中医協　総－２
８．１１．１１

中医協　検－１
８．１１．１１

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）の調査票案について

○ 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査　（右下頁）

・調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３頁
・医療機関票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ８頁
・医療機関患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２５頁
・医療機関連携機関票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４１頁
・歯科医療機関票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４３頁
・歯科医療機関患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ５３頁
・保険薬局票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ５７頁
・保険薬局患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ６５頁
・訪問看護施設票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ７１頁
・訪問看護利用者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３３頁
・依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １５８頁

○ 精神医療等の実施状況調査

・調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６７頁
・病院票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １７１頁
・病棟票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １９４頁
・診療所票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２０２頁
・患者票（入院・外来） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２１６頁
・依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２２５頁

○ 長期処方やリフィル処方の実施状況調査

・調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２２６頁
・病院・診療所票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２２９頁
・医師票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２３２頁
・保険薬局票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２３７頁
・患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２４５頁
・依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２４９頁

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）
における電子レセプトデータの活用について ・・・・・・・・・・・・・・ ２５４頁

※調査票案のマーカー表記について

前回調査から新規に追加した設問等　・・・・・・・・・・・・・・・・　黄色マーカー

既存の設問・選択肢の変更箇所　・・・・・・・・・・・・・・・・　水色マーカー

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）
在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

調査の概要（案）

１．調査目的

令和８年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅医療については、在宅医療充実体制加算の新設、連携型機能強化型在宅療養支援診療所の評価の細分化、24時間の連絡・往診体制の確保方法が明確化されるとともに、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し等、在宅歯科医療については、歯科訪問診療１を実施した場合の加算や歯科訪問診療５の施設基準の新設、訪問歯科衛生指導料の評価の見直し等、在宅訪問薬剤管理については、在宅訪問を行う薬局の体制評価の見直し、医療機関や訪問看護ステーション等との連携を推進する観点での評価の充実等、訪問看護については、地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価の見直し、同一建物居住者等に対する訪問看護の評価の見直し等が行われた。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や実施状況、関係機関との連携状況等について調査・検証を行う。

２．アンケート調査の構成及び調査手順

（１）アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

【医療機関調査】

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
医療機関調査（病院・診療所）	在宅医療充実体制加算の届出を行っている医療機関	500 件	悉皆	自記式調査票を郵送にて配布・回収
	在宅療養支援診療所等	2,000 件	無作為抽出	
	訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関	200 件	悉皆	
患者調査※1	訪問診療を提供した患者	最大5,000 件	１施設最大２名	
	訪問看護を提供した患者	最大5,000 件	１施設最大２名	

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
連携機関調査※2	連携先である介護サービス事業所等	最大12,500件	1施設最大5件	施設経由で依頼状を配布、Webにて回収

【歯科医療機関調査】

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
歯科医療機関調査	在宅療養支援歯科病院または在宅療養支援歯科診療所（A）	1,500件	無作為抽出	自記式調査票を郵送にて配布・回収
	上記以外の歯科医療機関（B）	1,500件		
患者調査※1	歯科医療機関（A）において歯科訪問診療を行った患者	3,000件	1施設最大2名	
	歯科医療機関（B）において歯科訪問診療を行った患者	最大3,000件		

【保険薬局調査】

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
保険薬局調査	在宅薬学総合体制加算1の届出を行っている保険薬局	2,000件	無作為抽出	自記式調査票を郵送にて配布・回収
	在宅薬学総合体制加算2の届出を行っている保険薬局	1,000件		
患者調査※1	訪問薬剤管理指導を行った患者	最大6,000件	1施設最大2名	

【訪問看護ステーション調査】

<table>
<tr><th rowspan="2">調査の種類</th><th colspan="3">調査対象</th><th rowspan="2">調査方法</th></tr>
<tr><th>条件</th><th>調査件数</th><th>抽出方法</th></tr>
<tr><td rowspan="3">施設調査</td><td>一般型・機能強化型訪問看護ステーション（A）</td><td rowspan="3">2,500 件</td><td rowspan="2">無作為
抽出</td><td rowspan="6">自記式調査票を
郵送にて
配布・回収</td></tr>
<tr><td>精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者割合が高い訪問看護ステーション（B）</td></tr>
<tr><td>包括型訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護ステーション（C）</td><td>悉皆</td></tr>
<tr><td rowspan="3">利用者調査※1</td><td>（A）の利用者</td><td rowspan="3">最大
10,000 件</td><td rowspan="3">1 施設
最大 4 名</td></tr>
<tr><td>（B）の利用者</td></tr>
<tr><td>（C）の利用者</td></tr>
</table>

※1 患者調査・利用者調査は、調査対象となった施設の職員が、それぞれの調査ごとに指定された条件に沿って人数分の対象者を抽出し、調査票を記載いただく。

※2 連携機関調査は、施設調査の調査対象となった病院・診療所から依頼状を配布いただき、配布を受けた連携機関が Web にて回答を行う。

（2）アンケート調査の手順

①医療機関調査・歯科医療機関調査・訪問看護ステーション調査・保険薬局調査

調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者又は事務管理者にご回答いただいた上で、郵送（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて返送をいただく。

また、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

②患者調査・利用者調査

①の調査対象となったそれぞれの施設の職員の方が、調査ごとの指定の条件に従って抽出を行った患者等を調査対象者とする。

調査対象者についてそれぞれの施設の職員の方が、①の調査票とあわせて送付のあった患者票等の記入を行い、施設単位で、①の調査票と一緒に返送をいただく。

また、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

③連携機関調査

医療機関調査の対象となった施設から、連携先である介護サービス事業所等（最大５

施設）に依頼状を配布いただき、配布を受けた連携機関が依頼状に記載の専用ホームページより、Web で直接ご回答をいただく。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある）、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

３．主な調査事項（今回新設した主な項目）

①医療機関調査

［医療機関票］

○在宅療養支援診療所（または在宅療養支援病院）等の届出状況

○24 時間対応体制

○在宅医療の実施状況（訪問診療件数、患者の居住形態、診療時間、多職種連携の状況等）

○連携状況・課題（介護保険施設等との連携、医師・薬剤師同時訪問、重症患者対応等）

［患者票（訪問診療を行った患者）］

○居住場所、要介護度、同居家族の有無、疾患・医療ニーズの状況等

○訪問診療を開始したきっかけ（訪問診療導入理由、在宅療養開始の経緯等）

○訪問診療・多職種連携の状況（診療内容、訪問回数、訪問看護・訪問薬剤管理指導等）

［連携機関票］

○医療機関との連携状況（ICT 活用、情報共有等）

○連携内容・課題（緊急時対応、医療・介護連携等）

②歯科医療機関調査

［医療機関票］

○在宅療養支援歯科病院・診療所の届出に係る状況

○歯科訪問診療を専門的に実施している施設か否か

○歯科訪問診療の実施状況（実施件数、訪問先、実施体制、歯科技工の状況、多職種・多機関連携の状況等）

○歯科訪問診療のきっかけや未実施の理由・課題　等

［患者票］

○患者属性（住まい、要介護度等の状態等）

○歯科訪問診療を開始したきっかけ

○歯科訪問診療、訪問歯科衛生指導の内容や頻度・時間等

③保険薬局調査

［保険薬局票］

○在宅薬学総合体制加算の施設基準の届出状況（在宅対応体制、在宅薬学総合体制加算の算定状況等）

○在宅訪問薬剤管理の実施状況（訪問患者数、訪問頻度、訪問体制、多職種連携の状況等）

○在宅薬剤管理の課題・連携状況（残薬対策、ポリファーマシー対策、医療機関・他の薬局との連携等）

［患者票］

○患者属性（住まい、要介護度等の状態等）

○訪問薬剤管理指導を開始したきっかけ

○訪問薬剤管理指導の内容や頻度（服薬管理、残薬確認、訪問回数、医師との連携状況等）

④訪問看護ステーション調査

［施設票］

○事業所属性（届出状況、人員配置、24 時間対応体制等）

○訪問看護の実施状況（利用者数、訪問件数、訪問時間、精神科訪問看護の状況等）

○多職種連携及び課題（医療・介護・障害福祉との連携、人材確保等の課題等）

［利用者票］

○住まい・要介護度の状態等

○訪問看護を開始したきっかけ

○訪問看護の内容や頻度・時間（ケア内容、訪問回数、訪問時間、緊急訪問の状況等）

４．調査スケジュール概要（案）

○令和８年 11 月中旬～12 月中旬

調査票等の印刷・発送

○12 月中旬～令和９年１月末

調査実施（提出期限：令和９年１月 22 日）

○２月

調査票の入力・集計

○３月末

調査結果取りまとめ、中医協へ報告

ID番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

医療機関調査票

※ この調査票は、在宅医療の提供を実施している（関連の届出を行っている）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、**令和8年10月1日時点**の状況についてご記入ください。

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

1．貴施設の概要についてお伺いします。

≪（1）基本情報≫

①開設者	1. 国立　2. 公立　3. 公的　4. 社会保険関係団体 5. 医療法人　6. その他の法人　7. 個人
②訪問診療及び往診を行っている診療科 ※○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. 精神科　7. 眼科　8. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. リハビリテーション科　12. 婦人科 13. その他（具体的に　　）
②-1標榜している診療科 ※○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. 精神科　7. 眼科　8. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. リハビリテーション科　12. 婦人科 13. その他（具体的に　　）
③医療機関の種別	1. 病院　2. 有床診療所　3. 無床診療所→④へ
【③で「3. 無床診療所」を選んだ場合】 ④貴施設は在宅医療専門診療所※1ですか。 ※1：在宅医療専門診療所は、「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年3月4日事務連絡）に示す医療機関としてお考え下さい。	1. はい 2. いいえ
⑤病床区分別の許可病床数 ※該当する病床がない場合は「0」と記入してください。 ※介護医療院は除いてください	1. 一般病床　：（　　）床 2. 医療療養病床　：（　　）床 3. 精神病床　：（　　）床 4. 結核病床及び感染症病床　：（　　）床
⑥貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分	1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型） 2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型） 3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所 4. 在宅療養支援病院・診療所ではない
⑦在宅療養後方支援病院か否か	1. 在宅療養後方支援病院である　2. 在宅療養後方支援病院でない

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
※以下の選択肢より該当する番号を全て選択。例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、13と17両方の番号に○。

1. 病院（貴施設以外）	2. 一般診療所（貴施設以外）	3. 歯科診療所
4. 訪問看護ステーション	5. 保険薬局	6. 介護老人保健施設
7. 介護老人福祉施設	8. 介護医療院	9. 居宅介護支援事業所
10. 訪問介護事業所	11. 通所介護事業所	12. 地域包括支援センター
13. 有料老人ホーム	14. 軽費老人ホーム	15. 養護老人ホーム
16. サービス付き高齢者向け住宅	17. 特定施設入居者生活介護	
18. 認知症対応型グループホーム	19. 共同生活援助（グループホーム）	
20. （介護予防）居宅療養管理指導	21. （介護予防）短期入所療養介護	
22. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	23. 小規模多機能型居宅介護	
24. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス）	25. 他に運営施設・事業所等はない	
26. 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　※〇はいくつでも
※以下の選択肢より該当する番号を全て選択。例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、13と17両方の番号に〇。

1. 病院（貴施設以外）	2. 一般診療所（貴施設以外）	3. 歯科診療所
4. 訪問看護ステーション	5. 保険薬局	6. 介護老人保健施設
7. 介護老人福祉施設	8. 介護医療院	9. 居宅介護支援事業所
10. 訪問介護事業所	11. 通所介護事業所	12. 地域包括支援センター
13. 有料老人ホーム	14. 軽費老人ホーム	15. 養護老人ホーム
16. サービス付き高齢者向け住宅		17. 特定施設入居者生活介護
18. 認知症対応型グループホーム		19. 共同生活援助（グループホーム）
20. （介護予防）居宅療養管理指導		21. （介護予防）短期入所療養介護
22. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		23. 小規模多機能型居宅介護
24. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス）		25. 他に運営施設・事業所等はない
26. その他（具体的に　　）		

⑩貴施設の入院料として該当するもの　※〇はいくつでも

1. 急性期病院A一般入院料	2. 急性期病院B一般入院料	3. 急性期一般入院料1
4. 急性期一般入院料2－6	5. 地域一般入院料	6. 療養病棟入院料
7. 結核病棟入院料	8. 急性期病院精神病棟入院料	9. 精神病棟入院料
10. 特定機能病院入院基本料	11. 専門病院入院基本料	12. 障害者施設等入院基本料
13. 有床診療所入院基本料	14. 有床診療所療養病床入院基本料	15. 救命救急入院料
16. 特定集中治療室管理料	17. ハイケアユニット入院医療管理料	18. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
19. 小児特定集中治療室管理料	20. 新生児特定集中治療室管理料	21. 総合周産期特定集中治療室管理料
22. 新生児治療回復室入院医療管理料	23. 地域包括医療病棟入院料	24. 小児入院医療管理料
25. 回復期リハビリテーション病棟入院料	26. 地域包括ケア病棟入院料	27. 特殊疾患病棟入院料
28. 緩和ケア病棟入院料	29. 精神科救急急性期医療入院料	30. 精神科急性期治療病棟入院料
31. 精神科救急・合併症入院料	32.児童・思春期精神科入院医療管理料	33. 精神療養病棟入院料
34. 認知症治療病棟入院料	35. 地域移行機能強化病棟入院料	36. その他

⑪在宅データ提出加算の届出をしていますか。　1. 届出あり　→⑬へ　　2. 届出なし　→⑫へ

【上記⑪で「2.届出なし」と回答した施設に伺います。】
⑫届出をしていない理由は何ですか。　※〇はいくつでも

1. 提出に係る負担が大きいため	2. 紙レセプトのため	3. その他（　　）

⑬貴施設の外来医療において、届出又は算定実績のあるものをお選びください。　※〇はいくつでも

1. 地域包括診療料	2. 地域包括診療加算	3. 機能強化加算
4. 小児かかりつけ診療料	5. 生活習慣病管理料	6. 外来感染対策向上加算
7. 該当なし	8. その他（　　）	

⑬-1 貴施設ではオンライン診療を実施していますか。　1. 実施している　　2. 実施していない

【⑬-1で「1. 実施している」を選んだ場合】
⑬-2 オンライン診療を実施している患者として該当するものをお選びください。※〇はいくつでも

1. 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者		
2. 医療的ケア児（者）	3. 外来緩和ケア管理料の対象患者	

≪(2)「機能強化型在宅療養支援病院」または「機能強化型在宅療養支援診療所」である場合の状況≫

【貴施設が「機能強化型在宅療養支援病院」または「機能強化型在宅療養支援診療所」**である場合**】

①以下の各項目のうち、満たしている要件に〇をつけたうえで、当該実績をご記入ください。　※〇はいくつでも

満たしている要件	貴施設における実績
1. 過去1年間の緊急往診の実績が（連携内で）10件以上	緊急往診（　　）件 うち、他院で訪問診療を行っている患者に実施したもの（　　）件
2. 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保している及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上（病院のみ）	緊急受入を行った実績（　　）件
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1又は3を届け出ている（病院のみ）	届出している入院料に〇： 01. 入院料・管理料1 02. 入院料・管理料3

②以下の実績についてご記入ください。

過去1年間の看取りの実績	（　　）件　うち、他院で訪問診療を行っている患者に実施したもの（　　）件
過去1年間の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績	（　　）件

【貴施設が**連携型**の機能強化型在宅療養支援病院または機能強化型在宅療養支援診療所である場合】

③連携している施設数及び連携内容についてご回答ください。

1）連携している医療機関数	病院：（　　）施設　　診療所：（　　）施設
2）連携内容 ※〇はいくつでも	1. 緊急時の入院受け入れ体制の確保 2. 24時間の往診体制の確保（地域で輪番制を取る等） 3. 24時間の連絡を受ける体制の確保（地域で輪番制を取る等） 4. 在宅医療を担当する常勤の医師が在籍していないため、その人数の確保 5. 緊急往診や看取り等の実績数の確保のため、患者を紹介する/されること 6. 単独型の機能強化型在宅療養支援病院又は機能強化型在宅療養支援診療所を届出可能 7. その他（　　）

④貴施設は令和8年度診療報酬改定前、緩和ケア充実診療所・病院加算の届出をしていましたか。	1. 届出していた　　2. 届出していなかった
⑤貴施設は令和8年度診療報酬改定後、在宅医療充実体制加算を届出していますか。	1. 届出している　　2. 届出していない

【上記⑤で「1.届出している」と回答した施設に伺います。】

⑤-1 現在、貴施設で実施しているものをお選びください。※〇はいくつでも

1. 地域BCPへの参画　　2. 地域の医師会や行政等との合同訓練への参加
3. 災害時の相互支援体制の構築　　4. 地域包括ケアに関して行政機関から委託された業務
5. 地域ケア会議への出席、助言　　6. その他（　　）

【上記⑤で「1.届出している」と回答した施設に伺います。】

⑤-2 現在届出している在宅医療充実体制加算について、今後も届出を維持することは可能と考えますか。※〇は1つ

1. 維持可能である　　2. おおむね維持可能である　　3. 維持が困難となる可能性がある
4. 維持が困難である　　5. わからない

【上記⑤-2で「3.維持が困難となる可能性がある」「4.維持が困難である」と回答した施設に伺います。】

⑤-3 届出の維持が困難と考える理由をお選びください。 ※〇はいくつでも

1. 満たすことが難しい基準があるため
⇒満たすことが難しい基準（※〇はいくつでも）

01 在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上であること
02 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって、自院単独で24時間の連絡応需体制及び往診体制を確保していること
03 過去1年間で、緊急往診の実績を30件以上かつ看取りの実績と小児在宅患者数の合計が30件以上であること
04 緩和ケア研修を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること
05 末期の悪性腫瘍等の患者自らが注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること
06 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師が在宅医療を担当していること
07 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示等、患者への必要な情報提供を行うこと
08 在宅医療を提供する患者のうち、「別表第8の2」に該当する重症度の高い患者と終末期の患者の合計が2割以上であること
09 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であること
10 在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること
11 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。（在宅医療に携わるものに限る。）
・大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生の受入
・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医の受入
・内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医の受入
・地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師（研修医を含む。）の受入

2. 経営上の理由
3. その他（　　）

【上記⑤で「2.届出していない」と回答した施設に伺います。】
⑤-4 在宅医療充実体制加算を届出していない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 満たすことが難しい基準があるため
⇒満たすことが難しい基準（※〇はいくつでも）:
01 在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上であること
02 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって、自院単独で24時間の連絡応需体制及び往診体制を確保していること
03 過去1年間で、緊急往診の実績を30件以上かつ看取りの実績と小児在宅患者数の合計が30件以上であること
04 緩和ケア研修を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること
05 末期の悪性腫瘍等の患者自らが注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること
06 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師が在宅医療を担当していること
07 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示等、患者への必要な情報提供を行うこと
08 在宅医療を提供する患者のうち、「別表第8の2」に該当する重症度の高い患者と終末期の患者の合計が2割以上であること
09 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であること
10 在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること
11 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。（在宅医療に携わるものに限る。）
・大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生の受入
・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医の受入
・内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医の受入
・地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師（研修医を含む。）の受入
2. 要件は満たしているが届出を行っていない
3. 経営上の理由
4. その他（ ）

⑥貴施設は診療報酬上の「医療資源の少ない地域」に所在していますか。

1. はい	2. いいえ →（3）へ	3. わからない →（3）へ

【上記⑥で「1.はい」と回答した施設に伺います。】
⑥-1 医療資源の少ない地域であることは、在宅医療充実体制加算の届出に影響していますか。

1. 影響している	2. 影響していない	3. わからない

⑦ 貴施設は診療報酬上の「人口の少ない地域」に所在していますか。

1. はい	2. いいえ	3. わからない

【上記⑦で「1. はい」と回答した施設に伺います。】
⑦-1 人口の少ない地域であることは、在宅医療充実体制加算の届出に影響していますか。

1. 影響している	2. 影響していない	3. わからない

≪（3）「在宅療養支援診療所」又は「在宅療養支援病院」であるが、「機能強化型在宅療養支援診療所」又は「機能強化型在宅療養支援病院」でない場合の状況≫

【貴施設が「在宅療養支援診療所」又は「在宅療養支援病院」であるが、「機能強化型在宅療養支援診療所」又は「機能強化型在宅療養支援病院」**でない場合**】
①以下の各項目のうち、満たすことができない要件に〇をつけてください。 ※〇はいくつでも

1. 在宅医療を担当する常勤の医師が（連携内で）3人以上
2. 過去1年間の緊急往診の実績が（連携内で）10件以上
3. 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保している及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届出ている
5. 過去1年間の看取りの実績または超・準超重症児の医学管理の実績がいずれか4件以上
6. 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行うこと

②貴施設における以下の実績についてご回答ください。

1）過去1年間の緊急往診	（ ）件

2)（上記1）のうち、他院で訪問診療を行っている患者に実施したもの	（　　）件
3) 過去1年間の在宅看取り実績	（　　）件
4)（上記3）のうち、他院で訪問診療を行っている患者に実施したもの	（　　）件

③貴施設では、在宅療養実績加算の届出をしていますか。

1. 在宅療養実績加算1の届出あり→⑤へ
2. 在宅療養実績加算2の届出あり→⑤へ
3. 届出なし　→④へ

【上記③で「3.届出なし」を選択した場合】
④届出をしていない場合、満たすことが難しい要件をお選びください。 ※〇はいくつでも

1.【在宅療養実績加算1】過去1年間の緊急往診が10件以上かつ在宅看取り実績が4件以上
2.【在宅療養実績加算2】過去1年間の緊急往診が4件以上かつ在宅看取り実績が2件以上
3.【在宅療養実績加算2】がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準の定める緩和ケアに関する研修を終了した常勤医師がいること

≪(4)「在宅療養支援病院」または「在宅療養支援診療所」ではない場合の状況≫

【貴施設が「在宅療養支援病院」または「在宅療養支援診療所」**ではない場合**】

①貴施設が在宅療養支援病院・診療所の届出を行わない理由として、あてはまるものに〇をつけてください。
※〇はいくつでも

1. 満たすことが難しい基準があるため
   ⇒満たすことが難しい基準（※〇はいくつでも）:
   01 24時間連絡を受ける体制の確保
   02 24時間の往診体制（※診療所においては、別の保険医療機関と連携することにより、往診体制を有していることとしてもよい。）
   03 24時間の訪問看護体制（※別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携することにより、訪問看護体制を有していることとしてもよい。）
   04 緊急時に入院できる病床を確保していること（※診療所においては、別の保険医療機関と連携することにより、緊急時に入院できる病床を確保していることとしてもよい。）
   05 適切な意思決定支援に係る指針の作成
   06 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
   07 介護保険施設等からの求めに応じて、協力医療機関として定められること
   08 許可病床数200床未満または半径4km以内に診療所が存在しないこと（※病院のみ）
   09 往診を担当する医師は当該病院の当直体制を担う医師とは別であること（※病院のみ）
   10 その他（　　）
2. 地域での、在宅療養支援病院・診療所に係る需要が小さいと考えているため
3. 経営上の理由
4. その他（　　）

②貴施設は、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院と連携していますか。

1. 連携している　　2. 連携していない

③令和8年6月～11月の6か月間の在宅療養移行加算の算定が可能な体制を有していますか。

1. 在宅療養移行加算1の算定が可能　2. 在宅療養移行加算2の算定が可能　3. 在宅療養移行加算3の算定が可能
4. 在宅療養移行加算4の算定が可能　5. いずれも算定可能な体制を有していない

【③で「5. いずれも算定可能な体制を有していない」を選択した場合】
④在宅療養移行加算を算定可能な体制を確保できない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. 24時間の往診体制の確保ができない
   ⇒確保できない理由:（01 周囲に在宅医療を提供している医療機関がない
   02 周囲の在宅医療機関とは専門が異なり、連携が困難
   03 周囲の医療機関と連携を行う予定がないため　04 その（　　））
2. 24時間の連絡体制が確保できない
3. 訪問看護の提供体制が確保できない
4. 当該加算の算定対象となる患者がいない
5. 経営上のメリットが感じられない
6. 当該点数の存在を知らない
7. その他（　　）

≪(5)「在宅療養後方支援病院」である場合の状況≫

①貴施設は在宅医療を提供していますか。

1. 提供している　　2. 提供していない

②貴施設は以下の体制を有していますか。あてはまるものに〇をつけてください。※〇はいくつでも

1. 24時間の往診体制
2. 24時間の訪問看護体制（※別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携することにより、訪問看護体制を有していることとしてもよい。）

3. 緊急時の入院体制
4. 適切な意思決定支援に係る指針の作成
5. 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
6. 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められること
7. 半径4km以内に診療所が存在しないこと
8. 往診を担当する医師は当該病院の当直体制を担う医師とは別であること
9. 在宅医療を担当する医師が3人以上配置されていること
10. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届出ていること

2．在宅医療の提供体制と医療機関同士の連携体制についてお伺いします。

≪(1)24 時間の在宅医療提供体制の確保状況≫

①自施設のみで24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を確保できていますか。

24時間の往診体制	24時間の連絡体制
1. できている 2. できていない 3. できていないが、他医療機関と連携して確保している ⇒連携機関数（　　）施設 4. その他（　　）	1. できている 2. できていない 3. できていないが、他医療機関と連携して確保している ⇒連携機関数（　　）施設 4. その他（　　）

②貴施設では24時間の往診担当医の確保方法として、自宅等院外での待機（オンコール体制）を採用していますか。

1. 採用している　　2. 採用していない

③貴施設では、24時間の往診担当医の確保方法として、第三者（民間企業等）への委託をしていますか。

1. 委託している　　2. 委託していない

④貴施設における往診の体制についてお伺いします。令和8年10月1日時点での診療時間内、診療時間外における往診対応が可能な医師数（常勤換算※）をお答えください。

	a.貴施設の常勤医師数	b.貴施設の非常勤医師数	c.（bのうち）委託した第三者の医師
1）診療時間**内**	（　　）人	（　　）人	（　　）人
2）診療時間**外**	（　　）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自施設で連絡体制を取っている時間及び緊急往診が可能な時間は1週間あたり何時間ですか。以下のA～Dの時間帯ごとに、延べ時間数をご記入ください。
※令和8年10月１日から10月30日までの１か月間の実績を基に、１週間当たりに換算してご回答ください。

	A. 平日日中 （午前8時～午後6時）	B. 平日夜間 （午後6時～10時、翌午前6時～8時）	C. 平日深夜 （午後10時～翌午前6時）	D. 休日 （貴施設の規程による）
連絡体制を取っている時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間
緊急往診が可能な時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間	常勤医師が対応：（　　）時間 非常勤医師が対応：（　　）時間 うち委託した第三者の医師が対応：（　　）時間

⑥1週間あたりの時間外対応の件数についてご回答ください。
※令和8年10月１日から10月30日までの１か月間の実績を基に、１週間当たりに換算してご回答ください。

1）夜間（午後6時～10時、翌午前6時～8時）往診件数	（　　）件
2）深夜（午後10時～翌午前6時）往診件数	（　　）件
3）休日（貴施設の規程による）往診件数	（　　）件
4）時間外電話相談件数	（　　）件
5）時間外の往診依頼があったが、対応せず他医療機関へ紹介した件数	（　　）件

⑦貴施設では、往診依頼や急変時対応に関する対応手順を作成し、患者又は家族に説明していますか。

1.対応手順を作成し、全ての患者・家族に説明している　　2.対応手順を作成し、一部の患者・家族に説明している
3.対応手順は作成しているが、患者又は家族への説明は行っていない　　4.対応手順は作成していない
5. その他（　　）

⑦-1 患者又は家族へ説明している内容として該当するものをお選びください。 ※〇はいくつでも

1. 往診を依頼する症状・状態	2. 夜間休日の連絡方法	3. 救急要請を優先すべき状態
4. 入院が必要となる可能性がある状態	5. その他（　　）	

⑦-2 往診時に通常対応可能な内容として、該当するものをお選びください。 ※〇はいくつでも

1. 投薬	2. 注射	3. 輸液	4. 酸素投与
5. 血液検査	6. 尿検査	7. 抗原検査	8. 心電図検査
9. 超音波検査	10. 専門医療機関への紹介・受診調整		11.入院受入医療機関の調整
12. その他（　　）			

⑦-3 どのような場合に他の医療機関への紹介受診又は救急搬送を行っていますか。※〇はいくつでも

1. 往診で実施可能な検査・処置のみでは対応が困難な場合	2. 専門的な検査や治療が必要な場合
3. 入院による治療が必要と判断した場合	4. 病状の急激な悪化が認められる場合
5. 患者又は家族が希望した場合	6. その他（　　）

≪（２）貴施設と保険医療機関以外の関係機関との連携体制についてお伺いします。≫

①貴施設が在宅医療を提供するにあたって、患者情報を共有している連携施設をお選びください。また、当該連携施設数等もご記入ください。

	連携機関の種別に〇	連携機関数
1) 保険薬局		施設
2) 訪問看護事業所		施設
3) 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院）		施設
4) 介護サービス事業所（訪問系）		施設
5) 介護サービス事業所（通所系）		施設
6) 上記「3」以外の高齢者施設（有料老人ホーム等）		施設
7) 障害福祉サービス事業所		施設
8) その他（　　）		施設

②貴施設と地域包括ケアシステムを構築する関係機関（訪問看護ステーション、保険薬局、介護保険施設、等）との、常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた平時からの連携体制を構築していますか。

1. 構築している

活用しているICT ※〇はいくつでも	01 メール 02 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている） 03 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている） 04 医療従事者用SNS（医療機関や法人内のみでの運用） 05 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用） 06 グループチャットアプリ 07 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） 08 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 09 その他（具体的に：　　）

2. 構築していない　　3. 構築していないがICT以外の方法で共有している

【上記②で「1.構築している」を選択した場合】
②-1 ICTにより連携している施設数はいくつですか。

1) 保険薬局	施設
2) 訪問看護事業所	施設
3) 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院）	施設
4) 介護サービス事業所（訪問系）	施設
5) 介護サービス事業所（通所系）	施設
6) 上記「3」以外の高齢者施設（有料老人ホーム等）	施設
7) 障害福祉サービス事業所	施設
8) その他	施設

【②で「2.構築していない」を選択した場合】
②-2 どのような方法で共有していますか。　※〇はいくつでも

1. 定期的なカンファレンス ⇒頻度：年（　　）回程度　2. FAX　3. 電話　4. その他（　　）

②-3 令和8年度診療報酬改定では在宅医療情報連携加算について、「連携機関とICTを用いて情報共有し、その情報を常時確認できる体制を有すること」が明確化されましたが、貴施設の連携体制にどのような影響がありましたか。
※〇はいくつでも

1. 連携機関との情報共有が促進された	2. ICTを活用した情報共有を開始又は拡充した

3. 連携機関との役割分担を見直した	4. 連携機関との連絡体制を見直した
5. 連携先の追加又は変更を行った	6. 要件への対応のため事務的負担が増加した
7. 要件への対応が困難であった	8. 特に影響はなかった
9. その他（　　）	

【すべての施設にお伺いします】
③（ICTの活用の有無に関わらず）どのような情報を共有していますか。 ※○はいくつでも

1. 患者の基礎情報（年齢・性別など）	2. 患者の家族の情報
3. 患者の疾患の経過に関する情報	4. 患者の訪問診療・訪問看護の状況
5. 緊急時に連絡対応する医療機関の情報	6. 緊急時に往診する医療機関の情報
7. 緊急時に入院を受け入れる医療機関の取り決め	8. 患者のバイタル情報（血圧、心拍、呼吸数、体温）
9. 患者のADLの変化状況	10. 患者の服薬管理状況
11.患者への薬剤処方状況	12. 患者の介護サービス利用状況
13. 患者のケアプラン	14. 治療方針の変更の有無・概要
15. 医療・ケアを行う際の留意点	
16. 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望	
17. その他（具体的に：　　）	

④貴施設と地域包括ケアシステムを構築する関係機関との連携体制を構築するに当たっての課題は何ですか。
※○はいくつでも

1. 地域に連携可能な機関が少ない	2. 連携先との役割分担が不明確である
3. 連携のための調整負担が大きい	4. 人員不足により連携に十分な時間を確保できない
5. 24時間対応等に関する連携体制の構築が困難である	6. 情報共有上のセキュリティに関する課題がある
7. 地域に在宅医療に関する知識・経験を有する機関が少ない	8. 特に課題はない
9. その他（具体的に：　　）	

④−1 貴施設と地域包括ケアシステムを構築する関係機関との、常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた平時からの連携体制を構築するに当たっての課題は何ですか。 ※○はいくつでも

1.地域で活用できるシステムがない	2.システムの導入・運用の費用が高い
3.患者情報の更新が少なく、リアルタイム性がない	4.情報の正確性が欠ける
5.多職種で閲覧できるシステムがない	6.その他（　　）

⑤貴施設では、在宅医療情報連携加算の届出をしていますか。

1. 届出をしている　→⑥へ	2. 届出をしていない　→⑤−1へ

【上記⑤で「2.届出をしていない」と回答した施設に伺います。】
⑤−1　届出をしていない理由は何ですか。 ※○はいくつでも

1. ICTを活用した患者の診療情報等の共有体制の確保が困難であるため	
2. 特別な関係でない連携機関数が5未満であるため	3. 対象となる患者がいないため

【すべての施設にお伺いします】
⑥施設では、在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の算定実績がありますか。

1. 算定実績がある	2. 算定実績はない

【上記⑥で「2」と回答した施設に伺います。】
⑥−1　算定実績がない理由は何ですか。 ※○はいくつでも

1. 在宅医療情報連携加算の届出を行っていないため	
2. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有の方法がわからないため	
3. 算定対象となる患者がいない/少ないため	4. 経営上のメリットがないため
5. その他（　　）	

≪（3）入院が必要になった場合の病床確保を目的とした平時からの情報連携について≫

①貴施設では、入院が必要になった場合の病床確保を目的とした平時からの情報連携を他の医療機関と行っていますか。	1. 行っている　→②へ 2. 行っていない　→①−1へ
【①で「2.行っていない」を選択した場合】 ①−1　連携している医療機関が無い理由 ※○はいくつでも	1. 近隣に連携可能な医療機関が無いため 2. 連携に強い必要性を感じないため 3. その他（　　）

②貴施設が在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床をどのように確保していますか。
※最も当てはまるもの1つに○

1. 基本的に自施設で確保している
2. 平時から在宅医療について連携体制を取っている他の医療機関（例：機能強化型在宅療養支援病院（連携型））が入院患者を受け入れることで確保している

3. 平時から入院可能な在宅療養後方支援病院を確保している
4. 入院可能なその他の医療機関を地域で確保している
5. 基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していない
6. その他（　　）

②-1 緊急時に入院が必要となった患者の入院医療機関はどのように選定していますか。
※最も当てはまるもの1つに○

1. あらかじめ入院先を決定している
2. 平時から連携している医療機関の中から選定する
3. 病状に応じて専門性を考慮して選定する
4. 空床状況等を確認して選定する
5. 救急搬送先に一任する
6. その他（　　）

③緊急時に入院を受け入れる機能を有する医療機関と、貴施設が診療情報を共有する目的で、常時情報を閲覧可能なシステムによるICT連携の体制はありますか。

1.ある

活用しているICT ※○はいくつでも	
	01 メール
	02 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている）
	03 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている）
	04 医療従事者用SNS（医療機関や法人内のみでの運用）
	05 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用）
	06 グループチャットアプリ
	07 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
	08 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム
	09 同一電子カルテシステム（複数の医療機関で診療記録を共有しているもの）
	10 その他（具体的に：　　）

2. ないがそれ以外の方法で診療情報を共有している
3. 情報共有していない

【上記③で「1.ある」を選択した場合】
③-1　連携している医療機関数はいくつですか。
※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

		施設数	うち、特別の関係※にある施設数
病院	1）機能強化型在宅療養支援病院（単独型）	（　　）施設	（　　）施設
	2）機能強化型在宅療養支援病院（連携型）	（　　）施設	（　　）施設
	3）上記以外の在宅療養支援病院	（　　）施設	（　　）施設
	4）在宅療養後方支援病院	（　　）施設	（　　）施設
	5）上記以外の病院	（　　）施設	（　　）施設

【上記③にて「2. ないがそれ以外の方法で診療情報を共有している」を選択した場合】
③-2　どのような方法で共有していますか。 ※○はいくつでも

1. 定期的なカンファレンス ⇒頻度：年（　　）回程度　2. FAX　3. 電話　4. その他（　　）

【全ての施設にお伺いします。】
④（ICTの活用の有無に関わらず）どのような情報を共有していますか。 ※○はいくつでも

1. 患者の基礎情報（年齢・性別など）
2. 患者の家族の情報
3. 患者の疾患の経過に関する情報
4. 患者の訪問診療・訪問看護の状況
5. 緊急時に連絡対応する医療機関の情報
6. 緊急時に往診する医療機関の情報
7. 緊急時に入院を受け入れる医療機関の取り決め
8. 患者のバイタル情報（血圧、心拍、呼吸数、体温）
9. 患者のADLの変化状況
10. 患者の服薬管理状況
11. 患者への薬剤処方状況
12. 患者の介護サービス利用状況
13. 患者のケアプラン
14. 治療方針の変更の有無・概要
15. 医療・ケアを行う際の留意点
16. 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望
17. その他（具体的に：　　）

⑤緊急時に入院を受け入れる機能を有する医療機関と 、貴施設が診療情報を共有する目的で、常時情報を閲覧可能なシステムによるICT連携体制を構築するに当たっての課題は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 地域で活用できるシステムがない　2. システムの導入・運用の費用が高い
3. 患者情報の更新が少なく、リアルタイム性がない　4. 情報の正確性が欠ける
5. 多職種で閲覧できるシステムがない　6.その他（　　）

⑥貴施設では業務継続計画（BCP）を策定していますか。	1. している　2. していない
⑦災害時の患者受入れ又は患者紹介先となる連携医療機関を定めていますか。	1. 定めている　2. 定めていない

≪（4）在宅医療を複数の医療機関から提供するための平時からの情報連携について≫

①貴施設では、在宅医療を複数の医療機関から提供するための平時からの情報連携を他の医療機関と行っていますか。	1. 行っている　→②へ 2. 行っていない　→①−1へ
【①で「2.行っていない」の場合】 ①−1 連携している医療機関が無い理由 ※〇はいくつでも	1. 近隣に連携可能な医療機関が無いため 2. 連携に強い必要性を感じないため 3. その他（　　）

② 貴施設を含む複数医療機関が同じ患者へ訪問診療を提供するに当たって、診療情報等を常時閲覧可能なシステムによるICT連携の体制はありますか。

1. ある

活用しているICT ※〇はいくつでも	01 メール 02 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている） 03 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている） 04 医療従事者用SNS（医療機関や法人内のみでの運用） 05 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用） 06 グループチャットアプリ 07 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） 08 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 09 同一電子カルテシステム（複数の医療機関で診療記録を共有しているもの） 10 その他（具体的に:　　）

2. ないがそれ以外の方法で診療情報を共有している
3. 情報共有していない
4. 複数医療機関が同じ患者へ訪問診療を提供することはない

【上記②で「1.ある」を選択した場合】
②−1　連携している医療機関数はいくつですか。

		施設数	うち、特別の関係※にある施設数
病院	1）機能強化型在宅療養支援病院（単独型）	（　　）施設	（　　）施設
	2）機能強化型在宅療養支援病院（連携型）	（　　）施設	（　　）施設
	3）上記以外の在宅療養支援病院	（　　）施設	（　　）施設
	4）在宅療養支援病院ではない、在宅医療を提供する病院	（　　）施設	（　　）施設
診療所	5）機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	（　　）施設	（　　）施設
	6）機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	（　　）施設	（　　）施設
	7）上記以外の在宅療養支援診療所	（　　）施設	（　　）施設
	8）在宅療養支援診療所ではない、在宅医療を提供する診療所	（　　）施設	（　　）施設

【②で「2. ないがそれ以外の方法で診療情報を共有している」を選択した場合】
②−2　どのような方法で共有していますか。※〇はいくつでも

1. 定期的なカンファレンス ⇒頻度：年（　　）回程度　2. FAX　3. 電話　4. その他（　　）

※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

【全ての施設にお伺いします。】
③（ICTの活用の有無に関わらず）他の医療機関とどのような情報を共有していますか。 ※〇はいくつでも

1. 患者の基礎情報（年齢・性別など）　2. 患者の家族の情報
3. 患者の疾患の経過に関する情報　4. 患者の訪問診療・訪問看護の状況
5. 緊急時に連絡対応する医療機関の情報　6. 緊急時に往診する医療機関の情報
7. 緊急時に入院を受け入れる医療機関の取り決め　8. 患者のバイタル情報（血圧、心拍、呼吸数、体温）
9. 患者のADLの変化状況　10. 患者の服薬管理状況

11.患者への薬剤処方状況	12. 患者の介護サービス利用状況
13. 患者のケアプラン	14. 治療方針の変更の有無・概要
15. 医療・ケアを行う際の留意点	
16. 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望	
17. その他（具体的に: ）	

③-1 貴施設では、令和8年6月～11月の6か月間において、他機関職員との同時訪問（他機関職員の診療への同席）の実績がありますか。	1. 実績がある	2. 実績がない→④へ

③-2 同時訪問している職種として該当するものをお選びください。※〇はいくつでも

1. 訪問看護師	2. 薬剤師	3. 管理栄養士	4. 歯科医師
5. 歯科衛生士	6. 理学療法士	7. 作業療法士	8. 言語聴覚士
9. ケアマネジャー		10. その他（ ）	

③-3 同時訪問を実施している訪問診療先をお選びください。※〇はいくつでも

1. 居宅患者	2. 養護老人ホーム	3. 軽費老人ホーム	4. 特別養護老人ホーム
5. サービス付き高齢者向け住宅	6. 認知症高齢者グループホーム	7. 障害者支援施設	

③-4 貴施設では、令和8年6月～11月の6か月間において、訪問診療薬剤師同時指導料の算定実績がありますか。

1. 算定実績がある	2. 算定実績がない→④へ

【上記③-4で「1.算定実績がある」を選択した場合】

③-5 令和8年6月～11月の6か月間における訪問診療薬剤師同時指導料の算定実績についてお答えください。

1. 算定実人数（ ）人	2. 算定回数（ ）回

④（ICTの活用の有無に関わらず）連携している医療機関の診療科をお選びください。※〇はいくつでも

1. 内科	2. 小児科	3. 皮膚科	4. 精神科	5. 外科	6. 整形外科	7. 産婦人科
8. 眼科	9. 耳鼻咽喉科		10. 泌尿器科	11. 脳神経外科	12. 救急科	13. 形成外科
14. リハビリテーション科	15. 総合診療科			16. その他		

⑤貴施設を含む複数医療機関が同じ患者へ訪問診療を提供するに当たって、診療情報等を常時閲覧可能なシステムによるICT連携の体制を構築するに当たっての課題は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 地域で活用できるシステムがない	2. システムの導入・運用の費用が高い
3. 患者情報の更新が少なく、リアルタイム性がない	4. 情報の正確性が欠ける
5. 多職種で閲覧できるシステムがない	6. その他（ ）

3．介護保険施設等からの協力医療機関の依頼等の状況についてお伺いします。

※令和６年度介護報酬改定にて、介護保険施設については令和９年４月より協力医療機関を定めることが義務化されました。

①令和8年1月1日以降、介護保険施設等から、協力医療機関の依頼を受けましたか。
選択肢「1～3」を選んだ場合、依頼を受けた施設数・うち依頼を断った施設数についてもご記入ください。

1. 依頼を受けて、協力医療機関になった →②～⑤へ
2. 依頼を受けて、協力医療機関になったが、断った依頼もある →②～⑥へ
3. 依頼を受けたが、すべて断った →⑥へ
4. 依頼を受けていない →「5」へ

依頼を受けた施設数	（ ）件	うち依頼を断った施設数	（ ）件

【②～⑤は上記①で「1」又は「2」と回答した施設にお伺いします。】

②協力対象施設として該当する施設をお選びください。また、当該施設数等もご記入ください。

	協力対象施設の種別に〇	協力対象施設数	うち、特別な関係にある施設数	協力医療機関として契約している施設の受持患者数（合計）
1) 介護老人保健施設		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人
2) 介護医療院		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人
3) 特別養護老人ホーム		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人
4) 特定施設入居者生活介護		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人
5) 認知症対応型共同生活介護		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人
6) 軽費老人ホーム		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人
7) 養護老人ホーム		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人
8) 障害者支援施設等		（ ）施設	（ ）施設	（ ）人

③貴施設の医師が、上記の協力対象施設において配置される医師（配置医師等）を兼務していますか。

1. 兼務している	2. 兼務していない・該当なし

④貴施設が、上記の協力対象施設に対して提供している医療の内容について、該当するものをお選びください。

1. 定期的な訪問診療の実施	2. 診療の求めがあった場合に、常時、往診等によって診療を行うこと

3. 入所者の急変時等において、常時、相談応需すること　4. オンライン診療の実施
5. オンライン相談の実施　6. 入院が必要になった場合の病床確保・受け入れ
7. その他（　　）

⑤連携等のために実施している取組について、該当するものをお選びください。 ※〇はいくつでも

1. 定期的なカンファレンスを実施　⇒頻度：年間（　　）回程度　・　施設数：（　　）施設
⇒連携内容：〔01 患者の診療情報等の共有　02 緊急時の対応方針の共有
03 入退院調整　04 その他（　　）〕
2. ICTを活用して患者情報を常時閲覧できる体制の構築　3. サービス担当者会議への参加
4. 地域ケア会議等の地域単位の会議への参加　5. その他（　　）

【①で「2」又は「3」と回答した施設にお伺いします。】

⑥協力医療機関となっていない（又は依頼を断った）理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. 診療の求めがあった場合に、常時、診療を行う体制を確保することが困難であるため
2. 入所者の急変時等において、常時、相談対応を行う体制を確保することが困難であるため
3. 入院を要すると認められた入所者を原則として受け入れる体制を確保することが困難であるため
4. 無床診療所であり、入院受入れに対応できないため
5. 介護施設の入所者（認知症患者等）の対応をする体制が整っていないため
6. すでに複数の介護施設と連携しており、更なる連携先の拡充が困難であるため
7. 協力医療機関となる依頼を受けたが、受入可能件数を超えていたため
8. バックベッド機能は有しているが、在宅医療を提供していないため
9. 経営上のメリットが感じられないため　10. 施設との金銭的な合意に至らなかったため
11. 過去に施設とのトラブルを経験したことがあるため　12. その他（　　）

4．貴施設の診療体制及び患者数についてお伺いします。

≪(1)訪問診療等を行う職員数≫

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。令和8年10月１日現在）

医師	歯科医師	薬剤師	保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士
人	人	人	人	人	人

作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	社会福祉士	精神保健福祉士
人	人	人	人	人

①-1 上記①のうち、在宅医療の実施のため、患家に訪問をする職員数（常勤換算※）をご記入ください。
※令和8年10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÷40＝0.4→「0.4人」と換算

医師	歯科医師	薬剤師	保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士
人	人	人	人	人	人

作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	社会福祉士	精神保健福祉士
人	人	人	人	人

※ 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貴施設における訪問診療の提供状況について、該当するものをお選びください。 ※最も近いもの1つに〇

1. 訪問診療・往診を中心に行っている（外来患者が5%未満）
2. 特定の曜日に訪問診療を行っている（その日は、原則、訪問診療のみを実施）
3. 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
4. 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
5. 外来診療を行っているが、訪問診療の予定がある場合は外来診療時間を短縮して訪問診療に向かっている
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（　　）

≪(2)訪問診療等を行う患者数について≫

①令和8年10月1か月間に、貴施設が**往診・訪問診療を実施した患者数（実人数）**をお答えください（主治医としての往診・訪問診療以外も含みます）。往診と訪問診療を両方提供した患者は、それぞれで数えてください。

【往診を実施した患者】

1）往診を提供した患者数（実人数。何回訪問しても「１人」と数えます）			人
2）上記1)うち、受診経路別の患者数	自院に通院・入院していた患者		人
		うち、直近１年間（令和7年11月～令和8年10月）に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者	人

	連携医療機関※1からの紹介患者	人
	連携医療機関以外からの紹介患者	人
3）上記1）のうち、精神疾患を主傷病とする患者数		人
4）上記1）のうち、15歳未満の患者数		人
5）上記1）のうち、医師が往診の必要性を認めていないものの、患者や家族等の求めが強く、往診を実施した患者数		人
【訪問診療を実施した患者】		
1）訪問診療を提供した患者数（実人数。何回訪問しても「1人」と数えます）		人
2）上記1）うち、受診経路別の患者数	自院に通院・入院していた患者	人
	うち、直近1年間（令和7年11月～令和8年10月）に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者	人
	他の医療機関からの紹介患者	人
	医療機関以外からの紹介患者	人
3）上記1）のうち、精神疾患を主傷病とする患者数		人
4）上記1）のうち、15歳未満の患者数		人
5）上記4）のうち、超重症児及び準超重症児の患者数		人
6）上記1）のうち、別表第7※2に該当する患者数		人
7）上記1）のうち、別表第8の2※2に該当する患者数		人
8）上記1）のうち、別表第8の3※2に該当する患者数		人
9）上記1）のうち、別表第3の1の3※に該当する患者数		人
10）上記1）のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ又はMに該当する患者		人
②令和8年6月～11月において、訪問診療から外来診療に移行した患者数（実人数）をお答えください。		
1）すべての人数		人
2）上記1）のうち、貴施設での1年以上の訪問診療を経て、外来診療に移行した患者数		人
3）上記2）のうち、貴施設での訪問診療実施前に他施設で訪問診療を提供されていた患者数		人
4）上記1）のうち、貴施設での1年未満の訪問診療を経て、外来診療目的に紹介された患者数		人
5）上記4）のうち、貴施設での訪問診療実施前に他施設で訪問診療を提供されていた患者数		人

※1 連携医療機関とは、以下のいずれも満たしているものを指す。(1) 計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること。(2) 当該保険医療機関において、連携する往診医療機関が往診を行う場合に、当該患者の疾 患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等（以下この項において「診療情報等」という。）を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認でき るように、適切な情報提供を行う体制を有していること。(3) 連携医療機関が患者に対し、当該保険医療機関において往診を行うことが困難な時間帯 等に対応を行う他の保険医療機関の名称、電話番号及び担当者の氏名等を文書により提供していること。

※2 参考

【別表第7】
末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頚髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

【別表第8の2】
一 次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍
スモン
難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
後天性免疫不全症候群
脊髄損傷
真皮を越える褥瘡
二 次に掲げる状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
在宅血液透析を行っている状態
在宅酸素療法を行っている状態
在宅中心静脈栄養法を行っている状態
在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
在宅自己導尿を行っている状態
在宅人工呼吸を行っている状態
植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態
気管切開を行っている状態
気管カニューレを使用している状態
ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

【別表第8の3】
要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態
日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態
頻回の訪問看護を受けている状態
訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
麻薬の投薬を受けている状態
その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

【別表第3の1の3】
一 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
二 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
(1)在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
(2)ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
(3)人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
三 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

≪(3)訪問診療を依頼することについて≫

①令和8年6月～11月の6か月間における以下の患者数（実人数）		
1）訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者数（実人数） ※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の対象となる患者としてお考え下さい。		人
2）上記1）のうち、他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由別の患者数 ※1)＝a) +b) + c) +d)		
a）主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため		人
b）主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため		人
c）患者・家族の意向のため		人
d）その他（主な理由を具体的に：　　）		人

3）上記1）の患者について、依頼先の医療機関が実施した患者ごとの訪問診療の回数
各患者に実施した訪問診療の回数が最も多いものと2番目に多いものを、a）～c）の期間ごとに下の【選択肢】の1.～5.の中から選び、該当する番号をお書きください。
※複数の医療機関に依頼した場合は、医療機関ごとの回数を別々に考慮してください。

【選択肢】

1. 月1回	2. 月2回	3. 月3回以上
4. 回数を把握していない	5. 当該期間は行われていない	

（それぞれ該当する番号を以下に記入）

	最も多いもの	2番目に多いもの
a）初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数※1	（　　）	（　　）

※1（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、6月10日～6月30日に実施した訪問診療の回数です。

4）上記1）の患者について、訪問診療の依頼先として多い診療科

1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 脳神経外科
5. 小児科	6. 精神科	7. 眼科	8. 皮膚科
9. 耳鼻咽喉科	10. 泌尿器科	11. リハビリテーション科	
12. 婦人科	13. その他（具体的に　　）		

5）上記1）の患者について、訪問診療を依頼した対象病名として多いもの

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、心不全等)
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（COPDを除く）
14. 耳鼻科疾患	15. 眼科疾患	16. 皮膚疾患（褥瘡等）		
17. その他（具体的に　　）				

6）上記1)のうち、依頼先の医療機関の種別ごとの患者数 ※1)＝a)～j)の合計

	全体	うち特別の関係※4である医療機関
a）機能強化型在宅療養支援病院（単独型）	人	人
b）機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（貴施設と連携体制を構築している）	人	人
c）機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（貴施設と連携体制を構築していない）	人	人
d）在宅療養支援病院	人	人
e）在宅療養支援病院以外の病院	人	人
f）機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	人	人
g）機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（貴施設と連携体制を構築している）	人	人
h）機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（貴施設と連携体制を構築していない）	人	人
I）在宅療養支援診療所	人	人
j）在宅療養支援診療所以外の診療所	人	人

※4：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

≪(4)在宅患者訪問薬剤管理指導等の連携状況≫

①令和8年6月～11月の6か月間における貴施設から薬局へ在宅患者訪問薬剤管理指導を依頼した実績（実人数）をお答えください。	人
うち、強心剤の投与を行っている患者数	人

②訪問薬剤管理指導を実施する薬局と連携する際の困難事例の有無についてお答えください。※〇は1つだけ

1. ある　→③へ　　2. ない　→設問「6」へ

【②で「1.ある」を選択した場合 】

③ 訪問薬剤管理指導を実施する薬局と連携する際の困難事例についてお答えください。※〇はいくつでも

1. 認知症の患者（特に独居）への対応に関する経験が豊富な薬局がないため
2. 医療的ケア児への対応に関する経験が豊富な薬局がないため
3. 近くに在宅を受けてくれる薬局がないため
4. 麻薬に対応できる薬局がないため
5. 注射剤の取扱いや無菌調製に対応できる薬局がないため
6. 夜間休日の訪問指示に対応できる薬局がないため
7. 患者の急変に伴う緊急訪問に対応できる薬局がないため
8. その他（具体的に:　　）

5. 貴施設における、在宅医療に関する診療報酬の算定状況等についてお伺いします。

≪(1)往診の実施状況≫

①令和8年6月～11月の6か月間において緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算の算定に当たって、「厚労大臣が定める患者※以外の患者」に対して実施した例がありますか。 ※それぞれ〇は1つ

緊急往診加算	1. ある　　2. ない

夜間・休日往診加算	1. ある	2. ない
深夜往診加算	1. ある	2. ない

【①で「1.ある」を選択した加算について】 ①-1 令和8年6月～11月の6か月間における以下の加算の算定実績をお答えください。	算定実人数	算定回数
a)緊急往診加算	人	回
厚労大臣が定める患者※に対して実施したもの	人	回
上記以外の患者に対して実施したもの	人	回
b)夜間・休日往診加算	人	回
厚労大臣が定める患者※に対して実施したもの	人	回
上記以外の患者に対して実施したもの	人	回
c)深夜往診加算	人	回
厚労大臣が定める患者※に対して実施したもの	人	回
上記以外の患者に対して実施したもの	人	回

※往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの、往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの、往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者、往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者

【①で「1.ある」を選択した加算について】
①-2 「厚労大臣が定める患者以外の患者」に対して実施した理由は何ですか。※それぞれ、〇はいくつでも

緊急往診加算	1. 他医療機関により訪問診療が実施されている患者であったが、当院は訪問診療を実施している保険医療機関と平時から連携体制を取っていない医療機関だった 2. 普段から外来診療・訪問診療等の定期受診のない患者への往診だった 3. 協力医療機関の関係ではない介護保険施設等に入所する患者への往診であった 4. その他（具体的に：　　）
夜間・休日往診加算	1. 他医療機関により訪問診療が実施されている患者であったが、当院は訪問診療を実施している保険医療機関と平時から連携体制を取っていない医療機関だった 2. 普段から外来診療・訪問診療等の定期受診のない患者への往診だった 3. 協力医療機関の関係ではない介護保険施設等に入所する患者への往診であった 4. その他（具体的に：　　）
深夜往診加算	1. 他医療機関により訪問診療が実施されている患者であったが、当院は訪問診療を実施している保険医療機関と平時から連携体制を取っていない医療機関だった 2. 普段から外来診療・訪問診療等の定期受診のない患者への往診だった 3. 協力医療機関の関係ではない介護保険施設等に入所する患者への往診であった 4. その他（具体的に：　　）

②令和8年6月～11月の6か月間における介護保険施設等連携往診加算の算定実績をお答えください。	算定実人数	算定回数
a) 介護保険施設等連携往診加算	人	回
b) うち、介護老人保健施設（施設数：　　）	人	回
c) うち、介護医療院（施設数：　　）	人	回
d) うち、特別養護老人ホーム（施設数：　　）	人	回

≪(2)入院の受け入れ≫

①令和8年6月～11月の6か月間における協力対象施設入所者入院加算の算定実績をお答えください。	算定実人数	算定回数
a) 協力対象施設入所者入院加算1	人	回
うち、介護老人保健施設（施設数：　　）	人	回
うち、介護医療院（施設数：　　）	人	回
うち、特別養護老人ホーム（施設数：　　）	人	回
b) 協力対象施設入所者入院加算2	人	回
うち、介護老人保健施設（施設数：　　）	人	回
うち、介護医療院（施設数：　　）	人	回
うち、特別養護老人ホーム（施設数：　　）	人	回

【①の算定回数が0回の場合】
①-1　協力対象施設入所者入院加算を算定していない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. 算定対象となる患者がいないため
2. 協力医療機関として定められていないため
3. ICTを活用した、診療情報等及び急変時の対応方針を確認する体制がないため
4. 3. の要件を満たすものの、年3回以上のカンファレンスの実施が困難であるため

5. 3. 4. の要件を満たすことができない上で、さらに算定対象となる患者について1か月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施することが困難であるため
6. その他（具体的に：　　）

≪(3)訪問栄養食事指導の状況≫

①在宅患者に対して栄養状態の評価を実施していますか。

1. 全患者に実施している　2. 一部患者に実施している　3. 実施していない →⑤へ

②栄養状態の評価に用いているツールは何ですか。 ※〇はいくつでも

1. GLIM基準　2. SGA　3. MNA　4. MNA-SF　5. CONUT　6. GNRI
7. MUST　8. 独自の評価方法　9. 使用なし　10. その他

③栄養状態の評価に用いている項目は何ですか。 ※〇はいくつでも

1. 食事摂取量　2. BMI　3. 血中アルブミン　4. 現体重　5. 体重減少　6. 栄養投与経路
7. 炎症　8. 消化器症状　9. 身体機能　10. 食事歴　11. 筋肉量　12. 筋力
13. 嚥下機能　14. 口腔機能　15. その他　16. 不明　17. なし

④栄養評価を実施する上での課題として当てはまるものに〇をつけてください。 ※〇はいくつでも

1. 人手不足　2. 管理栄養士がいない　3. 評価方法がわからない　4. 時間的余裕がない
5. 栄養評価の必要性が認められる患者が少ない　6. その他

⑤令和8年6月～11月の6か月間の貴施設における在宅患者訪問栄養食事指導料（診療報酬）及び管理栄養士が行う居宅療養管理指導費（介護報酬）について、単一建物診療患者数別の算定回数（延べ）をお答えください。

	単一建物診療患者数		
	1人	2～9人	10人以上
1）在宅患者訪問栄養食事指導料1	回	回	回
2）在宅患者訪問栄養食事指導料2	回	回	回
3）管理栄養士が行う居宅療養管理指導費（Ⅰ）	回	回	回
4）管理栄養士が行う居宅療養管理指導費（Ⅱ）	回	回	回

6．貴施設における、緩和ケアの実施状況等についてお伺いします。

①貴施設では、在宅がん医療総合診療料の届出を行っていますか。
（令和8年10月1日時点）

1. 届出あり →①-1へ
2. 届出なし →①-2へ

【①で「1.届出あり」を選んだ場合】

①-1　令和8年6月～11月の6か月間における貴施設の末期の悪性腫瘍の患者の実人数と当該患者のうち、**在宅がん医療総合診療料**の以下の算定実人数、算定回数、**在宅麻薬等注射指導管理料**及び**在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料**の算定回数をお答えください。

	実人数	算定回数
1）末期の悪性腫瘍の患者の実人数	人	
2）在宅がん医療総合診療料※訪問看護ステーションと共同で算定した場合	人	回
3）在宅がん医療総合診療料 ※保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合	人	回
4）3）のうち、小児加算	人	回
5）在宅がん医療総合診療料処方箋を交付しない場合	人	回
6）在宅麻薬等注射指導管理料	人	回
7）在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料	人	回

【上記①で「2.届出なし」を選んだ場合】

①-2　在宅がん医療総合診療料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. 在支診、在支病の要件を満たさない
2. 患者の症状急変等により患者等からの求めがあった場合に、常時対応が出来る体制の確保が困難
3. 訪問看護の提供体制の確保が困難　4. 経営上のメリットがないため
5.（施設基準等の要件を満たしているが、）採算が合わない

【すべての施設にお伺いします】

②以下の患者の受け入れ状況について当てはまるものをお答えください。※それぞれ〇は1つ

	末期の悪性腫瘍	ALS又は筋ジストロフィー	末期の心不全	末期の呼吸器疾患
1. 積極的に受け入れている				
2. 積極的には受け入れてないが、受入は可能				
3. 受け入れていない				

【上記②で「2」または「3」を選んだものがある場合】
②-1　理由として最も適切なものお答えください。※○はいくつでも、最もあてはまるもの1つに◎

	末期の悪性腫瘍	ALS又は筋ジストロフィー	末期の心不全	末期の呼吸器疾患
1. 患者の急性増悪時の緊急受け入れ先が十分に確保できないため				
2. 医師の診療科の専門外であるため				
3. 近隣の在宅医療を提供する医療機関が受け入れを行っており、自施設で受け入れる必要が無いため				
4. 緩和ケアを提供する体制が整っていないため				
5. これ以上在宅患者を増やせないため				
6. 当該の患者の管理が大変なため				
7. 麻薬や注射剤の取扱いに対応できる薬局がないため				
8. その他（　　）				

【すべての施設にお伺いします】
③訪問診療に関係する医療従事者について、緩和ケア研修の有無についてお答えください。

1) 医師の緩和ケアに係る研修※1について	1. 研修を修了した医師がいる　2. 研修を修了した医師がいない
2) 看護師の緩和ケア病棟等における研修※2について	1. 研修を修了した看護師がいる 2. 研修を修了した看護師がいない

※1医師の緩和ケアに係る研修とは、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会や緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等が該当します。
※2看護師の緩和ケア病棟等における研修とは
①日本看護協会認定の看護師教育課程の「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳がん看護」又は「がん放射線療法看護」の研修
②日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程が該当します。

7．貴施設における、容態が急変した患者への対応状況等についてお伺いします。

①貴施設の訪問診療の患者で、令和8年6月～11月の6か月間に往診依頼のあった患者について以下の実人数をお答えください。	診療時間内	診療時間外
1) 往診依頼のあった患者	人	人
2) 1)のうち、往診等で対応して在宅療養を継続した患者	人	人
3) 1)のうち、往診等で対応して他医療機関を受診させた患者	人	人
4) 3)のうち、救急搬送を依頼した患者	人	人
5) 3)のうち、他医療機関に入院した患者	人	人
6) 1)のうち、情報通信機器を用いた診療を行った患者	人	人
7) 1)のうち、往診や情報通信機器を用いた診療等を行わず他医療機関を受診させた患者	人	人
8) 1)のうち、入院が必要になった場合の病床確保を目的とした平時からの情報連携の体制を構築していたこと等により急変時の入院先が予め決まっていた患者	人	人
9) 8)のうち、実際には予定していなかった医療機関に入院した患者	人	人
10) 8)のうち、当該予め決まっていた入院先に入院した患者	人	人

②令和8年6月～11月の6か月間における急変患者への対応実績についてお答えください。

1) 救急搬送を依頼した患者数	人
2) 入院した患者数	人
3) 2)のうち、退院後30日以内に再入院した患者数（把握しているものに限る）	人

8．貴施設における在宅医療に係る教育体制についてお伺いします。

①下記の1～3のうち、貴施設において受け入れている研修として該当するものをお選びください。※○はいくつでも

1. 医学部医学科の学生実習の受け入れ
2. 初期臨床研修の基幹型病院からの臨床研修医の受け入れ
3. 専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医の受け入れ　⇒該当する医師すべてに○
〔　01 総合診療専攻医　　02 内科専攻医　　03 その他　〕
4. いずれも受け入れなし

②令和7年4月1日以降～調査票記入日までの受け入れ人数についてお答えください。

1. 医学部医学科の学生実習	人
2. 初期臨床研修の基幹型病院からの臨床研修医	人
3. 専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医	人

質問は以上です。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。
令和9年1月22日（金）までに返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

ID番号:

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

医療機関調査（患者票）

※ この調査票は、在宅医療の提供を実施している（関連の届出を行っている）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、**令和8年10月１日時点**の状況についてご記入ください。

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

対象患者

貴施設が訪問診療を実施した患者2名（患者票A・Bに記載）と、訪問看護を実施した患者２名（患者票C・Dに記載）の計４名を以下の方法で選定し、その患者についてご回答者様が引き続きご記入ください。

【患者調査票A･Bについて】

●令和8年●月●日～●月●日の間に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、氏名が五十音順で早い患者２名（→患者票A、Bに記入。順不同）

【患者調査票C･Dについて】

●令和8年●月●日～●月●日の間に貴施設が訪問看護･指導を実施した患者のうち、氏名が五十音順で早い患者２名（→患者票C、Dに記入。順不同）

※ 貴施設が訪問看護指示書を交付し、訪問看護ステーションが訪問看護を実施した患者（貴施設が直接訪問看護･指導を実施していない患者）は、患者票C･Dの対象外です。

その他

患者調査C･Dにおいて、設問20)～22)にご回答いただく際は、以下の選択肢番号を参照のうえ、ご回答ください。

【選択肢】

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. 褥瘡等の壊死組織除去・陰圧閉鎖療法	11. 採血	12. 検体採取（11.以外）
13. 血糖自己測定の管理	14. インスリン注射	15. 点滴・中心静脈栄養・注射（14.以外）
16. 栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整	17. 膀胱（留置）カテーテルの管理	
18. 導尿	19. 人工肛門・人工膀胱の管理	20. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうカテーテルの交換
21. 人工呼吸器の管理	22. 陽圧換気機器の管理	23. 気管切開の処置
24. 気管カニューレの交換	25. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）	26. 腹膜透析
27. がん末期の疼痛管理	28. 慢性疼痛の管理（27.以外）	29. 精神症状の観察
30. 心理的支援	31. 口腔ケア	32. 洗髪・清拭・入浴介助
33. リハビリテーション	34. 合併症予防ケア（肺炎予防等）	35. 頻回の観察・アセスメント
36. 家族への指導・支援	37. サービスの連絡調整	38. その他

患者調査A

1）性別	1. 男性　　2. 女性
2）年齢	（　　）歳

3）現在の療養場所　※〇はいくつでも
※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、4と8両方の番号に〇。

1. 自宅（戸建て等個人宅）　2. 自宅（マンション・アパート・団地等）　3. 認知症対応型グループホーム
4. 共同生活援助（グループホーム）　5. 有料老人ホーム　6. 養護老人ホーム
7. 軽費老人ホーム　8. 特別養護老人ホーム　9. 特定施設入居者生活介護
10. その他（　　）

4）当該患者は貴施設が協力医療機関として診療を担当している患者ですか。	1. はい　2. いいえ　3. 不明
5）上記3）の訪問先建物（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
6）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
7）要介護度	1. 対象外　2. 非該当　3. 未申請　4. 要支援1・2　5. 要介護1 6. 要介護2　7. 要介護3　8. 要介護4　9. 要介護5　10. 不明
8）認知症高齢者の日常生活自立度	1. 該当なし　2. Ⅰ　3. Ⅱa　4. Ⅱb　5. Ⅲa 6. Ⅲb　7. Ⅳ　8. M　9. 不明
9）精神疾患の有無	1. あり→（01 認知症　02 認知症以外）　2. なし
10）障害者手帳などの種類 ※〇はいくつでも	1. 身体障害者手帳（　　）級　2. 療育手帳 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
11）同居家族等の有無	1. 独居（施設等入所を含む）　2. 同居家族等あり　3. 不明
12）訪問診療を行ったきっかけ	1. 自院の外来からの移行　2. 自院の入院からの移行 3. 他の医療機関からの紹介　4. 医療機関以外からの紹介 （4. について具体的に：　　）
13）訪問診療を行っている理由 ※〇はいくつでも	1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 3. 医師による処置等が必要 4. 医師が自宅等を訪問し、療養環境等を確認する必要がある 5. その他（具体的に：　　）
14）訪問診療の対象病名 ※〇はいくつでも	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（COPDを除く） 14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に：　　）
15）別表第7の疾病等の該当の有無 ※〇はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍　3. 多発性硬化症　4. 重症筋無力症 5. スモン　6. 筋萎縮性側索硬化症　7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病　9. 進行性筋ジストロフィー症　10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症　12. プリオン病　13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病　15. 副腎白質ジストロフィー　16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症　18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷　21. 人工呼吸器を使用している状態

16）別表第８の２に掲げる特別な管理の有無 ※〇はいくつでも	【罹患している疾患】 1. なし　2.末期の悪性腫瘍　3. スモン 4. 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 5. 後天性免疫不全症候群　6. 脊髄損傷　7. 真皮を越える褥瘡 【上記罹患している患者の状態】 1. なし 2. 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態 3. 在宅血液透析を行っている状態 4. 在宅酸素療法を行っている状態 5. 在宅中心静脈栄養法を行っている状態 6. 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 7. 在宅自己導尿を行っている状態 8. 在宅人工呼吸を行っている状態 9. 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 10. 肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態 11. 気管切開を行っている状態 12. 気管カニューレを行っている状態 13. ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 14. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
17）別表第８の３に掲げる状態の有無 ※〇はいくつでも	1. なし 2. 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態 3. 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態 4. 頻回の訪問看護を受けている状態 5. 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 6. 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 7. 麻薬の投薬を受けている状態 8. その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態
18）当該患者は、週4回以上の訪問診療の算定が可能な患者ですか。	1. はい　2. いいえ　3. 不明
19）別表第3の１の3に掲げる状態等の有無 ※〇はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍の患者 3. 下記の01であって02又は03の状態である患者 01. 以下のいずれかの管理を受けている状態にある者（該当するもの全てに〇） 1. 在宅自己腹膜灌流指導管理　2. 在宅血液透析指導管理 3. 在宅酸素療法指導管理　4. 在宅中心静脈栄養法指導管理 5. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　6. 在宅人工呼吸指導管理 7. 在宅麻薬等注射指導管理　8. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 9. 在宅強心剤持続投与指導管理　10. 在宅自己疼痛管理指導管理 11. 在宅肺高血圧症患者指導管理　12. 在宅気管切開患者指導管理 02. ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 03. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 4. 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

20）当該患者に対して、医師が実施した診療内容・連携等（令和8年10月1か月間に実施したもの） ※○はいくつでも

1. 身体診察　2. バイタル測定　3. 患者・家族等への問診　4. 心電図検査
5. 簡易血糖測定　6. 検体採取（血液、尿、抗原検査等）　7. 検査結果説明
8. 抗がん剤の点滴・注射　9. オピオイドの持続皮下注射　10. 鎮静薬の持続皮下注射
11. 皮下輸液　12. 中心静脈栄養・ポート管理　13. 輸血　14. 胸水穿刺・腹水穿刺
15. 経口麻薬の投与　16. 末梢静脈点滴　17. 上記以外の点滴・注射
18. 気管切開・カニューレ交換　19.カテーテル交換（カテーテルの部位：　）　20. エコー検査
21. 薬剤の処方　22. 特定保険医療材料の処方　23. ネブライザー　24. たんの吸引の指示
25. 栄養指導　26. 患者・家族等への病状説明　27. 診療上の継続的な意思決定支援
28. 訪問看護ステーションに関する指示・連携（具体的に：　）
29. 保険薬局に関する指示・連携（具体的に：　）
30. 歯科医療機関との連携（具体的に：　）
31. 居宅介護支援事業所との連携（具体的に：　）
32. その他（具体的に：　）

21）複数疾患への対応等のため、他の医療機関から訪問診療を依頼されている患者ですか。　1. はい　2. いいえ

22）複数疾患への対応等のため、他の医療機関に訪問診療を依頼・実施している（又はしていた）患者ですか。
※「1. はい」の場合は、何か所の医療機関に依頼したか、数もあわせてご回答ください。
※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の対象となる患者としてお考えください。

1. はい（依頼した医療機関数：＿＿＿か所）　→23)へ　　2. いいえ　→24)へ

【22)で「1. はい」とお答え頂いた施設のみ】

23）他の医療機関の医師への定期的な訪問診療の依頼について、下記の設問にお答えください。
※以下のa)～g)について、複数の医療機関に依頼した場合は、主な依頼先1か所について回答してください

a）他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由 ※○はいくつでも
1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため
2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため
3. 患者・家族の意向のため
4. その他（具体的に：　）

b）依頼先の診療科 ※○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. 精神科　7. 眼科　8. 皮膚科　9. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科
11. リハビリテーション科　12. 婦人科　13. その他（具体的に：　）

c）依頼先の医療機関が当該患者に実施した訪問診療の回数
ⅰ）～ⅲ）の期間ごとに下の【選択肢】の1．～5．の中から選び、該当する番号をお書きください。

【選択肢】　1. 月1回　2. 月2回　3. 月3回以上　4. 回数を把握していない　5. 当該期間は行われていない

ⅰ）初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数※1	
ⅱ）初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数※2	
ⅲ）初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数※3	

d）依頼先の医療機関による訪問診療の期間（見込みを含む）
1. 1か月　2. 1か月超～3か月　3. 3か月超～6か月
4. 6か月超～12か月　5. 12か月超

e）訪問診療を依頼した病名
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（COPDを除く）
14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等）
17. その他（具体的に：　）

f）依頼先の医療機関の種別	1. 機能強化型在宅療養支援病院（単独型） 2. 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（貴院と連携体制を構築している） 3. 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（貴院と連携体制を構築していない） 4. 1.～3.以外の在宅療養支援病院 5. 在宅療養支援病院以外の病院 6. 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型） 7. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（貴院と連携体制を構築している） 8. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（貴院と連携体制を構築していない） 9. 6.～8.以外の在宅療養支援診療所 10. 在宅療養支援診療所以外の診療所
g）依頼先の医療機関は、貴施設と特別の関係であるか※4	1. 特別の関係である　2. 特別の関係でない

※1：（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、6月10日～6月30日に実施した訪問診療の回数です。
※2：（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月31日の1か月間に実施した訪問診療の回数です。
※3：（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の1か月あたり平均回数です。
※4：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

24）当該患者の、医学管理料・加算の算定状況 （令和8年10月1か月間） ※○はいくつでも	1. 在宅時医学総合管理料（重症患者）　2. 在宅時医学総合管理料（月2回以上） 3. 在宅時医学総合管理料（月1回）　4. 施設入居時等医学総合管理料（重症患者） 5. 施設入居時等医学総合管理料（月2回以上） 6. 施設入居時等医学総合管理料（月1回） 7. 在宅療養移行加算1　8. 在宅療養移行加算2 9. 在宅療養移行加算3　10. 在宅療養移行加算4 11. 包括的支援加算　12. 頻回訪問加算 13. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2　14. 在宅患者訪問診療料（Ⅱ） 15. 在宅医療情報連携加算　16. 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 17. 往診時医療情報連携加算　18. 介護保険施設等連携往診加算 19. 在宅麻薬等注射指導管理料（1、2、3）　20. 在宅強心剤持続投与指導管理料 21. ターミナルケア加算　22. 看取り加算 23. 死亡診断加算　24. いずれも算定していない
25）当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数（令和8年10月）	回
【25）で「2回以上」の場合】 26）1か月間の訪問診療実施回数が2回以上の理由	1. 処置が頻回に必要である等、医学的に必要であると判断したため 2. 訪問看護等、患者に介入している別サービスの医療従事者から必要である旨を提案されたため 3. 患者や家族等からの強い希望があったため 4. 施設の職員等が付き添って外来受診をすることが困難であるため 5. その他（具体的に：　） 6. 特に理由はない
27）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）　※移動時間は含まない	分
28）往診（定期的・計画的な訪問診療ではない）を行った回数 （令和8年6月～令和8年11月の6か月間）	回

29）当該患者に提供された在宅医療・介護サービスの回数（令和8年10月）

1. 訪問看護　（　回）	2. 訪問介護　（　回）	3. 訪問リハビリテーション　（　回）
4. 訪問入浴介護　（　回）	5. 通所介護　（　回）	6. 通所リハビリテーション　（　回）

患者調査B

1）性別	1. 男性　　2. 女性
2）年齢	（　　）歳

3）現在の療養場所　※○はいくつでも
※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、4と8両方の番号に○。

1. 自宅（戸建て等個人宅）　2. 自宅（マンション・アパート・団地等）　3. 認知症対応型グループホーム
4. 共同生活援助（グループホーム）　5. 有料老人ホーム　6. 養護老人ホーム
7. 軽費老人ホーム　8. 特別養護老人ホーム　9. 特定施設入居者生活介護
10. その他（　　）

4）当該患者は貴施設が協力医療機関として診療を担当している患者ですか。	1. はい	2. いいえ	3. 不明
5）上記3）の訪問先建物（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		

6）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
7）要介護度	1. 対象外　2. 非該当　3. 未申請　4. 要支援1・2　5. 要介護1 6. 要介護2　7. 要介護3　8. 要介護4　9. 要介護5　10. 不明
8）認知症高齢者の日常生活自立度	1. 該当なし　2. Ⅰ　3. Ⅱa　4. Ⅱb　5. Ⅲa 6. Ⅲb　7. Ⅳ　8. M　9. 不明
9）精神疾患の有無	1. あり→（01 認知症　02 認知症以外）　2. なし
10）障害者手帳などの種類 ※○はいくつでも	1. 身体障害者手帳（　　）級　2. 療育手帳 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
11）同居家族等の有無	1. 独居（施設等入所を含む）　2. 同居家族等あり　3. 不明
12）訪問診療を行ったきっかけ	1. 自院の外来からの移行　2. 自院の入院からの移行 3. 他の医療機関からの紹介　4. 医療機関以外からの紹介 （4. について具体的に：　　）
13）訪問診療を行っている理由 ※○はいくつでも	1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難 2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難 3. 医師による処置等が必要 4. 医師が自宅等を訪問し、療養環境等を確認する必要がある 5. その他（具体的に：　　）
14）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（COPDを除く） 14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に：　　）
15）別表第7の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍　3. 多発性硬化症　4. 重症筋無力症 5. スモン　6. 筋萎縮性側索硬化症　7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病　9. 進行性筋ジストロフィー症　10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症　12. プリオン病　13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病　15. 副腎白質ジストロフィー　16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症　18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷　21. 人工呼吸器を使用している状態

16）別表第８の２に掲げる特別な管理の有無 ※〇はいくつでも	【罹患している疾患】 1. なし　2.末期の悪性腫瘍　3. スモン 4. 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 5. 後天性免疫不全症候群　6. 脊髄損傷　7. 真皮を越える褥瘡 【上記罹患している患者の状態】 1. なし 2. 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態 3. 在宅血液透析を行っている状態 4. 在宅酸素療法を行っている状態 5. 在宅中心静脈栄養法を行っている状態 6. 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 7. 在宅自己導尿を行っている状態 8. 在宅人工呼吸を行っている状態 9. 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 10. 肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態 11. 気管切開を行っている状態 12. 気管カニューレを行っている状態 13. ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 14. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
17）別表第８の３に掲げる状態の有無 ※〇はいくつでも	1. なし 2. 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態 3. 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態 4. 頻回の訪問看護を受けている状態 5. 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 6. 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 7. 麻薬の投薬を受けている状態 8. その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態
18）当該患者は、週4回以上の訪問診療の算定が可能な患者ですか。	1. はい　2. いいえ　3. 不明
19）別表第3の１の3に掲げる状態等の有無 ※〇はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍の患者 3. 下記の01であって02又は03の状態である患者 01. 以下のいずれかの管理を受けている状態にある者（該当するもの全てに〇） 1. 在宅自己腹膜灌流指導管理　2. 在宅血液透析指導管理 3. 在宅酸素療法指導管理　4. 在宅中心静脈栄養法指導管理 5. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　6. 在宅人工呼吸指導管理 7. 在宅麻薬等注射指導管理　8. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 9. 在宅強心剤持続投与指導管理　10. 在宅自己疼痛管理指導管理 11. 在宅肺高血圧症患者指導管理　12. 在宅気管切開患者指導管理 02. ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 03. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 4. 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

20）当該患者に対して、医師が実施した診療内容・連携等（令和8年10月1か月間に実施したもの） ※○はいくつでも

1. 身体診察　2. バイタル測定　3. 患者・家族等への問診　4. 心電図検査
5. 簡易血糖測定　6. 検体採取（血液、尿、抗原検査等）　7. 検査結果説明
8. 抗がん剤の点滴・注射　9. オピオイドの持続皮下注射　10. 鎮静薬の持続皮下注射
11. 皮下輸液　12. 中心静脈栄養・ポート管理　13. 輸血　14. 胸水穿刺・腹水穿刺
15. 経口麻薬の投与　16. 末梢静脈点滴　17. 上記以外の点滴・注射
18. 気管切開・カニューレ交換　19.カテーテル交換（カテーテルの部位：　）　20. エコー検査
21. 薬剤の処方　22. 特定保険医療材料の処方　23. ネブライザー　24. たんの吸引の指示
25. 栄養指導　26. 患者・家族等への病状説明　27. 診療上の継続的な意思決定支援
28. 訪問看護ステーションに関する指示・連携（具体的に：　）
29. 保険薬局に関する指示・連携（具体的に：　）
30. 歯科医療機関との連携（具体的に：　）
31. 居宅介護支援事業所との連携（具体的に：　）
32. その他（具体的に：　）

21）複数疾患への対応等のため、他の医療機関から訪問診療を依頼されている患者ですか。　1. はい　2. いいえ

22）複数疾患への対応等のため、他の医療機関に訪問診療を依頼・実施している（又はしていた）患者ですか。
※「1. はい」の場合は、何か所の医療機関に依頼したか、数もあわせてご回答ください。
※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の対象となる患者としてお考えください。

1. はい（依頼した医療機関数：＿＿＿か所）　→23)へ　　2. いいえ　→24)へ

【22)で「1. はい」とお答え頂いた施設のみ】

23）他の医療機関の医師への定期的な訪問診療の依頼について、下記の設問にお答えください。
※以下のa)～g)について、複数の医療機関に依頼した場合は、主な依頼先1か所について回答してください

a）他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由 ※○はいくつでも
1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため
2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため
3. 患者・家族の意向のため
4. その他（具体的に：　）

b）依頼先の診療科 ※○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. 精神科　7. 眼科　8. 皮膚科　9. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科
11. リハビリテーション科　12. 婦人科　13. その他（具体的に：　）

c）依頼先の医療機関が当該患者に実施した訪問診療の回数
ⅰ）～ⅲ）の期間ごとに下の【選択肢】の1．～5．の中から選び、該当する番号をお書きください。

【選択肢】　1. 月1回　2. 月2回　3. 月3回以上　4. 回数を把握していない　5. 当該期間は行われていない

ⅰ）初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数※1	
ⅱ）初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数※2	
ⅲ）初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数※3	

d）依頼先の医療機関による訪問診療の期間（見込みを含む）
1. 1か月　2. 1か月超～3か月　3. 3か月超～6か月
4. 6か月超～12か月　5. 12か月超

e）訪問診療を依頼した病名
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（COPDを除く）
14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等）
17. その他（具体的に：　）

f）依頼先の医療機関の種別	1. 機能強化型在宅療養支援病院（単独型） 2. 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（貴院と連携体制を構築している） 3. 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（貴院と連携体制を構築していない） 4. 1.～3.以外の在宅療養支援病院 5. 在宅療養支援病院以外の病院 6. 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型） 7. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（貴院と連携体制を構築している） 8. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（貴院と連携体制を構築していない） 9. 6.～8.以外の在宅療養支援診療所 10. 在宅療養支援診療所以外の診療所
g）依頼先の医療機関は、貴施設と特別の関係であるか※4	1. 特別の関係である　2. 特別の関係でない

※1：（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、6月10日～6月30日に実施した訪問診療の回数です。
※2：（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月31日の1か月間に実施した訪問診療の回数です。
※3：（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の1か月あたり平均回数です。
※4：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

24）当該患者の、医学管理料・加算の算定状況 （令和8年10月1か月間） ※〇はいくつでも	1. 在宅時医学総合管理料（重症患者）　2. 在宅時医学総合管理料（月2回以上） 3. 在宅時医学総合管理料（月1回）　4. 施設入居時等医学総合管理料（重症患者） 5. 施設入居時等医学総合管理料（月2回以上） 6. 施設入居時等医学総合管理料（月1回） 7. 在宅療養移行加算1　8. 在宅療養移行加算2 9. 在宅療養移行加算3　10. 在宅療養移行加算4 11. 包括的支援加算　12. 頻回訪問加算 13. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2　14. 在宅患者訪問診療料（Ⅱ） 15. 在宅医療情報連携加算　16. 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 17. 往診時医療情報連携加算　18. 介護保険施設等連携往診加算 19. 在宅麻薬等注射指導管理料（1、2、3）　20. 在宅強心剤持続投与指導管理料 21. ターミナルケア加算　22. 看取り加算 23. 死亡診断加算　24. いずれも算定していない
25）当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数（令和8年10月）	回
【25）で「2回以上」の場合】 26）1か月間の訪問診療実施回数が2回以上の理由	1. 処置が頻回に必要である等、医学的に必要であると判断したため 2. 訪問看護等、患者に介入している別サービスの医療従事者から必要である旨を提案されたため 3. 患者や家族等からの強い希望があったため 4. 施設の職員等が付き添って外来受診をすることが困難であるため 5. その他（具体的に：　） 6. 特に理由はない
27）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）　※移動時間は含まない	分
28）往診（定期的・計画的な訪問診療ではない）を行った回数 （令和8年6月～令和8年11月の6か月間）	回

29）当該患者に提供された在宅医療・介護サービスの回数（令和8年10月）

1. 訪問看護　（　回）	2. 訪問介護　（　回）	3. 訪問リハビリテーション　（　回）
4. 訪問入浴介護　（　回）	5. 通所介護　（　回）	6. 通所リハビリテーション　（　回）

患者調査C

1）性別	1.男性　2.女性	2）年齢	（　　）歳
3)-1 現在の居場所 ※〇はいくつでも ※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、4と8両方の番号に〇。	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等　2. 認知症対応型グループホーム 3. 共同生活援助（グループホーム）　4. 有料老人ホーム 5. 養護老人ホーム　6. 軽費老人ホーム 7. 特別養護老人ホーム　8. 特定施設入居者生活介護 9. その他（具体的に：　　）		
3)-2 同一建物の利用者	（　　）人　※上記で自宅以外を選択した場合に回答 ※令和8年10月における同じ建物に居住する訪問看護利用者数を記載		
3)-3 法人との関係	1. 特別の関係※にある　2.特別の関係※にない ※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。		
3)-4 併設か否か	1. 併設している　2. 併設していない		
4）介護者の有無	1.介護者あり（同居）　2.介護者あり（同居なし）　3.介護者なし		
5）要介護度（直近）	1. 非該当　2. 未申請　3. 申請中　4. 要支援1・2　5. 要介護1 6. 要介護2　7. 要介護3　8. 要介護4　9. 要介護5　10. 不明		
6）障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（直近）	1. 自立　2. J　3. A　4. B　5. C　6. 不明		
7）認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	1. 自立　2. Ⅰ　3. Ⅱ　4. Ⅲ　5. Ⅳ　6. M　7. 不明		
8）障害者手帳などの種類 ※〇はいくつでも	1. 身体障害者手帳（　　）級　2. 療育手帳 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		
9）利用している介護保険サービス、障害福祉サービス ※〇はいくつでも	【介護保険（介護予防）サービス】 1. 訪問介護　2. 訪問リハビリテーション　3. 訪問入浴介護 4. 通所介護　5. 短期入所療養介護　6. 短期入所生活介護 7. 特定施設入居者生活介護　8. 看護小規模多機能型居宅介護 9. 小規模多機能型居宅介護 10. 通所リハビリテーション　11. 福祉用具貸与　12. 住宅改修 13. 介護予防訪問入浴介護　14. 介護予防訪問リハビリテーション 15. 介護予防通所リハビリテーション　16. 介護予防短期入所生活介護 17. 介護予防短期入所療養介護　18. 介護予防特定施設入居者生活介護 19. 介護予防福祉用具貸与　20. その他（具体的に：　　） 【障害福祉サービス】 1. 居宅介護　2. 重度訪問介護　3. 同行援護 4. 行動援護　5. 療養介護　6. 生活介護 7. 短期入所　8. 重度障害者等包括支援　9. 施設入所支援 10. 自立訓練（機能訓練）　11. 自立訓練（生活訓練）　12. 就労移行支援 13. 就労継続支援A型　14. 就労継続支援B型　15. 就労定着支援 16. 自立生活援助　17. 共同生活援助（グループホーム） 18. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）　19. 計画相談支援 20. 基本相談支援　21. その他（具体的に：　　）		
10）GAF尺度（直近）			（　　）点
11）現在在宅療養を続けている原因の病名（主傷病を1つ選択）	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（COPDを除く） 14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に：　　）		
12）現在在宅療養を続けている原因の病名（副傷病を最大2つ選択）	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（COPDを除く） 14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に：　　）		

13)-1 別表第７の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍　3. 多発性硬化症　4. 重症筋無力症 5. スモン　6. 筋萎縮性側索硬化症　7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病　9. 進行性筋ジストロフィー症　10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症　12. プリオン病　13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病　15. 副腎白質ジストロフィー　16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症　18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷　21. 人工呼吸器を使用している状態
13)-2 別表第８に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 在宅麻薬等注射指導管理　3. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 4. 在宅強心剤持続投与指導管理　5. 在宅気管切開患者指導管理 6. 気管カニューレ　7. 留置カテーテル 8. 在宅自己腹膜灌流指導管理　9. 在宅血液透析指導管理 10. 在宅酸素療法指導管理　11. 在宅中心静脈栄養法指導管理 12. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　13. 在宅自己導尿指導管理 14. 在宅人工呼吸指導管理　15. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 16. 在宅自己疼痛管理指導管理　17. 在宅肺高血圧症患者指導管理 18. 人工肛門・人工膀胱　19. 真皮を越える褥瘡 20. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
14) 超重症児・準超重症児か否か（15 歳未満の場合）	1. 超重症児　2. 準超重症児　3. 非該当
【14)で「1. 超重症児」又は「2. 準超重症児を選択した場合」 14)-1 特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. あり　2. なし
15) 妊産婦か否か（妊娠中又は出産後1年以内）	1. 妊産婦である　2. 妊産婦でない
16) 施設で当患者に訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月頃
17) 在宅療養への移行前の居場所	※令和7年12月から令和8年11月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 ⇒病棟：21. 急性期一般　22. 地域一般　23. 療養　24. 回復期リハ　25. 地域包括ケア 26. 地域包括医療　27. 精神　28. その他（　　） 3. 有床診療所　4. 介護老人保健施設　5. 特別養護老人ホーム　6. 介護医療院　7. その他
【17)で「2. 病院」又は、「3. 有床診療所」を選択した場合】 17)-1 当該医療機関は貴施設であるか	1. 貴施設である 2. 貴施設ではない
18) 直近半年間の退院月	1. 退院実績あり →（　　月）　2. なし　3. 不明
19) 訪問看護の種別（令和8年10月分）	1. 在宅患者訪問看護・指導料　2. 同一建物居住者訪問看護・指導料 3. 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）　4. 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

20) 令和8年10月1か月間に訪問看護で提供したケア内容の番号を全てに○をつけてください。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 つまで記入した番号に◎をつけてください**。※P1の【選択肢】より○はいくつでも

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		

21) 訪問看護の加算等の状況（精神科を含む）（令和8年10月）　※○はいくつでも

1. 特別管理加算　⇒（ 11. 重症度の高いもの　12. 11以外 ）
2. 専門性の高い看護師による訪問
   ⇒（ 21. 緩和ケア　22. 褥瘡　23. 人工肛門・人工膀胱周辺の皮膚障害　24. 人工肛門・人工膀胱のその他の合併症 ）
3. 夜間・早朝訪問看護加算（精神科含む）
4. 深夜訪問看護加算（精神科含む）
5. 緊急訪問看護加算（精神科含む）⇒（イ．14日まで　ロ．15日以降 ）
6. 長時間訪問看護・指導加算（精神科含む）
7. 乳幼児加算　⇒（71. 別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合　72. それ以外の場合）
8. 特別地域訪問看護加算（精神科含む）
9. 退院時共同指導料1（特別管理指導加算あり）
10. 退院時共同指導加算料1（特別管理指導加算なし）
11. 在宅患者連携指導加算
12. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算
13. 看護・介護職員連携強化加算
14. 在宅ターミナルケア加算（看取り介護加算等算定なし）
15. 在宅ターミナルケア加算（看取り介護加算等算定あり）
16. 専門管理加算
17. 遠隔死亡診断補助加算
18. 訪問看護医療DX情報活用加算

【難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算を算定した場合】 22)-1 難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算の実施状況（令和8年10月分）	延べ訪問（算定）日数：（　　）日 延べ訪問時間：（　　）分

22)-2 **複数回の訪問で**提供した訪問看護の内容（直近の複数回の訪問） ※P1の【選択肢】より○はいくつでも

直近の訪問時： ※20)と同じであれば 右の**"同じ"**にチェックしてください。⇒同じ： □

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		

【複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問 看護加算を算定した場合】

23)-1 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問 看護加算の実施状況（令和8年10月分）

延べ訪問（算定）日数：（ ）日

23)-2 **複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算で**提供した訪問看護の内容（直近1回の複数名の訪問）

① 保健師、助産師又は看護師と同行した職種

1. 保健師・助産師・看護師　2. 准看護師　3. 作業療法士
4. 精神保健福祉士　5. 看護補助者

② 複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算の算定理由 ※○はいくつでも

1. 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者　2. 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
3. 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
4. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
5. 患者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（在宅患者訪問看護・指導料の注7のハに規定する場合に限る。）
6. その他患者の状況等から判断して、上記1～5までのいずれかに準ずると認められる者（在宅患者訪問看護・指導料の注7のハに規定する場合に限る。）

24)-1 貴施設からの訪問日数および訪問回数※（令和8年10月1か月間）
※計画的訪問のみ

延べ訪問日数：（ ）日
延べ訪問回数：（ ）回

24)-2 上記の訪問回数のうち、1回の訪問時間別延べ回数

10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上75分未満	75分以上90分以下	90分超
回	回	回	回	回	回	回

24)-3 上記の訪問回数のうち、1日につき複数回の訪問（緊急訪問を除く）を行った日の有無等

1. あり →複数回の訪問を行った日数：（ ）日
2. なし

25)-1 緊急訪問の有無等
※緊急訪問看護加算（精神科緊急訪問看護加算）の算定の有無に関わらず、実際に緊急訪問した場合についてお尋ねします。

1. あり⇒ 緊急訪問回数：（ ）回、延べ訪問時間：（ ）分
緊急訪問の理由：11. 容態の悪化
12. 事故・トラブル等（転倒・自己抜去等）
13. その他（ ）
2. なし

25)-2 緊急訪問を減らすために実施している工夫
※○はいくつでも

1. 夕方等に電話で状況を確認　2. 訪問する日を休日（貴施設の非営業日）前後に調整
3. 訪問の順番を夕方に調整　4. その他（ ）

26) 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和8年10月）
※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください

保健師・助産師・看護師	（ ）回
准看護師	（ ）回
作業療法士	（ ）回
精神保健福祉士	（ ）回

27) 貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無等（令和8年10月）

1. あり ⇒種別：a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション
⇒主な訪問者の職種：a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他
2. なし

28)-1 当患者は訪問診療を受療していますか。（令和8年10月）

1. はい →29)へ　2. いいえ →28)-2へ

【28)-1で「2. いいえ」を選択した場合】
28)-2 訪問診療を受療していない理由
※○はいくつでも

1. 専門医などの診察が必要
2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能
3. その他（ ）

29) 医療・介護・障害福祉等関係者との連携状況についてご回答ください。（令和8年10月）

	実施しているものに○	連携の頻度（実施している場合、実施頻度に○） 1. 訪問看護の実施ごと　2. 1週間に1回程度　3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度　5. 1年に1回程度　6. 必要な場合					
1. 貴施設以外の医療機関との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
2. 保険薬局との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
3. 介護支援専門員等の介護関係者との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
6. 学校等との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
7. 患者に関する地域ケア会議への参加		1	2	3	4	5	6
8. サービス担当者会議への参加		1	2	3	4	5	6
9. その他（ ）		1	2	3	4	5	6

患者調査D

1）性別	1.男性　2.女性	2）年齢	（　　）歳
3)-1 現在の居場所 ※〇はいくつでも ※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、4と8両方の番号に〇。	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等　2. 認知症対応型グループホーム 3. 共同生活援助（グループホーム）　4. 有料老人ホーム 5. 養護老人ホーム　6. 軽費老人ホーム 7. 特別養護老人ホーム　8. 特定施設入居者生活介護 9. その他（具体的に：　　）		
3)-2 同一建物の利用者	（　　）人　※上記で自宅以外を選択した場合に回答 ※令和8年10月における同じ建物に居住する訪問看護利用者数を記載		
3)-3 法人との関係	1. 特別の関係※にある　2.特別の関係※にない ※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。		
3)-4 併設か否か	1. 併設している　2. 併設していない		
4) 介護者の有無	1.介護者あり（同居）　2.介護者あり（同居なし）　3.介護者なし		
5) 要介護度（直近）	1. 非該当　2. 未申請　3. 申請中　4. 要支援1・2　5. 要介護1 6. 要介護2　7. 要介護3　8. 要介護4　9. 要介護5　10. 不明		
6) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（直近）	1. 自立　2. J　3. A　4. B　5. C　6. 不明		
7) 認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	1. 自立　2. Ⅰ　3. Ⅱ　4. Ⅲ　5. Ⅳ　6. M　7. 不明		
8) 障害者手帳などの種類 ※〇はいくつでも	1. 身体障害者手帳（　　）級　2. 療育手帳 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		
9）利用している介護保険サービス、障害福祉サービス ※〇はいくつでも	【介護保険（介護予防）サービス】 1. 訪問介護　2. 訪問リハビリテーション　3. 訪問入浴介護 4. 通所介護　5. 短期入所療養介護　6. 短期入所生活介護 7. 特定施設入居者生活介護　8. 看護小規模多機能型居宅介護 9. 小規模多機能型居宅介護 10. 通所リハビリテーション　11. 福祉用具貸与　12. 住宅改修 13. 介護予防訪問入浴介護　14. 介護予防訪問リハビリテーション 15. 介護予防通所リハビリテーション　16. 介護予防短期入所生活介護 17. 介護予防短期入所療養介護　18. 介護予防特定施設入居者生活介護 19. 介護予防福祉用具貸与　20. その他（具体的に：　　） 【障害福祉サービス】 1. 居宅介護　2. 重度訪問介護　3. 同行援護 4. 行動援護　5. 療養介護　6. 生活介護 7. 短期入所　8. 重度障害者等包括支援　9. 施設入所支援 10. 自立訓練（機能訓練）　11. 自立訓練（生活訓練）　12. 就労移行支援 13. 就労継続支援A型　14. 就労継続支援B型　15. 就労定着支援 16. 自立生活援助　17. 共同生活援助（グループホーム） 18. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）　19. 計画相談支援 20. 基本相談支援　21. その他（具体的に：　　）		
10) GAF尺度（直近）			（　　）点
11）現在在宅療養を続けている原因の病名（主傷病を1つ選択）	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（COPDを除く） 14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に：　　）		
12) 現在在宅療養を続けている原因の病名（副傷病を最大2つ選択）	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（COPDを除く） 14. 耳鼻科疾患　15. 眼科疾患　16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に：　　）		

13)-1 別表第7の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍　3. 多発性硬化症　4. 重症筋無力症 5. スモン　6. 筋萎縮性側索硬化症　7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病　9. 進行性筋ジストロフィー症　10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症　12. プリオン病　13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病　15. 副腎白質ジストロフィー　16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症　18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷　21. 人工呼吸器を使用している状態
13)-2 別表第8に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 在宅麻薬等注射指導管理　3. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 4. 在宅強心剤持続投与指導管理　5. 在宅気管切開患者指導管理 6. 気管カニューレ　7. 留置カテーテル 8. 在宅自己腹膜灌流指導管理　9. 在宅血液透析指導管理 10. 在宅酸素療法指導管理　11. 在宅中心静脈栄養法指導管理 12. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　13. 在宅自己導尿指導管理 14. 在宅人工呼吸指導管理　15. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 16. 在宅自己疼痛管理指導管理　17. 在宅肺高血圧症患者指導管理 18. 人工肛門・人工膀胱　19. 真皮を越える褥瘡 20. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
14）超重症児・準超重症児か否か（15 歳未満の場合）	1. 超重症児　2. 準超重症児　3. 非該当
【14)で「1. 超重症児」又は「2. 準超重症児を選択した場合」 14)-1 特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. あり　2. なし
15）妊産婦か否か（妊娠中又は出産後1年以内）	1. 妊産婦である　2. 妊産婦でない
16）施設で当患者に訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月頃
17）在宅療養への移行前の居場所	※令和7年12月から令和8年11月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 ⇒病棟：21. 急性期一般　22. 地域一般　23. 療養　24. 回復期リハ　25. 地域包括ケア 26. 地域包括医療　27. 精神　28. その他（　　） 3. 有床診療所　4. 介護老人保健施設　5. 特別養護老人ホーム　6. 介護医療院　7. その他
【17)で「2. 病院」又は、「3. 有床診療所」を選択した場合】 17)-1 当該医療機関は貴施設であるか	1. 貴施設である 2. 貴施設ではない
18）直近半年間の退院月	1. 退院実績あり →（　　月）　2. なし　3. 不明
19）訪問看護の種別（令和8年10月分）	1. 在宅患者訪問看護・指導料　2. 同一建物居住者訪問看護・指導料 3. 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）　4. 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）

20）令和8年10月1か月間に訪問看護で提供したケア内容の番号を全てに○をつけてください。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 つまで記入した番号に◎をつけてください**。※P1の【選択肢】より○はいくつでも

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		

21）訪問看護の加算等の状況（精神科を含む）（令和8年10月）　※○はいくつでも

1. 特別管理加算　⇒（ 11. 重症度の高いもの　12. 11以外 ）
2. 専門性の高い看護師による訪問
   ⇒（ 21. 緩和ケア　22. 褥瘡　23. 人工肛門・人工膀胱周辺の皮膚障害　24. 人工肛門・人工膀胱のその他の合併症 ）
3. 夜間・早朝訪問看護加算（精神科含む）　4. 深夜訪問看護加算（精神科含む）
5. 緊急訪問看護加算（精神科含む）⇒（イ. 14日まで　ロ. 15日以降 ）
6. 長時間訪問看護・指導加算（精神科含む）
7. 乳幼児加算　⇒（71. 別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合　72. それ以外の場合）
8. 特別地域訪問看護加算（精神科含む）　9. 退院時共同指導料1（特別管理指導加算あり）
10. 退院時共同指導加算料1（特別管理指導加算なし）　11. 在宅患者連携指導加算
12. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算　13. 看護・介護職員連携強化加算
14. 在宅ターミナルケア加算（看取り介護加算等算定なし）　15. 在宅ターミナルケア加算（看取り介護加算等算定あり）
16. 専門管理加算　17. 遠隔死亡診断補助加算
18. 訪問看護医療DX情報活用加算

【難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算を算定した場合】 22)-1 難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算の実施状況（令和8年10月分）	延べ訪問（算定）日数：（　　）日 延べ訪問時間：（　　）分

22)-2 **複数回の訪問で**提供した訪問看護の内容（直近の複数回の訪問） ※P1の【選択肢】より○はいくつでも

直近の訪問時： ※20)と同じであれば 右の**"同じ"**にチェックしてください。⇒同じ： □

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		

【複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問 看護加算を算定した場合】

23)-1 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問 看護加算の実施状況（令和8年10月分）

延べ訪問（算定）日数：（ ）日

23)-2 **複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算で**提供した訪問看護の内容（直近1回の複数名の訪問）

① 保健師、助産師又は看護師と同行した職種

1. 保健師・助産師・看護師　2. 准看護師　3. 作業療法士
4. 精神保健福祉士　5. 看護補助者

② 複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算の算定理由 ※○はいくつでも

1. 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者　2. 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
3. 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
4. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
5. 患者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
（在宅患者訪問看護・指導料の注7のハに規定する場合に限る。）
6. その他患者の状況等から判断して、上記1～5までのいずれかに準ずると認められる者
（在宅患者訪問看護・指導料の注7のハに規定する場合に限る。）

24)-1 貴施設からの訪問日数および訪問回数※（令和8年10月1か月間）
※計画的訪問のみ

延べ訪問日数：（ ）日
延べ訪問回数：（ ）回

24)-2 上記の訪問回数のうち、1回の訪問時間別延べ回数

10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上75分未満	75分以上90分以下	90分超
回	回	回	回	回	回	回

24)-3 上記の訪問回数のうち、1日につき複数回の訪問（緊急訪問を除く）を行った日の有無等

1. あり →複数回の訪問を行った日数：（ ）日
2. なし

25)-1 緊急訪問の有無等
※緊急訪問看護加算（精神科緊急訪問看護加算）の算定の有無に関わらず、実際に緊急訪問した場合についてお尋ねします。

1. あり⇒ 緊急訪問回数：（ ）回、延べ訪問時間：（ ）分
緊急訪問の理由：11. 容態の悪化
12. 事故・トラブル等（転倒・自己抜去等）
13. その他（ ）
2. なし

25)-2 緊急訪問を減らすために実施している工夫 ※○はいくつでも

1. 夕方等に電話で状況を確認　2. 訪問する日を休日（貴施設の非営業日）前後に調整
3. 訪問の順番を夕方に調整　4. その他（ ）

26) 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和8年10月）
※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください

保健師・助産師・看護師	（ ）回
准看護師	（ ）回
作業療法士	（ ）回
精神保健福祉士	（ ）回

27) 貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無等（令和8年10月）

1. あり ⇒種別：a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション
⇒主な訪問者の職種：a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他
2. なし

28)-1 当患者は訪問診療を受療していますか。（令和8年10月）

1. はい →29)へ　2. いいえ →28)-2へ

【28)-1で「2. いいえ」を選択した場合】
28)-2 訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも

1. 専門医などの診察が必要
2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能
3. その他（ ）

29) 医療・介護・障害福祉等関係者との連携状況についてご回答ください。（令和8年10月）

	実施しているものに○	連携の頻度（実施している場合、実施頻度に○） 1. 訪問看護の実施ごと　2. 1週間に1回程度　3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度　5. 1年に1回程度　6. 必要な場合
1. 貴施設以外の医療機関との連絡・調整		1 2 3 4 5 6
2. 保険薬局との連絡・調整		1 2 3 4 5 6
3. 介護支援専門員等の介護関係者との連絡・調整		1 2 3 4 5 6
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1 2 3 4 5 6
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1 2 3 4 5 6
6. 学校等との連絡・調整		1 2 3 4 5 6
7. 患者に関する地域ケア会議への参加		1 2 3 4 5 6
8. サービス担当者会議への参加		1 2 3 4 5 6
9. その他（ ）		1 2 3 4 5 6

質問は以上です。

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、令和9年1月22日（金）までに
専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

ID番号：

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

連携機関票

※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。
※特に断りのない質問については、**令和８年10月１日時点**の状況についてご記入ください。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

１．貴施設の基本情報

①施設種別　※○はいくつでも
※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、7と11両方の番号に○

1. 保険薬局	2. 訪問看護ステーション	3. 歯科医療機関
4. 特別養護老人ホーム	5. 介護老人保健施設	6. 介護医療院
7. 有料老人ホーム	8. 軽費老人ホーム	9. 養護老人ホーム
10. サービス付き高齢者向け住宅	11. 特定施設入居者生活介護	12. 認知症対応型グループホーム
13. 共同生活援助（グループホーム）	14. 通所サービス事業所	15. 障害福祉サービス事業所
16. その他（　　）		

②調査票を受け取った医療機関との関係（同一法人・関連法人であるか）	1. 同一法人・関連法人である	2. 同一法人・関連法人でない

２．調査票を受け取った医療機関との連携状況

≪ICTを活用した連携≫

①貴施設と地域包括ケアシステムを構築する関係機関（医療機関、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護保険施設、等）との、常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた平時からの連携体制を構築していますか。
※それぞれ○はいくつでも

1. 構築している　→①-1、①-2へ　　2. 構築していない　　3. 構築していないがICT以外の方法で共有している

①-1　活用しているICT　※○はいくつでも

1. メール
2. 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている）
3. 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている）
4. 医療従事者用SNS（法人内のみでの運用）
5. 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用）
6. グループチャットアプリ　　7. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
8. 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム
9. 同一電子カルテシステム（複数の医療機関で診療記録を共有しているもの）
10. その他（具体的に：　　）

①-2　運営元※○はいくつでも　1. 都道府県　2. 医師会　3. 民間企業　4. その他（　　）

②患者１人あたりの情報を登録する頻度はどの程度ですか。 ※最も当てはまるもの１つに○

1. 3か月に1回	2. 2か月に1回	3. 2週間に1回
4. 1週間に1回	5. 1週間に2～3回	6. 毎日

③ICTを活用して、医療機関からどのような情報が共有されると、貴施設におけるサービスの提供に有用であると考えますか。
※○はいくつでも

1. 患者の基礎情報（年齢・性別など）	2. 患者の家族の情報	3. 患者の疾患の経過に関する情報
4. 患者の訪問診療・訪問看護の状況	5. 緊急時に連絡対応する医療機関の情報	6. 緊急時に往診する医療機関の情報
7. 緊急時に入院を受け入れる医療機関の取り決め	8. 患者のバイタル情報（血圧、心拍、呼吸数、体温）	
9. 患者の ADL の変化状況	10. 患者の服薬管理状況	11. 患者への薬剤処方状況
12. 患者の介護サービス利用状況	13. 患者のケアプラン	14. 治療方針の変更の有無・概要
15. 医療・ケアを行う際の留意点		
16. 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望		
17. その他 （具体的に：　　）		

④ICTを活用した情報共有・連携における課題は何ですか。 ※〇はいくつでも	
1. 多職種で閲覧・活用しづらい	2. タイムリーな情報共有や更新が難しい
3. 電子カルテシステムや他のシステム等と連携ができない	4. ICT の活用に係る職員のノウハウが不足している
5. 費用負担が大きい	6. 情報入力に係る手間が大きい
7. 連携している医療機関ごとに異なるシステムを使用しているため、整備に負担がある	
8. その他（　　）	

≪カンファレンス等の実施状況≫

①診療情報や急変時の対応方針等の情報の共有のために、関係者によるカンファレンスを開催していますか。 開催している場合は、実施頻度についてもご回答ください。	
1. 開催している　⇒頻度：年間（　　）回程度	2. 開催していない

≪連携内容≫

①診療情報や急変時の対応方針等の情報の共有以外で、連携している内容についてご回答ください。 ※〇はいくつでも	
【貴施設が保険薬局の場合】	
1. 在宅患者への訪問時の同行	2. 計画外の薬剤師による訪問への対応
3. 開局時間以外での対応	4. 入退院時の支援
5. その他（　　）	
【貴施設が訪問看護ステーションの場合】	
1. 在宅患者への訪問時の同行	2. 入院時の支援
3. 退院時の支援	4. その他（　　）
【貴施設が特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院の場合】	
1. 急変時の受診を迷った際の相談の受付	2. 緊急の場合の入院の受け入れ
3. 緊急の場合の往診の実施	4. その他（　　）

【貴施設が特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院の場合、②～⑤についてもご回答ください。】

②調査票を受け取った医療機関は協力医療機関か否か	1. 協力医療機関である	2. 協力医療機関でない	
③配置医師による定期的な診察の頻度	1. 1 週に 1 回以上の頻度	2. 1 週に 1 回程度	3. 2～3 週に 1 回程度
	4. 1 か月に 1 回程度	5. 1 か月に 1 回程度未満	
④貴施設が訪問診療・往診を依頼している診療科 ※〇はいくつでも	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科
	4. 脳神経外科	5. 小児科	6. 精神科
	7. 眼科	8. 皮膚科	9. 耳鼻咽喉科
	10. 泌尿器科	11. リハビリテーション科	12. 婦人科
	13. その他（　　）		
⑤他の医療機関へ診療依頼の理由となった傷病・状態等をお答えください ※〇はいくつでも	1. 終末期の症例（悪性腫瘍）	2. 終末期の症例（悪性腫瘍以外）	
	3. 急変時等の緊急対応を要する症例		
	4. 特定の医療的管理が必要な症例		
	⇒特定の医療的管理の内訳（※〇はいくつでも）：		
	01. 点滴	02. 中心静脈栄養	03. 経鼻経管栄養
	04. 胃ろう・腸ろう	05. カテーテルの管理	06. 喀痰吸引
	07. 酸素療法	08. レスピレーターの管理	09. 気管切開部のケア
	10. 人工膀胱の管理	11. 人工肛門の管理	
	12. 疼痛管理（麻薬を使用しない）		
	13. 疼痛管理（麻薬を使用する）		14. 褥瘡の処置
	15. 血糖測定	16. インスリン注射	17. 透析の管理
	18. その他（　　）		
	5. その他（　　）		
⑥夜間又は休日の利用者の急病への対応方法 ※〇はいくつでも	1. 協力医療機関へ相談している	2. 協力医療機関による往診を依頼している	
	3. 他の専門医療機関へ紹介している	4. 救急搬送している	
	5. その他（　　）		

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

令和 9 年 1 月 22 日（金）までにご回答ください。

ID番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

歯科医療機関調査票

※ 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。

※ この調査票は、歯科訪問診療を実施していない場合も、設問に沿ってご回答をお願いいたします。

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

※ 特に断りのない場合は、令和8年10月1日時点の状況についてご記入ください。

※ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。

※ 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。

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

1. 貴施設の概要（令和8年10月1日時点）についてお伺いします。

①施設種別	1. 歯科診療所			2.病院		
②開設主体	1. 個人	2. 法人		3. その他（ ）		
③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	
④管理者の年齢	1. 20歳代	2. 30歳代	3. 40歳代	4. 50歳代	5. 60歳代	6. 70歳代以上
⑤医科医療機関の併設状況	1. 併設している			2. 併設していない		
⑥貴施設の所在地	（ ）都・道・府・県			（ ）市・区・町・村		
⑦貴施設の歯科訪問診療の対象地域（16km圏内）に、他に歯科訪問診療を行っている歯科医療機関はありますか。	1. ある	2. ない	3. わからない			

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

⑨施設基準（届出のあるもの） ※○はいくつでも	1. 在宅療養支援歯科診療所1	2. 在宅療養支援歯科診療所2
	3. 在宅療養支援歯科病院	4. 上記のいずれでもない

次にご回答いただく設問については、⑨のご回答状況に応じて以下の通りご回答ください。以下のいずれも該当しない施設は⑪（p.3）までお進みください。

	ご回答いただく設問
質問⑨で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」の**いずれも選択していない**診療所	⑩-1（P.1）
質問⑨で「3. 在宅療養支援歯科病院」を**選択していない**病院	⑩-2（P.2）

【質問⑨で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」のいずれも選択していない診療所にお伺いします。】

⑩-1 貴施設が**「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っていない理由**は何ですか。 ※○はいくつでも

※「7」を選択した場合は、該当しない事項としてあてはまるものに○を記入してください。

※「11」を選択した場合は、その理由を記入してください。

1. 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していないため
2. 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むもの）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていないため
3. 歯科衛生士が配置されていないため

4. 歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医の指定、及び、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等に関する患者又は家族への説明・文書による提供を実施できないため
5. 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保できないため
6. 過去1年間における、在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定件数の実績が3回以上でないため
7. 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が 9 割 5 分以上の場合、以下の 01～07 のうち、いずれかに該当しないため。
⇒「7」に〇をつけた場合、該当しない項目に〇をつけてください。
   01 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けている
   02 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定している
   03 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務している
   04 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有している
   05 歯科訪問診療において、過去1年間の抜髄及び感染根管処置の算定実績が合わせて 20 回以上である
   06 歯科訪問診療において、抜歯手術の算定実績が 20 回以上である
   07 歯科訪問診療において、有床義歯を新製した回数、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて 40 回以上である（それぞれの算定実績は5回以上である）
8. 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を地方厚生（支）局長に報告できないため
9. 歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設に該当しないため
10. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
11. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし
⇒理由：（　　）
12. その他（　　）

【質問⑨で「3. 在宅療養支援歯科病院」を選択していない病院にお伺いします。】

⑩-2 貴施設が**「在宅療養支援歯科病院」の届出を行っていない理由**は何ですか。　※〇はいくつでも
※「9」を選択した場合は、その理由を記入してください。

1. 以下の実績要件 01～04 のいずれにも該当しないため。
   01. 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計 18 回以上であること
   02. 直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち 20 分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が6割以上であること
   03. 直近1か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 10 回以上算定していること
   04. 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること
2. 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていないため
3. 歯科衛生士が配置されていないため
4. 歯科訪問診療を行う地域の歯科診療所と連携し、必要に応じて歯科訪問診療、外来診療又は入院診療により専門性の高い歯科医療を提供する体制を有していないため
5. 当該病院において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上でないため
6. 以下の 01～04 のいずれにも該当しないため
   01. 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること
   02. 過去1年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること
   03. 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上あること
   04. 過去1年間に、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（1から3までに限る）、退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1、在宅歯科医療連携加算2、小児在宅歯科医療連携加算1、小児在宅歯科医療連携加算2、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定件数が1回以上であること
8. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
9. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし
⇒理由：（　　）
10. その他（　　）

【以降の設問については皆様ご回答ください。】

⑪他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用しているかお選びください。
※「1. ICTを活用している」を選んだ場合、活用しているICTを全てお選びください。

1. ICTを活用している		
	活用しているICT ※〇はいくつでも	01 メール 02 医療従事者用SNS 03 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用） 04 グループチャットアプリ　05 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） 06 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 07 その他（具体的に：　）
2. ICTを活用していない		

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施体制および診療患者等についてお伺いします。

① 貴施設における令和7年 10 月～令和8年9月の**歯科訪問診療（病棟への診療を含む）の実施状況**として、あてはまる選択肢をお選びください。

1. 歯科訪問診療を専門に行っている
2. 外来診療と歯科訪問診療を両方実施している
3. 直近 1 年間に歯科訪問診療を実施していない
4. これまでに歯科訪問診療を実施したことがない
5. その他（具体的に：　）

次にご回答いただく設問については、①のご回答状況に応じて以下の通りご回答ください。

	ご回答いただく設問
質問①で「1. 歯科訪問診療を専門に行っている」、「2. 外来診療と歯科訪問診療を両方実施している」、「5. その他」を選択した施設	①-1（P.3）
質問①で「3. 直近 1 年間に歯科訪問診療を実施していない」、「4. これまでに歯科訪問診療を実施したことがない」を選択した施設	①-9（P.5）

【質問①で「1. 歯科訪問診療を専門に行っている」、「2. 外来診療と歯科訪問診療を両方実施している」、「5. その他」を選択した施設にお伺いします。】

①-1 貴施設が**歯科訪問診療を開始した時期**として、あてはまる選択肢をお選びください。

1. 1年以内	2. 3年以内	3. 5年以内	4. それ以前（西暦　年頃）	5. 不明

①-2 令和7年7月～9月、令和8年7月～9月の各3か月間の**歯科訪問診療を実施した患者の実人数**（該当する月のレセプト件数）をご記入ください。
※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。

	令和7年7月～9月	令和8年7月～9月
1）歯科訪問診療を実施した患者数（実人数）	（　）人	（　）人
2）うち、**定期的に**歯科訪問診療を実施した患者数（実人数）	（　）人	（　）人

①-3 令和8年9月の1か月間に貴施設として**歯科訪問診療を行った日数**をご記入ください。
※歯科医師もしくは歯科衛生士等が複数で実施している場合でも、貴施設として実施した日を1日としてカウントしてください。

1）貴施設として歯科医師が歯科訪問診療を行った日数	（　）日
2）貴施設として歯科医師の指示のもとに、歯科衛生士等が訪問歯科衛生指導（居宅療養管理指導を含む）を実施した日数　※歯科医師に同行した場合は含みません。	（　）日

①-4 令和8年9月の1か月間における、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。

	建物の数※1	うち、特別の関係※2にあたる建物の数
1）歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数	（　）軒	（　）軒
1）上記1）のうち患者宅（戸建て（持家・借家問わず））	（　）軒	（　）軒
2）上記1）のうち患者宅（団地・マンション等の集合住宅）	（　）軒	（　）軒
3）上記1）のうち病院	（　）軒	（　）軒
4）上記1）のうち介護保険施設※3	（　）軒	（　）軒
5）上記1）のうち居住系高齢者施設※4	（　）軒	（　）軒
6）上記1）のうち障害者グループホーム・障害者支援施設	（　）軒	（　）軒
7）上記1）のうちその他（　）	（　）軒	（　）軒

①-5 歯科訪問診療時の体制について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※〇はいくつでも		
1. 歯科医師	2. 歯科衛生士	3. 歯科技工士
4. 介護支援専門員（ケアマネジャー）	5. 看護師	6. 薬剤師
7. 言語聴覚士	8. 事務職員	9. その他（　　）

①-6 令和8年9月の1か月間に、歯科訪問診療で主に実施した診療内容について、当てはまるものをお選びください。		
1. 口腔内診査・症状確認	2. 口腔衛生指導	3. 口腔機能管理
4. 機械的歯面清掃	5. フッ化物歯面塗布	6. 歯周病検査
7. 口腔細菌定量検査	8. 口腔機能に係る検査	9. スケーリング
10. スケーリング・ルートプレーニング	11. 咬合調整	12. う蝕処置
13. 歯冠修復	14. 抜髄	15. 感染根管治療
16. 抜歯	17. 欠損補綴（ブリッジ）	18. 義歯製作
19. 義歯調整	20. 義歯修理	21. 床裏装
22. 非経口摂取患者口腔粘膜処置	23. 摂食機能障害に対するリハビリテーション	24. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション
25. 周術期等口腔機能管理	26. 回復期等口腔機能管理	27. その他（　　）

①-7 歯科訪問診療中の貴施設の状況として該当するものをお選びください ※〇はいくつでも
1. 院内診療時間外（診療時間前又は後・昼休み等）に実施している
2. 歯科診療所は開いているが、受付や事務対応のみとしている
3. 別の歯科医師を配置するなどして、外来歯科診療に対応している
4. その他（　　）

①-8 歯科訪問診療の依頼元について、当てはまるものをお選びください。 ※〇はいくつでも
1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼
2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介
3. 単発対応でなく、継続的・優先的に連携することを前提に契約締結した医療機関からの依頼・紹介 ⇒患者全体に占める上記医療機関からの紹介患者の割合：約（　　）割
4. 医科医療機関からの入院患者における周術期等口腔機能管理に係る依頼
5. 医科医療機関からの入院患者における回復期等口腔機能管理に係る依頼
6. 医科医療機関からの外来患者における依頼・紹介
7. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介
8. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介
9. 介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介
10. 地域包括支援センターからの紹介
11. 相談支援専門員
12. 口腔保健センター等からの紹介
13. 介護保険施設からの紹介
14. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介
15. 障害者グループホーム・障害者支援施設
16. 地域医師会等に設置されている在宅医療の連携拠点からの紹介
17. 地区歯科医師会（在宅歯科医療連携室）からの紹介
18. ホームページ等を見ての依頼
19. 仲介業者からの紹介
20. その他（　　）

※1：マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位でカウントしてください。
※2：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員のうち他の保険医療機関の役員等の親族が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。
※3：「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院を指します。
※4：「居住系高齢者施設」とは、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の施設を指します。

【質問①で「3. 直近1年間に歯科訪問診療を実施していない」、「4. これまでに歯科訪問診療を実施したことがない」を選択した施設にお伺いします。】

①-9 歯科訪問診療を実施していない理由は何ですか？　※○はいくつでも

1. 歯科訪問診療の依頼がないから（ニーズがあれば対応は可能）
2. 歯科訪問診療を実施するために必要な設備・資材がないから
3. 人員（歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフ）が確保できないから
⇒特に確保が困難なスタッフに○をつけてください。　※○は1つだけ
01.歯科医師　02.歯科衛生士　03.その他のスタッフ
4. 歯科訪問診療に関する知識や技術、経験が不足しているから
5. 歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから
6. 歯科訪問診療を実施している他の歯科医療機関に紹介しているから
7. 全身状態や障害特性に応じた歯科診療への対応が困難だから
8. 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から
9. 他機関・多職種との連携を構築することが難しいから
10. 歯科訪問診療の依頼・相談はあるが、患者宅までの距離が16km超であるため
11. 積雪等の地理条件により、患者宅への訪問自体が困難だから
12. その他（　　）

①-10 歯科訪問診療を実施するために必要な対応・条件は何だと思いますか？　※○はいくつでも

1. 訪問を担当する歯科医師・歯科衛生士の確保や訪問診療体制の整備
2. 歯科訪問診療に必要な設備・機材の整備
3. 歯科訪問診療時の安全・リスク管理体制の整備
4. ICT等を含む歯科訪問診療に必要な教育・研修制度の整備
5. 歯科医療機関の後継者、事業の承継先の確保
6. 訪問先までの移動手段や駐車場所の確保
7. 歯科訪問診療を必要とする患者・家族と歯科医療機関をつなぐ相談・紹介体制の整備
8. 医科・歯科・訪問看護・介護・福祉の多職種連携体制の整備
9. 対応が困難な症例について相談・紹介できる歯科医療機関等との連携体制の整備
10. その他（　　）

3. 貴施設における、在宅歯科医療に関する診療料及び加算の算定状況等についてお伺いします。

①令和8年9月と令和7年9月のそれぞれ1か月間に**歯科訪問診療料を算定した回数**をご記入ください。※該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。（以降の設問も同様）

1）歯科訪問診療1の算定回数	令和8年9月	（　　）回	令和7年9月	（　　）回
2）歯科訪問診療2の算定回数	令和8年9月	（　　）回	令和7年9月	（　　）回
3）歯科訪問診療3の算定回数	令和8年9月	（　　）回	令和7年9月	（　　）回
4）歯科訪問診療4の算定回数	令和8年9月	（　　）回	令和7年9月	（　　）回
5）歯科訪問診療5の算定回数	令和8年9月	（　　）回	令和7年9月	（　　）回

② 在宅歯科医療において、ICT（情報通信技術）を用いた診療の実施状況についてご回答ください。

1. 実施あり

診療の内容 ※○はいくつでも	11. 患者家族への助言等	12. 処方
	13. 口腔機能管理等の指導管理	14. 摂食嚥下障害の評価
	15. 緊急時の対応	16. 専門医との連携
	17. 舌痛症の評価・管理	18. 三叉神経ニューロパチーの評価・管理
	19.その他 （具体的に：　　）	

2. 実施なし

③令和8年9月と令和7年9月のそれぞれ1か月間に**訪問歯科衛生指導等を算定した回数**をご記入ください。

令和8年9月	（　　）回	令和7年9月	（　　）回

④ 令和8年9月の1か月間に、**訪問歯科衛生指導**で歯科衛生士等が訪問した**建物の数**についてご記入ください。

	建物の数	うち、特別の関係※1にあたる建物の数
1）訪問歯科衛生指導で歯科衛生士等が訪問した建物の数	（　　）軒	（　　）軒
2）上記1）のうち病院	（　　）軒	（　　）軒
3）上記1）のうち介護保険施設	（　　）軒	（　　）軒
4）上記1）のうち居住系高齢者施設	（　　）軒	（　　）軒

5）上記1)のうちその他（　　）	（　　）軒	（　　）軒

※1：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員のうち他の保険医療機関の役員等の親族が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

⑤令和8年9月の1か月間における**訪問歯科衛生指導料の算定**について、**患者への指導内容別の回数**をお答えください。

	単一建物診療患者		
	1人	2～9人以下	10 人以上
1) 口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む）	（　　）回	（　　）回	（　　）回
2) 有床義歯の清掃指導	（　　）回	（　　）回	（　　）回
3) 口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導	（　　）回	（　　）回	（　　）回

⑥ 令和8年7月～9月の3か月間における**歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**の算定患者に対する**在宅歯科医療連携加算**の算定の有無についてお答えください。

1) 在宅歯科医療連携加算1又は小児在宅歯科医療連携加算1の算定の有無	1. 算定あり →⑥-1へ	2. 算定なし
2) 在宅歯科医療連携加算2又は小児在宅歯科医療連携加算2の算定の有無	1. 算定あり →⑥-1、⑥-2へ	2. 算定なし

⑥-1　上記⑥で「1.算定あり」を選んだ加算について、**情報提供の内容**として該当するものをお選びください。

1) 在宅歯科医療連携加算1又は小児在宅歯科医療連携加算1 ※○はいくつでも	1. 患者の基礎情報（年齢・性別など）　2. 患者の家族の情報 3. 患者の歯科疾患に関する情報　4. 患者の基礎疾患（高血圧症、糖尿病等）に関する情報 5. 患者の訪問診療・訪問看護の状況　6. 患者のADLの状況 7. 患者の服薬管理状況　8. 患者の介護サービス利用状況 9. 今後の治療方針について 10. 医療・ケアを行う際の留意点（観血的処置や歯科麻酔の使用に関する留意点等） 11. 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望 12. その他（具体的に：　　）
2) 在宅歯科医療連携加算2又は小児在宅歯科医療連携加算2 ※○はいくつでも	1. 患者の基礎情報（年齢・性別など）　2. 患者の家族の情報 3. 患者の疾患に関する情報　4. 患者の訪問診療・訪問看護の状況 5. 緊急時に連絡対応可能な医科医療機関の情報　6. 緊急時に往診可能な医科医療機関の情報 7. 緊急時に入院を受け入れる医療機関の取り決め　8. 患者のADLの状況 9. 患者の服薬管理状況　10. 患者の介護サービス利用状況 11. 今後の治療方針について 12. 医療・ケアを行う際の留意点（観血的処置や歯科麻酔の使用に関する留意点等） 13. 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望 14. その他（具体的に：　　）

【上記⑥の2)（在宅歯科医療連携加算2）で「1.算定あり」と回答した施設にお伺いします。】

⑥-2　在宅歯科医療連携加算2を算定した場合の**情報提供元**として該当するものをお選びください。　※○はいくつでも

1. 患者が入院していた医療機関の医師	2. 患者が入院していた医療機関の看護師	3. 訪問看護ステーションの職員
4. 介護支援専門員（ケアマネジャー）	5. 相談支援専門員	
6. その他（　　）		

⑦令和8年7月～9月の3か月間における**在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料**※2の算定の有無についてお答えください。

1)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1の算定の有無	1. 算定あり →⑦-1へ	2. 算定なし
2)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2の算定の有無	1. 算定あり →⑦-1へ	2. 算定なし
3)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3の算定の有無	1. 算定あり →⑦-1へ	2. 算定なし
4)在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4の算定の有無	1. 算定あり →⑦-1へ	2. 算定なし

⑦-1　上記⑦で「1.算定あり」を選んだ加算について、当該加算の算定患者に対して**主に実施したこと**として該当するものをお選びください。　※それぞれ○はいくつでも

1) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1 ※4	1. 栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した 2. 口腔ケアチーム※3の構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した 3. 摂食嚥下チーム※3の構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した 4. その他（　　）
2) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2 ※5	1. 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加した 2. 施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加した 3. その他（　　）
3) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3※6	1. 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加した 2. 施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加した 3. その他（　　）
4) 在宅歯科栄養サ	1. 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加した

ポートチーム等連携指導料4※7	2. 患者本人及び患者のご家族への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加した 3. その他（　　）

⑦-2 上記⑦で**いずれも「2.算定なし」を選んだ場合、その理由**は何ですか。
1. 依頼がないため実施していない
2. 依頼があったが実施できなかった　⇒理由：（　　）
3. 実施しているが算定できない　⇒理由：（　　）

※2：カンファレンス、食事観察、会議等及び口腔機能等にかかる指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる（患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること）
※3：「口腔ケアチーム」「摂食嚥下チーム」という名称でなくても、同様の機能を有する多職種からなるチームを含みます。
※4：当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号C001－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001－5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001－6に掲げる小児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るものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
※5：当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号C001－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001－5に掲げる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るものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
※6：当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号C001－6に掲げる小児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るものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
※7：当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っている患者であって、区分番号C001－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001－5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001－6に掲げる小児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るものに対して、食事観察等を行い、その結果を踏まえて患者又はその看護に当たっている者に口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

4. 貴施設における、他の医療機関等との連携状況についてお伺いします。

≪歯科医療機関との連携≫

①貴施設では、在宅歯科医療の提供にあたり、連携している**後方支援機能を有する歯科医療機関**※1はありますか。	1. ある　→①-1、①-2 へ	2. ない　→①-3 へ

※1：ここでいう後方支援機能を有する歯科医療機関は、在宅療養支援歯科診療所/病院の場合、歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関（歯科医療機関）、在宅療養支援歯科診療所/病院以外の場合、在宅療養支援歯科診療所に準ずる、緊急時等に歯科訪問診療等を行っている別の歯科医療機関をいいます。

①-1　**連携歯科医療機関の数**、および**当該歯科医療機関と連携している理由**としてあてはまるものを最大3つまでお選びください。
※下記の1～5の種別ごとに施設数をご記入ください。
※連携施設が1施設以上ある場合は、連携している理由について、多くの施設にあてはまるものをお選びください。

		施設数	連携している理由　※それぞれ○は 3 つまで
病院	1. 地域歯科診療支援病院	（　　）施設	1　2　3　4　5　6　7（　　）
	2. 在宅療養支援歯科病院	（　　）施設	1　2　3　4　5　6　7（　　）
	3. 1・2以外の歯科に係る診療科を標榜する病院	（　　）施設	1　2　3　4　5　6　7（　　）
診療所	4. 在宅療養支援歯科診療所	（　　）施設	1　2　3　4　5　6　7（　　）
	5. 上記以外の歯科診療所	（　　）施設	1　2　3　4　5　6　7（　　）

【選択肢】
1. 従来からの知り合いの歯科医療機関・歯科医師であるため　2. 貴施設の近隣にあるため
3. 高度・先進の医療機器・設備を有しているため　4. 専門医・認定医を有するなど技術等への信頼があるため
5. 貴施設での対応が困難な疾患・診療科への対応が可能なため　6. 特段の理由はない　7. その他

①-2　貴施設が歯科訪問診療において後方支援機能を有する歯科医療機関と連携する際、**考えられる連携内容**及び**連携の実績（実際に行ったことのある連携内容）**として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。※それぞれ○はいくつでも

	（1）考えられる連携内容	（2）連携の実績
1. 緊急時の対応		
2. 歯科治療は自院で継続するが、観血的処置等、全身的な管理が必要となった場合の歯科治療		
3. 患者の基礎疾患等の状態が悪化した場合、以降の歯科治療		
4. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応（主に小児や医療的ケア児を対象としたもの）		
5. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応（主に高齢者を対象としたもの）		
6. 摂食機能療法が必要となった場合の対応		

7. 栄養サポートチームによる介入が必要となった場合の対応		
8. 自院では対応できない疾患に対する歯科治療		
9. 自院では対応できない歯科診療が困難な患者に対する歯科治療		
10. その他（　　）		

【①で「2.ない」と回答した施設にお伺いします。】
①-3 **連携していない理由**は何ですか。※〇はいくつでも

1. 近隣に歯科医療機関がないため
2. 近隣に歯科医療機関はあるが、連携したい歯科診療に対応していないため
3. 近隣に歯科医療機関はあるが、歯科訪問診療を行っていないため
4. 連携に強い必要性を感じないため
5. 自院で対応可能であり、他の歯科医療機関との連携が不要であるため
6. その他（　　）

【全ての施設にお伺いします。】
② 令和8年7月～9月の3か月間について、**歯科医療機関（病院・診療所）**との連携状況をご記入ください。

	歯科病院	歯科診療所
1）外科的処置等の専門的な治療を他の歯科医療機関へ依頼	1. あり　2. なし	1. あり　2. なし
2）他の歯科医療機関からの歯科訪問診療※2の依頼	1. あり　2. なし	1. あり　2. なし
3）在宅医療に係る他の歯科医療機関への文書による診療情報提供	1. あり　2. なし	1. あり　2. なし
4）他の歯科医療機関との合同での歯科訪問診療の実施（自施設での算定がないケースを含め、歯科訪問診療先に一緒に訪問する等）	1. あり　2. なし	1. あり　2. なし

※2：歯科訪問診療：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。

≪医科医療機関との連携≫

③ 貴施設では、在宅歯科医療の提供にあたり、**連携している医科医療機関等**はありますか。
ある場合、**当該医科医療機関等と連携している理由**としてあてはまるものを最大3つまでお選びください。
※下記の1～3の種別ごとに連携の有無をご回答ください。
※連携施設が1施設以上ある場合は、連携している理由について、多くの施設にあてはまるものをお選びください。

	連携している施設の有無		連携している理由　※それぞれ〇は 3 つまで
1. 病院	1. ある	2. ない	1　2　3　4　5　6　7　8　9（　　）
2. 診療所	1. ある	2. ない	1　2　3　4　5　6　7　8　9（　　）
3. 訪問看護ステーション	1. ある	2. ない	1　2　3　4　5　6　7　8　9（　　）

【選択肢】

1. 従来からの知り合いの医科医療機関・医師・訪問看護事業所であるため
2. 貴施設の近隣にあるため
3. 患者が利用している医療機関又は訪問看護ステーションであるため
4. 自院への患者に関する情報提供を行ってくれるため
5. 高度・先進の医療機器・設備を有しているため
6. 専門医・認定医を有するなど技術等への信頼があるため
7. 貴施設での対応が困難な疾患・診療科への対応が可能なため
8. 特段の理由はない
9. その他

④令和8年7月～9月の3か月間における、**医科医療機関（病院・診療所）**との連携状況をご記入ください。 ※それぞれ○は1つ		
	病院	診療所
1) 医科医療機関からの患者（歯科訪問診療）紹介	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
2) 継続的・優先的に連携することを前提に契約締結した医療機関からの患者紹介	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
3) 医科医療機関からの周術期等口腔機能管理に関する訪問依頼	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
4) 医科医療機関からの回復期等口腔機能管理に関する訪問依頼	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
5) 在宅医療に係る医科医療機関への文書による診療情報提供	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
6) 在宅医療に係る医科医療機関への文書による診療情報の照会	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
7) 医科医療機関への歯科訪問診療の実施	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
8) 医科医療機関での栄養サポートチーム等への参加	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
9) 医科医療機関での退院時共同指導の実施	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
10) 医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療の実施（訪問診療先に一緒に訪問する等）	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

【④ですべて「2. なし」と回答した施設にお伺いします。】

④-1 医科医療機関と**連携していない理由**をお答えください。 ※○はいくつでも

1. 近隣に医科医療機関がないため
2. 近隣に医科医療機関はあるが、連携したい診療内容に対応していないため
3. 近隣に医科医療機関はあるが、在宅医療を行っていないため
4. 連携に強い必要性を感じないため
5. その他（ ）

≪薬局との連携≫

⑤ **保険薬局の薬剤師と情報共有・連携**を行うことがありますか。

1. ある ⇒3か月の間に保険薬局への服用薬の情報等について文書で提供を求めたことの有無：（01 あり 02 なし）
2. ない

⑥ **保険薬局の薬剤師に期待すること**は何ですか。 ※それぞれ○は1つ

1)歯科診療に伴いあらかじめ服用の中止を検討する必要のある薬剤（抗凝固薬、ビスホスホネート等）について情報提供	1. 期待する	2. 期待しない
2)薬剤による副作用等により口渇が発現し口腔内の衛生状態が悪化する可能性がある場合、口渇等の薬の副作用に関する情報提供	1. 期待する	2. 期待しない
3)1)及び2)以外の薬の副作用等に関する情報提供 内容（具体的に： ）	1. 期待する	2. 期待しない
4)嚥下困難患者の製剤工夫（一包化や簡易懸濁法等）について情報提供	1. 期待する	2. 期待しない
5)医科処方薬と歯科処方薬の間の相互作用（血圧降下剤と抗真菌薬等）についての情報提供や処方提案	1. 期待する	2. 期待しない
6)患者の服薬中の体調変化の有無の確認や必要な薬学的管理指導の実施	1. 期待する	2. 期待しない
7)その他（具体的に： ）	1. 期待する	2. 期待しない

≪介護保険施設等との連携≫

⑦令和8年7月～9月の3か月間における、**介護保険施設等との連携状況**をご記入ください。 ※それぞれ○は1つ		
1)介護保険施設への歯科訪問診療	1. あり	2. なし
2)居住系高齢者施設への歯科訪問診療	1. あり	2. なし
3)その他の施設への歯科訪問診療	1. あり	2. なし
4)上記1)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加	1. あり	2. なし
5)上記2)、3)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加	1. あり	2. なし
6)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）※3	1. あり	2. なし
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	1. あり	2. なし
8)協力歯科医院に指定されている介護保険施設等	1. あり	2. なし
9)地域包括支援センターからの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供（受診につながらなかった場合も含む）	1. あり	2. なし
10)地域包括支援センターへの自院患者の情報共有依頼	1. あり	2. なし
11)居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）からの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供 （受診につながらなかった場合も含む）	1. あり	2. なし
12)居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）への自院患者の情報共有依頼	1. あり	2. なし

※3：施設等で行われる口腔衛生管理への協力：介護保険施設の運営基準に定められる「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことに対し、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生にかかる技術的助言及び指導、さらに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。

⑧ 貴施設が地域の医療機関、訪問看護事業所、介護保険施設、居宅介護支援事業所等との連携を行うにあたり、**連携を行うことになったきっかけ**は何ですか。 ※○はいくつでも		
1. 地域の多職種研修会への参加	2. 協力歯科医療機関としての先方からの依頼	3. 協力歯科医療機関としてではない、先方からの依頼
4. 訪問診療を行った患者を通じた関わり	5. 地域の歯科医師会の事業又は依頼	6. その他（　　）
7. 特にきっかけとなったことはない		

質問は以上です。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。
令和9年1月22日（金）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

患者票（歯科医療機関）

令和８年７月１日～９月３０日の間に貴施設が歯科訪問診療を実施した患者のうち、
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）の計2名についてお書きください。
※上記期間中に歯科訪問診療を実施した患者が1名以下の場合は、当該患者についてご回答ください。

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 訪問先の建物種別	1. 自宅（戸建て（持家・借家問わず））	2. 自宅（団地・マンション等の集合住宅）	3. 病院
	4. 介護保険施設※1	5. 居住系高齢者施設※2	6. 障害者グループホーム・障害者支援施設
	7. その他		

※1：「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院を指します。
※2：「居住系高齢者施設」とは、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の施設を指します。

④ 上記③の訪問先は貴施設と特別の関係※4にあるか否か	1. 特別の関係にある　2. 特別の関係にない

※4：特別の関係とは、当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められるものであること。
イ　当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合
ロ　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合
ハ　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合
ニ　当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が一〇分の三を超える場合
ホ　イからニまでに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関が、当該他の保険医療機関の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

⑤ 上記③の訪問先建物（同一建物）の中に、調査日と同月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（この患者以外の実人数）。 ※いない場合は「0人」と記入	（　　）人 分からない場合は✓：□
⑥ 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）
⑦ 要介護度	1. 対象外　2. 未申請　3. 申請中　4. 申請したが非該当 5. 要支援1・2　6. 要介護1　7. 要介護2　8. 要介護3 9. 要介護4　10. 要介護5　11. 不明
⑧ 認知症高齢者の日常生活自立度（患者が40歳以上の場合）	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
⑨ 歯科訪問診療を実施したきっかけ（最も当てはまるもの1つに○）	1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼 2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介 3. 患者が入院している医科の医療機関からの周術期等口腔機能管理に係る依頼 4. 患者が入院している医科の医療機関からの回復期等口腔機能管理に係る依頼 5. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介（退院後（外来通院中等）の紹介） 6. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介 7. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 8. 介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介 9. 地域包括支援センターからの紹介 10. 口腔保健センター等からの紹介 11. 介護保険施設からの紹介 12. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介 13. 障害者グループホーム・障害者支援施設 14. 地域医師会等に設置されている在宅医療の連携拠点からの紹介 15. 地区歯科医師会からの紹介 16. ホームページ等を見ての依頼 17. 仲介業者からの紹介 18. その他（　　）
⑩ 自院の最終の外来受診歴	1. 3か月以内　2. 半年以内　3. 1年以内 4. 3年以内　5. それより以前　6. 外来受診歴なし
⑪ 自院の歯科訪問診療の開始時	1. 6か月以内　2. 6か月以上1年以内　3. 1年以上前（西暦　　年頃）

期	

	【頻度】直近1か月あたりの訪問回数	【時間】訪問1回あたりの平均所要時間（滞在時間）
⑫ 歯科訪問診療の頻度・時間	月（　　）回	平均（　　）分/回
⑬ 訪問歯科衛生指導の頻度・時間	月（　　）回	平均（　　）分/回

⑭ 訪問先までの移動手段	1. 自動車・タクシー　2. 公共交通機関（電車・バス等）　3. 徒歩・自転車 4. その他（　　）
⑮ 訪問先までの移動時間　※貴施設から訪問先までの片道時間	片道（　　）分
⑯ 調査日における医料連携訪問加算の算定状況	1. 算定あり　2. 算定なし
⑰算定した在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の種類	1. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1　2. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2　3. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3 4. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4　5. 算定なし
⑱ 算定した歯科訪問診療料の種類	1. 歯科訪問診療料1　2. 歯科訪問診療料2　3. 歯科訪問診療料3 4. 歯科訪問診療料4　5. 歯科訪問診療料5　6. 算定なし
⑲ 算定した歯科衛生指導料・居宅療養管理指導の種類	1. 訪問歯科衛生指導料1　2. 訪問歯科衛生指導料2　3. 訪問歯科衛生指導料3 4. 歯科衛生士による居宅療養管理指導　5. 算定なし
⑳ 調査日における歯科診療特別対応加算の算定状況	1. 算定あり　→㉑へ　2. 算定なし　→㉒へ
㉑ 上記⑳で「1」を選択した場合患者の状態として該当するものに○ ※○はいくつでも	1. 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態 2. 知的発達障害により開口保持ができない状態や、治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態 3. 重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態 4. 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態 5. 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態 6. 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態 7. 留意事項通知で定められている感染症に罹患しており、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染 路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要がある状態
㉒ 調査日における複数名訪問歯科衛生指導加算の算定状況	1. 算定あり　→㉓へ　2. 算定なし　→㉔へ
㉓ 上記㉒で「1」を選択した場合、患者の状態として該当するものに○ ※○はいくつでも	1. 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態 2 .知的発達障害等により開口保持ができない状態や療養上必要な実地指導の目的が理解できず治療に協力が得られない状態 3. 重症の呼吸器疾患等で頻繁に実地指導の中断が必要な状態 4. 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ実地指導に際して家族等の援助を必要とする状態 5. 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており実地指導に際して管理が必要な状態 6. 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、実地指導に協力が得られない状態 7. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 8. 利用者の身体的理由により1人の歯科衛生士等による実地指導が困難と認められる者 9. その他利用者の状況等から判断して、1から8までのいずれかに準ずると認められる者
㉔ 歯科訪問診療時の体制 ※あてはまる番号にすべて○のうえ、それぞれ人数を記載	1. 歯科医師：（　　人）　2. 歯科衛生士：（　　人） 3. 歯科技工士：（　　人）　4. 歯科助手：（　　人） 5. その他（具体的に：　　）：（　　人）

㉕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	2. 口腔衛生指導	3. 口腔機能管理	4. 機械的歯面清掃
5. フッ化物歯面塗布	6. 歯周病検査	7. 口腔細菌定量検査	8. 口腔機能に係る検査
9. スケーリング	10. スケーリング・ルートプレーニング	11. 咬合調整	12. う蝕処置
13. 歯冠修復	14. 抜髄	15. 感染根管治療	16. 抜歯
17. 欠損補綴（ブリッジ）	18. 義歯製作	19. 義歯調整	20. 義歯修理
21. 床裏装	22. 非経口摂取患者口腔粘膜処置	23. 摂食機能障害に対するリハビリテーション	24. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション
25. 周術期等口腔機能管理	26. 回復期等口腔機能管理	27. その他（　　）	

㉖調査日に、この患者に行った歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容　※○はいくつでも

1. 口腔内診査・症状確認	2. 口腔衛生指導	3. 口腔機能管理
4. その他（　　）	5. 実施していない	

㉗歯科訪問診療を受けたことによる患者の変化　※○はいくつでも

1. 歯科疾患の改善	2. 適切な義歯の使用	3. 口腔衛生状態の改善	4. 口腔機能の改善

5. 食事量・食形態等の改善	6. その他（　　）

患者Aに対する質問は以上です。

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 訪問先の建物種別	1. 自宅（戸建て（持家・借家問わず））	2. 自宅（団地・マンション等の集合住宅）	3. 病院
	4. 介護保険施設※1	5. 居住系高齢者施設※2	6. 障害者グループホーム・障害者支援施設
	7. その他		

※1：「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院を指します。
※2：「居住系高齢者施設」とは、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の施設を指します。

④ 上記③の訪問先は貴施設と特別の関係※4にあるか否か	1. 特別の関係にある　2. 特別の関係にない

※4：特別の関係とは、当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められるものであること。
イ　当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合
ロ　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合
ハ　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合
ニ　当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が一〇分の三を超える場合
ホ　イからニまでに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関が、当該他の保険医療機関の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

⑤ 上記③の訪問先建物（同一建物）の中に、調査日と同月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（この患者以外の実人数）。 ※いない場合は「0人」と記入	（　　）人 分からない場合は✓：□
⑥ 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）
⑦ 要介護度	1. 対象外　2. 未申請　3. 申請中　4. 申請したが非該当 5. 要支援1・2　6. 要介護1　7. 要介護2　8. 要介護3 9. 要介護4　10. 要介護5　11. 不明
⑧ 認知症高齢者の日常生活自立度（患者が40歳以上の場合）	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
⑨ 歯科訪問診療を実施したきっかけ（最も当てはまるもの1つに○）	1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼 2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介 3. 患者が入院している医科の医療機関からの周術期等口腔機能管理に係る依頼 4. 患者が入院している医科の医療機関からの回復期等口腔機能管理に係る依頼 5. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介（退院後（外来通院中等）の紹介） 6. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介 7. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 8. 介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介 9. 地域包括支援センターからの紹介 10. 口腔保健センター等からの紹介 11. 介護保険施設からの紹介 12. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介 13. 障害者グループホーム・障害者支援施設 14. 地域医師会等に設置されている在宅医療の連携拠点からの紹介 15. 地区歯科医師会からの紹介 16. ホームページ等を見ての依頼 17. 仲介業者からの紹介 18. その他（　　）
⑩ 自院の最終の外来受診歴	1. 3か月以内　2. 半年以内　3. 1年以内 4. 3年以内　5. それより以前　6. 外来受診歴なし
⑪ 自院の歯科訪問診療の開始時期	1. 6か月以内　2. 6か月以上1年以内　3. 1年以上前（西暦　　年頃）

	【頻度】直近1か月あたりの訪問回数	【時間】訪問1回あたりの平均所要時間（滞在時間）
⑫ 歯科訪問診療の頻度・時間	月（　　）回	平均（　　）分/回
⑬ 訪問歯科衛生指導の頻度・時間	月（　　）回	平均（　　）分/回
⑭ 訪問先までの移動手段	1. 自動車・タクシー　2. 公共交通機関（電車・バス等）　3. 徒歩・自転車 4. その他（　　）	
⑮ 訪問先までの移動時間　※貴施設から訪問先までの片道時間	片道（　　）分	
⑯ 調査日における医科連携訪問加算の算定状況	1. 算定あり　2. 算定なし	

⑰算定した在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の種類	1. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1　2. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2　3. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3 4. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4　5. 算定なし
⑱ 算定した歯科訪問診療料の種類	1. 歯科訪問診療料1　2. 歯科訪問診療料2　3. 歯科訪問診療料3 4. 歯科訪問診療料4　5. 歯科訪問診療料5　6. 算定なし
⑲ 算定した歯科衛生指導料・居宅療養管理指導の種類	1. 訪問歯科衛生指導料1　2. 訪問歯科衛生指導料2　3. 訪問歯科衛生指導料3 4. 歯科衛生士による居宅療養管理指導　5. 算定なし
⑳ 調査日における歯科診療特別対応加算の算定状況	1. 算定あり →㉑へ　2. 算定なし →㉒へ
㉑ 上記⑳で「1」を選択した場合患者の状態として該当するものに○ ※○はいくつでも	1. 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態 2. 知的発達障害により開口保持ができない状態や、治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態 3. 重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態 4. 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態 5. 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態 6. 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態 7. 留意事項通知で定められている感染症に罹患しており、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染 路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要がある状態
㉒ 調査日における複数名訪問歯科衛生指導加算の算定状況	1. 算定あり →㉓へ　2. 算定なし →㉔へ
㉓ 上記㉒で「1」を選択した場合、患者の状態として該当するものに○ ※○はいくつでも	1. 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態 2 .知的発達障害等により開口保持ができない状態や療養上必要な実地指導の目的が理解できず治療に協力が得られない状態 3. 重症の呼吸器疾患等で頻繁に実地指導の中断が必要な状態 4. 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ実地指導に際して家族等の援助を必要とする状態 5. 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており実地指導に際して管理が必要な状態 6. 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、実地指導に協力が得られない状態 7. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 8. 利用者の身体的理由により1人の歯科衛生士等による実地指導が困難と認められる者 9. その他利用者の状況等から判断して、1から8までのいずれかに準ずると認められる者
㉔ 歯科訪問診療時の体制 ※あてはまる番号にすべて○のうえ、それぞれ人数を記載	1. 歯科医師:(　　人)　2. 歯科衛生士:(　　人) 3. 歯科技工士:(　　人)　4. 歯科助手:(　　人) 5. その他(具体的に:　　):(　　人)

㉕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	2. 口腔衛生指導	3. 口腔機能管理	4. 機械的歯面清掃
5. フッ化物歯面塗布	6. 歯周病検査	7. 口腔細菌定量検査	8. 口腔機能に係る検査
9. スケーリング	10. スケーリング・ルートプレーニング	11. 咬合調整	12. う蝕処置
13. 歯冠修復	14. 抜髄	15. 感染根管治療	16. 抜歯
17. 欠損補綴(ブリッジ)	18. 義歯製作	19. 義歯調整	20. 義歯修理
21. 床裏装	22. 非経口摂取患者口腔粘膜処置	23. 摂食機能障害に対するリハビリテーション	24. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション
25. 周術期等口腔機能管理	26. 回復期等口腔機能管理	27. その他(　　)	

㉖調査日に、この患者に行った歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容　※○はいくつでも

1. 口腔内診査・症状確認	2. 口腔衛生指導	3. 口腔機能管理
4. その他(　　)	5. 実施していない	

㉗歯科訪問診療を受けたことによる患者の変化　※○はいくつでも

1. 歯科疾患の改善	2. 適切な義歯の使用	3. 口腔衛生状態の改善	4. 口腔機能の改善
5. 食事量・食形態等の改善		6. その他(　　)	

患者Bに対する質問は以上です。

質問は以上です。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、令和9年1月22日(金)までに
専用の返信用封筒(切手不要)に封入し、お近くのポストに投函してください。

ID 番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）
在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査
保険薬局票

※令和８年度診療報酬改定において、在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に応じた評価の見直しが行われました。この保険薬局票は、保険薬局の開設者・管理者の方に、改定に係る影響や訪問の実施状況、連携状況等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
・あてはまる番号を〇（マル）で囲んでください。
・「」という質問については、あてはまる番号を１つだけ〇で囲んでください。
・（　）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。
・特に断りのない限り、令和８年 10 月１日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴薬局の状況についてお伺いします（令和8年10月1日現在）。

① 所在地（都道府県）	（　　）都・道・府・県		
② 開設者※〇は1つ	１．法人	２．個人	
③ 同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等による薬局数	（　　）店舗　※当該店舗を含めてお答えください。		
④ 開設年　※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦（　　）年		
⑤ 貴薬局の処方箋の応需状況 ※最もよく当てはまるものを1つ〇	１．主に近隣（又は同一敷地内）にある特定の病院の処方箋を応需している ２．主に近隣（又は同一敷地内）にある特定の診療所の処方箋を応需している ３．主に複数の特定の保険医療機関（医療モールも含む）の処方箋を応需している ４．様々な保険医療機関からの処方箋を応需している		
⑥ 貴薬局の所在地について該当するものをお選びください。　※〇は1つ	１．特別区	２．政令指定都市	３．中核市
	４．医療資源の少ない地域※1	５．該当なし	
⑥-1 水平距離500m以内に他の保険薬局はありますか。※〇は1つ		１．はい	２．いいえ
⑥-2 200床以上の保険医療機関の敷地境界線からの水平距離が100m以内の区域内に所在しますか。※〇は1つ		１．はい	２．いいえ
⑥-2-1 当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険 薬局が2以上所在しますか。※〇は1つ		１．はい	２．いいえ
⑥-3 貴薬局の周囲50mの区域内に、他の保険薬局が2以上所在しますか。※〇は1つ		１．はい	２．いいえ
⑥-4 貴薬局の周囲50mの区域内に、⑥-3の条件の薬局が所在しますか。※〇は1つ		１．はい	２．いいえ

※１：「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる「医療を提供しているが医療資源の少ない地域」

都道府県	市区町村
北海道	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、 礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西 興部村、雄武町
	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊 町
	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	大船渡市、陸前高田市、住田町
	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町、東成 瀬村
山形県	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭 川村、戸沢村
埼玉県	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
東京都	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、 八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡市
石川県	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	大野市、勝山市
山梨県	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
岐阜県	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町
滋賀県	高島市
奈良県	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	真庭市、新庄村
香川県	小豆郡(土庄町、小豆島町)
長崎県	五島市
	小値賀町、新上五島町
	壱岐市
	対馬市
鹿児島県	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古島市、多良間村
	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第１条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第３条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

⑦ 貴薬局は保険医療機関と同一の敷地内又は建物内に所在していますか。※○は1つ		１．はい　２．いいえ
⑧ 貴薬局が処方箋を受け付けた医療機関数（令和8年 10 月）		（　　）施設
⑨ 上記⑧のうち、在宅患者の処方箋を受け付けた医療機関数（令和8年 10 月）		（　　）施設
⑩ 貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和7年度決算	約（　　）％	※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は 100%とご記入ください。
⑪ 保険調剤に係る医薬品の備蓄品目数（令和8年 10 月 1 日時点） ※同一成分の医薬品で規格・剤形が異なる場合は、それぞれ別の１品目として数えてください。 ※同一医薬品で包装単位のみが異なる場合は、合わせて１品目として数えてください。 ※期限切れ等で調剤に使用できないものは含めないでください。		約（　　）品目
⑪-1 注射剤の備蓄品目数 ※インスリンなどの自己注射製剤を除く	輸液とキット製剤　約（　　）品目 バイアルとアンプル　約（　　）品目	
⑪-2 医療用麻薬の備蓄品目数	内用（　　）品目 注射（　　）品目	外用（　　）品目
⑪-3 特定医療保険材料の備蓄品目数 ※インスリンの針等を含めて回答		約（　　）品目
⑪-3-1 特定医療保険材料を使用する患者数		（　　）人

⑫ 高度管理医療機器等の販売業の許可及び実績の有無（直近1年間）※○は1つ	1．許可あり（実績有）　2．許可あり（実績無）　3．許可なし
⑬ 高度管理医療機器等の貸与業の許可及び実績の有無（直近1年間）※○は1つ	1．許可あり（実績有）　2．許可あり（実績無）　3．許可なし
⑭ 令和8年度の調剤基本料の届出状況 ※○は１つ	1．調剤基本料１　2．調剤基本料２　3．調剤基本料３イ　4．調剤基本料３ロ　5．調剤基本料３ハ　6．特別調剤基本料Ａ　7．特別調剤基本料Ｂ
⑭-1 全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字）（令和 8 年 10 月）※同一グループの保険薬局の場合、貴薬局単独の受付回数	（　　）回／月
⑭-2 ⑭-1のうち在宅患者訪問薬剤管理指導および居宅療養管理指導費等に係る処方箋の受付回数（令和8年 10 月）	（　　）回／月

⑮ 貴薬局において、他の薬局や医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と在宅医療を受けている患者に関する情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用しているかお選びください。 ※○は1つ
また、「1． ICT を活用している」を選んだ場合、活用している ICT を全てお選びください。※○はいくつでも

1．ICT を活用している

活用している ICT ※○はいくつでも

01 メール
02 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用 SNS での運用）
03 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用 SNS 以外での運用）
04 医療従事者用 SNS（地域医療情報連携ネットワーク以外）
05 一般的なグループチャットアプリ・SNS
06 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
07 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム
08 供覧可能な電子カルテシステム
09 その他（具体的に：　　）

2．ICT は活用していない

⑮-1 関係機関の職員との在宅医療を受けている患者に関する情報連携に当たり、貴薬局では何種類の異なるシステム・アプリ・サービス等への対応が必要となっていますか。	（　　）種類
⑯ 貴薬局の認定等の状況 ※○はいくつでも	1．地域連携薬局　2．専門医療機関連携薬局　3．健康サポート薬局　4．いずれもなし

⑰ 職員数

職種	常勤職員	非常勤職員	
		実人数	常勤換算※2
1）薬剤師	人	人	人
3）その他（事務職員等）	人	人	人

※２：非常勤職員（非常勤薬剤師）は、貴薬局における実労働時間が週 31 時間に満たない職員（保険薬剤師）をいい、常勤換算数は、以下により算出します（小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める）。非常勤薬剤師数については、直近 3 月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数（常勤換算）} = \frac{\text{当該保険薬局における週 31 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計（時間/3 月）}}{\text{31（時間/週）} \times 13\text{（週/3 月）}}$$

2. 加算に関する状況についてお伺いします（令和8年 10 月1日現在）。

① 連携強化加算の届出状況※○は1つ	1．届出あり　2．届出なし
② 貴薬局では麻薬小売業者の免許を取得していますか。※○は1つ	1．取得している　2．取得していない

③ 地域支援・医薬品供給対応体制加算の届出をしている場合、該当するものをお選びください。※○は1つ

1．地域支援・医薬品供給対応体制加算１	2．地域支援・医薬品供給対応体制加算２	3．地域支援・医薬品供給対応体制加算３	4．地域支援・医薬品供給対応体制加算４
5．地域支援・医薬品供給対応体制加算５	6．届出なし		

④ 令和8年 10 月1か月間における、各項目の実績をご記入ください。地域支援・医薬品供給対応体制加算の届出の有無に関わらず、ご回答ください。

a.調剤時残薬調整加算イ	回	b.薬学的有害事象等防止加算イ	回
c.調剤時残薬調整加算ロ	回	d.薬学的有害事象等防止加算ロ	回

④-1 調剤時残薬調整加算イ及びロを算定した際、残薬が生じた原因※○はいくつでも

1．飲み忘れがあったため	2．自己判断で中止・減量していたため
3．副作用があったため	4．用法用量を理解していなかったため
5．薬剤数が多く管理できないため	6．剤形に問題があったため
7．生活リズムが不規則なため	8．その他（具体的に：　　）

④−2 調剤時残薬調整加算イ及びロを算定した際、原因解消のための介入状況※○はいくつでも	
1．残薬状況を医師に共有し、処方日数について提案	2．服用時点の変更を医師に提案
3．一包化、剤形変更などの対応提案	4．薬剤・投与量の変更を医師に提案
5．減薬・休薬を医師に提案	6．その他（具体的に：　　）

④−3薬学的有害事象等防止加算イ及びロを算定した際、重複投与、相互作用、副作用リスクが生じた原因※○はいくつでも	
1．複数医療機関で処方されているため	2．薬歴・お薬手帳・電子処方箋情報の不一致のため
3．中止・中断・用量変更等に伴う不要薬剤を誤服用したため	4．副作用歴・アレルギー歴の情報不足
5．腎機能・肝機能・年齢など患者背景の変化のため	6．OTC・サプリメント・飲食物の影響のため
7．その他（具体的に：　　）	

④−4 薬学的有害事象等防止加算イ及びロを算定した際、原因解消のための介入状況※○はいくつでも	
1．服用薬の一元管理	2．患者情報更新と医師との共有
3．不要薬剤の回収・廃棄支援	4．用量妥当性評価し処方内容の変更を提案
5．その他（具体的に：　　）	

⑤ 夜間・休日の調剤や、在宅対応体制について、どのように周知していますか。地域支援・医薬品供給対応体制加算の届出の有無に関わらず、ご回答ください。※○はいくつでも

1．地域の行政機関を通じた周知	2．地域の薬剤師会等を通じた周知
3．地域の行政機関に対する自局及び同一グループによる周知	4．保険医療機関に対する自局及び同一グループによる周知
5．訪問看護ステーションに対する自局及び同一グループによる周知	6．福祉関係者に対する自局及び同一グループによる周知
7．地域住民に対する自局及び同一グループによる周知	8．その他（　　）
9．周知していない	

⑥ 周知している情報として該当するものをお選びください。地域支援・医薬品供給対応体制加算の届出の有無に関わらず、ご回答ください。 ※○はいくつでも

1．薬局の連絡先	2．開局日・開局時間	3．開局時間外の訪問対応について
4．麻薬の取扱い可否	5．高度管理医療機器の取扱い可否	6．無菌製剤処理の対応可否
7．小児在宅患者の対応可否	8．その他（　　）	

⑦直近1年間における、貴薬局の薬剤師に対する在宅医療に関する研修の実施状況についてご回答ください。 ※○は1つ

1．実施している　⇒以下についてもご回答ください。（※○はいくつでも）

a.研修内容：　01．認知症　　02．緩和ケア　　03．ＡＣＰ※1
04．在宅医療全般　　05．その他（　　）

b.研修受講者：　01．在宅医療に関わる全員が受講　02．在宅医療に関わる一部の者が受講
03．薬局内の代表者１名が受講　　04．その他（　　）

c.研修方法：　01．座学　　02．実技研修　　03．ＯＪＴ　　04．外部での実習
05．その他（　　）

2．実施していない

※1：アドバンス・ケア・プランニング。厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等を指し、患者が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組。

3. 貴薬局の在宅対応に係る体制や状況についてお伺いします（令和8年10月1日現在）。

≪(1)在宅対応に関する施設基準の届出状況等≫

①在宅患者総数に占める処方日数別の患者数の割合について、1）～4）の合計が 10 割になるようにご記入ください。（令和8年 10 月1か月間）	
1）7日以下	（　　）割
2）8日以上 14 日以下	（　　）割
3）15 日以上 27 日以下	（　　）割
4）28 日以上	（　　）割

②令和8年 10 月までの1年間における無菌調剤の自薬局における調剤実績 ※○は1つ	1．実績あり	2．実績なし
③令和8年 10 月までの1年間における無菌調剤室の共同利用※○は1つ	1．実績あり	2．実績なし
④無菌製剤処理加算の算定件数 （令和8年 10 月）	（　　）件	

④−1 無菌製剤処理加算の算定実施した患者の内訳		
6歳未満	6歳以上 15 歳未満	15 歳以上
（　　）件	（　　）件	（　　）件

④−2 無菌製剤処理加算の対象外となる混注業務（例：皮下注持続投与に係る薬剤の混注、輸液への薬剤混注等）の経験の有無	1．有り	2．　無し
⑤療担規則等で保険医が投与することができると定めている注射薬以外の注射薬の対応に関する相談を受けたことがありますか	1．ある	2．ない

⑥在宅薬学総合体制加算の届出状況 ※○は1つ	1．在宅薬学総合体制加算１⇒⑥-1 へ	2．在宅薬学総合体制加算２⇒⑦へ

⑥-1 上記⑥で「1」を選んだ場合、令和８年度診療報酬改定により在宅薬学総合体制加算2から1に届出変更しましたか。※○は1つ	1．はい	2．いいえ

⑥-2 上記⑥で「1」を選んだ場合、在宅薬学総合体制加算2が届出できない理由は何ですか。 ※○はいくつでも

1．満たせない要件があるため ⇒具体的な要件（※01～03 のうち、○はいくつでも）

01. 個人宅等の指導実績（「個人宅等訪問回数 240 回以上かつ、全体の訪問指導料における個人宅訪問割合が２割以上」又は「個人宅等訪問回数 480 回以上かつ、全体の訪問指導料における個人宅訪問割合が１割以上」

02. 高度な在宅医療への実績（「訪問時の医療用麻薬に関する指導実績が年間 10 回以上」「無菌製剤処理加算の算定実績が年間１回以上」又は「小児在宅患者に対する体制」

03. 常勤薬剤師３名以上かつ開局時間中は原則２名以上の薬剤師が常駐している体制

2．その他（ ）

⑦在宅薬学総合体制加算の算定状況 ※令和８年 10 月 ※届出状況によらず、実際に算定した回数を回答してください。	加算１（30 点）	加算２イ（100 点）	加算２ロ（50 点）
個人宅等	（ ）回	（ ）回	（ ）回
施設	（ ）回	（ ）回	（ ）回

⑧個人宅等の訪問薬剤指導実績の合計 ※令和7年 11 月から令和８年 10 月の１年間 ※在宅患者訪問薬剤管理指導料の1、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、単一建物居住者が１人の場合の居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）についての算定回数（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）	（ ）回

⑨令和8年 10 月1か月間における在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定件数等について単一の建物において訪問した患者数別に、ご記入ください。（実績がない場合は０人（件）とご記入ください。）

	単一の建物において訪問した患者数					
	１人	2～9 人	10 人以上			
			総数	うち 10～19 人	うち 20～49 人	うち 50 人以上
１）患者数（実人数）	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人
２）在宅患者に係る処方箋を受け付けた人数	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人
３）在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）の算定件数	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
４）居宅療養管理指導費等（介護保険）の算定件数	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
５）上記３）・４）のうち終末期（人生の最終段階※1）の患者の算定件数	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
６）在宅患者**緊急**訪問薬剤管理指導料の算定件数	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
６）のうち夜間に訪問した件数※2	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
６）のうち休日に訪問した件数※2	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
６）のうち深夜に訪問した件数※2	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
７）上記３）、４）、６）のうち、在宅協力薬局が実施した件数	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
８）訪問薬剤管理指導等を実施したが、いずれの指導料等も算定しなかった件数	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件
９）無菌製剤処理を実施した件数※3	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件	（ ）件

※１：人生の最終段階：「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

※２：夜間・休日・深夜訪問加算の算定の有無に関わらずご記入ください。

※３：無菌調剤処理加算の算定の有無に関わらずご記入ください。

⑩薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定できない施設（老健や特養等）から委託を受けて入居者の薬剤を調剤した件数（施設からの指示書による薬剤の出庫を含む）	（ ）件

⑪ 個人在宅（単一の建物において訪問した患者数1名）において、訪問のきっかけとして最も多いものを回答ください ※○は1つ

1．もともと貴薬局を外来で利用していた患者への継続対応	2．医療機関からの紹介・依頼
3．他の保険薬局からの紹介・引継ぎ	4．施設からの紹介・依頼又は施設との連携に基づく対応
5．訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等からの紹介・依頼	6．患者・家族からの相談・依頼
7．特に多いものはない	8．不明
9．その他（具体的に： ）	

⑪-1 施設在宅患者において、訪問のきっかけとして最も多いものを回答してください※⑪の選択肢から1つ	

⑫ 令和8年 10 月1か月間における在宅対応した患者数別に、ご記入ください。（実績がない場合は 0 人（件）とご記入ください。

1）精神疾患を主傷病とする患者数	（　　）人
2）15 歳未満の患者数	（　　）人
2）-1　超重症児及び準超重症児の患者数	（　　）人
3）終末期医療患者の患者数	（　　）人
4）厚生労働省告示第 71 号　特掲診療料の施設基準等　別表8の2※に該当する患者総数	（　　）人
5）厚生労働省告示第 71 号　特掲診療料の施設基準等　別表8の3※に該当する患者総数	（　　）人

※参考：別表８の２、別表８の３

【別表第8の2】
一　次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍
スモン
難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
後天性免疫不全症候群
脊髄損傷
真皮を越える褥瘡
二　次に掲げる状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
在宅血液透析を行っている状態
在宅酸素療法を行っている状態
在宅中心静脈栄養法を行っている状態
在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
在宅自己導尿を行っている状態
在宅人工呼吸を行っている状態
植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
肺高血圧症であって、プロスタグランジン I2 製剤を投与されている状態
気管切開を行っている状態
気管カニューレを使用している状態
ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

【別表第8の3】
要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態
日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態
頻回の訪問看護を受けている状態
訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
麻薬の投薬を受けている状態
その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

6）要介護3以上の患者数	（　　）人
7）医療用麻薬を使用している患者数	（　　）人
8）点滴加療がある患者数	（　　）人
⑬ 訪問薬剤管理指導を実施した患者のうち、医師と同時訪問であった回数	（　　）回
⑭ 訪問薬剤管理医師同時指導料の算定対象患者（個人宅の在宅患者）のうち、同時訪問を実施し、当該指導料を算定している患者の割合	（　　）割

⑮ 訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した患者に対して、医師と共同して訪問したきっかけは何ですか。 ※〇はいくつでも

1．医師からの提案	2．薬局からの提案
3．患者からの要望	4．その他（　　）

⑯ 医師と共同して訪問したメリットは何ですか。 ※〇はいくつでも

1．重複投薬の解消	2．残薬対策の促進
3．用法用量の調節	4．生活スタイルに合わせた剤形変更
5．支持療法等の処方提案	6．ポリファーマシー対策の促進
7．その他（具体的に：　　）	

⑰ 施設患者（単一建物診療患者が2人以上）について、医師と共同して訪問している患者の割合	（　　）割
⑱ 複数名訪問を実施した、または薬局として複数名訪問が必要と考える患者のうち、複数名薬剤管理訪問料を算定した患者の割合（令和8年 10 月1か月間）	（　　）割

⑱-1 複数名薬剤管理訪問料を算定した患者の理由として該当するものをお選びください。 ※〇はいくつでも

1．認知症による BPSD が強いため	2．精神疾患により安全な訪問が困難なため
3．興奮状態がみられるため	4．攻撃性を示すため
5．その他（　　）	

⑱-2 薬局側が必要だと思っているが、算定できなかった理由について1）～2）の合計が 10 割になるようにご記入ください。※〇はいくつでも

1）医師が必要性があると判断しなかったため	（　　）割
2）患者及びその家族の同意が得られなかったため	（　　）割
3）その他（　　）	（　　）割

≪(2)夜間休日対応の状況≫

①貴薬局では、どのように在宅患者の夜間休日対応の体制を整えていますか。 ※〇は1つ

1．自薬局単独で体制を整えている	2．近隣の薬局と連携した体制を整えている
3．体制を整えていない	4．その他（　　）

②在宅患者の夜間休日対応について自薬局で実施した実績の有無について回答ください。（令和8年 10 月1か月間）※○は1つ	1．実績なし	2．実績あり

②-1 上記②で「1．実績なし」の場合、その理由をご回答ください。 ※○はいくつでも

1．電話に出られなかった等、必要な時に連絡応対ができなかった	2．連絡応対は行ったが対応できる薬剤師がいなかった
3．必要な無菌製剤処理等の設備がなかった	4．必要な医薬品の備蓄がなかった
5．全て連携する近隣薬局で対応する取り決めがある	6．夜間休日対応の依頼はなかった（対象患者なし）
7．その他（　　）	

②-2 上記②で「2．実績あり」の場合、自薬局で実施した在宅患者の夜間休日対応で実施した業務についてご回答ください。（令和8年 10 月1か月間） ※○はいくつでも

1．調剤（麻薬を除く）	2．麻薬調剤
3．在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応	4．在宅患者からの不安や問い合わせに訪問して対応
5．無菌製剤処理を要する調剤	6．その他（　　）

②-3 上記②で「2．実績あり」の場合、自薬局で実施した在宅患者の夜間休日対応の対象患者についてご回答ください。（夜間・休日・深夜訪問加算の算定の有無に関わらずご回答ください。）（令和8年 10 月1か月間）※○はいくつでも

1．終末期のがん患者	2．麻薬管理が必要な患者
3．認知症の患者	4．精神障害者
5．医療的ケア児 ※4	6．６歳未満の乳幼児（「５」以外）
7．小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている児	8．５～７以外の小児
9．その他（　　）	

※４：医療的ケア児：児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者

②-4 上記②で「2．実績あり」の場合、自薬局で実施した在宅患者の夜間休日対応について、対応が必要になった理由は何ですか。 ※○はいくつでも

1．事前に予見していなかった薬剤使用量の急な追加・増量が必要となった	2．事前に予見していなかった別の種類の薬剤が急遽必要になったため
3．事前に実施すべき業務に不足があったため	4．他薬局が対応できなかったため
5．患者からの要望のため	6．その他（　　）

③在宅患者の夜間休日対応について医療機関からの訪問指示への対応件数について回答ください。（令和8年 10 月の1か月間）	回

≪(3)在宅医療に係る体制確保における他薬局との連携等の状況≫

①貴薬局では、他の薬局と連携して在宅医療を実施することはありますか。※○は1つ	1．ある⇒①-1 へ	2．ない　⇒②へ

①-1 上記①で「1」を選んだ場合、連携する他薬局はどのような薬局ですか。 ※○はいくつでも

1．同一法人の薬局	2．自局の近隣薬局	3．患家の近隣薬局
4．無菌製剤処理等、充実した在宅医療体制を有する薬局	5．その他（　　）	

①-2 上記①で「1」を選んだ場合、どのような役割分担を行っていますか。 ※○はいくつでも

1．患者の急変等による緊急訪問を分担	2．夜間の訪問（緊急を除く）を分担
3．休日の訪問（緊急を除く）を分担	4．無菌製剤処理が必要な訪問を分担
5．麻薬の調剤が必要な訪問を分担	6．その他（　　）

②令和8年 10 月 1 か月間において、他の薬局（在宅協力薬局を除く）が、貴薬局の在宅患者の訪問を実施したことはありますか。※○は1つ	1．ある	2．ない
③令和8年 10 月 1 か月間において、貴薬局が、他の薬局（在宅協力薬局を除く）の在宅患者の訪問を実施したことはありますか※○は1つ	1．ある　⇒③-1 へ	2．ない　⇒④へ

③-1 上記③で「1」を選んだ場合、以下についてご回答ください。

a. 紹介元 ※○はいくつでも	1．かかりつけの薬局　　2．それ以外
b. 紹介された理由 ※○はいくつでも	1．紹介元では必要な医薬品を備蓄することが難しいため
	2．紹介元では無菌製剤処理に必要な設備等を有していなかったため
	3．紹介元では必要な医療材料の取扱いが難しいため
	4．紹介元では薬剤師の人数が不足しており対応が難しいため
	5．紹介元では必要な知識や技術のある薬剤師がいないため
	6．紹介元では想定される夜間休日の対応が難しいため
	7．紹介元では想定される頻回の緊急訪問の対応が難しいため
	8．患者もしくは家族の希望
	9．医師からの紹介
	10．介護支援専門員からの紹介
	11．その他（　　）

④他の薬局から在宅患者を紹介されることはありますか。※○は1つ

1．ある	2．ない

⑤貴薬局の外来患者が在宅患者へ移行する際、他の薬局に紹介したことはありますか。※○は1つ	
1．ある	2．ない
⑥貴薬局の在宅患者が容体悪化や療養の場の変更があった際に、他の薬局に紹介したことはありますか。※○は１つ	
1．ある	2．ない

4. 貴薬局の在宅患者の薬学管理に係る業務についてお伺いします（令和8年 10 月1か月間）。

≪(1)在宅移行初期の対応状況≫

①令和8年 10 月 1 か月間において、在宅移行初期業務（在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導）を実施しましたか。 ※○は1つ　※在宅移行初期管理料の算定有無に関わらずご回答ください。	
1．実施した	2．実施しなかった

②在宅医療の初回対応と通常の訪問との差についてご回答ください。		
	初回	通常
薬局から訪問する人数　※1 回当たりの平均	（　　）人	（　　）人
所要時間　※1 回当たりの平均	（　　）分	（　　）分

③通常の訪問時の業務と比較して、初回訪問時の対応として追加的に生じる業務についてご回答ください。※○はいくつでも	
1．患者・家族への説明	2．同意書・契約書等の手続き
3．医療・生活情報の収取	4．服薬管理方法の調整
5．多職種との立ち上げ連携	6．全薬剤の現物確認
7．残薬の確認・整理	8．その他（具体的に：　　）

≪(2)乳幼児、小児特定加算の算定状況≫

①令和8年 10 月1か月間において、在宅患者に対する乳幼児加算、小児特定加算の算定実績はありますか。	
1．ある　⇒設問５へ	2．ない　⇒①-1 へ

①-1　上記①で「2」を選んだ場合、乳幼児加算、小児特定加算の対象となる在宅医療を実施していない場合、その理由は何ですか。　※○はいくつでも

1．必要な知識や技術を有する薬剤師がいない	2．必要な医薬品の備蓄が困難
3．必要な医療材料の取扱いが困難	4．必要な夜間や休日の訪問に対応できない
5．必要な計画外の訪問に対応できない	6．対象となる患者がいない
7．その他（　　）	

5. 人生の最終段階（終末期）の在宅患者※1における対応についてお伺いします。

（令和7年 11 月から令和8年 10 月の間における業務実態に基づいてご回答ください。）

※1：人生の最終段階（終末期）の在宅患者の定義：死亡（在宅・入院問わず）の前の1ヶ月において、薬局として在宅医療を提供していた患者

①終末期の死亡患者数	（　　）件
②終末期から死亡に至った患者のうち、緊急対応を行った患者数	（　　）人
③終末期から死亡に至った患者のうち、最期から1ヶ月間で、算定回数によらない緊急対応のための訪問回数の平均値	（　　）回

④在宅患者の緊急対応を行った理由として該当するものをお選びください。　※○はいくつでも	
1．鎮痛剤・鎮静剤等の処方対応	2．薬剤変更後のフォローアップ
3．患者容体に即した処方設計に係る他職種連携・相談応需（電話対応含む）	4．患者本人からの相談応需
5．患者の家族からの相談応需（本人除く）	6．その他（具体的に：　　）

6. ターミナルケアの在宅患者における死亡後の対応についてお伺いします。

①在宅患者の死亡後の患家を訪問していますか。　※○は1つ		
1．ほぼ全員に実施している	2．一部の患者で実施している	3．実施していない⇒調査終了です

①-1　上記①で「1」又は「2」を選んだ場合、在宅患者の死亡後に訪問した際、どのような業務を実施していますか。
※○はいくつでも

1．医療用麻薬の残薬回収	2．医療材料・機器の回収	3．医療用麻薬以外の残薬回収
4．グリーフケア※1	5．会計	6．その他（　　）

※1：グリーフケア：がん患者の家族、遺族等に対する精神・身体的な相談支援

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和 9 年 1 月 22 日（金）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

ID 番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）
在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査
保険薬局調査（患者票）

令和８年 10 月に貴薬局において、計画外の訪問薬剤管理指導を実施した患者２名についての利用状況等をお伺いします。
※患者が３名以上いる場合、10 月のうち最も早く訪問した最初の２名をお選びください。

患者Ａ

1）性別	1．男性　2．女性	2）年齢	（　　）歳
3)居場所	1．戸建て住宅	2．一般集合住宅	3．認知症グループホーム
	4．サービス付き高齢者向け住宅	5．介護付き有料老人ホーム	6．住宅型有料老人ホーム
	7．軽費老人ホーム（ケアハウス含む）・養護老人ホーム		8．介護老人保健施設
	9．介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		10．介護医療院

4）介護家族の有無	1．あり	2．なし					
5）医療的ケア児か否か	1．医療的ケア児である	2．医療的ケア児でない					
6）小児慢性特定疾病の医療費助成の有無	1．あり	2．なし					
7）要介護・支援度	1．要支援１	2．要支援２	3．要介護１	4．要介護２			
	5．要介護３	6．要介護４	7．要介護５	8．非該当			
	9．不明						
8）認知症（疑いを含む）の有無	1．あり	2．なし					
9）認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	1．自立	2．Ⅰ	3．Ⅱ	4．Ⅲ	5．Ⅳ	6．M	7．不明
10）褥瘡の有無	1．あり	2．なし					

11）在宅療養を続けている原因の病名（主傷病）	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	11．その他（　　）	

12）下記の疾病等（特掲診療料施設基準等別表第七に掲げる疾病等）への該当の有無　※○はいくつでも

1．わからない	2．なし	3．末期の悪性腫瘍	4．多発性硬化症
5．重症筋無力症	6．スモン	7．筋萎縮性側索硬化症	8．脊髄小脳変性症
9．ハンチントン病	10．進行性筋ジストロフィー症	11．ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病関連疾患	12．多系統萎縮症
13．プリオン病	14．亜急性硬化性全脳炎	15．ライソゾーム病	16．副腎白質ジストロフィー
17．脊髄性筋萎縮症	18．球脊髄性筋萎縮症	19．慢性炎症性脱髄性多発神経炎	
20．後天性免疫不全症候群	21．頸髄損傷	22．人工呼吸器を使用している状態	

13）下記の特別な管理（※特掲診療料施設基準等別表第八に掲げる特別な管理等）の有無　※○はいくつでも

1．わからない	2．なし	3．在宅麻薬等注射指導管理	4．在宅腫瘍化学療法注射指導管理
5．在宅強心剤持続投与指導管理	6．在宅気管切開患者指導管理	7．気管カニューレ	8．留置カテーテル
9．在宅自己腹膜灌流指導管理	10．在宅血液透析指導管理	11．在宅酸素療法指導管理	12．在宅中心静脈栄養法指導管理
13．在宅成分栄養経管栄養法指導管理	14．在宅自己導尿指導管理	15．在宅人工呼吸指導管理	16．在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
17．在宅自己疼痛管理指導管理	18．在宅肺高血圧症患者指導管理	19．人工肛門・人工膀胱	20．真皮を越える褥瘡
21．在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定	22．その他（　　）		

14）人生の最終段階かどうか	1．人生の最終段階	2．人生の最終段階でない
	※人生の最終段階：「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと	

15）この患者の訪問薬剤管理指導のきっかけ ※最も当てはまるもの1つに○	1．医師からの依頼	2．自薬局薬剤師からの提案	3．他薬局薬剤師からの依頼
	4．介護支援専門員からの依頼	5．看護師からの依頼	6．病院薬剤師からの依頼
	7．診療所薬剤師からの依頼	8．医療ソーシャルワーカーからの依頼	
	9．患者の希望	10．その他（　　）	

16）常用している薬剤の種類数（1銘柄ごとに1種類）（令和8年10月1日時点）	（　　）種類
17）在宅導入後の現在まで貴薬局の介入期間（単位：月）	（　　）月
18）在宅導入時に常用していた薬剤の種類数（1銘柄ごとに1種類）	（　　）種類

19）服用中薬剤について ※頓服は除く	1．内服薬・外用薬のみ（注射薬を含まない）	2．粉砕・簡易懸濁法による内服薬を含む（注射薬を含まない）
	3．注射薬を含む	4．粉砕・簡易懸濁法による内服薬及び注射薬を含む

20）注射薬を含む場合に、無菌製剤処理加算の対象外の薬剤について、薬局で調製することへの需要があるか	1．ある	2．なし
21）療担規則等において保険医が投与することができると定められている注射薬に限定があることにより、在宅患者への薬剤供給に支障が生じたことがあるか。	1．ある	2．なし

以降の設問では、この患者の令和8年 10 月 1 か月間の貴薬局における対応状況に基づいて回答してください。

＜訪問の内訳について＞

22)訪問回数 （令和8年10月1か月間） ※在宅患者オンライン薬剤管理指導の回数を含む	①計画的な訪問		（　　）回
	②薬学的管理指導計画外の訪問	a. 患者の急変による緊急訪問	（　　）回
		b. 患者の急変によらない計画外の訪問	（　　）回
	③上記②のうち在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定した訪問		（　　）回
	④上記②のうち訪問薬剤管理指導を実施したが在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定しなかった訪問		（　　）回

23) 上記22)で④が1回以上の場合、訪問薬剤管理指導料を算定しなかった理由　※○はいくつでも	1. 患者の急変による緊急訪問でないため	2. 算定上限回数を超過したため
	3. 主治医と連携していない医師の指示（処方箋）のため	4. その他（　　）

24) 上記22)で②が1回以上の（計画外の訪問があった）場合、医師の指示（処方箋）等の時刻等を、最大4回まで記入ください。

	①休日の場合に○※1	②医師の指示（処方箋）等の時刻※2	③患家を訪問した時刻※2	④調剤に要した時間※3	⑤患家での滞在時間※3
1回目		:	:	（　　）分	（　　）分
2回目		:	:	（　　）分	（　　）分
3回目		:	:	（　　）分	（　　）分
4回目		:	:	（　　）分	（　　）分

※1：休日とは日曜日および国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第 3 条に規定する休日のことを指します。
※2：②・③は 24 時間表記で記載ください。（例：夜 11 時⇒23:00、深夜 1 時 30 分⇒01:30）
※3：調剤に要した時間及び患家での滞在時間は薬歴や通話履歴等を参考に概算で回答いただいて構いません。

計画外の訪問についてお尋ねします。

25) 患者の急変による緊急訪問でどのような業務を行いましたか（令和8年10月1か月間）。　※○はいくつでも

1. 調剤を伴う訪問	2. 他の医療従事者の求めによる調剤を伴わない訪問
3. 患者やその家族の求めによる調剤を伴わない訪問	4. オンライン服薬指導で対応
5. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼
7. その他（　　）	

26) 患者の急変による緊急訪問でどのような薬剤を届けましたか（令和8年10月1か月間）。※○はいくつでも

1. 解熱鎮痛薬	2. 麻薬（注射剤）	3. 麻薬（注射剤以外）	4. 抗ウイルス薬、抗菌薬	5. 抗けいれん薬
6. 血圧低下薬	7. 昇圧薬	8. 鎮咳薬	9. 抗アレルギー薬	10. インスリン製剤
11. 輸液	12. 経腸栄養剤	13. 上記以外の内用薬	14. 上記以外の外用薬	15. 上記以外の注射薬

27) 1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数 ※令和8年10月1か月間における訪問1回あたりの平均薬剤数を記入 ※剤形が異なっても同一成分であれば1種類として計上	（　　）剤

＜薬学管理の詳細について＞

28) この患者に行った薬剤管理は何ですか。　※○はいくつでも

1. 在宅担当医への薬学的観点からの処方内容の提案	2. 介護支援専門員等の医療福祉関係者との連携・情報共有	
3. 薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせ等の確認）	4. 残薬の管理	5. 患者の状態に応じた調剤
6. 服薬指導、支援	7. 服薬状況と副作用等のモニタリング	8. 医療用麻薬の管理（廃棄を含む）
9. 患家への医薬品、衛生材料の供給	10. その他（　　）	

29) 薬剤師の介入により減薬が実施されたことがあるか。	1. 減薬あり	2. 減薬なし
30) 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか。	1. 同行した	2. 同行しなかった

31) 上記30)で1を選んだ場合、医師と同行訪問したきっかけは何ですか。

1. 医師からの提案	2. 薬局からの提案
3. 患者からの要望	4. 覚えていない

32) 上記30)で1を選んだ場合、医師と共同して訪問したメリットは何ですか。　※○はいくつでも

1. 重複投薬の解消	2. 残薬対策の促進
3. 用法用量の調節	4. 生活スタイルに合わせた剤形変更
5. 支持療法等の処方提案	6. その他（　　）

33) 在宅初回訪問時の残薬状況についてご回答ください

1. 大量の残薬や、現在服用していない薬剤が自宅にあり、廃棄・処方日数調整等で対応を要した。
2. １～２週間程度の服用中薬剤の残薬が自宅にあり、処方日数調整で対応した。
3. 服用中薬剤に過度な残薬はないが、在宅移行に伴う原疾患に伴い不要となった薬剤の廃棄等の対応を要した
4. 薬剤の管理に問題はなかった。

34) 在宅訪問継続中に残薬調整をしたことがありますか。

1. 患者状態変更に伴う不要薬剤等について対応した	2. アドヒアランスが確保できず、生じた残薬に対応した。
3. 介入後は７日分相当を超える残薬が生じていない。	

35）調剤時残薬調整加算を算定しましたか（令和8年10月1か月間）。		
1．調剤時残薬調整加算イ	2．調剤時残薬調整加算ロ	3．いずれもなし

36）上記35）で1～2を選んだ場合、残薬が生じた原因についてご回答ください。 ※○はいくつでも	
1．飲み忘れがあったため	2．自己判断で中止・減量していたため
3．副作用があったため	4．用法用量を理解していなかったため
5．薬剤数が多く管理できないため	6．剤形に問題があったため
7．生活リズムが不規則なため	8．その他（　　）

37）上記35）で1～2を選んだ場合、原因解消のための介入状況についてご回答ください。 ※○はいくつでも	
1．医師の処方前に残薬状況を共有	2．残薬状況から処方日数について医師に提案
3．一包化、剤形変更などの対応提案	4．薬剤変更、減薬を医師に提案
5．服用時点の変更を医師に提案	6．その他（具体的に：　　）

38）薬学的有害事象等防止加算を算定しましたか（令和8年10月1か月間）。		
1．薬学的有害事象等防止加算イ	2．薬学的有害事象等防止加算ロ	3．いずれもなし

39）上記38）で1～2を選んだ場合、重複投与、相互作用、副作用リスクが生じた原因についてご回答ください。※○はいくつでも	
1．複数医療機関で処方されているため	2．薬歴・お薬手帳・電子処方箋情報の不一致のため
3．処方変更後の旧薬・残薬の継続使用があるため	4．副作用歴・アレルギー歴の情報不足
5．腎機能・肝機能・年齢など患者背景の変化のため	6．OTC・サプリメント・飲食物の影響のため
7．その他（具体的に：　　）	

40）上記38）で1～2を選んだ場合、原因解消のための介入状況についてご回答ください。 ※○はいくつでも	
1．服用薬の一元把握	2．患者情報更新と医師との共有
3．不要薬剤の回収・廃棄支援	4．用量妥当性評価し処方内容の変更を提案
5．その他（具体的に：　　）	

41）薬剤師の介入により処方内容が変更されたことがあるか。 ※○はいくつでも	1．あり	2．なし

42）一般用医薬品、医療材料、栄養剤等、処方箋以外に関する内容を医師に提案したことの有無	1．あり	2．なし
43）厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、ガイドラインという）等を踏まえた、意思決定支援等の取組の有無	1．あり	2．なし
44）ガイドライン等を踏まえた、意思決定支援等に関する多職種への情報共有の有無	1．あり	2．なし

患者 B

1）性別	1．男性　2．女性	2）年齢	（　　）歳
3）居場所	1．戸建て住宅	2．一般集合住宅	3．認知症グループホーム
	4．サービス付き高齢者向け住宅	5．介護付き有料老人ホーム	6．住宅型有料老人ホーム
	7．軽費老人ホーム（ケアハウス含む）・養護老人ホーム		8．介護老人保健施設
	9．介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		10．介護医療院

4）介護家族の有無	1．あり	2．なし					
5）医療的ケア児か否か	1．医療的ケア児である	2．医療的ケア児でない					
6）小児慢性特定疾病の医療費助成の有無	1．あり	2．なし					
7）要介護・支援度	1．要支援１	2．要支援２	3．要介護１	4．要介護２			
	5．要介護３	6．要介護４	7．要介護５	8．非該当			
	9．不明						
8）認知症（疑いを含む）の有無	1．あり	2．なし					
9）認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	1．自立	2．Ⅰ	3．Ⅱ	4．Ⅲ	5．Ⅳ	6．M	7．不明
10）褥瘡の有無	1．あり	2．なし					

11）在宅療養を続けている原因の病名（主傷病）	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	11．その他（　　）	

12）下記の疾病等（特掲診療料施設基準等別表第七に掲げる疾病等）への該当の有無　※○はいくつでも

1．わからない	2．なし	3．末期の悪性腫瘍	4．多発性硬化症
5．重症筋無力症	6．スモン	7．筋萎縮性側索硬化症	8．脊髄小脳変性症
9．ハンチントン病	10．進行性筋ジストロフィー症	11．ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病関連疾患	12．多系統萎縮症
13．プリオン病	14．亜急性硬化性全脳炎	15．ライソゾーム病	16．副腎白質ジストロフィー
17．脊髄性筋萎縮症	18．球脊髄性筋萎縮症	19．慢性炎症性脱髄性多発神経炎	
20．後天性免疫不全症候群	21．頸髄損傷	22．人工呼吸器を使用している状態	

13）下記の特別な管理（※特掲診療料施設基準等別表第八に掲げる特別な管理等）の有無　※○はいくつでも

1．わからない	2．なし	3．在宅麻薬等注射指導管理	4．在宅腫瘍化学療法注射指導管理
5．在宅強心剤持続投与指導管理	6．在宅気管切開患者指導管理	7．気管カニューレ	8．留置カテーテル
9．在宅自己腹膜灌流指導管理	10．在宅血液透析指導管理	11．在宅酸素療法指導管理	12．在宅中心静脈栄養法指導管理
13．在宅成分栄養経管栄養法指導管理	14．在宅自己導尿指導管理	15．在宅人工呼吸指導管理	16．在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
17．在宅自己疼痛管理指導管理	18．在宅肺高血圧症患者指導管理	19．人工肛門・人工膀胱	20．真皮を越える褥瘡
21．在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定	22．その他（　　）		

14）人生の最終段階かどうか	1．人生の最終段階	2．人生の最終段階でない
	※人生の最終段階：「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと	

15）この患者の訪問薬剤管理指導のきっかけ ※最も当てはまるもの1つに○	1．医師からの依頼	2．自薬局薬剤師からの提案	3．他薬局薬剤師からの依頼
	4．介護支援専門員からの依頼	5．看護師からの依頼	6．病院薬剤師からの依頼
	7．診療所薬剤師からの依頼	8．医療ソーシャルワーカーからの依頼	
	9．患者の希望	10．その他（　　）	

16）常用している薬剤の種類数（1銘柄ごとに1種類）（令和8年10月1日時点）	（　　）種類
17）在宅導入後の現在まで貴薬局の介入期間 （単位：月）	（　　）月
18）在宅導入時に常用していた薬剤の種類数（1銘柄ごとに1種類）	（　　）種類

19）服用中薬剤について ※頓服は除く	1. 内服薬・外用薬のみ（注射薬を含まない）	2. 粉砕・簡易懸濁法による内服薬を含む（注射薬を含まない）
	3. 注射薬を含む	4. 粉砕・簡易懸濁法による内服薬及び注射薬を含む

20）注射薬を含む場合に、無菌製剤処理加算の対象外の薬剤について、薬局で調製することへの需要があるか	1．ある	2．なし
21）療担規則等において保険医が投与することができると定められている注射薬に限定があることにより、在宅患者への薬剤供給に支障が生じたことがあるか。	1．ある	2．なし

以降の設問では、この患者の令和8年 10 月 1 か月間の貴薬局における対応状況に基づいて回答してください。

＜訪問の内訳について＞

22)訪問回数 （令和8年10月1か月間） ※在宅患者オンライン薬剤管理指導の回数を含む	①計画的な訪問		（　　）回
	②薬学的管理指導計画外の訪問	a. 患者の急変による緊急訪問	（　　）回
		b. 患者の急変によらない計画外の訪問	（　　）回
	③上記②のうち在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定した訪問		（　　）回
	④上記②のうち訪問薬剤管理指導を実施したが在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定しなかった訪問		（　　）回

23) 上記22)で④が1回以上の場合、訪問薬剤管理指導料を算定しなかった理由　※○はいくつでも	1. 患者の急変による緊急訪問でないため	2. 算定上限回数を超過したため
	3. 主治医と連携していない医師の指示（処方箋）のため	4. その他（　　）

24) 上記22)で②が1回以上の（計画外の訪問があった）場合、医師の指示（処方箋）等の時刻等を、最大4回まで記入ください。

	①休日の場合に○※1	②医師の指示（処方箋）等の時刻※2	③患家を訪問した時刻※2	④調剤に要した時間※3	⑤患家での滞在時間※3
1回目		:　　:	:　　:	（　　）分	（　　）分
2回目		:　　:	:　　:	（　　）分	（　　）分
3回目		:　　:	:　　:	（　　）分	（　　）分
4回目		:　　:	:　　:	（　　）分	（　　）分

※1：休日とは日曜日および国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第 3 条に規定する休日のことを指します。
※2：②・③は 24 時間表記で記載ください。（例：夜 11 時⇒23:00、深夜 1 時 30 分⇒01:30）
※3：調剤に要した時間及び患家での滞在時間は薬歴や通話履歴等を参考に概算で回答いただいて構いません。

計画外の訪問についてお尋ねします。

25) 患者の急変による緊急訪問でどのような業務を行いましたか（令和8年10月1か月間）。　※○はいくつでも

1. 調剤を伴う訪問	2. 他の医療従事者の求めによる調剤を伴わない訪問
3. 患者やその家族の求めによる調剤を伴わない訪問	4. オンライン服薬指導で対応
5. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼
7. その他（　　）	

26) 患者の急変による緊急訪問でどのような薬剤を届けましたか（令和8年10月1か月間）。※○はいくつでも

1. 解熱鎮痛薬	2. 麻薬（注射剤）	3. 麻薬（注射剤以外）	4. 抗ウイルス薬、抗菌薬	5. 抗けいれん薬
6. 血圧低下薬	7. 昇圧薬	8. 鎮咳薬	9. 抗アレルギー薬	10. インスリン製剤
11. 輸液	12. 経腸栄養剤	13. 上記以外の内用薬	14. 上記以外の外用薬	15. 上記以外の注射薬

27) 1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数 ※令和8年10月1か月間における訪問1回あたりの平均薬剤数を記入 ※剤形が異なっても同一成分であれば1種類として計上	（　　）剤

＜薬学管理の詳細について＞

28) この患者に行った薬剤管理は何ですか。　※○はいくつでも

1. 在宅担当医への薬学的観点からの処方内容の提案	2. 介護支援専門員等の医療福祉関係者との連携・情報共有	
3. 薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせ等の確認）	4. 残薬の管理	5. 患者の状態に応じた調剤
6. 服薬指導、支援	7. 服薬状況と副作用等のモニタリング	8. 医療用麻薬の管理（廃棄を含む）
9. 患家への医薬品、衛生材料の供給	10. その他（　　）	

29) 薬剤師の介入により減薬が実施されたことがあるか。	1. 減薬あり	2. 減薬なし
30) 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか。	1. 同行した	2. 同行しなかった

31) 上記30)で1を選んだ場合、医師と同行訪問したきっかけは何ですか。

1. 医師からの提案	2. 薬局からの提案
3. 患者からの要望	4. 覚えていない

32) 上記30)で1を選んだ場合、医師と共同して訪問したメリットは何ですか。　※○はいくつでも

1. 重複投薬の解消	2. 残薬対策の促進
3. 用法用量の調節	4. 生活スタイルに合わせた剤形変更
5. 支持療法等の処方提案	6. その他（　　）

33) 在宅初回訪問時の残薬状況についてご回答ください

1. 大量の残薬や、現在服用していない薬剤が自宅にあり、廃棄・処方日数調整等で対応を要した。
2. １～２週間程度の服用中薬剤の残薬が自宅にあり、処方日数調整で対応した。
3. 服用中薬剤に過度な残薬はないが、在宅移行に伴う原疾患に伴い不要となった薬剤の廃棄等の対応を要した
4. 薬剤の管理に問題はなかった。

34) 在宅訪問継続中に残薬調整をしたことがありますか。

1. 患者状態変更に伴う不要薬剤等について対応した	2. アドヒアランスが確保できず、生じた残薬に対応した。
3. 介入後は７日分相当を超える残薬が生じていない。	

35）調剤時残薬調整加算を算定しましたか（令和8年10月1か月間）。		
1．調剤時残薬調整加算イ	2．調剤時残薬調整加算ロ	3．いずれもなし

36）上記35）で1～2を選んだ場合、残薬が生じた原因についてご回答ください。 ※○はいくつでも	
1．飲み忘れがあったため	2．自己判断で中止・減量していたため
3．副作用があったため	4．用法用量を理解していなかったため
5．薬剤数が多く管理できないため	6．剤形に問題があったため
7．生活リズムが不規則なため	8．その他（　　）

37）上記35）で1～2を選んだ場合、原因解消のための介入状況についてご回答ください。 ※○はいくつでも	
1．医師の処方前に残薬状況を共有	2．残薬状況から処方日数について医師に提案
3．一包化、剤形変更などの対応提案	4．薬剤変更、減薬を医師に提案
5．服用時点の変更を医師に提案	6．その他（具体的に：　　）

38）薬学的有害事象等防止加算を算定しましたか（令和8年10月1か月間）。		
1．薬学的有害事象等防止加算イ	2．薬学的有害事象等防止加算ロ	3．いずれもなし

39）上記38）で1～2を選んだ場合、重複投与、相互作用、副作用リスクが生じた原因についてご回答ください。※○はいくつでも	
1．複数医療機関で処方されているため	2．薬歴・お薬手帳・電子処方箋情報の不一致のため
3．処方変更後の旧薬・残薬の継続使用があるため	4．副作用歴・アレルギー歴の情報不足
5．腎機能・肝機能・年齢など患者背景の変化のため	6．OTC・サプリメント・飲食物の影響のため
7．その他（具体的に：　　）	

40）上記38）で1～2を選んだ場合、原因解消のための介入状況についてご回答ください。 ※○はいくつでも	
1．服用薬の一元把握	2．患者情報更新と医師との共有
3．不要薬剤の回収・廃棄支援	4．用量妥当性評価し処方内容の変更を提案
5．その他（具体的に：　　）	

41）薬剤師の介入により処方内容が変更されたことがあるか。 ※○はいくつでも	1．あり	2．なし

42）一般用医薬品、医療材料、栄養剤等、処方箋以外に関する内容を医師に提案したことの有無	1．あり	2．なし
43）厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、ガイドラインという）等を踏まえた、意思決定支援等の取組の有無	1．あり	2．なし
44）ガイドライン等を踏まえた、意思決定支援等に関する多職種への情報共有の有無	1．あり	2．なし

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和 9 年 1 月 22 日（金）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

一般型・強化型

ID番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

訪問看護調査（施設票・一般・強化型）

※ この調査票は、訪問看護ステーションの管理者に、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。

※ 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、設問内で指定がある場合のみ、含めて記入してください。

※ ご回答の際は、あてはまる番号を〇（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「－」を必ずお書きください。

※ 特に断りのない場合は、令和8年10月1日時点の状況についてご記入ください。

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

1．貴事業所の概要、人員体制、利用者の状況についてお伺いします。

《概要》

① 開設者

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. 農業協同組合および連合会
9. 消費生活協同組合および連合会
10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）
11. 特定非営利活動法人（NPO）
12. その他（具体的に：　　）

② 同一法人・同一敷地内の医療・介護施設・事業所

②-1 貴事業所と**同一法人（同系列を含む）**が有する医療・介護施設・事業所

※**【選択肢】**より該当する番号を全て記入

※例)有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、16と20両方の番号に〇

②-2 上記②-1のうち、貴事業所と同一敷地内又は隣接※している医療・介護施設・事業所については、②-1で記載した番号に〇をつけてください。

※**「隣接」**とは、敷地外であるが隣り合った場所にある施設を指す（公道等を挟んだ隣接も含む）

【選択肢】

1. 病院
2. 診療所
3. 介護老人保健施設
4. 助産所
5. 訪問看護ステーション（貴事業所以外）
6. 特別養護老人ホーム
7. 介護医療院
8. 居宅介護支援事業所
9. 通所介護事業所
10. 療養通所介護事業所
11. 地域包括支援センター
12. 訪問介護事業所
13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
14. 小規模多機能型居宅介護
15. 看護小規模多機能型居宅介護
16. 有料老人ホーム
17. 軽費老人ホーム
18. 養護老人ホーム
19. サービス付き高齢者向け住宅
20. 特定施設入居者生活介護
21. 認知症対応型共同生活介護
22. 共同生活援助（グループホーム）
23. 特定相談支援事業所
24. 障害児相談支援事業所
25. 児童発達支援
26. 放課後デイサービス
27. 居宅訪問型児童発達支援
28. 保育所等訪問支援
29. その他（具体的に：　　）

②-3 貴事業所と特別の関係※にある事業者がある場合は、以下をご回答ください。

※**【選択肢】**より該当する番号を記入

※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

事業者の種類（選択肢番号）	箇所数
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所

②-4 貴事業所の利用者に対して、民間の紹介業者や紹介サービスを通じてサービスを紹介することはありますか。利用したことがある事業者・サービスについてご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 高齢者向け住まい紹介事業者	2. 医療・介護関係者による紹介サービス
3. 民間の入居相談・紹介事業者	4. インターネットによる紹介サービス
5. その他（　　）	6. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介したことはない
7. わからない	

②-4-1民間の紹介業者や紹介サービスを利用した理由をご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 紹介先の迅速な確保	2. 利用者・家族の希望への対応
3. 専門的な相談・助言の活用	4. 利用者がサービス先を探す負担の軽減
5. 契約・利用開始の手続きの支援	6. 自施設で対応できないニーズへの対応
7. その他（　　）	

②-5 民間の紹介業者や紹介サービスを通じて、貴事業所に利用者を紹介されたことはありますか。紹介を受けたことがある事業者・サービスについてご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 高齢者向け住まい紹介事業者	2. 医療・介護関係者による紹介サービス
3. 民間の入居相談・紹介事業者	4. インターネットによる紹介サービス
5. その他（　　）	6. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介を受けたことはない
7. わからない	

②-5-1 民間の紹介業者や紹介サービスを利用した理由をご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 新規利用者の獲得	2. 営業活動の負担軽減
3. 自施設で対応可能な利用者とのマッチング	
4. その他（　　）	

②-6 令和8年10月の利用者のうち、紹介業者を通じて紹介された利用者数をご記入ください。

利用者数（　　）人

③ 訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月
④ サテライト事業所の有無と、ある場合はその設置数 ※「1. あり」の場合、箇所数を記入。	1. あり→（　　）箇所　　2. なし
⑤ 貴事業所は医療保険の「特別地域訪問看護加算」に係る地域にありますか。 ※過疎地等で厚生労働大臣が定める地域に限る	1. はい　　2. いいえ

⑤-1 令和8年10月において、特別地域訪問看護加算を算定した利用者はいますか。	1. いる	2. いない →⑤-4へ
⑤-2 令和8年10月において、特別地域訪問看護加算を算定した利用者数をご記入ください。	1. 医療保険のみを算定した利用者数　（　　）人	
	2. 医療保険と介護保険の両方を同月に算定した利用者数（　　）人	

⑤-3 令和8年10月における特別地域訪問看護加算の算定回数をご記入ください。

a：指定地域内の訪問看護ステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道1時間以上	回
b：指定地域外の訪問看護ステーションの看護師等が指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道1時間以上	回
c：指定地域内のステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道30分以上	回
d：指定地域内のステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が往復移動時間＋訪問実施時間の合計が2時間30分以上	回

⑤-4 特別地域における訪問看護の提供に当たり、課題となっていることをご回答ください。※〇はいくつでも

1. 看護職員の確保が難しい	2. 移動距離・移動時間の負担が大きい	3. 24時間対応体制の確保が難しい
4. 利用者数が少ない	5. 関係機関との連携が難しい	6. 現行の評価が十分ではない
7. その他（　　）		8. 特に課題はなし

⑤-5 特別地域訪問看護加算の算定に当たり、課題となっていることをご回答ください。※〇はいくつでも

1. 算定要件の確認・管理が負担である	2. 利用者や家族への説明が難しい	3. 算定対象となる利用者が少ない
4. 算定に必要な記録・書類の作成が負担である		5. 算定可否の判断が難しい
6. 請求・事務処理が負担である	7. 現行の評価が十分ではない	
8. その他（　　）		9. 特に課題はない

⑥ 貴事業所は医療資源の少ない地域※1に該当しますか。 ※1巻末に記載	1. はい　2. いいえ
【⑤で「1. はい」又は⑥で「1. はい」を選択した場合】 ⑦ 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応の体制を確保し、24時間対応体制加算を算定した利用者がいますか。（令和8年10月の1か月間）	1. いる →（　　）人 2. いない
⑧ 貴事業所は介護保険の訪問看護費の「中山間地域等の小規模事業所加算」の対象地域にありますか。	1. はい 2. いいえ
⑨ 業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の策定状況	1. 業務継続計画を策定済み（発動したことがある） 2. 業務継続計画を策定済み（研修・訓練を実施している） 3. 業務継続計画を策定済み（研修・訓練を今後実施する予定） 4. 業務継続計画を策定中 5. 業務継続計画をこれから策定予定

《人員体制》

⑩ 貴事業所の職員数を常勤換算※2（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。
※1人の職員が複数の資格等に当てはまる場合は、主たる業務に従事するものとして計上してください。
（1人の職員を重複計上することはできません）。

保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
.	.	.	.	.

その他の職員

（うち）精神保健福祉士	（うち）介護支援専門員	（うち）相談支援専門員	（うち）事務職員	（うち）その他の職員（看護補助者等）
.	.	.	.	.

※2：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 か月の勤務時間）

⑩−1 上記⑩の「保健師・助産師・看護師」のうち、令和8年10月の1か月間で保健師として訪問看護を行う場合があった者の人数（常勤換算）	人
⑩−2 上記⑩の「保健師・助産師・看護師」のうち、令和8年10月の1か月間で助産師として訪問看護を行う場合があった者の人数（常勤換算）	人
⑪ 常勤看護職員の数（令和8年10月1日時点、サテライト配置の看護職員を含む）	人

⑫ 令和8年10月1日時点の認定看護師及び専門看護師について、有無及びいる場合の人数、活動実績をご記入ください。

1）認定看護師・専門看護師の有無と人数（令和8年10月1日時点）	1. 認定看護師のみ取得：（　　）人 2. 専門看護師のみ取得：（　　）人 3. 認定看護師及び専門看護師の両方を取得：（　　）人 4. いない → ⑬へ

2）【上記1）で「1」又は「3」を選択した場合】認定看護師の専門分野（令和8年10月1日時点）　※○はいくつでも

1. 感染管理	2. がん放射線療法看護	3. がん薬物療法看護	4. 緩和ケア
5. クリティカルケア	6. 呼吸器疾患看護	7. 在宅ケア・訪問看護	8. 手術看護
9. 小児プライマリケア	10. 新生児集中ケア	11. 心不全看護	12. 腎不全看護
13. 生殖看護	14. 摂食嚥下障害看護	15. 糖尿病看護	16. 乳がん看護
17. 認知症看護	18. 脳卒中看護	19. 皮膚・排泄ケア	
20. 精神科看護（日本精神科看護協会認定）			

※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を修了している者については、下記のとおり回答してください。
・「救急看護」「集中ケア」を修了→「クリティカルケア」を選択
・「がん化学療法看護」を修了→「がん薬物療法看護」を選択
・「透析看護」を修了→「腎不全看護」を選択
・「小児救急看護」を修了→「小児プライマリケア」を選択
・「慢性呼吸器疾患看護」を修了→「呼吸器疾患看護」を選択
・「訪問看護」を修了→「在宅ケア」を選択
・「がん性疼痛看護」を修了→「緩和ケア」を選択
・「不妊症看護」を修了→「生殖看護」を選択
・「摂食・嚥下障害看護」を修了→「摂食嚥下障害看護」を選択
・「脳卒中リハビリテーション看護」を修了→「脳卒中看護」を選択
・「慢性心不全看護」を修了→「心不全看護」を選択

3）【上記1）で「2」又は「3」を選択した場合】専門看護師の専門分野（令和8年10月1日時点）　※○はいくつでも

1. がん看護	2. 精神看護	3. 地域看護	4. 老人看護
5. 小児看護	6. 慢性疾患看護	7. 家族支援	8. 在宅看護
9. 母性看護	10. 急性・重症患者看護	11. 感染症看護	12. 遺伝看護
13. 災害看護	14. 放射線看護		

4）認定看護師や専門看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会※3の開催回数（令和8年6～11月の6か月間） ※3：「研修や勉強会」とは、他機関が開催する研修や勉強会に講師として呼ばれた回数は含めず、自訪問看護ステーションや、専門性の高い看護師自身が主催した研修や勉強会の回数を記載してください。	回

⑬令和8年10月1日時点の特定行為研修修了者の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。

1）特定行為研修修了者の有無と特定行為研修修了者数	1. いる（　　）人　→ 1)-1 ～ 1)-4へ 2. いない→⑭へ

1)-1 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分 ※〇はいくつでも

1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連　2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　4. 循環器関連　5. 心嚢ドレーン管理関連
6. 胸腔ドレーン管理関連　7. 腹腔ドレーン管理関連　8. ろう孔管理関連
9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連　12. 創部ドレーン管理関連　13. 動脈血液ガス分析関連
14. 透析管理関連　15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連　18. 術後 疼痛管理関連　19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連　21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

1)-2 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修 ※〇はいくつでも

1. 在宅・慢性期領域　2. 外科術後病棟管理領域　3. 術中麻酔管理領域
4. 救急領域　5. 外科系基本領域　6. 集中治療領域

1)-3 特定行為研修修了者が行っている活動 ※〇はいくつでも

1. 特定行為を実施している　2. ステーションの管理者として勤務している
3. 主治医との調整を担っている　4. 自ステーションの職員への指導や研修を行っている
5. 他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている
6. 他の看護師と同様の業務をしている　7. その他（　　）

1)-4 実施している特定行為 ※〇はいくつでも

1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連　2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　4. 循環器関連　5. 心嚢ドレーン管理関連
6. 胸腔ドレーン管理関連　7. 腹腔ドレーン管理関連　8. ろう孔管理関連
9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連　12. 創部ドレーン管理関連　13. 動脈血液ガス分析関連
14. 透析管理関連　15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連　18. 術後 疼痛管理関連　19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連　21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

⑭認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者の給与において、手当等で評価する制度はありますか。

1)認定看護師に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない
2)専門看護師に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない
3)特定行為研修修了者に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない

⑮認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者の資格取得のためにどのような支援をしましたか。
※それぞれ〇はいくつでも

1)認定看護師	1. 資格取得に要する費用を補助する　2. 資格取得のための休暇・休業を認める 3. 勤務時間内での受講等を認める　4. その他（　　）
2)専門看護師	1. 資格取得に要する費用を補助する　2. 資格取得のための休暇・休業を認める 3. 勤務時間内での受講等を認める　4. その他（　　）
3)特定行為研修修了者	1. 資格取得に要する費用を補助する　2. 資格取得のための休暇・休業を認める 3. 勤務時間内での受講等を認める　4. その他（　　）

⑯ 利用者急変時の対応に関してお伺いします。

1）利用者の病状や体調が急変した場合の対応について、利用者本人または家族等に事前に説明していますか。※契約説明を含む※〇は1つ

1. 原則として、すべての利用者について説明している
2. 原則として説明しているが、一部の利用者には説明していない
3. 急変の可能性が高いなど、必要と判断した利用者にのみ説明している
4. 説明していない
5. その他（　　）

2）利用者の体調等が急変した場合に備え、どのような対応体制を整えていますか。（あてはまるものすべてに〇）

1. 営業時間内に、利用者・家族等からの連絡を受け付ける体制がある
2. 夜間・休日に、利用者・家族等からの連絡を受け付ける体制がある（24時間連絡体制等）
3. 営業時間内に、緊急訪問（臨時訪問）できる体制がある
4. 夜間・休日に、緊急訪問（臨時訪問）できる体制がある
5. 急変時に相談・連絡する主治医／医療機関（連絡先・手順）を事前に定めている
6. 急変時の対応方針（観察項目、受診・救急要請の目安等）を利用者ごとに整理し、記録・共有している
7. 急変時の受入先／搬送先（救急外来等）を事前に確認している
8. 急変時の情報提供（病状、薬剤、指示内容等）を迅速に行える仕組みがある（情報シート、ICT等）
9. 急変時対応のマニュアル・手順書がある（新人含む）
10. 他事業所・法人内の応援等により、急変対応を補完できる体制がある
11. その他（　　）
12.特に対応体制を整えていない

3）利用者の病状や体調が急変した場合に備え、主治医の所属する医療機関や連携医療機関等と、どのような連携を行っていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 急変時に連絡する医師・医療機関と連絡方法を決めている
2. 医師・医療機関へ連絡する症状や判断基準を共有している
3. 急変時の処置や訪問看護師が行う対応について、あらかじめ指示を受けている
4. 利用者の病状、治療内容、服薬状況等を定期的に共有している
5. 夜間・休日を含む医師・医療機関の対応体制を確認している
6. 急変時の受入先・搬送先となる医療機関をあらかじめ決めている
7. 急変時に臨時往診・緊急訪問等を依頼できる体制を整えている
8. 急変時の対応方針について、カンファレンス等で協議している
9. 急変後の経過や対応結果を医師・医療機関と共有している
10. その他（　　）
11. 特に連携体制を設けていない

《利用者の状況》

⑰令和8年9月から11月の3か月間における、新規利用者数（実人数）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）　※入院の場合を含む	人
3）上記2)のうち、死亡した利用者	人
4）上記2)のうち、入院した利用者	人
5）上記2)のうち、施設入所した利用者	人
6）上記2)のうち、軽快・就労などでサービス終了となった利用者（転居や他事業所への移り替えを除く）	人

⑱令和8年10月1か月間の訪問看護の利用者数（実人数）をご記入ください。	
1）全利用者数（医療保険と介護保険の訪問看護の利用者を合わせた人数）（a+b）	人
a. **医療保険**を算定した利用者数（a−1 + a−2）　参照A	人
a−1. **医療保険のみ**を算定した利用者数	人
a−2. **医療保険**と**介護保険**の両方を同月に算定した利用者数	人
b. **介護保険のみ**を算定した利用者数	人

【以下は、前頁⑰の「**a.医療保険を算定した利用者数（a−1 + a−2）**」（**参照A**）を対象に回答してください。】

2）（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表第7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する利用者数	人
3）（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表第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
4）（**参照A**）のうち、「訪問看護指示書」が交付され、精神疾患（認知症を除く）を有する利用者数	人
5）（**参照A**）のうち、「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人
6）（**参照A**）のうち、「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人
7）上記6）について、利用者が同一建物（同じ住所）に居住している場合のその建物数（合計）	箇所
8）上記7）のうち訪問看護の提供は自ステーションからのみとなっている建物数	箇所

9）上記6）の利用者が居住する建物において、訪問看護と併せてサービスを提供している事業者についてご回答ください。　※選択肢は②を参照	事業者の種類（選択肢番号）	箇所数
		箇所
		箇所
		箇所
		箇所

10）上記6）の利用者のうち、訪問看護事業所と同一敷地内の建物に居住する利用者数	人

11)上記6)の利用者のうち、訪問看護事業所と同一敷地外の建物に居住する利用者数	人
12)（**参照A**）のうち、基本療養費を算定した利用者数 参照B	人
13)（**参照A**）のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者数	人
14)（**参照A**）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
15)（**参照A**）のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人
16)上記15)について利用者が同一建物（同じ住所）に居住している場合のその建物数（合計）	箇所
17)上記16)のうち訪問看護の提供は自ステーションからのみとなっている建物数	箇所
18)（**参照A**）のうち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が単独で1日以上の医療保険の訪問看護を行った利用者数 参照C	人

19)理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護について、貴事業所が提供した内容をお答えください。（あてはまるものすべてに○）（令和8年10月）

1. 基本動作・移動能力の訓練（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行、階段昇降等）
2. 身体機能の維持・向上に向けた訓練（関節可動域、筋力、バランス、持久力等）
3. 日常生活動作（ADL）・生活関連動作（IADL）の訓練（更衣、入浴、排せつ、調理、買物等）
4. 認知機能・高次脳機能に関する支援（注意、記憶、判断、遂行機能等）
5. コミュニケーションに関する訓練・支援（失語、構音、発声、対人コミュニケーション等）
6. 摂食・嚥下に関する評価、訓練・助言（食事姿勢、食形態、嚥下方法等）
7. 福祉用具・装具・住宅環境に関する助言（手すり、段差、動線、自助具等）
8. 本人・家族等への介助方法、生活上の工夫等の指導（移乗、体位変換、転倒予防、生活リズム等）
9. その他（　　）
10. 理学療法士等による訪問看護は提供していない

⑲（**参照A**）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※・その他の人数をご記入ください。
※「医療的ケア児」とは、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を指します。

ⅰ）超重症児	ⅱ）準超重症児	ⅲ）医療的ケア児 ※ ⅰ）・ ⅱ）を除く	ⅳ）その他
人	人	人	人

⑳（**参照A**）のうち、15歳未満の利用者について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数についてご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉑ 上記⑲のうち、6歳未満の利用者について、別表第7及び別表第8に該当する利用者数についてご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉒（**参照A**）のうち、15歳未満の利用者について、次の各サービスの利用者数をご記入ください。

ⅰ）児童発達支援	ⅱ）放課後等デイサービス	ⅲ）居宅訪問型児童発達支援	ⅳ）保育所等訪問支援
人	人	人	人

㉓（**参照A**）のうち、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）別の人数をご記入ください。

自立	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	不明
人	人	人	人	人	人

㉔（**参照A**）のうち、要介護度別の人数をご記入ください。

未申請	要支援1・2	要介護1・2・3	要介護4	要介護5	申請中	非該当	不明
人	人	人	人	人	人	人	人

㉕（**参照A**）のうち、要介護者等（要支援 1～要介護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分別の人数をご記入ください。

自立	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	M	不明
人	人	人	人	人	人	人

㉖ 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者（**参照B**）のうち、GAF尺度別の人数をご記入ください。

100-91	90-81	80-71	70-61	60-51	50-41	40-31
人	人	人	人	人	人	人
30-21	20-11	10-1	0			
人	人	人	人			

㉗（参照A）のうち、妊産婦（妊娠中又は出産後1年以内）数	人
㉘（参照A）のうち、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した利用者についてご回答ください。（令和8年10月）	
1）利用者数	（　　）人

㉙ 上記⑱6）の利用者（「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数をご記入ください。

1）別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2）別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3）別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉚ 上記⑱13）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者数）について、別表第7及び別表第8に該当する利用者数についてご記入ください。

1）別表第7に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2）別表第8に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3）別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉛ 上記⑱15）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数をご記入ください。

1）別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2）別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3）別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉜ 上記⑱6）の利用者（「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、1週間当たりの訪問日数、1週間当たりの訪問回数、1回あたりの平均訪問時間についてご回答ください。（令和8年10月）

1）1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日			
	人	人	人	人	人			
2）1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人
3）1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上				

㉝ 上記⑱15）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、1週間及び1日当たりの訪問回数、1回あたりの平均訪問時間、訪問看護の内容についてご回答ください。

1）1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日			
	人	人	人	人	人			
2）1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人
3）1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上				

㉞ 令和8年10月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数（医療保険）※をご記入ください。

※ここでいう訪問回数とは、基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）及び精神科基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）の算定回数を指す。

		令和8年10月
1）**医療保険による訪問看護**利用者数（記入不要）およびその利用者への延べ訪問回数（利用者数は**（参照A）[⑱1）a.]**対象）	利用者数	⑱ 1）a.参照Aと同じ
	延訪問回数	延べ　　回
1）-1 上記1）のうち、**精神科訪問看護基本療養費**を算定している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は**（参照B）[⑱12）]**対象）	利用者数	⑱ 12）参照Bと同じ
	延訪問回数	延べ　　回
1）-2 上記1）のうち **理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が単独で1日以上の訪問看護を実施**している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は**（参照C）[⑱18）]**対象）	利用者数	⑱ 18）参照Cと同じ
	延訪問回数	延べ　　回

㉟ 令和8年10月の訪問看護基本療養費種別の訪問看護の状況をご記入ください。

1）**訪問看護基本療養費Ⅰの**利用者数	（　　）人

a.1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日			
	人	人	人	人	人			
b.1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人
c.1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上				

㊱ 訪問日数、訪問回数、訪問時間及び利用者数の適切性を、貴ステーションではどのように検討・評価していますか。 ※〇はいくつでも	
1. 訪問看護計画書の作成・見直し時に検討している	2. 定期的なカンファレンスで検討している
3. 管理者が定期的に確認している	4. 主治医と相談して決定・見直ししている
5. 利用者・家族の意向を踏まえて決定している	6. 事例検討を行っている
7. ICT等のシステムを活用して評価している	8. 特に定めた方法はない
9. その他（　　）	

2．届出状況及び訪問看護の体制（令和8年10月１日時点）についてお伺いします。

《介護保険の指定状況》

① 介護保険法の指定状況	1. 指定済み　2. 未指定（指定手続き中）　3. 未指定（指定手続き予定なし）
② 貴事業所における安全管理に関する規定等の整備状況についてご回答ください。（〇はいくつでも）	
1. 安全管理に関する基本方針を策定している	2. 事故発生時の対応方法を規定している
3. 事故発生時の報告体制を規定している	4. 安全管理に関するマニュアルを整備している
5. ヒヤリ・ハット事例を収集・分析する仕組みがある	6. 上記のいずれも実施していない
7. その他（　　）	

②-1 令和8年6月から11月までの間の安全管理に関する研修の受講状況についてご回答ください。				
管理者	1. 受講した	2. 一部受講した	3. 受講していない	4. わからない
その他職員	1. 受講した	2. 一部受講した	3. 受講していない	4. わからない

《事故・ヒヤリハットの状況（医療保険の利用者）》

① 直近１年間での事故の有無	1. あり（　　件数）　2.なし　　3.把握できていない
② ヒヤリ・ハットの有無	1. あり（　　件数）　2.なし　　3.把握できていない
③ 事故があった場合の対応	1.自治体に報告した　2.地域内で周知・共有した　3. 保険者に報告した 4.利用者の家族等に報告した　5.事業所内で共有・研修した 6.その他（　　）
④ ヒヤリ・ハットがあった場合の対応	1.自治体に報告した　2.地域内で周知・共有した　3. 保険者に報告した 4.利用者の家族等に報告した　5.事業所内で共有・研修した 6.その他（　　）

《24時間対応体制加算》

① 24 時間対応体制加算の届出の有無	1. あり　→①-4以降へ　　2. なし　→ ①-1～①-3へ
【上記②で「2.なし」を選んだ場合】	
①-1　24時間対応体制加算の届出意向	1. 届出の予定がある　→①-3へ ⇒内訳：　01　24時間対応体制加算イ　　02　24時間対応体制加算ロ 2. 届出について検討中　→①-2へ 3. 届出の予定はない　→①-2へ
【上記①-1で「2. 届出について検討中」又は「3. 届出の予定はない」を選んだ場合】 ①-2　24 時間対応体制加算の届出を行っていない理由 ※〇はいくつでも	1. 24時間の電話対応の体制をとることが難しい 2. 24時間の訪問の体制をとることが難しい 3. 直接連絡のとれる連絡先を複数確保することが難しい 4. 利用者に説明をして同意を得ることが難しい 5. 営業時間外の電話対応や緊急訪問看護を必要とする利用者が少ない 6. その他（　　）
①-3　24時間対応体制加算の届出を行っていない場合、複数のステーションで連携すれば24時間の体制確保が可能か、ご回答ください。	1. 可能 2. 不可能

《特別管理加算・訪問看護基本療養費》

【上記①で「1.あり」を選んだ場合】

①-4 看護師の負担軽減のために実施している取組 ※〇はいくつでも	1. 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 2. 夜間対応に係る勤務の連続回数を2連続（2回）までとする 3. 夜間対応後の暦日の休日の確保 4. 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 5. ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 6. 電話等による連絡・相談を担当する者への支援体制の確保 7. その他（　　）
①-5 届出の内訳	1. 24時間対応体制加算イ →①-7へ　2. 24時間対応体制加算ロ →①-6へ
【上記①-5で「2. 24時間対応体制加算ロ」を選んだ場合】 ①-6 満たすことができない要件 ※〇はいくつでも	1. 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 2. 夜間対応に係る勤務の連続回数を2連続（2回）までとする 3. 夜間対応後の暦日の休日の確保 4. 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 5. ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 6. 電話等による連絡・相談を担当する者への支援体制の確保 7. その他（　　）

①-7 24時間対応体制の確保のための、**営業時間外の対応の体制**についてご回答ください。
※待機の体制・緊急訪問看護の体制・夜勤専従者の配置の有無について、それぞれ該当するもの1つに〇

＜待機の体制として実施しているもの＞
1. 夜勤体制を組んでいる　2. 輪番制で訪問看護ステーションで待機
3. 輪番制でオンコールで待機　4. 管理者が訪問看護ステーションで待機
5. 管理者がオンコールで待機　6. 他の訪問看護ステーションとの連携による対応
7. その他（　　）

＜緊急訪問看護の体制として実施しているもの＞
1. 電話を受けた者が緊急訪問看護を実施　2. 電話を受けた者以外が緊急訪問看護を実施
3. その他（　　）

＜夜勤専従者の配置の有無＞
1. 夜勤専従者の配置あり　2. 夜勤専従者の配置なし

①-8 24時間対応体制に係る連絡相談を担当する職員の職種について、ご回答ください。
1. 保健師又は看護師　→①-9へ　2. その他の職員　→①-11へ

①-9 上記①-8で「1」を選択した場合、その他の職員を担当者とする意向はありますか。
1. その他の職員を担当者とする予定がある　→②へ
2. その他の職員を担当者とすることについて検討中　→①-10へ
3. その他の職員を担当者とする予定はない　→①-10へ

【上記①-9で「2. その他の職員を担当者とすることについて検討中」または「3. その他の職員を担当者とする予定はない」を選択した場合】
①-10 連絡相談を担当する職員を保健師又は看護師以外の職員にしていない理由をご回答ください。
※〇はいくつでも

1. 保健師又は看護師以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルを整備することが難しい
2. 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制を整備することが難しい
3. 利用者及び家族等への説明と同意を得ることが難しい
4. 貴事業所の保健師又は看護師以外の職員による連絡相談の担当者を配置することが難しい
5. 連絡相談するためのその他の職員を配置しても、その職員が連絡相談以外に担当する業務がないため難しい
6. その他（　　）

①-11 上記①-8で「2.その他職員」を選択した場合、保健師又は看護師の負担軽減についてご回答ください。
1.負担が減った　2.負担は変わらない　3.負担が増えた

② 特別管理加算の届出の有無	1. あり　2. なし
③ 訪問看護基本療養費の注2、注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無 ※「1.あり」の場合は、01～04 のうち該当するもの全てに〇	1. あり ⇒（01. 緩和ケア　02. 褥瘡ケア 03. 人工肛門ケア・人工膀胱ケア 04. 特定行為研修（褥瘡管理関連）） 2. なし

《機能強化型訪問看護管理療養費》

④ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無　※「1.あり」の場合は、01～03 のうち該当するもの1つに○

1. あり ⇒内訳（ 01. 機能強化型1　02. 機能強化型2　03. 機能強化型3　04.機能強化型4） →④-1・④-2へ
2. なし　→④-3へ

【④で「1. あり」を選択した場合】

④-1 人材育成のための研修等の実施状況　※○はいくつでも

1. 看護学生を対象とした実習の受入れ
2. 病院もしくは地域において在宅療養を支援する医療従事者等の知識及び技術等の習得を目的とした研修
3. 地域の訪問看護ステーションと連携した業務継続計画の策定、研修及び訓練の主催
4. 地域の医療従事者等に対する同行訪問による訪問看護研修
5. その他（　　）

④-2 地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績 ※それぞれ○はいくつでも

【提供先】

1. 地域の医療機関　2. 訪問看護ステーション　3. 住民　4. 介護サービス事業所
5. 障害福祉サービス事業所　6. 学校等　7. その他（　　）

【実施している内容】

1. 情報提供　⇒内容：
2. 相談

01. 自訪問看護ステーションの利用方法
02. 自訪問看護ステーションの提供内容
03. 訪問看護利用者の事例
04. 認知症に関する普及啓発
05. 障害に関する普及啓発
06. 介護保険制度や介護保険サービスに関する普及啓発
07. 障害福祉制度や障害福祉サービスに関する普及啓発
08. その他（　　）

【④で「2. なし」を選択した場合】

④-3 今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向

1. 届出の予定がある
   ↳予定がある届出：該当する番号に○ （ 機能強化型訪問看護管理療養費　1 ・ 2 ・ 3・ 4 ）
   → ⑤へ
2. 届出について検討中　→④-4へ
3. 届出の予定はない　→④-4へ

【④-3で「2.届出について検討中」又は「3.届出の予定はない」を選択した場合】

④-4 機能強化型訪問看護管理療養費の届出を行っていない場合、満たせない要件　※○はいくつでも

1. 常勤の看護職員数　2. 看護職員割合　3. 24時間対応
4. ターミナルケアの実施　5. 重症児の受入れ
6. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第7）の受入れ
7. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第8）の受入れ
8. 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者の受入れ
9. 居宅介護支援事業所の設置
10. 居宅介護支援事業所における介護サービス計画等の作成
11. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の設置
12. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所におけるサービス等利用計画等の作成
13. 休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施
14. 退院時共同指導加算の算定実績
15. 同一敷地内・同一開設者の保険医療機関における主治医の割合
16. 地域の保険医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
17. 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションへの研修の実施
18. 地域の訪問看護ステーションや住民などへの情報提供や相談の実績
19. 専門の研修を受けた看護師の配置
20. 要件は満たしているが届出はしない

《訪問看護管理療養費》

⑤ 訪問看護管理療養費1（イ～ニ）の届出の意向	1. 意向あり今後届出予定　2. 意向はあるが届出は未定 3. 意向はなく届出の予定もない

《専門管理加算》

⑥ 専門管理加算の届出の有無	1. あり　→⑥-1へ　2. なし　→設問「3」へ

【⑥で「1. あり」を選択した場合、以下にご回答ください。】 ⑥-1　専門管理加算を算定した利用者数をご記入ください。（令和8年10月の1か月）	人

3．精神科訪問看護の届出状況（令和8年10月1日時点）及び算定状況等についてお伺いします。

【精神科訪問看護の実施状況について、全ての事業所がご回答ください。】

①　精神科訪問看護基本療養費の届出の有無	1. あり　　2. なし　→p.10の「4」へ

【①で「1.あり」を選択した場合】
1）精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者の届出状況についてご回答ください。
※複数該当している場合は、該当するものそれぞれに人数を計上してください。

1）精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者数	人	
	該当者数	精神科訪問看護に関する要件研修の修了者数※
2）1）のうち、精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験のある者	人	人
3）1）のうち、精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験のある者	人	人
4）1）のうち、精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験のある者	人	人
5）1）のうち、精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修を修了した者	人	人
6）5）のうち、2）～4）いずれにも該当せず5）のみに該当している者	人	人

①-1　精神科訪問看護に関する要件研修の受講状況についてご回答ください。	1. 管理者・職員とも受講している 2. 管理者のみ受講している 3. 一部職員のみ受講している 4. 管理者・職員とも受講していない

②-1 精神科訪問看護において、看護職員による対応が特に必要と考えるものをご回答ください。
（あてはまるものすべてに○）

1. 精神症状のアセスメント　2. 自傷・他害リスクの評価　3. 精神状態の変化の早期発見
4. 薬物療法の評価及び副作用の観察　5. 身体合併症の管理　6. 危機介入
7. 家族への看護的支援　8. 主治医への報告・相談　9. 多職種間の医療的調整
10 その他（　　）

②-2 精神科訪問看護で実施している支援のうち、他職種でも対応可能と思われるものをご回答ください。（あてはまるものすべてに○）

1. 行政手続きの支援　2. 福祉サービス利用支援　3. 就労支援　4. 生活相談
5. 金銭管理支援　6. 居住支援　7. 買い物支援　8. その他（　　）
9. 特にない

②-3 1回当たりの平均実施時間 ※○は1つ	1. 30分未満　2. 30～60分未満　3. 60～90分未満　4. 90分以上

②-4　精神科訪問看護指示書に基づき、主治医（指示医療機関）へどのような内容を主に報告していますか。
（あてはまるものすべてに○）

1. 精神症状の経過（不安、抑うつ、幻覚妄想、興奮、自傷他害リスク等）
2. 服薬状況・副作用（服薬遵守、飲み忘れ、過量内服の懸念、眠気等）
3. 生活状況・生活リズム（睡眠、食事、清潔、金銭管理、家事、日中活動等）
4. 対人関係・社会参加の状況（家族関係、対人トラブル、就労・通学、外出等）
5. 身体状態・身体合併症の状況（バイタル、生活習慣、通院状況、身体症状等）
6. 社会資源の利用状況・調整（障害福祉サービス、相談支援、行政手続き、ケア会議等）
7. 急変・危機対応の状況（増悪兆候、緊急連絡・緊急訪問、救急搬送の有無等）
8. 看護計画・介入内容と評価（実施した支援、本人の反応、課題、次回方針等）
9. GAF尺度（またはそれに準ずる尺度）の評価結果
10. その他（具体的に：　　）
11. 主治医への定型的な報告は行っていない／必要時のみ（※単一選択）

②-5 精神科訪問看護において、GAF尺度をどの程度活用していますか。（○は1つ）

1. 原則として全利用者に実施している　2. 一部の利用者に実施している（対象を決めている）　3. 必要時のみ実施している（状態変化時等）
4. 過去に実施していたが、現在は実施していない　5. 実施していない（導入していない）

③ 精神科複数回訪問加算の届出の有無	1. あり　2. なし
④ 精神科重症患者支援管理連携加算の届出の有無	1. あり → ④-1へ　2. なし → ④-3へ

【④で「1. あり」を選択した場合】

④-1 1. ⑱ 12）**（参照B）**（P.6参照）のうち、**精神科重症患者支援管理連携加算**を算定した利用者数をご記入ください。

1） イ：精神科在宅患者支援管理料2のイを算定した利用者数 （令和8年10月）	人
2） ロ：精神科在宅患者支援管理料2のロを算定した利用者数 （令和8年10月）	人

【④-1で精神科重症患者支援管理連携加算の算定利用者数が0人の場合】

④-2 精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない理由をご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 精神科在宅患者支援管理料を算定した利用者がいない
2. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
3. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
4. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
5. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
6. 支援計画の内容を利用者、家族等に文書で説明をすることが難しい
7. カンファレンスでビデオ通話を使用する場合、個人情報の共有について、利用者の同意を得ることが難しい
8. その他（　　）

【④で「2. なし」を選択した場合】

④-3 届出を行っていない理由をご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 精神科訪問看護基本療養費の届出をしていない
2. 24時間対応体制加算の届出をしていない
3. 精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が、24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行う体制を確保できていない
4. 対象となる利用者が少ない（いない）
5. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の要件をクリアすることが難しい
6. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の要件をクリアすることが難しい
7. 支援計画の内容について、利用者、家族等に文書で説明して同意を得ることが難しい
8. その他（具体的に：　　）

⑤ 身体合併症に対応していますか。

1. 対応している →⑤-1～⑤-3へ　2. 対応していない →⑥へ

【⑤で「1. 対応している」を選択した場合】

⑤-1 対応している場合、主な疾患を以下より選択してください。※〇はいくつでも

1.代謝系疾患（糖尿病、高脂血症）　2.循環系疾患（高血圧、脳血管疾患、心疾患）
3. 皮膚疾患　4. 骨折・筋骨系疾患
5. 難病等　6. 悪性新生物(癌)
7. その他（　　）

⑤-2 身体合併症に対する医療ケアの内容を選択してください。※〇はいくつでも

1. 観察・モニタリング　2. 服薬管理
3. 処置・検査　4. その他（　　）

⑤-3 下記の状態等の利用者への対応の可否をご記入ください。 ※対応可能なものに〇

在宅麻薬等注射指導管理		在宅成分栄養経管栄養法指導管理	
在宅腫瘍化学療法注射指導管理		在宅自己導尿指導管理	
在宅強心剤持続投与指導管理		在宅人工呼吸指導管理	
在宅気管切開患者指導管理		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	
気管カニューレ		在宅自己疼痛管理指導管理	
留置カテーテル		在宅肺高血圧症患者指導管理	
在宅自己腹膜灌流指導管理		人工肛門・人工膀胱	
在宅血液透析指導管理		真皮を越える褥瘡	
在宅酸素療法指導管理		在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定	
在宅中心静脈栄養法指導管理			

⑥ 精神科訪問看護の届出をしている訪問看護ステーションのみご回答ください。
（参照B）（P.6参照）のうち、**複数名精神科訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和8年10月の1か月間） ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a.保健師、看護師	b.作業療法士	c.准看護師	d.看護補助者	e.精神保健福祉士
⑥-1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人	人
⑥-2 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人	人
⑥-3 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	人	人	人	人	人
⑥-4 その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人	人
	（具体的に： ）				

《複数名訪問看護加算》

① **（参照A）**（P.5参照）のうち、**複数名訪問看護加算**を算定した利用者数（複数名精神科訪問看護加算は含まない）を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和8年10月の1か月間）
※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a. 保健師、助産師、看護師	b. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	c. 准看護師	d. 看護補助者
1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者	人	人	人	人
2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者	人	人	人	人
3) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者	人	人	人	人
4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人
5)利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人
6) その他、利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人
	（具体的に： ）			

《訪問看護ターミナルケア療養費》

② 令和8年の6～11月の6か月間の**訪問看護ターミナルケア療養費**を算定した人数についてご回答ください。
※小児は15歳未満とする。

	令和8年6～11月
1） 訪問看護ターミナルケア療養費1	人
うち、小児の利用者	人
2） 訪問看護ターミナルケア療養費2	人
うち、小児の利用者	人

3）訪問看護ターミナルケア療養費の対象となる利用者に対し、提供した内容をお答えください。（令和8年10月）
（あてはまるものすべてに〇）

1. 症状緩和（疼痛、呼吸困難、悪心・嘔吐、不眠、不安等）に関する観察・ケア
2. 医師の指示に基づく医療処置（例：注射、点滴管理、カテーテル管理、褥瘡処置等）
3. 服薬管理・薬剤調整に関する支援（服薬状況の確認、副作用観察、薬局等との情報共有）
4. 口腔ケア、清潔ケア、体位変換等の日常生活の援助・苦痛緩和ケア
5. 意思決定支援（ACPを含む）・療養方針の確認（本人・家族との話し合い支援）
6. 家族への介護指導・心理的支援（看取りへの準備を含む）
7. 緊急時対応（24時間連絡、緊急訪問、救急要請判断の支援等）
8. 主治医・関係機関との連携（連絡体制、カンファレンス、看取り体制の調整等）
9. 死後の処置、死亡時の対応・家族支援（グリーフケアを含む）
10. その他（ ）
11. 上記の療養費に該当する利用者はいない／算定していない

4）訪問看護ターミナルケア療養費における、主な課題をお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. 夜間・休日を含むオンコール／緊急訪問の負担が大きい
2. 人員不足により、複数名訪問や連続訪問などが組みにくい
3. 利用者の急変時の判断・対応（症状緩和、救急要請判断等）の心理的負担が大きい
4. 医師との連携（指示受け、往診依頼、看取り時の段取り等）が円滑でない
5. 症状緩和に必要な医療処置・薬剤管理（疼痛コントロール等）への対応が難しい
6. 家族支援（介護指導、看取りの準備、グリーフケア等）の負担が大きい
7. 多職種・関係機関との調整（ケアマネ、施設、薬局、病院等）が煩雑
8. 記録・請求・算定要件の確認など事務負担が大きい
9. 移動距離・訪問時間が長く、採算性・効率面で負担が大きい
10. ハラスメント／クレーム対応などリスク対応の負担がある
11. その他（　　）
12. 特に課題はない

5）上記1)及び2)で**訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない事業所**はその理由をご回答ください。
※○はいくつでも

1. 死亡前15日間に2回以上、訪問看護の基本療養費を算定する要件のクリアが難しい
2. ターミナルケアの支援体制について利用者や家族等に説明をすることが難しい
3. 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等をふまえ、利用者や家族等と医療・ケアチームによる十分な話し合いにより、利用者本人の意思決定を基本にターミナルケアを実施することが難しい
4. 利用者の自己負担額が大きくなることに利用者、家族等の理解と納得を得ることが難しい
5. 介護保険のターミナルケア加算の算定を行った
6. 当該期間中にターミナルケアが必要な利用者がいなかった
7. ターミナルケアを実施するための人員確保が難しい
8. その他（具体的に：　　）

《退院支援指導加算》

③（**参照A**）（P.5参照）のうち、退院支援指導加算を算定した利用者はいますか。

1. いる　→③-1へ　　2. いない　→④へ

【③で「1.いる」を選択した場合】
③-1 退院支援指導加算を算定した利用者数（実人数）についてご記入ください。

1）算定した利用者数	人
2）上記1)のうち、1回の訪問で90分を超える指導をした利用者数	人
3）上記1)のうち、複数回の訪問で90分を超える指導をした利用者数	人

③-2 退院支援指導加算を算定した利用者又は精神科病院等から退院した利用者に対し、実施した支援内容をご回答ください。※○はいくつでも

1. 退院前カンファレンスへの参加　2. 退院直後の訪問看護　3. 服薬継続支援
4. 受診継続支援　5. 家族支援　6. 居住先の調整・確保支援
7. 障害福祉サービス利用調整　8. 相談支援専門員等との連携　9. 就労・就学支援
10. 地域生活継続に向けた支援　11. その他（　　）

《訪問看護ステーションにおける理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との連携状況等》

④（**参照C**）（P.4参照）で理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が単独で1日以上の訪問看護を実施している実績がある場合、ご回答ください。

1）看護職員と理学療法士等※1の具体的な連携の方法として行っているもの　※○はいくつでも
※1（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に看護職員と理学療法士等が一緒に参加している
2. 訪問看護開始後、看護職員と理学療法士等で定期的にカンファレンスを開催している
3. 看護職員と理学療法士等が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している
4. 看護職員が理学療法士等と協力して同じ訪問看護の目標を共有している
5. 理学療法士等のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成している
6. 看護職員が理学療法士等と協力して各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行っている
7. その他（具体的に：　　）

《訪問看護遠隔診療補助料》

⑤利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)の実施状況

⑤-1 利用者の自宅に訪問看護ステーションの看護師等が訪問しビデオ通話が可能な通信機器を用いて診療を行った実績と、訪問看護遠隔診療補助料の算定の有無についてご回答ください。(令和8年5月～令和8年10月の6か月間)

1.実績があって補助料を算定している　2.実績があるが補助料は算定していない　3. 実績がない→設問5へ

⑤-2 訪問看護ステーションの看護師等による定期的な訪問看護の時間又はそれと連続する時間帯において、情報通信機器を用いた診療を実施し、訪問看護基本療養費を算定した回数をご回答ください。(令和8年5月～令和8年10月の6か月間)	回

⑤-3 オンライン診療1回当たりの 看護職員の平均対応時間※をご回答ください。

※「**対応時間**」**とは、**情報通信機器の設定や事前準備、オンライン診療への同席、診療後の療養指導等を含めた一連の対応時間とする。

1. 15分未満　2. 15～30分未満　3. 30～60分未満　4. 60分以上

⑤-4 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者について、それぞれ人数および対応時間をご回答ください。(該当する利用者がいない場合は「0」)(令和8年5月～令和8年10月の6か月間)

1) 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
2) 1)のうち、訪問看護計画に基づく定期的な訪問(訪問看護)として、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
3) 1)のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
4) 1)のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
5) 1)のうち、2)～4)に該当しない場合に実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
6) 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者のうち、同一建物に訪問看護を実施した利用者が2名以上いる場合の延べ利用者数	(　　)人 (　　)分

【上記⑤-4 5) が1人以上いる場合】

⑤-5 他に該当しない場合に実施した利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)について、ご回答ください。

1) 具体的な状況をご回答ください。

2) 具体的な居宅サービス等についてご回答ください。

【上記⑤-4 6) が2人以上いる場合】

⑤-6 同一建物に居住する利用者の居宅サービスの種類について、ご回答ください。※○はいくつでも

01 サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホーム　02 特別養護老人ホーム
03 軽費老人ホーム　04 認知症対応型共同生活介護　05 共同生活援助(グループホーム)
06 その他

【⑤-1で「1」または「2」を選択した(D to P with N の実績がある)場合】

⑤-7 実施した診療の補助行為(検査･処置等)として、当てはまるものをご回答ください。※○はいくつでも

01 血液検査　02 尿検査　03 咽頭拭い液を用いた検査　04 超音波検査
05 心電図　06 培養検査　07 皮内･皮下･筋肉内注射　08 点滴注射
09 創傷処置　10 酸素吸入　11 皮膚への軟膏処置　12 バルーンカテーテル管理
13 導尿　14 摘便　15 その他　16 診療の補助行為はいずれも行っていない

【⑤-1で「1」または「2」を選択した(D to P with N の実績がある)場合】

⑤-8 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者について、診療を行った状況についてご回答ください。※○はいくつでも

01 定期的に訪問診療を行っている利用者に対する定期的な診察
02 定期的に外来診療を行っている利用者に対する定期的な診察
03 定期的に訪問診療を行っている利用者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察
04 定期的に外来診療を行っている利用者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察
05 定期的な診察を行っていない利用者が発熱等で急な症状を呈した際の診察
06 その他

【⑤-8で「3」「4」「5」のいずれか1つ以上が該当した場合】
⑤-9 予定外の診察を行った理由として、当てはまるものについてご回答ください。※○はいくつでも

01 感冒･呼吸器感染症･尿路感染症による発熱　02 01以外による発熱　03 消化器症状(嘔気･嘔吐)
04 呼吸困難感　05 疼痛症状　06 内服薬等の副作用症状
07 創傷･皮症状のトラブルや変化(褥瘡処置を含む)　08 排尿･排便異常、尿道カテーテルのトラブル
09 転倒後の状態確認　10 出血(血痰、血便)　11 血圧異常
12 意識レベルの変化　13 その他

【⑤-1で「2」を選択した(Dto P with N の実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料は算定していない)場合】
⑤-10 実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料を算定しない理由についてご回答ください。※○はいくつでも

01 施設基準の届出を行っていないため
02 在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する利用者であって通院が困難なものに該当しないため
03 訪問看護ステーションの看護師等による定期的な訪問看護の時間又はそれと連続する時間帯において、情報通信機器を用いた診療を実施したため
04 利用者、家族の同意が得られなかったため
05 訪問看護ステーションの看護師等以外の補助により情報通信機器を用いた診療を実施したため
06 その他

⑤-11利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)における課題　※○はいくつでも

1. 対象利用者が少ない　2.連携する保険医療機関の確保が難しい　3. 医師との日程調整が難しい
4. 通信環境の整備が難しい　5.ICT機器の導入・維持費用の負担が大きい　6. 利用者・家族の理解を得ることが難しい
7. 看護職員の業務負担が大きい　8. 診療補助の役割が不明確である　9. 緊急時対応に不安がある
10. 特に課題はない　11. その他（　　）

5．貴事業所と関係機関との連携状況等

①（参照A）（P.5参照）のうち、令和8年10月の訪問看護情報提供療養費を算定しなかったが、他機関に情報提供を行った利用者について、ご回答ください。

1) 当該利用者数　　人

【1)の人数が1人以上の場合】
2) 算定できなかった理由　※○はいくつでも

1. 算定対象となる利用者ではなかったから（具体的な疾患名や状態：　　）
2. 算定対象となる情報提供先ではなかったから（具体的な情報提供先：　　）
3. 算定回数の上限を超えていたから（具体的な頻度を記載※1：　　）
※1：例. 1学期あたりに1回、入院の都度など
4. その他（　　）

②医療機関･地域の医療･介護･障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等として実施しているものをご回答ください。（研修、地域ケア会議、実習生の受け入れ等）　※○はいくつでも

1. 利用者が入院又は退院する際の入院医療機関との連絡・調整
2. 介護サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
3. 障害福祉サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
4. 個別の利用者に関する他の医療機関への情報照会
5. 個別の利用者に関する介護支援専門員等の介護サービス事業所への情報照会
6. ネットワークを有する他の医療機関・介護関係者等との定期的な情報交換
7. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整
8. 医療・介護・障害福祉に関する研修の開催
9. 医療・介護・障害福祉に関する研修への参加
10. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、個別ケースの検討会議等）への参加
11. 医療機関等と相互の人材交流の取組の実施
12. 医療機関等から訪問看護に関する研修等の受入れ
13. 看護学生等の実習生の受け入れ　⇒内訳：（ 01　看護師養成課程　02　保健師養成課程　03　助産師養成課程）
14. 障害等に関する普及啓発活動
15. 自治体事業（在宅医療・介護連携推進事業等）を受託している　⇒事業名（　　）
16. 医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」※2に位置づけられている
17 その他（具体的に：　　）
18. 特に行っている取組はない

※２：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について）
https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf

③ 残薬の状況の確認について、ご回答ください。	
1）利用者の残薬の状況を確認していますか。 ※〇は1つ	1. 全ての利用者について確認している 2. 必要と判断した利用者について確認している 3. ほとんど確認していない 4. 確認していない
2）残薬の状況を確認する頻度 ※〇は1つ	1. 訪問の都度　2. 月1回以上　3. 状態変化時のみ 4. その他（　　）
3）残薬確認時に実施している内容 ※〇はいくつでも	1. 残薬数の確認　2. 服薬状況の確認 3. 飲み忘れの確認　4. 重複処方の確認 5. 主治医への情報提供　6. 保険薬局への情報提供 7. その他（　　）
4）残薬の状況を確認する上での課題 ※〇はいくつでも	1. 確認に時間を要する 2.利用者本人の服薬状況が把握しにくい 3. 主治医との情報共有が難しい 4. 保険薬局との情報共有が難しい 5. 対応に係る評価が十分でない 6. 特に課題はない 7. その他（　　）
④ 主治医及び保険薬局との連携状況について、ご回答ください。	
1）残薬が確認された場合の主な連携先 ※〇はいくつでも	1. 主治医　2. 保険薬局 3. 主治医及び保険薬局の双方 4. その他（　　） 5. 特に連携していない
2）連携内容 ※〇は1つ	1. 残薬状況の共有　2. 処方内容の見直し依頼 3. 服薬支援方法の検討 4. 服薬アドヒアランスに関する情報共有 5. その他（　　）

6．レセプト請求方法

①レセプトコンピューターの導入状況（令和 8 年 10 月末時点）	1. 開始している　2. やむを得ない事情で開始できていない
②レセプトのオンライン請求の実施状況（令和 8 年 10 月末時点）	1. 開始している　2. やむを得ない事情で開始できていない

③レセプト請求（レセコン導入・利用、オンライン請求を含む）に関して、感じている課題をお答えください。（あてはまるものすべてに〇）

1. レセコン/請求ソフトの導入・更新費用（初期費用、月額費用）
2. PC・ネットワーク等の環境整備（回線、端末、セキュリティ）が負担
3. 職員の操作習得・引継ぎが難しい（人材入替、教育コスト）
4. 入力作業・チェック作業が煩雑（記録→請求の転記が多い、二重入力）
5. 算定要件の判断が難しい（加算・指示書・訪問時間等の整合確認）
6. 返戻・査定が発生しやすい/原因分析が難しい
7. 電子カルテ・記録システム等との連携が弱い（データ連携できない）
8. オンライン請求の運用が不安定（送信エラー、締切前の負荷、サポート不足）
9. 制度改定時のマスタ更新・設定変更の対応が遅い/難しい
10. 外部委託・本部一括処理のため、事業所側で内容確認がしにくい
11. 個人情報保護・セキュリティ対応（権限管理、ログ管理等）が負担
12. 特に課題はない
13. その他（　　）

7．訪問看護記録

①訪問看護記録（計画・実施記録・報告等）の主な記録方法をお答えください。（〇は1つ）

1. 紙のみで記録している	2. 紙と電子を併用している
3. 電子のみで記録している	

②電子的方法（電子記録システム等）の導入状況をお答えください。（〇は1つ）

1. 導入済　2. 未導入

③（電子的方法を導入している場合）訪問看護記録を電子保存するにあたり、以下の「3原則（真正性・見読性・保存性）」への対応として実施している取組をお答えください。　（あてはまるものすべてに○）

【真正性】
1. 利用者ID・職員IDでのログイン管理（共用IDを用いない）
2. 権限管理（閲覧・編集・承認等の権限を役割別に設定）
3. 監査ログ（誰がいつ閲覧・編集したか）の保存・確認が可能
4. 記録の確定（ロック）や訂正履歴が残る機能を用いている

【見読性】
5. 画面上で必要な記録を検索・閲覧できる
6. 必要時に印刷またはPDF等で出力できる（監査・家族説明等）

【保存性】
7. 定期バックアップ（自動バックアップを含む）を実施している
8. 障害時の復旧手順（BCP等）を定めている／復旧テストを実施している
9. 保存期間を定めて運用している（システム更新時の移行手順を含む）
10. 外部保存（クラウド等）の場合、契約・運用でデータ保全を担保している
11. その他（　　）
12. 3原則への具体的な対応状況は把握していない／確認していない

8．訪問看護医療情報連携加算

①訪問看護医療情報連携加算の届出状況についてご回答ください。	1. 届出あり　　2. 届出なし　→設問9へ

②情報連携を行っている関係機関の種類についてご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 病院　2. 診療所　3. 歯科診療所　4. 薬局　5. 居宅介護支援事業所
6. 訪問介護事業所　7. 通所系サービス事業所　8. 介護保険施設　9. 障害福祉サービス事業所
10. その他（　　）

③情報連携を行っている関係機関数をご記入ください。	（　　）機関

④訪問看護医療情報連携加算に係る情報連携により得られた効果についてご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 利用者情報の共有が円滑になった　2. 緊急時の対応が円滑になった　3. 退院支援が円滑になった
4. 多職種連携が促進された　5. 業務負担が軽減した　6. 特にメリットは感じていない
7. その他（　　）

⑤訪問看護医療情報連携加算に係る情報連携に当たり課題となっていることについてご回答ください。
※○はいくつでも

1. システム導入・維持費用の負担　2. 関係機関ごとにシステムが異なる　3. 個人情報保護への対応
4. 関係機関側の利用が進んでいない　5. 入力・運用の事務負担が大きい　6.ICTに対応できる人材が不足している
7. 特に課題はない　8. その他（　　）

9．ICT（情報通信技術）の活用状況

① 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と常時情報を閲覧可能なシステムによるICT連携の体制はありますか。

1. ある

活用しているICT ※○はいくつでも	01 メール 02 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている） 03 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている） 04 医療従事者用SNS（訪問看護ステーションや法人内のみでの運用） 05 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用） 06 グループチャットアプリ　07 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） 08 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 09 その他（具体的に：　　）
運営元 ※○はいくつでも	01 都道府県　02 医師会　03 民間企業　04 その他（　　）

2. ないがそれ以外の方法で情報を共有している　　3. 情報共有していない

② 地域医療情報連携ネットワーク※1への参加の有無

※1：「地域医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

1. 参加あり　　2. 参加なし

※1：「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる「医療を提供しているが医療資源の少ない地域」

都道府県	市区町村
北海道	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新 ひだか町
	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、 礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西 興部村、雄武町
	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊 町
	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	大船渡市、陸前高田市、住田町
	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町、東成 瀬村
山形県	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭 川村、戸沢村
埼玉県	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
東京都	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、 八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡市
石川県	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	大野市、勝山市
山梨県	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
岐阜県	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町
滋賀県	高島市
奈良県	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	真庭市、新庄村
香川県	小豆郡(土庄町、小豆島町)
長崎県	五島市
	小値賀町、新上五島町
	壱岐市
	対馬市
鹿児島県	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古島市、多良間村
	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

質問は以上です。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。
令和9年1月22日（金）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

精神特化型

ID番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

訪問看護調査（施設票・精神特化型）

※ この調査票は、訪問看護ステーションの管理者に、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。

※ 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、設問内で指定がある場合のみ、含めて記入してください。

※ 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「－」を必ずお書きください。

※ 特に断りのない場合は、令和8年10月1日時点の状況についてご記入ください。

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

1．貴事業所の概要、人員体制、利用者の状況についてお伺いします。

《概要》

① 開設者

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. 農業協同組合および連合会
9. 消費生活協同組合および連合会
10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）
11. 特定非営利活動法人（NPO）
12. その他（具体的に：　　）

② 同一法人・同一敷地内の医療・介護施設・事業所

②-1 貴事業所と**同一法人（同系列を含む）**が有する医療・介護施設・事業所

※**【選択肢】**より該当する番号を全て記入

※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、16と20両方の番号に○。

②-2 上記②-1のうち、貴事業所と同一敷地内又は隣接※している医療・介護施設・事業所については、②-1で記載した番号に○をつけてください。

※**「隣接」**とは、敷地外であるが隣り合った場所にある施設を指す（公道等を挟んだ隣接も含む）

【選択肢】

1. 病院
2. 診療所
3. 介護老人保健施設
4. 助産所
5. 訪問看護ステーション（貴事業所以外）
6. 特別養護老人ホーム
7. 介護医療院
8. 居宅介護支援事業所
9. 通所介護事業所
10. 療養通所介護事業所
11. 地域包括支援センター
12. 訪問介護事業所
13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
14. 小規模多機能型居宅介護
15. 看護小規模多機能型居宅介護
16. 有料老人ホーム
17. 軽費老人ホーム
18. 養護老人ホーム
19. サービス付き高齢者向け住宅
20. 特定施設入居者生活介護
21. 認知症対応型共同生活介護
22. 共同生活援助（グループホーム）
23. 特定相談支援事業所
24. 障害児相談支援事業所
25. 児童発達支援
26. 放課後デイサービス
27. 居宅訪問型児童発達支援
28. 保育所等訪問支援
29. その他（具体的に：　　）

②-3 貴事業所と特別の関係※にある事業者がある場合は、以下をご回答ください。

※**【選択肢】**より該当する番号を記入

※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

事業者の種類（選択肢番号）	箇所数
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所

②-4 貴事業所の利用者に対して、民間の紹介業者や紹介サービスを通じてサービスを紹介することはありますか。利用したことがある事業者・サービスについてご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 高齢者向け住まい紹介事業者
2. 医療・介護関係者による紹介サービス
3. 民間の入居相談・紹介事業者
4. インターネットによる紹介サービス
5. その他（　　）
6. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介したことはない
7. わからない

②-4-1 民間の紹介業者や紹介サービスを利用した理由をご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 紹介先の迅速な確保
2. 利用者・家族の希望への対応
3. 専門的な相談・助言の活用
4. 利用者がサービス先を探す負担の軽減
5. 契約・利用開始の手続きの支援
6. 自施設で対応できないニーズへの対応
7. その他（　　）

②-5 民間の紹介業者や紹介サービスを通じて、貴事業所に利用者を紹介されたことはありますか。紹介を受けたことがある事業者・サービスについてご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 高齢者向け住まい紹介事業者
2. 医療・介護関係者による紹介サービス
3. 民間の入居相談・紹介事業者
4. インターネットによる紹介サービス
5. その他（　　）
6. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介を受けたことはない
7. わからない

②-5-1 民間の紹介業者や紹介サービスを利用した理由をご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 新規利用者の獲得
2. 営業活動の負担軽減
3. 自施設で対応可能な利用者とのマッチング
4. その他（　　）

②-6 令和8年10月の利用者のうち、紹介業者を通じて紹介された利用者数をご記入ください。

利用者数（　　）人

③ 訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月
④ サテライト事業所の有無と、ある場合はその設置数 ※「1. あり」の場合、箇所数を記入。	1. あり→（　　）箇所　2. なし
⑤ 貴事業所は医療保険の「特別地域訪問看護加算」に係る地域にありますか。 ※過疎地等で厚生労働大臣が定める地域に限る	1. はい　2. いいえ
⑤-1 令和8年10月において、特別地域訪問看護加算を算定した利用者はいますか。	1. いる　2. いない →⑤-4へ
⑤-2 令和8年10月において、特別地域訪問看護加算を算定した利用者数をご記入ください。	1. 医療保険のみを算定した利用者数（　　）人 2. 医療保険と介護保険の両方を同月に算定した利用者数（　　）人

⑤-3 令和8年10月における特別地域訪問看護加算の算定回数をご記入ください。

a：指定地域内の訪問看護ステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道1時間以上	回
b：指定地域外の訪問看護ステーションの看護師等が指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道1時間以上	回
c：指定地域内のステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道30分以上	回
d：指定地域内のステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が往復移動時間＋訪問実施時間の合計が2時間30分以上	回

⑤-4 特別地域における訪問看護の提供に当たり、課題となっていることをご回答ください。※○はいくつでも

1. 看護職員の確保が難しい
2. 移動距離・移動時間の負担が大きい
3. 24時間対応体制の確保が難しい
4. 利用者数が少ない
5. 関係機関との連携が難しい
6. 現行の評価が十分ではない
7. その他（　　）
8. 特に課題はない

⑤-5 特別地域訪問看護加算の算定に当たり、課題となっていることをご回答ください。※○はいくつでも

1. 算定要件の確認・管理が負担である
2. 利用者や家族への説明が難しい
3. 算定対象となる利用者が少ない
4. 算定に必要な記録・書類の作成が負担である
5. 算定可否の判断が難しい
6. 請求・事務処理が負担である
7. 現行の評価が十分ではない
8. その他（　　）
9. 特に課題はない

⑥ 貴事業所は医療資源の少ない地域※1に該当しますか。 ※1巻末に記載	1. はい　2. いいえ
【⑤で「1. はい」又は⑥で「1. はい」を選択した場合】 ⑦ 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応の体制を確保し、24時間対応体制加算を算定した利用者がいますか。（令和8年10月の1か月間）	1. いる →（　　）人 2. いない

⑧ 貴事業所は介護保険の訪問看護費の「中山間地域等の小規模事業所加算」の対象地域にありますか。	1. はい 2. いいえ
⑨ 業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の策定状況	1. 業務継続計画を策定済み（発動したことがある） 2. 業務継続計画を策定済み（研修・訓練を実施している） 3. 業務継続計画を策定済み（研修・訓練を今後実施する予定） 4. 業務継続計画を策定中 5. 業務継続計画をこれから策定予定

《人員体制》

⑩ 貴事業所の職員数を常勤換算※2（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。
※1人の職員が複数の資格等に当てはまる場合は、主たる業務に従事するものとして計上してください。
（1人の職員を重複計上することはできません）。

保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
.	.	.	.	.

その他の職員

（うち）精神保健福祉士	（うち）介護支援専門員	（うち）相談支援専門員	（うち）事務職員	（うち）その他の職員（看護補助者等）
.	.	.	.	.

※2：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 か月の勤務時間）

⑩−1 上記⑩の「保健師・助産師・看護師」のうち、令和8年10月の1か月間で保健師として訪問看護を行う場合があった者の人数（常勤換算）	人
⑩−2 上記⑩の「保健師・助産師・看護師」のうち、令和8年10月の1か月間で助産師として訪問看護を行う場合があった者の人数（常勤換算）	人

⑪ 貴事業所の職員のうち、精神科訪問看護に主として従事している職員数

1. 看護職員（　　）人　2. 作業療法士（　　）人　3. 精神保健福祉士（　　）人　4. 相談支援専門員（　　）人

⑫ 精神科訪問看護に関する研修を実施していますか。	1. 定期的に実施 2. 不定期に実施 3. 実施していない
⑬ 常勤看護職員の数（令和8年10月1日時点、サテライト配置の看護職員を含む）	人

⑭ 令和8年10月1日時点の認定看護師及び専門看護師について、有無及びいる場合の人数、活動実績をご記入ください。

1）認定看護師・専門看護師の有無と人数（令和8年10月1日時点）	1. 認定看護師のみ取得：（　　）人 2. 専門看護師のみ取得：（　　）人 3. 認定看護師及び専門看護師の両方を取得：（　　）人 4. いない → ⑮へ

2）【上記1）で「1」又は「3」を選択した場合】認定看護師の専門分野（令和8年10月1日時点）　※○はいくつでも

1. 感染管理	2. がん放射線療法看護	3. がん薬物療法看護	4. 緩和ケア
5. クリティカルケア	6. 呼吸器疾患看護	7. 在宅ケア・訪問看護	8. 手術看護
9. 小児プライマリケア	10. 新生児集中ケア	11. 心不全看護	12. 腎不全看護
13. 生殖看護	14. 摂食嚥下障害看護	15. 糖尿病看護	16. 乳がん看護
17. 認知症看護	18. 脳卒中看護	19. 皮膚・排泄ケア	
20. 精神科看護（日本精神科看護協会認定）			

※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を修了している者については、下記のとおり回答してください。
・「救急看護」「集中ケア」を修了→「クリティカルケア」を選択
・「がん化学療法看護」を修了→「がん薬物療法看護」を選択
・「透析看護」を修了→「腎不全看護」を選択
・「小児救急看護」を修了→「小児プライマリケア」を選択
・「慢性呼吸器疾患看護」を修了→「呼吸器疾患看護」を選択
・「訪問看護」を修了→「在宅ケア」を選択
・「がん性疼痛看護」を修了→「緩和ケア」を選択
・「不妊症看護」を修了→「生殖看護」を選択
・「摂食・嚥下障害看護」を修了→「摂食嚥下障害看護」を選択
・「脳卒中リハビリテーション看護」を修了→「脳卒中看護」を選択
・「慢性心不全看護」を修了→「心不全看護」を選択

3）【上記1）で「2」又は「3」を選択した場合】専門看護師の専門分野（令和8年10月1日時点）　※○はいくつでも

1. がん看護	2. 精神看護	3. 地域看護	4. 老人看護	5. 小児看護
6. 慢性疾患看護	7. 家族支援	8. 在宅看護	9. 母性看護	10. 急性・重症患者看護
11. 感染症看護	12. 遺伝看護	13. 災害看護	14. 放射線看護	

4）認定看護師や専門看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会※3の開催回数（令和8年6～11月の6か月間） ※3：「研修や勉強会」とは、他機関が開催する研修や勉強会に講師として呼ばれた回数は含めず、自訪問看護ステーションや、専門性の高い看護師自身が主催した研修や勉強会の回数を記載してください。	回

⑮令和8年10月1日時点の特定行為研修修了者の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。

1）特定行為研修修了者の有無と特定行為研修修了者数	1.いる（　　人）→ 1)-1 ～ 1)-4へ 2.いない　→⑯へ

1）-1 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分 ※〇はいくつでも

1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連　2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　4. 循環器関連　5. 心嚢ドレーン管理関連
6. 胸腔ドレーン管理関連　7. 腹腔ドレーン管理関連　8. ろう孔管理関連
9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連　12. 創部ドレーン管理関連　13. 動脈血液ガス分析関連
14. 透析管理関連　15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連　18. 術後 疼痛管理関連　19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連　21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

1）-2 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修 ※〇はいくつでも

1. 在宅・慢性期領域　2. 外科術後病棟管理領域　3. 術中麻酔管理領域
4. 救急領域　5. 外科系基本領域　6. 集中治療領域

1）-3 特定行為研修修了者が行っている活動 ※〇はいくつでも

1. 特定行為を実施している　2. ステーションの管理者として勤務している
3. 主治医との調整を担っている　4. 自ステーションの職員への指導や研修を行っている
5. 他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている
6. 他の看護師と同様の業務をしている　7. その他（　　）

1）-4 実施している特定行為 ※〇はいくつでも

1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連　2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　4. 循環器関連　5. 心嚢ドレーン管理関連
6. 胸腔ドレーン管理関連　7. 腹腔ドレーン管理関連　8. ろう孔管理関連
9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連　12. 創部ドレーン管理関連　13. 動脈血液ガス分析関連
14. 透析管理関連　15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連　18. 術後 疼痛管理関連　19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連　21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

⑯ 認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者の給与において、手当等で評価する制度はありますか。

1)認定看護師に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない
2)専門看護師に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない
3)特定行為研修修了者に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない

⑰ 認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者の資格取得のためにどのような支援をしましたか。
※それぞれ〇はいくつでも

1)認定看護師	1. 資格取得に要する費用を補助する　2. 資格取得のための休暇・休業を認める 3. 勤務時間内での受講等を認める　4. その他（　　）
2)専門看護師	1. 資格取得に要する費用を補助する　2. 資格取得のための休暇・休業を認める 3. 勤務時間内での受講等を認める　4. その他（　　）
3)特定行為研修修了者	1. 資格取得に要する費用を補助する　2. 資格取得のための休暇・休業を認める 3. 勤務時間内での受講等を認める　4. その他（　　）

⑱ 利用者急変時の対応に関してお伺いします。

1）利用者の病状や体調が急変した場合の対応について、利用者本人または家族等に事前に説明していますか。※契約説明を含む（〇は1つ）

1. 原則として、すべての利用者について説明している
2. 原則として説明しているが、一部の利用者には説明していない
3. 急変の可能性が高いなど、必要と判断した利用者にのみ説明している
4. 説明していない
5. その他（　　）

2）利用者の体調等が急変した場合に備え、どのような対応体制を整えていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 営業時間内に、利用者・家族等からの連絡を受け付ける体制がある
2. 夜間・休日に、利用者・家族等からの連絡を受け付ける体制がある（24時間連絡体制等）
3. 営業時間内に、緊急訪問（臨時訪問）できる体制がある
4. 夜間・休日に、緊急訪問（臨時訪問）できる体制がある
5. 急変時に相談・連絡する主治医／医療機関（連絡先・手順）を事前に定めている
6. 急変時の対応方針（観察項目、受診・救急要請の目安等）を利用者ごとに整理し、記録・共有している
7. 精神症状悪化時の受入先（精神科病院等）を事前に確認している
8. 急変時の情報提供（病状、薬剤、指示内容等）を迅速に行える仕組みがある（情報シート、ICT等）
9. 急変時対応のマニュアル・手順書がある（新人含む）
10. 他事業所・法人内の応援等により、急変対応を補完できる体制がある
11. 精神症状悪化時の対応方針を利用者・家族と共有している
12. 自傷・他害リスク発生時の対応手順を整備している
13. 精神科病院等との緊急連携体制を確保している
14. その他（　　）
15. 特に対応体制を整えていない

3）利用者の病状や体調が急変した場合に備え、主治医の所属する医療機関や連携医療機関等と、どのような連携を行っていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 急変時に連絡する医師・医療機関と連絡方法を決めている
2. 医師・医療機関へ連絡する症状や判断基準を共有している
3. 急変時の処置や訪問看護師が行う対応について、あらかじめ指示を受けている
4. 利用者の病状、治療内容、服薬状況等を定期的に共有している
5. 夜間・休日を含む医師・医療機関の対応体制を確認している
6. 精神症状悪化時の受入先となる精神科医療機関をあらかじめ決めている
7. 急変時に臨時往診・緊急訪問等を依頼できる体制を整えている
8. 急変時の対応方針について、カンファレンス等で協議している
9. 急変後の経過や対応結果を医師・医療機関と共有している
10. 精神症状悪化時の受診・入院調整方法を共有している
11. 自傷・他害リスク発生時の連絡体制を共有している
12. 保健所・精神保健福祉センター等との連携方法を共有している
13. その他（　　）
14. 特に連携体制を設けていない

《利用者の状況》

⑲ 令和8年9月から11月の3か月間における、新規利用者数（実人数）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）　※入院の場合を含む	人
3）上記2)のうち、死亡した利用者	人
4）上記2)のうち、入院した利用者	人
5）上記2)のうち、施設入所した利用者	人
6）上記2)のうち、軽快・就労などでサービス終了となった利用者（転居や他事業所への移り替えを除く）	人

⑳ 令和8年10月1か月間の訪問看護の利用者数（実人数）をご記入ください。

1）全利用者数（医療保険と介護保険の訪問看護の利用者を合わせた人数）（a+b）	人
a. **医療保険**を算定した利用者数（a−1 + a−2）　参照A	人
a−1. **医療保険のみ**を算定した利用者数	人
a−2. **医療保険**と**介護保険**の両方を同月に算定した利用者数	人
b. **介護保険のみ**を算定した利用者数	人

【以下は、「**a.医療保険を算定した利用者数（a−1 + a−2）**」（**参照A**）を対象に回答してください。】

2）（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表第7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する利用者数	人
3）（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表第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
4）（**参照A**）のうち、「訪問看護指示書」が交付され、精神疾患（認知症を除く）を有する利用者数	人
5）（**参照A**）のうち、「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人
6）（**参照A**）のうち、「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人
7)上記6)について、利用者が同一建物（同じ住所）に居住している場合のその建物数（合計）	箇所

8)上記7)のうち訪問看護の提供は自ステーションからのみとなっている建物数	箇所
9)（参照A）のうち、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者数 参照B	人
10)（参照A）のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者数	人
11)（参照A）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
12)（参照A）のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人
13)上記12)について利用者が同一建物（同じ住所）に居住している場合のその建物数（合計）	箇所
14)上記13)のうち訪問看護の提供は自ステーションからのみとなっている建物数	箇所
15)（参照A）のうち、作業療法士が単独で1日以上の医療保険の訪問看護を行った利用者数 参照C	人

16) 作業療法士による訪問看護について、貴事業所が提供した内容をお答えください。（あてはまるものすべてに〇）（令和8年10月）

1. 基本動作・移動能力の訓練（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行、階段昇降等）
2. 身体機能の維持・向上に向けた訓練（関節可動域、筋力、バランス、持久力等）
3. 日常生活動作（ADL）・生活関連動作（IADL）の訓練（更衣、入浴、排せつ、調理、買物等）
4. 認知機能・高次脳機能に関する支援（注意、記憶、判断、遂行機能等）
5. コミュニケーションに関する訓練・支援（失語、構音、発声、対人コミュニケーション等）
6. 摂食・嚥下に関する評価、訓練・助言（食事姿勢、食形態、嚥下方法等）
7. 福祉用具・装具・住宅環境に関する助言（手すり、段差、動線、自助具等）
8. 本人・家族等への介助方法、生活上の工夫等の指導（移乗、体位変換、転倒予防、生活リズム等）
9. その他（　　）
10.作業療法士による訪問看護は提供していない

㉑（参照B）のうち、主な精神疾患別の利用者数をご記入ください。

1）統合失調症（　　）人　2）気分障害（　　）人　3）神経症性障害（　　）人　4）発達障害（　　）人
5）知的障害（　　）人　6）認知症（　　）人　7）依存症（　　）人　8）その他（　　）人

㉒（参照B）のうち、居住形態別利用者数をご記入ください。

1）単身生活（　　）人　2）家族同居（　　）人　3）グループホーム（　　）人　4）宿泊型自立訓練（　　）人
5）障害者支援施設（　　）人　6）その他（　　）人

㉓ 貴事業所が精神科訪問看護利用者に対して実施している支援内容をご回答ください。※〇はいくつでも

1）精神症状の観察　2）服薬継続支援　3）受診継続支援　4）再発予防支援　5)生活リズムの維持支援
6）家族支援　7）対人関係支援　8）就労・就学支援　9）不登校児支援　10）社会資源利用支援
11）居住継続支援　12）身体合併症管理　13）その他（　　）

㉔ 精神科訪問看護利用者への支援に当たり、特に負担が大きいものをご回答ください。 ※〇はいくつでも

1）服薬継続支援　2）受診中断への対応　3）家族支援　4）自傷リスクへの対応
5）他害リスクへの対応　6）夜間・休日対応　7）身体合併症対応　8）関係機関連携
9）人材確保　10）電話対応　11)その他

㉕（参照A）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※・その他の人数をご記入ください。
※「医療的ケア児」とは、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を指します。

ⅰ）超重症児	ⅱ）準超重症児	ⅲ）医療的ケア児 ※ ⅰ）・ⅱ）を除く	ⅳ）その他
人	人	人	人

㉖（参照A）のうち、15歳未満の利用者について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数についてご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉗ 上記㉖のうち、6歳未満の利用者について、別表第7及び別表第8に該当する利用者数についてご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉘（参照A）のうち、15歳未満の利用者について、次の各サービスの利用者数をご記入ください。

ⅰ）児童発達支援	ⅱ）放課後等デイサービス	ⅲ）居宅訪問型児童発達支援	ⅳ）保育所等訪問支援
人	人	人	人

㉙（参照A）のうち、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）別の人数をご記入ください。

自立	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	不明
人	人	人	人	人	人

㉚（**参照A**）のうち、要介護度別の人数をご記入ください。

未申請	要支援1・2	要介護1・2・3	要介護4	要介護5	申請中	非該当	不明
人	人	人	人	人	人	人	人

㉛（**参照A**）のうち、要介護者等（要支援 1～要介護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分別の人数をご記入ください。

自立	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	M	不明
人	人	人	人	人	人	人

㉜ 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者（**参照B**）のうち、GAF尺度別の人数をご記入ください。

100-91	90-81	80-71	70-61	60-51	50-41	40-31
人	人	人	人	人	人	人
30-21	20-11	10-1	0			
人	人	人	人			

㉝（**参照A**）のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付された利用者について、その指示内容としてあてはまるものご回答ください。（令和8年10月）

1. 生活リズムの確立　2. 家事能力、社会技能等の獲得　3. 対人関係の改善（家族含む）
4. 社会資源活用の支援　5. 薬物療法継続への援助　6. 身体合併症の発症・悪化の防止
7. その他（　　）

㉝-1 （**参照B**）について、令和8年10月における1週間当たりの平均訪問日数別の利用者数をご回答ください。

週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5日以上
人	人	人	人

㉝-2 （**参照B**）について、令和8年10月における1回当たりの平均実施時間別の利用者数をご回答ください。

10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上75分未満	75分以上90分未満	90分以上
人	人	人	人	人	人	人

㉞ 上記⑳6）の利用者（「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数をご記入ください。

1）別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2）別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3）別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉟ 上記⑳10）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者）について、別表第7及び別表第8に該当する利用者数をご記入ください。

1）別表第7に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2）別表第8に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3）別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㊱ 上記⑳12）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数をご記入ください。

1）別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2）別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3）別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㊲ 上記⑳6）の利用者（「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、1週間当たりの訪問日数、1週間当たりの訪問回数、1回あたりの平均訪問時間についてご回答ください。（令和8年10月）

1）1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日			
	人	人	人	人	人			
2）1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人
3）1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上				

㊳ 上記⑳12）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、1週間及び1日当たりの訪問回数、1回あたりの平均訪問時間、訪問看護の内容についてご回答ください。

1）1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日			
	人	人	人	人	人			
2）1週間当たりの実際の	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上

訪問回数	人	人	人	人	人	人	人	人
3)1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上				

㊴ 令和8年10月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数（医療保険）※をご記入ください。 ※ここでいう訪問回数とは、基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）及び精神科基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）の算定回数を指す。		令和8年10月
1）**医療保険による訪問看護**利用者数（記入不要）およびその利用者への延べ訪問回数（利用者数は**（参照A）[⑳1）a.]**対象）	利用者数	⑳1）a.参照Aと同じ
	延訪問回数	延べ　　回
1)-1 上記1)のうち、**精神科訪問看護基本療養費**を算定している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は**（参照B）[⑳9）]**対象）	利用者数	⑳9）参照Bと同じ
	延訪問回数	延べ　　回
1)-2 上記1)のうち **作業療法士が単独で1日以上の訪問看護を実施**している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は**（参照C）[⑳15）]**対象）	利用者数	⑳15）参照Cと同じ
	延訪問回数	延べ　　回

㊵ 令和8年10月の訪問看護基本療養費種別の訪問看護の状況をご記入ください。							
1）**訪問看護基本療養費Ⅰの**利用者数	（　　）人						
a.1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日		
	人	人	人	人	人		
b.1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人
c.1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上				

㊶ 訪問日数、訪問回数、訪問時間及び利用者数の適切性を、貴ステーションではどのように検討・評価していますか。 ※○はいくつでも	
1. 訪問看護計画書の作成・見直し時に検討している	2. 定期的なカンファレンスで検討している
3. 管理者が定期的に確認している	4. 主治医と相談して決定・見直ししている
5. 利用者・家族の意向を踏まえて決定している	6. 事例検討を行っている
7. ICT等のシステムを活用して評価している	8. 特に定めた方法はない
9. その他（　　）	

2．届出状況及び訪問看護の体制（令和8年10月1日時点）についてお伺いします。

《介護保険の指定状況》

① 介護保険法の指定状況	1. 指定済み　2. 未指定（指定手続き中）　3. 未指定（指定手続き予定なし）
② 貴事業所における安全管理に関する規定等の整備状況についてご回答ください。（○はいくつでも）	
1. 安全管理に関する基本方針を策定している	2. 事故発生時の対応方法を規定している
3. 事故発生時の報告体制を規定している	4. 安全管理に関するマニュアルを整備している
5. ヒヤリ・ハット事例を収集・分析する仕組みがある	6. 上記のいずれも実施していない
7. その他（　　）	

②-1 令和8年6月から11月までの間の安全管理に関する研修の受講状況についてご回答ください。				
管理者	1. 受講した	2. 一部受講した	3. 受講していない	4. わからない
その他職員	1. 受講した	2. 一部受講した	3. 受講していない	4. わからない

《事故・ヒヤリハットの状況（医療保険の利用者）》

③ 直近1年間での事故の有無	1. あり（　　件数）　2.なし　　3.把握できていない
④ ヒヤリ・ハットの有無	1. あり（　　件数）　2.なし　　3.把握できていない
⑤ 事故があった場合の対応	1.自治体に報告した　2.地域内で周知・共有した　3. 保険者に報告した 4.利用者の家族等に報告した　5.事業所内で共有・研修した 6.その他（　　）
⑥ ヒヤリ・ハットがあった場合の対応	1.自治体に報告した　2.地域内で周知・共有した　3. 保険者に報告した 4.利用者の家族等に報告した　5.事業所内で共有・研修した 6.その他（　　）

《24時間対応体制加算》

⑦ 24 時間対応体制加算の届出の有無	1. あり　→⑦-4以降へ　　2. なし　→⑦-1～⑦-3へ
【上記⑦で「2.なし」を選んだ場合】	
⑦-1　24時間対応体制加算の	1. 届出の予定がある　→⑦-3へ

届出意向	⇒内訳： 01　24時間対応体制加算イ　　02　24時間対応体制加算ロ 2. 届出について検討中　→⑦-2へ 3. 届出の予定はない　　→⑦-2へ
【上記⑦-1で「2. 届出について検討中」又は「3. 届出の予定はない」を選んだ場合】 ⑦-2　24 時間対応体制加算の届出を行っていない理由 ※〇はいくつでも	1. 24時間の電話対応の体制をとることが難しい 2. 24時間の訪問の体制をとることが難しい 3. 直接連絡のとれる連絡先を複数確保することが難しい 4. 利用者に説明をして同意を得ることが難しい 5. 営業時間外の電話対応や緊急訪問看護を必要とする利用者が少ない 6. その他（　　）
⑦-3　24時間対応体制加算の届出を行っていない場合、複数のステーションで連携すれば24時間の体制確保が可能か、ご回答ください。	1. 可能 2. 不可能

【上記⑦で「1.あり」を選んだ場合】

⑦-4　看護師の負担軽減のために実施している取組 ※〇はいくつでも	1. 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 2. 夜間対応に係る勤務の連続回数を2連続（2回）までとする 3. 夜間対応後の暦日の休日の確保 4. 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 5. ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 6. 電話等による連絡・相談を担当する者への支援体制の確保 7. その他（　　）
⑦-5　届出の内訳	1. 24時間対応体制加算イ　→⑦-7へ　　2. 24時間対応体制加算ロ　→⑦-6へ
【上記⑦-5で「2. 24時間対応体制加算ロ」を選んだ場合】 ⑦-6　満たすことができない要件 ※〇はいくつでも	1. 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 2. 夜間対応に係る勤務の連続回数を2連続（2回）までとする 3. 夜間対応後の暦日の休日の確保 4. 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 5. ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 6. 電話等による連絡・相談を担当する者への支援体制の確保 7. その他（　　）

⑦-7　24時間対応体制の確保のための、**営業時間外の対応の体制**についてご回答ください。
※待機の体制・緊急訪問看護の体制・夜勤専従者の配置の有無について、それぞれ該当するもの1つに〇

＜待機の体制として実施しているもの＞
1. 夜勤体制を組んでいる　　2. 輪番制で訪問看護ステーションで待機
3. 輪番制でオンコールで待機　　4. 管理者が訪問看護ステーションで待機
5. 管理者がオンコールで待機　　6. 複数の訪問看護ステーションとの連携による対応
7. その他（　　）

＜緊急訪問看護の体制として実施しているもの＞
1. 電話を受けた者が緊急訪問看護を実施　　2. 電話を受けた者以外が緊急訪問看護を実施
3. その他（　　）

＜夜勤専従者の配置の有無＞
1. 夜勤専従者の配置あり　　2. 夜勤専従者の配置なし

⑦-8　24時間対応体制に係る連絡相談を担当する職員の職種について、ご回答ください。

1. 保健師又は看護師　→⑦-9へ　　2. その他の職員　→⑦-11へ

⑦-9　上記⑦-8で「1」を選択した場合、その他の職員を担当者とする意向はありますか。

1. その他の職員を担当者とする予定がある　→⑧へ
2. その他の職員を担当者とすることについて検討中　→⑦-10へ
3. その他の職員を担当者とする予定はない　→⑦-10へ

【上記⑦-9で「2. その他の職員を担当者とすることについて検討中」または「3. その他の職員を担当者とする予定はない」を選択した場合】

⑦-10　連絡相談を担当する職員を保健師又は看護師以外の職員にしていない理由をご回答ください。
※〇はいくつでも

1. 保健師又は看護師以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルを整備することが難しい
2. 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制を整備することが難しい
3. 利用者及び家族等への説明と同意を得ることが難しい
4. 貴事業所の保健師又は看護師以外の職員による連絡相談の担当者を配置することが難しい
5. 連絡相談するためのその他の職員を配置しても、その職員が連絡相談以外に担当する業務がないため難しい

6. その他（　　）

⑦-11　上記⑦-8で「2.その他職員」を選択した場合、保健師又は看護師の負担軽減についてご回答ください。

1.負担が減った　　2.負担は変わらない　　3.負担が増えた

《特別管理加算・訪問看護基本療養費》

⑧ 特別管理加算の届出の有無	1. あり　　2. なし
⑨ 訪問看護基本療養費の注2、注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無 ※「1.あり」の場合は、01～04 のうち該当するもの全てに○	1. あり ⇒（01. 緩和ケア　02. 褥瘡ケア 03. 人工肛門ケア・人工膀胱ケア 04. 特定行為研修（褥瘡管理関連）） 2. なし

《機能強化型訪問看護管理療養費》

⑩ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無　※「1.あり」の場合は、01～03 のうち該当するもの1つに○

1. あり ⇒内訳（ 01. 機能強化型１　02. 機能強化型２　03. 機能強化型３　04.機能強化型４） →⑩-1・⑩-2へ
2. なし　→⑩-3へ

【⑩で「1. あり」を選択した場合】

⑩-1 人材育成のための研修等の実施状況　※○はいくつでも

1. 看護学生を対象とした実習の受入れ
2. 病院もしくは地域において在宅療養を支援する医療従事者等の知識及び技術等の習得を目的とした研修
3. 地域の訪問看護ステーションと連携した業務継続計画の策定、研修及び訓練の主催
4. 地域の医療従事者等に対する同行訪問による訪問看護研修
5. その他（　　）

⑩-2 地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績 ※それぞれ○はいくつでも

【提供先】

1. 地域の医療機関　　2. 訪問看護ステーション　　3. 住民　　4. 介護サービス事業所
5. 障害福祉サービス事業所　6. 学校等　　7. その他（　　）

【実施している内容】

1. 情報提供　⇒内容：（01. 自訪問看護ステーションの利用方法
02. 自訪問看護ステーションの提供内容
03. 訪問看護利用者の事例
04. 認知症に関する普及啓発
05. 障害に関する普及啓発
06. 介護保険制度や介護保険サービスに関する普及啓発
07. 障害福祉制度や障害福祉サービスに関する普及啓発
08. その他（　　））
2. 相談

【⑩で「2. なし」を選択した場合】

⑩-3 今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向

1. 届出の予定がある
　↳予定がある届出：該当する番号に○　（ 機能強化型訪問看護管理療養費　1 ・ 2 ・ 3・ 4 ）
　→ ⑪へ
2. 届出について検討中　→⑩-4へ　　3. 届出の予定はない　→⑩-4へ

【⑩-3で「2.届出について検討中」又は「3.届出の予定はない」を選択した場合】

⑩-4　機能強化型訪問看護管理療養費の届出を行っていない場合、満たせない要件　※○はいくつでも

1. 常勤の看護職員数
2. 看護職員割合
3. 24時間対応
4. ターミナルケアの実施
5. 重症児の受入れ
6. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第7）の受入れ
7. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第8）の受入れ
8. 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者の受入れ
9. 居宅介護支援事業所の設置
10. 居宅介護支援事業所における介護サービス計画等の作成
11. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の設置
12. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所におけるサービス等利用計画等の作成
13. 休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施
14. 退院時共同指導加算の算定実績
15. 同一敷地内・同一開設者の保険医療機関における主治医の割合
16. 地域の保険医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績

17. 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションへの研修の実施
18. 地域の訪問看護ステーションや住民などへの情報提供や相談の実績
19. 専門の研修を受けた看護師の配置
20. 要件は満たしているが届出はしない

《訪問看護管理療養費》

⑪ 訪問看護管理療養費1（イ～ニ）の届出の意向	1. 意向あり今後届出予定　2. 意向はあるが届出は未定 3. 意向はなく届出の予定もない

《専門管理加算》

⑫ 専門管理加算の届出の有無	1. あり →⑫-1へ	2. なし →設問「3」へ
【⑫で「1. あり」を選択した場合、以下にご回答ください。】 ⑫-1 専門管理加算を算定した利用者数をご記入ください。（令和8年10月の1か月）		人

3．精神科訪問看護の届出状況（令和8年10月1日時点）及び算定状況等についてお伺いします。

【精神科訪問看護の実施状況について、全ての事業所がご回答ください。】

① 精神科訪問看護基本療養費の届出の有無	1. あり	2. なし →「4」へ

【①で「1.あり」を選択した場合】
1）精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者の届出状況についてご回答ください。
※複数該当している場合は、該当するものそれぞれに人数を計上してください。

1）精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者数	人	
	該当者数	精神科訪問看護に関する要件研修の修了者数※
2）1）のうち、精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験のある者	人	人
3）1）のうち、精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験のある者	人	人
4）1）のうち、精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験のある者	人	人
5）1）のうち、精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修を修了した者	人	人
6）5）のうち、2）～4）いずれにも該当せず5）のみに該当している者	人	人

①-1 精神科訪問看護に関する要件研修の受講状況についてご回答ください。	1. 管理者・職員とも受講している 2. 管理者のみ受講している 3. 一部職員のみ受講している 4. 管理者・職員とも受講していない

② 精神科訪問看護の実施内容・時間についてご回答ください。（令和8年10月）

②-1 精神科訪問看護の主な提供内容をお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. 症状・生活状況の観察（精神症状、睡眠、食事、活動、対人関係等）
2. 服薬支援（服薬状況の確認、アドヒアランス支援、副作用観察、受診勧奨）
3. 生活リズム・日常生活支援（家事、金銭管理、セルフケア、生活課題の整理等）
4. 対人関係・社会参加に向けた支援（コミュニケーション、外出、就労・復学準備等）
5. 家族支援（家族への助言、関わり方の調整、危機時対応の相談等）
6. 公共サービスの活用支援（障害福祉サービス、相談支援、行政手続き、関係機関連携）
7. 再発予防・危機介入（増悪兆候の把握、安全確保、緊急時対応・連絡調整）
8. 身体合併症・生活習慣病への支援（健康管理、受診調整、継続支援）
9. 多職種・医療機関との情報共有（主治医への報告、カンファレンス、計画の見直し）
10. その他（　　）
11. 精神科訪問看護は実施していない

②-2 精神科訪問看護において、看護職員による対応が特に必要と考えるものをご回答ください。
（あてはまるものすべてに○）

1. 精神症状のアセスメント　2. 自傷・他害リスクの評価　3. 精神状態の変化の早期発見
4. 薬物療法の評価及び副作用の観察　5. 身体合併症の管理　6. 危機介入
7. 家族への看護的支援　8. 主治医への報告・相談　9. 多職種間の医療的調整
10. その他（　　）

②-3 精神科訪問看護で実施している支援のうち、他職種でも対応可能と思われるものをご回答ください。（あてはまるものすべてに○）

1. 行政手続きの支援　2. 福祉サービス利用支援　3. 外出同行　4. 就労支援
5. 生活相談　6. 金銭管理支援　7. 居住支援　8. 買い物支援
9. その他（　　）　10.特にない

②-4 1回当たりの平均実施時間 ※○は1つ	1. 30分未満	2. 30～60分未満	3. 60～90分未満	4. 90分以上

②-5 精神科訪問看護指示書に基づき、主治医（指示医療機関）へどのような内容を主に報告していますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 精神症状の経過（不安、抑うつ、幻覚妄想、興奮、自傷他害リスク等）
2. 服薬状況・副作用（服薬遵守、飲み忘れ、過量内服の懸念、眠気等）
3. 生活状況・生活リズム（睡眠、食事、清潔、金銭管理、家事、日中活動等）
4. 対人関係・社会参加の状況（家族関係、対人トラブル、就労・通学、外出等）
5. 身体状態・身体合併症の状況（バイタル、生活習慣、通院状況、身体症状等）
6. 社会資源の利用状況・調整（障害福祉サービス、相談支援、行政手続き、ケア会議等）
7. 急変・危機対応の状況（増悪兆候、緊急連絡・緊急訪問、救急搬送の有無等）
8. 看護計画・介入内容と評価（実施した支援、本人の反応、課題、次回方針等）
9. GAF尺度（またはそれに準ずる尺度）の評価結果
10. その他（具体的に:　　）
11. 主治医への定型的な報告は行っていない／必要時のみ（※単一選択）

②-6 精神科訪問看護において、GAF尺度をどの程度活用していますか。（○は1つ）

1. 原則として全利用者に実施している　2. 一部の利用者に実施している（対象を決めている）　3. 必要時のみ実施している（状態変化時等）
4. 過去に実施していたが、現在は実施していない　5. 実施していない（導入していない）

③ 精神科複数回訪問加算の届出の有無	1. あり　2. なし
④ 精神科重症患者支援管理連携加算の届出の有無	1. あり → ④-1へ　2. なし → ④-3へ

【④で「1. あり」を選択した場合】
④-1 ⑳9）（**参照B**）のうち、**精神科重症患者支援管理連携加算**を算定した利用者数をご記入ください。

1） イ:精神科在宅患者支援管理料2のイを算定した利用者数 （令和8年10月）	人
2） ロ:精神科在宅患者支援管理料2のロを算定した利用者数 （令和8年10月）	人

【④-1で精神科重症患者支援管理連携加算の算定利用者数が0人の場合】
④-2 精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない理由をご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 精神科在宅患者支援管理料を算定した利用者がいない
2. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
3. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
4. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
5. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
6. 支援計画の内容を利用者、家族等に文書で説明をすることが難しい
7. カンファレンスでビデオ通話を使用する場合、個人情報の共有について、利用者の同意を得ることが難しい
8. その他（　　）

【④で「2. なし」を選択した場合】
④-3 届出を行っていない理由をご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 精神科訪問看護基本療養費の届出をしていない
2. 24時間対応体制加算の届出をしていない
3. 精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が、24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行う体制を確保できていない
4. 対象となる利用者が少ない（いない）
5. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の要件をクリアすることが難しい
6. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の要件をクリアすることが難しい
7. 支援計画の内容について、利用者、家族等に文書で説明して同意を得ることが難しい
8. その他（具体的に:　　）

⑤ 身体合併症に対応していますか。

1. 対応している　→⑤-1～⑤-3へ　　2. 対応していない　→⑥へ

【⑤で「1. 対応している」を選択した場合】

⑤-1　対応している場合、主な疾患を以下より選択してください。※〇はいくつでも

1.代謝系疾患（糖尿病、高脂血症）	2.循環系疾患（高血圧、脳血管疾患、心疾患）
3. 皮膚疾患	4. 骨折・筋骨系疾患
5. 難病等	6. 悪性新生物（癌）
7. その他（　　）	

⑤-2　身体合併症に対する医療ケアの内容を選択してください。※〇はいくつでも

1. 観察・モニタリング	2. 服薬管理
3. 処置・検査	4. その他（　　）

⑤-3　下記の状態等の利用者への対応の可否をご記入ください。 ※対応可能なものに〇

在宅麻薬等注射指導管理		在宅成分栄養経管栄養法指導管理	
在宅腫瘍化学療法注射指導管理		在宅自己導尿指導管理	
在宅強心剤持続投与指導管理		在宅人工呼吸指導管理	
在宅気管切開患者指導管理		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	
気管カニューレ		在宅自己疼痛管理指導管理	
留置カテーテル		在宅肺高血圧症患者指導管理	
在宅自己腹膜灌流指導管理		人工肛門・人工膀胱	
在宅血液透析指導管理		真皮を越える褥瘡	
在宅酸素療法指導管理		在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定	
在宅中心静脈栄養法指導管理			

⑥　精神科訪問看護の届出をしている訪問看護ステーションのみご回答ください。
（参照B）（P.6）のうち、**複数名精神科訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和8年10月の1か月間）　※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a.保健師、看護師	b.作業療法士	c.准看護師	d.看護補助者	e.精神保健福祉士
⑥-1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人	人
⑥-2 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人	人
⑥-3 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	人	人	人	人	人
⑥-4 その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人	人
	（具体的に：　　）				

4．診療報酬の算定状況についてお伺いします。

《複数名訪問看護加算》

①（**参照A**）（P.5）のうち、**複数名訪問看護加算**を算定した利用者数（複数名精神科訪問看護加算は含まない）を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和8年10月の1か月間）
※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a. 保健師、助産師、看護師	b. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	c. 准看護師	d. 看護補助者
1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者	人	人	人	人
2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者	人	人	人	人
3) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者	人	人	人	人
4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人
5)利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人
6) その他、利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人
	（具体的に：　　）			

《訪問看護ターミナルケア療養費》

② 令和8年の6～11月の6か月間の**訪問看護ターミナルケア療養費**を算定した人数についてご回答ください。 ※小児は15歳未満とする。	令和8年6～11月
1）訪問看護ターミナルケア療養費1	人
うち、小児の利用者	人
2）訪問看護ターミナルケア療養費2	人
うち、小児の利用者	人

3）訪問看護ターミナルケア療養費の対象となる利用者に対し、提供した内容をお答えください。（令和8年10月）
（あてはまるものすべてに〇）

1. 症状緩和（疼痛、呼吸困難、悪心・嘔吐、不眠、不安等）に関する観察・ケア
2. 医師の指示に基づく医療処置（例：注射、点滴管理、カテーテル管理、褥瘡処置等）
3. 服薬管理・薬剤調整に関する支援（服薬状況の確認、副作用観察、薬局等との情報共有）
4. 口腔ケア、清潔ケア、体位変換等の日常生活の援助・苦痛緩和ケア
5. 意思決定支援（ACPを含む）・療養方針の確認（本人・家族との話し合い支援）
6. 家族への介護指導・心理的支援（看取りへの準備を含む）
7. 緊急時対応（24時間連絡、緊急訪問、救急要請判断の支援等）
8. 主治医・関係機関との連携（連絡体制、カンファレンス、看取り体制の調整等）
9. 死後の処置、死亡時の対応・家族支援（グリーフケアを含む）
10. その他（　　）
11. 上記の療養費に該当する利用者はいない／算定していない

4）訪問看護ターミナルケア療養費における、主な課題をお答えください。（あてはまるものすべてに〇）

1. 夜間・休日を含むオンコール／緊急訪問の負担が大きい
2. 人員不足により、複数名訪問や連続訪問などが組みにくい
3. 利用者の急変時の判断・対応（症状緩和、救急要請判断等）の心理的負担が大きい
4. 医師との連携（指示受け、往診依頼、看取り時の段取り等）が円滑でない
5. 症状緩和に必要な医療処置・薬剤管理（疼痛コントロール等）への対応が難しい
6. 家族支援（介護指導、看取りの準備、グリーフケア等）の負担が大きい
7. 多職種・関係機関との調整（ケアマネ、施設、薬局、病院等）が煩雑
8. 記録・請求・算定要件の確認など事務負担が大きい
9. 移動距離・訪問時間が長く、採算性・効率面で負担が大きい
10. ハラスメント／クレーム対応などリスク対応の負担がある
11. その他（　　）
12. 特に課題はない

5）上記1)及び2)で**訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない事業所**はその理由をご回答ください。
※〇はいくつでも

1. 死亡前15日間に2回以上、訪問看護の基本療養費を算定する要件のクリアが難しい
2. ターミナルケアの支援体制について利用者や家族等に説明をすることが難しい
3. 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等をふまえ、利用者や家族等と医療・ケアチームによる十分な話し合いにより、利用者本人の意思決定を基本にターミナルケアを実施することが難しい
4. 利用者の自己負担額が大きくなることに利用者、家族等の理解と納得を得ることが難しい
5. 介護保険のターミナルケア加算の算定を行った
6. 当該期間中にターミナルケアが必要な利用者がいなかった
7. ターミナルケアを実施するための人員確保が難しい
8. その他（具体的に：　　）

《退院支援指導加算》

③（**参照A**）(P.5)のうち、退院支援指導加算を算定した利用者はいますか。	
1. いる　→③-1へ	2. いない　→④へ

【③で「1.いる」を選択した場合】

③-1 退院支援指導加算を算定した利用者数（実人数）についてご記入ください。

1) 算定した利用者数	人
2) 上記1)のうち、1回の訪問で90分を超える指導をした利用者数	人
3) 上記1)のうち、複数回の訪問で90分を超える指導をした利用者数	人

③-2 退院支援指導加算を算定した利用者又は精神科病院等から退院した利用者に対し、実施した支援内容をご回答ください。※〇はいくつでも

1. 退院前カンファレンスへの参加　2. 退院直後の訪問看護　3. 服薬継続支援
4. 受診継続支援　5. 家族支援　6. 居住先の調整・確保支援
7. 障害福祉サービス利用調整　8. 相談支援専門員等との連携　9. 就労・就学支援
10. 地域生活継続に向けた支援　11. その他（　　）

《訪問看護ステーションにおける作業療法士との連携状況等》

④（**参照C**）(P.5)で作業療法士が単独で1日以上の訪問看護を実施している実績がある場合、ご回答ください。

1) 看護職員と作業療法士の具体的な連携の方法として行っているもの　※〇はいくつでも

1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に看護職員と作業療法士が一緒に参加している
2. 訪問看護開始後、看護職員と作業療法士で定期的にカンファレンスを開催している
3. 看護職員と作業療法士が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している
4. 看護職員が作業療法士と協力して同じ訪問看護の目標を共有している
5. 作業療法士のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成している
6. 看護職員が作業療法士と協力して各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行っている
7. その他（具体的に：　　）

《訪問看護遠隔診療補助料》

⑤利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)の実施状況

⑤-1　利用者の自宅に訪問看護ステーションの看護師等が訪問しビデオ通話が可能な通信機器を用いて診療を行った実績と、訪問看護遠隔診療補助料の算定の有無についてご回答ください。（令和8年5月～令和8年10月の6か月間）

1.実績があって補助料を算定している　2.実績があるが補助料は算定していない　3. 実績がない→設問5へ

⑤-2　訪問看護ステーションの看護師等による定期的な訪問看護の時間又はそれと連続する時間帯において、情報通信機器を用いた診療を実施し、訪問看護基本療養費を算定した回数をご回答ください。（令和8年5月～令和8年10月の6か月間）	回

⑤-3 オンライン診療1回当たりの 看護職員の平均対応時間をご回答ください。

※「**対応時間**」**とは、**情報通信機器の設定や事前準備、オンライン診療への同席、診療後の療養指導等を含めた一連の対応時間とする。

1. 15分未満	2. 15～30分未満	3. 30～60分未満	4. 60分以上

⑤-4 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者について、それぞれ人数および対応時間をご回答ください。（該当する利用者がいない場合は「0」）（令和8年5月～令和8年10月の6か月間）

1)　利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者の実人数	（　　）人 （　　）分
2) 1)のうち、訪問看護計画に基づく定期的な訪問(訪問看護)として、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	（　　）人 （　　）分
3) 1)のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	（　　）人 （　　）分
4) 1)のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	（　　）人 （　　）分
5) 1)のうち、2)～4)に該当しない場合に実施した利用者の実人数	（　　）人 （　　）分
6) 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者のうち、同一建物に訪問看護を実施した利用者が2名以上いる場合の延べ利用者数	（　　）人 （　　）分

【上記⑤-4　5）が1人以上いる場合】

⑤-5 他に該当しない場合に実施した利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)について、ご回答ください。

1) 具体的な状況をご回答ください。

2) 具体的な居宅サービス等についてご回答ください。

【上記⑤-4　6）が2人以上いる場合】
⑤-6 同一建物に居住する利用者の居宅サービスの種類について、ご回答ください。※○はいくつでも

01 サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホーム　02 特別養護老人ホーム
03 軽費老人ホーム　04 認知症対応型共同生活介護　05 共同生活援助（グループホーム）
06 その他

【⑤-1で「1」または「2」を選択した(D to P with N の実績がある)場合】
⑤-7 実施した診療の補助行為(検査･処置等)として、当てはまるものをご回答ください。※○はいくつでも

01 血液検査　02 尿検査　03 咽頭拭い液を用いた検査　04 超音波検査
05 心電図　06 培養検査　07 皮内･皮下･筋肉内注射　08 点滴注射
09 創傷処置　10 酸素吸入　11 皮膚への軟膏処置　12 バルーンカテーテル管理
13 導尿　14 摘便　15 その他　16 診療の補助行為はいずれも行っていない

【⑤-1で「1」または「2」を選択した(D to P with N の実績がある)場合】
⑤-8 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者について、診療を行った状況についてご回答ください。※○はいくつでも

01 定期的に訪問診療を行っている利用者に対する定期的な診察
02 定期的に外来診療を行っている利用者に対する定期的な診察
03 定期的に訪問診療を行っている利用者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察
04 定期的に外来診療を行っている利用者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察
05 定期的な診察を行っていない利用者が発熱等で急な症状を呈した際の診察
06 その他

【⑤-8で「3」「4」「5」のいずれか1つ以上が該当した場合】
⑤-9 予定外の診察を行った理由として、当てはまるものについてご回答ください。※○はいくつでも

01 感冒･呼吸器感染症･尿路感染症による発熱　02 01以外による発熱　03 消化器症状(嘔気･嘔吐)
04 呼吸困難感　05 疼痛症状　06 内服薬等の副作用症状
07 創傷･皮症状のトラブルや変化(褥瘡処置を含む)　08 排尿･排便異常、尿道カテーテルのトラブル
09 転倒後の状態確認　10 出血(血痰、血便)　11 血圧異常
12 意識レベルの変化　13 その他

【⑤-1で「2」を選択した(D to P with N の実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料は算定していない)場合】
⑤-10 実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料を算定しない理由についてご回答ください。※○はいくつでも

01 施設基準の届出を行っていないため
02 在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する利用者であって通院が困難なものに該当しないため
03 訪問看護ステーションの看護師等による定期的な訪問看護の時間又はそれと連続する時間帯において、情報通信機器を用いた診療を実施したため
04 利用者、家族の同意が得られなかったため
05 訪問看護ステーションの看護師等以外の補助により情報通信機器を用いた診療を実施したため
06 その他

⑤-11 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)における課題　※○はいくつでも

1. 対象利用者が少ない　2.連携する保険医療機関の確保が難しい　3. 医師との日程調整が難しい
4. 通信環境の整備が難しい　5.ICT機器の導入・維持費用の負担が大きい　6. 利用者・家族の理解を得ることが難しい
7. 看護職員の業務負担が大きい　8. 診療補助の役割が不明確である　9. 緊急時対応に不安がある
10. 特に課題はない　11. その他（　　）

5．貴事業所と関係機関との連携状況等

①（参照A）（P.5）のうち、令和8年10月の訪問看護情報提供療養費を算定しなかったが、他機関に情報提供を行った利用者について、ご回答ください。

1）当該利用者数	人

【1)の人数が1人以上の場合】

2）算定できなかった理由　※○はいくつでも

1. 算定対象となる利用者ではなかったから（具体的な疾患名や状態：　　）
2. 算定対象となる情報提供先ではなかったから（具体的な情報提供先：　　）
3. 算定回数の上限を超えていたから（具体的な頻度を記載※1：　　）
※1：例. 1学期あたりに1回、入院の都度など
4. その他（　　）

② 医療機関･地域の医療･介護･障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等として実施しているものをご回答ください。（研修、地域ケア会議、実習生の受け入れ等）　※○はいくつでも

1. 利用者が入院又は退院する際の入院医療機関との連絡・調整
2. 介護サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
3. 障害福祉サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
4. 個別の利用者に関する他の医療機関への情報照会
5. 個別の利用者に関する介護支援専門員等の介護サービス事業所への情報照会
6. ネットワークを有する他の医療機関・介護関係者等との定期的な情報交換
7. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整
8. 医療・介護・障害福祉に関する研修の開催
9. 医療・介護・障害福祉に関する研修への参加
10. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、個別ケースの検討会議等）への参加
11. 医療機関等と相互の人材交流の取組の実施
12. 医療機関等から訪問看護に関する研修等の受入れ
13. 看護学生等の実習生の受け入れ　⇒内訳：（　01　看護師養成課程　02　保健師養成課程　03　助産師養成課程）
14. 障害等に関する普及啓発活動
15. 自治体事業（在宅医療・介護連携推進事業等）を受託している　⇒事業名（　　）
16. 医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」※2に位置づけられている
17 その他（具体的に：　　）
18. 特に行っている取組はない

※2：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について）
https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf

③ 精神科訪問看護において主に連携している機関　※該当するものすべてに○

1. 精神科病院　2. 精神科診療所　3. 保健所　4. 精神保健福祉センター
5. 特定相談支援事業所　6. グループホーム　7. 就労継続支援事業所　8. 地域活動支援センター
9. 学校・教育機関　10. その他（　　）

③-1 連携上の課題　※○はいくつでも

1. 情報共有　2. 緊急時対応　3. 退院支援　4. 受診継続支援
5. 福祉サービス調整　6. 特に課題なし

④ 残薬の状況の確認について、ご回答ください。

1）利用者の残薬の状況を確認していますか。 ※○は1つ	1. 全ての利用者について確認している 2. 必要と判断した利用者について確認している 3. ほとんど確認していない 4. 確認していない
2）残薬の状況を確認する頻度 ※○は1つ	1. 訪問の都度　2. 月1回以上　3. 状態変化時のみ 4. その他（　　）
3）残薬確認時に実施している内容 ※○はいくつでも	1. 残薬数の確認　2. 服薬状況の確認 3. 飲み忘れの確認　4. 重複処方の確認 5. 主治医への情報提供　6. 保険薬局への情報提供 7. その他（　　）
4）残薬の状況を確認する上での課題 ※○はいくつでも	1. 確認に時間を要する 2.利用者本人の服薬状況が把握しにくい 3. 主治医との情報共有が難しい 4. 保険薬局との情報共有が難しい 5. 対応に係る評価が十分でない 6. 特に課題はない

	7. その他（　　）
⑤ 主治医及び保険薬局との連携状況について、ご回答ください。	
1）残薬が確認された場合の主な連携先 ※〇はいくつでも	1. 主治医　　2. 保険薬局 3. 主治医及び保険薬局の双方 4. その他（　　） 5. 特に連携していない
2）連携内容 ※〇は1つ	1. 残薬状況の共有　　2. 処方内容の見直し依頼 3. 服薬支援方法の検討 4. 服薬アドヒアランスに関する情報共有 5. その他（　　）

6．レセプト請求方法

① レセプトコンピューターの導入状況（令和 8 年 10 月末時点）	1. 開始している　　2. やむを得ない事情で開始できていない
② レセプトのオンライン請求の実施状況（令和 8 年 10 月末時点）	1. 開始している　　2. やむを得ない事情で開始できていない

③ レセプト請求（レセコン導入・利用、オンライン請求を含む）に関して、感じている課題をお答えください。（あてはまるものすべてに〇）

1. レセコン/請求ソフトの導入・更新費用（初期費用、月額費用）
2. PC・ネットワーク等の環境整備（回線、端末、セキュリティ）が負担
3. 職員の操作習得・引継ぎが難しい（人材入替、教育コスト）
4. 入力作業・チェック作業が煩雑（記録→請求の転記が多い、二重入力）
5. 算定要件の判断が難しい（加算・指示書・訪問時間等の整合確認）
6. 返戻・査定が発生しやすい/原因分析が難しい
7. 電子カルテ・記録システム等との連携が弱い（データ連携できない）
8. オンライン請求の運用が不安定（送信エラー、締切前の負荷、サポート不足）
9. 制度改定時のマスタ更新・設定変更の対応が遅い/難しい
10. 外部委託・本部一括処理のため、事業所側で内容確認がしにくい
11. 個人情報保護・セキュリティ対応（権限管理、ログ管理等）が負担
12. 特に課題はない
13. その他（　　）

7．訪問看護記録

① 訪問看護記録（計画・実施記録・報告等）の主な記録方法をお答えください。（〇は1つ）

1. 紙のみで記録している	2. 紙と電子を併用している
3. 電子のみで記録している	

② 電子的方法（電子記録システム等）の導入状況をお答えください。（〇は1つ）

1. 導入済　　2. 未導入

③（電子的方法を導入している場合）訪問看護記録を電子保存するにあたり、以下の「3原則（真正性・見読性・保存性）」への対応として実施している取組をお答えください。　（あてはまるものすべてに〇）

【真正性】
1. 利用者ID・職員IDでのログイン管理（共用IDを用いない）
2. 権限管理（閲覧・編集・承認等の権限を役割別に設定）
3. 監査ログ（誰がいつ閲覧・編集したか）の保存・確認が可能
4. 記録の確定（ロック）や訂正履歴が残る機能を用いている

【見読性】
5. 画面上で必要な記録を検索・閲覧できる
6. 必要時に印刷またはPDF等で出力できる（監査・家族説明等）

【保存性】
7. 定期バックアップ（自動バックアップを含む）を実施している
8. 障害時の復旧手順（BCP等）を定めている／復旧テストを実施している
9. 保存期間を定めて運用している（システム更新時の移行手順を含む）
10. 外部保存（クラウド等）の場合、契約・運用でデータ保全を担保している
11. その他（　　）
12. 3原則への具体的な対応状況は把握していない／確認していない

8．訪問看護医療情報連携加算

① 訪問看護医療情報連携加算の届出状況についてご回答ください。	1. 届出あり　2. 届出なし　→設問9へ

② 情報連携を行っている関係機関の種類についてご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 病院　2. 診療所　3. 歯科診療所　4. 薬局　5. 居宅介護支援事業所
6. 訪問介護事業所　7. 通所系サービス事業所　8. 介護保険施設　9. 障害福祉サービス事業所
10. その他（　　）

③ 情報連携を行っている関係機関数をご記入ください。	（　　）機関

④ 訪問看護医療情報連携加算に係る情報連携により得られた効果についてご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 利用者情報の共有が円滑になった　2. 緊急時の対応が円滑になった　3. 退院支援が円滑になった
4. 多職種連携が促進された　5. 業務負担が軽減した　6. 特にメリットは感じていない
7. その他（　　）

⑤ 訪問看護医療情報連携加算に係る情報連携に当たり課題となっていることについてご回答ください。
※〇はいくつでも

1. システム導入・維持費用の負担　2. 関係機関ごとにシステムが異なる　3. 個人情報保護への対応
4. 関係機関側の利用が進んでいない　5. 入力・運用の事務負担が大きい　6.ICTに対応できる人材が不足している
7. 特に課題はない　8. その他（　　）

9．ICT（情報通信技術）の活用状況

① 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と常時情報を閲覧可能なシステムによるICT連携の体制はありますか。

1. ある

活用しているICT ※〇はいくつでも	01 メール 02 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている） 03 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている） 04 医療従事者用SNS（訪問看護ステーションや法人内のみでの運用） 05 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用） 06 グループチャットアプリ　07 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） 08 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 09 その他（具体的に：　　）
運営元 ※〇はいくつでも	01 都道府県　02 医師会　03 民間企業　04 その他（　　）

2. ないがそれ以外の方法で情報を共有している　3. 情報共有していない

② 地域医療情報連携ネットワーク※1への参加の有無

※1：「地域医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

1. 参加あり　2. 参加なし

※1：「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる「医療を提供しているが医療資源の少ない地域」

都道府県	市区町村
北海道	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新 ひだか町
	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、 礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西 興部村、雄武町
	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊 町
	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	大船渡市、陸前高田市、住田町
	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町、東成 瀬村
山形県	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭 川村、戸沢村
埼玉県	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
東京都	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、 八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡市
石川県	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	大野市、勝山市
山梨県	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
岐阜県	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町
滋賀県	高島市
奈良県	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	真庭市、新庄村
香川県	小豆郡(土庄町、小豆島町)
長崎県	五島市
	小値賀町、新上五島町
	壱岐市
	対馬市
鹿児島県	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古島市、多良間村
	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

質問は以上です。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。
令和9年1月22日（金）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

包括型

＊ID番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

訪問看護調査（施設票・包括型）

※ この調査票は、訪問看護ステーションの管理者に、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。
※ 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、設問内で指定がある場合のみ、含めて記入してください。
※ 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「－」を必ずお書きください。
※ 特に断りのない場合は、令和8年10月1日時点の状況についてご記入ください。
※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1．貴事業所の概要、人員体制、利用者の状況についてお伺いします。

《概要》

① 開設者

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. 農業協同組合および連合会
9. 消費生活協同組合および連合会
10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）
11. 特定非営利活動法人（NPO）
12. その他（具体的に：　　）

②同一法人・同一敷地内の医療・介護施設・事業所

②-1　貴事業所と**同一法人（同系列を含む）**が有する医療・介護施設・事業所
※**【選択肢】**より該当する番号を全て記入
※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は16と20両方の番号に○。

②-2 上記②-1のうち、貴事業所と同一敷地内又は隣接※している医療・介護施設・事業所については、②-1で記載した番号に○をつけてください。
※**「隣接」**とは、敷地外であるが隣り合った場所にある施設を指す（公道等を挟んだ隣接も含む）

【選択肢】

1. 病院
2. 診療所
3. 介護老人保健施設
4. 助産所
5. 訪問看護ステーション（貴事業所以外）
6. 特別養護老人ホーム
7. 介護医療院
8. 居宅介護支援事業所
9. 通所介護事業所
10. 療養通所介護事業所
11. 地域包括支援センター
12. 訪問介護事業所
13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
14. 小規模多機能型居宅介護
15. 看護小規模多機能型居宅介護
16. 有料老人ホーム
17. 軽費老人ホーム
18. 養護老人ホーム
19. サービス付き高齢者向け住宅
20. 特定施設入居者生活介護
21. 認知症対応型共同生活介護
22. 共同生活援助（グループホーム）
23. 特定相談支援事業所
24. 障害児相談支援事業所
25. 児童発達支援
26. 放課後デイサービス
27. 居宅訪問型児童発達支援
28. 保育所等訪問支援
29. その他（具体的に：　）

②-3　貴事業所と特別の関係※にある事業者がある場合は、以下をご回答ください。
※**【選択肢】**より該当する番号を記入
※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

事業者の種類（選択肢番号）	箇所数
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所
	箇所

②-4 貴事業所の利用者に対して、民間の紹介業者や紹介サービスを通じてサービスを紹介することはありますか。利用したことがある事業者・サービスについてご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 高齢者向け住まい紹介事業者
2. 医療・介護関係者による紹介サービス
3. 民間の入居相談・紹介事業者
4. インターネットによる紹介サービス
5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介したことはない
6. わからない
7. その他（ ）

②-4-1 民間の紹介業者や紹介サービスを利用した理由をご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 紹介先の迅速な確保
2. 利用者・家族の希望への対応
3. 専門的な相談・助言の活用
4. 利用者がサービス先を探す負担の軽減
5. 契約・利用開始の手続きの支援
6. 自施設で対応できないニーズへの対応
7. その他（ ）

②-5 民間の紹介業者や紹介サービスを通じて、貴事業所に利用者を紹介されたことはありますか。紹介を受けたことがある事業者・サービスについてご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 高齢者向け住まい紹介事業者
2. 医療・介護関係者による紹介サービス
3. 民間の入居相談・紹介事業者
4. インターネットによる紹介サービス
5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介を受けたことはない
6. わからない
7. その他（ ）

②-5-1 民間の紹介業者や紹介サービスを利用した理由をご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 新規利用者の獲得
2. 営業活動の負担軽減
3. 自施設で対応可能な利用者とのマッチング
4. その他（ ）

②-6 令和8年10月の利用者のうち、紹介業者を通じて紹介された利用者数をご記入ください。

利用者数（ ）人

③訪問看護を開始した時期	西暦（ ）年（ ）月
④サテライト事業所の有無と、ある場合はその設置数 ※「1. あり」の場合、箇所数を記入。	1. あり→（ 個） 2. なし
⑤貴事業所は医療保険の「特別地域訪問看護加算」に係る地域にありますか。 ※過疎地等で厚生労働大臣が定める地域に限る	1. はい 2. いいえ
⑤-1 令和8年10月において、特別地域訪問看護加算を算定した利用者はいますか。	1. いる / 2. いない →⑤-4へ
⑤-2 令和8年10月において、特別地域訪問看護加算を算定した利用者数をご記入ください。	1. 医療保険のみを算定した利用者数（ ）人 2. 医療保険と介護保険の両方を同月に算定した利用者数（ ）人

⑤-3 令和8年10月における特別地域訪問看護加算の算定回数をご記入ください。（令和8年月）

a：指定地域内の訪問看護ステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道1時間以上	回
b：指定地域外の訪問看護ステーションの看護師等が指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道1時間以上	回
c：指定地域内のステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が片道30分以上	回
d：指定地域内のステーションが指定地域内の利用者へ訪問する場合で、移動時間が往復移動時間＋訪問実施時間の合計が2時間30分以上	回

⑤-4 特別地域における訪問看護の提供に当たり、課題となっていることをご回答ください。※○はいくつでも

1. 看護職員の確保が難しい
2. 移動距離・移動時間の負担が大きい
3. 24時間対応体制の確保が難しい
4. 利用者数が少ない
5. 関係機関との連携が難しい
6. 現行の評価が十分ではない
7. 特に課題はない
8. その他（ ）
9. 特になし

⑤-5 特別地域訪問看護加算の算定に当たり、課題となっていることをご回答ください。※○はいくつでも

1. 算定要件の確認・管理が負担である
2. 利用者や家族への説明が難しい
3. 算定対象となる利用者が少ない
4. 算定に必要な記録・書類の作成が負担である
5. 算定可否の判断が難しい
6. 請求・事務処理が負担である
7. 現行の評価が十分ではない
8. その他（ ）
9. 特に課題はない

⑥ 貴事業所は医療資源の少ない地域※1に該当しますか。 ※1巻末に記載	1. はい 2. いいえ
【⑤で「1. はい」又は⑥で「1. はい」を選択した場合】 ⑦ 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応の体制を確保し、24時間対応体制加算を算定した利用者がいますか。（令和8年10月の1か月間）	1. いる →（ ）人 2. いない

⑧ 貴事業所は介護保険の訪問看護費の「中山間地域等の小規模事業所加算」の対象地域にありますか。	1. はい 2. いいえ
⑨ 業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の策定状況	1. 業務継続計画を策定済み（発動したことがある） 2. 業務継続計画を策定済み（研修・訓練を実施している） 3. 業務継続計画を策定済み（研修・訓練を今後実施する予定） 4. 業務継続計画を策定中 5. 業務継続計画をこれから策定予定

《人員体制》

⑩ 貴事業所の職員数を常勤換算※2（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。
※1人の職員が複数の資格等に当てはまる場合は、主たる業務に従事するものとして計上してください。
（1人の職員を重複計上することはできません）。

保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
人	人	人	人	人

その他の職員

（うち）精神保健福祉士	（うち）介護支援専門員	（うち）相談支援専門員	（うち）事務職員	（うち）その他の職員（看護補助者等）
人	人	人	人	人

※2：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 か月の勤務時間）

⑩-1 上記⑩の「保健師・助産師・看護師」のうち、令和8年10月の1か月間で保健師として訪問看護を行う場合があった者の人数（常勤換算）	人
⑩-2 上記⑩の「保健師・助産師・看護師」のうち、令和8年10月の1か月間で助産師として訪問看護を行う場合があった者の人数（常勤換算）	人
⑪ 常勤看護職員の数（令和8年10月1日時点、サテライト配置の看護職員を含む）	人

⑫ 令和8年10月1日時点の認定看護師及び専門看護師について、有無及びいる場合の人数、活動実績をご記入ください。

1）認定看護師・専門看護師の有無と人数（令和8年10月1日時点）	1. 認定看護師のみ取得：（　　）人 2. 専門看護師のみ取得：（　　）人 3. 認定看護師及び専門看護師の両方を取得：（　　）人 4. いない → ⑯へ

2）【上記1）で「1」又は「3」を選択した場合】認定看護師の専門分野（令和8年10月1日時点）　※○はいくつでも

1. 感染管理	2. がん放射線療法看護	3. がん薬物療法看護	4. 緩和ケア
5. クリティカルケア	6. 呼吸器疾患看護	7. 在宅ケア・訪問看護	8. 手術看護
9. 小児プライマリケア	10. 新生児集中ケア	11. 心不全看護	12. 腎不全看護
13. 生殖看護	14. 摂食嚥下障害看護	15. 糖尿病看護	16. 乳がん看護
17. 認知症看護	18. 脳卒中看護	19. 皮膚・排泄ケア	
20. 精神科看護（日本精神科看護協会認定）			

※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を修了している者については、下記のとおり回答してください。
・「救急看護」「集中ケア」を修了→「クリティカルケア」を選択
・「がん化学療法看護」を修了→「がん薬物療法看護」を選択
・「透析看護」を修了→「腎不全看護」を選択
・「小児救急看護」を修了→「小児プライマリケア」を選択
・「慢性呼吸器疾患看護」を修了→「呼吸器疾患看護」を選択
・「訪問看護」を修了→「在宅ケア」を選択
・「がん性疼痛看護」を修了→「緩和ケア」を選択
・「不妊症看護」を修了→「生殖看護」を選択
・「摂食・嚥下障害看護」を修了→「摂食嚥下障害看護」を選択
・「脳卒中リハビリテーション看護」を修了→「脳卒中看護」を選択
・「慢性心不全看護」を修了→「心不全看護」を選択

3）【上記1）で「2」又は「3」を選択した場合】専門看護師の専門分野（令和8年10月1日時点）　※○はいくつでも

1. がん看護	2. 精神看護	3. 地域看護	4. 老人看護
5. 小児看護	6. 慢性疾患看護	7. 家族支援	8. 在宅看護
9. 母性看護	10. 急性・重症患者看護	11. 感染症看護	12. 遺伝看護
13. 災害看護	14. 放射線看護		

4）認定看護師や専門看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会※3の開催回数（令和8年6～11月の6か月間） ※3：「研修や勉強会」とは、他機関が開催する研修や勉強会に講師として呼ばれた回数は含めず、自訪問看護ステーションや、専門性の高い看護師自身が主催した研修や勉強会の回数を記載してください。	回

⑬令和8年10月1日時点の特定行為研修修了者の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。

1）特定行為研修修了者の有無と特定行為研修修了者数	1. いる （　　人） → 1)-1 ～ 1)-4へ 2. いない →⑭へ

1)-1 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分 ※〇はいくつでも

1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連　2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　4. 循環器関連　5. 心嚢ドレーン管理関連
6. 胸腔ドレーン管理関連　7. 腹腔ドレーン管理関連　8. ろう孔管理関連
9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連　12. 創部ドレーン管理関連　13. 動脈血液ガス分析関連
14. 透析管理関連　15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連　18. 術後 疼痛管理関連　19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連　21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

1)-2 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修 ※〇はいくつでも

1. 在宅・慢性期領域　2. 外科術後病棟管理領域　3. 術中麻酔管理領域
4. 救急領域　5. 外科系基本領域　6. 集中治療領域

1)-3 特定行為研修修了者が行っている活動 ※〇はいくつでも

1. 特定行為を実施している　2. ステーションの管理者として勤務している
3. 主治医との調整を担っている　4. 自ステーションの職員への指導や研修を行っている
5. 他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている
6. 他の看護師と同様の業務をしている　7. その他（　　）

1)-4 実施している特定行為 ※〇はいくつでも

1. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連　2. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
3. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連　4. 循環器関連　5. 心嚢ドレーン管理関連
6. 胸腔ドレーン管理関連　7. 腹腔ドレーン管理関連　8. ろう孔管理関連
9. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連　12. 創部ドレーン管理関連　13. 動脈血液ガス分析関連
14. 透析管理関連　15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連　18. 術後 疼痛管理関連　19. 循環動態に係る薬剤投与関連
20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連　21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

⑭認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者の給与において、手当等で評価する制度はありますか。

1)認定看護師に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない
2)専門看護師に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない
3)特定行為研修修了者に対する手当等による評価	1. ある　2. ない　3. 該当者がいない

⑮認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者の資格取得のためにどのような支援をしましたか。
※それぞれ〇はいくつでも

1)認定看護師	1. 資格取得に要する費用を補助する	2. 資格取得のための休暇・休業を認める
	3. 勤務時間内での受講等を認める	4. その他（　　）
2)専門看護師	1. 資格取得に要する費用を補助する	2. 資格取得のための休暇・休業を認める
	3. 勤務時間内での受講等を認める	4. その他（　　）
3)特定行為研修修了者	1. 資格取得に要する費用を補助する	2. 資格取得のための休暇・休業を認める
	3. 勤務時間内での受講等を認める	4. その他（　　）

⑯ 利用者急変時の対応に関してお伺いします。

1）利用者の病状や体調が急変した場合の対応について、利用者本人または家族等に事前に説明していますか。
※契約説明を含む（〇は1つ）

1. 原則として、すべての利用者について説明している
2. 原則として説明しているが、一部の利用者には説明していない
3. 急変の可能性が高いなど、必要と判断した利用者にのみ説明している
4. 説明していない
5. その他（　　）

2）利用者の体調等が急変した場合に備え、どのような対応体制を整えていますか。（あてはまるものすべてに〇）

1. 営業時間内に、利用者・家族等からの連絡を受け付ける体制がある
2. 夜間・休日に、利用者・家族等からの連絡を受け付ける体制がある（24時間連絡体制等）
3. 営業時間内に、緊急訪問（臨時訪問）できる体制がある
4. 夜間・休日に、緊急訪問（臨時訪問）できる体制がある

5. 急変時に相談・連絡する主治医／医療機関（連絡先・手順）を事前に定めている
6. 急変時の対応方針（観察項目、受診・救急要請の目安等）を利用者ごとに整理し、記録・共有している
7. 急変時の受入先／搬送先（救急外来等）を事前に確認している
8. 急変時の情報提供（病状、薬剤、指示内容等）を迅速に行える仕組みがある（情報シート、ICT等）
9. 急変時対応のマニュアル・手順書がある（新人含む）
10. 他事業所・法人内の応援等により、急変対応を補完できる体制がある
11. その他（　　）
12.特に対応体制を整えていない

3）利用者の病状や体調が急変した場合に備え、主治医の所属する医療機関や連携医療機関等と、どのような連携を行っていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 急変時に連絡する医師・医療機関と連絡方法を決めている
2. 医師・医療機関へ連絡する症状や判断基準を共有している
3. 急変時の処置や訪問看護師が行う対応について、あらかじめ指示を受けている
4. 利用者の病状、治療内容、服薬状況等を定期的に共有している
5. 夜間・休日を含む医師・医療機関の対応体制を確認している
6. 急変時の受入先・搬送先となる医療機関をあらかじめ決めている
7. 急変時に臨時往診・緊急訪問等を依頼できる体制を整えている
8. 急変時の対応方針について、カンファレンス等で協議している
9. 急変後の経過や対応結果を医師・医療機関と共有している
10. その他（　　）
11. 特に連携体制を設けていない

《利用者の状況》

⑰令和8年9月から11月の3か月間における、新規利用者数（実人数）と対応が終了した利用者数をご記入ください。
※包括型の届出施設に入居している利用者に限らず、貴事業所の全利用者についてご回答ください。

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） ※入院の場合を含む	人
3）上記2)のうち、死亡した利用者	人
4）上記2)のうち、入院した利用者	人
5）上記2)のうち、施設入所した利用者	人
6）上記2)のうち、軽快・就労などでサービス終了となった利用者（転居や他事業所への移り替えを除く）	人

⑱令和8年10月1か月間の訪問看護の利用者数（実人数）をご記入ください。

1）全利用者数（医療保険と介護保険の訪問看護の利用者を合わせた人数）（a+b）	人
a. **医療保険**を算定した利用者数（a-1 + a-2） 参照A	人
a-1. **医療保険のみ**を算定した利用者数	人
a-2. **医療保険**と**介護保険**の両方を同月に算定した利用者数	人
b. **介護保険のみ**を算定した利用者数	人

【以下は、前頁⑰の「**a.医療保険を算定した利用者数（a-1 + a-2）**」（**参照A**）を対象に回答してください。】

2）（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表第7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する利用者数	人
3）（**参照A**）のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表第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
4）（**参照A**）のうち、「訪問看護指示書」が交付され、精神疾患（認知症を除く）を有する利用者数	人
5）（**参照A**）のうち、「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人
6）（**参照A**）のうち、「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人
7)上記6)について、利用者が同一建物（同じ住所）に居住している場合のその建物数（合計）	箇所
8)上記7)のうち訪問看護の提供は自ステーションからのみとなっている建物数	箇所

9）上記6）の利用者が居住する建物において、訪問看護と併せてサービスを提供している事業者についてご回答ください。 ※選択肢は②を参照	事業者の種類（選択肢番号）	箇所数
		箇所
		箇所
		箇所
		箇所

10)上記6)の利用者のうち、訪問看護事業所と同一敷地内の建物に居住する利用者数	人
11)上記6)の利用者のうち、訪問看護事業所と同一敷地外の建物に居住する利用者数	人
12）（**参照A**）のうち、基本療養費を算定した利用者数 参照B	人

13)（**参照A**）のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者数	人
14)（**参照A**）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
15)（**参照A**）のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数	人
16)上記15)について利用者が同一建物（同じ住所）に居住している場合のその建物数（合計）	箇所
17)上記16)のうち訪問看護の提供は自ステーションからのみとなっている建物数	箇所
18)（**参照A**）のうち、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が単独で1日以上の医療保険の訪問看護を行った利用者数 参照C	人

19)理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護について、貴事業所が提供した内容をお答えください。
（あてはまるものすべてに〇）（令和8年10月）

1. 基本動作・移動能力の訓練（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行、階段昇降等）
2. 身体機能の維持・向上に向けた訓練（関節可動域、筋力、バランス、持久力等）
3. 日常生活動作（ADL）・生活関連動作（IADL）の訓練（更衣、入浴、排せつ、調理、買物等）
4. 認知機能・高次脳機能に関する支援（注意、記憶、判断、遂行機能等）
5. コミュニケーションに関する訓練・支援（失語、構音、発声、対人コミュニケーション等）
6. 摂食・嚥下に関する評価、訓練・助言（食事姿勢、食形態、嚥下方法等）
7. 福祉用具・装具・住宅環境に関する助言（手すり、段差、動線、自助具等）
8. 本人・家族等への介助方法、生活上の工夫等の指導（移乗、体位変換、転倒予防、生活リズム等）
9. その他（　　）
10. 理学療法士等による訪問看護は提供していない

⑲（**参照A**）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※・その他の人数をご記入ください。
※「医療的ケア児」とは、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を指します。

ⅰ）超重症児	ⅱ）準超重症児	ⅲ）医療的ケア児 ※ ⅰ）・ⅱ）を除く	ⅳ）その他
人	人	人	人

⑳（**参照A**）のうち、15歳未満の利用者について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数についてご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉑ 上記⑲のうち、6歳未満の利用者について、別表第7及び別表第8に該当する利用者数についてご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉒（**参照A**）のうち、15歳未満の利用者について、次の各サービスの利用者数をご記入ください。

ⅰ）児童発達支援	ⅱ）放課後等デイサービス	ⅲ）居宅訪問型児童発達支援	ⅳ）保育所等訪問支援
人	人	人	人

㉓（**参照A**）のうち、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）別の人数をご記入ください。

自立	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	不明
人	人	人	人	人	人

㉔（**参照A**）のうち、要介護度別の人数をご記入ください。

未申請	要支援1・2	要介護1・2・3	要介護4	要介護5	申請中	非該当	不明
人	人	人	人	人	人	人	人

㉕（**参照A**）のうち、要介護者等（要支援 1～要介護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分別の人数をご記入ください。

自立	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	M	不明
人	人	人	人	人	人	人

㉖ 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者（**参照B**）のうち、GAF尺度別の人数をご記入ください。

100-91	90-81	80-71	70-61	60-51	50-41	40-31
人	人	人	人	人	人	人
30-21	20-11	10-1	0			
人	人	人	人			

㉗（**参照A**）のうち、妊産婦（妊娠中又は出産後1年以内）数	人

㉘（**参照A**）のうち、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した利用者についてご回答ください。
（令和8年10月）

1）利用者数	（　　）人

㉙ 上記⑱6）の利用者（「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数をご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉚ 上記⑱13）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者数）について、別表第7及び別表第8に該当する利用者数についてご記入ください。

1)別表第7に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉛ 上記⑱15）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、別表第7の疾病等及び別表第8の状態等に該当する利用者数をご記入ください。

1)別表第7の疾病等に該当する利用者数（別表第8に該当する者を含む）	人
2)別表第8の状態等に該当する利用者数（別表第7に該当する者を含む）	人
3)別表第7及び別表第8に該当する利用者数	人

㉜ 上記⑱6）の利用者（「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、1週間当たりの訪問日数、1週間当たりの訪問回数、1回あたりの平均訪問時間についてご回答ください。（令和8年10月）

1)1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日
	人	人	人	人	人

2)1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人

3)1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上	

㉝ 上記⑱15）の利用者（「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者）について、1週間及び1日当たりの訪問回数、1回あたりの平均訪問時間、訪問看護の内容についてご回答ください。

1)1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日
	人	人	人	人	人

2)1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人

3)1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上	

㉞ 令和8年10月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数（医療保険）※をご記入ください。
※ここでいう訪問回数とは、基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）及び精神科基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）の算定回数を指す。

		令和8年10月
1) **医療保険による訪問看護**利用者数（記入不要）およびその利用者への延べ訪問回数（利用者数は**（参照A）[⑰1）a.]**対象）	利用者数	⑱ 1）a.参照Aと同じ
	延訪問回数	延べ　　回
1)-1 上記1)のうち、**精神科訪問看護基本療養費**を算定している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は**（参照B）[⑰9）]**対象）	利用者数	⑱ 12）参照Bと同じ
	延訪問回数	延べ　　回
1)-2 上記1)のうち **理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が単独で1日以上の訪問看護を実施**している利用者数（記入不要）および延べ訪問回数（利用者数は**（参照C）[⑰15）]**対象）	利用者数	⑱ 18）参照Cと同じ
	延訪問回数	延べ　　回

㉟ 令和8年10月の訪問看護基本療養費種別の訪問看護の状況をご記入ください。

1）**訪問看護基本療養費Ⅰの**利用者数	（　　）人

a.1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日
	人	人	人	人	人

b.1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人

c.1回当たりの平均訪問時間　※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上	

2）**訪問看護基本療養費Ⅱの**利用者数	（　　）人

a.1週間当たりの訪問日数	週1日未満	週1～2日	週3～4日	週5～6日	週7日			
	人	人	人	人	人			
b.1週間当たりの実際の訪問回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回以上
	人	人	人	人	人	人	人	人
c.1回当たりの平均訪問時間 ※○は1つ	30分未満	30～60分未満	60～90分未満	90分以上				

㊱ 訪問日数、訪問回数、訪問時間及び利用者数の適切性を、貴ステーションではどのように検討・評価していますか。
※○はいくつでも

1. 訪問看護計画書の作成・見直し時に検討している
2. 定期的なカンファレンスで検討している
3. 管理者が定期的に確認している
4. 主治医と相談して決定・見直ししている
5. 利用者・家族の意向を踏まえて決定している
6. 事例検討を行っている
7. ICT等のシステムを活用して評価している
8. 特に定めた方法はない
9. その他（　　）

2．届出状況及び訪問看護の体制（令和8年10月１日時点）についてお伺いします。

《介護保険の指定状況》

① 介護保険法の指定状況	1. 指定済み　2. 未指定（指定手続き中）　3. 未指定（指定手続き予定なし）

② 貴事業所における安全管理に関する規定等の整備状況についてご回答ください。（○はいくつでも）

1. 安全管理に関する基本方針を策定している
2. 事故発生時の対応方法を規定している
3. 事故発生時の報告体制を規定している
4. 安全管理に関するマニュアルを整備している
5. ヒヤリ・ハット事例を収集・分析する仕組みがある
6. 上記のいずれも実施していない
7. その他（　　）

②-1 令和8年6月から11月までの間の安全管理に関する研修の受講状況についてご回答ください。

管理者	1. 受講した	2. 一部受講した	3. 受講していない	4. わからない
その他職員	1. 受講した	2. 一部受講した	3. 受講していない	4. わからない

《事故・ヒヤリハットの状況（医療保険の利用者）》

① 直近1年間での事故の有無	1. あり（　　件数）　2.なし　　3.把握できていない
② ヒヤリ・ハットの有無	1. あり（　　件数）　2.なし　　3.把握できていない
③ 事故があった場合の対応	1.自治体に報告した　2.地域内で周知・共有した　3. 保険者に報告した 4.利用者の家族等に報告した　5.事業所内で共有・研修した 6.その他（　　）
④ ヒヤリ・ハットがあった場合の対応	1.自治体に報告した　2.地域内で周知・共有した　3. 保険者に報告した 4.利用者の家族等に報告した　5.事業所内で共有・研修した 6.その他（　　）

《24時間対応体制加算》

⑤ 24 時間対応体制加算の届出の有無	1. あり　→⑥-4以降へ　　2. なし　→ ⑥-1～⑥-3へ

【上記⑤で「2.なし」を選んだ場合】

⑥-1　24時間対応体制加算の届出意向	1. 届出の予定がある　→⑥-3へ ⇒内訳：01　24時間対応体制加算イ　02　24時間対応体制加算ロ 2. 届出について検討中　→⑥-2へ 3. 届出の予定はない　→⑥-2へ
【上記⑥-1で「2. 届出について検討中」又は「3. 届出の予定はない」を選んだ場合】 ⑥-2　24 時間対応体制加算の届出を行っていない理由 ※○はいくつでも	1. 24時間の電話対応の体制をとることが難しい 2. 24時間の訪問の体制をとることが難しい 3. 直接連絡のとれる連絡先を複数確保することが難しい 4. 利用者に説明をして同意を得ることが難しい 5. 営業時間外の電話対応や緊急訪問看護を必要とする利用者が少ない 6. その他（　　）
⑥-3　24時間対応体制加算の届出を行っていない場合、複数のステーションで連携すれば24時間の体制確保が可能か、ご回答ください。	1. 可能 2. 不可能

【上記⑤で「1.あり」を選んだ場合】

⑥-4　看護師の負担軽減のために実施している取組 ※○はいくつでも	1. 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 2. 夜間対応に係る勤務の連続回数を2連続（2回）までとする 3. 夜間対応後の暦日の休日の確保

	4. 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 5. ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 6. 電話等による連絡・相談を担当する者への支援体制の確保 7. その他（　　）
⑥-5 届出の内訳	1. 24時間対応体制加算イ→⑥-7へ　2. 24時間対応体制加算ロ→⑥-6へ
【上記②-5で「2. 24時間対応体制加算ロ」を選んだ場合】 ⑥-6 満たすことができない要件 ※○はいくつでも	1. 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 2. 夜間対応に係る勤務の連続回数を2連続（2回）までとする 3. 夜間対応後の暦日の休日の確保 4. 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 5. ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 6. 電話等による連絡・相談を担当する者への支援体制の確保 7. その他（　　）

⑥-7 24時間対応体制の確保のための、**営業時間外の対応の体制**についてご回答ください。
※待機の体制・緊急訪問看護の体制・夜勤専従者の配置の有無について、それぞれ該当するもの1つに○

＜待機の体制として実施しているもの＞
1. 夜勤体制を組んでいる　2. 輪番制で訪問看護ステーションで待機
3. 輪番制でオンコールで待機　4. 管理者が訪問看護ステーションで待機
5. 管理者がオンコールで待機　6. 他の訪問看護ステーションとの連携による対応
7. その他（　　）

＜緊急訪問看護の体制として実施しているもの＞
1. 電話を受けた者が緊急訪問看護を実施　2. 電話を受けた者以外が緊急訪問看護を実施
3. その他（　　）

＜夜勤専従者の配置の有無＞
1. 夜勤専従者の配置あり　2. 夜勤専従者の配置なし

⑥-8 24時間対応体制に係る連絡相談を担当する職員の職種について、ご回答ください。
1. 保健師又は看護師 →⑥-9へ　2. その他の職員 →⑥-11へ

⑥-9 上記⑥-8で「1」を選択した場合、その他の職員を担当者とする意向はありますか。
1. その他の職員を担当者とする予定がある →⑦へ
2. その他の職員を担当者とすることについて検討中 →⑥-10へ
3. その他の職員を担当者とする予定はない →⑥-10へ

【上記⑥-9で「2. その他の職員を担当者とすることについて検討中」または「3. その他の職員を担当者とする予定はない」を選択した場合】
⑥-10 連絡相談を担当する職員を保健師又は看護師以外の職員にしていない理由をご回答ください。
※○はいくつでも
1. 保健師又は看護師以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルを整備することが難しい
2. 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制を整備することが難しい
3. 利用者及び家族等への説明と同意を得ることが難しい
4. 貴事業所の保健師又は看護師以外の職員による連絡相談の担当者を配置することが難しい
5. 連絡相談するためのその他の職員を配置しても、その職員が連絡相談以外に担当する業務がないため難しい
6. その他（　　）

⑥-11 上記⑥-8で「2.その他職員」を選択した場合、保健師又は看護師の負担軽減についてご回答ください。
1.負担が減った　2.負担は変わらない　3.負担が増えた

《特別管理加算・訪問看護基本療養費》

⑦ 特別管理加算の届出の有無	1. あり　2. なし
⑧ 訪問看護基本療養費の注2、注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無 ※「1.あり」の場合は、01～04 のうち該当するもの全てに○	1. あり ⇒（01. 緩和ケア　02. 褥瘡ケア 03. 人工肛門ケア・人工膀胱ケア 04. 特定行為研修（褥瘡管理関連）） 2. なし

《機能強化型訪問看護管理療養費》

⑨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無　※「1.あり」の場合は、01～03 のうち該当するもの1つに○

1. あり ⇒内訳（ 01. 機能強化型1　02. 機能強化型2　03. 機能強化型3　04.機能強化型4） →⑨-1・⑨-2へ
2. なし　→⑨-3へ

【⑨で「1. あり」を選択した場合】

⑨-1 人材育成のための研修等の実施状況　※○はいくつでも

1. 看護学生を対象とした実習の受入れ
2. 病院もしくは地域において在宅療養を支援する医療従事者等の知識及び技術等の習得を目的とした研修
3. 地域の訪問看護ステーションと連携した業務継続計画の策定、研修及び訓練の主催
4. 地域の医療従事者等に対する同行訪問による訪問看護研修
5. その他（　　）

⑨-2 地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績 ※それぞれ○はいくつでも

【提供先】

1. 地域の医療機関　2. 訪問看護ステーション　3. 住民　4. 介護サービス事業所
5. 障害福祉サービス事業所　6. 学校等　7. その他（　　）

【実施している内容】

1. 情報提供　⇒内容：
2. 相談

01. 自訪問看護ステーションの利用方法
02. 自訪問看護ステーションの提供内容
03. 訪問看護利用者の事例
04. 認知症に関する普及啓発
05. 障害に関する普及啓発
06. 介護保険制度や介護保険サービスに関する普及啓発
07. 障害福祉制度や障害福祉サービスに関する普及啓発
08. その他（　　）

【⑨で「2. なし」を選択した場合】

⑨-3 今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向

1. 届出の予定がある
　↳ 予定がある届出：該当する番号に○ （ 機能強化型訪問看護管理療養費 [1 ・ 2 ・ 3・ 4] ） → ⑩へ
2. 届出について検討中　→⑨-4へ　3. 届出の予定はない　→⑨-4へ

【⑨-3で「2.届出について検討中」又は「3.届出の予定はない」を選択した場合】

⑨-4 機能強化型訪問看護管理療養費の届出を行っていない場合、満たせない要件　※○はいくつでも

1. 常勤の看護職員数　2. 看護職員割合　3. 24時間対応
4. ターミナルケアの実施　5. 重症児の受入れ
6. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第7）の受入れ
7. 重症度の高い利用者（特掲診療料の施設基準等別表第8）の受入れ
8. 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者の受入れ
9. 居宅介護支援事業所の設置
10. 居宅介護支援事業所における介護サービス計画等の作成
11. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の設置
12. 特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所におけるサービス等利用計画等の作成
13. 休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施
14. 退院時共同指導加算の算定実績
15. 同一敷地内・同一開設者の保険医療機関における主治医の割合
16. 地域の保険医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
17. 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションへの研修の実施
18. 地域の訪問看護ステーションや住民などへの情報提供や相談の実績
19. 専門の研修を受けた看護師の配置
20. 要件は満たしているが届出はしない

《訪問看護管理療養費》

⑩訪問看護管理療養費1（イ～ニ）の届出の意向	1. 意向あり今後届出予定　2. 意向はあるが届出は未定 3. 意向はなく届出の予定もない

《専門管理加算》

⑪専門管理加算の届出の有無	1. あり　→①-1へ　2. なし　→設問「3」へ
【⑪で「1. あり」を選択した場合、以下にご回答ください。】 ⑪-1　専門管理加算を算定した利用者数をご記入ください。（令和8年10月の1か月）	人

3．精神科訪問看護の届出状況（令和8年10月1日時点）及び算定状況等についてお伺いします。

【精神科訪問看護の実施状況について、全ての事業所がご回答ください。】

① 精神科訪問看護基本療養費の届出の有無	1. あり　2. なし →p.13の「4」へ

【①で「1.あり」を選択した場合】
1）精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者の届出状況についてご回答ください。
※複数該当している場合は、該当するものそれぞれに人数を計上してください。

1）精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者数		人
	該当者数	精神科訪問看護に関する要件研修の修了者数
2） 1）のうち、精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験のある者	人	人
3） 1）のうち、精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験のある者	人	人
4） 1）のうち、精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験のある者	人	人
5） 1）のうち、精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修を修了した者	人	人
6） 5）のうち、2）～4）いずれにも該当せず5）のみに該当している者	人	人

①-1 精神科訪問看護に関する要件研修の受講状況についてご回答ください。	1. 管理者・職員とも受講している 2. 管理者のみ受講している 3. 一部職員のみ受講している 4. 管理者・職員とも受講していない

②-1 精神科訪問看護において、看護職員による対応が特に必要と考えるものをご回答ください。
（あてはまるものすべてに○）

1. 精神症状のアセスメント　2. 自傷・他害リスクの評価　3. 精神状態の変化の早期発見
4. 薬物療法の評価及び副作用の観察　5. 身体合併症の管理　6. 危機介入
7. 家族への看護的支援　8. 主治医への報告・相談　9. 多職種間の医療的調整
10 その他（　　）

②-2 精神科訪問看護で実施している支援のうち、他職種でも対応可能と思われるものをご回答ください。（あてはまるものすべてに○）

1. 行政手続きの支援　2. 福祉サービス利用支援　3. 就労支援　4. 生活相談　5. 金銭管理支援
6. 居住支援　7. 買い物支援　8. その他（　　）　9.特にない

②-3 1回当たりの平均実施時間 ※○は1つ	1. 30分未満　2. 30～60分未満　3. 60～90分未満　4. 90分以上

②-4 精神科訪問看護指示書に基づき、主治医（指示医療機関）へどのような内容を主に報告していますか。
（あてはまるものすべてに○）

1. 精神症状の経過（不安、抑うつ、幻覚妄想、興奮、自傷他害リスク等）
2. 服薬状況・副作用（服薬遵守、飲み忘れ、過量内服の懸念、眠気等）
3. 生活状況・生活リズム（睡眠、食事、清潔、金銭管理、家事、日中活動等）
4. 対人関係・社会参加の状況（家族関係、対人トラブル、就労・通学、外出等）
5. 身体状態・身体合併症の状況（バイタル、生活習慣、通院状況、身体症状等）
6. 社会資源の利用状況・調整（障害福祉サービス、相談支援、行政手続き、ケア会議等）
7. 急変・危機対応の状況（増悪兆候、緊急連絡・緊急訪問、救急搬送の有無等）
8. 看護計画・介入内容と評価（実施した支援、本人の反応、課題、次回方針等）
9. GAF尺度（またはそれに準ずる尺度）の評価結果
10. その他（具体的に:　　）
11. 主治医への定型的な報告は行っていない／必要時のみ（※単一選択）

②-5 精神科訪問看護において、GAF尺度をどの程度活用していますか。（○は1つ）

1. 原則として全利用者に実施している　2. 一部の利用者に実施している（対象を決めている）　3. 必要時のみ実施している（状態変化時等）
4. 過去に実施していたが、現在は実施していない　5. 実施していない（導入していない）

③ 精神科複数回訪問加算の届出の有無	1. あり　2. なし
④ 精神科重症患者支援管理連携加算の届出の有無	1. あり → ④-1へ　2. なし → ④-3へ

【④で「1. あり」を選択した場合】
④-1 1. ⑱ 9）（**参照B**）（P.5参照）のうち、**精神科重症患者支援管理連携加算**を算定した利用者数をご記入ください。

1） イ：精神科在宅患者支援管理料2のイを算定した利用者数 （令和8年10月）	人

2） ロ:精神科在宅患者支援管理料2のロを算定した利用者数 （令和8年10月）	人

【④-1で精神科重症患者支援管理連携加算の算定利用者数が0人の場合】
④-2 精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない理由をご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 精神科在宅患者支援管理料を算定した利用者がいない
2. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
3. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
4. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
5. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
6. 支援計画の内容を利用者、家族等に文書で説明をすることが難しい
7. カンファレンスでビデオ通話を使用する場合、個人情報の共有について、利用者の同意を得ることが難しい
8. その他（ ）

【④で「2. なし」を選択した場合】
④-3 届出を行っていない理由をご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 精神科訪問看護基本療養費の届出をしていない
2. 24時間対応体制加算の届出をしていない
3. 精神科在宅
4. 支援管理料を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が、24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行う体制を確保できていない
5. 対象となる利用者が少ない（いない）
6. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の要件をクリアすることが難しい
7. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の要件をクリアすることが難しい
8. 支援計画の内容について、利用者、家族等に文書で説明して同意を得ることが難しい
9. その他（具体的に: ）

⑤身体合併症に対応していますか。

1. 対応している →⑤-1～⑤-3へ　　2. 対応していない →⑥へ

【⑤で「1. 対応している」を選択した場合】
⑤-1 対応している場合、主な疾患を以下より選択してください。※〇はいくつでも

1.代謝系疾患（糖尿病、高脂血症）	2.循環系疾患（高血圧、脳血管疾患、心疾患）、
3. 皮膚疾患	4. 骨折・筋骨系疾患
5. 難病等	6. 悪性新生物(癌)
7. その他（ ）	

⑤-2 身体合併症に対する医療ケアの内容を選択してください。※〇はいくつでも

1. 観察・モニタリング	2. 服薬管理
3. 処置・検査	4. その他（ ）

⑤-3 下記の状態等の利用者への対応の可否をご記入ください。 ※対応可能なものに〇

在宅麻薬等注射指導管理		在宅成分栄養経管栄養法指導管理	
在宅腫瘍化学療法注射指導管理		在宅自己導尿指導管理	
在宅強心剤持続投与指導管理		在宅人工呼吸指導管理	
在宅気管切開患者指導管理		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	
気管カニューレ		在宅自己疼痛管理指導管理	
留置カテーテル		在宅肺高血圧症患者指導管理	
在宅自己腹膜灌流指導管理		人工肛門・人工膀胱	
在宅血液透析指導管理		真皮を越える褥瘡	
在宅酸素療法指導管理		在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定	
在宅中心静脈栄養法指導管理			

⑥　精神科訪問看護の届出をしている訪問看護ステーションのみご回答ください。
（参照B）（P.4参照）のうち、**複数名精神科訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和8年10月の1か月間）　※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	保健師 看護師	作業療 法士	准看護 師	看護補 助者	精神保 健福祉 士
1）暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人	人
2）利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人	人
3）利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	人	人	人	人	人
4）その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人	人
	（具体的に：　　）				

4．診療報酬の算定状況についてお伺いします。

《複数名訪問看護加算》

①（**参照A**）（P.3参照）のうち、**複数名訪問看護加算**を算定した利用者数（複数名精神科訪問看護加算は含まない）を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。（令和8年10月の1か月間）
※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	保健師 助産師 看護師	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	准看護師	看護補助者
1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者	人	人	人	人
2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者	人	人	人	人
3）特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者	人	人	人	人
4）暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人
5）利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人
6）その他、利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人
	（具体的に：　　）			

《訪問看護ターミナルケア療養費》

②　令和8年の6～11月の6か月間の**訪問看護ターミナルケア療養費**を算定した人数についてご回答ください。
※小児は15歳未満とする。

	令和8年6～11月
1）訪問看護ターミナルケア療養費1	人
うち、小児の利用者	人
2）訪問看護ターミナルケア療養費2	人
うち、小児の利用者	人

3）訪問看護ターミナルケア療養費の対象となる利用者に対し、提供した内容をお答えください。（令和8年10月）
（あてはまるものすべてに○）

1. 症状緩和（疼痛、呼吸困難、悪心・嘔吐、不眠、不安等）に関する観察・ケア
2. 医師の指示に基づく医療処置（例：注射、点滴管理、カテーテル管理、褥瘡処置等）
3. 服薬管理・薬剤調整に関する支援（服薬状況の確認、副作用観察、薬局等との情報共有）
4. 口腔ケア、清潔ケア、体位変換等の日常生活の援助・苦痛緩和ケア
5. 意思決定支援（ACPを含む）・療養方針の確認（本人・家族との話し合い支援）
6. 家族への介護指導・心理的支援（看取りへの準備を含む）
7. 緊急時対応（24時間連絡、緊急訪問、救急要請判断の支援等）
8. 主治医・関係機関との連携（連絡体制、カンファレンス、看取り体制の調整等）
9. 死後の処置、死亡時の対応・家族支援（グリーフケアを含む）
10. その他（　　）
11. 上記の療養費に該当する利用者はいない／算定していない

4）訪問看護ターミナルケア療養費における、主な課題をお答えください。（あてはまるものすべてに〇）

1. 夜間・休日を含むオンコール／緊急訪問の負担が大きい
2. 人員不足により、複数名訪問や連続訪問などが組みにくい
3. 利用者の急変時の判断・対応（症状緩和、救急要請判断等）の心理的負担が大きい
4. 医師との連携（指示受け、往診依頼、看取り時の段取り等）が円滑でない
5. 症状緩和に必要な医療処置・薬剤管理（疼痛コントロール等）への対応が難しい
6. 家族支援（介護指導、看取りの準備、グリーフケア等）の負担が大きい
7. 多職種・関係機関との調整（ケアマネ、施設、薬局、病院等）が煩雑
8. 記録・請求・算定要件の確認など事務負担が大きい
9. 移動距離・訪問時間が長く、採算性・効率面で負担が大きい
10. ハラスメント／クレーム対応などリスク対応の負担がある
11. その他（　　）
12. 特に課題はない

5）上記1)及び2)で**訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない事業所**はその理由をご回答ください。
※〇はいくつでも

1. 死亡前15日間に2回以上、訪問看護の基本療養費を算定する要件のクリアが難しい
2. ターミナルケアの支援体制について利用者や家族等に説明をすることが難しい
3. 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等をふまえ、利用者や家族等と医療・ケアチームによる十分な話し合いにより、利用者本人の意思決定を基本にターミナルケアを実施することが難しい
4. 利用者の自己負担額が大きくなることに利用者、家族等の理解と納得を得ることが難しい
5. 介護保険のターミナルケア加算の算定を行った
6. 当該期間中にターミナルケアが必要な利用者がいなかった
7. ターミナルケアを実施するための人員確保が難しい
8. その他（具体的に：　　）

《退院支援指導加算》

③**（参照A）**（P.3参照）のうち、退院支援指導加算を算定した利用者はいますか。

1. いる　→③-1へ　　2. いない　→④へ

【③で「1.いる」を選択した場合】
③-1 退院支援指導加算を算定した利用者数（実人数）についてご記入ください。

1）算定した利用者数	人
2）上記1)のうち、1回の訪問で90分を超える指導をした利用者数	人
3）上記1)のうち、複数回の訪問で90分を超える指導をした利用者数	人

《訪問看護ステーションにおける理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との連携状況等》

④**（参照C）**（P.4参照）で理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が単独で1日以上の訪問看護を実施している実績がある場合、ご回答ください。

1）看護職員と理学療法士等※1の具体的な連携の方法として行っているもの　　※〇はいくつでも
※1（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に看護職員と理学療法士等が一緒に参加している
2. 訪問看護開始後、看護職員と理学療法士等で定期的にカンファレンスを開催している
3. 看護職員と理学療法士等が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している
4. 看護職員が理学療法士等と協力して同じ訪問看護の目標を共有している
5. 理学療法士等のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成している
6. 看護職員が理学療法士等と協力して各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行っている
7. その他（具体的に：　　）

《訪問看護遠隔診療補助料》

⑤利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)の実施状況

⑤-1　利用者の自宅に訪問看護ステーションの看護師等が訪問しビデオ通話が可能な通信機器を用いて診療を行った実績と、訪問看護遠隔診療補助料の算定の有無についてご回答ください。（令和8年5月～令和8年10月の6か月間）

1.実績があって補助料を算定している　　2.実績があるが補助料は算定していない　　3. 実績がない→設問5へ

⑤-2　訪問看護ステーションの看護師等による定期的な訪問看護の時間又はそれと連続する時間帯において、情報通信機器を用いた診療を実施し、訪問看護基本療養費を算定した回数をご回答ください。（令和8年5月～令和8年10月の6か月間）	回

⑤-3 オンライン診療1回当たりの 看護職員の平均対応時間をご回答ください。
※「**対応時間**」とは、情報通信機器の設定や事前準備、オンライン診療への同席、診療後の療養指導等を含めた一連の対応時間とする。

1. 15分未満	2. 15～30分未満	3. 30～60分未満	4. 60分以上

⑤-4 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者について、それぞれ人数および対応時間をご回答ください。(該当する利用者がいない場合は「0」)(令和8年5月～令和8年10月の6か月間)

1) 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した患者の実人数	(　　)人 (　　)分
2) 1)のうち、訪問看護計画に基づく定期的な訪問(訪問看護)として、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
3) 1)のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、自院の看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
4) 1)のうち、予定された訪問看護がない状況で緊急に、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等が利用者の居宅に訪問し実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
5) 1)のうち、2)～4)に該当しない場合に実施した利用者の実人数	(　　)人 (　　)分
6) 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した 利用者のうち、同一建物に訪問看護を実施した利用者が2名以上いる場合の延べ利用者数	(　　)人 (　　)分

【上記⑤-4 5) が1人以上いる場合】
⑤-5 他に該当しない場合に実施した利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)について、ご回答ください。

1) 具体的な状況をご回答ください。

2) 具体的な居宅サービス等についてご回答ください。

【上記⑤-4 6) が2人以上いる場合】
⑤-6 同一建物に居住する利用者の居宅サービスの種類について、ご回答ください。※〇はいくつでも

01 サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホーム　02 特別養護老人ホーム
03 軽費老人ホーム　04 認知症対応型共同生活介護　05 共同生活援助(グループホーム)
06 その他

【⑤-1で「1」または「2」を選択した(Dto P with N の実績がある)場合】
⑤-7 実施した診療の補助行為(検査･処置等)として、当てはまるものをご回答ください。※〇はいくつでも

01 血液検査　02 尿検査　03 咽頭拭い液を用いた検査　04 超音波検査
05 心電図　06 培養検査　07 皮内･皮下･筋肉内注射　08 点滴注射
09 創傷処置　10 酸素吸入　11 皮膚への軟膏処置　12 バルーンカテーテル管理
13 導尿　14 摘便　15 その他　16 診療の補助行為はいずれも行っていない

【⑤-1で「1」または「2」を選択した(D to P with N の実績がある)場合】
⑤-8 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)を実施した利用者について、診療を行った状況についてご回答ください。※〇はいくつでも

01 定期的に訪問診療を行っている利用者に対する定期的な診察
02 定期的に外来診療を行っている利用者に対する定期的な診察
03 定期的に訪問診療を行っている利用者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察
04 定期的に外来診療を行っている利用者が発熱等で急な症状を呈した際の予定外の診察
05 定期的な診察を行っていない利用者が発熱等で急な症状を呈した際の診察
06 その他

【⑤-8で「3」「4」「5」のいずれか1つ以上が該当した場合】
⑤-9 予定外の診察を行った理由として、当てはまるものについてご回答ください。※〇はいくつでも

01 感冒･呼吸器感染症･尿路感染症による発熱　02 01以外による発熱　03 消化器症状(嘔気･嘔吐)
04 呼吸困難感　05 疼痛症状　06 内服薬等の副作用症状
07 創傷･皮症状のトラブルや変化(褥瘡処置を含む)　08 排尿･排便異常、尿道カテーテルのトラブル
09 転倒後の状態確認　10 出血(血痰、血便)　11 血圧異常
12 意識レベルの変化　13 その他

【⑤-1で「2」を選択した(Dto P with N の実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料は算定していない)場合】
⑤-10 実績はあるが、訪問看護遠隔診療補助料を算定しない理由についてご回答ください。※○はいくつでも

01 施設基準の届出を行っていないため
02 在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する利用者であって通院が困難なものに該当しないため
03 訪問看護ステーションの看護師等による定期的な訪問看護の時間又はそれと連続する時間帯において、情報通信機器を用いた診療を実施したため
04 利用者、家族の同意が得られなかったため
05訪問看護ステーションの看護師等以外の補助により情報通信機器を用いた診療を実施したため
06 その他

⑤-11 利用者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療(D to P with N)における課題　※○はいくつでも

1. 対象利用者が少ない　2.連携する保険医療機関の確保が難しい　3. 医師との日程調整が難しい
4. 通信環境の整備が難しい　5.ICT機器の導入・維持費用の負担が大きい　6. 利用者・家族の理解を得ることが難しい
7. 看護職員の業務負担が大きい　8. 診療補助の役割が不明確である　9. 緊急時対応に不安がある
10. 特に課題はない　11. その他（　　）

5．包括型訪問看護療養費の状況についてお伺いします。

① 包括型を算定すると届出を行った施設に入居している利用者のうち、包括型訪問看護療養費を算定した利用者数および算定していない利用者数をご記入ください。（令和8年10月の1か月）

算定した利用者数（　　）人　　算定していない利用者数（　　）人

② 包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する建物以外で、貴事業所が訪問看護を実施している利用者の有無及び利用者数をご記入ください。（令和8年10月の1か月）

1.いる⇒利用者数（　　）人　　2.いない

③ 包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する施設の状況についてご回答ください。	1）併設・隣接施設の種類 ※○はいくつでも	1.サービス付き高齢者向け住宅（同一法人） 2.サービス付き高齢者向け住宅（関連法人） 3.サービス付き高齢者向け住宅（その他法人） 4.有料老人ホーム（同一法人） 5. 有料老人ホーム（関連法人 6. 有料老人ホーム（その他法人） 7. その他（　　）

④包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住している施設について、以下のA～Eの情報をご記入ください。

A:施設の種類※○は1つ	1. サービス付き高齢者向け住宅（同一法人） 2. サービス付き高齢者向け住宅（同一法人以外） 3. 有料老人ホーム（同一法人） 4. 有料老人ホーム（同一法人以外） 5. その他（同一法人） 6. その他（同一法人以外）
B:定員数、利用者数	定員（　　）人　　利用者（　　）人

C:併設する他の事業所※○はいくつでも

1. 病院	2. 診療所	3. 介護老人保健施設
4.助産所	5. 訪問看護ステーション（貴事業所以外）	
6. 特別養護老人ホーム	7. 介護医療院	8. 居宅介護支援事業所
9. 通所介護事業所	10. 療養通所介護事業所	11. 地域包括支援センター
12. 訪問介護事業所	13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
14. 小規模多機能型居宅介護	15. 看護小規模多機能型居宅介護	
16. 有料老人ホーム	17. 軽費老人ホーム	18. 養護老人ホーム
19. サービス付き高齢者向け住宅	20.特定施設入居者生活介護	21. 認知症対応型共同生活介護
22. 共同生活援助（グループホーム）	23. 特定相談支援事業所	24. 障害児相談支援事業所
25. 児童発達支援	26. 放課後デイサービス	27. 居宅訪問型児童発達支援
28. 保育所等訪問支援	29. その他（具体的に：　　）	

D:施設で行われている他のサービス ※○はいくつでも	1. 介護　2. 生活支援（買い物、家事、手続き代行等） 3. 食事　4. 健康管理 5. その他
E:家賃の有無・金額額（最も多い部屋数の価格）	1.家賃あり:（　　）円　　2.家賃なし

⑤上記施設に、他の訪問看護事業所が訪問看護を行うことはありますか。ある場合は、当該訪問看護事業所数と該当利用者数をご記入ください。	
1）貴事業所が包括型訪問看護療養費を算定する利用者に対して、他の訪問看護事業所が訪問看護を行うことの有無	1.ある　2.ない
2）上記1)「1.ある」を選択した場合、該当する利用者数	（　　）人
3）上記「1.ある」を選択した場合、貴事業所の利用者に訪問看護を提供している他の訪問看護事業所数（貴事業所を除く）	（　　）事業所

⑥包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する施設との連携についてご回答ください。			
1）連携内容 ※〇はいくつでも	1. 利用者情報の共有 3. 退院時・入退所時の情報共有 5. 看取りに関する連携		2. 定期的なカンファレンス 4. 急変時の対応に関する連携 6. その他（　　）
2）連携頻度 ※〇は1つ	1. 毎日　2. 週1回以上　3. 月1回以上　4. 必要時のみ		
3）施設が提供している他サービスのうち、貴事業所と連携している内容 ※〇はいくつでも		連携している内容に〇	連携形態 1.情報共有のみ 2.運用を一部共同で実施（会議・記録・連絡体制など） 3.人員・拠点を共同で実施（兼務・事務所共有） 4.同一法人で一体的に実施（同一責任者/同一窓口 等） 5.その他
	1.介護		1・2・3・4・5
	2.生活支援（買い物、家事、手続き代行等）		1・2・3・4・5
	3.食事		1・2・3・4・5
	4.健康管理		1・2・3・4・5
	5.その他		1・2・3・4・5

⑦包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する施設への訪問診療の有無等についてご回答ください。		
	1）訪問診療の有無	1.包括型を算定する利用者全員が訪問診療を受けている 2.一部の利用者が訪問診療を受けている 3.訪問診療を受けている利用者はいない
	2）ありの場合、訪問診療を行う医療機関数	（　　）施設
	3）当該医療機関との連携内容 ※〇はいくつでも	1. 利用者の病状・健康状態に関する情報共有 2. 診療内容・治療方針に関する情報共有 3. 服薬状況・薬剤管理に関する情報共有 4. 日常生活・介護状況に関する情報共有 5. 急変時・緊急時の対応 6. 入院・退院時の情報共有および調整 7. 看取り・終末期ケアに関する連携 8. 訪問診療の日程調整 9. その他（　　）
	4）当該医療機関との連携方法 ※〇はいくつでも	1. 電話 2. FAX 3. メール 4. 情報共有システム・電子カルテ等 5. 診療時の対面での申し送り 6. 定期的な会議・カンファレンス 7. 文書（診療情報提供書、連絡票等） 8. その他（　　）

⑧包括型訪問看護療養費を算定する利用者への訪問看護に従事する職員の状況についてご回答ください。		
	1）専門性の高い看護師の配置人数	（　　）人
	2）特定行為研修修了者の配置人数	（　　）人
	3）従事する看護職員数	（　　）人

⑨令和8年10月における包括型訪問看護療養費対象		
	1）延訪問回数	（　　）回

利用者への訪問看護についてご回答ください。	2）１日当たりの平均訪問時間	（　　）分
	3）夜間（18時～翌午前8時）の看護職員の体制	・常時配置人数：（　　）人 ※包括型訪問看護療養費を算定する利用者への訪問を行う看護職員 ・オンコール体制の有無：1.あり　2.なし
⑩24時間体制での対応についてご回答ください。	1）連絡相談を担当する職員数	保健師（　　）人；常勤　　人　非常勤　　人 助産師（　　）人；常勤　　人　非常勤　　人 看護師（　　）人；常勤　　人　非常勤　　人 その他（　　）人；常勤　　人　非常勤　　人
	2）連絡方法 ※〇はいくつでも	1. 電話 2. FAX 3. メール 4. 情報共有システム・電子カルテ等 5. その他（　　）
	3）保健師又は看護師以外の職員が連絡相談を担当する場合 、24時間体制での対応に係る連絡相談に支障がない体制 ※〇はいくつでも	1. 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルの整備 2. 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制の整備 3. 連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況の明確化 4. その他（　　）
	4）24時間体制での対応における看護業務の負担軽減の取組 ※〇はいくつでも	1. 夜間帯対応した翌日の勤務間隔の確保 2. 夜間帯対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで 3. 夜間帯対応後の暦日の休日確保 4. 夜間帯勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 5. ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 6. その他（　　）
⑪医療安全管理及び衛生管理の取組みについてご回答ください、	1）安全管理のための指針の整備及び安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等の文書についてどのように周知していますか ※〇はいくつでも	1. 文書等を事業所内に置いている 2. イントラネット等、電子媒体で閲覧できるようにしている 3. 研修で周知している 4. その他（　　）
	2）事故やインシデントが発生した際の報告体制やルートが明確化されているか	1. 明確化されており、実際に運用できている 2. 明確化されているが、運用に問題がある 3. 一部明確化できていない内容がある 4. その他（　　）
	3）事故やインシデントについて分析・評価ができているか	1. 分析・評価できており、改善につなげている 2. 分析・評価できているが、改善までつなげられていない 3. 分析・評価が十分にできていない 4. その他（　　）
	4）安全管理の体制確保のための職員研修の実施状況	1. 定期的に実施している：年（　　）回程度 2. 不定期に実施している：年（　　）回程度※実績 3. その他（　　）
	4)-1 安全管理の体制確保のための職員研修の実施方法 ※〇はいくつでも	1. 集合研修 2. オンライン研修（同時双方向） 3. eラーニング 4. 外部研修・講習会への参加 5. OJT（業務を通じた研修） 6. その他（　　）
	4)-2 安全管理の体制確保のための職員研修の内容 ※〇はいくつでも	1. 医療安全に関する内容 2. 感染対策に関する内容 3. 事故・インシデント発生時の対応に関する内容

		4. 災害時対応に関する内容 5. 個人情報保護・情報セキュリティに関する内容 6. 虐待防止・身体拘束適正化に関する内容 7. その他（　　）
	5）高齢者向け住まい等を設置・運営する他の事業者等との設備・備品等の衛生管理に関する連携状況	1. 十分に連携できている 2. 一部十分に連携できていないケースがある 3. 連携が十分にできていない 4. その他（　　）
	5)-1 高齢者向け住まい等を設置・運営する他の事業者等との設備・備品等の衛生管理に関する連携方法 ※〇はいくつでも	1. 定期的な会議・カンファレンス 2. 電話による連絡・情報共有 3. メール・ICTツールによる情報共有 4. 文書・報告書等による情報共有 5. 合同研修・勉強会 6. 緊急時の連絡体制の整備 7. その他（　　）
	5)-2 高齢者向け住まい等を設置・運営する他の事業者等との設備・備品等の衛生管理に関する連携内容 ※〇はいくつでも	1. 感染対策に関する情報共有 2. 設備・備品等の衛生管理に関する情報共有 3. 事故・インシデント発生時の対応 4. 利用者の急変時対応 5. 災害時対応 6. 医療安全に関する情報共有 7. その他（　　）
⑫地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションとの連携	1）合同で実施する研修や事例検討会（直近1年） ※〇はいくつでも	開催回数：（　　）回 内容： 1. 看取り・終末期ケア、ACPに関する内容 2. 急変時対応・救急搬送・緊急時の連携に関する内容 3. 医療的ケアに関する内容 （管理・処置、服薬、認知症、感染症、褥瘡等） 4. 多職種連携・情報共有・事例検討に関する内容 5. その他（　　）
	2）地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションに対する情報提供 ※〇はいくつでも	実施回数：（　　）回 内容： 1. 施設・事業所のサービス内容や受入体制に関する情報 2. 利用者の状態・医療的ケア・生活状況に関する情報 3. 入退院時の連携や急変時の連絡・対応方法に関する情報 4. 看取り・終末期ケア、感染対策等の対応方針に関する情報 5. 研修会・事例検討会・地域向け講座等の開催案内 6. 事故・インシデントの情報 7. その他（　　）
	2)-1 情報提供先の機関 ※〇はいくつでも	1. 病院 2. 診療所 3. 訪問看護ステーション 4. 介護老人保健施設 5. 介護医療院 6. 居宅介護支援事業所 7. 地域包括支援センター 8. その他（　　）
	2)-2 情報提供の方法 ※〇はいくつでも	1. 電話 2. FAX 3. 電子メール 4. ICTシステム・情報共有ツール 5. 文書・報告書の送付 6. 会議・カンファレンス 7. 訪問時の直接説明 8. その他（　　）

6．貴事業所と関係機関との連携状況等

①（参照A）（P.3参照）のうち、令和8年10月の訪問看護情報提供療養費を算定しなかったが、他機関に情報提供を行った利用者について、ご回答ください。

1）当該利用者数	人

【1)の人数が1人以上の場合】

2）算定できなかった理由　※○はいくつでも

1. 算定対象となる利用者ではなかったから（具体的な疾患名や状態：　　）
2. 算定対象となる情報提供先ではなかったから（具体的な情報提供先：　　）
3. 算定回数の上限を超えていたから（具体的な頻度を記載※1：　　）
※1：例. 1学期あたりに1回、入院の都度など
4. その他（　　）

②医療機関・地域の医療・介護・障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等として実施しているものをご回答ください。（研修、地域ケア会議、実習生の受け入れ等）　※○はいくつでも

1. 利用者が入院又は退院する際の入院医療機関との連絡・調整
2. 介護サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
3. 障害福祉サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
4. 個別の利用者に関する他の医療機関への情報照会
5. 個別の利用者に関する介護支援専門員等の介護サービス事業所への情報照会
6. ネットワークを有する他の医療機関・介護関係者等との定期的な情報交換
7. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整
8. 医療・介護・障害福祉に関する研修の開催
9. 医療・介護・障害福祉に関する研修への参加
10. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、個別ケースの検討会議等）への参加
11. 医療機関等と相互の人材交流の取組の実施
12. 医療機関等から訪問看護に関する研修等の受入れ
13. 看護学生等の実習生の受け入れ　⇒内訳：（ 01　看護師養成課程　02　保健師養成課程　03　助産師養成課程）
14. 障害等に関する普及啓発活動
15. 自治体事業（在宅医療・介護連携推進事業等）を受託している　⇒事業名（　　）
16. 医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」※2に位置づけられている
17 その他（具体的に：　　）
18. 特に行っている取組はない

※２：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について）
https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf

③残薬の状況の確認について、ご回答ください。

1）利用者の残薬の状況を確認していますか。※○は1つ	1. 全ての利用者について確認している 2. 必要と判断した利用者について確認している 3. ほとんど確認していない 4. 確認していない
2）残薬の状況を確認する頻度 ※○は1つ	1. 訪問の都度　2. 月1回以上　3. 状態変化時のみ 4. その他（　　）
3）残薬確認時に実施している内容 ※○はいくつでも	1. 残薬数の確認　2. 服薬状況の確認 3. 飲み忘れの確認　4. 重複処方の確認 5. 主治医への情報提供　6. 保険薬局への情報提供 7. その他（　　）
4）残薬の状況を確認する上での課題 ※○はいくつでも	1. 確認に時間を要する 2.利用者本人の服薬状況が把握しにくい 3. 主治医との情報共有が難しい 4. 保険薬局との情報共有が難しい 5. 対応に係る評価が十分でない 6. 特に課題はない 7. その他（　　）

④主治医及び保険薬局との連携状況について、ご回答ください。

1）残薬が確認された場合の主な連携先 ※○はいくつでも	1. 主治医　2. 保険薬局 3. 主治医及び保険薬局の双方　4. その他（　　） 5. 特に連携していない
2）連携内容 ※○は1つ	1. 残薬状況の共有　2. 処方内容の見直し依頼 3. 服薬支援方法の検討　4. 服薬アドヒアランスに関する情報共有 5. その他（　　）

7．レセプト請求方法

①レセプトコンピューターの導入状況（令和 8 年 10 月末時点）	1. 開始している　　2. やむを得ない事情で開始できていない
②レセプトのオンライン請求の実施状況（令和 8 年 10 月末時点）	1. 開始している　　2. やむを得ない事情で開始できていない

③レセプト請求（レセコン導入・利用、オンライン請求を含む）に関して、感じている課題をお答えください。（あてはまるものすべてに〇）

1. レセコン/請求ソフトの導入・更新費用（初期費用、月額費用）
2. PC・ネットワーク等の環境整備（回線、端末、セキュリティ）が負担
3. 職員の操作習得・引継ぎが難しい（人材入替、教育コスト）
4. 入力作業・チェック作業が煩雑（記録→請求の転記が多い、二重入力）
5. 算定要件の判断が難しい（加算・指示書・訪問時間等の整合確認）
6. 返戻・査定が発生しやすい/原因分析が難しい
7. 電子カルテ・記録システム等との連携が弱い（データ連携できない）
8. オンライン請求の運用が不安定（送信エラー、締切前の負荷、サポート不足）
9. 制度改定時のマスタ更新・設定変更の対応が遅い/難しい
10. 外部委託・本部一括処理のため、事業所側で内容確認がしにくい
11. 個人情報保護・セキュリティ対応（権限管理、ログ管理等）が負担
12. 特に課題はない
13. その他（　　）

8．訪問看護記録

①訪問看護記録（計画・実施記録・報告等）の主な記録方法をお答えください。（〇は1つ）

1. 紙のみで記録している　　2. 紙と電子を併用している　　3. 電子のみで記録している

②電子的方法（電子記録システム等）の導入状況をお答えください。（〇は1つ）

1. 導入済　　2. 未導入

③（電子的方法を導入している場合）訪問看護記録を電子保存するにあたり、以下の「3原則（真正性・見読性・保存性）」への対応として実施している取組をお答えください。　（あてはまるものすべてに〇）

【真正性】
1. 利用者ID・職員IDでのログイン管理（共用IDを用いない）
2. 権限管理（閲覧・編集・承認等の権限を役割別に設定）
3. 監査ログ（誰がいつ閲覧・編集したか）の保存・確認が可能
4. 記録の確定（ロック）や訂正履歴が残る機能を用いている

【見読性】
5. 画面上で必要な記録を検索・閲覧できる
6. 必要時に印刷またはPDF等で出力できる（監査・家族説明等）

【保存性】
7. 定期バックアップ（自動バックアップを含む）を実施している
8. 障害時の復旧手順（BCP等）を定めている／復旧テストを実施している
9. 保存期間を定めて運用している（システム更新時の移行手順を含む）
10. 外部保存（クラウド等）の場合、契約・運用でデータ保全を担保している
11. その他（　　）
12. 3原則への具体的な対応状況は把握していない／確認していない

9．訪問看護医療情報連携加算

①訪問看護医療情報連携加算の届出状況についてご回答ください。	1. 届出あり　　2. 届出なし　→設問10へ

②情報連携を行っている関係機関の種類についてご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 病院　2. 診療所　3. 歯科診療所　4. 薬局　5. 居宅介護支援事業所
6. 訪問介護事業所　7. 通所系サービス事業所　8. 介護保険施設　9. 障害福祉サービス事業所
10. その他（　　）

③情報連携を行っている関係機関数をご記入ください。	（　　）機関

④訪問看護医療情報連携加算に係る情報連携により得られた効果についてご回答ください。 ※〇はいくつでも

1. 利用者情報の共有が円滑になった　2. 緊急時の対応が円滑になった　3. 退院支援が円滑になった
4. 多職種連携が促進された　5. 業務負担が軽減した　6. 特にメリットは感じていない
7. その他（　　）

⑤訪問看護医療情報連携加算に係る情報連携に当たり課題となっていることについてご回答ください。
※〇はいくつでも

1. システム導入・維持費用の負担　2. 関係機関ごとにシステムが異なる　3. 個人情報保護への対応
4. 関係機関側の利用が進んでいない　5. 入力・運用の事務負担が大きい　6.ICTに対応できる人材が不足している
7. 特に課題はない　8. その他（　　）

10. ICT（情報通信技術）の活用状況

① 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と常時情報を閲覧可能なシステムによるICT連携の体制はありますか。

1. ある

活用しているICT ※〇はいくつでも	01 メール 02 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている） 03 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている） 04 医療従事者用SNS（訪問看護ステーションや法人内のみでの運用） 05 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用） 06 グループチャットアプリ　07 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） 08 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 09 その他（具体的に：　　）
運営元 ※〇はいくつでも	01 都道府県　02 医師会　03 民間企業　04 その他（　　）

2. ないがそれ以外の方法で情報を共有している　3. 情報共有していない

② 地域医療情報連携ネットワーク※1への参加の有無

※1：「地域医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

1. 参加あり　2. 参加なし

※1：「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる「医療を提供しているが医療資源の少ない地域」

都道府県	市区町村
北海道	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新 ひだか町
	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、 礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西 興部村、雄武町
	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊 町
	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	大船渡市、陸前高田市、住田町
	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町、東成 瀬村
山形県	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭 川村、戸沢村
埼玉県	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
東京都	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、 八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡市
石川県	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	大野市、勝山市
山梨県	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
岐阜県	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町
滋賀県	高島市
奈良県	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	真庭市、新庄村
香川県	小豆郡(土庄町、小豆島町)
長崎県	五島市
	小値賀町、新上五島町
	壱岐市
	対馬市
鹿児島県	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古島市、多良間村
	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

質問は以上です。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。
令和9年1月22日（金）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

訪問看護調査（利用者票・一般）

令和８年10月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者４名についての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 18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

※訪問看護基本療養費を算定する利用者は、本調査票（利用者票・一般）でご回答ください。

※精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者（②に該当する利用者を含む）は、訪問看護調査（利用者票・精神）にてご回答ください。

その他

設問　24）、26)−2、27)−2、29)−2、33)−2　にご回答いただく際は、以下の選択肢番号を参照のうえ、ご回答ください。

番号	選択肢	分類	主な内容の例
1	健康状態・病状の観察	状態把握	バイタル測定、血糖測定、採血、症状・疼痛・精神状態・睡眠などの観察
2	生活状況・ニーズの把握と評価		本人要望、ADLや生活環境、看護計画に基づく継続的なアセスメント評価
3	病状悪化・合併症の予防と生活機能維持		日常生活上の変化から病状悪化の兆候を把握
4	本人への療養指導・自己管理支援		病状管理、服薬・医療機器の扱い、セルフケアの指導
5	本人への心理的支援・コミュニケーション	心理・家族・連携	傾聴、声かけ、不安への対応、精神症状・行動面への対応
6	家族・介護者への指導・支援		介護方法や医療的ケアの指導、相談対応、心理的支援
7	医療・介護関係者との連絡調整		医師、ケアマネジャー、薬剤師などとの連絡、サービス調整
8	認知・精神・行動面の症状への対応		病状に伴う危険行動や暴言・暴力への対応
9	緊急時対応	医療処置・症状管理	急変時の対応
10	服薬管理・薬剤投与		薬の確認・管理、服薬介助、点眼、自己注射の支援など
11	注射・点滴・輸液管理		採血を除く注射、点滴、中心静脈栄養、輸液ルート管理など
12	呼吸管理・呼吸ケア		酸素療法、吸引、吸入、気管切開、人工呼吸器の管理など
13	栄養・水分管理		経管栄養、胃ろう・腸ろう、食事・水分量の確認、栄養状態の管理
14	創傷・皮膚・褥瘡・ストーマのケア		創傷・褥瘡処置、皮膚状態の管理、人工肛門・人工膀胱のケア
15	排尿・カテーテル管理		排尿状態の確認、導尿、留置カテーテル管理、尿検体採取など
16	排便管理		排便状況の確認、浣腸、摘便、排便コントロールなど
17	疼痛緩和・終末期ケア		がん・慢性疼痛の管理、苦痛緩和、看取りに向けた支援
18	食事・嚥下・口腔の支援	生活援助	食事介助、嚥下状態の確認、誤嚥予防、口腔ケア
19	清潔・整容の支援		清拭、入浴・洗髪、洗面、更衣、整容など
20	排泄動作・排泄介助		トイレ誘導、移乗、おむつ交換、排泄後の始末など
21	移動・移乗・体位変換・リハビリ		歩行・移乗介助、体位変換、関節運動、生活動作訓練、転倒・事故予防など
22	その他	その他	

利用者A

1）性別	1. 男性　2. 女性
2）年齢	（　　）歳
3)-1 現在の居場所 ※〇はいくつでも ※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、4と8両方の番号に〇。	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等　2. 認知症対応型グループホーム 3. 共同生活援助（グループホーム）　4. 有料老人ホーム 5. 養護老人ホーム　6. 軽費老人ホーム 7. 特別養護老人ホーム　8. 特定施設入居者生活介護 9. その他（具体的に：　　）
【訪問看護基本療養費Ⅱを算定している場合】 3)-2 同一建物内の利用者	1.訪問看護基本療養費Ⅱを算定している　2. 訪問看護基本療養費Ⅱを算定していない ⇒算定している場合； ①同一建物のうち、同一敷地内に該当するもの：（　　）人 ②同一建物内（同一敷地内を除く）；（　　）人 ※上記で自宅以外を選択した場合に該当する回答 ※令和8年10月における同じ建物に居住する訪問看護利用者数を記載
3)-3 同一建物の管理者と貴法人の関係 ※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。	1. 特別の関係にある 2. 特別の関係にない
3)-4 同一建物の場合、貴事業所と併設または隣接しているか否か	1. 併設・隣接している　2. 併設・隣接していない
4) 介護者の有無	1.介護者あり（同居）　2.介護者あり（同居なし）　3.介護者なし
5) 要介護度（直近）	1. 非該当　2. 未申請　3. 申請中　4. 要支援1・2　5. 要介護1 6. 要介護2　7. 要介護3　8. 要介護4　9. 要介護5　10. 不明
6) 障害高齢者の生活自立度（寝たきり度）（直近）	1. 自立　2. J　3. A　4. B　5. C　6. 不明
7) 認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	1. 自立　2. Ⅰ　3. Ⅱ　4. Ⅲ　5. Ⅳ　6. M　7. 不明
8) 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
9）利用している介護保険サービス、障害福祉サービス ※〇はいくつでも	【介護保険（介護予防）サービス】 1. 訪問介護　2. 訪問リハビリテーション　3. 訪問入浴介護　4. 通所介護 5. 短期入所療養介護　6. 短期入所生活介護　7. 特定施設入居者生活介護 8. 小規模多機能型居宅介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 10. 通所リハビリテーション　11. 福祉用具貸与　12. 住宅改修 13. 介護予防訪問入浴介護　14. 介護予防訪問リハビリテーション 15. 介護予防通所リハビリテーション　16. 介護予防短期入所生活介護 17. 介護予防短期入所療養介護　18. 介護予防特定施設入居者生活介護 19. 介護予防福祉用具貸与　20. その他（具体的に：　　） 【障害福祉サービス】 1. 居宅介護　2. 重度訪問介護　3. 同行援護　4. 行動援護 5. 療養介護　6. 生活介護　7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援　9. 施設入所支援　10. 自立訓練（機能訓練） 11. 自立訓練（生活訓練）　12. 就労移行支援　13. 就労継続支援A型 14. 就労継続支援B型　15. 就労定着支援　16. 自立生活援助 17. 共同生活援助(グループホーム)　18.放課後等デイサービス 19. 居宅訪問型児童発達支援　20. 保育所等訪問支援 21. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）　22. 計画相談支援 23. 基本相談支援　24. その他（具体的に：　　）
9)-1 当該利用者に対して、民間の紹介業者や紹介サービスを通じてサービスを紹介したことはありますか。利用した事業者・サービスについてご回答ください。 ※〇はいくつでも	1. 高齢者向け住まい紹介事業者2. 医療・介護関係者による紹介サービス 3. 民間の入居相談・紹介事業者 4. インターネットによる紹介サービス 5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介したことはない　6. わからない 7. その他（　　） ⇒利用した場合の対価：約（　　）円（受け取っていない場合は0円と記入）
9)-2 民間の紹介業者や紹介サービスを通じて、当該利用者を紹介されましたか。紹介を受けた事業者・サービスについてご回答ください。 ※〇は1つ	1. 高齢者向け住まい紹介事業者　2. 医療・介護関係者による紹介サービス 3. 民間の入居相談・紹介事業者　4. インターネットによる紹介サービス 5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介を受けていない　6. わからない 7. その他（　　） ⇒紹介を受けた場合の支払金額：約（　　）円（支払っていない場合は0円と記入

10) GAF尺度（直近）	（　　）点
11)現在在宅療養を続けている原因の病名 ※主傷病を1つ選択して○	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　11. その他（具体的に：　　）
12) 現在在宅療養を続けている原因の病名 ※副傷病を最大2つ選択して○	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　11. その他（具体的に：　　）
13)-1 別表第７の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍　3. 多発性硬化症　4. 重症筋無力症 5. スモン　6. 筋萎縮性側索硬化症　7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病　9. 進行性筋ジストロフィー症　10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症　12. プリオン病　13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病　15. 副腎白質ジストロフィー　16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症　18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷　21. 人工呼吸器を使用している状態
13)-2 別表第８に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 在宅麻薬等注射指導管理　3. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 4. 在宅強心剤持続投与指導管理　5. 在宅気管切開患者指導管理 6. 気管カニューレ　7. 留置カテーテル 8. 在宅自己腹膜灌流指導管理　9. 在宅血液透析指導管理 10. 在宅酸素療法指導管理　11. 在宅中心静脈栄養法指導管理 12. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　13. 在宅自己導尿指導管理 14. 在宅人工呼吸指導管理　15. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 16. 在宅自己疼痛管理指導管理　17. 在宅肺高血圧症患者指導管理 18. 人工肛門・人工膀胱　19. 真皮を越える褥瘡 20. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
14)実施しているモニタリング・処置等 ※○はいくつでも	01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理　02 経鼻経管栄養　03 中心静脈栄養 04 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理 05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理 06 喀痰吸引　07 ネブライザー　08 酸素療法（酸素吸入） 09 気管切開のケア　10 人工呼吸器の管理　11 透析 12 静脈内注射（点滴含む）　13 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く） 14 簡易血糖測定　15 インスリン注射　16 疼痛管理（麻薬なし） 17 疼痛管理（麻薬使用）　18 創傷処置　19 褥瘡処置 20 浣腸　21 摘便　22 導尿 23 膀胱洗浄　24 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等） 25 リハビリテーション　26 ターミナルケア
15)利用者の状況等 ※それぞれ○は1つ	寝返り：01 できる　02 何かにつかまればできる　03 できない
	移乗：01 自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	口腔清潔：01 自立　02 要介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	食事摂取：01 自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	衣服の着脱：01 自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	診療・療養上の指示が通じる：01 はい　02 いいえ
	危険行為：01 ない　02 ある

16)在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の算定状況	
1)算定の有無	1.算定あり　2.算定なし
2)対象疾患	1. 表皮水疱症　2. 水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症
3)1週間当たりのケア日数	1. 週1日未満　2. 週1～2日　3. 週3～4日　4. 週5以上
4)主な訪問看護の内容	1. 創傷処置　2. 創傷評価　3. スキンケア指導 4. 家族指導　5. 栄養管理に関する助言　6. 主治医との連携 7. その他（　　）

17）ターミナル期か否か	1. ターミナル期である　2. ターミナル期ではない
17）-1 ターミナル期の懸念事項	1. 緩和ケアの提供　2. ターミナル期に対応できる体制の確保　3. ACPの共有 4. 家族・介護者へのケア　5. その他（具体的に：　　）
18）超重症児・準超重症児か否か（15 歳未満の場合）	1. 超重症児　2. 準超重症児　3. 非該当
【18)で「1.超重症児」又は「2.準超重症児を選択した場合」 18）-1 特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. あり　2. なし
19）妊産婦か否か（妊娠中又は出産後１年以内）	1. 妊産婦である　2. 妊産婦でない
20）貴施設で当利用者に訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月頃
21）在宅療養への移行前の居場所	※令和7年11月から令和8年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 ⇒病棟：21.一般　22.療養　23.回復期リハ　24.地域包括ケア　25.精神　26.その他（　　） 3. 有床診療所　4. 介護老人保健施設　5. 特別養護老人ホーム　6. 介護医療院　7. その他
22）直近半年間の退院月	1. 退院実績あり →（　　月）　2. なし　3. 不明
23）-1 訪問看護の種別（令和8年10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
23）-2 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Ⅲの算定の有無	1. あり　2. なし
【23）-1 訪問看護の種別が「2.精神科訪問看護基本療養費」の場合】 23）-3 精神科訪問看護指示書のうち、精神科訪問看護に関する留意事項及び指示内容をご回答ください（令和6年11月1か月） ※〇はいくつでも	1. 生活リズムの確立　2. 家事能力、社会技能等の獲得 3. 対人関係の改善（家族含む）4. 社会資源活用の支援 5. 薬物療法継続への援助 6. 身体合併症の発症・悪化の防止 7. その他（　　）

24）令和8年10月1か月間に訪問看護で提供したケア内容の番号を全てに〇をつけてください。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つまで記入した番号に◎をつけてください**。※p1の【選択肢】より〇はいくつでも

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

25）訪問看護の加算等の状況（精神科を含む）（令和8年10月）※〇はいくつでも

1. 特別管理加算　⇒（ 11. 重症度の高いもの　12. 11以外 ）
2. 専門性の高い看護師による訪問
   ⇒（ 21. 緩和ケア　22. 褥瘡　23. 人工肛門・人工膀胱周辺の皮膚障害　24. 人工肛門・人工膀胱のその他の合併症 ）
3. 夜間・早朝訪問看護加算（精神科含む）
4. 深夜訪問看護加算（精神科含む）
5. 緊急訪問看護加算（精神科含む）⇒（イ .14日まで　ロ.15日以降 ）
6. 長時間訪問看護加算（精神科含む）
7. 乳幼児加算　⇒（71. 別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合　72. それ以外の場合）
8. 24時間対応体制加算　⇒（81. 看護業務の負担軽減の取組あり　82. それ以外）
9. 精神科重症患者支援管理連携加算
10. 特別地域訪問看護加算（精神科含む）
11. 退院時共同指導加算（特別管理指導加算あり）
12. 退院時共同指導加算（特別管理指導加算なし）
13. 退院支援指導加算
14. 在宅患者連携指導加算
15. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算
16. 看護・介護職員連携強化加算
17. 訪問看護情報提供療養費1
18. 訪問看護情報提供療養費2
19. 訪問看護情報提供療養費3
20. 訪問看護ターミナルケア療養費1
21. 訪問看護ターミナルケア療養費2
22. 専門管理加算
23. 遠隔死亡診断補助加算
24. 訪問看護医療DX情報活用加算
25.訪問看護医療情報連携加算

【夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合】 26）-1 夜間・早朝訪問看護の実施状況（令和8年10月分）	延べ訪問（算定）日数：（　　）日 延べ訪問時間：（　　）分

26）-2 **夜間・早朝訪問看護で**提供した訪問看護の内容（直近の訪問）（令和8年10月）※p1の【選択肢】より〇はいくつでも

直近の訪問時：　※24)と同じであれば 右の**"同じ"**にチェックしてください。⇒同じ：　□

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

【深夜訪問看護加算を算定した場合】 27）-1 深夜訪問看護の実施状況（令和8年10月分）	延べ訪問（算定）日数：（　　）日 延べ訪問時間：（　　）分

27)-2 **深夜訪問看護で**提供した訪問看護の内容（直近の訪問）（令和8年10月） ※p1の【選択肢】より○はいくつでも
直近の訪問時： ※24)と同じであれば 右の**"同じ"**にチェックしてください。⇒同じ： □

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

【退院支援指導加算を算定した場合】
28)退院支援指導の実施状況（令和8年10月分）
退院当日の延べ訪問回数：（ ）回
延べ訪問時間 ：（ ）分

【難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算を算定した場合】
29)-1 難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算の実施状況（令和8年10月分）
延べ訪問（算定）日数：（ ）日
延べ訪問時間：（ ）分

29)-2 **複数回の訪問で**提供した訪問看護の内容（直近の複数回の訪問） ※p1の【選択肢】より○はいくつでも
直近の訪問時： ※24)と同じであれば 右の**"同じ"**にチェックしてください。⇒同じ： □

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

30)-1 貴施設からの訪問日数および訪問回数※（令和8年10月1か月間）
※計画的訪問のみ
延べ訪問日数：（ ）日
延べ訪問回数：（ ）回

30)-2 上記の訪問回数のうち、1回の訪問時間別延べ回数

20分未満	20分以上30分未満	30分以上60分未満	60分以上90分未満	90分以上
回	回	回	回	回

30)-3 上記の訪問回数のうち、1日につき複数回の訪問（緊急訪問を除く）を行った日の有無等
1. あり →複数回の訪問を行った日数：（ ）日
2. なし

【複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算を算定した場合】
31)-1 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算の実施状況（令和8年10月分）
延べ訪問（算定）日数：（ ）日
延べ訪問回数：（ ）回

31)-2 **複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算で**提供した訪問看護の内容（直近1回の複数名の訪問）

①保健師、助産師又は看護師と同行した職種 ※○は1つ
1. 保健師・助産師・看護師　2. 准看護師　3. 作業療法士
4. 精神保健福祉士　5. 看護補助者

②複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算の算定理由 ※○はいくつでも
1. 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者　2. 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
3. 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者　4. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
5. 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに規定する場合に限る。）
6. その他利用者の状況等から判断して、上記1～5までのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに規定する場合に限る。）

32)-1 緊急訪問の有無等
※緊急訪問看護加算（精神科緊急訪問看護加算）の算定の有無に関わらず、実際に緊急訪問した場合についてお尋ねします。
1. あり ⇒緊急訪問回数：（ ）回、延べ訪問時間：（ ）分
⇒理由：11. 容態の悪化　12. 事故・トラブル等（転倒・自己抜去等）
13. その他（ ）
2. なし

32)-2 緊急訪問を減らすために実施している工夫 ※○はいくつでも
1. 夕方等に電話で状況を確認　2. 訪問する日を休日（貴施設の非営業日）前後に調整
3. 訪問の順番を夕方に調整　4. その他（ ）

【緊急訪問看護加算を算定した場合】
33)-1 緊急訪問看護の実施状況（令和8年10月分）
延べ訪問日数：（ ）日
延べ訪問時間 ：（ ）分

33)-2 **緊急訪問で**提供した訪問看護の内容（直近の訪問、加算の算定がない場合も含む）p1の【選択肢】より○はいくつでも
直近の訪問時： ※24)と同じであれば 右の**"同じ"**にチェックしてください。⇒同じ： □

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

34) 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和8年10月）※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください

保健師・助産師・看護師	（ ）回
准看護師	（ ）回
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	（ ）回
精神保健福祉士	（ ）回

35) 貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無等（令和8年10月）
1. あり ⇒種別：a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション
⇒主な訪問者の職種：11. 看護職員 12. 理学療法士 13. 作業療法士
14. 言語聴覚士 15. その他
2. なし

36)-1 特別訪問看護指示書（精神科を含む）の交付の有無・回数（令和8年5～10月） ※「1.あり」を選んだ場合には、（　）内に回数を記入	1. あり　→32)-2へ 特別訪問看護指示書（　　）回 精神科訪問看護指示書（　　）回 2. なし　→33)-1へ
【36)-1で「1.あり」を選択した場合】 36)-2 指示の内容 ※○はいくつでも	1. 複数名訪問の指示　2. 短時間訪問の指示　3. 薬物療法継続への援助 4. 褥瘡の処置　5. 点滴の投与・管理 6. 頻回のバイタルサインの測定及び観察　7. 生活リズムの確立 8. 家事能力・社会技能等の獲得　9. 対人関係の改善　10. 社会資源活用の支援 11. 身体合併症の発症・悪化の防止　12.その他（　　）
37) 訪問看護指示書における理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護の指示の有無と内容（令和8年10月1か月）※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入(職種についてアルファベットを選択し、指示内容は（　）内に数字を記入)	1. あり 職種：a. 理学療法士　b. 作業療法士　c. 言語聴覚士 内容：1日あたり（＿＿＿＿）分を週（＿＿＿＿）回 2. なし
38) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、理学療法士等が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。	1. 看護職員と理学療法士等が提供する内容について同じ様式に記載している 2. 看護職員と理学療法士等が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員と理学療法士等で情報を共有している 3. その他（　　）

39) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護を実施した場合、貴事業所が提供した内容をお答えください。※あてはまるものすべてに○　（令和8年10月）

1. 基本動作・移動能力の訓練（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行、階段昇降等）
2. 身体機能の維持・向上に向けた訓練（関節可動域、筋力、バランス、持久力等）
3. 日常生活動作（ADL）・生活関連動作（IADL）の訓練（更衣、入浴、排せつ、調理、買物等）
4. 認知機能・高次脳機能に関する支援（注意、記憶、判断、遂行機能等）
5. コミュニケーションに関する訓練・支援（失語、構音、発声、対人コミュニケーション等）
6. 摂食・嚥下に関する評価、訓練・助言（食事姿勢、食形態、嚥下方法等）
7. 福祉用具・装具・住宅環境に関する助言（手すり、段差、動線、自助具等）
8. 本人・家族等への介助方法、生活上の工夫等の指導（移乗、体位変換、転倒予防、生活リズム等）
9. その他（　　）
10. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護は提供していない

【23)-1訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合】 40) 精神科訪問看護報告書の記載内容 ※○はいくつでも	1. 利用者の病状　2. 身体合併症の状況　3. 日常生活活動（ADL）の状況 4. 生活リズム　5. 対人関係の状況　6. 社会資源の活用状況（希望を含む） 7. 服薬状況　8. 本人の困りごと　9. その他（　　）
41)-1　当利用者は訪問診療を受療していますか。（令和8年10月）	1. はい　2. いいえ
【41)-1で「2.いいえ」を選択した場合】 41)-2 訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも	1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他（　　）
42) 訪問看護遠隔診療補助料の算定の有無	1.あり　2. なし
42-1 オンライン診療時の看護職員の対応時間※についてご回答ください。 ※「対応時間」とは、情報通信機器の設定や事前準備、オンライン診療への同席、診療後の療養指導等を含めた一連の対応時間とする。	1. 15分未満　2. 15～30分未満　3. 30～60分未満　4. 60分以上

42-2 オンライン実施した診療の補助行為(検査･処置等)として、当てはまるものをご回答ください。 ※○はいくつでも

01 血液検査	02 尿検査	03 咽頭拭い液を用いた検査	04 超音波検査
05 心電図	06 培養検査	07 皮内･皮下･筋肉内注射	08 点滴注射
09 創傷処置	10 酸素吸入	11 皮膚への軟膏処置	12 バルーンカテーテル管理
13 導尿	14 摘便	15 その他	16 診療の補助行為はいずれも行っていない

43) 医療・介護・障害福祉等関係者との連携状況についてご回答ください。（令和8年10月）

	実施しているものに〇	連携の頻度（実施している場合、実施頻度に〇） 1. 訪問看護の実施ごと　2. 1週間に1回程度　3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度　5. 1年に1回程度　6. 必要な場合					
1. 貴施設以外の医療機関との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
2. 薬局との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
3. 介護支援専門員等の介護関係者との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
6. 学校等との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
7. 利用者に関する地域ケア会議への参加		1	2	3	4	5	6
8. カンファレンス等への参加		1	2	3	4	5	6
9. その他（　　）		1	2	3	4	5	6

44) ACPの共有状況についてご回答ください。（令和8年10月）※〇はいくつでも

1. 貴施設以外の医療機関　2. 薬局　3. 介護支援専門員等の介護関係者　4. 障害福祉関係者
5. 保健所・市町村保健センター等

45) 指定訪問看護の訪問日数および訪問回数（令和8年10月1か月間）	延べ訪問日数：（　　）日　延べ訪問回数：（　　）回 延べ訪問時間：（　　）分

利用者B

利用者C

利用者D

質問は以上です。
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、令和9年1月22日（金）までに
専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

利用者票 精神特化型

c

ID番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

訪問看護調査（利用者票・精神）

令和８年10月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者４名についての利用状況等をお伺いします。回答する利用者は下記の条件で計４名お選びください。

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4名

※該当する利用者が4名に満たない場合は、該当人数分ご回答ください。

その他

設問　26）、30)−2、31)−2、32)−2、37)−2　にご回答いただく際は、以下の選択肢番号を参照のうえ、ご回答ください。

番号	選択肢	分類	主な内容の例
1	健康状態・病状の観察	状態把握	バイタル測定、血糖測定、採血、症状・疼痛・精神状態・睡眠などの観察
2	生活状況・ニーズの把握と評価		本人要望、ADLや生活環境、看護計画に基づく継続的なアセスメント評価
3	病状悪化・合併症の予防と生活機能維持		日常生活上の変化から病状悪化の兆候を把握
4	本人への療養指導・自己管理支援		病状管理、服薬・医療機器の扱い、セルフケアの指導
5	本人への心理的支援・コミュニケーション	心理・家族・連携	傾聴、声かけ、不安への対応、精神症状・行動面への対応
6	家族・介護者への指導・支援		介護方法や医療的ケアの指導、相談対応、心理的支援
7	医療・介護関係者との連絡調整		医師、ケアマネジャー、薬剤師などとの連絡、サービス調整
8	認知・精神・行動面の症状への対応		病状に伴う危険行動や暴言・暴力への対応
9	緊急時対応	医療処置・症状管理	急変時の対応
10	服薬管理・薬剤投与		薬の確認・管理、服薬介助、点眼、自己注射の支援など
11	注射・点滴・輸液管理		採血を除く注射、点滴、中心静脈栄養、輸液ルート管理など
12	呼吸管理・呼吸ケア		酸素療法、吸引、吸入、気管切開、人工呼吸器の管理など
13	栄養・水分管理		経管栄養、胃ろう・腸ろう、食事・水分量の確認、栄養状態の管理
14	創傷・皮膚・褥瘡・ストーマのケア		創傷・褥瘡処置、皮膚状態の管理、人工肛門・人工膀胱のケア
15	排尿・カテーテル管理		排尿状態の確認、導尿、留置カテーテル管理、尿検体採取など
16	排便管理		排便状況の確認、浣腸、摘便、排便コントロールなど
17	疼痛緩和・終末期ケア		がん・慢性疼痛の管理、苦痛緩和、看取りに向けた支援
18	食事・嚥下・口腔の支援	生活援助	食事介助、嚥下状態の確認、誤嚥予防、口腔ケア
19	清潔・整容の支援		清拭、入浴・洗髪、洗面、更衣、整容など
20	排泄動作・排泄介助		トイレ誘導、移乗、おむつ交換、排泄後の始末など
21	移動・移乗・体位変換・リハビリ		歩行・移乗介助、体位変換、関節運動、生活動作訓練、転倒・事故予防など
22	その他	その他	

番号	選択肢	主な内容の例
イ	日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大への支援	生活リズムの調整、睡眠、金銭管理、住環境の維持向上のためのケア
ロ	対人関係の維持・構築への支援	孤立の予防、本人が望む人間関係の構築、家族との関係調整、コミュニケーション能力の維持向上の援助
ハ	家族への支援・家族関係の調整	家族の負担や不安への支援、家族自身の相談対応
ニ	精神症状の観察・安定化と再発・増悪予防	早期兆候の把握、症状安定・改善のためのケア、服薬支援・通院継続の支援、ストレスへの対処、本人と作成する危機対応計画
ホ	関係機関との連携・地域生活支援	施設内外の関連職種との連携・ネットワーキング、学校、就労支援、相談支援、医療機関、行政などとの連携
ヘ	社会資源の情報共有	社会資源に関する情報提供、利用のための援助
ト	対象者のエンパワーメント	本人の意思決定を強化、自己管理能力の向上、リカバリーへの支援
チ	通院や行政手続きへの付き添い	通院や行政手続きへの付き添い

利用者A

1）性別	1. 男性　2. 女性	2）年齢	（　　）歳
3)-1 現在の居場所 ※〇はいくつでも ※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、4と8両方の番号に〇。	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等　2. 認知症対応型グループホーム 3. 共同生活援助（グループホーム）　4. 有料老人ホーム 5. 養護老人ホーム　6. 軽費老人ホーム 7. 特別養護老人ホーム　8. 特定施設入居者生活介護 9. その他（具体的に：　　）		
【精神科訪問看護基本療養費Ⅲを算定している場合】 3)-2 同一建物内の利用者	1. 精神科訪問看護基本療養費Ⅲを算定している　2. 精神科訪問看護基本療養費Ⅲを算定していない ⇒算定している場合； ①同一建物のうち、同一敷地内に該当するもの：（　　）人 ②同一建物内（同一敷地内を除く）；（　　）人 ※上記で自宅以外を選択した場合に該当する回答 ※令和8年10月における同じ建物に居住する訪問看護利用者数を記載		
3)-3 同一建物の管理者と貴法人の関係	1. 特別の関係にある　2.特別の関係にない		
3)-4 同一建物の場合、貴事業所と併設または隣接しているか否か	1. 併設・隣接している　2. 併設・隣接していない		
4)介護者の有無	1.介護者あり（同居）　2.介護者あり（同居なし）　3.介護者なし		
5）要介護度（直近）	1. 非該当　2. 未申請　3. 申請中　4. 要支援1・2　5. 要介護1 6. 要介護2　7. 要介護3　8. 要介護4　9. 要介護5　10. 不明		
6）障害高齢者の生活自立度（寝たきり度）（直近）	1. 自立　2. J　3. A　4. B　5. C　6. 不明		
7）認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	1. 自立　2. Ⅰ　3. Ⅱ　4. Ⅲ　5. Ⅳ　6. M　7. 不明		
8）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		
9）利用している介護保険サービス、障害福祉サービス ※〇はいくつでも	【介護保険（介護予防）サービス】 1. 訪問介護　2. 訪問リハビリテーション　3. 訪問入浴介護　4. 通所介護 5. 短期入所療養介護　6. 短期入所生活介護　7. 特定施設入居者生活介護 8. 小規模多機能型居宅介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 10. 通所リハビリテーション　11. 福祉用具貸与　12. 住宅改修 13. 介護予防訪問入浴介護　14. 介護予防訪問リハビリテーション 15. 介護予防通所リハビリテーション　16. 介護予防短期入所生活介護 17. 介護予防短期入所療養介護　18. 介護予防特定施設入居者生活介護 19. 介護予防福祉用具貸与　20. その他（具体的に：　　） 【障害福祉サービス】 1. 居宅介護　2. 重度訪問介護　3. 同行援護　4. 行動援護 5. 療養介護　6. 生活介護　7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援　9. 施設入所支援　10. 自立訓練（機能訓練） 11. 自立訓練（生活訓練）　12. 就労移行支援　13. 就労継続支援A型 14. 就労継続支援B型　15. 就労定着支援　16. 自立生活援助 17. 共同生活援助(グループホーム)　18.放課後等デイサービス 19. 居宅訪問型児童発達支援　20. 保育所等訪問支援 21. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）　22. 計画相談支援 23. 基本相談支援　24. その他（具体的に：　　）		
9)-1 当該利用者に対して、民間の紹介業者や紹介サービスを通じてサービスを紹介したことはありますか。利用した事業者・サービスについてご回答ください。 ※〇はいくつでも	1. 高齢者向け住まい紹介事業者2. 医療・介護関係者による紹介サービス 3. 民間の入居相談・紹介事業者 4. インターネットによる紹介サービス 5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介したことはない　6. わからない 7. その他（　　） ⇒利用した場合の対価：約（　　）円（受け取っていない場合は0円と記入）		
9)-2 民間の紹介業者や紹介サービスを通じて、当該利用者を紹介されましたか。紹介を受けた事業者・サービスについてご回答ください。※〇は1つ	1. 高齢者向け住まい紹介事業者　2. 医療・介護関係者による紹介サービス 3. 民間の入居相談・紹介事業者　4. インターネットによる紹介サービス 5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介を受けていない　6. わからない 7. その他（　　） ⇒紹介を受けた場合の支払金額：約（　　）円（支払っていない場合は0円と記入		

10）GAF尺度（直近）	（　　）点
11）現在在宅療養を続けている原因の病名 ※主傷病を1つ選択して○	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　11. その他（具体的に：　　）
12）現在在宅療養を続けている原因の病名 ※副傷病を最大2つ選択して○	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　11. その他（具体的に：　　）
13）-1 別表第7の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍　3. 多発性硬化症　4. 重症筋無力症 5. スモン　6. 筋萎縮性側索硬化症　7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病　9. 進行性筋ジストロフィー症　10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症　12. プリオン病　13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病　15. 副腎白質ジストロフィー　16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症　18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷　21. 人工呼吸器を使用している状態
13）-2 別表第8に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 在宅麻薬等注射指導管理　3. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 4. 在宅強心剤持続投与指導管理　5. 在宅気管切開患者指導管理 6. 気管カニューレ　7. 留置カテーテル 8. 在宅自己腹膜灌流指導管理　9. 在宅血液透析指導管理 10. 在宅酸素療法指導管理　11. 在宅中心静脈栄養法指導管理 12. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　13. 在宅自己導尿指導管理 14. 在宅人工呼吸指導管理　15. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 16. 在宅自己疼痛管理指導管理　17. 在宅肺高血圧症患者指導管理 18. 人工肛門・人工膀胱　19. 真皮を越える褥瘡 20. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
14)実施しているモニタリング・処置等 ※○はいくつでも	01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理　02 経鼻経管栄養　03 中心静脈栄養 04 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理 05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理 06 喀痰吸引　07 ネブライザー　08 酸素療法（酸素吸入） 09 気管切開のケア　10 人工呼吸器の管理　11 透析 12 静脈内注射（点滴含む）　13 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く） 14 簡易血糖測定　15 インスリン注射　16 疼痛管理（麻薬なし） 17 疼痛管理（麻薬使用）　18 創傷処置　19 褥瘡処置 20 浣腸　21 摘便　22 導尿 23 膀胱洗浄　24 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等） 25 リハビリテーション　26 ターミナルケア

15)利用者の状況等 ※それぞれ○は1つ	
寝返り	01　できる　02 何かにつかまればできる　03 できない
移乗	01　自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
口腔清潔	01　自立　02 要介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
食事摂取	01　自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
衣服の着脱	01　自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
診療・療養上の指示が通じる	01　はい　02 いいえ
危険行為	01　ない　02 ある

16）利用者の疾患

01.　認知症	02.　認知症を除く器質性精神障害	03.　アルコール依存症
04.　依存症（アルコール以外によるもの）	05.　統合失調症	06.　気分障害
07.　人格障害（パーソナリティ障害等）	08.　神経症性障害（不安障害、PTSD等）	09.　摂食障害
10.　睡眠障害	11.　産後うつ	12.　知的障害
13.　発達障害	14.　てんかん	15.　せん妄
16.　その他の精神疾患		

17）包括的支援マネジメント導入基準への該当状況及びその他の状況 ※〇はいくつでも	01. ６か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある 02. 自分１人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む） 03. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある 04. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある 05. 自傷や自殺を企てたことがある 06. 家族への暴力、暴言、拒絶がある 07. 警察・保健所介入歴がある 08. 定期的な服薬ができていなかったことが２か月以上あった 09. 外来受診をしないことが２か月以上あった 10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない 11. 直近の入院は措置入院／緊急措置入院である 12. 日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある 13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている 14. 支援する家族がいない（家族が拒否的・非協力的天涯孤独） 15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等） 16. 入院中に医療保護入院者退院支援委員会の開催がある 17. 入院して1年以上である 18. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある 19. 身体合併症を有する利用者であって、退院後に医療処置が必要である 20. 入退院を繰り返している 21. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である 22. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている 23. 分からない

18）ターミナル期か否か	1. ターミナル期である　2. ターミナル期ではない
18）-1　ターミナル期の懸念事項	1. 緩和ケアの提供　2. ターミナル期に対応できる体制の確保 3. ACPの共有　4. 家族・介護者へのケア 5. その他（具体的に：　）
19）妊産婦か否か（妊娠中又は出産後１年以内）	1. 妊産婦である　2. 妊産婦でない
20）貴施設で当利用者に訪問看護を開始した時期	西暦（　）年（　）月頃
21）訪問看護導入の経緯※〇はいくつでも	1. 医療機関（主治医・病院）　2. 生活環境の変化 3. 再発・危機介入　4. 生活機能低下 5. 家族・支援者負担　6. 社会資源・制度（行政/相談機関） 7. 身体疾患・安全管理　8. 本人希望・関係形成
22）在宅療養への移行前の居場所	※令和7年11月から令和8年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 ⇒病棟：21.一般　22.療養　23.回復期リハ　24.地域包括ケア　25.精神 26.その他（　） 3. 有床診療所　4. 介護老人保健施設　5. 特別養護老人ホーム　6. 介護医療院　7. その他
23）直近半年間の退院月	1. 退院実績あり →（　月）　2. なし　3. 不明
24）精神科訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無	1. あり　2. なし
25）精神科訪問看護指示書のうち、精神科訪問看護に関する留意事項及び指示内容をご回答ください（令和8年10月１か月） ※〇はいくつでも	1. 生活リズムの確立　2. 家事能力、社会技能等の獲得 3. 対人関係の改善（家族含む）4. 社会資源活用の支援 5. 薬物療法継続への援助　6. 身体合併症の発症・悪化の防止 7. 病名告知の有無　8. 複数名訪問の必要性の有無 ⇒理由：（　） 9. 主治医とも情報交換の手段 ⇒（01：メール　02:電話　03:FAX　04：医療用SNS 05:その他（　）　06:記載なし） 10. その他（　）

25)-1 精神科訪問看護指示書のうち、それぞれの指示内容についてご回答ください。	1.病名の告知⇒(01:あり 02:なし) 2.複数名訪問の必要性⇒(01:あり 02:なし) ⇒理由:01暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 02利用者の身体的理由により一人の看護師当による訪問看護が困難と認められる者 03利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 04その他(　　) 3.短時間訪問の必要性⇒(01:あり 02:なし) 4.複数回訪問の必要性⇒(01:あり 02:なし) 5.主治医との情報交換の手段 ⇒01メール 02電話 03FAX 04医療用SNS 05その他(　　) 06記載なし

26) 直近3件の訪問について実施したケア内容と所要時間についてご記入ください。※p.1の【選択肢】より○はいくつでも

訪問日	番号	所要時間	複数名の場合✓
(例)10/5	(例)5、8、16	(例)10:00～11:15	✓
(例)10/5	(例)2、10	(例)20:45～21:20	
(例)10/4	(例)1、6	(例)09:20～10:20	

27)-1 精神科訪問看護の実施内容(令和8年10月) ※延べ訪問時間はおおよその時間をご記入ください。

ケア内容	実施しているものに○	看護職員が実施したもの○	他職員が実施したもの○	延べ訪問回数	延べ訪問時間※
1. 症状・生活状況の観察(精神症状、睡眠、食事、活動、対人関係等)				回	分
2. 服薬支援(服薬状況の確認、アドヒアランス支援、副作用観察、受診勧奨)				回	分
3. 生活リズム・日常生活支援(家事、金銭管理、セルフケア、生活課題の整理等)				回	分
4. 対人関係・社会参加に向けた支援(コミュニケーション、外出、就労・復学準備等)				回	分
5. 家族支援(家族への助言、関わり方の調整、危機時対応の相談等)				回	分
6. 公共サービスの活用支援(障害福祉サービス、相談支援、行政手続き、関係機関連携)				回	分
7. 再発予防・危機介入(増悪兆候の把握、安全確保、緊急時対応・連絡調整)				回	分
8. 身体合併症・生活習慣病への支援(健康管理、受診調整、継続支援)				回	分
9. 多職種・医療機関との情報共有(主治医への報告、カンファレンス、計画の見直し)					

27)-2 上記以外で実施している精神科訪問看護でのケア内容

1. なし
2. あり(具体的に:　　)

27)-3精神科訪問看護における家族の課題の状況※○はいくつでも

1. 家族構成・同居形態　2. 介護負担・メンタルヘルス　3. 家族内関係性・コミュニケーション
4. ケアスキル・疾患知識不足　5. 安全・権利関連リスク　6. 社会資源・制度利用

27)-4精神科訪問看護における家族の母子での利用の有無

1. 母子での利用あり　2.母子での利用なし

27)-5精神科訪問看護における家族の母子での利用件数	(　　)件

28) 利用者の居宅以外での活動状況※〇はいくつでも

1. 医療機関への受診　2. 薬局利用　3. 通所介護　4. 通所リハビリ
5. 短期入所（ショートステイ）　6. 行政・相談機関訪問　7. 就労移行支援　8. 就労
9. 学校・塾　10. 地域の集まり　11. 余暇（旅行・ジムなど）
12. 生活維持の外出（IADL/ADL）　13. 警察・行政の介入が必要な外出（保護、徘徊、行方不明対応）
14. 一時避難（DV避難、シェルター、親族宅避難）

29) 精神科訪問看護療養費の加算の状況（令和8年10月）※〇はいくつでも

1. 夜間・早朝訪問看護加算　2.深夜訪問看護加算　3. 精神科緊急訪問看護加算（01：月14日目まで　02：月15日目以降）
4. 長時間精神科訪問看護加算　5. 精神科複数回数訪問加算　6.複数名精神科訪問看護加算
7 特別地域訪問看護加算

【夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合】
30)-1 夜間・早朝訪問看護の実施状況（令和8年10月分）
延べ訪問（算定）日数：（　　）日
延べ訪問時間：（　　）分

30)-2 **夜間・早朝訪問看護で**提供した訪問看護の内容（直近の訪問）（令和8年10月）　※p.1の【選択肢】より〇はいくつでも
直近の訪問時：　※20)と同じであれば 右の**“同じ”**にチェックしてください。⇒同じ：　□

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ	ト	チ

【深夜訪問看護加算を算定した場合】
31)-1 深夜訪問看護の実施状況（令和8年10月分）
延べ訪問（算定）日数：（　　）日
延べ訪問時間：（　　）分

31)-2 **深夜訪問看護で**提供した訪問看護の内容（直近の訪問）（令和8年10月）　※p.1の【選択肢】より〇はいくつでも
直近の訪問時：　※20)と同じであれば 右の**“同じ”**にチェックしてください。⇒同じ：　□

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ	ト	チ

【精神科複数回訪問加算を算定した場合】
32)-1精神科複数回訪問加算の実施状況（令和8年10月分）
延べ訪問（算定）日数：（　　）日
延べ訪問時間：（　　）分

32)-2 **複数回の訪問で**提供した訪問看護の内容（直近の複数回の訪問）　※p.1の【選択肢】より〇はいくつでも
直近の訪問時：　※20)と同じであれば 右の**“同じ”**にチェックしてください。⇒同じ：　□

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ	ト	チ

33)-1　貴施設からの訪問日数および訪問回数※（令和8年10月1か月間）
※計画的訪問のみ
延べ訪問日数：（　　）日
延べ訪問回数：（　　）回

33)-2 上記の訪問回数のうち、1回の訪問時間別延べ回数

20分未満	30分未満	30分以上60分未満	60分以上90分未満	90分以上
回	回	回	回	回

33)-3 上記の訪問回数のうち、1日につき複数回の訪問（緊急訪問を除く）を行った日の有無等
1. あり →複数回の訪問を行った日数：（　　）日
2. なし

【複数名精神科訪問看護加算を算定した場合】
34)-1複数名精神科訪問看護加算の実施状況（令和8年10月分）
延べ訪問（算定）日数：（　　）日
延べ訪問回数：（　　）回

34)-2**複数名精神科訪問看護加算で**提供した訪問看護の内容（直近1回の複数名の訪問）

①保健師、助産師又は看護師と同行した職種
※〇は1つ
1. 保健師・助産師・看護師　2. 准看護師　3. 作業療法士
4. 精神保健福祉士　5. 看護補助者

②複数名精神科訪問看護加算の算定理由　※〇はいくつでも

1. 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者　2. 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
3. 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者　4. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
5. 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
（訪問看護基本療養費の注12のハに規定する場合に限る。）
6. その他利用者の状況等から判断して、上記1～5までのいずれかに準ずると認められる者
（訪問看護基本療養費の注12のハに規定する場合に限る。）

35)-1　貴施設からの訪問日数および訪問回数※（令和8年10月1か月間）
※計画的訪問のみ
延べ訪問日数：（　　）日
延べ訪問回数：（　　）回

35)-2 上記の訪問回数のうち、1回の訪問時間別延べ回数

20分未満	30分未満	30分以上60分未満	60分以上90分未満	90分以上
回	回	回	回	回

35)-3 上記の訪問回数のうち、1日につき複数回の訪問（緊急訪問を除く）を行った日の有無等
1. あり →複数回の訪問を行った日数：（　　）日
2. なし

36)-1 緊急訪問の有無等 ※精神科緊急訪問看護加算の算定の有無に関わらず、実際に緊急訪問した場合についてお尋ねします。	1. あり ⇒緊急訪問回数：（　　）回、延べ訪問時間：（　　）分 ⇒緊急訪問の理由：11. 容態の悪化 12. 事故・トラブル等（転倒・自己抜去等） 13. その他（　　） 2. なし
36)-2 緊急訪問を減らすために実施している工夫 ※〇はいくつでも	1. 夕方等に電話で状況を確認　2. 訪問する日を休日（貴施設の非営業日）前後に調整 3. 訪問の順番を夕方に調整　4. その他（　　）
【精神科緊急訪問看護加算を算定した場合】 37)-1緊急訪問看護の実施状況（令和8年10月分）	延べ訪問日数：（　　）日 延べ訪問時間：（　　）分

37)-2 **緊急訪問で**提供した訪問看護の内容（直近の訪問、加算の算定がない場合も含む）　※p.1の【選択肢】より〇はいくつでも

直近の訪問時：　※20)と同じであれば 右の**"同じ"** にチェックしてください。⇒同じ：　□

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ	ト	チ

38) 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和8年10月） ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください	保健師・助産師・看護師	（　　）回
	准看護師	（　　）回
	作業療法士	（　　）回
	精神保健福祉士	（　　）回

39) 貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無等（令和8年10月）	1. あり ⇒種別：a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション ⇒主な訪問者の職種：11. 看護職員 12. 作業療法士 13. その他 2. なし
40)-1 精神科特別訪問看護指示書の交付の有無・回数（令和8年5～10月） ※「1.あり」を選んだ場合には、（　）内に回数を記入	1. あり →40)-2へ 精神科訪問看護指示書（　　）回 2. なし →41)-1へ
【40)-1で「1.あり」を選択した場合】 40)-2 指示の内容 ※〇はいくつでも	1. 複数名訪問の指示　2. 短時間訪問の指示　3. 薬物療法継続への援助 4. 褥瘡の処置　5. 点滴の投与・管理 6. 頻回のバイタルサインの測定及び観察　7. 生活リズムの確立 8. 家事能力・社会技能等の獲得　9. 対人関係の改善 10. 社会資源活用の支援　11. 身体合併症の発症・悪化の防止 12.その他（　　）
41)-1 精神科訪問看護指示書における作業療法士が行う 訪問看護の指示の有無と内容（令和8年10月1か月） ※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入（職種についてアルファベットを選択し、指示内容は（　）内に数字を記入）	1. あり 〔内容：　1日あたり（　　）分を週（　　）回〕 2. なし
41)-2作業療法士が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、作業療法士が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。	1. 看護職員と作業療法士が提供する内容について同じ様式に記載している 2. 看護職員と作業療法士が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員と作業療法士で情報を共有している 3. その他（　　）

42)作業療法士による訪問看護を実施した場合、貴事業所が提供した内容をお答えください。（あてはまるものすべてに〇）（令和8年10月）

1.精神・認知機能の評価および自己対処の支援（精神症状や認知機能の把握、ストレス対処、再発兆候への気づき等）
2.生活リズムおよび日常生活活動の支援（睡眠、食事、整容、服薬、家事、買い物、金銭管理等）
3.興味・役割に応じた作業活動の支援（趣味、余暇活動、創作活動、本人にとって意味のある活動の再獲得等）
4.対人関係および社会参加の支援（コミュニケーション、外出、地域活動、就労・就学、福祉サービス利用等）
5.生活環境の調整および家族・関係機関への支援（生活環境の工夫、家族への助言、多職種・関係機関との連携等）
6.その他（　　）
7. 作業療法士による訪問看護は提供していない

43)精神科訪問看護報告書の記載内容 ※〇はいくつでも	1. 精神症状の経過（不安、抑うつ、幻覚妄想、興奮、自傷他害リスク等） 2. 服薬状況・副作用（服薬遵守、飲み忘れ、過量内服の懸念、眠気等） 3. 生活状況・生活リズム（睡眠、食事、清潔、金銭管理、家事、日中活動等） 4. 対人関係・社会参加の状況（家族関係、対人トラブル、就労・通学、外出等） 5. 身体状態・身体合併症の状況（バイタル、生活習慣、通院状況、身体症状等） 6. 社会資源の利用状況・調整（障害福祉サービス、相談支援、行政手続き、ケア会議等） 7. 急変・危機対応の状況（増悪兆候、緊急連絡・緊急訪問、救急搬送の有無等） 8. 看護計画・介入内容と評価（実施した支援、本人の反応、課題、次回方針等） 9. GAF尺度（またはそれに準ずる尺度）の評価結果 10. その他（具体的に:　　）
44)-1　当利用者は訪問診療を受療していますか。（令和8年10月）	1. はい　　2. いいえ
【44)-1で「2.いいえ」を選択した場合】 44)-2 訪問診療を受療していない理由 ※〇はいくつでも	1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他（　　）
45) 訪問看護遠隔診療補助料の算定の有無	1.あり　　2. なし
45)-1 オンライン診療時の看護職員の対応時間についてご回答ください。 ※「対応時間」とは、情報通信機器の設定や事前準備、オンライン診療への同席、診療後の療養指導等を含めた一連の対応時間とする。	1. 15分未満　2. 15～30分未満　3. 30～60分未満　4. 60分以上

45)-2 オンライン実施した診療の補助行為(検査･処置等)として、当てはまるものをご回答ください。 ※〇はいくつでも

01 血液検査	02 尿検査	03 咽頭拭い液を用いた検査	04 超音波検査
05 心電図	06 培養検査	07 皮内･皮下･筋肉内注射	08 点滴注射
09 創傷処置	10 酸素吸入	11 皮膚への軟膏処置	12 バルーンカテーテル管理
13 導尿	14 摘便	15 その他	16 診療の補助行為はいずれも行っていない

46) 医療・介護・障害福祉等関係者との連携状況についてご回答ください。（令和8年10月）

	実施しているものに〇	連携の頻度（実施している場合、実施頻度に〇） 1. 訪問看護の実施ごと　2. 1週間に1回程度 3. 1か月に1回程度　4. 6か月に1回程度 5. 1年に1回程度　6. 必要な場合
1. 貴施設以外の医療機関との連絡・調整		1　2　3　4　5　6
2. 薬局との連絡・調整		1　2　3　4　5　6
3. 介護支援専門員等の介護関係者との連絡・調整		1　2　3　4　5　6
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1　2　3　4　5　6
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1　2　3　4　5　6
6. 学校等との連絡・調整		1　2　3　4　5　6
7. 利用者に関する地域ケア会議への参加		1　2　3　4　5　6
8. カンファレンス等への参加		1　2　3　4　5　6
9. その他（　　）		1　2　3　4　5　6

47)　指定訪問看護の訪問日数および訪問回数（令和8年10月1か月間）	延べ訪問日数:（　　）日 延べ訪問回数:（　　）回 延べ訪問時間 :（　　）分

利用者B

利用者C

利用者D

質問は以上です。
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、令和9年1月22日（金）までに
専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

訪問看護調査（利用者票・包括）

令和８年10月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者４名についての利用状況等をお伺いします。回答する利用者は下記の条件で計４名お選びください。

包括型訪問看護療養費の算定利用者のうち、五十音順で早い利用者4名

※該当する利用者が4名に満たない場合は、該当人数分ご回答ください。

その他

設問　27）、27)-1、30)-2 にご回答いただく際は、以下の選択肢番号を参照のうえ、ご回答ください。

番号	選択肢	分類	主な内容の例
1	健康状態・病状の観察	状態把握	バイタル測定、血糖測定、採血、症状・疼痛・精神状態・睡眠などの観察
2	生活状況・ニーズの把握と評価		本人要望、ADLや生活環境、看護計画に基づく継続的なアセスメント評価
3	病状悪化・合併症の予防と生活機能維持		日常生活上の変化から病状悪化の兆候を把握
4	本人への療養指導・自己管理支援		病状管理、服薬・医療機器の扱い、セルフケアの指導
5	本人への心理的支援・コミュニケーション	心理・家族・連携	傾聴、声かけ、不安への対応、精神症状・行動面への対応
6	家族・介護者への指導・支援		介護方法や医療的ケアの指導、相談対応、心理的支援
7	医療・介護関係者との連絡調整		医師、ケアマネジャー、薬剤師などとの連絡、サービス調整
8	認知・精神・行動面の症状への対応		病状に伴う危険行動や暴言・暴力への対応
9	緊急時対応	医療処置・症状管理	急変時の対応
10	服薬管理・薬剤投与		薬の確認・管理、服薬介助、点眼、自己注射の支援など
11	注射・点滴・輸液管理		採血を除く注射、点滴、中心静脈栄養、輸液ルート管理など
12	呼吸管理・呼吸ケア		酸素療法、吸引、吸入、気管切開、人工呼吸器の管理など
13	栄養・水分管理		経管栄養、胃ろう・腸ろう、食事・水分量の確認、栄養状態の管理
14	創傷・皮膚・褥瘡・ストーマのケア		創傷・褥瘡処置、皮膚状態の管理、人工肛門・人工膀胱のケア
15	排尿・カテーテル管理		排尿状態の確認、導尿、留置カテーテル管理、尿検体採取など
16	排便管理		排便状況の確認、浣腸、摘便、排便コントロールなど
17	疼痛緩和・終末期ケア		がん・慢性疼痛の管理、苦痛緩和、看取りに向けた支援
18	食事・嚥下・口腔の支援	生活援助	食事介助、嚥下状態の確認、誤嚥予防、口腔ケア
19	清潔・整容の支援		清拭、入浴・洗髪、洗面、更衣、整容など
20	排泄動作・排泄介助		トイレ誘導、移乗、おむつ交換、排泄後の始末など
21	移動・移乗・体位変換・リハビリ		歩行・移乗介助、体位変換、関節運動、生活動作訓練、転倒・事故予防など
22	その他	その他	

利用者A

1）性別	1. 男性　2. 女性	2）年齢	（　　）歳
3)-1　現在の居場所 ※〇は1つ ※例えば、有料老人ホームで特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、両方の番号に〇。	1. サービス付き高齢者向け住宅　2. 有料老人ホーム 3.その他（具体的に：　　）		
3)-2　包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行っている建物について	定員	（　　）人	
	10月の実居住者数	（　　）人	
	医療保険の訪問看護利用者数	（　　）人	
	うち包括型訪問看護療養費を算定した利用者数	（　　）人	
	介護保険の訪問看護利用者数	（　　）人	
3)-3　同一建物の管理者と貴法人との関係 ※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が 3 割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。	1. 特別の関係にある 2.特別の関係にない		
4）要介護度（直近）	1. 非該当　2. 未申請　3. 申請中　4. 要支援1・2　5. 要介護1 6. 要介護2　7. 要介護3　8. 要介護4　9. 要介護5　10. 不明		
5）障害高齢者の生活自立度（寝たきり度）（直近）	1. 自立　2. J　3. A　4. B　5. C　6. 不明		
6）認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	1. 自立　2. Ⅰ　3. Ⅱ　4. Ⅲ　5. Ⅳ　6. M　7. 不明		
7）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		
8）利用している介護保険サービス、障害福祉サービス ※〇はいくつでも	【介護保険（介護予防）サービス】 1. 訪問介護　2. 訪問リハビリテーション　3. 訪問入浴介護　4. 通所介護 5. 短期入所療養介護　6. 短期入所生活介護　7. 特定施設入居者生活介護 8. 小規模多機能型居宅介護　9. 看護小規模多機能型居宅介護 10. 通所リハビリテーション　11. 福祉用具貸与　12. 住宅改修 13. 介護予防訪問入浴介護　14. 介護予防訪問リハビリテーション 15. 介護予防通所リハビリテーション　16. 介護予防短期入所生活介護 17. 介護予防短期入所療養介護　18. 介護予防特定施設入居者生活介護 19. 介護予防福祉用具貸与　20. その他（具体的に：　　） 【障害福祉サービス】 1. 居宅介護　2. 重度訪問介護　3. 同行援護　4. 行動援護 5. 療養介護　6. 生活介護　7. 短期入所 8. 重度障害者等包括支援　9. 施設入所支援　10. 自立訓練（機能訓練） 11. 自立訓練（生活訓練）　12. 就労移行支援　13. 就労継続支援A型 14. 就労継続支援B型　15. 就労定着支援　16. 自立生活援助 17. 共同生活援助(グループホーム)　18.放課後等デイサービス 19. 居宅訪問型児童発達支援　20. 保育所等訪問支援 21. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）　22. 計画相談支援 23. 基本相談支援　24. その他（具体的に：　　）		
9)-1　当該利用者に対して、民間の紹介業者や紹介サービスを通じてサービスを紹介したことはありますか。利用した事業者・サービスについてご回答ください。※〇はいくつでも	1. 高齢者向け住まい紹介事業者2. 医療・介護関係者による紹介サービス 3. 民間の入居相談・紹介事業者 4. インターネットによる紹介サービス 5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介したことはない　6. わからない 7. その他（　　） ⇒利用した場合の対価：約（　　）円（受け取っていない場合は0円と記入）		
9)-2　民間の紹介業者や紹介サービスを通じて、当該利用者を紹介されましたか。紹介を受けた事業者・サービスについてご回答ください。※〇は1つ	1. 高齢者向け住まい紹介事業者　2. 医療・介護関係者による紹介サービス 3. 民間の入居相談・紹介事業者　4. インターネットによる紹介サービス 5. 紹介業者や紹介サービスを通じて紹介を受けていない　6. わからない 7. その他（　　） ⇒紹介を受けた場合の支払金額：約（　　）円（支払っていない場合は0円と記入		
10）GAF尺度（直近）　※ある場合	（　　）点		
11）現在在宅療養を続けている原因の病名 ※主傷病を1つ選択して〇	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　11. その他（具体的に：　　）		
12）現在在宅療養を続けている原因の病名 ※副傷病を最大2つ選択して〇	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　11. その他（具体的に：　　）		

13)-1 別表第７の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 末期の悪性腫瘍　3. 多発性硬化症　4. 重症筋無力症 5. スモン　6. 筋萎縮性側索硬化症　7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病　9. 進行性筋ジストロフィー症　10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症　12. プリオン病　13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病　15. 副腎白質ジストロフィー　16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症　18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎　19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷　21. 人工呼吸器を使用している状態
13)-2 別表第８に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも	1. なし 2. 在宅麻薬等注射指導管理　3. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 4. 在宅強心剤持続投与指導管理　5. 在宅気管切開患者指導管理 6. 気管カニューレ　7. 留置カテーテル 8. 在宅自己腹膜灌流指導管理　9. 在宅血液透析指導管理 10. 在宅酸素療法指導管理　11. 在宅中心静脈栄養法指導管理 12. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理　13. 在宅自己導尿指導管理 14. 在宅人工呼吸指導管理　15. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 16. 在宅自己疼痛管理指導管理　17. 在宅肺高血圧症患者指導管理 18. 人工肛門・人工膀胱　19. 真皮を越える褥瘡 20. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定
14)実施しているモニタリング・処置等 ※○はいくつでも	01 胃ろう・腸ろうによる栄養管理　02 経鼻経管栄養　03 中心静脈栄養 04 カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理 05 ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理 06 喀痰吸引　07 ネブライザー　08 酸素療法（酸素吸入） 09 気管切開のケア　10 人工呼吸器の管理　11 透析 12 静脈内注射（点滴含む）　13 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く） 14 簡易血糖測定　15 インスリン注射　16 疼痛管理（麻薬なし） 17 疼痛管理（麻薬使用）　18 創傷処置　19 褥瘡処置 20 浣腸　21 摘便　22 導尿 23 膀胱洗浄　24 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等） 25 リハビリテーション　26 ターミナルケア

15)利用者の状況等 ※それぞれ○は1つ		
	寝返り	01　できる　02 何かにつかまればできる　03 できない
	移乗	01　自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	口腔清潔	01　自立　02 要介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	食事摂取	01　自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	衣服の着脱	01　自立　02 一部介助　03 全介助 ⇒介助の実施：01 あり　02 なし
	診療・療養上の指示が通じる	01　はい　02 いいえ
	危険行為	01　ない　02 ある

16) ターミナル期か否か	1. ターミナル期である　2. ターミナル期ではない
16)-1　ターミナル期の懸念事項	1. 緩和ケアの提供　2. ターミナル期に対応できる体制の確保　3. ACPの共有 4. 家族・介護者へのケア　5. その他（具体的に：　　）
17)訪問看護指示書を出している主治医の診療科	1. 内科　2. 外科　3. 整形外科　4. 脳神経外科 5. 小児科　6. 精神科　7. 眼科　8. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科　10. 泌尿器科　11. リハビリテーション科 12. 婦人科　13. その他（具体的に　　）
18)当該主治医の診療を受けている期間	1. 包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行っている建物入居前から 2. 包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行っている建物入居後から
19)訪問診療の回数※（令和8年10月1か月間）	延べ（　　）回
20)訪問診療の内容	1. 定期的な診察・健康状態の管理（診察、バイタル確認、全身状態の評価等） 2. 疾患・症状の治療および管理（慢性疾患、疼痛、精神症状等の管理） 3. 処方・服薬管理（処方、薬剤調整、副作用の確認等） 4. 検査・医療処置および医療機器の管理（採血、点滴、創傷処置、カテーテル・在宅酸素の管理等） 5. 急変時対応・看取り等の終末期医療（緊急対応、ACP、症状緩和、看取り等） 6. その他（具体的に：　　）

21）当該主治医との連携状況　※〇はいくつでも

1. 急変時に連絡する医師・医療機関と連絡方法を決めている
2. 医師・医療機関へ連絡する症状や判断基準を共有している
3. 急変時の処置や訪問看護師が行う対応について、あらかじめ指示を受けている
4. 利用者の病状、治療内容、服薬状況等を定期的に共有している
5. 夜間・休日を含む医師・医療機関の対応体制を確認している
6. 急変時の受入先・搬送先となる医療機関をあらかじめ決めている
7. 急変時に臨時往診・緊急訪問等を依頼できる体制を整えている
8. 急変時の対応方針について、カンファレンス等で協議している
9. 急変後の経過や対応結果を医師・医療機関と共有している
10. その他（　　）
11. 特に連携体制を設けていない

22）貴施設で当利用者に訪問看護を開始した時期	西暦（　　）年（　　）月頃
22）-1　訪問看護ステーション利用開始のきっかけ	1. 退院・転居など環境の変化　2. 症状悪化や医療処置の必要化 3. 家族・施設の介護力限界　4. 意思決定（ACP/看取り方針）の具体化 5. 制度・連携上の手続き発生　6.紹介業者からの紹介 7.その他（　　）
23）在宅療養への移行前の居場所	※令和7年11月から令和8年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 ⇒病棟：21.一般　22.療養　23.回復期リハ　24.地域包括ケア　25.精神 26.その他（　　） 3. 有床診療所　4. 介護老人保健施設　5. 特別養護老人ホーム　6. 介護医療院　7. その他
24)移行前の居住状態	1.独居（賃貸）　2.独居（持ち家）　3.同居（賃貸）　4.同居（持ち家）
25）直近半年間の退院月	1. 退院実績あり →（　　月）　2. なし　3. 不明
26）-1　貴施設からの訪問日数および訪問回数※（令和8年10月1か月間） ※計画的訪問のみ	延べ訪問日数：（　　）日 延べ訪問回数：（　　）回

26）-2 上記の訪問回数のうち、包括型訪問看護療養費または訪看基本療義費Ⅱのみを算定した日数、のべ訪問時間、1日訪問時間

包括型訪問看護療養費を算定した日のみ：　延べ訪問日数（　　）日、延べ訪問回数（　　）回

	イ：訪問看護時間が 30分以上60分未満	ロ：訪問看護時間が60分以上90分未満	ハ：訪問看護時間が90分以上	ニ：訪問看護時間が90分以上（別に厚生労働大臣が定める場合）
算定日数	日	日	日	日
延べ訪問時間（令和8年10月1か月間の合計）	時間	時間	時間	時間
1日の訪問時間（平均）				分

訪看基本療養費Ⅱを算定した日のみ：　延べ訪問日数（　　）日、延べ訪問回数（　　）回

算定日数	日
延べ訪問時間	時間
1日の訪問時間（平均）	分

27）直近で訪問した3日（包括型訪問看護療養費を算定した日に限る）において、訪問看護で提供したケア内容の番号を全てに〇をつけてください。※【番号】より〇はいくつでも

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	

27）-1　3日間ごとの時間帯別のケア内容についてご記入してください。また、複数名で訪問した場合は当該時間帯にチェックをつけてください。※26)の【選択肢】より〇はいくつでも

例）●日目　訪問回数：（　3　）回

	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
番号記入				1,3,10,11						20		
所要時間				25						75		
複数名の場合✓										✓		
	18時	19時	20時	21時	22時	23時	24時	1時	2時	3時	4時	5時
番号記入					9,5	6,7						
所要時間					65	60						
複数名の場合✓					✓	✓						

１日目　訪問回数:（　　）回

	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
番号記入												
所要時間												
複数名の場合✓												
	18時	19時	20時	21時	22時	23時	24時	1時	2時	3時	4時	5時
番号記入												
所要時間												
複数名の場合✓												

２日目　訪問回数:（　　）回

	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
番号記入												
所要時間												
複数名の場合✓												
	18時	19時	20時	21時	22時	23時	24時	1時	2時	3時	4時	5時
番号記入												
所要時間												
複数名の場合✓												

３日目　訪問回数:（　　）回

	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
番号記入												
所要時間												
複数名の場合✓												
	18時	19時	20時	21時	22時	23時	24時	1時	2時	3時	4時	5時
番号記入												
所要時間												
複数名の場合✓												

28）訪問看護の加算等の状況（精神科を含む）（令和6年11月）※〇はいくつでも

1.訪問看護情報提供療養費　2.訪問看護ターミナルケア療養費　3.訪問看護遠隔診療補助料
4.訪問看護ベースアップ評価料　5.訪問看護物価対応料　6.訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）のハ
7.緊急訪問看護加算　8.乳幼児加算　9.精神科緊急訪問看護加算
10.看護・介護職員連携強化加算　11.在宅患者緊急時等カンファレンス加算
12.在宅患者連携指導加算　13.精神科重症患者支援管理連携加算
14.専門管理加算　15.退院支援指導加算　16.退院時共同指導加算
17.特別管理加算　18.特別管理指導加算　19.訪問看護医療DX情報活用加算
20.訪問看護医療情報連携加算

【退院支援指導加算を算定した場合】
29）退院支援指導の実施状況（令和8年10月分）

退院当日の延べ訪問回数:（　　）回
延べ訪問時間 :（　　）分

29)-1 計画外の訪問の有無等 （令和8年10月）	1. あり　⇒訪問回数：（　　）回、延べ訪問時間：（　　）分 ⇒計画外訪問の理由：11. 症状・容態の悪化 12. 事故・トラブル等（転倒・自己抜去等） 13. 本人・家族・施設職員等からの相談・訪問依頼 14. その他（　　） ⇒看護の内容： 11. 症状観察・アセスメント／状態悪化の早期対応 （バイタル測定、全身状態確認、状態変化の評価・助言 等） 12. 処置・医療機器管理 （創処置、点滴管理、カテーテル類、吸引、在宅酸素 等） 13. 服薬・治療継続の支援 （服薬確認、内服調整に関する医師連絡、飲み忘れ対応 等） 14. 精神症状・行動面への対応（精神科） （不安・不眠・興奮等の症状の確認、介入調整 等） 15. 関係者調整・連絡（多職種連携） （医師・ケアマネ・施設職員・家族との情報共有、受診調整等） 16. その他（　　）
29)-2 計画外訪問を減らすために実施している工夫 ※〇はいくつでも	1. 夕方等に電話で状況を確認　2. 訪問する日を休日（貴施設の非営業日）前後に調整 3. 訪問の順番を夕方に調整　4. その他（　　）

【緊急訪問看護加算を算定した場合】 30)-1緊急訪問看護の実施状況（令和8年10月分）	延べ算定回数：（　　）回 延べ訪問時間：（　　）分

30)-2 **緊急訪問で**提供した訪問看護の内容（直近の訪問、加算の算定がない場合も含む）　※下記の【番号】より〇はいくつでも
直近の訪問時：　※26)と同じであれば 右の**"同じ"**にチェックしてください。⇒同じ：□

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

31) 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和8年10月）※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください	保健師・助産師・看護師	（　　）回
	准看護師	（　　）回
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	（　　）回

32) 貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無等（令和8年10月）	1. あり　⇒種別：a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション ⇒主な訪問者の職種：11. 看護職員 12. 理学療法士 13. 作業療法士 14. 言語聴覚士 13. その他 2. なし
33)-1 特別訪問看護指示書（精神科を含む）の交付の有無・回数（令和8年5～10月） ※「1.あり」を選んだ場合には、（　）内に回数を記入	1. あり　→33)-2へ 特別訪問看護指示書（　　）回 精神科訪問看護指示書（　　）回 2. なし　→34)-1へ
【33)-1で「1.あり」を選択した場合】 33)-2 指示の内容 ※〇はいくつでも	1. 複数名訪問の指示　2. 短時間訪問の指示　3. 薬物療法継続への援助 4. 褥瘡の処置　5. 点滴の投与・管理 6. 頻回のバイタルサインの測定及び観察　7. 生活リズムの確立 8. 家事能力・社会技能等の獲得　9. 対人関係の改善 10. 社会資源活用の支援　11. 身体合併症の発症・悪化の防止 12.その他（　　）
34)-1 訪問看護指示書における理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う 訪問看護の指示の有無と内容（令和8年10月1か月） ※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入（職種についてアルファベットを選択し、指示内容は（　）内に数字を記入）	1. あり （職種：a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士 内容：1日あたり（＿＿＿＿）分を週（＿＿＿＿）回） 2. なし
34)-2 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、理学療法士等が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。	1. 看護職員と理学療法士等が提供する内容について同じ様式に記載している 2. 看護職員と理学療法士等が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員と理学療法士等で情報を共有している 3. その他（　　）

35）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護を実施した場合、貴事業所が提供した内容をお答えください。
（あてはまるものすべてに〇）（令和8年10月）

1. 基本動作・移動能力の訓練（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行、階段昇降等）
2. 身体機能の維持・向上に向けた訓練（関節可動域、筋力、バランス、持久力等）
3. 日常生活動作（ADL）・生活関連動作（IADL）の訓練（更衣、入浴、排せつ、調理、買物等）
4. 認知機能・高次脳機能に関する支援（注意、記憶、判断、遂行機能等）
5. コミュニケーションに関する訓練・支援（失語、構音、発声、対人コミュニケーション等）
6. 摂食・嚥下に関する評価、訓練・助言（食事姿勢、食形態、嚥下方法等）
7. 福祉用具・装具・住宅環境に関する助言（手すり、段差、動線、自助具等）
8. 本人・家族等への介助方法、生活上の工夫等の指導（移乗、体位変換、転倒予防、生活リズム等）
9. その他（　　）
10. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護は提供していない

36）訪問看護報告書の記載内容 ※〇はいくつでも	1. 利用者の病状　2. 身体合併症の状況　3. 日常生活活動（ADL）の状況 4. 生活リズム　5. 対人関係の状況　6. 社会資源の活用状況（希望を含む） 7. 服薬状況　8. 本人の困りごと　9. その他（　　）
37-1　当利用者は訪問診療を受療していますか。（令和8年10月）	1. はい　2. いいえ
【37）-1で「2.いいえ」を選択した場合】 37）-2 訪問診療を受療していない理由 ※〇はいくつでも	1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他（　　）
38）訪問看護遠隔診療補助料の算定の有無	1.あり　2. なし
38-1 オンライン診療時の看護職員の対応時間についてご回答ください。 ※「対応時間」とは、情報通信機器の設定や事前準備、オンライン診療への同席、診療後の療養指導等を含めた一連の対応時間とする。	1. 15分未満　2. 15～30分未満 3. 30～60分未満　4. 60分以上

38-2 オンライン診療時の看護の提供内容　※〇はいくつでも

01 血液検査	02 尿検査	03 咽頭拭い液を用いた検査	04 超音波検査
05 心電図	06 培養検査	07 皮内･皮下･筋肉内注射	08 点滴注射
09 創傷処置	10 酸素吸入	11 皮膚への軟膏処置	12 バルーンカテーテル管理
13 導尿	14 摘便	15 その他	16 診療の補助行為はいずれも行っていない

39）医療・介護・障害福祉等関係者との連携状況についてご回答ください。（令和8年10月）

	実施しているものに〇	連携の頻度（実施している場合、実施頻度に〇） 1. 訪問看護の実施ごと　2. 1週間に1回程度 3. 1か月に1回程度　4. 6か月に1回程度 5. 1年に1回程度　6. 必要な場合					
1. 貴施設以外の医療機関との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
2. 薬局との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
3. 介護支援専門員等の介護関係者との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
4. 障害福祉関係者との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
6. 学校等との連絡・調整		1	2	3	4	5	6
7. 利用者に関する地域ケア会議への参加		1	2	3	4	5	6
8. カンファレンス等への参加		1	2	3	4	5	6
9. その他（　　）		1	2	3	4	5	6

40）ACPの共有状況についてご回答ください。（令和8年10月）※〇はいくつでも

1. 貴施設以外の医療機関　2. 薬局　3. 介護支援専門員等の介護関係者　4. 障害福祉関係者
5. 保健所・市町村保健センター等

41）指定訪問看護の訪問日数および訪問回数（令和8年10月1か月間）	延べ訪問日数：（　　）日 延べ訪問回数：（　　）回 延べ訪問時間：（　　）分

利用者B

利用者C

利用者D

質問は以上です。

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、令和9年1月22日（金）までに

専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を更に評価する観点から、「在宅医療充実体制加算」が新設されたほか、連携して 24 時間の在宅医療提供体制を確保する医療機関の役割に応じた評価を行う観点から、連携型機能強化型在宅療養支援診療所の評価が細分化されました。また、24 時間の連絡・往診体制の確保方法が明確化されるとともに、患者の状態等を踏まえ、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し等が行われました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の保険医療機関を対象に、在宅医療を実施している保険医療機関等の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、包括型訪問看護療養費の施設基準に規定する厚生労働大臣が実施する調査に該当するものであることを申し添えます。

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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

（→裏面へ続きます）

令和9年1月 22 日(金)まで「返信用封筒（切手不要)」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：・・・(受付時間　9：30～17：00、土日・祝日除く)

【電子調査票の送付先】・・・(受信専用)

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ)】　・・・

ご依頼状（連携機関）

ID ：

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）
「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を更に評価する観点から、「在宅医療充実体制加算」が新設されたほか、連携して 24 時間の在宅医療提供体制を確保する医療機関の役割に応じた評価を行う観点から、連携型機能強化型在宅療養支援診療所の評価が細分化されました。また、24 時間の連絡・往診体制の確保方法が明確化されるとともに、患者の状態等を踏まえ、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し等が行われました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の保険医療機関、保険医療機関と連携している介護保険施設等を対象に、在宅医療を実施している保険医療機関等の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、包括型訪問看護療養費の施設基準に規定する厚生労働大臣が実施する調査に該当するものであることを申し添えます。

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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

（→裏面へ続きます）

対象者

・ この調査は、保険医療機関と連携している介護サービス事業所等が対象となっております。

回答期限・回答方法

・ お手数ではございますが、**令和9年1月 22 日（金）まで**に下記の URL または QR コードより、調査ホームページにアクセスいただき、Web よりご回答ください。

・ 調査ホームページにアクセスいただきましたら、**ID の欄に本依頼状【表面】の右上に印刷されている ID（７桁数字）を入力**し、「ログイン」をクリックしてください。ログイン後、「連携機関票へのご回答はこちら」をクリックいただくと、アンケート入力フォームが起動しますので、ご記入いただき「送信」をお願い致します。

・ **アンケートに回答する際も ID が必要になりますので、本状をお手元においてご回答ください。**

調査ホームページ	【URL】	・・・
	【QR コード】	・・・

なお、本調査は令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、個人が特定されることは一切ありません。また、調査票は調査事務局に直接返送されますので、連携先の保険医療機関等に開示されることはございません。

本調査の結果は、厚生労働大臣の諮問機関である中医協において、診療報酬のあり方について実りある議論を行うための大変貴重な資料として活用されます。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：・・・（受付時間　９：30～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】・・・（受信専用）
【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）
「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、在宅で療養する患者に対する歯科訪問診療をより充実させる観点から、在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院における「歯科訪問診療１」を実施した場合の加算を新設するとともに、「訪問歯科衛生指導料」について、指導を実施した人数に応じた評価を見直しや、歯科標榜のない病院等からの依頼により、入院患者に歯科訪問診療を実施した場合の歯科訪問診療料の「医科連携訪問加算」の新設等を行いました。今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の歯科医療機関を対象に、在宅歯科医療を実施している保険医療機関等の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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

令和9年1月 22 日（金）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局
〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：・・・（受付時間　９：30～17：00、土日・祝日除く）
【電子調査票の送付先】・・・（受信専用）
【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）
「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、質の高い在宅訪問薬剤管理を確保する観点から、在宅訪問を行う保険薬局の体制評価が見直したほか、医療機関等との連携を推進する観点から、医師と同時に患家を訪問した場合の評価の新設等を行いました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の保険薬局、保険医療機関、患者の方を対象に、在宅訪問薬剤管理の実施状況等に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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

令和9年1月 22 日（金）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒106-0041　　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：・・・（受付時間　9：30～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】・・・（受信専用）

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、地域の関係者と連携して支援ニーズの高い利用者に対して精神科訪問看護を提供する等の役割を担う訪問看護ステーションの評価の新設や、同一建物居住者等に対する訪問看護の評価の見直し等が行われました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の訪問看護ステーションを対象に、訪問看護の実施状況、介護関係者との連携状況等に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施しますので、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

令和9年1月 22 日（金）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局
〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：（受付時間　９：30～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】・・・（受信専用）
【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、地域の関係者と連携して支援ニーズの高い利用者に対して精神科訪問看護を提供する等の役割を担う訪問看護ステーションの評価の新設や、同一建物居住者等に対する訪問看護の評価の見直し等が行われました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の訪問看護ステーションを対象に、訪問看護の実施状況、介護関係者との連携状況等に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

なお、本調査は、包括型訪問看護療養費の施設基準に規定する厚生労働大臣が実施する調査に該当するものであることを申し添えます。

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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**令和9年1月 22 日（金）まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局
〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：（受付時間　９：30～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】・・・（受信専用）
【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）
精神医療等の実施状況調査

調査の概要（案）

１．調査目的

精神医療では、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域密着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行った場合の評価である「精神科地域密着多機能体制加算」が新設されたほか、多職種の協働による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、「精神病棟看護・多職種協働加算」が新設された。また、慢性的に身体合併症への対応を要する患者への診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、「精神科慢性身体合併症管理加算」が新設された。精神科救急急性期医療入院料や精神科急性期医師配置加算等の見直し、通院・在宅精神療法並びに心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算及び情報通信機器を用いた精神療法の見直し、公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援の評価新設なども実施された。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響について調査・検証を行う。

２．アンケート調査の構成及び調査手順

（１）アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

【医療機関調査】

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
病院調査	精神病棟入院基本料（18 対 1、20 対 1）、精神病棟看護・多職種協働加算、精神科慢性身体合併症管理加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科地域密着多機能体制加算、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料、児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、情報通信機器を用いた精神療法、認知療法・認知行動療法、精神科在宅	1,200 件	悉皆	自記式調査票を郵送にて配布・回収

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
	患者支援管理料のいずれかの届出をしている病院（A）			
	上記以外の精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料等を算定する病院（B）		無作為抽出	
診療所調査	児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、情報通信機器を用いた精神療法、認知療法・認知行動療法、精神科在宅患者支援管理料のいずれかの届出をしている診療所（C）	500 件	無作為抽出	
病棟調査	（A）、（B）のうち、精神病棟入院基本料（18 対 1、20 対 1、精神病棟看護・多職種協働加算を算定している場合）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟	全病棟/施設	悉皆	自記式調査票を郵送にて配布・回収
	（A）、（B）のうち、精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1、15 対 1）、精神療養病棟入院料の届出を行っている病棟	1 棟/施設	抽出	
患者調査※1（病院入院患者）	（A）、（B）の病院のうち精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料の算定患者	3,600 件	1 病院 3 人	
患者調査※1（病院外来患者）	（A）、（B）の病院のうち児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、情報通信機器を用いた精神療法、認知療法・認知行動療法の算定患者	3,600 件	1 病院 3 人	
患者調査※1（診療所外来患者）	（C）の診療所のうち上記外来患者と同様の算定患者数	3,000 件	1 診療所 6 人	

※1 患者調査は、調査対象となった施設の職員が、それぞれの調査ごとに指定された条件に沿って人数分の対象者を抽出し、調査票を記載いただく。

（２）アンケート調査の手順

①　病院・診療所調査

調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者又は事務管理者にご回答いただいた上で、郵送（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて他の調査票と一緒に返送をいただく。

また、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

②　病棟調査

①の調査対象となった病院にて、調査対象となる病棟について、当該病棟の管理者に①と一緒に送付のあった病棟票をご回答いただいた上で、他の調査票と一緒に返送をいただく。

また、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

③　患者調査（入院患者・外来患者）

①の調査対象となった病院・診療所の職員の方が、入院・外来ごとに指定の条件に従って抽出を行った患者を調査対象者とする。

調査対象者についてそれぞれの施設の職員の方が、①の調査票とあわせて送付のあった患者票の記入を行い、施設単位で、他の調査票と一緒に返送をいただく。

また、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある）、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

３．主な調査事項（今回新設した主な項目）

［病院・診療所票］

○【入院】各種加算等の届出状況・実施状況・未届の理由、病床の転換・削減の状況、時間外や休日の対応及び緊急時の入院受入に係る診療所との連携内容、精神科救急患者の対応状況　等

○【外来】通院・在宅精神療法、認知療法・認知行動療法、精神科デイ・ケア等の実施状況詳細　等

○【在宅】在宅精神療法の実施状況、精神科在宅患者支援管理料の実施状況、在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料の実施状況　等

［病棟票］

○「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」の項目ごとの該当患者数

○退院調整に向けたカンファレンスの実施状況　等

［患者票］

○【入院患者】入院前に利用していた支援等　等

○【外来患者】患者の居場所　等

４．調査スケジュール概要（案）

○令和８年 11 月中旬～12 月中旬

調査票等の印刷・発送

○12 月中旬～令和９年１月末

調査実施（提出期限：令和９年１月 22 日）

○２月

調査票の入力・集計

○３月末

調査結果取りまとめ、中医協へ報告

ID番号：

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

精神医療等の実施状況調査　病院票

※この病院票は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向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」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※特に断りのない質問については、令和８年１０月１日（木）時点の状況についてご記入ください。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

１．貴施設の概要

≪基本情報≫

①所在地	（　　）都・道・府・県
②開設者※1	01. 国立　02. 公立　03. 公的　04. 社会保険関係 05. 医療法人　06. その他の法人　07. 個人
③同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※○はいくつでも	01. 該当なし　02. 介護老人保健施設　03. 介護老人福祉施設 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. 訪問介護事業所　08. 小規模多機能型居宅介護事業所 09. 看護小規模多機能型居宅介護　10. 通所介護事業所 11. 介護医療院 12. 障害福祉サービス事業所（就労系サービス）（01：貴院と同一市区町村内、02:半径 10km 以内） 13. 障害福祉サービス事業所（相談系サービス）（01：貴院と同一市区町村内、02:半径 10km 以内） 14. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス）（01：貴院と同一市区町村内、02:半径 10km 以内） 15. その他　（　　）
④病院種別	01. 精神科病院※2　02. 精神科を有する特定機能病院 03. 精神科を有する一般病院

※1:国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）
公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）
公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
社会保険関係（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）
医療法人（社会医療法人は含まない）
その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人）
※2:精神科病院:精神病床のみを有する病院

⑤貴施設が標榜している診療科をお選びください。 ※○はいくつでも			
01. 精神科	02. 心療内科	03. 内科※3	04. 外科※4
05. 小児科	06. 皮膚科	07. 泌尿器科	08. 産婦人科・産科
09. 眼科	10. 耳鼻咽喉科	11. 放射線科	12. 脳神経外科
13. 整形外科	14. 麻酔科	15. 救急科	16. 歯科・歯科口腔外科
17. リハビリテーション科	18. その他（　　）		

※3:内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、神経内科、は、「03.内科」としてご回答ください。
※4:外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科、内分泌外科は、「04.外科」としてご回答ください。

⑥令和8年 10 月1日時点における、医療法上の1）病棟数、2）許可病床数をそれぞれご記入ください。
※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数に「0」をご記入ください。

	a. 一般病床	b. 療養病床	c. 精神病床	d. 感染症病床	e. 結核病床
1）病棟数	（　　）棟	（　　）棟	（　　）棟	（　　）棟	（　　）棟
2）許可病床数	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床

≪入院基本料等≫

⑦ 1)貴施設において届出を行っている入院基本料は何ですか。
2)上記 1)で○をつけた入院基本料について、あてはまる番号をすべてお選びください。※○はいくつでも

1）届出を行っている入院基本料に○		2）左記1）で○をつけた入院料について、あてはまる番号すべてに○			
01.	一般病棟入院基本料	01. 急性期病院Ａ一般入院料	02. 急性期病院Ｂ一般入院料（⇒看護・多職種協働加算の届出 11. あり 12. なし）		
		03. 急性期一般入院料１	04. 急性期一般入院料２		
		05. 急性期一般入院料３	06. 急性期一般入院料４（⇒看護・多職種協働加算の届出 11. あり 12. なし）		
		07. 急性期一般入院料５	08. 急性期一般入院料６		
		09. 地域一般入院料１	10. 地域一般入院料２		
		11. 地域一般入院料３	（特別入院基本料の場合チェック⇒□）		
02.	療養病棟入院基本料	01. 療養病棟入院料１（特別入院基本料の場合チェック ⇒□）	02. 療養病棟入院料２		
		夜間看護加算	01. 届出あり	02. 届出なし	
03.	急性期病院精神病棟入院基本料 ⇒（01:A 02:B）	01. 10対１	02. 13対１	03. 15対１	
		看護補助加算の届出の有無	11. あり	12. なし	
		精神病棟看護・多職種協働加算の届出の有無	11. あり	12. なし	
04.	精神病棟入院料	01. 10対１	02. 13対１	03. 15対１	04. 18対１
		05. 20対１	（特別入院基本料の場合チェック ⇒□）		
		看護補助加算の届出の有無	11. あり	12. なし	
		精神病棟看護・多職種協働加算の届出の有無	11. あり	12. なし	
05.	特定機能病院入院基本料 ⇒（01:A 02:B 03:C）	一般病棟	01. ７対１	02. 10対１	
		結核病棟	01. ７対１	02. 10対１	03. 13対１
			04. 15対１		
		精神病棟	01. ７対１	02. 10対１	03. 13対１
			04. 15対１		
		看護補助加算の届出の有無	11. あり	12. なし	
		精神病棟看護・多職種協働加算の届出の有無	11. あり	12. なし	
06.	障害者施設等入院基本料	01. ７対１ 04. 15対１	02. 10対１	03. 13対１	

⑦-1 貴施設において届出を行っている特定入院料は何ですか。
あてはまる番号に○をつけ、病床数をご記入ください。※○はいくつでも

01.	救命救急入院料1	（ ）床	02.	救命救急入院料2	（ ）床
03.	特定集中治療室管理料1	（ ）床	04.	特定集中治療室管理料2	（ ）床
05.	特定集中治療室管理料3	（ ）床	06.	ハイケアユニット入院医療管理料1	（ ）床
07.	ハイケアユニット入院医療管理料2	（ ）床	08.	地域包括医療病棟入院料1	（ ）床
09.	地域包括医療病棟3入院料2	（ ）床	10.	回復期リハビリテーション病棟入院料1	（ ）床
11.	回復期リハビリテーション病棟入院料2	（ ）床	12.	回復期リハビリテーション病棟入院料3	（ ）床
13.	回復期リハビリテーション病棟入院料4	（ ）床	14.	回復期リハビリテーション病棟入院料5	（ ）床
15.	回復期リハビリテーション入院医療管理料	（ ）床	16.	地域包括ケア病棟入院料1	（ ）床
17.	地域包括ケア入院医療管理料1	（ ）床	18.	地域包括ケア病棟入院料2	（ ）床
19.	地域包括ケア入院医療管理料2	（ ）床	20.	地域包括ケア病棟入院料3	（ ）床
21.	地域包括ケア入院医療管理料3	（ ）床	22.	地域包括ケア病棟入院料4	（ ）床
23.	地域包括ケア入院医療管理料4	（ ）床	24.	緩和ケア病棟入院料1	（ ）床
25.	緩和ケア病棟入院料2	（ ）床	26.	その他の入院料	（ ）床

⑧貴施設の精神科病棟について、入院料および加算の届出状況として該当するものすべてをお選びください。※○はいくつでも

a. 入院料

01. 精神科救急急性期医療入院料
⇒看護職員夜間配置加算の届出：11. あり 12. なし
⇒精神科救急医療体制加算の届出：13. 加算１の届出あり 14. 加算２の届出あり 15. なし

02. 精神科急性期治療病棟入院料 →区分（21. 入院料１ 22. 入院料２）
⇒精神病棟看護・多職種協働加算の届出：11. あり 12. なし

	03. 精神科救急・合併症入院料 ⇒看護職員夜間配置加算の届出： 31. あり 32. なし
	04. 児童・思春期精神科入院医療管理料
	05. 精神療養病棟入院料
	06. 認知症治療病棟入院料 →区分（61. 入院料１ 62. 入院料２）
	07. 地域移行機能強化病棟入院料
b. 加算	01. 急性期総合体制加算【A200】 ⇒区分（11. 1 12. 2 13. 5）
	02. 精神科応急入院施設管理加算【A228】
	03. 精神病棟入院時医学管理加算 【A230】
	04. 精神科地域移行実施加算【A230-2】
	05. 精神科身体合併症管理加算【A230-3】
	06. 精神科慢性身体合併症管理加算【A230-5】
	07. 強度行動障害入院医療管理加算【A231-2】
	08. 精神科入退院支援加算【A246-2】
	09. 精神科急性期医師配置加算【A249】 ⇒区分（81. 1 82. 2 83. 3）
	10. 精神科地域密着多機能体制加算【A255】 ⇒区分（91. 1 92. 2 93. 3）

⑧-1 貴施設の精神科病棟について、記載の加算を届け出ていない理由として該当するものすべてをお選びください。
※それぞれ○はいくつでも

a. 精神病棟看護・多職種協働加算【A103 注７等】	01. 当該病棟の患者ケアや病棟業務は、多職種では対応できないため
	02. 作業療法士の配置が困難なため
	03. 精神保健福祉士の配置が困難なため
	04. 平均在院日数に係る要件を満たすことが困難なため
	05. 対象病棟を複数有しており、その全てにおいて加配を行うことが困難なため
	06. 対象病棟を複数有しており、その全てにおいて平均在院日数の要件を満たすことが困難なため
	07. 届出はないが届出予定
	08. 特に理由はないが届け出るつもりはない
	09. その他（ ）
b.精神科慢性身体合併症管理加算【A230-5】	01. 対象となる患者がいない、または少数のため
	02. 当該病棟に内科の医師を１名以上配置することが困難なため
	03. 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療提供体制との連携（他の保険医療機関を含む。）を確保することが困難なため
	04. 当該保険医療機関において、一般血液検査が常時行える体制を有することが困難なため
	05. 糖尿病患者について眼科・歯科等への紹介を行う体制を有することが困難なため
	06. 届出はないが届出予定
	07. 特に理由はないが届け出るつもりはない
	08. その他（ ）
c.精神科急性期医師配置加算【A249】	01. 新規入院患者の自宅等への移行率に係る実績を満たすことが困難なため
	02. クロザピンの導入実績および使用患者数の要件を満たすことが困難なため
	03. 時間外、休日又は深夜における外来診療件数・入院件数の要件を満たすことが困難なため
	04. 常勤の精神保健指定医の配置が困難なため
	05. 病床数の要件を満たすことが困難なため
	06. 24 時間の救急医療提供の要件を満たすことが困難なため
	07. 精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行うことが困難なため
	08. 新規入院患者の精神科身体合併症管理加算に係る要件を満たすことが困難なため
	09. 救急搬送患者であって身体疾患又は負傷とともに精神疾患等を有する者を速やかに診療できる体制及び診察の実績を満たすことが困難なため
	10. 届出はないが届出予定
	11. 特に理由はないが届け出るつもりはない
	12. その他（ ）
d. 精神科地域密着多機能体制加算【A255】	01. 許可病床数が 350 床以下であるという要件を満たすことが困難なため
	02. 許可病床数に占める精神病床が６割５分以上であるという要件を満たすことが困難なため
	03. 常勤の精神保健指定医の配置及び公務員としての業務等に関する要件を満たすことが困難なため
	04. 精神科救急医療確保事業に係る要件を満たすことが困難なため
	05. 精神科入退院支援加算に係る届出を行うことが困難なため
	06. 療養生活継続支援加算の算定実績に係る要件を満たすことが困難なため
	07. 令和８年４月１日以降、半径 10km 以内に別の病院を新たに開設しているため
	08. 以下の要件を満たすことが困難なため ⇒届け出ていない理由として当てはまる要件を以下 a～f からお選びください（※○はいくつでも）

		a. 当該保険医療機関において「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）の算定回数が直近３か月間で 60 回以上であること。 b. 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で 300 回以上であること。 c. 当該保険医療機関において「Ｂ０１５」精神科退院時共同指導料の算定回数が直近３か月間で３回以上であること。 d. 当該保険医療機関において「Ｉ００２」通院・在宅精神療法の「２」の算定回数が直近３か月で 20 回以上であること。 e. 当該保険医療機関において「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料の算定回数が直近３か月間で 10 回以上であること。 f. 当該保険医療機関において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合計算定回数が直近３か月間で 10 回以上であること。
		09. 当該保険医療機関の所在する市区町村内もしくは半径 10km 以内に障害福祉サービス事業所等を開設すること、または当該保険医療機関の所在する市区町村内もしくは半径 10km 以内に所在する障害福祉サービス事業所等の代表者を務めることが困難なため
	加　算　1 【A255-1】	01. 精神病床の許可病床数が 100 床以下であるという要件を満たすことが困難なため
		02. 精神病床の入院患者の平均在院日数が 150 日以内であるという要件を満たすことが困難なため
		03. 精神病床の許可病床数に占める、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が３割以下であるという要件を満たすことが困難なため
		04. 新規入院患者の６割以上が、入院した日から起算して６月以内に退院し、自宅等へ移行するという要件を満たすことが困難なため
		05. 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士を２名以上配置することが困難なため
		06. 当該保険医療機関に常勤の作業療法士を１名以上配置することが困難なため
		07. 当該保険医療機関に常勤の公認心理師を１名以上配置することが困難なため
		08. 過去６か月間の通院・在宅精神療法、認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、精神病床の許可病床数で除した数が 36 以上であるという要件を満たすことが困難なため
		09. 届出はないが届出予定
		10. 特に理由はないが届け出るつもりはない
	加　算　2 【A255-2】	01. 精神病床の入院患者の平均在院日数が 150 日以内であるという要件を満たすことが困難なため
		02. 精神病床の許可病床数が 101 床以上 150 床以下であるという要件を満たすことが困難なため
		03. 精神病床の許可病床数が 151 床以上 250 床以下であるという要件を満たすことが困難なため
		04. 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数／届出前月から３年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者数が 0.95 以下であるという要件を満たすことが困難なため
		05. 届出から１年が経過するごとに、当該月の末日時点での精神病床の許可病床数／当該月の末日から３年前の日の属する年度の１日あたりの精神病床における入院料算定患者数が 0.95 以下であるという要件を満たすことが困難と思うため
		06. 精神病床の許可病床数に占める、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が３割以下であるという要件を満たすことが困難なため
		07. 新規入院患者の６割以上が、入院した日から起算して６月以内に退院し、自宅等へ移行するという要件を満たすことが困難なため
		08. 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士を２名以上配置することが困難なため
		09. 当該保険医療機関に常勤の作業療法士を１名以上配置することが困難なため
		10. 当該保険医療機関に常勤の公認心理師を１名以上配置することが困難なため
		11. 過去６か月間の通院・在宅精神療法、認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、精神病床の許可病床数で除した数が 36 以上であるという要件を満たすことが困難なため
		12. 届出はないが届出予定
		13. 特に理由はないが届け出るつもりはない
	加　算　3 【A255-2】	01. 精神病床の入院患者の平均在院日数が 250 日以内であるという要件を満たすことが困難なため
		02. 精神病床の許可病床数が 250 床以下であるという要件を満たすことが困難なため
		03. 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数／届出前月から３年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者数が 0.97 以下であるという要件を満たすことが困難なため
		04. 届出から１年が経過するごとに、当該月の末日時点での精神病床の許可病床数／当該月の末日から３年前の時点での精神病床の許可病床数が 0.95 以下であるという要件を満たすことが困難と思うため
		05. 精神病床の許可病床数に占める、精神療養病棟入院料を算定する病床数の割合が３割以下であるという要件を満たすことが困難なため
		06. 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を合計２名以上配置することが困難なため
		07. 過去６か月間の通院・在宅精神療法、認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、精神病床の許可病床数で除した数が 27 以上であるという要件を満たすことが困難なため
		08. 届出はないが届出予定
		09. 特に理由はないが届け出るつもりはない

⑧-2 精神病棟 18 対 1 入院基本料又は精神病棟 20 対 1 入院基本料を届け出ている場合、その理由として当てはまるものをお選びください。※○はいくつでも

01. 精神病棟15対1入院基本料の届出に当たって看護職員等の確保が困難であるため

02. 精神療養病棟入院料の届出に当たり、以下の要件を満たすことが困難なため
⇒届け出ていない理由として当てはまる要件を以下a～lからお選びください（※○はいくつでも）

a. 入院患者の退院に係る調整を担当する者が配置されていること
b. 常勤の精神保健指定医が２名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること
c. 当該病棟に常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること
d. 当該保険医療機関に、精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること
e. 退院支援相談員を、入院患者１人につき１人以上、入院した日から起算して７日以内に指定し、当該保険医療機関内に配置していること。
f. 退院支援委員会を設置していること
g. 当該病棟の病床数は、１看護単位当たり 60 床以下であること。
h. 当該病棟に係る病室の病床数は、１病室につき６床以下であること。
i. 当該病棟に係る病棟床面積（患者１人につき 18 平方メートル以上）及び病室床面積（患者１人につき 5.8 平方メートル以上）
j. 当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられていること
k. 当該病棟に鉄格子がないこと
l. 当該保険医療機関内に、専用の作業療法室又は生活機能回復訓練室を有していること

03. 他の入院料の届出に当たって看護職員の配置以外に満たすことが困難な施設基準があるため

04. 他の入院料（精神病棟15対1入院基本料や精神療養病棟入院料等）を届け出ることによって収益が下がるため

05. 特に理由はない

06. その他（　　）

⑨救急告示の有無　（令和８年 10 月１日時点）	01. 救急告示なし　02. 救急告示あり
⑩救急医療体制 （令和8年 10 月1日時点）	01. 高度救命救急センター　02. 救急センター　03. 二次救急医療機関 04. いずれにも該当しないが救急部門を有している 05. 救急部門を有していない
⑪精神医療に関する指定状況 （令和8年 10 月1日時点） ※○はいくつでも	01. 措置入院指定病院　02. 応急入院指定病院 03. 精神科救急医療施設　04. 認知症疾患医療センター 05. 指定自立支援医療機関　06. 指定発達支援医療機関 07. 医療観察法指定入院医療機関　08. 医療観察法指定通院医療機関
⑫精神科救急医療体制整備事業への参加の有無	01. 参加している　⇒⑬へ　02. 参加していない　⇒⑭へ
⑬参加している場合の種別	01. 病院群輪番型施設　02. 常時対応型施設 03. 外来対応施設　04. 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

⑭貴施設では、精神科の入院患者を土日含め 24 時間受け入れることはできますか。

01. 自院かかりつけの患者のみ受け入れが可能⇒⑭-1へ　02. 自院かかりつけの患者以外の受け入れも可能⇒⑭-1へ
03. 不可能　⇒⑭-2へ

⑭-1 年間の対応件数 （令和7年 11 月～令和8年 10 月）	a. 時間外・休日または深夜における入院件数	（　　）件
	（うち）精神科救急情報センター等※5からの依頼件数	（　　）件
	b. 時間外・休日または深夜における外来対応件数	（　　）件
	（うち）精神科救急情報センター等※5からの依頼件数	（　　）件

※5：都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関を含みます。

⑭-2 自院で時間外・休日・深夜に入院患者の受け入れができない理由は何ですか。※それぞれ○はいくつでも

＜自院かかりつけの患者について＞
01. 精神科の医師が不足しているため　02. 看護師が不足しているため
03. 精神保健福祉士が不足しているため　04. 02・03以外の職種が不足しているため
05. 地域で時間外・休日・深夜に対応する医療機関について取り決めがあり当院は対応しないこととなっているため
06. 対象となる患者が地域にいないため　07. その他（　　）

＜自院かかりつけの患者以外の患者について＞
01. 精神科の医師が不足しているため　02. 看護師が不足しているため
03. 精神保健福祉士が不足しているため　04. 02・03以外の職種が不足しているため
05. 地域で時間外・休日・深夜に対応する医療機関について取り決めがあり当院は対応しないこととなっているため
06. 対象となる患者が地域にいないため　07. その他（　　）

⑭-3 貴施設における、時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れに係る診療所との具体的な連携内容について教えてください。※○はいくつでも

01. 連携に係る覚書や夜間休日受入方針の明文化　02. 患者に関する情報共有
03. 受入基準・搬送手順・必要情報の事前共有　04. 定期的なカンファレンス等の実施
05. 空床状況共有と受入不可時の代替ルート（他院・行政）の確認・共有　06. 連携しているが決め事はしていない
07. 連携していない　08. その他（　　）

≪各入院料別の状況≫

⑮令和8年10月における、医療法上の精神病床の各入院料別の1）病棟数、2）届出病床数、3）平均在院日数※6、4）自宅等への移行率※7、5）患者数をそれぞれご記入ください。

	1)病棟数	2)届出病床数	3)平均在院日数※6	4)自宅等への移行率※7	5)令和8年10月1日24時時点の入院患者数
a. 精神病床全体	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
b. 急性期病院精神病棟入院基本料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
c. 精神病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
d. 特定機能病院入院基本料（精神病棟）	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
e. 精神科救急急性期医療入院料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
f. 精神科急性期治療病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
g. 精神科救急・合併症入院料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
h. 児童・思春期精神科入院医療管理料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
i. 精神療養病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
j. 認知症治療病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人
k. 地域移行機能強化病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）日	（　）%	（　）人

※6：平均在院日数は令和8年8月～10月の3か月の平均在院日数をご記入ください。平均在院日数の計算式は、以下の通りです（小数点以下は切り上げてください）。
平均在院日数=（8月～10月の在院患者延べ日数）÷｛（8月～10月の新入棟患者数＋8月～10月の新退棟患者数）／2｝
また、転棟患者についても、当該病棟に入棟した場合は新入棟患者として、当該病棟から他病棟に転棟した場合は退棟患者として対象に含めて算出してください。なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。

※7：措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行した患者の割合。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。
精神科救急急性期医療入院料以外においては、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。精神科急性期治療病棟入院料及び精神科急性期医師配置加算3を届け出る病棟においては、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して4月以内に退院した場合も、3月以内に退院したものとみなす。

⑯　上記⑮で回答した入院料について、過去3年間（令和5年11月～令和8年10月）における病床の転換・削減の実績をお選びください。

01. 転換・削減実績あり　⇒⑯-1へ　　02.　転換・削減実績なし　⇒⑰へ

⑯-1　転換・削減実績がある場合、過去3年間（令和5年11月～令和8年10月）で削減した病棟数・病床数等、転換先についてご記入ください。

	転換先		削減数	
	病棟数	病床数	病棟数	病床数
a. 精神病棟入院基本料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
b. 特定機能病院入院基本料（精神病棟）	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
c. 精神科救急急性期医療入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
d. 精神科急性期治療病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
e. 精神科救急・合併症入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
f. 児童・思春期精神科入院医療管理料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
g. 精神療養病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
h. 認知症治療病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
i. 地域移行機能強化病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床

⑰上記⑮で回答した入院料について、病床の転換・削減に関する今後の意向をお選びください。

01. 転換・削減予定あり　⇒⑰-1へ　　02.　転換・削減予定なし　⇒⑱へ

⑰-1　転換・削減予定がある場合、検討している転換先・削減対象の病棟数・病床数等についてご記入ください。

	検討している転換先		検討している削減数	
	病棟数	病床数	病棟数	病床数
a. 精神病棟入院基本料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
b. 特定機能病院入院基本料（精神病棟）	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
c. 精神科救急急性期医療入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床
d. 精神科急性期治療病棟入院料	（　）棟	（　）床	（　）棟	（　）床

e. 精神科救急・合併症入院料	（　　）棟	（　　）床	（　　）棟	（　　）床
f. 児童・思春期精神科入院医療管理料	（　　）棟	（　　）床	（　　）棟	（　　）床
g. 精神療養病棟入院料	（　　）棟	（　　）床	（　　）棟	（　　）床
h. 認知症治療病棟入院料	（　　）棟	（　　）床	（　　）棟	（　　）床
i. 地域移行機能強化病棟入院料	（　　）棟	（　　）床	（　　）棟	（　　）床

≪職員数≫

⑱貴施設の職員数（常勤換算※10）をご記入ください。　（施設全体の人数でお答えください。）

1）医師	（　　）人		
a.（うち）精神保健指定医	（　　）人		
b.（うち）精神科特定医師	（　　）人		
c.（うち）上記以外の精神科医師	（　　）人		
d.（うち）精神科医師以外の医師	（　　）人		
2）看護師（保健師を含む）※11	（　　）人		
a.（うち）精神看護専門看護師*	（　　）人		
b.（うち）認知症看護認定看護師*	（　　）人		
c.（うち）精神科認定看護師**	（　　）人		
d.（うち）特定行為研修修了者	（　　）人		
3）准看護師	（　　）人	10）精神保健福祉士	（　　）人
4）看護補助者	（　　）人	11）社会福祉士（上記の 10）を除く）	（　　）人
5）薬剤師	（　　）人	12）管理栄養士	（　　）人
6）作業療法士	（　　）人	13）臨床検査技師	（　　）人
7）理学療法士	（　　）人	14）事務職員	（　　）人
8）言語聴覚士	（　　）人	15）その他の職員	（　　）人
9）公認心理師※12	（　　）人		

※10：常勤換算については以下の方法で算出してください。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）
※11：＊日本看護協会の認定した者　　＊＊日本精神科看護協会の認定した者
※12：平成 31 年３月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者を含む（以降同様）

⑲貴施設の夜勤帯における各職種の配置方法と勤務者数をそれぞれご記入ください。（令和８年８月～10月）

	①夜勤帯の配置方法 【選択肢】01. 夜勤の一部の時間帯に配置 02. 夜勤の時間帯を通して配置 03. 配置なし	②配置人数
１）薬剤師	01　02　03	平均（　　）人
２）作業療法士	01　02　03	平均（　　）人
３）公認心理師	01　02　03	平均（　　）人
４）精神保健福祉士	01　02　03	平均（　　）人
５）社会福祉士（精神保健福祉士除く）	01　02　03	平均（　　）人
６）管理栄養士	01　02　03	平均（　　）人

≪患者数等≫

⑳貴施設における令和8年10月1か月間の精神保健福祉法上の入院区分に応じた新規入院患者数（延べ人数）をご記入ください。
※1か月のうちに入院区分が変わった場合、最初の入院時の区分に計上してください。

	a.　延べ人数（全体）	b.（うち）時間外・休日の延べ入院患者数
1）総数	延べ（　　）人	延べ（　　）人
2）（うち）措置入院患者数	延べ（　　）人	延べ（　　）人
3）（うち）緊急措置入院患者数	延べ（　　）人	延べ（　　）人
4）（うち）医療保護入院患者数	延べ（　　）人	延べ（　　）人
5）（うち）応急入院患者数	延べ（　　）人	延べ（　　）人

㉑貴施設における令和8年10月1か月間の外来患者数をご記入ください。

1）初診料を算定した延べ患者数	延べ（　　）人
2）1）のうち、紹介状により紹介された延べ患者	延べ（　　）人
3）2）のうち、他の精神科の病院から紹介された延べ患者	延べ（　　）人

177

		4）2)のうち、他の精神科の診療所から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
		5）2)のうち、他の精神科以外の病院から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
		6）2)のうち、他の精神科以外の診療所から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
	7)再診料を算定した延べ患者数		延べ（　　）人
	8)紹介状により他の病院または診療所に紹介した延べ患者数		延べ（　　）人
		9）8)のうち、他の精神科の病院に紹介した延べ患者	延べ（　　）人
		10）8)のうち、他の精神科の診療所に紹介した延べ患者	延べ（　　）人
		11）8)のうち、精神科以外の病院に紹介した延べ患者	延べ（　　）人
		12）8)のうち、精神科以外の診療所に紹介した延べ患者	延べ（　　）人

2．クロザピンの使用状況等について

①貴施設におけるクロザピンの使用実績はありますか。

01. ある　⇒②へ　　02. ない　⇒「3. 精神病床における身体合併症等への対応状況について」へ

②貴施設におけるクロザピンの使用実績をご記入ください。
過去1年間（令和7年11月～令和8年10月）及び過去5年間（令和3年11月～令和8年10月）の、入院または外来におけるクロザピンを使用した患者数（実人数）をご記入ください。

	令和7年11月～令和8年10月	令和３年11月～令和８年10月
入院または外来におけるクロザピンを使用した患者数（実人数）	（　　）人	（　　）人
	令和7年11月～令和8年10月	令和３年11月～令和８年10月
1)新規導入患者数	（　　）人	（　　）人
2）1)のうち、導入目的のために転棟した患者	（　　）人	（　　）人
3）1)のうち、他施設からの転院患者	（　　）人	（　　）人

②-2　上記新規導入患者のうち、退院した患者の退院先の状況をご記入ください。

	令和7年11月～令和8年10月	令和３年11月～令和８年10月
1)退院患者総数（実人数）	（　　）人	（　　）人
2）1)のうち、自院の外来	（　　）人	（　　）人
3）1)のうち、他の病院の外来	（　　）人	（　　）人
4）1)のうち、他の診療所	（　　）人	（　　）人

②-3　上記新規導入患者について、入院料別に記載ください。

	令和7年11月～令和8年10月	令和３年11月～令和８年10月
a. 精神病棟入院基本料	（　　）人	（　　）人
b. 特定機能病院入院基本料（精神病棟）	（　　）人	（　　）人
c. 精神科救急急性期医療入院料	（　　）人	（　　）人
d. 精神科急性期治療病棟入院料	（　　）人	（　　）人
e. 精神科救急・合併症入院料	（　　）人	（　　）人
f. 児童・思春期精神科入院医療管理料	（　　）人	（　　）人
g. 精神療養病棟入院料	（　　）人	（　　）人
h. 認知症治療病棟入院料	（　　）人	（　　）人
i. 地域移行機能強化病棟入院料	（　　）人	（　　）人
	令和7年11月～令和8年10月	令和３年11月～令和８年10月
②-4　クロザピンの治療終了者数	（　　）人	（　　）人

3．精神病床における身体合併症等への対応状況について

≪精神科救急患者の対応状況≫

精神科救急患者の対応状況についてご記入ください。（令和8年10月1か月）
※該当する受入れ等がない場合は「０」と記入ください。

① 精神疾患の受入れ件数（入院の有無は問わない）	（　　）件
② 上記①のうち、自院にかかりつけの患者の受入れ延べ件数	（　　）件
②-1 上記②のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	（　　）件
②-2 上記②のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	（　　）件
②-3 上記②のうち、他院に転院搬送した延べ件数	（　　）件

178

③ 上記①のうち、他院（精神科救急患者の受入れに関して連携している医療機関）にかかりつけの患者の受入れ延べ件数	（　　）件
③-1 上記③のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	（　　）件
③-2 上記③のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	（　　）件
③-3 上記③のうち、かかりつけである他院に転院搬送した延べ件数	（　　）件
③-4 上記③のうち、かかりつけでない他院に転院搬送した延べ件数	（　　）件
④ 上記①のうち、他院（連携していない医療機関）にかかりつけの患者の受入れ延べ件数	（　　）件
④-1 上記④のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	（　　）件
④-2 上記④のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	（　　）件
④-3 上記④のうち、患者がかかりつけである、連携していない他院に転院搬送した延べ件数	（　　）件
④-4 上記④のうち、患者がかかりつけではない、連携医療機関である他院に転院搬送した延べ件数	（　　）件
④-5 上記④のうち、患者がかかりつけではない、かつ連携していない他院に転院搬送した延べ件数	（　　）件
⑤ 上記①のうち、かかりつけがないもしくは不明の患者の受入れ延べ件数	（　　）件
⑤-1 上記⑤のうち、自院の一般病床に入院した延べ件数	（　　）件
⑤-2 上記⑤のうち、自院の精神病床に入院した延べ件数	（　　）件
⑤-3 上記⑤のうち、他院に転院搬送した延べ件数	（　　）件

≪身体合併症等への対応状況≫

⑥貴施設の精神病床において対応できない身体合併症はありますか。

01. ある　⇒⑥-1へ　　02. ない　⇒⑥-2へ

⑥-1　令和８年 10 月における身体合併症に対応した患者数（実人数）についてご記入ください。
※複数の身体合併症に該当する場合はそれぞれに計上

	発症した病棟で対応	自院内の対応可能な病棟（精神病床）に転棟	自院内の対応可能な病棟（一般病床）に転棟	自院で対応できず転院
01. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫等）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
02. 心疾患（NYHAⅢ度以上の心不全、虚血性心疾患等）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
03. 手術または直達・介達牽引を要する骨折の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
04. 脊椎損傷の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
05. 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
06. 重篤栄養障害（Body Mass Index 15 未満の摂食障害）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
07. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
08. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
09. 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
10. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
11. 劇症肝炎または重症急性膵炎の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
12. 悪性症候群または横紋筋融解症の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
13. 広範囲（半肢以上）熱傷の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
14. 手術、化学療法または放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
15. 透析導入時の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
16. 維持透析の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
17. 重篤な血液疾患の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
18. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
19. 手術室での手術を必要とする状態の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
20. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
21. 妊産婦である患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
22. 糖尿病のある患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
23. 高血圧のある患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
24. 脂質異常症のある患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
25. 自殺企図の患者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
26. その他（　　）	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人

⑥-2　自院で身体合併症に対応する場合の体制についてお答えください。（〇はいくつでも）

01. 自院の精神科医が対応　　02. 自院の内科医が対応　　03. 他院の内科医が対応

⑥-3 自院で対応できない理由は何ですか。（○はいくつでも）

01. 対応できる医師が十分確保できていない　02. 対応できる診療科が院内にない　03. 検査設備がない
04. 必要な処置を行う設備・環境がない　05. その他（　　）

⑥-4 自院で対応できない身体合併症がある場合、どのように対応していますか。※○はいくつでも

01. 精神病床のある総合病院へ転院
02. 精神科リエゾンチームのいる（精神病床のない）総合病院へ転院
03. 精神科リエゾンチームも精神病床もない医療機関へ転院
04. 他院の外来受診
05. その他（　　）

⑦ 慢性身体合併症への対応に関する課題について、あてはまるものをお選びください。 ※○はいくつでも
※ここでいう慢性身体合併症は、糖尿病又は特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く）を指します。

01. 内科医等、精神科以外の医師による診療体制を確保することが難しい
02. 血液検査、血糖管理、血圧測定等、継続的なモニタリング体制が十分でない
03. 食事療法、運動療法、栄養指導等を実施する体制が十分でない
04. 精神症状や認知機能低下等により、患者本人による食事・運動・服薬等の自己管理が難しい
05. 抗精神病薬等の精神科薬物療法に伴う体重増加、血糖・脂質異常等への対応が難しい
06. 身体合併症が悪化した際に、他科・他医療機関へ円滑に連携することが難しい
07. 特に課題はない
08. その他（　　）

≪精神科慢性身体合併症管理加算≫

⑧精神科慢性身体合併症管理加算の届出は行っていますか。

01. している　02. していない　⇒⑨へ
⇒令和８年10月の算定件数　（　　）件　⇒⑩へ

【上記⑧で「02. していない」を選択した場合】
⑨届出をしていない場合、その理由は何ですか。 ※○はいくつでも

01. 精神科以外の診療科の医師を確保できず、必要な診療体制を整備できないため
02. 対象患者に対する診察、検査、治療体制を整備できないため
03. 該当する患者がいないため
04. 届出や実績管理等の事務・運用負担が大きく、算定による効果に見合わないため
05. その他（　　）

≪依存症入院医療管理加算≫

⑩依存症入院医療管理加算の届出は行っていますか。

01. している　02. していない　⇒⑪へ
⇒令和８年10月の算定件数　アルコール（　　）件、薬物（　　）件　⇒⑫へ

【上記⑩で「02. していない」を選択した場合】
⑪届出をしていない場合、その理由は何ですか。 ※○はいくつでも

01. 研修を修了した医師の配置が困難であるため
02. 研修を修了した看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の配置が困難であるため
03. 該当する患者がいないため
04. その他（　　）

≪摂食障害入院医療管理加算≫

⑫摂食障害入院医療管理加算の届出は行っていますか。

01. している　⇒令和８年10月の算定件数（　　）件　⇒「４．入退院支援について」へ　02. していない　⇒⑬へ

【上記⑫で「02.していない」を選択した場合】
⑬ 届出をしていない場合、その理由は何ですか。 ※○はいくつでも

01. 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置が困難であるため
02. 摂食障害の専門的治療の経験を有する管理栄養士の配置が困難であるため
03. 摂食障害の専門的治療の経験を有する公認心理師の配置が困難であるため
04. 該当する患者がいないため
05. その他（　　）

4．入退院支援等について

≪連携機関の施設数≫

①入退院支援に係る連携機関※1の施設数をご記入ください。（令和8年10月1日時点）

	連携先の施設数	うち、特別の関係※2にあるもの	1施設当たりの面会回数
a. 他の病院	（　　）施設	（　　）施設	月平均（　　）回
b. 他の診療所	（　　）施設	（　　）施設	月平均（　　）回
c. 障害福祉サービス事業所	（　　）施設	（　　）施設	月平均（　　）回
d．介護保険サービス事業所	（　　）施設	（　　）施設	月平均（　　）回
e. 障害児相談支援事業所等	（　　）施設	（　　）施設	月平均（　　）回
f. 精神保健福祉センター、保健所又は自治体の障害福祉担当部署	（　　）施設	（　　）施設	月平均（　　）回
g. その他施設	（　　）施設	（　　）施設	月平均（　　）回

※１：連携機関とは、「（１）転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という）」であり、かつ、「（２）入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいいます。

※２：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が３割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいう。

≪入退院支援部門の状況≫

②貴施設では、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下、「入退院支援部門」という。）を設置していますか。

01．設置している　⇒③へ　　02．設置していない　⇒④へ

【上記②で「01.設置している」を選択した場合】
③入退院支援部門に配置されている職員数（常勤換算※3）をご記入ください。

看護師（専従）	看護師（専任）	精神保健福祉士（専従）	精神保健福祉士（専任）
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

※３：算出方法は１⑱の※10 を参照

≪精神科入退院支援加算の算定状況≫

④貴施設では精神科入退院支援加算の届出をしていますか。

01．届出あり　⇒⑤へ　　02．届出はないが届出予定　→西暦（　　）年（　　）月　⇒⑦へ　　03．届出の予定はない　⇒⑥へ

【上記④で「01.届出あり」を選択した場合】
⑤令和８年10月１か月間における、退院困難な要因別に、該当する算定患者数をご記入ください。

01．精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の２に規定する入院措置に係る患者	（　　）人
02．心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 42 条第１項第１号又は第 61 条第１項第１号に規定する同法による入院又は同法第 42 条第１項第２号に規定する同法による通院をしたことがある患者	（　　）人
03．医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第６項第２号に規定する委員会の開催があった者	（　　）人
04．当該入院の期間が１年以上の患者	（　　）人
05．家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者	（　　）人
06．生活困窮者である者	（　　）人
07．同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない者	（　　）人
08．身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要な者	（　　）人
09．入退院を繰り返している者	（　　）人
10．家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である者	（　　）人
11．児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている者	（　　）人
12．その他平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式 51 に掲げる「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を１つ以上満たす者	（　　）人

【上記④で「03．届出の予定はない」を選択した場合】
⑥届出をしていない場合、その理由は何ですか。 ※○はいくつでも

01．研修を修了した医師の配置が困難であるため
02．看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の配置が困難であるため
03．該当する患者がいないため
04．連携機関数の要件を満たすことができないため

05. 連携機関数は充足しているが、情報共有のための面会の回数が不足しているため
06. 地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを実施した患者数が不足しているため
07. 退院支援計画書の作成に係る負担が大きいため
08. 多職種チームによるカンファレンスの時間が十分に取れないため
09. その他（　　）

≪精神科退院時共同指導料の算定状況≫

⑦精神科退院時共同指導料の届出状況をご記入ください。

01. 精神科退院時共同指導料１の届出をしている　⇒⑦-1へ　02. 精神科退院時共同指導料２の届出をしている　⇒⑦-1へ
03. 届出をしていない　⇒⑦-2へ

⑦-1　令和8年 10 月における「精神科退院時共同指導料」の算定件数をご記入ください。

a. 精神科退院時共同指導料1	（　　）件
b. 精神科退院時共同指導料2	（　　）件

【上記⑦で「03.届出をしていない」又は上記⑦-1で算定件数が0件だった場合】
⑦-2 その理由について当てはまるものを回答してください。 ※○はいくつでも

01. 専任の精神保健福祉士の配置が困難であるため
02. 多職種チームによる共同指導のための十分な時間を確保できないため
03. 該当する患者がいないため
04. 協働する医療機関がないため
05. その他（　　）

≪退院支援に関する課題≫

⑧精神科病棟における患者の退院支援を行うにあたり、課題や困難なことは何ですか。 ※○はいくつでも

01. 近隣に連携先となる事業所等がない・わからない
02. 事業所等が複数関わっており連携が困難である
03. 地域での受入れ体制が不十分である
04. 状態によっては対応できる事業所等がない
05. 退院後の生活や支援に必要な情報が不十分である
06. 退院調整のための十分な期間を確保できない
07. 地域で退院調整を行う者が不在・不明確である
08. その他（　　）
09. 特になし

５．通院精神療法の実施状況について

≪通院精神療法の実施状況≫

① 通院精神療法（通院精神療法ロ又ハ）の算定回数についてお伺いします。（令和8年10月1か月間）

	合計	5分以上10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満	50分以上60分未満	60分以上
通院精神療法ロ（初診日）								
1）60分以上（精神保健指定医）	（　）件							（　）件
2）60分以上（精神保健指定医以外）	（　）件							（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件							（　）件
3）30分以上60分未満（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
通院精神療法ハ（初診日以外）								
4）30分以上（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
5）30分以上（精神保健指定医以外）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
6）30分未満（精神保健指定医）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
7）30分未満（精神保健指定医以外）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
（うち）注13に該当する場合	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				

② ①のうち、初診の患者（通院精神療法ロ）についてお伺いします。
各年代に該当する患者数をご記入ください。（令和８年10月１か月間）

	20歳未満	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
対象患者数	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人

≪療養生活継続支援加算の算定状況≫

③療養生活継続支援加算の届出は行っていますか。

01. している　⇒④へ　　02. していない　⇒⑤へ

【上記③で「01.している」を選択した場合】
④療養生活継続支援加算に係る支援を行う専任の職員数と1人あたりの対象患者数についてご記入ください。

1）専任の職員	精神保健福祉士（　　）人　看護師・保健師（　　）人
2）職員1人あたりの対応している患者数	（　　）人　※令和８年10月
3）患者１人当たりに支援を実施する月当たりの回数	1人に対して１か月あたり平均（　　）回

【上記③で「02.していない」を選択した場合】
⑤ 療養生活継続支援加算の届出を行っていない理由は何ですか。 ※〇はいくつでも

01. 当該支援に専任の精神保健福祉士が１名以上勤務することが難しいため
02. 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者を１人に月30人以下とすることが難しいため
03. 保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連携が難しいため
04. 医療機関等における対面による20分以上の面接の実施が難しいため
05. 対象となる患者がいないため
06. その他（　　）

≪公認心理師による支援の状況≫

⑥ 公認心理師を外来に配置していますか。

01. している　⇒⑦～⑩へ　　02. していない　⇒⑪へ

【上記⑥で「01.している」を選択した場合】
⑦ 公認心理師による支援の実施状況※1（単に心理検査のみを実施した症例を除く。）についてご記入ください。（令和８年10月１か月間）

配置人数（常勤換算※2）	支援人数（実人数）	支援の実施回数	支援時間
（　　）人	（　　）人	（　　）回	延べ（　　）時間

⑧公認心理師による支援を行っている患者の状態像として該当するものを選んでください。（令和８年10月１か月間）

01. 認知症	02. 認知症を除く器質性精神障害	03. アルコール依存症
04. 依存症（アルコール以外によるもの）	05. 統合失調症	06. 気分障害
07. 人格障害（パーソナリティ障害等）	08. 神経症性障害（不安障害、PTSD等）	09. 摂食障害
10. 睡眠障害	11. 産後うつ	12. 知的障害
13. 発達障害	14. てんかん	15. せん妄
16. その他の精神疾患		

⑨（個人を対象とした）アプローチ別の実施件数についてご記入ください。（令和８年10月１か月間）
※1人に対して複数のアプローチを実施した場合はそれぞれに計上してください。

	実施したアプローチに〇	実施した人数
a. アセスメントのみで終了		（　　）人
b. 認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ		（　　）人
c. 力動的・精神分析的アプローチ		（　　）人
d. 傾聴・支援的アプローチ		（　　）人
e. 認知リハビリテーション的アプローチ		（　　）人
f. 環境調整的アプローチ		（　　）人
g. その他（　　）		（　　）人

⑩公認心理師によるケースマネジメントを実施していますか。（令和８年10月１か月間）

01. 実施している　　02. 実施していない

※１：心理支援加算や認知療法・認知行動療法等の算定の有無を問わない
※２：算出方法は１⑱の※10を参照

≪心理支援加算等の算定状況≫

⑪心理支援加算の算定件数をご記入ください。（令和8年10月）　（　　）件

⑫（上記⑪で算定件数が0件の場合）心理支援加算の算定を行っていない理由は何ですか。※〇はいくつでも

01. 1回あたりの心理支援の時間が30分に満たないため
02. 外来にて心理支援は実施しているが、算定対象となる患者はいないため
03. 要件を満たす公認心理師を確保できないため
　⇒満たすことが難しい要件：
　1. 週1日以上、常態として勤務していること　　2. 所定労働時間が週22時間以上であること
　3. 上記1・2の勤務を1年以上行った経験があること
04. その他（　　）

⑬（上記⑪で算定件数が1件以上の場合）心理支援加算の算定にあたっての課題は何ですか。※〇はいくつでも

01. 対象となる患者の基準に該当しないが、支援を必要としている患者がいる
02. 月２回以上の支援を行う場合がある
03. １回あたりの心理支援が長時間又は短時間高頻度にわたる場合がある
04. 対面ではなくオンライン等でも十分な支援につながる場合がある
05. ２年を超えて支援が必要となる場合がある
06. その他（　　）
07. 特になし

183

⑭次の加算等に係る診療において公認心理師が心理的支援を行っているものをお選びください。※○はいくつでも

01. 重症患者初期支援充実加算	02. 生殖補助医療管理料1	03. 総合周産期特定集中治療室管理料
04. 依存症入院医療管理加算	05. がん患者指導管理料ロ	06. 療養・就労両立支援指導料

⑮ 令和8年6月から令和8年11月までに、認知療法・認知行動療法を算定した患者の有無についてお伺いいたします。

01. 算定あり →⑮-1へ　　02. 算定なし →⑯へ

⑮-1 職種別の算定回数をご記入ください。

1. 医師による場合	（　　）回
2. 医師及び看護師が共同して行う場合	（　　）回
3. 公認心理師による心理支援を伴う場合	（　　）回

⇒上記3.の算定回数が0回の場合、その理由として当てはまるものをお選びください。※○はいくつでも

01. 要件を満たす公認心理師がいないため
02. 対象となる患者がいない、または少ないため
03. 実施体制の確保が困難なため
04. 認知行動療法的な支援は行っているが、算定要件を満たさないため
05. 運用上の負担のため

⑮-2 認知療法・認知行動療法について、患者1人あたりの平均的な実施回数をご記入ください。 ※令和８年６月から令和８年11月までに認知療法・認知行動療法を終了した患者、または調査対象期間中に算定実績のある患者を対象にご回答ください。	（　　）回

≪児童思春期支援指導加算の算定状況≫

⑯ 児童思春期支援指導加算の届出は行っていますか。

01. している ⇒区分（11. 加算１　12. 加算２）

⇒令和８年10月の算定件数	
精神科を最初に受診した日から３月以内に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合	（　　）件
精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合（加算１のみ）	（　　）件
精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合（加算２のみ）	（　　）件
それ以外の場合	（　　）件
20歳未満の患者に対し通院・在宅精神療法を行ったが児童思春期支援指導加算を算定しなかった件数	（　　）件

⇒⑰～⑲へ

02. していない ⇒⑳へ

【上記⑯で「01.している」を選択した場合】

⑰ 児童思春期（20歳未満）の患者に対する多職種による支援の実施件数についてご記入ください。（直近1年間）

【初診】（初診料の算定の有無に関わらず、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合を指します）

令和7年		令和8年									
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件

【初診以外】（上記以外の場合を指します）

令和7年		令和8年									
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件

⑱ 児童思春期（20歳未満）の患者に対する支援に携わっている職種をお選びください。※○はいくつでも

01. 保健師	02. 看護師	03. 理学療法士	04. 作業療法士
05. 言語聴覚士	06. 精神保健福祉士	07. 公認心理師	08. その他（　　）

⑲ 児童思春期（20歳未満）の患者に対する支援内容として実施しているものをお選びください。※○はいくつでも

01. 不登校・ひきこもりへの対応	02. 自傷・自殺への対応	03. 注意欠如・多動症への対応
04. 睡眠障害への対応	05. 強迫症への対応	06. 統合失調症への対応
07. 不安障害・気分障害への対応	08. 摂食障害への対応	09. 薬物依存への対応
10. アルコール依存への対応	11. その他依存症への対応	12. 虐待への対応
13. 身体症状への対応	14. 暴力・他害等への対応	15. その他（　　）

【上記⑯で「02.していない」を選択した場合】

⑳ 届出を行っていない理由は何ですか。※○はいくつでも

01. 適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師の配置が困難
02. 児童思春期の患者の診療に習熟した医師がいない
03. 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師のうち、２名かつ２職種以上（うち１名以上は適切な研修を修了していること。）の配置が困難
04. 患者が少なく、過去６か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均８人未満である
05. 患者が少なく、過去３か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均４人未満である
06. 一定の患者数はいるが、初診を実施した患者数に月ごとの偏りがあり、年間で満たすことができない時期がある
07. その他（　　）

184

≪早期診療体制充実加算の算定状況≫

㉑ 早期診療体制充実加算の届出は行っていますか。

01. 早期診療体制充実加算１を届け出ている
⇒令和８年10月の算定件数（　　）件　⇒㉒へ

02. 早期診療体制充実加算２を届け出ている
⇒令和８年10月の算定件数（　　）件　⇒㉒へ

03. していない　⇒㉓へ

【上記㉑で「01. 早期診療体制充実加算１を届け出ている」、「02. 早期診療体制充実加算２を届け出ている」のいずれかを選択した場合】

㉒ 早期診療体制充実加算の算定にあたって、苦労していることは何ですか。※〇はいくつでも

01. 患者が受診している全ての医療機関を把握することが難しい
02. 医薬品をすべて管理することが難しい
03. 標榜時間外の電話等による問い合わせへの対応が難しい
04. 障害福祉サービスや介護保険サービスとの連携が難しい
05. 患者等の同意を得て療養上必要な指導及び診療を行うことが困難
06. 適切な問診、身体診察及び検査等を行うことが困難
07. 障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成することが困難
08. その他（　　）
09. 特になし

【上記㉑で「03. していない」を選択した場合】

㉓ 早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由は何ですか。※〇はいくつでも

01. 過去６か月間の「30分以上または60分以上」の算定回数の割合が5%以上、の要件を満たすことが困難であるため
02. 過去６か月間の「初診日に60分以上」の算定回数と「初診日に30分以上60分未満」の算定回数／２の合計を医師数で除した値が60以上、の要件を満たすことが困難であるため
03. 時間外診療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため
04. 精神科救急医療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため
05. 精神保健指定医としての業務等に関する要件を満たすことが困難であるため
06. 多職種の活用、専門的な診療等に係る加算について算定することが困難であるため
⇒届出が難しい加算（※〇はいくつでも）：
　01. 療養生活継続支援加算　02. 児童思春期精神科専門管理加算　03. 児童思春期支援指導加算
　04. 認知療法・認知行動療法　05. 依存症集団療法　06. 精神科在宅患者支援管理料
　07. 精神科入退院支援加算　08. 精神科リエゾンチーム加算　09. 依存症入院医療管理加算
　10. 摂食障害入院医療管理加算　11. 児童思春期精神科入院医療管理料
07. その他（　　）

≪情報通信機器を用いた通院精神療法等の実施状況≫

㉔ 厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していますか。

01. している　02. していない

㉕ 情報通信機器を用いて実施した初診及び再診の件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

1）初診	（　　）件
2）再診	（　　）件

㉖ 情報通信機器を用いた診療の実施状況について、患者が診療を受けた場所ごとに延べ人数でご回答ください。（令和8年10月1か月間）

a. 情報通信機器を用いて診療を行った患者
b. 02～08について、aのうち、情報通信機器を用いた診療がなければ貴施設まで概ね1時間以上要したと考えられる患者

	a. 総患者延べ人数	b. 該当患者延べ人数
01. 在宅（自宅等）	（　　）人	
02. オンライン診療受診施設	（　　）人	（　　）人
03. 02のうち、公民館や自治体施設など、地域の拠点となる施設に併設されているもの	（　　）人	（　　）人
04. 02のうち、薬局等に併設されているもの	（　　）人	（　　）人
05. 02のうち、商業施設に併設されているもの（04. 薬局等を除く）	（　　）人	（　　）人
06. 02のうち、公共交通機関に併設されているもの	（　　）人	（　　）人
07. 02のうち、企業内に設置されているもの	（　　）人	（　　）人
08. 02のうち、その他（　　）	（　　）人	（　　）人
09. 介護老人福祉施設	（　　）人	
10. 障害者福祉施設	（　　）人	
11. 医療機関	（　　）人	
12. 医療MaaS拠点	（　　）人	
13. その他（　　）	（　　）人	
14. 不明	（　　）人	

㉗ 上記①のうち、「通院精神療法ロ」について、情報通信機器を用いて実施した件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）	
1）60分以上	（　　）件
2）30分以上60分未満	（　　）件
㉘ 上記①のうち、「通院精神療法ハ」について、情報通信機器を用いて実施した件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）	
1）30分以上	（　　）件
2）30分未満	（　　）件

㉙ 情報通信機器を用いた通院精神療法を行っている場合、課題は何ですか。※〇はいくつでも

01. 正確な診療が難しい
02. 身体診察等の併施が必要な場面がある
03. 希望する患者が少ない
04. 医療機関において、情報通信機器の操作が困難である
05. 情報通信機器の操作を行うことができる患者が少ない
06. その他（　　）

㉚ 情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない場合、その理由は何ですか。※〇はいくつでも

01. 通院精神療法に情報通信機器を用いた診療が馴染まないと考えられるため
　⇒具体的に（※〇はいくつでも）：
　11. 精神疾患の正確な診断及び診療が難しいため
　12. 必要に応じて身体診察を実施する必要があるため
　13. 希望する患者が少ない・いないため
　14. その他（　　）
02. 情報通信機器を用いた診療を実施する環境にないため
　⇒具体的に（※〇はいくつでも）：
　21. 情報通信機器の導入予算がないため
　22. 医療機関において、情報通信機器の操作が困難であるため
　23. 情報通信機器の操作を行うことができると考えられる患者が少ない・いないため
　24. その他（　　）
03. 満たすことが困難な要件があるため
　⇒具体的に（※〇はいくつでも）：
　31. 常時対応型施設である等、地域における精神科医療の提供体制への貢献を行っていること
　　→対応が難しい事項を具体的にご記入ください：（　　）
　32. 精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと
　　→対応が難しい事項を具体的にご記入ください：（　　）
　33. その他の要件（　　）
04. その他（　　）

㉛ 情報通信機器を用いた通院精神療法を初診から行っていますか。
行っていない場合は対応が難しい理由についてご回答ください。※〇はいくつでも

01. 行っている　⇒　初診患者数（　　）人（令和8年10月1か月間）
02. 行っていない
　⇒行っていない主な理由：
　11. 対象となる患者がいないため
　12. 情報通信機器を用いた通院精神療法を10症例以上経験した医師がいないため
　13. 保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師、その他精神保健福祉に携わる専門職の同席が困難なため
　14. その他（　　）

≪精神保健指定医の業務等≫

㉜精神保健指定医の業務のうち、貴施設の精神保健指定医が実施しているものをお選びください。※〇はいくつでも
※貴施設に精神保健指定医が複数いる場合、そのいずれかが実施していれば〇を付けてください。

01. 措置入院、緊急措置入院時の判定
02. 医療保護入院時の判定
03. 応急入院時の判定
04. 措置入院者の定期病状報告に係る診察
05. 医療保護入院の入院期間の更新に係る診察
06. 任意入院者の退院制限時の診察
07. 入院者の行動制限の判定
08. 措置入院者の措置症状消失の判定
09. 措置入院者の仮退院の判定
10. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定
11. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定
12. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定
13. 精神医療審査会委員としての診察
14. 精神科病院に対する立入検査、質問及び診察
15. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察
16. 指定医としての業務は行っていない

㉜-1 ㉜の業務のうち、特に業務負担に感じているものをお選びください。（最大３つまで○）

01. 措置入院、緊急措置入院時の判定
02. 医療保護入院時の判定
03. 応急入院時の判定
04. 措置入院者の定期病状報告に係る診察
05. 医療保護入院の入院期間の更新に係る診察
06. 任意入院者の退院制限時の診察
07. 入院者の行動制限の判定
08. 措置入院者の措置症状消失の判定
09. 措置入院者の仮退院の判定
10. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定
11. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定
12. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定
13. 精神医療審査会委員としての診察
14. 精神科病院に対する立入検査、質問及び診察
15. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察
16. 指定医としての業務は行っていない
17. 特に負担に感じるものはない

㉜-2 ㉜-1の業務についての負担軽減策として、貴施設で実施していることがあればご回答ください。（自由記載）

㉝以下の業務のうち、貴施設の医師が過去１年間において実施しているものをお選びください。※○はいくつでも

01. 医療観察法対象者の診察
02. 保健所の嘱託医
03. 児童相談所の嘱託医
04. 障害支援区分の市町村の審査会委員
05. その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務
⇒（具体的に：　　）

６．精神科作業療法の実施状況

①貴施設では、精神科作業療法を実施していますか。

01. 実施している　⇒②へ　　02. 実施していない　⇒②-6へ

②精神科作業療法の実施状況（算定件数、対象者の年齢、疾患、実施頻度、１回あたりの対象人数等）をご記入ください。

②-1 精神科作業療法の算定件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）　（　　）件

②-2 対象者の状態像として該当するものを選んでください。（令和８年10月１か月間）

01. 認知症	02. 認知症を除く器質性精神障害	03. アルコール依存症
04. 依存症（アルコール以外によるもの）	05. 統合失調症	06. 気分障害
07. 人格障害（パーソナリティ障害等）	08. 神経症性障害（不安障害、PTSD等）	09. 摂食障害
10. 睡眠障害	11. 産後うつ	12. 知的障害
13. 発達障害	14. てんかん	15. せん妄
16. その他の精神疾患		

②-3 各年代に該当する患者数をご記入ください。（令和８年10月１か月間）

01. 20歳未満	02. 20～39歳	03. 40～64歳	04. 65～74歳	05. 75歳以上	06. 不明
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

②-4 入院患者1人当たりの精神科作業療法の実施頻度について最も当てはまるものを選んでください。（令和８年10月１か月間）

01. 週5日以上	02. 週3～4日	03. 週1～2日	04. 月1～3日	05. 不定期

②-5 精神科作業療法の1回あたりの対象人数について該当するものを選んでください。（令和８年10月１か月間）

01. 1～5人	02. 6～10人	03. 11～20人	04. 21～30人	05. 31人以上	06. 不明

②-6 精神科作業療法を実施していない理由を選んでください。 ※○はいくつでも

01. 実施体制の確保が難しいため　　02. 対象となる患者がいないため
03. その他（　　）

7．精神科デイ・ケア等の実施状況

①貴施設が届出を行っている精神科デイ・ケア等は何ですか。（○はいくつでも）

00. 届出をしていない　→③-8へ	
01. 精神科ショート・ケア（小規模なもの）	02. 精神科ショート・ケア（大規模なもの）
03. 精神科デイ・ケア（小規模なもの）	04. 精神科デイ・ケア（大規模なもの）
05. 精神科ナイト・ケア	06. 精神科デイ・ナイト・ケア

②貴施設が実施する精神科デイ・ケア等に従事している職員数をご記入ください。

a.医師	b.看護師・准看護師	c.作業療法士	d.精神保健福祉士	e.社会福祉士（d除く）
精神科（　　）人 それ以外（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

f.公認心理師	g.看護補助者	h.その他
（　　）人	（　　）人	（　　）人

③精神科デイ・ケア等の実施状況（対象者の年齢、疾患、実施頻度、１回あたりの対象人数等）をご記入ください。

③-1 精神科デイ・ケア等の算定件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

精神科ショート・ケア（小規模なもの）	（　　）件
精神科ショート・ケア（大規模なもの）	（　　）件
精神科デイ・ケア（小規模なもの）	（　　）件
精神科デイ・ケア（大規模なもの）	（　　）件
精神科ナイト・ケア	（　　）件
精神科デイ・ナイト・ケア	（　　）件

③-2 対象者の状態像として該当するものを選んでください。（令和8年10月1か月間） ※○はいくつでも

01. 認知症	02. 認知症を除く器質性精神障害	03. アルコール依存症
04. 依存症（アルコール以外によるもの）	05. 統合失調症	06. 気分障害
07. 人格障害（パーソナリティ障害等）	08. 神経症性障害（不安障害、PTSD等）	09. 摂食障害
10. 睡眠障害	11. 産後うつ	12. 知的障害
13. 発達障害	14. てんかん	15. せん妄
16. その他の精神疾患		

③-3 各年代に該当する患者数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

01. 20歳未満	02. 20～39歳	03. 40～64歳	04. 65～74歳	05. 75歳以上	06. 不明
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

③-4 精神科デイ・ケア等の実施頻度ごとの患者数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

01. 週5日以上	02. 週4日	03. 週3日	04. 週2日	05. 週1日	06. 不定期
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

③-5 精神科デイ・ケア等の1回あたりの対象人数について最も該当するものを選んでください。（令和8年10月1か月間）

01. 1～10人	02. 11～30人	03. 31～50人	04. 51～70人	05. 71人以上	06. 不明

③-6 精神科デイ・ケア等の、利用開始から終了までの期間について最も近いものを選んでください。

01. 3か月未満	02. 3か月～6か月	03. 6か月～1年	04. 1年～3年	05. 3年以上	06. 不明

③-7 精神科デイ・ケア等の、新規開始人数と利用終了人数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

新規開始人数	（　　）人	利用終了人数	（　　）人

③-8 精神科デイ・ケア等の届出をしていない理由を選んでください。 ※○はいくつでも

01. 実施体制の確保が難しいため	02. 対象となる患者がいないため
03. 精神科デイ・ケア等を行うにふさわしい専用の施設を有していないため	04. その他（　　）

8．在宅医療の状況について

≪在宅患者の往診※1≫

※1：往診とは、医師が、予定外に、患家に赴き診療を行うことを指します。

①貴施設では、精神科の在宅患者に対し往診を実施していますか。

01. 実施している　→①-1へ	02. 実施していない　→①-2へ

①-1 上記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。
令和8年10月における実施回数、往診を行った患者数（実人数）等についてご記入ください。

1）往診の実施回数		（　　）回
2）往診を行った患者数	実人数	（　　）人
3）上記2）のうち在宅精神療法の算定区分別の患者数	a. 在宅精神療法「イ」の算定患者	（　　）人
	b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者	（　　）人
	c. 在宅精神療法「ハ」（1）の算定患者	（　　）人
	d. 在宅精神療法「ハ」（2）の算定患者	（　　）人
	e. 在宅精神療法「ハ」（3）の算定患者	（　　）人

①-2 前記①で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。
往診を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。※○はいくつでも

01. 往診が必要な患者がいないため
02. 職員が不足しているため
⇒不足している職員（※○はいくつでも）：21. 医師　22. 看護職員　23. 薬剤師　24. 理学療法士
25. 作業療法士　26. 言語聴覚士　27. 精神保健福祉士
28. 公認心理師　29. その他（　　）
03. 急な対応が難しいため
04. 移動時間の確保が難しいため
05. 緊急時の対応等に不安があるため
06. 同地域で精神科往診を実施する他の医療機関があり、当院が実施する必要がないため
07. その他（　　）

【前記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。】

②身体合併症に対応していますか。（○はいくつでも）

01. 自院の医師（精神科）が対応　→②-1へ
02. 自院の医師（精神科以外）が対応　→②-1へ
03. 他院の医師と連携して対応　→②-1へ
04. 対応していない　→③へ

②-1 上記②で「01. 自院の医師（精神科）が対応」「02. 自院の医師（精神科以外）が対応」「03. 他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。
実際に対応する施設における、下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。（対応可能なものに○、対応不可のものに×）

a. 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者	
c. 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者	
d. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
e. 気管カニューレを使用している状態にある者	
f. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
g. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
o. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
p. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
q. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
r. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
s. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
t. 向精神薬による副作用への対応	

≪在宅患者の訪問診療※2≫

※2：在宅療養を行う患者であって、疾病・傷病のため通院が困難なものに対して定期的に訪問して診療を行うことを指します。

③貴施設では、精神科在宅患者の訪問診療を実施していますか。

01. 実施している　→③-1へ
02. 実施していない　→③-2へ

③-1 上記③で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。
令和8年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数（実人数）等についてご記入ください。

1）訪問診療の実施回数		（　　）回
2）訪問診療を行った患者数	実人数	（　　）人
3）上記2）のうち在宅精神療法の算定患者数	a. 在宅精神療法「イ」の算定患者	（　　）人
	b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者	（　　）人
	c. 在宅精神療法「ハ」（1）の算定患者	（　　）人
	d. 在宅精神療法「ハ」（2）の算定患者	（　　）人
	e. 在宅精神療法「ハ」（3）の算定患者	（　　）人

③-2 上記③で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。
訪問診療を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。※○はいくつでも

01. 訪問診療が必要な患者がいないため
02. 職員が不足しているため
⇒不足している職員（※○はいくつでも）：21. 医師　22. 看護職員　23. 薬剤師　24. 理学療法士
25. 作業療法士　26. 言語聴覚士　27. 精神保健福祉士
28. 公認心理師　29. その他（　　）
03. 移動時間の確保が難しいため
04. 在宅での対応等に不安があるため
05. 同地域で精神科訪問診療を実施する他の医療機関に対象となる患者を紹介しているため
06. その他（　　）

189

【前記③で「01．実施している」と回答した施設にお伺いします。】

④身体合併症に対応していますか。

01．自院の医師（精神科）が対応　→④-1へ
02．自院の医師（精神科以外）が対応　→④-1へ
03．他院の医師と連携して対応　→④-1へ
04．対応していない　→⑤へ

④-1　上記④で「01．自院の医師（精神科）が対応」「02．自院の医師（精神科以外）が対応」「03．他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。
下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。（対応可能なものに○、対応不可のものに×）

a. 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者	
c. 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者	
d. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
e. 気管カニューレを使用している状態にある者	
f. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
g. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
o. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
p. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
q. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
r. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
s. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
t. 向精神薬による副作用への対応	

⑤　上記①-1, ③-1について、在宅精神療法（在宅精神療法ロ又はハ（1）（2）（3））の算定回数についてお伺いします。（令和8年10月1か月間）

	合計	5分以上10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満	50分以上60分未満	60分以上
在宅精神療法ロ（初診日）								
1）60分以上（精神保健指定医）	（　）件							（　）件
2）60分以上（精神保健指定医以外）	（　）件							（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件							（　）件
3）30分以上60分未満（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
在宅精神療法ハ（初診日以外）								
4）60分以上（精神保健指定医）	（　）件							（　）件
5）60分以上（精神保健指定医以外）	（　）件							（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件							（　）件
6）30分以上60分未満（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
7）30分以上60分未満（精神保健指定医以外）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
（うち）注13に該当する場合	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
8）30分未満（精神保健指定医）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
9）30分未満（精神保健指定医以外）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
（うち）注13に該当する場合	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				

⑥　⑤のうち、初診の患者（在宅精神療法ロ）についてお伺いします。各年代に該当する患者数をご記入ください。（令和８年10月１か月間）

	20歳未満	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
対象患者数	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人

≪精神科在宅患者支援管理料≫

⑦貴施設では精神科在宅患者支援管理料の届出を行っていますか。

01．届出を行っている　→⑦-1へ　　02．届出を行っていない　→⑦-7へ

【以下の⑦-1～⑦-6 の質問は、上記⑦で「01．届出を行っている」と回答した施設にお伺いします。】

⑦-1　届出の種類等についてお伺いします。

1）届出の種類　※○はいくつでも	01．精神科在宅患者支援管理料１　02．精神科在宅患者支援管理料２ 03．精神科在宅患者支援管理料３
2）「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施する上で、連携する訪問看護ステーションの有無	01．ある　→連携先※○はいくつでも （11．特別の関係※3にあるもの　12．それ以外） 02．ない

※３：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が３割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいう。

⑦-2　令和8年8月～10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定状況についてお選びください。

01．算定あり　→⑦-3へ　　02．算定なし　→⑧へ

⑦-3　上記⑦-2で「01．算定あり」と回答した施設にお伺いします。
令和8年8月～10月における「精神科オンライン在宅管理料」の算定状況についてお選びください。

01．算定あり　→⑦-5へ　　02．算定なし　→⑦-4へ

⑦-4　精神科オンライン在宅管理料を算定していない理由としてあてはまるものをお選びください。※○はいくつでも

01．情報通信機器を用いた診療が馴染まないと考えられるため
⇒具体的に（※○はいくつでも）
- 11．精神疾患の正確な診断及び診療が難しいため
- 12．必要に応じて身体診察を実施する必要があるため
- 13．希望する患者が少ない・いないため
- 14．その他（　　）

02．情報通信機器を用いた診療を実施する環境にないため
⇒具体的に（※○はいくつでも）
- 21．情報通信機器の導入予算がないため
- 22．医療機関において、情報通信機器の操作が困難であるため
- 23．情報通信機器の操作を行うことができると考えられる患者が少ない・いないため
- 24．その他（　　）

03．その他（　　）

⑦-5　令和8年 10 月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定件数をご記入ください。
≪在宅医療における包括的支援ケアマネジメント導入基準の要件を満たす患者についてご記入ください≫

a. 精神科在宅患者支援管理料1	（　　）件
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（1)単一建物診療患者1人	（　　）件
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（2)単一建物診療患者2人以上	（　　）件
b. 精神科在宅患者支援管理料2	（　　）件
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（1)単一建物診療患者1人	（　　）件
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（2)単一建物診療患者2人以上	（　　）件
c. 精神科在宅患者支援管理料3	（　　）件
イ. 単一建物診療患者1人	（　　）件
ロ. 単一建物診療患者2人以上	（　　）件

⑦-6　令和8年10月における「精神科在宅患者支援管理料」の各年代に該当する患者数をご記入ください。

	20歳未満	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
対象患者数	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑦-7　前記⑦で「02．届出を行っていない」と回答した施設にお伺いします。届出を行わない理由と今後の意向についてご記入ください。

1）届出を行わない理由　※○はいくつでも

01．対象となる患者がいないため
→【満たすことが難しい対象要件】（※○はいくつでも）：
- 11．ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者
- 12．機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者
- 13．当該管理料を算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が40 以下の者

02．施設基準を満たすことが難しいため
→【満たすことが難しい施設基準】（※○はいくつでも）：
- 21．当該保険医療機関内に精神科の常勤医師が適切に配置されていること
- 22．当該保険医療機関内に常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること
- 23．当該保険医療機関内に常勤の作業療法士が適切に配置されていること
- 24．当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること
- 25．精神科訪問診療や訪問看護等の提供実績が一定数以上であること

03．算定可能な期間の上限が２年であること
04．経営上のメリットがないこと
05．その他（　　）

2）今後の届出意向	01．届出の予定がある　→届出予定時期：西暦（　　）年（　　）月 02．（具体的な予定はないが）届出の意向がある　03．検討中であり、まだ分からない 04．届出を行う意向はない　05．その他（　　）

≪在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料≫

⑧貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分について教えてください。

01．機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）　02．機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）
03．上記以外の在宅療養支援病院・診療所　04．在宅療養支援病院・診療所ではない

⑨各年代に該当する各管理料の患者数をご記入ください。（令和８年10月１か月間）

	20歳未満	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
在宅時医学総合管理料の算定患者数	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
施設入居時等医学総合管理料の算定患者数	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑩（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を算定していて、精神科在宅患者支援管理料を算定していない場合）その理由について、当てはまるものをお選びください。※〇はいくつでも

01．精神科在宅患者支援管理料の施設基準を満たすことが困難なため
02．精神科在宅患者支援管理料の対象患者に該当しないため
03．精神科在宅患者支援管理料を算定可能な期間を過ぎているため
04．精神科在宅患者支援管理料の算定患者ごとに専任の多職種チームを設置することが困難なため
05．専任の多職種チームによる定期的なカンファレンスを行うことが困難なため
06．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方が、点数が高くなるため
07．その他（　　）

９．精神科訪問看護の状況

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。

01．病院（貴施設）が行っている　→②～⑦へ
02．病院（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている　→⑧へ
03．行っていない　→⑨へ

【以下の②～⑦の設問は、上記①で「01．病院（貴施設）が行っている」と回答した施設のみお答えください。】

②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算※1）をお答えください。（病棟看護職員による退院前訪問看護は含みません。）

1）保健師・看護師	2）准看護師	3）作業療法士	4）精神保健福祉士	5）その他	6）合計
（　．　）人	（　．　）人	（　．　）人	（　．　）人	（　．　）人	（　．　）人

※1：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）

②-1　24時間対応が可能な体制を確保していますか。	01．確保している	02．確保していない
③令和8年 10 月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）	実人数（　　）人	
③-1　上記③のうち、身体疾患を有する患者数（実人数）	実人数（　　）人	

④令和8年 10 月1日～10 月7日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。

週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上	合計
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑤令和8年 10 月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数（人）と算定回数（回）をお答えください。

	1）30 分未満	2）30 分以上 60 分未満	3）60 分以上 90 分未満	4）90 分以上
a．精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
b．保健師又は看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
c．作業療法士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
d．精神保健福祉士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
e．准看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
f．精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物等居住者）	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
g．保健師又は看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
h．作業療法士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
i．精神保健福祉士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
j．准看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回

192

⑤-1　令和8年 10 月1か月間の精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物等居住者）について、精神科訪問看護の同一建物居住者の人数区分別の算定患者数と算定回数をお答えください。

	2 人	3 人以上 9 人以下	10 人以上 19 人以下	20 人以上 49 人以下	50 人以上
保健師又は看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
作業療法士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
精神保健福祉士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
准看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回

⑥令和8年 10 月1日時点の貴施設における訪問看護に従事する専門の研修を受けた看護師の人数（実人数）をお答えください。
※以降の設問において「専門の研修を受けた看護師」とは、右記の4種類を指します。
※右記の4種類について複数該当する者については、それぞれに人数を計上してください。

1）精神看護専門看護師（日本看護協会）	（　　）人
2）認知症看護認定看護師（日本看護協会）	（　　）人
3）精神科認定看護師（日本精神科看護協会）	（　　）人
4）特定行為研修修了者	（　　）人

⑦**複数名精神科訪問看護・指導加算**を算定した利用者数を保健師又は看護師と同行した職種ごとにご記入ください。
（令和8年10月）　※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a.保健師/看護師	b.作業療法士	c.准看護師	d.看護補助者	e.精神保健福祉士
⑦-1　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
⑦-2　利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
⑦-3　利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
⑦-4　その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
	（具体的に：　　）				

【以下の設問については、皆様お答えください。】

⑧身体合併症に対応していますか。

01．対応している　⇒⑧-1へ　　02．対応していない　⇒⑨へ

⑧-1　上記⑧で「01．対応している」と回答した施設にお伺いします。
下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。（対応可能なものに○、対応不可のものに×）

a. 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者	
c. 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者	
d. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
e. 気管カニューレを使用している状態にある者	
f. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
g. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
o. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
p. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
q. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
r. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
s. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
t. 向精神薬による副作用への対応	

⑨　精神科訪問看護を実施していない理由を選んでください。　※○はいくつでも

01．実施体制の確保が難しいため　　02．対象となる患者がいないため
03．その他（　　）

病院票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和９年１月 22 日（金）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

193

ID番号：

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

精神医療等の実施状況調査 病棟票

※この病棟票は、病棟の管理者の方に精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。
※以下の【調査対象病棟】に記載した入院基本料等を算定している病棟についてご記入ください。入院基本料別に、「調査実施要領」の「Ⅱ．対象者及び回答方法」に沿って対象病棟を抽出のうえご回答ください（該当する病棟がない場合は、その入院基本料についての病棟票は、回答不要です）。
※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。
※特に断りのない質問については、令和８年 10 月１日（木）時点の状況についてご記入ください。

【調査対象病棟】
- 精神病棟入院基本料（18対1、20対1を届け出ている場合、精神病棟看護・多職種協働加算を算定している場合）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている全病棟
- 急性期病院精神病棟入院基本料、精神病棟入院基本料（10 対1、13 対1、15 対1）、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出を行っている病棟のうち１棟

１．入院基本料等について

① 当該病棟の入院基本料等をお選びください。 ※○はいくつでも	01. 急性期病院A精神病棟入院料 ⇒（10対１・13対１・15対１） 02. 急性期病院B精神病棟入院料 ⇒（10対１・13対１・15対１） 03. 精神病棟入院料 ⇒（10対１・13対１・15対１ 18対１・20対１） 04. 特定機能病院入院基本料 ⇒（41. A　42. B　43. C） 05. 精神科救急急性期医療入院料 06. 精神科急性期治療病棟入院料 ⇒（61.　1　62.　2） 07. 精神科救急・合併症入院料 08. 児童・思春期精神科入院医療管理料 09. 精神療養病棟入院料 10. 認知症治療病棟入院料 11. 地域移行機能強化病棟入院料
②記載の加算について届け出ているものをお選びください。	01. 精神病棟看護・多職種協働加算 02. 精神科地域密着多機能体制加算 （21.　1　22.　2　23.　3） 03. いずれも届け出ていない
③ 当該病棟の許可病床数をご記入ください。	（　　）床
④ 病床利用率をご記入ください。	（　　）％　（令和８年10月）

⑤-1　貴病棟の職員数※1（常勤換算※2）をご記入ください。	（令和8年6月以降に配置人数が変更になっている場合）変更前の人数	令和8年10月1日時点の人数
1）看護師（保健師を含む）※3	（　　）人	（　　）人
a.（うち）精神看護専門看護師*	（　　）人	（　　）人
b.（うち）認知症看護認定看護師*	（　　）人	（　　）人
c.（うち）精神科認定看護師**	（　　）人	（　　）人
d.（うち）特定行為研修修了者	（　　）人	（　　）人
2）准看護師	（　　）人	（　　）人
3）看護補助者	（　　）人	（　　）人
4）薬剤師	（　　）人	（　　）人
5）作業療法士	（　　）人	（　　）人
6）公認心理師※4	（　　）人	（　　）人
7）精神保健福祉士	（　　）人	（　　）人
8）社会福祉士（7を除く）	（　　）人	（　　）人
9）管理栄養士	（　　）人	（　　）人
10）その他職員	（　　）人	（　　）人

※１：外来や入退院支援部門等、病棟以外の業務に従事する者は、当該病棟に従事する時間を常勤換算して計上（当該病棟以外の勤務時間は除く）してください。
※２：常勤換算：貴施設の１週間の所定勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第１位まで（第２位を切り捨て）ご記入ください。
例：１週間の所定勤務時間が40 時間の病院で、週４日（各日５時間）勤務の看護職員が１人いる場合：（４日×５時間×１人）÷40 時間
※３：貴病棟以外の病棟業務に従事する者は除いてください。
＊日本看護協会の認定した者　　＊＊日本精神科看護協会の認定した者
※４：平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者を含む（以降同様）

⑤-2 貴病棟の職員数（実人数）をご記入ください。

	貴病棟においてのみ業務を行っている職員数	貴病棟と、それ以外の病棟において業務を行っている職員数（外来等従事なし）	貴病棟と、入退院支援部門で業務を行っている職員数	貴病棟と、外来等（入退院支援部門を除く）で業務を行っている職員数
1）薬剤師	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
2）作業療法士	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
3）公認心理師	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
4）精神保健福祉士	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
5）社会福祉士（上記4）を除く）	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
6）管理栄養士	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑥夜間の病棟における職員配置の状況についてお伺いします。夜間配置されている職種について、該当するものをお選びください。
※〇はいくつでも
※各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間の間において当該病棟で勤務する職員を指します。

01．看護師（保健師を含む）　⇒［11．精神看護専門看護師　12．認知症看護認定看護師　13．精神科認定看護師　14．特定行為研修修了者］
02．准看護師　03．看護補助者　04．薬剤師　05．作業療法士
06．公認心理師　07．精神保健福祉士　08．社会福祉士（07を除く）　09．管理栄養士
10．その他（　　）

⑦貴病棟の看護職員※4の勤務者数について（令和8年8月～10月）

1）平日日勤帯	平均（　　）人
2）夜勤帯	平均（　　）人

※４：看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

⑧貴病棟の看護補助者の勤務者数について（令和8年8月～10月）

1）平日日勤帯	平均（　　）人
2）夜勤帯（いずれか一方を選択の上、ご記入ください）（⇒ 01. 夜勤の一部の時間帯に配置　02.夜勤の時間帯を通して配置）	平均（　　）人

⑨貴病棟の作業療法士の勤務者数について（令和8年8月～10月）

1）平日日勤帯	平均（　　）人
2）夜勤帯（いずれか一方を選択の上、ご記入ください）（⇒ 01. 夜勤の一部の時間帯に配置　02.夜勤の時間帯を通して配置）	平均（　　）人

⑩貴病棟の精神保健福祉士の勤務者数について（令和8年8月～10月）

1）平日日勤帯	平均（　　）人
2）夜勤帯（いずれか一方を選択の上、ご記入ください）（⇒ 01. 夜勤の一部の時間帯に配置　02.夜勤の時間帯を通して配置）	平均（　　）人

⑪貴病棟の公認心理師の勤務者数について（令和8年8月～10月）

1）平日日勤帯	平均（　　）人
2）夜勤帯（いずれか一方を選択の上、ご記入ください）（⇒ 01. 夜勤の一部の時間帯に配置　02.夜勤の時間帯を通して配置）	平均（　　）人

⑫貴病棟では、認知症看護に係る適切な研修を修了した看護師はいますか。

01．いる　⇒常勤看護師（　　）人、非常勤看護師[常勤換算]（　　）人　　02．いない

⑬認知症ケアの実施状況についてご回答ください。

1）看護計画の作成における認知症ケアチームとの連携の有無	01．連携している　02．連携していない
2）計画作成段階からの退院支援の検討・実施状況	01．実施できている　02．あまり実施できていない　03．実施できていない
3）症例等の検討状況	01．週に１回程度以上の頻度で実施している 02．週に１回程度未満の頻度で実施している 03．実施していない

【当該病棟が精神科救急急性期医療入院料又は精神科救急・合併症入院料の場合にご回答ください】

⑭ 入院患者における「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」について、該当する患者の有無をご回答ください。該当する患者がいる場合には、チェックリストの項目ごとの該当患者数をご回答ください。（令和8年10月1か月間の新規入院患者）
※点数が確認できない場合または集計が困難な場合は「不明」に計上してください。

1)「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」の点数ごとの患者数	該当患者数	うち非同意入院患者数
0点	（　　）人	（　　）人
1点	（　　）人	（　　）人
2点	（　　）人	（　　）人
3点	（　　）人	（　　）人
4点	（　　）人	（　　）人
5点	（　　）人	（　　）人
6点以上	（　　）人	（　　）人

2)「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」の項目ごとの該当患者数	該当患者数	うち非同意入院患者数
1. 他害の事案	（　　）人	（　　）人
2. 自殺行動の事実・切迫した自殺念慮	（　　）人	（　　）人
3. 昏迷状態	（　　）人	（　　）人
4. 亜昏迷状態（その日の出来事など簡単な意思疎通も困難な状態のものに限る）	（　　）人	（　　）人
5. 意識障害（器質疾患によるものを除く）	（　　）人	（　　）人
5-1　薬物による意識障害	（　　）人	（　　）人
5-2　てんかん発作後もうろう状態	（　　）人	（　　）人
5-3　離脱せん妄	（　　）人	（　　）人
6. 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全	（　　）人	（　　）人
6-1　摂食困難	（　　）人	（　　）人
6-2　生命リスク等の危険回避困難	（　　）人	（　　）人
7. 特定の目的による入院	（　　）人	（　　）人
7-1　薬物の副作用により生じた重篤な精神症状の管理	（　　）人	（　　）人
7-2　BMI16以下のるい痩対応	（　　）人	（　　）人
7-3　mECTの実施	（　　）人	（　　）人
7-4　クロザピン導入・副作用対応	（　　）人	（　　）人
8. 社会生活機能不全	（　　）人	（　　）人
9. 医療観察法通院処遇者	（　　）人	（　　）人
10.　警察、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の介入により受診し入院となった者	（　　）人	（　　）人
不明	（　　）人	（　　）人

⑮ 入院患者のうち、以下に該当する患者数をご回答ください。　（　　）人

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料若しくは総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟若しくは病室を有する他の保険医療機関において、精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者

2．入院患者の状況

① 令和8年10月1日における当該病棟の全ての入院患者について、以下の該当する人数をご記入ください。

1)令和8年10月1日時点での在院患者数		（　　）人
2)上記のうち各患者数		
向精神薬の使用		
a. 主傷病に対して薬物療法を受けている患者数		（　　）人
b.（うち）クロザピンを投与している患者数		（　　）人
c.（うち）持続性抗精神病注射薬剤（LAI）を投与している患者数		（　　）人
d.（c のうち）非定型 LAI を投与している患者数		（　　）人
精神保健福祉法上の行動制限中の患者数	a. 隔離中	（　　）人
	b. 身体的拘束中	（　　）人

3)身体合併症を有する入院患者数	01.　呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫等）の患者	（　　）人
	02.　心疾患（ＮＹＨＡⅢ度以上の心不全、虚血性心疾患等）の患者	（　　）人
	03.　手術または直達・介達牽引を要する骨折の患者	（　　）人
	04.　脊椎損傷の患者	（　　）人

	05. 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者		（　　）人
	06. 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者		（　　）人
	07. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）の患者		（　　）人
	08. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）の患者		（　　）人
	09. 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者		（　　）人
	10. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者		（　　）人
	11. 劇症肝炎または重症急性膵炎の患者		（　　）人
	12. 悪性症候群または横紋筋融解症の患者		（　　）人
	13. 広範囲（半肢以上）熱傷の患者		（　　）人
	14. 手術、化学療法または放射線療法を要する状態 又は末期の悪性腫瘍の患者		（　　）人
	15. 透析導入時の患者		（　　）人
	16. 維持透析の患者		（　　）人
	17. 重篤な血液疾患の患者		（　　）人
	18. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、 ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）の患者		（　　）人
	19. 手術室での手術を必要とする状態の患者		（　　）人
	20. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）の患者		（　　）人
	21. 妊産婦である患者		（　　）人
	22. 糖尿病のある患者		（　　）人
	23. 高血圧のある患者		（　　）人
	24. 脂質異常症のある患者		（　　）人
	25. 自殺企図の患者		（　　）人
	26. その他（　　）		（　　）人
4）介助を要する入院患者	障害支援区分	区分１	（　　）人
		区分２	（　　）人
		区分３	（　　）人
		区分４	（　　）人
		区分５	（　　）人
		区分６	（　　）人
		未申請	（　　）人
		申請中	（　　）人
		非該当	（　　）人
		不明	（　　）人
	要介護度	非該当（自立）	（　　）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
		未申請	（　　）人
		申請中	（　　）人
		不明	（　　）人

②令和8年10月の1か月間について、貴病棟に入院した患者数、退棟した患者数をご記入ください。	
1）当該病棟における新規入院患者数　※入院時の区分についてご記入ください。	（　　）人
a.（うち）任意入院	（　　）人
b.（うち）医療保護入院	（　　）人
c.（うち）措置入院	（　　）人
d.（うち）緊急措置入院	（　　）人
e.（うち）応急入院	（　　）人
2）上記1）のうち入棟前の居場所別患者数	（　　）人
a. 自宅（在宅医療の提供あり）	（　　）人
b. 自宅（在宅医療の提供なし）	（　　）人
c. 介護老人保健施設	（　　）人
d. 介護医療院	（　　）人
e. 特別養護老人ホーム	（　　）人
f. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	（　　）人
g. その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）	（　　）人

h. 障害者支援施設	（　　）人
i. 共同生活援助（グループホーム）	（　　）人
j. 他院の一般病床	（　　）人
（jのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
k. 他院の療養病床	（　　）人
（kのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
l. 他院の精神病床	（　　）人
（lのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
m. 他院のその他の病床	（　　）人
（mのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
n. 自院の一般病床	（　　）人
o. 自院の療養病床	（　　）人
p. 自院の精神病床（他病棟）	（　　）人
q. 自院のその他の病床	（　　）人
r. 有床診療所	（　　）人
s. その他	（　　）人
3）当該病棟における退棟患者数	（　　）人
a. 自宅（在宅医療の提供あり）	（　　）人
b. 自宅（在宅医療の提供なし）	（　　）人
c. 介護老人保健施設	（　　）人
d. 介護医療院	（　　）人
e. 特別養護老人ホーム	（　　）人
f. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	（　　）人
g. その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）	（　　）人
h. 障害者支援施設	（　　）人
i. 共同生活援助（グループホーム）	（　　）人
j. 他院の一般病床	（　　）人
（jのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
k. 他院の療養病床	（　　）人
（kのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
l. 他院の精神病床	（　　）人
（lのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
m. 他院のその他の病床	（　　）人
（mのうち）特別の関係※1にある他院	（　　）人
n. 自院の一般病床	（　　）人
o. 自院の療養病床	（　　）人
p. 自院の精神病床（他病棟）	（　　）人
q. 自院のその他の病床	（　　）人
r. 有床診療所（介護サービス提供医療機関）	（　　）人
s. 有床診療所（上記以外）	（　　）人
t. 死亡退院	（　　）人
u. その他	（　　）人

※1：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいう。

4）当該病棟におけるすべての入院患者数	（　　）人
a.（4）のうち）精神科救急医療体制加算の算定患者数	（　　）人
（a.のうち）症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）の患者数	（　　）人
（a.のうち）精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）の患者数	（　　）人
（a.のうち）統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の患者数	（　　）人
（a.のうち）気分（感情）障害の患者数	（　　）人

（a.のうち）神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）の患者数	（　　）人
（a.のうち）成人の人格及び行動の障害（精神症状を有する状態に限る。）の患者数	（　　）人
（a.のうち）知的障害（精神症状を有する状態に限る。）の患者数	（　　）人
b.（4）のうち）休日時間外入院患者数	（　　）人
c.（4）のうち）気分障害患者数	（　　）人
d.（4）のうち）躁状態又は自殺・自傷行為及び栄養障害、脱水等の生命的危険を伴う患者数	（　　）人
e.（4）のうち）精神科入退院支援加算の算定患者数	（　　）人
（eのうち）精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の2に規定する入院措置に係る患者	（　　）人
（eのうち）心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 42 条第1項第1号又は第 61 条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第 42 条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者	（　　）人
（eのうち）医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第6項第2号に規定する委員会の開催があった者	（　　）人
（eのうち）当該入院の期間が1年以上の患者	（　　）人
（eのうち）家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者	（　　）人
（eのうち）生活困窮者である者	（　　）人
（eのうち）同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない者	（　　）人
（eのうち）身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要な者	（　　）人
（eのうち）入退院を繰り返している者	（　　）人
（eのうち）家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である者	（　　）人
（eのうち）児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている者	（　　）人
（eのうち）その他平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式 51 に掲げる「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を1つ以上満たす者	（　　）人

③令和8年10月1日時点における、在院日数別の入院患者数をご記入ください。

14日以内	30日以内	60日以内	90日以内	180日以内	1年以内	1年以上
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

④令和8年10月の1か月間における平均在院日数、自宅等への移行率※2をご記入ください。

1）平均在院日数	（　　）日
2）自宅等への移行率	（　　）％

※2：患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行すること。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。
精神科救急急性期医療入院料以外においては、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
精神科急性期治療病棟入院料及び精神科急性期医師配置加算３を届け出る病棟においては、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して４月以内に退院した場合も、３月以内に退院したものとみなす。

3．在宅復帰に向けた取組等の実施状況について

①令和8年10月1か月間における貴病棟における以下の各加算等の算定件数についてご記入ください。

1）精神科入退院支援加算	（　　）件
2）精神科退院時共同指導料	（　　）件
3）医療保護入院等診療料1	（　　）件
4）医療保護入院等診療料2	（　　）件

4．退院調整に向けたカンファレンスの開催状況について

①退院調整に向けたカンファレンスの開催状況についてお伺いします。（令和8年10月1か月間）
※加算の算定状況に関わらずご回答ください。

1）開催回数	（　　）回 （うち）措置入院、緊急措置入院、医療保護入院又は応急入院の患者について開催した回数：（　　）回 （うち）医療保護入院等診療料２の算定に係る開催回数：（　　）回
2）退院調整を行った患者の割合	01．20%未満　02．20%以上50%未満　03．50%以上80%未満 04．80%以上100%未満　05．100%　06．退院患者がいなかった
3）カンファレンスを開催する患者を選択する基準	01．医師等の評価に基づいて選択している 02．本人・家族等からの要望に基づいて対応している

※○はいくつでも	03．地域の連携先等からの要望に基づいて対応している 04．予め開催する基準を定めている ⇒具体的な基準（※○はいくつでも）： 41．疾患・症状　42．治療内容　43．退院先の状況　44．家庭の状況 45．精神保健福祉法に基づく入院形態 46．その他（　　） 05．その他（　　） 06．特に基準は定めていない
4）院外の関係機関等とカンファレンスを開催しましたか	01．原則として院内関係者のみで開催した 02．院外の関係機関等も含めて開催した ⇒　令和8年10月に開催した退院調整カンファレンスのうち、院外の関係機関等が参加した件数：（　　）件 03．その他（　　）
5）参加職種 ※○はいくつでも ※令和8年10月1か月間に開催されたカンファレンスが複数ある場合は、そのいずれかに参加したことがある職種をご回答ください。	≪自院≫ 01．医師（精神科）　02．医師（精神科以外）　03．看護師　04．薬剤師 05．作業療法士等リハ職　06．精神保健福祉士　07．公認心理師 08．管理栄養士　09．その他 ≪自院以外の医療機関≫ 01．医師（精神科）　02．医師（精神科以外）　03．看護師　04．薬剤師 05．作業療法士等リハ職　06．精神保健福祉士　07．公認心理師　08．保健師 09．管理栄養士　10．その他 ≪障害福祉サービス事業所≫ 01．計画相談支援等の相談サービス　02．居宅介護等の訪問サービス 03．施設入所支援等の施設サービス　04．生活介護等の日中・居住系サービス 05．訓練系・就労系サービス　06．障害児通所・訪問サービス 07．障害児入所サービス ≪その他≫ 01．自治体関係者　02．介護サービス事業所　03．介護支援者（直接支援） 04．介護支援専門員　05．訪問看護職員　06．司法関係者（弁護士等） 07．教育関係者　08．児童福祉関係者　09．不動産事業者・居住支援関係者 10．その他（　　） ≪ご本人・ご家族等≫ 01．ご本人　02．ご家族等
6）開催方法 ※○はいくつでも	01．対面　02．オンライン会議　03．メール・書面等　04．その他
7）障害福祉サービス事業者等との連携・調整に当たっての課題 ※○はいくつでも	01．近隣に連携先となる障害福祉サービス事業所がない・わからない 02．障害福祉サービス事業所が複数関わっており連携が困難である 03．障害福祉サービス事業所側での受入れ体制が不十分である 04．状態によっては対応できる障害福祉サービス事業所がない 05．退院後の生活や支援に必要な情報が不十分である 06．退院調整のための十分な期間を確保できない 07．地域で退院調整を行う者が不在・不明確である 08．その他（　　）

5．医師・看護師以外の職種の配置等の状況について

①以下の各職種の貴病棟への配置の有無、配置による効果・成果等をご記入ください。

1）精神保健福祉士の配置の有無	01．配置あり　02．配置なし
従事している業務 ※○はいくつでも	01．治療や生活指導等の支援　02．多職種や関係者との調整 03．専門的な評価の実施　04．専門的な介入の実施 05．他職種の負担軽減　06．その他（　　）

【職員が把握している、患者に生じた変化・反応】 ※○はいくつでも（以下、同様）	【職員の業務遂行に役立ったこと】 ※○はいくつでも（以下、同様）
01．安心感、納得感につながった 02．きめ細かな支援が可能になった 03．相談がしやすくなった 04．家族等への支援が可能になった 05．その他（　　）	01．治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能になった 02．多職種連携、関係者との調整が円滑になった 03．専門的な評価や支援が可能になった 04．医師等の他職種の負担軽減につながった 05．その他（　　）

2）作業療法士の配置の有無	01．配置あり　02．配置なし
従事している業務 ※○はいくつでも	01．治療や生活指導等の支援　02．多職種や関係者との調整 03．専門的な評価の実施　04．専門的な介入の実施 05．他職種の負担軽減　06．その他（　　）

【職員が把握している、患者に生じた変化・反応】	【職員の業務遂行に役立ったこと】

01. 安心感、納得感につながった 02. きめ細かな支援が可能になった 03. 相談がしやすくなった 04. 家族等への支援が可能になった 05. その他（　　）	01. 患者の応用的・社会適応能力の評価に基づく生活能力・社会生活能力の見立てができるようになった 02. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能になった 03. 多職種連携、関係者との調整が円滑になった 04. 対象者に応じたリハビリテーションが可能になった 05. その他（　　）

3）公認心理師の配置の有無	01. 配置あり	02. 配置なし
従事している業務 ※○はいくつでも	01. 治療や生活指導等の支援 03. 専門的な評価の実施 05. 他職種の負担軽減	02. 多職種や関係者との調整 04. 専門的な介入の実施 06. その他（　　）

【職員が把握している、患者に生じた変化・反応】	【職員の業務遂行に役立ったこと】
01. 安心感、納得感につながった 02. きめ細かな支援が可能になった 03. 相談がしやすくなった 04. 家族等への支援が可能になった 05. その他（　　）	01. 定期的な精神症状等の評価が可能になった 02. 患者の安心感、納得感につながった 03. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能になった 04. 入院生活技能訓練療法等の入院治療により深く関与できた 05. 心理検査等の検査をより入念に実施できた 06. 多職種連携、関係者との調整が円滑になった 07. 家族等への支援が可能になった 08. 医師等の他職種の負担軽減につながった 09. その他（　　）

4）管理栄養士の配置の有無	01. 配置あり	02. 配置なし
従事している業務 ※○はいくつでも	01. 治療や生活指導等の支援 03. 専門的な評価の実施 05. 他職種の負担軽減	02. 多職種や関係者との調整 04. 専門的な介入の実施 06. その他（　　）

【職員が把握している、患者に生じた変化・反応】	【職員の業務遂行に役立ったこと】
01. 安心感、納得感につながった 02. きめ細かな支援が可能になった 03. 相談がしやすくなった 04. 家族等への支援が可能になった 05. その他（　　）	01. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能になった 02. 多職種連携、関係者との調整が円滑になった 03. 適切な栄養管理や食事指導が可能になった 04. 医師等の他職種の負担軽減につながった 05. その他（　　）

5）薬剤師の配置の有無	01. 配置あり	02. 配置なし
従事している業務 ※○はいくつでも	01. 治療や生活指導等の支援 03. 専門的な評価の実施 05. 他職種の負担軽減	02. 多職種や関係者との調整 04. 専門的な介入の実施 06. その他（　　）

【職員が把握している、患者に生じた変化・反応】	【職員の業務遂行に役立ったこと】
01. 安心感、納得感につながった 02. きめ細かな支援が可能になった 03. 相談がしやすくなった 04. 家族等への支援が可能になった 05. その他（　　）	01. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能になった 02. 多職種連携、関係者との調整が円滑になった 03. 安全な薬物療法が可能になった 04. 医師等の他職種の負担軽減につながった 05. その他（　　）

病棟票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

令和９年１月22日（金）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

ID番号：

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

精神医療等の実施状況調査 診療所票

※この診療所票は、診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向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」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※特に断りのない質問については、令和８年 10 月１日（木）時点の状況についてご記入ください。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

１．貴施設の概要

≪基本情報≫

①所在地	（　　）都・道・府・県
②開設者	01. 医療法人　02. 個人　03. その他（　　）
③種別	01. 有床診療所　→病床数：一般（　　）床　療養（　　）床　合計（　　）床 02. 無床診療所
④同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※○はいくつでも	01. 該当なし　02. 介護老人保健施設　03. 介護老人福祉施設 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. 訪問介護事業所　08. 小規模多機能型居宅介護事業所 09. 看護小規模多機能型居宅介護　10. 通所介護事業所 11. 介護医療院　12. 障害福祉サービス事業所（就労系サービス） 13. 障害福祉サービス事業所（相談系サービス） 14. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス） 15. その他　（　　）

⑤貴施設が標榜している診療科をお選びください。 ※○はいくつでも

01. 精神科	02. 心療内科	03. 内科※1	04. 外科※2
05. 小児科	06. 皮膚科	07. 泌尿器科	08. 産婦人科・産科
09. 眼科	10. 耳鼻咽喉科	11. 放射線科	12. 脳神経外科
13. 整形外科	14. 麻酔科	15. 救急科	16. 歯科・歯科口腔外科
17. リハビリテーション科	18. その他（　　）		

※1：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科は、「03.内科」としてご回答ください。
※2：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科、内分泌外科は、「04.外科」としてご回答ください。

≪職員数≫

⑥貴施設の職員数（常勤換算※3）をご記入ください。　（施設全体の延べ人数でお答えください。）

1）医師	（　）人	4）看護補助者	（　）人
a.（うち）精神保健指定医	（　）人	5）薬剤師	（　）人
b.（うち）精神科特定医師	（　）人	6）作業療法士	（　）人
c.（うち）上記以外の精神科医師	（　）人	7）理学療法士	（　）人
（うち）20 年以上精神医療に従事している医師	（　）人	8）言語聴覚士	（　）人
d.（うち）精神科医師以外の医師	（　）人	9）公認心理師※5	（　）人
2）看護師（保健師を含む）※4	（　）人	（うち）週１日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を１年以上行った経験のある公認心理師	（　）人
a.（うち）精神看護専門看護師*	（　）人	10）精神保健福祉士	（　）人
b.（うち）認知症看護認定看護師*	（　）人	11）社会福祉士（上記 10 を除く）	（　）人
c.（うち）精神科認定看護師**	（　）人	12）管理栄養士	（　）人
d.（うち）特定行為研修修了者	（　）人	13）事務職員	（　）人
3）准看護師	（　）人	14）その他の職員	（　）人

※３：常勤換算については以下の方法で算出してください。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）
※４：＊日本看護協会の認定した者　　＊＊日本精神科看護協会の認定した者
※５：平成 31 年３月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者を含む（以降同様）

≪患者数等≫

⑦貴施設における令和8年10月1か月間の外来患者数をご記入ください。	
1）初診料を算定した延べ患者数	延べ（　　）人
2）1）のうち、紹介状により紹介された延べ患者	延べ（　　）人
3）2）のうち、他の精神科の病院から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
4）2）のうち、他の精神科の診療所から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
5）2）のうち、他の精神科以外の病院から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
6）2）のうち、他の精神科以外の診療所から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
7）2）のうち、自院から過去に紹介した患者が紹介状により紹介された延べ患者数（逆紹介患者数）	延べ（　　）人
8）7）のうち、他の精神科の病院から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
9）7）のうち、他の精神科の診療所から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
10）7）のうち、他の精神科以外の病院から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
11）7）のうち、他の精神科以外の診療所から紹介された延べ患者	延べ（　　）人
12）再診料を算定した延べ患者数	延べ（　　）人
13）紹介状により他の病院または診療所に紹介した延べ患者数	延べ（　　）人
14）13）のうち、他の精神科の病院に紹介した延べ患者	延べ（　　）人
15）13）のうち、他の精神科の診療所に紹介した延べ患者	延べ（　　）人
16）13）のうち、精神科以外の病院に紹介した延べ患者	延べ（　　）人
17）13）のうち、精神科以外の診療所に紹介した延べ患者	延べ（　　）人

⑧貴診療所は、時間外、休日または深夜の救急外来（精神疾患にかかるもの）に対応していますか。 対応している場合体制についてもお選びください。	
1）対応状況	01. 対応している →対応時間（11. 24時間　12. 特定の時間） 02. 対応していない →代替手段　※○はいくつでも 21. あらかじめ連携している精神科病院に相談・紹介する 22. 精神科救急輪番病院に相談・紹介する 23. 精神科救急情報センター等を利用する 24. 一般救急医療機関に相談・紹介する 25. 患者・家族に受診先を案内する 26. 特定の連携先は定めていない 27. その他（　　）
【1）で「01.対応している」を選択した場合】 2）地域の医療機関との輪番制での対応の有無	01. 輪番制で対応している 02. 自院のみで対応している 03. その他（　　）
3）医師	01. 宿直が担当 02. 通常勤務として勤務者を配置している（宿直も兼ねている） 03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている
4）看護師（保健師含む）	01. 宿直が担当 02. 通常勤務として勤務者を配置している（宿直も兼ねている） 03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている

⑨精神科救急医療体制整備事業への参加の有無	01. 参加している ⇒⑨-1 へ	02. 参加していない ⇒「２．通院精神療法の実施状況について」へ
【⑨で「01」を選択した場合】 ⑨-1　時間外対応体制加算１の届出状況等	時間外対応体制加算１の届出の有無	01. 有　02. 無
	精神科救急情報センター等※5からの患者に関する問い合わせに対応した件数	（　　）件

※5：都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関を含みます。

⑩ 貴施設における、時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れに係る病院との具体的な連携内容について教えてください。 ※○はいくつでも	
01. 連携に係る覚書や夜間休日受入方針の明文化	02. 患者に関する情報共有
03. 受入基準・搬送手順・必要情報の事前共有	04. 定期的なカンファレンス等の実施
05. 空床状況共有と受入不可時の代替ルート（他院・行政）の確認・共有	06. 連携しているが決め事はしていない
07. 連携していない	08. その他（　　）

2．通院精神療法の実施状況について

≪通院精神療法の実施状況≫

① 通院精神療法（通院精神療法ロ又ハ）の算定回数についてお伺いします。（令和8年10月1か月間）

	合計	5分以上10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満	50分以上60分未満	60分以上
通院精神療法ロ（初診日）								
1）60分以上（精神保健指定医）	（　）件							（　）件
2）60分以上（精神保健指定医以外）	（　）件							（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件							（　）件
3）30分以上60分未満（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
通院精神療法ハ（初診日以外）								
4）30分以上（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
5）30分以上（精神保健指定医以外）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
6）30分未満（精神保健指定医）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
7）30分未満（精神保健指定医以外）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
（うち）注13に該当する場合	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				

② ①のうち、初診の患者（通院精神療法ロ）についてお伺いします。
各年代に該当する患者数をご記入ください。（令和８年10月１か月間）

	01. 20歳未満	02. 20～39歳	03. 40～64歳	04. 65～74歳	05. 75歳以上	06. 不明
対象患者数	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人

≪療養生活継続支援加算の算定状況≫

③療養生活継続支援加算の届出は行っていますか。

01. している　⇒④へ　　02. していない　⇒⑤へ

【上記③で「01.している」を選択した場合】
④療養生活継続支援加算に係る支援を行う専任の職員数と1人あたりの対象患者数についてご記入ください。

１）専任の職員	精神保健福祉士（　）人　看護師・保健師（　）人
２）職員1人あたりの対応している患者数	（　）人　※令和８年10月
３）患者１人当たりに支援を実施する月当たりの回数	1人に対して１か月あたり平均（　）回

【上記③で「02.していない」を選択した場合】
⑤ 療養生活継続支援加算の届出を行っていない理由は何ですか。※○はいくつでも

01. 当該支援に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務することが難しいため
02. 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者を1人に月30人以下とすることが難しいため
03. 保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連携が難しいため
04. 医療機関等における対面による20分以上の面接の実施が難しいため
05. 対象となる患者がいないため
06. その他（　）

≪公認心理師による支援の状況≫

⑥ 公認心理師を外来に配置していますか。※○はいくつでも

01. している　⇒⑦～⑩へ　　02. していない　⇒⑪へ

【上記⑥で「01.している」を選択した場合】
⑦ 公認心理師による支援の実施状況※1（単に心理検査のみを実施した症例を除く。）についてご記入ください。（令和８年10月１か月間）

配置人数（常勤換算※2）	支援人数（実人数）	支援の実施回数	支援時間
（　）人	（　）人	（　）回	延べ（　）時間

⑧公認心理師による支援を行っている患者の状態像として該当するものを選んでください。（令和８年10月１か月間）

01. 認知症	02. 認知症を除く器質性精神障害	03. アルコール依存症
04. 依存症（アルコール以外によるもの）	05. 統合失調症	06. 気分障害
07. 人格障害（パーソナリティ障害等）	08. 神経症性障害（不安障害、PTSD等）	09. 摂食障害
10. 睡眠障害	11. 産後うつ	12. 知的障害
13. 発達障害	14. てんかん	15. せん妄
16. その他の精神疾患		

⑨（個人を対象とした）アプローチ別の実施件数についてご記入ください。（令和８年10月１か月間）
※1人に対して複数のアプローチを実施した場合はそれぞれに計上してください。

	実施したアプローチに〇	実施した人数
a. アセスメントのみで終了		（　　）人
b. 認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ		（　　）人
c. 力動的・精神分析的アプローチ		（　　）人
d. 傾聴・支援的アプローチ		（　　）人
e. 認知リハビリテーション的アプローチ		（　　）人
f. 環境調整的アプローチ		（　　）人
g. その他（　　）		（　　）人

⑩公認心理師によるケースマネジメントを実施していますか。（令和８年10月１か月間）

01. 実施している　　02. 実施していない

※１：心理支援加算や認知療法・認知行動療法等の算定の有無を問わない
※２：算出方法は１⑥の※３を参照

≪心理支援加算等の算定状況≫

⑪心理支援加算の算定件数をご記入ください。（令和8年10月）　（　　）件

⑫（上記⑪で算定件数が0件の場合）心理支援加算の算定を行っていない理由は何ですか。※〇はいくつでも

01. 1回あたりの心理支援の時間が30分に満たないため
02. 外来にて心理支援は実施しているが、算定対象となる患者はいないため
03. 要件を満たす公認心理師を確保できないため
⇒満たすことが難しい要件：
1. 週1日以上、常態として勤務していること　　2. 所定労働時間が週22時間以上であること
3. 上記1・2の勤務を1年以上行った経験があること
04. その他（　　）

⑬（上記⑪で算定件数が1件以上の場合）心理支援加算の算定にあたっての課題は何ですか。※〇はいくつでも

01. 対象となる患者の基準に該当しないが、支援を必要としている患者がいる
02. 月２回以上の支援を行う場合がある
03. １回あたりの心理支援が長時間又は短時間高頻度にわたる場合がある
04. 対面ではなくオンライン等でも十分な支援につながる場合がある
05. ２年を超えて支援が必要となる場合がある
06. その他（　　）
07. 特になし

⑭次の加算等に係る診療において公認心理師が心理的支援を行っているものをお選びください。※〇はいくつでも

01. 生殖補助医療管理料１　　02. がん患者指導管理料ロ　　03. 療養・就労両立支援指導料

⑮ 令和8年6月から令和8年11月までに、認知療法・認知行動療法を算定した患者の有無についてお伺いいたします。

01. 算定あり　→⑮-1へ　　02. 算定なし　→⑯へ

⑮-1 職種別の算定回数をご記入ください。

1. 医師による場合	（　　）回
2. 医師及び看護師が共同して行う場合	（　　）回
3. 公認心理師による心理支援を伴う場合	（　　）回

⇒上記3.の算定回数が0回の場合、その理由として当てはまるものをお選びください。※〇はいくつでも

01. 要件を満たす公認心理師がいないため
02. 対象となる患者がいない、または少ないため
03. 実施体制の確保が困難なため
04. 認知行動療法的な支援は行っているが、算定要件を満たさないため
05. 運用上の負担のため

⑮-2 認知療法・認知行動療法について、患者1人あたりの平均的な実施回数をご記入ください。
※令和８年６月から令和８年11月までに認知療法・認知行動療法を終了した患者、または調査対象期間中に算定実績のある患者を対象にご回答ください。　（　　）回

≪児童思春期支援指導加算の算定状況≫

⑯ 児童思春期支援指導加算の届出は行っていますか。

01. している　⇒区分（11. 加算１　12. 加算２）

⇒令和８年10月の算定件数：

精神科を最初に受診した日から３月以内に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合	（　　）件
精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合（加算１のみ）	（　　）件
精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合（加算２のみ）	（　　）件
それ以外の場合	（　　）件
20歳未満の患者に対し通院・在宅精神療法を行ったが児童思春期支援指導加算を算定しなかった件数	（　　）件

⇒⑰～⑲へ

02. していない
⇒⑳へ

【上記⑯で「01.している」を選択した場合】

⑰ 児童思春期（20歳未満）の患者に対する多職種による支援の実施件数についてご記入ください。（直近１年間）

【初診】（初診料の算定の有無に関わらず、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合を指します）

令和７年		令和８年									
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件

【初診以外】（上記以外の場合を指します）

令和７年		令和８年									
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件

⑱ 児童思春期（20歳未満）の患者に対する支援に携わっている職種をお選びください。※〇はいくつでも

01. 保健師　02. 看護師　03. 理学療法士　04. 作業療法士
05. 言語聴覚士　06. 精神保健福祉士　07. 公認心理師　08. その他（　　）

⑲ 児童思春期（20歳未満）の患者に対する支援内容として実施しているものをお選びください。※〇はいくつでも

01. 不登校・ひきこもりへの対応　02. 自傷・自殺への対応　03. 注意欠如・多動症への対応
04. 睡眠障害への対応　05. 強迫症への対応　06. 統合失調症への対応
07. 不安障害・気分障害への対応　08. 摂食障害への対応　09. 薬物依存への対応
10. アルコール依存への対応　11. その他依存症への対応　12. 虐待への対応
13. 身体症状への対応　14. 暴力・他害等への対応　15. その他（　　）

【上記⑯で「02.していない」を選択した場合】

⑳ 届出を行っていない理由は何ですか。※〇はいくつでも

01. 適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師の配置が困難
02. 児童思春期の患者の診療に習熟した医師がいない
03. 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師のうち、２名かつ２職種以上（うち１名以上は適切な研修を修了していること。）の配置が困難
04. 患者が少なく、過去６か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均８人未満である
05. 患者が少なく、過去３か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均４人未満である
06. 一定の患者数はいるが、初診を実施した患者数に月ごとの偏りがあり、年間で満たすことができない時期がある
07. その他（　　）

≪早期診療体制充実加算の算定状況≫

㉑ 早期診療体制充実加算の届出は行っていますか。

01. 早期診療体制充実加算１を届け出ている　⇒令和８年10月の算定件数（　　）件　⇒㉒へ
02. 早期診療体制充実加算３を届け出ている　⇒令和８年10月の算定件数（　　）件　⇒㉒へ
03. していない　⇒㉓へ

【上記㉑で「01. 早期診療体制充実加算１を届け出ている」、「02. 早期診療体制充実加算３を届け出ている」のいずれかを選択した場合】

㉒ 早期診療体制充実加算の算定にあたって、苦労していることは何ですか。※〇はいくつでも

01. 患者が受診している全ての医療機関を把握することが難しい
02. 医薬品をすべて管理することが難しい
03. 標榜時間外の電話等による問い合わせへの対応が難しい
04. 障害福祉サービスや介護保険サービスとの連携が難しい
05. 患者等の同意を得て療養上必要な指導及び診療を行うことが困難
06. 適切な問診、身体診察及び検査等を行うことが困難
07. 障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成することが困難
08. その他（　　）
09. 特になし

【上記㉑で「03. していない」を選択した場合】

㉓ 早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由は何ですか。※〇はいくつでも

01. 過去６か月間の「30分以上または60分以上」の算定回数の割合が5%以上、の要件を満たすことが困難であるため
02. 過去６か月間の「30分以上または60分以上」の算定回数の割合が2%以上、の要件を満たすことが困難であるため
03. 過去６か月間の「初診日に60分以上」の算定回数と「初診日に30分以上60分未満」の算定回数／２の合計を医師数で除した値が60以上、の要件を満たすことが困難であるため
04. 過去６か月間の「初診日に60分以上」の算定回数と「初診日に30分以上60分未満」の算定回数／２の合計を医師数で除した値が24以上、の要件を満たすことが困難であるため
05. 時間外診療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため
06. 精神科救急医療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため
07. 精神保健指定医としての業務等に関する要件を満たすことが困難であるため
08. 多職種の活用、専門的な診療等に係る加算について算定することが困難であるため
⇒届出が難しい加算（※〇はいくつでも）
（01. 療養生活継続支援加算　02. 児童思春期精神科専門管理加算　03. 児童思春期支援指導加算
04. 認知療法・認知行動療法　05. 依存症集団療法　06. 精神科在宅患者支援管理料）
09. 常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院との連携に関する要件を満たすことが困難であるため
10. その他（　　）

≪情報通信機器を用いた通院精神療法等の実施状況≫

㉔ 厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していますか。

01. している　　02. していない

㉕ 情報通信機器を用いて実施した初診及び再診の件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

1）初診	（　　）件
2）再診	（　　）件

㉖ 情報通信機器を用いた診療の実施状況について、患者が診療を受けた場所ごとに延べ人数でご回答ください。（令和8年10月1か月間）

a. 情報通信機器を用いて診療を行った患者

b. 02～08について、aのうち、情報通信機器を用いた診療がなければ貴施設まで概ね1時間以上要したと考えられる患者

	a. 総患者延べ人	b. 該当患者延べ人数
01. 在宅（自宅等）	（　　）人	
02. オンライン診療受診施設	（　　）人	（　　）人
03. 02のうち、公民館や自治体施設など、地域の拠点となる施設に併設されているもの	（　　）人	（　　）人
04. 02のうち、薬局等に併設されているもの	（　　）人	（　　）人
05. 02のうち、商業施設に併設されているもの（04. 薬局等を除く）	（　　）人	（　　）人
06. 02のうち、公共交通機関に併設されているもの	（　　）人	（　　）人
07. 02のうち、企業内に設置されているもの	（　　）人	（　　）人
08. 02のうち、その他（　　）	（　　）人	（　　）人
09. 介護老人福祉施設	（　　）人	
10. 障害者福祉施設	（　　）人	
11. 医療機関	（　　）人	
12. 医療MaaS拠点	（　　）人	
13. その他（　　）	（　　）人	
14. 不明	（　　）人	

㉗ 上記のうち、「通院精神療法ロ」について、情報通信機器を用いて実施した件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

1）60分以上	（　　）件
2）30分以上60分未満	（　　）件

㉘ 上記のうち、「通院精神療法ハ」について、情報通信機器を用いて実施した件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

1）30分以上	（　　）件
2）30分未満	（　　）件

㉙ 情報通信機器を用いた通院精神療法を行っている場合、課題は何ですか。※○はいくつでも

01. 正確な診療が難しい　　02. 身体診察等の併施が必要な場面がある　　03. 希望する患者が少ない
04. 医療機関において、情報通信機器の操作が困難である　　05. 情報通信機器の操作を行うことができる患者が少ない
06. その他（　　）

㉚ 情報通信機器を用いた通院精神療法を行っていない場合、その理由は何ですか。※○はいくつでも

01. 通院精神療法に情報通信機器を用いた診療が馴染まないと考えられるため
　⇒具体的に（※○はいくつでも）：
　11. 精神疾患の正確な診断及び診療が難しいため
　12. 必要に応じて身体診察を実施する必要があるため
　13. 希望する患者が少ない・いないため
　14. その他（　　）
02. 情報通信機器を用いた診療を実施する環境にないため
　⇒具体的に（※○はいくつでも）：
　21. 情報通信機器の導入予算がないため
　22. 医療機関において、情報通信機器の操作が困難であるため
　23. 情報通信機器の操作を行うことができると考えられる患者が少ない・いないため
　24. その他（　　）
03. 満たすことが困難な要件があるため
　⇒具体的に（※○はいくつでも）：
　31. 常時対応型施設である等、地域における精神科医療の提供体制への貢献を行っていること
　　→対応が難しい事項を具体的にご記入ください：（　　）
　32. 精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと
　　→対応が難しい事項を具体的にご記入ください：（　　）
　33. その他の要件（　　）
04. その他（　　）

㉛ 情報通信機器を用いた通院精神療法を初診から行っていますか。行っていない場合は対応が難しい理由についてご回答ください。※〇はいくつでも

01. 行っている　⇒　初診患者数（　　）人（令和8年10月1か月間）
02. 行っていない

⇒行っていない主な理由：

11. 対象となる患者がいないため
12. 精神保健福祉センター、保健所及び市区町村機関等との連携が不十分なため
13. 情報通信機器を用いた通院精神療法を10症例以上経験した医師がいないため
14. 保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師、その他精神保健福祉に携わる専門職の同席が困難なため
15. その他（　　）

≪精神保健指定医の業務等≫

㉜精神保健指定医の業務のうち、貴施設の精神保健指定医が実施しているものをお選びください。※〇はいくつでも
※貴施設に精神保健指定医が複数いる場合、そのいずれかが実施していれば〇を付けてください。

01. 措置入院、緊急措置入院時の判定
02. 医療保護入院時の判定
03. 応急入院時の判定
04. 措置入院者の定期病状報告に係る診察
05. 医療保護入院者の入院期間の更新に係る診察
06. 任意入院者の退院制限時の診察
07. 入院者の行動制限の判定
08. 措置入院者の措置症状消失の判定
09. 措置入院者の仮退院の判定
10. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定
11. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定
12. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定
13. 精神医療審査会委員としての診察
14. 精神科病院に対する立入検査、質問及び診察
15. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察
16. 指定医としての業務は行っていない

㉜-1 ㉜の業務のうち、特に業務負担に感じているものをお選びください。（最大３つまで〇）

01. 措置入院、緊急措置入院時の判定
02. 医療保護入院時の判定
03. 応急入院時の判定
04. 措置入院者の定期病状報告に係る診察
05. 医療保護入院の入院期間の更新に係る診察
06. 任意入院者の退院制限時の診察
07. 入院者の行動制限の判定
08. 措置入院者の措置症状消失の判定
09. 措置入院者の仮退院の判定
10. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定
11. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定
12. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定
13. 精神医療審査会委員としての診察
14. 精神科病院に対する立入検査、質問及び診察
15. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察
16. 指定医としての業務は行っていない
17. 特に負担に感じるものはない

㉜-2 ㉜-1の業務についての負担軽減策として、貴施設で実施していることがあればご回答ください。（自由記載）

㉝以下の業務のうち、貴施設の医師が過去１年間において実施しているものをお選びください。※〇はいくつでも

01. 医療観察法対象者の診察
02. 保健所の嘱託医
03. 児童相談所の嘱託医
04. 障害支援区分の市町村の審査会委員
05. その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務
⇒（具体的に：　　）

≪精神科退院時共同指導料の算定状況≫

㉞精神科退院時共同指導料の届出状況をご記入ください。

01. 精神科退院時共同指導料１の届出をしている　⇒㉞-1へ
02. 届出をしていない　⇒㉞-2へ

㉞-1 令和8年 10 月における「精神科退院時共同指導料１」の算定件数をご記入ください。

a. 精神科退院時共同指導料１　（　　）件

【上記㉞で「02.届出をしていない」又は上記㉞-1で算定件数が0件だった場合を選択した場合】

㉞-2 その理由について当てはまるものを回答してください。 ※〇はいくつでも

01. 専任の精神保健福祉士の配置が困難であるため
02. 多職種チームによる共同指導のための十分な時間を確保できないため
03. 該当する患者がいないため
04. 協働する医療機関がないため
05. その他（　　）

３．精神科デイ・ケア等の実施状況

①貴施設が届出を行っている精神科デイ･ケア等は何ですか。（〇はいくつでも）

00. 届出をしていない　→③-8へ
01. 精神科ショート・ケア（小規模なもの）
02. 精神科ショート・ケア（大規模なもの）
03. 精神科デイ・ケア（小規模なもの）
04. 精神科デイ・ケア（大規模なもの）
05. 精神科ナイト・ケア
06. 精神科デイ・ナイト・ケア

②貴施設が実施する精神科デイ・ケア等に従事している職員数をご記入ください。（○はいくつでも）

a.医師	b.看護師・准看護師	c.作業療法士	d.精神保健福祉士	e.社会福祉士(d除く)
精神科（　　）人 それ以外（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

f.公認心理師	g.看護補助者	h.その他
（　　）人	（　　）人	（　　）人

③精神科デイ・ケアの実施状況（対象者の年齢、疾患、実施頻度、1回あたりの対象人数等）をご記入ください。

③-1 精神科デイ・ケア等の算定件数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

精神科ショート・ケア（小規模なもの）	（　　）件
精神科ショート・ケア（大規模なもの）	（　　）件
精神科デイ・ケア（小規模なもの）	（　　）件
精神科デイ・ケア（大規模なもの）	（　　）件
精神科ナイト・ケア	（　　）件
精神科デイ・ナイト・ケア	（　　）件

③-2 対象者の状態像として該当するものを選んでください。（令和8年10月1か月間） ※○はいくつでも

01. 認知症　02. 認知症を除く器質性精神障害　03. アルコール依存症
04. 依存症（アルコール以外によるもの）　05. 統合失調症　06. 気分障害
07. 人格障害（パーソナリティ障害等）　08. 神経症性障害（不安障害、PTSD等）　09. 摂食障害
10. 睡眠障害　11. 産後うつ　12. 知的障害
13. 発達障害　14. てんかん　15. せん妄
16. その他の精神疾患

③-3 各年代に該当する患者数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

20歳未満	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

③-4 精神科デイ・ケア等の実施頻度ごとの患者数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

週5日以上	週4日	週3日	週2日	週1日	不定期
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

③-5 精神科デイ・ケア等の1回あたりの対象人数について最も該当するものを選んでください。（令和8年10月1か月間）

01. 1～10人　02. 11～30人　03. 31～50人　04. 51～70人　05. 71人以上　06. 不明

③-6 精神科デイ・ケア等の、利用開始から終了までの期間について最も近いものを選んでください。

01. 3か月未満　02. 3か月～6か月　03. 6か月～1年　04. 1年～3年　05. 3年以上　06. 不明

③-7 精神科デイ・ケア等の、新規開始人数と利用終了人数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

新規開始人数	（　　）人	利用終了人数	（　　）人

③-8 精神科デイ・ケア等の届出をしていない理由を選んでください。 ※○はいくつでも

01. 実施体制の確保が難しいため　02. 対象となる患者がいないため
03. 精神科デイ・ケア等を行うにふさわしい専用の施設を有していないため　04. その他（　　）

4．在宅医療の状況について

≪在宅患者の往診※1≫

※1：往診とは、医師が予定外に、患家に赴き診療を行うことを指します。

①貴施設では、精神科在宅患者の往診を実施していますか。

01. 実施している　→①-1へ　　02. 実施していない　→①-2へ

①-1 上記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。
令和8年10月における実施回数、往診を行った患者数（実人数）等についてご記入ください。

1）往診の実施回数		（　　）回
2）往診を行った患者数	実人数	（　　）人
3）上記2）のうち、在宅精神療法の算定区分別の患者数	a. 在宅精神療法「イ」の算定患者	（　　）人
	b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者	（　　）人
	c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者	（　　）人
	d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者	（　　）人
	e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者	（　　）人

①-2 前記①で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。
往診を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。※○はいくつでも

01. 往診が必要な患者がいないため
02. 職員が不足しているため
⇒不足している職員（※○はいくつでも）：21. 医師　22. 看護職員　23. 薬剤師　24. 理学療法士　25. 作業療法士　26. 言語聴覚士　27. 精神保健福祉士　28. 公認心理師　29. その他（　　）
03. 急な対応が難しいため
04. 移動時間の確保が難しいため
05. 緊急時の対応等に不安があるため
06. 同地域で精神科往診を実施する他の医療機関があり、当院が実施する必要

07．その他（　　）

【前記①で「01．実施している」と回答した施設にお伺いします。】

②身体合併症に対応していますか。※○はいくつでも

01．自院の医師（精神科）が対応　→②-1へ　　02．自院の医師（精神科以外）が対応　→②-1へ
03．他院の医師と連携して対応　→②-1へ　　04．対応していない　→③へ

②-1　上記②で「01．自院の医師（精神科）が対応」「02．自院の医師（精神科以外）が対応」「03．他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。
実際に対応する施設における、下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。
（対応可能なものに○、対応不可のものに×）

a. 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者	
c. 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者	
d. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
e. 気管カニューレを使用している状態にある者	
f. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
g. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
o. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
p. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
q. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
r. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
s. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
t. 向精神薬による副作用への対応	

≪在宅患者の訪問診療※2≫

※２：訪問診療とは、在宅療養を行う患者であって、疾病・傷病のため通院が困難なものに対して定期的に訪問して診療を行うことを指します。

③貴施設では、精神科在宅患者の訪問診療を実施していますか。

01．実施している　→③-1へ　　02．実施していない　→③-2へ

③-1　上記③で「01．実施している」と回答した施設にお伺いします。
令和8年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数（実人数）等についてご記入ください。

1）訪問診療の実施回数		（　　）回
2）訪問診療を行った患者数	実人数	（　　）人
3）上記2）のうち、在宅精神療法の算定区分別の患者数	a. 在宅精神療法「イ」の算定患者	（　　）人
	b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者	（　　）人
	c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者	（　　）人
	d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者	（　　）人
	e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者	（　　）人

③-2　上記③で「02．実施していない」と回答した施設にお伺いします。
訪問診療を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。※○はいくつでも

01．訪問診療が必要な患者がいないため
02．職員が不足しているため
⇒不足している職員（※○はいくつでも）：21．医師　22．看護職員　23．薬剤師　24．理学療法士　25．作業療法士　26．言語聴覚士　27．精神保健福祉士　28．公認心理師　29．その他（　　）
03．移動時間の確保が難しいため　　04．在宅での対応等に不安があるため
05．同地域で精神科訪問診療を実施する他の医療機関に対象となる患者を紹介しているため　　06．その他（　　）

【前記③で「01．実施している」と回答した施設にお伺いします。】

④身体合併症に対応していますか。

01．自院の医師（精神科）が対応　→④-1へ　　02．自院の医師（精神科以外）が対応　→④-1へ
03．他院の医師と連携して対応　→④-1へ　　04．対応していない　→⑤へ

④-1　上記④で「01．自院の医師（精神科）が対応」「02．自院の医師（精神科以外）が対応」「03．他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。
下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。（対応可能なものに○、対応不可のものに×）

a. 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者	
c. 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者	
d. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
e. 気管カニューレを使用している状態にある者	
f. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
g. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
o. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
p. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
q. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
r. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
s. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
t. 向精神薬による副作用への対応	

⑤　上記①-1，③-1について、在宅精神療法（在宅精神療法ロ又ハ（1）（2）（3））の算定回数についてお伺いします。（令和8年10月1か月間）

	合計	5分以上10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満	50分以上60分未満	60分以上
在宅精神療法ロ（初診日）								
1）60分以上（精神保健指定医）	（　）件							（　）件
2）60分以上（精神保健指定医以外）	（　）件							（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件							（　）件
3）30分以上60分未満（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
在宅精神療法ハ（初診日以外）								
4）60分以上（精神保健指定医）	（　）件							（　）件
5）60分以上（精神保健指定医以外）	（　）件							（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件							（　）件
6）30分以上60分未満（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
7）30分以上60分未満（精神保健指定医以外）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
（うち）注13に該当する場合	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
8）30分未満（精神保健指定医）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
9）30分未満（精神保健指定医以外）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
（うち）注13に該当する場合	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				

⑥　⑤のうち、初診の患者（在宅精神療法ロ）についてお伺いします。各年代に該当する患者数をご記入ください。（令和8年10月1か月間）

	01．20歳未満	02．20～39歳	03．40～64歳	04．65～74歳	05．75歳以上	06．不明
対象患者数	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人

≪精神科在宅患者支援管理料≫

⑦貴施設では精神科在宅患者支援管理料の届出を行っていますか。

01．届出を行っている　→⑦-1へ　　02．届出を行っていない　→⑦-7へ

【以下の⑦-1～⑦-6 の質問は、上記⑦で「01 届出を行っている」と回答した施設にお伺いします。】

⑦-1 届出の種類等についてお伺いします。

1)届出の種類※○はいくつでも	01．精神科在宅患者支援管理料１　02．精神科在宅患者支援管理料２ 03．精神科在宅患者支援管理料３
2)「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施する上で、連携する訪問看護ステーションの有無	01．ある　→連携先※○はいくつでも （11．特別の関係※3にあるもの　12．それ以外） 02．ない

※３：「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいう。

⑦-2 令和8年8月～10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定状況についてお選びください。

01．算定あり　→⑦-3へ　　02．算定なし　→⑧へ

⑦-3 上記⑦-2で「01．算定あり」と回答した施設にお伺いします。
令和8年8月～10月における「精神科オンライン在宅管理料」の算定状況についてお選びください。

01．算定あり　→⑦-5へ　　02．算定なし　→⑦-4へ

⑦-4 精神科オンライン在宅管理料を算定していない理由としてあてはまるものをお選びください。
※○はいくつでも

01．情報通信機器を用いた診療が馴染まないと考えられるため
⇒具体的に（※○はいくつでも）：
11．精神疾患の正確な診断及び診療が難しいため
12．必要に応じて身体診察を実施する必要があるため
13．希望する患者が少ない・いないため
14．その他（　　）
02．情報通信機器を用いた診療を実施する環境にないため
⇒具体的に（※○はいくつでも）：
21．情報通信機器の導入予算がないため
22．医療機関において、情報通信機器の操作が困難であるため
23．情報通信機器の操作を行うことができると考えられる患者が少ない・いないため
24．その他（　　）
03．その他（　　）

⑦-5 令和8年 10 月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定件数をご記入ください。
≪在宅医療における包括的支援ケアマネジメント導入基準の要件を満たす患者についてご記入ください≫

a．精神科在宅患者支援管理料1	（　　）件
イ．重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（1)単一建物診療患者1人	（　　）件
イ．重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（2)単一建物診療患者2人以上	（　　）件
b．精神科在宅患者支援管理料2	（　　）件
イ．重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（1)単一建物診療患者1人	（　　）件
イ．重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者（2)単一建物診療患者2人以上	（　　）件
c．精神科在宅患者支援管理料3	（　　）件
イ．単一建物診療患者1人	（　　）件
ロ．単一建物診療患者2人以上	（　　）件

⑦-6 令和8年10月における「精神科在宅患者支援管理料」の各年代に該当する患者数をご記入ください。

	20歳未満	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
対象患者数	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑦-7 前記⑦で「02. 届出を行っていない」と回答した施設にお伺いします。届出を行わない理由と今後の意向についてご記入ください。

1）届出を行わない理由 ※〇はいくつでも	01. 対象となる患者がいないため →【満たすことが難しい対象要件】 11. ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 12. 機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 13. 当該管理料を算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が40 以下の者 02. 施設基準を満たすことが難しいため →【満たすことが難しい施設基準】 21. 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師が適切に配置されていること 22. 当該保険医療機関内に常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること 23. 当該保険医療機関内に常勤の作業療法士が適切に配置されていること 24. 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること 25. 精神科訪問診療や訪問看護等の提供実績が一定数以上であること 03. 算定可能な期間の上限が２年であること 04. 経営上のメリットがないこと 05. その他（　　）
2）今後の届出意向	01. 届出の予定がある　→届出予定時期：西暦（　　）年（　　）月 02. （具体的な予定はないが）届出の意向がある　03. 検討中であり、まだ分からない 04. 届出を行う意向はない　05. その他（　　）

≪在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料≫

⑧貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分について教えてください。

01. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）
02. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）
03. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所
04. 在宅療養支援病院・診療所ではない

⑨ 各年代に該当する各管理料の患者数をご記入ください。（令和８年10月１か月間）

	20歳未満	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	不明
在宅時医学総合管理料の算定患者数	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人
施設入居時等医学総合管理料の算定患者数	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑩ （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を算定していて、精神科在宅患者支援管理料を算定していない場合）その理由について、当てはまるものをお選びください。※〇はいくつでも

01. 精神科在宅患者支援管理料の施設基準を満たすことが困難なため
02. 精神科在宅患者支援管理料の対象患者に該当しないため
03. 精神科在宅患者支援管理料を算定可能な期間を過ぎているため
04. 精神科在宅患者支援管理料の算定患者ごとに専任の多職種チームを設置することが困難なため
05. 専任の多職種チームによる定期的なカンファレンスを行うことが困難なため
06. 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方が、点数が高くなるため
07. その他（　　）

5．精神科訪問看護の状況

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。

01．貴施設が行っている　→②～⑦へ
02．貴法人設置の訪問看護ステーションが行っている　→⑧へ
03．行っていない　→⑨へ

【以下の②～⑦の設問は、上記①で「01．貴施設が行っている」と回答した施設のみお答えください。】

②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算※1）をお答えください。

1）保健師・看護師	2）准看護師	3）作業療法士	4）精神保健福祉士	5）その他	6）合計
（　　．　　）人	（　　．　　）人	（　　．　　）人	（　　．　　）人	（　　．　　）人	（　　．　　）人

※1：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）

②-1　24時間対応が可能な体制を確保していますか。

01．確保している　　02．確保していない

③令和8年 10月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）	実人数（　　）人
③-1　上記③のうち、身体疾患を有する患者数（実人数）	実人数（　　）人

④令和8年 10 月1日～10 月7日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。

週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上	合計
（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑤令和8年 10 月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数（人）と算定回数（回）をお答えください。

	1）30 分未満	2）30 分以上 60 分未満	3）60 分以上 90 分未満	4）90 分以上
a. 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
b. 保健師又は看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
c. 作業療法士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
d. 精神保健福祉士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
e. 准看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
f. 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物等居住者）	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
g. 保健師又は看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
h. 作業療法士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
i. 精神保健福祉士による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
j. 准看護師による算定患者数・算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回

⑤-1　令和8年　10　月1か月間の精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物等居住者）について、精神科訪問看護の同一建物居住者の人数区分別の算定患者数と算定回数をお答えください。

	2 人	3 人以上 9 人以下	10 人以上 19 人以下	20 人以上 49 人以下	50 人以上
保健師又は看護師による算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
作業療法士による算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
精神保健福祉士による算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回
准看護師による算定回数	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回	（　　）人 （　　）回

⑥令和8年　10　月1日時点の貴施設における訪問看護に従事する専門の研修を受けた看護師の人数（実人数）をお答えください。
※以降の設問において「専門の研修を受けた看護師」とは、右記の4種類を指します。
※右記の4種類について複数該当する者については、それぞれに人数を計上してください。

1）精神看護専門看護師（日本看護協会）	（　　）人
2）認知症看護認定看護師（日本看護協会）	（　　）人
3）精神科認定看護師（日本精神科看護協会）	（　　）人
4）特定行為研修修了者	（　　）人

⑦**複数名精神科訪問看護・指導加算**を算定した利用者数を保健師又は看護師と同行した職種ごとにご記入ください。
（令和8年10月）※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

	a.保健師/看護師	b.作業療法士	c.准看護師	d.看護補助者	e.精神保健福祉士
⑦-1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
⑦-2 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
⑦-3 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
⑦-4 その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人	（　）人
	（具体的に：　　）				

⑧身体合併症に対応していますか。

01. 対応している　⇒⑧-1へ　　02. 対応していない　⇒⑨へ

⑧-1 上記⑧で「01. 対応している」と回答した施設にお伺いします。
下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。（対応可能なものに○、対応不可のものに×）

a. 在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者	
c. 在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者	
d. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
e. 気管カニューレを使用している状態にある者	
f. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
g. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
o. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
p. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
q. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
r. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
s. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
t. 向精神薬による副作用への対応	

⑨ 精神科訪問看護を実施していない理由を選んでください。 ※○はいくつでも

01. 実施体制の確保が難しいため　　02. 対象となる患者がいないため
03. その他（　　）

【以下の質問は、すべての施設にお伺いします。】

⑨その他、令和8年度の精神医療に係る診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。

診療所票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和９年１月 22 日（金）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

ID番号：

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

精神医療等の実施状況調査 入院患者票

※令和8年10月1日（木）時点での患者について、「調査実施要領」の「Ⅱ．対象者及び回答方法」の条件に沿って抽出の上、ご記入ください。
※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。
※特に断りのない質問については、令和8年10月1日（木）時点の状況についてご記入ください。

1．患者の基本属性

①-1 入院基本料等 ※○はいくつでも	01. 急性期病院A精神病棟入院料 （⇒ 11. 10対1　12. 13対1 13. 15対1）	02. 急性期病院B精神病棟入院料 （⇒ 21. 10対1　22. 13対1 23. 15対1）	03. 精神病棟入院基本料 （⇒ 31. 10対1、32. 13対1、 33. 15対1、34. 18対1、35. 20対1）
	04. 特定機能病院入院基本料 （⇒ 41. A　42. B　43. C）	05. 精神科救急急性期医療入院料	06. 精神科急性期治療病棟入院料 （⇒61. 1　62. 2）
	07. 精神科救急・合併症入院料	08. 児童・思春期精神科入院医療管理料	09. 精神療養病棟入院料
	10. 認知症治療病棟入院料 （⇒ 101.　1　102.　2）	11. 地域移行機能強化病棟入院料	
①-2 加算項目 ※○はいくつでも	01. 精神病棟看護・多職種協働加算	02. 精神科身体合併症管理加算	03.　精神科慢性身体合併症管理加算
	04. 精神科入退院支援加算	05. 精神科地域密着多機能体制加算 （⇒51. 1　52. 2　53. 3）	
②性別	01.　男性　　02.　女性	③年齢	_____歳
④精神障害者保健福祉手帳	01.　手帳をもっていない　02.　1級　03.　2級　04.　3級　05.　申請中		
⑤障害年金	01.　受給している　⇒等級（11.　1級　12.　2級　13.　3級）　02.　受給していない　03.　申請中		
⑥生活保護	01.　受給している　02.　受給していない　03.　申請中		
⑦障害支援区分	01.　未申請　02.　申請中　03.　区分1　04.　区分2 05.　区分3　06.　区分4　07.　区分5　08.　区分6 09.　非該当　10.　不明		
⑧要介護度	01.　非該当　02.　未申請　03.　申請中　04.　自立　05.　要支援1・2 06.　要介護1　07.　要介護2　08.　要介護3　09.　要介護4　10.　要介護5 11.　不明		
⑨身体障害の有無	01.　あり　02.　なし		
⑩知的障害の有無	01.　あり⇒（11. 軽度・12. 中度・13. 重度・14. 最重度）　02.　なし		
⑪入院前の居場所	01.　自宅　→⑫へ　02.　自宅以外（有料老人ホーム等）　03.　その他		
⑫家族との同居	01.　家族との同居あり　02.　家族との同居なし　03.　その他		

2．入院時・入棟時の状況

①今回の入院日・入棟日	入院日：西暦（　　）年（　　）月（　）日　入棟日：西暦（　　）年（　　）月（　）日
②過去1年間の入院日数・入院回数	令和7年11月～令和8年10月の通算入院日数：（　　）日 令和7年11月～令和8年10月の通算入院回数：（　　）回
③入院・入棟前の居場所 ※○はいくつでも	01.　自宅（在宅医療の提供あり）　02.　自宅（在宅医療の提供なし） 03.　介護老人保健施設　04.　介護医療院 05.　特別養護老人ホーム　06.　軽費老人ホーム、有料老人ホーム 07.　その他の居住系介護施設　08.　障害者支援施設 09.　共同生活援助（グループホーム）　10.　他院の一般病床 11.　他院の一般病床以外　12. ICU等の高度急性期病床を有する病院における精神病床 13.　自院の一般病床（14、15以外）　14.　自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床 15.　自院の地域包括ケア病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床　16.　自院の療養病床 17.　自院の精神病床　18.　自院のその他の病床 19.　有床診療所　20.　その他（　　）

216

④病棟	01. 一般病棟		
	02. 精神病棟 ⇒入院料	20. 急性期病院精神病棟入院基本料 （⇒ 201.A　202.B）	21. 精神病棟入院料
		22. 精神科救急急性期医療入院料	23. 精神科急性期治療病棟入院料 （⇒231.1　232.2）
		24. 精神科救急・合併症入院料	25. 児童・思春期精神科入院医療管理料
		26. 精神療養病棟入院料	27. 認知症治療病棟入院料
		28. 地域移行機能強化病棟入院料	
	03. その他		

⑤入院の主な理由 ※○は2つまで	01. 精神症状が強いため	02. セルフケアに著しい問題があるため
	03. 迷惑行為･他害行為の危険性が高いため	04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため
	05. 治療・服薬への抵抗が強いため	06. 身体合併症の治療のため
	07. 家族が入院を希望するため	08. 退院後の居住先が確保できていないため
	09. 退院後の日常生活の支援が得られないため	10. その他（　　）
⑥入院時の入院形態	01. 任意入院　02. 医療保護入院　03. 措置入院　04. 緊急措置入院　05. 応急入院	
⑦入棟時の入院形態	01. 任意入院　02. 医療保護入院　03. 措置入院　04. 緊急措置入院　05. 応急入院	
⑧入院時点の患者の GAF 尺度	01. 情報あり　→（GAF 尺度：＿＿＿＿）　02. 不明	
⑨入棟時点の患者の GAF 尺度※1	01. 情報あり　→（GAF 尺度：＿＿＿＿）　02. 不明	

※１：入院日と入棟日が同じ場合は同じ内容を記載ください。

⑩主傷病名及び主傷病以外の病名（以下傷病名一覧※より、該当する番号をご記入ください）	主傷病		併存症１	
	医療資源を最も投入した傷病名		併存症２	
	入院契機		併存症３	

※傷病名一覧

01. 認知症	02. 認知症を除く器質性精神障害	03. アルコール依存症
04. 依存症（アルコール以外によるもの）	05. 統合失調症	06. 気分障害
07. 人格障害（パーソナリティ障害等）	08. 神経症性障害（不安障害、PTSD等）	09. 摂食障害
10. 睡眠障害	11. 産後うつ	12. 知的障害
13. 発達障害	14. てんかん	15. せん妄
16. その他の精神疾患		

⑪身体合併症※2の有無	01. あり（治療内容を問わない）　→⑪-1 へ	02. なし　→p.3の「3」へ

※２：治療中の精神疾患の他に、身体疾患が併存する場合をいいます。ただし、経過観察中の疾患は除いてください。

【上記⑪で「01.あり」を選択した場合のみご回答ください。】

⑪-1 身体合併症の種類と対応する医師　※○はいくつでも
※身体合併症としてあるものについては、対応する医師についても該当する欄に○をご記入ください。

	身体合併症としてあるものに○	対応する医師に○ 自院の医師 内科	外科	精神科	その他	他院の医師 内科	外科	精神科	その他
01. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫等）の患者									
02. 心疾患（ＮＹＨＡⅢ度以上の心不全、虚血性心疾患等）の患者									
03. 手術または直達・介達牽引を要する骨折の患者									
04. 脊椎損傷の患者									
05. 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者									
06. 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者									
07. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）の患者									
08. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）の患者									
09. 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者									
10. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者									
11. 劇症肝炎または重症急性膵炎の患者									
12. 悪性症候群または横紋筋融解症の患者									
13. 広範囲（半肢以上）熱傷の患者									
14. 手術、化学療法または放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者									
15. 透析導入時の患者									

	16. 維持透析の患者										
	17. 重篤な血液疾患の患者										
	18. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）の患者										
	19. 手術室での手術を必要とする状態の患者										
	20. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）の患者										
	21. 妊産婦である患者										
	22. 糖尿病のある患者										
	23. 高血圧のある患者										
	24. 脂質異常症のある患者										
	25. その他（　　）										

⑪-2 リハビリテーションの有無	01. あり →（11. 言語聴覚療法　12. 理学療法　13. 作業療法(精神)　14. 作業療法(精神以外)） 02. なし

⑫入院前に利用していた支援等 ※○はいくつでも	01. 薬物療法	02. 精神療法	03. 精神科デイ・ケア等
	04. 訪問診療	05. 精神科訪問看護	
	【介護保険サービス】		
	06. 訪問介護	07. 訪問看護	08. 訪問リハビリテーション
	09. 通所介護	10. 短期入所療養介護	11. 短期入所生活介護
	12. 通所リハビリテーション	13. 福祉用具貸与	14. 住宅改修
	【障害福祉サービス】		
	15. 居宅介護	16. 重度訪問介護	17. 同行援護
	18. 行動援護	19. 療養介護	20. 生活介護
	21. 短期入所	22. 重度障害者等包括支援	23. 施設入所支援
	24. 自立訓練（機能訓練）	25. 自立訓練（生活訓練）	26. 就労移行支援
	27. 就労継続支援Ａ型	28. 就労継続支援Ｂ型	29. 就労定着支援
	30. 自立生活援助	31. 共同生活援助（グループホーム）	32. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）
	33. 計画相談支援	34. 基本相談支援	
	【その他】		
	35. 地域生活支援事業	36. その他（　　）	
	37. わからない		

３．現在の患者の状態等

（１）直近一年間（令和７年11月～令和８年10月）における精神疾患の状況

①包括的支援マネジメント導入基準への該当状況及びその他の状況 ※○はいくつでも	01. ６か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある 02. 自分１人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む） 03. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある 04. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある 05. 自傷や自殺を企てたことがある 06. 家族への暴力、暴言、拒絶がある 07. 警察・保健所介入歴がある 08. 定期的な服薬ができていなかったことが２か月以上あった 09. 外来受診をしないことが２か月以上あった 10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない 11. 直近の入院は措置入院／緊急措置入院である 12. 日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある 13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている 14. 支援する家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独） 15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等） 16. 入院中に医療保護入院者退院支援委員会の開催がある 17. 入院して１年以上である 18. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある 19. 身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要である 20. 入退院を繰り返している 21. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である 22. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている

	23. 分からない
②患者の GAF 尺度	（＿＿＿＿）

（２）日常生活自立度

①認知症高齢者の日常生活自立度	01. 自立　02. Ⅰ　03. Ⅱa　04. Ⅱb　05. Ⅲa　06. Ⅲb 07. Ⅳ　08. M　09. 不明
②障害高齢者の日常生活自立度	01. J（生活自立）　02. A（準寝たきり）　03. B（寝たきり）　04. C（寝たきり）

（３）治療の状況

①クロザピン及び持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の処方内容(直近1か月間)		
1）クロザピンの使用	01. あり	02. なし
2）LAI の処方	01. あり	02. なし
②医療的な状態	01. 安定している	02. 時々、不安定である　03. 常時、不安定である

③医師による診察の頻度 ※精神科医・精神科医以外の医師それぞれについて、該当するものに○を１つ		（1）精神科医	（2）精神科医以外の医師
	週１回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）		
	週２～３回、医師による診察（処置、判断含む）		
	毎日、医師による診察（処置、判断含む）		
	１日数回、医師による診察（処置、判断含む）		
	常時、医師による診察（処置、判断含む）		
	診察は不要		

④看護師による直接の看護提供の頻度	01. １日１～３回の観察および支援　02. １日４～８回の観察および支援　03. 02 を超えた頻繁な観察および支援 04. 常時の観察および支援（常に患者の観察や支援が必要） （24 時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）
⑤リハビリ職によるリハの実施状況	01. 言語聴覚療法　02. 理学療法　03. 作業療法　04. いずれも実施していない
⑥実施している場合の頻度・単位数 ※集団療法を除く	言語聴覚療法　頻度：平均（　　）回/週　単位数：平均（　　）単位/回 理 学 療 法　頻度：平均（　　）回/週　単位数：平均（　　）単位/回 作 業 療 法　頻度：平均（　　）回/週　単位数：平均（　　）単位/回
⑦公認心理師による専門的な評価、介入の実施状況	01. あり　02. なし
⑧-1 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、終末期に関する適切な意思決定支援の実施の有無	01. あり　02. なし
⑧-2 日常生活における適切な意思決定支援の実施の有無	01. あり　02. なし
⑧-3 精神保健福祉士による支援の有無	01. あり　02. なし
⑧-4 多職種カンファレンスの実施有無	01. あり　02. なし
⑧-5 医療保護入院等診療料の算定有無	01. あり　02. なし
⑧-6 精神科入退院支援加算の算定有無	01. あり　02. なし

（４）食事の状況

①食事の摂取状況	01. 経口摂取のみ　→p.5「４」へ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用　→①-1 へ 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ　→①-1 へ			
①-1　①で 02 又は 03 の場合、内訳	01. 経鼻胃管	02. 胃瘻・腸瘻	03. 末梢静脈栄養	04. 中心静脈栄養
②介助の状況	01. 自立	02. 一部介助	03. 全介助	：介助実施　あり・なし

（５）その他患者の状況

①寝返り	01. 自立	02. 一部介助	03. 全介助	：介助実施　あり・なし
②移動	01. 自立	02. 一部介助	03. 全介助	：介助実施　あり・なし
③口腔清潔	01. 自立	02. 一部介助	03. 全介助	：介助実施　あり・なし
④衣服の着脱	01. 自立	02. 一部介助	03. 全介助	：介助実施　あり・なし
⑤診療・療養上の指示が通じる	01. はい	02. いいえ		

４．退院の見通し

①予想される入院期間 ※今回の入院日から起算	01. １か月以内　02. １か月超３か月以内　03. ３か月超６か月以内 04. ６か月超１年以内　05. １年超５年以内　06. ５年超

【上記①で 03,04,05,06 を回答された方のみご回答ください】 ②入院期間が3か月超となる主な理由 ※最もあてはまるものに○を1つ	01. 患者に退院後の日常生活を行う機能がないため 02. 症状が不安定なため 03. 症状は安定してきたが、退院後に短期間で再入院が見込まれるため 04. 精神症状が重く入院継続による治療が必要であるため 05. 身体合併症の治療に時間を要するため　06. 患者の経済的理由のため 07. 家族による退院受入れが困難であるため　08. 同居家族がいないため 09. 認知症の BPSD 等により、在宅での受入れが困難なため　10. 施設等から入所を断られるため 11. 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため 12. その他（　　）

【こちらは皆さまご回答ください】 ③退院後、生活を継続するために必要と考えられる支援等 ※○はいくつでも	01. 薬物療法	02. 精神療法	03. 精神科デイ・ケア等
	04. 訪問診療	05. 精神科訪問看護	
	【介護保険サービス】		
	06. 訪問介護	07. 訪問看護	08. 訪問リハビリテーション
	09. 通所介護	10. 短期入所療養介護	11. 短期入所生活介護
	12. 通所リハビリテーション	13. 福祉用具貸与	14. 住宅改修
	【障害福祉サービス】		
	15. 居宅介護	16. 重度訪問介護	17. 同行援護
	18. 行動援護	19. 療養介護	20. 生活介護
	21. 短期入所	22. 重度障害者等包括支援	23. 施設入所支援
	24. 自立訓練（機能訓練）	25. 自立訓練（生活訓練）	26. 就労移行支援
	27. 就労継続支援Ａ型	28. 就労継続支援Ｂ型	29. 就労定着支援
	30. 自立生活援助	31. 共同生活援助（グループホーム）	32. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）
	33. 計画相談支援	34. 基本相談支援	
	【その他】		
	35. 地域生活支援事業	36. その他（　　）	
	37. わからない		

入院患者票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和９年１月 22 日（金）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

ID番号：

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

精神医療等の実施状況調査 外来患者票

※令和8年10月1日（木）時点での患者について、「調査実施要領」の「Ⅱ．対象者及び回答方法」の条件に沿って抽出の上、ご担当者の方がご記入ください。
※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。
※特に断りのない質問については、令和8年10月1日（木）時点の状況についてご記入ください。

1．患者の基本属性

①性別	01．男性　02．女性	②年齢	＿＿＿＿歳
③精神障害者保健福祉手帳	01．手帳をもっていない　02．１級　03．２級　04．３級　05．申請中		
④障害年金	01．受給している →等級（11．１級　12．２級　13．３級）　02．受給していない　03．申請中		
⑤生活保護	01．受給している　02．受給していない　03．申請中		
⑥障害支援区分	01．未申請　02．申請中　03．区分１　04．区分２ 05．区分３　06．区分４　07．区分５　08．区分６ 09．非該当　10．不明		
⑦要介護度	01．非該当　02．未申請　03．申請中　04．自立　05．要支援１・２ 06．要介護１　07．要介護２　08．要介護３　09．要介護４　10．要介護５ 11．不明		
⑧身体障害の有無	01．あり　02．なし		
⑨知的障害の有無	01．あり⇒（1.軽度・2.中度・3.重度・4.最重度）　02．なし		
⑩居所	01．自宅　02．介護老人保健施設　03．介護医療院 04．特別養護老人ホーム　05.軽費老人ホーム、有料老人ホーム　06．その他の居住系介護施設 07．障害者支援施設　08.共同生活援助（グループホーム）　09．その他（　　）		
⑪家族との同居	01．家族との同居あり　02．家族との同居なし　03．その他		

2．直近の入院時の状況

①直近1年間における入院の有無	01．あり　02．なし　⇒「３．現在の状況」へ
②退院日	西暦（　　）年（　　）月
③過去1年間の入院日数	令和７年11月～令和８年10月の通算入院日数：（　　）日 令和７年11月～令和８年10月の通算入院回数：（　　）回
④入院施設	01．自院（11．精神科病棟　12．それ以外）　02．他院（21．精神科病棟　22．それ以外）
⑤直近入院していた主な入院の理由 ※○は2つまで	01．精神症状が強いため　02．セルフケアに著しい問題があるため 03．迷惑行為･他害行為の危険性が高いため　04．自傷行為・自殺企図の危険性が高いため 05．治療・服薬への抵抗が強いため　06．身体合併症の治療のため 07．家族が入院を希望するため　08．退院後の居住先が確保できていないため 09．退院後の日常生活の支援が得られないため　10．その他（　　）
⑥直近の入院時の入院形態	01．任意入院　02．医療保護入院　03．措置入院　04．緊急措置入院 05．応急入院
⑦患者の GAF 尺度	01．情報あり　→（GAF 尺度：＿＿＿＿）　02．不明

3．現在の状況

①主傷病名及び主傷病以外の病名（以下傷病名一覧※より該当する番号をご記入ください）	主傷病		併存症１	
			併存症２	
			併存症３	

※傷病名一覧

01．認知症	02．認知症を除く器質性精神障害	03．アルコール依存症
04．依存症（アルコール以外によるもの）	05．統合失調症	06．気分障害
07．人格障害（パーソナリティ障害等）	08．神経症性障害（不安障害、PTSD等）	09．摂食障害
10．睡眠障害	11．産後うつ	12．知的障害
13．発達障害	14．てんかん	15．せん妄
16．その他の精神疾患		

221

②身体合併症※1の有無	01. あり（治療内容を問わない） →②－１へ	02. なし　→「４．現在の患者の状態等」へ

※１：治療中の精神疾患の他に、身体疾患が併存する場合をいいます。

【前記②で「01.あり」を選択した場合のみご回答ください。】

②-1 身体合併症の種類と対応する医師 ※○はいくつでも ※身体合併症としてあるものについては、対応する医師についても該当する欄に○をご記入ください。	身体合併症としてあるものに○	対応する医師に○							
		自院の医師				他院の医師			
		内科	外科	精神	その他	内科	外科	精神	その他
01. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫等）の患者									
02. 心疾患（ＮＹＨＡⅢ度以上の心不全、虚血性心疾患等）の患者									
03. 手術または直達・介達牽引を要する骨折の患者									
04. 脊椎損傷の患者									
05. 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者									
06. 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者									
07. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）の患者									
08. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）の患者									
09. 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者									
10. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者									
11. 劇症肝炎または重症急性膵炎の患者									
12. 悪性症候群または横紋筋融解症の患者									
13. 広範囲（半肢以上）熱傷の患者									
14. 手術、化学療法または放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者									
15. 透析導入時の患者									
16. 維持透析の患者									
17. 重篤な血液疾患の患者									
18. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）の患者									
19. 手術室での手術を必要とする状態の患者									
20. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）の患者									
21. 妊産婦である患者									
22. 糖尿病のある患者									
23. 高血圧のある患者									
24. 脂質異常症のある患者									
25. その他（　　）									

②-2 リハビリテーションの有無	01. あり ⇒（11. 言語聴覚療法　12. 理学療法　13. 作業療法(精神)　14. 作業療法(精神以外)） 02. なし

４．現在の患者の状態等

（１）直近一年間（令和７年11月～令和８年10月）における精神疾患の状況

①包括的支援マネジメント導入基準への該当状況及びその他の状況 ※○はいくつでも	
	01. ６か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある
	02. 自分１人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）
	03. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
	04. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある
	05. 自傷や自殺を企てたことがある
	06. 家族への暴力、暴言、拒絶がある
	07. 警察・保健所介入歴がある
	08. 定期的な服薬ができていなかったことが２か月以上あった
	09. 外来受診をしないことが２か月以上あった
	10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない
	11. 直近の入院は措置入院／緊急措置入院である
	12. 日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある

	13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている 14. 支援する家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独） 15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等） 16. 入院中に医療保護入院者退院支援委員会の開催がある 17. 入院して１年以上である 18. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある 19. 身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要である 20. 入退院を繰り返している 21. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である 22. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている 23. 分からない
②患者の GAF 尺度	（＿＿＿＿）

（２）日常生活自立度

①認知症高齢者の日常生活自立度	01. 自立　02. Ⅰ　03. Ⅱa　04. Ⅱb　05. Ⅲa　06. Ⅲb 07. Ⅳ　08. M　09. 不明
②障害高齢者の日常生活自立度	01. J（生活自立）　02. A（準寝たきり）　03. B（寝たきり）　04. C（寝たきり）

５．外来医療・在宅医療の状況等

①令和8年5月～10 月における診療報酬の算定状況 ※○はいくつでも	01. 往診料　02. 在宅患者訪問診療料Ⅰ　03. 在宅患者訪問診療料Ⅱ 04. 在宅時医学総合管理料　05. 施設入居時等医学総合管理料　06. 精神科在宅患者支援管理料 07. 通院精神療法　08. 在宅精神療法 09. 精神科退院時共同指導料　⇒（91 精神科退院時共同指導料１　92 精神科退院時共同指導料２） 10. 児童思春期支援指導加算（⇒101. １　102. ２）　11. 療養生活継続支援加算　12. 精神科訪問看護・指導料 13. 精神科訪問看護基本療養費　14. 早期診療体制充実加算（⇒141. １　142. ２　143. ３）

	訪問診療	往診	訪問看護
②令和8年 10 月1か月間における実施回数	（　　）回	（　　）回	（　　）回

③通院精神療法（通院精神療法ロ又ハ）の算定回数についてお伺いします。（令和8年10月1か月間）

	合計	５分以上10分未満	10分以上20分未満	20分以上30分未満	30分以上40分未満	40分以上50分未満	50分以上60分未満	60分以上
通院精神療法ロ（初診日）								
1）60分以上（精神保健指定医）	（　）件							（　）件
2）60分以上（精神保健指定医以外）	（　）件							（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件							（　）件
3）30分以上60分未満（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	
通院精神療法ハ（初診日以外）								
4）30分以上（精神保健指定医）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
5）30分以上（精神保健指定医以外）	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
（うち）注13に該当する場合	（　）件				（　）件	（　）件	（　）件	（　）件
6）30分未満（精神保健指定医）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
7）30分未満（精神保健指定医以外）	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				
（うち）注13に該当する場合	（　）件	（　）件	（　）件	（　）件				

【当該患者又はその家族に対し、地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を実施した場合にご回答ください。】

※療養生活継続支援加算の算定の有無に関わらずご回答ください。

④-1 実施の有無	01. 実施した →④-2～④-5 へ　02. 実施していない →⑤へ
④-2 指導を実施した職種 ※○はいくつでも	01. 保健師　02. 看護師　03. 精神保健福祉士 04. 公認心理師　05. 作業療法士 06. その他（　　）
④-3 指導にあたり連携・相談した職種・機関 ※○はいくつでも	01. 自院⇒（11. 保健師　12. 看護師　13. 精神保健福祉士 14. 公認心理師　15. 作業療法士 16. その他（　　）） 02. 自院以外の医療機関⇒（21. 保健師　22. 看護師　23. 精神保健福祉士 24. 公認心理師　25. 作業療法士 26. その他（　　））

223

	03．介護サービス事業者　04.障害福祉サービス事業者　05．その他（　　） 05．児童相談所　06．保健所　07．不動産事業者等の居住支援機関 08．権利擁護を担う弁護士　09．その他（　　）
④-4 指導内容 ※〇はいくつでも	01．金銭管理を含めた生活指導　02．日々の健康管理に関する指導 03．服薬管理や受診に関する指導　04．地域の相談先に関する指導 05．その他（　　）
④-5 多職種が参加する カンファレンスの開催状況	開催頻度：１か月に（　　）回程度 ※２か月に１回程度の場合は「１回÷２か月＝0.5回程度」とご記入ください。

【全ての方にお伺いします。】

⑤生活を継続するために提供されている支援等 ※〇はいくつでも	01．薬物療法	02．精神療法	03．精神科デイ・ケア等
	04．訪問診療	05．精神科訪問看護	
	【介護保険サービス】		
	06．訪問介護	07．訪問看護	08．訪問リハビリテーション
	09．通所介護	10．短期入所療養介護	11．短期入所生活介護
	12．通所リハビリテーション	13．福祉用具貸与	14．住宅改修
	【障害福祉サービス】		
	15．居宅介護	16．重度訪問介護	17．同行援護
	18．行動援護	19．療養介護	20．生活介護
	21．短期入所	22．重度障害者等包括支援	23．施設入所支援
	24．自立訓練（機能訓練）	25．自立訓練（生活訓練）	26．就労移行支援
	27．就労継続支援Ａ型	28．就労継続支援Ｂ型	29．就労定着支援
	30．自立生活援助	31．共同生活援助（グループホーム）	32．地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)
	33．計画相談支援	34．基本相談支援	
	【その他】		
	35．地域生活支援事業	36．児童相談所	37．保健所
	38．不動産事業者等の居住支援機関	39．権利擁護を担う弁護士	
	40．その他（　　）		
	41．わからない		

外来患者票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和９年１月22日（金）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

ご依頼状（病院調査）

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

「精神医療等の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域密着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行った場合の評価や、精神病棟入院基本料等の入院料における看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の協働についての評価等が新設されました。また、精神科救急急性期医療入院料や通院・在宅精神療法等について評価の見直しが行われました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の保険医療機関を対象に、精神医療等に係る改定の影響や関連した取組の実施状況等に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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

令和9年1月 22 日（金）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局
〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：・・・（受付時間　９：30～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】・・・（受信専用）
【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）
長期処方やリフィル処方の実施状況調査

調査の概要（案）

１．調査目的

令和８年度診療報酬改定において、長期処方及びリフィル処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件及び処方箋様式の見直しが行われた。

これらを踏まえ、本調査では、長期処方及びリフィル処方箋の実施状況、医療機関と薬局の連携による取組状況並びに長期処方及びリフィル処方箋による効果や問題点等を把握し、改定に係る影響等について調査・検証を行う。

２．アンケート調査の構成及び調査手順

（１）アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
病院調査	a. 令和８年１月から３月の間に一定以上のリフィル処方箋の発行実績がある病院	500 件	層化無作為抽出	自記式調査票を郵送にて配布・回収
	b. リフィル処方箋の発行実績のない病院	500 件		
診療所調査	c. 令和８年１月から３月の間に一定以上のリフィル処方箋の発行実績がある診療所	500 件	層化無作為抽出	自記式調査票を郵送にて配布・回収
	d. リフィル処方箋の発行実績のない診療所	500 件		
医師調査	a～d の医療機関の勤務する医師（外来を担当する医師）	最大 4,000 件	各施設から最大２名※1	施設経由で依頼状を配布 Web で回答
保険薬局調査	e.　令和８年１月から３月の間に一定以上のリフィル処方箋の応需実績がある保険薬局	500 件	層化無作為抽出	自記式調査票を郵送にて配布・回収
	f. リフィル処方箋の応需実績のない保険薬局	500 件		
患者調査	調査期間中に a～d の医療機関及び、e～f の薬局を受診・来局した患者	最大 6,000 件	各施設から最大２名※2	施設経由で自記式調査票を配布、郵送にて回収
患者調査（インターネット調査）	直近３か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者	3,000 件	性・年代別に等分※3	リサーチ機関を通じて実施

※１ リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握している病院・診療所は、「発行したことのある医師：１名、発行したことのない医師：１名」を施設ごとにそれぞれ無作為に抽出する。
リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握していない病院・診療所は、無作為に２名の医師を抽出する。

※２ 患者調査は、病院・診療所・保険薬局調査の調査対象となった施設の職員が患者調査の条件に沿って１施設あたり患者２名を抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に受診・来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、配布する。

※３ 男女別、年代別（９歳以下/10 代以下/20 代/30 代/40 代/50 代/60～64 歳/65～69 歳/70～74 歳/75 歳以上）の計 20 区分ごとに 150 人ずつ割り当て、地域は総務省人口推計の割合に合わせた比例で分配。

（２）アンケート調査の手順

①病院調査・診療所調査・保険薬局調査

調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者又は事務管理者にご回答いただいた上で、郵送（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する。

また、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

②医師調査

調査対象となった病院・診療所の職員が、自施設に勤務する医師を１施設あたり最大２名下記のとおり選定し、対象の医師に調査依頼状を配布する。

調査依頼状を受け取った医師については、記載の URL にアクセスし、Web サイトを経由して回答を提出いただく。

○リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握している病院・診療所

リフィル処方箋を発行したことのある医師１名、発行したことのない医師１名を施設ごとにそれぞれ無作為に合計２名

○リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握していない病院・診療所

無作為に２名

③患者調査

調査対象となった病院・診療所・保険薬局の職員の方に、１施設あたり患者２名を所定の方法により選出（※）いただき、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入をご依頼いただく。

回答後の調査票は、患者ご自身にて直接郵便で返送をいただく。

なお、インターネット調査による患者調査は、調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施する。

※特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に受診・来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある）、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

３．主な調査事項（今回新設した主な項目）

［病院・診療所調査］

○長期処方やリフィル処方箋の発行状況（制度の認知、発行状況等）

○長期処方やリフィル処方箋が影響する診療報酬の状況（生活習慣病管理料等）

○フォローアップ等に関する実施状況、薬局との連携状況　等

［医師調査］

○長期処方やリフィル処方箋の発行状況（制度の認知、発行状況、患者からの希望等）

○リフィル処方箋に関する薬局との連携状況（受診勧奨、トレーシングレポート等）

［保険薬局調査］

○リフィル処方箋の応需状況（受付件数、初回調剤時の負担、フォローアップ、相談受付の状況等）

○長期処方やリフィル処方箋における医師との連携状況（受診勧奨、情報提供の状況等）

［患者調査］

○長期処方やリフィル処方箋の認知度や利用状況（知ったきっかけ、２回目以降の調剤の状況等）

○長期処方やリフィル処方箋を希望する理由（希望する理由、服薬指導等への評価）

４．調査スケジュール概要（案）

○令和８年 11 月中旬～12 月中旬

調査票等の印刷・発送

○12 月中旬～令和９年１月末

調査実施（提出期限：令和９年１月 22 日）

○２月

調査票の入力・集計

○３月末

調査結果取りまとめ、中医協へ報告

資料 3-1　履歴なし

（病院・診療所票）

ID 番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）
長期処方やリフィル処方箋交付の実施状況調査　病院・診療所票

※この病院・診療所票は、病院・診療所の開設者・管理者の方に症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋、また、患者の症状が安定している場合に長期の処方を行うことができる長期処方の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
・「※○は1つ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
・（　）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。
・特に断りのない限り、令和 8 年 10 月 1 日時点の貴施設の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1.　貴施設の状況についてお伺いします（令和 8 年 10 月 1 日時点）。

①所在地（都道府県）	（　　）都・道・府・県			
②開設者[注1] ※○は1つ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人（社会医療法人を除く）	6. 会社	7. その他の法人	8. 個人
③医療機関の種別 ※○は1つ	1. 病院　→④へ		2. 有床診療所　→④へ	
	3. 無床診療所　→⑥へ			

【③で「1.病院」または「2.有床診療所」と回答した場合、下記④～⑤にご回答ください】

④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・診療所全体
	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床

【全ての方がご回答ください】

⑤標榜診療科 ※○はいくつでも					
	1. 内科[注2]→⑤-1へ	2. 外科[注3]	3. 精神科	4. 小児科	5. 皮膚科
	6. 泌尿器科	7. 産婦人科・産科	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
	16. リハビリテーション科		17. その他（具体的に：　　）		

⑤-1　前記⑤で「1.内科」を選択した方がお答えください。診療科において主に対応している患者像はどのような疾患が多いですか。 ※○はいくつでも				
	1. 糖尿病	2. 高血圧性疾患	3. 虚血性心疾患	4. アレルギー鼻炎
	5. 脂質異常症	6. 消化器系の疾患	7. 悪性新生物<腫瘍>	8. 神経系の疾患
	9. 皮膚及び皮下組織の疾患	10. 眼及び付属器の疾患	11. 呼吸器系の疾患	
	12. その他（具体的に：　　）			

⑥　貴施設は保険薬局と同一の敷地内又は建物内に所在していますか。※○は1つ	1. はい　→⑥-1 へ	2. いいえ　→⑦へ
⑥-1　同一の敷地又は建物の所有者はどちらですか。※○は1つ	1. 貴施設	2. 貴施設と同一グループ
	3. 保険薬局	4. 保険薬局と同一グループ
	5. その他（具体的に：）	

⑥-2　貴施設と当該保険薬局との間に、資本関係、賃貸借関係その他の経営上の関係がありますか。※○は1つ		
	1. 資本関係がある	2. 保険薬局から土地・建物を賃借している
	3. 保険薬局に土地・建物を賃貸している	4. 同一グループに属している
	5. その他の経営上の関係がある	6. 特にない

⑦外来を担う医師の人数 ※常勤換算は小数点第1位まで	a. 常勤医師：（　　）人 b. 非常勤医師：実人数（　　）人　常勤換算（　　）人
⑧外来の患者数　※初診患者数＋再診延べ患者数	令和 8 年 7～9 月の合計：（　　）人
⑨処方箋の発行枚数	令和 8 年 7～9 月の合計：（　　）枚

⑩令和 8 年 10 月 1 か月間における以下の診療報酬の算定の有無・件数※○はそれぞれ 1 つ

⑩-2　生活習慣病管理料（Ⅱ）	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-3　特定疾患処方管理加算	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-4　特定疾患療養管理料	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-5　地域包括診療料（地域包括診療加算）	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-6　皮膚科特定疾患指導管理料	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-7　婦人科特定疾患治療管理料	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-8　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-9　二次性骨折予防継続管理料	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし
⑩-10 小児科外来診療料	1. 算定あり（　　）件	2. 算定なし

⑪リフィル処方箋を交付すること又は 28 日以上の長期の投薬を行うことについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していますか。 ※○は1つ	1. リフィル処方箋および長期処方について掲示している 2. リフィル処方箋のみ掲示している 3. 長期処方のみ掲示している 4. 掲示していない
⑫リフィル処方箋の発行に係る検討についての今後の見通し ※○は1つ	1. 患者希望の有無にかかわらず、積極的に検討する　2. 患者希望があれば検討する 3. 患者希望があっても原則として検討には消極的
⑬長期処方[注4]の発行に係る検討についての今後の見通し ※○は1つ	1. 患者希望の有無にかかわらず、積極的に検討する　2. 患者希望があれば検討する 3. 患者希望があっても原則として検討には消極的

注1（②）国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）
公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）
公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
社会保険関係（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）
医療法人（社会医療法人は含まない）
その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、社会医療法人等、その他の法人）
注2(⑤) 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注3(⑤) 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。
注4(⑬) この調査では長期処方とは 28 日以上の処方（リフィル処方箋を除く）のことを指します。

2. リフィル処方箋、長期処方における**貴施設の**状況をお伺いします。

①リフィル処方箋の仕組みの認知 ※○は1つ	1. 仕組みを理解している →①-1 へ	2. 名称だけ知っている →①-1 へ
	3. 知らない →②へ	
【①で「1.仕組みを理解している」又は「2.名称だけ知っている」と回答した場合、下記①-1 をご回答ください】		
①-1 リフィル処方箋の名称又は仕組みを知ったきっかけ※○は1つ	1. 新聞・雑誌のニュース等の報道	2. 医師会や薬剤師会等の団体からの案内等
	3. 薬局からの案内等	4. 保険者側からの案内等
	5. 患者からの問い合わせ	6. 行政からの案内等
	7. 処方箋様式のリフィル処方箋に関する説明書き	8. その他（具体的に：　　）
【全ての方がご回答ください】		
②貴院において、リフィル処方箋を発行した経験はありますか。※○は1つ	1. 経験がある →②-1 へ	2. 経験はない →③-1 へ
【②で「1. 経験がある」と回答した方は、下記②-1 から②-3 をご回答ください】		
②-1 リフィル処方箋の発行枚数	令和 8 年 7～9 月の合計：（　　）枚	
②-2 オンライン診療にてリフィル処方箋を発行した経験はありますか。※○は1つ	1. 有	2. 無
	3. オンライン診療をしていない	
②-3 リフィル処方箋に関する薬局からの服薬情報提供書（トレーシングレポート）の有無※○は1つ	1. 有	2. 無
【全ての方がご回答ください】		
③-1 どのような患者に長期処方[注4]を発行しているか、また発行が適していると思われますか。 ※○はいくつでも	1. 慢性疾患管理が必要な患者	2. 遠隔地に住んでおり通院回数を減らしたい患者
	3. 症状が安定している患者	4. 訪問診療や在宅医療を受けている患者
	5. 仕事や生活の都合で通院が難しい患者	6. 長期処方は行っていない
	7. その他（具体的に：　　）	
③-2 どのような患者にリフィル処方箋を発行しているか、また発行が適していると思われますか。 ※○はいくつでも	1. 慢性疾患管理が必要な患者	2. 遠隔地に住んでおり通院回数を減らしたい患者
	3. 症状が安定している患者	4. 訪問診療や在宅医療を受けている患者
	5. 仕事や生活の都合で通院が難しい患者	
	6. リフィル処方は行っていない	
	7. その他（具体的　　）	
④リフィル処方箋を普及させるための課題と考えられること ※○はいくつでも	1. 患者への仕組みの周知が十分でないこと	
	2. 医師への仕組みの周知が十分でないこと	
	3. 薬剤師への仕組みの周知が十分でないこと	
	4. かかりつけ薬剤師制度の普及が十分でないこと	
	5. 処方日数・量に制限のある医薬品をリフィル処方箋にできないこと	
	6. 通常の処方と比較して、リフィル処方箋の発行に係る医師の負担が大きいこと	
	7. その他（具体的に　　）	

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和 9 年 1 月 22 日（金）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

資料 3-2　履歴あり

（医師票）

ID 番号：

令和8年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和8年度調査）
長期処方やリフィル処方箋交付の実施状況調査　医師票

※この医師票は、病院・診療所で勤務する医師の方に症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋、また、患者の症状が安定している場合に長期の処方を行うことができる長期処方の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
・「※○は1つ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
・（ ）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。
・特に断りのない限り、令和8 年 10 月 1 日時点の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 回答者ご自身についてお伺いします（令和8年 10 月 1 日時点）。

①性別 ※○は1つ	1. 男性			2. 女性		
②年代 ※○は1つ	1. 20 歳代	2. 30 歳代	3. 40 歳代	4. 50 歳代	5. 60 歳代	6. 70 歳代以上
③主たる担当診療科 ※○は1つ	1. 内科[注1]	2. 外科[注2]	3. 精神科	4. 小児科	5. 皮膚科	
	6. 泌尿器科	7. 産婦人科・産科	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	
	16. リハビリテーション科			17. その他（具体的に：　　）		
④外来診察患者数 ※令和 8 年 7 月～9 月の合計	（　　）人 ※調査票を受け取った施設の患者のみ					

注1(③-1)：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注2(③-2)：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

2. 長期処方[注1]についてお伺いします。

注1：長期処方とは 28 日以上の処方（リフィル処方箋を除く）のことを指します。

【全ての方がご回答ください】				
①長期処方の実施有無 ※○は1つ	1. 実施したことがある →②へ		2. 実施したことはない →⑥へ	
【① で「1.長期処方を実施したことがある」と回答した場合、下記②～⑤をご回答ください】				
②長期処方を行う際に、1 回の処方で出すことが多い日数 ※○は1つ ※令和 8 年 7 月～9 月の間に、最も一般的であった処方日数についてご回答ください。	1. 28～41 日	2. 42～55 日	3. 56～69 日	4. 70～83 日
	5. 84～90 日	6. 91 日以上		
③令和7年 10 月と令和8年 10 月を比較して、長期処方の処方件数に変化はありましたか。※○は1つ	1. 処方件数が増えた		2. 処方件数が減った	
	3. 特に変化はない		4. わからない	
④どのような患者に**長期処方**を実施していますか。 ※○はいくつでも	1. 自施設のかかりつけの患者		2. 症状が安定している患者	
	3. 通院が困難な患者（高齢、遠方など）		4. 服薬管理が適切にできている患者	
	5. 希望があった患者			
	6. その他（具体的に：　　）			
⑤あなたが**長期処方**を行う理由 ※○はいくつでも	1. 症状が安定していたから			
	2. 患者の通院負担（時間・費用）を軽減するから			
	3. 患者が高齢・遠方などで通院が困難だから			
	4. 患者が服薬管理を適切に行えているから			
	5. 医師の診察時に状態を十分に確認できているから			
	6. その他(具体的に：　　)			

【① で「2.実施したことはない」と回答した場合、下記⑥をご回答ください】	
⑥あなたが**長期処方**を実施したことがない理由 ※○はいくつでも	1. 症状が安定している患者がいなかったから
	2. 患者の服薬管理や残薬・飲み忘れに不安があるから
	3. 定期的な診察で状態を確認したいから
	4. 長期処方による副作用や体調変化の見逃しが心配だから
	5. 患者から長期処方を希望されたことがないから
	6. 処方を提案したが、患者が断ったから
	7. その他（具体的に：　　）

全ての方がご回答ください】		
⑦患者への長期処方の説明・案内の実施状況 ※○は1つ	1. 患者から希望があれば説明・案内している	
	2. 患者からの希望の有無に関わらず説明・案内している	
	3. 基本的に説明・案内していない	
⑧長期処方について患者からの希望の有無 ※○は1つ	1. あった	2. なかった
⑨長期処方に係る検討についての今後の見通し ※○は1つ	1. 積極的に検討する →⑩へ	2. 患者希望があれば検討する →⑫へ
	3. 検討には消極的 →⑪へ	

【⑨で「1. 積極的に検討する」と回答した方は、下記⑩をご回答ください】	
⑩長期処方について、「1.積極的に検討する」と回答した理由 ※○はいくつでも	1. 患者からの希望が多いから
	2. 患者の待ち時間が減るから
	3. 医師の負担軽減につながるから
	4. その他（具体的に：　　）

【⑨で「3. 検討には消極的」と回答した方は、下記⑪をご回答ください】	
⑪長期処方について、「3.検討には消極的」と回答した理由 ※○はいくつでも	1. 医師が患者の症状の変化に気付きにくくなるから
	2. 患者の服薬管理や残薬・飲み忘れに不安があるから
	3. 定期的な診察によるフォローが必要と考えるから
	4. その他（具体的に：　　）

【全ての方がご回答ください】	
⑫長期処方の課題として考えられることはありますか。※○はいくつでも	1. 医師が患者の症状の変化に気付きにくくなること
	2. 患者に長期処方が必要とされていないこと
	3. かかりつけ薬剤師の普及が十分でないこと
	4. 残薬の原因となること
	5. 薬剤の安定供給に影響すること
	6. その他（具体的に：　　）

3. リフィル処方箋についてお伺いします。

【全ての方がご回答ください】		
①リフィル処方箋の仕組みの認知度 ※○は1つ	1. 仕組みを理解している →①-1 へ	2. 名称だけ知っている →①-1 へ
	3. 知らない →②へ	

【① で「1.仕組みを理解している」又は「2.名称だけ知っている」と回答した場合、下記①-1 をご回答ください】		
①-1 リフィル処方箋の名称又は仕組みを知ったきっかけ ※○はいくつでも	1. 新聞・雑誌のニュース等の報道	2. 医師会等の団体からの案内等
	3. 薬局からの案内等	4. 保険者側からの案内等
	5. 患者からの問い合わせ	6. 行政からの案内等
	7. 処方箋に記載されたリフィル処方箋に関する説明書き	
	8. その他（具体的に：　　）	

【全ての方がご回答ください】		
②リフィル処方箋の発行有無 ※○は1つ ※令和 8 年 7 月～9 月における状況についてご回答ください。	1. 発行したことがある →③へ	2. 発行したことはない →⑲へ

【②で１．発行したことがあると回答した場合、下記②-1 以降をご回答ください】

②-1 リフィル処方箋を発行する際、1 回の調剤あたりの投薬日数として最も多いものをご回答ください。※○は１つ	1．14 日以下	2．15～28 日	3．29～41 日	4．42～55 日
	5．56～69 日	6．70～83 日	7．84～90 日	8．91 日以上

③どのような患者に**リフィル処方箋**を発行していますか。 ※○はいくつでも	1．自施設のかかりつけの患者 2．自施設と連携する薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者 3．自施設と連携する薬局以外の薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者 4．その他（具体的に：　　）
④オンライン診療におけるリフィル処方箋の発行有無　※○は1つ ※令和 8 年 7 月～9 月における状況についてご回答ください。	1．発行したことがある 2．オンライン診療は実施しているが、発行したことがない 3．オンライン診療を実施していない
⑤あなたが**リフィル処方箋**を発行した理由 ※○はいくつでも	1．症状が安定していたから 2．患者に「かかりつけ薬剤師」がいたから 3．患者からの希望があったから 4．その他（具体的に：　　）
⑥長期処方ではなくリフィル処方箋を発行する理由 ※○はいくつでも	1．患者が適切に薬の管理ができるか心配なため 2．薬剤師との連携により患者の状態や副作用のモニタリングができるため 3．その他（具体的に：　　）
⑦リフィル処方箋を発行した患者に対し、説明はどのように行っていますか。※○はいくつでも	1．医師（あなた）から患者に実施　2．院内従業員から患者に実施 3．薬局から患者に実施　4．その他（具体的に：　　）

【⑦で「1．医師(あなた)から患者に実施」、「2.院内従業員から患者に実施」と回答した場合、下記⑧をご回答ください】

⑧院内で説明する際に工夫している取組はありますか。 ※○はいくつでも	1．資材など用いて分かりやすく説明　2．患者家族も巻き込んで説明 3．院内研修会実施　4．思い当たらない 5．その他（具体的に：　　）

⑨あなたがリフィル処方箋を発行する際、薬局・薬剤師と連携を取っていますか。※○は１つ	1．取っている	2．取っていない

【⑨で「1．取っている」と回答した場合、下記⑩をご回答ください】

⑩薬局・薬剤師との連携で工夫している取組はありますか。※○はいくつでも	1．リフィル処方箋対象患者の選定基準を共有する 2．薬局・薬剤師からのフィードバック項目を標準化する 3．服薬情報提供書（トレーシングレポート）の運用ルールを決める 4．思い当たらない 5．その他（具体的に：　　）

⑪あなたがリフィル処方箋を発行した患者について、薬剤師が当該患者に受診勧奨を行い、医療機関への受診に繋がった経験の有無 ※○は1つ	1．あった →⑫へ	2．なかった →⑮へ

⑫薬剤師からの受診勧奨の理由は適切でしたか。※○は1つ	1．適切であった	2．必ずしも受診を要するとは言えない場合があった

⑫-1薬剤師からの受診勧奨があった症例の状況や、受診勧奨の理由の適切性について、補足したいことがあればご自由にご記載ください。※任意

⑬薬剤師からの受診勧奨から診療・処方の見直しにつながった事例はありますか。※○は1つ	1．ある →⑭へ	2．ない →⑮へ

【⑬で『1. ある』と回答した場合、下記⑭をご回答ください】

⑭診療・処方の見直しにつながった理由※○はいくつでも	1．副作用の検知	2．症状悪化の検知
	3．新たな疾患の早期発見	4．その他（具体的に：　　）

⑮薬局・薬剤師から服薬状況や、体調変化等に関する情報提供を受けたことがありますか。※○は1つ	1．ある	2．ない

⑯リフィル処方箋の 2 回目・3 回目の調剤における薬局からの報告について、どのようにお考えですか。※○は1つ	1．問題がない場合でも、患者の来局や体調などを報告してほしい 2．問題がある場合のみ報告してくれればよい 3．報告が必要かどうかは薬局の判断に任せたい 4．その他（具体的に：　　）

⑰リフィル処方箋に関する薬局からの服薬情報提供書（トレーシングレポート）で提供してほしい情報 ※○はいくつでも		
	1. 他の医療機関から処方された薬の情報	2. 患者の服用薬
	3. 患者の服薬状況	4. 患者に対する服薬指導の要点
	5. 患者の状態	
	6. 患者が容易に又は継続的に服薬できるための調剤上の工夫等	
	7. その他（具体的に：　　）	

⑱薬局・薬剤師からの情報提供（服薬情報提供書（トレーシングレポート）によるものを含む。）を踏まえ、診療・処方の見直しにつながった事例はありますか。※○はいくつでも		
	1. 副作用の検知	2. 症状悪化の検知
	3. 新たな疾患の早期発見	
	4. 診療・処方の見直しにつながった事例はない	
	5. その他（具体的に：　　）	

【②で「2. 発行したことはない」と回答した場合、下記⑲をご回答ください】

⑲あなたが**リフィル処方箋**を発行しなかった理由 ※○はいくつでも	
	1. 症状が安定している患者がいなかったから
	2. 薬剤師と適切に連携して管理できる患者がいなかったから
	3. 症状が安定し、薬剤師と連携して管理できるが、医師の判断が必須だったから
	4. 長期処方で対応が可能だったから
	5. 患者からの求めがないから
	6. 発行を提案したが、患者が断ったから
	7. その他（具体的に：　　）

【⑲で「4. 長期処方で対応が可能だったから」と回答した場合、下記⑳をご回答ください】

⑳前記⑲で「4. 長期処方で対応が可能だったから」を回答した方にお伺いします。あなたが**リフィル処方箋の発行ではなく長期処方を行った**理由は何ですか。※○はいくつでも	
	1. 薬を処方する際には医師の判断が毎回必須と考えるから
	2. 患者にリフィル処方箋を必要とされていないから
	3. 処方箋の保管・管理や適切な使用に懸念があるから
	4. リフィル処方箋の仕組みがよく分からないから
	5. 患者が薬局に行く負担を軽減するため
	6. 患者の費用負担が少ないから
	7. 患者が希望したから
	8. その他（具体的に：　　）

【全ての方がご回答ください】

㉑患者へのリフィル処方箋の説明・案内の実施状況 ※○は1つ	
	1. 患者から希望があれば説明・案内している
	2. 患者からの希望の有無に関わらず説明・案内している
	3. 基本的に説明・案内していない

㉒リフィル処方箋の発行について患者からの希望の有無 ※○は1つ		
	1. 希望があった（改定前より増えた）	2. 希望があった（改定前より変わらない）
	3. 希望があった（改定前より減った）	4. なかった

㉓リフィル処方箋の発行に係る検討についての今後の見通し※○は1つ		
	1. 積極的に検討する →㉔へ	2. 患者希望があれば検討する →㉖へ
	3. 検討には消極的 →㉕へ	

【㉓で「1. 積極的に検討する」と回答した方は、下記㉔をご回答ください】

㉔リフィル処方箋の発行について、「1.積極的に検討する」と回答した理由 ※○はいくつでも		
	1. 患者からの希望が多いから	2. 患者の待ち時間が減るから
	3. 医師の負担軽減につながるから	4. その他（具体的に：　　）

【㉓で「3. 検討には消極的」と回答した方は、下記㉕をご回答ください】

㉕リフィル処方箋の発行について、「3.検討には消極的」と回答した理由 ※○はいくつでも	
	1. 医師が患者の症状の変化に気付きにくくなるから
	2. 薬を処方する際には医師の判断が毎回必須と考えるから
	3. 患者にリフィル処方箋が必要とされていないから
	4. 処方箋の保管・管理や適切な使用に懸念があるから
	5. リフィル処方箋の仕組みがよくわからないから
	6. 薬剤師からのフィードバック（服薬情報提供書等）が十分に得られないから
	7. 患者の服薬管理が不安だから
	8. その他（具体的に：　　）

【全ての方がご回答ください】	
㉖リフィル処方箋を発行するに当たって、課題又は懸念として考えられることはありますか ※〇はいくつでも	1. 患者への仕組みの周知が十分でないこと 2. 薬剤師への仕組みの周知が十分でないこと 3. かかりつけ薬剤師制度の普及が十分でないこと 4. 処方日数・量に制限のある医薬品をリフィル処方箋にできないこと 5. その他（具体的に：　　）

4. 長期処方・リフィル処方箋についてお伺いします。

【全ての方がご回答ください】	
①状態が安定しており、一定期間、同一の処方内容を継続することが可能と判断した患者に対して、あなたはどのような処方を行うことを基本としていますか。※最も近いものに〇を1つ	1. 原則として長期処方を行っている 2. 原則としてリフィル処方箋を行っている 3. 患者の状態等に応じて、長期処方又はリフィル処方箋の発行を選択している 4. 長期処方及びリフィル処方箋の発行のいずれも原則として行っていない 5. その他（具体的に：　　）
【①で「1. 原則として長期処方を行っている」、「3. 患者の状態等に応じて、長期処方又はリフィル処方箋の発行を選択している」と回答した方は、下記②をご回答ください】	
②長期処方を行う患者について、通常の処方を行う患者と比較して、追加的に実施している診療・管理等はありますか。 ※〇はいくつでも	1. 処方前に、症状や病状が安定していることをより詳細に確認している 2. 処方前に、検査結果等を確認している 3. 服薬状況・アドヒアランスを確認している 4. 副作用の有無を確認している 5. 患者自身による体調管理・測定等について指導している 6. 症状が変化した場合の受診方法について説明している 7. 電話・オンライン診療等により、処方期間中の相談に対応できる体制を整備している 8. 特段追加的に行っていることはない 9. その他（具体的に：　　）
【①で「2. 原則としてリフィル処方箋を行っている」、「3. 患者の状態等に応じて、長期処方又はリフィル処方箋の発行を選択している」と回答した方は、下記③をご回答ください】	
③リフィル処方箋を発行する患者について、通常の処方箋を発行する患者と比較して、追加的に実施している診療・管理等はありますか。 ※〇はいくつでも	1. リフィル処方箋の仕組みや使用方法を患者に説明している 2. １回目・２回目・３回目の調剤予定日について説明している 3. リフィル期間中に医療機関を受診すべき場合について説明している 4. リフィル期間中の患者の状態変化に対応できる体制を整備している 5. 薬剤師から患者の服薬状況や状態変化について情報提供を受けている 6. 薬局から情報提供を受けた場合に、必要に応じて患者への連絡や受診勧奨等を行っている 7. 特段追加的に行っていることはない 8. その他（具体的に：　　）
【全ての方がご回答ください】	
④長期処方又はリフィル処方箋に対するご意見を自由に記載ください。 （例）〇〇が原因で増えていないため、●●があると良い。など	

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和 9 年 1 月 22 日（金）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

資料 3-3　履歴なし

（保険薬局票）

ID 番号：

令和 8 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 8 年度調査）
長期処方やリフィル処方箋に関する実施状況調査　保険薬局票

※この保険薬局票は、保険薬局の薬剤師の方に、症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の交付、また、患者の症状が安定している場合に長期の処方を行うことができる長期処方の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
・「※○は1つ」という質問については、あてはまる番号を一つだけ○で囲んでください。
・（　）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。
・特に断りのない限り、令和 8 年 10 月 1 日時点の貴薬局の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1.　貴薬局の状況についてお伺いします。（令和 8 年 10 月 1 日時点）

①所在地（都道府県）	（　　）都・道・府・県		
②開設者 ※○は1つ	1. 法人	2. 個人	3. その他
③同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等※による薬局店舗数 ※同一グループは次の基準により判断する（調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様） 1.保険薬局の事業者の最終親会社 2.保険薬局の事業者の最終親会社の子会社 3.保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社 4.1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者	（　　）店舗 ※ 当該店舗を含めてお答えください。		
④開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦（　　）年		
⑤医療機関との立地状況についてご回答ください。 ※○は1つ	1. 診療所前[注1]	2. 病院（200床未満）前	
	3. 病院（200床以上500床未満）前	4. 病院（500床以上）前	
	5. 病院（200床未満）敷地内	6. 病院（200床以上500床未満）敷地内	
	7. 病院（500床以上）敷地内	8. 診療所敷地内	
	9. 保険薬局が所有する、同一建物内に単一の保険医療機関が所在		
	10. 医療モール[注2]内	11. 上記以外（　　）	
	注1 医療機関前とは、特定の医療機関の敷地境界線からの水平距離が 100m以内の場所をいいます。 注2 医療モールとは、保険薬局が所在する建物内または敷地内に複数の医療機関が所在する場合をいいます。		
⑥処方箋応需状況についてご回答ください。※○は1つ	1. 主に近隣（又は同一敷地内）にある特定の病院の処方箋を応需している		
	2. 主に近隣（又は同一敷地内）にある特定の診療所の処方箋を応需している		
	3. 主に複数の特定の保険医療機関（医療モールも含む）の処方箋を応需している		
	4. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している		
⑦ 貴薬局の所在地について該当するものをお選びください。※○は1つ	1. 特別区	2. 政令指定都市	3. 中核市
	4. 医療資源の少ない地域	5. 該当なし	
⑦-1 水平距離500m以内に他の保険薬局はありますか。※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑦-2 200床以上の保険医療機関の敷地境界線からの水平距離が100m以内の区域内に所在しますか。※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑦-2-1　当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険 薬局が2以上所在しますか。※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑦-3　周囲50mの区域内に、他の保険薬局が2以上所在しますか。※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑦-4　周囲50mの区域内に、⑦-3の条件の薬局が所在しますか。※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑧　貴薬局は保険医療機関と同一の敷地内又は建物内に所在していますか。※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑧-1　同一の敷地又は建物の所有者は貴薬局又は同一グループですか。※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑨現在の薬局の立地に至った経緯について、最も当てはまるものをお選びください。 ※○は1つ	1. 既にある医療機関の近隣に立地することを目的として開設した		
	2. 医療機関からの誘致・要請を受けて開設した		
	3. 薬局が主導して医療モール等を企画・開設し、医療機関を誘致した		
	4. 医療機関との位置関係は考慮せず開設した		
	5. 医療機関と薬局、両者の協議により、連携を意図して開設した		
	6. その他（具体的に：　　）		
⑩応需医療機関数（令和 8 年 7 月～9 月の月平均値）	（　　）施設		
⑪最も多く処方箋を受け付けた医療機関からの処方箋枚数割合（令和 8 年 7 月～9 月における月平均値）	（　　）%		
⑫上記⑪の集中率が最も高い医療機関の情報			
⑫-1　診療所・病院の別 ※○は 1 つ	1. 診療所	2. 病院	
⑫-2　最も多く処方箋を受け付けた医療機関と貴薬局との位置関係 ※○は 1 つ	1. 貴薬局の近隣に医療機関はない		
	2. 当該医療機関や医療機関の駐車場と同一の敷地内にある		
	3. 当該医療機関や医療機関の駐車場と隣接し公道を介さずに往来できる		
	4. 当該医療機関の近隣にある	5. 1.～4. 以外の状況	

⑫−3　当該医療機関は複数の医療機関が所在する建物(いわゆる医療モール等)に該当しますか。 ※○は１つ	1. 該当する	2. 該当しない

⑫−4　当該医療機関の診療科 ※○はいくつでも

1. 内科[注3]	2. 外科[注4]	3. 精神科	4. 小児科	5. 皮膚科	6. 泌尿器科
7. 産婦人科・産科	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	16. リハビリテーション科	17. その他（具体的に：　　）	

注3 (⑫−4−1) 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」として回答
注4 (⑫−4−2) 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」として回答

⑬貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和７年度決算	約（　　）％ ※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は 100%とご記入ください。

⑭令和８年度の調剤基本料の届出状況 ※○は１つ			
	1. 調剤基本料１	2. 調剤基本料２	3. 調剤基本料３イ
	4. 調剤基本料３ロ	5. 調剤基本料３ハ	6. 特別調剤基本料Ａ
	7. 特別調剤基本料Ｂ		

⑮令和８年度の地域支援・医薬品供給対応体制加算の届出状況 ※○は１つ			
	1. 地域支援・医薬品供給対応体制加算１	2. 地域支援・医薬品供給対応体制加算２	3. 地域支援・医薬品供給対応体制加算３
	4. 地域支援・医薬品供給対応体制加算４	5. 地域支援・医薬品供給対応体制加算５	6. 届出していない

⑯連携強化加算の届出状況 ※○は１つ	1. 届出あり	2. 届出なし
⑰令和8年厚生労働省告示第 69 号 で定める区分 10 の3 服薬管理指導料の注1(かかりつけ薬剤師)に係る届出状況 ※○は1つ	1. 届出あり	2. 届出なし

⑱職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	職種	常勤職員[注6]	非常勤職員 実人数	非常勤職員 常勤換算[注7]
	⑲−1　薬剤師	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	(うち)服薬管理指導料等[注5]における「かかりつけ薬剤師」	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	⑲−2　その他(事務職員等)	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑲貴薬局の認定等の状況 ※○はいくつでも		
	1. 地域連携薬局	2. 専門医療機関連携薬局
	3. 健康サポート薬局（健康増進支援薬局）[注8]	4. 該当なし

⑳貴薬局において、リフィル処方箋に係る患者の状態確認や受診勧奨の判断に必要な知識・技能の向上を目的として、実施又は活用しているものについて、該当するものを全て選択してください※○はいくつでも
1. 職能団体等が実施する研修会への参加
2. 各種学会等が実施する研修会への参加
3. 薬局内での症例検討会の実施
4. 他の薬局又は医療機関との合同症例検討会への参加
5. 医師、看護師等の他職種が実施する研修会への参加
6. 患者状態の確認に用いるチェックシート等の活用
7. 医師と連携して作成した確認項目・運用ルールの活用
8. 薬局内での定期的な勉強会の実施
9. 特段の取組は行っていない
10. その他（　　）

注5 (⑰) 服薬管理指導料の１のイ・２のイ、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算、かかりつけ薬剤師訪問加算を指します。
注6 (⑱) 常勤職員数（常勤薬剤師数）には、貴薬局における実労働時間が週 31 時間以上である職員（保険薬剤師）の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、直近３月間の勤務状況に基づき算出します。
注7 (⑱) 非常勤職員（非常勤薬剤師）は、貴薬局における実労働時間が週 31 時間に満たない職員（保険薬剤師）をいい、常勤換算数は、以下により算出します（小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める）。非常勤薬剤師数については、直近３月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数（常勤換算）} = \frac{\text{当該保険薬局における週 31 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計（時間/3 月）}}{\text{31（時間/週）} \times 13\text{（週/3 月）}}$$

注8 薬機法改正により、令和８年５月より健康サポート薬局が健康増進支援薬局へと名称変更となります。

２．リフィル処方箋を応需する体制についてお伺いします。

【全ての方がご回答ください】

①リフィル処方箋の仕組みについて知っていますか。※○は１つ	1. 知っている	2. 知らない
②リフィル処方箋を応需した際の薬局内の業務手順を定めていますか。 ※○は1つ	1. 薬局内で手順を定めている	
	2. 個々の薬剤師の判断に委ねている	

③リフィル処方箋の次回調剤日を薬局内で管理する方法 ※主たるものを一つだけ○		
	1. 紙による管理（メモや調剤録への記載）	2. 電子的な管理（電子薬歴等のシステムによる管理）
	3. その他（具体的に：　　）	4. 管理していない

④リフィル処方箋の次回調剤日を患者に対して通知(リマインド)する方法 ※○はいくつでも			
	1. 電話	2. SNS やメール	3. 専用アプリ
	4. 書面の手渡し	5. 書面の郵送	
	6. 次回調剤可能期間をレシートに記載		
	7. その他（具体的に：　　）		
	8. 実施していない		

⑤リフィル処方箋の受付経験 ※○は１つ	1. リフィル処方箋を受け付けたことがある →設問３へ 2. 受け付けたことはない →⑥へ

【⑤で「 2. 受け付けたことはない」と回答した場合、下記⑥を回答ください】

⑥リフィル処方箋の対応実績がない理由 ※○はいくつでも	1. リフィル処方箋を持ちこまれたことがない 2. リフィル処方箋の交付を希望している患者がいない 3. リフィル処方箋の電子処方箋の対応を希望されたがシステムが対応していない 4. その他（具体的に：　　）

3. リフィル処方箋の対応状況についてお伺いします。

【2.⑤で「 1. リフィル処方箋を受け付けたことがある」と回答した場合に回答ください】

①受け付けたリフィル処方箋を発行した医療機関数	（　　）か所 ※令和８年７月～９月の合計数

②-1 どのような関係の医療機関からリフィル処方箋を受け付けましたか。※○はいくつでも ※令和８年７月～９月の実績

1. 近隣[注1]の診療所	2. 近隣の病院（199 床以下）	3. 近隣の病院（200 床以上 399 床以下）
4. 近隣の病院（400 床以上）	5. 遠方の診療所	6. 遠方の病院（199 床以下）
7. 遠方の病院（200 床以上 399 床以下）	8. 遠方の病院（400 床以上）	9. 同一敷地内の診療所
10. 同一敷地内の病院（199 床以下）	11. 同一敷地内の病院（200 床以上 399 床以下）	12. 同一敷地内の病院（400 床以上）
13. 同一医療モール[注2]内の診療所	14. その他（具体的に：　　）	

注1「近隣」とは、特定の医療機関の敷地境界線からの水平距離が 100m以内の場所をいいます。
注2 医療モールとは、保険薬局が所在する建物内または敷地内に複数の医療機関が所在する場合をいいます。

②-2 どのような医療機能をもつ医療機関からリフィル処方箋を受け付けましたか。※○はいくつでも

1. 一般病院１（主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院）				
2. 一般病院２（主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院）				
3. 一般病院３（主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院（特定機能病院、大学病院本院　等））				
4. リハビリテーション病院	5. 慢性期病院	6. 精神科病院	7. 緩和ケア病院	8. 有床診療所
9. 無床診療所	10. その他（具体的：　　）			

③-1 どの診療科のリフィル処方箋を受け付けましたか。※○はいくつでも

1. 内科[注3]	2. 外科[注4]	3. 精神科	4. 小児科	5. 皮膚科	6. 泌尿器科
7. 産婦人科・産科	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		16. リハビリテーション科	
17. その他（具体的に：　　）					

注3 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注4 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」としてご回答ください。

③-2 上記③-1 で選択した中で最も多くリフィル処方箋を受け付けた診療科	（　　）※③-1の選択肢番号を記入

④リフィル処方箋の受付件数（令和8年7月～9月の合計）	１回目：（　　）回	２回目：（　　）回	３回目：（　　）回

⑤令和 8 年度診療報酬改定の前後で、最後の回の調剤を終えたリフィル処方箋の件数に変化はありましたか。※○は1つ	1. 非常に増えた	2. やや増えた	3. 変わらない
	4. やや減った	5. 非常に減った	

⑥リフィル処方箋を受け付けた際、薬剤師より受診勧奨をしたことはありますか。※○は1つ	1. ある	2. ない

⑥-1 リフィル処方箋を交付された患者のうち、処方医が設定した最終回まで継続した割合 ※○は1つ	1. 80%以上	2. 60%～79%	3. 40%～59%
	4. 20%～39%	5. 20%未満	6. 不明

⑦リフィル処方箋の上限まで使用されなかった事例の有無とその理由 ※○はいくつでも	1. 薬剤師が受診勧奨をしたから →⑧-1～4 へ
	2. 患者が処方箋期限内に医療機関の受診を希望したから
	3. 患者が別の薬局で処方を受けることになったから
	4. 患者と連絡は取れていたが、来局前に処方箋期限が切れたから
	5. 患者と連絡が取れず、処方箋期限が切れたから
	6. その他（具体的に：　　）
	7. 上限まで使用されなかったことはない

（2.～5.を「１．」を選択しなかった場合 → ⑨へ）

【⑦で「 1.薬剤師が受診勧奨をしたから」を選択した場合、下記⑧-1～4 を回答ください】

⑧-1 リフィル処方箋の２回目又は３回目応需時に調剤を行わず受診勧奨した回数（令和８年７月～９月）	計（　　）回 【内訳】　２回目応需時（　　）回、３回目応需時（　　）回

⑧-2 受診勧奨を判断し、説明する際の処方医への相談状況 ※○はいくつでも	1. 受診勧奨後に処方医に患者の情報を報告した　2. 事前に処方医へ相談した 3. 処方医に相談は行っていない 4. その他（具体的に：　　）
⑧-3 薬剤師が調剤を行わず受診勧奨した理由 ※○はいくつでも	1. 副作用が疑われたから　2. 患者の症状の変化に気付いたから 3. 服薬状況に注意すべき点があったから 4. その他（具体的に：　　）
⑧-4 医師への情報提供内容 ※○はいくつでも	1. 服薬状況や残薬などの状況　2. 副作用や体調変化の状況 3. 処方薬の効果　4. 薬剤師が指導した内容 5. 患者の質問や疑念　6. 他の医療機関から処方された薬の情報 7. その他（具体的に：　　） 8. 情報提供は実施していない

【2.⑤で「1. リフィル処方箋を受け付けたことがある」と回答した場合に回答ください】

⑨リフィル処方箋を使用した患者に関する、服薬情報等提供料に係る業務の件数をご回答ください。 （令和 8 年 7 月～9 月の合計）	1）服薬情報等提供料１により算定した回数（　　）回 2）服薬情報等提供料２のロにより算定した回数（　　）回 3）服薬情報等提供料を算定しない情報提供の回数（　　）回
⑩通常の処方箋による調剤と比較した場合、リフィル処方箋の初回調剤時に負担が大きい業務として当てはまるものを選択してください。 ※○はいくつでも	1. 患者への制度説明　2. リフィル処方箋の取扱いに関する説明 3. 服薬状況・治療状況の確認　4. 処方医との情報共有・連携 5. 薬歴等の記録作成　6. 特に初回調剤時と通常の調剤で大きな違いはない 7. その他（具体的に：　　）
⑪リフィル処方箋の 2 回目・3 回目の調剤を行った際、患者が来局したことを医療機関（処方医）に報告していますか。 ※○は 1 つ	1. 毎回報告している　2. 副作用の発現等、必要に応じて報告している 3. 報告していない 4. その他（具体的に：　　）
⑫患者が、リフィル処方箋の 2 回目・3 回目の調剤の期間に来局しなかった場合、医療機関（処方医）に報告していますか。 ※○は 1 つ	1. 必ず報告している　2. 必要と判断した場合のみ報告している 3. 報告していない　4. 来局しなかったケースはない 5. その他（具体的に：　　）
⑬-1 リフィル処方箋を使用した患者に関して、医師に服薬指導提供書（トレーシングレポート）を提供した情報の内容 ※○はいくつでも	1. 他の医療機関から処方された薬の情報　2. 患者の服用薬 3. 患者の服薬状況　4. 患者に対する服薬指導の要点 5. 患者の状態 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等 7. その他（具体的に：　　）
⑬-2 医師へ情報提供を行うタイミング ※○はいくつでも	1. リフィル処方箋初回受付時　2. ２回目調剤時（定期報告） 3. ３回目調剤時（定期報告）　4. フォローアップ実施後 5. 受診勧奨時　6. 問題発生時 7. 処方終了時 8. その他（具体的に：　　）
⑬-3 患者に問題が認められない場合でも処方医へ情報提供していますか。 ※○は 1 つ	1. 毎回実施している　2. 必要に応じて実施している　3. 実施していない
⑬-4 リフィル処方箋の運用において、処方医への報告内容や報告時期について、事前に処方医と調整していますか。※○は1つ	1. 全ての処方医と調整している　2. 複数の医療機関・処方医と調整している 3. 特定の医療機関・処方医と調整している　4. 調整していない
⑭患者へのフォローアップの有無 ※○は 1 つ	1. １回目調剤後にフォローアップを行ったことがある　→⑭-1 へ 2. ２回目調剤後にフォローアップを行ったことがある　→⑭-1 へ 3. ３回目調剤後にフォローアップを行ったことがある　→⑭-1 へ 4. フォローアップを行ったことはない　→⑮へ

【⑭で「フォローアップを行ったことがある」と回答した場合、下記⑭-1～2 を回答ください】

⑭-1 フォローアップを実施した目的 ※○はいくつでも	1. 服薬アドヒアランスの確認　2. 副作用のモニタリング 3. 薬剤の効果・症状の変化の確認　4. 受診勧奨の要否の判断 5. 処方医への情報共有　6. 残薬状況の確認 7. リフィル処方箋交付の継続判断　8. 患者の不安・相談事項等の把握 9. その他（具体的に：　　）
⑭-2 リフィル処方箋の2回目・3回目調剤時の服薬指導は通常の処方箋と比較して違いがありますか。 ※○は1つ	1. ある　2. ない

【⑭-2 で違いが「ある」と回答した場合、下記⑭-3 を回答ください】		
⑭-3 どのような点が異なりますか。※○はいくつでも	1. 問診項目が増える	2. 患者の状態確認に時間を要する
	3. 副作用をより丁寧に確認する	4. アドヒアランス確認をより丁寧に行う
	5. 医師への情報提供を前提に確認する	6. 受診勧奨の要否判断のために確認する
	7. その他（具体的に： ）	
⑭-4 リフィル処方箋の2回目以降の調剤時において、患者の状態変化の確認や受診勧奨の判断をするために活用した客観的な情報について、該当するものを全て選択してください。※○はいくつでも	1. お薬手帳の記載内容（直近の受診状況、併用薬の状況等）	
	2. 血圧手帳、血糖自己管理手帳等の記録内容	
	3. 薬局内の血圧計、体重計、パルスオキシメーター等による測定結果	
	4. 直近の血液検査結果等（他の医療機関の受診時や健康診断の結果を含む）	
	5. あらかじめ医師と取り決めた確認項目	
	6. 聞き取りによる確認のみ	
	7. その他（ ）	

【2.⑤で「 1. リフィル処方箋を受け付けたことがある」と回答した場合に回答ください】		
⑮ 1 枚のリフィル処方箋の処方の途中で薬局が変わった経験 ※あてはまる番号すべてに○	1. ある（自薬局から他薬局へ）→⑮-1 へ	2. ある（他薬局から自薬局へ）→⑯へ
	3. ない →⑯へ	4. 不明 →⑯へ

【⑮で「 1.ある（自薬局から他薬局へ）」と回答した場合、下記⑮-1～2 を回答ください】		
⑮-1 どのような方法で他薬局へ情報提供を行いましたか。※○はいくつでも	1. 他の薬局に文書を送付した	2. 情報を記録したものを患者に提供した
	3. お薬手帳に記載した	4. 他の薬局に電話をした
	5. 他の薬局にメール・FAX を送付した	6. 地域医療情報連携ネットワーク[注5]を利用した
	7. 医療従事者用 SNS を利用した	
	8. その他（具体的に： ）	
	注5：ICT（情報通信技術）を活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所（医科・歯科）、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み	
⑮-2 どのような内容を情報提供しましたか。※○はいくつでも	1. 患者の服用薬	2. 患者の服薬状況 / 3. 患者に対する服薬指導の要点
	4. 患者の状態	5. 残薬 / 6. 調剤上の工夫
	7. その他（具体的に： ）	

⑯ 過去、リフィル処方箋の期間中に、安定供給の問題が起きた経験はありますか。※○は１つ	1. ある	2. ない →設問4へ
⑯-1 安定供給トラブルに伴い、薬剤変更の必要がある場合、どのように対応しますか。※○はいくつでも	1. 処方医に類似薬で代替できるか疑義照会を実施する	
	2. 後発品の場合、他社製品に変更する	
	3. その他（ ）	

4. 長期処方[※1]の対応状況についてお伺いします。

注1 長期処方とは 28 日以上の処方（リフィル処方箋を除く）のことを指します。

【全ての方がご回答ください】		
①-1 長期処方を応需する件数が多い医療機関の特徴を回答ください。※○はいくつでも ※令和 8 年 7 月～9 月の実績	1. 近隣[注1]の診療所	2. 近隣の病院（199 床以下）
	3. 近隣の病院（200 床以上 399 床以下）	4. 近隣の病院（400 床以上）
	5. 遠方の診療所	6. 遠方の病院（199 床以下）
	7. 遠方の病院（200 床以上 399 床以下）	8. 遠方の病院（400 床以上）
	9. 同一敷地内の診療所	10. 同一敷地内の病院（199 床以下）
	11. 同一敷地内の病院（200 床以上 399 床以下）	12. 同一敷地内の病院（400 床以上）
	13. 同一医療モール[注2]内の診療所	
	14. その他（具体的に： ）	
	注1「近隣」とは、特定の医療機関の敷地境界線からの水平距離が 100m以内の場所をいいます。 注2 医療モールとは、保険薬局が所在する建物内または敷地内に複数の医療機関が所在する場合をいいます。	
①-2 どのような医療機能をもつ医療機関から長期処方を受け付けましたか。※○はいくつでも	1. 一般病院１（主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院）	
	2. 一般病院２（主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院）	
	3. 一般病院３（主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院（特定機能病院、大学病院本院 等））	
	4. リハビリテーション病院	
	5. 慢性期病院 / 6. 精神科病院 / 7. 緩和ケア病院 / 8. 有床診療所	
	9. 無床診療所 / 10. その他（具体的に： ）	
①-3 長期処方の件数をご回答ください。（令和 8 年 7 月～9 月の合計）	（ ）回	
①-4 全処方箋に占める長期処方の割合	（ ）%	

②長期処方を応需する件数が多い診療科を回答ください。 ※最もあてはまる番号に○				
	1. 内科[注3]	2. 外科[注4]	3. 精神科	4. 小児科
	5. 皮膚科	6. 泌尿器科	7. 産婦人科・産科	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	
	16. リハビリテーション科	17. その他（具体的に：　　）		

注3 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注4 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

③改定前（令和 8 年 5 月以前）と比較して応需する処方箋の変化について回答ください。※○はいくつでも		
1. 28 日以上の長期処方が増加した	2. リフィル処方箋の交付が増加した	3. 変わらない

④28 日以上の長期処方の処方箋を応需する際に特に注視して実施していることについて回答ください。 ※○はいくつでも
1. 調剤に時間を要するため即時に調剤せず後日に調剤及び服薬指導等を実施している
2. 在庫が足りないため複数回に分けて医薬品を交付している
3. 事前に医療機関から連絡をもらっている
4. フォローアップの対象患者とする
5. かかりつけ薬剤師指導料の同意を得るようにしている
6. その他（具体的に：　　）

⑤長期処方患者のうち、かかりつけ薬剤師が服薬指導を実施した割合	（　　）%

⑥長期処方患者のうち、次回受診時にも長期処方（28 日以上）が処方された患者の割合 ※○は1つ		
1. 80%以上	2. 60%～79%	3. 40%～59%
4. 20%～39%	5. 20%未満	6. 不明

⑦長期処方患者に対するフォローアップ実施状況※○は1つ	1. 実施している	2. 実施していない

【⑦で「実施している」と回答した場合に回答ください】

⑧長期処方患者に関して、医師に服薬指導提供書（トレーシングレポート）を提供した情報の内容　※○はいくつでも	
1. 他の医療機関から処方された薬の情報	2. 患者の服用薬
3. 患者の服薬状況（アドヒアランス）	4. 副作用の発現状況
5. 薬剤の効果・症状の変化	6. 残薬の状況
7. 患者に対する服薬指導の要点	8. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等
9. その他（具体的に：　　）	

5. リフィル処方箋の仕組みに対する相談体制や課題等についてお伺いします。

【全ての方がご回答ください】

①-1 リフィル処方箋の交付を医師へ提案したことのある薬剤の種類 ※○はいくつでも	1. 血圧降下剤	2. 高脂血症用剤	3. 経口血糖降下剤
	4. インスリン製剤	5. ホルモン剤	6. 花粉症治療薬
	7. 消化器用剤	8. その他（具体的に：　　）	
	9. リフィル処方箋を医師へ提案したことはない		

①-2 リフィル処方箋の交付が適すると考えた患者に対し、リフィル処方箋について説明又は提案したことがありますか ※○は1つ	1. ある	2. ない

②薬剤師としてリフィル処方箋の交付が適すると考える状況等 ※○はいくつでも	1. 医薬品供給が不安定な品目が処方されている場合
	2. パンデミックや災害による医療アクセスの制限がある場合
	3. 待ち時間の長い医療機関から処方がある場合
	4. 医師不足や医療資源が限られている地域での対応が求められる場合
	5. 受診の間隔を延長する際の切り替え（例：30 日処方→30 日×２回）
	6. 長期処方からの切り替え（例：60 日処方→30 日×２回）
	7. 服薬管理指導料の注１（かかりつけ薬剤師）に係る同意を得ている患者
	8. 調剤後薬剤管理指導料に係るフォローアップを実施している患者
	9. 対面でのフォローアップが必要な患者
	10. 遠距離の医療機関を受診している患者
	11. 副作用のモニタリングが必要な患者
	12. その他（具体的に：　　）

③薬局でリフィル処方箋を受けるにあたって課題と感じること ※○はいくつでも	1. 患者が次回調剤日に別の薬局を利用した場合の対応
	2. 患者が処方箋を紛失してしまうことへの対応
	3. 調剤か受診勧奨の適切な判断の実施
	4. 適切な副作用の評価
	5. リフィル処方箋を受付する機会が少なく対応に不慣れであること
	6. 処方医との適切な情報連携
	7. 患者が２回目以降、期限内に来局することへの対応
	8. 患者にリフィル処方箋の仕組みを理解してもらうこと
	9. 医師がリフィル処方箋の仕組みを理解すること
	10. 薬剤師がリフィル処方箋の仕組みを理解すること
	11. 国によるリフィル処方箋の広報活動が不足していること
	12. その他（具体的に：　　）
	13. 特になし

④患者からのリフィル処方箋に関する相談を受けた経験 ※○は1つ	1. ある →⑤-1 へ	2. ない →設問６へ

【④で「1.ある」と回答した場合、下記⑤-1～3 を回答ください】

⑤-1 どのような患者からの相談でしたか。 ※○はいくつでも	1. 医薬品供給が不安定な品目を使用している患者
	2. 待ち時間の長い医療機関からの処方を受けている患者
	3. 長期処方を受けている患者
	4. 生活習慣病に係る薬物治療を受けている患者
	5. 服薬管理指導料の注１（かかりつけ薬剤師）に係る同意を得ている患者
	6. 調剤後薬剤管理指導料に係るフォローアップを実施している患者
	7. その他（具体的に：　　）
⑤-2 受けた相談の内容 ※最も多いものを一つだけ○	1. リフィル処方箋を使用したい
	2. リフィル処方箋がどのような仕組みになっているのかを知りたい
	3. 自身がリフィル処方箋交付の対象になりうるか知りたい
	4. 医師への相談（申し出）方法について知りたい
	5. その他（具体的に：　　）

⑤-3 患者がリフィル処方箋の交付を希望していることに関して、処方医へ情報提供したことはありますか。※○は1つ	1. ある	2. ない

注1（②,⑤-1）服薬管理指導料の１のイ・２のイ、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算、かかりつけ薬剤師訪問加算を指します。

6. 長期処方の仕組みに対する相談体制や課題等についてお伺いします。

【全ての方がご回答ください】

①長期処方（本調査では 28 日以上とします）を医師へ提案したことのある薬剤の種類 ※○はいくつでも	1. 血圧降下剤　2. 高脂血症用剤　3. 経口血糖降下剤 4. インスリン製剤　5. ホルモン剤　6. 花粉症治療薬 7. 消化器用剤　8. その他（具体的に：　　） 9. 長期処方を医師へ提案したことはない
②薬剤師として長期処方が適すると考える状況等 ※○はいくつでも	1. 医薬品供給が安定している品目が処方されている場合 2. パンデミックや災害による医療アクセスの制限がある場合 3. 待ち時間の長い医療機関から処方がある場合 4. 受診の間隔を延長する際の切り替え（例：30 日処方→60 日処方） 5. リフィル処方箋からの切り替え（例：30 日×２回→60 日処方） 6. 服薬管理指導料の注１（かかりつけ薬剤師）に係る同意を得ている患者 7. 調剤後薬剤管理指導料に係るフォローアップを実施している患者 8. その他（具体的に：　　）
③薬局で長期処方を受けるにあたって課題と感じること ※○はいくつでも	1. 医薬品の供給体制 2. 適切な副作用の評価 3. 処方医との適切な情報連携 4. 在宅患者に対する薬学的管理（訪問薬剤管理指導等）と処方期間との調整を要する 5. その他（具体的に：　　） 6. 特になし
④患者からの長期処方に関する相談を受けた経験　※○は1つ	1. ある →⑤-1 へ　2. ない →アンケート調査は終了です

【④で「1.ある」と回答した場合、下記⑤-1～3 を回答ください】

⑤-1　どのような患者からの相談でしたか。 ※○はいくつでも	1. 医薬品供給が不安定な品目を使用している患者 2. 待ち時間の長い医療機関からの処方を受けている患者 3. リフィル処方箋を交付されている患者 4. 生活習慣病に係る薬物治療を受けている患者 5. 服薬管理指導料の注１（かかりつけ薬剤師）に係る同意を得ている患者 6. 調剤後薬剤管理指導料に係るフォローアップを実施している患者 7. その他（具体的に：　　）
⑤-2　受けた相談の内容 ※最も多いものを一つだけ○	1. 長期処方をしてほしい 2. 長期処方がどのような仕組みになっているのかを知りたい 3. 自身が長期処方の対象になりうるか知りたい 4. 医師への相談（申し出）方法について知りたい 5. その他（具体的に：　　）
⑤-3　患者が長期処方を希望していることに関して、処方医へ情報提供したことはありますか。 ※○は1つ	1. ある　2. ない

注1（②,⑤-1）服薬管理指導料の１のイ・２のイ、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算、かかりつけ薬剤師訪問加算を指します。

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和 9 年 1 月 22 日（金）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

ID 番号:

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

お薬の長期処方やリフィル処方せんに関するアンケート



このアンケートは、患者ご本人に、医療機関や薬局の利用状況やお考えなどをお伺いするものです。調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。

本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。

また、医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることもありません。本調査票に回答しない場合も、患者ご本人が不利益を受けることはありません。

※ 回答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。

※ 特に断りのない限り、**令和８年10月1日時点**の状況についてお答えください。

1. この調査票のご記入者についてお伺いします。ご記入者は患者ご本人ですか。

1. 患者ご本人（代筆の場合も含む）	2. 本人以外のご家族等

2. 患者ご本人のことについてお伺いします。

①性別 ※○は1つ	1. 男性		2. 女性	
②年齢 ※○は1つ	1. 10歳代以下	2. 20歳代	3. 30歳代	4. 40歳代
	5. 50歳代	6. 60歳代	7. 70歳代	8. 80歳代以上
③お住まい	（ ）都・道・府・県			
④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）がありますか。※お薬の容器代等は含まれません ※○は１つ	1. ある		2. ない	

以降の設問についても、全て患者さんご自身のことをお答えください（ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者ご本人についてご回答ください）

3. 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

①あなたご自身が、定期的に受診している医療機関（病院・診療所）、薬局はいくつありますか。 ※定期的：半年間で複数回　※定期的な受診がない場合「0（ゼロ）」と記入	医療機関数 ：（ ）箇所		
	薬局数 ：（ ）箇所		
②あなたが繰り返し同じお薬の処方を受けている疾患はありますか。それはどのような疾患ですか。 ※○はいくつでも	1. 糖尿病	2. 高血圧性疾患	3. 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）
	4. アレルギー鼻炎	5. 脂質異常症	6. 消化器系の疾患
	7. 悪性新生物＜腫瘍＞	8. 神経系の疾患	9. 皮膚及び皮下組織の疾患
	10. 眼及び付属器の疾患	11. 呼吸器系の疾患	
	12. その他（具体的に： ）		
	13. 定期的な処方を受けている疾患はない		

【②で「1.～12.」を選択した場合、下記③をご回答ください】

③繰り返し同じお薬の処方を受けている期間 ※最長期間に1つに○	1. １年未満	2. １年以上３年未満
	3. ３年以上５年未満	4. ５年以上

【全ての方がご回答ください】



「リフィル処方」とは

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大３回まで反復利用できる処方せんによる処方のことです。

患者にとっては、通院に伴う時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点がありますが、処方の都度、医師の診察を受けるものではないため、医師が患者の病状等を確認する機会が少なくなります。また、薬を貰いに薬局に行った際には、薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認し、お薬代等はその都度、薬局へお支払い頂きます。※リフィル処方は、医師が患者の病状等を踏まえ、医学的に適切と判断した場合に選択されるものです。

④リフィル処方せんを知っていましたか。 ※○は1つ	1. 仕組みを理解していた →⑤へ	2. 名称だけ聞いたことがあった →⑤へ
	3. 知らなかった →⑦へ	

245

【④で「1．仕組みを理解していた」、「2．名称だけ聞いたことがあった」と回答した場合、下記⑤⑥をご回答ください】

⑤リフィル処方せんの名称又は仕組みをどのようにして知りましたか。 ※○はいくつでも	1．担当医師から説明を受けた	2．病院内での掲示物や病院のホームページを見て知った
	3．薬局で教えてもらった	4．かかりつけの薬局内での掲示板や薬局のホームページで見て知った
	5．厚生労働省などの公的機関からの情報（ホームページ等）を見て知った	
	6．テレビやニュース等を見て知った	7．家族や知人から聞いて知った
	8．処方せんの説明文を見て知った	9．その他（具体的に：　　）

⑥リフィル処方せんについて、あなたの関心の程度 ※○は1つ	1．非常に関心がある	2．ある程度関心がある	3．どちらともいえない
	4．あまり関心がない	5．全く関心がない	



「長期処方」とは

この調査においては、症状が安定している患者に対して、医師が 28 日以上の処方（リフィル処方を除く）を行うことを指します。
患者にとっては、通院だけでなく薬局に行く時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点がありますが、リフィル処方せんと比べて薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認する機会が減ります。

【全ての方がご回答ください】

⑦自ら希望して、長期処方または、リフィル処方せんの交付を求めたことがありますか。 ※○は1つ	1．長期処方を希望したことがある　→⑧へ	2．リフィル処方せんを希望したことがある　→⑧へ
	3．どちらも希望したことがある　→⑧へ	4．どちらも希望したことがない　→⑨へ

⑧長期処方又はリフィル処方箋の交付を希望したものの、長期処方又はリフィル処方箋の交付が行われなかったことがありますか。※○はいくつでも	1．長期処方を希望したが、行われなかったことがある
	2．リフィル処方せんの交付を希望したが、行われなかったことがある
	3．いずれについても、希望して行われなかったことはない

⑨長期処方（28 日分以上の処方）または、リフィル処方せんを交付されたことがありますか。※○は1つ	1．長期処方のみ受けたことがある　→設問 4 へ	2．リフィル処方せんのみ交付されたことがある　→設問 5 へ
	3．どちらも受けたことがある　→設問 4 へ	4．どちらも受けたことがない　→設問 6 へ

4．これまで長期処方された経験についてお伺いします。

【長期処方を受けたことがある方はご回答ください。受けたことがない方は設問5へお進みください。】

①最近、医療機関で長期処方されたお薬について、1 回の処方で何日分のお薬が出されましたか。 ※直近の処方についてお答えください ※○は 1 つ	1.28~41 日	2.42~55 日	3.56~69 日	4.70~83 日
	5.84~90 日	6．91 日以上		

②28 日分以上処方された薬を、使用せずに残したことがありますか。 ※「今回新たに調剤された薬」のうち、服用せずに残った分を指します。以前から残っていた薬は含めません。※○は 1 つ	1．ある　→③④へ	2．ない　→⑤へ
	3．覚えていない　→⑤へ	

【②で「1．ある」と回答した場合、下記③～④をご回答ください】

③使用せずに残した量はどのくらいですか。 ※○は1つ	1．60 日分以上の薬が残った	2.30 日分以上 60 日分未満の薬が残った
	3．15 日分以上 30 日分未満の薬が残った	4．覚えていない

④処方された薬を使用せずに残した理由をお答えください。 ※○はいくつでも	1．副作用が生じ、使用の継続が困難となったため	2．症状が改善し、服用が必要なくなったため
	3．医師の指示で途中で使用を中止したため	4．服用を忘れることが多かったため
	5．薬の効果を感じられなかったため	6．薬の味やにおいが苦手だったため
	7．万が一のために残しておきたいと考えたため	8．服用したくなかったため
	9．医師の指示で災害時や体調不良等に備えて一定量を手元に残しておくように言われたため	
	10．その他（具体的に：　　）	

⑤長期処方の処方期間中に薬剤を紛失したことはありますか。※○は1つ	1．ある	2．ない
⑥受け取った処方せんについて、薬局での調剤を受けなかったことがありますか。※○は1つ	1．ある　→⑦へ	2．ない　→⑧へ

⑦前記⑥で「1．ある」と回答した方にお伺いします。その理由は何ですか。 ※○はいくつでも	1．処方せんの有効期限を切らしてしまったため
	2．以前に調剤された薬が十分に余っていたため
	3．症状が改善し、薬が必要なくなったため
	4．その他（具体的に：　　）

⑧長期処方の処方期間中に体調を崩して受診したことはありますか。※○は1つ	1．ある　2．ない
⑨体調を崩された原因は何ですか。※○はいくつでも	1．副作用が生じたため　2．症状が悪化したため 3．その他(具体的に：　　)

5．これまでリフィル処方せんを交付された経験についてお伺いします。

【リフィル処方せんを交付されたことがある方はご回答ください。受けたことがない方は設問6へお進みください。】

①直近のリフィル処方せんは、何回反復利用できる処方せんですか。※○は1つ	1．3回　2．2回
②直近のリフィル処方せんは、1回あたり何日分位のお薬が調剤されましたか。	(　　)日分
③リフィル処方せんの1回目の調剤で、どこの薬局に行きましたか。 ※最も多く行ったものを一つだけ○	1．自宅近くにある薬局　→⑤へ 2．受診した医療機関の近くの薬局(1以外)→④へ 3．1.～2.以外の薬局　→④へ
④リフィル処方せんの2回目以降の調剤で、自宅近くにある薬局に変えましたか。※○は1つ	1．はい　2．いいえ 3．まだ2回目の調剤を受けていない
⑤リフィル処方せんの処方期間中に体調を崩して受診したことはありますか。※○は1つ	1．ある　→⑥へ　2．ない　→⑦へ
⑥体調を崩された原因は何ですか。 ※○はいくつでも	1．副作用が生じたため　2．症状が悪化したため 3．その他(　　)
⑦リフィル処方せんの2回目以降の調剤のタイミングで、調剤を受けずに受診しなければいけなくなったことはありますか。※○は1つ	1．ある　→⑧　2．ない　→⑨
⑧前記⑦で「1.ある」と回答した理由 ※○はいくつでも	1．医師による受診指示があったから　2．薬剤師による受診勧奨があったから 3．ご自身で受診した方がよいと考えたから 4．その他(具体的に：　　)
⑨リフィル処方せんにより薬局で薬を受け取る際に、薬剤師からどのような確認や指導を受けましたか ※○はいくつでも	1．薬の飲み方の指導を受けた　2．薬が効いているか確認された　3．副作用について確認された 4．体調などの確認をされた　5．服薬状況を確認された　6．他科の受診状況を確認された 7．血圧を確認された　8.検査値を確認された　9．お薬手帳を確認された 10．その他(具体的に：　　)
⑩リフィル処方箋により薬局で薬を受け取る際に、薬剤師から確認や指導を受けることについて、どのようなメリットを感じましたか。 ※○はいくつでも	1．薬の効果や副作用を継続的に確認してもらえる 2．飲み忘れや服薬方法についてアドバイスを受けられる 3．他の薬やサプリメントとの飲み合わせを確認してもらえる 4．体調や症状の変化に応じて、受診や医師への相談につなげてもらえる 5．受診回数を減らせるため、通院時間や費用の負担を軽減できる 6．その他(　　) 7．特になし
⑪受け取ったリフィル処方せんについて、薬局での調剤を受けなかったことがありますか。 ※○は1つ	1．1回目の調剤を受けなかった　→⑫へ 2．最大2回まで受け取り可能だったが、2回目の調剤を受けなかった　→⑫へ 3．最大3回まで受け取り可能だったが、2回目の調剤を受けなかった　→⑫へ 4．最大3回まで受け取り可能だったが、3回目の調剤を受けなかった　→⑫へ 5．調剤を受けなかったことはない　→⑬へ
⑫前記⑪で1.～4.を回答した理由 ※○はいくつでも	1．処方せんの有効期限を切らしてしまったため　2．以前に調剤された薬が十分に余っていたため 3．症状が改善し、薬が必要なくなったため　4．薬剤師から受診を勧められたため
⑬リフィル処方せんの処方期間中に薬剤を紛失したことはありますか。※○は1つ	1．ある　2．ない
⑭リフィル処方せんを利用して、医療機関や薬局の利用にどのような変化がありましたか。※○はいくつでも	1．通院回数が減った　2．医療費の支払い額が減った　3．薬局での相談機会が増えた 4．薬剤師との関係が深まった　5．特に変化は感じない 6.その他(具体的に：　　)
⑮リフィル処方せんを利用して「良かった」と感じたこと ※○はいくつでも	1．自分のペースで薬を受け取れるようになった　2．忙しい時期でも薬の受け取りがスムーズだった 3．薬剤師との信頼関係が深まった　4．健康管理への意識が高まった 5．薬局でのフォローアップが安心感につながった　6．オンライン診療と組み合わせることで、通院の負担が減った 7．その他(具体的に：　　)

6. これからのリフィル処方せんの交付や長期処方の利用意向についてお伺いします。

① 今後、病状が安定している場合に**リフィル処方せんの交付**と**長期処方**のどちらを希望しますか。※○は1つ	1. リフィル処方せんの交付→②へ	2. 長期処方→③へ
	3. どちらも希望しない→④へ	4. わからない→設問7へ

②長期処方ではなく**リフィル処方せん**の交付を選んだ理由は何ですか。 ※○はいくつでも	1. 体調の変化があった時に医師や薬剤師に相談できるため 2. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更など、薬剤の変更に柔軟に対応できるため 3. 一度に多くの薬を受け取らずに済むため 4. 定期的に薬剤師に会うことで安心できるため 5. 医師からリフィル処方せんを勧められたため 6. 薬剤師からリフィル処方箋を勧められたため 7. 特に理由はない／医師の判断に従ったため 8. その他(具体的に:　　)
②-1 **リフィル処方せん**を利用するにあたり必要だと感じることは何ですか。 ※○はいくつでも	1. 信頼する「かかりつけ医」がいること 2. 信頼する「かかりつけ薬剤師」のいる薬局があること 3. 薬剤師から薬について十分な説明があること 4. 自分の服用している薬の効能、副作用を理解していること 5. 「かかりつけ医」や「かかりつけ薬剤師」がいつでも相談にのってくれること 6. 電子処方せんによる対応 7. 薬局に行かずに薬の配送が利用できること 8. オンラインでの服薬指導ができること 9. その他(具体的に:　　)
③リフィル処方せんの交付ではなく**長期処方**を選んだ理由は何ですか。 ※○はいくつでも	1. リフィル処方せんをよく知らないため(2回目以降のもらい方がわからないなど) 2. 長期処方を受けたことがあり、問題なかったため 3. 長期間服薬しており、不安がないため 4. 薬局へ行く時間的負担(移動・待ち時間)を減らせるため 5. リフィル処方箋を利用することに不安があるため 6. 特に理由はない／医師の判断に従ったため 7. その他(具体的に:　　)
③-1 **長期処方**を利用するにあたり必要だと感じることは何ですか。 ※○はいくつでも	1. 信頼する「かかりつけ医」[注1]がいること 2. 信頼する「かかりつけ薬剤師」[注2]のいる薬局があること 3. 薬剤師から薬について十分な説明があること 4. 自分の服用している薬の効能、副作用を理解していること 5. 「かかりつけ医」や「かかりつけ薬剤師」がいつでも相談にのってくれること 6. 電子処方せん[注3]による対応 7. その他(具体的に:　　)
④どちらも希望しない理由は何ですか。 ※○はいくつでも	1. 医療機関へ訪問し、体調の変化をこまめに知りたいため 2. 定期的に医師、薬剤師と会うことで安心するため 3. 薬に対する要望を伝えたいため(紛失や薬剤変更など) 4. その他(具体的に:　　)

「注１：かかりつけ医」とは
健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のことです。
「注２：かかりつけ薬剤師」とは
日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師のことです。
「注３：電子処方せん」とは
現在紙で行われている処方せんの運用を電子で実施する仕組みです。

7. リフィル処方せんや長期処方に関して、あなたのご意見・ご要望について自由に記載してください。

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和９年１月 22 日(金)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

248

ご依頼状（病院・診療所）

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

「長期処方やリフィル処方箋交付の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、長期処方及びリフィル処方箋を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件及び処方箋様式の見直しが行われました。 今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の保険薬局、医療機関、医師、患者の方を対象に、長期処方及びリフィル処方箋の実施・利用状況や対応状況に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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

令和9年1月 22 日（金）まで に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局
〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：・・・　（受付時間　9：30～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】・・・
【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・
※調査に関するメールでのお問合せ、電子調査票の受付は、株式会社ベイカレント・コンサルティングから委託を受けた株式会社サーベイリサーチセンターが行います。

ご依頼状（保険薬局）

令和８年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

「長期処方やリフィル処方箋に関する実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、社会保険の運営につきまして、日頃より格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和８年度の診療報酬改定においては、長期処方及びリフィル処方箋を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件及び処方箋様式の見直しが行われました。今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）の要請に基づき、厚生労働省において、全国の保険薬局、医療機関、医師、患者の方を対象に、長期処方及びリフィル処方箋の実施・利用状況や対応状況に関する調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証するための重要な資料となります。**

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

また、本調査は、厚生労働省からの委託により、株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施いたしますので、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

令和9年1月 22 日（金）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局
〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー
株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：・・・（受付時間　9：30～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】・・・
【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】　・・・
※調査に関するメールでのお問合せ、電子調査票の受付は、株式会社ベイカレント・コンサルティングから委託を受けた株式会社サーベイリサーチセンターが行います。

以上

令和８年 12 月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）

「お薬の長期処方やリフィル処方せんに関するアンケート」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和８年度診療報酬改定では、長期処方（※１）及びリフィル処方せん（※２）を適切に推進する観点から様々な見直しが行われました。

本調査は、これらの見直しを踏まえ、長期処方及びリフィル処方せんの実施・利用状況や対応状況に関して、その現状や今後の課題等を把握することを目的として実施するものです。つきましては、次の要領により皆様に是非調査へのご協力をお願い申し上げます。

※1 長期処方とは

- この調査においては、症状が安定している患者に対して、医師が 28 日以上の処方（リフィル処方を除く）を行うことを指します。
- 患者にとっては、通院だけでなく薬局に行く時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点がありますが、リフィル処方せんと比べて薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認する機会が減ります。

※2 リフィル処方せんとは

- 症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大３回まで反復利用できる処方せんのことです。
- 患者にとっては、通院に伴う時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点がありますが、処方の都度、医師の診察を受けるものではないため、医師が患者の病状等を確認する機会が少なくなります。また、薬を貰いに薬局に行った際には、薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認し、お薬代等はその都度薬局へお支払い頂きます。

※長期処方やリフィル処方せんは、医師が患者の病状等を踏まえ、医学的に適切と判断した場合に選択されるものです。

（→裏面へ続きます）

対象者

・ この調査は、調査対象の保険薬局に来局、または医療機関を受診した患者の方が対象となっております。

回答期限

・ お手数ではございますが、**令和9年1月 22 日(金)まで**に紙の調査票を同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函いただくか、専用の URL または QR コードより、調査サイトにアクセスいただき、Web よりご回答ください。

回答方法

・ 紙の調査票をお送りしていますが、Web 経由で回答することも可能です。Web 経由での回答につきましては、皆様のご都合にあわせてご回答・ご提出できる範囲でご協力いただければ幸いです。

【紙の調査票で回答する場合】

・ 紙の調査票にご記入の上、お近くのポストに投函してください。

【Web 経由で回答する場合】

・ 以下の URL もしくは QR コードから調査票を開き、入力フォームにご記入いただき「送信」をお願い致します。

調査票 （Microsoft Forms）	【URL】	・・・
	【QR コード】	

・ 紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

なお、本調査は令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた株式会社ベイカレント・コンサルティングが実施します。

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

本調査の結果は、厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、診療報酬のあり方について実りある議論を行うための大変貴重な資料として活用されます。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒106-0041　東京都港区麻布台 1-3-1 麻布台ヒルズ森 JP タワー

株式会社ベイカレント・コンサルティング

【調査へのお問合せ先】・・・

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：・・・（受付時間　9：30～17：00、土日・祝日除く）

※調査に関するメールでのお問合せは、株式会社ベイカレント・コンサルティングから委託を受けた・・・が行います。

以上

令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）における
電子レセプトデータの活用について（案）

○　診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、調査票への記入等に係る調査対象者の負担を軽減し調査の回答率を保つ観点、また、より幅広い対象について状況を把握する観点から、各種診療報酬項目の算定医療機関件数や算定件数等について、平成２７年度調査以降、ＮＤＢ等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化に努めている。

○　引き続き、令和８年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和８年度調査）においても、ＮＤＢにある電子レセプト情報の分析をもって調査の一部として報告を行うこととしてはどうか。

	主な調査内容	NDB を用いて実施するもの（※）
（１）在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査	・在宅医療を実施する保険医療機関の診療体制（医師数、教育体制、ＢＣＰの策定状況等） ・在宅医療の実施状況、対象患者の状態、居住形態、診療の所要時間等 ・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅医療充実体制加算及び在宅患者訪問栄養食事指導料の診療等の実態等 ・介護保険施設等連携往診加算等の算定医療機関における、医療機関と介護保険施設等との連携状況等 ・医師と薬剤師の同時訪問、残薬対策の実施状況 ・歯科訪問診療料及びその加算、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料及びその加算、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に関する診療の実態等 ・歯科訪問診療の対象患者の状態、居住形態、診療時間、診療内容、関係機	・往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時医学総合管理料、在宅医療充実体制加算、退院後訪問栄養食事指導料、訪問診療薬剤師同時指導料、在宅医療情報連携加算等の算定状況 ・在宅患者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、包括型訪問看護療養費、訪問看護管理療養費、複数名訪問看護加算、専門管理加算等の算定状況 ・在宅薬学総合体制加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、訪問薬剤管理医師同時指導料、複数名薬剤管理訪問料、調剤時残薬調整加算イ・ロ、

	関との連携状況等 ・在宅患者訪問薬剤管理指導料等の在宅に係る訪問薬剤管理指導の実施状況等 ・保険薬局と保険医療機関及び介護保険施設等との連携状況等 ・医療機関、訪問看護ステーションによる訪問看護の実施状況、対象利用者の状態、居住形態、訪問看護の所要時間等 等	薬学的有害事象等防止加算イ・ロ、等の算定状況 等 ・歯科訪問診療料、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料等の算定状況 等
（２）精神医療等の実施状況調査	・精神病棟における多職種配置の状況及び多職種が行う業務や病棟での協働の状況 ・患者の慢性疾患を管理する体制整備の状況 ・精神科地域密着多機能体制加算を算定する医療機関における外来・在宅医療の実績を含む診療状況 ・精神科における救急医療体制、緊急の患者に対応する体制整備の状況や急性期精神医療を担う病棟における退院支援の状況 ・通院・在宅精神療法の実施状況（指定医及び非指定医の診療、対象患者像や診療時間等） ・早期診療体制充実加算、児童思春期支援指導加算等の取組状況 ・公認心理師による心理支援や認知行動療法の実施状況 ・情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含めた診療の実態 ・医療機関、訪問看護ステーションによる訪問看護の実施状況、対象利用者の状態、居住形態、訪問看護の所要時間等 等	・急性期病院精神病棟入院基本料、精神病棟看護・多職種協働加算、精神科身体合併症管理加算、精神科リエゾンチーム加算、精神科慢性身体合併症管理加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科地域密着多機能体制加算、精神科退院時共同指導料、通院・在宅精神療法、療養生活継続支援加算、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、情報通信機器を用いた精神療法、認知療法・認知行動療法、精神科作業療法、精神科デイ・ケア等、医療保護入院等診療料、精神科在宅患者支援管理料等の算定状況 ・精神科訪問看護・指導料等の算定状況 等
（３）長期処方やリフィル処方の実施状況調査	・長期処方及びリフィル処方箋の実施状況等 ・長期処方及びリフィル処方箋の認知度、意識等 ・保険薬局における長期処方及びリフィル処方箋の対応状況等 等	・リフィル処方箋に係る処方箋料等の算定状況 ・長期処方（28 日以上の処方）、リフィル処方の受付回数、処方日数 等

※　原則として、検証調査に回答した医療機関以外を含む全数調査とし、改定前を含む適切な時点を選択して調査する。