

<p>⑥貴施設では、<u>外来夜間透析（夜間人工腎臓加算対象）</u>を行っていますか。</p> <p>※1つだけ選択。廃止・休止の場合は具体的にその時期を記入してください。</p>	<p>1. 行っているが、最近、縮小した →⑥-1 縮小した内容として、<u>あてはまるものすべてに○をつけてください。</u></p> <p>1. 受入れ患者数の縮小 2. 透析診療時間の短縮 3. 診療曜日の削減 4. その他（具体的に _____）</p> <p>→⑥-2 縮小時期：<u>平成（ ）年（ ）月</u></p> <p>2. 以前は行っていたが、最近、廃止した →⑥-3 廃止時期：<u>平成（ ）年（ ）月</u></p> <p>3. 行っている（変化はない） 4. 以前から行っていない</p>		
<p>⑦<縮小・廃止した施設> 外来夜間透析を縮小・廃止した最も大きな理由は何ですか。</p> <p>※1つだけ選択。</p>	<p>1. 透析医（透析を専門に担当する医師）がいない 2. 看護師が確保できない 3. 臨床工学士が確保できない 4. 採算が取れない 5. 夜間透析を希望する患者がいない 6. その他（具体的に _____）</p>		
<p>⑧<全施設> 夜間透析外来についての今後の意向はいかがですか。</p> <p>※1つだけ選択。</p>	<p>1. 今後は毎日行いたいと考えている 2. 今後は曜日を決めて行いたいと考えている 3. 現状のままで良いと考えている 4. 今後は廃止する予定である 5. その他（具体的に _____）</p>		
<p>⑨外来夜間透析時の患者1人に要する平均透析時間（平成18年1月時点と平成19年6月時点）</p>			
<p>1)平成18年1月時点</p>	<p>約（ ）分</p>	<p>2)平成19年6月時点</p>	<p>約（ ）分</p>
<p>⑩外来夜間透析時の患者1人に要する平均準備時間（片付け時間を含む）</p>		<p>約（ ）分</p>	

3. エリスロポエチン製剤使用の状況についてお伺いします。

<p>①平成18年3月以前と比較して、貴施設では、患者1人当たりのエリスロポエチン製剤の使用量は、概して、どのように変化しましたか。</p> <p>※1つだけ選択。</p>	<p>1. 増加した 2. 変わらない 3. 減少した 4. その他（具体的に _____）</p>
<p>②<①で「減少した」と回答した施設の方> 患者1人当たりのエリスロポエチン製剤の使用量が減ったのはなぜですか。 ※あてはまるものすべて。</p>	<p>1. 貧血管理の目標値を下げた（例：Hb値10g/dL以下とした） 2. 検査データを見ながらきめ細かく貧血管理を行うようになった 3. 鉄剤の使用を増やした 4. その他（具体的に _____）</p>
<p>③平成18年3月以前と比較して、患者の貧血状況に変化はみられますか。※1つだけ選択。</p>	<p>1. 貧血患者が増加した 2. 変わらない 3. 貧血患者が減少した 4. その他（具体的に _____）</p>

4. 平成17年、平成18年、平成19年における4月、5月、6月の外来透析患者数、夜間加算算定患者数等について記入してください。

		①外来透析患者数(人工腎臓算定対象患者数)	②①のうち夜間加算算定の患者数
平成17年	4月	人	人
	5月	人	人
	6月	人	人
平成18年	4月	人	人
	5月	人	人
	6月	人	人
平成19年	4月	人	人
	5月	人	人
	6月	人	人

5. 透析医療に係る診療報酬について、ご意見等があれば、お書きください。

以上で様式1のアンケートは終わりです。続いて、様式2のアンケートのご回答をお願いします。