

令和2年12月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）
「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」
調査へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和2年4月の診療報酬改定においては、在宅医療・訪問看護の提供体制の確保、在宅患者の状態に応じた対応推進の観点から、在宅医療では2箇所目の医療機関による訪問診療の評価の明確化や在支病の要件の明確化、機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し、医療機関での訪問看護に係る加算新設等が行われました。また、在宅歯科医療では、歯科疾患在宅療養管理料、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見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和2年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、医療機関、訪問看護ステーションおよび歯科医療機関を対象に調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

- ◆同封の調査票にご回答の上、**令和2年12月28日(月)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】 zaitaku2020@mizuho-ir.co.jp

【電子調査票の送付先】 kensho203@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元： <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、E-mailでご連絡いただけますと幸いです。

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

TEL：0120-600-592（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」
調査要綱

この度、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」を実施いたします。

記入要領に基づき、**施設票**、**患者票**（1冊の調査票としております）へご回答のうえ、ご回答後は、同封の返信用封筒に回答調査票を同封しご返送頂くか、電子調査票でのご回答を頂きますよう重ねてお願い申し上げます。

※災害に被災した等の事情により回答困難な場合は、事務局へのご連絡をお願い申し上げます。

記

I. 回答方法

紙の調査票をお送りしておりますが、電子調査票で回答することも可能です。

<紙の調査票で回答する場合>

- ・調査票にご記入の上、同封の返信用封筒（切手不要）にて投函してください。

<電子調査票で回答する場合>

- ・下記「電子調査票の入手元」にアクセスし、画面上で調査票に記載のID番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、回答後は電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

| | |
|-----------|--|
| 電子調査票の入手元 | https://www.kensho2020.jp |
| 電子調査票の送付先 | kensho203@mizuho-ir.co.jp |

- ・eメールを送付頂く際は、件名欄に「**【施設名】調査票送付**」とご記入下さい。
- ・紙の調査票は電子調査票の送信後、破棄してください。

II. 回答期限

令和2年12月28日(月)まで に、ご回答をお願いいたします。

III. 回答にあたっての留意点

回答方法

- ・本調査は開設者・管理者の方以外に、事務部門等の責任者・管理職の方などのご記入でも結構です。この場合も、施設としてのご回答としてご提出いただけますようお願いいたします。
- ・特に断りのない場合は、令和2年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ・本調査票では、一定の期間における診療報酬の算定回数や患者数をご記入頂く設問が複数あります。この「一定の期間」は、設問により「1か月間」や「6か月間」といった異なる期間が設定されていますので、設問文に記載の期間にご留意頂き、正確な数値をご記入ください。

記入要領**1 貴施設の概要について****① 開設者**

- 国立 : 国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)
- 公立 : 都道府県、市町村、地方独立行政法人
- 公的 : 日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体 : 健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
- 医療法人 : 社会医療法人は含まない

② 訪問診療及び往診を行っている診療科

- ・ 「内科」「外科」には「〇〇内科」「〇〇外科」を含めてお考えください。（「循環器内科」等）

3 貴施設の診療体制及び患者数について**⑫ 訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者数**

- ・ 1) は、1人の患者に複数回訪問診療を依頼した場合も、実人数（1人）と数えてください。
- ・ 3) の「c) 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数」について、訪問診療の頻度が一定ではない患者（ある月は月1回で、違う月は月2回となった患者等）については、依頼した期間を通して平均的と思われる頻度をお考えください。
- ・ 3) の「5 当該期間は行われていない」は、初回の訪問診療実施月の翌月や翌々月において訪問診療が行われなかったケース等が該当します。

5 患者票

- ・ 調査票に記載の選定方法に従い、貴施設が訪問診療を実施した患者2名の状況等を「患者票 A・B」に、訪問看護を実施した患者2名の状況等を「患者票 C・D」にご記入ください。
- ・ 訪問看護・指導を実施した患者がいないなど、患者票の対象患者がいない場合は、その患者票の記載は不要です。（該当患者が1人のみの場合は、その患者についてご記入ください）
- ・ 患者票の「調査日」は、調査期間中（令和2年9月1日～16日）に当該患者を訪問した特定の1日を指します。
- ・ 「患者票 A・B」の「6) 要介護度」は以下の通りご記入をお願いします。
 対象外 : 40歳未満の患者
 非該当 : 要介護認定を申請したが要支援・要介護とならなかった患者
 未申請 : 40歳以上で、要介護認定の申請を行っていない患者
- ・ 「患者票 C・D」の「3) 要介護度」は以下の通りご記入をお願いします。
 非該当 : 40歳未満の患者または要介護認定を申請したが要支援・要介護とならなかった患者
 未申請 : 40歳以上で、要介護認定の申請を行っていない患者

IV. お問い合わせ先**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3 みずほ情報総研株式会社
 TEL : 0120-600-592（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）
 E-mail : zaitaku2020@mizuho-ir.co.jp

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」
調査要綱

この度、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」を実施いたします。

記入要領に基づき、**施設票**、**利用者票**（1冊の調査票としております）へご回答のうえ、ご回答後は、同封の「返信用封筒」に回答調査票を同封しご返送頂くか、電子調査票でのご回答を頂きますよう重ねてお願い申し上げます。

※災害に被災した等の事情により回答困難な場合は、事務局へのご連絡をお願い申し上げます。

記

I. 回答方法

紙の調査票をお送りしておりますが、電子調査票で回答することも可能です。

<紙の調査票で回答する場合>

- ・ 調査票にご記入の上、同封の返信用封筒（切手不要）にて投函してください。

<電子調査票で回答する場合>

- ・ 下記「電子調査票の入手元」にアクセスし、画面上で調査票に記載のID番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、回答後は電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

| | |
|-----------|--|
| 電子調査票の入手元 | https://www.kensho2020.jp |
| 電子調査票の送付先 | kensho203@mizuho-ir.co.jp |

- ・ eメールを送付頂く際は、件名欄に「**【事業所名】調査票送付**」とご記入下さい。
- ・ 紙の調査票は電子調査票の送信後、破棄してください。

II. 回答期限

令和2年12月28日(月)までに、ご回答をお願いいたします。

III. 回答にあたっての留意点

回答方法

- ・ 本調査は、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ご記入をお願いいたします。
- ・ 特に断りのない場合は、令和2年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ・ 設問によって、○（マル）を1つ選ぶ質問と、複数選ぶ質問があります。各設問欄に記載していますので、ご確認のうえ、ご回答ください。
- ・ 本調査では、一定の期間における診療報酬の算定回数や利用者数をご記入頂く設問が複数あります。この「一定の期間」は、設問により「**1か月間**」や「**6か月間**」といった異なる期間が設定されていますので、設問文に記載の期間にご留意頂き、正確な数値をご記入ください。

記入要領**1～9施設票**

- ・ 「施設票」(調査票の「1」～「9」に該当)は、令和2年10月1日時点の貴事業所の「医療保険」の訪問看護の実施状況等をお伺いします。

10施設票

- ・ 「施設票」(調査票の「10」に該当)は、新型コロナウイルスによる貴事業所の事業への影響についてお伺いします。

11利用者票

- ・ 「利用者票」(調査票の「11」に該当)は、令和2年9月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者4名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名お選びいただき、各利用者の状況等を「利用者票 A・B・C・D」にそれぞれご記入ください。

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

- ・ ①・②に該当する利用者がいない場合は、③の条件での回答利用者数を増やして、合計4名分をご回答ください。例えば、①に該当する利用者がいない場合は、②の条件で1名、③の条件で3名をご回答ください。
- ・ いずれも、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者や、新型コロナウイルス感染症の疑いのある利用者(濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性が高いと考えられたケース)は除いてください。

IV. お問い合わせ先**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3 みずほ情報総研株式会社
 TEL : 0120-600-592 (受付時間 10 : 00～17 : 00、土日・祝日除く)
 E-mail : zaitaku2020@mizuho-ir.co.jp

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」
調査要綱

この度、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」を実施いたします。

記入要領に基づき、**施設票**、**患者票**（1冊の調査票としております）へご回答のうえ、ご回答後は、同封の返信用封筒に回答調査票を同封しご返送頂くか、電子調査票でのご回答を頂きますよう重ねてお願い申し上げます。

※災害に被災した等の事情により回答困難な場合は、事務局へのご連絡をお願い申し上げます。

記

I. 回答方法

紙の調査票をお送りしておりますが、電子調査票で回答することも可能です。

<紙の調査票で回答する場合>

- ・調査票にご記入の上、同封の返信用封筒（切手不要）にて投函してください。

<電子調査票で回答する場合>

- ・下記「電子調査票の入手元」にアクセスし、画面上で調査票に記載のID番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、回答後は電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

| | |
|-----------|--|
| 電子調査票の入手元 | https://www.kensho2020.jp |
| 電子調査票の送付先 | kensho203@mizuho-ir.co.jp |

- ・eメールを送付頂く際は、件名欄に「**【施設名】調査票送付**」とご記入ください。
- ・紙の調査票は電子調査票の送信後、破棄してください。

II. 回答期限

令和2年12月28日(月)まで に、ご回答をお願いいたします。

III. 回答にあたっての留意点

回答方法

- ・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。
- ・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。
- ・特に断りのない場合は、令和2年10月1日時点の状況についてご記入ください。

記入要領

1 貴施設の概要について

② 標榜診療科

- ・ 歯科に関する診療科で、標榜しているものすべてに○をつけてください。歯科以外の診療科は含みません。

⑥ 職員数

- ・ 「5) その他」には、歯科助手、事務職員など、1)～4)に記載した職種以外の職員の人数をご記入ください。
- ・ 非常勤の職員数は、常勤換算をした人数をご記入ください。常勤換算後の職員数は、「小数点以下第2位」を四捨五入し、「小数点以下第1位」までをお答えください。なお、常勤については実人数をご記入ください。

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

① 貴施設における歯科訪問診療等の実施状況

- ・ 歯科訪問診療等について、外来歯科診療との関係を含め、貴施設の状況に最も近いもの1つに○をつけてください。
- ・ 「3 直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない」もしくは「4 これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない」と回答した施設の方は、質問①-1、②、③についてお答えください。歯科訪問診療等を実施していない施設の方は、以上の質問で終わりです。同封の返信用封筒に回答した調査票を同封し、お近くのポストに投函してください。

5 患者票

- ・ 令和2年7月1日～9月30日の間に貴施設が歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者(患者A)と、最後に訪問した患者(患者B)の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。

7 認知症高齢者の日常生活自立度

- ・ 対象患者が40歳以上の場合のみ、ご回答ください。認知症でない場合は「1. 該当なし」に○をつけてください。認知症であるが「認知症高齢者の日常生活自立度」のスコアを把握していない場合(認知症の診断がついているかどうか把握していない場合も含む)は「7. 自立度不明」に○をつけてください。

IV. お問い合わせ先

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3 みずほ情報総研株式会社
 TEL : 0120-600-592 (受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く)
 E-mail : zaitaku2020@mizuho-ir.co.jp

2. 新型コロナウイルスの影響に関して、以下についてお伺いします。

| ①令和2年3月～10月の受診者や体制の動向等（該当する番号ひとつに○） | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
| 1) 新型コロナウイルス感染 疑い※1の外来患者受入 の有無 | 1. 有り 2. 無し |
| 2) 新型コロナウイルス感染 患者の入院患者※2の受 入の有無 | 1. 有り 2. 無し |
| 3) 新型コロナウイルス感染 症の院内感染の有無※3 | 1. 有り 2. 無し |
| ②令和2年3月～10月の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況※4（該当する番号ひとつに○） | | | | | | | | |
| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
| 1) 新型コロナウイルス感染症 患者等を受け入れた保険医 療機関等の該当有無 | 1. 有り 2. 無し |
| 2) 1)に該当する医療機関等 に職員を派遣した保険医療 機関等の該当有無 | 1. 有り 2. 無し |
| 3) 学校等の臨時休業に伴い、 職員の勤務が困難となった 保険医療機関等の該当有無 | 1. 有り 2. 無し |
| 4) 新型コロナウイルス感染症 に感染し又は濃厚接触者と なり出勤ができない職員が 在籍する保険医療機関等の 該当有無 | 1. 有り 2. 無し |
| 5) 新型コロナウイルス感染症 が疑われる患者に対し、院 内トリアージ実施料※5を算定 する保険医療機関 | 1. 有り 2. 無し |

※1 新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む）

※2 新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

※3 1) 医療機関において患者が原疾患とは別に新たになり患した感染症、2) 医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

※4 本設問における1)～4)の項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

※5 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その9）」（令和2年4月8日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1で示された院内トリアージ料を指し、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日付事務連絡）問3で示すものは含まない。

| ③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点） ※○は1つだけ |
|---|
| 1.重点医療機関（新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）として都道府県から指定されている |
| 2.協力医療機関（新型コロナ疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関）として都道府県から指定されている |
| 3.その他（ ） |

④次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。（該当する番号それぞれ1つに○）

| | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|-------------|
| 1) 外来(平日) | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 2) 外来(土日) | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 3) 往診 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 4) 訪問診療 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 5) 訪問看護 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 6) 入院 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 7) 救急 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 8) 化学療法 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 9) 手術 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |
| 10) 緊急手術 | 1. 通常 | 2. 制限 | 3. 停止 | 4. 従来から実施なし |

⑤令和2年3月～10月の8か月間に、貴施設で、新型コロナウイルス感染症と診断された患者、または新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者^{*}への訪問を行った人数をお答えください。

| | 全患者数 | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された患者 | うち、新型コロナウイルス感染症の疑いのある患者 |
|-----------------|------|-------------------------|-------------------------|
| 1) 往診で訪問した患者数 | 人 | 人 | 人 |
| 2) 訪問診療で訪問した患者数 | 人 | 人 | 人 |
| 3) 訪問看護で訪問した患者数 | 人 | 人 | 人 |

※「新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者」は、訪問時点では新型コロナウイルス感染症と診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケースをお考え下さい。

⑥令和2年3月～10月の8か月間の往診、訪問診療、訪問看護の患者数について、前年同月と比較した際の変化の状況についてご記入ください。（該当する番号それぞれ1つに○）

※上記④で「4. 従来から実施なし」を選んだ項目については、記載不要です。

【往診】

| 3月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 7月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
|----|---------|-----------|---------|-----|---------|-----------|---------|
| 4月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 8月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 5月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 9月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 6月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 10月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |

【訪問診療】

| 3月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 7月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
|----|---------|-----------|---------|-----|---------|-----------|---------|
| 4月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 8月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 5月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 9月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 6月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 10月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |

【訪問看護】

| 3月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 7月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
|----|---------|-----------|---------|-----|---------|-----------|---------|
| 4月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 8月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 5月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 9月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 6月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した | 10月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |

| | |
|---|-----------|
| ⑦貴施設では、令和元年4月～12月までに、オンライン在宅管理料の算定を行ったことがありますか。 | |
| 1. ある | 2. ない |
| ⑧ ⑦で「2」を選んだ施設にお伺いします。貴施設では、令和2年1月以降に、新型コロナウイルス感染症への対応を主目的として、オンライン在宅管理料の算定を新たに行いましたか。 | |
| 1. 行った | 2. 行っていない |

| | |
|---|---|
| ⑨令和2年4月～6月に、新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に往診等を行い、かつ院内トリアージ実施料を算定した人数(実人数) ^{※1} をお答えください。 | 人 |
|---|---|

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日付事務連絡）問3に定められる患者を指します。

| | |
|--|---|
| ⑩在宅時医学総合管理料、または施設入居時等医学総合管理料（以下「在総管等」）の算定状況についてお伺いします。 | |
| 1) 令和2年4月～6月に、「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在総管等を算定した人数(実人数)をお答えください。 | 人 |
| 2) 上記1)のうち、前月に「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在総管等を算定したが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者の要望等により、当月は1回の訪問診療と電話等を用いた診療で「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在総管等を算定した人数(実人数) ^{※2} をお答えください。 | 人 |

※2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日付事務連絡）問4に定められる患者を指します。

| | 算定実人数 | 算定回数 |
|--|-------|------|
| ⑪令和2年4月～10月に、新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に必要な感染予防策を講じて訪問看護・指導を行った場合に算定する在宅移行管理加算を算定した人数(実人数) ^{※3} および算定回数をお答えください。 | 人 | 回 |
| ⑫令和2年4月～10月に、電話等での訪問看護・指導を行った場合に算定する訪問看護・指導体制充実加算を算定した人数(実人数) ^{※4} および算定回数をお答えください。 | 人 | 回 |

※3 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日付事務連絡）問6に定められる患者を指します。

※4 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その21）」（令和2年6月10日付事務連絡）問2に定められる患者を指します。

3. 貴施設の診療体制及び患者数についてお伺いします。

①令和元年5月と9月、および令和2年5月と9月のそれぞれ1か月間の患者数 ※0人の際は「0」をご記入ください。

| | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---------------------------|------|----|------|----|
| | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| 1) 初診患者数(実人数) ※在宅医療分は含めない | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2) 再診延べ患者数 ※在宅医療分は含めない | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3) 往診を行った延べ患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4) 上記3)のうち、小児(15歳未満)の患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5) 訪問診療を行った延べ患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 6) 上記5)のうち、小児(15歳未満)の患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

②-1 全職員数(常勤換算^{※1})をご記入ください。(小数点以下第1位まで。令和2年10月1日現在)

| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 保健師 助産師 看護師 | 准看護師 | リハビリ 職 ^{※2} | 管理 栄養士 | 医療 ソーシャル ワーカー | うち 社会福祉士 | うち精神 保健福祉士 | その他の 職員 |
|----|------|-----|-------------------|------|-------------------------|-----------|---------------------|-------------|---------------|------------|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

②-2 上記②-1のうち、在宅医療の実施のため、患者に訪問をする職員数(常勤換算^{※1})をご記入ください。
 ※令和2年9月1か月間について、在宅医療に携わった時間で換算してください。
 例) 1週間の勤務時間40時間のうち、在宅医療に携わった時間が16時間であれば $16 \div 40 = 0.4 \rightarrow$ 「0.4人」と換算

| 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 保健師 助産師 看護師 | 准看護師 | リハビリ 職 ^{※2} | 管理 栄養士 | 医療 ソーシャル ワーカー | うち 社会福祉士 | うち精神 保健福祉士 | その他の 職員 |
|----|------|-----|-------------------|------|-------------------------|-----------|---------------------|-------------|---------------|------------|
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

※1 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

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

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

※2 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。

| | |
|---|--|
| ②-3 上記②-1のうち、在宅医療を担当する常勤・非常勤の医師数をご記入ください。 | 常勤 () 人 |
| | 非常勤 () 人 |
| ③ 貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。 ※最も近いものに○を1つだけ | <ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問診療・往診を中心に行っている(外来患者が5%未満) 2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている 4. 特定の曜日に訪問診療を行っている(その日は、原則、訪問診療のみを実施) 5. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている(医師が複数名体制) 8. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない 9. その他(具体的に) |

④令和元年5月と9月、および令和2年5月と9月のそれぞれ1か月間に、貴施設が主治医として往診・訪問診療を実施した患者数(実人数)をお答えください。往診と訪問診療を両方提供した患者は、それぞれで数えてください。

| 【往診を実施した患者】 | | 令和元年 | | 令和2年 | |
|--|--|------|----|------|----|
| | | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| 1) 往診を提供した患者数（何回訪問しても「1人」と数えます） | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2) 上記1)のうち、受診経路別の患者数 | 自院に通院・入院していた患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、直近1年間(令和元年10月～2年9月)に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 他の医療機関からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 医療機関以外からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3) 上記1)のうち、精神疾患を主傷病とする患者数 | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4) 上記1)のうち、往診について、医師が必要性を認めて実施した患者数(医師の判断ではなく、契約等に基づいて実施した患者を除きます) | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 【訪問診療を実施した患者】 | | 令和元年 | | 令和2年 | |
| | | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| 1) 訪問診療を提供した患者数（何回訪問しても「1人」と数えます） | | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2) 上記1)のうち、受診経路別の患者数 | 自院に通院・入院していた患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、直近1年間(令和元年10月～2年9月)に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 他の医療機関からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 医療機関以外からの紹介患者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3) 上記1)のうち、精神疾患を主傷病とする患者数 | | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑤令和元年4月～9月、および令和2年4月～9月の6か月間に、貴施設が主治医として在宅医療(往診または訪問診療)を実施した患者数(実人数)についてお答えください。

| | 令和元年 4月～9月 | 令和2年 4月～9月 |
|---|---------------|---------------|
| 1) 在宅医療(往診または訪問診療)を提供した患者数（何回実施しても「1人」と数えます） | 人 | 人 |
| 2) 上記1)のうち、死亡した患者数 … 3)+9)=2) | 人 | 人 |
| 3) 上記2)のうち、医療機関以外で死亡した患者数…4)+5)+6)+7)+8)=3) | 人 | 人 |
| 4) 上記3)のうち、自宅 ^{*1} での死亡者数 | 人 | 人 |
| 5) 上記3)のうち、居住系施設 ^{*2} での死亡者数 | 人 | 人 |
| 6) 上記3)のうち、介護老人福祉施設での死亡者数 | 人 | 人 |
| 7) 上記3)のうち、介護老人保健施設および介護医療院での死亡者数 | 人 | 人 |
| 8) 上記3)のうち、4)から7)に該当しない場所 ^{*3} での死亡者数 | 人 | 人 |
| 9) 上記2)のうち、医療機関で死亡した患者数 … 10)+11)+12)=9) | 人 | 人 |
| 10) 上記9)のうち、貴施設で死亡した患者数 | 人 | 人 |
| 11) 上記9)のうち、連携医療機関 ^{*4} で死亡した患者数 | 人 | 人 |
| 12) 上記9)のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数 | 人 | 人 |
| 13) 上記9)のうち、患者や家族の意向に基づき貴施設または連携医療機関に入院し、7日以内に死亡した患者数 | 人 | 人 |

【前ページ注釈】

- ※1 「**自宅**」は、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。
- ※2 「**居住系施設**」は、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院**以外**の居住先をいい、特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サ高住（該当する場合））、認知症グループホーム等が該当します。
- ※3 「**4）から7）に該当しない場所**」は、上記の「※1」「※2」および介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院**以外**の場所をいい、短期入所生活介護の提供場所、（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスの提供場所等が該当します。
- ※4 「**連携医療機関**」は、貴施設が連携型の在支診・在支病である場合は在宅支援連携体制を構築する保険医療機関として届け出ている医療機関、連携型の在支診・在支病でない場合については、連携型の在支診・在支病における在宅支援連携体制を構築する保険医療機関に準ずる、緊急時の病床確保等を行っている医療機関を指します。

| | | 令和元年4月～9月 | 令和2年4月～9月 |
|---|-------------------------------|-----------|-----------|
| 14)⑤の1)「令和元年4月～9月、および令和2年4月～9月の6か月間に、貴施設が主治医として在宅医療を実施した患者」を受診経路別に分けた場合、貴施設または他施設の地域包括ケア病棟等 ^{※5} から退院した患者数 | | 人 | 人 |
| 15) 14)のうち、地域包括ケア病棟等へ入院・入棟していた理由別の患者数 ※右記の理由ごとに、該当する患者数を記載 …14)の患者数 =a)+b)+c)+d)の患者数 | a) 急性期治療を経過した後に、当該急性期病棟から転棟した | 人 | 人 |
| | b) 在宅療養を行っている患者の急性疾患対応のため入院した | 人 | 人 |
| | c) 検査入院や教育入院、化学療法等の予定入院であった | 人 | 人 |
| | d) その他(主な内容) | 人 | 人 |

※5 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床

【14)で、「令和元年4月～9月」または「令和2年4月～9月」のいずれかまたは両方が「1人」以上の場合】

| | |
|---|--|
| 16) 14)のうち、「急性期病棟から地域包括ケア病棟等へ入院(転棟)した患者」が入院していた地域包括ケア病棟等は、どの医療機関が有するものであるか ※最も多くの患者が該当するもの一つに○ | <ol style="list-style-type: none"> 貴施設の連携医療機関 貴施設自身 連携医療機関以外の医療機関 この選択肢に該当する患者はいない |
| 17) 14)のうち、「在宅から地域包括ケア病棟等へ入院した患者」が入院していた地域包括ケア病棟等は、どの医療機関が有するものであるか ※最も多くの患者が該当するもの一つに○ | <ol style="list-style-type: none"> 貴施設の連携医療機関 貴施設自身 連携医療機関以外の医療機関 この選択肢に該当する患者はいない |
| 18) 当該患者の、入院前後の在宅医療(往診・訪問診療・訪問看護)の提供状況 ※最も多くの患者が該当すると思われるもの一つに○ | <ol style="list-style-type: none"> 入院前から在宅医療が提供されており、退院後も内容は変わらない 入院前から在宅医療が提供されており、退院後に提供量(訪問時間、回数等)が増加した 入院前から在宅医療が提供されており、退院後に提供量(訪問時間、回数等)が減少した 入院前から在宅医療が提供されており、退院後も提供量(訪問時間、回数等)は変わらないが診療内容が変化した 退院後に新規に在宅医療を受けることとなった 入院前の状況を把握しておらず、判断できない その他 |
| 19) 当該患者が、地域包括ケア病棟等以外からの退院患者と比べたときにあてはまる特徴・項目 ※○はいくつでも | <ol style="list-style-type: none"> 在宅医療提供開始時の、退院元の医療機関との連携がスムーズである 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が多い 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が少ない 急性増悪時などの緊急対応がスムーズに行える 特に差はない その他 () |

| | | |
|------------------------|---------|-------------|
| 20) 貴施設が往診・訪問診療を開始した時期 | 往診 | 訪問診療 |
| | 西暦（ ）年頃 | 西暦（ ）年頃 |
| 21) 連携している24時間対応の薬局の有無 | | 1. あり 2. なし |

⑥令和元年4月～6月および7月～9月、令和2年4月～6月および7月～9月の間に、貴施設で以下の診療料等を算定した患者数(実人数)についてお答えください。

| | | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | 4月～6月 | 7月～9月 | 4月～6月 | 7月～9月 |
| 1) 入退院支援加算1 | 算定患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 2) 退院時共同指導料1および2 | 算定患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | 算定患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 | 算定患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 5) 精神科在宅患者支援管理料 | 算定患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑦「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の令和2年度の算定患者が1人以上の場合、算定のための看護師および管理栄養士の確保方法としてあてはまるものに○をつけてください。 ※○はそれぞれ1つだけ

| | |
|----------|--|
| a) 看護師 | 1. 貴施設で確保 2. 他の保険医療機関と連携して確保 3. 他の訪問看護ステーションと連携して確保 |
| b) 管理栄養士 | 1. 貴施設で確保 2. 他の保険医療機関と連携して確保 3. 他の栄養ケア・ステーションと連携して確保 |

| | | |
|--|----------|---|
| ⑧「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」を令和2年9月の1か月間に算定した患者について、9月に算定した指導料が令和2年度内で何回目の算定であったか、回数別に患者数をお答えください。 | 初回の算定人数 | 人 |
| | 2回目の算定人数 | 人 |
| | 3回目の算定人数 | 人 |

(例1) 初回を令和2年4月、2回目を6月、3回目を9月に算定した患者は「3回目の算定人数」に計上

(例2) 初回を令和2年6月、2回目を9月に算定した患者は「2回目の算定人数」に計上

(例3) 初回を令和2年9月に計上した患者は「初回の算定人数」に計上

| | |
|--|-------------------------------|
| ⑨貴施設は、「他の医療機関が主治医として訪問診療を提供している患者について定期的な訪問診療を依頼されること」と、「貴施設が主治医として訪問診療を提供している患者について他の医療機関に定期的な訪問診療を依頼すること」のどちらが多いですか。 | 1. 依頼されることが多い 2. 依頼することが多い |
|--|-------------------------------|

| | | | |
|---|-----|-------------------|----------|
| ⑩令和2年4月～9月の6か月間に、他の医療機関が主治医として訪問診療を行っている患者で、貴施設が訪問診療を依頼された患者数(実人数) | | 人 | |
| ⑪ 上記⑩のうち、依頼された訪問診療が令和2年10月1日時点で継続中の患者における、訪問診療の期間別の患者数 | | | |
| a) 1か月 | 人 | b) 1か月超～3か月 | 人 |
| c) 3か月超～6か月 | 人 | d) 6か月超～12か月 | 人 |
| e) 12か月超 | 人 | | |
| ⑫令和2年4月～9月の6か月間における以下の患者数(実人数) | | | |
| 1) 訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者数(実人数) ※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2」の対象となる患者としてお考え下さい。 | | 人 | |
| 2) 上記1)のうち、他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由別の患者数 ※1)=a)+b)+c)+d) | | | |
| a) 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため | | 人 | |
| b) 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため | | 人 | |
| c) 患者・家族の意向のため | | 人 | |
| d) その他 (主な理由を具体的に:) | | 人 | |
| 3) 上記1)の患者について、依頼先の医療機関が実施した患者ごとの訪問診療の回数 …各患者に実施した訪問診療の回数が最も多いものと2番目に多いものを、a)～c)の期間ごとに 下の【選択肢】の1.～5.の中から選び、該当する番号をお書きください。 ※複数の医療機関に依頼した場合は、医療機関ごとの回数を別々に考慮してください。 | | | |
| 【選択肢】 1. 月1回 | | 2. 月2回 | 3. 月3回以上 |
| 4. 回数を把握していない | | 5. 当該期間には行われていない | |
| | | } (それぞれ該当する番号を記入) | |
| | | 最も多いもの | 2番目に多いもの |
| a) 初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数※1 | () | () | () |
| b) 初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数※2 | () | () | () |
| c) 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数※3 | () | () | () |

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

※2 (例) 6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月31日の1か月間に実施した訪問診療の回数です。

※3 (例) 6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の1か月あたり平均回数です。

| | | | |
|--|---|--|---|
| 4) 上記1)のうち、依頼した訪問診療が令和2年10月1日時点で継続中の患者における、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間別の患者数 | | | |
| a) 1か月 | 人 | b) 1か月超～3か月 | 人 |
| c) 3か月超～6か月 | 人 | d) 6か月超～12か月 | 人 |
| e) 12か月超 | 人 | | |
| 【4)のd)またはe)に該当患者がいる場合】 | | | |
| 5) 期間が6か月超である理由として、最も多いもの ※○は1つだけ | | 1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有し、相応の期間の診療が必要のため 2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有し、相応の期間の診療が必要のため 3. 患者・家族の意向のため 4. その他 () | |

| | |
|--|----------------------|
| 6) 上記1)の患者について、訪問診療の依頼先として多い診療科(多い診療科を順に3つ選択) | |
| 1.内科 2.外科 3.整形外科 4.脳神経外科 | 最も多く依頼した診療科の番号 () |
| 5.小児科 6.精神科 7.眼科 8.皮膚科 | 2番目に多く依頼した診療科の番号 () |
| 9.耳鼻咽喉科 10.泌尿器科 11.リハビリテーション科 | 3番目に多く依頼した診療科の番号 () |
| 12.婦人科 13.その他(具体的に) | |
| 7) 上記1)の患者について、訪問診療を依頼した対象病名として多いもの(多い病名を順に3つ選択) | |
| 1.難病(神経系) 2.難病(神経系以外) 3.脊髄損傷 4.COPD | 最も多い病名の番号 () |
| 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) | 2番目に多い病名の番号 () |
| 7.精神系疾患 8.神経系疾患 9.認知症 10.糖尿病 | 3番目に多い病名の番号 () |
| 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(褥瘡等) | |
| 17.その他(具体的に) | |
| 8) 上記1)のうち、依頼先の医療機関の種別ごとの患者数 ※1)=a) +b) + c) +d) | |
| a) 在宅療養支援病院 | 人 |
| b) 在宅療養支援病院以外の病院 | 人 |
| c) 在宅療養支援診療所 | 人 |
| d) 在宅療養支援診療所以外の診療所 | 人 |
| 9) 上記1)のうち、貴施設と特別の関係※である医療機関に依頼した患者数 | 人 |
| ⑬令和2年4月～9月の6か月間に、貴施設が他の医療機関の連携医療機関として看取りを行った患者数(実人数) | 人 |

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

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

①貴施設の以下の算定回数(延べ)等をお答えください。

※回答の対象となる期間が1)～10)で一部異なります。設問ごとに記載した期間の回数等をお答えください。

| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 「R1: 4～9月」は 令和元年4月～9月の数値、 「R2: 4～9月」は 令和2年4月～9月の数値を それぞれご記入ください </div> | | 算定回数 | | | | |
|--|----------|------|------------------------|-----------------|---|--|
| | | | うち、認知症対応型グループホームでの算定回数 | うち、特定施設※1での算定回数 | うち、小規模多機能型居宅介護、または看護小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス利用中の患者に提供した算定回数 | 上記のうち、医療機関の退院日から宿泊サービスを利用中であった患者への算定回数 |
| 1) 在宅患者訪問診療料(I)の1 | R1: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 2) 在宅患者訪問診療料(I)の2 | R1: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 3) 在宅患者訪問診療料(II) | R1: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 4) 在宅がん医療総合診療料 | R1: 4～9月 | 回 | 回 | / | 回 | 回 |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | / | 回 | 回 |
| 5) 夜間・休日往診加算 | R1: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |
| 6) 深夜往診加算 | R1: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |
| 7) 在宅患者共同診療料1,2,3 | R1: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |
| 8) 診療情報連携共有料 | R1: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |
| | R2: 4～9月 | 回 | 回 | 回 | / | / |

※1 有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合）

| 9) 在宅時医学総合管理料 | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---|------|------|------|----|
| | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| a) 月2回以上(厚生労働大臣が定める状態※2) | 回 | 回 | 回 | 回 |
| b) 月2回以上(「a」)に該当しないもの | 回 | 回 | 回 | 回 |
| c) 月1回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| d) 「小規模多機能型居宅介護」または「看護小規模多機能型居宅介護」の宿泊サービス利用中の患者に提供した算定回数 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| e) 上記d)のうち、医療機関の退院日から宿泊サービスを利用中であった患者への算定回数 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| f) 在宅時医学総合管理料の全算定回数のうち、要介護度等の状況別算定回数(令和2年9月) | | | | |
| 要介護2 | 回 | 要介護3 | 回 | |
| 要介護4 | 回 | 要介護5 | 回 | |
| 障害支援区分2以上 | 回 | | | |
| g) 要介護度別の患者へ提供する医療の内容として多いもの(令和2年9月) (上位3つまで。以下【9)のg)、および10)のe)の選択肢】から該当する番号を選び、多い順に左から3つまでをご記入ください) | | | | |
| 要介護2 | | 要介護3 | | |
| 要介護4 | | 要介護5 | | |
| 障害支援区分2以上 | | | | |

| 10) 施設入居時等医学総合管理料 | 令和元年 | | 令和2年 | |
|---|------|------|------|----|
| | 5月 | 9月 | 5月 | 9月 |
| a) 月2回以上(厚生労働大臣が定める状態※2) | 回 | 回 | 回 | 回 |
| b) 月2回以上(「a」)に該当しないもの | 回 | 回 | 回 | 回 |
| c) 月1回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| d) 施設入居時等医学総合管理料の全算定回数のうち、要介護度等の状況別算定回数(令和2年9月) | | | | |
| 要介護2 | 回 | 要介護3 | 回 | |
| 要介護4 | 回 | 要介護5 | 回 | |
| 障害支援区分2以上 | 回 | | | |
| e) 要介護度別の患者へ提供する医療の内容として多いもの(令和2年9月) (上位3つまで。以下【9)のg)、および10)のe)の選択肢】から該当する番号を選び、多い順に左から3つまでをご記入ください) | | | | |
| 要介護2 | | 要介護3 | | |
| 要介護4 | | 要介護5 | | |
| 障害支援区分2以上 | | | | |

※2 「厚生労働大臣が定める状態」は、特掲診療料の施設基準別表第8の2にある疾患および状態をいいます。

【9)のg)、および10)のe)の選択肢】

- | | | |
|---------------|-----------------|----------------------|
| 1.抗がん剤の点滴・注射 | 2.モルヒネの持続皮下注射 | 3.鎮静薬の持続皮下注射 |
| 4.皮下輸液 | 5.中心静脈栄養・ポート管理 | 6.輸血 |
| 7.胸水穿刺・腹水穿刺 | 8.経口麻薬の投与 | 9.末梢静脈点滴 |
| 10.上記以外の点滴・注射 | 11.気管切開カニューレの交換 | 12.カテーテル交換(カテーテルの部位) |
| 13.ネブライザー | 14.たんの吸引の指示 | 15.その他 |

| | | | |
|--|---|-----------------------|------|
| ②令和2年4月～9月の6か月間における緊急往診加算の実績をお答えください。 | | 算定実人数 | 算定回数 |
| | | 人 | 回 |
| 【緊急往診加算の算定回数が1回以上ある場合】 | | | |
| ③算定患者の算定要件として該当する状態像別人数(実人数) | | | |
| 急性心筋梗塞 | 人 | 医学的に終末期と考えられる患者 | 人 |
| 脳血管障害 | 人 | その他 | 人 |
| 急性腹症 | 人 | ↳ 「その他」の主な状態像（ ） | |
| ④貴施設における在宅でのターミナルケアに関してお答えください。 | | | |
| 1) 令和2年4月～9月の6か月間における以下を算定した患者数をお答えください。 ※d)およびe)の患者数は、在宅ターミナルケア加算を算定した患者を含みます。 | | | |
| a) 在宅ターミナルケア加算 | | 人 | |
| b) 上記a)のうち、在宅ターミナルケア加算と看取り加算の両方を算定した患者数 | | 人 | |
| c) 上記a)のうち、在宅ターミナルケア加算と死亡診断加算の両方を算定した患者数 | | 人 | |
| d) 看取り加算 | 人 | e) 死亡診断加算 | 人 |
| 2) 貴施設では、看取りに対する指針を定めていますか。 ※○は1つだけ | | | |
| 1. 定めている | | 2. 定めていないが、今後定める予定である | |
| 3. 定めておらず、今後定める予定もない | | 4. 未定 | |
| ⑤令和2年9月の1か月間における、貴施設の包括的支援加算の算定人数(実人数)をお答えください。 | | 人 | |
| ⑥算定患者の状態像別人数(実人数) ※1 | 1) 要介護2以上または障害支援区分2以上 | | 人 |
| | 2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb 以上 | | 人 |
| | 3) 週1回以上の訪問看護※2を受けている | | 人 |
| | 4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射または喀痰吸引、経管栄養(胃ろう、腸ろうを含む)、鼻腔栄養を受けている | | 人 |
| | 5) 特定施設等の入居者で、医師の指示を受け、看護職員による注射または喀痰吸引、経管栄養(胃ろう、腸ろうを含む)、鼻腔栄養を受けている | | 人 |
| | 6) その他、関係機関等との調整等のために医師による特別な医学管理を必要とする状態 | | 人 |

※1 患者1人について該当する状態が1)～6)のうち2つ以上ある場合は、それぞれの項目に人数を計上してください。
(例:ある患者が1)と2)の両方に該当する場合は、1)と2)に1人ずつ計上)

※2 訪問看護は、医療保険と介護保険の両方を含みます。

| | | | |
|---|--|--------------|-------|
| 【⑦～⑩は、在宅療養支援診療所以外の診療所にお伺いします】 | | 算定実人数 | 算定回数 |
| ⑦令和2年4月～9月の6か月間における貴施設の継続診療加算の実績をお答えください。 | | 人 | 回 |
| 【⑦の算定回数が1回以上ある場合】 | | 1. はい 2. いいえ | |
| ⑧自施設で24時間の往診体制及び訪問看護の提供体制を確保できていますか。 | | | |
| 【「2.いいえ」と回答した場合】 1) 継続診療加算の算定にあたり連携している医療機関および訪問看護ステーション数 ※連携機関がない場合は「0」と記載してください。 | 1. 在宅療養支援病院 | 施設 | |
| | 2. 在宅療養支援病院以外の病院 | 施設 | |
| | 3. 在宅療養支援診療所 | 施設 | |
| | 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 | 施設 | |
| | 5. 訪問看護ステーション | 施設 | |
| 【「2.いいえ」と回答した場合】 | 1. 在宅療養支援病院 2. 在宅療養支援病院以外の病院 3. 在宅療養支援診療所 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 5. 訪問看護ステーション | | |
| 【⑦の算定回数が1回以上ある場合】 | | | |
| ⑨診療体制の確保にあたり地域医師会の協力を得ていますか。 | | | |
| 1. 協力を得ている (具体的な内容) 2. 協力を得ていない | | | |
| 【⑦の算定回数が0回の場合】 | | | |
| ⑩継続診療加算を算定していない理由として、あてはまるものに○をつけてください。 ※○はいくつでも | | | |
| 1. 24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない (確保できない理由:) 2. 訪問看護の提供体制が確保できない 3. 当該加算の算定対象となる患者がいらない 4. 経営上のメリットが感じられない 5. 往診・訪問診療は行わない方針である 6. その他 (具体的に) | | | |
| ⑪令和2年4月～9月の6か月間の貴施設における在宅患者訪問薬剤管理指導料、および在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者数別の算定回数(延べ)をお答えください。 ※介護保険における居宅療養管理指導は除いてお考えください。 | | | |
| | 単一建物診療患者数 | | |
| | 1人 | 2～9人 | 10人以上 |
| 1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 | 回 | 回 | 回 |
| 2) 在宅患者訪問栄養食事指導料1 | 回 | 回 | 回 |
| 3) 在宅患者訪問栄養食事指導料2 | 回 | 回 | 回 |
| 4) 3)のうち、他の医療機関に所属する管理栄養士の指導による算定回数 | 回 | 回 | 回 |
| 5) 3)のうち、栄養ケア・ステーションに所属する管理栄養士の指導による算定回数 | 回 | 回 | 回 |

| ⑫令和元年9月及び令和2年9月の1か月間における、以下の算定実人数、算定回数をお答えください。 | | 算定実人数 | 算定回数 |
|--|--------------------|-------|--------|
| 令和元年9月 | a) 在宅患者訪問看護・指導料 | 人 | 回 |
| | b) 同一建物居住者訪問看護・指導料 | 人 | 回 |
| | c) 精神科訪問看護・指導料 | 人 | 回 |
| 令和2年9月 | a) 在宅患者訪問看護・指導料 | 人 | 回 |
| | b) 同一建物居住者訪問看護・指導料 | 人 | 回 |
| | c) 精神科訪問看護・指導料 | 人 | 回 |
| ⑬貴施設では、訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っていますか。 （※令和2年10月1日時点） | | 1. はい | 2. いいえ |



⑬で「1. はい」と答えた場合 → ⑭～⑯のご回答をお願いします。

⑬で「2. いいえ」と答えた場合 → ⑰～⑳のご回答をお願いします。

| 【⑬で「1. はい」と答えた場合】 | |
|--|---|
| ⑭24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保するための方法としてあてはまるもの ※○はいくつでも | |
| 1. 貴施設のみで体制を確保している 2. 他の保険医療機関と連携して確保している 3. 他の訪問看護ステーションと連携して確保している | |
| ⑮訪問看護・指導体制充実加算の施設基準のうち、貴施設が満たしている項目 ※○はいくつでも ※「在宅患者訪問看護・指導料等」には、同一建物居住者訪問看護・指導料を含みます。 | |
| 1. 在宅患者訪問看護・指導料等の3（専門性の高い看護師の同行訪問）を前年度に5回以上算定 2. 在宅患者訪問看護・指導料等の乳幼児加算を前年度に25回以上算定 3. 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等※1の患者について、在宅患者訪問看護・指導料等を前年度に25回以上算定 4. 在宅患者訪問看護・指導料等の在宅ターミナルケア加算を前年度に4回以上算定 5. 退院時共同指導料1又は2を前年度に25回以上算定 6. 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度に40回以上算定 | |
| ⑯令和2年9月における、訪問看護・指導体制充実加算の算定回数をお答えください。 ※新型コロナウイルスによる臨時的取扱いで、電話等での訪問看護・指導を行ったことによる訪問看護・指導体制充実加算の算定回数は除く | 回 |

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

5. ここからは、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様が引き続きご記入ください。

【患者票A・Bについて】

- 令和2年9月1日～9月16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）

【患者票C・Dについて】

- 令和2年9月1日～9月16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。

※ いずれも新型コロナウイルス感染症と診断された患者や、新型コロナウイルス感染の疑いのある患者（訪問時点では診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケース）は除いてください。

患者票A

| | | | |
|---|--|-------|---|
| 1) 性別 | 1. 男性 2. 女性 | 2) 年齢 | 歳 |
| 3) 訪問先 | 1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅 3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症対応型共同生活介護 7. その他（具体的に ） | | |
| 4) 上記3)の訪問先建物(単一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※この患者を含めた人数) | | | 人 |
| 5) 調査日の診察状況 | 1. 単一の建物内で複数の患者を診察 2. 単一の建物内で当該患者のみ診察 | | |
| 6) 要介護度 | 1. 対象外 2. 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 | | |
| 7) 認知症高齢者の日常生活自立度 | 1. 該当なし 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明 | | |
| 8) 精神疾患の有無 | 1. あり→ (1. 認知症 2. 認知症以外) 2. なし | | |
| 9) 障害者手帳などの種類 | 1. 身体障害者手帳 () 級 2. 療育手帳 () 度 3. 精神障害者保健福祉手帳 () 級 4. 申請中 5. 手帳なし 6. わからない | | |
| 10) 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 | | |
| 11) 患家を訪問するのに用いる交通手段と移動時間 ※移動時間は貴施設から患家までの片道時間をお書きください。 | 1. 徒歩のみ → () 分 2. 徒歩+バス・電車等の公共交通 → () 分 3. 自動車 → () 分 4. その他（具体的に ） → () 分 | | |
| 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 | 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. 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（褥瘡等） 17. その他（具体的に) |
| 15) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期→余命の見込み：() か月 2. ターミナル期でない |
| 16) 当該患者に対して、医師が実施した診療内容・連携等(※この1か月間に実施したもの) ※○はいくつでも | |
| 1. 健康相談 2. 視聴打診・触診 3. バイタル測定 4. 患者・家族等への問診 5. 心電図検査 6. 簡易血糖測定 7. 採血・検体採取 8. 検査結果説明 9. 抗がん剤の点滴・注射 10. モルヒネの持続皮下注射 11. 鎮静薬の持続皮下注射 12. 皮下輸液 13. 中心静脈栄養・ポート管理 14. 輸血 15. 胸水穿刺・腹水穿刺 16. 経口麻薬の投与 17. 末梢静脈点滴 18. 上記以外の点滴・注射 19. 気管切開・カニューレ交換 20. カテーテル交換（カテーテルの部位) 21. エコー検査 22. 薬剤の処方 23. 特定保険医療材料の処方 24. ネブライザー 25. たんの吸引の指示 26. 栄養指導 27. 患者・家族等への病状説明 28. 診療上の継続的な意思決定支援 29. 訪問看護ステーションに関する指示・連携(具体的に) 30. 保険薬局に関する指示・連携(具体的に) 31. 歯科医療機関との連携（具体的に) 32. 居宅介護支援事業所との連携（具体的に) 33. その他（具体的に) | |
| 17) 当該患者に対して訪問診療を行う医師の指示又は依頼のもと、医師以外の職種（貴施設以外の職員も含む）が提供している医療内容等(※この1か月間に提供したもの) a)～d)の職種ごとに主な実施内容を下の【選択肢】の1～32の中から3つまで選び、該当の番号をお書きください。 | |
| a) 看護職員が実施したもの | |
| b) リハビリ職が実施したもの | |
| c) 薬剤師が実施したもの | |
| d) その他の職員()が実施したもの | |
| 【選択肢】 1. 健康相談 2. 血圧・脈拍の測定 3. 心電図検査 4. 簡易血糖測定 5. 血糖自己測定（SMBG管理） 6. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む） 7. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 8. 経鼻経管栄養 9. 中心静脈栄養 10. 吸入・吸引 11. ネブライザー 12. 創傷処置 13. 体位変換 14. 浣腸・排便 15. 褥瘡の処置 16. インスリン注射 17. 点滴・注射（9、16以外） 18. 膀胱（留置）カテーテルの管理 19. 人工肛門・人工膀胱の管理 20. 人工呼吸器の管理 21. 気管切開の処置 22. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） 23. がん末期の疼痛管理 24. 慢性疼痛の管理（23以外） 25. 透析・腹膜還流 26. リハビリテーション 27. 口腔ケア 28. 連携施設・事業所との連絡・調整 29. 社会福祉制度、相談窓口等の紹介 30. 訪問服薬指導(自院の薬剤師によるもの) 31. 訪問服薬指導(自院以外の薬剤師によるもの) 32. その他（具体的に) | |

| | |
|--|--|
| 18) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期 | 西暦（ ）年（ ）月頃 |
| 19) 複数疾患への対応等のため、他の医療機関から訪問診療を依頼されている患者であるか | 1. はい 2. いいえ |
| 【在総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料の届出を行っている施設のみ】 20) 複数疾患への対応等のため、他の医療機関に訪問診療を依頼・実施している又は依頼・実施していた患者であるか ※「1. はい」の場合は、何か所の医療機関に依頼したか、数もあわせて回答 ※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の対象となる患者としてお考え下さい。 | 1. はい（依頼した医療機関数： _____ か所） 2. いいえ |
| 【20）で「1.はい」とお答え頂いた施設のみ】 21) 他の医療機関の医師への定期的な訪問診療の依頼について、下記の設問にお答えください。 ※以下のa)～h)について、複数の医療機関に依頼した場合は、主な依頼先1か所について回答してください | |
| a) 他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由 | 1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため 2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため 3. 患者・家族の意向のため 4. その他（具体的に _____） |
| b) 依頼先の診療科 | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 小児科 6. 精神科 7. 眼科 8. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科 10. 泌尿器科 11. リハビリテーション科 12. 婦人科 13. その他（具体的に _____） |
| c) 依頼先の医療機関が当該患者に実施した訪問診療の回数 … i)～iii)の期間ごとに下の【選択肢】の1～5の中から選び、該当する番号をお書きください。 | |
| 【選択肢】 1. 月1回 2. 月2回 3. 月3回以上 4. 回数を把握していない 5. 当該期間は行われていない | |
| i) 初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数 ^{※1} | () |
| ii) 初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数 ^{※2} | () |
| iii) 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数 ^{※3} | () |
| d) 依頼先の医療機関による訪問診療の期間（見込みを含む） | 1. 1か月 2. 1か月超～3か月 3. 3か月超～6か月 4. 6か月超～12か月 5. 12か月超 |
| e) 訪問診療を依頼した病名 | 1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外） 3. 脊髄損傷 4. COPD 5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など） 6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など） 7. 精神系疾患 8. 神経系疾患 9. 認知症 10. 糖尿病 11. 悪性新生物 12. 骨折・筋骨格系疾患 13. 呼吸器系疾患 14. 耳鼻科疾患 15. 眼科疾患 16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に _____） |
| f) 依頼先の医療機関の種類 | 1. 在宅療養支援病院 2. 在宅療養支援病院以外の病院 3. 在宅療養支援診療所 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 |
| g) 依頼先の医療機関の許可病床数 | 1. 0床（無床診療所） 2. 1～19床（有床診療所） 3. 20～199床 4. 200～399床 5. 400床以上 |
| h) 依頼先の医療機関は、貴施設と特別の関係であるか ^{※4} | 1. はい 2. いいえ |

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

※2（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月31日の1か月間に実施した訪問診療の回数です。

※3（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の1か月あたり平均回数です。

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

| | | |
|---|---|--|
| 22) 当該患者の、 医学管理料・加算の算定状況 (令和2年9月) | 1. 在宅時医学総合管理料（重症患者） 3. 在宅時医学総合管理料（月1回） 5. 施設入居時等医学総合管理料（月2回以上） 7. 継続診療加算 9. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2 11. 精神科在宅患者支援管理料1のイ 13. 精神科在宅患者支援管理料1のハ 15. 精神科在宅患者支援管理料2のロ | 2. 在宅時医学総合管理料（月2回以上） 4. 施設入居時等医学総合管理料（重症患者） 6. 施設入居時等医学総合管理料（月1回） 8. 包括的支援加算 10. 在宅患者訪問診療料（Ⅱ） 12. 精神科在宅患者支援管理料1のロ 14. 精神科在宅患者支援管理料2のイ 16. いずれも算定していない |
| 23) 当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数(令和2年9月) | 回 | |
| 24) 調査日の診療時間(当該患者のために患家に滞在した時間) | 分 | |
| 25) 往診(定期的・計画的な訪問診療ではない)を行った回数(令和2年4月～令和2年9月の6か月間) | 回 | |
| 26) 当該患者への、1か月間の訪問看護実施回数(令和2年9月) ※医療保険、介護保険の両方を含みます。 | 回 | |

患者票B

| | | | |
|---|--|-------|---|
| 1) 性別 | 1. 男性 2. 女性 | 2) 年齢 | 歳 |
| 3) 訪問先 | 1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅 3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症対応型共同生活介護 7. その他（具体的に ） | | |
| 4) 上記3)の訪問先建物(単一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※この患者を含めた人数) | | | 人 |
| 5) 調査日の診察状況 | 1. 単一の建物内で複数の患者を診察 2. 単一の建物内で当該患者のみ診察 | | |
| 6) 要介護度 | 1. 対象外 2. 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 | | |
| 7) 認知症高齢者の日常生活自立度 | 1. 該当なし 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明 | | |
| 8) 精神疾患の有無 | 1. あり→ (1. 認知症 2. 認知症以外) 2. なし | | |
| 9) 障害者手帳などの種類 | 1. 身体障害者手帳 () 級 2. 療育手帳 () 度 3. 精神障害者保健福祉手帳 () 級 4. 申請中 5. 手帳なし 6. わからない | | |
| 10) 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 | | |
| 11) 患家を訪問するのに用いる交通手段と移動時間 ※移動時間は貴施設から患家までの片道時間をお書きください。 | 1. 徒歩のみ → () 分 2. 徒歩+バス・電車等の公共交通 → () 分 3. 自動車 → () 分 4. その他 (具体的に) → () 分 | | |
| 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 | 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. 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 (褥瘡等) 17. その他 (具体的に) | | |
| 15) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期→余命の見込み: () か月 2. ターミナル期でない | | |

| | | | |
|---|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| 16) 当該患者に対して、医師が実施した診療内容・連携等(※この1か月間に実施したもの) ※○はいくつでも | | | |
| 1. 健康相談 | 2. 視聴打診・触診 | 3. バイタル測定 | 4. 患者・家族等への問診 |
| 5. 心電図検査 | 6. 簡易血糖測定 | 7. 採血・検体採取 | 8. 検査結果説明 |
| 9. 抗がん剤の点滴・注射 | 10. モルヒネの持続皮下注射 | 11. 鎮静薬の持続皮下注射 | |
| 12. 皮下輸液 | 13. 中心静脈栄養・ポート管理 | 14. 輸血 | 15. 胸水穿刺・腹水穿刺 |
| 16. 経口麻薬の投与 | 17. 末梢静脈点滴 | 18. 上記以外の点滴・注射 | |
| 19. 気管切開・チューブ交換 | 20. カテーテル交換 (カテーテルの部位) | 21. エコー検査 | |
| 22. 薬剤の処方 | 23. 特定保険医療材料の処方 | 24. ネブライザー | 25. たんの吸引の指示 |
| 26. 栄養指導 | 27. 患者・家族等への病状説明 | 28. 診療上の継続的な意思決定支援 | |
| 29. 訪問看護ステーションに関する指示・連携(具体的に |) | | |
| 30. 保険薬局に関する指示・連携(具体的に |) | | |
| 31. 歯科医療機関との連携(具体的に |) | | |
| 32. 居宅介護支援事業所との連携(具体的に |) | | |
| 33. その他(具体的に |) | | |
| 17) 当該患者に対して訪問診療を行う医師の指示又は依頼のもと、医師以外の職種(貴施設以外の職員も含む)が提供している医療内容等(※この1か月間に提供したもの) | | | |
| a)～d)の職種ごとに主な実施内容を下の【選択肢】の1.～32.の中から3つまで選び、該当の番号をお書きください。 | | | |
| a) 看護職員が実施したもの | | | |
| b) リハビリ職が実施したもの | | | |
| c) 薬剤師が実施したもの | | | |
| d) その他の職員()が実施したもの | | | |
| 【選択肢】 | | | |
| 1. 健康相談 | 2. 血圧・脈拍の測定 | 3. 心電図検査 | 4. 簡易血糖測定 |
| 5. 血糖自己測定 (SMBG管理) | 6. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む) | 7. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 | |
| 8. 経鼻経管栄養 | 9. 中心静脈栄養 | 10. 吸入・吸引 | 11. ネブライザー |
| 12. 創傷処置 | 13. 体位変換 | 14. 浣腸・排便 | 15. 褥瘡の処置 |
| 16. インスリン注射 | 17. 点滴・注射 (9、16以外) | 18. 膀胱(留置)カテーテルの管理 | |
| 19. 人工肛門・人工膀胱の管理 | 20. 人工呼吸器の管理 | 21. 気管切開の処置 | |
| 22. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入) | 23. がん末期の疼痛管理 | 24. 慢性疼痛の管理 (23以外) | |
| 25. 透析・腹膜還流 | 26. リハビリテーション | 27. 口腔ケア | 28. 連携施設・事業所との連絡・調整 |
| 29. 社会福祉制度、相談窓口等の紹介 | 30. 訪問服薬指導(自院の薬剤師によるもの) | 31. 訪問服薬指導(自院以外の薬剤師によるもの) | 32. その他(具体的に) |
| 18) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期 | | 西暦()年()月頃 | |
| 19) 複数疾患への対応等のため、他の医療機関から訪問診療を依頼されている患者であるか | | 1. はい 2. いいえ | |
| 【在総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料の届出を行っている施設のみ】 20) 複数疾患への対応等のため、他の医療機関に訪問診療を依頼・実施している又は依頼・実施していた患者であるか ※「1. はい」の場合は、何か所の医療機関に依頼したか、数もあわせて回答 ※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料(I)2」の対象となる患者としてお考え下さい。 | | 1. はい (依頼した医療機関数: _____ 所) 2. いいえ | |

【20）で「1.はい」とお答え頂いた施設のみ】

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

| | |
|---|--|
| a) 他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由 | 1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため 2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため 3. 患者・家族の意向のため 4. その他（具体的に _____） |
| b) 依頼先の診療科 | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 小児科 6. 精神科 7. 眼科 8. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科 10. 泌尿器科 11. リハビリテーション科 12. 婦人科 13. その他（具体的に _____） |
| c) 依頼先の医療機関が当該患者に実施した訪問診療の回数 … i)～iii)の期間ごとに下の【選択肢】の1～5の中から選び、該当する番号をお書きください。 | |
| 【選択肢】 1. 月1回 2. 月2回 3. 月3回以上 4. 回数を把握していない 5. 当該期間には行われていない | |
| i) 初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数 ^{※1} | (_____) |
| ii) 初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数 ^{※2} | (_____) |
| iii) 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数 ^{※3} | (_____) |
| d) 依頼先の医療機関による訪問診療の期間（見込みを含む） | 1. 1か月 2. 1か月超～3か月 3. 3か月超～6か月 4. 6か月超～12か月 5. 12か月超 |
| e) 訪問診療を依頼した病名 | 1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外） 3. 脊髄損傷 4. COPD 5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など） 6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など） 7. 精神系疾患 8. 神経系疾患 9. 認知症 10. 糖尿病 11. 悪性新生物 12. 骨折・筋骨格系疾患 13. 呼吸器系疾患 14. 耳鼻科疾患 15. 眼科疾患 16. 皮膚疾患（褥瘡等） 17. その他（具体的に _____） |
| f) 依頼先の医療機関の種類 | 1. 在宅療養支援病院 2. 在宅療養支援病院以外の病院 3. 在宅療養支援診療所 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所 |
| g) 依頼先の医療機関の許可病床数 | 1. 0床（無床診療所） 2. 1～19床（有床診療所） 3. 20～199床 4. 200～399床 5. 400床以上 |
| h) 依頼先の医療機関は、貴施設と特別の関係であるか ^{※4} | 1. はい 2. いいえ |

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

| | |
|---------------------------------|---|
| 22) 当該患者の、医学管理料・加算の算定状況（令和2年9月） | 1. 在宅時医学総合管理料（重症患者） 2. 在宅時医学総合管理料（月2回以上） 3. 在宅時医学総合管理料（月1回） 4. 施設入居時等医学総合管理料（重症患者） 5. 施設入居時等医学総合管理料（月2回以上） 6. 施設入居時等医学総合管理料（月1回） 7. 継続診療加算 8. 包括的支援加算 9. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2 10. 在宅患者訪問診療料（Ⅱ） 11. 精神科在宅患者支援管理料1のイ 12. 精神科在宅患者支援管理料1のロ 13. 精神科在宅患者支援管理料1のハ 14. 精神科在宅患者支援管理料2のイ 15. 精神科在宅患者支援管理料2のロ 16. いずれも算定していない |
|---------------------------------|---|

| | |
|---|---|
| 23) 当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数(令和2年9月) | 回 |
| 24) 調査日の診療時間(当該患者のために患家に滞在した時間) | 分 |
| 25) 往診(定期的・計画的な訪問診療ではない)を行った回数(令和2年4月～令和2年9月の6か月間) | 回 |
| 26) 当該患者への、1か月間の訪問看護実施回数(令和2年9月) ※医療保険、介護保険の両方を含みます。 | 回 |

患者票C

| | | | |
|---|---|-----------------|---------------------------------------|
| 1) 性別 | 1.男性 2.女性 | 2) 年齢 | 歳 |
| 3) 要介護度(直近) | 1.非該当 2.未申請 6.要介護2 7.要介護3 | 3.申請中 8.要介護4 | 4.要支援1・2 9.要介護5 5.要介護1 10.不明 |
| 4) 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 | | |
| 5) 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 | | |
| 6) GAF尺度(直近) (精神科訪問看護・指導料を算定している場合のみ) | () 点 | | |
| 7) 現在在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名) ※○はいくつでも | 1. 脳血管疾患 2. 循環器疾患 3. 悪性新生物 4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患 6. 消化器疾患 7. 筋骨格・運動器疾患 8. 精神疾患 9. 神経難病 10. その他の神経疾患 11. その他(具体的に) | | |
| 8) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも | 1. 無 2. 末期の悪性腫瘍 3. 多発性硬化症 4. 重症筋無力症 5. スモン 6. 筋萎縮性側索硬化症 7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病 9. 進行性筋ジストロフィー症 10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症 12. プリオン病 13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病 15. 副腎白質ジストロフィー 16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症 18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷 21. 人工呼吸器を使用している状態 | | |
| 9) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも | 1. 無 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 3. 在宅気管切開患者指導管理 4. 気管カニューレ 5. 留置カテーテル 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 7. 在宅血液透析指導管理 8. 在宅酸素療法指導管理 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 11. 在宅自己導尿指導管理 12. 在宅人工呼吸指導管理 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 16. 人工肛門・人工膀胱 17. 真皮を越える褥瘡 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | | |
| 10) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期 → 余命の見込み () か月 2. ターミナル期でない | | |
| 11) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合) | 1. 超重症児 2. 準超重症児 3. 非該当 | | |
| 11)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有 2. 無 | | |
| 12) 貴施設でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦 () 年 () 月頃 | | |
| 13) 在宅療養への移行前の居場所 ※12か月間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。また、「2. 病院」を選択した場合は、a~gのうち該当するもの1つに○ | 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 → 病床 (a. 一般 b. 医療療養 c. 介護療養 d. 回復期リハ e. 地域包括ケア f. 精神 g. 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 () | | |
| 13)-1 「1.病院」、「2.有床診療所」の場合、当該医療機関は貴施設であるか | 1. 貴施設である 2. 貴施設ではない | | |
| 14) 直近の退院月(半年以内直近) | 1. 退院実績あり → 西暦 () 年 () 月 2. なし 3. 不明 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 16) 訪問看護のその他の加算等の状況(精神科を含む)(令和2年9月分) ※○はいくつでも。「1」「2」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベットも選択 | | |
| 1. 在宅移行管理加算 | → (a. 重症度等の高いもの b. a 以外) | |
| 2. 専門の研修を受けた看護師による訪問 | → (a. 緩和ケア b. 褥瘡 c. 人工肛門・人工膀胱周辺の皮膚障害 d. 人工肛門・人工膀胱のその他の合併症) | |
| 3. 長時間訪問看護・指導加算(精神科含む) | 4. 乳幼児加算 5. 在宅患者連携指導加算 | |
| 6. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 | 7. 在宅ターミナルケア加算 | |
| 8. 緊急訪問看護加算(精神科含む) | 9. 夜間・早朝訪問看護加算(精神科含む) | |
| 10. 深夜訪問看護加算(精神科含む) | 11. 看護・介護職員連携強化加算 | |
| 12. 特別地域訪問看護加算(精神科含む) | 13. 訪問看護・指導体制充実加算 | |
| 17) 貴施設からの訪問日数および訪問回数(令和2年9月の1か月間) | | |
| 延べ訪問日数：() 日 | | |
| 延べ訪問回数：() 回 | | |
| うち 1回の訪問時間別延べ回数 | | |
| a. 30分未満 | 回 b. 30分以上45分未満 | |
| c. 45分以上60分未満 | 回 d. 60分以上75分未満 | |
| e. 75分以上90分以下 | 回 f. 90分超 | |
| うち 緊急訪問の有無・回数・理由 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数、理由を記入 | 1. あり → () 回 / 理由：() 2. なし | |
| うち 1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延べ日数 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に日数を記入 | 1. あり → () 日 2. なし | |
| 18) 直近の1回の訪問時間(分) ※移動時間は含まない | () 分 | |
| 19) 訪問看護を提供した職員の職種 ※○はいくつでも。直近の訪問者は◎ ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ ○をつけてください。(令和2年9月の訪問者) | 1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 作業療法士 4. 精神保健福祉士 | |
| 20) 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数 (令和2年9月分) | 保健師・助産師・看護師 | 回 |
| | 准看護師 | 回 |
| | 作業療法士 | 回 |
| | 精神保健福祉士 | 回 |
| 21) 貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種 ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択 | 1. あり →種別 (a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) →主な訪問者の職種 (a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし | |
| 22) 当患者は訪問診療を受療していますか。 | 1. はい 2. いいえ | |
| 22)-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも | 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他 () | |

患者票D

| | | | |
|---|---|-----------------|---------------------------------------|
| 1) 性別 | 1.男性 2.女性 | 2) 年齢 | 歳 |
| 3) 要介護度(直近) | 1.非該当 2.未申請 6.要介護2 7.要介護3 | 3.申請中 8.要介護4 | 4.要支援1・2 9.要介護5 5.要介護1 10.不明 |
| 4) 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 | | |
| 5) 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 | | |
| 6) GAF尺度(直近) (精神科訪問看護・指導料を算定している場合のみ) | () 点 | | |
| 7) 現在在宅療養を続けている原因 の病名(指示書にある傷病名) ※○はいくつでも | 1. 脳血管疾患 2. 循環器疾患 3. 悪性新生物 4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患 6. 消化器疾患 7. 筋骨格・運動器疾患 8. 精神疾患 9. 神経難病 10. その他の神経疾患 11. その他(具体的に) | | |
| 8) 別表第七の 疾病等の 該当の有無 ※○はいくつでも | 1. 無 2. 末期の悪性腫瘍 3. 多発性硬化症 4. 重症筋無力症 5. スモン 6. 筋萎縮性側索硬化症 7. 脊髄小脳変性症 8. ハンチントン病 9. 進行性筋ジストロフィー症 10. パーキンソン病関連疾患 11. 多系統萎縮症 12. プリオン病 13. 亜急性硬化性全脳炎 14. ライソゾーム病 15. 副腎白質ジストロフィー 16. 脊髄性筋萎縮症 17. 球脊髄性筋萎縮症 18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 19. 後天性免疫不全症候群 20. 頸髄損傷 21. 人工呼吸器を使用している状態 | | |
| 9) 別表第八に 掲げる特別な 管理の有無 ※○はいくつでも | 1. 無 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 3. 在宅気管切開患者指導管理 4. 気管カニューレ 5. 留置カテーテル 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 7. 在宅血液透析指導管理 8. 在宅酸素療法指導管理 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 11. 在宅自己導尿指導管理 12. 在宅人工呼吸指導管理 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 16. 人工肛門・人工膀胱 17. 真皮を越える褥瘡 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | | |
| 10) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期 → 余命の見込み () か月 2. ターミナル期でない | | |
| 11) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合) | 1. 超重症児 2. 準超重症児 3. 非該当 | | |
| 11)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、 特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有 2. 無 | | |
| 12) 貴施設でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦 () 年 () 月頃 | | |
| 13) 在宅療養への移行前の居場所 ※12か月間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。また、「2. 病院」を選択した場合は、a~gのうち該当するもの1つに○ | 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 → 病床 (a. 一般 b. 医療療養 c. 介護療養 d. 回復期リハ e. 地域包括ケア f. 精神 g. 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 () | | |
| 13)-1 「1.病院」、「2.有床診療所」の場合、当該医療機関は 貴施設であるか | 1. 貴施設である 2. 貴施設ではない | | |
| 14) 直近の退院月 (半年以内直近) | 1. 退院実績あり → 西暦 () 年 () 月 2. なし 3. 不明 | | |

| | | |
|---|--|---|
| 16) 訪問看護のその他の加算等の状況(精神科を含む)(令和2年9月分) ※○はいくつでも。「1」「2」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベットも選択 | | |
| 1. 在宅移行管理加算 | → (a. 重症度等の高いもの b. a 以外) | |
| 2. 専門の研修を受けた看護師による訪問 | → (a. 緩和ケア b. 褥瘡 c. 人工肛門・人工膀胱周辺の皮膚障害 d. 人工肛門・人工膀胱のその他の合併症) | |
| 3. 長時間訪問看護・指導加算(精神科含む) | 4. 乳幼児加算 | |
| 6. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 | 5. 在宅患者連携指導加算 | |
| 8. 緊急訪問看護加算(精神科含む) | 7. 在宅ターミナルケア加算 | |
| 10. 深夜訪問看護加算(精神科含む) | 9. 夜間・早朝訪問看護加算(精神科含む) | |
| 12. 特別地域訪問看護加算(精神科含む) | 11. 看護・介護職員連携強化加算 | |
| | 13. 訪問看護・指導体制充実加算 | |
| 17) 貴施設からの訪問日数および訪問回数(令和2年9月の1か月間) | 延べ訪問日数：() 日 延べ訪問回数：() 回 | |
| うち 1回の訪問時間別延べ回数 | | |
| a. 30分未満 | 回 | |
| b. 30分以上45分未満 | 回 | |
| c. 45分以上60分未満 | 回 | |
| d. 60分以上75分未満 | 回 | |
| e. 75分以上90分以下 | 回 | |
| f. 90分超 | 回 | |
| うち 緊急訪問の有無・回数・理由 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数、理由を記入 | 1. あり →()回/理由：() 2. なし | |
| うち 1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延べ日数 ※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に日数を記入 | 1. あり→()日 2. なし | |
| 18) 直近の1回の訪問時間(分) ※移動時間は含まない | () 分 | |
| 19) 訪問看護を提供した職員の職種 ※○はいくつでも。直近の訪問者は◎ ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ ○をつけてください。(令和2年9月の訪問者) | 1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 作業療法士 4. 精神保健福祉士 | |
| 20) 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数 (令和2年9月分) | 保健師・助産師・看護師 | 回 |
| | 准看護師 | 回 |
| | 作業療法士 | 回 |
| | 精神保健福祉士 | 回 |
| 21) 貴施設以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種 ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択 | 1. あり →種別 (a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) →主な訪問者の職種 (a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし | |
| 22) 当患者は訪問診療を受療していますか。 | 1. はい 2. いいえ | |
| 22)-1 「2.いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも | 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他 () | |

質問は以上です。ご協力有難うございました。

ID

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
訪問看護票

- ※ 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。
 ※ 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2年10月1日時点の状況についてご記入ください。
 ※ 同様に、特に断りのない場合は、『医療保険』の訪問看護に関してお答えください。介護保険など医療保険以外に関しては、設問内で指定がある場合のみ、含めて記入してください。
 ※ 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。

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>① 開設者 ※○は1つだけ</p> | <p>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： _____）</p> | | | | | | | | | | |
| <p>② 同一法人・同一敷地内の医療・介護施設・事業所</p> | <p>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</p> <table border="1" data-bbox="371 1059 1455 1155"> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>②-2 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）</p> <p>【選択肢】</p> <p>1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 特別養護老人ホーム 5. 介護医療院 6. 居宅介護支援事業所 7. 通所介護事業所 8. 療養通所介護事業所 9. 地域包括支援センター 10. 訪問介護事業所 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 12. 小規模多機能型居宅介護 13. 看護小規模多機能型居宅介護 14. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合）） 15. サービス付き高齢者向け住宅（14を除く） 16. 認知症対応型共同生活介護 17. 特定相談支援事業所 18. 障害児相談支援事業所 19. 児童発達支援 20. 放課後デイサービス 21. その他（具体的に： _____）</p> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <p>③ 訪問看護を開始した時期</p> | <p>西暦（ _____ ）年（ _____ ）月</p> | | | | | | | | | | |
| <p>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。</p> | <p>1. あり→（ _____ ）か所 2. なし</p> | | | | | | | | | | |
| <p>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</p> | <p>1. 対象地域にある 2. 対象地域にない</p> | | | | | | | | | | |
| <p>⑥ 貴事業所は医療資源の少ない地域*に該当しますか。 ＊「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」</p> | <p>1. 該当する 2. 該当しない</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
16. 地域の保険医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
17. 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションへの研修の実施
18. 地域の訪問看護ステーションや住民などへの情報提供や相談の実績
19. 要件は満たしているが届出はしない

【④において「1. あり(機能強化型訪問看護管理療養費1～3の何れかの届出あり)」の場合、以下にご回答ください。】

④-3 届出の状況について ※○は1つだけ

1. 令和2年度改定前からの届出は変わらない
2. 令和2年度改定により要件をクリアできるようになったため新規に届出をした
3. 令和2年度改定により要件をクリアできるようになったため届出を変更した
4. 令和2年度改定後、ステーションの事情により届出を変更した

3. 精神科訪問看護の届出状況（令和2年10月1日時点）についてお伺いします。

【精神科訪問看護の実施状況について、全ての事業所がご回答ください。】

| | | |
|-------------------------|------------|--------------|
| ① 精神科訪問看護基本療養費の届出の有無 | 1. あり | 2. なし |
| ② 精神科複数回訪問加算の届出の有無 | 1. あり | 2. なし |
| ③ 精神科重症患者支援管理連携加算の届出の有無 | 1. あり → 4へ | 2. なし → ③-1へ |

【③で「2. なし(精神科重症患者支援管理連携加算の届出)」と回答した場合】

③-1 届出を行っていない理由 ※あてはまるもの全てに○

1. 精神科訪問看護基本療養費の届出をしていない
2. 24時間対応体制加算の届出をしていない
3. 精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が、24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行う体制を確保できていない
4. 対象となる利用者が少ない（いない）
5. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の要件をクリアすることが難しい
6. 共同カンファレンス(保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議)の要件をクリアすることが難しい
7. 支援計画の内容について、利用者、家族等に文書で説明して同意を得ることが難しい
8. その他（具体的に： _____）

4. 事業所の人員体制（令和2年10月1日時点）についてお伺いします。

① 貴事業所の職員数を常勤換算（請求する保険の種別を問わず訪問看護業務に従事する全職員を常勤換算）でお答えください。 ※1人の職員が複数の資格等に当てはまる場合は、主たる業務に従事するものとして計上してください。（1人の職員を重複計上することはできません）。

| 保健師・助産師・看護師 | 准看護師 | リハビリ職 (PT・OT・ST) | その他の職員 | (うち) | (うち) | (うち) | (うち) | (うち) |
|-------------|------|------------------|--------|---------|---------|---------|------|-----------------|
| | | | | 精神保健福祉士 | 介護支援専門員 | 相談支援専門員 | 事務職員 | その他の職員 (看護補助者等) |
| . | . | . | . | . | . | . | . | . |

*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください（小数点以下第1位まで）。

- ・1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
- ・1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

| | |
|--|---|
| ② 常勤看護職員の数(令和2年10月1日時点、サテライト配置の看護職員を含む) | 人 |
| ②-1 看護職員の割合(令和2年10月1日時点) *看護職員の割合の計算方法（小数点以下第1位を切り捨て）： （保健師・助産師・看護師・准看護師の常勤換算人数）÷ （保健師・助産師・看護師・准看護師・リハビリ職の常勤換算人数）×100 | % |

| | |
|--|---|
| ③令和2年10月1日時点の認定看護師等の専門性の高い看護師の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。 *「認定看護師等の専門性の高い看護師」とは、認定看護師又は専門看護師を指します。 | |
| 1) 専門性の高い看護師(認定看護師・専門看護師)の有無と人数 (令和2年10月1日時点) | 1. 認定看護師がいる()人 2. 専門看護師がいる()人 3. いない → ④へ |
| 2) 認定看護師の専門分野(令和2年10月1日時点) ※あてはまるもの全てに○ | |
| 1. 皮膚・排泄ケア 2. 緩和ケア 3. がん化学療法看護 4. がん性疼痛看護 5. 訪問看護 6. 糖尿病看護 7. 摂食・嚥下障害看護 8. 認知症看護 9. 脳卒中リハビリテーション看護 10. 慢性呼吸器疾患看護 11. 慢性心不全看護 12. 精神科看護(日本精神科看護協会認定) 13. その他(具体的に:) | |
| 3) 専門看護師の専門分野(令和2年10月1日時点) ※あてはまるもの全てに○ | |
| 1. がん看護 2. 精神看護 3. 地域看護 4. 老人看護 5. 小児看護 6. 慢性疾患看護 7. 家族支援 8. 在宅看護 9. その他(具体的に:) | |
| 4) 専門性の高い看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問回数(令和2年4～9月の6か月間) | 件 |
| 4)-1 専門性の高い看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問のうち、「訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅱ)のハ(12,850円)」の算定をしなかった訪問がありますか。(令和2年4～9月の6か月間) | 1. あり 2. なし |
| 4)-2 4)-1で「1. あり」と回答した場合、算定をしなかった(できなかった)理由は何ですか。 ※あてはまるもの全てに○ | |
| 1. 算定対象となるケアではなかったから(実施したケアを具体的に:) 2. 算定回数の上限を超えていたから 3. 主治医の指示に基づく訪問ではなかったから 4. 利用者負担について、利用者、家族等から理解を得られなかったから 5. その他(具体的に:) | |
| 5) 専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関へのコンサルテーションの回数(令和2年4～9月の6か月間) *「コンサルテーション」とは、利用者宅への同行訪問ではなく、他訪問看護ステーションや他医療機関の看護職員に対して、個々の利用者のケアについて、他訪問看護ステーション等の相談先に向いての相談対応や、ビデオ通話や電話等による相談対応などを行うことを指します。 | 回 |
| 5)-1 うち、他訪問看護ステーション又は他医療機関へ出向いて実施した回数 | 回 |
| 5)-2 うち、自訪問看護ステーションで実施した回数 | 回 |
| 5)-3 うち、ICTを活用して実施した回数 ※方法別の回数を記入ください。 | 合計 回 (うちビデオ通話: 回) (うち電話: 回) (うちメール: 回) |
| 5)-4 うち、その他の方法で実施した回数 | |
| 回 (方法を具体的に:) | |
| 6) 専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会の開催回数(令和2年4～9月の6か月間) *「研修や勉強会」とは、他機関が開催する研修や勉強会に講師として呼ばれた回数は含めず、自訪問看護ステーションや、専門性の高い看護師自身が主催した研修や勉強会の回数を記載してください。 | 回 |

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

| | 令和元年9月 | 令和2年9月 | | | | | | |
|--|--------|----------|---------------------------|--------|--------|-----|-----|----|
| 2) a (参照A)のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表7(厚生労働大臣の定める疾病等)に該当する利用者数 | 人 | 人 | | | | | | |
| 3) a (参照A)のうち、医療保険の特掲診療料の施設基準等別表8(厚生労働大臣の定める状態等にあるもの)に該当する利用者数 | 人 | 人 | | | | | | |
| 4) a (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 | 人 | 人 | ※参照B | | | | | |
| 5) a (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 | 人 | | | | | | |
| 6) a (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 | 人 | | | | | | |
| 7) a (参照A)のうち、同一建物居住者に該当する利用者数 | 人 | 人 | | | | | | |
| 8) a (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日以上医療保険の訪問看護を行った利用者数 | 人 | 人 | ※参照C | | | | | |
| ③ a (参照A)のうち、15歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児・医療的ケア児・その他の人数をご記入ください。 *「医療的ケア児」とは、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | |
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | |
| ④ a (参照A)のうち、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 | | |
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| ⑤ a (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 |
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑥ a (参照A)のうち、要介護者等(要支援1~要介護5の利用者)について、認知症高齢者の日常生活自立度の区分別の人数をご記入ください。 | | | | | | | | |
| | 自立 | I | II | III | IV | M | 不明 | |
| 令和元年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| 令和2年9月 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| ⑦ (参照A)のうち、令和元年9月と令和2年9月の各1か月間の <u>専門の研修を受けた看護師による同行訪問</u> についての訪問看護基本療養費(12,850円)を算定した利用者数をご記入ください。 | | | | 令和元年9月 | 令和2年9月 | | | |
| ⑦-1 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアに係る算定 | | | | 人 | 人 | | | |
| ⑦-2 褥瘡ケアに係る算定 | | | | 人 | 人 | | | |
| ⑦-3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア(皮膚障害)に係る算定 | | | | 人 | 人 | | | |
| ⑦-4 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア(その他合併症)に係る算定 | | | | | 人 | | | |

⑧（参照A）のうち、**複数名訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。
 （令和2年9月の1か月間） ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

| | a. 保健師、助産師、看護師 | b. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | c. 准看護師 | d. 看護補助者 |
|--|----------------|----------------------|---------|----------|
| ⑧-1 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-2 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-3 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-4 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-5 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑧-6 その他、利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| （具体的に： ） | | | | |

⑨（参照A）のうち、**看護・介護職員連携強化加算**を算定した利用者数をご記入ください。（令和2年9月の1か月間）

| |
|---|
| 人 |
|---|

⑨-1 「看護・介護職員連携強化加算」の算定者がいない事業所のみお答えください。
 令和2年9月に算定していない理由としてあてはまるものをご回答ください。 ※あてはまるもの全て

1. 対象となる利用者がいない
2. 喀痰吸引等を実施している介護職員等からの要請がない
3. 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等に対応できない（24時間対応体制加算の未届出含む）
4. 介護職員等に同行し、利用者宅において喀痰吸引等の業務を確認する時間が確保できない
5. 他の月では算定があったが、令和2年9月は対象者がいなかった
6. その他（具体的に： ）

⑩令和元年及び令和2年の4～9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。

| | 令和元年4～9月 | 令和2年4～9月 |
|--------------------|----------|----------|
| 1) 訪問看護ターミナルケア療養費1 | 人 | 人 |
| 2) 訪問看護ターミナルケア療養費2 | 人 | 人 |

3) ⑩1)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。
 ※あてはまるもの全てに○

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体制を有していない
8. その他（具体的に： ）

⑪ 精神科訪問看護の届出をしている訪問看護ステーションのみご回答ください。
 （参照B）のうち、**複数名精神科訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。
 （令和2年9月） ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

| | a. 保健師、看護師 | b. 作業療法士 | c. 准看護師 | d. 看護補助者 | e. 精神保健福祉士 |
|--|------------|----------|---------|----------|------------|
| ⑪-1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑪-2 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑪-3 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑪-4 その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | （具体的に： ） | | | | |

⑫ 精神科重症患者支援管理連携加算を届け出ているステーションのみ回答ください。
 （参照B）のうち、**精神科重症患者支援管理連携加算**を算定した利用者数をご記入ください。（令和2年9月）

| | |
|-------------------------------|---|
| 1) イ:精神科在宅患者支援管理料2のイを算定した利用者数 | 人 |
| 2) ロ:精神科在宅患者支援管理料2のロを算定した利用者数 | 人 |

⑬ ⑫で精神科重症患者支援管理連携加算の算定利用者数が0人の場合、精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない理由をご回答ください。 ※あてはまるもの全てに○

1. 精神科在宅患者支援管理料を算定した利用者がいない
2. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
3. チームカンファレンス（保険医療機関と連携して設置する専任のチームによるカンファレンス）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
4. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の開催頻度の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
5. 共同カンファレンス（保健所又は精神保健福祉センター等と共同した会議）の参加者の要件をクリアすることが難しい（ビデオ通話も含む）
6. 支援計画の内容を利用者、家族等に文書で説明をすることが難しい
7. カンファレンスでビデオ通話を使用する場合、個人情報の共有について、利用者の同意を得ることが難しい
8. その他（具体的に： ）

⑭ 令和元年9月、および令和2年9月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数（医療保険）をご記入ください。

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

| | | 令和元9月 | 令和2年9月 |
|--|-------|--------------|--------------|
| 1) 医療保険による訪問看護 利用者数(記入不要)およびその利用者への延べ訪問回数 (利用者数は、5. ② 1) 参照A 対象) | 利用者数 | 5. ②1)参照Aと同じ | 5. ②1)参照Aと同じ |
| | 延訪問回数 | 延 回 | 延 回 |
| 1)-1 ⑭1)のうち、 精神科訪問看護基本療養費 を算定している利用者数(記入不要)および延べ訪問回数 (利用者数は、5. ② 4) 参照B 対象) | 利用者数 | 5. ②4)参照Bと同じ | 5. ②4)参照Bと同じ |
| | 延訪問回数 | 延 回 | 延 回 |
| 1)-2 ⑭1)のうち リハビリ職が単独で1日以上 の訪問看護を実施している利用者数(記入不要)および延べ訪問回数(利用者数は、5. ② 8) 参照C 対象) | 利用者数 | 5. ②8)参照Cと同じ | 5. ②8)参照Cと同じ |
| | 延訪問回数 | 延 回 | 延 回 |

| | |
|--|---|
| ⑮ 上記⑭1)-2でリハビリ職が単独で1日以上訪問看護を実施している実績がある場合、ご回答ください。 | |
| 1) 看護職員と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 ※あてはまるもの全てに○ | |
| 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時にリハビリ職と看護職員と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. 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 6. その他（具体的に： _____） | |
| 2) 訪問看護指示書においてリハビリテーションを行う職種が主治医から指定されているか、傾向について最もあてはまる番号を○で囲んでください。 | 1. 看護職員が実施するよう指定されている 2. リハビリ職が実施するよう指定されている 3. 特に指定はない |
| 3) ⑮1)で1又は2の場合、リハビリテーションについて、具体的な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 |
| 4) ⑮1)で1又は2の場合、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 |

6. 貴訪問看護ステーションと関係機関との連携状況等

| | | |
|--|--|--------|
| ① (5. ② 1)参照A)のうち、令和元年9月、および 令和2年9月の訪問看護情報提供療養費を算定した利用者数について、ご回答ください。 | | |
| | 令和元年9月 | 令和2年9月 |
| 1) 訪問看護情報提供療養費 1 | 人 | 人 |
| 2) 訪問看護情報提供療養費 2 | 人 | 人 |
| 3) 訪問看護情報提供療養費 3 | 人 | 人 |
| ② ① 2) において訪問看護情報提供療養費 2を算定した利用者がある場合、その利用者について以下に該当する人数をそれぞれ記入してください。 | | |
| <対象別> ※利用者1人につき 1) ~ 3)のいずれか1つに計上 | 令和2年9月 | |
| 1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の15歳未満の小児 | 人 | |
| 2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる15歳未満の小児 | 人 | |
| 3) 15歳未満の超重症児又は準超重症児 | 人 | |
| <情報提供の依頼元別> ※利用者1人につき 4) ~ 6)のいずれか1つに計上 | 令和2年9月 | |
| 4) 保育所等・幼稚園・小学校・中学校から情報提供の求めがあった者 | 保育所等・幼稚園 () 人・ 小学校 () 人・中学校 () 人 | |
| 5) 特別支援学校から情報提供の求めがあった者 | 人 | |
| 6) 4)、5)以外の学校から求めがあった者 | 人 | |
| ③ 訪問看護情報提供療養費 2を算定できないが、小児の利用者について訪問看護の情報提供書の送付を求められたことがありますか。ある場合、人数を記入ください。(令和2年9月の1か月間) | 1. ある () 人 | 2. ない |

③-1 訪問看護情報提供療養費 2を算定できないが、小児の利用者について訪問看護の情報提供書の送付を求められたことがある場合、算定できなかった理由をご回答ください。

- 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を記載：）
- 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を記載：）
- 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*：
*例：1学期あたりに1回、入院の都度など）
- 4. その他（具体的に：）

7. 明細書の発行状況

① 貴事業所における、利用者への明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。
また、「2」と「4」を選択した場合は、カッコ内に金額を記入してください。 ※○は1つだけ。

- 1. 原則、全利用者に無料発行している
 - 2. 原則、全利用者に有料発行している →（金額_____円） → ③へ
 - 3. 発行を希望する利用者にもみ無料発行している
 - 4. 発行を希望する利用者にもみ有料発行している →（金額_____円）
 - 5. 明細書の発行は行っていない
- } → ② ③へ

【①で「3」、「4」、「5」を選択した事業所にお伺いします】

【② 全利用者に明細書を無料発行していないのはなぜですか。 ※あてはまるもの全てに○

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

【①で「2」、「3」、「4」、「5」を選択した事業所にお伺いします】

③ 貴事業所では、今後、全利用者に明細書を無料で発行する体制を整える予定がありますか。 ※○は1つだけ

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

【全ての事業所がお答えください】

④ 今後、全利用者に明細書を無料で発行するにあたって何かお困りになることがありますか。

※○は1つだけ

※「1」を選択した場合は、カッコ内に具体的に記入してください。

- 1. ある（ ）
- 2. ない

8. ICT（情報通信技術）の活用状況

① 貴事業所において、医療機関や他の訪問看護事業所、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）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. ICTを活用している → 活用しているICT
 - 11. メール
 - 12. 電子掲示板
 - 13. グループチャット
 - 14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
 - 15. その他（具体的に：）
- 2. ICTは活用していない

② 医療情報連携ネットワークへの参加の有無 ※○は1つだけ

*「医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

1. 参加あり

2. 参加なし

9. 今後の取組課題

① 令和2年度の訪問看護（精神科訪問看護を含む）に関する診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。

② 届出等に係る事務の簡素化について、ご意見がございましたら具体的にご記入ください。

10. 新型コロナウイルスの影響について

① 令和2年3月～10月の8か月間に、貴事業所で、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者、または新型コロナウイルス感染症の疑いがある利用者*への訪問を行った人数をお答えください。

| | 全利用者数 | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者 | |
|--------|-------|--------------------------|--------------------------|
| | | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者 | うち、新型コロナウイルス感染症の疑いのある利用者 |
| 1)医療保険 | ()人 | ()人 | ()人 |
| 2)介護保険 | ()人 | ()人 | ()人 |

*「新型コロナウイルス感染症の疑いがある利用者」は、訪問時点では新型コロナウイルス感染症と診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケースをお考え下さい。

| ②令和2年3月～10月の8か月間の延べ訪問回数について、前年同月と比較した際の変化の状況についてご記入ください。 ※それぞれ○は1つだけ | | | | |
|--|-----|---------|-----------|---------|
| 医療 保険 | 3月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 4月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 5月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 6月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 7月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 8月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 9月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 10月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| 介護 保険 | 3月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 4月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 5月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 6月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 7月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 8月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 9月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | 10月 | 1. 減少した | 2. ほぼ変化なし | 3. 増加した |
| | | | 算定実人数 | 算定回数 |
| ③令和2年4月～10月の7か月間に、新型コロナウイルス感染症の利用者および疑いのある利用者に必要な感染予防策を講じて訪問看護を行った場合に算定する特別管理加算を算定した人数(実人数)* ¹ および算定回数をお答えください。 | | | () 人 | () 回 |
| ④令和2年4月～10月の7か月間に、電話等での訪問看護を行った場合に算定する訪問看護管理療養費を算定した人数(実人数)* ² および算定回数をお答えください。 | | | () 人 | () 回 |

*1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日付事務連絡）問6に定められる患者を指します。

*2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日付事務連絡）問7に定められる患者を指します。

11. ここからは令和2年9月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者4名について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 15歳未満の利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名
 ② 精神科訪問看護基本療養費の算定利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名
 ③ 上記①・②で選ばれた利用者を除く全利用者のうち、五十音順で早い利用者2名

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

例えば、①に該当する利用者がいない場合は、②の条件で1名、③の条件で3名をご回答ください。

※いずれも、新型コロナウイルス感染症と診断された利用者や、新型コロナウイルス感染症の疑いのある利用者（濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性が高いと考えられたケース）は除いてください。

利用者A

| | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------|-----------------|-----------|---------|-------|-------|
| 1) 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | 2) 年齢 | () 歳 | | | |
| 3) 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 | | |
| 4) 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 | |
| 5) 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 |
| 6) GAF尺度(直近)(精神科訪問看護基本療養費を算定している場合のみ) | () 点 | | | | | | |
| 7) 現在在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名) ※あてはまるもの全てに○ | 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:) | | | | | |
| 8) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 末期の悪性腫瘍 | 3. 多発性硬化症 | 4. 重症筋無力症 | | | |
| | 5. スモン | 6. 筋萎縮性側索硬化症 | 7. 脊髄小脳変性症 | | | | |
| | 8. ハンチントン病 | 9. 進行性筋ジストロフィー症 | 10. パーキンソン病関連疾患 | | | | |
| | 11. 多系統萎縮症 | 12. プリオン病 | 13. 亜急性硬化性全脳炎 | | | | |
| | 14. ライソゾーム病 | 15. 副腎白質ジストロフィー | 16. 脊髄性筋萎縮症 | | | | |
| | 17. 球脊髄性筋萎縮症 | 18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | 19. 後天性免疫不全症候群 | | | | |
| | 20. 頸髄損傷 | 21. 人工呼吸器を使用している状態 | | | | | |
| 9) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 | 3. 在宅気管切開患者指導管理 | | | | |
| | 4. 気管カニューレ | 5. 留置カテーテル | | | | | |
| | 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 7. 在宅血液透析指導管理 | | | | | |
| | 8. 在宅酸素療法指導管理 | 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 | | | | | |
| | 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 11. 在宅自己導尿指導管理 | | | | | |
| | 12. 在宅人工呼吸指導管理 | 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 | | | | | |
| | 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 | 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 | | | | | |
| | 16. 人工肛門・人工膀胱 | 17. 真皮を越える褥瘡 | | | | | |
| | 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | | | | | | |
| 10) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期 → 余命の見込み () か月 | | 2. ターミナル期でない | | | | |
| 11) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合) | 1. 超重症児 | | 2. 準超重症児 | | 3. 非該当 | | |
| 11)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有 | | 2. 無 | | | | |
| 12) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦 () 年 () 月頃 | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| 19)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和2年9月分） | 保健師・助産師・看護師 | 回 |
| | 准看護師 | 回 |
| | リハビリ職(PT,OT,ST) | 回 |
| 20) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種（令和2年9月） ※「1. あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択 | 1. あり → 種別（a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション） → 主な訪問者の職種（a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他） 2. なし | |
| 21) 特別訪問看護指示書（精神科を含む）の交付の有無・回数（令和2年4～9月） ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入 | 1. あり → () 回 2. なし | |
| 21)-1（「1. あり」の場合）指示の内容 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他（具体的に：()） | |
| 22) 訪問看護指示書におけるリハビリテーションの指示の有無（令和2年9月1か月） | 1. あり 2. なし | |
| 22)-1 リハビリ職による訪問の指示の有無 ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベット、具体的な指示内容を記入 | 1. あり → 指示のあったリハビリ職（a. PT b. OT c. ST） → 具体的な指示内容（()） 2. なし | |
| 【22）において「1. あり」の場合回答】 22)-2 リハビリテーションの主たる実施者 | 1. リハビリ職 2. リハビリ職と看護職員 3. 看護職員 | |
| 22)-3 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。 | 1. リハビリ職と看護職員が提供する内容について同じ様式に記載している 2. リハビリ職と看護職員が提供する内容について別の様式に記載し、リハビリ職と看護職員で情報を共有している 3. その他（()） | |
| 22)-4 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか。 | 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、リハビリ職と看護職員が一緒に参加した 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た 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た 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た 5. 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た 6. その他（()） | |
| 23) 当利用者は訪問診療を受療していますか。（令和2年9月） | 1. はい 2. いいえ | |
| 23)-1 「2. いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも | 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他（()） | |

利用者B

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|------------|------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|---------------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|-------------------|---------------|--------------|-----------------------|----------------|----------|--------------------|
| 1) 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | 2) 年齢 | () 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) 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 | | | | | | | | | | | |
| 4) 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6) GAF尺度(直近)(精神科訪問看護基本療養費を算定している場合のみ) | () 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7) 現在在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名) ※あてはまるもの全てに○ | 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:) | | | | | | | | | | |
| 8) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 末期の悪性腫瘍 | 3. 多発性硬化症 | 4. 重症筋無力症 | 5. スモン | 6. 筋萎縮性側索硬化症 | 7. 脊髄小脳変性症 | 8. ハンチントン病 | 9. 進行性筋ジストロフィー症 | 10. パーキンソン病関連疾患 | 11. 多系統萎縮症 | 12. プリオン病 | 13. 亜急性硬化性全脳炎 | 14. ライソゾーム病 | 15. 副腎白質ジストロフィー | 16. 脊髄性筋萎縮症 | 17. 球脊髄性筋萎縮症 | 18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | 19. 後天性免疫不全症候群 | 20. 頸髄損傷 | 21. 人工呼吸器を使用している状態 |
| 9) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 | 3. 在宅気管切開患者指導管理 | 4. 気管カニューレ | 5. 留置カテーテル | 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 7. 在宅血液透析指導管理 | 8. 在宅酸素療法指導管理 | 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 11. 在宅自己導尿指導管理 | 12. 在宅人工呼吸指導管理 | 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 | 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 | 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 | 16. 人工肛門・人工膀胱 | 17. 真皮を越える褥瘡 | 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | | | |
| 10) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期 → 余命の見込み () か月 | | | | | | | | | | 2. ターミナル期でない | | | | | | | | | | |
| 11) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合) | 1. 超重症児 | | | | | | | | | | 2. 準超重症児 | 3. 非該当 | | | | | | | | | |
| 11)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有 | | | | | | | | | | 2. 無 | | | | | | | | | | |
| 12) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦 () 年 () 月頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13) 在宅療養への移行前の居場所 | ※12か月間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。 また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 → 病床 (a. 一般 b. 療養 c. 回復期リハ d. 地域包括ケア e. 精神 f. その他 ()) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) 直近の退院月(半年以内直近) | 1. 退院実績あり → 西暦 年 月 | | | | | | | | | | 2. なし | 3. 不明 | | | | | | | | | |
| 15) 訪問看護の種別(令和2年9月分) | 1. 訪問看護基本療養費 | | | | | | | | | | 2. 精神科訪問看護基本療養費 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 15)-1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無 | 1. あり 2. なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15)-2 令和2年9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記入してください。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。 ※【選択肢より】あてはまる番号全て記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【選択肢】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ターミナル期のケア 2. 服薬援助(点眼薬等を含む) 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養 5. 吸入・吸引 6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便 8. 褥瘡の処置 9. 皮膚潰瘍等の処置 10. 褥瘡等の壊死組織除去・陰圧閉鎖療法 11. 採血 12. 検体採取(11.以外) 13. 血糖自己測定 of 管理 14. インスリン注射 15. 点滴・中心静脈栄養・注射(14.以外) 16. 栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整 17. 膀胱(留置)カテーテルの管理 18. 導尿 19. 人工肛門・人工膀胱の管理 20. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうカテーテルの交換 21. 人工呼吸器の管理 22. 陽圧換気機器の管理 23. 気管切開の処置 24. 気管カニューレの交換 25. 酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入) 26. 腹膜透析 27. がん末期の疼痛管理 28. 慢性疼痛の管理(27.以外) 29. 精神症状の観察 30. 心理的支援 31. 口腔ケア 32. 洗髪・清拭・入浴介助 33. リハビリテーション 34. 合併症予防ケア(肺炎予防等) 35. 頻回の観察・アセスメント 36. 家族への指導・支援 37. サービスの連絡調整 38. その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15)-3 難病等複数回訪問看護加算又は精神科複数回訪問加算の算定の有無 (令和2年9月分) | 1. あり (日) → 15)-4へ 2. なし → 15)-5へ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15)-4 15)-3で「1.あり」と回答した場合 複数回の訪問 で提供した訪問看護の内容 (直近の1日の複数回の訪問) (令和2年9月分) ※ 15)-2 の【選択肢】よりあてはまる番号全て記入 1回目の訪問時: ※15)-2 と同じであれば 以下に“ 同じ ”と記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2回目の訪問時: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3回目の訪問時: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15)-5 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算の算定の有無 | 1. あり (日) → 15)-6へ 2. なし → 16)へ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【15)-6 15)-5 で「1.あり」と回答した場合】 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護で提供した訪問看護の内容(直近1回の複数名の訪問) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 保健師、助産師又は看護師と同行した職種 ※○は1つ | 1. 保健師・助産師・看護師 2. 作業療法士 3. 准看護師 4. 看護補助者 5. 精神保健福祉士 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

利用者C

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|------------|------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|---------------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|-------------------|---------------|--------------|-----------------------|----------------|----------|--------------------|
| 1) 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | 2) 年齢 | () 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) 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 | | | | | | | | | | | |
| 4) 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6) GAF尺度(直近)(精神科訪問看護基本療養費を算定している場合のみ) | () 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7) 現在在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名) ※あてはまるもの全てに○ | 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:) | | | | | | | | | | |
| 8) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 末期の悪性腫瘍 | 3. 多発性硬化症 | 4. 重症筋無力症 | 5. スモン | 6. 筋萎縮性側索硬化症 | 7. 脊髄小脳変性症 | 8. ハンチントン病 | 9. 進行性筋ジストロフィー症 | 10. パーキンソン病関連疾患 | 11. 多系統萎縮症 | 12. プリオン病 | 13. 亜急性硬化性全脳炎 | 14. ライソゾーム病 | 15. 副腎白質ジストロフィー | 16. 脊髄性筋萎縮症 | 17. 球脊髄性筋萎縮症 | 18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | 19. 後天性免疫不全症候群 | 20. 頸髄損傷 | 21. 人工呼吸器を使用している状態 |
| 9) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 | 3. 在宅気管切開患者指導管理 | 4. 気管カニューレ | 5. 留置カテーテル | 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 7. 在宅血液透析指導管理 | 8. 在宅酸素療法指導管理 | 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 11. 在宅自己導尿指導管理 | 12. 在宅人工呼吸指導管理 | 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 | 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 | 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 | 16. 人工肛門・人工膀胱 | 17. 真皮を越える褥瘡 | 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | | | |
| 10) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期 → 余命の見込み () か月 | | | | | | | | | | 2. ターミナル期でない | | | | | | | | | | |
| 11) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合) | 1. 超重症児 | | | | | | | | | | 2. 準超重症児 | 3. 非該当 | | | | | | | | | |
| 11)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有 | | | | | | | | | | 2. 無 | | | | | | | | | | |
| 12) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦 () 年 () 月頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13) 在宅療養への移行前の居場所 | ※12か月間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。 また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 → 病床 (a. 一般 b. 療養 c. 回復期リハ d. 地域包括ケア e. 精神 f. その他 ()) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) 直近の退院月(半年以内直近) | 1. 退院実績あり → 西暦 年 月 | | | | | | | | | | 2. なし | 3. 不明 | | | | | | | | | |
| 15) 訪問看護の種別(令和2年9月分) | 1. 訪問看護基本療養費 | | | | | | | | | | 2. 精神科訪問看護基本療養費 | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| 20) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種 (令和2年9月) ※「1. あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択 | 1. あり → 種別 (a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) → 主な訪問者の職種 (a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし |
| 21) 特別訪問看護指示書(精神科を含む)の交付の有無・回数(令和2年4～9月) ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入 | 1. あり → () 回 2. なし |
| 21)-1 (「1. あり」の場合)指示の内容 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他 (具体的に:) |
| 22) 訪問看護指示書におけるリハビリテーションの指示の有無(令和2年9月1か月) | 1. あり 2. なし |
| 22)-1 リハビリ職による訪問の指示の有無 ※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベット、具体的な指示内容を記入 | 1. あり → 指示のあったリハビリ職 (a. PT b. OT c. ST) → 具体的な指示内容 () 2. なし |
| 【22)において「1. あり」の場合回答】 22)-2 リハビリテーションの主たる実施者 | 1. リハビリ職 2. リハビリ職と看護職員 3. 看護職員 |
| 22)-3 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書および訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか。 | 1. リハビリ職と看護職員が提供する内容について同じ様式に記載している 2. リハビリ職と看護職員が提供する内容について別の様式に記載し、リハビリ職と看護職員で情報を共有している 3. その他 () |
| 22)-4 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか。 | 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、リハビリ職と看護職員が一緒に参加した 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た 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た 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た 5. 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た 6. その他 () |
| 23) 当利用者は訪問診療を受療していますか。 (令和2年9月) | 1. はい 2. いいえ |
| 23)-1 「2. いいえ」の場合、訪問診療を受療していない理由 ※○はいくつでも | 1. 専門医などの診察が必要 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他 () |

利用者D

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|------------|------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|---------------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|-------------------|---------------|--------------|-----------------------|----------------|----------|--------------------|
| 1) 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | 2) 年齢 | () 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) 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 | | | | | | | | | | | |
| 4) 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6) GAF尺度(直近)(精神科訪問看護基本療養費を算定している場合のみ) | () 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7) 現在在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名) ※あてはまるもの全てに○ | 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:) | | | | | | | | | | |
| 8) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 末期の悪性腫瘍 | 3. 多発性硬化症 | 4. 重症筋無力症 | 5. スモン | 6. 筋萎縮性側索硬化症 | 7. 脊髄小脳変性症 | 8. ハンチントン病 | 9. 進行性筋ジストロフィー症 | 10. パーキンソン病関連疾患 | 11. 多系統萎縮症 | 12. プリオン病 | 13. 亜急性硬化性全脳炎 | 14. ライソゾーム病 | 15. 副腎白質ジストロフィー | 16. 脊髄性筋萎縮症 | 17. 球脊髄性筋萎縮症 | 18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | 19. 後天性免疫不全症候群 | 20. 頸髄損傷 | 21. 人工呼吸器を使用している状態 |
| 9) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○ | 1. 無 | 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 | 3. 在宅気管切開患者指導管理 | 4. 気管カニューレ | 5. 留置カテーテル | 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 7. 在宅血液透析指導管理 | 8. 在宅酸素療法指導管理 | 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 11. 在宅自己導尿指導管理 | 12. 在宅人工呼吸指導管理 | 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 | 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 | 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 | 16. 人工肛門・人工膀胱 | 17. 真皮を越える褥瘡 | 18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | | | |
| 10) ターミナル期かどうか | 1. ターミナル期 → 余命の見込み () か月 | | | | | | | | | | 2. ターミナル期でない | | | | | | | | | | |
| 11) 超重症児・準超重症児かどうか(15歳未満の場合) | 1. 超重症児 | | | | | | | | | | 2. 準超重症児 | 3. 非該当 | | | | | | | | | |
| 11)-1 「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無 | 1. 有 | | | | | | | | | | 2. 無 | | | | | | | | | | |
| 12) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期 | 西暦 () 年 () 月頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13) 在宅療養への移行前の居場所 | ※12か月間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。 また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 → 病床 (a. 一般 b. 療養 c. 回復期リハ d. 地域包括ケア e. 精神 f. その他 ()) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14) 直近の退院月(半年以内直近) | 1. 退院実績あり → 西暦 年 月 | | | | | | | | | | 2. なし | 3. 不明 | | | | | | | | | |
| 15) 訪問看護の種別(令和2年9月分) | 1. 訪問看護基本療養費 | | | | | | | | | | 2. 精神科訪問看護基本療養費 | | | | | | | | | | |

【質問⑤で「2. 在宅療養支援歯科診療所2」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑤-1 貴施設が「在宅療養支援歯科診療所1」の届出を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○。「5」を選択した場合は、その理由を記入。

- 過去1年間に実施した歯科訪問診療（1又は2）の算定件数が要件（15回）を下回っているため
- 地域における多職種連携に係る会議への出席、病院・介護保険施設等の職員への技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力、又は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不足しているため
- 栄養サポートチーム等連携加算（1又は2）、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績が不足しているため
- 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
- 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

理由： _____

6.その他（ _____ ）

【質問⑤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施設の方にお伺いします。】

⑤-2 貴施設が「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○。「6」を選択した場合は歯科訪問診療料の算定回数としてあてはまるものに○を記入。また、「10」を選択した場合は、その理由を記入。

- 過去1年間に実施した歯科訪問診療（1又は2）の算定件数が要件（10回）を下回っているため
- 高齢者の心身の特性、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いないため
- 歯科衛生士が配置されていないため
- 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
- 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
- 過去1年間における、在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定件数が要件（5回）を下回っているため

「6」に○をつけた場合、過去1年間の当該歯科訪問診療料の算定回数に○をつけてください

1. 0回 2. 1～4回

- 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、①～⑦のうち、届出を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。
 - 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ないため
 - 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、歯科訪問診療1の算定が6割に満

たないため

③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ないため

④歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していないため

⑤歯科訪問診療において、過去1年間の抜髄及び感染根管処置の算定実績が合わせて20回に満たないため

⑥歯科訪問診療において、過去1年間の抜歯手術の算定実績が20回に満たないため

⑦歯科訪問診療において、過去1年間の有床義歯を新製した回数、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回に満たないため（算定実績はそれぞれ5回以上である必要がある）

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⑤で「3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選択していない施設の方にお伺いします。】

⑤-3 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出に関する貴施設の今後の意向として、あてはまる選択肢をお選びください。 ※○は1つだけ

1. 今後、施設基準を満たすことができれば、届出を行う意向がある

2. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり

3. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

4. 施設基準にかかわらず、届出を行う意向はない

5. その他（)

【質問⑤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場合、もしくは、「3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選択していない場合、もしくは、「4. 歯科外来診療環境体制加算1」を選択していない場合にお伺いします。】

⑤-4 上記1～4の施設基準の届出にあたり定められている研修の実施について、新型コロナウイルス感染拡大の臨時的な取扱いとして、eラーニング等のWEB配信による受講も認められているところです。今後研修を受講するなら、どのような方法で受講したいと思いますか。あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 対面による研修

2. eラーニング等のWEB配信による研修

3. その他（)

| | | 常勤 | 非常勤(常勤換算※) |
|-------|---------------------------|----------|------------|
| ⑥ 職員数 | 1) 歯科医師 | () 人 | () 人 |
| | 2) 歯科衛生士 | () 人 | () 人 |
| | 3) 歯科技工士 | () 人 | () 人 |
| | 4) 専門職種 (看護師、言語聴覚士、栄養士 等) | () 人 | () 人 |
| | ↳ 右欄に職種をご記入ください。 | (具体的に:) | () |
| | 5) その他 (歯科助手を含む事務職) | () 人 | () 人 |
| | ↳ 右欄に職種をご記入ください。 | (具体的に:) | () |

※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 医療機器等の保有台数 | 1) 歯科ユニット | () 台 |
| | 2) ポータブル歯科治療用ユニット | () 台 |
| | 3) ポータブルエンジン(携帯用マイクロモーター) | () 台 |
| | 4) ポータブルバキューム | () 台 |
| | 5) ポータブル歯科用X線装置 | () 台 |
| | 6) 咀嚼能率測定用のグルコース分析装置 | () 台 |
| | 7) 歯科用咬合力計 | () 台 |
| | 8) 舌圧測定器 | () 台 |
| | 9) 口腔外バキューム | () 台 |

⑧ 貴施設において、医療機関や訪問看護事業所、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)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。
※あてはまる番号すべてに○

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------|----------|-------------|--------------------------|--|--|----------------|--|--|
| 1. ICTを活用している | →活用しているICT： ※あてはまる番号すべてに○ | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>11.メール</td> <td>12.電子掲示板</td> <td>13.グループチャット</td> </tr> <tr> <td colspan="3">14.ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">15.その他(具体的に:)</td> </tr> </table> | 11.メール | 12.電子掲示板 | 13.グループチャット | 14.ビデオ通話(オンライン会議システムを含む) | | | 15.その他(具体的に:) | | |
| 11.メール | 12.電子掲示板 | 13.グループチャット | | | | | | | | |
| 14.ビデオ通話(オンライン会議システムを含む) | | | | | | | | | | |
| 15.その他(具体的に:) | | | | | | | | | | |
| 2. ICTは活用していない | | | | | | | | | | |

⑨ 医療情報連携ネットワーク* への参加の有無
* 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク
※○は1つだけ

| | |
|---------|---------|
| 1. 参加あり | 2. 参加なし |
|---------|---------|

※以下の設問についてのみ、令和2年3月31日時点の施設基準の届出について、ご記入ください。

| | |
|---|------------------|
| ⑩ 貴施設の令和2年3月31日時点の施設基準の届出として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 | |
| 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. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 | 4. いずれもない |

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

① 貴施設における令和元年10月～令和2年9月の歯科訪問診療等の実施状況について、あてはまる選択肢をお選びください。
※○は1つだけ

- 1. 歯科訪問診療等を専門に行っている（外来診療は5%未満）（→質問②以降へ）
- 2. 歯科訪問診療等を実施している（→質問②以降へ）
- 3. 直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない（→質問①-1へ）
- 4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない（→質問①-1へ）
- 5. その他（具体的に： _____）（→質問②以降へ）

→【質問①で「3. 直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない」又は「4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない」と回答した施設の方にお伺いします。】

①-1 歯科訪問診療等を実施していない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。
※あてはまる番号すべてに○。「3」を選択した場合は特に確保が困難なスタッフとしてあてはまるものに○を記入。

- 1. 歯科訪問診療の依頼がないから（ニーズがあれば対応は可能）
- 2. 歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから
- 3. 人員（歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフ）が確保できないから

「3」に○をつけた場合、特に確保が困難なスタッフに○をつけてください。※○は1つだけ

1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. その他のスタッフ
- 4. 歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから
- 5. 歯科訪問診療を実施している他の歯科医療機関に紹介しているから
- 6. 全身的な疾患を有する患者に対し、歯科治療を行うのが困難だから
- 7. 診療報酬上の評価が低いから
- 8. その他（具体的に： _____）

② 貴施設における令和元年10月～令和2年9月の周術期等口腔機能管理の実施状況について、あてはまる選択肢をお選びください。※○は1つだけ

- 1. 外来診療のみ行っている 2. 訪問診療のみ行っている 3. 外来、訪問診療ともに行っている
- 4. 外来、訪問診療ともに行っていない

※行っていない理由としてあてはまる選択肢をすべてお選びください。

- 11 周術期等口腔機能管理に関する知識が乏しい
- 12 周術期等口腔機能管理の依頼がない
- 13 算定方法が分からない
- 14 その他（具体的に： _____）

③ 令和元年4月～6月、7月～9月、令和2年4月～6月、7月～9月の各3か月間の1) 歯科外来患者総数（該当する月の初診患者と再診患者の延べ人数）、2) 歯科外来患者の実人数（該当する月のレセプト件数）をご記入ください。
注）該当患者がない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

| | 令和元年 4月～6月 | 令和元年 7月～9月 | 令和2年 4月～6月 | 令和2年 7月～9月 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1) 歯科外来患者総数(延べ人数) ※ 歯科訪問診療を実施した患者数は除く | () 人 | () 人 | () 人 | () 人 |
| 2) 歯科外来患者数(実人数) ※ 歯科訪問診療を実施した患者数は除く | () 人 | () 人 | () 人 | () 人 |

⇒ 歯科訪問診療を実施していない場合は、質問は以上です。ご協力有難うございました。

④ 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。 ※○は1つだけ

| | | | | |
|---------|---------|---------|----------------|-------|
| 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 |
|---------|---------|---------|----------------|-------|

⑤ 令和元年4月～6月、7月～9月と令和2年4月～6月、7月～9月の各3か月間の1) 歯科訪問診療を実施した患者総数（該当する月の歯科訪問診療を実施した患者の延べ人数）、2) 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。
注）該当患者がいない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

| | 令和元年 4月～6月 | 令和元年 7月～9月 | 令和2年 4月～6月 | 令和2年 7月～9月 |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1) 歯科訪問診療を実施した患者総数(延べ人数) | ()人 | ()人 | ()人 | ()人 |
| 2) 歯科訪問診療を実施した患者数(実人数) | ()人 | ()人 | ()人 | ()人 |

⑥ 令和2年7月～9月の3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。
注）歯科医師もしくは歯科衛生士等が複数で実施している場合でも、貴施設として実施した日を1日としてカウントしてください。

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

⑦ 令和2年7月～9月の3か月間に、歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数についてご記入ください。

| | |
|--|-------|
| 1) 歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数 ※マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位 | ()か所 |
| 2) 1)のうち 自宅※ ¹ | ()か所 |
| 3) 1)のうち 病院 | ()か所 |
| 4) 1)のうち 介護保険施設※ ² | ()か所 |
| 5) 1)のうち 居住系高齢者施設※ ³ | ()か所 |
| 6) 1)のうち その他 (具体的に:) | ()か所 |

※1 「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。
 ※2 「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・介護療養型医療施設を指します。
 ※3 「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。

⑧ 令和2年7月～9月の3か月間に、新規で歯科訪問診療を実施した患者についてご記入ください。

| | | |
|--|---------------------|------|
| 1) 新規で歯科訪問診療を実施した患者の実人数(人) | ()人 | |
| 2) 1)のうち自院に通院歴のある患者 | ()人 | |
| 3) 1)のうち次の他歯科医療機関からの紹介患者 | かかりつけ歯科医療機能強化型歯科診療所 | ()人 |
| | 上記以外の病院・診療所 | ()人 |
| 4) 1)のうち次の医療機関からの紹介患者 | 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所 | ()人 |
| | 上記以外の病院・診療所 | ()人 |
| 5) 1)のうち医療機関以外(地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等)からの紹介患者 | ()人 | |

3. 貴施設における、歯科訪問在宅療養に関する診療料及び加算の算定状況等についてお伺いします。

① 令和2年7月～9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回数をご記入ください。
注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。(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 |
| 歯科訪問診療1 | 2) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 | () 回 |
| | 3) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 | () 回 |
| | 4) 3)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は患者の状態により20分以上の診療が困難な場合 | () 回 |
| 歯科訪問診療2 | 5) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 | () 回 |
| | 6) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 | () 回 |
| | 7) 6)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 | () 回 |
| 歯科訪問診療3 | 8) 患者1人につき診療に要した時間が20分以上 | () 回 |
| | 9) 患者1人につき診療に要した時間が20分未満 | () 回 |
| 10)【介護保険】居宅療養管理指導費(歯科医師) | | () 回 |
| 11)【介護保険】歯科医師が居宅療養管理指導を行った患者の実人数(人) | | () 人 |
| 12)【介護保険】居宅療養管理指導費(歯科衛生士) | | () 回 |
| 13)【介護保険】歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、居宅療養管理指導を行った患者の実人数(人) | | () 人 |

② 歯科訪問診療料への各種加算(歯科訪問診療補助加算、歯科訪問診療移行加算)の算定回数をお答えください。

| | | 歯科訪問診療1 | 歯科訪問診療2 | 歯科訪問診療3 |
|--------------------------------------|-----------|---------|---------|---------|
| 1) 令和2年7月～9月の3か月間の歯科訪問診療補助加算の算定回数 | 同一建物居住者以外 | () 回 | () 回 | () 回 |
| | 同一建物居住者 | () 回 | () 回 | () 回 |
| 2) 令和2年7月～9月の3か月間における歯科訪問診療移行加算の算定回数 | | () 回 | / | / |

③ 令和2年7月～9月の3か月間に訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数と、訪問歯科衛生指導料及び在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数をお答えください。

| | | | | | |
|--|--------------------------|------------------|--------|-------|-------|
| 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 | | | |
| 2) 訪問歯科衛生指導料の算定回数 | 単一建物診療患者数 | 1人 | 2～9人以下 | 10人以上 | |
| | | 歯科訪問診療算定日から1か月以内 | () 回 | () 回 | () 回 |
| | | 歯科訪問診療算定日から2か月以内 | () 回 | () 回 | () 回 |
| | 3) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数 | () 回 | | | |

④ 令和2年7月～9月の3か月間における訪問歯科衛生指導料の算定について、患者への指導内容別の回数をお答えください。

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

⑤ 令和2年7月～9月の3か月間における歯科疾患在宅療養管理料及び各種加算の算定回数をお答えください。

| | |
|--------------------|------|
| 1)歯科疾患在宅療養管理料の算定回数 | ()回 |
| 2)在宅総合医療管理加算の算定回数 | ()回 |

⑥ 令和2年7月～9月の3か月間に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理を行った患者の実人数と、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回数をお答えください。

| | | | |
|-----------------------------------|------|--------|-------|
| 1)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理を行った患者の実人数 | ()人 | | |
| 2)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回数 | 0～9歯 | 10～19歯 | 20歯以上 |
| | ()回 | ()回 | ()回 |

【質問⑥の2)で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回数がゼロと回答した施設の方にお伺いします。】

⑥-1 貴施設が現在、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を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. 対象となる患者がないから | 2. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから |
| 3. 算定要件を満たすことが難しいから | 4. 実施体制が不足しているから |
| 5. その他(具体的に:) | |

⑦ 令和2年7月～9月の3か月間における歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定患者に対する栄養サポートチーム等連携加算の算定状況についてお答えください。

| | |
|------------------------|------|
| 1)栄養サポートチーム等連携加算1の算定回数 | ()回 |
| 2)栄養サポートチーム等連携加算2の算定回数 | ()回 |

【質問⑦の1)、2)で栄養サポートチーム等連携加算の算定回数がともに0回であった施設の方にお伺いします。】

⑦-1 栄養サポートチーム等連携加算1、2を算定していない理由をご記入ください。 ※○は1つだけ

| | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 要請がないため実施していない | 2. 要請があつたとしても実施しない |
| 3. 実施しているが算定できない | |

⑧ 令和2年7月～9月の3か月間に小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理を行った患者の実人数と、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回数をお答えください。

| | |
|-------------------------------------|------|
| 1)小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理を行った患者の実人数 | ()人 |
| 2)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回数 | ()回 |

【質問⑧の2)で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回数がゼロと回答した施設の方にお伺いします。】

⑧-1 貴施設が現在、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を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

| | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. 対象となる患者がないから | 2. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから |
| 3. 算定要件を満たすことが難しいから | 4. 実施体制が不足しているから |
| 5. その他（具体的に： _____） | |

⑨ 令和2年7月～9月の3か月間における小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定患者に対する小児栄養サポートチーム等連携加算の算定状況についてお答えください。

1)小児栄養サポートチーム等連携加算1の算定回数 (_____) 回

【⑨-1、⑨-2について、質問⑨の1)で算定回数が1回以上であった施設の方にお伺いします。】

⑨-1 小児栄養サポートチーム等連携加算1を算定した患者に対し、主に実施されたことをお答えください。 ※○は1つだけ

1. 栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した
 2. 口腔ケアチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した
 3. 摂食嚥下チームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した
 4. その他 (_____)

⑨-2 小児栄養サポートチーム等連携加算1の算定に際して、新型コロナウイルス感染拡大の影響により診療を断られた事例の有無について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※該当する番号それぞれ1つに○

| 令和2年4月～6月 | 令和2年7月～9月 |
|--|--|
| 1. 診療を断られた 2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった 3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた 2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった 3. 特に影響はなかった |

2)小児栄養サポートチーム等連携加算2の算定回数 (_____) 回

【⑨-3、⑨-4について、質問⑨の2)で算定回数が1回以上であった施設の方にお伺いします。】

⑨-3 小児栄養サポートチーム等連携加算2を算定した患者に対し、主に実施されたことをお答えください。 ※○は1つだけ

1. 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加した
 2. 施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加した
 3. その他 (_____)

⑨-4 小児栄養サポートチーム等連携加算2の算定に際して、新型コロナウイルス感染拡大の影響により診療を断られた事例の有無について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※該当する番号それぞれ1つに○

| 令和2年4月～6月 | 令和2年7月～9月 |
|--|--|
| 1. 診療を断られた 2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった 3. 特に影響はなかった | 1. 診療を断られた 2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった 3. 特に影響はなかった |

【質問⑨の1)、2)で算定回数がともに0回であった施設の方にお伺いします。】

⑨-5 小児栄養サポートチーム等連携加算1、2を算定していない理由をご記入ください。 ※○は1つだけ

1. 要請がないため実施していない
 2. 要請があったが実施できなかった (理由： _____)
 3. 実施しているが算定できない (理由： _____)

| | |
|---|-------|
| ⑩ 令和2年7月～9月の3か月間における口腔機能管理料の算定回数をお答えください。 | () 回 |
|---|-------|

| | |
|---|-------|
| ⑪ 令和2年7月～9月の3か月間における非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定回数をお答えください。 | () 回 |
|---|-------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------------|--------------|--------|----------|-------|-----------|--------|-------------|--------------|--------------|----------|-----------|-----------------|--|
| ⑫ 令和2年7月～9月の3か月間における在宅患者歯科治療時医療管理料の算定回数をお答えください。 ※疾患別の内訳については、算定患者が複数の疾患にあてはまる場合は、各項目にカウントしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1)在宅患者歯科治療時医療管理料の算定回数 | () 回 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2)在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した患者に該当する疾患として多いものを3つまでお答えください。 ※○は3つまで | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>1. 高血圧性疾患</td> <td>2. 虚血性心疾患</td> <td>3. 不整脈</td> <td>4. 心不全</td> <td>5. 脳血管障害</td> </tr> <tr> <td>6. 喘息</td> <td>7. 慢性気管支炎</td> <td>8. 糖尿病</td> <td>9. 甲状腺機能低下症</td> <td>10. 甲状腺機能亢進症</td> </tr> <tr> <td>11. 副腎皮質機能不全</td> <td>12. てんかん</td> <td>13. 慢性腎不全</td> <td>14. その他（具体的に：)</td> <td></td> </tr> </table> | | 1. 高血圧性疾患 | 2. 虚血性心疾患 | 3. 不整脈 | 4. 心不全 | 5. 脳血管障害 | 6. 喘息 | 7. 慢性気管支炎 | 8. 糖尿病 | 9. 甲状腺機能低下症 | 10. 甲状腺機能亢進症 | 11. 副腎皮質機能不全 | 12. てんかん | 13. 慢性腎不全 | 14. その他（具体的に：) | |
| 1. 高血圧性疾患 | 2. 虚血性心疾患 | 3. 不整脈 | 4. 心不全 | 5. 脳血管障害 | | | | | | | | | | | | |
| 6. 喘息 | 7. 慢性気管支炎 | 8. 糖尿病 | 9. 甲状腺機能低下症 | 10. 甲状腺機能亢進症 | | | | | | | | | | | | |
| 11. 副腎皮質機能不全 | 12. てんかん | 13. 慢性腎不全 | 14. その他（具体的に：) | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|-------|-------|
| ⑬ 令和2年7月～9月の3か月間について、医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。 | | |
| 1) 医科医療機関からの患者(外来診療)紹介 ※周術期等口腔機能管理を除く | 1. あり | 2. なし |
| 2) 医科医療機関への歯科訪問診療等※1 | 1. あり | 2. なし |
| 3) 医科医療機関からの周術期等口腔機能管理に関する依頼 | 1. あり | 2. なし |
| 4) 医科医療機関での栄養サポートチーム等への参加 | 1. あり | 2. なし |
| 5) 退院時共同指導の実施 | 1. あり | 2. なし |
| 6) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定したもの) | 1. あり | 2. なし |
| 7) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定していないもの) | 1. あり | 2. なし |
| 8) 医科医療機関への文書による診療情報の照会(診療情報連携共有料を算定したもの) | 1. あり | 2. なし |
| 9) 外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼 | 1. あり | 2. なし |
| 10) 歯科医療機関からの患者(外来診療)紹介 | 1. あり | 2. なし |
| 11) 歯科医療機関からの歯科訪問診療等※1の依頼 | 1. あり | 2. なし |
| 12) 歯科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定したもの) | 1. あり | 2. なし |
| 13) 歯科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定していないもの) | 1. あり | 2. なし |

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

| ⑭ 令和2年7月～9月の3か月間について、介護保険施設等との連携状況をご記入ください。 | | |
|---|-------|-------|
| 1) 介護保険施設 ^{※3} への歯科訪問診療等 ^{※1} | 1. あり | 2. なし |
| 2) 居住系高齢者施設 ^{※4} への歯科訪問診療等 ^{※1} | 1. あり | 2. なし |
| 3) その他の施設への歯科訪問診療等 ^{※1} | 1. あり | 2. なし |
| 4) 上記1)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加 | 1. あり | 2. なし |
| 5) 上記2)、3)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加 | 1. あり | 2. なし |
| 6) 施設等で行われる口腔衛生管理への協力(歯科訪問診療以外で実施するもの) ^{※2} | 1. あり | 2. なし |
| 7) 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施 | 1. あり | 2. なし |
| 8) 協力歯科医院に指定されている介護保険施設等 | 1. あり | 2. なし |
| 9) 地域包括支援センターからの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供 (※受診につながらなかった場合も含む) | 1. あり | 2. なし |
| 10) 地域包括支援センターへの自院患者の情報共有依頼 | 1. あり | 2. なし |
| 11) 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)からの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する 情報提供 (※受診につながらなかった場合も含む) | 1. あり | 2. なし |
| 12) 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)への自院患者の情報共有依頼 | 1. あり | 2. なし |

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

※2 施設等で行われる口腔衛生管理への協力：歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導(歯科衛生管理体制加算の対象)、さらに介護保険による口腔衛生管理への協力や歯科検診など診療報酬とは関連しない口腔衛生管理などを指します。

※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・介護療養型医療施設を指します。

※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。

| ⑮ 地域における在宅医療・介護を推進するために貴施設が取り組んでいる内容をご記入ください。 ※あてはまる番号すべてに○ | |
|--|---|
| 1. 個別の患者に関する他の医療機関への情報照会 | |
| 2. 個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者への情報照会 | |
| 3. 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 | |
| 4. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議(地域ケア会議、研修会等)への参加 | |
| 5. 地域歯科保健活動への参加 | |
| 6. お薬手帳を用いた患者情報の共有 | |
| 7. その他(具体的に：) |) |
| 8. 特に行っている取組はない | |

| ⑯ 貴施設が地域の医療機関、介護施設、居宅介護支援事業所等との連携を行うにあたり、連携を行うきっかけとなったこととしてあてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○ | |
|---|--------------------|
| 1. 地域の多職種研修会への参加 | 2. 先方からの依頼 |
| 3. 訪問診療を行った患者を通じた関わり | 4. 地域の歯科医師会の事業又は依頼 |
| 5. その他(具体的に：) |) |
| 6. 特にきっかけとなったことはない | |

【質問②で「1. 診療を断られた」、「2. 診療の頻度を減らすよう依頼があった」と回答した欄についてご回答ください。】

| ②-1 新型コロナウイルス感染拡大の影響により診療を断られた、もしくは、診療の頻度を減らすよう依頼があった理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○ | | |
|---|--|--|
| | 令和2年4月～6月 | 令和2年7月～9月 |
| 1)自宅 ^{*1} への訪問の場合 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 不明 4. その他 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 不明 4. その他 |
| 2)病院への訪問の場合 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 施設の意向 4. 不明 5. その他 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 施設の意向 4. 不明 5. その他 |
| 3)介護保険施設 ^{*2} への訪問の場合 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 施設の意向 4. 不明 5. その他 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 施設の意向 4. 不明 5. その他 |
| 4)居住系高齢者施設 ^{*3} への訪問の場合 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 施設の意向 4. 不明 5. その他 | 1. 患者の意向 2. 患者の家族の意向 3. 施設の意向 4. 不明 5. その他 |

| | | | |
|---|--------------------|-------------------------|---------------------|
| <p>⑬ 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) ※あてはまる番号すべてに○</p> | | | |
| 1. 口腔内診査・症状確認 | 2. 口腔衛生指導 | 3. 口腔機能管理 | 4. 機械的歯面清掃 |
| 5. フッ化物歯面塗布 | 6. 歯周病検査 | 7. スケーリング | 8. スケーリング・ルートプレーニング |
| 9. 咬合調整 | 10. う蝕処置 (11～14以外) | 11. 歯冠修復 (充填) | |
| 12. 歯冠修復 (インレー、4/5冠、3/4冠) | | 13. 歯冠修復 (硬質レジン前装冠、FMC) | |
| 14. 歯冠修復 (CAD/CAM冠) | 15. 抜髄 | 16. 感染根管治療 | 17. 抜歯 |
| 18. 欠損補綴 (ブリッジ) | 19. 義歯製作 | 20. 義歯調整 | 21. 義歯修理 |
| 22. 床裏装 | 23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 | 24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション | |
| 25. その他 (具体的に) | | | |
| <p>⑭ 調査日以外の同一月内に、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) ※あてはまる番号すべてに○</p> | | | |
| 1. 口腔内診査・症状確認 | 2. 口腔衛生指導 | 3. 口腔機能管理 | 4. 機械的歯面清掃 |
| 5. フッ化物歯面塗布 | 6. 歯周病検査 | 7. スケーリング | 8. スケーリング・ルートプレーニング |
| 9. 咬合調整 | 10. う蝕処置 (11～14以外) | 11. 歯冠修復 (充填) | |
| 12. 歯冠修復 (インレー、4/5冠、3/4冠) | | 13. 歯冠修復 (硬質レジン前装冠、FMC) | |
| 14. 歯冠修復 (CAD/CAM冠) | 15. 抜髄 | 16. 感染根管治療 | 17. 抜歯 |
| 18. 欠損補綴 (ブリッジ) | 19. 義歯製作 | 20. 義歯調整 | 21. 義歯修理 |
| 22. 床裏装 | 23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 | 24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション | |
| 25. その他 (具体的に) | | | |
| <p>⑮ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化 ※あてはまる番号すべてに○</p> | | | |
| 1. 歯科疾患の改善 | 2. 適切な義歯の使用 | 3. 口腔衛生状態の改善 | 4. 口腔機能の改善 |
| 5. 食事量・食形態等の改善 | | 6. その他 (具体的に) | |

| | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| <p>⑬ 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) ※あてはまる番号すべてに○</p> | | | |
| 1. 口腔内診査・症状確認 | 2. 口腔衛生指導 | 3. 口腔機能管理 | 4. 機械的歯面清掃 |
| 5. フッ化物歯面塗布 | 6. 歯周病検査 | 7. スケーリング | 8. スケーリング・ルートプレーニング |
| 9. 咬合調整 | 10. う蝕処置 (11～14以外) | 11. 歯冠修復 (充填) | |
| 12. 歯冠修復 (インレー、4/5冠、3/4冠) | 13. 歯冠修復 (硬質レジン前装冠、FMC) | | |
| 14. 歯冠修復 (CAD/CAM冠) | 15. 抜髄 | 16. 感染根管治療 | 17. 抜歯 |
| 18. 欠損補綴 (ブリッジ) | 19. 義歯製作 | 20. 義歯調整 | 21. 義歯修理 |
| 22. 床裏装 | 23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 | 24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション | |
| 25. その他 (具体的に) | | | |
| <p>⑭ 調査日以外の同一月内に、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) ※あてはまる番号すべてに○</p> | | | |
| 1. 口腔内診査・症状確認 | 2. 口腔衛生指導 | 3. 口腔機能管理 | 4. 機械的歯面清掃 |
| 5. フッ化物歯面塗布 | 6. 歯周病検査 | 7. スケーリング | 8. スケーリング・ルートプレーニング |
| 9. 咬合調整 | 10. う蝕処置 (11～14以外) | 11. 歯冠修復 (充填) | |
| 12. 歯冠修復 (インレー、4/5冠、3/4冠) | 13. 歯冠修復 (硬質レジン前装冠、FMC) | | |
| 14. 歯冠修復 (CAD/CAM冠) | 15. 抜髄 | 16. 感染根管治療 | 17. 抜歯 |
| 18. 欠損補綴 (ブリッジ) | 19. 義歯製作 | 20. 義歯調整 | 21. 義歯修理 |
| 22. 床裏装 | 23. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 | 24. 摂食機能障害に対するリハビリテーション | |
| 25. その他 (具体的に) | | | |
| <p>⑮ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化 ※あてはまる番号すべてに○</p> | | | |
| 1. 歯科疾患の改善 | 2. 適切な義歯の使用 | 3. 口腔衛生状態の改善 | 4. 口腔機能の改善 |
| 5. 食事量・食形態等の改善 | 6. その他 (具体的に) | | |

質問は以上です。ご協力有難うございました。