

# 地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票（案）

【計画管理病院】

●特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。  
●数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 (       ) 月 (       ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■地域連携診療計画管理料の算定状況等についてお伺いします。

問 1 貴院における地域連携診療計画管理料に係る施設基準の届出時期をご記入ください。	
施設基準の届出年月日	平成 (       ) 年 (       ) 月

問 2 地域連携クリティカルパスとして、具体的な入院期間を設定していますか。	
(1) 設定状況 (○は1つ)	01 連携先の医療機関を転院するまでの総入院期間を設定している 02 計画管理病院である貴院での入院期間のみを設定している 03 設定していない
(2) 【(1) で「01 総入院期間を設定」している場合のみ】設定期間	概ね (       ) 日
(3) 【(1) で「02 貴院での入院期間のみを設定」している場合のみ】設定期間	概ね (       ) 日

問 3 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の退院基準を作成していますか。	
退院基準	01 ある      02 ない (現在作成中)      03 ない (作成予定なし)

**【03～05 については医師のご記入をお願いします】**

問 4 貴院における**地域連携診療計画管理料の算定患者数**等についてご回答ください。

	平成 17 年度		平成 18 年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数		人		人
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
03 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院できた患者数				人
04 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関を退院できた患者数				人
05 [再掲] 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人

問 5 貴院における**大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数**についてご記入ください。

	平成 17 年度		平成 18 年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）		日		日
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）				日

問 6 地域連携クリティカルパスについて、**貴院制定の統一書式**がありますか。

(1) 医療者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(2) 患者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(3) 【(2) で「01 ある」場合のみ】患者用パスを患者にいつ説明をしていますか。（○は1つ）				
01 入院時	02 手術前	03 手術後	04 退院時	05 その他

**【医師のご記入をお願いします】**

問 7 入院期間が大きく延びた患者（**バリエンス**）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。

【自由回答】

**■地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。**

問 8 （対象疾患を問わず）**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問 9 大腿骨頸部骨折の**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問 10 現在運用中の**地域連携パスの対象疾患**について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つずつご記入ください。

--

■連携医療機関との状況等についてお伺いします。

問 11 地域連携診療計画管理料の算定にあたり <b>連携している保険医療機関数</b> をご記入ください。		
01 病院		施設
02 [再掲] 亜急性期病床を有する病院		施設
03 [再掲] 回復期リハビリテーション病棟を有する病院		施設
04 [再掲] 療養病床を有する病院		施設
05 一般診療所		施設

問 12 地域連携診療計画に係る情報交換のための <b>連携医療機関との会合の状況</b> をご記入ください。		
01 平成 18 年度における連携医療機関との会合の開催回数		回
02 [再掲] 開催回数の最も多い医療機関との会合の開催回数		回

<b>【医師のご記入をお願いします】</b>		
問 13 <b>連携医療機関との課題</b> について、それぞれ該当する選択肢番号 1 つに○をお付け下さい。		
(1) 転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(2) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(3) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい

問 14 地域連携パスの運用にあたり、診療情報の共有化のために <b>ITシステム</b> を導入していますか。				
(1) 導入状況 (○は 1 つ)	01 運用中	02 構築中	03 検討中	04 計画なし
(2) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】運用開始時期	平成 ( ) 年 ( ) 月			
(3) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】ITシステムの概要についてご記入ください。				
【自由回答】				

■地域連携診療計画管理料に係る今後の方針についてお伺いします

問 15 貴院の地域連携診療計画管理料に係る**今後の方針**について該当する選択肢1つをお選びください。

(1) 地域連携診療計画管理料の算定患者数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

(2) 連携する保険医療機関数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

(3) 【(2)で「01 増やしたい」場合のみ】  
今後連携先として増やしたい保険医療機関はどちらですか。(該当するもの全てに○)

01 亜急性期病床を有する病院
02 回復期リハビリテーション病棟を有する病院
03 療養病床を有する病院
04 01～03 以外の病院
05 一般診療所

■最後に、貴院の概要についてお伺いします。

問 16 貴院の**開設者**について該当する選択肢番号1つに○をお付けください。

01 国 (厚生労働省,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福祉機構,その他)
02 公的医療機関 (都道府県,市町村,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)
03 社会保険関係団体 (全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合)
04 医療法人・個人・その他 (公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人)

問 17 貴院の**許可病床数**について病床種類別にご記入ください。

病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 18 貴院の**病院種別**についてご記入ください。(該当するもの全てに○)

01 特定機能病院	02 地域医療支援病院	03 がん診療連携拠点病院	04 臨床研修指定病院
-----------	-------------	---------------	-------------

問 19 貴院の**DPCへの対応**について、あてはまるものをお選びください。

01 DPC 対応病院	02 DPC 準備病院	03 対応していない
-------------	-------------	------------

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

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

# 地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票（案）

## 【連携医療機関】

●特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。  
●数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 (       ) 月 (       ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■地域連携診療計画退院時指導料の算定状況等についてお伺いします。

問 1 地域連携クリティカルパスとして、具体的な総入院期間（急性期～回復期）を設定していますか。		
(1) 設定状況（○は1つ）	01 設定している	02 設定していない
(2) 【(1) で「01 設定している」場合のみ】設定期間	概ね (       ) 日	

問 2 貴院における地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数等についてご回答ください。			
		平成 17 年度	平成 18 年度
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数		人	人
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数			人
03 [再掲] 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数			人
04 [再掲] 退院先が自宅・在宅であった者			人
05 [再掲] 転院先が一般病床であった者			人
06 [再掲] 転院先が療養病床であった者			人
07 [再掲] 転院先が老人保健施設であった者			人
08 [再掲] 転院先が特別養護老人ホームであった者			人
09 [再掲] その他			人

問3 貴院における <b>大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数</b> についてご記入ください。			
	平成17年度		平成18年度
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>		日

問4 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の <b>退院基準</b> を作成していますか。			
退院基準	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問5 貴院では、退院時の <b>患者への説明資料</b> として貴院制定の書式がありますか。			
患者への説明資料	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問6 計画管理病院への <b>地域連携パスのフィードバック</b> をどのようにしていますか。（該当する全てに○）					
01 手交	02 郵送	03 FAX	04 インターネット	05 その他	

<b>【医師のご記入をお願いします】</b>	
問7 入院期間が大きく延びた患者（ <b>バリエンス</b> ）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。	
【自由回答】	

■**地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。**

問8 （対象疾患を問わず） <b>地域連携パスの運用を開始した時期</b> をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問9 大腿骨頸部骨折の <b>地域連携パスの運用を開始した時期</b> をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問10 現在運用中の <b>地域連携パスの対象疾患</b> について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つつご記入ください。									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

問11 地域連携診療計画に係る情報交換のための <b>計画管理病院との会合の状況</b> をご記入ください。	
平成18年度における計画管理病院との会合の開催回数	<input type="text"/> 回

<b>【医師のご記入をお願いします】</b>		
問12 <b>地域連携パスの運用上の課題</b> について、それぞれ該当する選択肢番号1つに○をお付け下さい。		
(1) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(2) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい

■地域連携診療計画退院時指導料に係る貴院の今後の方針についてお伺いします

問 13 地域連携診療計画退院時指導料に係る <b>今後の方針</b> について該当する選択肢1つをお選びください。		
(1) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
(2) 連携する保険医療機関（計画管理病院）数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい

■最後に、貴院の概要についてお伺いします。

問 14 貴院の <b>開設者</b> について該当する選択肢番号1つに○をお付けください。	
01 国（厚生労働省,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福祉機構,その他）	
02 公的医療機関（都道府県,市町村,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）	
03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）	
04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）	

問 15 貴院の <b>許可病床数</b> について病床種類別にご記入ください。		
病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 16 貴院の <b>病院種別</b> についてご記入ください。（該当するもの全てに○）			
01 特定機能病院	02 地域医療支援病院	03 がん診療連携拠点病院	04 臨床研修指定病院

問 17 貴院の <b>DPCへの対応</b> について、あてはまるものをお選びください。		
01 DPC 対応病院	02 DPC 準備病院	03 対応していない

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、〇月〇日（〇）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

# 紹介率要件の廃止に伴う保険医療機関への影響調査

## 調査票（案）

- 特に指示がある場合を除いて、**平成19年〇月1日**現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 (        ) 月 (        ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

問 1 貴院の**開設者**として該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

- 01 国（厚生労働省,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福祉機構,その他）
- 02 公的医療機関（都道府県,市町村,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）
- 03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）
- 04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）

問 2 貴院の**標榜診療科目**として該当する選択肢**すべての**番号に○をお付け下さい。

- |              |            |               |
|--------------|------------|---------------|
| 01 内科        | 13 整形外科    | 25 気管食道科      |
| 02 呼吸器科      | 14 形成外科    | 26 皮膚科        |
| 03 消化器科（胃腸科） | 15 美容外科    | 27 泌尿器科       |
| 04 循環器科      | 16 脳神経外科   | 28 性病科        |
| 05 小児科       | 17 呼吸器外科   | 29 こう門科       |
| 06 精神科       | 18 心臓血管外科  | 30 リハビリテーション科 |
| 07 神経科       | 19 小児外科    | 31 放射線科       |
| 08 神経内科      | 20 産婦人科    | 32 麻酔科        |
| 09 心療内科      | 21 産科      | 33 歯科         |
| 10 アレルギー科    | 22 婦人科     | 34 矯正歯科       |
| 11 リウマチ科     | 23 眼科      | 35 小児歯科       |
| 12 外科        | 24 耳鼻いんこう科 | 36 歯科口腔外科     |



**問3 貴院の許可病床数と病床利用率、平均在院日数をご記入下さい。**

(1) 使用許可病床数 (注1)	( ) 床	<うち一般病床 ( ) 床>
(2) 病床利用率 (一般病床) (注2)	( ) %	<平成18年度>
(3) 平均在院日数 (一般病床) (注3)	( ) 日	<平成18年度>

(注1) 医療法第7条の規定により許可を受けている病床数。

(注2) 右式で算出：
$$\frac{\text{月間在院患者延数の2006年1月～12月の合計}}{\text{(月間日数×月末病床数)の2006年1月～12月の合計}} \times 100$$

(注3) 右式で算出：
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

一般病床は、回復期リハ病棟および亜急性期病棟を除いて算出（診療報酬上の算出法と同様）。

**問4 貴院は地域医療支援病院あるいは特定機能病院の承認を受けておられますか。それぞれ、該当する選択肢番号に○をお付け下さい。承認を受けておられる場合は、それを得た時期をご記入下さい。**

(1) 地域医療支援病院	01 承認あり	02 承認なし
	時期：平成 ( ) 年 ( ) 月	
(2) 特定機能病院	01 承認あり	02 承認なし
	時期：平成 ( ) 年 ( ) 月	

**問5 貴院の平成17年度における紹介率を要件とした各種加算の算定状況の有無について、各項目別に該当する選択肢番号に○をお付け下さい。**

(1) 紹介患者加算1～6	01 有	02 無
(2) 紹介外来加算	01 有	02 無
(3) 紹介外来特別加算	01 有	02 無
(4) 急性期入院加算	01 有	02 無
(5) 急性期特定入院加算	01 有	02 無
(6) 地域医療支援病院入院診療加算2	01 有	02 無

**■紹介率要件の廃止に伴う貴院への影響についてお伺いします。**

**問6 貴院の紹介患者の数及び救急用自動車によって搬入された患者の数を、平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。**

	平成17年度		平成18年度	
(1) 紹介患者の数		人		人
(2) 救急用自動車によって搬入された患者の数		人		人

問7 貴院の <b>紹介率</b> （小数点以下1桁まで）を、平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。				
紹介率（注4）	平成17年度		平成18年度	
	.	%	.	%
（注4）紹介率は、地域医療支援病院あるいは特定機能病院の承認状況に応じて下記の算出式により求める値。 なお、 <b>地域医療支援病院・特定機能病院のいずれでもない病院は、地域医療支援病院の場合の算出式</b> により求めてください。				
○地域医療支援病院の場合 紹介率は以下の式により算定。 紹介率： $\frac{\text{紹介患者の数} + \text{救急患者の数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$ 初診患者の数：「初診患者数」から「休日・夜間救急外来患者数のうち紹介状を持参しなかった者の数」を引いた値 紹介患者の数：紹介状持参者数 救急患者の数：紹介状を持参しなかった救急入院患者数		○特定機能病院の場合 紹介率は以下の式により算定。 紹介率： $(A+B+C) \div (B+D) \times 100$ この式において、A及びB、C、Dはそれぞれ次の値を表す。 A 紹介患者の数 B 他の病院又は診療所に紹介した患者の数 C 救急用自動車によって搬入された患者の数 D 初診の患者の数		

問8 貴院の紹介元医療機関について、 <b>総施設数</b> とその <b>内訳</b> をそれぞれ平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。施設数は、延べ数ではなく、同一施設から複数件の紹介があっても「1」と数えて下さい。また、総施設数と内訳の合計は一致するようご注意ください。				
(1) 紹介元の医療機関数	平成17年度		平成18年度	
			か所	
(2) 地域医療支援病院		か所		か所
(3) 地域医療支援病院以外の病院		か所		か所
(4) 病院		か所		か所
(5) 一般診療所		か所		か所

問9 貴院において <b>紹介患者の受け入れ</b> や <b>他院への患者紹介</b> を担当されている専従者（医師・看護師・医療社会事業従事者など）の人数は、平成18年度以降、平成17年度と比較して変化がございましたか。その増減について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。		
01 増加	02 減少	03 変化無し

問10 貴院では、平成18年度からの紹介率要件の廃止に伴い、今後、 <b>紹介患者の数</b> や <b>他院へ紹介する患者の数</b> についてどのような意向をお持ちですか。患者の受け入れと紹介について、個別に以下の選択肢の該当する番号に○をお付け下さい。			
(1) 紹介患者の数	01 増やしていく	02 これまでどおりを維持する	03 減らしていく
(2) 他院へ紹介する患者の数	01 増やしていく	02 これまでどおりを維持する	03 減らしていく

問 11 貴院における入院時医学管理加算など下記の各種加算項目について、その算定件数を平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
(1) 入院時医学管理加算		件		件
(2) 地域医療支援病院入院診療加算		件		件
(3) 救急医療管理加算		件		件
(4) 救命救急入院料（7 日以内の期間）		件		件
(5) 救命救急入院料（8 日以上 14 日以内の期間）		件		件
(6) 特定集中治療室管理料（7 日以内の期間）		件		件
(7) 特定集中治療室管理料（8 日以上 14 日以内の期間）		件		件

問 12 貴院における年間延べ在院患者数及び年間延べ外来患者数を、平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
(1) 年間延べ在院患者数		人		人
(2) 年間延べ外来患者数		人		人

問 13 貴院における患者の逆紹介率（小数点以下 1 桁まで）を、平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
逆紹介率（注 5）	.	%	.	%
（注 5）逆紹介率：（逆紹介患者の数* / 初診患者の数）× 100 *逆紹介患者の数とは、他の病院又は診療所に紹介した者で、診療情報提供料を算定したものの前年度の数				

問 14 貴院の入院診療収益と外来診療収益の比率（= 外来診療収益 / 入院診療収益）（小数点以下 1 桁まで）を平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
入院診療収益と外来診療収益の比率	.	%	.	%

■最後に、紹介率要件の廃止に関してご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、月 日( )までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。