | 2. 精神看護 | 3. 地域看護 | 4. 老人看護 |
| 5. 小児看護 | 6. 慢性疾患看護 | 7. 家族支援 | 8. 在宅看護 |
| 9. その他（具体的に：　　） | | | |

| | |
|---|---|
| **4）専門性の高い看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問回数（令和2年4～9月の6か月間）** | 件 |
| **4）-1　専門性の高い看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問のうち、「訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）のハ（12,850円）」の算定をしなかった訪問がありますか。（令和2年4～9月の6か月間）** | 1. あり　　2. なし |

**4）-2　4）-1で「1. あり」と回答した場合、算定をしなかった（できなかった）理由は何ですか。※あてはまるもの全てに○**

1. 算定対象となるケアではなかったから（実施したケアを具体的に：　　）
2. 算定回数の上限を超えていたから
3. 主治医の指示に基づく訪問ではなかったから
4. 利用者負担について、利用者、家族等から理解を得られなかったから
5. その他（具体的に：　　）

| | |
|---|---|
| **5）専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関へのコンサルテーションの回数（令和2年4～9月の6か月間）**<br>＊「コンサルテーション」とは、利用者宅への同行訪問ではなく、他訪問看護ステーションや他医療機関の看護職員に対して、個々の利用者のケアについて、他訪問看護ステーション等の相談先に出向いての相談対応や、ビデオ通話や電話等による相談対応などを行うことを指します。 | 回 |
| **5）-1　うち、他訪問看護ステーション又は他医療機関へ出向いて実施した回数** | 回 |
| **5）-2　うち、自訪問看護ステーションで実施した回数** | 回 |
| **5）-3　うち、ICTを活用して実施した回数　　※方法別の回数を記入ください。** | 合計　　回<br>（うちビデオ通話：　回）<br>（うち電話：　回）<br>（うちメール：　回） |

**5）-4　うち、その他の方法で実施した回数**

回　（方法を具体的に：　　）

| | |
|---|---|
| **6）専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会の開催回数（令和2年4～9月の6か月間）**<br>＊「研修や勉強会」とは、他機関が開催する研修や勉強会に講師として呼ばれた回数は含めず、自訪問看護ステーションや、専門性の高い看護師自身が主催した研修や勉強会の回数を記載してください。 | 回 |

④令和2年10月1日時点の特定行為研修修了者の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。

| 1）特定行為研修修了者の有無と特定行為研修修了者数 | 1. いる（　　人）→④1)-1へ<br>2. いない　→ 5. へ |
|---|---|

1)-1 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分　※あてはまるもの全てに○

1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連　2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　4. 循環器関連
5. 心嚢ドレーン管理関連　6. 胸腔ドレーン管理関連　7. 腹腔ドレーン管理関連
8. ろう孔管理関連　9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連　11. 創傷管理関連
12. 創部ドレーン管理関連　13. 動脈血液ガス分析関連　14. 透析管理関連
15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連　18. 術後 疼痛管理関連　19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連　21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

1)-2 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修　※あてはまるもの全てに○

1. 在宅・慢性期領域　2. 外科術後病棟管理領域　3. 術中麻酔管理領域　4. 救急領域

1)-3 特定行為研修修了者が行っている活動　※あてはまるもの全てに○

1. 他の看護師と同様に勤務している
2. ステーションの管理者として勤務している
3. 特定行為を実施している（実施している特定行為：　　）
4. 主治医との調整を担っている
5. 自ステーションの職員への指導や研修を行っている
6. 他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている
7. その他（　　）

## 5．診療報酬の算定状況や利用者の状況等についてお伺いします。

①令和2年7月から9月の3か月間における、新規利用者数（実人数）と対応が終了した利用者数をご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1）新規利用者数（医療保険） | 人 |
| 2）対応が終了した利用者数（医療保険） | 人 |
| 3）うち、亡くなった利用者数（医療保険） | 人 |

②令和元年9月と令和2年9月の各1か月間の訪問看護の利用者数（実人数）をご記入ください。

| | 令和元年9月 | 令和2年9月 | |
|---|---|---|---|
| 1）全利用者数（**医療保険と介護保険の訪問看護の利用者**を合わせた人数）（a+b） | 人 | 人 | |
| a. **医療保険**を算定した利用者数　（a-1 + a-2） | 人 | 人 | ※参照A |
| a-1. **医療保険のみ**を算定した利用者数 | 人 | 人 | |
| a-2. **医療保険**と**介護保険**の両方を同月に算定した利用者数 | 人 | 人 | |
| b. **介護保険のみ**を算定した利用者数 | 人 | 人 | |

【以下は、**「a.医療保険を算定した利用者数」**（参照A）を対象に回答してください。】

| | 令和元年9月 | 令和2年9月 | |
|---|---|---|---|
| 2）a（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する利用者数 | 人 | 人 | |
| 3）a（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表8（厚生労働大臣の定める状態等にあるもの）に該当する利用者数 | 人 | 人 | |
| 4）a（**参照A**）のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者数 | 人 | 人 | **※参照B** |
| 5）a（**参照A**）のうち、「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数 | 人 | 人 | |
| 6）a（**参照A**）のうち、「精神科特別訪問看護指示書」を交付された利用者数 | 人 | 人 | |
| 7）a（**参照A**）のうち、同一建物居住者に該当する利用者数 | 人 | 人 | |
| 8）a（**参照A**）のうち、リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）が単独で1日以上の医療保険の訪問看護を行った利用者数 | 人 | 人 | **※参照C** |

③ a（**参照A**）のうち、15 歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児・医療的ケア児・その他の人数をご記入ください。

＊「医療的ケア児」とは、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児

| | ⅰ）超重症児 | ⅱ）準超重症児 | ⅲ）医療的ケア児＊<br>※（ⅰ）・ⅱ）を除く） | ⅳ）その他 |
|---|---|---|---|---|
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 |

④ a（**参照A**）のうち、日常生活自立度（寝たきり度）別の人数をご記入ください。

| | 自立 | ランクJ | ランクA | ランクB | ランクC | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑤ a（**参照A**）のうち、要介護度別の人数をご記入ください。

| | 未申請 | 要支援1・2 | 要介護1・2・3 | 要介護4 | 要介護5 | 申請中 | 非該当 | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑥ a（**参照A**）のうち、要介護者等（要支援 1～要介護5 の利用者）について、認知症高齢者の日常生活自立度の区分別の人数をご記入ください。

| | 自立 | Ⅰ | Ⅱ | Ⅲ | Ⅳ | M | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| ⑦（**参照A**）のうち、令和元年9月と令和2年9月の各1か月間の**専門の研修を受けた看護師による同行訪問**についての訪問看護基本療養費（12,850円）を算定した利用者数をご記入ください。 | 令和元年9月 | 令和2年9月 |
|---|---|---|
| ⑦-1　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアに係る算定 | 人 | 人 |
| ⑦-2　褥瘡ケアに係る算定 | 人 | 人 |
| ⑦-3　人工肛門ケア及び人工膀胱ケア（皮膚障害）に係る算定 | 人 | 人 |
| ⑦-4　人工肛門ケア及び人工膀胱ケア（その他合併症）に係る算定 | | 人 |

⑧（参照A）のうち、**複数名訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。
（令和2年9 月の1か月間）　※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

| | a. 保健師、助産師、看護師 | b. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | c. 准看護師 | d. 看護補助者 |
|---|---|---|---|---|
| ⑧-1 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-2 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-3 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-4 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-5 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-6 その他、利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | （具体的に：　　） | | | |

⑨（参照A）のうち、**看護・介護職員連携強化加算**を算定した利用者数をご記入ください。（令和2年9月の1か月間）　人

⑨-1「看護・介護職員連携強化加算」の算定者がいない事業所のみお答えください。
令和2年9月に算定していない理由としてあてはまるものをご回答ください。　※あてはまるもの全て

1. 対象となる利用者がいない
2. 喀痰吸引等を実施している介護職員等からの要請がない
3. 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等に対応できない（24時間対応体制加算の未届出含む）
4. 介護職員等に同行し、利用者宅において喀痰吸引等の業務を確認する時間が確保できない
5. 他の月では算定があったが、令和2年9月は対象者がいなかった
6. その他（　　）

⑩令和元年及び令和2年の4～9月の6か月間の**訪問看護ターミナルケア療養費**を算定した人数についてご回答ください。

| | 令和元年4～9月 | 令和2年4～9月 |
|---|---|---|
| 1）訪問看護ターミナルケア療養費1 | 人 | 人 |
| 2）訪問看護ターミナルケア療養費2 | 人 | 人 |

3）⑩1)2)で**訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない事業所**はその理由をご回答ください。
※あてはまるもの全てに〇

1. 死亡前15日間に2回以上、訪問看護の基本療養費を算定する要件のクリアが難しい
2. ターミナルケアの支援体制について利用者や家族等に説明をすることが難しい
3. 厚生労働省「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」等をふまえ、利用者や家族等と医療・ケアチームによる十分な話し合いにより、利用者本人の意思決定を基本にターミナルケアを実施することが難しい
4. 利用者の自己負担額が大きくなることに利用者、家族等の理解と納得を得ることが難しい
5. 介護保険のターミナルケア加算の算定を行った
6. 当該期間中にターミナルケアが必要な利用者がいなかった
7. ターミナルケアを実施する体制を有していない
8. その他（　　）

⑪ 精神科訪問看護の届出をしている訪問看護ステーションのみご回答ください。
**（参照B）**のうち、**複数名精神科訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。
（令和2年9月） ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

| | a. 保健師、看護師 | b. 作業療法士 | c. 准看護師 | d. .看護補助者 | e. 精神保健福祉士 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1） 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2） 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3） 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4） その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | （具体的に： ） | | | | |

⑫ 精神科重症患者支援管理連携加算を届け出ているステーションのみ回答ください。
**（参照B）**のうち、**精神科重症患者支援管理連携加算**を算定した利用者数をご記入ください。（令和2年9月）

| | |
|---|---|
| 1） イ:精神科在宅患者支援管理料2のイを算定した利用者数 | 人 |
| 2） ロ:精神科在宅患者支援管理料2のロを算定した利用者数 | 人 |

⑬ ⑫で精神科重症患者支援管理連携加算の算定利用者数が0人の場合、精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない理由をご回答ください。 ※あてはまるもの全てに〇

1. 精神科在宅患者支援管理料を算定した利用者がいない
2. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
3. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
4. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
5. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
6. 支援計画の内容を利用者、家族等に文書で説明をすることが難しい
7. カンファレンスでビデオ通話を使用する場合、個人情報の共有について、利用者の同意を得ることが難しい
8. その他（ ）

⑭ 令和元年、令和2年各 9 月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数（医療保険）をご記入ください。
＊ここでいう訪問回数とは基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）及び精神科基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）の算定回数を指す。

| | | 令和元9月 | 令和2年9月 |
|---|---|---|---|
| 1） **医療保険による訪問看護**利用者数（記入不要）およびその利用者への延べ訪問回数（利用者数は、3. ② 1） 参照A 対象） | 利用者数 | 3. ②1)参照Aと同じ | 3. ②1)参照Aと同じ |
| | 延訪問回数 | 延 回 | 延 回 |
| 1)-1 ⑭1)のうち、**精神科訪問看護基本療養費**を算定している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は、3. ② 4） 参照B 対象） | 利用者数 | 3. ②4）参照Bと同じ | 3.②4)参照Bと同じ |
| | 延訪問回数 | 延 回 | 延 回 |
| 1)-2 ⑭1)のうち **リハビリ職が単独で1日以上の訪問看護を実施**している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は、3. ② 8） 参照C 対象） | 利用者数 | 3. ②8）参照Cと同じ | 3. ②8）参照Cと同じ |
| | 延訪問回数 | 延 回 | 延 回 |

| ⑮ 上記⑭1)-2でリハビリ職が単独で1日以上の訪問看護を実施している実績がある場合、ご回答ください。 | |
|---|---|
| 1) 看護職員とリハビリ職の具体的な連携の方法として行っているもの　※あてはまるもの全てに○ | |
| 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時にリハビリ職と看護職員が一緒に参加している<br>2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にカンファレンスを開催している<br>3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している<br>4. 看護職員がリハビリ職と協力して同じ訪問看護の目標を共有している<br>5. 看護職員がリハビリ職と協力して各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行っている<br>6. その他（　　） | |
| 2) 訪問看護指示書においてリハビリテーションを行う職種が主治医から指定されているか、傾向について最もあてはまる番号を○で囲んでください。 | 1. 看護職員が実施するよう指定されている<br>2. リハビリ職が実施するよう指定されている<br>3. 特に指定はない |
| 3) ⑮1)で1又は2の場合、リハビリテーションについて、具体的な内容が指示書に記載されていますか。 | 1. 記載あり　2. 記載なし |
| 4) ⑮1)で1又は2の場合、リハビリテーション以外の看護について、具体的なケア内容が指示書に記載されていますか。 | 1. 記載あり　2. 記載なし |

## 6．貴訪問看護ステーションと関係機関との連携状況等

| ①（5. ② 1)参照A)のうち、令和元年 、令和2年の各9月の訪問看護情報提供療養費を算定した利用者数について、ご回答ください。 | | |
|---|---|---|
| | 令和元年9月 | 令和2年9月 |
| 1) 訪問看護情報提供療養費 1 | 人 | 人 |
| 2) 訪問看護情報提供療養費 2 | 人 | 人 |
| 3) 訪問看護情報提供療養費 3 | 人 | 人 |

| ② ① 2) において**訪問看護情報提供療養費 2**を算定した利用者がいる場合、その利用者について以下に該当する人数をそれぞれ記入してください。 | |
|---|---|
| ＜対象別＞　※利用者1人につき 1) ～ 3)のいずれか1つに計上 | 令和2年9月 |
| 1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の15歳未満の小児 | 人 |
| 2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる15歳未満の小児 | 人 |
| 3) 15歳未満の超重症児又は準超重症児 | 人 |
| ＜情報提供の依頼元別＞<br>※利用者1人につき 4)～ 6)のいずれか1つに計上 | 令和2年9月 |
| 4)保育所等・幼稚園・小学校・中学校から情報提供の求めがあった者 | 保育所等・幼稚園（　　）人・<br>小学校（　　）人・中学校（　　）人 |
| 5)特別支援学校から情報提供の求めがあった者 | 人 |
| 6) 4)、5)以外の学校から求めがあった者 | 人 |
| ③ 訪問看護情報提供療養費 2を算定できないが、小児の利用者について訪問看護の情報提供書の送付を求められたことがありますか。ある場合、人数を記入ください。（令和2年9月の1か月間） | 1. ある（　　人）　2. ない |

③-1 訪問看護情報提供療養費 2を算定できないが、小児の利用者について訪問看護の情報提供書の送付を求められたことがある場合、算定できなかった理由をご回答ください。

1. 算定対象となる利用者ではなかったから。（具体的な疾患名や状態を記載：　　）
2. 算定対象となる情報提供先ではなかったから。（具体的な情報提供先を記載：　　）
3. 算定回数の上限を超えていたから。（具体的な頻度を記載*：　　）
   ＊例：１学期あたりに１回、入院の都度など
4. その他（自由記載：　　）

## 7．明細書の発行状況

① 貴事業所における、利用者への明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。
また、「2」と「4」を選択した場合は、カッコ内に金額を記入してください。　※〇は1つだけ。

1. 原則、全利用者に無料発行している
2. 原則、全利用者に有料発行している　→（金額＿＿＿＿＿＿円）　→ ③へ
3. 発行を希望する利用者にのみ無料発行している
4. 発行を希望する利用者にのみ有料発行している　→（金額＿＿＿＿＿＿円）　→ ② ③へ
5. 明細書の発行は行っていない

【①で「3」、「4」、「5」を選択した事業所にお伺いします】
【② 全利用者に明細書を無料発行していないのはなぜですか。　※あてはまるもの全てに〇

1. 訪問看護ステーションでは、明細書の無料発行が義務化されていないため
2. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため
3. レセプトコンピュータを使用していないため
4. 領収証で訪問看護の内容が十分わかるため
5. 利用者の要望がないため
6. その他（　　）

【①で「2」、「3」、「4」、「5」を選択した事業所にお伺いします】
③ 貴事業所では、今後、全利用者に明細書を無料で発行する体制を整える予定がありますか。　※〇は1つだけ

1. 具体的な予定がある　→　明細書無料発行予定時期：西暦（　　）年（　　）月頃
2. 具体的な時期は未定だが、検討中である
3. 予定はない
4. その他（　　）

【全ての事業所がお答えください】

④今後、全利用者に明細書を無料で発行するにあたって何かお困りになることがありますか。
※〇は１つだけ
※「1」を選択した場合は、カッコ内に具体的に記入してください。

1. ある（　　）　　2. ない

## 8．ICT（情報通信技術）の活用状況

①貴事業所において、医療機関や他の訪問看護事業所、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・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのような ICT を用いていますか。　※あてはまる番号すべてに〇

1. ICTを活用している　→ 活用しているICT
   11. メール　12. 電子掲示板　13. グループチャット
   14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
   15. その他（　　）
2. ICTは活用していない

| ② 医療情報連携ネットワーク への参加の有無　※〇は1つだけ<br>＊「医療情報連携ネットワーク」とは、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. 参加あり　　2. 参加なし |

## 9．今後の取組課題

| ①令和 2 年度の訪問看護（精神科訪問看護を含む）に関する診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。 |
|---|
| |
| ②届出等に係る事務の簡素化について、ご意見がございましたら具体的にご記入ください。 |
| |

## 10．新型コロナウイルスの影響について

①令和 2 年 3 月～10 月の 8 か月間に、貴事業所で、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者、または新型コロナウイルス感染症の疑いがある利用者*への訪問を行った人数をお答えください。

| | 全利用者数 | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者 | うち、新型コロナウイルス感染症の疑いのある利用者 |
|---|---|---|---|
| 1）医療保険 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）介護保険 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

＊「新型コロナウイルス感染症の疑いがある利用者」は、訪問時点では新型コロナウイルス感染症と診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケースをお考え下さい。

②令和 2 年 3 月～10 月の 8 か月間の延べ訪問回数について、前年同月と比較した際の変化の状況についてご記入ください。　※それぞれ○は 1 つだけ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療保険 | 3 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 4 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 5 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 6 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 7 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 8 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 9 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 10 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 介護保険 | 3 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 4 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 5 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 6 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 7 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 8 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 9 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 10 月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |

| | 算定実人数 | 算定回数 |
|---|---|---|
| ③令和 2 年 4 月～10 月に、新型コロナウイルス感染症の利用者および疑いのある利用者に必要な感染予防策を講じて訪問看護を行った場合に算定する特別管理加算を算定した人数（実人数）*1および算定回数をお答えください。 | （　　）人 | （　　）回 |
| ④令和 2 年 4 月～10 月に、電話等での訪問看護を行った場合に算定する訪問看護管理療養費を算定した人数（実人数）*2および算定回数をお答えください。 | （　　）人 | （　　）回 |

＊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１４）」（令和2年4月２４日付事務連絡）問６に定められる患者を指します。

＊２「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１４）」（令和2年４月２４日付事務連絡）問７に定められる患者を指します。

## 11. ここからは令和２年９月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者４名についての利用状況等をお伺いします。回答する利用者は下記①～③の順に計４名お選びください。

① 15 歳未満の利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名
② 精神科訪問看護基本療養費の算定利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名
③ 上記①･②で選ばれた利用者を除く全利用者のうち、五十音順で早い利用者2名

※①・②に該当する利用者がいない場合は、③の条件での回答利用者数を増やして、合計４名分をご回答ください。
例えば、①に該当する利用者がいない場合は、②の条件で１名、③の条件で３名をご回答ください。

※いずれも、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者や、新型コロナウイルス感染症の疑いのある利用者（濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性が高いと考えられたケース）は除いてください。

利用者Ａ

| | |
|---|---|
| 1）性別 | 1. 男性　2. 女性　　2）年齢　（　　）歳 |
| 3）要介護度（直近） | 0. 非該当　1. 未申請　2. 申請中　3. 要支援１・２<br>4. 要介護１　5. 要介護２　6. 要介護３　7. 要介護４　8. 要介護５　9. 不明 |
| 4）障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（直近） | 0. 自立　1. Ｊ　2. Ａ　3. Ｂ　4. Ｃ　5. 不明 |
| 5）認知症高齢者の日常生活自立度（直近） | 0. 自立　1. Ⅰ　2. Ⅱ　3. Ⅲ　4. Ⅳ　5. Ｍ　6. 不明 |
| 6）GAF尺度（直近）（精神科訪問看護基本療養費を算定している場合のみ） | （　　点） |
| 7）現在在宅療養を続けている原因の病名（指示書にある傷病名）<br>※あてはまるもの全てに〇 | 1. 脳血管疾患　2. 循環器疾患　3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患　5. 呼吸器疾患　6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患　8. 精神疾患　9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患　11. その他（具体的に　　） |
| 8）別表第七の疾病等の該当の有無<br>※ あてはまるもの全てに〇 | 0. 無<br>1. 末期の悪性腫瘍　2. 多発性硬化症　3. 重症筋無力症<br>4. スモン　5. 筋萎縮性側索硬化症　6. 脊髄小脳変性症<br>7. ハンチントン病　8. 進行性筋ジストロフィー症　9. ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病関連疾患<br>10. 多系統萎縮症　11. プリオン病　12. 亜急性硬化性全脳炎<br>13. ライソゾーム病　14. 副腎白質ジストロフィー　15. 脊髄性筋萎縮症<br>16. 球脊髄性筋萎縮症　17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　18. 後天性免疫不全症候群<br>19. 頸髄損傷　20. 人工呼吸器を使用している状態 |
| 9）別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※ あてはまるもの全てに〇 | 0. 無<br>1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理　2. 在宅気管切開患者指導管理<br>3. 気管カニューレ　4. 留置カテーテル<br>5. 在宅自己腹膜灌流指導管理　6. 在宅血液透析指導管理<br>7. 在宅酸素療法指導管理　8. 在宅中心静脈栄養法指導管理<br>9. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　10. 在宅自己導尿指導管理<br>11. 在宅人工呼吸指導管理　12. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理<br>13. 在宅自己疼痛管理指導管理　14. 在宅肺高血圧症患者指導管理<br>15. 人工肛門・人工膀胱　16. 真皮を越える褥瘡<br>17. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 |
| 10）ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期 →余命の見込み（　　）か月　2. ターミナル期でない |
| 11）超重症児・準超重症児かどうか（15 歳未満の場合） | 1. 超重症児　2. 準超重症児　3. 非該当 |
| 11）-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有　2. 無 |
| 12）貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦（　　）年（　　）月頃 |

| | |
|---|---|
| 13) 在宅療養への移行前の居場所 | ※12か月間における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。<br>また、「1. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。<br>0. 特に入院・入所はしていない<br>1. 病院　→病床（a. 一般　b. 療養　c. 回復期リハ　d. 地域包括ケア　e. 精神<br>f. その他（　　））<br>2. 有床診療所　3. 介護老人保健施設　4. 特別養護老人ホーム　5. 介護医療院　6. その他 |
| 14) 直近の退院月（半年以内直近） | 1. 退院実績あり → 西暦　　年　　月　2. なし　3. 不明 |
| 15) 訪問看護の種別（令和2年9 月分） | 1. 訪問看護基本療養費　2. 精神科訪問看護基本療養費 |
| 15)-1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無 | 1. あり　2. なし |

15)-2 令和2年 9 月1 か月間に訪問看護で提供したケア内容の番号を全て記入してください。また、直近 1 回の訪問時に行ったケア内容のうち、**主なもの 3 つまで記入した番号に○をつけてください**。

※【選択肢より】あてはまる番号全て記入

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

【選択肢】

| | | |
|---|---|---|
| 1. ターミナル期のケア | 2. 服薬援助（点眼薬等を含む） | 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 |
| 4. 経鼻経管栄養 | 5. 吸入・吸引 | 6. 創傷処置　7. 浣腸・摘便 |
| 8. 褥瘡の処置 | 9. 皮膚潰瘍等の処置 | 10.褥瘡等の壊死組織除去・陰圧閉鎖療法 |
| 11. 採血 | 12. 検体採取（11.以外） | 13. 血糖自己測定の管理 |
| 14. インスリン注射 | 15. 点滴・中心静脈栄養・注射（14.以外） | |
| 16. 栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整 | | 17. 膀胱（留置）カテーテルの管理 |
| 18. 導尿 | 19. 人工肛門・人工膀胱の管理 | 20. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうカテーテルの交換 |
| 21. 人工呼吸器の管理 | 22. 陽圧換気機器の管理 | 23. 気管切開の処置 |
| 24. 気管カニューレの交換 | 25. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） | 26. 腹膜透析 |
| 27. がん末期の疼痛管理 | 28. 慢性疼痛の管理（27.以外） | 29. 精神症状の観察 |
| 30. 心理的支援 | 31. 口腔ケア | 32. 洗髪・清拭・入浴介助 |
| 33. リハビリテーション | 34. 合併症予防ケア（肺炎予防等） | 35. 頻回の観察・アセスメント |
| 36. 家族への指導・支援 | 37. サービスの連絡調整 | 38. その他 |

| | |
|---|---|
| 15)-3 難病等複数回訪問看護加算又は精神科複数回訪問加算の算定の有無 | 1. あり（　　日）→ 15)-4へ<br>2. なし　→ 15)-5へ |

15)-4 15)-3で「1.あり」と回答した場合

**複数回の訪問で**提供した訪問看護の内容 （直近の1日の複数回の訪問）

※ **15)-2 【選択肢】より**あてはまる番号全て記入

1回目の訪問時:　※14)-2 と同じであれば 以下に**"同じ"**と記入ください。

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

2回目の訪問時:

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

3回目の訪問時:

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

| | |
|---|---|
| 15)-5 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算の算定の有無 | 1. あり（　　日）　→ 15)-6へ<br>2. なし　→ 16)へ |

【15)-6　15)-5 で「1.あり」と回答した場合】
複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護で提供した訪問看護の内容（直近1回の複数名の訪問）

| | |
|---|---|
| ① 保健師、助産師又は看護師と同行した職種<br>※○は1つ | a. 保健師・助産師・看護師　b. 作業療法士　c. 准看護師<br>d. 看護補助者　e. 精神保健福祉士 |

② 複数名の訪問で提供した訪問看護の内容（直近の複数名の訪問）
**※15)-2 【選択肢】より** あてはまる番号全て記入

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

16) 訪問看護の加算等の状況（精神科を含む）**（令和2年9月分）**
※あてはまるもの全てに○。「1」、「2」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベットも選択

1. 特別管理加算　→（ a. 重症度の高いもの　b. a以外 ）
2. 専門性の高い看護師による訪問　→（ a. 緩和ケア　b. 褥瘡　c. 人工肛門・人工膀胱周辺の皮膚障害　d. 人工肛門・人工膀胱のその他の合併症 ）
3. 夜間・早朝訪問看護加算（精神科含む）
4. 深夜訪問看護加算（精神科含む）
5. 緊急訪問看護加算（精神科含む）
6. 長時間訪問看護加算（精神科含む）
7. 乳幼児加算
8. 24時間対応体制加算
9. 精神科重症患者支援管理連携加算
10. 特別地域訪問看護加算（精神科含む）
11. 退院時共同指導加算（特別管理指導加算あり）
12. 退院時共同指導加算（特別管理指導加算なし）
13. 退院支援指導加算
14. 在宅患者連携指導加算
15. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算
16. 看護・介護職員連携強化加算
17. 訪問看護情報提供療養費１
18. 訪問看護情報提供療養費２
19. 訪問看護情報提供療養費３
20. 訪問看護ターミナルケア療養費１
21. 訪問看護ターミナルケア療養費２

| | | |
|---|---|---|
| 17) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数（令和2年9月1か月間） | | 延訪問日数：（　　）日<br>延訪問回数：（　　）回 |
| 17)-1 うち、1回の訪問時間別延回数 | a. 30分未満 | 回 |
| | b. 30分以上45分未満 | 回 |
| | c. 45分以上60分未満 | 回 |
| | d. 60分以上75分未満 | 回 |
| | e. 75分以上90分以下 | 回 |
| | f. 90分超 | 回 |
| 17)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由を記入 | 1. あり　→（　　）回／（理由：　　）<br>2. なし | |
| 17)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に日数を記入 | 1. あり　→（　　）日<br>2. なし | |
| 18) 直近1回の訪問時間（分）<br>※移動時間は含まない | 分 | |
| 19) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎<br>※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ○をつけてください。（令和2年9月分） | 1. 保健師・助産師・看護師　2. 准看護師<br>3. 理学療法士　4. 作業療法士　5. 言語聴覚士 | |

| | | |
|---|---|---|
| 19)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数 **（令和2年9月分）** | 保健師･助産師･看護師 | 回 |
| | 准看護師 | 回 |
| | リハビリ職(PT,OT,ST) | 回 |
| 20) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設･事業所の有無、種別･訪問者の職種<br>※「1. あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択 | 1. あり → 種別（a. 病院・診療所　b. 訪問看護ステーション）<br>→ 主な訪問者の職種（a. 看護職員　b. リハビリ職<br>c. その他）<br>2. なし | |
| 21) 特別訪問看護指示書(精神科を含む)の交付の有無･回数(令和2年4～9 月)<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入 | | 1. あり →（　　）回<br>2. なし |
| 21)-1 (「1. あり」の場合)指示の内容<br>※あてはまるもの全てに〇 | 1. 褥瘡の処置　　2. 点滴の投与・管理<br>3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察<br>4. その他（具体的に：　　） | |
| 22) 訪問看護指示書におけるリハビリテーションの指示の有無(令和2年9月1か月) | 1. あり　　2. なし | |
| 22)-1 リハビリ職による訪問の指示の有無<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベット、具体的な指示内容を記入 | 1. あり　→指示のあったリハビリ職（a. PT　b. OT　c. ST ）<br>→具体的な指示内容（　　）<br>2. なし | |
| 【22)において「1. あり」の場合回答】<br>22)-2 リハビリテーションの主たる実施者 | 1. リハビリ職　　2. リハビリ職と看護職員　　3. 看護職員 | |
| 22)-3 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか | 1. リハビリ職と看護職員が提供する内容について同じ様式に記載している<br>2. リハビリ職と看護職員が提供する内容について別の様式に記載し、リハビリ職と看護職員で情報を共有している<br>3. その他（　　） | |
| 22)-4 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか | 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、リハビリ職と看護職員が一緒に参加した<br>2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にカンファレンスを開催した<br>3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有した<br>4. 看護職員がリハビリ職と協力して、同じ訪問看護の目標を共有した<br>5. 看護職員がリハビリ職と協力して、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行った<br>6. その他（　　） | |
| 23) 当利用者は訪問診療を受療していますか。 | 1. はい　　2. いいえ | |
| 23)-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由　※〇はいくつでも | 1. 専門医などの診察が必要<br>2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能<br>3. その他（　　） | |

**※「利用者B」「〃C」「〃D」分として「利用者A」と同じ調査票を送付（省略）**

## 質問は以上です。ご協力有難うございました。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

# 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査

## 歯科医療機関調査票

※ この調査票は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における歯科訪問診療の実施状況や医科医療機関との連携状況等についてお伺いするものです。

※ この調査票は、歯科訪問診療を実施していない場合も、設問に沿ってご回答をお願いいたします。

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

※ 特に断りのない場合は、令和2年10月1日時点の状況についてご記入ください。

※ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。

※ 特に断りのない場合は、『医療保険』の歯科訪問診療に関してお答えください。介護保険など、医療保険以外に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。

※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

### １．貴施設の概要（令和2年10月1日時点）についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ① 開設主体 ※○は1つだけ | 1. 個人　2. 法人　3. その他（具体的に　） |
| ② 標榜診療科<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 歯科　2. 矯正歯科　3. 小児歯科　4. 歯科口腔外科 |
| ③ 管理者の年齢 ※○は1つだけ | 1. 20代　2. 30代　3. 40代　4. 50代　5. 60代　6. 70代以上 |
| ④ 医科の医療機関の併設状況<br>※○は1つだけ | 1. 併設している　2. 併設していない |
| ⑤ 施設基準（届出のあるもの）<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 在宅療養支援歯科診療所１<br>2. 在宅療養支援歯科診療所２　（→質問⑤－1へ）<br>3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所<br>4. 歯科外来診療環境体制加算１<br>5. 歯科診療特別対応連携加算<br>6. 歯科疾患管理料の総合医療管理加算（注11に規定する)及び歯科治療時医療管理料<br>7. 歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算（注4に規定する）及び在宅患者歯科治療時医療管理料<br>8. 地域医療連携体制加算<br>9. 在宅歯科医療推進加算<br>10. 歯科訪問診療料の注13に規定する基準（歯訪診）<br>11. 上記のいずれもない |

【質問⑤で「2. 在宅療養支援歯科診療所2」と回答した施設の方にお伺いします。】

**⑤-1 貴施設が「在宅療養支援歯科診療所1」の届出を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○。「5」を選択した場合は、その理由を記入。**

1. 過去１年間に実施した歯科訪問診療（１又は２）の算定件数が要件（15回）を下回っているため
2. 地域における多職種連携に係る会議への出席、病院・介護保険施設等の職員への技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力、又は歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が不足しているため
3. 栄養サポートチーム等連携加算（１又は２）、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、退院時共同指導料１、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績が不足しているため
4. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
5. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

   理由：

6. その他（　　）

【質問⑤で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」の**いずれも選択していない**施設の方にお伺いします。】

**⑤-2 貴施設が「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○。「6」を選択した場合は歯科訪問診療料の算定回数としてあてはまるものに○を記入。また、「10」を選択した場合は、その理由を記入。**

1. 過去１年間に実施した歯科訪問診療（１又は２）の算定件数が要件（10回）を下回っているため
2. 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師がいないため
3. 歯科衛生士が配置されていないため
4. 歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医の指定、及び、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等に関する患者又は家族への説明・文書による提供を実施していないため
5. 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保できていないため
6. 過去１年間における、在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定件数が要件（5回）を下回っているため

   「6」に○をつけた場合、過去１年間の当該歯科訪問診療料の算定回数に○をつけてください
   1. ０回　　2. １～４回

7. 直近１か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が９割５分以上の場合、①～⑦のうち、届出を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。

   ①過去１年間に、５か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていないため
   ②直近３か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、歯科訪問診療１の算定が６割に満

たないため
③在宅歯科医療に係る３年以上の経験を有する歯科医師が勤務していないため
④歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していないため
⑤歯科訪問診療において、過去１年間の抜髄及び感染根管処置の算定実績が合わせて20 回に満たないため
⑥歯科訪問診療において、過去１年間の抜歯手術の算定実績が20 回に満たないため
⑦歯科訪問診療において、過去１年間の有床義歯を新製した回数、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40 回に満たないため（算定実績はそれぞれ５回以上である必要がある）

8. 年に１回、歯科訪問診療の患者数等を地方厚生（支）局長に報告できないため
9. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
10. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

理由:

11. その他（　　）

【質問⑤で「3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を**選択していない**施設の方にお伺いします。】

⑤-3 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出に関する貴施設の今後の意向として、あてはまる選択肢をお選びください。 ※〇は1つだけ

1. 今後、施設基準を満たすことができれば、届出を行う意向がある
2. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
3. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし
4. 施設基準にかかわらず、届出を行う意向はない
5. その他（　　）

【質問⑤で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」の**いずれも選択していない場合、**もしくは、「3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を**選択していない場合、**もしくは、「4. 歯科外来診療環境体制加算1」を**選択していない場合**にお伺いします。】

⑤-4 上記1～4の施設基準の届出にあたり定められている研修の実施について、新型コロナウイルス感染拡大の臨時的な取扱いとして、eラーニング等のWEB配信による受講も認められているところです。今後研修を受講するなら、どのような方法で受講したいと思いますか。あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 対面による研修
2. eラーニング等のWEB配信による研修
3. その他（　　）

| ⑥ 職員数 | | 常勤 | 非常勤（常勤換算※） |
|---|---|---|---|
| | 1）歯科医師 | （　　）人 | （　　）人 |
| | 2）歯科衛生士 | （　　）人 | （　　）人 |
| | 3）歯科技工士 | （　　）人 | （　　）人 |
| | 4）専門職種（看護師、言語聴覚士、栄養士　等） | （　　）人 | （　　）人 |
| | ↳ 右欄に職種をご記入ください。 | （具体的に：　　） | |
| | 5）その他（歯科助手を含む事務職） | （　　）人 | （　　）人 |
| | ↳ 右欄に職種をご記入ください。 | （具体的に：　　） | |

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。
■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

| ⑦ 医療機器等の保有台数 | | |
|---|---|---|
| | 1）歯科ユニット | （　　）台 |
| | 2）ポータブル歯科治療用ユニット | （　　）台 |
| | 3）ポータブルエンジン（携帯用マイクロモーター） | （　　）台 |
| | 4）ポータブルバキューム | （　　）台 |
| | 5）ポータブル歯科用X線装置 | （　　）台 |
| | 6）咀嚼能率測定用のグルコース分析装置 | （　　）台 |
| | 7）歯科用咬合力計 | （　　）台 |
| | 8）舌圧測定器 | （　　）台 |
| | 9）口腔外バキューム | （　　）台 |

⑧ 貴施設において、医療機関や訪問看護事業所、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・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。
※あてはまる番号すべてに○

1. ICTを活用している　→活用しているICT：　※あてはまる番号すべてに○
　11.メール　12.電子掲示板　13.グループチャット
　14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
　15.その他（具体的に：　　）
2. ICTは活用していない

⑨ 医療情報連携ネットワーク* への参加の有無
＊ 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
※○は1つだけ

1. 参加あり　2. 参加なし

**※以下の設問についてのみ、令和 2 年 3 月 31 日時点の施設基準の届出について、ご記入ください。**

⑩ 貴施設の令和2年3月31日時点の施設基準の届出として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。

1. 在宅療養支援歯科診療所１　2. 在宅療養支援歯科診療所２
3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所　4. いずれもない

## 2．貴施設における歯科訪問診療の実施体制および診療患者等についてお伺いします。

① 貴施設における令和元年10月～令和2年9月の歯科訪問診療等の実施状況について、あてはまる選択肢をお選びください。
※○は1つだけ

1. 歯科訪問診療等を専門に行っている（外来診療は５％未満）（→質問②以降へ）
2. 歯科訪問診療等を実施している（→質問②以降へ）
3. 直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない（→質問①－１へ）
4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない（→質問①－１へ）
5. その他（具体的に：　　）（→質問②以降へ）

→【質問①で「3. 直近 1 年間に歯科訪問診療等を実施していない」又は「4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない」と回答した施設の方にお伺いします。】

①-1 歯科訪問診療等を実施していない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。
※あてはまる番号すべてに○。「3」を選択した場合は特に確保が困難なスタッフとしてあてはまるものに○を記入。

1. 歯科訪問診療の依頼がないから（ニーズがあれば対応は可能）
2. 歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから
3. 人員（歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフ）が確保できないから

「3」に○をつけた場合、特に確保が困難なスタッフに○をつけてください。※○は1つだけ

1. 歯科医師　　2. 歯科衛生士　　3. その他のスタッフ

4. 歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから
5. 歯科訪問診療を実施している他の歯科医療機関に紹介しているから
6. 全身的な疾患を有する患者に対し、歯科治療を行うのが困難だから
7. 診療報酬上の評価が低いから
8. その他（具体的に：　　）

② 貴施設における令和元年10月～令和2年9月の周術期等口腔機能管理の実施状況について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※○は1つだけ

1. 外来診療のみ行っている　　2. 訪問診療のみ行っている　　3. 外来、訪問診療ともに行っている
4. 外来、訪問診療ともに行っていない

→※行っていない理由としてあてはまる選択肢をすべてお選びください。

11 周術期等口腔機能管理に関する知識が乏しい
12 周術期等口腔機能管理の依頼がない
13 算定方法が分からない
14 その他（具体的に：　　）

③ 令和元年４月～６月、７月～９月、令和２年４月～６月、７月～９月の各３か月間の 1)**歯科外来患者総数**（該当する月の初診患者と再診患者の延べ人数）、2)**歯科外来患者の実人数**（該当する月のレセプト件数）をご記入ください。
注）該当患者がいない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。

| | 令和元年 4月～6月 | 令和元年 7月～9月 | 令和２年 4月～6月 | 令和２年 7月～9月 |
|---|---|---|---|---|
| 1）歯科外来患者総数（延べ人数） ※ 歯科訪問診療を実施した患者数は除く | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）歯科外来患者数（実人数） ※ 歯科訪問診療を実施した患者数は除く | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

**⇒　歯科訪問診療を実施していない場合は、質問は以上です。ご協力有難うございました。**

④ 貴施設が歯科訪問診療を開始した時期として、あてはまる選択肢をお選びください。 ※○は1つだけ

1. 1年以内　2. 3年以内　3. 5年以内　4. それ以前（西暦　　年頃）　5. 不明

⑤ 令和元年 4 月～6 月、7 月～9 月と令和 2 年 4 月～6 月、7 月～9 月の各 3 か月間の 1）**歯科訪問診療を実施した患者総数**（該当する月の歯科訪問診療を実施した患者の延べ人数）、2）**歯科訪問診療を実施した患者の実人数**（該当する月のレセプト件数）をご記入ください。
注）該当患者がいない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。

| | 令和元年 4 月～6 月 | 令和元年 7 月～9 月 | 令和 2 年 4 月～6 月 | 令和 2 年 7 月～9 月 |
|---|---|---|---|---|
| 1）歯科訪問診療を実施した患者総数（延べ人数） | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）歯科訪問診療を実施した患者数（実人数） | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

⑥ 令和 2 年 7 月～9 月の 3 か月間に貴施設として**歯科訪問診療等を行った日数**をご記入ください。
注）歯科医師もしくは歯科衛生士等が複数で実施している場合でも、貴施設として実施した日を1日としてカウントしてください。

| | |
|---|---|
| 1）貴施設として歯科医師が歯科訪問診療を行った日数 | （　　）日 |
| 2）貴施設として歯科医師の指示のもとに、歯科衛生士等が訪問歯科衛生指導（居宅療養管理指導を含む）を実施した日数　※歯科医師に同行した場合は含みません。 | （　　）日 |

⑦ 令和 2 年 7 月～9 月の 3 か月間に、歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数についてご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 1）歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数　※マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位 | | （　　）か所 |
| 2）1）のうち　自宅※1 | | （　　）か所 |
| 3）1）のうち　病院 | | （　　）か所 |
| 4）1）のうち　介護保険施設※2 | | （　　）か所 |
| 5）1）のうち　居住系高齢者施設※3 | | （　　）か所 |
| 6）1）のうち　その他 | （具体的に：　　） | （　　）か所 |

※1 「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。
※2 「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。
※3 「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

⑧ 令和 2 年 7 月～9 月の 3 か月間に、**新規で歯科訪問診療を実施した患者**についてご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 1）新規で歯科訪問診療を実施した患者の実人数（人） | | （　　）人 |
| 2）1）のうち自院に通院歴のある患者 | | （　　）人 |
| 3）1）のうち次の他歯科医療機関からの紹介患者 | かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 | （　　）人 |
| | 上記以外の病院・診療所 | （　　）人 |
| 4）1）のうち次の医療機関からの紹介患者 | 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所 | （　　）人 |
| | 上記以外の病院・診療所 | （　　）人 |
| 5）1）のうち医療機関以外（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等）からの紹介患者 | | （　　）人 |

## ３．貴施設における、歯科訪問在宅療養に関する診療料及び加算の算定状況等についてお伺いします。

① 令和2年7月～9月の3か月間に**歯科訪問診療等**を行った患者の実人数と、**歯科訪問診療料等**の算定回数をご記入ください。
注）該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。（以降の設問も同様）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1）歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数（人）（レセプト件数） ※同じ患者に2回診療した場合も「1人」 | | | （　　）人 |
| 歯科訪問診療1 | 2)患者1人につき診療に要した時間が20分以上 | | （　　）回 |
| | 3)患者1人につき診療に要した時間が20分未満 | | （　　）回 |
| | | 4) 3)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は患者の状態により20分以上の診療が困難な場合 | （　　）回 |
| 歯科訪問診療2 | 5)患者1人につき診療に要した時間が20分以上 | | （　　）回 |
| | 6)患者1人につき診療に要した時間が20分未満 | | （　　）回 |
| | | 7) 6)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 | （　　）回 |
| 歯科訪問診療3 | 8)患者1人につき診療に要した時間が20分以上 | | （　　）回 |
| | 9)患者1人につき診療に要した時間が20分未満 | | （　　）回 |
| 10)【介護保険】居宅療養管理指導費（歯科医師） | | | （　　）回 |
| 11)【介護保険】歯科医師が居宅療養管理指導を行った患者の実人数（人） | | | （　　）人 |
| 12)【介護保険】居宅療養管理指導費（歯科衛生士） | | | （　　）回 |
| 13)【介護保険】歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、居宅療養管理指導を行った患者の実人数（人） | | | （　　）人 |

② **歯科訪問診療料への各種加算**（歯科訪問診療補助加算、歯科訪問診療移行加算）の算定回数をお答えください。

| | | 歯科訪問診療1 | 歯科訪問診療2 | 歯科訪問診療3 |
|---|---|---|---|---|
| 1)令和2年7月～9月の3か月間の歯科訪問診療補助加算の算定回数 | 同一建物居住者以外 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| | 同一建物居住者 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 2)令和2年7月～9月の3か月間における歯科訪問診療移行加算の算定回数 | | （　　）回 | | |

③ 令和２年７月～９月の３か月間に**訪問歯科衛生指導**を行った患者の実人数と、**訪問歯科衛生指導料**及び**在宅等療養患者専門的口腔衛生処置**の算定回数をお答えください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1）歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数（人） | | | | （　　）人 |
| | | 単一建物診療患者数 | | |
| | | 1人 | 2～9人以下 | 10人以上 |
| 2）訪問歯科衛生指導料の算定回数 | 歯科訪問診療算定日から1か月以内 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| | 歯科訪問診療算定日から2か月以内 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 3)在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数 | | （　　）回 | | |

④ 令和２年７月～９月の３か月間における訪問歯科衛生指導料の算定について、**患者への指導内容別の回数**をお答えください。

| | 単一建物診療患者数 | | |
|---|---|---|---|
| | 1人 | 2～9人以下 | 10人以上 |
| 1)口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 2)有床義歯の清掃指導 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |
| 3)口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |

⑤ 令和２年７月～９月の３か月間における**歯科疾患在宅療養管理料及び各種加算**の算定回数をお答えください。

| | |
|---|---|
| 1)歯科疾患在宅療養管理料の算定回数 | （　　）回 |
| 2)在宅総合医療管理加算の算定回数 | （　　）回 |

⑥ 令和２年７月～９月の３か月間に**在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理**を行った患者の実人数と、**在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**の算定回数をお答えください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1）在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を行った患者の**実人数** | （　　）人 | | |
| 2)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数 | 0～9歯 | 10～19歯 | 20歯以上 |
| | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |

【質問⑥の2)で在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数がゼロと回答した施設の方にお伺いします。】

⑥-1 貴施設が現在、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 対象となる患者がいないから
2. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから
3. 算定要件を満たすことが難しいから
4. 実施体制が不足しているから
5. その他（具体的に：　　）

⑦ 令和２年７月～９月の３か月間における**歯科疾患在宅療養管理料**又は**在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**の算定患者に対する**栄養サポートチーム等連携加算**の算定状況についてお答えください。

| | |
|---|---|
| 1)栄養サポートチーム等連携加算1の算定回数 | （　　）回 |
| 2)栄養サポートチーム等連携加算2の算定回数 | （　　）回 |

【質問⑦の1)、2)で栄養サポートチーム等連携加算の算定回数がともに0回であった施設の方にお伺いします。】

⑦-1 栄養サポートチーム等連携加算1、2を算定していない理由をご記入ください。 ※○は1つだけ

1. 要請がないため実施していない
2. 要請があったとしても実施しない
3. 実施しているが算定できない

⑧ 令和2年7月～9月の3か月間に**小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理**を行った患者の実人数と、**小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**の算定回数をお答えください。

| | |
|---|---|
| 1）小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理を行った患者の実人数 | （　　）人 |
| 2） 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数 | （　　）回 |

【質問⑧の2)で小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数がゼロと回答した施設の方にお伺いします。】

⑧-1　貴施設が現在、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 対象となる患者がいないから
2. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから
3. 算定要件を満たすことが難しいから
4. 実施体制が不足しているから
5. その他（具体的に：　　）

⑨ 令和２年７月～９月の３か月間における**小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**の算定患者に対する**小児栄養サポートチーム等連携加算**の算定状況についてお答えください。

| 1)小児栄養サポートチーム等連携加算1の算定回数 | （　　）回 |
|---|---|

【⑨-1、⑨-2について、質問⑨の1)で算定回数が1回以上であった施設の方にお伺いします。】

⑨-1　小児栄養サポートチーム等連携加算1を算定した患者に対し、主に実施されたことをお答えください。 ※○は1つだけ

1. 栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した
2. 口腔ケアチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した
3. 摂食嚥下チームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した
4. その他　（　　）

⑨-2　小児栄養サポートチーム等連携加算1の算定に際して、新型コロナウイルス感染拡大の影響により診療を断られた事例の有無について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※該当する番号それぞれ1つに○

| 令和2年4月～6月 | 令和2年7月～9月 |
|---|---|
| 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった |

| 2)小児栄養サポートチーム等連携加算2の算定回数 | （　　）回 |
|---|---|

【⑨-3、⑨-4について、質問⑨の2)で算定回数が1回以上であった施設の方にお伺いします。】

⑨-3　小児栄養サポートチーム等連携加算2を算定した患者に対し、主に実施されたことをお答えください。 ※○は1つだけ

1. 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加した
2. 施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加した
3. その他　（　　）

⑨-4　小児栄養サポートチーム等連携加算2の算定に際して、新型コロナウイルス感染拡大の影響により診療を断られた事例の有無について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※該当する番号それぞれ1つに○

| 令和2年4月～6月 | 令和2年7月～9月 |
|---|---|
| 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった |

【質問⑨の1)、2)で算定回数がともに0回であった施設の方にお伺いします。】

⑨-5　小児栄養サポートチーム等連携加算1、2を算定していない理由をご記入ください。 ※○は1つだけ

1. 要請がないため実施していない
2. 要請があったが実施できなかった　（理由：　　）
3. 実施しているが算定できない　（理由：　　）

| ⑩ 令和2年7月～9月の3か月間における**口腔機能管理料**の算定回数をお答えください。 | （　　）回 |
|---|---|

| ⑪ 令和2年7月～9月の3か月間における**非経口摂取患者口腔粘膜処置**の算定回数をお答えください。 | （　　）回 |
|---|---|

⑫ 令和2年7月～9月の3か月間における**在宅患者歯科治療時医療管理料**の算定回数をお答えください。
※疾患別の内訳については、算定患者が複数の疾患にあてはまる場合は、各項目にカウントしてください。

| 1)在宅患者歯科治療時医療管理料の算定回数 | （　　）回 |
|---|---|

2)在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した患者に該当する疾患として多いものを3つまでお答えください。
※〇は3つまで

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. 高血圧性疾患 | 2. 虚血性心疾患 | 3. 不整脈 | 4. 心不全 | 5. 脳血管障害 |
| 6. 喘息 | 7. 慢性気管支炎 | 8. 糖尿病 | 9. 甲状腺機能低下症 | 10. 甲状腺機能亢進症 |
| 11. 副腎皮質機能不全 | 12. てんかん | 13. 慢性腎不全 | 14. その他（具体的に：　　） | |

⑬ 令和 2 年 7 月～9 月の 3 か月間について、医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1)医科医療機関からの患者（外来診療）紹介　※周術期等口腔機能管理を除く | 1. あり　2. なし |
| 2)医科医療機関への歯科訪問診療等※1 | 1. あり　2. なし |
| 3)医科医療機関からの周術期等口腔機能管理に関する依頼 | 1. あり　2. なし |
| 4)医科医療機関での栄養サポートチーム等への参加 | 1. あり　2. なし |
| 5)退院時共同指導の実施 | 1. あり　2. なし |
| 6)医科医療機関への文書による診療情報提供（診療情報提供料を算定したもの） | 1. あり　2. なし |
| 7)医科医療機関への文書による診療情報提供（診療情報提供料を算定していないもの） | 1. あり　2. なし |
| 8)医科医療機関への文書による診療情報の照会（診療情報連携共有料を算定したもの） | 1. あり　2. なし |
| 9)外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼 | 1. あり　2. なし |
| 10)歯科医療機関からの患者（外来診療）紹介 | 1. あり　2. なし |
| 11)歯科医療機関からの歯科訪問診療等の依頼※1 | 1. あり　2. なし |
| 12)歯科医療機関への文書による診療情報提供（診療情報提供料を算定したもの） | 1. あり　2. なし |
| 13)歯科医療機関への文書による診療情報提供（診療情報提供料を算定していないもの） | 1. あり　2. なし |

※1　歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。

| ⑭ 令和２年７月～9 月の３か月間について、介護保険施設等との連携状況をご記入ください。 | |
|---|---|
| 1）介護保険施設※3への歯科訪問診療等※1 | 1. あり　2. なし |
| 2）居住系高齢者施設※4への歯科訪問診療等※1 | 1. あり　2. なし |
| 3）その他の施設への歯科訪問診療等※1 | 1. あり　2. なし |
| 4）上記1)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加 | 1. あり　2. なし |
| 5）上記2)、3)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加 | 1. あり　2. なし |
| 6）施設等で行われる口腔衛生管理への協力（歯科訪問診療以外で実施するもの）※2 | 1. あり　2. なし |
| 7）施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施 | 1. あり　2. なし |
| 8）協力歯科医院に指定されている介護保険施設等 | 1. あり　2. なし |
| 9）地域包括支援センターからの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供（※受診につながらなかった場合も含む） | 1. あり　2. なし |
| 10）地域包括支援センターへの自院患者の情報共有依頼 | 1. あり　2. なし |
| 11）居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）からの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供 （※受診につながらなかった場合も含む） | 1. あり　2. なし |
| 12）居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）への自院患者の情報共有依頼 | 1. あり　2. なし |

※１　歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。
※２　施設等で行われる口腔衛生管理への協力：歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導（歯科衛生管理体制加算の対象）、さらに介護保険による口腔衛生管理への協力や歯科検診など診療報酬とは関連しない口腔衛生管理などを指します。
※３　「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。
※４　「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

⑮ 地域における在宅医療・介護を推進するために貴施設が取り組んでいる内容をご記入ください。
※あてはまる番号すべてに○

1. 個別の患者に関する他の医療機関への情報照会
2. 個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者への情報照会
3. ネットワークを有する他の医療機関・介護関係者等との定期的な情報交換
4. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、研修会等）への参加
5. 地域歯科保健活動への参加
6. お薬手帳を用いた患者情報の共有
7. その他（具体的に：　　）
8. 特に行っている取組はない

⑯ 貴施設が地域の医療機関、介護施設、居宅介護支援事業所等との連携を行うにあたり、連携を行うきっかけとなったこととしてあてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 地域の多職種研修会への参加
2. 先方からの依頼
3. 訪問診療を行った患者を通じた関わり
4. 地域の歯科医師会の事業又は依頼
5. その他（具体的に：　　）
6. 特にきっかけとなったことはない

**4．歯科訪問診療の場面における、新型コロナウイルス感染拡大の影響についてお伺いします。**
**①では貴施設で実施した対策、②では新型コロナウイルスの影響により診療を断られた事例の有無について、お伺いします。**

① 新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、貴施設が歯科訪問診療を行う際に実施した対策としてあてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

| 令和2年4月～6月 | 令和2年7月～9月 |
|---|---|
| 1. 歯科訪問診療をとりやめた | 1. 歯科訪問診療をとりやめた |
| 2. 予約患者数を減らした | 2. 予約患者数を減らした |
| 3. 継続的に治療が必要な患者に限定した | 3. 継続的に治療が必要な患者に限定した |
| 4. 診療時間を短縮した | 4. 診療時間を短縮した |
| 5. 診療内容を変更した | 5. 診療内容を変更した |
| 6. 新規の患者の受入を制限した | 6. 新規の患者の受入を制限した |
| 7. 使用する感染防護具を増やした | 7. 使用する感染防護具を増やした |
| 8. 患者と今後の診療について話し合った | 8. 患者と今後の診療について話し合った |
| 9. その他（具体的に：　　） | 9. その他（具体的に：　　） |
| 10. 特に実施した対策はない | 10. 特に実施した対策はない |

② 貴施設における歯科訪問診療の実施に際して、新型コロナウイルス感染拡大の影響により診療を断られた事例の有無について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

| | 令和２年４月～６月 | 令和２年７月～９月 |
|---|---|---|
| 1)自宅※1への訪問の場合 | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった |
| 2)病院への訪問の場合 | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった |
| 3)介護保険施設※2への訪問の場合 | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった |
| 4)居住系高齢者施設※3への訪問の場合 | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた<br>2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった<br>3. 特に影響はなかった |

※１「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。
※２「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。
※３「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

【質問②で「1. 診療を断られた」、「2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった」と回答した欄についてご回答ください。】

②-1 新型コロナウイルス感染拡大の影響により診療を断られた、もしくは、診療の頻度を減らすよう依頼があった理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

| | 令和２年４月～6 月 | 令和２年７月～9 月 |
|---|---|---|
| 1)自宅※1への訪問の場合 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 不明<br>4. その他 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 不明<br>4. その他 |
| 2)病院への訪問の場合 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 施設の意向<br>4. 不明<br>5. その他 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 施設の意向<br>4. 不明<br>5. その他 |
| 3)介護保険施設※2への訪問の場合 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 施設の意向<br>4. 不明<br>5. その他 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 施設の意向<br>4. 不明<br>5. その他 |
| 4)居住系高齢者施設※3への訪問の場合 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 施設の意向<br>4. 不明<br>5. その他 | 1. 患者の意向<br>2. 患者の家族の意向<br>3. 施設の意向<br>4. 不明<br>5. その他 |

**５．令和2年７月１日～９月30日の間に貴施設が歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者（患者A）と、最後に訪問した患者（患者B）の２名についてお書きください。**

**※上記期間中に歯科訪問診療を実施した患者が１名以下の場合は、当該患者についてご回答ください。**

**患者Aについてお答えください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 患者の性別 | 1. 男性　2. 女性 | ② 患者の年齢 | （　　）歳 |
| ③ 訪問先の建物種別<br>※○は1つだけ | 1. 自宅※1　2. 病院<br>3. 介護保険施設※2　4. 居住系高齢者施設※3<br>5. その他（具体的に　　） | | |
| ④ 上記③の訪問先建物（同一建物）の中に、調査日に貴施設が歯科訪問診療を行った患者が他に何人いますか（この患者以外の人数）。 | | | （　　）人 |
| ⑤ 同居家族の有無 | 1. なし<br>2. あり → 調査日の同居家族に対する歯科訪問診療の有無：（1.あり　2.なし） | | |
| ⑥ 要介護度 | 1. 対象外　2. 未申請　3. 申請中　4. 申請したが非該当<br>5. 要支援1・2　6. 要介護1　7. 要介護2　8. 要介護3<br>9. 要介護4　10. 要介護5　11. 不明 | | |
| ⑦ 認知症高齢者の日常生活自立度 | 0. 該当なし　1. Ⅰ　2. Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb<br>3. Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb　4. Ⅳ　5. M　6. 自立度不明 | | |
| ⑧ 歯科訪問診療を実施したきっかけ<br>※○は1つだけ | 1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼<br>2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介<br>3. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介<br>4. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介<br>5. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介<br>6. 介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介<br>7. 地域包括支援センターからの紹介<br>8. 口腔保健センター等からの紹介<br>9. 介護保険施設からの紹介<br>10. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介<br>11. 地区歯科医師会からの紹介<br>12. ホームページ等を見ての依頼 | | |
| ⑨ 歯科訪問診療の開始時期<br>※○は1つだけ | 1. 6か月以内　2. 6か月以上1年以内　3. 1年以上前（西暦　　年頃） | | |
| ⑩ 歯科訪問診療の頻度 | 直近１か月間に（　　）回訪問 | | |
| ⑪ 患者宅を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br>※移動時間は貴施設から患家までの片道時間をお書きください。<br>※○は1つだけ | 1. 徒歩のみ　→（　　）分<br>2. 徒歩＋バス・電車等の公共交通　→（　　）分<br>3. 自動車　→（　　）分<br>4. その他（具体的に　　） | | |
| ⑫ 算定した歯科訪問診療料の種類 | 1. 歯科訪問診療１　2. 歯科訪問診療２　3. 歯科訪問診療３ | | |

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。
※2「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。
※3「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

⑬ 調査日に、この患者に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む）　※あてはまる番号すべてに○

1. 口腔内診査・症状確認　2. 口腔衛生指導　3. 口腔機能管理　4. 機械的歯面清掃
5. フッ化物歯面塗布　6. 歯周病検査　7. スケーリング　8. スケーリング・ルートプレーニング
9. 咬合調整　10. う蝕処置（11～14以外）　11. 歯冠修復（充填）
12. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠）　13. 歯冠修復（硬質レジン前装冠、FMC）
14. 歯冠修復（CAD/CAM冠）　15. 抜髄　16. 感染根管治療　17. 抜歯
18. 欠損補綴（ブリッジ）　19. 義歯製作　20. 義歯調整　21. 義歯修理
22. 床裏装　23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置　24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション
25. その他（具体的に　　）

⑭ 調査日以外の同一月内に、この患者に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む）　※あてはまる番号すべてに○

1. 口腔内診査・症状確認　2. 口腔衛生指導　3. 口腔機能管理　4. 機械的歯面清掃
5. フッ化物歯面塗布　6. 歯周病検査　7. スケーリング　8. スケーリング・ルートプレーニング
9. 咬合調整　10. う蝕処置（11～14以外）　11. 歯冠修復（充填）
12. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠）　13. 歯冠修復（硬質レジン前装冠、FMC）
14. 歯冠修復（CAD/CAM冠）　15. 抜髄　16. 感染根管治療　17. 抜歯
18. 欠損補綴（ブリッジ）　19. 義歯製作　20. 義歯調整　21. 義歯修理
22. 床裏装　23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置　24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション
25. その他（具体的に　　）

⑮ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化　※あてはまる番号すべてに○

1. 歯科疾患の改善　2. 適切な義歯の使用　3. 口腔衛生状態の改善　4. 口腔機能の改善
5. 食事量・食形態等の改善　6. その他（具体的に　　）

**患者Bについてお答えください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 患者の性別 | 1. 男性　2. 女性 | ② 患者の年齢 | （　　）歳 |
| ③ 訪問先の建物種別<br>※○は1つだけ | 1. 自宅※1　2. 病院<br>3. 介護保険施設※2　4. 居住系高齢者施設※3<br>5. その他（具体的に　　） | | |
| ④ 上記③の訪問先建物（同一建物）の中に、調査日に貴施設が歯科訪問診療を行った患者が他に何人いますか（この患者以外の人数）。 | | | （　　）人 |
| ⑤ 同居家族の有無 | 1. なし<br>2. あり → 調査日の同居家族に対する歯科訪問診療の有無：（1.あり　2.なし） | | |
| ⑥ 要介護度 | 1. 対象外　2. 未申請　3. 申請中　4. 申請したが非該当<br>5. 要支援1・2　6. 要介護1　7. 要介護2　8. 要介護3<br>9. 要介護4　10. 要介護5　11. 不明 | | |
| ⑦ 認知症高齢者の日常生活自立度 | 0. 該当なし　1. Ⅰ　2. Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb<br>3. Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb　4. Ⅳ　5. M　6. 自立度不明 | | |
| ⑧ 歯科訪問診療を実施したきっかけ<br>※○は1つだけ | 1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼<br>2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介<br>3. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介<br>4. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介<br>5. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介<br>6. 介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介<br>7. 地域包括支援センターからの紹介<br>8. 口腔保健センター等からの紹介<br>9. 介護保険施設からの紹介<br>10. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介<br>11. 地区歯科医師会からの紹介<br>12. ホームページ等を見ての依頼 | | |
| ⑨ 歯科訪問診療の開始時期<br>※○は1つだけ | 1. 6か月以内　2. 6か月以上1年以内　3. 1年以上前（西暦　　年頃） | | |
| ⑩ 歯科訪問診療の頻度 | 直近１か月間に（　　）回訪問 | | |
| ⑪ 患者宅を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br>※移動時間は貴施設から患家までの片道時間をお書きください。<br>※○は1つだけ | 1. 徒歩のみ　→（　　）分<br>2. 徒歩＋バス・電車等の公共交通　→（　　）分<br>3. 自動車　→（　　）分<br>4. その他（具体的に　　） | | |
| ⑫ 算定した歯科訪問診療料の種類 | 1. 歯科訪問診療１　2. 歯科訪問診療２　3. 歯科訪問診療３ | | |

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。
※2「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。
※3「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

⑬ 調査日に、この患者に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む）　※あてはまる番号すべてに○

1. 口腔内診査・症状確認　2. 口腔衛生指導　3. 口腔機能管理　4. 機械的歯面清掃
5. フッ化物歯面塗布　6. 歯周病検査　7. スケーリング　8. スケーリング・ルートプレーニング
9. 咬合調整　10. う蝕処置（11～14以外）　11. 歯冠修復（充填）
12. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠）　13. 歯冠修復（硬質レジン前装冠、FMC）
14. 歯冠修復（CAD/CAM冠）　15. 抜髄　16. 感染根管治療　17. 抜歯
18. 欠損補綴（ブリッジ）　19. 義歯製作　20. 義歯調整　21. 義歯修理
22. 床裏装　23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置　24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション
25. その他（具体的に　　）

⑭ 調査日以外の同一月内に、この患者に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む）　※あてはまる番号すべてに○

1. 口腔内診査・症状確認　2. 口腔衛生指導　3. 口腔機能管理　4. 機械的歯面清掃
5. フッ化物歯面塗布　6. 歯周病検査　7. スケーリング　8. スケーリング・ルートプレーニング
9. 咬合調整　10. う蝕処置（11～14以外）　11. 歯冠修復（充填）
12. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠）　13. 歯冠修復（硬質レジン前装冠、FMC）
14. 歯冠修復（CAD/CAM冠）　15. 抜髄　16. 感染根管治療　17. 抜歯
18. 欠損補綴（ブリッジ）　19. 義歯製作　20. 義歯調整　21. 義歯修理
22. 床裏装　23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置　24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション
25. その他（具体的に　　）

⑮ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化　※あてはまる番号すべてに○

1. 歯科疾患の改善　2. 適切な義歯の使用　3. 口腔衛生状態の改善　4. 口腔機能の改善
5. 食事量・食形態等の改善　6. その他（具体的に　　）

**質問は以上です。ご協力有難うございました。**

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、在宅医療・訪問看護の提供体制の確保、在宅患者の状態に応じた対応推進の観点から、在宅医療では２箇所目の医療機関による訪問診療の評価の明確化や在支病の要件の明確化、機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し、医療機関での訪問看護に係る加算新設等が行われました。また、在宅歯科医療では、歯科疾患在宅療養管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、医療機関、訪問看護ステーションおよび歯科医療機関を対象に調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆同封の調査票にご回答の上、**令和2年12月●日（●）まで**に「返信用封筒（切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社
E-mail：OOOOO@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

# 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
# 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る
# 評価等に関する実施状況調査（その1）
# 調　査　の 概　要

## 1. 調査目的

令和2年度診療報酬改定において、医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、医療従事者の負担軽減に資する取組の実施を要件とする加算の新設及び評価の充実を実施するとともに、常勤配置に係る要件及び専従要件の見直しや、情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し等が行われた。

本調査では、医療従事者の負担軽減に資する取組の実施状況や、常勤・専従要件の見直しの影響等について以下の観点等から調査を行うことを目的とする。

目的①　今回改定によって、医師や看護職員の負担軽減のための取組の推進、勤務環境・勤務状況の改善につながっているかどうかを検証する

目的②　医療従事者の常勤配置や専従要件の見直しによる、職員体制やチーム医療の推進状況への影響を検証する

目的③　勤務負担軽減に向けてさらに推進すべき取組等を検証する

## 2. 調査の視点

本調査は、下記の視点に基づき実施する。

**目的①　今回改定によって、医師や看護職員の負担軽減のための取組の推進、勤務環境・勤務状況の改善につながっているかどうかを検証する**

**視点①　評価の充実や算定要件の変更による、勤務負担軽減のための取組実施状況やその効果を把握する**

- 具体的には以下について明らかにする。
  - ・届出件数、算定件数の変化
  - ・関連する診療報酬の届出の有無別の各種取組の実施状況やタスク・シェアリング／タスク・シフティングの状況
  - ・取組により業務負担感の軽減や勤務状況（勤務時間や夜勤回数等）の改善につながっているか否か

**目的②　医療従事者の常勤配置や専従要件の見直しによる、職員体制やチーム医療の推進状況への影響を検証する**

**視点②　常勤配置要件や専従要件の緩和による、算定件数の変化や職員体制、勤務状況への影響を把握する。**

- 改定前後での算定件数の変化、職員体制の変化（短時間勤務・非常勤職員、女性医師の増加等）、チーム医療の実施状況を明らかにする
-

**目的③　勤務負担軽減に向けてさらに推進すべき取組等を検証する**

**視点③　勤務環境改善の取組に当たっての課題や今後の取組の方向性を明らかにする**

- 各種取組や届出、算定を行っていない医療機関の属性や理由を明らかにする
- 実施割合が低い取組のうち、負担軽減効果の高い取組を明らかにする
- 勤務状況の改善や柔軟な働き方につながっている医療機関の属性や取組状況の内訳等を明らかにする

## 3. 調査票の種類

本調査では、地域医療体制確保加算を届出している病院 500 件、地域医療体制確保加算の届出病院以外で医師事務作業補助体制加算を届出している病院 500 件、地域医療体制確保加算、医師事務作業補助体制加算のいずれも届出していない病院 500 件、合計 1,500 件を対象として、アンケート調査を実施する。

調査票は、各加算の届出病院、未届出病院のそれぞれに対して、病院での取組や勤務状況を調査する「施設調査」、医師を対象とした「医師調査」、看護師長を対象とした「看護師長調査」、薬剤部責任者を対象とした「薬剤師調査」から構成される。

## 4. 調査の方法

本調査は、自記式アンケート調査方式により実施する。アンケート調査の構成、件数等は以下の通りとする。調査は、紙媒体(ID を印字した調査票)への記入後、郵送返送する方法と、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送するオンライン上での回答も選択とする。

図表　調査票の種類および調査対象

| | 調査対象（抽出条件と件数） |
|---|---|
| 施設票 | ・病院　約 1,500 施設（地域医療体制確保加算を届出している病院 500 件、地域医療体制確保加算の届出病院以外で医師事務作業補助体制加算を届出している病院 500 件、地域医療体制確保加算、医師事務作業補助体制加算のいずれも届出していない病院 500 件） |
| 医師票 | ・施設票の対象となった医療施設に勤務する医師１施設につき４名。（調査対象病院に１年以上勤務する常勤医師（診療科：外科系１名、内科系１名、その他２名）を対象)。 |
| 看護師長票 | ・施設票の対象となった医療施設に勤務する看護師長 1 施設につき５名。（調査対象病院の病棟の中から選定した病棟に１年以上勤務する看護師長（病棟：一般病棟２名、療養病棟１名、精神病棟１名、特定入院料１名）を対象)。 |
| 薬剤部責任者票 | ・施設票の対象となった医療施設に勤務する薬剤部責任者１施設につき１名。 |

## ５．調査項目

＜新型コロナウイルスの影響に関する項目＞
「施設票」
◎新型コロナウイルス感染症への対応状況
・受診者や体制の動向
・「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」の対象となる険医療機関等の該当状況
・新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無
・「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」に関連し、診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響
・、医療提供状況に変化
・患者の受療行動の変化に際して行った対応と、患者の健康影響等について
・新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話・情報通信機器を用いた診療の実施状況
○新型コロナウイルス感染症拡大により医療従事者の働き方に影響を及ぼしたこと

等

※◎は他調査の一部とも共通の調査項目

＜今回新設した項目＞
「施設票」
・「地域医療体制確保加算」の届出状況
・地域医療体制確保加算に関する施設基準として、満たすことが困難な要件
　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画作成で困難であった点
・ICT を活用していない理由
・医師の働き方改革に関する検討会に基づく、現時点の貴施設の水準
・A 水準、B 水準、C 水準に該当する医師の有無とその人数
・2024 年 4 月の労働時間上限規制の適用後に、予定している貴施設の水準

等

＜負担軽減等のため前回調査から削除した項目＞
「施設票」
・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者
・多職種からなる役割分担推進のための委員会等

等

## 6. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

| | 2020 年 | | | | 2021 年 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 1 月 | 2 月 | 3 月 |
| 調査票案の作成 | → | → | → | | | | |
| 調査客体の抽出・名簿作成 | | → | → | | | | |
| 調査票印刷・封入・発送 | | | → | → | | | |
| 調査実施期間 | | | | → | → | | |
| 督促状印刷・発送 | | | | → | → | | |
| データ入力・データクリーニング | | | | | → | → | |
| 集計・分析 | | | | | → | → | |
| 報告書（案）の作成 | | | | | | → | → |
| 追加分析 | | | | | | → | → |
| 報告書のとりまとめ | | | | | | | → |
| 調査検討委員会の開催 | | ★ | | | | ★ | |

ID

**施設票**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

# 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査

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

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

※ 特に断りのない質問については、令和2年10月末時点の状況についてご記入ください。

※ 「令和元年10月」と記載の質問については令和元年10月1か月間の状況を、「令和2年10月」と記載の質問については令和2年10月1か月間の状況をご記入ください。

※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## １．貴施設の概要についてお伺いします。

**①開設者**
※○は1つだけ

01. 国　02. 公立　03. 公的　04. 社会保険関係団体
05. 医療法人　06. 会社　07. その他の法人　08. 個人
（社会医療法人除く）

※国：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
公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人
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
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
医療法人：医療法人
会社：株式会社等
その他の法人：社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人

**②承認等の状況**
※ あてはまる番号すべてに○

01. 高度救命救急センター
02. 救命救急センター
03. 災害拠点病院
04. へき地医療拠点病院
05. 総合周産期母子医療センター
06. 地域周産期母子医療センター
07. 小児救急医療拠点病院
08. 特定機能病院
09. 地域医療支援病院
10. 二次救急医療機関
　**→二次救急医療体制**：（ア. 病院群輪番制　イ. 拠点型　ウ. 共同利用型）
　**→（病院群輪番制の場合）当番となる頻度**：
　（ア. 月に１回未満　イ. 月に1～4回　ウ. 月に5～8回
　エ. 月に9～12回　オ. 月に13回以上）
※病院群輪番制：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。
拠　点　型：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）。
共同利用型：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。
11. 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生（支）局長に届け出たもの）
12. 上記のいずれも該当しない

| ③標榜診療科[注1]<br>※あてはまる番号すべてに○ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 01. 内科系 | 02. 皮膚科 | 03. 小児科 | 04. 精神科 |
| | 05. 外科系 | 06. 泌尿器科 | 07. 脳神経外科 | 08. 整形外科 |
| | 09. 眼科 | 10. 産婦人科・産科 | 11. ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 | 12. 放射線科 |
| | 13. 麻酔科 | 14. 救急科 | 15. 耳鼻咽喉科 | |
| | 16. 歯科・歯科口腔外科 | | 17. その他 | |

| ④DPC 対応状況 ※○は1つだけ | 01. DPC対象病院 | 02. DPC準備病院 | 03. DPC対象病院・準備病院以外 |
|---|---|---|---|

⑤貴施設における、令和2年10月の**紹介率、逆紹介率**[注2]をご記入ください。

| 1）紹介率 | % | 2）逆紹介率 | % |
|---|---|---|---|

注1. 内科系：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科等
外科系：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科等
注2. 紹介率：（紹介患者数＋救急患者数）÷ 初診の患者数×100
逆紹介率：逆紹介患者数÷初診の患者数×100
※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については初診料及び外来診療料に係る診療報酬上の定義に従ってください。一般病床が 200 床未満の病院の場合も地域医療支援病院で用いられる定義に従ってください。

⑥貴施設において届出を行っている**入院基本料**[注3]は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 01. 一般病棟入院基本料 → | 01. 急性期一般入院料１ | 02. 急性期一般入院料２ | | |
| | 03. 急性期一般入院料３ | 04. 急性期一般入院料４ | | |
| | 05. 急性期一般入院料５ | 06. 急性期一般入院料６ | | |
| | 07. 急性期一般入院料７ | 08. 地域一般入院料１ | | |
| | 09. 地域一般入院料２ | 10. 地域一般入院料３ | | |
| 02. 療養病棟入院基本料 → | 01. 療養病棟入院料１ | 02. 療養病棟入院料２ | | |
| | 03. 療養病棟入院基本料注11 ※1 | | | |
| | **夜間看護加算**（01. 届出あり　02. 届出なし） | | | |
| 03. 結核病棟入院基本料 → | 01. ７対１ | 02. １０対１ | 03. １３対１ | 04. １５対１ |
| | 05. １８対１ | 06. ２０対１ | | |
| 04. 精神病棟入院基本料 → | 01. １０対１ | 02. １３対１ | 03. １５対１ | 04. １８対１ |
| | 05. ２０対１ | | | |
| 05. 特定機能病院入院基本料 → | **一般病棟**（ | 01. ７対１ | 02. １０対１ ） | |
| | **結核病棟** | 01. ７対１ | 02. １０対１ | 03. １３対１ |
| | | 04. １５対１ | | |
| | **精神病棟** | 01. ７対１ | 02. １０対１ | 03. １３対１ |
| | | 04. １５対１ | | |
| 06. その他の入院基本料 → | （ 01. ７対１ | 02. １０対１ | 03. それ以外 ） | |

注3　専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料については、その他の入院基本料としてご回答ください。
※1　看護職員配置が２０対１未満または医療区分２・３の患者割合５０％未満の場合

⑥-1 上記⑥で、**以下の入院基本料のいずれかを選んだ施設**にお伺いします。
- 「01. 一般病棟入院基本料」の01～07
- 「05. 特定機能病院入院基本料」の「一般病棟」の01又は02
- 「06. その他の入院基本料」の01又は02

| (1)**届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別**（令和2年10月1日時点） | 01. 重症度、医療・看護必要度Ⅰ<br>02. 重症度、医療・看護必要度Ⅱ |
|---|---|
| (2)**重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合**[注4]<br>※Ⅰ又はⅡどちらも算出している場合は両方お答えください。 | **重症度、医療・看護必要度Ⅰ**（　　）％<br>**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**（　　）％<br>※令和2年8月～令和2年10月（3か月間の平均） |

注4.「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A得点）2点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）3点以上、A得点3点以上又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上を満たす患者割合。小数点以下第2位を切り捨てし、小数点第1位までご記入ください。

⑦貴施設において届出を行っている**特定入院料等**として該当するものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

| | | |
|---|---|---|
| 01. 救命救急入院料 | 02. 特定集中治療室管理料 | 03. ﾊｲｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料 |
| 04. 脳卒中ｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料 | 05. 小児特定集中治療室管理料 | 06. 新生児特定集中治療室管理料 |
| 07. 総合周産期特定集中治療室管理料 | 08. 新生児治療回復室入院医療管理料 | |
| 09. 小児入院医療管理料 | 10. 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料 | 11. 地域包括ｹｱ病棟入院料 |
| 12. 地域包括ｹｱ入院医療管理料 | 13. 特殊疾患病棟入院料 | 14. 緩和ｹｱ病棟入院料 |
| 15. 精神科救急入院料 | 16. 精神科急性期治療病棟入院料 | 17. 精神科救急・合併症入院料 |
| 18. 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 19. 精神療養病棟入院料 | |
| 20. 認知症治療病棟入院料 | 21. 地域移行機能強化病棟入院料 | 22. 短期滞在手術等基本料 |

⑧貴施設における許可病床数[注5]をご記入ください。「療養病床」には介護療養病床も含めてください。

| 1）一般病床 | 2）療養病床 | 3）精神病床 | 4）結核病床 | 5）感染症病床 | 6）病院全体 |
|---|---|---|---|---|---|
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |

注5. 医療法に基づく病床数

⑨令和2年10月末時点に、貴施設で従事している医療従事者等の常勤・非常勤（常勤換算）別の職員数[注6]をご記入ください。

| | 常勤 | 非常勤（常勤換算）[注7] |
|---|---|---|
| 1） 医師 | 人 | 人 |
| 2） 歯科医師 | 人 | 人 |
| 3） 保健師・助産師・看護師 | 人 | 人 |
| 3)-1 **うち**特定行為研修修了者である看護師 | 人 | 人 |
| 4） 准看護師 | 人 | 人 |
| 5） 看護補助者 | 人 | 人 |
| 6） 歯科衛生士 | 人 | 人 |
| 7） 薬剤師 | 人 | 人 |
| 8） 臨床検査技師 | 人 | 人 |
| 9） 管理栄養士 | 人 | 人 |
| 10） 理学療法士 | 人 | 人 |
| 11） 作業療法士 | 人 | 人 |
| 12） 言語聴覚士 | 人 | 人 |
| 13） 医師事務作業補助者 | 人 | 人 |
| 14） ＭＳＷ（社会福祉士等） | 人 | 人 |
| 15） その他 | 人 | 人 |
| 16） 合計 | 人 | 人 |

注6. 全ての職種について産休中や育児休職中等の職員は含めないでください。

注7. 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までお答えください。

■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）

■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

⑩令和元年および令和2年の4～10月の各1か月間における貴施設の**入院延べ患者数、外来延べ患者数、分娩件数、全身麻酔による手術件数**について、それぞれ該当する人数または件数をご記入ください。

質問内容

(1) 入院延べ患者数[注8]（人）　※以下、1)～3)は内訳
　1) 一般病棟（特定入院料を除く）における入院延べ患者数（人）
　2) 時間外・休日・深夜に入院した延べ患者数（人）
　3) 救急搬送により緊急入院した延べ患者数（人）
(2) 外来延べ患者数（人）　※以下、1)～2)は内訳
　1) 緊急自動車等により搬送された延べ患者数（人）
　2) 時間外・休日・深夜加算の算定件数（件）
(3) 分娩件数（件）
(4) 全身麻酔による手術件数（件）

| | 令和元年 | | | | | | | 令和2年 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
| (1) | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)-1) | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)-2) | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)-3) | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)-1) | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)-2) | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | | | | | | | |
| (4) | | | | | | | | | | | | | | |

注8. 入院延べ患者数：毎日24時現在の在院患者数（即日退院患者数を含む）を30日分合計した患者数

## 2．新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱い等についてお伺いします。

①令和2年3月以降の受診者や体制の動向等（あてはまる番号ひとつに○）

| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. 新型コロナウイルス感染疑い※1の外来患者受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| b. 新型コロナウイルス感染患者の入院患者※2の受入の有無 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| C. 新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無※3 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

②令和２年３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（該当する番号ひとつに○）

| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| イ ア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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| ウ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| エ 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 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |
| オ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、院内トリアージ実施料※5を算定する保険医療機関 | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し | 01 有り<br>02 無し |

※１．新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む。）。
※２．新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。
※３．１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たにり患した感染症、２）医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。
※４．本設問におけるア～エの項目は、「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。
※５．「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９）」（令和２年４月８日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）１で示された院内トリアージ料を指す。

③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和２年11月1日時点）※○は1つだけ

01. 重点医療機関（新型コロナ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（新型コロナの疑いのある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. その他（具体的に：　　）

【すべての施設の方】

④「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※1」に関連し、貴施設が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和２年４月以降）についてお伺いします。貴施設の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。※○はそれぞれ１つ

| | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. 定数超過入院の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| b. 月平均夜勤時間数について、１割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| c. 看護要員※2の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、１割以上の一時的な変動の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| d.「ＤＰＣ対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」※3の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| e. 平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| f. 重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| g. 在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |
| h. 医療区分２又は３の患者割合への影響について、施設基準通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 | 01 有り<br>02 無し<br>03 要件非該当 |

※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（１）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。
※２．看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。
※３．「ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて」（令和２年３月 27 日保医発 0327 第６号）の第１の４（２）②に規定する場合を言う。

⑤次に挙げる各項目について、令和２年４月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。※あてはまるものひとつに○

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a. 外来（平日） | 01. 通常 | 02. 制限 | 03. 停止 | |
| b. 外来（土日） | 01. 通常 | 02. 制限 | 03. 停止 | 04. 従来から実施なし |
| c. 入院 | 01. 通常 | 02. 制限 | 03. 停止 | 04. 従来から実施なし |
| d. 救急 | 01. 通常 | 02. 制限 | 03. 停止 | 04. 従来から実施なし |
| e. 化学療法 | 01. 通常 | 02. 制限 | 03. 停止 | 04. 従来から実施なし |
| f. 手術 | 01. 通常 | 02. 制限 | 03. 停止 | 04. 従来から実施なし |
| g. 緊急手術 | 01. 通常 | 02. 制限 | 03. 停止 | 04. 従来から実施なし |

【すべての施設の方】

⑥緊急事態宣言の発出があった月から解除された月（令和２年４月１日～５月３１日）において、貴施設が患者の受療行動の変化に際して行った対応と、患者の健康影響等についてお伺いします。

| 貴施設が行った対応<br>および<br>各対応を行った患者数について<br><br>※イ～への各対応について当てはまるもの全てに○<br>該当が１つもない場合はトに○<br><br>※当てはまる場合は01～05の中から１つに○ | 【1)の01~06に１つでも○をつけた施設の方】<br>1-1)<br>各対応を行った患者がいる場合、患者の健康影響がありましたか。<br>※○は１つだけ | 【1)-1で01～03に○をつけた施設の方】<br>２）患者の健康影響[注]の内容について、**A～Eのうち、あてはまるものに○、最もあてはまるものに◎を記入**<br>※◎、○それぞれ１つ<br>注：総合的な影響度合いを踏まえ評価してください | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | A. 救急外来を受診した | B. 入院加療が必要となった | C. 重篤な疾患の発見が遅れた | D. 通常以上の運動機能の低下がみられた | E. 通常以上の認知機能の低下がみられた |
| イ.患者の希望があり受診間隔を伸ばした<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ロ.検査・処置を中断・延期した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ハ.通常の対応から変更し、日時を指定した完全予約制による対面での診療を実施した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ニ.患者の希望に応じて電話・ICTを用いた診察を実施した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ホ.処方を長期化した<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ヘ.その他（具体的に：　　）<br>01. かなりいた　02. 多少いた<br>03. あまりいなかった　04. ほとんどいなかった<br>05.いなかった　05以外⇒ | 01. かなりあった<br>02. 多少あった<br>03. あまりなかった<br>04. ほとんどなかった | | | | | |
| ト.特に対応は取らなかった | | | | | | |

【すべての施設の方】

⑦その他、新型コロナウイルス感染症や緊急事態宣言に伴う受療行動の変化や患者への健康影響等について、ご意見がある場合は自由に記載してください。

**＜オンライン診療等の定義について＞**
本調査では、各用語を下記のように定義します。
**【オンライン診療】**
オンライン診療料等の算定対象となる診療を指す。
**【情報通信機器を用いた診療】**
オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師―患者間でのビデオ通話により実施する診療を指す。

⑧新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話・情報通信機器を用いた診療の実施状況についてお伺いします。

| | | 令和元年 | | 令和２年 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ５月中 | ９月中 | ５月中 | ９月中 |
| １）電話等初診料※１（214点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | | | （　　）回 | （　　）回<br>１回以上<br>→⑨－１ |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　　）回 | （　　）回<br>１回以上<br>→⑨－１ |
| ２）電話等再診料（73点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回<br>１回以上<br>→⑨－１ |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回<br>１回以上<br>→⑨－１ |
| ２）－１　うち、診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診料※２（73点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | ※２）と区別して把握していない場合は**「×回」と記入** | | （　　）回 | （　　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　　）回 | （　　）回 |
| ２）－２<br>うち、２）－１の算定を行う前はオンライン診療料を算定していた診療を置き換えた回数 | 電話（音声通話のみ） | ※２）―１と区別して把握していない場合は**「×回」と記入** | | （　　）回 | （　　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　　）回 | （　　）回 |
| ３）診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診を行った際の管理料※３（100点、147点）の算定回数 | 電話（音声通話のみ） | | | （　　）回 | （　　）回 |
| | 情報通信機器（ビデオ通話） | | | （　　）回 | （　　）回 |
| ４）オンライン診療料の算定回数（71点）**（新型コロナウイルス感染症の影響に関係なく実施しているものも含む）** | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回<br>１回以上<br>→⑨－２ |
| ５）個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価※４（100点）の算定回数 **（新型コロナウイルス感染症の影響に関係なく実施しているものも含む）** | 情報通信機器（ビデオ通話） | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 | （　　）回 |

※1 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた対応として「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和２年４月10日事務連絡）１．（１）に規定する初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行う場合で、「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10）」（令和２年４月10日事務連絡）にもとづいてA000初診料の注２に規定する214点を算定する診療を指す。

※2 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、既に診断されている慢性疾患等の診療または発症が容易に予測される症状の変化の診療を行い、令和２年4月10日より前は「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２）」（令和２年２月28日事務連絡）、「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６）」（令和２年３月19日事務連絡）、令和２年4月10日以降は「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10）」（令和２年４月10日事務連絡）にもとづいてA001再診料の注７に規定する電話等再診料73点を算定する診療を指す。

※3 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、以前から対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診を行った際に、令和２年4月10日より前は「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７）」（令和２年３月27日事務連絡）にもとづいて算定する100点、令和２年4月10日以降は「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10）」（令和２年４月10日事務連絡）にもとづいて算定する147点を指す。

※4 令和元年時点においては「オンライン医学管理料」を指す。

**※以下の設問は、令和２年９月に電話または情報通信機器を用いた診療（ビデオ通話）を行い、「⑨１）電話等初診料※１」または「⑨２）電話等再診料」を１回以上算定した施設の方がお答えください。**

| ⑧－1 電話または情報通信機器を用いた診療を実施した理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○ | |
|---|---|
| 01. 新型コロナウイルス感染症拡大による影響を考慮したため | |
| 【「01」を選んだ場合】詳しい理由をご回答ください。 | |
| 11. 院内感染予防のために実施すべきと考えたため | |
| 12. 外出自粛等の患者の受療行動の変化に鑑みて実施すべきと考えたため | |
| 13. 患者から実施の要望があったため | |
| 02. 以前から診療時に電話または情報通信機器を活用していたため | |
| 03. 以前から診療時の電話または情報通信機器の活用を検討していたため | |
| 04.その他 | （具体的に：　　） |

**※以下の設問は、令和２年９月に「⑨４）オンライン診療料」を１回以上算定した施設の方がお答えください。**

| **（新型コロナウイルス感染症の影響に関係なく実施しているものも含む）** | |
|---|---|
| ⑧-2　オンライン診療を実施した理由をお答えください | |
| ⑧-2-1 新型コロナウイルス感染拡大による理由。　※あてはまる番号すべてに○ | |
| 01. 院内感染予防のために実施すべきと考えたため | |
| 02. 外出自粛等の患者の受療行動の変化に鑑みて実施すべきと考えたため | |
| 03. 患者から、新型コロナウイルスを理由とした実施の要望があったため | |
| 04.その他 | （具体的に：　　） |
| ⑧-2-2 その他の理由　※あてはまる番号すべてに○ | |
| 01.患者が、身体機能・認知機能等の低下により頻繁な通院が困難なため | |
| 02.患者が、仕事や家庭の事情等により頻繁な通院が困難なため | |
| 03.患者の住まいが遠方で頻繁な通院が困難なため | |
| 04.より効率性の高い診療を実施するため | |
| 05.よりきめ細やかな診療を実施するため | |
| 06.その他 | （具体的に：　　） |

**※以下の設問は、全ての施設の方がお答えください。**

| ⑨情報通信機器・電話を用いた診療以外で、貴施設の患者に対するICTの活用方法のうち該当するもの<br>※あてはまる番号すべてに○ |
|---|
| 01. 患者の自宅における生体情報（血圧・血糖値等）や生活情報（食事・運動等）の把握に用いている<br>02. 患者への診療情報の共有（結果説明等）に用いている<br>03. オンライン受診勧奨や健康相談に用いている<br>04. 服薬指導や薬学管理に用いている<br>05. 他の医療機関等との診療情報の連携に用いている<br>06. その他（具体的に：　　） |

## ３．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。

**①「地域医療体制確保加算」の届出状況をお選びください。**※○は1つだけ

01. 届出ている　→②へ　　02. 届出ていない　→①-1へ

**①-1 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あてはまる項目をお選び下さい。**

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

**※以下の質問①-2は、①-1で「02」または「03」を選んだ施設がお答えください。**

**①-2　貴施設は「地域医療介護総合確保基金」の対象となっていますか。**※○は1つだけ

01. なっている　　02. なっていない

**①-3　上記①で「地域医療体制確保加算」を届出ていない施設にお伺いします。地域医療体制確保加に関する施設基準として、満たすことが困難な要件は何ですか。**※あてはまる番号すべてに○

01. 病院勤務医の負担軽減・処遇改善のため、勤務医の勤務状況把握とその改善の必要性等を提言するための責任者配置
02. 病院勤務医の勤務時間および当直を含む夜間の勤務状況把握
03. 院内に多職種からなる役割分担推進委員会・会議を設置し、「病院勤務医の負担軽減・処遇に資する計画」を作成。当該委員会等は、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催
04. 計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担軽減・処遇改善に資するものとし、定期的な評価・見直しを行う
05. 計画には、以下の項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載する

※51～57のあてはまる番号すべてに○

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

06. 病院勤務医の負担軽減・処遇改善に関する取り組み事項を院内掲示等の方法で公表する
07. 01～06の対応が困難であったのは、新型コロナウイルス感染症の影響によるものであった

**②「総合入院体制加算」の届出状況として該当するものをお選びください。**※○は1つだけ

01. 総合入院体制加算１を届出ている　→②-2へ
02. 総合入院体制加算２を届出ている　→②-1、②-2へ
03. 総合入院体制加算３を届出ている　→②-1、②-2へ
04. 総合入院体制加算を届出ていない　→②-1へ

②-1　上記②で、**「02」～「04」のいずれかを選んだ施設**にお伺いします。
**総合入院体制加算１について、満たすことが困難な要件**は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

01. 年間の手術等の件数　※11～17のあてはまる番号すべてに○
- 11.　全身麻酔による手術の件数が 年間800件以上
- 12.　人工心肺を用いた手術の件数が 年間40件以上
- 13.　悪性腫瘍手術の件数が 年間400件以上
- 14.　腹腔鏡下手術の件数が 年間100件以上
- 15.　放射線治療（体外照射法）の件数が 年間4,000件以上
- 16.　化学療法の件数が 年間1,000件以上
- 17.　分娩の件数が 年間100件以上

02. 救急自動車等による搬送件数が 年間2,000件以上
03. 精神科について、24時間対応できる体制を確保している
04. 精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届出て、現に精神疾患患者の入院を受入れている
05. 「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
06. 「精神疾患診療体制加算２」の算定件数又は救急患者の入院３日以内における「入院精神療法」もしくは「救命救急入院料の注２の加算」の算定件数が合計で 年間20件以上
07. 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）を届出ていない
08. 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
09. 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
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 貴施設の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等の一部の病棟では分煙可）
15. 分煙を行う場合は、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
16. 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５分以上、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３分以上（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２分以上、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）
17. 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
18. その他（具体的に　　）

②-2　上記②で、**「01」～「03」のいずれかを選んだ施設**にお伺いします。
**医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容**について、該当するものすべてをお選びください。※あてはまる番号すべてに○

01. 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組
02. 院内保育所の設置
03. 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
04. 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
05. 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減
06. 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減
07. 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
08.「役割分担推進のための委員会」への年に１回の管理者の出席
09. 複数主治医制の導入

③非常勤職員の配置についてお伺いします。
（1）以下の各職種について、**非常勤職員を常勤換算して配置**することで施設基準を満たしている診療報酬項目があるか、それぞれご回答ください。　※それぞれ〇は1つだけ
（2）上記(1)で「１.有」を選択した場合、**当該診療報酬項目の番号を下記の選択肢から選んでご記入ください。**

| | (1)非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無 | | (2) 非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目（具体的に記入）※あてはまるものをすべて記入 |
|---|---|---|---|
| | 有 | 無 | |
| 1) 医師 | 1 | 2 | |
| 2) 看護職員 | 1 | 2 | |
| 3) 薬剤師 | 1 | 2 | |
| 4) 理学療法士 | 1 | 2 | |
| 5) 作業療法士 | 1 | 2 | |
| 6) その他 | 1 | 2 | |

| | |
|---|---|
| 01. 緩和ケア診療加算 | 02. 重度アルコール依存症入院医療管理加算 |
| 03. 摂食障害入院医療管理加算 | 04. 栄養サポートチーム加算 |
| 05. 感染防止対策加算 | 06. 抗菌薬適正使用支援加算 |
| 07. ハイリスク分娩管理加算 | 08. 病棟薬剤業務実施加算 |
| 09. 入退院支援加算 | 10. 認知症ケア加算 |
| 11. 小児入院医療管理料 | 12. その他（具体的に：　　） |

**※以下の設問は、③をご回答いただいた施設の方がお答えください。**

③-1　非常勤職員の配置を行ったことによる影響についてお伺いします。あてはまる選択肢をお選び下さい。※あてはまる番号すべてに〇。

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

| | |
|---|---|
| 上記で選択頂いたうち、最もあてはまるものをお答えください。 | |

④**常勤配置や専従配置について、常勤職員や専従職員でなくても機能を果たすことができるため、要件の緩和を希望する診療報酬項目**はありますか。あれば当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1) 常勤配置 | |
| 2) 専従配置 | |

⑤令和元年10月末、令和 2 年10月末時点における、**医師事務作業補助体制加算**の届出状況としてあてはまるものに〇をつけてください。※〇はそれぞれ1つずつ

| | |
|---|---|
| 1）令和元年<br>10月末 | 01. 届出をしていない<br>02. 医師事務作業補助体制加算１　　03. 医師事務作業補助体制加算２<br>→届出している場合の内訳<br>01. １００対１　02. ７５対１　03. ５０対１　04. ４０対１<br>05. ３０対１　06. ２５対１　07. ２０対１　08. １５対１ |
| 2）令和2年<br>10月末 | 01. 届出をしていない　→⑤-1へ<br>02. 医師事務作業補助体制加算１　　03. 医師事務作業補助体制加算２<br>→届出している場合の内訳<br>01. １００対１　02. ７５対１　03. ５０対１　04. ４０対１<br>05. ３０対１　06. ２５対１　07. ２０対１　08. １５対１ |

⑤-2へ

⑤の「2)令和2年10月末」時点において、「01.**届出をしていない」と回答した施設にお伺いします】**

⑤-1 届出をしていない理由は何ですか。　※あてはまる番号すべてに〇

01. 施設基準を満たすことが難しいため

→満たすことが難しい基準の内訳：※11～13あてはまる番号すべてに〇

11. 病院機能に関する基準
（例：15対1の場合は第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期医療センターのいずれかであること等）
12. 年間の緊急入院患者数に関する基準（例：15対1の場合は年間800名以上であること等）
13. 全身麻酔による手術件数に関する基準
（例：20対1～40対1の場合は年間800件以上であること（但し年間の緊急入院患者数が200名以上の場合は届出可））

02. 医師事務作業補助者の確保が難しいため

03. 加算の要件に沿った医師事務作業補助者の配置のメリットが少ないため

04. その他（具体的に　　）

⑤-2　⑤の2)令和2年10月末時点において、**「02」「03」**と回答した施設にお伺いします。
現在の体制の**届出時期**はいつですか。

西暦（　　）年（　　）月

⑤-3 ⑤の2)令和2年10月末時点において、**「02」「03」**と回答した施設にお伺いします。
**医師事務作業補助者の配置人数（常勤換算）**を配置場所別にご記入ください。※令和2年10月末時点
※複数か所で勤務している場合、勤務時間で人数を按分してそれぞれに記入してください。

| | |
|---|---|
| 1）外来 | 人 |
| 2）病棟 | 人 |
| 3）医局・事務室等 | 人 |
| 4）合計 | 人 |

⑤-4 令和元年10月末時点及び令和2年10月末時点の、**各病棟における医師事務作業補助者の常勤・非常勤別の職員数（実人数）、及び常勤換算した非常勤の職員数**をご記入ください。

| | 令和元年10月末 | | | 令和2年10月末 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 常 勤 | 非常勤（実人数） | 非常勤（常勤換算注9） | 常 勤 | 非常勤（実人数） | 非常勤（常勤換算注9） |
| 1）一般病棟 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2）精神病棟 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3）療養病棟 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4）その他 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5）全病棟 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

注9. 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第 1 位までお答えください。
■ 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■ 1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

## 4．医師の勤務状況等についてお伺いします。

①貴施設の**医師の勤務形態**として該当するものをお選びください。※主にあてはまる番号1つに○

01. 単独主治医制[注10]　　02. 複数主治医制[注11]

注10. 単独主治医制：１人の患者につき１人の主治医が担当する場合。

注11. 複数主治医制：１人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

②貴施設における令和元年10月、令和2年10月の**医師**1人あたりの**平均勤務時間**（1か月間）、1人あたりの**平均当直回数**（1か月間）、**連続当直を行った医師数**をご記入ください。※小数点以下第2位を切り捨てし、小数点以下第1位まで

| **常勤の医師** | 令和元年10月 | 令和2年10月 |
|---|---|---|
| 1）（実績）1人あたり平均**勤務時間**[注12]／**月** | ．　時間 | ．　時間 |
| 2）（実績）1人あたりの平均**当直回数**／**月** | ．　回 | ．　回 |
| 3）（実績）**連続当直を行った医師数**／**月** | 人 | 人 |
| **非常勤の医師** | 令和元年10月 | 令和2年10月 |
| 4）（実績）1人あたり平均**勤務時間**[注12]／**月** | ．　時間 | ．　時間 |
| 5）（実績）1人あたりの平均**当直回数**／**月** | ．　回 | ．　回 |
| 6）（実績）**連続当直を行った医師数**／**月** | 人 | 人 |

注12. 勤務時間：所定労働時間の他、残業時間も含みます。

③労働基準法の36（サブロク）協定の締結状況として該当するものをお選びください。※○は1つだけ

01. 締結している　　02. 未締結であるため、今後締結を予定している
03. 未締結であるが、今後も締結の予定はない

④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該当するものをお選びください。※○は1つだけ

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

## 5．医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

①貴施設の**医師の労働時間の把握方法**として該当するものをお選びください。※主なもの1つに○

01. ICカード・タイムカード　　02. 上司等第三者の確認　　03. 自己申告に基づき把握
04. その他（具体的に　　）　　05. 把握していない

②貴施設における**長時間労働者に対する、医師による面接指導の実施状況**として該当するものをお選びください。※○は1つだけ

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

③貴施設の医師について、**労働時間以外の勤務状況として把握している内容**をお選びください。※あてはまる番号すべてに○

01. 年次有給休暇取得率　　02. 育児休業の取得率　　03. 介護休業の取得率
04. 代休取得率　　05. その他（具体的に　　）
06. 把握していない

④医師の負担軽減策について、**医療勤務環境改善支援センター**に相談しましたか。※○は1つだけ

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

⑤貴施設における医師の負担軽減策についてお伺いします。

（1）貴施設で**医師の負担軽減策として実施されている取組**としてあてはまる番号全てに○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

（2）上記（1）で○をつけた取組について、**特に医師の負担軽減効果のある取組**としてあてはまる番号に<u>３つまで</u>○をつけてください。※○は3つまで

| | (1) 実施されている取組に○（あてはまるものすべてに○） | | (2) 特に医師の負担軽減効果のあるものに○（○は3つまで） |
|---|---|---|---|
| 1）医師の増員 | 1 | → | 1 |
| 2）外来提供体制の縮小 | 2 | → | 2 |
| 3）初診時選定療養費の導入 | 3 | → | 3 |
| 4）適正受診に関する患者・住民への周知・啓発 | 4 | → | 4 |
| 5）複数主治医制の導入 | 5 | → | 5 |
| 6）勤務間インターバルの導入 | 6 | → | 6 |
| 7）当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む） | 7 | → | 7 |
| 8）時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しないような体制の整備 | 8 | → | 8 |
| 9）患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く） | 9 | → | 9 |
| 10）予定手術前日の当直の免除 | 10 | → | 10 |
| 11）医師業務の特定行為研修修了者である看護師との分担 | 11 | → | 11 |
| 12）医師業務の看護師（「11）」に示す看護師を除く）との分担 | 12 | → | 12 |
| 13）救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、看護師による血液検査オーダー入力・採血・検査の実施 | 13 | → | 13 |
| 14）医師業務の助産師との分担 | 14 | → | 14 |
| 15）薬剤師による事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更[注13] | 15 | → | 15 |
| 16）薬剤師による外来診察時（前後の場合も含む）の患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供 | 16 | → | 16 |
| 17）医師事務作業補助者の病棟への配置 | 17 | → | 17 |
| 18）医師事務作業補助者の外来への配置 | 18 | → | 18 |
| 19）ICTを活用した業務の見直し・省力化 | 19 | → | 19 |
| 20）医師が出席する会議の開催回数の削減 | 20 | → | 20 |
| 21）医師が出席する会議の所定就業時間内での開催（開始時刻の前倒し等） | 21 | → | 21 |
| 22）院内保育所の設置 | 22 | → | 22 |
| 23）院内助産又は助産師外来の開設 | 23 | → | 23 |
| 24）「役割分担推進のための委員会」への年に１回の管理者の出席 | 24 | → | 24 |

注13. 投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

⑥上記⑤以外の取組で、貴施設で実施している勤務医負担軽減策で、効果のある取組があれば、具体的にご記入ください。

⑦貴施設では、**多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議**を開催していますか。開催している場合は、年間の開催回数もご記入ください。※○は1つだけ

01. 開催している→**年間**（　　）回　　02. 開催していない

## ６．看護職員や 看護補助者の配置等についてお伺いします。

### Ａ．看護職員や看護補助者の配置等

| | |
|---|---|
| ①救急搬送看護体制加算　※○は１つだけ | 01. 加算１の届出あり →①-1、①-3・4へ<br>02. 加算２の届出あり →①-2、①-3・4へ<br>03. 届出なし→② |

| | |
|---|---|
| ①-1　救急搬送看護体制加算1の算定件数（令和2年10月1か月） | （　　）件 |
| ①-2　救急搬送看護体制加算2の算定件数（令和2年10月1か月） | （　　）件 |
| ①-3　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる**年間の搬送件数**<br>※○は１つだけ | 01. 200～399件　02. 400～599件<br>03. 600～799件　04. 800～999件<br>05. 1,000～1,499件　06. 1,500～1,999件<br>07. 2,000件以上 |
| ①-4　救急患者の受入への対応に係る専任の看護師の配置人数 | （　　）人 |
| うち、院内トリアージ実施料に係る専任の看護師と兼ねている人数 | （　　）人 |

**②看護補助加算**
※○は１つだけ
※地域一般入院基本料または１３対１、１５対１、１８対１、２０対１入院基本料を算定する病院のみ

01. 看護補助加算１　02. 看護補助加算２　03. 看護補助加算３

→ a）夜間 75 対１看護補助加算（50 点）（11. 届出あり　12. 届出なし）

**届出の予定**（11. 予定あり　12. 予定なし）
**届出をしていない理由**　※あてはまる番号すべてに○
（21. 職員確保が困難　22. 必要性がない　23. その他（具体的に　　））

b）夜間看護体制加算（165点）（11. 届出あり　12. 届出なし）

**届出の予定**（11. 予定あり　12. 予定なし）
**届出をしていない理由**　※あてはまる番号すべてに○
（21. 職員確保が困難　22. 必要性がない　23. その他（具体的に　　））

04. 届出をしていない　→**届出の予定**（11. 予定あり　12. 予定なし）
→**届出をしていない理由**　※あてはまる番号すべてに○
（21. 職員確保が困難　22. 必要性がない　23. その他（具体的に　　））

**※以下の質問③～⑥は一般病棟のある施設のみご回答ください。**
**それ以外の方は 20ページの６．Bへお進みください。**

**③急性期看護補助体制加算**[注14]
※○は１つだけ

01. ２５対１（看護補助者５割以上）　02. ２５対１（看護補助者５割未満）
03. ５０対１　04. ７５対１
05. 届出をしていない　→**届出の予定**（11. 予定あり　12. 予定なし）
→**届出をしていない理由**　※あてはまる番号すべてに○
（21. 職員確保が困難　22. 必要性がない　23. その他（具体的に　　））

**④夜間急性期看護補助体制加算**[注15]
※○は 1つだけ

01. ３０対１　02. ５０対１　03. １００対１
04. 届出をしていない　→**届出の予定**（11. 予定あり　12. 予定なし）
→**届出をしていない理由**　※あてはまる番号すべてに○
（21. 職員確保が困難　22. 必要性がない　23. その他（具体的に　　））

**⑤夜間看護体制加算**[注15] ※○は１つだけ
01. 届出あり　02. 届出なし

**⑥看護職員夜間配置加算**[注14]
※○は１つだけ

01. １２対１の「１」　02. １２対１の「２」　03. １６対１の「１」
04. １６対１の「２」
05. 届出をしていない　→**届出の予定**（11. 予定あり　12. 予定なし）
→**届出をしていない理由**　※あてはまる番号すべてに○
（21. 職員確保が困難　22. 必要性がない　23. その他（具体的に　　））

注14. 急性期一般入院基本料または特定機能病院入院基本料、もしくは専門病院入院基本料の７対１もしくは１０対１入院基本料を届け出ている場合のみご回答ください。
注15. 急性期看護補助体制加算を届け出ている場合のみご回答ください。

## B．看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に係る取組

**※以下の質問①～②は、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算、療養病棟入院基本料注１２（夜間看護加算）のいずれかについて届出をしている施設のみご回答ください。**
**それ以外の方は 21ページの7．①へお進みください。**

**①看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているもの**をお選びください。
※あてはまる番号すべてに○

01. 業務量の調整（時間外労働が発生しないような業務量の調整）
02. 看護職員と他職種との業務分担
→**業務分担をしている職種**：（11. 薬剤師　12. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士　13. 臨床検査技師　14. 臨床工学技士　15. 看護補助者　16.その他（具体的に　））
03. 看護補助者の配置・増員
→**具体的内容**：（11. 主として直接ケアを行う看護補助者の新たな配置　12. 主として直接ケアを行う看護補助者の増員　13. 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置　14. 主として事務的作業を行う看護補助者の増員　15. 夜間の看護補助者の新たな配置　16. 夜間の看護補助者の増員　17. その他（具体的に　））
04. 短時間正規雇用の看護職員の活用
05. 多様な勤務形態の導入
06. 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮
→**具体的内容**：（11. 院内保育所　12. 夜間保育の実施　13. 夜勤の減免措置　14. 休日勤務の制限制度　15. 半日・時間単位休暇制度　16. 所定労働時間の短縮　17. 他部署等への配置転換）
07. 夜勤負担の軽減
→**具体的内容**：（11. 夜勤従事者の増員　12. 月の夜勤回数の上限設定）
08. 夜勤に係る配慮
→**具体的内容**：**２交代の夜勤を実施している場合**：（11. 勤務後の暦日の休日の確保　12. 仮眠２時間を含む休憩時間の確保　13. 16時間未満となる夜勤時間の設定　14. 仮眠が取れる環境・体制の整備（仮眠室等）　15. その他（具体的に　））
**３交代の夜勤を実施している場合**：（11. 夜勤後の暦日の休日の確保　12. 勤務間インターバルの確保　13. その他（具体的に　））
09. その他（上記01～08以外）（具体的に　）

**②看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況**について、最も近い選択肢の番号をお選びください。

01. 達成が困難である →②-1へ
02. 達成はやや困難である →②-1へ
03. 概ね達成可能である →7へ
04. ほぼ達成可能である →7へ
05. 評価時期に達していない →7へ

②-1 上記②で「01. 達成が困難である」又は「02. 達成はやや困難である」を選んだ施設にお伺いします。
**①で選択した項目のうち、達成が困難である項目**は何ですか。達成が困難な項目に〇をつけた上で、**達成が困難である理由**を具体的にご記入ください。

| 「B. ①」で〇をつけた項目のうち、達成が困難な項目に〇 | | | 達成が困難である理由（自由記載） |
|---|---|---|---|
| 01 | 業務量の調整 | → | |
| 02 | 看護職員と他職種との業務分担 | → | |
| 03 | 看護補助者の配置・増員 | → | |
| 04 | 短時間正規雇用の看護職員の活用 | → | |
| 05 | 多様な勤務形態の導入 | → | |
| 06 | 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮 | → | |
| 07 | 夜勤負担の軽減 | → | |
| 08 | 夜勤に係る配慮 | → | |
| 09 | その他 | → | |

## 7．医療従事者の勤務環境改善マネジメントについてお伺いします。

**※以下の質問①～③は、総合入院体制加算を届出ていない施設のみご回答ください。**
**それ以外の方は 8. ①へお進みください。**
**※「勤務環境改善マネジメント」とは、「医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み」を指します。**

①貴施設では、**勤務環境改善マネジメントシステム**を推進するチームがありますか。※〇は1つだけ

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

②貴施設では、勤務環境改善の取組として、**勤務環境の現状に関する実態把握や分析**を行っていますか。
※〇は1つだけ

01. 行っている →②-1へ
02. 行っていないが、今後実施予定 →③へ
03. 行っておらず、今後実施予定もない →③へ

②-1 上記②で、**「01. 行っている」を選んだ施設**にお伺いします。
**どの程度の頻度で実態把握や分析**を行っていますか。 ※〇は1つだけ

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

③貴施設では、**勤務環境改善の取組について、計画を策定**していますか。※〇は1つだけ

01. 策定している →③-1へ
02. 策定していないが、今後策定予定
03. 策定しておらず、今後策定予定もない

③-1 上記③で、**「01. 策定している」を選んだ施設**にお伺いします。
**どの程度の頻度で計画の見直し**を行っていますか。※〇は1つだけ

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

## 8．記録や会議に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

①貴施設では、**入院部門**で**電子カルテ**を導入していますか。 ※○は1つだけ

01. 導入している
02. 導入していないが、導入を検討中
03. 導入しておらず、導入予定もない
04. その他（具体的に　　）

②貴施設では、**ICTを活用した業務の見直し・省力化**として、どのような取組をしていますか。
※あてはまる番号すべてに○

01. タブレットの活用
02. 音声入力システムの活用
03. ビデオ通話による会議の実施
04. 遠隔画像診断の実施
05. 遠隔病理診断の実施
06. 紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用
07. その他（具体的に　　）
08. 特になし

②-1　②で「08」を選んだ施設にうかがいます。ICTを活用していない理由はなぜですか。
※あてはまる番号すべてに○

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

③**院内の会議に関する負担軽減**のために、どのような取組をしていますか。
※あてはまる番号すべてに○

01. 必要性の低い会議の廃止
02. 医師の出席義務の取りやめ
03. 会議の開催回数の削減
04. 会議の開催時間の短縮
05. ビデオ通話による会議の実施
06. 会議での紙資料の配付の中止
07. その他（具体的に　　）
08. 特になし

④上記の③で「05」を選んだ施設にうかがいます。ビデオ通話を活用しているのは、具体的にはどのような場面でしょうか。

⑤**医師の書類作成に関する負担軽減**のために、どのような取組をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 必要性の低い書類の廃止
02. 書類の記載項目の簡素化
03. 医師事務作業補助者による下書きの作成
04. 電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化
05. その他（具体的に　　）
06. 特になし

⑥貴施設において、**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**を行うために、**ICT（情報通信技術）**を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。※あてはまる番号すべてに○

01. ICTを活用している
02. ICTは活用していない

→活用しているICT：
11.メール　12.電子掲示板　13.グループチャット
14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
15.その他（具体的に　　）

| ⑥-1　⑥で「02」を選んだ施設にうかがいます。ICTを活用していない理由はなぜですか。<br>※あてはまる番号すべてに○ |
|---|
| 01.　ICTの導入にコストがかかるから<br>02.　ICTの維持・管理にコストがかかるから<br>03.　ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから<br>04.　ICTを使いこなせない職員がいる（または多い）から<br>05.　現場のオペレーションを変更する負担が大きいから<br>06.　故障時などに現場が混乱することを避けたいから<br>07.　その他（具体的に　　） |

## 9．新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ・貴施設における影響等

①貴施設において、新型コロナウイルス感染症拡大により医療従事者の働き方に影響を及ぼしたことについて、働き方にとって「良い影響」と「悪い影響」のどちらにあたるか、**あてはまるものにそれぞれ○をご記入ください**。　※あてはまるものにそれぞれひとつ○

| | 該当あり（働き方への**良い影響**） | 該当あり（働き方への**悪い影響**） | 該当なし |
|---|---|---|---|
| 01. 患者数が減った | | | |
| 02. 手術等の件数が減った | | | |
| 03. 対面によるカンファレンスや会議等が減った | | | |
| 04. ICT の活用が進んだ | | | |
| 05. 出勤できない職員が発生した | | | |
| 06. メンタルヘルスに支障をきたす職員が発生した | | | |
| 07. 職員の勤務体制を変更する必要が生じた<br>（変更した職種：　　） | | | |
| 08.職員を増員した<br>（増員した職種：　　） | | | |
| 09. 残業時間が減った。<br>（減った職種：　　） | | | |
| 10. 残業時間が増えた<br>（増えた職種：　　） | | | |
| 11. 院内保育施設が確保された | | | |
| 12. その他（具体的に：　　） | | | |
| 13. その他（具体的に：　　） | | | |
| 14. その他（具体的に：　　） | | | |

| | |
|---|---|
| 上記で「良い影響」と回答したもののうち、**最もあてはまる番号**（「01」から「14」）をご記入下さい。 | |
| 上記で「悪い影響」と回答したもののうち、**最もあてはまる番号**（「01」から「14」）をご記入下さい。 | |

## 10. 医師の働き方改革に関する取組み等について

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①医師の働き方改革に関する検討会に基づく、現時点の貴施設の水準※1　※○は1つだけ | 01. A水準　02. B水準　03. C水準 | | |
| ②現時点で、貴施設の勤務医のうち、A水準、B水準、C水準に該当する医師の有無とその人数をご記入ください。 | A 水準 | 01. いる　02. いない | ※「01.いる」場合の人数　人 |
| | B 水準 | 01. いる　02. いない | ※「01.いる」場合の人数　人 |
| | C 水準 | 01. いる　02. いない | ※「01.いる」場合の人数　人 |
| ③2024年4月の労働時間上限規制の適用後に、予定している貴施設の水準 | 01. A水準　02. B水準　03. C水準 | | |

※ A水準＝すべての診療勤務従事医に適用される。原則、上限年960時間／月100時間
B水準＝「3次救急病院」や「年間に救急車1000台以上を受け入れる2次救急病院」などに対する地域医療暫定特例水準。
原則、上限年間1,860時間／年960時間／月100時間
C水準＝初期研修医や新専門医資格取得を目指す専攻医について、集中的に多くの症例を経験させる必要のある医療機関が対象の集中的技能向上水準。原則、上限年間1,860時間／年960時間／月100時間

| ④最後に、医師、看護職員等の医療従事者の負担軽減策、チーム医療の推進等についてご意見等ございましたらご自由にご記入ください。 |
|---|
| |

施設票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和２年１２月○日（○）までに実施要綱に記載された方法に従ってご提出ください。

ID

**医師票**

# 令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）
# 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査

●特に指定がある場合を除いて、令和２年 10 月末現在の状況についてお答えください。
●ご回答の際は、該当する番号を○（マル）で囲んでください。また、（　）内には具体的な数値等をご記入ください。
（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

## １．あなたご自身のことについてお伺いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 性別 | 01. 男性　02. 女性 | ② 年齢 | （　　）歳 |
| ③ 医師経験年数 | （　　）年（　　）か月 | ④ 貴施設での勤続年数 | （　　）年（　　）か月 |
| ⑤ 主たる所属診療科[注1]<br>※○は１つだけ | 01. 内科系　02. 皮膚科　03. 小児科　04. 精神科<br>05. 外科系　06. 泌尿器科　07. 脳神経外科　08. 整形外科<br>09. 眼科　10. 産婦人科・産科　11. ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科　12. 放射線科<br>13. 麻酔科　14. 救急科　15. 耳鼻咽喉科　16. その他 | | |
| ⑥ 担当する主な病棟<br>※○は１つだけ | 01. 回復期リハビリテーション病棟　02. 地域包括ケア病棟<br>03. 小児入院病棟　04. その他の一般病棟<br>05. その他の療養病棟　06. 精神病棟<br>07. その他（具体的に　　） | | |
| ⑦ 役職等<br>※○は１つだけ | 01. 院長・副院長　02. 部長・副部長　03. 診療科の責任者（医長等）<br>04. その他の管理職の医師（具体的に　　）<br>05. 非管理職の医師（06 を除く）　06. 後期研修医 | | |
| ⑧ 勤務形態 | 01. 常勤　02. 非常勤 | | |
| ⑨ 短時間勤務制度の利用 | 01. あり　02. なし | | |
| ⑩ 主治医制の状況[注2] | 01. 単独主治医制　02. 複数主治医制　03. その他 | | |

注1. 内科系：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科等
外科系：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科等
注2. 単独主治医制：１人の患者につき１人の主治医が担当する場合
複数主治医制：１人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

## ２．あなたの勤務状況等についてお伺いします。

① 貴施設（この調査票を受けとった病院）における、<u>各設問で指定する期間における</u>あなたの**勤務時間、診療時間、当直回数及びオンコール回数等**についてご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1）１週間の勤務時間[注3]（令和２年 10 月１日（木）～10 月７日（水）） | 約（　）時間（　）分 |
| 2）上記 1）のうち、診療時間[注4]（令和２年 10 月１日（木）～10 月７日（水）） | 約（　）時間（　）分 |
| 3）上記 2）のうち、事務処理に係る時間（令和２年 10 月１日（木）～10 月７日（水）） | 約（　）時間（　）分 |
| 4）１か月間の当直回数[注5]（令和２年 10 月１月間） | （　）回 |
| 5）上記 4）のうち、連続当直回数[注5]（令和２年 10 月１か月間） | （　）回 |
| 6）１か月間のオンコール担当回数[注6]（令和２年 10 月１か月間） | （　）回 |
| 7）上記 6）のうち、呼出で実際に病院に出勤した回数（令和２年 10 月１か月間） | （　）回 |

注3. 所定労働時間に残業時間を加えた時間
注4. 患者の診療、手術のために勤務した時間
注5. 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。
注6. 病院、診療科、診療科内のチーム等の組織において「オンコール担当」として当番となった回数

② **勤務時間をどのように勤務先に申告**していますか。　※○は１つだけ

01. IC ｶｰﾄﾞ・ﾀｲﾑｶｰﾄﾞ　02. 上司等第三者の確認　03. 自己申告　04. その他

③ 現在、**この調査票を受け取った医療機関以外での勤務**がありますか。　※○は１つだけ

01. 他医療機関でも勤務している（⇒ ③-1 へ）　　02. 他医療機関では勤務していない（⇒ ④へ）

**【上記③で「01. 他医療機関でも勤務している」と回答した方のみお答えください。】**

③-1 この調査票を受け取った医療機関以外での、あなたの、令和 2 年 10 月 1 か月間の**勤務時間、当直回数等**についてご記入ください。

| | |
|---|---|
| 1）他に勤務している医療機関数 | （　　）施設 |
| 2）１か月間の勤務時間 | 約（　　）時間（　　）分 |
| 3）１か月間の当直回数[注7] | （　　）回　　うち、連続当直回数（　　）回 |

注7. 調査票を受け取った医療機関と他の医療機関で連続して当直した場合もその回数をご記入ください。

④ **１年前と比較してあなたの勤務状況はどのように変化**しましたか。この調査票を受け取った医療機関での勤務状況についてご回答ください。　※○はそれぞれ１つだけ

| | |
|---|---|
| 1）勤務時間 | 01. 短くなった　02. 変わらない　03. 長くなった |
| 2）病棟の勤務状況 | 01. 改善した　02. 変わらない　03. 悪化した　04. 担当していない |
| 3）外来の勤務状況（標榜診療時間内） | 01. 改善した　02. 変わらない　03. 悪化した　04. 担当していない |
| 4）救急外来の勤務状況（標榜診療時間外） | 01. 改善した　02. 変わらない　03. 悪化した　04. 担当していない |
| 5）標榜診療時間外における手術回数 | 01. 減った　02. 変わらない　03. 増えた　04. 担当していない |
| 6）手術前日の当直回数 | 01. 減った　02. 変わらない　03. 増えた　04. 担当していない |
| 7）当直の回数 | 01. 減った　02. 変わらない　03. 増えた　04. 担当していない |
| 8）当直時の平均睡眠時間 | 01. 増えた　02. 変わらない　03. 減った　04. 担当していない |
| 9）オンコール担当回数[注8] | 01. 減った　02. 変わらない　03. 増えた　04. 担当していない |
| 10）当直翌日の勤務状況 | 01. 改善した　02. 変わらない　03. 悪化した　04. 担当していない |
| 11）書類作成等の事務作業 | 01. 減った　02. 変わらない　03. 増えた |
| 12）ＩＣＴを用いたカンファレンスの実施状況 | 01. 減った　02. 変わらない　03. 増えた　04. 実施していない |
| 13）総合的にみた勤務状況 | 01. 改善した　02. どちらかというと改善した<br>03. 変わらない　04. どちらかというと悪化した<br>05. 悪化した　06. その他（具体的に　　） |

注8. 病院、診療科、診療科内のチーム等の組織において「オンコール担当」として当番となった回数

## ３．あなたの行っている業務とその負担感等についてお伺いします。

① 貴診療科（あなたの所属する診療科）における**医師の負担軽減策**についてお伺いします。

（1）貴診療科で医師の負担軽減策として**実施されている取組**としてあてはまる番号全てに○をつけてください。

（2）上記（1）で○をつけた取組について、**特に医師の負担軽減効果のある取組**としてあてはまる番号に３つまで○をつけてください。

| | (1) 実施されている取組に○（あてはまるもの全てに○） | | (2) 特に医師の負担軽減効果のあるものに○（○は３つまで） |
|---|---|---|---|
| 1）医師の増員 | 1 | → | 1 |
| 2）勤務間インターバルの導入 | 2 | → | 2 |
| 3）外来提供体制の短縮 | 3 | → | 3 |
| 4）予定手術前の当直の免除 | 4 | → | 4 |
| 5）当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む） | 5 | → | 5 |
| 6）複数主治医制[注9]の実施 | 6 | → | 6 |

注9. １人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

| ①（続き） | (1) 実施されている取組に○（あてはまるもの全てに○） | | (2) 特に医師の負担軽減効果のあるものに○（○は3つまで） |
|---|---|---|---|
| 7）医師業務の特定行為研修修了者である看護師との分担 | 7 | → | 7 |
| 8）医師業務の看護師（ 7）に示す看護師を除く）との分担 | 8 | → | 8 |
| 9）救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、看護師による血液検査オーダー入力・採血・検査の実施 | 9 | → | 9 |
| 10）医師業務の助産師との分担 | 10 | → | 10 |
| 11）薬剤師による処方提案等 | 11 | → | 11 |
| 12）薬剤師による投薬に係る入院患者への説明 | 12 | → | 12 |
| 13）薬剤師による事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更[注10] | 13 | → | 13 |
| 14）薬剤師による外来診察時（前後の場合も含む）の患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供 | 14 | → | 14 |
| 15）医師事務作業補助者の病棟への配置・増員 | 15 | → | 15 |
| 16）医師事務作業補助者の外来への配置・増員 | 16 | → | 16 |
| 17）医師が出席する会議の開催方法の見直し | 17 | → | 17 |
| 18）ICT を活用した業務の見直し・省力化 | 18 | → | 18 |

注 10. 投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

【②は、①の**「（２）特に医師の負担軽減効果のあるものに○」**で**「15」、「16」**に○をつけた方にお伺いします。】

**②医師事務作業補助者の導入により改善・軽減が見られた医師業務の具体的な内容についてお答えください。**

| あてはまるもの全てに○ | | 改善された月当たりの時間数 | |
|---|---|---|---|
| 診断書などの文書作成 | | 01. 診断書や紹介状、意見書、処方箋、各種保険の証明書などの作成代行 | 約　／時間 |
| | | 02. 患者の診療、入院などの手続き、説明 | 約　／時間 |
| | | 03. 外来予約受付、検査等のオーダリング | 約　／時間 |
| 診療記録の入力 | | 04. 医師の外来診察などに同席して行うカルテの入力代行 | 約　／時間 |
| 医療の質の向上に資する事務作業 | | 05. 院内会議の準備、NCD・JND・ JCVSDなどの症例登録 | 約　／時間 |
| | | 06. 治療や診察に関するデータの管理 | 約　／時間 |
| 行政上の業務 | | 07. 厚生労働省などに報告する診療データの整理 | 約　／時間 |
| | | 08. 救急医療情報システムの入力業務 | 約　／時間 |
| その他 | | 09. （具体的：　　） | 約　／時間 |
| **②-1 医師業務の改善・軽減により拡充が可能となった医療（サービス）** | | 01. ある（具体的：　　）<br>02.ない | |

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

■ 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）

■ 1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

③ 貴診療科における、あなたの**業務負担感**と**業務分担の状況等**についてお伺いします。

（1）各業務の**業務負担感**について、あてはまる番号をご記入ください。

（2）各業務の**他職種との業務分担の取組状況**についてあてはまる番号に○をつけてください。

（3）医師のみが実施している各業務（上記（2）で「3」に○がついた場合）について、**今後、他職種への分担をどのように考えていますか**。あてはまる番号に○をつけてください。

※（1）、（2）、（3）のいずれについても、それぞれ○は１つずつ

【選択肢】該当番号記入
1：負担が非常に小さい
2：負担が小さい
3：どちらともいえない
4：負担が大きい
5：負担が非常に大きい
6：実施していない

| | (1)業務負担感 | (2)分担取組状況 | | | → | (3)他職種への期待 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 主に他職種が実施している | 他職種の補助を受けている | 医師のみが実施している | 3と回答した業務 | 他職種に実施してほしい | 他職種に補助してほしい | 現行のままでよい | 何とも言えない |
| 1）初療時の予診 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2）静脈採血 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3）静脈注射 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4）血液培養 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5）留置針によるルート確保 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6）尿道カテーテルの留置 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7）気管カニューレの交換 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8）腹腔ドレーンの抜去・縫合 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9）抜糸 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10）人工呼吸器等の設定条件の変更 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11）人工呼吸器管理下の患者に対する鎮静薬の投与量の調整 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12）脱水症状に対する輸液による補正 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13）患者移動 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14）診断書、診療記録及び処方箋の記載 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15）主治医意見書の記載 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16）診察や検査等の予約ｵｰﾀﾞﾘﾝｸﾞｼｽﾃﾑ入力や電子カルテ入力 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17）救急医療等における診療の優先順位の決定（トリアージの実施） | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18）検査、治療、入院に関する患者への説明 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19）検査、治療、入院に関する患者の家族への説明 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20）慢性疾患患者への療養生活等の説明 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21）診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22）患者の退院に係る調整業務 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23）患者に対する処方薬の説明 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24）医薬品の副作用・効果の確認 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25）患者に対する検査結果の説明 | | 1 | 2 | 3 | → | 1 | 2 | 3 | 4 |

④ 上記③の業務の他に、**あなたが負担に感じている業務で、医師以外の職員と役割分担ができる業務**がありましたら、具体的にご記入ください。

## 4．病棟薬剤師による、あなたの業務の負担軽減等についてお伺いします。

① あなたが主に勤務する病棟では、**薬剤師が病棟に配置**されていますか。 ※○は１つだけ

01. 配置されている（⇒ ①-1 へ）　　02. 配置されていない（⇒ 5 へ）

| ①-1 配置されている場合の状況 | (1)病棟における薬剤師の関与の状況 | | | (2)医師の負担軽減及び医療の質の向上への効果（薬剤師が関与している場合のみお答えください） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 主に薬剤師が関与 | 時々薬剤師が関与 | 薬剤師は関与しない | 効果がある | どちらかといえば効果がある | どちらともいえない | どちらかといえば効果がない | 効果がない |
| 1）患者からの情報収集（投薬歴、持参薬等） | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2）医師への処方や服薬計画等の提案 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3）患者に対する処方薬の説明 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4）医薬品の副作用・効果等の確認 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5）事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更[注11] | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6）退院時の薬剤情報管理指導 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

注 11. 投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

## 5．あなたの勤務状況に関するご意見等をお伺いします。

① あなたの**現在の勤務状況**についてどのようにお考えですか。 ※○は１つだけ

01. 改善の必要性が高い（⇒ ①-1 へ）
02. 改善の必要性がある（⇒ ①-1 へ）
03. 現状のままでよい（⇒ ②へ）
04. その他（具体的に　　）（⇒ ②へ）

**【上記①で「01. 改善の必要性が高い」「02. 改善の必要性がある」と回答した方のみお答えください】**

①-1 勤務状況について「01. 改善の必要性が高い」または「02. 改善の必要性がある」と回答した**最大の理由**は何ですか。 ※○は１つだけ

01. 医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため
02. 業務を継続していけるか不安があるため
03. 過重勤務により身体的・精神的疾患を患う（患った）ため
04. 給与が業務量に比べて低いと感じるため
05. ワークライフバランスがとれていないため
06. 出産・育児休暇等の取得が難しいため
07. その他（具体的に　　）

| ② **どのような取組が病院で行われれば、医師の負担を軽減することができると思いますか**。具体的にご記入ください。 |
| --- |
| |

医師票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和２年１２月〇日（〇）までに返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、ご投函ください。

ID

**看護師長票**

令和 2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

# 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査

※特に指定がある場合を除いて、令和2年10月末現在の状況についてお答えください。
※数値を記入する設問で、該当するものがない場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

## １．あなたが管理する病棟の概要についてお伺いします。

**①病棟の主たる診療科をお選びください。** ※あてはまる番号すべてに○

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01. 内科系[注1] | 02. 外科系[注2] | 03. 小児科 | 04. 産婦人科・産科 |
| 05. 救急部門 | 06. 精神科 | 07. その他（　　） | |

注1. 内科系：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科

注2. 外科系：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

**②診療報酬上の病棟種別をお選びください。**
**※あなたが診療報酬上、複数の病棟種別の入院料を管理している場合、最も病床数の多い入院料を1つお選びください。**

＜入院基本料＞

01. 一般病棟入院基本料→
- 01. 急性期一般入院料１　02. 急性期一般入院料２
- 03. 急性期一般入院料３　04. 急性期一般入院料４
- 05. 急性期一般入院料５　06. 急性期一般入院料６
- 07. 急性期一般入院料７　08. 地域一般入院料１
- 09. 地域一般入院料２　10. 地域一般入院料３

02. 療養病棟入院基本料→
- 01. 療養病棟入院料１　02. 療養病棟入院料２
- 03. 療養病棟入院基本料 注11[※1]

**夜間看護加算**　（01. 届出あり　02. 届出なし）

03. 精神病棟入院基本料→
- 01. １０対１　02. １３対１　03. １５対１　04. １８対１
- 05. ２０対１

04. 特定機能病院入院基本料→

**一般病棟**　（01. ７対１　02. １０対１　）

**精神病棟**
- 01. ７対１　02. １０対１　03. １３対１
- 04. １５対１

05. 障害者施設等入院基本料→（01. ７対１　02. １０対１　03. １３対１　04. １５対１）

**看護補助加算**　（01. 届出あり　02. 届出なし）

**夜間看護体制加算**　（01. 届出あり　02. 届出なし）

06. その他の入院基本料 →（01. ７対１　02. １０対１　03. それ以外　）

＜特定入院料＞

07. 地域包括ケア病棟入院料→
- 01.入院料１　02.入院管理料１　03.入院料２　04.入院管理料２
- 05.入院料３　06.入院管理料３　07.入院料４　08.入院管理料４

08. 回復期リハビリテーション病棟入院料→
- 01.入院料１　02.入院料２　03.入院料３　04.入院料４
- 05.入院料５　06.入院料６

09. 小児入院医療管理料→
- 01.管理料１　02.管理料２　03.管理料３　04.管理料４
- 05.管理料５

10. その他の特定入院料　01. ７対１　02. １０対１　03. それ以外

※1　看護職員配置が２０対１未満または医療区分２・３の患者割合５０%未満の場合

| ③貴病棟の**病床数、病床利用率**をご記入ください。 | |
|---|---|
| 1)病床数 | 床 |
| 2)病床利用率[注3] | % |
| 3)令和2年10月1か月間の新入院患者数 | 人 |
| 4)令和2年10月1か月間の退院患者数 | 人 |
| 5)平均在院日数[注4] | 日 |
| 6)令和2年10月1か月間の手術を受けた患者数[注5](緊急・予定手術を問わない) | 件 |
| 7)(一般病棟の場合)貴医療機関の施設基準の届出にあたり選択している重症度、医療・看護必要度 | 01. Ⅰ　02. Ⅱ<br>03. 届出していない |

注3. 病床利用率：以下の式により算出し、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）ご記入ください。

$$病床利用率＝\frac{8月～10月の在院患者延べ数}{(月間日数×月末許可病床数)\ の8月～10月の合計}\times 100$$

注4. 平均在院日数：以下の式により算出し、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）ご記入ください。

$$平均在院日数＝\frac{8月～10月の在院患者延べ日数}{(8月～10月の新入院患者数＋8月～10月の新退院患者数)\times 0.5}$$

注5. 手術後に直接、当該病棟に帰棟（帰室）した患者数をご記入ください。

| ④看護補助加算<br>※○は1つだけ<br>※地域一般入院基本料または13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料を算定する病院のみ | 01. 看護補助加算1　02. 看護補助加算2　03. 看護補助加算3<br>→ a) 夜間75対1看護補助加算（50点）（01. 届出あり　02. 届出なし）<br>b) 夜間看護体制加算（165点）（01. 届出あり　02. 届出なし）<br>04. 届出をしていない<br>→ a) 届出の予定（01. 予定あり　02. 予定なし）<br>b) 届出をしていない理由（※○はいくつでも）<br>（01. 職員確保が困難　02. 必要性がない　03. その他（　　））|
|---|---|

**※以下の質問⑤～⑧は一般病棟の方のみご回答ください。**
**それ以外の病棟の方は２．Ａ①へお進みください。**

| ⑤急性期看護補助体制加算<br>※○は1つだけ<br>※急性期一般入院基本料または特定機能病院入院基本料、もしくは専門病院入院基本料の7対1もしくは10対1入院基本料を届け出ている場合のみ | 01. ２５対１（看護補助者５割以上）　02. ２５対１（看護補助者５割未満）<br>03. ５０対１　04. ７５対１<br>05. 届出をしていない<br>→ a) 届出の予定（01. 予定あり　02. 予定なし）<br>b) 届出をしていない理由（※○はいくつでも）<br>（01. 職員確保が困難　02. 必要性がない　03. その他（　　））|
|---|---|
| ⑥夜間急性期看護補助体制加算<br>※○は1つだけ<br>※急性期看護補助体制加算を届け出ている場合のみ | 01. ３０対１　02. ５０対１　03. １００対１<br>04. 届出をしていない<br>→ a) 届出の予定（01. 予定あり　02. 予定なし）<br>b) 届出をしていない理由（※○はいくつでも）<br>（01. 職員確保が困難　02. 必要性がない　03. その他（　　））|
| ⑦夜間看護体制加算 ※○は1つだけ<br>※急性期看護補助体制加算を届け出ている場合のみ | 01. 届出あり　02. 届出なし |
| ⑧看護職員夜間配置加算<br>※○は1つだけ<br>※急性期一般入院基本料または特定機能病院入院基本料、もしくは専門病院入院基本料の７対１もしくは１０対１入院基本料を届け出ている場合のみ | 01. １２対１の「１」　02. １２対１の「２」　03. １６対１の「１」<br>04. １６対１の「２」<br>05. なし<br>→ a) 届出の予定（01. 予定あり　02. 予定なし）<br>b) 届出をしていない理由（※○はいくつでも）<br>（01. 職員確保が困難　02. 必要性がない　03. その他（　　））|

## 2．貴病棟における看護職員・看護補助者の勤務状況等についてお伺いします。

### A．職員数　※以下の質問は令和2年10月末時点の実績をご記入ください。

| ①貴病棟に配置されている職員数（夜勤専従者は除く） | 常勤 | 非常勤（常勤換算[注6]） |
|---|---|---|
| 1）看護師数 | 人 | 人 |
| 1）のうち、特定行為研修を修了した看護師数 | 人 | 人 |
| 1）のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師数 | 人 | 人 |
| 2）准看護師数 | 人 | 人 |
| 3）看護補助者数 | 人 | 人 |

注6. 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までお答えください。
■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

①−1　特定行為研修を修了した看護師がいる場合、該当する**特定行為区分**をお選びください。
※あてはまるもの全てに○　※領域別パッケージ研修を修了している場合は、該当する領域をお選びください。

＜特定行為区分＞

01. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
02. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
03. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
04. 循環器関連
05. 心嚢ドレーン管理関連
06. 胸腔ドレーン管理関連
07. 腹腔ドレーン管理関連
08. ろう孔管理関連
09. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連
12. 創部ドレーン管理関連
13. 動脈血液ガス分析関連
14. 透析管理関連
15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
18. 術後疼痛管理関連
19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

＜領域＞

22. 在宅・慢性期領域
23. 外科術後病棟管理領域
24. 術中麻酔管理領域
25. 救急領域
26. 外科系基本領域

| ②看護職員[注7]の勤務時間等（夜勤専従者は除く）（令和2年10月） | 常勤 | 非常勤（常勤換算[注8]） |
|---|---|---|
| 1）１人当たり平均勤務時間[注9]／月 | 時間 | 時間 |
| 2）１人当たり平均夜勤時間[注10]／月 | 時間 | 時間 |
| 3）（最小値[注11]）夜勤時間／月 | 時間 | 時間 |
| 4）（最大値[注11]）夜勤時間／月 | 時間 | 時間 |
| 5）１人当たり平均勤務日数[注12]／月 | 日 | 日 |
| ③看護補助者の勤務時間 | 常勤 | 非常勤（常勤換算[注8]） |
| 1）１人当たり平均勤務時間[注13]／月 | 時間 | 時間 |

注7. 看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。
注8. 常勤換算：貴施設の1週間の所定勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第1位まで（第2位を切り捨て）ご記入ください。
例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護職員が1人いる場合：（4日×5時間×1人）÷40時間
注9. 勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含みます。
注10. 平均夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数（※夜勤従事者は夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内（病棟＋病棟外）で勤務する時間）。なお、次の該当者は計算から除外してください。ａ）夜勤専従者（専ら夜勤時間帯に従事する者）、ｂ）急性期一入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟の場合は月夜勤時間数が16時間未満及び短時間制職員で月夜勤時間数が12時間未満の者、ｃ）急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟以外の病棟の場合は、月夜勤時間数が8時間未満の者。
注11.（最小値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。夜勤に従事していない人は除いてください。
（最大値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。

注12. 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。
注13. 勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含みます。

| ④令和2年度診療報酬改定により、看護職員の常勤配置又は専従配置の要件が緩和されたことで施設基準を満たすことができた項目がある場合、以下に具体的な項目をご記入下さい。 |
|---|
| |

| ⑤看護職員の常勤配置又は専従配置の要件の緩和を希望する診療報酬項目はありますか。ある場合、以下に具体的な項目をご記入ください。 |
|---|
| |

| ⑥貴病棟に配置されている看護職員[注7]の夜勤専従者数（実人数） | 常勤 | 非常勤（実人数） |
|---|---|---|
| 1）看護師数 | 人 | 人 |
| 2）准看護師数 | 人 | 人 |

| ⑦看護職員[注7]の夜勤専従者の勤務時間等 | 常勤 | 非常勤 |
|---|---|---|
| 1） １人当たり**平均勤務時間**[注9]／月 | 時間 | 時間 |
| 2） １人当たり**平均夜勤時間**[注14]／月 | 時間 | 時間 |
| 3） （最小値[注15]）**夜勤時間**／月 | 時間 | 時間 |
| 4） （最大値[注15]）**夜勤時間**／月 | 時間 | 時間 |

注14. 夜勤時間：夜勤専従者について、延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数（※夜勤従事者=夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内（病棟＋病棟外）で勤務する時間）。
注15. （最小値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。
（最大値）夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。

## B．夜勤体制等

| ①貴病棟における看護職員の勤務形態 ※あてはまる番号すべてに○ | | | |
|---|---|---|---|
| | 01. ２交代制[注16] | 02. 変則２交代制[注17] | 03. ３交代制[注18] |
| | 04. 変則３交代制[注19] | 05. 上記01.～04.の混合 | 06. 日勤のみ |
| | 07. 夜勤のみ | 08. その他（具体的に　　） | |

注 16. ２交代制：日勤・夜勤が 12 時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。
注 17. 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。
注 18. ３交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が 8 時間ずつの交代勤務。
注 19. 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

| ②令和 2 年度診療報酬改定の結果、**貴病棟における看護職員数や夜勤に関する状況**は**改定前と比較**して、どのようになりましたか。※それぞれ○は 1 つだけ | | | |
|---|---|---|---|
| 1）看護師数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |
| 2）准看護師数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |
| 3）看護補助者数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |
| 4）実際の夜勤時間の長さ（残業等含む） | 01. 短くなった | 02. 変わらない | 03. 長くなった |
| 5）夜勤の回数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |
| 6）夜勤時の受け持ち患者数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |
| 7）夜勤時の繁忙度 | 01. 余裕ができた | 02. 変わらない | 03. 忙しくなった |
| 8）夜勤の看護職員配置数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |
| 9）夜勤の看護補助者配置数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |
| 10）夜勤をする理学療法士等（看護要員以外）の配置数 | 01. 減った | 02. 変わらない | 03. 増えた |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11）一部の者への夜勤の負担 | 01.減った | 02.変わらない | 03.増えた |
| 12）夜勤シフトの組み方 | 01.組みやすくなった | 02.変わらない | 03.組みにくくなった |
| 13）夜勤の 72 時間要件 | 01.満たしやすくなった | 02.変わらない | 03.満たしにくくなった |
| 14）他部署との兼務 | 01.減った | 02.変わらない | 03.増えた |
| 15）短時間勤務者で夜勤時間帯に勤務する者 | 01.増えた | 02.変わらない | 03.減った |

| ③令和 2 年度診療報酬改定の結果、**改定前と比較**して、**貴病棟の看護職員の勤務状況**はどのように変化しましたか。※それぞれ○は 1 つだけ | | | |
|---|---|---|---|
| 1）勤務時間 | 01. 短くなった | 02. 変わらない | 03. 長くなった |
| 2）残業時間 | 01. 短くなった | 02. 変わらない | 03. 長くなった |
| 3）有給休暇の取得状況 | 01. 増えた | 02. 変わらない | 03. 減った |
| 4）総合的にみた勤務状況 | 01. 改善した<br>03. 変わらない<br>05. 悪化した | 02. どちらかというと改善した<br>04. どちらかというと悪化した<br>06. その他（ ） | |

## 3．貴病棟における看護職員の負担軽減策の取組状況についてお伺いします。

①貴病棟における**看護職員の負担軽減策**についてお伺いします。
（1）貴病棟で**看護職員の負担軽減策として実施している取組**に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○
（2）上記（1）で○をつけた取組について、**取組を開始した時期**としてあてはまる番号に○をつけてください。
※それぞれ○は1つずつ
（3）上記（1）で○をつけた取組について、**看護職員の負担軽減の効果**としてあてはまる番号に○をつけてください。
※それぞれ○は1つずつ

| | （1） | | （2）取組を開始した時期 | | （3）負担軽減効果 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 実施されている取組に○ | | 令和2年3月31日以前 | 令和2年4月1日以降 | 効果がある | どちらかといえば効果がある | どちらともいえない | どちらかといえば効果がない | 効果がない |
| *（記入例）4）夜勤専従者の雇用* | ④ | → | ① | 2 | 1 | ② | 3 | 4 | 5 |
| 1．看護職員の配置・勤務シフト等 | | | | | | | | | |
| 1）看護職員の増員 | 1 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2）短時間勤務の看護職員の増員 | 2 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3）夜勤時間帯の看護職員配置の増員 | 3 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4）夜勤専従勤務の導入 | 4 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5）夜勤専従者の雇用 | 5 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6）2交代・3交代制勤務の見直し（変則への移行を含む） | 6 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7）11 時間以上の勤務間隔の確保 | 7 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8）夜勤後の暦日の休日の確保 | 8 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9）夜勤の連続回数が2連続（2回まで）の設定 | 9 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10）月の夜勤回数の上限の設定 | 10 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11）（2交代制勤務の場合）夜勤時の仮眠時間を含む休憩時間の確保 | 11 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12）（2交代制勤務の場合）16時間未満となる夜勤時間の設定 | 12 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13）（3交代制勤務の場合）日勤深夜、準夜日勤のシフトの回避 | 13 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14）（3交代制勤務の場合）正循環の交代周期の確保 | 14 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15）早出や遅出などの看護ニーズに応じた勤務体制の導入・活用 | 15 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16）残業が発生しないような業務量の調整 | 16 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17）日勤・夜勤の業務分担等の見直し | 17 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18）夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築 | 18 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19）他部門（入退院支援部門等）の看護職員との業務分担 | 19 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20）ICT、AI、IoT等の活用[注20] | 20 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21）電子カルテの活用 | 21 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22）オーダリングシステムの活用 | 22 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23）業務効率化のための手順等の見直し | 23 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24）勤務時間内の委員会[注21]の開催 | 24 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25）看護職員に出席義務のある院内の各種委員会の見直し（出席者、回数、開催時間、開催方法の見直し） | 25 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26）院内保育所の設置[注22] | 26 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27）夜間院内保育所の設置[注22] | 27 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28）　26）又は27）の院内保育所における病児保育の実施 | 28 | | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29）メンタルヘルス対策の実施 | 29 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30）業務の外部委託（清掃業務、シーツ交換等） | 30 | | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2．看護補助者の病棟配置等 | | | | | | | | | |
| 31）看護補助者との業務分担 | 31 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32）看護補助者の増員 | 32 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33）早出や遅出の看護補助者の配置 | 33 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34）夜勤時間帯の看護補助者の配置 | 34 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35）病棟クラークとの業務分担 | 35 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36）病棟クラークの配置 | 36 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3．他職種との業務分担等 | | | | | | | | | |
| 37）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士との業務分担 | 37 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の病棟配置 | 38 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39）臨床検査技師との業務分担 | 39 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40）臨床工学技士との業務分担 | 40 | | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41）MSW又はPSWとの業務分担 | 41 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42）MSW又はPSWの病棟配置 | 42 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43）薬剤師との業務分担 | 43 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44）薬剤師の病棟配置 | 44 | → | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

注20. 当該項目に係る疑義解釈（令和２年３月31日事務連絡 問14）で示すような、看護記録の音声入力、ＡＩを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等の活用を想定しており、単にナースコール、心電図又はSp02モニター、電子カルテ等を用いていること等は含まない。

注21. 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」「医療安全管理体制に関する基準」「褥瘡対策の基準」を満たすための委員会は除きます。

注22. 病院として院内保育所または夜間院内保育所を設置している場合、それぞれ「⑴実施されている取組」欄に○をご記入いただき、⑵、⑶にご回答ください。

**①-1 看護記録に係る負担軽減のための取組を実施していますか。※あてはまるものひとつに○**

01. 実施している　→①-2へ
02. 今年度中に実施する予定　→①-4へ
03. 実施する予定はない　→①-4へ

**【上記①－1で「01. 実施している」と回答した場合】**

**①-2 看護記録に係る負担軽減のため、どのような取組を実施していますか。※あてはまるもの全てに○**

01. 記録内容の簡素化・見直し（様式の見直し、重複書類の削減、クリニカルパスの活用等）
02. 記録の運用方法の見直し（記録の電子化、多職種間での共同閲覧機能の拡大等）
03.「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の評価方法の変更（ＩからⅡへ）
04. ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入（タブレットやモバイルＰＣの活用等）
05. バイタルデータ等の自動入力システムの活用
06. 看護補助者やクラーク等による入力代行・支援
07. 音声入力やボイスレコーダーを活用した看護記録の代行入力
08. ＡＩ[注23]を活用したアセスメント支援システムの導入
09. その他（具体的内容：　　）

| | |
|---|---|
| **①-3 上記①-2で選択した取組のうち、最も負担軽減に寄与している取組の番号1つをご記入ください。** | |
| **【上記①－1での実施の有無とは関わりなく、すべての医療機関が回答してください】**<br>**①-4 最も負担軽減に寄与すると思われる取組の番号1つをご記入ください。（上記①-2での選択の有無とは関わりなく、回答してください）** | |

注23. AI：artificial intelligenceの略称。人工知能。

**②上記①や①-2以外の取組で看護職員の負担軽減に効果のある取組をご記入ください。**

## 4．あなたの勤務する病棟での看護補助者との連携状況等についてお伺いします。

①あなたが勤務する病棟に**看護補助者**が配置されていますか。※○は 1 つだけ

01. 配置されている　→①-1～①-5へ　　02. 配置されていない　→5 へ

①-1 以下の各業務について、貴病棟の状況をそれぞれご回答ください。

【選択肢】
1 :負担が非常に小さい
2 :負担が小さい
3 :どちらともいえない
4 :負担が大きい
5 :負担が非常に大きい
6 :実施していない

該当番号を記入

| | (1)業務負担感 | (2)看護補助者との業務分担状況（※それぞれ最も近いもの1つに○） | | | (3)【看護補助者が各業務を実施する場合（完全委譲・部分委譲・協働も含む）】看護職員の負担軽減の効果（※それぞれ最も近いもの1つに○）※既に看護補助者が実施している場合もお答えください。 | | | | | (4)【看護職員が主に担当している場合】今後の協働・分担に関する意向・予定 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 看護職員が主に担当 | 看護職員と看護補助者との協働 | 看護補助者が主に担当 | 効果がある | どちらかといえば効果がある | どちらともいえない | どちらかといえば効果がない | 効果がない | 協働・分担を進めたいと考えており、検討中 | 協働・分担を進めたいが具体的な検討はしていない | 協働・分担の意向はない |
| 1)食事介助 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 2)配下膳 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 3)排泄介助 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 4)おむつ交換等 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 5)体位変換 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 6)移乗（車椅子、ベッド等） | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 7)寝具やリネンの交換、ベッド作成 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 8)清潔・整容（清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等） | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 9)患者の病棟外への送迎（検査、リハビリ等） | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 10)入院案内（オリエンテーション等） | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 11)日中の患者の ADL や行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等） | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 12)夜間の患者の ADL や行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等） | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 13)事務的業務[注24] | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 14)物品搬送 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 15)医療材料等の物品の補充、準備、点検 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 16)環境整備 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |

注24. 事務的業務：カルテ整理、書類の取扱い、検査処置伝票の取扱い、レントゲンフィルムの整理、案内電話対応、コンピュータ入力等。

①-2 看護補助者に業務を委譲(完全・部分)したことで、看護職員は**どのような業務の時間を増やすこと**ができましたか。 ※あてはまるもの全てに○

01. 入院患者に対する観察頻度の増加
02. 医療処置（医師の介助を含む）の実施の増加
03. 早期離床に関する支援の充実
04. 生活リハビリテーションの充実
05. その他ベッドサイドでのケアの充実
06. 患者、家族とのコミュニケーションの充実
07. 多職種カンファレンスの実施
08. 多職種との協働（計画作成・介入・評価）の充実
09. 退院に向けた支援の充実
10. 地域連携に関する取組の充実
11. 看護計画作成・評価の充実
12. 看護要員間での対面による情報共有の充実
13. 看護記録の新たな作成
→内訳：( 1. 患者の基礎情報に関する記録　2. 看護計画　3. 経過記録（日々の記録）
4. 看護必要度に関する記録　5. サマリーの作成　6. その他（　　） )
14. その他（具体的に：　　）

①-3 上記で選択した項目のうち、**最も時間を増やすことができた項目**の番号1つをご記入ください。 [　　]

①-4 **看護職員と看護補助者との業務分担**に当たり、どのような**課題**がありますか。
※あてはまる番号全てに○

01. 業務分担をしたいが、看護補助者を確保できない・定着しない
02. 業務分担を更に推進したいが、現行以上の十分な看護補助者が確保できない・定着しない
03. 食事介助、排泄介助、おむつ交換などの直接ケアを実施できる看護補助者がいない
04. 看護補助者を対象とした研修内容が十分でない
05. 看護補助者の教育や研修等、人材育成の仕組みが不十分である
06. 看護補助者に指示を行う看護師の教育や研修等、人材育成の仕組みが不十分である
07. その他（具体的に　　）

①-5 上記で選択した項目のうち、**最も課題であると考える項目**の番号1つをご記入ください。 [　　]

## 5．看護職員の負担軽減策に関するご意見についてお伺いします。

①貴病棟における、**看護職員の負担軽減に関する現在の取組**についてどのように評価していますか。※○は1つだけ

01. 十分である →①-1へ
02. どちらかといえば十分である →①-1へ
03. どちらかといえば不十分である →①-2へ
04. 不十分である →①-2へ

①-1 上記①で**「01.十分である」又は「02.どちらかといえば十分である」と回答した理由**は何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

01. 看護職員の勤務状況が改善したため、又は良好であるため
02. 必要と考えられる取組は概ね実施できているため
03. 看護職員から特に要望等がないため
04. その他（具体的に　　）

①-1-1 上記で選択した項目のうち、**理由として最も当てはまる項目**の番号1つをご記入ください。 [　　]

①-2 上記①で**「03.どちらかといえば不十分である」又は「04.不十分である」と回答した理由**は何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

01. 看護職員の勤務状況が改善していないため、又は悪化したため
02. 予算が不足しており取組が十分に実施できていないため
03. 人員が不足しており取組が十分に実施できていないため
04. 経営層の理解が得られず取組が十分に実施できていないため
05. 取組について期待通りの効果が得られていないため
06. どのような取組を実施すればよいか分からないため
07. その他（具体的に　　）

①-2-1 上記で選択した項目のうち、**理由として最も当てはまる項目**の番号1つをご記入ください。 [　　]

②貴病棟における、**看護職員の業務負担の要因**として、どのようなものがありますか。
**主なものを3つまで**お選びください。※あてはまるものに○

01. 看護職員不足
02. 夜勤可能な看護職員不足
03. 看護記録等の書類
→**負担となっている記録の内訳**（あてはまる番号すべてに○）：
〔1. 看護記録　2. 看護必要度に関する記録　3. その他診療報酬に関連した書類
4. その他院内規定の書類　5. その他（　　）〕
04. 診療時間外の患者（家族）への説明対応
05. 緊急入院や夜勤時間帯における入院の増加
06. 転倒・転落予防等、医療安全対策として頻回な見守りを要する入院患者数の増加
07. 管理部門等による不十分なマネジメント体制（例：日々の患者の重症度等に応じた看護職員配置の調整の不足など）
08. 出席要請のある病院としての委員会
09. 出席要請のある病棟のカンファレンス
10. 交代時の申し送り
11. 看護補助者の不足
12. 病棟クラークの不足
13. 医師以外の他の職種の不足（11を除く）
14. 医師不在等による指示待ち時間
15. 医師からのタスク・シフティング
16. その他（具体的に　　）
17. わからない
18. 特になし

③令和2年度診療報酬改定において、重症度、医療・看護必要度のB項目に関して「根拠となる記録」の記載が不要となったことについて、あてはまる番号に○をつけてください。
※重症度、医療・看護必要度が入院料の要件となっていない場合は、「07.要件非該当」を選択してください。

| | |
|---|---|
| 1）看護必要度に係る看護職員の記録時間の変化について | 01. とても短くなった<br>02. 短くなった<br>03. 変わらない<br>04. 長くなった<br>05. とても長くなった<br>06. その他<br>（自由回答：　　）<br>07. 要件非該当 |
| 2）看護必要度に係る看護職員の業務負担の変化について | 01. 負担が非常に減った<br>02. 負担が減った<br>03. 変わらない<br>04. 負担が増えた<br>05. 負担が非常に増えた<br>06. その他<br>（自由回答：　　）<br>07. 要件非該当 |

④令和2年10月1日現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている施設にお伺いします。いつから必要度Ⅱで届け出ていますか。※○は1つだけ

01. 平成30年度診療報酬改定後に、ⅠからⅡへ届出を変更した　→④-1へ
02. 平成30年度診療報酬改定後に、Ⅱで届け出た（それ以前は必要度の測定を行っていなかった）→⑤へ
03. 令和２年度診療報酬改定後に、ⅠからⅡへ届出を変更した　→④-1へ
04. 令和２年度診療報酬改定後に、Ⅱで届け出た（それ以前は必要度の測定を行っていなかった）→⑤へ

| ④-1　④で「01」又は「03」とご回答した施設に伺います。看護必要度Ⅱに変更したことで、あてはまる番号に○をつけてください。　※あてはまるものひとつに○ | |
|---|---|
| 1）看護必要度に係る看護職員の記録時間の変化について | 01. とても短くなった<br>02. 短くなった<br>03. 変わらない<br>04. 長くなった<br>05. とても長くなった<br>06. その他<br>（自由回答：　　） |
| 2）看護必要度に係る看護職員の業務負担の変化について | 01. 負担が非常に減った<br>02. 負担が減った<br>03. 変わらない<br>04. 負担が増えた<br>05. 負担が非常に増えた<br>06. その他<br>（自由回答：　　） |

⑤今後、どのような取組をすれば、**看護職員の業務負担の軽減**が図られると思いますか。※あてはまる番号すべてに○

01.薬剤師による薬剤の準備、残薬確認、継続処方の確認・処方依頼、病棟配置薬剤の確認
02.リハビリ職による病棟内で行う日常生活動作向上のための介助
03.臨床検査技師による採血・検体採取
04.技師職による検査前後の説明や検査結果の管理
05.臨床工学技士による医療機器の管理・請求・補充
06.歯科専門職による口腔管理
07.看護補助者との役割分担のさらなる推進
08.特定行為研修を修了した看護師の活用（例：医師不在等による指示待ち時間の減少など）
09.システムや事務職員等による物品の搬送・移送
10.電子カルテシステムの導入や改良
11.その他（具体的に　　）

⑤-1　上記で選択した取組のうち、**看護職員の業務負担軽減に最も効果があると考えられる取組**の番号1つをご記入ください。　［　　］

⑥貴病棟における看護職員の勤務状況や負担軽減に関する今後の課題等があればご記入ください。

［　　］

看護師長票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。
令和２年１２月○日（○）までに返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、ご投函ください。

ID

**薬剤部責任者票**

# 令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）
# 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査

●特に指定がある場合を除いて、令和２年 10 月末現在の状況についてお答えください。
●ご回答の際は、該当する番号を○（マル）で囲んでください。また、（　）内には具体的な数値等をご記入ください。
（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

## １．貴施設の概要等についてお伺いします。

① 貴施設の**薬剤師数（薬剤部以外に所属する薬剤師も含めた全体の人数）**を常勤、非常勤別にご記入ください。

| | 常　勤 | 非常勤 | |
|---|---|---|---|
| | | 実人数 | 常勤換算人数[注1] |
| 薬剤師 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

注1. 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第 1 位までお答えください。
■ 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■ 1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

② 貴施設薬剤部門に所属する**薬剤師数及びその他の職員**を常勤、非常勤別にご記入ください。

| | | 常　勤 | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 実人数 | 常勤換算人数 |
| 1）薬剤師 | | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）その他の職員 | ① 事務補助者 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |
| | ② その他 | （　　）人 | （　　）人 | （　　）人 |

③ 貴施設における、令和元年 10 月及び令和 2 年 10 月 1 か月間における**常勤薬剤師 1 人あたりの平均勤務時間、平均当直回数、平均オンコール担当回数等**についてご記入ください。

| | 令和元年 10 月 | 令和 2 年 10 月 |
|---|---|---|
| 1）1 人あたりの平均勤務時間[注2] | 約（　　）時間（　　）分 | 約（　　）時間（　　）分 |

2）夜間勤務体制　※○は１つだけ

01. 日勤のみ　02. 当直[注3]　03. オンコール[注4]
04. ２交代制[注5]　05. ３交代制[注6]　06. シフト勤務[注7]（早出、遅出等）
07. その他（具体的に　　）

注2. 所定労働時間に残業時間を加えた時間
注3. 薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること
注4. 自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること
注5. 日勤・夜勤が 12 時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務
注6. 日勤・準夜勤・深夜勤が 8 時間ずつの交代勤務
注7. 早出、遅出等の時間差勤務体制をとっていること

**【以下の設問3）～6）は、2)で「02.当直」あるいは「03.オンコール」に回答した施設のみお答えください。】**

| | 常勤 | 非常勤 |
|---|---|---|
| 3）当直、オンコールを担当する薬剤師数 | （　　）人 | （　　）人 |
| | 令和元年 10 月 | 令和 2 年 10 月 |
| 4）1 人あたりの当直・オンコール担当平均回数[注8] | （　　）回 | （　　）回 |

5）当直・オンコール時の業務内容について　※あてはまる番号すべてに○

01. 入院患者に対する内用薬・外用薬調剤
02. 入院患者に対する注射薬調剤
03. 外来患者に対する内用薬・外用薬調剤・交付業務
04. 外来患者に対する注射薬調剤
05. 入院患者に対する無菌製剤処理業務
06. 外来患者に対する無菌製剤処理業務
07. 薬品管理業務（発注、在庫管理、マスタ管理等）
08. 病棟薬剤業務
09. その他（具体的に　　）

注8. 土曜日・日曜日の日直はそれぞれ 1 回として数える

| | 令和元年 10 月 | 令和 2 年 10 月 |
|---|---|---|
| 6）当直・オンコール 1 回当たり処方箋平均枚数 | （　　）枚/回 | （　　）枚/回 |

④ 貴施設における、令和元年 10 月及び令和 2 年 10 月 1 か月間における**処方箋枚数**についてご記入ください。

| | 令和元年 10 月 | 令和 2 年 10 月 |
|---|---|---|
| 1）外来患者の院外処方箋 | （　　）枚 | （　　）枚 |
| 2）外来患者の院内処方箋 | （　　）枚 | （　　）枚 |
| 3）入院患者の処方箋 | （　　）枚 | （　　）枚 |

⑤ 貴施設における **1）病棟数、2）薬剤師が配置されている病棟数**についてご記入ください。
※病棟薬剤業務実施加算を算定していない場合もすべて含めて記入してください。

| | 令和元年 10 月 | 令和 2 年 10 月 |
|---|---|---|
| 1）貴施設における全病棟数 | （　　）病棟 | （　　）病棟 |
| 2）上記 1）のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数 | （　　）病棟 | （　　）病棟 |
| 3）療養病棟・精神病棟の病棟数 | （　　）病棟 | （　　）病棟 |
| 4）上記 3）のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数 | （　　）病棟 | （　　）病棟 |
| 5）集中治療室等[注9]の病棟数 | （　　）病棟 | （　　）病棟 |
| 6）上記 5）のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数 | （　　）病棟 | （　　）病棟 |

注9.救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している病棟

⑥ **各病棟に配置されている薬剤師数**を常勤、非常勤別にご記入ください。

| | 令和元年 10 月 | | | 令和 2 年 10 月 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 常勤 | 非常勤 | | 常勤 | 非常勤 | |
| | | 実人数 | 常勤換算人数 | | 実人数 | 常勤換算人数 |
| 1）各病棟に配置されている薬剤師数 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 |
| 2）上記 1）のうち、病棟専任の薬剤師数 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 |
| 3）上記 2）のうち、療養病棟・精神病棟に配置されている薬剤師数 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 |
| 4）上記 2）のうち、集中治療室等[注9]に配置されている薬剤師数 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 | （　）人 |

## 2．薬剤師の病棟業務等についてお伺いします。

① 貴施設では、**病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出**をしていますか。　※あてはまる番号すべてに○

01. 病棟薬剤業務実施加算１（⇒①-1 へ）
02. 病棟薬剤業務実施加算２（⇒①-1 へ）
03. いずれも届出していない（⇒①-7、①-8 へ）

**【①-1～①-2 は、上記①で「01.病棟薬剤業務実施加算１」又は「02.病棟薬剤業務実施加算２」と回答した施設の方で、令和 2 年 4 月～令和 2 年 9 月の期間に届出した施設がご回答ください。】**

①-1 **届出を行うためにどのような対応**を行いましたか。　※あてはまる番号すべてに○

01. 特に何もしていない
02. 常勤薬剤師を増員した
03. 非常勤薬剤師を増員した
04. 薬剤部門の事務補助者を増員した
05. 薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行った
06. 医師との業務分担を見直した
07. 看護職員との業務分担を見直した
08. ＩＴやシステム等（業務日誌や入力テンプレート等）の活用や環境整備を行った
09. その他（具体的に　　）

| ①-2 薬剤師の業務について、**１年前と比較してどのように変わりましたか。** | ※○はそれぞれ１つずつ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | とても増えた | 増えた | 変化はない | 減った | とても減った |
| 1）薬剤師による入院時における持参薬の確認 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2）薬剤師から医師への情報提供 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3）薬剤師の病棟内のカンファレンス・回診への参加回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4）医師から薬剤師への相談回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5）看護職員から薬剤師への相談回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6）薬剤師による処方提案の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7）薬剤師による臨床検査（肝・腎機能、電解質・血中薬物濃度モニタリングなど）の提案の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8）薬剤師の関与による副作用・相互作用等回避の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9）薬剤師の関与による副作用報告の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10）薬剤師による医薬品の流量又は投与量等の計算・確認回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11）医薬品リスク管理計画（ＲＭＰ：Risk Management Plan）に関する情報等を活用した医薬品安全管理に関する業務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12）薬剤総合評価調整加算の件数（算定できない病棟の場合は同様の業務の実施回数） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13）退院時薬剤情報管理指導料の件数（算定できない病棟の場合は同様の業務の実施回数） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14）医薬品情報室での情報収集・管理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**【①-3～①-5 は、上記①で「01.病棟薬剤業務実施加算１」又は「02.病棟薬剤業務実施加算２」と回答した施設がご回答ください。】**

①-3 薬剤師が配置されている病棟別に入院料の種類と１病棟当たり病棟薬剤業務の延べ実施時間／週をご記入ください。

| | 入院料の種類<br>※選択肢の番号を記入 | １病棟当たり<br>病棟薬剤業務の延べ実施時間／週 |
|---|---|---|
| 薬剤師が配置されている病棟 1 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 2 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 3 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 4 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 5 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 6 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 7 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 8 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 9 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |
| 薬剤師が配置されている病棟 10 | （　　）－（　　） | 延べ（　　）時間／週 |

【選択肢：入院料の種類】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01. 一般病棟入院基本料 | 01. 急性期一般入院料１ | 02. 急性期一般入院料２ | 03. 急性期一般入院料３ |
| | 04. 急性期一般入院料４ | 05. 急性期一般入院料５ | 06. 急性期一般入院料６ |
| | 07. 急性期一般入院料７ | 08. 地域一般入院料１ | 09. 地域一般入院料２ |
| | 10. 地域一般入院料３ | | |
| 02. 療養病棟入院基本料 | 01. 療養病棟入院料１ | 02. 療養病棟入院料２ | |
| | 03. 療養病棟入院基本料注11 注10 | | |
| 03. 結核病棟入院基本料 | 01. ７対１ | 02. １０対１ | 03. １３対１ |
| | 04. １５対１ | 05. １８対１ | 06. ２０対１ |
| 04. 精神病棟入院基本料 | 01. １０対１ | 02. １３対１ | 03. １５対１ |
| | 04. １８対１ | 05. ２０対１ | |
| 05. 特定機能病院入院基本料 | 01.一般病棟　７対１ | 02.一般病棟　１０対１ | |
| | 03.結核病棟　７対１ | 04.結核病棟　１０対１ | 05.結核病棟　１３対１ |
| | 06.結核病棟　１５対１ | | |
| | 07.精神病棟　７対１ | 08.精神病棟　１０対１ | 09.精神病棟　１３対１ |
| | 10.精神病棟　１５対１ | | |

注10 看護職員配置が２０対1未満または医療区分2・3の患者割合５０％未満の場合

**①-4 令和 2 年 4 月以降、薬剤師の増員をしましたか。　※あてはまるもの 1 つに○**

01. 増員した（⇒①-5 へ）

→「01.」を選択した場合、人数をご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 増員した薬剤師数（常勤） | （　　）人 | 増員した薬剤師数（非常勤） | 実人数　（　　）人<br>常勤換算（　　）人 |

02. 増員していない（⇒①-6 へ）

**①-5 どのような理由・目的で増員しましたか。　※あてはまるものすべてに○**

01. 病棟薬剤業務実施加算の評価が拡充されたため
02. 医師の業務をタスク・シフトするため
03. 病棟薬剤業務を充実させるため
04. ﾎﾟﾘﾌｧｰﾏｼｰ解消の取組を充実させるため
05. 抗菌薬の適正使用の推進に関する取組を充実させるため
06. 円滑な入院医療の提供、病棟負担軽減のために、入院前に服用中の薬剤の確認等を実施するため
07. 退院時の薬学管理指導を充実するため
08. 入院患者に対する調剤業務が増えたため
09. 外来患者に対する調剤業務が増えたため
10. 外来化学療法室での患者指導業務を充実させるため
11. 医薬品情報管理業務を充実させるため
12. 治験・臨床研究関連業務を充実させるため
13. 教育・研究業務を充実させるため
14. その他（具体的に：　　）

**【①-6 は、上記①-4 で「02. 増員していない」と回答した施設がご回答ください。】**

**①-6 増員しなかった理由をお選び下さい。**
**※あてはまるものすべてに○**

01. 病棟薬剤業務実施加算の評価が不十分のため
02. 人材確保が難しかったため
03. 業務量に変化がなかったため
04. 薬剤部門のその他の職員を増員したため
05. その他（具体的に：　　）

**【①-7～①-8 は、上記①で「03.いずれも届出していない」と回答した施設の方のみご回答ください。】**

①-7 薬剤師の業務について、**1 年前と比較して**どのように変わりましたか。　※○はそれぞれ 1 つずつ

| | とても増えた | 増えた | 変化はない | 減った | とても減った |
|---|---|---|---|---|---|
| 1）薬剤師による入院時における持参薬の確認 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2）薬剤師から医師への情報提供 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3）薬剤師の病棟内のカンファレンス・回診への参加回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4）医師から薬剤師への相談回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5）看護職員から薬剤師への相談回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6）薬剤師による処方提案の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7）薬剤師による臨床検査（肝・腎機能、電解質・血中薬物濃度モニタリングなど）の提案の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8）薬剤師の関与による副作用・相互作用等回避の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9）薬剤師の関与による副作用報告の件数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10）薬剤師による医薬品の流量又は投与量等の計算・確認回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11）医薬品リスク管理計画（ＲＭＰ：Risk Management Plan）に関する情報等を活用した医薬品安全管理に関する業務 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12）薬剤総合評価調整加算の件数（算定できない病棟の場合は同様の業務の実施回数） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13）退院時薬剤情報管理指導料の件数（算定できない病棟の場合は同様の業務の実施回数） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14）医薬品情報室での情報収集・管理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

①-8 病棟薬剤業務実施加算１の施設基準の届出をしていないのはなぜですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 算定対象病棟がないため
02. 薬剤師の人数が不足しており病棟専任薬剤師による病棟業務の実施時間が週 20 時間に満たないため
03. 入院患者に対する調剤業務負担が大きいため
04. 外来患者に対する調剤業務負担が大きいため
05. 外来化学療法室での患者指導業務負担が大きいため
06. 医薬品情報管理業務負担が大きいため
07. 治験・臨床研究関連業務負担が大きいため
08. 教育・研究業務負担が大きいため
09. 薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため
10. その他（具体的に：　　）

**【②～③は、病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない患者のみが入院している病棟で病棟薬剤業務を実施している施設がご回答ください。】**

② 病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない患者のみが入院している病棟で算定している入院料（入院基本料、特定入院料等）のうち最も多いものを１つお選び下さい。 ※○はひとつだけ

01. 小児入院医療管理料
02. 回復期リハビリテーション病棟入院料
03. 地域包括ケア病棟入院料
04. その他の一般病棟入院料（具体的に：　　）
05. その他の療養病棟入院料（具体的に：　　）
06. その他の精神科入院料（具体的に：　　）
07. その他（具体的に：　　）

③ 病棟薬剤業務として実施していることをお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 患者の医薬品の投薬・注射状況の把握
02. 医薬品の医薬品安全性情報等の把握、周知
03. 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
04. 薬剤を同時に投与する場合の相互作用の確認
05. ハイリスク薬の患者への投与前の説明
06. 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
07. 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」、以下に掲げる事項
    - 07-1. 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、医師等と協働して実施
    - 07-2. 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方を提案
    - 07-3. 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案
    - 07-4. 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案
    - 07-5. 入院患者の持参薬の内容を確認し、医師に対し、服薬計画を提案するなどの薬学的管理を実施
    - 07-6. 抗がん剤等の適切な無菌調製
08. 退院時の薬学的管理指導
09. その他（具体的に：　　）

【④は、全ての施設がご回答ください。】

| ④ **薬剤総合評価調整加算**（期間：令和 2 年 4 月～9 月）は算定なさいましたか。　※あてはまるものひとつに○ | |
|---|---|
| 01. 算定あり | 02.算定なし |

【④-1 は、上記④で「02.算定なし」と回答した施設のみご回答ください。】

④-1 処方の内容を総合的に評価した上で処方の内容を変更[注11]する取組を実施したが算定できなかった場合は、その理由としてあてはまるものをお選びください。　※あてはまるものすべてに○

01. 算定対象病棟がないため
02. 患者の入院時に、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行うことが困難だから
03. 医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施することが困難だから
04. 内服薬以外の処方の内容を変更したから
05. 入院患者に対する調剤業務負担が大きいため
06. 外来患者に対する調剤業務負担が大きいため
07. 外来化学療法室での患者指導業務負担が大きいため
08. 医薬品情報管理業務負担が大きいため
09. 治験・臨床研究関連業務負担が大きいため
10. 教育・研究業務負担が大きいため
11. 薬剤総合評価[注12]へのニーズが少ないため
12. その他（具体的に：　　）
13. あてはまらない（取組を実施していない）

注 11 内服薬の種類数の変更、内服薬の削減又は追加、内服薬の用量の変更、作用機序が異なる同一効能効果の内服薬への変更
注 12 薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのある患者に対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導等を行うこと

【⑤は、全ての施設がご回答ください。】

| ⑤ **退院時薬剤情報連携加算**は算定なさいましたか。　※あてはまるものひとつに○ | |
|---|---|
| 01. 算定あり | 02. 算定なし |

【⑤-1 は、上記⑤で「02.算定なし」と回答した施設のみご回答ください。】

⑤-1 入院前の処方薬の内容に変更又は中止の見直しを実施したが算定できなかった場合は、その理由としてあてはまるものをお選びください。　※あてはまるものすべてに○

01. 算定対象病棟がないため
02. 患者又はその家族等が保険薬局に情報提供することを拒否したため
03. 患者又はその家族等が情報提供先の保険薬局を選択しなかったため
04. 入院患者に対する調剤業務負担が大きいため
05. 外来患者に対する調剤業務負担が大きいため
06. 外来化学療法室での患者指導業務負担が大きいため
07. 医薬品情報管理業務負担が大きいため
08. 治験・臨床研究関連業務負担が大きいため
09. 教育・研究業務負担が大きいため
10. 退院時薬剤情報連携[注13]へのニーズが少ないため
11. その他（具体的に：　　）
12. あてはまらない（変更又は中止の見直しを実施していない）

注 13　地域における継続的な薬学的管理指導を支援するため、医療機関から薬局に対して、患者の入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報や変更又は中止後の患者の状態等に関する情報を提供すること

**【⑥～⑦は、全ての施設がご回答ください。】**

**⑥ どのような取組が病院で行われれば、薬剤師の負担を軽減することができると思いますか。あてはまるものすべてに○をご記入ください。** ※あてはまるものすべてに○

01. 薬剤師による事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更[注14]
02. 看護職員による薬剤の準備、残薬確認、継続処方の確認・処方依頼、病棟配置薬剤の確認
03. SPD による医薬品の在庫管理（医薬品の発注・納品・管理業務、医薬品の補填業務、持参薬鑑定・登録補助業務等）
04. 調剤ロボットやピッキングマシーンによる調剤業務の機械化
05. 電子カルテ、調剤支援システム、オーダリングシステムの導入や改良
06. システムや事務職員等による物品の搬送・移送
07. 医薬品情報業務の効率化（ICT、事務補助者の活用等）
08. その他（具体的に：　　）

| ⑥-1 上記のうち、最も効果があると思う取組（番号をご記入ください） | |
|---|---|

注 14　投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

**⑦ 病院薬剤師がどのような業務を分担すれば、病院全体の働き方改革に貢献できると思いますか。あてはまるものをすべてお選びください。** ※あてはまるものすべてに○

01. 病棟薬剤業務の推進
02. 医師の外来診察時（前後の場合を含む）に患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供等の外来支援業務
03. 事前に取り決めたプロトコールに沿って、処方された薬剤の変更[注15]
04. 入退院時の医師・院内薬剤師及び薬局薬剤師との患者治療情報の連携
05. フォーミュラリーの推進
06. その他（具体的に：　　）

| ⑦-1 上記のうち、最も効果があると思う取組（番号をご記入ください） | |
|---|---|

注 15　投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

薬剤部責任者票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。
令和２年１２月○日（○）までに返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、ご投函ください。

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）

## 「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、医療従事者の負担軽減に資する取組の実施を要件とする加算の新設及び評価の充実を実施するとともに、常勤配置に係る要件及び専従要件の見直しや、情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し等を行いました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険医療機関を対象に調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆「施設票」、「医師票」、「看護師長票」および「薬剤部責任者票」にご回答の上、**令和2年12月●日（●）まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社
E-mail：〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

# 令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査
# 調査の概要（案）

## １．調査目的

令和2年度診療報酬改定において、後発医薬品の使用促進の観点から、後発医薬品使用体制加算および後発医薬品調剤体制加算の点数や減算対象基準の見直し、一般名処方加算の点数引き上げ、在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算の新設等の見直しが行われた。

本調査では、令和 2 年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方の記載された処方箋の受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方がどのように変化したかを調査するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識について調査を行い、改定の結果検証を行うことを目的とする。

目的①　後発医薬品の使用・調剤割合に重きを置いた評価によって、医療機関や薬局での後発医薬品の使用促進につながっているかどうかを検証する

目的②　一般名処方の評価拡充によって、医療機関における一般名処方の普及につながっているかどうかを検証する

目的③　入院及び外来患者に対するバイオ後続品の使用状況を把握するとともに、今回改訂で新設したバイオ後続品導入初期加算の影響を検証する

## ２．調査の視点

- 本調査は、下記の視点に基づき実施する。

**目的①　後発医薬品の使用・調剤割合に重きを置いた評価によって、医療機関や薬局での後発医薬品の使用促進つながっているかどうかを検証する**

**目的②　一般名処方の評価拡充によって、医療機関における一般名処方の普及につながっているかどうかを検証する**

**視点①　調査の継続性を重視する**

- 後発医薬品調査については近年、毎年実施しているものであり、過年度調査結果と比較できるよう、調査内容や調査方法等の観点からできるだけ同条件での調査を実施する

**目的③　入院及び外来患者に対するバイオ後続品の使用状況を把握するとともに、今回改訂で新設したバイオ後続品導入初期加算の影響を検証する**

**視点②　バイオ後続品の導入初期加算の算定の多い施設の属性やバイオ後続品の備蓄状況を分析する**

- バイオ後続品の導入初期加算の算定件数の多寡について、施設属性別の把握を行うとともに、バイオ後続品の備蓄品目数への影響を分析し、加算新設の妥当性を確認するとともに、今後の改定に活かしていく。
- バイオ後続品導入初期加算導入後、薬局のバイオ後続品の備蓄への影響を分析する。

**視点③　バイオ後続品の導入初期加算についての認知状況、算定に向けた課題を分析する**

- 医師において、バイオ後続品の導入初期加算の認知状況や、算定の有無、算定によるメリットや今後の課題について分析を行い、今後の評価のあり方や算定要件へ活かしていく。

## ３．調査票の種類

本調査では、全国から無作為抽出した保険薬局 1,500 件、一般診療所 1,500 件、病院 1,000 件の合計 4,000 件を対象として、アンケート調査を実施する。また、病院調査の対象施設に所属する医師各 2 人（最大 2,000 人）、保険薬局調査の対象施設に来局した患者各 2 人（最大 3,000 人）、インターネット調査パネルに登録している患者 1,000 人の合計 6,000 人を対象としたアンケート調査も併せて実施する。

調査票は、「保険薬局票」、「診療所票」、「病院票」、「医師票」、「患者票（紙調査、インターネット調査共通）」の 5 種類である。

## ４．調査の方法

本調査は、自記式アンケート調査方式により実施する。アンケート調査の構成、件数等は以下の通りとする。調査は、紙媒体（ID を印字した調査票）への記入後、郵送返送する方法と、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送するオンライン上による回答も選択可能とする。

ただし、患者向けのインターネット調査は、消費者調査パネル登録者を対象に回答フォームを作成し、直接入力して回答する方法を取る。

図表　調査票の種類および調査対象

| | | 調査対象（抽出条件と件数） |
|---|---|---|
| 保険薬局調査 | | ・全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局（約 1,500 施設） |
| 診療所調査 | | ・保険医療機関の中から無作為抽出した一般診療所（約 1,500 施設） |
| 病院調査 | | ・保険医療機関の中から無作為抽出した病院（約 1,000 施設） |
| 医師調査 | | ・「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師（1 施設につき診療科の異なる医師 2 名、最大客体数 2,000 人） |
| 患者調査 | 紙調査 | ・「保険薬局調査」の対象施設に調査日に来局した患者（1 施設につき 2 名、最大客体数 3,000 人） |
| | インターネット調査 | ・直近 1 ヶ月間に保険薬局に処方せんを持っていった患者（調査客体数は 1,000 人程度） |

## ５．調査項目

＜新型コロナウイルスの影響に関する項目＞
①保険薬局票
・処方箋受付回数（令和元年、令和 2 年の比較）
・平均調剤日数（令和元年、令和 2 年の比較）
②診療所票
・外来患者、在来患者延数（令和元年、令和 2 年の比較）
・生活習慣病治療のための処方日数（令和元年、令和 2 年の比較）
③病院票
・外来患者、在来患者延数（令和元年、令和 2 年の比較）
④医師票
・生活習慣病治療のための処方日数（令和元年、令和 2 年の比較）
⑤患者票
・なし

等

＜今回新設した項目＞※新型コロナウイルスの影響に関する項目以外
①保険薬局票
・集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合
・応需医療機関数
・バイオ後続品に関する処方箋の状況
②診療所票
・在宅自己注射指導管理料、バイオ後続品導入初期加算の算定状況
・保険薬局から提供された、一般名処方の調剤または後発医薬品の変更調剤に関する情報の保管状況
→上記の情報を保管している場合、その活用方法
・バイオ後続品の院外処方箋の発行状況
→発行している場合、処方箋への表記方法
・バイオ後続品導入初期加算の新設による処方への影響
→処方が増えない場合、その理由
③病院票
・病棟専任の薬剤師数
・在宅自己注射指導管理料、バイオ後続品導入初期加算の算定状況
・院内フォーミュラリー設定の目的と達成状況
・院内フォーミュラリーを定めている場合、感じているメリットの有無・内容
・院内フォーミュラリーの公開・地域への共有状況・方法・共有先
④医師票
・バイオ後続品を積極的に採用する理由
・バイオ後続品の院外処方箋の発行状況
→発行している場合、処方箋への表記方法
・バイオ後続品導入初期加算の新設による処方への影響
→処方が増えない場合、その理由
⑤患者票
・在宅自己注射の実施状況

等

＜負担軽減等のため前回調査から削除した項目＞
①保険薬局票
・(様式2)調剤時に後発医薬品に切り替えたケースについて、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料、実際に調剤した薬剤料、患者一部負担金の割合
②診療所票
・1 つの先発医薬品に対する、後発医薬品の適切な銘柄数
③病院票
・施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない理由
・一般名処方や変更可能な処方について、実際に調剤された後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に必要か
・一般名処方について、薬局でどのような医薬品が調剤されたか知りたいか
・1 つの先発医薬品に対する、後発医薬品の適切な銘柄数
④医師票
・1 つの先発医薬品に対する、後発医薬品の適切な銘柄数
⑤患者票
・なし

等

## 6. 調査スケジュール(案)

調査スケジュール(案)は、次を想定している。

| | 2020 年 | | | | 2021 年 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 1 月 | 2 月 | 3 月 |
| 調査票案の作成 | → | → | → | | | | |
| 調査客体の抽出・名簿作成 | | → | → | | | | |
| 調査票印刷・封入・発送 | | | → | | | | |
| 調査実施期間 | | | | → | | | |
| 督促状印刷・発送 | | | | → | | | |
| データ入力・データクリーニング | | | | | → | | |
| 集計・分析 | | | | | | → | |
| 報告書(案)の作成 | | | | | | → | |
| 追加分析 | | | | | | | → |
| 報告書のとりまとめ | | | | | | | → |

ID:

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 保険薬局票

※この保険薬局票は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴薬局における後発医薬品の使用状況やお考え等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
- あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- 「※○は 1つだけ」という質問については、あてはまる番号を 1つだけ○で囲んでください。
- （　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- （　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- 特に断りのない限り、令和2年10月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## ０．ご回答者についてお伺いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①性別 ※○は１つだけ | 1. 男性　2. 女性 | ②年齢 | （　　）歳 |
| ③開設者・管理者の別 ※○は1つだけ | 1. 開設者兼管理者　2.開設者　3.管理者<br>4. その他（具体的に：　　） | | |

## １．貴薬局の状況についてお伺いします（令和2年10月1日現在）。

| | |
|---|---|
| ①所在地（都道府県） | （　　）都・道・府・県 |
| ②開設者<br>※会社の場合は、会社の形態等にも○をつけてください。 | 1. 会社 →（1. 株式会社　2. 有限会社　3. 合資会社　4. 合名会社　5. その他）<br>→（1. ホールディングス※の傘下　2. ホールディングスの非傘下）<br>※持株会社（会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が50%を超える会社）のことである。<br>2. 個人<br>3. その他 |
| ③同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等※による薬局店舗数<br>※同一グループは次の基準により判断する（調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様）<br>1. 保険薬局の事業者の最終親会社<br>2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社<br>3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社<br>4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者 | （　　）店舗<br>※当該店舗を含めてお答えください。 |
| ④開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。 | 西暦（　　）年 |
| ⑤貴薬局はチェーン薬局（同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。※○は１つだけ | 1. はい　2. いいえ |
| ⑥貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。<br>※○は１つだけ<br>※「近隣」には同一敷地内も含まれます。 | 1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局<br>2. 主に不動産賃貸借関係のある特定の病院の処方箋を応需している薬局<br>3. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局<br>4. 主に不動産賃貸借関係のある特定の診療所の処方箋を応需している薬局<br>5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関（いわゆる医療モールやビル診療所など）の処方箋を応需している薬局<br>6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局<br>7. その他（具体的に：　　） |
| ⑦集中率が最も高い医療機関の処方箋枚数割合 （令和元年7月～9月の月平均値） | % |
| ⑧応需医療機関数（令和元年7月～9月の月平均値） | |

| | |
|---|---|
| ⑨貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和元年度決算 | 約（　　）％　※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は100%とご記入ください。 |
| ⑩調剤基本料 ※○は１つだけ | 1. 調剤基本料１　2. 調剤基本料２　3. 調剤基本料３イ<br>4. 調剤基本料３ロ　5. 特別調剤基本料 |
| ⑩-1　全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字） | （　　）回／月 |
| ⑩-2　主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合（調剤基本料の根拠となる数字） | （　　．　）％ ※小数点以下第１位まで |
| ⑩-3　特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係の有無（調剤基本料の根拠）　※○は１つだけ | 1.あり　　2.なし |
| ⑪地域支援体制加算 ※○は１つだけ（令和2年10月1日時点） | 1. 地域支援体制加算　　2. 届出（算定）なし |

| ⑫後発医薬品調剤体制加算 ※○はそれぞれ１つだけ | 令和元年10月1日 | 令和2年 10月1日 |
|---|---|---|
| | 1.後発医薬品調剤体制加算１<br>2.後発医薬品調剤体制加算２<br>3.後発医薬品調剤体制加算３<br>4.届出（算定）なし | 1.後発医薬品調剤体制加算１<br>2.後発医薬品調剤体制加算２<br>3.後発医薬品調剤体制加算３<br>4.届出（算定）なし |

| | |
|---|---|
| ⑬後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算対象に該当するか（令和2年10月1日時点）　※○は１つだけ | 1.該当する<br>2.該当しない<br>→該当しない理由 ※あてはまる番号すべてに○<br>21.後発医薬品の調剤数量割合が40%超<br>22.処方箋の受付回数が月600回以下<br>23.直近1ヶ月の処方箋受付回数の5割以上が先発医薬品変更不可 |
| ⑭後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算について、この診療報酬改定がなされた事により貴薬局における後発医薬品の使用方針に変化はありましたか。 ※○は1つだけ | 1. 積極的に使用するようになった<br>2. 特に変化はない |
| ⑮後発医薬品調剤割合（調剤報酬算定上の数値）　令和元年7月～9月の月平均値 | （　　）％ |
| ⑮後発医薬品調剤割合（調剤報酬算定上の数値）　令和2年7月～9月の月平均値 | （　　）％ |
| ⑯処方箋受付回数　令和元年7月～9月の月平均値 | 回/月 |
| ⑯処方箋受付回数　令和2年7月～9月の月平均値 | 回/月 |
| ⑰かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準の届出 ※○は1つだけ | 1.あり　　2.なし |

| ⑱職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。 | 常勤（実人数） | 非常勤（実人数） |
|---|---|---|
| 1）薬剤師 | （　　）人 | （　　）人 |
| （うち）かかりつけ薬剤師指導料等＊1における「かかりつけ薬剤師」 | （　　）人 | （　　）人 |
| 2）その他（事務職員等） | （　　）人 | （　　）人 |
| 3）全職員（上記 1）、2）の合計） | （　　）人 | （　　）人 |

⑲貴施設において、**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**を行うために、**ICT（情報通信技術）**を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。
※あてはまる番号すべてに○

1. ICTを活用している　→活用しているICT：
11.メール　12.電子掲示板　13.グループチャット
14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
15.地域医療情報連携ネットワーク
16.個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム
17.その他（　　）

2. ICTは活用していない

＊1 かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。

２．貴薬局で調査対象期間（令和2年12月11日（金）～12月17日（木）の 1 週間）に受け付けた処方箋について、ご記入ください。

| | |
|---|---|
| （1）①令和2年12月11日（金）～12月17日（木）に受け付けた処方箋枚数は何枚ですか。 | （　　）枚 |
| ②上記①のうち、先発医薬品（**準先発品＊2**）名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ③上記①のうち、後発医薬品名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ④上記①のうち、全てが変更不可となっている処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ⑤上記①のうち、1品目でも一般名処方が含まれている処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ⑥上記⑤のうち、後発医薬品が存在する医薬品について、1 品目でも一般名処方となっている処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ⑦上記①のうち、後発医薬品が存在する医薬品が2品目以上あり、その全品目が一般名処方されている処方箋の枚数 | （　　）枚 |

※②～⑦は1枚の処方箋を重複してカウントしてください。

＊2 準先発品は、昭和 42 年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差のある後発医薬品があるもの。

| | |
|---|---|
| （2）上記、（1）①の処方箋（令和2年12月11日（金）～12月17日（木）の1週間に受け付けた処方箋）に関して、下表に示す在宅自己注射が可能なバイオ後続品にかかる状況につきお尋ねします。 | |
| ①　上記（1）①のうち、下表バイオ医薬品の先行バイオ医薬品販売名で処方され、**「変更不可」となっていない＊3**医薬品が1品目でもある処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ②　上記（1）①のうち、バイオ後続品の販売名[注1]で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ③　上記（1）①のうち、バイオ後続品の一般的名称[注2]で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数 | （　　）枚 |
| ④　上記（1）①のうち、バイオ医薬品の一般的名称で「（遺伝子組換え）」が記載されていない医薬品名[注3]の処方箋が1品目でもある処方箋の枚数 | （　　）枚 |

※1枚の処方箋に上記①～④が重複して含まれている場合、各々1枚とカウントしてください

＊3 後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「レ」又は「×」が記載されていないもの。

注1：バイオ後続品の販売名とは、「●●● BS注射液 含量 会社名」と記載されたものをいう。
注2：バイオ後続品の一般的名称とは、「〇〇〇（遺伝子組換え）[●●●後続1]」と記載されたものをいう。
注3：バイオ医薬品の一般的名称で「（遺伝子組換え）」が記載されていない医薬品名とは、「〇〇〇（遺伝子組換え）」の〇〇〇部分のみが記載されたものをいう。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品のうち在宅自己注射可能なもの

| 先行バイオ医薬品の一般的名称※ | 先行バイオ医薬品　販売名 |
|---|---|
| ソマトロピン | ジェノトロピン |
| フィルグラスチム | グラン |
| インスリン グラルギン | ランタス |
| エタネルセプト | エンブレル |
| テリパラチド | フォルテオ皮下注 |
| インスリン　リスプロ | ヒューマログ注 |

※（遺伝子組換え）を省略して記載

令和2年6月29日時点

（3）以下は（1）①の処方箋（令和2年12月11日（金）～12月17日（木）の1週間に受け付けた処方箋）に記載された医薬品について、品目数ベース（銘柄・剤形・規格単位別）の数でご記入ください。

| | |
|---|---|
| ① **一般名で処方**された医薬品の品目数（②＋③＝①） | （　　）品目 |
| ② ①のうち、**後発医薬品を選択**した医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ③ ①のうち、**先発医薬品（準先発品を含む）を選択**した医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ④ **先発医薬品（準先発品）名で処方**された医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ⑤ ④のうち、**「変更不可」となっていない＊4** 医薬品の品目数（⑥＋⑦＝⑤） | （　　）品目 |
| ⑥ ⑤のうち、**先発医薬品を後発医薬品に変更**した医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ⑦ ⑤のうち、**先発医薬品を調剤**した医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ⑧ ⑦のうち、後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ⑨ ⑦のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品の在庫がなかったため変更できなかった医薬品の品目数（クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形） | （　　）品目 |
| ⑩ ⑦のうち、患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数（過去に確認済みの場合を含む） | （　　）品目 |
| ⑪ **後発医薬品名で処方**された医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ⑫ ⑪のうち、**「変更不可」となっている**医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ⑬ **その他**（漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品）の品目名で処方された医薬品の品目数 | （　　）品目 |
| ⑭ （1）①の処方箋に記載された医薬品の**品目数の合計**（①＋④＋⑪＋⑬＝⑭） | （　　）品目 |

※①＋④＋⑪＋⑬＝⑭となりますのでご確認ください

＊4後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「レ」又は「×」が記載されていないもの。

【上記（3）⑩で1品目でも患者が希望しなかったため後発医薬品に変更できなかった医薬品があった薬局の方】
（4）患者が後発医薬品を希望しない理由として**最も多いもの**は何ですか。 ※○は1つだけ

1. 医師が処方した医薬品が良いから
2. 報道等により、後発医薬品について不安を感じるから
3. 後発医薬品に対する不信感があるから
4. 後発医薬品の使用感（味、色、剤形、粘着力等）に不満があるから
5. 使い慣れている等の理由により、過去に使用経験のある医薬品を希望するから
6. 自己負担がない又は軽減されており、後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから
7. 先発医薬品と後発医薬品の薬価差が小さく、自己負担額ではほとんど差がないから
8. その他（具体的に：　　）

【上記（3）⑫で1品目でも他の後発医薬品への変更不可となっている後発医薬品があった薬局の方】
（5）変更不可の後発医薬品が処方されることで、調剤を行う上で何か問題はありましたか。 ※○は1つだけ

1. あった　　2. なかった→5ページの質問（6）へ

【上記（5）で「1. あった」と回答した方にお伺いします】
（5）-1 どのような問題がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、取り寄せるために患者を待たせることになった
2. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、後ほど（当日）、患者宅へ届けることになった
3. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、直ちに取り寄せることができないため後日届けることになった
4. 患者が他の銘柄の後発医薬品を希望したため、医師への疑義照会等対応が必要になった
5. その他（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします】
（6）貴薬局のある地域では、備蓄センターや、各薬局に備蓄されている医薬品がわかるシステム等により、後発医薬品の融通がしやすい環境がありますか。　※○は1つだけ

1. ある　　2. ない

（7）期間中に、一般名処方の処方箋を持参した患者のうち、後発医薬品を調剤しなかったケースについて、最も多い理由は何ですか。※○は1つだけ

1. そのようなケースはなかった
2. 患者が後発医薬品を希望しなかったから
3. 薬価収載された後発医薬品がなかったから
4. 後発医薬品の備蓄がなかったから
5. 先発医薬品と後発医薬品で適応が違う医薬品だったから
6. その他（具体的に：　　）

## 3．貴薬局での後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。

（1）調剤用医薬品の備蓄状況について、お伺いします
令和2年10月1日または把握可能な直近月の初日時点の備蓄状況についてご記入ください。

| | | 全医薬品 | うち、後発医薬品 |
|---|---|---|---|
| ①調剤用医薬品備蓄品目数（※内服薬等、内訳の記入が難しい場合は、4）合計品目数のみ記入してください。） | 1）内服薬 | 約（　　）品目 | 約（　　）品目 |
| | 2）外用薬 | 約（　　）品目 | 約（　　）品目 |
| | 3）注射薬 | 約（　　）品目 | 約（　　）品目 |
| | 4）合　計 | ★約（　　）品目 | 約（　　）品目 |
| ②上記①（★欄）のうち、バイオ後続品 | | | （　　）品目 |

②-1 【上記②でバイオ後続品の備蓄を「0（ゼロ）」と回答した方】 バイオ後続品の備蓄をしない理由は何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 該当する患者や処方がない
2. 在庫リスクが懸念される
3. 品質・有効性に不安がある
4. 採用したいが供給待ちや欠品で採用できない
5. 安定供給に不安がある
6. その他（具体的に：　　）

③上記①に関連して、現在、1つの先発医薬品（同一規格）に対して平均何品目の後発医薬品を備蓄していますか。
※小数点以下第１位まで

平均　約（　　.　　）品目

例）
先発医薬品α10mg ── 後発医薬品A10mg
　　└ 後発医薬品B10mg
先発医薬品α20mg ── 後発医薬品A20mg
この場合、平均「1.5」品目となります。

（2）調剤用医薬品の在庫金額、購入金額、廃棄額について、お伺いします。
※金額を記入する設問では、千円未満は切り捨て（例：10万4400円⇒　104,000円）

| | | 令和元年度（②③は**令和元年7月～9月**の合計値） | 令和2年度（②③は**令和2年7月～9月**の合計値） |
|---|---|---|---|
| ①在庫金額 ※10月1日時点 | 1）全医薬品 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |
| | 2）うち、後発医薬品 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |
| ②購入金額 | 1）全医薬品 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |
| | 2）うち、後発医薬品 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |
| ③医薬品廃棄額（薬価ベース） | 1）全医薬品 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |
| | 2）うち、後発医薬品 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |

（3）平成29年6月から令和元年6月の間で、先発医薬品から後発医薬品への変更が増えたために、先発医薬品の廃棄が増えた薬剤はありましたか。※〇は1つだけ

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更が増えたために、先発医薬品の廃棄が増えた薬剤がある
2. 先発医薬品から後発医薬品への変更は増えたが、先発医薬品の廃棄は増えていない
3. 先発医薬品から後発医薬品への変更は増えていない

（4）貴薬局における後発医薬品の採用基準は何ですか。※あてはまる番号すべてに〇

1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること
2. メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること
3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること
4. 大病院で採用されていること
5. 近隣の保険医療機関（病院・診療所）で採用されている処方銘柄であること
6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること
7. 納品までの時間が短いこと
8. 供給停止や自主回収等による不安がないメーカーであること
9. 患者からの評判が良いこと
10. 調剤がしやすい（例：容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい）こと
11. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること（例：味が良い、かぶれにくいなど）
12. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること
13. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること
14. オーソライズドジェネリックであること
15. 本社の方針・指示があった後発医薬品であること
16. 共同購入先（同一グループの薬局を除く）で採用されていること
17. その他（具体的に:　　）

（5）上記（4）の選択肢1. ～17. のうち、<u>最も重視している採用基準の番号を1つ</u>だけお書きください。

## 4．貴薬局における後発医薬品（バイオ後続品を除く）への対応状況についてお伺いします。

**（1）後発医薬品の調剤に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ**

1. 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる→**質問（5）へ**
2. 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
3. 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
4. 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない

**【上記（1）で2. ～4. を選んだ方にお伺いします】**
**（2）後発医薬品を積極的には調剤しない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 後発医薬品メーカーの安定供給に不安があるから
3. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
   →**不足している情報**（具体的に: ）
4. 患者への普及啓発が不足しているから
5. 近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的であるから
6. 患者が先発医薬品を希望するから
7. 在庫管理の負担が大きいから
8. その他（具体的に: ）

**（3）上記（2）の選択肢 1. ～8. のうち、最も大きな理由の番号を1つだけお書きください。** [ ]

**【上記（1）で「4. 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない」と回答した方にお伺いします】**
**（4）今現在、後発医薬品に関して不信感はありますか。 ※○は1つだけ**

1. ある　　2. ない　→**質問（5）へ**

**【上記（4）で「1. ある」と回答した方にお伺いします】**
**（4）-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した
2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した
3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した
4. メーカーによる供給不安や自主回収を経験した
5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった
6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった
7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた
8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた
9. その他（具体的に：　　）

**【すべての方にお伺いします】**
**（5）「変更不可」となっていない処方箋や一般名処方の処方箋があっても、後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい医薬品の種類（※剤形は質問（6）でお伺いします）は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. 特にない→**質問（6）へ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. 血圧降下剤 | 3. 高脂血症用剤 | 4. 不整脈用剤 | 5. 精神神経用剤 |
| 6. 催眠鎮静剤 | 7. 抗不安剤 | 8. 抗てんかん剤 | 9. 解熱鎮痛剤 |
| 10. 糖尿病用剤等 | 11. 消化性潰瘍用剤 | 12. 抗アレルギー剤 | 13. 抗悪性腫瘍剤 |
| 14. 免疫抑制剤 | 15. 小児用製剤 | 16.その他（具体的に：　　） | |

**【前記質問（5）で2.～16. に1 つでも○があった薬局の方】**
**（5）-1 前記（5）の医薬品について後発医薬品を調剤しにくい理由を具体的にお書きください。**

【すべての方にお伺いします】
(6)後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい医薬品の剤形は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 特にない →質問(7)へ

2. 内用剤→具体的な剤形：〔01. 錠剤　02. カプセル　03. OD錠　04. 粉末　05. シロップ　06.その他（具体的に：　　）〕

3. 外用剤→具体的な剤形：〔01. 点眼薬　02. 貼付薬　03. 軟膏　04. ローション　05. 吸入剤　06.その他（具体的に：　　）〕

4. 注射剤（バイオ後続品は除く）

【上記質問(6)で2.～4. を1つでも選択した方にお伺いします】
(6)-1 上記(6)の医薬品について後発医薬品を**調剤しにくい理由として、剤形ごとにあてはまるものに○**をつけてください。
※あてはまる剤形すべてに○

| | | 内用剤 | 外用剤 | 注射剤 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 使用感(味覚を含む)が違うから | | | |
| 2 | 容器・剤形が違うから | | | |
| 3 | 混合時の安定性を欠くから | | | |
| 4 | 添加物に起因する問題が生じるから | | | |
| 5 | 取り扱い数量が少ないから | | | |
| 6 | その他(具体的に) | | | |

【すべての方にお伺いします】
(7)後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい**患者の特徴**としてあてはまるものに○をつけてください。
※あてはまる番号すべてに○

1. 初回の受付時に後発医薬品の調剤を希望しなかった患者
2. 差額が小さい患者
3. 先発医薬品との違い（味、色、剤形、粘着力等）を気にする患者
4. 後発医薬品への変更に関する説明に長時間を要すると思われる患者
5. 複数回にわたり後発医薬品への変更を説明したが、後発医薬品への変更を希望しなかった患者
6. 後発医薬品を使用していたが先発医薬品への変更を希望した患者
7. 自己負担がない又は軽減されている患者
8. その他（具体的に：　　）
9. 特にない→質問5. (1)へ

(8)上記(7)の選択肢 1. ～8. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。　［　　］

(9)同一成分・同一規格の後発医薬品を複数備蓄している場合、後発医薬品の代替調剤において重視する点としてあてはまるものに○をつけてください。
※あてはまる番号すべてに○

1. オーソライズドジェネリックであること
2. 患者自己負担が適切であること
3. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること
4. 信頼できるメーカーの製品であること
5. その他（具体的に：　　）

(10)上記(9)の選択肢 1. ～5. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。　［　　］

## ５．貴薬局におけるバイオ後続品への対応状況についてお伺いします。

（1）**バイオ後続品の調剤について、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ**

1. 全般的に、積極的にバイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる**→質問（4）へ**
2. 患者によって、バイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる**→質問（4）へ**
3. バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない

**【上記（1）で「3.バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」を選択した方にお伺いします】**
**（2）バイオ後続品を積極的には調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の違いが分からないから
3. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから
   **→不足している情報**（　　）
4. 患者への普及啓発が不足しているから
5. バイオ後続品の説明に時間がかかるから
6. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから（自己注射）
7. 先行バイオ医薬品とペンの形状が異なるから
8. 在庫管理の負担が大きいから
9. 経営者（会社）の方針だから
10. その他 経営上の観点から →（具体的に:　　）
11. 患者が先行バイオ医薬品と比較して効果に違いを感じたから
12. 患者がバイオ後続品に切り替えた際に有害事象が発生したから
13. バイオ後続品の処方の対象となる患者がいない
14. その他（具体的に:　　）

（3）**上記（2）の選択肢 1. ～14. のうち、<u>最もあてはまる番号を 1つ</u>だけお書きください。**　　

（4）**今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. 調剤報酬を含む経営的メリットがあること
2. 患者負担の軽減がより明確になること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
4. 国からの国民への啓発と患者の理解
5. バイオ後続品企業から医師、薬剤師への情報提供
6. その他（具体的に:　　）
7. バイオ後続品の普及の必要はない

## ６．後発医薬品の使用にあたっての患者の意向確認や、医療機関への情報提供についてお伺いします。

**（1）後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する手段として**<u>**最もあてはまる**</u>**ものは何ですか。　※○は1つだけ**

1. 患者への口頭による意向確認
2. 患者へのアンケートによる意向確認
3. 薬剤服用歴の記録
4. お薬手帳
5. ジェネリック医薬品希望カード・シール
6. その他（具体的に：　　）

**（2）後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する頻度として最も多いのは何ですか。　※○は1つだけ**

1. 受付の都度、毎回、確認している
2. 毎回ではないが、時々、確認している
3. 処方内容が変更となった時に確認している
4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している
5. 初回の受付時のみ確認している
6. 特に確認していない
7. その他（具体的に：　　）

**（3）後発医薬品への変更・選択において、患者の理解を最も得られやすい処方方法は何ですか。　※○は1つだけ**

1. 一般名処方
2. 先発医薬品名（準先発品を含む）だが変更不可とされていない処方
3. 後発医薬品の処方（別銘柄へ変更可能なものも含む）
4. 上記 1.と 2.と 3.でいずれも大きな違いはない
5. その他（具体的に：　　）

**（4）「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供することが望ましいと思いますか。※○は1つだけ**

1. 調剤をした都度
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しない
3. 一定期間に行った調剤をまとめて
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に
5. 副作用等の問題が発生した時だけ
6. 必要ない
7. その他（具体的に：　　）

**（5）「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供するかについて、処方医の意向を確認していますか。※○は1つだけ**

1. はい
2. いいえ

**（6）「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、医療機関と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ**

1. 主に合意した方法で行っている
2. 医療機関によって様々である
3. 合意した方法はない**→質問7.（1）へ**
4. その他（具体的に：　　）**→質問7.（1）へ**

**【上記（6）で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.医療機関によって様々である」と回答した方にお伺いします】**

**（6）-1 その方法はどのようなものですか。　※あてはまる番号すべてに○**

1. 調剤をした都度提供すること
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとすること
3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
5. 副作用等の問題が発生した時だけ提供すること
6. その他（具体的に：　　）

## 7．後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、要望等についてお伺いします。

（1）後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。※○は1つだけ

1. だいたい知っている　　2. 少しは知っている　　3. ほとんど知らない

（2）厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～＜平成 27 年 2 月第 3 版発行＞』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。※○は1つだけ

1. 知っている（内容も見た）　　2. 知っている（内容は見ていない）　　3. 知らない

（3）今後、どのような対応がなされれば、開設者・管理者の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進めることができると思いますか。※あてはまる番号すべてに○

1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 後発医薬品に対する患者の理解の向上
6. 後発医薬品を調剤する際の診療報酬上の評価
7. 医療機関が変更不可とした具体的な理由の明確化
8. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示
9. その他（具体的に：　　）
10. 特に対応は必要ない→質問（５）へ

（4）上記（3）の選択肢 1. ～9. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。　　

（5）貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者への積極的な働きかけ
2. 後発医薬品への変更調剤に関する薬剤師への信頼感
3. 患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方箋に変更不可の署名を行わないこと
4. 変更不可とする具体的な理由をお薬手帳や処方箋等により示すこと
5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと
6. 一般名処方とすること
7. お薬手帳への記載以外の医療機関（医師）への情報提供を不要とすること
8. 疑義照会への誠実な対応
9. 後発医薬品に対する理解
10. その他（具体的に：　　）
11. 医師に望むことは特にない→質問（7）へ

（6）上記（5）の選択肢 1. ～10. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。　　

（7）医薬品を安く調達するために、他の薬局等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。 ※○は1つだけ

1. 行っている　　2. 行っていない

（8）有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等（いわゆる「フォーミュラリー」）を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを「地域フォーミュラリー」と呼びますが、貴施設の所属する地域における地域フォーミュラリーの状況についてお教えください。 ※○は1つだけ

1. 地域フォーミュラリーが存在する　　2. 地域フォーミュラリーは存在しない
3. 地域フォーミュラリーを作成中である　　4. どのような状況であるか分からない
5. 地域フォーミュラリーがどのようなものかが分からない

（9）貴施設は**医療情報連携ネットワーク＊5**に参加していますか。※○は1つだけ
**＊5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**

1．参加あり　　2．参加なし

（10）後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

保険薬局票の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和２年12月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

ID:

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

# 診療所票

※この診療所票は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものですが、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※特に断りのない場合は、令和2年10月1日現在の状況についてご記入ください。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 0 あなたご自身についてお伺いします（令和2年10月1日現在）。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①性別 | 1.男性　2.女性 | ②年齢 | （　　）歳 |
| ③開設者・管理者の別<br>※○は1つだけ | 1. 開設者兼管理者　2. 開設者　3. 管理者<br>4. その他（具体的に：　　） | | |
| ④主たる担当診療科<br>※○は1つだけ | 1. 内科＊1　2. 外科＊2　3. 精神科　4. 小児科　5. 皮膚科<br>6. 泌尿器科　7. 産婦人科・産科　8. 眼科　9. 耳鼻咽喉科　10. 放射線科<br>11. 脳神経外科　12. 整形外科　13. 麻酔科　14. 救急科<br>15. 歯科・歯科口腔外科　16. リハビリテーション<br>17. その他（具体的に：　　） | | |

＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」としてご回答ください。

## 1 貴施設の状況についてお伺いします（令和2年10月1日現在）。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①所在地（都道府県） | （　　）都・道・府・県 | | |
| ②開設者 | 1. 個人　2. 法人　3. その他 | ③開設年 | 西暦（　　）年 |
| ④種別 ※○は1つだけ | 1. 無床診療所　2. 有床診療所　→許可病床数（　　）床 | | |
| ⑤標榜診療科<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科＊1　2. 外科＊2　3. 精神科　4. 小児科　5. 皮膚科<br>6. 泌尿器科　7. 産婦人科・産科　8. 眼科　9. 耳鼻咽喉科　10. 放射線科<br>11. 脳神経外科　12. 整形外科　13. 麻酔科　14. 救急科<br>15. 歯科・歯科口腔外科　16. リハビリテーション<br>17. その他（具体的に：　　） | | |
| 【上記⑤で 1.内科と回答した方】※あてはまる番号すべてに○ | | | |
| ⑥内科の詳細 | 1.腎臓内科　2.血液内科　3.リウマチ内科　4.糖尿病内科　5.消化器内科<br>6. 1～5に該当なし | | |
| ⑦オーダリングシステムの導入状況<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 一般名処方に対応できるオーダリングシステムを導入している<br>2. 後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している<br>3. バイオ後続品が表示されるオーダリングシステムを導入している<br>4. オーダリングシステムを導入している（上記 1.,2., 3の機能はない）<br>5. オーダリングシステムを導入していない | | |
| ⑧外来の院内・院外処方の割合 | 院内処方（　　）％＋院外処方（　　）％＝100％ ※算定回数ベース | | |
| ⑨医師数（常勤のみ） | （　　）人 | | |
| ⑩薬剤師数（常勤のみ） | （　　）人　※ゼロの場合は「0」とご記入ください。 | | |

| ⑪外来後発医薬品使用体制加算の状況<br>※○は1つだけ | 令和元年10月1日 | 令和2年10月1日 |
|---|---|---|
| | 1. 算定していない<br>2. 外来後発医薬品使用体制加算1<br>3. 外来後発医薬品使用体制加算2<br>4. 外来後発医薬品使用体制加算3 | 1. 算定していない<br>2. 外来後発医薬品使用体制加算1<br>3. 外来後発医薬品使用体制加算2<br>4. 外来後発医薬品使用体制加算3 |

⑫令和2年4月～10月の間に、在宅自己注射指導管理料を算定しましたか。※1人でも算定していれば「1. はい」に○

1. はい　　2．いいえ　→質問⑭へ

【上記質問⑫で「1.はい」と回答した方にお伺いします】

⑬ 令和2年4月～10月の間に、在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算を算定しましたか。

※1人でも算定していれば「1. はい」に○

1. はい　　2．いいえ

| | 令和元年7月～9月の月平均値 | 令和2年7月～9月の月平均値 |
|---|---|---|
| ⑭外来患者延数 | 人/月 | 人/月 |
| ⑮在院患者延数 | 人/月 | 人/月 |

⑯生活習慣病治療のための処方日数についてお伺いします。対象患者がいない場合は、「2.患者無」に○をつけて次の設問へお進みください。

| 平均的な処方日数（最多頻度の患者像でご回答ください）※○は一つ | | | 令和元年9月1か月間 | 令和2年9月1か月間 |
|---|---|---|---|---|
| | 1)糖尿病治療薬 | (1. 患者有・2. 患者無) | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ |
| | 2)高血圧症治療薬 | (1. 患者有・2. 患者無) | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ |
| | 3)脂質異常症治療薬 | (1. 患者有・2. 患者無) | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ |

⑰貴施設において、**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**を行うために、**ICT（情報通信技術）**を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。

※あてはまる番号すべてに○

1. ICTを活用している　→活用しているICT：

（11.メール　12.電子掲示板　13.グループチャット
14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
15.地域医療情報連携ネットワーク
16.自院を中心とした専用の情報連携システム
17.その他（具体的に：　　））

2. ICTは活用していない

→無床診療所で院外処方が５％以上の施設の方は６ページの質問5に進んでください。

**2** ＜有床診療所の方＞
＜無床診療所で院外処方が５％未満の施設の方＞
貴施設における後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。※金額を記入する設問では、千円未満は切り捨て（例：10万4400円⇒　104,000円）

| 医薬品区分 | 備蓄品目数（令和2年10月1日）注 | 購入金額（令和2年7月～令和2年9月までの合計額） | 廃棄額（令和2年7月～令和2年9月までの合計額） |
|---|---|---|---|
| ①調剤用医薬品 | 約（　　）品目 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |
| ②上記①のうち後発医薬品 | 約（　　）品目 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |
| ③上記①のうちバイオ後続品 | 約（　　）品目 | 約（　　）円 | 約（　　）円 |

注.令和2年10月1日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している直近月の初日の数値をご記入ください。

| ④後発医薬品使用割合＜**新指標、数量ベース**＞<br>※小数点以下第１位まで | | |
|---|---|---|
| | 令和元年7月～令和元年9月 | 約（　.　）％ |
| | 令和2年7月～令和2年9月 | 約（　.　）％ |

| | |
|---|---|
| ⑤後発医薬品の採用状況<br>※○は1つだけ | 1. 後発医薬品があるものは積極的に採用<br>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用<br>3. 後発医薬品を積極的には採用していない<br>4. その他（具体的に：　　） |
| ⑥後発医薬品を採用する際に重視すること<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること<br>2. メーカー（卸を通じたものも含む）からの情報提供が頻繁にあること<br>3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること<br>4. 大病院で採用されていること<br>5. 近隣の保険医療機関（病院・診療所）で採用されている処方銘柄であること<br>6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること<br>7. 納品までの時間が短いこと<br>8. 安定供給に信頼のあるメーカーであること<br>9. 患者からの評判が良いこと<br>10. 調剤がしやすい（例:容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい）こと<br>11. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること<br>（例:味が良い、かぶれにくいなど）<br>12. メーカーの問い合わせ窓口における対応が充実していること<br>13. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること<br>14. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること<br>15. オーソライズドジェネリックであること<br>16. 包装の仕様としてバラ包装があること<br>17. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること<br>18. その的（具体的に：　　） |
| ⑦上記⑥の選択肢1.～18.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。 | |

→有床診療所の方は質問3に進んでください。
→無床診療所の方は５ページの質問4に進んでください。

## 3 ＜有床診療所の方＞

**入院患者に対する後発医薬品（バイオ後続品を除く）の使用に関するお考え**についてお伺いします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

※1 ここでは後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオＡＧ）を含みます。
いわゆるバイオＡＧとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

※2 ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

| | | |
|---|---|---|
| ①後発医薬品使用体制加算の状況<br>※○は1つだけ | 令和元年10月1日 | 1. 算定していない<br>2. 後発医薬品使用体制加算１を算定している<br>3. 後発医薬品使用体制加算２を算定している<br>4. 後発医薬品使用体制加算３を算定している<br>5. 後発医薬品使用体制加算４を算定している |
| | 令和2年10月1日 | 1. 算定していない<br>2. 後発医薬品使用体制加算１を算定している<br>3. 後発医薬品使用体制加算２を算定している<br>4. 後発医薬品使用体制加算３を算定している |
| ②後発医薬品の使用割合を新指標で算出するに当たって問題はありますか。<br>※○は１つだけ<br>算出方法:後発医薬品の規格単位数量/後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 | | 1. ある　　2. ない→質問③へ |

【上記②で「1.ある」と回答した方にお伺いします】
②-1 具体的な問題点はどのようなものですか。 ※当てはまる番号すべてに○

1. 薬剤情報の抽出、集計等の処理に手間がかかる
2. 算出用コードの変更が多く、修正作業が負担である
3. オーダリングシステムを導入していない
4. その他（具体的に：

| | |
|---|---|
| ③**入院患者**に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。<br>※最も近いもの 1つだけに○ | 1. 後発医薬品を積極的に処方する<br>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する<br>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する<br>4. 後発医薬品を積極的には処方しない |
| ④今後、どのような対応が進めば、**診療所として**、入院患者への投薬・注射における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底<br>2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保<br>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保<br>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合<br>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入<br>6. 後発医薬品に対する患者の理解<br>7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価<br>8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価<br>9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示<br>10. 患者負担が軽減されること<br>11. その他（具体的に：　　）<br>12. 特に対応の必要はない |
| ⑤上記④の選択肢1.～11.のうち、最もあてはまる番号を 1 つだけお書きください。 | |

→外来の院外処方が５%未満の施設の方は、５ページの質問4にご回答ください。
→外来の院外処方が５%以上の施設の方は、６ページの質問5にご回答ください。

## 4 ＜外来の院外処方が５%未満の施設の方＞

**外来診療時における**院内投薬の状況や後発医薬品（バイオ後続品を除く）の使用に関するお考えについてお伺いします。

**①外来診療時の院内投薬における後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※○は 1つだけ**

1. 後発医薬品を積極的に処方する
2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する
3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する
4. 後発医薬品を積極的には処方しない**→質問①-2へ**

**【上記①で選択肢 1～3（後発医薬品を積極的に処方する）と回答した方にお伺いします】**
**①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○**

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
4. 診療報酬上の評価があるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
7. その他（具体的に：　　）

**【上記①で「4.後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方にお伺いします】**
**①-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○**

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
   →不足している情報［具体的に　　］
5. 経営上の観点から
6. 患者が先発医薬品を希望するから
7. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから
8. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから
9. その他（具体的に：　　）

**②令和2年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。※○は1つだけ**

1. ある
2. ない**→10ページの質問6へ**

**【上記②で「1.ある」と回答した方にお伺いします】**
**②-1 上記②で後発医薬品の処方を求められた場合、どのような対応をしましたか。※あてはまる番号すべてに○**

1. 後発医薬品を処方・調剤した
2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を処方・調剤した
3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を処方・調剤した
4. 対応しなかった（理由：　　）
5. その他（具体的に：　　）

→10ページの質問6へ進んでください。

**5** ＜有床診療所で外来の院外処方が５％以上の施設の方＞
＜無床診療所で院外処方が５％以上の施設の方＞

外来診療における処方箋発行時の状況や後発医薬品（バイオ後続品を除く）の処方に関するお考えをお伺いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①処方箋料の算定回数 | | （　　）回　※令和2年9月1か月間 | |
| ②一般名処方加算の算定回数 | | 令和元年9月1か月間 | 令和2年9月1か月間 |
| | 一般名処方加算1 | （　　）回 | （　　）回 |
| | 一般名処方加算2 | （　　）回 | （　　）回 |

③施設としての後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※○は1つだけ

1. 後発医薬品を積極的に処方する
　※一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。
2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する
3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する
4. 後発医薬品を積極的には処方しない →質問③-2へ

【上記③で選択肢 1.～3.（後発医薬品を積極的に処方する）と回答した方にお伺いします】
③-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○。

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
4. 診療報酬上の評価があるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
7. 保険薬局が信頼できるから
8. その他（具体的に：　　）

【上記③で「4.後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方にお伺いします】
③-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
　→不足している情報（　　）
5. 一般名の記入がしづらいから
6. 患者が先発医薬品を希望するから
7. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断したから
8. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから
9. その他（具体的に：　　）

④2年前と比較して、後発医薬品の処方数（一般名処方や後発医薬品への「変更不可」としない処方箋も含みます）は、どのように変化しましたか。※○は1つだけ

1. 多くなった　2. 変わらない　3. 少なくなった

⑤令和2年4月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋を発行したことはありますか。※○は1つだけ

1. ある　2. ない→8ページの質問⑥へ

| | |
|---|---|
| ⑤-1あなたが発行した院外処方箋枚数全体に占める、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した医薬品が1品目でもある処方箋枚数の割合は、どの程度ありますか。※令和2年9月 | 約（　　）割 |

**⑤-2 一部の医薬品について「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。※○は1つだけ**

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更を不可とすることが多い
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更を不可とすることが多い
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更を不可とすることが多い
4. その他（具体的に：　　）

**⑤-3 先発医薬品を指定する場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○**

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
   **→不足している情報**（　　）
5. 患者からの希望があるから
6. その他（具体的に：　　）
7. 先発医薬品を指定することはない**→質問⑤-5 へ**

**⑤-4 先発医薬品を指定する場合、特に指定している先発医薬品の種類は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. 内用剤→具体的な剤形：（1. 錠剤　2. カプセル　3. OD 錠　4. 粉末　5. シロップ　6. その他（具体的に：　　））
2. 外用剤→具体的な剤形：（1. 点眼薬　2. 貼付薬　3. 軟膏　4. ローション　5. 吸入剤　6. その他（具体的に：　　））
3. その他（具体的に：　　）

**⑤-5 後発医薬品の銘柄を指定する場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○**

1. 後発医薬品の中でより信頼できるものを選択して処方すべきと考えているから
2. 特定の銘柄以外の後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
3. 特定の銘柄以外の後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 特定の銘柄以外の後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
5. 先発医薬品と主成分や添加物等が同一の製剤である後発医薬品を処方したいから
6. 先発医薬品の会社が製造した後発医薬品を処方したいから
7. 施設の方針であるため
8. 上記 1.～7.以外の理由で後発医薬品の銘柄を指定する必要があるから
   →（理由：　　）
9. 患者から希望があったから
10. その他（具体的に：　　）
11. 後発医薬品の銘柄を指定することはない**→8ページの質問⑥へ**

**⑤-6 後発医薬品の銘柄を指定する場合、特に銘柄指定している後発医薬品の種類は何ですか。**
**※あてはまる番号すべてに○**

1. 内用剤→具体的な剤形：（1. 錠剤　2. カプセル　3. OD 錠　4. 粉末　5. シロップ　6. その他（具体的に：　　））
2. 外用剤→具体的な剤形：（1. 点眼薬　2. 貼付薬　3. 軟膏　4. ローション　5. 吸入剤　6. その他（具体的に：　　））
3. その他（具体的に：　　）

⑥現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。※○は1つだけ

1. 発行している　　2. 発行していない　→質問⑥-3へ

【上記⑥で「1. 発行している」と回答した方にお伺いします】
⑥-1 2年前と比較して、一般名で記載された医薬品の処方数はどのように変化しましたか。
※○は1つだけ

1. 多くなった　　2. 変わらない　→質問⑦へ　　3. 少なくなった→質問⑦へ

⑥-2【上記⑥-1で「1. 多くなった」と回答した方にお伺いします】
一般名で記載された医薬品の処方数が多くなった理由はどのようなものですか ※あてはまる番号すべてに○

1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから
2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
5. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから
6. その他（具体的に：　　）

【上記⑥で「2. 発行していない」と回答した方にお伺いします】
⑥-3 一般名処方による処方箋を発行していないのはなぜですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 「変更可能」欄にチェックを入れる場合が多いため
8. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
9. その他（具体的に：　　）

⑦「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。※○は1つだけ

1. 主に合意した方法で行っている
2. 保険薬局によって様々である
3. 合意した方法はない→質問⑧へ
4. その他（具体的に：　　）→質問⑧へ

【上記⑦で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.保険薬局によって様々である」と回答した方】
⑦-1 その方法はどのようなものですか。　※あてはまる番号すべてに○

1. 調剤をした都度提供すること
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとすること
3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること
6. その他（具体的に：　　）

⑧「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように保管していますか。 ※○は1つだけ

1. カルテと共に保管している
2. カルテとは別に保管している
3. 確認はするが保管はしていない
4. 情報提供はあるが確認や保管を行っていない ⇒質問⑨へ
5. 保険薬局から実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報を受け取ったことがない ⇒質問⑨へ
6. その他（具体的に：　　）

⇒質問⑨へ

**⑧-1【上記⑧で「1. カルテに記載している」「2. カルテとは別に保管している」「3. 確認はするが保管はしていない」と回答した方にお伺いします】**
**「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように活用していますか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. 診察の際に前回の処方を確認するため
2. 有害事象等があった場合の原因を調べるため
3. 処方薬について、患者から相談があった際に参照する
4. 患者の後発医薬品に対する趣向を知るため
5. 薬局の調剤の傾向を知るため
6. 活用目的はなくても、情報提供があれば目を通す
7. その他（具体的に：　　）

**⑨一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に、必要ですか。※○は1つだけ**

1. 必要である［→理由　　］
2. 必要な場合がある［→必要な場合の具体的な内容　　］
3. 必要ではない
4. その他（具体的に：　　）

**⑩令和2年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は1つだけ**

1. ある　　2. ない　→質問⑪へ

**⑩-1 上記⑩で「1.ある」の場合、どのような対応をしましたか。※あてはまる番号すべてに○**

1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
2. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した
4. 一般名で処方した
5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった
6. 対応しなかった（理由：　　）
7. その他（具体的に：　　）

**⑪後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する頻度として最も多いのは何ですか。 ※○は1つだけ**

1. 処方の都度、毎回、確認している
2. 毎回ではないが、時々、確認している
3. 治療方針を変更する際に確認している
4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している
5. 特に確認していない
6. その他（具体的に：　　）

## 6 ＜すべての診療所の方にお伺いします＞

**後発医薬品（バイオ後続品を除く）の使用に関するお考えについてお伺いします。**

①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。※○は1つだけ

1. だいたい知っている　2. 少しは知っている　3. ほとんど知らない

②厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q＆A～＜平成27年2月第3版発行＞』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。※○は1つだけ

1. 知っている（内容も見た）　2. 知っている（内容は見ていない）　3. 知らない

③今現在、後発医薬品に関して不信感はありますか。　※○は1つだけ

1. ある　2. ない→質問④へ

③-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。　※あてはまる番号すべてに○

1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した
2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した
3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した
4. 処方していた後発医薬品が品切・製造中止となった
5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった
6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった
7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた
8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた
9. その他（具体的に：　）

④今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めてもよいと思いますか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入
6. 後発医薬品に対する患者の理解
7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示
10. その他（具体的に：　）
11. 特に対応は必要ない→質問⑥へ

⑤上記④の選択肢1.～10.のうち、<u>最もあてはまるものの番号を1つ</u>だけお書きください。　[　　]

⑥一般名処方による処方箋を発行した際、薬局でどのような医薬品が調剤されたかについて知りたいですか。※○は1つだけ

1. 全ての処方箋について知りたい　2. 特定の条件に該当する処方箋については知りたい
3. 知りたいとは思わない

⑦「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが望ましいと思いますか。※○は1つだけ

1. 薬局から、調剤をした都度
2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて
3. 薬局から、特定の場合にのみ（前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等）
4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に
5. 必要でない
6. その他（具体的に：　）

⑧医薬品を安く調達するために、他の医療機関等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。※○は1つだけ

1. 行っている　　2. 行っていない

⑨貴施設は**医療情報連携ネットワーク**＊に参加していますか。※○は1つだけ
＊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

1．参加あり　　2．参加なし

⑩後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

**7** ＜すべての診療所の方にお伺いします＞
バイオ後続品の使用に関するお考えについてお伺いします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。国内で承認されたバイオ後続品がある先行バイオ医薬品は、次のとおりです。

※1 ここでは後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオＡＧ）を含みます。
いわゆるバイオＡＧとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

| 先行バイオ医薬品の一般的名称※2 | 先行バイオ医薬品　販売名 |
|---|---|
| ソマトロピン | ジェノトロピン |
| エポエチン アルファ | エスポー |
| フィルグラスチム | グラン |
| インフリキシマブ | レミケード |
| インスリン グラルギン | ランタス |
| リツキシマブ | リツキサン |
| トラスツズマブ | ハーセプチン |
| エタネルセプト | エンブレル |
| アガルシダーゼ ベータ | ファブラザイム |
| ベバシズマブ | アバスチン点滴静注用 |
| ダルベポエチン　アルファ※3 | ネスプ注射液 |
| テリパラチド | フォルテオ皮下注 |
| インスリン　リスプロ | ヒューマログ注 |
| アダリムマブ※4 | ヒュミラ皮下注 |

※2（遺伝子組換え）を省略して記載

※3　バイオ後続品と後発バイオ医薬品のそれぞれが承認されている

※4　アダリムマブは令和2年6月29日時点では薬価未収載

①貴施設の院内（入院または院内の外来）におけるバイオ後続品の使用に関する考え方について最も近いものはどれですか。
※○は1つだけ

1. バイオ後続品が発売されているものは、積極的に使用する
2. 薬の種類によっては、バイオ後続品を積極的に使用する
3. バイオ後続品を積極的には使用していない　→質問③へ
4. バイオ医薬品（先行バイオ医薬品、バイオ後続品）の対象となる患者がいない　→質問⑧へ
5. その他（具体的に：　　）→質問④へ

【上記①で選択肢 1.～2.（バイオ後続品を積極的に使用する）と回答した方にお伺いします】
②バイオ後続品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから
4. 医療費削減につながるから
5. 経営上のメリットがあるから
6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧであれば積極的に使用する
8. その他（具体的に：　　）

【上記①で「3.バイオ後続品を積極的には使用していない」と回答した方にお伺いします】
③バイオ後続品を積極的には使用していない理由としてあてはまるものお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから
   →不足している情報（　　）
3. バイオ後続品の品目が少ないから
4. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
5. 患者への普及啓発が不足しているから
6. 患者にとってのメリットが分かりにくいから
7. 院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから
8. 在庫管理等の負担が大きいから
9. 経営上の観点から（具体的に：　　）
10. 製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから
11. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では適応症が異なるから
12. その他（具体的に：　　）

④貴施設では、外来患者に対して、バイオ後続品の院外処方箋を発行していますか。
バイオ後続品の院外処方箋とは、バイオ後続品の製品名又は一般的名称で処方箋を発行する場合をいいます。
なお、バイオ後続品の院外処方箋発行の対象となるバイオ製品は在宅自己注射が可能な製品であり、現在使用できるバイオ後続品は、インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤です。

1. 発行している　　2.発行していない

【上記④で1.発行していると回答した方にお伺いします。】
⑤発行する際、処方箋にどのように表記していますか。※○は1つだけ

1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● ＢＳ注射液 含量 会社名」）
2. 一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）［●●●後続１］」）
3. 一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○［●●●後続１］」）
4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品名で処方
5. その他（具体的に：　　）

【上記④で1.発行していると回答した方にお伺いします。】
⑥令和2年診療報酬改定で在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、貴施設におけるバイオ後続品の処方箋発行が増えましたか。

1. はい　　2. いいえ　　3. わからない

【上記⑥で「2.いいえ」と回答した方にお伺いします】
⑦処方箋発行が増えない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 加算点数が少ないから
2. 算定要件がわからないから
3. 算定要件が厳しいから
4. 初回処方日の属する月から逆算して3カ月しか算定できないから
5. 月1回しか算定できないから
6. 対象の注射薬が対象となる患者がいないから
   ※インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤
7. 患者負担があまり軽減されないから
8. バイオ後続品の品目数が少ないから
9. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
10. バイオ後続品導入初期加算を知らなかった
11. その他（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします】
⑧今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 診療報酬上の評価
2. より患者負担が軽減されること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
4. 国からの国民への啓発と患者の理解
5. バイオ後続品企業からの情報提供
6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
7. バイオ後続品の品目数が増えること
8. バイオ後続品の供給がより安定すること
9. バイオ後続品の在庫の負担軽減
10. 医療機関に対する経営的メリットがあること
11. その他（具体的に：　　）
12. バイオ後続品を使用する必要はない

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和２年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

ID:

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

# 病院票

※この病院票は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の採用状況やお考えについてお伺いするものですが、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です。

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

※特に断りのない場合は、令和2年10月1日現在の状況についてご記入ください。

※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## ０．ご回答者についてお伺いします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①性別※○は1つだけ | 1. 男性　　2. 女性 | ②年齢 | （　　）歳 |
| ③職種※○は1つだけ | 1. 開設者・管理者　　2. 薬剤部門責任者<br>3. その他（具体的に：　　） | | |

## １．貴施設の状況についてお伺いします（令和2年10月1日現在）。

| | |
|---|---|
| ①所在地（都道府県） | （　　）都・道・府・県 |
| ②開設者　※○は1つだけ | 1. 国　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体<br>5. 医療法人（社会医療法人を除く）　6. 会社　7. その他の法人　8. 個人 |
| ③開設年 | 西暦（　　）年 |
| ④標榜している診療科<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科＊1　2. 外科＊2　3. 精神科　4. 小児科<br>5. 皮膚科　6. 泌尿器科　7. 産婦人科・産科　8. 眼科<br>9. 耳鼻咽喉科　10. 放射線科　11. 脳神経外科　12. 整形外科<br>13. 麻酔科　14. 救急科　15. 歯科・歯科口腔外科　16. リハビリテーション科<br>17. その他（具体的に　　） |
| ＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。<br>＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。 | |
| 【上記④で　1. 内科と回答した方】※あてはまる番号すべてに○ | |
| ④-1　内科の詳細 | 1.腎臓内科　2.血液内科　3.リウマチ内科　4.糖尿病内科　5.消化器内科　6. 1～5に該当なし |
| ⑤ＤＰＣ対応　※○は1つだけ | 1. DPC 対象病院　2. DPC 準備病院　3. DPC対象病院・準備病院以外 |
| ⑥オーダリングシステムの導入状況<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 一般名処方に対応できるオーダリングシステムを導入している<br>2. 後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している<br>3. バイオ後続品が表示されるオーダリングシステムを導入している<br>4. オーダリングシステムを導入している（上記 1、2、3の機能はない）<br>5. オーダリングシステムを導入していない |
| ⑦外来の院内・院外処方の割合 | 院内処方（　　）％＋院外処方（　　）％＝100％　※算定回数ベース |
| ⑧特定入院料の状況<br>※貴施設で算定しているものすべてに○ | 1.回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料　2.地域包括ケア病棟入院料<br>3.救命救急入院料　4.特定集中治療室管理料　5.小児入院医療管理料<br>6.その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料（精神科救急入院料等）<br>7.いずれも算定していない |
| ⑨許可病床数 | 1) 一般病床（　　）床　2) 療養病床（　　）床<br>3) 精神病床（　　）床　4) 結核病床（　　）床<br>5) 感染症病床（　　）床 |
| | 6) 全　体（　　）床 |
| ⑩医師数（常勤換算）<br>※小数点以下第1位まで | （　　.　　）人 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑪薬剤師数（常勤換算）<br>※小数点以下第1位まで | （　　.　　）人 | ⑪-1薬剤師のうち、病棟専任の薬剤師数 | （　　）人 |

| | 令和元年7月～9月の月平均値 | 令和2年7月～9月の月平均値 |
|---|---|---|
| ⑫外来患者延数 | 人/月 | 人/月 |
| ⑬在院患者延数 | 人/月 | 人/月 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑭処方箋料の算定回数 | | （　　）回　※令和2年9月1か月間 | |
| ⑮一般名処方加算の算定回数 | | 令和元年9月1か月間 | 令和2年9月1か月間 |
| | 一般名処方加算１ | （　　）回 | （　　）回 |
| | 一般名処方加算２ | （　　）回 | （　　）回 |

【上記⑮で令和元年と比べ、令和2年の一般名処方加算の算定回数が増えた方におうかがいします】
⑮-1 一般名処方加算の算定回数が増えた理由はどのようなものですか。　※あてはまる番号すべてに○

1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから
2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
5. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから
6. その他（具体的に：　　）

| | | |
|---|---|---|
| ⑯後発医薬品使用体制加算の状況<br>※○は1つだけ | 令和元年10月1日 | 1. 算定していない<br>2. 後発医薬品使用体制加算１を算定している<br>3. 後発医薬品使用体制加算２を算定している<br>4. 後発医薬品使用体制加算３を算定している<br>5. 後発医薬品使用体制加算４を算定している |
| | 令和2年10月1日 | 1. 算定していない<br>2. 後発医薬品使用体制加算１を算定している<br>3. 後発医薬品使用体制加算２を算定している<br>4. 後発医薬品使用体制加算３を算定している |

⑰後発医薬品の使用割合を算出するに当たって問題はありますか。※○は１つだけ
※算出方法：後発医薬品の規格単位数量÷後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量

1.ある　　2.ない　→質問⑱へ

【上記質問⑰で「1.ある」と回答した方におうかがいします】
⑰-1 具体的な問題点はどのようなものですか。　※当てはまる番号すべてに○

1. 薬剤情報の抽出、集計等の処理に手間がかかる
2. 算出用コードの変更が多く、修正作業が負担である
3. オーダリングシステムを導入していない
4. その他（具体的に：　　）

⑱令和2年4月～10月の間に、在宅自己注射指導管理料を算定しましたか。※1人でも算定していれば「1. はい」に○

1. はい　　2．いいえ　→質問⑲へ

【上記質問⑱で「1.はい」と回答した方にお伺いします】
⑱-1　令和2年4月～10月の間に、在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算を算定しましたか。
※1人でも算定していれば「1. はい」に○

1. はい　　2．いいえ

⑲貴施設において、**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**を行うために、**ICT（情報通信技術）**を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. ICTを活用している
→活用しているICT：
11.メール　12. 電子掲示板　13.グループチャット
14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
15. 地域医療情報連携ネットワーク　16. 自院を中心とした専用の情報連携システム
17.その他（具体的に：　　）
2. ICTは活用していない

## 2．貴施設における後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ①後発医薬品の採用状況<br>※○は1つだけ | 1. 後発医薬品があるものは積極的に採用<br>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用<br>3. 後発医薬品を積極的には採用していない<br>4. その他（具体的に：　　） |
| ②後発医薬品を採用する際に重視することは何ですか。<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること<br>2. メーカー（卸を通じたものも含む）からの情報提供が頻繁にあること<br>3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること<br>4. 大病院で採用されていること<br>5. 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること<br>6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること<br>7. 納品までの時間が短いこと<br>8. 安定供給に信頼のあるメーカーであること<br>9. 患者からの評判が良いこと<br>10. 調剤がしやすい(例:容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい)こと<br>11. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること<br>（例:味が良い、かぶれにくいなど）<br>12. メーカーの問い合わせ窓口における対応が充実していること<br>13. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること<br>14. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること<br>15. オーソライズドジェネリックであること<br>16. 包装の仕様としてバラ包装があること<br>17. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること<br>18. その他(具体的に:　　) |
| ③上記②の選択肢1.～18.のうち、最も重視する点としてあてはまる番号を 1 つご記入ください。 | |

④貴院では、医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等（いわゆる「フォーミュラリー」）を定めていますか。 ※○は1つだけ

1. 定めている
2. 今は定めていないが、定める予定がある
3. 定めていない（定める予定もない）→質問⑧へ
4. その他（具体的に：　　）→質問⑩へ

【上記④で「1.定めている」または「2.今は定めていないが、定める予定がある」と回答した方におうかがいします】
⑤ 貴院における薬効群ごとのフォーミュラリーの設定（予定含む）状況について、当てはまるものに○をつけてください。
※薬効群ごとに○は1つだけ

| | 薬効群 | 1. 定めている | 2. 定める予定 | 3. 定めていない | 4. その他 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | プロトンポンプ阻害薬(PPI)注射薬 | | | | |
| 2 | プロトンポンプ阻害薬(PPI)経口薬 | | | | |
| 3 | $H_2$遮断薬（内服薬） | | | | |
| 4 | α-グルコシダーゼ阻害薬 | | | | |
| 5 | グリニド系薬 | | | | |
| 6 | HMG-CoA 還元酵素阻害薬 | | | | |
| 7 | RAS 系薬（ACE 阻害薬、ARB 等） | | | | |
| 8 | ビスフォスホネート剤 | | | | |
| 9 | G-CSF 製剤 | | | | |
| 10 | その他（具体的に） | | | | |

【前ページ④で「1.定めている」と回答した方におうかがいします】
⑤-1 フォーミュラリーを定めた目的を具体的にお書きください。

【上記⑤-1を回答した方におうかがいします。】
⑤-2 フォーミュラリーの設定により目的は達成できましたか。 ※○は１つだけ

1. はい　2. いいえ　3. わからない

【前ページ④で「1.定めている」と回答した方におうかがいします】
⑤-3 フォーミュラリーを定めたことにより、メリットを感じますか。 ※○は1つだけ

1. はい　2. いいえ →質問⑥へ

【上記⑤-3で「1. はい」と回答した方におうかがいします。】
⑤-4 フォーミュラリーを定めたことによるメリットは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 薬物治療の標準化し、安全性が向上した
2. 医師の処方にかかる負担が軽減した
3. 患者の経済的負担が軽減された
4. 後発医薬品の使用促進につながった
5. 医薬品管理の在庫管理が容易になった
6. 医薬品の購入費削減、経営が合理化された
7. その他（具体的に：　）

【前記④で「1.定めている」または「2.今は定めていないが、定める予定がある」と回答した方におうかがいします】
⑥貴院で定めたフォーミュラリーを、公開又は地域で共有していますか。 ※○は1つだけ

1.公開・共有している　2.公開・共有していない →問⑩へ

【上記⑥で「1.公開・共有している」と回答した方におうかがいします】
⑦どのような方法で公開・共有していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1.ホームページで公開している
2.地域の勉強会等の際に共有している
3.地域の薬剤調達に係る会議体で共有している
4.その他（具体的に：　）

【上記⑥で「1.公開・共有している」と回答した方におうかがいします】
⑦-1共有する対象は誰ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 病院　2. 診療所　3.薬局　4.医薬品卸業者　5.保険者　6.自治体
7.その他（具体的に：　）

【前記④で「3.定めていない（定める予定もない）」と回答した方におうかがいします】
⑧貴院でフォーミュラリーを設定しない理由はなんですか。 ※○は1つだけ

1.メリットが感じられない →質問⑩へ
2.メリットは感じているが設定が困難である
3.その他（具体的に：　）→質問⑩へ

【前記⑧で「2.メリットは感じているが設定が困難である」と回答した方におうかがいします】
⑨設定が困難と思われる理由はなんですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1.マンパワーが不足
2.作成のための根拠情報の不足
3.院内ルールの合意形成が困難
4.診療報酬上評価されていない
5.その他（具体的に：　）

⑩貴施設における後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。
※金額を記入する設問では、1000円未満は切り捨て（例：10万4552円 ⇒ 104,000円）

| 医薬品区分 | 備蓄品目数（令和2年10月1日）注 | 購入金額（令和2年7月～9月までの合計額） | 廃棄額（令和2年7月～9月までの合計額） |
|---|---|---|---|
| 1) 調剤用医薬品 | 約（　）品目 | 約（　）円 | 約（　）円 |
| 2) 上記1)のうち後発医薬品 | 約（　）品目 | 約（　）円 | 約（　）円 |
| 3) 上記1)のうちバイオ後続品 | 約（　）品目 | 約（　）円 | 約（　）円 |

注. 令和2年10月1日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している直近月の初日の数値をご記入ください。

| ⑪上記⑩1)調剤用医薬品および⑩2)後発医薬品備蓄品目数の内訳<br>※令和2年10月1日 | | 全品目 | うち、後発医薬品 |
|---|---|---|---|
| | 1）内服薬 | （　　）品目 | （　　）品目 |
| | 2）外用薬 | （　　）品目 | （　　）品目 |
| | 3）注射薬 | （　　）品目 | （　　）品目 |
| | 4）合計 | （　　）品目 | （　　）品目 |

⑫後発医薬品使用割合 ＜**新指標、数量ベース**＞（令和元年7月～9月、令和2年7月～9月）※小数点以下第１位まで

※(1か月間に調剤した後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量)÷(1 か月間に調剤した後発医薬品ありの先発医薬品と後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量)×100(%)。

| | | 7月 | 8月 | 9月 |
|---|---|---|---|---|
| 令和元年 | 外来 | （　　.　　）% | （　　.　　）% | （　　.　　）% |
| | 入院 | （　　.　　）% | （　　.　　）% | （　　.　　）% |
| 令和2年 | 外来 | （　　.　　）% | （　　.　　）% | （　　.　　）% |
| | 入院 | （　　.　　）% | （　　.　　）% | （　　.　　）% |

**院外処方箋を発行している施設の方**にお伺いします。
院外処方箋を発行していない施設の方は７ページの質問４．①へお進みください。

３．**外来診療における処方箋発行時の状況や後発医薬品の採用（バイオ後続品※を除く）に関するお考え**をお伺いします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

※1 ここでは、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG）を含みます。
いわゆるバイオAGとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

①外来患者に院外処方する場合、後発医薬品の採用について、施設としてどのように対応していますか。※○は1つだけ

1. 施設の方針として、後発医薬品を積極的に採用する
2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用する
3. 特に方針を決めていない　→質問②へ
4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど採用していない　→質問②へ
5. その他（具体的に：　　）→質問②へ

【上記①で選択肢1または2を選択した方におうかがいします】
①-1 施設として後発医薬品を積極的に採用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
4. 診療報酬上の評価があるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
7. 保険薬局が信頼できるから
8. その他（具体的に：　　）

②現在、貴施設では、一般名処方による処方箋を発行していますか。 ※○は1つだけ

1. 発行している　→質問③へ
2. 発行を検討中
3. 発行していない

【上記②で「2. 発行を検討中」または「3. 発行していない」を選んだ方におうかがいします】

②-1 一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○。

1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
8. その他（具体的に： ）
9. 特に理由はない

③「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが望ましいと思いますか。※○は1つだけ

1. 薬局から、調剤をした都度
2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて
3. 薬局から、特定の場合にのみ（前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等）
4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に
5. 必要でない
6. その他（具体的に： ）

④「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。※○は1つだけ

1. 主に合意した方法で行っている
2. 保険薬局によって様々である
3. 合意した方法はない →８ページの質問５．①へ
4. その他（具体的に ： ）

→８ページの質問５．①へ

【上記④で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.保険薬局によって様々である」と回答した方】

④-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 調剤をした都度提供すること
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとすること
3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること
6. その他（具体的に： ）

→8ページの質問５．①にお進みください。

**院外処方箋を発行していない施設の方**にお伺いします。

4．**外来診療時における院内投薬の状況**や後発医薬品（バイオ後続品を除く）の採用に関するお考えについてお伺いします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

※1 ここでは、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG）を含みます。
いわゆるバイオAGとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

①外来診療時の院内投薬における後発医薬品の採用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※○は1つだけ

1. 施設の方針として、後発医薬品を積極的に採用する
2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用する
3. 特に方針を定めていない　→８ページの質問５．①へ
4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど採用していない　→８ページの質問５．①へ
5. その他（具体的に：　　）

→８ページの質問５．①へ

【上記①で選択肢1または2を選んだ方におうかがいします】

②後発医薬品を積極的に採用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
4. 診療報酬上の評価があるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
7. その他（具体的に：　　）

→８ページの質問５．①にお進みください。

**すべての施設の方**にお伺いします。

５．**入院患者**に対する後発医薬品（バイオ後続品を除く）の採用に関するお考えについてお伺いします。

※ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

**①入院患者に対する後発医薬品の採用状況として、最も近いものをお選びください。　※○は1つだけ**

1. 後発医薬品を積極的に採用する
2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用する
3. 患者によって、後発医薬品を積極的に採用する
4. 後発医薬品を積極的には採用しない

**②今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射における後発医薬品の採用を進めてもよいと思いますか。　※あてはまる番号すべてに○**

1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入
6. 後発医薬品に対する患者の理解
7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示
10. 患者負担が軽減されること
11. 患者からの希望が増えたら
12. その他（具体的に：　　）
13. 特に対応は必要ない　→9ページの質問６.①へ

**③上記②の選択肢１～12のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。**　[　　]

**すべての施設の方**にお伺いします。

6．後発医薬品の採用に関するお考えについてお伺いします。

①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. だいたい知っている　　2. 少しは知っている　　3. ほとんど知らない

②今現在、後発医薬品に関して不信感はありますか。※○は1つだけ

1. ある　　2. ない→質問③へ

【上記②で「1.ある」と回答した方におうかがいします】

②-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した
2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した
3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した
4. 採用していた後発医薬品が品切れ・製造中止となった
5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった
6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった
7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた
8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた
9. その他（具体的に：　　）

③医薬品を安く調達するために、他の医療機関等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。※○は1つだけ

1. 行っている　　2. 行っていない

④有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等（フォーミュラリー）を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを「地域フォーミュラリー」と呼びますが、貴施設の所属する地域における地域フォーミュラリーの状況についてお教えください。※○は1つだけ

1. 地域フォーミュラリーが存在する　　2. 地域フォーミュラリーを作成中である
3. 地域フォーミュラリーは存在しない →9ページの質問⑦へ
4. どのような状況であるか分からない →9ページの質問⑦へ
5. 地域フォーミュラリーがどのようなものかが分からない →9ページの質問⑦へ

【上記④で「1.地域フォーミュラリーが存在する」または「2.地域フォーミュラリーを作成中である」と回答した方】

⑤薬効群ごとのフォーミュラリーの設定（予定含む）状況について当てはまるものに○をつけてください。※薬効群ごとに○は1つ

| | 薬効群 | 1. 定めている | 2. 定める予定 | 3. 定めていない | 4. その他 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | プロトンポンプ阻害薬（PPI）注射薬 | | | | |
| 2 | プロトンポンプ阻害薬（PPI）経口薬 | | | | |
| 3 | $H_2$遮断薬（内服薬） | | | | |
| 4 | α-グルコシダーゼ阻害薬 | | | | |
| 5 | グリニド系薬 | | | | |
| 6 | HMG-CoA 還元酵素阻害薬 | | | | |
| 7 | RAS 系薬（ACE 阻害薬、ARB 等） | | | | |
| 8 | ビスフォスホネート剤 | | | | |
| 9 | G-CSF 製剤 | | | | |
| 10 | その他（具体的に） | | | | |

【上記④で「1.地域フォーミュラリーが存在する」または「2.地域フォーミュラリーを作成中である」と回答した方】
⑥貴施設の所属する地域における地域フォーミュラリーの作成に参加した（作成中の場合は参加している）団体等に○をつけてください。 ※あてはまる番号すべてに○

1．病院　2．診療所　3.医師会　4.薬剤師会　5.保険者　6.自治体
7.その他（具体的に：　　）

⑦貴施設は**医療情報連携ネットワーク**＊に参加していますか。※○は1つだけ
＊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

1．参加あり　2．参加なし

⑧後発医薬品の促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

**すべての施設の方**にお伺いします。

7．バイオ後続品※の採用に関するお考えについてお伺いします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。国内で承認されたバイオ後続品がある先行バイオ医薬品は、次のとおりです。

※1 ここでは、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG）を含みます。いわゆるバイオAGとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

| 先行バイオ医薬品の一般的名称※2 | 先行バイオ医薬品　販売名 |
|---|---|
| ソマトロピン | ジェノトロピン |
| エポエチン アルファ | エスポー |
| フィルグラスチム | グラン |
| インフリキシマブ | レミケード |
| インスリン グラルギン | ランタス |
| リツキシマブ | リツキサン |
| トラスツズマブ | ハーセプチン |
| エタネルセプト | エンブレル |
| アガルシダーゼ ベータ | ファブラザイム |
| ベバシズマブ | アバスチン点滴静注用 |
| ダルベポエチン　アルファ※3 | ネスプ注射液 |
| テリパラチド | フォルテオ皮下注 |
| インスリン　リスプロ | ヒューマログ注 |
| アダリムマブ※4 | ヒュミラ皮下注 |

※2（遺伝子組換え）を省略して記載

※3 バイオ後続品と、いわゆるバイオAGのそれぞれが承認されている

※4 アダリムマブは令和2年6月29日時点では薬価未収載

①貴施設でのバイオ後続品の採用に関する考え方について最も近いものをお選びください。 ※○は1つだけ

1. バイオ後続品が発売されているものは積極的に採用する
2. 製品によってはバイオ後続品を積極的に採用する
3. バイオ後続品を積極的には採用しない　→12ページの質問②へ
4. バイオ医薬品（先行バイオ医薬品、バイオ後続品）の対象となる患者がいない　→12ページの質問③へ
5. その他（具体的に：　　）→12ページの質問③へ

【上記①で選択肢 1.または2.（バイオ後続品を積極的に採用する）と回答した方におうかがいします】

①-1 バイオ後続品を積極的に採用する理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから
4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオAGであれば積極的に採用する
8. その他（具体的に：　　）

【上記①で選択肢 1.または2.（バイオ後続品を積極的に採用する）と回答した方におうかがいします】
①-2 バイオ後続品の採用をさらに促進するために、今後どのような対応を望まれますか。※〇はいくつでも

1. 診療報酬上の評価
2. より患者負担が軽減されること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
4. 国からの国民への啓発と患者の理解
5. バイオ後続品企業からの情報提供
6. バイオ後続品の供給が安定すること
7. バイオ後続品の在庫負担の軽減
8. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
9. その他（具体的に：　　）

【上記①で「3.バイオ後続品を積極的には採用していない」と回答した方におうかがいします】
②バイオ後続品を積極的には採用していない理由としてあてはまるものお選びください。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから
   →不足している情報（　　）
3. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
4. 患者への普及啓発が不足しているから
5. 院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから
6. 診療科からの要望がないから
7. 在庫管理等の負担が大きいから
8. 経営上の観点から　→（具体的に：　　）
9. 製造販売後調査の手間が大きいから
10. 先行バイオ医薬品と比べ、バイオ後続品で承認された適応症が少ないから
11. その他（具体的に：　　）

【上記①で選択肢3～5を選んだ方にお伺いします】
③今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の採用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 診療報酬上の評価
2. より患者負担が軽減されること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
4. 国からの国民への啓発と患者の理解
5. バイオ後続品企業からの情報提供
6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
7. バイオ後続品の品目数が増えること
8. バイオ後続品の供給が安定すること
9. バイオ後続品の在庫負担の軽減
10. バイオ後続品の品目数が増えること
11. 医療機関に対する経営的メリットがあること
12. その他（具体的に：　　）
13. バイオ後続品を採用する必要はない

病院票の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和2年〇月〇日（〇）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

**医師票**

※この医師票は、貴施設において、外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについておうかがいするものです。

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

※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒（切手不要）にて、直接事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

※特に断りのない場合は、令和2年10月1日現在の状況についてご記入ください。

## 1．回答者ご自身についておうかがいします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①性別 ※○は1つだけ | 1. 男性　2.女性 | ②年齢 | （　　）歳 |
| ③主たる担当診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科＊1　2. 外科＊2　3. 精神科　4. 小児科<br>5. 皮膚科　6. 泌尿器科　7. 産婦人科・産科　8. 眼科<br>9. 耳鼻咽喉科　10. 放射線科　11. 脳神経外科　12. 整形外科<br>13. 麻酔科　14. 救急科　15. 歯科・歯科口腔外科　16. リハビリテーション科<br>17. その他（具体的に：　　） | | |
| 【上記③で「1. 内科」と回答した方におうかがいします】※あてはまる番号すべてに○ | | | |
| ④　内科の詳細 | 1.腎臓内科　2.血液内科　3.リウマチ内科　4.糖尿病内科　5.消化器内科　6. 1～5に該当なし | | |
| ⑤1日当たりの担当している平均外来診察患者数 | （　　）人　※令和2年9月 | | |

⑥生活習慣病治療のための処方日数についておうかがいします。対象患者がいない場合は、「2. 患者無」に○をつけて次の設問へお進みください。

| 平均的な処方日数（最多頻度の患者像でご回答ください）※○は一つ | | 令和元年9月1か月間 | 令和2年9月1か月間 |
|---|---|---|---|
| 1) 糖尿病治療薬 | (1. 患者有・2. 患者無) | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ |
| 2) 高血圧症治療薬 | (1. 患者有・2. 患者無) | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ |
| 3) 脂質異常症治療薬 | (1. 患者有・2. 患者無) | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ | ～4週・5～8週・9～12週・13週～ |

＊1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

＊2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」としてご回答ください。

＜院外処方箋を発行している施設の方におうかがいします。院外処方箋を発行していない施設の方は５ページの質問３．①へお進みください＞

## 2．**外来診療における**院外処方箋発行時の状況や後発医薬品の処方（**バイオ後続品を除く**）に関するお考えについておうかがいします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

※1 ここでは、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG）を含みます。
いわゆるバイオAGとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

1. 後発医薬品を積極的に処方する　※一般名処方の場合や「更不可」欄にチェック等を行わない場合を含む。
2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する
3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する
4. 後発医薬品を積極的には処方しない →質問①-2へ

【上記①で選択肢 1～3（後発医薬品を積極的に処方する）を回答した方におうかがいします】
①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担を軽減できるから
3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
4. 診療報酬上の評価があるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
7. 施設の方針だから
8. 近隣の保険薬局が信頼できるから
9. その他（具体的に： ）

【上記①で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方におうかがいします】
①-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
   →不足している情報（具体的に： ）
5. 一般名の記入がしづらいから
6. 患者が先発医薬品を希望するから
7. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから
8. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから
9. 施設の方針だから
10. その他（具体的に： ）

②2年前と比較して、後発医薬品の処方数（一般名処方や後発医薬品への「変更不可」としない処方箋も含みます）は、どのように変化しましたか。 ※○は1つだけ

1. 多くなった　2. 変わらない　3. 少なくなった

③令和2年4月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋を発行したことはありますか。※○は1つだけ

1. ある　2. ない →質問④へ

③－1 あなたが発行した院外処方箋枚数全体に占める、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した医薬品が 1品目でもある処方箋枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※令和2年 9 月

約（　　）割

③－2 一部の医薬品について「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。 ※○は1つだけ

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更を不可とすることが多い
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更を不可とすることが多い
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更を不可とすることが多い
4. その他（具体的に： ）

③－3 先発医薬品を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
   →不足している情報（　　）
5. 患者からの希望があるから
6. その他（具体的に： ）
7. 先発医薬品を指定することはない→質問③-5へ

**③−4 先発医薬品を指定する場合、特に指定している先発医薬品の種類は何ですか。　※あてはまる番号すべてに○**

1. 内用剤→具体的な剤形：（1. 錠剤　2. カプセル　3. OD錠　4. 粉末　5. シロップ　6. その他（具体的に：　））
2. 外用剤→具体的な剤形：（1. 点眼薬　2. 貼付薬　3. 軟膏　4. ローション　5. 吸入剤　6. その他（具体的に：　））
3. その他（具体的に：　）

**③−5 後発医薬品の銘柄を指定する場合、その理由は何ですか。　※あてはまる番号すべてに○**

1. 後発医薬品の中でより信頼できるものを選択して処方すべきと考えているから
2. 特定の銘柄以外の後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
3. 特定の銘柄以外の後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 特定の銘柄以外の後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
5. 先発医薬品と主成分や添加物等が同一の製剤である後発医薬品を処方したいから
6. 先発医薬品の会社が製造した後発医薬品を処方したいから
7. 施設の方針であるため
8. 患者から希望があったから
9. その他（具体的に：　）
10. 後発医薬品の銘柄を指定することはない　**→質問④へ**

**③−6 後発医薬品の銘柄を指定する場合、特に銘柄指定している後発医薬品の種類は何ですか。**
**※あてはまる番号すべてに○**

1. 内用剤→具体的な剤形：（1. 錠剤　2. カプセル　3. OD錠　4. 粉末　5. シロップ　6. その他（具体的に：　））
2. 外用剤→具体的な剤形：（1. 点眼薬　2. 貼付薬　3. 軟膏　4. ローション　5. 吸入剤　6. その他（具体的に：　））
3. その他（具体的に：　）

**④現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。　※○は1つだけ**

1. 発行している　　2. 発行していない　**→質問④−3へ**

**【上記④で「1. 発行している」と回答した方】**

**④−1 2年前と比較して、一般名で記載された医薬品の処方数はどのように変化しましたか。　※○は1つだけ**

1. 多くなった　　2. 変わらない　**→質問⑤へ**　　3. 少なくなった　**→質問⑤へ**

**【上記④−1で「1. 多くなった」と回答した方】**

**④−2 一般名で記載された医薬品の処方数が増えた理由はどのようなものですか。　※あてはまる番号すべてに○**

1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから
2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
5. その他（具体的に：　）

【上記④で「2. 発行していない」と回答した方】

④-3 一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○。

1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 「変更可能」欄にチェックを入れる場合が多いため
8. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
9. 施設の方針のため
10. その他（具体的に： ）
11. 特に理由はない

⑤一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように保存していますか。 ※○は1つだけ

1. カルテと共に保管している
2. カルテとは別に保管している
3. 確認はするが保管はしていない
4. 情報提供はあるが確認や保管を行っていない ⇒質問⑥へ
5. 保険薬局から実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報を受け取ったことがない ⇒質問⑥へ
6. その他（具体的に： ）

⇒質問⑥へ

⑤-1【上記⑤で「1. カルテに記載している」「2. カルテとは別に保管している」「3. 確認はするが保管はしていない」と回答した方におうかがいします】

「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように活用していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 診察の際に前回の処方を確認するため
2. 有害事象等があった場合の原因を調べるため
3. 処方薬について、患者から相談があった際に参照する
4. 患者の後発医薬品に対する趣向を知るため
5. 薬局の調剤の傾向を知るため
6. 活用目的はなくても、情報提供があれば目を通す
7. その他（具体的に： ）

⑥一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、調剤した保険薬局からの情報提供（調剤した銘柄等）は「お薬手帳」以外に必要ですか。 ※○は1つだけ

1. 必要である　2. 必要な場合がある　3. 必要ではない

⑦令和2年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. ある　2. ない →質問⑧へ

【上記⑦で「1. ある」と回答した方におうかがいします】

⑦-1 患者から後発医薬品の処方を求められた際、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
2. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した
4. 一般名で処方した
5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった
6. 対応しなかった
7. その他（具体的に： ）

⑧一般名処方による処方箋を発行した際、薬局でどのような医薬品が調剤されたかについて知りたいですか。 ※○は1つだけ

1. 全ての処方箋について知りたい　　2. 特定の条件に該当する処方箋については知りたい
3. 知りたいとは思わない

⑨「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが望ましいと思いますか。※○は1つだけ

1. 薬局から、調剤をした都度
2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて
3. 薬局から、特定の場合にのみ（前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等）
4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に
5. 必要ない
6. その他（具体的に：　　）

→6ページ質問4．①へお進みください。

＜院外処方箋を発行していない施設の方におうかがいします＞

3．**外来診療時における**院内投薬の状況や後発医薬品（**バイオ後続品を除く**）の使用に関するお考えについておうかがいします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。国内で承認されたバイオ後続品がある先行バイオ医薬品は、次のとおりです。

※1 ここでは、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG）を含みます。
いわゆるバイオAGとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

①外来診療時の院内投薬における後発医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※○は1つだけ

1. 後発医薬品を積極的に使用する
2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する
3. 患者によって、後発医薬品を積極的に使用する
4. 後発医薬品を積極的には使用しない　**→質問①-2へ**

【上記①で選択肢 1～3（後発医薬品を積極的に使用する）を選択した方におうかがいします】
①-1 後発医薬品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
4. 診療報酬上の評価があるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
7. 施設の方針だから
8. その他（具体的に：　　）

【上記①で「4. 後発医薬品を積極的には使用しない」と回答した方におうかがいします】
①-2 後発医薬品を積極的には使用しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
→不足している情報（　　）
5. 経営上の観点から
6. 患者が先発医薬品を希望するから
7. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから
8. 先発医薬品では、調剤がしやすいよう製剤上の工夫がされているから
9. 施設の方針だから
10. その他（具体的に：　　）

| ② 令和2年4月以降、患者から後発医薬品の使用を求められたことがありますか。※○は 1つだけ |
|---|
| 1. ある　　2. ない→次ページの質問４．①へ |
| 【上記②で「1. ある」と回答した方におうかがいします】<br>②-1 患者から後発医薬品の使用を求められた際に、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに○ |
| 1. 後発医薬品を使用した<br>2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を使用した<br>3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を使用した<br>4. 対応しなかった<br>5. その他（具体的に：　　） |

＜すべての方におうかがいします＞

4．後発医薬品（**バイオ後続品を除く**）の使用に関するお考えについておうかがいします。

| |
|---|
| ①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ |
| 1. だいたい知っている　　2. 少しは知っている　　3. ほとんど知らない |
| ②今現在、後発医薬品に関して不信感はありますか。※○は1つだけ |
| 1. ある　　2. ない　→質問③へ |
| ②-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。※あてはまる番号すべてに○ |
| 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した<br>2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した<br>3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した<br>4. 使用していた後発医薬品が品切れ・製造中止となった<br>5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった<br>6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった<br>7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた<br>8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた<br>9. その他（具体的に：　　） |
| ③今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。<br>※あてはまる番号すべてに○ |
| 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底<br>2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保<br>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保<br>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合<br>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入<br>6. 後発医薬品に対する患者の理解<br>7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価<br>8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価<br>9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示<br>10. その他（具体的に：　　）<br>11. 特に対応は必要ない |
| ④上記③の選択肢1～10のうち、最もあてはまるものの番号を１つだけお書きください。 |

5．後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

６．バイオ後続品の使用に関するお考えについておうかがいします。

バイオ後続品※1とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。国内で承認されたバイオ後続品がある先行バイオ医薬品は、次のとおりです。

※1 ここでは、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG）を含みます。
いわゆるバイオAGとは、有効成分、原薬、添加物、製法等が先発品と同一のバイオ医薬品を指します。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

| 先行バイオ医薬品の一般的名称※2 | 先行バイオ医薬品　販売名 |
|---|---|
| ソマトロピン | ジェノトロピン |
| エポエチン アルファ | エスポー |
| フィルグラスチム | グラン |
| インフリキシマブ | レミケード |
| インスリン グラルギン | ランタス |
| リツキシマブ | リツキサン |
| トラスツズマブ | ハーセプチン |
| エタネルセプト | エンブレル |
| アガルシダーゼ ベータ | ファブラザイム |
| ベバシズマブ | アバスチン点滴静注用 |
| ダルベポエチン　アルファ※3 | ネスプ注射液 |
| テリパラチド | フォルテオ皮下注 |
| インスリン　リスプロ | ヒューマログ注 |
| アダリムマブ※4 | ヒュミラ皮下注 |

※2（遺伝子組換え）を省略して記載

※3 バイオ後続品と、いわゆるバイオAGのそれぞれが承認されている

※4 アダリムマブは令和2年6月29日時点では薬価未収載

① 貴施設では、バイオ後続品を採用していますか。 ※○は１つだけ

1. 採用している　　2. 採用していない　　3. わからない

② ご担当の患者の中でバイオ後続品・先行バイオ医薬品の対象となる患者はいますか。 ※○は１つだけ

1. 院内（入院または院内の外来）で使用する患者がいる
2. 院外処方箋を発行する患者がいる　**→質問⑥へ**
3. 院内で使用する患者も、院外処方箋を発行する患者のどちらもいる
4. バイオ医薬品の対象となる患者はいない　**→質問⑧へ**

**【上記②で「1.院内（入院または外来の院内処方）で使用する患者がいる」または「3.院内で使用する患者も、院外処方箋を発行する患者のどちらもいる」と回答した方におうかがいします】**

**③院内でバイオ後続品・先行バイオ医薬品の対象となる患者がいる場合、使用方針はいかがでしょうか。** ※○は1つだけ

1. バイオ後続品があるものは積極的に使用する
2. 患者によってバイオ後続品を積極的に使用する
3. 製品によってはバイオ後続品を積極的に使用する
4. バイオ後続品は積極的には使用しない　**→質問⑤へ**
5. その他（具体的に：　　）　**→質問⑤へ**

【前ページ③で選択肢 1～3（積極的に使用する）を選んだ方におうかがいします】

④バイオ後続品を積極的に採用する場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから
4. 医療費削減につながるから
5. 経営上のメリットがあるから
6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオAGであれば積極的に採用する
8. その他（具体的に：　　）

質問⑥へお進みください。

【前ページ③で「4バイオ後続品は積極的には使用しない」と回答した方におうかがいします】

⑤バイオ後続品を積極的には使用しない理由をして該当するものをお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから
   →不足している情報（　　）
3. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
4. 患者への普及啓発が不足しているから
5. バイオ後続品を希望する患者がいないから
6. 患者への説明に時間がかかるから
7. 患者の経済的メリットが小さいから
8. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから
9. 在庫管理等に時間や手間がかかるから
10. 経営上の観点から
11. 製造販売後調査の手間が大きいから
12. 先行バイオ医薬品と比べ、バイオ後続品で承認された適応症が少ないから
13. その他（具体的に：　　）

【前ページの②で「2. 院外処方箋を発行する患者がいる」または「3. 院内で使用する患者も、院外処方箋を発行する患者のどちらもいる」と回答した方におうかがいします】　※○は1つだけ

⑥外来患者に対して、バイオ後続品の院外処方箋を発行していますか。発行している場合の方針はいかがでしょうか。
バイオ後続品の院外処方箋とは、バイオ後続品の販売名または一般的名称で処方箋を発行する場合をいいます。
なお、院外処方箋発行の対象となるバイオ製品は在宅自己注射が可能な製品であり、現在使用できるバイオ後続品は、インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤です。

1. 発行している　　2.発行していない　→質問⑧へ

【上記⑥で1.発行していると回答した方におうかがいします。】

⑦発行する際、処方箋にどのように表記していますか。 ※○は 1 つだけ

1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● ＢＳ注射液 含量 会社名」）
2. 一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）［●●●後続１］」）
3. 一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○［●●●後続１］」）
4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品名で処方
5. その他（具体的に：　　）

【前ページの②で1～3（バイオ医薬品の対象となる患者がいる）を選択した方におうかがいします】

⑧令和2年診療報酬改定で在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、バイオ後続品の使用が増えましたか。

1. はい　→質問⑩へ　　2. いいえ　　3.分からない　→質問⑩へ

**【上記⑧で「2.いいえ」と回答した方におうかがいします】**

**⑨ 使用が増えない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○**

1. 加算点数が少ないから
2. 算定要件がわからないから
3. 算定要件が厳しいから
4. 初回処方日の属する月から逆算して3カ月しか算定できないから
5. 月1回しか算定できないから
6. 対象の注射薬が対象となる患者がいないから
   ※インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤
7. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
8. バイオ後続品導入初期加算を知らなかった
9. その他（具体的に：　　）

**【すべての方におうかがいします】**

**⑩今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか（院内、院外処方とも）。**
**※あてはまる番号すべてに○**

1.診療報酬上の評価
2.より患者負担が軽減されること
3.医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
4.国からの国民への啓発と患者の理解
5.バイオ後続品企業からの情報提供
6.先行バイオ医薬品からバイオ後続品への切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
7. バイオ後続品の品目数が増えること
8. バイオ後続品の供給が安定すること
9. バイオ後続品の在庫負担の軽減
10.医療機関に対する経営的メリットがあること
11.その他（具体的に：　　）
12.バイオ後続品を使用する必要はない

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和2年○月○日（○）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

ID:

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査 患者票

※この患者票は、患者さんに、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況やお考えについておうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　　）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

**後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは**

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同様の効能・効果を持つ医薬品のことです。ジェネリック医薬品は先発医薬品より安価で、経済的です。

０．最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者本人（代筆の場合も含む）　2. 本人以外のご家族（具体的に：　　）

3. その他（具体的に：　　）

１．患者さんご自身のことについておうかがいします。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 性別 ※○は1つだけ | 1. 男性 | 2. 女性 | | | |
| ②年代 | 1. 9歳以下 | 2. 10歳代 | 3. 20歳代 | 4. 30歳代 | 5. 40歳代 |
| | 6. 50歳代 | 7. 60歳代 | 8. 70歳代 | 9. 80歳代 | 10. 90歳以上 |
| ③ お住まい | （　　）都・道・府・県 | | | | |

④ お手持ちの健康保険証の種類 ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。 ※○は1つだけ

1. 国民健康保険（国保）
2. 健康保険組合（健保組合）
3. 全国健康保険協会（協会けんぽ）
4. 共済組合（共済）
5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合）
6. その他（具体的に：　　）
7. わからない

⑤ 医療費の自己負担額（医療機関や薬局の窓口で支払う金額）がありますか。 ※○は1つだけ

1. ある
2. ない

⑥かかりつけ医がいますか。 ※○は1つだけ

注：かかりつけ医とは、「なんでも相談でき、必要な時には専門医や専門の医療機関に紹介してくれる、身近で頼りになる医師」のことです。

1. いる
2. いない

⑦ 薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師がいますか。 ※○は1つだけ

1. いる
2. いない

⑧ 病気の治療や管理のため、抗リウマチ薬やインスリン製剤、成長ホルモン剤、骨粗鬆症治療薬などの注射剤を、**あなたご自身で**注射していますか。 ※○は1つだけ

1. いる
2. いない

## 2．本日の状況等についておうかがいします。

① 本日、医薬品を受け取った保険薬局で、あなたはこれまでに「かかりつけ薬剤師指導料」の同意書にサインしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. サインしたことがある　　2. サインしたことはない　　3. わからない

② 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額（一部負担金）は、いくらでしたか。※ない場合は「0」とお書きください。

（　　）円

③ 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額（上記②の額）がどのくらい安くなれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思いますか。※○は1つだけ　※自己負担額が0円の方は回答不要です。

1. いくら安くなるかに関わらず、使用したい →3 ページの質問④へ
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい →3 ページの質問④へ
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい
   →（安くなる金額の目安：　　円程度）→3 ページの質問④へ
4. いくら安くなっても使用したくない
5. わからない→3 ページの質問④へ
6. その他（具体的に　　）→3 ページの質問④へ

【上記③で「4.いくら安くなっても使用したくない」と回答した方に伺います。】

③-1 いくら安くなっても使用したくない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. ジェネリック医薬品の効き目（効果）や副作用に不安があるから
2. 安く売れる理由が不可解だから
3. 高いものはよいものだと考えるから
4. 聞き慣れないメーカーだから
5. 報道等でジェネリック医薬品の品質、効果等に関してよい情報を聞かないから
6. 医師がすすめないから
7. 薬剤師がすすめないから
8. 家族や知人がすすめないから
9. 使いなれたものがよいから
10. 理由は特にない
11. その他（具体的に：　　）

③-2　ジェネリック医薬品を使用したくないと思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。※あてはまる番号すべてに○

0. 具体的なきっかけはない

1. ジェネリック医薬品に切り替えて、副作用が出たことがあるから
   →（具体的に：　　）

2. ジェネリック医薬品に切り替えて、効き目が悪くなったことがあるから
   →（具体的に：　　）

3. ジェネリック医薬品に切り替えて、使用感が悪くなったことがあるから
   →（具体的に：　　）

4. その他
   →（具体的に：　　）

【皆さんにおうかがいします】
④ 本日、薬局で、先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更しましたか。　※○は1つだけ

1. ジェネリック医薬品へ変更した
2. 既にジェネリック医薬品であったため変更しなかった　→質問3. ①へ
3. ジェネリック医薬品へ変更しなかった　→質問3. ①へ
4. わからない　→質問3. ①へ

【上記④で「1.ジェネリック医薬品へ変更した」と回答した方におうかがいします。】
④-1 ジェネリック医薬品に変更した時の薬局の窓口での薬代は、安くなったと感じられましたか。
※○は1つだけ

1. とても安くなった　　2. それなりに安くなった
3. それほど変わらなかった　　4. わからない・覚えていない

3．ジェネリック医薬品の使用に関するご経験などについておうかがいします。**ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。**

① ジェネリック医薬品に関心がありますか。※○は1つだけ

1. 関心がある　　2. 関心はない　　3. どちらともいえない

② ジェネリック医薬品を知っていましたか。※○は1つだけ

1. 知っていた　　2.名前は聞いたことがあった　　3. 知らなかった

③ 今までにジェネリック医薬品を使用したことがありますか。※○は1つだけ

1. ある　　2. ない　　3. わからない

④ 医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。※○は1つだけ

1. ある　　2. ない　　3. わからない

⑤ 医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。※○は1つだけ

1. ある　　2. ない

⑥ 薬剤師にジェネリック医薬品の調剤をお願いしたことはありますか。※○は1つだけ

1. ある　　2. ない→4ページの質問⑦へ

【上記⑥で「1. ある」と回答した方におうかがいします】
⑥-1 薬局で薬剤師に、ジェネリック医薬品の調剤は頼みやすかったですか。※○は1つだけ

1. 頼みやすかった　　2. どちらともいえない
3. 頼みにくかった →（その理由：　　）

※ここからの質問も、本日このアンケートを受け取った薬局に限らず、今までのご経験としてお答えください。

【皆さんにおうかがいします】
⑦ 今までに、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※○は1つだけ

1. ある　　2. ない→質問4. ①へ　　3. わからない→質問4. ①へ

【上記⑦で「1.ある」と回答した方におうかがいします】
⑦-1 ジェネリック医薬品に変更したきっかけは何ですか。※○は1つだけ

1. かかりつけ医からの説明
2. かかりつけ医以外の医師からの説明
3. かかりつけ薬剤師からの説明
4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師からの説明
5. 家族・知人等からのすすめ
6. 薬剤情報提供文書※1を受け取って
7. ジェネリック医薬品希望カードを受け取って
8. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）※2を受け取って
9. 健保組合・市町村国保等の保険者からのお知らせを受け取って
10. テレビ CM 等の広告を見て
11. その他（具体的に：　　）

※1　薬剤情報提供文書とは
保険薬局から調剤したお薬と一緒に渡される文書で、薬の名前や写真、効能・効果、用法、副作用、注意事項などが書かれています。平成 24 年 4 月以降、ジェネリック医薬品についての説明（ジェネリック医薬品の有無や価格など）もこの文書に記載し、患者に情報提供することとなりました。

※2　ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）とは
処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより、どのくらい薬代（薬剤料）の自己負担額が軽減されるかを健康保険組合や市町村国保などの保険者が具体的に試算して、例えば「ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ」のような名前で通知してくれるサービスです。

## 4．ジェネリック医薬品の使用に関するお考え・ご経験や、使用促進の取組についておうかがいします。

① ジェネリック医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

1. できればジェネリック医薬品を使いたい
2. とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい
3. できればジェネリック医薬品を使いたくない
4. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない
5. わからない

② あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重要なことは何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 効果（効き目）が先発医薬品と同じであること
2. 使用感（味を含む）がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること
5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること
6. 医師のすすめがあること
7. 薬剤師のすすめがあること
8. 窓口で支払う薬代が安くなること
9. 少しでも医療財政の節約に貢献できること
10. その他（具体的に：　　）
11. 特にない→質問④へ

③ 上記②の選択肢 1～10のうち、最も重要なことは何ですか。
あてはまる番号を 1つだけお書きください。

④今までに受け取ったことがあるものは何ですか。　※あてはまる番号すべてに○

1. ジェネリック医薬品希望カード
2. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）
3. 薬剤情報提供文書
※薬局で受け取る、薬の名前や用法、効能、副作用等が記載された書類。
4. 受け取ったことがない→質問⑤へ

【上記④で1～3を選択した方（いずれかを受け取ったことがある方）におうかがいします。】
④-1 これらを受け取ったことをきっかけに、医師や薬剤師にジェネリック医薬品の相談・質問をしたことがありますか。　※○は１つだけ

1. ある　　2. ない

【上記④で1～3を選択した方（いずれかを受け取ったことがある方）におうかがいします。】
④-2 これらを受け取ったことをきっかけに、ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。
※○は１つだけ

1. ある　　2. ない

⑤あなたは「バイオ後続品（バイオシミラー）」という名称を知っていますか。※○は１つだけ

1. 知っている　　2. 知らない

バイオ後続品（バイオシミラー）とは
バイオ後続品（バイオシミラー）とは、国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

（すべての方におうかがいします。）

５．ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をおうかがいします。

| |
|---|
| |

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、令和2年〇月〇日（〇）までに専用の返信用封筒（切手不要）に
封入し、お近くのポストに投函してください。

（保険薬局票）

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算や後発医薬品使用体制加算の要件・評価の見直し、一般名処方加算の評価の見直し、バイオ後続品導入初期加算の新設など、後発医薬品使用促進を目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆　**令和2年12月●日（●）まで**に「返信用封筒（切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3　みずほ情報総研株式会社
E-mail：〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

（医療機関票）

令和２年１２月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和２年４月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算や後発医薬品使用体制加算の要件・評価の見直し、一般名処方加算の評価の見直し、バイオ後続品導入初期加算の新設など、後発医薬品使用促進を目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和２年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆ **令和2年12月●日（●）まで**に「返信用封筒（切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**
〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3　みずほ情報総研株式会社
E-mail：〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：　（受付時間：　～　（土日・祝日除く））

（患者票）

令和２年１２月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和２年度年度度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

# 「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2 年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和 2 年 4 月の診療報酬改定では、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的として、患者が保険薬局の薬剤師と相談しながら先発医薬品か後発医薬品かを選択できる処方箋（「一般名処方」といいます）を医療機関が発行した場合の評価の見直しが行われました。この他にも、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的とした診療報酬改定が行われましたが、こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」を行うこととしました。

本調査は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

## 対象者

・ この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

## 回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、**令和 2 年 12 月●日（●）まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

## 回答方法

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

・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

（→裏面へ続きます）

なお、本調査は令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けたみずほ情報総研株式会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

**【連絡先】**

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443　東京都千代田区神田錦町 2-3　みずほ情報総研株式会社

**お問い合わせ先**

**【TEL】●●●（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）**

**【E-mail】●●@mizuho-ir.co.jp**

令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）における
電子レセプトデータの活用について（案）

○　診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、調査票への記入等に係る調査対象者の負担を軽減し調査の回答率を保つ観点、また、より幅広い対象について状況を把握する観点から、各種診療報酬項目の算定医療機関件数や算定件数等について、平成２７年度調査以降、ＮＤＢ等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化に努めている。

○　引き続き、令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和２年度調査）においても、ＮＤＢにある電子レセプト情報の分析をもって調査の一部として報告を行うこととしてはどうか。

| | 主な調査内容<br>（新型コロナウイルスによる影響は共通） | NDB を用いて実施するもの<br>（※） |
|---|---|---|
| （１）かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その１） | ・紹介状なしの大病院受診時の定額負担の徴収状況等<br>・初診外来における診察の実施状況及び患者の状態、<br>・かかりつけ医機能を有する医療機関の普及状況、関係医療機関等との連携状況等<br>・外来医療から在宅医療への患者の移行状況等<br>・小児かかりつけ医の地域の関係機関との連携状況等<br>・急性感染症の小児患者に対する抗菌薬の使用状況及び患者の状態等<br>・明細書の発行実態、患者の明細書受領状況等<br>・生活習慣病の患者の診療状況や特定健診及び保健指導を行う保険者への情報提供の実績、遠隔モニタリングや多職種を活用した効果的な疾病管理に資する取組等<br>・オンライン診療の実施状況等 | ・機能強化加算、地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料等の算定状況<br>・小児特定疾患カウンセリング料の算定状況<br>・療養・就労両立支援指導料の算定状況<br>・オンライン診療料、各医学管理料における情報通信機器を用いた場合の評価等の算定状況<br>等 |
| （２）精神医療等の実施状況調査（その１） | ・精神病棟におけるクロザピン、持続性抗精神病注射薬剤の使用状況等<br>・精神療養病棟における疾患別リハビリテーションの実施状況等<br>・精神病棟からの地域移行・地域定着の実施状況等<br>・精神科患者への訪問診療・訪問看護の実施状況や関係機関との連携状況等 | ・精神科急性期医師配置加算の算定状況<br>・精神科外来における精神科退院時共同指導料、療養生活環境整備指導料の算定状況<br>・精神科訪問看護・指導料等の算定状況　　等 |

| | | |
|---|---|---|
| （３）在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査 | ・在宅医療、訪問看護の実施状況、対象患者の状態、居住形態、診療・看護の所要時間等<br>・ＩＣＴ等を用いた関係機関間の連携状況<br>・在宅療養支援歯科診療所への移行状況、歯科訪問診療の対象患者の状態、居住形態、診療時間、診療内容、関係機関との連携状況、小児在宅患者への口腔リハビリテーションの実施状況等 | ・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、継続診療加算及び包括的支援加算等の算定状況<br>・在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護・指導体制充実加算等の算定状況<br>・歯科訪問診療料及びその加算、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料及びその加算、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料における小児栄養サポートチーム等連携加算の算定状況<br>等 |
| （４）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その１） | ・負担軽減に資する取組を要件とする加算の届出状況、職員体制（常勤配置等）、勤務状況（医師、看護職員の勤務時間等）、負担軽減に資する取組の実施状況及び今後取り組む予定の事項等<br>・診療科別の負担軽減に資する取組の実施状況、タスク・シェアリング／タスク・シフティングの実施状況、勤務状況及びその効果<br>・病棟別の負担軽減に資する取組の実施状況、勤務状況及びその効果<br>・職員体制等の見直しの状況及び勤務状況<br>・ＩＣＴの利活用の実施状況<br>・（地域医療体制確保加算を届け出ていない医療機関について）届け出ていない理由　等 | ・病院勤務医・看護職員の負担の軽減に関連する項目の算定状況　等 |
| （５）後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 | ・後発医薬品の調剤割合、変更調剤の状況<br>・保険医療機関における後発医薬品の使用状況<br>・一般名処方による処方せん発行の状況<br>・「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名の状況<br>・後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識<br>・バイオ後続品の使用に関する状況<br>・地域や病院における医学的妥当性や経済性の視点を踏まえた処方の取組の状況　等 | ・後発医薬品の使用促進に係る加算の算定状況<br>・バイオ後続品の使用促進に係る加算の算定状況<br>等 |

※　原則として、検証調査に回答した医療機関以外を含む全数調査とし、改定前を含む適切な時点を選択して調査する。