

## 説 明

## 3. 在宅医療等の実施状況調査について

(医療機関調査票)

ID番号: \_\_\_\_\_

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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「ー」をお書きください。

※ 特に断りのない場合は、**令和6年1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. 治療器科 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
【④で3. 無床診療所を選んだ場合】	
④貴施設は在宅専門診療所であるか ※1. 在宅専門診療所は、「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. 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. 共同生活援助型グループホーム 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 )

続きまして、2つ目の調査の「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」です。59ページ以降が各調査票案になります。まず、59ページから医療機関調査票でございまして、

(医療機関調査票)

⑨貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等 ※○はいくつでも  
※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. 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. 特定施設入所者介護       |                |
| 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            | 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 ※○はいくつでも

- |                           |                      |                    |
|---------------------------|----------------------|--------------------|
| 1. 救命救急入院料                | 2. 特定集中治療室管理料        | 3. ハイケアユニット入院医療管理料 |
| 4. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料       | 5. 小児特定集中治療室管理料      | 6. 新生児特定集中治療室管理料   |
| 7. 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 | 8. 総合周産期特定集中治療室管理料   |                    |
| 9. 新生児治療回復室入院医療管理料        | 10. 地域包括医療病棟入院料      | 11. 一類感染症患者入院医療管理料 |
| 12. 特殊疾患入院医療管理料           | 13. 小児入院医療管理料        | 14. 特殊疾患病棟入院料      |
| 14. 回復期リハビリテーション病棟入院料     | 15. 地域包括ケア病棟入院料      | 16. 特殊疾患病棟入院料      |
| 17. 緩和ケア病棟入院料             | 18. 精神科救急急性期医療入院料    | 19. 精神科急性期治療病棟入院料  |
| 20. 精神科救急・合併症入院料          | 21. 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 22. 精神療養病棟入院料      |
| 23. 認知症治療病棟入院料            | 24. 精神科地域包括ケア病棟入院料   | 25. 地域移行機能強化病棟入院料  |
| 26. 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     |
| 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。

- |                  |             |           |
|------------------|-------------|-----------|
| 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( ) |
|------------------|-------------|-----------|

#### «(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○をつけたうえで、当該実績をご記入ください。※○はいくつでも		貴院における実績
満たしている要件		
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け入れ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け入れを行った実績が直近1年間で31件以上(病院のみ)		緊急受け入れを行った実績( )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○: 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・準超重症児の医学管理の実績	( )件	

主なものとしまして、60 ページから 62 ページにかけて、機能強化型在宅療養支援病院に該当する場合。

(医療機関調査票)

【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 ※○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. その他( )	
(4)貴施設では、緩和ケア充実診療所・病院加算の届出をしていますか。 <input type="checkbox"/> 1. 届出あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. 届出なし		
(5)届出をしている場合、各要件の実績についてご回答ください。		
過去1年間の緊急往診	( )件	
過去1年間の在宅看取り実績	( )件	
末期の悪性腫瘍等の患者で、鎮痛薬の経口投与では疼痛が改善しない場合に、オピオイド系鎮痛薬の患者自身による注入を指導・実施した実績	( )件	
過去に末期の悪性腫瘍等の患者で、鎮痛薬の経口投与では疼痛が改善しない場合に、オピオイド系鎮痛薬の患者自身による注入を5件以上実施した経験のある常勤医師が配置され、適切な方法によりオピオイド系鎮痛薬を投与した実績(投与経路は問わない)	( )件	
(6)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。 ※○はいくつでも		
1. 過去1年間の緊急往診の実績15件以上かつ在宅看取りの実績20件以上		
2. 末期の悪性腫瘍等の患者で、鎮痛薬の経口投与では疼痛が改善しない場合に、オピオイド系鎮痛薬の患者自身による注入を指導・実施した実績が過去1年間に2件以上		
3. 過去に末期の悪性腫瘍等の患者で、鎮痛薬の経口投与では疼痛が改善しない場合に、オピオイド系鎮痛薬の患者自身による注入を5件以上実施した経験のある常勤医師が配置され、適切な方法によりオピオイド系鎮痛薬を投与した実績(投与経路は問わない)が過去1年間に10件以上		
4. がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める研修を修了した常勤医師がいる		
5. 緩和ケア病棟または在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において3か月以上の勤務歴がある常勤医師(在宅医療を担当する医師に限る)がいる		
6. 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている		

«(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○をつけてください。※○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け入れ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け入れ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を届け出ている
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<br>2. 在宅療養実績加算2の届出あり<br>3. 届出なし →④へ |
|------------------------------|---|

在宅療養支援病院に該当する場合。

(医療機関調査票)

<b>【上記③で「3.届出なし」を選択した場合】</b> 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。※○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	
<b>«(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»</b>	
<b>【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】</b>	
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○をつけてください。 ※○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(※○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令和6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	
<b>【②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】</b>	
③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。※○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 その他( )	
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. 経営上のメリットを感じられない 6. 当該点数の存在を知らない 7. その他( )	
<b>«(5)「在宅療養後方支援病院」である場合の状況»</b>	
<b>①貴施設は在宅医療を提供していますか。</b>	
1. 提供している                            2. 提供していない	
<b>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○をつけてください。※○はいくつでも</b>	
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を届け出ていること	

また、在宅療養後方支援病院に該当する場合などの、それぞれの施設の状況。

(医療機関調査票)

**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6年11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。			
1) 診療時間内	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
2) 診療時間外	(      )人	(      )人	(      )人
※非常勤医師の「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:(非常勤医師の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤医師の1週間の勤務時間) ■ 1ヶ月に数回勤務の場合:(非常勤医師の1ヶ月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤医師の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。			
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)
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
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)
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
«(2)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(                )			

また、63ページでございますが、入院が必要になった場合の病床確保等のための平時からの情報連携。

(医療機関調査票)

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。※○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貴院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。※○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( )																																
<b>3. 貴院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。</b>																																	
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、当該連携施設等もご記入ください。																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">連携機関の種別に○</th> <th style="width: 70%;">連携機関数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 保険薬局</td> <td>施設</td> </tr> <tr> <td>2. 訪問看護事業所</td> <td>施設</td> </tr> <tr> <td>3. 介護保険施設</td> <td>施設</td> </tr> <tr> <td>4. 介護サービス事業所(訪問系)</td> <td>施設</td> </tr> <tr> <td>5. 介護サービス事業所(通所系)</td> <td>施設</td> </tr> <tr> <td>6. 上記「3」以外の高齢者施設(有料老人ホーム等)</td> <td>施設</td> </tr> <tr> <td>7. 障害サービス事業所</td> <td>施設</td> </tr> <tr> <td>8. その他( )</td> <td>施設</td> </tr> </tbody> </table>																連携機関の種別に○	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	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. 障害サービス事業所	施設	8. その他( )	施設
連携機関の種別に○	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	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. 障害サービス事業所	施設																																
8. その他( )	施設																																
②貴院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、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。																																	
1. 構築している																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">   活用しているICT ※○はいくつでも         </td> <td>           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: )         </td> </tr> <tr> <td>運営元 ※○はいくつでも</td> <td>01 都道府県 02 医師会 03 民間企業 04 その他( )</td> </tr> </table>																 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 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( )														
 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 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. 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 3省2ガイドラインに準拠していますか。																																	
1. 準拠している 2. 準拠していない 3. わからない																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">           【上記②で「1. 構築している」を選択した場合】            ②-2 ICTにより連携している施設数はいくつですか。         </td> <td>           1. 保険薬局            2. 訪問看護事業所            3. 介護保険施設            4. 介護サービス事業所(訪問系)            5. 介護サービス事業所(通所系)            6. 上記「3」以外の高齢者施設(有料老人ホーム等)            7. 障害サービス事業所            8. その他         </td> <td>施設</td> </tr> </table>																【上記②で「1. 構築している」を選択した場合】 ②-2 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 2. 訪問看護事業所 3. 介護保険施設 4. 介護サービス事業所(訪問系) 5. 介護サービス事業所(通所系) 6. 上記「3」以外の高齢者施設(有料老人ホーム等) 7. 障害サービス事業所 8. その他	施設															
【上記②で「1. 構築している」を選択した場合】 ②-2 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 2. 訪問看護事業所 3. 介護保険施設 4. 介護サービス事業所(訪問系) 5. 介護サービス事業所(通所系) 6. 上記「3」以外の高齢者施設(有料老人ホーム等) 7. 障害サービス事業所 8. その他	施設																															
【②で「2. 構築していない」を選択した場合】 ②-3 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( )																																	

66 ページ。保険医療機関以外の関係機関との連携体制。

(医療機関調査票)

<b>【すべての施設にお伺いします】</b> ③(ICTの活用の有無に問わらず)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. 患者の介護サービス利用状況      12. 治療方針の変更の有無・概要 13. 医療・ケアを行う際の留意点 14. 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 15. その他(具体的に: ) ④貴院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 4. 経営上のメリットがないため      5. その他( )			
<b>【すべての施設にお伺いします】</b> ⑥在宅医療情報連携加算の算定に当たって困難なことは何ですか。※○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( )			
<b>【すべての施設にお伺いします】</b> ⑦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⑦で「2」と回答した施設に伺います。】 ⑦-1 算定実績がない理由は何ですか。※○はいくつでも			
1. 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 2. 対象となる患者がいないため      3. 経営上のメリットがないため 4. その他( )			
<b>4. 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。</b>			
①令和6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

そして、67 ページが介護保険施設等からの協力医療機関の依頼等の状況。

(医療機関調査票)

8. 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6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) 1)のうち、情報通信機器を用いた診療を行った患者	人	人
5) 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
6) 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
7) 6)のうち、実際には予定していなかった病院に入院した患者	人	人
8) 6)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

9. 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学生実習として該当するものをお選びください。  
※○はいくつでも

1. 学生実習の受け入れ ⇒該当する学生すべてに○																		
<table border="1"> <tbody> <tr><td>01 医学部生</td><td>02 歯学部生</td><td>03 薬学部生</td></tr> <tr><td>04 看護師の養成課程</td><td>05 保健師の養成課程</td><td>06 助産師の養成課程</td></tr> <tr><td>07 理学療法士の養成課程</td><td>08 作業療法士の養成課程</td><td>09 言語聴覚士の養成課程</td></tr> <tr><td>10 診療放射線技師の養成課程</td><td>11 臨床検査技師の養成課程</td><td>12 管理栄養士の養成課程</td></tr> <tr><td>13 社会福祉士の養成課程</td><td>14 介護福祉士の養成課程</td><td>15 救急救命士の養成課程</td></tr> <tr><td>16 歯科衛生士の養成課程</td><td>17 その他</td><td></td></tr> </tbody> </table>	01 医学部生	02 歯学部生	03 薬学部生	04 看護師の養成課程	05 保健師の養成課程	06 助産師の養成課程	07 理学療法士の養成課程	08 作業療法士の養成課程	09 言語聴覚士の養成課程	10 診療放射線技師の養成課程	11 臨床検査技師の養成課程	12 管理栄養士の養成課程	13 社会福祉士の養成課程	14 介護福祉士の養成課程	15 救急救命士の養成課程	16 歯科衛生士の養成課程	17 その他	
01 医学部生	02 歯学部生	03 薬学部生																
04 看護師の養成課程	05 保健師の養成課程	06 助産師の養成課程																
07 理学療法士の養成課程	08 作業療法士の養成課程	09 言語聴覚士の養成課程																
10 診療放射線技師の養成課程	11 臨床検査技師の養成課程	12 管理栄養士の養成課程																
13 社会福祉士の養成課程	14 介護福祉士の養成課程	15 救急救命士の養成課程																
16 歯科衛生士の養成課程	17 その他																	
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職員(管理者を含む)の専門性を高めるための取組として、どのようなことを行っていますか。※○はいくつでも
1. 医療機関として、学術活動へ支援を行っている(学会発表の推奨等)
  2. 研修の受講等のために職員が欠員した場合にも、勤務表の調整等によって通常通りの診療体制を確保できる
  3. 研修の受講等のための手当を出している
  4. 他の医療機関等と連携した勉強会を開催している
  5. 研修受講等について人事考課に組み込んでいる
  6. その他(具体的に) \_\_\_\_\_

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7年〇月〇日(〇)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。

少し飛びまして、76 ページ。在宅医療に係る教育体制。こういったものについて、新たに設問を設けております。

医療機関調査（患者票）

ID番号：

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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「一」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、**令和6年11月1日時点**の状況についてご回答ください。
- ※ 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回答ください。

【患者調査票A・Bについて】

- 令和6年11月25日～12月8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6年11月25日～12月8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19)-1～19)-3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. 薬物援助（点眼薬等を含む）       | 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理        |
| 4. 経鼻管栄養               | 5. 吸入・吸引               | 6. 創傷処置                  |
| 8. 禁食の処置               | 9. 皮膚潰瘍等の処置            | 10. 梅毒等の壞死組織除去・陰圧閉鎖療法    |
| 11. 採血                 | 12. 梶体採取（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） | 17. 腹膜（留置）カテーテルの管理       |
| 16. 栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整 | 18. 尿尿                 | 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. 呪吐換気機器の管理          | 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. 傷性絆綿の管理（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                  |

77ページからは、医療機関調査の患者票でございます。訪問診療を実施した患者と訪問看護を実施した患者について、調査対象の医療機関にて、ご回答をいただくものとなります。

## 医療機関調査（患者票）

**患者調査A**

1)性別	1. 男性      2. 女性
2)年齢	( )歳
3)訪問先 ※○はいくつでも ※例えさ、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. 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: )	
4)連携機関先 ※○はいくつでも	1. 歯科診療所      2. 訪問看護ステーション      3. 薬局 4. 居宅介護支援事業所      5. 訪問介護事業所      6. 通所介護事業所 7. 地域包括支援センター      8. その他(具体的に: )
5)上記3)の訪問先建物(单一建物)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數) 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. II a      4. II b      5. III a 6. III b      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( )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
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 14. 耳鼻科疾患      15. 眼科疾患      16. 皮膚疾患(癬瘡等) 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. ハーキソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症      12. プリオノ病      13. 垂急性硬化性全脳炎 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. 球脊髓性筋萎縮症      18. 慢性炎症性脱髓性多発神経炎 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

訪問診療を実施した患者、患者票Aについては、このうち、78ページで、特掲診療料の施設基準等に定める「別表第7の疾病等の該当の有無」等について設問を設けております。

患者調査C				訪問看護票（利用者）
1) 性別	1. 男性	2. 女性	2) 年齢	( )歳
3)-1 現在の居場所 ※○はいくつでも ※例えは、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. 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6年11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. 特別の関係ない				
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 ※○はいくつでも				
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				
<b>【介護保険(介護予防)サービス】</b> 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: )				
<b>【障害福祉サービス】</b> 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. 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)				
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. バーキング病関連疾患 11. 多系統萎縮症 12. ブリオン病 13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソーム病 15. 副腎白質ジストロフィー 16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髓性筋萎縮症 18. 慢性炎症性脱髓性多發神経炎 19. 後天性免疫不全症候群 20. 頭髄損傷 21. 人工呼吸器を使用している状態				

また、訪問看護を実施した患者、患者票Cでございますが、83ページのあたりですが、現在の居場所、同一建物の利用者の人数等について設問を設けています。

医療機関調査（連携機関票）

ID 番号:

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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 <b>連携機関票</b>		
---	--	--

※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「〇(ゼロ)」を、わからない場合は「一」をご記入ください。  
※特に断りのない質問については、**令和6年11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 ※〇はいくつでも ※例えば、有料老人ホームで特定施設入居生活介護の指定を受けている場合は、7と11両方の番号に〇		
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。 ※それぞれ〇はいくつでも		
1. 構築している	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	※〇はいくつでも	
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. その他(具体的に: )	
①-2 運営元	※〇はいくつでも	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つに〇	
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。 ※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. 緊急時に応える医療機関の情報	6. 往診する医療機関の情報
7. 緊急時に入院す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. 患者の介護サービス利用状況
12. 治療方針の変更の有無・概要	13. 医療・ケアを行う際の留意点	
14. 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		
15. その他( )		

87 ページからが連携機関票でございます。今回、調査票そのものを新設しておりまして、医療機関の連携先である介護サービス事業所等にご回答いただくものとなります。連携機関票では、調査対象となる医療機関との連携状況や、その内容について設問を設けております。

歯科医療機関調査票（施設票）

ID: \_\_\_\_\_

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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)」、わからない場合は「一」をお書きください。

※ 特に断りのない場合は、令和6年11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「実人件数」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6年11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構成診療科	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医科の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職員数	常勤	非常勤(常勤換算*)	常勤	非常勤(常勤換算*)		
	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)

⑦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 5.上記のいずれでもない	2.在宅療養支援歯科診療所2 4.在宅歯科医療情報連携加算
----------------------------	--	----------------------------------

次にご回答いただく設問については、⑦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⑨(p.4)までお進みください。

質問⑦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	ご回答 いただき設問
質問⑦で「3.在宅療養支援歯科病院」を選択していない病院	⑧-2(P.2)
質問⑦で「4.在宅歯科医療情報連携加算」を選択した施設	⑧-3(P.3)
質問⑦で「5.上記のいずれでもない」	⑧-4(P.3)

続いて 89 ページからが、歯科医療機関票でございます。

歯科医療機関調査票（施設票）

【質問⑦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。】

(8-1) 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。  
※「10」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していないため
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ていないため
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期数の実績が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○をついた場合、該当しない項目に○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タルゲンを有している
  - 05 歯科訪問診療において、過去1年間の拔歯及び感染根管処置の算定期数が合わせて20回以上である
  - 06 歯科訪問診療が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期数が合わせて40回以上である(それぞれの算定期数は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. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
10. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし  
⇒理由：( )
11. その他( )

【質問⑦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。】

(8-2) 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。※○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. 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18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期数の実績が5回以上でないため
6. 以下のイ～ハのうち、いずれにも該当しないため
  - (イ) 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
  - (ロ) 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
  - (ハ) 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
7. 過去1年間に、以下のいずれの算定期もないとされたため
  - (イ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定期があること
  - (ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定期があること
  - (ハ) 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、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在家療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カレンス料の算定期があること
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( )

在宅療養支援歯科病院、在宅歯科医療情報連携加算の届出に係る状況、これらが90から91ページでございます。

歯科医療機関調査票（施設票）

【質問⑦で「4. 在宅歯科医療情報連携加算」を選択した施設にお伺いします。】

⑧-3 連携先の施設として、あてはまる選択肢をお選びください。※○はいくつでも

- |                           |                              |                            |
|---------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1. 病院(貴施設以外)              | 2. 医科診療所                     | 3. 歯科診療所                   |
| 4. 訪問看護ステーション             | 5. 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(該当する場合) | 17. サービス付き高齢者向け住宅(13~16を除)   | 18. 認知症対応型共同生活介護           |
| 19. (介護予防)訪問リハビリテーション     | 20. (介護予防)通所リハビリテーション        | 21. (介護予防)居宅療養管理指導         |
| 22. (介護予防)短期入所療養介護        | 23. 小規模多機能型居宅介護              | 24. 青年小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) |
| 23. 共同生活援助(グループホーム)       | 24. 蘭室福祉サービス事業所(施設系・居住系サービス) | 25. その他( )                 |

【質問⑦で「4. 在宅歯科医療情報連携加算」を選択していない施設にお伺いします。】

⑧-4 在宅歯科医療情報連携加算を届出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

- ⇒困難な要因: 01 予算確保 02 職員のICTリテラシー 03 導入・運用のための体制確保  
04 その他( )

2. 特別な関係ない連携機関数が5未満であるため

3. 対象となる患者がいないため

4. 経営上のメリットがないため

5. その他( )

【以降の設問については皆様ご回答ください。】

⑨ 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

- |   |   |
|---|---|
|  | 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(自院や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. 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 貴施設における歯科訪問診療等(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. 歯科訪問診療等を専門に行っている | 2. 外来診療と歯科訪問診療等を両方実施している | 3. その他(具体的に: ) |
|---------------------|--------------------------|----------------|

② 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 |
|---------|---------|---------|----------------|-------|

③ 令和5年9月～11月、令和6年9月～11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。

1) 歯科訪問診療を実施した患者数(実人数)	令和5年9月～11月	令和6年9月～11月
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

④ 令和6年11月の1か月間に貴施設として歯科訪問診療等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	( )日

歯科医療機関調査票（施設票）																																																																							
<p>⑤ 令和6年11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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">建物の数<sup>※1</sup></th> <th style="text-align: center;">うち、特別の関係<sup>※2</sup> にあたる建物の数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1)歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> </tr> <tr> <td>  2)上記1)のうち病院</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> </tr> <tr> <td>  3)上記1)のうち介護保険施設<sup>※3</sup></td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> </tr> <tr> <td>  4)上記1)のうち居住系高齢者施設<sup>※4</sup></td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> </tr> <tr> <td>  5)上記1)のうちその他( )</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> <td style="text-align: center;">( )軒</td> </tr> </tbody> </table> <p>※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。</p>				建物の数 <sup>※1</sup>	うち、特別の関係 <sup>※2</sup> 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	2)上記1)のうち病院	( )軒	( )軒	3)上記1)のうち介護保険施設 <sup>※3</sup>	( )軒	( )軒	4)上記1)のうち居住系高齢者施設 <sup>※4</sup>	( )軒	( )軒	5)上記1)のうちその他( )	( )軒	( )軒																																																			
	建物の数 <sup>※1</sup>	うち、特別の関係 <sup>※2</sup> 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																																																																					
2)上記1)のうち病院	( )軒	( )軒																																																																					
3)上記1)のうち介護保険施設 <sup>※3</sup>	( )軒	( )軒																																																																					
4)上記1)のうち居住系高齢者施設 <sup>※4</sup>	( )軒	( )軒																																																																					
5)上記1)のうちその他( )	( )軒	( )軒																																																																					
<p><b>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。</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                 ① 令和6年9月～11月の3か月間に歯科訪問診療等を行った患者の実人数と、歯科訪問診療料等の算定期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)             </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">                 1)歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数(人)(レセプト件数) ※同じ患者に2回診療した場合も「1人」 ( )人                  2)歯科訪問診療1の算定期回数 ( )回                  3)歯科訪問診療2 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td>c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回</td> </tr> </table>                 4)歯科訪問診療3 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td>c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回</td> </tr>                 5)歯科訪問診療4 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr>                 6)歯科訪問診療5 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> </table> </table></table></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                 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. 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。             </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">                 1. 実施あり                 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: top;">  </td> <td style="width: 15%; text-align: left; vertical-align: top;">                     診療の内容                      ※○はいくつでも                 </td> <td colspan="3" style="width: 70%;">                     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. 飲食嗜好障害の評価                      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. 三叉神経ニューロバチーの評価・管理                      19. その他                      (具体的に: )                 </td> </tr> </table>                 2. 実施なし                 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     ③ 令和6年9月～11月の3か月間に訪問歯科衛生指導等(居宅療養管理指導を含む)を行った患者の実人数と算定期回数をご記入ください。                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">                     1)歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人) ( )人                      うち、緩和ケアを実施している患者の実人数(人) ( )人                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     2)訪問歯科衛生指導料の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     3)上記2)の算定期回数のうち、訪問歯科衛生指導料の時間別の状況                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">20分以上25分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">25分以上30分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">30分以上 ( )回</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			① 令和6年9月～11月の3か月間に歯科訪問診療等を行った患者の実人数と、歯科訪問診療料等の算定期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)歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数(人)(レセプト件数) ※同じ患者に2回診療した場合も「1人」 ( )人 2)歯科訪問診療1の算定期回数 ( )回 3)歯科訪問診療2 の算定期回数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td>c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回</td> </tr> </table> 4)歯科訪問診療3 の算定期回数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td>c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回</td> </tr>                 5)歯科訪問診療4 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr>                 6)歯科訪問診療5 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> </table> </table></table>			a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回	c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回	a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回	c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回	a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回	a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )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. 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. 実施あり <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: top;">  </td> <td style="width: 15%; text-align: left; vertical-align: top;">                     診療の内容                      ※○はいくつでも                 </td> <td colspan="3" style="width: 70%;">                     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. 飲食嗜好障害の評価                      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. 三叉神経ニューロバチーの評価・管理                      19. その他                      (具体的に: )                 </td> </tr> </table> 2. 実施なし <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     ③ 令和6年9月～11月の3か月間に訪問歯科衛生指導等(居宅療養管理指導を含む)を行った患者の実人数と算定期回数をご記入ください。                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">                     1)歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人) ( )人                      うち、緩和ケアを実施している患者の実人数(人) ( )人                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     2)訪問歯科衛生指導料の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     3)上記2)の算定期回数のうち、訪問歯科衛生指導料の時間別の状況                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">20分以上25分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">25分以上30分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">30分以上 ( )回</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				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. 飲食嗜好障害の評価 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. 三叉神経ニューロバチーの評価・管理 19. その他 (具体的に: )			③ 令和6年9月～11月の3か月間に訪問歯科衛生指導等(居宅療養管理指導を含む)を行った患者の実人数と算定期回数をご記入ください。			1)歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人) ( )人 うち、緩和ケアを実施している患者の実人数(人) ( )人			2)訪問歯科衛生指導料の算定期回数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回</td> </tr> </table>			単一建物診療患者			1人	2～9人以下	10人以上	( )回	( )回	( )回	うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回			3)上記2)の算定期回数のうち、訪問歯科衛生指導料の時間別の状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">20分以上25分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">25分以上30分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">30分以上 ( )回</td> </tr> </table>			単一建物診療患者			1人	2～9人以下	10人以上	( )回	( )回	( )回	20分以上25分未満 ( )回			25分以上30分未満 ( )回			30分以上 ( )回		
① 令和6年9月～11月の3か月間に歯科訪問診療等を行った患者の実人数と、歯科訪問診療料等の算定期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)歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数(人)(レセプト件数) ※同じ患者に2回診療した場合も「1人」 ( )人 2)歯科訪問診療1の算定期回数 ( )回 3)歯科訪問診療2 の算定期回数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td>c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回</td> </tr> </table> 4)歯科訪問診療3 の算定期回数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td>c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回</td> </tr>                 5)歯科訪問診療4 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr>                 6)歯科訪問診療5 の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回</td> </tr> <tr> <td>b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回</td> </tr> </table> </table></table>			a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回	c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回	a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回	c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回	a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回	a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回	b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回																																																											
a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回																																																																							
b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回																																																																							
c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回																																																																							
a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回																																																																							
b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回																																																																							
c) 上記b)のうち患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ( )回																																																																							
a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回																																																																							
b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )回																																																																							
a) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 ( )回																																																																							
b) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 ( )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. 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. 実施あり <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: top;">  </td> <td style="width: 15%; text-align: left; vertical-align: top;">                     診療の内容                      ※○はいくつでも                 </td> <td colspan="3" style="width: 70%;">                     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. 飲食嗜好障害の評価                      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. 三叉神経ニューロバチーの評価・管理                      19. その他                      (具体的に: )                 </td> </tr> </table> 2. 実施なし <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     ③ 令和6年9月～11月の3か月間に訪問歯科衛生指導等(居宅療養管理指導を含む)を行った患者の実人数と算定期回数をご記入ください。                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">                     1)歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人) ( )人                      うち、緩和ケアを実施している患者の実人数(人) ( )人                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     2)訪問歯科衛生指導料の算定期回数                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">                     3)上記2)の算定期回数のうち、訪問歯科衛生指導料の時間別の状況                     <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">20分以上25分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">25分以上30分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">30分以上 ( )回</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				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. 飲食嗜好障害の評価 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. 三叉神経ニューロバチーの評価・管理 19. その他 (具体的に: )			③ 令和6年9月～11月の3か月間に訪問歯科衛生指導等(居宅療養管理指導を含む)を行った患者の実人数と算定期回数をご記入ください。			1)歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人) ( )人 うち、緩和ケアを実施している患者の実人数(人) ( )人			2)訪問歯科衛生指導料の算定期回数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回</td> </tr> </table>			単一建物診療患者			1人	2～9人以下	10人以上	( )回	( )回	( )回	うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回			3)上記2)の算定期回数のうち、訪問歯科衛生指導料の時間別の状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">20分以上25分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">25分以上30分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">30分以上 ( )回</td> </tr> </table>			単一建物診療患者			1人	2～9人以下	10人以上	( )回	( )回	( )回	20分以上25分未満 ( )回			25分以上30分未満 ( )回			30分以上 ( )回																								
	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. 飲食嗜好障害の評価 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. 三叉神経ニューロバチーの評価・管理 19. その他 (具体的に: )																																																																					
③ 令和6年9月～11月の3か月間に訪問歯科衛生指導等(居宅療養管理指導を含む)を行った患者の実人数と算定期回数をご記入ください。																																																																							
1)歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人) ( )人 うち、緩和ケアを実施している患者の実人数(人) ( )人																																																																							
2)訪問歯科衛生指導料の算定期回数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回</td> </tr> </table>			単一建物診療患者			1人	2～9人以下	10人以上	( )回	( )回	( )回	うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回																																																											
単一建物診療患者																																																																							
1人	2～9人以下	10人以上																																																																					
( )回	( )回	( )回																																																																					
うち、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定期回数 ( )回																																																																							
3)上記2)の算定期回数のうち、訪問歯科衛生指導料の時間別の状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">単一建物診療患者</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">1人</td> <td style="width: 33%;">2～9人以下</td> <td style="width: 33%;">10人以上</td> </tr> <tr> <td>( )回</td> <td>( )回</td> <td>( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">20分以上25分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">25分以上30分未満 ( )回</td> </tr> <tr> <td colspan="3">30分以上 ( )回</td> </tr> </table>			単一建物診療患者			1人	2～9人以下	10人以上	( )回	( )回	( )回	20分以上25分未満 ( )回			25分以上30分未満 ( )回			30分以上 ( )回																																																					
単一建物診療患者																																																																							
1人	2～9人以下	10人以上																																																																					
( )回	( )回	( )回																																																																					
20分以上25分未満 ( )回																																																																							
25分以上30分未満 ( )回																																																																							
30分以上 ( )回																																																																							

また、92ページにかけまして、歯科訪問診療、訪問歯科衛生指導の実施状況。92ページから歯科訪問診療料、訪問歯科衛生指導料、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料等に係る加算の算定期回数、こういったものについて設問を設けております。

歯科医療機関調査票（患者票）

ID: \_\_\_\_\_

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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6年9月1日～11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 <sup>※1</sup>	2. 病院	3. 介護保険施設 <sup>※2</sup>	)
	4. 居住系高齢者施設 <sup>※3</sup>	5. その他( )		

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て(持家・借家問わず)、団地・マンション等の集合住宅を指します。  
 ※2「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。  
 ※3「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・経営老人ホーム・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<sup>※4</sup>にあるか否か      1. 特別の関係にある      2. 特別の関係ない

※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(人手・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□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□と記入							
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依頼・紹介 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住系高齢者施設からの紹介 13. 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 14. 地区歯科医師会からの紹介 15. ホームページ等を見ての依頼 16. その他( )							
⑩ 自院の最終の外来受診歴	1. 3か月以内	2. 半年内	3. 1年内	4. 3年以内	5. それより以前	6. 外来受診歴なし		

97ページからが歯科医療機関の患者票でして、調査対象となった歯科医療機関にて、ご回答をいただくものとなります。

歯科医療機関調査票（患者票）

⑪ 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(潜在時間)	
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 訪問先までの移動時間 ※貴施設から訪問先までの片道時間	片道( )分			
⑮ 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			
⑯ 算定した歯科訪問衛生指導料の種類	1. 歯科訪問衛生指導料1 2. 歯科訪問衛生指導料2 3. 歯科訪問衛生指導料3 4. 算定なし			
⑰ 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 → ⑯へ 2. 算定なし → ⑲へ			
⑱ 上記⑰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 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			
⑲ 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 → ⑳へ 2. 算定なし → ㉑へ			
⑳ 上記⑲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ると認められる者			
㉑ 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)			
㉒ 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 4. 機械的歯面清掃 7. 口腔細菌定量検査 10. スケーリング・ルートプレーニング 13. 齢冠修復 16. 抜歯 19. 義歯調整 22. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 25. 周術期等口腔機能管理	2. 口腔衛生指導 5. フラクタル歯面塗布 8. 口腔機能に係る検査 11. 咬合調整 14. 抜歯 17. 欠損補綴(ブリッジ) 20. 義歯修理 23. 食機能障害に対するリハビリテーション 26. 回復期等口腔機能管理	3. 口腔機能管理 6. 歯周病検査 9. スケーリング 12. う蝕処置 15. 感染根管治療 18. 義歯製作 21. 床裏装 24. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション 27. その他( )		
㉓ 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 4. その他( )	2. 口腔衛生指導 5. 実施していない	3. 口腔機能管理		
㉔ 歯科訪問診療等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	

歯科診療特別対応加算、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定に係る状況。こちら、98 ページですけれども、こうしたものについて設問を設けております。

ID :	保険薬局調査（保険薬局票）	
<b>令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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</b>		
<p>※令和6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<b>保険薬局票</b>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。</p> <p>&lt;ご回答方法&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。</li> <li>・「」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。</li> <li>・（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。</li> <li>・（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「〇（ゼロ）」を、わからない場合は「一」をご記入ください。</li> <li>・特に断りのない限り、<b>令和6年11月1日現在の貴薬局の状況</b>についてお答えください。</li> <li>・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。</li> </ul>		
<b>1. 貴薬局の状況についてお伺いします(令和6年11月1日現在)。</b>		
① 所在地(都道府県)	( ) 都・道・府・県	
② 開設者	1. 法人 ⇒法人形態(11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他) 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 貴薬局は、チェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。	1. はい 2. いいえ	
⑥ 貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。	1. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局 2. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局 3. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局 4. 同一敷地内にある病院の処方箋を応需している薬局 5. 同一敷地内にある診療所の処方箋を応需している薬局 6. 主に複数の近接する特定の保険医療機関(いわゆる医療モールやビル診療所など)の処方箋を応需している薬局 7. その他(具体的に: )	
⑦ 貴薬局はどのような場所に立地していますか。 ※最もよく当てはまるものを1つ〇	1. 医療機関の近くにある 2. 住宅街にある 3. 駅前にある 4. 商店街にある 5. オフィス街にある 6. 大型商業施設(スーパー・デパート)の中にある 7. 医療モールのなかにある 8. 医療機関の敷地内にある 9. ビル診療所と同じ建物内にある 10. その他(具体的に: )	
⑧ 貴薬局が処方箋を受けた医療機関数(令和6年11月)	( ) 施設	
⑨ 上記⑧のうち、在宅患者の処方箋を受けた医療機関数(令和6年11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5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	( ) 品目	
⑫ 一般用医薬品(OTC医薬品)の備蓄品目数 ※要指導医薬品を含む	( ) 品目	
⑬ 一般用医薬品(OTC医薬品)の直近1年間における販売実績の有無 ※要指導医薬品を含む	1. 実績あり 2. 実績なし 1. 許可あり(実績有) 2. 許可あり(実績無) 3. 許可なし	
⑭ 高度管理医療機器等の販売業の許可の有無(直近1年間)	1. 許可あり(実績有) 2. 許可あり(実績無) 3. 許可なし	
⑮ 高度管理医療機器等の貸与業の許可の有無(直近1年間)	1. 許可あり(実績有) 2. 計算あり(実績無) 3. 計算なし	
⑯ 令和6年度の調剤基本料の届出状況	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	
(⑯-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)(令和6年11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
(⑯-2 ⑯-1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6年11月))		( ) 回/月

保険薬局調査（保険薬局票）

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可否	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業務に関する研修の実施状況についてご回答ください。													
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)	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>a.研修内容 : 01. 認知症 02. 緩和ケア 03. A C P*</td> <td>04. 在宅業務全般 05. その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>b.研修受講者 : 01. 在宅業務に関わる全員が受講 02. 在宅業務に関わる一部の者が受講</td> <td>03. 薬局内の代表者 1名が受講 04. その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>c.研修方法 : 01. 座学 02. 実技研修 03. O J T 04. 外部での実習</td> <td>05. その他 ( )</td> </tr> </table>							a.研修内容 : 01. 認知症 02. 緩和ケア 03. A C P*	04. 在宅業務全般 05. その他 ( )	b.研修受講者 : 01. 在宅業務に関わる全員が受講 02. 在宅業務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. O J T 04. 外部での実習	05. その他 ( )
a.研修内容 : 01. 認知症 02. 緩和ケア 03. A C P*	04. 在宅業務全般 05. その他 ( )												
b.研修受講者 : 01. 在宅業務に関わる全員が受講 02. 在宅業務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. O J T 04. 外部での実習	05. その他 ( )												
2. 実施していない													

\*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6年11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医療用麻薬の備蓄品目数	内用 ( ) 品目 注射 ( ) 品目	外用 (貼付) ( ) 品目						
②自薬局における無菌製剤処理を行うための設備 ※○はいくつでも	1. クリーンベンチ（簡易型又は卓上型） 2. クリーンベンチ（簡易型又は卓上型以外） 3. 安全キャビネット 4. いずれもなし							
③自薬局における無菌製剤処理を実施する場所 ※○はいくつでも	1. 無菌室（無菌調剤室） 2. 無菌室ではない調剤室の個室 3. 調剤室（散剤台に隣接した場所） 4. 調剤室（クリーンベンチ等の周囲をビニールカーテン等で天井から床まで囲っている場所） 5. 調剤室（上記以外） 6. いずれもなし							
④令和6年11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	1. 実績あり	2. 実績なし						
⑤令和6年11月までの1年間における無菌調剤室の共同利用	1. 実績あり	2. 実績なし						
⑥在宅薬学総合体制加算の届出状況	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 ⇒⑥-2へ 3. 届出なし⇒⑦へ							
⑥-1 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 (※○はいくつでも) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>01. 注射剤 1品目以上を含む 6品目以上の医療用麻薬の備蓄</td> </tr> <tr> <td>02. 無菌製剤処理を行う設備</td> </tr> <tr> <td>03. 直近1年間に計 6回以上の小児在宅の実績</td> </tr> <tr> <td>04. 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとること</td> </tr> <tr> <td>05. 直近1年間に 24回以上のかかりつけ薬剤師指導料等の実績</td> </tr> <tr> <td>06. 高度管理医療機器の販売業の許可</td> </tr> </table> 2. その他 ( )			01. 注射剤 1品目以上を含む 6品目以上の医療用麻薬の備蓄	02. 無菌製剤処理を行う設備	03. 直近1年間に計 6回以上の小児在宅の実績	04. 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとること	05. 直近1年間に 24回以上のかかりつけ薬剤師指導料等の実績	06. 高度管理医療機器の販売業の許可
01. 注射剤 1品目以上を含む 6品目以上の医療用麻薬の備蓄								
02. 無菌製剤処理を行う設備								
03. 直近1年間に計 6回以上の小児在宅の実績								
04. 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとること								
05. 直近1年間に 24回以上のかかりつけ薬剤師指導料等の実績								
06. 高度管理医療機器の販売業の許可								
⑥-2 上記⑥で「2」を選んだ場合、在宅薬学総合体制加算2を届出している場合、適合するもの ※○はいくつでも								
1. がん末期などターミナルケアに対する体制 2. 小児在宅患者に対する体制								
(7)令和6年5月までの在宅患者調剤加算の届出状況								
1. 届出あり 2. 届出なし								

(続きます)

まず 103 ページ。在宅薬学総合体制加算の施設基準の届出状況。

保険薬局調査（保険薬局票）					
⑧令和6年11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料の算定件数等について 单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			医療的 ケア児 <sup>※1</sup> (18歳未満の者)	小児慢性特定 疾病的医療費 助成の受給者
	1人	2～9人	10人以上		
①患者数（実人数）	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人
2)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
③居宅療養管理指導料等 (介護保険)の算定件数	( ) 件	( ) 件	( ) 件		
4)上記2)・3)のうちターミナル期 (人生の最終段階 <sup>※2</sup> )の患者の 算定件数	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件
5)在宅緊急訪問薬剤管理指導料の算定件数	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件
5)のうち夜間に訪問した件数 <sup>※3</sup>	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件
5)のうち休日に訪問した件数 <sup>※3</sup>	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件
5)のうち深夜に訪問した件数 <sup>※3</sup>	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件
6)上記2)～5)のうち、在宅協力薬局が実施した件数	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件
7)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
8)無菌製剤処理を実施した件数 <sup>※4</sup>	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件

※1 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 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

※3 夜間・休日・深夜訪問加算の算定の有無に問わらずご記入ください。

※4 無菌調剤処理加算の算定の有無に問わらずご記入ください。

**<(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。※○は1つも					
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6年11月1か月間〕					
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6年11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. 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問わらずご回答ください。)(令和6年11月1か月間)※○はいくつでも					
1. ターミナル期のがん患者 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 6. 6歳未満の乳幼児（「5」以外） 7. 小児慢性特定疾病的医療費助成を受けている児 8. 5～7以外の小児 9. その他 ( )					
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速必要になったため 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つたため 5. 患者からの要望のため 6. その他 ( )					

また、104ページでございますが、訪問薬剤管理指導を実施した患者数の内訳。

保険薬局調査（保険薬局票）

③令和6年11月1か月間ににおいて、夜間・休日・深夜訪問加算を算定しましたか。	
1. 算定した ⇒(3)①へ	2. 相当する訪問を実施したが算定しなかった ⇒③-1へ
③-1 上記③で「2」を選んだ場合、訪問したにも関わらず算定しなかった理由は何ですか。※○はいくつでも	
1. 対象患者の要件を満たしていないため	2. 医師の指示があつてから直ちに訪問していないため
3. 開局時間であったため	4. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の要件を満たしていないため
5. 患者の費用負担を考慮して請求しなかったため	6. その他( )
«(3)在宅業務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業務を実施することはありますか。※○は1つも	
1. ある ⇒①-1へ	2. ない ⇒③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
4. 高度な在宅医療体制を有する薬局	3. 患家の近隣薬局
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6年11月1か月間ににおいて、在宅協力薬局に訪問を依頼したことはありますか。	
1. ある ⇒②-1へ	2. ない ⇒③へ
②-1 上記①で「1」を選んだ場合、在宅協力薬局と当該患者の薬学的管理指導計画の内容や薬剤服用歴等の記録内容の共有を実施する頻度をご回答ください。	
1. 4週に1回未満	2. 4週に1回程度
4. 週に1回程度	5. 常時
6. 定期的には実施していない	)
③令和6年11月1か月間ににおいて、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。	
1. ある	2. ない
④令和6年11月1か月間ににおいて、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。	
1. ある ⇒④-1へ	2. ない ⇒⑤へ
④-1 上記④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
b. 紹介された理由 ※○はいくつでも	2. それ以外
	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いため
	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( )
⑤他の薬局から在宅患者を紹介されることはありますか。	
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6年11月1か月間）。

«(1)在宅移行初期の対応状況»

①令和6年11月1か月間ににおいて、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。	
1. 実施した ⇒①-1・①-2へ	2. 実施しなかった ⇒②へ
①-1 上記①で「1」を選んだ場合、対象患者として該当するものをお選びください。※○はいくつでも	
1. 認知症	2. 精神障害者
4. 知的障害者	5. 医療的ケア児
7. 小児慢性特定疾患の医療費助成を受けている児	8. 末期のがん患者
10. 独居の高齢者	11. いわゆる老老介護の患者
12. その他( )	)
①-2 上記①で「1」を選んだ場合、訪問の依頼やきっかけとして、該当するものをお選びください。※○はいくつでも	
1. 医療機関からの依頼（医師）	2. 医療機関からの依頼（地域連携室）
4. 訪問看護師からの依頼	5. 他薬局からの依頼
7. その他( )	)

105 ページ。他の薬局と連携した在宅業務に係る体制確保の状況。

保険薬局調査（保険薬局票）

«(4)在宅オンライン薬剤管理指導の活用状況»

①令和6年11月1か月間における、在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の算定状況をご記入ください。（算定実績があるものに○をつけて、算定件数を記入）（算定実績がない場合は〇件とご記入ください。）	
1. 在宅患者オンライン薬剤管理指導料（ <input type="checkbox"/> ）件	2. 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料（ <input type="checkbox"/> ）件
②上記①で1件以上算定している場合、どのような場合に在宅オンライン薬剤管理指導で対応していますか。 ※〇はいくつでも	
1. 遠方で訪問までに時間を要する場合	2. 感染対策の必要性がある場合
3. 調剤を伴わない在宅患者からの不安や問い合わせに対応する場合	4. ターミナルの患者の場合
5. 小児の在宅患者の場合	6. 認知症の患者の場合
7. その他（ <input type="checkbox"/> ）	

5. ターミナルケアの在宅患者における看取り後の対応についてお伺いします。

①在宅患者の看取り後の患者を訪問していますか。		
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 ⇒ 6へ
②上記①で「1」又は「2」を選んだ場合、在宅患者の看取り後に訪問した際、どのような業務を実施していますか。 ※〇はいくつでも		
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*	5. 会計	6. その他（ <input type="checkbox"/> ）

\*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

6. 高齢者施設との連携についてお伺いします。

(令和6年11月1か月間における業務実態に基づいてご回答ください。)

①貴薬局において訪問薬学管理を行っている高齢者施設の施設数を回答ください。（ <input type="checkbox"/> ）施設					
②貴薬局において訪問薬学管理を行っている高齢者施設として該当するものを選んでください。※〇はいくつでも					
1. 認知症グループホーム	2. 共同生活援助（グループホーム）	3. サービス付き高齢者向け住宅			
4. 有料老人ホーム	5. 軽費老人ホーム・ケアハウス	6. 養護老人ホーム			
7. 小規模多機能型居宅介護事業所	8. 看護小規模多機能型居宅介護事業所	9. 特別養護老人ホーム			
10. 實施していない ⇒ 質問は以上です。					
③上記②で回答した高齢者施設での業務の実施状況について、貴薬局で対応している利用者の多い順に最大3施設までご回答ください。					
施設	高齢者施設の類型 (②の選択肢番号を1つ記載)	対応利用者数 (実人数)	平均対応時間 (施設滞在時間) (訪問1回あたり)	定期訪問の頻度 (下欄Ⅰより選択肢番号を1つ記載)	実施した薬学管理業務 (下欄Ⅱより選択肢番号を記載 (複数回答可))
施設 A		人	分/回		
施設 B		人	分/回		
施設 C		人	分/回		

④の選択肢欄					
i 定期訪問の頻度		1. 2か月に1回未満	2. 2か月に1回以上月1回未満	3. 月1回以上2回未満	4. 月2回以上4回未満
		5. 週に1回程度	6. 週に1回を超える		
ii 薬学管理業務					
1. 医薬品の供給 2. 患者のベッドサイドへの配薬 3. 薬剤の施設内保管場所への配置 4. 患者・家族からの薬剤に関する相談対応 5. 施設職員からの薬剤に関する相談対応 6. 服薬状況や残業の確認 7. 薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング 8. AOLやQOL等に影響を及ぼす薬剤の影響の確認 9. 薬剤管理に必要な検査値の把握 10. 医師の診察への同行 11. 医師への処方提案 12. 医師との投与日数の調整 13. 新規入所者の持参薬の確認・再分包 14. 医療材料の供給 15. その他					

(続きます)

そして、107 ページ。施設連携加算を含む高齢者施設における訪問薬剤管理指導の実施状況等について設問を設けております。

保険薬局調査（患者票）

ID番号：

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6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）

患者A

(1)性別	1. 男性	2. 女性	2)年齢	( )歳				
3)居場所	1. 自宅 2. 高齢者施設 3. その他							
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)小児慢性特定疾患の医療費助成の有無	1. あり 2. なし							
7)認知症（疑いを含む）の有無	1. あり 2. なし							
8)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	
9)褥瘡の有無	1. あり 2. なし							
10)在宅療養を継続している原因の病名（主傷病）	1. 脳血管疾患 2. 循環器疾患 3. 慢性新生物 4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患 6. 消化器疾患 7. 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（ ）							
11)下記の疾患等（特掲診療料設置基準等別表第七に掲げる疾患等）への該当の有無 ※○はいくつでも								
1. わからない	2. なし	3. 未梢の悪性腫瘍	4. 多発性硬化症					
5. 重複筋無力症	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. パーカー病関連疾患	12. 多系統萎縮症					
13. ブリオニン病	14. 亜急性硬化性全脳炎	15. ラインソーム病	16. 副腎白質ジストロフィー					
17. 球棘性筋萎縮症	18. 球脊性筋萎縮症	19. 慢性炎症性脱髓性多発神経炎						
20. 後天性免疫不全症候群	21. 黏糖損傷	22. 人工呼吸器を使用している状態						
12)下記の特別な管理※特掲診療料設置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. 在宅麻薬化学療法注射指導管理					
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. 在宅中止酸素療法指導管理	12. 在宅成分葉酸等薬剤指導管理					
13. 在宅自己尿導指導管理	14. 在宅人工呼吸指導管理	15. 在宅持続圧呼吸療法指導管理	16. 在宅自己尿導管持続管理					
17. 在宅高血圧症患者指導管理	18. 人工肛門・人工膀胱	19. 真皮に越える薄壁	20. 在宅患者間接抗原抗体測定指導管理					
13)人生の最終段階かどうか								
※人生の最終段階：「まだ生、もしくは軽い済氣、意識障、老衰等により、現象の見込みがなく、死期が近い場合」のこと								
14)この患者の訪問薬剤管理指導のきっかけ								
※最ももたつまるものにつき○								
15)常用している薬剤の種類数（1銘柄ごとに1種類）（令和6年1月1日時点） ( )種類								

以降の設問では、この患者の令和6年11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>

16)訪問回数 (令和6年11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 ②薬事の管理指導計画外の a. 患者の急変による緊急訪問 b. 患者の急変に上らない訪問 ③上記②のうち <sup>1)</sup> 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定した訪問 ④上記②のうち訪問薬剤管理指導料を算定しなかった訪問	( )回
17)上記16)で④が1件以上の場合、訪問薬剤管理指導料を算定しなかつた理由 ※○はいくつでも	1. 患者の急変による緊急訪問でないため 3. 主治医と連携していない医師の指示 (処方箋)のため	2. 算定期限超過を超過したため 4. その他( )
18)前項16)で②が1件以上の場合は、訪問の時間等を記入ください。 ①休日の場合に○ <sup>2)</sup> ②医師の指示(処方箋)等の時間 <sup>3)</sup> ③往來を訪問した時刻 <sup>4)</sup> ④調剤に要した時間 ⑤往來での滞在時間		
1回目	: : : : :	( )分 ( )分
2回目	: : : : :	( )分 ( )分
3回目	: : : : :	( )分 ( )分
4回目	: : : : :	( )分 ( )分

※調剤に要した時間及び出家の滞在時間は薬歴や通話履歴等参考に算出し回答いただけません。

※1:休日とは日曜日および国民の祝日にに関する法律(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)

1

109

109 ページからが、保険薬局の患者票です。調査対象となった保険薬局にて訪問薬剤管理指導を実施した患者について、ご回答をいただくものとなっております。

計画外の訪問薬剤管理指導を実施した患者像。また、訪問薬剤管理指導の所要時間や業務内容。

保険薬局調査（患者票）																																						
<b>前頁16)2-aが1回以上の場合にお尋ねします。</b> <b>19)前頁16)2-aの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6年11月1か月間）。※○はいくつでも</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 調剤を伴う訪問</td> <td style="width: 33%;">2. 調剤を伴わない訪問</td> <td style="width: 33%;">3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応</td> </tr> <tr> <td>4. オンライン服薬指導で対応</td> <td>5. 在宅協力薬局へ対応を依頼</td> <td>6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼</td> </tr> <tr> <td>7. その他（ ）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>20)前頁16)2-aの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6年11月1か月間）。※○はいくつでも</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 解熱鎮痛薬</td> <td style="width: 33%;">2. 麻薬（注射剤）</td> <td style="width: 33%;">3. 麻薬（注射剤以外）</td> <td style="width: 33%;">4. 抗ウイルス薬、抗菌薬</td> <td style="width: 33%;">5. 抗けいれん薬</td> </tr> <tr> <td>6. 血圧低下薬</td> <td>7. 昇圧薬</td> <td>8. 鎮咳薬</td> <td>9. 抗アレルギー薬</td> <td>10. インスリン製剤</td> </tr> <tr> <td>11. 輸液</td> <td>12. 経腸栄養剤</td> <td>13. 上記以外の内用薬</td> <td>14. 上記以外の外用薬</td> <td>15. 上記以外の注射薬</td> </tr> </table> <b>21)前頁15)2-aにおける、1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数</b> ※令和6年11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銘柄であれば1種類として計上 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></div> 剤															1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問	3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応	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（ ）			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
1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問	3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応																																				
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（ ）																																						
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																																		
<b>前頁16)2-bが1回以上の場合にお尋ねします。</b> <b>22)前頁16)2-bの患者の急変によらない訪問でどのような業務を行いましたか（令和6年11月1か月間）。※○はいくつでも</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 調剤を伴う訪問</td> <td style="width: 33%;">2. 調剤を伴わない訪問</td> <td style="width: 33%;">3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応</td> </tr> <tr> <td>4. オンライン服薬指導で対応</td> <td>5. 在宅協力薬局へ対応を依頼</td> <td>6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼</td> </tr> <tr> <td>7. その他（ ）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>23)前頁16)2-bの患者の急変によらない訪問でどのような薬剤を届けましたか（令和6年11月1か月間）。※○はいくつでも</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 解熱鎮痛薬</td> <td style="width: 33%;">2. 麻薬（注射剤）</td> <td style="width: 33%;">3. 麻薬（注射剤以外）</td> <td style="width: 33%;">4. 抗ウイルス薬、抗菌薬</td> <td style="width: 33%;">5. 抗けいれん薬</td> </tr> <tr> <td>6. 血圧低下薬</td> <td>7. 昇圧薬</td> <td>8. 鎮咳薬</td> <td>9. 抗アレルギー薬</td> <td>10. インスリン製剤</td> </tr> <tr> <td>11. 輸液</td> <td>12. 経腸栄養剤</td> <td>13. 上記以外の内用薬</td> <td>14. 上記以外の外用薬</td> <td>15. 上記以外の注射薬</td> </tr> </table> <b>24)前頁16)2-bにおける、1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数</b> ※令和6年11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銘柄であれば1種類として計上 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></div> 剤															1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問	3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応	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（ ）			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
1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問	3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応																																				
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（ ）																																						
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																																		
<b>&lt;薬学管理の詳細について&gt;</b>																																						
<b>25)この患者に行った薬剤管理は何ですか。※○はいくつでも</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 在宅担当医への処方提案</td> <td style="width: 33%;">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</td> </tr> <tr> <td>3. 薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせ等の確認）</td> <td>4. 残薬の管理</td> </tr> <tr> <td>5. 在宅協力薬局へ対応を依頼</td> <td>6. 在宅患者の状態に応じた調剤</td> </tr> <tr> <td>7. 服薬指導、支援</td> <td>8. 医療用麻薬の管理（麻薬を含む）</td> </tr> <tr> <td>9. 患者への医薬品、衛生材料の供給</td> <td>10. その他（ ）</td> </tr> </table>															1. 在宅担当医への処方提案	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. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅患者の状態に応じた調剤	7. 服薬指導、支援	8. 医療用麻薬の管理（麻薬を含む）	9. 患者への医薬品、衛生材料の供給	10. その他（ ）														
1. 在宅担当医への処方提案	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. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅患者の状態に応じた調剤																																					
7. 服薬指導、支援	8. 医療用麻薬の管理（麻薬を含む）																																					
9. 患者への医薬品、衛生材料の供給	10. その他（ ）																																					
<b>26)薬剤師の介入により減薬が実施されたことがあるか。</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 減薬あり</td> <td style="width: 50%;">2. 減薬なし</td> </tr> </table>															1. 減薬あり	2. 減薬なし																						
1. 減薬あり	2. 減薬なし																																					
<b>27)訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか。</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 同行した</td> <td style="width: 50%;">2. 同行しなかった</td> </tr> </table>															1. 同行した	2. 同行しなかった																						
1. 同行した	2. 同行しなかった																																					
<b>28)在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料を算定しましたか（令和6年11月1か月間）。</b>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1イ</td> <td style="width: 50%;">2. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1ロ</td> </tr> <tr> <td>3. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2イ</td> <td>4. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2ロ</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">⇒提案したタイミング：処方箋交付（　）日前</p> <p style="margin-left: 20px;">⇒提案したタイミング：処方箋交付（　）日前</p>															1. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1イ	2. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1ロ	3. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2イ	4. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2ロ																				
1. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1イ	2. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1ロ																																					
3. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2イ	4. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2ロ																																					
<b>29)上記28)で1~4を選んだ場合、処方医に連絡確認を行った内容の要点についてご回答ください。※○はいくつでも</b>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 同種・同効の併用薬との重複投薬</td> <td style="width: 33%;">2. 併用薬・飲食物等との相互作用</td> <td style="width: 33%;">3. 過去のアレルギー歴・副作用歴</td> </tr> <tr> <td>4. 年齢や体重による影響</td> <td>5. 肝機能・腎機能等による影響</td> <td>6. 授乳・妊娠への影響</td> </tr> <tr> <td>7. その他薬理学的観点から必要と認める事項</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															1. 同種・同効の併用薬との重複投薬	2. 併用薬・飲食物等との相互作用	3. 過去のアレルギー歴・副作用歴	4. 年齢や体重による影響	5. 肝機能・腎機能等による影響	6. 授乳・妊娠への影響	7. その他薬理学的観点から必要と認める事項																	
1. 同種・同効の併用薬との重複投薬	2. 併用薬・飲食物等との相互作用	3. 過去のアレルギー歴・副作用歴																																				
4. 年齢や体重による影響	5. 肝機能・腎機能等による影響	6. 授乳・妊娠への影響																																				
7. その他薬理学的観点から必要と認める事項																																						
<b>30)上記28)で3又は4を選んだ場合、どのような方法で提案しましたか。※○はいくつでも</b>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 医師の訪問に同行した際に提案</td> <td style="width: 33%;">2. 多職種での会議の際に提案</td> <td style="width: 33%;">3. ICTを活用して提案</td> </tr> <tr> <td>⇒ICT内訳</td> <td>01. 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）</td> <td>02. 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）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>03. 医療従事者用SNS（医療機関や法人内ののみでの運用）</td> <td>04. 地域医療情報連携ネットワーク</td> </tr> <tr> <td></td> <td>05. メール</td> <td>06. その他（ ）</td> </tr> <tr> <td>4. その他（ ）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>															1. 医師の訪問に同行した際に提案	2. 多職種での会議の際に提案	3. ICTを活用して提案	⇒ICT内訳	01. 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）	02. 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）		03. 医療従事者用SNS（医療機関や法人内ののみでの運用）	04. 地域医療情報連携ネットワーク		05. メール	06. その他（ ）	4. その他（ ）											
1. 医師の訪問に同行した際に提案	2. 多職種での会議の際に提案	3. ICTを活用して提案																																				
⇒ICT内訳	01. 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）	02. 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）																																				
	03. 医療従事者用SNS（医療機関や法人内ののみでの運用）	04. 地域医療情報連携ネットワーク																																				
	05. メール	06. その他（ ）																																				
4. その他（ ）																																						
<b>31)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</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. あり</td> <td style="width: 50%;">2. なし</td> </tr> </table>															1. あり	2. なし																						
1. あり	2. なし																																					
<b>32)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、ガイドラインといいます）等を踏まえた、意思決定支援等の取組の有無</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. あり</td> <td style="width: 50%;">2. なし</td> </tr> </table>															1. あり	2. なし																						
1. あり	2. なし																																					
<b>33)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</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 2px;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. あり</td> <td style="width: 50%;">2. なし</td> </tr> </table>															1. あり	2. なし																						
1. あり	2. なし																																					

110 ページですが、在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料に係る業務の状況等について、設問を設けております。

訪問看護調査（施設票）

ID番号:

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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）

※ 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』の訪問看護に関するお答えください。介護保険など医療保険以外に関しては、該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6年11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  ② 同一法人・同一敷地内の医療・介護施設・事業所	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: )														
	②-1 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. 居宅介護支援事業所 6. 特別養護老人ホーム 7. 介護医療院 8. 地域包括支援センター 9. 通所介護事業所 10. 施設内介護事業所 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. 施設内介護 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. 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→( )か所 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														
⑥ 貴事業所は医療資源の少ない地域※に該当しますか。 ※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」															
1. はい 2. いいえ															
⑦ 【⑤】で「1. はい」又は【⑥】で「1. はい」を選択した場合】 ⑧ 條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6年11月の1か月間)															
1. いる →( )人 2. いない															

1

112

訪問看護調査（施設用）

【以下は、前頁⑦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)(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、リハビリ職(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						
⑩(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※・他の人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				
⑪(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						
⑫上記⑪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						
⑬(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		
⑭(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
⑮(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、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	
⑯精神科訪問看護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				
⑰(参照A)のうち、妊娠婦(妊娠中又は出産後1年以内)数		人					

115 ページですが、医療保険を算定した利用者のうち、同一建物居住者に該当する利用者に係る状況等。

訪問看護調査（施設票）		
2. 届出状況及び訪問看護の体制（令和6年11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）	
《24時間対応体制加算》		
② 24時間対応体制加算の届出の有無	1. あり → ②-4以降へ    2. なし → ②-1～②-3へ	
【上記②で「2なし」を選んだ場合】		
<b>②-1 24時間対応体制加算の届出意向</b> <small>【上記②-1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】</small> <b>②-2 24時間対応体制加算の届出を行っていない理由</b> <small>※○はいくつでも</small>	1. 届出の予定がある → ②-3へ <small>⇒内訳: 01 24時間対応体制加算イ 02 24時間対応体制加算ロ</small> 2. 届出について検討中 → ②-2へ 3. 届出の予定はない → ②-2へ	
	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( )	
<b>②-3 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。</b>	1. 可能 2. 不可能	
	<small>⇒p.7の③へお進みください。</small>	
【上記②で「1.あり」を選んだ場合】		
<b>②-4 看護師の負担軽減のために実施している取組</b> <small>※○はいくつでも</small>	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. 夜間対応後の曆日の休日の確保 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( )	
	<b>②-5 届出の内訳</b> <small>【上記②-5で「2. 24時間対応体制加算ロ」を選んだ場合】</small> <b>②-6 満たすことができない要件</b> <small>※○はいくつでも</small>	1. 24時間対応体制加算イ → ②-7へ    2. 24時間対応体制加算ロ → ②-6へ
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. 夜間対応後の曆日の休日の確保 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( )		
②-7 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. 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		
②-8 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 → ②-9へ    2. 他の職員 → ②-11へ		
②-9 上記②-8で「1」を選択した場合、他の職員を担当者とする意向はありますか。		
1. 他の職員を担当者とする予定がある → ③へ 2. 他の職員を担当者とすることについて検討中 → ②-10へ 3. 他の職員を担当者とする予定はない → ②-10へ		

また、117ページ。24時間対応体制加算の届出に係る状況。

訪問看護調査（施設票）					
<p>【(5)-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】</p> <p>⑤-4 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 ※〇はいくつでも</p>					
<p>1. 常勤の看護職員数      2. 看護職員割合      3. 24時間対応</p> <p>4. ターミナルケアの実施      5. 重症児の受入れ</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>9. 居宅介護支援事業所の設置</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>13. 休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施</p> <p>14. 退院時共同指導加算の算定実績</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>19. 専門の研修を受けた看護師の配置</p> <p>20. 要件は満たしているが届出はしない</p>					
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1の経過措置期間中の施設は以下にご回答ください。】</p> <p>⑥ 専門の研修を受けた看護師について、経過措置期間中の配置の見込みはありますか。</p>					
1. ある	2. ない				
<p><b>《訪問看護管理療養費》</b></p>					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; background-color: #fce4c4; vertical-align: top;"> <p>(7)訪問看護管理療養費の届出の有無</p> <p>【(7)で「2. 訪問看護管理療養費2」を選択した場合】</p> <p>⑦-1 訪問看護管理療養費1の届出意向の有無</p> <p>※〇はいくつでも</p> </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p>1. 訪問看護管理療養費1 →(8)へ</p> <p>2. 訪問看護管理療養費2 →(7)-1・(7)-2へ</p> <p>1. 意向あり今後届出予定      2. 意向はあるが届出は未定</p> <p>3. 意向はなく届出の予定もない</p> </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <p>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および特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる利用者に対する訪問看護について、相当な実績を有していること</p> <p>2. 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が40以下の利用者が月に5人以上いること。</p> <p>3. 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物に住む利用者(同じ建物内に住んでいて、同じ日にその訪問看護ステーションから訪問看護を受ける利用者)である割合が7割未満であること</p> </td> </tr> </table>			<p>(7)訪問看護管理療養費の届出の有無</p> <p>【(7)で「2. 訪問看護管理療養費2」を選択した場合】</p> <p>⑦-1 訪問看護管理療養費1の届出意向の有無</p> <p>※〇はいくつでも</p>	<p>1. 訪問看護管理療養費1 →(8)へ</p> <p>2. 訪問看護管理療養費2 →(7)-1・(7)-2へ</p> <p>1. 意向あり今後届出予定      2. 意向はあるが届出は未定</p> <p>3. 意向はなく届出の予定もない</p>	<p>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および特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる利用者に対する訪問看護について、相当な実績を有していること</p> <p>2. 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が40以下の利用者が月に5人以上いること。</p> <p>3. 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物に住む利用者(同じ建物内に住んでいて、同じ日にその訪問看護ステーションから訪問看護を受ける利用者)である割合が7割未満であること</p>
<p>(7)訪問看護管理療養費の届出の有無</p> <p>【(7)で「2. 訪問看護管理療養費2」を選択した場合】</p> <p>⑦-1 訪問看護管理療養費1の届出意向の有無</p> <p>※〇はいくつでも</p>	<p>1. 訪問看護管理療養費1 →(8)へ</p> <p>2. 訪問看護管理療養費2 →(7)-1・(7)-2へ</p> <p>1. 意向あり今後届出予定      2. 意向はあるが届出は未定</p> <p>3. 意向はなく届出の予定もない</p>	<p>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および特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる利用者に対する訪問看護について、相当な実績を有していること</p> <p>2. 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が40以下の利用者が月に5人以上いること。</p> <p>3. 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物に住む利用者(同じ建物内に住んでいて、同じ日にその訪問看護ステーションから訪問看護を受ける利用者)である割合が7割未満であること</p>			
<p>【(8)で「1. あり」を選択した場合、以下にご回答ください。】</p> <p>⑧-1 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6年11月の1か月)</p>					
1. あり →(8)-1へ	2. なし →p.9の「3」へ	人			

訪問看護調査（施設票）									
<p><b>《訪問看護ターミナルケア療養費》</b></p> <p>② 令和6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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1) 訪問看護ターミナルケア療養費1 うち、小児の患者</td> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: bottom;">人</td> </tr> <tr> <td>2) 訪問看護ターミナルケア療養費2 うち、小児の患者</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">人</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #ffffcc;">3) 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</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;">         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: ) )       </td> </tr> </table>		1) 訪問看護ターミナルケア療養費1 うち、小児の患者	人	2) 訪問看護ターミナルケア療養費2 うち、小児の患者	人	3) 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: ) )	
1) 訪問看護ターミナルケア療養費1 うち、小児の患者	人								
2) 訪問看護ターミナルケア療養費2 うち、小児の患者	人								
3) 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: ) )									
<p><b>《退院支援指導加算》</b></p> <p>③(参照A)(P.4参照)のうち、退院支援指導加算を算定した利用者はいますか。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. いる →③-1へ</td> <td style="width: 50%;">2. いない →④へ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #ffffcc;">【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(実人數)についてち記入ください。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;">         1) 算定した利用者数          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          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       </td> </tr> </table>		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(実人數)についてち記入ください。		1) 算定した利用者数 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 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			
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(実人數)についてち記入ください。									
1) 算定した利用者数 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 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									
<p><b>《訪問看護ステーションにおけるリハビリ職との連携状況等》</b></p> <p>④(参照C)(P.4参照)でリハビリ職(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、ち回答ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #ffffcc;">1) 看護職員とリハビリ職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</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;">         1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に看護職員とリハビリ職が一緒に参加している          2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にカンファレンスを開催している          3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している          4. 看護職員がリハビリ職と協力して同じ訪問看護の目標を共有している          5. リハビリ職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. 看護職員がリハビリ職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: )          2) 上記1)で「1」又は「2」を選択した場合、リハビリテーション以外の看護について、具体的なケア内容が指示書に記載されていますか。       </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 5px;">1.記載あり</td> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 5px;">2.記載なし</td> </tr> </table>		1) 看護職員とリハビリ職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. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に看護職員とリハビリ職が一緒に参加している 2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にカンファレンスを開催している 3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している 4. 看護職員がリハビリ職と協力して同じ訪問看護の目標を共有している 5. リハビリ職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. 看護職員がリハビリ職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: ) 2) 上記1)で「1」又は「2」を選択した場合、リハビリテーション以外の看護について、具体的なケア内容が指示書に記載されていますか。		1.記載あり	2.記載なし		
1) 看護職員とリハビリ職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. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に看護職員とリハビリ職が一緒に参加している 2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にカンファレンスを開催している 3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している 4. 看護職員がリハビリ職と協力して同じ訪問看護の目標を共有している 5. リハビリ職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. 看護職員がリハビリ職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: ) 2) 上記1)で「1」又は「2」を選択した場合、リハビリテーション以外の看護について、具体的なケア内容が指示書に記載されていますか。									
1.記載あり	2.記載なし								
<p><b>5. 貴事業所と関係機関との連携状況等</b></p> <p>①(参照A)(P.4参照)のうち、令和6年11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、ち回答ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1) 当該利用者数</td> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: bottom;">人</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #ffffcc;">【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</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;">         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( )       </td> </tr> </table>		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( )			
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( )									

訪問看護調査（施設票）

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.個別の患者に関する他の医療機関への情報照会 5.個別の患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 医療・介護・障害福祉に関する研修への参加 10.地域の医療・介護関係者等が参加する会議（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」 <sup>※2</sup> 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） <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/content/001103126.pdf">https://www.mhlw.go.jp/stf/content/001103126.pdf</a>	
③訪問看護を行うに際して、歯科医療機関との連携状況についてお選びください。	
1.依頼がなくても（情報提供や相談を含め）定期的に歯科医療機関と連携を図っている 2.依頼があれば歯科医療機関と連携を図っている 3.歯科医療機関と連携を図っていない ⇒理由（※○はいくつでも）：	
01 どこの歯科医療機関と連携すればよいか分からないから 02 どのような患者を歯科医療機関に紹介すべきか分からないから 03 連携はしたいが、連携できる歯科医療機関が近隣にないから 04 歯科医療機関と連携する必要性を感じないから（口腔内の状況まで観察する必要性を感じないから） 05 患者本人・家族から口腔内に関する相談がないから 06 歯科医療機関との連携に特化した評価がないから 07 歯科医療機関と連携を図るだけの人員や時間の余裕がないから（口腔内の状況まで観察する余裕がないから） 08 その他（ ）	
6. レセプト請求方法	
①レセプトのオンライン請求の実施状況（令和6年11月末時点） 1.開始している 2.令和6年12月までに開始予定 3.やむを得ない事情で令和6年12月までに開始できない	
7. 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医療情報連携ネットワーク <sup>※3</sup> への参加の有無	
※3「医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病院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	
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7年〇月〇日（〇）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。	

そして、123 ページ。レセプトのオンライン請求の実施状況等について設問を設けております。

ID番号 :

訪問看護調査（利用者票）

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6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）**

**令和6年11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期利用者のうち、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。

**その他**

設問 20)、22)-2、23)-2、25)-2、29)-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。

**【選択肢】**

- |                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1. ターミナル期のケア           | 2. 眼瞼援助（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                |
| 8. 捕獲の処置               | 9. 皮膚潰瘍等の処置            | 7. 洗腸・摘便               |
| 11. 探血                 | 12. 横体採取（11以外）         | 10. 捕獲等の壊死組織除去・陰圧閉鎖療法  |
| 14. インスリン注射            | 15. 点滴・中心静脈栄養・注射（14以外） | 13. 血糖自己測定の管理          |
| 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                |

124 ページからが、訪問看護利用者票で調査対象となった訪問看護ステーションにて、ご回答をいただくものとなります。

		訪問看護調査（利用者票）					
<b>利用者A</b>							
1) 性別		1. 男性	2. 女性	2) 年齢		( )歳	
3)-1 現在の居場所 ※○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6両方の番号に○。)		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. 看護老人ホーム      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6年11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					
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. 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
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 ※○はいくつでも		<b>【介護保険(介護予防)サービス】</b> 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: )					
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. バーキング病関連疾患 11. 多系統萎縮症      12. プリオント病      13. 亜急性硬性全脳炎 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. 球脊髓性筋萎縮症      18. 慢性炎症性脱髓性多発神経炎      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					

125 ページ。現在の居場所、同一建物利用者の人数等。

		訪問看護調査（利用者票）																	
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 4.在宅強心剤持続投与指導管理 6.気管カニューレ 8.在宅自己腹膜灌流指導管理 10.在宅酸素療法指導管理 12.在宅成分栄養経管栄養法指導管理 14.在宅人工呼吸指導管理 16.在宅自己疼痛管理指導管理 18.人工肛門・人工膀胱 20.在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定																		
	3.在宅腫瘍化学療法注射指導管理 5.在宅気管切開患者指導管理 7.留置カテーテル 9.在宅血液透析指導管理 11.在宅中心静脈栄養法指導管理 13.在宅自己導尿指導管理 15.在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 17.在宅肺高血圧症患者指導管理 19.真皮を越える褥瘡																		
	14) 超重症児・準超重症児か否か(15歳未満の場合) 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 <b>15) 妊産婦か否か(妊娠後1年以内)</b> 16) 貴施設で当患者に訪問看護を開始した時期 <b>17) 在宅療養への移行前の居場所</b> 18) 直近半年間の退院月 19)-1 訪問看護の種別(令和6年11月分) 19)-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 20) 令和6年11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。 21) 訪問看護の加算等の状況(精神科を含む)(令和6年11月)※○はいくつでも																		
	1.超重症児      2.準超重症児      3.非該当 1.あり      2.なし <b>1.妊産婦である 2.妊産婦でない</b> 西暦( )年( )月頃 ※令和5年12月から令和6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: 21.一般 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 1.退院実績あり→(月) 2.なし 3.不明 1.訪問看護基本療養費 2.精神科訪問看護基本療養費 1.あり 2.なし 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( )																		
	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) ⇒(1.14日まで 2.15日以降) 6.長時間訪問看護加算(精神科含む) 7.乳幼児加算 ⇒(1.別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合 2.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																		
	【夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合】 <b>22)-1 夜間・早朝訪問看護の実施状況(令和6年11月分)</b> 延べ訪問(算定)日数:( )日 延べ訪問時間:( )分 <b>22)-2 夜間・早朝訪問看護</b> で提供した訪問看護の内容(直近の訪問)(令和6年11月)※p.1の【選択肢】より○はいくつでも 直近の訪問時: ⇒同じとじてあれば右の“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																		

また、126 ページ。夜間・早朝訪問看護加算や深夜訪問看護加算等の算定に係る状況等について設問を設けております。

## 説明

# 4. 長期処方やリフィル処方の実施状況調査について

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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6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、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算の見直しが行われた。

また、かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加した。

これらを踏まえ、本調査では、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6年●月から●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6年●月から●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	e~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 <sup>※1</sup>	施設専門で依頼状を配布 Web で回答
保険薬局調査	e. 令和6年●月から●月の間に一定以上のリフィル処方箋の受付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. リフィル処方箋の受付実績のない保険薬局	500 件		
患者調査	調査期間中に e~d の医療機関及び、e~f の薬局を受信・来局した患者	最大 6,000 件	各施設から最大 2 名 <sup>※2</sup>	施設専門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 <sup>※3</sup>	リサーチ機関を通して実施

\*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、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局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（確定の1日を割り当て、当該日ににおいて午前、午後にそれぞれ最初に来局された患者で、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（10代以下/20代/30代/40代/50代/60代/60歳以上/61歳～69歳/70～74歳/75歳以上）の計20区分ごとに50人ずつ割り当て、地域は都道府県人口推計の割合に合わせた比例で分配。

続きまして、3つ目の調査。「長期処方やリフィル処方の実施状況調査」でござります。