

令和2年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）  
「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」  
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栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和2年4月の診療報酬改定においては、地域包括診療加算の施設基準の見直し、オンライン診療料の算定要件見直し、診療情報提供料（Ⅲ）や婦人科特定疾患治療管理料の新設等、かかりつけ医機能や他の機関との連携の評価を目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である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では、令和2年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療施設と受診した患者の方を対象に、調査を実施することとなりました。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、誠に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、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

- ◆「かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査 患者票」が同封されている場合は、「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒（患者用、切手不要）」とともに外来患者の方にご配布ください。
- ◆「オンライン診療に関する意識調査 患者票」が同封されている場合は、「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒（患者用、切手不要）」とともに外来患者の方にご配布いただくか、案内に沿って電子調査票をダウンロードいただき、患者の方にメール送付の上、患者の方の記入が済んだ調査票を**令和2年12月28日(月)まで**に下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。
- ◆「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査 施設票」については、ご回答の上、  
(裏面に続く)

B

**令和2年12月28日(月)まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3  
みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp  
【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-254-251（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和2年12月

各位

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

「かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査」  
患者調査へのご協力をお願い

本日は、調査のためにお時間をいただき、ありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態がどのようになっているかを踏まえつつ、安定的な医療の提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成30年4月に行われた診療報酬改定では、かかりつけ医の持つ機能の評価に関する見直しが行われました。

このような診療報酬改定の影響や効果を検証し、次の診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査」を行うこととしました。

この調査は、医療機関を受診した患者さんが、かかりつけ医の機能、医療機関を受診した際に発行される明細書について、どのような意識をお持ちであることを把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものです。

調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者さんやご家族の意見を踏まえた議論に役立てるべく、大変貴重な資料として活用されます。

お手数をおかけして大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

**対象者**

- ・ この調査は、医療機関を受診した患者の方が対象となっております。

**ご回答の期限・返送方法**

- ・ お手数ではございますが、アンケート用紙にご回答いただき、**令和2年12月28日(月)**までに、同封の返信用封筒に入れ、お近くの郵便ポストにご投函ください。
- ・ 返送していただくにあたり、封筒に切手を貼る必要はございません。

(→裏面へ続きます)

B

## ご回答の方法

- ・ 選択肢式の問にご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・ また、（            ）や空欄内には、数字や文章でご回答をご記入ください。

## ご回答にあたって

この調査は、「令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業」について厚生労働省から委託を受けた、みずほ情報総研株式会社が実施しております。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や看護師等に関示されることはございません。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail :       【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp

                  【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-254-251（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和2年12月

各位

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

## 「オンライン診療に関する意識調査」 患者調査へのご協力をお願い

本日は、調査のためにお時間をいただき、ありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態がどのようになっているかを踏まえつつ、安定的な医療の提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和2年4月に行われた診療報酬改定では、オンライン診療（あらかじめ作成した計画のもとで行われる、ビデオ通話を用いた診察）の評価に関する見直しが行われました。

このような診療報酬改定の影響や効果を検証し、次の診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「オンライン診療に関する意識調査」を行うこととしました。

この調査は、医療機関を受診した患者さんがオンライン診療について、どのような意識をお持ちであるかを把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものです。

調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者さんやご家族の意見を踏まえた議論に役立てるべく、大変貴重な資料として活用されます。

お手数をおかけして大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

### 対象者

- ・ この調査は、医療機関を受診した患者の方が対象となっております。

### ご回答の期限・返送方法

#### ① 医療機関で配布されたアンケート用紙（紙）に回答する場合

- ・ アンケート用紙にご回答いただき、**令和2年12月28日(月)**までに、同封の返信用封筒に入れ、お近くの郵便ポストにご投函ください。
- ・ 返送していただくにあたり、封筒に切手を貼る必要はございません。

#### ② 医療機関からメールで送付された電子調査票（エクセルファイル）に回答する場合

- ・ アンケートのファイルにご回答いただき、**令和2年12月28日(月)**までに、**医療機関のメールアドレス**に返信してください（患者の方のメールアドレスを保護する観点から、問い合わせ先メールアドレス等に回答済みアンケートファイルを送付することはお控えください）。  
（→裏面へ続きます）

## ご回答の方法

- ・ 選択肢式の問にご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・ また、（            ）や空欄内には、数字や文章でご回答をご記入ください。

## ご回答にあたって

この調査は、「令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業」について厚生労働省から委託を受けた、みずほ情報総研株式会社が実施しております。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail :       【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp

                  【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-254-251（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

開設者様・管理者様

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和2年度調査)  
**「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」**  
**調査実施要綱**

本調査では、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」等を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、以下の要領で、**施設票**、**患者票**、及び返信用封筒を対象者に配布していただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、新型コロナウイルス感染拡大の影響や、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 記

## I. 封入物一覧

- |                        |     |
|------------------------|-----|
| ① 依頼状.....             | 1 通 |
| ② 調査実施要綱（本状）.....      | 1 通 |
| ③ 患者票の配布に際してのお願い.....  | 1 通 |
| ④ 施設票（白色）.....         | 1 通 |
| ⑤ 患者票（ピンク色、黄色）.....    | 6 通 |
| ⑥ 返信用封筒（共通、緑色・長3）..... | 7 通 |

## II. 回答期限

**令和2年12月28日(月)まで** に

上記⑥の返信用封筒に、ご回答いただいた調査票を封入し、お近くのポストに投函してください。

※施設票を電子調査票で回答する場合

下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトへアクセスし、画面上で調査票の左上に記載のID番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、回答後は、電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	<a href="https://www.kensho2020.jp">https://www.kensho2020.jp</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:kensho201@mizuho-ir.co.jp">kensho201@mizuho-ir.co.jp</a> ※問い合わせ用アドレスとは異なります。

### Ⅲ. 対象者と配布していただく物、回収方法

#### 1. 施設票(白色の調査票)の対象者と配布していただく物

##### <対象者>

貴院の開設者・管理者、または開設者・管理者が指名した方（例；事務局長、経営管理部門職員など）

##### <配布していただく物>

対象の方に、封入物のうち以下のものを1部ずつ配布してください。

- ・①依頼状 1部
- ・②調査実施要領（本状） 1部
- ・④施設票（白色） 1部
- ・⑥返信用封筒（緑色・長3） 1部

##### <回収方法>

ご記入いただいた施設票は、返信用封筒（緑色・長3）にて、ご返送ください。

#### 2. 患者票(ピンク色、黄色の調査票)の対象者と配布していただく物

同封の「かかりつけ医機能に関する意識調査」における患者票の配布に際してのお願い」をご覧ください。

### Ⅳ. 施設票の記入にあたって

#### 調査票における用語

- ・本調査において、「地域包括診療料等」とは、地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料および認知症地域包括診療加算を指します。
- ・本調査において、「オンライン診療料等」とは、オンライン診療料、オンライン医学管理料、オンライン在宅管理料および精神科オンライン在宅管理料を指します。
- ・本調査において「**オンライン診療**」とは、オンライン診療料等の算定対象となる診療を指します。
- ・本調査において「**情報通信機器を用いた診療**」とは、オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師—患者間でのビデオ通話により実施する診療を指します。

#### 記入要領

##### 問1. 貴施設の概要

##### ②開設者

- ・開設者の各選択肢の具体的な内容は、下表の通りです。

選択肢	該当するもの
01. 国立	国、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安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構

02. 公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
03. 公的	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
04. 社会保険関係団体	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
05. 医療法人	社会医療法人を除く医療法人
06. その他の法人	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

#### ⑪慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無

- ・「慢性疾患に係る適切な研修」とは、地域包括診療加算・地域包括診療料の施設基準の要件の一つとなっている研修を指します。高血圧症・糖尿病・脂質異常及び認知症を含む複数の慢性疾患指導について、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治機能に関する内容が適切に含まれているものです。

#### ⑫日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無

- ・都道府県医師会が実施する研修事業です。地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医機能・研修会と異なり、修了によって診療報酬算定要件に直接結びつくものではなく、日本医師会が考える本来の『かかりつけ医機能』のあるべき姿を更に充実・強化するために実施しているものです。

### 問 14. 各種診療料・加算の算定状況等

#### ②③令和2年9月1か月間の外来患者数および在宅患者数

- ・②には、1)～4)のいずれについても、**在宅医療の患者を含めず**、外来患者の数のみをご記入ください。
- ・③には、1)～4)のいずれについても、**外来患者の数を含めず**、在宅医療の患者の数のみをご記入ください。

#### ④各診療等を担当した医師数

- ・常勤・非常勤ともに、実人数をご記入ください（常勤換算の必要はありません）。

## V. お問い合わせ先

配布・回収方法についてご不明な点は下記までお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp

【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-254-251（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

開設者様  
管理者様

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和2年度調査)  
「かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査」における  
**患者票**の配布に際してのお願い

同封いたしました**患者票**(黄色、ピンク色の調査票)は、貴院を受診された患者に、かかりつけ医機能・明細書に関するお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査ご協力のお願い」、「患者票」、および「返信用封筒(施設票の返信用封筒と同じ様式です)」を患者の方にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしている施設

<配布対象者>

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしている施設

- ・地域包括診療料または地域包括診療加算の算定患者 2名(調査票の色: **黄色**)
- ・上記以外の再診患者 2名(調査票の色: **黄色**)
- ・初診患者(初診時の機能強化加算を算定する患者がいる場合、当該患者を優先)  
2名(調査票の色: **ピンク色**)

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設

- ・再診患者 4名(調査票の色: **黄色**)
- ・初診患者(初診時の機能強化加算を算定する患者がいる場合、当該患者を優先)  
2名(調査票の色: **ピンク色**)

※施設届出の有無にかかわらず、患者票は**黄色**(地域包括診療料/地域包括診療加算の算定患者用、それ以外の再診患者用)を4通、**ピンク色**(初診患者用)を2通同封しております。

<配布方法>

- ・医療施設より患者の方にお渡しする前に、患者票1頁上段の【医療機関記入欄】のご記入をお願いいたします。
- ・配布対象とした患者の方に「**患者票**(次頁⑦～⑧)」および「返信用封筒(次頁⑤)」を1部ずつお渡しください。
- ・**患者票**は、初診患者であるか再診患者であるかによって、調査票の色が異なります。**地域包括診療料/地域包括診療加算の算定患者、それ以外の再診患者には黄色、初診患者にはピンク色の患者票**をお渡しください。

- ・返信用封筒は、施設票用・患者票用で共通の様式です。
- ・各患者調査票は、調査期間中に各対象者に該当される方で、調査協力について患者の方の同意が得られた方にお渡しください。
- ・**<配布対象者>**対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴施設にて破棄してください。
- ・正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「ご協力のお願い」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただけるよう、ご説明ください。

### <かかりつけ医患者票の返送方法>

- ・ご回答者（患者）が直接、返信用封筒（切手不要）にてご返送いただく形となります。

### <同封させていただいた資料>

① 調査へのご協力のお願い……………	1 通	} 貴施設にてお読み頂き、 またご回答・ご返送頂く 資料です。
② 配布に際してのお願い（本状）……………	1 通	
③ 施設票 調査要綱（白色）……………	1 通	
④ <b>施設票</b> （白色）……………	1 通	
⑤ 返信用封筒（緑色・長3）……………	1 通 <	} 患者の方にご配布頂く 資料です。
⑥ 患者調査ご協力のお願い（白色）……………	6 通	
⑦ <b>患者票</b> （黄色） ※地域包括診療料/地域包括診療加算を算定した 患者、それ以外の再診患者用……………	4 通	
⑧ <b>患者票</b> （ピンク色） ※初診患者用……………	2 通	
	6 通	

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

以上

### <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

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3  
みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp  
【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-254-251（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

開設者様・管理者様

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和2年度調査)  
**「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」**  
**調査実施要綱**

本調査では、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」等を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、以下の要領で、**施設票**、**オンライン患者票**、及び返信用封筒を対象者に配布していただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、新型コロナウイルス感染拡大の影響や、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 記

## I. 封入物一覧

① 依頼状.....	1 通
② 調査実施要綱（本状） .....	1 通
③ 患者票の配布に際してのお願い.....	1 通
④ 施設票（白色） .....	1 通
⑤ オンライン患者票（水色、ピンク色、黄色） .....	6 通
⑥ 返信用封筒（共通、緑色・長3） .....	7 通

## II. 回答期限

**令和2年12月28日(月)まで** に

上記⑥の返信用封筒に、ご回答いただいた調査票を封入し、お近くのポストに投函してください。

※施設票を電子調査票で回答する場合

下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトアクセスし、画面上で調査票の左上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、回答後は、電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	<a href="https://www.kensho2020.jp">https://www.kensho2020.jp</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:kensho201@mizuho-ir.co.jp">kensho201@mizuho-ir.co.jp</a> ※問い合わせ用アドレスとは異なります。

### Ⅲ. 対象者と配布していただく物、回収方法

#### 1. 施設票(白色の調査票)の対象者と配布していただく物

##### <対象者>

貴院の開設者・管理者、または開設者・管理者が指名した方（例；事務局長、経営管理部門職員など）

##### <配布していただく物>

対象の方に、封入物のうち以下のものを1部ずつ配布してください。

- ・①依頼状 1部
- ・②調査実施要領（本状） 1部
- ・④施設票（白色） 1部
- ・⑥返信用封筒（緑色・長3） 1部

##### <回収方法>

ご記入いただいた施設票は、返信用封筒（緑色・長3）にて、ご返送ください。

#### 2. オンライン患者票(水色、ピンク色、黄色の調査票)の対象者と配布していただく物

同封の「オンライン診療に関する意識調査」における患者票の配布に際してのお願い」をご覧ください。

### Ⅳ. 施設票の記入にあたって

#### 調査票における用語

- ・本調査において、「地域包括診療料等」とは、地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料および認知症地域包括診療加算を指します。
- ・本調査において、「オンライン診療料等」とは、オンライン診療料、オンライン医学管理料、オンライン在宅管理料および精神科オンライン在宅管理料を指します。
- ・本調査において「**オンライン診療**」とは、オンライン診療料等の算定対象となる診療を指します。
- ・本調査において「**情報通信機器を用いた診療**」とは、オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師—患者間でのビデオ通話により実施する診療を指します。

#### 記入要領

##### 問1. 貴施設の概要

##### ②開設者

- ・開設者の各選択肢の具体的な内容は、下表の通りです。

選択肢	該当するもの
01. 国立	国、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安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構

02. 公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
03. 公的	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
04. 社会保険関係団体	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
05. 医療法人	社会医療法人を除く医療法人
06. その他の法人	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

#### ⑪慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無

- ・「慢性疾患に係る適切な研修」とは、地域包括診療加算・地域包括診療料の施設基準の要件の一つとなっている研修を指します。高血圧症・糖尿病・脂質異常及び認知症を含む複数の慢性疾患指導について、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治機能に関する内容が適切に含まれているものです。

#### ⑫日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無

- ・都道府県医師会が実施する研修事業です。地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医機能・研修会と異なり、修了によって診療報酬算定要件に直接結びつくものではなく、日本医師会が考える本来の『かかりつけ医機能』のあるべき姿を更に充実・強化するために実施しているものです。

### 問 14. 各種診療料・加算の算定状況等

#### ②③令和2年9月1か月間の外来患者数および在宅患者数

- ・②には、1)～4)のいずれについても、**在宅医療の患者を含めず**、外来患者の数のみをご記入ください。
- ・③には、1)～4)のいずれについても、**外来患者の数を含めず**、在宅医療の患者の数のみをご記入ください。

#### ④各診療等を担当した医師数

- ・常勤・非常勤ともに、実人数をご記入ください（常勤換算の必要はありません）。

## V. お問い合わせ先

配布・回収方法についてご不明な点は下記までお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp

【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-254-251（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

開設者様  
管理者様

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和2年度調査)

## 「オンライン診療に関する意識調査」における 患者票の配布に際してのお願い

同封いたしました「**オンライン診療に関する意識調査 患者票**」(ピンク色、黄色、水色の調査票)は、貴院を受診された患者の方に、オンライン診療に関するお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、オンライン診療に関する意識調査患者票」等を患者の方にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

### <配布対象者>

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしている施設

- ・情報通信機器を用いた診療を行っている患者  
(オンライン診療料の算定対象でない診療も含む) 2名 (調査票の色：**ピンク色**)
- ・電話診療を行っている患者 2名 (調査票の色：**黄色**)
- ・いずれも行っていない患者 2名 (調査票の色：**水色**)

### <配布方法と返送方法>

#### ① 外来を受診された方に配布する場合

- ・医療施設より患者の方にお渡しする前に、患者票1頁上段の【医療機関記入欄】のご記入をお願いいたします。
- ・配布対象とした患者の方に、「オンライン診療に関する意識調査ご協力のお願い(次頁⑥)」、「**オンライン診療に関する意識調査 患者票**(次頁⑦～⑨)」および「返信用封筒(次頁⑤)」を1部ずつお渡しください。
- ・**オンライン診療に関する意識調査 患者票**は、情報通信機器を用いた診療を行っている患者・電話診療を行っている患者・いずれも行っていない患者のいずれに該当するかによって、調査票の色が異なります。**情報通信機器を用いた診療を行っている患者にはピンク色、電話診療を行っている患者には黄色、いずれも行っていない患者には水色の「オンライン診療に関する意識調査 患者票」**をお渡しください。
- ・返信用封筒は、施設票用・患者票用で共通の様式です。
- ・各患者調査票は、調査期間中に各対象者に該当される方で、調査協力について患者の方の同意が得られた方にお渡しください。
- ・<配布対象者>対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴施設にて破棄してください。
- ・**ご回答者(患者)が直接、返信用封筒(切手不要)にてご返送いただく形となります。**

#### ② メールで配布する場合

- ・調査票ダウンロード用 URL より **オンライン診療に関する意識調査 患者票** をダウンロードください。

電子調査票の入手元	<a href="https://www.kensho2020.jp">https://www.kensho2020.jp</a>
-----------	---

- ・医療施設より患者の方にメール送付する前に、患者票 1 頁上段の【医療機関記入欄】のご記入をお願いいたします。
- ・回答が終わった **オンライン診療に関する意識調査 患者票** は、患者の方から医療施設に返送いただき、**必ず医療施設から** 下記アドレスに送付いただくようお願いいたします。**(患者の方のメールアドレスを保護するため、患者の方から直接下記アドレスに送付することは控えていただくようご説明ください。)**

電子調査票の送付先	<a href="mailto:kensho201@mizuho-ir.co.jp">kensho201@mizuho-ir.co.jp</a> ※問い合わせ用アドレスとは異なります。
-----------	---

### <同封させていただいた資料>

① 調査へのご協力のお願い……………	1 通	}	貴施設にてお読み頂き、 またご回答・ご返送頂く 資料です。
② 配布に際してのお願い (本状) ……………	1 通		
③ 施設票 調査要綱 (白色) ……………	1 通		
④ <b>施設票</b> (白色) ……………	1 通		
⑤ 返信用封筒 (緑色・長3) ……………	< 1 通 6 通	}	患者の方にご配布頂く 資料です。
⑥ 患者調査ご協力のお願い (白色) ……………	6 通		
⑦ <b>患者票</b> (ピンク色) ※情報通信機器を用いた診療を行っている患者用 (オンライン診療料の算定対象でない診療も含む) …	2 通		
⑧ <b>患者票</b> (黄色) ※電話診療を行っている患者用……………	2 通		
⑨ <b>患者票</b> (水色) ※いずれも行っていない患者用……………	2 通		

- 正確な実態把握のため、患者の方からの質問等がございましたら「ご協力のお願い」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただけるよう、ご説明ください。
- 配布方法についてご不明な点は、次頁の問い合わせ先までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

以上

### <お問い合わせ先>

<b>「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局</b>	
〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3	
みずほ情報総研株式会社	
E-mail :	【調査へのお問合せ先】 <a href="mailto:gairai2020@mizuho-ir.co.jp">gairai2020@mizuho-ir.co.jp</a> 【電子調査票の送付先】 <a href="mailto:kensho201@mizuho-ir.co.jp">kensho201@mizuho-ir.co.jp</a> (受信専用)
電子調査票の入手元 :	<a href="https://www.kensho2020.jp">https://www.kensho2020.jp</a>
※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-254-251 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)	

ID番号：

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）  
**かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査** 施設票

※この**施設票**は、病院・一般診療所の開設者・管理者の方に、地域包括診療料・地域包括診療加算・オンライン診療料等の算定状況や外来診療の対象患者の状態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**をお書きください。（ ）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「-」**をお書きください。

※特に断りのない場合は、**令和2年10月1日時点**の状況についてご記入ください。

※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

**問1. 貴施設の概要についてお伺いします。**

①所在地	( ) 都・道・府・県									
②開設者 (○は1つ)	01. 国			02. 公立・公的			03. 社会保険関係団体			
	04. 医療法人			05. 個人			06. その他の法人			
③医療機関の種別 (○は1つ)	01. 病院			02. 有床診療所			03. 無床診療所			
④【病院・有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。										
一般病床	療養病床	(うち) 介護療養病床		精神病床	感染症病床	結核病床	全体			
( ) 床	( ) 床	( ) 床		( ) 床	( ) 床	( ) 床	( ) 床			
⑤標榜診療科 (あてはまる番号すべてに○)	01. 内科 *1		02. 外科 *2		03. 整形外科		04. 脳神経外科			
	05. 小児科		06. 精神科		07. 眼科		08. 皮膚科			
09. 耳鼻咽喉科		10. 泌尿器科		11. 産科		12. 婦人科				
13. 産婦人科		14. 麻酔科		15. リハビリテーション科						
16. 歯科 (歯科口腔外科等含む)		17. その他 (具体的に: )								
*1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。										
*2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。										
⑥透析実施の有無 (○は1つ)	01. あり			02. なし						
⑦全職員数 (常勤換算 *3) をご記入ください。 ※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	リハビリ職*4	管理栄養士	その他の医療職*5	社会福祉士	その他の職員	計
( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人
*3 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 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。										
*5 その他の医療職とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。										
⑧常勤の医師数								常 勤 ( . ) 人		
⑨外来を担当する医師の人数								常 勤 ( . ) 人		
※常勤・非常勤とも、外来に従事した時間分を常勤換算してご記入ください。								非常勤 ( . ) 人		
⑩往診・訪問診療を担当する医師の人数								常 勤 ( . ) 人		
※常勤・非常勤とも、往診・訪問診療に従事した時間分を常勤換算してご記入ください。								非常勤 ( . ) 人		
⑪慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無 (○は1つ)						01. あり→ ( . ) 人		02. なし		

⑫日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無 (〇は1つ)	01. あり	02. なし
⑬日本医師会の認知症に係る研修*6を修了した医師の有無 (〇は1つ)	01. あり	02. なし
*6 都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業であり、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」があります。		
⑭在支病・在支診の状況 (〇は1つ)	01. 機能強化型(単独型)在宅療養支援病院・診療所である 02. 機能強化型(連携型)在宅療養支援病院・診療所である 03. 機能強化型以外の在宅療養支援病院・診療所である 04. 在宅療養支援病院・診療所ではない	
⑮【病院】地域包括ケア病棟入院料の届出の有無 (〇は1つ)	01. あり 02. なし ※地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている場合は「02. なし」を選択してください。	
⑯【診療所】時間外対応加算の種類 (〇は1つ)	01. 時間外対応加算1 02. 時間外対応加算2 03. 時間外対応加算3 04. 届出なし	
⑰特掲診療料の届出又は算定状況 (あてはまる番号すべてに〇)	01. 特定疾患療養管理料 02. 小児科療養指導料 03. てんかん指導料 04. 難病外来指導管理料 05. 糖尿病透析予防指導管理料 06. 生活習慣病管理料 07. 在宅時医学総合管理料 08. 施設入居時等医学総合管理料 09. 精神科在宅患者支援管理料 10. 小児かかりつけ診療料 11. 認知症地域包括診療料	
⑱外来における院内・院外処方状況 (〇は1つ)	01. 主として院内処方 02. 主として院外処方	
⑲連携している24時間対応の薬局の有無 (〇は1つ)	01. あり 02. なし	
⑳レセプトコンピュータ等による医事会計システムの導入状況 (〇は1つ)	01. 導入している 02. 導入の具体的な予定がある 03. 導入を検討中 04. 導入する予定はない	
㉑レセプトの請求方法 (〇は1つ)	01. オンライン請求 02. 電子媒体(CDなど)による提出 03. 紙レセプトによる提出(レセプトコンピュータ等による医事会計システムを使用) 04. 紙レセプトによる提出(手書き) 05. 代行請求	
㉒明細書発行体制等加算の算定状況 (〇は1つ)	01. 令和2年9月中の算定あり 02. 令和2年9月中の算定なし	
㉓医療情報連携ネットワーク*への参加の有無 *地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク	01. 参加あり 02. 参加なし	
㉔他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。		
01. ICTを活用している		
 活用しているICT ※あてはまる番号すべてに〇	11. メール 12. 電子掲示板 13. グループチャット 14. ビデオ通話(オンライン会議システムを含む) 15. その他(具体的に: )	
	02. ICTを活用していない	

## 問2. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱い等についてお伺いします。

【すべての施設の方】								
①令和2年3月以降の受診者や体制の動向等 (○はそれぞれ1つ)								
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
a. 新型コロナウイルス感染疑い <sup>※1</sup> の外来患者受入の有無	01. 有り 02. 無し							
b. 新型コロナウイルス感染患者の入院患者 <sup>※2</sup> の受入の有無	01. 有り 02. 無し							
c. 新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無 <sup>※3</sup>	01. 有り 02. 無し							
②令和2年3月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況 <sup>※4</sup> (○はそれぞれ1つ)								
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し							
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し							
ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し							
エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し							
オ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、院内トリージン <sup>※5</sup> を算定する保険医療機関	01. 有り 02. 無し							

※1. 新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す(結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む)。

※2. 新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

※3. 1) 医療機関において患者が原疾患とは別に新たに患った感染症、2) 医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

※4. 本設問におけるア～エの項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その26)」(令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)1(2)①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

※5. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その9)」(令和2年4月8日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)1で示された院内トリージン料を指す。

## 【すべての施設の方】

## ③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点）（○は1つ）

01. 重点医療機関（新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている  
 02. 協力医療機関（新型コロナ疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている  
 03. その他（ )

## 【すべての施設の方】

④「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い<sup>※1</sup>」に関連し、貴施設が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況（令和2年4月以降）についてお伺いします。貴施設の施設基準等の要件となっていない項目については、「03 要件非該当」を選択してください。（○はそれぞれ1つ）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
a. 定数超過入院の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						
b. 月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						
c. 看護要員 <sup>※2</sup> の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						
d. 「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」 <sup>※3</sup> の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						
e. 平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						
f. 重症度、医療・看護必要度への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						
g. 在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						
h. 医療区分2又は3の患者割合への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当						

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（1）①～⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。

※2. 看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。

※3. 「DPC制度への参加等の手続きについて」（令和2年3月27日保医発 0327 第6号）の第1の4（2）②に規定する場合を言う。

## 【すべての施設の方】

⑤次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。(○はそれぞれ1つ)

a. 外来（平日）	01. 通常	02. 制限	03. 停止	
b. 外来（土日）	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
c. 入院	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
d. 救急	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
e. 化学療法	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
f. 手術	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
g. 緊急手術	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし

## 【すべての施設の方】

⑥貴施設の外来患者数、総入院患者数についてお伺いします。

⑥-1 外来患者数		1) 初診の患者数		2) 再診の延べ患者数	3) 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数
			(うち) 紹介状により紹介された患者数		
令和元年 (平成31年)	4月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	5月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	6月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	7月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	8月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	9月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	10月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
令和2年	4月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	5月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	6月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	7月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	8月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	9月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
	10月1か月間	( )人	( )人	延べ( )人	( )人
		⑥-2 総入院患者数※1		⑥-3 救急搬送件数	
令和元年 (平成31年)	4月1か月間	延べ( )人		( )件	
	5月1か月間	延べ( )人		( )件	
	6月1か月間	延べ( )人		( )件	
	7月1か月間	延べ( )人		( )件	
	8月1か月間	延べ( )人		( )件	
	9月1か月間	延べ( )人		( )件	
	10月1か月間	延べ( )人		( )件	
令和2年	4月1か月間	延べ( )人		( )件	
	5月1か月間	延べ( )人		( )件	
	6月1か月間	延べ( )人		( )件	
	7月1か月間	延べ( )人		( )件	
	8月1か月間	延べ( )人		( )件	
	9月1か月間	延べ( )人		( )件	
	10月1か月間	延べ( )人		( )件	

※1. 施設全体の延べ人数でお答えください。

【すべての施設の方】									
⑦緊急事態宣言の発出があった月から解除された月（令和2年4月1日～5月31日）において、貴施設が患者の受療行動の変化に際して行った対応と、患者の健康影響等についてお伺いします。									
1) 貴施設が行った対応および各対応を行った患者数について		【1）で「01」～「04」に1つでも○をつけた場合回答】		【2）で01～03に○をつけた場合回答】					
		2) 各対応を行った患者がいる場合、患者の健康影響がありましたか。（○は1つ）		A. 救急外来を受診した	B. 入院加療が必要となった	C. 重篤な疾患の発見が遅れた	D. 通常以上の運動機能の低下がみられた	E. 通常以上の認知機能の低下がみられた	
【回答方法】 ※イ～への各対応についてあてはまるもの全てに○ ※イ～へに該当が1つもない場合はトに○ ※各問についてあてはまる場合は「01」～「05」の中から1つに○				3) 患者の健康影響 <sup>注</sup> の内容について、A～Eのうち、 <u>あてはまるものに○、最もあてはまるものに◎を記入</u> ※◎、○それぞれ1つ 注：総合的な影響度合いを踏まえ評価してください					
イ. 患者の希望があり受診間隔を伸ばした		01. かなりあった 02. 多少あった 03. あまりなかった 04. ほとんどなかった 05. いなかった		05 以外 ⇒	01	02	03	04	05
ロ. 検査・処置を中断・延期した		01. かなりあった 02. 多少あった 03. あまりなかった 04. ほとんどいなかった 05. いなかった		05 以外 ⇒	01	02	03	04	05
ハ. 通常の対応から変更し、日時を指定した完全予約制による対面での診療を実施した		01. かなりあった 02. 多少あった 03. あまりなかった 04. ほとんどいなかった 05. いなかった		05 以外 ⇒	01	02	03	04	05
ニ. 患者の希望に応じて電話・ICTを用いた診察を実施した		01. かなりあった 02. 多少あった 03. あまりなかった 04. ほとんどいなかった 05. いなかった		05 以外 ⇒	01	02	03	04	05
ホ. 処方薬を長期化した		01. かなりあった 02. 多少あった 03. あまりなかった 04. ほとんどいなかった 05. いなかった		05 以外 ⇒	01	02	03	04	05
ヘ. その他 具体的に： ( )		01. かなりあった 02. 多少あった 03. あまりなかった 04. ほとんどいなかった 05. いなかった		05 以外 ⇒	01	02	03	04	05
ト. 特に対応は取らなかった									
【すべての施設の方】									
⑦—1 その他、新型コロナウイルス感染症や緊急事態宣言に伴う受療行動の変化や患者への健康影響等について、ご意見がある場合は自由に記載してください。									

**<オンライン診療等の定義について>**

本調査では、各用語を下記のように定義します。

**【オンライン診療】**

オンライン診療料等の算定対象となる診療を指す。

**【情報通信機器を用いた診療】**

オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師—患者間でのビデオ通話により実施する診療を指す。

**【すべての施設の方】**

⑧新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話・情報通信機器を用いた診療の実施状況についてお伺いします。

		令和元年		令和2年	
		5月中	9月中	5月中	9月中
1) 電話等初診料※1 (214点)の算定回数	電話 (音声通話のみ)			( )回 ※1回以上⑧-1へ	( )回
	情報通信機器 (ビデオ通話)			( )回 ※1回以上⑧-1へ	( )回
2) 電話等再診料(73点)の 算定回数	電話 (音声通話のみ)	( )回	( )回	( )回 ※1回以上⑧-1へ	( )回
	情報通信機器 (ビデオ通話)	( )回	( )回	( )回 ※1回以上⑧-1へ	( )回
2)-1 (うち)診療報酬上の臨時的な 取扱いに係る電話等を用いた再診料※2 (73点)の算定回数	電話 (音声通話のみ)	※2)と区別して把握 していない場合は 「×回」と記入		( )回	( )回
	情報通信機器 (ビデオ通話)			( )回	( )回
2)-1-1 (うち)2)-1の算定 を行う前はオンライン 診療料を算定していた 診療を置き換えた回数	電話 (音声通話のみ)	※2)-1と区別して 把握していない場合は 「×回」と記入		( )回	( )回
	情報通信機器 (ビデオ通話)			( )回	( )回
2)-2 診療報酬上の臨時的な取 扱いに係る電話等を用いた再診 を行った際の管理料※3(147点)の算定 回数	電話 (音声通話のみ)			( )回	( )回
	情報通信機器 (ビデオ通話)			( )回	( )回
3) オンライン診療料の算定 回数(71点) (新型コロナウイルス感染症の 影響に関係なく実施している ものも含む)	情報通信機器 (ビデオ通話)	( )回	( )回	( )回 ※1回以上⑧-1へ	( )回
3)-1 個別の医学管理料におけ る情報通信機器を用いて 行った場合の評価※4 (100点)の算定回数 (新型コロナウイルス感染症 の影響に関係なく実施して いるものも含む)	情報通信機器 (ビデオ通話)	( )回	( )回	( )回	( )回

- ※1 新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた対応として「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日事務連絡）1.（1）に規定する初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行う場合で、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その10）」（令和2年4月10日事務連絡）に基づいてA000初診料の注2に規定する214点を算定する診療を指す。
- ※2 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、既に診断されている慢性疾患等の診療または発症が容易に予測される症状の変化の診療を行い、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その10）」（令和2年4月10日事務連絡）に基づいてA001再診料の注7に規定する電話等再診料73点を算定する診療を指す。
- ※3 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、以前から対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診を行った際に、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その10）」（令和2年4月10日事務連絡）に基づいて算定する147点を指す。
- ※4 令和元年時点においては「オンライン医学管理料」を指す。

【令和2年5月に電話または情報通信機器を用いた診療（ビデオ通話）を行い、「⑧1）電話等初診料※1」または「⑧2）電話等再診料」もしくは「⑧3）オンライン診療料」を1回以上算定した病院・診療所の方】	
⑧-1 令和2年5月に電話または情報通信機器を用いた診療を実施した理由をお答えください。 (あてはまる番号すべてに○)	
01. 新型コロナウイルス感染症拡大による影響を考慮したため	01
【「01」を選んだ場合】詳しい理由をご回答ください。	
11. 院内感染予防のために実施すべきと考えたため	11
12. 外出自粛等の患者の受療行動の変化に鑑みて実施すべきと考えたため	12
13. 患者から実施の要望があったため	13
02. 新型コロナウイルス感染症の拡大にかかわらず、新型コロナウイルス感染症の拡大以前から、情報通信機器を用いた診療を活用（又は活用を検討）していたため	02
【02を選んだ場合】 新型コロナウイルス感染症の拡大以前から、オンライン診療料の算定をしていましたか。 (算定していた場合は右欄の「20」に○)	
【02を選んだ場合】 具体的にどのような診療に対して活用（又は活用を検討）していましたか。	
21. 身体機能・認知機能等の低下により頻繁な通院が困難な患者に対する診療	21
22. 仕事や家庭の事情等により頻繁な通院が困難な患者に対する診療	22
23. 住まいが遠方で頻繁な通院が困難な患者に対する診療	23
24. 予約システムを導入するなど、より効率の高い診療	24
25. 患者の自宅や職場の環境を把握するなど、よりきめ細やかな診療	25
26. その他の活用方法	具体的に： 26
03. その他の理由	具体的に： 03

【すべての施設の方】	
⑨ 貴施設で情報通信機器を用いた診療を行うにあたり用いているシステムの概要をお答えください。	
⑨-1 患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類 (あてはまる番号すべてに○)	01. オンライン診療に特化したシステム 02. オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム (SNSアプリ等を用いたビデオ通話) 03. その他 (具体的に: _____) 04. 非該当 (情報通信機器を用いた診療を行っていない場合)

【⑨-1で「01」,「02」,「03」と回答した施設】	01. あり	02. なし
⑨-2 システムの利用に係るシステム提供者への費用の支払い		
【⑨-1で「01」,「02」,「03」と回答した施設】	01. あり	02. なし
⑨-3 システム利用に係る患者からの費用徴収の有無		
【⑨-3で「01. あり」と回答した施設】	( _____ ) 円 / 月	
⑨-3-1 患者1人あたりの費用徴収額 (数字を記入)		
【⑨-3で「01. あり」と回答した施設】	名称を記入:	
⑨-3-2 費用の名目		

【すべての施設の方】	
⑩ 情報通信機器・電話を用いた診療以外で、貴施設の患者に対するICTの活用方法のうち該当するもの ※あてはまる番号すべてに○	
01. 患者の自宅における生体情報 (血圧・血糖値等) や生活情報 (食事・運動等) の把握に用いている	01
02. 患者への診療情報の共有 (結果説明等) に用いている	02
03. オンライン受診勧奨や健康相談に用いている	03
04. 服薬指導や薬学管理に用いている	04
05. 他の医療機関等との診療情報の連携に用いている	05
06. その他	06
具体的に:	

問3. 地域包括診療料・地域包括診療加算の届状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出をしていますか。（○は1つ）

01. 地域包括診療料1    02. 地域包括診療料2    03. 地域包括診療加算1    04. 地域包括診療加算2  
 → 01～04を選んだ方は質問④～⑥へ  
 05. いずれの届出もなし    → 05を選んだ方は質問②、③へ

【地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも届出をしていない病院・診療所の方】

②地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない理由は何ですか。

（あてはまる理由すべてに○、うち届出をしていない最大の理由1つに◎）

あてはまる理由に○	届出をしていない最大の理由に◎	
01	01	01. 施設基準の要件を満たすことが困難であるから
02	02	02. 外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないから
03	03	03. 他院への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師の負担が重いから
04	04	04. 患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから
05	05	05. 患者に地域包括診療料・地域包括診療加算の意義を理解してもらうことが困難だから
06	06	06. 患者本人や家族から、地域包括診療料・地域包括診療料算定の承諾が見込めないから
07	07	07. 経営上のメリットが少ないから
08	08	08. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから
09	09	09. その他（具体的に：_____）

③貴施設では、今後、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向がありますか。（○は1つ）

01. 届出予定がある



届出予定時期	令和（      ）年（      ）月頃
届出予定の項目	11. 地域包括診療料1      12. 地域包括診療料2 13. 地域包括診療加算1    14. 地域包括診療加算2

02. 届出について検討中

03. 届出の予定はない

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしている病院・診療所】

④貴施設では、いつから地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行っていますか。（○は1つ）

01. 令和2年3月以前    →質問④-1へ  
 02. 令和2年4月        →質問④-1、④-2へ  
 03. 令和2年5月以降    →質問④-2へ

【令和2年4月以前から地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をした病院・診療所】

④-1 以下にあてはまる患者について、それぞれ実人数でお答えください。

1) 令和2年4月～9月の6か月間における地域包括診療料/地域包括診療加算の算定患者	(      )人
(うち) 保険薬局から文書により服薬に関する情報提供を受けた患者数	(      )人
2) 令和2年4月～9月の6か月間における認知症地域包括診療料/認知症地域包括診療加算の算定患者	(      )人
(うち) 保険薬局から文書により服薬に関する情報提供を受けた患者数	(      )人
3) 令和元年10月～令和2年9月の1年間に継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者数	(      )人
4) 令和2年9月1か月間に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合	(      )%

【令和2年4月以降にはじめて地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をした病院・診療所】

④-2 令和2年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行ったのはなぜですか。  
(あてはまる番号すべてに○)

- 01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を確保できたため
- 02. 24時間対応をしている薬局を連携先として確保できたため
- 03. 敷地内を禁煙とできたため
- 04. 要介護認定に係る主治医意見書を作成するようになったため
- 05. 介護保険制度に係る要件（下記点線枠内の要件）を満たすようになったため  
→満たすことができた介護保険制度に関する要件（あてはまる番号すべてに○）

- 51. 居宅介護支援事業者の指定と常勤の介護支援専門員の配置
- 52. 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供実績
- 53. 介護サービス事業所の併設
- 54. 地域ケア会議に年1回以上出席
- 55. 介護保険のリハビリテーションの提供
- 56. 介護認定審査会の委員経験
- 57. 医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講
- 58. 医師の介護支援専門員の資格保有
- 59. (病院の場合) 総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定

- 06. 地域包括診療加算に係る要件（下記点線枠内の要件）を満たすようになったため  
→満たすことができた地域包括診療加算に関する要件（あてはまる番号すべてに○）

- 61. 時間外対応加算1の届出を行っている
- 62. 時間外対応加算2の届出を行っている
- 63. 時間外対応加算3の届出を行っている
- 64. 常勤換算2名以上（うち1名以上が常勤）の医師を配置している
- 65. 在宅療養支援診療所である

- 07. 他院での服薬内容の確認が医師の指示を受けた看護師でも可能になったため
- 08. 他院での服薬内容の確認が薬局からの情報提供でも可能になったため
- 09. 定期的通院（年4回以上）の患者への地域包括診療料等の算定のための患者への同意書が不要になったため
- 10. 経営上のメリットがあると判断したから
- 11. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集が完了したから
- 12. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしている病院・診療所】

⑤地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数をお答えください。

1) 算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数	( ) 施設
2) 算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数	( ) 施設
3) 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	( ) 施設
4) 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数	( ) 施設
4)-1 (うち) 情報提供を依頼した保険薬局の数	( ) 施設
5) 算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数	( ) 施設
6) 算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数	( ) 事業所

## 【すべての施設の方】

⑥ 貴施設が、地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出に当たり満たすことが**困難な要件**は何ですか。  
 (あてはまる要件すべてに○、うち満たすことが最も困難な要件1つに◎)

あてはまる要件に ○	最も困難な要件に ◎	
01		01. 満たすことが困難な要件はない
02	02	02. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること
03	03	03. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること
04	04	04. 対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること
05	05	05. 敷地内が禁煙であること
06	06	06. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること
07	07	07. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること
08	08	08. 介護保険関係の要件(※問3④-2の点線枠内)の1つを満たしていること
09	09	09. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間往診等が可能な体制の確保もしくは24時間往診等の対応が可能な医療機関との連携体制が確保できていること
10	10	10. 【病院の場合】地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること
11	11	11. 【病院の場合】在宅療養支援病院の届出を行っていること
12	12	12. 【診療所の場合】時間外対応加算2の届出を行っていること
13	13	13. 【診療所の場合】時間外対応加算3の届出を行っていること
14	14	14. 【診療所の場合】常勤換算2名以上で医師が配置され、うち1名以上が常勤であること
15	15	15. 【診療所の場合】在宅療養支援診療所であること
16	16	16. 【診療所の場合】①時間外対応加算1又は2の届出を行っている、②常勤換算2名以上で医師が配置され、うち1名以上が常勤であること、③在宅支援診療所であることのいずれか1つの要件を満たすこと
17	17	17. 外来診療から訪問診療への移行実績が直近1年間で10人以上(在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上)いること
18	18	18. 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること
19	19	19. その他(具体的に： <input type="text"/> )



**【すべての施設の方】**  
 ③機能強化加算の算定について、困難を感じることはありますか。  
 (あてはまる番号すべてに○、うち最も困難を感じることに◎)

あてはまるものに ○	最も困難な ものに ◎	
01		01. 困難を感じることはない
02	02	02. 健康管理にかかる相談を実施することが難しい
03	03	03. 保健・福祉サービスに関する相談を実施することが難しい
04	04	04. 夜間・休日の問合せへの対応を実施することが難しい
05	05	05. 患者が求めるかかりつけ医機能を発揮できていない
06	06	06. 機能強化加算を算定することで自己負担額が上がることについて患者の理解が得にくいこと
07	07	07. その他 (具体的に: _____)

問5. 診療情報提供料 (I) 注7: 学校医等への情報提供の実施状況についてお伺いします。

**【すべての施設の方】**  
 ①貴施設では、令和2年9月1か月間において、診療情報提供料 (I) 注7 (医療的ケア児の学校医等への診療情報提供) に基づく算定※1を行いましたか。

※1 児童福祉法第56条の6第2項に規定する、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該学校において当該患者が生活するに当たり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定可能。

(○は1つ)

01. 算定あり → 質問②～④へ      02. 算定なし → 質問④へ

**【診療情報提供料 (I) 注7に基づく算定をした病院・診療所】**

②令和2年9月1か月間において、診療情報提供料 (I) を算定した患者について、情報提供先 (学校医又は医療的ケア指導医※2) ごとにそれぞれ実人数でお答えください。

※2 医療的ケア指導医とは、学校等が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱等する医師を指す。

	学校医	医療的ケア指導医
全体	( ) 人	( ) 人
(うち) 小学校に在籍する患者	( ) 人	( ) 人
(うち) 中学校に在籍する患者	( ) 人	( ) 人
(うち) 義務教育学校に在籍する患者	( ) 人	( ) 人
(うち) 中等教育学校の前期課程に在籍する患者	( ) 人	( ) 人
(うち) 特別支援学校の小学部に在籍する患者	( ) 人	( ) 人
(うち) 特別支援学校の中学部に在籍する患者	( ) 人	( ) 人

③当該患者に行っている医療的ケアについてお答えください。(あてはまる番号すべてに○)

01. 人工呼吸器      02. 経管栄養      03. 痰の吸引  
 04. その他 (具体的に: \_\_\_\_\_)

【診療情報提供料（Ⅰ）注7に基づく算定にかかわらず、すべての病院・診療所】

④令和2年9月1か月間において、診療情報提供料（Ⅰ）注7に基づく算定ができなかったが、学校医等に情報提供をしたケースがある場合、算定できなかった理由についてお答えください。  
 （あてはまる番号すべてに○）

- 01. 保育所や認定こども園に在籍する患者だから
- 02. 幼稚園に在籍する患者だから
- 03. 特別支援学校の高等部、高等学校、中等教育学校の後期課程に在籍する患者だから
- 04. 患者又はその家族等の同意を得られなかったから
- 05. 提供した情報の内容が、学校の看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導・助言等するために必要な診療情報ではなかったから → 質問④-1へ
- 06. 医療的ケア児ではなかったから → 質問④-2へ
- 07. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

【④で「05」を回答した病院・診療所】

④-1 具体的にはどのような情報であったのかお答えください。

【④で「06」を回答した病院・診療所】

④-2 具体的にどのようなケアが必要な児だったのかお答えください。

## 問6. 診療情報提供料（Ⅲ）の算定状況等についてお伺いします。

## 【すべての施設の方】

- ①貴施設では、診療情報提供料（Ⅲ）注1から注3の施設基準のうちいずれかを満たしていますか。  
（〇は1つ）

01. 満たしている→質問②へ

02. 満たしていない→質問⑨へ

## 【診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準を満たしている病院・診療所】

- ②貴施設では、令和2年9月1か月間において診療情報提供料（Ⅲ）を算定していますか。（〇は1つ）

01. 算定あり→質問③へ

02. 算定なし→問7へ

## 【診療情報提供料（Ⅲ）の算定をしている病院・診療所】

- ③令和2年9月1か月間における、診療情報提供料（Ⅲ）を算定した延べ回数をお答えください。

※地域包括診療加算等とは、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を指します。

1) 地域包括診療加算等※を届け出ている医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	( ) 回 →1回以上の場合 質問④、⑤へ
2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について情報提供した場合	( ) 回
3) 自院が産科若しくは産婦人科を標榜していて、妊娠している患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	( ) 回 →1回以上の場合 質問⑥へ
4) 自院（地域包括診療加算等※を届け出ている場合）に他院から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて情報提供した場合	( ) 回 →1回以上の場合 質問⑦、⑧へ
5) 1)～4)以外で、妊娠している患者について情報提供した場合	( ) 回

【次の④⑤は上記③の「1）」の対象として算定した患者が1名以上いる病院・診療所のみお答えください。】

- ④紹介元の医療機関が届け出ている地域包括診療加算等についてお答えください。

（あてはまる番号すべてに〇）

01. 地域包括診療加算      02. 地域包括診療料      03. 小児かかりつけ診療料  
04. 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）  
05. 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

- ⑤診療情報提供料（Ⅲ）を算定した紹介患者について、紹介元（情報提供先）の医療機関の診療科についてお答えください。

\*1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

\*2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

（あてはまる番号すべてに〇）

01. 内科 \*1      02. 外科 \*2      03. 整形外科      04. 脳神経外科      05. 小児科      06. 精神科  
07. 眼科      08. 皮膚科      09. 耳鼻咽喉科      10. 泌尿器科      11. 産科  
12. 婦人科      13. 産婦人科      14. 麻酔科      15. リハビリテーション科  
16. 歯科（歯科口腔外科等含む）  
17. その他（具体的に：      )

【次の⑥は上記③の「3）」の対象として算定した患者が1名以上いる病院・診療所のみお答えください。】

⑥診療情報提供料（Ⅲ）を算定した紹介患者について、紹介元（情報提供先）の医療機関の診療科についてお答えください。]

\*1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

\*2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

（あてはまる番号すべてに○）

01. 内科 *1	02. 外科 *2	03. 整形外科	04. 脳神経外科	05. 小児科	06. 精神科
07. 眼科	08. 皮膚科	09. 耳鼻咽喉科	10. 泌尿器科	11. 産科	
12. 婦人科	13. 産婦人科	14. 麻酔科	15. リハビリテーション科		
16. 歯科（歯科口腔外科等含む）					
17. その他（具体的に： _____）					

【次の⑦⑧は上記③の「4）」の対象として算定した患者が1名以上いる病院・診療所のみお答えください。】

⑦貴施設が届け出ている地域包括診療加算等についてお答えください。（あてはまる番号すべてに○）

01. 地域包括診療加算	02. 地域包括診療料	03. 小児かかりつけ診療料
04. 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）		
05. 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）		

⑧診療情報提供料（Ⅲ）を算定した紹介患者について、紹介元（情報提供先）の医療機関の診療科についてお答えください。

\*1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。

\*2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。

（あてはまる番号すべてに○）

01. 内科 *1	02. 外科 *2	03. 整形外科	04. 脳神経外科	05. 小児科	06. 精神科
07. 眼科	08. 皮膚科	09. 耳鼻咽喉科	10. 泌尿器科	11. 産科	
12. 婦人科	13. 産婦人科	14. 麻酔科	15. リハビリテーション科		
16. 歯科（歯科口腔外科等含む）					
17. その他（具体的に： _____）					

【すべての施設の方】

⑨診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準について、満たしていない施設基準についてお答え下さい。

（あてはまる番号すべてに○、うち最も困難を感じることに◎）

満たしていない要件に ○	最も困難な要件に ◎	
01	01	01. 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについての基準を満たしていること
02	02	02. 地域包括診療加算等 <sup>*1</sup> の届出をしていること
03	03	03. 産科若しくは産婦人科を担当している医師を配置していること
04	04	04. 妊娠している者の診療に係る適切な研修 <sup>*2</sup> を終了した医師を配置していること

※1 地域包括診療加算等とは、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を指す。

※2 都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、研修内容は、①から⑤の要件を満たすものであること（①妊娠前後及び産後の生理的変化と検査値異常、②妊娠している者の診察時の留意点、③妊娠している者に頻度の高い合併症や診断が困難な疾患、④妊娠している者に対する画像検査（エックス線撮影やコンピューター断層撮影）の可否の判断、⑤胎児への影響に配慮した薬剤の選択）等。

問 7. 療養・就労両立支援指導料及び相談支援加算の算定状況等についてお伺いします。

① 貴施設では、令和 2 年 9 月 1 か月間において療養・就労両立支援指導料を算定していますか。（〇は1つ）

01. 算定あり→質問②～④へ                      02. 算定なし→問 8 へ

【療養・就労両立支援指導料の算定をしている病院・診療所】

② 令和 2 年 4 月～9 月の 6 か月間において、療養・就労両立支援指導料を算定した患者について、疾患別に延べ人数でお答えください。

※ 1：脳梗塞・脳出血・くも膜下出血その他急性発症した脳血管疾患を指します。

	合計
<b>全 体</b>	(        ) 人
（うち）悪性腫瘍に罹患している患者	(        ) 人
（うち）脳血管疾患等※ <sup>1</sup> に罹患している患者	(        ) 人
（うち）肝疾患に罹患している患者	(        ) 人
（うち）指定難病に罹患している患者	(        ) 人

【療養・就労両立支援指導料の算定をしている病院・診療所】

③ 施設では、相談支援加算の施設基準の届出をしていますか。（〇は1つ）

01. 届出あり→質問④へ                      02. 届出なし→問 8 へ

【相談支援加算の届出をしている病院・診療所】

④ 令和 2 年 4 月～9 月の 6 か月間において、相談支援加算を算定した患者について実人数でお答えください。

全体（実人数）	(        ) 人
（うち）「看護師」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者	(        ) 人
（うち）「社会福祉士」が相談支援を行い、相談支援加算を算定した患者	(        ) 人

問 8. 遠隔連携診療料の算定状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

① 貴施設では、令和 2 年 9 月 1 か月間において遠隔連携診療料を算定していますか。（〇は1つ）

01. 算定あり→質問②へ                      02. 算定なし→問 9 へ

【遠隔連携診療料の算定をしている病院・診療所】

② 令和 2 年 9 月 1 か月間における遠隔連携診療料の算定実人数、そのうち以下にあてはまる患者について、それぞれ実人数をお答えください。

遠隔連携診療料の算定実人数	(        ) 人
（うち）遠隔連携診療料を算定した指定難病の疑いがある患者の実人数	(        ) 人
（うち）遠隔連携診療料を算定したてんかん（外傷性のてんかんを含む）の疑いのある患者の実人数	(        ) 人

問9. 婦人科特定疾患治療管理料の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】  
 ① 貴施設では、婦人科特定疾患治療管理料の施設基準の届出をしていますか。 (○は1つ)  
 01. 届出あり→質問②～⑤へ                      02. 届出なし→問10へ

【婦人科特定疾患治療管理料の届出をしている病院・診療所】  
 ② 貴施設では、令和2年4月～9月の6か月間において婦人科特定疾患治療管理料を算定していますか。  
 (○は1つ)  
 01. 算定あり →患者の実人数：(            )人                      02. 算定なし

【婦人科特定疾患治療管理料の算定をしている病院・診療所】  
 ③ 上記②の算定患者数について、器質性月経困難症の原因疾患別にお答えください。  
 ※複数の選択肢にあてはまる場合、あてはまる欄すべてに記入

(うち) 子宮筋腫	(    )人
(うち) 子宮腺筋症	(    )人
(うち) 子宮内膜症	(    )人
(うち) 骨盤内炎症性疾患	(    )人
(うち) その他(具体的に：                      )	(    )人

【婦人科特定疾患治療管理料の算定をしている病院・診療所】  
 ④ 上記②の算定患者について、処方したホルモン剤の種類別にお答えください。  
 ※複数の選択肢にあてはまる場合、あてはまる欄すべてに記入

(うち) GnRHアナログ製剤	(    )人
(うち) 黄体ホルモン製剤	(    )人
(うち) 黄体ホルモン・卵胞ホルモン混合製剤	(    )人
(うち) その他(具体的に：                      )	(    )人

【婦人科特定疾患治療管理料の算定をしている病院・診療所】  
 ⑤ 上記②の算定患者について、婦人科特定疾患治療管理料を算定した日に医師の診察以外に実施している検査・処置等別にお答えください。  
 ※複数の選択肢にあてはまる場合、あてはまる欄すべてに記入

(うち) 尿検査	(    )人
(うち) 血液検査	(    )人
(うち) 血圧測定	(    )人
(うち) 内診	(    )人
(うち) 超音波検査	(    )人
(うち) MRI検査	(    )人
(うち) CT検査	(    )人
(うち) 薬物療法	(    )人
(うち) その他(具体的に：                      )	(    )人

問10. 緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア管理料の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】	
①貴施設では、緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア診療加算の施設基準の届出をしていますか。(あてはまる番号すべてに○)	
01. 緩和ケア診療加算 → 質問②へ	02. 有床診療所緩和ケア診療加算 → 質問②へ
03. 外来緩和ケア管理料 → 質問②へ	04. いずれの届出もなし → 問11へ

【緩和ケア診療加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア診療加算の届出をしている病院・診療所】				
②令和2年9月1か月間において、緩和ケア診療加算・個別栄養食事管理加算・有床診療所緩和ケア診療加算・外来緩和ケア診療加算を算定している患者について、それぞれ <b>実人数</b> でお答えください。				
	1) 緩和ケア診療加算	2) 個別栄養食事管理加算	3) 有床診療所緩和ケア診療加算	4) 外来緩和ケア診療加算
全体	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人
(うち) 悪性腫瘍の患者	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人
(うち) 後天性免疫不全症候群の患者	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人
(うち) 末期心不全の患者	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人

問11. 外来排尿自立指導料の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】	
①貴施設では、外来排尿自立指導料の施設基準の届出をしていますか。(○は1つ)	
01. 届出あり → 質問②～④へ	02. 届出なし → 質問⑤へ

【外来排尿自立指導料の届出をしている病院・診療所】		
②貴施設における「排尿ケアチーム」の人員配置についてお答えください。(令和2年10月1日時点) ※常勤・非常勤とも実人数でご記入ください。		
	常勤	非常勤
1) 「排尿ケアチーム」を構成する医師の人数	( ) 人	( ) 人
2) 「排尿ケアチーム」を構成する看護師の人数	( ) 人	( ) 人
3) 「排尿ケアチーム」を構成する理学療法士の人数	( ) 人	( ) 人
4) 「排尿ケアチーム」を構成する作業療法士の人数	( ) 人	( ) 人
5) 「排尿ケアチーム」を構成するその他の職種 (具体的に： ) の合計人数	( ) 人	( ) 人
【外来排尿自立指導料の届出をしている病院・診療所】		
③以下にあてはまる患者について、それぞれ <b>実人数</b> でお答えください。		
令和2年9月1か月間における外来排尿自立指導料の算定患者	( ) 人	

## 【外来排尿自立指導料の届出をしている病院・診療所】

④令和2年9月1か月間において、包括的排尿ケアを実施したが外来排尿自立指導料を算定できなかった患者がいた場合、その理由についてお答えください。

(あてはまる理由すべてに○、うち算定できなかった最大の理由1つに◎)

あてはまる理由に○	算定できなかった最大の理由に◎	
01	01	01. 入院中に包括的排尿ケアを実施していなかったから
02	02	02. 在宅自己導尿指導管理料を算定していたから
03	03	03. 他の医療機関から紹介された患者であり、自医療機関の入院患者ではなかったから
04	04	04. 排尿ケアチームによる関与を行っていなかったから
05	05	05. その他

## 【④で選択肢「05」を回答した病院・診療所】

④-1 ④で「05. その他」を選択した場合、外来排尿自立指導料を算定できなかった理由をお答えください。

--

## 【外来排尿自立指導料の届出をしていない病院・診療所】

⑤外来排尿自立指導料の届出をしていない理由についてお答えください。(あてはまる番号すべてに○)

あてはまる理由に○	届出をしていない最大の理由に◎	
01	01	01. 排尿ケアチームの設置が困難だから
02	02	02. 外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないから
03	03	03. 経営上のメリットが少ないから
04	04	04. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから
05	05	05. その他 (具体的に : _____ )

問12. 外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、令和2年9月1か月において、栄養食事指導料の算定をしていますか。  
 (あてはまる番号すべてに○)

01. 外来栄養食事指導料1の算定あり →質問②へ    02. 外来栄養食事指導料2の算定あり →質問③へ  
 03. 入院栄養食事指導料1の算定あり →質問②へ    04. 入院栄養食事指導料2の算定あり →質問③へ  
 05. いずれも算定なし→ 問13へ

【外来栄養食事指導料1・入院栄養食事指導料1の算定をしている病院・診療所】

②令和2年9月1か月間において、外来栄養食事指導料1、入院栄養食事指導料1を算定している患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

1) 外来栄養食事指導料1を算定した患者	( )人
1) -1 (うち) 外来栄養食事指導料の注2で算定した患者	( )人
1) -2 (うち) 外来化学療法加算を算定した患者	( )人
2) 入院栄養食事指導料1を算定した患者	( )人

【外来栄養食事指導料2・入院栄養食事指導料2の算定をしている病院・診療所】

③令和2年9月1か月間において、外来栄養食事指導料2、入院栄養食事指導料2を算定している患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

1) 外来栄養食事指導料2を算定した患者	( )人
1) -1 (うち) 他の医療機関に所属する管理栄養士が算定した患者	( )人
1) -2 (うち) 栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士が算定した患者	( )人
2) 入院栄養食事指導料2を算定した患者	( )人
2) -1 (うち) 他の医療機関に所属する管理栄養士が算定した患者	( )人
2) -2 (うち) 栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士が算定した患者	( )人

問13. オンライン診療料についてお伺いします。

<オンライン診療等の定義について>

本調査では、各用語を下記のように定義します。

【オンライン診療】

オンライン診療料・オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価の算定対象となる診療を指す。

【情報通信機器を用いた診療】

オンライン診療料、オンライン在宅管理料、精神科オンライン在宅管理料及び個別の医学管理料の算定有無にかかわらず、医師一患者間でのビデオ通話により実施する診療を指す。

【診療報酬上の臨時的な取扱いによる電話等再診料】

新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、既に診断されている慢性疾患等の診療または発症が容易に予測される症状の変化の診療を行い、令和2年4月10日より前は「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その2）」（令和2年2月28日事務連絡）、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その6）」（令和2年3月19日事務連絡）、令和2年4月10日以降は「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その10）」（令和2年4月10日事務連絡）にもとづいてA001再診料の注7に規定する電話等再診料73点を算定する診療を指す。

【ガイドライン】

厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針(平成30年3月)(令和元年7月一部改訂)」を指す。

【すべての施設の方】

①貴施設では、オンライン診療料の施設基準の届出をしていますか。（〇は1つ）

01. 届出あり→質問②～⑤に回答ののち、質問⑦～⑧へ

02. 届出なし→質問⑥に回答ののち、質問⑦～⑧へ

【オンライン診療料の届出をしている病院・診療所】

②オンライン診療料の施設基準の届出を行ったのはいつですか。	西暦（ ）年（ ）月
③頭痛患者に対してオンライン診療を行うための届出をしていますか。 (〇は1つ)	01. 届出あり 02. 届出なし

④貴施設で下記の診療料を算定している患者のうち、それぞれの項目にあてはまる患者の人数（実人数）を令和元年9月・令和2年9月1か月間についてお答えください。

		1) 令和元年9月	2) 令和2年9月
オンライン診療料		( ) 人	( ) 人
(うち) 対面診療で算定している管理料 (あてはまる番号すべてに〇)	01. 特定疾患療養管理料	01	01
	02. 小児科療養指導料	02	02
	03. てんかん指導料	03	03
	04. 難病外来指導管理料	04	04
	05. 糖尿病透析予防指導管理料	05	05
	06. 地域包括診療料	06	06
	07. 認知症地域包括診療料	07	07
	08. 生活習慣病管理料	08	08
	09. 在宅自己注射指導管理料		09
	10. 在宅時医学総合管理料	10	10
	11. 精神科在宅患者支援管理料	11	11
	(うち) その他	12. 定期通院が必要な慢性頭痛患者	
オンライン在宅管理料		( ) 人	( ) 人
精神科オンライン在宅管理料		( ) 人	( ) 人
再診料※		( ) 人	( ) 人
外来診療料		( ) 人	( ) 人
在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)		( ) 人	( ) 人
在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)		( ) 人	( ) 人

※患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合を除く

【④でオンライン診療料等の算定人数が1人以上と回答した施設】			
⑤貴施設でオンライン診療料等の算定対象となる診療を行う患者について、1か月あたり回数ごとの人数をお答えください。（令和2年9月1か月間）※数字を記入			
	1) オンライン診療料 及び医学管理料	2) オンライン在宅管理料	3) 精神科オンライン在宅管理 料
1回未満※	( ) 人★	( ) 人★	( ) 人★
1回	( ) 人★	( ) 人★	( ) 人★
2回	( ) 人★	( ) 人★	( ) 人★
3回以上	( ) 人★	( ) 人★	( ) 人★
※ 1か月より長い期間に1回を算定する場合			
★ 診療報酬算定対象外			

オンライン診療料について届出ありの病院・診療所は、質問⑤への回答が終わったら質問⑦、⑧（すべての方が回答する質問）へ

【オンライン診療料の届出をしていない病院・診療所】	01. 届出の意向なし 02. 届出の意向あり
⑥今後、オンライン診療の届出を行う意向の有無をお答えください。（〇は1つ）	
【⑥で「01. 届出の意向なし」と回答した施設】	
⑥-1届出の意向がない理由をお答えください。（あてはまる番号すべてに〇）	
01. 対面診療の方がすぐれているため	01
02. 患者のニーズがない・少ないため	02
03. 保険診療でのオンライン診療の適応になる患者がいらない・少ないため	03
04. オンライン診療に用いる機器やシステムの操作が難しいため	04
05. オンライン診療に用いる機器やシステム導入・運用のコストが高いため	05
06. オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため	06
07. その他（具体的に： _____ )	07
【⑥で「02. 届出の意向あり」と回答した施設】	
⑥-2届出を行わない理由をお答えください。（あてはまる番号すべてに〇）	
01. 施設基準(ガイドラインに沿った診療を行う体制の確保)を満たすことが困難であるため	01
【「01」を選んだ場合】体制確保が難しいガイドラインの内容についてご回答ください。	
11. OSやソフトウェアをアップデートしセキュリティソフトをインストールすること	11
12. チャット機能やファイルの送付などが可能な場合とその方法についてあらかじめ患者側に指示を行うこと	12
13. 医師側から患者側につなげることを徹底すること	13
14. 患者の本人確認を行うこと	14
15. 患者がいつでも医師の本人確認を行えるよう情報を提示しておくこと	15
16. 患者が適切な場所でオンライン診療を受けられるよう患者に指示を行うこと	16
17. その他の点（具体的に： _____ )	17
02. その他（具体的に： _____ )	02

オンライン診療料について届出なしの病院・診療所は、質問⑥への回答が終わったら質問⑦、⑧（すべての方が回答する質問）へ

**【すべての施設の方】**  
 ⑦医学的に治療が必要な患者であって、オンライン診療の適応であるが、オンライン診療料を算定していない患者がいますか。（届出の有無にかかわらずお答えください）（〇は1つ）

01. いる ⇒ ( ) 人 ⇒以下の設問へ（以下の設問は、当該患者について回答）  
 02. いない →質問⑧へ

**【⑦で「01. いる」と回答した場合のみ】**  
 ⑦-1 当該患者の疾患や状態について具体的にご記入ください。※自由記述

---

⑦-2 オンライン診療料を算定していない理由をお答えください。（あてはまる番号すべてに〇）

01. 診療報酬の要件を満たせないため	01
02. 患者の希望がないため	02
03. 患者がオンライン診療に用いる機器を使えないため	03
04. オンライン診療に用いる機器やシステムの導入・運用コストが高いため	04
05. 対面診療の方がすぐれているため	05
06. 新型コロナウイルスの感染拡大に伴う診療報酬上の臨時的な取扱いによる電話等再診料を算定しているため	06
07. その他（具体的に： )	07

**【⑦-2で「01」と回答した場合のみ】**  
 ⑦-3 診療報酬の各要件があるために算定できない患者について、満たすことが困難な要件をお答えください（あてはまる番号すべてに〇）

01. オンライン診療料の対象となる管理料を算定している、または対象疾患であること	01
02. 初診から3か月以上（又は直近3月の間）同一医師による対面診療が必要であること	02
03. 02.の実績を有する医師がオンライン診療を行う必要があること	03
04. 3か月ごとに対面診療を行うこと	04
05. 対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成すること	05
06. 緊急時に原則として必要な対応を行うこと	06
07. 緊急時に患者が速やかに受診できる医療機関について説明し、診療計画に記載しておくこと	07
08. 予約に基づく診療による特別の料金を徴収しないこと	08
09. その他（具体的に： )	09

**【すべての施設の方】**  
 ⑧貴施設において、保険診療以外で情報通信機器を用いた診療を行っている患者がいますか。（令和2年9月1か月間）（〇は1つ）

01. いる ⇒以下の設問へ  
 02. いない →問14へ

**【⑧で「01. いる」と回答した場合のみ】**

⑧-1 保険診療以外で行っている患者数（実人数）	( ) 人
⑧-2 疾患によって保険診療の場合と保険診療以外の場合の両方で行っている患者数（実人数）	( ) 人
⑧-3 保険診療以外で情報通信機器を用いた診療を行っている場合の、患者の疾患名について、具体的にご記入ください。※自由記述	

## 問14. 各種診療料・加算の算定状況等についてお伺いします。

①貴施設において届出している診療料、加算として該当するものを全てお選びください。  
(あてはまる番号すべてに○)

- |                 |                   |                |
|-----------------|-------------------|----------------|
| 01. 地域包括診療加算    | 02. 地域包括診療料       | 03. 小児かかりつけ診療料 |
| 04. 在宅時医学総合管理料  | 05. 施設入居時等医学総合管理料 |                |
| 06. 認知症地域包括診療加算 | 07. 認知症地域包括診療料    |                |

②令和2年9月1か月間の外来患者数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。

	令和2年9月1か月間の 外来患者数
1) 初診患者の延べ人数	( ) 人
1)-1 うち機能強化加算を算定した患者数	( ) 人
2) 再診患者の延べ人数	( ) 人
2)-1 うちオンライン診療料を算定した患者数	( ) 人
2)-1-1 うち個別の医学管理料における情報通信機器を用いた場合の評価の算定患者数	( ) 人
2)-2 うち 地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定した患者数	( ) 人
2)-3 うち 外来管理加算を算定した患者数	( ) 人
3) 初診患者の実人数 ※月に2回以上の初診があった場合でも「1人」と数えてください。	( ) 人
4) 再診患者の実人数 ※月に2回以上の再診があった場合でも「1人」と数えてください。	( ) 人

③令和2年9月1か月間の在宅患者数（外来患者を含まない）についてお答えください。

	令和2年9月1か月間の在宅患者数	
	延べ患者数	実患者数 注:月に2回以上の算定があった場合でも「1人」と数えてください。
1) 初診患者数	延べ ( ) 人	( ) 人
1)-1 うち機能強化加算を算定した患者数	延べ ( ) 人	
2) 再診患者数	延べ ( ) 人	( ) 人
2)-1 うちオンライン在宅管理料・ 精神科オンライン在宅管理料算定患者	延べ ( ) 人	
2)-2 うち外来管理加算を算定した患者数	延べ ( ) 人	

④令和2年9月1か月間における、以下の診療等を担当した医師についてお答えください。

1) オンライン診療料、又は個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価の算定が1回以上あった医師の実人数	常 勤 ( ) 人 非常勤 ( ) 人
2) オンライン在宅管理料、又は精神科オンライン在宅管理料の算定が1回以上あった医師の実人数	常 勤 ( ) 人 非常勤 ( ) 人

## 問15. 貴施設が有しているかかりつけ医機能についてお伺いします。

【すべての施設の方】

貴施設は、次のかかりつけ医機能のうち、どの機能を有していますか。 (あてはまる番号すべてに○)

01. どんな病気でもまずは診療できる
02. これまでの病歴や家族背景等を把握している
03. 必要時に専門医に紹介する
04. 夜間や休日であっても、患者の体調が悪くなった場合に連絡を受ける
05. 夜間や休日であっても、患者の緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介する
06. 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行う
07. 生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行う
08. 喫煙者に対して禁煙指導を行う
09. 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行う
10. 高齢者や児童などに対して、予防接種を推奨・実施する
11. 患者が受診しているすべての医療機関や処方薬を把握する
12. 患者が入院や手術を行った医療機関と連携する
13. 患者の処方を担当する薬局と連携する
14. 往診や訪問診療などの在宅医療を行う
15. 在宅医療において看取りを行う
16. 患者に自分らしい人生の終わり方の相談を行う
17. 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行う
18. 要介護認定に関する主治医意見書を作成する
19. 認知症に関する助言や指導を行う
20. 行政への協力や学校医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う
21. 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行う
22. ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を患者に提供する
23. ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携する
24. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

## 問16. 薬剤の使用に係る状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①抗菌薬の適正使用について、下記の取組のうち、貴施設が行っているものに○をつけて下さい。

(あてはまる番号すべてに○)

01. 地域感染症対策ネットワークに係る活動への参加
02. 感染症に係る研修会等への定期的な参加
03. 抗菌薬の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施
04. 厚生労働省「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考にした抗菌薬の使用
05. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

②高齢者の医薬品適正使用について、下記の取組のうち、貴施設が行っているものに○をつけて下さい。

(あてはまる番号すべてに○)

01. お薬手帳等を利用した他施設での処方薬の把握
02. 院内薬剤師との連携による処方薬の見直し
03. 薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し
04. 医薬品の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施
05. 厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」、日本老年医学会の関連ガイドライン「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」等を参考にした処方薬の見直し
06. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

## 問17. 明細書（公費負担医療を含む。）の無料発行についてお伺いします。

## 【診療所の方】

① 貴施設の明細書の発行状況として、自己負担のある患者、ない患者のそれぞれについて、最もあてはまるものを選んでください。なお、明細書発行体制等加算を算定し、それ以外の費用を徴収していない場合は「無料で発行している」とお答えください。（自己負担のある患者、自己負担のない患者それぞれについて○は1つ）

自己負担のある患者	自己負担のない患者	
01	01	01. 原則として全患者に無料で発行している
02	02	02. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、無料で発行している
03	03	03. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、有料で発行している
04	04	04. 「正当な理由」の届出をし、明細書の発行は行っていない
05	05	05. 明細書の無料発行が義務付けられていないため、明細書の発行は行っていない

## 【①で「02」、「03」、「04」を選択した方】

②-1 貴施設が該当する「正当な理由」は何ですか。（○は1つ）

01. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため  
02. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、改修が必要であるため

②-2 貴施設が該当する「正当な理由」についてはいつまでに対応する予定ですか。（○は1つ）

01. 令和3年3月末まで                      02. 令和3年9月末まで                      03. 令和4年3月末まで  
04. その他（具体的に：                      )                      05. 未定

②-3 全患者に明細書を無料で発行する場合にお困りになる内容をお答えください。（○は1つ）

01. 初期費用がかかる                      02. 運用経費がかかる  
03. 明細書発行に伴って業務負担が増加する                      04. 会計等の患者の待ち時間が長くなる  
05. 特にない

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、12月28日（月）までに  
専用の返信用封筒（切手不要）に同封し、  
お近くのポストに投函してください。

ID番号：

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）  
**かかりつけ医機能・明細書に関する意識調査** **患者票**

## 【医療機関記入欄】

※この調査票を患者の方にお配りする前に、**医療機関にて、下記①～⑥にご記入ください。**

①本日算定した基本診療料	01. 初診料	02. 再診料	03. 外来診療料
②機能強化加算の算定	01. 算定あり	02. 算定なし	
③地域包括診療料の届出	01. 届出あり	02. 届出なし	
④地域包括診療加算の届出	01. 届出あり	02. 届出なし	
⑤認知症地域包括診療料の届出	01. 届出あり	02. 届出なし	
⑥認知症地域包括診療加算の届出	01. 届出あり	02. 届出なし	

※このかかりつけ医患者票は、患者さんに、かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書についてのご意見を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、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。**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、令和2年10月1日時点の状況についてご記入ください。

問1. 患者さん（本日診療を受けた方）についてお伺いします。

①性別 ※○は1つだけ	01. 男性	02. 女性	②年齢	( ) 歳
③お住まい	( ) 都・道・府・県 ※都道府県名まで			
④定期的（3か月に1回以上の頻度）に通院している医療機関数	( ) か所			
⑤本日受診した診療科	01. 内科 *1	02. 外科 *2	03. 整形外科	04. 脳神経外科
	05. 小児科	06. 精神科	07. 眼科	08. 皮膚科
	09. 耳鼻咽喉科	10. 泌尿器科	11. 産科	12. 婦人科
	13. 産婦人科	14. 麻酔科	15. リハビリテーション科	
	16. 歯科（歯科口腔外科等含む） 17. その他（具体的に: )			
*1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。				
*2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。				

問2. 本日受診した医療機関に定期的（3か月に1回程度以上の頻度）に通院していますか。

（○は1つ）

- |                           |                |
|---------------------------|----------------|
| 01. 今回が初めて                | 02. 定期的に通院している |
| 03. 定期的にはないが、過去に通院したことがある | 04. わからない      |



13. 調剤を行う薬局と連携してくれる
14. 医療機関で薬を受け取ることができる
15. 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる
16. 在宅医療において看取りを行ってくれる
17. 自分らしい人生の終わり方の相談ができる
18. 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる
19. 要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる
20. 認知症に関する助言や指導を行ってくれる
21. 行政への協力や学校医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる
22. 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる
23. ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を患者に提供してくれる
24. ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携してくれる
25. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

問4. 本日の明細書の受取状況と、明細書の受取に対するお考えについてお伺いします。

「明細書」とは、医療の透明化や患者さんへの情報提供を積極的に推進していくために、**使用した薬剤の名称や行われた検査の名称などが記載された「患者さんの受診した医療の内容がわかるもの」として発行されるものであり、「領収書」とは異なります。**

①本日の診療についての明細書の内容を確認しましたか。（○は1つだけ）

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| 01. きちんと確認した             | 02. おおまかに確認した   |
| 03. ほとんど確認しなかった          | 04. まったく確認しなかった |
| 05. 「必要ない」と断ったため発行されなかった |                 |
| 06. 発行されなかった             |                 |

▶ ①-1 【質問①で確認しなかった方、または断った方】「明細書」を確認しなかった、または断ったのはなぜですか。（○はいくつでも）

01. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
02. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため
03. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため
04. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
05. 領収証の内容で十分なため
06. 「明細書」の発行に時間がかかるため
07. 毎回ほぼ同じ内容であるため
08. 自己負担額がないため
09. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

- ②医療機関での会計の際に「明細書」を受け取れることを知っていましたか（本日の受付や会計時に知った場合も含みます）。（○は1つだけ）

01. 知っていた

02. 知らなかった

- ③医療機関を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。（○は1つだけ）

01. 必要だと思う

02. どちらかという必要だと思う

03. どちらかという必要ないと思う

04. 必要ないと思う

- ④「明細書」の内容を確認することで、どのようなことに役立つと思いますか。（○はそれぞれ1つずつ）

1) 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる	01. そう思う	02. そう思わない	03. わからない
2) 医療費の内訳がわかりやすくなる	01. そう思う	02. そう思わない	03. わからない
3) 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる	01. そう思う	02. そう思わない	03. わからない
4) 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなる	01. そう思う	02. そう思わない	03. わからない
5) 医療機関への安心感・信頼感が高まる	01. そう思う	02. そう思わない	03. わからない
6) その他	具体的に：		

問5. 新型コロナウイルス感染症の影響による受療行動の変化等についてお伺いします。

①新型コロナウイルス感染症の影響により、あなたの医療機関への受診に関する行動に変化はありましたか。  
(○は1つだけ)

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 01. 受診に関する行動の変化があった | 02. 受診に関する行動の変化はなかった |
|---------------------|----------------------|

【①で「01. 受診に関する行動の変化があった」と答えた場合】

②どのような変化がありましたか。(あてはまるもの全てに○)

- |   |
|---|
| 01. 受診頻度を少なくするようにした<br>02. 検査や処置などの延期やキャンセルをした<br>03. 処方薬を長めに出してもらったようにした<br>04. 電話やオンライン診察を利用するようにした<br>05. 受診頻度をむしろ増やすようにした<br>06. 市販薬で対応するようにした<br>07. その他 (具体的に: _____) |
|---|

【①で「01. 受診に関する行動の変化があった」と答えた場合】

③受診に関する行動の変化により、あなたの体調に変化はありましたか。(○は1つだけ)

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 01. 体調の変化があった | 02. 体調の変化はなかった |
|---------------|----------------|

【③で「01. 体調の変化があった」と答えた場合】

④どのような変化がありましたか。(あてはまるもの全てに○)

- |   |
|---|
| 01. 持病の状態(高血圧、糖尿病、高脂血症などの慢性疾患)が悪くなった<br>02. 持病の状態が悪くなり、入院する必要があった<br>03. 命にかかわる病気(がん、動脈瘤など)の発見が遅れた<br>04. 運動機能の低下があった<br>05. 認知機能(記憶など)の低下があった<br>06. 健康に気を付けるようになり、持病の状態が改善した<br>07. その他 (具体的に: _____) |
|---|

【すべての方にお伺いします】

⑤新型コロナウイルス感染症が収束した後の医療機関への受診に関する行動についてどのようにお考えになりますか。(あてはまるもの全てに○)

- |   |
|---|
| 01. 収束後は今よりも受診頻度を増やす<br>02. 収束後も今の受診頻度を維持する<br>03. 収束後は今よりも受診頻度を減らす<br>04. 処方薬を長めに出してもらった<br>05. 電話やオンライン診察を利用する<br>06. 市販薬で対応する<br>07. その他 (具体的に: _____) |
|---|

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、12月28日(月)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

ID番号：

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

## オンライン診療に関する意識調査 **患者票**

### 【医療機関記入欄】

※この調査票を患者の方にお配りする前に、**医療機関にて、下記①～②にご記入ください。**

①（来院した場合）本日算定した基本診療料 （基本診療料を算定していない場合は特掲診療料）	01.初診料	02.再診料	03.外来診療料
	04.小児科外来診療料	05.小児かかりつけ診療料	
②当該患者の方に直近で電話・情報通信機器を用いた診療を行った際に算定した診療料・管理料			
②-1 オンライン診療料	01.算定あり	02.算定なし	
②-2 電話等初診料	01.算定あり	02.算定なし	
②-3 電話等再診料	01.算定あり	02.算定なし	
②-4 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いに係る電話等を用いた再診料	01.算定あり	02.算定なし	
②-5 オンライン在宅管理料	01.算定あり	02.算定なし	
②-6 精神科オンライン在宅管理料	01.算定あり	02.算定なし	

※この患者票は、本日受診した患者さんまたは保護者の方に、オンライン診療についてのご意見を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、空欄内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。**該当なしは「0（ゼロ）」、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、令和2年10月1日時点の状況についてご記入ください。

問1. あなた（本日受診した患者さん）についてお伺いします。

①性別	01.男性	02.女性			
②年齢	01.10歳未満	02.10歳代	03.20歳代	04.30歳代	05.40歳代
	06.50歳代	07.60歳代	08.70歳代	09.80歳代以上	
③お住まい	（ ）都・道・府・県（ ）区・市・町・村				
④本日受診した医療機関へのご自宅からの移動時間（片道）					（ ）分程度
⑤本日受診した医療機関への主な移動手段 （○は1つだけ）	01.徒歩	02.自転車			
	03.車	04.電車			
	05.その他				
⑥本日受診した理由 （○は1つだけ）	01.この医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため →⑥-1へ				
	02.違う医療機関で診断された病気に関して受診する必要があるため →⑥-1へ				
	03.まだ診断されていないが、何かの病気ではないかと気になる症状があるため →⑥-2へ				

<p>【⑥で「01」,「02」の場合】</p> <p>⑥-1. 本日受診した理由の病気</p> <p>(○は1つだけ)</p>	<p>01. 高血圧症</p> <p>02. 脂質異常症 (コレステロール値、中性脂肪値の異常など)</p> <p>03. 高血圧症・脂質異常症以外の循環器系の疾患 (不整脈など)</p> <p>04. 花粉症</p> <p>05. 花粉症以外のアレルギー系の疾患</p> <p>06. 気管支喘息</p> <p>07. 気管支喘息以外の呼吸器系の疾患 (肺炎など)</p> <p>08. アトピー性皮膚炎</p> <p>09. アトピー性皮膚炎以外の皮膚系の疾患 (皮膚乾燥症など)</p> <p>10. 消化器系の疾患 (胃炎など)</p> <p>11. 泌尿・生殖器系の疾患 (尿路結石、腎炎など)</p> <p>12. 糖尿病</p> <p>13. 糖尿病以外の内分泌代謝障害 (バセドウ病など)</p> <p>14. 筋骨格系の疾患 (関節リウマチ、腰痛症、椎間板ヘルニアなど)</p> <p>15. 眼科系の疾患</p> <p>16. 婦人科系の疾患</p> <p>17. 偏頭痛</p> <p>18. 偏頭痛以外の精神・神経系の疾患</p> <p>19. がん・腫瘍</p> <p>20. その他 (具体的に: )</p> <p>21. わからない・答えたくない</p>
<p>【⑥で「03」の場合】</p> <p>⑥-2. 本日受診した理由の症状</p> <p>(○は主なもの1つだけ)</p>	<p>01. 熱がある</p> <p>02. 体がだるい</p> <p>03. 眠れない</p> <p>04. いらいらしやすい</p> <p>05. 頭痛</p> <p>06. 目のかすみ</p> <p>07. 物が見づらい</p> <p>08. 耳なりがする</p> <p>09. きこえにくい</p> <p>10. 動悸</p> <p>11. 息切れ</p> <p>12. 前胸部に痛みがある</p> <p>13. せきやたんが出る</p> <p>14. 鼻がつまる</p> <p>15. ゼイゼイする</p> <p>16. 胃のもたれ</p> <p>17. 下痢</p> <p>18. 便秘</p> <p>19. 食欲不振</p> <p>20. 腹痛・胃痛</p> <p>21. 痔による痛み・出血など</p> <p>22. 歯が痛い</p> <p>23. 歯ぐきのはれ・出血</p> <p>24. かみにくい</p> <p>25. 発疹(じんま疹・できもの)</p> <p>26. かゆみ(湿疹・水虫など)</p> <p>27. 肩こり</p> <p>28. 腰痛</p> <p>29. 手足の関節が痛む</p> <p>30. 手足の動きが悪い</p> <p>31. 手足のしびれ</p> <p>32. 手足が冷える</p> <p>33. 足のむくみやだるさ</p> <p>34. 尿が出にくい</p> <p>35. 頻尿(尿の出る回数が多い)</p> <p>36. 尿失禁(尿がもれる)</p> <p>37. 月経不順・月経痛</p> <p>38. 骨折・ねんざ</p> <p>39. 切り傷・やけどなどのけが</p> <p>40. その他</p>

⑦この医療機関には定期的に 通院していますか (○は1つだけ)	01.定期的に通院している →⑦-1へ 02.定期的には通院していない →⑦-2～3へ
【⑦で「01」の場合】 ⑦-1. この医療機関への通院の頻度はどの程度ですか。(○は1つだけ)	01.1週間に1、2回 02.2週間に1回程度 03.1か月に1回程度 04.2か月に1回程度 05.3か月以上に1回程度
【⑦で「02」の場合】 ⑦-2. 以前に1回でもこの医療機関にかかったことがありますか。(○は1つだけ)	01.かかったことがある 02.かかったことはない 03.わからない
【⑦で「02」の場合】 ⑦-3. 今回の受診にあたり、以前にかかった医療機関から、この医療機関宛てに、紹介状等による情報提供をしてもらいましたか。(○は1つだけ)	01.情報提供してもらった 02.情報提供してもらっていない 03.わからない

問2. 電話診療（電話とは、音声のみの電話をさします）についてお伺いします。

①あなた（本日受診した患者さん）は、これまでに電話診療を受けたことがありますか。（○は1つだけ）

01. 受けたことがある →①-1～2へ	02. 受けたことがない →問3へ
----------------------	-------------------

【①で「01. 受けたことがある」を選択した場合】

①-1直近の電話診療を受けた時期（○は1つだけ）

01. 2020年（今年）2月28日より前 02. 2020年（今年）2月28日以降 3月19日より前 03. 2020年（今年）3月19日以降 4月10日より前 04. 2020年（今年）4月10日以降 05. わからない
--

①-2直近の電話診療を受けた理由についてお答えください。

①-2-1 新型コロナウイルス感染拡大による理由（あてはまるもの全てに○）

01. 新型コロナウイルス感染症の疑いがあったから 02. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと思ったから 03. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと家族等からすすめられたから 04. 自治体から外出自粛の要請があったから 05. 外出自粛の要請の有無にかかわらず、自主的に外出を控えていたから 06. その他の理由※（具体的に： _____） ※新型コロナウイルス感染拡大による理由で、選択肢01から05以外のもの
---

①-2-2 その他の理由（あてはまるもの全てに○）

- |                          |
|--------------------------|
| 01. 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから |
| 02. 住まいが遠方だから            |
| 03. 体の調子が悪いから            |
| 04. 通院の手助けを受けられないから      |
| 05. リラックスして受診できるから       |
| 06. 医師からすすめられたから         |
| 07. その他の理由※（具体的に： _____） |
- ※新型コロナウイルス感染拡大以外による理由で、選択肢01から06以外のもの

問3. オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使い、動画を用いる診察をさします）についてお伺いします。

①あなた（本日受診した患者さん）は、オンライン診療（上記）を知っていますか。（○は1つだけ）

- |           |          |
|-----------|----------|
| 01. 知っている | 02. 知らない |
|-----------|----------|

②あなた（患者さん）は、これまでにオンライン診療を受けたことがありますか（本日受診した医療機関に限りません）。（○は1つだけ）

- |                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| 01. 受けたことがある →②-1~10へ | 02. 受けたことがない →③へ |
|-----------------------|------------------|

【②で「01. 受けたことがある」を選択した場合】

②-1 これまでに何回程度オンライン診療を受けたことがありますか。（○は1つだけ）

- |          |           |          |
|----------|-----------|----------|
| 01.1回、2回 | 02. 3回～5回 | 03.6回～9回 |
| 04.10回以上 | 05.わからない  |          |

②-2 直近のオンライン診療を受けた時期（○は1つだけ）

- |                               |
|-------------------------------|
| 01. 2020年（今年）2月28日より前         |
| 02. 2020年（今年）2月28日以降 3月19日より前 |
| 03. 2020年（今年）3月19日以降 4月10日より前 |
| 04. 2020年（今年）4月10日以降          |
| 05.わからない                      |

②-3 直近のオンライン診療を受けた理由についてお答えください。

②-3-1 新型コロナウイルス感染拡大による理由（あてはまるもの全てに○）

- |  |
|--|
| 01. 新型コロナウイルス感染症の疑いがあったから              |
| 02. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと思ったから         |
| 03. 感染予防のため医療機関に行かない方がよいと家族等からすすめられたから |
| 04. 自治体から外出自粛の要請があったから                 |
| 05. 外出自粛の要請の有無にかかわらず、自主的に外出を控えていたから    |
| 06. その他の理由※（具体的に： _____）               |
- ※新型コロナウイルス感染拡大による理由で、選択肢01から05以外のもの

②-3-2 その他の理由（あてはまるもの全てに○）

01. 仕事や家庭の事情で通院する時間がないから
02. 住まいが遠方だから
03. 体の調子が悪いから
04. 通院の手助けを受けられないから
05. リラックスして受診できるから
06. 医師からすすめられたから
07. その他の理由※（具体的に： \_\_\_\_\_）

※新型コロナウイルス感染拡大以外による理由で、選択肢01から06以外のもの

②-4 オンライン診療を行うことを決定する際に、医師から診療計画や注意点等の説明を受けましたか。（○は1つだけ）

- |         |            |            |
|---------|------------|------------|
| 01. 受けた | 02. 受けなかった | 03. 覚えていない |
|---------|------------|------------|

②-5 オンライン診療を受ける際に使用している機器（パソコン・タブレット・スマートフォン等）について、あてはまるものをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- |                           |
|---------------------------|
| 01. 以前から本人または家族等が所有している機器 |
| 02. 医療機関から貸与・配布された機器      |
| 03. その他（具体的に： _____）      |

②-6 オンライン診療を受けたことのある場所を選んでください。（あてはまるもの全てに○）

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 01. 自宅                  | 02. 勤務先                 |
| 03. 入所している介護施設（老人ホームなど） | 04. 通っている介護施設（デイサービスなど） |
| 05. その他（具体的に： _____）    |                         |

②-7 オンライン診療を受けた際に、診療以外の費用がかかりましたか。（○は1つだけ）

- |          |             |            |
|----------|-------------|------------|
| 01. かかった | 02. かからなかった | 03. 覚えていない |
|----------|-------------|------------|

②-7-1 【②-7において「01」を選択した場合】

支払った金額をご記入ください。

\_\_\_\_\_円

②-7-2 A 【②-7において「01」を選択した場合】

オンライン診療にかかる費用と、診療以外の費用の徴収について説明を受けましたか。

（○は1つだけ）

- |         |            |            |
|---------|------------|------------|
| 01. 受けた | 02. 受けなかった | 03. 覚えていない |
|---------|------------|------------|

②-7-2 B 【②-7-2 Aにおいて「01」を選択した場合】

②-7-2Aの説明について納得できましたか。（○は1つだけ）

- |           |              |           |
|-----------|--------------|-----------|
| 01. 納得できた | 02. 納得できなかった | 03. わからない |
|-----------|--------------|-----------|

**【オンライン診療を受けたことがあるすべての方にお伺いします】**

②-8 明細書\*を見て、診療にかかる費用と、診療以外の費用の区別ができましたか。(〇は1つだけ)

01. 区別できた	02. 区別できなかった	03. わからない
-----------	--------------	-----------

\*使用した薬剤の名称や行われた検査の名称などが記載された「患者さんの受診した医療の内容がわかるもの」として受診後に発行されるものであり、「領収書」とは異なります。

②-9 オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをお答えください。

(〇はそれぞれ1つずつ)

1) 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた (直接接触して異常を見つけてもらうことができない等)	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
2) 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
3) 対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
4) 対面診療と比べて自分の症状や異常の部位等を説明しにくいと感じた	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
5) 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
6) 機器や診療システムの使い方が難しかった	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
7) 診療以外に係る費用(システム利用料、通信費等)が高いと感じた	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
【7)で「01」と答えた場合にお答えください】 7-1. どのような費用が高いと思いましたか。	具体的に:
8) 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせてられた	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
9) 対面診療と比べて待ち時間が減った	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
10) リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
11) 様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
12) その他	具体的に:

②-10 オンライン診療を受診した際、保険診療・保険外診療(自由診療)のどちらで受診しましたか。(〇は1つだけ)

01. 保険診療として受けた	02. 保険外診療(自由診療)として受けた
03. 保険診療の場合と保険外診療の場合があった	04. わからない

**【②-10において「02」または「03」を選択した場合】**

②-10-1 保険外診療(自由診療)としてオンライン診療を受けた場合について、疾患名と負担額を教えてください。(疾患名、金額を記入)

疾患名	自己負担額
➡(1回当たり平均)	_____円程度
➡(1回当たり平均)	_____円程度

**オンライン診療を受けたことがある方は、②-10の回答が終わったら問4(すべての方が回答する設問)へ**

**【②で「02. 受けたことがない」と答えた場合】**

③オンライン診療を受けたことがない理由について選んでください。（あてはまるもの全てに○）

01. できるだけ対面での診療を受けたいと考えているから

「01」を選んだ場合：その理由をお答えください。 （あてはまるもの全てに○、最もあてはまるもの1つに◎）		
あてはまる理由に ○	最もあてはまる理由に ◎	
11	11	1) 丁寧な診察が受けられるから
12	12	2) 検査や処置がすぐに受けられるから
13	13	3) 医師等の話が聞きやすいから
14	14	4) 病気に関する質問や相談がしやすいから
15	15	5) 病気のこと以外の相談や話がしやすいから
16	16	6) その他（具体的に： _____）

02. オンライン診療の必要性を感じたことがないから

「02」を選んだ場合：その理由をお答えください。 （あてはまるもの全てに○、最もあてはまるもの1つに◎）		
あてはまる理由に ○	最もあてはまる理由に ◎	
21	21	1) 通院する時間は十分にあるから
22	22	2) 通院先が近いから
23	23	3) その他（具体的に： _____）

03. 医師からオンライン診療を提案されたことがないから

04. 医師からオンライン診療の適応にならないと言われているから

05. オンライン診療にかかる費用が高いから

06. 機器や診療システムの使用が難しいから

07. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**オンライン診療を受けたことがない方は、③の回答が終わったら問4（すべての方が回答する設問）へ**

**【すべての方にお伺いします】**

問4. 今後の受診について、現時点のお考えをお答えください。（○は1つだけ）

01. 新型コロナウイルスの問題とは関係なく対面診療を受けたい

02. 新型コロナウイルスの感染が懸念される間オンライン診療を受けたい

03. 新型コロナウイルスの問題とは関係なくオンライン診療を受けたい

04. 対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい

05. わからない

06. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、12月28日（月）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入の上、お近くのポストに投函してください。