

平成26年8月15日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
松 本 純 一

平成26年度に実施される中医協診療報酬改定結果検証部会の調査  
「訪問診療の実態調査」について

診療報酬改定は、中医協で改定結果を検証した上で、次回改定で修正していくという流れが確立しております。

平成26年度診療報酬改定施行後、「答申書」（平成26年2月12日）附帯意見（15項目）等を踏まえた検討、検証につきましては、診療報酬改定結果検証部会等により鋭意検討が進んでいるところであります。

診療報酬改定結果検証部会では、添付資料1のとおり、平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査を12項目掲げ、平成26年度及び平成27年度の2か年で実施することとし、そのうち6項目について平成26年度に実施することとし、平成26年5月14日の中医協総会において了承されました。

また、平成26年度調査のうち、「(1) 同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」に関しましては、その改定内容から、集合住宅等では訪問診療を行う医師を確保できなくなるのではないかとといった懸念が出ていること等を勘案し、他の調査とは異なり、可能な限り速やかに調査を実施し、本年10月には結果をとりまとめるべく検討を行ってきたものであります。

今般、中医協総会の了承を得た上で、調査票がまとまり、厚労省からの委託を受けた「三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社」より、順次対象医療機関等に対し調査票が発送されることとなりましたのでお知らせいたします。

過去の調査と同様、本調査におきましても強制されるものではございませんので、各医療機関のご判断でご協力いただければ結構でございます。

なお、調査対象となった各会員より、都道府県医師会等に照会がありました場合には、これらの調査結果は、中医協における次回診療報酬改定の検討の際、医療現場の実態を把握するための重要なデータとなります点にご理解いただき、ご対応いただけましたら幸いです。

<添付資料>

1. 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）の実施について（案）  
（平26.5.14 中医協総会 資料抜粋）
2. （医科医療機関・訪問看護・歯科医療機関・保険薬局・集合住宅）  
開設者・管理者等あて 調査協力依頼文書（厚生労働省保険局医療課）
3. 訪問診療の実態調査・訪問看護の実態調査 調査要綱
4. 調査票
  - ① 訪問診療の実態調査 調査票（医科医療機関票）
  - ② 訪問看護の実態調査 調査票（訪問看護票）
  - ③ 歯科訪問診療の実態調査 調査票（歯科医療機関票）
  - ④ 訪問薬剤管理の実態調査 調査票（保険薬局票）
  - ⑤ 集合住宅における訪問診療等の実態調査 調査票

## 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）の実施について（案）

### 1. 目的

平成26年度診療報酬改定の基本方針及び答申に当たっての中医協附帯意見を踏まえた調査項目について特別調査を実施し、検証部会における平成26年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

### 2. 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」を設置し、具体的な調査設計、調査票の作成及び集計・分析方法等の検討を行う。なお、調査検討委員会の事務局は受託業者が担当することとする。

### 3. 調査項目

以下に掲げる12項目について、「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」として平成26年度及び平成27年度の2か年で実施することとし、うち、下線の6項目を平成26年度調査として実施し、それ以外の項目については、施設基準を新設するなど改定の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要であることから平成27年度調査とする。

なお、平成26年度調査においても、改定による効果がより明らかになるように、調査の開始時期については出来る限り後ろ倒しにして調査を実施することとするが、「(1) 同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」については、可能な限り速やかに実施することとする。

#### (1) 同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査（別紙1）

(2) 主治医機能の評価の新設や紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化による影響を含む外来医療の機能分化・連携の実施状況調査（別紙2）

(3) 在宅療養後方支援病院の新設や機能強化型在宅療養支援診療所等の評価の見直しによる影響、在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制の推進等を含む在宅医療の実施状況調査（別紙3）

(4) 訪問歯科診療の評価及び実態等に関する調査（別紙4）

(5) 機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査（別紙5）

(6) 適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査（別紙6）

(7) 救急医療管理加算等の見直しによる影響や精神疾患患者の救急受入を含む救急医療の実施状況調査（別紙7）

(8) 廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等による影響や維持期リハビリテーションの介護保険への移行の状況を含むリハビリテーションの実施状況調査（別紙8）

- (9) 胃瘻の造設等の実施状況調査 (別紙9)
- (10) 明細書の無料発行の実施状況調査 (別紙10)
- (11) 夜間の看護要員配置の評価や月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置による影響及びチーム医療の推進等を含む医療従事者の負担軽減措置の実施状況調査 (別紙11)
- (12) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 (別紙12)

#### 4. スケジュール

平成26年度調査におけるスケジュールは次の通りである。

##### ○同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査

平成26年

- 5月 検証部会、総会で調査項目の決定
- 6月 調査機関の調達、決定
- 6~7月 調査設計、調査票等の検討、調査客体の選定  
調査検討委員会において調査票の検討  
検証部会、総会で調査票の決定
- 8~9月 調査期間
  - ・調査票の配付、回収
  - ・調査結果の集計、分析
- 10月 調査検討委員会において調査結果(速報)の検討  
~調査結果(速報)を取りまとめ、基本問題小委・総会に報告~

##### ○同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査以外

平成26年

- 5月 検証部会、総会で調査項目の決定
- 6月 調査機関の調達、決定
- 7~9月 調査設計、調査票等の検討、調査客体の選定  
調査検討委員会において調査票の検討  
検証部会、総会で調査票の決定
- 8~12月 調査期間(調査票ができた項目から順次、開始する)
  - ・調査票の配付、回収
  - ・調査結果の集計、分析

平成27年

- 1月 調査検討委員会において調査結果(速報)の検討  
~調査結果(速報)を取り纏めた項目から順次、基本問題小委・総会に報告~

平成 26 年 8 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「訪問診療の実態調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の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のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、在宅医療に取り組んでいる保険医療機関を対象に、訪問診療の実施体制や同一建物居住者に対する訪問診療の取組状況、対象患者の状況、診療報酬改定前後での診療件数等の変化、課題等を**正確に把握**することを目的に匿名形式で本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、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、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング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

平成 26 年 9 月 10 日（水）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒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：佐藤、古賀、田村、田極）

E-mail：kaitei@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：03-6733-3403（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-1028

平成 26 年 8 月

開設者様・管理者様  
訪問看護部門責任者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「訪問看護の実態調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の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のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、訪問看護に取り組んでいる訪問看護ステーション及び保険医療機関を対象に、訪問看護の実施体制や同一建物居住者に対する訪問看護の取組状況、対象患者の状況、診療報酬改定前後での訪問件数等の変化、課題等を正確に把握することを目的に匿名形式で本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、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、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング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

平成 26 年 9 月 8 日（月）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒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：佐藤、古賀、田村、田極）

E-mail：kaitei@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：03-6733-3403（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-1028

平成 26 年 8 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「歯科訪問診療の実態調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の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のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、在宅歯科医療に取り組んでいる歯科診療所を対象に、歯科訪問診療の実施体制や同一建物居住者に対する歯科訪問診療の取組状況、診療報酬改定前後での歯科訪問診療の実施件数等の変化、課題等を正確に把握することを目的に匿名形式で本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、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お願い申し上げます。なお、本調査の他にも今秋及び来年度に在宅療養支援歯科診療所を対象とした調査を予定しており、貴医療機関には更にご負担をお掛けする可能性もありますが、各調査で頂戴した貴重なご意見は、今後の在宅歯科医療の充実のために活用されます。今後、貴医療機関が他調査の対象となった場合においても、特段のご理解とご協力を賜りますよう重ねて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、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング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

平成 26 年 9 月 5 日（金）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒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：佐藤、古賀、田村、田極）

E-mail：kaitei@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：03-6733-3403（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-1028

平成 26 年 8 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「訪問薬剤管理の実態調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の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のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、在宅医療に取り組んでいる保険薬局を対象に、訪問薬剤管理の実施体制や同一建物居住者に対する訪問薬剤管理の取組状況、診療報酬改定前後での訪問薬剤管理指導の実施件数等の変化、課題等を正確に把握することを目的に匿名形式で本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、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、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング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

平成 26 年 9 月 5 日（金）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒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：佐藤、古賀、田村、田極）

E-mail：kaitei@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：03-6733-3403（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-1028



平成 26 年 8 月

開設者様・管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「集合住宅における訪問診療等の実態調査」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、厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、医療提供体制の充実化を図り、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年毎に診療報酬（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 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の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のもと、平成 26 年度診療報酬改定による影響等を検証するために、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホームを対象に、入居者における訪問診療等の利用状況、診療報酬改定前後での訪問診療等の実施機関数や実施内容の変化、訪問診療等においてお困りになっていること等を正確に把握することを目的に、匿名形式により、本調査を実施することといたしました。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討する中医協において、皆様のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、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、ご協力を賜りますよう、よろしく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、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング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。

最後になりますが、サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームの開設者・管理者の方につきましては、本調査と【平成 26 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業】高齢者向け住まいに関するアンケート調査の内容に一部重複があり、ご負担をお掛けしましたことを深くお詫び申し上げます。

謹白

平成 26 年 9 月 12 日（金）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒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：佐藤、古賀、田村、田極）

E-mail：kaitei@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：03-6733-3403（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-1028

## 訪問診療の実態調査 調査要綱

### 回答者

- ・ **医科医療機関票**は、訪問診療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における訪問診療等の実施状況についてお伺いするものです。

### 回答方法

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に断りのない場合は、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。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。
- ・ （ ）内に数値を記入する設問で、「小数点以下第 1 位まで」とある場合には「小数点以下第 2 位」を「四捨五入」してください。

### 調査期間

調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

**平成 26 年 9 月 10 日（水）まで**に、ポストにご投函ください。

### 記入要領

#### 1. 貴施設の概要

##### ①開設者

- 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（国、独立行政法人）
- 公 立：都道府県、市町村、地方独立行政法人
- 公 的：日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
- 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
- その他の法人：公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

##### ⑦貴法人・関連法人が運営している施設・事業所等

- ・ 貴法人または関連する法人（同一法人でなくとも資金の援助を行っている場合や、当該法人の理事長やその親族などが別に経営している法人など）が運営している施設・事業所等をお選びください。
- ・ また、貴法人または関連法人が委託を受けて行っている場合や委託して行っている場合も含めてください。

## 2. 貴施設の診療体制

### ②訪問診療に従事した合計時間

- ・ 医師、看護職員、その他の職員について、訪問診療（往診も含みます）に従事した時間（平成26年7月1か月間）をご記入ください。30分単位=0.5時間単位でご記入ください。
- ・ 「訪問診療に従事した時間」には、訪問診療のために行う記録や管理業務、カンファレンスなども含めてください。なお、訪問看護に従事した時間は含めないでください。

## 3. 貴施設の訪問診療の取組状況等

### ⑦訪問診療を行った実績等

#### ○「居宅・施設数」の数え方

- ・ 貴施設から訪問診療を実施している患者が、一つの居宅・居住施設（同一建物）に1人しかいない場合（例：サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅であっても、貴施設が訪問診療を実施している患者が、一つの居宅・居住施設に1人しかいない場合）は、「1）1人しか訪問診療の対象患者がいない居宅・居住施設」欄にご記入ください。
- ・ 貴施設から訪問診療を実施している患者が、一つの居宅・居住施設に2人以上いる場合については、以下の要領でご記入ください。
  - ✓ その居宅・居住施設が特定施設又は特別養護老人ホームの場合は、「2）2人以上訪問診療の対象患者を抱えている特定施設又は特別養護老人ホーム」欄にご記入ください。
  - ✓ その居宅・居住施設が特定施設又は特別養護老人ホーム以外の居住施設であれば「3）2人以上訪問診療の対象患者を抱えているその他の居住施設」欄にご記入ください。
  - ✓ 戸建て住宅のご夫婦に対して訪問診療を行っている場合は、「3）2人以上訪問診療の対象患者を抱えているその他の居住施設」欄にご記入ください。
- ・ また、「居宅・施設数」は、訪問診療を実施した居宅・居住施設の数です。居宅・施設への延べ訪問回数ではございませんので、同じ居宅・居住施設に同月に何度訪問しても「1か所」と数えます。

#### ○「居宅・施設への訪問回数」の数え方

- ・ 「居宅・施設への訪問回数」は、訪問診療を実施するために施設へ訪問した回数です。同じ建物であっても、訪問の都度、計上してください。例えば、A有料老人ホームに月2回訪問した場合は、「2回」と数えます。

#### ○「患者数」の数え方

- ・ 「患者数」は、訪問診療を実施した患者の数です（実人数（人）であり、延べ患者数（人・回）ではありません）。1か月に同じ患者を2回訪問した場合でも、「1人」と数えます。

#### ○「在宅時医学総合管理料（「在総管」）・特定施設入居時等医学総合管理料（「特医総管」）を算定した患者数」の数え方

- ・ 「在総管・特医総管を算定した患者数」は、「患者数」の欄に記入した患者のうち、貴施設が在宅時医学総合管理料（在総管）または特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）を算定した患者の人数です。「患者数」に記載した数よりも多くなることはありませんので、「患者数 $\geq$ 在総管・特医総管を算定した患者数」となっていることをご確認ください。

#### ○「延べ患者数」の数え方

- ・ 「延べ患者数」は、訪問診療を実施した患者の延べ人数です。同じ患者に月2回訪問診療を行った場合は、「2人・回」と数えます。

参考例は次ページに続きます。—————>

#### 【参考例】

- (例) A有料老人ホーム(※特定施設の場合)に訪問診療対象患者3人(患者B、患者C、患者D)  
7/1に患者B、患者C、患者Dに対して訪問診療を実施  
7/10に患者Bに対して訪問診療を実施  
7/15に患者Dに対して訪問診療を実施  
7/22に患者B、Dに対して訪問診療を実施  
※7月分として、患者B・Dに対して特医総管を算定  
⇒「2) 2人以上訪問診療の対象患者を抱えている特定施設又は特別養護老人ホーム」欄に記入  
施設数:「1か所」、施設への訪問回数:「4回」、患者数「3人」、  
在総管・特医総管を算定した患者数:「2人」、延べ患者数:「7人・回」(3+1+1+2)

#### ⑧在総管・特医総管の算定患者数の状況等

- ・ 「1)」では、平成26年3月には在総管・特医総管を算定した患者であって、平成26年7月に当該管理料を算定しなかった患者数をご記入ください。
- ・ 「2)」以降は、「1)」に該当し、「居住系施設」に入居している患者のうち、該当する患者数をご記入ください。
- ・ なお、「居住系施設」とは、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム(A型・B型・ケアハウス)、有料老人ホーム(介護付・住宅型・健康型)、サービス付き高齢者向け住宅(旧高齢者専用賃貸住宅・旧高齢者向け優良賃貸住宅・旧適合高齢者専用賃貸住宅を含む。)、特定施設・地域密着型特定施設・外部サービス利用型特定施設、指定(介護予防)短期入所生活介護事業所、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービス)を指します。

#### 4. 調査日における訪問診療実施状況

##### ○調査日の選び方

- ・ 調査期間中(平成26年8月18日(月)～8月31日(日))の2週間のうち、訪問診療を実施した患者数が最も多かった1日を調査日としてください。なお、8月31日を待たずに、訪問診療の予定患者数が最も多い日を調査日としていただいても結構です。

##### ○対象

- ・ 訪問診療を行っている医師が2名以上の場合、1日の訪問診療患者数が最も多い医師1人について、調査日における当該医師の訪問診療実績をご記入ください。
- ・ 調査日に当該医師が訪問診療を実施した患者全員が対象です。

##### ○記入方法

- ・ 訪問診療を実施した順番にご記入ください。
- ・ 訪問順に「1」～「50」まで50人分の患者について記入できます。50人を超える場合も、50人までで結構です。
- ・ 「患者記号(名字の一文字目)」欄には、例えば、対象患者のお名前が「あおやまさん」であれば「あ」、「やまもとさん」であれば「や」とご記入ください。
- ・ 「①出発地」は当該患者へ訪問診療を実施するために出発した場所を選択肢1～3の中から1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。例えば、訪問順「1」の患者に対して訪問診療を実施する際に出発した場所が貴施設であれば「3」を○で囲んでください。なお、医師の自宅や介護事業者などから患者に赴いた場合も「3」を○で囲んでください。「⑧次の移動先」も同様です。
- ・ 「②前の場所からの移動に要した時間」は「①出発地」から当該患者の患者への移動に要した時間です。移動手段を問わず移動に要した時間を「分単位」でご記入ください。
- ・ 「⑨次の場所への移動に要した時間」も同様に移動手段を問わず移動に要した時間を「分単位」でご

記入ください。なお、「⑧次の移動先」の欄で「次の患家（同一建物）」「次の患家（異なる建物）」に○がつく場合（1や2を○で囲んだ場合）は、この欄のご記入は不要です。「医療機関等」に○がつく場合（3を○で囲んだ場合）のみ、ご記入ください。

- ・ 「⑥滞在時間」は患家で滞在した時間を「分単位」でご記入ください。

### 【コード表】

③要介護度（以下の「コード」欄の番号を1つだけご記入ください。）

コード	内容
1	要介護1
2	要介護2
3	要介護3
4	要介護4
5	要介護5
11	要支援1
12	要支援2
20	該当なし（未申請・申請中を含む）
30	不明

④認知症の日常生活自立度（以下の「コード」欄の番号を1つだけご記入ください。）

コード	ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
1	該当なし		
2	I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
3	II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
4	II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
5	II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
6	III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
7	III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
8	III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
9	IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
10	M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等
11	不明		

⑤訪問診療を行っている理由（以下の「内容」の中から最も該当するものを1つだけ選び、該当の「コード」欄の番号をご記入ください。）

コード	内容
1	身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難
2	介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難
3	交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難

4	通院が困難なわけではないが、患者が希望したから
5	通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから
6	その他

⑦ 貴医療機関からの看護師の同行（以下の「コード」欄の番号を1つだけご記入ください。）

コード	内容
1	あり
2	なし

## 患者票についての記入要領

### 【患者票の回答に関しまして医師の方へのお願い】

- ・ 調査日に訪問診療を実施した患者4名について、**患者票A**（2名分）、**患者票B**（2名分）にそれぞれご回答をお願いいたします。
- ・ 非常に重要な調査ですので、引き続き、ご協力をお願いいたします。

### ○対象患者

- ・ **患者票A**は、一つの居住施設（同一建物）内に貴施設の訪問診療を利用している**患者が他にいる**患者が対象です（※調査日とは別の日に同一建物内の別の患者に訪問診療を実施している場合も該当します）
- ・ **患者票B**は、戸建てを含む一つの居住施設（同一建物）内に貴施設の訪問診療を利用している**患者が他にいない**患者が対象です（調査日に限らず、同一建物内には貴施設の訪問診療を利用している患者がいない）。

### ○対象患者の選び方

- ・ 本調査票の5～6ページでご回答いただいた患者（「調査日の訪問診療実施患者」）の中から、**患者票A**に該当する患者2名、**患者票B**に該当する患者2名を、それぞれ以下の方法により選定してください。
- ・ 該当する患者が3名以上いる場合は、患者名字の五十音順（あいうえお）順の早い方から順に2名をお選びください。
- ・ 該当する患者が2名に満たない場合は、翌日以降も調査日とし、訪問診療を実施した早い順に2名になるまで調査日を延長して実施してください（最長：8月31日まで）。8月31日を経過しても該当患者がいない場合は、該当の患者票の「患者記号」欄に「なし」と明記してください。
- ・ なお、例えば、貴施設が、同一建物内に複数の訪問診療対象患者がいるケースを取り扱っていないなど、8月31日を経過せずとも、あらかじめ該当患者がいないとおわかりになっている場合については、該当の患者票の「患者記号」欄に「なし」と記入していただいで結構です（例のケースでは、患者票Aの「患者記号」欄に「なし」となります）。

### ○患者票の記入方法

- ・ 患者票「患者記号」欄には、例えば、対象患者のお名前が「あおやまさん」であれば「あ」、「いけださん」であれば「い」とご記入ください。
- ・ 患者票右上の「訪問順」欄には、本調査票の5～6ページの表の一番左の列「★訪問順」に記載の番号を記入してください。調査日に該当患者がいなかったために、翌日以降、訪問診療を実施した患者の中から対象患者をお選びになった場合は「-」をご記入ください。

## 【用語等】

### 8) 認知症の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

### 12) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（特掲診療料の施設基準等別表七）

○末期の悪性腫瘍	○多発性硬化症	○重症筋無力症	○スモン
○筋萎縮性側索硬化症	○脊髄小脳変性症	○ハンチントン病	
○進行性筋ジストロフィー症			
○パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）			
○多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）			
○プリオン病	○亜急性硬化性全脳炎	○ライソゾーム病	
○副腎白質ジストロフィー	○脊髄性筋萎縮症	○球脊髄性筋萎縮症	
○慢性炎症性脱髄性多発神経炎		○後天性免疫不全症候群	○頸髄損傷
○人工呼吸器を使用している状態			

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。

☆☆☆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：佐藤、古賀、田村、田極）

E-mail：kaitei@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：03-6733-3403（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-1028

## 訪問看護の実態調査 調査要綱

### 回答者

- ・ **訪問看護票**は、訪問看護ステーションの開設者・管理者の方及び訪問看護を実施している医療機関の訪問看護部門の責任者の方に、貴事業所・施設（部門）における訪問看護の実施状況についてお伺いするものです。
- ・ 特に断りのない場合は、**医療保険の訪問看護**に関してお答えください。

### 回答方法

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に断りのない場合は、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。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。
- ・ （ ）内に数値を記入する設問で、「小数点以下第 1 位まで」とある場合には「小数点以下第 2 位」を「四捨五入」してください。

### 調査期間

調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

**平成 26 年 9 月 8 日（月）まで**に、ポストにご投函ください。

### 記入要領

#### 1. 貴事業所・施設（部門）の概要

##### ⑨ 貴事業所・部門の職員数

- ・ 訪問看護ステーションの方は貴事業所の職員数を常勤換算でご記入ください。
- ・ 医療機関の方は、訪問看護業務に従事する職員（専従または専任）の人数（常勤換算）をご記入ください。
- ・ 医療保険による訪問看護、介護保険による訪問看護の別を問わず、当該事業所又は部門で訪問看護業務に従事する職員全体の常勤換算職員数をご記入ください。

#### 2. 貴事業所・施設（部門）の利用者数及び訪問回数

##### ① 訪問看護の利用者数

###### 1) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無（特掲診療料の施設基準等別表七）

- |  |                                     |                                   |                              |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 末期の悪性腫瘍   | <input type="checkbox"/> 多発性硬化症     | <input type="checkbox"/> 重症筋無力症   | <input type="checkbox"/> スモン |
| <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症   | <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症    | <input type="checkbox"/> ハンチントン病  |                              |
| <input type="checkbox"/> 進行性筋ジストロフィー症  |                                     |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。） |                                     |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）  |                                     |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> プリオン病   | <input type="checkbox"/> 亜急性硬化性全脳炎  | <input type="checkbox"/> ライソゾーム病  |                              |
| <input type="checkbox"/> 副腎白質ジストロフィー   | <input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症    | <input type="checkbox"/> 球脊髄性筋萎縮症 |                              |
| <input type="checkbox"/> 慢性炎症性脱髄性多発神経炎   | <input type="checkbox"/> 後天性免疫不全症候群 | <input type="checkbox"/> 頸髄損傷     |                              |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している状態  |                                     |                                   |                              |



## 2) 厚生労働大臣の定める状態等にある患者（特掲診療料の施設基準等別表八）

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</li><li>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</li><li>三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</li><li>四 真皮を越える褥瘡の状態にある者</li><li>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</li></ul> |
|---|

## 5. 調査日における訪問看護実施状況

### ○調査日の選び方

- ・ 調査期間中（平成26年8月21日（木）～8月27日（水））の1週間のうち、医療保険の訪問看護の利用者が最も多かった1日を調査日としてください。なお、8月27日を待たずに、訪問看護の予定利用者数が最も多い日を調査日としていただいても結構です。

### ○対象

- ・ 調査日に貴事業所・部門において、訪問看護を実施した医療保険の利用者全員が対象です。介護保険の利用者は記入しないでください。
- ・ 医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定している場合の訪問も含まれます。

### ○記入方法

- ・ 利用者1人につき1行でお書きください。（複数回訪問の場合も、1人1回だけ、ご記入ください。）
- ・ 項目欄に「\*」印があるものは、次ページのコード表から該当する番号を選んでご記入ください。
- ・ 「利用者記号（名字の一文字目）」欄には、例えば、対象利用者のお名前が「あおやまさん」であれば「あおやま」の頭の文字をとって「あ」、「やまもとさん」であれば「や」とご記入ください。
- ・ 「②①のお住まいに貴事業所・部門が訪問看護（医療保険）を提供している利用者数」には、「①お住まい」（同一建物）内に他に貴事業所・部門が医療保険の訪問看護を提供している利用者がいれば、その人数をご記入ください。
- ・ 例えば、「①お住まい」がサービス付き高齢者向け住宅である場合で、その利用者以外にも同じサービス付き高齢者向け住宅内に貴事業所・部門の訪問看護（医療保険に限る）を提供している利用者がいればその人数について、当該利用者を除いた人数をご記入ください。当日の訪問看護に限りません。
- ・ 「③本日、訪問看護（医療保険）を提供した利用者数」には、「②①のお住まいに貴事業所・部門が訪問看護（医療保険）を提供している利用者数」で記載した利用者のうち、この利用者と同じ調査日に訪問看護（医療保険に限る）を実施していればその人数をご記入ください。
- ・ したがって、「②の利用者数」≧「③の利用者数」となることをご確認ください。
- ・ 「⑨利用者の状態」の「別表第七の疾病等に該当」は本調査要綱1ページの「1）厚生労働大臣の定める疾病等の有無（特掲診療料の施設基準等別表七）」をご参照ください。
- ・ 「⑨利用者の状態」の「別表第八の状態等に該当」は本調査要綱2ページの「厚生労働大臣の定める状態等にある患者（特掲診療料の施設基準等別表八）」をご参照ください。
- ・ 「⑩訪問時間」には患家での滞在時間を「分単位」でご記入ください。移動時間は含めないでください。
- ・ 本調査要綱の4ページに記入例を記載してありますので、ご参照ください。
- ・ 42人分まで記入できますが、43人以上となる場合は、お手数ですが、調査票をコピーしてご記入いただけますよう、ご協力をお願いいたします。

5. の回答コード表 すべての項目について1つだけお選びください。

質問項目	回答コード	内容	質問項目	回答コード	内容	
①お住まい	1	戸建て住宅	⑫複数回訪問	1	該当なし	
	2	マンション・アパート・団地等		2	1日に2回	
	3	サービス付き高齢者向け住宅		3	1日に3回以上	
	④性別	4	有料老人ホーム	⑬算定項目	1	訪問看護基本療養費Ⅰ
		5	養護老人ホーム・軽費老人ホーム		2	訪問看護基本療養費Ⅱ(同一日に2人)
		6	特別養護老人ホーム		3	訪問看護基本療養費(Ⅱ)(同一日に3人以上)
		7	認知症高齢者グループホーム		4	精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)30分未満
		8	小規模多機能、複合型サービス(宿泊)		5	精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)30分以上
		9	その他		6	精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)(同一日に2人)30分未満
⑥要介護度		1	男性		7	精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)(同一日に2人)30分以上
		2	女性		8	精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)(同一日に3人以上)30分未満
⑦認知症高齢者の日常生活自立度		8	該当なし(未申請・申請中を含む)		9	精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)(同一日に3人以上)30分以上
	11	要支援1	10		在宅患者訪問看護・指導料	
	12	要支援2	11		同一建物居住者訪問看護・指導料(同一日に2人)	
	1	要介護1	12		同一建物居住者訪問看護・指導料(同一日に3人以上)	
	2	要介護2	13		精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)30分未満	
	3	要介護3	14		精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)30分以上	
	4	要介護4	15		精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一日に2人)30分未満	
	5	要介護5	16		精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一日に2人)30分以上	
	9	不明	17		精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一日に3人以上)30分未満	
⑧障害高齢者の日常生活自立度	1	該当なし	18		精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一日に3人以上)30分以上	
	2	Ⅰ	19		医療機関において、在宅がん医療総合診療料を算定	
	3	Ⅱ	⑭訪問看護の種類	1	予定されていた訪問看護	
	4	Ⅱa		2	緊急の訪問看護	
	5	Ⅱb	⑮指示書の種類	1	訪問看護指示書	
	6	Ⅲ		2	特別訪問看護指示書	
	7	Ⅲa		3	精神科訪問看護指示書	
	8	Ⅲb		4	精神科特別訪問看護指示書	
	⑩訪問頻度	9	Ⅳ	⑪訪問頻度	1	週3日以下
		10	M		2	週4日以上
		11	不明			

(記入例) 利用者番号 1 (あおやまさん (利用者記号「あ」)) のお住まいが「サービス付き高齢者向け住宅 (サ高住)」であって、同じサ高住に貴事業所・部門の訪問看護 (医療保険) を利用している利用者が他に 2 名 (やまもとさん (利用者記号「や」)、わださん (利用者記号「わ」)) いる。このうち、1 名 (やまもとさん「や」) は、利用者番号 2 に該当する利用者で本日訪問看護 (医療保険) を利用。別の 1 名 (わださん「わ」) は、本日は、訪問看護 (医療保険) を利用していない。

「\*」の部分については調査要綱のコード表より該当する番号を選び、数字をご記入ください。

★ 利用者番号	利用者記号 (名字の一字目)	① お住まい *	② 左記①のお住まい (同一建物) において貴事業所・部門が訪問看護 (医療保険) を提供している利用者数 (当該利用者除く) (人)	③ 左記②のうち、本日、訪問看護 (医療保険) を提供した利用者数 (当該利用者除く) (人)	④ 性別 *	⑤ 年齢	⑥ 要介護度 *	⑦ 認知症高齢者の日常生活自立度 *	⑧ 障害高齢者の日常生活自立度 *	⑨ 利用者の状態 (該当する番号を○で囲んでください)								⑩ 訪問時間 (分)	⑪ 訪問頻度 *	⑫ 複数回訪問 *	⑬ 調査日の算定項目 *	⑭ 訪問看護の種類 *	⑮ 指示書の種類 *
										1	2	3	4	5	6	7	8						
										別表第七の疾病等に該当	別表第八の状態等に該当	ターミナル期 (医師が余命約六か月以内と判断した場合)	真皮を越える褥瘡	気管カニューレを使用	家族への医療処置の指導	状態変化 (急変時)	その他						
1	あ	3	2	1	1	76	2	3	4	1	2	3	④	5	⑥	7	8( )	20	1	1	2	1	1
2	や	3	2	1	2	87	3	4	5	①	2	3	④	5	6	7	8( )	30	1	1	2	1	1
3	い	7	3	1	2	82	3	7	3	1	2	3	4	5	6	7	8( )	15	1	1	2	1	1
4										1	2	3	4	5	6	7	8( )						

## 利用者票についての記入要領

### 【利用者票の回答に関しまして看護職員の方へのお願い】

- ・ 調査日に訪問看護（医療保険）を実施した利用者4名について、利用者票A（2名分）、利用者票B（2名分）にそれぞれご回答をお願いいたします。
- ・ 非常に重要な調査ですので、引き続き、ご協力をお願いいたします。

#### ○対象利用者

- ・ 利用者票Aは、一つの居住施設（同一建物）内に貴事業所・部門の訪問看護を利用している利用者が**他にいる**利用者が対象です（※調査日とは別の日に同一建物内の別の利用者に訪問看護を実施している場合も該当します）。
- ・ 利用者票Bは、一つの居住施設（同一建物）内に貴事業所・部門の訪問看護の訪問看護を利用している利用者が**他にいない**利用者が対象です（調査日に限らず、同一建物内には貴事業所・部門の訪問看護を利用している利用者がいない場合が該当します）。

#### ○対象利用者の選び方

- ・ 本調査票の5～7ページでご回答いただいた利用者（「調査日の訪問看護利用者」）の中から、利用者票Aに該当する利用者2名、利用者票Bに該当する利用者2名を、それぞれ以下の方法により選定してください。
- ・ 該当する利用者が3名以上いる場合は、利用者名字の五十音順（あいうえお）順の早い方から順に2名をお選びください。
- ・ 該当する利用者がいない場合は、該当の利用者票の「利用者記号」欄に「なし」と明記してください。

#### ○利用者票の記入方法

- ・ 利用者票「利用者記号」欄には、例えば、対象利用者のお名前が「あおやまさん」であれば「あおやま」の頭の文字をとって「あ」、「いけださん」であれば「い」とご記入ください。
- ・ 利用者票右上の「利用者番号」欄には、本調査票の5～7ページの表の一番左の列「★利用者番号」に記載の番号を必ず記入してください。

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。

☆★☆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：佐藤、古賀、田村、田極）

E-mail：kaitei@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：03-6733-3403（受付時間10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-1028



2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

①貴施設における平成25年と平成26年の5月～7月各月の延べ外来患者数（初診＋再診の延べ患者数）  
※訪問診療の患者数は含めないでください。

平成25年			平成26年		
5月	6月	7月	5月	6月	7月
( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

②平成26年7月1か月間において、貴施設の各職員が訪問診療に従事した合計時間（訪問診療のために行う記録や管理的業務を含みます）をお答えください。  
※看護職員については、医師とともに訪問診療に従事した時間を記入し、訪問看護に従事した時間は含めないでください。  
※小数点以下第1位まで

	常勤	非常勤
1) 医師	( . ) 時間	( . ) 時間
2) 看護職員	( . ) 時間	( . ) 時間
3) その他	( . ) 時間	( . ) 時間
4) 全職員	( . ) 時間	( . ) 時間

③貴施設において訪問診療を担当する医師の実人数

		平成26年3月	平成26年7月
③貴施設において訪問診療を担当する医師の実人数	常勤	( )人	( )人
	非常勤	( )人	( )人

3. 貴施設の訪問診療の取組状況等についてお伺いします。

①貴施設が訪問診療を開始した時期

西暦 ( ) 年 ( ) 月頃

②貴施設は以下のうち、どれにあてはまりますか。※○は1つだけ

- 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院ではない
- 機能を強化した在宅療養支援診療所・病院（単独型）
- 機能を強化した在宅療養支援診療所・病院（連携型）
- 上記以外の在宅療養支援診療所・病院

③貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。※最も近いものに○は1つだけ

- 訪問診療を中心に行っている
- 午前中は外来診療のみを行い、午後には訪問診療を行っている
- 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている
- 患者の要望があれば、随時、外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている
- 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている
- 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師の複数名体制を敷いている、訪問診療専門部署がある等）
- 特定の曜日に訪問診療を行っている
- その他（具体的に )



⑦貴施設で、平成26年3月と平成26年7月の各1か月間に訪問診療を行った患者について、訪問先の分類ごとに、該当する**居宅・居住施設の数と訪問回数**（居宅・施設への訪問回数を記入してください。例えば、1施設で複数の患者を一度に診察した場合、1回と数えてください）、**患者数、在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数、延べ患者数**（1人の患者に対して1か月に2回訪問診療を行った場合は2人・回と数えてください）をご記入ください。

	平成26年3月				
	居宅・施設数 (か所)	居宅・施設への 訪問回数 (回)	患者数 (人)	在総管・特 医総管を算 定した患者 数(人)	延べ患者 数(人・回)
1) 1人しか訪問診療の対象患者がいない居宅・居住施設					
2) 2人以上訪問診療の対象患者を抱えている特定施設又は特別養護老人ホーム					
3) 2人以上訪問診療の対象患者を抱えているその他の居住施設					
4) 合計				☆	
	平成26年7月				
	居宅・施設数 (か所)	居宅・施設への 訪問回数 (回)	患者数 (人)	在総管・特 医総管を算 定した患者 数(人)	延べ患者 数(人・回)
1) 1人しか訪問診療の対象患者がいない居宅・居住施設					
2) 2人以上訪問診療の対象患者を抱えている特定施設又は特別養護老人ホーム					
3) 2人以上訪問診療の対象患者を抱えているその他の居住施設					
4) 合計					

⑧貴施設が平成26年3月1か月間に訪問診療を実施した患者（上記⑦の☆欄の患者）について、以下の各項目に該当する人数をご記入ください。 ※該当患者がいない場合は「0」とご記入ください。

1) 平成26年3月に在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料を算定していたが、現在は当該管理料を算定していない患者数	( )人
2) 上記1)のうち居住系施設に入居している患者数	( )人
3) 上記2)のうち、月1回訪問診療を実施している患者数	( )人
4) 上記2)のうち、訪問診療を行う他の医療機関に診療を引き継いだ患者数	( )人
5) 上記2)のうち、長期入院となり在宅管理から離脱した患者数	( )人
6) 上記2)のうち、医療機関（自院・他院）の外来へ移行した患者数	( )人
7) 上記2)のうち、死亡、転居により訪問診療を終了した患者数	( )人
8) 上記2)のうち、その他の形で訪問診療を終了した患者数	( )人



4. 貴施設の医師1人が調査日に訪問診療を実施した患者全員について、訪問した順番に、以下の内容についてご記入ください。

<調査日の選び方>

- 平成26年8月18日(月)～8月31日(日)の2週間のうち、訪問診療を実施した患者数が最も多かった1日を調査日としてください。なお、8月31日を待たずに、訪問診療の予定患者数が最も多い日を調査日としていただいても結構です。

<対象>

- 訪問診療を行っている医師が2名以上の場合、1日の訪問診療患者数が最も多い医師1人について、調査日における当該医師の訪問診療実績をご記入ください。
- 調査日に当該医師が訪問診療を実施した患者全員が対象です。

※詳細は調査要綱をご覧ください。

\*印は「調査要綱」記載のコード表からあてはまる番号を選びご記入ください。

★訪問順	患者記号(名字の 一文字目)	①出発地			② 前の場所(左記 ①)からの移動に 要した時間(分)	③ 要介護度 *	④ 活自立度 *	⑤ 認知症の日常生 活している理由 *	⑥ 滞在時間(分)	⑦ * 貴医療機関から の看護師の同行	⑧次の移動先			⑨ 次の場所への移 動に要した時間 (分) ※左記⑧が3の 場合のみ記入
		前の患者(同一建 物)	前の患者(異なる 建物)	医療機関等							次の患者(同一建 物)	次の患者(異なる 建物)	医療機関等	
例1	あ	1	2	③	15	5	3	2	20	1	①	2	3	
例2	や	①	2	3	1	2	6	3	30	1	1	2	③	15
1		1	2	3							1	2	3	
2		1	2	3							1	2	3	
3		1	2	3							1	2	3	
4		1	2	3							1	2	3	
5		1	2	3							1	2	3	
6		1	2	3							1	2	3	
7		1	2	3							1	2	3	
8		1	2	3							1	2	3	
9		1	2	3							1	2	3	
10		1	2	3							1	2	3	
11		1	2	3							1	2	3	
12		1	2	3							1	2	3	
13		1	2	3							1	2	3	
14		1	2	3							1	2	3	
15		1	2	3							1	2	3	
16		1	2	3							1	2	3	
17		1	2	3							1	2	3	
18		1	2	3							1	2	3	
19		1	2	3							1	2	3	
20		1	2	3							1	2	3	

★訪問順	患者記号(名字の 一文字目)	①出発地			② 前の場所(左記 ①からの移動に 要した時間(分)	③ 要介護度 *	④ 認知症の日常生 活自立度 *	⑤ 訪問診療を行っ ている理由 *	⑥ 滞在時間(分)	⑦ * 貴医療機関から の看護師の同行	⑧次の移動先			⑨ 次の場所への移 動に要した時間 (分) ※左記⑧が3の 場合のみ記入
		前の患者(同一建 物)	前の患者(異なる 建物)	医療機関等							次の患者(同一建 物)	次の患者(異なる 建物)	医療機関等	
21		1	2	3							1	2	3	
22		1	2	3							1	2	3	
23		1	2	3							1	2	3	
24		1	2	3							1	2	3	
25		1	2	3							1	2	3	
26		1	2	3							1	2	3	
27		1	2	3							1	2	3	
28		1	2	3							1	2	3	
29		1	2	3							1	2	3	
30		1	2	3							1	2	3	
31		1	2	3							1	2	3	
32		1	2	3							1	2	3	
33		1	2	3							1	2	3	
34		1	2	3							1	2	3	
35		1	2	3							1	2	3	
36		1	2	3							1	2	3	
37		1	2	3							1	2	3	
38		1	2	3							1	2	3	
39		1	2	3							1	2	3	
40		1	2	3							1	2	3	
41		1	2	3							1	2	3	
42		1	2	3							1	2	3	
43		1	2	3							1	2	3	
44		1	2	3							1	2	3	
45		1	2	3							1	2	3	
46		1	2	3							1	2	3	
47		1	2	3							1	2	3	
48		1	2	3							1	2	3	
49		1	2	3							1	2	3	
50		1	2	3							1	2	3	

⑩上記の患者について、上記滞在時間以外に、カルテの記録や処方せんの発行、介護職員との事前の打合せ(情報共有の時間)などを実施した時間をご記入ください。ない場合は「0」とご記入ください。

約( )分

5. 平成 26 年度診療報酬改定による影響等についてお伺いします。

①平成 26 年度診療報酬改定の前後での変化等についてお伺いします。						
※「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、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ○をつけてください。	大いにあてはまる	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	もともと存在しない
1) 患者 1 人あたりの訪問診療の平均診療時間（移動時間や院内でのカルテ記載等を除く）が長くなった	5	4	3	2	1	—
2) 医師の訪問診療に係る総移動時間が増えた	5	4	3	2	1	—
3) 医師 1 人あたりの訪問診療の件数が減った	5	4	3	2	1	—
4) 同一建物居住者への訪問診療の平均回数が減った	5	4	3	2	1	0
5) 居住系施設 1 施設あたりの訪問回数（頻度）が増えた	5	4	3	2	1	0
6) 訪問診療を行っている居住系施設が減った	5	4	3	2	1	0
7) 移動時間の増加などにより、訪問診療に係る医師の労働時間が長くなった	5	4	3	2	1	—
8) 訪問診療が必要な患者の新規受入が難しくなった	5	4	3	2	1	—
9) 医師が忙しくなり、訪問診療の質が低下した	5	4	3	2	1	—
10) 事業者等から、医療機関へ患者を紹介する対価として経済上の利益の提供を求める契約の申し出が減った ※実際の契約締結の有無に関係なく	5	4	3	2	1	0
11) 訪問診療に係る収入が減った	5	4	3	2	1	—



## 6. 患者調査

訪問診療を実施した患者4名について、**患者票A**（2名分）、**患者票B**（2名分）にそれぞれご回答をお願いいたします。

非常に重要な調査ですので、引き続き、ご協力をお願いいたします。

### <対象患者>

- **患者票A**は、一つの居住施設（同一建物）内に貴施設の訪問診療を利用している患者が**他に**いる患者が対象です（※調査日とは別の日に同一建物内の別の患者に訪問診療を実施している場合も該当します）
- **患者票B**は、一つの居住施設（同一建物）内に貴施設の訪問診療を利用している患者が**他に**いない患者が対象です（調査日に限らず、同一建物内には貴施設の訪問診療を利用している患者がいない）。

### <対象患者の選び方>

- 本調査票の5～6ページでご回答いただいた患者（「調査日の訪問診療実施患者」）の中から、**患者票A**に該当する患者2名、**患者票B**に該当する患者2名を、それぞれ以下の方法により選定してください。
- 該当する患者が3名以上いる場合は、患者名字の五十音順（あいうえお）順の早い方から順に2名をお選びください。
- 該当する患者が2名に満たない場合は、翌日以降も調査日とし、訪問診療を実施した早い順に2名になるまで調査日を延長して実施してください（最長：8月31日まで）。8月31日を経過しても該当患者がいない場合は、該当の患者票の「患者記号」欄に「なし」と明記してください。
- なお、例えば、貴施設が、同一建物内に複数の訪問診療対象患者がいるケースを取り扱っていないなど、8月31日を経過せずとも、あらかじめ該当患者がいないとおわかりになっている場合については、該当の患者票の「患者記号」欄に「なし」と記入していただいて結構です（例のケースでは、患者票Aの「患者記号」欄に「なし」となります）。

### <患者票の記入方法>

- 患者票「患者記号」欄には、例えば、対象患者のお名前が「あおやまさん」であれば「あ」、「いけださん」であれば「い」とご記入ください。
- 患者票右上の「訪問順」欄には、本調査票の5～6ページの表の一番左の列「★訪問順」に記載の番号を記入してください。調査日に該当患者がいなかったために、翌日以降、訪問診療を実施した患者の中から対象患者をお選びになった場合は「ー」をご記入ください。
- 詳細は別添の「調査要綱」をご覧ください。

患者さんの名字の頭の文字(例:あおやまさんの場合「あ」)を記入してください。

5～6ページの「訪問順」(★印)の番号を記入してください

患者票A (同一建物内に複数の患者がいる場合): 患者記号:

訪問順

1) 性別	1. 男性      2. 女性	2) 年齢	(      ) 歳
3) お住まいの状況	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅      3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム      5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症高齢者グループホーム      7. その他 (具体的に      )		
4) 上記3)のお住まい(同一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※当該患者を除く)	(      ) 人		
5) 調査日の診察状況	1. 同一の建物内で複数の患者を診察      2. 同一の建物内で当該患者のみ診察		
6) 同居家族の有無	1. あり      2. なし		
7) 要介護度	1. 該当なし (未申請・申請中)      2. 要支援1      3. 要支援2      4. 要介護1 5. 要介護2      6. 要介護3      7. 要介護4      8. 要介護5      9. 不明		
8) 認知症高齢者の日常生活自立度 <small>※分かる範囲で直近の評価を記載</small>	1. 該当なし      2. I      3. II      4. IIa      5. IIb 6. III      7. IIIa      8. IIIb      9. IV      10. M      11. 不明		
9) 当該患者に貴施設で提供している医療 ※○はいくつでも			
1. 健康相談      2. 血圧・脈拍の測定      3. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む) 4. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理      5. 経鼻経管栄養      6. 吸入・吸引      7. ネブライザー 8. 創傷処置      9. 体位変換      10. 浣腸・排便      11. 褥瘡の処置 12. インスリン注射      13. 点滴・中心静脈栄養・注射 (12.以外)      14. 膀胱 (留置) カテーテルの管理 15. 人工肛門・人工膀胱の管理      16. 人工呼吸器の管理      17. 気管切開の処置 18. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)      19. がん末期の疼痛管理      20. 慢性疼痛の管理 (19.以外) 21. リハビリテーション      22. 歯科医療      23. その他 (具体的に      )			
10) 現在、訪問診療を行っている原因の病名 ※○はいくつでも			
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)      2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など) 3. 精神系疾患      4. 神経系疾患      5. 認知症      6. 糖尿病      7. 悪性新生物 8. 骨折・筋骨格系疾患      9. 呼吸器系疾患      10. 歯科疾患      11. その他 (具体的に      )			
11) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期	西暦 (      ) 年 (      ) 月頃		
12) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七)	1. あり      2. なし		
13) 在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料の算定の有無	1. あり      2. なし		
14) 本日の診療時間 (当該患者のために患家に滞在した時間)	(      ) 分		
15) 本日の診療における在宅患者訪問診療料2の算定の有無	1. あり      2. なし		
16) 往診 (定期的・計画的な訪問診療ではない) を行った回数 (平成25年8月～平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
17) 上記16)のうち、入院に至った回数 (平成25年8月～平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
18) 当該患者に訪問診療を行っている理由は何ですか。 ※○は1つだけ			
1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 身体機能の低下のため、通院の負担に耐えることが困難 3. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 4. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 5. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 6. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 7. その他 (      )			

患者さんの名字の頭の文字(例:いけださんの場合「い」)を記入してください。

5～6ページの「訪問順」(★印)の番号を記入してください

患者票A (同一建物内に複数の患者がいる場合) 患者記号:

訪問順

1) 性別	1. 男性      2. 女性	2) 年齢	(      ) 歳
3) お住まいの状況	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅      3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム      5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症高齢者グループホーム      7. その他 (具体的に      )		
4) 上記3)のお住まい(同一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※当該患者を除く)	(      ) 人		
5) 調査日の診察状況	1. 同一の建物内で複数の患者を診察      2. 同一の建物内で当該患者のみ診察		
6) 同居家族の有無	1. あり      2. なし		
7) 要介護度	1. 該当なし (未申請・申請中)      2. 要支援1      3. 要支援2      4. 要介護1 5. 要介護2      6. 要介護3      7. 要介護4      8. 要介護5      9. 不明		
8) 認知症高齢者の日常生活自立度 <small>※分かる範囲で直近の評価を記載</small>	1. 該当なし      2. I      3. II      4. IIa      5. IIb 6. III      7. IIIa      8. IIIb      9. IV      10. M      11. 不明		
9) 当該患者に貴施設で提供している医療 ※○はいくつでも			
1. 健康相談      2. 血圧・脈拍の測定      3. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む) 4. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理      5. 経鼻経管栄養      6. 吸入・吸引      7. ネブライザー 8. 創傷処置      9. 体位変換      10. 浣腸・排便      11. 褥瘡の処置 12. インスリン注射      13. 点滴・中心静脈栄養・注射 (12.以外)      14. 膀胱 (留置) カテーテルの管理 15. 人工肛門・人工膀胱の管理      16. 人工呼吸器の管理      17. 気管切開の処置 18. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)      19. がん末期の疼痛管理      20. 慢性疼痛の管理 (19.以外) 21. リハビリテーション      22. 歯科医療      23. その他 (具体的に      )			
10) 現在、訪問診療を行っている原因の病名 ※○はいくつでも			
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)      2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など) 3. 精神系疾患      4. 神経系疾患      5. 認知症      6. 糖尿病      7. 悪性新生物 8. 骨折・筋骨格系疾患      9. 呼吸器系疾患      10. 歯科疾患      11. その他 (具体的に      )			
11) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期	西暦 (      ) 年 (      ) 月頃		
12) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七)	1. あり      2. なし		
13) 在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料の算定の有無	1. あり      2. なし		
14) 本日の診療時間 (当該患者のために患家に滞在した時間)	(      ) 分		
15) 本日の診療における在宅患者訪問診療料2の算定の有無	1. あり      2. なし		
16) 往診 (定期的・計画的な訪問診療ではない) を行った回数 (平成25年8月～平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
17) 上記16)のうち、入院に至った回数 (平成25年8月～平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
18) 当該患者に訪問診療を行っている理由は何ですか。 ※○は1つだけ			
1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 身体機能の低下のため、通院の負担に耐えることが困難 3. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 4. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 5. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 6. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 7. その他 (      )			

患者さんの名字の頭の文字(例:あかさかさ  
んの場合「あ」)を記入してください。

5～6ページの「訪問順」(★印)の  
番号を記入してください

患者票B (同一建物内に患者が他にいない場合) 患者記号:

訪問順

1) 性別	1. 男性      2. 女性	2) 年齢	(      ) 歳
3) お住まいの状況	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅      3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム      5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症高齢者グループホーム      7. その他 (具体的に      )		
4) 上記3)のお住まい(同一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※当該患者を除く)	(      ) 人		
5) 調査日の診察状況	1. 同一の建物内で複数の患者を診察      2. 同一の建物内で当該患者のみ診察		
6) 同居家族の有無	1. あり      2. なし		
7) 要介護度	1. 該当なし (未申請・申請中)      2. 要支援1      3. 要支援2      4. 要介護1 5. 要介護2      6. 要介護3      7. 要介護4      8. 要介護5      9. 不明		
8) 認知症高齢者の 日常生活自立度 <small>※分かる範囲で直近の評価を記載</small>	1. 該当なし      2. I      3. II      4. IIa      5. IIb 6. III      7. IIIa      8. IIIb      9. IV      10. M      11. 不明		
9) 当該患者に貴施設で提供している医療 ※○はいくつでも			
1. 健康相談      2. 血圧・脈拍の測定      3. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む) 4. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理      5. 経鼻経管栄養      6. 吸入・吸引      7. ネブライザー 8. 創傷処置      9. 体位変換      10. 浣腸・排便      11. 褥瘡の処置 12. インスリン注射      13. 点滴・中心静脈栄養・注射 (12.以外)      14. 膀胱 (留置) カテーテルの管理 15. 人工肛門・人工膀胱の管理      16. 人工呼吸器の管理      17. 気管切開の処置 18. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)      19. がん末期の疼痛管理      20. 慢性疼痛の管理 (19.以外) 21. リハビリテーション      22. 歯科医療      23. その他 (具体的に      )			
10) 現在、訪問診療を行っている原因の病名 ※○はいくつでも			
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)      2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など) 3. 精神系疾患      4. 神経系疾患      5. 認知症      6. 糖尿病      7. 悪性新生物 8. 骨折・筋骨格系疾患      9. 呼吸器系疾患      10. 歯科疾患      11. その他 (具体的に      )			
11) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期	西暦 (      ) 年 (      ) 月頃		
12) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七)	1. あり      2. なし		
13) 在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料の算定の有無	1. あり      2. なし		
14) 本日の診療時間 (当該患者のために患家に滞在した時間)	(      ) 分		
15) 本日の診療における在宅患者訪問診療料2の算定の有無	1. あり      2. なし		
16) 往診 (定期的・計画的な訪問診療ではない) を行った回数 (平成25年8月～平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
17) 上記16)のうち、入院に至った回数 (平成25年8月～平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
18) 当該患者に訪問診療を行っている理由は何ですか。 ※○は1つだけ			
1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 身体機能の低下のため、通院の負担に耐えることが困難 3. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 4. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 5. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 6. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 7. その他 (      )			



患者さんの名字の頭の文字(例:いいださん  
の場合「い」)を記入してください。

5~6ページの「訪問順」(★印)の  
番号を記入してください

患者票B (同一建物内に患者が他にいない場合) 患者記号:

訪問順

1) 性別	1. 男性      2. 女性	2) 年齢	(      ) 歳
3) お住まいの状況	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅      3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム      5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症高齢者グループホーム      7. その他 (具体的に      )		
4) 上記3)のお住まい(同一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※当該患者を除く)	(      ) 人		
5) 調査日の診察状況	1. 同一の建物内で複数の患者を診察      2. 同一の建物内で当該患者のみ診察		
6) 同居家族の有無	1. あり      2. なし		
7) 要介護度	1. 該当なし (未申請・申請中)      2. 要支援1      3. 要支援2      4. 要介護1 5. 要介護2      6. 要介護3      7. 要介護4      8. 要介護5      9. 不明		
8) 認知症高齢者の日常生活自立度 <small>※分かる範囲で直近の評価を記載</small>	1. 該当なし      2. I      3. II      4. IIa      5. IIb 6. III      7. IIIa      8. IIIb      9. IV      10. M      11. 不明		
9) 当該患者に貴施設で提供している医療 ※○はいくつでも			
1. 健康相談      2. 血圧・脈拍の測定      3. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む) 4. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理      5. 経鼻経管栄養      6. 吸入・吸引      7. ネブライザー 8. 創傷処置      9. 体位変換      10. 浣腸・排便      11. 褥瘡の処置 12. インスリン注射      13. 点滴・中心静脈栄養・注射 (12.以外)      14. 膀胱 (留置) カテーテルの管理 15. 人工肛門・人工膀胱の管理      16. 人工呼吸器の管理      17. 気管切開の処置 18. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)      19. がん末期の疼痛管理      20. 慢性疼痛の管理 (19.以外) 21. リハビリテーション      22. 歯科医療      23. その他 (具体的に      )			
10) 現在、訪問診療を行っている原因の病名 ※○はいくつでも			
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)      2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など) 3. 精神系疾患      4. 神経系疾患      5. 認知症      6. 糖尿病      7. 悪性新生物 8. 骨折・筋骨格系疾患      9. 呼吸器系疾患      10. 歯科疾患      11. その他 (具体的に      )			
11) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期	西暦 (      ) 年 (      ) 月頃		
12) 厚生労働大臣の定める疾病等の有無 (別表第七)	1. あり      2. なし		
13) 在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料の算定の有無	1. あり      2. なし		
14) 本日の診療時間 (当該患者のために患家に滞在した時間)	(      ) 分		
15) 本日の診療における在宅患者訪問診療料2の算定の有無	1. あり      2. なし		
16) 往診 (定期的・計画的な訪問診療ではない) を行った回数 (平成25年8月~平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
17) 上記16)のうち、入院に至った回数 (平成25年8月~平成26年7月の1年間)	(      ) 回		
18) 当該患者に訪問診療を行っている理由は何ですか。 ※○は1つだけ			
1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 身体機能の低下のため、通院の負担に耐えることが困難 3. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 4. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 5. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 6. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 7. その他 (      )			



**訪問看護票**

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
**訪問看護の実態調査 調査票**

- ※ この**訪問看護票**は、訪問看護ステーションの開設者・管理者の方及び訪問看護を実施している医療機関の訪問看護部門の責任者の方に、貴事業所・施設における訪問看護の実施状況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、平成 26 年 7 月 31 日時点の状況についてご記入ください。

※特に断りのない場合は、『**医療保険**』の訪問看護に関してお答えください。  
**介護保険など、医療保険以外に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。**

1. 貴事業所・施設（部門）の概要についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 医療法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない） 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） 8. 農業協同組合及び連合会 9. 消費生活協同組合及び連合会 10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 11. 特定非営利活動法人（NPO） 12. その他（具体的に )
②貴事業所・施設 と同一敷地内 または隣接し ている施設・事業所 ※複数回答可	1. 該当なし 2. 病院 3. 診療所 4. 介護老人保健施設 5. 介護老人福祉施設 6. 居宅介護支援事業所 7. 通所介護事業所 8. 地域包括支援センター 9. 訪問介護事業所 10. 定期巡回・随時型訪問介護看護 11. 小規模多機能事業所 12. 複合型サービス 13. サービス付き高齢者向け住宅 14. 有料老人ホーム 15. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 16. 認知症高齢者グループホーム 17. マンション・アパート・団地等 18. その他（具体的に )
③貴事業所・施設の所在地	( ) 都道府県
④訪問看護を開始した時期	西暦 ( ) 年 ( ) 月
⑤サテライトの有無と、ある場合はその設置数	1. あり→ ( ) か所    2. なし
⑥機能強化型訪問看護ステーション届出の有無	1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 の届出あり 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 の届出あり 3. 届出なし
⑦24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出（ <b>医療保険</b> ）の有無	1. 24 時間対応体制加算    2. 24 時間連絡体制加算 3. 届出なし
⑧精神科訪問看護基本療養費の届出の有無	1. あり                      2. なし

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

⑨貴事業所・部門の職員数を常勤換算*（請求する保険の種別を問わず訪問看護業務に従事する職員の全体の常勤換算職員数）でお答えください。※平成25年、26年ともに7月31日時点の状況								
	保健師・助産師・看護師	准看護師	リハビリ職 (PT・OT・ST)	精神保健 福祉士	その他の 職員	（うち）		合計
						看護補助 者・介護職員	事務職員	
平成25年	.	.	.	.	.	.	.	.
平成26年	.	.	.	.	.	.	.	.
*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。（小数点以下第1位まで）								
■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）÷（貴事業所・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）÷（貴事業所・施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）								
⑩訪問看護指示書（医療保険の訪問看護に対する指示書に限る）、特別訪問看護指示書の発行を受けている医療機関数						（                    ）か所		
⑪精神科訪問看護指示書、精神科特別訪問看護指示書の発行を受けている医療機関数						（                    ）か所		

2. 貴事業所・施設（部門）の利用者数及び訪問回数についてお伺いします（精神科訪問看護を含みます）。

①平成26年3月と平成26年7月の各1か月間の訪問看護の利用者数（実人数）と回数をお書きください。					
	1) 利用者数（実人数）：医療保険と介護保険の合計	2) 左記1)のうち医療保険の利用者数（実人数）	3) 左記2)のうち医療保険と介護保険の両方を使った利用者数（実人数）	4) 訪問回数（延べ回数）：医療保険と介護保険の合計	5) 左記4)のうち医療保険の訪問回数（延べ回数）
平成26年3月	人	人	人	回	回
平成26年7月	人	人	人	回	回
②平成26年3月と平成26年7月の各1か月間の訪問看護の利用者数（実人数）のうち、以下に該当する利用者数をご記入ください。					
	平成26年3月		平成26年7月		
1) 上記①の2)の利用者のうち、特掲診療料の施設基準等別表7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する人数	人	人	人	人	
2) 上記①の2)の利用者のうち、特掲診療料の施設基準等別表8（厚生労働大臣の定める状態等にあるもの）に該当する人数	人	人	人	人	
3) 上記①の2)の利用者のうち、「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数（1人に複数回交付された場合も1人としてカウントしてください）	人	人	人	人	
4) 上記①の2)の利用者のうち、「精神科特別訪問看護指示書」を交付された利用者数（1人に複数回交付された場合も1人としてカウントしてください）	人	人	人	人	
③【訪問看護ステーションの方】					
貴事業所における平成26年3月と平成26年7月の各1か月間に下記の診療報酬の対象となった利用者数・算定回数をお答えください。 ※該当患者がない場合、算定実績がない場合は「0」とお書きください。					
	平成26年3月		平成26年7月		
	利用者数	算定回数	利用者数	算定回数	
1) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）	人	回	人	回	
2) 訪問看護基本療養費（Ⅱ）（同一日に2人）	人	回	人	回	

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください

3) 訪問看護基本療養費（Ⅱ）（同一日に3人以上）	人	回	人	回
4) 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	人	回	人	回
5) 精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）（同一日に2人）	人	回	人	回
6) 精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ） （同一日に3人以上）	人	回	人	回
7) 訪問看護ターミナルケア療養費	人	回	人	回
8) 緊急訪問看護加算	人	回	人	回
9) 在宅がん医療総合診療料の共同算定	人		人	

④【医療機関の方】

貴施設における平成26年3月と平成26年7月の各1か月間に下記の診療報酬の対象となった利用者数・算定回数をお答えください。 ※該当患者がない場合、算定実績がない場合は「0」とお書きください。

	平成26年3月		平成26年7月	
	利用者数	算定回数	利用者数	算定回数
1) 在宅患者訪問看護・指導料	人	回	人	回
2) 同一建物居住者訪問看護・指導料（同一日に2人）	人	回	人	回
3) 同一建物居住者訪問看護・指導料 （同一日に3人以上）	人	回	人	回
4) 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	人	回	人	回
5) 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一日に2人）	人	回	人	回
6) 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一日に3人以上）	人	回	人	回
7) 在宅ターミナルケア加算	人	回	人	回
8) 緊急訪問看護加算	人	回	人	回
9) 在宅がん医療総合診療料	人	回	人	回

⑤貴事業所・施設（部門）における平成26年3月と平成26年7月の各1か月間に、訪問先の建物において、同一建物内に複数の利用者がある施設数、合計の利用者数をご記入ください。

注）該当者がいない場合は「0」か所、「0」人とご記入ください。

注）医療保険に限ります。なお、「在宅がん医療総合診療料」に基づく訪問看護利用者がある場合も含めてください。

	平成26年3月		平成26年7月	
	居宅・施設数	利用者数	居宅・施設数	利用者数
1) 戸建て住宅	か所	人	か所	人
2) マンション・アパート・団地等	か所	人	か所	人
3) サービス付き高齢者向け住宅	か所	人	か所	人
4) 有料老人ホーム	か所	人	か所	人
5) 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	か所	人	か所	人
6) 特別養護老人ホーム	か所	人	か所	人
7) 認知症高齢者グループホーム	か所	人	か所	人
8) 小規模多機能、複合型サービス	か所	人	か所	人
9) その他	か所	人	か所	人

3. 貴事業所・施設（部門）における診療報酬改定後の同一建物居住者に対する訪問看護の影響等についてお伺いします。

①平成 26 年度診療報酬改定の前後での変化等についてお伺いします。						
	長くなった (増えた)	やや長くなった (やや増えた)	変わらない	やや短くなった (やや減った)	短くなった (減った)	もともと行って いない
1) 1 件当たりの訪問時間	5	4	3	2	1	0
2) 看護師 1 人当たりの訪問件数	5	4	3	2	1	0
3) 同一建物居住者への訪問回数	5	4	3	2	1	0
4) 事業者等から、医療機関または訪問看護ステーションへ患者を紹介する対価として経済上の利益の提供を求める契約を持ちかけられる回数（実際の契約締結の有無にかかわらず）	5	4	3	2	1	0
5) 訪問看護に係る収入	5	4	3	2	1	0

4. 同一建物居住者に対する訪問看護を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください

5. 貴事業所・部門が調査日に訪問看護を実施した医療保険の利用者全員（介護保険のみの利用者は対象外です）について、次の内容についてご記入ください。

○調査日の選び方：調査期間中（平成26年8月21日（木）～8月27日（水））の1週間のうち、医療保険の訪問看護の利用者が最も多かった1日を調査日としてください。なお、8月27日を待たずに、訪問看護の予定利用者数が最も多い日を調査日としていただいても結構です。

○対象：調査日に貴事業所・部門において、訪問看護を実施した医療保険の利用者全員が対象です（介護保険の利用者は記入しないでください）。  
医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定している場合の訪問も含まれます。

○記入方法等：詳細は『調査要綱』をご覧ください。

「\*」の部分については調査要綱のコード表より該当する番号を選び、数字をご記入ください。

★利用者番号	利用者記号（名字の一字目）	①お住まい*	②左記①のお住まい（同一建物）において貴事業所・部門が訪問看護（医療保険）を提供している利用者数（当該利用者除く）（人）	③左記②のうち、本日、訪問看護（医療保険）を提供した利用者数（当該利用者除く）（人）	④性別*	⑤年齢	⑥要介護度*	⑦認知症高齢者の日常生活自立度*	⑧障害高齢者の日常生活自立度*	⑨利用者の状態（該当する番号を○で囲んでください）								⑩訪問時間（分）	⑪訪問頻度*	⑫複数回訪問*	⑬調査日の算定項目*	⑭訪問看護の種類*	⑮指示書の種類*					
										1	2	3	4	5	6	7	8											
										別表第七の疾病等に該当	別表第八の状態等に該当	六か月以内と判断した場合	真皮を越える褥瘡	気管力ニューレを使用	家族への医療処置の指導	状態変化（急変時）	その他											
1										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
2										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
3										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
4										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
5										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
6										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
7										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
8										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
9										1	2	3	4	5	6	7	8( )											
10										1	2	3	4	5	6	7	8( )											

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

「\*」の部分については調査要綱のコード表より該当する番号を選び、数字をご記入ください。

★利用者番号	利用者記号(名字の一字目)	①お住まい*	②左記①のお住まい(同一建物)において貴事業所・部門が訪問看護(医療保険)を提供している利用者数(当該利用者除く)(人)	③左記②のうち、本日、訪問看護(医療保険)を提供した利用者数(当該利用者除く)(人)	④性別*	⑤年齢	⑥要介護度*	⑦認知症高齢者の日常生活自立度*	⑧障害高齢者の日常生活自立度*	⑨利用者の状態(該当する番号を○で囲んでください)								⑩訪問時間(分)	⑪訪問頻度*	⑫複数回訪問*	⑬調査日の算定項目*	⑭訪問看護の種類*	⑮指示書の種類*				
										1	2	3	4	5	6	7	8										
										別表第七の疾病等に該当	別表第八の状態等に該当	六か月以内と判断した場合	真皮を越える褥瘡	気管カニューレを使用	家族への医療処置の指導	状態変化(急変時)	その他										
11										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
12										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
13										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
14										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
15										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
16										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
17										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
18										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
19										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
20										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
21										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
22										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
23										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
24										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
25										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
26										1	2	3	4	5	6	7	8( )										



※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

「\*」の部分については調査要綱のコード表より該当する番号を選び、数字をご記入ください。

★ 利用者番号	利用者記号(名字の一字目)	① お住まい *	② 左記①のお住まい(同一建物)において貴事業所・部門が訪問看護(医療保険)を提供している利用者数(当該利用者除く)(人)	③ 左記②のうち、本日、訪問看護(医療保険)を提供した利用者数(当該利用者除く)(人)	④ 性別 *	⑤ 年齢	⑥ 要介護度 *	⑦ 認知症高齢者の日常生活自立度 *	⑧ 障害高齢者の日常生活自立度 *	⑨ 利用者の状態(該当する番号を○で囲んでください)								⑩ 訪問時間(分)	⑪ 訪問頻度 *	⑫ 複数回訪問 *	⑬ 調査日の算定項目 *	⑭ 訪問看護の種類 *	⑮ 指示書の種類 *				
										1	2	3	4	5	6	7	8										
										別表第七の疾病等に該当	別表第八の状態等に該当	六か月以内と判断した場合	真皮を越える褥瘡	気管カニューレを使用	家族への医療処置の指導	状態変化(急変時)	その他										
27										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
28										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
29										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
30										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
31										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
32										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
33										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
34										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
35										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
36										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
37										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
38										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
39										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
40										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
41										1	2	3	4	5	6	7	8( )										
42										1	2	3	4	5	6	7	8( )										

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

## 6. 利用者調査

調査日に訪問看護を実施した利用者4名について、**利用者票A**（2名分）、**利用者票B**（2名分）にそれぞれご回答をお願いいたします。

非常に重要な調査ですので、引き続き、ご協力をお願いいたします。

### <対象利用者>

- **利用者票A**は、一つの居住施設（同一建物）内に貴事業所・部門の訪問看護を利用している利用者が**他にいる**利用者が対象です（※調査日とは別の日に同一建物内の別の利用者に訪問看護を実施している場合も該当します）
- **利用者票B**は、一つの居住施設（同一建物）内に貴事業所・部門の訪問看護の訪問看護を利用している利用者が**他にいない**利用者が対象です（調査日に限らず、同一建物内には貴事業所・部門の訪問看護を利用している患者がいない）。

### <対象利用者の選び方>

- 本調査票の5～7ページでご回答いただいた利用者（「調査日の訪問看護利用者」）の中から、**利用者票A**に該当する利用者2名、**利用者票B**に該当する利用者2名を、それぞれ以下の方法により選定してください。
- 該当する利用者が3名以上いる場合は、利用者名順の五十音順（あいうえお）順の早い方から順に2名をお選びください。
- 該当する利用者がいない場合は、該当の利用者票の「利用者記号」欄に「なし」と明記してください。

### <利用者票の記入方法>

- 利用者票「利用者記号」欄には、例えば、対象利用者のお名前が「あおやまさん」であれば「あおやま」の頭の文字をとって「あ」、「いけださん」であれば「い」とご記入ください。
- 利用者票右上の「利用者番号」欄には、本調査票の5～7ページの表の一番左の列「★利用者番号」に記載の番号を必ず記入してください。
- 詳細は別添の「調査要綱」をご覧ください。

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

5～7ページの「利用者番号」(★印)の番号を記入してください

利用者票A (同一建物内に複数の利用者がある場合) 利用者記号：

利用者番号

利用者さんの名字の頭の文字(例：あおやまさんの場合「あ」)を記入してください。  
該当利用者がいない場合は「なし」と記入してください。

※この「利用者票」は、医療関係者の方に、利用者の状況についてお伺いするものです。

※特に断りのない限り、あてはまる番号1つに○をつけてください。

※同じお住まいに貴事業所・部門が訪問した利用者が他にいる場合に記入してください。

1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	( ) 歳
3) 同居家族の有無	1. あり		2. なし	
4) 貴事業所が当該利用者に訪問看護を開始した時期	西暦 ( ) 年 ( ) 月頃			
5) 訪問看護を提供する事業所数 (貴事業所除く)	( ) か所 ※貴事業所以外になければ「0」と記入			
6) 訪問看護を提供している職員 ※○はいくつでも	1. 保健師・助産師・看護師	2. 准看護師	3. リハビリ職 (PT・OT・ST)	
	4. 精神保健福祉士		5. その他の職員	
7) 現在、在宅療養を続けている原因の病名※指示書にある傷病名を転記ください。※○はいくつでも				
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)				
2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など)				
3. 精神系疾患				
4. 神経系疾患				
5. 認知症				
6. 糖尿病				
7. 悪性新生物				
8. 骨折・筋骨格系疾患				
9. 呼吸器系疾患				
10. 歯科疾患				
11. その他 (具体的に )				
8) 訪問看護で提供したケア内容 ※○はいくつでも				
1. ターミナル期のケア				
2. 服薬援助 (点眼薬等を含む)				
3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理				
4. 経鼻経管栄養				
5. 吸入・吸引				
6. 創傷処置				
7. 浣腸・排便				
8. 褥瘡の処置				
9. インスリン注射				
10. 点滴・中心静脈栄養・注射 (9.以外)				
11. 膀胱 (留置) カテーテルの管理				
12. 人工肛門・人工膀胱の管理				
13. 人工呼吸器の管理				
14. 気管切開の処置				
15. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)				
16. がん末期の疼痛管理				
17. 慢性疼痛の管理 (16.以外)				
18. リハビリテーション				
19. 口腔ケア				
20. 合併症予防ケア				
21. 頻回の観察・アセスメント				
22. 看護師による家族支援				
23. 看護師による他サービスの連絡調整				
24. その他 (具体的に )				
9) 平成 26 年 7 月に算定した加算の種類 (医療保険に限ります) ※○はいくつでも				
1. 特別管理加算または在宅移行管理加算				
2. 訪問看護ターミナルケア療養費または在宅ターミナルケア加算				
3. 複数名訪問看護加算 (精神科を含む) (a 看護師・リハビリ職 b 准看護師 c 看護補助者 d 精神保健福祉士)				
4. 専門性の高い看護師による訪問 (a 緩和ケア b 褥瘡ケア)				
5. 夜間・早朝訪問看護加算				
6. 深夜訪問看護加算				
7. 緊急訪問看護加算 (精神科を含む)				
8. 難病等複数回訪問加算				
9. 長時間訪問看護加算 (精神科を含む)				
10. 乳幼児加算・幼児加算				
11. 退院支援指導加算または退院前訪問指導料 (精神科を含む)				
12. 24 時間対応体制加算または 24 時間連絡体制加算				
13. 退院時共同指導加算または退院時共同指導料				
10) 貴事業所からの訪問日数	( ) 日 ※平成 26 年 7 月 1 か月間			
うち、同一建物の訪問を行った日数	( ) 日			
うち、緊急訪問を行った日数	( ) 日			

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

5～7ページの「利用者番号」(★印)の番号を記入してください

利用者票A (同一建物内に複数の利用者がある場合) 利用者記号:

利用者番号

利用者さんの名字の頭の文字(例: いけださんの場合「い」)を記入してください。  
該当利用者がいない場合は「なし」と記入してください。

※この「利用者票」は、医療関係者の方に、利用者の状況についてお伺いするものです。

※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

※同じお住まいに貴事業所・部門が訪問した利用者が他にいる場合に記入してください。

1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	( ) 歳
3) 同居家族の有無	1. あり		2. なし	
4) 貴事業所が当該利用者に訪問看護を開始した時期	西暦 ( ) 年 ( ) 月頃			
5) 訪問看護を提供する事業所数 (貴事業所除く)	( ) か所 ※貴事業所以外になければ「0」と記入			
6) 訪問看護を提供している職員 ※○はいくつでも	1. 保健師・助産師・看護師		2. 准看護師	
	3. リハビリ職 (PT・OT・ST)		4. 精神保健福祉士	
	5. その他の職員			
7) 現在、在宅療養を続けている原因の病名※指示書にある傷病名を転記ください。※○はいくつでも				
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)	2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など)		3. 精神系疾患	
4. 神経系疾患	5. 認知症	6. 糖尿病	7. 悪性新生物	8. 骨折・筋骨格系疾患
9. 呼吸器系疾患	10. 歯科疾患	11. その他 (具体的に )		
8) 訪問看護で提供したケア内容 ※○はいくつでも				
1. ターミナル期のケア	2. 服薬援助 (点眼薬等を含む)	3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理		
4. 経鼻経管栄養	5. 吸入・吸引	6. 創傷処置	7. 浣腸・排便	
8. 褥瘡の処置	9. インスリン注射	10. 点滴・中心静脈栄養・注射 (9以外)		
11. 膀胱 (留置) カテーテルの管理	12. 人工肛門・人工膀胱の管理	13. 人工呼吸器の管理	14. 気管切開の処置	
15. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)	16. がん末期の疼痛管理	17. 慢性疼痛の管理 (16以外)		
18. リハビリテーション	19. 口腔ケア	20. 合併症予防ケア	21. 頻回の観察・アセスメント	
22. 看護師による家族支援	23. 看護師による他サービスの連絡調整	24. その他 (具体的に )		
9) 平成 26 年 7 月に算定した加算の種類 (医療保険に限ります) ※○はいくつでも				
1. 特別管理加算または在宅移行管理加算	2. 訪問看護ターミナルケア療養費または在宅ターミナルケア加算			
3. 複数名訪問看護加算 (精神科を含む) (a 看護師・リハビリ職 b 准看護師 c 看護補助者 d 精神保健福祉士)				
4. 専門性の高い看護師による訪問 (a 緩和ケア b 褥瘡ケア)	5. 夜間・早朝訪問看護加算			
6. 深夜訪問看護加算	7. 緊急訪問看護加算 (精神科を含む)	8. 難病等複数回訪問加算		
9. 長時間訪問看護加算 (精神科を含む)	10. 乳幼児加算・幼児加算			
11. 退院支援指導加算または退院前訪問指導料 (精神科を含む)				
12. 24 時間対応体制加算または 24 時間連絡体制加算	13. 退院時共同指導加算または退院時共同指導料			
10) 貴事業所からの訪問日数	( ) 日 ※平成 26 年 7 月 1 か月間			
うち、同一建物の訪問を行った日数	( ) 日			
うち、緊急訪問を行った日数	( ) 日			

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

5～7ページの「利用者番号」(★印)の番号を記入してください

利用者票B (同一建物内に利用者が他にいない場合) 利用者記号:

利用者番号

利用者さんの名字の頭の文字(例: あかさかさんの場合「あ」)を記入してください。  
該当利用者がいない場合は「なし」と記入してください。

※この「利用者票」は、医療関係者の方に、利用者の状況についてお伺いするものです。

※特に断りのない限り、あてはまる番号1つに○をつけてください。

※同じお住まいに貴事業所・部門が訪問した利用者が他にいない場合に記入してください。

1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	( ) 歳
3) 同居家族の有無	1. あり		2. なし	
4) 貴事業所が当該利用者に訪問看護を開始した時期	西暦 ( ) 年 ( ) 月頃			
5) 訪問看護を提供する事業所数 (貴事業所除く)	( ) か所 ※貴事業所以外になければ「0」と記入			
6) 訪問看護を提供している職員 ※○はいくつでも	1. 保健師・助産師・看護師		2. 准看護師	
	3. リハビリ職 (PT・OT・ST)		4. 精神保健福祉士	
	5. その他の職員			
7) 現在、在宅療養を続けている原因の病名※指示書にある傷病名を転記ください。※○はいくつでも				
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)	2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など)		3. 精神系疾患	
4. 神経系疾患	5. 認知症	6. 糖尿病	7. 悪性新生物	8. 骨折・筋骨格系疾患
9. 呼吸器系疾患	10. 歯科疾患	11. その他 (具体的に )		
8) 訪問看護で提供したケア内容 ※○はいくつでも				
1. ターミナル期のケア	2. 服薬援助 (点眼薬等を含む)		3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	
4. 経鼻経管栄養	5. 吸入・吸引	6. 創傷処置	7. 浣腸・排便	
8. 褥瘡の処置	9. インスリン注射	10. 点滴・中心静脈栄養・注射 (9以外)		
11. 膀胱 (留置) カテーテルの管理	12. 人工肛門・人工膀胱の管理	13. 人工呼吸器の管理	14. 気管切開の処置	
15. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)	16. がん末期の疼痛管理	17. 慢性疼痛の管理 (16以外)		
18. リハビリテーション	19. 口腔ケア	20. 合併症予防ケア	21. 頻回の観察・アセスメント	
22. 看護師による家族支援	23. 看護師による他サービスの連絡調整	24. その他 (具体的に )		
9) 平成 26 年 7 月に算定した加算の種類 (医療保険に限ります) ※○はいくつでも				
1. 特別管理加算または在宅移行管理加算	2. 訪問看護ターミナルケア療養費または在宅ターミナルケア加算			
3. 複数名訪問看護加算 (精神科を含む) (a 看護師・リハビリ職 b 准看護師 c 看護補助者 d 精神保健福祉士)				
4. 専門性の高い看護師による訪問 (a 緩和ケア b 褥瘡ケア)	5. 夜間・早朝訪問看護加算			
6. 深夜訪問看護加算	7. 緊急訪問看護加算 (精神科を含む)	8. 難病等複数回訪問加算		
9. 長時間訪問看護加算 (精神科を含む)	10. 乳幼児加算・幼児加算			
11. 退院支援指導加算または退院前訪問指導料 (精神科を含む)				
12. 24 時間対応体制加算または 24 時間連絡体制加算	13. 退院時共同指導加算または退院時共同指導料			
10) 貴事業所からの訪問日数	( ) 日 ※平成 26 年 7 月 1 か月間			
うち、同一建物の訪問を行った日数	( ) 日			
うち、緊急訪問を行った日数	( ) 日			

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

5～7ページの「利用者番号」(★印)の番号を記入してください

利用者票B (同一建物内に利用者が他にいない場合) 利用者記号:

利用者番号

利用者さんの名字の頭の文字(例:いいださんの場合「い」)を記入してください。  
該当利用者がいない場合は「なし」と記入してください。

※この「利用者票」は、医療関係者の方に、利用者の状況についてお伺いするものです。

※特に断りのない限り、あてはまる番号1つに○をつけてください。

※同じお住まいに貴事業所・部門が訪問した利用者が他にいない場合に記入してください。

1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	( ) 歳
3) 同居家族の有無	1. あり		2. なし	
4) 貴事業所が当該利用者に訪問看護を開始した時期	西暦 ( ) 年 ( ) 月頃			
5) 訪問看護を提供する事業所数(貴事業所除く)	( ) か所 ※貴事業所以外になければ「0」と記入			
6) 訪問看護を提供している職員 ※○はいくつでも	1. 保健師・助産師・看護師		2. 准看護師	
	3. リハビリ職 (PT・OT・ST)		4. 精神保健福祉士 5. その他の職員	
7) 現在、在宅療養を続けている原因の病名※指示書にある傷病名を転記ください。※○はいくつでも				
1. 循環器疾患 (高血圧症、心不全など)				
2. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳内出血など)				
3. 精神系疾患				
4. 神経系疾患				
5. 認知症				
6. 糖尿病				
7. 悪性新生物				
8. 骨折・筋骨格系疾患				
9. 呼吸器系疾患				
10. 歯科疾患				
11. その他 (具体的に )				
8) 訪問看護で提供したケア内容 ※○はいくつでも				
1. ターミナル期のケア				
2. 服薬援助 (点眼薬等を含む)				
3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理				
4. 経鼻経管栄養				
5. 吸入・吸引				
6. 創傷処置				
7. 浣腸・排便				
8. 褥瘡の処置				
9. インスリン注射				
10. 点滴・中心静脈栄養・注射 (9.以外)				
11. 膀胱 (留置) カテーテルの管理				
12. 人工肛門・人工膀胱の管理				
13. 人工呼吸器の管理				
14. 気管切開の処置				
15. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入)				
16. がん末期の疼痛管理				
17. 慢性疼痛の管理 (16.以外)				
18. リハビリテーション				
19. 口腔ケア				
20. 合併症予防ケア				
21. 頻回の観察・アセスメント				
22. 看護師による家族支援				
23. 看護師による他サービスの連絡調整				
24. その他 (具体的に )				
9) 平成 26 年 7 月に算定した加算の種類 (医療保険に限ります) ※○はいくつでも				
1. 特別管理加算または在宅移行管理加算				
2. 訪問看護ターミナルケア療養費または在宅ターミナルケア加算				
3. 複数名訪問看護加算 (精神科を含む) (a 看護師・リハビリ職 b 准看護師 c 看護補助者 d 精神保健福祉士)				
4. 専門性の高い看護師による訪問 (a 緩和ケア b 褥瘡ケア)				
5. 夜間・早朝訪問看護加算				
6. 深夜訪問看護加算				
7. 緊急訪問看護加算 (精神科を含む)				
8. 難病等複数回訪問加算				
9. 長時間訪問看護加算 (精神科を含む)				
10. 乳幼児加算・幼児加算				
11. 退院支援指導加算または退院前訪問指導料 (精神科を含む)				
12. 24 時間対応体制加算または 24 時間連絡体制加算				
13. 退院時共同指導加算または退院時共同指導料				
10) 貴事業所からの訪問日数	( ) 日 ※平成 26 年 7 月 1 か月間			
うち、同一建物の訪問を行った日数	( ) 日			
うち、緊急訪問を行った日数	( ) 日			

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。







④上記③のうち、最も多いきっかけは何ですか。あてはまる番号を1つ選び、右にご記入ください。		
⑤平成26年3月と平成26年7月の各1か月間の1) 歯科外来患者総数(当月の初診患者+再診患者の延べ人数)、2) 歯科訪問診療患者総数(当月の歯科訪問診療を実施した患者延べ人数)、3) 同一建物居住者であるが同一日に1人の患者に対して歯科訪問診療を実施した患者の総数、4) 同一日に同一建物居住者の複数人の患者に対して歯科訪問診療を実施した患者の総数、5) 歯科訪問診療を行った日数(当月の歯科訪問診療を実施した延べ日数、歯科医師が1人で毎日実施の場合「30日」となります)をご記入ください。 注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「-」をご記入ください。		
	平成26年3月	平成26年7月
1) 歯科外来患者総数	( )人	( )人
2) 歯科訪問診療患者総数 ※歯科訪問診療料を算定できない場合を含む	( )人	( )人
3) 上記2)のうち、同一建物で1人の患者に対して歯科訪問診療を実施した患者総数	☆( )人	☆( )人
4) 上記2)のうち、同一建物で複数の患者に対して歯科訪問診療を実施した患者総数	★( )人	★( )人
5) 歯科訪問診療を行った日数	( )日	( )日
⑥上記⑤ 3)の患者(同一建物で1人の患者、☆欄)についてお伺いします。		
	平成26年3月	平成26年7月
1) 患者の要介護度で最も多かったのはどれですか。 ※最も多いものに○は1つだけ	1. 該当なし(未申請・申請中) 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 不明	1. 該当なし(未申請・申請中) 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 不明
2) 歯科訪問診療を行っている理由として最も多かったのはどれですか。 ※最も多いものに○は1つだけ	1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 3. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 4. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 5. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 6. その他(具体的に )	1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 3. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 4. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 5. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 6. その他(具体的に )
⑦上記⑤4)の患者(同一建物で複数の患者、★欄)についてお伺いします。		
	平成26年3月	平成26年7月
1) 患者の要介護度で最も多かったのはどれですか。 ※最も多いものに○は1つだけ	1. 該当なし(未申請・申請中) 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 不明	1. 該当なし(未申請・申請中) 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 不明
2) 歯科訪問診療を行っている理由として最も多かったのはどれですか。 ※最も多いものに○は1つだけ	1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 3. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 4. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 5. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 6. その他(具体的に )	1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 3. 交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難 4. 通院が困難なわけではないが、患者が希望したから 5. 通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから 6. その他(具体的に )

⑧貴施設が同一建物で同一日に複数の患者に対して歯科訪問診療を実施した居宅・施設数を場所別にお答えください。  
 ※同一建物であっても同一日に複数患者に対して歯科訪問診療を実施していない場合は含みません。  
 注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

	平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
1) 戸建て	( ) か所	( ) か所
2) マンション・アパート・団地等	( ) か所	( ) か所
3) サービス付き高齢者向け住宅	( ) か所	( ) か所
4) 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設	( ) か所	( ) か所
5) 介護保険施設 (介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設)	( ) か所	( ) か所
6) 歯科標榜なし病院	( ) か所	( ) か所
7) その他	( ) か所	( ) か所

⑨平成 26 年 3 月と平成 26 年 7 月の各 1 か月間の算定回数及び各算定項目を算定した場所別施設数をご記入ください。  
 注 1) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。  
 注 2) 自宅 (戸建て、マンション・アパート等) に対する歯科訪問診療についての記入は不要です。

	平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
⑨-1 歯科訪問診療料 1	( ) 回	( ) 回

上記⑨-1 のうち、**歯科訪問診療料1**を算定した患者の居住場所 (歯科訪問診療を実施した場所) 別施設数

1) サービス付き高齢者向け住宅	( ) か所	( ) か所
2) 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設	( ) か所	( ) か所
3) 介護保険施設 (介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設)	( ) か所	( ) か所
4) 歯科標榜なし病院	( ) か所	( ) か所
5) その他 ( )	( ) か所	( ) か所

⑨-2 歯科訪問診療料 2	( ) 回	( ) 回
1) 上記⑨-2 のうち、同一建物で 10 人以上の患者の診療を行った回数	( ) 回	

⑨-3 歯科訪問診療料 3		( ) 回
1) 上記⑨-3 のうち、20 分未満の歯科訪問診療を行った回数 ※10 人以上、10 人未満を問わず 20 分未満の歯科訪問診療についてご記入ください。		( ) 回
2) 上記⑨-3 のうち、同一建物で 10 人以上の患者の歯科訪問診療を行った回数 ※20 分未満、20 分以上を問わず 10 人以上の歯科訪問診療についてご記入ください。		( ) 回
3) 上記⑨-3 のうち、20 分未満かつ同一建物で 10 人以上の歯科訪問診療を行った回数		( ) 回

⑨-4 初診料・再診料 (20 分未満の歯科訪問診療をご記入ください。)	( ) 回	
--------------------------------------	-------	--

⑩平成 26 年 7 月で最初に施設等に対して歯科訪問診療を行った 1 日について、訪問施設数、歯科訪問診療患者総数（当該日に歯科訪問診療を実施した延べ患者数）、施設患者数（当該日に貴施設が歯科訪問診療を実施した当該施設の患者数）、訪問診療体制（当該日で訪問診療を行った体制・人数）、1 患者あたりの歯科訪問診療平均診療時間をご記入ください。

なお、当該日に複数施設に対して歯科訪問診療を行った場合、施設患者数及び訪問診療体制については、患者数が最も多かった施設に対するものをご記入ください。

注 1) 該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

注 2) 自宅（戸建て、マンション・アパート等）に対する歯科訪問診療についての記入は不要です。

注 3) 1 患者あたりの平均診療時間について、診療前の準備、診療後の片付けや患者の移動に要した時間、訪問歯科衛生指導に係る時間は含みません。

	訪問施設数	歯科訪問診療患者総数	訪問診療体制(当該日で訪問診療を行った体制・人数)	1 患者あたりの平均診療時間
1) サービス付き高齢者向け住宅	( ) 施設	( ) 人	施設患者数 ( ) 人 1. 歯科医師 ( ) 人 2. 歯科衛生士 ( ) 人 3. 看護師 ( ) 人 4. その他 ( ) 人	( ) 分
2) 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設	( ) 施設	( ) 人	施設患者数 ( ) 人 1. 歯科医師 ( ) 人 2. 歯科衛生士 ( ) 人 3. 看護師 ( ) 人 4. その他 ( ) 人	( ) 分
3) 介護保険施設（介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設）	( ) 施設	( ) 人	施設患者数 ( ) 人 1. 歯科医師 ( ) 人 2. 歯科衛生士 ( ) 人 3. 看護師 ( ) 人 4. その他 ( ) 人	( ) 分
4) 歯科標榜なし病院	( ) 施設	( ) 人	施設患者数 ( ) 人 1. 歯科医師 ( ) 人 2. 歯科衛生士 ( ) 人 3. 看護師 ( ) 人 4. その他 ( ) 人	( ) 分
5) その他	( ) 施設	( ) 人	施設患者数 ( ) 人 1. 歯科医師 ( ) 人 2. 歯科衛生士 ( ) 人 3. 看護師 ( ) 人 4. その他 ( ) 人	( ) 分

⑪平成 26 年 7 月 1 か月間で、**歯科訪問診療料 2** または **歯科訪問診療料 3** を算定した場合の「文書提供」についてその提供先、提供方法、負担感についてお伺いします。

1) 提供先 ※あてはまるものすべてに○	1. 患者                      2. 家族                      3. 介護施設職員 4. その他（具体的に )
2) 上記 1) の選択肢 1~4 のうち、最も多いものの番号を 1 つだけご記入ください。	
3) 提供方法 ※あてはまるものすべてに○	1. 診療日に、個人単位の文書を提供 2. 診療日に、施設単位の一覧表を提供 3. 月毎に一括で、個人単位の文書を提供 4. 月毎に一括で、施設単位の一覧表を提供 5. その他（具体的に )
4) 上記 3) の選択肢 1~5 のうち、最も多いものの番号を 1 つだけご記入ください。	
5) 文書提供の負担感 ※○は 1 つだけ	1. 負担を感じる                      2. どちらともいえない 3. 負担に感じない                      4. その他（具体的に )

3. 貴施設における診療報酬改定による影響等についてお伺いします。

①平成 26 年度診療報酬改定で歯科訪問診療料の評価が変わったことによる影響等として、下記の 1) ~6) の各項目についてそれぞれあてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。 ※○はそれぞれ 1 つずつ						
	長くなった (増えた)	やや長くなった (やや増えた)	変わらない	やや短くなった (やや減った)	短くなった (減った)	もともと行っていない
1) 患者 1 人当たりの歯科訪問診療時間	5	4	3	2	1	0
2) 歯科医師 1 人当たりの歯科訪問診療件数	5	4	3	2	1	0
3) 同一建物居住者への歯科訪問診療の回数	5	4	3	2	1	0
4) 事業者等から、医療機関へ患者を紹介する対価として経済上の利益の提供を求める契約を持ちかけられる回数	5	4	3	2	1	0
5) 歯科訪問診療に係る収入	5	4	3	2	1	0
6) 歯科訪問診療への帯同人数	5	4	3	2	1	0
② 事業者等から、患者の紹介を受ける対価として、医療機関が経済上の利益を提供する契約を交わしたことがありますか。 ※それぞれ○は 1 つだけ						
平成 26 年 3 月以前	1. ある		2. ない			
平成 26 年 4 月以降	1. ある		2. ない			
↳「ある」を選択した場合はその具体的内容を記述してください。 ( )						

4. 同一建物で複数の患者に対して歯科訪問診療を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

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。

# 保険薬局票

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）

## 訪問薬剤管理の実態調査 調査票

- ※ この「**保険薬局票**」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴施設における訪問薬剤管理（医療保険）の実施状況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、平成 26 年 7 月 31 日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、『**医療保険**』の訪問薬剤管理に関してお答えください。  
介護保険など、医療保険以外の内容に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。

### 1. 貴薬局の概要についてお伺いします。

①組織形態 ※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください	1. 法人 ……▶(1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人
②同一法人等による薬局店舗数	( ) 店舗
③貴薬局はチェーン薬局（一経営者が 20 店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。 ※○は1つだけ	1. はい 2. いいえ
④薬剤師会入会の有無 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし
⑤貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成 25 年度決算	約 ( ) %程度 ※OTC医薬品の販売等がなく、保険調剤収入のみである場合は 100%とご記入ください。
⑥調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 (41 点) 2. 調剤基本料 (25 点)
⑦基準調剤加算 ※○は1つだけ	1. 基準調剤加算 1 2. 基準調剤加算 2 3. 届出 (算定) なし
⑧1 か月間の取扱い処方せん枚数	( ) 枚/月 ※平成 26 年 7 月 1 か月分
⑨貴薬局の処方せんの応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※○は1つだけ	1. 主に近隣にある <u>特定の病院</u> の処方せんを応需している薬局 2. 主に近隣にある <u>特定の診療所</u> の処方せんを応需している薬局 3. 主に同じ医療モール内の <u>保険医療機関</u> の処方せんを応需している薬局 4. 様々な <u>保険医療機関</u> からの処方せんを応需している薬局 5. その他 (具体的に )
⑨-1【上記質問⑨で 1. または 2. を回答した方】 当該病院または診療所の診療科 ※あてはまるものすべてに○	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 )
⑩無菌調剤を実施できる体制の有無 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし



⑩平成 26 年 3 月と平成 26 年 7 月の、貴薬局の職員数と、このうち、訪問薬剤管理指導のため患家等に訪問する職員数を常勤換算でお答えください。 ※小数点以下第1位まで

	平成 26 年 3 月現在		平成 26 年 7 月現在	
	貴薬局の職員数	(うち) 訪問薬剤管理指導のため、患家等に訪問をする職員数	貴薬局の職員数	(うち) 訪問薬剤管理指導のため、患家等に訪問をする職員数
1) 薬剤師	( . ) 人	( . ) 人	( . ) 人	( . ) 人
2) その他(事務職員等)	( . ) 人	( . ) 人	( . ) 人	( . ) 人
3) 合計	( . ) 人	( . ) 人	( . ) 人	( . ) 人

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。

- 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) ÷ (貴薬局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) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間 × 4)

3. 【すべての施設の方にお伺いします。】貴薬局における在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況についてお伺いします。 ※医療保険と介護保険の合計

①平成 26 年 3 月と平成 26 年 7 月の各 1 か月間の来局総患者数(当月に貴薬局に処方せんを持参して来局した患者延べ人数)、算定の有無にかかわらず、在宅で薬学的管理及び指導を行った総患者数、在宅で薬学的管理及び指導を行った延べ日数(当月の在宅で薬学的管理及び指導を実施した延べ日数)、患者 1 人あたりの在宅で薬学的管理及び指導に要した訪問時間をご記入ください。

注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

●全て(算定の有無にかかわらず)	平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
1) 来局総患者数(処方せん患者)	( ) 人	( ) 人
2) 在宅で薬学的管理及び指導を行った総患者数 ※医療保険と介護保険の合計	( ) 人	( ) 人
2)-1 上記 2)のうち、医療保険の利用者数	( ) 人	( ) 人
2)-2 上記 2)のうち、介護保険の利用者数	( ) 人	( ) 人
3) 在宅で薬学的管理及び指導を行った延べ日数 ※医療保険と介護保険の合計	( ) 日	( ) 日
3)-1 上記 3)のうち、医療保険の延べ日数	( ) 日	( ) 日
3)-2 上記 3)のうち、介護保険の延べ日数	( ) 日	( ) 日
4)-1 上記 2)のうち、訪問時間(患者 1 人あたり平均)【同一建物の場合】	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分
4)-2 上記 2)のうち、訪問時間(患者 1 人あたり平均)【同一建物以外】	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分

※調剤・薬歴管理等に係る時間は除く

②平成 26 年 3 月と平成 26 年 7 月の各 1 か月間の算定患者延べ人数、当該算定患者 1 人あたりに要した訪問時間をご記入ください。 注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

●算定した患者(医療保険)		平成 26 年 3 月		平成 26 年 7 月	
【同一建物以外】	1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 (同一建物以外) の算定患者数	( ) 人		( ) 人	
	2) 上記 1) の訪問時間 (患者 1 人あたり平均)	往復移動時間 ( ) 分	ベッドサイド業務※ ( ) 分	往復移動時間 ( ) 分	ベッドサイド業務※ ( ) 分
	3) 上記 1) のうち、施設別患者数	施設数	患者数	施設数	患者数
	a) 自宅 (戸建て、マンション・アパート・団地等)	か所	人	か所	人
	b) 特別養護老人ホーム	か所	人	か所	人
	c) サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の居宅系高齢者施設	か所	人	か所	人
	d) その他 (具体的に )	か所	人	か所	人
4) 上記 1) の患者の状態でも多かったものはどれですか。 ※最も多かった状態に○を1つだけ	1. 骨折等で一時的に通院ができない状態 2. 部分的に身体機能が低下した状態 3. 全体的に身体機能が低下した状態 4. 認知機能が低下し、通院できない状態 5. 寝たきりの状態 6. 末期がんの状態 7. その他 ( )		1. 骨折等で一時的に通院ができない状態 2. 部分的に身体機能が低下した状態 3. 全体的に身体機能が低下した状態 4. 認知機能が低下し、通院できない状態 5. 寝たきりの状態 6. 末期がんの状態 7. その他 ( )		
【同一建物】	5) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 2 (同一建物) の算定患者数	( ) 人		( ) 人	
	6) 上記 5) の訪問時間 (患者 1 人あたり平均)	往復移動時間 ( ) 分	ベッドサイド業務※ ( ) 分	往復移動時間 ( ) 分	ベッドサイド業務※ ( ) 分
	7) 上記 5) のうち、施設別患者数	施設数	患者数	施設数	患者数
	a) 自宅 (戸建て、マンション・アパート・団地等)	か所	人	か所	人
	b) 特別養護老人ホーム	か所	人	か所	人
	c) サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の居宅系高齢者施設	か所	人	か所	人
	d) その他 (具体的に )	か所	人	か所	人
8) 上記 5) の患者の状態でも多かったものはどれですか。 ※最も多かった状態に○を1つだけ	1. 骨折等で一時的に通院ができない状態 2. 部分的に身体機能が低下した状態 3. 全体的に身体機能が低下した状態 4. 認知機能が低下し、通院できない状態 5. 寝たきりの状態 6. 末期がんの状態 7. その他 ( )		1. 骨折等で一時的に通院ができない状態 2. 部分的に身体機能が低下した状態 3. 全体的に身体機能が低下した状態 4. 認知機能が低下し、通院できない状態 5. 寝たきりの状態 6. 末期がんの状態 7. その他 ( )		

※調剤・薬歴管理等に係る時間は除く



③平成 26 年 3 月と平成 26 年 7 月の各 1 か月間の算定患者延べ人数、当該算定患者 1 人あたりに要した訪問時間をご記入ください。  
注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

●算定した患者(介護保険)		平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
【同一建物以外】	1) 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(同一建物以外)の算定患者数	( ) 人	( ) 人
	2) 上記 1) の訪問時間(患者 1 人あたり平均)	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分
【同一建物】	3) 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(同一建物)の算定患者数	( ) 人	( ) 人
	4) 上記 3) の訪問時間(患者 1 人あたり平均)	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分	往復移動時間 ( ) 分 ベッドサイド業務※ ( ) 分

※調剤・薬歴管理等に係る時間は除く

#### 4. 貴施設における診療報酬改定による影響等についてお伺いします。

平成 26 年度診療報酬改定の影響等として、下記の 1) ~5) の各項目についてそれぞれあてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。※○はそれぞれ 1 つずつ						
	長くなった (増えた)	やや長くなった (やや増えた)	変わらない	やや短くなった (やや減った)	短くなった (減った)	もともと行っていない
1) 薬剤師 1 人あたりの訪問薬剤管理指導の件数	5	4	3	2	1	0
2) 同一建物居住者への訪問薬剤管理指導の回数	5	4	3	2	1	0
3) 事業者等から、保険薬局へ患者を紹介する対価として経済上の利益を提供する契約を持ちかけられる回数(実際の契約締結の有無にかかわらず)	5	4	3	2	1	0
4) 訪問薬剤管理指導に関する医師からの指示	5	4	3	2	1	0
5) 訪問薬剤管理指導に係る収入	5	4	3	2	1	0

#### 5. 同一建物同一日の在宅患者訪問薬剤管理指導について問題点・課題等がございましたら、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

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。



⑪ 入居者の要介護度別人数とがん患者数（平成 26 年 6 月）									
※要介護度別人数の合計が⑧入居者数(平成 26 年 6 月)に一致するように記入									
自立・認定なし (がん患者)	要支援 1 (がん患者)	要支援 2 (がん患者)	要介護 1 (がん患者)	要介護 2 (がん患者)	要介護 3 (がん患者)	要介護 4 (がん患者)	要介護 5 (がん患者)	不明申請中等 (がん患者)	
人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	人 ( )	
⑫ 認知症の程度別 入居者数 ※1)~7)の合計が ⑧入居者数(平成 26 年 6 月)に一致するように記 入	1) 自立（認知症はない）							人	
	2) I（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している）							人	
	3) II（日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる）							人	
	4) III（日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする）							人	
	5) IV（日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする）							人	
	6) M（著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする）							人	
	7) 不明（認知症高齢者の日常生活自立度を把握していない、認知症があるかどうか分からない）							人	
⑬ 医療処置を要する入居者数（平成 26 年 6 月） ※下記 1) ~16) のうち、1 つでも該当する入居者数								人	
⑬-1 下記の内訳人数をご記入ください。（例えばインスリンの注射とたんの吸引を受けている患者の場合は、どちらにも「1人」とカウントしてください。）									
1) インスリンの注射 (自己注射できる場合を除く)	人	9) カテーテル（コンドームカ テーテル、留置カテーテル 等）の管理	人						人
2) 透析	人	10) 胃ろう・腸ろうの管理	人						人
3) 中心静脈栄養	人	11) 経鼻経管栄養の管理	人						人
4) ストーマ（人工肛門・人工膀胱） の管理	人	12) たんの吸引	人						人
5) 酸素療法	人	13) モニター測定（血圧、心拍 数、酸素飽和度等）	人						人
6) レスピレーター（人工呼吸器） の管理	人	14) 褥瘡の処置	人						人
7) 気管切開のケア	人	15) 創傷の処置（褥瘡を除く）	人						人
8) 疼痛の看護 (がんの緩和ケアにかかるもの)	人	16) ネブライザー（吸入器）の 管理	人						人

2. 貴施設における訪問診療等の利用状況等についてお伺いします。

(1) 病院・診療所（歯科を除く）からの訪問診療についてお伺いします。

※「訪問診療」とは、医師が定期的・計画的に貴施設に訪問して行う診療を指します。また、「往診」とは、定期的・計画的な訪問ではなく、緊急時等に患者の求めに応じて訪問して行う診療を指します。

①平成 26 年 6 月 1 か月間における、1) 訪問診療・往診の利用状況と、2) 施設による通院介助の実施状況についてご記入ください。  
注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

要介護度等	1) 訪問診療・往診			2) 通院介助		
	月0回 (利用していない)	月1回	月2回以上	介護保険サービスとして介助	施設の基本サービスとして介助	別途の実費負担による介助
(1) 自立	人	人	人		人	人
(2) 要支援1・2	人	人	人	人	人	人
(3) 要介護1	人	人	人	人	人	人
(4) 要介護2	人	人	人	人	人	人
(5) 要介護3	人	人	人	人	人	人
(6) 要介護4～5	人	人	人	人	人	人

②平成 26 年 6 月 1 か月間における訪問診療・往診の利用状況についてご記入ください。  
注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

1) 訪問診療・往診が提供された延べ利用者数	人
2) 上記 1) のうち、往診（定期的・計画的な訪問ではなく、緊急時等に患者の求めに応じて訪問して行う診療）が提供された延べ利用者数	人
3) 医療機関から、1 回の訪問で、複数人に訪問診療・往診が提供された回数	回
4) 医療機関から、1 回の訪問で、1 人に訪問診療・往診が提供された回数	回

※ 上記の 1) と 2) の「延べ利用者数」については、同一の入居者に対する複数回の訪問が行われた場合であっても、カウント上は別人への提供とみなして、すべてカウントしてください。

例) Aさんが4回、Bさんが4回の訪問診療を利用した場合は「8人」とカウントしてください。

※ 上記の 3) と 4) の「回数」については、複数の医療機関による場合であっても、それぞれの回数をすべてカウントしてください。ただし、同じ医療機関が同一日に複数人や複数回の訪問を行った場合は、合わせて「1回」としてカウントしてください。

例) A診療所が1回で3人を訪問し、B診療所が1回で2人を訪問し、C診療所が1回で1人を訪問した場合は、3)には「2回」（A診療所とB診療所の分）、4)には「1回」（C診療所の分）とカウントしてください。

③ 貴施設の入居者が利用する、訪問診療を行っている病院・診療所（歯科を除く）について、1) 訪問診療・往診（定期的・計画的な訪問ではなく、緊急時等に患者の求めに応じて訪問して行う診療）を行っている病院・診療所数（歯科を除く）、2) そのうち利用者が多い上位 3 件の病院・診療所の概要、3) 利用者が最も多い病院・診療所が貴施設に訪問診療を開始した時期についてご記入ください。

注) 該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

1) 貴施設の入居者に対して訪問診療・往診を行っている病院・診療所数（合計）				施設
2) 利用が多い訪問診療・往診を行っている病院・診療所	種別	利用者数	併設・隣接状況	貴施設との関係
	最も多い病院・診療所	人	1. 併設 2. 隣接 3. その他	1. 同一グループ* 2. 同一グループ以外
	2 番目に多い病院・診療所	人	1. 併設 2. 隣接 3. その他	1. 同一グループ 2. 同一グループ以外
	3 番目に多い病院・診療所	人	1. 併設 2. 隣接 3. その他	1. 同一グループ 2. 同一グループ以外
3) 利用者の最も多い病院・診療所が貴施設に訪問診療を開始したのはいつですか。				
1. 施設が開設した時から                      2. それ以外→西暦（      ）年（      ）月頃から				

\*「同一グループ」とは、同一法人でなくとも資金の援助を行っている場合や、当該法人の理事長・親族などが別に経営している関連法人などを指します。

(2) 医療機関等（病院・診療所、訪問看護ステーション、歯科医療機関、保険薬局）からの訪問診療等についてお伺いします。

① 平成 26 年 3 月と平成 26 年 6 月の各 1 か月間に、貴施設に訪問して医療サービスを提供した医療機関等（病院・診療所、訪問看護ステーション、歯科医療機関、保険薬局）の数と訪問した延べ訪問回数（例えば、1 か月間に A 診療所が 3 回、B クリニックが 2 回、貴施設に訪問した場合は 3+2=5 で 5 回と数えます。）、そのサービスを利用した入居者数をそれぞれご記入ください。

注) 該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

		平成 26 年 3 月	平成 26 年 6 月
病院・診療所 注) 歯科を除く	1) -1 医療機関数	施設	
	1) -2 延べ訪問回数	回	回
	1) -3 利用した入居者数	人	人
訪問看護ステーション	2) -1 事業所数	事業所	事業所
	2) -2 延べ訪問回数	回	回
	2) -3 利用した入居者数	人	人
歯科医療機関	3) -1 医療機関数	施設	
	3) -2 延べ訪問回数	回	回
	3) -3 利用した入居者数	人	人
保険薬局	4) -1 薬局数	薬局	薬局
	4) -2 延べ訪問回数	回	回
	4) -3 利用した入居者数	人	人

【平成 26 年 4 月以降、3 月以前と比較して、訪問診療を行う病院・診療所の数が減った施設の方のみ】

②訪問診療を行う医療機関（病院・診療所）が減った理由は何ですか。 ※〇はいつでも

1. 患者の希望等により、訪問診療の必要な患者数が減少したため
2. 訪問診療による負荷が大きい等、施設側都合により訪問診療をとりやめたため
3. 病院・診療所の都合により、訪問診療をとりやめたため
4. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

②-1 どのような都合か具体的な内容をご記入ください。

--	--

②-2 現在、どのような状況でしょうか。

※当てはまるもの全てに〇を、そのうち最も当てはまるものに◎をしてください。

1. 定期的な医療が必要な患者について、他の訪問医療機関が継続的に診療を行っている
2. 定期的な医療が必要な患者について、外来へ通院することで継続的な診療を行っている
3. 現在、訪問診療を実施する病院・診療所を探しており、一定程度の目処は立っている
4. 引受先が見つからないため、都道府県や地域の医師会等に相談することを考えている
5. 引受先が見つからないため、都道府県や地域の医師会等に相談したが、今後の見通しについて全く目処が立っていない
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

(3) 歯科医療機関からの歯科訪問診療についてお伺いします。

※「歯科訪問診療」とは歯科医師が定期的・計画的に貴施設に訪問して行う歯科診療を指します。

①平成 26 年 6 月 1 か月間における歯科訪問診療の利用状況についてご記入ください。

注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

	月0回 (利用していない)	月1回	月2回	月3回	月4回以上
1) 自立	人	人	人	人	人
2) 要支援1・2	人	人	人	人	人
3) 要介護1	人	人	人	人	人
4) 要介護2	人	人	人	人	人
5) 要介護3	人	人	人	人	人
6) 要介護4～5	人	人	人	人	人

②平成 26 年 6 月 1 か月間における歯科訪問診療の利用状況についてご記入ください。

注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

1) 歯科訪問診療が提供された延べ利用者数	人
2) 歯科医療機関から、1回の訪問で、複数人に歯科訪問診療が提供された回数	回
3) 歯科医療機関から、1回の訪問で、1人に歯科訪問診療が提供された回数	回

※ 上記の 1) の「延べ利用者数」については、同一の入居者に対する複数回の訪問が行われた場合であっても、カウント上は別人への提供とみなして、すべてカウントしてください。

例) Aさんが4回、Bさんが4回の歯科訪問診療を利用した場合は「8人」とカウントしてください。

※ 上記の 2) と 3) の「回数」については、複数の歯科医療機関による場合であっても、それぞれの回数をすべてカウントしてください。ただし、同じ歯科医療機関が同一日に複数人や複数回の訪問を行った場合は、合わせて「1回」としてカウントしてください。

例) A歯科診療所が1回で3人を訪問し、B歯科診療所が1回で2人を訪問し、C歯科診療所が1回で1人を訪問した場合は、2)には「2回」(A歯科診療所とB歯科診療所の分)、3)には「1回」(C歯科診療所の分)とカウントしてください。

**【平成 26 年 4 月以降、3 月以前と比較して、歯科訪問診療を行う歯科医療機関の数が減った施設の方のみ】**

**③ 歯科訪問診療を行う歯科医療機関が減った理由は何ですか。 ※○はいくつでも**

1. 患者の希望等により、歯科訪問診療の必要な患者数が減少したため
2. 歯科訪問診療による負荷が大きい等、施設側都合により歯科訪問診療をとりやめたため
3. 歯科医療機関の都合により、歯科訪問診療をとりやめたため
4. その他 (具体的に )

**③-1 どのような都合か具体的な内容をご記入ください。**

**③-2 現在、どのような状況でしょうか。**

※当てはまるもの全てに○を、そのうち最も当てはまるものに◎をしてください。

1. 定期的な歯科医療が必要な患者について、他の訪問歯科医療機関が継続的に診療を行っている
2. 定期的な歯科医療が必要な患者について、外来へ通院することで継続的な診療を行っている
3. 現在、歯科訪問診療を実施する歯科医療機関を探しており、一定程度の目処は立っている
4. 引受先が見つからないため、都道府県や地域の歯科医師会等に相談することを考えている
5. 引受先が見つからないため、都道府県や地域の歯科医師会等に相談したが、今後の見通しについて全く目処が立っていない
6. その他 (具体的に )

**④ 貴施設の入居者が利用する、歯科訪問診療を行っている歯科医療機関について、1) 歯科訪問診療を行っている歯科医療機関数、2) そのうち利用者が多い上位 3 件の歯科医療機関の概要、3) 利用者が最も多い歯科医療機関が貴施設に歯科訪問診療を開始した時期についてご記入ください。**

注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

1) 貴施設の入居者に対して歯科訪問診療を行っている歯科医療機関数 (合計)				施設
2) 利用が多い歯科訪問診療を行っている歯科医療機関	種別	利用者数	併設・隣接状況	貴施設との関係
	最も多い歯科医療機関	人	1. 併設 2. 隣接 3. その他	1. 同一グループ* 2. 同一グループ以外
	2 番目に多い歯科医療機関	人	1. 併設 2. 隣接 3. その他	1. 同一グループ 2. 同一グループ以外
	3 番目に多い歯科医療機関	人	1. 併設 2. 隣接 3. その他	1. 同一グループ 2. 同一グループ以外

3) 利用者の最も多い歯科医療機関が貴施設に歯科訪問診療を開始したのはいつですか。

1. 施設が開設した時から                      2. それ以外→西暦（              ）年（              ）月頃から

\*「同一グループ」とは、同一法人でなくとも資金の援助を行っている場合や、当該法人の理事長・親族などが別に経営している関連法人などを指します。

### 3. 貴施設における訪問診療等に関する変化等についてお伺いします。

①平成 26 年 4 月に診療報酬（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）の改定が行われました。この診療報酬改定前後での変化等について、下記の 1) ～20) の各項目についてそれぞれあてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。 ※○はそれぞれ 1 つずつ

	大いに あてはまる	あてはまる	どちらとも いえません	あまりあて はまらない	全くあて はまらない	サービスを利用 していない
1) 医師が施設に頻繁に来てくれるようになったので、相談しやすくなった	5	4	3	2	1	0
2) 医師が月 1 回個別の日に、時間をかけて診てくれるようになった	5	4	3	2	1	0
3) 看護師が施設に頻繁に来てくれるようになったので、相談しやすくなった	5	4	3	2	1	0
4) 歯科医師が施設に頻繁に来てくれるようになったので、相談しやすくなった	5	4	3	2	1	0
5) 薬剤師が施設に頻繁に来てくれるようになったので、相談しやすくなった	5	4	3	2	1	0
6) 訪問診療が終了した患者・家族からのクレームが増えた	5	4	3	2	1	0
7) 訪問診療が少なくなり、患者・家族からの不安の意見が増えた	5	4	3	2	1	0
8) 訪問診療が必要な患者について新規に訪問してくれる医師を確保するのが難しくなった	5	4	3	2	1	0
9) 歯科訪問診療が終了した患者・家族からのクレームが増えた	5	4	3	2	1	0
10) 歯科訪問診療が少なくなり、患者・家族からの不安の意見が増えた	5	4	3	2	1	0
11) 歯科訪問診療が必要な患者について新規に訪問してくれる歯科医師を確保するのが難しくなった	5	4	3	2	1	0
12) 歯科訪問診療の 1 回あたりの時間が短くなった	5	4	3	2	1	0
13) 訪問薬剤管理指導が終了した患者・家族からのクレームが増えた	5	4	3	2	1	0
14) 訪問薬剤管理指導が少なくなり、患者・家族からの不安の意見が増えた	5	4	3	2	1	0
15) 訪問薬剤管理指導が必要な患者について新規に訪問してくれる薬剤師を確保するのが難しくなった	5	4	3	2	1	0
16) 訪問薬剤管理指導の 1 回あたりの時間が短くなった	5	4	3	2	1	0



