

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】
 ⑤かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行うため、歯科医師・歯科衛生士を新たに雇用しましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 00. 新たな雇用はしていない
- 01. 常勤の歯科医師を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人
- 02. 非常勤の歯科医師を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人
- 03. 常勤の歯科衛生士を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人
- 04. 非常勤の歯科医師を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人

⑥貴施設の常勤の歯科医師について、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準の届出様式に記載した受講済みの研修に関して、当該内容(類似する内容も含む)に関するその後の研修の受講状況をお答えください。 ※○はそれぞれ1つずつ

1) 偶発症に対する緊急性の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修	01. 受講したことがある 02. 受講していない
2) 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修	01. 受講したことがある 02. 受講していない

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】
 ⑦かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所となることで、以下のような効果・影響はありましたか。
 ※○はそれぞれ1つずつ

	あてはまる	あてはまる どちらかという	あてはまらない どちらかという	あてはまらない	わからない
1) う蝕の重症化に至る患者の割合が減少した	1	2	3	4	5
2) 初期う蝕の管理に積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
3) エナメル質初期う蝕管理を希望する患者が増えた	1	2	3	4	5
4) 歯周病の重症化に至る患者の割合が減少した	1	2	3	4	5
5) 歯周病の重症化予防のための長期管理に積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
6) 歯周病の管理を希望する患者が増えた	1	2	3	4	5
7) 口腔機能低下の在宅患者に対して積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
8) 口腔機能低下の重症化に至る在宅患者の割合が減少した	1	2	3	4	5
9) 歯科訪問診療等、在宅歯科医療に積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
10) 在宅医療における連携など、地域の中での「かかりつけ歯科医」としての役割を意識するようになった	1	2	3	4	5
11) 診療内容の説明をよくするようになった	1	2	3	4	5
12) 定期的、継続的な管理を行う患者が増えた	1	2	3	4	5

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑧上記⑦以外に、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出を行ったことによる効果・影響があれば、具体的にお書きください。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑨貴施設では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であることを患者に周知していますか。周知している場合は、どのような方法で周知していますか。

01. 周知している

→周知方法 ※あてはまる番号すべてに○

- 11. 院内にポスターを掲示している
- 12. 院内にリーフレットやチラシ等を配置している
- 13. 患者に口頭で説明している
- 14. ホームページに掲載している
- 15. その他（具体的に

02. 周知していない

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑩かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行う前から、貴施設が「かかりつけ歯科医」として取り組んでいることがあれば、具体的にお書きください。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑪かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所としてかかりつけ歯科医の機能強化を図る上で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。

6. 「エナメル質初期う蝕管理加算」と「歯周病安定期治療（Ⅱ）」を算定した患者、それぞれ2名ずつについてお伺いします。各加算について、名前のアイウエオ順で最も早い人と遅い人の2名の患者をお選びください。

- 平成28年8月1日～10月31日の間に「エナメル質初期う蝕管理加算」を算定した患者2名
●平成28年3月以前から通院している患者で、平成28年8月1日～10月31日の間に「歯周病安定期治療（Ⅱ）」を算定した患者2名

エナメル質初期う蝕管理加算を算定した患者A・B			
①算定日	平成28年（ ）月（ ）日		
②患者の性別	01. 男性	02. 女性	③患者の年齢
③当該患者の初診日	平成（ ）年（ ）月		
④平成28年4月以降の通院回数	（ ）回		
④-1（うち）上記①の算定日を含む1か月間の通院回数	（ ）回		
⑤平成28年4月以降のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	（ ）回		
⑥上記①の算定日（診療日）における、この患者の診療に要した時間	（ ）分		
⑦上記①の算定日（診療日）に行ったエナメル質初期う蝕管理加算に係る診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも	01. 口腔内診査・症状確認 02. 口腔内カメラ写真撮影 03. 口腔衛生指導 04. 機械的歯面清掃 05. フッ化物洗口指導 06. フッ化物歯面塗布 07. その他（具体的に		
⑧上記①の算定日を含む1か月間に行った、エナメル質初期う蝕管理に係る診療内容の実施状況	01. 上記質問①の算定日以外は実施していない 02. 上記質問①の算定日を含む複数日に分けて実施した		
⑨上記①の算定日を含む1か月間に、上記質問⑧以外に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも	01. 口腔内診査・症状確認 02. 歯周病検査 03. スケーリング 04. スケーリング・ルートプレーニング 05. う蝕処置 06. 歯冠修復（充填） 07. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠） 08. 歯冠修復（FMC） 09. 抜髄 10. 感染根管治療 11. 抜歯 12. 欠損補綴（ブリッジ） 13. 義歯製作 14. 義歯調整 15. 義歯修理 16. 床裏装 17. 摂食機能療法 18. その他（具体的に		
⑩この患者に対する、エナメル質初期う蝕管理加算に係る治療等の実施頻度をお答えください。			
1) フッ化物歯面塗布	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（ ）	
2) 口腔衛生指導	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（ ）	
3) 機械的歯面清掃	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（ ）	

歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した患者A・B			
①算定日	平成28年（ ）月（ ）日		
②患者の性別	01. 男性 02. 女性	③患者の年齢	（ ）歳
④疾患の状況	01. なし 02. 不明 03. 高血圧症 04. 糖尿病 05. 脂質異常 06. 認知症 07. 喘息 08. 呼吸器疾患（喘息以外） 09. 骨粗しょう症 10. 腎臓病 11. その他（具体的に		
⑤上記①の算定日を含む1か月間の通院回数			（ ）回
⑥一連の歯周病治療を終了し、SPTへの移行を判断した時期	平成（ ）年（ ）月 ※平成28年3月以前に歯周病安定期治療を算定し、4月以降、歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定するようになった患者の場合は、最初に歯周病安定期治療を開始することになった歯周病治療の終了日をお答えください。		
⑦歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定する以前に歯周病安定期治療又は歯周病安定期治療（Ⅰ）を算定した実績の有無			01. ある 02. ない
⑧歯周病安定期治療（Ⅱ）を最初に算定した日	平成（ ）年（ ）月		
⑨歯周病安定期治療（Ⅱ）の算定回数	（ ）回（算定開始から調査日までの回数）		
⑩上記①の算定日（診療日）における、この患者の診療に要した時間			（ ）分
⑪上記①の算定日を含む1か月間に行った歯周病安定期治療（Ⅱ）に係る診療内容の実施状況			
01. 上記質問①の算定日以外は実施していない 02. 上記質問①の算定日を含む複数日に分けて実施した			
⑫上記質問①の算定日（診療日）に行った歯周病安定期治療（Ⅱ）に係る診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも			
01. 口腔内診査・症状確認 02. 口腔内カラー写真撮影 03. 口腔衛生指導 04. 機械的歯面清掃 05. 歯周病検査 06. スケーリング 07. スケーリング・ルートプレーニング 08. 咬合調整（歯周疾患の治療において行ったもの） 09. その他（具体的に			
⑬上記①の算定日を含む1か月間に、上記質問⑫以外に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも			
01. 口腔内診査・症状確認 02. フッ化物洗口指導 03. フッ化物歯面塗布 04. 咬合調整（歯周疾患の治療において行ったもの以外） 05. う蝕処置 06. 歯冠修復（充填） 07. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠） 08. 歯冠修復（FMC） 09. 抜髄 10. 感染根管治療 11. 抜歯 12. 欠損補綴（ブリッジ） 13. 義歯製作 14. 義歯調整 15. 義歯修理 16. 床裏装 17. 摂食機能療法 18. その他（具体的に			
⑭この患者に対する歯周病安定期治療（Ⅱ）に係る治療等の実施頻度をお答えください。			
1) 歯周病検査	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（	）
2) スケーリング スケーリング・ルートプレーニング	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（	）
3) 機械的歯面清掃	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（	）
⑮この患者に歯周病安定期治療（Ⅰ）ではなく、歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した理由をお書きください。			

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成 28 年度調査)

歯科医療に関する意識調査 患者票 (案)

※この患者票は、患者さんに、かかりつけ歯科医についてのご意見をおうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○ (マル) で囲んでください。また、() 内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

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. 患者本人 (代筆の場合も含む) | 2. 家族など (具体的に) |
| 3. その他 (具体的に) | |

1. 患者さん (本日診療を受けた方) 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 お住まい	() 都・道・府・県 ※都道府県名まで			

2. 本日診療を受けた歯科診療についておうかがいします。

①本日受診した歯科診療所は、いつ頃から受診していますか。(○は1つ)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 初めて受診してから1か月以内 | 2. 初めて受診してから3か月以内 |
| 3. 初めて受診してから6か月以内 | 4. 初めて受診してから1年以内 |
| 5. 初めて受診してから()年くらい | 6. その他 (具体的に) |

②今回の診療を受けたきっかけは何ですか。(○は1つ)

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. 痛いところがあった | 2. 歯ぐきが腫れた、歯ぐきから出血があった |
| 3. 入れ歯があわない、こわれた | 4. つめもの、かぶせものがとれた |
| 5. 気になるところがあった、口の中を全体的にみてほしい | |
| 6. その他 (具体的に) | |

③本日受診した歯科診療所をどのように知りましたか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. 自宅の近所に所在 (看板を見て) | 2. 学校・職場の近所に所在 (看板を見て) |
| 3. 他の歯科医療機関からの紹介 | 4. 歯科でない病院・診療所からの紹介 |
| 5. 地区の口腔保健センターなどからの紹介 | 6. 家族や友人・知人などからの紹介 |
| 7. 歯科診療所のホームページを見て | 8. その他のホームページを見て |
| 9. 以前から通院している | 10. その他 (具体的に) |

(エナメル質初期う蝕管理加算用)

④今年4月から今までに何回くらい、本日受診した歯科診療所を受診しましたか。

4月から今までに () 回くらい

⑤本日受診した歯科診療所を選んだのはなぜですか。(〇はいくつでも)

1. かかりつけの歯科診療所だから
2. 信頼している歯科医師がいるから
3. むし歯や歯周病の定期的な管理をしてくれるから
4. 通院しやすい場所にあるから
5. 受診しやすい時間に診療しているから
6. 待ち時間が少ないから
7. 説明がわかりやすいから
8. 歯科医師や職員の感じがよいから (雰囲気が良いから)
9. 清潔感があり、感染対策をしっかりとっていると思うから
10. その他 (具体的に)

⑥診療室に案内されてから診療が終わるまで、どのくらい時間がかかりましたか (診療の待ち時間や会計の待ち時間は含めないでください)。

() 分くらい

⑦本日、歯科診療所で行ってもらった内容は何ですか。(〇はいくつでも)

1. むし歯の治療 (歯を削る、歯の神経を取るなど)
2. 歯周病 (歯槽のうろう) に対する治療 (歯石除去など)
3. 歯を抜いた後の治療 (ブリッジ・入れ歯など)
4. 抜歯
5. 歯みがき方法の指導
6. フッ素の塗布など、むし歯の予防
7. 口の中の写真撮影
8. その他 (具体的に)

⑧本日受診した歯科診療所では、お口の中の状態を見せてくれたり、むし歯や歯周病の状況、正しい歯みがきの仕方などを説明してくれましたか。本日だけではなく、今年4月以降の経験としてお答えください。(〇は1つ)

1. 説明してくれた
2. 説明してくれなかった
3. 忘れた・わからない

→ ⑧-1 その説明はわかりやすかったですか。(〇は1つ)

1. わかりやすかった
2. どちらかといえばわかりやすかった
3. どちらかといえばわかりにくかった
4. わかりにくかった

⑨むし歯や歯周病の定期的な管理をしてもらうことについて、どのように思われますか。(〇は1つ)

1. 必要だと思う
2. どちらかという必要だと思う
3. どちらかという不要だと思う
4. 不要だと思う
5. わからない

⑩本日受診した歯科診療所での診療についてどのように評価していますか。(○は1つ)

1. とても満足している	2. 満足している
3. 何ともいえない	4. 不満である
5. とても不満である	6. その他 ()

⑪今後も、本日受診した歯科診療所で、かかりつけ歯科医として、むし歯や歯周病の定期的な管理を行ってみたいと思いますか。(○は1つ)

1. そう思う	2. どちらかといえばそう思う
3. 何ともいえない	4. どちらかといえばそう思わない
5. そう思わない	6. その他 ()

ここからは、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」についておうかがいします。

「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」とは・・・

平成28年4月の診療報酬(医療機関が患者に対して行う診療内容ごとの価格を決めたもの)の改定において、新たに「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」という制度ができました。

この「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」は、次のような体制を整えています。

- 患者さんにとってより安全で安心できる歯科医療の環境を整えている
- 在宅医療をおこない、他の医療機関などと連携する体制をもっている
- 定期的、継続的な口腔管理をおこなっている など

⑫このような「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」で歯科診療を受けることは、安心感につながると感じますか。(○は1つ)

1. そう思う	2. どちらかといえばそう思う
3. 何ともいえない	4. どちらかといえばそう思わない
5. そう思わない	6. その他 ()

3. かかりつけ歯科医機能を強化していく国の取組について、ご意見・ご要望があればお書きください。

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。
お手数をおかけいたしますが、●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 28 年*月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「かかりつけ医／かかりつけ歯科医機能に関する評価等の影響調査」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 28 年 4 月の診療報酬改定においては、療養上の指導・健康管理等を継続的に実施し、個別の疾患だけではなく患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能に対する評価の充実が図られました。また、医療保険制度改革法を踏まえ、紹介状なしの大病院受診について定額負担が導入されました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 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、****の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 28 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 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む
在宅医療・訪問看護の実施状況調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定では、休日の往診・看取り・重症児に対する医学管理等について実績を有する医療機関に対して評価が行われるとともに、個々の患者の状態や居住場所に応じたきめ細やかな報酬体系に見直しが行われた。また、在宅医療専門の保険医療機関が設けられた。

本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、在宅医療（歯科訪問診療を含む）・訪問看護を提供する医療機関等の状況や、在宅医療・訪問看護を受けている患者の居住場所や重症度と診療の状況等について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 在宅医療、訪問看護の対象患者の状態、居住形態、診療の所要時間等の把握
- ・ 重症患者に対する在宅医療・訪問看護の提供状況等の把握
- ・ 歯科訪問診療の診療体制、診療内容等の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<在宅医療票>

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した、①在宅療養支援診療所 1,000 施設、②在宅療養支援病院 400 施設、③在宅時医学総合管理料又は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）600 施設程度。合計 2,000 施設程度。

<訪問看護票>

- ・ ①機能強化型訪問看護管理療養費の届出事業所（悉皆）、②全国の訪問看護ステーションの中から無作為抽出した訪問看護ステーション。①②合わせて 1,000 事業所程度。

<在宅歯科医療票>

- ・ 全国の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診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設程度。

○調査方法（案）

- ・ 施設・事業所等宛で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

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	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					→			
報告(案)の作成						→		
追加分析							→	
補足報告(案)の作成							→	
調査検討委員会の開催		★					★	

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む
在宅医療の実施状況調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、訪問診療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における訪問診療等の実施状況についてお伺いするものです。
- ※ 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 28 年 10 月 1 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（平成 28 年 10 月 1 日現在）。

①施設名			
②所在地	（ ）都・道・府・県		
③開設者 ※○は1つだけ	01. 国 05. 医療法人	02. 公立 06. 個人	03. 公的 07. 学校法人 08. その他の法人
④訪問診療を行っている診療科 ※○はいくつでも	01. 内科 05. 小児科 09. 精神科 13. 泌尿器科 15. その他（具体的に	02. 外科 06. 呼吸器科 10. 眼科 14. リハビリテーション科	03. 整形外科 07. 消化器科 11. 皮膚科 12. 耳鼻咽喉科 04. 脳神経外科 08. 循環器科 15. その他（具体的に
⑤医療機関の種別 ※○は1つだけ	01. 病院	02. 有床診療所	03. 無床診療所
⑥許可病床数	1) 施設全体の許可病床数：（ ）床 2) うち、在宅患者緊急一時入院病床：（ ）床 ※特段、確保していない場合は「0」と記入してください		
⑦医師会への入会の有無 ※○は1つだけ	01. あり	02. なし	
⑧貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等 ※○はいくつでも	01. 病院（貴施設以外） 03. 訪問看護ステーション 05. 介護老人福祉施設 07. 通所介護事業所 09. サービス付き高齢者向け住宅 11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 13. 通所リハビリテーション 15. その他（具体的に	02. 一般診療所（貴施設以外） 04. 介護老人保健施設 06. 居宅介護支援事業所 08. 地域包括支援センター 10. 有料老人ホーム 12. 認知症高齢者グループホーム 14. 他に運営施設・事業所等はない 15. その他（具体的に	
⑨貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等 ※○はいくつでも	01. 病院 03. 訪問看護ステーション 05. 介護老人福祉施設 07. 通所介護事業所 09. サービス付き高齢者向け住宅 11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 13. 通所リハビリテーション 15. その他（具体的に	02. 一般診療所 04. 介護老人保健施設 06. 居宅介護支援事業所 08. 地域包括支援センター 10. 有料老人ホーム 12. 認知症高齢者グループホーム 14. 併設施設・事業所等はない 15. その他（具体的に	

2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

①平成 28 年 7 月～9 月における各月の延べ患者数										
	7 月	8 月	9 月							
1) 初診患者数 ※在宅医療分は含めない	() 人	() 人	() 人							
2) 再診延べ患者数 ※在宅医療分は含めない	() 人	() 人	() 人							
3) 往診及び訪問診療を行った延べ患者数	() 人	() 人	() 人							
②貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。※最も近いものに○は1つだけ										
01. 訪問診療・往診を中心に行っている（外来患者が5%未満） 02. 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 03. 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 04. 特定の曜日に訪問診療を行っている 05. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 06. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 07. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療もを行っている（医師が複数名体制） 08. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない 09. その他（具体的に)										
③-1 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 ※平成 28 年 10 月 1 日現在										
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
.
③-2 上記③-1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。 ※平成 28 年 9 月 1 か月間について、在宅医療に携わった時間で換算してください。例）1 週間の勤務時間 40 時間のうち、在宅医療に携わった時間が 16 時間であれば $16 \div 40 = 0.4 \rightarrow$ 「0.4 人」と数えてください。										
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） \div （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） \div （貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間 \times 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、臨床工学技士、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。										
③-3 上記③-1のうち、以下の職員数をご記入ください。										
1) 在宅医療を担当する常勤の医師数（貴施設単独）						常勤 () 人				
2) 上記 1) のうち、「認知症サポート医養成研修事業」を受講した認知症サポート医の医師数						常勤 () 人				
3) 上記 1) のうち、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了した医師数						常勤 () 人				
4) 在宅褥瘡管理者の有無と人数						01. あり \rightarrow () 人 02. なし				

5) 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 ※○はいくつでも		
01. 社会福祉士 () 人	02. 介護支援専門員 () 人	03. 看護職員 () 人
04. 事務職員 () 人	05. その他 () 人	06. 担当職員はいない
④貴施設では、貴施設あるいは訪問看護ステーションとの連携により 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっていますか。 ※○は1つだけ		
01. <u>自施設と訪問看護ステーションとの連携の両方で</u> 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっている		
02. <u>自施設単独で</u> 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっている		
03. <u>訪問看護ステーションとの連携により</u> 、24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっている		
04. 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない		
⑤【診療所の場合】時間外対応加算の届出状況 ※○は1つだけ	01. 時間外対応加算 1	02. 時間外対応加算 2
	03. 時間外対応加算 3	04. 届出なし
⑥精神科重症患者早期集中支援管理料の届出の有無 ※○は1つだけ	01. 届出あり	02. 届出なし
⑦貴施設が訪問診療を開始した時期	西暦 () 年 () 月頃	
⑧外来における院内・院外処方状況 ※○は1つだけ	01. 主として院内処方	02. 主として院外処方
⑨連携している 24 時間対応の薬局の有無 ※○は1つだけ	01. あり	02. なし

3. 在宅療養支援病院（在支病）・在宅療養支援診療所（在支診）の届出状況等についてお伺いします。

①貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分はどのようになっていますか。 ※○は1つだけ
01. 機能強化型在宅療養支援病院（単独型）（→左の「01」に○をつけ、次に5ページの質問⑩へ）
02. 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（→左の「02」に○をつけ、次に4ページの質問⑨へ）
03. 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）（→左の「03」に○をつけ、次に5ページの質問⑩へ）
04. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（→左の「04」に○をつけ、次に4ページの質問⑨へ）
05. 上記以外の在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所（→左の「05」に○をつけ、次に4ページの質問⑤へ）
06. 在宅療養支援病院（在支病）・診療所（在支診）ではない（→左の「06」に○をつけ、次に質問②へ）

【上記①で「06. 在支病・在支診ではない」と回答した施設の方にお伺いします。】

②「在支病・在支診」の届出をしていない理由をお答えください。 ※○はいくつでも
01. 在宅医療を担当する常勤の医師を確保することができないから
02. 24 時間連絡を受ける体制を構築することが困難なため
03. 24 時間往診体制を確保することが困難なため
04. 24 時間訪問看護の提供体制を確保することが困難なため
05. 在宅療養患者のための緊急時の入院病床を常に確保することが困難なため
06. 在宅医療の提供体制を強化する上で適切な連携医療機関を確保できないから
07. 在宅患者が 95%以上の在支診が満たすべき要件を満たせないから
→満たせない要件
071. 1 年に 5 か所以上の医療機関からの新規患者紹介実績
072. 1 年に 20 件以上の看取り実績
073. 1 年に 10 人以上の超・準超重症児の患者
074. (要介護 3 以上の患者 + 重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5
08. その他 (具体的に)

③上記②のうち、届出をしなかった理由として最大の理由は何ですか。 ※上記 01.~08.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	
④貴施設では、今後、在宅病・在宅診の届出を行う意向がありますか。※〇は1つだけ	
01. 届出の予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 02. 届出について検討中 03. 届出の予定はない 04. その他（具体的に ）	

(→この後は5ページの質問4. ①へ)

【上記①で「05. 上記以外の（機能強化型ではない）在宅病・在宅診」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑤在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期	平成（ ）年（ ）月
⑥機能強化型在宅病・在宅診の届出をしていない理由をお答えください。 ※〇はいくつでも	
01. 在宅医療の提供体制を強化する上で適切な連携医療機関を確保できないから 02. （連携型）連携内で、在宅医療を担当する常勤の医師を3人以上確保することができないから 03. （連携型）連携内での、過去1年間の緊急往診の実績が10件未満であるから 04. （連携型）連携内で、過去1年間の緊急往診の実績が4件以上を確保できない医療機関があるから 05. （連携型）連携内で、過去1年間の看取りの実績が4件未満であるから 06. （連携型）連携内で、過去1年間の看取りまたは超・準超重症児の医学管理の実績2件以上を確保できない医療機関があるから 07. （単独型）自施設単独で、在宅医療を担当する常勤の医師が3人未満であるから 08. （単独型）自施設単独で、過去1年間の緊急往診の実績が10件未満であるから 09. （単独型）過去1年間の看取り又は超・準超重症児の医学管理の実績4件以上を確保できないから 10. その他（具体的に ）	
⑦上記⑥のうち、届出をしなかった理由として最大の理由は何ですか。 ※上記 01.~10.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	
⑧貴施設では、今後、機能強化型在宅病・在宅診の届出を行う意向がありますか。 ※〇は1つだけ	
01. 届出の予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 02. 届出について検討中 03. 届出の予定はない 04. その他（具体的に ）	

(→この後は5ページの質問4. ①へ)

【上記①で「02. または 04. 機能強化型（連携型）在宅病・在宅診」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑨ 在宅支援連携体制についてお伺いします。		
1) 届出をしている病院・診療所別の 連携医療機関数	連携診療所数（病床あり）	（ ）施設
	連携診療所数（病床なし）	（ ）施設
	連携病院数	（ ）施設
	合計	（ ）施設
2) 在宅医療を担当する常勤の医師数（自施設+連携施設）		（ ）人
⑩在宅病・在宅診の届出を行った時期はいつですか。機能強化型の届出時期もお答えください。		
1) 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期	平成（ ）年（ ）月	
2) 機能強化型在宅病・在宅診の届出時期	平成（ ）年（ ）月	

(→この後は5ページの質問4. ①へ)

【上記①で「01. または 03. 機能強化型（単独型）在支病・在支診」と回答した施設の方にお伺いします。】

①在支病・在支診の届出を行った時期はいつですか。機能強化型の届出時期もお答えください。	
1) 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期	平成（ ）年（ ）月
2) 機能強化型の届出時期	平成（ ）年（ ）月

(→この後は質問4. ①へ)

4. 貴施設における在宅医療の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設が主治医として訪問診療を提供している患者の人数についてお伺いします。 平成 28 年 9 月の 1 か月間に訪問診療を実施した患者数（実人数）についてお答えください。		
1) 訪問診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
2) 年齢別の患者数	15 歳未満	人
	15 歳以上 40 歳未満	人
	40 歳以上 65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上	人
3) (15 歳未満) 超重症児・準超重症児の患者数		人
4) 要介護度別の患者数	対象外 (40 歳未満など)	人
	自立・未申請	人
	要支援 1・2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
	申請中	人
	不明・その他	人
5) 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を保有する患者数 ※1 人の患者が複数の手帳を保有している場合も「1 人」と数えてください。		人
6) 特定疾患医療受給者証を保有する患者数		人

②平成 28 年 4 月～平成 28 年 9 月の 6 か月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。		
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 ※4) +5) +6) =3)	4) 上記 3) のうち、自宅 (※1) での死亡者数	人
	5) 上記 3) のうち、居住系施設 (※2) ・介護老人福祉施設での死亡者数	人
	6) 上記 3) のうち、自宅・居住系施設以外での死亡者数	
	7) 上記 3) のうち、看取りを行った患者数	人
	8) 上記 2) のうち、医療機関で死亡した患者数	人
	9) 上記 8) のうち、連携医療機関で死亡した患者数	人
	10) 上記 8) のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数	人

※1 「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2 「居住系施設」とは、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設以外の居住先をいい、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当します。

③平成 28 年 9 月に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、「最も遠くに住む（貴施設からの移動時間が最も長い患者の患者）」と「最も近くに住む（貴施設からの移動時間が最も短い患者の患者）」について、以下の内容をお答えください。

	最も遠くに住む患者	最も近くに住む患者
1) 患者に訪問するのに用いている交通手段 ※○はいくつでも	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()
2) 移動に要する総時間 (往復)	往復 () 分	往復 () 分
3) 当該患者の「単一建物 診療患者数」	() 人	() 人
4) 住居形態	01. 自宅 (※1) 02. 居住系施設 (※2) 03. 介護老人福祉施設 04. その他 ()	01. 自宅 (※1) 02. 居住系施設 (※2) 03. 介護老人福祉施設 04. その他 ()
5) 貴施設との位置関係		01. 同一敷地内 02. 隣接する敷地内 03. 同一・隣接敷地内ではない

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「居住系施設」とは、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設以外の居住先をいい、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当します。

④平成 28 年 9 月に在総管・施設総管で「重症患者」を算定した患者がいた場合、その患者の人数をお書きください。
※1 人の患者が複数の疾患・状態に該当する場合は、それぞれに数えてください。
例：末期の悪性腫瘍患者で酸素療法を実施している場合→末期の悪性腫瘍患者、酸素療法のそれぞれに「1 人」となります。

1) 末期の悪性腫瘍患者	() 人
2) スモンの患者	() 人
3) 指定難病の患者	() 人
4) 後天性免疫不全症候群の患者	() 人
5) 脊髄損傷の患者	() 人
6) 真皮を超える褥瘡の患者	() 人
7) 人工呼吸器を使用している患者	() 人
8) 気管切開の管理を要する患者	() 人
9) 気管カニューレを使用している患者	() 人
10) ドレーンチューブ等を使用している患者	() 人
11) 人工肛門等の管理を要する患者	() 人
12) 在宅自己腹膜灌流を実施している患者	() 人
13) 在宅血液透析を実施している患者	() 人
14) 酸素療法を実施している患者	() 人
15) 在宅中心静脈栄養を実施している患者	() 人
16) 在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	() 人
17) 在宅自己導尿を実施している患者	() 人
18) 植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者	() 人
19) 携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン I2 製剤の投与を受けている患者	() 人

⑤上記④以外で、訪問診療を行う際に、診療において困難を伴う患者があれば、該当患者の状態や環境、診療内容等を具体的に書きください。

⑥平成28年4月～平成28年9月の6か月間における以下の算定回数をお答えください。

1) 在宅がん医療総合診療料	回	6) 在宅移行早期加算	回
2) 在宅患者緊急時等ケアプラン料	回	7) 退院時共同指導料	回
3) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	回	8) 診療情報提供料 (I)	回
4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料	回	9) 歯科医療機関連携加算	回
5) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	回		

⑦平成28年4月～平成28年9月の6か月間で、貴施設が主体となって、担当患者の医療・介護等を担う医療機関・事業所と、連携のための会議を開催したことはありますか。ある場合はその回数もお答えください（ケアマネジャーの行う『サービス担当者会議』や地域包括支援センターの行う『地域ケア会議』への出席は除きます）。※○は1つだけ

01. 開催したことがある→開催回数：() 回 02. 開催したことはない

⑧以下の施設基準のうち、届出のあるものは何ですか。 ※○はいくつでも

01. 在宅療養実績加算 1 02. 在宅療養実績加算 2
03. 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑨平成28年9月1か月間の以下の実績等についてお答えください。

	算定患者数（実人数）	算定回数
1) 在宅患者訪問看護・指導料	人	回
2) 精神科訪問看護・指導料	人	回

⑩平成28年9月1か月間の以下の交付件数についてお答えください。

1) 訪問看護指示書	件	3) 精神科訪問看護指示書	件
2) 特別訪問看護指示書	件	4) 精神科特別訪問看護指示書	件

⑪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。 ※○はそれぞれ1つだけ

	A) 自信を持って行うことができる	B) 行うことができる (A・Cのどちらでもない)	C) 対応は困難、又は行った経験がない	D) 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) 経口麻薬の投与	1	2	3	4
4) 皮下輸液	1	2	3	4
5) 中心静脈栄養・ポート管理	1	2	3	4
6) 末梢静脈点滴	1	2	3	4
7) 輸血	1	2	3	4
8) 胸水穿刺、腹水穿刺	1	2	3	4

5. 調査期間中（平成28年10月**～10月**日）に貴施設が訪問診療を実施した患者2名についてお書きください（調査要綱をご参照）。

患者票A・B

1) 患者の性別	1. 男性 2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 訪問先	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)の訪問先（単一建物）において、貴施設が訪問診療を実施している患者数（※この患者を含めた人数）	() 人		
5) 調査日の診察状況	1. 単一の建物内で複数の患者を診察 2. 単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・未申請 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→ (1. 認知症 2. 認知症以外) 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) 患者を訪問するのに用いる交通手段と移動時間 <small>※移動時間は貴施設から患者までの片道時間をお書きください。</small>	1. 徒歩のみ→ () 分 2. 徒歩+バス・電車等の公共交通→ () 分 3. 自動車→ () 分 4. その他（具体的に ）→ () 分		
11) 訪問診療を行ったきっかけ			
1. 自院に通院・入院していた患者 2. 他の医療機関からの紹介患者 3. 医療機関以外からの紹介（具体的に ）			
12) 訪問診療の対象病名 ※○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. 耳鼻科疾患 15. 眼科疾患 16. その他（具体的に ）			
13) ターミナルかどうか	1. ターミナル→余命の見込み：() か月 2. ターミナルでない		
14) 当該患者に対して、 <u>医師が実施した診療内容・連携等</u> （※この1か月間に実施したもの）※○はいくつでも			
1. 健康相談 2. 視聴打診・触診 3. バイタル測定 4. 患者・家族等への問診 5. 心電図検査 6. 簡易血糖測定 7. 採血・検体採取 8. 検査結果説明 9. 抗がん剤の点滴・注射 10. モルヒネの持続皮下注射 11. 鎮静薬の持続皮下注射 12. 皮下輸液 13. 中心静脈栄養・ポート管理 14. 輸血 15. 胸水穿刺・腹水穿刺 16. 経口麻薬の投与 17. 末梢静脈点滴 18. 上記以外の点滴・注射			

19. 気管切開・カニューレ交換	20. カテーテル交換 (カテーテルの部位)	21. エコー検査
22. 薬剤の処方	23. 特定保険医療材料の処方	24. ネブライザー
25. たんの吸引の指示	26. 栄養指導	27. 患者・家族等への病状説明
28. 診療上の継続的な意思決定支援	29. 訪問看護ステーションに関する指示・連携 (具体的に)	
30. 保険薬局に関する指示・連携 (具体的に)		
31. 歯科医療機関との連携 (具体的に)		
32. 居宅介護支援事業所との連携 (具体的に)		
33. その他 (具体的に)		
15) 当該患者に対して訪問診療を行う医師の指示又は依頼のもと、医師以外の職種 (貴施設以外の職員も含む) が提供している医療内容等 (※この1か月間に提供したもの) a) ~c) の職種ごとに主な実施内容を下の【選択肢】の1.~31.の中から3つまで選び、該当の番号をお書きください。		
a) 看護職員が実施したもの		
b) リハビリ職が実施したもの		
c) その他の職員 () が実施したもの		
【選択肢】		
1. 健康相談 2. 血圧・脈拍の測定 3. 心電図検査 4. 簡易血糖測定		
5. 血糖自己測定 (SMBG 管理) 6. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)		
7. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 8. 経鼻経管栄養 9. 中心静脈栄養 10. 吸入・吸引		
11. ネブライザー 12. 創傷処置 13. 体位変換 14. 浣腸・摘便 15. 褥瘡の処置		
16. インスリン注射 17. 点滴・注射 (16.以外) 18. 膀胱 (留置) カテーテルの管理		
19. 人工肛門・人工膀胱の管理 20. 人工呼吸器の管理 21. 気管切開の処置		
22. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入) 23. がん末期の疼痛管理 24. 慢性疼痛の管理 (23.以外)		
25. 透析・腹膜還流 26. リハビリテーション 27. 口腔ケア 28. 歯科医療		
29. 連携施設・事業所との連絡・調整 30. 社会福祉制度、相談窓口等の紹介		
31. その他 (具体的に)		
16) 経口摂取の状況	1. 経口摂取可能 2. 経口摂取不可	
17) 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	
18) 1か月間の訪問回数 (平成28年9月)	() 回	
19) 医学管理料の算定状況 (平成28年9月)	1. 在総管 (重症患者) 2. 在総管 (月2回以上) 3. 在総管 (月1回) 4. 施設総管 (重症患者) 5. 施設総管 (月2回以上) 6. 施設総管 (月1回) 7. 算定していない	
20) 調査日の診療時間 (当該患者のために患家に滞在した時間)	() 分	
21) 調査日の診療における看護職員の同行	1. あり 2. なし	
22) 当該患者に関する歯科医療機関との連携の有無	1. あり 2. なし	
23) 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28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	
24) 上記23)のうち、入院に至った回数 (平成28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	
25) 上記23)のうち、夜間の往診回数 (平成28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	
26) 上記23)のうち、深夜の往診回数 (平成28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む

訪問看護の実施状況調査 調査票（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、訪問看護の実施状況や在宅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 28 年 10 月 1 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	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 医療法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない） 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） 8. 農業協同組合及び連合会 9. 消費生活協同組合及び連合会 10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 11. 特定非営利活動法人（NPO） 12. その他（具体的に ）
④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	1. 該当なし 2. 病院 3. 診療所 4. 介護老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 居宅介護支援事業所→（a. 同一敷地内 b. 隣接） 7. 通所介護事業所 8. 地域包括支援センター 9. 訪問介護事業所 10. 定期巡回・随時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. 特定相談支援事業所 19. 障害児相談支援事業所 20. その他（具体的に ）
⑤貴事業所で指定を受けている介護保険サービス・障害福祉サービス ※○はいくつでも	1. 該当なし 2. 看護小規模多機能型居宅介護 3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 4. 療養通所介護 5. （介護予防）療養通所介護 6. 児童発達支援 7. 放課後等デイサービス
⑥訪問看護を開始した時期	西暦（ ）年（ ）月
⑦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

⑧機能強化型訪問看護ステーションの届出の有無

1. 届出なし
2. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 の届出あり
 →届出時期：平成（ ）年（ ）月
 →貴事業所が満たしている要件： ※○はいくつでも
 { a. ターミナルケア件数が年 20 件以上
 b. ターミナルケア件数が年 15 件以上、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数が常時 4 人以上
 c. 超重症児・準超重症児の利用者数が常時 6 人以上 }
3. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 の届出あり
 →届出時期：平成（ ）年（ ）月
 →貴事業所が満たしている要件： ※○はいくつでも
 { a. ターミナルケア件数が年 15 件以上
 b. ターミナルケア件数が年 10 件以上、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数が常時 3 人以上
 c. 超重症児・準超重症児の利用者数が常時 5 人以上 }

▶【届出がない場合】

⑧-1 今後の機能強化型訪問看護ステーション届出意向

1. 届出の予定がある 2. 届出について検討中 3. 届出の予定はない

⑨24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出（医療保険）の有無	1. 24 時間対応体制加算 2. 24 時間連絡体制加算 3. 届出なし																		
⑩特別管理加算（医療保険）の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑪精神科訪問看護基本療養費の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑫精神科複数回訪問加算の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑬精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑭訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び（Ⅱ）のハに係る専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無	1. あり→（a. 緩和ケア b. 褥瘡ケア） 2. なし																		
⑮貴事業所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全職員を常勤換算）でお答えください。※平成 28 年 10 月 1 日時点の状況																			
<table border="1"> <tr> <th>保健師 助産師 看護師</th> <th>准看護師</th> <th>リハビリ職 (PT・OT・ST)</th> <th>その他の 職員</th> <th>(うち) 看護補助者 介護職員</th> <th>(うち) 精神保健 福祉士</th> <th>(うち) 介護支援 専門員</th> <th>(うち) 事務職員</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	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) 介護支援 専門員	(うち) 事務職員	合計										
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) 介護支援 専門員	(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)																			

2. 診療報酬の算定状況や利用者の状況等についてお伺いします。

①平成 28 年 9 月の 1 か月間における、新規利用者数と対応が終了した利用者数をご記入ください。	
1) 新規利用者数（医療保険）	人
2) 対応が終了した利用者数（医療保険）	人
3) このうち、亡くなった利用者数（医療保険）	人

②平成 27 年 9 月と平成 28 年 9 月の各 1 か月間の訪問看護の利用者数（実人数）と訪問回数をご記入ください。		
	平成 27 年 9 月	平成 28 年 9 月
1) 全利用者数（医療保険の利用者数＋介護保険の利用者数）	人	人
2) 医療保険のみの利用者数	人	人
3) 医療保険と介護保険の両方を使った利用者数	人	人
4) 医療保険の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）に該当する利用者数	人	人
5) 医療保険の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）に該当する利用者数	人	人
6) 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者数	人	人
7) 「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人	人
8) 「精神科特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人	人
9) 同一建物居住者に該当する利用者数	人	人
10) 訪問回数（医療保険の利用者分＋介護保険の利用者分）	回	回
11) 医療保険による訪問回数	回	回
12) 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者への訪問回数	回	回

③医療保険の利用者のうち、40 歳以上の利用者について、要介護度別の人数をお書きください。						
	要支援 1・2	要介護 1・2・3	要介護 4	要介護 5	申請中・自立・未申請	合計
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人	人	人

④医療保険の利用者のうち、要介護者（要介護 1～5 の利用者）について、日常生活自立度（寝たきり度）別の人数をお書きください。					
	自立・J（自立）	A（室内自立）	B（床上自立）	C（寝たきり）	不明
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人	人

⑤医療保険の利用者のうち、要介護者（要介護 1～5 の利用者）について、認知症高齢者の日常生活自立度の区別の人数をお書きください。						
	自立・I	II	III	IV	M	不明
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人	人	人

⑥医療保険の利用者のうち、15 歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児・医療的ケア児・その他の人数をお書きください。 ※「3)平成 28 年 4～9 月での 1 か月あたりの平均」は小数点第 1 位まで記入				
	1) 超重症児 （運動機能が座位までで、判定スコアが 25 点以上）	2) 準超重症児 （運動機能が座位までで、判定スコアが 10 点以上 25 点未満）	3) 医療的ケア児* （1）・2)を除く）	4) その他
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人
3) 平成 28 年 4～9 月での 1 か月あたりの平均	人/月	人/月	人/月	人/月

*医療的ケア児:人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児

⑦平成 28 年 4～9 月の期間に、ターミナルケアを行った利用者数をご記入ください。	
1) 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者数（医療保険）	() 人
2) ターミナルケア加算を算定した利用者数（介護保険）	() 人
3) 共同で訪問看護を行った保険医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数	() 人

⑧平成 28 年 9 月の 1 か月間に、医療保険の利用者のうち、主に医療処置を行った利用者、主にリハビリを行った利用者、その他の利用者の人数をご記入ください。医療処置とリハビリの両方を行った利用者については、主として行っている方に含めてください。	
1) 主に医療処置を行った利用者数	() 人
2) 主にリハビリを行った利用者数	() 人
3) その他（医療処置・リハビリ以外）の利用者数 （具体的に行った内容：)	() 人

⑨貴事業所は特別地域訪問看護加算（医療保険）の対象地域にありますか。ある場合は、平成 28 年 9 月の 1 か月間における特別地域訪問看護加算（医療保険）の算定利用者数をお書きください。

1. 対象地域にある →特別地域訪問看護加算の算定利用者数：() 人 ※実人数
2. 対象地域にない

▶【対象地域にない場合】

⑨-1 特別地域訪問看護加算（医療保険）の対象地域に居住する利用者はいますか。

1. いる →特別地域訪問看護加算の対象地域に居住する利用者数：() 人 ※実人数
2. いない

⑩貴事業所は中山間地域等の小規模事業所加算（介護保険）の対象地域にありますか。

1. 対象地域にある 2. 対象地域にない

⑪中山間地域等提供加算（介護保険）の対象地域に居住する利用者はいますか。いる場合は、その人数と平成 28 年 9 月の 1 か月間における算定利用者数をお書きください。

1. いる →中山間地域等提供加算の対象地域に居住する利用者数：() 人 ※実人数
→上記のうち、中山間地域等提供加算を算定している利用者数：() 人 ※実人数
2. いない

3. 土日や夜間、緊急時の対応についてお伺いします（医療保険に限ります）。

①早朝・夜間・深夜や土日祝日の計画的な訪問に対応していますか。対応しているものをお答えください。※○はいくつでも

1. 早朝（朝 6 時から 8 時まで） 2. 夜間（18 時から 22 時まで） 3. 深夜（22 時から朝 6 時まで）
4. 土曜日 5. 日曜日 6. 祝日 7. いずれも対応していない

②平成 28 年 9 月の 1 か月間で、緊急訪問した利用者はいましたか。いた場合は、その人数と延べ訪問回数、緊急訪問看護加算（医療保険）の算定回数をお書きください。

1. いなかった
2. いた →利用者数：() 人 ※実人数
→延べ訪問回数：() 回、緊急訪問看護加算の算定回数：() 回

4. 他の医療機関や訪問看護ステーション等との連携状況についてお伺いします(医療保険に限ります)。

①平成28年9月の1か月間について、連携に関する診療報酬項目の算定利用者数と算定回数をご記入ください。		
	算定利用者数(実人数)	算定回数
1) 退院時共同指導加算(医療保険)	人	回
2) 在宅患者連携指導加算	人	回
3) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	人	回
4) 訪問看護情報提供療養費	人	回

②貴事業所に在宅褥瘡管理者はいますか。いる場合はその人数をご記入ください。	
1. いる→()人	2. いない

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。 ※○は1つだけ	
1. 参加している	→平成28年9月1か月間での算定利用者数:()人
2. 参加していない	
3. 「在宅褥瘡対策チーム」を知らない	

④平成27年9月と平成28年9月の各1か月間の医療保険の利用者のうち、貴事業所以外の実施主体による訪問看護も利用している人数(実人数)をご記入ください。		
	平成27年9月	平成28年9月
1) 複数の実施主体による訪問看護を利用している人数	()人	()人
2) 貴事業所以外の訪問看護ステーションと併用している人数	()人	()人
3) 病院・診療所の訪問看護と併用している人数	()人	()人
4) 同一日に貴事業所が2か所目の緊急訪問を実施した人数	()人	()人

【平成28年9月に同一日に貴事業所が2か所目の緊急訪問を実施した利用者がある場合】

④-1 1か所目の訪問看護ステーションが緊急訪問できなかった理由は何ですか。 ※○はいくつでも	
1.	1か所目の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を届出していないから
2.	1か所目の訪問看護ステーションが対応困難な状態だったから
3.	1か所目の訪問看護ステーションに利用者から連絡がつかなかったから
4.	事前の取り決めで貴事業所(2か所目の訪問看護ステーション)が対応することになっていたから
5.	その他(具体的に)

⑤平成28年9月の1か月間に行った、訪問看護指示書・訪問看護計画書・訪問看護報告書の受け渡し(医療保険)について、授受のあった病院・診療所数と受け渡し方法別の回数をご記入ください。			
	受け渡しのあった病院・診療所数	書面(紙)での受け渡し回数	電子ファイル等での受け渡し回数
1) 訪問看護指示書(精神科含む)	()か所	()回	()回
2) 訪問看護計画書・訪問看護報告書(精神科含む)	()か所	()回	()回

⑥平成 28 年 9 月 1 か月間における、医療保険の利用者についての情報提供等の状況についてお伺いします。

A) B) 情報提供や共有を行った施設・事業所数、利用者数をご記入ください。
※情報提供や共有には、文書の有無に関わらず、カンファレンス、電話等での情報共有も含めます。

C) D) サマリー等の療養に関する文書を提供した回数、受け取った回数をご記入ください。

	A) 情報提供や共有を行った施設・事業所数	B) 情報提供や共有を行った利用者数	C) 貴事業所から文書を提供した回数	D) 貴事業所が文書を受け取った回数
1) 病院 ※訪問看護指示書、訪問看護計画書・訪問看護報告書を除く	() 箇所	() 人	() 回	() 回
2) 診療所 ※訪問看護指示書、訪問看護計画書・訪問看護報告書を除く	() 箇所	() 人	() 回	() 回
3) 歯科医療機関	() 箇所	() 人	() 回	() 回
4) 保険薬局	() 箇所	() 人	() 回	() 回
5) 居宅介護支援事業所	() 箇所	() 人	() 回	() 回
6) 介護老人保健施設	() 箇所	() 人	() 回	() 回
7) 5)・6)以外の介護保険サービス事業者	() 箇所	() 人	() 回	() 回
8) 地域包括支援センター	() 箇所	() 人	() 回	() 回
9) 特定相談事業者・障害児相談支援事業者	() 箇所	() 人	() 回	() 回
10) 保育所・幼稚園・学校	() 箇所	() 人	() 回	() 回

⑦平成 28 年 4 月～9 月で、地域住民に対する情報提供や相談、人材育成のための研修等の地域での活動（医療保険や介護保険によるものは除く）を行いましたか。 ※○はいくつでも

1. 行ったことはない
2. 地域住民に対する研修・勉強会の企画運営、又は講師
3. 地域ケア会議への参加
4. 災害時の避難行動要支援者（人工呼吸器装着者を含む）に対する個別支援計画策定への参画
5. 対応が終了した利用者や死亡した利用者家族の相談対応
6. 利用者以外の住民からの相談対応
7. 地域の医療機関・訪問看護ステーション等からの相談対応
8. 地域の医療機関・訪問看護ステーション等からの研修受け入れ
9. 看護学生等の医療・福祉・介護分野の学生の実習受け入れ
10. その他（具体的に _____)

5. 平成 28 年度の訪問看護に関する診療報酬項目の改定について、ご意見がございましたら具体的にお書きください。

6. ここからは平成28年9月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者4名について、利用状況等をお伺いします。回答する利用者は下記①～③の順に計4名お選びください。

- | |
|--|
| ① 15歳未満の利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名 |
| ② 精神科訪問看護基本療養費の算定利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名 |
| ③ 上記①・②で選ばれた利用者を除く全利用者のうち、五十音順で早い利用者2名 |

※①・②に該当する利用者がいない場合は、③の条件での回答利用者数を増やして、合計4名分をご回答ください。
例えば、①に該当する利用者がいない場合は、②の条件で1名、③の条件で3名をご回答ください。

利用者A～D

1) 性別	1. 男性 2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 要介護度 (直近)	0. 対象外 1. 自立・未申請 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		
4) 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) (直近)	0. 自立 1. J 2. A 3. B 4. C 5. 不明		
5) 認知症高齢者の日常生活自立度 (直近)	0. 自立 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. M 6. 不明		
6) 現在在宅療養を続けている原因の病名 (指示書にある傷病名を転記ください) ※○はいくつでも	1. 脳血管疾患 2. 循環器疾患 3. 悪性新生物 4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患 6. 消化器疾患 7. 筋骨格・運動器疾患 8. 精神疾患 9. 神経難病 10. その他の神経疾患 10. その他 (具体的に)		
7) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	0. 無 1. 末期の悪性腫瘍 2. 多発性硬化症 3. 重症筋無力症 4. スモン 5. 筋萎縮性側索硬化症 6. 脊髄小脳変性症 7. ハンチントン病 8. 進行性筋ジストロフィー症 9. パーキンソン病関連疾患 10. 多系統萎縮症 11. プリオン病 12. 亜急性硬化性全脳炎 13. ライソゾーム病 14. 副腎白質ジストロフィー 15. 脊髄性筋萎縮症 16. 球脊髄性筋萎縮症 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 18. 後天性免疫不全症候群 19. 頸髄損傷 20. 人工呼吸器を使用している状態		
8) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも	0. 無 1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 2. 在宅気管切開患者指導管理 3. 気管カニューレ 4. 留置カテーテル 5. 在宅自己腹膜灌流指導管理 6. 在宅血液透析指導管理 7. 在宅酸素療法指導管理 8. 在宅中心静脈栄養法指導管理 9. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 10. 在宅自己導尿指導管理 11. 在宅人工呼吸指導管理 12. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 13. 在宅自己疼痛管理指導管理 14. 在宅肺高血圧症患者指導管理 15. 人工肛門・人工膀胱 16. 真皮を越える褥瘡 17. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定		
9) ターミナル期かどうか	1. ターミナル期→余命の見込み () か月 2. ターミナル期でない		
10) 超重症児・準超重症児かどうか (15歳未満の場合)	1. 超重症児 2. 準超重症児 3. 非該当		
	(1. 超重症児/2. 準超重症児の場合) 特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無		1. 有 2. 無
11) 貴事業所でこの利用者へ訪問看護を開始した時期	平成 () 年 () 月頃		
12) 在宅移行前の場所	0. 特に入院・入所はしていない 1. 病院→病床 (a一般 b療養 c回復期リハ d地域包括ケア e精神 fその他) 2. 有床診療所 3. 介護老人保健施設 4. 特別養護老人ホーム 5. その他		
13) 直近の退院月 (半年以内、直近)	1. 平成28年 () 月 2. 無 3. 不明		

14) 訪問看護の種別 (平成 28 年 9 月分)		1. 訪問看護基本療養費 2. 精神科訪問看護基本療養費
14) -1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅱの算定の有無		1. 有 2. 無
15) 訪問看護の加算等の状況 (平成 28 年 9 月分) ※○はいくつでも ※精神科を含む		
1. 特別管理加算 2. 専門性の高い看護師による訪問→ (a 緩和ケア b 褥瘡ケア) 3. 複数名訪問看護加算→ (a 保健師・助産師・看護師 b リハビリ職 c 准看護師 d 看護補助者 e 精神保健福祉士) 4. 夜間・早朝訪問看護加算 5. 深夜訪問看護加算 6. 緊急訪問看護加算 7. 難病等複数回訪問加算 8. 精神科複数回訪問加算 9. 長時間訪問看護加算 10. 乳幼児加算・幼児加算 11. 24 時間対応体制加算・連絡体制加算 12. 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算		
16) 貴事業所からの訪問日数 (平成 28 年 9 月 1 か月間)		() 日
うち、緊急訪問の有無・回数・理由		1. 有→ () 回、理由 () 2. 無
うち、1 日につき複数回の訪問を行った日の有無・日数		1. 有→ () 日 2. 無
17) 直近の 1 回の訪問時間 (分) ※移動時間は含まない		() 分
18) 提供する職員の職種 ※○はいくつでも (平成 28 年 9 月の訪問者)		1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 精神保健福祉士 7. その他
19) 貴事業所以外に訪問看護を提供する事業所の有無・種別・訪問者の職種		1. 有→事業所の種別 (a 病院・診療所 b 訪問看護ステーション) →訪問者の職種 (a 看護職 b リハビリ職 c その他) 2. 無
20) 特別訪問看護指示書 (精神科を含む) の交付の有無・回数 (平成 28 年 4~9 月)		1. 有→ () 回 2. 無
(有の場合) 指示の内容 ※○はいくつでも		1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他 (具体的に)
21) 平成 28 年 9 月 1 か月間に訪問看護が提供したケア内容に全て○をつけてください (○はいくつでも)。また、直近 1 回の訪問時に行ったケア内容のうち、主なもの 3 つまでに◎をつけてください。		
1. ターミナル期のケア 2. 服薬援助 (点眼薬等を含む) 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養 5. 吸入・吸引 6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便 8. 褥瘡の処置 9. 皮膚潰瘍等の処置 10. 採血 11. 検体採取 (10.以外) 12. 血糖自己測定の管理 13. インスリン注射 14. 点滴・中心静脈栄養・注射 (13.以外) 15. 膀胱 (留置) カテーテルの管理 16. 導尿 17. 人工肛門・人工膀胱の管理 18. 人工呼吸器の管理 19. 陽圧換気機器の管理 20. 気管切開の処置 21. 気管カニューレの交換 22. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入) 23. 腹膜透析 24. がん末期の疼痛管理 25. 慢性疼痛の管理 (24.以外) 26. 精神症状の観察 27. 心理的支援 28. 口腔ケア 29. 洗髪・清拭・入浴介助 30. リハビリテーション 31. 合併症予防ケア (肺炎予防等) 32. 頻回の観察・アセスメント 33. 家族への指導・支援 34. サービスの連絡調整 35. その他 ()		
(リハビリテーションを行った場合) リハビリテーションの計画の有無		1. 有 2. 無
(リハビリテーションを行った場合) リハビリテーションの実施者		1. 主にリハビリ職 2. リハビリ職と看護職 3. 主に看護職
(1. 主にリハビリ職の場合) リハビリテーションへの看護職の関与		1. 看護職によるリハビリ実施はほとんどないが、訪問看護する日がある 2. 看護職がリハビリの計画策定・評価に関わっている 3. 看護職の関与なし (リハビリ職による計画・実施・評価)

⑦職員数		常勤	非常勤（常勤換算※）
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 看護師・准看護師	() 人	() 人
	3) 歯科衛生士	() 人	() 人
	4) 歯科技工士	() 人	() 人
	5) 管理栄養士・栄養士	() 人	() 人
	6) 言語聴覚士	() 人	() 人
	7) その他	() 人	() 人
	8) 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)

⑦-1 ⑦のうち、平成28年9月1か月間に歯科訪問診療等*に従事した職員数		常勤	非常勤（常勤換算）
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 看護師・准看護師	() 人	() 人
	3) 歯科衛生士	() 人	() 人
	4) 歯科技工士	() 人	() 人
	5) 管理栄養士・栄養士	() 人	() 人
	6) 言語聴覚士	() 人	() 人
	7) その他	() 人	() 人
	8) 合計	() 人	() 人

⑦-2 在宅歯科医療に係る経験が3年以上歯科医師（実人数）

	常勤	非常勤（常勤換算）
() 人	() 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。

⑧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) ポータブルバキューム	() 台
	5) ポータブル歯科用X線装置	() 台

⑨貴施設の常勤の歯科医師について、「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準の届出様式に記載した受講済みの「高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修」に関して、その後に当該内容の研修の研修（類似する内容も含む）を受講したことはありますか。 ※〇は1つだけ

01. 受講したことがある
02. 受講したことはない

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（歯科衛生士のみは含まれません）**をどのような体制で行っていますか。最も当てはまるものを1つ選んでください。 ※〇は1つだけ

- 00. 直近1年間は歯科訪問診療を実施していない
- 01. 歯科訪問診療を専門に行っている（外来歯科診療は5%未満）
- 02. 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（→質問②へ）
- 03. 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（→質問②へ）
- 04. 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（→質問②へ）
- 05. 特定の曜日・時間に歯科訪問診療を行っている（→質問②へ）
- 06. その他（具体的に _____）（→質問②へ）

【上記①で「00. 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〇

- 01. 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
- 02. 歯科訪問診療の依頼がないから
- 03. 診療報酬上の評価が低いから
- 04. 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は以上で質問は終わりです。ご協力いただき、ありがとうございました。

【上記①で「01. 歯科訪問診療を専門に行っている」と回答した施設の方】

①-2 患者・家族等からの連絡（緊急時を含む）に対してどのような体制で対応していますか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 診療所の受付電話で対応（受付担当者が対応）
- 02. 診療所の受付電話が歯科医師に自動転送される
- 03. 歯科医師の携帯電話で対応
- 04. コールセンターが対応
- 05. その他（具体的に _____）

【上記①で「01. 歯科訪問診療を専門に行っている」と回答した施設の方】

①-3 外来歯科診療が必要な患者について診療を依頼している歯科医療機関数は何施設ありますか。

（ _____ ）施設

【上記①で「01. 歯科訪問診療を専門に行っている」と回答した施設の方】

①-4 平成28年4月以降、患者・家族等から往診や訪問診療を求められたものの対応ができなかったことはありますか。また、ある場合は、どのような理由によるものでしょうか。 ※〇は1つ

- 01. ある→対応できなかった理由
 [_____]
- 02. ない

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

②平成27年9月と平成28年9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) 歯科外来患者の実人数（当月のレセプト件数）をご記入ください。
注）該当患者がない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

	平成27年9月	平成28年9月
1) 歯科外来患者総数（延べ人数）	() 人	() 人
2) 歯科外来患者数（実人数）	() 人	() 人

③貴施設が歯科訪問診療を開始したのはいつ頃ですか。

昭和・平成 () 年 () 月頃

④貴施設では、平成28年4月以降、「特別の関係」にある病院又は施設等への歯科訪問診療等がありますか。
※〇は1つだけ

01. ある	02. 「特別の関係」にある施設はあるが、歯科訪問診療等を行っていない
03. 「特別の関係」にある施設がない	

※「特別の関係」にある病院又は施設等への歯科訪問診療等とは、歯科診療報酬点数表に関する留意事項通知の第2章第2部(9)(10)で規定されている歯科訪問診療を指します。

⑤平成28年9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（歯科訪問診療料を算定した延べ日数及び特別の関係にある施設等での歯科訪問診療による初・再診料を算定した延べ日数の合計）	() 日
2) 歯科医師の指示のもと、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

【上記⑤で患者数がすべて「0」であった施設の方にお伺いします】

⑤-1 貴施設では、平成28年9月1か月間の歯科訪問診療等の実績がなかったのはなぜですか。
※あてはまるものすべてに〇

01. 調査対象月に歯科訪問診療等の依頼がなかったため
02. 調査対象月に入っていた歯科訪問診療の予約がキャンセルになったため
03. その他（具体的に)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑥平成28年9月1か月間の歯科訪問診療等を行った患者数（実人数）をご記入ください。

1) 歯科訪問診療等の患者総数（実人数）（人）	() 人
2) 歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数（人）（レセプト件数） ※同じ患者に2回診療した場合も「1人」。	() 人
3) 歯科医師が居宅療養管理指導を行った患者の実人数（人）	() 人
4) 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）を実施した患者の実人数（人）	() 人
5) 「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」を算定した患者の実人数（人）	() 人

⑦平成 28 年 9 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
上記 1) のうち、「著しく歯科診療が困難な者」又は「要介護 3 以上」に準じる状態により、20 分以上の診療が困難であった回数	() 回
2) 歯科訪問診療 2	() 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) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科医師)	() 回
5) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科衛生士)	() 回

⑧平成 28 年 9 月 1 か月間に、歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数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 ※マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位	() か所
2) 1)のうち、自宅 (※1)	() か所
3) 1)のうち、居住系施設 (※2)	() か所
4) 1)のうち、介護老人保健施設	() か所
5) 1)のうち、介護老人福祉施設	() か所
6) 1)のうち、病院	() か所
7) 1)のうち、その他 ()	() か所

※1 「自宅」とは、施設以外で、戸建て (持家・借家問わず)、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2 「居住系施設」とは、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設以外の居住先をいい、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当します。

⑨平成 28 年 9 月に貴施設が歯科訪問診療を実施した患者のうち、「最も遠くに住む (貴施設からの移動時間が最も長い患家の) 患者」と「最も近くに住む (貴施設からの移動時間が最も短い患家の) 患者」について、以下の内容をお答えください。		
	最も遠くに住む患者	最も近くに住む患者
1) 患家に訪問するのに用いる交通手段 ※○はいくつでも	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()
2) 移動に要する総時間 (往復)	往復 () 分	往復 () 分
3) 当該患家の「単一建物診療患者数」	() 人	() 人
4) 住居形態	01. 自宅 (上記※1) 02. 居住系施設 (上記※2) 03. 介護老人保健施設 04. 介護老人福祉施設 05. 病院 06. その他 ()	01. 自宅 (上記※1) 02. 居住系施設 (上記※2) 03. 介護老人保健施設 04. 介護老人福祉施設 05. 病院 06. その他 ()
5) 貴施設との位置関係		01. 同一敷地内 02. 隣接する敷地内 03. 同一・隣接敷地内ではない

⑩貴施設では、平成28年4月以降、周術期口腔機能管理に関連して（標榜している）病院への歯科訪問診療等がありますか。※〇は1つだけ

01. ある

02. ない（→質問⑩へ）

【上記⑩で「01. ある」と回答した施設の方】

⑩-1 歯科のある病院に訪問するようになったきっかけは何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 貴施設に通院していた患者からの依頼
- 02. 病院の歯科医師からの依頼
- 03. 病院の医師からの依頼
- 04. 地域歯科医師会からの依頼・紹介
- 05. その他（具体的に

)

【上記⑩で「01. ある」と回答した施設の方】

⑩-2 歯科のある病院に訪問する場合、貴施設はどのような治療等を実施していますか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 周術期口腔機能管理計画の策定
- 02. 歯周病検査、歯周基本治療
- 03. 口腔衛生指導
- 04. う蝕治療
- 05. 抜髄、感染根管治療
- 06. 抜歯
- 07. 義歯製作、義歯調整、有床義歯修理、有床義歯内面適合法
- 08. その他（具体的に

)

【上記⑩で「01. ある」と回答した施設の方】

⑩-3 歯科のある病院では、病院の歯科とどのように役割分担をしていますか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 患者毎に担当を分担している
 - 02. 治療内容でそれぞれの分担を取り決めている
- 貴施設が担当する内容（取り決めをしている内容）

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 021. 周術期口腔機能管理計画の策定 | 022. 歯周病検査、歯周基本治療 |
| 023. 口腔衛生指導 | 024. う蝕治療 |
| 025. 抜髄、感染根管治療 | 026. 抜歯 |
| 027. 義歯製作 | 028. 義歯調整、修理等 |
| 029. その他（具体的に | |

)

- 03. 患者毎に、術前に必要な治療のみ貴施設が分担している
- 04. 患者毎に、術前に必要な治療のみ病院の歯科が分担している
- 05. 役割分担について特に取り決めはない
- 06. その他（具体的に

)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑪貴施設では、平成28年4月以降、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定したことがありますか。※〇は1つだけ

01. ある（→質問⑪-1へ）

02. ない（→7ページの質問⑪-2へ）

【上記⑪で「01. ある」と回答した施設の方】

⑪-1 平成28年3月以前に、摂食機能療法を算定したことはありますか。 ※〇は1つだけ

01. ある（→7ページの質問⑪-1-1へ）

02. ない（→7ページの質問⑪-2へ）

【上記⑪-1で「01. ある」と回答した施設の方】

⑪-1-1 摂食機能療法を算定していた時と比べて、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料では、対象患者や実際の診療内容に変化がありますか。 ※〇は1つだけ

01. ある →変化の内容

()

02. ない

→この後は質問⑫へ

【上記⑪で「02. ない」と回答した施設の方】

⑪-2 平成28年3月以前に、摂食機能療法を算定したことはありますか。 ※〇は1つだけ

01. ある

02. ない

【上記⑪で「02. ない」と回答した施設の方】

⑪-3 現在、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定していないのはなぜですか。
※あてはまるものすべてに〇

01. 対象となる患者がないから

02. 算定要件を満たすのが難しいから

03. その他（具体的に

）

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑫ 貴施設では、平成28年4月以降、栄養サポートチーム連携加算1・2を算定したことがありますか。
※〇は1つだけ

01. ある（→質問⑫-1へ）

02. ない（→質問⑫-4へ）

【上記⑫で「01. ある」と回答した施設の方】

⑫-1 貴施設がNSTやミールラウンド（食事観察）等に参加している施設はいくつありますか。

病院（

）施設

介護保険施設（

）施設

【上記⑫で「01. ある」と回答した施設の方】

⑫-2 貴施設では平成28年3月以前から、NSTやミールラウンド（食事観察）等に参加していますか。
※〇は1つだけ

01. 病院・介護保険施設のいずれにも参加している

02. 病院に参加している

03. 介護保険施設に参加している

04. 参加していない（→8ページの質問⑬へ）

【上記⑫で「01. ある」と回答した施設の方】

⑫-3 平成28年4月以降、NSTやミールラウンド（食事観察）等への参加依頼は増えましたか。
※〇は1つだけ

1) 病院

→

01. 増えた

02. 変わらない

2) 介護保険施設

→

01. 増えた

02. 変わらない

→8ページの質問⑬へ

【上記⑫で「02. ない」と回答した施設の方】

⑫-4 栄養サポートチーム連携加算1・2を算定していないのはなぜですか。 ※あてはまるものすべてに〇

01. 依頼があれば対応するが依頼がないため

02. 何をしてもよいかかわからないため

03. 定期的に参加するのが難しいため

04. 関心がないため

05. その他（具体的に

）

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑬貴施設では、在宅歯科医療推進加算の届出を行っていますか。 ※〇は1つだけ

01. 行っている

02. 行っていない (→質問⑭へ)

【上記⑬で「01. 行っている」と回答した施設の方】

⑬-1 貴施設では平成 28 年 3 月以前に、在宅かかりつけ歯科診療所加算の届出を行っていましたか。
※〇は1つだけ

01. 行っていた (→質問⑭へ)

02. 行っていない

【上記⑬-1 で「02. 行っていない」と回答した施設の方】

⑬-1-1 平成 28 年 4 月以降、在宅歯科医療推進加算の届出を行ったのはなぜですか。
※あてはまる番号すべてに〇

01. 歯科訪問診療に関する要件が緩和されたため

02. 歯科訪問診療の患者数が増加したため

03. その他 (具体的に

)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑭貴施設が歯科訪問診療を行う上で困っていることは何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇

00. 困っていることは何もない (→質問 3. ①へ)

01. 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

02. 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

03. 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

04. 歯科訪問診療用の器具・機材の購入にコストがかかる

05. 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

06. 医療保険請求の確認等事務処理に困難がある

07. 介護保険の確認等事務処理に困難がある

08. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい

09. 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

)

⑭-1 上記⑭のうち、最も困っていることは何ですか。

※上記⑭の 01. ~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。

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

3. 他施設等との連携状況についてお伺いします。

①平成 28 年 8 月~10 月の 3 か月間について、医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。

1) 医科医療機関からの患者 (外来診療) 紹介 ※周術期口腔機能管理を除く	01. あり	02. なし
2) 医科医療機関への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 医科医療機関からの周術期口腔機能管理に関する依頼	01. あり	02. なし
4) 医科医療機関での栄養サポートチームへの参加	01. あり	02. なし

5) 医科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定したもの)	01. あり	02. なし
6) 医科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定していないもの)	01. あり	02. なし
7) 外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼	01. あり	02. なし
8) 歯科医療機関からの患者(外来診療)紹介	01. あり	02. なし
9) 歯科医療機関からの歯科訪問診療の依頼 * 1	01. あり	02. なし
10) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定したもの)	01. あり	02. なし
11) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定していないもの)	01. あり	02. なし

* 1 歯科訪問診療: 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。

【上記①の6) または 11) で「01. あり」と回答した施設の方にお伺いします】

①-1 診療情報提供料を算定していないが文書による情報提供を行っている場合、情報提供の具体的な内容についてご記入ください。

②平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間について、介護保険施設等との連携状況をご記入ください。

1) 介護療養型医療施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
2) 介護老人保健施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 介護老人福祉施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
4) 居住系高齢者施設等(サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、認知症グループホーム等)への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
5) その他の施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
6) 上記 1)～3)の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
7) 上記 4)、5)の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
8) 施設等で行われる口腔衛生管理への協力(歯科訪問診療以外で実施するもの) * 2	01. あり	02. なし
9) 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施	01. あり	02. なし
10) 協力歯科医院に指定されている介護保険施設等	01. あり	02. なし
11) 地域包括支援センターからの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし
12) 居宅介護支援事業所(ケアマネ)からの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし

* 2 施設等で行われる口腔衛生管理への協力: 介護保険による口腔衛生管理への協力や歯科検診など、診療報酬とは関連しない口腔衛生管理などを指します。

③直近の 1 年間で、上記質問①・②以外に、地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所との連携や、地域住民を対象とした活動等を行っていますか。※あてはまるものすべてに○

00. 上記質問①・②以外に行っていることはない
01. 地域ケア会議、サービス担当者会議、地域の医療・介護等の関係者との連携のための会議などへの参加
02. 地域の医療機関や介護サービス事業所等が開催する会議・研修会・勉強会などへの参加(NST、ミールラウンドへの参加を除く)
03. 自治体や各種団体等が地域で開催する地域住民を対象とした事業への協力
04. 健康相談の実施、健診事業への協力
05. 介護保険に係る相談の実施
06. 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○

01. 歯科医師会	02. 医師会	03. 保険薬局	04. 訪問看護ステーション
05. 居宅介護支援事業所	06. 地域包括支援センター	07. 行政（保健所）	
08. その他（具体的に _____）			
09. いずれとも連携していない（→質問⑤へ）			

【上記④で連携があると回答した施設の方】

④-1 具体的にどのような連携がありましたか。 ※あてはまるものすべてに○

01. 診療依頼や歯科に関する相談を受けた	02. 歯科治療を行う上で必要な情報提供を行った
03. 多職種が集まる会議に出席した	04. その他（具体的に _____）

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
ご記入ください。

4. 調査日（平成 28 年 9 月 1 日～9 月 30 日の間で 1 日の歯科訪問診療等の実績が最も多かった日）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。

A) 歯科医師	() 人	B) 歯科衛生士	() 人
C) その他の職員	() 人	D) 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）に行った患者数、このうち同一建物で複数の患者となった人数、診療等合計時間（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。なお、2) と 4) と 5) の診療等合計時間では、指定の職種が担当した合計時間のみをご記入ください。

	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	診療等合計時間/日
1) 歯科医師（上記 A）が 1 人で訪問したもの	() 人	() 人	() 分
2) 歯科医師及び歯科衛生士（上記 A・B）が訪問したもの	() 人	() 人	歯科医師の診療時間 → () 分 歯科衛生士の指導時間 → () 分
3) 歯科医師及びその他の職員（上記 A・C）が訪問したもの	() 人	() 人	() 分
4) 歯科医師及び歯科衛生士及びその他の職員（上記 A・B・C）が訪問したもの	() 人	() 人	歯科医師の診療時間 → () 分 歯科衛生士の指導時間 → () 分
5) 歯科医師の指示のもとに歯科衛生士が訪問したもの（歯科衛生士及びその他の職員が訪問した場合も含む）（上記 B・C）	() 人	() 人	歯科衛生士の指導時間 → () 分

（2）調査日に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。

平成 28 年*月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療／訪問看護
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 28 年 4 月の診療報酬改定においては、休日の往診・看取り・重症児に対する医学管理等について実績を有する医療機関に対して評価が行われるとともに、個々の患者の状態や居住場所に応じたきめ細やかな報酬体系に見直しが行われました。また、在宅医療専門の保険医療機関が設けられました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 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、****の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 28 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 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「精神疾患患者の地域移行・地域生活支援の推進や適切な向精神薬の使用の
推進等を含む精神医療の実施状況調査」調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定では、長期入院患者の退院と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価や、長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化等、精神疾患患者の地域移行や生活支援に着目した対応が行われた。また、向精神薬の多剤・大量処方が行われている患者に対する評価の見直しが行われた。

本調査では、これらの診療報酬改定の内容を踏まえ、精神病棟の患者の状況や地域移行の状況、精神科デイ・ケア等における地域生活支援の実施状況、向精神薬の処方の実態等を把握し、診療報酬改定の結果を検証する。

<調査のねらい>

- ・ 精神病棟の患者の状態や退院支援の実施状況等の把握
- ・ 精神科デイ・ケア等における地域生活支援の実施状況等の把握
- ・ 向精神薬の多剤・大量処方の適正化の状況等の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①病院票

- ・ 地域移行機能強化病棟入院料を算定する病院（悉皆）
- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている病院（悉皆）
- ・ 精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する病院の中から無作為抽出した病院
- ・ 上記合わせて 1,000 施設程度

②診療所票

- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている診療所（悉皆）
- ・ 精神科デイ・ケア等の届出を行っている診療所の中から無作為抽出した診療所
- ・ 上記合わせて 500 施設程度

③入院患者票

- ・ 上記①の施設の地域移行機能強化病棟入院料算定病棟に入院している患者 2 名（入院期間が 5 年以上の患者 1 名、5 年未満の患者 1 名）
- ・ 上記①の施設の精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料算定病棟に長期にわたり入院している患者各 1 名
- ・ 上記により、1 施設につき最大 4 名

④精神科デイ・ケア等患者票

- ・ 上記①②の施設の精神科デイ・ケア等を3年超継続して実施している患者と1年超3年未満継続して実施している患者各1名

○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（案）

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール（案）

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	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			→					
調査実施期間			→					
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					→			
報告(案)の作成					→			
報告書のとりまとめ						→		
調査検討委員会の開催	★					★		