診調組　入－１参考 ８．　１０．２９	共-１

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票　（A～D全施設共通）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

※本調査票は全施設（A・B・C・D区分）共通の調査票です。
※本調査票の後、貴院該当の区分（A・B・C・D区分いずれか）の調査票が綴じられています。
※本冊子にある調査票（全施設共通調査票及び貴院該当の区分の調査票）は両方ご回答ください。

◆ **本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。**

施設名		施設ＩＤ	

問1　貴院の開設者についてお伺いします。

1-1　開設者についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 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）

2 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）

3 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）

4 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）

5 医療法人（社会医療法人は含まない）

6 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）

7 個人

問2　貴施設と同一敷地内又は隣接する施設についてお伺いします。

2-1　貴院と同一敷地内又は隣接する敷地内の施設・事業所・サービス等についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	病院（貴院以外）	01
02	一般診療所（貴院以外）	02
03	訪問看護ステーション	03
04	介護老人保健施設	04
05	特別養護老人ホーム	05
06	介護医療院	06
07	医療型短期入所（障害福祉サービス）	07
08	認知症高齢者グループホーム	08
09	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	09
10	短期入所生活介護事業所	10
11	（介護予防）短期入所療養介護	11
12	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	12
13	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	13
14	訪問介護事業所	14
15	通所介護事業所	15
16	（介護予防）訪問リハビリテーション	16
17	（介護予防）通所リハビリテーション	17
18	（介護予防）居宅療養管理指導	18
19	居宅介護支援事業所	19
20	地域包括支援センター	20
21	保険薬局（敷地内）	21
22	保険薬局（隣接）	22
23	なし	23
24	その他	24

《 2-1で 「**21 保険薬局（敷地内）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-2　当該保険薬局との賃貸借取引等の状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

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

問3　貴院において標榜している診療科をお伺いします。

3-1　貴院において標榜している診療科をすべてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

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

問4　貴院の許可病床数についてお伺いします。

4-1　許可病床数をご回答ください。（該当する病床がない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 許可病床		床
02 **01**のうち、一般病床		床
03 **01**のうち、療養病床		床
04 **01**のうち、精神病床		床
05 **01**のうち、結核病床		床
06 **01**のうち、感染症病床		床

4-2　届出病床数について入院料毎にご回答ください。

（病床がない場合は空欄でお進みください）（令和８年11月１日時点）

01	急性期病院A一般入院料	床	**46**	特定集中治療室管理料１	床
02	急性期病院B一般入院料	床	**47**	特定集中治療室管理料２	床
03	急性期一般入院料１	床	**48**	特定集中治療室管理料３	床
04	急性期一般入院料２	床	**49**	ハイケアユニット入院医療管理料１	床
05	急性期一般入院料３	床	**50**	ハイケアユニット入院医療管理料２	床
06	急性期一般入院料４	床	**51**	ハイケアユニット入院医療管理料（注５）	床
07	急性期一般入院料５	床	**52**	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	床
08	急性期一般入院料６	床	**53**	小児特定集中治療室管理料	床
09	地域一般入院料１	床	**54**	新生児特定集中治療室管理料１	床
10	地域一般入院料２	床	**55**	新生児特定集中治療室管理料２	床
11	地域一般入院料３	床	**56**	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	床
12	療養病棟入院料１	床	**57**	母体・胎児集中治療室管理料	床
13	療養病棟入院料２	床	**58**	新生児集中治療室管理料	床
14	結核病棟入院基本料	床	**59**	新生児治療回復室入院医療管理料	床
15	急性期病院A精神病棟入院料（10対１）	床	**60**	地域包括医療病棟入院料１	床
16	急性期病院A精神病棟入院料（13対１）	床	**61**	地域包括医療病棟入院料２	床
17	急性期病院A精神病棟入院料（15対１）	床	**62**	地域包括ケア病棟入院料１	床
18	急性期病院B精神病棟入院料（10対１）	床	**63**	地域包括ケア入院医療管理料１	床
19	急性期病院B精神病棟入院料（13対１）	床	**64**	地域包括ケア病棟入院料２	床
20	急性期病院B精神病棟入院料（15対１）	床	**65**	地域包括ケア入院医療管理料２	床
21	精神病棟入院料（10対１）	床	**66**	地域包括ケア病棟入院料３	床
22	精神病棟入院料（13対１）	床	**67**	地域包括ケア入院医療管理料３	床
23	精神病棟入院料（15対１）	床	**68**	地域包括ケア病棟入院料４	床
24	精神病棟入院料（18対１）	床	**69**	地域包括ケア入院医療管理料４	床
25	精神病棟入院料（20対１）	床	**70**	回復期リハビリテーション病棟入院料１	床
26	専門病院入院基本料（７対１）	床	**71**	回復期リハビリテーション病棟入院料２	床
27	専門病院入院基本料（10対１）	床	**72**	回復期リハビリテーション病棟入院料３	床
28	特定機能病院A入院基本料(一般病棟７対１)	床	**73**	回復期リハビリテーション病棟入院料４	床
29	特定機能病院A入院基本料(一般病棟10対１)	床	**74**	回復期リハビリテーション病棟入院料５	床
30	特定機能病院B入院基本料(一般病棟７対１)	床	**75**	回復期リハビリテーション入院医療管理料	床
31	特定機能病院B入院基本料(一般病棟10対１)	床	**76**	小児入院医療管理料１	床
32	特定機能病院C入院基本料(一般病棟７対１)	床	**77**	小児入院医療管理料２	床
33	特定機能病院C入院基本料(一般病棟10対１)	床	**78**	小児入院医療管理料３	床
34	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	床	**79**	小児入院医療管理料４	床
35	障害者施設等入院基本料（７対１）	床	**80**	小児入院医療管理料５	床
36	障害者施設等入院基本料（10対１）	床	**81**	精神科救急急性期医療入院料	床
37	障害者施設等入院基本料（13対１）	床	**82**	精神科急性期治療病棟入院料１	床

38 障害者施設等入院基本料（15対１）	床	**83** 精神科急性期治療病棟入院料２	床
39 特殊疾患入院医療管理料	床	**84** 精神科救急・合併症入院料	床
40 特殊疾患病棟入院料１	床	**85** 児童・思春期精神科入院医療管理料	床
41 特殊疾患病棟入院料２	床	**86** 精神療養病棟入院料	床
42 緩和ケア病棟入院料１	床	**87** 認知症治療病棟入院料１	床
43 緩和ケア病棟入院料２	床	**88** 認知症治療病棟入院料２	床
44 救命救急入院料１	床	**89** 地域移行機能強化病棟入院料	床
45 救命救急入院料２	床	**90** その他	床

《4-3は、**急性期一般入院料１～６、急性期病院A・B一般入院料、７対１入院基本料、10対１入院基本料、地域包括医療病棟入院料１・２、小児入院医療管理料１～４、特殊疾患病棟入院料１・２、緩和ケア病棟入院料１・２のいずれかを届出ている場合に**ご回答ください。》

＊4-3　ICT機器等を用いた看護要員の業務効率化の施設基準（配置基準の柔軟化）に係る、届出状況についてご回答下さい。

（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ている　　**2** 届け出ていない

《 4-3で　**「2 届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

＊4-4　届け出ていない理由についてご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	基準を満たすための人員確保が見込めているため	01
02	ICT機器等の導入が技術的に難しいため	02
03	ICT機器等（見守り・記録・情報共有）の全てを導入することができないため	03
04	ランニングコストの維持ができないため	04
05	１月当たりの超過勤務時間平均10時間以下の基準が満たせないため	05
06	配置基準の緩和によって一人あたり業務不可が増えると思うため	06
07	その他	07

《 4-4で　**「03 ICT機器等（見守り・記録・情報共有）の全てを導入することができないため」を選択した場合**にご回答ください。》

＊4-5　導入できない機器をご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 見守り		**02** 記録		**03** 医療従事者間の情報共有	

＊4-6　貴院において、届出病床の病床数及び入院料区分について、変更の検討はどのように行っているかご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	変更の検討は行っていない	01
02	現状の職員数を踏まえて検討	02
03	現在の稼働状況を踏まえて検討	03
04	将来の需要予測を踏まえて検討	04
05	地域での他の医療機関との連携状況を踏まえて検討	05
06	病床数適正化緊急支援事業を踏まえて検討	06
07	その他	07

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）についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は「**0**」）（令和８年11月１日時点）

01 常勤医師		人	**15** 視能訓練士		人
02 非常勤医師(**実数**※2)		人	**16** 公認心理師		人
03 非常勤医師（常勤換算)		人	**17** 診療放射線技師		人
04 歯科医師		人	**18** 臨床検査技師		人
05 看護師		人	**19** 臨床工学技士		人
06 准看護師		人	**20** 歯科衛生士		人
07 看護補助者		人	**21** 相談員		人
08 **07**のうち、介護福祉士		人	**22** **21**のうち、社会福祉士		人
09 薬剤師		人	**23** **21**のうち、精神保健福祉士		人
10 管理栄養士		人	**24** 保育士※3		人
11 救急救命士		人	**25** 医師事務作業補助者		人
12 理学療法士		人	**26** 事務職員		人
13 作業療法士		人	**27** その他の職員		人
14 言語聴覚士		人			

※１　常勤換算の算出方法
貴院で定められた常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第１位まで（小数点第２位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数+常勤換算した非常勤の職員数）
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が40時間の施設で、週４日（各日３時間）従事している職員が１人の場合

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

※２　実数は常勤換算せずに、人数としてカウントしてください
※３　「保育士」は、子どもの患者に対するケアを行う保育士を計上してください。なお、院内保育所に勤務している保育士は含みません。

＊5-2　貴院にて、看護師長又は同等以上の職に従事した経験を５年以上有し、所定の研修を終了した看護師を配置されているかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

1 配置している　　**2** 配置していない

《回答欄》

6

問6　貴院の外来患者数、入院患者数及び救急搬送件数についてお伺いします。

6-1　患者数や該当する件数についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和７年11月１日～令和８年10月31日の間）

01	外来患者数について	
a	初診料を算定した延べ患者数	人
b	**「a 初診料を算定した患者」**のうち、紹介状により紹介された延べ患者数	人
c	再診料を算定した延べ患者数	人
d	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した延べ患者数	人
02	入院患者数について	
a	実入院患者数※1	人
b	**「a 実入院患者数」**のうち、高次救急医療機関における救急診療の後、転院搬送で受け入れた実患者数	人
c	**「a 実入院患者数」**のうち、協力対象施設入所者入院加算を算定した実患者数	人
d	延べ入院患者数※2	人
03	救急搬送受入れ延べ件数（入院に至らなかった外来のみの患者含む）	件
a	**「03 救急搬送受入れ件数」**のうち、入院した延べ患者数	人

※１　実患者数は、入院期間に関わらず１日でも入院した患者を１人と計算してください。
ただし、退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

※２　延べ入院患者数は１人１日の入院を１人とカウントしてください。

＊6-2　救急搬送受入れについて、搬送元となった施設別に件数をご回答ください。
（該当する患者がいない場合は「０」）（令和７年11月１日～令和８年10月31日の間）

01	病院	件
02	診療所	件
03	介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院）	件
04	高齢者住宅等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム、養護老人ホーム、経費老人ホーム）	件
05	その他の施設	件

問7　貴院の救急医療体制についてお伺いします。

7-1　救急告示の有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 救急告示あり　　**2** 救急告示なし

7-2　救急医療体制についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 高度救命救急センター
2 救命救急センター
3 二次救急医療機関
4 いずれにも該当しないが救急部門を有している
5 救急部門を有していない

《 7-2で **「3 二次救急医療機関」を選択した場合**にご回答ください。》

7-3　該当する二次救急医療体制についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

※１　地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入れ体制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れ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。

7-4　承認等の状況についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 特定機能病院		**08** 常時対応型精神科救急医療施設	
02 地域医療支援病院		**09** 病院群輪番型精神科救急医療施設	
03 災害拠点病院		**10** 身体合併症対応施設	
04 小児救命救急センター		**11** 紹介受診重点医療機関	
05 小児救急医療拠点病院		**12** がん診療連携拠点病院	
06 総合周産期母子医療センター		**13** 01～12のいずれも該当しない	
07 地域周産期母子医療センター			

■ 7-5～7-7は、7-2で **「3 二次救急医療機関」の場合**にご回答ください。

7-5　救急外来の有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

7-6　24時間の救急患者の受入れ体制についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

7-7　受入れ患者についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自院に受診歴のある患者のみを受け入れている
2 自院に受診歴がない患者も受け入れている

■ 7-8・7-9は、7-1で **「1 救急告示あり」の場合**にご回答ください。

7-8　救急患者を受け入れている頻度についてご回答ください。
（該当する受け入れがない場合は**「0」**）（令和８年10月の任意の１週間）

受け入れている頻度	週		日

7-9　救急患者を受け入れている時間帯についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 日中		**02** 夜間（18時以降22時まで）		**03** 深夜（22時以降翌８時まで）	

■ 7-10・7-11は、**全施設**ご回答ください。

＊7-10　貴院の精神科救急患者に関する医療提供体制についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	身体合併症救急医療確保事業の指定あり	01
02	常時対応型施設（精神科救急医療確保事業）	02
03	病院群輪番型　（精神科救急医療確保事業）	03
04	外来対応施設	04
05	いずれも該当なし	05

7-11　精神科救急患者の受入れ件数等についてご回答ください。
（該当する受入れ等がない場合は**「0」**）（令和８年10月１か月）

01	精神疾患への対応が必要となった、又は精神科医による対応を行った延べ件数	件
02	**「01 精神疾患への対応が必要となった又は精神科医による対応を行った件数」**のうち、自院にかかりつけの患者の受入れ延べ件数	件
a	**02**のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	件
b	**02**のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	件
c	**02**のうち、他院に転院搬送した延べ件数	件
03	**「01 精神疾患への対応が必要となった又は精神科医による対応を行った件数」**のうち、他院（精神科救急患者の受入れに関して連携している医療機関）にかかりつけの患者の受入れ延べ件数	件
a	**03**のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	件
b	**03**のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	件
c	**03** のうち、かかりつけである他院に転院搬送した延べ件数	件
d	**03** のうち、かかりつけでない他院に転院搬送した延べ件数	件
04	**「01 精神疾患への対応が必要となった又は精神科医による対応を行った件数」**のうち、他院（連携していない医療機関）にかかりつけの患者の受入れ延べ件数	件
a	**04**のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	件
b	**04**のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	件
c	**04**のうち、患者がかかりつけである、連携していない他院に転院搬送した延べ件数	件
d	**04**のうち、患者がかかりつけではない、連携医療機関である他院に転院搬送した延べ件数	件
e	**04**のうち、患者がかかりつけではない、かつ連携していない他院に転院搬送した延べ件数	件
05	**「01 精神疾患への対応が必要となった又は精神科医による対応を行った件数」**のうち、かかりつけがないもしくは不明の患者の受入れ延べ件数	件
a	**05**のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	件
b	**05**のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	件
c	**05**のうち、他院に転院搬送した延べ件数	件

9

問8　貴院の入退院支援に関連する届出状況、算定件数についてお伺いします。

8-1　入退院支援加算の届出の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	入退院支援加算１を届け出ている	01
02	入退院支援加算２を届け出ている	02
03	入退院支援加算３を届け出ている	03
04	入退院支援加算を届け出ていない（入退院支援部門を設置している）	04
05	入退院支援加算を届け出ていない（入退院支援部門を設置していない）	05

《 8-1で　**「01」～「03」の 入退院支援加算１～３いずれかを届け出ている場合**にご回答ください。》

8-2　入退院支援加算にかかる加算の届出の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	地域連携診療計画加算を届け出ている	01
02	入院時支援加算を届け出ている	02
03	総合機能評価加算を届け出ている	03
04	**01～03**いずれも届け出ていない	04

《 8-1で　**「01 入退院支援加算１を届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

8-3　連携機関※1の施設数をご回答ください。
（特別の関係にあるものを含む）（該当する施設がない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01	連携機関数の合計	**a**	連携先の施設数	施設
		b	うち、特別の関係にある施設数	施設
02	**01(連携機関)のうち**、病院	**a**	連携先の施設数	施設
		b	うち、特別の関係にある施設数	施設
03	**01(連携機関)のうち、**診療所	**a**	連携先の施設数	施設
		b	うち、特別の関係にある施設数	施設
04	**01(連携機関)のうち、**介護保険サービス事業所	**a**	連携先の施設数	施設
		b	うち、特別の関係にある施設数	施設
05	**01(連携機関)のうち、**障害福祉サービス事業所	**a**	連携先の施設数	施設
		b	うち、特別の関係にある施設数	施設
06	**01(連携機関)のうち、**その他の施設	**a**	連携先の施設数	施設
		b	うち、特別の関係にある施設数	施設

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

10

《 8-1で　**「04 入退院支援加算を届け出ていない（入退院支援部門を設置している）」または「05 入退院支援加算を届け出ていない（入退院支援部門を設置していない）」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

8-4　入退院支援加算を届け出ていない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため	01
02	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の社会福祉士の配置が困難なため	02
03	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師の配置が困難なため	03
04	入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の社会福祉士の配置が困難なため	04
05	入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）又は入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有する専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）及び専従の社会福祉士が配置が困難なため	05
06	他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため	06
07	退院支援が必要な患者が少ないため	07
08	地域連携が円滑に運営されており、入退院支援に多くの時間を費やす必要がないため	08
09	入退院支援部門を設置することで、入退院支援部門に配置される職員の負担が大きくなるため	09
10	入退院支援は各病棟において実施しており、施設全体では実施していないため	10
11	入院早期の患者や家族との面談の実施が困難なため	11
12	その他	12

《8-5は、8-2で　**「02 入院時支援加算」を届け出ていない場合**にご回答ください。》

8-5　**入院時支援加算**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、右欄に○）

		《回答欄》
01	入院前支援を行うものとして、入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士の配置が困難なため	01
02	転院又は退院時に、連携機関とあらかじめ協議することが困難なため	02
03	地域連携を行うための十分な体制を整えることが困難なため	03
04	その他	04

問9　貴院の入退院支援に関する状況についてお伺いします。

《9-1は、 8-1で**「01 入退院支援加算１を届け出ている」もしくは「02 入退院支援加算２を届け出ている」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

9-1　入退院支援加算１・２を算定した患者について、患者数とその患者の退院困難な要因※をご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）
※「退院困難な要因」に複数該当する場合は、最も退院困難な要因の項目に計上してください。

01	入退院支援加算１・２を算定した延べ患者数		人
02	「退院困難な要因」の内訳		
a	悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること		人
b	緊急入院であること		人
c	要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと※1		人
d	コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者		人
e	強度行動障害の状態の者		人
f	家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること		人
g	生活困窮者であること		人
h	入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）		人
i	排泄に介助を要すること		人
j	同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと		人
k	退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと		人
l	入退院を繰り返していること		人
m	入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること		人
n	家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること		人
o	児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること		人
p	患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること		人
q	その他患者の状況から判断して**a**から**p**までに準ずると認められる場合		人

※１　**02-c**は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。

《9-2は、8-2で　**「02 入院時支援加算を届け出ている」場合**にご回答ください。》

9-2　入院時支援加算を算定した患者について、患者数と入院前に実施した事項についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）
※ **02**については、各項目に該当する人数を計上してご回答ください。

01	入院時支援加算を算定した延べ患者数		人
02	入院前に実施した事項　※延べ人数		
a	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握		人
b	入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握		人
c	褥瘡に関する危険因子の評価		人
d	栄養状態の評価		人
e	服薬中の薬剤の確認		人
f	退院困難な要因の有無の評価		人
g	入院中に行われる治療・検査の説明		人
h	入院生活の説明		人

12

＊9-3　要介護・要支援の患者について、認定期間の確認を行っているかご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	確認を行っている	**2**	確認を行っていない

9-4　相談支援専門員との連携および介護支援等連携指導料の算定回数ついてご回答ください。
（令和７年11月１日～令和８年10月31日の間）　（算定実績がない場合は**「0」**）

01	相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る）	回
02	介護支援等連携指導料の算定回数 (**改定前**：令和７年11月1日～令和８年５月31日)	回
03	介護支援等連携指導料１の算定回数（**改定後**：令和８年６月１日～令和８年10月31日）	回
04	介護支援等連携指導料２の算定回数（**改定後**：令和８年６月１日～令和８年10月31日）	回

《9-5は、8-1で　**「01」～「03」の 入退院支援加算１～３いずれかを届け出ている場合にご回答ください。**》

9-5　算定対象病床についてご回答ください。　（令和８年11月１日時点）

01	「一般病棟入院基本料等の場合」および「地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計	
02	「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05を乗じた数	

問10　貴院において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてお伺いします。

10-1　退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	自宅付近に、通いやすい外来診療所・医療機関が少ない	01	
02	自宅付近に、訪問診療を行う医療機関が少ない	02	
03	自宅付近に、訪問看護を行う医療機関・事業所が少ない	03	
04	自宅付近に、訪問リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	04	
05	自宅付近に、外来リハビリテーション（医療保険）を行う医療機関が少ない	05	
06	自宅付近に、訪問リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	06	
07	自宅付近に、通所リハビリテーション（介護保険）を行う事業所が少ない	07	
08	自宅付近に、通所系サービス（通所リハビリテーションを除く）を行う事業所が少ない	08	
09	自宅付近に、短期入所サービスを行う事業所が少ない	09	
10	自宅付近に、看取りを行える介護施設が少ない	10	
11	特にない	11	
12	その他	12	

13

問11　貴院の在宅医療の提供状況についてお伺いします。

11-1　在宅医療の提供状況について、次のいずれかの届出を行っている場合、ご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	機能強化型在宅療養支援病院（単独型）	**4**	在宅療養後方支援病院
2	機能強化型在宅療養支援病院（連携型）	**5**	いずれも届け出ていない
3	機能強化型でない在宅療養支援病院		

問12　貴院の介護保険施設等との協力体制についてお伺いします。

＊12-1　貴院が協力医療機関になっている介護保健施設等の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	あり	**2**	なし

《12-2は、12-1で**「1 あり」の場合**にご回答ください。》

12-2　協力医療機関※1となっている**介護保険施設等の数**を、満たす要件（①～③）ごとに分けて**施設数を**ご回答ください。
（令和８年11月１日時点）

① 入所者（利用者）の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している
② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保している
③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している

ア： 上記①②③すべて満たす
イ： 上記①②の２つのみ満たす
ウ： 上記①③の２つのみ満たす
エ： 上記②③の２つのみ満たす
オ： 上記①のみ満たす
カ： 上記②のみ満たす
キ： 上記③のみ満たす

		ア ①②③	イ ①②	ウ ①③	エ ②③	オ ①	カ ②	キ ③
01	協力対象施設数の合計　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
02	「**01** 協力対象施設数」のうち、介護医療院　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
03	**「01 協力対象施設数」**のうち、介護老人保健施設　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
04	**「01 協力対象施設数」**のうち、特別養護老人ホーム　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
05	**「01 協力対象施設数」**のうち、養護老人ホーム　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
06	**「01 協力対象施設数」**のうち、軽費老人ホーム　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
07	**「01 協力対象施設数」**のうち、特定施設入居者生活介護（**05**、**06**を除く）　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							

14

08	**「01 協力対象施設数」**のうち、認知症グループホーム　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
09	**「01 協力対象施設数」**のうち、有料老人ホーム（**07**を除く）　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
10	**「01 協力対象施設数」**のうち、サービス付き高齢者向け住宅（**07**、**09**を除く）　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
11	**「01 協力対象施設数」**のうち、障害者支援施設　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							
12	**「01 協力対象施設数」**のうち、その他の施設　**※施設数（数値）をご記入ください**							
a	協力対象の**施設数**							
b	うち、特別の関係※2にある**施設数**							

※1　協力医療機関とは、次の①～③のいずれかの要件を満たす医療機関のことをいう。

①　入所者（利用者）の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

②　診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

③　入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

※2　特別の関係とは以下に掲げる関係を言う。

当該保険医療機関と介護保険施設等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関と当該介護保険施設等は特別の関係にあると認められる。

①当該保険医療機関の開設者が、当該介護保険施設等の開設者と同一の場合

②当該保険医療機関の代表者が、当該介護保険施設等の代表者と同一の場合

③当該保険医療機関の代表者が、当該介護保険施設等の代表者の親族等の場合

④当該保険医療機関の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該介護保険施設等の役員等の親族等の占める割合が10分の３を超える場合

①～④これらに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関が、当該介護保険施設等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

なお、「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

ア　事実上婚姻関係と同様の事情にある者

イ　使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

ア又はイに掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

12-3　協力医療機関を担うよう依頼を受けた施設数及び依頼を断った施設数についてご回答ください
（該当する施設がない場合は**「0」**）

01	令和８年１月１日～10月31日までに、協力医療機関を担うよう依頼を受けた施設数		施設
02	**01**のうち、依頼を断った施設数		施設

15

12-4　協力対象施設への医療提供（**a**～**d**）について、それぞれの実績についてご回答ください。（令和８年10月１か月）

	a 入所者の急変時等における相談対応	b 入所者の外来対応	c 入所者へ往診等の対応	d 入所者の入院の受入れ
01 実績件数の合計	件	件	件	件
02 **01**のうち、介護医療院	件	件	件	件
03 **01**のうち、介護老人保健施設	件	件	件	件
04 **01**のうち、特別養護老人ホーム	件	件	件	件
05 **01**のうち、養護老人ホーム	件	件	件	件
06 **01**のうち、軽費老人ホーム	件	件	件	件
07 **01**のうち、特定施設入居者生活介護（**05**、**06**を除く）	件	件	件	件
08 **01**のうち、認知症グループホーム	件	件	件	件
09 **01**のうち、有料老人ホーム（**07**を除く）	件	件	件	件
10 **01**のうち、サービス付き高齢者向け住宅（**07**、**09**を除く）	件	件	件	件
11 **01**のうち、障害者支援施設	件	件	件	件
12 **01**のうち、その他の施設	件	件	件	件

《 12-3で **依頼を断った件数が１件以上の場合**にご回答ください。》

12-5　協力医療機関となることを断った理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	診療の求めがあった場合に、常時、診療を行う体制を確保することが困難であるため	01
02	入所者の急変時等において、常時、相談対応を行う体制を確保することが困難であるため	02
03	入院を要すると認められた入所者を原則として受け入れる体制を確保することが困難であるため	03
04	介護施設の入所者（認知症患者等）の対応をする体制が整っていないため	04
05	すでに複数の介護施設と連携しており、更なる連携先の拡充が困難であるため	05
06	経営上のメリットが感じられないため	06
07	施設との金銭的な合意に至らなかったため	07
08	過去に施設とのトラブルを経験したことがあるため	08
09	その他	09

問13　専門的知見を有する者※1の介護保険施設等への助言に係る業務についてお伺いします。

《感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料もしくは褥瘡ハイリスク患者ケア加算のいずれかを算定している場合にお答えください。》

13-1　専門的な知見を有する者による、他の保険医療機関に対する助言に係る業務及び介護保険施設等からの求めに応じた、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務の有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	あり	**2**	なし	

※１　「専門的知見を有する者」は各加算の要件に該当する医療従事者を指す。

■13-2・13-3は、13-1で　**「1 あり」**の場合にご回答ください。

＊13-2　助言に携わる時間の拡大の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	拡大した	**2**	拡大していない	**3**	わからない

13-3　13-1 について、活用している加算についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 感染対策向上加算（感染制御チーム）		**03** 外来緩和ケア管理料（緩和ケアチーム）	
02 緩和ケア診療加算（緩和ケアチーム）		**04** 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（褥瘡管理者）	

問14　身体的拘束※1を予防・最小化する取組についてお伺いします。

14-1　貴院における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	身体的拘束の疑似体験	01
02	患者に医療処置を説明する掲示物の導入	02
03	緩衝マットの活用	03
04	鎮静を目的とした薬物の適正利用	04
05	身体的拘束実施の態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること	05
06	身体的拘束を防ぐために職員を増員して対応	06
07	身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護師から構成される身体的拘束最小化チームの設置	07
08	身体的拘束を最小化するための指針の定期的な見直し	08
09	身体的拘束を最小化するための指針内に、鎮静を目的とした薬物の適正使用についての内容を定めること	09
10	身体的拘束を最小化するための指針内に、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用した身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を定めること	10
11	院長・看護師長が、身体的拘束を最小化する方針を自らの言葉で職員に伝え、発信している	11
12	身体的拘束が行われるたびに、代替方策がないかどうか複数人数で検討する仕組みがある	12
13	身体的拘束の実施状況の全職員への公開・周知	13
14	身体的拘束の実施状況の院内掲示やHP掲載	14
15	その他	15
16	特になし	16

※１　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

《 14-1で **「07 身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護師から構成される身体的拘束最小化チームの設置」を選択した**場合にご回答ください。》

＊14-2　身体的拘束最小化チームの具体的な取組内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	身体的拘束最小化チームへの、薬剤師等、入院医療に携わる多職種の参加	01
02	身体的拘束最小化チームによる身体的拘束の実施状況の把握及び管理者を中心とした職員への周知	02
03	身体的拘束最小化チームによる身体的拘束を最小化するための指針の作成及び職員への周知	03
04	その他	04

＊14-3　身体的拘束最小化推進体制加算の届出についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ている　**2** 対象病棟を有しており届出検討中　**3** 対象病棟を有しており届出準備中
4 対象病棟を有しており検討したが届出ない　**5** 届出対象病棟を有していない　→問14－6へ

■14-4・14-5は、14-3で 「２ 届出対象病棟を有しており届出**検討中**である」もしくは「３ 届出対象病棟を有しており届出**準備中**である」を選択した場合に、ご回答ください。

＊14-4　身体的拘束最小化推進体制加算の届出が困難な理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	管理職員による経営方針の表明と周知が困難なため	01
02	身体的拘束の最小化に関する講習会を年２回以上実施し、入職後１年が経過した全ての入院患者に関わる職員が受講することが困難なため	02
03	拘束用具およびその使用状況を一元的に管理することが困難なため	03
04	身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上開催することが困難なため	04
05	身体的拘束最小化チームによる定期的な病棟の巡回を実施することが困難なため	05
06	身体的拘束を行わずにケアするための用具（低床ベッド、床マット、ティルト・リクライニング車いす、見守り・呼び出しセンサー等）を積極的に導入することが困難なため	06
07	身体的拘束を検討する可能性がある患者（認知症、せん妄、転倒等のリスクがある）の入棟制限を行っているため	07
08	身体的拘束の実施割合5%以下を満たせないため	08
09	「原則として身体的拘束を行わない方針」「最小化のための取組」「身体的拘束の実施状況（実施率の推移含む）」を病院のウェブサイトに掲載することが困難なため	09
10	その他	10

＊14-5　身体的拘束最小化推進体制加算の届出対象病棟の拡大の意向についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 拡大する予定　**2** 現在検討中　**3** 拡大の予定はない　**4** 算定対象となる病棟がない

《14-3で、**「４届出対象病棟を有していない」を選択した場合**にご回答ください。》

＊14-6　身体的拘束最小化推進体制加算の届出対象病棟を有していない場合、対象病棟の拡大意向についてご回答下さい。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 他の病棟にも拡大してほしい（対象となる入院料等:　　）
2 他の病棟に拡大する必要はない

18

《すべての医療機関がご回答ください》

＊14-7　身体的拘束を実施した日数に含めない以下の（ア）～（ウ）の場合以外に、追加すべき身体的拘束の有無についてご回答ください。（令和８年11月1日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

（ア） 衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な運動を制限することはない状況で用いられる、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等のみを使用している場合

（イ） 処置時や移動時に、本人又は家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合であって、使用している間、常に職員が介助等のために当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合

（ウ） 患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者本人又は家族の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車医師をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合を除く）。

《回答欄》

1 追加すべき身体的拘束がある　　**2** 追加すべき身体的拘束はない

《 14-7で **「1 追加すべき身体的拘束がある」を選択した場合**にご回答ください。》

＊14-8　追加すべき「身体的拘束実施日に含めない身体的拘束」について、具体的な内容をご回答ください。

問15　面会時の規程についてお伺いします。

＊15-1　入院中の患者への家族等による面会に係る規程の策定の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 策定あり　　**2** 策定なし

15-2　貴院における面会を制限する場合の要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	家族等の面会は24時間制限していない	01
02	面会の時間帯に制限を設けている（例：14時～20時）	02
03	1回の面会に係る時間に制限を設けている（例：1時間まで/回）	03
04	病室に入室できる面会者数の上限を設けている（例：3名まで）	04
05	面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている	05
06	面会者のワクチン接種状況等により制限を設けている	06
07	面会を予約制にしている	07
08	一部の病棟で面会者、面会者数や面会時間の制限を別途設けている	08
09	一部の診療科（例：NICU等）で面会者、面会者数や面会時間の制限を別途設けている	09
10	感染症の流行時期は、面会人数や面会時間などの制限を別途設けている	10
11	月・週の面会回数に制限を設けている	11
12	面会場所を病室以外の場所に制限している	12
13	その他	13
14	家族等に限らず面会制限を設けていない	14

19

問16　感染対策向上加算に関連する項目についてお伺いします。

16-1　感染対策向上加算の届出の有無についてご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	感染対策向上加算１を届け出ている	
2	感染対策向上加算２を届け出ている	
3	感染対策向上加算３を届け出ている	
4	感染対策向上加算を届け出ていない	

《16-1で **「4 感染対策向上加算を届け出ていない」**を選択した場合にご回答ください。》

＊16-2　感染対策向上加算を届け出ていない理由についてご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	外来感染対策向上加算に係る届出を行っているため	01
02	専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）の配置が困難であり、感染制御チームを組織できないため	02
03	専任の看護師の配置が困難であり、感染制御チームを組織できないため	03
04	最新のエビデンスに基づいた手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布することが困難なため	04
05	少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った保険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に参加することが難しいため	05
06	感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加することが難しいため	06
07	都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は第二種協定指定医療機関ではないため	07
08	院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けることが難しいため	08
09	「新興感染症の発生時等に、感染症患者若しくは疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制又は発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有すること。」に対応することが難しいため	09
10	新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが難しいため	10
11	介護保険施設等又は指定障害者支援施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うことが困難なため	11
12	その他	12

16-3　感染協定指定医療機関の指定状況について、ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	第一種協定指定医療機関である	**04**	第二種協定指定医療機関の指定を検討中
02	第二種協定指定医療機関である	**05**	協定指定医療機関となる予定はない
03	第一種協定指定医療機関の指定を検討中		

16-4　保健所、地域の医師会、他医療機関等との連携及び合同カンファレンスについてご回答ください。

（連携施設等がない場合は**「0」**）（令和８年６月１日～令和８年10月31日の間）

01	連携施設数	施設
02	保健所、地域の医師会、他医療機関等との合同カンファレンス回数	回
03	**02**のうち、新興感染症を想定した訓練の回数	回

20

《他施設に**院内感染等に関する助言を行っている医療機関の場合**にご回答ください。》

16-5　**院内感染等に関する助言を行った**施設数についてご回答ください。
（対象期間に助言を行った施設がない場合は**「0」**）（令和８年６月１日～令和８年10月31日の間）

01 高齢者施設		施設
02 **01**のうち、貴院と同一法人の施設		施設
03 障害福祉施設		施設
04 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を**届け出ていない**医療機関		施設
05 感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を**届け出ている**医療機関		施設
06 歯科医療機関		施設
07 薬局		施設
08 自治体		施設
09 一般市民		施設
10 その他		施設

《他施設から**院内感染等に関する助言を受けている医療機関の場合**にご回答ください。》

16-6　**院内感染等に関する助言を受けた回数**をご回答ください。
（対象期間に助言を受けていない場合は「０」）

助言を受けた回数（令和８年６月１日～令和８年10月31日の間）		回

16-7　院内感染対策マニュアルの作成についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 作成済　　**2** 作成中　　**3** 未作成

16-8　新興感染症の発生時等の体制整備についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する

2 **1**の体制は整備していない

16-9　抗菌薬の適正使用についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保している		01
02 抗菌薬の適正使用について、他の医療機関又は地域の医師会から助言を受けている		02
03 細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿って対応している		03
04 その他		04

16-10　サーベイランスへの参加についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

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

21

問17　**感染対策向上加算１を算定している場合**にお伺いします。

17-1　指導強化加算の届出の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届け出ている	**2**	届け出ていない

17-2　感染対策向上加算２及び３、又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関との連携状況についてご回答ください。（該当施設がない場合は**「0」**）

01	連携施設数（令和７年11月１日～令和８年10月31日）	施設
02	連携の申し込みがあったが断った施設数（令和７年11月１日～令和８年10月31日）	施設

《 17-2の **「02 連携の申し込みがあったが断った施設数」が１施設以上の場合**にご回答ください。》

＊17-3　連携の申し込みを断った理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	すでに複数の施設と連携しており、更なる連携先の拡充が困難であるため	01
02	経営上のメリットが感じられないため	02
03	施設との金銭的な合意に至らなかったため	03
04	過去に施設とのトラブルを経験したことがあるため	04
05	その他	05

問18　**感染対策向上加算２及び３を算定している場合**にお伺いします。

18-1　感染対策向上加算１の届出医療機関に対して連携の申し込みを行った際、断られた経験の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）（令和７年11月１日～令和８年10月31日）

《回答欄》

1	あり	**2**	なし

18-2　感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行った報告回数についてご回答ください。
（報告を行っていない場合は**「0」**）

01	総回数（令和７年11月１日～令和８年10月31日）	回

問19　感染症の治療方針についてお伺いします。

＊19-1　感染症の治療方針の決定にあたり、院内で行っている取組について、ご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	院内の感染症科や感染制御チーム等が助言を行う体制を設けている	01
02	関係学会のガイドライン等を参考にしている	02
03	厚生労働省及び厚生労働省の研究班等のガイドライン等を参考にしている	03
04	治療薬の包括範囲や経営状況を踏まえて検討している	04
05	各医師の判断に任せている	05
06	その他	06
07	特に行っている取組はない	07

＊19-2　令和８年６月1日以降における、新型コロナウイルス感染症患者の診療の有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	あり	**2**	なし

問20　リハビリテーションに係る提供体制や状況についてお伺いします。

＊20-1　リハビリテーション総合計画評価料の算定状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	算定している	**2**	算定していない　→問21へ

■ 20-2～20-6は、20-1で　**「1 算定している」を選択した場合**にご回答ください。

＊20-2　**入院患者**に対する、リハビリテーション総合実施計画書作成に伴う業務のうち、 業務負担と感じる項目についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	定期的な運動機能又は作業能力等の検査	01
02	多職種が共同して作成するリハビリテーション総合実施計画書の作成	02
03	リハビリテーション総合実施計画書を基に行ったリハビリテーションの評価等について共同する評価	03
04	医師による、患者等への計画書の説明及び交付	04
05	コメディカルによる、患者等への計画書の説明及び交付	05
06	リハビリテーション総合実施計画書の診療録への添付	06
07	手術や転棟に伴う、同月内での複数回作成	07
08	その他	08
09	特に負担は感じていない	09

＊20-3　**入院患者**に対する、リハビリテーション総合実施計画書作成に至るまでの介入回数についてご回答ください。

入院患者1人当たりの平均介入回数 (令和８年10月１か月)		回/人

＊20-4　**外来患者**に対するリハビリテーション総合計画評価料の算定状況についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	外来患者に対するリハビリテーションを実施し、リハビリテーション総合計画評価料を算定している。	
2	外来患者に対するリハビリテーションを実施しているが、リハビリテーション総合計画評価料を算定していない。	
3	外来患者に対するリハビリテーションを実施していない。	

23

《20-4で **「1 外来患者に対するリハビリテーションを実施し、リハビリテーション総合計画評価料を算定している」**を選択した場合にご回答ください。》

＊20-5 **外来患者**に対する、リハビリテーション総合実施計画書作成に伴う業務のうち、業務負担と感じる項目についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	定期的な運動機能又は作業能力等の検査	01
02	多職種が共同して作成するリハビリテーション総合実施計画書の作成	02
03	リハビリテーション総合実施計画書を基に行ったリハビリテーションの評価等について共同する評価	03
04	医師又はコメディカルによる、患者等への計画書の説明及び交付	04
05	リハビリテーション総合実施計画書の診療録への添付	05
06	その他	06
07	特に負担は感じていない	07

＊20-6 **外来患者**に対する、リハビリテーション総合実施計画書作成に至るまでの介入回数についてご回答ください。

外来患者1人当たりの平均介入回数 (令和８年10月１か月)		回/人

問21 疾患別リハビリテーションの実施状況についてお伺いします。

＊21-1 **疾患別リハビリテーション料**※の届出状況について、ご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

			《回答欄》
1	いずれかを届け出ている	**2** 届け出ていない	

※ 疾患別リハビリテーション料：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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料

《21-1で **「1 いずれかを届け出ている」**を選択した場合にご回答ください。》

＊21-2 疾患別リハビリテーション料の専従者の業務内容について、ご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	専従配置されている疾患別リハビリテーション料の実施	01
02	専従配置されていない疾患別リハビリテーション料の実施	02
03	疾患別リハビリテーション料以外のリハビリテーション料の実施	03
04	**01**から**03**以外のいわゆる、みなし単位※として認められる業務の実施	04
05	上記以外の業務	05

※ みなし単位：１日当たり18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位まで、１日当たりの実施単位数として24単位までが上限と規定されているものに含まれている業務。

＊21-3　疾患別リハビリテーション料の専従者が実施したい業務※について、ご記入ください。
ない場合は「なし」とご回答ください。
（該当する番号につき、右欄に○をつけ、詳細をご記入ください）

			《回答欄》
01	自施設の他職員（リハ職員、看護職員等）への指導		01
02	リハ職員のスケジュール管理事務作業		02
03	管理業務（「**02**」以外）		03
04	多職種チーム活動	具体的に	04
05	その他	具体的に	05
06	現在の業務の継続・維持		06
07	現在既に業務過多であり、増員や多職種への業務分担を希望する		07

※　疾患別リハビリテーション料及びみなし単位として認められている業務を除く。

＊21-4　疾患別リハビリテーションを実施している理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士※1が**主に※2担当している病棟等に区分した人数※3**及び**1日における疾患別リハビリテーションの平均実施単位数**をご回答ください。
（地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーションについても、実施分を含めて集計）
（摂食機能療法や退院前訪問指導料等の疾患別リハビリテーション以外のいわゆるみなし単位は含めずに集計）

ア　人数　(疾患別リハビリテーションを実施している療法士に限る）（該当する職員がいない場合は**空欄**）
イ　アで対象となった療法士が実施する1日当たり平均実施単位数

		ア 人数 (令和８年11 月１日時点)		**イ** 1日当たり平均実施単位数 (令和８年10月１か月)	
01 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する患者を主に担当している療法士	**a** 理学療法士		人		単位/日
	b 作業療法士		人		単位/日
	c 言語聴覚士		人		単位/日
02 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者を主に担当している療法士	**a** 理学療法士		人		単位/日
	b 作業療法士		人		単位/日
	c 言語聴覚士		人		単位/日
03 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者を主に担当している療法士	**a** 理学療法士		人		単位/日
	b 作業療法士		人		単位/日
	c 言語聴覚士		人		単位/日
04 地域包括医療病棟入院料を算定する患者を主に担当している療法士	**a** 理学療法士		人		単位/日
	b 作業療法士		人		単位/日
	c 言語聴覚士		人		単位/日
05 **01**から**04**以外の病棟を主に担当している療法士（外来リハを含む）	**a** 理学療法士		人		単位/日
	b 作業療法士		人		単位/日
	c 言語聴覚士		人		単位/日
06 **01**から**05**の病棟等を複数担当している療法士	**a** 理学療法士		人		単位/日
	b 作業療法士		人		単位/日
	c 言語聴覚士		人		単位/日

※1　管理職及びリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（もしくは連携加算）における専任・専従者は除きます。
※2　本設問における「主に」の定義は、概ね５割以上の実施の場合とします。
※3　非常勤職員や時短職員は、下記方法にて常勤換算して算出ください。
貴院で定められた常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第１位まで（小数点第２位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数+常勤換算した非常勤の職員数）
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が40時間の施設で、週４日（各日３時間）従事している職員が１人の場合

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

25

■21-5～21-7は、**退院時リハビリテーション指導について**お伺いします。

＊21-5　退院時リハビリテーション指導料の算定の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	算定している	**2**	算定していない	

■ 21-6～21-7は、21-5で**「1 算定している」**を選択した場合にご回答ください。》

＊21-6　退院時リハビリテーション指導料における、指導内容をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	患者の病状に合わせた、個別指導を患者に行っている（指導内容の書面の交付なし）	01
02	患者の家族等に直接指導を行っている（指導内容の書面の交付なし）	02
03	**01**又は**02**の指導に加え、指導内容等を書面にて交付している	03
04	指導内容等を文書のみで交付している	04
05	その他	05

＊21-7　退院時リハビリテーション指導の実施者についてをご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	医師による指導	01
02	リハビリ職員（理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士）のみによる指導	02
03	看護師、保健師、社会福祉士又は精神保健福祉士のみによる指導	03
04	リハビリ職員と看護師、保健師、社会福祉士又は精神保健福祉士による指導	04
05	その他	05

問22　栄養管理体制についてお伺いします。

22-1　栄養管理手順に位置付けている栄養状態の評価方法として該当するものをすべて選択してください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	GLIM基準（Global Leadership Initiative on Malnutrition）	01
02	SGA（Subjective Global Assessment）	02
03	アルブミン値	03
04	病院独自のツール	04
05	その他	05
06	使用なし	06

■ 22-2～22-3は22-1で、**「01 GLIM基準」を選択した医療機関のみご回答ください。**

＊22-2　令和６年度以降のGLIM基準の活用状況を踏まえ、GLIM基準を導入したことによる影響についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	低栄養と判定される患者が増えた	01
02	低栄養と判定される患者が減った	02
03	栄養評価に時間がかかるようになった	03
04	栄養評価の時間が短縮された	04
05	多職種の連携が進んだ	05
06	その他	06
07	従前からGLIM基準を用いており特段の影響はない	07

＊22-3　GLIM基準を活用する上での課題についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	意図しない体重減少の評価が困難	01
02	BMIの評価が困難（浮腫・脱水等による体重変動、身長測定の困難等）	02
03	筋肉量減少の判断基準が明確でない	03
04	食事摂取量減少又は消化吸収機能低下の評価が困難	04
05	疾病負荷又は炎症の評価が困難	05
06	評価時間の確保が困難	06
07	医学的判断に関する医師との連携が困難	07
08	評価を実施する専門職の確保が困難	08
09	電子カルテ等のシステム対応が不十分	09
10	その他	10
11	特に課題なし	11

27

問23　入院時の食事提供に関してお伺いします。

23-1　給食運営の状況についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 全面委託
2 一部委託
3 完全直営
4 その他

23-2　入院時の食費の基準が令和８年６月以降、更に40円引き上げられたことを踏まえ、給食提供等に関して見直したことについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 給食の質が上がった（食材料の質を上げた、献立の品数を増やした等）　01
02 給食委託費を増額した（または今年度中に増額予定）　02
03 給食の赤字の補填に充てたため、食事内容は見直していない　03
04 給食自体は赤字ではないが、経営改善にあてたため、食事内容は見直していない　04
05 40円以上経費が増加しているため、給食の内容は変えずに経費の節減を行った（納入方法の変更、光熱費の契約変更等）　05
06 40円以上経費が増加しているため、給食の内容を変えて経費の節減を行った（食材料、メニューの変更等）　06
07 その他　07

23-3　令和８年６月以降の委託業務に関する状況についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 委託事業者からの値上げの申し出があり、契約変更に対応した　01
02 委託事業者からの値上げの申し出があったが、対応は見送った　02
03 委託事業者から撤退の申し出があった　03
04 給食運営を委託から完全直営に切り替えた　04
05 委託業務の一部を直営に切り替えた　05
06 委託業務に関する変更はない　06
07 その他　07
08 委託業務を行っていない　08

＊23-4　令和８年度における給食運営の状況について、令和７年度と比較した変化をご回答ください。
なお、食費の基準額の引上げ、嚥下調整食の評価、物価対応料の新設、入院基本料等の見直し等を含む令和８年度改定の影響を踏まえた総合的な収支状況としてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 大幅に改善した
2 やや改善した
3 変化はない
4 やや悪化した
5 大幅に悪化した
6 把握していない

28

23-5　入院患者に提供される食事に関して多様なニーズを踏まえて対応しているものについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 選択メニュー（追加料金あり）		**05** ハラール食等の宗教に配慮した食事（追加料金あり）	
02 選択メニュー（追加料金なし）		**06** ハラール食等の宗教に配慮した食事（追加料金なし）	
03 行事食（追加料金あり）		**07** その他	
04 行事食（追加料金なし）		**08** 特になし	

＊23-6　嚥下調整食の運用状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 嚥下調整食を提供しており、特別食加算（嚥下調整食）を算定している

2 嚥下調整食を提供しているが、特別食加算（嚥下調整食）を算定していない

3 嚥下調整食を提供していない

＊《23-6で　**「１嚥下調整食を提供しており、特別食加算（嚥下調整食）を算定している」**を選択した場合にご回答ください。》

23-7　特別食加算（嚥下調整食）を提供した患者の食形態の変化状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 多くの患者で食形態の改善（常食や学会コードの常食に近いほうへの変更）がみられる

2 一部の患者で食形態の改善がみられる

3 食形態の変化はあまりみられないが、現状の食形態維持が適切な患者が多い

4 食形態が低下する患者が多い

5 不明

＊23-8　食形態の引き上げが進まない主な理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 誤嚥リスクが高いと判断される患者が多いため	01	
02 嚥下評価や訓練を実施する体制が不十分であるため	02	
03 食形態引上げの判断基準や運用ルールが十分に整備されていないため	03	
04 原疾患や機能障害の特性上、食形態の引上げが困難であるため	04	
05 言語聴覚士等の専門職が不足しているため	05	
06 医師の指示・判断が得られにくいため	06	
07 病棟スタッフの知識・経験が不足しているため	07	
08 委託事業者が対応できないため	08	
09 その他	09	
10 食形態の引き上げが進まないことはなかった	10	

29

＊《23-6で **「１嚥下調整食を提供しており、特別食加算（嚥下調整食）を算定している」**を選択した場合にご回答ください。》

＊23-9　特別食加算（嚥下調整食）を算定したことによる影響についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）

a　よい影響（上位３つに該当する番号を選択し、右欄に記載）

《回答欄》

1　嚥下調整食の質の標準化・向上が図られた
2　多職種によるカンファレンスの開催頻度が増えた
3　患者の食事摂取量が増加した
4　患者の栄養状態・摂取状況が改善した
5　患者・家族の満足度が向上した
6　経営面で一定の効果があった
7　その他
8　特に影響はない

b　課題となった影響（上位３つに該当する番号を選択し、右欄に記載）

《回答欄》

1　調理員の負担が増えた
2　食事箋・オーダー管理が複雑化した
3　責任者となる管理栄養士の業務量が増えた
4　調理師の役割分担・教育（研修）の見直しが必要となった
5　食材費・消耗品費が増加した
6　厨房設備・調理機器の追加導入が必要となった
7　職員の労力負担等の増加により経営面が悪化した
8　その他
9　課題となった影響はない

30

■23-10・23-11は、23-6で **「２嚥下調整食を提供しているが、特別食加算（嚥下調整食）を算定していない」** を選択した場合にご回答ください。

＊23-10　特別食加算（嚥下調整食）を算定していない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	責任者研修を修了した管理栄養士がいないため	01
02	多職種による定期的なミールラウンドを実施する体制が整っていないため	02
03	多職種による定期的な試食会やカンファレンスを実施する体制が整っていないため	03
04	給食部門の体制・設備が整っていないため	04
05	学会分類2021に沿った食種一覧が整備されていないため	05
06	常食と同等の栄養量に配慮した嚥下調整食の提供が困難なため	06
07	常食に近い見た目に配慮した嚥下調整食の提供が困難なため	07
08	加算額に見合わないと判断したため	08
09	対象者が少ないため	09
10	その他	10

＊23-11　今後、特別食加算の要件を満たす嚥下調整食を導入・算定する予定はありますか。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

		《回答欄》
1	既に導入・算定に向けて準備を進めている	
2	条件が整えば導入を検討したい	
3	現時点では導入予定はない	
4	未定・わからない	

問24　退院後の訪問栄養食事指導についてお伺いします。

＊24-1　退院後訪問栄養食事指導料についてご回答ください。
（従来から算定していない場合は**空欄**、調査期間に該当する患者がいない場合は**「０」**）

退院後訪問栄養食事指導料の算定件数（令和８年10月１か月）		件

《24-1で、**「退院後訪問栄養食事指導料の算定件数」が空欄の場合にご回答ください。**》

＊24-2　退院後訪問栄養食事指導料を従来から算定していない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	対象患者がいないため	01
02	医師の指示がないため	02
03	在宅訪問を担う管理栄養士の人員・時間を確保できないため	03
04	在宅訪問に必要な管理栄養士のスキル・経験が不足しているため	04
05	訪問に伴う移動・安全管理上の不安があるため	05
06	居宅療養管理指導（介護保険）で対応しているため	06
07	その他	07
08	算定できることを知らなかった	08

■ 24-3～24-7は、24-1で**「退院後訪問栄養食事指導料の算定件数」が<u>１件以上の場合</u>にご回答ください。**

＊24-3　「退院後訪問栄養食事指導料」の算定対象患者の年齢層別**実患者数**（令和８年10月１か月）

01	18歳未満	人
02	18歳以上65歳未満	人
03	65歳以上	人

＊24-4　「退院後訪問栄養食事指導料」の算定対象患者の要介護認定の有無別**実患者数**（令和８年10月１か月）

01 要介護認定あり	人	**03** 要介護認定なし・不明	人
02 要介護認定申請中	人		

＊24-5　退院後訪問栄養食事指導料を算定している患者の主な疾患・状態について、**算定件数が多い上位３項目**をご回答ください。（令和８年10月１か月）（上位３つに該当する番号を選択し、右欄に記載）

1	腎臓病（CKD・透析含む）	**4**	肝疾患・消化器疾患	**7**	低栄養状態
2	糖尿病・代謝疾患	**5**	がん	**8**	その他
3	心不全・循環器疾患	**6**	摂食機能又は嚥下機能の低下		

《回答欄》

＊24-6　退院後訪問栄養食事指導料を算定したことによる影響についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	退院前から退院後を見据えた栄養管理計画を立てやすくなった	01
02	退院前カンファレンスや情報共有等を通じて、多職種連携が強化された	02
03	退院後速やかに栄養介入できるようになった	03
04	在宅医療機関・介護関係者との連携が強化された	04
05	患者・家族への継続的な栄養支援につながりやすくなった	05
06	現時点では評価できない（算定件数が少ない等）	06
07	その他	07
08	特に変化は感じられない	08

＊24-7　退院後訪問栄養食事指導を実施した患者について、その後の移行先や状況をご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	外来栄養食事指導を実施	01
02	在宅患者訪問栄養食事指導を実施	02
03	介護保険による居宅療養管理指導を実施	03
04	栄養指導の必要がなく終了	04
05	栄養指導の継続が必要であるが、移行先がなく終了	05
06	その他	06
07	把握していない	07

問25　ベースアップ評価料についてお伺いします。

25-1　ベースアップ評価料の届出の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　届け出ている　　**2**　届け出ていない

■25-2・25-3は、 25-1で　**「2 届け出ていない」**を選択した場合にご回答ください。》

25-2　令和８年５月以前（令和８年度診療報酬改定前）のベースアップ評価料の届出の有無についてご回答ください。　（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　届け出ていた　　**2**　届け出ていなかった

25-3　ベースアップ評価料について、届け出ていない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	届出内容が煩雑なため	01
02	届出の際の事務作業外注費用が高いため	02
03	対象職種がいないため	03
04	対象職種が他の職種より賃金が高いため	04
05	他の医療機関等より賃金水準が高いため	05
06	患者への説明が難しいため	06
07	近隣の医療機関等が届け出ていないため	07
08	次回改定後もベースアップ評価料が存続するのか不明のため	08
09	届出をしなくても、十分な賃上げが可能なため	09
10	賃上げを行うと、対象職員が扶養を外れるため	10
11	その他	11

問26　情報通信機器を用いた診療についてお伺いします。

26-1　厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師の配置有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　はい　　**2**　いいえ

26-2　今後、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向の有無をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　届出の意向あり　　**2**　届出の意向なし　　**3**　既に届け出ている

《 26-2で **「3 既に届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

＊26-3　情報通信機器を用いた診療の実施状況について、患者が診察を受けた場所ごとに**延べ人数**でご回答ください。
（令和８年４月～令和８年９月の６か月間）

01 自宅（戸建て及び集合住宅）		人
02 オンライン診療受診施設		人
03 **02**のうち、公民館や自治体施設など、地域の拠点となる施設に併設されているもの		人
04 **02**のうち、薬局等に併設されているもの		人
05 **02**のうち、商業施設に併設（**04** 薬局等を除く）		人
06 **02**のうち、駅またはバス停に併設されているもの		人
07 **02**のうち、その他		人
08 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院）		人
09 通所介護を提供する施設		人
10 障害者施設		人
11 医療機関		人
12 医療MaaS拠点		人
13 その他		人
14 不明		人

《 26-3で **「2 オンライン診療受診施設」のうち「03」～「06」のいずれかが1人以上の場合に**ご回答ください。》

＊26-4　情報通信機器を用いた診療がなければ、最寄りの医療機関まで概ね１時間以上要したと考えられる延べ患者数をご回答ください。（令和８年４月～令和８年９月の６か月間）

01 公民館や自治体施設など地域の拠点となる施設に併設		人
02 薬局等に併設		人
03 商業施設に併設（**02** 薬局等を除く）		人
04 駅またはバス停に併設		人

《 26-2で **「2 届出の意向なし」を選択した場合**にご回答ください。》

26-5　届出の意向がない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

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

《 26-2で **「1 届出の意向あり」を選択した場合**にご回答ください。》

26-6　現時点で届出できていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	施設基準(ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保)を満たすことが困難であるため	01
02	OSやソフトウェアをアップデートしセキュリティソフトをインストールすることが困難であるため	02
03	チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うことが困難であるため	03
04	医師側から患者側につなげることを徹底することが困難であるため	04
05	患者の本人確認を行うことが困難であるため	05
06	患者がいつでも医師の本人確認を行えるよう情報を提示しておくことが困難であるため	06
07	患者が適切な場所で情報通信機器を用いた診療を受けられるよう患者に指示を行うことが困難であるため	07
08	その他	08

26-7　貴施設で情報通信機器を用いた診療を行うにあたり用いているシステムの概要についてお伺いします。
患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	オンライン診療に特化したシステム	01
02	オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム（SNSアプリ等を用いたビデオ通話）	02
03	その他	03
04	非該当（情報通信機器を用いた診療を行っていない場合）	04

■ 26-8～26-9は、26-7で　**「01」～「03」のいずれかを選択した（**情報通信機器を用いた診療を行っている**）場合**にご回答ください。

26-8　システム利用に係る貴施設が負担するシステム提供者への費用の支払いについてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

01 導入時初期費用

					《回答欄》
1	あり	具体的に　　円	**2**	なし	01

02 月額維持費用（令和８年10月の１か月間）

1	あり	具体的に　　円/月	**2**	なし	02

26-9　システム利用に係る患者が負担する費用についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

01 貴施設が患者から徴収する一人あたりの利用額

					《回答欄》
1	あり	具体的に　　円/回	**2**	なし	01

＊ **02** 貴施設を介さず、システム会社が患者に直接請求している利用額

1	１回価格を把握している	円/回	**4**	ないことを把握している	02
2	月額価格を把握している	円/月	**5**	把握していない	
3	患者負担額があるのは把握しているが、具体的な金額はわからない				

《 すべての施設がご回答ください。》

26-10 オンライン診療において、薬剤を患者に処方する方法についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	電子処方箋を発行する	01
02	紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応する薬局）に郵送する	02
03	紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応していない薬局）に郵送する	03
04	紙の処方箋を患者に郵送する	04
05	自院で調剤し、薬剤を患者に郵送する	05
06	その他	06
07	オンライン診療は行わない施設方針のため該当なし	07

問27 患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）の実施状況についてお伺いします。

《 26-2で **「3 既に届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

27-1 患者が自院に来院したとき、訪問診療を実施したとき又は入院患者への診察のときに、**ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績**についてご回答ください。
（令和８年４月～令和８年９月の６か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実績がある　　**2** 実績がない

《 27-1で **「1 実績がある」を選択した場合**にご回答ください。》

27-2 連携を行った状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	指定難病の患者に対して、難病診療連携拠点病院等の医師との連携	01
02	てんかん患者に対して、てんかん診療拠点機関の医師との連携	02
03	がん患者に対して、がん診療連携拠点病院等との連携	03
04	関節リウマチの患者に対して、大学病院・専門病院等との連携	04
05	ＣＯＰＤ・気管支喘息の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携	05
06	慢性腎臓病の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携	06
07	専門医の診療が必要なその他の疾患の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携	07
08	その他	08

《 27-2で **「07 専門医の診療が必要なその他の疾患の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携」を選択した場合**にご回答ください。》

27-3 その他の疾患について、具体的な疾患名をご回答ください。

27-4 遠隔連携診療料の算定の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 算定している　　**2** 算定していない

36

《 27-4で、 **「2 算定していない」**を選択し、**知的障害のてんかん患者又は難病患者の診療を行っている場合**にご回答ください。》

27-5　知的障害のてんかん患者又は難病患者に対して、遠隔連携診療料を算定しない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	遠隔連携診療を行わなくても、自院の医師が対応可能であるため	01
02	遠隔連携診療を行わなくても、必要に応じて近隣の医療機関へ紹介することで対応可能であるため	02
03	当該患者に対しては、主として訪問診療を行っており、自院に患者が来院することが困難であるため	03
04	自院に来院した患者に対して、情報通信機器を用いて連携先医療機関と接続する体制を有していないため	04
05	知的障害のてんかん患者について、連携するてんかん診療拠点機関との調整が困難であるため	05
06	難病患者について、連携するてんかん診療拠点機関との調整が困難であるため	06

問28　診療計画書等の文書の交付方法についてお伺いします。

＊28-1　**入院・外来問わず、患者本人に文書を交付する際に**普段行っている方法について、ご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	原本又は印刷した紙を直接交付している	01
02	電子媒体で交付している	02
03	その他	03

＊28-2　**入院・外来問わず、患者の家族等に文書を交付する際に**普段行っている方法について、ご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	原本又は印刷した紙を直接交付している	01
02	原本又は印刷した紙媒体を郵送にて交付している	02
03	電子媒体で交付している	03
04	その他	04

施設調査票（全施設共通）の設問は以上です。

引き続き、次ページからの貴院該当の区分の設問にお進みください。

A- 1

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票　（A）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

施設名		施設ＩＤ	

問1　貴院の入院基本料の病棟の状況等についてお伺いします。

1-1　急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（７対１、10対１）、特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１）、地域包括医療病棟入院料、及び 緩和ケア病棟入院料 のいずれかを算定する場合に、該当病棟についてご回答ください。（算定していない入院料の欄は**「空欄」**）

		ア 急性期病院一般入院基本料	イ 急性期一般入院基本料	ウ 地域一般入院基本料	エ 専門病院入院基本料
01 入院患者数	**a** 令和８年11月１日時点	人	人	人	人
02 新入棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人	人
03 新退棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人	人
04 在院**延べ**患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人	人
05 在宅復帰率※1	**a** 令和７年８～10月	%	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%	%
06 平均在院日数	**a** 令和７年８～10月	日	日	日	日
	b 令和８年８～10月	日	日	日	日
07 病床利用率※2	**a** 令和７年８～10月	%	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%	%

※1　「在宅復帰率」＝A÷B ：

ア・エ・イ・オ
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・病室、回復期リハ病棟、特定機能病院リハビリテーション病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（再入院患者、転棟患者（自院）、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、死亡退院患者を除く）×100
B．該当する病棟から退棟した患者（再入院患者、転棟患者（自院）、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、死亡退院患者を除く）

ウ
A．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設、介護医療院、有床診療所入院基本料算定病床（介護サービス提供施設）（他院）、在宅機能強化型の介護老人保健施設（5割を控除）へ退院した患者
（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・ 検査を行った患者、再入院患者、死亡退院患者、別の入院料への転棟患者を除く）×100
B．該当する病棟から、退棟した患者（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を行った患者、再入院患者、 死亡退院患者を除く）

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

1-1のつづき

		オ 特定機能病院 入院基本料	カ 地域包括医療病棟 入院料	キ 緩和ケア病棟 入院料
01 入院患者数	**a** 令和８年11月１日時点	人	人	人
02 新入棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人
03 新退棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人
04 在院**延べ**患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人
05 在宅復帰率※1	**a** 令和７年８～10月	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%
06 平均在院日数	**a** 令和７年８～10月	日	日	日
	b 令和８年８～10月	日	日	日
07 病床利用率※2	**a** 令和７年８～10月	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%

※1 「在宅復帰率」＝A÷B ：

ア・エ・イ・オ	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・病室、回復期リハ病棟、特定機能病院リハビリテーション病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（再入院患者、転棟患者（自院）、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、死亡退院患者を除く）×100 B．該当する病棟から退棟した患者（再入院患者、転棟患者（自院）、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、死亡退院患者を除く）
カ	A．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設・介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅰ）のみの届出施設）・介護医療院、回復期リハ病棟（自院・他院）、有床診療所入院基本料の算定病床（介護サービス提供施設）（他院）へ退院した患者（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を行った患者、再入院患者、死亡退院患者、別の入院料（回リハ病棟・病室を除く）への転棟患者を除く）×100 B．該当する病棟から、退棟した患者（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を行った患者、再入院患者、死亡退院患者を除く）
キ	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）、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（転棟患者（自院）、死亡退院患者を除く）×100 B．該当する病棟から退棟した患者

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

問2　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。

＊ 2-1　令和８年11月１日時点で急性期病院一般入院基本料を届け出ている場合に、**転換前**の病棟数および医療保険届出病床数をご回答ください。
（急性期病院一般入院基本料を届け出ていない場合は**「空欄」**、該当しない病棟の場合は**「０」**）

	a 病棟数	**b** 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 地域包括医療病棟入院料の病棟	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入院料の病棟	棟	床
10 地域包括ケア病棟入院料の病棟	棟	床
11 その他	棟	床

＊ **《令和８年11月１日時点で、急性期病院一般入院基本料または急性期一般入院基本料を届け出ており、看護・多職種協働加算を届け出ていない場合**にご回答ください。》

＊ 2-2　看護・多職種協働加算について、令和９年６月以降の届出意向についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届出を検討中　**2** 届出を検討したものの届け出ない　**3** 届出を検討していない　**4** わからない

＊ 《 2-2で　**「1 届出を検討中」または「2 届出を検討したものの届け出ない」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

＊ 2-3　看護・多職種協働加算の届出にあたり、基準を満たすことが困難である項目または届出を断念した理由をご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	人員配置基準の25対1を満たすことができない	01
02	重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数など急性期一般入院料１と同等の基準を満たすことができない	02
03	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていない	03
04	平均在院日数が16日以内であること	04
05	自宅等に退院するものの割合が８割以上であること	05
06	常勤医師数の要件（当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数以上）を満たすことができないため	06
07	看護職員配置数の７割以上が看護師であるという基準が満たせない	07
08	患者の直接的なケアは看護職でなければ担えない部分が多く、他職種で代替することが難しい	08
09	多職種協働の目標や各職種が行う業務内容の設定の仕方がわからない	09
10	協働する業務について医療機関内の多職種の理解が得られない	10
11	夜勤を含めた勤務体制について医療機関内の多職種の理解が得られない	11
12	加算のメリットが感じられない	12
13	他職種を配置した場合、疾患別リハビリテーション料等の特掲診療料の算定に必要な職種が配置できず、病院の収益面に影響があると考えているため	13
14	求人しているが応募者がいない	14
15	その他	15

＊ 《**令和８年11月１日時点で、急性期一般入院料１～３を届け出ている場合**にご回答ください。》

＊ 2-4　**急性期病院A一般入院料**を届け出ない理由をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	DPC対象病院でないため	01
02	地域包括医療病棟を届け出ているため	02
03	看護師長または同等以上の職に従事した経験を５年以上有し、所定の研修を修了した看護師を当該医療機関に配置することが難しいため	03
04	介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合の協力医療機関への情報提供が難しいため	04
05	「入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター若しくは高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること、又は24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関であること」を満たすことが難しいため	05
06	地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）を届け出ているため	06
07	画像診断および検査を24時間実施できる体制の確保が難しいため	07
08	救急搬送件数が年間で2,000件以上を満たすことが難しいため	08
09	救急搬送件数のうち、夜間時間帯の受け入れが１割以上を満たすことが難しいため	09
10	全身麻酔による手術件数が年間で1,200件以上を満たすことが難しいため	10
11	急性期病院A一般入院料の看護職員体制を満たすことが難しいため	11
12	急性期病院A一般入院料の重症度、医療・看護必要度の要件を満たすことが難しいため	12
13	急性期病院A一般入院料の平均在院日数の要件を満たすことが難しいため	13
14	急性期病院A一般入院料の在宅復帰・病床機能連携率の基準を満たすことが難しいため	14
15	急性期病院A一般入院料の医師の体制を満たすことが難しいため	15
16	その他	16

＊ 《**令和８年11月１日時点で、急性期一般入院基本料を届け出ている場合**にご回答ください。》

＊ 2-5　**急性期病院B一般入院料**を届け出ない理由をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	データ提出加算に係る届出を行っていないため	01
02	DPC対象病院でないため	02
03	地域包括医療病棟を届け出ているため	03
04	看護師長または同等以上の職に従事した経験を５年以上有し、所定の研修を修了した看護師を当該医療機関に配置することが難しいため	04
05	介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合の協力医療機関への情報提供が難しいため	05
06	「第二次救急医療機関、救急病院又は24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関であること」を満たすことが難しいため	06
07	救急搬送件数が年間で1,500件以上を満たすことが難しいため	07
08	救急搬送件数が年間で500件以上を満たすことが難しいため	08
09	全身麻酔による手術件数が年間で500件以上を満たすことが難しいため	09
10	人口20万人未満の二次医療圏であるが、救急搬送件数が最大の医療機関ではないため	10
11	人口20万人未満の二次医療圏であるが、救急搬送件数が年間で1,000件以上を満たすことが難しいため	11
12	離島からなる二次医療圏であるが、救急搬送件数が最大の医療機関ではないため	12
13	救急搬送件数のうち、夜間時間帯に受け入れた救急搬送件数が１割以上の基準を満たすことが難しいため	13
14	急性期病院B一般入院料の看護職員体制を満たすことが難しいため	14
15	急性期病院B一般入院料の重症度、医療・看護必要度の要件を満たすことが難しいため	15
16	急性期病院B一般入院料の平均在院日数の要件を満たすことが難しいため	16
17	急性期病院B一般入院料の在宅復帰・病床機能連携率の基準を満たすことが難しいため	17
18	急性期病院B一般入院料の医師の体制を満たすことが難しいため	18
19	その他	19

《 **急性期一般入院基本料または地域一般入院基本料のいずれかを届け出ている場合**にご回答ください。》

2-6　令和９年６月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（貴院の考えについて最も近い番号を右欄に記載）

《回答欄》

1 増床　**2** 現状を維持　**3** 削減（転換を除く）　**4** 他の病棟・施設へ転換

《 2-6で 「**4 他の病棟・施設へ転換**」**を選択した場合**にご回答ください。》

2-7 検討している転換先がある場合は、該当する病棟の病棟数および医療保険届出病床数をご回答ください。
（該当しない場合は**「空欄」**）

a：検討している転換先について病棟数又は病室数を記載

b：検討している転換先について医療保険届出病床数を記載

	a 病棟数又は病室数		**b** 医療保険届出病床数	
01 急性期病院Ａ一般入院料の病棟		棟		床
02 急性期病院Ｂ一般入院料の病棟		棟		床
03 **02**のうち、看護・多職種協働加算２の届出あり		棟		床
04 **03**のうち、看護職員のみ		棟		床
05 **03**のうち、多職種職員を含む		棟		床
06 **02**のうち、看護・多職種協働加算２の届出なし		棟		床
07 急性期一般入院料１の病棟		棟		床
08 急性期一般入院料２の病棟		棟		床
09 急性期一般入院料３の病棟		棟		床
10 急性期一般入院料４の病棟		棟		床
11 **10**のうち、看護・多職種協働加算１の届出あり		棟		床
12 **11**のうち、看護職員のみ		棟		床
13 **11**のうち、多職種職員を含む		棟		床
14 **10**のうち、看護・多職種協働加算１の届出なし		棟		床
15 急性期一般入院料５の病棟		棟		床
16 急性期一般入院料６の病棟		棟		床
17 地域包括医療病棟入院料１の病棟		棟		床
18 地域包括医療病棟入院料２の病棟		棟		床
19 地域一般入院基本料の病棟		棟		床
20 回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟		棟		床
21 地域包括ケア病棟入院料の病棟		棟		床
22 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換		室		床
23 **01～21**以外の病棟へ転換		棟		床
24 **22**以外の病室へ転換		室		床
25 具体的な病棟種別等は未定		棟		床

＊《 2-7にて、 **「05 急性期病院Ｂ一般入院料の病棟のうち、看護・多職種協働加算２の届出あり（多職種職員を含む）」または「13 急性期一般入院料４の病棟のうち、看護・多職種協働加算１の届出あり（多職種職員を含む）」のいずれかの「a 病棟数又は病室数」もしくは「b 医療保険届出病床数」を１以上と回答した場合**にご回答ください。》

＊2-8　令和９年６月以降に看護・多職種協働加算を算定する予定の病棟において、配置することを見込んでいる職種をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 看護職員		**03** 作業療法士		**05** 管理栄養士	
02 理学療法士		**04** 言語聴覚士		**06** 臨床検査技師	

《令和８年11月１日時点で、「地域一般入院基本料」を届け出ている場合にご回答ください。》

2-9　地域一般入院基本料の届出を行った理由をご回答ください。　（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	軽症・中等症の患者が増加（重症患者が減少）しており、地域のニーズに沿った対応ができるため	01
02	ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、地域のニーズに沿った対応ができるため	02
03	栄養管理が必要な患者が増加しており、地域のニーズに沿った対応ができるため	03
04	患者の状態に即した医療を提供できるため	04
05	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	05
06	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	06
07	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	07
08	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	08
09	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	09
10	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・緊急患者の受入れ等の要件を満たすことが難しいため	10
11	回復期リハビリテーション病棟入院料のリハビリ専門職体制を満たすことが難しいため	11
12	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点以上もしくはFIM得点21点以上55点以下等）の割合を満たすことが難しいため	12
13	回復期リハビリテーション病棟入院料の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	13
14	その他	14

■ 問3は、 貴院が**「地域包括医療病棟入院料」を届け出ていない場合**にご回答ください。

問3　地域包括医療病棟について、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。

3-1　地域包括医療病棟入院料について、令和９年６月以降の届出意向についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届出を検討中　**2** 届出を検討したものの届け出ない　**3** 届出を検討していない　**4** わからない

《 3-1で **「1 届出を検討中」または「2 届出を検討したものの届け出ない」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

3-2　地域包括医療病棟入院料の届出にあたり、基準を満たすことが困難である項目または届出を断念した理由をご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	看護職員の配置	01
02	常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	02
03	専任の常勤の管理栄養士の配置	03
04	当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が７%未満（85歳以上の患者の割合が２割未満の場合には５%）であること	04
05	退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催	05
06	二次救急医療機関又は救急告示病院であること	06
07	常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること	07
08	重症度、医療・看護必要度の基準①の該当患者割合※1＋救急搬送応需係数が19%以上（必要度Ⅰ）もしくは18%以上（必要度Ⅱ）を満たすこと	08
09	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること	09
10	平均在院日数が20日以内（85歳以上の患者の割合が２割以上なら21日、４割以上なら22日、６割以上なら23日）	10
11	退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること	11
12	入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること	12
13	入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が１割５分以上であること	13
14	データ提出加算及び入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること	14
15	脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること	15
16	休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること	16
17	一般病棟入院基本料を算定しており、基本点数の高い地域包括医療病棟入院料１を届け出ることができないため	17
18	急性期病院Ａ一般入院料又は急性期病院Ｂ一般入院料の届出を検討しているため	18
19	経営の安定性を見込めない	19
20	その他	20

※1　【基準】以下のいずれかに該当する患者の割合
- Ａ得点が２点以上の患者
- 手術等の医学的状況に係る得点（Ｃ得点）が１点以上の患者

■ 問4は、 **令和８年11月１日時点で、「地域包括医療病棟入院料」を届け出ている場合**にご回答ください。

問4　地域包括医療病棟の状況等についてお伺いします。

4-1　地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	職員のモチベーションが向上すると考えたため	01
02	職員の負担軽減につながると考えたため	02
03	DPC対象病院の基準である、調査期間１月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため	03
04	軽症・中等症の患者が増加（重症患者が減少）しており、ニーズに沿った対応ができるため	04
05	高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため	05
06	ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため	06
07	栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため	07
08	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と考えたため	08
09	急性期一般入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難であり、地域包括医療病棟の基準であれば満たすことが可能であったため	09
10	退院支援の実施が無理なくできると考えたため	10
11	高齢者の早期在宅復帰につながると考えたため	11
12	経営が安定すると考えたため	12
13	その他	13

4-2　地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、どのように感じているかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	経営が安定してきていると感じる	01
02	職員のモチベーションが向上していると感じる	02
03	職員の負担軽減につながっていると感じる	03
04	高齢者救急の受け入れが進んだと感じる	04
05	リハビリテーション、栄養、口腔管理が進んだと感じる	05
06	実際の患者の状態に、より即した入院料等であると感じる	06
07	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ていると感じる	07
08	退院支援の実施が無理なくできていると感じる	08
09	高齢者の早期在宅復帰に貢献していると感じる	09
10	届出を維持するのが困難だと感じる	10
11	その他	11

《 4-2で　**「10 届出を維持するのが困難だと感じる」を選択した場合**にご回答ください。》

4-3　届出を維持するのが困難だと感じる要件や理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	看護職員の配置	01
02	常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	02
03	専任の常勤の管理栄養士の配置	03
04	当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が７%未満（85歳以上の患者の割合が２割未満の場合には５%）であること	04
05	退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催	05
06	二次救急医療機関又は救急告示病院であること	06
07	常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること	07
08	患者割合指数（該当患者割合+救急患者応需係数）が19%以上（必要度Ⅰ）もしくは18%以上（必要度Ⅱ）を満たすこと	08
09	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、Ａ得点が２点以上の患者の割合	09
10	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、手術等の医学的状況に係る得点（Ｃ得点）が１点以上の患者の割合	10
11	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること	11
12	平均在院日数が20日以内（85歳以上の患者の割合が２割以上なら21日、４割以上なら22日、６割以上なら23日）	12
13	退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること	13
14	入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること	14
15	入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が１割５分以上であること	15
16	データ提出加算及び入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること	16
17	脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること	17
18	休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること	18
19	急性期病院Ａ一般入院料又は急性期病院Ｂ一般入院料の届出を検討しており、今後地域包括医療病棟入院料を取り下げる可能性があるため	19
20	経営の安定性を見込めない	20
21	その他	21

問5　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況についてお伺いします。

5-1　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況についてご回答ください。
※１と２を届け出ている病棟がある場合は、「１」で回答してください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１を届け出ている
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２を届け出ている
3 いずれも届け出ていない

問6　貴院の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

6-1　届け出ている一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の種別をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 重症度、医療・看護必要度Ⅰ
2 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

《 6-1で **「1 重症度、医療・看護必要度Ⅰ」を選択した場合**にご回答ください。》

6-2　重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている場合、その理由についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

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

＊《 **令和８年11月1日時点で、急性期病院Ａ一般入院料、急性期病院Ｂ一般入院料、急性期一般入院料１～５、特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１）もしくは急性期総合体制加算のいずれかを算定する場合**にご回答ください。》

6-3　上記で算定している病棟に関する、救急患者応需係数をご回答ください。
（小数点第２位を四捨五入した値）（令和７年４月～令和８年３月１２か月）　　%

＊《 **令和８年11月1日時点で、地域包括医療病棟入院料を算定する場合**にご回答ください。》

6-4　上記で算定している病棟に関する、救急患者応需係数をご回答ください。
（小数点第２位を四捨五入した値）（令和７年４月～令和８年３月１２か月）　　%

《 **令和８年11月1日時点で、急性期病院Ａ一般入院料、急性期病院Ｂ一般入院料、急性期一般入院料１、特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１）、専門病院入院基本料（７対１）、急性期総合体制加算もしくは看護・多職種協働加算のいずれかを算定する場合**にご回答ください。》

6-5　改定後（令和８年８月～10月３か月）の各割合指数についてご回答ください。
８～10月の間に評価票や基準の変更があった場合は、変更前及び変更後のⅠ・Ⅱそれぞれの状況についてご回答ください。（用いていない評価票については、**「空欄」**）

01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ（令和８年８月～10月３か月）	**a**	基準①※1	%
	b	基準②※2	%
02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ（令和８年８月～10月３か月）	**a**	基準①※1	%
	b	基準②※2	%

※１　【基準】「A３点以上」又は「C１点以上」に該当する患者
※２　【基準】「A２点以上」又は「C１点以上」に該当する患者

《「**急性期一般入院料２～５」もしくは「地域一般入院基本料」のいずれかを算定する場合**にご回答ください。》

6-6　改定後（令和８年８月～10月３か月）の重症患者割合についてご回答ください。
８～10月の間に評価票や基準の変更があった場合は、変更前及び変更後のⅠ・Ⅱそれぞれの状況についてご回答ください。（用いていない評価票については、**「空欄」**）

01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ（令和８年８月～10月３か月）		%
02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ（令和８年８月～10月３か月）		%

問7　看護職員及び看護補助者の体制に関する加算等についてお伺いします。

7-1　届け出ている入院料等加算についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 急性期看護補助体制加算		**07** 看護補助・患者ケア体制充実加算２	
02 看護補助体制加算		**08** 看護補助・患者ケア体制充実加算３	
03 看護補助加算		**09** 看護職員夜間配置加算	
04 看護補助体制充実加算１		**10** 夜間看護体制加算	
05 看護補助体制充実加算２		**11** 夜間看護補助体制加算	
06 看護補助・患者ケア体制充実加算１		**12** いずれも届け出ていない	

《**地域包括医療病棟入院料を算定し、7-1で　「06」～「08」（看護補助・患者ケア体制充実加算１～３）のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

7-2　「直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」について、以下の要件を満たしている人数をご回答ください。（該当しない場合は**「０」**）（令和８年11月１日時点）

01 直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者（**02**～**05**の合計数）		人
02 **01**のうち、介護福祉士の資格を有しており、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（両方を満たす者）		人
03 **01**のうち、介護福祉士の資格を有している者（**「02 両方を満たす者」**を除く）		人
04 **01**のうち、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した者（**「02 両方を満たす者」**を除く）		人
05 **01**のうち、**「02」「03」「04」**以外の者		人

《 7-1で　**「01 急性期看護補助体制加算」または「02 看護補助体制加算」のいずれも選択していない場合**にご回答ください。》

7-3　急性期看護補助体制加算又は看護補助体制加算を届け出ていない理由についてご回答ください。
（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 職員確保が困難なため
2 必要性がないため
3 急性期看護補助体制加算又は看護補助体制加算を届け出られる入院基本料を届け出ていないため
4 その他

《 7-1で　**「10 夜間看護体制加算」を選択していない場合**に、ご回答ください。》

7-4　夜間看護体制加算を届け出ていない理由についてご回答ください。
（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 職員確保が困難なため
2 必要性がないため
3 急性期看護補助体制加算又は看護補助体制加算を届け出られる入院基本料を届け出ていないため
4 その他

問8　看護補助者の状況等についてお伺いします。

8-1　看護補助者の定着を促進するための取組をご回答ください。
(令和８年11月１日時点)（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	看護補助者業務マニュアルの整備	01
02	看護補助者への研修の充実	02
03	看護補助者のラダーの整備	03
04	看護補助者業務の拡大に向けた検討	04
05	看護補助者の勤務時間の整備	05
06	看護補助者の給与の見直し	06
07	看護師への教育・研修	07
08	看護管理者への教育・研修	08
09	人事評価の仕組みの導入	09
10	ベースアップ評価料を活用した賃上げ	10
11	その他	11
12	特になし	12

問9　外科系診療科の状況等についてお伺いします。

9-1　以下の外科系診療科の常勤医師数、非常勤医師数についてご回答ください。（該当する医師がいない場合は「**空欄**」）
（※ 各医師につき、最もあてはまると考えられる診療科を選択して、当該診療科のみでカウントしてください。）

（令和8年11月１日時点）	**a** 常勤医師（実数）	**b** 非常勤医師（実数）	**c** 非常勤医師（**常勤換算**）
01 外科	人	人	人
02 呼吸器外科	人	人	人
03 心臓血管外科	人	人	人
04 乳腺外科	人	人	人
05 気管食道外科	人	人	人
06 消化器外科（胃腸外科）	人	人	人
07 泌尿器科	人	人	人
08 肛門外科	人	人	人
09 脳神経外科	人	人	人
10 整形外科	人	人	人
11 形成外科	人	人	人
12 眼科	人	人	人
13 耳鼻咽喉科	人	人	人
14 小児外科	人	人	人
15 産婦人科	人	人	人
16 産科	人	人	人
17 婦人科	人	人	人
18 麻酔科	人	人	人
19 救急科	人	人	人
20 集中治療科	人	人	人

9-2　以下の外科系診療科の年間の全身麻酔の手術件数についてご回答ください。（該当する手術がない場合は「**空欄**」）
（※ 各手術につき、最もあてはまると考えられる診療科を選択して、当該診療科のみでカウントしてください。）
（令和７年４月～令和８年３月１２か月）

	a 予定手術		**b** 緊急手術※1	
01 外科		件		件
02 呼吸器外科		件		件
03 心臓血管外科		件		件
04 乳腺外科		件		件
05 気管食道外科		件		件
06 消化器外科（胃腸外科）		件		件
07 泌尿器科		件		件
08 肛門外科		件		件
09 脳神経外科		件		件
10 整形外科		件		件
11 形成外科		件		件
12 眼科		件		件
13 耳鼻咽喉科		件		件
14 小児外科		件		件
15 産婦人科		件		件
16 産科		件		件
17 婦人科		件		件
18 救急科		件		件
19 その他		件		件

※1　緊急手術　　この設問においては『病状の急変により緊急に行われた手術』を指します。

問10　貴院の救急搬送に関する状況についてお伺いします。

＊ 10-1　救急搬送受入れ患者数（入院に至らなかった外来の患者も含む）及び、状態別受入人数と転帰先別患者数をご回答ください。（１人の患者が複数の状態に該当する場合は、それぞれの状態で１人として計上してください。）
（該当する患者がいない場合は**「空欄」**）（令和８年10月25日～31日の１週間）

	a 実患者数	転帰先 b aのうち、入院	転帰先 c aのうち、入院させず他院に搬送	転帰先 d aのうち、帰宅
01 救急搬送受入れ実患者数（入院に至らなかった外来の患者も含む）	人	人	人	人
02 **01**のうち、救急医療管理加算１で定義されている状態	人	人	人	人
03 **02**のうち、吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	人	人	人	人
04 **02**のうち、意識障害又は昏睡	人	人	人	人
05 **02**のうち、呼吸不全で重篤な状態	人	人	人	人
06 **02**のうち、心不全で重篤な状態	人	人	人	人
07 **02**のうち、急性薬物中毒	人	人	人	人
08 **02**のうち、ショック	人	人	人	人
09 **02**のうち、重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	人	人	人	人
10 **02**のうち、広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷	人	人	人	人
11 **02**のうち、外傷、破傷風等で重篤な状態	人	人	人	人
12 **02**のうち、緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態	人	人	人	人
13 **02**のうち、消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	人	人	人	人
14 **02**のうち、蘇生術を必要とする重篤な状態	人	人	人	人
15 **01**のうち、救急医療管理加算２で定義されている状態	人	人	人	人

問11　救急患者連携搬送料に関連する貴院の状況についてお伺いします。

11-1　救急患者連携搬送料の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 救急患者連携搬送料１を届け出ている		**03** 届け出ていない	
02 救急患者連携搬送料２を届け出ている			

《 11-1で **「01 救急患者連携搬送料１を届け出ている」を選択しなかった、高度救命救急センター、救命救急センター、二次救急医療機関のみ**ご回答ください。》

11-2　救急患者連携搬送料１を届け出ていない理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で 2,000件未満であるため	01
02	「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため	02
03	地理的な事情により、連携が可能な医療機関を確保できないため	03
04	自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため	04
05	救急患者の連携搬送を行わなくても、自院において対応が可能であるため	05
06	他院に転院させることによる病棟稼働率への影響を少なくするため	06
07	その他	07

■ 11-3～11-7は、11-1にて **「01 救急患者連携搬送料１を届け出ている」を選択した医療機関のみご回答ください。**

11-3　搬送先として連携する医療機関の数（救急体制別）をご回答ください。
（該当する医療機関がない場合は**「０」**）（令和８年11月１日時点）

01	二次救急医療機関	施設
02	二次救急医療機関以外で救急部門を有する医療機関	施設
03	救急部門を有しない医療機関	施設

11-4　救急患者連携搬送における体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	搬送可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している	01
02	新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している	02
03	搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している	03
04	連携先と患者情報を連携する際、ICTを活用している	04
05	空床状況の共有方法を協議している	05
06	夜間の搬送について、連携医療機関と協議している	06
07	搬送先で急変した場合の診療連携について協議している	07
08	いつでも搬送に対応できるよう、看護師等を増員している	08
09	その他	09

11-5　「連携する搬送先の医療機関にて、引き続き入院医療を提供する必要がある」と判断した事情別の救急患者連携搬送料を算定した患者数についてご回答ください。
（複数の事情に当てはまる患者については、最も当てはまるもののみご回答ください。）
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月１か月）

01	緊急手術・処置等を必要とする患者	人
02	緊急での手術・処置は要しないが、予定手術・処置を必要とする患者	人
03	上記以外で、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者	人
04	急性疾患に対する治療は終了し、リハビリが必要であった患者	人
05	急性疾患に対する治療は終了し、社会資源等の調整が必要であった患者	人

＊11-6　「**救急患者連携搬送料１イ**」を算定した件数と同乗した職種ごとの出動件数をご回答ください。
（該当しない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）

01	「救急患者連携搬送料１イ」を算定した件数	件
02	**01**のうち、医師出動件数	件
03	**01**のうち、看護師出動件数	件
04	**01**のうち、救急救命士出動件数	件

＊11-7　「**救急患者連携搬送料１ロ**」を算定する場合の搬送手段をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	搬送元の保険医療機関に属する緊急自動車	**03**	認定業者の患者等搬送用自動車等
02	搬送先の保険医療機関に属する自動車		

■ 問12は、11-1で　**「02 救急患者連携搬送料２を届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。

問12　救急患者連携搬送料を算定する患者に関連する貴院の状況についてお伺いします。

12-1　搬送元として連携する医療機関の数（救急体制別にそれぞれの数）をご回答ください。
（該当する医療機関がない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01	高度救命救急センター	施設
02	救命救急センター	施設
03	二次救急医療機関	施設

12-2　救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している	01
02	新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している	02
03	搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している	03
04	搬送元と患者情報を連携する際、ICTを活用している	04
05	空床状況の共有方法を協議している	05
06	夜間の搬送受入れについて、連携医療機関と協議している	06
07	搬送先で急変した場合の診療連携について協議している	07
08	事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している	08
09	その他	09

12-3　該当する患者数をご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月１か月）

01	12-1で連携している医療機関から搬送を受け入れた延べ患者数	人	
02	**01**のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した延べ患者数	人	

＊ 12-4　「**救急患者連携搬送料２イ**」を算定した件数と同乗した職種ごとの出動件数をご回答ください。
（複数の職種が同乗した場合は、それぞれに計上してください。）
（該当しない場合は**「０」**）（令和８年８月～10月３か月）

01 「救急患者連携搬送料２イ」を算定した件数		件
02 **01**のうち、医師出動件数		件
03 **01**のうち、看護師出動件数		件
04 **01**のうち、救急救命士出動件数		件

＊ 12-5　「**救急患者連携搬送料２ロ**」を算定する場合の搬送手段をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 搬送元の保険医療機関に属する緊急自動車		**03** 認定業者の患者等搬送用自動車等	
02 搬送先の保険医療機関に属する自動車			

■ 問13は、**200 床（一般病床に係るものに限ります。）以上の病院の場合**のみ、ご回答ください。

問13　貴院における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入状況等についてお伺いします。

13-1　貴院における、令和７年10月および令和８年10月の初診・再診時の患者数、初診・再診時の定額負担の徴収患者数、紹介割合、逆紹介割合等をご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「０」**）

	a　令和７年10月１か月		b　令和８年10月１か月	
01 **初診料**を算定した**延べ**患者数		人		人
02 **「01 初診料算定患者」**のうち、紹介状なしの**延べ**患者数		人		人
03 **「02 初診料算定した紹介状なしの患者」**のうち、初診時定額負担の徴収**延べ**患者数		人		人
04 **03**のうち、他の医療機関を紹介した**延べ**患者数		人		人
05 **03のうち**、初診時定額負担を徴収した後、貴院で再診を受けた**延べ**患者数		人		人
06 **「01 初診料算定患者」**のうち、**延べ**救急患者数		人		人
07 **「01 初診料算定患者」**のうち、**延べ**紹介患者数		人		人
08 **「01 初診料算定患者」**のうち、**延べ**逆紹介患者数		人		人
09 **再診料**を算定した**延べ**患者数		人		人
10 **「09 再診料算定患者」のうち**、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴院を受診した**延べ**患者数		人		人
11 **「09 再診料算定患者」**のうち、再診時定額負担の徴収**延べ**患者数		人		人
12 紹介割合 ※1		%		%
13 逆紹介割合 ※2		‰		‰

※１　紹介割合（%）＝（紹介患者数＋救急患者数）÷初診の患者数×100

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

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

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

13-2　貴院の医科における紹介状なしで受診する場合等の定額負担の有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

			《回答欄》
01 令和７年10月１日時点の状況	**1** 定額負担を導入している	**2** 定額負担を導入していない	01
02 令和８年10月１日時点の状況	**1** 定額負担を導入している	**2** 定額負担を導入していない	02

《 13-2で **「1 定額負担を導入している」を選択した場合**にご回答ください。》

13-3　13-2で導入している定額負担の金額（単価（税込））についてご回答ください。
なお、金額について複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをご記入ください。

01 令和７年10月１日時点の状況	**a** 初診	単価	円
	b 再診	単価	円
02 令和８年10月１日時点の状況	**a** 初診	単価	円
	b 再診	単価	円

■ 13-4～13-7は、**令和８年10月１日時点で、定額負担を導入している場合**にのみ、ご回答ください。

13-4　紹介状を持たない初診患者についてご回答ください。（令和８年10月１日～10月14日の間）
（ **01**～**16** の各項目に該当する患者が１人以上いた場合に、右欄に〇）
※ 複数の事由について当てはまる患者がいる場合、それぞれについて「1人以上いる」と見なしてください。

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

13-5　13-4で **「15 他の保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」を選択した場合**に、選択した内容にあてはまる患者の例を具体的にご回答ください。

13-6　他医療機関を紹介したにも関わらず貴院を受診（再診）し、定額負担を徴収しなかった患者についてご回答ください。（令和８年10月１日～10月14日の間）
（ **01～11** の各項目に該当する患者が１人以上いた場合に右欄に○、
全ての患者について**01～11**の各項目に該当しなかった場合は **12** の右欄に○）
※ 複数の事由について当てはまる患者がいる場合、それぞれについて「1人以上いる」と見なしてください。

		《回答欄》
再診の患者	**01** 救急の患者	01
	02 公費負担医療の対象者	02
	03 無料定額診療事業の対象者	03
	04 ＨＩＶ感染者	04
	05 救急医療事業における休日夜間受診患者	05
	06 周産期事業等における休日夜間受診患者	06
	07 災害により被害を受けた患者	07
	08 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	08
	09 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者	09
	10 他の保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	10
	11 その他	11
	12 該当する患者はいなかった	12

13-7　13-6で「**10 他の保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者**」を**選択した場合**に、選択した内容にあてはまる患者の例を具体的にご回答ください。

13-8　外来の機能分化を進めるために必要と考える政策をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

	《回答欄》
01 更に高い定額負担の金額を設定する	01
02 定額負担を徴収できない（又は徴収しなくても良い）患者の範囲を限定する	02
03 かかりつけ医の機能に関する国民の周知を進める	03
04 その他	04
05 特になし	05

《 13-8で **「01 更に高い定額負担の金額を設定する」を選択した場合**にご回答ください。》

13-9　具体的な金額をご回答ください。　　円

13-10　外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等において、ご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。

問14　**令和８年11月１日時点で、「小児入院医療管理料」を届け出ている場合**にお伺いします。

14-1　家族の希望により、家族が患者に付き添うことがありますか。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 ある　　**2** ない

14-2　小児入院医療管理料を算定する場合において、患者の家族等の希望により付き添う際の環境に対して、具体的に配慮している対応についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	睡眠環境の配慮	01
02	付き添う家族への食事提供	02
03	食事環境への配慮	03
04	入浴環境への配慮	04
05	プライバシーへの配慮	05
06	その他	06
07	特になし	07

14-3　届け出ている入院料等加算についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	小児入院医療管理料　注２加算（保育士１名の場合）	**05**	看護補助加算
02	小児入院医療管理料　注２加算（保育士２名以上の場合）	**06**	看護補助体制充実加算
03	重症児受入体制加算１　注４加算	**07**	「**01**～**06**」いずれも届け出ていない
04	重症児受入体制加算２　注４加算		

《 14-3で **「07 「01～06」いずれも届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

14-4　加算を届け出ていない場合、その理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 職員確保が困難なため

2 必要性がないため

3 その他

《 貴院が小児入院管理料３を届け出ている場合にご回答ください。》

14-5　一般病棟（７対１に限る）との一体的な運用を行っていますか。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 一体的な運用を行っている　　**2** 一体的な運用を行っていない

《 14-5で **「1 一体的な運用を行っている」を選択した場合**にご回答ください。》

14-6　小児入院医療管理料３を算定する病床を集めて区域特定していますか。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 区域特定している　　**2** 区域特定していない

《 14-6で **「1 区域特定している」を選択した場合**にご回答ください。》

14-7　区域特定している場合のその区域の病床数と、夜勤看護職員数をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）

01	病床数	床
02	夜勤看護職員数	人

問15　医療的ケア児（者）に関する状況についてお伺いします。

《 **小児入院医療管理料を届け出て**おり、**医療的ケア児（者）入院前支援加算を届け出ていない場合**に
ご回答ください。》

15-1　届け出ていない理由をご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	直近１年間の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件未満であるため	01
02	医療的ケア児（者）に該当する患者がいないため	02
03	訪問を実施できる医師又は看護職員がいないため	03
04	訪問の実施に必要な費用が確保できないため	04
05	その他	05

問16　外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍を主病とする患者に行う外来化学療法）
に関連する項目についてお伺いします 。

16-1　外来腫瘍化学療法を受ける患者について、「急変時の緊急事態等に対応するための指針」が整備されているかについてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 指針を整備している　　**2** 指針を整備していない

■16-2 ～16-15は、 **外来化学療法を実施している場合に**ご回答ください。

16-2　令和８年６月以降で、**入院治療を主とする化学療法から、外来治療を主とする化学療法へ**移行した疾患やレジメン等の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 ある　　**2** 移行を検討中　　**3** ない

《 16-2 で**「3 ない」を選択した場合**にご回答ください。》

16-3　外来治療を主とする化学療法へ移行した疾患やレジメン等がない理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	既に、外来治療を主としており、移行可能なものがないため	01
02	外来化学療法室の構造上、これ以上患者を増やすことができないため	02
03	外来治療室の人員不足により、これ以上患者を増やすことができないため	03
04	外来治療が可能な患者が少ないため	04
05	外来治療に移行することで、病床利用率に影響を与えるため	05
06	患者の多くが入院による治療を希望するため	06
07	病院の方針のため	07
08	その他	08

16-4　令和８年６月以降で、**外来治療を主とする化学療法から、入院治療を主とする化学療法へ**移行した疾患やレジメン等の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 ある　　**2** 移行を検討中　　**3** ない

《 16-4 で**「1 ある」を選択した場合**にご回答ください。》

16-5　入院治療を主とする化学療法へ移行した理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 化学療法を安全に施行する上で、外来での実施に課題が生じたため	01	
02 外来化学療法室の構造上、外来治療を受ける患者を減らすことが必要となったため	02	
03 外来治療室の人員不足により、外来治療を受ける患者を減らすことが必要となったため	03	
04 入院治療に移行することで、病床利用率を増やすため	04	
05 患者の多くが入院による治療を希望するため	05	
06 その他	06	

16-6　外来化学療法の専用室についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）

専用ベッドの台数（ない場合は**「0」**）		台

16-7　専用室を使用可能な診療科に制限はあるかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 ある　　**2** ない

16-8　外来化学療法の職員の配置状況についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 専任の医師		人
02 **「01 専任の医師」**のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師		人
03 専任の看護師		人
04 **「03 専任の看護師」**のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師		人
05 専任の薬剤師		人
06 **「05 専任の薬剤師」**のうち、化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師		人
07 その他の職種		人

16-9　外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 基準や指針を作成している　　**2** 基準や指針を作成していない

《 16-9で **「1 基準や指針を作成している」を選択した場合**にご回答ください。》

16-10　「基準や指針」における、患者への外来での化学療法の選択肢に関する提示方法の記載の有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号1つを右欄に記載）

《回答欄》

1 選択肢に関する提示方法を明記している　　**2** 選択肢に関する提示方法は明記していない

《 16-10で　**「1 選択肢に関する提示方法を明記している」を選択した場合**にご回答ください。》

16-11　外来化学療法の選択肢に関する患者への提示方法についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）(該当する番号すべて、右欄に○)

《回答欄》

01 主治医が説明している	01	
02 薬剤師が説明している	02	
03 看護師が説明している	03	
04 治療に関わるパンフレットを用いて説明している	04	
05 がん相談支援センターで治療方法や費用について説明、支援している	05	
06 その他	06	

＊ 16-12　外来腫瘍化学療法診療料の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	外来腫瘍化学療法診療料１を届け出ている	**3**	外来腫瘍化学療法診療料３を届け出ている
2	外来腫瘍化学療法診療料２を届け出ている	**4**	外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない

■ 16-13～16-15は、**外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている場合**に、ご回答ください。

16-13　外来化学療法を実施する患者の、緊急時に有害事象等の診療が可能な連携医療機関数をご回答ください。
（該当しない場合は**「０」**）（令和８年11月１日時点）　　施設

《 16-13で　**連携医療機関数が１以上の場合**にご回答ください。》

16-14　連携医療機関と、どのような連携を行っているかご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	自院で外来化学療法を実施している患者が、緊急時に入院する必要が生じた場合の受入れを依頼している	01
02	自院で外来化学療法を実施している患者が、自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受入れを依頼している	02
03	自院で外来化学療法を実施している患者が、外来での化学療法の実施が困難になった場合に受入れを依頼している	03
04	外来で化学療法が実施可能な患者を紹介してもらっている	04
05	その他	05

《 16-13で　**連携医療機関数が「０」の場合**にご回答ください。》

16-15　連携医療機関がない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	自院において緊急時の対応が可能であるため	01
02	緊急時の対応を他院に依頼することに患者の理解が得られないため	02
03	地理的な事情により、連携できる医療機関がないため	03
04	他院へ連携を打診したが、先方の事情により実現できなかったため	04
05	連携を行わなくても、個別の紹介により対応が可能であるため	05
06	その他	06

問17　急性期総合体制加算に関連する項目についてお伺いします。

＊ 17-1　急性期総合体制加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	急性期総合体制加算１を届け出ている	**4**	急性期総合体制加算４を届け出ている
2	急性期総合体制加算２を届け出ている	**5**	急性期総合体制加算５を届け出ている
3	急性期総合体制加算３を届け出ている	**6**	いずれも届け出ていない

＊ 《 17-1にて **「1～5（ 急性期総合体制加算１～５のいずれか）を届け出ている」を選択した場合にご回答ください。》**

＊ 17-2　急性期総合体制加算1～５を届け出る前に届けていた加算をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 急性期充実体制加算１		**05** 総合入院体制加算１	
02 急性期充実体制加算２		**06** 総合入院体制加算２	
03 精神科充実体制加算		**07** 総合入院体制加算３	
04 小児・周産期・精神科充実体制加算			

17-3　各診療科の入院医療の提供の有無についてご回答ください。
（各時点において、それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 精神科	**a** 令和７年11月１日時点	**1** あり	**2** なし	a
	b 令和８年11月１日時点	**1** あり	**2** なし	b
02 産科又は産婦人科	**a** 令和７年11月１日時点	**1** あり	**2** なし	a
	b 令和８年11月１日時点	**1** あり	**2** なし	b
03 小児科	**a** 令和７年11月１日時点	**1** あり	**2** なし	a
	b 令和８年11月１日時点	**1** あり	**2** なし	b

＊《 17-4は、 17-1にて **「2～5（ 急性期総合体制加算２～５のいずれか）を届け出ている」をもしくは「6 いずれも届け出ていない」選択した場合ご回答ください。》**

＊ 17-4　貴院で満たすのが困難な**急性期総合体制加算１**の要件をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	急性期病院Ａ一般入院料を算定する病棟を有する病院であること	01
02	救急時医療情報閲覧機能を有していること	02
03	救命救急センター又は高度救命救急センターを設置していること	03
04	内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科について標榜・入院医療を提供していること	04
05	精神科につき24時間対応できる体制があること	05
06	精神患者の入院受入体制があること	06
07	全身麻酔手術、年間2,000件以上であること	07
08	年間手術実績件数※１を満たしていること	08
09	画像診断および検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること	09
10	外来を縮小させる体制を有すること	10
11	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等の治療室を届け出ていること	11
12	院内迅速対応チームの設置、対応方法のマニュアルの整備等を行っていること	12
13	一般病棟における平均在院日数が14日以内であること	13
14	感染対策向上加算１を届け出ていること	14
15	一般病棟の退棟患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、１割未満であること	15
16	日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること	16
17	療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届け出ていないこと	17
18	地域包括医療病棟入院料を届け出ていないこと	18
19	特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと（令和６年３月31日以前の賃貸借関係にある場合を除く）	19
20	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（平成30年3月に総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設を設置している場合を除く）	20
21	一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の９割以上であること	21
22	医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること	22
23	入退院支援加算１又は２を届け出ていること	23
24	敷地内が禁煙であること	24
25	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合が基準①は３割３分以上、基準②は４割以上、又は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が基準①は３割２分以上、基準②は3割9分以上であること	25

※１　年間手術実績件数：下記ア～キのうち6つ以上及びク、ケ
ア：悪性腫瘍手術400件以上　　イ：腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上　　ウ：心臓カテーテル法手術200件以上
エ：心臓胸部大血管手術100件以上　　オ：消化管内視鏡手術600件以上　　カ：脳神経外科手術50件以上
キ：放射線治療（対外照射法）200例以上　　ク：分娩件数100件以上　　ケ：６歳未満の手術40件以上

問18　貴院の精神身体合併症への対応状況についてお伺いします。

18-1　精神病床の有無をご回答ください。　（該当する番号１つを右欄に記載）

		《回答欄》
1 あり	**2** なし	

《 18-2は、 18-1にて **「2 なし」を選択した場合にご回答ください。》**

18-2　精神疾患への対応体制についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている	01	
02 非常勤の精神科を担当する医師が入院患者への診療を行っている	02	
03 精神科を担当する医師は勤務しているが、入院患者への診療を行っていない	03	
04 外来を含め、精神科への対応は行っていない	04	

18-3　貴院において、患者の入院の受入に当たって以下の疾患を併存していた場合、診療及び対応が可能なものをご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 認知症	01	
02 認知症を除く器質性精神障害	02	
03 アルコール依存症	03	
04 依存症（アルコール以外によるもの）	04	
05 統合失調症	05	
06 気分障害	06	
07 人格障害（パーソナリティ障害等）	07	
08 神経症性障害（不安障害、PTSD等）	08	
09 摂食障害	09	
10 睡眠障害	10	
11 産後うつ	11	
12 知的障害	12	
13 発達障害	13	
14 てんかん	14	
15 せん妄	15	
16 その他の精神疾患	16	

18-4　算定可能な加算についてご回答ください。（現在算定中の加算も含む）
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 精神病棟看護・多職種協働加算		**07** せん妄ハイリスク患者ケア加算	
02 精神科リエゾンチーム加算		**08** 精神疾患診療体制加算	
03 強度行動障害入院医療管理加算		**09** 精神科急性期医師配置加算２イ	
04 依存症入院医療管理加算		**10** 精神疾患診断治療初回加算	
05 摂食障害入院医療管理加算		**11** **「01」～「10」**に算定可能な加算はない	
06 認知症ケア加算			

■ 18-5～18-7は、 18-4で 「**02 精神科リエゾンチーム加算**」**を選択した場合**にご回答ください。

18-5　精神科リエゾンチームに参加している職種をお選びください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	精神科医	01
02	精神看護専門看護師	02
03	精神科認定看護師	03
04	**02、03**以外の看護師	04
05	薬剤師	05
06	作業療法士	06
07	精神保健福祉士	07
08	公認心理師	08
09	その他	09

＊18-6　精神科リエゾンチームが介入した延べ診療回数をご回答ください。（令和８年８月～10月３か月）
（１人の患者が複数の状態に該当する場合は、それぞれの状態で１人として計上してください。）
（該当する診療がない場合は**「0」**）

01	せん妄を有する患者	回	**04**	認知症患者	回
02	抑うつを有する患者	回	**05**	その他の精神疾患を有する患者	回
03	自殺企図で入院した患者	回	**06**	**「01～05」**以外への対応を求められた患者	回

《 18-2で **「03 精神科を担当する医師は勤務しているが、入院患者への診療を行っていない」または「04 外来を含め、精神科への対応は行っていない」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

18-7　入院患者に対して精神科診療提供体制を取っていない理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	精神病床の許可病床申請が下りないため	01
02	精神疾患患者は他の医療機関で対応することが地域で決められており、対象となる患者が入院していないため	02
03	対象となる患者はいるが、精神科医の確保が困難であるため	03
04	対象となる患者の診療を精神科医以外の医師が担っているため	04
05	精神科診療提供体制を取る必要性を感じないため	05
06	経営上のメリットがないため	06
07	その他	07

問19　小児緩和ケアチームについてお伺いします。

19-1　小児緩和ケアチームの体制を構築しているかどうかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	体制を構築している	**2**	体制を構築していない

《 19-1で 「**1 体制を構築している**」**を選択した場合**にご回答ください。》

19-2　小児緩和ケア診療加算の算定対象であるか否かにかかわらず、小児緩和ケアチームが介入を行った患者についてご回答ください。（令和８年10月１か月）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	悪性腫瘍	01
02	後天性免疫不全症候群	02
03	末期心不全	03
04	染色体異常	04
05	先天奇形	05
06	出血性疾患（血液腫瘍除く）	06
07	重症外傷	07
08	その他	08

■ 問20は、**令和８年11月１日時点で、「緩和ケア病棟入院料１または２」を届け出ている場合**にご回答ください。

問20　緩和ケア病棟入院料１または２を算定している医療機関にお伺いします。

20-1　外部評価等についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

20-2　退院患者数（実人数）※1についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和７年11月～令和８年10月１2か月）

01	退院患者数（実人数）	人
02	**01**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**実**患者数	人
03	**01**のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟**実**患者数	人
04	**01**のうち、死亡退院の**実**患者数	人
05	**01**のうち、上記以外の**実**患者数	人

※1　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別に計上してください。

《令和８年11月１日時点で、緩和ケア病棟入院料２を届け出ている場合に、ご回答ください。》

20-3　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。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
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、当該医師又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	01
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	02
03	直近１年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%未満であるため （イ）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 （ロ）同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（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 （ハ）死亡退院の患者	03
04	緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難	04
05	その他	05

■ 問21は、貴院が**「緩和ケア病棟入院料１または２」を<u>届け出ていない</u>場合**にご回答ください。

問21　緩和ケア病棟入院料１または２を算定していない医療機関にお伺いします。

21-1　緩和ケア病棟入院料を届け出ていない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	緩和ケアを担当する常勤の医師の配置が困難	01
02	看護師の配置が困難	02
03	末期の悪性腫瘍等の対象患者が少なく、１病棟を保てない	03
04	緩和ケアを必要とする患者はいるが、主病が末期心不全等であり、対象患者ではない	04
05	患者家族の控室、患者専用の台所等の病棟設備を整えることが困難	05
06	連携する保険医療機関に対して実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行うことが困難	06
07	他病棟の方が緩和ケアへの対応が行いやすいため	07
08	他サービスが充実しており、地域に緩和ケア病棟の需要がないため	08
09	他入院料の方が経営上のメリットがあるため	09
10	その他	10

問22　**短期滞在手術等基本料３**についてお伺いします。

＊ 22-1　貴院はDPC対象病院であるか、ご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	DPC対象病院である	**2**	DPC対象病院でない

＊《 22-1で **「1 DPC対象病院である」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 22-2　令和８年度診療報酬改定において、DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料３を算定するよう見直しを行いました。貴院への改定の影響についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	算定方法が統一されたため、患者への説明が容易になった	01
02	特定の手術について、外来への移行を進めた	02
03	特定の手術の継続が困難となった	03
04	麻酔科医の確保が困難となった	04
05	従来と比較し、病院の収益が減少した	05
06	その他	06
07	特段の影響はなかった	07

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

問23　医師の勤務状況等についてお伺いします。

23-1　医師の勤務体制について、交代制か否かをご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（該当する番号１つを右欄に記載）

		《回答欄》
1 交代制を採用している業務がある	**2** 交代制ではない	

《 23-1で **「1 交代制を採用している業務がある」を選択した場合**にご回答ください。》

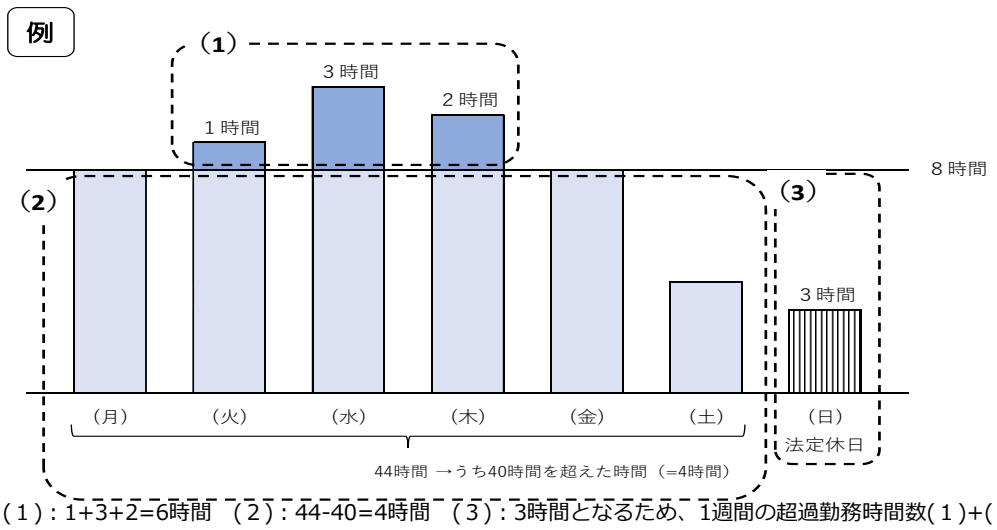
23-2　交代制を採用している業務をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 救急外来業務		**06** NICU・GCU業務	
02 一般病棟業務		**07** MFICU業務	
03 院内管理業務		**08** SCU業務	
04 ICU業務		**09** その他	
05 HCU業務			

23-3　貴院における令和７年10月及び令和８年10月の**常勤医師１人あたりの超過勤務時間**※1**の平均値、最大値、最小値**（１か月間）、及び、**超過勤務時間が80時間/月以上の者・155時間/月以上の者の人数**をご回答ください。　※小数点第１位まで（小数点以下第２位を切り捨て）
（交代制の場合の超過勤務も含む）（該当しない場合は**「0」**）

	a 令和７年10月		**b** 令和８年10月	
01 平均値		時間		時間
02 最大値		時間		時間
03 最小値		時間		時間
04 1か月の超過勤務時間が　80時間超の人数		人		人
05 1か月の超過勤務時間が 155時間超の人数		人		人

※1　超過勤務時間とは、次の（１）～（３）の総和を指します。
（１）法定休日以外の日において１日につき８時間を超えて労働した時間
（２）１週について40時間を超えて労働した時間数
（３）法定休日（週に１日、又は、４週につき４日付与する義務あり）において労働した時間



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

23-4　貴院における令和７年10月及び令和８年10月の常勤医師１人あたりの１か月の宿日直回数※2や、
連日当直を実施した者の人数をご回答ください。（交代制の場合を除く）（該当しない場合は**「0」**）

01 平均値	**a**	令和７年10月	回
	b	令和８年10月	回
02 最大値	**a**	令和７年10月	回
	b	令和８年10月	回
03 最小値	**a**	令和７年10月	回
	b	令和８年10月	回
04 連日当直を実施した者の人数	**a**	令和７年10月	人
	b	令和８年10月	人
05 連日当直の発生した**延べ**回数	**a**	令和７年10月	回
	b	令和８年10月	回

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

23-5　夜間医師が従事する業務に係る労働基準監督署の宿日直許可についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 すべての業務について許可を受けている
2 許可を受けている業務と受けていない業務がある
3 許可を受けている業務はない

23-6　平日夜間の勤務体制※3についてご回答ください。（10月における任意の平日５日間）
（該当者がいない場合は**「0」**）

01 宿直の人数	人
02 **01**のうち、宿日直許可を得た宿直	人
03 夜勤の人数	人

※3　宿直は、主として病院の入院患者の病状急変に対応する体制確保を求めるもので、通常の日勤業務よりも労働密度が低い勤務
夜勤は、通常の勤務時間と同態様の労働となる勤務

《 23-5で **「1 すべての業務について許可を受けている」または「2 許可を受けている業務と受けていない業務がある」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

23-7　宿日直許可を受けている業務をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 救急外来業務	01	
02 一般病棟業務	02	
03 院内管理業務	03	
04 ICU業務	04	
05 HCU業務	05	
06 NICU・GCU業務	06	
07 MFICU業務	07	
08 SCU業務	08	
09 その他	09	

23-8　23-7で　選択した業務において、宿日直を行う際の人員配置として、
それぞれ該当するすべての欄に○を記載してください。（各業務を行っていない場合は**「空欄」**）

	a	b	c	d	e	f
	一人で宿日直(他業務を掛持の場合を含む)	複数人で宿日直	宿日直の他、夜勤(交代勤務)の医師も設けている	宿日直の他、他病棟(床)の医師がバックアップ	宿日直の他、院外のオンコール医師がバックアップ	夜間・時間外対応を行っていない
01 救急外来業務						
02 一般病棟業務						
03 院内管理業務						
04 ICU業務						
05 HCU業務						
06 NICU・GCU業務						
07 MFICU業務						
08 SCU業務						
09 その他						

問24　当直医および待機医師（オンコール医師）の要請についてお伺いします。

24-1　異なる保険医療機関からの、当直医および待機医師（オンコール医師）の要請についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

1 要請している　　**2** 要請していない　　**3** そもそも当直・待機医師（オンコール医師）の体制がない

《回答欄》

《 24-1で **「1 要請している」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 24-2　異なる保険医療機関からの当直医または待機医師（オンコール医師）を要請している回数を診療科毎にご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）

（令和８年10月１か月）

	当直医要請回数	待機医師要請回数
01 消化器内科	回/月	回/月
02 循環器内科	回/月	回/月
03 呼吸器内科	回/月	回/月
04 血液内科	回/月	回/月
05 内分泌代謝・糖尿病内科	回/月	回/月
06 脳神経内科	回/月	回/月
07 腎臓内科	回/月	回/月
08 膠原病・リウマチ内科	回/月	回/月
09 小児科	回/月	回/月
10 皮膚科	回/月	回/月
11 精神科	回/月	回/月
12 消化器外科	回/月	回/月
13 呼吸器外科	回/月	回/月
14 心臓血管外科	回/月	回/月
15 小児外科	回/月	回/月
16 乳腺外科	回/月	回/月
17 放射線診断	回/月	回/月
18 放射線治療	回/月	回/月
19 整形外科	回/月	回/月
20 産婦人科	回/月	回/月
21 眼科	回/月	回/月
22 耳鼻咽喉科	回/月	回/月
23 泌尿器科	回/月	回/月
24 脳神経外科	回/月	回/月
25 麻酔科	回/月	回/月
26 病理	回/月	回/月
27 臨床検査	回/月	回/月
28 救急科	回/月	回/月
29 形成外科	回/月	回/月
30 リハビリテーション科	回/月	回/月
31 総合診療	回/月	回/月
32 その他	回/月	回/月

問25　記録や会議に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

25-1　貴院の入院部門における電子カルテの導入についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	導入している	**3**	導入しておらず、導入予定もない
2	導入していないが、導入を検討中	**4**	その他

25-2　貴院におけるICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	タブレットの活用によるペーパレス化	01
02	音声入力システムの活用	02
03	ビデオ通話（WEB形式）による会議の実施	03
04	遠隔画像診断の実施	04
05	遠隔病理診断の実施	05
06	紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用	06
07	患者の状態の予測	07
08	患者の状態の共有	08
09	勤怠管理のICT化	09
10	スマートフォン等からの電子カルテ閲覧及び入力システム	10
11	患者向け説明動画（入院前、術前）	11
12	電子カルテ等情報の視覚化・構造化システム	12
13	クリニカルパス分析システム	13
14	電子問診・AI問診システム	14
15	生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム	15
16	医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）	16
17	その他	17
18	ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は特にしていない	18
19	ICTを活用していない	19

《 25-2で **「18 ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は特にしていない」または、「19 ICTを活用していない」を選択した場合**にご回答ください。》

25-3　「ICTを活用していない」または「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組は特にしていない」理由についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	ICTの導入にコストがかかるから	01
02	ICTの維持・管理にコストがかかるから	02
03	ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから	03
04	ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から	04
05	現場のオペレーションを変更する事務的負担が大きいから	05
06	現場の賛同が得られないから	06
07	故障時などに現場が混乱することを避けたいから	07
08	その他	08

25-4　看護師の記録に関する負担軽減の取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	バイタルサイン等の測定機器からの自動入力	01
02	必要性が低下した書類の廃止	02
03	書類の記載項目の簡素化	03
04	看護補助者等による下書きの作成	04
05	電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化	05
06	電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記	06
07	文書作成補助システムの活用	07
08	その他	08
09	特になし	09

25-5　他医療機関（訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等）との情報共有・連携を行うための、ICT（情報通信技術）活用についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

				《回答欄》
1	ICTを活用している	**2**	ICTは活用していない	

《 25-5で **「1 ICTを活用している」を選択した場合**にご回答ください。》

25-6　活用しているICTについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	メール	01
02	電子掲示板	02
03	グループチャット	03
04	ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）	04
05	専用アプリ	05
06	地域医療情報連携ネットワーク※1	06
07	自院を中心とした専用の情報連携システム	07
08	他院を中心とした専用の情報連携システム	08
09	電子処方箋管理サービス	09
10	オンライン資格確認システム（薬剤情報・健診情報等）	10
11	その他	11

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

《 25-5で **「2　ICTは活用していない」を選択した場合**にご回答ください。》

25-7　ICTを活用していない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	ICTの導入にコストがかかるから	01
02	ICTの維持・管理にコストがかかるから	02
03	ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから	03
04	ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から	04
05	現場のオペレーションを変更する負担が大きいから	05
06	故障時などに現場が混乱することを避けたいから	06
07	その他	07

問26　医師の働き方改革に関する取組等についてお伺いします。

26-1　各区分※1に該当する医師の人数についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当水準の医師がいない場合は**「0」**）

01 A水準		人	**05** C-２水準		人
02 連携B水準		人	**06** 一般則・裁量労働制		人
03 B水準		人	**07** その他		人
04 C-１水準		人			

※１　A水準＝原則、すべての医療機関の水準。時間外・休日労働時間の上限は原則、年960時間/月100時間。
連携B水準＝医師の派遣を通じて地域医療を確保するために必要な役割を持つ特定の医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/ 月100時間。（個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下）
B水準＝三次救急や救急搬送の多い二次救急指定病院、がん拠点病院などの水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。
C-1水準＝初期研修医、専門医取得を目指す専攻医を雇用している医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。
C-2水準＝特定高度技能獲得を目指す医籍登録後の臨床従事６年目以降の医師を雇用する医療機関の水準。時間外・休日労働の上限は原則、年1,860時間/月100時間。
一般則・裁量労働制＝「01～05」の水準が適用されない医師（産業医や血液センター等の勤務医、大学病院における教授研究の業務等に従事する専門業務型裁量労働制の医師等）。時間外・休日労働の上限は、原則年360時間／例外年720時間。
その他＝労働時間等に関する規定の適用除外である、いわゆる管理監督者

問27　医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

27-1　貴院の自施設における医師の労働時間の把握方法として該当するものをご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 ICカード・タイムカード	01	
02 上司等第三者の確認	02	
03 自己申告に基づき把握	03	
04 ICタグやビーコン、アプリ等の測位技術を用いた自動的な打刻	04	
05 把握していない	05	
06 その他	06	

27-2　常勤医師について、他施設での勤務状況の把握についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 把握している　　**2** 把握していない

《 27-2で 「**1 把握している**」**を選択した場合**にご回答ください。》

27-3　他施設での勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 他施設での勤務時間	01	
02 他施設での当直日程	02	
03 その他	03	

27-4　医師の労働時間以外の勤務状況のうち把握している項目についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	年次有給休暇取得率	01
02	育児休業の取得率	02
03	介護休業の取得率	03
04	代休取得率	04
05	連続勤務	05
06	勤務間インターバル	06
07	代償休息	07
08	その他	08
09	把握していない	09

27-5　医師の負担軽減策に関する医療勤務環境改善支援センターへの相談の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 既に相談した
2 今後相談する予定
3 相談していない（相談の予定なし）

27-6　多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議の開催の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 開催している
2 開催していない

27-7　以下の項目の中で、取組実績のあるものについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	タスク・シフト/シェア	01
02	複数主治医制の導入	02
03	交代勤務制等への勤務形態の変更	03
04	患者・家族への説明の時間内実施	04
05	院内会議等の削減・効率化	05
06	オンコール等による宿日直の削減	06
07	自己研鑽の明確化	07
08	ICT・AI・IOT等の活用	08
09	その他	09
10	特になし	10

問28　看護職員の業務負担の軽減に係る取組についてお伺いします。

28-1　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているものをご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	業務量の調整（時間外労働が発生しないような業務量の調整）	01
02	他職種との業務分担（タスク・シフト/シェア）	02
03	看護補助者の配置・増員	03
04	短時間正規雇用の看護職員の活用	04
05	多様な勤務形態の導入	05
06	妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	06
07	夜勤負担の軽減	07
08	ICT・AI・IoT等の活用	08
09	その他	09
10	特になし	10

《 28-1で **「03 看護補助者の配置・増員」を選択した場合**にご回答ください。》

28-2　看護補助者の配置・増員について行った具体的な内容をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	主として直接ケアを行う看護補助者の新たな配置	01
02	主として直接ケアを行う看護補助者の増員	02
03	主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置	03
04	主として事務的作業を行う看護補助者の増員	04
05	夜間の看護補助者の新たな配置	05
06	夜間の看護補助者の増員	06
07	その他	07
08	特になし	08

《 28-1で **「06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」を選択した場合**にご回答ください。》

28-3　具体的な配慮についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	院内保育所	01
02	夜間保育の実施	02
03	夜勤の減免措置	03
04	休日勤務の制限制度	04
05	半日・時間単位休暇制度	05
06	所定労働時間の短縮	06
07	他部署等への配置転換	07
08	急な欠勤の際の応援体制	08
09	その他	09

■28-4は、**以下の加算を算定している施設**のみご回答ください。

- 夜間看護加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12、13）
- 看護補助加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注９、10）
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助体制加算
- 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注３）
- 看護補助者配置加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注４、５）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注８）
- 看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注９）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括医療病棟入院料の注10）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注４）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注４）

28-4　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	達成が困難である	**4**	ほぼ達成可能である
2	達成はやや困難である	**5**	評価時期に達していない
3	概ね達成可能である		

《 28-4で **「1 達成が困難である」または「2 達成はやや困難である」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

28-5　達成が困難である項目についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	業務量の調整	01
02	看護職員と他職種との業務分担	02
03	看護補助者の配置・増員	03
04	短時間正規雇用の看護職員の活用	04
05	多様な勤務形態の導入	05
06	妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	06
07	夜勤負担の軽減	07
08	夜勤に係る配慮	08
09	その他	09

問29　各診療報酬項目の施設基準の届出状況等についてお伺いします。

＊ 29-1　地域医療体制確保加算の届出有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	地域医療体制確保加算１を届け出ている	**3**	地域医療体制確保加算を届け出ていない
2	地域医療体制確保加算２を届け出ている		

＊ 29-2　小児・周産期医療における貴院の持つ機能についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	救急搬送受入れ件数が年間1,000件以上	**05**	総合周産期特定集中治療室管理料を届け出ている
02	ハイリスク分娩等管理加算を届け出ている	**06**	総合周産期母子医療センター
03	小児特定集中治療室管理料を届け出ている	**07**	地域周産期母子医療センター
04	新生児特定集中治療室管理料を届け出ている	**08**	**01～07**のいずれにも該当しない

《 29-1で **「3 地域医療体制確保加算を届け出ていない」を選択しており、かつ、救急医療の実績などを有する場合**※1にご回答ください。》

29-3　地域医療体制確保加算の施設基準として、満たすことが困難な要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	病院勤務医の負担軽減・処遇改善のため、勤務医の勤務状況把握とその改善の必要性等を提言するための責任者配置	01	
02	病院勤務医の勤務時間及び当直を含む夜間の勤務状況把握	02	
03	院内に多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること	03	
04	B水準・連携B水準の医師の１年間の時間外・休日労働時間を令和８年度において1,635時間以下、令和９年度において1,560時間以下とすること	04	
05	病院勤務医の負担軽減・処遇改善に関する取組事項を院内掲示等の方法で公表すること	05	
06	医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること	06	

※１　以下のいずれかを満たしていること。
ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000 件以上であり、かつ、「Ａ２３７」ハイリスク分娩等管理加算（ハイ リスク分娩管理加算に限る。）若しくは「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料又は「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料若しくは「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年３月31日医政地 発0331第３号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

＊ 《 29-1で **「2 地域医療体制確保加算２を届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-4　地域医療体制確保加算２において処遇等に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）について、特定している診療科をご回答下さい。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	消化器外科	01	
02	心臓血管外科	02	
03	小児外科	03	
04	循環器内科	04	
05	外科系診療科全体（**01～03**を含む場合であって、**01～03**を他の外科系診療科と区別することが困難な場合）	05	

＊ 29-5　休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出状況についてお伺いします。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１を届け出ている	01
02	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１を届け出ている	02
03	**01**と**02**のいずれも届け出ていない	03

＊ 《 29-5で **「03 01と02のいずれも届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-6　施設基準として、満たすことが困難な要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している	01
02	第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること	02
03	災害拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること	03
04	基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること	04
05	年間の緊急入院患者数が200名以上	05
06	全身麻酔による手術の件数が年間800件以上	06
07	静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制を確保していること	07
08	届出を行う全ての診療科において予定手術前日において医師が当直等を実施した日数が各医師について年間４日以内であること	08
09	届出を行う全ての診療科において２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数が各医師について年間４回以内であること	09
10	届出を行う全ての診療科において医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給を行っていること	10
11	届出を行う全ての診療科において交代勤務制もしくはチーム制を導入し、実施事項を満たしていること	11
12	その他	12

＊ 29-7　外科医療確保特別加算の届出状況についてお伺いします。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
1	外科医療確保特別加算を届け出ている	
2	外科医療確保特別加算を届け出ていない	

＊《 29-7で **「2 外科医療確保特別加算を届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-8　施設基準として、満たすことが困難な要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること	01
02	医科点数表第２章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施していること	02
03	当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること ア 当該診療科の経験を５年以上有する常勤の医師が６名以上配置されていること イ チーム制又は交代勤務制を導入していること ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するよう配慮していること	03
04	他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること ア 地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること イ 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること	04
05	外科医療確保特別加算を算定する診療科の専門研修体制が整備されていること	05
06	外科医療確保特別加算を算定する診療科は、地域医療体制確保加算２において処遇等に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）であること	06
07	当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給（その８割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること	07

＊《 29-7で **「1 外科医療確保特別加算を届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-9　外科医療確保特別加算の施設基準（８）※1についてお伺いします。特定診療科の医師に支給している手当について、加算額の何%を支給しているかご回答ください。
（令和８年８月～10月３か月）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	30%以上40%未満	**4**	60%以上70%未満	**7**	90%以上100%未満
2	40%以上50%未満	**5**	70%以上80%未満	**8**	100%
3	50%以上60%未満	**6**	80%以上90%未満		

※１　当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の30以上に相当する額を総額とする手当を当該診療科の医師に支給していること。

29-10　医師事務作業補助体制加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	医師事務作業補助体制加算１を届け出ている	**3**	医師事務作業補助体制加算を届け出ていない（29-22へ）
2	医師事務作業補助体制加算２を届け出ている		

＊■ 29-11～ 29-21は、 29-10にて　**「1 医師事務作業補助体制加算１を届け出ている」または「2　医師事務作業補助体制加算２を届け出ている」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。

＊ 29-11　「医師事務作業補助体制加算の施設基準通知２（１）ア」について、導入しているものをご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム	01
02	医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）	02
03	医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）	03
04	入退院時の説明、検査・処置等に関する10種類以上の患者向け説明動画	04

＊《 29-11で **「01 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム 」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-12 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システムの使用についてご回答ください。（最も近いと思う番号１つを右欄に記載）

01 医師又は医師事務作業補助者のうち使用する人の割合					《回答欄》
1 大半	**2** 過半数	**3** 一部			01
02 使用頻度					
1 ほぼ毎日	**2** 毎週	**3** 月に１～２回	**4** ほとんど使用していない		02

＊《 29-11で **「02 医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-13 医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く）の使用についてご回答ください。（最も近いと思う番号１つを右欄に記載）

01 医師又は医師事務作業補助者のうち使用する人の割合					《回答欄》
1 大半	**2** 過半数	**3** 一部			01
02 使用頻度					
1 ほぼ毎日	**2** 毎週	**3** 月に１～２回	**4** ほとんど使用していない		02

＊《 29-11で **「03 医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-14 導入している「医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）」の業務の種類数をご回答ください。（令和８年11月１日時点） 種類

＊《 29-11で **「04 入退院時の説明、検査・処置等に関する10種類以上の患者向け説明動画」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-15 「入退院時の説明、検査・処置等に関する患者向け説明動画」の１日当たりにおおよそどのくらい使用しているかをご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）

01 一般病床	回/日
02 療養病床、精神病床	回/日
03 外来	回/日

＊ 29-16 29-11で導入していると選択したものについて、現場の医師として負担軽減感をご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載、導入していない場合は「空欄」）

01 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム					《回答欄》
1 改善した	**2** やや改善した	**3** 変わらない	**4** やや悪化した	**5** 悪化した	01
02 医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）					
1 改善した	**2** やや改善した	**3** 変わらない	**4** やや悪化した	**5** 悪化した	02
03 医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）					
1 改善した	**2** やや改善した	**3** 変わらない	**4** やや悪化した	**5** 悪化した	03
04 入退院時の説明、検査・処置等に関する10種類以上の患者向け説明動画					
1 改善した	**2** やや改善した	**3** 変わらない	**4** やや悪化した	**5** 悪化した	04

＊ 29-17 医師事務作業補助体制加算の施設基準通知２（１）による人員配置基準の算入方法についてお伺いします医師事務作業補助者１名当たり何名として算入しているかご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

1 １名（施設基準通知２（１）は活用していない）	**2** 1.2名	**3** 1.3名	《回答欄》

＊《 29-17で　**「１　１名（施設基準通知２（１）は活用していない）」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-18　医師事務作業補助体制加算の施設基準通知２（１）を活用していない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	生成ＡＩを活用した文書作成補助システム等を導入することが技術的に困難なため	01
02	生成ＡＩを活用した文書作成補助システム等の導入及び維持に係る費用負担が大きいため	02
03	全ての医師事務作業補助者に対し、当該ＩＣＴ機器の操作方法及び生成ＡＩの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ＩＣＴ機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備することが困難なため	03
04	医師事務作業補助者の数が充足しており、施設基準通知２（１）を活用する必要がないため	04
05	配置基準の緩和によって、配置する職員１人当たりの業務負荷が増えると思うため	05
06	その他	06

＊ 29-19　令和７年11月１日時点及び令和８年11月１日時点の医師事務作業補助者の配置人数を配置場所別にご回答ください。（該当者がいない場合は**「０」**）
（問29-17で回答した算入方法を適用した上での人数をご回答ください。）

		a　令和７年11月１日	**b**　令和８年11月１日
01 一般病棟	**ア**　常勤換算分を除く配置人数※１	人	人
	イ　常勤換算による配置人数※２	人	人
02 精神病棟	**ア**　常勤換算分を除く配置人数※１	人	人
	イ　常勤換算による配置人数※２	人	人
03 療養病棟	**ア**　常勤換算分を除く配置人数※１	人	人
	イ　常勤換算による配置人数※２	人	人
04 外来	**ア**　常勤換算分を除く配置人数※１	人	人
	イ　常勤換算による配置人数※２	人	人
05 その他医局等	**ア**　常勤換算分を除く配置人数※１	人	人
	イ　常勤換算による配置人数※２	人	人

※１，２　それぞれ以下のとおり求めた数に、問29-17で回答した算入方法の数を乗じた数を、回答欄に記入ください。

※１　雇用形態を問わず（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）、週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週31時間以上である者（正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項、同法第23条の３又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上である者）を１名と数える。

※２　貴院で定められた常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第１位まで（小数点第２位以下切り捨て）を求める。

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

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

29-20　医師事務作業補助者用の人事考課の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

29-21　医師事務作業補助者の効果についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	医師の残業時間短縮	01
02	診療に専念できることによる医療の質の向上	02
03	外来における患者の待ち時間の短縮	03
04	患者満足度の向上	04
05	その他	05

＊ 《 29-10にて、**「3 医師事務作業補助体制加算を届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 29-22　医師事務作業補助体制加算において、貴院で満たすことが難しい施設基準をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること	01
02	「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年３月21日医政発0321第２号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年５月 16日医政発第 529 号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること	02
03	「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であること	03
04	年間の全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること	04
05	年間の緊急入院患者数が50名以上の実績を有する保険医療機関であること	05
06	医師事務作業補助者を病床数に応じ配置すること	06
07	当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること	07
08	特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること	08
09	当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること	09
10	医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること	10
11	保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと	11
12	医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「２ 役割分担の具体例（１)医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 １)書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること	12

問30　診療科毎の処遇についてお伺いします。

30-1　医師が不足している診療科における医師の給与についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 基本給を変えている	01	
02 賞与を変えている	02	
03 手当等をつけている	03	
04 変えていない	04	
05 その他	05	
06 医師が不足している診療科がない	06	

《 30-1で **「03 手当等をつけている」を選択した場合**にご回答ください。》

30-2　手術を行う診療科への手当や、手術に関する手当をつける仕組みについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 所定労働時間内外（時間外労働での勤務）を問わずあり　　**3** なし

2 所定労働時間外のみあり

《 30-2で **「1 所定労働時間内外（時間外労働での勤務）を問わずあり」または「2 所定労働時間外のみあり」いずれかを選択した場合**にご回答ください。》

30-3　手当が支払われた医師における月当たりの平均的な手当の金額についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 １万円未満　　**3** ５～10万円

2 １～５万円　　**4** 10万円以上

問31　非常勤職員についてお伺いします。

31-1　非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無について
ご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

			《回答欄》
01 医師	**1** あり	**2** なし	01
02 看護師	**1** あり	**2** なし	02
03 薬剤師	**1** あり	**2** なし	03
04 理学療法士	**1** あり	**2** なし	04
05 作業療法士	**1** あり	**2** なし	05
06 その他	**1** あり	**2** なし	06

《 31-1の **「01」～「06」のいずれかで 「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

31-2　該当する診療報酬の項目についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

	《回答欄》
01 緩和ケア診療加算	01
02 外来緩和ケア管理料	02
03 依存症入院医療管理加算	03
04 摂食障害入院医療管理加算	04
05 栄養サポートチーム加算	05
06 感染対策向上加算	06
07 ハイリスク分娩等管理加算	07
08 病棟薬剤業務実施加算	08
09 入退院支援加算	09
10 認知症ケア加算	10
11 小児入院医療管理料	11
12 小児緩和ケア診療加算	12
13 時間外対応加算	13
14 その他	14

《 31-1で **「01」～「06」のいずれかで 「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

31-3　非常勤職員の配置を行ったことによる影響についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するものに◎、該当するものに○）

	《回答欄》
01 常勤職員の負担が軽減された	01
02 非常勤職員を雇用しやすくなった	02
03 非常勤職員を活用できる場が増えた	03
04 医師の責任の所在があいまいになった	04
05 非常勤医師間の連携不足により患者の診療や病棟業務等に支障が出た	05
06 非常勤医師と看護師等の他職種との連携不足による患者の診療や病棟業務等に支障が出た	06
07 患者から不満等が出た	07
08 その他	08
09 特になし	09

31-4　常勤配置や専従配置について、要件の緩和を希望する診療報酬項目があれば、
当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。

01 常勤配置	
02 専従配置	

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

◆その他のご意見

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

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和８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。

B- 1

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票　（B）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

施設名		施設ＩＤ	

問1　貴院の入院基本料の病棟の状況等についてお伺いします。

1-1　「地域包括医療病棟入院料」「地域包括ケア病棟入院料」「地域包括ケア入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」「緩和ケア病棟入院料」のいずれかを算定する病棟の場合に、該当病棟についてご回答ください。（算定していない入院料の欄は**「空欄」**）

		ア 地域包括医療病棟入院料	イ 地域包括ケア病棟入院料	ウ 地域包括ケア入院医療管理料
01 入院患者数	**a** 令和８年11月１日時点	人	人	人
02 新入棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人
03 新退棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人
04 在院延べ患者数	**a** 令和７年８～10月	延べ　人	延べ　人	延べ　人
	b 令和８年８～10月	延べ　人	延べ　人	延べ　人
05 在宅復帰率※1	**a** 令和７年８～10月	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%
06 平均在院日数	**a** 令和７年８～10月	日	日	日
	b 令和８年８～10月	日	日	日
07 病床利用率※2	**a** 令和７年８～10月	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%

※1　「在宅復帰率」＝A÷B ：

ア
A．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設・介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅰ）のみの届出施設）・介護医療院、回復期リハ病棟（自院・他院）、有床診療所入院基本料の算定病床（介護サービス提供施設）（他院）へ退院した患者（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を行った患者、再入院患者、死亡退院患者、別の入院料（回リハ病棟・病室を除く）への転棟患者を除く）×100
B．該当する病棟から、退棟した患者（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を行った患者、再入院患者、死亡退院患者を除く）

イ・ウ
A．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設、介護医療院、有床診療所入院基本料算定病床（介護サービス提供施設）（他院）、在宅機能強化型の介護老人保健施設（5割を控除）へ退院した患者（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・ 検査を行った患者、再入院患者、死亡退院患者、別の入院料への転棟患者を除く）×100
B．該当する病棟から、退棟した患者（短期滞在手術等基本料算定患者、短期滞在手術等基本料１に規定する手術・検査を行った患者、再入院患者、死亡退院患者を除く）

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

1-1のつづき

		エ 回復期リハビリテーション病棟入院料	オ 緩和ケア病棟入院料
01 入院患者数	**a** 令和８年11月１日時点	人	人
02 新入棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人
03 新退棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人
04 在院延べ患者数	**a** 令和７年８～10月	延べ 人	延べ 人
	b 令和８年８～10月	延べ 人	延べ 人
05 在宅復帰率※１	**a** 令和７年８～10月	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%
06 平均在院日数	**a** 令和７年８～10月	日	日
	b 令和８年８～10月	日	日
07 病床利用率※２	**a** 令和７年８～10月	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%

※１　「在宅復帰率」＝Ａ÷Ｂ ：

エ
Ａ．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設、介護医療院、有床診療所入院基本料算定病床（介護サービス提供施設）（他院）へ退院した患者（再入院患者、死亡退院患者、介護老人保健施設に入所する患者を除く）×100
Ｂ．該当する病棟から退棟した患者（再入院患者、死亡退院患者、自院・他院の一般病棟への転棟転院患者を除く）

オ
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）、療養病棟、有床診療所へ退院した患者（死亡退院、転棟患者（自院）・再入院患者、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者を除く）×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、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者を除く）

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

問2　医療保険届出病床数についてお伺いします。

2-1　医療保険届出病床の令和８年11月１日時点の届出数と令和９年６月以降の届出予定数をご回答ください。

（該当のない場合は**「空欄」**）

	a 令和８年11月１日時点	b 令和９年６月以降
01 急性期病院A一般入院料	床	床
02 急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算２の届出あり）	床	床
03 **02**のうち、看護職員のみ	床	床
04 急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算２の届出なし）	床	床
05 急性期一般入院料１	床	床
06 急性期一般入院料２	床	床
07 急性期一般入院料３	床	床
08 急性期一般入院料４（看護・多職種協働加算１の届出あり）	床	床
09 **08**のうち、看護職員のみ	床	床
10 急性期一般入院料４（看護・多職種協働加算１の届出なし）	床	床
11 急性期一般入院料５	床	床
12 急性期一般入院料６	床	床
13 地域一般入院基本料	床	床
14 回復期リハビリテーション病棟入院料１	床	床
15 回復期リハビリテーション病棟入院料２	床	床
16 回復期リハビリテーション病棟入院料３	床	床
17 回復期リハビリテーション病棟入院料４	床	床
18 回復期リハビリテーション病棟入院料５	床	床
19 地域包括医療病棟入院料１	床	床
20 地域包括医療病棟入院料２	床	床
21 地域包括ケア病棟入院料１	床	床
22 地域包括ケア入院医療管理料１の病室	床	床
23 地域包括ケア病棟入院料２	床	床
24 地域包括ケア入院医療管理料２の病室	床	床
25 地域包括ケア病棟入院料３	床	床
26 地域包括ケア入院医療管理料３の病室	床	床
27 地域包括ケア病棟入院料４	床	床
28 地域包括ケア入院医療管理料４の病室	床	床
29 療養病棟入院基本料	床	床
30 介護保険施設	床	床
31 緩和ケア病棟入院料	床	床
32 障害者施設等入院基本料	床	床
33 **01**～**32**以外の病棟・病室	床	床
34 未定		床
35 休床	床	床

問3　貴院の介護保険施設等との連携体制についてお伺いします。

3-1　以下の選択肢の内容について、実施できる体制を有しているかどうかご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	介護保険施設等からの電話等による相談に対して、医師又は看護師が常時対応する	01
02	介護保険施設等に入所する者について、当該患者又はその看護に当たっている者から診療を求められた場合に常時診療を行う	02
03	やむを得ない理由により上記診療の実施が難しい場合のオンライン診療による対応を行う	03
04	介護保険施設等に入所する者について、診療又はオンライン診療を実施した際に入院の必要性を認めた場合に、当該入所者の入院を原則として受け入れる	04
05	実施できる体制を有していない	05

《 3-1で、**「01」、「02」、「03」もしくは「04」のいずれかが○の場合**にご回答ください。》

3-2　上記選択肢の対応について、貴院と介護保険施設等であらかじめ取決めを行うなどして、
連携している当該介護保険施設等の数をご回答ください。
（連携している施設がない欄は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 介護医療院	**a**	貴法人・関連法人の施設	施設
	b	上記以外の施設	施設
02 介護老人保健施設	**a**	貴法人・関連法人の施設	施設
	b	上記以外の施設	施設
03 特別養護老人ホーム	**a**	貴法人・関連法人の施設	施設
	b	上記以外の施設	施設
04 有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム又はサービス付き高齢者住宅	**a**	貴法人・関連法人の施設	施設
	b	上記以外の施設	施設
05 認知症高齢者グループホーム	**a**	貴法人・関連法人の施設	施設
	b	上記以外の施設	施設
06 障害者支援施設	**a**	貴法人・関連法人の施設	施設
	b	上記以外の施設	施設

■ 問4は、**令和８年11月１日時点で、「地域包括医療病棟入院料」、「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」のいずれかを届け出ている場合**にご回答ください。

問4　包括期充実体制加算についてお伺いします。

＊ 4-1　包括期充実体制加算の届出の有無についてご回答ください
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

				《回答欄》
1	届け出ている	**2**	届け出ていない	

《 4-2は、4-1にて　**「2 届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 4-2　包括期充実体制加算の届出にあたり、基準を満たすことが困難な項目についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	許可病床数が200床（人口の少ない地域に所在する場合は280床）未満であること	01
02	「Ａ１００」のうち急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院であること	02
03	協力対象施設入所者入院加算、入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること	03
04	施設後方支援の体制を有していること	04
05	後方支援の実績を満たすこと	05
06	救急医療の実績を満たすこと	06
07	入退院支援の実績を満たすこと	07
08	その他	08

■ 問5は、 貴院が**「地域包括医療病棟入院料」を届け出ていない場合**にご回答ください。

問5　地域包括医療病棟について、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。

5-1　地域包括医療病棟入院料について、令和９年６月以降の届出意向についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届出を検討中	**2**	届出を検討したものの届け出ない	**3**	届出を検討していない	**4**	わからない

《 5-1で　**「1 届出を検討中」または「2 届出を検討したものの届け出ない」いずれかを選択した場合**にご回答ください。》

5-2　地域包括医療病棟入院料の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	看護職員の配置	01
02	常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	02
03	専任の常勤の管理栄養士の配置	03
04	当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が７%未満（85歳以上の患者の割合が２割未満の場合には５%）であること	04
05	退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催	05
06	二次救急医療機関又は救急告示病院であること	06
07	常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること	07
08	重症度、医療・看護必要度の基準①の該当患者割合※1＋救急搬送応需係数が19%以上（必要度Ⅰ）もしくは18%以上（必要度Ⅱ）を満たすこと	08
09	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること	09
10	平均在院日数が20日以内（85歳以上の患者の割合が２割以上なら21日、４割以上なら22日、６割以上なら23日）	10
11	退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること	11
12	入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること	12
13	入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が１割５分以上であること	13
14	データ提出加算及び入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること	14
15	脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること	15
16	休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること	16
17	経営の安定性を見込めない	17
18	その他	18

※１　【基準】以下のいずれかに該当する患者の割合
- Ａ得点が２点以上の患者
- 手術等の医学的状況に係る得点（Ｃ得点）が１点以上の患者

■ 問6は、 **令和８年11月１日時点で、「地域包括医療病棟入院料」を届け出ている場合**にご回答ください。

問6　地域包括医療病棟の状況等についてお伺いします。

＊ 6-1　地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	職員のモチベーションが向上すると考えたため	01
02	職員の負担軽減につながると考えたため	02
03	DPC対象病院の基準である、調査期間１月あたりのデータ数90以上を満たすことが困難なため	03
04	軽症・中等症の患者が増加（重症患者が減少）しており、ニーズに沿った対応ができるため	04
05	高齢者の救急搬送が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため	05
06	ADLの維持・向上が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため	06
07	栄養管理が必要な患者が増加しており、ニーズに沿った対応ができるため	07
08	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と考えたため	08
09	急性期一般入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難であり、地域包括医療病棟の基準であれば満たすことが可能であったため	09
10	退院支援の実施が無理なくできると考えたため	10
11	高齢者の早期在宅復帰につながると考えたため	11
12	経営が安定すると考えたため	12
13	地域で求められる役割を果たすために病院単位で機能転換を行ったため	13
14	その他	14

＊ 6-2　地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、どのように感じているかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	経営が安定してきていると感じる	01
02	職員のモチベーションが向上していると感じる	02
03	職員の負担軽減につながっていると感じる	03
04	高齢者救急の受け入れが進んだと感じる	04
05	リハビリテーション、栄養、口腔管理が進んだと感じる	05
06	実際の患者の状態に、より即した入院料等であると感じる	06
07	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ていると感じる	07
08	退院支援の実施が無理なくできていると感じる	08
09	高齢者の早期在宅復帰に貢献していると感じる	09
10	届出を維持するのが困難だと感じる	10
11	その他	11

《 6-2で　**「10 届出を維持するのが困難だと感じる」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 6-3　届出を維持するのが困難だと感じる要件や理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	看護職員の配置	01
02	常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	02
03	専任の常勤の管理栄養士の配置	03
04	当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が７%未満（85歳以上の患者の割合が２割未満の場合には５%）であること	04
05	退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催	05
06	二次救急医療機関又は救急告示病院であること	06
07	常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること	07
08	患者割合指数（該当患者割合+救急患者応需係数）が19%以上（必要度Ⅰ）もしくは18%以上（必要度Ⅱ）を満たすこと	08
09	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、Ａ得点が２点以上の患者の割合	09
10	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、手術等の医学的状況に係る得点（Ｃ得点）が１点以上の患者の割合	10
11	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること	11
12	平均在院日数が20日以内（85歳以上の患者の割合が２割以上なら21日、４割以上なら22日、６割以上なら23日）	12
13	退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること	13
14	入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること	14
15	入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が１割５分以上であること	15
16	データ提出加算及び入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること	16
17	脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること	17
18	休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること	18
19	急性期病院Ａ一般入院料又は急性期病院Ｂ一般入院料の届出を検討しており、今後地域包括医療病棟入院料を取り下げる可能性があるため	19
20	経営の安定性を見込めない	20
21	その他	21

＊ 6-4　地域包括医療病棟入院料における救急患者応需係数をご回答ください。
（小数点第２位を四捨五入した値）（令和７年４月～令和８年３月１２か月）　　%

■ 問7～ 問9については、 **令和８年11月１日時点で、「地域包括ケア病棟入院料」または「地域包括ケア入院医療管理料」のいずれかを届け出ている場合**にご回答ください。

問7　地域包括ケア病棟・病室の状況等についてお伺いします。

7-1　現在「地域包括ケア入院医療管理料」を届け出ている病室について、改定前（令和８年５月31日時点）と現在の状況（令和８年11月１日時点）についてご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）

		a 病室数		b 医療保険届出病床数	
01	地域包括ケア病室（令和８年５月31日時点）		室		床
02	地域包括ケア病室（令和８年11月１日時点）		室		床

7-2　地域包括ケア病棟入院料または、地域包括ケア入院医療管理料の届出を行った理由についてご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	地域包括ケア病棟・病室にすることで、経営が安定するため	01
02	地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員のモチベーションが向上するため	02
03	地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員の負担軽減につながるため	03
04	地域包括ケア病棟・病室にすることで、よりニーズに合った医療を提供できるため	04
05	実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されたため	05
06	他の入院料の病棟と組み合わせることで、患者の状態に即した医療を提供できるため	06
07	急性期一般病棟を維持するためには一部を地域包括ケア病棟・病室に転換する必要があったため	07
08	地域包括ケア病棟・病室の重症度，医療・看護必要度の基準であれば満たすことが可能であるため	08
09	退院支援の実施が無理なくできるため	09
10	施設基準に平均在院日数の要件がないため	10
11	地域医療構想調整会議の結果を受けたため	11
12	その他	12

7-3　地域包括ケア病棟・病室の利用に係る目的についてご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

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

7-4　地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況についてご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）

01	当該病棟の入院患者**延べ**数		人
02	自宅等から入棟した患者数		人
03	自宅等からの緊急患者の受入れ数		人
04	介護保険施設から入棟した患者数		人
05	介護保険施設からの緊急患者の受入れ数		人
06	自院の一般病床からの転棟患者数		人

■ 問8は、 **在宅医療等の提供がある場合**にご回答ください。

問8　貴院の在宅医療等の提供状況についてお伺いします。

＊ 8-1　在宅医療等の提供対象者の実患者数をご回答ください。
（該当しない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）

01	貴院へ入院歴のある患者		人
02	貴院へ外来通院歴のある患者		人
03	貴院へ入院歴・外来通院歴のなかった地域住民		人
04	その他		人

8-2　在宅医療等の提供状況についてご回答ください。
（貴院に提供体制自体がない場合は**「空欄」**・期間内に算定していない場合は**「0」**）
（令和８年８月～10月３か月）

01	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数		回
02	病院からの訪問看護等の提供実績		
a	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数		回
b	退院後訪問指導料の算定回数		回
c	介護保険法に規定する訪問看護費「ロ」及び介護予防訪問看護費「ロ」の算定回数 ※指定訪問看護ステーションの場合のみ計上してください。		回
03	同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションによる訪問看護の提供実績		
a	訪問看護基本療養費の算定回数		回
b	精神科訪問看護基本療養費の算定回数		回
c	介護保険法に規定する訪問看護費「イ」及び介護予防訪問看護費「イ」の算定回数 ※指定訪問看護ステーションの場合のみ計上してください		回
d	包括型訪問看護療養費の算定回数		回
04	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数		回
05	同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業者による介護保険法に規定する訪問介護、(介護予防)訪問リハビリテーションの提供実績		
a	介護保険法に規定する訪問介護費の算定回数		回
b	介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数		回
06	退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１の算定回数		
a	退院時共同指導料２の算定回数		回
b	外来在宅共同指導料１の算定回数		回
07	病院からの訪問栄養食事指導の提供実績		
a	在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数		回
b	介護保険法に規定する居宅療養管理指導費（管理栄養士が行う場合）の算定回数		回

問9　貴院の重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

9-1　届け出ている重症度、医療・看護必要度の種別をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 重症度、医療・看護必要度Ⅰ	**2** 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

9-2　「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者割合をご回答ください。
８～10月の間に評価票や基準の変更があった場合は、10月１か月の状況についてお答えください。
算出されていない場合は**「空欄」**としてください。（**「0」**を記載しないでください。）

	対象期間	基準を満たす患者割合
01 地域包括ケア病室	**a** 令和７年８月～10月	%
	b 令和８年８月～10月	%
02 地域包括ケア病棟	**a** 令和７年８月～10月	%
	b 令和８年８月～10月	%

■ 問10・問11は、**令和８年11月１日時点で、「地域包括医療病棟入院料」、「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」のいずれかを届け出ている場合**にご回答ください。

問10　看護職員及び看護補助者の体制に関する加算等についてお伺いします。

10-1　届け出ている入院料等加算についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 看護補助者配置加算		**06** 看護補助体制加算	
02 看護補助・患者ケア体制充実加算１		**07** 夜間看護体制加算	
03 看護補助・患者ケア体制充実加算２		**08** 夜間看護補助体制加算	
04 看護補助・患者ケア体制充実加算３		**09** 看護職員配置加算	
05 看護職員夜間配置加算		**10** いずれも届け出ていない	

《 10-1で **「02～04 （看護補助・患者ケア体制充実加算１～３）」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

10-2　「直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」について、以下の要件を満たしている人数をご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01	直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者（**02**～**05**の合計数）	人
02	**01**のうち、介護福祉士の資格を有しており、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（両方を満たす者）	人
03	**01**のうち、介護福祉士の資格を有している者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	人
04	**01**のうち、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	人
05	**01**のうち、**「02」「03」「04」**以外の者	人

《 10-1で **「01 看護補助者配置加算」を選択していない場合**に、ご回答ください。》

10-3　看護補助者配置加算を届け出ていない場合、その理由についてご回答ください。
（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 職員確保が困難なため

2 必要性がないため

3 看護補助者配置加算を届け出られる入院基本料を届け出ていないため

4 その他

《 10-1で **「05 看護職員夜間配置加算」を選択していない場合**に、ご回答ください。》

10-4　看護職員夜間配置加算を届け出ていない場合、その理由についてご回答ください。
（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	職員確保が困難なため	
2	必要性がないため	
3	看護職員夜間配置加算を届け出られる入院基本料を届け出ていないため	
4	その他	

問11　看護補助者の状況等についてお伺いします。

11-1　看護補助者の定着を促進するための取組をご回答ください。
(令和８年11月１日時点)（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	看護補助者業務マニュアルの整備	01
02	看護補助者への研修の充実	02
03	看護補助者のラダーの整備	03
04	看護補助者業務の拡大に向けた検討	04
05	看護補助者の勤務時間の整備	05
06	看護補助者の給与の見直し	06
07	看護師への教育・研修	07
08	看護管理者への教育・研修	08
09	人事評価の仕組みの導入	09
10	ベースアップ評価料を活用した賃上げ	10
11	その他	11
12	特になし	12

■ 問12は、**令和８年11月１日時点で、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を届け出ている場合**にご回答ください。

問12　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。

12-1　日本医療機能評価機構等が行う第三者の医療機能評価を受けていますか。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 受けている　　**2** 受けていない

12-2　入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価に関する実施状況についてご回答ください。
（令和８年10月１か月）　（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 FIMのみ使用　　**2** 日常生活機能評価のみ使用　　**3** 日常生活機能評価とFIMの併用

《 12-2で **「2 日常生活機能評価のみ使用」または「3 日常生活機能評価とFIMの併用」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

12-3　12-2で **「2 日常生活機能評価のみ使用」または「3 日常生活機能評価とFIMの併用」のいずれか**を選択した理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	FIMだと診療実績の施設基準を満たさないため	01
02	FIMを入院直後に評価していないため	02
03	FIMの評価でも良いことを知らなかったため	03
04	FIMを用いる院内運用が整っていないため	04
05	FIMだと患者の病態の評価に即していないため	05
06	FIMの評価方法が複雑なため	06
07	FIMの場合、評価者によって評価結果にばらつきが出やすいため	07
08	その他	08

12-4　１日あたりの重症者※1の状況についてご回答ください。（令和８年４月～９月６か月）
（日常生活機能評価とFIMを両方測定している場合は両方の割合をご回答ください。どちらか一方を使用している場合は使用している指標のみ割合をご回答下さい。）

01	新規入院患者のうち重症者の割合	**a**	日常生活機能評価	%
		b	FIM	%
02	退院した重症者のうち、日常生活機能評価が１点以上改善した重症者の割合又はFIMが４点以上改善した重症者の割合	**a**	日常生活機能評価	%
		b	FIM	%
03	退院した重症者のうち、日常生活機能評価が３点以上改善した重症者の割合又はFIMが12点以上改善した重症者の割合	**a**	日常生活機能評価	%
		b	FIM	%
04	退院した重症者のうち、日常生活機能評価が４点以上改善した重症者の割合又はFIMが16点以上改善した重症者の割合	**a**	日常生活機能評価	%
		b	FIM	%

※１　下記３点のうち、いずれかを満たす患者
・日常生活機能評価が10点以上又はFIMが21点以上55点以下に該当する患者
・高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）
・脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）

＊ 12-5　令和７年11月～令和８年10月の12か月間における受入人数をご回答ください。
（該当する受け入れがない場合は**「0」**）

01	脊髄損傷患者の受入人数	人
02	高次脳機能障害の患者の受入人数	人

12-6　市区町村などにリハビリテーション専門職を派遣できる体制を構築するなど、地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業への参加についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 参加している　　**2** 参加していない

《 12-7は、 12-6にて **「1 参加している」を選択した場合**にご回答ください。》

12-7　貴院として実施している又は関与している取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

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

＊ 《 12-8は、 12-6にて **「2 参加していない」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 12-8　地域支援事業への参加をしていない理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 該当する自治体において、地域支援事業を実施していない	01	
02 該当する自治体において地域支援事業を実施しているものの、既に他の施設等が関わっている	02	
03 該当する自治体において地域支援事業を実施しているものの、必要な人材の派遣等が難しい	03	
04 その他	04	

■ 問13は、 **緩和ケア病棟入院料以外を届け出ている場合**にご回答ください。

問13　経口摂取への移行支援の状況についてお伺いします。

＊ 13-1　入院時の栄養摂取の投与経路ごとの実患者数、および経口摂取への移行患者数をご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）

01 入院時に中心静脈栄養を実施していた実患者数		人
02 **「01 入院時に中心静脈栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取に移行した実患者数		人
03 **「01 入院時に中心静脈栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取と併用へ移行した実患者数		人
04 入院時に経腸栄養を実施していた実患者数		人
05 **「04 入院時に経腸栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取に移行した実患者数		人
06 **「04 入院時に経腸栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取と併用へ移行した実患者数		人

＊ ■13-2～13-4は、13-1にて **「02」または「05」のいずれかで１人以上と回答した場合（入院時に中心静脈栄養または経腸栄養を実施していた患者のうち、経口摂取へ移行した患者が１人以上の場合）**にご回答ください。

＊ 13-2　経口摂取へ移行した患者への支援に関与した職種をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 医師		01
02 看護師		02
03 管理栄養士		03
04 言語聴覚士		04
05 歯科医師		05
06 歯科衛生士		06
07 その他		07

＊ 13-3　経口摂取へ移行した患者に対して実施した評価をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 VE（嚥下内視鏡検査）		01
02 VF（嚥下造影検査）		02
03 摂食嚥下機能評価		03
04 栄養評価		04
05 その他		05

＊ 13-4　経口摂取への移行に要した期間の目安をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	２週間未満	**4**	３か月から６か月未満
2	２週間から１か月未満	**5**	６か月以上
3	１か月から３か月未満	**6**	ばらつきが大きく一概にいえない

問14　救急患者連携搬送料を算定する患者に関連する貴院の状況についてお伺いします。

＊ 14-1　救急患者連携搬送料２の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届け出ている	**2**	届け出ていない

■ 14-2～14-6は、14-1で　**「1　届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。

14-2　搬送元として連携する医療機関の数（救急体制別にそれぞれの数）をご回答ください。
（該当する医療機関がない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01	高度救命救急センター	施設
02	救命救急センター	施設
03	二次救急医療機関	施設

14-3　救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している	01
02	新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している	02
03	搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している	03
04	搬送元と患者情報を連携する際、ICTを活用している	04
05	空床状況の共有方法を協議している	05
06	夜間の搬送受入れについて、連携医療機関と協議している	06
07	搬送先で急変した場合の診療連携について協議している	07
08	事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している	08
09	その他	09

14-4　該当する患者数をご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月１か月）

01	14-2で連携している医療機関から搬送を受け入れた延べ患者数		人
02	**01**のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した延べ患者数		人

＊ 14-5　「 **救急患者連携搬送料２イ**」を算定した件数と同乗した職種ごとの出動件数をご回答ください。
（複数の職種が同乗した場合は、それぞれに計上してください。）
（該当しない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）

01	「 救急患者連携搬送料２イ」を算定した件数		件
02	**01**のうち、医師出動件数		件
03	**01**のうち、看護師出動件数		件
04	**01**のうち、救急救命士出動件数		件

＊ 14-6　「 **救急患者連携搬送料２ロ**」を算定する場合の搬送手段をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	搬送元の保険医療機関に属する緊急自動車	**03**	認定業者の患者等搬送用自動車等
02	搬送先の保険医療機関に属する自動車		

■ 問15は、**令和８年11月１日時点で、「緩和ケア病棟入院料１または２」を届け出ている場合**にご回答ください。

問15　緩和ケア病棟入院料１または２を算定している医療機関にお伺いします。

15-1　外部評価等についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

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

15-2　退院患者数（実人数）※1についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和７年11月～令和８年10月１2か月）

01	退院患者数（実人数）		人
02	**01**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**実**患者数		人
03	**01**のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く）への転棟**実**患者数		人
04	**01**のうち、死亡退院の**実**患者数		人
05	**01**のうち、上記以外の**実**患者数		人

※１　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別に計上してください。

《**令和８年11月１日時点で、緩和ケア病棟入院料２を届け出ている場合**に、ご回答ください。》

15-3　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。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
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、当該医師又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	01
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	02
03	直近１年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%未満であるため （イ）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 （ロ）同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（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 （ハ）死亡退院の患者	03
04	緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難	04
05	その他	05

■ 問16は、貴院が**「緩和ケア病棟入院料１または２」を届け出ていない場合**にご回答ください。

問16　緩和ケア病棟入院料１または２を算定していない医療機関にお伺いします。

16-1　緩和ケア病棟入院料を届け出ていない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	緩和ケアを担当する常勤の医師の配置が困難	01
02	看護師の配置が困難	02
03	末期の悪性腫瘍等の対象患者が少なく、１病棟を保てない	03
04	緩和ケアを必要とする患者はいるが、主病が末期心不全等であり、対象患者ではない	04
05	患者家族の控室、患者専用の台所等の病棟設備を整えることが困難	05
06	連携する保険医療機関に対して実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行うことが困難	06
07	他病棟の方が緩和ケアへの対応が行いやすいため	07
08	他サービスが充実しており、地域に緩和ケア病棟の需要がないため	08
09	他入院料の方が経営上のメリットがあるため	09
10	その他	10

問17　看護職員の業務負担の軽減に係る取組についてお伺いします。

17-1　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているものをご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	業務量の調整（時間外労働が発生しないような業務量の調整）	01
02	他職種との業務分担（タスク・シフト/シェア）	02
03	看護補助者の配置・増員	03
04	短時間正規雇用の看護職員の活用	04
05	多様な勤務形態の導入	05
06	妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	06
07	夜勤負担の軽減	07
08	ICT・AI・IoT等の活用	08
09	その他	09
10	特になし	10

《 17-1で **「03 看護補助者の配置・増員」を選択した場合**にご回答ください。》

17-2　看護補助者の配置・増員について行った具体的な内容をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	主として直接ケアを行う看護補助者の新たな配置	01
02	主として直接ケアを行う看護補助者の増員	02
03	主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置	03
04	主として事務的作業を行う看護補助者の増員	04
05	夜間の看護補助者の新たな配置	05
06	夜間の看護補助者の増員	06
07	その他	07
08	特になし	08

《 17-1で **「06 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」を選択した場合**にご回答ください。》

17-3　具体的な配慮についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	院内保育所	01
02	夜間保育の実施	02
03	夜勤の減免措置	03
04	休日勤務の制限制度	04
05	半日・時間単位休暇制度	05
06	所定労働時間の短縮	06
07	他部署等への配置転換	07
08	急な欠勤の際の応援体制	08
09	その他	09

■17-4は、**以下の加算を算定している施設**のみご回答ください。

- 夜間看護加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12、13）
- 看護補助加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注９、10）
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助体制加算
- 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注３）
- 看護補助者配置加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注４、５）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注８）
- 看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注９）
- 看護職員夜間配置加算（地域包括医療病棟入院料の注10）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注４）
- 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注４）

17-4　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	達成が困難である	**4**	ほぼ達成可能である
2	達成はやや困難である	**5**	評価時期に達していない
3	概ね達成可能である		

《 17-4で **「1 達成が困難である」または「2 達成はやや困難である」のいずれかを選択した場合**に
ご回答ください。》

17-5　達成が困難である項目についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	業務量の調整	01
02	看護職員と他職種との業務分担	02
03	看護補助者の配置・増員	03
04	短時間正規雇用の看護職員の活用	04
05	多様な勤務形態の導入	05
06	妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	06
07	夜勤負担の軽減	07
08	夜勤に係る配慮	08
09	その他	09

問18　各診療報酬項目の施設基準の届出状況等についてお伺いします。

18-1　医師事務作業補助体制加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　医師事務作業補助体制加算１を届け出ている
2　医師事務作業補助体制加算２を届け出ている
3　医師事務作業補助体制加算を届け出ていない

■18-2～18-6は、18-1にて **「1・2 医師事務作業補助体制加算１・２を届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。

＊18-2　医師事務作業補助体制加算の施設基準通知２（１）による人員配置基準の算入方法についてお伺いします
医師事務作業補助者１名当たり何名として算入しているかご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　１名（施設基準通知２（１）は活用していない）
2　1.2名
3　1.3名

＊《 18-2で **「1　1名（施設基準通知２（１）は活用していない）」を選択した場合**にご回答ください。》

＊18-3　医師事務作業補助体制加算の施設基準通知２（１）を活用していない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	生成ＡＩを活用した文書作成補助システム等を導入することが技術的に困難なため	01
02	生成ＡＩを活用した文書作成補助システム等の導入及び維持に係る費用負担が大きいため	02
03	全ての医師事務作業補助者に対し、当該ＩＣＴ機器の操作方法及び生成ＡＩの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ＩＣＴ機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備することが困難なため	03
04	医師事務作業補助者の数が充足しており、施設基準通知２（１）を活用する必要がないため	04
05	配置基準の緩和によって、配置する職員１人当たりの業務負荷が増えると思うため	05
06	その他	06

18-4　令和７年11月１日時点及び令和８年11月１日時点の医師事務作業補助者の配置人数を配置場所別にご回答ください。（該当者がいない場合は**「0」**）
（問18-2で回答した算入方法を適用した上での人数をご回答ください。）

		a　令和７年11月１日	b　令和８年11月１日
01 一般病棟	**ア** 常勤換算分を除く配置人数※1	人	人
	イ 常勤換算による配置人数※2	人	人
02 精神病棟	**ア** 常勤換算分を除く配置人数※1	人	人
	イ 常勤換算による配置人数※2	人	人
03 療養病棟	**ア** 常勤換算分を除く配置人数※1	人	人
	イ 常勤換算による配置人数※2	人	人
04 外来	**ア** 常勤換算分を除く配置人数※1	人	人
	イ 常勤換算による配置人数※2	人	人
05 その他医局等	**ア** 常勤換算分を除く配置人数※1	人	人
	イ 常勤換算による配置人数※2	人	人

※１，２　それぞれ以下のとおり求めた数に、問18-2で回答した算入方法の数を乗じた数を、回答欄に記入ください。

※１　雇用形態を問わず（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）、週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週31時間以上である者（正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項、同法第23条の３又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上である者）を１名と数える。

※２　貴院で定められた常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第１位まで（小数点第２位以下切り捨て）を求める。
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が40時間の施設で、週４日（各日３時間）従事している職員が１人の場合

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

18-5　医師事務作業補助者用の人事考課の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり	**2** なし	

18-6　医師事務作業補助者の効果についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 医師の残業時間短縮	01	
02 診療に専念できることによる医療の質の向上	02	
03 外来における患者の待ち時間の短縮	03	
04 患者満足度の向上	04	
05 その他	05	

問19　非常勤職員についてお伺いします。

19-1　非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無について
ご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

			《回答欄》
01 医師	**1** あり	**2** なし	01
02 看護師	**1** あり	**2** なし	02
03 薬剤師	**1** あり	**2** なし	03
04 理学療法士	**1** あり	**2** なし	04
05 作業療法士	**1** あり	**2** なし	05
06 その他	**1** あり	**2** なし	06

《 19-1の **「01」～「06」のいずれかで 「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

19-2　該当する診療報酬の項目についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 緩和ケア診療加算	01	
02 外来緩和ケア管理料	02	
03 依存症入院医療管理加算	03	
04 摂食障害入院医療管理加算	04	
05 栄養サポートチーム加算	05	
06 感染対策向上加算	06	
07 ハイリスク分娩等管理加算	07	
08 病棟薬剤業務実施加算	08	
09 入退院支援加算	09	
10 認知症ケア加算	10	
11 小児入院医療管理料	11	
12 小児緩和ケア診療加算	12	
13 時間外対応加算	13	
14 その他	14	

《 19-1で **「01」～「06」のいずれかで 「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

19-3　非常勤職員の配置を行ったことによる影響についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するものに◎、該当するものに○）

		《回答欄》
01	常勤職員の負担が軽減された	01
02	非常勤職員を雇用しやすくなった	02
03	非常勤職員を活用できる場が増えた	03
04	医師の責任の所在があいまいになった	04
05	非常勤医師間の連携不足により患者の診療や病棟業務等に支障が出た	05
06	非常勤医師と看護師等の他職種との連携不足による患者の診療や病棟業務等に支障が出た	06
07	患者から不満等が出た	07
08	その他	08
09	特になし	09

19-4　常勤配置や専従配置について、要件の緩和を希望する診療報酬項目があれば、
当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。

01 常勤配置	
02 専従配置	

最後に、医師、看護職員等の医療従事者の負担軽減策、チーム医療の推進、病院独自の取組等についてご意見等ございましたらご自由にご記入ください。
◆その他のご意見 その他、入院医療における課題などについて、ご意見があれば下欄にご記入ください。

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和８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。

C- 1

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票　(C)

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

施設名		施設ＩＤ	

問1　貴院の入院基本料の病棟の状況等についてお伺いします。

1-1　**「療養病棟入院料１」または「療養病棟入院料２」のいずれかを算定する病棟の場合**に、該当病棟についてご回答ください。（算定していない入院料の欄は**「空欄」**）

			ア 療養病棟入院料１		**イ** 療養病棟入院料２	
01 入院患者数	**a**	令和８年11月１日時点		人		人
02 新入棟患者数	**a**	令和７年８～10月		人		人
	b	令和８年８～10月		人		人
03 新退棟患者数	**a**	令和７年８～10月		人		人
	b	令和８年８～10月		人		人
04 在院延べ患者数	**a**	令和７年８～10月		人		人
	b	令和８年８～10月		人		人
05 在宅復帰率※１	**a**	令和７年８～10月		%		%
	b	令和８年８～10月		%		%
06 平均在院日数	**a**	令和７年８～10月		日		日
	b	令和８年８～10月		日		日
07 病床利用率※２	**a**	令和７年８～10月		%		%
	b	令和８年８～10月		%		%

※１　「在宅復帰率」＝Ａ÷Ｂ ：

Ａ．該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者であり、在宅での生活が1月以上（医療区分3の場合は14日以上）継続する見込であることを確認できた者（死亡退院患者・転棟又は転院した患者・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又は転院した患者・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べ数 × 100 、Ｂ．届出病床数 × 期間の暦日数

1-2　令和９年６月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

1 増床　**2** 現状を維持　**3** 削減（転換を除く）　**4** 他の病棟・施設へ転換

《回答欄》

《 1-2で　**「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合**にご回答ください。》

1-3　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等をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	療養病棟入院料１	01
02	療養病棟入院料２	02
03	地域包括医療病棟入院料	03
04	回復期リハビリテーション病棟入院料	04
05	地域包括ケア病棟入院料	05
06	介護老人保健施設	06
07	介護医療院	07
08	特別養護老人ホーム	08
09	その他	09
10	未定	10

《 1-2で　**「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合**にご回答ください。》

1-4　現在届け出ている入院基本料から転換を検討している理由をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため	01
02	他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため	02
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	03
04	看護師の確保が困難なため	04
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	05
06	他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため	06
07	他の病棟等へ転換することで、職員のモチベーションが向上するため	07
08	他の病棟等へ転換することで、職員の負担軽減につながるため	08
09	その他	09

《 1-3 の【検討している転換先】で**「06 介護老人保健施設」、「07 介護医療院」もしくは「08 特別養護老人ホーム」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

1-5　療養病棟から転換を検討している病床数についてご回答ください。
（現時点で具体的な病床数が決まっていない欄は**「空欄」**）

01	介護老人保健施設へ転換を検討している病床数	床
02	介護医療院へ転換を検討している病床数	床
03	特別養護老人ホームへ転換を検討している病床数	床

■ 問2は、 貴院が**改定前に「療養病棟入院料１」を届け出ていた場合**のみご回答ください。

問2　改定前に療養病棟入院料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。

2-1　改定前（令和８年５月31日時点）に療養病棟入院料１を届け出ていた病棟の状況についてご回答ください。

	ア 病棟数又は病室数		イ 医療保険届出病床数	
01 改定前（令和８年５月31日時点）に療養病棟入院料１を届け出ていた病棟		棟		床
02 令和８年11月１日時点の内訳（該当しない場合は「**0**」）				
a 療養病棟入院料１を届出		棟		床
b 療養病棟入院料２を届出		棟		床
c 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
d 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換		棟		床
e 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換		室		床
f 特別養護老人ホームへ転換				床
g 介護老人保健施設へ転換				床
h 介護医療院へ転換				床
i 上記 **b** ～ **d** 以外の病棟へ転換		棟		床
j 上記 **e** 以外の病室へ転換		室		床
k 休床としている病床				床

■ 問3は、 貴院が**改定前に「療養病棟入院料２」を届け出ていた場合**のみご回答ください。

問3　改定前に療養病棟入院料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。

3-1　改定前（令和８年５月31日時点）に療養病棟入院料２を届け出ていた病棟の状況についてご回答ください。

	ア 病棟数又は病室数		イ 医療保険届出病床数	
01 改定前（令和８年５月31日時点）に療養病棟入院料２を届け出ていた病棟		棟		床
02 令和８年11月１日時点の内訳（該当しない場合は「**0**」）				
a 療養病棟入院料１を届出		棟		床
b 療養病棟入院料２を届出		棟		床
c 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
d 地域包括ケア病棟入院料の病棟へ転換		棟		床
e 一部を地域包括ケア入院医療管理料の病室へ転換		室		床
f 特別養護老人ホームへ転換				床
g 介護老人保健施設へ転換				床
h 介護医療院へ転換				床
i 上記 **a,c** ～ **d** 以外の病棟へ転換		棟		床
j 上記 **e** 以外の病室へ転換		室		床
k 休床としている病床				床

問4　看護職員及び看護補助者の体制に関する加算等についてお伺いします。

4-1　届け出ている入院料等加算についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 看護補助・患者ケア体制充実加算１		**04** 夜間看護加算	
02 看護補助・患者ケア体制充実加算２		**05** いずれも届け出ていない	
03 看護補助・患者ケア体制充実加算３			

4-2　「直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」について、以下の要件を満たしている人数の割合をご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者（**02**～**05**の合計数）		人
02 **01**のうち、介護福祉士の資格を有しており、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（両方を満たす者）		人
03 **01**のうち、介護福祉士の資格を有している者（**「02 両方を満たす者」**を除く）		人
04 **01**のうち、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した者（**「02 両方を満たす者」**を除く）		人
05 **01**のうち、**「02」「03」「04」**以外の者		人

《 4-1で　**「01 看護補助・患者ケア体制充実加算１」～「03 看護補助・患者ケア体制充実加算３」を<u>いずれも選択していない</u>場合**にご回答ください。》

4-3　看護補助・患者ケア体制充実加算を届け出ることが困難な理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 職員確保が困難なため	01	
02 夜勤を行う看護職員及び看護補助者を、常時、当該病棟の入院患者数16人に対して1人以上配置することが困難なため	02	
03 ADL区分３の患者を５割以上入院させることが困難なため	03	
04 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置することが困難なため	04	
05 多職種からなる役割分担推進のための委員会等の設置が困難なため	05	
06 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する取組事項を院内掲示する等の方法で公開することが困難なため	06	
07 看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成することが困難なため	07	
08 看護師長等が、看護補助・患者ケア体制充実加算に係る所定の研修を受講することが困難なため	08	
09 必要性がないため	09	
10 その他	10	

《 4-1で　**「04 夜間看護加算」を選択していない場合**に、ご回答ください。》

4-4　夜間看護加算を届け出ることが困難な理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	職員確保が困難なため	01
02	看護補助・患者ケア体制充実加算１～３のいずれかを既に届け出ており、併算定が不可なため	02
03	夜勤を行う看護職員及び看護補助者を、常時、当該病棟の入院患者数16人に対して1人以上配置することが困難なため	03
04	ADL区分３の患者を５割以上入院させることが困難なため	04
05	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置することが困難なため	05
06	多職種からなる役割分担推進のための委員会等の設置が困難なため	06
07	看護職員の負担軽減及び処遇の改善に関する取組事項を院内掲示する等の方法で公開することが困難なため	07
08	院内研修を年1回以上受講した看護補助者がいないため	08
09	必要性がないため	09
10	その他	10

問5　看護補助者の状況等についてお伺いします。

5-1　看護補助者の定着を促進するための取組をご回答ください。
(令和８年11月１日時点)（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	看護補助者業務マニュアルの整備	01
02	看護補助者への研修の充実	02
03	看護補助者のラダーの整備	03
04	看護補助者業務の拡大に向けた検討	04
05	看護補助者の勤務時間の整備	05
06	看護補助者の給与の見直し	06
07	看護師への教育・研修	07
08	看護管理者への教育・研修	08
09	人事評価の仕組みの導入	09
10	ベースアップ評価料を活用した賃上げ	10
11	その他	11
12	特になし	12

問6　脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料もしくは、運動器リハビリテーション料についてお伺いします。

＊ 6-1　いずれかの疾患別リハビリテーション※1を実施していますか、ご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実施している　　**2** 実施していない

※1　いずれかの疾患別リハビリテーションとは、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料。

＊《 6-1で　**「1 実施している」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 6-2　令和８年10月１か月間に、いずれかの疾患別リハビリテーション※1を実施した患者の人数および、標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを実施した合計人数をご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）

01	いずれかの疾患別リハビリテーションを実施した実患者数	人
02	**01**のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料の標準的算定日数である180日を超えた実患者数	人
03	**01**のうち、廃用症候群リハビリテーション料の標準的算定日数である120日を超えた実患者数	人
04	**01**のうち、運動器リハビリテーション料の標準的算定日数である150日を超えた実患者数	人

※1　（再掲）いずれかの疾患別リハビリテーションとは、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料。

＊《 6-2の　**「02～04」のいずれかにて１人以上と回答した場合**にご回答ください。》

＊ 6-3　標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、それぞれに該当する合計人数をご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）

01	**6-2の　「02～04」**の疾患別リハビリテーションを実施した実患者合計数	人
02	**01**のうち、要介護被保険者の実患者数（令和８年10月１日時点）	人
03	**01**のうち、令和８年10月1日時点では要介護被保険者ではないものの、以前に要介護被保険者の認定を受けたことのある実患者数	人
04	**01**のうち、**02、03**には当てはまらないものの、令和８年10月１日時点で要介護被保険者に相当する介護度の状態の実患者数	人
05	**01**のうち、**02～04**以外の実患者数	人

問7　経腸栄養管理加算の算定状況についてお伺いします。

7-1　経腸栄養管理加算の算定状況についてお伺いします。
（貴院に算定体制自体がない場合は**「空欄」**・期間内に算定していない場合は**「0」**）

経腸栄養管理加算の算定件数（令和８年８月～10月３か月）		件

《 **経腸栄養管理加算を届け出ていない場合**にご回答ください。》

7-2　経腸栄養管理加算の届出が困難な理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出ていないため	01
02	療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を１名以上配置することが困難であるため	02
03	自院又は他の医療機関との協力により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を確保することが困難であるため	03
04	その他	04
05	該当する患者がいないため	05

問8　療養病棟入院基本料の注１に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制についてお伺いします。

8-1　摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 体制あり　　**2** 体制なし

《 8-1で **「2 体制なし」を選択した場合**にご回答ください。》

8-2　体制整備が困難な理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有することが困難なため	01
02	摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できないため	02
03	他の保険医療機関との協力による体制の確保が困難なため	03
04	体制を満たす必要がないため	04
05	その他	05

《 8-1で **「2 体制なし」を選択した場合**にご回答ください。》

8-3　摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制に対する今後の予定についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）　（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 １～３か月以内に必要な体制を満たす予定
2 ４～６か月以内に必要な体制を満たす予定
3 ７～９か月以内に必要な体制を満たす予定
4 10～12か月以内に必要な体制を満たす予定
5 満たす予定はない

問9　中心静脈栄養の実施状況についてお伺いします。

9-1　中心静脈カテーテルに関連した患者数についてそれぞれに該当する**実人数**※1をご回答ください。
（該当しない場合は**「0」**）

		a 令和７年８月～10月	**b** 令和８年８月～10月
01	新規入院患者数	人	人
02	**「01 新規入院患者」**のうち、貴院への転院前に中心静脈カテーテルの挿入を依頼した実患者数	人	人
03	**「01 新規入院患者」**のうち、入院前から中心静脈栄養を実施している実患者数	人	人
04	**03**のうち、PICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）により栄養剤を投与している実患者数	人	人
05	**「01 新規入院患者」**のうち、入院後から中心静脈栄養を開始した実患者数	人	人
06	**05**のうち、PICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）により栄養剤を投与している実患者数	人	人
07	**「01 新規入院患者」**のうち、入院中に中心静脈栄養を中止もしくは終了した実患者数	人	人
08	**07**のうち、入院前から中心静脈栄養を実施していた実患者数	人	人
09	**07**のうち、入院後から中心静脈栄養を開始した実患者数	人	人
10	**07**のうち、経口摂取へ移行した実患者数	人	人
11	**07**のうち、経口摂取と併用へ移行した実患者数	人	人
12	**07**のうち、胃瘻を造設した実患者数	人	人

※1　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別に計上してください。

問10　胃瘻の造設や経腸栄養の実施状況についてお伺いします。

10-1　胃瘻に関連した患者数についてそれぞれに該当する**実人数**※1をご回答下さい。
（該当しない場合は**「0」**）

	a 令和７年８月～10月	**b** 令和８年８月～10月
01 新規入院患者数（再掲）	人	人
02 **「01 新規入院患者」**のうち、入院前から胃瘻を造設し経腸栄養を実施している実患者数	人	人
03 **「01 新規入院患者」**のうち、入院後から胃瘻を造設し経腸栄養を実施開始した実患者数	人	人
04 **「01 新規入院患者」**のうち、入院中に胃瘻を中止した実患者数	人	人
05 **04**のうち、入院前から胃瘻を実施している実患者数	人	人
06 **04**のうち、入院後から胃瘻を開始した実患者数	人	人
07 **04**のうち、経口摂取へ移行した実患者数	人	人
08 **04**のうち、経口摂取と併用へ移行した実患者数	人	人

※1　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別に計上してください。

■ 問11は、 9-1の **「10」** または、10-1の **「07」** （ 新規入院患者のうち、入院中に中心静脈栄養または胃瘻を中止もしくは終了した患者のうち、経口摂取へ移行した患者）のいずれかで１人以上と回答した場合にご回答ください。

問11　経口摂取への移行支援の状況についてお伺いします。

＊ 11-1　経口摂取へ移行した患者への支援に関与した職種をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

	《回答欄》
01 医師	01
02 看護師	02
03 管理栄養士	03
04 言語聴覚士	04
05 歯科医師	05
06 歯科衛生士	06
07 その他	07

＊ 11-2　経口摂取へ移行した患者に対して実施した評価をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

	《回答欄》
01 VE（嚥下内視鏡検査）	01
02 VF（嚥下造影検査）	02
03 摂食嚥下機能評価	03
04 栄養評価	04
05 その他	05

＊ 11-3　経口摂取への移行に要した期間の目安をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 ２週間未満	**4** ３か月から６か月未満
2 ２週間から１か月未満	**5** ６か月以上
3 １か月から３か月未満	**6** ばらつきが大きく一概にいえない

問12　摂食嚥下機能回復体制加算についてお伺いします。

＊ 12-1　摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	摂食嚥下機能回復体制加算１を届け出ている	**3**	摂食嚥下機能回復体制加算３を届け出ている
2	摂食嚥下機能回復体制加算２を届け出ている	**4**	摂食嚥下機能回復体制加算を届け出ていない

《 **摂食嚥下機能回復体制加算を届け出ていない場合**にご回答ください。》

12-2　摂食嚥下機能回復体制加算を届け出ていない場合、届出が困難な理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	専任の医師、看護師又は言語聴覚士の確保が困難	01
02	当該保険医療機関において、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者における、ア及びイ※1の前年の実績の合計数が２名以上であることが困難	02
03	その他	03
04	条件は満たしているが届出をしていない 理由	04

※1　ア：中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者
イ：鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者

問13　救急患者連携搬送料を算定する患者に関連する貴院の状況についてお伺いします。

＊ 13-1　救急患者連携搬送料２の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届け出ている	**2**	届け出ていない

■ 13-2～13-6は、13-1で　**「1　届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。

13-2　搬送元として連携する医療機関の数（救急体制別にそれぞれの数）をご回答ください。
（該当する医療機関がない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01	高度救命救急センター	施設
02	救命救急センター	施設
03	二次救急医療機関	施設

13-3　救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している	01
02	新興感染症の地域の医療提供体制の確保に関する救急搬送の受け入れ体制について協議している	02
03	搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している	03
04	搬送元と患者情報を連携する際、ICTを活用している	04
05	空床状況の共有方法を協議している	05
06	夜間の搬送受入れについて、連携医療機関と協議している	06
07	搬送先で急変した場合の診療連携について協議している	07
08	事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している	08
09	その他	09

13-4　該当する患者数をご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月１か月）

01	13-2で連携している医療機関から搬送を受け入れた延べ患者数		人
02	**01**のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した延べ患者数		人

＊ 13-5　「 **救急患者連携搬送料２イ**」を算定した件数と同乗した職種ごとの出動件数をご回答ください。
（複数の職種が同乗した場合は、それぞれに計上してください。）
（該当しない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）

01	「 救急患者連携搬送料２イ」を算定した件数		件
02	**01**のうち、医師出動件数		件
03	**01**のうち、看護師出動件数		件
04	**01**のうち、救急救命士出動件数		件

＊ 13-6　「 **救急患者連携搬送料２ロ**」を算定する場合の搬送手段をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	搬送元の保険医療機関に属する緊急自動車	**03**	認定業者の患者等搬送用自動車等
02	搬送先の保険医療機関に属する自動車		

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

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和８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。

D- 1

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

施設調査票　（D）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

施設名		施設ＩＤ	

問1　貴院の入院基本料の病棟の状況等についてお伺いします。

1-1　「障害者施設等入院基本料」、「特殊疾患病棟入院料」、「特殊疾患入院医療管理料」もしくは「一般病棟入院基本料」のいずれかを算定する病棟の場合に、該当病棟についてご回答ください。
（算定していない入院料の欄は**「空欄」**）

		ア 障害者施設等入院基本料	イ 特殊疾患病棟入院料	ウ 特殊疾患入院医療管理料	エ 一般病棟入院基本料
01 入院患者数	**a** 令和８年11月１日時点	人	人	人	人
02 新入棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人	人
03 新退棟患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人	人
04 在院**延べ**患者数	**a** 令和７年８～10月	人	人	人	人
	b 令和８年８～10月	人	人	人	人
05 在宅復帰率※1	**a** 令和７年８～10月	%	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%	%
06 平均在院日数	**a** 令和７年８～10月	日	日	日	日
	b 令和８年８～10月	日	日	日	日
07 病床利用率※2	**a** 令和７年８～10月	%	%	%	%
	b 令和８年８～10月	%	%	%	%

※1　「在宅復帰率」＝Ａ÷Ｂ ：

ア・ウ・イ	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（再入院患者・死亡退院患者・転棟又は転院した患者を除く）×100 Ｂ．該当する病棟から、退院した患者（再入院患者・死亡退院患者・急性増悪等により転棟又は転院した患者を除く）。
エ	Ａ．該当する病棟から、自宅、居住系介護施設・介護老人保健施設・介護医療院、地域包括ケア病棟（他院）、回復期リハ病棟（他院）、特定機能病院リハビリテーション病棟（他院）、療養病棟（他院）、有床診療所（病床）（他院）へ退院した患者（再入院患者・転棟患者・救急患者連携搬送料を算定し他院に転院した患者・死亡退院患者を除く）×100 Ｂ．該当する病棟から、退院した患者（再入院患者・転棟患者・救急患者連携搬送料を算定し他院に転院した患者・死亡退院患者を除く）。

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

1-2　令和９年６月以降の病床数の増減及び入院料の意向についてご回答ください。
（**01**～**03**それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

		《回答欄》
01	障害者施設等入院基本料	
	1 増床　**2** 現状を維持　**3** 削減（転換を除く）　**4** 他の病棟・施設へ転換	01
02	特殊疾患病棟入院料	
	1 増床　**2** 現状を維持　**3** 削減（転換を除く）　**4** 他の病棟・施設へ転換	02
03	特殊疾患入院医療管理料	
	1 増床　**2** 現状を維持　**3** 削減（転換を除く）　**4** 他の病棟・施設へ転換	03

《 1-2で　**「01」～「03」のうち<u>1つでも</u>「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合**にご回答ください。》

1-3　転換を検討している転換先についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	障害者施設等入院基本料	01
02	特殊疾患病棟入院料	02
03	特殊疾患入院医療管理料	03
04	一般病棟入院基本料	04
05	地域包括医療病棟入院料	05
06	地域包括ケア病棟入院料（管理料）	06
07	回復期リハビリテーション病棟入院料	07
08	療養病棟入院基本料	08
09	その他	09

《 1-2で　**「01」～「03」のうち<u>1つでも</u>「4 他の病棟・施設へ転換」を選択した場合**にご回答ください。》

1-4　転換を検討している理由についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	実際の患者の状態に、より即した入院料等が設定されているため	01
02	他の入院料と組み合わせることで、より患者の状態に即した医療を提供できるため	02
03	他の病棟等へ転換することで、より地域のニーズに応えることができるため	03
04	地域に利用者がいないため	04
05	施設基準を満たせないため	05
06	看護師の確保が困難なため	06
07	他の病棟等へ転換することで、経営が安定するため	07
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	08
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	09
10	その他	10

《 1-4で　**「05 施設基準を満たせないため」を選択した場合**にご回答ください。》

1-5　具体的に満たすことのできない項目についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関にかかる病棟であること（障害者施設等入院基本料１～４、特殊疾患病棟入院料２）	01
02	重度の肢体不自由児（者）、脊髄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、難病患者等の入院患者割合が７割以上であること（障害者施設等入院基本料２～４）	02
03	脊髄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の入院患者割合が８割以上であること（特殊疾患病棟入院料１・特殊疾患入院医療管理料）	03
04	重度肢体不自由児（者）等の重度の障害者が入院患者数の８割以上であること（特殊疾患病棟入院料２）	04
05	看護職員の最小必要数	05
06	データ提出加算に係る届出を行うこと	06

問2　看護職員及び看護補助者の体制に関する入院料等加算についてお伺いします。

2-1　届け出ている入院料等加算についてご回答ください。
（令和８年11月1日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	障害者施設等入院基本料 注９の看護補助加算	01
02	障害者施設等入院基本料 注10の看護補助・患者ケア体制充実加算	02
03	急性期看護補助体制加算（看護補助体制充実加算の届出あり）	03
04	急性期看護補助体制加算（看護補助体制充実加算の届出なし）	04
05	看護補助加算（看護補助体制充実加算の届出あり）	05
06	看護補助加算（看護補助体制充実加算の届出なし）	06
07	障害者施設等入院基本料 注11の夜間看護体制加算	07
08	看護職員夜間配置加算	08

《令和８年11月１日時点で、障害者施設等入院基本料（７対１又は10対１）を届け出ている場合に、
ご回答ください。》

2-2　2-1で　「**01 障害者施設等入院基本料 注９の看護補助加算**」および
「**02 障害者施設等入院基本料 注10の看護補助・患者ケア体制充実加算**」のいずれも選択していない
場合、その理由についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　職員確保が困難なため

2　必要性がないため

3　その他

《令和８年11月１日時点で、障害者施設等入院基本料（７対１又は10対１）を届け出ている場合に、
ご回答ください。》

2-3　2-1で　**「07 障害者施設等入院基本料 注11の夜間看護体制加算」**を選択していない場合、
その理由についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　職員確保が困難なため

2　必要性がないため

3　その他

問3　障害者施設等入院基本料を算定している医療機関にお伺いします。

3-1　患者の状態ごとの在院日数（延べ日数）及び退院患者数（実人数）※1についてご回答ください。
（令和７年11月１日～令和８年10月31日の間に**退院した患者**（入院日は問いません））
（上記期間内に退院した該当患者がいない場合は**「0」**）

	a 在院延べ日数	b 退院患者数
01 重度の肢体不自由児（者）※2	延べ　　日	人
02 脊髄損傷等の重度障害者※3	延べ　　日	人
03 重度の意識障害者	延べ　　日	人
04 筋ジストロフィー患者	延べ　　日	人
05 難病患者	延べ　　日	人
06 **「01～05」**以外の患者	延べ　　日	人

※１　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別に計上してください。
※２　脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由児（者）でなかった患者を除く。
※３　脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は脊髄損傷等の重度障害者でなかった患者を除く。

問4　看護補助者の状況等についてお伺いします。

4-1　看護補助者の定着を促進するための取組をご回答ください。
(令和８年11月１日時点)（該当する番号すべて、右欄に○）

	《回答欄》
01 看護補助者業務マニュアルの整備	01
02 看護補助者への研修の充実	02
03 看護補助者のラダーの整備	03
04 看護補助者業務の拡大に向けた検討	04
05 看護補助者の勤務時間の整備	05
06 看護補助者の給与の見直し	06
07 看護師への教育・研修	07
08 看護管理者への教育・研修	08
09 人事評価の仕組みの導入	09
10 ベースアップ評価料を活用した賃上げ	10
11 その他	11
12 特になし	12

問5　経口摂取への移行支援の状況についてお伺いします。

＊ 5-1　入院時の栄養摂取の投与経路ごとの実患者数、および経口摂取への移行患者数をご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月３か月）

01	入院時に中心静脈栄養を実施していた実患者数	人
02	**「01 入院時に中心静脈栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取に移行した実患者数	人
03	**「01 入院時に中心静脈栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取と併用へ移行した実患者数	人
04	入院時に経腸栄養を実施していた実患者数	人
05	**「04 入院時に経腸栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取に移行した実患者数	人
06	**「04 入院時に経腸栄養を実施していた実患者数」**のうち、経口摂取と併用へ移行した実患者数	人

＊ ■5-2～5-4は、　5-1にて　**「02」または「05」のいずれかで１人以上と回答した場合（入院時に中心静脈栄養または経腸栄養を実施していた患者のうち、経口摂取へ移行した患者が１人以上の場合）**にご回答ください。

＊ 5-2　経口摂取へ移行した患者への支援に関与した職種をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	医師	01
02	看護師	02
03	管理栄養士	03
04	言語聴覚士	04
05	歯科医師	05
06	歯科衛生士	06
07	その他	07

＊ 5-3　経口摂取へ移行した患者に対して実施した評価をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	VE（嚥下内視鏡検査）	01
02	VF（嚥下造影検査）	02
03	摂食嚥下機能評価	03
04	栄養評価	04
05	その他	05

＊ 5-4　経口摂取への移行に要した期間の目安をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	２週間未満	**4**	３か月から６か月未満
2	２週間から１か月未満	**5**	６か月以上
3	１か月から３か月未満	**6**	ばらつきが大きく一概にいえない

問6　障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料もしくは特殊疾患入院医療管理料のいずれかについてお伺いします。

6-1　満たしている施設基準についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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７条第２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	01
02	患者及び看護要員に係る要件※２	02

※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　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）※３、脊髄損傷等の重度障害者※３、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を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、「脊髄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。」

※３　脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由者又は脊髄損傷等の重度障害者でなかった患者を除く。

6-2　それぞれの疾患に対する１日平均入院患者数についてご回答ください。（算定していない入院料の欄は**「空欄」**）
※01～05は、令和８年10月の１か月間における１日平均入院患者数
※**06**は、令和７年11月1日～令和８年10月31日の１年間における１日平均入院患者数

	a 7対1障害者施設等入院基本料	**b** 10対1障害者施設等入院基本料	**c** 13対1障害者施設等入院基本料	**d** 15対1障害者施設等入院基本料	**e** 特殊疾患病棟入院料１	**f** 特殊疾患病棟入院料２	**g** 特殊疾患入院医療管理料
01 重度肢体不自由児等※４	人	人	人	人		人	
02 脊髄損傷等の重度障害者※５	人	人	人	人	人	人	人
03 重度の意識障害者	人	人	人	人	人	人	人
04 筋ジストロフィー患者	人	人	人	人	人	人	人
05 難病患者	人	人	人	人	人	人	人
06 １日平均入院患者数	人	人	人	人	人	人	人

※４　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又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由者の重度障害者でなかった患者を除く。

※５　脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、その発症前は脊髄損傷等の重度障害者でなかった患者を除く。

◆その他のご意見

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

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、令和８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。

E- 1

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

外来調査（施設票）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆ 本調査票の施設名、施設IDについてご記入ください。

施設名		施設ＩＤ	

問1　貴施設の概要についてお伺いします。

1-1　開設者についてご回答ください。　（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 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）

2 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）

3 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）

4 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）

5 医療法人（社会医療法人は含まない）

6 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）

7 個人

1-2　医療機関の種別についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 病院　　**2** 有床診療所　　**3** 無床診療所

《 貴院が、**病院又は有床診療所の場合**にご回答ください。》

1-3　許可病床数についてご回答ください。（該当する病床がない場合は**「0」**）

（令和８年11月１日時点）

01 全体		床
02 **01**のうち、一般病床		床
03 **01**のうち、療養病床		床
04 **01**のうち、精神病床		床
05 **01**のうち、結核病床		床
06 **01**のうち、感染症病床		床

1-4　貴院において標榜している診療科をすべてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

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

《 貴院が、**有床診療所又は無床診療所の場合**にご回答ください。》

1-5　主たる診療科※1をご回答ください。　（令和８年11月１日時点）
（上記1-4のうち、**01**～**45**　の中から１つ選択し、該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

※1　主たる診療科目についての考え方の優先順位
① 科目別患者数が多いもの
② 院長又は常勤医師（非常勤医師のみのときは管理医師）の主たる専門科目
③ 院長が主たる診療科目として判断するもの

1-6　常勤職員・非常勤職員の合計数（常勤換算※2）についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 常勤医師		人	**14** 視能訓練士		人
02 非常勤医師(**実数**※3)		人	**15** 公認心理師		人
03 非常勤医師（常勤換算)		人	**16** 診療放射線技師		人
04 歯科医師		人	**17** 臨床検査技師		人
05 看護師		人	**18** 臨床工学技士		人
06 准看護師		人	**19** 歯科衛生士		人
07 看護補助者		人	**20** 相談員		人
08 **07**のうち、介護福祉士		人	**21** **20**のうち、社会福祉士		人
09 薬剤師		人	**22** **20**のうち、精神保健福祉士		人
10 管理栄養士		人	**23** 保育士※4		人
11 理学療法士		人	**24** 医師事務作業補助者		人
12 作業療法士		人	**25** 事務職員		人
13 言語聴覚士		人	**26** その他の職員		人

※２　常勤換算の算出方法
貴院で定められた常勤職員の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第１位まで（小数点第２位以下切り捨て）を記入（ご記入いただく職員数＝常勤職員数+常勤換算した非常勤の職員数）
例：常勤職員の１週間の所定労働時間が40時間の施設で、週４日（各日３時間）従事している職員が１人の場合

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

※３　実数は常勤換算せずに、人数としてカウントしてください
※４　「保育士」は、子どもの患者に対するケアを行う保育士を計上してください。なお、院内保育所に勤務している保育士は含みません。

1-7　外来を担当する看護職員の人数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（在宅医療に従事する者・時間は除く）
（該当する職員がいない場合は**「0」**）

01 常　勤		人
02 非常勤（**実数**※3）		人
03 非常勤（常勤換算※2）		人

1-8　慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の人数を**実数**でご回答ください。
（該当者がいない場合は**「0」**）　　人

1-9　貴施設に勤務する以下の医師の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

	《回答欄》
01 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師	
1 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師がいる **2** 日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師はいないが、研修の一部を受講した医師はいる **3** **1**及び **2**以外	01
02 認知症に係る研修である「認知症サポート医養成研修」※5を修了した医師	
1 いる　**2** いない	02
03 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修」※5を修了した医師	
1 いる　**2** いない	03
04 全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師	
1 いる　**2** いない	04
05 日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師	
1 いる　**2** いない	05
06 総合診療専門医である医師	
1 いる　**2** いない	06
07 日本プライマリ・ケア連合学会の「（新）家庭医療専門研修プログラム」または「家庭医療後期研修プログラム」を修了している医師	
1 いる　**2** いない	07

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

＊1-10　貴施設の有する機能および指定状況、整備体制についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

	《回答欄》
01 特定機能病院である	01
02 地域医療支援病院である	02
03 紹介受診重点医療機関である	03
04 難病診療連携拠点病院である	04
05 難病診療分野別拠点病院である	05
06 てんかん支援拠点病院である	06
07 妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制※6が整備されている	07
08 **01**～**07** のいずれにも該当しない	08

※6　妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制 について
(1) 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
(2) 当該保険医療機関内に、産科若しくは産婦人科を担当している医師
又は妊娠している者の診療に係る適切な研修を修了した医師を配置していることが望ましい。（推奨要件）

1-11　特掲診療料の届出又は算定をしているものをご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 特定疾患療養管理料		**06** 生活習慣病管理料（Ⅰ）	
02 小児科療養指導料		**07** 生活習慣病管理料（Ⅱ）	
03 てんかん指導料		**08** 在宅時医学総合管理料	
04 難病外来指導管理料１		**09** 施設入居時等医学総合管理料	
05 難病外来指導管理料２		**10** いずれも算定していない	

1-12　外来における院内・院外処方の状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 主として院内処方　　**2** 主として院外処方

1-13　貴施設の外来患者の延べ人数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）

01 初診料を算定した延べ患者数	**a** 令和７年10月		人
	b 令和８年10月		人
02 **「01 初診の患者」**のうち、紹介状により紹介された延べ患者数	**a** 令和７年10月		人
	b 令和８年10月		人
03 **「02 紹介状により紹介された患者」**のうち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された延べ患者数(逆紹介患者数)	**a** 令和７年10月		人
	b 令和８年10月		人
04 紹介状により他の病院または診療所に紹介した延べ患者数	**a** 令和７年10月		人
	b 令和８年10月		人
05 大学病院と連携して診療にあたっている患者（大学病院と自院双方にかかりつけである患者）の延べ人数	令和８年10月		人

1-14　通常の診療時間外の診療についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 在宅当番医制（輪番制）への参加（令和８年11月１日時点）

1 参加している　※ 令和７年11月～令和８年10月に参加した回数　　回　　**2** 参加していない　　01

02 休日夜間救急センター等への参加（令和８年11月１日時点）

1 参加している　※ 令和７年11月～令和８年10月に参加した回数　　回　　**2** 参加していない　　02

1-15　医師の研修の受入れについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 初期臨床研修の基幹型病院からの臨床研修医の受け入れ

1 受け入れている　　**2** 受け入れていない　　01

02 専門研修の連携プログラム及び特別地域連携プログラム等に所属する専攻医

1 受け入れている　　**2** 受け入れていない　　02

問2　ICT（情報通信技術）活用に係る貴院の状況についてお伺いします。

2-1　地域医療情報連携ネットワーク※1 への参加の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

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

2-2　他医療機関（訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等）との情報共有・連携を行うための、ICT（情報通信技術）活用についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 ICTを活用している　　**2** ICTを活用していない

《 2-2で **「1** ICTを活用している**」を選択した場合**にご回答ください。》

2-3　活用しているICTツールについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 メール		**06** 地域医療情報連携ネットワーク	
02 電子掲示板		**07** 自院を中心とした専用の情報連携システム	
03 グループチャット		**08** 電子処方箋管理サービス	
04 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）		**09** オンライン資格確認システムを用いて得られる患者の薬剤情報や健診情報	
05 専用アプリ		**10** その他	

《 2-2で **「2** ICTを活用していない**」を選択した場合**にご回答ください。》

2-4　ICTを活用していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 ICTの導入にコストがかかるから		**05** 現場のオペレーションを変更する負担が大きいから	
02 ICTの維持・管理にコストがかかるから		**06** 故障時などに現場が混乱することを避けたいから	
03 ICTの導入にあたって教育や人材育成に時間やコストがかかるから		**07** その他	
04 ICTを使いこなせない職員がいる（又は多い）から			

2-5　情報通信機器・電話を用いた診療以外で、貴施設の患者に対するICTの活用方法のうち該当するものをご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 患者の自宅における生体情報（血圧・血糖値等）や生活情報（食事・運動等）の把握に用いている	01	
02 患者への診療情報の共有（結果説明等）に用いている	02	
03 オンライン受診勧奨や健康相談に用いている	03	
04 服薬指導や薬学管理に用いている	04	
05 他の医療機関等との診療情報の連携に用いている	05	
06 その他	06	
07 いずれも該当しない	07	

問3　外来感染対策に係る貴院の状況についてお伺いします。

3-1　保健所、地域の医師会、他医療機関等との連携及び合同カンファレンス（予定も含む）についてご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）（令和８年６月1日以降）

01 連携施設数		施設
02 外来感染対策向上加算１を届け出ている医療機関が主催するカンファレンス		回
03 **02**のうち、新興感染症を想定した訓練の回数		回
04 地域の医師会が主催するカンファレンス		回

3-2　外来感染対策向上加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ている　　**2** 届け出ていない

《 3-2で **「1** 届け出ている**」を選択した場合**にご回答ください。》

3-3　外来感染症対策向上加算に係る発熱患者等対応加算についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 算定あり　　**2** 算定なし

《 3-2で　**「2 届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

3-4　外来感染対策向上加算を届出ていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	専任の院内感染管理者（医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者）を配置することが困難であるため	01
02	職員を対象として、年２回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	02
03	年２回以上、感染対策向上加算１に係る届出を行った他の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須）することが困難であるため	03
04	抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため	04
05	細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿って対応できないため	05
06	新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため	06
07	都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）ではないため	07
08	新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため	08
09	新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため	09
10	その他	10
11	特に理由はないが届け出ていない	11

問4　地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況等についてお伺いします。

4-1　地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 地域包括診療料１　　**3** 地域包括診療加算１　　**5** いずれも届け出ていない
2 地域包括診療料２　　**4** 地域包括診療加算２

4-2　連携している24時間対応の薬局の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

■4-3～4-9は、**「地域包括診療料」もしくは「地域包括診療加算」を届け出ている場合**にご回答ください。
いずれも届け出ていない場合は、4-10へお進みください。

4-3　地域包括診療料・地域包括診療加算を最初に届け出た時期をご回答ください。

西暦					年			月

4-4　地域包括診療料・地域包括診療加算についての延べ患者数についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月の３か月間）

01	「地域包括診療料」もしくは「地域包括診療加算」を算定した延べ患者数	人
02	**01**のうち、患者や家族からの求めに応じて、疾患名・治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を実際に行った延べ患者数	人
03	**01**のうち、認知症患者の診断後支援に係る取組について、認知症患者又はその家族等に対して案内を行った延べ患者数	人

4-5　満たすことができている介護保険制度に関する要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）(該当する番号すべて、右欄に〇)

		《回答欄》
01	指定居宅介護支援事業者の指定と常勤の介護支援専門員の配置	01
02	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供実績	02
03	介護サービス事業所の併設	03
04	地域ケア会議に年１回以上出席	04
05	介護保険のリハビリテーションの提供	05
06	介護認定審査会の委員経験	06
07	都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講	07
08	介護支援専門員の資格保有	08
09	「認知症初期集中支援チーム」等の市区町村が実施する認知症施策への協力実績	09
10	**【病院の場合】**総合機能評価加算の届出又は介護支援等連携指導料の算定	10

4-6　満たすことができている要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）(該当する番号すべて、右欄に〇)

		《回答欄》
01	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第９号に規定するサービス担当者会議に参加した実績	01
02	「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席した実績	02
03	介護支援専門員と対面において相談できる体制を設けていること	03
04	介護支援専門員とICT等を用いた相談の機会を設けていること	04

《 **病院**のみご回答ください。》

4-7　満たすことができている病院に関する要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に〇）

		《回答欄》
01	地域包括ケア病棟入院料を届け出ている	01
02	機能強化型・単独型の在宅療養支援病院を届け出ている	02
03	機能強化型・連携型の在宅療養支援病院を届け出ている	03
04	在宅療養支援病院（従来型）を届け出ている	04
05	在宅療養後方支援病院を届け出ている	05

《 **診療所**のみご回答ください。》

4-8　満たすことができている診療所に関する要件についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	24 時間対応をしている薬局を連携先として確保している	01
02	緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等を院内処方できる体制を整備した上で24時間対応ではない薬局を連携先として確保している	02
03	時間外対応体制加算１の届出を行っている	03
04	時間外対応体制加算２の届出を行っている	04
05	時間外対応体制加算３の届出を行っている	05
06	時間外対応体制加算４の届出を行っている	06
07	常勤換算２名以上（医療資源の少ない地域に所在する診療所は1.4名以上）（うち１名以上が常勤）の医師を配置している	07
08	機能強化型・単独型の在宅療養支援診療所を届け出ている	08
09	機能強化型・連携型の在宅療養支援診療所を届け出ている	09
10	在宅療養支援診療所（従来型）である	10

4-9　**地域包括診療料１・２**、**地域包括診療加算１・２**を算定した患者について、日常的に連携している医療機関数等の数をご回答ください。（令和８年11月１日時点）

01	算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数		施設
02	算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数		施設
03	算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡を取っている医療機関数		施設
04	算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数		施設
05	算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数		施設
06	算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数		事業所

《 4-1で　**「5」を選択した（**地域包括診療料・地域包括診療加算をいずれも届け出ていない**）場合**にご回答ください。》

4-10　今後の地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　届出予定がある　　**2**　届出について検討中　　**3**　届出の予定はない

《 4-10で **「2」**又は**「3」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 4-11　現在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、右欄に○）

		《回答欄》
01	慢性疾患の指導についての適切な研修を修了した担当医を配置していないため	01
02	「健康相談、予防接種の相談実施」 「介護支援専門員、相談支援専門員からの相談に適切な対応が可能な旨」 「28日以上の長期投薬、リフィル処方箋の交付が可能な旨」 を院内掲示・ウェブサイトに掲示していないため	02
03	「指定居宅介護支援事業者で、常勤介護支援専門員を配置している」 「居宅診療管理指導または短期入所療養介護等の提供実績がある」 「介護サービス事業所を併設している」 「担当医が地域ケア会議に年１回以上出席している」 「介護保険による訪問・通所リハビリテーションを提供している」 「担当医が介護認定審査会の委員を経験している」 「担当医が都道府県等実施の主治医見解の研修会を受講している」 「担当医が介護支援専門員の資格を有している」 「【病院の場合】総合機能評価加算を届け出ている、又は介護支援等連携指導料の算定実績がある」 「市区町村が実施する認知症施策に協力している実績がある」 のいずれも満たしていないため	03
04	「担当医がサービス担当者会議に参加したまたは地域ケア会議に出席した実績がある」 「介護支援専門員と対面・ICT等を用いた相談の機会を設けている」 のいずれも満たしていないため	04
05	**【診療所の場合】**院外処方を行う場合において、24時間対応薬局と連携していないため	05
06	**【診療所の場合】**時間外対応体制加算１を届け出ていないため	06
07	**【診療所の場合】**常勤換算２名以上（医療資源の少ない地域に所在する診療所は1.4名以上）（うち１名以上常勤）の配置医師人数を満たしていないため	07
08	**【診療所の場合】**地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が３年以内とされた診療所に該当するため	08
09	**【病院の場合】**地域包括ケア病棟入院料を届け出ていないため	09
10	在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所ではないため	10
11	「人生の最終段階における医療・ケアについて、適切な意思決定支援に関する指針」を定めていないため	11
12	外来診療から訪問診療への移行に係る実績要件を満たせないため	12
13	抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていないため	13
14	外来患者に算定対象となる患者がいない、もしくは少ないため	14
15	他院への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師の負担が重いため	15
16	他医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるため	16
17	その他	19

■ 問5は、 **小児科を標榜している医療機関**のみご回答ください。

問5　小児かかりつけ診療料についてお伺いします。

5-1　小児かかりつけ診療料の届出状況および算定実績についてご回答ください。
（令和７年11月改定～令和８年10月の12か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ており算定実績がある　**2** 届け出ているが算定実績はない　**3** 届け出ていない

《 5-1で **「1 届け出ており算定実績がある」を選択した場合**にご回答ください。》

5-2　小児に関する研修の受講状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 「発達障害等に関する適切な研修」の受講状況

1 受講している　**2** 受講していない　01

02 「虐待に関する適切な研修」の受講状況

1 受講している　**2** 受講していない　02

《 5-1で **「3 届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

5-3　小児かかりつけ診療料を届け出ていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	専ら小児科または小児外科を担当する常勤の医師を確保できないため	01
02	小児科外来診療料を算定していないため	02
03	時間外対応体制加算２又は４の届出が困難であるため	03
04	在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行うことが困難であるため	04
05	診療時間以外の時間において、留守番電話等により、小児医療に関する相談窓口等の案内を行うなどの対応が困難であるため	05
06	乳幼児の健康診査を実施してないため	06
07	予防接種を実施していないため	07
08	過去１年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していないため	08
09	幼稚園の園医、保育園の嘱託医又は小学校もしくは中学校の学校医に就任していないため	09
10	外来患者に４回以上自院を受診した未就学児がいない、または少ないため	10
11	急性疾患を発症した際の対応の仕方や、乳幼児期の慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うことが困難であるため	11
12	患者が受診している医療機関のすべてや、健康診査の受診状況、予防接種の実施状況など、把握しなければならない項目が多く負担が大きいため	12
13	患者本人や家族から、小児かかりつけ診療料算定の承諾を得るための説明にかかる負担が大きいため	13
14	患者に小児かかりつけ診療料の意義を理解してもらうことが困難であるため	14
15	患者本人や家族から、小児かかりつけ診療料算定の承諾が見込めないため	15
16	経営上のメリットが少ないため	16
17	発達障害の疑いがある患者の診察、相談への対応、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うことが困難なため	17
18	不適切な養育にもつながりうる育児不安等の相談に対応することが困難なため	18
19	その他	19

■ 問6は、 貴院が**診療所の場合**にご回答ください。

問6　時間外対応体制加算の届出状況等についてお伺いします。

＊ 6-1　貴施設で届け出ている時間外対応体制加算の区分についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	時間外対応体制加算１	**3**	時間外対応体制加算３	**5**	届け出ていない
2	時間外対応体制加算２	**4**	時間外対応体制加算４		

《 6-1で　**「1」～「4」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

6-2　時間外対応体制加算１～４における、電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合に、実施可能な対応についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	診療所における外来診療	01
02	診療所の医師による往診	02
03	診療所の医師（当該診療所における対面診療の実績を有するものに限る）によるオンライン診療	03
04	**03**に示す医師以外によるオンライン診療	04
05	他の医療機関との連携又は緊急搬送等	05
06	その他	06

■ 問7は、 貴院が**診療所又は許可病床数が200床未満の病院の場合**にご回答ください。

問7　生活習慣病管理料に関連する項目についてお伺いします。

＊ 7-1　生活習慣病にまつわる外来患者の状況（在宅医療の患者を含まない）についてご回答ください。
（令和８年10月の１か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01　生活習慣病管理料（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）の算定実績の有無について

1	算定実績がある	**2**	算定実績はない	01

02　**01**のうち、糖尿病を主傷病とする患者の算定実績の有無について

1	算定実績がある	**2**	算定実績はない	02

03　**02**のうち、眼科医療機関連携強化加算の算定実績の有無について

1	算定実績がある	**2**	算定実績はない	03

04　**02**のうち、歯科医療機関連携強化加算の算定実績の有無について

1	算定実績がある	**2**	算定実績はない	04

《 7-1において **01で「1** 生活習慣病管理料の算定実績がある**」を選択した場合**にご回答ください。》

7-2　総合的な治療管理の実施において、連携している職種についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	看護師	01
02	薬剤師	02
03	管理栄養士	03
04	歯科医師	04
05	その他	05

《 7-1において **02で「1** 糖尿病を主傷病とする生活習慣病管理料を算定した患者がいた**」、かつ**
03で「2 眼科医療機関連携強化加算を算定した患者はいなかった**」を選択した場合**にご回答ください。 》

＊ 7-3　糖尿病を主傷病とする生活習慣病管理料を算定した患者に、眼科医療機関連携強化加算を算定しなかった理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	眼科受診が必要な患者ではないと判断したため	01
02	過去１年以内に既に算定済みであったため	02
03	患者が眼科を未受診、または受診を辞退・拒否したため	03
04	自院で眼科診療を行っており、算定要件を満たさないため	04
05	当該加算の存在を知らない	05
06	その他	06

《 7-1において **02で「1** 糖尿病を主傷病とする生活習慣病管理料を算定した患者がいた**」、かつ**
04で「2 歯科医療機関連携強化加算を算定した患者はいなかった**」を選択した場合**にご回答ください。 》

＊ 7-4　糖尿病を主傷病とする生活習慣病管理料を算定した患者に、歯科医療機関連携強化加算を算定しなかった理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	歯科受診が必要な患者ではないと判断したため	01
02	過去１年以内に既に算定済みであったため	02
03	患者が歯科を未受診、または受診を辞退・拒否したため	03
04	自院で歯科診療を行っており、算定要件を満たさないため	04
05	当該加算の存在を知らない	05
06	その他	06

《 7-1において **01で「2** 生活習慣病管理料の算定実績はない**」を選択した場合**にご回答ください。》

7-5　生活習慣病管理料を算定していない理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	地域包括診療料を算定しているため	01
02	算定対象となる患者がいない、もしくは少ないため	02
03	電子カルテではないため	03
04	療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きいため	04
05	患者に対して説明を行う時間的負担が大きいため	05
06	生活習慣病管理料を算定することで自己負担額が上がることについて患者の理解を得ることが困難なため	06
07	生活習慣病管理料に包括される医学管理料、検査料等があるため	07
08	学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にすることが困難なため	08
09	その他	09

問8　在宅療養指導料についてお伺いします。

＊ 8-1　在宅療養指導料の算定実績についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

		《回答欄》
01	在宅療養指導料の算定状況について（令和７年11月～令和８年10月の12か月間） **1** 算定したことがある　**2** 算定したことはない	01
02	慢性心不全の患者に対する在宅療養指導料の算定状況について（令和７年11月～令和８年10月の12か月間） **1** 算定したことがある　**2** 算定したことはない	02
03	慢性心不全で在宅療養指導料を算定した患者の２回目以降の算定における、「情報通信機器を用いた場合」の算定状況について（令和８年６月改定～令和８年10月の５か月間） **1** 算定したことがある　**2** 算定したことはない	03

《 **在宅療養指導料の算定実績はあるが、慢性心不全患者に対しての算定実績はない場合**にご回答ください。》

8-2　慢性心不全患者に対する在宅療養指導料を算定していない理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	対象となる患者がいないため	01
02	心不全による入院歴が過去１年以上前の患者が多く、算定要件を満たさないため	02
03	心不全による初回入院後の患者が多く、算定要件を満たさないため	03
04	治療抵抗性心不全ステージに該当する患者であるため	04
05	退院後は入院医療機関での外来受診をしないため	05
06	入院医療機関への初回外来受診は退院後1か月を経過しているため	06
07	入院医療機関からの紹介等による外来受診時に、すでに退院後１か月を経過している患者が多いため	07
08	その他	08

問9　連携強化診療情報提供料の算定状況等についてお伺いします。

＊ 9-1　連携強化診療情報提供料に係る施設基準に関する貴施設の状況についてご回答ください。

			《回答欄》
01	連携強化診療情報提供料に係る施設基準※1を満たしていますか。		
	1 満たしている	**2** 満たしていない	01
02	適切な受動喫煙対策が行われていますか。		
	1 行われている	**2** 行われていない	02

※１　連携強化診療情報提供料に係る施設基準 について
(1)　「診療所又は許可病床数200床未満の病院」「特定機能病院」「一般病床200床以上の地域医療支援病院」
「一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関等」「一般病床200床以上かつ許可病床数400床以上の病院」
「難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院」「てんかん支援拠点病院」
「妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されている」のいずれかを満たす
(2)　適切な受動喫煙対策が行われている
以上(1)(2)の両方を満たす

《 **連携強化診療情報提供料に係る施設基準を満たしている場合**にご回答ください。》

＊ 9-2　連携強化診療情報提供料を算定した **延べ** 回数をご回答ください。
（算定が無かった場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）

01	自院が特定機能病院等であって、診療所又は許可病床数200床未満の病院から紹介された患者又はこれらの医療機関に紹介した患者について、当該医療機関に診療情報を提供した場合		回
02	自院が診療所又は許可病床数200床未満の病院であって、特定機能病院等から紹介された患者又は特定機能病院等に紹介した患者について、当該医療機関に診療情報を提供した場合		回
03	自院が難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院であって、指定難病の患者について、他の医療機関から紹介された指定難病の患者又は他の医療機関に紹介した指定難病の患者について、他の医療機関に診療情報を提供した場合		回
04	自院が難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院以外の医療機関であって、指定難病の患者について、難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院に診療情報を提供した場合		回
05	自院がてんかん支援拠点病院であって、他の医療機関から紹介されたてんかんの患者又は他の医療機関に紹介したてんかんの患者について、他の医療機関に診療情報を提供した場合		回
06	自院がてんかん支援拠点病院以外の医療機関であって、てんかんの患者について、てんかん支援拠点病院に診療情報を提供した場合		回
07	自院が妊娠中の患者の診療について十分な体制が整備された医療機関であって、妊娠中の患者について、他の医療機関に診療情報を提供した場合		回
08	自院が妊娠中の患者の診療について十分な体制が整備されていない医療機関であって、妊娠中の患者について、妊娠中の患者の診療について十分な体制が整備された医療機関に診療情報を提供した場合		回

《 **連携強化診療情報提供料の施設基準を満たしているものの、算定していない場合**のみご回答ください。》

9-3　連携強化診療情報提供料を算定していない理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に〇）

《回答欄》

01	算定対象となる患者がいないため	01
02	患者の同意が得られないため	02
03	連携する保険医療機関から診療情報の提供を求められる機会がないため	03
04	連携する保険医療機関との間で、双方が継続的に治療管理を行うことについて合意して診療情報を提供する機会がないため	04
05	診療情報の提供をするための事務作業に手間がかかるため	05
06	その他	06

問10　療養・就労両立支援指導料についてお伺いします。

10-1　療養・就労両立支援指導料の算定実績の有無についてご回答ください。
（令和８年８月～10月の３か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 算定実績がある　　**2** 算定実績はない

■ 「**2** 算定実績はない」**を選択した場合**は、 10-6 へお進みください

■ 10-2～10-5 は、10-1で 「**1** 算定実績がある」**を選択した場合**にご回答ください。

＊10-2　療養・就労両立支援指導料を算定した対象疾患の中で最も多いものについてご回答ください。
（令和８年８月～10月の３か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	悪性新生物	**5**	糖尿病	**9**	筋骨格系疾患
2	脳血管疾患	**6**	若年性認知症	**10**	その他
3	肝疾患	**7**	指定難病その他これに準ずる疾患		
4	心疾患	**8**	精神疾患		

＊10-3　療養・就労両立支援指導料について、主に指導を行っている医師についてご回答ください。
（令和８年８月～10月の３か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	悪性新生物の診療を専門とする医師	**7**	難病の診療を専門とする医師
2	脳血管疾患の診療を専門とする医師	**8**	精神疾患の診療を専門とする医師（精神保健指定医である）
3	肝疾患の診療を専門とする医師	**9**	精神疾患の診療を専門とする医師（精神保健指定医ではない）
4	心疾患の診療を専門とする医師	**10**	筋骨格系疾患の診療を専門とする医師
5	糖尿病の診療を専門とする医師	**11**	総合診療を専門とする医師
6	認知症の診療を専門とする医師	**12**	その他

＊10-4　療養・就労両立支援指導料の初回算定の際に実施した内容についてご回答ください。
（令和８年８月～10月の３か月間）（該当する番号すべて、右欄に〇）

01	就労状況・職務内容の確認	**07**	症状又は治療に伴う副作用等を踏まえた就業上の配慮に関する指導
02	症状・治療状況の確認	**08**	休職・復職に関する指導
03	通院・治療に必要な時間の確保に関する指導	**09**	その他の就業上の配慮に関する指導
04	勤務時間・業務量の調整に関する指導	**10**	勤務先との情報共有・連携
05	夜勤・交代勤務等の勤務形態に関する指導	**11**	その他
06	身体的負荷を伴う業務への配慮に関する指導		

＊ 10-5　２回目以降に療養・就労両立支援指導料を算定した際に実施した内容についてご回答ください。
（令和８年８月～10月の３か月間）（該当する番号すべて、右欄に○）

01 就労状況・職務内容の確認		**08** 休職・復職に関する指導	
02 症状・治療状況の確認		**09** その他の就業上の配慮に関する指導	
03 通院・治療に必要な時間の確保に関する指導		**10** 勤務先の産業医との情報共有・連携	
04 勤務時間・業務量の調整に関する指導		**11** 勤務先の産業医以外の担当者との情報共有・連携	
05 夜勤・交代勤務等の勤務形態に関する指導		**12** 勤務先における就業上の配慮の実施状況の確認	
06 身体的負荷を伴う業務への配慮に関する指導		**13** 就業上の配慮事項の見直し	
07 症状又は治療に伴う副作用等を踏まえた就業上の配慮に関する指導		**14** その他	

《 10-1で **「2 算定実績はない」を選択した場合**にご回答ください。》

10-6　療養・就労両立支援指導料の算定をしない理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	療養・就労両立支援指導の対象となる患者を把握することが困難なため	01
02	患者から、勤務情報を記載した文書を受け取ることが困難なため	02
03	患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化 に応じた就労上の留意点に係る指導を行うことが困難なため	03
04	患者の事業場の産業医等に情報提供するための文書を作成することが困難なため	04
05	療養・就労両立支援の必要性について、患者から同意を得ることが困難なため	05
06	患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化 に応じた就労上の留意点に係る指導を行うことができる、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士の確保が困難なため	06
07	当該指導料の存在を知らない	07
08	その他	08

問11　かかりつけ医機能に関連して、貴施設が有している機能についてお伺いします。

11-1　次の機能のうち、令和８年11月１日時点で有している、もしくは令和９年１月１日までに備えることができると見込まれる体制・状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	どんな症状や疾患でも一次診療ができる	01
02	病歴や家族背景等を把握している	02
03	必要時に専門医に紹介する	03
04	夜間や休日であっても、患者の体調が悪くなった場合に連絡を受ける	04
05	夜間や休日であっても、患者の緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介する	05
06	体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行う	06
07	栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行う	07
08	喫煙者に対して禁煙指導を行う	08
09	健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行う	09
10	予防接種の実施状況の把握、予防接種の有効性・安全性に関する指導・相談への対応を行う	10
11	予防接種を実施する	11
12	患者が受診しているすべての医療機関や処方薬を把握する	12
13	患者が入院や手術を行った医療機関と連携する	13
14	患者の処方を担当する薬局と連携する	14
15	医療機関で薬を受け取ることができる	15
16	往診や訪問診療などの在宅医療を行う	16
17	在宅医療において看取りを行う	17
18	患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方（ACP）について話し合う	18
19	患者が利用する訪問看護と連携する	19
20	地域の介護職などの他の関連職種との連携を行う	20
21	要介護認定に関する主治医意見書を作成する	21
22	認知症に関する助言や指導を行う	22
23	行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う	23
24	医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行う	24
25	診療に関する情報を患者に提供するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用する	25
26	診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用する	26
27	オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用している	27
28	かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいる	28
29	総合診療専門医がいる	29
30	自院又は連携による後方支援病床を確保している	30
31	地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへ参加している	31
32	その他	32
33	**01**～**32** のいずれも満たしていない	33

11-2　介護との連携について、実施している取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	要介護認定に関する主治医意見書を作成する	01
02	サービス担当者会議への参加	02
03	地域ケア会議への参加	03
04	介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保	04
05	市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業への参加	05
06	地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	06
07	介護認定審査会の委員経験	07
08	高齢者施設の協力医療機関となっている	08
09	高齢者施設に対して感染対策等の必要な助言を実施している	09
10	認知症カフェの開催・協力	10
11	その他	11
12	特に取組はしていない	12

11-3　障害福祉サービスとの連携について、実施している取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	障害支援区分の認定の際の医師意見書を作成している	01
02	受診・入院時に情報共有を相談支援専門員と行っている	02
03	医療型短期入所の開設を検討している、または開設している	03
04	障害者支援施設の連携医療機関になっている	04
05	区分認定審査会の委員経験	05
06	その他	06
07	特に取組はしていない	07

11-4　書面を用いて患者へ説明する内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	施設が有するかかりつけ医機能	01
02	患者の病状	02
03	治療内容	03
04	起こりうる合併症	04
05	食事・運動等の生活指導	05
06	必要となる介護・福祉サービス	06
07	急変時の対応	07
08	その他	08
09	書面を用いた説明はとくに行っていない	09

問12　薬剤の使用に係る状況等についてお伺いします。

12-1　高齢者の医薬品適正使用について、下記の取組のうち、貴施設が行っている事項をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	お薬手帳等による他施設の処方薬の把握	01
02	オンライン資格確認・電子処方箋等による他施設での処方・調剤情報の把握	02
03	病院薬剤師との連携による処方薬の見直し	03
04	病院薬剤師からの報告書（薬剤サマリー）による処方薬の見直し	04
05	薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し	05
06	薬局薬剤師からの報告書（トレーシングレポート等）による処方薬の見直し	06
07	厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」、日本老年医学会の関連ガイドライン「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025」等を参考にした処方の見直し	07
08	医薬品の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施	08
09	その他	09
10	特になにも取り組んではいない	10

問13　人生の最終段階における医療・ケアについてお伺いします。

13-1　「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成していますか。ご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 作成している　**2** 作成中　**3** 作成していない

《 13-1で **「1** 作成している**」を選択した場合**にご回答ください。》

13-2　「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

01 当該指針の活動状況を定期的に把握していますか。

《回答欄》

1 定期的に把握している　**2** 把握していない　01

02 当該指針の見直し等を定期的に行っていますか。

1 定期的に見直し等を行っている　**2** 見直し等を行っていない　02

問14　外来腫瘍化学療法診療料（悪性腫瘍を主病とする患者に行う外来化学療法）に関連する項目についてお伺いします 。

14-1　貴施設の外来化学療法の実施状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実施している　**2** 実施していない

■ 「**2** 実施していない」**を選択した場合**は、 問15 へお進みください

■ 問14-2～14-12 は、14-1で 「**1** 実施している」**を選択した場合**にご回答ください。

14-2　外来化学療法の専用室のベッド数をご回答ください。
（専用室がない場合は「**0**」）（令和８年11月１日時点）　台

14-3　専用室を使用可能な診療科に制限はあるかご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし

14-4　外来化学療法の職員の配置状況についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 専任の医師		人
02 **01**のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師		人
03 専任の看護師		人
04 **03**のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師		人
05 専任の薬剤師		人
06 **05**のうち、化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師		人
07 その他の職種		人

14-5　外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　基準や指針を作成している　　**2**　基準や指針を作成していない

14-6　外来化学療法を実施する患者の緊急時に、有害事象等の診療が可能な連携医療機関数をご回答ください。
（該当しない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

施設

14-7　連携医療機関と、どのような連携を行っているかご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	自院で外来化学療法を実施している患者が、緊急時に入院する必要が生じた場合の受入れを依頼している	01
02	自院で外来化学療法を実施している患者が、自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受入れを依頼している	02
03	自院で外来化学療法を実施している患者が、外来での化学療法の実施が困難になった場合に受入れを依頼している	03
04	外来で化学療法が実施可能な患者を紹介してもらっている	04
05	その他	05

14-8　「患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針」の整備状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　整備されている　　**2**　整備されていない

14-9　外来腫瘍化学療法診療料の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　外来腫瘍化学療法診療料１を届け出ている
2　外来腫瘍化学療法診療料２を届け出ている
3　外来腫瘍化学療法診療料３を届け出ている
4　外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない

《 14-9で 「**4** 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない**」を選択した場合**にご回答ください。 》

14-10 外来腫瘍化学療法診療料を「届け出ていない」理由についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	外来化学療法を実施するための専用のベッドを有していないため	01
02	対象となる患者がいない、もしくは少ないため	02
03	専任の医師が、緩和ケアに関する研修を受講していないため	03
04	化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務することが難しいため	04
05	化学療法専任の薬剤師が勤務していないため	05
06	急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制の確保が困難なため	06
07	他の医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制が確保できないため	07
08	化学療法を実施していないため	08
09	その他	09
10	化学療法を実施していて、特に理由はないが届け出るつもりはない	10

《 貴施設が**入院機能を有する医療機関の場合**にご回答ください。》

14-11 令和８年6月以降で、入院治療を主とする化学療法から、外来治療を主とする化学療法へ移行した疾患やレジメン等の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 ある　**2** 移行を検討中　**3** ない

《 14-11で **「3** ない**」を選択した場合**にご回答ください。》

14-12 外来治療を主とする化学療法へ移行した疾患やレジメン等がない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	すでに、外来治療を主としており、移行可能なものがないため	01
02	外来化学療法室の構造上、これ以上患者を増やすことが出来ないため	02
03	外来治療室の人員不足により、これ以上患者を増やすことが出来ないため	03
04	外来治療が可能な患者が少ないため	04
05	外来治療に移行することで、病床利用率に影響を与えるため	05
06	患者の多くが入院による治療を希望するため	06
07	病院の方針のため	07
08	その他	08

問15 リハビリテーションに係る提供体制や状況についてお伺いします。

＊15-1 リハビリテーション総合計画評価料の算定状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 算定している　**2** 算定していない

■ 15-2～15-5は、15-1で **「1** 算定している**」選択した場合**にご回答ください。

＊15-2 外来患者に対するリハビリテーション総合計画評価料の算定状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	外来患者に対するリハビリテーションを実施し、リハビリテーション総合計画評価料を算定している。
02	外来患者に対するリハビリテーションを実施しているが、リハビリテーション総合計画評価料を算定していない。
03	外来患者に対するリハビリテーションを実施していない。

《15-2で **「1」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 15-3　外来患者に対する、リハビリテーション総合実施計画書作成に伴う業務のうち、業務負担と感じる項目についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	定期的な運動機能又は作業能力等の検査	01
02	多職種が共同して作成するリハビリテーション総合実施計画書の作成	02
03	リハビリテーション総合実施計画書を基に行ったリハビリテーションの評価等について共同する評価	03
04	医師又はコメディカルによる、患者等への計画書の説明及び交付	04
05	リハビリテーション総合実施計画書の診療録への添付	05
06	その他	06
07	特に負担は感じていない	07

＊ 15-4　外来患者に対する、リハビリテーション総合実施計画書作成に至るまでの介入回数についてご回答ください。

外来患者１人当たりの平均介入回数		回/人

《 すべての施設がご回答ください。》

＊ 15-5　**疾患別リハビリテーション料**※の届出状況について、ご回答ください。
※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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	いずれかを届け出ている	**2**	いずれも届け出ていない

■ 「**2** いずれも届け出ていない」**を選択した場合**は、　問16 へお進みください

■ 15-6～15-7は、15-5で　**「1** いずれかを届け出ている」**選択した場合**にご回答ください。

＊ 15-6　疾患別リハビリテーション料の専従者の業務内容について、ご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	専従配置されている疾患別リハビリテーション料の実施	01
02	専従配置されていない疾患別リハビリテーション料の実施	02
03	疾患別リハビリテーション料以外のリハビリテーション料の実施	03
04	**01**～**03**以外のいわゆる、みなし単位として認められる業務の実施	04
05	上記以外の業務	05

※　みなし単位：１日当たり18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位まで、１日当たりの実施単位数として24単位までが上限と規定されているものに含まれている業務。

＊ 15-7　疾患別リハビリテーション料の専従者の意向について、実施したい業務※をご記入ください。
（※ 疾患別リハビリテーション料 及びみなし単位として認められている業務を除く）
（該当する番号につき、右欄に○をつけ、詳細をご記入ください）

《回答欄》

01	自施設の他職員（リハ職員、看護職員等）への指導			01
02	リハ職員のスケジュール管理事務作業			02
03	管理業務（「**02**」以外）			03
04	多職種チーム活動	具体的に		04
05	その他	具体的に		05
06	現在の業務の継続・維持			06
07	現在既に業務過多であり、増員や多職種への業務分担を希望する			07

問16　外来緩和ケア管理料の届出状況等についてお伺いします。

16-1　外来緩和ケア管理料の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ている　　**2** 届け出ていない

《 16-1で **「1 届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

16-2　外来緩和ケア管理料を算定している患者について、それぞれ**実人数**をご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）

01 外来緩和ケア管理料を算定した患者の実人数		人
02 **01**のうち、悪性腫瘍の患者の実人数		人
03 **01**のうち、後天性免疫不全症候群の患者の実人数		人
04 **01**のうち、末期心不全の患者の実人数		人
05 **01**のうち、末期呼吸器疾患の患者の実人数		人
06 **01**のうち、末期腎不全の患者の実人数		人

《 16-1で **「2 届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

16-3　外来緩和ケア管理料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、右欄に○）

《回答欄》

01 緩和ケア診療を行うための十分な人員体制を整えることが困難だから	01	
02 算定対象となる患者がいないから・少ないから	02	
03 経営上のメリットが少ないから	03	
04 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから	04	
05 その他	05	

問17　情報通信機器を用いた診療についてお伺いします。

17-1　厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していますか。
ご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 はい　　**2** いいえ

17-2　今後、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向の有無をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届出の意向あり　　**2** 届出の意向なし　　**3** 既に届け出ている

《 17-2で **「3 既に届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

＊ 17-3　情報通信機器を用いた診療の実施状況について、患者が診察を受けた場所ごとに**延べ人数**でご回答ください。

a ； 情報通信機器を用いた診療を行った患者

b ； **02**～**08**について、 **a**のうち、情報通信機器を用いた診療がなければ最寄りの医療機関まで概ね１時間以上要したと考えられる患者

（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年４月～令和８年９月の６か月間）

	a ；総患者延べ人数	**b** ；該当患者延べ人数
01 在宅（自宅等）	人	
02 オンライン診療受診施設	人	人
03 **02**のうち、公民館や自治体施設など、地域の拠点となる施設に併設されているもの	人	人
04 **02**のうち、薬局等に併設されているもの	人	人
05 **02**のうち、商業施設に併設（**04** 薬局等を除く）	人	人
06 **02**のうち、公共交通機関に併設されているもの	人	人
07 **02**のうち、企業内に設置されているもの	人	人
08 **02**のうち、その他	人	人
09 介護老人福祉施設	人	
10 障害者福祉施設	人	
11 医療機関	人	
12 医療MaaS拠点	人	
13 その他	人	
14 不明	人	

《 17-2で **「2 届出の意向なし」を選択した場合**にご回答ください。》

17-4　届出の意向がない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

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

《 17-2で **「1 届出の意向あり」を選択した場合**にご回答ください。》

17-5　現時点で届出できていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	施設基準（ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保）を満たすことが困難であるため	01
02	OSやソフトウェアをアップデートしセキュリティソフトをインストールすることが困難であるため	02
03	チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うことが困難であるため	03
04	医師側から患者側につなげることを徹底することが困難であるため	04
05	患者の本人確認を行うことが困難であるため	05
06	患者がいつでも医師の本人確認を行えるよう情報を提示しておくことが困難であるため	06
07	患者が適切な場所で情報通信機器を用いた診療を受けられるよう患者に指示を行うことが困難であるため	07
08	その他	08

17-6　貴施設で情報通信機器を用いた診療を行うにあたり用いているシステムの概要についてお伺いします。
患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	オンライン診療に特化したシステム	01
02	オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム（SNSアプリ等を用いたビデオ通話）	02
03	その他	03
04	非該当（情報通信機器を用いた診療を行っていない場合）	04

■ 17-7～17-8は、17-6で**「01」～「03」のいずれかを選択した**（情報通信機器を用いた診療を行っている）**場合**にご回答ください。

17-7　システム利用に係る貴施設が負担するシステム提供者への費用の支払いについてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	導入時初期費用					
	1 あり	具体的に	円	**2** なし	01	
02	月額維持費用（令和８年10月の１か月間）					
	1 あり	具体的に	円/月	**2** なし	02	

17-8　システム利用に係る患者が負担する費用についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	貴施設が患者から徴収する一人あたりの利用額					
	1 あり	具体的に	円/回	**2** なし	01	
＊ **02**	貴施設を介さず、システム会社が患者に直接請求している利用額					
	1 １回価格を把握している		円/回	**4** ないことを把握している	02	
	2 月額価格を把握している		円/月	**5** 把握していない		
	3 患者負担額があるのは把握しているが、具体的な金額はわからない					

《 すべての施設がご回答ください。》

17-9　オンライン診療において、薬剤を患者に処方する方法についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	電子処方箋を発行する	01
02	紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応する薬局）に郵送する	02
03	紙の処方箋を発行し、患者の希望する薬局（オンライン服薬指導に対応していない薬局）に郵送する	03
04	紙の処方箋を患者に郵送する	04
05	自院で調剤し、薬剤を患者に郵送する	05
06	その他	06
07	オンライン診療は行わない施設方針のため該当なし	07

■ 問18は、 **情報通信機器を用いた診療の届出をしている医療機関**のみご回答ください。

問18　患者が**医師**といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with **D**）の
実施状況についてお伺いします。

《 17-2で **「3** 既に届け出ている**」を選択した場合**にご回答ください。》

18-1　患者が自院に来院したとき、訪問診療を実施したとき、又は入院患者への診察のときに、**ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った**実績についてご回答ください。
（令和８年４月～令和８年９月の６か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実績がある　　**2** 実績はない

《 18-1で **「1** 実績がある**」を選択した場合**にご回答ください。》

18-2　連携を行った状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	指定難病の患者に対して、難病診療連携拠点病院等の医師との連携	01
02	てんかん患者に対して、てんかん診療拠点機関の医師との連携	02
03	がん患者に対して、がん診療連携拠点病院等との連携	03
04	関節リウマチの患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携	04
05	COPD・気管支喘息の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携	05
06	慢性腎臓病の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携	06
07	専門医の診療が必要なその他の疾患の患者に対して、大学病院・専門病院等の医師との連携	07
08	その他	08

《 18-2で **「07」が該当した場合**にご回答ください。 》

18-3　その他の疾患について、具体的な疾患名をご回答ください。

問19　患者が**看護師等**といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with **N**）の
実施状況についてお伺いします。

＊ 19-1　患者の自宅に自院又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問しビデオ通話が可能な通信機器を用いて診療を行った実績と、訪問看護遠隔診療補助料の算定の有無についてご回答ください。
（令和８年４月～令和８年９月の６か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実績があって補助料を算定している　　**2** 実績があるが補助料は算定していない　　**3** 実績がない

■ 「**3** 実績がない」**を選択した場合**は、　問20 へお進みください

■ 19-2～19-7は、19-1で　**「1」または「2」を選択した（**D to P with N の実績がある**）場合**にご回答ください。

＊ 19-2　患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with N）を実施した患者について、それぞれ人数をご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）
（令和８年４月～令和８年９月の６か月間）

01	患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with N）を実施した患者の**実人数**		人
02	**01**のうち、訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）として、自院の看護師等が患者の居宅に訪問し実施した患者の**実人数**		人
03	**01**のうち、訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）として、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が患者の居宅に訪問し実施した患者の**実人数**		人
04	**01**のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、自院の看護師等が患者の居宅に訪問し実施した患者の**実人数**		人
05	**01**のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が患者の居宅に訪問し実施した患者の**実人数**		人
06	**01**のうち、**02**～**05**に該当しない場合に実施した患者の**実人数**		人
07	患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with N）を実施した患者のうち、同一建物に訪問看護を実施した患者が２名以上いる場合の**延べ**患者数		人

《 19-2で **「06」が１人以上いる場合**にご回答ください。》

＊ 19-3　他に該当しない場合に実施した患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with N）について、ご回答ください。

01 具体的な状況をご回答ください。

02 具体的な居宅サービス等についてご回答ください。

《 19-2で **「07」が１人以上いる場合**にご回答ください。》

＊ 19-4　同一建物に居住する患者の居住形態について、ご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01	サービス付き高齢者向け住宅		**04**	軽費老人ホーム	
02	有料老人ホーム		**05**	認知症グループホーム	
03	特別養護老人ホーム		**06**	その他	

＊ 19-5　実施した診療の補助行為（検査・処置等）として、当てはまるものをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01	血液検査		**09**	創傷処置	
02	尿検査		**10**	酸素吸入	
03	咽頭拭い液を用いた検査		**11**	皮膚への軟膏処置	
04	超音波検査		**12**	バルーンカテーテル管理	
05	心電図		**13**	導尿	
06	培養検査		**14**	摘便	
07	皮内・皮下・筋肉内注射		**15**	その他	
08	点滴注射		**16**	診療の補助行為はいずれも行っていない	

＊ 19-6　患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with N）を実施した患者について、診療を行った状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	定期的に訪問診療を行っている患者に対する定期的な診察	01
02	定期的に外来診療を行っている患者に対する定期的な診察	02
03	定期的に訪問診療を行っている患者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察	03
04	定期的に外来診療を行っている患者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察	04
05	定期的な診察を行っていない患者が発熱等で急な症状を呈した際の診察	05
06	その他	06

《 19-6で **「03」「04」「05」のいずれか１つ以上が該当した場合**にご回答ください。》

＊ 19-7　予定外の診察を行った理由として、当てはまるものについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	感冒・呼吸器感染症・尿路感染症による発熱	**07**	創傷・皮膚症状のトラブルや変化（褥瘡処置を含む）
02	上記以外による発熱	**08**	排尿・排便異常、尿道カテーテルのトラブル
03	消化器症状（嘔気・嘔吐）	**09**	転倒後の状態確認
04	呼吸困難感	**10**	出血（血痰、血便）
05	疼痛症状	**11**	血圧異常
06	内服薬等の副作用症状	**12**	意識レベルの変化
		13	その他

■ 19-1で **「1** 実績があって加算を算定している**」を選択していた場合**は、問20 へお進みください

《 19-1で **「2」を選択した**（ D to P with N の実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料は算定していない）**場合**にご回答ください。》

＊ 19-8　実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料を算定しない理由についてご回答ください（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	施設基準の届け出を行っていないため	01
02	在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに該当しないため	02
03	自院の看護師等が定期的な訪問看護の前後に続けて、情報通信機器を用いた診療（D to P with N）を実施したため	03
04	患者、家族の同意が得られなかったため	04
05	自院の看護師等以外が情報通信機器を用いた診療（D to P with N）を実施したため	05
06	その他	06

問20　貴施設における透析医療の提供体制についてお伺いします。

20-1　人工腎臓の施設基準に係る届出の有無等についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	慢性維持透析を行った場合１を届け出ている	01
02	慢性維持透析を行った場合２を届け出ている	02
03	人工腎臓の施設基準に係る届出を行っていないが、慢性維持透析を行った場合として、「J038 人工腎臓」のイ～ハを算定している	03
04	**01**～**03**のいずれにも該当しない	04

■ **「04** 01～03のいずれにも該当しない**」を選択した場合**は、 問21 へお進みください

■20-2～20-10については、20-1で **「01」～「03」を選択した場合**にご回答ください。

20-2　貴施設において実施している透析医療の災害対策の取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	災害対策マニュアルを策定している	01
02	避難訓練を年に１回以上実施している	02
03	ハザードマップにより貴施設の災害発生時のリスクを把握している	03
04	施設損壊を防ぐために、透析液供給装置の固定等の対策を講じている	04
05	自家発電機を設置している	05
06	透析に使用可能な貯水槽や井戸水等の代用水源を確保している	06
07	停電や断水等のライフライン障害に対する電源車や給水車の受入体制が決められている	07
08	災害発生時の情報共有の手段として、日本透析医会災害時情報ネットワークに登録している	08
09	災害発生時の情報共有の手段として、日本透析医会災害時情報ネットワーク以外の情報連携ツールを使用している	09
10	災害発生時に備えて都道府県や日本透析医会支部等との連携体制を確保している	10
11	貴施設に通院している患者に対し、災害発生時の対応について案内している	11
12	とくに何もしていない	12

20-3　貴施設の患者におけるシャント閉塞等のシャントトラブルに対する取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当する番号１つを右欄に記載）

		《回答欄》
1	自院で治療を行っている	
2	事前に連携している医療機関に紹介する	
3	事前に連携していない医療機関に紹介する	

20-4　貴施設における腹膜透析等に関する取組についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	自院で持続的携帯型腹膜透析（CAPD）を導入したことがある	01
02	自院で自動腹膜透析（APD）を導入したことがある	02
03	自院で在宅血液透析を導入したことがある	03
04	自院で現在、持続的携帯型腹膜透析（CAPD）の患者を診療している	04
05	自院で現在、自動腹膜透析（APD）の患者を診療している	05
06	自院で現在、在宅血液透析の患者を診療している	06
07	その他	07
08	自院で現在、腹膜透析の患者を診療していない	08
09	自院でこれまで、腹膜透析を導入したことがない	09

《 20-4で **「08」「09」のいずれか１つ以上が該当した場合**にご回答ください。 》

20-5　これまでに腹膜透析を導入したことがない、又は現在、腹膜透析の患者を診療していない理由を
ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 対象となる患者がいないため		**04** 対応できる器具設備を備えていないため	
02 対応できる医師がいないため		**05** 医師に腹膜透析を管理した経験がないため	
03 対応できる医師以外の医療スタッフがいないため		**06** 診療報酬上のメリットが乏しいため	
		07 その他	

20-6　貴施設における腹膜透析に関する情報提供・意思決定支援についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	全ての患者に対し、血液透析、腹膜透析、腎移植の全てについて情報提供している	01
02	患者の状況に応じて腹膜透析や腎移植の情報提供を行わない	02
03	患者の状況に応じて腹膜透析を積極的に勧めている	03
04	腹膜透析による残腎機能の維持を考慮し、残腎機能が温存されており、自覚症状がない末期腎不全患者に対しても腎代替療法の情報提供を行っている	04
05	その他	05
06	とくに何もしていない	06

20-7　透析患者のうち、ADLの低下等により医療機関への通院が困難になった患者に対して、どのような取組を提案していますか。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	透析医療を提供する療養病床を案内する	01
02	透析医療を提供する医療機関と連携している介護施設を案内する	02
03	腹膜透析を導入し、在宅医療を案内する	03
04	患者や家族と相談し、透析医療中止に関する意志決定支援を実施している	04
05	その他	05

20-8　腹膜透析を患者に勧めるにあたって、考慮していることについてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01	患者の年齢	**06**	患者の性格
02	患者のADL	**07**	患者の経済的負担
03	患者家族等の日常生活での支援状況	**08**	患者の貴施設への交通アクセス
04	患者の原疾患、合併症	**09**	その他
05	患者の栄養状況	**10**	患者に勧めていない

20-9　患者に対する疼痛緩和や緩和ケアに関する取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	医療用麻薬を用いた疼痛緩和を実施している	01
02	緩和ケアを実施している	02
03	終末期や透析医療中止に関する意志決定支援を実施している	03
04	その他	04
05	取組はしていない	05

20-10　時間外・休日における実施状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	平均して週に１～２回、平日の診療時間外から透析を開始している場合がある	01
02	平均して週に３回以上、平日の診療時間外から透析を開始している場合がある	02
03	平均して月に１回、休日に透析を実施している	03
04	平均して月に２回以上、休日に透析を実施している	04
05	いずれにも該当しない	05

問21　充実管理加算についてお伺いします。

※ 令和８年度診療報酬改定により、従来の「外来データ提出加算」は「充実管理加算」に再編され、別途「外来データ提出加算」が新設されました。本設問では、「充実管理加算」（旧・外来データ提出加算）についてお伺いします。

＊ 21-1　充実管理加算の届出状況および算定実績についてご回答ください。
（令和８年６月改定～令和８年10月の５か月間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ており算定実績がある	**2** 届け出ているが算定実績はない	**3** 届け出ていない	

《 21-1で　**「1」もしくは「3」を選択した場合**にご回答ください。 》

21-2　21-1 で　**「1」を選択した場合**は、算定するにあたり困難に感じることについて、
「3」を選択した場合は、届け出ていない理由について、
それぞれご回答ください。　（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	算定できる患者がいないこと	01
02	電子カルテ・レセコンが対応していないこと	02
03	入力のための人員が確保できないこと	03
04	**【算定実績がある場合】** ３か月に１回データを提出しなければならないこと	04
05	**【算定実績がある場合】** データを作成すること	05
06	加算の点数が作業に必要なコストに見合っていないこと	06
07	算定のための仕組みが複雑で理解が難しいこと	07
08	患者の負担が増すこと	08
09	患者へのメリットが感じられないこと	09
10	その他	10
11	**【届け出ていない場合】** 特に困難を感じることはないため、現在算定に向けた準備をしている	11
12	**【届け出ていない場合】** 特に困難を感じることはないが、届け出るつもりはない	12
13	**【算定実績がある場合】** 特に困難を感じることはなく、算定できている	13

■ 21-3～21-4は、21-1て**「1** 充実管理加算の算定実績がある**」を選択した場合**にご回答ください。

21-3　入力する人員の体制についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01	医師が行う		**04**	事務職員が行う	
02	看護師が行う		**05**	外部に委託している	
03	その他医療職が行う		**06**	その他	

21-4　充実管理加算の入力にかかる１件あたりの時間をご回答ください。		分/件

◆ その他のご意見

その他、外来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８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。

A-2

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

病 棟 調 査 票（A）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆　施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入ください。

施設ＩＤ		病棟ＩＤ	

●**病床機能報告用病棟コード（1906から始まるコードの下5桁）**を ご記入ください。（不明な場合は院内の担当部署へご確認ください）	1	9	0	6					

問1　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

1-1　診療科目についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（最も近似する主な診療科を３つまで右欄に記載）

《回答欄》

1	内科	**9**	耳鼻いんこう科
2	小児科	**10**	皮膚科
3	精神科	**11**	泌尿器科
4	外科	**12**	放射線科
5	整形外科	**13**	リハビリテーション科
6	脳神経外科	**14**	歯科（歯科口腔外科等含む）
7	産婦人科	**15**	その他
8	眼科		

1-2　入院基本料等についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	急性期病院A一般入院料	**13**	専門病院入院基本料（10対１）
2	急性期病院B一般入院料	**14**	特定機能病院A入院基本料（一般病棟７対１）
3	急性期一般入院料１	**15**	特定機能病院B入院基本料（一般病棟７対１）
4	急性期一般入院料２	**16**	特定機能病院C入院基本料（一般病棟７対１）
5	急性期一般入院料３	**17**	特定機能病院A入院基本料（一般病棟10対１）
6	急性期一般入院料４	**18**	特定機能病院B入院基本料（一般病棟10対１）
7	急性期一般入院料５	**19**	特定機能病院C入院基本料（一般病棟10対１）
8	急性期一般入院料６	**20**	小児入院医療管理料
9	地域一般入院料１	**21**	地域包括医療病棟入院料２
10	地域一般入院料２	**22**	緩和ケア病棟入院料１
11	地域一般入院料３	**23**	緩和ケア病棟入院料２
12	専門病院入院基本料（７対１）		

《 急性期病院B一般入院料もしくは急性期一般入院料４を算定している場合のみご回答ください。》
（ 1-2で、**「2」または「6」**と回答した場合 ）

1-3 ＊貴病棟の看護・多職種協働加算の算定状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 算定している　　**2** 算定していない

《 1-3で、**「1 算定している」**と回答した場合のみご回答ください。》

1-4 ＊看護・多職種協働加算の算定要件（配置・協働体制等）の充足状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 看護職員のみで要件を満たしている

2 看護職員と他職種（多職種）との協働により要件を満たしている

《 貴病棟が小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生（支）局に届け出た場合のみご回答ください。》

1-5 届け出ている小児入院医療管理料についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 小児入院医療管理料１　　**4** 小児入院医療管理料４

2 小児入院医療管理料２　　**5** 小児入院医療管理料５

3 小児入院医療管理料３

1-6 貴病棟の医療保険届出病床数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）

《回答欄》

01 医療保険届出病床数	01	床
02 **01**のうち、休床数	02	床

1-7 貴病棟に配置されている職員数（常勤換算）についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 看護師	人	**14** 視能訓練士	人
02 **01**のうち、特定行為研修修了者	人	**15** 公認心理師	人
03 **01**のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師	人	**16** 診療放射線技師	人
04 准看護師	人	**17** 臨床検査技師	人
05 看護補助者	人	**18** 臨床工学技士	人
06 **05**のうち、介護福祉士	人	**19** 歯科衛生士	人
07 薬剤師	人	**20** 相談員	人
08 **07**のうち、専従	人	**21** **20**のうち、社会福祉士	人
09 **07**のうち、専任	人	**22** **20**のうち、精神保健福祉士	人
10 管理栄養士	人	**23** 保育士	人
11 理学療法士	人	**24** 医師事務作業補助者	人
12 作業療法士	人	**25** 事務職員	人
13 言語聴覚士	人	**26** その他の職員	人

1-8	1-7の**「05 看護補助者」**について「直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」の人数についてご回答ください。 （該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）	《回答欄》	
01	直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者（**02**～**05**の合計数）	01	人
02	**01**のうち、介護福祉士の資格を有しており、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「両方を満たす者」**）	02	人
03	**01**のうち、介護福祉士の資格を有している者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	03	人
04	**01**のうち、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	04	人
05	**01**のうち、「**02**、**03**、**04**」以外の者	05	人

1-9	＊小児の家族等が希望により付き添う場合、家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に配慮した取組みの実施有無についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1	実施している	
2	実施していない	

《 1-9で、**「1 実施している」**と回答した場合のみご回答ください。》

1-10 ＊実施している具体的な取組み内容についてご回答ください。

1-11	貴病棟における新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。		《回答欄》	
01	新入棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
		b 令和８年８月～10月	b	人
02	新退棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
		b 令和８年８月～10月	b	人
03	在院患者延べ日数	**a** 令和７年８月～10月	a	日
		b 令和８年８月～10月	b	日

1-12	貴病棟における病床利用率についてご回答ください。		《回答欄》	
01	病床利用率	**a** 令和７年８月～10月	a	%
		b 令和８年８月～10月	b	%

1-13	貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「0」**）		《回答欄》	
01	新退棟患者数（**1-11「02」の再掲**）	**a** 令和７年８月～10月	a	人
		b 令和８年８月～10月	b	人
02	**「01新退棟患者数」**のうち、在宅に復帰した患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
		b 令和８年８月～10月	b	人
03	**「02在宅に復帰した患者数」**のうち、外来フォローアップしている患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
		b 令和８年８月～10月	b	人
04	平均在院日数	**a** 令和７年８月～10月	a	日
		b 令和８年８月～10月	b	日

1-14	貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に〇）			
01	３交代制		**04** 変則２交代制	
02	変則３交代制		**05** その他	
03	２交代制			

問2　貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

2-1　貴病棟の入院実患者数※1について回答ください。（令和８年10月の１か月間）		人

※１　病棟全体で１か月間に入院していた実患者数。
なお、実患者数は、入院期間に関わらず１日でも入院した患者を１人と計算してください。
退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

2-2　入棟前の居場所別実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）		《回答欄》	
01 自宅（在宅医療の提供あり）	01		人
02 **01**のうち、**自院で**在宅医療の提供あり	02		人
03 自宅（在宅医療の提供なし）	03		人
04 介護老人保健施設	04		人
05 **04**のうち、**協力医療機関**	05		人
06 介護医療院	06		人
07 **06**のうち、**協力医療機関**	07		人
08 特別養護老人ホーム	08		人
09 **08**のうち、**協力医療機関**	09		人
10 軽費老人ホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	10		人
11 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	11		人
12 障害者支援施設	12		人
13 他院の一般病床	13		人
14 **13**のうち、特別の関係の医療機関の一般病床	14		人
15 他院の一般病床以外の病床	15		人
16 **15**のうち、特別の関係の医療機関の一般病床以外の病床	16		人
17 自院の他病棟	17		人
18 有床診療所	18		人
19 その他	19		人

《 2-2の**「17 自院の他病棟」を１人以上と回答した場合**にお答えください。 》		
2-3　自院の他病棟からの転棟実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 自院の他病棟からの転棟患者（**2-2**の**17**の再掲）	01	人
02 **01**のうち、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	02	人
03 **01**のうち、自院の地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病床から転棟	03	人
04 **01**のうち、自院の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	04	人
05 **01**のうち、自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床から転棟	05	人
06 **01**のうち、自院の一般病床（**02**、**03**、**04**、**05**以外）から転棟	06	人
07 **01**のうち、自院の療養病床（**03**、**04**以外）から転棟	07	人
08 **01**のうち、自院の精神病床から転棟	08	人
09 **01**のうち、自院のその他の病床から転棟	09	人

問3　見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

3-1　身体的拘束※1を実施した実患者数についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）		人

※１　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、
一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

3-2　＊貴病棟における身体的拘束を予防・最小化するための身体的拘束最小化の体制に係る基準以外の具体的な取組についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	身体的拘束の疑似体験を行う研修会の実施	01
02	身体的拘束最小化の手法に関する情報収集や他院の視察	02
03	見守りカメラや離床センサー、低床ベッド等の利用	03
04	身体的拘束を防ぐための職員増員	04
05	身体的拘束を防ぐための看護職以外の他職種とのタスクシェアや協働	05
06	身体的拘束を防ぐための定期的な病棟ラウンド	06
07	身体的拘束の代替手段に関する内容の他、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を定期的な研修に含めること	07
08	その他	08
09	特に取組を行っていない	09

3-3　疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	他部署の看護師へ応援を依頼する	01
02	自部署の看護補助者へ見守りを依頼する	02
03	他部署の看護補助者へ応援を依頼する	03
04	夜間の看護師配置を増員し対応している	04
05	日中の看護師配置を増員し対応している	05
06	早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している	06
07	院内のチーム（認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等）へ応援を依頼する	07
08	ボランティアスタッフに協力（話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等）を依頼する	08
09	患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する	09
10	身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う	10
11	離床センサー、見守りカメラ等のAIやICTシステムを導入し対応している	11
12	患者の家族に付き添いや面会などの協力を依頼する	12
13	その他	13
14	特別な取組を行っていない	14

3-4　応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数※2についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間） （応援を依頼していない場合は空欄）（小数点第3位まで（小数点第４位を四捨五入））		日

※２　１日８時間換算で、1時間＝0.125日とする。

3-5 ＊貴病棟における身体的拘束最小化チームの介入による、身体的拘束の解除・回避への影響についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	非常に役立っている	**4**	あまり役立っていない
2	ある程度役立っている	**5**	役立っていない
3	どちらでもない		

3-6 ＊貴病棟において、身体的拘束の回避・早期解除が困難となっている理由についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する上位３つまで番号を右欄に記載）

《回答欄》

1	自己抜去した場合、生命の危機につながるライン等が挿入されているため
2	自己抜去した場合、再挿入に係る身体への侵襲が非常に大きいライン等が挿入されているため
3	自己抜去した場合、再手術が必要になるライン等が挿入されているため
4	転倒・転落リスクが高いため
5	看護・介護の人手が不足しており、回避・早期解除のために必要となる見守りが不可能なため
6	患者家族から要望があるため
7	代替機器（離床センサー等）や環境調整が不足しているため
8	病棟スタッフ間でリスクに対する認識（どこまで許容するか）の統一が難しいため
9	回避・早期解除を可能とする効果的な手法がわからないため
10	その他
11	特に困難となっている理由はない

問4　貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1～4-4は、1-7で**「07 薬剤師」が配置されている場合**にご回答ください。

4-1	貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。 令和８年10月の１か月間の業務実態に基づき、**<u>１週間当たり</u>**<u>の平均業務時間（人時）</u>※1をご回答ください。		人時

※１　平均業務時間（人時）は、総病棟薬剤業務時間数÷４（週間）＝１週間あたりの人時としてご回答ください。
（例）病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合
A氏：40時間/月・10時間/週のため10人時/週
B氏：28時間/月・7時間/週のため7人時/週
（40時間＋28時間）÷４となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

4-2 貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	大いにある	**2**	ある	**3**	あまりない	**4**	ない

4-3　薬剤師による薬学管理として、実施している内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること	01
02	入院時の持参薬の確認と医師への処方提案	02
03	入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施	03
04	入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援	04
05	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	05
06	入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施	06
07	退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施	07
08	退院時の文書による情報提供	08
09	その他	09
10	薬学管理として実施している内容はない	10

※２　「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

4-4　薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること	01
02	入院時の持参薬の確認と医師への処方提案	02
03	入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施	03
04	入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援	04
05	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	05
06	入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施	06
07	退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施	07
08	退院時の文書による情報提供	08
09	その他	09
10	さらなる充実が求められることはない	10

※２　（再掲）「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

■ 4-5～4-9は、1-7の**「07 薬剤師」** の配置状況に関わらずご回答ください。

4-5 入院時に提供された薬剤に関する情報について、貴病棟で実際に活用している情報についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 受診中の他の医療機関、診療科等に関する情報	01
02 現在服用中の薬剤の一覧	02
03 医師の指示による入院前中止薬に対する対応状況	03
04 自己調節している薬剤に関する情報	04
05 服薬遵守状況	05
06 服薬方法や服薬管理者に関する情報	06
07 薬物治療に関して入院中に際してお願い（相談）したいこと	07
08 退院時の処方の際にお願いしたいこと	08
09 市販薬等や健康食品に関する情報	09
10 その他	10
11 活用している情報はない	11

4-6 ＊入院時に提供された薬剤に関する情報の**情報提供元**ごとの件数※3についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 保険薬局からの提供件数	01	件/月
02 転院元病院・紹介元病院からの薬剤サマリーによる提供件数	02	件/月
03 転院元病院・紹介元病院からの診療情報提供書による提供件数	03	件/月
04 紹介元診療所からの診療情報提供書による提供件数	04	件/月
05 介護施設等からの提供件数	05	件/月
06 その他からの提供件数	06	件/月

※３　１人の患者につき、２件以上実施した場合は各々１件としてカウントしてください。

4-7　退院時薬剤情報連携等の状況についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）		《回答欄》
01 薬剤師が退院時薬剤情報管理指導料を算定した回数	01	回/月
02 薬剤師が退院時薬剤情報管理指導料によらず、退院時に服薬指導を実施した件数	02	件/月
03 薬剤師が薬剤総合評価調整加算を算定した回数	03	回/月
04 薬剤師が薬剤総合評価調製加算以外の内容による、情報提供を行った件数	04	件/月

4-8　退院時の薬剤に関する情報連携について、貴病棟で実施しているものについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 ポリファーマシー※2対策に係る処方調整に関する情報	01	
02 術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報	02	
03 術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報	03	
04 周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来の処方内容を再開することの情報	04	
05 入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報	05	
06 入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報	06	
07 退院処方一覧	07	
08 入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報	08	
09 生活習慣やADLなどの患者情報	09	
10 入院中に変更となった処方に関する変更理由	10	
11 入院中に実施したがん化学療法に関する情報	11	
12 入院中（直近の）処方内容の変更内容とその理由	12	
13 その他	13	
14 退院時の薬剤に関する情報連携を実施していない	14	

※２　（再掲）「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

4-9　＊退院時に提供した薬剤に関する情報の**情報提供先**ごとの件数※3についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）		《回答欄》
01 保険薬局へ提供した件数	01	件/月
02 転院先病院へ提供した件数	02	件/月
03 かかりつけ診療所へ提供した件数	03	件/月
04 介護施設等へ提供した件数	04	件/月
05 ケアマネージャーへ提供した件数	05	件/月
06 その他へ提供した件数	06	件/月

※３　（再掲）１人の患者につき、２件以上実施した場合は各々１件としてカウントしてください。

■ 4-10は、1-7の**「10 管理栄養士」**の配置状況に関わらずご回答ください。

4-10　貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）

《回答欄》

1	８割以上	**3**	４割～５割未満	**5**	２割～３割未満
2	５割～８割未満	**4**	３割～４割未満	**6**	２割未満

■ 4-11は、1-7で**「10 管理栄養士」が配置されている場合**にご回答ください。

4-11　病棟の管理栄養士が実施又は関与している内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	口腔状態の評価	01
02	摂食・嚥下状態の評価	02
03	ミールラウンド	03
04	経口摂取への移行・継続支援	04
05	病棟カンファレンス・回診への参加	05
06	カンファレンス等における栄養管理上の提案	06
07	他職種からの栄養相談に対する具体策の提示	07
08	栄養情報提供書の作成	08
09	退院時カンファレンスへの参加	09
10	退院前の居宅訪問	10
11	その他	11
12	実施又は関与している内容は特にない	12

問5　貴病棟における多職種連携の状況についてお伺いします。

5-1　貴病棟における多職種協働の取組の実施についてご回答ください。
（貴病棟において、各業務に主に関与している職種に◎を、関与している職種に○を記してください。）

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	**b** 看護補助者	**c** 薬剤師	**d** 理学療法士	**e** 作業療法士	**f** 言語聴覚士	**g** 管理栄養士	**h** 臨床検査技師
入院	**01** 入院時オリエンテーション								
	02 転倒転落アセスメント								
	03 褥瘡発生リスクアセスメント								
	04 退院支援スクリーニング								
	05 入院支援計画書・退院診療計画書								
	06 持参薬・服薬状況の確認								
	07 ベッドコントロール								
スクリーニング・評価	**08** 認知機能のスクリーニング・定期的な評価								
	09 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価								
	10 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価								
	11 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価								
	12 ADLのスクリーニング・定期的な評価								
	13 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価								
情報共有	**14** 患者等からの情報収集 （入院前の生活、ADL、食生活、食物アレルギー等）								
	15 病棟内における多職種間の報告・連絡・相談・調整								
	16 他部門（MSW含）への連絡・調整								
	17 離床やリハビリテーションに係る計画の作成								
	18 栄養管理計画の作成								
	19 口腔管理に関する計画の作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
診療・治療	20 薬剤の残薬確認・処方依頼・セット								
	21 薬剤の準備・ミキシング								
	22 内服薬の投与								
	23 輸液の投与・管理								
	24 その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与								
	25 バイタルサイン・体重等の測定								
	26 検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）								
	27 診察・治療・処置の介助								
	28 リハビリ・自立援助 （単位リハビリ含）								
	29 嚥下訓練								
	30 食形態の検討・調整								
	31 経腸栄養剤の種類の選択や変更								
	32 食事摂取量や食事状況の観察 （ミールラウンド）								
	33 食事変更の調整（オーダー）								
	34 療養のための栄養指導								
	35 吸引（気管内・口腔内・鼻腔内）								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
患者のケア	36 環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）・リネン交換・身の回りの世話								
	37 見守り・付き添い								
	38 更衣								
	39 身体の清潔								
	40 食事の配膳								
	41 食事介助								
	42 食事（嗜好や量など）に関する相談対応								
	43 口腔ケア								
	44 排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）								
	45 体位交換								
	46 生活機能の回復に向けた支援（食事）								
	47 生活機能の回復に向けた支援（排泄）								
	48 生活機能の回復に向けた支援（離床の促し）								
	49 苦痛緩和・安楽のための世話								
	50 患者への説明（治療・手術・検査・病状等）								
	51 家族への連絡・説明・指導								
	52 患者宅への訪問(退院支援、退院後訪問指導、家屋訪問調査等を含む)								
退院	53 退院指導（身体と生活に関する指導）								
	54 退院後の食生活に関する指導								
	55 退院時の他院への服薬情報提供								
	56 退院時のカンファレンス								
	57 退院時の書類チェック								
記録	58 看護計画作成・アセスメント								
	59 日々の記録								
	60 退院時サマリー・看護情報提供書作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
移送・搬送	61 患者								
	62 薬・検体・書類								
機器等の管理	63 ME機器の取り寄せ・管理・返却								
	64 医療機器・医療材料の管理・請求・補充								
点検作業	65 機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）								
	66 薬品や物品の使用期限の点検								
事務作業	67 書類の作成（○○指導料のための書類等）								
	68 面会者及び電話の対応								
その他	69 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配								
	70 業務に関する委員会・会議								

■ 問6は、**「地域包括医療病棟入院料２」を算定する病棟**のみご回答ください。
(1-2で、「21」と回答した場合)

問6　＊地域包括医療病棟の状況等についてお伺いします。

6-1　＊地域包括医療病棟入院料の入院料１～３の算定患者数についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「０」**）（令和８年８月～10月の３か月間）		《回答欄》	
01 入院料１の算定**延べ**患者数	01		人
02 入院料２の算定**延べ**患者数	02		人
03 入院料３の算定**延べ**患者数	03		人

6-2　地域包括医療病棟における各種基準の状況についてご回答ください。 （令和８年８月～10月の３か月間） （小数点以下第２位以下を切り捨てとし、小数点以下第１位までを表記）		《回答欄》	
01 当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（BarthelIndex）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合	01		%
02 退院患者のうち、85歳以上の患者の占める割合	02		%
03 平日のリハビリテーション提供単位に対して土・日・祝日に提供している単位割合（概算）	03		%
04 基準①を満たす患者の割合に、救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数	04		%
05 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合	05		%
06 入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合	06		%
07 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合	07		%
08 退院患者のうち、在宅等に退院した患者割合	08		%

6-3　＊「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の届出状況についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算１を届け出ている	
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算２を届け出ている	
3 いずれも届け出ていないが、届出へ向けて準備中である	
4 いずれも届け出ておらず、届け出る予定がない	

《 6-3で、**「4 いずれも届け出ておらず、届け出る予定がない」を選択した場合**にお答えください。 》

6-4　＊「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」を届け出る予定がない理由についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当するすべて、右欄に○）		《回答欄》
01 保険医療機関において、リハビリテーション医療における経験を３年以上有し、適切な研修を受けた常勤医師を確保することが困難なため	01	
02 入棟後３日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が８割以上に満たないため	02	
03 土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の８割（連携加算２では７割）以上を満たさないため	03	
04 退院又は転棟時のADLが低下した割合が３％（連携加算２では５％）未満を満たすことが困難なため	04	
05 院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合2.5%未満を満たすことが困難なため	05	
06 当該保険医療機関の歯科医師又は歯科診療を担う他の保険医療機関へ、受診を促す体制がないため	06	
07 病棟に入棟した患者全員に対して、原則入棟後48時間以内にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することが困難であるため	07	
08 管理栄養士による、週５回以上のミールラウンドが困難であるため	08	
09 その他	09	

■ 問7は、**「急性期病院一般入院基本料」、「急性期一般入院基本料」、「特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）」又は「専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）」を算定する病棟**のみご回答ください。

(1-2で、「1～8」又は「12～19」と回答した場合)

問7　貴病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制に関する状況についてお伺いします。

7-1　「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１を届け出ている	
2	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２を届け出ている	
3	いずれも届け出ていないが、届出へ向けて準備中である	
4	いずれも届け出ておらず、届け出る予定がない	

《 7-1で**「4 いずれも届け出ておらず、届け出る予定がない」を選択した場合**にお答えください。 》

7-2　＊「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」を届け出る予定がない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当するすべて、右欄に○）

《回答欄》

01	常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を２名以上配置（うち１名は専任でも可）することが困難なため	01	
02	専任の管理栄養士を１名以上配置することが困難なため	02	
03	保険医療機関において、リハビリテーション医療における経験を３年以上有し、適切な研修を受けた常勤医師を確保することが困難なため	03	
04	入棟後３日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が８割以上に満たないため	04	
05	土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の８割（体制加算２では７割）以上を満たさないため	05	
06	退院又は転棟時のADLが低下した割合が３％（体制加算２では５％）未満を満たすことが困難なため	06	
07	院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合2.5%未満を満たすことが困難なため	07	
08	当該保険医療機関の歯科医師又は歯科診療を担う他の保険医療機関へ、受診を促す体制がないため	08	
09	脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていないため	09	
10	入退院支援加算１の届出を行っていないため	10	
11	病棟に入棟した患者全員に対して、原則入棟後48時間以内にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することが困難であるため	11	
12	管理栄養士による、週５回以上のミールラウンドが困難であるため	12	
13	その他	13	

■ 問8は、貴病棟が**緩和ケア病棟の場合**のみご回答ください。
(1-2で、「22」または「23」と回答した場合)

問8　緩和ケア病棟の状況についてお伺いします。

8-1　以下の疾患ごとの平均在院日数、患者数についてご回答ください。（令和７年11月～令和８年10月の１２か月間）		《回答欄》	
01 新規入院患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人
02 悪性腫瘍の患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人
03 後天性免疫不全症候群に罹患している患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人
04 末期腎不全の患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人

8-2　緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由別患者数についてご回答ください。（当てはまる理由ごとに該当する患者の人数を記入）（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 緩和ケア病棟に入院している実患者数（令和８年10月１か月）	01	人
02 **01**のうち、入院による身体症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数	02	人
03 **01**のうち、入院による精神症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数	03	人
04 **01**のうち、疼痛コントロール不良により、退院先が決められないため入院している実患者数	04	人
05 **01**のうち、退院後の在宅における受入れ体制が整わないため入院している実患者数	05	人
06 その他	06	人

問9　緩和ケアについてお伺いします。

9-1　緩和ケア診療加算の届出の有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 届け出ている　　**2** 届け出ていない	

《 9-1で**「1 届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

9-2　緩和ケア診療加算を算定した**延べ**患者数等についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月の３か月間）	《回答欄》	
01 緩和ケア診療加算を算定した患者数	01	人
02 **「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、悪性腫瘍の患者数	02	人
03 **「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、後天性免疫不全症候群の患者数	03	人
04 **「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、末期心不全の患者数	04	人
05 **「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、末期呼吸器疾患の患者数	05	人
06 **「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、末期腎不全の患者数	06	人
07 **06**のうち、血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している患者数	07	人
08 **「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、退院した患者（転院及び死亡退院を除く）数	08	人
09 **08**のうち、退院後に自院にて在宅医療を提供した患者数	09	人
10 **08**のうち、在宅医療を提供している医療機関へ紹介した患者数	10	人
11 **10**の患者を紹介した医療機関数	11	施設

問10　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

10-1　貴病棟における退棟患者数（実人数）※1及び、退棟先別の患者数（実人数）※1についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）

		《回答欄》	
01	貴病棟における退棟患者数	01	人
02	自宅（在宅医療の提供あり）	02	人
03	自宅（在宅医療の提供なし）	03	人
04	介護老人保健施設	04	人
05	**04**のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	05	人
06	介護医療院	06	人
07	特別養護老人ホーム	07	人
08	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	08	人
09	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	09	人
10	障害者支援施設	10	人
11	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	11	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	12	人
13	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	13	人
14	他院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	14	人
15	他院の療養病床（**12**以外）	15	人
16	**15**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している他院の療養病床	16	人
17	他院の精神病床	17	人
18	他院のその他の病床	18	人
19	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	19	人
20	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	20	人
21	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	21	人
22	自院の一般病床（**19**、**20**、**21**以外）	22	人
23	自院の療養病床（**20**以外）	23	人
24	**23**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している自院の療養病床	24	人
25	自院の精神病床	25	人
26	自院のその他の病床	26	人
27	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	27	人
28	有床診療所（**27**以外）	28	人
29	死亡退院	29	人
30	その他	30	人

※１　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

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

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

A-3

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

治療室調査票（A）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“＊”を付けております。

◆　施設ＩＤ、治療室ＩＤをご記入ください。

施設ＩＤ		治療室ＩＤ	

●**病床機能報告用病棟コード（1906から始まるコードの下5桁）**を ご記入ください。（不明な場合は院内の担当部署へご確認ください）	1	9	0	6					

■各特定入院料における回答対象設問は以下の通りです。

貴治療室の特定入院料	回答対象設問
救命救急入院料１,２	問1・問2・問3・問4・問5・問6・問10・問18
特定集中治療室管理料１,２,３	問1・問2・問4・問5・問8・問9・問10・問18
ハイケアユニット入院医療管理料１,２	問1・問2・問3・問10・問11・問18
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	問1・問2・問10・問12・問18
小児特定集中治療室管理料	問1・問2・問10・問14・問18
新生児特定集中治療室管理料１,２	問1・問2・問10・問16・問18
総合周産期特定集中治療室管理料 （1 母体・胎児集中治療室管理料）	問1・問2・問10・問17・問18
総合周産期特定集中治療室管理料 （2 新生児集中治療室管理料）	問1・問2・問10・問16・問18
新生児治療回復室入院医療管理料	問1・問2・問10・問18

改定前（令和８年５月31日以前）における 貴治療室の特定入院料	回答対象設問
救命救急入院料２,４	問7
小児特定集中治療室管理料	問13
新生児特定集中治療室管理料１	問15（15-1）
総合周産期特定集中治療室管理料 （2 新生児集中治療室管理料）	問15（15-2）

問1　貴治療室の特定入院料についてお伺いします。

1-1　特定入院料をご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	救命救急入院料１	**8**	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
2	救命救急入院料２	**9**	小児特定集中治療室管理料
3	特定集中治療室管理料１	**10**	新生児特定集中治療室管理料１
4	特定集中治療室管理料２	**11**	新生児特定集中治療室管理料２
5	特定集中治療室管理料３	**12**	総合周産期特定集中治療室管理料（１母体・胎児集中治療室管理料）
6	ハイケアユニット入院医療管理料１	**13**	総合周産期特定集中治療室管理料（２新生児集中治療室管理料）
7	ハイケアユニット入院医療管理料２	**14**	新生児治療回復室入院医療管理料

1-2　令和８年６月１日以降における、貴治療室で算定する特定入院料の変更の有無について
ご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	変更あり	**2**	変更なし

《 1-2で**「1 変更あり」を選択した場合**にご回答ください。》

1-3　令和８年５月31日以前の特定入院料をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	救命救急入院料１	**11**	ハイケアユニット入院医療管理料１
2	救命救急入院料２	**12**	ハイケアユニット入院医療管理料２
3	救命救急入院料３	**13**	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
4	救命救急入院料４	**14**	小児特定集中治療室管理料
5	特定集中治療室管理料１	**15**	新生児特定集中治療室管理料１
6	特定集中治療室管理料２	**16**	新生児特定集中治療室管理料２
7	特定集中治療室管理料３	**17**	総合周産期特定集中治療室管理料（１母体・胎児集中治療室管理料）
8	特定集中治療室管理料４	**18**	総合周産期特定集中治療室管理料（２新生児集中治療室管理料）
9	特定集中治療室管理料５	**19**	新生児治療回復室入院医療管理料
10	特定集中治療室管理料６	**20**	その他

1-4　貴治療室における宿日直許可の取得状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	宿直で宿日直許可を得ている　※又は「夜間の宿直」
2	休日の日直で宿日直許可を得ている
3	宿直で宿日直許可を申請する予定・申請中
4	休日の日直で宿日直許可を申請する予定・申請中
5	宿日直許可は得ていない

問2　貴治療室の基本情報についてお伺いします。

2-1　貴治療室の診療報酬上の届出病床数をご回答ください。（令和８年11月１日時点）		床

2-2　貴治療室に配置されている職員数について、**01**～**03**は実人数で、**04**～**24**は常勤換算でご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 専任の常勤医師の実数		人	**15** 管理栄養士		人
02 **01**のうち、５年以上の特定集中治療の経験を有する医師		人	**16** 理学療法士		人
03 専任の非常勤医師の実数		人	**17** 作業療法士		人
04 専任の非常勤医師		人	**18** 言語聴覚士		人
05 **04**のうち、５年以上の特定集中治療の経験を有する医師		人	**19** 臨床工学技士		人
06 看護師		人	**20** 相談員		人
07 **06**のうち、適切な研修を修了した専任の常勤看護師		人	**21** **20**のうち、社会福祉士		人
08 **07**のうち、特定行為研修修了者		人	**22** **20**のうち、精神保健福祉士		人
09 准看護師		人	**23** 医師事務作業補助者		人
10 看護補助者		人	**24** その他の職員		人
11 **10**のうち、介護福祉士		人			
12 薬剤師		人			
13 **12**のうち、専従		人			
14 **12**のうち、専任		人			

《 2-2で**「07 適切な研修を修了した専任の常勤看護師」数を計上した場合**にご回答ください。》

2-3　適切な研修を修了した専任の常勤看護師のみの当該治療室における勤務時間等についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）

	《回答欄》	
01 １人当たり平均勤務時間	01	時間/月
02 １人当たり平均夜勤時間	02	時間/月
03 １人当たり平均勤務日数	03	日/月

2-4　＊貴治療室における入室経路（入室区分）別の**実患者数**についてご回答ください。
（令和８年10月の１か月間）（該当する患者がいない場合は**「0」**）

	《回答欄》	
01 予定手術後の実患者数	01	人
02 救急自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送後の実患者数	02	人
03 救急外来からの実患者数（**02**を除く）	03	人
04 自院入院患者の病状が悪化し、入室した実患者数（緊急手術後を含む）	04	人
05 その他	05	人

2-5 ＊2-4で回答したそれぞれの入室経路の**日中**における管理主体についてご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

1： 治療室専任の医師が診療・管理を行っている
2： 原疾患の治療を行う担当科の医師が診療・管理を行っている
3： 「1」及び「2」の医師が**共同して**診療・管理を行っている
4： その他

					《回答欄》	
01 予定手術後の患者	**1**	**2**	**3**	**4**	01	
02 救急自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送後の患者	**1**	**2**	**3**	**4**	02	
03 救急外来からの患者（**02**を除く）	**1**	**2**	**3**	**4**	03	
04 自院入院患者の病状が悪化し、入室した患者（緊急手術後を含む）	**1**	**2**	**3**	**4**	04	

2-6 ＊2-4で回答したそれぞれの入室経路の**夜間**における管理主体についてご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

1： 救急又は集中治療を担当する診療科の医師が診療・管理している
2： 原疾患の治療を行う担当科の医師が診療・管理している
3： 「1」及び「2」の医師が**共同して**診療・管理している
4： 「1」及び「2」の**いずれにも該当しない**医師が**当番制**により診療・管理している
5： その他

						《回答欄》	
01 予定手術後の患者	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	01	
02 救急自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送後の患者	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	02	
03 救急外来からの患者（**02**を除く）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	03	
04 自院入院患者の病状が悪化し、入室した患者（緊急手術後を含む）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	04	

2-7 入室患者数、在室日数等についてご回答ください。

			《回答欄》	
01 実入室患者数	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人
02 平均在室日数	**a** 令和７年８月～10月	a		日
	b 令和８年８月～10月	b		日
03 病床利用率	**a** 令和７年８月～10月	a		%
	b 令和８年８月～10月	b		%

■問3は、貴治療室が **「救命救急入院料２」もしくは「ハイケアユニット入院管理料」を算定している場合**にご回答ください。(問1-1で「2」もしくは「6、7」と回答した場合)

問3　重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

3-1　改定**前**（令和７年８月～10月の３か月間）の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合についてご回答ください。			《回答欄》
01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	**a** 基準①	a	%
	b 基準②	b	%
02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	**a** 基準①	a	%
	b 基準②	b	%

3-2　改定**後**（令和８年８月～10月の３か月間）における重症度、医療・看護必要度の算出に使用した評価票についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 改定前の評価票のみを用いて評価している	
2 改定前と改定後の評価票が混在※1している	
3 改定後の評価票のみを用いて評価している	

※1　ここでいう「混在」とは、8月～10月の間に改定前の評価票のみを用いた月がある場合を指します。
8月～10月の間、改定前及び改定後の評価票の両方を用いている場合は「3改定後の評価票のみを用いて評価している」を選択ください。
(例)8月のみ改定前の評価票だけで評価＝「2」を選択／8月～10月の３か月間改定前だけでなく改定後の評価票でも評価＝「3」を選択

3-3　改定**後**（令和８年８月～10月の３か月間）の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合についてご回答ください。 ８～10月の間に改定前の評価票と改定後の評価票を用いた評価が混在している場合は、改定後の評価票を用いた状況についてご回答ください※2。			《回答欄》
01 重症度、医療・看護必要度Ⅰ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	**a** 基準①	a	%
	b 基準②	b	%
02 重症度、医療・看護必要度Ⅱ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	**a** 基準①	a	%
	b 基準②	b	%

※2　9月から改定後の評価票を用いている場合は「9月」「10月」の2か月間の患者割合を、
10月から改定後の評価票を用いている場合は「10月」の1か月間の患者割合をご記載ください。

■ 問4及び問5は、貴治療室が**「救命救急入院料１」もしくは「特定集中治療室管理料１～３」を算定している場合**にご回答ください。(問1-1で「1」もしくは「3、4、5」と回答した場合)

問4　重症度、医療・看護必要度についてお伺いします。

4-1　改定**前**及び改定**後**の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合についてご回答ください。	《回答欄》	
01 改定**前**（令和７年８月～10月の３か月間）	01	%
02 改定**後**（令和８年８月～10月の３か月間）	02	%

問5　重症患者対応体制強化加算についてお伺いします。

5-1　重症患者対応体制強化加算の届出の状況についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 届け出ている　　**2** 届け出ていない	

《 5-1で**「2 届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》		
5-2　届け出ていない理由をご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》	
01 施設基準に係る看護師の数に含めない看護師２名以上を確保できない	01	
02 集中治療を必要とする患者の看護に係る所定の研修を修了した専従の常勤看護師を確保できない	02	
03 要件に該当する経験を有する専従の臨床工学技士を確保できない	03	
04 特定機能病院ではなく、かつ、急性期総合体制加算を届け出ていない	04	
05 感染対策向上加算１を届け出ていない	05	
06 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で１割５分以上であることが満たせない	06	
07 届け出る予定がない	07	
08 その他	08	

《5-3は、 **重症患者対応体制強化加算の届出の有無に関わらず**ご回答ください。》		
5-3　院内研修の開催状況について開催済の場合は回数、今年度中に開催予定の場合は「99」、予定がない場合は**「０」**とご回答ください。（令和８年11月１日時点）		回

《5-4は、 **重症患者対応体制強化加算の届出の有無に関わらず**ご回答ください。》

5-4　当該治療室における職員の配置状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	専従の常勤臨床工学技士を１名以上配置している	01
02	当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師２名以上の配置	02

《 5-4で**「02 当該治療室等の施設基準に係る看護師の数に含めない看護師２名以上の配置」を選択した場合**にご回答ください。》

5-5　＊当該看護師のうち、集中治療を必要とする患者の看護に係る研修を修了した看護師の有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）　（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	研修を修了した看護師がいる	**2**	研修を修了した看護師がいない

《 5-5で**「1 研修を修了した看護師がいる」を選択した場合**にご回答ください。》

5-6　集中治療を必要とする患者の看護に係る研修修了者の具体的な実施業務についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	地域の医療機関との連携業務や研修の開催準備等	01
02	院内研修の講師	02
03	地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修の講師	03
04	院内における集中治療看護に関する相談対応	04
05	配置されている治療室の患者担当	05
06	その他	06

■問6は、貴治療室が **「救命救急入院料１」もしくは「救命救急入院料２」を算定している場合**にご回答ください。(問1-1で「1、2」と回答した場合)

問6　救急体制充実加算についてお伺いします。

6-1　救急体制充実加算の届出状況についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 救急体制充実加算１	**3** 救急体制充実加算３	
2 救急体制充実加算２	**4** 届け出ていない	

6-2　「救命救急センターの充実段階評価」についてご回答ください。			《回答欄》
01 令和６年１月～12月の実績	**a** 救命救急センター充実段階評価の「評価点」	a	
	b 是正を要する項目数	b	
02 令和７年１月～12月の実績	**a** 救命救急センター充実段階評価の「評価点」	a	
	b 是正を要する項目数	b	

問7　診療報酬改定による「救命救急入院料」への影響についてお伺いします。

《 7-1は、改定前に**「救命救急入院料２又は４」**を届出していた場合(=問1-3 で「2又は4 (救命救急入院料２又は４)」を選択した場合)ご回答ください。》		
7-1　「救命救急入院料２又は４」から、「（改定後の）救命救急入院料２」への変更、もしくは取り下げとなった場合、その理由をご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 救命救急センターではなくなったため		01
02 宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため		02
03 専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため		03
04 手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制が確保できないため		04
05 当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため		05
06 医療安全対策加算１の届出を行っていないため		06
07 算定の対象となる救急患者が減少したため		07
08 「救命救急入院料２、４」を算定していたが、重症度、医療看護必要度による評価の基準を満たせなくなったため		08
09 「救命救急入院料２、４」を算定していたが、当該治療室の専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むことができなくなったため		09
10 「救命救急入院料２、４」を算定していたが、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上かつ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の配置が困難であるため		10
11 「救命救急入院料２、４」を算定していたが、専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務することができなくなったため		11
12 その他		12

■問8は、貴治療室が **「特定集中治療室管理料１,２」を算定している場合**にご回答ください。
(問1-1で「３」「４」と回答した場合)

問8　診療報酬改定による「特定集中治療室管理料」への影響についてお伺いします。

《 8-1は、貴治療室が**「特定集中治療室管理料１」**を届け出ている場合(=問1-1 で「３」を選択した場合)ご回答ください。》

8-1 *経過措置終了後、取り下げもしくは他の入院料へ変更となることが想定される場合、困難な基準やその理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	救急搬送件数の実績に係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	01
02	全身麻酔手術件数の実績に係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	02
03	SOFAスコアに係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	03
04	病院全体の医療機能の見直しや病床再編に伴う経営判断のため	04
05	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となることが想定されるため	05
06	その他	06

《 8-2は、貴治療室が**「特定集中治療室管理料２」**を届出している場合(=問1-1 で「４」を選択した場合)ご回答ください。》

8-2 *経過措置終了後、取り下げもしくは他の入院料へ変更となることが想定される場合、困難な基準やその理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	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の基準を満たすことが困難になることが想定されているため	01
02	救急搬送件数の実績に係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	02
03	全身麻酔手術件数の実績に係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	03
04	SOFAスコアに係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	04
05	病院全体の医療機能の見直しや病床再編に伴う経営判断のため	05
06	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となることが想定されるため	06
07	その他	07

■問9は、貴治療室が **「特定集中治療室管理料１」を算定している場合**にご回答ください。
(問1-1で「３」と回答した場合)

問9　特定集中治療室遠隔支援加算（支援側医療機関）についてお伺いします。

9-1　情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を行っているか（自院が支援側医療機関）についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	支援を行っている	**2**	支援を行っていない

《 9-1で**「2 支援を行っていない」を選択した場合**にご回答ください。》

9-2　情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を行うことに関して、今後の考えについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	今後支援を行うことを検討している	**2**	今後も支援を行うつもりはない

《 9-1で**「2 支援を行っていない」を選択した場合**にご回答ください。》

9-3　新たに支援を開始する上での課題についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	連携先を見つけることが困難である	01
02	連携先からの要請はあるが、当該医療機関とのカルテ連携等が困難である	02
03	運用のためのルールを定めることが困難である	03
04	設備投資などの費用負担が大きい	04
05	他の医療機関と連携を行う医師を確保することが困難である	05
06	他の医療機関と連携を行う看護師を確保することが困難である	06
07	その他	07
08	特に課題はない	08

《 9-1 で**「１支援を行っている」を選択した場合**にご回答ください。》

9-4　支援側医療機関として連携している施設数についてご回答ください。
（該当する施設がない場合は**「０」**）（令和８年11月１日時点）

《回答欄》

01	特定集中治療室遠隔支援加算を**届け出ている**被支援側医療機関に対して、支援側医療機関として連携している施設数	01	施設
02	特定集中治療室遠隔支援加算を**届け出ていない**被支援側医療機関に対して、支援側医療機関として連携している施設数	02	施設

《 9-4 で**「01 「特定集中治療室遠隔支援加算を届け出ている被支援側医療機関に対して、支援側医療機関として連携している施設数」が0（ゼロ）の場合**にご回答ください。》

9-5　特定集中治療室遠隔支援加算を届け出ている被支援側医療機関に支援を行っていない理由をご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	特定集中治療室管理料２又は特定集中治療室管理料３を届け出ている医療機関から、連携の要請を受けていないため	01	
02	支援側医療機関の施設基準を満たしていないため	02	
03	その他	03	

《 9-5で**「02 支援側医療機関の施設基準を満たしていないため」を選択した場合**にご回答ください。》

9-6　支援側医療機関として満たしていない施設基準についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に特定集中治療の経験を５年以上有する医師を配置すること	01	
02	情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること	02	
03	被支援側医療機関の治療室における入院患者数に対し30又はその端数を増すごとに１以上の医師又は看護師を配置すること	03	
04	特定集中治療の経験を５年以上有する医師又は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看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと	04	
05	被支援側医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと	05	
06	その他	06	

問10　情報通信機器を用いた連携に関する被支援状況についてお伺いします。

10-1　情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けているか（自院が被支援側医療機関）についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	支援を受けている	**2**	支援を受けていない

《 10-1で**「2 支援を受けていない」を選択した場合**にご回答ください。》

10-2　情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、特定集中治療室管理に関する支援を受けることに関して、今後の考えについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	今後支援を受けることを検討している	**2**	今後も支援を受けるつもりはない

《 10-3は、**「特定集中治療室管理料２」または「特定集中治療室管理料３」**を届出している場合(=問1-1 で「4」または「5」を選択した場合)ご回答ください。》

10-3　特定集中治療室遠隔支援加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届け出ている	**2**	届け出ていない

《 10-3で**「2 届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

10-4　特定集中治療室遠隔支援加算について、届出を行っていない理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	特定集中治療に関する支援を他院から受ける必要がないため	01
02	遠隔支援の導入に向けて支援側医療機関との協議を行っており、現在届出に向けて準備中である	02
03	連携先を見つけることが困難であるため	03
04	設備投資などの費用負担が大きいため	04
05	他の医療機関と連携を行うことについて、スタッフの理解を得ることが困難であるため	05
06	他の医療機関と連携を行うことについて、患者の理解を得ることが困難であるため	06
07	特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準を満たすことが困難であるため	07
08	その他	08

■ 問11は、貴治療室が**「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定している場合**に
ご回答ください。(問1-1で「6、7」と回答した場合)

問11　ハイケアユニット入院医療管理料についてお伺いします。

11-1　*経過措置終了後、取り下げもしくは他の入院料へ変更となることが想定される場合、困難な基準やその理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	救急搬送件数の実績に係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	01
02	全身麻酔手術件数の実績に係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	02
03	重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの基準を満たす患者割合に係る要件を満たすことが困難になることが想定されるため	03
04	病院全体の医療機能の見直しや病床再編に伴う経営判断のため	04
05	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となることが想定されるため	05
06	その他	06

11-2　貴治療室の夜間において、ハイケアユニットを担当する医師の体制についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	医療機関内にいる担当医師に、５年以上の経験を有する医師が常に含まれる体制	01
02	医療機関内にいる担当医師に、２年以上の経験を有する医師が常に含まれる体制	02
03	２年以上の経験を有する医師が担当医師に常に含まれるとは限らないが、医療機関内に担当医師が常時１名以上いる体制	03

11-3　貴治療室の夜間における相談体制（医療機関内にいる医師以外の医師への相談を含む。）についてご回答ください。　（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	必要に応じて、特定集中治療の５年以上の経験を有する医師と常時相談可能	
2	必要に応じて、**1**以外で救急又は集中治療を担当する診療科の医師と常時相談可能	
3	必要に応じて、**1**、**2**以外で５年以上の経験を有する医師と常時相談可能	
4	必要に応じて、**1**～**3**以外で２年以上の経験を有する医師と常時相談可能	

■ 問12は、貴治療室が**「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定している場合**にご回答ください。(問1-1で「8」と回答した場合)

問12　脳卒中ケアユニット入院医療管理料についてお伺いします。

12-1　＊経過措置終了後、取り下げもしくは他の入院料へ変更となることが想定される場合、困難な基準やその理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	当該保険医療機関において「Ａ２０５－２」超急性期脳卒中加算と「Ｋ１７８－４」経皮的脳血栓回収術を合計して直近１年間に20回以上算定していることの基準を満たすのが困難なため	01
02	病院全体の医療機能の見直しや病床再編に伴う経営判断のため	02
03	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となることが想定されるため	03
04	その他	04

12-2　＊**「rt-PA投与」**及び**「経皮的脳血栓回収術」**の実施回数についてご回答ください。
（令和７年11月～令和８年10月の12ヵ月間）

		《回答欄》
01	rt-PA投与回数	01　回
02	経皮的脳血栓回収術実施回数	02　回

12-3　改定**後**（令和８年８月～10月の３か月間）に、重症度、医療・看護必要度の算出に使用した評価票についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

				《回答欄》
1	改定後の評価票	**2**	改定前と改定後の評価票が混在※1	

※1　ここでいう「混在」とは、8月～10月の間に改定前の評価票のみを用いた月がある場合を指します。
8月～10月の間、改定前及び改定後の評価票の両方を用いている場合は「1改定後の評価票」を選択ください。
(例)8月のみ改定前の評価票だけで評価＝「2」を選択／8月～10月の３か月間改定前だけでなく改定後の評価票でも評価＝「1」を選択

12-4　改定**前**（令和７年８月～10月の３か月間）の重症度、医療・看護必要度の基準※2を満たす患者の割合についてご回答ください。

		《回答欄》
01	重症度、医療・看護必要度Ⅰ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	01　%
02	重症度、医療・看護必要度Ⅱ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	02　%

※2　基準：次のいずれかに該当【A得点2点以上かつB得点3点以上／A得点3点以上／C得点1点以上】

12-5　改定**後**（令和８年８月～10月の３か月間）の重症度、医療・看護必要度の基準※2を満たす患者の割合についてご回答ください。
<u>８～10月の間に改定前の評価票と改定後の評価票を用いた評価が混在している場合は、改定後の評価票を用いた状況についてご回答ください※3。</u>

		《回答欄》
01	重症度、医療・看護必要度Ⅰ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	01　%
02	重症度、医療・看護必要度Ⅱ（届出に用いていない評価票は**空欄**）	02　%

※2　（再掲）基準：次のいずれかに該当【A得点2点以上かつB得点3点以上／A得点3点以上／C得点1点以上】

※3　9月から改定後の評価票を用いている場合は「9月」「10月」の2か月間の患者割合を、
10月から改定後の評価票を用いている場合は「10月」の1か月間の患者割合をご記載ください。

問13　診療報酬改定による「小児特定集中治療室管理料」への影響についてお伺いします。

《 13-1は、改定前に**「小児特定集中治療室管理料」**を届出していた場合(=問1-3 で「14」を選択した場合)ご回答ください。》

13-1　「小児特定集中治療室管理料」を取り下げた場合、その理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	当該治療室の専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むことができなくなったため	01
02	宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため	02
03	専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため	03
04	当該治療室において常時配置することが必要な看護師の数が確保できないため	04
05	他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近１年間20名以上という要件が満たせないため	05
06	他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上（そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上）という要件を満たせないため	06
07	当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であることという要件を満たせないため	07
08	医療安全対策加算１の届出を行っていないため	08
09	算定の対象となる小児が減少したため	09
10	1床あたりの床面積や個室・陰圧室の設置数等の施設・構造要件を満たすことが困難なため	10
11	病院全体の医療機能の見直しや病床再編に伴う経営判断のため	11
12	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となったため	12
13	その他	13

■ 問14は、貴治療室が**「小児特定集中治療室管理料」を算定している場合**に
ご回答ください。(問1-1で「9」と回答した場合)

問14　貴治療室における実績等についてお伺いします。

14-1　以下の実績等についてご回答ください。
（該当者がいない場合は**「０」**）（令和７年11月～令和８年10月の１２か月間）

		《回答欄》	
01	他の医療機関から転院してきた患者数	01	人
02	**01**のうち、急性期治療中の救命救急入院料又は特定集中治療室管理料を算定する患者数	02	人
03	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患者数	03	人
04	**03**のうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸を実施した患者数	04	人
05	人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者数	05	人

問15　診療報酬改定による「新生児特定集中治療室管理料」又は「総合周産期特定集中治療室管理料（２ 新生児集中治療室管理料）」への影響についてお伺いします。

《 15-1は、改定前に**「新生児特定集中治療室管理料１」**を届出していた場合(=問1-3 で「15」を選択した場合)ご回答ください。》

15-1　「新生児特定集中治療室管理料１」を「新生児特定集中治療室管理料２」へ変更、もしくは取り下げとなった場合、その理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため	01
02	専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため	02
03	当該治療室において常時配置することが必要な助産師又は看護師の数を確保することが困難であるため	03
04	直近一年間の出生体重1000g未満の新生児の新規入院患者数又は直近１年間の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、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数の要件が満たせないため	04
05	医療安全対策加算１の届出を行っていないため	05
06	分娩の取り扱いを取りやめたため	06
07	算定の対象となる新生児が減少したため	07
08	1床あたりの床面積や個室・陰圧室の設置数等の施設・構造要件を満たすことが困難なため	08
09	病院全体の医療機能の見直しや病床再編に伴う経営判断のため	09
10	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となったため	10
11	その他	11

《 15-2は、改定前に**「総合周産期特定集中治療室管理料（２ 新生児集中治療室管理料）」**を届出していた場合(=問1-3 で「18」を選択した場合)ご回答ください。》

15-2　「総合周産期特定集中治療室管理料（２ 新生児集中治療室管理料）」を「新生児特定集中治療室管理料２」へ変更、もしくは取り下げとなった場合、その理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターではなくなったため	01
02	宿日直許可の有無に関係なく、専任医師が確保できず交代勤務体制が組めないため	02
03	専任医師が当該治療室において宿日直勤務を行っており、交代勤務体制が組めないため	03
04	当該治療室において常時配置することが必要な助産師又は看護師の数を確保することが困難であるため	04
05	直近一年間の出生体重1000g未満の新生児の新規入院患者数又は直近１年間の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、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数の要件が満たせないため	05
06	医療安全対策加算１の届出を行っていないため	06
07	分娩の取り扱いをやめたため	07
08	算定の対象となる新生児が減少したため	08
09	1床あたりの床面積や個室・陰圧室の設置数等の施設・構造要件を満たすことが困難なため	09
10	病院全体の医療機能の見直しや病床再編に伴う経営判断のため	10
11	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となったため	11
12	その他	12

■ 問16は、貴治療室が**「新生児特定集中治療室管理料」又は「総合周産期特定集中治療室管理料（2 新生児集中治療室管理料）」を算定している場合**にご回答ください。

(問1-1で「10、11」もしくは「13」と回答した場合)

問16　貴治療室における実績等についてお伺いします。

16-1　以下の実績についてご回答ください。 （該当者がいない場合は**「0」**）（令和７年11月～令和８年10月の１２か月間）	《回答欄》	
01 出生体重1000ｇ未満の新生児の新規入院患者数	01	人
02 出生体重2500ｇ未満の新生児の新規入院患者数	02	人
03 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	03	件

16-2　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定可能な体制についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 体制あり　　**2** 体制なし	

16-3　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定した患者数をご回答ください。 （該当者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月の３か月間）	人

《 **新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定していない場合**にご回答ください。》		
16-4　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の算定していない理由をご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》	
01 患者状態の条件を満たす患者が少ない	01	
02 勤務する助産師又は看護師の配置要件を満たさない	02	
03 実績要件を満たさない	03	
04 常勤の臨床工学技士の配置と常時対応できる体制の要件を満たさない	04	
05 常勤の公認心理士の配置要件を満たさない	05	
06 その他	06	

■問17は、貴治療室が **「総合周産期特定集中治療室管理(1 母体・胎児集中治療室管理料）」を算定している場合**にご回答ください。(問1-1で「12」と回答した場合)

問17　診療報酬改定による「総合周産期特定集中治療室管理料（１ 母体・胎児集中治療室管理料）」への影響についてお伺いします。

17-1　＊経過措置終了後、取り下げもしくは他の入院料へ変更となることが想定される場合、困難な基準やその理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	妊産婦の搬送受入件数に係る実績要件を満たすことが困難になることが想定されるため	01
02	多胎妊娠の分娩件数に係る実績要件を満たすことが困難になることが想定されるため	02
03	帝王切開術による分娩件数に係る実績要件を満たすことが困難になることが想定されるため	03
04	分娩時の妊娠週数が22週以上34週未満である分娩件数に係る実績要件を満たすことが困難になることが想定されるため	04
05	病院全体の病床再編や医療機能の見直し等、経営方針上の理由によるため	05
06	医師の働き方改革（時間外労働上限規制等）への対応に伴い、必要な勤務体制の維持が困難となることが想定されるため	06
07	その他	07

問18　貴治療室における身体的拘束の実施についてお伺いします。

18-1　貴治療室の実患者数、身体的拘束※1の実施についてご回答ください。
（該当者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）

		《回答欄》	
01	貴治療室の実患者数	01	人
02	**01**のうち、身体的拘束を実施した実患者数	02	人

※1　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

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

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 ９ 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。

B-2

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

病 棟 調 査 票（B）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆　施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入ください。

施設ＩＤ		病棟ＩＤ	

●**病床機能報告用病棟コード（1906から始まるコードの下5桁）**を ご記入ください。（不明な場合は院内の担当部署へご確認ください）	1	9	0	6					

問1　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

1-1　診療科目についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（最も近似する主な診療科を３つまで右欄に記載）

《回答欄》

1	内科	**9**	耳鼻いんこう科
2	小児科	**10**	皮膚科
3	精神科	**11**	泌尿器科
4	外科	**12**	放射線科
5	整形外科	**13**	リハビリテーション科
6	脳神経外科	**14**	歯科（歯科口腔外科等含む）
7	産婦人科	**15**	その他
8	眼科		

1-2　特定入院料をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	地域包括医療病棟入院料１	**10**	回復期リハビリテーション病棟入院料１
2	地域包括ケア病棟入院料１	**11**	回復期リハビリテーション病棟入院料２
3	地域包括ケア入院医療管理料１	**12**	回復期リハビリテーション病棟入院料３
4	地域包括ケア病棟入院料２	**13**	回復期リハビリテーション病棟入院料４
5	地域包括ケア入院医療管理料２	**14**	回復期リハビリテーション病棟入院料５
6	地域包括ケア病棟入院料３	**15**	回復期リハビリテーション入院医療管理料
7	地域包括ケア入院医療管理料３	**16**	緩和ケア病棟入院料１
8	地域包括ケア病棟入院料４	**17**	緩和ケア病棟入院料２
9	地域包括ケア入院医療管理料４		

1-3　医療法上の許可病床についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 一般病床　　**2** 療養病床	

1-4　貴病棟の医療保険届出病床数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）		《回答欄》
01 医療保険届出病床数	01	床
02 **01**のうち、休床数	02	床

1-5　貴病棟に配置されている職員数（常勤換算）についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01 看護師		人	**14** 視能訓練士		人
02 **01**のうち、特定行為研修修了者		人	**15** 公認心理師		人
03 **01**のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師		人	**16** 診療放射線技師		人
04 准看護師		人	**17** 臨床検査技師		人
05 看護補助者		人	**18** 臨床工学技士		人
06 **05**のうち、介護福祉士		人	**19** 歯科衛生士		人
07 薬剤師		人	**20** 相談員		人
08 **07**のうち、専従		人	**21** **20**のうち、社会福祉士		人
09 **07**のうち、専任		人	**22** **20**のうち、精神保健福祉士		人
10 管理栄養士		人	**23** 保育士		人
11 理学療法士		人	**24** 医師事務作業補助者		人
12 作業療法士		人	**25** 事務職員		人
13 言語聴覚士		人	**26** その他の職員		人

1-6　1-5の**「05 看護補助者」**について「直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」の人数についてご回答ください。（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）		《回答欄》
01 直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者（**02**～**05**の合計数）	01	人
02 **01**のうち、介護福祉士の資格を有しており、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「両方を満たす者」**）	02	人
03 **01**のうち、介護福祉士の資格を有している者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	03	人
04 **01**のうち、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	04	人
05 **01**のうち、「**02**、**03**、**04**」以外の者	05	人

1-7　貴病棟における新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。			《回答欄》
01 新入棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
02 新退棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
03 在院患者延べ日数	**a** 令和７年８月～10月	a	日
	b 令和８年８月～10月	b	日

1-8　貴病棟における病床利用率についてご回答ください。			《回答欄》
01 病床利用率	**a** 令和７年８月～10月	a	%
	b 令和８年８月～10月	b	%

1-9　貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「0」**）			《回答欄》
01 新退棟患者数（**1-7「02」の再掲**）	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
02 **「01新退棟患者数」**のうち、在宅に復帰した患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
03 **「02在宅に復帰した患者数」**のうち、外来フォローアップしている患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
04 平均在院日数	**a** 令和７年８月～10月	a	日
	b 令和８年８月～10月	b	日

1-10　貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 ３交代制		**04** 変則２交代制	
02 変則３交代制		**05** その他	
03 ２交代制			

200

問2　貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

2-1　貴病棟の入院実患者数※1について回答ください。（令和８年10月の１か月間）		人

※１　病棟全体で１か月間に入院していた実患者数。
なお、実患者数は、入院期間に関わらず１日でも入院した患者を１人と計算してください。
退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

2-2　入棟前の居場所別実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）		《回答欄》	
01 自宅（在宅医療の提供あり）	01		人
02 **01**のうち、**自院で**在宅医療の提供あり	02		人
03 自宅（在宅医療の提供なし）	03		人
04 介護老人保健施設	04		人
05 **04**のうち、**協力医療機関**	05		人
06 介護医療院	06		人
07 **06**のうち、**協力医療機関**	07		人
08 特別養護老人ホーム	08		人
09 **08**のうち、**協力医療機関**	09		人
10 軽費老人ホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	10		人
11 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	11		人
12 障害者支援施設	12		人
13 他院の一般病床	13		人
14 **13**のうち、特別の関係の医療機関の一般病床	14		人
15 他院の一般病床以外の病床	15		人
16 **15**のうち、特別の関係の医療機関の一般病床以外の病床	16		人
17 自院の他病棟	17		人
18 有床診療所	18		人
19 その他	19		人

《 2-2の**「17 自院の他病棟」を１人以上と回答した場合**にお答えください。 》

2-3　自院の他病棟からの転棟実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）		《回答欄》	
01 自院の他病棟からの転棟患者（**2-2**の**17**の再掲）	01		人
02 **01**のうち、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	02		人
03 **01**のうち、自院の地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病床から転棟	03		人
04 **01**のうち、自院の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	04		人
05 **01**のうち、自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床から転棟	05		人
06 **01**のうち、自院の一般病床（**02**、**03**、**04**、**05**以外）から転棟	06		人
07 **01**のうち、自院の療養病床（**03**、**04**以外）から転棟	07		人
08 **01**のうち、自院の精神病床から転棟	08		人
09 **01**のうち、自院のその他の病床から転棟	09		人

問3　見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

3-1　身体的拘束※1を実施した実患者数についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）		人

※１　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、
一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

3-2　＊貴病棟における身体的拘束を予防・最小化するための身体的拘束最小化の体制に係る基準以外の具体的な取組についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	身体的拘束の疑似体験を行う研修会の実施	01
02	身体的拘束最小化の手法に関する情報収集や他院の視察	02
03	見守りカメラや離床センサー、低床ベッド等の利用	03
04	身体的拘束を防ぐための職員増員	04
05	身体的拘束を防ぐための看護職以外の他職種とのタスクシェアや協働	05
06	身体的拘束を防ぐための定期的な病棟ラウンド	06
07	身体的拘束の代替手段に関する内容の他、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を定期的な研修に含めること	07
08	その他	08
09	特に取組を行っていない	09

3-3　疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	他部署の看護師へ応援を依頼する	01
02	自部署の看護補助者へ見守りを依頼する	02
03	他部署の看護補助者へ応援を依頼する	03
04	夜間の看護師配置を増員し対応している	04
05	日中の看護師配置を増員し対応している	05
06	早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している	06
07	院内のチーム（認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等）へ応援を依頼する	07
08	ボランティアスタッフに協力（話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等）を依頼する	08
09	患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する	09
10	身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う	10
11	離床センサー、見守りカメラ等のAIやICTシステムを導入し対応している	11
12	患者の家族に付き添いや面会などの協力を依頼する	12
13	その他	13
14	特別な取組を行っていない	14

3-4　応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数※2についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間） （応援を依頼していない場合は空欄）（小数点第3位まで（小数点第４位を四捨五入））		日

※２　１日８時間換算で、1時間＝0.125日とする。

3-5 ＊貴病棟における身体的拘束最小化チームの介入による、身体的拘束の解除・回避への影響についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 非常に役立っている
2 ある程度役立っている
3 どちらでもない
4 あまり役立っていない
5 役立っていない

3-6 ＊貴病棟において、身体的拘束の回避・早期解除が困難となっている理由についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する上位３つまで番号を右欄に記載）

《回答欄》

1 自己抜去した場合、生命の危機につながるライン等が挿入されているため
2 自己抜去した場合、再挿入に係る身体への侵襲が非常に大きいライン等が挿入されているため
3 自己抜去した場合、再手術が必要になるライン等が挿入されているため
4 転倒・転落リスクが高いため
5 看護・介護の人手が不足しており、回避・早期解除のために必要となる見守りが不可能なため
6 患者家族から要望があるため
7 代替機器（離床センサー等）や環境調整が不足しているため
8 病棟スタッフ間でリスクに対する認識（どこまで許容するか）の統一が難しいため
9 回避・早期解除を可能とする効果的な手法がわからないため
10 その他
11 特に困難となっている理由はない

問4　貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1～4-4は、1-5で**「07 薬剤師」が配置されている場合**にご回答ください。

4-1 貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。
令和８年10月の１か月間の業務実態に基づき、**１週間当たり**の平均業務時間（人時）※1をご回答ください。

人時

※１　平均業務時間（人時）は、総病棟薬剤業務時間数÷４（週間）＝１週間あたりの人時としてご回答ください。
（例）病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合
A氏：40時間/月・10時間/週のため10人時/週
B氏：28時間/月・7時間/週のため7人時/週
（40時間＋28時間）÷４となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

4-2 貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 大いにある　**2** ある　**3** あまりない　**4** ない

4-3　薬剤師による薬学管理として、実施している内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること	01
02	入院時の持参薬の確認と医師への処方提案	02
03	入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施	03
04	入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援	04
05	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	05
06	入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施	06
07	退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施	07
08	退院時の文書による情報提供	08
09	その他	09
10	薬学管理として実施している内容はない	10

※２　「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

4-4　薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること	01
02	入院時の持参薬の確認と医師への処方提案	02
03	入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施	03
04	入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援	04
05	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	05
06	入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施	06
07	退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施	07
08	退院時の文書による情報提供	08
09	その他	09
10	さらなる充実が求められることはない	10

※２　（再掲）「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

■ 4-5～4-9は、1-5の**「07 薬剤師」** の配置状況に関わらずご回答ください。

4-5 入院時に提供された薬剤に関する情報について、貴病棟で実際に活用している情報についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 ポリファーマシー※2対策に係る処方調整に関する情報	01
02 術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報	02
03 術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報	03
04 周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来の処方内容を再開することの情報	04
05 入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報	05
06 入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報	06
07 退院処方一覧	07
08 入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報	08
09 生活習慣やADLなどの患者情報	09
10 入院中に変更となった処方に関する変更理由	10
11 入院中に実施したがん化学療法に関する情報	11
12 入院中（直近の）処方内容の変更内容とその理由	12
13 その他	13
14 活用している情報はない	14

※２　（再掲）「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

4-6 ＊入院時に提供された薬剤に関する情報の**情報提供元**ごとの件数※3についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 保険薬局からの提供件数	01	件/月
02 転院元病院・紹介元病院からの薬剤サマリーによる提供件数	02	件/月
03 転院元病院・紹介元病院からの診療情報提供書による提供件数	03	件/月
04 紹介元診療所からの診療情報提供書による提供件数	04	件/月
05 介護施設等からの提供件数	05	件/月
06 その他からの提供件数	06	件/月

※３　１人の患者につき、２件以上実施した場合は各々１件としてカウントしてください。

4-7 退院時薬剤情報連携等の状況についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 薬剤師が退院時薬剤情報管理指導料を算定した回数	01	回/月
02 薬剤師が退院時薬剤情報管理指導料によらず、退院時に服薬指導を実施した件数	02	件/月
03 薬剤師が薬剤総合評価調整加算を算定した回数	03	回/月
04 薬剤師が薬剤総合評価調製加算以外の内容による、情報提供を行った件数	04	件/月

4-8　退院時の薬剤に関する情報連携について、貴病棟で実施しているものについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 ポリファーマシー※2対策に係る処方調整に関する情報	01
02 術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報	02
03 術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報	03
04 周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来の処方内容を再開することの情報	04
05 入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報	05
06 入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報	06
07 退院処方一覧	07
08 入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報	08
09 生活習慣やADLなどの患者情報	09
10 入院中に変更となった処方に関する変更理由	10
11 入院中に実施したがん化学療法に関する情報	11
12 入院中（直近の）処方内容の変更内容とその理由	12
13 その他	13
14 退院時の薬剤に関する情報連携を実施していない	14

※2　（再掲）「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

4-9　＊退院時に提供した薬剤に関する情報の**情報提供先**ごとの件数※3についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 保険薬局へ提供した件数	01	件/月
02 転院先病院へ提供した件数	02	件/月
03 かかりつけ診療所へ提供した件数	03	件/月
04 介護施設等へ提供した件数	04	件/月
05 ケアマネージャーへ提供した件数	05	件/月
06 その他へ提供した件数	06	件/月

※3　（再掲）１人の患者につき、２件以上実施した場合は各々１件としてカウントしてください。

■ 4-10は、1-5の**「10 管理栄養士」**の配置状況に関わらずご回答ください。

4-10　貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）

《回答欄》

1	８割以上	**3**	４割～５割未満	**5**	２割～３割未満
2	５割～８割未満	**4**	３割～４割未満	**6**	２割未満

■ 4-11は、1-5で**「10 管理栄養士」が配置されている場合**にご回答ください。

4-11　病棟の管理栄養士が実施又は関与している内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	口腔状態の評価	01
02	摂食・嚥下状態の評価	02
03	ミールラウンド	03
04	経口摂取への移行・継続支援	04
05	病棟カンファレンス・回診への参加	05
06	カンファレンス等における栄養管理上の提案	06
07	他職種からの栄養相談に対する具体策の提示	07
08	栄養情報提供書の作成	08
09	退院時カンファレンスへの参加	09
10	退院前の居宅訪問	10
11	その他	11
12	実施又は関与している内容は特にない	12

問5　貴病棟における患者の薬剤整理又は減薬整理に関してお伺いします。

5-1　＊病棟において、薬剤師が実施している薬剤整理等に関する業務についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	服用薬剤数を減らすこと	01
02	ADLの低下した患者に適した剤形を選択すること	02
03	用法を簡素化すること（用法の統一、不均等投与を避けるなど）	03
04	調剤の工夫や服薬方法の支援（一包化、服薬カレンダーの活用、など）	04
05	嚥下困難者に対する服用方法（簡易懸濁法や服薬補助ゼリー等）の提案	05
06	退院後の生活環境等を考慮した薬物治療内容の見直しに係る提案	06
07	受診する医療機関や利用する薬局を一元化することの提案	07
08	リハビリテーションへ影響を与える薬剤に関する情報共有や減量等の処方提案	08
09	その他	09
10	病棟において、薬剤師が実施している薬剤整理等に関する業務はない	10

5-2　病棟において、患者の退院時の薬剤管理や服薬指導等に関して困っていることについて
ご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	退院時服用薬の効能、副作用等について、患者またはその家族等への説明が十分できていない	01
02	配薬練習等の自己管理のための服薬指導が十分できていない	02
03	高額医薬品を服薬しているため退院調整が十分できていない	03
04	退院後の薬局や転院先の医療機関へ薬剤に関する情報提供が十分できていない	04
05	病棟薬剤師の手が回らない	05
06	その他	06
07	困っていることは特にない	07

5-3　病棟における薬剤整理等で困っていることのうち、薬剤師に実施して欲しいことについて
ご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	服用薬剤数を減らすこと	01
02	ADLの低下した患者に適した剤形を選択すること	02
03	用法を簡素化すること（用法の統一、不均等投与を避けるなど）	03
04	調剤の工夫や服薬方法の支援（一包化、服薬カレンダーの活用、など）	04
05	嚥下困難者に対する服用方法（簡易懸濁法や服薬補助ゼリー等）の提案	05
06	退院後の生活環境等を考慮した薬物治療内容の見直しに係る提案	06
07	受診する医療機関や利用する薬局を一元化することの提案	07
08	リハビリテーションへ影響を与える薬剤に関する情報共有や減量等の処方提案	08
09	その他	09
10	病棟において、薬剤師が実施している薬剤整理等に関する業務はない	10

問6　貴病棟における多職種連携の状況についてお伺いします。

6-1　貴病棟における多職種協働の取組の実施についてご回答ください。
（貴病棟において、各業務に主に関与している職種に◎を、関与している職種に○を記してください。）

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	**b** 看護補助者	**c** 薬剤師	**d** 理学療法士	**e** 作業療法士	**f** 言語聴覚士	**g** 管理栄養士	**h** 臨床検査技師
入院	**01** 入院時オリエンテーション								
	02 転倒転落アセスメント								
	03 褥瘡発生リスクアセスメント								
	04 退院支援スクリーニング								
	05 入院支援計画書・退院診療計画書								
	06 持参薬・服薬状況の確認								
	07 ベッドコントロール								
スクリーニング・評価	**08** 認知機能のスクリーニング・定期的な評価								
	09 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価								
	10 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価								
	11 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価								
	12 ADLのスクリーニング・定期的な評価								
	13 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価								
情報共有	**14** 患者等からの情報収集 （入院前の生活、ADL、食生活、食物アレルギー等）								
	15 病棟内における多職種間の報告・連絡・相談・調整								
	16 他部門（MSW含）への連絡・調整								
	17 離床やリハビリテーションに係る計画の作成								
	18 栄養管理計画の作成								
	19 口腔管理に関する計画の作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
診療・治療	20 薬剤の残薬確認・処方依頼・セット								
	21 薬剤の準備・ミキシング								
	22 内服薬の投与								
	23 輸液の投与・管理								
	24 その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与								
	25 バイタルサイン・体重等の測定								
	26 検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）								
	27 診察・治療・処置の介助								
	28 リハビリ・自立援助 （単位リハビリ含）								
	29 嚥下訓練								
	30 食形態の検討・調整								
	31 経腸栄養剤の種類の選択や変更								
	32 食事摂取量や食事状況の観察 （ミールラウンド）								
	33 食事変更の調整（オーダー）								
	34 療養のための栄養指導								
	35 吸引（気管内・口腔内・鼻腔内）								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
患者のケア	36 環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）・リネン交換・身の回りの世話								
	37 見守り・付き添い								
	38 更衣								
	39 身体の清潔								
	40 食事の配膳								
	41 食事介助								
	42 食事（嗜好や量など）に関する相談対応								
	43 口腔ケア								
	44 排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）								
	45 体位交換								
	46 生活機能の回復に向けた支援（食事）								
	47 生活機能の回復に向けた支援（排泄）								
	48 生活機能の回復に向けた支援（離床の促し）								
	49 苦痛緩和・安楽のための世話								
	50 患者への説明（治療・手術・検査・病状等）								
	51 家族への連絡・説明・指導								
	52 患者宅への訪問(退院支援、退院後訪問指導、家屋訪問調査等を含む)								
退院	53 退院指導（身体と生活に関する指導）								
	54 退院後の食生活に関する指導								
	55 退院時の他院への服薬情報提供								
	56 退院時のカンファレンス								
	57 退院時の書類チェック								
記録	58 看護計画作成・アセスメント								
	59 日々の記録								
	60 退院時サマリー・看護情報提供書作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
移送・搬送	61 患者								
	62 薬・検体・書類								
機器等の管理	63 ME機器の取り寄せ・管理・返却								
	64 医療機器・医療材料の管理・請求・補充								
点検作業	65 機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）								
	66 薬品や物品の使用期限の点検								
事務作業	67 書類の作成（○○指導料のための書類等）								
	68 面会者及び電話の対応								
その他	69 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配								
	70 業務に関する委員会・会議								

■ 問7は、**「地域包括医療病棟入院料１」を算定する病棟**のみご回答ください。
(1-2で、「1」と回答した場合)

問7　＊地域包括医療病棟の状況等についてお伺いします。

7-1　＊地域包括医療病棟入院料の入院料１～３の算定患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月の３か月間）		《回答欄》	
01 入院料１の算定**延べ**患者数	01		人
02 入院料２の算定**延べ**患者数	02		人
03 入院料３の算定**延べ**患者数	03		人

7-2　地域包括医療病棟における各種基準の状況についてご回答ください。（令和８年８月～10月の３か月間）（小数点以下第２位以下を切り捨てとし、小数点以下第１位までを表記）		《回答欄》	
01 当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（BarthelIndex）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合	01		%
02 退院患者のうち、85歳以上の患者の占める割合	02		%
03 平日のリハビリテーション提供単位に対して土・日・祝日に提供している単位割合（概算）	03		%
04 基準①を満たす患者の割合に、救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数	04		%
05 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合	05		%
06 入院患者に占める、当該保険利用機関の一般病棟から転棟したものの割合	06		%
07 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合	07		%
08 退院患者のうち、在宅等に退院した患者割合	08		%

7-3　＊「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の届出状況についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算１を届け出ている	
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算２を届け出ている	
3 いずれも届け出ていないが、届出へ向けて準備中である	
4 いずれも届け出ておらず、届け出る予定がない	

《 7-3で、**「4 いずれも届け出ておらず、届け出る予定がない」を選択した場合**にお答えください。 》

7-4　＊「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」を届け出る予定がない理由についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当するすべて、右欄に○）		《回答欄》
01 保険医療機関において、リハビリテーション医療における経験を３年以上有し、適切な研修を受けた常勤医師を確保することが困難なため	01	
02 入棟後３日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が８割以上に満たないため	02	
03 土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の８割（連携加算２では７割）以上を満たさないため	03	
04 退院又は転棟時のADLが低下した割合が３％（連携加算２では５％）未満を満たすことが困難なため	04	
05 院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合2.5%未満を満たすことが困難なため	05	
06 当該保険医療機関の歯科医師又は歯科診療を担う他の保険医療機関へ、受診を促す体制がないため	06	
07 病棟に入棟した患者全員に対して、原則入棟後48時間以内にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することが困難であるため	07	
08 管理栄養士による、週５回以上のミールラウンドが困難であるため	08	
09 その他	09	

■ 問8は、貴病棟が**回復期リハビリテーション病棟の場合**のみご回答ください。

問8　回復期リハビリテーション病棟の状況についてお伺いします。

8-1	*リハビリテーション実績指数についてご回答ください。 （令和８年10月届出分（直近６か月の実績指数））（小数点第２位を四捨五入した値）		%

8-2	疾患別リハビリテーションとは別に、生活の場における20分に満たない短時間のリハビリテーションを実施の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）（令和８年11月１日時点）	《回答欄》
1 はい	**2** いいえ	

■ 8-3～8-4は8-2で**「1 はい」と選択した場合**（生活の場における20分に満たない短時間のリハビリテーションを実施している場合）にお答えください。

8-3	生活の場における短時間のリハビリテーションに関する実施体制についてご回答ください。 （該当する番号すべて、右欄に○）（令和８年11月１日時点）	《回答欄》
01	生活の場における短時間のリハビリテーション担当の理学療法士を常駐している	01
02	疾患別リハビリテーション担当の理学療法士が空き時間に担当している	02
03	生活の場における短時間のリハビリテーション担当の作業療法士を常駐している	03
04	疾患別リハビリテーション担当の作業療法士が空き時間に担当している	04
05	生活の場における短時間のリハビリテーション担当の言語聴覚士を常駐している	05
06	疾患別リハビリテーション担当の言語聴覚士が空き時間に担当している	06
07	その他	07

8-4	生活の場における短時間のリハビリテーションを実施した入院実患者数についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）		人

8-5	回復期リハビリテーション病棟専従リハビリ職の、疾患別リハビリテーション提供以外の業務内容についてご回答ください。（該当するすべて、右欄に○）（令和８年11月１日時点）	《回答欄》
01	計画書等の作成	01
02	部内カンファレンス	02
03	多職種カンファレンス	03
04	院外ケアマネ等との情報共有	04
05	ADL等の評価	05
06	他職種へのポジショニング等に関する助言	06
07	可動域等を考慮した患者へのケア提供	07
08	退院後を考慮した患者へのケア提供	08
09	病棟における他職種との調整	09
10	リハ職の配置決定	10
11	ハラスメントの防止、長時間労働の是正等の職場環境の改善	11
12	病棟におけるリハ職のスケジュール管理	12
13	病棟における患者の状態に応じた環境整備	13
14	リハ職や他職種への指導	14
15	疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者へのADLの維持・向上を目的とした指導	15
16	患者データの収集・分析	16
17	業務マニュアル作成等の体制整備	17
18	研修の実施等の人材育成	18
19	その他	19

8-6　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についてご回答ください。
（期間内に該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年８月～10月の３か月間）

《回答欄》

01	当該病棟から退棟した患者数（令和８年８月～10月の３か月間）	01	人
02	**「01 退棟した患者」**のうち、リハを要する以下状態の患者数 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もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	02	人
03	**02**のうち、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者数	03	人
04	**03**のうち、「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害」の患者数	04	人
05	**04**のうち、実績指数から除外した又は除外予定の患者数	05	人
06	**03**のうち、「重度の頸髄損傷」の患者数	06	人
07	**06**のうち、実績指数から除外した又は除外予定の患者数	07	人
08	**03**のうち、「頭部外傷を含む多部位外傷」の患者数	08	人
09	**08**のうち、実績指数から除外した又は除外予定の患者数	09	人
10	**「01 退棟した患者」**のうち、リハを要する以下状態の患者数 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	10	人
11	**「01 退棟した患者」**のうち、リハを要する以下状態の患者数 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	11	人
12	**「01 退棟した患者」**のうち、リハを要する以下状態の患者数 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態	12	人
13	**「01 退棟した患者」**のうち、リハを要する以下状態の患者数 股関節又は膝関節の置換術後の状態	13	人
14	**「01 退棟した患者」**のうち、リハを要する以下状態の患者数 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管性疾患又は手術後の状態	14	人
15	**「14 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管性疾患又は手術後の状態の患者」**のうち実績指数から除外した又は除外予定の患者数	15	人
16	**「01 退棟した患者」**のうち、 リハビリテーション実績指数から除外した又は除外予定の患者数	16	人

8-7 ＊「摂食嚥下機能回復体制加算」の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	「摂食嚥下機能回復体制加算１」を届け出ている	
2	「摂食嚥下機能回復体制加算２」を届け出ている	
3	どちらも届け出ていないが、「摂食嚥下機能回復体制加算１」の届出へ向けて準備中である	
4	どちらも届け出ていないが、「摂食嚥下機能回復体制加算２」の届出へ向けて準備中である	
5	どちらも届け出ておらず、届出の予定がない	

《 8-7で**「2 摂食嚥下機能回復体制加算２を届け出ている」を選択した場合**にお答えください。 》

8-8 ＊「摂食嚥下機能回復体制加算１」を届け出ていない理由についてご回答ください。
（該当するすべて、右欄に○）

《回答欄》

01	経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が前年において３割５分以上の実績を満たすことが難しいため	01
02	**01**以外の必要な実績を満たすことが難しいため	02
03	対象患者の入院が少なく、安定して実績を満たすことが難しいため	03
04	その他	04

《 8-7で**「5 どちらも届け出ておらず、届出の予定がない」を選択した場合**にお答えください。 》

8-9 ＊「摂食嚥下機能回復体制加算２」の届出の予定がない理由についてご回答ください。
（該当するすべて、右欄に○）

《回答欄》

01	専任の医師又は歯科医師の確保が難しいため	01
02	専任の言語聴覚士の確保が難しいため	02
03	５年以上の経験有し、研修を修了した看護師の確保が難しいため	03
04	専任の管理栄養士の確保が難しいため	04
05	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査が難しいため	05
06	週１回のカンファレンスが難しいため	06
07	その他	07

《 令和８年11月１日時点で「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にご回答ください 》

8-10 ＊回復期リハビリテーション強化体制加算の算定の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	算定している	**2**	算定していない

《 8-10で**「2 算定していない」を選択した場合**にお答えください。 》

8-11 ＊回復期リハビリテーション強化体制加算を算定していない理由についてご回答ください。
（該当するすべて、右欄に○）

《回答欄》

01	リハビリテーション実績指数が48未満であるため	01
02	退院前訪問指導について十分な実績（直近６か月間に自宅へ退院した患者のうち１割以上）を有していないため	02
03	排尿自立支援加算に係る届出を行っていないため	03
04	その他	04

8-12 ＊自宅へ退院した患者のうち、退院前訪問指導を実施した患者の割合についてご回答ください。
（令和８年６月～８月の３か月間）

%

■ 8-13～8-14は、**「回復期リハビリテーション病棟入院料３・４・５」**又は**「回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料」**を届け出ている場合にご回答ください。

8-13 ＊口腔管理を行うための必要な体制整備の有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 整備されている　　**2** 整備されていない	

《 8-13で**「2 整備されていない」を選択した場合**にお答えください。 》	
8-14 ＊口腔管理を行うための必要な体制が整備されていない理由についてご回答ください。（該当するすべて、右欄に○）	《回答欄》
01 言語聴覚士や歯科衛生士などの専門職がおらず、適切な口腔ケアを提供できる体制がないため	01
02 口腔スクリーニングを実施する体制がなく、適切な口腔ケアを提供できる体制がないため	02
03 自施設に歯科医師がいないため	03
04 自施設に歯科衛生士がいないため	04
05 歯科診療を担う他の保険医療機関と連携が取れていないため	05
06 その他	06
07 特に理由はない	07

■問9は、貴病棟が**地域包括ケア病棟または地域包括ケア病室のいずれかを含む病棟の場合**のみご回答ください。

問9　貴病棟における入院患者の状況等についてお伺いします。

9-1 リハビリテーションの実施している入院患者数及び実施対象ではない入院患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の第３週における実施人数）	《回答欄》
01 リハビリテーションを実施している患者	01　人
02 リハビリテーションの対象でない患者数	02　人

《 9-1で**「02 リハビリテーションの対象でない患者数」に１人以上該当する患者がいた場合**にご回答ください。》	
9-2 リハビリテーションの対象とならなかった理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 患者又は家族からの拒否のため	01
02 ADL低下のリスクがない、もしくは低いため	02
03 病状等が適さないため	03
04 ADLの改善を見込めないため（症状固定しているため）	04
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	05
06 リハビリを実施する療法士の数が足りないため	06
07 その他	07

9-3　以下それぞれの期間において、退院患者数及び退院した患者のうち短期滞在手術等を実施した総患者数についてご回答ください。

			《回答欄》	
01 退院患者数	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人
02 退院した患者のうち、短期滞在手術等を実施した総患者数	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人

9-4　加算の算定状況別の入院患者数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）

	《回答欄》	
01 急性期患者支援病床初期加算を算定している患者	01	人
02 在宅患者支援病床初期加算を算定している患者	02	人
03 **「02 在宅患者支援病床初期加算算定患者」**のうち、介護老人保健施設から入院した患者	03	人
04 **03**のうち、緊急入院した患者	04	人
05 **「02 在宅患者支援病床初期加算算定患者」**のうち、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者	05	人
06 **05**のうち、緊急入院した患者	06	人

9-5　地域包括ケア病棟・病室における各種実績の状況についてご回答ください。
（令和８年８月～10月の３か月間）

	《回答欄》	
01 当該病棟の入院実患者数	01	人
02 自宅等から入棟した実患者数	02	人
03 自宅等からの緊急患者の受入れ実患者数	03	人
04 介護保険施設から入棟した実患者数	04	人
05 介護保険施設からの緊急患者の受入れ実患者数	05	人
06 自院の一般病床からの転棟実患者数	06	人

9-6　看護職員配置加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ている　　**2** 届け出ていない

9-7　看護職員夜間配置加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 届け出ている　　**2** 届け出ていない

9-8 ＊「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の届出状況についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出ている	
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出ていないが届出へ向けて準備中	
3 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出ておらず、届け出る予定がない	

《 9-8で**「3 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出ておらず、届け出る予定がない」を選択した場合**にお答えください。 》

9-9 ＊「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」を届け出る予定がない理由についてご回答ください。（該当するすべて、右欄に○）	《回答欄》
01 専任の管理栄養士を１名以上配置することが困難なため	01
02 保険医療機関において、リハビリテーション医療における経験を３年以上有し、適切な研修を受けた常勤医師を確保することが困難なため	02
03 入棟後３日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が６割以上に満たないため	03
04 土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の７割以上を満たさないため	04
05 院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合2.5%未満を満たすことが困難なため	05
06 当該保険医療機関の歯科医師又は歯科診療を担う他の保険医療機関へ、受診を促す体制がないため	06
07 病棟に入棟した患者全員に対して、原則入棟後48時間以内にリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することが困難であるため	07
08 管理栄養士による、週５回以上のミールラウンドが困難であるため	08
09 その他	09

■ 問10は、貴病棟が**緩和ケア病棟の場合**のみご回答ください。
(1-2で、「16」または「17」と回答した場合)

問10　緩和ケア病棟の状況についてお伺いします。

10-1　以下の疾患ごとの平均在院日数、患者数についてご回答ください。（令和７年11月～令和８年10月の１２か月間）		《回答欄》	
01 新規入院患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人
02 悪性腫瘍の患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人
03 後天性免疫不全症候群に罹患している患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人
04 末期腎不全の患者	**a** 平均在院日数	a	日
	b 患者数	b	人

10-2　緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由別患者数についてご回答ください。（当てはまる理由ごとに該当する患者の人数を記入）（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 緩和ケア病棟に入院している実患者数（令和８年10月１か月）	01	人
02 **01**のうち、入院による身体症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数	02	人
03 **01**のうち、入院による精神症状の苦痛緩和が必要なため入院している実患者数	03	人
04 **01**のうち、疼痛コントロール不良により、退院先が決められないため入院している実患者数	04	人
05 **01**のうち、退院後の在宅における受入れ体制が整わないため入院している実患者数	05	人
06 その他	06	人

問11　緩和ケアについてお伺いします。

11-1　緩和ケア診療加算の届出の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届け出ている	**2**	届け出ていない

《 11-1で**「1　届け出ている」を選択した場合**にご回答ください。》

11-2　緩和ケア診療加算を算定した**延べ**患者数等についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年８月～10月の３か月間）

		《回答欄》	
01	緩和ケア診療加算を算定した患者数	01	人
02	**「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、悪性腫瘍の患者数	02	人
03	**「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、後天性免疫不全症候群の患者数	03	人
04	**「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、末期心不全の患者数	04	人
05	**「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、末期呼吸器疾患の患者数	05	人
06	**「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、末期腎不全の患者数	06	人
07	**06**のうち、血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している患者数	07	人
08	**「01 緩和ケア診療加算算定患者」**のうち、退院した患者（転院及び死亡退院を除く）数	08	人
09	**08**のうち、退院後に自院にて在宅医療を提供した患者数	09	人
10	**08**のうち、在宅医療を提供している医療機関へ紹介した患者数	10	人
11	**10**の患者を紹介した医療機関数	11	施設

問12　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

12-1　貴病棟における退棟患者数（実人数）※1及び、退棟先別の患者数（実人数）※1についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）

		《回答欄》	
01	貴病棟における退棟患者数	01	人
02	自宅（在宅医療の提供あり）	02	人
03	自宅（在宅医療の提供なし）	03	人
04	介護老人保健施設	04	人
05	**04**のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	05	人
06	介護医療院	06	人
07	特別養護老人ホーム	07	人
08	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	08	人
09	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	09	人
10	障害者支援施設	10	人
11	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	11	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	12	人
13	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	13	人
14	他院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	14	人
15	他院の療養病床（**12**以外）	15	人
16	**15**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している他院の療養病床	16	人
17	他院の精神病床	17	人
18	他院のその他の病床	18	人
19	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	19	人
20	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	20	人
21	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	21	人
22	自院の一般病床（**19**、**20**、**21**以外）	22	人
23	自院の療養病床（**20**以外）	23	人
24	**23**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している自院の療養病床	24	人
25	自院の精神病床	25	人
26	自院のその他の病床	26	人
27	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	27	人
28	有床診療所（**27**以外）	28	人
29	死亡退院	29	人
30	その他	30	人

※１　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

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

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

C-2

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

病 棟 調 査 票（C）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆　施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入ください。

施設ＩＤ		病棟ＩＤ	

●**病床機能報告用病棟コード（1906から始まるコードの下5桁）**を ご記入ください。（不明な場合は院内の担当部署へご確認ください）	1	9	0	6					

問1　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

1-1　診療科目についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（最も近似する主な診療科を３つまで右欄に記載）

《回答欄》

1	内科	**9**	耳鼻いんこう科
2	小児科	**10**	皮膚科
3	精神科	**11**	泌尿器科
4	外科	**12**	放射線科
5	整形外科	**13**	リハビリテーション科
6	脳神経外科	**14**	歯科（歯科口腔外科等含む）
7	産婦人科	**15**	その他
8	眼科		

1-2　入院基本料についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	療養病棟入院料１	**2**	療養病棟入院料２

1-3　貴病棟の医療保険届出病床数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）

		《回答欄》	
01	医療保険届出病床数	01	床
02	**01**のうち、休床数	02	床

1-4　貴病棟に配置されている職員数（常勤換算）についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01	看護師	人	**14**	視能訓練士	人
02	**01**のうち、特定行為研修修了者	人	**15**	公認心理師	人
03	**01**のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師	人	**16**	診療放射線技師	人
04	准看護師	人	**17**	臨床検査技師	人
05	看護補助者	人	**18**	臨床工学技士	人
06	**05**のうち、介護福祉士	人	**19**	歯科衛生士	人
07	薬剤師	人	**20**	相談員	人
08	**07**のうち、専従	人	**21**	**20**のうち、社会福祉士	人
09	**07**のうち、専任	人	**22**	**20**のうち、精神保健福祉士	人
10	管理栄養士	人	**23**	保育士	人
11	理学療法士	人	**24**	医師事務作業補助者	人
12	作業療法士	人	**25**	事務職員	人
13	言語聴覚士	人	**26**	その他の職員	人

1-5　1-4の**「05 看護補助者」**について「直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」の人数についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

		《回答欄》	
01	直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者（**02**～**05**の合計数）	01	人
02	**01**のうち、介護福祉士の資格を有しており、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「両方を満たす者」**）	02	人
03	**01**のうち、介護福祉士の資格を有している者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	03	人
04	**01**のうち、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	04	人
05	**01**のうち、「**02**、**03**、**04**」以外の者	05	人

1-6　貴病棟における新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。			《回答欄》
01 新入棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
02 新退棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
03 在院患者延べ日数	**a** 令和７年８月～10月	a	日
	b 令和８年８月～10月	b	日

1-7　貴病棟における病床利用率についてご回答ください。			《回答欄》
01 病床利用率	**a** 令和７年８月～10月	a	%
	b 令和８年８月～10月	b	%

1-8　貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「0」**）			《回答欄》
01 新退棟患者数（**1-6「02」の再掲**）	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
02 **「01新退棟患者数」**のうち、在宅に復帰した患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
03 **「02在宅に復帰した患者数」**のうち、外来フォローアップしている患者数	**a** 令和７年８月～10月	a	人
	b 令和８年８月～10月	b	人
04 平均在院日数	**a** 令和７年８月～10月	a	日
	b 令和８年８月～10月	b	日

1-9　貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 ３交代制		**04** 変則２交代制	
02 変則３交代制		**05** その他	
03 ２交代制			

1-10　入院期間別の入院患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月31日時点）					
01 入院後14日以内		人	**05** 181日～300日		人
02 15日～30日		人	**06** 301日～365日		人
03 31日～60日		人	**07** 366日～700日		人
04 61日～180日		人	**08** 701日以上		人

1-11　1-10で、**05～08**を選択した（入院期間181日以上の）患者において、在宅復帰が困難である主な理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に〇）	《回答欄》
01 悪性腫瘍患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため	01
02 認知症患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため	02
03 誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症患者であり、受入れ先の調整に時間を要するため	03
04 緊急入院であったため	04
05 要介護認定又は要支援認定に時間を要するため	05
06 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有しているため	06
07 精神疾患を有するため	07
08 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあるため	08
09 生活困窮者であり社会資源の調整に時間を要するため	09
10 入院前に比べADLが低下し、退院後の社会資源の調整に時間を要するため	10
11 排泄に介助を要するため	11
12 自宅等において、必要な介護又は介助を十分に提供できる状況にないため	12
13 医療処置が継続して必要であるため	13
14 長期的な低栄養状態となることが見込まれるため	14
15 その他	15

問2　貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

2-1　貴病棟の入院実患者数※1についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）		人

※１　病棟全体で１か月間に入院していた実患者数。
なお、実患者数は、入院期間に関わらず１日でも入院した患者を１人と計算してください。
退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

2-2　自院の他病棟からの転棟実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 自院の他病棟からの転棟患者	01	人
02 **01**のうち、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	02	人
03 **01**のうち、自院の地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病床から転棟	03	人
04 **01**のうち、自院の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	03	人
05 **01**のうち、自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床から転棟	04	人
06 **01**のうち、自院の一般病床（**02**、**03**、**04**、**05**以外）から転棟	05	人
07 **01**のうち、自院の療養病床（**03**、**04**以外）から転棟	06	人
08 **01**のうち、自院の精神病床から転棟	07	人
09 **01**のうち、自院のその他の病床から転棟	08	人

2-3　貴病棟の入院患者のうち、各医療区分別入院実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）				
01 医療区分３に該当		人	**02** 医療区分２に該当	人

※　１０月の１か月間のうち、同一患者において医療区分が複数ある場合、最も長く適用された区分にカウントしてください。

2-4　透析・腹膜還流を実施した実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）	人

問3　見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

3-1　身体的拘束※1を実施した実患者数についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）		人

※１　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、
一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

3-2　＊貴病棟における身体的拘束を予防・最小化するための身体的拘束最小化の体制に係る基準以外の具体的な取組についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 身体的拘束の疑似体験を行う研修会の実施	01
02 身体的拘束最小化の手法に関する情報収集や他院の視察	02
03 見守りカメラや離床センサー、低床ベッド等の利用	03
04 身体的拘束を防ぐための職員増員	04
05 身体的拘束を防ぐための看護職以外の他職種とのタスクシェアや協働	05
06 身体的拘束を防ぐための定期的な病棟ラウンド	06
07 身体的拘束の代替手段に関する内容の他、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を定期的な研修に含めること	07
08 その他	08
09 特に取組を行っていない	09

3-3　疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	他部署の看護師へ応援を依頼する	01
02	自部署の看護補助者へ見守りを依頼する	02
03	他部署の看護補助者へ応援を依頼する	03
04	夜間の看護師配置を増員し対応している	04
05	日中の看護師配置を増員し対応している	05
06	早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している	06
07	院内のチーム（認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等）へ応援を依頼する	07
08	ボランティアスタッフに協力（話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等）を依頼する	08
09	患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する	09
10	身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う	10
11	離床センサー、見守りカメラ等のAIやICTシステムを導入し対応している	11
12	患者の家族に付き添いや面会などの協力を依頼する	12
13	その他	13
14	特別な取組を行っていない	14

3-4　応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数※2についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）
（応援を依頼していない場合は空欄）（小数点第3位まで（小数点第４位を四捨五入））

日

※2　１日８時間換算で、1時間＝0.125日とする。

3-5　*貴病棟における身体的拘束最小化チームの介入による、身体的拘束の解除・回避への影響についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	非常に役立っている	**4**	あまり役立っていない
2	ある程度役立っている	**5**	役立っていない
3	どちらでもない		

3-6　*貴病棟において、身体的拘束の回避・早期解除が困難となっている理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する上位３つまで番号を右欄に記載）

《回答欄》

1	自己抜去した場合、生命の危機につながるライン等が挿入されているため
2	自己抜去した場合、再挿入に係る身体への侵襲が非常に大きいライン等が挿入されているため
3	自己抜去した場合、再手術が必要になるライン等が挿入されているため
4	転倒・転落リスクが高いため
5	看護・介護の人手が不足しており、回避・早期解除のために必要となる見守りが不可能なため
6	患者家族から要望があるため
7	代替機器（離床センサー等）や環境調整が不足しているため
8	病棟スタッフ間でリスクに対する認識（どこまで許容するか）の統一が難しいため
9	回避・早期解除を可能とする効果的な手法がわからないため
10	その他
11	特に困難となっている理由はない

問4　貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1～4-3は、1-4で**「07 薬剤師」が配置されている場合**にご回答ください。

4-1	貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。 令和８年10月の１か月間の業務実態に基づき、**１週間当たり**の平均業務時間（人時）※1をご回答ください。		人時

※１　平均業務時間（人時）は、総病棟薬剤業務時間数÷４（週間）＝１週間あたりの人時としてご回答ください。
（例）病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合
A氏：40時間/月・10時間/週のため10人時/週
B氏：28時間/月・7時間/週のため7人時/週
（40時間＋28時間）÷４となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

4-2　貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 大いにある　**2** ある　**3** あまりない　**4** ない

		《回答欄》
4-3	薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	
01	入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること	01
02	入院時の持参薬の確認と医師への処方提案	02
03	入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施	03
04	入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援	04
05	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	05
06	入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施	06
07	退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施	07
08	退院時の文書による情報提供	08
09	その他	09
10	さらなる充実が求められることはない	10

※２　「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

《 1-4の**「07 薬剤師」**の配置状況に関わらずご回答ください。》

4-4　入院時に提供された薬剤に関する情報について、貴病棟で実際に活用している情報についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	ポリファーマシー※2対策に係る処方調整に関する情報	01
02	術後鎮痛薬の減量中止に係る処方調整に関する情報	02
03	術前に休止した抗血栓薬等について、術後に再開することに係る処方調整に関する情報	03
04	周術期に調整が必要であった糖尿病治療薬について、従来の処方内容を再開することの情報	04
05	入院治療に伴って新規開始した催眠鎮静薬の漸減中止に関する情報	05
06	入院治療のため一時的に休止した常用薬の再開に関する情報	06
07	退院処方一覧	07
08	入院時持参薬や退院処方以外継続服用が必要な薬剤に関する情報	08
09	生活習慣やADLなどの患者情報	09
10	入院中に変更となった処方に関する変更理由	10
11	入院中に実施したがん化学療法に関する情報	11
12	入院中（直近の）処方内容の変更内容とその理由	12
13	その他	13
14	活用している情報はない	14

※2　（再掲）「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

■ 4-5は、1-4の**「10 管理栄養士」**の配置状況に関わらずご回答ください。

4-5　貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）

《回答欄》

1	８割以上	**3**	４割～５割未満	**5**	２割～３割未満
2	５割～８割未満	**4**	３割～４割未満	**6**	２割未満

■ 4-6は、1-4で**「10 管理栄養士」が配置されている場合**にご回答ください。

4-6　病棟の管理栄養士が実施又は関与している内容についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	口腔状態の評価	01
02	摂食・嚥下状態の評価	02
03	ミールラウンド	03
04	経口摂取への移行・継続支援	04
05	病棟カンファレンス・回診への参加	05
06	カンファレンス等における栄養管理上の提案	06
07	他職種からの栄養相談に対する具体策の提示	07
08	栄養情報提供書の作成	08
09	退院時カンファレンスへの参加	09
10	退院前の居宅訪問	10
11	その他	11
12	実施又は関与している内容は特にない	12

問5　貴病棟における多職種連携の状況についてお伺いします。

5-1　貴病棟における多職種協働の取組の実施についてご回答ください。
（貴病棟において、各業務に主に関与している職種に◎を、関与している職種に○を記してください。）

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	**b** 看護補助者	**c** 薬剤師	**d** 理学療法士	**e** 作業療法士	**f** 言語聴覚士	**g** 管理栄養士	**h** 臨床検査技師
入院	**01** 入院時オリエンテーション								
	02 転倒転落アセスメント								
	03 褥瘡発生リスクアセスメント								
	04 退院支援スクリーニング								
	05 入院支援計画書・退院診療計画書								
	06 持参薬・服薬状況の確認								
	07 ベッドコントロール								
スクリーニング・評価	**08** 認知機能のスクリーニング・定期的な評価								
	09 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価								
	10 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価								
	11 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価								
	12 ADLのスクリーニング・定期的な評価								
	13 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価								
情報共有	**14** 患者等からの情報収集 （入院前の生活、ADL、食生活、食物アレルギー等）								
	15 病棟内における多職種間の報告・連絡・相談・調整								
	16 他部門（MSW含）への連絡・調整								
	17 離床やリハビリテーションに係る計画の作成								
	18 栄養管理計画の作成								
	19 口腔管理に関する計画の作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
診療・治療	20 薬剤の残薬確認・処方依頼・セット								
	21 薬剤の準備・ミキシング								
	22 内服薬の投与								
	23 輸液の投与・管理								
	24 その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与								
	25 バイタルサイン・体重等の測定								
	26 検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）								
	27 診察・治療・処置の介助								
	28 リハビリ・自立援助 （単位リハビリ含）								
	29 嚥下訓練								
	30 食形態の検討・調整								
	31 経腸栄養剤の種類の選択や変更								
	32 食事摂取量や食事状況の観察 （ミールラウンド）								
	33 食事変更の調整（オーダー）								
	34 療養のための栄養指導								
	35 吸引（気管内・口腔内・鼻腔内）								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
患者のケア	36 環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）・リネン交換・身の回りの世話								
	37 見守り・付き添い								
	38 更衣								
	39 身体の清潔								
	40 食事の配膳								
	41 食事介助								
	42 食事（嗜好や量など）に関する相談対応								
	43 口腔ケア								
	44 排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）								
	45 体位交換								
	46 生活機能の回復に向けた支援（食事）								
	47 生活機能の回復に向けた支援（排泄）								
	48 生活機能の回復に向けた支援（離床の促し）								
	49 苦痛緩和・安楽のための世話								
	50 患者への説明（治療・手術・検査・病状等）								
	51 家族への連絡・説明・指導								
	52 患者宅への訪問(退院支援、退院後訪問指導、家屋訪問調査等を含む)								
退院	53 退院指導（身体と生活に関する指導）								
	54 退院後の食生活に関する指導								
	55 退院時の他院への服薬情報提供								
	56 退院時のカンファレンス								
	57 退院時の書類チェック								
記録	58 看護計画作成・アセスメント								
	59 日々の記録								
	60 退院時サマリー・看護情報提供書作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
移送・搬送	61 患者								
	62 薬・検体・書類								
機器等の管理	63 ME機器の取り寄せ・管理・返却								
	64 医療機器・医療材料の管理・請求・補充								
点検作業	65 機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）								
	66 薬品や物品の使用期限の点検								
事務作業	67 書類の作成（○○指導料のための書類等）								
	68 面会者及び電話の対応								
その他	69 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配								
	70 業務に関する委員会・会議								

問6　貴病棟における中心静脈栄養の実施状況についてお伺いします。

6-1　中心静脈栄養を実施した実患者数および身体拘束を実施した実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 中心静脈栄養を実施した実患者数（令和８年10月１か月）	01	人
02 **01**のうち、身体拘束を実施した実患者数をご回答ください。（令和８年10月１か月）	02	人

6-2　中心静脈カテーテルに関連した実患者数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）	《回答欄》	
01 他病棟から転棟した患者数	01	人
02 中心静脈カテーテルを挿入して貴病棟へ転棟した患者数	02	人
03 **02**のうち、PICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）により中心静脈栄養を行っている患者数	03	人
04 **02**のうち、中心静脈栄養を中止もしくは終了した患者数	04	人
05 転棟後に中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者数	05	人
06 転棟後に中心静脈栄養から経管栄養（胃瘻栄養等）へ移行した患者数	06	人

6-3　中心静脈栄養の適応理由に該当する実患者数をご回答ください。（令和８年11月1日時点）（該当する患者がいない場合は**「0」**）	《回答欄》	
01 患者本人の希望のため	01	人
02 家族の希望のため	02	人
03 転院を行うため	03	人
04 腸管安静等のため	04	人
05 他に代替えできる栄養経路がないため	05	人
06 その他	06	人

※　複数の適応理由に該当する場合は、それぞれの適応理由にカウントしてください。

問7　認知症ケアに関わる貴病棟の体制についてお伺いします。

7-1	認知症治療に係る適切な研修※1を修了した医師数についてご回答ください。 （該当する医師がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）	人

※１　都道府県及び指定都市が実施する「認知症サポート医養成研修」のこと。

7-2	認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する看護師がいない場合は**「0」**）		《回答欄》	
01	合計	01		人
02	**01**のうち、院**外**研修を受けた看護師数	02		人
03	**01**のうち、院**内**研修を受けた看護師数	03		人

7-3	病棟単位での認知症ケアに係る研修や事例検討会の開催回数についてご回答ください。 （開催がない場合は**「0」**）（令和７年11月～令和８年の10月１2か月間）	回

問8　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

8-1　貴病棟における退棟患者数（実人数）※1及び、退棟先別の患者数（実人数）※1についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）

		《回答欄》	
01	貴病棟における退棟患者数	01	人
02	自宅（在宅医療の提供あり）	02	人
03	自宅（在宅医療の提供なし）	03	人
04	介護老人保健施設	04	人
05	**04**のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	05	人
06	介護医療院	06	人
07	特別養護老人ホーム	07	人
08	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	08	人
09	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	09	人
10	障害者支援施設	10	人
11	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	11	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	12	人
13	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	13	人
14	他院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	14	人
15	他院の療養病床（**12**以外）	15	人
16	**15**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している他院の療養病床	16	人
17	他院の精神病床	17	人
18	他院のその他の病床	18	人
19	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	19	人
20	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	20	人
21	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	21	人
22	自院の一般病床（**19**、**20**、**21**以外）	22	人
23	自院の療養病床（**20**以外）	23	人
24	**23**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している自院の療養病床	24	人
25	自院の精神病床	25	人
26	自院のその他の病床	26	人
27	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	27	人
28	有床診療所（**27**以外）	28	人
29	死亡退院	29	人
30	その他	30	人

※１　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

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

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

D-2

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

病 棟 調 査 票（D）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

◆　施設ＩＤ、病棟ＩＤをご記入ください。

施設ＩＤ		病棟ＩＤ	

●**病床機能報告用病棟コード（1906から始まるコードの下5桁）**を ご記入ください。（不明な場合は院内の担当部署へご確認ください）	1	9	0	6					

問1　貴病棟の基本情報についてお伺いします。

1-1　診療科目についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（最も近似する主な診療科を３つまで右欄に記載）

《回答欄》

1	内科	**9**	耳鼻いんこう科
2	小児科	**10**	皮膚科
3	精神科	**11**	泌尿器科
4	外科	**12**	放射線科
5	整形外科	**13**	リハビリテーション科
6	脳神経外科	**14**	歯科（歯科口腔外科等含む）
7	産婦人科	**15**	その他
8	眼科		

1-2　貴病棟に従事している医師の専門とする診療科をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も近似する主な診療科を３つまで右欄に記載）

《回答欄》

1	内科	**9**	耳鼻いんこう科
2	小児科	**10**	皮膚科
3	精神科	**11**	泌尿器科
4	外科	**12**	放射線科
5	整形外科	**13**	リハビリテーション科
6	脳神経外科	**14**	歯科（歯科口腔外科等含む）
7	産婦人科	**15**	その他
8	眼科		

1-3　入院基本料についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	7対１障害者施設等入院基本料	**5**	特殊疾患病棟入院料１
2	10対１障害者施設等入院基本料	**6**	特殊疾患病棟入院料２
3	13対１障害者施設等入院基本料	**7**	特殊疾患入院医療管理料
4	15対１障害者施設等入院基本料		

1-4　貴病棟の医療保険届出病床数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）

		《回答欄》	
01	医療保険届出病床数	01	床
02	**01**のうち、休床数	02	床

1-5　貴病棟に配置されている職員数（常勤換算）についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

01	看護師	人	**14**	視能訓練士	人
02	**01**のうち、特定行為研修修了者	人	**15**	公認心理師	人
03	**01**のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師	人	**16**	診療放射線技師	人
04	准看護師	人	**17**	臨床検査技師	人
05	看護補助者	人	**18**	臨床工学技士	人
06	**05**のうち、介護福祉士	人	**19**	歯科衛生士	人
07	薬剤師	人	**20**	相談員	人
08	**07**のうち、専従	人	**21**	**20**のうち、社会福祉士	人
09	**07**のうち、専任	人	**22**	**20**のうち、精神保健福祉士	人
10	管理栄養士	人	**23**	保育士	人
11	理学療法士	人	**24**	医師事務作業補助者	人
12	作業療法士	人	**25**	事務職員	人
13	言語聴覚士	人	**26**	その他の職員	人

1-6　1-5の**「05 看護補助者」**について「直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」の人数についてご回答ください。
（該当する職員がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

		《回答欄》	
01	直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者（**02**～**05**の合計数）	01	人
02	**01**のうち、介護福祉士の資格を有しており、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「両方を満たす者」**）	02	人
03	**01**のうち、介護福祉士の資格を有している者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	03	人
04	**01**のうち、看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者（**「02 両方を満たす者」**を除く）	04	人
05	**01**のうち、「**02**、**03**、**04**」以外の者	05	人

1-7　貴病棟における新入棟患者数、新退棟患者数等についてご回答ください。			《回答欄》	
01 新入棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人
02 新退棟患者数	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人
03 在院患者延べ日数	**a** 令和７年８月～10月	a		日
	b 令和８年８月～10月	b		日

1-8　貴病棟における病床利用率についてご回答ください。			《回答欄》	
01 病床利用率	**a** 令和７年８月～10月	a		%
	b 令和８年８月～10月	b		%

1-9　貴病棟における新退棟患者数等についてご回答ください。 （該当する患者がいない場合は**「0」**）			《回答欄》	
01 新退棟患者数（**1-7「02」の再掲**）	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人
02 **「01新退棟患者数」**のうち、在宅に復帰した患者数	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人
03 **「02在宅に復帰した患者数」**のうち、外来フォローアップしている患者数	**a** 令和７年８月～10月	a		人
	b 令和８年８月～10月	b		人
04 平均在院日数	**a** 令和７年８月～10月	a		日
	b 令和８年８月～10月	b		日

1-10　貴病棟における看護職員の勤務形態についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 ３交代制		**04** 変則２交代制	
02 変則３交代制		**05** その他	
03 ２交代制			

1-11　貴病棟の手術件数についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間） 手術を受けた患者数（緊急・予定手術を問わない）		件

問2　貴病棟の入院患者数等についてお伺いします。

2-1　貴病棟の入院実患者数※1についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）		人

※１　病棟全体で１か月間に入院していた実患者数。
なお、実患者数は、入院期間に関わらず１日でも入院した患者を１人と計算してください。
退院後に再度入院した場合等は別にカウントしてください。

2-2　自院の他病棟からの転棟実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 自院の他病棟からの転棟患者	01	人
02 **01**のうち、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	02	人
03 **01**のうち、自院の地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病床から転棟	03	人
04 **01**のうち、自院の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	03	人
05 **01**のうち、自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床から転棟	04	人
06 **01**のうち、自院の一般病床（**02**、**03**、**04**、**05**以外）から転棟	05	人
07 **01**のうち、自院の療養病床（**03**、**04**以外）から転棟	06	人
08 **01**のうち、自院の精神病床から転棟	07	人
09 **01**のうち、自院のその他の病床から転棟	08	人

2-3　障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象実患者数についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は**「0」**）（令和８年10月の１か月間）	《回答欄》	
01 重度の肢体不自由児・者（脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由者でなかった患者を除く）	01	人
02 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、その発症前は脊髄損傷等の重度障害者でなかった患者を除く）	02	人
03 脳卒中が原因の重度の意識障害の患者で医療区分１・２に相当する患者	03	人
04 脳卒中・脳卒中の後遺症・廃用症候群の患者で、医療区分１・２に相当する患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、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除く）	04	人
05 透析などを続けている慢性腎臓病の患者で医療区分２に相当する患者	05	人
06 重度の意識障害者（**「03」**を除く）	06	人
07 筋ジストロフィー患者	07	人
08 難病患者	08	人
09 その他	09	人

2-4　入院・入棟時の身体障害者（肢体不自由）の等級別の入院実患者数についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）

01 不明		人	**06** ４級（肢体不自由）		人
02 非該当		人	**07** ５級（肢体不自由）		人
03 １級（肢体不自由）		人	**08** ６級（肢体不自由）		人
04 ２級（肢体不自由）		人	**09** ７級（肢体不自由）		人
05 ３級（肢体不自由）		人			

2-5　入院・入棟時の障害支援区分別の入院実患者数についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）

01 不明		人	**06** 障害支援区分３		人
02 未申請等		人	**07** 障害支援区分４		人
03 非該当		人	**08** 障害支援区分５		人
04 障害支援区分１		人	**09** 障害支援区分６		人
05 障害支援区分２		人			

問3　見守りや特に安全への配慮を必要とする患者の対応についてお伺いします。

3-1　身体的拘束※１を実施した実患者数についてご回答ください。
（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）　　人

※１　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、
一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

3-2　＊貴病棟における身体的拘束を予防・最小化するための身体的拘束最小化の体制に係る基準以外の具体的な取組についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	身体的拘束の疑似体験を行う研修会の実施	01
02	身体的拘束最小化の手法に関する情報収集や他院の視察	02
03	見守りカメラや離床センサー、低床ベッド等の利用	03
04	身体的拘束を防ぐための職員増員	04
05	身体的拘束を防ぐための看護職以外の他職種とのタスクシェアや協働	05
06	身体的拘束を防ぐための定期的な病棟ラウンド	06
07	身体的拘束の代替手段に関する内容の他、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を定期的な研修に含めること	07
08	その他	08
09	特に取組を行っていない	09

3-3　疾患、せん妄、認知症、治療薬による影響等から、見守りや特に安全への配慮を必要とする患者がいた場合にどのような取組を行っているかについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	他部署の看護師へ応援を依頼する	01
02	自部署の看護補助者へ見守りを依頼する	02
03	他部署の看護補助者へ応援を依頼する	03
04	夜間の看護師配置を増員し対応している	04
05	日中の看護師配置を増員し対応している	05
06	早朝、就寝前等に他職種を配置して対応している	06
07	院内のチーム（認知症ケアチーム、精神科リエゾンチーム等）へ応援を依頼する	07
08	ボランティアスタッフに協力（話相手になってもらうことで、精神的安定を図る等）を依頼する	08
09	患者のリスク因子等についてアセスメントし、身体拘束以外に取り得る方法について検討する	09
10	身体的拘束の方法に関するカンファレンスを行う	10
11	離床センサー、見守りカメラ等のAIやICTシステムを導入し対応している	11
12	患者の家族に付き添いや面会などの協力を依頼する	12
13	その他	13
14	特別な取組を行っていない	14

3-4　応援を依頼している場合に、貴病棟で対応に当たった応援スタッフの労働の延べ日数※2についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）
（応援を依頼していない場合は空欄）（小数点第3位まで（小数点第４位を四捨五入））

日

※2　１日８時間換算で、1時間＝0.125日とする。

3-5　*貴病棟における身体的拘束最小化チームの介入による、身体的拘束の解除・回避への影響についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	非常に役立っている	**4**	あまり役立っていない
2	ある程度役立っている	**5**	役立っていない
3	どちらでもない		

3-6　*貴病棟において、身体的拘束の回避・早期解除が困難となっている理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する上位３つまで番号を右欄に記載）

《回答欄》

1	自己抜去した場合、生命の危機につながるライン等が挿入されているため	
2	自己抜去した場合、再挿入に係る身体への侵襲が非常に大きいライン等が挿入されているため	
3	自己抜去した場合、再手術が必要になるライン等が挿入されているため	
4	転倒・転落リスクが高いため	
5	看護・介護の人手が不足しており、回避・早期解除のために必要となる見守りが不可能なため	
6	患者家族から要望があるため	
7	代替機器（離床センサー等）や環境調整が不足しているため	
8	病棟スタッフ間でリスクに対する認識（どこまで許容するか）の統一が難しいため	
9	回避・早期解除を可能とする効果的な手法がわからないため	
10	その他	
11	特に困難となっている理由はない	

問4　貴病棟における薬剤師及び管理栄養士の業務状況についてお伺いします。

■ 4-1～4-3は、1-5で**「07 薬剤師」が配置されている場合**にご回答ください。

4-1	貴病棟において薬剤師が業務に従事している時間についてご回答ください。 令和８年10月の１か月間の業務実態に基づき、**１週間当たり**の平均業務時間（人時）※1をご回答ください。		人時

※１　平均業務時間（人時）は、総病棟薬剤業務時間数÷４（週間）＝１週間あたりの人時としてご回答ください。
（例）病棟業務に従事する薬剤師が2名いた場合
A氏：40時間/月・10時間/週のため10人時/週
B氏：28時間/月・7時間/週のため7人時/週
（40時間＋28時間）÷４となり、回答欄には、「17人時」と記載する。

4-2　貴病棟において、薬剤師が業務に従事する時間が十分でないために、必要な業務が実施できないことの有無についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 大いにある	**2** ある	**3** あまりない	**4** ない	

4-3　薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	入院時支援として予定入院患者の服薬中の薬剤の確認を入院前に実施すること	01
02	入院時の持参薬の確認と医師への処方提案	02
03	入院中の薬剤管理や服薬指導等の実施	03
04	入院中の患者の状態に応じた処方の変更等の処方支援	04
05	事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	05
06	入院中のポリファーマシー※2対策を医師・看護師等と実施	06
07	退院時の患者またはその家族等への薬剤管理指導等の実施	07
08	退院時の文書による情報提供	08
09	その他	09
10	さらなる充実が求められることはない	10

※２　「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

■ 4-4は、1-5の**「10 管理栄養士」**の配置状況に関わらずご回答ください。

4-4	貴病棟において管理栄養士が業務に従事している時間について、一日の就業時間に占める平均的な割合についてご回答ください。（令和８年10月の１か月間）					《回答欄》
1	８割以上	**3**	４割～５割未満	**5**	２割～３割未満	
2	５割～８割未満	**4**	３割～４割未満	**6**	２割未満	

■ 4-5は、1-5で**「10 管理栄養士」が配置されている場合**にご回答ください。

4-5	病棟の管理栄養士が実施又は関与している内容についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01	口腔状態の評価	01
02	摂食・嚥下状態の評価	02
03	ミールラウンド	03
04	経口摂取への移行・継続支援	04
05	病棟カンファレンス・回診への参加	05
06	カンファレンス等における栄養管理上の提案	06
07	他職種からの栄養相談に対する具体策の提示	07
08	栄養情報提供書の作成	08
09	退院時カンファレンスへの参加	09
10	退院前の居宅訪問	10
11	その他	11
12	実施又は関与している内容は特にない	12

問5　貴病棟における多職種連携の状況についてお伺いします。

5-1　貴病棟における多職種協働の取組の実施についてご回答ください。
（貴病棟において、各業務に主に関与している職種に◎を、関与している職種に○を記してください。）

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	**b** 看護補助者	**c** 薬剤師	**d** 理学療法士	**e** 作業療法士	**f** 言語聴覚士	**g** 管理栄養士	**h** 臨床検査技師
入院	**01** 入院時オリエンテーション								
	02 転倒転落アセスメント								
	03 褥瘡発生リスクアセスメント								
	04 退院支援スクリーニング								
	05 入院支援計画書・退院診療計画書								
	06 持参薬・服薬状況の確認								
	07 ベッドコントロール								
スクリーニング・評価	**08** 認知機能のスクリーニング・定期的な評価								
	09 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価								
	10 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価								
	11 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価								
	12 ADLのスクリーニング・定期的な評価								
	13 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価								
情報共有	**14** 患者等からの情報収集 （入院前の生活、ADL、食生活、食物アレルギー等）								
	15 病棟内における多職種間の報告・連絡・相談・調整								
	16 他部門（MSW含）への連絡・調整								
	17 離床やリハビリテーションに係る計画の作成								
	18 栄養管理計画の作成								
	19 口腔管理に関する計画の作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
診療・治療	20 薬剤の残薬確認・処方依頼・セット								
	21 薬剤の準備・ミキシング								
	22 内服薬の投与								
	23 輸液の投与・管理								
	24 その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与								
	25 バイタルサイン・体重等の測定								
	26 検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）								
	27 診察・治療・処置の介助								
	28 リハビリ・自立援助 （単位リハビリ含）								
	29 嚥下訓練								
	30 食形態の検討・調整								
	31 経腸栄養剤の種類の選択や変更								
	32 食事摂取量や食事状況の観察 （ミールラウンド）								
	33 食事変更の調整（オーダー）								
	34 療養のための栄養指導								
	35 吸引（気管内・口腔内・鼻腔内）								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
患者のケア	36 環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）・リネン交換・身の回りの世話								
	37 見守り・付き添い								
	38 更衣								
	39 身体の清潔								
	40 食事の配膳								
	41 食事介助								
	42 食事（嗜好や量など）に関する相談対応								
	43 口腔ケア								
	44 排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）								
	45 体位交換								
	46 生活機能の回復に向けた支援（食事）								
	47 生活機能の回復に向けた支援（排泄）								
	48 生活機能の回復に向けた支援（離床の促し）								
	49 苦痛緩和・安楽のための世話								
	50 患者への説明（治療・手術・検査・病状等）								
	51 家族への連絡・説明・指導								
	52 患者宅への訪問(退院支援、退院後訪問指導、家屋訪問調査等を含む)								
退院	53 退院指導（身体と生活に関する指導）								
	54 退院後の食生活に関する指導								
	55 退院時の他院への服薬情報提供								
	56 退院時のカンファレンス								
	57 退院時の書類チェック								
記録	58 看護計画作成・アセスメント								
	59 日々の記録								
	60 退院時サマリー・看護情報提供書作成								

		主として実施している職種◎（各項目で該当するもの一つに◎） 関与している職種○（該当するものすべてに○）							
		a 看護職員	b 看護補助者	c 薬剤師	d 理学療法士	e 作業療法士	f 言語聴覚士	g 管理栄養士	h 臨床検査技師
移送・搬送	61 患者								
	62 薬・検体・書類								
機器等の管理	63 ME機器の取り寄せ・管理・返却								
	64 医療機器・医療材料の管理・請求・補充								
点検作業	65 機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）								
	66 薬品や物品の使用期限の点検								
事務作業	67 書類の作成（○○指導料のための書類等）								
	68 面会者及び電話の対応								
その他	69 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配								
	70 業務に関する委員会・会議								

問6　貴病棟の退棟患者数についてお伺いします。

6-1　貴病棟における退棟患者数（実人数）※1及び、退棟先別の患者数（実人数）※1についてご回答ください。（該当する患者がいない場合は「**0**」）（令和８年10月の１か月間）

		《回答欄》	
01	貴病棟における退棟患者数	01	人
02	自宅（在宅医療の提供あり）	02	人
03	自宅（在宅医療の提供なし）	03	人
04	介護老人保健施設	04	人
05	**04**のうち、介護老人保健施設（在宅復帰支援機能加算算定あり）	05	人
06	介護医療院	06	人
07	特別養護老人ホーム	07	人
08	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	08	人
09	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	09	人
10	障害者支援施設	10	人
11	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	11	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	12	人
13	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	13	人
14	他院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	14	人
15	他院の療養病床（**12**以外）	15	人
16	**15**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している他院の療養病床	16	人
17	他院の精神病床	17	人
18	他院のその他の病床	18	人
19	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	19	人
20	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	20	人
21	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	21	人
22	自院の一般病床（**19**、**20**、**21**以外）	22	人
23	自院の療養病床（**20**以外）	23	人
24	**23**のうち、在宅復帰機能強化加算を算定している自院の療養病床	24	人
25	自院の精神病床	25	人
26	自院のその他の病床	26	人
27	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	27	人
28	有床診療所（**27**以外）	28	人
29	死亡退院	29	人
30	その他	30	人

※１　患者数（実人数）は、入院期間に関わらず、１日でも入院しており、指定の期間に退院・退棟した患者数を１人と計算してください。
ただし、指定の期間において退院（棟）後に、再度指定の期間に入退院（棟）をした場合等は別にカウントしてください。

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

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

A-4

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に"＊"を付けております。
（患者票は設問削減と選択肢の見直しのみ）

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評

入院・外来医療等における実態調査

入 院 ・ 退 棟 患 者 票（A）

施設ＩＤ：		病棟ＩＤ：		患者ＩＤ：	

問1　患者の基本情報についてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　生年月をご回答ください。	西暦					年			月

1-3　主傷病および副傷病についてご回答ください。 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入							
01 主傷病							
02 入院契機							
03 医療資源を最も投入した傷病名							

※　主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード（請求コード）で記入してください。
本冊子巻末の「記入要領」をご参照の上ご回答ください。

1-4　入院、入棟年月日をご回答ください。												
01 入院年月日	西暦					年			月			日
02 入棟年月日	西暦					年			月			日

1-5　入棟前の場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 自宅（在宅医療の提供あり※1）	
2 自宅（在宅医療の提供なし※1）	
3 介護老人保健施設	
4 介護医療院	
5 特別養護老人ホーム	
6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	
7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	
8 障害者支援施設	
9 他院の一般病床	
10 他院の一般病床以外	
11 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
12 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	
13 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
14 自院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	
15 自院の療養病床（**12**以外）	
16 自院の精神病床	
17 自院のその他の病床	
18 有床診療所	
19 その他	

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

1-6　予定・緊急入院区分をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 予定入院	
2 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）	
3 緊急入院（外来の初再診後）	

1-7　当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの状態	01
02 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請	02
03 区分変更の申請がされていない	03
04 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する	04
05 強度行動障害状態	05
06 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある	06
07 生活困窮者である	07
08 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態）	08
09 排泄に介助を要する状態	09
10 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態	10
11 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態	11
12 入退院を繰り返している状態	12
13 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態	13
14 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等	14
15 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている	15
16 その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態	16
17 その他	17

1-8　1-7で「**16** その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

1-9　入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 治療のため	**5** 緩和ケアのため	
2 リハビリテーションのため	**6** 看取りのため（**5**を除く）	
3 検査及び確定診断のため	**7** 医療処置を伴う介護のため	
4 教育的入院のため	**8** その他	

1-10　入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 紹介状あり	**2** 紹介状なし	

1-11　主担当医の診療科をご回答ください。（最も近似する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 内科	**10** 呼吸器外科	
2 呼吸器内科	**11** 心臓血管外科	
3 消化器内科	**12** 眼科	
4 循環器科	**13** 耳鼻いんこう科	
5 精神科	**14** 皮膚科	
6 神経内科	**15** 泌尿器科	
7 外科	**16** 救急医学科	
8 整形外科	**17** その他	
9 脳神経外科		

1-12　入棟時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って該当する各スコアを記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、 座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・ トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

問2　患者の状態等についてお伺いします。

（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。）

2-1	患者状態の評価の実施日をご回答ください。 （調査基準日）	西暦					年			月			日

2-2　認知症の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

《 2-2で「**1 あり（認知症あり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-3　BPSDの有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-4　せん妄の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-5　要介護度についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 不明　**2** 未申請　**3** 申請中　**4** 非該当　**5** 要支援１　**6** 要支援２　**7** 要介護１　**8** 要介護２　**9** 要介護３　**10** 要介護４　**11** 要介護5

2-6　認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。

（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立　**2** Ⅰ　**3** Ⅱａ　**4** Ⅱｂ　**5** Ⅲａ　**6** Ⅲｂ　**7** Ⅳ　**8** M

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク		判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
	Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ
Ⅳ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M		著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

2-7　障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）についてご回答ください。
（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立	**3** Ｊ２	**5** Ａ２	**7** Ｂ２	**9** Ｃ２
2 Ｊ１	**4** Ａ１	**6** Ｂ１	**8** Ｃ１	

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1　交通機関等を利用して外出する 2　隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2　介助により車椅子に移乗する
	ランクＣ	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1　自力で寝返りをうつ 2　自力では寝返りもうたない

2-8　入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし　　**3** スクリーニング未実施

《 2-8で**「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-9　GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 低栄養非該当　　**3** 重度低栄養

2 中等度低栄養　　**4** GLIM基準非対応

2-10　栄養摂取の状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 経口摂取のみ　　**3** 経管栄養・経静脈栄養のみ

2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用

《 2-10で**「1 経口摂取のみ」を選択した場合**にご回答ください。》

2-11　嚥下調整食の必要性についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 嚥下調整食の必要性あり　　**2** 嚥下調整食の必要性なし

《 2-11で**「1 嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-12　栄養管理計画の「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードの記載についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 嚥下調整食 4	**3** 嚥下調整食 2-2	**5** 嚥下調整食 1 j	**7** 嚥下訓練食品 0 j
2 嚥下調整食 3	**4** 嚥下調整食 2-1	**6** 嚥下訓練食品 0 t	**8** 記載なし

《 2-10で**「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

2-13　経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 経鼻胃管		**03** 末梢静脈栄養	
02 胃瘻・腸瘻		**04** 中心静脈栄養	

■ 2-14～2-17は、2-13で**「04 中心静脈栄養」を選択した場合**にご回答ください。

2-14　入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

2-15　嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

2-16　入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

《 2-16で**「1 あり（入院中の嚥下リハビリあり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-17　入院中の嚥下リハビリについて、１週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。
（入院中の嚥下リハビリがない場合は**「0」**）

01 30分未満	回/週	**02** 30分以上	回/週

2-18　入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

2-19　過去７日間の身体的拘束※1の実施有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり

2 調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり

3 なし

※1　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

■ 2-20～2-22は、2-19で**「1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。

2-20　身体的拘束の実施理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 ライン・チューブ類の自己抜去防止		01
02 転倒・転落防止		02
03 安静保持が必要		03
04 創部の保護が必要		04
05 その他		05

2-21　調査基準日から過去７日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　１日間　　**3**　３日間　　**5**　５日間　　**7**　７日間
2　２日間　　**4**　４日間　　**6**　６日間

2-22　過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の１日の拘束時間及び方法についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　常時：手指・四肢・体幹抑制
2　一時的（処置時・不穏時）
3　夜間のみ（**2**を除く）：手指・四肢・体幹抑制

問3　患者の受療状況等についてお伺いします。

3-1　入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。（調査基準日から遡った過去７日間）
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　安定している　　**2**　時々、不安定である　　**3**　常時、不安定である

3-2　医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　週１回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
2　週２～３回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
3　毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
4　１日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
5　常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

3-3　看護師による直接の看護提供の頻度・必要性についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　１日１～３回の観察および管理が必要
2　１日４～８回の観察および管理が必要
3　**2**を超えた頻繁な観察および管理が必要
4　**3**を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）

3-4　入院中の手術の実施状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　手術を実施した　　**2**　手術は実施していない

《 3-4で**「1 手術を実施した」**を選択した場合にご回答ください。》

3-5　次の手術方法別の実施日をご回答ください。（未実施の場合は**空欄**）

01 開頭術			月			日
02 開胸術			月			日
03 開腹術			月			日
04 骨の観血的手術			月			日
05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術			月			日
06 その他の手術			月			日

3-6　リハビリ職による疾患別リハ実施状況についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	心大血管疾患リハビリテーション	**4**	運動器リハビリテーション
2	脳血管疾患等リハビリテーション	**5**	呼吸器リハビリテーション
3	廃用症候群リハビリテーション	**6**	いずれも実施していない

《 3-6で**「1 心大血管疾患リハビリテーション」～「5 呼吸器リハビリテーション」を選択した場合**にご回答ください。》

3-7　入院中の疾患別リハビリテーションの実施について、調査基準日から遡った過去７日間の回数と実施単位についてご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）

《回答欄》

01	疾患別リハビリテーションの回数	01	回
02	疾患別リハビリテーションの単位数	02	単位
03	保険医療機関外（屋外等）での単位数	03	単位

3-8　過去７日間に実施した検査の件数をご回答ください。（検査を実施していない場合は**「0」**）

01	検体検査（尿・血液等）　※オーダー単位	件	**03**	X線単純撮影	件
02	生体検査（超音波・内視鏡等）	件	**04**	CT・MRI	件

3-9　入院前における貴院の入退院支援部門の関与の有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし　　**3** 不明

3-10　入院前の担当ケアマネジャーの有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし　　**3** 不明

問4　患者の今後の見通し等についてお伺いします。

4-1　医学的な入院継続の理由等についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 医学的な理由のため、入院医療が必要である

2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい

3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない

4 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している

《 4-1で**「1 医学的な理由のため、入院医療が必要である」または「2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-2　医学的な理由の詳細についてご回答ください。（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 急性期の治療を行っているため

2 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため

3 退院にはリハビリテーションが必要であるため

4 その他

《 4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-3　退院後に必要な支援についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	医療処置	01
02	通院の介助	02
03	訪問診療	03
04	訪問看護	04
05	リハビリテーション	05
06	買い物・清掃・調理等の家事の補助	06
07	食事・排泄・移動等の介護	07
08	認知症・精神疾患に対する見守り	08
09	その他	09

《 4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-4　退院できない理由をご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	本人の希望に適わないため	01
02	家族の希望に適わないため	02
03	在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	03
04	地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	04
05	在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	05
06	地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	06
07	入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	07
08	地域に施設サービスがないため	08
09	地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため	09
10	自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	10
11	**01**～**10**の全体の調整・マネジメントができていないため	11
12	自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	12
13	転院先の医療機関の確保ができていないため	13
14	その他	14

《 4-4で**「01 本人の希望に適わないため」または「02 家族の希望に適わないため」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-5　本人・家族の希望に適わない理由をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	家族が患者と同居できないため	01
02	家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	02
03	家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	03
04	家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	04
05	自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	05
06	サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	06
07	自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	07
08	自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	08
09	自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため	09
10	入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	10
11	患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	11
12	その他	12

4-6　退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	疾病の治癒・軽快	01
02	病態の安定	02
03	手術・投薬・処置・検査等の終了	03
04	診断・今後の治療方針の確定	04
05	低下した機能の回復（リハビリテーション）	05
06	在宅医療・介護等の調整	06
07	入所先の施設の確保	07
08	本人家族の病状理解	08
09	転院先の医療機関の確保	09
10	終末期医療・緩和ケア	10
11	その他	11

4-7　退院時期の決定についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	疾病の治癒・軽快	01
02	家族の希望	02
03	患者の希望	03
04	主治医の判断	04
05	病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）	05
06	クリニカルパスの退院日の通り	06
07	DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	07
08	現時点で時期未定	08
09	その他	09

■ 当該患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）以降、7日以内に退棟・退院した場合に限り、

以降の設問へご記入ください。

問5　患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）に入棟していた病棟から退出（退棟・退院）した状況等についてお伺いします。

5-1　退棟、退院年月日をご回答ください。													
01 退棟年月日	西暦					年			月			日
02 退院年月日	西暦					年			月			日

5-2　入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 入退院支援加算１ 算定あり		**04** 入退院支援加算１～３ 算定なし	
02 入退院支援加算２ 算定あり		**05** 薬剤総合評価調整加算 算定あり	
03 入退院支援加算３ 算定あり		**06** 薬剤総合評価調整加算 算定なし	

5-3　退棟・退院時転帰についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）
1 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断
2 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断
3 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断
4 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断
5 最も医療資源を投入した傷病による死亡
6 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
7 その他（検査入院含む）

《回答欄》

5-4　退棟・退院先をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）			
1 自宅（在宅医療の提供あり※1）		**15** 他院のその他の病床	
2 自宅（在宅医療の提供なし※1）		**16** 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
3 介護老人保健施設		**17** 目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	
4 介護医療院		**18** 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
5 特別養護老人ホーム		**19** 自院の一般病床（**16**、**17**、**18**以外）	
6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム		**20** 自院の療養病床（**17**以外）	
7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）		**21** 自院の精神病床	
8 障害者支援施設		**22** 自院のその他の病床	
9 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床		**23** 特別の関係にある医療機関	
10 他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床		**24** 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	
11 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床		**25** 有床診療所（**24**以外）	
12 他院の一般病床（**9**、**10**、**11**以外）		**26** 死亡退院	
13 他院の療養病床（**10**以外）		**27** その他	
14 他院の精神病床			

《回答欄》

※1　（再掲）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。

《 5-4で**「26 死亡退院」以外を選択した場合**にご回答ください。》

5-5　退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 外来診療		**19** 療養通所介護	
02 訪問診療		**20** 居宅介護支援	
03 訪問看護		**21** 特定施設入居者生活介護	
04 訪問薬剤管理指導		**22** 認知症対応型共同生活介護	
05 訪問リハビリテーション		**23** 介護老人福祉施設(特養)	
06 通所リハビリテーション		**24** 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
07 訪問栄養食事指導		**25** 介護老人保健施設(老健)	
08 訪問介護		**26** 介護医療院	
09 訪問入浴介護		**27** 往診	
10 通所介護		**28** オンライン診療	
11 短期入所生活介護		**29** 外来リハビリテーション	
12 短期入所療養介護		**30** 精神科デイケア	
13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		**31** 重度認知症患者デイケア	
14 夜間対応型訪問介護		**32** 福祉用具貸与	
15 認知症対応型通所介護		**33** 居宅療養管理指導	
16 小規模多機能型居宅介護		**34** 分からない	
17 看護小規模多機能型居宅介護		**35** その他	
18 地域密着型通所介護		**36** なし	

5-6　入院前に利用していた医療・介護サービスをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 外来診療		**19** 療養通所介護	
02 訪問診療		**20** 居宅介護支援	
03 訪問看護		**21** 特定施設入居者生活介護	
04 訪問薬剤管理指導		**22** 認知症対応型共同生活介護	
05 訪問リハビリテーション		**23** 介護老人福祉施設(特養)	
06 通所リハビリテーション		**24** 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
07 訪問栄養食事指導		**25** 介護老人保健施設(老健)	
08 訪問介護		**26** 介護医療院	
09 訪問入浴介護		**27** 往診	
10 通所介護		**28** オンライン診療	
11 短期入所生活介護		**29** 外来リハビリテーション	
12 短期入所療養介護		**30** 精神科デイケア	
13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		**31** 重度認知症患者デイケア	
14 夜間対応型訪問介護		**32** 福祉用具貸与	
15 認知症対応型通所介護		**33** 居宅療養管理指導	
16 小規模多機能型居宅介護		**34** 分からない	
17 看護小規模多機能型居宅介護		**35** その他	
18 地域密着型通所介護		**36** なし	

5-7　退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

治療室

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

治 療 室 患 者 票（A）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に"＊"を付けております。

施設ＩＤ：		治療室ＩＤ：		患者ＩＤ：	

※記入方法等については、本冊子巻末にございます「記入要領」をご参照ください。

患者が以下の入院料を算定している治療室に入室されている場合にご回答ください。

（救命救急入院料１－２、特定集中治療室管理料１－３、ハイケアユニット入院医療管理料１－２、脳卒中ケアユニット入院医療管理料）

問1　患者の基本情報についてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　生年月をご回答ください。	西暦					年			月

1-3　主傷病および副傷病についてご回答ください。 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入							
01 主傷病							
02 入院契機							
03 医療資源を最も投入した傷病名							

※　主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード（請求コード）で記入してください。
本冊子巻末の「記入要領」をご参照の上ご回答ください。

1-4　入院、入室年月日をご回答ください。												
01 入院年月日	西暦					年			月			日
02 入室年月日	西暦					年			月			日

1-5　入室前の場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 自宅（在宅医療の提供あり）※1	
2 自宅（在宅医療の提供なし）※1	
3 介護老人保健施設	
4 介護医療院	
5 特別養護老人ホーム	
6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	
7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	
8 障害者支援施設	
9 他院の一般病床	
10 他院の集中治療室	
11 他院の一般病床以外	
12 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
13 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	
14 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
15 自院の一般病床（**12**、**13**、**14**以外）	
16 自院の療養病床（**13**以外）	
17 自院の精神病床	
18 自院のその他の病床	
19 有床診療所	
20 その他	

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

1-6　予定・緊急入院区分をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 予定入院	
2 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）	
3 緊急入院（外来の初再診後）	

《 1-6で**「2 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）」を選択した場合**にご回答ください。》	
1-7　入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 紹介状あり　　**2** 紹介状なし	

1-8　入室した時の状態についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 意識障害又は昏睡		**06** 重篤な代謝障害	
02 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		**07** 広範囲熱傷	
03 急性心不全（心筋梗塞を含む）		**08** 大手術後	
04 急性薬物中毒		**09** 救急蘇生後	
05 ショック		**10** その他外傷、破傷風等で重篤な状態	

1-9　主担当医の診療科をご回答ください。（最も近似する番号１つを右欄に記載）			
1 集中治療科		**9** 神経内科	
2 救急医学科		**10** 呼吸器外科	
3 整形外科		**11** 呼吸器内科	
4 循環器科		**12** 泌尿器科	
5 心臓血管外科		**13** 耳鼻いんこう科	
6 外科		**14** 小児科	
7 消化器内科		**15** 産婦人科	
8 脳神経外科		**16** その他	

《回答欄》

問2　患者の状態等についてお伺いします。

（特に断りがない限り、調査基準日時点をご回答ください。）

2-1	患者状態の評価の実施日をご回答ください。（調査基準日）	西暦					年			月			日

2-2　せん妄の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）			
1 あり	**2** なし	**3** わからない	

《回答欄》

2-3　認知症の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）			
1 あり	**2** なし	**3** わからない	

《回答欄》

《 2-3で**「1 あり」を選択した場合** にご回答ください。》			
2-4　BPSDの有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）			
1 あり	**2** なし	**3** わからない	

《回答欄》

2-5　過去７日間の身体的拘束の実施※1有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　調査基準日時点（問2-1）で実施あり

2　調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり

3　なし

※1　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

■ 2-6～2-8は、2-5で**「1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり」のいずれかを選択した場合** にご回答ください。

2-6　身体的拘束の実施理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 ライン・チューブ類の自己抜去防止		01
02 転倒・転落防止		02
03 安静保持が必要		03
04 創部の保護が必要		04
05 その他		05

2-7　調査基準日から過去７日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　1日間　　**3**　3日間　　**5**　5日間　　**7**　7日間

2　2日間　　**4**　4日間　　**6**　6日間

2-8　過去７日間のうち、直近で拘束を行った日の１日の拘束時間及び方法についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　常時：手指・四肢・体幹抑制

2　一時的（処置時・不穏時）

3　夜間のみ（**2**を除く）：手指・四肢・体幹抑制

2-9　栄養摂取の状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　経口摂取のみ　　**3**　経管栄養・経静脈栄養のみ

2　経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用

《 2-9で**「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」のいずれかを選択した場合** にご回答ください。》

2-10　経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 経鼻胃管		**03** 末梢静脈栄養	
02 胃瘻・腸瘻		**04** 中心静脈栄養	

■ 2-11～2-13は、2-10で**「04 中心静脈栄養」を選択した場合**にご回答ください。

2-11　入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

2-12　嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

2-13　入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

問3　患者の受療状況等についてお伺いします。

■ 3-1～3-3は、医師・看護師による医療提供の状況についてご回答ください。（調査基準日から遡った過去７日間）

3-1　ECMO、人工呼吸器の使用有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 あり　　**2** なし	

3-2　気管内挿管が行われていた場合、覚醒試験加算の算定の有無についてご回答ください。 （該当する番号１つを右欄に記載）（気管内挿管が行われていない場合は空欄）	《回答欄》
1 あり　　**2** なし	

3-3　人工呼吸器からの離脱があった場合、離脱試験加算の算定の有無についてご回答ください。 （該当する番号１つを右欄に記載）（人工呼吸器からの離脱がなかった場合は空欄）	《回答欄》
1 あり　　**2** なし	

3-4　入院中の手術の実施状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 手術を実施した　　**2** 手術は実施していない	

《 3-4で**「1 手術を実施した」を選択した場合**にご回答ください。》

3-5　次の手術方法別の実施日をご回答ください。（未実施の場合は空欄）

01 開頭術			月			日
02 開胸術			月			日
03 開腹術			月			日
04 骨の観血的手術			月			日
05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術			月			日
06 その他の手術			月			日

3-6　リハビリテーションの実施状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 実施あり　　**2** 実施なし	

《 3-6で**「1 実施あり」を選択した場合**にご回答ください。》

3-7　入室後のリハビリテーション開始日及び平均単位数をご回答ください。

	《回答欄》	
01 リハビリテーション開始日（入室後）	01	日目
02 単位数（平均）	02	単位/回

3-8　過去７日間に実施した検査の件数をご回答ください。（検査を実施していない場合は**「0」**）

01 検体検査（尿・血液等）		件	**03** Ｘ線単純撮影		件
02 生体検査（超音波・内視鏡等）		件	**04** ＣＴ・ＭＲＩ		件

《 **患者が脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している治療室に入室されている場合** にご回答ください。》

3-9　＊入院中の脳梗塞に対する超急性期の再開通治療の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 rt-PA投与を実施した		**02** 経皮的脳血栓回収術を実施した	

問4　患者が退室した場合のみお伺いします。

■ 調査基準日より１週間の間に当該患者が退室された場合に、4-1～4-2の設問にご回答ください。

4-1　退室年月日をご回答ください。	西暦					年			月			日

4-2　退室先をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
2	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
3	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床
4	自院の一般病床（**1**、**2**、**3**以外）
5	自院の療養病床（**2**以外）
6	自院のその他の病床
7	他院の集中治療室等
8	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
9	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
10	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床
11	他院の一般病床（**7**、**8**、**9**、**10**以外）
12	他院の療養病床（**9**以外）
13	他院の精神病床
14	他院のその他の病床
15	自宅（在宅医療の提供あり）
16	自宅（在宅医療の提供なし）
17	その他

4-3　4-2で「**6** 自院のその他の病床」を選択した場合、具体的にご回答ください。

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 ９ 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。

B-4

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。
（患者票は設問削減と選択肢の見直しのみ）

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評

入院・外来医療等における実態調査

入 院 ・ 退 棟 患 者 票（B）

施設ＩＤ：		病棟ＩＤ：		患者ＩＤ：	

問1　患者の基本情報についてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　生年月をご回答ください。	西暦					年			月

1-3　主傷病および副傷病についてご回答ください。 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入							
01 主傷病							
02 入院契機							
03 医療資源を最も投入した傷病名							

※　主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード（請求コード）で記入してください。
本冊子巻末の「記入要領」をご参照の上ご回答ください。

1-4　入院、入棟年月日をご回答ください。												
01 入院年月日	西暦					年			月			日
02 入棟年月日※1	西暦					年			月			日

※1　地域包括ケア入院医療管理料１～４を算定している場合は入室年月日

1-5　入棟前の場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 自宅（在宅医療の提供あり※2）	
2 自宅（在宅医療の提供なし※2）	
3 介護老人保健施設	
4 介護医療院	
5 特別養護老人ホーム	
6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	
7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	
8 障害者支援施設	
9 他院の一般病床	
10 他院の一般病床以外	
11 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
12 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	
13 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
14 自院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	
15 自院の療養病床（**12**以外）	
16 自院の精神病床	
17 自院のその他の病床	
18 特別の関係にある医療機関	
19 有床診療所	
20 その他	

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

1-6　予定・緊急入院区分をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 予定入院	
2 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）	
3 緊急入院（外来の初再診後）	

1-7　当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）		《回答欄》
01 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの状態	01	
02 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請	02	
03 区分変更の申請がされていない	03	
04 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する	04	
05 強度行動障害状態	05	
06 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある	06	
07 生活困窮者である	07	
08 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態）	08	
09 排泄に介助を要する状態	09	
10 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態	10	
11 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態	11	
12 入退院を繰り返している状態	12	
13 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態	13	
14 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等	14	
15 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている	15	
16 その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態	16	
17 その他	17	

1-8　1-7で「**16** その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

1-9　入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 治療のため	**5** 緩和ケアのため	
2 リハビリテーションのため	**6** 看取りのため（**5**を除く）	
3 検査及び確定診断のため	**7** 医療処置を伴う介護のため	
4 教育的入院のため	**8** その他	

1-10　入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 紹介状あり	**2** 紹介状なし	

1-11　主担当医の診療科をご回答ください。（最も近似する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 内科	**10** 呼吸器外科	
2 呼吸器内科	**11** 心臓血管外科	
3 消化器内科	**12** 眼科	
4 循環器科	**13** 耳鼻いんこう科	
5 精神科	**14** 皮膚科	
6 神経内科	**15** 泌尿器科	
7 外科	**16** 救急医学科	
8 整形外科	**17** その他	
9 脳神経外科		

1-12　入棟時FIM得点をご回答ください。
（回復期リハビリテーション病棟に入院している患者の場合必ず記入。地域包括ケア病棟または病床に入院している患者の場合測定していれば記入。）

			《回答欄》
01 運動項目	**a** セルフケア(6～42点)	a	点
	b 排泄(2～14点)	b	点
	c 移乗(3～21点)	c	点
	d 移動(2～14点)	d	点
02 認知項目	**a** コミュニケーション(2～14点)	a	点
	b 社会認識(3～21点)	b	点

1-13　入棟時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って該当する各スコアを記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、 座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・ トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

問2　患者の状態等についてお伺いします。

（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。）

2-1	患者状態の評価の実施日をご回答ください。（調査基準日）	西暦					年			月			日

2-2　認知症の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

《 2-2で「**1 あり（認知症あり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-3　BPSDの有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-4　せん妄の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-5　要介護度についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 不明	**4** 非該当	**7** 要介護１	**10** 要介護４
2 未申請	**5** 要支援１	**8** 要介護２	**11** 要介護5
3 申請中	**6** 要支援２	**9** 要介護３	

2-6　認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。
（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立	**3** Ⅱａ	**5** Ⅲａ	**7** Ⅳ
2 Ⅰ	**4** Ⅱｂ	**6** Ⅲｂ	**8** M

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク		判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
	Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、 大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ
Ⅳ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M		著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

2-7　障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）についてご回答ください。
（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立	**3** Ｊ２	**5** Ａ２	**7** Ｂ２	**9** Ｃ２
2 Ｊ１	**4** Ａ１	**6** Ｂ１	**8** Ｃ１	

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1　交通機関等を利用して外出する 2　隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2　介助により車椅子に移乗する
	ランクＣ	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1　自力で寝返りをうつ 2　自力では寝返りもうたない

2-8　入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** スクリーニング未実施

《 2-8で**「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-9　GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 低栄養非該当　**3** 重度低栄養

2 中等度低栄養　**4** GLIM基準非対応

2-10　栄養摂取の状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 経口摂取のみ　**3** 経管栄養・経静脈栄養のみ

2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用

《 2-10で**「1 経口摂取のみ」を選択した場合**にご回答ください。》

2-11　嚥下調整食の必要性についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 嚥下調整食の必要性あり　**2** 嚥下調整食の必要性なし

《 2-11で**「1 嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-12　栄養管理計画の「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードの記載についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 嚥下調整食 4　**3** 嚥下調整食 2-2　**5** 嚥下調整食 1 j　**7** 嚥下訓練食品 0 j

2 嚥下調整食 3　**4** 嚥下調整食 2-1　**6** 嚥下訓練食品 0 t　**8** 記載なし

《 2-10で**「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

2-13　経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 経鼻胃管		**03** 末梢静脈栄養	
02 胃瘻・腸瘻		**04** 中心静脈栄養	

■ 2-14～2-22は、2-13で**「04 中心静脈栄養」を選択した場合**にご回答ください。

2-14　中心静脈栄養開始の契機についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 患者本人の希望	01
02 家族の希望	02
03 転院を行うため※1	03
04 腸管安静等のため	04
05 他に代替できる栄養経路がない	05
06 その他	06

※1　転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

2-15　中心静脈開始からの経過日数（転院前から開始している場合は通算の日数）をご回答ください。（不明の場合は**「0」**）	日目

2-16　カテーテル関連血流感染症発症の有無（入院時からの履歴）についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 あり　　**2** なし	

2-17　中心静脈栄養を継続している理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 患者本人の希望	01
02 家族の希望	02
03 転院を行うため※1	03
04 腸管安静等のため	04
05 他に代替できる栄養経路がない	05
06 その他	06

※1　（再掲）転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

2-18　中心静脈カテーテル抜去の見込みについてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　近日中に抜去予定
2　半年以内に抜去予定
3　半年以上後に抜去予定
4　**1**～**3**以外で退院時に抜去予定
5　抜去できる見込みなし

2-19　入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり
2　なし

2-20　嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり
2　なし

2-21　入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり
2　なし

《 2-21で**「1 あり（入院中の嚥下リハビリあり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-22　入院中の嚥下リハビリについて、１週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。
（入院中の嚥下リハビリがない場合は**「0」**）

01	30分未満		回/週	**02** 30分以上	回/週

2-23　入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり
2　なし

2-24　過去７日間の身体的拘束※２の実施有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　調査基準日時点（問2-1）で実施あり
2　調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり
3　なし

※２　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

■ 2-25～2-27は、2-24で**「1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。

2-25　身体的拘束の実施理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	ライン・チューブ類の自己抜去防止	01
02	転倒・転落防止	02
03	安静保持が必要	03
04	創部の保護が必要	04
05	その他	05

2-26　調査基準日から過去７日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	１日間	**3**	３日間	**5**	５日間	**7**	７日間
2	２日間	**4**	４日間	**6**	６日間		

2-27　過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の１日の拘束時間及び方法についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　常時：手指・四肢・体幹抑制

2　一時的（処置時・不穏時）

3　夜間のみ（**2**を除く）：手指・四肢・体幹抑制

問3　患者の受療状況等についてお伺いします。

3-1　入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。（調査基準日から遡った過去７日間）
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	安定している	**2**	時々、不安定である	**3**	常時、不安定である

3-2　医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　週１回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要

2　週２～３回、医師による診察（処置、判断含む）が必要

3　毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要

4　１日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要

5　常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

3-3　看護師による直接の看護提供の頻度・必要性についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　１日１～３回の観察および管理が必要

2　１日４～８回の観察および管理が必要

3　**2**を超えた頻繁な観察および管理が必要

4　**3**を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）

3-4　入院中の手術の実施状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　手術を実施した　　**2**　手術は実施していない

《 3-4で**「1 手術を実施した」**を選択した場合にご回答ください。》

3-5　次の手術方法別の実施日をご回答ください。（未実施の場合は**空欄**）

01 開頭術			月			日
02 開胸術			月			日
03 開腹術			月			日
04 骨の観血的手術			月			日
05 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術			月			日
06 その他の手術			月			日

《 3-6は、**回復期リハビリテーション病棟の場合**にご回答ください。》

3-6　回復期リハビリテーションを要する状態についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態

2　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

3　外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態

4　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態

5　股関節又は膝関節の置換術後の状態

6　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

3-7　リハビリ職による疾患別リハ実施状況についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　心大血管疾患リハビリテーション　　**4**　運動器リハビリテーション

2　脳血管疾患等リハビリテーション　　**5**　呼吸器リハビリテーション

3　廃用症候群リハビリテーション　　**6**　いずれも実施していない

《 3-7で**「1 心大血管疾患リハビリテーション」～「5 呼吸器リハビリテーション」を選択した場合**にご回答ください。》

3-8　入院中の疾患別リハビリテーションの実施について、調査基準日から遡った過去７日間の回数と実施単位についてご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）

《回答欄》

01	疾患別リハビリテーションの回数	01	回
02	疾患別リハビリテーションの単位数	02	単位
03	保険医療機関外（屋外等）での単位数	03	単位

《 3-8**「03 保険医療機関外（屋外等）での単位数」で「１単位以上」の場合**にご回答ください。》

3-9　該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションについてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

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
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
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

3-10　過去７日間に実施した検査の件数をご回答ください。（検査を実施していない場合は**「0」**）

01	検体検査（尿・血液等）　※オーダー単位	件	**03**	X線単純撮影	件
02	生体検査（超音波・内視鏡等）	件	**04**	CT・MRI	件

3-11　入院前における貴院の入退院支援部門の関与の有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし　　**3** 不明

3-12　入院前の担当ケアマネジャーの有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし　　**3** 不明

問4　患者の今後の見通し等についてお伺いします。

4-1　医学的な入院継続の理由等についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 医学的な理由のため、入院医療が必要である

2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい

3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない

4 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している

《 4-1で**「1 医学的な理由のため、入院医療が必要である」または「2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-2　医学的な理由の詳細についてご回答ください。（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 急性期の治療を行っているため

2 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため

3 退院にはリハビリテーションが必要であるため

4 その他

《 4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-3　退院後に必要な支援についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	医療処置	01
02	通院の介助	02
03	訪問診療	03
04	訪問看護	04
05	リハビリテーション	05
06	買い物・清掃・調理等の家事の補助	06
07	食事・排泄・移動等の介護	07
08	認知症・精神疾患に対する見守り	08
09	その他	09

《 4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-4　退院できない理由をご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	本人の希望に適わないため	01
02	家族の希望に適わないため	02
03	在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	03
04	地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	04
05	在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	05
06	地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	06
07	入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	07
08	地域に施設サービスがないため	08
09	地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため	09
10	自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	10
11	**01**～**10**の全体の調整・マネジメントができていないため	11
12	自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	12
13	転院先の医療機関の確保ができていないため	13
14	その他	14

《 4-4で**「01 本人の希望に適わないため」または「02 家族の希望に適わないため」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-5　本人・家族の希望に適わない理由をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	家族が患者と同居できないため	01
02	家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	02
03	家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	03
04	家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	04
05	自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	05
06	サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	06
07	自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	07
08	自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	08
09	自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため	09
10	入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	10
11	患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	11
12	その他	12

4-6　退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	疾病の治癒・軽快	01
02	病態の安定	02
03	手術・投薬・処置・検査等の終了	03
04	診断・今後の治療方針の確定	04
05	低下した機能の回復（リハビリテーション）	05
06	在宅医療・介護等の調整	06
07	入所先の施設の確保	07
08	本人家族の病状理解	08
09	転院先の医療機関の確保	09
10	終末期医療・緩和ケア	10
11	その他	11

4-7　退院時期の決定についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	疾病の治癒・軽快	01
02	家族の希望	02
03	患者の希望	03
04	主治医の判断	04
05	病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）	05
06	クリニカルパスの退院日の通り	06
07	DPC制度上の入院期間Ⅱ以内の退院	07
08	現時点で時期未定	08
09	その他	09

■ 当該患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）以降、7日以内に退棟・退院した場合に限り、以降の設問へご記入ください。

問5　患者が調査基準日（問2-1で選択した日付）に入棟していた病棟から退出（退棟・退院）した状況等についてお伺いします。

5-1　退棟、退院年月日をご回答ください。													
01 退棟年月日	西暦					年			月			日
02 退院年月日	西暦					年			月			日

5-2　入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 入退院支援加算１ 算定あり		**04** 入退院支援加算１～３ 算定なし	
02 入退院支援加算２ 算定あり		**05** 薬剤総合評価調整加算 算定あり	
03 入退院支援加算３ 算定あり		**06** 薬剤総合評価調整加算 算定なし	

5-3　測定している場合は、退棟時FIM得点をご回答ください。			《回答欄》	
01 運動項目	**a**	セルフケア(６～42点)	a	点
	b	排泄(２～14点)	b	点
	c	移乗(３～21点)	c	点
	d	移動(２～14点)	d	点
02 認知項目	**a**	コミュニケーション(２～14点)	a	点
	b	社会認識(３～21点)	b	点

■ 5-4～5-7は、**回復期リハビリテーション病棟の患者の場合**にご回答ください。

5-4　リハビリテーション実績指数の算出対象についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 算出対象である　　**2** 算出対象でない

5-5　回復期リハビリテーションを要する状態についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態

2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態

4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態

5 股関節又は膝関節の置換術後の状態

6 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

5-6　実施した疾患別リハビリテーションの種類をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 心大血管疾患リハビリテーション		**04** 運動器リハビリテーション	
02 脳血管疾患等リハビリテーション		**05** 呼吸器リハビリテーション	
03 廃用症候群リハビリテーション		**06** **01～05**の疾患別リハビリテーションを実施していない	

5-7　退棟後のリハビリテーションの必要性の有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

■ 5-8～5-9 は、すべての患者についてご回答ください。

5-8　退棟・退院時転帰についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断

2 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断

3 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断

4 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断

5 最も医療資源を投入した傷病による死亡

6 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡

7 その他（検査入院含む）

5-9　退棟・退院先をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自宅（在宅医療の提供あり※1）

2 自宅（在宅医療の提供なし※1）

3 介護老人保健施設

4 介護医療院

5 特別養護老人ホーム

6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム

7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）

8 障害者支援施設

9 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床

10 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

11 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床

12 他院の一般病床（**9**、**10**、**11**以外）

13 他院の療養病床（**10**以外）

14 他院の精神病床

15 他院のその他の病床

16 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床

17 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床

18 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床

19 自院の一般病床（**16**、**17**、**18**以外）

20 自院の療養病床（**17**以外）

21 自院の精神病床

22 自院のその他の病床

23 特別の関係にある医療機関

24 有床診療所（介護サービス提供医療機関）

25 有床診療所（**24**以外）

26 死亡退院

27 その他

※1　（再掲）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。

《 5-9で**「13 他院の療養病床（10以外）」または「20 自院の療養病床（17以外）」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

5-10　退棟先として療養病床が選択された理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 患者または家族の希望のため	01	
02 社会的な理由により在宅での療養が困難なため	02	
03 医学的な理由により在宅での療養が困難なため	03	
04 その他	04	

《 5-9で**「26 死亡退院」以外を選択した場合**にご回答ください。》

5-11　退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 外来診療		**19** 療養通所介護	
02 訪問診療		**20** 居宅介護支援	
03 訪問看護		**21** 特定施設入居者生活介護	
04 訪問薬剤管理指導		**22** 認知症対応型共同生活介護	
05 訪問リハビリテーション		**23** 介護老人福祉施設(特養)	
06 通所リハビリテーション		**24** 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
07 訪問栄養食事指導		**25** 介護老人保健施設(老健)	
08 訪問介護		**26** 介護医療院	
09 訪問入浴介護		**27** 往診	
10 通所介護		**28** オンライン診療	
11 短期入所生活介護		**29** 外来リハビリテーション	
12 短期入所療養介護		**30** 精神科デイケア	
13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		**31** 重度認知症患者デイケア	
14 夜間対応型訪問介護		**32** 福祉用具貸与	
15 認知症対応型通所介護		**33** 居宅療養管理指導	
16 小規模多機能型居宅介護		**34** 分からない	
17 看護小規模多機能型居宅介護		**35** その他	
18 地域密着型通所介護		**36** なし	

5-12　退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、 座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・ トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

C-4

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

入 院 患 者 票（C）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、
設問文前に“*”を付けております。
（患者票は設問削減と選択肢の見直しのみ）

施設ＩＤ：		病棟ＩＤ：		患者ＩＤ：	

問1　患者の基本情報についてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　生年月をご回答ください。	西暦					年			月

1-3　主傷病および副傷病についてご回答ください。 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入							
01 主傷病							
02 入院契機							
03 医療資源を最も投入した傷病名							

※　主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード（請求コード）で記入してください。
本冊子巻末の「記入要領」をご参照の上ご回答ください。

1-4　入院、入棟年月日をご回答ください。												
01 入院年月日	西暦					年			月			日
02 入棟年月日	西暦					年			月			日

1-5　入棟前の場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 自宅（在宅医療の提供あり※1）	
2 自宅（在宅医療の提供なし※1）	
3 介護老人保健施設	
4 介護医療院	
5 特別養護老人ホーム	
6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	
7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	
8 障害者支援施設	
9 他院の一般病床	
10 他院の一般病床以外	
11 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
12 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	
13 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
14 自院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	
15 自院の療養病床（**12**以外）	
16 自院の精神病床	
17 自院のその他の病床	
18 有床診療所	
19 その他	

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

1-6　予定・緊急入院区分をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 予定入院	
2 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）	
3 緊急入院（外来の初再診後）	

1-7 当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの状態	01
02 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請	02
03 区分変更の申請がされていない	03
04 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する	04
05 強度行動障害状態	05
06 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある	06
07 生活困窮者である	07
08 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態）	08
09 排泄に介助を要する状態	09
10 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態	10
11 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態	11
12 入退院を繰り返している状態	12
13 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態	13
14 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等	14
15 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている	15
16 その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態	16
17 その他	17

1-8 1-7で「**16** その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

1-9 入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 治療のため	**5** 緩和ケアのため	
2 リハビリテーションのため	**6** 看取りのため（**5**を除く）	
3 検査及び確定診断のため	**7** 医療処置を伴う介護のため	
4 教育的入院のため	**8** その他	

1-10 入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 紹介状あり	**2** 紹介状なし	

1-11 過去１か月の急性増悪の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 急性増悪はなく、病態は安定している	**2** 急性増悪があった	

1-12　入棟時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って該当する各スコアを記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、 座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・ トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

問2　患者の状態等についてお伺いします。

（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。）

2-1	患者状態の評価の実施日をご回答ください。（調査基準日）	西暦					年			月			日

2-2　認知症の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

《 2-2で「**1 あり（認知症あり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-3　BPSDの有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-4　せん妄の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-5　意識障害の有無についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 意識障害あり（JCSII-30以上又はGCS８点以下）		**03** 意識障害あり（**01**、**02**以外）	
02 意識障害あり（JCSIII-100以上）		**04** 意識障害なし	

2-6　要介護度についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 不明	**4** 非該当	**7** 要介護１	**10** 要介護４
2 未申請	**5** 要支援１	**8** 要介護２	**11** 要介護5
3 申請中	**6** 要支援２	**9** 要介護３	

2-7　認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。

（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立	**3** Ⅱａ	**5** Ⅲａ	**7** Ⅳ
2 Ⅰ	**4** Ⅱｂ	**6** Ⅲｂ	**8** M

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク		判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
	Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ
Ⅳ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M		著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

2-8　障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）についてご回答ください。
（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立	**3** Ｊ２	**5** Ａ２	**7** Ｂ２	**9** Ｃ２
2 Ｊ１	**4** Ａ１	**6** Ｂ１	**8** Ｃ１	

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1　交通機関等を利用して外出する 2　隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2　介助により車椅子に移乗する
	ランクＣ	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1　自力で寝返りをうつ 2　自力では寝返りもうたない

2-9　身体障害者（肢体不自由）の等級についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 不明	**3** １級	**5** ３級	**7** ５級	**9** ７級
2 非該当	**4** ２級	**6** ４級	**8** ６級	

2-10　障害支援区分（障害程度区分）についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 未申請等	**3** 不明	**5** 区分２	**7** 区分４	**9** 区分６
2 非該当	**4** 区分１	**6** 区分３	**8** 区分５	

2-11　排泄方法についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 自立（トイレまで歩行）		**05** 完全におむつ	
02 自立（ベッドサイドで尿器等使用)		**06** 人工膀胱（ウロストミー）	
03 ポータブルトイレを使用		**07** 人工肛門（コロストミー、イレオストミー）	
04 おむつ併用		**08** 膀胱留置カテーテル	

2-12　排泄介助の回数をご回答ください。　　回/日

2-13　排泄自立に向けた支援内容についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）	01
02 膀胱機能評価や超音波測定などに基づく排尿誘導	02
03 水分摂取の見直しなどの生活指導	03
04 膀胱訓練・骨盤底筋訓練の実施	04
05 関節可動域拡大、座位保持、歩行訓練などの排泄に関連する動作訓練	05
06 移動手段、補助用具の提供、設備の調整など	06
07 実際の排泄や排泄に向けた移動に関する見守り・リハビリテーション	07
08 該当なし	08

300

2-14　入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** スクリーニング未実施

《 2-14で**「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-15　GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 低栄養非該当
2 中等度低栄養
3 重度低栄養
4 GLIM基準非対応

2-16　栄養摂取の状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 経口摂取のみ
2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用
3 経管栄養・経静脈栄養のみ

《 2-16で**「1 経口摂取のみ」を選択した場合**にご回答ください。》

2-17　嚥下調整食の必要性についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 嚥下調整食の必要性あり
2 嚥下調整食の必要性なし

《 2-17で**「1 嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-18　栄養管理計画の「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードの記載についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 嚥下調整食 4
2 嚥下調整食 3
3 嚥下調整食 2-2
4 嚥下調整食 2-1
5 嚥下調整食 1 j
6 嚥下訓練食品 0 t
7 嚥下訓練食品 0 j
8 記載なし

《 2-16で**「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

2-19　経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 経鼻胃管		**03** 末梢静脈栄養	
02 胃瘻・腸瘻		**04** 中心静脈栄養	

■ 2-20～2-28は、2-19で**「04 中心静脈栄養」を選択した場合**にご回答ください。

2-20　中心静脈栄養開始の契機についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）　《回答欄》

01 患者本人の希望	01	
02 家族の希望	02	
03 転院を行うため※1	03	
04 腸管安静等のため	04	
05 他に代替できる栄養経路がない	05	
06 その他	06	

※1　転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

2-21　中心静脈開始からの経過日数（転院前から開始している場合は通算の日数）をご回答ください。（不明の場合は**「0」**）　　日目

2-22　カテーテル関連血流感染症発症の有無（入院時からの履歴）についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

2-23　中心静脈栄養を継続している理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）　《回答欄》

01	患者本人の希望	01
02	家族の希望	02
03	転院を行うため※1	03
04	腸管安静等のため	04
05	他に代替できる栄養経路がない	05
06	その他	06

※1　（再掲）転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

2-24　中心静脈カテーテル抜去の見込みについてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1　近日中に抜去予定
2　半年以内に抜去予定
3　半年以上後に抜去予定
4　**1**～**3**以外で退院時に抜去予定
5　抜去できる見込みなし

2-25　入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

2-26　嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

2-27　入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

《 2-27で**「1 あり（入院中の嚥下リハビリあり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-28　入院中の嚥下リハビリについて、１週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。
（入院中の嚥下リハビリがない場合は**「0」**）

01	30分未満	回/週	**02**	30分以上	回/週

2-29　入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

2-30　過去７日間の身体的拘束※2の実施有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1　調査基準日時点（問2-1）で実施あり
2　調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり
3　なし

※2　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

■ 2-31～2-33は、2-30で**「1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。

2-31　身体的拘束の実施理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 ライン・チューブ類の自己抜去防止	01
02 転倒・転落防止	02
03 安静保持が必要	03
04 創部の保護が必要	04
05 その他	05

2-32　調査基準日から過去７日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 １日間　**2** ２日間　**3** ３日間　**4** ４日間　**5** ５日間　**6** ６日間　**7** ７日間	

2-33　過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の１日の拘束時間及び方法についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 常時：手指・四肢・体幹抑制	
2 一時的（処置時・不穏時）	
3 夜間のみ（**2**を除く）：手指・四肢・体幹抑制	

問3　患者の受療状況等についてお伺いします。

3-1　入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 安定している　**2** 時々、不安定である　**3** 常時、不安定である	

3-2　医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性についてご回答ください。（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 週１回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要	
2 週２～３回、医師による診察（処置、判断含む）が必要	
3 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要	
4 １日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要	
5 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要	

3-3　看護師による直接の看護提供の頻度・必要性についてご回答ください。（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 １日１～３回の観察および管理が必要	
2 １日４～８回の観察および管理が必要	
3 **2**を超えた頻繁な観察および管理が必要	
4 **3**を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）	

3-4　入院中の手術の実施状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 手術を実施した　**2** 手術は実施していない	

■ 3-5・3-6は、3-4で**「1 手術を実施した」を選択した場合**にご回答ください。

3-5　全身麻酔についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 全身麻酔を実施した　**2** 全身麻酔は実施していない	

3-6　手術時間についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 １時間未満　**2** １時間以上８時間未満　**3** ８時間以上	

3-7　リハビリ職による疾患別リハ実施状況についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	心大血管疾患リハビリテーション	**4**	運動器リハビリテーション
2	脳血管疾患等リハビリテーション	**5**	呼吸器リハビリテーション
3	廃用症候群リハビリテーション	**6**	いずれも実施していない

《 3-7で**「1 心大血管疾患リハビリテーション」～「5 呼吸器リハビリテーション」を選択した場合**にご回答ください。》

3-8　入院中の疾患別リハビリテーションの実施について、調査基準日から遡った過去７日間の回数と実施単位についてご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）

《回答欄》

01	疾患別リハビリテーションの回数	01		回
02	疾患別リハビリテーションの単位数	02		単位
03	保険医療機関外（屋外等）での単位数	03		単位

《 3-8**「03 保険医療機関外（屋外等）での単位数」で「１単位以上」の場合**にご回答ください。》

3-9　該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションについてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

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
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
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

3-10　過去７日間／過去１か月に実施した検査の件数をご回答ください。
（検査を実施していない場合は**「0」**）

《回答欄》

01	検体検査（尿・血液等）　※オーダー単位	**a**	過去７日間	a	件
		b	過去１か月	b	件
02	生体検査（超音波・内視鏡等）	**a**	過去７日間	a	件
		b	過去１か月	b	件
03	X線単純撮影	**a**	過去７日間	a	件
		b	過去１か月	b	件
04	CT・MRI	**a**	過去７日間	a	件
		b	過去１か月	b	件

3-11　過去１か月間に患者が受けた医療行為・処置等についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）			
01 気管切開・気管内挿管		**18** 創傷処置	
02 気管カニューレの交換		**19** 体位変換	
03 胸腹腔洗浄		**20** 浣腸・摘便	
04 胃瘻カテーテルの装着・交換		**21** 褥瘡の処置	
05 中心静脈カテーテルの挿入・交換		**22** インスリン注射	
06 その他カテーテルの挿入・交換		**23** 点滴・注射（**22**以外）	
07 モルヒネの持続皮下注射		**24** 膀胱（留置）カテーテルの管理	
08 鎮静薬の持続皮下注射		**25** 人工肛門・人工膀胱の管理	
09 エコー検査		**26** 人工呼吸器の管理	
10 造影剤を用いた放射線検査		**27** 気管切開の処置	
11 血圧・脈拍の測定		**28** 酸素療法管理	
12 服薬援助・管理（点眼薬等を含む）		**29** がん末期の疼痛管理	
13 胃瘻・腸瘻による栄養管理		**30** 慢性疼痛の管理（**29**以外）	
14 経鼻経管栄養		**31** 透析・腹膜還流	
15 中心静脈栄養		**32** リハビリテーション	
16 喀痰吸引		**33** 口腔ケア	
17 ネブライザー			

3-12　3-11で「**06** その他カテーテルの挿入・交換」を選択した場合、部位をご回答ください。

3-13　入院前における貴院の入退院支援部門の関与の有無についてご回答ください。 （該当する番号１つを右欄に記載）			《回答欄》
1 あり	**2** なし	**3** 不明	

3-14　入院前の担当ケアマネジャーの有無についてご回答ください。 （該当する番号１つを右欄に記載）			《回答欄》
1 あり	**2** なし	**3** 不明	

問4　患者の今後の見通し等についてお伺いします。

4-1　医学的な入院継続の理由等についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 医学的な理由のため、入院医療が必要である

2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい

3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない

4 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している

《 4-1で**「1 医学的な理由のため、入院医療が必要である」または「2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-2　医学的な理由の詳細についてご回答ください。（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 急性期の治療を行っているため

2 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため

3 退院にはリハビリテーションが必要であるため

4 その他

《 4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-3　退院後に必要な支援についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	医療処置	01
02	通院の介助	02
03	訪問診療	03
04	訪問看護	04
05	リハビリテーション	05
06	買い物・清掃・調理等の家事の補助	06
07	食事・排泄・移動等の介護	07
08	認知症・精神疾患に対する見守り	08
09	その他	09

《4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-4　退院できない理由をご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	本人の希望に適わないため	01
02	家族の希望に適わないため	02
03	在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	03
04	地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	04
05	在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	05
06	地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	06
07	入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	07
08	地域に施設サービスがないため	08
09	地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため	09
10	自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	10
11	**01**～**10**の全体の調整・マネジメントができていないため	11
12	自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	12
13	転院先の医療機関の確保ができていないため	13
14	その他	14

《4-4で**「01 本人の希望に適わないため」または「02 家族の希望に適わないため」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-5　本人・家族の希望に適わない理由をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	家族が患者と同居できないため	01
02	家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	02
03	家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	03
04	家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	04
05	自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	05
06	サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	06
07	自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	07
08	自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	08
09	自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため	09
10	入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	10
11	患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	11
12	その他	12

4-6　退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	疾病の治癒・軽快	01
02	病態の安定	02
03	手術・投薬・処置・検査等の終了	03
04	診断・今後の治療方針の確定	04
05	低下した機能の回復（リハビリテーション）	05
06	在宅医療・介護等の調整	06
07	入所先の施設の確保	07
08	本人家族の病状理解	08
09	転院先の医療機関の確保	09
10	終末期医療・緩和ケア	10
11	その他	11

4-7　退院時期の決定についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	患者の症状の回復	01
02	家族の希望	02
03	患者の希望	03
04	主治医の判断	04
05	病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）	05
06	クリニカルパスの退院日の通り	06
07	現時点で時期未定	07
08	その他	08

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 ９ 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。

C-4

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

退 棟 患 者 票（C）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“＊”を付けております。
（患者票は設問削減と選択肢の見直しのみ）

施設ＩＤ：		病棟ＩＤ：		患者ＩＤ：	

■ 「入院患者票（　Ｃ　）」の対象者のうち、調査基準日（11月～12月の間で、貴院にて任意で設定した調査開始日）に入棟していた病棟から30日以内に退出（退棟・退院）した場合に限り、本調査票へご記入ください。

問1　患者の基本情報についてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　生年月をご回答ください。	西暦					年			月

1-3　主傷病および副傷病についてご回答ください。 （入院患者調査票の回答から変更のあった場合にご記入ください。） ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入							
01 主傷病							
02 入院契機							
03 医療資源を最も投入した傷病名							

※　主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード（請求コード）で記入してください。
本冊子巻末の「記入要領」をご参照の上ご回答ください。

1-4　入院、入棟年月日をご回答ください。												
01 入院年月日	西暦					年			月			日
02 入棟年月日	西暦					年			月			日

1-5　退棟、退院年月日をご回答ください。												
01 退棟年月日	西暦					年			月			日
02 退院年月日	西暦					年			月			日

問2　退棟もしくは退院時の状況についてお伺いします。

2-1　入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 入退院支援加算１ 算定あり		**04** 入退院支援加算１～３ 算定なし	
02 入退院支援加算２ 算定あり		**05** 薬剤総合評価調整加算 算定あり	
03 入退院支援加算３ 算定あり		**06** 薬剤総合評価調整加算 算定なし	

《2-1で**「04 入退院支援加算１～３ 算定なし」と回答した場合** にご回答ください。》

2-2　入退院支援加算１～３が算定無しとなった理由は何ですか。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 退院困難な要因を有していなかった	01	
02 入院後７日以内に退院困難であることを抽出できなかった	02	
03 規定の期間内に退院支援計画を作成することができなかった	03	
04 多職種の共同カンファレンスが行えなかった	04	
05 その他	05	

2-3　退棟・退院時転帰についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断	**5** 最も医療資源を投入した傷病による死亡
2 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断	**6** 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
3 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断	**7** その他（検査入院含む）
4 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断	

2-4　摂食嚥下機能回復体制加算の算定状況についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 摂食嚥下機能回復体制加算１	**3** 摂食嚥下機能回復体制加算３
2 摂食嚥下機能回復体制加算２	**4** 算定なし

2-5　退棟・退院先をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	自宅（在宅医療の提供あり※1）	**15**	他院のその他の病床
2	自宅（在宅医療の提供なし※1）	**16**	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
3	介護老人保健施設	**17**	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
4	介護医療院	**18**	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床
5	特別養護老人ホーム	**19**	自院の一般病床（**16**、**17**、**18**以外）
6	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	**20**	自院の療養病床（**17**以外）
7	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	**21**	自院の精神病床
8	障害者支援施設	**22**	自院のその他の病床
9	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	**23**	特別の関係にある医療機関
10	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	**24**	有床診療所（介護サービス提供医療機関）
11	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	**25**	有床診療所（**24**以外）
12	他院の一般病床（**9**、**10**、**11**以外）	**26**	死亡退院
13	他院の療養病床（**10**以外）	**27**	その他
14	他院の精神病床		

※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。

《 2-5で**「26 死亡退院」以外を選択した場合** にご回答ください。》

2-6　退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 外来診療		**19** 療養通所介護	
02 訪問診療		**20** 居宅介護支援	
03 訪問看護		**21** 特定施設入居者生活介護	
04 訪問薬剤管理指導		**22** 認知症対応型共同生活介護	
05 訪問リハビリテーション		**23** 介護老人福祉施設(特養)	
06 通所リハビリテーション		**24** 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
07 訪問栄養食事指導		**25** 介護老人保健施設(老健)	
08 訪問介護		**26** 介護医療院	
09 訪問入浴介護		**27** 往診	
10 通所介護		**28** オンライン診療	
11 短期入所生活介護		**29** 外来リハビリテーション	
12 短期入所療養介護		**30** 精神科デイケア	
13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		**31** 重度認知症患者デイケア	
14 夜間対応型訪問介護		**32** 福祉用具貸与	
15 認知症対応型通所介護		**33** 居宅療養管理指導	
16 小規模多機能型居宅介護		**34** 分からない	
17 看護小規模多機能型居宅介護		**35** その他	
18 地域密着型通所介護		**36** なし	

2-7　退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

D-4

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

入 院 患 者 票（D）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、
設問文前に“*”を付けております。
（患者票は設問削減と選択肢の見直しのみ）

施設ＩＤ：		病棟ＩＤ：		患者ＩＤ：	

問1　患者の基本情報についてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　生年月をご回答ください。	西暦					年			月

1-3　主傷病および副傷病についてご回答ください。 ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入							
01 主傷病							
02 入院契機							
03 医療資源を最も投入した傷病名							

※　主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード（請求コード）で記入してください。
本冊子巻末の「記入要領」をご参照の上ご回答ください。

1-4　入院、入棟年月日をご回答ください。													
01 入院年月日	西暦					年			月			日
02 入棟年月日	西暦					年			月			日

1-5　入棟前の場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 自宅（在宅医療の提供あり※1）	
2 自宅（在宅医療の提供なし※1）	
3 介護老人保健施設	
4 介護医療院	
5 特別養護老人ホーム	
6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	
7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	
8 障害者支援施設	
9 他院の一般病床	
10 他院の一般病床以外	
11 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	
12 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	
13 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	
14 自院の一般病床（**11**、**12**、**13**以外）	
15 自院の療養病床（**12**以外）	
16 自院の精神病床	
17 自院のその他の病床	
18 有床診療所	
19 その他	

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

1-6　予定・緊急入院区分をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 予定入院	
2 緊急入院（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）	
3 緊急入院（外来の初再診後）	

1-7 当該患者が入院時に退院困難となり得ることが予想される場合、その要因についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかの状態	01
02 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請、又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請	02
03 区分変更の申請がされていない	03
04 コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する	04
05 強度行動障害状態	05
06 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある	06
07 生活困窮者である	07
08 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な状態（必要と推測される状態）	08
09 排泄に介助を要する状態	09
10 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態	10
11 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要な状態	11
12 入退院を繰り返している状態	12
13 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる状態	13
14 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等	14
15 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている	15
16 その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態	16
17 その他	17

1-8 1-7で「**16** その他患者の状況から判断して**01**から**15**までに準ずると認められる状態」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください。

1-9 入院の理由をご回答ください。（主に該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 治療のため	**5** 緩和ケアのため	
2 リハビリテーションのため	**6** 看取りのため（**5**を除く）	
3 検査及び確定診断のため	**7** 医療処置を伴う介護のため	
4 教育的入院のため	**8** その他	

1-10 入院時の他院からの紹介状の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 紹介状あり	**2** 紹介状なし	

1-11 過去１か月の急性増悪の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）		《回答欄》
1 急性増悪はなく、病態は安定している	**2** 急性増悪があった	

1-12　入棟時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って該当する各スコアを記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、 座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・ トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするが おおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

問2　患者の状態等についてお伺いします。
（特に断りがある場合を除き、調査基準日時点をご回答ください。）

2-1	患者状態の評価の実施日をご回答ください。（調査基準日）	西暦					年			月			日

2-2　障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当について
ご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	重度の肢体不自由児・者（脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由者でなかった患者を除く）	01
02	脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、その発症前は脊髄損傷等の重度障害者でなかった患者を除く）	02
03	脳卒中が原因の重度の意識障害の患者で医療区分１・２に相当する患者	03
04	脳卒中・脳卒中の後遺症・廃用症候群の患者で、医療区分１・２に相当する患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、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除く）	04
05	透析などを続けている慢性腎臓病の患者で医療区分２に相当する患者	05
06	重度の意識障害者（**「03」**を除く）	06
07	筋ジストロフィー患者	07
08	難病患者	08
09	その他	09

2-3　認知症の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

《 2-3で「**1 あり（認知症あり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-4　BPSDの有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-5　せん妄の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** わからない

2-6　意識障害の有無についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 意識障害あり（JCSII-30以上又はGCS８点以下）		**03** 意識障害あり（**01**、**02**以外）	
02 意識障害あり（JCSIII-100以上）		**04** 意識障害なし	

2-7　要介護度についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 不明	**4** 非該当	**7** 要介護１	**10** 要介護４
2 未申請	**5** 要支援１	**8** 要介護２	**11** 要介護5
3 申請中	**6** 要支援２	**9** 要介護３	

2-8　認知症高齢者の日常生活自立度についてご回答ください。
（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立	**3** Ⅱａ	**5** Ⅲａ	**7** Ⅳ
2 Ⅰ	**4** Ⅱｂ	**6** Ⅲｂ	**8** M

【認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク		判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
	Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、 大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ
Ⅳ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M		著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

2-9　障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）についてご回答ください。
（下表の分類に従って該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自立	**3** Ｊ２	**5** Ａ２	**7** Ｂ２	**9** Ｃ２
2 Ｊ１	**4** Ａ１	**6** Ｂ１	**8** Ｃ１	

【障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）】

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1　交通機関等を利用して外出する 2　隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2　介助により車椅子に移乗する
	ランクＣ	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1　自力で寝返りをうつ 2　自力では寝返りもうたない

2-10　身体障害者（肢体不自由）の等級についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 不明	**3** 1級	**5** 3級	**7** 5級	**9** 7級
2 非該当	**4** 2級	**6** 4級	**8** 6級	

2-11　障害支援区分（障害程度区分）についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 未申請等　**3** 不明　**5** 区分２　**7** 区分４　**9** 区分６

2 非該当　**4** 区分１　**6** 区分３　**8** 区分５

■ 2-12・2-13は、当該患者が超重症児（者）・準超重症児（者）の場合にご回答ください。

2-12　超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準について、運動機能をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 座位までに該当する　**2** 座位までに該当しない

2-13　超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準について、判定スコアをご回答ください。
（全項目に非該当の場合は**「0」**）

点

2-14　入院時の栄養スクリーニングによる低栄養リスクの有無をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** スクリーニング未実施

《 2-14で**「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-15　GLIM基準を活用している場合、GLIM基準による判定結果をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 低栄養非該当　**3** 重度低栄養

2 中等度低栄養　**4** GLIM基準非対応

2-16　栄養摂取の状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 経口摂取のみ　**3** 経管栄養・経静脈栄養のみ

2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用

《 2-16で**「1 経口摂取のみ」を選択した場合**にご回答ください。》

2-17　嚥下調整食の必要性についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 嚥下調整食の必要性あり　**2** 嚥下調整食の必要性なし

《 2-17で**「1 嚥下調整食の必要性あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-18　栄養管理計画の「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」の学会分類コードの記載についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 嚥下調整食 4　**3** 嚥下調整食 2-2　**5** 嚥下調整食 1 j　**7** 嚥下訓練食品 0 j

2 嚥下調整食 3　**4** 嚥下調整食 2-1　**6** 嚥下訓練食品 0 t　**8** 記載なし

《 2-16で**「2 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用」または「3 経管栄養・経静脈栄養のみ」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

2-19　経管・経静脈栄養の状況についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

01 経鼻胃管		**03** 末梢静脈栄養	
02 胃瘻・腸瘻		**04** 中心静脈栄養	

■ 2-20～2-28は、2-19で**「04 中心静脈栄養」を選択した場合**にご回答ください。

2-20　中心静脈栄養開始の契機についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 患者本人の希望	01	
02 家族の希望	02	
03 転院を行うため※1	03	
04 腸管安静等のため	04	
05 他に代替できる栄養経路がない	05	
06 その他	06	

※1　転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

2-21　中心静脈開始からの経過日数（転院前から開始している場合は通算の日数）をご回答ください。（不明の場合は**「0」**）　　日目

2-22　カテーテル関連血流感染症発症の有無（入院時からの履歴）についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

2-23　中心静脈栄養を継続している理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01 患者本人の希望	01	
02 家族の希望	02	
03 転院を行うため※1	03	
04 腸管安静等のため	04	
05 他に代替できる栄養経路がない	05	
06 その他	06	

※1　（再掲）転院してくるため他院で挿入した場合と、転院するため自院で挿入した場合を含む。

2-24　中心静脈カテーテル抜去の見込みについてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 近日中に抜去予定
2 半年以内に抜去予定
3 半年以上後に抜去予定
4 **1**～**3**以外で退院時に抜去予定
5 抜去できる見込みなし

2-25　入院中の嚥下機能評価の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

2-26　嚥下機能障害の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

2-27　入院中の嚥下リハビリの有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

《2-27で**「1 あり（入院中の嚥下リハビリあり）」を選択した場合**にご回答ください。》

2-28　入院中の嚥下リハビリについて、１週間あたりの平均介入回数を実施時間別にご回答ください。
（入院中の嚥下リハビリがない場合は**「0」**）

01 30分未満	回/週	**02** 30分以上	回/週

2-29　入院時における自院以外の施設からの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、医療・ケアの方針についての情報共有の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　あり　　**2**　なし

2-30　過去７日間の身体的拘束※2の実施有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　調査基準日時点（問2-1）で実施あり

2　調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり

3　なし

※2　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
なお、クリップセンサー等の離床センサーのみの場合は、身体的拘束には含まれない。

■ 2-31～2-33は、2-30で**「1 調査基準日時点（問2-1）で実施あり」または「2 調査基準日時点で実施していないが、過去７日間に実施あり」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。

2-31　身体的拘束の実施理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	ライン・チューブ類の自己抜去防止	01
02	転倒・転落防止	02
03	安静保持が必要	03
04	創部の保護が必要	04
05	その他	05

2-32　調査基準日から過去７日間において、身体的拘束を実施した日数をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	1日間	**3**	3日間	**5**	5日間	**7**	7日間
2	2日間	**4**	4日間	**6**	6日間		

2-33　過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の１日の拘束時間及び方法についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　常時：手指・四肢・体幹抑制

2　一時的（処置時・不穏時）

3　夜間のみ（**2**を除く）：手指・四肢・体幹抑制

問3　患者の受療状況等についてお伺いします。

3-1　入棟中の患者の医療的な状態をご回答ください。（調査基準日から遡った過去７日間）
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 安定している　**2** 時々、不安定である　**3** 常時、不安定である

3-2　医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 週１回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要

2 週２～３回、医師による診察（処置、判断含む）が必要

3 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要

4 １日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要

5 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

3-3　看護師による直接の看護提供の頻度・必要性についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 １日１～３回の観察および管理が必要

2 １日４～８回の観察および管理が必要

3 **2**を超えた頻繁な観察および管理が必要

4 **3**を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）

3-4　入院中の手術の実施状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 手術を実施した　**2** 手術は実施していない

■ 3-5・3-6は、3-4で**「1 手術を実施した」を選択した場合**にご回答ください。

3-5　全身麻酔についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 全身麻酔を実施した　**2** 全身麻酔は実施していない

3-6　手術時間についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 １時間未満　**2** １時間以上８時間未満　**3** ８時間以上

3-7　リハビリ職による疾患別リハ実施状況についてご回答ください。
（調査基準日から遡った過去７日間）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 心大血管疾患リハビリテーション

2 脳血管疾患等リハビリテーション

3 廃用症候群リハビリテーション

4 運動器リハビリテーション

5 呼吸器リハビリテーション

6 いずれも実施していない

《 3-7で**「1 心大血管疾患リハビリテーション」～「5 呼吸器リハビリテーション」を選択した場合**にご回答ください。》

3-8　入院中の疾患別リハビリテーションの実施について、調査基準日から遡った過去７日間の回数と実施単位についてご回答ください。（該当しない場合は**「0」**）

		《回答欄》	
01	疾患別リハビリテーションの回数	01	回
02	疾患別リハビリテーションの単位数	02	単位
03	保険医療機関外（屋外等）での単位数	03	単位

《 3-8**「03 保険医療機関外（屋外等）での単位数」で「１単位以上」の場合**にご回答ください。》

3-9　該当する保険医療機関外（屋外等）での疾患別リハビリテーションについてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

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
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
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

3-10　過去７日間／過去１か月に実施した検査の件数をご回答ください。
（検査を実施していない場合は**「0」**）

			《回答欄》	
01	検体検査（尿・血液等）　※オーダー単位	**a** 過去７日間	a	件
		b 過去１か月	b	件
02	生体検査（超音波・内視鏡等）	**a** 過去７日間	a	件
		b 過去１か月	b	件
03	X線単純撮影	**a** 過去７日間	a	件
		b 過去１か月	b	件
04	CT・MRI	**a** 過去７日間	a	件
		b 過去１か月	b	件

3-11　入院前における貴院の入退院支援部門の関与の有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** 不明

3-12　入院前の担当ケアマネジャーの有無についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　**2** なし　**3** 不明

問4　患者の今後の見通し等についてお伺いします。

4-1　医学的な入院継続の理由等についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 医学的な理由のため、入院医療が必要である

2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい

3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない

4 現時点で具体的な退院日が決まっているため、それまでの間入院を継続している

《 4-1で**「1 医学的な理由のため、入院医療が必要である」または「2 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-2　医学的な理由の詳細についてご回答ください。（最も該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 急性期の治療を行っているため

2 急性期の治療は終了したが、継続的な入院治療が必要であるため

3 退院にはリハビリテーションが必要であるため

4 その他

《 4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-3　退院後に必要な支援についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01 医療処置　01

02 通院の介助　02

03 訪問診療　03

04 訪問看護　04

05 リハビリテーション　05

06 買い物・清掃・調理等の家事の補助　06

07 食事・排泄・移動等の介護　07

08 認知症・精神疾患に対する見守り　08

09 その他　09

《 4-1で**「3 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」を選択した場合**にご回答ください。》

4-4　退院できない理由をご回答ください。（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	本人の希望に適わないため	01
02	家族の希望に適わないため	02
03	在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	03
04	地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	04
05	在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	05
06	地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	06
07	入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	07
08	地域に施設サービスがないため	08
09	地域の施設サービスにおいて患者に必要な医療処置等が困難なため	09
10	自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	10
11	**01**～**10**の全体の調整・マネジメントができていないため	11
12	自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	12
13	転院先の医療機関の確保ができていないため	13
14	その他	14

《 4-4で**「01 本人の希望に適わないため」または「02 家族の希望に適わないため」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

4-5　本人・家族の希望に適わない理由をご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	家族が患者と同居できないため	01
02	家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	02
03	家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	03
04	家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	04
05	自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	05
06	サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	06
07	自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	07
08	自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	08
09	自宅に帰った場合、在宅介護等を利用しても家族の負担が大きいため	09
10	入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	10
11	患者が当該病棟での入院継続を希望しているため	11
12	その他	12

4-6　退院へ向けた目標・課題等についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	疾病の治癒・軽快	01
02	病態の安定	02
03	手術・投薬・処置・検査等の終了	03
04	診断・今後の治療方針の確定	04
05	低下した機能の回復（リハビリテーション）	05
06	在宅医療・介護等の調整	06
07	入所先の施設の確保	07
08	本人家族の病状理解	08
09	転院先の医療機関の確保	09
10	終末期医療・緩和ケア	10
11	その他	11

4-7　退院時期の決定についてご回答ください。
（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	患者の症状の回復	01
02	家族の希望	02
03	患者の希望	03
04	主治医の判断	04
05	病床管理上の理由（予定入院や転入受け入れのためなど）	05
06	クリニカルパスの退院日の通り	06
07	現時点で時期未定	07
08	その他	08

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 ９ 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。

D-4

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

退 棟 患 者 票（D）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。
（患者票は設問削減と選択肢の見直しのみ）

施設ＩＤ：		病棟ＩＤ：		患者ＩＤ：	

■ 「入院患者票（　Ｄ　）」の対象者のうち、調査基準日（11月～12月の間で、貴院にて任意で設定した調査開始日）に入棟していた病棟から30日以内に退出（退棟・退院）した場合に限り、本調査票へご記入ください。

問1　患者の基本情報についてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　生年月をご回答ください。	西暦					年			月

1-3　主傷病および副傷病についてご回答ください。 （入院患者調査票の回答から変更のあった場合にご記入ください。） ※レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コードで記入							
01 主傷病							
02 入院契機							
03 医療資源を最も投入した傷病名							

※　主傷病名及び副傷病名を、レセプト電算処理用の傷病名マスタの傷病名コード（請求コード）で記入してください。
本冊子巻末の「記入要領」をご参照の上ご回答ください。

1-4　入院、入棟年月日をご回答ください。												
01 入院年月日	西暦					年			月			日
02 入棟年月日	西暦					年			月			日

1-5　退棟、退院年月日をご回答ください。												
01 退棟年月日	西暦					年			月			日
02 退院年月日	西暦					年			月			日

問2　退棟もしくは退院時の状況についてお伺いします。

2-1　入退院支援加算等の算定状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 入退院支援加算１ 算定あり
2 入退院支援加算２ 算定あり
3 入退院支援加算３ 算定あり
4 入退院支援加算１～３ 算定なし

《 2-1で**「4 入退院支援加算１～3 算定なし」と回答した場合**にご回答ください。》

2-2　入退院支援加算１～３が算定なしとなった理由は何ですか。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 退院困難な要因を有していなかった　01
02 入院後７日以内に退院困難であることを抽出できなかった　02
03 規定の期間内に退院支援計画を作成することができなかった　03
04 多職種の共同カンファレンスが行えなかった　04
05 その他　05

2-3　退棟・退院時転帰についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断
2 最も医療資源を投入した傷病が寛解したと判断
3 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断
4 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断
5 最も医療資源を投入した傷病による死亡
6 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
7 その他（検査入院含む）

2-4　退棟・退院先をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自宅（在宅医療の提供あり※1）
2 自宅（在宅医療の提供なし※1）
3 介護老人保健施設
4 介護医療院
5 特別養護老人ホーム
6 軽費老人ホーム、有料老人ホーム
7 その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）
8 障害者支援施設
9 他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
10 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
11 他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床
12 他院の一般病床（**9**、**10**、**11**以外）
13 他院の療養病床（**10**以外）
14 他院の精神病床
15 他院のその他の病床
16 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床
17 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床
18 自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床
19 自院の一般病床（**16**、**17**、**18**以外）
20 自院の療養病床（**17**以外）
21 自院の精神病床
22 自院のその他の病床
23 特別の関係にある医療機関
24 有床診療所（介護サービス提供医療機関）
25 有床診療所（**24**以外）
26 死亡退院
27 その他

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

《 2-4で**「26 死亡退院」以外を選択した場合** にご回答ください。》

2-5　退院後に利用を予定している医療・介護サービスをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

01 外来診療		**19** 療養通所介護	
02 訪問診療		**20** 居宅介護支援	
03 訪問看護		**21** 特定施設入居者生活介護	
04 訪問薬剤管理指導		**22** 認知症対応型共同生活介護	
05 訪問リハビリテーション		**23** 介護老人福祉施設(特養)	
06 通所リハビリテーション		**24** 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
07 訪問栄養食事指導		**25** 介護老人保健施設(老健)	
08 訪問介護		**26** 介護医療院	
09 訪問入浴介護		**27** 往診	
10 通所介護		**28** オンライン診療	
11 短期入所生活介護		**29** 外来リハビリテーション	
12 短期入所療養介護		**30** 精神科デイケア	
13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		**31** 重度認知症患者デイケア	
14 夜間対応型訪問介護		**32** 福祉用具貸与	
15 認知症対応型通所介護		**33** 居宅療養管理指導	
16 小規模多機能型居宅介護		**34** 分からない	
17 看護小規模多機能型居宅介護		**35** その他	
18 地域密着型通所介護		**36** なし	

330

2-6　退棟・退院時のADLスコアをご回答ください。（下表の分類に従って記入）			
01 食事		**06** 平地歩行	
02 移乗		**07** 階段	
03 整容		**08** 更衣	
04 トイレ動作・トイレの使用		**09** 排便管理	
05 入浴		**10** 排尿管理	

【ADLスコア】

	所　見			
	自　立	一部介助	全介助	不　明
食　事	**2**	**1** 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	**0**	**9**
移　乗	**3**	**2** 軽度の介助で可能 **1** 高度の介助を必要とするが、座っていられる	**0** 座位バランス困難	**9**
整　容	**1** 顔／髪／歯／ひげ剃り	**0**		**9**
トイレ動作・トイレの使用	**2**	**1** 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人でできる	**0**	**9**
入　浴	**1**	**0**		**9**
平地歩行	**3**	**2** 一人介助で歩く **1** 車いすで自立	**0**	**9**
階　段	**2**	**1**	**0**	**9**
更　衣	**2**	**1**	**0**	**9**
排便管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**
排尿管理	**2**	**1** 時々失敗	**0** 失禁	**9**

設問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

A-5/B-4

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

医療従事者調査（医師票）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

■医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力のお願い】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

医療従事者ID（英数字9桁）									

■あなたが所属している施設名をご記入ください。

施設名	

問1　あなたご自身のことについてお伺いします。

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 男性　　**2** 女性	

1-2　年齢をご回答ください。（令和８年11月１日時点）	歳

1-3　医師経験年数をご回答ください。（令和８年11月１日時点）	年目

1-4　*所属している施設への就職の形態・経緯について、ご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 臨床研修プログラムとして勤務	
2 大学医局人事による勤務	
3 大学以外の中核病院等の人事による勤務	
4 **1～3**には該当しない	

1-5　貴施設での勤続年数をご回答ください。（令和８年11月１日時点）	年目

1-6　主たる診療科をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	消化器内科	**17**	放射線診断
2	循環器内科	**18**	放射線治療
3	呼吸器内科	**19**	整形外科
4	血液内科	**20**	産婦人科
5	内分泌代謝・糖尿病内科	**21**	眼科
6	脳神経内科	**22**	耳鼻いんこう科
7	腎臓内科	**23**	泌尿器科
8	膠原病・リウマチ内科	**24**	脳神経外科
9	小児科	**25**	麻酔科
10	皮膚科	**26**	病理
11	精神科	**27**	臨床検査
12	消化器外科	**28**	救急科
13	呼吸器外科	**29**	形成外科
14	心臓血管外科	**30**	リハビリテーション科
15	小児外科	**31**	総合診療
16	乳腺外科	**32**	その他

1-7　担当している病棟をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	急性期一般病棟	01
02	救急病棟	02
03	ＩＣＵ	03
04	ＨＣＵ	04
05	ＳＣＵ	05
06	ＭＦＩＣＵ	06
07	ＮＩＣＵ	07
08	ＧＣＵ	08
09	ＰＩＣＵ	09
10	小児入院病棟	10
11	療養病棟	11
12	精神病棟	12
13	地域包括医療病棟	13
14	回復期リハビリテーション病棟	14
15	地域包括ケア病棟	15
16	障害者施設等一般病棟	16
17	特殊疾患病棟	17
18	緩和ケア病棟	18
19	その他	19

1-8　役職等をご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）					
01 院長・副院長		**04** その他の管理職医師		**07** 臨床研修医	
02 部長・副部長		**05** 非管理職の医師			
03 診療科の責任者（医長等）		**06** 専攻医			

1-9　勤務形態についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 常勤　　**2** 非常勤

1-10　短時間勤務制度の利用についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

1-11　主たる診療科の主治医制の状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 単独主治医制※１　　**2** チーム制／複数主治医制※１　　**3** その他

※１　単独主治医制：１人の患者につき１人の主治医が担当する場合
複数主治医制：１人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

1-12　特定対象医師（特例水準が適用される医師）※2であるかについてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

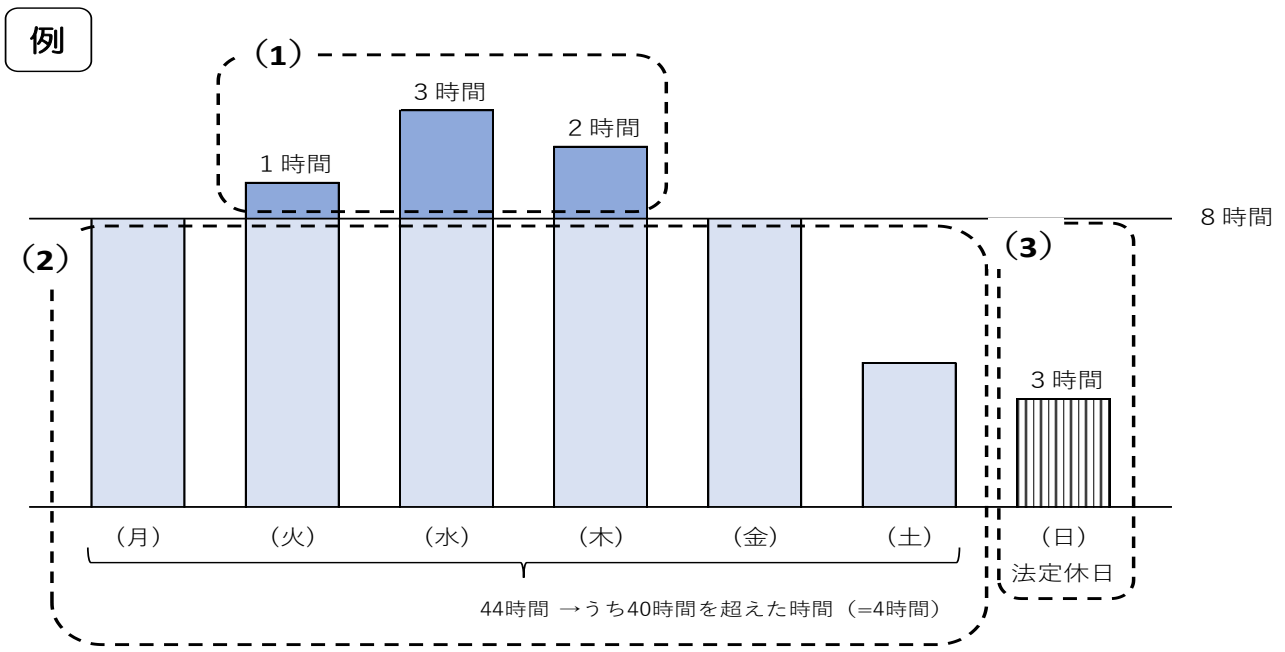
1 特定対象医師ではない
2 連携Ｂ水準である
3 Ｂ水準である
4 Ｃ-１水準である
5 Ｃ-２水準である
6 分からない

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

問2　あなたの勤務状況等についてお伺いします。

2-1　貴施設（この調査票を受けとった医療機関）における勤務状況についてご回答ください。 （令和８年10月１か月）（該当しない場合は**「0」**）		《回答欄》
01 超過勤務時間※1	01	時間
02 宿日直回数※2	02	回
03 **02**のうち、宿日直許可のある宿日直回数	03	回
04 **02**のうち、連続当直回数	04	回
05 術者及び第一助手を予定している前日の夜勤時間帯に当直等を行った回数※3	05	回

※１　超過勤務時間とは、次の（１）～（３）の総和を指します。
（１）法定休日以外の日において１日につき８時間を超えて労働した時間
（２）１週について40時間を超えて労働した時間数(（１）及び（３）で計上される時間数は除く。)
（３）法定休日（週に１日、又は、４週につき４日付与する義務あり）において労働した時間



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

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

※３　夜勤時間帯は午後10時～翌日午前５時までを指します。当直等とは当直・夜勤及び緊急呼び出し当番を指します。

2-2　勤務時間の申告方法についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	ICカードをかざす、もしくはタイムカードによる打刻方式	01
02	ICタグやビーコン、アプリ等の測位技術を用いた自動的な打刻	02
03	上司等第三者の確認	03
04	自己申告	04
05	その他	05

2-3　現在の、貴施設（この調査票を受けとった医療機関）以外での勤務の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

《 2-3で**「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

2-4　現在、貴施設（この調査票を受けとった医療機関）以外における勤務状況についてご回答ください。（令和８年10月１か月）（該当しない場合は**「0」**）

《回答欄》

01	他に勤務している医療機関数	01	施設
02	１か月間の勤務時間	02	時間
03	１か月間の宿日直回数	03	回
04	**03**のうち、宿日直許可のある宿日直回数	04	回
05	**03**のうち、連続当直回数※４	05	回
06	術者及び第一助手を予定している前日の夜勤時間帯に当直等を行った回数※５	06	回

※４　調査票を受け取った医療機関と他の医療機関で連続して当直した場合もその回数をご記入ください。

※５　調査票を受け取った医療機関もしくは他の医療機関で術者及び第一助手を予定している前日の夜勤時間帯に調査票を受け取った医療機関もしくは他医療機関で当直等を行った場合も１回として数えてください。

2-5　貴施設（この調査票を受け取った医療機関）での１年前と比較したあなたの勤務状況について、次の項目それぞれにご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	勤務時間							
1	短くなった	**2**	変わらない	**3**	長くなった			01
02	病棟の勤務状況（標榜診療時間内）							
1	改善した	**2**	変わらない	**3**	悪化した	**4**	実施していない	02
03	外来の勤務状況（標榜診療時間内）							
1	改善した	**2**	変わらない	**3**	悪化した	**4**	実施していない	03
04	救急外来の勤務状況（標榜診療時間外）							
1	改善した	**2**	変わらない	**3**	悪化した	**4**	実施していない	04
05	標榜診療時間外における手術回数							
1	減った	**2**	変わらない	**3**	増えた	**4**	実施していない	05
06	手術前日の当直回数							
1	減った	**2**	変わらない	**3**	増えた	**4**	実施していない	06
07	当直の回数							
1	減った	**2**	変わらない	**3**	増えた	**4**	実施していない	07
08	当直時の平均睡眠時間							
1	減った	**2**	変わらない	**3**	増えた	**4**	実施していない	08
09	オンコール担当回数※6							
1	減った	**2**	変わらない	**3**	増えた	**4**	実施していない	09
10	当直翌日の勤務状況							
1	改善した	**2**	変わらない	**3**	悪化した	**4**	実施していない	10
11	書類作成等の事務作業							
1	減った	**2**	変わらない	**3**	増えた			11
12	ビデオ通話が可能な機器を用いた会議やカンファレンスの実施状況							
1	減った	**2**	変わらない	**3**	増えた	**4**	実施していない	12
13	総合的にみた勤務状況							
1	改善した			**4**	どちらかというと悪化した			13
2	どちらかというと改善した			**5**	悪化した			
3	変わらない			**6**	その他			

※6　病院、診療科、診療科内のチーム等の組織において「オンコール担当」として当番となった回数

問3　あなたの行っている業務等についてお伺いします。

3-1　貴診療科（あなたの所属する診療科）において実施している医師の負担軽減策をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	医師の増員	01
02	勤務間のインターバル導入	02
03	外来提供体制の短縮	03
04	予定手術前の当直の免除	04
05	連続当直回数の制限（年間４回以内）	05
06	当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む）	06
07	複数主治医制※1の実施	07
08	医師業務の特定行為研修修了者である看護師との分担	08
09	医師業務の看護師（「**08**」に示す看護師を除く）との分担	09
10	救急外来における、医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、看護師による血液検査オーダー入力・採血等検査の実施	10
11	医師業務の助産師との分担	11
12	薬剤師による処方提案又は服薬計画等の提案	12
13	薬剤師による投薬に係る患者への説明	13
14	処方された薬剤の、薬剤師による変更（事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの）※2	14
15	薬剤師による患者の服薬状況、副作用等に関する情報収集と医師への情報提供	15
16	臨床検査技師、臨床工学技士あるいは放射線技師による注射等の認められた医療行為の分担	16
17	医師事務作業補助者の病棟への配置・増員	17
18	医師事務作業補助者の外来への配置・増員	18
19	ビデオ通話が可能な機器を用いた会議やカンファレンスの開催	19
20	ICTを活用した業務の見直し・省力化	20
21	患者への診療時間内の受診の呼びかけ	21
22	病状説明の診療時間内の実施の呼びかけ	22
23	その他	23

※１　１人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

※２　投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格変更等。

3-2　他職種に実施してほしい業務、分担可能な業務についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	初療時の予診	01
02	血液培養の採取	02
03	救急医療等における診療の優先順位の決定（トリアージの実施）	03
04	患者・家族に対する定期的な検査結果（治療方針に関わらないもの）の説明	04
05	患者への療養生活等の説明	05
06	医師が予め患者の範囲を示し、時間外・休日の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく、検査オーダー入力・採血等検査の実施	06
07	臨床検査技師、臨床工学技士あるいは放射線技師による点滴ルート確保等の実施	07
08	薬剤師による処方提案や服薬計画等の提案	08
09	退院時の薬剤情報管理指導	09
10	患者に対する処方薬の説明	10
11	医薬品の副作用・効果の確認	11
12	その他	12

《 1-6で**12～16、19、24、29のいずれか※3を選択した場合**にご回答ください。》

3-3　＊複数主治医制※1の取組として、病棟の患者管理を病棟担当の医師（内科医師等）が行う体制が必要かについてご回答ください。

《回答欄》

1	必要だと思う	
2	どちらかというと必要だと思う	
3	どちらでもない	
4	どちらかというと不必要だと思う	
5	不必要だと思う	
6	その他	

※１　（再掲）１人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

※３　問1-6 にて下記を選択した場合ご回答ください。
「**12** 消化器外科」「**13** 呼吸器外科」「**14** 心臓血管外科」「**15** 小児外科」「**16** 乳腺外科」「**19** 整形外科」「**24** 脳神経外科」「**29** 形成外科」

《 3-3で**「1 必要だと思う」または「2 どちらかというと必要だと思う」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

3-4　＊複数主治医制※1が必要だと思う理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	病棟業務に負担を感じているため	01
02	患者の早期回復、早期退院に繋がると思うため	02
03	患者の管理に不安があるため	03
04	その他	04

※１　（再掲）１人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

問4　あなたの勤務状況に関するご意見等をお伺いします。

4-1　あなたの現在の勤務状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	改善の必要性が高い	
2	改善の必要がある	
3	現状のままでよい	
4	その他	

《 4-1で**「1 改善の必要性が高い」または「2 改善の必要がある」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。

4-2　「**1** 改善の必要性が高い」又は「**2** 改善の必要がある」を選択した理由をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため	01
02	業務を継続していけるか不安があるため	02
03	過重勤務により身体的・精神的疾患を患う（患った）ため	03
04	給与が業務量に比べて低いと感じられるため	04
05	ワークライフバランスがとれていないため	05
06	出産・育児休暇等の取得が難しいため	06
07	その他	07

4-3　勤務環境改善についての相談先をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）　（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	院内の委員会、もしくはその委員	01
02	上司	02
03	産業医	03
04	その他	04
05	なし	05

4-4　どのような取組が病院で行われれば、医師の負担を軽減することができると思いますか。ご意見があれば下欄にご記入ください。

医療従事者調査票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

A-5/B-4

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

医療従事者調査（病棟看護管理者票）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に"＊"を付けております。

■医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力のお願い】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

医療従事者ID（英数字9桁）									

■あなたが所属している施設名をご記入ください。

施設名	

問1　あなたが管理する病棟の概要についてお伺いします。

1-1　診療科目をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も近似する診療科の番号を主なもの３つまで右欄に記載）

《回答欄》

1	内科	**9**	耳鼻いんこう科
2	小児科	**10**	皮膚科
3	精神科	**11**	泌尿器科
4	外科	**12**	放射線科
5	整形外科	**13**	リハビリテーション科
6	脳神経外科	**14**	歯科（歯科口腔外科等含む）
7	産婦人科	**15**	その他
8	眼科		

1-2　入院基本料をご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（**01**～**81**のうち最も病床数が多い番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

一般病棟入院基本料			**1**	急性期病院A一般入院料	**7**	急性期一般入院料５
			2	急性期病院B一般入院料	**8**	急性期一般入院料６
			3	急性期一般入院料１	**9**	地域一般入院料１
			4	急性期一般入院料２	**10**	地域一般入院料２
			5	急性期一般入院料３	**11**	地域一般入院料３
			6	急性期一般入院料４		
療養病棟入院基本料			**12**	療養病棟入院料１	**13**	療養病棟入院料２
精神病棟入院基本料			**14**	10対１	**17**	18対１
			15	13対１	**18**	20対１
			16	15対１		
特定機能病院入院基本料	A	一般病棟	**19**	７対１	**20**	10対１
		精神病棟	**21**	７対１	**23**	13対１
			22	10対１	**24**	15対１
	B	一般病棟	**25**	７対１	**26**	10対１
		精神病棟	**27**	７対１	**29**	13対１
			28	10対１	**30**	15対１
	C	一般病棟	**31**	７対１	**32**	10対１
		精神病棟	**33**	７対１	**35**	13対１
			34	10対１	**36**	15対１
障害者施設等入院基本料			**37**	７対１	**39**	13対１
			38	10対１	**40**	15対１
その他の入院基本料			**41**	７対１	**43**	13対１
			42	10対１	**44**	それ以外
救命救急入院料			**45**	救命救急入院料１	**46**	救命救急入院料２
特定集中治療室管理料			**47**	特定集中治療室管理料１	**49**	特定集中治療室管理料３
			48	特定集中治療室管理料２		
ハイケアユニット入院医療管理料			**50**	ハイケアユニット入院医療管理料１		
			51	ハイケアユニット入院医療管理料２		
脳卒中ケアユニット入院医療管理料			**52**	脳卒中ケアユニット入院医療管理料		
小児特定集中治療室管理料			**53**	小児特定集中治療室管理料		
新生児特定集中治療室管理料			**54**	新生児特定集中治療室管理料１		
			55	新生児特定集中治療室管理料２		
総合周産期特定集中治療室管理料			**56**	母体・胎児集中治療室管理料		
			57	新生児集中治療室管理料		
新生児治療回復室入院医療管理料			**58**	新生児治療回復室入院医療管理料		

1-2　のつづき	
地域包括医療病棟入院料	**59** 地域包括医療病棟入院料１ **60** 地域包括医療病棟入院料２
回復期リハビリテーション病棟入院料	**61** 回復期リハビリテーション病棟入院料１ **62** 回復期リハビリテーション病棟入院料２ **63** 回復期リハビリテーション病棟入院料３ **64** 回復期リハビリテーション病棟入院料４ **64** 回復期リハビリテーション病棟入院料５ **65** 回復期リハビリテーション入院医療管理料
地域包括ケア病棟入院料	**66** 地域包括ケア病棟入院料１ **67** 地域包括ケア病棟入院医療管理料１ **68** 地域包括ケア病棟入院料２ **69** 地域包括ケア病棟入院医療管理料２ **70** 地域包括ケア病棟入院料３ **71** 地域包括ケア病棟入院医療管理料３ **72** 地域包括ケア病棟入院料４ **73** 地域包括ケア病棟入院医療管理料４
小児入院医療管理料	**74** 小児入院医療管理料１　**77** 小児入院医療管理料４ **75** 小児入院医療管理料２　**78** 小児入院医療管理料５ **76** 小児入院医療管理料３
緩和ケア病棟入院料	**79** 緩和ケア病棟入院料１　**80** 緩和ケア病棟入院料２
その他の特定入院料	**81** その他

1-3　貴病棟の病床数、病床利用率をご回答ください。	《回答欄》	
01 病床数（令和８年11月１日時点）	01	床
02 病床利用率※2	02	%
03 令和８年10月１か月間の新入棟患者数	03	人
04 令和８年10月１か月間の退棟患者数	04	人
05 平均在院日数※3（令和８年８月～10月３か月）	05	日
06 令和８年10月１か月間の手術を受けた患者数※4（緊急・予定手術を問わない）	06	人

※２　病床利用率：以下の式により算出し、小数点第１位まで（小数点第２位以下切り捨て）でご記入ください。
病床利用率＝８月～10月の在院患者延べ数÷（月間日数×月末許可病床数）の８月～10月の合計×100

※３　平均在院日数：以下の式により算出し、整数（小数点以下を切り上げ）でご記入ください。
平均在院日数＝８月～10月の在院患者延べ日数÷（（８月～10月の新入棟患者数＋８月～10月の新退棟患者数）×0.5）

※４　手術後に直接、当該病棟に帰棟（帰室）した患者数をご記入ください。

問2　貴病棟における看護職員・看護補助者の勤務状況等についてお伺いします。

2-1　貴病棟に配置されている職員数をご回答ください。（該当者がいない場合は「0」）（夜勤専従者※1は除く）（令和８年11月１日時点）		《回答欄》	
01 看護師数	**a** 常勤	a	人
	b 非常勤（常勤換算※2）	b	人
02 **01**のうち、特定行為研修を修了した看護師数	**a** 常勤	a	人
	b 非常勤（常勤換算※2）	b	人
03 **01**のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師数	**a** 常勤	a	人
	b 非常勤（常勤換算※2）	b	人
04 准看護師数	**a** 常勤	a	人
	b 非常勤（常勤換算※2）	b	人
05 看護補助者数	**a** 常勤	a	人
	b 非常勤（常勤換算※2）	b	人

※１　夜勤専従者：専ら夜勤時間帯に従事する職員を指します。
※２　平均勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含みます。

2-2　看護補助者の勤務時間をご回答ください。（令和８年10月１か月）		《回答欄》	
１人当たり平均勤務時間※3／月	**a** 常勤	a	時間/月
	b 非常勤	b	時間/月

※３　平均勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含みます。

2-3　貴病棟に配置されている看護職員※4の夜勤専従者数※1（実人数）をご回答ください。（該当者がいない場合は「0」）（令和８年10月１か月）		《回答欄》	
01 看護師数	**a** 常勤	a	人
	b 非常勤（実人数）	b	人
02 准看護師数	**a** 常勤	a	人
	b 非常勤（実人数）	b	人

※１　（再掲）夜勤専従者：専ら夜勤時間帯に従事する職員を指します。
※4　看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

2-4　看護職員の夜勤専従者※1の勤務時間等についてご回答ください。（令和８年10月１か月）		《回答欄》	
01 １人当たり平均夜勤時間※5／月	**a** 常勤	a	時間/月
	b 非常勤	b	時間/月
02 （最小値※6）夜勤時間／月	**a** 常勤	a	時間/月
	b 非常勤	b	時間/月
03 （最大値※7）夜勤時間／月	**a** 常勤	a	時間/月
	b 非常勤	b	時間/月

※１　（再掲）夜勤専従者：専ら夜勤時間帯に従事する職員を指します。
※５　平均夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤専従者の合計数
※６　（最小値）夜勤時間／月：貴病棟で１か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。
※７　（最大値）夜勤時間／月：貴病棟で１か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。

問3　勤務体制等についてお伺いします。

3-1　貴病棟における看護職員の勤務形態をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	３交代制※1	01
02	変則３交代制※2	02
03	２交代制	03
04	変則２交代制※3	04
05	その他	05

※１　３交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が８時間ずつの交代勤務。
※２　変則３交代制：日勤９時間、準夜勤７時間、深夜勤８時間といった日勤・準夜勤・深夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。
※３　変則２交代制：日勤８時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

3-2　貴病棟における看護職員数に関する状況についてご回答ください。
（令和8年11月1日時点）（直近１年間の変化について以下の**1～3**より、該当する番号１つを右欄に記載）

1： 増えた
2： 変わらない
3： 減った

					《回答欄》
01	看護師数	**1**	**2**	**3**	01
02	准看護師数	**1**	**2**	**3**	02
03	看護補助者数	**1**	**2**	**3**	03
04	夜勤の看護職員配置数	**1**	**2**	**3**	04
05	夜勤の看護補助者配置数	**1**	**2**	**3**	05

3-3　貴病棟で医師から看護師へのタスクシフト/タスクシェアとして行われている内容についてご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	特定行為（38行為21区分）の実施	01
02	事前に取り決めたプロトコール※4に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施	02
03	注射、採血、静脈路の確保	03
04	カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為	04
05	その他	05
06	なし	06

※４　「プロトコール」とは、事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもの。

3-4　貴病棟の業務負担軽減の取組についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）
（直近１年間の変化について該当する番号１つを右欄に記載）

		《回答欄》
1	取組を行っている	
2	現状で問題がないため新たな取組は行っていない	
3	取り組みたいが困難	

《 3-4で**「1 取組を行っている」を選択した場合**にご回答ください。》

3-5　以下**01**～**31**の中から、取組を行っている項目について効果の有無をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

1： 効果がある
2： どちらかといえば効果がある
3： どちらともいえない
4： どちらかといえば効果がない
5： 効果がない

						《回答欄》	
01	看護職員の増員	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	01	
02	夜勤専従勤務の導入もしくは夜勤専従者の増員	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	02	
03	早出や遅出など夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	03	
04	欠勤、患者の急変、不穏患者の対応等における他部署からの応援体制	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	04	
05	夜勤後の暦日の休日の確保	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	05	
06	夜勤の連続回数が２連続（2回まで）の設定	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	06	
07	11時間以上の勤務間隔の確保	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	07	
08	月の夜勤回数の上限の設定	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	08	
09	（２交代制勤務の場合）夜勤時の仮眠時間を含む休憩時間の確保	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	09	
10	（２交代制勤務の場合）13時間以内となる夜勤時間の設定	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	10	
11	（３交代制勤務の場合）正循環の交代周期の確保	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	11	
12	２交代・3交代制勤務の見直し（変則への移行を含む）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	12	
13	看護補助者の増員	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	13	
14	早出や遅出の看護補助者の配置	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	14	
15	夜勤帯の看護補助者の配置	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	15	
16	看護補助者との業務分担	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	16	
17	病棟クラークの配置	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	17	
18	薬剤師の病棟配置	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	18	
19	薬剤師による内服薬管理や服薬指導等の実施	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	19	
20	薬剤師によるミキシング（輸液準備）の実施	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	20	
21	管理栄養士との業務分担	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	21	
22	臨床工学技士との業務分担	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	22	
23	PT、OT、STとの業務分担	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	23	
24	入退院支援部門のスタッフ（MSW等）との業務分担	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	24	
25	ICT、IoT等の活用	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	25	
26	AIの活用	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	26	
27	電子カルテの活用	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	27	
28	院内保育所の設置	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	28	
29	夜間院内保育所の設置	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	29	
30	**28**又は**29**の院内保育所における病児保育の実施	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	30	
31	その他	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	31	

《 3-4で**「3 取り組みたいが困難」を選択した場合**にご回答ください。》

3-6　その理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	病院の方針（現状維持）	01
02	看護職員の人材不足	02
03	他職種の人材不足	03
04	シフトの導入や変更等検討するも、スタッフの同意が得られない	04
05	他病棟との合意形成が困難	05
06	他職種との合意形成が困難	06
07	その他	07

3-7　貴病棟の看護職員の勤務状況についてご回答ください。
（令和8年11月1日時点）（直近１年間の変化について該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	勤務時間					
1	短くなった	**2**	変わらない	**3**	長くなった	01
02	残業時間					
1	短くなった	**2**	変わらない	**3**	長くなった	02
03	有給休暇の取得状況					
1	増えた	**2**	変わらない	**3**	減った	03
04	実際の夜勤時間の長さ（残業等含む）					
1	短くなった	**2**	変わらない	**3**	長くなった	04
05	夜勤の回数					
1	増えた	**2**	変わらない	**3**	減った	05
06	夜勤シフトの組み方					
1	組みやすくなった	**2**	変わらない	**3**	組みにくくなった	06
07	夜勤の72時間要件					
1	満たしやすくなった	**2**	変わらない	**3**	満たしにくくなった	07
08	総合的にみた勤務状況					
1	改善した	**3**	変わらない	**5**	悪化した	08
2	どちらかというと改善した	**4**	どちらかというと悪化した	**6**	その他	

3-8　看護必要度の記録について、病棟看護管理者としての課題に感じていることをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	看護職員による記録忘れが多い	01
02	看護職員以外による記録忘れが多い	02
03	看護必要度に関する職員研修に手間がかかる	03
04	必要度の記録により、時間外勤務が発生している	04
05	必要度の測定・記載に手間がかかる	05
06	必要度の測定・記載に係る時間を患者ケアに係る他の時間に費やしたい	06
07	その他	07
08	なし	08

《 1-2で**「1～11,47～52,59～73」のいずれか※5を選択した場合**にご回答ください。》

3-9 ＊看護必要度のB項目の測定結果を活用されているかご回答ください。

《回答欄》

1	活用している	**2**	活用していない	**3**	活用の仕方がわからない

※5 問1-2 にて下記を選択した場合ご回答ください。
「**1～11** 一般病棟入院基本料」「**47～48** 特定集中治療室管理料」「**50～51** ハイケアユニット入院医療管理料」
「**52** 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」「**59～60** 地域包括医療病棟入院料」
「**61～65** 回復期リハビリテーション病棟入院（医療管理）料」「**66～73** 地域包括ケア病棟入院（医療管理）料」

《 3-9で**「1 活用している」を選択した場合**にご回答ください。》

3-10 ＊看護必要度のB項目について、活用方法をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	看護職員の人員配置やシフト検討などの病棟マネジメント	01
02	看護・多職種協働を実践するための各職種の役割の検討や人員配置の検討	02
03	患者の退院・転院の予測や適切なタイミングの検討	03
04	患者の転院・転棟先の検討・判断に活用	04
05	転棟・転院の際に患者状態を共有する際の情報として活用	05
06	患者の転倒リスクの評価	06
07	その他	07

3-11 看護記録に係る負担軽減のための取組の実施についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	実施している
2	今年度中に実施する予定
3	実施する予定はない

《 3-11で**「1 実施している」を選択した場合**にご回答ください。》

3-12 看護記録に係る負担軽減のため、どのような取組を実施しているかをご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

《回答欄》

01	記録内容の簡素化・見直し（様式の見直し、重複書類の削減、クリニカルパスの活用等）	01
02	記録の運用方法の見直し（記録の電子化、多職種間での共同閲覧機能の拡大等）	02
03	「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の評価方法の変更（ＩからⅡへ）	03
04	ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入（タブレットやモバイルＰＣの活用等）	04
05	バイタルデータ等の自動入力システムの活用	05
06	電子カルテシステム等を活用したカルテ様式間の自動転記	06
07	看護補助者やクラーク等による入力代行・支援	07
08	音声入力やボイスレコーダーを活用した看護記録の代行入力	08
09	AIを活用したアセスメント支援システムの導入	09
10	その他	10

問4　あなたの勤務する病棟での看護補助者との連携状況についてお伺いします。

4-1　看護補助者との業務分担状況について、貴病棟の状況をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（下記の**1～5**の選択肢より、該当する番号１つを右欄に記載）

1： 看護職員のみが担当
2： 看護職員が主に担当
3： 看護職員と看護補助者との協働
4： 看護補助者が主に担当
5： 看護補助者のみが担当

							《回答欄》
01 食事介助	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	01	
02 配下膳	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	02	
03 排泄介助	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	03	
04 おむつ交換等	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	04	
05 体位変換	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	05	
06 移乗（車椅子、ベッド等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	06	
07 寝具やリネンの交換、ベッド作成	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	07	
08 清潔・整容（清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	08	
09 患者の病棟外への送迎（検査、リハビリ等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	09	
10 入院案内（オリエンテーション等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	10	
11 日中の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	11	
12 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	12	
13 事務的業務	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	13	
14 物品搬送	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	14	
15 医療材料等の物品の補充、準備、点検	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	15	
16 環境整備	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	16	

《 4-1で、**「2」～「5」を選択した業務**においてご回答ください。》

4-2　看護補助者が各業務を実施している場合（完全委譲・部分委譲・協働も含む）、看護職員の負担軽減の効果について、貴病棟の状況をご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（下記の**1～5**の選択肢より、該当する番号１つを右欄に記載）

1： 効果がある
2： どちらかといえば効果がある
3： どちらともいえない
4： どちらかといえば効果がない
5： 効果がない

							《回答欄》
01 食事介助	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	01	
02 配下膳	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	02	
03 排泄介助	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	03	
04 おむつ交換等	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	04	
05 体位変換	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	05	
06 移乗（車椅子、ベッド等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	06	
07 寝具やリネンの交換、ベッド作成	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	07	
08 清潔・整容（清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	08	
09 患者の病棟外への送迎（検査、リハビリ等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	09	
10 入院案内（オリエンテーション等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	10	
11 日中の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	11	
12 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	12	
13 事務的業務	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	13	
14 物品搬送	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	14	
15 医療材料等の物品の補充、準備、点検	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	15	
16 環境整備	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	16	

《 4-1で**「1 看護職員のみが担当している」と選択した内容について**ご回答ください。》

4-3　【看護職員のみが担当している場合】今後の看護補助者との協働・分担に関する意向・予定について、貴病棟の状況をご回答ください。

（令和８年11月１日時点）（下記の**1～3**の選択肢より、該当する番号１つを右欄に記載）

1： 協働・分担を進めたいと考えており、検討中

2： 協働・分担を進めたいが具体的な検討はしていない

3： 協働・分担の意向はない

				《回答欄》	
01 食事介助	**1**	**2**	**3**	01	
02 配下膳	**1**	**2**	**3**	02	
03 排泄介助	**1**	**2**	**3**	03	
04 おむつ交換等	**1**	**2**	**3**	04	
05 体位変換	**1**	**2**	**3**	05	
06 移乗（車椅子、ベッド等）	**1**	**2**	**3**	06	
07 寝具やリネンの交換、ベッド作成	**1**	**2**	**3**	07	
08 清潔・整容（清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等）	**1**	**2**	**3**	08	
09 患者の病棟外への送迎（検査、リハビリ等）	**1**	**2**	**3**	09	
10 入院案内（オリエンテーション等）	**1**	**2**	**3**	10	
11 日中の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）	**1**	**2**	**3**	11	
12 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添（認知症や高次機能障害等）	**1**	**2**	**3**	12	
13 事務的業務	**1**	**2**	**3**	13	
14 物品搬送	**1**	**2**	**3**	14	
15 医療材料等の物品の補充、準備、点検	**1**	**2**	**3**	15	
16 環境整備	**1**	**2**	**3**	16	

4-4　看護補助者との協働・分担を進めるために工夫していることがあればご回答ください。

4-5　*理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床検査技師、精神保健福祉士、公認心理師との協働・分担を進めるために**検討していること**をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	看護業務のうち、他職種とタスクシェア可能な業務についての洗い出し	01
02	看護業務のうち、他職種が実施あるいは介入することでケアの質が向上する業務についての洗い出し	02
03	他職種の人員配置や業務工程の把握	03
04	協働を進める事を目的とした他職種との打合せ等の設定	04
05	その他	05
06	特になし	06

4-6 ＊理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床検査技師、精神保健福祉士、公認心理師との協働・分担を進めるために**実施していること、あるいは工夫していること**をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	看護業務のうち、他職種とタスクシェア可能な業務についての洗い出し	01
02	看護業務のうち、他職種が実施あるいは介入することでケアの質が向上する業務についての洗い出し	02
03	他職種の人員配置や業務工程の把握	03
04	協働を進める事を目的とした他職種との打合せ等の設定	04
05	その他	05
06	特になし	06

問5　その他ご意見等をお伺いします。

5-1 どのような取組が病院で行われれば、医療従事者の負担を軽減することができると思いますか。
働き方改革全般に対する取組の違いに留意しつつ、具体的にご記入ください。また、貴病棟における看護職員の勤務状況や負担軽減に関する今後の課題等があればご記入ください。

医療従事者調査票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

A-5/B-4

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

医療従事者調査（薬剤部責任者票）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“＊”を付けております。

■医療従事者IDをご記入ください。

※別紙の【調査へのご協力のお願い】に記載されている医療従事者IDを転記してください。

医療従事者ID（英数字9桁）									

■あなたが所属している施設名をご記入ください。

施設名	

問1　貴施設の概要等についてお伺いします。

1-1　貴施設の薬剤師数及びその他の職員数ついてご回答ください。
（該当者がいない場合は**「0」**）（令和８年11月１日時点）

			《回答欄》	
01 薬剤師（薬剤部以外に所属する方も含めた施設全体の人数）	**a** 常勤	a		人
	b 非常勤　実人数	b		人
	c 非常勤　常勤換算人数※1	c		人
02 薬剤師（薬剤部門所属）	**a** 常勤	a		人
	b 非常勤　実人数	b		人
	c 非常勤　常勤換算人数※1	c		人
03 事務補助者（薬剤部門所属）	**a** 常勤	a		人
	b 非常勤　実人数	b		人
	c 非常勤　常勤換算人数※1	c		人
04 その他の職員（薬剤部門所属）※2	**a** 常勤	a		人
	b 非常勤　実人数	b		人
	c 非常勤　常勤換算人数※1	c		人

※1　常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点第１位まで（小数点第２位以下切り捨て）でご記入ください。
以下、常勤換算数をたずねる設問については同じ方法で算出してください。
■１週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の１週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間）
■１か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の１か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の１週間の勤務時間×４）

※2　医薬品の物流管理支援（SPD）等の外部委託支援業者も含めてご回答ください。

1-2　貴施設の薬剤師の求人数・応募者数・採用人数についてご回答ください。
（該当者がいない場合は**「0」**）（令和７年11月～令和８年10月１2か月）

01 求人数	人	**03** 採用人数	人
02 応募者数	人		

1-3　職員数の変動状況についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 薬剤師

a 改定前（令和８年３月31日時点）と改定後（令和８年11月１日時点）の職員数の変動

1 増員した　**2** 変化なし　**3** 減員した　a

b ＊次年度（令和９年４月）の職員数の変動見込み

1 増員予定　**2** 変化なし　**3** 減員予定　b

02 事務補助者及びその他職員(薬剤部門所属)

a 改定前（令和８年３月31日時点）と改定後（令和８年11月１日時点）の職員数の変動

1 増員した　**2** 変化なし　**3** 減員した　a

b ＊次年度（令和９年４月）の職員数の変動見込み

1 増員予定　**2** 変化なし　**3** 減員予定　b

1-4　常勤薬剤師１人あたりの平均勤務時間※3についてご回答ください。
（令和８年10月１か月）　時間/月

※３　所定労働時間に残業時間を加えた時間

1-5　貴施設の処方箋枚数についてご回答ください。
（該当処方箋がない場合は「**0**」）（令和８年10月１か月）

01 外来患者の院外処方箋	枚	**03** 入院患者の処方（箋）	枚
02 外来患者の院内処方（箋）	枚		

1-6　貴施設の**夜間勤務体制**についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 日勤のみ
2 当直※4
3 オンコール※5
4 ２交代制※6又は３交代制※7
5 その他

※４　薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること。
※５　自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること。
※６　２交代制：日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。
※７　３交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が８時間ずつの交代勤務。

1-7　貴施設の**休日勤務体制**についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 日勤のみ
2 当直※4
3 オンコール※5
4 ２交代制※6又は３交代制※7
5 その他

※４　（再掲）薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること。
※５　（再掲）自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること。
※６　（再掲）日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。
※７　（再掲）日勤・準夜勤・深夜勤が８時間ずつの交代勤務。

1-8　常勤薬剤師の勤務体制についてご回答ください。
（該当者がいない場合は「**0**」）（令和８年11月１日時点）

《回答欄》

01 夜間の勤務体制に従事できない薬剤師数	01	人
02 休日の勤務体制に従事できない薬剤師数	02	人

問2　薬剤師の働き方についてお伺いします。

2-1　貴施設の薬剤部門における業務量の配分について、割合※1をご回答ください。	《回答欄》	
01 中央業務（調剤・注射剤等）	01	%
02 病棟業務※2	02	%
03 チーム医療（主に診療関係）※3	03	%
04 その他の業務	04	%

※1　１週間の業務を想定し、合計が100%になるようにご回答ください。
※2　薬剤師が病棟で持参薬確認、服薬指導等を実施すること。
※3　栄養サポートチームや感染制御チーム、院内感染対策委員会など横断的な医療チームでの診療への関わり等。

2-2　貴施設の薬剤師の従業員数と業務量の状況についてご回答ください。 （令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 薬剤師の従業員数は業務量に対して少ない	
2 薬剤師の従業員数は業務量に対して適切である	
3 薬剤師の従業員数は業務量に対して多い	

2-3　薬剤師の不足を踏まえ、貴施設で**実施すべき業務全体のうち、現状実施できている**業務の割合についてご回答ください。（令和８年11月時点において以下の**1～4**より、該当する番号１つを右欄に記載）

1： 全く実施できていない
2： ５割未満だが実施
3： ５割以上実施
4： 原則すべて実施

					《回答欄》
01 病棟薬剤業務に係る業務	**1**	**2**	**3**	**4**	01
02 退院時の薬学管理指導と薬局への情報提供	**1**	**2**	**3**	**4**	02
03 転院時の薬学管理指導と転院先への情報提供	**1**	**2**	**3**	**4**	03
04 ポリファーマシー※4対策に係る業務	**1**	**2**	**3**	**4**	04
05 後発医薬品の使用体制に係る業務（採用医薬品の見直し等）	**1**	**2**	**3**	**4**	05
06 バイオ後続品の使用体制に係る業務（採用医薬品の見直し等）	**1**	**2**	**3**	**4**	06
07 院内感染対策及び抗菌薬適正使用に係る業務	**1**	**2**	**3**	**4**	07
08 医療安全対策に係る業務	**1**	**2**	**3**	**4**	08
09 周術期薬剤管理に係る業務	**1**	**2**	**3**	**4**	09
10 外来腫瘍化学療法に係る業務	**1**	**2**	**3**	**4**	10
11 入院支援部門における業務	**1**	**2**	**3**	**4**	11
12 退院支援などにおける地域連携に関する業務	**1**	**2**	**3**	**4**	12
13 救急外来における薬学的管理業務	**1**	**2**	**3**	**4**	13
14 上記以外の多職種によるチーム医療に係る業務	**1**	**2**	**3**	**4**	14
15 その他	**1**	**2**	**3**	**4**	15

※4　「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

2-4　薬剤部門における業務負担軽減策として取り組んでいることについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	外部委託業者による医薬品の物流管理支援（SPD）の導入	01
02	システムによる医薬品の在庫管理（医薬品の発注・納品・管理業務、医薬品の補填業務）	02
03	医薬品を含む物品の搬送・移送システムの導入や更新	03
04	業務補助者（薬剤師以外の者）による医薬品を含む物品の搬送・移送	04
05	業務補助者（薬剤師以外の者）による医薬品の取り揃え等の業務補助	05
06	調剤支援システムの導入や更新	06
07	調剤ロボットやピッキングマシーン等による調剤業務の機械化	07
08	病院情報システム（電子カルテ等）の導入や更新	08
09	AIを活用した医薬品情報に関する支援システムの導入	09
10	保険薬局との薬薬連携による入院前持参薬の整理等	10
11	オンライン資格確認による業務効率化	11
12	錠剤識別システム導入等による病棟業務効率化	12
13	その他	13
14	実施していない	14

2-5　業務効率化により、持参薬の確認業務の負担が軽減された場合、実施可能となる業務についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	従来より短時間で必要な病棟薬剤業務が実施できるため時間外業務負担の軽減につながる	01
02	ポリファーマシー解消のための総合的な薬剤調整及び評価	02
03	薬剤管理指導に基づく直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導のさらなる充実	03
04	添付文書以外の医薬品情報も活用した高度な薬物治療の支援	04
05	術前休止薬の適切な管理	05
06	術後再開薬の適切な管理	06
07	医師と事前に取り決めたプロトコールに沿って処方された薬剤の変更	07
08	医師と事前に取り決めたプロトコールに沿った持参薬の入院中継続に関する業務支援	08
09	入院時における施設外の医師・薬剤師等との薬剤情報に関する連携	09
10	退院時における施設外の医師・薬剤師等との薬剤情報に関する連携	10
11	退院患者に対する薬剤に関する指導	11
12	チーム医療への参画	12
13	外来業務への業務拡大	13
14	その他	14
15	実施可能となる業務はない	15

2-6　薬剤師を確保するために取り組んでいることについてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	採用に係るイベント等の開催（見学会、説明会等）	01
02	採用のための大学訪問	02
03	求人情報サイトへの登録などの人材サービス会社の利用	03
04	薬学部実習生や研修生等の受入	04
05	魅力的な業務や職場環境の整備などのブランディング力の向上	05
06	賃上げの実施	06
07	大規模基幹病院から薬剤師の出向の受入（具体的であれば検討中も含む）	07
08	薬局から薬剤師の受入（研修・出向等）	08
09	その他	09
10	取り組んでいることはない	10

2-7　免許取得直後の薬剤師の教育研修体制ついてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	一定期間の総合的な研修プログラムに基づく研修を実施している	
2	いわゆるOJT（On The Job training）の形式で実施している	
3	その他	
4	明確な教育研修体制はない	

《 2-7で**「1 」または「2 」のいずれかを選択した場合** にご回答ください。》

2-8　免許取得直後の薬剤師の教育研修の期間をご回答ください。　　か月

問3　薬剤師の病棟業務等についてお伺いします。

3-1　病棟薬剤業務について、１週間あたり20時間以上の業務を実施している病棟及び治療室の有無についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり　　**2** なし

3-2　貴施設の病棟数についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）

《回答欄》

01	貴施設のすべての病棟数	01　病棟
02	**01**のうち、病棟薬剤業務について1週間あたり20時間以上の業務を実施している病棟数	02　病棟

3-3　貴施設の病棟薬剤業務実施加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	病棟薬剤業務実施加算１	**03**	病棟薬剤業務実施加算３
02	病棟薬剤業務実施加算２	**04**	いずれも届け出ていない

《 3-3で**「04 いずれも届け出ていない」を選択した場合**にご回答ください。》

3-4　病棟薬剤業務実施加算２を届け出ていない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	算定対象病棟がないため	01
02	入院患者が少なく病棟業務の実施時間が週20時間に満たないため	02
03	薬剤師が少なく病棟業務の実施時間が週20時間確保できないため	03
04	薬剤師が少なく算定対象の全ての病棟に専従の薬剤師を配置できないため	04
05	病院の方針で他の分野に注力しているため	05
06	入院患者に対する調剤業務負担が大きいため	06
07	外来患者に対する調剤業務負担が大きいため	07
08	外来化学療法室での患者指導業務負担が大きいため	08
09	医薬品情報管理業務負担が大きいため	09
10	治験・臨床研究関連業務負担が大きいため	10
11	教育・研究業務負担が大きいため	11
12	薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため	12
13	その他	13
14	特に理由はないが届け出ていない	14

《 3-3で**「02 病棟薬剤業務実施加算２」は選択し、「01 病棟薬剤業務実施加算１」は選択していない場合**にご回答ください。》

3-5　＊病棟薬剤業務実施加算１の届け出ていない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が直近３ヶ月で退院患者のうち４割に満たない	01
02	薬剤総合評価調整加算の算定回数が、直近３ヶ月で10回に満たない	02
03	その他	03
04	特に理由はないが届け出ていない	04

《 3-5で**「01 ～03」を選択した場合**にご回答ください。》

3-6　＊要件を満たさない理由についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	人員不足により要件に達する退院指導が実施できない	01
02	人員不足により要件に達する薬剤総合評価調整加算を算定できない	02
03	病院として退院指導が実施できる環境がない。（退院処方のタイミングによって指導が実施できない等）【人員不足を除く】	03
04	病院として薬剤総合評価調整加算に取り組む十分な体制がない。【人員不足を除く】	04
05	その他	05

《 3-3で**「01 病棟薬剤業務実施加算１」または「02 病棟薬剤業務実施加算２」を選択し、「03 病棟薬剤業務実施加算３」は選択していない場合**にご回答ください。》

3-7　治療室の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

				《回答欄》
1	あり	**2**	なし	

《 3-7で**「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

3-8　20時間以上の業務を実施している**治療室**の状況についてご回答ください。
（最大３つ治療室をお選びいただき、ご回答ください。）（令和８年10月25日～10月31日）

	a	b		c		d		e		f
	治療室の種別（別表１より選択）	新規入院患者数		薬剤管理指導に相当する服薬指導の実施人数		病棟薬剤業務にあたる薬剤師数（常勤換算数）		１週間当たりの病棟薬剤業務総時間数		病棟薬剤業務実施加算３の届出の有無（別表２より選択）
01			人		人		人		時間/週	
02			人		人		人		時間/週	
03			人		人		人		時間/週	

別表１　《 治療室》（複数の治療室を担当している場合は、主となる治療室を選択）

1	救命救急入院料	**5**	小児特定集中治療室管理料
2	特定集中治療室管理料	**6**	新生児特定集中治療室管理料
3	ハイケアユニット入院医療管理料	**7**	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	**8**	総合周産期特定集中治療室管理料

別表２　《 病棟薬剤業務実施加算３の届出の有無》

1	届け出ている	**2**	届け出ていない

《 3-3で**「01」「02」「04」 を選択した場合**※1にご回答ください。》

3-9 **「01」「02」を選択した場合**は病棟の状況について、**「04」を選択した場合**は病棟薬剤業務実施加算を届け出ていないが病棟薬剤業務を実施している病棟の状況について、ご回答ください。
（病棟薬剤業務総時間数が多い順に病棟を６つお選びいただき、ご回答ください）
（令和８年10月25日～10月31日）

	a	b	c	d	e	f
	主となる診療科（別表３より選択）	算定入院料（別表４より選択）	新規入院患者数	薬剤管理指導に相当する服薬指導の実施人数	１日あたり病棟薬剤業務実施薬剤師数	１週間あたりの病棟薬剤業務総時間
01			人	人	人/日	時間/週
02			人	人	人/日	時間/週
03			人	人	人/日	時間/週
04			人	人	人/日	時間/週
05			人	人	人/日	時間/週
06			人	人	人/日	時間/週

※１　問3-3 にて下記を選択した場合ご回答ください。
「**01** 病棟薬剤業務実施加算１」「**02** 病棟薬剤業務実施加算２」「**04** いずれも届け出ていない」

別表３　《 診療科》（最も近似する主な診療科を選択）

1 内科	**6** 脳神経外科	**11** 泌尿器科
2 小児科	**7** 産婦人科	**12** 放射線科
3 精神科	**8** 眼科	**13** リハビリテーション科
4 外科	**9** 耳鼻いんこう科	**14** 歯科（歯科口腔外科等含む）
5 整形外科	**10** 皮膚科	**15** その他

別表４　《 入院料》

1 急性期病院A一般入院料	**14** 専門病院入院基本料	**27** 地域包括ケア入院医療管理料２
2 急性期病院B一般入院料	**15** 特定機能病院A入院基本料	**28** 地域包括ケア病棟入院料３
3 急性期一般入院料１	**16** 特定機能病院B入院基本料	**29** 地域包括ケア入院医療管理料３
4 急性期一般入院料２	**17** 特定機能病院C入院基本料	**30** 地域包括ケア病棟入院料４
5 急性期一般入院料３	**18** 療養病棟入院基本料	**31** 地域包括ケア入院医療管理料４
6 急性期一般入院料４	**19** 結核病棟入院基本料	**32** 回復期リハビリテーション病棟入院料１
7 急性期一般入院料５	**20** 精神病棟入院基本料	**33** 回復期リハビリテーション病棟入院料２
8 急性期一般入院料６	**21** 小児入院医療管理料	**34** 回復期リハビリテーション病棟入院料３
9 地域一般入院料１	**22** 地域包括医療病棟入院料１	**35** 回復期リハビリテーション病棟入院料４
10 地域一般入院料２	**23** 地域包括医療病棟入院料２	**36** 回復期リハビリテーション病棟入院料５
11 地域一般入院料３	**24** 地域包括ケア病棟入院料１	**37** 回復期リハビリテーション入院医療管理料
12 精神科急性期治療病棟入院料１	**25** 地域包括ケア入院医療管理料１	**38** 障害者施設等入院基本料
13 精神科急性期治療病棟入院料２	**26** 地域包括ケア病棟入院料２	**39** その他

《 3-3で**「01 病棟薬剤業務実施加算１」または「02 病棟薬剤業務実施加算２」を選択した場合**にご回答ください。》

3-10　「病棟薬剤業務実施加算１」または「病棟薬剤業務実施加算２」の対象病棟における、病棟薬剤業務の業務時間について、ご回答ください。（令和８年10月の任意の１週間）

		《回答欄》	
01	病棟薬剤業務実施加算１または病棟薬剤業務実施加算２の対象病棟数	01	病棟
02	病棟薬剤業務実施加算１または病棟薬剤業務実施加算２の対象病棟に係る業務携わる薬剤師数（常勤・非常勤を含む実数）	02	人
03	病棟薬剤業務実施加算１または病棟薬剤業務実施加算２の対象病棟に係る業務の総実施時間	03	時間

《 3-3で**「01 病棟薬剤業務実施加算１」または「02 病棟薬剤業務実施加算２」を選択した場合**にご回答ください。》

3-11　＊薬剤業務向上加算の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　届出している　　**2**　届出していない

《 3-11で**「１」を選択した場合**にご回答ください。》

3-12　＊「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）

		《回答欄》	
01	同時期に出向可能な薬剤師の人数	01	人
02	１回の出向期間	02	カ月

《 3-11で**「2 届出していない」を選択した場合**にご回答ください。》

3-13　＊届出していない理由についてご回答ください 。（令和８年11月１日時点）
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》	
01	出向可能な薬剤師がいない	01	
02	研修プログラムがない	02	
03	出向先がない	03	
04	病棟業務実施加算対象病棟がない	04	
05	特定機能病院、急性期総合体制加算の届出病院のいずれにも該当しない	05	
06	その他	06	
07	特に理由はない	07	

《3-3で**「03 病棟薬剤業務実施加算３」を選択した場合**にご回答ください。》

3-14　救急搬送後治療室に入室する患者に対して、入室する前の段階から実施している薬学管理についてご回答ください。（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実施している　　**2** 実施していない

《 3-14で**「1 実施している」を選択した場合**にご回答ください。》

3-15　治療室に入室する前の段階で実施している薬学管理についてご回答ください 。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）の確認	01
02	薬剤起因性副作用等に関する薬学的評価	02
03	静注血栓溶解療法（t-PA）や抗菌薬治療など迅速な薬物治療の提供に関する支援体制	03
04	術後疼痛に対する鎮痛薬を用いた薬物治療の支援や処方提案	04
05	患者の状態に応じた薬剤選択の支援や処方提案	05
06	注射薬の配合変化や調製方法に関する情報提供	06
07	医師、看護師等からの相談等に即時に対応する体制	07
08	入院する治療室のスタッフとの情報連携	08
09	手術室のスタッフとの情報連携	09
10	特定機能病院、急性期総合体制加算の届出病院のいずれにも該当しない	10
11	その他	11

問4　各種加算や医学管理料の状況等についてお伺いします。

4-1　貴施設における外来化学療法の実施の有無についてご回答ください。
（令和８年10月１か月）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実施している　　**2** 実施していない

《 4-1で**「1 あり」を選択した場合**にご回答ください。》

4-2　注射による外来化学療法に従事する薬剤師の平均配置人数についてご回答ください。
※令和８年10月の任意の１週間 の業務実態に基づき、１日当たりの平均業務時間（人時）をご回答ください。（例）２人で ３時間かかる場合は「６人時」と回答。

		《回答欄》	
01	主に抗悪性腫瘍剤の調製に従事する薬剤師	01	人時/日
02	主に薬学管理業務※1に従事する薬剤師	02	人時/日

※１　**02**については、外来患者の腫瘍化学療法において、服薬指導、診察前面談、レジメン監査、薬局等との情報連携など**01**以外で業務に従事している人時を回答ください。

4-3　注射による外来化学療法に従事する薬剤師の配置人数の変化について改定前（令和６年３月31日時点）と改定後（令和８年11月１日時点）を比較してご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 主に抗悪性腫瘍剤の調製に従事する薬剤師

1	増員した	**2**	変化なし	**3**	削減した	01

02 主に薬学管理業務※1に従事する薬剤師

1	増員した	**2**	変化なし	**3**	削減した	02

※1　（再掲）**02**については、外来患者の腫瘍化学療法において、服薬指導、診察前面談、レジメン監査、薬局等との情報連携など**01**以外で業務に従事している人時を回答ください。

4-4　＊無菌製剤処理料の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届出している	**2**	届出していない	

■ 4-5～4-8は、4-4で**「1 届出している」を選択した場合**にご回答ください。

4-5　＊閉鎖式接続器具を使用した調製の実施状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	実施している	**2**	実施していない	

4-6　＊閉鎖式接続器具の使用状況について改定前（令和８年３月31日時点）と改定後（令和８年11月１日時点）を比較して、対象薬剤の変更状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	対象薬剤を拡大した	**2**	変化なし	**3**	対象薬剤を縮小した	

4-7　＊無菌調製について、ロボット調製機器の使用状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	使用している	**2**	使用していない	

4-8　＊無菌調製した件数について、ご回答ください。（令和８年10月の１か月）

《回答欄》

01	無菌調製した件数	01	件
02	**01**のうち、閉鎖式接続機器を使用した件数	02	件
03	**01**のうち、ロボット調製機器を使用した件数	03	件

■ 4-9～4-11は、**すべての方**がご回答ください。

4-9　＊救急外来緊急検査対応加算１の届出状況についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	届出している	**2**	届出していない	

4-10　＊救急外来における**日中**の薬剤師業務の実施者についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	専従の薬剤師		**03**	入院先病棟薬剤師	
02	治療室の薬剤師		**04**	その他	

4-11　＊救急外来における**夜間**の薬剤師業務の実施者についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

01	専従の薬剤師		**03**	その他	
02	夜間当直・夜勤の薬剤師				

問5　ポリファーマシー対策に係る業務の状況についてお伺いします。

5-1　入院時にポリファーマシー※1を解消するための取組についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	令和６年５月以前から実施	**3**	令和８年６月以降開始
2	令和６年６月以降、令和８年５月以前に開始	**4**	実施していない

※１　（再掲）「ポリファーマシー」とは、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態。

《 5-1で**「1 令和６年５月以前から実施」「2 令和６年６月以降、令和８年５月以前に開始」「3 令和８年６月以降開始」のいずれかを選択した場合**にご回答ください。》

5-2　薬剤総合評価調整加算の算定回数をご回答ください。（令和８年８～10月３か月）　　件

5-3　処方内容を評価した上で、処方内容の変更及び療養上の必要な指導を行うことが、難しい事例がある場合、困難な理由についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用した多職種の連携が難しい	01
02	入院前の薬剤の情報がなく、４週間以上継続しているかどうかわからない	02
03	他院から処方された薬剤の処方意図を把握することなどが難しいため	03
04	他院の処方へ介入することについて、関係する医療従事者の理解が得られない	04
05	６種類以上の内服薬が処方されている対象となる患者がいない	05
06	患者の理解が得られないため	06
07	その他	07
08	特になし	08

5-4　＊薬剤総合評価調製加算の情報連携先についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）

《回答欄》

01	情報連携先が薬局であった件数、	01	件
02	情報連携先が転院先・病院であった件数	02	件
03	情報提供先がかかりつけの近医診療所であった件数	03	件
04	情報連携先が介護施設であった件数	04	件
05	情報連携先がケアマネージャーであった件数	05	件
06	その他	06	件

5-5　薬剤総合評価調整加算の算定の有無に関わらず、ポリファーマシー対策の介入を行った患者について、実施した処方の変更等の内容についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	PIMs（高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物）の減薬	01
02	日本版抗コリンリスクスケールを用いた減薬	02
03	抗精神病薬の減薬	03
04	服薬の簡素化（服用回数の低減等）	04
05	合剤の使用	05
06	入院治療で一時的に要した薬剤の減量・中止	06
07	その他	07
08	実施実績がなく該当しない	08

5-6　入院時にポリファーマシー対策に関するスクリーニングの実施の有無についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 実施している　　**2** 実施していない

《 5-6で**「1 実施している」を選択した場合**にご回答ください。》

5-7　入院時スクリーニングとして実施している方法・取組等をご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	スクリーニングツールの利用	01
02	電子カルテデータの抽出	02
03	専用システムの導入	03
04	専任担当者を配置している	04
05	その他	05

問6　退院時の医療機関の薬剤師の業務についてお伺いします。

6-1　令和８年10月１か月間の退院患者数及び退院時薬剤情報連携等の状況についてご回答ください。
（該当しない場合は**「0」**）

		《回答欄》	
01	退院患者数※1	01	人
02	**01**のうち、薬剤総合評価調製加算に係る情報提供を実施した件数	02	件
03	**01**のうち、**02**以外の目的で他の医療機関等に情報連携を実施した件数	03	件
04	**01**のうち、**02**以外の目的で情報連携先が薬局であった件数	04	件
05	**01**のうち、**02**以外の目的で情報連携先が医療機関であった件数	05	件
06	**01**のうち、**02**以外の目的で情報連携先が介護施設であった件数	06	件
07	**01**のうち、**02**以外の目的で情報連携先がケアマネージャーであった件数	07	件
08	**01**のうち、退院時薬剤情報管理指導料に相当する業務※2を実施した件数	08	件

※１　全退院患者のうち、医科点数表の第１章第２部通則６に規定する入院期間が通算される
再入院の患者及び死亡退院の患者を除いた患者数を言う。

※２　入院中に使用した主な薬剤を手帳に記載した上で、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導等の業務

6-2　自院の退院処方薬の交付方法※3についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 病棟で薬剤師が交付　　**3** 薬剤部窓口で薬剤師が交付

2 病棟で看護師が交付　　**4** 医師が交付

※３　平日日勤帯など、関連職種がいずれも勤務しているであろう時間帯での業務分担についてご回答ください。

6-3　退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行う主な範囲についてご回答ください。
（令和８年11月１日時点）（最も該当するもの１つに◎、その他該当する番号すべてに○）

		《回答欄》
01	自院の退院処方薬に関する説明・指導	01
02	患者が持参した医薬品等も含めた説明・指導	02
03	患者が持参した医薬品等も含めた説明・指導及び必要な服薬支援（一包化など）	03
04	その他	04

6-4 退院時に病院薬剤師が行うことや提供する情報等のうち、貴院で恒常的に実施されているものをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 退院患者に対して、継続して治療等を行う保険薬局に関する情報提供を行うこと	01
02 在宅移行する患者に対して、在宅対応可能な薬局の情報提供を行うこと	02
03 薬局の薬剤師と薬剤等に関する情報連携を行うこと	03
04 介護支援専門員（ケアマネジャー）と薬剤等に関する情報連携を行うこと	04
05 医師と連携して在宅療法を見据えた減薬に関する処方調整を行うこと	05
06 医師と連携して在宅療養を見据えた服用回数の低減に関する処方調整を行うこと	06
07 退院共同カンファレンスにおける薬剤に関する調整や相談を行うこと	07
08 患家を訪問して、自宅での薬物治療を継続するために必要な薬学的管理及び指導を行うこと	08
09 その他	09
10 個別に判断し実施するものはあるが、恒常的に実施しているものは特にない	10

医療従事者調査票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

令和 9 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。

E-2

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“*”を付けております。

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会

入院・外来医療等における実態調査

かかりつけ医及びオンライン診察等に関する意識調査（患者票）

●このアンケートは、本日受診した患者さんまたは保護者や介助者の方に、かかりつけの医師機能及びオンライン診療等についてのご意見をお伺いするものです。
●特に指定がある場合を除いて、回答日現在の状況についてお答えください。

◆　施設名、患者ＩＤをご記入ください。

※患者IDは、貴院のカルテ番号や患者番号ではございませんので、ご注意ください。
本調査票冊子表紙の下部に記載している本調査専用の患者ＩＤを指します。

施設名		患者ＩＤ	

問1　あなた（本日受診した患者さん）についてお伺いします。（回答日時点）

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 男性		**2** 女性	

1-2　年齢をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 10歳未満		**4** 30歳代		**7** 60歳代	
2 10歳代		**5** 40歳代		**8** 70歳代	
3 20歳代		**6** 50歳代		**9** 80歳代以上	

1-3　要介護認定についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1 非該当		**5** 要支援１		**9** 要介護３	
2 未申請		**6** 要支援２		**10** 要介護４	
3 申請中		**7** 要介護１		**11** 要介護５	
4 不明		**8** 要介護２			

1-4　お住まいの都道府県をご回答ください。

1-5　3か月に1回以上の頻度で通院している医療機関数をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	1か所	**4**	4か所
2	2か所	**5**	5か所以上
3	3か所	**6**	3か月に1回以上の頻度で通院している医療機関はない

《1-5で、**「1」～「5」（3か月に1回以上の頻度で通院している医療機関がある）を選択した場合**にご回答ください。》

1-6　定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うことをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	予約診療を行っていること	01
02	休日に診療ができる体制が整備されていること	02
03	休日夜間にも連絡が取れる体制が整備されていること	03
04	複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること	04
05	家族との連携によって治療管理が行われていること	05
06	市区町村や保険者が行う健康づくりに関する取り組みに協力していること	06
07	オンライン診療を活用していること	07
08	リフィル処方箋※1に対応していること	08
09	28日以上の長期処方に対応していること	09
10	その他	10
11	特に必要と思うことはない	11

※1　リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大３回まで反復利用できる処方箋のこと。

問2　本日受診した医療機関について、また受診理由などについてお伺いします。

2-1　本日受診した医療機関へのご自宅からの移動時間（片道）をご回答ください。　　分程度

2-2　本日受診した医療機関への主な移動手段をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	徒歩	**3**	車	**5**	バス
2	自転車	**4**	電車	**6**	その他

2-3　本日受診した理由をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	この医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため
2	違う医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため
3	まだ診断されていないが、何かの病気ではないかと気になる症状があるため

2-4　本日受診した医療機関に通う頻度についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	今回が初めての受診
2	１週間に１、２回程度
3	２週間に１回程度
4	１か月に１回程度
5	２か月に１回程度
6	３か月に１回程度
7	４か月以上に１回程度
8	決まった頻度はなく、症状があるとき（必要なとき）のみ受診
9	分からない

2-5　普段医療機関に定期的（c/d/eそれぞれの期間）に受診して診療を受けているご病気についてご回答ください。
（該当する病気すべてに○）
また、該当するそれぞれのご病気に対して、**定期的（c/d/eそれぞれの期間）に**通院している医療機関の数をご回答ください。

受診している病名	a 該当する病気すべてに○	b 本日受診した医療機関で診療を受けている病気に○	c 定期的(1～2か月の間に1回程度)通院	d 定期的(3か月～5か月の間に1回程度)通院	e 定期的(6か月以上の間に1回程度)通院
01 高血圧症			か所	か所	か所
02 脂質異常症			か所	か所	か所
03 糖尿病			か所	か所	か所
04 がん			か所	か所	か所
05 難病（国指定の難病）			か所	か所	か所
06 慢性頭痛			か所	か所	か所
07 脳血管疾患（脳梗塞後遺症などを含む）			か所	か所	か所
08 狭心症・心不全などの心疾患			か所	か所	か所
09 肺炎・気管支喘息			か所	か所	か所
10 慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）			か所	か所	か所
11 胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの消化器疾患			か所	か所	か所
12 便秘症			か所	か所	か所
13 慢性腎不全			か所	か所	か所
14 骨粗しょう症・骨折			か所	か所	か所
15 脊柱管狭窄症・腰痛症			か所	か所	か所
16 関節痛・リウマチ			か所	か所	か所
17 アレルギー性疾患・花粉症			か所	か所	か所
18 湿疹・皮膚炎（アトピー含む）			か所	か所	か所
19 白内障・緑内障			か所	か所	か所
20 睡眠障害（不眠症）			か所	か所	か所
21 認知症			か所	か所	か所
22 めまい			か所	か所	か所
23 耳鳴り			か所	か所	か所
24 中耳炎			か所	か所	か所
25 かぜ・感冒			か所	か所	か所
26 発達障害			か所	か所	か所
27 精神疾患			か所	か所	か所
28 血液透析			か所	か所	か所
29 腹膜透析			か所	か所	か所
30 慢性腎臓病（CKD）			か所	か所	か所
31 その他			か所	か所	か所

2-6　2-5で該当したご病気のうち、定期的に通院している医療機関の数が２か所以上のものが１つでもあった場合にご回答ください。（歯科は除く）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 いずれかの医療機関について、紹介状をもらい受診している

2 いずれの医療機関についても、紹介状をもらわずに受診している

3 その他

※ 2-6は、同一のご病気に対して、2か所以上の診療所や病院を定期的に受診している場合（通院期間問わず）、紹介状の有無をご回答いただく設問です。

2-7　本日受診した理由の症状についてご回答ください。（主となる症状の番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 熱がある
2 体がだるい
3 眠れない
4 いらいらしやすい
5 もの忘れする
6 頭痛
7 めまい
8 目のかすみ
9 物が見づらい
10 耳なりがする
11 きこえにくい
12 動悸
13 息切れ
14 前胸部に痛みがある
15 せきやたんが出る
16 鼻がつまる
17 ゼイゼイする
18 胃のもたれ
19 下痢
20 便秘
21 食欲不振
22 腹痛・胃痛
23 痔による痛み・出血など
24 歯が痛い
25 歯ぐきのはれ・出血
26 かみにくい
27 発疹(じんま疹・できもの)
28 かゆみ(湿疹・水虫など)
29 肩こり
30 腰痛
31 手足の関節が痛む
32 手足の動きが悪い
33 手足のしびれ
34 手足が冷える
35 足のむくみやだるさ
36 尿が出にくい
37 頻尿(尿の出る回数が多い)
38 尿失禁(尿がもれる)
39 月経不順・月経痛
40 骨折・ねんざ
41 切り傷・やけどなどのけが
42 その他

《 2-8は、2-5で**「a 該当する病気すべてに○」の「28 血液透析」、「29 腹膜透析」に○を回答した場合**にご回答ください。》

2-8　「血液透析・腹膜透析」で定期的に通院をされている方にお伺いします。
通院中の医療機関から受けている説明についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01 通院中の医療機関から、災害発生時の対応について説明を受けている　01
02 透析には、血液透析の選択肢があるという説明を受けたことがある　02
03 透析には、腹膜透析の選択肢があるという説明を受けたことがある　03
04 透析が必要となった場合に、腎移植の選択肢があるという説明を受けたことがある　04
05 透析導入時、医療機関から説明は受けたが詳細については覚えていない　05

■問3は2-5で「a 該当する病気すべてに○」の「01 高血圧症」、「02 脂質異常症」、「03 糖尿病」のいずれか又は複数に○を回答した場合にご回答ください。

問3　「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院をされている方にお伺いします。

3-1　令和８年６月以降に、「生活習慣病　療養計画書」の交付を受けましたか。（該当する番号１つを右欄に記載）	《回答欄》
1 はい　　**2** いいえ	

■ 3-2～3-3は、3-1で**「1 はい」を選択した方**がご回答ください。

3-2　療養計画書の交付を受けたことによる変化についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった	01
02 食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった	02
03 自らの検査結果に対する理解が深まった	03
04 自分に合った治療方針を決めることができた	04
05 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできた	05
06 治療上の副作用や心配な点について相談ができた	06
07 その他	07
08 特に変化はない	08

3-3　「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続けるうえで、必要と思うことについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 継続的に通院し治療を受ける必要性について理解すること	01
02 食事、運動、休養などの総合的な治療管理について理解すること	02
03 自らの検査結果を理解すること	03
04 自分に合った治療方針を決めることができること	04
05 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできること	05
06 治療上の副作用や心配な点について相談ができること	06
07 療養計画書により治療目標や治療内容について説明を受け、医師と共有すること	07
08 オンライン診療が受けられること	08
09 リフィル処方箋※1について相談できること	09
10 長期処方※2について相談できること	10
11 症状が安定している場合に受診頻度について相談できること	11
12 その他	12
13 特に必要だと思うことはない	13

※1　リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大３回まで反復利用できる処方箋のこと。

※2　長期処方とは、患者の症状が安定している場合に、処方日数が長い処方（一般的には28日以上）を行うこと。

問4　かかりつけの医師※についてお伺いします。

※この調査における「かかりつけの医師」とは、なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

4-1　かかりつけの医師を決めているかをご回答ください。
（本日受診した医療機関に限りません）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 決めている
2 決めていないが、決めたいと思っている
3 決めていない、また、決める予定もない

4-2　4-1で「**1** 決めている」を選択した場合、本日受診した医師は、あなたのかかりつけの医師であるかどうかご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 かかりつけの医師である
2 かかりつけの医師ではない

4-3　4-1で「**2** 決めていないが、決めたいと思っている」を選択した場合、
本日受診した医師は、今後あなたのかかりつけの医師とするつもりがあるかどうかご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 今後、かかりつけの医師にするつもりである
2 今後、かかりつけの医師にするつもりでない
3 分からない

4-4　4-1で「**3** 決めていない、また、決める予定もない」を選択した場合、かかりつけの医師を決めていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

4-5　本日受診した医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えていますか。
また、これまでにかかりつけの医師に関する説明を受けたこと等についてご回答ください。
（それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	他の医療機関の受診状況を伝えている				
	1 はい	**2** いいえ			01
02	処方された薬の内容を伝えている				
	1 はい	**2** いいえ			02
03	お薬手帳を見せている				
	1 はい	**2** いいえ	**3** 持っていない		03
04	かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある				
	1 はい	**2** いいえ			04
05	かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある				
	1 はい	**2** いいえ			05
06	かかりつけ医機能に関する文書等を受け取ったことがある				
	1 はい	**2** いいえ			06

4-6　あなたにとっての「かかりつけの医師」に求める役割をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	どんな症状や病気でもまずは診療してくれる	01
02	これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれている	02
03	必要時に専門医等に紹介してくれる	03
04	夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる	04
05	夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる	05
06	体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる	06
07	栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる	07
08	喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる	08
09	健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行ってくれる	09
10	予防接種の実施状況の把握、予防接種の有効性・安全性に関する指導・相談への対応を行ってくれる	10
11	予防接種を推奨・実施してくれる	11
12	受診しているすべての医療機関や処方された薬を把握してくれる	12
13	入院や手術を行った医療機関と連携してくれる	13
14	調剤を行う薬局と連携してくれる	14
15	医療機関で薬を受け取ることができる	15
16	往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる	16
17	在宅医療において看取りを行ってくれる	17
18	自分らしい人生の終わり方の相談ができる	18
19	利用する訪問看護と連携してくれる	19
20	地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる	20
21	要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる	21
22	認知症に関する助言や指導を行ってくれる	22
23	行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる	23
24	医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる	24
25	診療に関する情報を患者に提供するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる	25
26	診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる	26
27	オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用してくれる	27
28	かかりつけ医機能に関する研修を修了した医師がいる	28
29	総合診療専門医がいる	29
30	病状が悪化して入院が必要になった場合に入院できる、または他の入院できる病院と連携している	30
31	退院や自宅復帰などに関する地域内の医療機関の取り決め（退院ルールや地域連携クリティカルパス）へ参加している	31
32	その他	32
33	特になし	33

4-7　かかりつけの医師から、どのような説明を期待するかご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	施設が有するかかりつけ医機能	01
02	病状	02
03	治療内容	03
04	起こりうる合併症	04
05	食事・運動等の生活指導	05
06	必要となる介護・福祉サービス	06
07	急変時の対応	07
08	その他	08
09	特に期待はしていない	09

問5　オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、ビデオ通話で行う診察をさします）についてお伺いします。（回答日時点）

5-1　あなたは、これまでにオンライン診療を受けたことがあるかをご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　受けたことがある→　5-2へ　　**2**　受けたことがない→　5-16へ

■5-2～5-15は、5-1で**「1 受けたことがある」を選択した場合**にご回答ください。

5-2　これまでにオンライン診療を受けた回数についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　1回、2回　　**3**　6回～9回　　**5**　わからない

2　3回～5回　　**4**　10回以上

5-3　直近のオンライン診療を受けた時期についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　令和７年９月30日以前　　**4**　令和８年４月１日以降６月30日以前

2　令和７年10月１日以降12月31日以前　　**5**　令和８年７月１日以降９月30日以前

3　令和８年１月１日以降３月31日以前　　**6**　わからない

5-4　直近のオンライン診療受診時の保険についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　保険診療として受けた

2　保険外診療（自由診療）として受けた

3　わからない

5-5　直近のオンライン診療を受けた医療機関の所在地をご回答ください。
(わからない場合は**空欄にしてください**)（医療機関が所在する都道府県を記載）

《回答欄》

5-6　＊直近のオンライン診療を受けた医療機関について、当てはまるものをご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　定期的に受診している医療機関
2　定期的にではないが、過去に受診したことがある医療機関
3　初めて受診した医療機関
4　その他

5-7　＊直近のオンライン診療で受診した場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　自宅（戸建て及び集合住宅）
2　オンライン診療受診施設※1
3　介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院）
4　通所介護を提供する施設
5　障害者施設
6　医療機関
7　医療MaaS拠点※2
8　その他

※1　病院・診療所等の医師とつないで、患者がオンライン診療を受ける場所として提供されている施設・スペースを指します。
※2　情報通信機材や医療機器を搭載した車両が地域を訪問し、オンライン診療などが受けられるサービスを行う場所を指します。

《 5-7で**「2 オンライン診療受診施設※1」を選択した場合**にご回答ください。》

5-8　＊オンライン診療を受診した施設の場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　公民館や自治体施設など地域の拠点となる施設に併設
2　薬局等に併設
3　商業施設に併設（**「2」**を除く）
4　駅またはバス停に併設
5　その他

※1　（再掲）病院・診療所等の医師とつないで、患者がオンライン診療を受ける場所として提供されている施設・スペースを指します。

5-9 ＊直近のオンライン診療において、オンライン診療がなければ最寄りの医療機関まで概ね１時間以上要したかご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 要した
2 要さなかった
3 わからない

《 5-9で**「1 要した」を選択した場合**にご回答ください。》

5-10 ＊オンライン診療を受けた医療機関のウェブサイトに提示しているオンライン診療に関する情報について確認したかご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 確認した
2 確認していない
3 確認しようとしたが掲示されていなかった

5-11 直近のオンライン診療を受診した理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	仕事や家庭の事情で通院する時間がないから	01
02	住まいが遠方だから	02
03	体の調子が悪くて外出が難しいから	03
04	通院の手助けを受けられないから	04
05	リラックスして受診できるから	05
06	医師からすすめられたから	06
07	対面診療より気軽に受診できるから	07
08	受診目的に対応できる医療機関が近くにないため	08
09	感染症対策のため	09
10	人に知られず受診したかったため	10
11	その他	11

5-12 ＊直近のオンライン診療を受診した目的について、当てはまるものをご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	風邪症状や感染症疑いのため	01
02	嘔気・嘔吐・腹痛のため	02
03	皮膚の症状があるため	03
04	精神科・心療内科疾患のため（疑いを含む）	04
05	糖尿病や肥満のため	05
06	高血圧や高脂血症のため	06
07	美容目的のため	07
08	診断書発行のため	08
09	痩身目的のため	09
10	緊急避妊薬処方を受けるため	10
11	月経に関する症状のため	11
12	睡眠障害のため	12
13	薄毛治療のため	13
14	禁煙治療のため	14
15	その他	15

5-13　オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをご回答ください。
（それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた(直接触って異常を見つけてもらうことができない等)

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　01

02 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　02

03 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　03

04 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　04

05 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　05

06 機器や診療システムの使い方が難しかった

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　06

07 診療以外に掛かる費用（システム利用料、通信費等）が高いと感じた

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　07

08 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせられた

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　08

09 対面診療と比べて待ち時間が減った

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　09

10 リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　10

11 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった

1 そう思う　**2** そう思わない　**3** どちらでもない　11

5-14　5-13「**07** 診療以外に掛かる費用（システム利用料、通信費等）が高いと感じた」で「**1** そう思う」を選択した場合、高いと感じた費用をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 システム利用料　**2** 通信費　**3** その他

5-15　オンライン診療を受けた際に感じたことについて、ご意見があればご記載ください。

《 5-1で**「2 受けたことがない」を選択した場合**にご回答ください。》

5-16　オンライン診療を受けたことがない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	対面診療の方が丁寧な診察が受けられると考えているから	01
02	対面診療の方が医師等の話が聞きやすいと考えているから	02
03	対面診療の方が病気に関する質問や相談がしやすいと考えているから	03
04	対面診療の方が病気のこと以外の相談や話がしやすいと考えているから	04
05	対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないから	05
06	対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じるから	06
07	オンライン診療の必要性を感じたことがないから	07
08	医師からオンライン診療を提案されたことがないから	08
09	医師からオンライン診療の適応にならないと言われているから	09
10	オンライン診療を提供している医療機関を知らないから	10
11	オンライン診療にかかる費用が高いから	11
12	機器や診療システムの使用が難しいから	12
13	オンライン診療の受け方が分からないから	13
14	通信機器を使った診療に不安を感じるから	14
15	その他	15
16	特に理由はない	16

《 5-16で**「07 オンライン診療の必要性を感じたことがないから」を選択した場合**にご回答ください。》

5-17　その理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	通院する時間は十分にあるから	01
02	通院先が近いから	02
03	その他	03

《 5-18は、すべての方がご回答ください。》

5-18　今後の受診について、現時点のお考えをご回答ください。
（それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

						《回答欄》
01	対面診療とオンライン診療どちらを希望するか					
1	対面診療	**2**	オンライン診療	**3**	どちらでもない	01
02	できるだけオンライン診療を受けたい					
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	02
03	対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい					
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	03
04	症状に応じて対面診療とオンライン診療を使い分けたい					
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	04

◆その他のご意見 その他、ご意見があれば下欄にご記入ください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、回答が済みましたら、

調査票をお渡しした担当者様へ本調査票をお渡しください。

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　入院・外来医療等の調査・評価分科会　令和８年度調査

入院・外来医療等における実態調査

かかりつけ医及びオンライン診察等に関する意識調査

（一般の方向け票）

令和8年に新規で設定した設問につきましては、設問文前に“＊”を付けております。

●このアンケートは、かかりつけの医師機能等についてのご意見をお伺いするものです。

●特に指定がある場合を除いて、回答日現在の状況についてお答えください。

問1　あなたについてお伺いします。（回答日時点）

1-1　性別をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1	男性	**2**	女性

1-2　年齢をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1	20歳代	**5**	60歳代
2	30歳代	**6**	70歳代
3	40歳代	**7**	80歳代以上
4	50歳代		

1-3　要介護認定についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1	非該当	**5**	要支援１	**9**	要介護３
2	未申請	**6**	要支援２	**10**	要介護４
3	申請中	**7**	要介護１	**11**	要介護５
4	不明	**8**	要介護２		

1-4　お住まいの都道府県をご回答ください。

1-5　持病の有無をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）　《回答欄》

1	あり	**2**	なし

1-6　3か月に1回以上の頻度で通院している医療機関数をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	1か所	**4**	4か所
2	2か所	**5**	5か所以上
3	3か所	**6**	3か月に1回以上の頻度で通院している医療機関はない

《 1-6で、**「1」～「5」（3か月に1回以上の頻度で通院している医療機関がある）を選択した場合**にご回答ください。》

1-7　定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うことをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	予約診療を行っていること	01	
02	休日に診療ができる体制が整備されていること	02	
03	休日夜間にも連絡が取れる体制が整備されていること	03	
04	複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること	04	
05	家族との連携によって治療管理が行われていること	05	
06	市区町村や保険者が行う健康づくりに関する取り組みに協力していること	06	
07	オンライン診療を活用していること	07	
08	リフィル処方箋※1に対応していること	08	
09	28日以上の長期処方に対応していること	09	
10	その他	10	
11	特に必要と思うことはない	11	

※1　リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大３回まで反復利用できる処方箋のこと。

問2　受診状況等についてお伺いします。

2-1　普段医療機関に定期的（b/c/dそれぞれの期間）に受診して診療を受けているご病気についてご回答ください。
（該当する病気すべてに〇）
また、該当するそれぞれのご病気に対して、**定期的（b/c/dそれぞれの期間）に**通院している医療機関の数をご回答ください。

受診している病名	a 該当する病気に〇	b 定期的(1～2か月の間に1回程度)通院	c 定期的(3か月～5か月の間に1回程度)通院	d 定期的(6か月以上の間に1回程度)通院
01 高血圧症		か所	か所	か所
02 脂質異常症		か所	か所	か所
03 糖尿病		か所	か所	か所
04 がん		か所	か所	か所
05 難病（国指定の難病）		か所	か所	か所
06 慢性頭痛		か所	か所	か所
07 脳血管疾患（脳梗塞後遺症などを含む）		か所	か所	か所
08 狭心症・心不全などの心疾患		か所	か所	か所
09 肺炎・気管支喘息		か所	か所	か所
10 慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）		か所	か所	か所
11 胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの消化器疾患		か所	か所	か所
12 便秘症		か所	か所	か所
13 慢性腎不全		か所	か所	か所
14 骨粗しょう症・骨折		か所	か所	か所
15 脊柱管狭窄症・腰痛症		か所	か所	か所
16 関節痛・リウマチ		か所	か所	か所
17 アレルギー性疾患・花粉症		か所	か所	か所
18 湿疹・皮膚炎（アトピー含む）		か所	か所	か所
19 白内障・緑内障		か所	か所	か所
20 睡眠障害（不眠症）		か所	か所	か所
21 認知症		か所	か所	か所
22 めまい		か所	か所	か所
23 耳鳴り		か所	か所	か所
24 中耳炎		か所	か所	か所
25 かぜ・感冒		か所	か所	か所
26 発達障害		か所	か所	か所
27 精神疾患		か所	か所	か所
28 血液透析		か所	か所	か所
29 腹膜透析		か所	か所	か所
30 慢性腎臓病（CKD）		か所	か所	か所
31 その他		か所	か所	か所

2-2　2-1で該当したご病気のうち、定期的に通院している医療機関の数が２か所以上のものが１つでもあった場合にご回答ください。（歯科は除く）（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 いずれかの医療機関について、紹介状をもらい受診している

2 いずれの医療機関についても、紹介状をもらわずに受診している

3 その他

※ 2-2は、同一のご病気に対して、2か所以上の診療所や病院を定期的に受診している場合（通院期間問わず）、紹介状の有無をご回答いただく設問です。

《 2-3は、2-1で**「a 該当する病気すべてに○」の「28 血液透析」、「29 腹膜透析」に○を回答した場合**にご回答ください。》

2-3　「血液透析・腹膜透析」で定期的に通院をされている方にお伺いします。
通院中の医療機関から受けている説明についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	通院中の医療機関から、災害発生時の対応について説明を受けている	01
02	透析には、血液透析の選択肢があるという説明を受けたことがある	02
03	透析には、腹膜透析の選択肢があるという説明を受けたことがある	03
04	透析が必要となった場合に、腎移植の選択肢があるという説明を受けたことがある	04
05	透析導入時、医療機関から説明は受けたが詳細については覚えていない	05

■問3は2-1で「a 該当する病気すべてに○」の「01 高血圧症」、「02 脂質異常症」、「03 糖尿病」のいずれか又は複数に○を回答した場合にご回答ください。

問3　「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」について定期的に通院をされている方にお伺いします。

3-1　令和８年６月以降に、「生活習慣病　療養計画書」の交付を受けましたか。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 はい　　**2** いいえ

■ 3-2～3-3は、3-1で**「1 はい」を選択した方**がご回答ください。

3-2　療養計画書の交付を受けたことによる変化についてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解が深まった	01
02 食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解が深まった	02
03 自らの検査結果に対する理解が深まった	03
04 自分に合った治療方針を決めることができた	04
05 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできた	05
06 治療上の副作用や心配な点について相談ができた	06
07 その他	07
08 特に変化はない	08

3-3　「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続けるうえで、必要と思うことについてご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）	《回答欄》
01 継続的に通院し治療を受ける必要性について理解すること	01
02 食事、運動、休養などの総合的な治療管理について理解すること	02
03 自らの検査結果を理解すること	03
04 自分に合った治療方針を決めることができること	04
05 医師と治療についてのコミュニケーションがスムーズにできること	05
06 治療上の副作用や心配な点について相談ができること	06
07 療養計画書により治療目標や治療内容について説明を受け、医師と共有すること	07
08 オンライン診療が受けられること	08
09 リフィル処方箋※1について相談できること	09
10 長期処方※2について相談できること	10
11 症状が安定している場合に受診頻度について相談できること	11
12 その他	12
13 特に必要だと思うことはない	13

※1　リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大３回まで反復利用できる処方箋のこと。

※2　長期処方とは、患者の症状が安定している場合に、処方日数が長い処方（一般的には28日以上）を行うこと。

問4　かかりつけの医師※についてお伺いします。

※この調査における「かかりつけの医師」とは、なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

4-1　かかりつけの医師を決めているかご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 決めている
2 決めていないが、決めたいと思っている
3 決めていない、また、決める予定もない

4-2　4-1で「**3** 決めていない、また、決める予定もない」を選択した場合、かかりつけの医師を決めていない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

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

4-3　3か月に1回以上通院している医療機関の有無をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 あり
2 なし

4-4　3か月に1回以上に通院している医療機関がある場合、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えているかご回答下さい。
また、これまでのかかりつけの医師に関する説明等についてご回答ください。
（それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	他の医療機関の受診状況を伝えている			
1	はい	**2**	いいえ	01
02	処方された薬の内容を伝えている			
1	はい	**2**	いいえ	02
03	お薬手帳を見せている			
1	はい	**2**	いいえ	**3** 持っていない 03
04	かかりつけ医機能に関する説明を受けたことがある			
1	はい	**2**	いいえ	04
05	かかりつけ医機能に関する院内掲示を見たことがある			
1	はい	**2**	いいえ	05
06	かかりつけ医機能に関する文書等を受け取ったことがある			
1	はい	**2**	いいえ	06

4-5　あなたにとっての「かかりつけの医師」に求める役割をご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

		《回答欄》
01	どんな症状や病気でもまずは診療してくれる	01
02	これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれている	02
03	必要時に専門医等に紹介してくれる	03
04	夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる	04
05	夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる	05
06	体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる	06
07	栄養、運動に関することなど生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる	07
08	喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる	08
09	健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行ってくれる	09
10	予防接種の実施状況の把握、予防接種の有効性・安全性に関する指導・相談への対応を行ってくれる	10
11	予防接種を推奨・実施してくれる	11
12	受診しているすべての医療機関や処方された薬を把握してくれる	12
13	入院や手術を行った医療機関と連携してくれる	13
14	調剤を行う薬局と連携してくれる	14
15	医療機関で薬を受け取ることができる	15
16	往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる	16
17	在宅医療において看取りを行ってくれる	17
18	自分らしい人生の終わり方の相談ができる	18
19	利用する訪問看護と連携してくれる	19
20	地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる	20
21	要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる	21
22	認知症に関する助言や指導を行ってくれる	22
23	行政への協力や学校医、産業医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる	23
24	医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる	24
25	診療に関する情報を患者に提供するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる	25
26	診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携するにあたって、ICT（情報通信機器）を活用してくれる	26
27	オンライン資格確認システムを用いて、薬剤情報や健診情報を診療に活用してくれる	27
28	かかりつけ医機能に関する研修を修了した医師がいる	28
29	総合診療専門医がいる	29
30	病状が悪化して入院が必要になった場合に入院できる、または他の入院できる病院と連携している	30
31	退院や自宅復帰などに関する地域内の医療機関の取り決め（退院ルールや地域連携クリティカルパス）へ参加している	31
32	その他	32
33	特になし	33

4-6　かかりつけの医師から、どのような説明を期待するかご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	施設が有するかかりつけ医機能	01
02	病状	02
03	治療内容	03
04	起こりうる合併症	04
05	食事・運動等の生活指導	05
06	必要となる介護・福祉サービス	06
07	急変時の対応	07
08	その他	08
09	特に期待はしていない	09

問5　オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、ビデオ通話で行う診察をさします）についてお伺いします。（回答日時点）

5-1　あなたは、これまでにオンライン診療を受けたことがあるかをご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　受けたことがある→　5-2へ　　**2**　受けたことがない→　5-16へ

■5-2～5-15は、5-1で**「1 受けたことがある」を選択した場合**にご回答ください。

5-2　これまでにオンライン診療を受けた回数についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　1回、2回　　**3**　6回～9回　　**5**　わからない
2　3回～5回　　**4**　10回以上

5-3　直近のオンライン診療を受けた時期についてご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　令和７年９月30日以前　　**4**　令和８年４月１日以降６月30日以前
2　令和７年10月１日以降12月31日以前　　**5**　令和８年７月１日以降９月30日以前
3　令和８年１月１日以降３月31日以前　　**6**　わからない

5-4　直近のオンライン診療受診時の保険についてご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　保険診療として受けた
2　保険外診療（自由診療）として受けた
3　わからない

5-5　直近のオンライン診療を受けた医療機関の所在地をご回答ください。
(わからない場合は**空欄にしてください**)（医療機関が所在する都道府県を記載）

5-6　＊直近のオンライン診療を受けた医療機関について、当てはまるものをご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1　定期的に受診している医療機関
2　定期的にではないが、過去に受診したことがある医療機関
3　初めて受診した医療機関
4　その他

5-7 ＊直近のオンライン診療で受診した場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 自宅（戸建て及び集合住宅）

2 オンライン診療受診施設※1

3 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院）

4 通所介護を提供する施設

5 障害者施設

6 医療機関

7 医療MaaS拠点※2

8 その他

※1　病院・診療所等の医師とつないで、患者がオンライン診療を受ける場所として提供されている施設・スペースを指します。

※2　情報通信機材や医療機器を搭載した車両が地域を訪問し、オンライン診療などが受けられるサービスを行う場所を指します。

《 5-7で**「2 オンライン診療受診施設※1」を選択した場合**にご回答ください。》

5-8 ＊オンライン診療を受診した施設の場所をご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 公民館や自治体施設など地域の拠点となる施設に併設

2 薬局等に併設

3 商業施設に併設（**「2」**を除く）

4 駅またはバス停に併設

5 その他

※1　（再掲）病院・診療所等の医師とつないで、患者がオンライン診療を受ける場所として提供されている施設・スペースを指します。

5-9 ＊直近のオンライン診療において、オンライン診療がなければ最寄りの医療機関まで概ね１時間以上要したかご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 要した

2 要さなかった

3 わからない

《 5-9で**「1 要した」を選択した場合**にご回答ください。》

5-10 ＊オンライン診療を受けた医療機関のウェブサイトに提示しているオンライン診療に関する情報について確認したかご回答ください。（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1 確認した

2 確認していない

3 確認しようとしたが掲示されていなかった

5-11 直近のオンライン診療を受診した理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	仕事や家庭の事情で通院する時間がないから	01
02	住まいが遠方だから	02
03	体の調子が悪くて外出が難しいから	03
04	通院の手助けを受けられないから	04
05	リラックスして受診できるから	05
06	医師からすすめられたから	06
07	対面診療より気軽に受診できるから	07
08	受診目的に対応できる医療機関が近くにないため	08
09	感染症対策のため	09
10	人に知られず受診したかったため	10
11	その他	11

5-12 ＊直近のオンライン診療を受診した目的について、当てはまるものをご回答ください。
（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	風邪症状や感染症疑いのため	01
02	嘔気・嘔吐・腹痛のため	02
03	皮膚の症状があるため	03
04	精神科・心療内科疾患のため（疑いを含む）	04
05	糖尿病や肥満のため	05
06	高血圧や高脂血症のため	06
07	美容目的のため	07
08	診断書発行のため	08
09	痩身目的のため	09
10	緊急避妊薬処方を受けるため	10
11	月経に関する症状のため	11
12	睡眠障害のため	12
13	薄毛治療のため	13
14	禁煙治療のため	14
15	その他	15

5-13 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをご回答ください。
（それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01	対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた(直接触って異常を見つけてもらうことができない等)				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	01
02	対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	02
03	対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	03
04	対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	04
05	映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	05
06	機器や診療システムの使い方が難しかった				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	06
07	診療以外に掛かる費用（システム利用料、通信費等）が高いと感じた				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	07
08	対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせられた				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	08
09	対面診療と比べて待ち時間が減った				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	09
10	リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	10
11	様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった				
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	11

5-14　5-13「**07** 診療以外に掛かる費用（システム利用料、通信費等）が高いと感じた」で「**1** そう思う」を選択した場合、高いと感じた費用をご回答ください。
（該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

1	システム利用料	**2**	通信費	**3**	その他	

5-15　オンライン診療を受けた際に感じたことについて、ご意見があればご記載ください。

《 5-1で**「2 受けたことがない」を選択した場合**にご回答ください。》

5-16　オンライン診療を受けたことがない理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	対面診療の方が丁寧な診察が受けられると考えているから	01
02	対面診療の方が医師等の話が聞きやすいと考えているから	02
03	対面診療の方が病気に関する質問や相談がしやすいと考えているから	03
04	対面診療の方が病気のこと以外の相談や話がしやすいと考えているから	04
05	対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないから	05
06	対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じるから	06
07	オンライン診療の必要性を感じたことがないから	07
08	医師からオンライン診療を提案されたことがないから	08
09	医師からオンライン診療の適応にならないと言われているから	09
10	オンライン診療を提供している医療機関を知らないから	10
11	オンライン診療にかかる費用が高いから	11
12	機器や診療システムの使用が難しいから	12
13	オンライン診療の受け方が分からないから	13
14	通信機器を使った診療に不安を感じるから	14
15	その他	15
16	特に理由はない	16

《 5-16で**「07 オンライン診療の必要性を感じたことがないから」を選択した場合**にご回答ください。》

5-17　その理由をご回答ください。（該当する番号すべて、右欄に○）

《回答欄》

01	通院する時間は十分にあるから	01
02	通院先が近いから	02
03	その他	03

《 5-18は、すべての方がご回答ください。》

5-18　今後の受診について、現時点のお考えをご回答ください。
（それぞれ該当する番号１つを右欄に記載）

《回答欄》

01 対面診療とオンライン診療どちらを希望するか						
1	対面診療	**2**	オンライン診療	**3**	どちらでもない	01
02 できるだけオンライン診療を受けたい						
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	02
03 対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい						
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	03
04 症状に応じて対面診療とオンライン診療を使い分けたい						
1	そう思う	**2**	そう思わない	**3**	どちらでもない	04