A-施設

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 施設調査票（A）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合、問3、問4及び問6-1への記入は不要です。

## ◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設名 | | 施設ＩＤ | |
| 記入者氏名 | | 電話番号 | |

## 問１　貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

**1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和３年６月１日時点）※1**　　床

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

**1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況（令和３年６月１日時点）（予定を含む）**（該当する番号１つに○）

**01**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）（検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む）

**02**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）以外で検査を実施する医療機関（診療・検査医療機関（仮称）と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む）

**03**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症疑い※1の外来患者受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者※2の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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ウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。
※2．疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

**＊1-4 令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向等**（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 上記ア及びイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

**1-5 令和２年１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**※1（ア～エそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．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。

**1-6 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和３年６月１日時点）**（該当する番号すべてに○）

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

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

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

**04** 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられていない

## 問２　貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。

**2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和３年５月の１ヵ月）**（該当する番号すべてに○）

**01** 看護職員の配置に特段変動はなかった

**02** 通常、病棟業務以外に従事している看護職員を、病棟業務に配置転換をした

**03** 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした

**04** 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした

**05** その他　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2-2 「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１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場合は、「02 無」を選択してください。

（ア～クそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア 定数超過入院の発生有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| エ「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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| オ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| カ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| キ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ク 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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。

2-3 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６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。（①～⑦それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 外来（平日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ② 外来（土日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ③ 入院 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ④ 救急 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑤ 化学療法 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑥ 手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑦ 緊急手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |

## 問３　貴院の開設者についてお伺いします。（データ提出加算を提出している場合は、記入不要です。）

**3-1 開設者**　（該当する番号１つに○）

**01**　国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）

**02**　公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）

**03**　公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）

**04**　社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）

**05**　医療法人（社会医療法人は含まない）

**06**　その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人）

**07**　個人

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

**4-1 許可病床数（令和３年６月１日時点）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 一般病床 | 床 | ④ 結核病床 | 床 |
| ② 療養病床 | 床 | ⑤ 感染症病床 | 床 |
| ②-ⅰ（うち）介護療養病床 | 床 | ⑥ 合計 | 床 |
| ③ 精神病床 | 床 | | |

## 問５　貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

**5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点）**

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

※１．非常勤職員の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週４日（各日５時間）勤務の看護師が１人いる場合

$$非常勤看護師数＝\frac{４日×５時間×１人}{40\ 時間}＝０．５人$$

## 問６　貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

**6-1　入院基本料および特定入院料（令和３年６月１日時点）**　（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）

（01～14 については、該当するもの１つに○、15～31 については、該当するものすべてに○）

| 〔入院基本料〕 | 〔特定入院料〕 |
|---|---|
| **01**　急性期一般入院料１ | **15**　救命救急入院料１ |
| **02**　急性期一般入院料２ | **16**　救命救急入院料２ |
| **03**　急性期一般入院料３ | **17**　救命救急入院料３ |
| **04**　急性期一般入院料４ | **18**　救命救急入院料４ |
| **05**　急性期一般入院料５ | **19**　特定集中治療室管理料１ |
| **06**　急性期一般入院料６ | **20**　特定集中治療室管理料２ |
| **07**　急性期一般入院料７ | **21**　特定集中治療室管理料３ |
| **08**　地域一般入院料１ | **22**　特定集中治療室管理料４ |
| **09**　地域一般入院料２ | **23**　ハイケアユニット入院医療管理料１ |
| **10**　地域一般入院料３ | **24**　ハイケアユニット入院医療管理料２ |
| **11**　専門病院入院基本料（７対１） | **25**　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 |
| **12**　専門病院入院基本料（10 対１） | **26**　小児特定集中治療室管理料 |
| **13**　特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１） | **27**　新生児特定集中治療室管理料１ |
| **14**　特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対１） | **28**　新生児特定集中治療室管理料２ |
| | **29**　母体・胎児集中治療室管理料 |
| | **30**　新生児集中治療室管理料 |
| | **31**　新生児治療回復室入院医療管理料 |

**＊6-2　貴院の病床の「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。**　（該当するもの１つに○）

| | |
|---|---|
| **01**　簡易な報告を行っている | **02**　簡易な報告を行っていない |

※１.「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

**6-3　上記6-2で　「01　簡易な報告を行っている」を選択された場合、簡易な報告を行う前後における病棟数および病床数についてそれぞれご回答ください。（令和３年６月１日時点）**

| | | a　簡易な報告前（診療報酬上の届出病棟・病床数） | | b　簡易な報告後（簡易な報告を行った後の病棟・病床数） | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a-i 病棟数 | a-ii 医療保険届出病床数 | b-i 病棟数 | b-ii 病床数 |
| 〔入院基本料〕 | ① 急性期一般入院料１ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ② 急性期一般入院料２ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ③ 急性期一般入院料３ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ④ 急性期一般入院料４ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑤ 急性期一般入院料５ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑥ 急性期一般入院料６ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑦ 急性期一般入院料７ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑧ 地域一般入院料１ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑨ 地域一般入院料２ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑩ 地域一般入院料３ | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑪ 専門病院入院基本料（７対１） | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑫ 専門病院入院基本料（10 対１） | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑬ 特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１） | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑭ 特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対１） | 棟 | 床 | 棟 | 床 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 〔特定入院料〕 | ⑮ 救命救急入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑯ 救命救急入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑰ 救命救急入院料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑱ 救命救急入院料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑲ 特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑳ 特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉑ 特定集中治療室管理料３ | | 床 | | 床 |
| | ㉒ 特定集中治療室管理料４ | | 床 | | 床 |
| | ㉓ ハイケアユニット入院医療管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ㉔ ハイケアユニット入院医療管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉕ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉖ 小児特定集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉗ 新生児特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ㉘ 新生児特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉙ 母体・胎児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉚ 新生児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉛ 新生児治療回復室入院医療管理料 | | 床 | | 床 |

| 6-4　上記6-1の　01～14 に該当する入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。 | | |
|---|---|---|
| ① 入院患者数 | ア（令和３年６月１日時点） | 人 |
| ② 新入棟患者数 | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | 人 |
| ③ 新退棟患者数 | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | 人 |
| ④ 在院患者延日数 | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | 日 |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | 日 |
| ⑤ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ※1<br>（Ⅱで届け出ていてもⅠを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」（ゼロ）を記載しないでください。） | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | ．　％ |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | ．　％ |
| ⑥ 重症度、医療・看護必要度Ⅱ※1<br>（Ⅰで届け出ていてもⅡを算出されている場合はご回答ください。算出されていない場合は「0」（ゼロ）を記載しないでください。） | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | ．　％ |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | ．　％ |
| ⑦ 在宅復帰率※2 | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | ．　％ |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | ．　％ |
| ⑧ 平均在院日数 | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | ．　日 |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | ．　日 |
| ⑨ 病床利用率※3 | ア（令和２年１月～３月の３か月間） | ．　％ |
| | イ（令和３年１月～３月の３か月間） | ．　％ |

※１．令和２年１月～３月については、「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以上、「診療・療養上の指示が通じる（B14)」又は「危険行為（B15)」に該当する患者であって、A得点が１点以上かつB得点が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を記載ください。

令和３年１月～３月については、「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を記載ください。

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

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

**6-5　今後の意向についてお伺いします。回答した入院基本料を届け出ている病棟に関する、令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向**（貴院の考えについて最も近いもの１つに○）

| | |
|---|---|
| **ア【今後の意向】** | **01** 増床　**02** 現状を維持　**03** 削減（転換を除く）　**04** 他の病棟へ転換 |

■　**6-5-1、6-5-2では、上記【今後の意向】で「04 他の病棟へ転換」を選択した場合、現在届け出ている入院基本料から転換を検討している病棟の状況およびその理由をご回答ください。**

**6-5-1　検討している転換先とその病棟数及び医療保険届出病床数**
（該当する番号すべてに○をし、○をした場合は病棟数と医療保険届出病床数を記載）

| a　検討している転換先 | b　病棟数 | c　医療保険届出病床数 |
|---|---|---|
| **01** 急性期一般入院料１の病棟 | 棟 | 床 |
| **02** 急性期一般入院料２の病棟 | 棟 | 床 |
| **03** 急性期一般入院料３の病棟 | 棟 | 床 |
| **04** 急性期一般入院料４の病棟 | 棟 | 床 |
| **05** 急性期一般入院料５の病棟 | 棟 | 床 |
| **06** 急性期一般入院料６の病棟 | 棟 | 床 |
| **07** 急性期一般入院料７の病棟 | 棟 | 床 |
| **08** 地域一般入院基本料の病棟 | 棟 | 床 |
| **09** 回復期リハビリテーション病棟 | 棟 | 床 |
| **10** 地域包括ケア病棟 | 棟 | 床 |
| **11** 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換 | 室 | 床 |
| **12 01～11** 以外の病棟・病室へ転換 | 棟 | 床 |
| **13** 具体的な病棟種別等は未定 | 棟 | 床 |

**6-5-2　転換を検討している理由**
（最も該当する番号の右欄１つに○）

| | |
|---|---|
| **01**　実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため | |
| **02**　他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため | |
| **03**　看護師の確保が困難なため | |
| **04**　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が現在届け出ている病棟又は入院料等と合わなくなってきたため | |
| **05**　平均在院日数の基準を満たすことが困難なため | |
| **06**　在宅復帰率の基準を満たすことが困難なため | |
| **07**　他の病棟等へ転換することで経営が安定するため | |
| **08**　他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため | |
| **09**　他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため | |
| **10**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | |

| | | |
|---|---|---|
| **6-5-3 令和４年４月以降の入院料として、急性期一般入院料１をお考えの場合（引き続き急性期一般入院料１を届け出る場合を含む。）、その理由をご回答ください。**<br>（該当する番号の右欄に○、うち最も該当するもの１つには◎） | **01** 急性期一般入院料１の看護職員配置（７対１以上）が必要な入院患者が多い（医療需要がある）ため | |
| | **02** 急性期一般入院料１から他の病棟等へ転換すると、地域で連携している医療機関からの要請に応えられなくなる懸念があるため | |
| | **03** 施設基準を満たしており、職員の雇用に影響を与えることから、特に転換する必要性を認めないため | |
| | **04** 急性期一般入院料１の方が、他の病棟等と比較して経営が安定するため | |
| | **05** 急性期一般入院料１は、職員のモチベーションを維持できるため | |
| | **06** 急性期一般入院料１から他の病棟等へ転換することで、職員の負担が増加する懸念があるため | |
| | **07** 急性期一般入院料１の看護職員の員数を満たすことができるようになったため | |
| | **08** 急性期一般入院料１の重症度、医療・看護必要度の患者割合基準を満たすことができるようになったため | |
| | **09** 急性期一般入院料１の平均在院日数の基準を満たすことができるようになったため | |
| | **10** 急性期一般入院料１の在宅復帰率の基準を満たすことができるようになったため | |
| | **11** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | |
| **6-5-4 令和３年６月１日時点で急性期一般入院料１を届け出ているものの、令和４年４月以降の入院料の届出の意向として、急性期一般入院料２または３をお考えの場合、その理由をご回答ください。**<br>（該当する番号の右欄に○、うち最も該当するもの１つには◎） | **01** ７対１から 10 対１の間の看護職員配置が適切だと思われる入院患者が多い（医療需要がある）ため | |
| | **02** 急性期一般入院料１から転換することで、より地域で連携している医療機関からの要請に応えられる医療を提供できるため | |
| | **03** 実際の患者の状態に、より即した入院料が設定されたため | |
| | **04** 看護師の確保が困難なため | |
| | **05** 重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため | |
| | **06** 平均在院日数の基準を満たすことが困難なため | |
| | **07** 在宅復帰率の基準を満たすことが困難なため | |
| | **08** 転換することで、経営が安定するため | |
| | **09** 急性期一般入院料１から転換することで、職員のモチベーションが向上するため | |
| | **10** 急性期一般入院料１から転換することで、職員の負担軽減につながるため | |
| | **11** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | |

■ 6-1で「08 地域一般入院料１」～「10 地域一般入院料３」いずれかに該当した場合、届出を行った理由をご回答ください。

6-6 地域一般入院基本料の届出を行った理由 （該当する番号すべてに○）

**01** 地域のニーズに合った医療を提供できるため

**02** 患者の状態に即した医療を提供できるため

**03** 急性期一般入院基本料の看護職員体制を満たすことが難しいため

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

**05** 急性期一般入院基本料の平均在院日数の要件を満たすことが難しいため

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

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

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

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

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

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

**12** データ提出加算の要件を満たすことが難しいため

**13** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

6-7 6-1で 12 又は 14 に該当する場合に、看護必要度加算の届出状況についてご回答ください。
（該当する番号１つに○）

**01** 看護必要度加算１

**02** 看護必要度加算２

**03** 看護必要度加算３

**04** 看護必要度加算を届け出ていない

6-8 6-1で「15～18 救命救急入院料」に該当する場合に、救急体制充実加算の届出状況についてご回答ください。
（該当する番号１つに○）

**01** 救急体制充実加算１

**02** 救急体制充実加算２

**03** 救急体制充実加算３

**04** 救急体制充実加算を届け出ていない

＊6-9 6-1で「26 小児特定集中治療室管理料」に該当する場合に、以下の実績等についてご回答ください。
（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）

| | |
|---|---|
| ① 他の医療機関から転院してきた患者数 | 人 |
| ①-ｉ うち 急性期治療中※1 の患者数 | 人 |
| ② 転院時に他の医療機関又は当該保険医療機関で救急搬送診療料を算定したもの | 人 |
| ②-ｉ うち 当該治療室に入室後 24 時間以内に人工呼吸を実施した※2 患者数 | 人 |
| ③ 小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者 20 歳未満の者 | 人 |

※１．急性期治療中とは、転院時に他の保険医療機関で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定するもの。
※２．当該治療室に入室後 24 時間以内に人工呼吸（５時間以上：手術の麻酔や検査のために実施した時間を除く）を実施した患者で、当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。

| ＊6-10　6-1で「27 新生児特定集中治療室管理料１」および「28　新生児集中治療室管理料 2」に該当する場合に、以下の実績についてご回答ください。（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日） | |
|---|---|
| ①　出生体重 1,000ｇ未満の新生児の新規入院患者数 | 人 |
| ②　当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数 | 件 |

| ＊6-11　6-1で 「28 新生児特定集中治療室管理料２」に該当する場合に、以下の実績についてご回答ください。 | |
|---|---|
| ①　出生体重 2,500ｇ未満の新生児の新規入院患者数 | 人 |

| 6-12　６－１の 15～31 の特定入院料を算定している場合に、病床利用率※1についてご記入ください（該当する入院料の病床がない場合、未記入としてください。「０」ゼロは記載しないでください。） | a 令和２年１月～3 月 | b 令和３年１月～3 月 |
|---|---|---|
| ① 救命救急入院料１ | .　% | .　% |
| ② 救命救急入院料２ | .　% | .　% |
| ③ 救命救急入院料３ | .　% | .　% |
| ④ 救命救急入院料４ | .　% | .　% |
| ⑤ 特定集中治療室管理料１ | .　% | .　% |
| ⑥ 特定集中治療室管理料２ | .　% | .　% |
| ⑦ 特定集中治療室管理料３ | .　% | .　% |
| ⑧ 特定集中治療室管理料４ | .　% | .　% |
| ⑨ ハイケアユニット入院医療管理料１ | .　% | .　% |
| ⑩ ハイケアユニット入院医療管理料２ | .　% | .　% |
| ⑪ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | .　% | .　% |
| ⑫ 小児特定集中治療室管理料 | .　% | .　% |
| ⑬ 新生児特定集中治療室管理料１ | .　% | .　% |
| ⑭ 新生児特定集中治療室管理料２ | .　% | .　% |
| ⑮ 母体・胎児集中治療室管理料 | .　% | .　% |
| ⑯ 新生児集中治療室管理料 | .　% | .　% |
| ⑰ 新生児治療回復室入院医療管理料 | .　% | .　% |

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

■ 下記問７については、貴院が現時点で「地域一般入院料１又は２」を届け出ている場合のみご回答ください。

## 問７　現時点で地域一般入院料１又は２を届け出ている病棟の令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします。

| 7-1 令和４年４月以降の状況（見込み）及びその理由 | a 病棟数 | b 医療保険届出病床数 | c 理由（以下◆から１つ選択） |
|---|---|---|---|
| ① 急性期一般入院基本料を届出 | 棟 | 床 | |
| ② 地域一般入院料１を届出 | 棟 | 床 | |
| ③ 地域一般入院料２を届出 | 棟 | 床 | |
| ④ 地域一般入院料３を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出 | 室 | 床 | |
| ⑧ 療養病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑨ 介護保険施設を届出 | | 床 | |
| ⑩ 上記以外の病棟・病室を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑪ 休床を届出 | | 床 | |

◆ 以下は、上記７-１の「ｃ 令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

| （7-1-c 令和４年４月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を１つご回答ください。 |
|---|
| **01** 実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため |
| **02** 他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため |
| **03** 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **04** 回復期リハビリテーション病棟入院料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **05** 地域に利用者がいないため |
| **06** 看護師の確保が困難なため |
| **07** 他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため |
| **08** 他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため |
| **09** 他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため |
| **10** 地域の利用者が多いため |
| **11** 看護師の確保が可能なため |
| **12** 届出を変えないことが安定した経営を維持できるため |
| **13** 届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため |
| **14** 届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため |
| **15** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） |

■ 下記問８については、貴院が現時点で「地域一般入院料３」を届け出ている場合のみご回答ください。

## 問８　現時点で地域一般入院料３を届け出ている病棟の令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします

| 8-1 令和４年４月以降の状況（見込み）及びその理由 | a 病棟数 | b 医療保険届出病床数 | c 理由（以下◆から１つ選択） |
|---|---|---|---|
| ① 急性期一般入院基本料を届出 | 棟 | 床 | |
| ② 地域一般入院料１を届出 | 棟 | 床 | |
| ③ 地域一般入院料２を届出 | 棟 | 床 | |
| ④ 地域一般入院料３を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出 | 室 | 床 | |
| ⑧ 療養病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑨ 介護保険施設を届出 | | 床 | |
| ⑩ 上記以外の病棟・病室を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑪ 休床を届出 | | 床 | |

◆ 以下は、上記８-１の「令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

| （8-1-c　令和４年４月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を１つご回答ください。 |
|---|
| **01**　実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため |
| **02**　他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため |
| **03**　地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **04**　回復期リハビリテーション病棟入院料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **05**　地域に利用者がいないため |
| **06**　看護師の確保が困難なため |
| **07**　他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため |
| **08**　他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため |
| **09**　他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため |
| **10**　地域の利用者が多いため |
| **11**　看護師の確保が可能なため |
| **12**　届出を変えないことが安定した経営を維持できるため |
| **13**　届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため |
| **14**　届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため |
| **15**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） |

## 問９　貴院の外来患者数、延べ入院患者数および救急搬送件数について伺いします。

| | | 9-1 外来患者数 | | | | 9-2 延べ入院患者数 | 9-3 救急搬送件数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 初診の患者数 | a-i（うち）紹介状により紹介された患者数 | b 再診の延べ患者数 | c 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数 | | |
| ア．令和元年12月から令和2年5月 | ① 令和元年12月1か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ② 令和２年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③ 令和２年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④ 令和２年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤ 令和２年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥ 令和２年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| イ．令和2年12月から令和3年5月 | ① 令和２年12月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ② 令和３年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③ 令和３年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④ 令和３年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤ 令和３年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥ 令和３年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |

## 問 10　貴院の救急医療体制についてお伺いします。

**10-1　救急告示の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01**　救急告示あり　　**02**　救急告示なし

**10-2　救急医療体制（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01**　高度救命救急センター
**02**　救命救急センター
**03**　二次救急医療機関
**04**　いずれにも該当しないが救急部門を有している
**05**　救急部門を有していない

**10-2-1　上記 10-2 で「03　二次救急医療機関」と回答した場合のみご回答ください。**

**該当する二次救急医療体制について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

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

※１．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。
※２．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）。
※３．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。

| 10-2-2　上記 10-2-1 で「01 病院群輪番制」を選択した場合、当番となる頻度についてご回答ください。 | |
|---|---|
| 当番となる頻度　（該当する番号１つに○） | |
| **01**　月に１回未満 | **04**　月に９回～12 回 |
| **02**　月に１回～４回 | **05**　月に 13 回以上 |
| **03**　月に５回～８回 | |

| 10-3　承認等の状況（令和３年６月１日時点）　（該当する番号すべてに○） | |
|---|---|
| **01**　特定機能病院 | **06**　総合周産期母子医療センター |
| **02**　地域医療支援病院 | **07**　地域周産期母子医療センター |
| **03**　災害拠点病院 | **08**　精神科救急情報センター |
| **04**　小児救命救急センター | **09**　上記のいずれも該当しない |
| **05**　小児救急医療拠点病院 | |

## 問 11　貴院の以下の時間帯における救急医療に従事する実人数及び患者数についてお伺いします。

**※二次救急医療機関は当番日の状況について、平均人数をご回答ください。**

**※二次救急医療機関以外の病院は、令和3年5月の１か月間の実績に基づいて、平均人数をご回答ください。**

**※平均値を算出する場合は、小数第1位まで（小数点第2位を切り上げ）をご記入ください。**

| 11-1　救急外来に従事する実人数（令和３年５月１か月の平均） | a　平日準夜帯※1 | b　平日深夜帯※2 | c　休日日勤帯※3 |
|---|---|---|---|
| ①　救急外来業務専従の医師※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ②　病棟業務と救急外来業務の兼務の医師※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ③　オンコールの医師 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ④　救急外来業務専従の看護職員※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑤　病棟業務等（手術室や一般外来等を含む）と救急外来業務の兼務の看護職員※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑥　オンコールの看護職員 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．準夜帯：１６時～２４時　　※２．深夜帯：０時～８時　　※３．日勤帯：８時～１６時
※４．ここでの「専従」は当該時間内において業務の専従を問うものであり、専属か否かは問わない。
※５．ここでの「兼務」は当該時間内において兼務の場合を想定。

| 11-2　救急外来患者数※1　（令和３年５月１か月の平均） | a　平日準夜帯 | b　平日深夜帯 | c　休日日勤帯 |
|---|---|---|---|
| ①　救急搬送で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ②　救急搬送以外で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．　記載の時間帯に診療が開始された患者数を記載

## 問 12　総合入院体制加算の届出状況についてお伺いいたします 。

**※下記のいずれかに該当する場合のみご回答ください。**

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

**12-1　「総合入院体制加算」の届出状況について　（令和３年６月１日時点）**（該当する番号１つに○）

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

**12-1-1　「総合入院体制加算」について、今後の届出の意向について**　（該当する番号１つに○）

**01**　変更の予定なし

**02**　総合入院体制加算１へ変更を検討している

**03**　総合入院体制加算２へ変更を検討している

**04**　総合入院体制加算３へ変更を検討している

**05**　届出の意向なし

**＊12-2　上記 12-1 で「01　総合入院体制加算１を届け出ている」「02　総合入院体制加算２を届け出ている」「03　総合入院体制加算３を届け出ている」を選択した場合、以下の件数についてご回答ください。**

| | a<br>（令和元年４月１日～<br>令和２年３月 31 日） | b<br>（令和２年６月１日～<br>令和３年５月 31 日） |
|---|---|---|
| ①　全身麻酔による手術件数 | 件 | 件 |
| ①-ⅰ　うち　緊急手術件数 | 件 | 件 |
| ①-ⅱ　うち　休日加算等※1 を算定している件数 | 件 | 件 |
| ②　人工心肺を用いた手術件数 | 件 | 件 |
| ②-ⅰ　うち　緊急手術件数 | 件 | 件 |
| ②-ⅱ　うち　休日加算等※1 を算定している件数 | 件 | 件 |
| ③　悪性腫瘍手術件数 | 件 | 件 |
| ③-ⅰ　うち　緊急手術件数 | 件 | 件 |
| ③-ⅱ　うち　休日加算等※1 を算定している件数 | 件 | 件 |
| ④　腹腔鏡下手術件数 | 件 | 件 |
| ④-ⅰ　うち　緊急手術件数 | 件 | 件 |
| ④-ⅱ　うち　休日加算等※1 を算定している件数 | 件 | 件 |
| ⑤　放射線治療（体外照射法）の件数 | 件 | 件 |
| ⑥　化学療法の件数 | 件 | 件 |
| ⑦　分娩の件数 | 件 | 件 |
| ⑧　救急自動車等による搬送件数 | 件 | 件 |

※１　手術料の休日加算、時間外加算又は深夜加算を算定している、入院中の患者以外の患者に対する手術（①初診又は再診に引き続き行われた緊急手術、及び、②初診又は再診から手術までの間に、手術に必要不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。））、又は、病状の急変により行った入院中の患者に対する手術を指す。

**12-3　上記 12-1 で「02　総合入院体制加算２を届け出ている」、「03　総合入院体制加算３を届け出ている」、「04　総合入院体制加算を届け出ていない」を選択した場合、貴院で満たすのが困難な要件を選択してください。**

（該当する番号すべてに○）

**01**　全身麻酔による手術の件数が 年間 800 件以上

**02**　人工心肺を用いた手術の件数が 年間 40 件以上

**03**　悪性腫瘍手術の件数が 年間 400 件以上

**04**　腹腔鏡下手術の件数が 年間 100 件以上

**05**　放射線治療（体外照射法）の件数が 年間 4,000 件以上

**06**　化学療法の件数が 年間 1,000 件以上

**07**　分娩の件数が 年間 100 件以上

**08**　救急自動車等による搬送件数が 年間 2,000 件以上

**09**　精神科について、24 時間対応できる体制を確保している

**10**　精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届け出て、現に精神疾患患者の入院を受入れている

**11**　「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算１」の届出を行っている

**12**　「精神疾患診療体制加算２」の算定件数又は救急患者の入院３日以内における「入院精神療法」若しくは「救命救急入院料の注２の加算」の算定件数が合計で 年間 20 件以上

**13**　療養病棟入院基本料 または 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届け出ていない

**14**　画像診断 及び 検査を、24 時間実施できる体制を確保している

**15**　薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を 24 時間実施できる体制を確保している

**16**　総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治癒し通院不要な患者が 4 割以上である

**17**　内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、及び産科（産婦人科）を標榜し、入院医療を提供している※1

**18**　連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置

**19**　医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備

**20**　院内助産又は助産師外来の開設

**21**　特定行為研修修了者の複数名の配置

**22**　貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等以外）

**23**　敷地内に喫煙所を設ける場合は、非喫煙場所にタバコの煙が流れないようにし、適切な受動喫煙防止措置を講ずること

**24**　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合が ３割５分以上、又は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が ３割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、又は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が ３割以上）

**25**　同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない

**26**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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

**＊12-4　上記 12-3「24」の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難な場合は、その理由についてご回答ください。**（最も該当する番号１つに○）

**01**　今以上に、手術症例を増やすことが困難であるため。

**02**　今以上に、救急患者を受け入れることが困難であるため。

**03**　近隣に診療科の競合する病院があるため。

**04**　地域の人口減少があり、患者数の増加が見込めないため。

**05**　その他　（　　）

## ＊問 13　褥瘡対策チームの状況についてお伺いします。

**13-1　褥瘡対策チームによる褥瘡回診の実施の有無（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**　（該当する番号１つに○）

**01**　褥瘡回診を実施している　　**02**　褥瘡回診を実施していない

**13-1-1　上記 13-1 で、「01 褥瘡回診を実施している」を選択した場合、褥瘡回診の頻度について（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**　（該当する番号１つに○）

**01**　月４回以上実施している　　**03**　月１回以下で実施している

**02**　月２～３回実施している　　**04**　依頼があった際に、適宜実施している

**13-2　褥瘡対策に関する院内研修の開催の有無について**　（該当する番号１つに○）

**01**　院内研修を開催している　　**02**　院内研修を開催していない

**13-2-1　上記 13-2 で「01　院内研修を開催している」を選択した場合、その頻度について**　（該当する番号１つに○）

**01**　１回/年開催している　　**02**　２回/年以上開催している

**03**　その他（　　）

**13-3　褥瘡対策チームを構成する職員の人数についてご回答ください。（令和３年６月１日時点）**

| | 構成人数 |
|---|---|
| ① 医師 | 人 |
| ② 看護師 | 人 |
| ③ 准看護師 | 人 |
| ④ 看護補助者 | 人 |
| ⑤ 薬剤師 | 人 |
| ⑥ 管理栄養士 | 人 |
| ⑦ 理学療法士 | 人 |
| ⑧ 作業療法士 | 人 |
| ⑨ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | 人 |
| ⑩ ①～⑨の合計人数 | 人 |

## ＊問 14　地域一般入院基本料を届け出ている施設のみご回答ください。貴院のデータ提出加算の算定状況についてお伺いします。

**14-1　データ提出加算の届出の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

**01**　データ提出加算１及び３を届け出ている　　**03**　提出データ評価加算を届け出ている

**02**　データ提出加算２及び４を届け出ている　　**04**　データ提出加算を届け出ていない

**14-1-1　上記 14-1 で、「04 データ提出加算を届け出ていない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。**

（最も該当する番号１つに○）

**01**　「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから

**02**　「DPC 導入の影響評価に係る調査」に適切に参加できる体制を有しないから

**03**　「適切なコーディング」に関する委員会を設置し、年２回以上当該委員会を開催することが困難だから

**04**　電子カルテシステムが導入されていないから

**05**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**14-1-2　上記 14-1-1 で、「01「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから」を選択した場合、その理由についてご回答ください。**（最も該当する番号１つに○）

**01**　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていないから
**02**　中央病歴管理室の設置が困難だから
**03**　診療録管理部門又は診療録管理委員会の設置が困難だから
**04**　診療記録の保管・管理のための規定の整備が困難だから
**05**　専任の診療記録管理者の配置が困難だから
**06**　入院患者についての疾病統計に、ICD 上の規定に基づいた疾病分類を行っていないから
**07**　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制を整えることが困難だから
**08**　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていないから
**09**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

## ＊問 15　感染防止対策加算の届出の有無についてお伺いします。

**15-1　感染防止対策加算の届出の有無についてご回答ください。**（該当する番号１つに○）

**01**　感染防止対策加算１を届け出ている
**02**　感染防止対策加算２を届け出ている
**03**　感染防止対策加算を届け出ていない

**15-2　上記 15-1 で「03　感染防止対策加算を届け出ていない」を選択された場合、「感染防止対策加算２」を届け出ていない理由についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止に係る部門（感染防止対策部門）の設置が困難
**02**　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師がいない
**03**　５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師がいない
**04**　３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師がいない
**05**　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師がいない
**06**　感染防止対策の業務指針等の整備が困難
**07**　施設の実情に合わせた標準予防策等の手順書（マニュアル）の作成や配布が困難
**08**　院内感染対策に関する研修の開催が困難
**09**　抗菌薬の適正使用を監視するための体制整備が困難
**10**　感染防止対策加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス参加が困難
**11**　一般病床の病床数が 300 床を超えているため
**12**　その他（　　）

**15-3　上記 15-1 で「02　感染防止対策加算２を届け出ている」を選択された場合、「感染防止対策加算１」を届け出ていない理由についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師がいない
**02**　感染対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師又は５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師はいるが、専従として従事できるものがいない
**03**　感染防止対策加算２に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを実施することが困難
**04**　地域や全国のサーベイランスに参加することが困難
**05**　その他（　　）

**15-4　上記 15-1 で「01 感染防止対策加算１を届け出ている」を選択された場合、感染防止対策地域連携加算および抗菌薬適正使用支援加算の届出の有無についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止対策地域連携加算を届け出ている
**02**　抗菌薬適正使用支援加算を届け出ている

## ＊問 16　新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う貴院での感染対策の実施状況についてお伺いします。

**16-1　貴院で実施している感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　施設全体で感染対策を実施している
**02**　入院病棟全域で感染対策を実施している
**03**　一部の病棟で感染対策を実施している
**04**　外来で感染対策を実施している
**05**　手術室や検査室で感染対策を実施している
**06**　医科外来等感染症対策実施加算を算定している
**07**　入院感染症対策実施加算を算定している
**08**　その他（　　）

**16-2　上記 16-1 で「01　施設全体で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　病院への来訪者と入院患者が接触しないように動線を分けている
**02**　受付等にビニールシートやアクリル板を設置している
**03**　感染予防に関するポスター等の掲示をしている
**04**　来訪者へ検温・アルコール消毒を促している
**05**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**06**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**07**　職員食堂において、会話禁止やアクリル板などの設置を行っている
**08**　職員の休憩室において、会話禁止や長期滞在の禁止を行っている
**09**　新型コロナウイルス感染症患者（疑い含む。）の受入れについて、地域の医療機関間で役割分担を行うなど、連携を行っている
**10**　その他（　　）

**16-3　上記 16-1 で「02　入院病棟全域で感染対策を実施している」や「03　一部の病棟で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　大部屋は患者数を減らして運用するなど、病室の運用を見直している
**02**　発熱のある患者は隔離をしている
**03**　面会を制限している
**04**　食堂の運用を減らし、それぞれの病室で食事をしてもらっている
**05**　入院患者には全例新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**06**　入院患者には全例胸部 CT を実施している
**07**　入院患者もマスクの着用を徹底してもらっている
**08**　その他（　　）

**16-4　上記 16-1 で「04　外来で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

**16-5　上記 16-1 で「05　手術室や検査室で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

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

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 施 設 調 査 票（B）

今年度の新設項目は
〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合、問3-1、問4及び問6-1への記入は不要です。

## ◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設名 | | 施設ＩＤ | |
| 記入者氏名 | | 電話番号 | |

## 問１　貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

**1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和３年６月１日時点）※1**　　床

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

**1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況（令和３年６月１日時点）（予定を含む）**（該当する番号１つに○）

**01**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）（検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む）

**02**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）以外で検査を実施する医療機関（診療・検査医療機関（仮称）と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む）

**03**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症疑い※1の外来患者受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者※2の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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ウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。
※2．疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

**1-4 令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向等**（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 上記ア及びイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

**1-5 令和２年１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**※1（ア～エそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．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。

**1-6 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和３年６月１日時点）**（該当する番号すべてに○）

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

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

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

**04** 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられていない

## 問２　貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。

**2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和３年５月の１ヵ月）**（該当する番号すべてに○）

**01** 看護職員の配置に特段変動はなかった

**02** 通常、病棟業務以外に従事している看護職員を、病棟業務に配置転換をした

**03** 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした

**04** 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした

**05** その他　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2-2 「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１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場合は、「02 無」を選択してください。

（ア～クそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア 定数超過入院の発生有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| エ 「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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| オ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| カ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| キ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ク 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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。

2-3 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６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。（①～⑦それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 外来（平日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ② 外来（土日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ③ 入院 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ④ 救急 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑤ 化学療法 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑥ 手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑦ 緊急手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |

## 問３　貴院の開設者等についてお伺いします（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）

**3-1 開設者**　（該当する番号１つに○）

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

**3-2 貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等（令和３年６月１日時点）**（該当する番号すべてに○）

- **01** 病院（貴院以外）
- **02** 一般診療所（貴院以外）
- **03** 訪問看護ステーション
- **04** 介護老人保健施設
- **05** 介護老人福祉施設
- **06** 介護医療院
- **07** 居宅介護支援（介護予防支援）事業所
- **08** （介護予防）通所介護事業所
- **09** 訪問介護事業所
- **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** 認知症高齢者グループホーム
- **14** （介護予防）訪問リハビリテーション
- **15** （介護予防）通所リハビリテーション
- **16** （介護予防）居宅療養管理指導
- **17** （介護予防）短期入所療養介護
- **18** （介護予防）小規模多機能型居宅介護
- **19** 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
- **20** 短期入所生活介護事業所
- **21** 他に運営施設・事業所等はない
- **22** その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**3-3 貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等（令和３年６月１日時点）**（該当する番号すべてに○）

- **01** 病院（貴院以外）
- **02** 一般診療所（貴院以外）
- **03** 訪問看護ステーション
- **04** 介護老人保健施設
- **05** 介護老人福祉施設
- **06** 介護医療院
- **07** 居宅介護支援（介護予防支援）事業所
- **08** （介護予防）通所介護事業所
- **09** 訪問介護事業所
- **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** 認知症高齢者グループホーム
- **14** （介護予防）訪問リハビリテーション
- **15** （介護予防）通所リハビリテーション
- **16** （介護予防）居宅療養管理指導
- **17** （介護予防）短期入所療養介護
- **18** （介護予防）小規模多機能型居宅介護
- **19** 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
- **20** 短期入所生活介護事業所
- **21** 他に運営施設・事業所等はない
- **22** その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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

**4-1 許可病床数（令和３年６月１日時点）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 一般病床 | 床 | ④ 結核病床 | 床 |
| ② 療養病床 | 床 | ⑤ 感染症病床 | 床 |
| ②-ｉ（うち）介護療養病床 | 床 | ⑥ 合計 | 床 |
| ③ 精神病床 | 床 | | |

## 問５　貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

**5-1　常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点）**

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

※１．非常勤職員の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週４日（各日５時間）勤務の看護師が１人いる場合

$$非常勤看護師数＝\frac{４日×５時間×１人}{40\ 時間}＝０．５人$$

## 問６　貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

**6-1 入院基本料および特定入院料（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）
（データ提出加算を算定している場合は記入不要です。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01** | 地域包括ケア病棟入院料１ | **09** | 回復期リハビリテーション病棟入院料１ |
| **02** | 地域包括ケア入院医療管理料１ | **10** | 回復期リハビリテーション病棟入院料２ |
| **03** | 地域包括ケア病棟入院料２ | **11** | 回復期リハビリテーション病棟入院料３ |
| **04** | 地域包括ケア入院医療管理料２ | **12** | 回復期リハビリテーション病棟入院料４ |
| **05** | 地域包括ケア病棟入院料３ | **13** | 回復期リハビリテーション病棟入院料５ |
| **06** | 地域包括ケア入院医療管理料３ | **14** | 回復期リハビリテーション病棟入院料６ |
| **07** | 地域包括ケア病棟入院料４ | **15** | 専門病院入院基本料（13 対１） |
| **08** | 地域包括ケア入院医療管理料４ | | |

**＊6-2　貴院の病床の「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。**（該当するもの１つに○）

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01** | 簡易な報告を行っている | **02** | 簡易な報告を行っていない |

※１「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

6-3　上記6-2で　「01　簡易な報告を行っている」を選択された場合、
簡易な報告を行う前後における病棟数および病床数についてそれぞれご回答ください。（令和３年６月１日時点）

| | | a 簡易な報告前（診療報酬上の届出病棟・病床数） | | b 簡易な報告後（簡易な報告を行った後の病棟・病床数） | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a-ⅰ 病棟数 | a-ⅱ 医療保険届出病床数 | b-ⅰ 病棟数 | b-ⅱ 病床数 |
| 基本入院料 | ① 専門病院入院基本料（13 対１） | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| 【特定入院院料】 | ② 地域包括ケア病棟入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ③ 地域包括ケア入院医療管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ④ 地域包括ケア病棟入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑤ 地域包括ケア入院医療管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑥ 地域包括ケア病棟入院料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑦ 地域包括ケア入院医療管理料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑧ 地域包括ケア病棟入院料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑨ 地域包括ケア入院医療管理料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑪ 回復期リハビリテーション病棟入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑭ 回復期リハビリテーション病棟入院料５ | | 床 | | 床 |
| | ⑮ 回復期リハビリテーション病棟入院料６ | | 床 | | 床 |
| | ⑯ 救命救急入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑰ 救命救急入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑱ 救命救急入院料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑲ 救命救急入院料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑳ 特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ㉑ 特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉒ 特定集中治療室管理料３ | | 床 | | 床 |
| | ㉓ 特定集中治療室管理料４ | | 床 | | 床 |
| | ㉔ ハイケアユニット入院医療管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ㉕ ハイケアユニット入院医療管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉖ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉗ 小児特定集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉘ 新生児特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ㉙ 新生児特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉚ 母体・胎児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉛ 新生児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉜ 新生児治療回復室入院医療管理料 | | 床 | | 床 |

**6-4　上記6-1で回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。**

| | | a<br>地域包括ケア<br>病棟入院料<br>（6-1で01、03、05、07いずれかを回答した場合のみ） | b<br>地域包括ケア<br>入院医療管理料<br>（6-1で02、04、06、08いずれかを回答した場合のみ） | c<br>回復期リハビリテーション<br>病棟入院料<br>（6-1で09～14いずれかを回答した場合のみ） | d<br>専門病院入院<br>基本料<br>（6-1で 15 を回答した場合のみ） |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 入院患者数 | （令和３年６月１日時点） | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ② 新入棟患者数 | ア　（令和２年１～３月） | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ　（令和３年１～３月） | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ③ 新退棟患者数 | ア　（令和２年１～３月） | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ　（令和３年１～３月） | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ④ 在院患者延日数 | ア　（令和２年１～３月） | 日 | 日 | 日 | 日 |
| | イ　（令和３年１～３月） | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ⑤ 在宅復帰率※1 | ア　（令和２年１～３月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |
| | イ　（令和３年１～３月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |
| ⑥ 平均在院日数 | ア　（令和２年１～３月） | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 |
| | イ　（令和３年１～３月） | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 |
| ⑦ 病床利用率※2 | ア　（令和２年１～３月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |
| | イ　（令和３年１～３月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |

※１．①地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料
「在宅復帰率」＝Ａ÷Ｂ　：　Ａ．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）×100、Ｂ．該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・再入院患者を除く）。
②回復期リハビリテーション病棟入院料
「在宅復帰率」＝Ｃ÷Ｄ　：　Ｃ．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、有床診療所（介護サービス提供医療機関に限る）へ退院した患者（死亡退院・再入院患者を除く）×100、Ｄ．該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く）。
③専門病院入院基本料
「在宅復帰率」＝Ｅ÷Ｆ　：　Ｅ．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）×100　、Ｆ．該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。
※２．「病床利用率」＝Ａ÷Ｂ　：　Ａ．期間中の在院患者延数　×　100、Ｂ．届出病床数　×　期間の暦日数

## 問７　貴院の外来患者数、延べ入院患者数についてお伺いします。

| | | 7-1 外来患者数 | | | | 7-2 | 7-3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a<br>初診の患者数 | a-i<br>（うち）紹介状により紹介された患者数 | b<br>再診の延べ患者数 | c<br>紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数 | 延べ入院患者数 | 救急搬送件数 |
| ア 令和元年12月から令和2年5月 | ①　令和元年 12 月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ②　令和２年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③　令和２年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④　令和２年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤　令和２年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥　令和２年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| イ 令和2年12月から令和3年5月 | ①　令和２年 12 月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ②　令和３年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③　令和３年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④　令和３年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤　令和３年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥　令和３年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |

## 問８　貴院の病棟等に関する今後の届出の意向についてお伺いします。

◆ **令和３年６月１日時点に貴院が届け出ている入院基本料等に係る、今後の意向についてお伺いします。【今後の意向】では、令和４年４月以降の入院基本料等別の病床数の増減の及び入院料の意向について、貴院の考えに最も近いものに○を１つ付けてください。**

| 8-1 令和４年４月以降の入院基本料等別の病床数の増減の意向（該当する番号それぞれ１つに○） | 【今後の意向】入院基本料等別の病床数の増減の意向 | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料 | **01** 増床（新設を含む） | **02** 現状を維持（届出なし含む） | **03** 削減（転換を除く） | **04** 他の病棟へ転換 |
| ② 回復期リハビリテーション病棟入院料 | **01** 増床（新設を含む） | **02** 現状を維持（届出なし含む） | **03** 削減（転換を除く） | **04** 他の病棟へ転換 |

■ **上記８-１【今後の意向】で「04 他の病棟へ転換」を選択した場合、現在届け出ている入院基本料等から転換を検討している病棟等の状況およびその理由をご回答ください。**

**8-1-1 転換を検討している病棟等の状況およびその理由**　（該当する番号すべてに○）
（転換を検討している理由は以下の選択肢から優先度が高い順に該当する理由３つを記入）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 | **01** 急性期一般病棟 | **02** 回復期リハ病棟 | **03** 療養病棟 | **04** その他 | **05** 未定 |
| ①-ｉ 転換を検討している理由 | ， | ， | | | |
| ② 回復期リハビリテーション病棟入院料 | **01** 急性期一般病棟 | **02** 地域包括ケア病棟 | **03** 療養病棟 | **04** その他 | **05** 未定 |
| ②-ｉ 転換を検討している理由 | ， | ， | | | |

◆ **以下は、上記８-１-１の「転換を検討している理由」の選択肢です。該当する記号を「転換を検討している理由」の回答欄にご記入ください。**

| （8-1-1「転換を検討している理由」の選択肢）　現在届け出ている入院基本料等から転換を検討している理由 |
|---|
| **01**　実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため |
| **02**　他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため |
| **03**　地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **04**　回復期リハビリテーション病棟入院料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **05**　看護師の確保が困難なため |
| **06**　他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため |
| **07**　他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため |
| **08**　他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため |
| **09**　その他<br>（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） |

■ 下記問９～12については、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届け出ている場合のみご回答ください。

## 問９　現時点で回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟の令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします。

| 9-1　令和４年４月以降の状況（見込み）及びその理由 | a<br>病棟数 | b<br>医療保険届出<br>病床数 | c<br>理由<br>（以下◆から１つ選択） |
|---|---|---|---|
| ① 急性期一般入院基本料を届出 | 棟 | 床 | |
| ② 地域一般入院料１を届出 | 棟 | 床 | |
| ③ 地域一般入院料２を届出 | 棟 | 床 | |
| ④ 地域一般入院料３を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出 | 室 | 床 | |
| ⑧ 療養病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑨ 介護保険施設を届出 | | 床 | |
| ⑩ 上記以外の病棟・病室を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑪ 休床を届出 | | 床 | |

◆ 以下は、上記９-１の「令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

| （9-1-c　令和４年４月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を１つご回答ください。 |
|---|
| **01**　実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため |
| **02**　他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため |
| **03**　地域包括ケア病棟入院料・管理料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **04**　回復期リハビリテーション病棟入院料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **05**　地域に利用者がいないため |
| **06**　看護師の確保が困難なため |
| **07**　他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため |
| **08**　他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため |
| **09**　他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため |
| **10**　地域の利用者が多いため |
| **11**　看護師の確保が可能なため |
| **12**　届出を変えないことが安定した経営を維持できるため |
| **13**　届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため |
| **14**　届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため |
| **15**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） |

■下記9-2は、貴院が現時点で回復期リハビリテーション病棟入院料１を届け出ている場合のみご回答ください。

| 9-2 専任・常勤の管理栄養士の施設基準の状況と今後の予定 （該当する番号１つに○） |
|---|
| **01** 施設基準を満たしており、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。 |
| **02** 現時点で施設基準を満たしていないが、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。 |
| **03** 現時点で施設基準を満たしておらず、経過措置終了後は別の入院料を届け出る予定である。 |

■下記9-3は、貴院が現時点で回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３を届け出ている場合のご回答ください。

| 9-3 「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準の状況と今後の予定についてご回答ください。（該当する番号１つに○） |
|---|
| **01** 現時点で施設基準を満たしており、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。 |
| **02** 現時点で施設基準を満たしていないが、経過措置終了後も同じ入院料を届け出る予定である。 |
| **03** 現時点で施設基準を満たしておらず、経過措置終了後は別の入院料を届け出る予定である。 |

■ 問10、問11については、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届け出ている場合のみご回答ください。

## 問10 貴院の令和２年及び令和３年におけるリハビリテーション実績指数についてご記入ください。

| 10-1 リハビリテーション実績指数の状況 （小数点第２位を四捨五入した値） | | |
|---|---|---|
| ① リハビリテーションの実績指数 | ア 令和２年12月 | ・ |
| | イ 令和３年１月 | ・ |
| | ウ 令和３年２月 | ・ |
| | エ 令和３年３月 | ・ |
| | オ 令和３年４月 | ・ |
| | カ 令和３年５月 | ・ |

## 問11 貴院のリハビリテーションの状況についてお伺いします。

| 11-1 疾患別リハビリテーションの届出状況（①～⑤それぞれ該当する番号１つに○） | 届出の有無（令和３年５月の１か月） | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 心大血管疾患リハビリテーション料 | **01** リハビリテーション料Ⅰ | **02** リハビリテーション料Ⅱ | **03** 届出なし | |
| ② 脳血管疾患等リハビリテーション料 | **01** リハビリテーション料Ⅰ | **02** リハビリテーション料Ⅱ | **03** リハビリテーション料Ⅲ | **04** 届出なし |
| ③ 廃用症候群リハビリテーション料 | **01** リハビリテーション料Ⅰ | **02** リハビリテーション料Ⅱ | **03** リハビリテーション料Ⅲ | **04** 届出なし |
| ④ 運動器リハビリテーション料 | **01** リハビリテーション料Ⅰ | **02** リハビリテーション料Ⅱ | **03** リハビリテーション料Ⅲ | **04** 届出なし |
| ⑤ 呼吸器リハビリテーション料 | **01** リハビリテーション料Ⅰ | **02** リハビリテーション料Ⅱ | **03** 届出なし | |

**11-2 疾患別リハビリテーションの実施計画書の説明状況について、実施計画書において重点的に説明する項目をご回答ください。** （最も該当する番号１つの右欄に○）

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

**11-3 外来患者に対するリハビリテーションなどの実施状況**
（それぞれ該当する番号１つに○。実施有りの場合は延べ患者数も記載ください。）

| | | |
|---|---|---|
| **① 外来患者に対するリハビリテーションの実施（医療保険）** | ア 令和２年 12 月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | イ 令和３年１月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | ウ 令和３年２月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | エ 令和３年３月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | オ 令和３年４月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | カ 令和３年５月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| **② 外来患者に対する訪問リハビリテーション指導の実施（医療保険）** | ア 令和２年 12 月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | イ 令和３年１月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | ウ 令和３年２月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | エ 令和３年３月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | オ 令和３年４月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | カ 令和３年５月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| **③ 外来患者に対する訪問リハビリテーション指導の実施（介護保険）** | ア 令和２年 12 月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | イ 令和３年１月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | ウ 令和３年２月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | エ 令和３年３月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | オ 令和３年４月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | カ 令和３年５月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| **④ 外来患者に対する通所リハビリテーションの実施（介護保険）** | ア 令和２年 12 月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | イ 令和３年１月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | ウ 令和３年２月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | エ 令和３年３月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | オ 令和３年４月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |
| | カ 令和３年５月 | **01** 実施有り（　　件） **02** 実施なし |

■11-3-1 上記 11-3「④ 通所リハビリテーションの実施」においてすべて「02 実施なし」を選択した場合、通所リハビリテーションを実施していない理由をご回答ください。

**通所リハビリテーションを実施していない理由** （最も該当する番号ひとつに○）

**01** 機能訓練室が施設基準を満たせないため

**02** 人員配置が施設基準を満たせないため

**03** 実施したとしても経営の安定が見込めないため

**04** 同一法人内の別施設で実施しているため

**05** 別の法人の施設で実施しているため

**06** 急性期病院であるため

**07** 送迎が困難なため

**08** 今後行う予定であるため

**09** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**11-4 回復期リハビリテーション病棟入院料における病棟専従のリハビリ専門職による実施の状況**
（それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | |
|---|---|---|---|
| **① 入院中の患者又は退棟後３カ月以内の患者に対する退院前の訪問指導の実施** | ア 令和２年 12 月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | イ 令和３年１月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | ウ 令和３年２月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | エ 令和３年３月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | オ 令和３年４月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | カ 令和３年５月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| **② 退棟後３カ月以内の患者に対する外来リハビリテーションの実施** | ア 令和２年 12 月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | イ 令和３年１月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | ウ 令和３年２月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | エ 令和３年３月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | オ 令和３年４月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | カ 令和３年５月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| **③ 退棟後３カ月以内の患者に対する訪問リハビリテーション指導の実施** | ア 令和２年 12 月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | イ 令和３年１月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | ウ 令和３年２月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | エ 令和３年３月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | オ 令和３年４月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |
| | カ 令和３年５月 | **01** 実施あり | **02** 実施なし |

| | 実施の有無（令和３年５月１か月） | | |
|---|---|---|---|
| **11-5 回復期リハビリテーション病棟入院料における入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価に関する状況**（該当する番号１つに○） | **01** FIM のみ使用 | **02** 日常生活機能評価のみ使用 | **03** 日常生活機能評価と FIM の併用 |

■ 11-5-1 11-5において「02　日常生活機能評価のみ使用」又は「03　日常生活機能評価とFIMの併用」を選択した場合、その理由をご回答ください。（最も該当するもの１つの右欄に○）

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

| 11-6 令和２年12月～令和３年５月の６か月間における回復期リハビリテーション病棟入院料の１日の１患者あたりのリハビリテーション提供単位数の状況 | |
|---|---|
| ① １日の１患者あたりのリハビリテーション提供単位数 | .　単位 |

| 11-7 令和２年12月～令和３年５月の６か月間における回復期リハビリテーション病棟入院料の１日あたりの重症者※1の状況 | a 割合の最も高い（低い）月 | b 日常生活機能評価 | c FIM |
|---|---|---|---|
| ① 新規入院患者のうち重症者の割合 | | .　% | .　% |
| ①-ⅰ（うち）割合が最も高い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |
| ①-ⅱ（うち）割合が最も低い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |
| ② 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が１点以上改善した重症者の割合またはFIMが４点以上改善した重症者の割合 | | .　% | .　% |
| ②-ⅰ（うち）割合が最も高い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |
| ②-ⅱ（うち）割合が最も低い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |
| ③ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が３点以上改善した重症者の割合またはFIMが12点以上改善した重症者の割合 | | .　% | .　% |
| ③-ⅰ（うち）割合が最も高い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |
| ③-ⅱ（うち）割合が最も低い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |
| ④ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が４点以上改善した重症者の割合またはFIMが16点以上改善した重症者の割合 | | .　% | .　% |
| ④-ⅰ（うち）割合が最も高い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |
| ④-ⅱ（うち）割合が最も低い月とその割合※2 | 月 | .　% | .　% |

※１．日常生活機能評価が10点以上またはFIMが55点以下に該当する患者。

※２．割合が高いもしくは低い月が、日常生活機能評価とFIMとで異なる場合は、FIMを基準とした月について記載してください。

| 11-8　回復期リハビリテーション病棟入院料における入院患者状態についてお伺いします。 | | 令和３年５月１か月 |
|---|---|---|
| ア 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 | ① 患者数 | 人 |
| | ①-ｉ うち発症または手術後２か月以上経過した患者数※1 | 人 |
| イ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は２肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態 | ① 患者数 | 人 |
| | ①-ｉ うち発症または手術後２か月以上経過した患者数※1 | 人 |
| ウ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態 | ① 患者数 | 人 |
| | ①-ｉ うち発症または手術後２か月以上経過した患者数※1 | 人 |
| エ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態 | ① 患者数 | 人 |
| | ①-ｉ うち発症または手術後２か月以上経過した患者数※1 | 人 |
| オ 股関節又は膝関節の置換術後の状態 | ① 患者数 | 人 |
| | ①-ｉ うち発症または手術後２か月以上経過した患者数※1 | 人 |

※１．左記の状態から症後又は術後２か月以上経過した患者

■ 問 12 については、貴院が「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届け出ている場合のみご回答ください。

**問 12　貴院の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数と、そのうちのリハビリテーションを要する状態別患者数についてお伺いします。**

| 12-1 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の状態 | | 実患者数 a 令和２年 12 月～令和３年２月までの３か月間 | 実患者数 b 令和３年３～５月までの３か月間 |
|---|---|---|---|
| ア　当該病棟から退棟した患者数 | | 人 | 人 |
| （うち）リハを要する状態別の患者数 | ① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 | 人 | 人 |
| | ② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は２肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態 | 人 | 人 |
| | ③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態 | 人 | 人 |
| | ④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態 | 人 | 人 |
| | ⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態 | 人 | 人 |

■ **下記問 13 については、貴院が「地域包括ケア病棟入院料」あるいは「地域包括ケア入院医療管理料」を届け出ている場合のみご回答ください。**

## 問 13　貴院の地域包括ケア病棟・病室についてお伺いします。

13-1　現時点で地域包括ケア病棟入院料もしくは地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている病棟の令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてお伺いします。

| ア　令和４年４月以降の状況（見込み）及びその理由 | a 病棟数 | b 医療保険届出病床数 | c 理由（以下◆から選択） |
|---|---|---|---|
| ① 急性期一般入院基本料を届出 | 棟 | 床 | |
| ② 地域一般入院料１を届出 | 棟 | 床 | |
| ③ 地域一般入院料２を届出 | 棟 | 床 | |
| ④ 地域一般入院料３を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑥ 地域包括ケア病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑦ 一部を地域包括ケア入院医療管理料として届出 | 室 | 床 | |
| ⑧ 療養病棟入院料を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑨ 介護保険施設を届出 | | 床 | |
| ⑩ 上記以外の病棟・病室を届出 | 棟 | 床 | |
| ⑪ 休床を届出 | | 床 | |

◆ 以下は、上記 13-1 の「c　令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の選択肢です。該当する番号を「令和４年４月以降の状況（見込み）の理由」の回答欄にご記入ください。

| （13-1-c　令和４年４月以降の状況（見込み）の理由の選択肢）届出予定の理由を１つご回答ください。 |
|---|
| **01**　実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため |
| **02**　他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため |
| **03**　地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **04**　回復期リハビリテーション病棟入院料が再編され転換負担が緩和されたため |
| **05**　地域に利用者がいないため |
| **06**　看護師の確保が困難なため |
| **07**　他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため |
| **08**　他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため |
| **09**　他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため |
| **10**　地域の利用者が多いため |
| **11**　看護師の確保が可能なため |
| **12**　届出を変えないことが安定した経営を維持できるため |
| **13**　届出を変えないことが職員のモチベーションを維持できるため |
| **14**　届出を変えないことが職員の負担軽減につながるため |
| **15**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） |

■下記問 13-２から 13-５については、現時点の状況についてお答えください。

| 13-２ 現地域包括ケア病室の改定前の状況 | | a 病室・病棟数 | b 医療保険届出病床数 |
|---|---|---|---|
| ア 地域包括ケア病室（令和３年６月１日時点） | | 室 | 床 |
| 再掲 | ① 改定前(令和2年3月 31日時点)に地域包括ケア病室以外の病室の一部から転換 | 室 | 床 |
| | ② 改定前(令和2年3月 31日時点)に地域包括ケア病棟以外の病棟の一部から転換 | 棟 | 床 |

13-３ 地域包括ケア病棟・病室の届出を行った理由 （最も該当する番号１つに○）

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

13-４ 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨 （最も該当する番号１つに○）

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

| 13-５ 地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況 | | 割合（人数） |
|---|---|---|
| ① 自宅等から入棟した患者割合 | ア 令和２年 12 月～令和３年２月 | . % |
| | イ 令和３年３～５月 | . % |
| ①-ⅰ令和２年 12 月～令和３年５月のうち最も高い月の患者割合 | | . % |
| ①-ⅱ令和２年 12 月～令和３年５月のうち最も低い月の患者割合 | | . % |
| ② 自宅等からの緊急患者の受入れ数 | ア 令和２年 12 月～令和３年２月 | . % |
| | イ 令和３年３～５月 | . % |
| ②-ⅰ令和２年 12 月～令和３年５月のうち最も高い月の患者割合 | | . % |
| ②-ⅱ令和２年 12 月～令和３年５月のうち最も低い月の患者割合 | | . % |

**13 - 6　在宅医療等の提供状況について**　（該当する番号すべてに○）

**01** 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること

**02** 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問・指導料Ⅰの算定回数が直近３か月間で60回以上であること

**03** 当該保険医療機関において、同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で300回以上であること

**04** 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること

**05** 当該保険医療機関において退院時共同指導料２の算定回数が直近３か月間で６回以上であること

**06** 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスの提供実績を有していること

**＊13 - 7　13 - 6で該当した項目の算定回数等についてご回答ください。（令和３年３月～５月）**

| | |
|---|---|
| **① 在宅患者訪問診療料の算定回数** | **回** |
| **② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問・指導料Ⅰの算定回数** | **回** |
| **③ 同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数** | **回** |
| **④ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数** | **回** |
| **⑤ 退院時共同指導料２の算定回数** | **回** |

**⑥ 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で提供している介護サービス**　（該当する番号すべてに○）

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

## ＊問 14　貴院の救急医療体制についてお伺いします。

**14-1　救急告示の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01** 救急告示あり
**02** 救急告示なし

**14-2　救急医療体制（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01** 高度救命救急センター
**02** 救命救急センター
**03** 二次救急医療機関
**04** いずれにも該当しないが救急部門を有している
**05** 救急部門を有していない

**■14-2-1　「03　二次救急医療機関」と回答した場合のみご回答ください。**

**該当する二次救急医療体制について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

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

※１．地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入態勢を整えている場合をいう。
※２．病院群輪番制の一つで、365 日に入院を要する救急患者の受入体制を整えている場合をいう（いわゆる「固定輪番制」や「固定通年制」等も含む）。
※３．医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を開放し、地域医師会の協力により実施するものをいう。

■ 上記 14-2-1　で「01 病院群輪番制」を選択した場合、当番となる頻度についてご回答ください。

14-2-2 当番となる頻度　（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** 月に１回未満 | **04** 月に９回～12 回 |
| **02** 月に１回～４回 | **05** 月に 13 回以上 |
| **03** 月に５回～８回 | |

14-3 承認等の状況（令和３年６月１日時点）　（該当する番号すべてに○）

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

## ＊問 15　貴院の以下の時間帯における救急医療に従事する実人数及び患者数についてお伺いします。

**※二次救急医療機関は当番日の状況について、平均人数をご回答ください。**
**※二次救急医療機関以外の病院は、令和3年5月の１か月間の実績に基づいて、平均人数をご回答ください。**
**※平均値を算出する場合は、小数第1位まで(小数点第2位を切り上げ)をご記入ください。**

| 15-1 救急外来に従事する実人数（令和３年５月１か月の平均） | a 平日準夜帯※1 | b 平日深夜帯※2 | c 休日日勤帯※3 |
|---|---|---|---|
| ① 救急外来業務専従の医師※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ② 病棟業務と救急外来業務の兼務の医師※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ③ オンコールの医師 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ④ 救急外来業務専従の看護職員※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑤ 病棟業務等（手術室や一般外来等を含む）と救急外来業務の兼務の看護職員※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑥ オンコールの看護職員 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．準夜帯：１６時～２４時　　※２．深夜帯：０時～８時　　※３．日勤帯：８時～１６時
※４．ここでの「専従」は当該時間内において業務の専従を問うものであり、専属か否かは問わない。
※５．ここでの「兼務」は当該時間内において兼務の場合を想定。

| 15-2 救急外来患者数※1（令和３年５月１か月の平均） | a 平日準夜帯 | b 平日深夜帯 | c 休日日勤帯 |
|---|---|---|---|
| ① 救急搬送で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ② 救急搬送以外で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．記載の時間帯に診療が開始された患者数を記載

## ＊問 16　褥瘡対策チームの状況についてお伺いします。

16-1 褥瘡対策チームによる褥瘡回診の実施の有無（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** 褥瘡回診を実施している | **02** 褥瘡回診を実施していない |

16-1-1 上記 16-1 で、「01 褥瘡回診を実施している」を選択した場合、褥瘡回診の頻度について（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** 月４回以上実施している | **03** 月１回以下で実施している |
| **02** 月２～３回実施している | **04** 依頼があった際に、適宜実施している |

16-2 褥瘡対策に関する院内研修の開催の有無について（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** 院内研修を開催している | **02** 院内研修を開催していない |

16-2-1 16-2 で「01 院内研修を開催している」を選択した場合、その頻度について（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** １回/年開催している | **02** ２回/年以上開催している |
| **03** その他（　　） | |

**16-3　褥瘡対策チームを構成する職員の人数についてご回答ください。（令和３年６月１日時点）**

| | 構成人数 |
|---|---|
| ① 医師 | 人 |
| ② 看護師 | 人 |
| ③ 准看護師 | 人 |
| ④ 看護補助者 | 人 |
| ⑤ 薬剤師 | 人 |
| ⑥ 管理栄養士 | 人 |
| ⑦ 理学療法士 | 人 |
| ⑧ 作業療法士 | 人 |
| ⑨ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | 人 |
| ⑩ ①～⑨の合計人数 | 人 |

## ＊問 17　貴院のデータ提出加算の算定状況についてお伺いします。

**17-1　データ提出加算の届出の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

**01**　データ提出加算１及び３を届け出ている
**02**　データ提出加算２及び４を届け出ている
**03**　提出データ評価加算を届け出ている
**04**　データ提出加算を届け出ていない

**17-1-1　上記 17-1 で、「04 データ提出加算を届け出ていない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。**

（最も該当する番号１つに○）

**01**　「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから
**02**　「DPC 導入の影響評価に係る調査」に適切に参加できる体制を有しないから
**03**　「適切なコーディング」に関する委員会を設置し、年２回以上当該委員会を開催することが困難だから
**04**　電子カルテシステムが導入されていないから
**05**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**17-1-2　上記 17-1-1 で、「01「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから」を選択した場合、その理由についてご回答ください。**　（最も該当する番号１つに○）

**01**　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていないから
**02**　中央病歴管理室の設置が困難だから
**03**　診療録管理部門又は診療録管理委員会の設置が困難だから
**04**　診療記録の保管・管理のための規定の整備が困難だから
**05**　専任の診療記録管理者の配置が困難だから
**06**　入院患者についての疾病統計に、ICD 上の規定に基づいた疾病分類を行っていないから
**07**　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制を整えることが困難だから
**08**　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていないから
**09**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

## ＊問 18　感染防止対策加算の届出の有無についてお伺いします。

**18-1　感染防止対策加算の届出の有無についてご回答ください。**（該当する番号１つに○）

**01**　感染防止対策加算１を届け出ている
**02**　感染防止対策加算２を届け出ている
**03**　感染防止対策加算を届け出ていない

**18-2　上記 18-1 で「03　感染防止対策加算を届け出ていない」を選択された場合、「感染防止対策加算２」を届け出ていない理由についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止に係る部門（感染防止対策部門）の設置が困難
**02**　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師がいない
**03**　５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師がいない
**04**　３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師がいない
**05**　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師がいない
**06**　感染防止対策の業務指針等の整備が困難
**07**　施設の実情に合わせた標準予防策等の手順書（マニュアル）の作成や配布が困難
**08**　院内感染対策に関する研修の開催が困難
**09**　抗菌薬の適正使用を監視するための体制整備が困難
**10**　感染防止対策加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス参加が困難
**11**　一般病床の病床数が 300 床を超えているため
**12**　その他（　　）

**18-3　上記 18-1 で「02　感染防止対策加算２を届け出ている」を選択された場合、「感染防止対策加算１」を届け出ていない理由についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師がいない
**02**　感染対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師又は５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師はいるが、専従として従事できるものがいない
**03**　感染防止対策加算２に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを実施することが困難
**04**　地域や全国のサーベイランスに参加することが困難
**05**　その他（　　）

**18-4　上記 18-1 で「01 感染防止対策加算１を届け出ている」を選択された場合、感染防止対策地域連携加算および抗菌薬適正使用支援加算の届出の有無についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止対策地域連携加算を届け出ている
**02**　抗菌薬適正使用支援加算を届け出ている

## ＊問 19　新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う貴院での感染対策の実施状況についてお伺いします。

**19-1　貴院で実施している感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　施設全体で感染対策を実施している
**02**　入院病棟全域で感染対策を実施している
**03**　一部の病棟で感染対策を実施している
**04**　外来で感染対策を実施している
**05**　手術室や検査室で感染対策を実施している
**06**　医科外来等感染症対策実施加算を算定している
**07**　入院感染症対策実施加算を算定している
**08**　その他（　　）

**19-2　上記 19-1 で「01　施設全体で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　病院への来訪者と入院患者が接触しないように動線を分けている
**02**　受付等にビニールシートやアクリル板を設置している
**03**　感染予防に関するポスター等の掲示をしている
**04**　来訪者へ検温・アルコール消毒を促している
**05**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**06**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**07**　職員食堂において、会話禁止やアクリル板などの設置を行っている
**08**　職員の休憩室において、会話禁止や長期滞在の禁止を行っている
**09**　新型コロナウイルス感染症患者（疑い含む。）の受入れについて、地域の医療機関間で役割分担を行うなど、連携を行っている
**10**　その他（　　）

**19-3　上記 19-1 で「02　入院病棟全域で感染対策を実施している」や「03　一部の病棟で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　大部屋は患者数を減らして運用するなど、病室の運用を見直している
**02**　発熱のある患者は隔離をしている
**03**　面会を制限している
**04**　食堂の運用を減らし、それぞれの病室で食事をしてもらっている
**05**　入院患者には全例新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**06**　入院患者には全例胸部 CT を実施している
**07**　入院患者もマスクの着用を徹底してもらっている
**08**　その他（　　）

**19-4　上記 19-1 で「04　外来で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

**19-5　上記 19-1 で「05　手術室や検査室で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

◆　入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

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

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 施設調査票（C）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月１日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合、問3、問4及び問6-1への記入は不要です。

## ◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設名 | | 施設ＩＤ | |
| 記入者氏名 | | 電話番号 | |

## 問１　貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

**1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和３年６月１日時点）※1**　　床

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

**1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況（令和３年６月１日時点）（予定を含む）**（該当する番号１つに○）

**01**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）（検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む）

**02**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）以外で検査を実施する医療機関（診療・検査医療機関（仮称）と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む）

**03**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症疑い※1の外来患者受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者※2の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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ウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。
※2．疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

**1-4 令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向等**（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 上記ア及びイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

**1-5 令和２年１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**※1（ア～エそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．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。

**1-6 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和３年６月１日時点）**（該当する番号すべてに○）

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

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

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

**04** 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられていない

## 問２　貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。

**2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和３年５月の１ヵ月）**（該当する番号すべてに○）

**01** 看護職員の配置に特段変動はなかった

**02** 通常、病棟業務以外に従事している看護職員を、病棟業務に配置転換をした

**03** 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした

**04** 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした

**05** その他　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2-2 「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１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場合は、「02 無」を選択してください。

（ア～クそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア 定数超過入院の発生有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| エ「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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| オ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| カ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| キ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ク 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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。

2-3 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６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。（①～⑦それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 外来（平日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ② 外来（土日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ③ 入院 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ④ 救急 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑤ 化学療法 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑥ 手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑦ 緊急手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |

## 問３　貴院の開設者についてお伺いします。（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）

**3-1 開設者**　（該当する番号１つに○）

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

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

**4-1 許可病床数（令和３年６月１日時点）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 一般病床 | 床 | ④ 結核病床 | 床 |
| ② 療養病床 | 床 | ⑤ 感染症病床 | 床 |
| ②-ⅰ（うち）介護療養病床 | 床 | ⑥ 合計 | 床 |
| ③ 精神病床 | 床 | | |

## 問５　貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

**5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点）**

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

※１．非常勤職員の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週４日（各日５時間）勤務の看護師が１人いる場合

$$非常勤看護師数＝\frac{４日×５時間×１人}{40時間}＝０.５人$$

## 問６　貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

**6-1　入院基本料（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）
（データ提出加算を算定している場合は、記入不要です。）

**01**　療養病棟入院料１
**02**　療養病棟入院料２
**03**　療養病棟入院基本料「注 11」に規定される点数を算定
（以下、「療養病棟入院基本料　経過措置」と表記）

**6-2　貴院の病床の「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。**　（該当するもの１つに○）

**01**　簡易な報告を行っている
**02**　簡易な報告を行っていない

※1「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

**6-3　上記6-2で　「01　簡易な報告を行っている」を選択された場合、簡易な報告を行う前後における病棟数および病床数についてそれぞれご回答ください。（令和３年６月１日時点）**

| | | a　簡易な報告前（診療報酬上の届出病棟・病床数） | | b　簡易な報告後（簡易な報告を行った後の病棟・病床数） | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a-ⅰ 病棟数 | a-ⅱ 医療保険届出病床数 | b-ⅰ 病棟数 | b-ⅱ 病床数 |
| 〔入院基本料〕 | ① 療養病棟入院料1 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ② 療養病棟入院料2 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ③ 療養病棟入院基本料「注 11」 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| 〔特定入院料〕 | ④ 救命救急入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑤ 救命救急入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑥ 救命救急入院料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑦ 救命救急入院料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑧ 特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑨ 特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑩ 特定集中治療室管理料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑪ 特定集中治療室管理料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑫ ハイケアユニット入院医療管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑬ ハイケアユニット入院医療管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑭ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | | 床 | | 床 |
| | ⑮ 小児特定集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ⑯ 新生児特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑰ 新生児特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑱ 母体・胎児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ⑲ 新生児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ⑳ 新生児治療回復室入院医療管理料 | | 床 | | 床 |

**6-4　上記6-1で回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。**

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

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

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

**6-5　今後の意向についてお伺いします。回答した入院基本料を届け出ている病棟に関する、令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向**（貴院の考えについて最も近いもの１つに○）

**【今後の意向】**

**01** 増床　**02** 現状を維持　**03** 削減（転換を除く）　**04** 他の病棟・施設へ転換

**6-5-1　上記6-5【今後の意向】で「04 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合、現在届け出ている入院基本料から転換を検討している病棟の状況およびその理由をご回答ください。**

**①　検討している転換先**
（該当する番号すべてに○）

**01** 療養病棟入院料１
**02** 療養病棟入院料２
**03** 療養病棟入院料　経過措置
**04** 回復期リハ病棟
**05** 地域包括ケア病棟
**06** 介護保険施設
**07** 介護医療院
**08** その他
**09** 未定

**②　転換を検討している理由**
（最も該当する番号１つに○）

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

| | |
|---|---|
| 6-5-2 6-5-1の【検討している転換先】で「07 介護医療院」を選択した場合、療養病棟から介護医療院へ転換を検討している病床数についてご回答ください。 | 床 |

**6-6 問6-1で「01 療養病棟入院料１」を選択した場合、在宅復帰機能強化加算の算定についてご回答ください。**
（該当する番号１つに○）

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

**6-7 問6-1で「01 療養病棟入院料１」を選択した場合、一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合※1についてご回答ください。（令和２年６月～令和３年５月の１年間）**

| | |
|---|---|
| ① 一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合 | ．　％ |

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

**＊6-8 問6-1で「03 療養病棟入院基本料「注 11」に規定される点数を算定」を選択した場合にご回答ください。**
**下記に厚生労働大臣が定めるもののうち、基準を満たせないものをご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

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

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

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

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

## 問７　貴院の外来患者数、延べ入院患者数についてお伺いします。

| | | 7-1 外来患者数 | | | | 7-2 延べ入院患者数 | 7-3 救急搬送件数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 初診の患者数 | a-i（うち）紹介状により紹介された患者数 | b 再診の延べ患者数 | c 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数 | | |
| ア 令和元年12月から令和2年5月 | ① 令和元年 12 月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ② 令和２年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③ 令和２年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④ 令和２年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤ 令和２年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥ 令和２年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| イ 令和2年12月から令和3年5月 | ① 令和２年 12 月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ② 令和３年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③ 令和３年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④ 令和３年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤ 令和３年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥ 令和３年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |

■ 下記問 8 については、貴院が改定前に「療養病棟入院基本料１」を届け出ていた場合のみご回答ください。

## 問８　改定前に療養病棟入院基本料１を届け出ていた病棟の現時点の状況についてお伺いします。

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

■ 下記問 9 については、貴院が改定前に「療養病棟入院基本料２」を届け出ていた場合のみご回答ください。

## 問９　改定前に療養病棟入院基本料２を届け出ていた病棟の現時点の状況についてお伺いします。

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

■ 下記問 10 については、貴院が改定前に旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注１１を届け出ていた場合のみご回答ください。

## 問 10　改定前に旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注 11（以下「旧経過措置」と表記）を届け出ていた病棟の現時点の状況についてお伺いします。

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

## ＊問 11　貴院の救急医療体制についてお伺いします。

**11-1　救急告示の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

- **01**　救急告示あり
- **02**　救急告示なし

**11-2　救急医療体制（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

- **01**　高度救命救急センター
- **02**　救命救急センター
- **03**　二次救急医療機関
- **04**　いずれにも該当しないが救急部門を有している
- **05**　救急部門を有していない

**■11-2-1　上記 11-2 で「03　二次救急医療機関」と回答した場合のみご回答ください。**

**該当する二次救急医療体制について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

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

※１．地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入態勢を整えている場合をいう。
※２．病院群輪番制の一つで、365 日に入院を要する救急患者の受入体制を整えている場合をいう（いわゆる「固定輪番制」や「固定通年制」等も含む）。
※３．医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を開放し、地域医師会の協力により実施するものをいう。

**■ 上記 11-2-1 で「01 病院群輪番制」を選択した場合、当番となる頻度についてご回答ください。**

**11-2-2　当番となる頻度**　（該当する番号１つに○）

- **01**　月に１回未満
- **02**　月に１回～４回
- **03**　月に５回～８回
- **04**　月に９回～12 回
- **05**　月に 13 回以上

**11-3　承認等の状況（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

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

## ＊問 12　貴院の以下の時間帯における救急医療に従事する実人数及び患者数についてお伺いします。

**※二次救急医療機関は当番日の状況について、平均人数をご回答ください。**
**※二次救急医療機関以外の病院は、令和3年5月の１か月間の実績に基づいて、平均人数をご回答ください。**
**※平均値を算出する場合は、小数第1位まで(小数点第2位を切り上げ)をご記入ください。**

| 12-1　救急外来に従事する実人数（令和３年５月１か月の平均） | a　平日準夜帯※1 | b　平日深夜帯※2 | c　休日日勤帯※3 |
|---|---|---|---|
| ①　救急外来業務専従の医師※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ②　病棟業務と救急外来業務の兼務の医師※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ③　オンコールの医師 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ④　救急外来業務専従の看護職員※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑤　病棟業務等（手術室や一般外来等を含む）と救急外来業務の兼務の看護職員※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑥　オンコールの看護職員 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．準夜帯：１６時～２４時　　※２．深夜帯：０時～８時　　※３．日勤帯：８時～１６時
※４．ここでの「専従」は当該時間内において業務の専従を問うものであり、専属か否かは問わない。
※５．ここでの「兼務」は当該時間内において兼務の場合を想定。

| 12-2　救急外来患者数※1　（令和３年５月１か月の平均） | a　平日準夜帯 | b　平日深夜帯 | c　休日日勤帯 |
|---|---|---|---|
| ①　救急搬送で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ②　救急搬送以外で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．　記載の時間帯に診療が開始された患者数を記載

## ＊問 13　褥瘡対策チームの状況についてお伺いします。

**13-1　褥瘡対策チームによる褥瘡回診の実施の有無（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**　（該当する番号１つに○）

**01**　褥瘡回診を実施している　　**02**　褥瘡回診を実施していない

**13-1-1　上記 13-1 で、「01 褥瘡回診を実施している」を選択した場合、褥瘡回診の頻度について（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**　（該当する番号１つに○）

**01**　月４回以上実施している　　**03**　月１回以下で実施している
**02**　月２～３回実施している　　**04**　依頼があった際に、適宜実施している

**13-2　褥瘡対策に関する院内研修の開催の有無について**　（該当する番号１つに○）

**01**　院内研修を開催している　　**02**　院内研修を開催していない

**13-2-1　13-2 で「01　院内研修を開催している」を選択した場合、その頻度について**　（該当する番号１つに○）

**01**　１回/年開催している　　**02**　２回/年以上開催している
**03**　その他（　　）

**13-3　褥瘡対策チームを構成する職員の人数についてご回答ください。（令和３年６月１日時点）**

| | 構成人数 |
|---|---|
| ① 医師 | 人 |
| ② 看護師 | 人 |
| ③ 准看護師 | 人 |
| ④ 看護補助者 | 人 |
| ⑤ 薬剤師 | 人 |
| ⑥ 管理栄養士 | 人 |
| ⑦ 理学療法士 | 人 |
| ⑧ 作業療法士 | 人 |
| ⑨ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | 人 |
| ⑩ ①～⑨の合計人数 | 人 |

**13-4　褥瘡対策加算の算定の有無（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**　（該当する番号すべてに○）

**01**　褥瘡対策加算１を算定している
**02**　褥瘡対策加算２を算定している
**03**　算定していない

**13-5　褥瘡対策加算を算定している場合、算定件数についてご回答ください（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**

| | |
|---|---|
| **01**　褥瘡対策加算１ | 件 |
| **02**　褥瘡対策加算２ | 件 |

**13-6　上記 13-4 で、「03　算定していない」を選択された場合、その理由をご回答ください。**（最も該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01**　褥瘡を有する患者がいなかった | |
| **02**　DESIGN-R 評価を行っていない | |
| **03**　その他（　　） | |

## ＊問 14　貴院のデータ提出加算の算定状況についてお伺いします。

**14-1　データ提出加算の届出の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

**01**　データ提出加算１及び３を届け出ている
**02**　データ提出加算２及び４を届け出ている
**03**　提出データ評価加算を届け出ている
**04**　データ提出加算を届け出ていない

**14-1-1　上記 14-1 で、「04 データ提出加算を届け出ていない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。**（最も該当する番号１つに○）

**01**　「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから
**02**　「DPC 導入の影響評価に係る調査」に適切に参加できる体制を有しないから
**03**　「適切なコーディング」に関する委員会を設置し、年２回以上当該委員会を開催することが困難だから
**04**　電子カルテシステムが導入されていないから
**05**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**14-1-2 上記 14-1-1 で、「01「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから」を選択した場合、その理由についてご回答ください。** （最も該当する番号１つに○）

**01** 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていないから

**02** 中央病歴管理室の設置が困難だから

**03** 診療録管理部門又は診療録管理委員会の設置が困難だから

**04** 診療記録の保管・管理のための規定の整備が困難だから

**05** 専任の診療記録管理者の配置が困難だから

**06** 入院患者についての疾病統計に、ICD 上の規定に基づいた疾病分類を行っていないから

**07** 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制を整えることが困難だから

**08** 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていないから

**09** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

## ＊問 15　感染防止対策加算の届出の有無についてお伺いします。

**15-1　感染防止対策加算の届出の有無についてご回答ください。**（該当する番号１つに○）

**01**　感染防止対策加算１を届け出ている
**02**　感染防止対策加算２を届け出ている
**03**　感染防止対策加算を届け出ていない

**15-2　上記 15-1 で「03　感染防止対策加算を届け出ていない」を選択された場合、「感染防止対策加算２」を届け出ていない理由についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止に係る部門（感染防止対策部門）の設置が困難
**02**　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師がいない
**03**　５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師がいない
**04**　３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師がいない
**05**　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師がいない
**06**　感染防止対策の業務指針等の整備が困難
**07**　施設の実情に合わせた標準予防策等の手順書（マニュアル）の作成や配布が困難
**08**　院内感染対策に関する研修の開催が困難
**09**　抗菌薬の適正使用を監視するための体制整備が困難
**10**　感染防止対策加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス参加が困難
**11**　一般病床の病床数が 300 床を超えているため
**12**　その他（　　）

**15-3　上記 15-1 で「02　感染防止対策加算２を届け出ている」を選択された場合、「感染防止対策加算１」を届け出ていない理由についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師がいない
**02**　感染対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師又は５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師はいるが、専従として従事できるものがいない
**03**　感染防止対策加算２に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを実施することが困難
**04**　地域や全国のサーベイランスに参加することが困難
**05**　その他（　　）

**15-4　上記 15-1 で「01 感染防止対策加算１を届け出ている」を選択された場合、感染防止対策地域連携加算および抗菌薬適正使用支援加算の届出の有無についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止対策地域連携加算を届け出ている
**02**　抗菌薬適正使用支援加算を届け出ている

## ＊問 16　新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う貴院での感染対策の実施状況についてお伺いします。

**16-1　貴院で実施している感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　施設全体で感染対策を実施している
**02**　入院病棟全域で感染対策を実施している
**03**　一部の病棟で感染対策を実施している
**04**　外来で感染対策を実施している
**05**　手術室や検査室で感染対策を実施している
**06**　医科外来等感染症対策実施加算を算定している
**07**　入院感染症対策実施加算を算定している
**08**　その他（　　）

**16-2　上記 16-1 で「01　施設全体で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　病院への来訪者と入院患者が接触しないように動線を分けている
**02**　受付等にビニールシートやアクリル板を設置している
**03**　感染予防に関するポスター等の掲示をしている
**04**　来訪者へ検温・アルコール消毒を促している
**05**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**06**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**07**　職員食堂において、会話禁止やアクリル板などの設置を行っている
**08**　職員の休憩室において、会話禁止や長期滞在の禁止を行っている
**09**　新型コロナウイルス感染症患者（疑い含む。）の受入れについて、地域の医療機関間で役割分担を行うなど、連携を行っている
**10**　その他（　　）

**16-3　上記 16-1 で「02　入院病棟全域で感染対策を実施している」や「03　一部の病棟で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　大部屋は患者数を減らして運用するなど、病室の運用を見直している
**02**　発熱のある患者は隔離をしている
**03**　面会を制限している
**04**　食堂の運用を減らし、それぞれの病室で食事をしてもらっている
**05**　入院患者には全例新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**06**　入院患者には全例胸部 CT を実施している
**07**　入院患者もマスクの着用を徹底してもらっている
**08**　その他（　　）

**16-4　上記 16-1 で「04　外来で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

**16-5　上記 16-1 で「05　手術室や検査室で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

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

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 施 設 調 査 票（D）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。
- データ提出加算を算定している場合、問3、問4及び問6-1への記入は不要です。

## ◆ 本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設名 | | 施設ＩＤ | |
| 記入者氏名 | | 電話番号 | |

## 問１　貴院における新型コロナウイルス感染症に関連する受入体制等についてお伺いします。

**1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和３年６月１日時点）※1**　　床

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

**1-2 新型コロナウイルス感染症疑い患者用の外来設置状況（令和３年６月１日時点）（予定を含む）**（該当する番号１つに○）

**01**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）（検体採取等を行う地域外来・検査センターを含む）

**02**　診療・検査医療機関（仮称）（旧：帰国者・接触者外来）以外で検査を実施する医療機関（診療・検査医療機関（仮称）と同様の機能を有する医療機関として都道府県等が認めた医療機関を含む）

**03**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症疑い※1の外来患者受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症患者の入院患者※2の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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ウイルス感染症と診断されなかった患者も含む。）。
※2．疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。

**1-4 令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向等**（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 上記ア及びイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

**1-5 令和２年１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**※1（ア～エそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．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。

**1-6 新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等の指定の有無（令和３年６月１日時点）**（該当する番号すべてに○）

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

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

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

**04** 新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の受入病床を割り当てられていない

## 問２　貴院における新型コロナウイルス感染症に起因する影響についてお伺いします。

**2-1 看護職員の配置の変動の有無（令和３年５月の１ヵ月）**（該当する番号すべてに○）

**01** 看護職員の配置に特段変動はなかった

**02** 通常、病棟業務以外に従事している看護職員を、病棟業務に配置転換をした

**03** 通常、外来業務以外に従事している看護職員を、外来業務に配置転換をした

**04** 通常、従事している病棟から看護職員を、新型コロナウイルス感染症専用病棟に配置転換をした

**05** その他　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2-2 「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１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場合は、「02 無」を選択してください。

（ア～クそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア 定数超過入院の発生有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| エ「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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| オ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| カ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| キ 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ク 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 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※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。

2-3 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６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。（①～⑦それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 外来（平日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ② 外来（土日） | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ③ 入院 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | |
| ④ 救急 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑤ 化学療法 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑥ 手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |
| ⑦ 緊急手術 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 | 04 従来から実施なし |

## 問３　貴院の開設者についてお伺いします。（データ提出加算を算定している場合は記入不要です。）

**3-1 開設者**　（該当する番号１つに○）

**01** 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）

**02** 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）

**03** 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）

**04** 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）

**05** 医療法人（社会医療法人は含まない）

**06** その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人）

**07** 個人

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

**4-1 許可病床数（令和３年６月１日時点）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 一般病床 | 床 | ④ 結核病床 | 床 |
| ② 療養病床 | 床 | ⑤ 感染症病床 | 床 |
| ②-ｉ（うち）介護療養病床 | 床 | ⑥ 合計 | 床 |
| ③ 精神病床 | 床 | | |

## 問５　貴院の職種別の職員数（常勤換算）についてお伺いします。

**5-1 常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点）**

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

※１．非常勤職員の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週４日（各日５時間）勤務の看護師が１人いる場合

$$非常勤看護師数＝\frac{４日×５時間×１人}{40\ 時間}＝０．５人$$

## 問６　貴院の入院基本料、病棟の状況等についてお伺いします。

**6-1　入院基本料および特定入院料（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

（データ提出加算を算定している場合は記入不要です。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01** | ７対１障害者施設等入院基本料 | **06** | 特殊疾患病棟入院料２ |
| **02** | 10 対１障害者施設等入院基本料 | **07** | 特殊疾患入院医療管理料 |
| **03** | 13 対１障害者施設等入院基本料 | **08** | 一般病棟入院基本料 |
| **04** | 15 対１障害者施設等入院基本料 | **09** | 緩和ケア病棟入院料１ |
| **05** | 特殊疾患病棟入院料１ | **10** | 緩和ケア病棟入院料２ |

**＊6-2　貴院の病床の「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。**　（該当するもの１つに○）

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01** | 簡易な報告を行っている | **02** | 簡易な報告を行っていない |

※１「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

**6-3　上記6-2で　「01　簡易な報告を行っている」を選択された場合、簡易な報告を行う前後における病棟数および病床数についてそれぞれご回答ください。（令和３年６月１日時点）**

| 一般病棟入院基本料 | | a 簡易な報告前（診療報酬上の届出病棟・病床数） | | b 簡易な報告後（簡易な報告を行った後の病棟・病床数） | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | a-ⅰ 病棟数 | a-ⅱ 医療保険届出病床数 | b-ⅰ 病棟数 | b-ⅱ 病床数 |
| 【入院基本料】 | ① ７対１障害者施設等入院基本料 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ② 10 対１障害者施設等入院基本料 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ③ 13 対１障害者施設等入院基本料 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ④ 15 対１障害者施設等入院基本料 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| | ⑤ 一般病棟入院基本料 | 棟 | 床 | 棟 | 床 |
| 【特定入院料】 | ⑥ 特殊疾患病棟入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑦ 特殊疾患病棟入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑧ 特殊疾患入院医療管理料 | | 床 | | 床 |
| | ⑨ 緩和ケア病棟入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑩ 緩和ケア病棟入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑪ 救命救急入院料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑫ 救命救急入院料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑬ 救命救急入院料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑭ 救命救急入院料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑮ 特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑯ 特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ⑰ 特定集中治療室管理料３ | | 床 | | 床 |
| | ⑱ 特定集中治療室管理料４ | | 床 | | 床 |
| | ⑲ ハイケアユニット入院医療管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ⑳ ハイケアユニット入院医療管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉑ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉒ 小児特定集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉓ 新生児特定集中治療室管理料１ | | 床 | | 床 |
| | ㉔ 新生児特定集中治療室管理料２ | | 床 | | 床 |
| | ㉕ 母体・胎児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉖ 新生児集中治療室管理料 | | 床 | | 床 |
| | ㉗ 新生児治療回復室入院医療管理料 | | 床 | | 床 |

**6-4　上記6-1で回答した入院基本料に関して、病棟の状況についてご回答ください。**

| | | a<br>障害者施設等入院基本料<br>（問６－１で01～04のいずれかを回答した場合のみ） | b<br>特殊疾患病棟入院料<br>（問６－１で05、06のいずれかを回答した場合のみ） | c<br>特殊疾患入院医療管理料<br>（問６－１で07を回答した場合のみ） | d<br>一般病棟入院基本料<br>（問６－１で08を回答した場合のみ） | e<br>緩和ケア病棟入院料１<br>（問６－１で09を回答した場合のみ） | f<br>緩和ケア病棟入院料２<br>（問６－１で10を回答した場合のみ） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① 入院患者数 | （令和3年6月1日時点） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ② 新入棟患者数 | ア（令和2年1月～3月） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ（令和3年1月～3月） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ③ 新退棟患者数 | ア（令和2年1月～3月） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ（令和3年1月～3月） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ④ 在院患者延日数 | ア（令和2年1月～3月） | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| | イ（令和3年1月～3月） | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ⑤ 在宅復帰率※1 | ア（令和2年1月～3月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |
| | イ（令和3年1月～3月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |
| ⑥ 平均在院日数 | ア（令和2年1月～3月） | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 |
| | イ（令和3年1月～3月） | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 | ．　日 |
| ⑦ 病床利用率※2 | ア（令和2年1月～3月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |
| | イ（令和3年1月～3月） | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ | ．　％ |

※１．①一般病棟入院基本料、緩和ケア病棟入院料１、緩和ケア病棟入院料２
「在宅復帰率」＝Ａ÷Ｂ　：　Ａ．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病室、療養病棟、有床診療所、老健施設へ退院した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）×100、Ｂ．該当する病棟から、退棟した患者（死亡退院患者・転棟患者・再入院患者を除く）。
②障害施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料
「在宅復帰率」＝Ｃ÷Ｄ　：　Ｃ．該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）×100、Ｄ．該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。
※２．「病床利用率」＝Ａ÷Ｂ　：Ａ．期間中の在院患者延数　×　100　、Ｂ．届出病床数　×　期間の暦日数

**6-5　今後の意向についてお伺いします。回答した入院基本料を届け出ている病棟に関する、令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向をご回答ください。**（ア～エそれぞれ貴院の考えについて最も近いもの１つに○）。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ア　障害者施設等入院基本料 | **01** 増床 | **02** 現状を維持 | **03** 削減（転換を除く） | **04** 他の病棟へ転換 |
| イ　特殊疾患病棟入院料 | **01** 増床 | **02** 現状を維持 | **03** 削減（転換を除く） | **04** 他の病棟へ転換 |
| ウ　特殊疾患入院医療管理料 | **01** 増床 | **02** 現状を維持 | **03** 削減（転換を除く） | **04** 他の病室へ転換 |
| エ　緩和ケア病棟入院料 | **01** 増床 | **02** 現状を維持 | **03** 削減（転換を除く） | **04** 他の病棟へ転換 |

＊6-5-1　上記6-5【今後の意向】で「04 他の病棟（病室）へ転換」を選択した場合、現在届け出ている入院基本料もしくは特定入院料（管理料）から転換を検討している病棟（病室）およびその理由をご回答ください。

| | | |
|---|---|---|
| ①　検討している転換先<br>（該当する番号すべてに○） | **01**　障害者施設等入院基本料<br>**02**　特殊疾患病棟入院料<br>**03**　特殊疾患入院医療管理料<br>**04**　一般病棟入院基本料 | **05**　地域包括ケア病棟入院料（管理料）<br>**06**　回復期リハビリテーション病棟入院料<br>**07**　療養病棟入院基本料<br>**08**　その他 |

| ②　転換を検討している理由<br>（最も該当する番号の右欄１つに○） | |
|---|---|
| **01**　実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため | |
| **02**　他の入院料と組み合わせることで、より患者の状態に即した医療を提供できるため | |
| **03**　他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため | |
| **04**　地域に利用者がいないため | |
| **05**　看護師の確保が困難なため | |
| **06**　他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため | |
| **07**　他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため | |
| **08**　他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため | |
| **09**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | |

## 問７　貴院の外来患者数、延べ入院患者数についてお伺いします。

| | | 7-1 外来患者数 | | | | 7-2 延べ入院患者数 | 7-3 救急搬送件数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 初診の患者数 | a-i（うち）紹介状により紹介された患者数 | b 再診の延べ患者数 | c 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数 | | |
| ア．令和元年12月から令和２年５月 | ① 令和元年12月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ② 令和２年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③ 令和２年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④ 令和２年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤ 令和２年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥ 令和２年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| イ．令和２年12月から令和３年５月 | ① 令和２年12月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ② 令和３年１月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ③ 令和３年２月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ④ 令和３年３月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑤ 令和３年４月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |
| | ⑥ 令和３年５月１か月 | 人 | 人 | 延べ　人 | 人 | 延べ　人 | 件 |

## ＊問８　障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料を届け出ている場合に、ご回答ください。

| 8-1　満たしている施設基準について、ご回答ください。　（該当する番号すべてに○） | |
|---|---|
| **01**　児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 42 条第二号に規定する医療型障害児入所施設※1 又は同法第６条の２の２第３項に規定する指定発達支援医療機関に係る一般病棟である。 | |
| **02**　患者及び看護要員に係る要件 | |

※障害者施設等入院基本料においては、「重度の肢体不自由児（者）※2、脊椎損傷等の重度障害者※2、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね７割以上入院させている病棟である。」及び「当該病棟において、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上である。」

特殊疾患病棟入院料２においては、「重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者をおおむね８割以上入院させる一般病棟又は精神病棟であって、病棟単位で行うもの。」及び「当該病棟において、１日に看護を行う看護補助員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上である。」

特殊疾患病棟入院料１及び特殊疾患入院医療管理料においては、「脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等をおおむね８割以上入院させる一般病棟であって、病棟単位で行うもの。」及び「当該病棟において、１日に看護を行う看護職員および看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上である。」

※１　主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう）を入所させるものに限る
※２　脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く

**8-2　それぞれの患者数およびの割合についてご回答ください。（令和３年５月の１か月）**

| | a<br>障害者施設等<br>入院基本料 | b<br>特殊疾患病棟<br>入院料１ | c<br>特殊疾患病棟<br>入院料２ | d<br>特殊疾患入院医療<br>管理料 |
|---|---|---|---|---|
| ①　重度肢体不自由児等※1<br>（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く） | 人 | | 人 | |
| ②　脊髄損傷等の重度障害者<br>（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く） | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ③　重度の意識障害者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ④　筋ジストロフィー患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑤　難病患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑥　１日平均入院患者数※2 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑦　①～⑤の合計×100/⑥ | % | % | % | % |

※１　特殊疾患病棟入院料２の場合、日常生活自立度のランクＢ以上に限る。ただし、脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。
※２　直近１年間（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）の１日平均入院患者数

## ＊問９　緩和ケア病棟入院料を算定している場合に、要件に関わる状況などについてお伺いします。

**9-1　緩和ケア病棟入院料の算定状況について【再掲】（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

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

**9-2　外部評価について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

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

**9-3　入院患者及び退院患者について、ご回答ください。**

| | | |
|---|---|---|
| **9-3-1**　「当該病棟内の緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間（平均）（令和２年６月１日から令和３年５月 31 日） | | ．　日 |
| **9-3-2**　①　退院患者数（令和２年６月１日から令和３年５月 31 日） | | 人 |
| **9-3-3**　②　①の退院患者数のうちア～ウにあてはまる患者数と退院患者数に対する割合 | a 患者数 | b 退院患者数に対する割合 |
| ア．退院患者のうち、他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者数 | 人 | ．　％ |
| イ．同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟患者数 | 人 | ．　％ |
| ウ．退院患者のうち、死亡退院の患者数 | 人 | ．　％ |

**9-4　上記９-１で「02　緩和ケア病棟入院料 2 を算定している」を選択した場合、緩和ケア病棟入院料１を算定できない理由をご回答ください。**（最も該当する番号１つに○）

**01**　入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、緩和ケアを担当する常勤の医師が、入院の適応を判断し、当該医師または当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けることが困難

**02**　「緩和ケアを担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」　から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間の平均を 14 日未満にすることが困難

**03**　当該病棟の退院患者のうち、他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者の割合を 15%未満にすることが困難

**04**　同一の保険医療機関の緩和ケア病棟入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟患者の割合を 15%未満にすることが困難

**05**　退院患者のうち、死亡退院患者の割合を 15%未満にすることが困難

**06**　緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料および在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難

**07**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**9-5　「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価についてご回答ください。**
（該当する番号１つに○）

**01**　評価を行っている
**02**　評価を行っていない

**9-5-1　上記９-５で、「01 評価を行っている」を選択した場合、実施している職種をご回答ください。**
（該当する番号すべてに○）

**01**　医師
**02**　看護師
**03**　准看護師
**04**　看護補助者
**05**　薬剤師
**06**　管理栄養士
**07**　理学療法士
**08**　作業療法士
**09**　言語療法士
**10**　公認心理師
**11**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**9-5-2　上記９-５で、「01 評価を行っている」を選択した場合、評価を実施することとしている頻度についてご回答ください。（令和３年５月の１か月）**　（該当する番号１つに○）

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

**9-5-3　上記９-５で、「01 評価を行っている」を選択した場合、緩和ケア病棟内の何割くらいの患者に対して、疼痛の数値を用いた評価を行っているかご回答ください。（令和３年５月の１か月）**　（該当する番号１つに○）

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

**9-6　上記９-５で、「02 評価を行っていない」を選択した場合、行っていない理由をご回答ください。**
（最も該当する番号１つに○）

**01**　職員の負担が大きい
**02**　治療計画に関係ないと判断しているから
**03**　診察等のみで充分と判断しているから
**04**　数字等を用いた評価を知らない
**05**　数字の評価対応を検討中
**06**　その他（　　）

## ＊問 10　貴院の救急医療体制についてお伺いします。

**10-1　救急告示の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01**　救急告示あり
**02**　救急告示なし

**10-2　救急医療体制（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01**　高度救命救急センター
**02**　救命救急センター
**03**　二次救急医療機関
**04**　いずれにも該当しないが救急部門を有している
**05**　救急部門を有していない

**10-2-1　上記 10-2 で「03　二次救急医療機関」と回答した場合のみご回答ください。**

**該当する二次救急医療体制について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

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

※１．地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入態勢を整えている場合をいう。
※２．病院群輪番制の一つで、365 日に入院を要する救急患者の受入体制を整えている場合をいう（いわゆる「固定輪番制」や「固定通年制」等も含む）。
※３．医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を開放し、地域医師会の協力により実施するものをいう。

**10-2-2　上記 10-2-1　で「01 病院群輪番制」を選択した場合、当番となる頻度についてご回答ください。**

**当番となる頻度**　（該当する番号１つに○）

**01**　月に１回未満
**02**　月に１回～４回
**03**　月に５回～８回
**04**　月に９回～12 回
**05**　月に 13 回以上

**10-3　承認等の状況（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

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

## 問 11　貴院の以下の時間帯における救急医療に従事する実人数及び患者数についてお伺いします。

**※二次救急医療機関は当番日の状況について、平均人数をご回答ください。**

**※二次救急医療機関以外の病院は、令和3年5月の１か月間の実績に基づいて、平均人数をご回答ください。**

**※平均値を算出する場合は、小数第1位まで(小数点第2位を切り上げ)をご記入ください。**

| 11-1　救急外来に従事する実人数（令和３年５月１か月の平均） | a　平日準夜帯※1 | b　平日深夜帯※2 | c　休日日勤帯※3 |
|---|---|---|---|
| ①　救急外来業務専従の医師※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ②　病棟業務と救急外来業務の兼務の医師※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ③　オンコールの医師 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ④　救急外来業務専従の看護職員※4 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑤　病棟業務等（手術室や一般外来等を含む）と救急外来業務の兼務の看護職員※5 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ⑥　オンコールの看護職員 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．準夜帯：１６時～２４時　　※２．深夜帯：０時～８時　　※３．日勤帯：８時～１６時
※４．ここでの「専従」は当該時間内において業務の専従を問うものであり、専属か否かは問わない。
※５．ここでの「兼務」は当該時間内において兼務の場合を想定。

| 11-2　救急外来患者数※1　（令和３年５月１か月の平均） | a　平日準夜帯 | b　平日深夜帯 | c　休日日勤帯 |
|---|---|---|---|
| ①　救急搬送で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |
| ②　救急搬送以外で診療した患者数 | .　人 | .　人 | .　人 |

※１．　記載の時間帯に診療が開始された患者数を記載

## ＊問 12　褥瘡対策チームの状況についてお伺いします。

**12-1　褥瘡対策チームによる褥瘡回診の実施の有無（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**　（該当する番号１つに○）

**01**　褥瘡回診を実施している　　**02**　褥瘡回診を実施していない

**12-1-1　上記 12-1 で、「01 褥瘡回診を実施している」を選択した場合、褥瘡回診の頻度について（令和２年６月１日～令和３年５月 31 日）**　（該当する番号１つに○）

**01**　月４回以上実施している　　**03**　月１回以下で実施している

**02**　月２～３回実施している　　**04**　依頼があった際に、適宜実施している

**12-2　褥瘡対策に関する院内研修の開催の有無について**　（該当する番号１つに○）

**01**　院内研修を開催している　　**02**　院内研修を開催していない

**12-2-1　上記 12-2 で「01　院内研修を開催している」を選択した場合、その頻度について**　（該当する番号１つに○）

**01**　１回/年開催している　　**02**　２回/年以上開催している

**03**　その他（　　）

**12-3　褥瘡対策チームを構成する職員の人数についてご回答ください。（令和３年６月１日時点）**

| | 構成人数 |
|---|---|
| ①　医師 | 人 |
| ②　看護師 | 人 |
| ③　准看護師 | 人 |
| ④　看護補助者 | 人 |
| ⑤　薬剤師 | 人 |
| ⑥　管理栄養士 | 人 |
| ⑦　理学療法士 | 人 |
| ⑧　作業療法士 | 人 |
| ⑨　その他（　　） | 人 |
| ⑩　①～⑨の合計人数 | 人 |

## ＊問 13　貴院のデータ提出加算の算定状況についてお伺いします。

**13-1　データ提出加算の届出の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号すべてに○）

**01**　データ提出加算１及び３を届け出ている　　**03**　提出データ評価加算を届け出ている

**02**　データ提出加算２及び４を届け出ている　　**04**　データ提出加算を届け出ていない

**13-1-1　上記 13-1 で、「04 データ提出加算を届け出ていない」を選択した場合、その理由についてご回答ください。**（最も該当する番号１つに○）

**01**　「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから

**02**　「DPC 導入の影響評価に係る調査」に適切に参加できる体制を有しないから

**03**　「適切なコーディング」に関する委員会を設置し、年２回以上当該委員会を開催することが困難だから

**04**　電子カルテシステムが導入されていないから

**05**　その他（　　）

**13-1-2　上記 13-1-1 で、「01「A207 診療録管理体制加算」の要件を満たすことができないから」を選択した場合、その理由についてご回答ください。**　（最も該当する番号１つに○）

**01**　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていないから
**02**　中央病歴管理室の設置が困難だから
**03**　診療録管理部門又は診療録管理委員会の設置が困難だから
**04**　診療記録の保管・管理のための規定の整備が困難だから
**05**　専任の診療記録管理者の配置が困難だから
**06**　入院患者についての疾病統計に、ICD 上の規定に基づいた疾病分類を行っていないから
**07**　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制を整えることが困難だから
**08**　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていないから
**09**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

## ＊問 14　感染防止対策加算の届出の有無についてお伺いします。

**14-1　感染防止対策加算の届出の有無についてご回答ください。**（該当する番号１つに○）

**01**　感染防止対策加算１を届け出ている
**02**　感染防止対策加算２を届け出ている
**03**　感染防止対策加算を届け出ていない

**14-2　上記 14-1 で「03　感染防止対策加算を届け出ていない」を選択された場合、「感染防止対策加算２」を届け出ていない理由についてご回答ください。**　（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止に係る部門（感染防止対策部門）の設置が困難
**02**　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師がいない
**03**　５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師がいない
**04**　３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師がいない
**05**　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師がいない
**06**　感染防止対策の業務指針等の整備が困難
**07**　施設の実情に合わせた標準予防策等の手順書（マニュアル）の作成や配布が困難
**08**　院内感染対策に関する研修の開催が困難
**09**　抗菌薬の適正使用を監視するための体制整備が困難
**10**　感染防止対策加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス参加が困難
**11**　一般病床の病床数が 300 床を超えているため
**12**　その他（　　）

**14-3　上記 14-1 で「02　感染防止対策加算２を届け出ている」を選択された場合、「感染防止対策加算１」を届け出ていない理由についてご回答ください。**　（該当する番号すべてに○）

**01**　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師がいない
**02**　感染対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師又は５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師はいるが、専従として従事できるものがいない
**03**　感染防止対策加算２に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを実施することが困難
**04**　地域や全国のサーベイランスに参加することが困難
**05**　その他（　　）

**14-4　上記 14-1 で「01 感染防止対策加算１を届け出ている」を選択された場合、感染防止対策地域連携加算および抗菌薬適正使用支援加算の届出の有無についてご回答ください。**　（該当する番号すべてに○）

**01**　感染防止対策地域連携加算を届け出ている
**02**　抗菌薬適正使用支援加算を届け出ている

## ＊問 15　新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う貴院での感染対策の実施状況についてお伺いします。

**15-1　貴院で実施している感染対策の区域をご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　施設全体で感染対策を実施している
**02**　入院病棟全域で感染対策を実施している
**03**　一部の病棟で感染対策を実施している
**04**　外来で感染対策を実施している
**05**　手術室や検査室で感染対策を実施している
**06**　医科外来等感染症対策実施加算を算定している
**07**　入院感染症対策実施加算を算定している
**08**　その他（　　）

**15-2　上記 15-1 で　「01　施設全体で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　病院への来訪者と入院患者が接触しないように動線を分けている
**02**　受付等にビニールシートやアクリル板を設置している
**03**　感染予防に関するポスター等の掲示をしている
**04**　来訪者へ検温・アルコール消毒を促している
**05**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**06**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**07**　職員食堂において、会話禁止やアクリル板などの設置を行っている
**08**　職員の休憩室において、会話禁止や長期滞在の禁止を行っている
**09**　新型コロナウイルス感染症患者（疑い含む。）の受入れについて、地域の医療機関間で役割分担を行うなど、連携を行っている
**10**　その他（　　）

**15-3　上記 15-1 で「02　入院病棟全域で感染対策を実施している」や「03　一部の病棟で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　大部屋は患者数を減らして運用するなど、病室の運用を見直している
**02**　発熱のある患者は隔離をしている
**03**　面会を制限している
**04**　食堂の運用を減らし、それぞれの病室で食事をしてもらっている
**05**　入院患者には全例新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**06**　入院患者には全例胸部 CT を実施している
**07**　入院患者もマスクの着用を徹底してもらっている
**08**　その他（　　）

**15-4　上記 15-1 で「04　外来で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

**15-5　上記 15-1 で「05　手術室や検査室で感染対策を実施している」を選択された場合、具体的な感染対策についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　発熱や呼吸器症状を訴える患者とその他の患者の動線を分けている
**02**　発熱のある患者などは新型コロナウイルス感染症の検査（PCR 検査、抗原検査等）を実施している
**03**　医療従事者は標準予防策を徹底している
**04**　感染に関する職員への研修や周知を実施している
**05**　その他（　　）

＊◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

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

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 治療室調査票（Ａ）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

## ■　施設ＩＤ、治療室ＩＤをご記入下さい。

| 施設ＩＤ | | 治療室ＩＤ | |
|---|---|---|---|

## ＊問１　貴治療室における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

| 1-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数※1（令和３年６月１日時点） | 床 |
|---|---|

1-2 令和２年１月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者※2受入状況等（ア、イそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染（クラスターの発生を含む）の有無※3 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．　新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。
※２．　疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。
※３．　１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、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。

1-3　令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための、貴病棟における新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ　上記アおよびイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

**1-4 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６月１日までの間に一度でも、貴治療室に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。** （①～③それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 入院 | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | |
| ② 手術 | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |
| ③ 緊急手術 | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |

**1-5 令和２年 12 月以降の貴治療室における新型コロナウイルス感染症患者用の確保病床数についてお答えください。**

| | a<br>令和２年<br>12 月 | b<br>令和３年<br>１月 | c<br>令和３年<br>２月 | d<br>令和３年<br>３月 | e<br>令和３年<br>４月 | f<br>令和３年<br>５月 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 新型コロナウイルス感染症患者用の確保病床数 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |

**1-6 新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを行うにあたり、実施した対応についてご回答ください。（令和２年 12 月から令和３年６月１日の間で）** （①～⑤それぞれ該当する番号１つに○）

| | | |
|---|---|---|
| ① ＥＣＭＯ、人工呼吸器治療の経験者がいなかったため、他病棟からＥＣＭＯ、人工呼吸器治療の経験者の異動を行った。 | **01** あり | **02** なし |
| ② ＥＣＭＯ、人工呼吸器治療の経験者が不足していたため、他病棟からＥＣＭＯ、人工呼吸器治療の経験者の異動を行った。 | **01** あり | **02** なし |
| ③ ＥＣＭＯ、人工呼吸器治療の経験の有無に関わらず、他部署からの異動で増員を図った。 | **01** あり | **02** なし |
| ④ 治療室内のゾーニングのために、ビニールシート等を用いて動線を整理した。 | **01** あり | **02** なし |
| ⑤ 院内発生の重症患者を他病院へ転院搬送し病床を確保した。 | **01** あり | **02** なし |
| ⑥ その他（　　） | **01** あり | **02** なし |

**1-7 新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前と比べて、貴治療室の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合はどのように変化しましたか。（令和３年６月１日時点）** （該当する番号１つに○）

**01** 基準を満たす患者割合が増加した

**02** 基準を満たす患者割合が減少した

**03** 基準を満たす患者割合について増減はない

**04** 増減が不明である

**1-8 上記1-7で「01」もしくは「02」を選択した場合、具体的な状況についてご回答ください。（ 令和３年６月１日時点）** （該当する番号１つに○）

**01** 手術件数を制限しているため

**02** 救急外来の受け入れを制限しているため

**03** 比較的重症な入院患者が減ったため

**04** 比較的重症な入院患者が増えたため

**05** 比較的軽症な入院患者が減ったため

**06** 比較的軽症な入院患者が増えたため

**07** その他（　　）

## 問２　貴治療室の特定入院料についてお伺いします。

| | | |
|---|---|---|
| 2-1　特定入院料<br>（該当する番号１つに○） | **01**　救命救急入院料１ | **09**　ハイケアユニット入院医療管理料１ |
| | **02**　救命救急入院料２ | **10**　ハイケアユニット入院医療管理料２ |
| | **03**　救命救急入院料３ | **11**　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 |
| | **04**　救命救急入院料４ | **12**　小児特定集中治療室管理料 |
| | **05**　特定集中治療室管理料１ | **13**　新生児特定集中治療室管理料１ |
| | **06**　特定集中治療室管理料２ | **14**　新生児特定集中治療室管理料２ |
| | **07**　特定集中治療室管理料３ | **15**　母体・胎児集中治療室管理料 |
| | **08**　特定集中治療室管理料４ | **16**　新生児集中治療室管理料 |
| | | **17**　新生児治療回復室入院医療管理料 |

## 問３　貴治療室の基本情報についてお伺いします。

| ＊3-1　貴治療室の病床について、「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。 | |
|---|---|
| **01**　簡易な報告を行っている | **02**　簡易な報告を行っていない |

※１．簡易な報告とは「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 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

| 3-2　貴治療室の届出病床数について、簡易な報告前と簡易な報告後の病床数をご回答ください<br>（令和３年６月１日時点） | |
|---|---|
| a　簡易な報告前<br>（診療報酬上の届出病床数） | b　簡易な報告後<br>（簡易な報告を行った後の病床数） |
| 床 | 床 |

| 3-3　貴治療室に配置されている職員数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点） | | | |
|---|---|---|---|
| ①　看護師 | ．　人 | ⑧　言語聴覚士 | ．　人 |
| ②　准看護師 | ．　人 | ⑨　臨床工学技士 | ．　人 |
| ③　看護補助者 | ．　人 | ⑩　相談員 | ．　人 |
| ③-ｉ（うち）介護福祉士 | ．　人 | ⑩-ｉ（うち）社会福祉士 | ．　人 |
| ④　薬剤師 | ．　人 | ⑩-ii（うち）精神保健福祉士 | ．　人 |
| ⑤　管理栄養士 | ．　人 | ⑪　医師事務作業補助者 | ．　人 |
| ⑥　理学療法士 | ．　人 | ⑫　その他の職員 | ．　人 |
| ⑦　作業療法士 | ．　人 | | |

※１．職員数の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が 40 時間の病院で、貴治療室にて週４日（各日３時間）従事している場合

$$常勤換算した職員数＝\frac{４日×３時間×１人}{40\ 時間}＝０．３人$$

| 3-4　貴治療室の入室患者数 | a　令和２年３月１日時点 | b　令和３年３月１日時点 |
|---|---|---|
| 貴治療室の入室患者数 | 人 | 人 |

| 3-5 認知症高齢者の日常生活自立度別患者数 | a 令和３年３月１日時点 |
|---|---|
| ① 自立 | 人 |
| ② ランクⅠ | 人 |
| ③ ランクⅡa | 人 |
| ④ ランクⅡb | 人 |
| ⑤ ランクⅢa | 人 |
| ⑥ ランクⅢb | 人 |
| ⑦ ランクⅣ | 人 |
| ⑧ ランクM | 人 |

| 3-6 貴治療室における平均在院日数 | a 令和２年３月１日時点 | b 令和３年３月１日時点 |
|---|---|---|
| 貴治療室における平均在院日数 | . 日 | . 日 |
| **3-7 貴治療室における病床利用率※1** | **a 令和２年３月１日時点** | **b 令和３年３月１日時点** |
| 貴治療室における病床利用率※1 | . % | . % |

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

## ■ 貴治療室が脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している場合にご回答ください。

**3-8 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価に用いている、評価票についてご回答ください。**

**01** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ

**02** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

**03** **01** 及び **02** の両方を使用している

**3-8-1 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合についてご記入ください。**
**Ⅰ又はⅡどちらも算出している場合は両方をお答えください。**

| | | |
|---|---|---|
| ① **重症度、医療・看護必要度Ⅰ※1**<br>（Ⅰで算出されていない場合は「0」（ゼロ）を記載しないでください。） | ① -i （令和２年１月～３月の３か月間） | . % |
| | ② -ii（令和３年１月～３月の３か月間） | . % |
| ② **重症度、医療・看護必要度Ⅱ※1**<br>（Ⅱで算出されていない場合は「0」（ゼロ）を記載しないでください。） | ① -i （令和２年１月～３月の３か月間） | . % |
| | ② -ii（令和３年１月～３月の３か月間） | . % |

※１．令和２年１月～３月については、「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以上、「診療・療養上の指示が通じる（B14)」又は「危険行為（B15)」に該当する患者であって、A得点が１点以上かつB得点が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を記載ください。
令和３年１月～３月については、「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を記載ください。

| 3-8-2 改定前・改定後の特定集中治療室用及びハイケアユニット<br>用重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合の平均<br>（算出されていない場合は「0」（ゼロ）を記載しないでください。） | a<br>令和２年１月～3 月 | b<br>令和３年１月～3 月 |
|---|---|---|
| ① 救命救急入院料１※1 | . % | . % |
| ② 救命救急入院料２※1 | . % | . % |
| ③ 救命救急入院料３※1 | . % | . % |
| ④ 救命救急入院料４※1 | . % | . % |
| ⑤ 特定集中治療室管理料１※1 | . % | . % |
| ⑥ 特定集中治療室管理料２※1 | . % | . % |
| ⑦ 特定集中治療室管理料３※1 | . % | . % |
| ⑧ 特定集中治療室管理料４※1 | . % | . % |
| ⑨ ハイケアユニット入院医療管理料１※2 | . % | . % |
| ⑩ ハイケアユニット入院医療管理料２※2 | . % | . % |

※１.「特定集中治療室用の重症度，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）が 4 点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）3 点以上を満たす患者割合。
※２.「ハイケアユニット用の重症度，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）が 3 点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）4 点以上を満たす患者割合。

■　貴治療室が救命救急入院料１～４を算定している場合にご回答ください。

## *問４　救急体制充実加算についてお伺いします。

| 4 - 1　救急体制充実加算の届出状況 | |
|---|---|
| **01**　救急体制充実加算１ | **03**　救急体制充実加算３ |
| **02**　救急体制充実加算２ | **04**　届け出していない |

| 4-2 「救命救急センターの新しい充実段階評価」についてお伺いします。 | a<br>救命救急センター充実段階評価の「評価点」 | b<br>是正を要する項目数 |
|---|---|---|
| ① 平成 30 年１月～12 月の実績 | | |
| ② 平成 31 年 1 月～令和元年 12 月の実績 | | |
| ③ 令和２年１月～12 月の実績 | | |

■ 貴治療室が特定集中治療室管理料１～４を算定している場合にご回答ください。

## 問５　貴治療室の生物学的スコア（SOFA スコア）の状況等についてお伺いします。

**5-1 生理学的スコア（ＳＯＦＡスコア）の入力を行う職種等**　（該当する番号すべてに○）

| | |
|---|---|
| **01** 医師 | **05** 医師事務作業補助者 |
| **02** 看護師 | **06** 入力が自動化されている |
| **03** 理学療法士・作業療法士 | **07** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） |
| **04** 臨床検査技師 | |

**5-2 入退室時の生理学的スコア（SOFA スコア）別の入室患者数（※ 令和３年３月１日時点の入室患者のみ対象）**

| | 令和3年3月1日時点の入室患者 | | ⇒ | 同一患者の退室時の状況（SOFA スコア等） | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SOFA スコア | a 患者数 | | b 0点 | c 1~2点 | d 3~5点 | e 6~10点 | f 11~15点 | g 16~20点 | h 21~24点 | i 死亡 |
| 入室時の状況 | ①　0点 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ②1～2点 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ③3～5点 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ④6～10点 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑤11～15点 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑥16～20点 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ⑦21～24点 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

**＊5-3　貴治療室における専任の医師・看護師の配置状況をお答えください**

| | |
|---|---|
| ① 専任の医師 | 人 |
| ①-ｉ　うち　５年以上の特定集中治療の経験を有する医師 | 人 |
| ② 適切な研修を修了した専任の常勤看護師※1 | 人 |
| ②-ｉ　うち　特定行為研修修了者※2 | 人 |

**＊5-3-1　適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置時間についてお答えください。**

| | |
|---|---|
| ①　適切な研修を修了した専任の常勤看護師※1 1 人当たり（1 週間の延べ配置時間数） | 時間 |
| ②　適切な研修を修了した専任の常勤看護師※1 を 2 名組み合わせることにより、20 時間の配置要件を満たしているかどうかについて | **01** はい　　**02** いいえ |

※１．① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修／② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修／③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修／④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修／⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程／⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の８区分の研修。なお、⑥については、８区分全ての研修が修了した場合に該当する。

※２．⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の８区分の研修。なお、⑥については、８区分全ての研修が修了した場合に該当する

## *問６　貴治療室の臨床工学技士について、ご回答ください。

6-1　臨床工学技士の配置状況

| | |
|---|---|
| ①　常時、院内に勤務している人数 | 人 |
| ②　常時、特定集中治療室内に勤務している人数 | 人 |

## *問７　バイオクリーンルームについてご回答ください。

7-1　貴治療室におけるバイオクリーンルームの有無について

**01**　あり　　**02**　なし

7-1-1　7-1で「01 あり」を選択した場合に病床数についてご回答ください、

| | |
|---|---|
| ①　バイオクリーンルームである病床数 | 床 |

7-2　貴院において定めている、バイオクリーンルームに入室させる患者の疾患・病態をご回答ください。

（該当するものすべてに○）

**01**　白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群患者

**02**　免疫抑制剤が投薬又は注射されている患者

**03**　その他の疾患・病態の患者（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**04**　特段患者の疾患・病態を定めていない

## 問８　早期離床・リハビリテーションについて、お伺いします。

8-1　早期離床・リハビリテーション加算の届出状況（令和３年６月１日時点）　（該当する番号１つに○）

**01**　早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている　　**02**　早期離床・リハビリテーション加算を届け出ていない

■　上記8-1で「01 早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている」を選択した場合、算定人数、算定回数をご回答ください。（令和３年５月の１か月間）

8-1-1　早期離床・リハビリテーション加算の算定人数、算定回数

| | | |
|---|---|---|
| ①　早期離床・リハビリテーション加算の算定人数・算定回数 | 人 | 回 |

■　上記8-1で「02 早期離床・リハビリテーション加算を届け出ていない」を選択した場合、当該加算を届け出ていない理由をご回答ください。

8-1-2　早期離床・リハビリテーション加算を届け出ていない理由　（該当する番号すべてに○）

**01**　集中治療に関する５年以上の経験を有する専任の医師を確保できないため

**02**　集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を確保できないため

**03**　急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士を確保できないため

**04**　早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すことが困難なため

**05**　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を届け出ていないため

**06**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**■ 問２-１でお答えいただいた特定入院料で、「01～04　救命救急入院料」、「09～10　ハイケアユニット入院医療管理料」、「11　脳卒中ケアユニット入院医療管理料」および「12 小児特定集中治療室管理料」を算定している場合、ご回答ください。**

**＊8-2 貴治療室における早期離床やリハビリテーションに関わるチーム活動の有無について**　（該当する番号１つに○）

**01**　チーム活動がある（チーム名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　**02**　チーム活動はない

**＊8-3　上記８-2 で　「01　チーム活動がある」を選択した場合、活動に関わる職種の人数についてご回答ください。**

| | |
|---|---|
| **①　医師** | 人 |
| **①-ｉ　うち、貴治療室における治療経験が 5 年以上の医師** | 人 |
| **②　看護師** | 人 |
| **②-ｉ　うち、適切な研修を修了した者※1** | 人 |
| **③　理学療法士もしくは作業療法士** | 人 |
| **③-ｉ　うち、貴治療室に配置されている者** | 人 |
| **④　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）** | 人 |

※１① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修／② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修／③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修／④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修／⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程／⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の８区分の研修。なお、⑥については、８区分全ての研修が修了した場合に該当する。

**＊8-3-1　上記チームの活動内容についてご回答ください。**（該当する番号すべてに○）

**01**　早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直している

**02**　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を届け出ている（＊脳卒中ケアユニット入院管理料を除く）

**03**　定期的なカンファレンスを実施している。

**04**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**＊8-4　上記８-２で、「02　チーム活動はない」を選択された場合、今後の意向について**（該当する番号１つに○）

**01**　治療室において、早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチーム介入の必要性を感じている。

**02**　現在、早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチームを立ち上げについて検討中である。

**03**　早期離床やリハビリテーションに対し、多職種によるチームの立ち上げを準備中である。

**04**　早期離床やリハビリテーションに対する、多職種によるチーム介入がなくても問題ない。

## *問９　早期栄養介入管理加算についてお伺いします。

**9-1　早期栄養介入管理加算の届出の有無について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01**　早期栄養介入管理加算を届け出ている　　**02**　早期栄養介入管理加算を届け出ていない

**9-1-1　上記９-１で「01 早期栄養介入管理加算を届け出ている」を選択した場合、以下の項目についてご回答ください**

| | |
|---|---|
| ① 専任の管理栄養士 | 人 |
| ② 早期栄養介入の対象患者数（令和3年5月の１か月間） | 人 |
| ②-ｉ　うち、当該加算を算定した患者数（令和3年5月の１か月間） | 人 |
| ③ 医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンスの１週間当たりの実施回数 | 回 |
| ④ 経腸栄養開始後の１日平均モニタリング回数 | 回 |

**9-2　上記９-１で「01　早期栄養介入管理加算を届け出ている」を選択された場合、早期離床・リハビリテーションチームとの連携についてご回答ください。**　（該当する番号１つに○）

**01**　連携している　　**02**　連携していない

**9-3　上記９-２で「01　連携している」を選択された場合、連携の頻度についてご回答ください。**

（該当する番号１つに○）

**01**　毎日　　**03**　週１回程度

**02**　週２～３回程度　　**04**　その他（　　/月）

■ **上記９-１で「02　早期栄養介入管理加算を届け出ていない」を選択した場合、当該加算を届け出ていない理由をご回答ください。**

**9-4　早期栄養介入管理加算を届け出していない理由**　（該当する番号すべてに○）

**01**　加算の対象となる患者がいないため。

**02**　栄養サポートチームでの栄養管理の経験３年以上に該当する管理栄養士を確保できないため。

**03**　特定集中治療室における栄養管理に係る３年以上の経験を有する管理栄養士を確保できないため。

**04**　特定集中治療室の入院患者 10 人に対し１人の管理栄養士の配置が困難なため。

**05**　特定集中治療室入室患者全員に対し、栄養スクリーニングを実施することが困難なため。

**06**　特定集中治療室への入室後、48 時間以内に栄養アセスメントすることが困難なため。

**07**　特定集中治療室への入室後、48 時間以内に栄養管理に関する早期介入の計画を作成することが困難なため。

**08**　特定集中治療室への入室後、48 時間以内に経腸栄養を開始することが困難なため。

**09**　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

■ **問２-１でお答えいただいた特定入院料で、「01～04　救命救急入院料」、「09～10　ハイケアユニット入院医療管理料」、「11　脳卒中ケアユニット入院医療管理料」および「12 小児特定集中治療室管理料」を算定している場合、ご回答ください。**

**9-5 貴治療室における栄養管理に係る早期介入の状況（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01** 早期栄養介入をしている　　**02** 早期栄養介入をしていない

**9-5-1 上記９-５で　「01　早期介入している」を選択した場合、関わる管理栄養士の人数をお答えください。**

**①　早期介入に関わる管理栄養士数**　　人

**9-5-2 上記９-５で「01　早期介入している」を選択した場合、関わる管理栄養士の介入について**

（該当する番号すべてに○）

**01** 入室患者全員に対し、栄養スクリーニングを実施している。

**02** 栄養アセスメント等を実施し、48 時間以内に経腸栄養を開始している

**03** 患者が入室後、管理栄養士が、医師、看護師、薬剤師等と連携を図っている。

**04** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

**9-5-3 上記９-５で、「02　早期介入していない」を選択された場合、今後の意向について**（該当するもの１つに○）

**01** 治療室において、栄養管理に係る早期介入の必要性を感じている。

**02** 現在、栄養管理に係る早期介入について検討中である。

**03** 栄養管理に係る早期介入について準備中である。

**04** 管理栄養士による、栄養管理に係る早期介入がなくても問題ない。

**05** 栄養サポートチームが入室した患者へ介入しているので、問題ない。

**06** その他（　　）

*◆　入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

設問は以上です。ご協力 誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、令和３年●月●日（●）までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 病 棟 調 査 票（A）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和３年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

## ◆ 施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入下さい。

| 施設ＩＤ | | 病棟ＩＤ | |
|---|---|---|---|

## 問１　貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

| 1-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数※1（令和３年６月１日時点） | 床 |
|---|---|

1-2 令和２年１月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者※2受入状況等（ア、イそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染（クラスターの発生を含む）の有無※3 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．　新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。
※２．　疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。
※３．　１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、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。

＊1-3　令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための、貴病棟における新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向

（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア 新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ 上記アおよびイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

**1-4 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６月１日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。**（①～③それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① **入院** | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | |
| ② **手術** | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |
| ③ **緊急手術** | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |

**1-5 新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前と比べて、貴病棟の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合はどのように変化しましたか。（令和３年６月１日時点）**（該当する番号１つの右欄に○）

| | |
|---|---|
| **01** 基準を満たす患者割合が増加した | |
| **02** 基準を満たす患者割合が減少した | |
| **03** 基準を満たす患者割合について増減はない | |
| **04** 増減が不明である | |

**1-6 上記1-5で「01」もしくは「02」を選択した場合、具体的な状況についてご回答ください。（令和３年６月１日時点）**（該当する選択肢すべての右欄に○）

| | |
|---|---|
| **01** 手術件数を制限しているため | |
| **02** 救急外来の受け入れを制限しているため | |
| **03** 比較的重症な入院患者が減ったため | |
| **04** 比較的重症な入院患者が増えたため | |
| **05** 比較的軽症な入院患者が減ったため | |
| **06** 比較的軽症な入院患者が増えたため | |
| **07** その他（　　） | |

## 問２　貴病棟の診療科目、入院基本料についてお伺いします。

**2-1 診療科目（令和３年６月１日時点）**　（最も近似する診療科を主なもの３つまで○）

| | | |
|---|---|---|
| **01** 内科 | **06** 脳神経外科 | **11** 泌尿器科 |
| **02** 小児科 | **07** 産婦人科 | **12** 放射線科 |
| **03** 精神科 | **08** 眼科 | **13** リハビリテーション科 |
| **04** 外科 | **09** 耳鼻咽喉科 | **14** 歯科（歯科口腔外科等含む） |
| **05** 整形外科 | **10** 皮膚科 | **15** その他（＿＿＿＿＿） |

**2-2 入院基本料（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** 急性期一般入院料１ | **08** 地域一般入院料１ |
| **02** 急性期一般入院料２ | **09** 地域一般入院料２ |
| **03** 急性期一般入院料３ | **10** 地域一般入院料３ |
| **04** 急性期一般入院料４ | **11** 専門病院入院基本料（７対１） |
| **05** 急性期一般入院料５ | **12** 専門病院入院基本料（10 対１） |
| **06** 急性期一般入院料６ | **13** 特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１） |
| **07** 急性期一般入院料７ | **14** 特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対１） |

## 問３　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

| 3-1 貴病棟の病床について、「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。 | |
|---|---|
| **01** 簡易な報告を行っている | **02** 簡易な報告を行っていない |

※１「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

| 3-2　上記3-1で「01 簡易な報告を行っている」場合、簡易な報告前と簡易な報告後の病床数についてご記入ください。 | |
|---|---|
| a　簡易な報告前<br>（診療報酬上の届出病床数） | b　簡易な報告後<br>（簡易な報告を行った後の病床数） |
| 床 | 床 |

| 3-3　上記3-1で「02　簡易な報告を行っていない」場合、届出病床数をご回答ください。 | |
|---|---|
| 医療保険届出病床数 | 床 |

| 3-4 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点） | | | |
|---|---|---|---|
| ① 看護師 | . 人 | ⑦ 作業療法士 | . 人 |
| ①-ｉ（うち）特定行為研修修了者 | . 人 | ⑧ 言語聴覚士 | . 人 |
| ② 准看護師 | . 人 | ⑨ 相談員 | . 人 |
| ③ 看護補助者 | . 人 | ⑨-ｉ（うち）社会福祉士 | . 人 |
| ③-ｉ（うち）介護福祉士 | . 人 | ⑨-ⅱ（うち）精神保健福祉士 | . 人 |
| ④ 薬剤師 | . 人 | ⑩ 医師事務作業補助者 | . 人 |
| ⑤ 管理栄養士 | . 人 | ⑪ その他の職員 | . 人 |
| ⑥ 理学療法士 | . 人 | | |

※１．職員数の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が 40 時間の病院で、貴病棟にて週４日（各日３時間）従事している場合

$$常勤換算した職員数＝\frac{４日×３時間×１人}{40\ 時間}＝０．３人$$

| 3-5 新入棟患者数、新退棟患者数等 | | |
|---|---|---|
| ①　新入棟患者数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | 人 |
| ②　新退棟患者数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | 人 |
| ③　在院患者延日数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 日 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | 日 |

| 3-6 貴病棟における病床利用率※1 | | |
|---|---|---|
| 病床利用率 | ア 令和２年 12 月１か月 | . % |
| | イ 令和３年１月１か月 | . % |
| | ウ 令和３年２月１か月 | . % |
| | エ 令和３年３月１か月 | . % |
| | オ 令和３年４月１か月 | . % |
| | カ 令和３年５月１か月 | . % |

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

| 3-7　貴病棟における在宅復帰率等 | | |
|---|---|---|
| ①　在宅復帰率※1 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | .　% |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | .　% |
| ②　平均在院日数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | .　日 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | .　日 |

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

## 問４　貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

| 4-1　貴病棟の延べ入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a　令和３年１月 | b　令和３年５月 |
|---|---|---|
| ①　貴病棟の延べ入院患者数 | 人 | 人 |

| 4-2　入棟前の居場所別患者数（それぞれの月の１か月間） | a　令和３年１月 | b　令和３年５月 |
|---|---|---|
| ①　自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| ②　自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| ③　介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| ④　介護医療院 | 人 | 人 |
| ⑤　介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| ⑥　特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑦　軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑧　その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| ⑨　障害者支援施設 | 人 | 人 |
| ⑩　他院の一般病床 | 人 | 人 |
| ⑪　他院の一般病床以外 | 人 | 人 |
| ⑫　自院の他病棟 | 人 | 人 |
| ⑬　有床診療所 | 人 | 人 |
| ⑭　その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

| 4-3　自院の他病棟からの転棟患者数（それぞれの月の１か月間） | | a　令和３年１月 | b　令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| ア　［再掲］自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-2の⑫」） | | 人 | 人 |
| 内訳 | ①　自院の一般病床（下記の②、③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ②　自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ③　自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ④　自院の療養病床（③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑤　自院の精神病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑥　自院のその他の病床から転棟 | 人 | 人 |

## 問５　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 5-1　退棟先別の退棟患者数（それぞれの月の１か月間） | | a　令和３年１月 | b　令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| ア　貴病棟における退棟患者数 | | 人 | 人 |
| 自宅・介護保険施設等 | ①　自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| | ②　自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| | ③　介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| | ④　介護医療院 | 人 | 人 |
| | ⑤　介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| | ⑥　特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑦　軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑧　その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| | ⑨　障害者支援施設 | 人 | 人 |
| 他院 | ⑩　他院の一般病床（⑪、⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑪　他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑫　他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑬　他院の療養病床（⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑭　他院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ⑮　他院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 自院 | ⑯　自院の一般病床（⑰、⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑰　自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑱　自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑲　自院の療養病床（⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑳　自院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ㉑　自院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 有床診療所 | ㉒　有床診療所（介護サービス提供医療機関） | 人 | 人 |
| | ㉓　有床診療所（㉒以外） | 人 | 人 |
| 死亡 | ㉔　死亡退院 | 人 | 人 |
| | ㉕　その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

A-病棟

＊◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、令和●年●月●日（●)に、
ご提出ください。

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 病 棟 調 査 票（B）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

## ◆ 施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入下さい。

| 施設ＩＤ | | 病棟ＩＤ | |
|---|---|---|---|

## 問１　貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

| 1-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数※1（令和３年６月１日時点） | 床 |
|---|---|

1-2 令和２年１月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者※2受入状況等（ア、イそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染（クラスターの発生を含む）の有無※3 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．　新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。
※２．　疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。
※３．　１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、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。

1-3　令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための、貴病棟における新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向

（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a 1月 | b 2月 | c 3月 | d 4月 | e 5月 | f 6月 | g 7月 | h 8月 | i 9月 | j 10月 | k 11月 | l 12月 | m 1月 | n 2月 | o 3月 | p 4月 | q 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ　上記アおよびイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

**1-4 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６月１日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（令和３年６月１日時点）**（①～③それぞれ該当する番号１つに○）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **① 入院** | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | |
| **② 手術** | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |
| **③ 緊急手術** | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |

**1-5 新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前と比べて、貴病棟の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者割合はどのように変化しましたか。（令和３年６月１日時点）**（該当する番号１つの右欄に○）

| | |
|---|---|
| **01** 基準を満たす患者割合が増加した | |
| **02** 基準を満たす患者割合が減少した | |
| **03** 基準を満たす患者割合について増減はない | |
| **04** 増減が不明である | |

**1-6 上記１-５で「01」もしくは「02」を選択した場合、具体的な状況についてご回答ください。（令和３年６月１日時点）**（最も該当する番号１つの右欄に○）

| | |
|---|---|
| **01** 手術件数を制限しているため | |
| **02** 救急外来の受け入れを制限しているため | |
| **03** 比較的重症な入院患者が減ったため | |
| **04** 比較的重症な入院患者が増えたため | |
| **05** 比較的軽症な入院患者が減ったため | |
| **06** 比較的軽症な入院患者が増えたため | |
| **07** その他（　　） | |

## 問２　貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

**2-1 診療科目（令和３年６月１日時点）**　（最も近似する診療科を主なもの３つまで○）

| | | |
|---|---|---|
| **01** 内科 | **06** 脳神経外科 | **11** 泌尿器科 |
| **02** 小児科 | **07** 産婦人科 | **12** 放射線科 |
| **03** 精神科 | **08** 眼科 | **13** リハビリテーション科 |
| **04** 外科 | **09** 耳鼻咽喉科 | **14** 歯科（歯科口腔外科等含む） |
| **05** 整形外科 | **10** 皮膚科 | **15** その他（＿＿＿＿＿） |

**2-2 入院基本料等（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** 専門病院入院基本料（13 対１） | **09** 地域包括ケア入院医療管理料４ |
| **02** 地域包括ケア病棟入院料１ | **10** 回復期リハビリテーション病棟入院料１ |
| **03** 地域包括ケア入院医療管理料１ | **11** 回復期リハビリテーション病棟入院料２ |
| **04** 地域包括ケア病棟入院料２ | **12** 回復期リハビリテーション病棟入院料３ |
| **05** 地域包括ケア入院医療管理料２ | **13** 回復期リハビリテーション病棟入院料４ |
| **06** 地域包括ケア病棟入院料３ | **14** 回復期リハビリテーション病棟入院料５ |
| **07** 地域包括ケア入院医療管理料３ | **15** 回復期リハビリテーション病棟入院料６ |
| **08** 地域包括ケア病棟入院料４ | |

**2-2-1 上記２-２で 02～15 を選択した場合、ご回答ください。**　（該当する番号に○）

| | | |
|---|---|---|
| **ア　医療法上の許可病床** | **01** 一般病床 | **02** 療養病床 |

## 問３　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

| 3-1　貴病棟の病床について、「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。 | |
|---|---|
| **01** 簡易な報告を行っている | **02** 簡易な報告を行っていない |

※1「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

| 3-2　上記3-1で「01 簡易な報告を行っている」場合、簡易な報告前と簡易な報告後の病床数についてご記入ください。 | |
|---|---|
| a　簡易な報告前<br>（診療報酬上の届出病床数） | b　簡易な報告後<br>（簡易な報告を行った後の病床数） |
| 床 | 床 |

| 3-3　上記3-1で「02　簡易な報告を行っていない」場合、届出病床数をご回答ください。 | |
|---|---|
| 医療保険届出病床数 | 床 |

| 3-4 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点） | | | |
|---|---|---|---|
| ① 看護師 | ．　人 | ⑦ 作業療法士 | ．　人 |
| ①-ｉ（うち）特定行為研修修了者 | ．　人 | ⑧ 言語聴覚士 | ．　人 |
| ② 准看護師 | ．　人 | ⑨ 相談員 | ．　人 |
| ③ 看護補助者 | ．　人 | ⑨-ｉ（うち）社会福祉士 | ．　人 |
| ③-ｉ（うち）介護福祉士 | ．　人 | ⑨-ii（うち）精神保健福祉士 | ．　人 |
| ④ 薬剤師 | ．　人 | ⑩ 医師事務作業補助者 | ．　人 |
| ⑤ 管理栄養士 | ．　人 | ⑪ その他の職員 | ．　人 |
| ⑥ 理学療法士 | ．　人 | | |

※１．職員数の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が 40 時間の病院で、貴病棟にて週４日（各日３時間）従事している場合

$$常勤換算した職員数＝\frac{４日×３時間×１人}{40時間}＝０．３人$$

| 3-5 新入棟患者数、新退棟患者数等 | | |
|---|---|---|
| ①　新入棟患者数 | ア　（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ　（令和３年３月～５月の３か月間） | 人 |
| ②　新退棟患者数 | ア　（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ　（令和３年３月～５月の３か月間） | 人 |
| ③　在院患者延日数 | ア　（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 日 |
| | イ　（令和３年３月～５月の３か月間） | 日 |

| 3-6 貴病棟における病床利用率※1 | | |
|---|---|---|
| 病床利用率 | ア 令和２年 12 月１か月 | . % |
| | イ 令和３年１月１か月 | . % |
| | ウ 令和３年２月１か月 | . % |
| | エ 令和３年３月１か月 | . % |
| | オ 令和３年４月１か月 | . % |
| | カ 令和３年５月１か月 | . % |

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

| 3-7 貴病棟における在宅復帰率等 | | |
|---|---|---|
| ① 在宅復帰率※1 | ア （令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | . % |
| | イ （令和３年３月～５月の３か月間） | . % |
| ② 平均在院日数 | ア （令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | . 日 |
| | イ （令和３年３月～５月の３か月間） | . 日 |

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

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

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

## 問４ 貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

| 4-1 貴病棟の延べ入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① 貴病棟の延べ入院患者数 | 人 | 人 |

| 4-2 入棟前の居場所別患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① 自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| ② 自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| ③ 介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| ④ 介護医療院 | 人 | 人 |
| ⑤ 介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| ⑥ 特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| ⑨ 障害者支援施設 | 人 | 人 |
| ⑩ 他院の一般病床 | 人 | 人 |
| ⑪ 他院の一般病床以外 | 人 | 人 |
| ⑫ 自院の他病棟 | 人 | 人 |
| ⑬ 有床診療所 | 人 | 人 |
| ⑭ その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

| 4-3 自院の他病棟からの転棟患者数（それぞれの月の１か月間） | | a<br>令和３年１月 | b<br>令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| ア ［再掲］自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-2の⑫」） | | 人 | 人 |
| 内訳 | ① 自院の一般病床（下記の②、③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ② 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、<br>回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ④ 自院の療養病床（③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑤ 自院の精神病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑥ 自院のその他の病床から転棟 | 人 | 人 |

■ 下記４-４～４-９については、貴病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合のみご回答ください。

＊4-4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している場合、夜間の看護配置について以下の人数をご回答ください。

| | a<br>令和３年<br>６月１日<br>（24 時時点） | b<br>令和３年<br>６月２日<br>（24 時時点） | c<br>令和３年<br>６月３日<br>（24 時時点） | d<br>令和３年<br>６月４日<br>（24 時時点） | e<br>令和３年<br>６月５日<br>（24 時時点） |
|---|---|---|---|---|---|
| ア 患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| イ 看護師数※1 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ウ 准看護師数※1 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

※１ 24 時点で勤務交代により看護師数が重複する場合は、準夜勤務者数を記載してください。

＊4-5 以下の「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、満たしているものを選択。

（該当するものすべてに○）

| | |
|---|---|
| ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。 | |
| イ※1 ３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。 | |
| ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。 | |
| エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。 | |
| オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。 | |
| カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。 | |
| キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。 | |
| ク 当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。 | |

※１．交代勤務又は変則２交代勤務制勤務を行っている場合には、イは回答不要

| 4-6 令和２年 12 月～令和３年５月の６か月間における<br>回復期リハビリテーション病棟入院料の１日あたりの重症者※1の状況 | a<br>日常生活<br>機能評価 | b<br>FIM |
|---|---|---|
| ① 新規入院患者のうち重症者の割合 | ．　％ | ．　％ |
| ② 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が１点以上改善した重症者の割合<br>または FIM が４点以上改善した重症者の割合 | ．　％ | ．　％ |
| ③ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が３点以上改善した重症者の割合<br>または FIM が 12 点以上改善した重症者の割合 | ．　％ | ．　％ |
| ④ 退院した重症者のうち、日常生活機能評価が４点以上改善した重症者の割合<br>または FIM が 16 点以上改善した重症者の割合 | ．　％ | ．　％ |

※１．日常生活機能評価が 10 点以上または FIM が 55 点以下に該当する患者。

**4-7 体制強化加算の算定状況について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01** 体制強化加算１を算定している　　**03** 体制強化加算を算定していない
**02** 体制強化加算２を算定している

**4-8 管理栄養士の病棟への配置の有無（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01** 配置あり　　**02** 配置なし

■ 上記４-８で「01 配置あり」を選択した場合、管理栄養士の配置状況についてご回答ください。

**4-8-1 管理栄養士の配置状況について（令和３年６月１日時点）**

| | a　常勤 | b　非常勤 |
|---|---|---|
| ア　専従 | 人 | 人 |
| イ　専任 | 人 | 人 |

**4-9 リハビリ計画書の栄養項目記載について（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**01** 患者全員に記載　　**02** 一部の患者のみ記載　　**03** 記載していない

**4-10 リハビリの実施単位数別の入院患者数の内訳（令和３年６月１日時点）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①　２単位/日 | 人 | ⑤　６単位/日 | 人 |
| ②　３単位/日 | 人 | ⑥　７単位/日 | 人 |
| ③　４単位/日 | 人 | ⑦　８単位/日 | 人 |
| ④　５単位/日 | 人 | ⑧　９単位以上/日 | 人 |

**4-11 保険医療機関外（屋外等）で実施された疾患別リハビリテーションの実施単位数別の入院患者数について（令和３年６月１日時点）**

| | |
|---|---|
| ①　１単位／日 | 人 |
| ②　２単位／日 | 人 |
| ③　３単位／日 | 人 |

■ 上記４-11 に該当する入院患者がいた場合、保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションにおける下記該当人数をご回答ください。

4-11-1 保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションにおける該当人数（令和３年６月１日時点）

| | |
|---|---|
| ① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの | 人 |
| ② 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの | 人 |
| ③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの | 人 |

■ 下記４-12、４-13 については、貴病棟が地域包括ケア病棟の場合のみご回答ください。

4-12 リハビリの実施状況別の入院患者数の内訳（令和３年６月１日時点）

| | |
|---|---|
| ① リハビリテーションを実施している患者（平均の単位は直近３カ月の実績から算出） | 人 |
| ①-ⅰ（うち）平均 2(単位/日）以上、 4単位(単位/日）未満 | 人 |
| ①-ⅱ（うち）平均 4(単位/日）以上、 6単位(単位/日）未満 | 人 |
| ①-ⅲ（うち）平均 6(単位/日）以上 | 人 |
| ② リハビリテーションの対象でない患者数 | 人 |

■4-12-1 上記４-12 の②に該当する患者が、リハビリテーションの対象とならなかった理由をご回答ください。

（最も該当する番号１つに○）

**01** 患者又は家族からの拒否のため

**02** ADL 低下のリスクがない、もしくは低いため

**03** 病状等が適さないため

**04** ADL の改善を見込めないため（症状固定しているため）

**05** リハビリの必要性はあるが、医者からのリハビリ処方箋が出ていないため

**06** その他（ ）

4-12-2 上記４-12-1 で「03」を選択した場合、具体的な状態の例を 3 つまでご回答をお願いします。

| | |
|---|---|
| ① 「03」の状態例１（ ） | |
| ② 「03」の状態例２（ ） | |
| ③ 「03」の状態例３（ ） | |

| 4-13 リハビリテーションの必要性を説明・記録を行っている職種について（令和３年６月１日時点）<br>（最も該当する番号１つに○） |
|---|
| **01** 医師 |
| **02** 看護職員 |
| **03** 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 |
| **04** 社会福祉士 |
| **05** ケアマネージャー |
| **06** その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） |

| 4-14 加算の算定状況別の入院患者数 | a<br>令和２年６月１日時点 | b<br>令和３年６月１日時点 |
|---|---|---|
| ① 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者 | 人 | 人 |
| ② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者 | 人 | 人 |
| ③ ②のうち、新型コロナウイルス感染症により算定した患者数（令和３年６月１日時点） | | 人 |

■ 4-15 上記４-14「② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者」がいる場合、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援について、その実施内容別に実施した人数についてご回答ください。

4-16 治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援の実施内容別実施人数

| | | |
|---|---|---|
| ア ［再掲］在宅患者支援病床初期加算を算定している患者 （令和３年６月１日時点） | | 人 |
| 意思決定に対する支援の実施内容 | ① 患者本人の意思の確認ができるため、患者自身と人生の最終段階における医療・ケアの方針について話し合い、意思決定を支援した | 人 |
| | ② 患者本人の意思が確認できないため、その意思を推定しうる者となる家族等とともに患者の推定意思を明らかにし、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった | 人 |
| | ③ 患者本人の意思の確認ができず、かつ家族等が本人の意思を推定できない、もしくは家族等がいないため、家族等と医療・ケアチームが話し合いの場を持ち、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった | 人 |
| | ④ その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | 人 |

## 問５　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 5-1 退棟先別の退棟患者数（それぞれの月の１か月間） | | a<br>令和３年１月 | b<br>令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| ア　貴病棟における退棟患者数 | | 人 | 人 |
| 自宅・介護保険施設等 | ① 自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| | ② 自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| | ③ 介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| | ④ 介護医療院 | 人 | 人 |
| | ⑤ 介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| | ⑥ 特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| | ⑨ 障害者支援施設 | 人 | 人 |
| 他院 | ⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑬ 他院の療養病床（⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑭ 他院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ⑮ 他院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 自院 | ⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑲ 自院の療養病床（⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑳ 自院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ㉑ 自院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 有床診療所 | ㉒ 有床診療所（介護サービス提供医療機関） | 人 | 人 |
| | ㉓ 有床診療所（㉒以外） | 人 | 人 |
| 死亡 | ㉔ 死亡退院 | 人 | 人 |
| | ㉕ その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

*◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、令和●年●月●日（●)に、
ご提出ください。

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 病 棟 調 査 票（C）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

## ◆ 施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入下さい。

| 施設ＩＤ | | 病棟ＩＤ | |
|---|---|---|---|

## 問１　貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

| 1-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数※1（令和３年６月１日時点） | 床 |
|---|---|

1-2 令和２年１月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者※2受入状況等（ア、イそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染（クラスターの発生を含む）の有無※3 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。
※２．疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。
※３．１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、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。

1-3　令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための、貴病棟における新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ　上記アおよびイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

1-4　次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６月１日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で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　入院 | 01 通常 | 02 制限 | 03 停止 |
|---|---|---|---|

## 問２　貴病棟の診療科目、入院基本料についてお伺いします。

**2-1 診療科目（令和３年６月１日時点）**　（最も近似する診療科を主なもの３つまで○）

| | | |
|---|---|---|
| **01** 内科 | **06** 脳神経外科 | **11** 泌尿器科 |
| **02** 小児科 | **07** 産婦人科 | **12** 放射線科 |
| **03** 精神科 | **08** 眼科 | **13** リハビリテーション科 |
| **04** 外科 | **09** 耳鼻咽喉科 | **14** 歯科（歯科口腔外科等含む） |
| **05** 整形外科 | **10** 皮膚科 | **15** その他（＿＿＿＿＿） |

**2-2 入院基本料（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

**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」に規定される点数を算定（以下、「療養病棟入院基本料　経過措置」と表記）

## 問３　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

**3-1　貴病棟の病床について、「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。**

**01** 簡易な報告を行っている
**02** 簡易な報告を行っていない

※１「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

**3-2　上記3-1で「01 簡易な報告を行っている」場合、簡易な報告前と簡易な報告後の病床数についてご記入ください。**

| a　簡易な報告前（診療報酬上の届出病床数） | b　簡易な報告後（簡易な報告を行った後の病床数） |
|---|---|
| 床 | 床 |

**3-3　上記3-1で「02　簡易な報告を行っていない」場合、届出病床数をご回答ください。**

| | |
|---|---|
| 医療保険届出病床数 | 床 |

**3-4 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 看護師 | ．　人 | ⑦ 作業療法士 | ．　人 |
| ①-ｉ（うち）特定行為研修修了者 | ．　人 | ⑧ 言語聴覚士 | ．　人 |
| ② 准看護師 | ．　人 | ⑨ 相談員 | ．　人 |
| ③ 看護補助者 | ．　人 | ⑨-ｉ（うち）社会福祉士 | ．　人 |
| ③-ｉ（うち）介護福祉士 | ．　人 | ⑨-ii（うち）精神保健福祉士 | ．　人 |
| ④ 薬剤師 | ．　人 | ⑩ 医師事務作業補助者 | ．　人 |
| ⑤ 管理栄養士 | ．　人 | ⑪ その他の職員 | ．　人 |
| ⑥ 理学療法士 | ．　人 | | |

※１．職員数の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が 40 時間の病院で、貴病棟にて週４日（各日３時間）従事している場合

$$常勤換算した職員数＝\frac{４日×３時間×１人}{40時間}＝０．３人$$

| 3-5 新入棟患者数、新退棟患者数等 | | |
|---|---|---|
| ① 新入棟患者数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | 人 |
| ② 新退棟患者数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | 人 |
| ③ 在院患者延日数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 日 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | 日 |

| 3-6 貴病棟における病床利用率※1 | | |
|---|---|---|
| 病床利用率 | ア 令和２月 12 月１か月 | . % |
| | イ 令和３年１月１か月 | . % |
| | ウ 令和３年２月１か月 | . % |
| | エ 令和３年３月１か月 | . % |
| | オ 令和３年４月１か月 | . % |
| | カ 令和３年５月１か月 | . % |

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

| 3-7 貴病棟における在宅復帰率等 | | |
|---|---|---|
| ① 在宅復帰率※1 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | . % |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | . % |
| ② 平均在院日数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | . 日 |
| | イ（令和３年３月～５月の３か月間） | . 日 |

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

## 問４ 貴病棟の入院患者数についてお伺いします。

| 4-1 入院期間別の入院患者数 | a<br>令和３年１月 29 日 | b<br>令和３年５月 31 日 |
|---|---|---|
| ① 入院後 14 日以内 | 人 | 人 |
| ② 15 日～30 日 | 人 | 人 |
| ③ 31 日～60 日 | 人 | 人 |
| ④ 61 日～180 日 | 人 | 人 |
| ⑤ 181 日～365 日 | 人 | 人 |
| ⑥ 366 日～700 日 | 人 | 人 |
| ⑦ 701 日以上 | 人 | 人 |

| 4-2 要介護度別の入院患者数 | a 令和３年 1月29日 | b 令和３年 5月31日 |
|---|---|---|
| ① 不明 | 人 | 人 |
| ② 未申請 | 人 | 人 |
| ③ 申請中 | 人 | 人 |
| ④ 非該当 | 人 | 人 |
| ⑤ 要支援１ | 人 | 人 |
| ⑥ 要支援２ | 人 | 人 |
| ⑦ 要介護１ | 人 | 人 |
| ⑧ 要介護２ | 人 | 人 |
| ⑨ 要介護３ | 人 | 人 |
| ⑩ 要介護４ | 人 | 人 |
| ⑪ 要介護５ | 人 | 人 |

| 4-3 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数 | a 令和３年 1月29日 | b 令和３年 5月31日 |
|---|---|---|
| ① 自立 | 人 | 人 |
| ② ランク Ⅰ | 人 | 人 |
| ③ ランク Ⅱa | 人 | 人 |
| ④ ランク Ⅱb | 人 | 人 |
| ⑤ ランク Ⅲa | 人 | 人 |
| ⑥ ランク Ⅲb | 人 | 人 |
| ⑦ ランク Ⅳ | 人 | 人 |
| ⑧ ランク M | 人 | 人 |

| 4-4 入棟前の居場所別患者数 | a 令和３年１月29日 | b 令和３年５月31日 |
|---|---|---|
| ① 自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| ② 自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| ③ 介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| ④ 介護医療院 | 人 | 人 |
| ⑤ 介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| ⑥ 特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| ⑨ 障害者支援施設 | 人 | 人 |
| ⑩ 他院の一般病床 | 人 | 人 |
| ⑪ 他院の一般病床以外 | 人 | 人 |
| ⑫ 自院の他病棟 | 人 | 人 |
| ⑬ 有床診療所 | 人 | 人 |
| ⑭ その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

| 4-5 自院の他病棟からの転棟患者数 | | a 令和３年１月29日 | b 令和３年５月31日 |
|---|---|---|---|
| [再掲] 自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-4の⑫」） | | 人 | 人 |
| 内訳 | ① 自院の一般病床（下記の②、③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ② 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ④ 自院の療養病床（③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑤ 自院の精神病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑥ 自院のその他の病床から転棟 | 人 | 人 |

## 問５　貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

| 5-1 貴病棟の延べ入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| 貴病棟の延べ入院患者数 | 人 | 人 |

| 5-2 患者の状態別の入院患者数（それぞれの月の１か月間） | | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 | ア 医療区分３に該当 | 人 | 人 |
| | イ 医療区分２に該当 | 人 | 人 |

| 5-3 加算の算定状況別の入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者 | 人 | 人 |
| ② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者 | 人 | 人 |
| ③ ②のうち、新型コロナウイルス感染症により算定した患者数（令和３年６月１日時点） | | 人 |

■ 上記５-３「② 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者」が令和３年６月１日時点でいる場合、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援について、その実施内容別に実施した人数についてご回答ください。

5-3-1 治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援の実施内容別実施人数

| | | |
|---|---|---|
| | [再掲] ① 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者 | 人 |
| 意思決定に対する支援の実施内容 | ② 患者本人の意思の確認ができるため、患者自身と人生の最終段階における医療・ケアの方針について話し合い、意思決定を支援した | 人 |
| | ③ 患者本人の意思が確認できないため、その意思を推定しうる者となる家族等とともに患者の推定意思を明らかにし、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった | 人 |
| | ④ 患者本人の意思の確認ができず、かつ家族等が本人の意思を推定できない、もしくは家族等がいないため、家族等と医療・ケアチームが話し合いの場を持ち、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった | 人 |
| | ⑤ その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） | 人 |

## 問６　貴病棟に令和３年３月１日時点で入院していた患者についてお伺いします。

### 6-1 医療区分別の入院患者数（※ 令和３年３月１日時点で入院していた患者のみ対象）

| | | 令和3年3月1日時点 a医療区分別の入院患者数 | | 同一患者の令和３年６月１日の状況 b 医療区分１ | c 医療区分２ | d 医療区分３ | e 退棟 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和3年3月1日時点 | ア 医療区分1 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ 医療区分2 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ウ 医療区分3 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |

### 6-2 退棟時の医療区分別の患者数（※ 令和３年３月１日時点で入院しており６月１日までに退棟した患者のみ対象）

| | | a | ⇒ | 同一患者の退棟時の医療区分 b 医療区分１ | c 医療区分２ | d 医療区分３ | e 死亡退院 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和3年3月1日時点 | ア 医療区分1 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ 医療区分2 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ウ 医療区分3 | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |

### 6-3 ADL 区分別の入院患者数（※ 令和３年３月１日時点で入院していた患者のみ対象）

| | | 令和3年3月1日時点 a ADL 区分別の入院患者数 | ⇒ | 同一患者の令和３年６月１日の状況 b ADL 区分１（ADL 得点 0~10 点） | c ADL 区分２（ADL 得点 11~22 点） | d ADL 区分３（ADL 得点 23~24 点） | e 退棟 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和3年3月1日時点 | ア ADL 区分1（ADL 得点 0~10 点） | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ ADL 区分2（ADL 得点 11~22 点） | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ウ ADL 区分3（ADL 得点 23~24 点） | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |

### 6-4 退棟時の ADL 区分別の患者数（※ 令和３年３月１日時点で入院しており６月１日までに退棟した患者のみ対象）

| | | a | ⇒ | 同一患者の退棟時の ADL 区分 b ADL 区分１（ADL 得点 0~10 点） | c ADL 区分２（ADL 得点 11~22 点） | d ADL 区分３（ADL 得点 23~24 点） | e 死亡退院 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和3年3月1日時点 | ア ADL 区分1（ADL 得点 0~10 点） | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | イ ADL 区分2（ADL 得点 11~22 点） | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | ウ ADL 区分3（ADL 得点 23~24 点） | 人 | ⇒ | 人 | 人 | 人 | 人 |

## 問７　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 7-1　退棟先別の退棟患者数（それぞれの月の１か月間） | | a　令和３年１月 | b　令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| 貴病棟における退棟患者数 | | 人 | 人 |
| 自宅・介護保険施設等 | ①　自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| | ②　自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| | ③　介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| | ④　介護医療院 | 人 | 人 |
| | ⑤　介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| | ⑥　特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑦　軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑧　その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| | ⑨　障害者支援施設 | 人 | 人 |
| 他院 | ⑩　他院の一般病床（⑪、⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑪　他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑫　他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑬　他院の療養病床（⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑭　他院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ⑮　他院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 自院 | ⑯　自院の一般病床（⑰、⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑰　自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑱　自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑲　自院の療養病床（⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑳　自院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ㉑　自院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 有床診療所 | ㉒　有床診療所（介護サービス提供医療機関） | 人 | 人 |
| | ㉓　有床診療所（㉒以外） | 人 | 人 |
| 死亡 | ㉔　死亡退院 | 人 | 人 |
| | ㉕　その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

*◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、令和●年●月●日（●)に、
ご提出ください。

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院医療等の調査・評価分科会　令和３年度調査

入院医療等における実態調査

# 病 棟 調 査 票（D）

今年度の新設項目は〔＊〕で表示。

- 特に指定がある場合を除いて、令和3年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する方・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

◆ 施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入下さい。

| 施設ＩＤ | | 病棟ＩＤ | |
|---|---|---|---|

## 問１　貴病棟における新型コロナウイルス感染症に関する体制や影響を伺います。

| 1-1 貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数※1（令和３年６月１日時点） | 床 |
|---|---|

1-2 令和２年１月以降の貴病棟における新型コロナウイルス感染症患者※2受入状況等（ア、イそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　病棟内での新型コロナウイルス感染症の院内感染（クラスターの発生を含む）の有無※3 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

※１．　新型コロナウイルス感染症患者のための確保病床数として都道府県に届け出ている病床数をお答え下さい。
※２．　疑似症患者（感染症法上の新型コロナウイルス感染症の疑似症として届出が行われた患者）を含む。
※３．　１）医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、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。

1-3　令和２年１月以降の、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床の確保等のための、貴病棟における新型コロナウイルス感染症受入病院からの転院患者受入の動向（ア～ウそれぞれ該当する番号１つに○）

| | | 令和２年 | | | | | | | | | | | | 令和３年 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q |
| | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| ア　新型コロナウイルス感染症患者以外の患者の受入の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| イ　新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者の受入有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| ウ　上記アおよびイについて行政（都道府県など）からの要請の有無 | 有 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| | 無 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 | 02 |

| 1-4 次に挙げる各項目について、令和２年 12 月から令和３年６月１日までの間に一度でも、貴病棟に関連する範囲で医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。 （①～③それぞれ該当する番号１つに○） | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 入院 | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | |
| ② 手術 | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |
| ③ 緊急手術 | **01** 通常 | **02** 制限 | **03** 停止 | **04** 従来から実施なし |

## 問２　貴病棟の診療科目、入院基本料等についてお伺いします。

**2-1　診療科目（令和３年６月１日時点）**　（最も近似する診療科を主なもの３つまで○）

| | | |
|---|---|---|
| **01** 内科 | **06** 脳神経外科 | **11** 泌尿器科 |
| **02** 小児科 | **07** 産婦人科 | **12** 放射線科 |
| **03** 精神科 | **08** 眼科 | **13** リハビリテーション科 |
| **04** 外科 | **09** 耳鼻咽喉科 | **14** 歯科（歯科口腔外科等含む） |
| **05** 整形外科 | **10** 皮膚科 | **15** その他（＿＿＿＿＿） |

**2-2　入院基本料等（令和３年６月１日時点）**　（該当する番号１つに○）

| | |
|---|---|
| **01** ７対１障害者施設等入院基本料 | **06** 特殊疾患病棟入院料２ |
| **02** 10 対１障害者施設等入院基本料 | **07** 特殊疾患入院医療管理料 |
| **03** 13 対１障害者施設等入院基本料 | **08** 緩和ケア病棟入院料１ |
| **04** 15 対１障害者施設等入院基本料 | **09** 緩和ケア病棟入院料２ |
| **05** 特殊疾患病棟入院料１ | |

## 問３　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

**3-1　貴病棟の病床について、「簡易な報告※1」の有無についてご回答ください。**

| | |
|---|---|
| **01** 簡易な報告を行っている | **02** 簡易な報告を行っていない |

※１「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12)」（令和２年４月 18 日保険局医療課事務連絡）における「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに伴い必要な手続き等への柔軟な対応について」に係る「簡易な報告」の取扱いを指す。

**3-2　上記3-1で「01 簡易な報告を行っている」場合、簡易な報告前と簡易な報告後の病床数についてご記入ください。**

| a　簡易な報告前<br>（診療報酬上の届出病床数） | b　簡易な報告後<br>（簡易な報告を行った後の病床数） |
|---|---|
| 床 | 床 |

**3-3　上記3-1で「02　簡易な報告を行っていない」場合、届出病床数をご回答ください。**

| | |
|---|---|
| 医療保険届出病床数 | 床 |

| 3-4 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算※1）（令和３年６月１日時点） | | | |
|---|---|---|---|
| ① 看護師 | ．　人 | ⑦ 作業療法士 | ．　人 |
| ①-ｉ（うち）特定行為研修修了者 | ．　人 | ⑧ 言語聴覚士 | ．　人 |
| ② 准看護師 | ．　人 | ⑨ 相談員 | ．　人 |
| ③ 看護補助者 | ．　人 | ⑨-ｉ（うち）社会福祉士 | ．　人 |
| ③-ｉ（うち）介護福祉士 | ．　人 | ⑨-ⅱ（うち）精神保健福祉士 | ．　人 |
| ④ 薬剤師 | ．　人 | ⑩ 医師事務作業補助者 | ．　人 |
| ⑤ 管理栄養士 | ．　人 | ⑪ その他の職員 | ．　人 |
| ⑥ 理学療法士 | ．　人 | | |

※１．職員数の常勤換算の算出方法
貴院の常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（小数点第２位を切り上げ）を記入。
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が 40 時間の病院で、貴病棟にて週４日（各日３時間）従事している場合

$$常勤換算した職員数＝\frac{４日×３時間×１人}{40時間}＝０．３人$$

| 3-5 新入棟患者数、新退棟患者数等 | | |
|---|---|---|
| ① 新入棟患者数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年３月～令和３年５月の３か月間） | 人 |
| ② 新退棟患者数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 人 |
| | イ（令和３年３月～令和３年５月の３か月間） | 人 |
| ③ 在院患者延日数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | 日 |
| | イ（令和３年３月～令和３年５月の３か月間） | 日 |

| 3-6 貴病棟における病床利用率※1 | | |
|---|---|---|
| 病床利用率 | ア　令和２年 12 月１か月 | ．　% |
| | イ　令和３年１月１か月 | ．　% |
| | ウ　令和３年２月１か月 | ．　% |
| | エ　令和３年３月１か月 | ．　% |
| | オ　令和３年４月１か月 | ．　% |
| | カ　令和３年５月１か月 | ．　% |

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

| 3-7 貴病棟における在宅復帰率等 | | |
|---|---|---|
| ① 在宅復帰率※1 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | ．　% |
| | イ（令和３年３月～令和３年５月の３か月間） | ．　% |
| ② 平均在院日数 | ア（令和２年 12 月～令和３年２月の３か月間） | ．　日 |
| | イ（令和３年３月～令和３年５月の３か月間） | ．　日 |

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

| ＊3-8 「緩和ケア病棟入院料１」もしくは「緩和ケア病棟入院料２」を算定している場合に、以下の疾患ごとの平均在院日数、患者数をお答えください。（令和２年６月１日から令和３年５月３１日） | a 平均在院日数 | b 患者数 |
|---|---|---|
| ① 末期心不全症候群の患者 | ．　日 | 人 |
| ② 悪性腫瘍の患者 | ．　日 | 人 |
| ③ 後天性免疫不全症候群に罹患している患者 | ．　日 | 人 |

## 問４　貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

| 4-1 貴病棟の延べ入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a　令和３年１月 | b　令和３年５月 |
|---|---|---|
| 貴病棟の延べ入院患者数 | 人 | 人 |

| 4-2 要介護度別の入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年 １月 | b 令和３年 ５月 |
|---|---|---|
| ① 不明 | 人 | 人 |
| ② 未申請 | 人 | 人 |
| ③ 申請中 | 人 | 人 |
| ④ 非該当 | 人 | 人 |
| ⑤ 要支援１ | 人 | 人 |
| ⑥ 要支援２ | 人 | 人 |
| ⑦ 要介護１ | 人 | 人 |
| ⑧ 要介護２ | 人 | 人 |
| ⑨ 要介護３ | 人 | 人 |
| ⑩ 要介護４ | 人 | 人 |
| ⑪ 要介護５ | 人 | 人 |

| 4-3 認知症高齢者の日常生活自立度別の入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年 １月 | b 令和３年 ５月 |
|---|---|---|
| ① 自立 | 人 | 人 |
| ② ランク Ⅰ | 人 | 人 |
| ③ ランク Ⅱa | 人 | 人 |
| ④ ランク Ⅱb | 人 | 人 |
| ⑤ ランク Ⅲa | 人 | 人 |
| ⑥ ランク Ⅲb | 人 | 人 |
| ⑦ ランク Ⅳ | 人 | 人 |
| ⑧ ランク M | 人 | 人 |

| 4-4 入棟前の居場所別患者数　（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① 自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| ② 自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| ③ 介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| ④ 介護医療院 | 人 | 人 |
| ⑤ 介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| ⑥ 特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| ⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| ⑨ 障害者支援施設 | 人 | 人 |
| ⑩ 他院の一般病床 | 人 | 人 |
| ⑪ 他院の一般病床以外 | 人 | 人 |
| ⑫ 自院の他病棟 | 人 | 人 |
| ⑬ 有床診療所 | 人 | 人 |
| ⑭ その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

| 4-5 自院の他病棟からの転棟患者数 （それぞれの月の１か月間） | | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| ［再掲］自院の他病棟からの転棟患者（＝「4-4の⑫」） | | 人 | 人 |
| 内訳 | ① 自院の一般病床（下記の②、③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ② 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ③ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ④ 自院の療養病床（③以外）から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑤ 自院の精神病床から転棟 | 人 | 人 |
| | ⑥ 自院のその他の病床から転棟 | 人 | 人 |

**■以下の設問は、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料および特殊疾患入院医療管理料を算定している施設のみご回答ください。**

| 4-6 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者数 （それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① 重度の肢体不自由児・者※1（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く） | 人 | 人 |
| ② 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く） | 人 | 人 |
| ③ 重度の意識障害者 | 人 | 人 |
| ④ 筋ジストロフィー患者 | 人 | 人 |
| ⑤ 難病患者 | 人 | 人 |
| ⑥ その他 | 人 | 人 |

※１　特殊疾患病棟入院料２の場合、日常生活自立度のランクＢ以上に限る。ただし、脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。

| 4-7 年齢区分別の入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① ０～１４歳 | 人 | 人 |
| ② １５～３９歳 | 人 | 人 |
| ③ ４０～６４歳 | 人 | 人 |
| ④ ６５～７４歳 | 人 | 人 |
| ⑤ ７５歳以上 | 人 | 人 |

| 4-8 身体障害者（肢体不自由）の等級別の入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① 不明 | 人 | 人 |
| ② 非該当 | 人 | 人 |
| ③ １級（肢体不自由） | 人 | 人 |
| ④ ２級（肢体不自由） | 人 | 人 |
| ⑤ ３級（肢体不自由） | 人 | 人 |
| ⑥ ４級（肢体不自由） | 人 | 人 |
| ⑦ ５級（肢体不自由） | 人 | 人 |
| ⑧ ６級（肢体不自由） | 人 | 人 |
| ⑨ ７級（肢体不自由） | 人 | 人 |

| 4-9 障害支援区分別の入院患者数（それぞれの月の１か月間） | a 令和３年１月 | b 令和３年５月 |
|---|---|---|
| ① 不明 | 人 | 人 |
| ② 未申請等 | 人 | 人 |
| ③ 非該当 | 人 | 人 |
| ④ 障害支援区分１ | 人 | 人 |
| ⑤ 障害支援区分２ | 人 | 人 |
| ⑥ 障害支援区分３ | 人 | 人 |
| ⑦ 障害支援区分４ | 人 | 人 |
| ⑧ 障害支援区分５ | 人 | 人 |
| ⑨ 障害支援区分６ | 人 | 人 |

## 問５　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

| 5-1 退棟先別の退棟患者数（それぞれの月の１か月間） | | a　令和３年１月 | b　令和３年５月 |
|---|---|---|---|
| 貴病棟における退棟患者数 | | 人 | 人 |
| 自宅・介護保険施設等 | ① 自宅（在宅医療の提供あり）※1 | 人 | 人 |
| | ② 自宅（在宅医療の提供なし）※1 | 人 | 人 |
| | ③ 介護老人保健施設 | 人 | 人 |
| | ④ 介護医療院 | 人 | 人 |
| | ⑤ 介護療養型医療施設 | 人 | 人 |
| | ⑥ 特別養護老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑦ 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 人 | 人 |
| | ⑧ その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等） | 人 | 人 |
| | ⑨ 障害者支援施設 | 人 | 人 |
| 他院 | ⑩ 他院の一般病床（⑪、⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑪ 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑫ 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑬ 他院の療養病床（⑫以外） | 人 | 人 |
| | ⑭ 他院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ⑮ 他院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 自院 | ⑯ 自院の一般病床（⑰、⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑰ 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑱ 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床 | 人 | 人 |
| | ⑲ 自院の療養病床（⑱以外） | 人 | 人 |
| | ⑳ 自院の精神病床 | 人 | 人 |
| | ㉑ 自院のその他の病床 | 人 | 人 |
| 有床診療所 | ㉒ 有床診療所（介護サービス提供医療機関） | 人 | 人 |
| | ㉓ 有床診療所（㉒以外） | 人 | 人 |
| 死亡 | ㉔ 死亡退院 | 人 | 人 |
| | ㉕ その他 | 人 | 人 |

※１．提供主体は自院に限らない。在宅医療には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを含むが、通院は含まない。

*◆ 入院医療における課題のうち、新型コロナウイルス感染症への対応等に起因する事項等について、ご意見等があれば下欄にご記入ください。

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

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、令和●年●月●日（●)に、
ご提出ください。