

③外来透析を担当する医師は主に誰ですか。※最も近いもの1つだけ選択。

1. 透析医が必ず担当する
2. 基本的に透析医が担当するが、他科と併任している医師（内科など）が担当する場合がある
3. 他科と併任している医師が担当する
→併任の診療科名（具体的に _____）
4. その他（具体的に _____）

④外来透析に携わるスタッフ数（主として外来透析を担当する者）の実人数と透析ベッド数についてご記入ください。

*本調査で、「透析専門医」とは、（社）日本透析医学会の認定する専門医を指します。

	平成 17 年 6 月	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
1) 常勤医師数	人	人	人
2) (うち) 透析専門医*	人	人	人
3) 非常勤医師数	人	人	人
4) 常勤看護師数	人	人	人
5) 非常勤看護師数	人	人	人
6) 常勤臨床工学技士	人	人	人
7) 非常勤臨床工学技士	人	人	人
8) 透析ベッド数	床	床	床

⑤貴施設では、外来夜間透析（夜間人工腎臓加算対象）を行っていますか。

※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。

1. 行っているが、最近、縮小した
→⑤-1) 縮小した内容として、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 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 _____） |
|--|

→⑤-2) 縮小時期：平成（ ）年（ ）月

2. 以前は行っていたが、最近、廃止した
→⑤-3) 廃止時期：平成（ ）年（ ）月

3. 以前と変わらずに曜日を決めて行っている →質問⑥へ
4. 以前と変わらずに毎日行っている →質問⑥へ
5. 以前から行っていない →質問⑥へ

⑤-4) 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。※1つだけ選択。

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. 臨床工学技士が確保できない
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 _____）

⑥外来夜間透析についての今後の意向はいかがですか。※1つだけ選択。

1. 現状のままで良いと考えている
2. 今後は拡大していきたいと考えている
3. 今後は縮小していきたいと考えている
4. 今後は廃止する予定である
5. その他（具体的に _____）

⑦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）

1)平成18年1月時点 約（ _____ ）分 2)平成19年6月時点 約（ _____ ）分

⑧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）

約（ _____ ）分

3. エリスロポエチン製剤使用の状況（平成19年6月現在）についてお伺いします。

①平成18年3月以前と比較して、貴施設では、患者1人あたりのエリスロポエチン製剤の平均使用量（処方量）は、概して、どのように変化しましたか。※1つだけ選択。

1. 増加した
2. 変わらない
3. 減少した
4. その他（具体的に _____）

①-1) 患者1人あたりのエリスロポエチン製剤の平均使用量（処方量）が減ったのはなぜですか。
※あてはまるものすべて。

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 _____）

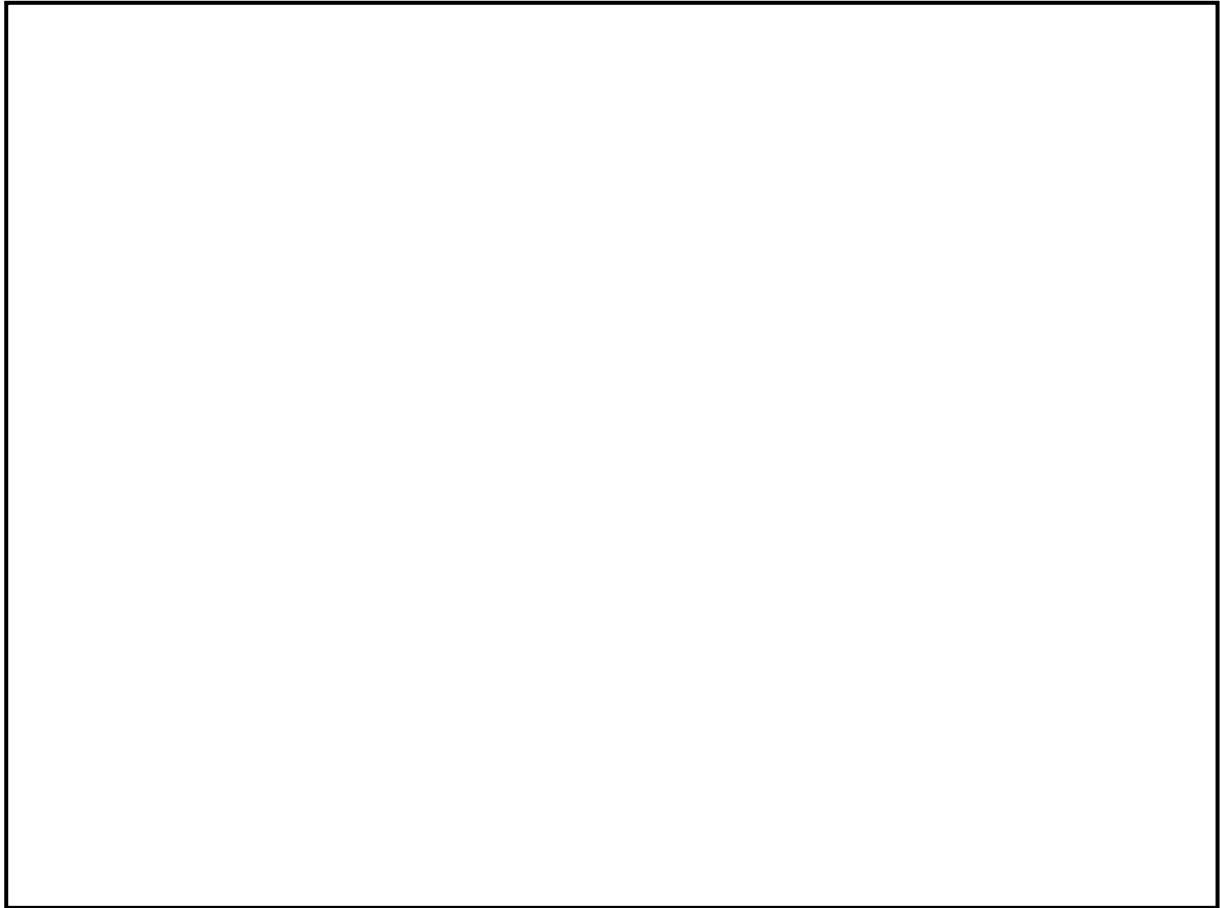
②平成18年3月以前と比較して、患者の貧血状況に変化はみられますか。※1つだけ選択。

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 _____）

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について記入してください。

	平成17年			平成18年			平成19年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月	4月	5月	6月
①外来透析患者数（人）									
②①のうち夜間加算を算定した患者数（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。

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省保険局医療課委託事業）

透析医療に係る改定の影響調査 調査票

※平成19年7月25日（水）または7月26日（木）の1日（調査時点）に外来透析を実施した患者1人1人について、平成18年1月と平成19年7月時点の①Hb（ヘモグロビン）値（g/dL）、②Ht（ヘマトクリット）値（%）、③エリスロポエチン製剤の1週間あたり処方量（IU）を記入してください。

※本調査は調査時点の外来透析患者全員を対象にしておりますが、平成18年1月時点は貴施設の外来患者でなかった患者の場合は、本調査の対象外ですので、記入は不要です。

※調査対象患者が多い場合は、大変恐縮でございますが、最大30人分まで（例：調査時点の午前中のみ患者を対象）、記入してください。

※エリスロポエチン製剤処方量がない場合は、「0」と記入してください。

患者 通し 番号	平成18年1月時点			平成19年7月時点		
	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1週間あたりの エリスロポエチン 処方量 【IU】	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1週間あたりの エリスロポエチン 処方量 【IU】
(例)	11.5	36.4	6,000	12.0	36.8	3,000
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

以上で様式2のアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。