

平成 2 6 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 2 7 年度調査）の
 調査票案について

- 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 (右下頁)
 - ・ 調査概要 3 頁
 - ・ 主治医機能票 5 頁
 - ・ 大病院票 1 3 頁
 - ・ 依頼状 1 9 頁

- 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
 - ・ 調査概要 2 0 頁
 - ・ 在宅医療票 2 2 頁
 - ・ 入院医療機関票 3 4 頁
 - ・ 訪問看護票 3 8 頁
 - ・ 保険薬局票 4 2 頁
 - ・ 依頼状 4 6 頁

- 訪問歯科診療の評価及び実態等に関する調査
 - ・ 調査概要 4 7 頁
 - ・ 施設票 4 9 頁
 - ・ 意向調査票 5 8 頁
 - ・ 依頼状 6 3 頁

- 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
 - ・ 調査概要 6 5 頁
 - ・ 病院票 6 7 頁
 - ・ 診療所票 7 7 頁
 - ・ 一般病棟票 8 1 頁
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟票 8 5 頁
 - ・ 依頼状 9 2 頁

○ 明細書の無料発行の実施状況調査

・調査概要	93頁
・病院票	96頁
・一般診療所票	100頁
・歯科診療所票	104頁
・保険薬局票	108頁
・訪問看護ステーション票	112頁
・患者票	116頁
・依頼状	129頁

厚生労働省保険局医療課委託事業

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 27 年度調査）

「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」
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年度診療報酬改定における、地域包括診療料・地域包括診療加算の創設や、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等の取組が、外来医療の機能分化や連携の推進にどのような影響を与えたかを把握するために、これらを算定している保険医療機関等における診療内容や患者の状況、診療体制、連携の推進状況等について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 地域包括診療料、地域包括診療加算の算定状況の把握
- ・ 地域包括診療料、地域包括診療加算の算定医療機関における診療状況の把握
- ・ 在宅自己注射の実施状況の把握
- ・ 特定機能病院等における紹介率・逆紹介率の把握
- ・ 特定機能病院等における選定療養の利用や長期処方等の状況の把握

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<主治医機能調査票>

- ・ ①地域包括診療料の施設基準の届出施設（悉皆）、②地域包括診療加算の施設基準の届出施設の中から無作為抽出した 1,000 施設、③在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 500 施設程度（ただし、①の施設は除く）、④全国の一般診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設程度（ただし、①②の施設は除く）。①～④合わせて 2,500 施設程度。

<大病院調査票>

- ・ ①特定機能病院（悉皆）、②500 床以上の地域医療支援病院（悉皆）、③一般病床 200 床以上の病院の中から無作為抽出した病院。①②③を合わせて 1,000 施設程度。

○調査方法（案）

- ・ 施設宛ての自記式調査票を郵送配布し、郵送回収する。

■ 調査項目

※調査票（案）参照

■ 調査スケジュール

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1~3月
調査票案の作成	→								
調査客体の抽出・名簿作成		→							
調査票印刷・封入・発送			→						
調査期間			→						
督促状印刷・発送				→					
調査票回収・検票			→						
データ入力 データクリーニング				→					
集計・分析					→				
速報（案）の作成						→			
追加分析							→		
本報告（案）の作成							→		
調査検討委員会の開催		★					★		

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 27 年度調査）

主治医機能の評価に関する調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、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、平成 27 年●月●日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①医療機関名											
②所在地		() 都・道・府・県									
③開設者 ※○は1つだけ		1. 国			2. 公的			3. 社会保険関係団体			
		4. 医療法人			5. 個人			6. その他の法人			
④標榜診療科 ※○はいくつでも		1. 内科		2. 外科		3. 整形外科		4. 脳神経外科			
		5. 小児科		6. 呼吸器科		7. 消化器科		8. 循環器科			
		9. 精神科		10. 眼科		11. 皮膚科		12. 耳鼻咽喉科			
		13. 泌尿器科		14. リハビリテーション科							
		15. 歯科（歯科口腔外科等含む）									
		16. その他（具体的に)							
⑤医療機関の種別 ※○は1つだけ		1. 病院			2. 有床診療所			3. 無床診療所			
⑥【病院・有床診療所の場合】許可病床数（医療法）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
⑦全職員数（常勤換算*1）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 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職 *3	社会 福祉士	その他 の職員	計	
*1 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)											
*2 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。											
*3 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		() 人									
⑨在支病・在支診の状況 ※○は1つだけ		1. 機能強化型（単独型）在宅療養支援病院・診療所である 2. 機能強化型（連携型）在宅療養支援病院・診療所である 3. 機能強化型以外の在宅療養支援病院・診療所である 4. 在宅療養支援病院・診療所ではない									
⑩【病院】二次救急医療の対応		1. 2次救急医療機関である			2. 2次救急医療機関ではない						

⑪【診療所】時間外対応加算の種類 ※〇は1つだけ	1. 時間外対応加算 1 3. 時間外対応加算 3	2. 時間外対応加算 2 4. 届出なし
-----------------------------	------------------------------	-------------------------

2. 地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況等についてお伺いします。

【病院】 ①算定している地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料は何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇	
1. (一般) 地域包括ケア病棟入院料 1 3. (一般) 地域包括ケア入院医療管理料 1 5. (療養) 地域包括ケア病棟入院料 1 7. (療養) 地域包括ケア入院医療管理料 1 9. 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料のいずれも算定していない	2. (一般) 地域包括ケア病棟入院料 2 4. (一般) 地域包括ケア入院医療管理料 2 6. (療養) 地域包括ケア病棟入院料 2 8. (療養) 地域包括ケア入院医療管理料 2

【すべての施設】 ②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。 ※〇は1つだけ	
1. 地域包括診療料(包括)の届出をしている 2. 地域包括診療加算(出来高)の届出をしている(→この後、3ページの質問④へお進みください) 3. 地域包括診療料、地域包括診療加算の届出をしていない(→この後、3ページの質問⑤へお進みください)	

【地域包括診療料の届出をしている病院・診療所】 ③地域包括診療料の届出を行う上で苦労した施設基準の要件は何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇	
0. 特に苦労した施設基準の要件はなかった 1. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了すること 2. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること 3. 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 4. 敷地内が禁煙であること 5. 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 6. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること 7. 介護保険関係の要件(※)の1つを満たしていること 8. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること 9. (病院の場合) 都道府県医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急告示病院、または病院群輪番制病院であること 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. (病院の場合) 在宅療養支援病院であること 12. (診療所の場合) 時間外対応加算1の届出を行っていること 13. (診療所の場合) 常勤の医師が3名以上配置されていること 14. (診療所の場合) 在宅療養支援診療所であること 15. その他(具体的に)	
③-1 上記③のうち、最も苦労した施設基準の要件は何ですか。 ※上記1~15の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	

※介護保険関係の要件：

- ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供、②地域ケア会議に年1回以上出席、③居宅介護支援事業所の指定、④介護保険の生活期リハの提供、⑤介護サービス事業所の併設、⑥介護認定審査会に参加、⑦所定の研修を受講、⑧医師がケアマネジャーの資格を有している、⑨(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

→この後は、4ページの質問3.(1)①へお進みください。

【地域包括診療加算の届出をしている診療所】	
④地域包括診療加算の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	
0. 特に苦勞した施設基準の要件はなかった 1. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了すること 2. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること 3. 対象患者に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 4. 敷地内が禁煙であること 5. 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 6. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること 7. 介護保険関係の要件（※）の1つを満たしていること 8. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること 9. 時間外対応加算1又は2の届出を行っているか、または常勤の医師が3名以上配置されているか、あるいは退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であるか、いずれか1つの要件を満たすこと 10. その他（具体的に _____）	
④-1 上記④のうち、最も苦勞した施設基準の要件は何ですか。 ※上記1～10の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	

※2ページの③-1の下（※部分）参照

→この後は、4ページの質問3.（1）①へお進みください。

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない病院・診療所】	
⑤貴施設では、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていないのはなぜですか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. 施設基準の要件が満たせないから 2. 算定対象となる患者がいないから 3. 他の医療機関への通院状況など、把握しなければならない項目が多く、医師にとって負担が重いから 4. 患者の自己負担額が重くなることは医師としてできるだけ避けたいから 5. 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のが大変だと思うから 6. 患者本人や家族の承諾が見込めないから 7. 十分な増収が見込めないから 8. 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 9. その他（具体的に _____）	
⑤-1 上記⑤のうち、届出をしなかった理由として最も大きかったものはどれですか。 ※上記1～9の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない病院・診療所】	
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を行うとした場合に厳しい要件は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	
0. 厳しい要件はない 1. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了すること 2. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること 3. 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 4. 敷地内が禁煙であること 5. 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 6. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること 7. 介護保険関係の要件の1つを満たしていること 8. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること	

→選択肢は裏面に続きます

9. (病院の場合) 都道府県医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急告示病院、または病院群輪番制病院であること
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. (病院の場合) 在宅療養支援病院であること
12. (診療所の場合) 時間外対応加算 1 の届出を行っていること
13. (診療所の場合) 常勤の医師が 3 名以上配置されていること
14. (診療所の場合) 在宅療養支援診療所であること
15. その他 (具体的に)
16. わからない
⑥-1 上記⑥のうち、最も厳しい施設基準の要件は何ですか。 ※上記 1.~15.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。
【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない病院・診療所】
⑦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。※〇は1つだけ
1. 届出予定がある→届出予定時期：平成 () 年 () 月頃
2. 届出について検討中
3. 届出の予定はない
4. その他 (具体的に)

3. 外来診療の状況等についてお伺いします。

(1) 貴施設の外来診療の患者数等についてお伺いします。

①外来における院内・院外処方割合 ※処方せん枚数ベース	院内処方 () % + 院外処方 () % = 100%		
②地域包括診療料・加算を算定している患者に対して院外処方を行っていますか。※〇は1つだけ			
1. 行っている→連携薬局数 () 薬局		2. 行っていない	
③平成 27 年の 4 月～6 月における各月の外来患者数 (在宅医療の患者を含まない)			
	4 月	5 月	6 月
1) 初診	() 人	() 人	() 人
2) 再診延べ患者数	() 人	() 人	() 人
3) 初診・再診を行った患者の実人数 (カルテベース) ※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	() 人	() 人
4) 外来患者 (上記 3) のうち 550 点以上の検査・画像診断・処置を実施した患者数			() 人
5) 外来患者 (上記 3) のうち 550 点未満の検査・画像診断・処置を実施した患者数			() 人
6) 地域包括診療料を算定した患者数 (カルテベース)	() 人	() 人	() 人
7) 上記 6) のうち、550 点未満の検査・画像診断・処置を実施した患者数			() 人
8) 地域包括診療料を算定した延べ患者数 ※算定回数ではなく実際の診療日数を全て計上してください。	() 人	() 人	() 人
9) 地域包括診療加算を算定した患者数 (カルテベース) ※算定が 2 回でも 1 人と数えてください	() 人	() 人	() 人

	4月	5月	6月
10) 上記9)のうち、550点未満の検査・画像診断・処置を実施した患者数	/	/	()人
11) 地域包括診療加算を算定した延べ患者数	()人	()人	()人

(2) 在宅で自己注射をしている患者の診療状況等についてお伺いします。

① 貴施設が、平成27年●月1か月間に外来診療を行った患者のうち、在宅で自己注射を行っている患者は何人いましたか。 ※他院で在宅自己注射指導管理料を算定している患者の人数も含めてください。				()人
② 在宅自己注射の対象薬剤数別に在宅で自己注射を行っている患者数をご記入ください(平成27年●月1か月間)。				
1剤の患者数	2剤の患者数(A)	3剤以上の患者数(B)	2剤以上自己注射している患者(A+B)のうち、他院で在宅自己注射指導管理料を算定している患者	
()人	()人	()人	()人	
③ 貴施設が在宅自己注射指導管理料を算定している患者に対して、十分な量の衛生材料や保険医療材料を支給していますか。 ※○は1つだけ				
1. 支給している		2. 支給していない		
3. わからない		4. その他(具体的に)		
④ 貴施設が在宅自己注射指導管理料を算定している患者のうち、衛生材料等の支給について、以下の1)、2)にあてはまる患者のおおよその割合をお答えください。 ※○はそれぞれ1つだけ				
1) 薬剤のキットに入っているもの以外は支給していない患者の割合(分母:在宅自己注射指導管理料を算定している患者)				
1. 全員		2. 半数以上		3. 半数未満
				4. いない
2) 貴施設が以下の衛生材料等を別途支給している患者の割合(分母:在宅自己注射指導管理料を算定している患者)				
A. アルコール綿	1. 全員	2. 半数以上	3. 半数未満	4. いない
B. 針	1. 全員	2. 半数以上	3. 半数未満	4. いない
C. シリンジ	1. 全員	2. 半数以上	3. 半数未満	4. いない
D. テープ・絆創膏	1. 全員	2. 半数以上	3. 半数未満	4. いない
E. ガーゼ	1. 全員	2. 半数以上	3. 半数未満	4. いない
3) 上記2)のA.~E.以外に、医療機関の負担により支給している衛生材料や保険医療材料があれば、具体的にお書きください。				

(3) 調査期間中(平成27年●月●日~●月●日の1週間)に貴施設が診察した外来患者の状況等についてお伺いします。

① 調査期間中に貴施設が診察した外来患者のうち、地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者は何人いましたか。
()人

②調査期間中に貴施設が診察した外来患者のうち、1) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者 5 名 (a)、2) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症といった 4 疾病のうち 2 疾病以上を有する患者 5 名 (b) について、診療の早い順に下記の項目についてお書きください。

※調査期間中に 5 名に達しない場合は、5 名に満たなくても結構です。(地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない場合は、(b) に該当する 5 名の患者のみご記入ください。)

A. 性別		B. 年齢 (歳)	C. 4 疾患の状況				D. C 以外の慢性疾患がある場合に○	E. C 以外の慢性疾患 (C の 4 疾患を除く)											F. 地域包括診療料・地域包括診療加算の算定開始からの経過期間 (か月)	G. 55 点以上の検査・画像診断・処置がある場合に○	H. 55 点未満の検査・画像診断・処置がある場合に○	I. 院外処方・院内処方の別		J. 内服薬数 (剤) (b) の他院について把握していない場合は「-」と記入)			K. 地域包括診療料等の算定当初と比較した内服薬の数 (患者の受診するすべての医療機関から処方された内服薬の総数)			L. K. で「増えた」「減った」と回答した場合、その主な理由に「-」だけ○			M. 一か月の延べ通院回数 ※他の医療機関への通院回数含む	N. 通院している医療機関数 (b) について把握していない場合は「-」と記入)
男性	女性		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	認知症		循環器疾患	腎疾患	呼吸器疾患	消化器疾患	内分泌疾患	運動器疾患	精神・神経疾患	泌尿器疾患	感覚器疾患	皮膚疾患	その他				院外	院内	自院	他院	増えた	変わらない	減った	患者の病状に変化があったため	重複薬の整理等、医師の考え	副作用に対応するため	その他の (具体的に) お書きください		

(a) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者 5 名についてお答えください。

1	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3							
2	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3							
3	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3							
4	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3							
5	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3							

(b) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症といった 4 疾病のうち 2 疾病以上を有する患者 5 名についてお答えください。

1	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2																
2	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2																
3	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2																
4	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2																
5	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2																

③調査期間中に貴施設が診察した外来患者のうち、以下の条件をすべて満たす患者5名分について、診療の早い順にお書きください。調査期間中に5名に達しない場合は、5名に満たなくても結構です。
 <条件>ア) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していない患者
 イ) 認知症を有する患者（認知症高齢者の日常生活自立度 IIa 以上で医師が認知症と判断したもの）
 ウ) 慢性疾患を有する患者（ただし、高血圧症・糖尿病・脂質異常症は除く）

【患者A】	1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 認知症高齢者の日常生活自立度	01. IIa 02. IIb 03. IIIa 04. IIIb 05. IV 06. M				
4) 内服薬剤数（自院のみ）	() 剤	5) 他医療機関の受診の有無		1. ある 2. ない 3. わからない	
6) 当該患者の要介護認定に係る主治医意見書の作成の有無				1. ある 2. ない	
7) 当該患者が有する疾患 ※あてはまる番号すべてに○					
01. 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞後など） 02. 不整脈（心房細動など） 03. 心不全 04. 慢性腎不全 05. 気管支喘息 06. 慢性呼吸不全（COPD） 07. 消化性潰瘍・逆流性食道炎 08. 便秘症 09. ウイルス性肝炎・肝硬変 10. 甲状腺疾患（機能亢進症・低下症） 11. 関節リウマチ 12. 痛風 13. 骨粗鬆症 14. 変形性膝関節症 15. 変形性腰椎症 16. 肩関節疾患 17. 更年期障害 18. うつ病 19. 不安障害（パニック障害含む） 20. 睡眠障害 21. パーキンソン病 22. 前立腺肥大症 23. 過活動膀胱 24. めまい症 25. 加齢性難聴 26. 白内障 27. 湿疹・蕁麻疹 28. 皮膚真菌感染症（白癬、カンジダ） 29. その他（具体的に)					

【患者B】	1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 認知症高齢者の日常生活自立度	01. IIa 02. IIb 03. IIIa 04. IIIb 05. IV 06. M				
4) 内服薬剤数（自院のみ）	() 剤	5) 他医療機関の受診の有無		1. ある 2. ない 3. わからない	
6) 当該患者の要介護認定に係る主治医意見書の作成の有無				1. ある 2. ない	
7) 当該患者が有する疾患 ※あてはまる番号すべてに○					
01. 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞後など） 02. 不整脈（心房細動など） 03. 心不全 04. 慢性腎不全 05. 気管支喘息 06. 慢性呼吸不全（COPD） 07. 消化性潰瘍・逆流性食道炎 08. 便秘症 09. ウイルス性肝炎・肝硬変 10. 甲状腺疾患（機能亢進症・低下症） 11. 関節リウマチ 12. 痛風 13. 骨粗鬆症 14. 変形性膝関節症 15. 変形性腰椎症 16. 肩関節疾患 17. 更年期障害 18. うつ病 19. 不安障害（パニック障害含む） 20. 睡眠障害 21. パーキンソン病 22. 前立腺肥大症 23. 過活動膀胱 24. めまい症 25. 加齢性難聴 26. 白内障 27. 湿疹・蕁麻疹 28. 皮膚真菌感染症（白癬、カンジダ） 29. その他（具体的に)					

【患者C】	1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 認知症高齢者の日常生活自立度	01. IIa 02. IIb 03. IIIa 04. IIIb 05. IV 06. M				
4) 内服薬剤数（自院のみ）	() 剤	5) 他医療機関の受診の有無		1. ある 2. ない 3. わからない	
6) 当該患者の要介護認定に係る主治医意見書の作成の有無				1. ある 2. ない	
7) 当該患者が有する疾患 ※あてはまる番号すべてに○					
01. 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞後など） 02. 不整脈（心房細動など） 03. 心不全 04. 慢性腎不全 05. 気管支喘息 06. 慢性呼吸不全（COPD） 07. 消化性潰瘍・逆流性食道炎 08. 便秘症 09. ウイルス性肝炎・肝硬変 10. 甲状腺疾患（機能亢進症・低下症） 11. 関節リウマチ 12. 痛風 13. 骨粗鬆症 14. 変形性膝関節症 15. 変形性腰椎症 16. 肩関節疾患 17. 更年期障害 18. うつ病 19. 不安障害（パニック障害含む） 20. 睡眠障害 21. パーキンソン病 22. 前立腺肥大症 23. 過活動膀胱 24. めまい症 25. 加齢性難聴 26. 白内障 27. 湿疹・蕁麻疹 28. 皮膚真菌感染症（白癬、カンジダ） 29. その他（具体的に)					

【患者D】	1) 性別	1. 男性 2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 認知症高齢者の日常生活自立度		01. IIa 02. IIb 03. IIIa 04. IIIb 05. IV 06. M		
4) 内服薬剤数（自院のみ）		() 剤	5) 他医療機関の受診の有無	1. ある 2. ない 3. わからない
6) 当該患者の要介護認定に係る主治医意見書の作成の有無				1. ある 2. ない
7) 当該患者が有する疾患 ※あてはまる番号すべてに○				
01. 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞後など） 02. 不整脈（心房細動など） 03. 心不全 04. 慢性腎不全 05. 気管支喘息 06. 慢性呼吸不全（COPD） 07. 消化性潰瘍・逆流性食道炎 08. 便秘症 09. ウイルス性肝炎・肝硬変 10. 甲状腺疾患（機能亢進症・低下症） 11. 関節リウマチ 12. 痛風 13. 骨粗鬆症 14. 変形性膝関節症 15. 変形性腰椎症 16. 肩関節疾患 17. 更年期障害 18. うつ病 19. 不安障害（パニック障害含む） 20. 睡眠障害 21. パーキンソン病 22. 前立腺肥大症 23. 過活動膀胱 24. めまい症 25. 加齢性難聴 26. 白内障 27. 湿疹・蕁麻疹 28. 皮膚真菌感染症（白癬、カンジダ） 29. その他（具体的に)				

【患者E】	1) 性別	1. 男性 2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 認知症高齢者の日常生活自立度		01. IIa 02. IIb 03. IIIa 04. IIIb 05. IV 06. M		
4) 内服薬剤数（自院のみ）		() 剤	5) 他医療機関の受診の有無	1. ある 2. ない 3. わからない
6) 当該患者の要介護認定に係る主治医意見書の作成の有無				1. ある 2. ない
7) 当該患者が有する疾患 ※あてはまる番号すべてに○				
01. 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞後など） 02. 不整脈（心房細動など） 03. 心不全 04. 慢性腎不全 05. 気管支喘息 06. 慢性呼吸不全（COPD） 07. 消化性潰瘍・逆流性食道炎 08. 便秘症 09. ウイルス性肝炎・肝硬変 10. 甲状腺疾患（機能亢進症・低下症） 11. 関節リウマチ 12. 痛風 13. 骨粗鬆症 14. 変形性膝関節症 15. 変形性腰椎症 16. 肩関節疾患 17. 更年期障害 18. うつ病 19. 不安障害（パニック障害含む） 20. 睡眠障害 21. パーキンソン病 22. 前立腺肥大症 23. 過活動膀胱 24. めまい症 25. 加齢性難聴 26. 白内障 27. 湿疹・蕁麻疹 28. 皮膚真菌感染症（白癬、カンジダ） 29. その他（具体的に)				

4. 地域包括診療料・地域包括診療加算について、ご意見・ご要望等がございましたら、お書きください。

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。

ID	
----	--

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 27 年度調査）
外来医療の機能分化・連携の実施状況調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、病院の開設者・管理者の方に、大病院における外来医療の機能分化・連携の実施状況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、平成 27 年●月●日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概況についてお伺いします。

①医療機関名										
②所在地	() 都・道・府・県									
③開設者 ※○は1つだけ	1. 国	2. 公的	3. 社会保険関係団体							
	4. 医療法人	5. 個人	6. その他の法人							
④承認等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 高度救命救急センター		2. 救命救急センター							
	3. 災害拠点病院		4. へき地医療拠点病院							
	5. 総合周産期母子医療センター		6. 地域周産期母子医療センター							
	7. 小児救急医療拠点病院		8. 特定機能病院							
	9. 地域医療支援病院		10. エイズ拠点病院							
	11. 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生（支）局長に届け出たもの）									
	12. DPC対象病院					13. DPC準備病院				
	14. 上記のいずれも該当しない									
⑤医育機関 ※○は1つだけ	1. 医育機関である					2. 医育機関ではない				
⑥許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院全体				
	床	床	床	床	床	床				
⑦全職員数（常勤換算*1）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 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職*3	社会 福祉士	その他 の職員	計
<p>*1 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。</p> <p>■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）</p> <p>■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）</p> <p>*2 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。</p> <p>*3 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。</p>										
⑧標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科*1		2. 外科*2		3. 精神科			4. 小児科		
	5. 皮膚科		6. 泌尿器科		7. 産婦人科*3			8. 眼科		
	9. 耳鼻咽喉科		10. 放射線科		11. 脳神経外科			12. 整形外科		
	13. 麻酔科		14. 救急科		15. 歯科（歯科口腔外科等含む）					
	16. その他（具体的に)									

*1 「内科」には、各種内科部門を含めてください。*2 「外科」には、各種外科部門を含めてください。
 *3 「産婦人科」には、産科、婦人科を含めてください。

⑨専門外来の設置数 ()

⑩貴施設には総合診療部門・総合診療科（名称は問いません）がありますか（※○は1つだけ）。ある場合は、その機能についてもお答えください（※あてはまる番号すべてに○）。

1. ない
 2. ある →質問⑩-1 総合診療部門・総合診療科の機能（※あてはまる番号すべてに○）
 1. 特定診療科が決まっていない者の初診や振り分け
 2. 複数診療科間の調整
 3. その他（具体的に)

⑪貴施設における、平成 25 年●月、平成 26 年●月、平成 27 年●月の初診患者数、再診患者延べ人数、紹介率、逆紹介率をご記入ください。

	平成 25 年●月	平成 26 年●月	平成 27 年●月
1) 初診患者数	人	人	人
うち、初診時選定療養費徴収患者数	人	人	人
2) 再診患者延べ人数	人	人	人
うち、再診時選定療養費徴収患者数	人	人	人
3) 紹介率 ^{注1}	%	%	%
4) 逆紹介率 ^{注1}	%	%	%

注1. 紹介率：(紹介患者数+救急患者数) ÷ 初診の患者数×100
 逆紹介率：逆紹介患者数÷初診の患者数×100
 ※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については初診料及び外来診療料に係る診療報酬上の定義に従ってください。

2. 貴施設における選定療養の取組状況等についてお伺いします。

①貴施設では外来分離^{注1}をしていますか。※○は1つだけ
 1. 外来分離をしている
 2. 外来分離をしていない

外来分離：入院を行う医療機関及び医療従事者と外来を行う医療機関及び医療従事者を分けるなど、病院から外来機能を外すことを指します。

②貴施設では、紹介状を持たない初診患者から初診に係る特別の料金を徴収する制度（初診時選定療養費）を導入していますか。※○は1つだけ

1. 導入している (→この後は、質問②-1へお進みください)
 2. 導入していない (→この後は、質問②-5へお進みください)

【初診時選定療養費を導入している施設の方】 ※導入していない施設の方は質問②-5へ

②-1 貴施設では、いつから、初診時選定療養費を導入していますか。

昭和・平成 () 年 () 月頃

②-2 貴施設では、この金額（初診時選定療養費）をいくりに設定していますか。消費税込みの金額でご記入ください。

() 円（消費税込み）

②-3 上記②-2でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

0. 特に参考にしたものはない
 1. 近隣医療機関での初診時選定療養費の金額
 2. 同規模の医療機関での初診時選定療養費
 3. 同一法人内での価格
 4. 外来患者1人あたりの単価
 5. 過去の経験により、紹介状を持たない初診患者を縮小する上で効果があると考えた金額
 6. 病院アンケート調査結果
 7. 近隣の診療所を一度受診した場合に要する金額
 8. その他（具体的に)

②-4 紹介状を持たない患者であるものの、初診時選定療養費を徴収しないケースとして、どのようなケースがありますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| 1. 救急搬送患者全員 | 2. 救急搬送患者のうち軽症者以外 |
| 3. 外来受診後そのまま入院となった患者 | 4. 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| 5. 地方単独の公費負担医療制度受給対象者の一部（障害・特定疾患等） | |
| 6. 貴施設の間ドック等健康診断で外来受診を薦められ結果表を持参した患者 | |
| 7. 市町村検診の結果により受診指示があった患者 | |
| 8. 救急医療事業における休日夜間受診患者 | 9. 周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| 10. HIV感染者 | 11. 貴施設の他の診療科を受診中の患者 |
| 12. 総合診療科を受診する患者 | 13. 歯科を受診する患者 |
| 14. 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者（具体的に） | |
| 15. 説明しても同意が得られない患者 | |
| 16. その他（具体的に） | |

→この後は、質問③へお進みください。

【初診時選定療養費を導入していない施設の方】

②-5 貴施設では初診時選定療養費を導入しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- | |
|--|
| 1. 特定の疾患に特化した医療機関であり、周囲に当該疾患を診療する医療機関がないから
（具体的に） |
| 2. 患者が必要な治療を受けられなくなる恐れがあるため |
| 3. 外来患者数が減ると経営上困るため |
| 4. 徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため |
| 5. その他（具体的に） |

【すべての施設の方にお伺いします。】

③初診時選定療養費を導入、あるいは実際に患者から徴収する際にお困りになっていることがございましたら、具体的にお書きください。

【すべての施設の方にお伺いします。】

④貴施設では、他医療機関を紹介したにもかかわらず、貴施設に再診で受診した患者に対して、再診時選定療養費を導入していますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|------------|-----------------------|
| 1. 導入している | （→この後は、質問④-1へお進みください） |
| 2. 導入していない | （→この後は、質問④-6へお進みください） |

【再診時選定療養費を導入している施設の方】 ※導入していない施設の方は質問④-6へ

④-1 貴施設では、いつから、再診時選定療養費を導入していますか。

昭和・平成（ ）年（ ）月頃

④-2 貴施設では、この金額（再診時選定療養費）をいくりに設定していますか。消費税込みの金額でご記入ください。

（ ）円（消費税込み）

④-3 上記④-2でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
1. 近隣医療機関での再診時選定療養費の金額	4. 外来患者1人あたりの単価
2. 同規模の医療機関での再診時選定療養費	
3. 同一法人内での価格	
5. 過去の経験により、他医療機関に紹介した患者の再診を減らす上で効果があると考える金額	
6. 病院アンケート調査結果	7. 特に参考にしたものはない
8. その他（具体的に	）
④-4 他医療機関に紹介したものの貴施設に再診で受診した患者で、再診時選定療養費を徴収しないケースとして、どのようなケースがありますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 救急搬送患者	
2. 国の公費負担医療制度の受給対象者	
3. 地方単独の公費負担医療制度受給対象者の一部（障害・特定疾患等）	
4. 救急医療事業における休日夜間受診患者	
5. 周産期事業等における休日夜間受診患者	
6. HIV感染者	
7. その他（具体的に	）
④-5 再診時選定療養費を導入したことでどのようなメリットがありましたか。具体的にお書きください。	

→この後は、5ページの質問3. ①へお進みください。

【再診時選定療養費を導入していない施設の方】

④-6 貴施設では再診時選定療養費を導入しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 対象となるケースが少ないから	
2. 医師の同意が得られないため	
3. 徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため	
4. その他（具体的に	）

＜特定機能病院、地域医療支援病院の方＞ ※その他の施設の方は6ページの4.へ

3. 貴施設における外来医療の機能分化や連携に係る取組の実施状況等についてお伺いします。

①平成27年●月1か月間の患者数等をご記入ください。	
1) 初診の患者数（救急搬送患者、救急医療事業において休日または夜間に受診した患者を除く）	人
2) 救急患者数	人
3) 紹介患者数（初診に限る） ※4) +8) =3) となります。	人
4) 上記3)のうち、「病院」から紹介された患者数	人
5) 上記4)のうち、許可病床数が400床以上の病院から紹介された患者数	人
6) 上記4)のうち、許可病床数が200床以上400床未満の病院から紹介された患者数	人
7) 上記4)のうち、許可病床数200床未満の病院から紹介された患者数	人
8) 上記3)のうち、「一般診療所」から紹介された患者数	人
9) 逆紹介患者数	人

②上記①の3)の紹介患者の紹介元医療機関数（「延べ数」ではなく「実数」で）をお答えください。			
1) 同一医療圏内の医療機関数	か所	2) 隣接医療圏の医療機関数	か所

③上記①の3)の紹介患者について、紹介元医療機関数（実数）をお答えください。			
1) 病院	か所	2) 一般診療所	か所

④1年前と比較して、紹介元医療機関数はどのように変化しましたか。※○は1つだけ		
1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

⑤上記①の10)の逆紹介患者について、紹介先医療機関数（実数）をお答えください。			
1) 病院	か所	2) 一般診療所	か所

⑥1年前と比較して、地域連携は進みましたか。※○は1つだけ	
1. 進んだ	2. 変わらない

⑦紹介率の向上のためにしている取組は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
0. 特に何も行ってない	
1. 初診時選定療養費の導入	
2. 初診時選定療養費の引上げ（消費税増税分は除く）→引上げ前の金額：() 円	
3. 開放病床設置による地域の医療機関との連携	
4. 高額医療機器の共同利用による地域の医療機関との連携	
5. 地域の医療機関・医療従事者を対象としたセミナー・勉強会の開催	
6. 地域連携室による積極的な情報提供	
7. 電子カルテを分かりやすく変更し共有化	
8. その他（具体的に)	

⑧逆紹介率の向上のためにやっている取組は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

0. 特に何も行っていない
1. 退院調整部門による連携医療機関の開拓
2. 退院前のカンファレンスへの地域医療機関の参加
3. 診療情報等の共有化
4. 地域連携パスの導入
5. その他（具体的に)

<すべての施設の方>

4. 最後に、外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等についてご意見等ございましたらご自由にご記入ください。

アンケートにご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成 27 年*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 27 年度調査）
「外来医療の機能分化・連携の実施状況調査」へのご協力のお願い(案)

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お慶び申し上げます。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 月の診療報酬改定においては、外来医療の機能分化や連携の推進のために、地域包括診療料・地域包括診療加算の創設や、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等について見直しが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 26 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、****を対象に、外来診療の体制や患者の状況、連携の推進状況等について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 27 年*月*日（*）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5-1 1-2

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

厚生労働省保険局医療課委託事業

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 27 年度調査）

「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」調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年度診療報酬改定では、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、緊急時に在宅医療を行う患者の後方受入を担当する医療機関に関する評価が新設された。また、在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、単独又は複数の医療機関の連携による機能強化型在支診及び在支病の実績要件の見直し、常勤医師は 3 名以上確保されていないが、十分な実績を有する在支診又は在支病に対する評価が新設された。また、保険薬局による患者宅への注射薬や衛生材料の提供、在宅における褥瘡対策の評価、在宅自己注射指導管理料の見直し等が行われた。

本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、在宅療養後方支援病院の新設や機能強化型在支診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について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 在宅医療（主として同一建物居住者以外の患者に係るもの）の実施状況の把握
- ・ 在宅医療を実施する上での各医療機関間の連携状況の把握
- ・ 在宅医療を主に行う医療機関における外来医療の実施状況の把握
- ・ 衛生材料等の提供状況の把握
- ・ 在宅患者の褥瘡の管理状況の把握
- ・ 薬局の在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況の把握

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<在宅医療票>

- ・ 保険医療機関のうち無作為抽出した、①在宅療養支援診療所 1,000 施設、②在宅療養支援病院 500 施設、③在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている診療所（①②は除く）500 施設程度。合計 2,000 施設程度。

<入院医療機関票>

- ・ ①在宅療養後方支援病院の届出施設（悉皆）、②在宅患者緊急入院診療加算、在宅患者共同診療料等を算定している 200 床以上の病院（抽出）。①②合わせて 500 施設程度。

<訪問看護票>

- ・ 全国の訪問看護ステーションの中から無作為抽出した 500 事業所程度。

<保険薬局票>

- ・ 全国の在宅患者調剤加算の施設基準の届出をしている保険薬局の中から無作為抽出した 1,000 施設程度。

○調査方法（案）

- ・ 施設・事業所等宛ての自記式調査票を郵送配布し、郵送回収する。

■ 調査項目

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1~3月
調査票案の作成	→								
調査客体の抽出・名簿作成		→							
調査票印刷・封入・発送			→						
調査期間			→						
督促状印刷・発送			→						
調査票回収・検票			→						
データ入力 データクリーニング				→					
集計・分析					→				
速報（案）の作成					→				
追加分析						→			
本報告（案）の作成							→		
調査検討委員会の開催		★				★			

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 27 年度調査）

在宅医療の実施状況調査 在宅医療票（案）

- ※ この「在宅医療票」は、在宅医療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療の実施状況やお考え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、平成 27 年●月●日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①施設名																					
②所在地	() 都・道・府・県																				
③開設者 ※○は1つだけ	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. 国</td> <td style="width: 25%;">2. 公立</td> <td style="width: 25%;">3. 公的</td> <td style="width: 25%;">4. 社会保険関係団体</td> </tr> <tr> <td>5. 医療法人</td> <td>6. 個人</td> <td>7. 学校法人</td> <td>8. その他の法人</td> </tr> </table>	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人												
1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体																		
5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人																		
④標榜診療科 ※○はいくつでも	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. 内科</td> <td style="width: 25%;">2. 外科</td> <td style="width: 25%;">3. 整形外科</td> <td style="width: 25%;">4. 脳神経外科</td> </tr> <tr> <td>5. 小児科</td> <td>6. 呼吸器科</td> <td>7. 消化器科</td> <td>8. 循環器科</td> </tr> <tr> <td>9. 精神科</td> <td>10. 眼科</td> <td>11. 皮膚科</td> <td>12. 耳鼻咽喉科</td> </tr> <tr> <td>13. 泌尿器科</td> <td>14. 歯科（歯科口腔外科等含む）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">15. その他（具体的に)</td> </tr> </table>	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 脳神経外科	5. 小児科	6. 呼吸器科	7. 消化器科	8. 循環器科	9. 精神科	10. 眼科	11. 皮膚科	12. 耳鼻咽喉科	13. 泌尿器科	14. 歯科（歯科口腔外科等含む）			15. その他（具体的に)			
1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 脳神経外科																		
5. 小児科	6. 呼吸器科	7. 消化器科	8. 循環器科																		
9. 精神科	10. 眼科	11. 皮膚科	12. 耳鼻咽喉科																		
13. 泌尿器科	14. 歯科（歯科口腔外科等含む）																				
15. その他（具体的に)																					
⑤医療機関の種別 ※○は1つだけ	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 病院</td> <td style="width: 33%;">2. 有床診療所</td> <td style="width: 33%;">3. 無床診療所</td> </tr> </table>	1. 病院	2. 有床診療所	3. 無床診療所																	
1. 病院	2. 有床診療所	3. 無床診療所																			
⑥許可病床数	<p>1) 施設全体の許可病床数：() 床</p> <p>2) うち、在宅患者緊急一時入院病床：() 床</p> <p>（※特段、確保していない場合は「0」と記入してください）</p>																				
⑦貴法人・関連法人が運営している施設・事業所等 ※○はいくつでも	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 病院（貴施設以外）</td> <td style="width: 50%;">2. 一般診療所（貴施設以外）</td> </tr> <tr> <td>3. 歯科医療機関</td> <td>4. 訪問看護ステーション</td> </tr> <tr> <td>5. 介護老人保健施設</td> <td>6. 介護老人福祉施設</td> </tr> <tr> <td>7. 居宅介護支援事業所</td> <td>8. 地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>9. サービス付き高齢者向け住宅</td> <td>10. 有料老人ホーム</td> </tr> <tr> <td>11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム</td> <td>12. 認知症高齢者グループホーム</td> </tr> <tr> <td>13. 他に運営施設・事業所はない</td> <td>14. その他（具体的に)</td> </tr> </table>	1. 病院（貴施設以外）	2. 一般診療所（貴施設以外）	3. 歯科医療機関	4. 訪問看護ステーション	5. 介護老人保健施設	6. 介護老人福祉施設	7. 居宅介護支援事業所	8. 地域包括支援センター	9. サービス付き高齢者向け住宅	10. 有料老人ホーム	11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	12. 認知症高齢者グループホーム	13. 他に運営施設・事業所はない	14. その他（具体的に)						
1. 病院（貴施設以外）	2. 一般診療所（貴施設以外）																				
3. 歯科医療機関	4. 訪問看護ステーション																				
5. 介護老人保健施設	6. 介護老人福祉施設																				
7. 居宅介護支援事業所	8. 地域包括支援センター																				
9. サービス付き高齢者向け住宅	10. 有料老人ホーム																				
11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	12. 認知症高齢者グループホーム																				
13. 他に運営施設・事業所はない	14. その他（具体的に)																				
⑧貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所等 ※○はいくつでも	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 病院</td> <td style="width: 50%;">2. 一般診療所</td> </tr> <tr> <td>3. 歯科医療機関</td> <td>4. 訪問看護ステーション</td> </tr> <tr> <td>5. 介護老人保健施設</td> <td>6. 介護老人福祉施設</td> </tr> <tr> <td>7. 居宅介護支援事業所</td> <td>8. 地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>9. サービス付き高齢者向け住宅</td> <td>10. 有料老人ホーム</td> </tr> <tr> <td>11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム</td> <td>12. 認知症高齢者グループホーム</td> </tr> <tr> <td>13. 併設施設・事業所はない</td> <td>14. その他（具体的に)</td> </tr> </table>	1. 病院	2. 一般診療所	3. 歯科医療機関	4. 訪問看護ステーション	5. 介護老人保健施設	6. 介護老人福祉施設	7. 居宅介護支援事業所	8. 地域包括支援センター	9. サービス付き高齢者向け住宅	10. 有料老人ホーム	11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	12. 認知症高齢者グループホーム	13. 併設施設・事業所はない	14. その他（具体的に)						
1. 病院	2. 一般診療所																				
3. 歯科医療機関	4. 訪問看護ステーション																				
5. 介護老人保健施設	6. 介護老人福祉施設																				
7. 居宅介護支援事業所	8. 地域包括支援センター																				
9. サービス付き高齢者向け住宅	10. 有料老人ホーム																				
11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	12. 認知症高齢者グループホーム																				
13. 併設施設・事業所はない	14. その他（具体的に)																				

2. 貴施設の診療体制等についてお伺いします。

①外来診療は予約制ですか。 ※〇は1つだけ	1) 初診	1. 予約制である	2. 予約制ではない							
	2) 再診	1. 予約制である	2. 予約制ではない							
②平成27年の4月～6月における各月の外来延べ患者数（初診+再診延べ患者数）										
	4月	5月	6月							
1) 初診患者数	()人	()人	()人							
2) 再診延べ患者数	()人	()人	()人							
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。※最も近いものに〇は1つだけ										
1. 訪問診療・往診を中心に行っている 2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 3. 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 4. 特定の曜日に訪問診療を行っている 5. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師が複数名体制） 8. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない 9. その他（具体的に)										
④-1 全職員数（常勤換算*1）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 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職*3	社会 福祉士	その他 の職員	計
.
④-2 上記④-1のうち、在宅医療の実施のため、患者に訪問をする職員数（常勤換算*1）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 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職*3	社会 福祉士	その他 の職員	計
.
*1 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） *2 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。 *3 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。										
⑤上記④-1のうち、以下の職員数をお書きください。										
1) 在宅医療を担当する常勤の医師数（貴施設単独）						()人				
2) 緩和ケア病棟での勤務歴が3か月以上ある常勤の医師数						()人				
3) 在宅褥瘡管理者の有無と人数						1. あり→ ()人 2. なし				
4) 他医療機関との連携窓口を担当する職員として配置している職種とその人数をお答えください。										
1. 社会福祉士 ()人 2. 介護支援専門員 ()人 3. その他 ()人										
4. 担当職員はいない										

3. 貴施設の在宅医療の実施状況についてお伺いします。

(1) 在宅医療を提供した患者についてお伺いします。

① 貴施設が主治医として在宅医療（訪問診療・緊急往診）を提供している患者の人数についてお伺いします。平成 27 年 ●月の 1 か月間に訪問診療・緊急往診を実施した患者数（実人数）についてお答えください。			
①-1	在宅医療を提供した患者数（何回訪問しても「1人」と数えてください。）	人	
①-2	年齢別の患者数		
	1) 3 歳未満	人	
	2) 3 歳以上 6 歳未満	人	
	3) 6 歳以上 15 歳未満	人	
	4) 15 歳以上 40 歳未満	人	
	5) 40 歳以上 65 歳未満	人	
	6) 65 歳以上 75 歳未満	人	
7) 75 歳以上	人		
①-3	貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の 1) ~3) の主たる疾病別の患者数 ※主傷病についてのみカウントしてください。		
		1) 悪性新生物	人
		2) 認知症	人
①-4	(15 歳未満) 超重症児・準超重症児の患者数	人	
①-5	要介護度別の患者数		
		1) 対象外 (40 歳未満など)	人
		2) 自立	人
		3) 要支援 1・2	人
		4) 要介護 1	人
		5) 要介護 2	人
		6) 要介護 3	人
		7) 要介護 4	人
		8) 要介護 5	人
		9) 申請中	人
10) 不明・その他	人		
①-6	貴施設で在宅医療を提供している患者のうち、次の 1) ~2) の状態に該当する患者数 ※1人の患者に複数の状態が該当する場合は、より上位のものに人数を入れてください。		
		1) 人工呼吸器管理が必要な状態	人
		2) 中心静脈栄養管理、気管切開管理、または腹膜透析管理が必要な状態	人
①-7	身体障害者手帳を保有する患者数	人	
①-8	療育手帳を保有する患者数	人	
①-9	精神障害者保健福祉手帳を保有する患者数	人	
①-10	1 か月間の訪問診療回数別の患者数		
		1) 月 1 回	人
		2) 月 2 回	人
		3) 月 3 回	人
		4) 月 4 回以上	人
①-11	訪問先別の患者数		
		1) 戸建て	人
		2) アパート・マンション・団地等	人
		3) サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホーム	人
		4) 特別養護老人ホーム	人
		5) その他の施設	人

②貴施設では、在宅療養患者に対する以下の治療についてどのような状況でしょうか。最も近いものの番号に○をつけてください。

	自信を持って行うことができる	専門家に相談すれば行うことができる	対応は困難	わからない
1) モルヒネの持続皮下注射	1	2	3	4
2) 鎮静薬の持続皮下注射	1	2	3	4
3) 皮下輸液	1	2	3	4
4) 中心静脈栄養・ポート管理	1	2	3	4
5) 輸血	1	2	3	4
6) 胸水穿刺、腹水穿刺	1	2	3	4
7) 経口麻薬の投与	1	2	3	4
8) 末梢静脈点滴	1	2	3	4

③平成26年4月～平成27年3月の1年間に貴施設が在宅療養を担当した患者数についてお答えください。
※定例報告（7月報告）より転記してください。

1) 在宅療養を担当した患者数	() 人
2) 上記1)のうち、死亡患者数	() 人
3) 上記2)のうち、医療機関以外で死亡した患者数	() 人
4) 上記3)のうち、自宅での死亡者数	() 人
5) 上記3)のうち、自宅以外での死亡者数	() 人
6) 上記2)のうち、医療機関で死亡した患者数	() 人
7) 上記6)のうち、連携医療機関で死亡した患者数	() 人
8) 上記6)のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数	() 人

(2) 在宅医療の提供実績等についてお伺いします。

①貴施設における平成27年●月の1か月間に下記の診療報酬の対象となった患者の実人数・算定回数をお答えください。

	患者の実人数	算定回数
1) 往診料	人	回
2) 往診料 緊急往診加算	人	回
3) 往診料 夜間加算	人	回
4) 往診料 深夜加算	人	回
上記2)～4)の在宅療養実績加算		回
5) 在宅患者訪問診療料（同一建物以外）	人	回
在宅患者訪問診療料（同一建物：特定施設）	人	回
在宅患者訪問診療料（同一建物：特定施設以外）	人	回
6) 在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算	人	回
上記6)の在宅療養実績加算		回
7) 在宅患者訪問診療料 看取り加算		回

	患者の実人数	算定回数
8) 在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算	人	回
9) 在宅時医学総合管理料 同一建物以外		回
上記9) 在宅移行早期加算		回
上記9) 重症者加算		回
上記9) 在宅療養実績加算		回
10) 在宅時医学総合管理料 同一建物		回
上記10) 在宅移行早期加算		回
上記10) 重症者加算		回
上記10) 在宅療養実績加算		回
11) 特定施設入居時等医学総合管理料 同一建物以外		回
上記11) 在宅移行早期加算		回
上記11) 重症者加算		回
上記11) 在宅療養実績加算		回
12) 特定施設入居時等医学総合管理料 同一建物		回
上記12) 在宅移行早期加算		回
上記12) 重症者加算		回
上記12) 在宅療養実績加算		回
13) 特定施設入居時等医学総合管理料 同一建物		回

②平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の 1 年間に貴施設が以下の対応を行った実績等についてお答えください。

1) 在宅がん医療総合診療料の算定回数	() 回
2) 上記 1) のうち、在宅療養実績加算の算定回数	() 回
3) 在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定回数	() 回
4) 退院時共同指導料の算定回数	() 回
5) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定回数	() 回
6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数	() 回
7) 歯科医療機関連携加算の算定回数	() 回

【上記②の 7) で「歯科医療機関連携加算」が「0」回だった施設の方】

➡②-1 貴施設において、歯科医療機関連携加算を算定しなかった（「0」回だった）のはなぜですか。

※〇はいくつでも

1. 歯科医療機関との連携を考えたことがなかったから
2. 歯科訪問診療を必要とする患者がいなかったから
3. 歯科訪問診療を実施している医療機関を知らなかったから
4. 歯科医療機関連携加算を知らなかったから
5. その他（具体的に)

(3) 他施設・事業所との連携状況等についてお伺いします。

① 貴施設における連携施設・事業所数と連携内容についてお答えください。ここでの「連携」とは、特に断りのない限り、在宅療養支援病院・診療所の届出の内容に限定せず、自主的なものも含めてお答えください。					
	①-1 連携をしている 施設・事業所数	①-2 連携の内容 ※あてはまる番号すべてに○をつけてください。			
		定期的なカンファレンス (患者の診療情報の共有)	夜間・休日・緊急時等の対応	緊急入院病床の確保	
1) 診療所・病院	か所	1	2	3	
2) 在宅療養後方支援病院	か所	1	2	3	
3) 届出上の在宅療養支援病院	か所	1	2	3	
4) 届出上の在宅療養支援診療所	か所	1	2	3	
5) 届出上の機能強化型在宅療養支援病院	か所	1	2	3	
6) 届出上の機能強化型在宅療養支援診療所	か所	1	2	3	
7) 届出以外の医療機関	か所	1	2	3	
8) 訪問看護ステーション	か所	1	2		
9) 届出上の訪問看護ステーション	か所	1	2		
10) 歯科保険医療機関	か所	1	2		
11) 保険薬局	か所	1	2		
12) 24時間対応が可能な保険薬局	か所	1	2		
13) 居宅介護支援事業所	か所	1	2		
14) 地域包括支援センター	か所	1	2		
15) その他 ()	か所	1	2		
【上記①-2で選択肢「1. 定期的なカンファレンス」に○がついた場合】					
①-3 貴施設が行っている定期的なカンファレンス（患者の診療情報の共有）の平均回数をお答えください。※平成27年●月1か月間		() 回			

② 貴施設では、がんの患者に対して在宅医療を行う際に、他医療機関の緩和ケアの専門医がカンファレンスに参加するなど連携していますか。※○は1つだけ

1. 連携している 2. 連携していない 3. その他（具体的に)

③ 訪問看護ステーションからの訪問看護計画書・訪問看護報告書等によって把握した、在宅患者に必要な衛生材料について、貴施設では、どのように対応していますか。※○は1つだけ

1. 主として、貴施設が、直接、患者に必要な量を提供している
 2. 主として、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局に指示し、患者に必要な量を提供している
 3. その他（具体的に)

④患者が連携医療機関へ緊急入院した時、貴施設は連携医療機関や患者とどのような関わり方をしますか。
※最も多いものに○は1つだけ

1. 主治医が入院先の医療機関へ出向き、引き続き診療を行う
2. 主治医が定期的に患者の容態等の情報共有をするためにカンファレンスに参加する
3. 患者の容態等の情報共有をするために医師同士で電話やメールでやり取りをする
4. 患者の容態等の情報共有をするために看護師や社会福祉士同士が連絡を取り合う
5. 医師又は看護師や社会福祉士等が退院時のカンファレンスに参加する
6. 入院先の医療機関に任せる
7. その他（具体的に _____)

⑤平成 26 年 4 月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかったことはありますか。
※○は1つだけ

<ol style="list-style-type: none"> 1. なかった →問⑥へ 2. 1 回あった 3. 複数回あった 		<p>⑤-1 どういった対応をとりましたか。 ※○はいくつでも</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自院職員が連絡をし、連携医療機関とは別の入院先を確保した 2. 救急車で連携医療機関とは別の救急医療機関に搬送した 3. 在宅での診察を継続し、入院予約をして病床が空くのを待った 4. その他（具体的に _____)
--	--	--

⑥連携の充足感についてお伺いします。

※「十分である」を「5」、「不足している」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。

	十分である	である おおよそ十分	えない どちらともい	いる やや不足して	不足している
1) 医療機関の連携数	5	4	3	2	1
2) 医療機関の連携内容	5	4	3	2	1
3) 在宅療養後方支援病院との連携状況	5	4	3	2	1
4) 歯科医療機関との連携状況	5	4	3	2	1
5) 訪問看護ステーションとの連携状況	5	4	3	2	1
6) 保険薬局との連携状況	5	4	3	2	1
7) 居宅介護支援事業所との連携数	5	4	3	2	1
8) 居宅介護支援事業所との連携内容	5	4	3	2	1

⑥-1 「不足している」と感じる理由をお答えください。

4. 在宅医療に関する今後の課題等がございましたら、お書きください。

5. 調査期間中に、貴施設が訪問診療・往診を実施した患者のうち、最初に訪問した患者と最後に訪問した患者2名についてお書きください。

患者票A

1) 患者の性別	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(※この患者以外の人数)	() 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) 要介護度	1. 対象外 2. 自立 3. 要支援1・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		
7) 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		
8) 精神疾患の有無	1. あり 2. なし		
9) 障害者手帳などの種類	1. 身体障害者手帳 () 級 2. 療育手帳 () 度 3. 精神障害者保健福祉手帳 () 級 4. 申請中 5. 手帳なし 6. わからない		
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. 難病(神経系) 2. 難病(神経系以外) 3. 脊髄損傷 4. COPD 5. 循環器疾患(高血圧症、心不全など) 6. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血など) 7. 精神系疾患 8. 神経系疾患 9. 認知症 10. 糖尿病 11. 悪性新生物 12. 骨折・筋骨格系疾患 13. 呼吸器系疾患 14. 歯科疾患 15. その他(具体的に)			
11) ターミナルかどうか(医師が余命1か月以内と判断)	1. ターミナル 2. ターミナルでない		
12) 当該患者に対して貴施設が提供している医療内容 ※○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. 中心静脈栄養 7. 吸入・吸引 8. ネブライザー 9. 創傷処置 10. 体位変換 11. 浣腸・排便 12. 褥瘡の処置 13. インスリン注射 14. 点滴・注射(13.以外) 15. 膀胱(留置)カテーテルの管理 16. 人工肛門・人工膀胱の管理 17. 人工呼吸器の管理 18. 気管切開の処置 19. 酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入) 20. がん末期の疼痛管理 21. 慢性疼痛の管理(20.以外) 22. 透析・腹膜還流 23. リハビリテーション 24. 歯科医療 25. その他(具体的に)			
13) 褥瘡の状態 (DESIGN) : 深さ			
0. d0 1. d1 2. d2 3. D3 4. D4 5. D5 6. DU			
14) 経口摂取の状況	1. 経口摂取可能 2. 経口摂取不可		

→次ページに続きます。

15) MNAスコア（スクリーニング項目＋アセスメント項目、30点満点）を用いた栄養状態の評価実施状況とMNAスコア	1. 評価している→当該患者のMNAスコア：()点 2. 評価していない	
16) 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	
17) 1か月間の訪問回数（平成27年6月）	()回	
18) 医学管理料の算定状況（平成27年6月）	1. 在宅時医学総合管理料 2. 特定施設入居時等医学総合管理料 3. 算定していない	
19) 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	
20) 本日の診療における看護職員の同行	1. あり 2. なし	
21) 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26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
22) 上記21)のうち、入院に至った回数（平成26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
23) 上記21)のうち、夜間の往診回数（平成26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
24) 上記21)のうち、深夜の往診回数（平成26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
25) 当該患者への訪問診療（定期的な診療）について、医学的に必要と考えられる回数（1か月あたり） ※診療報酬の算定に月2回（あるいは週1回）の訪問は要件となっておらず、また、訪問診療以外に訪問看護サービスを受けることができると想定した場合に、現在の患者の状態からみて、医師の訪問が不可欠と思われる回数を記載してください。	1. 月に1回 2. 月に2～3回 3. 週に1回以上	
26) 当該患者について、往診（緊急時に必要となる診療）がどの程度必要な状況でしょうか。		
1. 概ね月に1回以上必要 2. 月に1回未満だが時々必要 3. 極めて稀ではあるが必要となりうる 4. 必要性は極めて低い 5. その他（具体的に)		

患者票B

1) 患者の性別	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（※この患者以外の人数）	() 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) 要介護度	1. 対象外 2. 自立 3. 要支援 1・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		
7) 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. II a 5. II b 6. III 7. III a 8. III b 9. IV 10. M 11. 不明		
8) 精神疾患の有無	1. あり 2. なし		
9) 障害者手帳などの種類	1. 身体障害者手帳（ ）級 2. 療育手帳（ ）度 3. 精神障害者保健福祉手帳（ ）級 4. 申請中 5. 手帳なし 6. わからない		
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. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外） 3. 脊髄損傷 4. COPD 5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など） 6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など） 7. 精神系疾患 8. 神経系疾患 9. 認知症 10. 糖尿病 11. 悪性新生物 12. 骨折・筋骨格系疾患 13. 呼吸器系疾患 14. 歯科疾患 15. その他（具体的に)			
11) ターミナルかどうか（医師が余命1か月以内と判断）	1. ターミナル 2. ターミナルでない		
12) 当該患者に対して貴施設が提供している医療内容 ※○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. 中心静脈栄養 7. 吸入・吸引 8. ネブライザー 9. 創傷処置 10. 体位変換 11. 浣腸・摘便 12. 褥瘡の処置 13. インスリン注射 14. 点滴・注射（13.以外） 15. 膀胱（留置）カテーテルの管理 16. 人工肛門・人工膀胱の管理 17. 人工呼吸器の管理 18. 気管切開の処置 19. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） 20. がん末期の疼痛管理 21. 慢性疼痛の管理（20.以外） 22. 透析・腹膜還流 23. リハビリテーション 24. 歯科医療 25. その他（具体的に)			
13) 褥瘡の状態（DESIGN）：深さ			
0. d0 1. d1 2. d2 3. D3 4. D4 5. D5 6. DU			
14) 経口摂取の状況	1. 経口摂取可能 2. 経口摂取不可		

→次ページに続きます。

15) MNAスコア（スクリーニング項目＋アセスメント項目、30点満点）を用いた栄養状態の評価実施状況とMNAスコア	1. 評価している→当該患者のMNAスコア：()点 2. 評価していない	
16) 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	
17) 1か月間の訪問回数（平成27年6月）	()回	
18) 医学管理料の算定状況（平成27年6月）	1. 在宅時医学総合管理料 2. 特定施設入居時等医学総合管理料 3. 算定していない	
19) 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	
20) 本日の診療における看護職員の同行	1. あり 2. なし	
21) 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26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
22) 上記21)のうち、入院に至った回数（平成26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
23) 上記21)のうち、夜間の往診回数（平成26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
24) 上記21)のうち、深夜の往診回数（平成26年7月～平成27年6月の1年間）	()回	
25) 当該患者への訪問診療（定期的な診療）について、医学的に必要と考えられる回数（1か月あたり） ※診療報酬の算定に月2回（あるいは週1回）の訪問は要件となっておらず、また、訪問診療以外に訪問看護サービスを受けることができると想定した場合に、現在の患者の状態からみて、医師の訪問が不可欠と思われる回数を記載してください。	1. 月に1回 2. 月に2～3回 3. 週に1回以上	
26) 当該患者について、往診（緊急時に必要となる診療）がどの程度必要な状況でしょうか。		
1. 概ね月に1回以上必要 2. 月に1回未満だが時々必要 3. 極めて稀ではあるが必要となりうる 4. 必要性は極めて低い 5. 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。

⑦平成 25 年●月と平成 27 年●月の 1) 許可病床数 (月末時点)、2) 新規入院患者数 (1 か月間)、3) 病床利用率、4) 平均在院日数をお答えください。該当の病床がない場合は「1) 許可病床数」欄に必ず「0」とお書きください (この場合、2) ~4) の回答欄の記入は結構です)。2) ~4) は該当の特定入院料等の算定対象とならなかった患者数も含めた数値をご記入ください。

	平成 25 年●月			
	1) 許可病床数	2) 新規入院患者数	3) 病床利用率	4) 平均在院日数
一般病床	床	人	%	日
療養病床	床	人	%	日
精神病床	床	人	%	
結核病床	床	人	%	
感染症病床	床			
病院全体	床	人	%	日
	平成 27 年●月			
	1) 許可病床数	2) 新規入院患者数	3) 病床利用率	4) 平均在院日数
一般病床	床	人	%	日
療養病床	床	人	%	日
精神病床	床	人	%	
結核病床	床	人	%	
感染症病床	床			
病院全体	床	人	%	日

2. 在宅療養の支援に関する取組状況等についてお伺いします。

①貴施設では在宅療養後方支援病院の施設基準の届出を行っていますか。※〇は1つだけ

1. 届出を行っている (→この後は、3 ページの質問②へお進みください)

2. 届出を行っていないが、今後、届出を行う予定である→届出予定時期：平成 () 年 () 月頃

3. 届出を行っていない

【届出を行っていない施設の方】

①-1 在宅療養後方支援病院の施設基準の届出を行っていない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. 在宅患者の緊急時受入の病床を常に確保するのが困難であるため

2. 医師が不足しており、24 時間対応可能な診療体制を確保できないため

3. 看護職員が不足しており、24 時間対応可能な診療体制を確保できないため

4. その他の理由により、24 時間対応可能な診療体制を確保できないため
→ (具体的に)

5. 在宅医療を提供している連携医療機関との診療情報の交換に必要なインフラを整備することが困難なため

6. 在宅医療を提供している連携医療機関と、3 か月に 1 回以上の頻度で入院希望患者の診療情報を交換する体制を構築できていないため

7. 専門医療機関であり、在宅患者の医療ニーズに広く応えることが困難なため

8. その他 (具体的に)

【届出を行っていない施設の方】

①-2 上記のうち、最も大きな理由は何ですか。上記①-1 の 1.~8. の番号のうち、あてはまる番号を 1 つだけお書きください

→4 ページの 3. へお進みください。

ここからは、在宅療養後方支援病院の施設基準の届出をしている医療機関の方にお伺いします。それ以外の施設の方は 4 ページの 3. へお進みください。

②在宅療養後方支援病院の施設基準の届出時期はいつですか。 平成（ ）年（ ）月

③貴施設が在宅療養後方支援病院として連携している在宅医療を提供する医療機関の数と、緊急時に貴施設に入院を希望するものとして事前に貴施設に届出をした在宅患者（以下、「入院希望患者」）の人数をお答えください。

	1)連携している在宅医療の提供医療機関の数	2)入院希望患者数
平成 26 年●月末時点	() 施設	() 人
平成 27 年●月末時点	() 施設	() 人

④在宅患者の緊急入院用に確保している病床の数 () 床

⑤直近 3 か月間（平成 27 年 4 月～平成 27 年 6 月）の貴施設における、在宅患者の受入状況についてお答えください。

	回数	患者数
1) 在宅療養患者の入院受入	() 回	() 人
2) 上記 1) のうち、「入院希望患者」	() 回	() 人
3) 上記 1) のうち、「入院希望患者」以外（連携医療機関）	() 回	() 人
4) 上記 1) のうち、連携医療機関以外の医療機関の患者（上記 2) と 3) 以外）	() 回	() 人
5) 貴施設で「入院希望患者」の受入ができず、他医療機関へ紹介した回数	() 回	

【上記⑤の 5) が「0」ではなかった施設の方のみお答えください。】

⑤-1 貴施設で入院希望患者の受入ができなかったのはなぜですか。※〇はいくつでも

1. 満床により、病床を確保することができなかったため
2. 医師が不足していたため
3. 医師以外のスタッフが不足していたため
4. 自院では対応できない専門治療が必要と判断したため
5. 精神症状が強く自院では対応できないと判断したため
6. その他（具体的に)

⑥直近 3 か月間（平成 27 年 4 月～平成 27 年 6 月）の貴施設における算定回数等をお答えください。

	実施回数／算定回数	患者数
1) 在宅患者緊急入院診療加算	() 回	() 人
2) 入院希望患者への共同診療回数 ※在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計	() 回	() 人
3) 在宅患者共同診療料の算定回数	() 回	() 人
4) 上記 3) のうち、往診（1500 点）	() 回	() 人
5) 上記 3) のうち、訪問診療（同一建物居住者以外）（1000 点）	() 回	() 人
6) 上記 3) のうち、訪問診療（同一建物居住者・特定施設）（240 点）	() 回	() 人
7) 上記 3) のうち、訪問診療（同一建物居住者・特定施設以外）（120 点）	() 回	() 人
8) 上記 3) のうち、15 歳未満の人工呼吸患者もしくは 15 歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が 20kg 未満の患者又は神経難病等の患者	() 回	() 人

→ 【上記⑥の1) 在宅患者緊急入院診療加算の算定回数が「0」であった施設の方のみお答えください。】

⑥-1 貴施設で在宅患者緊急入院診療加算の算定回数の実績がなかったのはなぜですか。※〇はいくつでも

1. 当院への「入院希望患者」の登録がないため
2. 対象期間中に算定要件を満たす「入院希望患者」の入院受入要請がなかったため
3. 対象期間中に「入院希望患者」の入院受入要請はあったが、入院受入ができなかったため
4. その他（具体的に)

⑦貴施設では、入院希望患者の登録人数についてどのようにお考えですか。※〇は1つだけ

1. 増やしたいと考えている
2. 今と同じくらいでよいと考えている
3. 減らしたいと考えている
4. わからない
5. その他（具体的に)

⑧上記⑦でお答えになった理由を具体的にお書きください。

【すべての施設の方にお伺いします。】

3. 在宅医療の医療機関間の連携における課題等についてお伺いします。

①在宅療養後方支援病院の施設基準・算定要件についてご意見がございましたら、お書きください。

②在宅医療を提供している医療機関との連携においてお困りになっていることがございましたら、お書きください。

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。

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 27 年度調査）

在宅医療の実施状況調査 訪問看護票（案）

※ この「訪問看護票」は、訪問看護ステーションの管理者の方に、在宅医療機関との連携状況等や連携に関するお考え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、平成 27 年●月●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. 貴事業所の概要についてお伺いします。

①事業所名																												
②所在地	() 都・道・府・県																											
③開設者 ※○は1つだけ	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 国</td> <td style="width: 50%;">4. 医療法人</td> </tr> <tr> <td>2. 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</td> <td>6. 看護協会</td> </tr> <tr> <td>3. 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>8. 社会福祉法人(社会福祉協議会含む)</td> </tr> <tr> <td>5. 医師会</td> <td>10. 消費生活協同組合及び連合会</td> </tr> <tr> <td>7. 社団・財団法人(医師会と看護協会は含まない)</td> <td>12. 特定非営利活動法人(NPO)</td> </tr> <tr> <td>9. 農業協同組合及び連合会</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13. その他(具体的に)</td> <td></td> </tr> </table>	1. 国	4. 医療法人	2. 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	6. 看護協会	3. 日本赤十字社・社会保険関係団体	8. 社会福祉法人(社会福祉協議会含む)	5. 医師会	10. 消費生活協同組合及び連合会	7. 社団・財団法人(医師会と看護協会は含まない)	12. 特定非営利活動法人(NPO)	9. 農業協同組合及び連合会		11. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)		13. その他(具体的に)												
1. 国	4. 医療法人																											
2. 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	6. 看護協会																											
3. 日本赤十字社・社会保険関係団体	8. 社会福祉法人(社会福祉協議会含む)																											
5. 医師会	10. 消費生活協同組合及び連合会																											
7. 社団・財団法人(医師会と看護協会は含まない)	12. 特定非営利活動法人(NPO)																											
9. 農業協同組合及び連合会																												
11. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社)																												
13. その他(具体的に)																												
④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 ※○はいくつでも	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 該当なし</td> <td style="width: 33%;">3. 診療所</td> <td style="width: 33%;">4. 介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td>2. 病院</td> <td>6. 居宅介護支援事業所</td> <td>7. 通所介護事業所</td> </tr> <tr> <td>5. 介護老人福祉施設</td> <td>9. 訪問介護事業所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. 地域包括支援センター</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</td> <td>11. 小規模多機能型居宅介護</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. 看護小規模多機能型居宅介護</td> <td>13. サービス付き高齢者向け住宅</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. 有料老人ホーム</td> <td>15. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16. 認知症対応型共同生活介護</td> <td>17. マンション・アパート・団地等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18. その他(具体的に)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1. 該当なし	3. 診療所	4. 介護老人保健施設	2. 病院	6. 居宅介護支援事業所	7. 通所介護事業所	5. 介護老人福祉施設	9. 訪問介護事業所		8. 地域包括支援センター			10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11. 小規模多機能型居宅介護		12. 看護小規模多機能型居宅介護	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. 認知症対応型共同生活介護	17. マンション・アパート・団地等		18. その他(具体的に)		
1. 該当なし	3. 診療所	4. 介護老人保健施設																										
2. 病院	6. 居宅介護支援事業所	7. 通所介護事業所																										
5. 介護老人福祉施設	9. 訪問介護事業所																											
8. 地域包括支援センター																												
10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11. 小規模多機能型居宅介護																											
12. 看護小規模多機能型居宅介護	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. 認知症対応型共同生活介護	17. マンション・アパート・団地等																											
18. その他(具体的に)																												
⑤訪問看護を開始した時期	西暦 () 年 () 月																											
⑥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																											
⑦機能強化型訪問看護ステーション届出の有無	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 の届出あり</td> </tr> <tr> <td>2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 の届出あり</td> </tr> <tr> <td>3. 届出なし</td> </tr> </table>	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																								
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																												
⑧24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出(医療保険)の有無	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 24 時間対応体制加算</td> <td style="width: 50%;">2. 24 時間連絡体制加算</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. 届出なし</td> </tr> </table>	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																								
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																												

⑨精神科訪問看護基本療養費の届出の有無				1. あり		2. なし	
⑩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27年●月●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)	その他の職員	(うち)看護補助者・介護職員	(うち)精神保健福祉士	(うち)事務職員	合計
*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)							
⑪上記⑩のうち、皮膚・排泄ケア認定看護師の人数				() 人			
⑫上記⑩のうち、在宅褥瘡管理者の人数				() 人			
⑬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）の発行医療機関数				() か所			
⑭精神科訪問看護指示書の発行医療機関数				() か所			

2. 貴事業所の利用者の状態等についてお伺いします。

①平成27年●月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。	
1) 利用者数（実人数）：医療保険と介護保険の合計	人
2) 上記1)のうち医療保険のみの利用者数（実人数）	人
3) 上記1)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）	人
4) 上記1)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
5) 上記1)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
6) 上記1)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
7) 上記1)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	人

②平成27年●月1か月間の貴事業所の訪問看護利用者数（医療保険と介護保険の両方）についてご記入ください。	
1) 利用者数	人
2) 褥瘡リスクのアセスメントを行った利用者数	人
3) 上記1)のうち、d1以上の褥瘡を保有している利用者数	人
4) 上記3)のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数	人
5) 上記3)のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数	人

③貴事業所では、医療機関と連携して、多職種から構成される「在宅褥瘡対策チーム」（診療報酬上、医療機関が「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」を算定するもの）に参加していますか。 ※〇は1つだけ

1. 参加している
 2. 参加していない
 3. 「在宅褥瘡対策チーム」を知らない

【在宅褥瘡対策チームに参加している事業所の方】

③-1 貴事業所が褥瘡対策チームに参加した実績（平成26年4月～平成27年3月の1年間）をお答えください。

1) 褥瘡対策チームによるアセスメントを行った利用者数	() 人
2) 上記1)の利用者の状況 ※〇はいくつでも	1. ショック状態 2. 重度の末梢循環不全 3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要 4. 極度の下痢が続く状態 5. 極度の皮膚脆弱 6. 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有する
3) 褥瘡対策チームで実施したカンファレンスの回数 ※利用者1人あたりの平均実施回数をお答えください	利用者1人あたり、平均()回

【在宅褥瘡対策チームに参加していない事業所の方】

③-2 医療機関と連携した、多職種で構成される「在宅褥瘡対策チーム」に参加していないのはなぜですか。
 ※〇はいくつでも

1. 医療機関からの要請がないため
2. 医療機関に依頼しても応じてもらえないため
3. 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師（褥瘡管理者）がいないため
4. 訪問看護ステーションのスタッフのみで対応でき、在宅褥瘡対策チームの必要性を感じないため
5. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定対象となるd2以上の褥瘡がある患者がいないため
6. 多職種でのカンファレンスの日程調整など負担が大きいため
7. 採算が合わないから
8. その他（具体的に)

3. 衛生材料等の必要量の報告等についてお伺いします（平成27年●月●日時点の状況）。

①（医療保険に限定）訪問看護計画書の提出件数	() 件
②上記①のうち、「衛生材料等が必要な処置の有無」で「有」としたもの	() 件
③精神科訪問看護計画書の提出件数	() 件
④上記③のうち、「衛生材料等が必要な処置の有無」で「有」としたもの	() 件
⑤（医療保険に限定）訪問看護報告書の提出件数	() 件
⑥上記⑤のうち、「衛生材料等の使用量及び使用状況」を報告したもの	() 件
⑦上記⑤のうち、「衛生材料等の種類・量の変更の必要性」で「有」としたもの	() 件
⑧精神科訪問看護報告書の提出件数	() 件
⑨上記⑧のうち、「衛生材料等の使用量及び使用状況」を報告したもの	() 件
⑩上記⑧のうち、「衛生材料等の種類・量の変更の必要性」で「有」としたもの	() 件
⑪保険薬局からの衛生材料等の提供状況	1. 提供あり 2. 提供なし

▶【上記②・④・⑥・⑨で「0件」と回答しなかった事業所の方にお伺いします】

⑫訪問看護計画書や訪問看護報告書で衛生材料等の必要量・使用量を報告することによって、どのような効果がありましたか。 ※〇それぞれは1つずつ

	あてはまる	あてはまる どちらかといえば	あてはまらない どちらかといえば	あてはまらない	わからない
1) 患者に必要な衛生材料が提供されるようになった	5	4	3	2	1
2) 患者の経済的な負担が軽減された	5	4	3	2	1
3) 訪問看護ステーションからの持ち出し量が減った	5	4	3	2	1
4) 訪問看護ステーションにおいて、衛生材料等を確保しておく経済的負担が減った	5	4	3	2	1

【全事業所の方にお伺いします】

⑬衛生材料等の必要量を主治医に報告する仕組みについてご意見がございましたら、具体的にお書きください。

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。

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 27 年度調査）

在宅医療の実施状況調査 保険薬局票（案）

- ※ この「保険薬局票」は、在宅医療に取り組んでいる保険薬局の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療の実施状況や衛生材料等の供給状況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、平成 27 年●月●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』 についてお答えください。
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. 貴薬局の概要についてお伺いします。

①施設名		
②所在地	() 都・道・府・県	
③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. 会社 ……▶(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. その他	
④同一法人等による薬局店舗数	() 店舗	
⑤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
⑥貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成 26 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。
⑦調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 (41 点)	2. 調剤基本料 (31 点)
	3. 調剤基本料 (25 点)	4. 調剤基本料 (19 点)
⑧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
⑨1 か月間の取扱い処方せん枚数	() 枚/月 ※平成 27 年●月 1 か月分	
⑩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. <u>様々な保険医療機関</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)	
⑪時間外対応の体制 ※○は1つだけ	1. 患者ごとに決められた担当者が対応 2. 曜日・時間帯ごとに担当者を決めて対応 3. 時間外対応できるが、担当者は特に決めていない 4. 時間外対応できる体制を確保していない 5. その他 (具体的に)	
⑫無菌製剤処理加算の施設基準の届出の有無 ※○は1つだけ	1. あり→算定回数 () 回 ※平成 27 年●月 1 か月間 2. なし	

⑬平成 27 年●月末の、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（医療・介護）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

	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
2) その他(事務職員等)	(.) 人	(.) 人
3) 合計	(.) 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)

4) ケアマネジャー資格保有者数をお答えください。

2. 在宅における薬学的管理・指導の実施状況等についてお伺いします。

①平成 27 年●月 1 か月間に、算定の有無にかかわらず、在宅で薬学的管理・指導を行った総患者数をご記入ください。

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。

1) 在宅で薬学的管理・指導を行った総患者数(延べ人数) ※医療保険と介護保険の合計。算定できなかった場合も含まれます。 下記 2) + 3) = 1) となることをご確認ください。	() 人
2) 上記 1) のうち、医療保険の対象患者	() 人
3) 上記 1) のうち、介護保険の対象患者	() 人
4) 1 か月間に在宅での薬学的管理・指導の指示を受けた医師数 ※医療保険と介護保険の合計。算定できなかった場合も含まれます。 ※同一医師から複数回指示を受けている場合は1人として計算してください。	() 人
5) 薬剤師 1 人・1 日あたりの最大患者数をご記入ください。 ※上記 1) の在宅の薬学的管理・指導を行った患者数のうち、薬剤師 1 人が実施した患者数が最も多かった日における、当該薬剤師の当該日における患者数をご記入ください。 ※算定できなかった場合も含まれます。	() 人
6) 上記 5) のうち、医療保険の対象患者	() 人
7) 上記 5) のうち、介護保険の対象患者	() 人
8) 上記 5) を行った曜日	() 曜日
9) 薬剤師 1 人・1 週間あたりの最大患者数をご記入ください。 ※上記 1) の在宅の薬学的管理・指導を行った患者数のうち、薬剤師 1 人が実施した患者数が最も多かった週における、当該薬剤師の当該週における患者数をご記入ください。 ※算定できなかった場合も含まれます。	() 人
10) 上記 9) のうち、医療保険の対象患者	() 人
11) 上記 9) のうち、介護保険の対象患者	() 人

②平成 27 年●月 1 か月間の算定延べ患者数をご記入ください。
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。

1) 【医療保険】 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 (同一建物以外) の算定延べ患者数	() 人
2) 【医療保険】 在宅患者訪問薬剤管理指導料 2 (同一建物) の算定延べ患者数	() 人
3) 【介護保険】 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
4) 【介護保険】 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

③平成 27 年 4 月以降、貴薬局では、在宅で薬学的管理・指導を実施している患者に対して、医師・医療機関から衛生材料 (ガーゼ、包帯など) を提供するように指示された経験はありますか。※〇は 1 つだけ

1. ある 2. ない (→質問④へ)

③-1 在宅で薬学的管理・指導を実施している患者のうち、医師の指示により貴薬局が衛生材料を提供した患者は何人いますか。 ※平成 27 年 4 月以降	() 人
③-2 上記③-1 の指示を行った医療機関数 ※平成 27 年 4 月以降	() 施設
③-3 上記③-1 の患者数は平成 26 年度診療報酬改定前と比べてどのように変わりましたか。	
1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った 4. その他 (具体的に)	

④平成 27 年 4 月以降、貴薬局では、在宅で薬学的管理・指導を実施している患者に対して、医師・医療機関から特定保険医療材料 (在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル、在宅血液透析用特定保険医療材料など) を提供するように指示された経験はありますか。※〇は 1 つだけ

1. ある 2. ない (→質問⑤へ)

④-1 在宅で薬学的管理・指導を実施している患者のうち、医師の指示により貴薬局が特定保険医療材料を提供した患者は何人いますか。 ※平成 27 年 4 月以降	() 人
④-2 上記④-1 の指示を行った医療機関数 ※平成 27 年 4 月以降	() 施設
④-3 上記④-1 の患者数は平成 26 年度診療報酬改定前と比べてどのように変わりましたか。	
1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った 4. その他 (具体的に)	

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 27 年度調査）

「在宅医療の実施状況調査」へのご協力をお願い(案)

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お慶び申し上げます。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 月の診療報酬改定においては、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、緊急時に在宅医療を行う患者の後方受入を担当する医療機関に関する評価が新設されました。また、在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、単独又は複数の医療機関の連携による機能強化型在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件の見直し、常勤医師は 3 名以上確保されていなくとも十分な実績を有する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に対する評価が新設されました。さらに、保険薬局による患者宅への注射薬や衛生材料の提供、在宅における褥瘡対策の評価、在宅自己注射指導管理料の見直し等も行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 26 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、****を対象に、在宅療養後方支援病院の新設や機能強化型在支診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について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 27 年*月*日（*）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（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

厚生労働省保険局医療課委託事業
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 27 年度調査）
「訪問歯科診療の評価及び実態等に関する調査」調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年度診療報酬改定では、歯科訪問診療のうち、在宅を中心に実施している歯科診療所の評価や、訪問診療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に着目した評価等について見直しが行われた。

これらの見直しが歯科訪問診療の実施状況にどのような影響を与えたかを調査するとともに、歯科訪問診療の診療時間や患者数等の実態等を把握し、歯科訪問診療における評価体系の見直しに関する影響についても調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 歯科訪問診療の実態の把握
- ・ 歯科医療機関と医科医療機関との連携状況の把握

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①施設票

- ・ 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出をしている歯科医療機関の中から無作為抽出した 1,500 施設程度。

②意向調査票

- ・ 全国の歯科医療機関（上記①を除く）の中から無作為抽出した 1,500 施設程度。

○調査方法（案）

- ・ 施設宛ての自記式調査票を郵送配布し、郵送回収する。

■ 調査項目

※調査票（案）参照

■ 調査スケジュール

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1~3月
調査票案の作成	→								
調査客体の抽出・名簿作成		→							
調査票印刷・封入・発送		→							
調査期間			→						
督促状印刷・発送			→						
調査票回収・検票			→						
データ入力 データクリーニング			→						
集計・分析					→				
速報（案）の作成					→				
追加分析						→			
本報告（案）の作成							→		
調査検討委員会の開催		★				★			

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 27 年度調査）
歯科訪問診療の実態に関する調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出をしている歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における歯科訪問診療の実施状況や医科医療機関との連携状況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、平成 27 年●月●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**』の歯科訪問診療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。

管理者についてお伺いします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
------	------------------	------	----------------------------

1. 貴施設の概要（平成 27 年●月末時点）についてお伺いします。

①開設主体 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他(具体的に)		
②標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科		
③医科の医療機関の併設状況 ※○は1つだけ	1. 併設している 2. 併設していない		
④施設基準 (届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに○	1. 在宅かかりつけ歯科診療所加算 2. 歯科外来診療環境体制加算 3. 歯科治療総合医療管理料 4. 歯科診療特別対応連携加算 5. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 6. 地域医療連携体制加算		
⑤職員数（常勤換算※）		常勤	非常勤
	1) 歯科医師	人	人
	2) 歯科衛生士	人	人
	3) 歯科技工士	人	人
	4) 管理栄養士・栄養士	人	人
	5) 言語聴覚士	人	人
	6) その他	人	人
	7) 合計	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)

⑤-1 ⑤のうち、平成 27 年● 月 1 か月間に 歯科訪問 診療等* に従事した職 員数 (常勤換算)		常勤	非常勤
	1) 歯科医師	人	人
	2) 歯科衛生士	人	人
	3) 歯科技工士	人	人
	4) 管理栄養士・栄養士	人	人
	5) 言語聴覚士	人	人
	6) その他	人	人
	7) 合計	人	人

* 歯科訪問診療等: 歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

⑥ 医療機器等 の保有台数	1) 歯科ユニット台数	() 台
	2) ポータブル歯科治療用ユニット	() 台
	3) ポータブルエンジン (携帯用マイクロモーター)	() 台
	4) ポータブル歯科用 X 線装置	() 台

⑦ 平成 25 年●月と平成 27 年●月の各 1 か月間の 1) 歯科外来患者総数 (当月の初診患者と再診患者の延べ人数)、2) 歯科訪問診療の患者総数 (当月の歯科訪問診療を実施した患者延べ人数。同じ患者に 2 回、歯科訪問診療を実施した場合は「2 人」と数えます。歯科訪問診療料を算定できない場合も含みます) をご記入ください。

注) 該当患者がいない場合は「0 (ゼロ)」、わからない場合は「-」をご記入ください。

	平成 25 年●月	平成 27 年●月
1) 歯科外来患者総数 (延べ人数)	() 人	() 人
2) 歯科訪問診療の患者総数 (延べ人数) ※歯科訪問診療料を算定できない場合を含む	() 人	() 人

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施状況等についてお伺いします。

① 貴施設では、**歯科訪問診療 (歯科衛生士のみの訪問は含まれません)** をどのような体制で行っていますか。
※あてはまるものすべてに○

0. 歯科訪問診療を実施していない
1. 歯科訪問診療を中心に行っている (外来歯科診療はあまり実施していない)
2. 患者の要望があれば、外来歯科診療の実施時間を調整し歯科訪問診療を行っている
3. 昼休み又は外来歯科診療の診療時間外に歯科訪問診療を行っている
4. 複数の歯科医師がいて、外来歯科診療と歯科訪問診療を同時に行っている
5. 特定の曜日・時間に歯科訪問診療を行っている
6. その他 (具体的に)

【上記①で「0. 歯科訪問診療を実施していない」と回答した施設の方】

①-1 歯科訪問診療を実施していない理由は何ですか。※あてはまるものすべてに○

1. 診療報酬上の評価が低いから
2. 必要な状況になったら対応できるように 体制は整えているものの、
現在は歯科訪問診療を実施する意向がないから
3. 歯科訪問診療の依頼がないから
4. その他 (具体的に)

⑦平成 27 年●月 1 か月間の算定回数をご記入ください。 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。	
1) 歯科訪問診療 1	() 回
2) 歯科訪問診療 2	() 回
a) 上記 2) のうち、同居する同一世帯の複数患者に対する歯科訪問診療の算定回数	() 回
3) 歯科訪問診療 3 ※ a) + b) + c) となります。	() 回
a) 上記 3) のうち、20 分未満の歯科訪問診療の算定回数 ※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
b) 上記 3) のうち、同一建物で 10 人以上の患者の歯科訪問診療の算定回数 ※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
c) 上記 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の算定回数	() 回
4) 在宅かかりつけ歯科診療所加算	() 回
5) 歯科訪問診療補助加算	() 回
6) 訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの	() 回
7) 訪問歯科衛生指導料 2 簡単なもの	() 回
8) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科医師)	() 回
9) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科衛生士)	() 回
10) 周術期口腔機能管理料 (I) (歯科訪問診療で実施したもの)	() 回
11) 周術期口腔機能管理料 (II) (歯科訪問診療で実施したもの)	() 回
12) 摂食機能療法 (歯科訪問診療で実施したもの)	() 回

⑧歯科訪問診療を開始してから今までに、貴施設では、以下の診療報酬項目について算定した実績がありますか。 ※○はそれぞれ1つだけ			
1) 緊急歯科訪問診療加算	1. ある	2. ない	3. わからない
2) 退院時共同指導料 1	1. ある	2. ない	3. わからない
3) 在宅患者連携指導料	1. ある	2. ない	3. わからない
4) 退院前在宅療養指導管理料	1. ある	2. ない	3. わからない
5) 在宅患者緊急時等カンファレンス料	1. ある	2. ない	3. わからない

【上記⑧で1つでも「2. ない」または「3. わからない」と回答した施設の方】

⑧-1 上記⑧の 1) ~5) の項目で「2. ない」または「3. わからない」と回答した理由はなぜですか。

※あてはまるものすべてに○

1. これらの診療報酬項目があることを知らなかったから
2. これらの診療報酬項目があることを知っていたが、算定要件がわからなかったから
3. これらの診療報酬項目の算定要件に該当する患者がいなかったから
4. 医科医療機関からの依頼がないから
5. その他 (具体的に)

【在宅かかりつけ歯科診療所加算の届出のない施設の方にお伺いします】

⑨在宅かかりつけ歯科診療所加算の届出をしていない主な理由は何ですか。 ※〇は1つだけ

1. 直近3か月の歯科訪問診療の実績が月平均5人以上という要件を満たせないから
2. 歯科訪問診療1が8割以上という要件を満たせないから
3. 届出前3か月間の月平均延べ患者数を確認するのが煩雑だから
4. その他（具体的に_____）

⑩貴施設が歯科訪問診療を行う上でお困りになっていることは何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇

0. 困っていることは何もない（→質問3. ①へお進みください）
1. 歯科訪問診療を行うための歯科衛生士を確保することが難しい
2. 歯科訪問診療を行うための歯科医師以外の医療スタッフ（歯科衛生士を除く）を確保することが難しい
3. 歯科訪問診療を行う際に、経営上、歯科医師以外の医療スタッフを同行させることが難しい
4. 歯科訪問診療用の器具・機材の購入にコストがかかる
5. 歯科訪問診療に当たっての器具・機材の準備と後片付けに時間がかかる
6. 医療保険請求の確認等事務処理に困難がある
7. 介護保険の確認等事務処理に困難がある
8. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい
9. 外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい
10. 歯科訪問診療を行うのは効率が悪い
11. 歯科訪問診療を行うための体力（身体的な）がない
12. 訪問先での駐車場を確保するのが難しい
13. 歯科訪問診療中に患者の急変等が発生した場合の対応に不安がある
14. その他（具体的に_____）

⑩-1 上記⑩のうち、最も困っていることは何ですか。

※上記⑩の1.～14.の番号の中からあてはまる番号を1つだけご記入ください。

3. 歯科訪問診療における他の医療機関等との連携状況についてお伺いします。

①貴施設が連携している歯科の医療機関はどこですか。また、それぞれ、連携施設は何か所ありますか。

※あてはまるものすべてに〇

0. 連携している歯科の医療機関はない（→質問②へお進みください）
1. 他の歯科診療所→連携施設数：（_____）か所
2. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院→連携施設数：（_____）か所
3. 病院歯科（歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く）→連携施設数：（_____）か所
4. 口腔保健センター→連携施設数：（_____）か所
5. その他（具体的に_____）→連携施設数：（_____）か所

【上記①で連携している歯科の医療機関がある施設の方】

①-1 上記①で回答した歯科の医療機関と連携している内容は何かですか。 ※あてはまるものすべてに〇

1. 患者急変時の受入を依頼
2. 夜間の歯科訪問診療についての対応を依頼
3. 貴施設で対応が困難な患者の受入を依頼
4. 特別な対応が必要な患者の受入を依頼
5. 診療情報等の共有
6. 貴施設への患者の紹介
7. その他（具体的に_____）

②貴施設が連携している医科の医療機関はどこですか。また、それぞれ、連携施設は何か所ありますか。
※あてはまるものすべてに○

0. 連携している医科の医療機関はない (→質問③へお進みください)
1. 在宅療養支援診療所 (在支診) →連携施設数：() か所
2. 在宅療養支援病院 (在支病) →連携施設数：() か所
3. 在支診・在支病以外の一般診療所・病院→連携施設数：() か所
- 4 その他 (具体的に) →連携施設数：() か所

【上記②で連携している医科の医療機関がある施設の方】

②-1 上記②で回答した医科の医療機関と連携している内容は何か。 ※あてはまるものすべてに○

1. 連携医療機関の在宅療養患者に対する歯科訪問診療の実施
2. 連携医療機関の患者に対する周術期口腔機能管理の実施
3. 入院患者に対する専門的な口腔ケアの実施 (上記2.を除く)
4. 連携医療機関の栄養サポートチームに参加
5. 連携医療機関における退院時カンファレンスへの参加
6. 患者急変時の受入を依頼
7. 診療情報等の共有
8. その他 (具体的に)

③貴施設が連携している介護保険施設、居住系高齢者施設はどこですか。また、それぞれ、連携施設は何か所ありますか。 ※あてはまるものすべてに○

0. 連携している施設はない (→質問④へお進みください)
1. 介護療養型医療施設→連携施設数：() か所
2. 介護老人保健施設→連携施設数：() か所
3. 介護老人福祉施設→連携施設数：() か所
4. 居住系高齢者施設等 (サ高住、有料老人ホーム、ケアハウス、認知症グループホーム等)
→連携施設数：() か所
5. その他 (具体的に) →連携施設数：() か所

【上記③で連携している介護保険施設、居住系高齢者施設がある施設の方】

③-1 居住系高齢者施設等と連携している内容は何か。 ※あてはまるものすべてに○

1. 協力歯科医療機関に指定されている
2. 入居者に対する歯科訪問診療の実施
3. 入居者に対する口腔機能管理の実施
4. 入居者に対する口腔衛生管理の実施
5. 入居者に対する摂食機能療法の実施
6. 施設等で行われる会議等への参加
7. 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施
8. その他 (具体的に)

④貴施設が連携している機関等は他にありますか。 ※あてはまるものすべてに○

1. 歯科医師会
2. 医師会
3. 保険薬局
4. 訪問看護ステーション
5. 居宅介護支援事業所
6. 地域包括支援センター
7. 行政 (保健所)
8. その他 (具体的に)
9. いずれとも連携していない

⑤ 歯科訪問診療において、他施設と連携を進める際に、貴施設がお困りになっていることがあれば、具体的にお書きください。

--

4. 調査日（平成 27 年●月●日～●月●日の間で 1 日の歯科訪問診療等の実績が最も多かった 1 日）における歯科訪問診療の実施状況等についてお伺いします。

（1）調査日における歯科訪問診療の概要をお伺いします。

① 調査日に歯科訪問診療等（歯科衛生士のみの場合も含む）を行った職員数についてお答えください。

1) 歯科医師	() 人	2) 歯科衛生士	() 人
3) その他の職員	() 人	4) 合計	() 人

② 調査日に歯科訪問診療等（歯科衛生士のみの場合も含む）を行った患者数、このうち同一建物で複数の患者となった人数、診療合計時間（患家等で実際に診療に要した時間・機器の準備等を含む）をお答えください。

	歯科訪問診療等を行った患者数/日	同一建物内の患者数/日	診療合計時間/日
1) 歯科医師が 1 人で訪問したもの	() 人	() 人	() 分
2) 歯科衛生士が帯同したもの	() 人	() 人	() 分
3) 歯科衛生士以外の職員が帯同したもの	() 人	() 人	() 分
4) 歯科医師の指示のもとに歯科衛生士のみ（もしくは歯科衛生士と歯科医師以外の職種）が訪問したもの	() 人	() 人	() 分

（2）調査日における歯科訪問診療を行った患者のうち、最初に訪問した患者（患者 A）と、最後に訪問した患者（患者 B）の診療状況等をお伺いします。

患者A]についてお答えください。

1) 患者の性別	1. 男性 2. 女性	2) 患者の年齢	() 歳
3) 患者の住まい	1. 戸建て 2. マンション・アパート・団地等 3. サービス付き高齢者向け住宅・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. 病院 8. その他（具体的に)		
4) 上記3)の住まい（同一建物）の中に、調査日に貴施設が歯科訪問診療を行った患者が他に何人いますか（この患者以外の人数）。	() 人		
5) 同居家族の有無	1. なし 2. あり→調査日の同居家族に対する歯科訪問診療の有無：(1. あり 2. なし)		
6) 要介護度	1. 非該当・自立 2. 申請中 3. 要支援1・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		
7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 該当なし 2. I 3. II・IIa・IIb 4. III・IIIa・IIIb 5. IV 6. M 7. 自立度不明		
8) この患者に対する歯科訪問診療の頻度	平成27年●月1か月間に () 回訪問		
9) 調査日に、この患者に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※○はいくつでも			
1. 口腔内診査・症状確認のみ 2. 義歯製作 3. 義歯調整 4. 義歯修理 5. 床裏装 6. 欠損補綴（ブリッジ） 7. 歯冠修復（FMC） 8. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠） 9. 歯冠修復（充填） 10. う蝕処置（7～9以外） 11. 抜髄 12. 感染根管治療 13. 抜歯 14. 歯周治療 15. 口腔衛生指導 16. 摂食機能療法 17. その他（具体的に)			
10) この患者の診療に当たった診療体制	1. 歯科医師→()名 2. 歯科衛生士→()名 3. 歯科技工士→()名 4. 看護師・准看護師→()名 5. その他（具体的に) → ()名		
11) この患者の診療に要した時間	()分 このうち機器の準備・後片付けの時間 ()分		
12) この患者に対して歯科訪問診療を行ったきっかけ ※○はいくつでも			
1. 以前、自院に通院していた患者（やその家族）からの依頼 2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介 3. 訪問診療を行っている医師からの依頼・紹介 4. 患者が入院していた（現在入院している）医療機関からの依頼・紹介 5. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 6. ケアマネジャーからの依頼・紹介 7. 地域包括支援センターからの依頼・紹介 8. 入居施設からの依頼 9. その他（具体的に)			
13) 算定した診療報酬項目（加算は除く）	1. 歯科訪問診療1 2. 歯科訪問診療2 3. 歯科訪問診療3 4. 訪問歯科衛生指導料1 複雑なもの 5. 訪問歯科衛生指導料2 簡単なもの 6. 居宅療養管理指導費（介護保険）（歯科衛生士） 7. 摂食機能療法 8. 上記以外→（具体的に)		

患者Bについてお答えください。

1) 患者の性別	1. 男性 2. 女性	2) 患者の年齢	() 歳
3) 患者の住まい	1. 戸建て 2. マンション・アパート・団地等 3. サービス付き高齢者向け住宅・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. 病院 8. その他（具体的に)		
4) 上記3)の住まい（同一建物）の中に、調査日に貴施設が歯科訪問診療を行った患者が他に何人いますか（この患者以外の人数）。			() 人
5) 同居家族の有無	1. なし 2. あり→調査日の同居家族に対する歯科訪問診療の有無：(1. あり 2. なし)		
6) 要介護度	1. 非該当・自立 2. 申請中 3. 要支援 1・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		
7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 該当なし 2. I 3. II・IIa・IIb 4. III・IIIa・IIIb 5. IV 6. M 7. 自立度不明		
8) この患者に対する歯科訪問診療の頻度	平成 27 年●月 1 か月間に () 回訪問		
9) 調査日に、この患者に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※○はいくつでも			
1. 口腔内診査・症状確認のみ 2. 義歯製作 3. 義歯調整 4. 義歯修理 5. 床裏装 6. 欠損補綴（ブリッジ） 7. 歯冠修復（FMC） 8. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠） 9. 歯冠修復（充填） 10. う蝕処置（7～9以外） 11. 抜髄 12. 感染根管治療 13. 抜歯 14. 歯周治療 15. 口腔衛生指導 16. 摂食機能療法 17. その他（具体的に)			
10) この患者の診療に当たった診療体制	1. 歯科医師→() 名 2. 歯科衛生士→() 名 3. 歯科技工士→() 名 4. 看護師・准看護師→() 名 5. その他（具体的に) → () 名		
11) この患者の診療に要した時間	() 分 このうち機器の準備・後片付けの時間 () 分		
12) この患者に対して歯科訪問診療を行ったきっかけ ※○はいくつでも			
1. 以前、自院に通院していた患者（やその家族）からの依頼 2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介 3. 訪問診療を行っている医師からの依頼・紹介 4. 患者が入院していた（現在入院している）医療機関からの依頼・紹介 5. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 6. ケアマネジャーからの依頼・紹介 7. 地域包括支援センターからの依頼・紹介 8. 入居施設からの依頼 9. その他（具体的に)			
13) 算定した診療報酬項目（加算は除く）	1. 歯科訪問診療 1 2. 歯科訪問診療 2 3. 歯科訪問診療 3 4. 訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの 5. 訪問歯科衛生指導料 2 簡単なもの 6. 居宅療養管理指導費（介護保険）（歯科衛生士） 7. 摂食機能療法 8. 上記以外→（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。

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 27 年度調査）
歯科医療に関する意向調査 調査票（案）

※ この調査票は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における歯科訪問診療に関する実施意向や課題等についてお伺いするものです。

※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※ 特に断りのない場合は、平成 27 年●月●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』の歯科訪問診療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。

管理者についてお伺いします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
------	------------------	------	----------------------------

1. 貴施設の概要（平成 27 年●月末時点）についてお伺いします。

①開設主体 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他(具体的に)		
②標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科		
③医科の医療機関の併設状況 ※○は1つだけ	1. 併設している 2. 併設していない		
④施設基準 (届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに○	1. 在宅療養支援歯科診療所 2. 在宅かかりつけ歯科診療所加算 3. 歯科外来診療環境体制加算 4. 歯科治療総合医療管理料 5. 歯科診療特別対応連携加算 6. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 7. 地域医療連携体制加算		
⑤職員数（常勤換算※）		常勤	非常勤
	1) 歯科医師	人	人
	2) 歯科衛生士	人	人
	3) 歯科技工士	人	人
	4) 管理栄養士・栄養士	人	人
	5) 言語聴覚士	人	人
	6) その他	人	人
	7) 合計	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)

⑤-1 ⑤のうち、平成 27 年● 月 1 か月間に 歯科訪問 診療等* に従事した職 員数 (常勤換算)		常勤	非常勤
	1) 歯科医師	人	人
	2) 歯科衛生士	人	人
	3) 歯科技工士	人	人
	4) 管理栄養士・栄養士	人	人
	5) 言語聴覚士	人	人
	6) その他	人	人
	7) 合計	人	人

* 歯科訪問診療等: 歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

⑥ 医療機器等 の保有台数	1) 歯科ユニット台数	() 台
	2) ポータブル歯科治療用ユニット	() 台
	3) ポータブルエンジン (携帯用マイクロモーター)	() 台
	4) ポータブル歯科用 X 線装置	() 台

⑦ 平成 25 年●月と平成 27 年●月の各 1 か月間の 1) 歯科外来患者総数 (当月の初診患者と再診患者の延べ人数)、2) 歯科訪問診療の患者総数 (当月の歯科訪問診療を実施した患者延べ人数。同じ患者に 2 回、歯科訪問診療を実施した場合は「2 人」と数えます。歯科訪問診療料を算定できない場合も含みます) をご記入ください。 注) 該当患者がいない場合は「0 (ゼロ)」、わからない場合は「-」をご記入ください。		
	平成 25 年●月	平成 27 年●月
1) 歯科外来患者総数 (延べ人数)	() 人	() 人
2) 歯科訪問診療の患者総数 (延べ人数) ※歯科訪問診療料を算定できない場合を含む	() 人	() 人

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施状況についてお伺いします。

①現在、貴施設では歯科訪問診療を実施していますか。 ※○は1つだけ
1. 実施している (→質問④へお進みください) 2. 実施していないが、今後、実施したいと考えている 3. 実施していない (今後も予定がない) 4. その他 (具体的に)

【歯科訪問診療を実施していない施設の方】

②貴施設が歯科訪問診療を実施していないのはなぜですか。※あてはまるものすべてに○

1. 歯科訪問診療の要請がない
2. 歯科訪問診療を行うための歯科衛生士を確保することが難しい
3. 歯科訪問診療を行うための歯科医師以外の医療スタッフ（歯科衛生士を除く）を確保することが難しい
4. 歯科訪問診療を行う際に、経営上、歯科医師以外の医療スタッフを同行させることが難しい
5. 歯科訪問診療用の器具・機材の購入にコストがかかる
6. 歯科訪問診療に当たっての器具・機材の準備と後片付けに時間がかかる
7. 医療保険請求の確認等事務処理に困難がある
8. 介護保険の確認等事務処理に困難がある
9. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい
10. 外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい
11. 歯科訪問診療を行うのは効率が悪い
12. 歯科訪問診療を行うための体力（身体的な）がない
13. 訪問先での駐車場を確保するのが難しい
14. 歯科訪問診療を積極的に行っている別の歯科医療機関が地域にある
15. 歯科訪問診療中に患者の急変等が発生した場合の対応に不安があり、躊躇している
16. その他（具体的に _____）

②-1 上記②のうち、最大の理由は何ですか。

※上記②の 1.～16. の番号の中からあてはまる番号を1つだけご記入ください。

【歯科訪問診療を実施していない施設の方】

③どのような環境が整えば歯科訪問診療をはじめてもよいとお考えになりますか。※あてはまるものすべてに○

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 研修受講に関する支援 | 2. 診療報酬上のより一層の評価 |
| 3. 歯科衛生士の確保 | 4. 歯科訪問診療に適した器具・機材を揃えるための支援 |
| 5. 他機関・他職種との連携をするための支援 | 6. 歯科訪問診療を必要とする患者の増加 |
| 7. 歯科訪問診療をする意向はない | 8. その他（具体的に _____） |

以下は歯科訪問診療を実施している施設の方のみお答えください。それ以外の施設の方は5ページの質問3.へお進みください。

④貴施設では、**歯科訪問診療（歯科衛生士のみの訪問は含まれません）**をどのような体制で行っていますか。
※あてはまるものすべてに○

1. 歯科訪問診療を中心に行っている（外来歯科診療はあまり実施していない）
2. 患者の要望があれば、外来歯科診療の実施時間を調整し歯科訪問診療を行っている
3. 昼休み又は外来歯科診療の診療時間外に歯科訪問診療を行っている
4. 複数の歯科医師がいて、外来歯科診療と歯科訪問診療を同時に行っている
5. 特定の曜日・時間に歯科訪問診療を行っている
6. その他（具体的に _____）

⑤貴施設が歯科訪問診療を開始したのはいつ頃ですか。

西暦（ ）年（ ）月頃

⑥平成 27 年●月 1 か月間に 歯科訪問診療等 を行った延べ日数（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は「30 日」、歯科医師が 2 人以上の場合はそれぞれの歯科訪問診療の合計日数となります。）をご記入ください。歯科衛生士の訪問延べ日数も同様です。	
1) 歯科医師が歯科訪問診療を行った延べ日数	() 日
2) 歯科医師が居宅療養管理指導を行った延べ日数	() 日
3) 歯科医師の指示のもとに、歯科衛生士が訪問歯科衛生指導（居宅療養管理指導を含む）を実施した延べ日数 ※歯科医師に同行した場合は含みません。	() 日

⑦貴施設における、平成 27 年●月の 1 か月間の 歯科訪問診療等 の実績についてご記入ください。	
1) 歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数（か所） ※マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位。	() か所
2) 歯科訪問診療で歯科医師が訪問した 1 か月の訪問回数合計（回） ※同じ施設に何人患者がいても同日であれば、訪問回数は「1 回」。	() 回
3) 歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数（人） ※同じ患者に 2 回診療した場合も「1 人」。	() 人
4) 歯科医師が歯科訪問診療を行った延べ患者数（人回） ※同じ患者に 2 回診療した場合は「2 人回」	() 人回
5) 歯科医師が居宅療養管理指導を行った延べ患者数（人回）	() 人回
6) 歯科医師の指示のもと、歯科衛生士のみで訪問し、訪問歯科衛生指導（居宅療養管理指導を含む）を実施した延べ患者数（人回）	() 人回
7) 訪問により「摂食機能療法」を算定した患者の実人数（人）	() 人

⑧平成 27 年●月 1 か月間の 算定回数 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。	
1) 歯科訪問診療 1	() 回
2) 歯科訪問診療 2	() 回
a) 上記 2) のうち、同居する同一世帯の複数患者に対する歯科訪問診療の算定回数	() 回
3) 歯科訪問診療 3 ※a) + b) - c) となります。	() 回
a) 上記 3) のうち、20 分未満の歯科訪問診療の算定回数 ※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
b) 上記 3) のうち、同一建物で 10 人以上の患者の歯科訪問診療の算定回数 ※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
c) 上記 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の算定回数	() 回
4) 在宅かかりつけ歯科診療所加算	() 回
5) 歯科訪問診療補助加算	() 回
6) 訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの	() 回
7) 訪問歯科衛生指導料 2 簡単なもの	() 回
8) 【介護保険】居宅療養管理指導費（歯科医師）	() 回
9) 【介護保険】居宅療養管理指導費（歯科衛生士）	() 回
10) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（歯科訪問診療で実施したもの）	() 回

11) 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）（歯科訪問診療で実施したもの）	（ ）回
12) 摂食機能療法（歯科訪問診療で実施したもの）	（ ）回

【在宅療養支援歯科診療所の届出のない施設の方にお伺いします】

⑨在宅療養支援歯科診療所の届出をしていない主な理由は何ですか。 ※〇は1つだけ

1. 歯科訪問診療1と歯科訪問診療2のいずれも算定実績がないため
2. 常勤の歯科医師が高齢者の口腔機能管理に関する研修を受けていないため
3. 歯科衛生士を確保できないため
4. 在宅医療を担う保険医療機関との連携体制が確保できないため
5. 地域の他の保健医療サービス・福祉サービスの連携調整担当者と連携することが難しいため
6. 在宅歯科診療における後方支援の機能をもつ別の保険医療機関との連携体制が確保できないため
7. 歯科訪問診療に関心がないため
8. その他（具体的に)

【在宅かかりつけ歯科診療所加算の届出のない施設の方にお伺いします】

⑩在宅かかりつけ歯科診療所加算の届出をしていない主な理由は何ですか。 ※〇は1つだけ

1. 直近3か月の歯科訪問診療の実績が月平均5人以上という要件を満たせないから
2. 歯科訪問診療1が8割以上という要件を満たせないから
3. 届出前3か月間の月平均延べ患者数を確認するのが煩雑だから
4. その他（具体的に)

⑪歯科訪問診療を開始してから今までに、貴施設では、以下の診療報酬項目について算定した実績がありますか。 ※〇はそれぞれ1つだけ

1) 緊急歯科訪問診療加算	1. ある	2. ない	3. わからない
2) 退院時共同指導料1	1. ある	2. ない	3. わからない
3) 在宅患者連携指導料	1. ある	2. ない	3. わからない
4) 退院前在宅療養指導管理料	1. ある	2. ない	3. わからない
5) 在宅患者緊急時等カンファレンス料	1. ある	2. ない	3. わからない

【上記⑪で1つも「1. ある」に〇がつかない施設の方】

⑪-1 上記⑪の1)～5)の項目で「2. ない」または「3. わからない」と回答した理由は何ですか。
※あてはまるものすべてに〇

1. これらの診療報酬項目があることを知らなかったから
2. これらの診療報酬項目があることを知っていたが、算定要件がわからなかったから
3. これらの診療報酬項目の算定要件に該当する患者がいなかったから
4. 医科医療機関からの依頼がないから
5. その他（具体的に)

3. 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。

平成 27 年*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 27 年度調査）
「歯科訪問診療の実態に関する調査」へのご協力のお願い(案)

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お慶び申し上げます。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 月の診療報酬改定においては、歯科訪問診療のうち、在宅を中心に実施している歯科診療所の評価や、訪問診療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に着目した評価等について見直しが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 26 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出をしている歯科医療機関を対象に、歯科訪問診療の診療時間や患者数等の実態や、歯科訪問診療における評価体系の見直しに関する影響について把握することを目的に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 27 年*月*日（*）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5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

平成 27 年*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 27 年度調査）
「歯科医療に関する意向調査」へのご協力をお願い(案)

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お慶び申し上げます。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 月の診療報酬改定においては、歯科訪問診療のうち、在宅を中心に実施している歯科診療所の評価や、訪問診療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に着目した評価等について見直しが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 26 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、全国の歯科医療機関を対象に、歯科訪問診療の診療時間や患者数等の実態や、歯科訪問診療における評価体系の見直しに関する影響について把握することを目的に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 27 年*月*日（*）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5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

厚生労働省保険局医療課委託事業

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 27 年度調査）

「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（リハビリテーションの実施状況調査）」
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年度診療報酬改定では、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等についての評価の新設及び回復期リハビリテーション病棟における評価の見直しが行われた。また、リハビリテーションの外来への早期移行を推進する観点から、外来における早期リハビリテーションの評価の見直しが行われた。さらに、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価が行われたところである。

これらのリハビリテーションの評価の見直しによる保険医療機関の提供体制、維持期リハビリテーションの提供状況及び患者の状態の改善状況の変化について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 各種リハビリテーション料の算定状況（入院・入院外）の把握
- ・ 各種リハビリテーション料を算定している保険医療機関におけるリハビリテーションの提供体制の把握
- ・ 外来のリハビリテーションの提供状況の把握
- ・ リハビリテーションを提供している施設の患者の状況の把握
- ・ 介護保険への移行状況や移行を支援する取組の実施状況の把握

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<病院調査>

- ・ 全国の病院のうち、7 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）及び専門病院入院基本料）、又は 10 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）及び専門病院入院基本料）を算定する病院のうち、「ADL 維持向上等体制加算を算定する施設」悉皆（50 施設程度）と「ADL 維持向上等体制加算を算定しない施設」無作為抽出した施設（350 施設程度）を合わせて 400 施設
- ・ 上記以外で、回復期リハビリテーション病棟を有する病院の中から無作為抽出した 800 施設

<診療所調査>

- ・ 全国の診療所のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している診療所の中から無作為抽出した 600 施設。

<一般病棟調査>

- ・ 上記、病院調査の対象施設が 7 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）及び専門病院入院基本料）、又は 10 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を有する場合にはその病棟を対象とする。1 施設に該当の病棟が複数ある場合は、ADL 機能向上等体制加算の算定の有無別に各 1 病棟、合計最大 2 病棟を対象とする。

<回復期リハビリテーション病棟調査>

- ・ 上記、病院調査の対象施設が、回復期リハビリテーション病棟を有する場合は、その病棟を対象とする。1 施設につき 1 病棟を対象とする。

○調査方法（案）

- ・ 対象施設に対して、調査票をまとめて郵送で発送し、郵送にて回収する。

■ 調査項目

※調査票（案）参照

■ 調査スケジュール（案）

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1~3月
調査票案の作成	→								
調査客体の抽出・名簿作成		→							
調査票印刷・封入・発送			→						
調査期間			→						
督促状印刷・発送				→					
調査票回収・検票			→						
データ入力 データクリーニング				→					
集計・分析					→				
速報（案）の作成					→				
追加分析						→			
本報告（案）の作成							→		
調査検討委員会の開催		★				★			

ID	
----	--

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27年度調査）
リハビリテーションの実施状況調査 病院票(案)

※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27年6月30日時点の状況についてお書きください。

※本調査では、「維持期リハビリテーション（維持期リハ）」とは、標準的算定日数を超えた患者について、①治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合以外、②患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合以外、が必要があって行われるリハビリテーションのことを指します。平成27年6月時点で、疾患別リハビリテーションが月13単位に限り算定できる状態が該当します。

1. 貴院の概要についてお伺いします。

貴院名をご記入ください。																	
所在地をご記入ください。	（ ）都・道・府・県																
問1 貴院の開設者 について該当するものを1つお選びください。																	
01 国（厚生労働省、(独)国立病院機構、国立大学法人、(独)労働者健康福祉機構、国立研究開発法人、(独)地域医療機能推進機構等） 02 公的医療機関（都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会） 03 社会保険関係団体（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） 04 医療法人 05 個人 06 その他（公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社等）																	
問2 病院機能評価* の認定を受けていますか。	01 有（はい） 02 無（いいえ） 03 手続き中																
問3 貴院の同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合も含む）が、同一又は隣接の敷地内で運営している介護施設・事業所 として該当するものを全てお選びください。																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">01 介護老人福祉施設</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">09 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">02 介護老人保健施設</td> <td style="padding: 5px;">10 短期入所生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">03 訪問介護事業所</td> <td style="padding: 5px;">11 短期入所療養介護事業所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">04 訪問入浴介護事業所</td> <td style="padding: 5px;">12 特定施設入居者生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">05 訪問看護事業所（06以外）</td> <td style="padding: 5px;">13 居宅介護支援事業所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">06 訪問看護ステーション</td> <td style="padding: 5px;">14 小規模多機能型居宅介護事業所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">07 訪問リハビリテーション事業所</td> <td style="padding: 5px;">15 認知症対応型共同生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">08 通所介護事業所</td> <td style="padding: 5px;">16 その他（ ）</td> </tr> </table>		01 介護老人福祉施設	09 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所	02 介護老人保健施設	10 短期入所生活介護事業所	03 訪問介護事業所	11 短期入所療養介護事業所	04 訪問入浴介護事業所	12 特定施設入居者生活介護事業所	05 訪問看護事業所（06以外）	13 居宅介護支援事業所	06 訪問看護ステーション	14 小規模多機能型居宅介護事業所	07 訪問リハビリテーション事業所	15 認知症対応型共同生活介護事業所	08 通所介護事業所	16 その他（ ）
01 介護老人福祉施設	09 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所																
02 介護老人保健施設	10 短期入所生活介護事業所																
03 訪問介護事業所	11 短期入所療養介護事業所																
04 訪問入浴介護事業所	12 特定施設入居者生活介護事業所																
05 訪問看護事業所（06以外）	13 居宅介護支援事業所																
06 訪問看護ステーション	14 小規模多機能型居宅介護事業所																
07 訪問リハビリテーション事業所	15 認知症対応型共同生活介護事業所																
08 通所介護事業所	16 その他（ ）																

* 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価を指す。

問 4 貴院において平成 27 年 6 月 30 日時点で従事している 職員数 をご記入ください。常勤職員については実人数、非常勤については常勤換算数 ^{※1} を記載してください。		常 勤 (実人数)		非 常 勤 (常勤換算 ^{※1})	
1) 医 師			人		人
	【再掲】日本リハビリテーション医学会のリハビリテーション科専門医		人		人
2) 理学療法士			人		人
3) 作業療法士			人		人
4) 言語聴覚士			人		人
5) ソーシャルワーカー ^{※2}			人		人
	【再掲】社会福祉士の資格保有者		人		人

※1. 非常勤職員の常勤換算の計算方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで(小数点第2位を切り上げ)ご記入ください。

例: 1週間の所定労働時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

※2. ソーシャルワーカーとは、患者等が地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図るための業務の従事者のことをいいます。

問 5 平成 27 年 6 月 30 日時点の 病床数と病棟数 をご記入ください。ない場合には、「0」とご記入ください。		病床数		病棟数	
1) 一般病床(許可病床数)			床		
	【再掲】7対1入院基本料		床		棟
	【再掲】10対1入院基本料		床		棟
	【再掲】回復期リハビリテーション病棟入院料1		床		棟
	【再掲】回復期リハビリテーション病棟入院料2		床		棟
	【再掲】回復期リハビリテーション病棟入院料3		床		棟
2) 療養病床(医療保険適用)			床		
	【再掲】回復期リハビリテーション病棟入院料1		床		棟
	【再掲】回復期リハビリテーション病棟入院料2		床		棟
	【再掲】回復期リハビリテーション病棟入院料3		床		棟
3) 療養病床(介護保険適用)			床		
4) 精神病床			床		
5) 結核病床			床		
6) 感染症病床			床		

問 6 貴院で平成 27 年 6 月 30 日時点で届出を行っている リハビリテーション料等 について、該当する全てに○をつけてください。		
01 心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	02 心大血管疾患リハビリテーション料 (II)	
03 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	04 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	05 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)
06 運動器リハビリテーション料 (I)	07 運動器リハビリテーション料 (II)	08 運動器リハビリテーション料 (III)
09 呼吸器リハビリテーション料 (I)	10 呼吸器リハビリテーション料 (II)	
11 がん患者リハビリテーション料	12 障害児(者)リハビリテーション料	13 認知症患者リハビリテーション料
14 難病患者リハビリテーション料	15 摂食機能療法	

2. **一般病棟（7対1と10対1）**におけるADL維持向上等体制加算の届出についてお伺いします。

7対1入院基本料または10対1入院基本料を算定する病棟がある場合にご回答ください。ない場合は、3.の設問に進んでください。

問7 ADL維持向上等体制加算を届け出た病棟はありますか。 01 有 → 病棟数 () 棟 02 無

(問7で「01 有」を選んだ場合)

問8 届け出るにあたり、**対応が困難だった要件**はありますか。(複数回答可)

- 00 特になし
- 01 病棟に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか1名以上の常勤配置を行うこと
- 02 病院で、リハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験を有し、リハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務すること
- 03 病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、「65歳以上の患者が8割以上」または「循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上」であること
- 04 直近1年間において、病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること
- 05 病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること

(問7で「02 無」を選んだ場合)

問9 ADL維持向上等加算を**届け出していない理由**についてご回答ください。(複数回答可)

- 01 リハビリテーションが必要な患者が少ないから
- 02 リハビリテーションには特に注力していないから
- 03 施設基準の要件を満たせる見込みが立たないから
 - 具体的にはどの要件を満たすのが難しいですか
 - 31 病棟に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか1名以上の常勤配置を行うこと
 - 32 病院で、リハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験を有し、リハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務すること
 - 33 病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、「65歳以上の患者が8割以上」または「循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上」であること
 - 34 直近1年間において、病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること
 - 35 病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること
- 04 体制整備にかかる費用に比して、見込める増収が少ないから
- 05 その他 (具体的に)

3. **回復期リハビリテーション病棟**における加算の届出や患者の受入状況等についてお伺いします。

回復期リハビリテーション病棟がある場合にご回答ください。ない場合は、4.の設問に進んでください。

(1) 体制強化加算について

(1)と(2)は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟がある場合にご回答ください。ない場合は、設問(3)に進んでください。

問10 体制強化加算を届け出た病棟はありますか。	01 有⇒病棟数()棟	02 無
--------------------------	--------------	------

(問10で「01 有」を選んだ場合)

問11 届け出るにあたり、 対応が困難だった要件 はありますか。(複数回答可)	
00 特になし	
01 病棟に、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した専従の常勤医師1名以上を配置すること	
02 退院調整に関する3年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士1名以上を配置すること	
問12 対応するために、 外来や訪問診療部門に影響 がありましたか。(複数回答可)	
00 特になし	
01 病棟に配置する専従の常勤医師の確保が難しかった	
02 病棟に専従の常勤医師が外来診療や訪問診療をできないため、外来等の医師の負担が増大した	
03 病棟に専従の常勤医師が外来診療や訪問診療をできないため、外来診療や訪問診療の提供を削減(患者数の縮小、通院・訪問間隔の延長等)した	
04 その他(具体的に)	
問13 体制強化加算を届け出るために、 職員を増員 しましたか。(複数回答可)	
00 増員していない	
01 医師を増員した	02 非常勤の医師を常勤にした
03 社会福祉士を増員した	04 非常勤の社会福祉士を常勤にした
05 その他(具体的に)	

(問10で「02 無」を選んだ場合)

問14 体制強化加算を 届け出していない理由 についてご回答ください。(複数回答可)	
01 医師の配置について、基準に合致する体制を整備することが患者に及ぼすメリットを感じられないから	
02 病棟に、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した専従の常勤医師1名以上を配置することは困難であるから	
03 病棟に、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した専従の常勤医師1名以上を配置すると、外来や訪問診療部門に影響が出る恐れがあるから	
04 社会福祉士の配置について、基準に合致する体制を整備することが患者に及ぼすメリットを感じられないから	
05 退院調整に関する3年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士1名以上を配置することは困難であるから	
06 体制整備にかかる費用に比して、見込める増収が少ないから	
07 その他(具体的に)	

(4) 患者の受入状況について

問 22 平成27年1月～6月の半年間に回復期リハビリテーション病棟への転院受入を打診されたが、断った、又は受け入れられなかった症例はありますか。ある場合はその理由をご回答ください。(複数回答可)	
00 断ったことはない	
01 患者のADLが低かった	02 患者に意識障害があった
03 重度の認知症であった	04 高次脳機能障害(認知症を除く)があった
05 精神疾患があった	06 患者が高齢であった
07 医学的理由で長期の入院が予想された	
08 回復期リハビリテーション病棟での治療・リハビリテーションを要するほど重症ではなかった	
09 独居など、自宅の介護力が低く、長期の入院が予想された	
10 服用している薬剤が高額だった	11 経鼻経管栄養だった
12 気管切開を受けていた	
13 リハビリテーション以外に、多くのまたは高度な医学的管理や処置が必要であった	
14 医学的な理由または自宅における介護力以外の理由で、長期の入院が予想された	
15 満床でベッドの空く見込みがなかった	
16 その他(具体的に)	
問 23 上記のうち、最もよくあったものを1つ選び、番号を記入してください。	

4. 入院患者に対する各種リハビリテーション料に係る項目の算定状況についてお伺いします。

問 24 脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している患者について、平成27年6月分の実人数をご記入ください。		
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群以外)		人
① 1)のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
② ①のうち、維持期リハ*の患者		人
③ ②のうち、要介護被保険者等		人
④ ③のうち、現時点で在宅等への退院の見込みがあるが、退院後に介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者(A)		人
2) 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群)		人
⑤ 2)のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
⑥ ⑤のうち、維持期リハ*の患者		人
⑦ ⑥のうち、要介護被保険者等		人
⑧ ⑦のうち、現時点で在宅等への退院の見込みがあるが、退院後に、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者(A)		人
3) 運動器リハビリテーション料		人
⑨ 3)のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
⑩ ⑨のうち、維持期リハ*の患者		人
⑪ ⑩のうち、要介護被保険者等		人
⑫ ⑪のうち、現時点で在宅等への退院の見込みがあるが、退院後に、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者(A)		人

※本調査では、「維持期リハビリテーション(維持期リハ)」とは、標準的算定日数を超えた患者について、①治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合以外、②患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合以外、が必要があって行われるリハビリテーションのことを指します。平成27年6月時点で、疾患別リハビリテーションが月13単位に限り算定できる状態が該当します。

問 25 問 24 で維持期リハを受けている要介護被保険者等がいる場合で、退院後に介護保険のリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者がいる場合（(A)の患者：二重線の部分）、その理由は何ですか。該当する番号全てに○をつけてください。（平成 27 年 6 月分）

- 01 患者にとって、要介護認定の申請が負担であるから
- 02 自院・近隣で通所リハを提供していないから
- 03 通所リハではリハビリの質が不明であるから
- 04 患者にとって、医療から介護へ移行することに対する心理的抵抗感が大きいから
- 05 介護保険によるリハビリテーションを利用すると支給限度額を超えるから
- 06 介護保険の事務負担が大きいから
- 07 退院後はリハビリテーションが不要とみられるから
- 08 介護保険によるリハビリテーションを行う場合に想定される場では患者の医学的リスクに対応できないから
- 09 介護保険によるリハビリテーションを行う場合に想定される場では、専門性の観点から、患者にとって医学的に必要なリハビリテーションが提供できないと考えられるから
(→具体的な状態：)
- 10 その他（具体的に)

問 26 上記の問 25 で 04 に該当する患者がいた場合、詳細をご記入ください。（平成 27 年 6 月分）

	年齢	心理的抵抗感の詳細 【選択肢】(複数回答可) 1 介護を受けるとい うことの社会的イ メージ 2 介護のリハビリテ ーションの質に対 する不安 3 介護サービス利用 者との心理的な壁 4 障害を受容する心 理的抵抗 5 その他(その内容 を具体的にご記入 ください)	主な傷病(1つ) 【選択肢】 1 脳血管疾患 2 廃用症候群 3 外傷 4 外傷以外の 整形外科疾患 5 その他	維持期リ ハとなっ てから3 か月以内 である 【選択肢】 1 はい 2 いいえ	ADL(可能であればご記入ください)			
					Barthel Index		FIM (運動項目の91点満 点でご記入ください)	
					入院時	現在	入院時	現在
例	55歳	1, 3	1	2	30	60		
①	歳							
②	歳							
③	歳							
④	歳							
⑤	歳							
⑥	歳							
⑦	歳							
⑧	歳							
⑨	歳							
⑩	歳							

※記入欄が不足する場合にはコピーして、ご記入ください。

5. 貴院の外来患者の「維持期リハ」の実施状況等についてお伺いします。

問 27 平成 27 年 6 月の 1 か月間の外来患者数（実人数、貴院の全診療科の合計人数）をご記入ください。		人
--	--	---

問 28 外来患者で、脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している患者について、平成 27 年 6 月分の実人数をご記入ください。

1) 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）		人
① 1) のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
② ①のうち、維持期リハ*の患者		人
③ ②のうち、要介護被保険者等（B）		人
④ ③のうち、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者（C）		人
2) 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）		人
⑤ 2) のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
⑥ ⑤のうち、維持期リハ*の患者		人
⑦ ⑥のうち、要介護被保険者等（B）		人
⑧ ⑦のうち、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者（C）		人
3) 運動器リハビリテーション料		人
⑨ 3) のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
⑩ ⑨のうち、維持期リハ*の患者		人
⑪ ⑩のうち、要介護被保険者等（B）		人
⑫ ⑪のうち、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者（C）		人

※本調査では、「維持期リハビリテーション（維持期リハ）」とは、標準的算定日数を超えた患者について、①治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合以外、②患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合以外、が必要があって行われるリハビリテーションのことを指します。平成 27 年 6 月時点で、疾患別リハビリテーションが月 13 単位に限り算定できる状態が該当します。

問 29 問 28 で維持期の要介護被保険者（（B）の患者：点線の部分）のうち、標準算定期間を超えた期間別の人数をご記入ください。						
	3 か月未満	3 か月以上 1 年未満	1 年以上 2 年未満	2 年以上 3 年未満	3 年以上 5 年未満	5 年以上
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群以外）	人	人	人	人	人	人
2) 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）	人	人	人	人	人	人
3) 運動器リハビリテーション料	人	人	人	人	人	人

問 30 問 28 で維持期リハを受けている要介護被保険者等がいる場合で、介護保険のリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者がいる場合（(C) の患者：二重線の部分）、その理由は何ですか。該当する番号全てに○をつけてください。

- 01 患者にとって、要介護認定の申請が負担であるから
- 02 自院・近隣で通所リハを提供していないから
- 03 通所リハではリハビリの質が不明であるから
- 04 患者にとって、医療から介護へ移行することに対する心理的抵抗感が大きいから
- 05 介護保険によるリハビリテーションを利用すると支給限度額を超えるから
- 06 介護保険の事務負担が大きいから
- 07 介護保険によるリハビリテーションを行う場合に想定される場では患者の医学的リスクに対応できないから
- 08 介護保険によるリハビリテーションを行う場合に想定される場では、専門性の観点から、患者にとって医学的に必要なリハビリテーションが提供できないと考えられるから
(→具体的な状態：)
- 09 その他（具体的に)

問 31 問 30 で 04 に該当する患者がいた場合、詳細をご記入ください。

	年齢	心理的抵抗感の詳細 【選択肢】(複数回答可) 1 介護を受けるとい うことの社会的イメ ージに対する心理的 抵抗 2 介護のリハビリテ ーションの質に対す る不安に基づく心理 的抵抗 3 他の介護サービス 利用者との心理的な 壁 4 障害を受容する心 理的抵抗 5 その他(その内容 を具体的にご記入く ださい)	主な傷病(1つ) 【選択肢】 1 脳血管疾患 2 廃用症候群 3 外傷 4 外傷以外の 整形外科疾患 5 その他	維持期リ ハとなっ てから3 か月以内 である 【選択肢】 1 はい 2 いいえ	ADL(可能であればご記入ください)				
					Barthel Index		FIM (運動項目の91点満 点でご記入ください)		
					外来リハ 開始時	現在	外来リハ 開始時	現在	
①	歳								
②	歳								
③	歳								
④	歳								
⑤	歳								
⑥	歳								
⑦	歳								
⑧	歳								
⑨	歳								
⑩	歳								

※記入欄が不足する場合にはコピーして、ご記入ください。

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成27年度調査）
リハビリテーションの実施状況調査 **診療所票(案)**

※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27年6月30日時点の状況についてお書きください。

※本調査では、「維持期リハビリテーション（維持期リハ）」とは、標準的算定日数を超えた患者について、①治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合以外、②患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合以外、が必要があって行われるリハビリテーションのことを指します。平成27年6月時点で、疾患別リハビリテーションが月13単位に限り算定できる状態が該当します。

1. 貴院の概要についてお伺いします。

貴院名をご記入ください																			
所在地をご記入ください	（ ）都・道・府・県																		
問1 貴院の 開設者 について該当するものを1つお選びください。																			
01 医療法人 02 個人 03 その他（ ）																			
問2 貴院の同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合も含む）が、同一又は隣接の敷地内で運営している 介護施設・事業所 として該当するものを全てお選びください。																			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">01 介護老人福祉施設</td> <td style="width: 50%;">09 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所</td> </tr> <tr> <td>02 介護老人保健施設</td> <td>10 短期入所生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td>03 訪問介護事業所</td> <td>11 短期入所療養介護事業所</td> </tr> <tr> <td>04 訪問入浴介護事業所</td> <td>12 特定施設入居者生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td>05 訪問看護事業所（06以外）</td> <td>13 居宅介護支援事業所</td> </tr> <tr> <td>06 訪問看護ステーション</td> <td>14 小規模多機能型居宅介護事業所</td> </tr> <tr> <td>07 訪問リハビリテーション事業所</td> <td>15 認知症対応型共同生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td>08 通所介護事業所</td> <td>16 その他（具体的に ）</td> </tr> </table>				01 介護老人福祉施設	09 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所	02 介護老人保健施設	10 短期入所生活介護事業所	03 訪問介護事業所	11 短期入所療養介護事業所	04 訪問入浴介護事業所	12 特定施設入居者生活介護事業所	05 訪問看護事業所（06以外）	13 居宅介護支援事業所	06 訪問看護ステーション	14 小規模多機能型居宅介護事業所	07 訪問リハビリテーション事業所	15 認知症対応型共同生活介護事業所	08 通所介護事業所	16 その他（具体的に ）
01 介護老人福祉施設	09 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所																		
02 介護老人保健施設	10 短期入所生活介護事業所																		
03 訪問介護事業所	11 短期入所療養介護事業所																		
04 訪問入浴介護事業所	12 特定施設入居者生活介護事業所																		
05 訪問看護事業所（06以外）	13 居宅介護支援事業所																		
06 訪問看護ステーション	14 小規模多機能型居宅介護事業所																		
07 訪問リハビリテーション事業所	15 認知症対応型共同生活介護事業所																		
08 通所介護事業所	16 その他（具体的に ）																		
問3 貴院において平成27年6月30日時点で従事している 職員数 をご記入ください。常勤職員については実人数、非常勤については常勤換算数 ^{※1} を記載してください。																			
		常 勤（実人数）	非 常 勤（常勤換算 ^{※1} ）																
1) 医 師		人	人																
【再掲】日本リハビリテーション医学会のリハビリテーション科専門医		人	人																
2) 理学療法士		人	人																
3) 作業療法士		人	人																
4) 言語聴覚士		人	人																
5) ソーシャルワーカー ^{※2}		人	人																
【再掲】社会福祉士の資格保有者		人	人																

※1. **非常勤職員の常勤換算の計算方法**

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点第2位を切り上げ）ご記入ください。

例：1週間の所定労働時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤職員数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

※2. **ソーシャルワーカー**とは、患者等が地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図るための業務の従事者のことをいいます。

問4 貴院は 病床 を有していますか。	01 有➡ () 床	02 無
問5 貴院で平成27年6月30日時点に届出を行っている リハビリテーション料等 について、該当する全てに○をつけてください。		
01 心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	02 心大血管疾患リハビリテーション料 (II)	
03 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	04 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	05 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)
06 運動器リハビリテーション料 (I)	07 運動器リハビリテーション料 (II)	08 運動器リハビリテーション料 (III)
09 呼吸器リハビリテーション料 (I)	10 呼吸器リハビリテーション料 (II)	
11 がん患者リハビリテーション料	12 障害児 (者) リハビリテーション料	13 認知症患者リハビリテーション料
14 難病患者リハビリテーション料	15 摂食機能療法	

2. 貴院の**外来患者**の維持期リハの実施状況等についてお伺いします。

問6 平成27年6月の1か月間の外来患者数をご記入ください。		人
問7 外来患者で、 脳血管疾患等リハビリテーション料 または 運動器リハビリテーション料 を算定している患者について、平成27年6月分の 実人数 をご記入ください。		
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群以外)		人
① 1)のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
② ①のうち、維持期リハの患者		人
③ ②のうち、要介護被保険者等 (A)		人
④ ③のうち、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者 (B)		人
2) 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群)		人
⑤ 2)のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
⑥ ⑤のうち、維持期リハの患者		人
⑦ ⑥のうち、要介護被保険者等 (A)		人
⑧ ⑦のうち、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者 (B)		人
3) 運動器リハビリテーション料		人
⑨ 3)のうち、標準的算定日数を超えた患者		人
⑩ ⑨のうち、維持期リハの患者		人
⑪ ⑩のうち、要介護被保険者等 (A)		人
⑫ ⑪のうち、介護保険でのリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者 (B)		人

※本調査では、「**維持期リハビリテーション (維持期リハ)**」とは、標準的算定日数を超えた患者について、①治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合以外、②患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合以外、が必要があって行われるリハビリテーションのことを指します。平成27年6月時点で、疾患別リハビリテーションが月13単位に限り算定できる状態が該当します。

問8 問7で 維持期の要介護被保険者 ((A)の患者：点線の部分) について、標準算定期間を超えた期間別の人数をご記入ください。						
	3か月未満	3か月以上 1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (廃用症候群以外)	人	人	人	人	人	人
2) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (廃用症候群)	人	人	人	人	人	人
3) 運動器リハビリテーション料	人	人	人	人	人	人

問 9 問 7 で維持期リハを受けている要介護被保険者等がいる場合で、介護保険のリハビリテーションに移行することが困難と見込まれる患者がいる場合（(B) の患者：二重線の部分）、その理由は何ですか。該当する番号全てに○をつけてください。

- 01 患者にとって、要介護認定の申請が負担であるから
- 02 自院・近隣で通所リハを提供していないから
- 03 通所リハではリハビリの質が不明であるから
- 04 患者にとって、医療から介護へ移行することに対する心理的抵抗感が大きいから
- 05 介護保険によるリハビリテーションを利用すると支給限度額を超えるから
- 06 介護保険の事務負担が大きいから
- 07 介護保険によるリハビリテーションを行う場合に想定される場では患者の医学的リスクに対応できないため
- 08 介護保険によるリハビリテーションを行う場合に想定される場では、専門性の観点から、患者にとって医学的に必要なリハビリテーションが提供できないと考えられるから
(→具体的な状態：)
- 09 その他（具体的に)

問 10 問 9 で 04 に該当する患者がいた場合、詳細をご記入ください。

	年齢	心理的抵抗感の詳細 【選択肢】(複数回答可) 1 介護を受けるといふことの社会的イメージ 2 介護のリハビリテーションの質に対する不安 3 介護サービス利用者との心理的な壁 4 障害を受容する心理的抵抗 5 その他(その内容を具体的に記入ください)	主な傷病(1つ) 【選択肢】 1 脳血管疾患 2 廃用症候群 3 外傷 4 外傷以外の整形外科疾患 5 その他	維持期リハとなつてから3か月以内である 【選択肢】 1 はい 2 いいえ	ADL (可能であればご記入ください)			
					Barthel Index		FIM (運動項目の91点満点でご記入ください)	
					外来リハ開始時	現在	外来リハ開始時	現在
例	55歳	1, 3	1	2	30	60		
①	歳							
②	歳							
③	歳							
④	歳							
⑤	歳							
⑥	歳							
⑦	歳							
⑧	歳							
⑨	歳							
⑩	歳							

※記入欄が不足する場合にはコピーして、ご記入ください。

3. 貴院における通所リハの実施状況についてお伺いします。

問 11 平成 25 年 6 月と平成 27 年 6 月の**通所リハの実施の有無、実施日数、利用者延べ数***をご記入ください。

	平成 25 年 6 月		平成 27 年 6 月	
1) 通所リハの実施の有無	01 有	02 無	01 有	02 無
2) 通所リハの実施日数		日		日
3) 通所リハの利用者延べ数*		人		人

※利用者延べ数は、例えば1人の利用者が6月中に5回利用した場合は5人として計算してください。

≪問 12 は平成 27 年 6 月 30 日時点で、通所リハを実施していない場合にご回答ください≫

問 12 今後、通所リハを開設する**意向**はありますか。

01 有	02 無	03 わからない
------	------	----------

問 13 **通所リハを開設する意向がない理由**として該当するもの全てに○をつけてください。

- 01 通所リハに専従する人員を確保できない
- 02 外来の医師の負担が重くなる
- 03 通所リハのために別途場所の確保が必要となる
- 04 通所リハの報酬では採算がとれない
- 05 利用者の送迎体制を整えることが困難
- 06 ケアマネジャーとの連携をとることが負担
- 07 介護報酬の請求事務の負担が大きい
- 08 患者にとって、医療から介護へ移行することに対する心理的抵抗感が大きい
- 09 患者にとって要介護認定の申請が負担である
- 10 みなし指定を受ける方法がわからない
- 11 医師にとって、通所リハを実施することに対する心理的抵抗感が大きい
- 12 その他（具体的に _____)

4. 最後に、本調査に関連した事項でご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成27年度調査）
リハビリテーションの実施状況調査 一般病棟票(案)

※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27年6月30日時点の状況についてお書きください。

(1) 病棟の概要についておうかがいします

問1 貴棟で 算定している診療報酬 として該当するものいずれかに○をつけてください。 なお、いずれにも該当しない場合は、本調査の対象病棟ではありません。			
01 一般病棟 7対1 入院基本料	02 一般病棟 10対1 入院基本料	03 特定機能病院一般病棟 7対1 入院基本料	04 特定機能病院一般病棟 10対1 入院基本料
05 専門病院 7対1 入院基本料	06 専門病院 10対1 入院基本料		
問2 貴棟の 病床数 をご記入ください。（平成27年6月30日時点）			床
問3 貴棟の平成25年6月、平成27年6月時点の 平均在院日数と在宅復帰率 をご記入ください。			
	平成25年6月	平成27年6月	
1) 平均在院日数*	日	日	
2) 在宅復帰率	%	%	

※**平均在院日数**は、該当の病床に入院していた患者について、以下の式に基づき、小数点第2位を切り上げ小数点第1位までご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{6月中の在院患者延数}}{\text{(6月中の新入院患者数+6月中の退院患者数)} \times 0.5}$$

※**在宅復帰率**は、1月1日～6月30日までの期間について、退院患者のうち、自宅、他院の回復期リハ病棟、他院の地域包括ケア病棟（病室）、他院の療養病床（在宅復帰機能強化加算を届け出ている病棟に限る）、居住系介護施設または介護老人保健施設（在宅強化型介護老人保健施設または在宅復帰・在宅療養視線機能加算を届け出ている場合に限る）に退院した者の割合をご記入ください。自院への転棟症例は計算には含めません。

(2) ADL維持向上等体制加算についておうかがいします

問4 貴棟は ADL維持向上等体制加算 を届け出ていますか。（平成27年6月分）	
01 有	02 無（⇒問5へ進んでください）
問4-1（問4で01と回答した場合）加算を届け出ることにより、病棟スタッフのリハビリテーションに対する 意識の変化 はありましたか。	
01 有⇒具体的に（ ） 02 無	
問4-2 加算の届出に当たり、 いずれの職種を常勤専従で配置 していますか。（複数回答可）	
01 理学療法士 02 作業療法士 03 言語聴覚士	
問4-3 常勤専従で配置されたリハビリ職員が行っている 業務 として当てはまるもの全てに○をつけてください。（複数回答可）	
01 患者本人への訓練・指導 02 離床の促進 03 疾患別リハビリテーションを必要とする患者の洗い出し、他の職種への提案 04 入院患者のADL能力に関するスタッフ間の情報共有 05 病棟生活中に起こりうるリスクに関するスタッフ間の情報共有 06 退院先の環境の把握 07 退院後に起こりうるリスクに関するスタッフ間の情報共有 08 転棟・転落リスクを減らす病棟環境整備 09 看護、介護方法の他の職種への提案 10 決まっていない、検討中	

(3) 在棟患者の状況等についておうかがいします

問5 ①貴棟の 在棟患者数 をご記入ください。(平成27年6月30日0時時点)		人										
②貴棟の在棟患者のうち、「疾患別リハビリテーション ^{注2} 」、「摂食機能療法」、「難病患者リハビリテーション」、「障害児(者)リハビリテーション」、「がん患者リハビリテーション」、「認知症患者リハビリテーション」の いずれのリハビリテーションも提供されていない患者数 をご記入ください。		人										
③②の患者について、 リハビリテーションを提供されていない理由別に、重症度、医療・看護必要度の「患者の状態等」(B得点)の得点別にあてはまる人数 を記載してください。												
	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	11点	12点
1) 届け出ているリハビリテーション料の対象ではない												
2) 1)には当てはまらないが、医学的理由でリハビリテーションを実施することが不相当である												
3) 1)及び2)には当てはまらないが、家族・本人の希望でリハビリテーションが実施できない												
4) その他 (具体的に:)												

注1: ③のすべての欄の人数の合計が②の人数と一致することをご確認ください。

注2: 「疾患別リハビリテーション」とは「心大血管リハビリテーション」「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」「呼吸器リハビリテーション」のことです。

(4) 患者の嚥下機能の維持、向上等についておうかがいします

問6 在院患者の 嚥下機能の維持、向上に係る取り組み について、当てはまるものに全てに○をつけてください。
01 医師、看護師、言語聴覚士等が、患者の嚥下機能低下を共通の方法でスクリーニングしている
02 嚥下機能の低下が疑われる患者に対して嚥下造影検査や内視鏡下嚥下機能検査を行い、嚥下機能(誤嚥や咽頭残留など)の評価を行っている
03 摂食・嚥下障害看護の認定看護師が病棟の入院患者の摂食・嚥下機能の評価、誤嚥性肺炎等の予防、摂食・嚥下訓練の方法の選択等に参加している
04 必要に応じて、ベッドサイドにおける嚥下障害の評価を依頼することができる
05 嚥下機能障害を有する患者に対して、口腔清掃を指導あるいは介助している
06 嚥下機能障害を有する患者に対して、摂食機能療法(口腔ケア以外)を実施している
07 嚥下機能の低下した患者に対し、誤嚥しにくいように物性を調整した嚥下調整食を提供している →〔07-1 一般食を砕くなどした食事(ミキサー食等)やゼリー食を提供している〕 〔07-2 外見、風味等、食欲にも配慮した別の献立や調理法により、嚥下調整食を提供している〕
08 嚥下について多職種が参加するカンファレンスを定期的開催している
09 退院後も嚥下しやすい、誤嚥に配慮した食事がとれるよう、調理方法等を指導している
10 食事の摂取方法(食事の姿勢、食器の工夫、介助方法)を指導している
11 退院時に、患者にあった口腔清掃の方法や意義を説明して指導している
12 その他(具体的に:)
13 特になし

問7 貴棟は、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算の届出をしていますか。

- 01 届出をしていない 02 届出をしている

問8 届出をしていない理由として、当てはまるもの全てに○をつけてください。

- 01 摂食機能療法の対象となる患者が少ないから。
- 02 鼻腔栄養を実施している患者や胃瘻を造設している患者が少ないから。
- 03 経口摂取回復率 35%以上を達成することが困難と思われるから
 - 03-1 嚥下機能の低下が進行する疾患の患者が多いから
 - (具体的に)
 - 03-2 症状が固定し嚥下機能の回復が期待できない患者が多いから
 - 03-3 摂食機能療法を実施すること自体が困難な患者が多いから
 - 03-4 その他 (具体的に)
- 04 経口摂取回復率の計算に必要なデータを収集することが困難であるため
 - (具体的に)
- 05 摂食機能療法専従の常勤言語聴覚士を1名以上配置できないから
- 06 月に1回以上、医師、歯科医師、言語聴覚士等の多職種によるカンファレンスを行えないから
- 07 月に1回以上、嚥下造影検査又は内視鏡下嚥下機能検査を実施できないから
- 08 検査機器等の設備を揃えることが難しいから
- 09 摂食機能療法を行う職員の確保が難しいから
- 10 見込める増収が少ないから
- 11 その他 (具体的に)
- 12 特になし

問 8-1 上記のうち、届出をしていない最大の理由を1つ選び、番号を記入してください。

(5) 患者への予後等の説明や退院時の支援等についておうかがいします

問9 退院予定患者について、行っている取り組み全てを選んでください。(複数回答可)

- 01 要支援・要介護認定の有無を確認している
 - 11 認定を受けていない場合には要支援・要介護状態であるかを確認している
 - 12 認定を受けている場合には、介護支援専門員の有無を確認している
 - 13 認定を受けている場合にはケアプランの内容を確認している
 - 14 認定を受けていて介護支援専門員がいる場合には連絡をして、現在の状態や退院後に必要と思われる介護について連絡している
- 02 退院後に自院以外がリハビリテーションを提供する予定がある場合に、現在のADLの評価、リハビリテーションの目標等について伝えている
 - 21 現在のADLの評価、リハビリテーションの目標等を伝えるにあたり、文書の送付のみならず、退院後にリハビリテーションを提供する施設等の職員、及び患者または患者家族を交えたカンファレンスを開催している

問10 リハビリテーション総合計画書を作成し、その内容を患者に説明する際、**身体機能やADLの予後の見通しを説明に含めていますか。**

- 01 ほとんどの場合で含める 02 どちらかといえば含める 03 どちらかといえば含めない

- 04 ほとんどの場合で含めない 05 通常はリハビリテーション総合計画書を作成しない

問10-1 (問10で、01、02を回答した場合) その場合、**主に誰が説明**しますか。(主な1つに○)

- 01 医師 02 看護師 03 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 04 社会福祉士
 05 その他 (具体的に :) 06 特に決まっていない

問 11 平成 27 年 1 月～6 月の半年間に、「回復期リハビリテーション病棟」に転院受け入れを打診したが、**断られた症例**はありましたか。ある場合は、該当の理由を全てご回答ください。

- 01 打診したことがない
- 02 打診したが断られたことはない
- 03 患者のADLが低かった
- 04 患者に意識障害があった
- 05 重度の認知症であった
- 06 高次脳機能障害（認知症を除く）があった
- 07 精神疾患があった
- 08 患者が高齢だった
- 09 医学的理由で長期の入院が予想された
- 10 回復期リハビリテーション病棟での治療・リハビリテーションを要するほど重症ではなかった
- 11 独居など、自宅の介護力が低く、長期の入院が予想された
- 12 服用している薬剤が高額だった
- 13 経鼻経管栄養だった
- 14 気管切開を受けていた
- 15 リハビリテーション以外に、多くのまたは高度な医学的管理や処置が必要であった
- 16 医学的な理由または自宅における介護力以外の理由で、長期の入院が予想された
- 17 満床でベッドの空く見込みがなかった
- 18 その他（具体的に： _____)
- 19 分からない

問 11-1 上記のうち、**最もよくあったものを1つ**選び、番号を記入してください。

問 12 平成 27 年 1 月～6 月の半年間に、「地域包括ケア病棟」に転院受け入れを打診したが、**断られた症例**はありましたか。ある場合は、該当の理由を全てご回答ください。

- 01 打診したことがない（周辺の地域包括ケア病棟を知らない／知っているが打診したことがない）
- 02 打診したが断られたことはない
- 03 患者のADLが低かった
- 04 患者に意識障害があった
- 05 重度の認知症であった
- 06 高次脳機能障害（認知症を除く）があった
- 07 精神疾患があった
- 08 患者が高齢だった
- 09 医学的理由で長期の入院が予想された
- 10 独居など、自宅の介護力が低く、長期の入院が予想された
- 11 服用している薬剤が高額だった
- 12 経鼻経管栄養だった
- 13 気管切開を受けていた
- 14 多くのまたは高度な医学的管理や処置が必要であった
- 15 医学的な理由または自宅における介護力以外の理由で、長期の入院が予想された
- 16 満床でベッドの空く見込みがなかった
- 17 その他（具体的に： _____)
- 18 分からない

問 12-1 上記のうち、**最もよくあったものを1つ**選び、番号を記入してください。

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

ID

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成27年度調査）
リハビリテーションの実施状況調査 回復期リハ病棟票(案)

※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27年6月30日時点の状況についてお書きください。

(1) 貴棟の概要についておうかがいします

問1 貴棟で届出している診療報酬として該当するもの1つに○をつけてください。				
01 回復期リハビリテーション病棟入院料1				
02 回復期リハビリテーション病棟入院料2				
03 回復期リハビリテーション病棟入院料3				
問2 貴棟の医療法上の病床種別として、該当するいずれかに○をつけてください。				
01 一般病床		02 療養病床		
問3 貴棟が算定した加算として該当するものに○をつけてください。（平成27年6月分）（複数回答可）				
01 体制強化加算		02 リハビリテーション総合計画評価料 入院時訪問指導加算		
問4 貴棟の病床数をご記入ください。（平成27年6月30日時点）			床	
問5 貴棟の平成25年6月、平成27年6月時点の平均在院日数 ^{※1} と在宅復帰率 ^{※2} 、ADLが向上した重症患者の割合 ^{※3} をご記入ください。				
	平成25年6月		平成27年6月	
1) 平均在院日数 ^{※1}	日	日	日	日
2) 在宅復帰率 ^{※2}	%	%	%	%
3) ADLが向上した重症患者の割合 ^{※3}	%	%	%	%

※1 平均在院日数は、該当の病床に入院していた患者について、以下の式に基づき、小数点第2位を切り上げ小数点第1位までご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{6月中の在院患者延数}}{(\text{6月中の新入院患者数} + \text{6月中の退院患者数}) \times 0.5}$$

※2 在宅復帰率は1月1日～6月30日までの期間について、退院患者（死亡退院、再入院患者、病状の急性増悪等により他の保険医療機関での治療が必要になり転院し患者を除く）のうち、自宅、居住系介護施設等に退院した患者の割合をご記入ください。

※3 ADLが向上した重症患者の割合は、前年7月1日～当年6月30日までの期間についてご記入ください。ただし、新規に回復期リハビリテーション病棟入院料の届け出を行うなど、1年に満たない場合には、その届出日以降の期間の結果について記入してください。

$$\text{重症患者回復率} = \frac{\text{分母のうち、退院時（転院時を含む）に日常生活機能評価が3点以上改善した人数}}{\text{1年間の退院患者のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数}}$$

(2) 患者への予後等の説明や退院時の支援等についておうかがいします

問6 退院予定患者について、行っている取り組みをいくつでも選んでください。(複数回答可)		
01	要支援・要介護認定の有無を確認している	
11	認定を受けていない場合には要支援・要介護状態であるかを確認している	
12	認定を受けている場合には、介護支援専門員の有無を確認している	
13	認定を受けている場合にはケアプランの内容を確認している	
14	認定を受けていて介護支援専門員がいる場合には連絡をして、現在の状態や退院後に必要と思われる介護について連絡している	
02	退院後に自院以外がリハビリテーションを提供する予定がある場合に、現在のADLの評価、リハビリテーションの目標等について伝えている	
21	現在のADLの評価、リハビリテーションの目標等を伝えるにあたり、文書の送付のみならず、退院後にリハビリテーションを提供する施設等の職員、及び患者または患者家族を交えたカンファレンスを開催している	
03	退院後に自院の外来や訪問診療等でフォローアップしない患者についても、退院後、一定期間後に居宅を訪問する等によって予後を確認している	
問7 リハビリテーション総合計画書を作成し、その内容を患者に説明する際、 身体機能やADLの予後の見通しを説明に含めていますか。		
01	ほとんどの場合で含める	02 どちらかといえば含める
03	どちらかといえば含めない	
04	ほとんどの場合で含めない	
05	通常はリハビリテーション総合計画書を作成しない	
問7-1 (問7で、01、02を回答した場合) その場合、 主に誰が説明 しますか。(主な1つに○)		
01	医師	02 看護師
03	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	
04	社会福祉士	
05	その他(具体的に:)	
06	特に決まっていない	

(3) 患者の状況等についておうかがいします

問8 1) 貴棟の 在棟患者数 をご記入ください。(平成27年6月30日0時時点) ※2) -1及び3)の①~⑧、5)の①~⑦、6)①~⑦のそれぞれの合計人数と一致しているかをご確認ください。		人
2) 貴棟の在棟患者のうち、 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定 している人数をご記入ください。		人
2) -1 2) で記載した回復期リハビリテーション病棟入院料を 算定している患者 について、①~⑤のいずれかに計上してください。		
① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、 発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態		人
② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態		人
③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態		人
④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態		人
⑤ 股関節又は膝関節の置換術後の状態		人
3) 回復期リハビリテーション病棟入院料を 算定していない患者 について、⑥~⑧のいずれかに計上してください。		
⑥ 上記2) -1の①~⑤以外の状態		人
⑦ 上記2) -1の①~⑤の状態に当てはまるが、入院時点で発症等から時間が経っており、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できなかった		人
⑧ 入院時は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定していたが、入院期間が長期となり算定できなくなった		人

4) 2) - 1の③に計上した患者について、対象となるリハビリテーション料について①～⑦のいずれかに計上してください。						
① 脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）					人	
② 心大血管疾患リハビリテーション料					人	
③ 運動器リハビリテーション料					人	
④ 呼吸器リハビリテーション料					人	
⑤ 障害児（者）リハビリテーション料					人	
⑥ がん患者リハビリテーション料					人	
⑦ 上記①～⑥に該当しない					人	
5) 摂食・嚥下障害の臨床的重症度*に関する分類別人数をご記入ください。						
誤嚥あり				誤嚥なし		
① 唾液誤嚥	② 食物誤嚥	③ 水分誤嚥	④ 機会誤嚥	⑤ 口腔問題	⑥ 軽度問題	⑦ 正常範囲
人	人	人	人	人	人	人

【※摂食・嚥下障害の臨床的重症度の定義】

- ① 唾液誤嚥：唾液を含めてすべてを誤嚥し、呼吸状態が不良、あるいは、嚥下反射が全く惹起されず、呼吸状態が不良
- ② 食物誤嚥：あらゆるものを誤嚥し嚥下できないが、呼吸状態は安定
- ③ 水分誤嚥：水分を誤嚥するが、工夫した食物は誤嚥しない
- ④ 機会誤嚥：時々、誤嚥する、もしくは咽頭残留が著名で臨床上誤嚥が疑われる
- ⑤ 口腔問題：誤嚥はないが、主として口腔期障害により摂食に問題がある
- ⑥ 軽度問題：主観的問題を含めなんらかの問題がある
- ⑦ 正常範囲：臨床的に問題なし

6) 食事の状態別患者数：在棟患者について、①～⑦のいずれか近いもの1つに計上してください。		
① 全量経口栄養の患者：胃瘻なし		人
② 全量経口栄養の患者：胃瘻はあるが過去1か月使っていない		人
③ 主に経口栄養の患者		人
④ 主に経管栄養の患者：経鼻胃経管栄養法		人
⑤ 主に経管栄養の患者：間欠的経管栄養法		人
⑥ 主に胃瘻栄養の患者		人
⑦ 主に経静脈栄養の患者		人

問 9 在院患者の嚥下機能の維持、向上に係る取り組みについて、当てはまるものに全てに○をつけてください。

- 01 医師、看護師、言語聴覚士等が、患者の嚥下機能低下を共通の方法でスクリーニングしている
- 02 嚥下機能の低下が疑われる患者に対して嚥下造影検査や内視鏡下嚥下機能検査を行い、嚥下機能（誤嚥や咽頭残留など）の評価を行っている
- 03 摂食・嚥下障害看護の認定看護師が病棟の入院患者の摂食・嚥下機能の評価、誤嚥性肺炎等の予防、摂食・嚥下訓練の方法の選択等に参加している
- 04 必要に応じて、ベッドサイドにおける嚥下障害の評価を依頼することができる
- 05 嚥下機能障害を有する患者に対して、口腔清掃を指導あるいは介助している
- 06 嚥下機能障害を有する患者に対して、摂食機能療法（口腔ケア以外）を実施している
- 07 嚥下機能の低下した患者に対し、誤嚥しにくいように物性を調整した嚥下調整食を提供している
 →〔07-1 一般食を砕くなどした食事（ミキサー食等）やゼリー食を提供している〕
 〔07-2 外見、風味等、食欲にも配慮した別の献立や調理法により、嚥下調整食を提供している〕
- 08 嚥下について多職種が参加するカンファレンスを定期的で開催している
- 09 退院後も嚥下しやすい、誤嚥に配慮した食事がとれるよう、調理方法等を指導している
- 10 食事の摂取方法（食事の姿勢、食器の工夫、介助方法）を指導している
- 11 退院時に、患者にあった口腔清掃の方法や意義を説明して指導している
- 12 その他（具体的に _____）
- 13 特になし

問 10 貴棟は、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算の届出をしていますか。

- 01 届出をしていない 02 届出をしている

問 11 届出をしていない理由として、当てはまるもの全てに○をつけてください。

- 01 摂食機能療法の対象となる患者が少ないから。
- 02 鼻腔栄養を実施している患者や胃瘻を造設している患者が少ないから。
- 03 経口摂取回復率 35%以上を達成することが困難と思われるから
 →〔03-1 嚥下機能の低下が進行する疾患の患者が多いから〕
 ↳（具体的に _____）
 〔03-2 症状が固定し嚥下機能の回復が期待できない患者が多いから〕
 〔03-3 摂食機能療法を実施すること自体が困難な患者が多いから〕
 〔03-4 その他（具体的に _____）〕
- 04 経口摂取回復率の計算に必要なデータを収集することが困難であるため
 （具体的に _____）
- 05 摂食機能療法専従の常勤言語聴覚士を1名以上配置できないから
- 06 月に1回以上、医師、歯科医師、言語聴覚士等の多職種によるカンファレンスを行えないから
- 07 月に1回以上、嚥下造影検査又は内視鏡下嚥下機能検査を実施できないから
- 08 検査機器等の設備を揃えることが難しいから
- 09 摂食機能療法を行う職員の確保が難しいから
- 10 見込める増収が少ないから
- 11 その他（具体的に _____）
- 12 特になし

問 11-1 上記のうち、届出をしていない最大の理由を1つ選び、番号を記入してください。

問 12 平成 27 年 1 月に貴棟に入棟した患者で、入棟時に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定していた患者で、かつ疾患別リハビリテーションを実施し、リハビリテーション総合計画評価料を算定している者、または廃用症候群の者についてご記入ください。(既に退院した患者も調査の対象です。)

	①入棟日 ※1月の場合のみ調査対象です			②退院月日 入院継続中の場合は、空欄のままにしてください			③年齢 (入棟時点)	④最初の計画書の認知機能の評価 【選択肢】 1 I 2 II 3 III 4 IV 5 M	⑤ADL ※なお、BIまたはFIMのいずれかで評価していますか。該当するものに○をしてください (1 BI ・ 2 FIM) また、FIMを選択した場合は、運動項目91点満点でご記入ください						⑥疾患別リハの種類【選択肢】 1 心大血管疾患等 2 脳血管疾患等 (廃用症候群以外) 3 脳血管疾患等 (廃用症候群) 4 運動器等 5 呼吸器等 6 その他						⑦疾患別リハの実施単位数						⑧リハビリテーション起算日	
	日	月	日	歳	入棟時	2月	3月	4月	5月	6月		1月	2月	3月	4月	5月	6月	月	日									
例	15	2	28	67	1	40	50						1	100	182					12	10							
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

※ADLについて、廃用症候群の場合は「廃用症候群にかかる評価表」の評価点数、リハビリテーション総合実施計画を策定する患者の場合は当該「計画書」にある評価を用いてください。

退院月以降の記入は不要です。認知機能の評価も、評価表や計画書から転記してください。

※リハビリテーション起算日は、原疾患の発症、手術、急性増悪等、リハビリテーションの標準的算定日数を計算するときの起算日となる日です。

※記入欄が不足する場合にはコピーして、ご記入ください。

(問 13 と問 14 は、回復期リハ病棟入院基本料「I」の場合のみ、ご回答ください)

問 13 平成 27 年 4 月～6 月に貴棟へ入棟した患者のうち、入棟時に A 項目が 1 点以上の患者全員について、1 人ずつ、入棟時の状態等をご記入ください。						
	①年齢	②発症・手術後、入棟までの日数	③状態 (選択肢は 7 頁)	④入棟時の A 得点	⑤該当する A 項目 (選択肢は 7 頁)	⑥入棟時の B 得点
例	70	45 日	4	1 点	10	0 点
1	歳	日		点		点
2	歳	日		点		点
3	歳	日		点		点
4	歳	日		点		点
5	歳	日		点		点
6	歳	日		点		点
7	歳	日		点		点
8	歳	日		点		点
9	歳	日		点		点
10	歳	日		点		点
11	歳	日		点		点
12	歳	日		点		点
13	歳	日		点		点
14	歳	日		点		点

※記入欄が不足する場合にはコピーして、ご記入ください。

問 14 平成 27 年 4 月に貴棟へ入棟した患者のうち、入棟時に A 項目が 0 点の患者全員について、1 人ずつ、入棟時の状態等をご記入ください。				
	①年齢	②発症・手術後、入棟までの日数	③状態 (選択肢は 7 頁)	④入棟時の B 得点
1	歳	日		点
2	歳	日		点
3	歳	日		点
4	歳	日		点
5	歳	日		点
6	歳	日		点
7	歳	日		点
8	歳	日		点
9	歳	日		点
10	歳	日		点
11	歳	日		点
12	歳	日		点
13	歳	日		点
14	歳	日		点
15	歳	日		点

※記入欄が不足する場合にはコピーして、ご記入ください。

【③状態の選択肢】

1	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
2	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5	股関節又は膝関節の置換術後の状態
6	1～5以外の状態

【⑤A項目の選択肢：複数回答可】

10	創傷処置（創傷の処置、または褥瘡の処置）
20	呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）
30	点滴ライン同時3本以上
40	心電図モニターの管理
50	シリンジポンプの管理
60	輸液や血液製剤の管理
70	抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）
71	抗悪性腫瘍剤の内服の管理
72	麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）
73	麻薬の内服・貼付
74	放射線治療
75	免疫抑制剤の使用
76	昇圧剤の使用（注射剤のみ）
77	抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）
78	抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用
79	ドレナージの管理

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

平成 27 年*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 27 年度調査）
「リハビリテーションの実施状況調査」へのご協力をお願い（案）

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、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等についての評価の新設及び回復期リハビリテーション病棟における評価の見直しが行われました。また、リハビリテーションの外来への早期移行を推進する観点から、外来における早期リハビリテーションの評価の見直しが行われ、さらに、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価が行われました。

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、病院・診療所を対象に、リハビリテーションの提供体制、提供状況や患者の状態の改善状況等を把握することを目的に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 27 年*月*日（火）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5-1 1-2
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
（担当：***、***、***）
E-mail：***@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、e-mail でご連絡いただけますと幸いです。
e-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）
FAX：03-6733-****

厚生労働省保険局医療課委託事業
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 27 年度調査）
「明細書の無料発行の実施状況調査」調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年 4 月よりレセプトの電子請求を行っている保険医療機関（400 床以上のものに限る）及び保険薬局については、例外なく詳細な個別の点数項目がわかる明細書の発行が義務づけられた。また、レセプトの電子請求を行っている 400 床未満の病院についても、平成 28 年 4 月以降、例外なく明細書を発行することが義務づけられた。

本調査では、これらを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションにおける明細書の発行状況、発行事務の現状、患者への影響等を調査するとともに、明細書発行に対する患者の意識について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 明細書の発行実態（発行枚数（公費負担医療の対象患者への発行を含む）、費用徴収の有無及びその金額等）の把握
- ・ 明細書発行の事務・費用負担の実態（患者からの照会件数、照会への対応体制確保の状況、設備整備に要する費用等）の把握
- ・ 患者の明細書の受領状況及び明細書受領に関する意識（患者における必要性等）の把握
- ・ 患者の明細書の活用状況及び明細書の内容に関する理解度の把握

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<施設調査>

①病院調査

- ・ 全国の病院の中から無作為に抽出した 1,000 施設程度。

②一般診療所調査

- ・ 全国の一般診療所の中から無作為に抽出した 1,000 施設程度。

③歯科診療所調査

- ・ 全国の歯科診療所の中から無作為に抽出した 1,000 施設程度。

④保険薬局調査

- ・ 全国の保険薬局の中から無作為に抽出した 500 施設程度。

⑤訪問看護ステーション調査

- ・ 全国の訪問看護ステーションの中から無作為に抽出した 500 事業所程度。

<患者調査>

⑥病院（入院）患者調査

- ・ 上記①「病院調査」の対象施設に調査期間中に入院していた患者を調査対象とする。
- ・ 1施設につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は2,000人（ $2 \times 1,000 = 2,000$ 人）となる。

⑦病院（外来）患者調査

- ・ 上記①「病院調査」の対象施設を調査期間中に受診した外来患者を調査対象とする。
- ・ 1施設につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は2,000人（ $2 \times 1,000 = 2,000$ 人）となる。

⑧一般診療所患者調査

- ・ 上記②「一般診療所調査」の対象施設を調査期間中に受診した外来患者を調査対象とする。
- ・ 1施設につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は2,000人（ $2 \times 1,000 = 2,000$ 人）となる。

⑨歯科診療所患者調査

- ・ 上記③「歯科診療所調査」の対象施設を調査期間中に受診した患者を調査対象とする。
- ・ 1施設につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は2,000人（ $2 \times 1,000 = 2,000$ 人）となる。

⑩保険薬局患者調査

- ・ 上記④「保険薬局調査」の対象施設を調査期間中に院外処方せんを持って来局した患者を調査対象とする。
- ・ 1施設につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は1,000人（ $2 \times 500 = 1,000$ 人）となる。

⑪訪問看護ステーション利用者調査

- ・ 上記⑤「訪問看護ステーション調査」の対象事業所の訪問看護（医療保険）を1か月以上利用し、かつ調査期間中も利用のあった利用者^①を調査対象とする。
- ・ 1事業所につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は1,000人（ $2 \times 500 = 1,000$ 人）となる。

○調査方法（案）

- ・ 施設・事業所等宛ての自記式調査票を郵送配布し、郵送回収する。
- ・ 患者調査は、自記式調査票の配布は施設調査対象施設を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行う。

■ 調査項目

※調査票案 参照

■ 調査スケジュール

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1~3月
調査票案の作成	→								
調査客体の抽出・名簿作成		→							
調査票印刷・封入・発送		→							
調査期間			→						
督促状印刷・発送			→						
調査票回収・検票			→						
データ入力 データクリーニング				→					
集計・分析					→				
速報（案）の作成					→				
追加分析						→			
本報告（案）の作成							→		
調査検討委員会の開催		★				★			

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 27 年度調査)
明細書の無料発行の実施状況調査 調査票(案)

- ※ この「病院票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における診療の内容が分かる明細書（以下、「明細書」）の発行状況やお考えについてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 27 年●月末現在の状況についてご記入ください。

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①施設名	()														
②所在地	() 都・道・府・県														
③開設者 ※○は1つだけ	1. 国立	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人							
④標榜診療科 ※○はいくつでも	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 脳神経外科	5. 小児科	6. 産婦人科	7. 呼吸器科	8. 消化器科	9. 循環器科	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. その他
⑤DPC 対応 ※○は1つだけ	1. DPC 対象病院			2. DPC 準備病院		3. 対応していない									
⑥許可病床数 ※介護療養病床は療養病床に含める	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	計									
	床	床	床	床	床	床									
⑦1日平均在院患者数 ※平成 27 年●月 1 か月間	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院全体									
	人	人	人	人	人	人									
⑧外来患者数 ※平成 27 年●月 1 か月間	1) 初診患者数		人	2) 再診延べ患者数		人									
⑨全職員数 (常勤換算*) ※小数点以下第 1 位まで ※委託職員・派遣職員を含める	医師・ 歯科医師	看護職員	薬剤師	事務職員	その他職員	計									
	人	人	人	人	人	人									
*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)															
⑩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 ※○は1つだけ	1. 導入している		2. 導入の具体的な予定がある		3. 導入を検討中			4. 導入する予定はない							
⑪レセプト請求方法 ※最も多いものに○	1. オンライン請求		2. 電子媒体 (CD など) による提出		3. 紙レセプトによる提出 (手書き)			4. 代行請求							

2 明細書の発行状況、発行体制、患者の反応等についてお伺いします。

【明細書の発行状況】

①貴施設における、明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。※○は1つだけ

- 1. 原則、全患者に明細書を発行している（希望しない患者、自己負担額のない患者等は除く）
- 2. 「正当な理由」の届出をし、発行を希望する一部の患者にのみ明細書を発行している
- 3. 明細書の発行は行っていない → 4 ページの質問 4 へ

②現在、明細書発行について、患者から費用を徴収していますか。※○は1つだけ

- 1. 徴収していない → 4 ページの質問 3 へ
- 2. 徴収している

②-1 1件当たりの徴収金額、その金額の算出根拠、貴施設で平成 27 年●月 1 か月間に明細書を有料発行した件数を外来／入院別にお書きください。

1) 1 件当たりの徴収金額	1 件当たり () 円			
2) 徴収金額の算出根拠	()			
3) 明細書の有料発行件数	外来	件	入院	件

→ 4 ページの質問 3 へお進みください

③貴施設が明細書を発行していない患者として、あてはまるものに○をつけてください。

自己負担額のない患者は除きます。 ※○はいくつでも

- 0. 発行していない患者はいない
- 1. 明細書の発行を希望しない患者
- 2. 診療情報の提供が第三者の利益を害するおそれがある、又は患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあると医療従事者等が認めた患者
- 3. その他（具体的に)

④平成 27 年●月 1 か月間に貴施設を受診した患者のうち、明細書を発行しなかった患者はどの程度いましたか。外来／入院別に最もあてはまるものを選んでください。 ※自己負担額のない患者は除きます

1) 外来	1. 10%未満	2. 10%以上 30%未満	3. 30%以上 50%未満
	4. 50%以上 70%未満	5. 70%以上 90%未満	6. 90%以上
	7. わからない		
2) 入院	1. 10%未満	2. 10%以上 30%未満	3. 30%以上 50%未満
	4. 50%以上 70%未満	5. 70%以上 90%未満	6. 90%以上
	7. わからない		

⑤貴施設では、どのようなタイミング（頻度）で外来患者に対して明細書を発行していますか。※○はいくつでも

- 1. 精算の都度発行
- 2. 次回来院時に発行
- 3. 月に 1 回まとめて発行
- 4. 患者・家族の要望に応じて発行
- 5. その他（具体的に)

⑥貴施設では、どのようなタイミング（頻度）で入院患者に対して明細書を発行していますか。※○はいくつでも

- 1. 精算の都度発行（定期請求を含む）
- 2. 月に 1 回まとめて発行（1.以外）
- 3. 退院時にまとめて発行
- 4. 患者・家族の要望に応じて発行
- 5. その他（具体的に)

⑦貴施設では、自己負担額（一部負担金）のない患者に対して明細書を発行していますか。※○は1つだけ

- 1. 全員に発行している
- 2. 要望があれば発行している
- 3. 発行していない
- 4. その他（具体的に)

⑦-1 明細書を発行していない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. 処方がない場合、患者は受付に寄らずに帰宅するため
2. 自己負担額のない患者については、明細書発行の義務がないため
3. 明細書発行のための費用を負担に感じるため
4. 患者本人が明細書の発行を希望しないため
5. その他（具体的に _____）

⑧自己負担額（一部負担金）のない患者への明細書発行についてご意見があればご記入ください。

【明細書の発行体制・体制整備等】

⑨貴施設では、明細書の作成・発行について、どのような体制で対応していますか。 ※〇はいくつでも

1. 会計窓口の職員が対応している
2. 自動入金機で対応している
3. その他（具体的に _____）
4. 特に対応する体制をとっていない

⑩貴施設では、患者からの明細書の内容等の問合せに、どのような体制で対応していますか。※〇はいくつでも

1. 会計窓口の職員が対応している
2. 医師・歯科医師が対応している
3. 照会の内容によって対応する人を変えている
4. 患者相談窓口で対応している
5. その他（具体的に _____）
6. 特に対応する体制をとっていない

⑪貴施設では、いつから明細書の発行を行っていますか。※〇は1つだけ

1. 平成 22 年 3 月以前
2. 平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月
3. 平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月
4. 平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月
5. 平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月
6. 平成 26 年 4 月以降

⑪-1 明細書の作成及び患者からの照会のために、貴施設が行ったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

0. 特に行ったことはない
1. 明細書発行や患者からの照会に対応するための職員を増員した →増員人数：(_____) 人
2. 患者からの照会に対応するために担当者に対して教育研修を行った
3. 明細書発行に対応しているレセプトコンピュータを新規に導入した
4. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータを改修した
5. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータとは別の、パソコン等のソフトを新規に購入した
6. 明細書を印刷するためのプリンターを新規に購入または買い換えた
7. 明細書発行に対応している自動入金機を新規に導入した
8. 明細書発行に対応するため自動入金機を改修した
9. その他（具体的に _____）

⑪-2 明細書発行体制の整備のために、初期費用としてかかった費用があれば、その金額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

1) 人材体制整備のための費用	約 (_____) 万円
2) 設備投資のための費用	約 (_____) 万円

⑫平成 27 年●月 1 か月間で、明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代）があれば、その額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

約 (_____) 万円

⑬明細書発行体制の整備にあたって、負担となることは何ですか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1. 設備投資のための初期費用 | 2. 人材体制整備のための初期費用 |
| 3. 明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代） | |
| 4. 明細書発行に伴う業務負担の増加 | 5. 会計等の患者の待ち時間が長くなること |
| 6. その他（具体的に | 7. 特に負担に感じることはない |

【患者の反応】

⑭貴施設において、平成 27 年●月 1 か月間で、患者から明細書について問合せはありましたか。 ※〇は1つだけ

- | |
|-------------|
| 1. 問合せがあった |
| 2. 問合せはなかった |

⑭-1 明細書の内容についての患者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 診療月日 | 2. 入院期間 |
| 3. 診療報酬点数の個別項目名（処置・検査名含む） | 4. 診療報酬点数の個別点数や価格 |
| 5. 診療報酬点数の算定回数 | 6. 使用医薬品の名称・投与回数・日数 |
| 7. その他（具体的に | |

⑭-2 上記⑭-1で最も多いものの番号1つをお答えください。

→質問4へお進みください

3 <「正当な理由」を届出している施設の方>

原則、全患者に対し明細書を無料発行していない理由等についてお伺いします。

①原則、全患者に対し明細書を無料発行していないのはなぜですか。 ※〇は1つだけ

- | |
|--|
| 1. 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 |
| 2. 自動入金機を活用しており、明細書発行を行うには自動入金機の改修が必要なため |
| 3. その他（具体的に |

② 貴施設では、今後、全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定ですか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1. 具体的な計画がある→明細書無料発行予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 | |
| 2. 具体的な時期は未定だが、検討中である | 3. 予定はない |
| 4. その他（具体的に | |

③今後、全患者に明細書を無料で発行する場合に何かお困りになることがありますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

③-1 それはどのようなことでしょうか。できるだけ具体的にご記入ください。

--

4 <全施設の方>

明細書の無料発行にあたってご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

--

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。

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 27 年度調査)
明細書の無料発行の実施状況調査 調査票(案)

- ※ この「一般診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における診療の内容が分かる明細書（以下、「明細書」）の発行状況やお考えについてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 27 年●月末現在の状況についてご記入ください。

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①施設名	()					
②所在地	() 都・道・府・県					
③開設者 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他 ()					
④施設種別 ※○は1つだけ	1. 有床診療所 →許可病床数：() 床 2. 無床診療所					
⑤標榜診療科 ※○はいくつでも	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. その他					
⑥全職員数 (常勤換算*) ※平成 27 年●月 ※小数点以下第 1 位まで	医師	看護職員	薬剤師	事務職員	その他の職員	計
	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人
*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)						
⑦ 1 か月間の延べ患者数 ※平成 27 年●月 1 か月間	1) 外来	初診	() 人	2) 入院	() 人	
		再診	() 人			
⑧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 ※○は1つだけ	1. 導入している 2. 導入の具体的な予定がある 3. 導入を検討中 4. 導入する予定はない					
⑨レセプト請求方法 ※最も多いものに○	1. オンライン請求 2. 電子媒体 (CD など) による提出 3. 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) 4. 紙レセプトによる提出 (手書き) 5. 代行請求					

(注)「レセプトコンピュータ等による医事会計システム」とは、いわゆるレセコンのことです。

2 明細書の発行状況、発行体制、患者の反応等についてお伺いします。

【明細書の発行状況】

①「明細書発行体制等加算」の届出をしていますか。 ※〇は1つだけ

1. 届出している →1) 施設基準届出時期：平成()年()月
→2) 算定回数：()回 ※平成27年●月1か月
2. 届出していない

②貴施設における明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。 ※〇は1つだけ

1. 原則、全患者に明細書を発行している（希望しない患者、自己負担額のない患者等は除く）
2. 希望する一部の患者にのみ明細書を発行している
3. 明細書の発行は行っていない →4ページの質問**3**へ

③現在、明細書発行について、患者から費用を徴収していますか。費用を徴収している場合、1件当たりの金額はいくらですか。また、その金額の算出根拠を具体的にお書きください。

※〇は1つだけ ※明細書発行体制等加算による費用徴収は除く

1. 徴収していない
2. 徴収している → { 1件当たりの徴収金額：()円
 { 上記徴収金額の算出根拠：(具体的に)

④貴施設での平成27年●月1か月間の明細書発行件数について、外来/入院別にお書きください。

※自己負担額のない患者への発行件数も含めてご記入ください ※発行がない場合は「0」とご記入ください

	外 来	入 院 (有床診療所の方のみ)
1) 無料で発行した件数	件	件
2) 有料で発行した件数	件	件
3) 合計	件	件

⑤貴施設では、どのようなタイミング（頻度）で外来患者に対して明細書を発行していますか。 ※〇はいくつでも

1. 精算の都度発行 2. 次回来院時に発行 3. 月に1回まとめて発行
4. 患者・家族の要望に応じて発行 5. その他（具体的に)

【有床診療所の方】

⑥貴施設では、どのようなタイミング（頻度）で入院患者に対して明細書を発行していますか。 ※〇はいくつでも

1. 精算の都度発行（定期請求を含む） 2. 月に1回まとめて発行（1.以外）
3. 退院時にまとめて発行 4. 患者・家族の要望に応じて発行
5. その他（具体的に)

⑦貴施設では、自己負担額（一部負担金）のない患者に対して明細書を発行していますか。 ※〇は1つだけ

1. 全員に発行している 2. 要望があれば発行している
3. 発行していない 4. その他（具体的に)

【上記⑦で「3. 発行していない」と回答した施設の方】

⑦-1 明細書を発行していない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 処方がない場合、患者は受付に寄らずに帰宅するため
2. 自己負担額のない患者については、明細書発行の義務がないため
3. 明細書発行のための費用を負担に感じるため
4. 患者本人が明細書の発行を希望しないため 5. その他（具体的に)

⑧自己負担額（一部負担金）のない患者への明細書発行についてご意見があればご記入ください。

【明細書の発行体制・体制整備等】

⑨貴施設では、どのような方法で明細書の作成・発行を行っていますか。 ※〇はいくつでも

1. レセプトコンピュータで作成している	2. パソコン等で作成している
3. 手書きで作成している	4. その他（具体的に _____）

⑩貴施設では、患者からの明細書の内容等の問合せに、どのような体制で対応していますか。 ※〇はいくつでも

1. 会計窓口の職員が対応している	2. 医師が対応している
3. 照会の内容によって対応する人を変えている	
4. その他（具体的に _____）	5. 特に対応する体制をとっていない

⑪貴施設では、いつから明細書の発行を行っていますか。 ※〇は1つだけ

1. 平成 22 年 3 月以前	2. 平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月
3. 平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	4. 平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月
5. 平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月	
6. 平成 26 年 4 月以降	

【平成 26 年 4 月以降に明細書の発行を始めた施設の方】

⑪-1 明細書の作成及び患者からの照会のために、貴施設が行ったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

0. 特に行ったことはない
1. 明細書発行や患者からの照会に対応するための職員を増員した →増員人数：（ _____ ）人
2. 患者からの照会に対応するために担当者に対して教育研修を行った
3. 明細書発行に対応しているレセプトコンピュータを新規に導入した
4. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータを改修した
5. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータとは別の、パソコン等のソフトを新規に購入した
6. 明細書を印刷するためのプリンターを新規に購入または買い換えた
7. 明細書発行に対応している自動入金機を新規に導入した
8. 明細書発行に対応するため自動入金機を改修した
9. その他（具体的に _____）

⑪-2 明細書を発行するために、初期費用としてかかった費用があれば、その金額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

1) 人材体制整備のための費用	約（ _____ ）万円
2) 設備投資のための費用	約（ _____ ）万円

⑫平成 27 年 ● 月 1 か月間で、明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代）があれば、その額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

約（ _____ ）万円

⑬明細書発行体制の整備にあたって、負担となることは何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 設備投資のための初期費用	2. 人材体制整備のための初期費用
3. 明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代）	
4. 明細書発行に伴う業務負担の増加	5. 会計等の患者の待ち時間が長くなること
6. その他（具体的に _____）	
7. 特に負担に感じることはない	

(→ 裏面に続きます)

【患者の反応等】

⑭ 貴施設において、平成 27 年●月 1 か月間で、患者から明細書について問合せはありましたか。 ※○は1つだけ

- 1. 問合せがあった
- 2. 問合せはなかった

⑭-1 明細書の内容についての患者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。 ※○はいくつでも

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 診療月日 | 2. 入院期間 |
| 3. 診療報酬点数の個別項目名（処置・検査名含む） | 4. 診療報酬点数の個別点数や価格 |
| 5. 診療報酬点数の算定回数 | 6. 使用医薬品の名称・投与回数・日数 |
| 7. その他（具体的に | ） |

⑭-2 上記⑭-1で最も多いものの番号1つをお答えください。

3 <全患者（発行を希望しない患者、自己負担額のない患者等を除く）には明細書の無料発行を行っていない施設の方>

原則、全患者には明細書を無料発行していない理由等についてお伺いします。

① 原則、全患者には明細書を無料発行していないのはなぜですか。 ※○は1つだけ

- 1. 全ての常勤医師が 65 歳以上で審査支払機関にその旨の届出をして、オンライン請求または電子媒体による請求が免除されているため
- 2. 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
- 3. 自動入金機を活用しており、明細書発行を行うには自動入金機の改修が必要なため
- 4. レセプトコンピュータを使用していないため
- 5. その他（具体的に

② 貴施設では、今後、全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定ですか。 ※○は1つだけ

- 1. 具体的な計画がある→明細書無料発行予定時期：平成（ ）年（ ）月頃
- 2. 具体的な時期は未定だが、検討中である
- 3. 予定はない
- 4. その他（具体的に

③ 今後、全患者に明細書を無料で発行する場合に何かお困りになることがありますか。 ※○は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない

③-1 それはどのようなことでしょうか。できるだけ具体的に記入ください。

4 <全施設の方>

明細書の無料発行について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

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。

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 27 年度調査)
明細書の無料発行の実施状況調査 調査票(案)

- ※ この「歯科診療所票」は歯科診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における診療の内容が分かる明細書（以下、「明細書」）の発行状況やお考えについてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 27 年●月末現在の状況についてご記入ください。

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①施設名	()			
②所在地	() 都・道・府・県			
③開設者 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他 ()			
④標榜診療科 ※○はいくつでも	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科 5. その他			
⑤全職員数 (常勤換算*) ※平成 27 年●月 ※小数点以下第 1 位まで	歯科医師	歯科衛生士	その他の職員	計
	. 人	. 人	. 人	. 人
*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 週間に複数勤務の場合：(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 か月に複数勤務の場合：(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)				
⑥ 1 か月間の延べ外来患者数 ※平成 27 年●月 1 か月間	初診	() 人		
	再診	() 人		
⑦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 ※ ○は1つだけ	1. 導入している 2. 導入の具体的な予定がある 3. 導入を検討中 4. 導入する予定はない			
⑧レセプト請求方法 ※最も多いものに○	1. オンライン請求 2. 電子媒体 (CD など) による提出 3. 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) 4. 紙レセプトによる提出 (手書き) 5. 代行請求			

(注)「レセプトコンピュータ等による医事会計システム」とは、いわゆるレセコンのことです。

2 明細書の発行状況、発行体制、患者の反応等についてお伺いします。

【明細書の発行状況】

①「明細書発行体制等加算」の届出をしていますか。 ※○は1つだけ	
1. 届出している	→1) 施設基準届出時期：平成 () 年 () 月 →2) 算定回数：() 回 ※平成 27 年●月 1 か月
2. 届出していない	

②貴施設における、明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。※○は1つだけ

1. 原則、全患者に明細書を発行している（希望しない患者、自己負担額のない患者等は除く）
2. 希望する一部の患者にのみ明細書を発行している
3. 明細書の発行は行っていない → 4 ページの質問 3へ

③現在、明細書発行について、患者から費用を徴収していますか。費用を徴収している場合、1件当たりの金額はいくらですか。また、その金額の算出根拠を具体的にお書きください。

※○は1つだけ ※明細書発行体制等加算による費用徴収は除く

1. 徴収していない
2. 徴収している → { 1件当たりの徴収金額：() 円
上記徴収金額の算出根拠：(具体的に)

④貴施設での平成 27 年●月 1 か月間の明細書発行件数をお書きください。

※自己負担額のない患者への発行件数も含めてご記入ください ※発行がない場合は「0」とご記入ください

1) 無料で発行した件数	件
2) 有料で発行した件数	件
3) 合計	件

⑤貴施設では、どのようなタイミング（頻度）で明細書を発行していますか。※○はいくつでも

1. 精算の都度発行
2. 次回来院時に発行
3. 月に1回まとめて発行
4. 患者・家族の要望に応じて発行
5. その他（具体的に)

⑥貴施設では、自己負担額（一部負担金）のない患者に対して明細書を発行していますか。※○は1つだけ

1. 全員に発行している
2. 要望があれば発行している
3. 発行していない
4. その他（具体的に)

【上記⑥で「3. 発行していない」と回答した施設の方】

⑥-1 明細書を発行していない理由は何ですか。※○はいくつでも

1. 処方がない場合、患者は受付に寄らずに帰宅するため
2. 自己負担額のない患者については、明細書発行の義務がないため
3. 明細書発行のための費用を負担に感じるため
4. 患者本人が明細書の発行を希望しないため
5. その他（具体的に)

⑦自己負担額（一部負担金）のない患者への明細書発行についてご意見があればご記入ください。

【明細書の発行体制・体制整備等】

⑧貴施設では、どのような方法で明細書の作成・発行を行っていますか。 ※○はいくつでも

1. レセプトコンピュータで作成している
2. パソコン等で作成している
3. 手書きで作成している
4. その他（具体的に)

⑨貴施設では、患者からの明細書の内容等の問合せに、どのような体制で対応していますか。※〇はいくつでも

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 会計窓口の職員が対応している | 2. 歯科医師が対応している |
| 3. 照会の内容によって対応する人を変えている | |
| 4. その他（具体的に | 5. 特に対応する体制をとっていない |

⑩貴施設では、いつから明細書の発行を行っていますか。※〇は1つだけ

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. 平成 22 年 3 月以前 | 2. 平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月 |
| 3. 平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月 | 4. 平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月 |
| 5. 平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月 | |
| 6. 平成 26 年 4 月以降 | |

【平成 26 年 4 月以降に明細書の発行を始めた施設の方】

⑩-1 明細書の作成及び患者からの照会のために、貴施設が行ったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

0. 特に行ったことはない
1. 明細書発行や患者からの照会に対応するための職員を増員した →増員人数：()人
2. 患者からの照会に対応するために担当者に対して教育研修を行った
3. 明細書発行に対応しているレセプトコンピュータを新規に導入した
4. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータを改修した
5. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータとは別の、パソコン等のソフトを新規に購入した
6. 明細書を印刷するためのプリンターを新規に購入または買い換えた
7. 明細書発行に対応している自動入金機を新規に導入した
8. 明細書発行に対応するため自動入金機を改修した
9. その他（具体的に

⑩-2 明細書を発行するために、初期費用としてかかった費用があれば、その金額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

1) 人材体制整備のための費用	約 () 万円
2) 設備投資のための費用	約 () 万円

⑪平成 27 年●月 1 か月間で、明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代）があれば、その額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

約 () 万円

⑫明細書発行体制の整備にあたって、負担となることは何ですか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1. 設備投資のための初期費用 | 2. 人材体制整備のための初期費用 |
| 3. 明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代） | |
| 4. 明細書発行に伴う業務負担の増加 | 5. 会計等の患者の待ち時間が長くなること |
| 6. その他（具体的に | |
| 7. 特に負担に感じることはない | |

(→ 裏面に続きます)

【患者の反応等】

⑬ 貴施設において、平成 27 年●月 1 か月間で、患者から明細書について問合せはありましたか。 ※○は1つだけ

- 1. 問合せがあった
- 2. 問合せはなかった

▶⑬-1 明細書の内容についての患者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。 ※○はいくつでも

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 診療月日 | 2. 入院期間 |
| 3. 診療報酬点数の個別項目名（処置・検査名含む） | 4. 診療報酬点数の個別点数や価格 |
| 5. 診療報酬点数の算定回数 | 6. 使用医薬品の名称・投与回数・日数 |
| 7. その他（具体的に） | |

⑬-2 上記⑬-1 で最も多いものの番号 1 つをお答えください。

3 <全患者（発行を希望しない患者、自己負担額のない患者等を除く）には明細書の無料発行を行っていない施設の方>

原則、全患者には明細書を無料発行していない理由等についてお伺いします。

① 原則、全患者には明細書を無料発行していないのはなぜですか。 ※○は1つだけ

- 1. 全ての常勤歯科医師が 65 歳以上で審査支払機関にその旨の届出をして、オンライン請求または電子媒体による請求が免除されているため
- 2. 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
- 3. 自動入金機を活用しており、明細書発行を行うには自動入金機の改修が必要なため
- 4. レセプトコンピュータを使用していないため
- 5. その他（具体的に）

② 貴施設では、今後、全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定ですか。 ※○は1つだけ

- 1. 具体的な計画がある→明細書無料発行予定時期：平成（ ）年（ ）月頃
- 2. 具体的な時期は未定だが、検討中である
- 3. 予定はない
- 4. その他（具体的に）

③ 今後、全患者に明細書を無料で発行する場合に何かお困りになることがありますか。 ※○は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない

▶③-1 それはどのようなことでしょうか。できるだけ具体的にご記入ください。

4 <全施設の方>

明細書の無料発行について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

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。

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 27 年度調査)
明細書の無料発行の実施状況調査 調査票(案)

- ※ この「保険薬局票」は保険薬局の開設者・管理者の方に、貴施設における調剤の内容がわかる明細書（以下、「明細書」）の発行状況やお考えについてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 27 年●月末現在の状況についてご記入ください。

1 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①施設名	()			
②所在地	() 都・道・府・県			
③組織形態 ※○は1つだけ	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			
④全職員数 (常勤換算*) ※小数点以下第1位まで	薬剤師	事務職員	その他職員	計
	. 人	. 人	. 人	. 人
*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)				
⑤調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 (41点)		2. 調剤基本料 (31点)	
	3. 調剤基本料 (25点)		4. 調剤基本料 (19点)	
⑥基準調剤加算 ※○は1つだけ	1. 基準調剤加算 1 (12点)		2. 基準調剤加算 2 (36点)	
	3. 届出(算定)していない			
⑦1か月間の延べ来局人数	() 人 ※平成 27 年●月 1 か月間			
⑧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 ※○は1つだけ	1. 導入している		2. 導入の具体的な予定がある	
	3. 導入を検討中		4. 導入する予定はない	
⑨レセプト請求方法 ※最も多いものに○	1. オンライン請求			
	2. 電子媒体 (CD など) による提出			
	3. 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)			
	4. 紙レセプトによる提出 (手書き)			
	5. 代行請求			

(注)「レセプトコンピュータ等による医事会計システム」とは、いわゆるレセコンのことです。

2 明細書の発行状況、発行体制、患者の反応等についてお伺いします。

【明細書の発行状況等】

①平成27年●月1か月間に貴施設に来局した患者のうち、明細書を発行しなかった患者はどの程度いましたか。

※〇は1つだけ ※自己負担額のない患者は除きます

- | | | |
|----------------|----------------|----------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上 30%未満 | 3. 30%以上 50%未満 |
| 4. 50%以上 70%未満 | 5. 70%以上 90%未満 | 6. 90%以上 |
| 7. わからない | | |

②貴施設が明細書を発行していない患者として、あてはまるものに〇をつけてください。

自己負担額のない患者は除きます。 ※〇はいくつでも

0. 発行していない患者はいない
1. 明細書の発行を希望しない患者
2. 診療情報の提供が第三者の利益を害するおそれがある、又は患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあると医療従事者等が認めた患者
3. その他（具体的に _____）

③貴施設では、どのようなタイミング（頻度）で明細書を発行していますか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 精算の都度発行 | 2. 次回来院時に発行 |
| 3. 月に1回まとめて発行 | 4. 患者・家族の要望に応じて発行 |
| 5. その他（具体的に _____） | |

④貴施設では、自己負担額（一部負担金）のない患者に対して明細書を発行していますか。 ※〇は1つだけ

1. 全員に発行している
2. 要望があれば発行している
3. 発行していない
4. その他（具体的に _____）

【上記④で「3. 発行していない」と回答した施設の方】

④-1 明細書を発行していない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 自己負担額のない患者については、明細書発行の義務がないため
2. 明細書発行のための費用を負担に感じるため
3. 患者本人が明細書の発行を希望しないため
4. その他（具体的に _____）

⑤自己負担額（一部負担金）のない患者への明細書発行についてご意見があればご記入ください。

【明細書の発行体制・体制整備等】

⑥貴施設では、明細書の作成・発行について、どのような体制で対応していますか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 会計窓口の職員（薬剤師以外）が対応している | 2. 会計窓口の薬剤師が対応している |
| 3. 薬を交付した薬剤師が対応している | 4. その他（具体的に _____） |
| 5. 特に対応する体制をとっていない | |

⑦貴施設では、患者からの明細書の内容等の問合せに、どのような体制で対応していますか。 ※○はいくつでも

1. 会計窓口の職員（薬剤師以外）が対応している	2. 会計窓口の薬剤師が対応している
3. 薬を交付した薬剤師が対応している	4. 問合せを受けた薬剤師が対応している
5. その他（具体的に	6. 特に対応する体制をとっていない

⑧貴施設では、いつから明細書の発行を行っていますか。 ※○は1つだけ

1. 平成 22 年 3 月以前	2. 平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月
3. 平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月	4. 平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月
5. 平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月	
6. 平成 26 年 4 月以降	

【平成 26 年 4 月以降に明細書の発行を始めた施設の方】

⑧-1 明細書の作成及び患者からの照会のために、貴施設が行ったことは何ですか。 ※○はいくつでも

0. 特に行ったことはない
1. 明細書発行や患者からの照会に対応するための職員を増員した →増員した人数：()人
2. 患者からの照会に対応するために担当者に対して教育研修を行った
3. 明細書発行に対応しているレセプトコンピュータを新規に導入した
4. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータを改修した
5. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータとは別の、パソコン等のソフトを新規に購入した
6. 明細書を印刷するためのプリンターを新規に購入または買い換えた
7. その他（具体的に

⑧-2 明細書を発行するために、初期費用としてかかった費用があれば、その金額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

1) 人材体制整備のための費用	約 () 万円
2) 設備投資のための費用	約 () 万円

⑨平成 27 年●月 1 か月間で、明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代）があれば、その額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

約 () 万円

⑩明細書発行体制の整備にあたって、負担となることは何ですか。 ※○はいくつでも

1. 設備投資のための初期費用	2. 人材体制整備のための初期費用
3. 明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代）	
4. 明細書発行に伴う業務負担の増加	5. 会計等の患者の待ち時間が長くなること
6. その他（具体的に	
7. 特に負担に感じることはない	

(→ 裏面に続きます)

【患者の反応等】

⑪ 貴施設において、平成 27 年●月 1 か月間で、患者から明細書について問合せはありましたか。※○は 1 つだけ

1. 問合せがあった
2. 問合せはなかった

⑪－1 明細書の内容についての患者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。※○はいくつでも

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 調剤日 | 2. 調剤基本料 (加算含む) |
| 3. 調剤料 (加算含む) | 4. 薬学管理料 (加算含む) |
| 5. 薬剤料 | 6. その他 (具体的に) |

⑪－2 上記⑪－1で最も多いものの番号 1 つをお答えください。

- 3** 明細書の無料発行にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

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。

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 27 年度調査)
明細書の無料発行の実施状況調査 調査票(案)

- ※ この「訪問看護ステーション票」は訪問看護ステーションの開設者・管理者の方に、貴事業所における訪問看護療養費の内容が分かる明細書（以下、「明細書」）の発行状況やお考えについてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、**平成 27 年●月末現在**の状況、**医療保険の訪問看護**についてご記入ください。

1 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

①事業所名	()			
②所在地	() 都・道・府・県			
③開設者 ※○は1つだけ	1. 国 2. 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 3. 日本赤十字社・社会保険関係団体 4. 医療法人 5. 医師会 6. 看護協会 7. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない） 8. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） 9. 農業協同組合及び連合会 10. 消費生活協同組合及び連合会 11. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 12. 特定非営利活動法人（NPO） 13. その他（具体的に)			
④貴事業所の病院または診療所への併設状況	1. 併設している		2. 併設していない	
⑤保険種別の訪問看護の実利用者数 ※平成 27 年●月 1 か月間	医療保険	() 人	介護保険	() 人
⑥全職員数 (常勤換算*) ※平成 27 年●月 ※小数点以下第 1 位まで	看護職員	事務職員	その他の職員	計
	. 人	. 人	. 人	. 人
*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) ÷ (貴事業所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) ÷ (貴事業所が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間 × 4)				
⑦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 ※ ○は1つだけ	1. 導入している		2. 導入の具体的な予定がある	
	3. 導入を検討中		4. 導入する予定はない	
⑧レセプト請求方法 ※最も多いものに○	1. 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） 2. 紙レセプトによる提出（手書き） 3. 代行請求 4. その他（具体的に)			

(注)「レセプトコンピュータ等による医事会計システム」とは、いわゆるレセコンのことです。

2 貴事業所における明細書（訪問看護療養費の内容が分かる明細書）の発行状況、発行体制、利用者の反応等についてお伺いします。

【明細書の発行状況】

①貴事業所における、明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。※〇は1つだけ

1. 原則、全利用者に明細書を発行している（希望しない利用者、自己負担額のない利用者等は除く）
2. 希望する一部の利用者にものみ明細書を発行している
3. 明細書の発行は行っていない → 4 ページの質問 **3** へ

②現在、明細書発行について、利用者から費用を徴収していますか。費用を徴収している場合、1件当たりの金額はいくらですか。また、その金額の算出根拠を具体的に書きください。 ※〇は1つだけ

1. 徴収していない
2. 徴収している → { 1件当たりの徴収金額：() 円
上記徴収金額の算出根拠：(具体的に)

③貴事業所での平成 27 年 ● 月 1 か月間の明細書発行件数をお書きください。

※自己負担額のない利用者への発行件数も含めてご記入ください ※発行がない場合は「0」とご記入ください

1) 無料で発行した件数	() 件
2) 有料で発行した件数	() 件
3) 合計	() 件

④貴事業所では、どのようなタイミング（頻度）で利用者に対して明細書を発行していますか。 ※〇はいくつでも

1. 精算の都度発行
2. 次回訪問時に発行
3. 月に 1 回まとめて発行
4. 利用者・家族の要望に応じて発行
5. 請求書の発行と同時に前月利用分をまとめて発行
6. その他（具体的に)

⑤貴事業所では、自己負担額（一部負担金）のない利用者に対して明細書を発行していますか。 ※〇は1つだけ

1. 全員に発行している
2. 要望があれば発行している
3. 発行していない
4. その他（具体的に)

▶【上記⑤で「3. 発行していない」と回答した事業所の方】

⑤-1 明細書を発行していない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 領収証を渡すなど、訪問看護療養費について話す機会がないため
2. 明細書発行のための費用を負担に感じるため
3. 利用者本人が明細書の発行を希望しないため
4. その他（具体的に)

⑥自己負担額（一部負担金）のない利用者への明細書発行についてご意見があればご記入ください。

【明細書の発行体制等】

⑦貴事業所では、明細書の作成・発行について、どのような体制で対応していますか。 ※〇はいくつでも

1. 事務職員が対応している
2. 管理者が対応している
3. 看護職員が対応している
4. その他（具体的に)
5. 特に対応する体制をとっていない

⑧貴事業所では、明細書をどのような方法で作成していますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 1. レセプトコンピュータで作成・出力している | 2. パソコン等で作成・出力している |
| 3. 手書きで作成・発行している | 4. その他（具体的に _____） |

⑨貴事業所では、利用者からの明細書の内容等の問合せにどのような体制で対応していますか。 ※○はいくつでも

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 事務職員が対応している | 2. 管理者が対応している |
| 3. 看護職員が対応している | 4. その他（具体的に _____） |
| 5. 特に対応する体制をとっていない | |

⑩貴事業所では、いつから明細書の発行を行っていますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. 平成 22 年 3 月以前 | 2. 平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月 |
| 3. 平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月 | 4. 平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月 |
| 5. 平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月 | |
| 6. 平成 26 年 4 月以降 | |

▶【平成 26 年 4 月以降に明細書の発行を始めた事業所の方】

⑩-1 明細書の作成及び利用者からの照会のために、貴事業所が行ったことは何ですか。 ※○はいくつでも

- | |
|---|
| 0. 特に行ったことはない |
| 1. 明細書発行や利用者からの照会に対応するための職員を増員した →増員人数：(_____)人 |
| 2. 利用者からの照会に対応するために担当者に対して教育研修を行った |
| 3. 明細書発行に対応しているレセプトコンピュータを新規に導入した |
| 4. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータを改修した |
| 5. 明細書発行に対応するためにレセプトコンピュータとは別の、パソコン等のソフトを新規に購入した |
| 6. 明細書を印刷するためのプリンターを新規に購入または買い換えた |
| 7. その他（具体的に _____） |

⑩-2 明細書を発行するために、初期費用としてかかった費用があれば、その金額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

1) 人材体制整備のための費用	約 (_____) 万円
2) 設備投資のための費用	約 (_____) 万円

⑪平成 27 年 ●月 1 か月間で、明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代）があれば、その額を具体的にご記入ください。費用が発生していない場合は「0」、費用が発生しているものの金額が不明の場合は「-」とご記入ください。

約 (_____) 万円

⑫明細書発行体制の整備にあたって、負担となることは何ですか。 ※○はいくつでも

- | |
|--------------------------------|
| 1. 設備投資のための初期費用 |
| 2. 人材体制整備のための初期費用 |
| 3. 明細書発行のための運用経費（インク・紙などの消耗品代） |
| 4. 明細書発行に伴う業務負担の増加 |
| 5. その他（具体的に _____） |
| 6. 特に負担に感じることはない |

(→ 裏面に続きます)

【利用者の反応】

⑬ 貴事業所において、平成 27 年●月 1 か月間で、利用者から明細書について問合せはありましたか。

※〇は 1 つだけ

- 1. 問合せがあった
- 2. 問合せはなかった

⑬-1 明細書の内容についての患者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 請求期間 | 2. 提供日 |
| 3. 訪問看護療養費の個別項目名 | 4. 訪問看護療養費の個別単価 |
| 5. 訪問看護療養費の個別数量 | 6. 保険外負担分の項目・単価・数量 |
| 7. 保険負担額 | 8. 保険外負担額 |
| 9. その他（具体的に | ） |

⑬-2 上記⑬-1 で最も多いものの番号 1 つをお答えください。

3 <全利用者（発行を希望しない利用者、自己負担額のない利用者等を除く）には明細書の無料発行を行っていない事業所の方>

原則、全利用者には明細書を無料発行していない理由等についてお伺いします。

① 全利用者には明細書を無料発行していないのはなぜですか。 ※〇はいくつでも

- 1. 訪問看護ステーションでは、明細書の無料発行が義務化されていないため
- 2. 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
- 3. レセプトコンピュータを使用していないため
- 4. 領収証で訪問看護の内容が十分わかるため
- 5. 利用者の要望がないため
- 6. その他（具体的に

② 貴事業所では、今後、全利用者に明細書を無料で発行する体制を整える予定ですか。 ※〇は 1 つだけ

- 1. 具体的な計画がある→明細書無料発行予定時期：平成（ ）年（ ）月頃
- 2. 具体的な時期は未定だが、検討中である
- 3. 予定はない
- 4. その他（具体的に

③ 今後、全利用者に明細書を無料で発行する場合に何かお困りになることがありますか。 ※〇は 1 つだけ

- 1. ある
- 2. ない

③-1 それはどのようなことでしょうか。できるだけ具体的に記入ください。

4 <全事業所の方>

明細書の無料発行について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

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。

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 27 年度調査)

明細書の無料発行に関する意識調査 **患者票(案)**

※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。

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

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 患者ご本人（代筆の場合も含む） | 2. 本人以外のご家族（具体的に） |
|--------------------|-------------------|

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性	② 年齢	（ ） 歳
③ 医療費の自己負担額（医療機関や薬局の窓口で支払う金額）がありましたか。 ※○は1つだけ				
1. ある				
2. ない				
④本日退院した（この調査票を受け取った）病院に、どのくらい入院していましたか。 ※○は1つだけ				
1. 3日以内				
2. ～2週間以内				
3. ～1か月以内				
4. ～3か月以内				
5. ～6か月以内				
6. 6か月以上				
7. その他（具体的に）				

2. 本日の明細書の受け取り状況等についておうかがいします。

※明細書とは、「個別の診療の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。
※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」の裏面に、診療の内容がわかる明細書の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

①本日退院した病院で明細書を受け取りましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 1. 受け取った | } 裏面の質問3へ |
| 2. 自らの希望で受け取らなかった | |
| 3. 病院が発行しなかったので受け取っていない | |
| 4. わからない | |

①-1 明細書を受け取るための手数料（治療費ではありません）をお支払いになりましたか。
お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※○は1つだけ

- | |
|-----------------------|
| 1. 支払った →（お支払い金額：） 円） |
| 2. 支払っていない |
| 3. わからない |

①-2 明細書の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. きちんと確認した | 2. おおまかに確認した |
| 3. ほとんど確認しなかった | 4. まったく確認しなかった |

①-3 明細書を受け取って良かったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった
2. 医療費の内訳がわかりやすくなった
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなった
4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなった
5. 医療機関への安心感・信頼感が高まった
6. その他（具体的に _____）
7. 特にない

3.（すべての方におうかがいします。）

これからの明細書の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 今後、あなたは、病院（入院）での明細書の無料発行を希望しますか。 ※〇は1つだけ

1. 会計の都度、明細書発行を希望する →質問②へ
2. 治療内容に変更があった時など、時と場合により、明細書発行を希望する →質問②へ
3. 希望しない

①-1 希望しない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 明細書をもらっても内容がよくわからないため
2. 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
3. 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
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 明細書発行までに時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担がないため
9. その他（具体的に _____）

①-2 上記①-1の選択肢1~9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 全ての患者に明細書が無料で発行される制度について、どのように思いますか。 ※〇は1つだけ

1. 必要と思う
2. どちらかというとも必要と思う
3. どちらかというとも必要ないと思う
4. 必要ないと思う

4. 明細書の無料発行についてご意見がございましたら、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。

●月●日（●）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。

（「かかりつけ医」がない方）

⑤-3 「かかりつけ医」がない理由を教えてください。 ※〇はいくつでも

1. 医療機関を受診する機会がほとんどなかったから
2. 病気にかかる度、その病気の専門医から治療を受けたかったから
3. 継続して受診したいと思える医師に巡り会えていないから
4. 自分が受診できる時間・場所に応じて、受診する医療機関を選んでいるから
5. 引越すことが多いから
6. 「かかりつけ医」を持つ必要性を感じていないから
7. その他（具体的に _____）

2. ここからは、本日の明細書の受け取り状況等についておうかがいします。

※明細書とは、「個別の診療の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。
 ※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」の裏面に、診療の内容がわかる明細書の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

①本日受診した医療機関で明細書を受け取りましたか。 ※〇は1つだけ

1. 受け取った
 2. 自らの希望で受け取らなかった
 3. 医療機関が発行しなかったので受け取っていない
 4. わからない
- } 3ページの質問3へ

①-1 明細書を受け取るための手数料（治療費ではありません）をお支払いになりましたか。お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※〇は1つだけ

1. 支払った →（お支払い金額： _____ 円）
2. 支払っていない
3. わからない

①-2 明細書の内容を確認しましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. きちんと確認した | 2. おおまかに確認した |
| 3. ほとんど確認しなかった | 4. まったく確認しなかった |

①-3 明細書を受け取って良かったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった
2. 医療費の内訳がわかりやすくなった
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなった
4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなった
5. 医療機関への安心感・信頼感が高まった
6. その他（具体的に _____）
7. 特にない

3. (すべての方におうかがいします。) これからの明細書の受け取りに対するお考えについて
 とうかがいします。

① 今後、あなたは、病院・一般診療所での明細書の発行を希望しますか。 ※○は1つだけ

- 1. 会計の都度、明細書発行を希望する →質問②へ
- 2. 治療内容に変更があった時など、時と場合により、明細書発行を希望する →質問②へ
- 3. 希望しない

▶ ①-1 希望しない理由は何ですか。 ※○はいくつでも

- 1. 明細書をもらっても内容がよくわからないため
- 2. 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
- 3. 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
- 4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
- 5. 領収証の内容で十分なため
- 6. 明細書発行までに時間がかかるため
- 7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
- 8. 自己負担がないため
- 9. その他 (具体的に)

①-2 上記①-1の選択肢 1~9のうち、希望しない最大の理由は何
 ですか。 あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 全ての患者に明細書が無料で発行される制度について、どのように思いますか。 ※○は1つだけ

- 1. 必要と思う
- 2. どちらかというとも必要と思う
- 3. どちらかというとも必要でないと思う
- 4. 必要ないと思う

4. 明細書の無料発行についてご意見がございましたら、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。

●月●日(●)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。

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 27 年度調査)
明細書の無料発行に関する意識調査 **患者票(案)**

※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。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者ご本人 (代筆の場合も含む) 2. 本人以外のご家族 (具体的に)

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
③ 医療費の自己負担額 (医療機関や薬局の窓口で支払う金額) がありましたか。 ※○は1つだけ		1. ある	2. ない
④ この1か月間で、本日受診した (この調査票を受け取った) 歯科診療所に行った回数		約 () 回	
⑤ あなたには、ご自身が「かかりつけ歯科医」と考える歯科医がいますか。 ○は1つだけ			
1. いる			
2. いない			
3. わからない →2 ページの質問 2 へ			

(「かかりつけ歯科医」がいる方)

▶ ⑤-1 その歯科医を「かかりつけ歯科医」とした理由は何ですか。 ※○はいくつでも

1. 自宅に近いから	2. 学校・職場に近いから
3. 専門性の高い治療を受けられるから	4. 歯科訪問診療をしてくれるから
5. 設備が整っているから	6. 待ち時間が短いから
7. 必要に応じてより専門性の高い医療機関 (大学病院) を紹介してくれるから	
8. 過去の治療歴を把握しているから	9. 技術の優れた歯科医師がいるから
10. 人柄などが信頼できる歯科医師がいるから	
11. 他の医療機関・施設等に紹介されたから	
12. 家族や知人に紹介されたから	
13. 医療機関の広告やホームページの情報をみて良いと思ったから	
14. その他 (具体的に)	

→2 ページの質問 2 へ進んでください。

（「かかりつけ歯科医」がない方）

⑤-2 「かかりつけ歯科医」がない理由を教えてください。 ※〇はいくつでも

1. 歯科医療機関を受診する機会がほとんどなかったから
2. 継続して受診したいと思える歯科医師に巡り会えていないから
3. 自分が受診できる時間・場所に応じて、受診する歯科医療機関を選んでいるから
4. 引越すことが多いから
5. 「かかりつけ歯科医」を持つ必要性を感じていないから
6. その他（具体的に _____)

2. 本日の明細書の受け取り状況等についておうかがいします。

※明細書とは、「個別の診療の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。
 ※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」の裏面に、診療の内容がわかる明細書の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

①本日受診した歯科診療所で明細書を受け取りましたか。 ※〇は1つだけ

1. 受け取った
 2. 自らの希望で受け取らなかった
 3. 歯科診療所が発行しなかったので受け取っていない
 4. わからない
- } 3ページの質問3へ

①-1 明細書を受け取るための手数料（治療費ではありません）をお支払いになりましたか。お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※〇は1つだけ

1. 支払った →（お支払い金額： _____ 円）
2. 支払っていない
3. わからない

①-2 明細書の内容を確認しましたか。 ※〇は1つだけ

1. きちんと確認した
2. おおまかに確認した
3. ほとんど確認しなかった
4. まったく確認しなかった

①-3 明細書を受け取って良かったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった
2. 医療費の内訳がわかりやすくなった
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなった
4. 歯科医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなった
5. 歯科診療所への安心感・信頼感が高まった
6. その他（具体的に _____)
7. 特にない

3. (すべての方におうかがいします。)

これからの明細書の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 今後、あなたは、歯科診療所での明細書の発行を希望しますか。※〇は1つだけ

- 1. 会計の都度、明細書発行を希望する →質問②へ
- 2. 治療内容に変更があった時など、時と場合により、明細書発行を希望する →質問②へ
- 3. 希望しない

①-1 希望しない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

- 1. 明細書をもらっても内容がよくわからないため
- 2. 明細書をもらっても内容について歯科医師等に質問・相談がしづらいため
- 3. 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
- 4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
- 5. 領収証の内容で十分なため
- 6. 明細書発行までに時間がかかるため
- 7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
- 8. 自己負担がないため
- 9. その他 (具体的に _____)

①-2 上記①-1の選択肢1~9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。 あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 全ての患者に明細書が無料で発行される制度について、どのように思いますか。※〇は1つだけ

- 1. 必要と思う
- 2. どちらかというとも必要と思う
- 3. どちらかというとも必要でないと思う
- 4. 必要ないと思う

4. 明細書の無料発行についてご意見がございましたら、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。

●月●日(●)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。

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 27 年度調査)
明細書の無料発行に関する意識調査 患者票(案)

※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。

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

1. 患者ご本人 (代筆の場合も含む) 2. 本人以外のご家族 (具体的に)

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
③ 医療費の自己負担額 (医療機関や薬局の窓口で支払う金額) がありましたか。 ※○は1つだけ		1. ある	2. ない
④ 本日処方せんを出した (この調査票を受け取った) 保険薬局に、この1か月で訪れた回数		約 () 回	
⑤ あなたには、どこの医療機関にかかっても、いつも同じところで薬をもらう、かかりつけにしている薬局がありますか。 ※○は1つだけ			
1. ある 2. ない 3. たまに別のところでもらう →2 ページの質問⑤-3へ 4. わからない →2 ページの質問⑤-3へ			

→「ある」と回答した方

⑤-1 その薬局をかかりつけにした理由は何ですか。 ※○はいくつでも
1. 自宅や職場・学校に近いから 2. 専門性の高い調剤を受けられるから 3. 設備 (プライバシーへの配慮等) が整っているから 4. 待ち時間が短いから 5. 過去の服用歴を含め、様々な医療機関の薬をまとめて管理してくれるから 6. 医師との連携が十分に取れていると感じるから 7. 信頼できる薬剤師がいるから 8. 在宅医療の際に訪問して薬学管理をしてくれているから 9. 他の薬局・施設等に紹介されたから 10. 家族や知人に紹介されたから 11. 薬局の広告やホームページの情報をみて良いと思ったから 12. その他 (具体的に)

→2 ページの質問⑤-3へ進んでください。

（「ない」と回答した方）

⑤-2 かかりつけにしている薬局がない理由を教えてください。 ※〇はいくつでも

1. 薬局に行く機会（薬をもらう機会）がほとんどなかったから
2. 継続して薬をもらいたいと思える薬局がないから
3. 自分が薬をもらいたい場所や時間に応じて、薬局を選んでいるから
4. 引越すことが多いから
5. 必要性を感じていないから
6. その他（具体的に)

（すべての方にお伺いします）

⑤-3 あなたは、薬をもらうときに、いつも同じ薬局の同じ薬剤師から説明を受けたいですか。
※〇は1つだけ

1. 同じ薬剤師から説明を受けたい
2. 同じ薬剤師でなくてよい
3. わからない

2. 本日の明細書の受け取り状況等についておうかがいします。

※明細書とは、「個別の調剤の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。

※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」の裏面に、調剤の内容がわかる明細書の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

①本日来局した保険薬局で明細書を受け取りましたか。 ※〇は1つだけ

1. 受け取った
2. 自らの希望で受け取らなかった
3. 保険薬局が発行しなかったので受け取っていない
4. わからない

} 3ページの質問3へ

①-2 明細書の内容を確認しましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. きちんと確認した | 2. おおまかに確認した |
| 3. ほとんど確認しなかった | 4. まったく確認しなかった |

①-3 明細書を受け取って良かったことは何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 薬の内容・具体名がわかりやすくなった
2. 医療費（保険薬局での会計）の内訳がわかりやすくなった
3. 会計窓口で医療費（保険薬局での会計）について質問がしやすくなった
4. 薬剤師等に薬や費用について質問・相談がしやすくなった
5. 保険薬局への安心感・信頼感が高まった
6. その他（具体的に)
7. 特にない

3. (すべての方におうかがいします。)

これからの明細書の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 今後、あなたは、保険薬局での明細書の無料発行を希望しますか。※○は1つだけ

1. 会計の都度、明細書発行を希望する →質問②へ
2. 治療内容に変更があった時など、時と場合により、明細書発行を希望する →質問②へ
3. 希望しない

①-1 希望しない理由は何ですか。 ※○はいくつでも

1. 明細書をもらっても内容がよくわからないため
2. 明細書をもらっても内容について薬剤師等に質問・相談がしづらいため
3. 家族などに服用している薬などを知られるのがいやなため
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 明細書発行までに時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担がないため
9. その他 (具体的に)

①-2 上記①-1の選択肢1~9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 全ての患者に明細書が無料で発行される制度について、どのように思いますか。※○は1つだけ

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 必要と思う | 2. どちらかというとも必要だと思う |
| 3. どちらかというとも必要でない | 4. 必要ない |

4. 明細書の無料発行についてご意見がございましたら、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。
 ●月●日(●)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。

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 27 年度調査)
明細書の無料発行に関する意識調査 利用者票(案)

※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。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、利用者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. ご本人(代筆の場合も含む) 2. 本人以外のご家族(具体的に)

1. 利用者さんご自身のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性 2. 女性	② 年齢	() 歳
③ 医療費の自己負担額がありましたか。 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない		
④ この1か月間で、本日利用した(この調査票を受け取った)訪問看護ステーションを利用した回数	約 () 回		

2. 本日の明細書の受け取り状況等についておうかがいします。

※明細書とは、「療養費の詳細な内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。

※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」の裏面に、訪問看護の内容がわかる明細書の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

①本日利用した訪問看護ステーションから、最近1か月くらいの間に明細書を受け取ったことがありますか。※○は1つだけ

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 1. 受け取った | } 裏面の質問3へ |
| 2. 自らの希望で受け取らなかった | |
| 3. 訪問看護ステーションが発行しなかったため受け取っていない | |
| 4. わからない | |

①-1 明細書を受け取るための手数料(治療費ではありません)をお支払いになりましたか。お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※○は1つだけ

- | |
|----------------------------|
| 1. 支払った → (お支払い金額: 円) |
| 2. 支払っていない |
| 3. わからない |

①-2 明細書の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. きちんと確認した | 2. おおまかに確認した |
| 3. ほとんど確認しなかった | 4. まったく確認しなかった |

①-3 明細書を受け取って良かったことは何ですか。※〇はいくつでも

1. 訪問看護の提供内容・具体名がわかりやすくなった
2. 費用の内訳がわかりやすくなった
3. 看護師等に訪問看護の内容や費用について質問・相談がしやすくなった
4. 訪問看護ステーションへの安心感・信頼感が高まった
5. その他（具体的に _____）
6. 特にない

3.（すべての方におうかがいします。）

これからの明細書の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 今後、あなたは、訪問看護ステーションでの明細書の発行を希望しますか。※〇は1つだけ

1. 会計の都度、明細書発行を希望する →質問②へ
2. 訪問看護の内容に変更があった時など、時と場合により、明細書発行を希望する →質問②へ
3. 希望しない

①-1 希望しない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 明細書をもらっても内容がよくわからないため
2. 明細書をもらっても内容について看護師等に質問・相談がしづらいため
3. 家族などに傷病名や受けているサービスの内容を知られるのがいやなため
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 明細書発行までに時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担がないため
9. その他（具体的に _____）

①-2 上記①-1の選択肢1~9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 全ての利用者に明細書が無料で発行される制度について、どのように思いますか。※〇は1つだけ

1. 必要と思う
2. どちらかというとも必要だと思う
3. どちらかというとも必要でない
4. 必要ない

4. 明細書の無料発行についてご意見がございましたら、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。

●月●日（●）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。

平成 27 年*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 27 年度調査）
「明細書の無料発行の実施状況調査」へのご協力をお願い（案）

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お慶び申し上げます。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 月の診療報酬改定においては、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、レセプトの電子請求を行っている 400 床以上の病院及び保険薬局については、例外なく詳細な個別の点数項目がわかる明細書の発行が義務づけられました（400 床未満の保険医療機関でも、明細書の無料発行が原則義務化されています。また、訪問看護ステーションについては、明細書の無料発行は義務化されておりましたが、利用者の求めに応じて発行することとなっております）。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 26 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、****とその患者・利用者の方を対象に、「明細書の無料発行の実施状況調査」を実施することと致しました。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 27 年*月*日（*）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5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****