

問3 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）			日

問4 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）

問5 貴院では、退院時の患者への説明資料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 計画管理病院への地域連携パスのフィードバック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

【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（バリアンス）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つつご記入ください。									

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

【医師のご記入をお願いします】		
問12 地域連携パスの運用上の課題について、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 15 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 16 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 17 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、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：
$$\frac{\text{月間在院患者延数の2006年1月～12月の合計}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の2006年1月～12月の合計}} \times 100$$

(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。				
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、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、総施設数とその内訳をそれぞれ平成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 貴院において紹介患者の受け入れや他院への患者紹介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、紹介患者の数や他院へ紹介する患者の数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	
		件		件
(1) 入院時医学管理加算				
(2) 地域医療支援病院入院診療加算				
(3) 救急医療管理加算				
(4) 救命救急入院料 (7 日以内の期間)				
(5) 救命救急入院料 (8 日以上 14 日以内の期間)				
(6) 特定集中治療室管理料 (7 日以内の期間)				
(7) 特定集中治療室管理料 (8 日以上 14 日以内の期間)				

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	
		人		人
(1) 年間延べ在院患者数				
(2) 年間延べ外来患者数				

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。

逆紹介率 (注 5)	平成 17 年度		平成 18 年度	
		%		%
	.		.	

(注 5) 逆紹介率 : $(\text{逆紹介患者の数} * / \text{初診患者の数}) \times 100$
 * 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。

入院診療収益と外来診療収益の比率	平成 17 年度		平成 18 年度	
		%		%
	.		.	

■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。

厚生労働省委託事業「平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査」
医療安全対策加算についてのアンケート調査票（案）

※病院名、所在地、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。ご記入頂いたお名前、電話番号は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

病院名：
所在地：
電話番号：
記入者：（部署・役職） （氏名）

※本調査票は、施設の管理者の方と医療安全管理者の方とでご相談の上、ご記入ください。回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。
調査時点は平成19年6月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①施設の種類	1. 病院		2. 診療所				
②開設者	1. 国立		2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体		
	5. 医療法人		6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人		
③病院の種別 （複数回答可）	1. 特定機能病院		2. 地域医療支援病院				
	3. がん診療連携拠点病院		4. その他（具体的に）				
④救急医療体制	1. 二次（告示あり・告示なし）		2. 三次（告示あり・告示なし）				
⑤DPC対応	1. DPC対象病院		2. DPC準備病院				
⑥第三者評価の認定	1. 病院機能評価→Ver.()		2. ISO9001 認証				
	3. その他（具体的に）						
⑦許可病床数 （医療法）	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計	
	床	床	床	床	床	床	
⑧職員数 （常勤換算）	医師・ 歯科医師	看護師・ 保健師・ 助産師	准看護師	薬剤師	技師	事務職員 他（看護 補助者を 含む）	計
	人	人	人	人	人	人	
⑨病院全体の平均在院日数（直近3か月）	() 日		※小数点以下第1位まで				
⑩1日平均入院患者数（平成18年1年間）	() 人		※小数点以下切上げ				
⑪入院基本料区分							
1) 一般病棟入院基本料 （特定機能病院、専門病院を含む）	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1				
	4. 15対1	5. 特別入院基本料					
2) 障害者施設等入院基本料	1. 10対1	2. 13対1	3. 15対1				
3) 療養病棟入院基本料	1. 8割未満	2. 8割以上	3. 入院E				
	4. 移行	5. 特別入院基本料					
4) 精神病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1				
	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料			
5) 結核病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1				
	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料			
⑫医療安全対策加算の算定回数（平成19年6月分）	約 () 回						
⑬専従医療安全管理者に係る人件費（福利厚生含む）（平成19年6月分）	約 () 万円						

2. 医療安全管理体制の状況についてお伺いします。

①「医療安全対策加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
②専従の医療安全管理者を配置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
③現在の「医療安全管理者(専従)」の人数(実人員)	()人		
④上記③の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。 その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師 ()人	医師 ()人	
	その他 ()人	→(職種)	
⑤「医療安全管理室」等、医療安全管理を行う部門の配置人数を記入してください(医療安全管理者を 含む)。(実人員)	専従	兼任	
	看護師	人	人
	医師	人	人
	薬剤師	人	人
	その他 ()	人	人
⑥医療安全のための院内研修は、加算届出前後1年間に何回開催されましたか。延べ参加者数(全職種)は何人でしたか。			
1)加算届出前1年	A. 平成()年()月～平成()年()月		
	B. 開催回数 ()回		
	C. 延べ参加者数 ()人		
2)加算届出後1年	A. 平成()年()月～平成()年()月		
	B. 開催回数 ()回		
	C. 延べ参加者数 ()人		
⑦医療安全対策に係る取組みの評価等を行うカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1)加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()		
2)現在	週()回程度		
⑧現在の「院内感染管理者(専従)」の人数(実人員)	()人		
⑨上記⑧の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師 ()人	医師 ()人	
	その他 ()人	→(職種)	
⑩現在行っている感染サーベイランスにはどのようなものがありますか。(複数回答可)	1. 外科手術部位感染サーベイランス 2. 血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス 3. 人工呼吸器関連肺炎サーベイランス 4. 尿道留置カテーテル関連尿路感染サーベイランス 5. 薬剤耐性菌サーベイランス 6. その他(具体的に) 7. なし		
⑪平成18年1月～平成18年3月の3か月分と、平成19年1月～平成19年3月の3か月分の実績について記入してください。(事故、インシデントは貴院の定義に従ってください) ※わからない場合は、「-」と記入してください。			
	平成18年1月～平成18年3月 3か月分	平成19年1月～平成19年3月 3か月分	
1)事故件数	件	件	
2)インシデント件数	件	件	
3)MRSAの分離患者数	人	人	
うち他院からの持ち込み	人	人	
4)多剤耐性緑膿菌の分離患者数	人	人	
うち他院からの持ち込み	人	人	
5)患者・家族等からの苦情件数	件	件	

⑫専従の医療安全管理者の配置後に取り組んだ事故防止対策の件数と具体例についてご記入ください
(平成18年4月～現在まで)。

	件数	具体例
		(プレフィルドシリンジの導入、離脱防止機能のついた輸液ラインの導入等)
1) 処方・与薬	件	
2) 輸血	件	
3) 調剤・製剤管理等	件	
4) ドレーン・チューブ類の使用・管理	件	
5) 医療機器の使用・管理	件	
6) 手術等	件	
7) 検査	件	
8) オーダー・指示出し・情報伝達過程	件	
9) 物品搬送等	件	
10) 転倒・転落	件	
11) 食事・栄養	件	
12) 療養上の世話	件	

⑬専従の医療安全管理者の配置の結果として、どの程度の効果がみられますか。

※「大変効果がみられた」を「5」、「全く効果がみられなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。

	大変効果がみられた	やや効果がみられた	どちらともいえない	あまり効果がみられなかった	全く効果がみられなかった
1) 医療安全対策の責任体制が明確になった	5	4	3	2	1
2) 医療安全に関する情報が一元的に集約できるようになった	5	4	3	2	1
3) 平時より、各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 事故発生時、各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
5) 患者等の相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
6) インシデント・事故報告に対する職員全体の意識が高まった	5	4	3	2	1
7) 看護職員以外からもインシデント・事故報告があがるようになった	5	4	3	2	1
8) 医療事故の原因分析が以前より行われるようになった	5	4	3	2	1
9) 職員、各部門からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
10) 医療事故およびヒヤリ・ハット事例が起きた際、当事者のスタッフへの精神的ケア等のサポートが以前より行われるようになった	5	4	3	2	1
11) 患者や家族から医療安全に関する苦情が少なくなった	5	4	3	2	1

⑭医療安全対策を推進
する上での課題等が
ございましたら、ご
記入ください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

**厚生労働省委託事業「平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る調査」
褥瘡ハイリスク患者ケア加算についてのアンケート調査票（案）**

※病院名、所在地、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。ご記入頂いたお名前、電話番号は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはありません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

病院名：
所在地：
電話番号：
記入者：(部署・役職) (氏名)

※本調査票は、施設の管理者の方と褥瘡管理者の方とでご相談の上、ご記入ください。回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
()内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。
調査時点は平成 19 年 6 月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人						
②病院の種別 (複数回答可)	1. 特定機能病院			2. 地域医療支援病院			
	3. がん診療連携拠点病院			4. その他(具体的に)			
③救急医療体制	1. 二次(告示あり・告示なし)			2. 三次(告示あり・告示なし)			
④DPC対応	1. DPC 対象病院			2. DPC 準備病院			
⑤第三者評価の認定	1. 病院機能評価→Ver. ()			2. ISO9001 認証			
	3. その他(具体的に)						
⑥許可病床数 (医療法)	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計	
	床	床	床	床	床	床	
⑦職員数 (常勤換算)	医師・ 歯科医師	看護師・ 保健師・ 助産師	准看護師	薬剤師	技師	事務職員 他(看護 補助者を 含む)	計
	人	人	人	人	人	人	
⑧病院全体の平均在院日数(直近3か月)	() 日 ※小数点以下第1位まで						
⑨1日平均入院患者数(平成18年1年間)	() 人 ※小数点以下切上げ						
⑩入院基本料区分							
1)一般病棟入院基本料 (特定機能病院、専門病院を含む)	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1				
	4. 15対1	5. 特別入院基本料					
2)障害者施設等入院基本料	1. 10対1	2. 13対1	3. 15対1				
3)療養病棟入院基本料	1. 8割未満	2. 8割以上	3. 入院E				
	4. 移行	5. 特別入院基本料					
4)精神病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1				
	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料			
5)結核病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1				
	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料			
⑪褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数(平成19年6月分)	約()回						
⑫褥瘡管理者(専従)に係る人件費(福利厚生含む)(平成19年6月分)	約()万円						

2. 褥瘡管理体制の状況についてお伺いします。

①「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成()年()月		
②褥瘡対策の専従者を配置したのはいつですか。	平成()年()月		
③現在の「褥瘡管理者(専従)」の人数(実人員)	()人		
④上記③の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師()人 その他()人 ↳ (具体的に)		
⑤現在の「褥瘡管理者(専従)」の臨床経験年数(全員分)	()年 / ()年 / ()年		
⑥褥瘡管理のための院内研修は、加算届出前後1年間に何回開催されましたか。延べ参加者数(全職種)は何人でしたか。			
1) 加算届出前1年	A. 平成()年()月 ~ 平成()年()月		
	B. 開催回数 ()回		
	C. 延べ参加者数 ()人		
2) 加算届出後1年	A. 平成()年()月 ~ 平成()年()月		
	B. 開催回数 ()回		
	C. 延べ参加者数 ()人		
⑦褥瘡対策チームを設置したのはいつですか。	平成()年()月		
⑧褥瘡対策チームにはどのような職種の方が参加していますか(あてはまるものすべてに○)。	1. 医師 2. 看護職員 3. 管理栄養士・栄養士 4. 薬剤師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. 事務職員 8. その他(具体的に)		
⑨褥瘡対策に係わる(病棟での)カンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1) 加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()		
2) 現在	週()回程度		
⑩褥瘡対策チームによるカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1) 加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()		
2) 現在	週()回程度		
⑪加算の届出前月、届出月、平成19年6月の各1か月の実績について記入してください。 ※分からない場合は、「-」と記入してください。			
	届出前月	届出月	平成19年6月
1) 褥瘡リスクアセスメント実施数		人	人
2) 褥瘡ハイリスク患者特定数		人	人
3) 褥瘡ハイリスク患者ケア実施数		人	人
4) 院内発生の褥瘡を有する患者数	人	人	人
5) D3以上の褥瘡を有する患者数	人	人	人
うち 院内発生	人	人	人
6) 褥瘡推定発生率 ※日本褥瘡学会の定義による	%	%	%
⑫褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数をご記入ください(複数回答可)。(平成19年6月分)			
1) ショック状態			人
2) 重度の末梢循環不全			人
3) 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの			人
4) 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの			人
5) 特殊体位による手術を受けたもの			人
6) 強度の下痢が続く状態であるもの			人
7) 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの			人
8) 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの			人

⑬褥瘡管理者の直近1週間の活動について、件数と所要時間をご記入ください。

	件数	所要時間
1) 直接ケア（ケアの記録を含む）	件	時間
2) 患者、家族に対する個別教育	件	時間
3) 医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育	件	時間
4) 院内集団教育	件	時間
5) コンサルテーション	件	時間
6) 褥瘡対策に係るカンファレンス	件	時間
7) その他（委員会等）	件	時間

⑭褥瘡管理者（専従）の配置の結果として、どの程度の効果がみられますか。

※「大変効果がみられた」を「5」、「全く効果がみられなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。

	大変効果がみられた	やや効果がみられた	どちらともいえない	あまり効果がみられなかった	全く効果がみられなかった
1) 実効性のある褥瘡管理対策を実施できるようになった	5	4	3	2	1
2) 褥瘡リスクアセスメントが適切に行えるようになった	5	4	3	2	1
3) 職種間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 褥瘡（兆候を含む）の早期発見件数が増加した	5	4	3	2	1
5) 褥瘡治療期間が短縮した	5	4	3	2	1
6) 褥瘡管理対策のための職員研修の質が向上した	5	4	3	2	1
7) 職員の褥瘡管理に対する意識が向上した	5	4	3	2	1
8) 職員からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
9) 患者・家族の満足度が高くなった	5	4	3	2	1

⑮その他、「専従」配置による具体的な効果をご記入ください。

※褥瘡予防・管理の指針やガイドラインの作成、褥瘡評価方法の統一、ケア用品の導入等、管理者の専従配置による実績について具体的にお書きください。

⑩ 褥瘡管理対策を
実施する上での
課題等がござい
ましたら、ご記
入ください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）
透析医療に係る改定の影響調査 調査票(案)

※回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

ID	
----	--

1. 貴施設の状況（平成 19 年 6 月現在）についてお伺いします。

①医療機関種別	1. 病院	2. 一般診療所（有床）	3. 一般診療所（無床）	
②所在地	（ ）都・道・府・県			
③開設者*	1. 国立	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他法人
④許可病床数	施設全体（ ）床			

2. 透析医療の応需体制（平成 19 年 6 月現在）についてお伺いします。

①外来透析をどのように実施していますか。 ※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. 毎日実施している（日曜休診の場合も含む） →質問③へ 2. 曜日を決めて実施している 3. 実施していない（以前は実施していたが、廃止・休止した） →廃止・休止時期：平成（ ）年（ ）月 4. 以前から実施していない 5. その他（具体的に ）																																				
②<上記①で「1.毎日実施している」以外を選んだ施設> 外来透析を毎日実施していない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. 臨床工学士が確保できない 4. 採算が取れない 5. 患者からの要望がない 6. その他（具体的に ）																																				
③外来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. 今後は毎日実施したいと考えている 2. 今後は曜日を決めて実施したいと考えている 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 ）																																				
④<外来透析を実施している施設> 外来透析を担当する医師は主に誰ですか。 ※最も近いものを1つ。	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 ）																																				
⑤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）と使用される病床数について記入してください。 ※本調査では、「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。	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 17 年 6 月</th> <th>平成 18 年 6 月</th> <th>平成 19 年 6 月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1)常勤医師数</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>2)(うち)透析専門医*</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>3)非常勤医師数</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>4)常勤看護師数</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>5)非常勤看護師数</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>6)常勤臨床工学士</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>7)非常勤臨床工学士</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>8)透析病床数</td> <td>床</td> <td>床</td> <td>床</td> </tr> </tbody> </table>		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)常勤臨床工学士	人	人	人	7)非常勤臨床工学士	人	人	人	8)透析病床数	床	床	床
	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)常勤臨床工学士	人	人	人																																		
7)非常勤臨床工学士	人	人	人																																		
8)透析病床数	床	床	床																																		

<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：平成（ _____ ）年（ _____ ）月</p> <p>2. 以前は行っていたが、最近、廃止した →⑥-3 廃止時期：平成（ _____ ）年（ _____ ）月</p> <p>3. 行っている（変化はない）</p> <p>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。</p> <p>※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。

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）

透析医療に係る改定の影響調査 調査票(案)

※平成19年7月18日（水）または7月19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週間当たり処方量（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の患者を対象）、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。

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週間当 たりのエリスロ ポエチン製剤 処方量 【IU】	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1週間当 たりのエリスロ ポエチン製剤 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。