

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）の
調査票案について

○同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査

(右下頁)

・ 調査概要	2 頁
・ 医科医療機関票	4 頁
・ 訪問看護票	1 8 頁
・ 歯科医療機関票	3 0 頁
・ 保険薬局票	3 6 頁
・ 集合住宅票	4 0 頁
・ 依頼状	4 8 頁

厚生労働省保険局医療課委託事業

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

「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年度診療報酬改定において、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に対する評価について見直しが行われた。これを踏まえ、在宅医療等の実施状況について調査を行う。

- 同一建物における同一日の複数訪問の訪問診療、訪問看護の実施状況の把握
- 上記の対象患者像の把握
- 同一建物における同一日の複数訪問の歯科訪問診療の実施状況の把握
- 同一建物における同一日の複数訪問の在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況の把握
- 集合住宅等における医師の確保状況の把握

<調査のねらい>

- ・ 同一建物における訪問診療等の実施状況は改定前後でどのように変化したか。
- ・ 在宅時医学総合管理料を算定していた患者について、改定後、どのような診療対応が行われているか。
- ・ 同一建物で算定している患者の状態等はどのようになっているか。
- ・ 訪問診療等を実施している施設・事業所等への改定による影響はどうか。
- ・ 集合住宅等において医師の確保等の面で不都合が生じていないか。 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<医科医療機関調査>

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

<訪問看護調査>

- ・ 機能強化型訪問看護管理療養費、訪問看護基本療養費Ⅱ、精神科訪問看護基本療養費Ⅲを算定している訪問看護ステーション 1,000 事業所程度。
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料または精神科訪問看護・指導料を算定している保険医療機関 1,000 施設程度。

< 歯科医療機関調査 >

- ・ 在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている歯科診療所 2,000 施設程度。

< 薬局調査 >

- ・ 在宅患者調剤加算の届出を行っている保険薬局 1,000 施設程度。

< 集合住宅 >

- ・ 特定施設等 2,000 施設程度。

○調査方法（案）

- ・ 施設・事業所等宛ての自記式調査票を郵送配布し、郵送回収する。

■ 調査項目

※調査票案 参照

■ 調査スケジュール

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

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

訪問診療の実態調査 調査票（案）

- ※ この「医科医療機関票」は、訪問診療を実施している医科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における訪問診療等の実施状況についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 26 年 7 月 31 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体	
	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人	
②主たる 標榜診療科 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 脳神経外科	
	5. 小児科	6. 呼吸器科	7. 消化器科	8. 循環器科	
		9. 精神科	10. 眼科	11. 皮膚科	
		13. 泌尿器科	14. その他（具体的に ）		
③医療機関の種別 ※○は1つだけ	1. 病院		2. 有床診療所	3. 無床診療所	
④医療機関の所在地	（ ）都道府県				
⑤許可病床数	1) 施設全体の許可病床数：（ ）床				
	2) うち、在宅患者緊急一時入院病床：（ ）床 （※特段、確保していない場合は「0」と記入してください）				
⑥医師会への入会の有無 ※○は1つ だけ	1. あり		2. なし		
⑦自法人・関連法人 が運営している 施設・事業所等 ※○はいくつでも	1. 病院（貴施設以外）		2. 一般診療所（貴施設以外）		
	3. 訪問看護ステーション		4. 介護老人保健施設		
		5. 介護老人福祉施設		6. 居宅介護支援事業所	
		7. 通所介護事業所		8. 地域包括支援センター	
		9. サービス付き高齢者向け住宅		10. 有料老人ホーム	
		11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム		12. 認知症高齢者グループホーム	
		13. 他に運営施設・事業所はない		14. その他（具体的に ）	
⑧貴施設に併設し ている施設・事 業所等 ※○はいくつでも	1. 病院		2. 一般診療所		
	3. 訪問看護ステーション		4. 介護老人保健施設		
		5. 介護老人福祉施設		6. 居宅介護支援事業所	
		7. 通所介護事業所		8. 地域包括支援センター	
		9. サービス付き高齢者向け住宅		10. 有料老人ホーム	
		11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム		12. 認知症高齢者グループホーム	
		13. 併設施設・事業所はない		14. その他（具体的に ）	

2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

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

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

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

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

③貴施設において訪問診療を担当する医師の実人数

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

3. 貴施設の訪問診療の取組状況等についてお伺いします。

①貴施設が訪問診療を開始した時期

西暦 ()年 ()月頃

②貴施設は以下のうち、どれにあてはまりますか。※○は1つだけ

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

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

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

④貴施設では、訪問診療を行っている患者に対して、休診日・深夜に緊急の往診を行っていますか。 ※それぞれ○は1つだけ			
1) 休診日	1. 基本的に行っている 2. 基本的に行っていない	2) 深夜	1. 基本的に行っている 2. 基本的に行っていない
⑤貴施設では、24時間往診が可能な体制をどのように構築していますか。※○は1つだけ			
1. 自院のみで体制を構築している 2. 自院で対応できない場合のみ、連携医療機関で対応している 3. 自院と連携医療機関の輪番制で対応している 4. 24時間往診が可能な体制は敷いていない 5. その他（具体的に _____)			
⑥各該当期間において、貴施設が以下の対応を行った実績等についてお答えください。			
1) 往診（定期的・計画的な訪問診療ではない）を行った回数 （平成26年4～7月の4か月間）	（ _____ ）回		
2) 上記1)のうち、入院に至った回数（平成26年4～7月の4か月間）	（ _____ ）回		
3) 1年間にターミナルケア加算を算定した回数 （平成25年4月～平成26年3月の1年間）	（ _____ ）回		
4) 1年間に死亡診断加算を算定した回数 （平成25年4月～平成26年3月の1年間）	（ _____ ）回		

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

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

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

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

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

4. 貴医療機関で、平成26年8月18～24日のうち、一居住施設で最も多くの患者を診療した日（指定期間内に、一居住施設で複数の患者を診療した日がない場合は、最も多くの患者を診療した日）を調査日として、一居住施設で最も多くの患者に対して訪問診療を実施した医師（指定期間内に、一居住施設で複数の患者を診療した日がない場合は、最も多くの患者を診療した医師）が、当該調査日に訪問診療を行った患者全員について、診療した順番に以下の質問にお答えください。

* 印は別添のコード表からあてはまる番号を選びご記入ください。

訪問順	①出発地			② 前の場所からの移動に要した時間(分)	③ 要介護度*	④ 認知症の日常生活自立度*	⑤ 訪問診療を行っている理由*	⑥ 滞在時間(分)	⑦ 次の場所への移動に要した時間(分) ※医療機関等へ移動する場合のみ記入	⑧ 貴医療機関からの看護師の同行*	⑨次の移動先		
	前の患者(同一建物)	前の患者(異なる建物)	医療機関等								次の患者(同一建物)	次の患者(異なる建物)	医療機関等
例1	1	2	③	15	6	3	2	20		1	①	2	3
例2	①	2	3	1	4	6	3	30	15	1	1	2	③
1	1	2	3								1	2	3
2	1	2	3								1	2	3
3	1	2	3								1	2	3
4	1	2	3								1	2	3
5	1	2	3								1	2	3
6	1	2	3								1	2	3
7	1	2	3								1	2	3
8	1	2	3								1	2	3
9	1	2	3								1	2	3
10	1	2	3								1	2	3
11	1	2	3								1	2	3
12	1	2	3								1	2	3
13	1	2	3								1	2	3
14	1	2	3								1	2	3
15	1	2	3								1	2	3
16	1	2	3								1	2	3
17	1	2	3								1	2	3
18	1	2	3								1	2	3
19	1	2	3								1	2	3
20	1	2	3								1	2	3
21	1	2	3								1	2	3
22	1	2	3								1	2	3
23	1	2	3								1	2	3
24	1	2	3								1	2	3
25	1	2	3								1	2	3
26	1	2	3								1	2	3

訪問順	①出発地			② 前の場所からの移動に要した時間(分)	③ 要介護度*	④ 認知症の日常生活自立度*	⑤ 訪問診療を行っている理由*	⑥ 滞在時間(分)	⑦ 次の場所への移動に要した時間(分) ※医療機関等へ移動する場合のみ記入	⑧ 貴医療機関からの看護師の同行*	⑨次の移動先		
	物) 前の患者(同一建物)	物) 前の患者(異なる建物)	医療機関等								物) 次の患者(同一建物)	物) 次の患者(異なる建物)	医療機関等
27	1	2	3								1	2	3
28	1	2	3								1	2	3
29	1	2	3								1	2	3
30	1	2	3								1	2	3
31	1	2	3								1	2	3
32	1	2	3								1	2	3
33	1	2	3								1	2	3
34	1	2	3								1	2	3
35	1	2	3								1	2	3
36	1	2	3								1	2	3
37	1	2	3								1	2	3
38	1	2	3								1	2	3
39	1	2	3								1	2	3
40	1	2	3								1	2	3
41	1	2	3								1	2	3
42	1	2	3								1	2	3
43	1	2	3								1	2	3
44	1	2	3								1	2	3
45	1	2	3								1	2	3
46	1	2	3								1	2	3
47	1	2	3								1	2	3
48	1	2	3								1	2	3
49	1	2	3								1	2	3
50	1	2	3								1	2	3
51	1	2	3								1	2	3
52	1	2	3								1	2	3
53	1	2	3								1	2	3
54	1	2	3								1	2	3
55	1	2	3								1	2	3

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

約 () 分

5. 平成 26 年度診療報酬改定による影響等についてお伺いします。

①平成 26 年度診療報酬改定の前後での変化等についてお伺いします。						
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ〇をつけてください。	大いにあてはまる	あてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない	もともと存在しない
1) 患者 1 人当たりの訪問診療の平均診療時間（移動時間や院内でのカルテ記載等を除く）が長くなった	5	4	3	2	1	—
2) 医師の訪問診療に係る総移動時間が増えた	5	4	3	2	1	—
3) 医師 1 人当たりの訪問診療の件数が減った	5	4	3	2	1	—
4) 同一建物居住者への訪問診療の平均回数が減った	5	4	3	2	1	0
5) 居住系施設 1 施設あたりの訪問回数（頻度）が増えた	5	4	3	2	1	0
6) 訪問診療を行っている居住系施設が減った	5	4	3	2	1	0
7) 移動時間増加などにより、訪問診療に係る医師の労働時間が長くなった	5	4	3	2	1	—
8) 訪問診療が必要な患者の新規受入が難しくなった	5	4	3	2	1	—
9) 医師が忙しくなり、訪問診療の質が低下した	5	4	3	2	1	—
10) 事業者等から、医療機関へ患者を紹介する対価として経済上の利益の提供を求める契約の申し出が減った ※実際の契約締結の有無に関係なく	5	4	3	2	1	0
11) 訪問診療に係る収入が減った	5	4	3	2	1	—

②事業者から、患者の紹介を受ける対価として、医療機関が経済上の利益を提供する契約を交わしたことがありますか。	
平成 26 年 4 月前	1. ある 2. ない
平成 26 年 4 月以降	1. ある 2. ない ↳「ある」を選択した場合はその具体的内容を記述してください。 ()

③今回の改定では、患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策として、訪問診療料の要件や評価等について見直しを行ったところですが、これらの見直しの影響により、患者への質の高い訪問診療の実施に支障が発生している場合、具体的にその状況と必要な解決策をお書きください。

(問題事例)

(必要な解決策)

⑤訪問診療の実施について課題がございましたら、ご自由にお書きください。

(This area is a large empty box for writing responses to question 5.)

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

※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

※同じお住まいに、貴医療機関を利用している患者が他にいる場合に記入してください。

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

患者票 B

訪問順

※この「患者票」は、医療関係者の方に、患者さんの状況についてお伺いするものです。
 ※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。
 ※同じお住まいに、貴医療機関を利用している患者が他にいる場合に記入してください。

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

患者票 C

訪問順

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

※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

※同じお住まいに、貴医療機関を利用している患者が他にいる場合に記入してください。￥

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

患者票 D

訪問順

※この「患者票」は、医療関係者の方に、患者さんの状況についてお伺いするものです。
 ※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。
 ※同じお住まいに、貴医療機関を利用している患者が他にいる場合に記入してください。

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

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。

コード表

①要介護度

コード	内容
1	該当なし（未申請・申請中を含む）
2	要支援1
3	要支援2
4	要介護1
5	要介護2
6	要介護3
7	要介護4
8	要介護5
9	不明

②認知症の日常生活自立度

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

③訪問診療を行っている理由

コード	内容
1	身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難
2	介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難
3	交通手段があれば介助がなくても通院可能だが、交通手段の確保が困難
4	通院が困難なわけではないが、患者が希望したから
5	通院が困難なわけではないが、患者が居住する施設が希望したから
6	その他

④貴医療機関からの看護師の同行

コード	内容
1	あり
2	なし

⑤厚生労働大臣の定める疾病等の有無（特掲診療料の施設基準等別表七）

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

⑥厚生労働大臣の定める状態等にある患者（特掲診療料の施設基準等別表八）

一	在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
二	在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
三	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
四	真皮を越える褥瘡の状態にある者
五	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護票

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

- ※ この**訪問看護票**は、訪問看護ステーションの開設者・管理者の方及び訪問看護を実施している医療機関の訪問看護部門の責任者の方に、貴事業所・施設における訪問看護の実施状況についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には**具体的な数値、用語等**をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 26 年 7 月 31 日時点の状況についてご記入ください。

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

1. 貴事業所・施設（部門）の概要についてお伺いします。

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

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

員数) でお答えください。※平成 25 年、26 年ともに 7 月 31 日時点の状況								
	保健師・ 助産師・ 看護師	准看護師	リハビリ職 (PT・OT・ST)	精神保健 福祉士	その他の 職員	(うち) 看護補助 者・介護職員	(うち) 事務職員	合計
平成25年
平成26年
*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。(小数点以下第1位まで)								
■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴事業所・施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)								
■1か月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴事業所・施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)								
⑨訪問看護指示書(医療保険の訪問看護に対する指示書に限る)、特別訪問看護指示書の発行を受けている医療機関数						() か所		
⑩精神科訪問看護指示書、精神科特別訪問看護指示書の発行を受けている医療機関数						() か所		

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

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

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください

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

④【医療機関の方】

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

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

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

注) 該当者がいない場合は「0」か所、「0」人とご記入ください。

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

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

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

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

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

※特に断りがない場合は、医療保険の訪問看護に関してお答えください

5. 貴事業所・貴部門で、平成26年8月18日（月）～8月24日（日）のうち、同一建物で複数の利用者を最も多く訪問した日を調査日として、調査日に訪問看護を行った医療保険の利用者全員について以下の内容にお答えください。（介護保険のみの利用者は対象外です）

※同一建物の訪問がなかった場合は訪問看護の件数が最も多い1日を選んでお答えください。

※医療機関が、在宅がん医療総合診療料を算定している場合の訪問も含まれます。

※複数回訪問の場合は、1人としてお書きください。

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

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

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

利用者番号	① お住まい *	② 所が訪問看護(医療保険)を提供している利用者数(当該利用者除く)(人)	③ 左記②のうち、本日、訪問看護(医療保険)を提供した利用者数(当該利用者除く)(人)	④ 性別 *	⑤ 年齢	⑥ 要介護度 *	⑦ 認知症の日常生活自立度 *	⑧ 障害高齢者の日常生活自立度 *	⑨ 利用者の状態(該当する番号を○で囲んでください)								⑩ 訪問時間(分)	⑪ 訪問頻度 *	⑫ 複数回訪問 *	⑬ 調査日の算定項目 *	⑭ 訪問看護の種類 *	⑮ 指示書の種類 *
									1	2	3	4	5	6	7	8						
									別表第七の疾病等に該当	別表第八の状態等に該当	ターミナル期(医師が余命約六か月以内と判断した場合)	真皮を越える褥瘡	気管カニューレを使用	家族への医療処置の指導	状態変化(急変時)	その他						
12									1	2	3	4	5	6	7	8()						
13									1	2	3	4	5	6	7	8()						
14									1	2	3	4	5	6	7	8()						
15									1	2	3	4	5	6	7	8()						
16									1	2	3	4	5	6	7	8()						
17									1	2	3	4	5	6	7	8()						
18									1	2	3	4	5	6	7	8()						
19									1	2	3	4	5	6	7	8()						
20									1	2	3	4	5	6	7	8()						
21									1	2	3	4	5	6	7	8()						
22									1	2	3	4	5	6	7	8()						
23									1	2	3	4	5	6	7	8()						
24									1	2	3	4	5	6	7	8()						
25									1	2	3	4	5	6	7	8()						
26									1	2	3	4	5	6	7	8()						
27									1	2	3	4	5	6	7	8()						
28									1	2	3	4	5	6	7	8()						

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

利用者票A

利用者番号	
-------	--

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

※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

※同じお住まいに貴事業所が訪問した利用者が他にいる場合に記入してください。

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

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

利用者票B

利用者番号

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

※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

※同じお住まいに貴事業所が訪問した利用者が他にいる場合に記入してください。

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

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

利用者票C

利用者番号

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

※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

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

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

※特に断りがない場合は、**医療保険**の訪問看護に関してお答えください

利用者票D

利用者番号

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

※特に断りのない限り、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

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

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

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

(別添) 質問5. の回答コード表 すべての項目について1つだけお選びください。

質問項目	回答コード	内容
①お住まい	1	戸建て住宅
	2	マンション・アパート・団地等
	3	サービス付き高齢者向け住宅
	4	有料老人ホーム
	5	養護老人ホーム・軽費老人ホーム
	6	特別養護老人ホーム
	7	認知症高齢者グループホーム
	8	小規模多機能、複合型サービス(宿泊)
	9	その他
④性別	1	男性
	2	女性
⑥要介護度	1	該当なし(未申請・申請中を含む)
	2	要支援1
	3	要支援2
	4	要介護1
	5	要介護2
	6	要介護3
	7	要介護4
	8	要介護5
	9	不明
⑦認知症高齢者の日常生活自立度	1	該当なし
	2	I
	3	II
	4	IIa
	5	IIb
	6	III
	7	IIIa
	8	IIIb
	9	IV
	10	M
	11	不明
⑧障害高齢者の日常生活自立度	1	J1
	2	J2
	3	A1
	4	A2
	5	B1
	6	B2
	7	C1
	8	C2
	9	不明
⑪⑩訪問頻度	1	週3日以下
	2	週4日以上

質問項目	回答コード	内容
⑫複数回訪問	1	該当なし
	2	1日に2回
	3	1日に3回以上
⑬算定項目	1	訪問看護基本療養費I
	2	訪問看護基本療養費II(同一日に2人)
	3	訪問看護基本療養費(II)(同一日に3人以上)
	4	精神科訪問看護基本療養費(I)30分未満
	5	精神科訪問看護基本療養費(I)30分以上
	6	精神科訪問看護基本療養費(III)(同一日に2人)30分未満
	7	精神科訪問看護基本療養費(III)(同一日に2人)30分以上
	8	精神科訪問看護基本療養費(III)(同一日に3人以上)30分未満
	9	精神科訪問看護基本療養費(III)(同一日に3人以上)30分以上
	10	在宅患者訪問看護・指導料
	11	同一建物居住者訪問看護・指導料(同一日に2人)
	12	同一建物居住者訪問看護・指導料(同一日に3人以上)
	13	精神科訪問看護・指導料(I)30分未満
	14	精神科訪問看護・指導料(I)30分以上
	15	精神科訪問看護・指導料(III)(同一日に2人)30分未満
	16	精神科訪問看護・指導料(III)(同一日に2人)30分以上
	17	精神科訪問看護・指導料(III)(同一日に3人以上)30分未満
	18	精神科訪問看護・指導料(III)(同一日に3人以上)30分以上
	19	医療機関において、在宅がん医療総合診療料を算定
⑭訪問看護の種類	1	予定されていた訪問看護
	2	緊急の訪問看護
⑮指示書の種類	1	訪問看護指示書
	2	特別訪問看護指示書
	3	精神科訪問看護指示書
	4	精神科特別訪問看護指示書

○厚生労働大臣の定める疾病等の有無（特掲診療料の施設基準等別表七）

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

○厚生労働大臣の定める状態等にある患者（特掲診療料の施設基準等別表八）

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

歯科医療機関票

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

歯科訪問診療の実態調査 調査票（案）

※ この「歯科医療機関票」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等の実施状況についてお伺いするものです。

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

※ 特に断りのない場合は、平成 26 年 7 月 31 日時点の状況についてご記入ください。

※特に断りのない場合は、『医療保険』の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。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①開設主体 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他（ ）														
②標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科														
③貴施設の所在地	（ ）都道府県														
④歯科医師会入会の有無 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし														
⑤併設している施設・事業所等 ※あてはまるものすべてに○	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 病院</td> <td style="width: 50%;">2. 一般診療所</td> </tr> <tr> <td>3. 訪問看護ステーション</td> <td>4. 介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td>5. 介護老人福祉施設</td> <td>6. 居宅介護支援事業所</td> </tr> <tr> <td>7. 通所介護事業所</td> <td>8. 地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>9. サービス付き高齢者向け住宅</td> <td>10. 有料老人ホーム</td> </tr> <tr> <td>11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム</td> <td>12. 認知症高齢者グループホーム</td> </tr> <tr> <td>13. 併設施設・事業所はない</td> <td>14. その他（具体的に ）</td> </tr> </table>	1. 病院	2. 一般診療所	3. 訪問看護ステーション	4. 介護老人保健施設	5. 介護老人福祉施設	6. 居宅介護支援事業所	7. 通所介護事業所	8. 地域包括支援センター	9. サービス付き高齢者向け住宅	10. 有料老人ホーム	11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	12. 認知症高齢者グループホーム	13. 併設施設・事業所はない	14. その他（具体的に ）
1. 病院	2. 一般診療所														
3. 訪問看護ステーション	4. 介護老人保健施設														
5. 介護老人福祉施設	6. 居宅介護支援事業所														
7. 通所介護事業所	8. 地域包括支援センター														
9. サービス付き高齢者向け住宅	10. 有料老人ホーム														
11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム	12. 認知症高齢者グループホーム														
13. 併設施設・事業所はない	14. その他（具体的に ）														
⑥施設基準 （届出のあるもの） ※あてはまるものすべてに○	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 歯科外来診療環境体制加算</td> <td style="width: 50%;">2. 歯科診療特別対応連携加算</td> </tr> <tr> <td>3. 歯科治療総合医療管理料</td> <td>4. 在宅患者歯科治療総合医療管理料</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. 歯科訪問診療料地域医療連携体制加算</td> </tr> <tr> <td>6. 在宅かかりつけ歯科診療所加算</td> <td>7. 在宅療養支援歯科診療所</td> </tr> <tr> <td colspan="2">8. 上記 1.～7.のいずれも届出をしていない</td> </tr> </table>	1. 歯科外来診療環境体制加算	2. 歯科診療特別対応連携加算	3. 歯科治療総合医療管理料	4. 在宅患者歯科治療総合医療管理料	5. 歯科訪問診療料地域医療連携体制加算		6. 在宅かかりつけ歯科診療所加算	7. 在宅療養支援歯科診療所	8. 上記 1.～7.のいずれも届出をしていない					
1. 歯科外来診療環境体制加算	2. 歯科診療特別対応連携加算														
3. 歯科治療総合医療管理料	4. 在宅患者歯科治療総合医療管理料														
5. 歯科訪問診療料地域医療連携体制加算															
6. 在宅かかりつけ歯科診療所加算	7. 在宅療養支援歯科診療所														
8. 上記 1.～7.のいずれも届出をしていない															
⑦行っている診療内容 ※あてはまるものすべてに○	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 一般外来歯科診療</td> <td style="width: 50%;">2. 歯科訪問診療</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. 著しく歯科診療が困難な患者への歯科診療 （基本診療料に係る「歯科診療特別対応加算」の算定対象となるもの）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. その他（具体的に ）</td> </tr> </table>	1. 一般外来歯科診療	2. 歯科訪問診療	3. 著しく歯科診療が困難な患者への歯科診療 （基本診療料に係る「歯科診療特別対応加算」の算定対象となるもの）		4. その他（具体的に ）									
1. 一般外来歯科診療	2. 歯科訪問診療														
3. 著しく歯科診療が困難な患者への歯科診療 （基本診療料に係る「歯科診療特別対応加算」の算定対象となるもの）															
4. その他（具体的に ）															

		平成 26 年 3 月		平成 26 年 7 月	
		常 勤	非常勤	常 勤	非常勤
⑧職員数 (常勤換算)	1) 歯科医師	人	人	人	人
	2) 歯科衛生士	人	人	人	人
	3) 歯科技工士	人	人	人	人
	4) その他	人	人	人	人
	5) 合計	人	人	人	人
⑧-1 ⑧のうち 歯科訪問 診療に携 わる職員 数 (常勤換算)	1) 歯科医師	人	人	人	人
	2) 歯科衛生士	人	人	人	人
	3) 歯科技工士	人	人	人	人
	4) その他	人	人	人	人
	5) 合計	人	人	人	人

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

■1週間に複数勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)

■1か月に複数勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設では、歯科訪問診療をどのように行っていますか。 ※最も近いものに○は1つだけ	
1. 一般外来歯科診療ではなく、 <u>歯科訪問診療を中心</u> に行っている 2. 午前中は一般外来歯科診療を行い、 <u>午後</u> に歯科訪問診療を行っている 3. <u>午前中</u> は歯科訪問診療を行い、午後一般外来歯科診療を行っている 4. 患者の要望があれば、 <u>一般外来歯科診療の実施時間を調整</u> し歯科訪問診療を行っている 5. <u>昼休み又は一般外来歯科診療の診療時間外</u> に歯科訪問診療を行っている 6. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている(歯科医師の複数名体制を敷いている等) 7. <u>特定の曜日・時間</u> に歯科訪問診療を行っている 8. その他(具体的に) 9. 歯科訪問診療を実施していない→質問⑤へ	
②貴施設が歯科訪問診療を開始したのはいつですか。	西暦()年()月頃
③貴施設が歯科訪問診療を実施するようになったきっかけは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○	
1. 施設入居者・家族等からの要望 2. 施設入居者が入院・通院していた医療機関(※歯科除く)からの依頼・紹介 3. 施設入居者が通院していた歯科医療機関からの依頼・紹介 4. 在宅医療を行っている医療機関からの依頼・紹介 5. 在宅歯科医療を行っている歯科医療機関からの依頼・紹介 6. 地区医師会・歯科医師会等からの依頼・紹介 7. 口腔保健センター等からの依頼・紹介 8. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 9. 介護保険施設からの依頼・紹介 10. 居宅介護支援事業所からの依頼・紹介 11. 地域包括支援センターからの依頼・紹介 12. 行政からの依頼・紹介 13. 在宅医療サービスの仲介業者からの依頼・紹介 14. その他(具体的に)	

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

<p>⑧貴施設が同一建物で同一日に複数の患者に対して歯科訪問診療を実施した居宅・施設数を場所別にお答えください。 ※同一建物であっても同一日に複数患者に対して歯科訪問診療を実施していない場合は含みません。 注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。</p>		
	平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
1) 戸建て	() か所	() か所
2) マンション・アパート・団地等	() か所	() か所
3) サービス付き高齢者向け住宅	() か所	() か所
4) 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設	() か所	() か所
5) 介護保険施設 (介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設)	() か所	() か所
6) 歯科標榜なし病院	() か所	() か所
7) その他	() か所	() か所
<p>⑨平成 26 年 3 月と平成 26 年 7 月の各 1 か月間の算定回数及び各算定項目を算定した場所別施設数をご記入ください。 注 1) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。 注 2) 自宅 (戸建て、マンション・アパート等) に対する歯科訪問診療についての記入は不要です。</p>		
	平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
⑨-1 歯科訪問診療料 1	() 回	() 回
<p>上記⑨-1 のうち、歯科訪問診療料1を算定した患者の居住場所 (歯科訪問診療を実施した場所) 別施設数</p>		
1) サービス付き高齢者向け住宅	() か所	() か所
2) 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設	() か所	() か所
3) 介護保険施設 (介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設)	() か所	() か所
4) 歯科標榜なし病院	() か所	() か所
5) その他 ()	() か所	() か所
⑨-2 歯科訪問診療料 2	() 回	() 回
1) 上記⑨-2 のうち、同一建物で 10 人以上の患者の診療を行った回数	() 回	
⑨-3 歯科訪問診療料 3		() 回
1) 上記⑨-3 のうち、20 分未満の歯科訪問診療を行った回数 <small>※10 人以上、10 人未満を問わず 20 分未満の歯科訪問診療についてご記入ください。</small>		() 回
2) 上記⑨-3 のうち、同一建物で 10 人以上の患者の歯科訪問診療を行った回数 <small>※20 分未満、20 分以上を問わず 10 人以上の歯科訪問診療についてご記入ください。</small>		() 回
3) 上記⑨-3 のうち、20 分未満かつ同一建物で 10 人以上の歯科訪問診療を行った回数		() 回
⑨-4 初診料・再診料 (20 分未満の歯科訪問診療をご記入ください。)	() 回	

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

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

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

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

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

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

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

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

3. 貴施設における診療報酬改定による影響等についてお伺いします。

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

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

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

保険薬局票

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

訪問薬剤管理の実態調査 調査票（案）

- ※ この「**保険薬局票**」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴施設における訪問薬剤管理（医療保険）の実施状況についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 26 年 7 月 31 日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、『**医療保険**』の訪問薬剤管理に関してお答えください。
介護保険など、医療保険以外の内容に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。

1. 貴薬局の概要についてお伺いします。

①組織形態 <small>※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください</small>	1. 法人 ……▶(1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人
②同一法人等による薬局店舗数	() 店舗
③貴薬局はチェーン薬局（一経営者が 20 店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。 ※○は1つだけ	1. はい 2. いいえ
④薬剤師会入会の有無 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし
⑤貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成 25 年度決算	約 () %程度 ※OTC 医薬品の販売等がなく、保険調剤収入のみである場合は 100%とご記入ください。
⑥調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料（41 点） 2. 調剤基本料（25 点）
⑦基準調剤加算 ※○は1つだけ	1. 基準調剤加算 1 2. 基準調剤加算 2 3. 届出（算定）なし
⑧1 か月間の取扱い処方せん枚数	() 枚/月 ※平成 26 年 7 月 1 か月分
⑨貴薬局の処方せんの応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※○は1つだけ	1. 主に近隣にある 特定の病院 の処方せんに応需している薬局 2. 主に近隣にある 特定の診療所 の処方せんに応需している薬局 3. 主に同じ 医療モール内 の 保険医療機関 の処方せんに応需している薬局 4. 様々な保険医療機関 からの処方せんに応需している薬局 5. その他（具体的に)
⑨-1【上記質問⑨で 1. または 2. を回答した方】 当該病院または診療所の診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 産婦人科 6. 呼吸器科 7. 消化器科 8. 循環器科 9. 精神科 10. 眼科 11. 耳鼻咽喉科 12. 泌尿器科 13. 皮膚科 14. その他（具体的に)
⑩無菌調剤を実施できる体制の有無 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし

2. 貴薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導業務の体制整備等についてお伺いします。

①平成26年3月又は平成26年7月に一度でも在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定しましたか。※〇は1つだけ		1. はい→質問②へ 2. いいえ→質問①-1へ
①-1【上記①で「いいえ」と回答した方】 →その理由は何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇	1. 介護保険適用の患者だから 2. 医師の指示がないから 3. その他（具体的に） →ここでアンケートは終了です	
②在宅患者への訪問薬剤管理指導を開始したのはいつ頃ですか。	西暦（ ）年（ ）月頃	
③それぞれの患者への訪問薬剤管理指導を実施するきっかけとしてあてはまるものは何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇		
1. 自薬局を利用している患者・家族等からの依頼 2. 患者が入院していた医療機関からの依頼・紹介 3. 患者が受診している医療機関からの依頼・紹介 4. 在宅患者訪問薬剤管理指導を実施していない他の保険薬局からの依頼・紹介 5. 地区医師会からの依頼・紹介 6. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 7. 介護保険施設からの依頼・紹介 8. 居宅介護支援事業所からの依頼・紹介 9. 地域包括支援センターからの依頼・紹介 10. 行政からの依頼・紹介 11. 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依頼・紹介 12. 訪問医療サービスの仲介業者からの依頼・紹介 13. その他（具体的に）		
④上記③の選択肢1～13のうち、最も多いものの番号を1つだけご記入ください。		
⑤訪問薬剤管理指導を実施している理由は何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇		
1. かかりつけ薬局として患者にかかわりたいから 2. 訪問薬剤管理指導のニーズが増えたため 3. 来局する患者が減少したため 4. 行政からの依頼が増えたため 5. 医師会からの要請があったため 6. 薬剤師会からの要請があったため 7. その他（具体的に）		
⑥貴薬局では、訪問薬剤管理指導をどのように行っていますか。 ※あてはまるものすべてに〇		
1. 薬局業務の半分以上の時間を訪問薬剤管理指導の時間に充てている 2. 主に午後に訪問薬剤管理指導を行っている 3. 主に午前中に訪問薬剤管理指導を行っている 4. 特定の曜日・時間に訪問薬剤管理指導を行っている 5. 薬局の開局時間外に訪問薬剤管理指導を行っている 6. その他（具体的に）		
⑦上記⑥で回答した訪問薬剤管理指導の時間は、患者からの要望によって調整したものですか。※〇は1つだけ		
1. はい 2. いいえ		
⑧訪問薬剤管理指導で訪問する先はどこですか（平成26年7月1か月間に訪問した先）。 ※あてはまるものすべてに〇	1. 自宅（患者宅）：戸建て 2. 自宅（患者宅）：集合住宅（マンション・アパート・団地等） 3. 特別養護老人ホーム 4. サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の居宅系高齢者施設 5. その他（具体的に）	
⑨上記⑧の選択肢1～5のうち、最も多いものの番号を1つだけご記入ください。		

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

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

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。
 ■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
 ■1か月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

3. 貴薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導業務の実施状況についてお伺いします。

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

注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

●全て(算定の有無にかかわらず)	平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
1) 来局総患者数(処方せん患者)	() 人	() 人
2) 訪問薬剤管理指導を行った総患者数	() 人	() 人
3) 訪問薬剤管理指導を行った延べ日数	() 日	() 日
4) 訪問時間(患者 1 人あたり平均) 【同一建物の場合】	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分
5) 訪問時間(患者 1 人あたり平均) 【同一建物以外】	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分

※調剤・薬歴管理等に係る時間は除く

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

●算定した患者	平成 26 年 3 月	平成 26 年 7 月
1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 (同一建物以外) の算定患者数	() 人	() 人
2) 上記 1) の訪問時間(患者 1 人あたり平均)	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分
3) 上記 1) の患者の状態でも多かったものはどれですか。 ※最も多かった状態に○を1つだけ (再掲)医療保険適用の患者についてのみの設問です	1. 該当なし(未申請・申請中) 2. 要支援 1 3. 要支援 2 4. 要介護 1 5. 要介護 2 6. 要介護 3 7. 要介護 4 8. 要介護 5 9. 不明	1. 該当なし(未申請・申請中) 2. 要支援 1 3. 要支援 2 4. 要介護 1 5. 要介護 2 6. 要介護 3 7. 要介護 4 8. 要介護 5 9. 不明

4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 2 (同一建物) の算定患者数	() 人	() 人
5) 上記 4) の訪問時間 (患者 1 人あたり平均)	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分	往復移動時間 () 分 ベッドサイド業務* () 分
6) 上記 4) の患者の状態でも多かったものはどれですか。 ※最も多かった状態に○を1つだけ (再掲)医療保険適用の患者についてのみの設問です	1. 該当なし (未申請・申請中) 2. 要支援 1 3. 要支援 2 4. 要介護 1 5. 要介護 2 6. 要介護 3 7. 要介護 4 8. 要介護 5 9. 不明	1. 該当なし (未申請・申請中) 2. 要支援 1 3. 要支援 2 4. 要介護 1 5. 要介護 2 6. 要介護 3 7. 要介護 4 8. 要介護 5 9. 不明

※調剤・薬歴管理等に係る時間は除く

③平成 26 年 3 月と平成 26 年 7 月の各 1 か月間の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した患者の場所別施設数と患者数をご記入ください。 注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「-」をご記入ください。

	平成 26 年 3 月		平成 26 年 7 月	
	施設数	患者数	施設数	患者数
1) 自宅 (戸建て、マンション・アパート・団地等)	か所	人	か所	人
2) 特別養護老人ホーム	か所	人	か所	人
3) サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の居宅系高齢者施設	か所	人	か所	人
4) その他 (具体的に)	か所	人	か所	人

4. 貴施設における診療報酬改定による影響等についてお伺いします。

①平成 26 年度診療報酬改定の影響等として、下記の 1) ~5) の各項目についてそれぞれあてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。※○はそれぞれ 1 つずつ

	長くなった (増えた)	やや長くなった (やや増えた)	変わらない	やや短くなった (やや減った)	短くなった (減った)	もともと行っていない
1) 薬剤師 1 人あたりの訪問薬剤管理指導の件数	5	4	3	2	1	0
2) 同一建物居住者への訪問薬剤管理指導の回数	5	4	3	2	1	0
3) 事業者等から、保険薬局へ患者を紹介する対価として経済上の利益を提供する契約を持ちかけられる回数 (実際の契約締結の有無にかかわらず)	5	4	3	2	1	0
4) 訪問薬剤管理指導に関する医師からの指示	5	4	3	2	1	0
5) 訪問薬剤管理指導に係る収入	5	4	3	2	1	0

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

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）
集合住宅における訪問診療等の実態調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における訪問診療等の利用状況についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をお書きください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 26 年 6 月 30 日時点の状況についてご記入ください。
- ※ サービス付き高齢者向け住宅及び有料老人ホームの開設者・管理者の方は、P1 の 1. ⑦から P4 の 2.（1）③の項目については、【平成 26 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業】高齢者向け住まいに関するアンケート調査の該当する項目を記載してください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①開設主体 ※○は1つだけ	1. 株式会社 2. 医療法人 3. 社会福祉法人 4. その他（具体的に)							
②施設開設時期	西暦（)年（)月頃							
③施設の種類 ※○は1つだけ	1. サービス付き高齢者向け住宅 2. 有料老人ホーム 3. 養護老人ホーム 4. 軽費老人ホーム 5. 認知症高齢者グループホーム 6. その他（具体的に)							
④特定施設の指定 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし							
⑤施設の所在地	（) 都道府県							
⑥併設している施設・事業所等 ※○はいくつでも	1. 病院 2. 一般診療所 3. 歯科診療所 4. 訪問看護ステーション 5. 居宅介護支援事業所 6. 介護老人保健施設 7. 介護老人福祉施設 8. 通所介護事業所 9. 地域包括支援センター 10. その他（具体的に)							
⑦定員数		平成 26 年 6 月	人					
⑧入居者数	平成 25 年 6 月	人	平成 26 年 6 月 人					
⑨入居者の男女別人数	男性	人	女性 人					
⑩入居者の年齢別人数（平成 26 年 6 月） ※合計が⑧入居者数(平成 26 年 6 月)に一致するように記入								
	65 歳未満	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85～89 歳	90 歳以上	不明
	人	人	人	人	人	人	人	人

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

2. 貴施設における訪問診療等の利用状況等についてお伺いします。

(1) 病院・診療所（歯科を除く）からの訪問診療についてお伺いします。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

注) 該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

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

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

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

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

注) 該当なしは「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

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

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

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

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

②-1 どのような都合か具体的な内容をご記入ください。

--	--

②-2 現在、どのような状況でしょうか。

※当てはまるもの全てに〇を、そのうち最も当てはまるものに◎をしてください。

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

(3) 歯科医療機関からの歯科訪問診療についてお伺いします。

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

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

注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

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

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

注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

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

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

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

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

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

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

③歯科訪問診療を行う歯科医療機関が減った理由は何ですか。 ※○はいくつでも

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

③-1 どのような都合か具体的な内容をご記入ください。

③-2 現在、どのような状況でしょうか。

※当てはまるもの全てに○を、そのうち最も当てはまるものに◎をしてください。

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

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

注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

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

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

1. 施設が開設した時から 2. それ以外→西暦（ ）年（ ）月頃から

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

3. 貴施設における訪問診療等に関する変化等についてお伺いします。

①平成 26 年 4 月に診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定が行われました。この診療報酬改定前後での変化等について、下記の 1)～20) の各項目についてそれぞれあてはまる番号に 1 つだけ○をつけてください。 ※○はそれぞれ 1 つずつ

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

17) 訪問看護が終了した患者・家族からのクレームが増えた	5	4	3	2	1	0
18) 訪問看護が少なくなり、患者・家族からの不安の意見が増えた	5	4	3	2	1	0
19) 訪問看護が必要な患者について新規に訪問をしてくれる訪問看護師を確保するのが難しくなった	5	4	3	2	1	0
20) 訪問看護の1回あたりの時間が短くなった	5	4	3	2	1	0
②平成 26 年 4 月以降、事業者等から、医療機関へ患者を紹介する対価として経済上の利益を提供する契約を持ちかけられる回数（実際の契約締結の有無にかかわらず）に変化はありましたか。 ※〇は1つだけ	1. 増えた 2. 減った 3. 変化なし 4. 以前からそのような申し出はなかった 5. その他（具体的に ）					

4. 貴施設において訪問診療等についてお困りのことなどがございましたら、具体的にご記入ください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

平成 26 年 8 月

開設者様
管理者様

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

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、在宅医療に取り組んでいる保険医療機関を対象に、訪問診療の実施体制や同一建物居住者に対する訪問診療の取組状況、対象患者の状況、診療報酬改定前後での診療件数等の変化、課題等を把握することを目的に実施するものです。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 26 年 8 月 * * 日 (*) まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきます。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-****

平成 26 年 8 月

開設者様・管理者様
訪問看護部門責任者様

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

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、訪問看護に取り組んでいる訪問看護ステーション及び保険医療機関を対象に、訪問看護の実施体制や同一建物居住者に対する訪問看護の取組状況、対象患者の状況、診療報酬改定前後での訪問件数等の変化、課題等を把握することを目的に実施するものです。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 26 年 8 月 ** 日（*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきます。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-****

平成 26 年 8 月

開設者様
管理者様

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

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、在宅歯科医療に取り組んでいる歯科診療所を対象に、歯科訪問診療の実施体制や同一建物居住者に対する歯科訪問診療の取組状況、診療報酬改定前後での歯科訪問診療の実施件数等の変化、課題等を把握することを目的に実施するものです。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 26 年 8 月 * * 日 (*) まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきます。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

****部（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-****

平成 26 年 8 月

開設者様
管理者様

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

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、在宅医療に取り組んでいる保険薬局を対象に、訪問薬剤管理の実施体制や同一建物居住者に対する訪問薬剤管理の取組状況、診療報酬改定前後での訪問薬剤管理指導の実施件数等の変化、課題等を把握することを目的に実施するものです。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のため大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 26 年 8 月 * * 日 (*) まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきます。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

****部（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-****

平成 26 年 8 月

開設者様・管理者様

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）
「集合住宅における訪問診療等の実態調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、医療提供体制の充実化を図り、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年毎に診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療を推進するため、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める観点から、訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護及び在宅薬剤管理指導業務に係る評価の見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 26 年度診療報酬改定による影響等を検証するために、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホームを対象に、入居者における訪問診療等の利用状況、診療報酬改定前後での訪問診療等の実施機関数や実施内容の変化、訪問診療等においてお困りになっていること等を把握することを目的に、本調査を実施することといたしました。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討する中医協において、皆様のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 26 年 8 月 * * 日 (*) まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきます。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-1-1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

****部（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

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

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-****