

## (18) 中央社会保険医療協議会総会が公表した「医療安全対策（院内感染対策含む）や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」の調査概要（案）

▷ 平成24年10月3日に開催された中央社会保険医療協議会総会（第231回）において、「平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成24年度調査）の調査票案について」が公表されました。この調査票案（全部で159頁あります）には、次の5種類の調査が盛り込まれています。

- (1) 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査
- (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
- (3) 訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護等に係る評価についての影響調査
- (4) 在宅における歯科医療と歯科医療で特別対応が必要な者の状況調査
- (5) 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査

注) 調査名称に（院内感染対策含む）とは記載されていませんが、表題ではわかりやすくするために（院内感染対策含む）と追記しています。

▷ 5番目の「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」は、①院内感染防止対策の実施状況の把握、②医療安全対策の実施状況の把握、③患者サポート体制、相談支援体制の実施状況の把握、④入院基本料等加算の簡素化に関する影響等の把握、⑤有床診療所の療養病床における療養環境整備の状況と今後の予定の把握、を調査目的として行われるものです。

※以下、院内感染防止対策調査に関する部分についてのみ記述します。

<調査のねらい>

- 院内感染防止対策部門の体制の把握
- 院内感染防止対策における他医療機関との連携状況・効果・課題等の把握

<調査対象>

- 「感染防止対策等加算1・2」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為抽出した施設（病院）を本調査の対象とする。  
調査客体数は1,500施設とする。

<調査方法>

- 施設調査については、自記式調査票の郵送配布・回収とする。

<調査スケジュール(案)>

- 調査実施（平成24年11月）→ 調査票回収・検票（平成24年11月中旬～12月）→ 集計・分析（平成25年1月～2月中旬）→ 調査結果作成〈速報〉（平成25年1月中旬～2月中旬）→ 追加分析・調査結果作成（平成25年2月中旬～3月）

<主な調査項目>

- ① 貴施設における「感染防止対策加算」の施設基準の届出状況

- ②貴施設では院内感染防止対策にどのように取り組んでいますか
  - ③感染制御チーム（感染防止対策部門）の職種別人数を専従・専任別にお書きください
  - ④感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、以下のようなことは効果としてあてはまりますか
  - ⑤上記以外に感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、効果があれば具体的にご記入ください
  - ⑥貴施設では、院内感染防止対策について他の医療機関との相互チェック等連携した取り組みを行っていますか
  - ⑦抗菌薬の適正使用を図るため、貴施設ではどのような取り組みを行っていますか
  - ⑧貴施設では、誰が中心となって抗菌薬の適正使用のための取り組みを進めていますか
  - ⑨現在、貴施設が行っている院内の感染対策サーベイランスは何ですか
  - ⑩現在、貴施設では厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業に参加していますか
  - ⑪上記⑩以外で貴施設が参加している院外の感染対策サーベイランス事業があれば、具体的にお書きください
  - ⑫平成23年4月～9月と平成24年4月～9月の各半年間において、貴施設で実施した院内感染防止対策のための講習会の開催数と参加者数をお答えください
  - ⑬平成23年4月～9月と平成24年4月～9月の各半年間において、貴施設で院内感染防止対策のための講習に参加した職種としてあてはまる番号に○をつけてください
  - ⑭貴施設では、職業感染についてどのような防止策を講じていますか
  - ⑮貴施設では、院内感染防止対策について患者にどのように周知をしていますか
  - ⑯平成23年4月～9月と平成24年4月～9月の各半年間における下記の患者数をお答えください
  - ⑰感染防止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
- ▷ 以上が調査の概要ですが、平成24年度の診療報酬改定で新設された「感染防止対策加算1」および「感染防止対策加算2」の施設基準を届出た病院を対象に、かなり詳細な調査が行われていることがわかります。重要なことは、この調査が中央社会保険医療協議会（中医協）によって行われていることです。従って、調査結果は中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための極めて重要なデータとして取扱われるということです。そして、当然のことながら次回（平成26年度）以降の診療報酬改定の重要な基礎データになるということです。
- ▷ なお、関連情報として **WEB 情報（15）** を併せて御参照ください。

## 「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」 調査の概要（案）

### ■ 調査目的

- 院内感染防止対策の実施状況の把握
- 医療安全対策の実施状況の把握
- 患者サポート体制、相談支援体制の実施状況の把握
- 入院基本料等加算の簡素化に関する影響等の把握
- 有床診療所の療養病床における療養環境整備の状況と今後の予定の把握

### <調査のねらい>

- ・ 院内感染防止対策部門の体制の把握
- ・ 院内感染防止対策における他医療機関との連携状況・効果・課題等の把握
- ・ 患者サポート体制の把握
- ・ 患者相談支援業務の実施状況・効果・課題等の把握
- ・ 医療機関における患者相談支援業務に対する患者の意識等の把握
- ・ 有床診療所における栄養管理・褥瘡対策に関する取組状況等の把握
- ・ 有床診療所療養病床における療養環境整備の状況・今後の課題等の把握 / 等

### ■ 調査対象

#### ①医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査

- ・ 「感染防止対策加算 1・2」「患者サポート体制充実加算」のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関の中から無作為抽出した施設（病院）を本調査の対象とする。調査客体数は 1,500 施設とする。

#### ②医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査

- ・ 上記①の対象施設において、調査期間中に患者相談窓口を利用した患者を本調査の対象とする。
- ・ 調査期間中に患者相談窓口を利用した患者、利用順に 6 名を対象とする。最大客体数は 9,000 人（6 人／施設×1,500 施設=9,000 人）となる。

#### ③入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査

- ・ 有床診療所入院基本料または有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出のある施設の中から無作為抽出した 1,000 施設を本調査の対象とする。

#### ④療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査

- ・ 「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出施設（悉皆）、及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の届出のある施設のうち「診療所療養病床療養環境加算」の届出の

ない施設を本調査の対象とする。

■ 調査方法

- ・ 施設調査については、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 患者調査については、施設調査対象施設を通じて患者に調査票を配布し、事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で回収する。

■ 調査項目（調査票案 参照）

■ 調査スケジュール（案）

	平成24年							平成25年		
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査設計・調査票の作成			→							
調査客体の選定				→						
調査票等の印刷・封入					→					
調査実施						→				
督促						→				
調査票回収・検票						→				
データ入力 データクリーニング							→			
集計・分析								→		
調査結果作成（速報）								→	報告	
追加分析・調査結果作成									→	報告
調査検討委員会開催				★					★	



⑥貴施設の 1) 病床数、2) 1 日平均入院患者数（小数点以下第 1 位まで）をお書きください。					
	一般病床	療養病床	精神病床	その他の病床	病院全体
1) 許可病床数（医療法）	床	床	床	床	床
2) 1 日平均入院患者数	人	人			人

2. 貴施設における院内感染防止対策の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設における「感染防止対策加算」の施設基準の届出状況 ※〇は 1 つだけ	1. 感染防止対策加算 1 2. 感染防止対策加算 2 3. 届出をしていない→質問②へ	
①-1 上記①の加算の届出時期	平成 24 年（ ）月	
①-2 平成 24 年 9 月 1 か月間の感染防止対策加算の算定件数	（ ）件	
②貴施設では、院内感染防止対策にどのように取り組んでいますか。※〇は 1 つだけ		
1. 医療安全管理部門とは別に、専門の感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置している →設置時期：平成（ ）年（ ）月 →質問③へ 2. 医療安全管理部門が感染制御チーム（感染防止対策部門）としても機能している→質問③へ 3. 感染防止対策を担当する部門（チーム）はない→質問⑦へ 4. その他（具体的に ） →質問⑦へ		
③感染制御チーム（感染防止対策部門）の職種別人数を専従・専任別にお書きください。		
	専従	専任（兼任）
1) 医師・歯科医師（感染症対策の経験：3 年以上）	人	人
2) 医師・歯科医師（感染症対策の経験：3 年未満）	人	人
3) 保健師・助産師・看護師（感染管理に従事した経験：5 年以上）	人	人
4) 保健師・助産師・看護師（感染管理に従事した経験：5 年未満）	人	人
5) 薬剤師（病院勤務経験：3 年以上）	人	人
6) 薬剤師（病院勤務経験：3 年未満）	人	人
7) 臨床検査技師（病院勤務経験：3 年以上）	人	人
8) 臨床検査技師（病院勤務経験：3 年未満）	人	人
9) その他の医療職	人	人
10) その他（ ）	人	人
11) 合計	人	人
③-1 上記のうち、日本看護協会認定の感染管理認定看護師の資格を有する者	人	人

④感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、以下のようなことは効果としてあてはまりますか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」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。	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 院内感染発生率が低下した	5	4	3	2	1
2) 院内感染の拡大を防ぐことができた	5	4	3	2	1
3) 抗菌薬の適正使用が進んだ	5	4	3	2	1
4) 職員の感染防止対策の知識や意識が向上した	5	4	3	2	1
5) 職員による院内感染防止の取組が徹底して行われるようになった	5	4	3	2	1
6) 感染防止対策上有効な環境の整備が進んだ	5	4	3	2	1
7) 職員の職業感染（針刺しなど）が減少した	5	4	3	2	1
8) 感染発生や感染防止対策に関する情報が感染制御チーム（感染防止対策部門）に一元化されるようになった	5	4	3	2	1
⑤上記以外に感染制御チーム（感染防止対策部門）を設置し、院内感染防止対策に取り組んだ結果として、効果があれば具体的にご記入ください。					
⑥貴施設では、院内感染防止対策について他の医療機関との相互チェック等連携した取組を行っていますか。※○は1つだけ		1. 行っている 2. 行っていない→質問⑦へ			
⑥-1 感染防止対策における他の医療機関との相互チェック等の取組についてお伺いします。					
1) 貴施設で、相互チェック等の取組を開始した時期はいつですか。 ※○は1つだけ		1. 平成22年3月以前 2. 平成22年4月～平成24年3月 3. 平成24年4月以降			
2) 感染防止対策において連携している医療機関数		( )			
3) 2)のうち、貴施設が現地に赴いて評価を行う連携医療機関数		( )			
4) 2)のうち、貴施設の評価を行う連携医療機関数		( )			
5) 平成24年4月～9月の半年間に貴施設が現地に赴いて評価を行った医療機関数と実施回数（実績）		医療機関数：( ) 実施回数（累計）：( )回			
6) 平成24年4月～9月の半年間に貴施設の院内感染防止対策を評価しに訪れた医療機関数と実施回数（実績）		医療機関数：( ) 実施回数（累計）：( )回			
7) 平成24年4月～9月の半年間に開催した合同の定期カンファレンスの回数（実績）		( )回			
8) 「感染防止対策地域連携加算」の届出状況の有無 ※○は1つだけ		1. あり      2. なし			

⑥-2 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組むことで、感染防止対策上の効果がありましたか。※〇は1つだけ		
1. 大きな効果があった	2. 効果があった	3. 効果がほとんどなかった
4. 効果がまったくなかった	5. 何ともいえない	
⑥-3 他の医療機関と連携して感染防止対策に取り組む上でどのような課題がありますか。		
⑦抗菌薬の適正使用を図るため、貴施設ではどのような取組を行っていますか。※あてはまる番号すべてに〇		
1. 院内で使用しているクリティカルパスに抗菌薬の使用について明記		
2. 抗菌薬の血中濃度測定とそれに基づく適正な投与設計		
3. 抗菌薬の使用に関する届出制の採用		
4. 耐性菌検出状況調査と抗菌薬使用状況調査の連携		
5. その他 [ 具体的に ]		
6. 特に行っていない		
⑧貴施設では、誰が中心となって抗菌薬の適正使用のための取組を進めていますか。※〇は1つだけ		
1. 感染症専門医	2. 医師（上記1.以外）	3. 歯科医師
4. 感染症専門看護師	5. 看護師（上記4.以外）	6. 感染症薬剤師
7. 薬剤師（上記6.以外）	8. 臨床検査技師	9. その他医療職
10. 事務職員	11. その他（具体的に）	
⑨現在、貴施設が行っている院内の感染対策サーベイランスは何ですか。※あてはまる番号すべてに〇		
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. 感染対策サーベイランスを実施していない		
⑩現在、貴施設では厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業に参加していますか。※〇は1つだけ		
1. 参加している		
2. 参加していない		
⑪上記⑩以外で貴施設が参加している院外の感染対策サーベイランス事業があれば、具体的にお書きください。		
⑫平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、貴施設で実施した院内感染防止対策のための講習会の開催数と参加者数をお答えください。		
	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1) 講習会の開催回数	( ) 回	( ) 回
2) 講習会の延べ参加者数	( ) 人	( ) 人



⑬平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間において、貴施設で院内感染防止対策のための講習に参加した職種としてあてはまる番号に○をつけてください。

	平成 23 年 4 月～9 月	平成 24 年 4 月～9 月
1) 感染症専門医	1	1
2) 医師（上記 1）以外	2	2
3) 歯科医師	3	3
4) 感染症専門看護師	4	4
5) 保健師・助産師・看護師（上記 4）以外	5	5
6) 感染症薬剤師	6	6
7) 薬剤師（上記 6）以外	7	7
8) 臨床検査技師	8	8
9) その他の医療職	9	9
10) その他	10	10

⑭貴施設では、職業感染についてどのような防止策を講じていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. 職員の HBs 抗体の有無を検査している
2. HBs 抗体陰性者にはワクチンを接種している
3. 結核接触者検診に Q F T を活用している
4. 麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨している
5. 針刺し・切創事例に対する対応・報告システムが整っている
6. 安全装置付きの機材を導入している
7. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑮貴施設は院内感染防止対策について患者にどのように周知をしていますか。※あてはまる番号すべてに○

1. 病棟の廊下や談話室などの共有スペース、外来受付や会計窓口にポスターを掲示している
2. 外来窓口等で院内感染防止対策の取組に関するビデオを流している
3. 自施設の院内感染防止対策の取組に関するリーフレット等を作成し患者が入手できるようにしている
4. 病院のホームページで院内感染防止対策の取組を紹介している
5. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑯平成 23 年 4 月～9 月と平成 24 年 4 月～9 月の各半年間における下記の患者数をお答えください。

	平成 23 年 4 月～平成 23 年 9 月	平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月
1) 新規入院患者数	人	人
2) 上記 1) のうち MRSA の感染者数	人	人
3) 上記 1) のうち多剤耐性緑膿菌の感染者数	人	人
4) 上記 1) のうち VRE の感染者数	人	人

⑰感染防止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。

3. 貴施設における医療機器の安全管理の状況等についてお伺いします。

①貴施設では、平成24年4月以降、CTを使用していますか。※○は1つだけ				
1. 使用している		2. 使用していない→質問⑤へ		
	1) 64列以上 マルチスライス型	2) 16列以上 64列未満 マルチスライス型	3) 4列以上 16列未満 マルチスライス型	4) その他
②CTの性能別の使用台数	台	台	台	台
③貴施設では、コンピュータ断層撮影（CT撮影）の施設基準の届出はどのような状況でしょうか。 ※あてはまる番号すべてに○				
1. 64列以上のマルチスライス型		2. 16列以上64列未満のマルチスライス型		
3. 4列以上16列未満のマルチスライス型		4. なし		
④4列以上のマルチスライス型のCT装置について、どのような内容の保守点検を行っていますか。				
1. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施				
2. 上記1.に加えて、保守点検を実施				
3. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施していないが、自主的に定めた自主点検を実施				
4. 全く保守点検を実施していない				
5. 4列以上のマルチスライス型のCT装置を使用していない				
6. その他（具体的に _____）				
④-1 自主的に行っている保守点検の具体的な内容をご記入ください。				
1) 毎回実施している内容				
2) 定期的実施している内容				
⑤貴施設では、平成24年4月以降、MRIを使用していますか。※○は1つだけ				
1. 使用している		2. 使用していない→質問⑨へ		
	1) 3テスラ以上	2) 1.5テスラ以上 3テスラ未満	3) 1.5テスラ未満	
⑥MRIの性能別の使用台数	台	台	台	
⑦貴施設では、磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）の施設基準の届出はどのような状況でしょうか。 ※あてはまる番号すべてに○				
1. 3テスラ以上		2. 1.5テスラ以上		
3. なし				
⑧1.5テスラ以上のMRI機器について、どのような内容の保守点検を行っていますか。				
1. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施				
2. 上記1.に加えて、保守点検を実施				
3. 使用する医療機器の添付文書に定められた点検を実施していないが、自主的に定めた自主点検を実施				
4. 全く保守点検を実施していない				
5. 1.5テスラ以上のMRI機器を使用していない				
6. その他（具体的に _____）				

⑧-1 自主的に行っている保守点検の具体的な内容をご記入ください。		
1) 毎回実施している内容		
2) 定期的実施している内容		
⑨貴施設では、CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画を策定していますか。 ※○は1つだけ		
1. 策定している	2. 1つでも策定していないものがある→質問⑩へ	
⑨-1CT・MRI・造影剤注入装置に係る保守管理計画はどのくらいの頻度で見直しを行っていますか。 ※○は1つだけ		
1. 1年間に数回	2. 1年間に1回（毎年）	3. 2～3年に1回
4. 機器の入替があった時など内容に変更があった時（定期的な見直しは行っていない）		
5. その他（具体的に		
6. 見直しを行っていない		
⑩貴施設では、平成 24 年 4 月以降、CT・MRI・造影剤注入装置の安全使用のために職員向けの院内研修を行っていますか。 ※○は1つだけ		
1. 行っている		
2. 行っていないが、計画が具体的にある→質問⑪へ		
3. 行っていない（計画もない）→質問⑪へ		
⑩-1 平成 24 年 4 月～9 月までの半年間で、職員向けの研修は何回開催しましたか。		
（ ）回 ※平成 24 年 4 月～9 月		
⑪CTやMRI、造影剤注入装置の保守管理について、どのような課題がありますか。具体的にご記入ください。		

4. 患者サポート体制の取組についてお伺いします。

①貴施設では、「患者サポート体制充実加算」の施設基準の届出を行っていますか。 ※○は1つだけ	
1. 届出を行っている→届出時期：平成（ ）年（ ）月→質問②へ	
2. 届出を行っていないが検討中→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃	
3. 届出は行っていない（具体的な予定もない）	
①-1 患者サポート体制充実加算の施設基準の届出を行っていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 診療時間内に常時1名以上の職員を配置することができないから	
2. 患者支援体制に係る担当者を配置できない部門がある等病院全体での体制が整備されていないから	
3. マニュアルが整備できていないから	
4. 患者相談支援窓口を設置する適切な場所がないから	
5. 患者から相談支援窓口の設置を求める要望がないから	
6. その他（具体的に	
-----▶ 質問⑥へ	

②平成 24 年 9 月 1 か月間の患者サポート体制充実加算の算定件数		( ) 件	
③患者サポート体制充実加算における患者相談支援窓口は、医療安全対策加算における相談窓口と兼用でしょうか。 ※〇は 1 つだけ			
1. 独立している (専門部署)		2. 医療安全対策加算の窓口と兼用	
3. その他 (具体的に )			
④患者サポート体制充実加算における、患者相談支援業務に直接関与している職員数についてお書きください。			
		専従	専任 (兼任)
1) 医師		人	人
2) 歯科医師		人	人
3) 看護師・保健師・助産師		人	人
4) 薬剤師		人	人
5) 社会福祉士		人	人
6) 臨床心理士・精神保健福祉士		人	人
7) 事務職		人	人
8) その他 ( )		人	人
9) 合計		人	人
		専従	専任 (兼任)
④-1 上記④の職員のうちソーシャルワーカーの人数		人	人
⑤上記④の職員について患者相談の経験年数別に職員数をご記入ください。			
		専従	専任 (兼任)
1) 5 年以上		人	人
2) 3 年以上 5 年未満		人	人
3) 1 年以上 3 年未満		人	人
4) 1 年未満		人	人
⑥貴施設では、施設基準の届出の有無とは関わらず、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者またはその家族等を支援する (相談の受付とその対応など) 部門・担当者 (以下、「患者相談支援窓口」) がありますか。 ※〇は 1 つだけ			
1. ある		2. ない→質問⑬へ	
⑦貴施設では、医療対話仲介者に関する職員の研修を行っていますか。※〇は 1 つだけ			
1. 院内で職員の研修を行っている			
2. 外部の研修に職員を派遣し受講させている			
3. 院内での研修に加え、外部の研修にも職員を派遣し受講させている			
4. 研修を行っていない (外部研修への職員派遣も実施していない) →質問⑩へ			
⑧上記⑦の研修 (院内・外部) について、平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月までの半年間にどのくらい開催または職員派遣をしましたか。			
		院内研修	外部研修
1) 実施回数 (外部研修の場合、職員派遣した回数)		回	回
2) 参加者・受講者数 (延べ職員数)		人	人

⑨上記⑦の研修の参加者はどのような職員ですか。※あてはまる番号すべてに○					
1. 医師	2. 歯科医師	3. 看護師・保健師・助産師			
4. 薬剤師	5. 社会福祉士	6. 臨床心理士・精神保健福祉士			
7. ソーシャルワーカー（上記に含まれない人）	8. 事務職				
9. その他（具体的に					）
⑩患者相談支援窓口が行っている業務内容についてお答えください。※あてはまる番号すべてに○					
1. 患者からの相談への対応					
2. 患者相談支援担当者間での患者相談内容に関する情報共有と対応会議					
3. 担当医師から患者等への説明の際の同席	4. 担当看護師から患者等への説明の際の同席				
5. 他の医療職から患者等への説明の際の同席	6. 患者相談内容と対応内容についてのデータ化				
7. マニュアル作成・見直し	8. 職員向けの研修企画・実施				
9. 患者満足度調査等によるモニタリングの実施	10. Q C 活動等による業務改善活動				
11. その他（具体的に					）
⑪平成 24 年 4 月～9 月の半年間の患者からの相談件数等についてご記入ください。					
					平成 24 年 4 月～9 月
1) 患者・家族等からの相談件数					件
対応者	2) 1) のうち、患者から直接、患者相談支援部門に相談があった件数				件
	3) 1) のうち、主として医療職が対応した件数				件
	4) 1) のうち、主として医療職以外が対応した件数				件
内容	5) 1) のうち、医学的な内容に関する相談件数				件
	6) 1) のうち、終末期医療に関する相談件数				件
	7) 1) のうち、苦情・クレームの件数				件
	8) 7) のうち、弁護士等への相談などに発展した件数				件
⑫患者相談支援体制を充実させることで、どのような効果がみられますか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」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。					
	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 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
2) 医師や看護師など医療職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
3) 各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 医療従事者が協力的になった	5	4	3	2	1
5) 患者が治療に協力的になった	5	4	3	2	1
6) 患者や家族からの病院に対する信頼度が高まった	5	4	3	2	1
7) クレーム再発防止につながった	5	4	3	2	1

⑬患者相談支援体制を充実させていく上で、お困りになっていることがございましたら、ご記入ください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)

## 医療機関における相談支援体制に関するアンケート調査 調査票(案)

質問 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。  
この調査票のご記入者は、患者さんご自身でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- |                     |            |   |
|---------------------|------------|---|
| 1. 本人（家族が代筆した場合も含む） | 2. 家族（具体的に | ) |
| 3. 本人・家族以外（具体的に     |            | ) |

## 問1. 患者さんご自身のことについて、おうかがいします。

(1) 性別 

1. 男性	2. 女性
-------	-------

 (2) 年齢 

( ) 歳
-------

(3) 本日、この調査票を受け取った医療機関では、外来と入院のどちらでご利用されましたか。  
※○は1つ

- |              |              |                |
|--------------|--------------|----------------|
| 1. 外来→(3)－1へ | 2. 入院→(3)－2へ | 3. その他→問2.(1)へ |
|--------------|--------------|----------------|

(3)－1 【外来の場合】本日受診した（この調査票を受け取った）医療機関の利用頻度はどのくらいですか。※○は1つ

- |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 本日が初めて   | 2. 週に1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. 1年に数回程度  |
| 7. ( )に1回程度 |             |             |

(3)－2、【入院の場合】本日、この調査票を受け取った医療機関には、今日までどのくらい入院されていますか。※○は1つ

- |             |           |           |
|-------------|-----------|-----------|
| 1. 3日以内     | 2. ～2週間以内 | 3. ～1か月以内 |
| 4. ～3か月以内   | 5. ～6か月以内 | 6. 6か月以上  |
| 7. その他（具体的に |           | )         |

## 問2. 患者相談窓口について、おうかがいします。

(1) 本日、診療を受けた医療機関で、患者や家族等のための相談窓口があることをどのようにお知りになりましたか。※あてはまるものすべてに○

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. 医療機関内に掲示されているポスターをみて |   |
| 2. 医療機関から渡された文書をみて      |   |
| 3. 「患者相談窓口」などの看板をみて     |   |
| 4. 職員から入院当日に説明を受けて      |   |
| 5. 担当医師・看護師から紹介されて      |   |
| 6. 患者相談窓口の担当者が来て        |   |
| 7. その他（具体的に             | ) |

(2) 上記(1)の掲示や説明、文書はわかりやすかったですか。※○は1つ

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. わかりやすかった        | 2. どちらかというわかりやすかった |
| 3. どちらかというわかりにくかった | 4. わかりにくかった        |

-----▶裏面につづきます

(3) 相談窓口を利用した内容は何ですか。※あてはまるものすべてに○

1. 病気のこと	2. 治療内容のこと
3. 薬のこと	4. 検査のこと
5. 治療・入院期間のこと	6. 退院後の行き先のこと
7. 専門治療ができる他の医療機関のこと	8. 介護保険のこと
9. 担当医師のこと	10. 担当看護師のこと
11. 他の患者との関係のこと	12. 家族との関係のこと
13. 医療機関の施設・設備に関すること	14. 外来待ち時間のこと
15. 外来受付や会計窓口のこと	16. 費用に関すること
17. その他 (具体的に )	

(4) ①相談に対応してくれた人数(最も多い時)、②相談回数、③全体の相談時間はどのくらいですか。

①対応してくれた人数→ ( ) 人
②相談回数 → ( ) 回
③全体の相談時間 → ( ) 分くらい

(5) どのような人が対応してくれましたか。※あてはまるものすべてに○

1. 医師	2. 看護師	3. 薬剤師
4. 社会福祉士	5. ソーシャルワーカー	6. 事務職
7. その他 ( )		8. わからない

(6) 相談したことで問題や疑問、不安は解決しましたか。※○は1つ

1. 解決した	2. ある程度解決した
3. あまり解決しなかった	4. まったく解決しなかった
5. なんともいえない	6. その他 ( )

(7) 職員の対応に満足はしましたか。※○は1つ

1. とても満足している	2. 満足している
3. どちらともいえない	4. あまり満足していない
5. まったく満足していない	

(8) 今後、医療機関の相談窓口で、どのようなサポート体制があれば、納得して受診することができるとお考えですか。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒(切手は不要です)にアンケートを入れ、お近くのポストに\*\*\*月\*\*日(\*)までに投函してください。



**平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)**  
**入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査 調査票(案)**

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、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・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	( )
ご回答者名	( )

※この調査票は、有床診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における入院基本料等加算の簡素化の影響や課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、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。( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者※○は1つだけ	1. 医療法人    2. 個人    3. その他 ( )		
②種類 ※○は1つだけ	1. 在宅療養支援診療所    2. 在宅療養支援診療所以外の診療所		
③主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科    4. 小児科 5. 産婦人科    6. 呼吸器科    7. 消化器科    8. 循環器科 9. 精神科    10. 眼科    11. 耳鼻咽喉科    12. 泌尿器科 13. その他 (具体的に )
④医師数(常勤換算)	( ) 人		
⑤看護職員数(常勤換算)※准看護師・看護補助者を含む	( ) 人		
⑥平成 24 年 9 月 1 か月間の外来患者延べ人数	( ) 人 ※初診+再診患者延べ人数		
⑦病床数 ※平成 24 年 9 月 30 日時点	1) 一般病床	( ) 床	
	2) 療養病床	( ) 床    うち介護療養病床 ( ) 床	
	3) 合計	( ) 床	
⑧平成 24 年 9 月における 1 日あたり平均入院患者数	( ) 人		
⑨平成 24 年 9 月 1 か月間の算定件数をご記入ください。			
	算定件数		算定件数
1) 有床診療所入院基本料 1	件	3) 有床診療所入院基本料 3	件
2) 有床診療所入院基本料 2	件	4) 有床診療所療養病床入院基本料	件
5) 一般病床であるが、患者の状態により「有床診療所療養病床入院基本料」を算定した件数	件		
6) 療養病床であるが、患者の状態により「有床診療所入院基本料」を算定した件数	件		
⑩次の施設基準の届出がありますか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 夜間看護配置加算 1                      2. 夜間看護配置加算 2 3. いずれもない		

2. 貴施設における栄養管理体制についてお伺いします。

①貴施設では、平成 24 年 3 月 31 日時点において「栄養管理実施加算」の届出をしていましたか。※○は1つだけ					
1. 届出をしていた→届出時期：平成（ ）年（ ）月→質問②へ					
2. 届出をしていなかった（平成 24 年 4 月以降開設した場合も含む）					
①-1 届出をしていなかった理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○					
1. 該当する患者がない					
2. 管理栄養士及び栄養士がいない					
3. 管理栄養士及び栄養士はいたが、他職種が栄養評価を行っていた					
4. その他（具体的に					
)					
②管理栄養士数 ※いない場合は「0」とお書きください。					
・栄養士数 (実人数)		平成 23 年 9 月		平成 24 年 9 月	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 管理栄養士数		人	人	人	人
2) 1) のうち、栄養指導など患者と直接、接する管理栄養士数		人	人	人	人
3) 栄養士		人	人	人	人
③【管理栄養士がいない施設の方】貴施設では、管理栄養士の確保についてどのような状況でしょうか。※○は1つだけ					
1. 管理栄養士の確保の目処が具体的にある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月→質問④へ					
2. 具体的な予定はないが、平成 24 年度中に管理栄養士を確保する予定である→質問④へ					
3. 平成 25 年度末までに管理栄養士を確保する予定である→質問④へ					
4. 目処がまったく立っていない					
5. その他（具体的に					
) →質問④へ					
③-1 管理栄養士を確保するために日本栄養士会等に相談していますか。※あてはまる番号すべてに○					
1. 日本栄養士会に相談している					
2. 人材派遣会社に相談している					
3. ハローワークに相談している					
4. その他の機関に相談している					
5. 相談していない					
) ←					
④貴施設では、栄養スクリーニング等の栄養評価を行っていますか。※○は1つだけ					
1. 平成 24 年 3 月より以前から行っている					
2. 以前は行っていなかったが、平成 24 年 4 月以降行っている					
3. 平成 24 年 4 月よりも前は行っていたが、今は行っていない→質問⑥へ					
4. 以前から行っていない→質問⑥へ					
⑤患者の栄養評価は誰が行っていますか。※○は1つだけ、ここでの「看護職員」には准看護師・看護補助者を含む。					
1. 管理栄養士のみ					
2. 管理栄養士と医師との共同					
3. 管理栄養士と看護職員との共同					
4. 管理栄養士、医師、看護職員による共同					
5. その他（具体的に					
)					
⑥貴施設において、患者の栄養管理を行う上で、どのような課題がありますか。					

3. 貴施設における褥瘡対策等についてお伺いします。

①貴施設では、平成 24 年 3 月 31 日時点において「褥瘡患者管理加算」の届出をしていましたか。※○は1つだけ		
1. 届出をしていた→届出時期：平成（ ）年（ ）月→質問②へ		
2. 届出をしていなかった（平成 24 年 4 月以降開設した場合も含む）		
①-1 届出をしていなかった理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 該当する患者がない 2. 褥瘡対策に係る専任の医師がない 3. 褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護師がない 4. 体圧分散式マットレス等がない 5. その他（具体的に		
②褥瘡対策チームを設置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月	
③上記②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。	1) 医 師（ ）人 2) 看護師（ ）人 3) 上記 2) のうち 皮膚・排泄ケア認定看護師 （ ）人 4) 准看護師（ ）人 5) その他（ ）人 ↳（具体的に	
④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) 平成23年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
	3. その他（ ）	
2) 平成24年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
⑤褥瘡対策チームによる褥瘡回診は、どのくらいの頻度で実施していますか。		
1) 平成23年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
	3. その他（ ）	
2) 平成24年4月～9月	1. 週（ ）回程度	2. 月（ ）回程度
⑥平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月 1 か月間の以下の患者数について記入してください。 ※発生していない場合には「0（ゼロ）」、わからない場合は「-」と記入してください。		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 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) 褥瘡保有者数	人	人
4) 上記 3) のうち院内発生の褥瘡を有する患者数	人	人
5) 上記 3) のうち真皮を越える褥瘡を有する患者数	人	人
6) 上記 5) のうち院内発生の患者数	人	人
⑦褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の導入状況を教えてください。		
1. 購入し所有している      2. レンタルで導入している      3. まだ導入していない→質問⑧へ		
⑦-1 褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等の種類別の使用枚数（レンタルも含みます）。		
	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
1) 圧切替型のアーマットレス	枚	枚
2) ウレタンフォームマットレス	枚	枚
3) その他のマットレス	枚	枚

⑧褥瘡に対して標準的に行う局所管理方法は何ですか。※あてはまる番号すべてに○		
1. 抗生剤軟膏	2. 左記 1. 以外の軟膏	3. 創傷被覆材料
4. ラップ法（穴あきビニール、食品用ラップなど）		5. 外科的治療（ポケット切開、壊死組織切除など）
6. 物理療法（陰圧閉鎖療法、超音波療法など）		7. 消毒
8. 洗浄	9. その他（具体的に	）
⑨貴施設では、褥瘡対策を行う上で、どのような課題がありますか。		

4. 貴施設における緩和ケア、ターミナルケア等についてお伺いします。

①貴施設では、「有床診療所緩和ケア診療加算」の施設基準の届出がありますか。※○は1つだけ	
1. 届出あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 算定回数：（ ）回 ※平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間	
2. 届出なし	
②貴施設では、「看取り加算」の施設基準の届出がありますか。※○は1つだけ	
1. 届出あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 算定回数：（ ）回 ※平成 24 年 4 月～平成 24 年 9 月の半年間	
2. 届出なし	
③貴施設では、今後緩和ケアやターミナルケアを進めていく意向はありますか。※○は1つだけ	
1. 既に取り組んでいる	
2. 今は取り組んでいないが、今後は取り組んでいきたい	
3. 今後も取り組む予定はない	
4. その他（具体的に	）
④緩和ケアやターミナルケアに取り組む場合、どのような課題がありますか。※○は1つだけ	
1. 夜勤看護師の確保	
2. 緩和ケアやターミナルケアに関する医師の知識・スキル向上	
3. 緩和ケアやターミナルケアに関する看護師の知識・スキル向上	
4. その他（具体的に	）

5. 診療報酬改定の影響等についてお伺いします。

①平成 24 年度の診療報酬改定で入院基本料等加算の簡素化（例えば、栄養管理実施加算が入院基本料や特定入院料で包括して評価され、入院基本料、特定入院料がそれぞれ 11 点ずつ引き上げられました）が行われましたが、これによって、貴施設への影響等がございましたら、具体的にお書きください。

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

**平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 24 年度調査)**  
**療養病床についての療養環境の整備状況に関する調査 調査票(案)**

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、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・管理致しますので、ご記入の程、よろしく願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※この調査票は、有床診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における療養環境の整備状況や今後の意向・課題等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、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。( ) 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 24 年 9 月 30 日現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設者※○は1つだけ	1. 医療法人    2. 個人    3. その他(具体的に )								
②主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科                      2. 外科                      3. 整形外科                      4. 小児科 5. 産婦人科                      6. 呼吸器科                      7. 消化器科                      8. 循環器科 9. 精神科                      10. 眼科                      11. 耳鼻咽喉科                      12. 泌尿器科 13. 皮膚科                      14. その他(具体的に )								
③全職員数(常勤換算*) ※小数点以下第1位まで	医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	その他 医療職 職員	看護補 助者	事務 職員他	計
	常 勤	.	.	.	.	.	.	.	.
	非常勤	.	.	.	.	.	.	.	.
*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■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)									
④平成 24 年 9 月 1 か月間の 外来患者延べ人数	( ) 人 ※初診+再診患者延べ人数								
⑤1) 病床数と 2) 1日当たり 平均入院患者数 ※平成 24 年 9 月 30 日現在			1) 病床数			2) 1日当たり平均入院患者数			
	一般病床	( ) 床			( ) 人				
	療養病床	( ) 床			( ) 人				
	全 体	( ) 床			( ) 人				
⑥療養病床の平均在院日数	( . ) 日 ※平成 24 年 9 月 1 か月間、小数点以下第1位まで								

⑦施設基準の届出の有無等（平成 24 年 9 月 30 日時点） ※○はそれぞれ 1 つ	
1) 在宅療養支援診療所	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 2. なし
2) 機能強化型在宅療養支援診療所	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 2. なし
3) 有床診療所緩和ケア診療加算	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 2. なし
4) 看取り加算	1. あり→届出時期：平成（ ）年（ ）月 夜間の看護職員数：（ ）人 平成 24 年 4 月～9 月の半年間の算定回数：（ ）回 2. なし

2. 貴施設における療養病床の状況等についてお伺いします。

①貴施設の療養病床の病室構成はどのようになっていますか。					
医療療養病床			介護療養病床		
	病室数	該当病床数合計		病室数	該当病床数合計
1) 個室	( ) 室	( ) 床	1) 個室	( ) 室	( ) 床
2) 2 人部屋	( ) 室	( ) 床	2) 2 人部屋	( ) 室	( ) 床
3) 3 人部屋	( ) 室	( ) 床	3) 3 人部屋	( ) 室	( ) 床
4) 4 人部屋	( ) 室	( ) 床	4) 4 人部屋	( ) 室	( ) 床
②療養病床の病床部分の面積をお答えください。					
1) 病床部分に係る床面積	( ) m <sup>2</sup>	2) 患者 1 人当たり床面積	( ) m <sup>2</sup>		
③廊下幅はどのくらいですか。					
1) 片側室部分	( ) m	2) 両側室部分	( ) m		
④食堂の面積はどのくらいですか。	( ) m <sup>2</sup>				
⑤談話室はありますか。 ※○は 1 つだけ	1. 専用談話室がある 2. 他と兼用の談話室がある 3. ないが設置する予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃 4. ない（設置する目処が立っていない）				
⑥浴室はありますか。 ※○は 1 つだけ	1. ある 2. ないが設置する予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃 3. ない（設置する目処が立っていない）				
⑦機能訓練室はありますか。 ※○は 1 つだけ	1. ある→面積：( ) m <sup>2</sup> 2. ないが設置する予定がある→いつ頃：平成（ ）年（ ）月頃 3. ない（設置する目処が立っていない）				
⑧貴施設が療養病床のある建物を建築した時期はいつですか。	西暦（ ）年				
⑨貴施設では、療養病床のある建物を改築しましたか。 ※○は 1 つだけ	1. 改築した→いつ頃：西暦（ ）年 2. 改築していない				

<p>⑩貴施設では、今後、療養病床について増築や全面的な改築の予定がありますか。 ※〇は1つだけ</p>	<p>1. 増築の予定が具体的にある →着工予定：平成（ ）年（ ）月 完成予定：平成（ ）年（ ）月</p> <p>2. 全面的な改築の予定が具体的にある →着工時期：平成（ ）年（ ）月 完成予定：平成（ ）年（ ）月</p> <p>3. 具体的な時期は未定だが、増築または全面的な改築を予定している →いつ頃を目処：平成（ ）年（ ）月頃</p> <p>4. 予定はない</p>
<p>⑪「診療所療養病床療養環境加算」「診療所療養病床療養環境改善加算」の施設基準の届出の状況はいかがですか。 (平成 24 年 9 月 30 日現在) ※〇は1つだけ</p>	
<p>1. 「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行っている→届出時期：平成（ ）年（ ）月 2. 「診療所療養病床療養環境改善加算」の届出を行っている→届出時期：平成（ ）年（ ）月 3. いずれの届出も行っていない</p>	
<p>→⑪-1 今後、「診療所療養病床療養環境加算」の届出を行う予定はありますか。 ※〇は1つだけ</p>	
<p>1. 届出を行う予定がある→予定時期：平成（ ）年（ ）月 2. 届出を行う予定はない →⑪-1-1 その主な理由は何ですか。 { }</p>	
<p>⑫有床診療所として療養病床を運営していく上での課題等がございましたら、お書きください。</p>	

アンケートはこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

開設者様  
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 24 年度調査）  
「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」への  
ご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、保険医療機関における感染防止対策部門（感染制御チーム）による院内感染防止対策や他の医療機関との院内感染防止対策の相互チェック等連携した取組を評価する感染防止対策加算の新設や患者相談支援業務に取り組んでいる医療機関を評価する患者サポート体制充実加算の新設など、診療報酬の見直しが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、保険医療機関及び当該医療機関の患者相談窓口を利用した患者を対象に、感染防止対策部門と患者相談支援業務の体制、その取組状況や効果、今後の課題、患者の意識等の把握を主な目的として、「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査」を実施することになりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局  
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 24 年\*\*月\*\*日（\*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきます。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：\*\*\*、\*\*\*、\*\*\*）

E-mail：\*\*\*@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。

e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6733-\*\*\*\*（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-\*\*\*\*



◎出典

厚生労働省「中央社会保険医療協議会総会（第 231 回）」〈平成 24 年 10 月 3 日開催〉

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002kqj1.html>

「平成 24 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 24 年度調査）の調査票案について」  
（134 頁～155 頁）より

〈メディカル ドゥ編集部／平野泰弘〉