

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）の  
調査票案について

|  |       |
|--|-------|
| ○ <u>在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査</u> | (右下頁) |
| ・ 調査概要                                     | 3頁    |
| ・ 医療機関票                                    | 7頁    |
| ・ 歯科医療機関票                                  | 58頁   |
| ・ 保険薬局票                                    | 82頁   |
| ・ 訪問看護票                                    | 94頁   |
| ・ 依頼状                                      | 139頁  |
| ○ <u>精神医療等の実施状況調査</u>                      |       |
| ・ 調査概要                                     | 143頁  |
| ・ 病院票                                      | 147頁  |
| ・ 病棟票                                      | 171頁  |
| ・ 診療所票                                     | 178頁  |
| ・ 患者票                                      | 193頁  |
| ・ 依頼状                                      | 202頁  |
| ○ <u>リフィル処方箋の実施状況調査</u>                    |       |
| ・ 調査概要                                     | 204頁  |
| ・ 保険薬局票                                    | 208頁  |
| ・ 病院・診療所票                                  | 214頁  |
| ・ 患者票                                      | 217頁  |
| ・ 依頼状                                      | 221頁  |
| ○ <u>後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査</u>            |       |
| ・ 調査概要                                     | 225頁  |
| ・ 保険薬局票                                    | 229頁  |
| ・ 診療所票                                     | 247頁  |
| ・ 病院票                                      | 263頁  |
| ・ 医師票                                      | 277頁  |
| ・ 患者票                                      | 289頁  |
| ・ 依頼状                                      | 295頁  |

○ 明細書無償発行に関する実施状況調査

|         |      |
|---------|------|
| ・ 調査概要  | 299頁 |
| ・ 施設票   | 303頁 |
| ・ 患者利用票 | 310頁 |
| ・ 依頼状   | 318頁 |

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

|                      |      |
|----------------------|------|
| における電子レセプトデータの活用について | 321頁 |
|----------------------|------|

※調査票案のマーカ―表記について

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| 新型コロナウイルス感染症にかかる影響に関連した設問 | 黄色マーカ― |
| 前回調査から新規に追加した設問           | 水色マーカ― |

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)

在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査  
調査の概要(案)

1. 調査目的

令和4年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅医療については外来在宅共同指導料の新設等、在宅歯科医療については、歯科訪問診療料の評価の見直し等、在宅訪問薬剤管理については、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の新設等、訪問看護については、専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や、在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を実施している保険医療機関等の訪問の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等について調査・検証を行う。

2. アンケート調査の構成及び調査手順

<アンケート調査の構成>

本調査は以下の構成とする。

| 調査の種類      | 調査対象  |   |  | 調査方法           |
|------------|---|---|--|----------------|
|            | 条件  | 調査件数  | 抽出方法   |                |
| 医療機関調査     | a.在宅療養支援診療所<br>b.在宅療養支援病院<br>c.在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院<br>d.在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている一般診療所<br>e.訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関 | a.1000件<br>b.600件<br>c.500件<br><br>d.400件<br><br>e.150件程度 | a.無作為抽出<br>b.無作為抽出<br>c.無作為抽出<br><br>d.無作為抽出<br><br>e.悉皆 | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
| 医療機関患者調査   | ・訪問診療を行った患者2名/施設<br>・訪問看護を行った患者2名/施設  | 合計<br>10,600件   | 上記施設から<br>4名   | 施設調査の職員が記入     |
| 歯科医療機関調査   | a.在宅療養支援歯科診療所<br>b.在宅療養支援歯科診療所以外の歯科医療機関   | a.2,000件<br>b.1,000件                                      | a.無作為<br>b.無作為   | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
| 歯科医療機関患者調査 | ・訪問診療を行った患者2名/施設  | 合計<br>6,000件  | 上記施設から<br>2名   | 施設調査の職員が記入     |
| 保険薬局調査     | ・在宅患者調剤加算の届出を行っている薬局  | 3,000件  | 無作為抽出  | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
| 保険薬局患者調査   | ・訪問薬剤管理指導を行った患者   | 6,000件  | 上記薬局から<br>2名   | 施設調査の職員が記入     |
| 訪問看護調査     | a.機能強化型訪問看護ステーション<br>b.機能強化型以外の訪問看護ステーション   | a.860件程度<br>b.1000件                                       | a.悉皆<br>b.無作為抽出  | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
| 訪問看護利用者調査  | ・訪問看護を行った利用者4名/施設   | 6,800件  | 上記施設から<br>4名   | 施設調査の職員が記入     |

※ 患者調査・利用者調査は、調査対象となった医療機関等の職員が、指定の条件に沿って指定人数を抽出し、対象患者の同意を得た上で調査票を記載する。

### <アンケート調査の手順>

アンケート調査は、医療機関調査・歯科医療機関調査・保険薬局調査・訪問看護ステーション調査の全てにおいて、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

患者調査・利用者調査は、医療機関調査・歯科医療機関調査・保険薬局調査・訪問看護ステーション調査の調査対象となった各施設の職員が、指定の条件に沿って医療機関調査及び訪問看護ステーションの場合は1施設あたり患者等4名、歯科医療機関及び保険薬局の場合は患者2名を無作為抽出し、ご本人の同意が得られた方を対象とする。対象患者について各施設の職員が記入を行い、施設単位で調査票を返送いただく。

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

## 3. 主な調査事項

### <新型コロナウイルスの影響に関する項目>

#### [医療機関調査]

- 新型コロナウイルス感染症患者または感染疑い患者への訪問人数

#### [歯科医療機関調査]

- 新型コロナウイルス感染症患者への歯科訪問診療の実施状況
- 歯科訪問診療を行う際に実施した対策

#### [保険薬局調査]

- 「0410 対応」と記載された処方箋の応需状況

#### [訪問看護ステーション調査]

- 新型コロナウイルス感染症患者または感染疑い患者への訪問人数

### <今回新設した項目>

#### [医療機関調査]

- 情報通信機器を用いた診療の状況
- 歯科訪問診療との連携の状況
- 在宅薬剤管理指導の状況
- 令和4年度診療報酬で新設された評価の実施状況
- 末期の悪性腫瘍患者の訪問診療の実施状況
- 訪問診療で容態が急変した患者への対応状況
- 訪問リハビリテーションの実施状況
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応 等

#### [医療機関：患者調査]

- 訪問リハビリテーションの実施状況
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応 等

**[歯科医療機関調査]**

- 地域医療連携体制加算の届出をしていない理由
- 在宅歯科医療推進加算の届出をしていない理由
- 病院への歯科訪問診療の実施状況
- 通信画像情報活用加算の実施状況
- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の実施状況
- 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実施状況
- 口腔細菌定量検査の実施状況
- 他の医療機関等との連携状況
- 関わっている地域保健事業の内容 等

**[歯科医療機関：患者調査]**

- 自院の最終の外来受診歴
- 訪問歯科衛生指導の頻度
- 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容 等

**[保険薬局調査]**

- 在宅患者訪問薬剤管理指導等の状況
- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導の状況
- 麻薬調剤、無菌製剤処理の体制
- 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算・在宅中心静脈栄養法加算の状況
- 退院時共同指導への薬剤師の参画状況
- オンラインで行う服薬管理指導の状況
- 他職種を同伴した訪問の状況 等

**[保険薬局：患者調査]**

- 訪問薬剤管理を行ったきっかけ
- 当該患者の退院時共同指導への薬剤師の参加状況
- 医療材料の提供状況、逆ザヤの有無
- 服薬コンプライアンス、アドヒアランス向上の取組
- 提供した薬学的管理の詳細 等

**[訪問看護ステーション調査]**

- 訪問看護の体制（介護保険の指定状況、24時間対応体制）
- 機能強化型訪問看護管理療養費の状況
- 精神科訪問看護の届出状況
- 訪問看護のターミナルケア療養費（小児患者）の状況
- 医療機関・地域の医療・介護・障害福祉関係者との連携状況 等

**[訪問看護ステーション：利用者調査]**

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応
- 各回の訪問看護の内容
- リハビリ職との連携、提供している内容
- 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況 等

#### 4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

##### <実査開始までのスケジュール>

| 作業項目                      | 2022年 |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  | 2023年 |  |    |  |    |  |
|---------------------------|-------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-------|--|----|--|----|--|
|                           | 9月    |  |  | 10月 |  |  | 11月 |  |  | 12月 |  |  | 1月    |  | 2月 |  | 3月 |  |
| 1 調査票等の作成・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 調査の全体設計                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査票等発送物の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 調査票等送付物・宛名シールの印刷        |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 調査票等送付物の封入・発送           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 2 照会への対応                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 照会対応・再発送要望対応            |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 照会及び回答内容の一覧の作成          |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 3 調査票の電子化(Webサイト対応)       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① Webサイトの開設準備・電子調査票作成     |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② Webサイトの運営               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 4 調査の協力依頼                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 電話協力依頼（兼調査票等到着確認）       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 督促ハガキ印刷・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 5 調査票受付・データ化              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 回収票の受付・登録               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 協力依頼状・督促ハガキ発送名簿の作成      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 電話督促名簿の作成               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 受付票の検索（返戻・修正依頼）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ データ入力                   |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 6 集計及び報告書の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 集計方針・報告書構成の検討           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 集計                      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 中間報告書の作成                |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 報告書の作成                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 報告書の納品                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑥ 省内検討／中医協議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 7 調査検討委員会の設置・運営           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 委員選定・委嘱                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査検討委員会の開催              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査検討委員会審議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |

以上



|  |  |  |   |                            |  |   |
|--|--|--|---|----------------------------|--|---|
| ⑧ 貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等※○はいくつでも   |  |  |   |                            |  |   |
| 1. 病院(貴施設以外)<br>4. 訪問看護ステーション<br>7. 介護老人福祉施設<br>10. <b>訪問介護事業所</b><br>13. 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、サービス付き高齢者向け住宅(該当する場合))<br>14. サービス付き高齢者向け住宅(13を除く)<br>16. (介護予防)通所リハビリテーション<br>18. (介護予防)居宅療養管理指導<br>20. 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)<br>21. <b>障害福祉サービス事業所(施設系・居住系サービス)</b><br>22. 他に運営施設・事業所等はない  | 2. 一般診療所(貴施設以外)<br>5. 薬局<br>8. 介護医療院<br>11. 通所介護事業所<br>15. 認知症対応型共同生活介護<br>17. <b>(介護予防)訪問リハビリテーション</b><br>19. (介護予防)短期入所療養介護<br>23. その他(具体的に )  | 3. <b>歯科診療所</b><br>6. 介護老人保健施設<br>9. 居宅介護支援事業所<br>12. 地域包括支援センター<br>15. 認知症対応型共同生活介護<br>17. <b>(介護予防)訪問リハビリテーション</b><br>19. (介護予防)短期入所療養介護 |   |                            |  |   |
| ⑨ 医療情報連携ネットワーク※への参加の有無<br>※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   |   |                            |  |   |
| ⑩ 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。   |  |  |   |                            |  |   |
| 1. ICTを活用している  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;"> </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">                     活用しているICT<br/>                     ※あてはまる番号すべてに○                 </td> <td style="padding: 5px;">                     11. メール<br/>                     13. グループチャット<br/>                     15. <b>専用アプリ</b><br/>                     17. <b>自院を中心とした専用の情報連携システム</b><br/>                     18. その他(具体的に: )                 </td> <td style="padding: 5px;">                     12. 電子掲示板<br/>                     14. 汎用ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)<br/>                     16. <b>地域医療情報連携ネットワーク</b> </td> </tr> </table> |  |   | 活用しているICT<br>※あてはまる番号すべてに○ | 11. メール<br>13. グループチャット<br>15. <b>専用アプリ</b><br>17. <b>自院を中心とした専用の情報連携システム</b><br>18. その他(具体的に: ) | 12. 電子掲示板<br>14. 汎用ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)<br>16. <b>地域医療情報連携ネットワーク</b> |
|  | 活用しているICT<br>※あてはまる番号すべてに○   | 11. メール<br>13. グループチャット<br>15. <b>専用アプリ</b><br>17. <b>自院を中心とした専用の情報連携システム</b><br>18. その他(具体的に: )   | 12. 電子掲示板<br>14. 汎用ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)<br>16. <b>地域医療情報連携ネットワーク</b> |                            |  |   |
| 2. ICTを活用していない   |  |  |   |                            |  |   |
| 【⑩にて「1. ICTを活用している」を選択した場合】  |  |  |   |                            |  |   |
| ⑪ ICTを活用してどのような情報を共有していますか。 ※○はいくつでも   |  |  |   |                            |  |   |
| 1. <b>患者の基礎情報(年齢・性別など)</b><br>2. <b>患者の家族の情報</b><br>3. <b>患者の疾患に関する情報</b><br>4. <b>患者の訪問診療・訪問看護の状況</b><br>5. <b>緊急時に対応する医療機関の情報</b><br>6. <b>患者のバイタル情報(血圧、心拍、呼吸数、体温)</b><br>7. <b>患者のADLの変化状況</b><br>8. <b>患者の服薬管理状況</b><br>9. <b>患者の介護サービス利用状況</b><br>10. <b>「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた医療・ケアに関する方針の情報</b><br>11. <b>その他(具体的に: )</b> |  |  |   |                            |  |   |



|  |       |       |
|--|-------|-------|
| ⑫貴施設では、在宅医療の提供にあたり連携している医療機関（以下「連携医療機関」）※はありますか。 | 1. あり | 2. なし |
|--|-------|-------|

※「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。

**【⑫で「1.あり」の場合】**

⑬連携医療機関の数、および当該医療機関と連携している理由

※1～8の種別ごとに施設数を記入。  
1施設以上ある場合は、連携理由として多くの施設にあてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び、記入

|     |                        |       |  |  |  |
|-----|------------------------|-------|--|--|--|
| 病院  | 1. 機能強化型在宅療養支援病院(単独型)  | ( )施設 |  |  |  |
|     | 2. 機能強化型在宅療養支援病院(連携型)  | ( )施設 |  |  |  |
|     | 3. 上記以外の在宅療養支援病院       | ( )施設 |  |  |  |
|     | 4. 在宅療養支援病院ではない病院      | ( )施設 |  |  |  |
| 診療所 | 5. 機能強化型在宅療養支援診療所(単独型) | ( )施設 |  |  |  |
|     | 6. 機能強化型在宅療養支援診療所(連携型) | ( )施設 |  |  |  |
|     | 7. 上記以外の在宅療養支援診療所      | ( )施設 |  |  |  |
|     | 8. 在宅療養支援診療所ではない診療所    | ( )施設 |  |  |  |

選択肢からあてはまる番号を記入

**【選択肢】**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>【⑫で「2.なし」の場合】</b><br>⑭連携している医療機関が無い理由<br>※○はいくつでも | 1. 近隣に連携可能な医療機関が無い<br>2. 連携に強い必要性を感じない<br>3. その他( ) |
|--|---|



⑳ 令和4年5月～10月の6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※<sup>1</sup>への訪問を行った人数をお答えください。

|                                       | 全患者 | うち、新型コロナウイルス感染症と診断された患者 | 新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者 |
|---------------------------------------|-----|-------------------------|----------------------|
| 患者数                                   | 人   | 人                       | 人                    |
| 1) 往診患者数                              | 人   | 人                       | 人                    |
| 2) 1)の患者のうち主治医として計画的に訪問診療を行っている患者数    | 人   | 人                       | 人                    |
| 3) 訪問診療患者数                            | 人   | 人                       | 人                    |
| 4) 情報通信機器を用いて診療した患者数                  | 人   | 人                       | 人                    |
| 5) 4)のうち主治医として計画的に訪問診療を行っている患者数       | 人   | 人                       | 人                    |
| 6) 訪問看護で訪問した患者数                       | 人   | 人                       | 人                    |
| 7) 訪問リハビリテーション※ <sup>2</sup> で訪問した患者数 | 人   | 人                       | 人                    |

※<sup>1</sup> 「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。

※<sup>2</sup> 訪問リハビリテーションについて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護は除いてご回答ください（以下同じ）。

㉑ 【㉑4)で情報通信機器を用いて診察した患者数が0人だった場合】

1) 貴施設における今後の情報通信機器を用いた診療の意向についてお答えください。

1. 情報通信機器を用いた診療体制を有するが、希望がない等の理由で、情報通信機器を用いた診療がなかった  
 2. 情報通信機器を用いた診療体制を確保する予定である  
 3. 情報通信機器を用いた診療体制を確保する予定はない

【1)で「3. 情報通信機器を用いた診療体制を確保する予定はない」を選択した場合】

2) 貴施設において情報通信機器を用いた診療を実施意向がない理由についてお答えください。

※あてはまるものすべてに○

1. 対面診療の方がすぐれているため  
 2. 患者のニーズがない・少ないため  
 3. 保険診療でのオンライン診療の適応になる患者がいらない・少ないため  
 4. 従事者側が貴施設においてオンライン診療に用いる機器やシステムを操作するのが難しいため  
 5. 患者側がオンライン診療に用いる機器やシステムを操作するのが困難だと考えられるため  
 6. オンライン診療に用いる機器やシステム導入・運用のコストが高いため  
 7. オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため  
 8. その他(具体的に: )

## 2. 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3年5月と10月、および令和4年5月と10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3年 |     | 令和4年 |     |
|   | 5月   | 10月 | 5月   | 10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※)をご記入ください。(小数点以下第1位まで。令和4年11月1日現在) |      |             |                   |               |        |       |       |
|---|------|-------------|-------------------|---------------|--------|-------|-------|
| 医師  | 歯科医師 | 薬剤師         | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師          | リハビリ職  |       |       |
|   |      |             |                   |               | 理学療法士  | 作業療法士 | 言語聴覚士 |
| 人   | 人    | 人           | 人                 | 人             | 人      | 人     | 人     |
| 管理栄養士   |      | 医療ソーシャルワーカー |                   |               | その他の職員 |       |       |
|   |      | うち<br>社会福祉士 |                   | うち<br>精神保健福祉士 |        |       |       |
| 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※)をご記入ください。<br>※令和4年10月1か月間について、在宅医療に携わった時間で換算してください。<br>例)1週間の勤務時間40時間のうち、在宅医療に携わった時間が16時間であれば16÷40=0.4→「0.4人」と換算 |      |             |                   |               |        |       |       |
|--|------|-------------|-------------------|---------------|--------|-------|-------|
| 医師   | 歯科医師 | 薬剤師         | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師          | リハビリ職  |       |       |
|  |      |             |                   |               | 理学療法士  | 作業療法士 | 言語聴覚士 |
| 人  | 人    | 人           | 人                 | 人             | 人      | 人     | 人     |
| 管理栄養士  |      | 医療ソーシャルワーカー |                   |               | その他の職員 |       |       |
|  |      | うち<br>社会福祉士 |                   | うち<br>精神保健福祉士 |        |       |       |
| 人  | 人    | 人           | 人                 | 人             | 人      | 人     | 人     |

※ 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

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

| ②-3 各診療科における<br>訪問診療を行う医師の<br>人数をご記入ください。 | 診療科   | 常勤 | 非常勤 |
|---|-------|----|-----|
|   | 1. 内科 |    | 人   |
| 1-1. (うち)呼吸器内科                            |       | 人  | 人   |
| 1-2. (うち)循環器内科                            |       | 人  | 人   |
| 1-3. (うち)消化器内科                            |       | 人  | 人   |
| 1-4. (うち)腎臓内科                             |       | 人  | 人   |
| 1-5. (うち)脳神経内科                            |       | 人  | 人   |
| 1-6. (うち)内分泌代謝・糖尿病内科                      |       | 人  | 人   |
| 1-7. (うち)血液内科                             |       | 人  | 人   |
| 1-8. (うち)膠原病・リウマチ内科                       |       | 人  | 人   |
| 1-9. (うち)アレルギー内科                          |       | 人  | 人   |
| 1-10. (うち)感染症内科                           |       | 人  | 人   |
| 1-11. (うち)老年内科                            |       | 人  | 人   |
| 1-12. (うち)腫瘍内科                            |       | 人  | 人   |
| 2. 小児科                                    |       | 人  | 人   |
| 3. 皮膚科                                    |       | 人  | 人   |
| 4. 精神科                                    |       | 人  | 人   |
| 5. 外科                                     |       | 人  | 人   |
| 5-1. (うち)消化器外科                            |       | 人  | 人   |
| 5-2. (うち)呼吸器外科                            |       | 人  | 人   |
| 5-3. (うち)心臓血管外科                           |       | 人  | 人   |
| 5-4. (うち)小児外科                             |       | 人  | 人   |
| 5-5. (うち)乳腺外科                             |       | 人  | 人   |
| 6. 整形外科                                   |       | 人  | 人   |
| 7. 産婦人科                                   |       | 人  | 人   |
| 8. 眼科                                     |       | 人  | 人   |
| 9. 耳鼻咽喉科                                  |       | 人  | 人   |
| 10. 泌尿器科                                  |       | 人  | 人   |
| 11. 脳神経外科                                 |       | 人  | 人   |
| 12. 救急科                                   |       | 人  | 人   |
| 13. 形成外科                                  |       | 人  | 人   |
| 14. リハビリテーション科                            |       | 人  | 人   |
| 15. 総合診療科                                 |       | 人  | 人   |
| 16. その他                                   |       | 人  | 人   |

| ②-4 貴施設における往診の体制についてお伺いします。令和4年11月1日時点での診療時間内、診療時間外における往診対応が可能な医師数をお答えください。 |           |            |
|---|-----------|------------|
|   | 貴施設の常勤医師数 | 貴施設の非常勤医師数 |
| 1) 診療時間内  | 人         | 人          |
| 2) 診療時間外  | 人         | 人          |

|   |   |
|---|---|
| <p>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。<br/>※最も近いものに○を1つだけ</p> | <p>1. 訪問診療・往診を中心に行っている(外来患者が5%未満)<br/>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<br/>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<br/>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)<br/>5. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている<br/>6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている<br/>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)<br/>8. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない<br/>9. その他(具体的に )</p> |
|---|---|

④ 令和3年5月と10月、および令和4年5月と10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3年 |     | 令和4年 |     |
|--|---|------|-----|------|-----|
|  |   | 5月   | 10月 | 5月   | 10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3年11月～令和4年10月)に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者 |      |     | 人    | 人   |
|  | 連携医療機関からの紹介患者   | 人    | 人   | 人    | 人   |
|  | 連携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、15歳未満の患者数   |   | 人    | 人   | 人    | 人   |
| 5) 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3年 |     | 令和4年 |     |
|  |   | 5月   | 10月 | 5月   | 10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3年11月～令和4年10月)に貴施設での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者 |      |     | 人    | 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、15歳未満の患者数   |   | 人    | 人   | 人    | 人   |

| ⑤令和3年5月～10月、および令和4年5月～10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3年<br>5月～10月 | 令和4年<br>5月～10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 <sup>※1</sup> での死亡者数   | 人              | 人              |
| 5) 上記3)のうち、居住系施設 <sup>※2</sup> 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 <sup>※3</sup> 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)+13)=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 <sup>※4</sup> 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              |

※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。

|  |                                       |                               |            |   |
|--|---------------------------------------|-------------------------------|------------|---|
| 14)⑤の1) 令和3年5月～10月、および令和4年5月～10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 |                                       | 令和3年5月～10月                    | 令和4年5月～10月 |   |
|  |                                       | 人                             | 人          |   |
|  | 15) 14)のうち、地域包括ケア病棟等に入院・入棟していた理由別の患者数 | 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 |
|  | ※右記の理由ごとに、該当する患者数を記載                  | 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 |
| ※14)の患者数<br>=a)+b)+c)+d)の患者数   | 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を指します。

|   |  |         |
|---|--|---------|
| 【14)で、「令和3年5月～10月」または「令和4年5月～10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<br>※最も多くの患者が該当するもの一つに○ | 1. 貴施設の連携医療機関<br>2. 貴施設自身<br>3. 連携医療機関以外の医療機関<br>4. 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<br>※最も多くの患者が該当するもの一つに○        | 1. 貴施設の連携医療機関<br>2. 貴施設自身<br>3. 連携医療機関以外の医療機関<br>4. 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<br>※最も多くの患者が該当すると思われるもの一つに○                                | 1. 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<br>2. 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<br>3. 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<br>4. 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<br>5. 退院後に新規に在宅医療を受けることとなった<br>6. 入院前の状況を把握しておらず、判断できない<br>7. 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<br>※○はいくつでも   | 1. 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<br>2. 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が多い<br>3. 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が少ない<br>4. 急性増悪時などの緊急対応がスムーズに行える<br>5. 特に差はない<br>6. 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) 連携している夜間休日も対応できる薬局の有無   | 1.あり   | 2.なし    |



⑥令和3年5月～7月および8月～10月、令和4年5月～7月および8月～10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3年  |        | 令和4年  |        |
|--------------------|-------------------------------|-------|--------|-------|--------|
|                    |                               | 5月～7月 | 8月～10月 | 5月～7月 | 8月～10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)入退院支援加算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)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      |
| 4)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      |
| 5)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      |
| 6)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

|   |   |                  |                 |
|---|---|------------------|-----------------|
| ⑧令和4年5月～10月の6か月間に、貴施設にて在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2を算定した患者数（実人数）  |   | 人                |                 |
| ⑨ 上記⑧のうち、依頼された訪問診療が令和4年11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 |                  |                 |
| ⑩令和4年5月～10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）<br>※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<br>…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<br>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。<br>※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※ <sup>1</sup>  |   | ( )              | ( )             |
| 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※ <sup>2</sup>   |   | ( )              | ( )             |
| 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※ <sup>3</sup>  |   | ( )              | ( )             |

※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) 前記⑩1)のうち、依頼した訪問診療が令和4年11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   |                     |   |
| <b>【4)のd)またはe)に該当患者がいる場合】</b><br>5) 期間が6か月超である理由として、最も多いもの<br>※○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なため<br>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なため<br>3. 患者・家族の意向のため<br>4. その他( ) |                     |   |
| 6) 前記⑩1)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) 前記⑩1)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) 前記⑩1)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) 前記⑩1)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                   |   |
| ⑪ 令和4年5月～10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。

**⑫** 歯科訪問診療との連携状況について、あてはまるものに○をつけてください。 ※○はいくつでも

- 口腔内の管理が必要な患者は歯科訪問診療に連携している
- 患者本人・家族から相談があった場合に、歯科訪問診療に連携している
- 特に連携はしていない

**⑬** 令和4年5月～10月の6か月間における貴施設から歯科医療機関へ歯科訪問診療を依頼した実績(実人数)をお答えください。 人

**⑭** 歯科訪問診療と連携する際の困難事例の有無についてお答えください。

- 困難事例はない
- 困難事例がある

**【⑭で2. 困難事例がある場合】**

**⑭-1** 歯科訪問診療と連携する際の困難事例についてお答えください。 ※あてはまるものすべてに○

- 歯科訪問診療に対応している歯科医療機関がないため
- 口腔機能低下等を有する患者に対応できる歯科医療機関がないため
- 医療的ケア児への口腔管理に対応できる歯科医療機関がないため
- その他(具体的に )

| <b>⑮</b> 令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の <b>歯科医療機関連携加算1</b> の実績をお答えください。   | 算定実人数 | 算定回数 |
|--|-------|------|
|  | 人     | 回    |
| <b>【⑮の算定回数が1回以上の場合】</b>  |       |      |
| <b>⑮-1</b> 歯科医療機関との連携として、どのような場合に連携したか、お答え下さい。<br>※あてはまるものすべてに○、最も該当する件数が多かったもの1つには◎   |       |      |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>訪問診療において摂食機能障害を有する患者</li> <li>訪問診療において栄養障害を有する患者</li> <li>周術期等口腔機能管理が必要な患者</li> <li>訪問診療において1～3以外の患者で口腔管理の必要を認めた患者</li> </ol> |       |      |
| <b>【⑮の算定回数が0回の場合】</b>  |       |      |
| <b>⑮-2</b> 歯科医療機関連携加算1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  |       |      |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>当該加算の算定対象となる患者(口腔機能の管理の必要な患者)がない</li> <li>紹介する歯科医療機関が見つからなかった</li> <li>患者の紹介は行ったが算定を行っていなかった</li> <li>その他(具体的に )</li> </ol>   |       |      |

|   |   |
|---|---|
| <b>⑯</b> 令和4年5月～10月の6か月間における貴施設から薬局へ在宅薬剤管理指導を依頼した実績(実人数)をお答えください。 | 人 |
| うち、麻薬の投与を行っている患者数   | 人 |
| うち、麻薬の持続注射を行っている患者数   | 人 |
| うち、中心静脈栄養を行っている患者数  | 人 |

⑰訪問薬剤管理指導を実施する薬局と連携する際の困難事例の有無についてお答えください。※○は1つだけ

1. 困難事例はない
2. 困難事例がある

⑰-1 【⑰で2. 困難事例がある場合】

訪問薬剤管理指導を実施する薬局と連携する際の困難事例についてお答えください。※あてはまるものすべてに○

1. 認知症の患者（特に独居）に対応できる薬局がないため
2. 医療的ケア児に対応できる薬局がないため
3. 近くに在宅を受けてくれる薬局がないため
4. 麻薬、麻薬の持続注射、無菌調剤（中心静脈栄養）に対応できる薬局がないため
5. その他（具体的に\_\_\_\_\_）

⑱薬局の薬剤師と一緒に訪問することがありますか。※○は1つだけ

1. ある
2. ない

⑱-1 【⑱で1.ある場合】

薬局の薬剤師と一緒に訪問した時に何を薬剤師に期待していますか。※あてはまるものすべてに○

1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案
2. 薬物療法に関する助言
3. 服薬状況の確認と残薬の整理
4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援
5. 医療材料、衛生材料の提供
6. その他（具体的に\_\_\_\_\_）

## 3. 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。

|  |          | 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 |   |
| 「R3:5～10月」は<br>令和3年5月～10月の数値、<br>「R4:5～10月」は<br>令和4年5月～10月の数値<br>をそれぞれご記入ください<br><br>↓ |          |                        |                 |   |  |   |
|  |          |                        |                 |   |  |   |
| 1) 在宅患者訪問診療料(I)の1  | R3:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
|  | R4:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
| 2) 在宅患者訪問診療料(I)の2  | R3:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
|  | R4:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
| 3) 在宅患者訪問診療料(II)   | R3:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
|  | R4:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
| 4) 夜間・休日往診加算   | R3:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
|  | R4:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
| 5) 深夜往診加算  | R3:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
|  | R4:5～10月 | 回                      | 回               | 回   | 回                                      | 回 |
| 6) 在宅患者共同診療料1,2,3  | R3:5～10月 | 回                      | 回               | 回   |  |   |
|  | R4:5～10月 | 回                      | 回               | 回   |  |   |
| 7) 診療情報連携共有料   | R3:5～10月 | 回                      | 回               | 回   |  |   |
|  | R4:5～10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)を指します。

| 8) 在宅時医学総合管理料                        |        | 単一建物診療患者数 |      |       |
|--------------------------------------|--------|-----------|------|-------|
|                                      |        | 1人        | 2～9人 | 10人以上 |
| a) 月2回以上（厚生労働大臣が定める状態※2）             | R3:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R3:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| b) 月2回以上（「a」に該当しないもの）                | R3:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R3:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| c) うち1回は情報通信機器を用いた診療                 | R3:5月  |           |      |       |
|                                      | R3:10月 |           |      |       |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| d) うち新型コロナウイルス感染症の患者に対する情報通信機器を用いた診療 | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      |        |           |      |       |
|                                      |        |           |      |       |
| e) 月1回                               | R3:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R3:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| f) うち2月目は情報通信機器を用いた診療                | R3:5月  |           |      |       |
|                                      | R3:10月 |           |      |       |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| g) うち新型コロナウイルス感染症の患者に対する情報通信機器を用いた診療 | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| 9) 施設入居時等医学総合管理料                     |        | 1人        | 2～9人 | 10人以上 |
| a) 月2回以上（厚生労働大臣が定める状態※2）             | R3:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R3:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| b) 月2回以上（「a」に該当しないもの）                | R3:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R3:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| c) うち1回は情報通信機器を用いた診療                 | R3:5月  |           |      |       |
|                                      | R3:10月 |           |      |       |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| d) うち新型コロナウイルス感染症の患者に対する情報通信機器を用いた診療 | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      |        |           |      |       |
|                                      |        |           |      |       |
| e) 月1回                               | R3:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R3:10月 | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| f) うち2月目は情報通信機器を用いた診療                | R3:5月  |           |      |       |
|                                      | R3:10月 |           |      |       |
|                                      | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |
| g) うち新型コロナウイルス感染症の患者に対する情報通信機器を用いた診療 | R4:5月  | 回         | 回    | 回     |
|                                      | R4:10月 | 回         | 回    | 回     |

※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。

|  |  |                 |      |
|--|--|-----------------|------|
| ②令和4年5月～10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    |
| <b>【緊急往診加算の算定回数が1回以上ある場合】</b>  |  |                 |      |
| 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4年5月～10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。<br>※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    |
| ⑤令和4年10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    |
| <b>【⑤の算定人数が1人以上の場合】</b><br>⑥算定患者の該当人数(実人数)<br>※1                                   | 1) 要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態2  |                 | 人    |
|  | 2) 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態                   |                 | 人    |
|  | 3) 頻回1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おいて処置を受けている状態、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) 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 |                 | 人    |
|  | 6) その他関係機関等との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態                      |                 | 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令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の外来在宅共同指導料1の実績をお答えください。       |  | 算定実人数 |
|  |  | 人     |
| <b>【⑦の算定回数が0回の場合】</b>                                |  |       |
| ⑧外来在宅共同指導料1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. 該当患者の紹介がなかった                                      |  |       |
| 2. 紹介元医療機関が共同指導を望まなかった                               |  |       |
| 3. 患者が共同指導を望まなかった                                    |  |       |
| 4. 算定の意向がなかった  |  |       |
| 5. 当該点数について知らない                                      |  |       |
| 6. その他(具体的に )  |  |       |



|  |                    |                |       |
|--|--------------------|----------------|-------|
| ⑨令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の<br>外来在宅共同指導料2の実績をお答えください。   | 算定実人数              | うち情報通信機器を用いた人数 |       |
|  | 人                  | 人              |       |
| <b>【⑨の算定回数が0回の場合】</b>  |                    |                |       |
| ⑩外来在宅共同指導料2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. 紹介先医療機関が共同指導を望まなかった   | 2. 患者が共同指導を望まなかった  |                |       |
| 3. 在宅患者は自分の医療機関で診療するため   | 4. 算定の意向がなかった      |                |       |
| 5. 当該点数について知らなかった  | 6. その他（具体的に ）      |                |       |
| ⑪令和4年5月～10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 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料  | 回                  | 回              | 回     |
| ⑫令和4年5月～10月の6か月間の貴施設における在宅患者訪問栄養食事指導料について、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)在宅患者訪問栄養食事指導料1   | 回                  | 回              | 回     |
| 2)在宅患者訪問栄養食事指導料2   | 回                  | 回              | 回     |
| 3)2)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     |
| 4)2)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     |
| <b>【⑫の算定回数が0回の場合】</b>  |                    |                |       |
| ⑬在宅患者訪問栄養食事指導料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. 算定対象となる患者(特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者)がいない  |                    |                |       |
| 2. 栄養状態に関する情報が少なく、必要性の判断が困難である   |                    |                |       |
| 3. 算定対象となる患者はいるが、自院の管理栄養士が訪問栄養食事指導を行うための体制が整っていない  |                    |                |       |
| 4. 算定対象となる患者はいるが、自院に管理栄養士がいない  |                    |                |       |
| 5. 算定対象となる患者はいるが、他の医療機関や栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションの管理栄養士への依頼が困難である   |                    |                |       |
| 6. 介護保険における管理栄養士が行う居宅療養管理指導のみを実施している   |                    |                |       |
| 7. その他( )  |                    |                |       |
| ⑭令和3年10月及び令和4年10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3年10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4年10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     |

⑮から⑳までは在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の医療機関のみお答えください。

| ⑮ 令和4年5月～10月の在宅療養移行加算1、2の算定状況についてご回答ください。  |   | 算定実人数                 | 算定回数       |
|--|---|-----------------------|------------|
|  | 在宅療養移行加算1   | 人                     | 回          |
|  | 在宅療養移行加算2   | 人                     | 回          |
| <b>【⑮で在宅療養移行加算1の算定がある場合】</b>   |   |                       |            |
| ⑯ 自施設で24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を確保できていますか。  |   |                       | 1.はい 2.いいえ |
| <b>【「2.いいえ」と回答した場合】</b><br>1) 在宅療養移行加算1の算定にあたり連携している医療機関数<br>※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         |
| <b>【「2.いいえ」と回答した場合】</b><br>2) 患者への夜間のサービス提供を行っている機関としてあてはまるもの<br>※〇はいくつでも  | 1. 在宅療養支援病院      2. 在宅療養支援病院以外の病院<br>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 |                       |            |
| <b>【⑮で在宅療養移行加算2の算定がある場合】</b>   |   |                       |            |
| ⑰ 連携している医療機関数及び夜間のサービス提供を行っている期間についてお答えください。   |   |                       |            |
| 1) 在宅療養移行加算2の算定にあたり連携している医療機関数<br>※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         |
| 2) 患者への夜間のサービス提供を行っている機関としてあてはまるもの<br>※〇はいくつでも   | 1. 在宅療養支援病院      2. 在宅療養支援病院以外の病院<br>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 |                       |            |
| <b>【⑮で在宅療養移行加算1、2の算定がない場合】</b>   |   |                       |            |
| ⑱ 在宅療養移行加算1、2を算定していない理由として、あてはまるものに〇をつけてください。 ※〇はいくつでも   |   |                       |            |
| 1. 24時間の往診体制の確保ができない<br>(確保できない理由: 11. 周囲に在宅医療を提供している医療機関がない<br>12. 周囲の在宅医療機関とは専門が異なり、連携が困難<br>13. 周囲の医療機関と連携を行う予定がないため) |   |                       |            |
| 2. 24時間の連絡体制が確保できない  |   |                       |            |
| 3. 訪問看護の提供体制が確保できない  |   | 4. 当該加算の算定対象となる患者がいない |            |
| 5. 経営上のメリットが感じられない   |   | 6. 当該点数の存在を知らない       |            |
| 7. その他(具体的に )  |   |                       |            |

## 4. 貴施設における、末期の悪性腫瘍患者の訪問診療の実施状況等についてお伺いします。

①令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の末期の悪性腫瘍の患者の実人数と当該患者のうち、在宅がん医療総合診療料の以下の算定実人数、算定回数、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料及び在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料の算定回数をお答えください。

|   | 実人数 | 算定回数 |
|---|-----|------|
| 1) 末期の悪性腫瘍の患者の実人数                             | 人   |      |
| 2) 在宅がん医療総合診療料<br>保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 | 人   | 回    |
| 2)-2 うち、小児加算                                  | 人   | 回    |
| 3) 在宅がん医療総合診療料処方箋を交付しない場合                     | 人   | 回    |
| 4) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料                             | 人   | 回    |
| 5) 在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料                           | 人   | 回    |

②末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況について当てはまるものをお答えください。※○は1つだけ

1. 積極的に受け入れている  
2. 積極的には受け入れてないが、受入は可能  
3. 受け入れていない

【②で「1. 積極的に受け入れている」または「2. 積極的には受け入れてないが、受入は可能」を選んだ場合】

③令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の末期の悪性腫瘍の患者を紹介された人数(数えている場合のみ)、受け入れた人数をお答えください。

| 紹介元               | 紹介人数(数えている場合のみ) | 受入人数 |
|-------------------|-----------------|------|
| 1) 急性期一般病棟        | 人               | 人    |
| 2) 地域一般病棟         | 人               | 人    |
| 3) 療養病棟           | 人               | 人    |
| 4) 回復期リハビリテーション病棟 | 人               | 人    |
| 5) 緩和ケア病棟         | 人               | 人    |
| 6) 地域包括ケア病棟       | 人               | 人    |
| 7) その他            | 人               | 人    |
| 8) わからない          | 人               | 人    |

【②で「2. 積極的には受け入れてないが、受入は可能」または「3. 受け入れていない」を選んだ場合】

④理由として最も適切なものをお答えください。※○は1つだけ

1. 患者の急性増悪時の緊急受け入れ先が十分に確保できないため  
2. 医師の診療科の専門外であるため  
3. 近隣の在宅医療を提供する医療機関が受け入れを行っており、自施設で受け入れる必要が無い  
4. 緩和ケア医療を提供する体制が整っていないため  
5. これ以上在宅患者を増やせないため  
6. 診療エリア外のため  
7. 末期の悪性腫瘍の患者の管理が大変なため

⑤貴施設では、在宅がん医療総合診療料の届出を行っていますか。  
（※令和4年11月1日時点）

1. はい      2. いいえ

【⑤で「1. はい(届出を行っている)」を選んだ場合】

⑥令和4年10月23日(日)から29日(土)の一週間の間における在宅がん医療総合診療料の算定回数、訪問診療、往診、訪問看護の人数について、回数別に人数をご回答ください。

|         | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |
|---------|----|----|----|----|------|
| 1) 訪問診療 | 人  | 人  | 人  | 人  | 人    |
| 2) 往診   | 人  | 人  | 人  | 人  | 人    |
| 3) 訪問看護 | 人  | 人  | 人  | 人  | 人    |

【⑤で「2. いいえ(届出を行っていない)」を選んだ場合】

⑦在宅がん医療総合診療料の届出をおこなっていない理由 ※〇はいくつでも

1. 在支診、在支病の要件を満たさない
2. 患者の症状急変等により患者等からの求めがあった場合に、常時対応が出来る体制の確保が困難
3. 訪問看護の提供体制の確保が困難
4. メリットを感じない
5. 採算が合わない

以降の設問では、末期の悪性腫瘍患者の緩和ケアについて伺います。

⑧貴施設では、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出を行っていますか。（※令和4年11月1日時点）

1. はい      2. いいえ

⑨訪問診療に関する医療従事者について、緩和ケア研修の有無についてお答えください。

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

※1医師の緩和ケアに係る研修とは「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会や緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等が該当します。

※2看護師の緩和ケア病棟等における研修とは

①日本看護協会認定看護師教育課程「緩和ケア」、「がん性疼痛看護」、「がん化学療法看護」、「乳がん看護」又は「がん放射線療法看護」の研修

②日本看護協会が認定している看護系大学院の「がん看護」の専門看護師教育課程が該当します。

| ⑩ ①1)の患者(末期の悪性腫瘍の患者)のうち、下記の項目に該当する患者数についてお答えください。 |     |     |
|---|-----|-----|
|   | 実人数 |     |
| 1) 緩和ケアを必要とする状態の患者の人数                             |     | 人   |
|   | 麻薬  | 非麻薬 |
| 2) 疼痛管理を行った人数                                     | 人   | 人   |
| 3) 2)のうち、鎮痛療法(注射によるもの)のみを行った人数                    | 人   | 人   |
| 4) 2)のうち、鎮痛療法(貼付剤によるもの)のみを行った人数                   | 人   | 人   |
| 5) 2)のうち、鎮痛療法(内服薬によるもの)のみを行った人数                   | 人   | 人   |
| 6) 2)のうち、貼付剤と内服薬を併用したもの                           | 人   | 人   |
| 6-2 6)のうち、麻薬と非麻薬を併用しているもの                         |     | 人   |
| 7) 2)のうち、貼付剤と内服薬以外の組み合わせの鎮痛療法を行ったもの               |     | 人   |
| 8) 精神的ケアを行った人数                                    |     | 人   |
| 9) 疼痛コントロール不良になった人数                               |     | 人   |

| ⑪ 在宅療養で鎮痛療法を行っている患者が疼痛コントロール不良になった場合の対応についてお答えください。<br>※あてはまるものすべてに○ うち、最も該当する件数が多かったもの1つには◎  |
|---|
| 1. 自院の緩和ケア病棟に入院する<br>2. 自院の緩和ケア以外の病棟に入院する。<br>3. 他院の緩和ケア病棟に入院する<br>4. 他院の緩和ケア病棟以外に入院する<br>5. 適切な受け入れ先の確保が困難なため在宅療養を継続する<br>6. 患者・家族が希望されるため在宅療養を継続する<br>7. その他( ) |

| ⑫ ⑩1)の患者のうち、入院となった患者について、目的別の患者数をお答えください。 |     |
|---|-----|
|   | 実人数 |
| 1) 疼痛コントロール目的                             | 人   |
| 2) 心不全のコントロール目的                           | 人   |
| 3) 呼吸不全のコントロール目的                          | 人   |
| 4) 急性不安対応目的                               | 人   |
| 5) バイタルの急変                                | 人   |
| 6) その他                                    | 人   |

## 5. 貴施設における、容態が急変した患者への対応状況等についてお伺いします。

| ① 貴施設の訪問診療の患者で、令和4年5月～10月の6か月間に往診依頼のあった患者について以下の実人数をお答えください。 | 診療時間内 | 診療時間外 |
|--|-------|-------|
| 1) 往診依頼のあった患者  | 人     | 人     |
| 2) 1)のうち、往診等で対応して在宅療養を継続した患者                                 | 人     | 人     |
| 3) 1)のうち、往診等で対応して他医療機関を受診させた患者                               | 人     | 人     |
| 4) 1)のうち、情報通信機器を用いた診療を行った患者                                  | 人     | 人     |
| 5) 1)のうち、往診や情報通信機器を用いた診療等を行わず他医療機関を受診させた患者                   | 人     | 人     |
| 6) 1)のうち、既に急変時の入院先が予め決まっていた患者                                | 人     | 人     |
| 7) 6)のうち、実際には予定していなかった病院に入院した患者                              | 人     | 人     |

| ② 貴施設の訪問診療の患者で、令和4年5月～10月の6か月間に容態が急変し、入院させた患者の入院先医療機関についてお答えください。    |       |
|--|-------|
| 1) 入院先医療機関は日ごろから連携を行っている医療機関ですか。それぞれ医療機関数をお答えください。                   |       |
|  | 医療機関数 |
| 1. 連携を行っている医療機関  | 施設    |
| 2. 連携を行っていない医療機関   | 施設    |
| 2) 入院先医療機関とは日ごろから入院する可能性のある患者の情報の共有を行っている医療機関について、それぞれ医療機関数をお答えください。 |       |
|  | 医療機関数 |
| 1. 共有を行っている  | 施設    |
| 2. 共有を行っていない   | 施設    |
| 3) 患者の入院先の病棟毎の人数をお答えください。  |       |
| 入院先病棟  | 患者数   |
| 1. 急性期一般病棟   | 人     |
| 2. 地域一般病棟  | 人     |
| 3. 療養病棟  | 人     |
| 4. 回復期リハビリテーション病棟  | 人     |
| 5. 緩和ケア病棟  | 人     |
| 6. 地域包括ケア病棟  | 人     |
| 7. その他   | 人     |
| 8. わからない   | 人     |

| ③ 貴施設の訪問診療の患者で、これまでに容態が急変し入院を希望して医療機関に連絡するものの、入院調整が難しかった事例があればその理由をお答えください。 ※あてはまるものすべてに○ |
|---|
| 1. 患者の状態（認知症等）により医療機関での入院が難しかった   |
| 2. 連絡を受けた医療機関側の状況で入院が難しかった  |
| 3. その他（具体的に ）   |

6. 貴施設における、訪問リハビリテーション※の実施状況等についてお伺いします。

※ 訪問リハビリテーションについて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護は除いてご回答ください（以下同じ）。

①貴施設では、訪問リハビリテーションを実施していますか。※○は1つだけ

1. 実施している(②以降をご回答ください。)

2. 実施していない(「7.「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応」へお進みください。)

| ②令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の以下の算定実人数、算定回数をお答えください。 | 算定実人数 | 算定回数 |
|---|-------|------|
| 1) 同一建物居住者以外の場合   | 人     | 回    |
| 2) 同一建物居住者の場合   | 人     | 回    |

| ③令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の訪問リハビリテーション実施状況について、実施した平均単位数をお答えください。<br>※上限が週単位の場合は、1週間に提供した平均単位数、上限が日単位の場合は、1日に提供した平均単位数をお答えください。 | 退院の日から起算して3月以内の患者<br>(上限週12単位) | 退院の日から起算して3月以降の患者<br>(上限週6単位) | 急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者<br>(上限1日4単位) |
|--|--------------------------------|-------------------------------|---|
|  | 1) 医療保険によるリハビリテーション            | 単位                            | 単位  |
| 2) 介護保険によるリハビリテーション  | 単位                             | 単位                            | 単位  |
| 3) 医療保険・介護保険以外のリハビリテーション   | 単位                             | 単位                            | 単位  |

④令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の訪問リハビリテーション実施状況について、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者の人数及び対象疾患をお答えください。

1) 患者の人数

2) 対象疾患 ※あてはまるものすべてに○

1. 循環器疾患(高血圧症、心不全など)      2. 悪性新生物

3. 骨折・筋骨格系疾患                              4. 呼吸器系疾患

5. 皮膚疾患(褥瘡等)                                  6. その他(具体的に )

⑤令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の訪問リハビリテーションを実施した患者について、以下の人数及び期間の平均をお答えください。

1) 訪問リハビリテーションを終了した人数

2) 訪問リハビリテーションを終了するまでの期間の平均

⑥貴施設の訪問リハビリテーションの患者で、患者に対するFIM等の実施状況をお答えください。  
※あてはまるもの全てに○

1. 定期的にFIMの測定を行っている      2. 定期的にBIの測定を行っている      3. 定期的な測定は行っていない

【⑥にて3. 定期的な測定は行っていないを選択した場合】

⑦定期的な測定を行っていない理由をお答えください。 ※あてはまるもの全てに○

1. 時間が無いため                              2. 必要性を感じないため                      3. 診療報酬上での評価がないため

7. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応についてお伺いします。

① 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を作成していますか。※○は1つだけ

1. 作成している
2. 作成していない

【①で「1. 作成している」を選んだ場合】

② 指針として定めていること及び指針の実施にあたっての評価について、お答えください。

|  | ②-1 指針として定めていること<br>(※あてはまるもの全てに○) | ②-2 指針の実施にあたっての評価<br>(②-1で○を記入した項目について最も当てはまる数字に○)<br>1:達成<br>2:概ね達成<br>3:達成が十分とは言い難い |
|--|------------------------------------|---|
| 1. 医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと。  | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 2. 介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと。  | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。   | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 4. 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援を医療・ケアチームによって行うこと。         | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 5. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いを繰り返し行うこと。          | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 6. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、本人が特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくこと。       | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 7. 本人の意思確認ができない場合に、医療・ケアチームと家族等で十分に話し合い、適切な手順によって慎重な判断を行い最善の方針をとること。           | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 8. 本人の意思確認ができない場合で、家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること。        | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 9. 医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等を、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すること。 | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 10. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うこと。  | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 11. 医療・ケアの方針について、本人、家族等、医療・ケアチームの間で話し合いを繰り返し行う等しても、合意に至らない場合の対応方針。             | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |
| 12. 話し合った内容をその都度文章にまとめておくこと。   | <input type="checkbox"/>           | 1-2-3   |



【②で「3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。」を選んだ場合】

③-1 話し合いの内容について、どのように共有していますか。

※〇はいくつでも、最も利用している選択肢に◎

1. メール
2. 電子掲示板
3. グループチャット
4. 汎用ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
5. 専用アプリ
6. 地域医療情報連携ネットワーク
7. 自院を中心とした専用の情報連携システム
8. 診療情報提供書に類似した書類
9. 定期的な多職種によるカンファレンス
10. 連絡ノート
11. 電話
12. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

【②で「3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。」を選んだ場合】

③-2 共有している情報の内容として最も当てはまるものをお答えください。※〇は1つだけ

1. 患者本人やその家族の医療・ケアの方針に関わる発言を抜粋して共有している。
2. 患者本人やその家族の医療・ケアの方針に関わる発言の概要をまとめて共有している。
3. 医療・ケアの方針に関わる結果のみ共有している。



|  |   |                |
|--|---|----------------|
| 12) 精神疾患の有無  | 1. あり→(1.認知症 2.認知症以外)                     | 2. なし          |
| 13) 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       |
| 14) 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          |
| 15) 患家を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br>※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                        |                |
| 16) 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 )                             |                |
| 17) 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 )                             |                |
| 18) 訪問診療の対象病名<br>※○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 )                            |                |
| 19) 人生の最終段階かどうか  | 1. 人生の最終段階→余命の見込み:( )か月                   | 2. ターミナル期でない   |

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

|   |  |   |  |                                   |
|---|--|---|--|-----------------------------------|
| 20) 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた本人の意思の確認に関する状態について、最も当てはまる状態に○をつけてください。 | 本人の意思の確認が可能である   | 本人の意思の確認が不可能であり、本人の意思を推定する家族等が普段の訪問診療時に同席している | 本人の意思の確認が不可能であり、本人の意思を推定する家族等は普段の訪問診療時に同席していない | 本人の意思の確認が不可能であり、本人の意思を推定する家族等はいない |
|   | 訪問診療開始時点   |   |  |                                   |
|   | 直近   |   |  |                                   |
| 21) 人生の最終段階における医療・ケアの方針について、患者本人とその家族等への共有状況についてお答えください。<br>※あてはまるもの全てに○                | 1. 患者本人 → (1.共有している 2.共有していない)   |   |  |                                   |
|   | 2. 同居しているまたは訪問診療時に同席している家族等 → (21. 共有している 22. 共有していない 23. 家族等はいない又は不明) |   |  |                                   |
|   | 3. 2以外で、遠方にいる家族等 → (31. 共有している 32. 共有していない 33. 家族等はいない又は不明)            |   |  |                                   |
| 【21)で、「2.同居しているまたは訪問診療時に同席している家族等」で、「22.共有していない」とご回答している場合】<br>22)共有していない理由をお答えください。    | 1. 患者本人が家族等への情報共有を希望していないため  |   |  |                                   |
|   | 2. 家族等はいるが、連絡先が不明のため   |   |  |                                   |
|   | 3. 家族が遠方に居住しており、医療機関からの連絡に回答がないため                                      |   |  |                                   |
|   | 4. 家族等が情報共有を求めないため   |   |  |                                   |
|   | 5. 家族等への情報共有の必要性がないため  |   |  |                                   |
|   | 6. その他( )  |   |  |                                   |
| 【21)で「3.2以外で、遠方にいる家族等」で、「32.共有していない」とご回答している場合】<br>23)共有していない理由をお答えください。                | 1. 患者本人が家族等への情報共有を希望していないため  |   |  |                                   |
|   | 2. 家族等はいるが、連絡先が不明のため   |   |  |                                   |
|   | 3. 医療機関からの連絡に家族の回答がないため  |   |  |                                   |
|   | 4. 家族等が情報共有を求めないため   |   |  |                                   |
|   | 5. 家族等への情報共有の必要性がないため  |   |  |                                   |
|   | 6. その他( )  |   |  |                                   |

24)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況について、①～③の自院以外の施設として該当するものに○をつけてください。※○はいくつでも

|   | ① 貴院から情報を提供している施設        | ② 貴院に情報を提供したことのある施設      | ③ 情報の共有が必要であると考えられるが、情報を共有していない施設 |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. 病院   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 2. 一般診療所  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 3. 歯科診療所  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 4. 訪問看護ステーション                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 5. 薬局   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 6. 特別養護老人ホーム                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 7. 居宅介護支援事業所                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 8. 訪問介護事業所                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 9. 通所介護事業所                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 10. 地域包括支援センター                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 11. 特定施設（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム・軽費老人ホーム） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 12. 認知症対応型共同生活介護                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
| 13. その他（具体的に ）                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |

25)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。  
※該当するものすべてに○

|                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有 |
| 2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更            |
| 3. 本人の意思が確認できない場合の対応                 |
| 4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定               |
| 5. 本人との医療・ケアの方針の共有                   |
| 6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有            |
| 7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有             |
| 8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有            |
| 9. 本人・家族等への相談体制の充実                   |
| 10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応           |
| 11. その他( )                           |

|  |                     |                   |                    |
|--|---------------------|-------------------|--------------------|
| 26) 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） ※○はいくつでも可                           |                     |                   |                    |
| 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 )   |                     |                   |                    |
| 27) 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・摘便          | 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 )  |                     |                   |                    |
| 28) 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       |                    |
| 29) 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         |

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <b>【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】</b>   |   | 1. はい<br>(依頼した医療機関数:<br>_____か所) |
| 30) 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<br>又は依頼・実施していた患者であるか<br>※「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<br>※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。 |   | 2. いいえ                           |
| <b>【30)で「1.はい」とお答え頂いた施設のみ】</b>   |   |                                  |
| 31) 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。<br>※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<br>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<br>3. 患者・家族の意向のため<br>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<br>6. 精神科        7. 眼科            8. 皮膚科           9. 耳鼻咽喉科      10. 泌尿器科<br>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<br>… 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。   |   |                                  |
| <b>【選択肢】</b> 1. 月1回                    2. 月2回                    3. 月3回以上<br>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 <sup>※1</sup>   | ( _____ )   |                                  |
| 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 <sup>※2</sup>   | ( _____ )   |                                  |
| 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 <sup>※3</sup>   | ( _____ )   |                                  |
| 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<br>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<br>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)<br>7. 精神系疾患            8. 神経系疾患            9. 認知症            10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物            12. 骨折・筋骨格系疾患            13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患            15. 眼科疾患            16. 皮膚疾患(褥瘡等)<br>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<br>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)<br>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 <sup>※4</sup>   | 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うる場合をいいます。

|  |   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
|--|---|--------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|--|----------------------|-------------|-------------|-----------|-------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 32) 当該患者の、医学管理料・加算の算定状況<br>(令和4年10月)                     | <table border="0"> <tr> <td>1.在宅時医学総合管理料(重症患者)</td> <td>2.在宅時医学総合管理料(月2回以上)</td> </tr> <tr> <td>3.在宅時医学総合管理料(月1回)</td> <td>4.施設入居時等医学総合管理料(重症患者)</td> </tr> <tr> <td>5.施設入居時等医学総合管理料(月2回以上)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.施設入居時等医学総合管理料(月1回)</td> <td>7.在宅療養移行加算1</td> </tr> <tr> <td>8.在宅療養移行加算2</td> <td>9.包括的支援加算</td> </tr> <tr> <td>10.在宅患者訪問診療料(I)の2</td> <td>11.在宅患者訪問診療料(II)</td> </tr> <tr> <td>12.精神科在宅患者支援管理料1のイ</td> <td>13.精神科在宅患者支援管理料1のロ</td> </tr> <tr> <td>14.精神科在宅患者支援管理料1のハ</td> <td>15.精神科在宅患者支援管理料2のイ</td> </tr> <tr> <td>16.精神科在宅患者支援管理料2のロ</td> <td>17.いずれも算定していない</td> </tr> </table> | 1.在宅時医学総合管理料(重症患者) | 2.在宅時医学総合管理料(月2回以上) | 3.在宅時医学総合管理料(月1回) | 4.施設入居時等医学総合管理料(重症患者) | 5.施設入居時等医学総合管理料(月2回以上) |  | 6.施設入居時等医学総合管理料(月1回) | 7.在宅療養移行加算1 | 8.在宅療養移行加算2 | 9.包括的支援加算 | 10.在宅患者訪問診療料(I)の2 | 11.在宅患者訪問診療料(II) | 12.精神科在宅患者支援管理料1のイ | 13.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1のハ | 15.精神科在宅患者支援管理料2のイ | 16.精神科在宅患者支援管理料2のロ | 17.いずれも算定していない |
| 1.在宅時医学総合管理料(重症患者)                                       | 2.在宅時医学総合管理料(月2回以上)   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 3.在宅時医学総合管理料(月1回)  | 4.施設入居時等医学総合管理料(重症患者)   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 5.施設入居時等医学総合管理料(月2回以上)                                   |   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 6.施設入居時等医学総合管理料(月1回)                                     | 7.在宅療養移行加算1   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 8.在宅療養移行加算2  | 9.包括的支援加算   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 10.在宅患者訪問診療料(I)の2  | 11.在宅患者訪問診療料(II)  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 12.精神科在宅患者支援管理料1のイ                                       | 13.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1のハ                                       | 15.精神科在宅患者支援管理料2のイ  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 16.精神科在宅患者支援管理料2のロ                                       | 17.いずれも算定していない  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 33) 当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数(令和4年10月)                        | 回   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 34) 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   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 35) 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4年5月～令和4年10月の6か月間)      | 回   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 36) 当該患者への、1か月間の訪問看護実施回数(令和4年10月)<br>※医療保険、介護保険の両方を含みます。 | 回   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                |





|                           |  |
|---------------------------|--|
| 17) 訪問診療を行っている理由          | 4. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難<br>5. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難<br>6. その他(具体的に )  |
| 18) 訪問診療の対象病名<br>※○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<br>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)<br>7. 精神系疾患      8. 神経系疾患      9. 認知症      10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物      12. 骨折・筋骨格系疾患      13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患      15. 眼科疾患      16. 皮膚疾患(褥瘡等)<br>17. その他(具体的に ) |
| 19) 人生の最終段階かどうか           | 1. 人生の最終段階→余命の見込み:( )か月      2. ターミナル期でない  |

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

|   |   |   |  |                                   |
|---|---|---|--|-----------------------------------|
| 20) 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた本人の意思の確認に関する状態について、最も当てはまる状態に○をつけてください。 | 本人の意思の確認が可能である  | 本人の意思の確認が不可能であり、本人の意思を推定する家族等が普段の訪問診療時に同席している | 本人の意思の確認が不可能であり、本人の意思を推定する家族等は普段の訪問診療時に同席していない | 本人の意思の確認が不可能であり、本人の意思を推定する家族等はいない |
|   | 訪問診療開始時点  |   |  |                                   |
|   | 直近  |   |  |                                   |
| 21) 人生の最終段階における医療・ケアの方針について、患者本人とその家族等への共有状況についてお答えください。<br>※あてはまるもの全てに○                | 1. 患者本人 → (1.共有している 2.共有していない)<br>2. 同居しているまたは訪問診療時に同席している家族等<br>→ (21. 共有している 22. 共有していない 23. 家族等はいない又は不明)<br>3. 2以外で、遠方にある家族等<br>→ (31. 共有している 32. 共有していない 33. 家族等はいない又は不明) |   |  |                                   |
| 【21)で、「2. 同居しているまたは訪問診療時に同席している家族等」で、「22.共有していない」とご回答している場合】<br>22) 共有していない理由をお答えください。  | 1. 患者本人が家族等への情報共有を希望していないため<br>2. 家族等はいるが、連絡先が不明のため<br>3. 家族が遠方に居住しており、医療機関からの連絡に応答がないため<br>4. 家族等が情報共有を求めないため<br>5. 家族等への情報共有の必要性がないため<br>6. その他( )                          |   |  |                                   |
| 【21)で「3. 2以外で、遠方にある家族等」で、「32.共有していない」とご回答している場合】<br>23) 共有していない理由をお答えください。              | 1. 患者本人が家族等への情報共有を希望していないため<br>2. 家族等はいるが、連絡先が不明のため<br>3. 医療機関からの連絡に家族の応答がないため<br>4. 家族等が情報共有を求めないため<br>5. 家族等への情報共有の必要性がないため<br>6. その他( )                                    |   |  |                                   |

24)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた情報の共有状況について、①～③の自院以外の施設として該当するものに○をつけてください。※○はいくつでも

|   | ①貴院から情報を提供している施設         | ②貴院に情報を提供したことのある施設       | ③情報の共有が必要であると考えられるが、情報を共有していない施設 |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1. 病院   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 2. 一般診療所  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 3. 歯科診療所  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 4. 訪問看護ステーション                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 5. 薬局   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 6. 特別養護老人ホーム                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 7. 居宅介護支援事業所                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 8. 訪問介護事業所                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 9. 通所介護事業所                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 10. 地域包括支援センター                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 11. 特定施設（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム・軽費老人ホーム） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 12. 認知症対応型共同生活介護                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
| 13. その他（具体的に ）                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |

|   |  |
|---|--|
| <p>25)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。<br/>※該当するものすべてに○</p> | <p>1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有</p> <p>2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更</p> <p>3. 本人の意思が確認できない場合の対応</p> <p>4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定</p> <p>5. 本人との医療・ケアの方針の共有</p> <p>6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有</p> <p>7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有</p> <p>8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有</p> <p>9. 本人・家族等への相談体制の充実</p> <p>10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応</p> <p>11. その他( )</p> |
|---|--|

|  |                        |                   |                    |
|--|------------------------|-------------------|--------------------|
| 26) 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） ※○はいくつでも可                           |                        |                   |                    |
| 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 |                    |
| 34. 訪問看護ステーションに関する指示・連携(具体的に   | )                      |                   |                    |
| 35. 保険薬局に関する指示・連携(具体的に   | )                      |                   |                    |
| 36. 歯科医療機関との連携(具体的に  | )                      |                   |                    |
| 37. 居宅介護支援事業所との連携(具体的に   | )                      |                   |                    |
| 38. その他(具体的に   | )                      |                   |                    |
| 27) 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 )          |                   |                    |
| 28) 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            |                   |                    |
| 29) 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             |                    |

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <b>【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】</b>   |  | 1. はい<br>(依頼した医療機関数:<br>_____か所) |
| 30) 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<br>又は依頼・実施していた患者であるか<br>※「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<br>※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。 |  | 2. いいえ                           |
| <b>【30)で「1.はい」とお答え頂いた施設のみ】</b>   |  |                                  |
| 31) 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。<br>※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<br>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<br>3. 患者・家族の意向のため<br>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<br>6. 精神科          7. 眼科            8. 皮膚科           9. 耳鼻咽喉科      10. 泌尿器科<br>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<br>… 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。   |  |                                  |
| <b>【選択肢】</b> 1. 月1回                      2. 月2回                      3. 月3回以上<br>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 <sup>※1</sup>   | ( _____ )  |                                  |
| 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 <sup>※2</sup>   | ( _____ )  |                                  |
| 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 <sup>※3</sup>   | ( _____ )  |                                  |
| 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<br>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<br>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)<br>7. 精神系疾患                      8. 神経系疾患                      9. 認知症                      10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物                      12. 骨折・筋骨格系疾患                      13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患                      15. 眼科疾患                      16. 皮膚疾患(褥瘡等)<br>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<br>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)<br>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 <sup>※4</sup>   | 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うる場合をいいます。

|  |  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
|--|--|--------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|--|----------------------|-------------|-------------|-----------|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 32) 当該患者の、医学管理料・加算の算定状況<br>(令和4年10月)                     | <table border="0"> <tr> <td>1.在宅時医学総合管理料(重症患者)</td> <td>2.在宅時医学総合管理料(月2回以上)</td> </tr> <tr> <td>3.在宅時医学総合管理料(月1回)</td> <td>4.施設入居時等医学総合管理料(重症患者)</td> </tr> <tr> <td>5.施設入居時等医学総合管理料(月2回以上)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.施設入居時等医学総合管理料(月1回)</td> <td>7.在宅療養移行加算1</td> </tr> <tr> <td>8.在宅療養移行加算2</td> <td>9.包括的支援加算</td> </tr> <tr> <td>10.在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2</td> <td>11.在宅患者訪問診療料(Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>12.精神科在宅患者支援管理料1のイ</td> <td>13.精神科在宅患者支援管理料1のロ</td> </tr> <tr> <td>14.精神科在宅患者支援管理料1のハ</td> <td>15.精神科在宅患者支援管理料2のイ</td> </tr> <tr> <td>16.精神科在宅患者支援管理料2のロ</td> <td>17.いずれも算定していない</td> </tr> </table> | 1.在宅時医学総合管理料(重症患者) | 2.在宅時医学総合管理料(月2回以上) | 3.在宅時医学総合管理料(月1回) | 4.施設入居時等医学総合管理料(重症患者) | 5.施設入居時等医学総合管理料(月2回以上) |  | 6.施設入居時等医学総合管理料(月1回) | 7.在宅療養移行加算1 | 8.在宅療養移行加算2 | 9.包括的支援加算 | 10.在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2 | 11.在宅患者訪問診療料(Ⅱ) | 12.精神科在宅患者支援管理料1のイ | 13.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1のハ | 15.精神科在宅患者支援管理料2のイ | 16.精神科在宅患者支援管理料2のロ | 17.いずれも算定していない |
| 1.在宅時医学総合管理料(重症患者)                                       | 2.在宅時医学総合管理料(月2回以上)  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 3.在宅時医学総合管理料(月1回)  | 4.施設入居時等医学総合管理料(重症患者)  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 5.施設入居時等医学総合管理料(月2回以上)                                   |  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 6.施設入居時等医学総合管理料(月1回)                                     | 7.在宅療養移行加算1  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 8.在宅療養移行加算2  | 9.包括的支援加算  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 10.在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2  | 11.在宅患者訪問診療料(Ⅱ)  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 12.精神科在宅患者支援管理料1のイ                                       | 13.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1のハ                                       | 15.精神科在宅患者支援管理料2のイ   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 16.精神科在宅患者支援管理料2のロ                                       | 17.いずれも算定していない   |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 33) 当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数(令和4年10月)                        | 回  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 34) 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  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 35) 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4年5月～令和4年10月の6か月間)      | 回  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |
| 36) 当該患者への、1か月間の訪問看護実施回数(令和4年10月)<br>※医療保険、介護保険の両方を含みます。 | 回  |                    |                     |                   |                       |                        |  |                      |             |             |           |                   |                 |                    |                    |                    |                    |                    |                |



|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 12)別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※あてはまるもの全てに○ | 1. 無<br>2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理<br>3. 在宅気管切開患者指導管理<br>4. 気管カニューレ<br>5. 留置カテーテル<br>6. 在宅自己腹膜灌流指導管理<br>7. 在宅血液透析指導管理<br>8. 在宅酸素療法指導管理<br>9. 在宅中心静脈栄養法指導管理<br>10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理<br>11. 在宅自己導尿指導管理<br>12. 在宅人工呼吸指導管理<br>13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理<br>14. 在宅自己疼痛管理指導管理<br>15. 在宅肺高血圧症患者指導管理<br>16. 人工肛門・人工膀胱<br>17. 真皮を越える褥瘡<br>18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 |
|-------------------------------------|---|

|                |                         |              |
|----------------|-------------------------|--------------|
| 13)人生の最終段階かどうか | 1. 人生の最終段階 →余命の見込み( )か月 | 2. ターミナル期でない |
|----------------|-------------------------|--------------|

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

|   |   |
|---|---|
| 14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。<br>※該当するものすべてに○ | 1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有<br>2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更<br>3. 本人の意思が確認できない場合の対応<br>4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定<br>5. 本人との医療・ケアの方針の共有<br>6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有<br>7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有<br>8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有<br>9. 本人・家族等への相談体制の充実<br>10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応<br>11. その他( ) |
|---|---|

|                              |         |          |        |
|------------------------------|---------|----------|--------|
| 15) 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 |
|------------------------------|---------|----------|--------|

|   |      |      |
|---|------|------|
| 15)-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 |
|---|------|------|

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 16) 貴施設でこの患者に訪問看護を開始した時期 | 西暦( )年( )月頃 |
|--------------------------|-------------|

|                   |   |
|-------------------|---|
| 17) 在宅療養への移行前の居場所 | ※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。<br>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<br>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( ))<br>3. 有床診療所 4. 介護老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 介護医療院 7. その他 |

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| 17)-1 「2. 病院」、「3. 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 |
|--|-----------|------------|

|                    |                      |       |       |
|--------------------|----------------------|-------|-------|
| 18) 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 |
|--------------------|----------------------|-------|-------|

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 19) 訪問看護の種別<br>(令和4年10月分)  | 1. 在宅患者訪問看護・指導料<br>3. 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)   | 2. 同一建物居住者訪問看護・指導料<br>4. 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19)-1 令和4年10月1か月間に訪問看護で提供したケア内容の番号を全て記入してください。また、直近1回の訪問時に行ったケア内容のうち、 <b>主なもの3つまで記入した番号に○をつけてください。</b>   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※【選択肢】よりあてはまる番号全て記入  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>【選択肢】</b><br>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<br>4. 経鼻経管栄養              5. 吸入・吸引                              6. 創傷処置                              7. 浣腸・摘便<br>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<br>11. 採血                          12. 検体採取(11.以外)                      13. 血糖自己測定 of 管理<br>14. インスリン注射              15. 点滴・中心静脈栄養・注射(14.以外)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>30. 心理的支援                      31. 口腔ケア                                  32. 洗髪・清拭・入浴介助<br>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<br>36. 家族への指導・支援          37. サービスの連絡調整                      38. その他 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19)-2 難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算の算定の有無(令和4年10月分)   | 1. あり(          日) → 19)-3へ<br>2. なし                                  → 19)-4へ |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19)-3 19)-2で「1.あり」と回答した場合<br><b>複数回の訪問</b> 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4年10月分)<br>※ 19)-1の【選択肢】より、あてはまる番号全て記入<br>1回目の訪問時: ※19)-1と同じであれば以下に“ <b>同じ</b> ”と記入ください。   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2回目の訪問時:   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3回目の訪問時:   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19)-4 複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算の算定の有無  | 1. あり(          日) → 19)-5へ<br>2. なし                                  → 20)へ   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |





|  |   |
|--|---|
| 21) 貴施設からの訪問日数および訪問回数（令和4年10月1か月間）   | 延訪問日数：（ ）日<br>延訪問回数：（ ）回  |
| 21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数   | 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  |
| 21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入                        | 1. あり →（ ）回<br>（理由： ）<br>（訪問時間： ）分<br>2. なし   |
| 21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入                         | 1. あり →（ ）日<br>2. なし  |
| 22) 直近1回の訪問時間（分）（令和4年10月）<br>※移動時間は含まない  | 分   |
| 23) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎<br>※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4年10月） | 1. 保健師・助産師・看護師<br>2. 准看護師<br>3. 作業療法士<br>4. 精神保健福祉士                                 |
| 23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（令和4年10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   |
| 24) 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（令和4年10月）<br>※「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）<br>→ 主な訪問者の職種（a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他）<br>2. なし |
| 25) 当患者は訪問診療を受療していますか。（令和4年10月）  | 1. はい 2. いいえ  |
| 25)-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<br>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<br>3. その他（ ）                          |

26) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。  
 (令和4年10月)  
 ※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)  
 ※連携の頻度は、該当する頻度を1つ○

|                          | 連携の有無 | 連携の頻度                                     |  |
|--------------------------|-------|---|--|
| 1. 貴施設以外の医療機関との連絡・調整     |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 2. 薬局との連絡・調整             |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整 |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 4. 障害福祉関係者との連絡・調整        |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整 |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 6. 学校等との連絡・調整            |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 7. 患者に関する地域ケア会議への参加      |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 8. カンファレンス等への参加          |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 9. その他( )                |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |

|  |  |
|--|--|
| 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<br>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) 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<br>3. 精神障害者保健福祉手帳(                      ) 級      4. 申請中<br>5. 手帳なし      6. わからない   |
| 7) 利用している介護保険サービス、障害福祉サービス<br>※あてはまるもの全てに○ | <p><b>【介護保険サービス】</b></p> <p>1. 訪問介護      2. 訪問リハビリテーション      3. 通所介護<br/>4. 短期入所療養介護      5. 短期入所生活介護      6. 通所リハビリテーション<br/>7. 福祉用具貸与      8. 住宅改修<br/>9. その他(具体的に:                      )</p> <p><b>【障害福祉サービス】</b></p> <p>10. 居宅介護      11. 重度訪問介護      12. 同行援護<br/>13. 行動援護      14. 療養介護      15. 生活介護<br/>16. 短期入所      17. 重度障害者等包括支援      18. 施設入所支援<br/>19. 自立訓練(機能訓練)      20. 自立訓練(生活訓練)      21. 就労移行支援<br/>22. 就労継続支援A型      23. 就労継続支援B型      24. 就労定着支援<br/>25. 自立生活援助      26. 共同生活援助(グループホーム)<br/>27. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)      28. 計画相談支援<br/>29. 基本相談支援      30. その他(具体的に:                      )</p> |
| 8) 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   |
| 9) 現在在宅療養を続けている原因の病名(主傷病を1つ選択)             | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )   |
| 10) 現在在宅療養を続けている原因の病名(副傷病を最大2つ選択)          | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )   |
| 11) 別表第七の疾病等の該当の有無<br>※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<br>5. スモン      6. 筋萎縮性側索硬化症      7. 脊髄小脳変性症<br>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<br>11. 多系統萎縮症      12. プリオン病      13. 亜急性硬化性全脳炎<br>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<br>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<br>20. 頸髄損傷      21. 人工呼吸器を使用している状態   |

|                                     |                       |                    |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| 12)別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※あてはまるもの全てに○ | 3. 無                  | 医療機関調査票（患者票）       |
|                                     | 4. 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 |                    |

|                |                         |              |
|----------------|-------------------------|--------------|
| 13)人生の最終段階かどうか | 1. 人生の最終段階 →余命の見込み( )か月 | 2. ターミナル期でない |
|----------------|-------------------------|--------------|

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

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。<br>※該当するものすべてに○ | 1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有 |
|   | 2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更            |
|   | 3. 本人の意思が確認できない場合の対応                 |
|   | 4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定               |
|   | 5. 本人との医療・ケアの方針の共有                   |
|   | 6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有            |
|   | 7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有             |
|   | 8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有            |
|   | 9. 本人・家族等への相談体制の充実                   |
|   | 10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応           |
|   | 11. その他( )                           |

|                              |         |          |        |
|------------------------------|---------|----------|--------|
| 15) 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 |
|------------------------------|---------|----------|--------|

|  |      |      |
|--|------|------|
| 15)-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 |
|--|------|------|

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 16) 貴施設でこの患者に訪問看護を開始した時期 | 西暦( )年( )月頃 |
|--------------------------|-------------|

|                   |   |
|-------------------|---|
| 17) 在宅療養への移行前の居場所 | ※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。<br>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                         |

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| 17)-1「2. 病院」、「3. 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 |
|---|-----------|------------|

|                    |                      |       |       |
|--------------------|----------------------|-------|-------|
| 18) 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 |
|--------------------|----------------------|-------|-------|



19)-5【19)-4で「1.あり」と回答した場合】  
 複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算で提供した訪問看護の内容(直近1回の複数名の訪問)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| ① 保健師、助産師又は看護師と同行した職種<br>※○は1つ | 1.保健師・助産師・看護師      2.准看護師      3.作業療法士<br>4.精神保健福祉士      5.看護補助者 |
|--------------------------------|--|

② 複数名の訪問で提供した訪問看護の内容(直近の複数名の訪問)（令和4年10月分）  
 ※19)-1の【選択肢】より、あてはまる番号全て記入

1回目の訪問時： ※18)-3と同じであれば以下に“同じ”と記入ください。

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

2回目の訪問時： ※18)-5の2回目訪問時と同じであれば以下に“同じ”と記入ください。

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

3回目の訪問時： ※18)-5の3回目訪問時と同じであれば以下に“同じ”と記入ください。

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

③ 複数名訪問看護・指導加算又は複数名精神科訪問看護・指導加算の算定理由 ※あてはまるもの全てに○

1. 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
2. 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
3. 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
4. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
5. 患者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者  
 (在宅患者訪問看護・指導料の注7のハに規定する場合に限る。)
6. その他患者の状況等から判断して、上記1～5までのいずれかに準ずると認められる者  
 (在宅患者訪問看護・指導料の注7のハに規定する場合に限る。)

20) 訪問看護の加算等の状況(精神科を含む)（令和4年10月分）  
 ※あてはまるもの全てに○。「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<br>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(精神科含む)  |
| 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   |
| 14. 専門管理加算             |   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 21) 貴施設からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)   | 延訪問日数:( )日<br>延訪問回数:( )回  |   |
| 21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数   | 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 |
| 21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入                        | 3. あり → ( )回<br>(理由: )<br>(訪問時間: 分)<br>4. なし  |   |
| 21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入                         | 3. あり → ( )日<br>4. なし   |   |
| 22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月)<br>※移動時間は含まない  | 分   |   |
| 23) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎<br>※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4年10月) | 1. 保健師・助産師・看護師<br>2. 准看護師<br>3. 作業療法士<br>4. 精神保健福祉士                                 |   |
| 23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10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 |
| 24) 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(令和4年10月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択        | 3. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション)<br>→ 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他)<br>4. なし |   |
| 25) 当患者は訪問診療を受療していますか。(令和4年10月)  | 1. はい                      2. いいえ   |   |
| 25)-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   | 4. 専門医などの診察が必要<br>5. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能<br>6. その他( )                          |   |



26) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。

(令和4年10月)

※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)

※連携の頻度は、該当する頻度を1つ○

|                          | 連携の有無 | 連携の頻度                                     |  |
|--------------------------|-------|---|--|
| 1. 貴施設以外の医療機関との連絡・調整     |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 2. 薬局との連絡・調整             |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整 |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 4. 障害福祉関係者との連絡・調整        |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整 |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 6. 学校等との連絡・調整            |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 7. 患者に関する地域ケア会議への参加      |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 8. カンファレンス等への参加          |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 9. その他( )                |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |

質問は以上です。ご協力有難うございました。



|                                  |   |      |
|----------------------------------|---|------|
| ⑥ 医療機器等の保有台数                     | 1) 歯科用ユニット  | ( )台 |
|                                  | 2) 歯科用ポータブルユニット   | ( )台 |
|                                  | 3) 歯科用ポータブルエンジン(携帯用マイクロモーター)  | ( )台 |
|                                  | 4) 歯科用ポータブルバキューム  | ( )台 |
|                                  | 5) 歯科用ポータブルレントゲン  | ( )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 |
|                                  | 10) 口腔細菌定量分析装置  | ( )台 |
| ⑦ 施設基準(届出のあるもの)<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 在宅療養支援歯科診療所1<br>2. 在宅療養支援歯科診療所2<br>3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所<br>4. 歯科外来診療環境体制加算1<br>5. 歯科診療特別対応連携加算<br>6. 歯科疾患管理料の総合医療管理加算(注11に規定する)及び歯科治療時医療管理料<br>7. 歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算(注4に規定する)及び在宅患者歯科治療時医療管理料<br>8. 地域医療連携体制加算<br>9. 在宅歯科医療推進加算<br>10. 歯科訪問診療料の注13に規定する基準(歯訪診)<br>11. 上記のいずれもない |      |

次にご回答いただく設問については、⑦のご回答状況に応じて以下の通りご回答ください。

| ⑦のご回答状況  | 次にご回答いただく設問 |
|--|-------------|
| 質問⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」と回答した施設                         | ⑦-1(P3)     |
| 質問⑦で「2. 在宅療養支援歯科診療所2」と回答した施設                         | ⑦-1(P3)     |
| 質問⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」のいずれも選択していない施設 | ⑦-3(P4)     |
| 質問⑦で「8. 地域医療連携体制加算」を選択していない施設                        | ⑦-4(P5)     |
| 質問⑦で「9. 在宅歯科医療推進加算」を選択していない施設                        | ⑦-5(P5)     |
| 上記以外の施設  | ⑧(P5)       |

【質問⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」又は「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。】

⑦-1 貴施設が在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2であることで、貴施設及び患者・地域への利点となっていると考えるものをお答えください。※〇はいくつでも。うち、最もあてはまると考えるもの1つには◎

1. 地域における歯科訪問診療を円滑に行う体制が確保される
2. 地域において、高齢者の心身の特性を踏まえた歯科治療や、口腔機能の管理等に対応できる
3. 地域において、診療所や病院との連携が円滑に行える
4. ケアマネジャーとの連携等、医療・介護連携が円滑に行える
5. 貴施設の収益・経営面で有効である
6. その他( )

【質問⑦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。】

⑦-2 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〇。「5」を選択した場合は、その理由を記入してください。

1. 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計18回以上算定していないため
2. 過去1年間に、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議の参加、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力や、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ないため
3. 過去1年間に、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、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がないため
4. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
5. 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⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」のいずれも選択していない施設の方にお伺いします。】

⑦-3 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○を記入してください。「7」を選択した場合は、該当しない事項としてあてはまるものに○を記入してください。「10」を選択した場合は、その理由を記入してください。

1. 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計4回以上算定していないため
2. 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含むもの)、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていないため
3. 歯科衛生士が配置されていないため
4. 歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医の指定、及び、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等に関する患者又は家族への説明・文書による提供を実施していないため
5. 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保できていないため
6. 過去1年間における、在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定件数の実績が5回以上でないため

「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

7. 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の場合、以下の①～⑦のうち、いずれかに該当しないため。

「7」に○をつけた場合、該当しない項目に○をつけてください。

- ①過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けている
- ②直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定している
- 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る
- 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る
- 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回以上である
- ⑥歯科訪問診療において、抜歯手術の算定実績が20回以上である
- ⑦歯科訪問診療において、有床義歯を新製した回数、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回以上である(それぞれの算定実績は5回以上である)

8. 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を地方厚生(支)局長に報告できないため
9. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
10. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

理由

11. その他( )

【質問⑦で「8. 地域医療連携体制加算」を選択していない施設の方にお伺いします。】

⑦-4 地域医療連携体制加算を届出していない理由について、あてはまる選択肢をお選びください。

※あてはまる番号すべてに○。

1. 地域歯科診療支援病院との連携体制を確保していないため
2. 連携先の地域歯科診療支援病院が歯科訪問診療を行っていないため
3. 歯科訪問診療を行う体制が整備されている他の医療機関との連携体制を確保していないため
4. その他( )

【質問⑦で「9. 在宅歯科医療推進加算」を選択していない施設の方にお伺いします。】

⑦-5 在宅歯科医療推進加算を届出していない理由について、あてはまる選択肢をお選びください。

※あてはまる番号すべてに○。

1. 歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人未満であるため
2. 歯科訪問診療1の算定割合が、6割未満であるため
3. その他( )

【以降の設問については、個別に指定がある場合を除き、皆様ご回答ください。】

⑧ 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

1. 参加あり
2. 参加なし

⑨ 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用しているかお選びください。※○は1つだけ  
また、「1. ICTを活用している」を選んだ場合、活用しているICTを全てお選びください。

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○

- |                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| 11. メール                 | 12. 電子掲示板                   |
| 13. グループチャット            | 14. 汎用ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） |
| 15. 専用アプリ               | 16. 地域医療情報連携ネットワーク          |
| 17. 自院を中心とした専用の情報連携システム |                             |
| 18. その他(具体的に: )         |                             |

2. ICTを活用していない

※以下の設問についてのみ、令和4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4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3年10月～令和4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. 歯科訪問診療中に患者の急変等が発生した場合の対応に不安があるから  
8. 他機関・多職種との連携を構築することが難しいから  
9. 診療報酬上の評価が低いから  
10. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)

② 貴施設における令和3年10月～令和4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3年4月～6月、7月～9月、令和4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3年<br>4月～6月 | 令和3年<br>7月～9月 | 令和4年<br>4月～6月 | 令和4年<br>7月～9月 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1) 歯科外来患者総数(延べ人数)<br>※ 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)<br>※ 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<br>年頃) | 5. 不明 |
|---------|---------|---------|-------------------|-------|

⑤ 令和3年4月～6月、7月～9月と令和4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)、3) 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3年<br>4月～6月 | 令和3年<br>7月～9月 | 令和4年<br>4月～6月 | 令和4年<br>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) 1)のうち、定期的に歯科訪問診療を実施した患者総数(延べ人数) | ( )人          | ( )人          | ( )人          | ( )人          |
| 3) 歯科訪問診療を実施した患者数(実人数)             | ( )人          | ( )人          | ( )人          | ( )人          |
| 4) 3)のうち、定期的に歯科訪問診療を実施した患者数(実人数)   | ( )人          | ( )人          | ( )人          | ( )人          |

⑥ 令和4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4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 <sup>※1</sup>                      | ( )か所 |
| 3) 1)のうち 病院                                    | ( )か所 |
| 4) 1)のうち 介護保険施設 <sup>※2</sup>                  | ( )か所 |
| 5) 1)のうち 居住系高齢者施設 <sup>※3</sup>                | ( )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4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からの紹介患者                          | 介護保険施設等                   | ( )人 |
|  | 居宅介護支援事業所等                | ( )人 |
|  | その他(地域包括支援センター、在宅医療連携拠点等) | ( )人 |

⑨ 貴施設において、令和4年4月～令和4年9月に歯科のある(歯科を標榜している)病院への歯科訪問診療等の実施はありますか。

1. あり 2. なし

【⑨で「1.あり」の場合】

⑨-1 貴施設において、令和4年4月～令和4年9月に歯科のある(歯科を標榜している)病院への歯科訪問診療等の実施内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| 1. 周術期等口腔機能管理計画の策定        | 2. 周術期等口腔機能管理の実施   |
| 3. 口腔衛生指導                 | 4. 摂食機能療法          |
| 5. 口腔機能に係る指導管理・訓練         | 6. 歯周病検査、歯周基本治療    |
| 7. う蝕治療                   | 8. 抜髄、感染根管治療等の歯内療法 |
| 9. 抜歯                     | 10. 義歯製作           |
| 11. 義歯調整、有床義歯修理、有床義歯内面適合法 | 12. 栄養サポートチームへの参画  |
| 13. その他(具体的に: )           |                    |

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3年7月～9月と令和4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) |   | 令和3年<br>7月～9月 | 令和4年<br>7月～9月 |
|--|---|---------------|---------------|
| 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)<br>※同じ患者に2回診療した場合も「1人」   |   | ( )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          | ( )回          |
|  | 3)患者1人につき診療に要した時間が20分未満                                   | ( )回          | ( )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          | ( )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          | ( )回          |
|  | 6)患者1人につき診療に要した時間が20分未満                                   | ( )回          | ( )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          | ( )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          | ( )回          |
|  | 9)患者1人につき診療に要した時間が20分未満                                   | ( )回          | ( )回          |
| 10)【介護保険】居宅療養管理指導費(歯科医師)   |   | ( )回          | ( )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          | ( )人          |
| 12)【介護保険】居宅療養管理指導費(歯科衛生士等)   |   | ( )回          | ( )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          | ( )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、通信画像情報活用加算)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4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4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4年7月～9月の3か月間における通信画像情報活用加算の算定回数                             |           | ( )回    | ( )回    |         |

②-1 通信画像情報活用加算の算定回数の無い場合、その理由として、あてはまる選択肢をお選びください。  
※該当するもの全てに○

- 1. 実施予定はないため
- 2. 実施予定ではあるが、情報通信機器が用意できなかったため
- 3. 実施予定ではあるが、対象となる患者がいなかったため
- 4. 実施予定であり、対象となる患者もいたが、患者の状態により口腔内の状態等を撮影できなかったため
- 5. 実施はしたが、得られた情報を次回の歯科訪問診療に活用できず、算定できなかったため
- 6. その他( )

③ 在宅歯科医療において、ICT(情報通信技術)を用いた診療の実施状況についてご回答ください。※○は1つだけ  
また、「1. 実施あり」を選んだ場合、ICTを用いた診療の内容をすべてお選びください。

|   |   |
|---|---|
| 1. 実施あり   |   |
| <br>診療の内容<br>※あてはまる番号<br>すべてに○ | 11. 患者家族への助言等                      12. 処方<br>13. 口腔機能管理等の指導管理            14. 摂食嚥下障害の評価<br>15. 緊急時の対応                              16. 専門医との連携<br>17. その他(具体的に: _____) |
| 2. 実施なし   |   |

④ 令和4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 |
| 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  |                 |                 |

⑤ 令和4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 |
| 2) 有床義歯の清掃指導             | (            )回       | (            )回 | (            )回 |
| 3) 口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導 | (            )回       | (            )回 | (            )回 |

⑥ 令和4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在宅総合医療管理加算の算定の有無をお答えください。

|                      |       |       |
|----------------------|-------|-------|
| 1) 歯科疾患在宅療養管理料の算定の有無 | 1. あり | 2. なし |
| 2) 在宅総合医療管理加算の算定の有無  | 1. あり | 2. なし |

⑦ 令和4年7月～9月の3か月間の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及び患者の実人数についてお答えください。

|   |  |            |
|---|--|------------|
| <b>1)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</b>      |  |            |
| 摂食機能障害を有する患者                              |  | ( )回       |
| 口腔機能低下症を有する患者                             |  | ( )回       |
| その他の患者                                    |  | ( )回       |
| <b>2)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を行った患者の実人数</b> |  |            |
| 摂食機能障害を有する患者                              |  | ( )人       |
| 口腔機能低下症を有する患者                             |  | ( )人       |
| その他の患者                                    |  | ( )人       |
| <b>3)その他の患者としてどのような患者に実施しましたか。</b>        |  | 具体的に(自由記載) |

【質問⑦の1)で算定回数がいずれも「0(ゼロ)回」の施設の方にお伺いします。】

⑦-1 貴施設が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○

- 対象となる患者がいらないから
- 依頼がないから
- 患者・家族等の同意を得ることが難しいから
- 口腔リハビリテーション指導・管理を行う上で、急変時の対応に不安があるから
- 患者の特性を踏まえた口腔リハビリテーション指導・管理の知識・技術が十分でないと感じるから
- 実施に必要な医療機器等を整備していないから
- 実施に必要な人員体制が不足しているから
- 算定方法がわからないから
- 介護保険の(介護予防)居宅療養管理指導費が算定されているから
- その他(具体的に: )

⑧ 令和4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の有無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の算定の有無 | 1. 算定あり | 2. 算定なし |
| 2)栄養サポートチーム等連携加算2の算定の有無 | 1. 算定あり | 2. 算定なし |

【質問⑧の1)、2)ともに「2. 算定なし」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑧-1 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

- 依頼がないため実施していない
- 依頼があったとしても実施しない
- 実施しているが算定できない

【質問⑧の2)で栄養サポートチーム等連携加算2が「1.算定あり」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑧-2 栄養サポートチーム等連携加算2を算定した場合の訪問先をご記入ください。※○はあてはまる番号すべてに○

- 介護保険施設
- 居住系高齢者施設
- その他(具体的に: )

⑨ 令和4年7月～9月の3か月間の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及び患者の実人数についてお答えください。

| 1)小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数      |            |
|--------------------------------------|------------|
| 15歳未満の患者                             | ( )回       |
| 15歳以上から18歳未満の患者                      | ( )回       |
| 18歳以上で継続的な管理が必要な患者                   | ( )回       |
| その他の患者                               | ( )回       |
| 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を行った患者の実人数 |            |
| 15歳未満の患者                             | ( )人       |
| 15歳以上から18歳未満の患者                      | ( )人       |
| 18歳以上で継続的な管理が必要な患者                   | ( )人       |
| その他の患者                               | ( )人       |
| 3)その他の患者としてどのような患者に実施しましたか。          | 具体的に(自由記載) |

【質問⑨の1)で算定回数がいずれも「0(ゼロ)回」の施設の方にお伺いします。】

⑨-1 貴施設が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. 依頼がないから
3. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから
4. 口腔リハビリテーション指導・管理を行う上で、急変時の対応に不安があるから
5. 患者の特性を踏まえた口腔リハビリテーション指導・管理の知識・技術が十分でないと感じるから
6. 実施に必要な医療機器等を整備していないから
7. 実施に必要な人員体制が不足しているから
8. 算定方法がわからないから
9. 介護保険の(介護予防)居宅療養管理指導費が算定されているから
10. その他(具体的に: )

⑩ 令和4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の有無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の算定の有無 | 1. 算定あり | 2. 算定なし |
|---------------------------|---------|---------|

【質問⑩の1)で「1.算定あり」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑩-1 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にお答えください。※○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（ )

|                           |         |         |
|---------------------------|---------|---------|
| 2)小児栄養サポートチーム等連携加算2の算定の有無 | 1. 算定あり | 2. 算定なし |
|---------------------------|---------|---------|

【質問⑩の2)で「1.算定あり」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑩-2 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にお答えください。※○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（ )

【質問⑩1)、2)ともに「2.算定なし」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑩-3 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. 依頼がないため実施していない
- 2. 依頼があったが実施できなかった（理由： )
- 3. 実施しているが算定できない（理由： )

⑪ 令和4年7月～9月の3か月間における口腔機能管理料の算定の有無及び患者の実人数についてお答えください。

|                      |               |         |         |
|----------------------|---------------|---------|---------|
| 1) 口腔機能管理料の算定の有無     | 50歳以上65歳未満の患者 | 1. 算定あり | 2. 算定なし |
|                      | 65歳以上の患者      | 1. 算定あり | 2. 算定なし |
| 2) 口腔機能管理料を行った患者の実人数 | 50歳以上65歳未満の患者 | （ )人    |         |
|                      | 65歳以上の患者      | （ )人    |         |

⑫ 令和4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

⑬ 令和4年7月～9月の3か月間における口腔細菌定量検査の算定回数をお答えください。 ( )回

4. 貴施設における、他の医療機関等との連携状況についてお伺いします。

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

1. あり 2. なし

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

【①で「1.あり」の場合】

②連携医療機関の数、および当該医療機関と連携している理由

※1～4の種別ごとに施設数を記入。

1施設以上ある場合は、連携理由として多くの施設にあてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び、記入。

|     |                                 |       |  |  |  |
|-----|---------------------------------|-------|--|--|--|
| 病院  | 1. 地域歯科診療支援病院                   | ( )施設 |  |  |  |
|     | 2. 地域歯科診療支援病院以外の歯科に係る診療科を標榜する病院 | ( )施設 |  |  |  |
| 診療所 | 3. 在宅療養支援歯科診療所                  | ( )施設 |  |  |  |
|     | 4. 上記以外の歯科診療所                   | ( )施設 |  |  |  |

選択肢からあてはまる番号を記入

【選択肢】

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

【①で「1.あり」の場合】

③貴施設が歯科訪問診療において後方支援機能を有する歯科医療機関と連携する際、考えられる連携内容及び連携の実績として、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○

③-1 考えられる連携内容

1. 緊急時の対応
2. 歯科治療は自院で継続するが、観血的処置等、全身的な管理が必要となった場合の歯科治療
3. 患者の基礎疾患等の状態が悪化した場合、以降の歯科治療
4. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応(主に小児や医療的ケア児を対象としたもの)
5. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応(主に高齢者を対象としたもの)
6. 摂食機能療法が必要となった場合の対応
7. 栄養サポートチームによる介入が必要となった場合の対応
8. その他(具体的に: )

③-2 連携の実績(実際に行ったことのある連携内容)

1. 緊急時の対応
2. 歯科治療は自院で継続するが、観血的処置等、全身的な管理が必要となった場合の歯科治療
3. 患者の基礎疾患等の状態が悪化した場合、以降の歯科治療
4. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応(主に小児や医療的ケア児を対象としたもの)
5. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応(主に高齢者を対象としたもの)
6. 摂食機能療法が必要となった場合の対応
7. 栄養サポートチームによる介入が必要となった場合の対応
8. その他(具体的に: )

【①で「2.なし」の場合】

④連携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○

1. 近隣に歯科医療機関がないため
2. 近隣に歯科医療機関はあるが、連携したい歯科診療に対応していないため
3. 近隣に歯科医療機関はあるが、歯科訪問診療を行っていないため
4. 連携に強い必要性を感じないため
5. その他( )

⑤貴施設では、在宅歯科医療の提供にあたり、連携している医科医療機関はありますか。また、ある場合、当該医療機関と連携している理由であてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び記入してください。

※1施設以上ある場合は、連携理由として多くの施設にあてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び、記入。

|     |       |       |  |  |  |
|-----|-------|-------|--|--|--|
| 病院  | 1. あり | 2. なし |  |  |  |
| 診療所 | 1. あり | 2. なし |  |  |  |

選択肢からあてはまる番号を記入

【選択肢】

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 従来からの知り合いの医療機関・医師であるため</li> <li>3. 高度・先進の医療機器・設備を有しているため</li> <li>5. 貴施設での対応が困難な疾患・診療科への対応が可能のため</li> <li>6. 特段の理由はない</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 貴施設の近隣にあるため</li> <li>4. 専門医・認定医を有するなど技術等への信頼があるため</li> <li>7. その他</li> </ol> |
|--|--|



| ⑥ 令和4年7月～9月の3か月間について、 <b>医科医療機関(病院・診療所)</b> との連携状況をご記入ください。 |             |             |
|---|-------------|-------------|
|   | 病院          | 診療所         |
| 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 | 1. あり 2. なし |
| <b>2) 医科医療機関からの患者(歯科訪問診療)紹介</b>                             | 1. あり 2. なし | 1. あり 2. なし |
| 3) 医科医療機関への歯科訪問診療等※1の実施                                     | 1. あり 2. なし | 1. あり 2. なし |
| 4) 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 | 1. あり 2. なし |
| 5) 医科医療機関での栄養サポートチーム等への参加                                   | 1. あり 2. なし | 1. あり 2. なし |
| 6) 医科医療機関での退院時共同指導の実施 <b>(ビデオ通話での参加)</b>                    | 1. あり 2. なし | 1. あり 2. なし |
| 7) 医科医療機関での退院時共同指導の実施 <b>(ビデオ通話以外での参加)</b>                  | 1. あり 2. なし | 1. あり 2. なし |
| 8) 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 | 1. あり 2. なし |
| 9) 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 | 1. あり 2. なし |
| 10) 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 | 1. あり 2. なし |
| <b>11) 医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療等※1の実施(訪問診療先に一緒に訪問する等)</b>         | 1. あり 2. なし | 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。

**【⑥ 9)で「1. あり」の場合】**

**⑥-1 診療内容をお答えください。(自由記載)**

**【⑥ですべて「2. なし」の場合】**

**⑥-2 連携していない理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○**

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

**⑦ 医科医療機関からの文書による診療情報提供は、昨年同時期に比べ増えましたか。**

- 1. はい
- 2. いいえ

| ⑧ 令和4年7月～9月の3か月間について、 <b>歯科医療機関（病院・診療所）</b> との連携状況をご記入ください。            |             |             |
|--|-------------|-------------|
|  | 病院          | 診療所         |
| 1) 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 | 1. あり 2. なし |
| 2) 歯科医療機関からの患者（外来診療）紹介   | 1. あり 2. なし | 1. あり 2. なし |
| 3) 歯科医療機関からの歯科訪問診療等 <sup>※1</sup> の依頼                                  | 1. あり 2. なし | 1. あり 2. なし |
| 4) 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 | 1. あり 2. なし |
| 5) 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. あり 2. なし |
| 6) 他の歯科医療機関との合同での歯科訪問診療の実施（自施設での算定がないケースを含め、 <b>歯科訪問診療先に一緒に訪問する等</b> ） | 1. あり 2. なし | 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。

**【⑧ 6)で「1. あり」の場合】**

⑧-1 他の歯科医療機関との合同での歯科訪問診療の内容をお答えください（研修等を目的とした同行を除く）。

※あてはまる番号すべてに○

|                                     |
|-------------------------------------|
| 1. モニター管理下等での歯科治療                   |
| 2. 口腔機能に係る指導管理（主に小児や医療的ケア児を対象としたもの） |
| 3. 口腔機能に係る指導管理（主に高齢者を対象としたもの）       |
| 4. 摂食機能療法                           |
| 5. 栄養サポートチームによる介入                   |
| 6. その他（具体的に _____ ）                 |

⑨ 保険薬局の薬剤師と情報共有・連携を行うことがありますか。

※○は1つだけ

|                  |
|------------------|
| 1. ある      2. ない |
|------------------|

⑩ 保険薬局の薬剤師に期待することをご記入ください。

|  |                       |
|--|-----------------------|
| 1) 歯科診療に伴いあらかじめ服用を中止する必要がある薬剤（抗凝固薬、ビスホスホネート等）について情報提供        | 1. 期待する      2. 期待しない |
| 2) 薬剤による副作用等により口渇が発現し口腔内の衛生状態が悪化する可能性がある場合、口渇等の薬の副作用に関する情報提供 | 1. 期待する      2. 期待しない |
| 3) 嚥下困難患者の製剤工夫について、主治医及び歯科医師へ処方提案                            | 1. 期待する      2. 期待しない |
| 4) 医科処方薬と歯科処方薬の間の相互作用（血圧降下剤と抗真菌薬等）について、主治医及び歯科医師への情報提供と処方提案  | 1. 期待する      2. 期待しない |
| 5) 疼痛評価  | 1. 期待する      2. 期待しない |
| 6) その他（具体的に: _____ ）   | 1. 期待する      2. 期待しない |

| ⑪ 令和4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※1への歯科訪問診療等※2  | 1. あり | 2. なし |
| 2) 居住系高齢者施設※3への歯科訪問診療等※2  | 1. あり | 2. なし |
| 3) その他の施設への歯科訪問診療等※2  | 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)※4                                  | 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<br>(※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<br>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 「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。

※2 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。

※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。

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

| ⑫ 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。<br>※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. 特にやっている取組はない  |  |

| ⑬ 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   |                    |

⑭ 貴施設が関わっている保健事業について、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. 妊産婦や乳幼児に対する歯科健診・歯科保健指導
2. 学校歯科健診や学校における歯科保健指導
3. 歯周病検診等の地域住民を対象とした歯科健診・歯科保健指導
4. 企業等における歯科健診・歯科保健指導
5. 後期高齢者に対する歯科健診やフレイル対策等の高齢者の保健事業への参画
6. 介護予防の通いの場等における口腔保健指導（歯科衛生士を派遣する場合を含む）
7. 介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診・歯科保健指導
8. 福祉型障害児入所施設又は医療型障害児入所施設における歯科健診・歯科保健指導
9. 上記以外の自治体を実施する保健事業
10. 特に関わっている保健事業はない

4. 歯科訪問診療の場面における、新型コロナウイルス感染拡大の影響についてお伺いします。

①では新型コロナウイルス感染症の患者への歯科訪問診療の有無、②では新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、歯科訪問診療を行う場合に実施した対策について、お伺いします。

| ① 令和4年4月～6月、7月～9月の各3か月間の新型コロナウイルス感染症患者への歯科訪問診療の訪問先別の実施の有無についてご回答ください。  |  |                 |
|--|--|-----------------|
|  | 令和4年<br>4月～6月  | 令和4年<br>7月～9月   |
| 1) 病院  | 1. 実施あり 2. 実施なし  | 1. 実施あり 2. 実施なし |
| 2) 宿泊療養先   | 1. 実施あり 2. 実施なし  | 1. 実施あり 2. 実施なし |
| 3) 自宅  | 1. 実施あり 2. 実施なし  | 1. 実施あり 2. 実施なし |
| 4) その他<br>(具体的に: _____ )   | 1. 実施あり 2. 実施なし  | 1. 実施あり 2. 実施なし |
| 【①のいずれかで1つでも「1. 実施あり」を選択した場合】  |  |                 |
| ②令和4年4月～9月の6か月間の新型コロナウイルス感染症患者への歯科訪問診療において、情報通信機器を用いた診療の実績の有無についてご回答ください。  |  |                 |
| 1. 実施あり 2. 実施なし  |  |                 |
| ③新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、貴施設が歯科訪問診療を行う際に実施した対策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4年4月～6月  | 令和4年7月～9月  |                 |
| 1. 歯科訪問診療をとりやめた<br>2. 予約患者数を減らした<br>3. 継続的に治療が必要な患者に限定した<br>4. 診療時間を短縮した<br>5. 診療内容を変更した<br>6. 新規の患者の受入を制限した<br>7. 使用する感染防護具を増やした<br>8. 患者と今後の診療について話し合った<br>9. その他(具体的に: _____ )<br>10. 特に実施した対策はない | 1. 歯科訪問診療をとりやめた<br>2. 予約患者数を減らした<br>3. 継続的に治療が必要な患者に限定した<br>4. 診療時間を短縮した<br>5. 診療内容を変更した<br>6. 新規の患者の受入を制限した<br>7. 使用する感染防護具を増やした<br>8. 患者と今後の診療について話し合った<br>9. その他(具体的に: _____ )<br>10. 特に実施した対策はない |                 |



|   |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
|---|---|--------------------------|----------------|-----------|------------|-------------|----------|-------------|--------------|-----------|----------------------|----------|--|-------------------|--------------|--------------------------|--|------------------------|--------------------|--|--|--------|------------|--------|----------------|----------|----------|----------|--|---------|-------------------|--|--|-------------------------|--------------------------|--|--|----------------|--|--|--|
| <p>⑬ 患者宅を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br/>※移動時間は貴施設から患者までの片道時間をお書きください。<br/>※〇は1つだけ</p>   | <p>1. 徒歩のみ →( )分<br/>2. 徒歩+バス・電車等の公共交通 →( )分<br/>3. 自動車 →( )分<br/>4. その他(具体的に )</p> |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <p>⑭ 算定した歯科訪問診療料の種類</p>   | <p>1. 歯科訪問診療1      2. 歯科訪問診療2      3. 歯科訪問診療3</p>                                   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <p>⑮ 歯科訪問診療時の体制</p>   | <p>1. 歯科医師   2. 歯科衛生士   3. 歯科技工士   4. 歯科助手   5. その他( )</p>                          |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <p>⑯ 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>  |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>1. 口腔内診査・症状確認</td> <td>2. 口腔衛生指導</td> <td>3. 口腔機能管理</td> <td>4. 機械的歯面清掃</td> </tr> <tr> <td>5. フッ化物歯面塗布</td> <td>6. 歯周病検査</td> <td>7. 口腔細菌定量検査</td> <td>8. 口腔機能に係る検査</td> </tr> <tr> <td>9. スケーリング</td> <td>10. スケーリング・ルートプレーニング</td> <td>11. 咬合調整</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. う蝕処置(12~15以外)</td> <td>13. 歯冠修復(充填)</td> <td>14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)</td> <td>16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17. 抜髄</td> <td>18. 感染根管治療</td> <td>19. 抜歯</td> <td>20. 欠損補綴(ブリッジ)</td> </tr> <tr> <td>21. 義歯製作</td> <td>22. 義歯調整</td> <td>23. 義歯修理</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24. 床裏装</td> <td>25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション</td> <td>27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28. その他(具体的に )</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   | 1. 口腔内診査・症状確認            | 2. 口腔衛生指導      | 3. 口腔機能管理 | 4. 機械的歯面清掃 | 5. フッ化物歯面塗布 | 6. 歯周病検査 | 7. 口腔細菌定量検査 | 8. 口腔機能に係る検査 | 9. スケーリング | 10. スケーリング・ルートプレーニング | 11. 咬合調整 |  | 12. う蝕処置(12~15以外) | 13. 歯冠修復(充填) | 14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠) |  | 15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC) | 16. 歯冠修復(CAD/CAM冠) |  |  | 17. 抜髄 | 18. 感染根管治療 | 19. 抜歯 | 20. 欠損補綴(ブリッジ) | 21. 義歯製作 | 22. 義歯調整 | 23. 義歯修理 |  | 24. 床裏装 | 25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 |  |  | 26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション | 27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション |  |  | 28. その他(具体的に ) |  |  |  |
| 1. 口腔内診査・症状確認   | 2. 口腔衛生指導   | 3. 口腔機能管理                | 4. 機械的歯面清掃     |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 5. フッ化物歯面塗布   | 6. 歯周病検査  | 7. 口腔細菌定量検査              | 8. 口腔機能に係る検査   |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 9. スケーリング   | 10. スケーリング・ルートプレーニング  | 11. 咬合調整                 |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 12. う蝕処置(12~15以外)   | 13. 歯冠修復(充填)  | 14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠) |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)  | 16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)  |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 17. 抜髄  | 18. 感染根管治療  | 19. 抜歯                   | 20. 欠損補綴(ブリッジ) |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 21. 義歯製作  | 22. 義歯調整  | 23. 義歯修理                 |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 24. 床裏装   | 25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション   | 27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション  |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 28. その他(具体的に )  |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <p>⑰ 令和4年7月~9月の3か月間に、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容について、あてはまる選択肢をお選びください。<br/>※あてはまる番号すべてに○</p>  |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <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. その他( )</p>   |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <p>⑱ 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>   |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>1. 口腔内診査・症状確認</td> <td>2. 口腔衛生指導</td> <td>3. 口腔機能管理</td> <td>4. 機械的歯面清掃</td> </tr> <tr> <td>5. フッ化物歯面塗布</td> <td>6. 歯周病検査</td> <td>7. 口腔細菌定量検査</td> <td>8. 口腔機能に係る検査</td> </tr> <tr> <td>9. スケーリング</td> <td>10. スケーリング・ルートプレーニング</td> <td>11. 咬合調整</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. う蝕処置(12~15以外)</td> <td>13. 歯冠修復(充填)</td> <td>14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)</td> <td>16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17. 抜髄</td> <td>18. 感染根管治療</td> <td>19. 抜歯</td> <td>20. 欠損補綴(ブリッジ)</td> </tr> <tr> <td>21. 義歯製作</td> <td>22. 義歯調整</td> <td>23. 義歯修理</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24. 床裏装</td> <td>25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション</td> <td>27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28. その他(具体的に )</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   | 1. 口腔内診査・症状確認            | 2. 口腔衛生指導      | 3. 口腔機能管理 | 4. 機械的歯面清掃 | 5. フッ化物歯面塗布 | 6. 歯周病検査 | 7. 口腔細菌定量検査 | 8. 口腔機能に係る検査 | 9. スケーリング | 10. スケーリング・ルートプレーニング | 11. 咬合調整 |  | 12. う蝕処置(12~15以外) | 13. 歯冠修復(充填) | 14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠) |  | 15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC) | 16. 歯冠修復(CAD/CAM冠) |  |  | 17. 抜髄 | 18. 感染根管治療 | 19. 抜歯 | 20. 欠損補綴(ブリッジ) | 21. 義歯製作 | 22. 義歯調整 | 23. 義歯修理 |  | 24. 床裏装 | 25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 |  |  | 26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション | 27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション |  |  | 28. その他(具体的に ) |  |  |  |
| 1. 口腔内診査・症状確認   | 2. 口腔衛生指導   | 3. 口腔機能管理                | 4. 機械的歯面清掃     |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 5. フッ化物歯面塗布   | 6. 歯周病検査  | 7. 口腔細菌定量検査              | 8. 口腔機能に係る検査   |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 9. スケーリング   | 10. スケーリング・ルートプレーニング  | 11. 咬合調整                 |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 12. う蝕処置(12~15以外)   | 13. 歯冠修復(充填)  | 14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠) |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)  | 16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)  |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 17. 抜髄  | 18. 感染根管治療  | 19. 抜歯                   | 20. 欠損補綴(ブリッジ) |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 21. 義歯製作  | 22. 義歯調整  | 23. 義歯修理                 |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 24. 床裏装   | 25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション   | 27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション  |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| 28. その他(具体的に )  |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <p>⑲ 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>  |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |
| <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<br/>5. 食事量・食形態等の改善      6. その他(具体的に: )</p>   |   |                          |                |           |            |             |          |             |              |           |                      |          |  |                   |              |                          |  |                        |                    |  |  |        |            |        |                |          |          |          |  |         |                   |  |  |                         |                          |  |  |                |  |  |  |





|  |   |
|--|---|
| <p>⑬ 患者宅を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br/>※移動時間は貴施設から患者までの片道時間をお書きください。<br/>※○は1つだけ</p>  | <p>1. 徒歩のみ →( )分<br/>2. 徒歩+バス・電車等の公共交通 →( )分<br/>3. 自動車 →( )分<br/>4. その他(具体的に )</p> |
| <p>⑭ 算定した歯科訪問診療料の種類</p>  | <p>1. 歯科訪問診療1      2. 歯科訪問診療2      3. 歯科訪問診療3</p>                                   |
| <p>⑮ 歯科訪問診療時の体制</p>  | <p>1. 歯科医師   2. 歯科衛生士   3. 歯科技工士   4. 歯科助手   5. その他( )</p>                          |
| <p>⑯ 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>   |   |
| <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<br/>5. フッ化物歯面塗布      6. 歯周病検査      7. 口腔細菌定量検査      8. 口腔機能に係る検査<br/>9. スケーリング      10. スケーリング・ルートプレーニング      11. 咬合調整<br/>12. う蝕処置(12~15以外)      13. 歯冠修復(充填)      14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)<br/>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)<br/>17. 抜髄      18. 感染根管治療      19. 抜歯      20. 欠損補綴(ブリッジ)<br/>21. 義歯製作      22. 義歯調整      23. 義歯修理<br/>24. 床裏装      25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置<br/>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション<br/>28. その他(具体的に )</p> |   |
| <p>⑰ 令和4年7月~9月の3か月間に、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容について、あてはまる選択肢をお選びください。<br/>※あてはまる番号すべてに○</p>   |   |
| <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. その他( )</p>  |   |
| <p>⑱ 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>  |   |
| <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<br/>5. フッ化物歯面塗布      6. 歯周病検査      7. 口腔細菌定量検査      8. 口腔機能に係る検査<br/>9. スケーリング      10. スケーリング・ルートプレーニング      11. 咬合調整<br/>12. う蝕処置(12~15以外)      13. 歯冠修復(充填)      14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)<br/>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)<br/>17. 抜髄      18. 感染根管治療      19. 抜歯      20. 欠損補綴(ブリッジ)<br/>21. 義歯製作      22. 義歯調整      23. 義歯修理<br/>24. 床裏装      25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置<br/>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション<br/>28. その他(具体的に )</p> |   |
| <p>⑲ 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>   |   |
| <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<br/>5. 食事量・食形態等の改善      6. その他(具体的に )</p>   |   |

質問は以上です。ご協力有難うございました。

**令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)**  
**在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査**

**保険薬局票**


※令和4年度診療報酬改定において、在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に応じた評価の見直しが行われました。この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、改定に係る影響や訪問の実施状況、連携状況等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年11月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴薬局の状況についてお伺いします(令和4年11月1日現在)。

|   |  |               |                |
|---|--|---------------|----------------|
| ① 所在地(都道府県)   | ( ) 都・道・府・県  |               |                |
| ② 開設者   | 1. 法人 ⇒ ( 11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他 )<br>2. 個人 ※法人の場合は、法人の形態等にも○   |               |                |
| ③ 同一グループ(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等による薬局数                                   | ( ) 店舗 ※ 当該店舗を含めてお答えください。  |               |                |
| ④ 開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。  | 西暦 ( ) 年   |               |                |
| ⑤ 貴薬局は、チェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つだけ                                     | 1. はい 2. いいえ   |               |                |
| ⑥ 貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※○は1つだけ   | 1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局<br>2. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局<br>3. 同一敷地内にある病院の処方箋を応需している薬局<br>4. 同一敷地内にある診療所の処方箋を応需している薬局<br>5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関(いわゆる医療モールやビル診療所など)の処方箋を応需している薬局<br>6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局<br>7. その他(具体的に: ) |               |                |
| ⑦ 貴薬局はどのような場所に立地していますか。 ※最もよく当てはまるものを一つ○  | 1. 医療機関の近隣にある 2. 住宅街にある<br>3. 駅前にある 4. 商店街にある 5. オフィス街にある<br>6. 大型商業施設(スーパー・デパート)の中にある 7. 医療モールのなかにある<br>8. 医療機関の敷地内にある 9. ビル診療所と同じ建物内にある<br>10. その他(具体的に: )   |               |                |
| ⑧ 貴薬局が、在宅患者の処方箋を受けている医療機関はいくつありますか。   | ( ) 施設   |               |                |
| ⑧-1 上記⑧で回答した医療機関のうち、最も多く処方箋を受け付けた医療機関の情報  |  |               |                |
| 1) 診療所・病院の別 ※○は1つだけ   | 1. 診療所   | 2. 病院         |                |
| 2) 在宅療養支援病院・診療所の届出区分 ※○は1つだけ  |  |               |                |
| 1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型)   | 2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所(連携型)  |               |                |
| 3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所  | 4. 在宅療養支援病院・診療所ではない  |               |                |
| 5. 不明   |  |               |                |
| 3) 診療科 ※あてはまる番号すべてに○  |  |               |                |
| 1. 内科※ <sup>1</sup>   | 2. 外科※ <sup>2</sup>  | 3. 精神科        | 4. 小児科         |
| 5. 皮膚科  | 6. 泌尿器科  | 7. 産婦人科・産科    | 8. 眼科          |
| 9. 耳鼻咽喉科  | 10. 放射線科   | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |
| 13. 麻酔科   | 14. 救急科  | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |
| 17. その他(具体的に: )   |  |               |                |
| ※1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1. 内科」としてご回答 |  |               |                |
| ※2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」としてご回答                         |  |               |                |
| 4) 【「⑧-1」の1)で「1. 診療所」と回答した場合】   | ( )  |               |                |
| 上記3)で○をつけた診療科のうち、主たる診療科 ※選択肢の番号を1つ記入  | ( )  |               |                |

|  |   |   |               |
|--|---|---|---------------|
| ⑨ 応需医療機関数(令和4年5月～10月の月平均値)   |   | ( ) 施設  |               |
| ⑩ 貴薬局の売上高に占める保険調剤<br>売上の割合 ※令和3年度決算  |   | 約 ( ) % ※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみ<br>である場合は 100%とご記入ください。 |               |
| ⑪ 保険調剤に係る医薬品の備蓄品目数   |   | ( ) 品目  |               |
| ⑫ 一般用医薬品(OTC 医薬品)の備蓄品目数 ※要指導医薬品を含む   |   | ( ) 品目  |               |
| ⑬ パーテーション等により患者のプライバシーが確保され、<br>且つ、座って服薬指導が受けられる設備の有無 ※○は1つだけ  |   | 1. 設備あり   | 2. 設備なし       |
| ⑭ 高度管理医療機器等の販売業の許可の有無 ※○は1つだけ  |   | 1. 許可あり   | 2. 許可なし       |
| ⑮ 高度管理医療機器等の貸与業の許可の有無 ※○は1つだけ  |   | 1. 許可あり   | 2. 許可なし       |
| ⑯ 電子版お薬手帳の導入有無 ※○は1つだけ   |   | 1. 導入済み   | 2. 未導入        |
| ⑰ オンライン資格確認についての対応システムの稼働状況 ※○は1つだけ  |   | 1. 既に稼働している   | 2. これから稼働予定   |
| ⑱ 令和4年度の調剤基本料<br>の届出状況<br>※○は1つだけ  | 1. 調剤基本料 1 (42 点)   | 2. 調剤基本料 2 (26 点)                                       |               |
|  | 3. 調剤基本料 3 イ (21 点)   | 4. 調剤基本料 3 ロ (16 点)                                     |               |
|  | 5. 調剤基本料 3 ハ (32 点)   | 6. 特別調剤基本料 (9 点)  |               |
| ⑩-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)   |   | ( ) 回/月   |               |
| ⑲ 貴薬局において、他の薬局や医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用しているかお選びください。 ※○は1つだけ<br>また、「1. ICTを活用している」を選んだ場合、活用している ICT を全てお選びください。 |   |   |               |
| 1. ICT を活用している   |   |   |               |
|  活用している<br>ICT<br>※あてはまる<br>番号すべて<br>に○                              | 11. メール                      12. 電子掲示板                      13. グループチャット<br>14. ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)                      15. 地域医療情報連携ネットワーク※<br>16. 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム<br>17. その他(具体的に: ( ) )<br>※地域において病診連携など、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 |   |               |
|  | 2. ICT は活用していない   |   |               |
| ⑳ 貴薬局の認定等の状況<br>※認定等されているもの全てに○  |   | 1. 地域連携薬局   | 2. 専門医療機関連携薬局 |
|  |   | 3. 健康サポート薬局   |               |

2. 加算等の届出の状況についてお伺いします。(令和4年11月1日現在)

|   |          |           |
|---|----------|-----------|
| ① 在宅患者調剤加算の届出状況 ※○は1つだけ   | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ② 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況 ※○は1つだけ                                    | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ③ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況 ※○は1つだけ  | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ④ 地域支援体制加算の届出状況 ※○は1つだけ   | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ⑤ 連携強化加算の届出状況 ※○は1つだけ   | 1. 届出あり  | 2. 届出なし   |
| ⑥ 貴薬局では麻薬小売業者の免許を取得していますか。 ※○は1つだけ                                  |          |           |
| 1. 取得している→ (⑥-1へ)                      2. 取得していない→ (3. 貴薬局の体制についてへ) |          |           |
| ⑥-1 貴薬局の麻薬調剤の実績 (過去6か月)   |          |           |
| 5月 ( ) 件  | 6月 ( ) 件 | 7月 ( ) 件  |
| 8月 ( ) 件  | 9月 ( ) 件 | 10月 ( ) 件 |

3. 貴薬局の体制についてお伺いします(令和4年11月1日現在)。

|  |             |   |   |   |   |
|--|-------------|---|---|---|---|
| ① 在宅対応の有無をご回答ください。 ※〇は1つだけ   |             | 1. 在宅対応あり   |   | 2. 在宅対応なし   |   |
| ②-1 令和4年10月1か月間における在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定件数等について単一の建物において訪問した患者数別に、ご記入ください。            |             |   |   |   |   |
|  |             | 単一の建物において訪問した患者数  |   |   | 医療的ケア児※<br>(18歳未満の者)  |
|  |             | 1人  | 2~9人  | 10人以上   |   |
| 1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)の算定件数  |             | ( )件  | ( )件  | ( )件  | ( )件  |
| 1)-①説明対象と平均滞在時間<br>※平均滞在時間:<br>1回の訪問で複数患者の対応をした場合は全患者の訪問時間合計を算定件数(患者数)で割って1件当たりの時間を記入してください。 | 主な説明対象が患者   | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  |
|  | 主な説明対象が家族   | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  |
|  | 主な説明対象が施設職員 | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  | 算定件数<br>( )件<br>平均滞在時間<br>( )分/件  |
| 1)-②訪問頻度   |             | 1. 4週に1回未満<br>( )人<br>2. 4週に1回<br>( )人<br>3. 3週に1回<br>( )人<br>4. 2週に1回<br>( )人<br>5. 週に1回<br>( )人<br>6. 週に2回以上<br>( )人<br>→②4)も回答                       | 1. 4週に1回未満<br>( )人<br>2. 4週に1回<br>( )人<br>3. 3週に1回<br>( )人<br>4. 2週に1回<br>( )人<br>5. 週に1回<br>( )人<br>6. 週に2回以上<br>( )人<br>→②4)も回答                       | 1. 4週に1回未満<br>( )人<br>2. 4週に1回<br>( )人<br>3. 3週に1回<br>( )人<br>4. 2週に1回<br>( )人<br>5. 週に1回<br>( )人<br>6. 週に2回以上<br>( )人<br>→②4)も回答                       | 1. 4週に1回未満<br>( )人<br>2. 4週に1回<br>( )人<br>3. 3週に1回<br>( )人<br>4. 2週に1回<br>( )人<br>5. 週に1回<br>( )人<br>6. 週に2回以上<br>( )人<br>→②4)も回答                       |
| 1)-③主なフォローアップの手段<br>※〇は1つだけ  |             | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に : )  | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に : )  | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に : )  | 1. 電話<br>2. メール<br>3. ビデオ電話<br>4. チャット<br>5. 対面<br>6. その他(具体的に : )  |
| 1)-④フォローアップの内容<br>※あてはまる番号すべてに〇  |             | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に : ) | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に : ) | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に : ) | 1. 服薬不良の患者への服薬支援<br>2. 薬剤の効果確認<br>3. 副作用の確認<br>4. 外用剤(注射・吸入など)の適正使用の確認<br>5. 処方医への情報提供<br>6. 高度管理医療機器(持続注入ポンプ等)の使用・管理<br>7. 薬剤に対する不安<br>8. その他(具体的に : ) |
| ※医療的ケア児：児童福祉法(昭和22年法律第164号)第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者                                      |             |   |   |   |   |
| 2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(医療保険)の算定件数(緊コA及び緊コB※を除く)  |             | ( )件  | ( )件  | ( )件  | ( )件  |
| 3) 居宅療養管理指導費(介護保険)の算定件数  |             | ( )件  | ( )件  | ( )件  | —   |

※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63)(令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課 事務連絡)



|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 緊急の場合 | ③主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急訪問薬剤管理指導の実施はありますか ※一つだけ○       |       |
|       | 1. ある   | 2. ない |
|       | 【③で「1ある」と回答した場合】④主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急訪問薬剤管理指導を行った理由 |       |
|       | 理由： ( )   |       |

**5. 他職種との連携についてお伺いします。**

|  |              |                                  |                  |   |
|--|--------------|----------------------------------|------------------|---|
| ①医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問することがありますか。 ※○は一つだけ  |              |                                  |                  |   |
| 1. ある  |              | 2. ない                            |                  |   |
| <b>【①で「1.ある」と回答した場合、下記②～⑤を回答】</b>  |              |                                  |                  |   |
| ②医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問することになったきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○   |              |                                  |                  |   |
| 1. 医師からの依頼   |              | 2. 患者の希望                         |                  | 3. 病院薬剤師からの依頼   |
| 4. 診療所薬剤師からの依頼   |              | 5. その他（具体的に：_____）               |                  |   |
| ③令和4年5月～10月の間で、医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問した回数は何回ですか。  |              |                                  |                  |   |
| 5月（_____）件   | 6月（_____）件   | 7月（_____）件                       |                  |   |
| 8月（_____）件   | 9月（_____）件   | 10月（_____）件                      |                  |   |
| ④医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問し、貴薬局の薬剤師が提供した薬学的管理の内容はどのようなものですか。<br>※あてはまる番号すべてに○                      |              |                                  |                  |   |
| 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案  |              |                                  |                  |   |
| 2. 薬物療法に関する助言  |              |                                  |                  |   |
| 3. 服薬状況の確認と残薬の整理   |              |                                  |                  |   |
| 4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援   |              |                                  |                  |   |
| 5. 医療材料、衛生材料の提供  |              |                                  |                  |   |
| 6. その他（具体的に_____）  |              |                                  |                  |   |
| ⑤他職種への情報提供について a.提供の有無 b.提供した内容 c.提供方法を教えてください。<br>(a.○は1つだけ b.あてはまる番号すべてに○ c.あてはまる番号すべてに○)。 |              |                                  |                  |   |
|  | a.提供の有無      | b.提供した内容                         | c.提供方法           |   |
| 1)医師   | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 | <b>【b.提供した内容】の選択肢</b><br>1.患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2.薬物療法に関する助言<br>3.薬状況の確認と残薬の整理<br>4.麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5.医療材料、衛生材料の提供<br>6.夜間休日を含む緊急時の医薬品の提供<br>7.麻薬の供給<br>8.医師の指示とおりの服用が難しい場合の対応策の提案<br>(お薬カレンダー、飲みにくい錠剤を粉砕、一包化等)<br>9.服用薬の副作用に関する情報提供<br>10.輸液等において薬剤の調製に関する助言 |
| 2)歯科医師   | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |   |
| 3)看護師  | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |   |
| 4)管理栄養士  | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |   |
| 5)PT/OT/ST   | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |   |
| 6)ケアマネジャー  | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 | <b>【c.提供方法】の選択肢</b><br>1.共有システム<br>2.電話<br>3.メール<br>4.文書<br>5.チャット  |
| 7)介護士  | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |   |
| 8)生活相談員  | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |   |
| 9)その他(具体的に<br>:_____)  | 1.あり<br>2.なし | 1, 2, 3, 4, 5,<br>6, 7, 8, 9, 10 | 1, 2, 3,<br>4, 5 |   |



|  |         |
|--|---------|
| ⑤在宅において中心静脈栄養法を行っている患者に使用した材料 ※あてはまる番号すべてに○  |         |
| 1. インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>2. ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>3. 腹膜透析液交換セット（交換キット、回路）<br>4. 在宅中心静脈栄養用輸液（本体、フーバー針、輸液バッグ）<br>5. 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル（経鼻用、腸瘻用）<br>6. 万年筆型注入器用注射針<br>7. 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ<br>8. 皮膚欠損用創傷被覆材<br>9. 非固着性シリコンガーゼ<br>10. その他（具体的に：_____） |         |
| ⑥在宅において中心静脈栄養法を行っている患者に材料を使用するなかで、償還価格が仕入れ価格を下回ること（いわゆる「逆ザヤ」）はありましたか ※○は一つだけ   |         |
| 1. あった   | 2. なかった |

**7. 退院時共同指導料についてお伺いします。**

| ①令和4年5～10月の間で、退院時カンファレンスへ参加したことがありますか。   | 1. ある→(②へ) 2. ない→(⑤へ)   |   |           |           |                |       |   |
|--|---|---|-----------|-----------|----------------|-------|---|
| <b>【①で「1.ある」と回答した場合、②～④を回答ください】</b>  |   |   |           |           |                |       |   |
|  | <table border="1"> <tr> <th></th> <th>令和3年5～10月</th> <th>令和4年5～10月</th> </tr> <tr> <td>②退院時共同指導料の算定回数</td> <td>( ) 件</td> <td>( ) 件<br/>内訳 → 対面 ( ) 件<br/>→ ビデオ通話 ( ) 件</td> </tr> </table> |   | 令和3年5～10月 | 令和4年5～10月 | ②退院時共同指導料の算定回数 | ( ) 件 | ( ) 件<br>内訳 → 対面 ( ) 件<br>→ ビデオ通話 ( ) 件 |
|  | 令和3年5～10月   | 令和4年5～10月                               |           |           |                |       |   |
| ②退院時共同指導料の算定回数   | ( ) 件   | ( ) 件<br>内訳 → 対面 ( ) 件<br>→ ビデオ通話 ( ) 件 |           |           |                |       |   |
| ③令和4年度の退院時共同指導料の見直しで、 <b>患者が入院している医療機関における参加職種の範囲が拡大</b> したことにより、退院時カンファレンスに関与し始めたケースはありますか ※○は一つだけ              |   |   |           |           |                |       |   |
| 1. ある 2. ない 3. わからない   |   |   |           |           |                |       |   |
| ④令和4年度の退院時共同指導料の見直しで、 <b>薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和</b> したことにより、退院時カンファレンスに関与し始めたケースはありますか ※○は一つだけ |   |   |           |           |                |       |   |
| 1. ある 2. ない 3. わからない   |   |   |           |           |                |       |   |
| <b>【①で「2.ない」と回答した場合、⑤を回答ください】</b>  |   |   |           |           |                |       |   |
| ⑤退院時カンファレンスへ参加したことがない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○  |   |   |           |           |                |       |   |
| 1. 時間が合わなかったから 2. 医療機関から声がかからなかったから<br>3. 退院時カンファレンスとは別で病院との調整を行うから 4. その他（具体的に：_____）                           |   |   |           |           |                |       |   |

**8. 0410 対応と在宅患者へのオンライン服薬指導についてお伺いします。**

※オンライン服薬指導：パソコンやスマートフォンによるビデオ通話を通して服薬指導を受けること。  
(0410 対応に基づく電話による服薬指導を除く)

| ①備考欄に「0410 対応」と記載された処方箋の応需状況<br>※令和4年5月～令和4年10月の6ヶ月間                                | 1. 受け付けた<br>2. 受け付けなかった  |                |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
|---|--|----------------|----------------|----------------|-------------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| <b>【①で「受け付けた」と回答した場合、下記①-1～①-2を回答ください】</b>  |  |                |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
| ①-1 処方箋の備考欄に「0410 対応」と記載された医療機関からの処方箋の受付回数  |  |                |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
| 1) 令和3年5月～令和3年10月の受付回数  | 0410 対応 ( ) 回  |                |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
| 2) 令和4年5月～令和3年10月の受付回数  | 0410 対応 ( ) 回  |                |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
| ①-2 電話や情報通信機器を用いた服薬指導(0410 対応)の際、服薬指導はどのように行いましたか。各項目について、0410 対応を行ったうちの回数をご回答ください。 |  |                |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
|   | <table border="1"> <tr> <th></th> <th>令和3年<br/>5月～10月</th> <th>令和4年<br/>5月～10月</th> </tr> <tr> <td>1) 電話での服薬指導</td> <td>( ) 回</td> <td>( ) 回</td> </tr> <tr> <td>2) ビデオ通話(画像と音声)での服薬指導</td> <td>( ) 回</td> <td>( ) 回</td> </tr> <tr> <td>3) 患者までの訪問による服薬指導</td> <td>( ) 回</td> <td>( ) 回</td> </tr> </table> |                | 令和3年<br>5月～10月 | 令和4年<br>5月～10月 | 1) 電話での服薬指導 | ( ) 回 | ( ) 回 | 2) ビデオ通話(画像と音声)での服薬指導 | ( ) 回 | ( ) 回 | 3) 患者までの訪問による服薬指導 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|   | 令和3年<br>5月～10月   | 令和4年<br>5月～10月 |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
| 1) 電話での服薬指導   | ( ) 回  | ( ) 回          |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
| 2) ビデオ通話(画像と音声)での服薬指導   | ( ) 回  | ( ) 回          |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |
| 3) 患者までの訪問による服薬指導   | ( ) 回  | ( ) 回          |                |                |             |       |       |                       |       |       |                   |       |       |



|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| ②在宅患者オンライン薬剤管理指導料の算定状況(0410 対応以外) ※令和4年5月～令和4年10月の6ヶ月間 |   | 0410 対応以外 ( ) 回 |
| ③オンラインで行う薬剤管理指導の主な対象 ※一つだけ○                            |   |                 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>1単一建物診療患者が1人の場合<br>を算定する患者            | 1. 患者本人      2. 患者の家族<br>3. その他(具体的に: _____)<br>4. 対象患者がない                      |                 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>2単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>を算定する患者      | 1. 患者本人      2. 患者の家族<br>3. 患者が入居する施設の職員<br>4. その他(具体的に: _____)<br>5. 対象患者がない   |                 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>31及び2以外の場合<br>を算定する患者                 | 1. 患者本人      2. 患者の家族<br>3. 患者が入居する施設の職員<br>4. その他(具体的に: _____)<br>5. 対象患者がない   |                 |
| ④オンラインで薬剤管理指導を行う際、自宅内の薬の管理状況等を確認していますか ※一つだけ○          |   |                 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>1単一建物診療患者が1人の場合<br>を算定する患者            | 1. 必ず確認している      2. だいたい確認している<br>3. あまり確認していない      4. 全く確認していない<br>5. 対象患者がない |                 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>2単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>を算定する患者      | 1. 必ず確認している      2. だいたい確認している<br>3. あまり確認していない      4. 全く確認していない<br>5. 対象患者がない |                 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料<br>31及び2以外の場合<br>を算定する患者                 | 1. 必ず確認している      2. だいたい確認している<br>3. あまり確認していない      4. 全く確認していない<br>5. 対象患者がない |                 |

訪問薬剤管理指導(医療も介護も両方の訪問を含む)を実施した患者(患者A・患者B)についてお伺いします

**患者A**

|   |  |       |       |
|---|--|-------|-------|
| 1)性別  | 1. 男性      2. 女性   | 2)年齢  | ( ) 歳 |
| 3)訪問薬剤管理指導で算定した点数 ※○は一つだけ   |  |       |       |
| 1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料      1. 単一建物診療患者が1人の場合<br>2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料      2. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>3. 在宅患者訪問薬剤管理指導料      3. それ以外<br>4. 居宅療養管理指導費      ハ(2) (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合<br>5. 居宅療養管理指導費      ハ(2) (二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>6. 居宅療養管理指導費      ハ(2) (三) それ以外<br>7. 介護予防居宅療養管理指導費      ハ(2) (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合<br>8. 介護予防居宅療養管理指導費      ハ(2) (二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>9. 介護予防居宅療養管理指導費      ハ(2) (三) それ以外 |  |       |       |
| 4)介護家族の有無 ※○は一つだけ   |  | 1. あり | 2. なし |
| 5)認知症(疑いを含む)の有無 ※○は一つだけ   |  | 1. あり | 2. なし |
| 6)褥瘡の有無 ※○は一つだけ   |  | 1. あり | 2. なし |
| 7)主病名<br>※当てはまるもの全てに○   | 1. 難病(神経系)      2. 難病(神経系以外)      3. 脊髄損傷      4. COPD<br>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)<br>7. 精神系疾患      8. 神経系疾患      9. 認知症      10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物      12. 骨折・筋骨格系疾患      13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患      15. 眼科疾患      16. 皮膚疾患(褥瘡等)<br>17. その他(具体的に _____) |       |       |
| 8)ターミナル期かどうか<br>※○は一つだけ   | 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   |       |       |



|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 19) この患者に行った薬学的管理<br>※当てはまるもの全て○          | 1. 在宅担当医への処方提案<br>2. ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有<br>3. 薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせ等の確認）<br>4. 残薬の管理<br>5. 患者の状態に応じた調剤                        | 6. 服薬指導、支援<br>7. 服薬状況と副作用等のモニタリング<br>8. 医療用麻薬の管理（廃棄を含む）<br>9. 患家への医薬品、衛生材料の供給<br>10. その他（ ）                                       |  |
| 20) 薬剤師の介入で実際に減薬に至りましたか ※○は一つだけ           | 1. 減薬した 2. 減薬には至っていない  |   |  |
| 21) 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか ※○は一つだけ       | 1. 同行した 2. 同行していない   |   |  |
| <b>【21)で「1.同行した」と回答した場合、下記22)～26)に回答】</b> |  |   |  |
| A. 医師の訪問に同行した時                            | 22) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○  | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他（具体的に： ） |  |
|   | 23) 情報提供した内容が処方へ反映されたか<br>※○は一つだけ  | 1. 反映された 2. 反映されなかった<br>3. わからない  |  |
|   | 24) 同行したきっかけ<br>※当てはまるもの全て○  | 1. 医師からの依頼 2. 薬局薬剤師の提案<br>3. 看護師からの依頼 4. 患者の希望<br>5. 病院薬剤師からの依頼 6. 診療所薬剤師からの依頼<br>7. その他（具体的に： ）                                  |  |
| B. 医師の訪問への同行ではない時                         | 25) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○  | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他（具体的に： ） |  |
|   | 26) 情報提供した内容が処方へ反映されたか<br>※○は一つだけ  | 1. 反映された 2. 反映されなかった<br>3. わからない  |  |
|   | <b>【21)で「2.同行していない」と回答した場合、下記27)に回答】</b>   |   |  |
| 27) 提供した薬学的管理の内容<br>※当てはまるもの全て○           | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他（具体的に |   |  |

**患者 B**

|                            |  |       |       |
|----------------------------|--|-------|-------|
| 1) 性別                      | 1. 男性 2. 女性  | 2) 年齢 | ( ) 歳 |
| 3) 訪問薬剤管理指導で算定した点数 ※○は一つだけ | 1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1. 単一建物診療患者が1人の場合<br>2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 2. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合<br>3. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 3. それ以外<br>4. 居宅療養管理指導費 ハ(2) (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合<br>5. 居宅療養管理指導費 ハ(2) (二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>6. 居宅療養管理指導費 ハ(2) (三) それ以外<br>7. 介護予防居宅療養管理指導費 ハ(2) (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合<br>8. 介護予防居宅療養管理指導費 ハ(2) (二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合<br>9. 介護予防居宅療養管理指導費 ハ(2) (三) それ以外 |       |       |
| 4) 介護家族の有無 ※○は一つだけ         | 1. あり 2. なし  |       |       |

|  |   |                           |       |
|--|---|---------------------------|-------|
| 5) 認知症(疑いを含む)の有無 ※○は一つだけ                               |   | 1. あり                     | 2. なし |
| 6) 褥瘡の有無 ※○は一つだけ                                       |   | 1. あり                     | 2. なし |
| 7) 主病名<br>※当てはまるもの全てに○                                 | 1. 難病(神経系)      2. 難病(神経系以外)      3. 脊髄損傷      4. COPD<br>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)<br>7. 精神系疾患      8. 神経系疾患      9. 認知症      10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物      12. 骨折・筋骨格系疾患      13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患      15. 眼科疾患      16. 皮膚疾患(褥瘡等)<br>17. その他(具体的に ) |                           |       |
| 8) ターミナル期かどうか<br>※○は一つだけ                               | 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  |                           |       |
| 9) 医師の指示に基づく<br>訪問薬剤管理指導を行ったきっかけ<br>※○は一つだけ            | 1. 医師からの依頼      2. 薬局薬剤師の提案<br>3. 看護師からの依頼      4. ケアマネジャーからの依頼<br>5. 患者の希望<br>6. 病院薬剤師からの依頼      7. 診療所薬剤師からの依頼<br>8. その他(具体的に: )  |                           |       |
| 10) 令和4年5月～10月の間、当該患者は入院していましたか ※○は一つだけ                |   | 1. 入院していた<br>2. 入院していなかった |       |
| 11) 令和4年5月～10月の間、当該患者の退院時共同指導に参加しましたか ※○は一つだけ          |   | 1. 参加した<br>2. 参加していない     |       |
| <b>【11)で「1.参加した」と回答した場合、下記11)-1～11)-2を回答】</b>          |   |                           |       |
| 11)-1 参加方法 ※当てはまるもの全て○                                 |   | 1. 対面      2. ビデオ通話       |       |
| 11)-2 参加した他の職種<br>※当てはまるもの全て○                          | <b>【入院医療機関の職員】</b><br>1. 保険医<br>2. 看護師等(保健師、助産師、看護師、准看護師)<br>3. 薬剤師<br>4. 管理栄養士<br>5. 理学療法士<br>6. 作業療法士<br>7. 言語聴覚士<br>8. 社会福祉士<br>17. その他(具体的に: )  |                           |       |
|  | <b>【在宅療養担当医療機関の職員】</b><br>9. 保険医<br>10. 保険医の指示を受けた看護師等(保健師、助産師、看護師、准看護師)<br>11. 保険医の指示を受けた薬剤師<br>12. 保険医の指示を受けた管理栄養士<br>13. 保険医の指示を受けた理学療法士<br>14. 保険医の指示を受けた作業療法士<br>15. 保険医の指示を受けた言語聴覚士<br>16. 保険医の指示を受けた社会福祉士  |                           |       |
| 計画的な場合   | 12) 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問薬剤管理指導の実施はありますか ※○は一つだけ   | 1. ある      2. ない          |       |
|  | 12)-1 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者訪問薬剤管理指導を行った理由  | 理由 [ ]                    |       |
| 緊急の場合  | 13) 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急訪問薬剤管理指導の実施はありますか ※○は一つだけ   | 1. ある      2. ない          |       |
|  | 13)-1 主治医と連携する他の医師の指示による在宅患者緊急訪問薬剤管理指導を行った理由  | 理由 [ ]                    |       |
| 14) 提供した医療材料<br>※当てはまるもの全て○                            | 1. インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>2. ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器<br>3. 腹膜透析液交換セット(交換キット、回路)<br>4. 在宅中心静脈栄養用輸液(本体、フーバー針、輸液バッグ)<br>5. 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル(経鼻用、腸瘻用)<br>6. 万年筆型注入器用注射針<br>7. 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ<br>8. 皮膚欠損用創傷被覆材<br>9. 非固着性シリコンガーゼ<br>10. その他(具体的に: )                |                           |       |
| 15) 提供した医療材料のうち、償還価格が仕入れ価格を下回ること(いわゆる「逆ザヤ」)の有無 ※○は一つだけ |   | 1. あった<br>2. なかった         |       |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 16) 訪問頻度 ※○は一つだけ                          | 1. 4週に1回未満      2. 4週に1回      3. 3週に1回<br>4. 2週に1回      5. 週に1回      6. 週に2回以上   |  |
| 17) 訪問薬剤管理指導に要した時間(滞在時間)                  | 1回あたり、平均 (                      ) 分程度  |  |
| 18) この患者の在宅訪問時に発見された薬剤管理上の問題点 ※当てはまるもの全て○ | 1. 薬剤の保管状況      6. 薬剤の飲み過ぎ<br>2. 薬剤の重複      7. 処方内容と食習慣のずれ<br>3. 併用禁忌の薬剤      8. 副作用の発症<br>4. 薬剤の飲み忘れ      9. 服用薬剤の理解不足<br>5. 薬剤が飲みにくい      10. その他 (                      )   |  |
| 19) この患者に行った薬学的管理 ※当てはまるもの全て○             | 1. 在宅担当医への処方提案      6. 服薬指導、支援<br>2. ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有      7. 服薬状況と副作用等のモニタリング<br>3. 薬剤服用歴管理(薬の飲み合わせ等の確認)      8. 医療用麻薬の管理(廃棄を含む)<br>4. 残薬の管理      9. 患者への医薬品、衛生材料の供給<br>5. 患者の状態に応じた調剤      10. その他 (                      ) |  |
| 20) 薬剤師の介入で実際に減薬に至りましたか ※○は一つだけ           | 1. 減薬した      2. 減薬には至っていない   |  |
| 21) 訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか ※○は一つだけ       | 1. 同行した      2. 同行していない  |  |
| <b>【21)で「1.同行した」と回答した場合、下記22)~26)に回答】</b> |  |  |
| A 医師の訪問に同行した時                             | 22) 提供した薬学的管理の内容 ※当てはまるもの全て○   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他 (具体的に :                      ) |
|   | 23) 情報提供した内容が処方へ反映されたか ※○は一つだけ   | 1. 反映された      2. 反映されなかった<br>3. わからない  |
|   | 24) 同行したきっかけ ※当てはまるもの全て○   | 1. 医師からの依頼      2. 薬局薬剤師の提案<br>3. 看護師からの依頼      4. 患者の希望<br>5. 病院薬剤師からの依頼      6. 診療所薬剤師からの依頼<br>7. その他 (具体的に :                      )                   |
| B 医師の訪問への同行ではない時                          | 25) 提供した薬学的管理の内容 ※当てはまるもの全て○   | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他 (具体的に :                      ) |
|   | 26) 情報提供した内容が処方へ反映されたか ※○は一つだけ   | 1. 反映された      2. 反映されなかった<br>3. わからない  |
| <b>【21)で「2.同行していない」と回答した場合、下記27)に回答】</b>  |  |  |
| 27) 提供した薬学的管理の内容 ※当てはまるもの全て○              | 1. 患者の服薬状況に合わせた処方提案<br>2. 薬物療法に関する助言<br>3. 服薬状況の確認と残薬の整理<br>4. 麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援<br>5. 医療材料、衛生材料の提供<br>6. その他 (具体的に  |  |

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和4年●月●日(●)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。



|  |   |
|--|---|
| ⑥ 貴事業所は医療資源の少ない地域*に該当しますか。<br>*「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる「医療を提供しているが医療資源の少ない地域」                | 1. はい<br>2. いいえ   |
| 【⑤で「1. 対象地域にある」と回答、または、⑥で「1. 該当する」と回答した場合】<br>⑦ 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応の体制を確保し、24時間対応体制加算を算定した利用者がいますか。(令和4年10月の1か月間) | 1. いる → (            )人<br>2. いない   |
| ⑧ 貴事業所は介護保険の訪問看護費の「中山間地域等の小規模事業所加算」の対象地域にありますか。  | 1. はい<br>2. いいえ   |
| ⑨ 業務継続計画 (BCP: Business Continuity Plan) の策定状況   | 1. 業務継続計画を策定済み<br>(研修・訓練を実施している)<br>2. 業務継続計画を策定済み<br>(研修・訓練を今後実施する予定)<br>3. 業務継続計画を策定中<br>4. 業務継続計画をこれから策定予定 |

## 《人員体制》

|   |                 |                           |                 |              |                            |
|---|-----------------|---------------------------|-----------------|--------------|----------------------------|
| ⑩ 貴事業所の職員数を常勤換算* (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。<br>※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。<br>(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<br>・看護師   | 准看護師            | リハビリ職 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) |                 |              |                            |
|   |                 | 理学療法士                     | 作業療法士           | 言語聴覚士        |                            |
| その他の職員  |                 |                           |                 |              |                            |
|   | (うち)<br>精神保健福祉士 | (うち)<br>介護支援専門員           | (うち)<br>相談支援専門員 | (うち)<br>事務職員 | (うち)<br>その他の職員<br>(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か月の勤務時間)

|   |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
|---|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|----------|---------------|---------------|---------------|------------|--------------------------------|---|------------|----------------|----------------|--------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|--------------|-------------------|-----------------------|------------------------|--|--|--|
| ⑪常勤看護職員の数(令和4年11月1日時点、サテライト配置の看護職員を含む)  | 人   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| ⑫令和4年11月1日時点の認定看護師及び専門看護師の有無等について、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。   |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 1) 認定看護師・専門看護師の有無と人数<br>(令和4年11月1日時点)   | 1. 認定看護師がいる( 人)<br>2. 専門看護師がいる( 人)<br>3. いない → ⑬へ |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 2) 認定看護師の専門分野(令和4年11月1日時点) ※あてはまるもの全てに○   |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>1. 感染管理</td> <td>2. がん放射線療法看護</td> <td>3. がん薬物療法看護</td> <td>4. 緩和ケア</td> </tr> <tr> <td>5. クリティカルケア</td> <td>6. 呼吸器疾患看護</td> <td>7. 在宅ケア</td> <td>8. 手術看護</td> </tr> <tr> <td>9. 小児プライマリケア</td> <td>10. 新生児集中ケア</td> <td>11. 心不全看護</td> <td>12. 腎不全看護</td> </tr> <tr> <td>13. 生殖看護</td> <td>14. 摂食嚥下障害看護</td> <td>15. 糖尿病看護</td> <td>16. 乳がん看護</td> </tr> <tr> <td>17. 認知症看護</td> <td>18. 脳卒中看護</td> <td>19. 皮膚・排泄ケア</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20. 精神科看護(日本精神科看護協会認定)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>   |   | 1. 感染管理             | 2. がん放射線療法看護          | 3. がん薬物療法看護           | 4. 緩和ケア  | 5. クリティカルケア   | 6. 呼吸器疾患看護    | 7. 在宅ケア       | 8. 手術看護    | 9. 小児プライマリケア                   | 10. 新生児集中ケア                             | 11. 心不全看護  | 12. 腎不全看護      | 13. 生殖看護       | 14. 摂食嚥下障害看護 | 15. 糖尿病看護             | 16. 乳がん看護       | 17. 認知症看護             | 18. 脳卒中看護    | 19. 皮膚・排泄ケア       |                       | 20. 精神科看護(日本精神科看護協会認定) |  |  |  |
| 1. 感染管理   | 2. がん放射線療法看護                                      | 3. がん薬物療法看護         | 4. 緩和ケア               |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 5. クリティカルケア   | 6. 呼吸器疾患看護  | 7. 在宅ケア             | 8. 手術看護               |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 9. 小児プライマリケア  | 10. 新生児集中ケア                                       | 11. 心不全看護           | 12. 腎不全看護             |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 13. 生殖看護  | 14. 摂食嚥下障害看護                                      | 15. 糖尿病看護           | 16. 乳がん看護             |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 17. 認知症看護   | 18. 脳卒中看護   | 19. 皮膚・排泄ケア         |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 20. 精神科看護(日本精神科看護協会認定)  |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| <p>* 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を修了している者については、下記のとおり回答してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「救急看護」「集中ケア」を修了→「クリティカルケア」を選択</li> <li>・「がん性疼痛看護」を修了→「緩和ケア」を選択</li> <li>・「がん化学療法看護」を修了→「がん薬物療法看護」を選択</li> <li>・「不妊症看護」を修了→「生殖看護」を選択</li> <li>・「透析看護」を修了→「腎不全看護」を選択</li> <li>・「摂食・嚥下障害看護」を修了→「摂食嚥下障害看護」を選択</li> <li>・「小児救急看護」を修了→「小児プライマリケア」を選択</li> <li>・「脳卒中リハビリテーション看護」を修了→「脳卒中看護」を選択</li> <li>・「慢性呼吸器疾患看護」を修了→「呼吸器疾患看護」を選択</li> <li>・「慢性心不全看護」を修了→「心不全看護」を選択</li> <li>・「訪問看護」を修了→「在宅ケア」を選択</li> </ul>  |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 3) 専門看護師の専門分野(令和4年11月1日時点) ※あてはまるもの全てに○   |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>1. がん看護</td> <td>2. 精神看護</td> <td>3. 地域看護</td> <td>4. 老人看護</td> </tr> <tr> <td>5. 小児看護</td> <td>6. 慢性疾患看護</td> <td>7. 家族支援</td> <td>8. 在宅看護</td> </tr> <tr> <td>9. 母性看護</td> <td>10. 急性・重症患者看護</td> <td>11. 感染症看護</td> <td>12. 遺伝看護</td> </tr> <tr> <td>13. 災害看護</td> <td>14. 放射線看護</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>   |   | 1. がん看護             | 2. 精神看護               | 3. 地域看護               | 4. 老人看護  | 5. 小児看護       | 6. 慢性疾患看護     | 7. 家族支援       | 8. 在宅看護    | 9. 母性看護                        | 10. 急性・重症患者看護                           | 11. 感染症看護  | 12. 遺伝看護       | 13. 災害看護       | 14. 放射線看護    |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 1. がん看護   | 2. 精神看護   | 3. 地域看護             | 4. 老人看護               |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 5. 小児看護   | 6. 慢性疾患看護   | 7. 家族支援             | 8. 在宅看護               |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 9. 母性看護   | 10. 急性・重症患者看護                                     | 11. 感染症看護           | 12. 遺伝看護              |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 13. 災害看護  | 14. 放射線看護   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 4) 認定看護師や専門看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会*の開催回数(令和4年5～10月の6か月間)  | 回   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| *「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。   |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| ⑬令和4年11月1日時点の特定行為研修修了者の有無、いる場合の人数と活動実績をご記入ください。   |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 1) 特定行為研修修了者の有無と特定行為研修修了者数  | 1. いる( 人) → ⑬1)-1へ<br>2. いない → ⑭へ                 |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 1)-1 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分 ※あてはまるもの全てに○  |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>1. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連</td> <td>2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連</td> </tr> <tr> <td>3. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連</td> <td>4. 循環器関連</td> </tr> <tr> <td>5. 心嚢ドレーン管理関連</td> <td>6. 胸腔ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>7. 腹腔ドレーン管理関連</td> <td>8. ろう孔管理関連</td> </tr> <tr> <td>9. 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連</td> <td>10. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連</td> </tr> <tr> <td>11. 創傷管理関連</td> <td>12. 創部ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>13. 動脈血液ガス分析関連</td> <td>14. 透析管理関連</td> </tr> <tr> <td>15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</td> <td>16. 感染に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連</td> <td>18. 術後疼痛管理関連</td> </tr> <tr> <td>19. 循環動態に係る薬剤投与関連</td> <td>20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連</td> <td></td> </tr> </table> |   | 1. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 3. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 4. 循環器関連 | 5. 心嚢ドレーン管理関連 | 6. 胸腔ドレーン管理関連 | 7. 腹腔ドレーン管理関連 | 8. ろう孔管理関連 | 9. 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 10. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 11. 創傷管理関連 | 12. 創部ドレーン管理関連 | 13. 動脈血液ガス分析関連 | 14. 透析管理関連   | 15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 16. 感染に係る薬剤投与関連 | 17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 18. 術後疼痛管理関連 | 19. 循環動態に係る薬剤投与関連 | 20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連      |  |  |  |
| 1. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連   | 2. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連                             |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 3. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連   | 4. 循環器関連  |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 5. 心嚢ドレーン管理関連   | 6. 胸腔ドレーン管理関連                                     |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 7. 腹腔ドレーン管理関連   | 8. ろう孔管理関連  |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 9. 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連  | 10. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連           |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 11. 創傷管理関連  | 12. 創部ドレーン管理関連                                    |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 13. 動脈血液ガス分析関連  | 14. 透析管理関連  |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連   | 16. 感染に係る薬剤投与関連                                   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連   | 18. 術後疼痛管理関連                                      |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 19. 循環動態に係る薬剤投与関連   | 20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                             |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |
| 21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連   |   |                     |                       |                       |          |               |               |               |            |                                |   |            |                |                |              |                       |                 |                       |              |                   |                       |                        |  |  |  |



1)-2 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修 ※あてはまるもの全てに○

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

1)-3 特定行為研修修了者が行っている活動 ※あてはまるもの全てに○

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

【1)-3で、「1. 特定行為を実施している」を選択した場合、以下にご回答ください。】

1)-4 実施している特定行為 ※あてはまるもの全てに○

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

《利用者の状況》

|  |         |         |
|--|---------|---------|
| ⑭令和4年8月から10月の3か月間における、新規利用者数(実人数)と対応が終了した利用者数をご記入ください。 |         |         |
| 1) 新規利用者数(医療保険)  |         | 人       |
| 2) 対応が終了した利用者数(医療保険)                                   |         | 人       |
| 3) 2)のうち、亡くなった利用者数(医療保険)                               |         | 人       |
| ⑮令和3年10月と令和4年10月の各1か月間の訪問看護の利用者数(実人数)をご記入ください。         |         |         |
|  | 令和3年10月 | 令和4年10月 |
| 1) 全利用者数(医療保険と介護保険の訪問看護の利用者を合わせた人数)(a+b)               | 人       | 人       |
| a. 医療保険を算定した利用者数(a-1 + a-2)                            | 人       | 人       |
| a-1. 医療保険のみを算定した利用者数                                   | 人       | 人       |
| a-2. 医療保険と介護保険の両方を同月に算定した利用者数                          | 人       | 人       |
| b. 介護保険のみを算定した利用者数                                     | 人       | 人       |

※参照A

【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3年10月 | 令和4年10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、「訪問看護指示書」が交付され、精神疾患を有する利用者数   | 人       | 人        |                           |        |
| 5) 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        |                           |        |
| 6) a (参照A)のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、身体合併症を有する利用者数   | 人       | 人        |                           |        |
| 7) 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        |                           |        |
| 8) 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        |                           |        |
| 9) a (参照A)のうち、「訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数   | 人       | 人        |                           |        |
| 10) a (参照A)のうち、「精神科訪問看護指示書」が交付され、同一建物居住者に該当する利用者数   | 人       | 人        |                           |        |
| 11) 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        |                           |        |
| ⑯ 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。<br>*「医療的ケア児」とは、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児を指します。 |         |          |                           |        |
|   | i)超重症児  | ii)準超重症児 | iii)医療的ケア児<br>※(i)・ii)を除く | iv)その他 |
| 令和3年10月   | 人       | 人        | 人                         | 人      |
| 令和4年10月   | 人       | 人        | 人                         | 人      |

※参照B

※参照C

| ⑰ 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3年10月                                  | 人  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人  |  |
| 令和4年10月                                  | 人  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人  |  |

| ⑱ 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3年10月                        | 人   | 人      | 人        | 人    | 人    | 人   | 人   | 人  |
| 令和4年10月                        | 人   | 人      | 人        | 人    | 人    | 人   | 人   | 人  |

| ⑲ 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3年10月  | 人  | 人 | 人  | 人   | 人  | 人 | 人  |  |
| 令和4年10月  | 人  | 人 | 人  | 人   | 人  | 人 | 人  |  |

| ⑳ 精神科訪問看護療養費を算定している利用者(参照B)のうち、GAF尺度別の人数をご記入ください。 |        |       |       |       |       |       |       |
|---|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|   | 100-91 | 90-81 | 80-71 | 70-61 | 60-51 | 50-41 | 40-31 |
|   | 人      | 人     | 人     | 人     | 人     | 人     | 人     |
| 令和4年10月   | 30-21  | 20-11 | 10-1  | 0     |       |       |       |
|   | 人      | 人     | 人     | 人     |       |       |       |

| ㉑ 令和3年10月、および令和4年10月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数(医療保険)*をご記入ください。                                      |       |              |              |
|--|-------|--------------|--------------|
| *ここでいう訪問回数とは、基本療養費(I)、(II)及び精神科基本療養費(I)、(III)の算定回数を指す。   |       |              |              |
|  |       | 令和3年10月      | 令和4年10月      |
| 1) 医療保険による訪問看護利用者数(記入不要)およびその利用者への延べ訪問回数<br>(利用者数は、⑮ 1) a 参照A 対象)                                  | 利用者数  | ⑮ 1) a参照Aと同じ | ⑮ 1) a参照Aと同じ |
|  | 延訪問回数 | 延____回       | 延____回       |
| 1)-1 ㉑1)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<br>(利用者数は、⑮ 5) 参照B 対象)                          | 利用者数  | ⑮ 5)参照Bと同じ   | ⑮ 5)参照Bと同じ   |
|  | 延訪問回数 | 延____回       | 延____回       |
| 1)-2 ㉑1)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<br>(利用者数は、⑮ 11) 参照C 対象) | 利用者数  | ⑮ 11)参照Cと同じ  | ⑮ 11)参照Cと同じ  |
|  | 延訪問回数 | 延____回       | 延____回       |

## 2. 届出状況及び訪問看護の体制(令和4年11月1日時点)についてお伺いします。

## 《介護保険の指定状況》

|              |  |
|--------------|--|
| ① 介護保険法の指定状況 | 1. 指定済み<br>2. 未指定(指定手続き中)<br>3. 未指定(指定手続き予定なし) |
|--------------|--|

## 《24時間対応体制加算》

|   |  |
|---|--|
| ② 24時間対応体制加算の届出の有無  | 1. あり→②-2へ      2. なし→②-1へ                 |
| <b>【②で24時間対応体制加算の届出について「2. なし」と回答した場合、以下にご回答ください。】</b><br>②-1 24時間対応体制加算の届出意向   | 1. 届出の予定がある<br>2. 届出について検討中<br>3. 届出の予定はない |
| <b>【②で24時間対応体制加算の届出について「1. あり」と回答した場合、以下にご回答ください。】</b><br>②-2 24時間対応体制の確保のための、営業時間外の対応の体制についてご回答ください。<br>※該当するもの1つに○  |  |
| 1. 輪番制で待機(オンコール含む)し、緊急訪問看護も実施している<br>2. 管理者が待機(オンコール含む)し、緊急訪問看護も実施している<br>3. 主担当・副担当等複数名の対応体制を整備している<br>4. その他( )   |  |
| <b>【②で24時間対応体制加算の届出について「1. あり」と回答した場合、以下にご回答ください。】</b><br>②-3 24時間対応体制に係る営業時間外の対応や職員の負担等を軽減する対応策として望ましいものをご回答ください。<br>※あてはまるもの全てに○  |  |
| 1. 自訪問看護ステーション単独で、輪番制で待機(オンコール含む)<br>2. 複数のステーションで連携して24時間の対応体制を確保する<br>3. 1、2以外で、営業時間外に利用者からの連絡・相談に対応し、訪問看護の必要性を判断する担当者を配置する<br>4. 訪問看護ステーション外でも利用者情報を閲覧できるシステム等を活用する<br>5. その他( ) |  |
| <b>【②-1で「2. 届出について検討中」又は「3. 届出の予定はない」を選択した場合、以下にご回答ください。】</b><br>②-4 24時間対応体制加算の届出を行っ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. 24時間の電話対応の体制をとることが難しい<br>2. 24時間の訪問の体制をとることが難しい<br>3. 直接連絡のとれる連絡先を複数確保することが難しい<br>4. 利用者に説明をして同意を得ることが難しい<br>5. 営業時間外の電話対応や緊急訪問看護を必要とする利用者が少ない<br>6. その他(具体的に: )                 |  |
| <b>【②で「2. なし(24時間対応体制加算の届出)」と回答した場合、以下にご回答ください。】</b><br>②-5 24時間対応体制加算の届出を行っていない場合、複数のステーションで連携すれば24時間の体制確保が可能か、ご回答ください。  |  |
| 1. 可能   | 2. 不可能                                     |

《特別管理加算・訪問看護基本療養費》

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

《機能強化型訪問看護管理療養費》

|   |
|---|
| ⑤ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無    ※「1.あり」の場合はa～c のうち該当するもの1つに○  |
| 1. あり → ( a. 機能強化型1                      b. 機能強化型2                      c. 機能強化型3) → ⑤-1へ                      2. なし → ⑤-3へ |

【⑤で「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)」を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-1 人材育成のための研修等の実施状況 ※あてはまるもの全てに○

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

【⑤で「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)」を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-2 地域の医療機関、訪看ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績 ※あてはまるもの全てに○

【提供先】

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

【実施している内容】

| 実施している事項 | 内容  |
|----------|---|
| 1. 情報提供  | 1. 自訪問看護ステーションの利用方法<br>2. 自訪問看護ステーションの提供内容<br>3. 訪問看護利用者の事例<br>4. 認知症に関する普及啓発<br>5. 障害に関する普及啓発<br>6. 介護保険制度や介護保険サービスに関する普及啓発<br>7. 障害福祉制度や障害福祉サービスに関する普及啓発<br>8. その他( _____ ) |
| 2. 相談    |   |

【⑤で「2. なし(機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし)」を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-3 今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向

※「1. 届出の予定がある」の場合は、該当するもの1つに○

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

【⑤で「2. なし（機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし）」を選択し、さらに⑤-3で「2. 届出について検討中」又は「3. 届出の予定はない」を選択した場合、以下にご回答ください。】

⑤-4 機能強化型訪問看護管理療養費の届出を行っていない場合、満たせない要件 ※あてはまるもの全てに○

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

《専門管理加算》

|  |                  |
|--|------------------|
| ⑥専門管理加算の届出の有無                                | 1. あり      2. なし |
| 【⑥で「1. あり」を選択した場合、以下にご回答ください。】               |                  |
| ⑥-1 専門管理加算を算定した利用者数をご記入ください<br>(令和4年10月の1か月) | 人                |

## 3. 精神科訪問看護の届出状況（令和4年11月1日時点）及び算定状況等についてお伺いします。

【精神科訪問看護の実施状況について、全ての事業所がご回答ください。】

|  |       |                   |
|--|-------|-------------------|
| ① 精神科訪問看護基本療養費の届出の有無   | 1. あり | 2. なし             |
| 【①で「1.あり(精神科訪問看護基本療養費の届出)」と回答した場合】   |       |                   |
| 1)精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者の届出状況についてご回答ください。<br>※複数該当している場合は、該当するものそれぞれに人数を計上してください。 |       |                   |
| 1)精神科訪問看護基本療養費が算定できる従事者数   |       | 人                 |
|  | 該当者数  | GAF尺度に関する研修の修了者数* |
| 2) 1)のうち、精神科を標榜する保険医療機関における精神科棟又は精神科外来の勤務経験のある者                                  | 人     | 人                 |
| 3) 1)のうち、精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験のある者  | 人     | 人                 |
| 4) 1)のうち、精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験のある者                                    | 人     | 人                 |
| 5) 1)のうち、精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修を修了した者                                       | 人     | 人                 |
| 6) 5)のうち、2)～4)いずれにも該当せず5)のみに該当している者  | 人     | 人                 |

\*「GAF尺度に関する研修」とは、精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした研修のうち、「GAF尺度による利用者の状態の評価方法」の内容に関する研修を指す。

|   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| 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 → ③-1へ | 2. なし → ③-3へ |
| 【③で「1.あり(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 1. ⑤ 5) (参照B) (P.5参照)のうち、精神科重症患者支援管理連携加算を算定した利用者数をご記入ください。  |              |              |
| 1) イ:精神科在宅患者支援管理料2のイを算定した利用者数（令和4年10月）  |              | 人            |
| 2) ロ:精神科在宅患者支援管理料2のロを算定した利用者数（令和4年10月）  |              | 人            |
| 【③-1で精神科重症患者支援管理連携加算の算定利用者数が0人の場合】  |              |              |
| ③-2 精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない理由をご回答ください。 ※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<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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<br>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<br>8. その他(具体的に: ) |              |              |

【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】

③-3 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身体合併症に対応していますか。 ※○は1つだけ

1. 対応している

2. 対応していない

【④で「1. 対応している」と回答した施設】

④-1 下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに○)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者    |  |
| c. 気管カニューレを使用している状態にある者        |  |
| d. 留置カテーテルを使用している状態にある者        |  |
| e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者    |  |
| f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者      |  |
| g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者      |  |
| h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者 |  |
| j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者      |  |
| k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者      |  |
| l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者    |  |
| n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者     |  |
| p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者             |  |
| q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者     |  |
| r. 向精神薬による副作用への対応              |  |



## ⑤ 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。

1. ⑮5) (参照B) (P.5参照)のうち、**複数名精神科訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。(令和4年10月) ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

|  | a.保健師、<br>看護師 | b.作業療法<br>士 | c.准看護師 | d.看護補助<br>者 | e.精神保健<br>福祉士 |
|--|---------------|-------------|--------|-------------|---------------|
| ⑤-1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為<br>等が認められる者          | 人             | 人           | 人      | 人           | 人             |
| ⑤-2 利用者の身体的理由により1人の看護師等<br>による訪問看護が困難と認められる者 | 人             | 人           | 人      | 人           | 人             |
| ⑤-3 利用者及びその家族それぞれへの支援が<br>必要な者               | 人             | 人           | 人      | 人           | 人             |
| ⑤-4 その他利用者の状況等から判断して、上記<br>のいずれかに準ずると認められる者  | 人             | 人           | 人      | 人           | 人             |
|  | (具体的に: )      |             |        |             |               |

## 4. 診療報酬の算定状況についてお伺いします。

## 《複数名訪問看護加算》

① a (参照A) (P.5参照)のうち、**複数名訪問看護加算**を算定した利用者数を看護職員と同行した職種ごとにご記入ください。(令和4年10月の1か月間) ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

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

## 《訪問看護ターミナルケア療養費》

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| ② 令和3年及び令和4年の5～10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。<br>※小児は15歳未満とする。  |           |           |
|   | 令和3年5～10月 | 令和4年5～10月 |
| 1) 訪問看護ターミナルケア療養費1  | 人         | 人         |
| うち、小児の患者  | 人         | 人         |
| 2) 訪問看護ターミナルケア療養費2  | 人         | 人         |
| うち、小児の患者  | 人         | 人         |
| 3) ②1)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。<br>※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<br>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することが難しい<br>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<br>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<br>5. 介護保険のターミナルケア加算の算定を行った<br>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<br>7. ターミナルケアを実施する体制を有していない<br>8. その他(具体的に: ) |           |           |

## 《訪問看護ステーションにおけるリハビリ職との連携状況等》

|   |        |        |
|---|--------|--------|
| ③ 1. ①1)-2(P.6参照)でリハビリ職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が単独で1日以上以上の訪問看護を実施している実績がある場合、ご回答ください。  |        |        |
| 1) 看護職員と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看護職員とリハビリ職と一緒に参加している<br>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<br>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<br>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<br>5. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成している<br>6. 看護職員がリハビリ職と協力して各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行っている<br>7. その他(具体的に: ) |        |        |
| 2) ③1)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 |

## 5. 貴訪問看護ステーションと関係機関との連携状況等

|   |  |         |
|---|--|---------|
| ① (1. ⑮ 1)参照A) (P.5参照)のうち、令和3年10月、および 令和4年10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3年10月                                      | 令和4年10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 <b>訪問看護情報提供療養費 2</b> 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4年10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18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18歳未満の小児  | 人  |         |
| 3) 18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><br>※利用者1人につき 4) ~ 6)のいずれか1つに計上  | 令和4年10月                                      |         |
| 4) 保育所等・幼稚園・小学校・中学校・高等学校から情報提供の求めがあった者  | 保育所等・幼稚園( )人・<br>小学校( )人・中学校( )人<br>高等学校( )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。<br>ある場合、人数を記入ください。(令和4年10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* : )<br>* 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: )  |  |         |

**④医療機関・地域の医療・介護・障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等**  
 （研修、地域ケア会議、実習生の受け入れ等） ※あてはまるもの全てに○

1. 介護サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
2. 障害福祉サービス事業所からの相談対応や訪問へ同行し、助言等を行っている
3. 個別の患者に関する他の医療機関への情報照会
4. 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
5. 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
6. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整
7. 医療・介護・障害福祉に関する研修の開催
8. 医療・介護・障害福祉に関する研修への参加
9. 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
10. 医療機関等と相互の人材交流の取組の実施
11. 医療機関等から訪問看護に関する研修等の受け入れ
12. 看護学生等の実習生の受け入れ
13. 障害等に関する普及啓発活動
14. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
15. 特にを行っている取組はない

**⑤地域の薬剤師との連携状況等について、①連携している薬剤師が実施していること、②薬剤師の活動として期待することを**ご回答ください。 ※あてはまるもの全てに○

|  | ①実施していること | ②活動として期待すること |
|--|-----------|--------------|
| 1. 夜間・休日、緊急時における医薬品の提供                               |           |              |
| 2. 麻薬の調剤（座薬、貼付剤等を含む）                                 |           |              |
| 3. 衛生材料の供給   |           |              |
| 4. 輸液ポンプ等高度管理医療機器の供給                                 |           |              |
| 5. 看護師等に対する輸液等において薬剤の調製に関する助言                        |           |              |
| 6. 利用者の服薬状況・残薬の確認                                    |           |              |
| 7. 服用薬の副作用に関する情報提供                                   |           |              |
| 8. 薬剤の保管・管理に関する助言・指導                                 |           |              |
| 9. 医師の指示とおりの服用が難しい場合の対応策の提案（お薬カレンダー、飲みにくい錠剤を粉砕、一包化等） |           |              |
| 10. その他（具体的に： _____）                                 |           |              |

6. レセプトの請求方法等・明細書の発行状況

別途検討中の明細書の発行状況等の調査票を転記予定



9. ここからは令和4年10月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者4名についての利用状況等をお伺いします。回答する利用者は下記①～③の順に計4名お選びください。

- ① 18歳未満の利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名
- ② 精神科訪問看護基本療養費の算定利用者のうち、五十音順で最初の利用者1名
- ③ 上記①・②で選ばれた利用者を除く全利用者のうち、五十音順で早い利用者2名

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

※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<br>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) 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<br>3. 精神障害者保健福祉手帳(                      ) 級      4. 申請中<br>5. 手帳なし      6. わからない   |
| 7) 利用している介護保険サービス、障害福祉サービス<br>※あてはまるもの全てに○                                       | <p><b>【介護保険サービス】</b></p> <p>1. 訪問介護      2. 訪問リハビリテーション      3. 通所介護<br/>4. 短期入所療養介護      5. 短期入所生活介護      6. 通所リハビリテーション<br/>7. 福祉用具貸与      8. 住宅改修<br/>9. その他(具体的に:                      )</p> <p><b>【障害福祉サービス】</b></p> <p>10. 居宅介護      11. 重度訪問介護      12. 同行援護<br/>13. 行動援護      14. 療養介護      15. 生活介護<br/>16. 短期入所      17. 重度障害者等包括支援      18. 施設入所支援<br/>19. 自立訓練(機能訓練)      20. 自立訓練(生活訓練)      21. 就労移行支援<br/>22. 就労継続支援A型      23. 就労継続支援B型      24. 就労定着支援<br/>25. 自立生活援助      26. 共同生活援助(グループホーム)<br/>27. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)      28. 計画相談支援<br/>29. 基本相談支援      30. その他(具体的に:                      )</p> |
| 8) 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   |
| 9) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(1)</b> を選択)<br>※○は1つ       | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )   |
| 10) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(2)(3)</b> を選択)<br>※○は2つまで | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )<br>12. 記載なし   |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 11)別表第七の疾病等の該当の有無<br>※あてはまるもの全てに○   | 1. 無<br>2. 末期の悪性腫瘍<br>3. 多発性硬化症<br>4. 重症筋無力症<br>5. スモン<br>6. 筋萎縮性側索硬化症<br>7. 脊髄小脳変性症<br>8. ハンチントン病<br>9. 進行性筋ジストロフィー症<br>10. パーキンソン病関連疾患<br>11. 多系統萎縮症<br>12. プリオン病<br>13. 亜急性硬化性全脳炎<br>14. ライソゾーム病<br>15. 副腎白質ジストロフィー<br>16. 脊髄性筋萎縮症<br>17. 球脊髄性筋萎縮症<br>18. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎<br>19. 後天性免疫不全症候群<br>20. 頸髄損傷<br>21. 人工呼吸器を使用している状態      |
| 12)別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※あてはまるもの全てに○ | 1. 無<br>2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理<br>3. 在宅気管切開患者指導管理<br>4. 気管カニューレ<br>5. 留置カテーテル<br>6. 在宅自己腹膜灌流指導管理<br>7. 在宅血液透析指導管理<br>8. 在宅酸素療法指導管理<br>9. 在宅中心静脈栄養法指導管理<br>10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理<br>11. 在宅自己導尿指導管理<br>12. 在宅人工呼吸指導管理<br>13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理<br>14. 在宅自己疼痛管理指導管理<br>15. 在宅肺高血圧症患者指導管理<br>16. 人工肛門・人工膀胱<br>17. 真皮を越える褥瘡<br>18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 |

|                |   |
|----------------|---|
| 13)人生の最終段階かどうか | 1. 人生の最終段階 →余命の見込み( )か月<br>2. ターミナル期でない |
|----------------|---|

\* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

|   |   |
|---|---|
| 14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。<br>※該当するものすべてに○ | 1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有<br>2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更<br>3. 本人の意思が確認できない場合の対応<br>4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定<br>5. 本人との医療・ケアの方針の共有<br>6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有<br>7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有<br>8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有<br>9. 本人・家族等への相談体制の充実<br>10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応<br>11. その他( ) |
|---|---|

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 15) 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<br>2. 準超重症児<br>3. 非該当 |
|------------------------------|-------------------------------|

|  |              |
|--|--------------|
| 15)-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<br>2. 無 |
|--|--------------|

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| 16) 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 |
|----------------------------|-------------|

|                   |   |
|-------------------|---|
| 17) 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。<br>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○。<br>1. 特に入院・入所はしていない<br>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( ))<br>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 |
|-------------------|---|

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| 18) 直近の退院月(半年以内直近) | 1. 退院実績あり → 西暦 年 月<br>2. なし<br>3. 不明 |
|--------------------|--------------------------------------|

|                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| 19) 訪問看護の種別(令和4年10月) | 1. 訪問看護基本療養費<br>2. 精神科訪問看護基本療養費 |
|----------------------|---------------------------------|







|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)   |   | 延訪問日数:( )日<br>延訪問回数:( )回 |
| 21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数  | 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                        |
| 21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入   | 1. あり → ( )回<br>(理由: )<br>(訪問時間: )分<br>2. なし  |                          |
| 21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入  | 1. あり → ( )日<br>2. なし   |                          |
| 22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月)<br>※移動時間は含まない   | 分   |                          |
| 23) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎<br>※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4年10月)                            | 1. 保健師・助産師・看護師<br>2. 准看護師<br>3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士                             |                          |
| 23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)  | 保健師・助産師・看護師   | 回                        |
|   | 准看護師  | 回                        |
|   | リハビリ職(PT,OT,ST)   | 回                        |
| 24) 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4年10月)<br>※「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)<br>→ 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他)<br>2. なし |                          |
| 25) 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4年5～10月)<br>※「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<br>2. なし   |                          |
| 25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容<br>※あてはまるもの全てに○  | 1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理<br>3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察<br>4. その他(具体的に: )                      |                          |
| 26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入<br>※カッコ内のアルファベットは選択し、指示内容は数字を記入 | 1. あり → a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士<br>1日あたり( )分を週( )回<br>2. なし                      |                          |

|  |   |
|--|---|
| 26)-1 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。 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している</li> <li>2. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している</li> <li>3. その他( )</li> </ol>   |
| 26)-2 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。<br>※○はいくつでも                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した</li> <li>2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的カンファレンスを開催した</li> <li>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</li> <li>4. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した</li> <li>5. 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</li> <li>6. 看護職員がリハビリ職と協力して、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行った</li> <li>7. その他( )</li> </ol>  |
| 26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容<br>(複数回答)  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 関節可動域訓練</li> <li>2. 筋力増強訓練</li> <li>3. 基本動作訓練</li> <li>4. 移乗訓練</li> <li>5. 歩行訓練</li> <li>6. バランス訓練</li> <li>7. 持久力(心肺機能)訓練</li> <li>8. 呼吸機能訓練</li> <li>9. 階段昇降訓練</li> <li>10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する)</li> <li>11. 巧緻運動・調性運動訓練</li> <li>12. 排泄機能訓練</li> <li>13. 摂食嚥下機能訓練</li> <li>14. 失語症訓練</li> <li>15. 構音訓練</li> <li>16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練</li> <li>17. ADL動作訓練</li> <li>18. IADL動作訓練</li> <li>19. 義肢装具の評価・調整・作成</li> <li>20. 福祉用具の評価・調整</li> <li>21. 家屋の評価・環境調整</li> <li>22. その他</li> </ol> |
| 【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合<br>27)精神科訪問看護報告書の記載内容<br>※○はいくつでも                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の病状</li> <li>2. 身体合併症の状況</li> <li>3. 日常生活活動(ADL)の状況</li> <li>4. 生活リズム</li> <li>5. 対人関係の状況</li> <li>6. 社会資源の活用状況(希望を含む)</li> <li>7. 服薬状況</li> <li>8. 本人の困りごと</li> <li>9. その他( )</li> </ol>  |
| 28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。<br>(令和4年10月)   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. はい</li> <li>2. いいえ</li> </ol>   |
| 28)-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   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 専門医などの診察が必要</li> <li>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</li> <li>3. その他( )</li> </ol>  |

29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。  
 (令和4年10月)  
 ※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)  
 ※連携の頻度は、該当する頻度を1つ○

|                          | 連携の有無 | 連携の頻度                                     |  |
|--------------------------|-------|---|--|
| 1. 医療機関との連絡・調整           |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 2. 薬局との連絡・調整             |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整 |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 4. 障害福祉関係者との連絡・調整        |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整 |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 6. 学校等との連絡・調整            |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 7. 利用者に関する地域ケア会議への参加     |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 8. カンファレンス等への参加          |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 9. その他( )                |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>3. 1か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 | 2. 1週間に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>6. 必要な場合 |

## 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<br>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) 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<br>3. 精神障害者保健福祉手帳(                      )級      4. 申請中<br>5. 手帳なし      6. わからない   |
| 7) 利用している介護保険サービス、障害福祉サービス<br>※あてはまるもの全てに○                                       | 【介護保険サービス】<br>1. 訪問介護      2. 訪問リハビリテーション      3. 通所介護<br>4. 短期入所療養介護      5. 短期入所生活介護      6. 通所リハビリテーション<br>7. 福祉用具貸与      8. 住宅改修<br>9. その他(具体的に:                      )<br>【障害福祉サービス】<br>10. 居宅介護      11. 重度訪問介護      12. 同行援護<br>13. 行動援護      14. 療養介護      15. 生活介護<br>16. 短期入所      17. 重度障害者等包括支援      18. 施設入所支援<br>19. 自立訓練(機能訓練)      20. 自立訓練(生活訓練)      21. 就労移行支援<br>22. 就労継続支援A型      23. 就労継続支援B型      24. 就労定着支援<br>25. 自立生活援助      26. 共同生活援助(グループホーム)<br>27. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)      28. 計画相談支援<br>29. 基本相談支援      30. その他(具体的に:                      ) |
| 8) 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  |
| 9) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(1)</b> を選択)<br>※○は1つ       | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )  |
| 10) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(2)(3)</b> を選択)<br>※○は2つまで | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )<br>12. 記載なし  |
| 11) 別表第七の疾病等の該当の有無<br>※あてはまるもの全てに○   | 1. 無<br>2. 末期の悪性腫瘍      3. 多発性硬化症      4. 重症筋無力症<br>5. スモン      6. 筋萎縮性側索硬化症      7. 脊髄小脳変性症<br>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<br>11. 多系統萎縮症      12. プリオン病      13. 亜急性硬化性全脳炎<br>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<br>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<br>20. 頸髄損傷      21. 人工呼吸器を使用している状態  |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| 12)別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※あてはまるもの全てに○ | 3. 無<br>4. 在宅悪性腫瘍患者指導管理<br>4. 気管カニューレ<br>6. 在宅自己腹膜灌流指導管理<br>8. 在宅酸素療法指導管理<br>10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理<br>12. 在宅人工呼吸指導管理<br>14. 在宅自己疼痛管理指導管理<br>16. 人工肛門・人工膀胱<br>18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | 3. 在宅気管切開患者指導管理<br>5. 留置カテーテル<br>7. 在宅血液透析指導管理<br>9. 在宅中心静脈栄養法指導管理<br>11. 在宅自己導尿指導管理<br>13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理<br>15. 在宅肺高血圧症患者指導管理<br>17. 真皮を越える褥瘡 |
|-------------------------------------|--|---|

|                |                         |              |
|----------------|-------------------------|--------------|
| 13)人生の最終段階かどうか | 1. 人生の最終段階 →余命の見込み( )か月 | 2. ターミナル期でない |
|----------------|-------------------------|--------------|

\* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

|   |   |
|---|---|
| 14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。<br>※該当するものすべてに○ | 1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有<br>2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更<br>3. 本人の意思が確認できない場合の対応<br>4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定<br>5. 本人との医療・ケアの方針の共有<br>6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有<br>7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有<br>8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有<br>9. 本人・家族等への相談体制の充実<br>10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応<br>11. その他( ) |
|---|---|

|                              |         |          |        |
|------------------------------|---------|----------|--------|
| 15) 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 |
|------------------------------|---------|----------|--------|

|   |      |      |
|---|------|------|
| 15)-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 |
|---|------|------|

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| 16) 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 |
|----------------------------|-------------|

|                   |   |
|-------------------|---|
| 17) 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。<br>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○。<br>1. 特に入院・入所はしていない<br>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( ))<br>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 |
|-------------------|---|

|                    |                    |       |       |
|--------------------|--------------------|-------|-------|
| 18) 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 |
|--------------------|--------------------|-------|-------|

|                      |              |                 |
|----------------------|--------------|-----------------|
| 19) 訪問看護の種別(令和4年10月) | 1. 訪問看護基本療養費 | 2. 精神科訪問看護基本療養費 |
|----------------------|--------------|-----------------|

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| 19)-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 |
|--|-------|-------|

|  |   |
|--|---|
| <b>【19) 訪問看護の種別が「2.精神科訪問看護基本療養費」の場合】</b><br>19)-2精神科訪問看護指示書のうち、精神科訪問看護に関する留意事項及び指示内容をご回答ください(令和4年10月1か月)<br>※あてはまる番号全てに○ | 1. 生活リズムの確立<br>2. 家事能力、社会技能等の獲得<br>3. 対人関係の改善(家族含む)<br>4. 社会資源活用の支援<br>5. 薬物療法継続への援助<br>6. 身体合併症の発症・悪化の防止<br>7. その他 |
|--|---|







|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)   |   | 延訪問日数:( )日<br>延訪問回数:( )回 |
| 21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数  | 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                        |
| 21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入   | 3. あり → ( )回<br>(理由: )<br>(訪問時間: )分<br>4. なし  |                          |
| 21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入  | 3. あり → ( )日<br>4. なし   |                          |
| 22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月)<br>※移動時間は含まない   | 分   |                          |
| 23) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎<br>※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4年10月)                            | 1. 保健師・助産師・看護師<br>2. 准看護師<br>3. 理学療法士<br>4. 作業療法士<br>5. 言語聴覚士                       |                          |
| 23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)  | 保健師・助産師・看護師   | 回                        |
|   | 准看護師  | 回                        |
|   | リハビリ職(PT,OT,ST)   | 回                        |
| 24) 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4年10月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択                                  | 3. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション)<br>→ 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他)<br>4. なし |                          |
| 25) 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4年5～10月)<br>※「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<br>2. なし   |                          |
| 25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容<br>※あてはまるもの全てに○  | 1. 褥瘡の処置<br>2. 点滴の投与・管理<br>5. 頻回のバイタルサインの測定及び観察<br>6. その他(具体的に: )                   |                          |
| 26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入<br>※カッコ内のアルファベットは選択し、指示内容は数字を記入 | 1. あり → a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士<br>1日あたり( )分を週( )回<br>2. なし                      |                          |

|   |  |
|---|--|
| <p>26)-1 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。</p> | <p>4. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している</p> <p>5. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している</p> <p>6. その他( )</p>   |
| <p>26)-2 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。<br/>※○はいくつでも</p>                             | <p>8. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した</p> <p>9. 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</p> <p>10. 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</p> <p>11. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した</p> <p>12. 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</p> <p>13. 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</p> <p>14. その他( )</p>  |
| <p>26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容<br/>(複数回答)</p>   | <p>1. 関節可動域訓練    2. 筋力増強訓練    3. 基本動作訓練</p> <p>4. 移乗訓練    5. 歩行訓練    6. バランス訓練</p> <p>7. 持久力(心肺機能)訓練    8. 呼吸機能訓練</p> <p>9. 階段昇降訓練    10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する)</p> <p>11. 巧緻運動・調性運動訓練    12. 排泄機能訓練</p> <p>13. 摂食嚥下機能訓練    14. 失語症訓練    15. 構音訓練</p> <p>16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練</p> <p>17. ADL動作訓練    18. IADL動作訓練</p> <p>19. 義肢装具の評価・調整・作成</p> <p>20. 福祉用具の評価・調整    21. 家屋の評価・環境調整</p> <p>22. その他</p> |
| <p>【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合】<br/>27)精神科訪問看護報告書の記載内容<br/>※○はいくつでも</p>                | <p>1. 利用者の病状</p> <p>2. 身体合併症の状況</p> <p>3. 日常生活活動(ADL)の状況</p> <p>4. 生活リズム</p> <p>5. 対人関係の状況</p> <p>6. 社会資源の活用状況(希望を含む)</p> <p>7. 服薬状況</p> <p>8. 本人の困りごと</p> <p>9. その他( )</p>  |
| <p>28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。<br/>(令和4年10月)</p>  | <p>1. はい                      2. いいえ</p>   |
| <p>28)-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</p>   | <p>4. 専門医などの診察が必要</p> <p>5. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能</p> <p>6. その他( )</p>  |

| 29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。 |       |   |
|--|-------|---|
| (令和4年10月)  |       |   |
| ※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)         |       |   |
| ※連携の頻度は、該当する頻度を1つ○                                   |       |   |
|  | 連携の有無 | 連携の頻度   |
| 1. 医療機関との連絡・調整                                       |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 2. 薬局との連絡・調整   |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整                             |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 4. 障害福祉関係者との連絡・調整                                    |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整                             |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 6. 学校等との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 7. 利用者に関する地域ケア会議への参加                                 |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 8. カンファレンス等への参加                                      |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |
| 9. その他( )  |       | 1. 訪問看護の実施ごと<br>2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度<br>4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度<br>6. 必要な場合 |

## 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<br>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) 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<br>3. 精神障害者保健福祉手帳(                      )級      4. 申請中<br>5. 手帳なし      6. わからない   |
| 7) 利用している介護保険サービス、障害福祉サービス<br>※あてはまるもの全てに○                                       | 【介護保険サービス】<br>1. 訪問介護      2. 訪問リハビリテーション      3. 通所介護<br>4. 短期入所療養介護      5. 短期入所生活介護      6. 通所リハビリテーション<br>7. 福祉用具貸与      8. 住宅改修<br>9. その他(具体的に:                      )<br>【障害福祉サービス】<br>10. 居宅介護      11. 重度訪問介護      12. 同行援護<br>13. 行動援護      14. 療養介護      15. 生活介護<br>16. 短期入所      17. 重度障害者等包括支援      18. 施設入所支援<br>19. 自立訓練(機能訓練)      20. 自立訓練(生活訓練)      21. 就労移行支援<br>22. 就労継続支援A型      23. 就労継続支援B型      24. 就労定着支援<br>25. 自立生活援助      26. 共同生活援助(グループホーム)<br>27. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)      28. 計画相談支援<br>29. 基本相談支援      30. その他(具体的に:                      ) |
| 8) 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   |
| 9) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(1)</b> を選択)<br>※○は1つ       | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )  |
| 10) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(2)(3)</b> を選択)<br>※○は2つまで | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )<br>12. 記載なし  |
| 11) 別表第七の疾病等の該当の有無<br>※あてはまるもの全てに○   | 1. 無<br>2. 末期の悪性腫瘍      3. 多発性硬化症      4. 重症筋無力症<br>5. スモン      6. 筋萎縮性側索硬化症      7. 脊髄小脳変性症<br>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<br>11. 多系統萎縮症      12. プリオン病      13. 亜急性硬化性全脳炎<br>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<br>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<br>20. 頸髄損傷      21. 人工呼吸器を使用している状態  |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| 12)別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※あてはまるもの全てに○ | 5. 無<br>6. 在宅悪性腫瘍患者指導管理<br>4. 気管カニューレ<br>6. 在宅自己腹膜灌流指導管理<br>8. 在宅酸素療法指導管理<br>10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理<br>12. 在宅人工呼吸指導管理<br>14. 在宅自己疼痛管理指導管理<br>16. 人工肛門・人工膀胱<br>18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | 3. 在宅気管切開患者指導管理<br>5. 留置カテーテル<br>7. 在宅血液透析指導管理<br>9. 在宅中心静脈栄養法指導管理<br>11. 在宅自己導尿指導管理<br>13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理<br>15. 在宅肺高血圧症患者指導管理<br>17. 真皮を越える褥瘡 |
|-------------------------------------|--|---|

|                |   |
|----------------|---|
| 13)人生の最終段階かどうか | 1. 人生の最終段階 →余命の見込み( )か月    2. ターミナル期でない |
|----------------|---|

\* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

|   |   |
|---|---|
| 14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。<br>※該当するものすべてに○ | 1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有<br>2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更<br>3. 本人の意思が確認できない場合の対応<br>4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定<br>5. 本人との医療・ケアの方針の共有<br>6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有<br>7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有<br>8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有<br>9. 本人・家族等への相談体制の充実<br>10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応<br>11. その他( ) |
|---|---|

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 15) 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 |
|------------------------------|-------------------------------|

|   |              |
|---|--------------|
| 15)-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 |
|---|--------------|

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| 16) 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 |
|----------------------------|-------------|

|                   |   |
|-------------------|---|
| 17) 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。<br>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○。<br>1. 特に入院・入所はしていない<br>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( ))<br>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 |
|-------------------|---|

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| 18) 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 |
|--------------------|--------------------------------------|

|                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| 19) 訪問看護の種別(令和4年10月) | 1. 訪問看護基本療養費    2. 精神科訪問看護基本療養費 |
|----------------------|---------------------------------|

|  |                |
|--|----------------|
| 19)-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 |
|--|----------------|

|   |   |
|---|---|
| 【19) 訪問看護の種別が「2.精神科訪問看護基本療養費」の場合】<br>19)-2精神科訪問看護指示書のうち、精神科訪問看護に関する留意事項及び指示内容をご回答ください(令和4年10月1か月)<br>※あてはまる番号全てに○ | 1. 生活リズムの確立<br>2. 家事能力、社会技能等の獲得<br>3. 対人関係の改善(家族含む)<br>4. 社会資源活用の支援<br>5. 薬物療法継続への援助<br>6. 身体合併症の発症・悪化の防止<br>7. その他 |
|---|---|







|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)   |   | 延訪問日数:( )日<br>延訪問回数:( )回 |
| 21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数  | 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                        |
| 21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入   | 5. あり → ( )回<br>(理由: )<br>(訪問時間: )分<br>6. なし  |                          |
| 21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入  | 5. あり → ( )日<br>6. なし   |                          |
| 22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月)<br>※移動時間は含まない   | 分   |                          |
| 23) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎<br>※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4年10月)                            | 1. 保健師・助産師・看護師      2. 准看護師<br>3. 理学療法士      4. 作業療法士      5. 言語聴覚士                 |                          |
| 23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)  | 保健師・助産師・看護師   | 回                        |
|   | 准看護師  | 回                        |
|   | リハビリ職(PT,OT,ST)   | 回                        |
| 24) 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4年10月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択                                  | 5. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション)<br>→ 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他)<br>6. なし |                          |
| 25) 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4年5～10月)<br>※「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<br>2. なし   |                          |
| 25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容<br>※あてはまるもの全てに○  | 1. 褥瘡の処置      2. 点滴の投与・管理<br>7. 頻回のバイタルサインの測定及び観察<br>8. その他(具体的に: )                 |                          |
| 26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入<br>※カッコ内のアルファベットは選択し、指示内容は数字を記入 | 1. あり → a. 理学療法士 b. 作業療法士 c. 言語聴覚士<br>1日あたり( )分を週( )回<br>2. なし                      |                          |

|  |  |
|--|--|
| 26)-1 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。 | 7. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している<br>8. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している<br>9. その他( )  |
| 26)-2 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。<br>※○はいくつでも                              | 15. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した<br>16. 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<br>17. 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<br>18. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した<br>19. 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<br>20. 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<br>21. その他( )   |
| 26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容(複数回答)  | 1. 関節可動域訓練 2. 筋力増強訓練 3. 基本動作訓練<br>4. 移乗訓練 5. 歩行訓練 6. バランス訓練<br>7. 持久力(心肺機能)訓練 8. 呼吸機能訓練<br>9. 階段昇降訓練 10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する)<br>11. 巧緻運動・調性運動訓練 12. 排泄機能訓練<br>13. 摂食嚥下機能訓練 14. 失語症訓練 15. 構音訓練<br>16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練<br>17. ADL動作訓練 18. IADL動作訓練<br>19. 義肢装具の評価・調整・作成<br>20. 福祉用具の評価・調整 21. 家屋の評価・環境調整<br>22. その他 |
| 【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合】<br>27)精神科訪問看護報告書の記載内容<br>※○はいくつでも                  | 1. 利用者の病状<br>2. 身体合併症の状況<br>3. 日常生活活動(ADL)の状況<br>4. 生活リズム<br>5. 対人関係の状況<br>6. 社会資源の活用状況(希望を含む)<br>7. 服薬状況<br>8. 本人の困りごと<br>9. その他( )   |
| 28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。(令和4年10月)   | 1. はい 2. いいえ   |
| 28)-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   | 7. 専門医などの診察が必要<br>8. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能<br>9. その他( )   |

| 29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。<br>(令和4年10月)<br>※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)<br>※連携の頻度は、該当する頻度を1つ○ |       |  |
|---|-------|--|
|   | 連携の有無 | 連携の頻度  |
| 1. 医療機関との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 2. 薬局との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 4. 障害福祉関係者との連絡・調整   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 6. 学校等との連絡・調整   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 7. 利用者に関する地域ケア会議への参加  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 8. カンファレンス等への参加   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 9. その他( )   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |

## 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<br>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) 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<br>3. 精神障害者保健福祉手帳(                      )級      4. 申請中<br>5. 手帳なし      6. わからない   |
| 7) 利用している介護保険サービス、障害福祉サービス<br>※あてはまるもの全てに○                                       | 【介護保険サービス】<br>1. 訪問介護      2. 訪問リハビリテーション      3. 通所介護<br>4. 短期入所療養介護      5. 短期入所生活介護      6. 通所リハビリテーション<br>7. 福祉用具貸与      8. 住宅改修<br>9. その他(具体的に:                      )<br>【障害福祉サービス】<br>10. 居宅介護      11. 重度訪問介護      12. 同行援護<br>13. 行動援護      14. 療養介護      15. 生活介護<br>16. 短期入所      17. 重度障害者等包括支援      18. 施設入所支援<br>19. 自立訓練(機能訓練)      20. 自立訓練(生活訓練)      21. 就労移行支援<br>22. 就労継続支援A型      23. 就労継続支援B型      24. 就労定着支援<br>25. 自立生活援助      26. 共同生活援助(グループホーム)<br>27. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)      28. 計画相談支援<br>29. 基本相談支援      30. その他(具体的に:                      ) |
| 8) 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   |
| 9) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(1)</b> を選択)<br>※○は1つ       | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )  |
| 10) 現在在宅療養を続けている原因の病名(訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書にある <b>主たる傷病名(2)(3)</b> を選択)<br>※○は2つまで | 1. 脳血管疾患      2. 循環器疾患      3. 悪性新生物<br>4. 内分泌疾患      5. 呼吸器疾患      6. 消化器疾患<br>7. 筋骨格・運動器疾患      8. 精神疾患      9. 神経難病<br>10. その他の神経疾患      11. その他(具体的に:                      )<br>12. 記載なし  |
| 11) 別表第七の疾病等の該当の有無<br>※あてはまるもの全てに○   | 1. 無<br>2. 末期の悪性腫瘍      3. 多発性硬化症      4. 重症筋無力症<br>5. スモン      6. 筋萎縮性側索硬化症      7. 脊髄小脳変性症<br>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<br>11. 多系統萎縮症      12. プリオン病      13. 亜急性硬化性全脳炎<br>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<br>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<br>20. 頸髄損傷      21. 人工呼吸器を使用している状態  |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| 12)別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※あてはまるもの全てに○ | 7. 無<br>8. 在宅悪性腫瘍患者指導管理<br>4. 気管カニューレ<br>6. 在宅自己腹膜灌流指導管理<br>8. 在宅酸素療法指導管理<br>10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理<br>12. 在宅人工呼吸指導管理<br>14. 在宅自己疼痛管理指導管理<br>16. 人工肛門・人工膀胱<br>18. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 | 3. 在宅気管切開患者指導管理<br>5. 留置カテーテル<br>7. 在宅血液透析指導管理<br>9. 在宅中心静脈栄養法指導管理<br>11. 在宅自己導尿指導管理<br>13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理<br>15. 在宅肺高血圧症患者指導管理<br>17. 真皮を越える褥瘡 |
|-------------------------------------|--|---|

|                |                         |              |
|----------------|-------------------------|--------------|
| 13)人生の最終段階かどうか | 1. 人生の最終段階 →余命の見込み( )か月 | 2. ターミナル期でない |
|----------------|-------------------------|--------------|

\* 人生の最終段階とは、「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

|   |   |
|---|---|
| 14)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応について、課題になっていることをご回答ください。<br>※該当するものすべてに○ | 1. 医療・介護従事者等との本人・家族等の意思等の変化に関わる情報の共有<br>2. 本人の意思の変化に伴う医療・ケアの方針の変更<br>3. 本人の意思が確認できない場合の対応<br>4. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定<br>5. 本人との医療・ケアの方針の共有<br>6. (7以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有<br>7. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有<br>8. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有<br>9. 本人・家族等への相談体制の充実<br>10. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応<br>11. その他( ) |
|---|---|

|                              |         |          |        |
|------------------------------|---------|----------|--------|
| 15) 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 |
|------------------------------|---------|----------|--------|

|  |      |      |
|--|------|------|
| 15)-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 |
|--|------|------|

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| 16) 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 |
|----------------------------|-------------|

|                   |   |
|-------------------|---|
| 17) 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。<br>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○。<br>1. 特に入院・入所はしていない<br>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( ))<br>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 |
|-------------------|---|

|                    |                    |       |       |
|--------------------|--------------------|-------|-------|
| 18) 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 |
|--------------------|--------------------|-------|-------|

|                      |              |                 |
|----------------------|--------------|-----------------|
| 19) 訪問看護の種別(令和4年10月) | 1. 訪問看護基本療養費 | 2. 精神科訪問看護基本療養費 |
|----------------------|--------------|-----------------|

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| 19)-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 |
|--|-------|-------|

|   |   |
|---|---|
| 【19) 訪問看護の種別が「2.精神科訪問看護基本療養費」の場合】<br>19)-2精神科訪問看護指示書のうち、精神科訪問看護に関する留意事項及び指示内容をご回答ください(令和4年10月1か月)<br>※あてはまる番号全てに○ | 1. 生活リズムの確立<br>2. 家事能力、社会技能等の獲得<br>3. 対人関係の改善(家族含む)<br>4. 社会資源活用の支援<br>5. 薬物療法継続への援助<br>6. 身体合併症の発症・悪化の防止<br>7. その他 |
|---|---|





|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 21) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数(令和4年10月1か月間)   |   | 延訪問日数:( )日<br>延訪問回数:( )回 |
| 21)-1 うち、1回の訪問時間別延回数  | 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                        |
| 21)-2 うち、緊急訪問の有無・回数・理由・訪問時間<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由、訪問時間を記入   | 7. あり → ( )回<br>(理由: )<br>(訪問時間: )分<br>8. なし  |                          |
| 21)-3 うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1. あり」を選んだ場合には、カッコ内に延日数を記入  | 7. あり → ( )日<br>8. なし   |                          |
| 22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月)<br>※移動時間は含まない   | 分   |                          |
| 23) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎<br>※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4年10月)                            | 1. 保健師・助産師・看護師      2. 准看護師<br>3. 理学療法士      4. 作業療法士      5. 言語聴覚士                 |                          |
| 23)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数(令和4年10月)  | 保健師・助産師・看護師   | 回                        |
|   | 准看護師  | 回                        |
|   | リハビリ職(PT,OT,ST)   | 回                        |
| 24) 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4年10月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択                                  | 7. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション)<br>→ 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他)<br>8. なし |                          |
| 25) 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4年5～10月)<br>※「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<br>2. なし   |                          |
| 25)-1 (「1.あり」の場合)指示の内容<br>※あてはまるもの全てに○  | 1. 褥瘡の処置      2. 点滴の投与・管理<br>9. 頻回のバイタルサインの測定及び観察<br>10.      そ<br>その他(具体的に: )      |                          |
| 26) 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無と内容(令和4年10月1か月)<br>※「1.あり」を選んだ場合には、訪問看護指示書の記載事項を記入<br>※カッコ内のアルファベットは選択し、指示内容は数字を記入 | 1. あり → a. 理学療法士   b. 作業療法士   c. 言語聴覚士<br>1日あたり( )分を週( )回<br>2. なし                  |                          |



|   |  |
|---|--|
| <p>26)-1 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。</p> | <p>10. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について同じ様式に記載している</p> <p>11. 看護職員とリハビリ職が提供する内容について別の様式に記載し、看護職員とリハビリ職で情報を共有している</p> <p>12. <span style="float: right;">その他</span><br/>( )</p>  |
| <p>26)-2 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。<br/>※○はいくつでも</p>                             | <p>22. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、看護職員がリハビリ職と一緒に参加した</p> <p>23. 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</p> <p>24. 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</p> <p>25. リハビリ職のアセスメント等も踏まえて、看護職員が訪問看護計画を作成した</p> <p>26. 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</p> <p>27. 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</p> <p>28. その他( )</p>  |
| <p>26)-3 リハビリ職が提供している訪問看護の内容<br/>(複数回答)</p>   | <p>1. 関節可動域訓練    2. 筋力増強訓練    3. 基本動作訓練</p> <p>4. 移乗訓練    5. 歩行訓練    6. バランス訓練</p> <p>7. 持久力(心肺機能)訓練    8. 呼吸機能訓練</p> <p>9. 階段昇降訓練    10. 促通手技(上肢・下肢麻痺に対する)</p> <p>11. 巧緻運動・調性運動訓練    12. 排泄機能訓練</p> <p>13. 摂食嚥下機能訓練    14. 失語症訓練    15. 構音訓練</p> <p>16. 高次脳機能障害等に対する認知機能訓練</p> <p>17. ADL動作訓練    18. IADL動作訓練</p> <p>19. 義肢装具の評価・調整・作成</p> <p>20. 福祉用具の評価・調整    21. 家屋の評価・環境調整</p> <p>22. その他</p> |
| <p>【19】訪問看護の種別が「2. 精神科訪問看護基本療養費」の場合】<br/>27)精神科訪問看護報告書の記載内容<br/>※○はいくつでも</p>                | <p>1. 利用者の病状</p> <p>2. 身体合併症の状況</p> <p>3. 日常生活活動(ADL)の状況</p> <p>4. 生活リズム</p> <p>5. 対人関係の状況</p> <p>6. 社会資源の活用状況(希望を含む)</p> <p>7. 服薬状況</p> <p>8. 本人の困りごと</p> <p>9. その他( )</p>  |
| <p>28) 当利用者は訪問診療を受療していますか。<br/>(令和4年10月)</p>  | <p>1. はい                      2. いいえ</p>   |
| <p>28)-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</p>   | <p>10. 専門医などの診察が必要</p> <p>11. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能</p> <p>12. <span style="float: right;">その</span><br/>他( )</p>   |

| 29) 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況について、連携等の有無と連携の頻度をご回答ください。<br>(令和4年10月)<br>※連携の有無は、連携している場合に○(未記載又は×は連携していないものとして集計します)<br>※連携の頻度は、該当する頻度を1つ○ |       |  |
|---|-------|--|
|   | 連携の有無 | 連携の頻度  |
| 1. 医療機関との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 2. 薬局との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 3. ケアマネジャー等の介護関係者との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 4. 障害福祉関係者との連絡・調整   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 5. 保健所・市町村保健センター等との連絡・調整  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 6. 学校等との連絡・調整   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 7. 利用者に関する地域ケア会議への参加  |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 8. カンファレンス等への参加   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |
| 9. その他( )   |       | 1. 訪問看護の実施ごと 2. 1週間に1回程度<br>3. 1か月に1回程度 4. 6か月に1回程度<br>5. 1年に1回程度 6. 必要な場合 |

質問は以上です。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、令和X年XX月XX日(XX)までに  
専用の返信用封筒(切手不要)に封入し、お近くのポストに投函してください。

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
**「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」**  
 へのご協力をお願い

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4年4月の診療報酬改定においては、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅医療については、外来在宅共同指導料の新設等を行いました。

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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、改定に係る影響や、在宅医療を実施している保険医療機関等の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等について調査・検証を行うことになりました。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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

## 【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局**

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
 PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~  
 【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」  
へのご協力をお願い

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4年4月の診療報酬改定においては、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅歯科医療については、歯科訪問診療料の評価の見直し等を行いました。

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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、改定に係る影響や、在宅歯科医療を実施している保険医療機関等の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等について調査・検証を行うことになりました。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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー

PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~

【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX（受付時間 10 : 00~17 : 00、土日・祝日除く）

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」  
へのご協力をお願い

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4年4月の診療報酬改定においては、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅訪問薬剤管理については、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の新設等を行いました。

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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、改定に係る影響や、在宅訪問薬剤管理の実施状況等について調査・検証を行うことになりました。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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記アドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~

【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX (受付時間 10 : 00 ~ 17 : 00、土日・祝日除く)

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」  
へのご協力をお願い

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4年4月の診療報酬改定においては、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、訪問看護については、専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進等を行いました。また、訪問看護事業者においては、明細書の無料発行に努めることとされているとともに、令和6年度からは電子レセプト請求が開始されることとなっています。

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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、改定に係る影響や、訪問介護の実施状況、介護関係者との連携状況等について調査・検証を行うことになりました。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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局**

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~  
【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
精神医療等の実施状況調査

調査の概要 (案)

1. 調査目的

令和4年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実、アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設、摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し、精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設、継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実、児童思春期精神科専門管理加算の見直し、通院・在宅精神療法の見直し、精神科救急医療体制の整備の推進、クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し、かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設、救急患者精神科継続支援料の見直し、救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や、関連した取組の実施状況等について調査・検証を行う。

2. アンケート調査の構成及び調査手順

<アンケート調査の構成>

本調査は以下の構成とする。

| 調査の種類 | 調査対象   |            |          | 調査方法           |
|-------|--|------------|----------|----------------|
|       | 条件   | 調査件数       | 抽出方法     |                |
| 病院調査  | ①精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科急性期医師配置加算、精神科急性期医療体制加算、こころの連携指導料、療養生活継続支援加算、精神科在宅患者支援管理料の届出病院 | 1,200 施設程度 | 悉皆       | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
|       | ②上記①に該当しない精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料等を算定する病院  |            | 無作為      |                |
| 病棟調査  | 病院調査の調査対象病院の病棟のうち<br>・精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている全病棟<br>・精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1、15 対 1）、精神科療養病棟入       | —          | 上記病院から抽出 | 自記式調査票の郵送配布・回収 |

|                          |  |              |              |   |
|--------------------------|--|--------------|--------------|---|
|                          | 院料の届出を行っている病棟のうち<br>1棟   |              |              |   |
| 診療所調査                    | こころの連携指導料、療養生活継続支援加算、精神科在宅患者支援管理料等のいずれかを届け出している診療所   | 500施設        | 無作為          | 自記式調査票の郵送配布・回収                                    |
| 患者調査<br>(入院患者)<br>(外来患者) | ・精神科救急急性期入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者<br>・こころの連携指導料、療養生活継続支援加算等の算定患者、精神科訪問看護・指導料の算定患者 | 最大<br>7,200名 | 上記病院から、最大6名  | 病院調査とともに郵送配布・回収（施設が記入）<br>（算定患者の氏名のうち50音順で対象を選定）  |
| 患者調査<br>(外来患者)           | ・こころの連携指導料算定患者2名<br>・療養生活継続支援加算等の算定患者2名<br>・精神科訪問看護・指導料の算定患者2名   | 最大<br>3,000名 | 上記診療所から、最大6名 | 診療所調査とともに郵送配布・回収（施設が記入）<br>（算定患者の氏名のうち50音順で対象を選定） |

#### <アンケート調査の手順>

アンケート調査は、調査票一式を郵便にて調査対象となる病院及び診療所に送付し、当該施設の管理者等にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。

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

### 3. 主な調査事項

#### <新型コロナウイルスの影響に関する項目>

- 重点医療機関／協力医療機関の指定の有無
- 新型コロナウイルス感染症の患者の受入れ実績の有無

#### <今回新設した項目>

##### [病院調査]

- 基本属性：入院基本料の届出状況、入院料及び加算の届出状況、公認心理師の配置により算定している加算の状況、入院料別の在院日数・在宅復帰率等、入院料の転換・削減予定の有無、新規入院患者数とその内訳、24時間体制の状況、精神保健指定医の業務の実態、入退院支援に係る連携機関の状況等
- 精神科リエゾンチームの状況
- 地域連携の状況
- 精神科救急急性期医療入院料の状況
- 身体合併症への対応状況
- クロザピンの使用状況



- 公認心理師による支援の状況
- こころの連携指導料の状況
- 退院調整に向けたカンファレンスの開催状況
- 療養生活継続支援加算の状況
- 精神疾患患者に対するオンライン診療の実施状況
- 通院精神療法の実施状況
- 身体的拘束を予防・最小化する取組の状況

[病棟調査]【新規】

- 入院基本料等
- 入院患者の状況（患者数内訳、平均在院日数・在宅復帰率等）
- 在宅復帰に向けた取組等の実施状況
- 退院調整に向けたカンファレンスの開催状況
- 公認心理師等の配置等の状況

[診療所調査]

- 基本属性：休日・夜間の対応状況、精神保健指定医の業務の実態等
- 地域連携の状況
- 療養生活継続支援加算の状況
- 精神疾患患者に対するオンライン診療の実施状況
- 通院精神療法の実施状況

[患者調査（入院患者票）]【新規】

- 基本属性
- 入院時の状況
- 現在の患者の状態像
- 退院の見通し

[患者調査（外来患者票）]

- 直近の入院時の状況（入院施設）
- 現在の状況（身体合併症の種類と対応する医師、リハビリテーションの有無等）
- 在宅医療・在宅療養の支援状況等（訪問診療/往診/訪問看護の回数、療養生活環境整備に係る支援の状況、療養生活継続支援加算の算定状況）

<前回調査から削除した主な項目>

[病院調査、診療所調査]

- 療養生活環境整備指導加算の届出状況等

#### 4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

##### <実査開始までのスケジュール>

| 作業項目                      | 2022年 |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  | 2023年 |  |    |  |    |  |
|---------------------------|-------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-------|--|----|--|----|--|
|                           | 9月    |  |  | 10月 |  |  | 11月 |  |  | 12月 |  |  | 1月    |  | 2月 |  | 3月 |  |
| 1 調査票等の作成・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 調査の全体設計                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査票等発送物の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 調査票等送付物・宛名シールの印刷        |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 調査票等送付物の封入・発送           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 2 照会への対応                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 照会対応・再発送要望対応            |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 照会及び回答内容の一覧の作成          |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 3 調査票の電子化(Webサイト対応)       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① Webサイトの開設準備・電子調査票作成     |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② Webサイトの運営               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 4 調査の協力依頼                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 電話協力依頼（兼調査票等到着確認）       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 督促ハガキ印刷・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 5 調査票受付・データ化              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 回収票の受付・登録               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 協力依頼状・督促ハガキ発送名簿の作成      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 電話督促名簿の作成               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 受付票の検索（返戻・修正依頼）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ データ入力                   |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 6 集計及び報告書の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 集計方針・報告書構成の検討           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 集計                      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 中間報告書の作成                |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 報告書の作成                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 報告書の納品                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑥ 省内検討／中医協議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 7 調査検討委員会の設置・運営           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 委員選定・委嘱                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査検討委員会の開催              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査検討委員会審議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |

以上

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 精神医療等の実施状況調査

※この病院票は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。

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

※特に断りのない質問については、令和4年11月1日（火）時点の状況についてご記入ください。

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

## 1. 貴施設の概要

|                                      |                              |                                     |                |            |
|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------|------------|
| ①所在地                                 | ( ) 都・道・府・県                  |                                     |                |            |
| ②開設者 <sup>注1</sup><br>(○は1つ)         | 01. 国立                       | 02. 公立                              | 03. 公的         | 04. 社会保険関係 |
|                                      | 05. 医療法人                     | 06. その他の法人                          | 07. 個人         |            |
| ③同一法人または関連法人が運営する施設・事業所<br>(○はいくつでも) | 01. 該当なし                     | 02. 介護老人保健施設                        | 03. 介護老人福祉施設   |            |
|                                      | 04. 訪問看護ステーション               | 05. 居宅介護支援事業所                       | 06. 地域包括支援センター |            |
|                                      | 07. 訪問介護事業所                  | 08. 小規模多機能型居宅介護事業所                  |                |            |
|                                      | 09. 看護小規模多機能型居宅介護            | 10. 通所介護事業所                         |                |            |
|                                      | 11. 介護療養型医療施設                | 12. 介護医療院                           |                |            |
|                                      | 13. 障害福祉サービス事業所（就労系サービス）     |                                     |                |            |
|                                      | 14. 障害福祉サービス事業所（相談系サービス）     |                                     |                |            |
|                                      | 15. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス） |                                     |                |            |
|                                      | 16. その他 ( )                  |                                     |                |            |
| ④病院種別<br>(○は1つ)                      | 01. 精神科病院（単科） <sup>注2</sup>  | 02. 精神科病院（内科等一般科標榜あり） <sup>注3</sup> |                |            |
|                                      | 03. 精神科を有する特定機能病院            | 04. 精神科を有する一般病院                     |                |            |

注1 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）

公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）

公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）

社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）

医療法人（社会医療法人は含まない）

その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人）

注2 精神科病院（単科）：精神病床のみを有する病院のうち、精神科、神経科、心療内科、児童精神科、老年精神科のみを標榜する病院

注3 精神科病院（内科等一般科標榜あり）：精神病床のみを有する病院のうち、上記以外の内科等一般科も標榜する病院

|                                  |                      |               |                |  |
|----------------------------------|----------------------|---------------|----------------|--|
| ⑤貴施設が標榜している診療科をお選びください。（○はいくつでも） |                      |               |                |  |
| 01. 内科 <sup>注4</sup>             | 02. 外科 <sup>注5</sup> | 03. 精神科       | 04. 小児科        |  |
| 05. 皮膚科                          | 06. 泌尿器科             | 07. 産婦人科・産科   | 08. 眼科         |  |
| 09. 耳鼻咽喉科                        | 10. 放射線科             | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |  |
| 13. 麻酔科                          | 14. 救急科              | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |  |
| 17. その他 ( )                      |                      |               |                |  |

注4 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

注5 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

|  |         |         |         |          |         |
|--|---------|---------|---------|----------|---------|
| ⑥令和4年11月1日時点における、医療法上の1)病棟数、2)許可病床数をそれぞれご記入ください。<br>※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数に「0」をご記入ください。 |         |         |         |          |         |
|  | a. 一般病床 | b. 療養病床 | c. 精神病床 | d. 感染症病床 | e. 結核病床 |
| 1)病棟数  | ( )棟    | ( )棟    | ( )棟    | ( )棟     | ( )棟    |
| 2)許可病床数  | ( )床    | ( )床    | ( )床    | ( )床     | ( )床    |

| ⑦(1)貴施設において届出を行っている入院基本料 <sup>2</sup> は何ですか。(あてはまる番号すべてに○) |                       |  |   |
|--|-----------------------|--|---|
| (2)上記(1)で○をつけた入院基本料について、あてはまる番号をすべてお選びください。                |                       |  |   |
| (1)01～06のうち、<br>あてはまる番号すべてに○                               |                       | (2)左記(1)で○をつけた入院料について、あてはまる番号すべてに○   |   |
| 01.  | 一般病棟入院基本料 →<br>( )床   | 01. 急性期一般入院料 1<br>03. 急性期一般入院料 3<br>05. 急性期一般入院料 5<br>07. 地域一般入院料 1<br>09. 地域一般入院料 3 | 02. 急性期一般入院料 2<br>04. 急性期一般入院料 4<br>06. 急性期一般入院料 6<br>08. 地域一般入院料 2 |
| 02.  | 療養病棟入院基本料 →<br>( )床   | 01. 療養病棟入院料 1<br>03. 療養病棟入院基本料注11  | 02. 療養病棟入院料 2   |
|  |                       | 夜間看護加算   | 01. 届出あり      02. 届出なし  |
| 03.  | 結核病棟入院基本料 →<br>( )床   | 01. 7対1<br>05. 18対1  | 02. 10対1<br>06. 20対1  |
| 04.  | 精神病棟入院基本料 →<br>( )床   | 01. 10対1<br>05. 20対1   | 03. 15対1<br>04. 18対1  |
|  |                       | 看護補助加算の届出の有無   | 11. あり      12. なし  |
| 05.  | 特定機能病院入院基本料 →<br>( )床 | 一般病棟   | 01. 7対1      02. 10対1   |
|  |                       | 結核病棟   | 01. 7対1      02. 10対1      03. 13対1<br>04. 15対1                     |
|  |                       | 精神病棟   | 01. 7対1      02. 10対1      03. 13対1<br>04. 15対1                     |
| 06.  | その他の入院基本料 →<br>( )床   | 01. 7対1      02. 10対1      03. それ以外  |   |

| ⑦-1 貴施設において届出を行っている特定入院料は何ですか。(あてはまる番号すべてに○) |                   |  |   |     |                |  |   |
|--|-------------------|--|---|-----|----------------|--|---|
| あてはまる番号に○をつけ、病床数をご記入ください。                    |                   |  |   |     |                |  |   |
| 01.  | 救命救急入院料           |  | 床 | 02. | 特定集中治療室管理料     |  | 床 |
| 03.  | ハイケアユニット入院医療管理料   |  | 床 | 04. | 脳卒中ケアユニット入院管理料 |  | 床 |
| 05.  | 小児特定集中治療室管理料      |  | 床 | 06. | 新生児特定集中治療室管理料  |  | 床 |
| 07.  | 母体・胎児集中治療室管理料     |  | 床 | 08. | 新生児集中治療室管理料    |  | 床 |
| 09.  | 新生児治療回復室入院管理      |  | 床 | 10. | 小児入院医療管理料      |  | 床 |
| 11.  | 回復期リハビリテーション病棟入院料 |  | 床 | 12. | 地域包括ケア病棟入院料    |  | 床 |
| 13.  | 緩和ケア病棟入院料         |  | 床 |     |                |  |   |

| ⑧ 貴施設の精神科病棟についてお伺いします。入院料および加算の届出状況として該当するものすべてをお選びください。<br>(○はいくつでも) |   |
|---|---|
| a. 入院料  | 01. 精神科救急急性期医療入院料<br>⇒看護職員夜間配置加算の届出 11あり 12なし   |
|   | 02. 精神科急性期治療病棟入院料 →区分 (21. 入院料1 22. 入院料2)   |
|   | 03. 精神科救急・合併症入院料<br>⇒届出していない理由：01. 精神科単価病院のため 02. 対象となる患者がいないため<br>03. 満たせない要件がある (要詳細化)<br>04. 経営上のメリットがない 05. その他 ( )<br>⇒看護職員夜間配置加算の届出 31. あり 32. なし |
|   | 04. 児童・思春期精神科入院医療管理料  |
|   | 05. 精神療養病棟入院料   |
|   | 06. 認知症治療病棟入院料 →区分 (61. 入院料1 62. 入院料2)  |
|   | 07. 地域移行機能強化病棟入院料   |
| b. 加算   | 01. 精神科応急入院施設管理加算【A228 精応】      02. 精神病棟入院時医学管理加算【A230 精医管】<br>03. 精神科救急医療体制加算【A311】 ⇒区分 (31. 1 32. 2 33. 3)  |
|   | 04. 精神科措置入院退院支援加算【A227-2】      05. 精神科地域移行実施加算【A230-2 精移】   |
|   | 06. 精神科身体合併症管理加算【A230-3 精身】      07. 強度行動障害入院時医療管理加算【A231-2 強行】   |
|   | 08. 認知症ケア加算【A247 認ケア】      09. せん妄ハイリスク患者ケア加算【A247-2 セハイ】   |
|   | 10. 精神科急性期医師配置加算【A249 精急医配】 →区分 (101. 1 102. 2 103. 3)  |

|  |                  |                       |
|--|------------------|-----------------------|
| <b>⑨貴施設が届出を行っている入院基本料等加算をお選びください。(〇はいくつでも)</b>                           |                  |                       |
| 01. 診療録管理体制加算 →区分 (11. 診療録管理体制加算1 12. 診療録管理体制加算2)                        |                  |                       |
| 02. データ提出加算<br>→区分 (21. データ提出加算1 22. データ提出加算2 23. データ提出加算3 24. データ提出加算4) |                  |                       |
| 03. 栄養サポートチーム加算  | 04. 精神科リエゾンチーム加算 | 05. 摂食障害入院医学管理加算      |
| 06. 依存症入院医療管理加算  | 07. ハイリスク分娩等管理加算 | 08. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 |
| 09. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算  | 10. 精神疾患診療体制加算   | 11. 排尿自立支援加算          |

|   |                |                     |
|---|----------------|---------------------|
| <b>⑩次の加算等に係る診療において公認心理師が心理的支援を行っているものをお選びください。(〇はいくつでも)</b> |                |                     |
| 01. 重症患者初期支援充実加算  | 02. 生殖補助医療管理料1 | 03. 総合周産期特定集中治療室管理料 |
| 04. 依存症入院医療管理加算   | 05. がん患者指導管理料ロ | 06. 療養・就労両立支援指導料    |

|  |  |                 |                |
|--|--|-----------------|----------------|
| <b>⑪救急告示の有無 (令和4年11月1日時点) (〇は1つ)</b>         |  | 01. 救急告示なし      | 02. 救急告示あり     |
| <b>⑫救急医療体制 (令和4年11月1日時点) (〇は1つ)</b>          | 01. 高度救命救急センター                               | 02. 救急センター      | 03. 二次救急医療機関   |
|  | 04. いずれにも該当しないが救急部門を有している<br>05. 救急部門を有していない |                 |                |
| <b>⑬精神医療に関する指定状況 (令和4年11月1日時点) (〇はいくつでも)</b> | 01. 措置入院指定病院                                 | 02. 応急入院指定病院    |                |
|  | 03. 精神科救急医療施設                                | 04. 認知症疾患医療センター |                |
| <b>⑭精神科救急医療体制整備事業への参加の有無 (〇は1つ)</b>          | 01. 参加している                                   |                 | 02. 参加していない    |
|  | 03. 参加していない                                  |                 |                |
| <b>⑮参加している場合の種別 (〇は1つ)</b>                   | 01. 病院群輪番型施設                                 |                 | 02. 常時対応型施設    |
|  | 03. 外来対応型施設                                  |                 | 04. 身体合併症対応型施設 |

**⑯令和4年10月における、医療法上の精神病床の各入院料別の1)病棟数、2)届出病床数、3)平均在院日数<sup>注6</sup>、4)在宅復帰率<sup>注7</sup>、5)患者数をそれぞれご記入ください。**

|                            | 1)病棟数 | 2)届出病床数 | 3)平均在院日数 <sup>注6</sup> | 4)在宅復帰率 <sup>注7</sup> | 5)令和4年11月1日24時時点の入院患者数 |                    |                                 |                                 |
|----------------------------|-------|---------|------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|                            |       |         |                        |                       | ①患者数                   | ②うち精神疾患のみ(身体合併症なし) | ③身体合併症あり(精神疾患で入院) <sup>注8</sup> | ④身体合併症あり(身体疾患で入院) <sup>注9</sup> |
| a. 精神病床全体                  | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| b. 精神病棟入院基本料               | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| c. 特定機能病院入院基本料(精神病棟)       | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| d. 精神科救急急性期医療入院料           | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| e. 精神科急性期治療病棟入院料           | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| f. 精神科救急・合併症入院料            | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| g. 児童・思春期精神科入院医療管理料        | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| h. 精神療養病棟入院料               | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| i. 認知症治療病棟入院料              | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| j. 地域移行機能強化病棟入院料           | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |
| k. 介護療養型医療施設(老人性認知症疾患療養病棟) | 棟     | 床       | 日                      | %                     | 人                      | 人                  | 人                               | 人                               |

注6 平均在院日数は令和4年8月～10月の3か月の平均在院日数をご記入ください。平均在院日数の計算式は、以下の通りです(小数点以下は切り上げてください)。

$$\text{平均在院日数} = (\text{8月～10月の在院患者延べ日数}) \div (\text{8月～10月の新入棟患者数} + \text{8月～10月の新退棟患者数}) \div 2$$

また、転棟患者についても、当該病棟に入棟した場合は新入棟患者として、当該病棟から他病棟に転棟した場合は退棟患者として対象に含めて算出してください。なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者(算定要件に該当しない患者を含む)をもとに算出してください。

注7 「在宅復帰率」= A ÷ B : A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等(介護医療院を含む)、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者(死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者を除く) × 100、B. 該当する病棟から退棟した患者(死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者を除く)。

注8 主傷病名が精神疾患であり、かつ身体疾患を有する患者についてご記入ください。身体合併症については、医師の介入が必要な身体合併症(例:身体疾患に対して、定期的な診察、血液検査、投薬等を行っている場合)を有する患者数をご記入ください。

注9 主傷病名が身体疾患である患者についてご記入ください。

⑰上記⑱で回答した入院料について、今後の意向をお選びください。

01. 転換・削減予定あり →⑰-1へ

02. 転換・削減予定なし →⑱へ

⑰-1 転換・削減予定がある場合、検討している転換先・削減対象の病棟数・病床数等についてご記入ください。

|                                | 検討している転換先 |     | 検討している削減数 |     |
|--------------------------------|-----------|-----|-----------|-----|
|                                | 病棟数       | 病床数 | 病棟数       | 病床数 |
| a. 精神病棟入院基本料                   | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| b. 特定機能病院入院基本料(精神病棟)           | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| c. 精神科救急急性期医療入院料               | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| d. 精神科急性期治療病棟入院料               | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| e. 精神科救急・合併症入院料                | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| f. 児童・思春期精神科入院医療管理料            | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| g. 精神療養病棟入院料                   | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| h. 認知症治療病棟入院料                  | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| i. 地域移行機能強化病棟入院料               | 棟         | 床   | 棟         | 床   |
| j. 介護療養型医療施設<br>(老人性認知症疾患療養病棟) | 棟         | 床   | 棟         | 床   |

⑱貴施設の職員数(常勤換算<sup>注10</sup>)をご記入ください。(施設全体の延べ人数でお答えください。)

|   |   |
|---|---|
| 1) 医師   | ( )人  |
| a. (うち)精神保健指定医  | ( )人  |
| b. (うち)精神科特定医師  | ( )人  |
| c. (うち)上記以外の精神科医師   | ( )人  |
| d. (うち)精神科以外の医師<br>※精神科病棟に従事している精神科以外の診療科のうち、勤務回数<br>の多い科から、最大3診療科までご記載ください | e. 診療科名1 ( ) ( )人<br>f. 診療科名2 ( ) ( )人<br>g. 診療科名3 ( ) ( )人 |
| 2) 看護師(保健師を含む) <sup>注11</sup>   | ( )人  |
| a. (うち)精神看護専門看護師*   | ( )人  |
| b. (うち)認知症看護認定看護師*  | ( )人  |
| c. (うち)精神科認定看護師**   | ( )人  |
| d. (うち)特定行為研修了者   | ( )人  |
| 3) 准看護師   | ( )人  |
| 4) 看護補助者  | ( )人  |
| 5) 薬剤師  | ( )人  |
| 6) 作業療法士  | ( )人  |
| 7) 公認心理師  | ( )人  |
| 8) 精神保健福祉士  | ( )人  |
| 9) 社会福祉士(上記8)を除く)   | ( )人  |
| 10) 管理栄養士   | ( )人  |
| 11) 事務職員  | ( )人  |
| 12) その他の職員  | ( )人  |

注10 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までお答えください。

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

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

注11 \* 日本看護協会の認定した者 \*\* 日本精神科看護協会の認定した者

| ⑱ 貴施設における令和4年10月1か月間の精神保健福祉法上の入院区分に応じた新規入院患者数(延べ人数)をご記入ください。 |             |   |                       |   |
|--|-------------|---|-----------------------|---|
|  | a. 延べ人数(全体) |   | b. (うち)時間外・休日の延べ入院患者数 |   |
| 1) 総数  | 延べ          | 人 | 延べ                    | 人 |
| 2) (うち)措置入院患者数   | 延べ          | 人 | 延べ                    | 人 |
| 3) (うち)緊急措置入院患者数   | 延べ          | 人 | 延べ                    | 人 |
| 4) (うち)医療保護入院患者数   | 延べ          | 人 | 延べ                    | 人 |
| 5) (うち)応急入院患者数   | 延べ          | 人 | 延べ                    | 人 |

| ⑳ 精神科の入院患者を土日含め24時間受け入れることはできますか。 |          |
|-----------------------------------|----------|
| 01. できる                           | 02. できない |

| ㉑-1 時間外・休日・深夜に入院した延べ患者数をご記入ください。 |   |
|----------------------------------|---|
| ( )                              | 人 |

| ㉑-2 受け入れができない理由は何ですか。(〇はいくつでも) |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| 01. 精神科の医師が不足しているため            | 02. 看護師が不足しているため        |
| 03. 精神保健福祉士が不足しているため           | 04. 02・03以外の職種が不足しているため |
| 05. 他医療機関が対応しているため             | 06. その他 ( )             |

| ㉒ 精神保健指定医の業務のうち実施しているものをお選びください。(〇はいくつでも) |  |
|---|--|
| 01. 措置入院、緊急措置入院時の判定                       |  |
| 02. 医療保護入院時の判定                            |  |
| 03. 応急入院時の判定                              |  |
| 04. 措置入院者の定期病状報告に係る診察                     |  |
| 05. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察                   |  |
| 06. 任意入院者の退院制限時の診察                        |  |
| 07. 入院者の行動制限の判定                           |  |
| 08. 措置入院者の措置症状消失の判定                       |  |
| 09. 措置入院者の仮退院の判定                          |  |
| 10. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定   |  |
| 11. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定            |  |
| 12. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定               |  |
| 13. 精神医療審査会委員としての診察                       |  |
| 14. 精神科病院に対する立入検査、質問及び診察                  |  |
| 15. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察                   |  |

| ㉓ 入退院支援に係る連携機関 <sup>注12</sup> の施設数をご記入ください(特別の関係にあるものを除く)。(令和4年11月1日時点) |         |                              |
|---|---------|------------------------------|
|   | 連携先の施設数 | 紹介患者数(延べ人数)<br>(令和4年10月1か月間) |
| 連携機関数の合計  | 施設      | 人                            |
| 病院  | 施設      | 人                            |
| (うち)在宅療養支援病院  | 施設      | 人                            |
| (うち)貴院を緊急時の入院医療機関としている病院  | 施設      | 人                            |
| 診療所   | 施設      | 人                            |
| (うち)診療所   | 施設      | 人                            |
| (うち)貴院を緊急時の入院医療機関としている診療所   | 施設      | 人                            |
| 介護保険サービス事業所   | 施設      | 人                            |
| 障害福祉サービス事業所   | 施設      | 人                            |
| その他施設   | 施設      | 人                            |

注 12 連携機関とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という)であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいいます。





### 3. 地域連携について

|  |           |
|--|-----------|
| ①障害支援区分の認定調査に当たって作成した医師意見書数をご記入ください。(令和4年5月～10月) |           |
| ( ) 件  |           |
| ②貴施設ではピアサポーターを雇用していますか。                          |           |
| 01. している⇒ ( ) 人                                  | 02. していない |
| ③精神保健福祉センターについて協力していますか。                         |           |
| 01. している   | 02. していない |
| ④地域でどのような活動を実施していますか。(〇はいくつでも)                   |           |
| 01. 都道府県等が行うアウトリーチ支援に協力している                      |           |
| 02. (上記以外で) 保健所や市町村保健センターの訪問支援に協力している            |           |
| 03. 自院で包括的地域生活支援プログラム <sup>注13</sup> を実施している     |           |
| 04. (上記以外で) 自院で多職種からなるチームを組成し訪問支援を実施している         |           |
| 05. その他 ( )                                      |           |
| 06. 実施していない                                      |           |

注13 包括型地域生活支援プログラム (ACT: Assertive Community Treatment) とは、重い精神障害を持つ人が、住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、様々な専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラムを指します。

### 4. 精神科救急急性期医療入院料等について

#### 《精神科救急急性期医療入院料》

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ①貴施設では、精神科救急急性期医療入院料の届出をしていますか。                                |                         |
| 01. している →①-1へ   | 02. していない →②～④へ         |
| ①-1 届出をしている場合、対応した患者の疾患として当てはまるもの全てをお選びください。(〇はいくつでも)          |                         |
| 01. 器質性精神障害 (精神症状を伴う認知症を含む)                                    |                         |
| 02. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (アルコールによる単なる酩酊を除く)                    |                         |
| 03. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害                                       |                         |
| 04. 気分 (感情) 障害 (躁状態又は時節・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的貴危険を伴う状態に限る。)        |                         |
| 05. 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危機を伴う状態に限る。) |                         |
| 06. 成人の人格及び行動の障害 (精神状態を有する状態に限る)                               |                         |
| 07. 知的障害   |                         |
| ①-2 届出をしている場合、算定の判断に迷った患者の疾患として当てはまるもの全てをお選びください。(〇はいくつでも)     |                         |
| 01. 器質性精神障害 (精神症状を伴う認知症を含む)                                    |                         |
| 02. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (アルコールによる単なる酩酊を除く)                    |                         |
| 03. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害                                       |                         |
| 04. 気分 (感情) 障害 (躁状態又は時節・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的貴危険を伴う状態に限る。)        |                         |
| 05. 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危機を伴う状態に限る。) |                         |
| 06. 成人の人格及び行動の障害 (精神状態を有する状態に限る)                               |                         |
| 07. 知的障害   |                         |
| 08. 算定の判断に迷った患者はいない  |                         |
| ②届出をしていない場合、今後届出の意向はありますか。                                     |                         |
| 01. 具体的な予定がある ⇒西暦 ( ) 年 ( ) 月                                  | 02. 届出を行う予定がある          |
| 03. 検討中であり、まだわからない   | 04. 届出を行う予定はない          |
| 05. その他 ( )  |                         |
| ③届出をしていない場合、その理由は何ですか。(〇はいくつでも)                                |                         |
| 01. 満たすことが難しい要件があるため   | 02. 当該機能は他の医療機関が担っているため |
| 03. 該当する患者がいないため   | 04. その他 ( )             |



②-2 自院で対応できない身体合併症はある場合、どのように対応していますか。(〇はいくつでも)  
 あてはまるものに〇、最も当てはまるものに◎をつけてください。

01. 精神科病床のある総合病院へ転院
02. 精神科リエゾンチームのいる(精神科病床のない)総合病院へ転院
03. 精神科リエゾンチームも精神科病床もない身体科のみの医療機関へ転院
04. 他院の外来受診
05. その他 ( )

## 6. クロザピンの使用状況等について

① 貴施設の精神科病棟における、クロザピンの使用実績をご記入ください。(令和4年5月～10月 6か月間)

( ) 人

①-1 クロザピンの新規導入患者をご記入ください。(令和4年5月～10月6か月間)

01. 新規導入患者数 ( ) 人
02. うち他病棟からの転棟患者 ( ) 人
03. うち他施設からの転院患者 ( ) 人

①-2 上記新規導入患者のうち、退院した患者の退院先の状況をご記入ください。

01. 自院の外来 ( ) 人
02. 他の病院の外来 ( ) 人
03. 他の診療所 ( ) 人

② 貴施設における令和3年度1年間の使用患者数(実人数)をご記入ください。

( ) 人

③ 貴施設における令和3年度1年間の血中濃度測定件数をご記入ください。

( ) 件

## 7. 公認心理師による支援の状況について

① 公認心理師を配置していますか。(〇はいくつでも)

01. 病棟に配置 → ②へ
02. 外来に配置 → ②へ
03. いない → ⑧へ

② 公認心理師を配置することによる効果・成果をご記入ください。(〇はいくつでも)

|    |   |
|----|---|
| 病棟 | <ol style="list-style-type: none"> <li>01. 定期的な精神症状等の評価が可能である</li> <li>02. 患者の安心感、納得感につながる</li> <li>03. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能である</li> <li>04. 入院生活技能訓練療法等の入院治療への関与</li> <li>05. 心理検査等の検査への関与</li> <li>06. 多職種連携、関係者との調整が円滑になる</li> <li>07. 家族等への支援が可能である</li> <li>08. 医師等の他職種の負担軽減につながるため</li> <li>09. その他 ( )</li> </ol> |
| 外来 | <ol style="list-style-type: none"> <li>01. 定期的な精神症状等の評価が可能である</li> <li>02. 患者の安心感、納得感につながる</li> <li>03. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能である</li> <li>04. 心理検査等の検査への関与</li> <li>05. 多職種連携、関係者との調整が円滑になる</li> <li>06. 家族等への支援が可能である</li> <li>07. 医師等の他職種の負担軽減につながるため</li> <li>08. その他 ( )</li> </ol>                                   |

## 8. こころの連携指導料について

### ①貴施設では、こころの連携指導料の届出をしていますか。

01. こころの連携指導料（Ⅱ）の届出をしている ⇒令和4年10月1か月間の算定件数：（ ）件 →②へ  
02. 届出はしていない →③・④へ

### ②算定件数が1件以上ある場合、算定した患者の疾患として該当するものをすべてお選びください。（○はいくつでも）

01. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09）  
02. アルコールによる精神・行動の障害（F10）  
03. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19）  
04. 統合失調症（F20）  
05. その他の精神病性障害（F21-29）  
06. 気分（感情）障害（F30-39）  
07. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F40）  
08. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F50）  
09. 成人の人格・行動の障害（F60）  
10. 知的障害（精神遅滞）（F70）  
11. 心理的発達の障害（F80）  
12. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98）  
13. 詳細不明の精神障害（F99）  
14. てんかん（G40）

### ③こころの連携指導料の届出をしていない場合、今後の届出意向はありますか。

01. 届出意向がある 02. 届出意向はない

### ④こころの連携指導料の届出をしていない理由は何ですか。（○はいくつでも）

01. 近隣に連携先となる医療機関がないため  
02. 精神保健福祉士がないため  
03. その他（ ）

## 9. 退院調整に向けたカンファレンスの開催状況について

### ①貴施設では、貴施設では、退院支援を担当する専門部署（地域移行推進室等名称は問わない）を設置していますか。

01. 設置している 02. 設置していない

### ②退院調整に向けたカンファレンスの開催状況についてお伺いします。

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1) 1か月当たりの開催回数                | ( ) 回  |
| 2) 参加職種（○はいくつでも）              | ≪自院≫<br>01. 医師（精神科） 02. 医師（精神科以外） 03. 看護師 04. 薬剤師<br>05. 作業療法士等リハ職 06. 精神保健福祉士 07. 公認心理師 08. その他<br>≪自院以外≫<br>01. 医師（精神科） 02. 医師（精神科以外） 03. 看護師 04. 薬剤師<br>05. 作業療法士等リハ職 06. 精神保健福祉士 07. 公認心理師 08. 保健師<br>09. その他<br>≪その他≫<br>01. 自治体関係者 02. 介護サービス事業者 03. 障害福祉サービス事業者 |
| 3) 開催方法（○はいくつでも）              | 01. 対面 02. オンライン会議 03. メール・書面等 04. その他   |
| 4) 障害福祉サービス事業者との連携・調整に当たっての課題 | 01. 近隣に連携先となる障害福祉サービス事業所がない・わからない<br>02. 障害福祉サービス事業所が複数関わっており連携が困難である<br>03. 障害福祉サービス事業所側での受入れ体制が不十分である<br>04. 状態によっては対応できる障害福祉サービス事業所がない<br>05. 退院後の生活や支援に必要な情報が不十分である<br>06. 退院調整のための十分な期間を確保できない<br>07. 地域で退院調整を行う者が不在・不明確である<br>08. その他（ ）                         |

## 10. 精神科退院時共同指導料の状況

①精神科退院時共同指導料の届出状況をご記入ください。(〇は1つ)

01. 精神科退院時共同指導料1の届出をしている →①-1へ 02. 精神科退院時共同指導料2の届出をしている →11へ  
03. 届出をしていない →11へ

①-1 上記①で「01. 精神科退院時共同指導料1の届出をしている」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年8月から10月までの間の算定回数、算定患者数(実人数)等についてご記入ください。

|              |      |
|--------------|------|
| 1)算定回数       | ( )回 |
| 2)算定患者数(実人数) | ( )人 |

## 11. 療養生活継続支援加算の状況

①療養生活継続支援加算の届出状況をご記入ください。(〇は1つ)

01. 届出をしている →①-1へ 02. 届出をしていない →①-2・①-3へ

①-1 上記①で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年8月から10月までの間の算定回数、算定患者数(実人数)等についてご記入ください。

|              |      |
|--------------|------|
| 1)算定回数       | ( )回 |
| 2)算定患者数(実人数) | ( )人 |

①-2 上記①で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。  
療養生活継続支援加算の届出をしていない理由は何ですか。(〇はいくつでも)

01. 満たすことが難しい要件があるため 02. 対象となる患者がいないため  
03. 経営上のメリットがないため 04. その他 ( )

①-3 上記①で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。  
満たすことが難しい要件は何ですか。(〇はいくつでも)

01. 当該支援に専任の看護師又は精神保健福祉士が1名以上勤務  
02. 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者は1人に月80人以下である  
03. 看護師は精神科等の経験を3年以上有し、適切な研修を修了している  
04. 保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連携  
05. 医療機関等における対面による20分以上の面接の実施  
06. その他 ( )

④ 指導を行っている職種をお選びの上、指導に従事している人数(実人数)をお答えください。(〇はいくつでも)

01. 看護師 ( )人 02. 精神保健福祉士 ( )人

## 12. 精神疾患患者に対するオンライン診療の実施状況について

①情報通信機器を用いた場合の初診・再診料等の算定件数についてお伺いします。(令和4年10月1か月間)

|                       |      |
|-----------------------|------|
| 1)初診料(情報通信機器を用いた場合)   | ( )件 |
| 2)再診料(情報通信機器を用いた場合)   | ( )件 |
| 3)外来診療料(情報通信機器を用いた場合) | ( )件 |
| 4)電話による初診(コロナ特例による)   | ( )件 |

【上記①で1)～4)のいずれかで1件以上と回答した施設にお伺いします】

②情報通信機器を用いて診療する場合、対応する医師について該当するものをお選びください。(〇はいくつでも)

01. 精神保健指定医 02. 精神保健指定医以外の医師

**③ 情報通信機器を用いた診療に対応している精神疾患患者の疾患として該当するものをお選びください。(〇はいくつでも)**

| ↓対応している疾患(主傷病)に〇                    | 初診患者(令和4年10月) | 再診患者(令和4年10月) |
|-------------------------------------|---------------|---------------|
| 01. 認知症(他の精神疾患によるものを除く) (F00-03)    | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 02. その他の症状性を含む器質性精神障害 (F04-09)      | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 03. アルコールによる精神・行動の障害 (F10)          | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害 (F11-19)  | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 05. 統合失調症 (F20)                     | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 06. その他の精神病性障害 (F21-29)             | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 07. 気分(感情)障害 (F30-39)               | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害 (F40)       | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群 (F50)     | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 10. 成人の人格・行動の障害 (F60)               | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 11. 知的障害(精神遅滞) (F70)                | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 12. 心理的発達の障害 (F80)                  | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害 (F90-98) | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 14. 詳細不明の精神障害 (F99)                 | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 15. てんかん (G40)                      | ( ) 人         | ( ) 人         |

**④ 情報通信機器を用いた診療に対応していない疾患又は状態として該当するものをお選びください。(〇はいくつでも)**

|               |               |
|---------------|---------------|
| 01. 自傷が疑われる場合 | 02. 他害が疑われる場合 |
| 03. 希死念慮がある場合 | 04. その他 ( )   |

**13. 通院精神療法の実施状況について**

**①通院精神療法の算定件数についてお伺いします。(令和4年10月1か月間)**

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 1) 60分以上(精神保健指定医)   | ( ) 件 |
| 2) 60分以上(精神保健指定医以外) | ( ) 件 |
| 3) 30分以上(精神保健指定医)   | ( ) 件 |
| 4) 30分以上(精神保健指定医以外) | ( ) 件 |
| 5) 30分未満(精神保健指定医)   | ( ) 件 |
| 6) 30分未満(精神保健指定医以外) | ( ) 件 |

**②通院精神療法に従事している医師数(実人数)についてご記入ください。(令和4年10月1か月間)**

|              |       |
|--------------|-------|
| 1) 精神保健指定医   | ( ) 人 |
| 2) 精神保健指定医以外 | ( ) 人 |

## 14. 貴施設における精神科デイ・ケア等の状況

「精神科デイ・ケア等」とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをいいます。

①貴施設が届出を行っている精神科デイ・ケア等をお選びください。(〇はいくつでも)

- |                           |                         |                         |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 01. 届出をしていない →p. 14の質問15へ | 02. 精神科ショート・ケア (小規模なもの) | 03. 精神科ショート・ケア (大規模なもの) |
| 04. 精神科デイ・ケア (小規模なもの)     | 05. 精神科デイ・ケア (大規模なもの)   | 07. 精神科デイ・ナイト・ケア        |
| 06. 精神科ナイト・ケア             |                         |                         |

②貴施設が実施する精神科デイ・ケア等に従事している職員数をご記入ください。(〇はいくつでも)

| a. 医師                 | b. 看護師・准看護師 | c. 作業療法士 | d. 精神保健福祉士 (c除く) | e. 社会福祉士 |
|-----------------------|-------------|----------|------------------|----------|
| 精神科 ( )人<br>それ以外 ( )人 | ( )人        | ( )人     | ( )人             | ( )人     |
| f. 公認心理師 (d・e除く)      | g. 看護補助者    | h. その他   |                  |          |
| ( )人                  | ( )人        | ( )人     |                  |          |

③令和4年10月1か月間に精神科デイ・ケア等を行った患者数(実人数)(実際に利用した患者数)<sup>注15</sup>をご記入ください。

|                | a. 患者数 | b. うち早期加算の患者数 | c. うち1年超の患者数 | d. うち3年超の患者数 | e. うち5年超の患者数 |
|----------------|--------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 1)精神科ショート・ケア   | ( )人   | ( )人          | ( )人         | ( )人         | ( )人         |
| 2)精神科デイ・ケア     | ( )人   | ( )人          | ( )人         | ( )人         | ( )人         |
| 3)精神科ナイト・ケア    | ( )人   | ( )人          | ( )人         | ( )人         | ( )人         |
| 4)精神科デイ・ナイト・ケア | ( )人   | ( )人          | ( )人         | ( )人         | ( )人         |

注15 「c.うち1年超の患者数」には「d.うち3年超の患者数」を含みます。「d.うち3年超の患者数」には「e.うち5年超の患者数」を含みます。

③-1 上記③1)のうち、疾患別等専門プログラム加算の算定患者数(実人数) ( )人

③-2 1年超継続している患者に対して、どのようなプログラムを実施していますか。(〇はいくつでも)

- |                |                              |
|----------------|------------------------------|
| 01. 生活能力を向上させる | 02. 社会や周囲の人とのコミュニケーション能力を高める |
| 03. 社会生活への動機付け | 04. 社会資源やサービスの利用方法           |
| 05. 精神症状への対処方法 | 06. その他 ( )                  |

④精神科デイ・ケア等で行っているプログラムの目的としてあてはまる番号に〇をつけてください。(〇はいくつでも)

- |                |                |          |               |
|----------------|----------------|----------|---------------|
| 01. 就労 (就労・復職) | 02. 就学 (進学・復学) | 03. 心理教育 | 04. 日常生活能力の回復 |
| 05. 社会適応能力の回復  | 06. その他 ( )    |          |               |

⑤貴施設で実施している精神科デイ・ケア等のプログラムの種類としてあてはまる番号に〇をつけてください。(〇はいくつでも)

- |              |           |             |              |           |
|--------------|-----------|-------------|--------------|-----------|
| 01. 疾患別プログラム | 11. 統合失調症 | 12. 気分障害    | 13. アルコール依存症 | 14. 双極性障害 |
|              | 15. 不安障害  | 16. 発達障害    | 17. 強迫性障害    | 18. 摂食障害  |
|              | 19. 薬物依存  | 20. その他 ( ) |              |           |
| 02. その他 ( )  |           |             |              |           |

|  |         |           |           |
|--|---------|-----------|-----------|
| ⑥貴施設では、精神科デイ・ケア等の実施日にいくつかのプログラムを設けていますか。(○は1つ) |         |           |           |
| 01. 1種類  | 02. 2種類 | 03. 3～5種類 | 04. 6種類以上 |

|   |   |
|---|---|
| ⑥-1 どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。(最も多いものに○を1つ) |   |
| 01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定                 |   |
| 02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定      |   |
| 03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定                |   |
| 04. 1か月単位・1週間単位などで、本人が決定                    |   |
| 05. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定         |   |
| 06. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が決定                   |   |
| 07. その他(具体的に                                | ) |

## 15. 在宅医療の状況について

### 《精神在宅患者の往診》

|                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| ①貴施設では、精神科在宅患者の往診を実施していますか。(○は1つ) |                        |
| 01. 実施している →①-1・①-2へ              | 02. 実施していない →p.15の①-3へ |

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| ①-1 往診を実施した理由は何ですか。(○はいくつでも) |                            |
| 01. 緊急対応のため(自傷、他傷の恐れ等)       | 02. 精神症状が悪化したため(01に至らない程度) |
| 03. その他(                     | )                          |

①-2 上記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年10月における実施回数、往診を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

|   |      |                                      |      |
|---|------|--------------------------------------|------|
| 1) 往診の実施回数                                    |      | ( )回                                 |      |
| 2) 往診を行った患者数                                  |      | ( )人                                 |      |
| 3) 上記2)のうち<br>在宅精神療法の算定区分別の<br>患者数            |      | ( )人                                 |      |
| a. 在宅精神療法「イ」の算定患者                             |      | ( )人                                 |      |
| b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者                             |      | ( )人                                 |      |
| c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者                          |      | ( )人                                 |      |
| d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者                          |      | ( )人                                 |      |
| e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者                          |      | ( )人                                 |      |
| 4) 上記2)のうち精神科在宅患者支援<br>管理料の算定区分別の患者数          |      | ( )人                                 |      |
| a. 精神科在宅患者支援管理料の「1」<br>(うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 |      | ( )人                                 |      |
| b. 精神科在宅患者支援管理料の「2」<br>(うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 |      | ( )人                                 |      |
| c. 精神科在宅患者支援管理料の「3」                           |      | ( )人                                 |      |
| 5) 上記2)のうちICD-10別の患者数                         |      |                                      |      |
| a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)<br>(F00-03)            | ( )人 | b. その他の症状性を含む器質性精神障<br>害(F04-09)     | ( )人 |
| c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)                      | ( )人 | d. その他の精神作用物質による精神・行<br>動の障害(F11-19) | ( )人 |
| e. 統合失調症(F20)                                 | ( )人 | f. その他の精神病性障害(F21-29)                | ( )人 |
| g. 気分(感情)障害(F3)                               | ( )人 | h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障<br>害(F4)       | ( )人 |
| i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動<br>症候群(F5)              | ( )人 | j. 成人の人格・行動の障害(F6)                   | ( )人 |
| k. 知的障害(精神遅滞)(F7)                             | ( )人 | l. 心理的発達の障害(F8)                      | ( )人 |
| m. 小児期・青年期に通常発症する行動・情<br>緒の障害(F90-98)         | ( )人 | n. 詳細不明の精神障害(F99)                    | ( )人 |
| o. てんかん(G40)                                  | ( )人 |                                      |      |



①-3 前記①で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。  
 往診を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。(〇はいくつでも)

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 01. 往診が必要な患者がいないため          | 02. 職員が不足しているため     |
| 03. 急な対応が難しいため              | 04. 移動時間の確保が難しいため   |
| 05. 現行の診療報酬では経営上のメリットが少ないため | 06. 緊急時の対応等に不安があるため |
| 07. その他 ( )                 |                     |

【前記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。】

②身体合併症に対応していますか。(〇は1つ )

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| 01. 自院の医師が対応 →②-1へ | 02. 他院の医師と連携して対応 →②-1へ |
| 03. 対応していない →③へ    |                        |

②-1 上記②で「01. 自院の医師が対応」「02. 他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。  
 下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに〇、対応不可のものに×)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者    |  |
| c. 気管カニューレを使用している状態にある者        |  |
| d. 留置カテーテルを使用している状態にある者        |  |
| e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者    |  |
| f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者      |  |
| g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者      |  |
| h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者 |  |
| j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者      |  |
| k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者      |  |
| l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者    |  |
| n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者     |  |
| p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者             |  |
| q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者     |  |
| r. 向精神薬による副作用への対応              |  |

《精神在宅患者の訪問診療》

③貴施設では、精神科在宅患者の訪問診療を実施していますか。(〇は1つ)

01. 実施している →③-1・④へ

02. 実施していない →③-2へ

③-1 上記③で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

|                                      |                        |                                  |      |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------|
| 1) 訪問診療の実施回数                         |                        | ( )回                             |      |
| 2) 訪問診療を行った患者数                       | 実人数                    | ( )人                             |      |
| 3) 上記2)のうち<br>在宅患者訪問診療料の算定区分別の患者数    | a. 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」    | ( )人                             |      |
|                                      | b. 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「2」    | ( )人                             |      |
|                                      | c. 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)        | ( )人                             |      |
| 4) 上記2)のうち<br>在宅精神療法の算定区分別の患者数       | a. 在宅精神療法「イ」の算定患者      | ( )人                             |      |
|                                      | b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者      | ( )人                             |      |
|                                      | c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者   | ( )人                             |      |
|                                      | d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者   | ( )人                             |      |
|                                      | e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者   | ( )人                             |      |
| 5) 上記2)のうち精神科在宅患者支援管理料の算定区分別の患者数     | a. 精神科在宅患者支援管理料の「1」    | ( )人                             |      |
|                                      | (うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 | ( )人                             |      |
|                                      | b. 精神科在宅患者支援管理料の「2」    | ( )人                             |      |
|                                      | (うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 | ( )人                             |      |
| c. 精神科在宅患者支援管理料の「3」                  | ( )人                   |                                  |      |
| 6) 上記2)のうち持続性抗精神病注射薬剤・クロザピンの処方のある患者数 |                        | ( )人                             |      |
| 7) 上記2)のうちICD-10別の患者数                |                        |                                  |      |
| a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)       | ( )人                   | b. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)     | ( )人 |
| c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)             | ( )人                   | d. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) | ( )人 |
| e. 統合失調症(F20)                        | ( )人                   | f. その他の精神病性障害(F21-29)            | ( )人 |
| g. 気分(感情)障害(F3)                      | ( )人                   | h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)       | ( )人 |
| i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)         | ( )人                   | j. 成人の人格・行動の障害(F6)               | ( )人 |
| k. 知的障害(精神遅滞)(F7)                    | ( )人                   | l. 心理的発達の障害(F8)                  | ( )人 |
| m. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98)    | ( )人                   | n. 詳細不明の精神障害(F99)                | ( )人 |
| o. てんかん(G40)                         | ( )人                   |                                  |      |

③-2 上記③で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。  
訪問診療を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。(〇はいくつでも)

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 01. 訪問診療が必要な患者がいないため | 02. 職員が不足しているため     |
| 03. 移動時間の確保が難しいため    | 04. 在宅での対応等に不安があるため |
| 05. その他 ( )          |                     |

【前記③で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。】

④身体合併症に対応していますか。(〇は1つ)

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| 01. 自院の医師が対応 →④-1へ | 02. 他院の医師と連携して対応 →④-1へ |
| 03. 対応していない →⑤へ    |                        |

④-1 上記④で「01. 自院の医師が対応」「02. 他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。  
 下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに○、対応不可のものに×)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者    |  |
| c. 気管カニューレを使用している状態にある者        |  |
| d. 留置カテーテルを使用している状態にある者        |  |
| e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者    |  |
| f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者      |  |
| g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者      |  |
| h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者 |  |
| j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者      |  |
| k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者      |  |
| l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者    |  |
| n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者     |  |
| p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者             |  |
| q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者     |  |
| r. 向精神薬による副作用への対応              |  |

《体制・施設基準等》

⑤往診又は訪問診療の提供にあたって他の医療機関等との連携により対応していますか。

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 01. 連携している →⑤-1へ | 02. 連携していない →⑥へ |
|------------------|-----------------|

⑤-1 連携している場合の状況についてご回答ください。

|                 |   |          |
|-----------------|---|----------|
| 1) 連携先          | 01. 病院<br>→病床規模： 11. 100床未満<br>12. 100床以上 300床未満<br>13. 300床以上 500床未満<br>14. 500床以上 | 02. 診療所  |
| 2) 連携先の状況       | 01. 同一法人・グループ   | 02. それ以外 |
| 3) 連携する場合の患者の特徴 | 01. 治療を要する身体疾患を有している<br>02. 特定の精神疾患を有している<br>03. その他 ( )                            |          |

【すべての施設にお伺いします。】

⑥貴施設において、独自あるいは他の医療機関等との連携等により、24時間体制として整備されているものをご記入ください。(〇はいくつでも)

|  |
|--|
| 01. 自施設のみで24時間往診の体制を確保                       |
| 02. 他の医療機関と連携し24時間往診の体制を確保                   |
| 03. 自施設のみで24時間の精神科訪問看護・指導(病院・診療所)の体制を確保      |
| 04. 他の医療機関等と連携し24時間の精神科訪問看護・指導(病院・診療所)の体制を確保 |
| 05. 確保していない                                  |

⑦以下の施設基準のうち、届出を行っているものをご記入ください。(〇はいくつでも)

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 01. 在宅療養支援病院      | 02. 機能強化型在支病      |
| 03. 在宅時医学総合管理料    | 04. 施設入居時等医学総合管理料 |
| 05. いずれも届出を行っていない |                   |

《精神科在宅患者支援管理料》

⑧ 貴施設では令和4年度診療報酬改定で精神科在宅患者支援管理料の対象患者が追加されましたが、令和4年度診療報酬改定を機に新たに施設基準の届出を行いましたか。(〇は1つ)

01. 新たに届出を行った →⑧-1へ      02. もともと届出をしており、新たに届出はしなかった →⑧-1へ  
 03. 届出はしていない →⑧-8へ

【以下の⑧-1～⑧-7の質問は、上記⑧で「01」および「02」と回答した施設にお伺いします。】

⑧-1 届出の種類等についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| 1)届出の種類(〇はいくつでも)   | 01. 精神科在宅患者支援管理料1    02. 精神科在宅患者支援管理料2                             |
| 2)「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施する上で、連携する訪問看護ステーションの有無(〇はいくつでも) | 01. ある<br>→連携先 (11. 特別の関係 <sup>注16</sup> にあるもの 12. それ以外)<br>02. ない |

注16 「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う。

⑧-2 令和4年8月～10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定状況についてお選びください。(〇は1つ)

01. 算定あり →⑧-3へ      02. 算定なし →p.21の質問16へ

⑧-3 上記⑧-2で「01. 算定あり」と回答した施設にお伺いします。  
 令和4年8月～10月における「精神科オンライン在宅管理料」の算定状況についてお選びください。(〇は1つ)

01. 算定あり →⑧-5へ      02. 算定なし →⑧-4へ

⑧-4 精神科オンライン在宅管理料を算定していない理由としてあてはまるものをお選びください。  
 (〇はいくつでも)

01. 患者が望まないため      02. オンラインでは不十分であるため  
 03. オンラインに対応できる機器等がないため      04. その他 ( )

⑧-5 「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施している職員の体制(貴施設のみ)について職種別の実人数をご記入ください。

|             | 常勤   |      | 非常勤  |      |
|-------------|------|------|------|------|
|             | 専従   | 専任   | 専従   | 専任   |
| 1)医師        | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| (うち)精神保健指定医 | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 2)保健師・看護師   | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 3)精神保健福祉士   | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 4)作業療法士     | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 5)その他( )    | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |

⑧-6 令和4年10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定件数をご記入ください。

1)算定区分別

|  |      |
|--|------|
| a. 精神科在宅患者支援管理料1                           | ( )件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者1人   | ( )件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者2人以上 | ( )件 |
| ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者1人                     | ( )件 |
| ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者2人以上                   | ( )件 |
| b. 精神科在宅患者支援管理料2                           | ( )件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者1人   | ( )件 |
| イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者2人以上 | ( )件 |
| ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者1人                     | ( )件 |
| ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者2人以上                   | ( )件 |

|                            |      |                                      |
|----------------------------|------|--------------------------------------|
| c. 精神科在宅患者支援管理料3           |      | ( )件                                 |
| イ. 単一建物診療患者1人              |      | ( )件                                 |
| ロ. 単一建物診療患者2人以上            |      | ( )件                                 |
| 2)ICD-10 別                 |      |                                      |
| a. 症状性を含む器質性精神障害           | ( )件 | b. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 ( )件         |
| c. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害    | ( )件 | d. 気分(感情)障害 ( )件                     |
| e. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身表現性障害 | ( )件 | f. 生理的障害及び身体的要因に関連した動症候群 ( )件        |
| g. 成人の人格及び行動の障害            | ( )件 | h. 知的障害(精神遅滞) ( )件                   |
| i. 心理的発達の障害                | ( )件 | j. 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 ( )件 |
| k. 詳細不明の精神障害               | ( )件 |                                      |

⑧-7 令和4年8月～10月における精神科退院時共同指導料に基づく各種カンファレンスの開催回数、対象実患者数、参加職種をご記入ください。

|               |                             |                |                 |                 |                  |
|---------------|-----------------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| a. チームカンファレンス | 1)開催回数                      | ( )回           |                 |                 |                  |
|               | うちビデオ通話等により実施               | ( )回           |                 |                 |                  |
|               | 2)対象実患者数                    | 実患者数：( )人      |                 |                 |                  |
|               | 3)参加職種<br>(それぞれあてはまる番号1つに○) | すべての<br>ケースで参加 | 半数以上の<br>ケースで参加 | 半数未満の<br>ケースで参加 | 参加している<br>ケースはない |
|               | a. 精神科医                     | 01             | 02              | 03              | 04               |
|               | b. 看護師または保健師                | 01             | 02              | 03              | 04               |
| b. 共同カンファレンス  | 1)開催回数                      | ( )回           |                 |                 |                  |
|               | うちビデオ通話等により実施               | ( )回           |                 |                 |                  |
|               | 2)対象実患者数                    | 実患者数：( )人      |                 |                 |                  |
|               | 3)参加職種<br>(それぞれあてはまる番号1つに○) | すべての<br>ケースで参加 | 半数以上の<br>ケースで参加 | 半数未満の<br>ケースで参加 | 参加している<br>ケースはない |
|               | a. 精神科医                     | 01             | 02              | 03              | 04               |
|               | b. 看護師または保健師                | 01             | 02              | 03              | 04               |
|               | c. 精神保健福祉士                  | 01             | 02              | 03              | 04               |
|               | d. 作業療法士                    | 01             | 02              | 03              | 04               |
|               | e. 保健所又は保健センター              | 01             | 02              | 03              | 04               |

⑧-8 前記⑧で「03. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1)届出を行わない理由<br>(あてはまる番号すべてに○) | 01. 対象となる患者がいらないため<br>→【満たすことが難しい対象要件】   |
|                               | 11. ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者<br>12. 機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者<br>13. 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者  |
| 2)今後の届出意向<br>(○は1つ)           | 02. 施設基準を満たすことが難しいため<br>→【満たすことが難しい施設基準】   |
|                               | 21. 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること<br>22. 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること<br>23. 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること<br>24. 当該保険医療機関内に在宅医療を担当する精神科の常勤医師及び常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること |
|                               | 03. その他 ( )  |
|                               | 01. 届出の予定がある →届出予定時期：西暦( )年( )月  |
|                               | 02. (具体的な予定はないが)届出の意向がある   |
|                               | 03. 検討中であり、まだ分からない   |
|                               | 04. 届出を行う意向はない   |
|                               | 05. その他 ( )  |

## 16. 精神科訪問看護の状況

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。(○は1つ)

01. 病院(貴院)が行っている →②へ

02. 病院(貴法人)設置の訪問看護ステーションが行っている →p. 24の質問17へ

03. 行っていない →p. 24の質問17へ

【以下の②～⑩の設問は、上記①で「01. 病院(貴院)が行っている」と回答した施設のみお答えください。】

②精神科訪問看護に携わる職員数(常勤換算<sup>注17</sup>)をお答えください。(病棟看護職員による退院前訪問看護は含みません。)

| 1)保健師・看護師 | 2)准看護師 | 3)作業療法士 | 4)精神保健福祉士 | 5)その他  | 6)合計   |
|-----------|--------|---------|-----------|--------|--------|
| ( . )人    | ( . )人 | ( . )人  | ( . )人    | ( . )人 | ( . )人 |

注17 非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。(小数点以下第1位まで)  
 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)  
 ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

②-1 上記②で「その他」に職員数を記入された場合、具体的な職種をお答えください。

②-2 24時間対応が可能な体制を確保していますか。

01. 確保している

02. 確保していない

③令和4年10月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数(実人数)

|                             |
|-----------------------------|
| 実人数( )人                     |
| ③-1 上記③のうち、身体疾患を有する患者数(実人数) |
| 実人数( )人                     |

|  |         |         |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| ④令和4年11月1日～11月7日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数(実人数)をお答えください。 |         |         |         |         |         |
| 週1回  | 週2回     | 週3回     | 週4回     | 週5回以上   | 合計      |
| 実人数( )人  | 実人数( )人 | 実人数( )人 | 実人数( )人 | 実人数( )人 | 実人数( )人 |

|  |                        |              |              |
|--|------------------------|--------------|--------------|
| ⑤令和4年10月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数(人)と算定回数(回)をお答えください。  |                        |              |              |
|  | 1) 30分未満               | 2) 30分以上     | 3) 合計        |
| a. 精神科訪問看護・指導料(I)  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| b. (うち)保健師又は看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| c. (うち)作業療法士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| d. (うち)精神保健福祉士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| e. (うち)准看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| f. 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一建物居住者)   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| g. (うち)保健師又は看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| h. (うち)作業療法士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| i. (うち)精神保健福祉士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| j. (うち)准看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| ⑥令和4年11月1日時点の貴施設における訪問看護に従事する専門の研修を受けた看護師の人数(実人数)をお答えください。<br>※以降の設問において「専門の研修を受けた看護師」とは、右記の4種類を指します。<br>※右記の4種類について複数該当する者については、それぞれに人数を計上してください。 | 1) 精神看護専門看護師(日本看護協会)   |              | ( )人         |
|  | 2) 認知症看護認定看護師(日本看護協会)  |              | ( )人         |
|  | 3) 精神科認定看護師(日本精神科看護協会) |              | ( )人         |
|  | 4) 特定行為研修修了者           |              | ( )人         |

【上記⑥のいずれかの項目で1人以上をお答えいただいた方は、以下の質問⑦～⑨にお答えください。】

|   |   |            |      |
|---|---|------------|------|
| ⑦令和4年10月1か月間の専門の研修を受けた看護師による精神科訪問看護の実施状況をお答えください。 | 1) 精神科訪問看護の実施回数                                     |            | ( )回 |
|   | 2) 訪問看護ステーションや他医療機関との同行訪問回数                         |            | ( )回 |
|   | 3) 訪問看護ステーションや他医療機関へのコンサルテーション <sup>注18</sup> の実施回数 |            | ( )回 |
|   | a. (うち)訪問看護ステーション又は他医療機関へ出向いて実施                     |            | ( )回 |
|   | b. (うち)自施設で実施                                       |            | ( )回 |
|   | c. (うち)ICTを活用して実施<br>※具体的な実施方法別に回数をお答えください          | c-1) ビデオ通話 | ( )回 |
|   |   | c-2) 電話    | ( )回 |
| c-3) メール等   |   | ( )回       |      |
| d. (うち)上記以外の方法で実施                                 |   | ( )回       |      |
| 具体的な方法 ( )  |   |            |      |

注18 患者宅への同行訪問ではなく、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、個々の患者のケアについて、訪問看護ステーション等の相談先に出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を行うことを指します。

|   |                   |                    |
|---|-------------------|--------------------|
| ⑧上記⑦について、専門の研修を受けた看護師が実施したケアの内容をお答えください。(〇はいくつでも) |                   |                    |
| 01. 生活リズムの確立                                      | 02. 家事能力、社会技能等の獲得 | 03. 対人関係の改善(家族含む)  |
| 04. 社会資源活用の支援                                     | 05. 薬物療法継続への援助    | 06. 身体合併症の発症・悪化の防止 |
| 07. その他 ( )                                       |                   |                    |

⑨上記⑧以外の専門の研修を受けた看護師による活動をお答えください。(〇はいくつでも)

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 01. 研修の開催 (自施設職員向け)        | 02. 研修の開催 (施設外を含む精神科関係者向け) |
| 03. セミナー・相談会の開催 (患者及び家族向け) | 04. セミナー・相談会の開催 (地域住民向け)   |
| 05. その他 (                  | )                          |

⑩複数名精神科訪問看護・指導加算を算定した利用者数を保健師又は看護師と同行した職種ごとにご記入ください。

(令和4年10月) ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上

|  | a.保健師<br>/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<br>福祉士 |
|--|---------------|---------|--------|---------|---------------|
| ⑩-1 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             |
| ⑩-2 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             |
| ⑩-3 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             |
| ⑩-4 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 : )                                |               |         |        |         |               |

⑪身体合併症に対応していますか。(〇は1つ)

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 01. 対応している →⑪-1へ | 02. 対応していない →p. 24の質問17へ |
|------------------|--------------------------|

⑪-1 上記⑪で「01. 対応している」と回答した施設にお伺いします。

下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに〇、対応不可のものに×)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者    |  |
| c. 気管カニューレを使用している状態にある者        |  |
| d. 留置カテーテルを使用している状態にある者        |  |
| e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者    |  |
| f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者      |  |
| g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者      |  |
| h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者 |  |
| j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者      |  |
| k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者      |  |
| l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者    |  |
| n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者     |  |
| p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者             |  |
| q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者     |  |
| r. 向精神薬による副作用への対応              |  |



## 17. 身体的拘束<sup>※19</sup>を予防・最小化する取組の状況

①身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等を策定していますか。(令和4年11月1日時点)

01. 策定あり

02. 策定なし

②院内における身体的拘束の実施・解除基準を策定していますか。(令和4年11月1日時点)

01. 策定あり

02. 策定なし

③-1 貴施設における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容についてご回答ください。(〇はいくつでも)

01. 院内の身体的拘束の実施状況の把握
02. 院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有
03. 院内の身体的拘束の実施状況の見える化
04. 身体的拘束の予防・最小化に関する具体的な目標設定
05. 病棟ラウンドを通じた身体的拘束を実施している患者状況・状態の把握
06. 病棟において、身体的拘束を実施している各患者の解除に向けた多職種による検討
07. 看護職員に対する身体的拘束を予防・最小化するための教育や研修の企画・開催
08. 看護職員以外の職員に対する身体的拘束を予防・最小化するための教育や研修の企画・開催
09. 病院外の者が関わる事例検討会や対策の検討の実施
10. その他 ( )

③-2 身体的拘束を予防・最小化するための組織の有無についてご回答ください。(〇はいくつでも)

01. 身体的拘束を予防・最小化に係る院内横断チームの設置
02. 行動制限最小化委員会の設置
03. その他 ( )

注 19 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいいます。また、精神病床においては、精神保健福祉法に基づいて精神保健指定医の指示に下実施される、衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいいます。

【以下の質問は、すべての施設にお伺いします。】

④その他、令和4年度の精神医療に係る診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。

病院票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

令和4年●月●日(●)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。



| ④-2 貴病棟の職員数(実人数)をご記入ください。 |                      |                                      |                          |                                  |
|---------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
|                           | 貴病棟においてのみ業務を行っている職員数 | 貴病棟と、それ以外の病棟において業務を行っている職員数(外来等従事なし) | 貴病棟と、入退院支援部門で業務を行っている職員数 | 貴病棟と、外来等(入退院支援部門を除く)で業務を行っている職員数 |
| 1) 医師                     | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| a. (うち)精神保健指定医            | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| b. (うち)精神科特定医師            | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| c. (うち)上記以外の精神科医師         | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| 2) 薬剤師                    | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| 3) 作業療法士                  | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| 4) 公認心理師                  | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| 5) 精神保健福祉士                | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| 6) 社会福祉士(上記5)を除く)         | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |
| 7) 管理栄養士                  | 人                    | 人                                    | 人                        | 人                                |

| ⑤夜間の病棟における職員配置の状況についてお伺いします。夜間配置されている職種について、該当するものをお選びください。(〇はいくつでも)        |             |
|---|-------------|
| 01. 医師 ⇒ (11. 精神保健指定医 12. 精神科特定医師 13. 左記以外の精神科医師)                           |             |
| 02. 看護師(保健師を含む) ⇒ (21. 精神看護専門看護師 22. 認知症看護認定看護師 23. 精神科認定看護師 24. 特定行為研修修了者) |             |
| 03. 准看護師  | 04. 看護補助者   |
| 05. 薬剤師   | 06. 作業療法士   |
| 07. 公認心理師   | 08. 精神保健福祉士 |
| 09. 社会福祉士(08除く)   | 10. 管理栄養士   |
| 11. その他 ( )   |             |

| ⑥貴病棟の看護職員 <sup>注4</sup> の勤務者数について(令和4年8月~10月) |        |
|---|--------|
| 1) 平日日勤帯                                      | 平均 人/月 |
| 2) 準夜勤帯                                       | 平均 人/月 |
| 3) 深夜勤帯                                       | 平均 人/月 |

| ⑦貴病棟の看護職員 <sup>注4</sup> の勤務時間等(夜勤専従者は除く)(令和4年8~10月) | a.常勤 | b.非常勤(常勤換算) |
|---|------|-------------|
| 1) 1人当たり平均勤務時間 <sup>注5</sup> /月                     | 時間/月 | 時間/月        |
| 2) 1人当たり平均夜勤時間 <sup>注6</sup> /月                     | 時間/月 | 時間/月        |

注4 看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

注5 平均勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含まれます。

注6 平均夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数(※夜勤従事者は夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内(病棟+病棟外)で勤務する時間)。なお、次の該当者は計算から除外してください。a) 夜勤専従者(専ら夜勤時間帯に従事する者)、b) 急性期一入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟の場合は月夜勤時間数が16時間未満及び短時間制職員で月夜勤時間数が12時間未満の者、c) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟以外の病棟の場合は、月夜勤時間数が8時間未満の者。

| ⑧貴病棟の看護補助者の勤務者数について(令和4年8月~10月) |        |
|---------------------------------|--------|
| 1) 平日日勤帯                        | 平均 人/月 |
| 2) 準夜勤帯                         | 平均 人/月 |
| 3) 深夜勤帯                         | 平均 人/月 |

| ⑨貴病棟の看護補助者の勤務時間等(夜勤専従者は除く)<br>(令和4年8月～10月) | a.常勤 | b.非常勤(常勤換算) |
|--|------|-------------|
| 1)1人当たり平均勤務時間/月                            | 時間/月 | 時間/月        |
| 2)1人当たり平均夜勤時間/月                            | 時間/月 | 時間/月        |

| ⑩貴病棟の作業療法士の勤務者数について(令和4年8月～10月) |    |     |
|---------------------------------|----|-----|
| 1)平日日勤帯                         | 平均 | 人/月 |
| 2)準夜勤帯                          | 平均 | 人/月 |
| 3)深夜勤帯                          | 平均 | 人/月 |

| ⑪貴病棟の作業療法士の勤務時間等<br>(令和4年8月～10月) | a.常勤 | b.非常勤(常勤換算) |
|----------------------------------|------|-------------|
| 1)1人当たり平均勤務時間/月                  | 時間/月 | 時間/月        |
| 2)1人当たり平均夜勤時間/月                  | 時間/月 | 時間/月        |

| ⑫貴病棟の精神保健福祉士の勤務者数について(令和4年8月～10月) |    |     |
|-----------------------------------|----|-----|
| 1)平日日勤帯                           | 平均 | 人/月 |
| 2)準夜勤帯                            | 平均 | 人/月 |
| 3)深夜勤帯                            | 平均 | 人/月 |

| ⑬貴病棟の精神保健福祉士の勤務時間等(令和4年8月～10月) | a.常勤 | b.非常勤(常勤換算) |
|--------------------------------|------|-------------|
| 1)1人当たり平均勤務時間 <sup>注5</sup> /月 | 時間/月 | 時間/月        |
| 2)1人当たり平均夜勤時間 <sup>注6</sup> /月 | 時間/月 | 時間/月        |

| ⑭貴病棟では、認知症看護に係る適切な研修を修了した看護師はいますか。                  |
|---|
| 01. いる ⇒常勤看護師 ( ) 人、非常勤看護師[常勤換算] ( ) 人      02. いない |

| ⑮貴病棟では、認知症ケアに関する事例検討会を開催していますか。        |
|--|
| 01. 院内で開催している      02. 院外の事例検討会に参加している |
| 03. 開催しておらず、院外の事例検討会にも参加していない          |

| ⑯認知症ケアに関する事例検討会を開催している場合、開催状況についてご回答ください。 |  |
|---|--|
| 1)開催頻度                                    | 月 ( ) 回程度  |
| 2)参加職種(○はいくつでも)                           | 01. 医師(精神科)      02. 医師(精神科以外)      03. 看護師      04. 薬剤師<br>05. 作業療法士等リハ職      06. 精神保健福祉士      07. 公認心理師      08. その他 |

| ⑰認知症ケアの実施状況についてご回答ください。      |   |
|------------------------------|---|
| 1)看護計画の作成における認知症ケアチームとの連携の有無 | 01. 連携している      02. 連携していない                                     |
| 2)計画作成段階からの退院支援の検討・実施状況      | 01. 実施できている      02. あまり実施できていない      03. 実施できていない              |
| 3)症例等の検討状況                   | 01. 週に1回程度以上の頻度で実施している<br>02. 週に1回程度未満の頻度で実施している<br>03. 実施していない |

## 2. 入院患者の状況

| ① 令和4年11月1日における当該病棟の全ての入院患者について、以下の該当する人数をご記入ください。 |   |
|--|---|
| 1) 令和4年11月1日時点での在院患者数                              | 人 |
| 2) 上記のうち各患者数                                       | 人 |
| 向精神薬の使用  |   |
| a. 主傷病に対して薬物療法を受けている患者数                            | 人 |
| b. (うち)クロザピンを投与している患者数                             | 人 |
| c. (うち)持続性抗精神病注射薬剤(LAI)を投与している患者数                  | 人 |
| d. (cのうち)非定型LAIを投与している患者数                          | 人 |
| 精神保健福祉法上の行動制限中の患者数                                 |   |
| a. 隔離中   | 人 |
| b. 身体的拘束中  | 人 |

| ② 令和4年10月の1か月間について、貴病棟に入院した患者数、退棟した患者数をご記入ください。 |   |
|---|---|
| 1) 当該病棟における新規入院患者数                              | 人 |
| a. (うち)任意入院                                     | 人 |
| b. (うち)医療保護入院                                   | 人 |
| c. (うち)措置入院                                     | 人 |
| d. (うち)緊急措置入院                                   | 人 |
| e. (うち)応急入院                                     | 人 |
| 2) 上記1)のうち入棟前の居場所別患者数                           | 人 |
| a. 自宅(在宅医療の提供あり)                                | 人 |
| b. 自宅(在宅医療の提供なし)                                | 人 |
| c. 介護老人保健施設                                     | 人 |
| d. 介護医療院  | 人 |
| e. 介護療養型医療施設                                    | 人 |
| f. 特別養護老人ホーム                                    | 人 |
| g. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                              | 人 |
| h. その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等)       | 人 |
| i. 障害者支援施設                                      | 人 |
| j. 他院の一般病床                                      | 人 |
| (jのうち)特別の関係にある他院                                | 人 |
| k. 他院の療養病床                                      | 人 |
| (kのうち)特別の関係にある他院                                | 人 |
| l. 他院の精神病床                                      | 人 |
| (lのうち)特別の関係にある他院                                | 人 |
| m. 他院のその他の病床                                    | 人 |
| (mのうち)特別の関係にある他院                                | 人 |
| n. 自院の一般病床                                      | 人 |
| o. 自院の療養病床                                      | 人 |
| p. 自院の精神病床(他病棟)                                 | 人 |
| q. 自院のその他の病床                                    | 人 |
| r. 有床診療所  | 人 |
| s. その他  | 人 |

|   |   |
|---|---|
| 3) 当該病棟における退棟患者数                          | 人 |
| a. 自宅(在宅医療の提供あり)                          | 人 |
| b. 自宅(在宅医療の提供なし)                          | 人 |
| c. 介護老人保健施設                               | 人 |
| d. 介護医療院                                  | 人 |
| e. 介護療養型医療施設                              | 人 |
| f. 特別養護老人ホーム                              | 人 |
| g. 軽費老人ホーム、有料老人ホーム                        | 人 |
| h. その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等) | 人 |
| i. 障害者支援施設                                | 人 |
| j. 他院の一般病床                                | 人 |
| (jのうち)特別の関係にある他院                          | 人 |
| k. 他院の療養病床                                | 人 |
| (kのうち)特別の関係にある他院                          | 人 |
| l. 他院の精神病床                                | 人 |
| (lのうち)特別の関係にある他院                          | 人 |
| m. 他院のその他の病床                              | 人 |
| (mのうち)特別の関係にある他院                          | 人 |
| n. 自院の一般病床                                | 人 |
| o. 自院の療養病床                                | 人 |
| p. 自院の精神病床(他病棟)                           | 人 |
| q. 自院のその他の病床                              | 人 |
| r. 有床診療所(介護サービス提供医療機関)                    | 人 |
| s. 有床診療所(上記以外)                            | 人 |
| t. 死亡退院                                   | 人 |
| u. その他                                    | 人 |

|   |   |
|---|---|
| 4) 当該病棟におけるすべての入院患者数                        | 人 |
| a. (4)のうち精神科救急理療体制加算の算定患者数                  | 人 |
| b. (aのうち)認知症患者数                             | 人 |
| c. (bのうち)措置入院及び緊急措置入院患者数                    | 人 |
| d. (bのうち)休日時間外入院患者数                         | 人 |
| e. (4)のうち気分障害患者数                            | 人 |
| f. (eのうち)躁状態又は自殺・自傷行為及び栄養障害、脱水等の生命的危険を伴う患者数 | 人 |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| ③令和4年10月の平均在院日数、在宅復帰率をご記入ください。 |   |
| 1) 平均在院日数                      | 日 |
| 2) 在宅復帰率                       | % |

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| ④貴病棟の入院患者数 <sup>注7</sup> をご記入ください。   | 令和4年10月の1か月間 |
| 1) 貴病棟の入院患者数                         | 人            |
| 2) 身体的拘束 <sup>注8</sup> を実施した患者数(実人数) | 人            |
| a. うち、認知症ケア加算算定患者数(実人数)              | 人            |
| b. うち、精神科措置入院診療加算算定患者数(実人数)          | 人            |
| c. うち、精神科隔離室管理加算算定患者数(実人数)           | 人            |
| d. うち、精神科地域移行実施加算算定患者数(実人数)          | 人            |
| e. うち、精神科身体合併症管理加算算定患者数(実人数)         | 人            |
| f. うち、強度行動障害入院医療管理加算算定患者数(実人数)       | 人            |

注7 病棟全体の令和4年10月1か月間の実患者数とすること。

注8 身体的拘束は、精神保健福祉法に基づいて精神保健指定医の指示に下実施される、衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいいます。

### 3. 在宅復帰に向けた取組等の実施状況について

|  |   |
|--|---|
| ①令和4年10月1か月間における以下の各加算等の算定件数についてご記入ください。 |   |
| 1)精神科退院時共同指導料                            | 件 |
| 2)療養生活環境整備指導加算                           | 件 |
| 3)療養生活継続支援加算                             | 件 |

|  |             |
|--|-------------|
| ②「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」等を踏まえた、患者の意思決定支援に関する指針を策定していますか。 |             |
| 01. 策定している   | 02. 策定していない |

### 4. 退院調整に向けたカンファレンスの開催状況について

|   |   |
|---|---|
| ①退院調整に向けたカンファレンスの開催状況についてお伺いします。(令和4年10月1か月間) |   |
| 1)1か月当たりの開催回数                                 | ( ) 回   |
| 2)退院調整を行った患者の割合                               | 01. 20%未満      02. 20%以上50%未満      03. 50%以上80%未満<br>04. 80%以上100%未満      05. 100%      06. 退院患者がいなかった  |
| 3)カンファレンスを開催する患者を選択する基準(○はいくつでも)              | 01. 医師等の評価に基づいて選択している<br>02. 本人・家族等からの要望に基づいて対応している<br>03. 地域の連携先等からの要望に基づいて対応している<br>04. 予め開催する基準を定めている<br>⇒41. 疾患・症状    42. 治療内容    43. 退院先の状況    44. 家庭の状況<br>45. その他 ( )<br>05. その他 ( )<br>06. 特に基準は定めていない  |
| 4)参加職種(○はいくつでも)                               | 《自院》<br>01. 医師(精神科)      02. 医師(精神科以外)      03. 看護師      04. 薬剤師<br>05. 作業療法士等リハ職      06. 精神保健福祉士      07. 公認心理師      08. その他<br>《自院以外》<br>01. 医師(精神科)      02. 医師(精神科以外)      03. 看護師      04. 薬剤師<br>05. 作業療法士等リハ職      06. 精神保健福祉士      07. 公認心理師      08. 保健師<br>09. その他<br>《その他》<br>01. 自治体関係者      02. 介護サービス事業者      03. 障害福祉サービス事業者<br>04. その他 ( ) |
| 5)開催方法(○はいくつでも)                               | 01. 対面      02. オンライン会議      03. メール・書面等      04. その他   |
| 6)障害福祉サービス事業者等との連携・調整に当たっての課題(○はいくつでも)        | 01. 近隣に連携先となる障害福祉サービス事業所がない・わからない<br>02. 障害福祉サービス事業所が複数関わっており連携が困難である<br>03. 障害福祉サービス事業所側での受入れ体制が不十分である<br>04. 状態によっては対応できる障害福祉サービス事業所がない<br>05. 退院後の生活や支援に必要な情報が不十分である<br>06. 退院調整のための十分な期間を確保できない<br>07. 地域で退院調整を行う者が不在・不明確である<br>08. その他 ( )   |

## 5. 医師・看護師以外の職種の配置等の状況について

| ①以下の各職種の貴病棟への配置の有無、配置による効果・成果をご記入ください。 |   |
|--|---|
| 1) 精神保健福祉士の配置の有無                       | 01. 配置あり<br>02. 配置なし  |
| 病棟に配置することは患者にとって良いと思うか                 | 01. とても思う<br>02. どちらかというと思う<br>03. どちらともいえない<br>04. どちらかというと思わない<br>05. 全く思わない<br>06. 分からない   |
| 上記で01・02を選んだ場合、その理由(○はいくつでも)           | <p><b>【患者にとって】</b></p> <p>01. 安心感、納得感につながるため</p> <p>02. きめ細かな支援が可能となるため</p> <p>03. 相談がしやすくなるため</p> <p>04. 家族等への支援が可能であるため</p> <p>05. その他 ( )</p> <p><b>【職員にとって】</b></p> <p>01. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能となるため</p> <p>02. 多職種連携、関係者との調整が円滑になるため</p> <p>03. 専門的な評価が支援が可能になるため</p> <p>04. 医師等他職種の負担軽減につながるため</p> <p>05. その他 ( )</p>                                  |
| 2) 作業療法士の配置の有無                         | 01. 配置あり<br>02. 配置なし  |
| 病棟に配置することは患者にとって良いと思うか                 | 01. とても思う<br>02. どちらかというと思う<br>03. どちらともいえない<br>04. どちらかというと思わない<br>05. 全く思わない<br>06. 分からない   |
| 上記で01・02を選んだ場合、その理由(○はいくつでも)           | <p><b>【患者にとって】</b></p> <p>01. 安心感、納得感につながるため</p> <p>02. 日中の活動と参加の機会が得られるため</p> <p>03. 相談がしやすくなるため</p> <p>04. 家族等への支援が可能であるため</p> <p>05. その他 ( )</p> <p><b>【職員にとって】</b></p> <p>01. 患者の応用的・社会適応能力の評価に基づく生活能力・社会生活能力の見立てができるため</p> <p>02. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能となるため</p> <p>03. 多職種連携、関係者との調整が円滑になるため</p> <p>04. 対象者に応じたリハビリテーションが可能になるため</p> <p>05. その他 ( )</p> |
| 3) 公認心理師の配置の有無                         | 01. 配置あり<br>02. 配置なし  |
| 病棟に配置することは患者にとって良いと思うか                 | 01. とても思う<br>02. どちらかというと思う<br>03. どちらともいえない<br>04. どちらかというと思わない<br>05. 全く思わない<br>06. 分からない   |
| 上記で01・02を選んだ場合、その理由(○はいくつでも)           | <p><b>【患者にとって】</b></p> <p>01. 安心感、納得感につながるため</p> <p>02. きめ細かな支援が可能となるため</p> <p>03. 相談がしやすくなるため</p> <p>04. 家族等への支援が可能であるため</p> <p>05. その他 ( )</p>  |



|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | <p><b>【職員にとって】</b></p> <p>01. 定期的な精神症状等の評価が可能である</p> <p>02. 患者の安心感、納得感につながる</p> <p>03. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能である</p> <p>04. 入院生活技能訓練療法等の入院治療への関与</p> <p>05. 心理検査等の検査への関与</p> <p>06. 多職種連携、関係者との調整が円滑になる</p> <p>07. 家族等への支援が可能である</p> <p>08. 医師等の他職種の負担軽減につながるため</p> <p>09. その他（ ）</p>   |
| 4)管理栄養士の配置の有無                | 01. 配置あり 02. 配置なし  |
| 病棟に配置することは患者にとって良いと思うか       | 01. とても思う 02. どちらかというと思う 03. どちらともいえない<br>04. どちらかというと思わない 05. 全く思わない 06. 分からない  |
| 上記で01・02を選んだ場合、その理由(○はいくつでも) | <p><b>【患者にとって】</b></p> <p>01. 安心感、納得感につながるため</p> <p>02. きめ細かな支援が可能となるため</p> <p>03. 相談がしやすくなるため</p> <p>04. 家族等への支援が可能であるため</p> <p>05. その他（ ）</p> <p><b>【職員にとって】</b></p> <p>01. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能となるため</p> <p>02. 多職種連携、関係者との調整が円滑になるため</p> <p>03. 適切な栄養管理や食事指導が可能になるため</p> <p>04. 医師等の他職種の負担軽減につながるため</p> <p>05. その他（ ）</p> |
| 5)薬剤師の配置の有無                  | 01. 配置あり 02. 配置なし  |
| 病棟に配置することは患者にとって良いと思うか       | 01. とても思う 02. どちらかというと思う 03. どちらともいえない<br>04. どちらかというと思わない 05. 全く思わない 06. 分からない  |
| 上記で01・02を選んだ場合、その理由(○はいくつでも) | <p><b>【患者にとって】</b></p> <p>01. 安心感、納得感につながるため</p> <p>02. きめ細かな支援が可能となるため</p> <p>03. 相談がしやすくなるため</p> <p>04. 家族等への支援が可能であるため</p> <p>05. その他（ ）</p> <p><b>【職員にとって】</b></p> <p>01. 治療や生活指導等のきめ細かな支援が可能となるため</p> <p>02. 多職種連携、関係者との調整が円滑になるため</p> <p>03. 安全な薬物療法が可能になるため</p> <p>04. 医師等の他職種の負担軽減につながるため</p> <p>05. その他（ ）</p>      |

病棟票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
 令和4年●月●日(●)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 精神医療等の実施状況調査

※この「診療所票」は、診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。

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

※特に断りのない質問については、令和4年11月1日(火)時点の状況についてご記入ください。

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

### 1. 貴施設の概要

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| ①所在地                             | 01. ( ) 都・道・府・県   |
| ②開設者(○は1つ)                       | 01. 医療法人                      02. 個人                      03. その他(具体的に ( ))   |
| ③種別(○は1つ)                        | 01. 有床診療所 →病床数:一般( )床 療養( )床 合計( )床<br>02. 無床診療所  |
| ④同一法人または関連法人が運営する施設・事業所(○はいくつでも) | 01. 該当なし                      02. 介護老人保健施設                      03. 介護老人福祉施設<br>04. 訪問看護ステーション                      05. 居宅介護支援事業所                      06. 地域包括支援センター<br>07. 訪問介護事業所                      08. 小規模多機能型居宅介護事業所<br>09. 看護小規模多機能型居宅介護                      10. 通所介護事業所<br>11. 介護療養型医療施設                      12. 介護医療院<br>13. 障害福祉サービス事業所(就労系サービス)<br>14. 障害福祉サービス事業所(相談系サービス)<br>15. 障害福祉サービス事業所(施設系・居住系サービス)<br>16. その他 ( ) |

⑤貴施設が標榜している診療科をお選びください。(○はいくつでも)

|                      |                      |               |                |
|----------------------|----------------------|---------------|----------------|
| 01. 内科 <sup>注1</sup> | 02. 外科 <sup>注2</sup> | 03. 精神科       | 04. 小児科        |
| 05. 皮膚科              | 06. 泌尿器科             | 07. 産婦人科・産科   | 08. 眼科         |
| 09. 耳鼻咽喉科            | 10. 放射線科             | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |
| 13. 麻酔科              | 14. 救急科              | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |
| 17. その他( )           |                      |               |                |

注1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

注2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

⑥貴施設の職員数(常勤換算<sup>注3</sup>)をご記入ください。

|   |  |              |      |              |      |              |      |
|---|--|--------------|------|--------------|------|--------------|------|
| 1) 医師   | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| a. (うち)精神保健指定医  | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| b. (うち)上記以外の精神科医師   | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| c. (うち)精神科以外の医師<br>※精神科病棟に従事している精神科以外の診療科のうち、勤務回数の多い科から、最大3診療科までご記載ください | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">d. 診療科名1 ( )</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>e. 診療科名2 ( )</td> <td>( )人</td> </tr> <tr> <td>f. 診療科名3 ( )</td> <td>( )人</td> </tr> </table> | d. 診療科名1 ( ) | ( )人 | e. 診療科名2 ( ) | ( )人 | f. 診療科名3 ( ) | ( )人 |
| d. 診療科名1 ( )  | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| e. 診療科名2 ( )  | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| f. 診療科名3 ( )  | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| 2) 看護師(保健師を含む) <sup>注4</sup>  | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| a. (うち)精神看護専門看護師*   | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| b. (うち)認知症看護認定看護師*  | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| c. (うち)精神科認定看護師**   | ( )人   |              |      |              |      |              |      |
| d. (うち)特定行為研修修了者  | ( )人   |              |      |              |      |              |      |

|                   |      |
|-------------------|------|
| 3) 准看護師           | ( )人 |
| 4) 看護補助者          | ( )人 |
| 5) 薬剤師            | ( )人 |
| 6) 作業療法士          | ( )人 |
| 7) 公認心理師          | ( )人 |
| 8) 精神保健福祉士        | ( )人 |
| 9) 社会福祉士(上記8)を除く) | ( )人 |
| 10) 管理栄養士         | ( )人 |
| 11) 事務職員          | ( )人 |
| 12) その他の職員        | ( )人 |

注3 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までお答えください。

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

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

注4 \* 日本看護協会の認定した者 \*\* 日本精神科看護協会の認定した者

**⑦ 貴診療所は、時間外、休日または深夜の救急外来(精神疾患にかかるもの)に対応していますか。対応している場合体制についてもお選びください。**

|  |  |
|--|--|
| 1) 対応状況  | 01. 対応している →対応時間 (11. 24時間 12. 特定の時間)<br>02. 対応していない                         |
| 2) 【1)対応状況で「01.対応している」とご回答した場合】<br>地域の医療機関との輪番制での対応の有無 | 01. 輪番制で対応している<br>02. 自院のみで対応している  |
| 3) 【1)対応状況で「01.対応している」とご回答した場合】<br>医師(○は1つ)            | 01. 宿直が担当<br>02. 通常勤務として勤務者を配置している(宿直も兼ねている)<br>03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている |
| 4) 【1)対応状況で「01.対応している」とご回答した場合】<br>看護師(保健師含む)(○は1つ)    | 01. 宿直が担当<br>02. 通常勤務として勤務者を配置している(宿直も兼ねている)<br>03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている |

**⑧ 精神保健指定医の業務のうち実施しているものをお選びください。(○はいくつでも)**

01. 措置入院、緊急措置入院時の判定
02. 医療保護入院時の判定
03. 応急入院時の判定
04. 措置入院者の定期病状報告に係る診察
05. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察
06. 任意入院者の退院制限時の診察
07. 入院者の行動制限の判定
08. 措置入院者の措置症状消失の判定
09. 措置入院者の仮退院の判定
10. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定
11. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定
12. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定
13. 精神医療審査会委員としての診察
14. 精神科病院に対する立入検査、質問及び診
15. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察
16. 指定医としての業務は行っていない

| ⑨電子カルテ及びオーダーリングシステムの導入状況についてご記入ください。 |   |
|--------------------------------------|---|
| 1) 電子カルテシステム                         | 01. 導入している                      02. 今後導入予定 ⇒令和( )年( )月<br>03. 導入しておらず今後も導入予定はない<br>→理由 { 31. 費用負担が大きいため    32. 必要性を感じないため<br>33. その他( ) } |
| 2) オーダーリングシステム                       | 01. 導入している                      02. 今後導入予定 ⇒令和( )年( )月<br>03. 導入しておらず今後も導入予定はない<br>→理由 { 31. 費用負担が大きいため    32. 必要性を感じないため<br>33. その他( ) } |

## 2. 地域連携について

| ①障害支援区分の認定調査に当たって作成した医師意見書数をご記入ください。(令和4年5~10月) |
|---|
| ( ) 件   |

| ②貴施設ではピアサポーターを雇用していますか                       |
|--|
| 01. している⇒( )人                      02. していない |

| ③精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター等での相談業務等について協力していますか。          |
|---|
| 01. している                                      02. していない |

| ④地域でどのような活動を実施していますか。  |
|--|
| 01. 都道府県等が行うアウトリーチ支援に協力している<br>02. (上記以外で) 保健所や市町村保健センターの訪問支援に協力している<br>03. 自院で包括的地域生活支援プログラム <sup>注5</sup> を実施している<br>04. (上記以外で) 自院で多職種からなるチームを組成し訪問支援を実施している<br>05. その他( )<br>06. 実施していない |

注5 包括型地域生活支援プログラム (ACT: Assertive Community Treatment) とは、重い精神障害を持つ人が、住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、様々な専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラムを指しています。

## 3. 貴施設における外来医療の状況

| ①精神科退院時共同指導料の届出状況をご記入ください。(○は1つ)   |
|--|
| 01. 精神科退院時共同指導料1の届出をしている                      02. 精神科退院時共同指導料2の届出をしている<br>03. 届出をしていない →4へ |

①-1 上記①で「01. 精神科退院時共同指導料1の届出をしている」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年8月から10月までの間の算定回数、算定患者数(実人数)等についてご記入ください。

|               |      |
|---------------|------|
| 1) 算定回数       | ( )回 |
| 2) 算定患者数(実人数) | ( )人 |

## 4. 療養生活継続支援加算の状況

①療養生活継続支援加算の届出状況をご記入ください。(○は1つ)

01. 届出をしている →①-1へ

02. 届出をしていない →①-2・①-3へ

①-1 上記①で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。

令和4年8月から10月までの間の算定回数、算定患者数(実人数)等についてご記入ください。

|              |      |
|--------------|------|
| 1)算定回数       | ( )回 |
| 2)算定患者数(実人数) | ( )人 |

①-2 上記①で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。

療養生活継続支援加算の届出をしていない理由は何ですか。(○はいくつでも)

01. 満たすことが難しい要件があるため  
02. 対象となる患者がないため  
03. 経営上のメリットがないため  
04. その他 ( )

①-3 上記①で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。

満たすことが難しい要件は何ですか。(○はいくつでも)

01. 当該支援に専任の看護師又は精神保健福祉士が1名以上勤務  
02. 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者は1人に月80人以下である  
03. 看護師は精神科等の経験を3年以上有し、適切な研修を修了している  
04. その他 ( )

④指導を行っている職種をお選びの上、指導に従事している人数(実人数)をお答えください。(○はいくつでも)

01. 看護師 ( ) 人

02. 精神保健福祉士 ( ) 人

## 5. 精神疾患患者に対するオンライン診療の実施状況について

① 情報通信機器を用いた場合の初診・再診料等の算定件数についてお伺いします。(令和4年10月1か月間)

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| 1)初診料(情報通信機器を用いた場合)   | ( ) 件 |
| 2)再診料(情報通信機器を用いた場合)   | ( ) 件 |
| 3)外来診療料(情報通信機器を用いた場合) | ( ) 件 |
| 4)電話による初診(コロナ特例による)   | ( ) 件 |

【②～④は上記①の1)～4)のいずれかで1件以上と回答した施設にお伺いします。】

② 情報通信機器を用いて診療する場合、対応する医師について該当するものをお選びください。(○はいくつでも)

01. 精神保健指定医

02. 精神保健指定医以外の医師

③ 情報通信機器を用いた診療に対応している精神疾患患者の疾患として該当するものをお選びください。(○はいくつでも)

| ↓対応している疾患(主傷病)に○                   | 初診患者(令和4年10月) | 再診患者(令和4年10月) |
|------------------------------------|---------------|---------------|
| 01. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)    | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 02. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)      | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 03. アルコールによる精神・行動の障害(F10)          | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19)  | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 05. 統合失調症(F20)                     | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 06. その他の精神病性障害(F21-29)             | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 07. 気分(感情)障害(F30-39)               | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F40)       | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F50)     | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 10. 成人の人格・行動の障害(F60)               | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 11. 知的障害(精神遅滞)(F70)                | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 12. 心理的発達の障害(F80)                  | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98) | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 14. 詳細不明の精神障害(F99)                 | ( ) 人         | ( ) 人         |
| 15. てんかん(G40)                      | ( ) 人         | ( ) 人         |

④ 情報通信機器を用いた診療に対応していない疾患又は状態として該当するものをお選びください。(〇はいくつでも)

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 01. 自傷が疑われる場合 | 02. 他害が疑われる場合 |
| 03. 希死念慮がある場合 | 04. その他 ( )   |

## 6. 通院精神療法の実施状況について

① 通院精神療法の算定件数についてお伺いします。(令和4年10月1か月間)

|                      |       |
|----------------------|-------|
| 1) 60分以上 (精神保健指定医)   | ( ) 件 |
| 2) 60分以上 (精神保健指定医以外) | ( ) 件 |
| 3) 30分以上 (精神保健指定医)   | ( ) 件 |
| 4) 30分以上 (精神保健指定医以外) | ( ) 件 |
| 5) 30分未満 (精神保健指定医)   | ( ) 件 |
| 6) 30分未満 (精神保健指定医以外) | ( ) 件 |

② 通院精神療法に従事している医師数についてご記入ください。(令和4年10月1か月間)

|              |       |
|--------------|-------|
| 1) 精神保健指定医   | ( ) 人 |
| 2) 精神保健指定医以外 | ( ) 人 |

## 7. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況

「精神科デイ・ケア等」とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをいいます。

①貴施設が届出を行っている精神科デイ・ケア等は何ですか。(〇はいくつでも)

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 00. 届出をしていない →p. 7の質問8へ |                         |
| 01. 精神科ショート・ケア (小規模なもの) | 02. 精神科ショート・ケア (大規模なもの) |
| 03. 精神科デイ・ケア (小規模なもの)   | 04. 精神科デイ・ケア (大規模なもの)   |
| 05. 精神科ナイト・ケア           | 06. 精神科デイ・ナイト・ケア        |

②貴施設が実施する精神科デイ・ケア等に従事している職員数をご記入ください。(〇はいくつでも)

|                                |            |         |                                |         |
|--------------------------------|------------|---------|--------------------------------|---------|
| a.医師                           | b.看護師・准看護師 | c.作業療法士 | d.精神保健福祉士 <small>(c除く)</small> | e.社会福祉士 |
| 精神科( )人<br>それ以外( )人            | ( )人       | ( )人    | ( )人                           | ( )人    |
| f.公認心理師 <small>(d・e除く)</small> | g.看護補助者    | h.その他   |                                |         |
| ( )人                           | ( )人       | ( )人    |                                |         |

③令和4年10月1か月間に精神科デイ・ケア等を行った患者数(実際に利用した患者数)<sup>注6</sup>をご記入ください。

|                | a. 患者数 | b.うち早期加算の患者数 | c. うち1年超の患者数 | d. うち3年超の患者数 | e. うち5年超の患者数 |
|----------------|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1)精神科ショート・ケア   | ( )人   | ( )人         | ( )人         | ( )人         | ( )人         |
| 2)精神科デイ・ケア     | ( )人   | ( )人         | ( )人         | ( )人         | ( )人         |
| 3)精神科ナイト・ケア    | ( )人   | ( )人         | ( )人         | ( )人         | ( )人         |
| 4)精神科デイ・ナイト・ケア | ( )人   | ( )人         | ( )人         | ( )人         | ( )人         |

注6 「c.うち1年超の患者数」には「d.うち3年超の患者数」を含みます。「d.うち3年超の患者数」には「e.うち5年超の患者数」を含みます。

③-1 上記③1)のうち、疾患別等専門プログラム加算の算定患者数(実人数) ( )人

③-2 1年超継続している患者に対して、どのようなプログラムを実施していますか。(〇はいくつでも)

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| 01. 生活能力を向上させる | 02. 社会や周囲の人とのコミュニケーション能力を高める |
| 03. 社会生活への動機付け | 04. 社会資源やサービスの利用方法           |
| 05. 精神症状への対処方法 | 06. その他 ( )                  |

④精神科デイ・ケア等で行っているプログラムの目的としてあてはまる番号に〇をつけてください。(〇はいくつでも)

|               |               |          |               |
|---------------|---------------|----------|---------------|
| 01. 就労(就労・復職) | 02. 就学(進学・復学) | 03. 心理教育 | 04. 日常生活能力の回復 |
| 05. 社会適応能力の回復 | 06. その他 ( )   |          |               |

⑤貴施設で実施している精神科デイ・ケア等のプログラムの種類としてあてはまる番号に〇をつけてください。(〇はいくつでも)

|              |           |             |              |           |
|--------------|-----------|-------------|--------------|-----------|
| 01. 疾患別プログラム | 11. 統合失調症 | 12. 気分障害    | 13. アルコール依存症 | 14. 双極性障害 |
|              | 15. 不安障害  | 16. 発達障害    | 17. 強迫性障害    | 18. 摂食障害  |
|              | 19. 薬物依存  | 20. その他 ( ) |              |           |
| 02. その他 ( )  |           |             |              |           |

⑥貴施設では、精神科デイ・ケア等の実施日にいくつかのプログラムを設けていますか。(〇は1つ)

01. 1種類                      02. 2種類                      03. 3～5種類                      04. 6種類以上

⑥-1 どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。(最も多いものに〇を1つ)

01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定  
 02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定  
 03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定  
 04. 1か月単位・1週間単位などで、本人が決定  
 05. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定  
 06. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が決定  
 07. その他(具体的に )

8. 在宅医療の状況について  
 ≪精神在宅患者の往診≫

①貴施設では、精神科在宅患者の往診を実施していますか。(〇は1つ)

01. 実施している →①-1・①-2へ                      02. 実施していない →①-3へ

①-1 往診を実施した理由は何ですか。(〇はいくつでも)

01. 緊急対応のため(自傷、他傷の恐れ等)                      02. 精神症状が悪化したため(01に至らない程度)  
 03. その他( )

①-2 上記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。  
 令和4年10月における実施回数、往診を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| 1) 往診の実施回数                            |   | ( )回                                      |
| 2) 往診を行った患者数                          | 実人数   | ( )人                                      |
| 3) 上記2)のうち<br>在宅精神療法の算定区分別の<br>患者数    | a. 在宅精神療法「イ」の算定患者                             | ( )人                                      |
|                                       | b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者                             | ( )人                                      |
|                                       | c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者                          | ( )人                                      |
|                                       | d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者                          | ( )人                                      |
|                                       | e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者                          | ( )人                                      |
| 4) 上記2)のうち精神科在宅患者支援<br>管理料の算定区分別の患者数  | a. 精神科在宅患者支援管理料の「1」<br>(うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 | ( )人                                      |
|                                       | b. 精神科在宅患者支援管理料の「2」<br>(うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 | ( )人                                      |
|                                       | c. 精神科在宅患者支援管理料の「3」                           | ( )人                                      |
| 5) 上記2)のうちICD-10別の患者数                 |   |   |
| a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)<br>(F00-03)    | ( )人  | b. その他の症状性を含む器質性精神障<br>害(F04-09) ( )人     |
| c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)              | ( )人  | d. その他の精神作用物質による精神・行<br>動の障害(F11-19) ( )人 |
| e. 統合失調症(F20)                         | ( )人  | f. その他の精神病性障害(F21-29) ( )人                |
| g. 気分(感情)障害(F3)                       | ( )人  | h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障<br>害(F4) ( )人       |
| i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動<br>症候群(F5)      | ( )人  | j. 成人の人格・行動の障害(F6) ( )人                   |
| k. 知的障害(精神遅滞)(F7)                     | ( )人  | l. 心理的発達の障害(F8) ( )人                      |
| m. 小児期・青年期に通常発症する行動・情<br>緒の障害(F90-98) | ( )人  | n. 詳細不明の精神障害(F99) ( )人                    |
| o. てんかん(G40)                          | ( )人  |   |



①-3 前記①で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。

往診を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。(〇はいくつでも)

- |                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 01. 往診が必要な患者がいないため          | 02. 職員が不足しているため     |
| 03. 急な対応が難しいため              | 04. 移動時間の確保が難しいため   |
| 05. 現行の診療報酬では経営上のメリットが少ないため | 06. 緊急時の対応等に不安があるため |
| 07. その他 (                   | )                   |

【前記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。】

②身体合併症に対応していますか。(〇は1つ)

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| 01. 自院の医師が対応 →②-1へ | 02. 他院の医師と連携して対応 →②-1へ |
| 03. 対応していない →③へ    |                        |

②-1 上記②で「01. 自院の医師が対応」「02. 他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。

下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに〇、対応不可のものに×)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者    |  |
| c. 気管カニューレを使用している状態にある者        |  |
| d. 留置カテーテルを使用している状態にある者        |  |
| e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者    |  |
| f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者      |  |
| g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者      |  |
| h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者 |  |
| j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者      |  |
| k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者      |  |
| l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者    |  |
| n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者     |  |
| p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者             |  |
| q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者     |  |
| r. 向精神薬による副作用への対応              |  |

## 《精神在宅患者の訪問診療》

③貴施設では、精神科在宅患者の訪問診療を実施していますか。(○は1つ)

01. 実施している →③-1・④へ

02. 実施していない →③-2へ

③-1 上記③で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。

令和4年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

|                                   |   |                                  |      |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|------|
| 1) 訪問診療の実施回数                      |   | ( )回                             |      |
| 2) 訪問診療を行った患者数                    | 実人数   | ( )人                             |      |
| 3) 上記2)のうち<br>在宅患者訪問診療料の算定区分別の患者数 | a. 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」                           | ( )人                             |      |
|                                   | b. 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「2」                           | ( )人                             |      |
|                                   | c. 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)                               | ( )人                             |      |
| 4) 上記2)のうち<br>在宅精神療法の算定区分別の患者数    | a. 在宅精神療法「イ」の算定患者                             | ( )人                             |      |
|                                   | b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者                             | ( )人                             |      |
|                                   | c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者                          | ( )人                             |      |
|                                   | d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者                          | ( )人                             |      |
|                                   | e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者                          | ( )人                             |      |
| 5) 上記2)のうち精神科在宅患者支援管理料の算定区分別の患者数  | a. 精神科在宅患者支援管理料の「1」<br>(うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 | ( )人                             |      |
|                                   | b. 精神科在宅患者支援管理料の「2」<br>(うち)令和4年度改定で算定可能となった患者 | ( )人                             |      |
|                                   | c. 精神科在宅患者支援管理料の「3」                           | ( )人                             |      |
|                                   |   | ( )人                             |      |
| 6) 上記2)のうちICD-10別の患者数             |   |                                  |      |
| a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)    | ( )人  | b. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)     | ( )人 |
| c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)          | ( )人  | d. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) | ( )人 |
| e. 統合失調症(F20)                     | ( )人  | f. その他の精神病性障害(F21-29)            | ( )人 |
| g. 気分(感情)障害(F3)                   | ( )人  | h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)       | ( )人 |
| i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)      | ( )人  | j. 成人の人格・行動の障害(F6)               | ( )人 |
| k. 知的障害(精神遅滞)(F7)                 | ( )人  | l. 心理的発達の障害(F8)                  | ( )人 |
| m. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98) | ( )人  | n. 詳細不明の精神障害(F99)                | ( )人 |
| o. てんかん(G40)                      | ( )人  |                                  |      |

③-2 上記③で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。

訪問診療を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| 01. 訪問診療が必要な患者がいないため | 02. 職員が不足しているため             |
| 03. 移動時間の確保が難しいため    | 04. 現行の診療報酬では経営上のメリットが少ないため |
| 05. 在宅での対応等に不安があるため  |                             |
| 06. その他 ( )          |                             |

【前記③で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。】④身体合併症に対応していますか。(〇は1つ)

01. 自院の医師が対応 →④-1へ  
 02. 他院の医師と連携して対応 →④-1へ  
 03. 対応していない →⑤へ

④-1 上記④で「01. 自院の医師が対応」「02. 他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。  
 下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに〇、対応不可のものに×)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者    |  |
| c. 気管カニューレを使用している状態にある者        |  |
| d. 留置カテーテルを使用している状態にある者        |  |
| e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者    |  |
| f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者      |  |
| g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者      |  |
| h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者 |  |
| j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者      |  |
| k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者      |  |
| l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者    |  |
| n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者     |  |
| p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者             |  |
| q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者     |  |
| r. 向精神薬による副作用への対応              |  |

《体制・施設基準等》

⑤往診又は訪問診療の提供にあたって他の医療機関等との連携により対応していますか。

01. 連携している →⑤-1へ  
 02. 連携していない →⑥へ

⑤-1 連携している場合の状況についてご回答ください。

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| 1)連携先          | 01. 病院<br>→病床規模：<br>11. 100床未満<br>12. 100床以上300床未満<br>13. 300床以上500床未満<br>14. 500床以上 | 02. 診療所  |
| 2)連携先の状況       | 01. 同一法人・グループ  | 02. それ以外 |
| 3)連携する場合の患者の特徴 | 01. 治療を要する身体疾患を有している<br>02. 特定の精神疾患を有している<br>03. その他 ( )                             |          |

**【すべての施設にお伺いします。】**

⑥ 貴施設において、独自あるいは他の医療機関等との連携等により、24時間体制として整備されているものをご記入ください。  
(〇はいくつでも)

01. 自施設のみで24時間往診の体制を確保  
02. 他の医療機関と連携し24時間往診の体制を確保  
03. 自施設のみで24時間の精神科訪問看護・指導（病院・診療所）の体制を確保  
04. 他の医療機関等と連携し24時間の精神科訪問看護・指導（病院・診療所）の体制を確保  
05. 確保していない

⑦ 以下の施設基準のうち、届出を行っているものをご記入ください。(〇はいくつでも)

01. 機能強化型在宅療養支援診療所  
02. 機能強化型在以外在宅療養支援診療所  
03. 在宅時医学総合管理料  
04. 施設入居時等医学総合管理料  
05. いずれも届出を行っていない

**《精神科在宅患者支援管理料》**

⑧ 貴施設では精神科在宅患者支援管理料の施設基準の届出を行っていますか。(〇は1つ)

01. 届出をしている →⑧-1へ  
02. 届出をしていない →⑧-8へ

⑧-1 上記⑧で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。

|  |   |
|--|---|
| 1)届出の種類(〇はいくつでも)   | 01. 精神科在宅患者支援管理料1 02. 精神科在宅患者支援管理料2                               |
| 2)「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施する上で、連携する訪問看護ステーションの有無(〇はいくつでも) | 01. ある<br>→連携先 (11. 特別の関係 <sup>注7</sup> にあるもの 12. それ以外)<br>02. ない |

注7 「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。

⑧-2 上記⑧で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年8月～10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定状況についてお選びください。(〇は1つ)

01. 算定あり →⑧-3へ  
02. 算定なし →p.13の9へ

⑧-3 上記⑧-2で「01. 算定あり」と回答した施設にお伺いします。  
令和4年8月～10月における「精神科オンライン在宅管理料」の算定状況についてお選びください。(〇は1つ)

01. 算定あり →⑧-4へ  
02. 算定なし

⑧-4 精神科オンライン在宅管理料を算定していない理由としてあてはまるものをお選びください。  
(〇はいくつでも)

01. 患者が望まないため  
02. オンラインでは不十分であるため  
03. オンラインに対応できる機器等がないため  
04. その他 ( )

**【上記⑧-2で「01. 算定あり」と回答した施設にお伺いします】**

⑧-5 「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施している職員の体制(貴施設のみ)について  
職種別の実人数をご記入ください。

|             | 常勤   |      | 非常勤  |      |
|-------------|------|------|------|------|
|             | 専従   | 専任   | 専従   | 専任   |
| 1)医師        | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| (うち)精神保健指定医 | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 2)保健師・看護師   | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 3)精神保健福祉士   | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 4)作業療法士     | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |
| 5)その他( )    | ( )人 | ( )人 | ( )人 | ( )人 |

⑧-6 令和4年10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定件数をご記入ください。

|  |  |                                 |                |                 |                 |                  |
|--|--|---------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 1)算定区分別  |  |                                 |                |                 |                 |                  |
| a. 精神科在宅患者支援管理料1   |  |                                 | ( )件           |                 |                 |                  |
|  | イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者1人   | ( )件                            |                |                 |                 |                  |
|  | ロ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者2人以上 | ( )件                            |                |                 |                 |                  |
|  | ハ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者1人                     | ( )件                            |                |                 |                 |                  |
| ニ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者2人以上   |  |                                 | ( )件           |                 |                 |                  |
|  | b. 精神科在宅患者支援管理料2                           |                                 | ( )件           |                 |                 |                  |
|  | イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者1人   | ( )件                            |                |                 |                 |                  |
|  | ロ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者2人以上 | ( )件                            |                |                 |                 |                  |
| ハ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者1人   |  |                                 | ( )件           |                 |                 |                  |
|  | ニ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者2人以上                   |                                 | ( )件           |                 |                 |                  |
|  | c. 精神科在宅患者支援管理料3                           |                                 | ( )件           |                 |                 |                  |
|  | イ. 単一建物診療患者1人                              | ( )件                            |                |                 |                 |                  |
| ロ. 単一建物診療患者2人以上  | ( )件                                       |                                 |                |                 |                 |                  |
| 2)ICD-10別  |  |                                 |                |                 |                 |                  |
| a. 症状性を含む器質性精神障害   | ( )件                                       | b. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害         | ( )件           |                 |                 |                  |
| c. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害  | ( )件                                       | d. 気分(感情)障害                     | ( )件           |                 |                 |                  |
| e. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身表現性障害   | ( )件                                       | f. 生理的障害及び身体的要因に関連した動症候群        | ( )件           |                 |                 |                  |
| g. 成人の人格及び行動の障害  | ( )件                                       | h. 知的障害(精神遅滞)                   | ( )件           |                 |                 |                  |
| i. 心理的発達の障害  | ( )件                                       | j. 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 | ( )件           |                 |                 |                  |
| k. 詳細不明の精神障害   | ( )件                                       |                                 |                |                 |                 |                  |
| ⑧-7 令和4年8月～10月における精神科退院時共同指導料に基づく各種カンファレンスの開催回数、対象実患者数、参加職種をご記入ください。 |  |                                 |                |                 |                 |                  |
| a. チームカンファレンス  | 1)開催回数                                     |                                 | ( )回           |                 |                 |                  |
|  | うちビデオ通話等により実施                              |                                 | ( )回           |                 |                 |                  |
|  | 2)対象実患者数                                   |                                 | 実患者数：( )人      |                 |                 |                  |
|  | 3)参加職種<br>(それぞれあてはまる番号1つに○)                |                                 | すべての<br>ケースで参加 | 半数以上の<br>ケースで参加 | 半数未満の<br>ケースで参加 | 参加している<br>ケースはない |
|  | a. 精神科医                                    |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
|  | b. 看護師または保健師                               |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
|  | c. 精神保健福祉士                                 |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
|  | d. 作業療法士                                   |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
| b. 共同カンファレンス   | 1)開催回数                                     |                                 | ( )回           |                 |                 |                  |
|  | うちビデオ通話等により実施                              |                                 | ( )回           |                 |                 |                  |
|  | 2)対象実患者数                                   |                                 | 実患者数：( )人      |                 |                 |                  |
|  | 3)参加職種<br>(それぞれあてはまる番号1つに○)                |                                 | すべての<br>ケースで参加 | 半数以上の<br>ケースで参加 | 半数未満の<br>ケースで参加 | 参加している<br>ケースはない |
|  | a. 精神科医                                    |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
|  | b. 看護師または保健師                               |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
|  | c. 精神保健福祉士                                 |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
|  | d. 作業療法士                                   |                                 | 01             | 02              | 03              | 04               |
| e. 保健所又は保健センター   |  | 01                              | 02             | 03              | 04              |                  |

⑧-8 前記⑧で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。  
 令和4年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 1)届出を行わない理由<br>(〇はいくつでも) | 01. 対象となる患者がいないため<br>→【満たすことが難しい対象要件】<br>11. ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者<br>12. 機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者<br>13. 当該管理料を算定する日においてG A F 尺度による判定が40 以下の者<br>02. 施設基準を満たすことが難しいため<br>→【満たすことが難しい施設基準】<br>21. 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること<br>22. 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること<br>23. 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること<br>24. 当該保険医療機関内に在宅医療を担当する精神科の常勤医師及び常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること<br>03. その他 ( ) |
| 2)今後の届出意向<br>(〇は1つ)      | 01. 届出の予定がある→届出予定時期：西暦 ( ) 年 ( ) 月<br>02. (具体的な予定はないが) 届出の意向がある 03. 検討中であり、まだ分からない<br>04. 届出を行う意向はない 05. その他 ( )  |

## 9. 精神科訪問看護の状況

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。(〇は1つ)

|                                     |
|-------------------------------------|
| 01. 診療所(貴施設)が行っている →②へ              |
| 02. 診療所(貴法人)設置の訪問看護ステーションが行っている →⑫へ |
| 03. 行っていない →⑬へ                      |

【以下②～⑪の設問は、上記①で「01. 診療所(貴施設)が行っている」と回答した施設のみお答えください。】

②精神科訪問看護に携わる職員数(常勤換算<sup>注8</sup>)をお答えください。(病棟看護職員による退院前訪問看護は含みません。)

| 1)保健師・看護師 | 2)准看護師 | 3)作業療法士 | 4)精神保健福祉士 | 5)その他  | 6)合計   |
|-----------|--------|---------|-----------|--------|--------|
| ( . )人    | ( . )人 | ( . )人  | ( . )人    | ( . )人 | ( . )人 |

注8 非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。(小数点以下第1位まで)

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

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

②-1 上記②で「その他」に職員数を記入された場合、具体的な職種をお答えください。

②-2 24時間対応が可能な体制を確保していますか。

|            |             |
|------------|-------------|
| 01. 確保している | 02. 確保していない |
|------------|-------------|

③令和4年10月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数(実人数)

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| 実人数( )人                     |         |
| ③-1 上記③のうち、身体疾患を有する患者数(実人数) | 実人数( )人 |

④令和4年11月1日～11月7日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数(実人数)をお答えください。

| 週1回     | 週2回     | 週3回     | 週4回     | 週5回以上   | 合計      |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 実人数( )人 | 実人数( )人 | 実人数( )人 | 実人数( )人 | 実人数( )人 | 実人数( )人 |

| ⑤令和4年10月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数(人)と算定回数(回)をお答えください。  |                        |              |              |
|--|------------------------|--------------|--------------|
|  | 1) 30分未満               | 2) 30分以上     | 3) 合計        |
| a. 精神科訪問看護・指導料(I)  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| b. (うち)保健師又は看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| c. (うち)作業療法士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| d. (うち)精神保健福祉士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| e. (うち)准看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| f. 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一建物居住者)   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| g. (うち)保健師又は看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| h. (うち)作業療法士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| i. (うち)精神保健福祉士による算定回数  | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| j. (うち)准看護師による算定回数   | ( )人<br>( )回           | ( )人<br>( )回 | ( )人<br>( )回 |
| ⑥令和4年11月1日時点の貴施設における訪問看護に従事する専門の研修を受けた看護師の人数(実人数)をお答えください。<br>※以降の設問において「専門の研修を受けた看護師」とは、右記の4種類を指します。<br>※右記の4種類について複数該当する者については、それぞれに人数を計上してください。 | 1) 精神看護専門看護師(日本看護協会)   |              | ( )人         |
|  | 2) 認知症看護認定看護師(日本看護協会)  |              | ( )人         |
|  | 3) 精神科認定看護師(日本精神科看護協会) |              | ( )人         |
|  | 4) 特定行為研修修了者           |              | ( )人         |

【上記⑥のいずれかの項目で1人以上をお答えいただいた方は、次の質問⑦～⑨にお答えください。】

|   |  |            |      |
|---|--|------------|------|
| ⑦令和4年10月1か月間の専門の研修を受けた看護師による精神科訪問看護の実施状況をお答えください。 | 1) 精神科訪問看護の実施回数                                    |            | ( )回 |
|   | 2) 訪問看護ステーションや他医療機関との同行訪問回数                        |            | ( )回 |
|   | 3) 訪問看護ステーションや他医療機関へのコンサルテーション <sup>注9</sup> の実施回数 |            | ( )回 |
|   | a. (うち)訪問看護ステーション又は他医療機関へ出向いて実施                    |            | ( )回 |
|   | b. (うち)自施設で実施                                      |            | ( )回 |
|   | c. (うち)ICTを活用して実施<br>(具体的な実施方法別に回数をお答えください)        | c-1) ビデオ通話 | ( )回 |
| c-2) 電話   |  | ( )回       |      |
| c-3) メール等   |  | ( )回       |      |
| d. (うち)上記以外の方法で実施                                 |  | ( )回       |      |
| 具体的な方法 ( )  |  | ( )        |      |

注9 患者宅への同行訪問ではなく、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、個々の患者のケアについて、訪問看護ステーション等の相談先に出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を行うことを指します。

| ⑧上記⑦について、専門の研修を受けた看護師が実施したケアの内容をお答えください。(〇はいくつでも) |                   |                    |
|---|-------------------|--------------------|
| 01. 生活リズムの確立                                      | 02. 家事能力、社会技能等の獲得 | 03. 対人関係の改善(家族含む)  |
| 04. 社会資源活用の支援                                     | 05. 薬物療法継続への援助    | 06. 身体合併症の発症・悪化の防止 |
| 07. その他 ( )                                       |                   |                    |

| ⑨上記⑧以外の専門の研修を受けた看護師による活動をお答えください。(〇はいくつでも) |                           |
|--|---------------------------|
| 01. 研修の開催(自施設職員向け)                         | 02. 研修の開催(施設外を含む精神科関係者向け) |
| 03. セミナー・相談会の開催(患者及び家族向け)                  | 04. セミナー・相談会の開催(地域住民向け)   |
| 05. その他 ( )                                |                           |

| ⑩複数名精神科訪問看護・指導加算を算定した利用者数を保健師又は看護師と同行した職種ごとにご記入ください。<br>(令和4年10月) ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上 |               |         |        |         |               |
|--|---------------|---------|--------|---------|---------------|
|  | a.保健師<br>/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<br>福祉士 |
| ⑩-1 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             |
| ⑩-2 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             |
| ⑩-3 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             |
| ⑩-4 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： )   |               |         |        |         |               |

| ⑪身体合併症に対応していますか。(○は1つ) |
|------------------------|
| 01. 対応している →⑪-1へ       |
| 02. 対応していない →⑫へ        |

| ⑪-1 上記⑪で「01. 対応している」と回答した施設にお伺いします。<br>下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに○、対応不可のものに×) |  |
|---|--|
| a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者  |  |
| b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者   |  |
| c. 気管カニューレを使用している状態にある者   |  |
| d. 留置カテーテルを使用している状態にある者   |  |
| e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者   |  |
| f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者   |  |
| g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者  |  |
| j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者   |  |
| k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者   |  |
| l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者   |  |
| m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者   |  |
| n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者  |  |
| o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者  |  |
| p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者  |  |
| q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者  |  |
| r. 向精神薬による副作用への対応   |  |

**【以下の質問は、すべての施設にお伺いします。】**

| ⑫その他、令和4年度の精神医療に係る診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。 |
|--|
|  |

診療所票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
令和4年●月●日(●)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。



令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 精神医療等の実施状況調査

※令和4年11月1日（火）時点での患者について、「調査実施要領」の「Ⅱ. 対象者及び回答方法」の条件に沿って抽出の上、ご記入ください。

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

※特に断りのない質問については、令和4年11月1日（火）時点の状況についてご記入ください。

## 1. 患者の基本属性

|         |                                      |                    |                   |
|---------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|
| ①入院基本料  | 01. 精神病棟入院基本料                        | 02. 特定機能病院入院基本料    | 03. 精神科救急急性期医療入院料 |
|         | 04. 精神科急性期治療病棟入院料                    | 05. 精神科救急・合併症入院料   | 06. 精神療養病棟入院料     |
|         | 07. 地域移行機能強化病棟入院料                    |                    |                   |
| ②性別     | 01. 男性                               | 02. 女性             | ③年齢 _____ 歳       |
| ④精神障害手帳 | 01. 手帳をもっていない                        | 02. 1級             | 03. 2級            |
|         |                                      | 04. 3級             | 05. 申請中           |
| ⑤障害年金   | 01. 受給している →等級（11. 1級 12. 2級 13. 3級） |                    |                   |
|         | 02. 受給していない                          |                    |                   |
|         | 03. 申請中                              |                    |                   |
| ⑥生活保護   | 01. 受給している                           |                    |                   |
|         | 02. 受給していない                          |                    |                   |
|         | 03. 申請中                              |                    |                   |
| ⑦障害支援区分 | 01. 未申請                              | 02. 申請中            | 03. 区分1           |
|         | 05. 区分3                              | 06. 区分4            | 07. 区分5           |
|         | 09. 非該当                              | 10. 不明             | 04. 区分2           |
|         |                                      |                    | 08. 区分6           |
| ⑧居場所    | 01. 自宅 →⑨へ                           | 02. 自宅以外（有料老人ホーム等） | 03. その他           |
| ⑨家族との同居 | 01. 家族との同居あり                         |                    | 02. 家族との同居なし      |
|         | 03. その他                              |                    |                   |

## 2. 入院時の状況

|                               |  |                   |                   |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------------|
| ①入院日・入棟日                      | 入院日：西暦（ ）年（ ）月   |                   | 入棟日：西暦（ ）年（ ）月    |
| ②入院・入棟前の居場所<br>(あてはまる番号すべてに○) | 01. 自宅（在宅医療の提供あり）  |                   |                   |
|                               | 02. 自宅（在宅医療の提供なし）  |                   |                   |
|                               | 03. 介護老人保健施設   |                   |                   |
|                               | 04. 介護医療院  |                   |                   |
|                               | 05. 介護療養型医療施設  |                   |                   |
|                               | 06. 特別養護老人ホーム  |                   |                   |
|                               | 07. 経費老人ホーム、有料老人ホーム  |                   |                   |
|                               | 08. その他の居住系介護施設  |                   |                   |
|                               | 09. 障害者支援施設  |                   |                   |
|                               | 10. 他院の一般病床  |                   |                   |
|                               | 11. 他院の一般病床以外  |                   |                   |
|                               | 12. 自院の一般病床（13、14以外）   |                   |                   |
|                               | 13. 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床  |                   |                   |
|                               | 14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床                      |                   |                   |
|                               | 15. 自院の療養病床（14以外）  |                   |                   |
|                               | 16. 自院の精神病床  |                   |                   |
|                               | 17. 自院のその他の病床  |                   |                   |
|                               | 18. 有床診療所  |                   |                   |
|                               | 19. その他（ ）   |                   |                   |
| ③病棟                           | 01. 一般病棟   |                   |                   |
|                               | 02. 精神病棟 ⇒入院料  | 21. 精神科救急急性期医療入院料 | 22. 精神科急性期治療病棟入院料 |
|                               |  | 23. 精神科救急・合併症入院料  | 24. 精神病棟入院基本料     |
|                               |  | 25. 精神療養病棟入院料     | 26. 地域移行機能強化病棟入院料 |
|                               | 03. その他  |                   |                   |
| ④在宅・介護施設等の内訳                  | 01. 自宅   |                   |                   |
|                               | 02. 介護老人保健施設   |                   |                   |
|                               | 03. 介護医療院  |                   |                   |
|                               | 04. 介護老人福祉施設   |                   |                   |
|                               | 05. 居宅系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）                        |                   |                   |
|                               | 06. 精神障害者施設（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム） |                   |                   |
|                               | 07. その他（ ）   |                   |                   |

|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| ⑤入院の主な入院の理由<br>(○は2つまで)       | 01. 精神症状が強いため<br>03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため<br>05. 治療・服薬への抵抗が強いため<br>07. 家族が入院を希望するため<br>09. 退院後の日常生活の支援が得られないため | 02. セルフケアに著しい問題があるため<br>04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため<br>06. 身体合併症の治療のため<br>08. 退院後の居住先が確保できていないため<br>10. その他 ( ) |
| ⑥入院時の入院形態<br>(○は1つ)           | 01. 任意入院<br>05. 応急入院   | 02. 医療保護入院<br>03. 措置入院<br>04. 緊急措置入院   |
| ⑦入棟時の入院形態<br>(○は1つ)           | 01. 任意入院<br>05. 応急入院   | 02. 医療保護入院<br>03. 措置入院<br>04. 緊急措置入院   |
| ⑧入院時点の患者の GAF 尺度<br>(○は1つ)    | 01. 情報あり → (GAF 尺度 : _____) 02. 不明   |  |
| ⑨入棟時点の患者の GAF 尺度<br>注1 (○は1つ) | 01. 情報あり → (GAF 尺度 : _____) 02. 不明   |  |

注1. 入院日と入棟時が同じ場合は回答不要。

|                                     |                                  |  |       |  |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|-------|--|
| ⑩主傷病名及び主傷病以外の病名<br>(傷病名コードをご記入ください) | 主傷病                              |  | 入院契機  |  |
|                                     | 医療資源を最も投入した傷病名                   |  | 併存症 1 |  |
|                                     | 併存症 2                            |  | 併存症 3 |  |
|                                     | 続発症 1                            |  | 続発症 2 |  |
|                                     | 続発症 3                            |  |       |  |
| ⑪身体合併症注2の有無(○は1つ)                   | 01. あり (治療の有無を問わない) →⑪-1へ 02. なし |  |       |  |

注2. 治療中の精神疾患の他に、身体疾患が併存する場合があります。ただし、経過観察中の疾患は除いてください。

【上記⑪で「01.あり」を選択した場合のみご回答ください。】

| ⑪-1 身体合併症注2の種類と対応する医師<br>(あてはまる番号すべてに○)             |   | 合併症としてあるものに○ | 対応する医師に○  |        |
|---|---|--------------|-----------|--------|
|   |   |              | 内科又は外科の医師 | 精神科の医師 |
| 01. 新型コロナウイルス感染症によるもの注3                             |   |              |           |        |
| 02. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫等）の患者<br>※新型コロナウイルス感染症によるもの以外 |   |              |           |        |
| 03. 心疾患（虚血性心疾患など）の患者                                |   |              |           |        |
| 04. 手術または直達・介達牽引を要する骨折の患者                           |   |              |           |        |
| 05. 脊椎損傷の患者   |   |              |           |        |
| 06. 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者                                 |   |              |           |        |
| 07. 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者           |   |              |           |        |
| 08. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）の患者                      |   |              |           |        |
| 09. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）の患者                            |   |              |           |        |
| 10. 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者                           |   |              |           |        |
| 11. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者                            |   |              |           |        |
| 12. 劇症肝炎または重症急性膵炎の患者                                |   |              |           |        |
| 13. 悪性症候群または横紋筋融解症の患者                               |   |              |           |        |
| 14. 広範囲（半肢以上）熱傷の患者                                  |   |              |           |        |
| 15. 手術、化学療法または放射線療法を要する状態<br>又は末期の悪性腫瘍の患者           |   |              |           |        |
| 16. 透析導入時の患者  |   |              |           |        |
| 17. 重篤な血液疾患の患者                                      |   |              |           |        |
| 18. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、<br>ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）の患者       |   |              |           |        |
| 19. 手術室での手術を必要とする状態の患者                              |   |              |           |        |
| 20. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）の患者                        |   |              |           |        |
| 21. 妊産婦である患者  |   |              |           |        |
| 22. その他 ( )   |   |              |           |        |
| ⑪-2 身体合併症注2に対する主な対応状況(○は1つ)                         | 01. 治療を要する身体合併症なし<br>02. 自院の医師が対応 (対応する医師 : 21. 内科 22. 外科 23. 精神科 24. その他)<br>03. 他院の医師が対応 (対応する医師 : 31. 内科 32. 外科 33. 精神科 34. その他) |              |           |        |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| ⑪-3 リハビリテーション<br>(医療)の有無(○は1つ) | 01. あり<br>→ (11. 言語聴覚療法 12. 理学療法 13. 作業療法 (精神) 14. 作業療法 (精神以外)<br>02. なし |
|--------------------------------|--|

注3. 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。

|                |                        |        |
|----------------|------------------------|--------|
| ⑫身体障害の有無(○は1つ) | 01. あり                 | 02. なし |
| ⑬知的障害の有無(○は1つ) | 01. あり⇒ (軽度・中度・重度・最重度) | 02. なし |

### 3. 現在の患者の状態等

#### (1) 直近一年間(令和3年11月～令和4年10月)における精神疾患の状況

|  |  |
|--|--|
| ①包括的支援マネジメント導入基準への該当状況<br>(あてはまる番号すべてに○) | 01. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある<br>02. 自分1人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)<br>03. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある<br>04. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある<br>05. 自傷や自殺を企てたことがある<br>06. 家族への暴力、暴言、拒絶がある<br>07. 警察・保健所介入歴がある<br>08. 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった<br>09. 外来受診をしないことが2か月以上あった<br>10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない<br>11. 直近の入院は措置入院である<br>12. 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある<br>13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている<br>14. 支援する家族がいない(家族が拒否的・非協力的天涯孤独)<br>15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・教育・障害等)<br>16. 分からない |
| ②患者のGAF尺度                                |  |

#### (2) 日常生活自立度等

|                             |              |               |              |              |            |           |
|-----------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|------------|-----------|
| ①認知症高齢者の日常生活自立度(○は1つ)       | 01. 自立       | 02. I         | 03. II a     | 04. II b     | 05. III a  | 06. III b |
|                             | 07. IV       | 08. M         | 09. 不明       |              |            |           |
| ②障害高齢者の日常生活自立度(○は1つ)        | 01. J (生活自立) | 02. A (準寝たきり) | 03. B (寝たきり) | 04. C (寝たきり) |            |           |
| ③ADL区分 <sup>注4</sup> (○は1つ) | 01. ADL区分1   | 02. ADL区分2    | 03. ADL区分3   | 04. 不明       |            |           |
| ④要介護度(○は1つ)                 | 01. 非該当      | 02. 未申請       | 03. 申請中      | 04. 自立       | 05. 要支援1・2 |           |
|                             | 06. 要介護1     | 07. 要介護2      | 08. 要介護3     | 09. 要介護4     | 10. 要介護5   |           |
|                             | 11. 不明       |               |              |              |            |           |

注4. 療養病棟入院基本料のADL区分を指しています。

#### (3) 治療の状況

|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
| ①クロザピン及び持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の処方内容<br>(直近1か月間) | 1) クロザピンの使用   | 01. あり                                 | 02. なし |
|   | →「01. あり」の場合<br>現在の投与量(○は1つ)                            | a-1. 1日あたり( ) mg                       |        |
|   |   | a-2. 1日( )回の投与                         |        |
|   | 2) LAIの処方   | 01. あり                                 | 02. なし |
|   | a. 非定型LAIの薬剤の使用有<br>(○は1つ)                              | 01. あり                                 | 02. なし |
|   | →aが「01. あり」の場合<br>b. 非定型LAIの投与中の薬剤の<br>種類(あてはまる番号すべてに○) | 01. リスパダールコンスタ 02. ゼプリオン<br>03. エビリファイ |        |





令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 精神医療等の実施状況調査

※令和4年11月1日（火）時点での患者について、「調査実施要領」の「Ⅱ. 対象者及び回答方法」の条件に沿って抽出の上、ご担当者の方がご記入ください。

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

※特に断りのない質問については、令和4年11月1日（火）時点の状況についてご記入ください。

## 1. 患者の基本属性

|         |                                       |         |                    |             |         |
|---------|---------------------------------------|---------|--------------------|-------------|---------|
| ①性別     | 01. 男性                                | 02. 女性  | ②年齢                | _____歳      |         |
| ③精神障害手帳 | 01. 手帳をもっていない                         | 02. 1級  | 03. 2級             | 04. 3級      | 05. 申請中 |
| ④障害年金   | 01. 受給している →等級 (11. 1級 12. 2級 13. 3級) |         |                    | 02. 受給していない | 03. 申請中 |
| ⑤生活保護   | 01. 受給している                            |         | 02. 受給していない        |             | 03. 申請中 |
| ⑥障害支援区分 | 01. 未申請                               | 02. 申請中 | 03. 区分1            | 04. 区分2     |         |
|         | 05. 区分3                               | 06. 区分4 | 07. 区分5            | 08. 区分6     |         |
|         | 09. 非該当                               | 10. 不明  |                    |             |         |
| ⑦居場所    | 01. 自宅 →⑧へ                            |         | 02. 自宅以外（有料老人ホーム等） |             | 03. その他 |
| ⑧家族との同居 | 01. 家族との同居あり                          |         | 02. 家族との同居なし       |             | 03. その他 |

## 2. 直近の入院時の状況

|                              |                             |            |                             |            |
|------------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| ①退院日                         | 西暦（ ）年（ ）月                  |            |                             |            |
| ②入院施設                        | 01. 自院 (11. 精神科病棟 12. それ以外) |            | 02. 他院 (21. 精神科病棟 22. それ以外) |            |
| ③直近入院していた主な入院の理由<br>(○は2つまで) | 01. 精神症状が強いため               |            | 02. セルフケアに著しい問題があるため        |            |
|                              | 03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため      |            | 04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため      |            |
|                              | 05. 治療・服薬への抵抗が強いため          |            | 06. 身体合併症の治療のため             |            |
|                              | 07. 家族が入院を希望するため            |            | 08. 退院後の居住先が確保できていないため      |            |
|                              | 09. 退院後の日常生活の支援が得られないため     |            | 10. その他（ ）                  |            |
| ④直近の入院時の入院形態(○は1つ)           | 01. 任意入院                    | 02. 医療保護入院 | 03. 措置入院                    | 04. 緊急措置入院 |
|                              | 05. 応急入院                    |            |                             |            |
| ⑤患者の GAF 尺度<br>(○は1つ)        | 01. 情報あり → (GAF 尺度: _____)  |            | 02. 不明                      |            |

## 3. 現在の状況

|                                     |                           |  |      |  |
|-------------------------------------|---------------------------|--|------|--|
| ①主傷病名及び主傷病以外の病名<br>(傷病名コードをご記入ください) | 主傷病                       |  | 入院契機 |  |
|                                     | 医療資源を最も投入した傷病名            |  | 併存症1 |  |
|                                     | 併存症2                      |  | 併存症3 |  |
|                                     | 続発症1                      |  | 続発症2 |  |
|                                     | 続発症3                      |  |      |  |
| ②身体合併症 <sup>注1</sup> の有無(○は1つ)      | 01. あり (治療の有無を問わない) →②-1へ |  |      |  |
|                                     | 02. なし                    |  |      |  |

注1. 治療中の精神疾患の他に、身体疾患が併存する場合があります。ただし、経過観察中の疾患は除いてください。

【前記②で「01.あり」を選択した場合のみご回答ください。】

| ②-1 身体合併症の種類と対応する医師<br>(○はいくつでも)                    | 合併症としてあるものに○  | 対応する医師に○  |        |
|---|---|-----------|--------|
|   |   | 内科又は外科の医師 | 精神科の医師 |
| 01. 新型コロナウイルス感染症によるもの <sup>注2</sup>                 |   |           |        |
| 02. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫等）の患者<br>※新型コロナウイルス感染症によるもの以外 |   |           |        |
| 03. 心疾患（虚血性心疾患など）の患者                                |   |           |        |
| 04. 手術または直達・介達牽引を要する骨折の患者                           |   |           |        |
| 05. 脊椎損傷の患者   |   |           |        |
| 06. 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者                                 |   |           |        |
| 07. 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者           |   |           |        |
| 08. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）の患者                      |   |           |        |
| 09. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）の患者                            |   |           |        |
| 10. 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者                           |   |           |        |
| 11. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者                            |   |           |        |
| 12. 劇症肝炎または重症急性膵炎の患者                                |   |           |        |
| 13. 悪性症候群または横紋筋融解症の患者                               |   |           |        |
| 14. 広範囲（半肢以上）熱傷の患者                                  |   |           |        |
| 15. 手術、化学療法または放射線療法を要する状態<br>又は末期の悪性腫瘍の患者           |   |           |        |
| 16. 透析導入時の患者  |   |           |        |
| 17. 重篤な血液疾患の患者                                      |   |           |        |
| 18. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、<br>ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）の患者       |   |           |        |
| 19. 手術室での手術を必要とする状態の患者                              |   |           |        |
| 20. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）の患者                        |   |           |        |
| 21. 妊産婦である患者  |   |           |        |
| 22. その他（ ）  |   |           |        |
| ②-2 身体合併症 <sup>注1</sup> に対する<br>主な対応状況(○は1つ)        | 01. 治療を要する身体合併症なし<br>02. 自院の医師が対応 (対応する医師：21. 内科 22. 外科 23. 精神科 24. その他)<br>03. 他院の医師が対応 (対応する医師：31. 内科 32. 外科 33. 精神科 34. その他) |           |        |
| ②-3 リハビリテーション(医療)の有無(○は1つ)                          | 01. あり<br>→ (11. 言語聴覚療法 12. 理学療法 13. 作業療法(精神) 14. 作業療法(精神以外)<br>02. なし  |           |        |

注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身体障害の有無(○は1つ) | 01. あり | 02. なし |
| ④知的障害の有無(○は1つ) | 01. あり | 02. なし |

#### 4. 現在の患者の状態等

##### (1) 直近一年間（令和3年11月～令和4年10月）における精神疾患の状況

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| ①包括的支援マネジメント導入基準への該当状況<br>(〇はいくつでも) | 01. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある<br>02. 自分1人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)<br>03. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある<br>04. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある<br>05. 自傷や自殺を企てたことがある<br>06. 家族への暴力、暴言、拒絶がある<br>07. 警察・保健所介入歴がある<br>08. 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった<br>09. 外来受診をしないことが2か月以上あった<br>10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない<br>11. 直近の入院は措置入院である<br>12. 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある<br>13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている<br>14. 支援する家族がいない(家族が拒否的・非協力的天涯孤独)<br>15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・教育・障害等)<br>16. 分からない |
| ②患者の GAF 尺度                         |  |

##### (2) 日常生活自立度等

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| ①認知症高齢者の日常生活自立度(〇は1つ)       | 01. 自立      02. I      03. II a      04. II b      05. III a      06. III b<br>07. IV      08. M      09. 不明                                      |
| ②障害高齢者の日常生活自立度(〇は1つ)        | 01. J (生活自立)      02. A (準寝たきり)      03. B (寝たきり)      04. C (寝たきり)   |
| ③ADL区分 <sup>注3</sup> (〇は1つ) | 01. ADL 区分 1      02. ADL 区分 2      03. ADL 区分 3      04. 不明  |
| ④要介護度<br>(〇は1つ)             | 01. 非該当      02. 未申請      03. 申請中      04. 自立      05. 要支援 1・2<br>06. 要介護 1      07. 要介護 2      08. 要介護 3      09. 要介護 4      10. 要介護 5<br>11. 不明 |

注3. 療養病棟入院基本料の ADL 区分



## 5. 在宅医療・在宅療養の支援状況等

|                                   |                   |                  |                   |
|-----------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| ①令和4年5月～10月における診療報酬の算定状況(○はいくつでも) | 01. 往診料           | 02. 在宅患者訪問診療料 I  | 03. 在宅患者訪問診療料 II  |
|                                   | 04. 在宅時医学総合管理料    | 05. 精神科在宅患者支援管理料 | 06. 施設入居時等医学総合管理料 |
|                                   | 07. 精神科在宅時医学総合管理料 | 08. 在宅精神療法       | 09. 精神科訪問看護・指導料   |

|                         | 訪問診療  | 往診    | 訪問看護  |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| ①-1 令和4年10月1か月間における実施回数 | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |

|                                |                 |                     |                           |
|--------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------------|
| ②生活を継続するために提供されている支援等(○はいくつでも) | 01. 薬物療法        | 02. 精神療法            | 03. 精神科デイ・ケア等             |
|                                | 04. 訪問診療        | 05. 精神科訪問看護         |                           |
|                                | 【介護保険サービス】      |                     |                           |
|                                | 06. 訪問介護        | 07. 訪問看護            | 08. 訪問リハビリテーション           |
|                                | 09. 通所介護        | 10. 短期入所療養介護        | 11. 短期入所生活介護              |
|                                | 12. 通所リハビリテーション | 13. 福祉用具貸与          | 14. 住宅改修                  |
|                                | 【障害福祉サービス】      |                     |                           |
|                                | 15. 居宅介護        | 16. 重度訪問介護          | 17. 同行援護                  |
|                                | 18. 行動援護        | 19. 療養介護            | 20. 生活介護                  |
|                                | 21. 短期入所        | 22. 重度障害者等包括支援      | 23. 施設入所支援                |
|                                | 24. 自立訓練(機能訓練)  | 25. 自立訓練(生活訓練)      | 26. 就労移行支援                |
|                                | 27. 就労継続支援A型    | 28. 就労継続支援B型        | 29. 就労定着支援                |
|                                | 30. 自立生活援助      | 31. 共同生活援助(グループホーム) | 32. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援) |
|                                | 33. 計画相談支援      | 34. 基本相談支援          |                           |
|                                | 【その他】           |                     |                           |
|                                | 35. 地域生活支援事業    | 36. その他( )          |                           |

【上記②で「03. 精神科デイ・ケア等」を選択した場合のみご回答ください。】

|                        |                       |                |                  |
|------------------------|-----------------------|----------------|------------------|
| ②-1 精神科デイ・ケア等の利用状況     | 実施している精神科デイ・ケア等(○は1つ) | 01. 精神科ショート・ケア | 02. 精神科デイ・ケア     |
|                        |                       | 03. 精神科ナイト・ケア  | 04. 精神科デイ・ナイト・ケア |
|                        | 1週間当たりの実施日数           | 週( )日          |                  |
|                        | 1日当たりの利用時間            | 日( )時間         |                  |
| 精神科デイ・ケア等の継続利用期間(○は1つ) | 01. 1か月未満             | 02. 1か月以上3か月未満 |                  |
|                        | 03. 3か月未満6か月未満        | 04. 6か月以上1年未満  |                  |
|                        | 05. 1年以上              |                |                  |

【全ての方にお伺いします。】

|                                 |                  |                  |          |
|---------------------------------|------------------|------------------|----------|
| ③精神科退院時共同指導料の算定状況(令和4年5月～10月)   | 01. 精神科退院時共同指導料1 | 02. 精神科退院時共同指導料2 | 03. 算定なし |
| ④療養生活環境整備指導加算の算定の有無(令和4年5月～10月) | 01. 算定あり         | 02. 算定なし         |          |

【上記④での算定の有無に関わらず、療養生活環境を整備するための支援及び指導の実施状況をご回答ください。】

|                          |                   |                   |             |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| ④-1 実施の有無                | 01. 実施した          | 02. 実施していない       |             |
| ④-2 指導を実施した職種(○はいくつでも)   | 01. 保健師           | 02. 看護師           | 03. 精神保健福祉士 |
|                          | 04. 公認心理師         | 05. その他( )        |             |
| ④-3 指導内容(○はいくつでも)        | 01. 金銭管理を含めた生活指導  | 02. 日々の健康管理に関する指導 |             |
|                          | 03. 服薬管理や受診に関する指導 | 04. 地域の相談先に関する指導  |             |
| ④-4 多職種が参加するカンファレンスの開催状況 | 開催頻度:( )か月に1回程度   |                   |             |

|                                |          |          |
|--------------------------------|----------|----------|
| ⑤療養生活継続支援加算の算定状況               | 01. 算定あり | 02. 算定なし |
| ⑥在宅精神療法の算定状況(令和4年8月～10月)(○は1つ) | 01. 算定あり | 02. 算定なし |

外来患者票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
令和4年●月●日(●)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 「精神医療等の実施状況調査」 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4年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実、摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し、精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設、継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実、通院・在宅精神療法の見直し、精神科救急医療体制の整備の推進等の診療に係る評価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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関や患者の方を対象に、精神医療等の改定に係る影響や関連した取組の実施状況等を把握することを目的に、本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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~

【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 「精神医療等の実施状況調査」 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4年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実、摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し、精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設、継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実、通院・在宅精神療法の見直し、精神科救急医療体制の整備の推進等の診療に係る評価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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関や患者の方を対象に、精神医療等の改定に係る影響や関連した取組の実施状況等を把握することを目的に、本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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~  
【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）  
電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
 リフィル処方箋の実施状況調査

調査の概要 (案)

1. 調査目的

令和4年度診療報酬改定において、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を変更した。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響等について調査・検証を行う。

2. アンケート調査の構成及び調査手順

<アンケート調査の構成>

本調査は以下の構成とする。

| 調査の種類  | 調査対象 |   |                           | 調査方法      |                |
|--------|------|---|---------------------------|-----------|----------------|
|        | 条件   | 調査件数  | 抽出方法                      |           |                |
| 保険薬局調査 | 【案1】 | a.令和4年4～6月にリフィル処方箋の <u>応需実績がある</u> 薬局<br>b.リフィル処方箋の <u>応需実績がない</u> 薬局                       | a. 250件<br>b. 250件        | 層別<br>無作為 | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
|        | 【案2】 | <a.が250件に満たない場合><br>a.令和4年4～6月にリフィル処方箋の <u>応需実績がある</u> 薬局<br>b.リフィル処方箋の <u>応需実績がない</u> 薬局   | a. 悉皆<br>b. a+b=500として抽出  |           |                |
|        | 【仕様】 | (特段の条件なし)   | 500件                      |           |                |
| 診療所調査  | 【案1】 | a.令和4年4～6月にリフィル処方箋の <u>発行実績がある</u> 診療所<br>b.リフィル処方箋の <u>発行実績がない</u> 診療所                     | a. 500件<br>b. 500件        | 層別<br>無作為 | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
|        | 【案2】 | <a.が500件に満たない場合><br>a.令和4年4～6月にリフィル処方箋の <u>発行実績がある</u> 診療所<br>b.リフィル処方箋の <u>発行実績がない</u> 診療所 | a. 悉皆<br>b. a+b=1000として抽出 |           |                |
|        | 【仕様】 | (特段の条件なし)   | 1000件                     |           |                |
| 病院調査   | 【案1】 | a.令和4年4～6月にリフィル処方箋の <u>発行実績がある</u> 病院<br>b.リフィル処方箋の <u>発行実績がない</u> 病院                       | a. 500件<br>b. 500件        | 層別<br>無作為 | 自記式調査票の郵送配布・回収 |

| 調査の種類 | 調査対象        |   |                               | 調査方法   |
|-------|-------------|---|-------------------------------|--|
|       | 条件          | 調査件数  | 抽出方法                          |  |
| 病院調査  | 【案2】        | <a.が500件に満たない場合><br>a.令和4年4～6月にリフィル処方箋の発行実績がある病院<br>b.リフィル処方箋の発行実績がない病院                 | a. 悉皆<br>b. a+b=1000<br>として抽出 | 層別<br>無作為  |
|       | 【仕様】        | (特段の条件なし)   | 1000件                         | 無作為  |
| 患者調査  | ① 郵送調査      | a.調査対象の診療所に調査期間中に受診した外来患者2名<br>b.調査対象の病院に調査期間中に受診した外来患者2名<br>c.調査対象の薬局に調査期間中に来局した外来患者2名 | a.2000件<br>b.2000件<br>c.1000件 | 上記施設から2名ずつ<br>調査対象施設から、患者に配布 <sup>※1</sup> し、患者自身から自記式調査票を郵送回収 |
|       | ② インターネット調査 | 直近6か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者   | 1000人                         | 性・年齢等の層別無作為<br>調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施                       |

※1 患者調査①郵送調査は、診療所・病院・保険薬局調査の調査対象となった施設が患者調査の条件に沿って1施設あたり患者2名を抽出（特定の1日を調査日とし、当該日において午前・午後それぞれ最初に受診/来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、配布する

### <アンケート調査の手順>

保険薬局調査、診療所調査、病院調査については、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

郵送による患者調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が、前掲の条件に沿って1施設あたり患者2名を無作為抽出（特定の1日を調査日とし、当該日において午前・午後それぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、患者自身が直接郵便にて返送）。

なお、インターネット調査による患者調査は、調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施する。

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

### 3. 主な調査事項

<新型コロナウイルスの影響に関する項目> 特になし

<今回新設した項目>

[保険薬局調査]

- 管理薬剤師の勤務年数
- リフィル処方箋の対応状況
- リフィル処方箋に係るトレーシングレポート受領頻度・内容
- リフィル処方箋に関する薬局・薬剤師への影響 等

[患者調査]

- 医療機関や保険薬局の利用状況（定期的な受診、処方）
- リフィル処方箋を交付された経験
- これからのリフィル処方箋の利用意向 等

[病院調査]、[診療所調査] ※同一の調査票

- リフィル処方箋について（認知）
- リフィル処方箋について（発行）
- リフィル処方箋の発行について患者からの希望有無
- 今後の普及推進に向けて重要視すること 等

#### 4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

##### <実査開始までのスケジュール>

| 作業項目                      | 2022年 |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  | 2023年 |  |    |  |    |  |
|---------------------------|-------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-------|--|----|--|----|--|
|                           | 9月    |  |  | 10月 |  |  | 11月 |  |  | 12月 |  |  | 1月    |  | 2月 |  | 3月 |  |
| 1 調査票等の作成・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 調査の全体設計                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査票等発送物の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 調査票等送付物・宛名シールの印刷        |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 調査票等送付物の封入・発送           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 2 照会への対応                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 照会対応・再発送要望対応            |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 照会及び回答内容の一覧の作成          |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 3 調査票の電子化(Webサイト対応)       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① Webサイトの開設準備・電子調査票作成     |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② Webサイトの運営               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 4 調査の協力依頼                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 電話協力依頼（兼調査票等到着確認）       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 督促ハガキ印刷・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 5 調査票受付・データ化              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 回収票の受付・登録               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 協力依頼状・督促ハガキ発送名簿の作成      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 電話督促名簿の作成               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 受付票の検索（返戻・修正依頼）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ データ入力                   |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 6 集計及び報告書の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 集計方針・報告書構成の検討           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 集計                      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 中間報告書の作成                |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 報告書の作成                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 報告書の納品                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑥ 省内検討／中医協審議への対応          |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 7 調査検討委員会の設置・運営           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 委員選定・委嘱                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査検討委員会の開催              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査検討委員会審議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |

以上

ID 番号：

**令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)**  
**リフィル処方箋の実施状況調査**  
**保険薬局票**

※この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、令和4年度診療報酬改定で変更された、症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。
- ・「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年11月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴薬局の状況についてお伺いします(令和4年11月1日現在)。

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>① 所在地(都道府県)</b>  | ( ) 都・道・府・県   |  |
| <b>② 開設者</b><br>※法人の場合は、法人の形態等にも○をつけてください。  | 1. 法人<br>⇒ ( 11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他 )<br>⇒ ( 16. 純粋持株会社 <sup>※1</sup> 17. 事業持株会社 <sup>※2</sup> 18. 持株会社以外 <sup>※3</sup> )<br>2. 個人<br>3. その他(具体的に: )<br>※1 自ら製造や販売といった事業は行わず、株式を所有することで、他の会社の事業活動を支配することのみを事業目的とする持株会社のこと。<br>※2 グループ各社の株式を持つことで子会社を支配しながら、自らも生産活動などの事業を営む持株会社のこと。<br>※3 持株会社以外(会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が50%以下の会社)のこと。 |  |
| <b>③ 同一グループ(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等<sup>※</sup>による薬局店舗数</b><br>※ 同一グループは次の基準により判断する(調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様)<br>1. 保険薬局の事業者の最終親会社<br>2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社<br>3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社<br>4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者  | ( ) 店舗<br>※ 当該店舗を含めてお答えください。  |  |
| <b>④ 開設年</b> ※当該店舗の開設年をお答えください。   | 西暦 ( ) 年  |  |
| <b>⑤ 貴薬局は、チェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。</b> ※○は1つだけ  | 1. はい                      2. いいえ   |  |
| <b>⑥ 貴薬局はどのような場所に立地していますか</b> ※○は1つだけ   | 1. 医療機関の近隣にある                      2. 住宅街にある                      3. 駅前にある<br>4. 商店街にある                                      5. オフィス街にある<br>6. 大型商業施設(スーパー・デパート)の中にある                      7. 医療モールのなかにある<br>8. 医療機関の敷地内にある                      9. ビル診療所と同じ建物内にある<br>10. その他(具体的に: )   |  |
| <b>⑦ 最も多く処方箋を受け付けた医療機関からの処方箋枚数割合</b><br>(期間: 令和4年4月~6月    %: 4月~6月の月平均値)  | ( ) %   |  |
| <b>⑦-1 上記⑦の集中度率が最も高い医療機関の情報</b>   |   |  |
| <b>1) 診療所・病院の別</b> ※○は1つだけ  | 1. 診療所                      2. 病院   |  |
| <b>2) 診療科</b> ※あてはまる番号すべてに○   |   |  |
| 1. 内科 <sup>※1</sup> 2. 外科 <sup>※2</sup> 3. 精神科                      4. 小児科                      5. 皮膚科                      6. 泌尿器科<br>7. 産婦人科・産科                      8. 眼科                      9. 耳鼻咽喉科                      10. 放射線科                      11. 脳神経外科<br>12. 整形外科                      13. 麻酔科                      14. 救急科                      15. 歯科・歯科口腔外科<br>16. リハビリテーション科                      17. その他(具体的に: ) |   |  |
| ※1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1. 内科」として回答<br>※2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」として回答  |   |  |



|  |    |  |   |  |
|--|----|--|---|--|
| ⑧ 応需医療機関数(令和4年4月～6月の月平均値)                        |    | ( ) 施設   |   |  |
| ⑨ 貴薬局の売上高に占める保険調剤<br>売上の割合 ※令和3年度決算              |    | 約 ( ) %  |   | ※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみ<br>である場合は100%とご記入ください。 |
| ⑩ 電子版お薬手帳の導入状況 ※○は1つだけ                           |    | 1. 導入している 2. 未導入   |   |  |
| ⑪ オンライン資格確認についての対応システムの稼働状況 ※○は1つだけ              |    | 1. 既に稼働している<br>2. これから稼働予定   |   |  |
| ⑫ 令和4年度の調剤基本料<br>の届出状況<br>※○は1つだけ                |    | 1. 調剤基本料1<br>2. 調剤基本料2<br>3. 調剤基本料3イ<br>4. 調剤基本料3ロ<br>5. 調剤基本料3ハ<br>6. 特別調剤基本料 |   |  |
| ⑫-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)                     |    | ( ) 回/月  |   |  |
| ⑫-2 全処方箋の受付回数(令和4年4月～10月の各月)<br>※受付が無い月は0(ゼロ)を記入 |    | 4月:( )回 5月:( )回<br>6月:( )回 7月:( )回<br>8月:( )回 9月:( )回<br>10月:( )回              |   |  |
| ⑬ 職員数<br><br>※ 該当者がいない<br>場合は「0」とご<br>記入ください。    | 職種 |  | 非常勤職員                                   |  |
|  |    |  | 実人数                                     |  |
|  |    |  | 常勤換算 <sup>注3</sup>                      |  |
|  |    |  |   |  |
| 1) 薬剤師   |    | ( ) 人  | ( ) 人                                   | ( ) 人  |
| (うち)かかりつけ薬剤師指導料等 <sup>注1</sup><br>における「かかりつけ薬剤師」 |    | ( ) 人  | ( ) 人                                   | ( ) 人  |
| 2) その他(事務職員等)                                    |    | ( ) 人  | ( ) 人                                   | ( ) 人  |
| ⑭-1 管理薬剤師の年代<br>※一つだけ○                           |    | 1. 20代以下 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代以上   |   |  |
| ⑭-2 管理薬剤師の、貴薬局<br>での勤続年数<br>※小数点第一位まで            |    | ( ) 年  | ⑭-3 管理薬剤師の、薬剤師<br>としての経験年数<br>※小数点第一位まで | ( ) 年  |
| ⑮ 貴薬局の認定等の状況<br>※当てはまるもの全てに○                     |    | 1. 地域連携薬局 2. 専門医療機関連携薬局 3. 健康サポート薬局  |   |  |

注1 かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。

注2 常勤職員数(常勤薬剤師数)には、貴薬局における実労働時間が週32時間以上である職員(保険薬剤師)の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

注3 非常勤職員(非常勤薬剤師)は、貴薬局における実労働時間が週32時間に満たない職員(保険薬剤師)をいい、常勤換算数は、以下により算出します(小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める)。非常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数(常勤換算)} = \frac{\text{当該保険薬局における週32時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計(時間/3月)}}{32(\text{時間/週}) \times 13(\text{週/3月})}$$

## 2. 届出の状況についてお伺いします。

|  |         |
|--|---------|
| ① 貴薬局における、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準等の届出をしていますか。<br>※○は1つだけ |         |
| 1. 届出あり  | 2. 届出なし |
| ② 地域支援体制加算の届出をしていますか。(令和4年11月1日現在) ※○は1つだけ                       |         |
| 1. 届出あり  | 2. 届出なし |
| ③ 連携強化加算の届出をしていますか。(令和4年11月1日現在) ※○は1つだけ                         |         |
| 1. 届出あり  | 2. 届出なし |

3. リフィル処方箋の対応状況についてお伺いします。(令和4年4月～10月末日)

|  |   |
|--|---|
| ①リフィル処方箋の仕組みについて知っていますか  | 1. 知っている                      2. 知らない   |
| ②リフィル処方箋の受付経験<br>※一つだけ○  | 1. 受け付けたことがある → ③へ<br>2. 受け付けたことはない → 「4. 医療機関等との連携について」へ   |
| <b>【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記③～⑩を回答】</b>   |   |
| ③受け付けたリフィル処方箋を発行した医療機関数  | (                      ) か所<br>※令和4年4月～10月末日の合計数  |
| ④どのような関係の医療機関からリフィル処方箋を受け付けましたか ※あてはまる番号すべてに○  |   |
| 1. 近隣の診療所                      2. 近隣の病院 (199床以下)                      3. 近隣の病院 (200床以上399床以下)<br>4. 近隣の病院 (400床以上)                      5. 遠方の診療所                      6. 遠方の病院 (199床以下)<br>7. 遠方の病院 (200床以上399床以下)                      8. 遠方の病院 (400床以上)<br>9. 同一敷地内の診療所                      10. 同一敷地内の病院 (199床以下)                      11. 同一敷地内の病院 (200床以上399床以下)<br>12. 同一敷地内の病院 (400床以上)                      13. 同一医療モール内の診療所<br>14. その他 (具体的に: _____) |   |
| ⑤どの診療科のリフィル処方箋を受け付けましたか<br>※あてはまる番号すべてに○   | 1. 内科※ <sup>1</sup> 2. 外科※ <sup>2</sup> 3. 精神科                      4. 小児科<br>5. 皮膚科                      6. 泌尿器科                      7. 産婦人科・産科                      8. 眼科<br>9. 耳鼻咽喉科                      10. 放射線科                      11. 脳神経外科                      12. 整形外科<br>13. 麻酔科                      14. 救急科                      15. 歯科・歯科口腔外科<br>16. リハビリテーション科                      17. その他 (具体的に: _____) |
| ⑤-1 ⑤で選択した中で最も多くリフィル処方箋を受け付けた診療科   | (                      ) ※⑤の選択肢番号を記入  |
| ⑥1か月ごとのリフィル処方箋の受付件数(延べ数)<br>(令和4年4月～10月の各月)  | 4月:(                      ) 件/月                      5月:(                      ) 件/月<br>6月:(                      ) 件/月                      7月:(                      ) 件/月<br>8月:(                      ) 件/月                      9月:(                      ) 件/月<br>10月:(                      ) 件/月                      ※無い月は0(ゼロ)を記入   |
| ⑦リフィル処方箋の総使用件数の調剤が終わった枚数(自局で調剤済みの処方箋を保管している枚数)<br>(令和4年4月～10月の各月)  | 4月:(                      ) 枚/月                      5月:(                      ) 枚/月<br>6月:(                      ) 枚/月                      7月:(                      ) 枚/月<br>8月:(                      ) 枚/月                      9月:(                      ) 枚/月<br>10月:(                      ) 枚/月                      ※無い月は0(ゼロ)を記入   |
| ⑧リフィルの上限まで使用されなかった理由<br>※あてはまる番号すべてに○  | 1. 薬剤師が受診勧奨をしたから → ⑧-1へ<br>2. 患者が処方箋期限内に医療機関の受診を希望したから<br>3. 患者が別の薬局で処方を受けることになったから<br>4. 患者と連絡は取れていたが、来局前に処方箋期限が切れたから<br>5. 患者と連絡が取れず、処方箋期限が切れたから<br>6. その他 (具体的に: _____)<br>7. 上限まで使用されなかったことはない  |

「1」を選択しなかった場合 → ⑨へ

| 【⑧で「1.薬剤師が受診勧奨をしたから」を選択した場合、下記⑧-1～⑧-3を回答】              |  |           |           |          |          |
|--|--|-----------|-----------|----------|----------|
| ⑧-1 薬剤師が受診勧奨をした回数                                      | ( ) 回 ※令和4年4月～10月末日の合計数  |           |           |          |          |
| ⑧-2 薬剤師が受診勧奨をした理由<br>※あてはまる番号すべてに○                     | 1. 副作用が疑われたから<br>2. 患者の症状の変化に気付いたから<br>3. 服薬状況に注意すべき点があったから<br>4. その他（具体的に：_____）  |           |           |          |          |
| ⑧-3 受診勧奨の際に行ったこと<br>※あてはまる番号すべてに○                      | 1. 医師への情報提供                      2. 患者への指導<br>3. その他（具体的に：_____）   |           |           |          |          |
| ⑨リフィル処方箋による調剤の可／否の判断に困った経験の有無 ※一つだけ○                   | 1. ある → ⑩へ<br>2. ない → ⑪へ   |           |           |          |          |
| 【⑨で「1.ある」と回答した場合、下記⑩を回答】                               |  |           |           |          |          |
| ⑩リフィル処方箋による調剤の可／否の判断に困った際に行った疑義照会の内容<br>※あてはまる番号すべてに○○ | 1. 急性期疾患に対する医薬品が含まれていた<br>2. 処方箋1回の使用期間が判断できなかった<br>3. 投薬期間が異なる医薬品が同じリフィル処方箋で処方されていた<br>4. リフィル処方箋による投薬を行うことができない医薬品（投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬）が含まれていた<br>5. その他（具体的に：_____）  |           |           |          |          |
| ⑪リフィル処方箋の患者フォローアップ(来局時除く)で受診勧奨をした経験 ※一つだけ○             | 1. ある → ⑪-1へ                      2. ない → ⑫へ   |           |           |          |          |
| 【⑪で「1.ある」と回答した場合、下記⑪-1を回答】                             |  |           |           |          |          |
| ⑪-1 受診勧奨を判断し、説明する際の処方医への相談 ※一つだけ○                      | 1. 受診勧奨後に処方医に患者の情報を報告した<br>2. 事前に処方医へ相談した  |           |           |          |          |
| ⑫1枚のリフィル処方箋の処方の途中で薬局が変わった経験 ※一つだけ○                     | 1. ある → ⑫-1へ                      2. ない → ⑬へ<br>3. 不明 → ⑬へ   |           |           |          |          |
| 【⑫で「1.ある」と回答した場合、下記⑫-1を回答】                             |  |           |           |          |          |
| ⑫-1リフィル処方の途中で患者が薬局を変えた場合の内訳                            |  | 自薬局から他薬局へ | 他薬局から自薬局へ |          |          |
|  |  | 2回目から他薬局  | 3回目から他薬局  | 2回目から自薬局 | 3回目から自薬局 |
|  | a. 上限3回の処方箋  | ( ) 枚     | ( ) 枚     | ( ) 枚    | ( ) 枚    |
|  | b. 上限2回の処方箋  | ( ) 枚     |           | ( ) 枚    |          |
| 【⑫-1で「自薬局から他薬局へ」が1枚以上と回答した場合、下記⑫-2～⑫-3を回答】             |  |           |           |          |          |
| ⑫-2 どのような方法で他薬局へ情報提供を行いましたか<br>※あてはまる番号すべてに○           | 1. 他の保険薬局に文書を送付した<br>2. 情報を記録したものを患者に提供した<br>3. お薬手帳に記載した<br>4. 他の保険薬局に電話をした<br>5. 他の保険薬局にメール・FAXを送付した<br>6. 地域医療情報連携ネットワーク※を利用した<br>7. その他（具体的に：_____）<br><br>※ ICT（情報通信技術）を活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所（医科・歯科）、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み |           |           |          |          |
| ⑫-3 どのような内容を情報提供しましたか<br>※あてはまる番号すべてに○                 | 1. 患者の服用薬                      2. 患者の服薬状況<br>3. 患者に対する服薬指導の要点      4. 患者の状態                      5. 残薬<br>6. 調剤上の工夫<br>7. その他（具体的に：_____）  |           |           |          |          |

| 【⑫-1で「他薬局から自薬局へ」が1枚以上と回答した場合、下記⑫-4～⑫-5を回答】       |   |
|--|---|
| ⑫-4 どのような方法で他薬局から情報提供を受けましたか<br>※あてはまる番号すべてに○    | 1. 薬局同士で直接、文書を送付された<br>2. 患者に交付された文書を受け取った<br>3. お薬手帳<br>4. 他薬局から電話を受けた<br>5. 他薬局からメール・FAXを受信した<br>6. 地域医療情報連携ネットワーク*を利用した<br>7. 自薬局から連絡した<br>※ ICT（情報通信技術）を活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所（医科・歯科）、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み |
| ⑫-5 どのような内容を情報提供されましたか<br>※あてはまる番号すべてに○          | 1. 患者の服用薬<br>2. 患者の服薬状況<br>3. 患者に対する服薬指導の要点<br>4. 患者の状態<br>5. 残薬<br>6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等<br>7. その他（具体的に：_____）  |
| ⑬リフィル処方箋に関する情報提供を受ける際、提供してほしい情報<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 患者の服用薬<br>2. 患者の服薬状況<br>3. 患者に対する服薬指導の要点<br>4. 患者の状態<br>5. 残薬<br>6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等<br>7. その他（具体的に：_____）  |
| ⑭リフィル処方箋の対応方法について薬局内の手順書の状況<br>※一つだけ○            | 1. 薬局内で手順を定めている<br>2. 個々の薬剤師の判断に委ねている   |
| ⑮リフィル処方箋の次回調剤日の管理方法<br>※主たるものを一つだけ○              | 1. 紙による管理（メモや調剤録への記載）<br>2. 電子的な管理（電子薬歴等のシステムやExcel等による管理）<br>3. その他（具体的に：_____）  |
| ⑯薬局でリフィル処方箋を受けるにあたって課題と感ずること<br>※当てはまるもの全て○      | 1. 患者が次回調剤日に来局してくれるか<br>2. 患者が処方箋をなくさないか<br>3. 患者の状態を注意深く観察して判断できるか<br>4. 副作用の評価ができるか<br>5. その他（具体的に：_____）   |

4. 医療機関等との連携についてお伺いします。

|   |   |
|---|---|
| ① 服薬情報等提供料の算定の有無をご回答ください<br>※あてはまる番号すべてに○           | 1. 服薬情報等提供料1の算定あり<br>→ 令和4年4月～10月の算定回数（ ）回<br>→ うちリフィル処方箋（ ）回<br>2. 服薬情報等提供料2の算定あり<br>→ 令和4年4月～10月の算定回数（ ）回<br>→ うちリフィル処方箋（ ）回<br>3. 服薬情報等提供料3の算定あり<br>→ 令和4年4月～10月の算定回数（ ）回<br>→ うちリフィル処方箋（ ）回<br>4. 服薬情報等提供料の算定なし |
| ②リフィル処方箋の患者に関して医師に服薬指導提供書(トレーシングレポート)を提供した経験 ※一つだけ○ | 1. ある → ②-1へ<br>2. ない → 5.へ   |

| 【②で「1. ある」を選択した場合、下記②-1を回答】                       |                                |          |          |
|---|--------------------------------|----------|----------|
| ②-1リフィル処方箋の患者に関して医師に服薬指導提供書(トレーシングレポート)で提供した情報の内容 |                                | 該当するもの全て | 最も多いもの一つ |
|   | 1. 他の医療機関から処方された薬の情報           |          |          |
|   | 2. 患者の服用薬                      |          |          |
|   | 3. 患者の服薬状況                     |          |          |
|   | 4. 患者に対する服薬指導の要点               |          |          |
|   | 5. 患者の状態                       |          |          |
|   | 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等 |          |          |
| 7. その他(具体的に：_____)                                |                                |          |          |



## 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査) リフィル処方箋の実施状況調査 病院・診療所票

※この「病院・診療所票」は、病院・診療所の開設者・管理者の方に令和4年度診療報酬改定で変更された、症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。
- ・「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年11月1日現在の貴施設の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の状況についてお伺いします(令和4年11月1日現在)。

|                                      |   |       |               |             |                    |          |           |       |
|--------------------------------------|---|-------|---------------|-------------|--------------------|----------|-----------|-------|
| ①所在地(都道府県)                           | ( ) 都・道・府・県   |       |               |             |                    |          |           |       |
| ②開設者 <sup>注1</sup><br>※一つだけ○         | 1. 国  | 2. 公立 | 3. 公的         | 4. 社会保険関係団体 | 5. 医療法人(社会医療法人を除く) | 6. 会社    | 7. その他の法人 | 8. 個人 |
| ③医療機関の種別 ※一つだけ○                      | 1. 病院 →④へ   |       | 2. 有床診療所 →④へ  |             | 3. 無床診療所 →⑥へ       |          |           |       |
| <b>【病院または有床診療所の場合、下記④～⑤にご回答ください】</b> |   |       |               |             |                    |          |           |       |
| ④許可病床数                               | 一般病床  | 療養病床  | 精神病床          | 結核病床        | 感染症病床              | 病院・診療所全体 |           |       |
|                                      | ( )床  | ( )床  | ( )床          | ( )床        | ( )床               | ( )床     |           |       |
| ⑤過去1年の病床数変更                          | 1. 変更あり   |       | 2. 変更なし       |             |                    |          |           |       |
| <b>【すべての方が⑥～⑩にご回答ください】</b>           |   |       |               |             |                    |          |           |       |
| ⑥標榜診療科<br>※当てはまるもの全て                 | 1. 内科 <sup>注2</sup> 2. 外科 <sup>注3</sup> 3. 精神科    4. 小児科    5. 皮膚科<br>6. 泌尿器科    7. 産婦人科・産科    8. 眼科    9. 耳鼻咽喉科<br>10. 放射線科    11. 脳神経外科    12. 整形外科    13. 麻酔科<br>14. 救急科    15. 歯科・歯科口腔外科    16. リハビリテーション科<br>17. その他(具体的に: ) |       |               |             |                    |          |           |       |
| ⑦貴施設の外来分離 ※一つだけ○                     | 1. 外来分離をしている  |       | 2. 外来分離をしていない |             |                    |          |           |       |
| ⑧地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無 ※一つだけ○        | 1. 参加あり   |       | 2. 参加なし       |             |                    |          |           |       |
| ⑨外来を担う医師の人数<br>※常勤換算は小数点第1位まで        | a. 常勤医師 : ( ) 人<br>b. 非常勤医師 : 実人数 ( ) 人    常勤換算 ( ) 人   |       |               |             |                    |          |           |       |
| ⑩外来の患者数<br>※再診延べ患者数                  | 4月:( )人    5月:( )人    6月:( )人    7月:( )人<br>8月:( )人    9月:( )人    10月:( )人  |       |               |             |                    |          |           |       |
| ⑪処方箋の発行枚数                            | 4月:( )人    5月:( )人    6月:( )人    7月:( )人<br>8月:( )人    9月:( )人    10月:( )人  |       |               |             |                    |          |           |       |

注1 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)

公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)

公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)

社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)

医療法人(社会医療法人は含まない)

その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療系協、会社、社会医療法人等、その他の法人)

注2 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

注3 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

## 2. リフィル処方箋についてお伺いします。

| ①リフィル処方箋の制度の認知<br>※一つだけ○                                 | 1. 制度の内容まで知っている    2. 名称だけ知っている    3. 知らない  |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
|--|---|----------|------------|----------|------------|--|----------|----------|----------|----------|----------------------------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|
| 【①で「1.制度の内容まで知っている」又は「2.名称だけ知っている」と回答した場合、下記①-1をご回答ください】 |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ①-1リフィル処方箋の制度を知ったきっかけ<br>※当てはまるもの全て○                     | 1. 新聞・雑誌のニュース等の報道<br>2. 医師会等の団体からの案内等<br>3. 薬局からの案内等<br>4. 保険者側からの案内等<br>5. 患者からの問い合わせ<br>6. 行政からの案内等<br>7. その他（具体的に：_____）   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 【すべての方がご回答ください】  |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ②リフィル処方箋の発行有無<br>※一つだけ○                                  | 1. 発行したことがある →③へ    2. 発行したことはない →⑩へ  |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 【②で「1.発行したことがある」と回答した場合、下記③～⑤をご回答ください】                   |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ③リフィル処方箋等の発行回数<br>※令和4年4月～10月の合計                         | a. リフィル処方箋発行回数    (        ) 回  |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
|  | b. 分割調剤発行回数    (        ) 回   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ④どのような患者にリフィル処方箋を発行しているか<br>※当てはまるもの全て○                  | 1. 自施設にかかりつけの患者<br>2. 自施設と連携する薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者<br>3. 自施設と連携する薬局以外の薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者<br>4. その他（具体的に_____）   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ⑤リフィル処方に関する薬局からの服薬情報提供書(トレーシングレポート)の有無 ※一つだけ○            | 1. あった →⑥へ    2. なかった →⑨へ   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 【⑤で「1.あった」と回答した場合、下記⑥～⑧をご回答ください】                         |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ⑥リフィル処方箋のトレーシングレポート受領頻度                                  | 症状が安定している患者の通常の処方箋と比較して、リフィル処方箋は、<br>トレーシングレポートの受領頻度が    1. 高い    2. 同程度    3. 低い   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| リフィル処方に関するトレーシングレポートで⑦提供された情報 ⑧提供してほしい情報                 |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
|  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">⑦提供された情報</th> <th colspan="2">⑧提供してほしい情報</th> </tr> <tr> <th>該当するもの全て</th> <th>最も多いもの一つ</th> <th>該当するもの全て</th> <th>最重要のもの一つ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 患者の服用薬(他の医療機関からの処方等も含む)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 患者の服薬状況</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 患者に対する服薬指導の要点</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 患者の状態<br/>(バイタル・体重・食欲・浮腫の有無・便秘の有無等)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 残薬</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術的工夫等の調剤情報</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. その他(具体的に：_____)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |          | ⑦提供された情報   |          | ⑧提供してほしい情報 |  | 該当するもの全て | 最も多いもの一つ | 該当するもの全て | 最重要のもの一つ | 1. 患者の服用薬(他の医療機関からの処方等も含む) |  |  |  |  | 2. 患者の服薬状況 |  |  |  |  | 3. 患者に対する服薬指導の要点 |  |  |  |  | 4. 患者の状態<br>(バイタル・体重・食欲・浮腫の有無・便秘の有無等) |  |  |  |  | 5. 残薬 |  |  |  |  | 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術的工夫等の調剤情報 |  |  |  |  | 7. その他(具体的に：_____) |  |  |  |  |
|  | ⑦提供された情報  |          | ⑧提供してほしい情報 |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
|  | 該当するもの全て  | 最も多いもの一つ | 該当するもの全て   | 最重要のもの一つ |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 1. 患者の服用薬(他の医療機関からの処方等も含む)                               |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 2. 患者の服薬状況   |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 3. 患者に対する服薬指導の要点   |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 4. 患者の状態<br>(バイタル・体重・食欲・浮腫の有無・便秘の有無等)                    |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 5. 残薬  |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術的工夫等の調剤情報                       |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 7. その他(具体的に：_____)                                       |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| 【②で「1.発行したことがある」と回答した方は全員、下記⑨～⑩をご回答ください】                 |   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ⑨薬剤師の受診勧奨を受け受診した患者数                                      | (        ) 人    ※令和4年4月から10月にかけての合計   |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |
| ⑩リフィル処方箋を発行した理由<br>※当てはまるもの全て○                           | 1. 症状が安定していたから<br>2. 患者に「かかりつけ薬剤師」がいたから<br>3. 患者が感染症に罹るリスクを減らすことができる<br>4. 患者からの希望があったから<br>5. その他（具体的に：_____）  |          |            |          |            |  |          |          |          |          |                            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |                                       |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |





令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)

リフィル処方箋の実施状況調査

患者票

※この調査票は、患者さんに、薬局の利用状況やお考えなどをお伺いするものです。
※調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。
※本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることはありません。
※本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
※回答はあてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

1. この調査票のご記入者についてお伺いします。

①この調査票のご記入者は患者さんご本人でしょうか ※一つだけ○
1. 患者ご本人(代筆の場合を含む)
2. 本人以外のご家族等(具体的に: \_\_\_\_\_)

2. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

①性別 ※一つだけ○ 1. 男性 2. 女性
②年齢 ※一つだけ○ 1. 10代以下 2. 20代 3. 30代 4. 40代
5. 50代 6. 60代 7. 70代 8. 80代以上
③お住まい ( )都・道・府・県
④薬局の窓口で支払うお金※がありますか ※お薬の容器代等は含まれません 1. ある 2. ない

3. 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

①あなたご自身が、定期的注1に受診している医療機関(病院・診療所)、診療科はいくつありますか。 医療機関数:( )か所 診療科数:( )か所 ※定期的な受診がない場合「0」と記入
②定期的に決まった薬の処方を受けていますか ※一つだけ○ 1. 受けている 2. 受けていない
③リフィル処方箋注2を知っていますか ※一つだけ○ 1. 制度の内容まで知っている 2. 名称だけ知っている 3. 知らない

注1 定期的:180日間で複数回
注2 リフィル処方箋:症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

➤ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

Diagram showing the workflow of a refill prescription. It includes a form for the patient's medical history and a callout box explaining the 'Refillable' (リフィル可) status. The callout box notes that the patient's condition is stable and that the prescription is issued by the doctor. It also mentions that the patient can receive the medication from the pharmacy without a new prescription for a certain period.

## 4. これまでリフィル処方箋を交付された経験についてお伺いします。

|  |   |
|--|---|
| ①リフィル処方箋について医師から説明を受けたことがありますか                             | 1. ある                      2. ない  |
| <b>【①で「1.ある」と回答した場合、下記①-1～①-2をご回答ください】</b>                 |   |
| ①-1リフィル処方箋についての説明はどのように行われましたか<br>※一つだけ○                   | 1. 患者から説明を希望した                      2. 医師が自ら説明した  |
| ①-2リフィル処方箋についての説明は理解できましたか<br>※一つだけ○                       | 1. 理解できた    2. 理解できなかった   |
| ②リフィル処方箋を交付されたことがありますか ※一つだけ○                              | 1. ある →③へ<br>2. ない →⑧へ  |
| <b>【②で「1.ある」と回答した場合、下記③～⑦をご回答ください】</b>                     |   |
| ③リフィル処方箋を交付されたのはどのような薬ですか<br>※当てはまるもの全てに○                  | 1. 内服薬    2. 外用薬  |
| ④直近のリフィル処方箋は、何回反復利用できる処方箋ですか<br>※一つだけ○                     | 1. 3回    2. 2回  |
| ⑤直近のリフィル処方箋は、1回あたり何日分のお薬が処方されましたか                          | a. 1回目の処方                                      (                      ) 日分  |
|  | b. 2回目の処方                                      (                      ) 日分  |
|  | c. 3回目の処方                                      (                      ) 日分 ※3回処方の場合のみ                               |
| ⑥リフィル処方箋の1回目の処方で、どの薬局に行きましたか<br>※一つだけ○(複数該当する場合、最も多く行ったもの) | 1. 受診した医療機関の近隣の薬局<br>2. お住まいの近くにある薬局<br>3. その他(具体的に: _____)   |
| ⑦リフィル処方箋の2回目以降の処方で、薬局を変えましたか<br>※一つだけ○                     | 1. 1回目から変えていない(同じ薬局に行った)<br>2. 1回目から薬局を変更した → ⑦-1へ<br>3. まだ2回目を利用していない  |
| <b>【⑦で「2. 1回目から薬局を変更した」と回答した場合、下記⑦-1～⑦-2をご回答ください】</b>      |   |
| ⑦-1薬局を変更した理由は何ですか<br>※あてはまるもの全てに○                          | 1. 1回目の薬局の立地が通いにくかったから<br>2. 1回目の薬局が普段使う薬局ではなかったから<br>3. 1回目の薬局では薬の相談がしにくかったから<br>4. その他(具体的に: _____)               |
| ⑦-2 2回目以降のリフィル時に、薬剤師から受診が必要と言われたことがありますか。 ※一つだけ○           | 1. ある<br>2. ない  |
| <b>【⑦で「2.ない」と回答した場合、下記⑧をご回答ください】</b>                       |   |
| ⑧リフィル処方箋が交付されていない理由はなんですか。<br>※当てはまるもの全てに○                 | 1. リフィル処方箋について知らなかったから<br>2. リフィル処方箋について知っていたが、希望しなかったから<br>3. リフィル処方箋の仕組みが適用できない症状・医薬品だったから<br>4. その他(具体的に: _____) |

5. これからのリフィル処方箋の利用意向についてお伺いします。

| ①リフィル処方箋のメリット・デメリットと、それらを踏まえた今後の利用意向について、お考えを教えてください。 |  |          |         |          |        |
|---|--|----------|---------|----------|--------|
| ①-1リフィル処方箋を使用することについて、メリットになると感じるものを教えてください。          |  | 該当するもの全て | 最大のもの一つ |          |        |
|   | 1. 通院にかかる時間的負担(予約・移動・待ち時間)を減らせる                        |          |         |          |        |
|   | 2. 通院によってかかる医療費が安くなる                                   |          |         |          |        |
|   | 3. 症状が安定していて、異変時には、医師に相談ができる                           |          |         |          |        |
|   | 4. 症状が安定していて、異変時には、薬剤師に相談ができる                          |          |         |          |        |
|   | 5. 感染症に罹るリスクを減らすことができる                                 |          |         |          |        |
|   | 6. 薬がほしいだけという患者の状況にあっている                               |          |         |          |        |
|   | 7. その他(具体的に: _____)                                    |          |         |          |        |
| ①-2リフィル処方箋を使用することについて、デメリットになると感じるものを教えてください。         |  | 該当するもの全て | 最大のもの一つ |          |        |
|   | 1. 医師に診てもらえる機会が減ってしまう                                  |          |         |          |        |
|   | 2. 薬剤師の判断に不安がある  |          |         |          |        |
|   | 3. 2回目、3回目の薬のもらい方や、かかる金額がよくわからない                       |          |         |          |        |
|   | 4. リフィル処方箋を希望しても発行してもらえないことがある                         |          |         |          |        |
|   | 5. 処方箋を保管しておくことが手間である                                  |          |         |          |        |
|   | 6. 調剤予定日の前後7日でしか薬を受け取れないのは不便である                        |          |         |          |        |
|   | 7. 患者は必要だと思わない   |          |         |          |        |
| 8. その他(具体的に: _____)                                   |  |          |         |          |        |
| ①-3今後、病状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいと思いますか<br>※一つだけ○       | 1. 利用したい   |          |         |          |        |
|   | 2. どちらかと言えば利用したい                                       |          |         |          |        |
|   | 3. どちらかと言えば利用したくない                                     |          |         |          |        |
|   | 4. 利用したくない   |          |         |          |        |
| ②リフィル処方箋を利用するにあたり必要だと感じることは何ですか<br>※あてはまるもの全てに○       | 1. 信頼する「かかりつけ医」 <sup>※1</sup> がいること                    |          |         |          |        |
|   | 2. 信頼する「かかりつけ薬剤師」 <sup>※2</sup> のいる薬局があること             |          |         |          |        |
|   | 3. 薬剤師から薬について十分な説明があること                                |          |         |          |        |
|   | 4. 患者が自分の服用している薬の効能、副作用を理解していること                       |          |         |          |        |
|   | 5. 「かかりつけ医」や「かかりつけ薬剤師」が24時間対応していること                    |          |         |          |        |
|   | 6. その他(具体的に: _____)                                    |          |         |          |        |
|   | ※1:健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと |          |         |          |        |
| ※2:日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師のこと  |  |          |         |          |        |
| ③リフィル処方箋は、どのような薬局で調剤を受けたいですか                          |  | 1回目      |         | 2回目以降    |        |
|   |  | 該当するもの全て | 最重視の一つ  | 該当するもの全て | 最重視の一つ |
|   | 1.かかりつけ薬剤師のいる薬局  |          |         |          |        |
|   | 2.休日夜間も対応可能な薬局   |          |         |          |        |
|   | 3.他医療機関と連携する薬局   |          |         |          |        |
|   | 4.医療機関に近い薬局  |          |         |          |        |
|   | 5.自宅に近い薬局  |          |         |          |        |
| 6.その他( _____ )  |  |          |         |          |        |

**6. リフィル処方箋に関するご意見・ご要望等をお伺いします。**

①リフィル処方箋に関して、あなたのご意見・ご要望について自由に記載してください。

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和4年●月●日(●)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

(保険薬局票)

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)

## 「リフィル処方箋の実施状況調査」 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4年4月の診療報酬改定においては、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みが設けられ、処方箋の様式が変更されました。

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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、患者の方を対象に、リフィル処方箋の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本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、PwCコンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒(切手不要)」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 ~~~~~

【電子調査票の送付先】 ~~~~~ (受信専用)

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

(病院・診療所票)

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 「リフィル処方箋の実施状況調査」

### 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4年4月の診療報酬改定においては、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みが設けられ、処方箋の様式が変更されました。

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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、患者の方を対象に、リフィル処方箋の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

#### 【連絡先】

##### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 ~~~~~

【電子調査票の送付先】 ~~~~~ (受信専用)

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

令和4年12月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 「リフィル処方箋の実施状況調査」

### 調査へのご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

さて、令和4年4月の診療報酬改定においては、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みが設けられ、処方箋の様式が変更されました。

本調査は、リフィル処方箋について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

### 対象者

- ・ この調査は、医療機関を受診した患者の方の中から無作為に選ばれた方が対象となっております。

### 回答期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、アンケート用紙にご回答いただき、**令和4年●月●日(●)**までに、同封の返信用封筒に入れ、お近くの郵便ポストにご投函ください。
- ・ 返送していただくにあたり、封筒に切手を貼る必要はございません。

### 回答方法

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号1つだけに○をつけてください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

(→裏面へ続きます)

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けたPwCコンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等が開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

#### 【連絡先】

##### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 ~~~~~

【電子調査票の送付先】 ~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）



令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

調査の概要 (案)

1. 調査目的

本調査では、令和4年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方に記載された処方箋の受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査・検証するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識について調査・検証を行う。

2. アンケート調査の構成及び調査手順

<アンケート調査の構成>

本調査は以下の構成とする。

| 調査の種類  | 調査対象   |          |                       | 調査方法   |
|--------|--|----------|-----------------------|--|
|        | 条件   | 調査件数     | 抽出方法                  |  |
| 保険薬局調査 | (特段の条件なし)  | 1,500 施設 | 無作為                   | 自記式調査票の郵送配布・回収                                   |
| 診療所調査  | (特段の条件なし)  | 1,500 施設 | 無作為                   | 自記式調査票の郵送配布・回収                                   |
| 病院調査   | (特段の条件なし)  | 1,000 施設 | 無作為                   | 自記式調査票の郵送配布・回収                                   |
| 医師調査   | ①外来診療を担当する医師※ <sup>1</sup><br>※院外処方箋を発行している医療機関の場合は、院外処方箋の発行が多い医師<br>※院外処方箋を発行していない医療機関の場合は、外来患者数が多い医師 | 2,000 名  | 上記病院から2名(診療科の異なる医師2名) | 調査対象施設から、医師に配布※ <sup>1</sup> し、医師自身から自記式調査票を郵送回収 |
| 患者調査   | ① 郵送調査<br>調査対象の保険薬局に調査日に来局した患者   | 3,000 名  | 上記保険薬局から2名            | 調査対象施設から、患者に配布※ <sup>2</sup> し、患者自身から自記式調査票を郵送回収 |
|        | ② インターネット調査<br>直近1か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者   | 1,000 名  | 無作為                   | 調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施                        |

※1 医師調査は、病院調査の調査対象となった病院の職員が、医師調査の条件に沿って1施設あたり外来診療を担当する医師2名を抽出し、配布する。

※2 患者調査①郵送調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が患者調査の条件に沿って1施設あたり患者2名を抽出（特定の1日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、配布する。

### <アンケート調査の手順>

アンケート調査は、保険薬局調査、診療所調査、病院調査については、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

医師調査は、病院調査の調査対象となった病院の職員が、前掲の条件に沿って1施設あたり医師2名を無作為抽出し、対象医師に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、医師自身が直接郵便にて返送）。

郵送による患者調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が、前掲の条件に沿って1施設あたり患者2名を無作為抽出（特定の1日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、患者自身が直接郵便にて返送）。

なお、インターネット調査による患者調査は、調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施する。

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

## 3. 主な調査事項

<新型コロナウイルスの影響に関する項目> 特になし

<今回新設した項目>

[保険薬局調査]

- 管理薬剤師の勤務年数
- バイオ後続品について、1か月間で受け付けた処方箋枚数
- 先行バイオ医薬品からバイオ後続品への変更有無
- バイオ後続品に関する患者からの相談、薬剤師として必要な情報 等

[患者調査]

- バイオ後続品の使用有無、使用を希望する場合の理由 等

[診療所調査]

- バイオ後続品を一般名で処方する理由、しない理由
- 外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加

算が新設されたことによるバイオ後続品の使用の変化

- バイオ後続品の医薬品ごとの処方件数・使用件数
- バイオ後続導入初期加算の算定件数
- バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品とその理由

[病院調査]

- バイオ後続品を一般名で処方する理由、しない理由
- 外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことによるバイオ後続品の使用の変化
- バイオ後続品の医薬品ごとの処方件数・使用件数
- バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品とその理由

[医師調査]

- バイオ後続品を院外処方するにあたり、薬局・薬剤師に望むこと
- バイオ後続品を一般名で処方する理由、しない理由
- 外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことによるバイオ後続品の使用の変化

<前回調査から削除した主な項目>

- 他の医療機関等の職員と連携を行うために活用している ICT の種類  
(保険薬局調査、診療所調査、病院調査)
- 医療情報連携ネットワークへの参加  
(診療所調査、病院調査)
- 後発医薬品に係る不適正な事案に関する対応(令和3年4月中)  
(保険薬局調査、診療所調査、病院調査、医師調査)

#### 4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

##### <実査開始までのスケジュール>

| 作業項目                      | 2022年 |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  | 2023年 |  |    |  |    |  |
|---------------------------|-------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-------|--|----|--|----|--|
|                           | 9月    |  |  | 10月 |  |  | 11月 |  |  | 12月 |  |  | 1月    |  | 2月 |  | 3月 |  |
| 1 調査票等の作成・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 調査の全体設計                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査票等発送物の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 調査票等送付物・宛名シールの印刷        |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 調査票等送付物の封入・発送           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 2 照会への対応                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 照会対応・再発送要望対応            |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 照会及び回答内容の一覧の作成          |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 3 調査票の電子化(Webサイト対応)       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① Webサイトの開設準備・電子調査票作成     |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② Webサイトの運営               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 4 調査の協力依頼                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 電話協力依頼（兼調査票等到着確認）       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 督促ハガキ印刷・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 5 調査票受付・データ化              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 回収票の受付・登録               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 協力依頼状・督促ハガキ発送名簿の作成      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 電話督促名簿の作成               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 受付票の検索（返戻・修正依頼）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ データ入力                   |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 6 集計及び報告書の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 集計方針・報告書構成の検討           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 集計                      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 中間報告書の作成                |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ④ 報告書の作成                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑤ 報告書の納品                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ⑥ 省内検討／中医協議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| 7 調査検討委員会の設置・運営           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ① 委員選定・委嘱                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ② 調査検討委員会の開催              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |
| ③ 調査検討委員会審議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |    |  |    |  |

以上

ID:

様式 1

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査** **保険薬局票**

※この**保険薬局票**は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴薬局における後発医薬品の使用状況やお考え等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を 1つだけ○で囲んでください。
- ・（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ・数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい
- ・特に断りのない場合は、令和4年11月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

0. ご回答者についてお伺いします。

|                    |                    |        |        |        |          |
|--------------------|--------------------|--------|--------|--------|----------|
| ①性別 ※○は1つだけ        | 1. 男性              | 2. 女性  |        |        |          |
| ②年代 ※○は1つだけ        | 1. ~20代以下          | 2. 30代 | 3. 40代 | 4. 50代 | 5. 60代以上 |
| ③開設者・管理者の別 ※○は1つだけ | 1. 開設者兼管理者         | 2. 開設者 | 3. 管理者 |        |          |
|                    | 4. その他（具体的に：_____） |        |        |        |          |

1. 貴薬局の状況についてお伺いします（令和4年11月1日現在）。

|   |                                |          |                  |          |
|---|--------------------------------|----------|------------------|----------|
| ①所在地(都道府県)  | ( ) 都・道・府・県                    |          |                  |          |
| ②開設者<br>※会社の場合は、会社の形態等にも○をつけてください。                                  | 1. 会社                          | 2. 個人    | 3. その他           |          |
|   | 11. 株式会社                       | 12. 有限会社 | 13. 合資会社         | 14. 合名会社 |
|   | 16. ホールディングス <sup>注1</sup> の傘下 |          | 17. ホールディングスの非傘下 |          |
| ③同一グループ(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等 <sup>注2</sup> による薬局店舗数 | ( ) 店舗<br>※当該店舗を含めてお答えください。    |          |                  |          |

注1：持株会社(会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が50%を超える会社)のことを指す。

注2：同一グループは次の基準により判断する(調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様)

1. 保険薬局の事業者の最終親会社
2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社
3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社
4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

|  |   |        |
|--|---|--------|
| ④開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。  | 西暦 ( ) 年  |        |
| ⑤貴薬局はチェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つだけ                      | 1. はい   | 2. いいえ |
| ⑥貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。<br>※○は1つだけ<br>※「近隣」には同一敷地内も含まれます。 | 1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局                          |        |
|  | 2. 主に不動産賃貸借関係のある特定の病院の処方箋を応需している薬局                    |        |
|  | 3. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局                         |        |
|  | 4. 主に不動産賃貸借関係のある特定の診療所の処方箋を応需している薬局                   |        |
|  | 5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関（いわゆる医療モールやビル診療所など）の処方箋を応需している薬局 |        |
|  | 6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局                           |        |
|  | 7. その他（具体的に：_____）                                    |        |

|  |   |                                     |                    |
|--|---|-------------------------------------|--------------------|
| ⑦最も多く処方箋を受け付けた医療機関の処方箋枚数割合<br>(令和4年8月～10月の月平均値)  |   | ( )%                                |                    |
| ⑧応需医療機関数(令和4年8月～10月の月平均値)  |   | ( )機関                               |                    |
| ⑨貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和3年度決算<br>OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は100%とご記入ください。<br>※「保険調剤売上」には医療保険分の他、居宅療養管理指導費(介護保険)も含めてください。 |   |                                     | 約( )%              |
| ⑩調剤基本料<br>※○は1つだけ  | 1. 調剤基本料1   | 2. 調剤基本料2                           | 3. 調剤基本料3イ         |
|  | 4. 調剤基本料3ロ  | 5. 調剤基本料3ハ                          | 6. 特調剤基本料          |
| ⑩-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)<br>※同一グループの保険薬局の場合、貴薬局単独の受付回数   | ( )回/月  |                                     |                    |
| ⑩-2 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合<br>(調剤基本料の根拠となる数字)   | ( . )% ※小数点以下第1位まで  |                                     |                    |
| ⑩-3 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係の有無<br>(調剤基本料の根拠) ※○は1つだけ<br>※不動産とは土地及び建物を指します。来局者のための駐車場を<br>医療機関の駐車場と共有している場合も含まれます。             | 1. あり   | 2. なし                               |                    |
| ⑪地域支援体制加算(令和4年11月1日時点) ※○は1つだけ   | 1. 届出(算定)あり   | 2. 届出(算定)なし                         |                    |
| ⑫後発医薬品調剤体制加算<br>※○はそれぞれ1つだけ  | 令和3年11月1日   |                                     | 令和4年11月1日          |
|  | 1. 後発医薬品調剤体制加算1   | 1. 後発医薬品調剤体制加算1                     |                    |
|  | 2. 後発医薬品調剤体制加算2   | 2. 後発医薬品調剤体制加算2                     |                    |
|  | 3. 後発医薬品調剤体制加算3   | 3. 後発医薬品調剤体制加算3                     |                    |
|  | 4. 届出(算定)なし   | 4. 届出(算定)なし                         |                    |
| ⑬供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の<br>臨時的な取扱いの適用(令和4年11月1日時点)  | 1. あり   | 2. なし                               |                    |
| ⑭後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤<br>基本料の減算対象に該当<br>するか<br>(令和4年11月1日時点)<br>※○は1つだけ   | 1. 該当する<br>2. 該当しない →該当しない理由 ※あてはまる番号すべてに○<br>( 21. 後発医薬品の調剤数量割合が50%超<br>22. 処方箋の受付回数が月600回以下<br>23. 直近1ヶ月の処方箋受付回数の5割以上が先発医薬品変更不可 ) |                                     |                    |
| ⑮後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算<br>について、この診療報酬改定がなされた事により貴薬局における後<br>発医薬品の使用方針に変化はありましたか。 ※○は1つだけ                           | 1. 積極的に使用するようになった<br>2. 特に変化はない   |                                     |                    |
| ⑯後発医薬品調剤割合<br>(調剤報酬算定上の数<br>値)   | 令和3年8月～10月の月平均値   | ( )%                                |                    |
|  | 令和4年8月～10月の月平均値   | ( )%                                |                    |
| ⑰カットオフ値の割合 <sup>注3</sup><br>(調剤報酬算定上の数<br>値)   | 令和3年8月～10月の月平均値   | ( )%                                |                    |
|  | 令和4年8月～10月の月平均値   | ( )%                                |                    |
| ⑱処方箋受付回数   | 令和3年8月～10月の月平均値   | ( )回/月                              |                    |
|  | 令和4年8月～10月の月平均値   | ( )回/月                              |                    |
| ⑲かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料<br>の施設基準の届出 ※○は1つだけ  | 1. あり   | 2. なし                               |                    |
| ⑳職員数<br>※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。  |   | 常勤職員 <sup>注5</sup>                  | 非常勤職員              |
|  |   |                                     | 実人数                |
|  |   |                                     | 常勤換算 <sup>注6</sup> |
|  | 1) 薬剤師  | ( )人                                | ( )人               |
| 1)-1 (うち)かかりつけ薬剤師指導料等<br><sup>注4</sup> における「かかりつけ薬剤師」  | ( )人  | ( )人                                | ( )人               |
| 2) その他(事務職員等)  | ( )人  | ( )人                                | ( )人               |
| ㉑-1管理薬剤師の年代 ※○は1つだけ  | 1. 20代以下  | 2. 30代                              | 3. 40代             |
|  |   | 4. 50代                              | 5. 60代以上           |
| ㉑-2管理薬剤師の、貴薬局での<br>勤続年数 ※小数点第一位まで  | ( . )年  | ㉑-3管理薬剤師の、薬剤師として<br>の経験年数 ※小数点第一位まで | ( . )年             |

|                      |       |       |
|----------------------|-------|-------|
| ⑫医薬品の共同購入の有無 ※○は1つだけ | 1. あり | 2. なし |
|----------------------|-------|-------|

注3: カットオフ値(%)の算出式 = (後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品) ÷ 全医薬品。

注4: かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指す。

注5: 常勤職員数(常勤薬剤師数)には、貴薬局における実労働時間が週32時間以上である職員(保険薬剤師)の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

注6: 非常勤職員(非常勤薬剤師)は、貴薬局における実労働時間が週32時間に満たない職員(保険薬剤師)をいい、常勤換算数は、以下により算出します(小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める)。非常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数(常勤換算)} = \frac{\text{当該保険薬局における週32時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計(時間/3月)}}{32(\text{時間/週}) \times 13(\text{週/3月})}$$

2. 貴薬局で調査対象期間(令和4年12月12日(月)~12月18日(日))の1週間に受け付けた処方箋について、ご記入ください。

※バイオ後続品については、令和4年10月1日(金)~10月31日(月)の1か月間に受け付けた処方箋について、ご記入ください。

|  |       |
|--|-------|
| (1)①令和4年12月12日(月)~12月18日(日)に受け付けた処方箋枚数は何枚ですか。 <sup>注1</sup>          | ( ) 枚 |
| ※以下の②~⑦は1枚の処方箋を重複してカウントしてください。                                       |       |
| ②前記①のうち、先発医薬品(準先発品 <sup>注2</sup> )名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数 | ( ) 枚 |
| ③前記①のうち、後発医薬品名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数                      | ( ) 枚 |
| ④前記①のうち、全てが変更不可となっている処方箋の枚数  | ( ) 枚 |
| ⑤前記①のうち、1品目でも一般名処方が含まれている処方箋の枚数                                      | ( ) 枚 |
| ⑥前記⑤のうち、後発医薬品が存在する医薬品について、1品目でも一般名処方となっている処方箋の枚数                     | ( ) 枚 |
| ⑦前記①のうち、後発医薬品が存在する医薬品が2品目以上あり、その全品目が一般名処方されている処方箋の枚数                 | ( ) 枚 |

注1: 後発医薬品調剤割合を算出する際に除外する医薬品を含むものでも、その処方箋枚数をご記入ください。漢方製剤も含めてください。

注2: 準先発品は、昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差のある後発医薬品があるもの。

|   |               |                |            |
|---|---------------|----------------|------------|
| (2)令和4年10月1日(金)~10月31日(月)の1か月間に受け付けた処方箋に関して、下表1に示すバイオ後続品にかかる状況につきお尋ねします。<br>※1枚の処方箋に下記②~⑤が重複して含まれている場合、各々1枚とカウントしてください。 |               |                |            |
| ①下表1に示すバイオ後続品を調剤した処方箋枚数   |               | ( ) 枚          |            |
| ②前記(2)①のうち、下表1に示すバイオ医薬品の「先行バイオ医薬品 販売名」で処方され、「変更不可」となっていない <sup>注3</sup> 医薬品が1品目でもある処方箋の枚数                               |               | ( ) 枚          |            |
| ③前記(2)①のうち、バイオ後続品の販売名 <sup>注4</sup> で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数   |               | ( ) 枚          |            |
| ④前記(2)①のうち、バイオ後続品の一般的名称 <sup>注5</sup> で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数   |               | ( ) 枚          |            |
| ⑤前記(2)①のうち、バイオ医薬品の一般的名称に「(遺伝子組換え)」が記載されていない医薬品名 <sup>注6</sup> の処方箋が1品目でもある処方箋の枚数  |               | ( ) 枚          |            |
| ⑥下表1に示すバイオ後続品のうち、令和4年10月1日(金)~10月31日(月)の1か月間で調剤したものは何ですか。<br>※あてはまる番号すべてに○  |               |                |            |
| 1. ソマトロピン   | 2. フィルグラスチム   | 3. インスリン グラルギン | 4. エタネルセプト |
| 5. テリバラチド   | 6. インスリン リスプロ | 7. インスリン アスパルト | 8. アダリムマブ  |
| 9. 調剤したものはない  |               |                |            |

注3: 処方医が「個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印することとなっている。

注4: バイオ後続品の販売名とは、「●●● BS注射液 含量 会社名」と記載されたものをいう。

注5: バイオ後続品の一般的名称とは、「○○○(遺伝子組換え)[●●●後続1]」と記載されたものをいう。

注6: バイオ医薬品の一般的名称で「(遺伝子組換え)」が記載されていない医薬品名とは、「○○○(遺伝子組換え)」の○○○部分のみが記載されたものをいう。

表1 国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品のうち在宅自己注射可能なもの

| 先行バイオ医薬品の一般的名称 | 先行バイオ医薬品 販売名 |
|----------------|--------------|
| ソマトロピン         | ジェントロピン      |
| フィルグラスチム       | グラン          |
| インスリン グラルギン    | ランタス         |
| エタネルセプト        | エンブレル        |
| テリパラチド         | フォルテオ        |
| インスリン リスプロ     | ヒューマログ       |
| インスリン アスパルト    | ノボラピッド       |
| アダリムマブ         | ヒュミラ         |

(3)以下は(1)①の処方箋(令和4年12月12日(月)~12月18日(日)の1週間に受け付けた処方箋)に記載された医薬品について、品目数ベース(銘柄・剤形・規格単位別)の数でご記入ください。

|   |        |                            |
|---|--------|----------------------------|
| ① 一般名で処方された医薬品の品目数(②+③=①) <sup>注7</sup>   | ( ) 品目 | ※①+④+⑪+⑬+⑭となりますので「ご確認ください」 |
| ② ①のうち、後発医薬品を選択した医薬品の品目数  | ( ) 品目 |                            |
| ③ ①のうち、先発医薬品(準先発品を含む)を選択した医薬品の品目数   | ( ) 品目 |                            |
| ④ 先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数   | ( ) 品目 |                            |
| ⑤ ④のうち、「変更不可」となっていない <sup>注8</sup> 医薬品の品目数(⑥+⑦=⑤)   | ( ) 品目 |                            |
| ⑥ ⑤のうち、先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品の品目数  | ( ) 品目 |                            |
| ⑦ ⑤のうち、先発医薬品を調剤した医薬品の品目数  | ( ) 品目 |                            |
| ⑧ ⑦のうち、後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数   | ( ) 品目 |                            |
| ⑨ ⑦のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品の在庫がなかったため変更できなかった医薬品の品目数 <sup>注9</sup><br>※クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形 | ( ) 品目 |                            |
| ⑩ ⑦のうち、患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数(過去に確認済みの場合を含む) <sup>注10</sup>                     | ( ) 品目 |                            |
| ⑪ 後発医薬品名で処方された医薬品の品目数   | ( ) 品目 |                            |
| ⑫ ⑪のうち、「変更不可」となっている医薬品の品目数  | ( ) 品目 |                            |
| ⑬ その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数                               | ( ) 品目 |                            |
| ⑭ (1)①の処方箋に記載された医薬品の品目数の合計(①+④+⑪+⑬=⑭)   | ( ) 品目 |                            |

注7:「一般名」+「剤形」+「含量」で記載された医薬品の品目数をご記入ください。会社名が入っている場合はこの項目には該当しません。

注8:後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「レ」又は「×」が記載されていないもの。

注9:⑧に該当する、薬価収載されていない医薬品は除きます。薬価収載されているものの貴薬局で同一剤形を在庫していなかったため変更できなかった場合についてのみカウントしてください。

注10:⑧⑨以外で、後発医薬品について説明を行い、患者の希望をたずねた結果、後発医薬品に変更することができなかった先発医薬品の品目数をご記入ください。過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発医薬品への変更をしなかった場合を含みます。



【前記(3)⑩で1品目でも患者が希望しなかったため後発医薬品に変更できなかった医薬品があった薬局の方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| (4) 患者が後発医薬品を希望しない理由として <b>最も多いもの</b> は何ですか。 ※〇は1つだけ |  |
| 1. 医師が処方した医薬品が良いから                                   |  |
| 2. 報道等により、後発医薬品について不安を感じるから                          |  |
| 3. 後発医薬品に対する不信感があるから                                 |  |
| 4. 後発医薬品の使用感(味、色、剤形、粘着力等)に不満があるから                    |  |
| 5. 使い慣れている等の理由により、過去に使用経験のある医薬品を希望するから               |  |
| 6. 自己負担がない又は軽減されており、後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから         |  |
| 7. 先発医薬品と後発医薬品の薬価差が小さく、自己負担額ではほとんど差がないから             |  |
| 8. その他(具体的に: _____)                                  |  |

【前記(3)⑫で1品目でも他の後発医薬品への変更不可となっている後発医薬品があった薬局の方にお伺いします。】

|   |                 |
|---|-----------------|
| (5) 変更不可の後発医薬品が処方されることで、調剤を行う上で何か問題はありましたか。 ※〇は1つだけ |                 |
| 1. あった →質問(5)-1へ                                    | 2. なかった →質問(6)へ |



【(5)で「1. あった」と回答した方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| (5)-1どのような問題がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇               |  |
| 1. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、取り寄せるために患者を待たせることになった        |  |
| 2. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、後ほど(当日)、患者宅へ届けることになった        |  |
| 3. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、直ちに取り寄せることができないため後日届けることになった |  |
| 4. 患者が他の銘柄の後発医薬品を希望したため、医師への疑義照会等対応が必要になった       |  |
| 5. その他(具体的に: _____)                              |  |

【すべての方にお伺いします。】

|   |       |
|---|-------|
| (6) 貴薬局のある地域では、備蓄センターや、各薬局に備蓄されている医薬品がわかるシステム等がありますか。 ※〇は1つだけ         |       |
| 1. ある   | 2. ない |
| (7) 貴薬局のある地域では、近隣薬局からの分譲等により、後発医薬品の融通がしやすい環境がありますか。 ※〇は1つだけ           |       |
| 1. ある   | 2. ない |
| (8) 期間中に、一般名処方の処方箋を持参した患者のうち、後発医薬品を調剤しなかったケースについて、最も多い理由は何ですか ※〇は1つだけ |       |
| 1. そのようなケースはなかった  |       |
| 2. 患者が後発医薬品を希望しなかったから   |       |
| 3. 薬価収載された後発医薬品がなかったから  |       |
| 4. 後発医薬品の備蓄がなかったから  |       |
| 5. 先発医薬品と後発医薬品で適応が違う医薬品だったから  |       |
| 6. その他(具体的に: _____)   |       |

3. 貴薬局での後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。

(1) 調剤用医薬品の備蓄状況について、お伺いします。  
 ※令和4年11月1日または把握可能な直近月の初日時点についてご記入ください。  
 ※正確な数がわからない場合は、概数でご記入ください。 ※規格単位が異なる場合は、別品目として数えてください。

① 調剤用医薬品備蓄品目数 ※内服薬等、内訳の記入が難しい場合は、4) 合計品目数のみ記入してください。

|                          | 全医薬品      | うち、後発医薬品 |
|--------------------------|-----------|----------|
| 1) 内服薬                   | 約 ( ) 品目  | 約 ( ) 品目 |
| 2) 外用薬                   | 約 ( ) 品目  | 約 ( ) 品目 |
| 3) 注射薬                   | 約 ( ) 品目  | 約 ( ) 品目 |
| 4) 合計                    | ★約 ( ) 品目 | 約 ( ) 品目 |
| ② 1) 前記①(★欄)のうち、先行バイオ医薬品 |           | 約 ( ) 品目 |
| ② 2) 前記①(★欄)のうち、バイオ後続品   |           | 約 ( ) 品目 |

【前記②2)でバイオ後続品の備蓄を「0(ゼロ)」と回答した方にお伺いします。】

②-1 バイオ後続品の備蓄をしない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| 1. 該当する患者や処方がない | 2. 在庫リスクが懸念される          |
| 3. 品質・有効性に不安がある | 4. 採用したいが供給待ちや欠品で採用できない |
| 5. 安定供給に不安がある   | 6. その他 (具体的に: )         |

③ 前記①に関連して、現在、1つの先発医薬品(同一規格)に対して平均何品目の後発医薬品を備蓄していますか。 ※○は1つだけ

|                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1. 0.4品目未満             | 2. 0.4品目以上<br>～0.8品目未満 | 3. 0.8品目以上<br>～1.2品目未満 |
| 4. 1.2品目以上<br>～1.6品目未満 | 5. 1.2品目以上<br>～1.6品目未満 | 6. 1.6品目以上<br>～2.0品目未満 |
| 7. 2.0品目以上<br>～2.4品目   | 8. 2.4品目以上<br>～2.8品目未満 | 9. 2.8品目以上             |

(2) 調剤用医薬品の在庫金額、購入金額、廃棄額について、お伺いします。  
 ※金額を記入する設問では、千円未満は切り捨て(例:10万4400円⇒ 104,000円)  
 ※正確な金額がわからない場合は、概数でご記入ください。

|                                   |             | 令和3年度<br>(②③は8月～10月の合計値) | 令和4年度<br>(②③は8月～10月の合計値) |
|-----------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| ① 在庫金額<br>※11月1日時点                | 1) 全医薬品     | 約 ( ) 円                  | 約 ( ) 円                  |
|                                   | 2) うち、後発医薬品 | 約 ( ) 円                  | 約 ( ) 円                  |
| ② 購入金額(消費税込・仕入価格ベース)              | 1) 全医薬品     | 約 ( ) 円                  | 約 ( ) 円                  |
|                                   | 2) うち、後発医薬品 | 約 ( ) 円                  | 約 ( ) 円                  |
| ③ 医薬品廃棄額<br>(薬価ベース) <sup>注1</sup> | 1) 全医薬品     | 約 ( ) 円                  | 約 ( ) 円                  |
|                                   | 2) うち、後発医薬品 | 約 ( ) 円                  | 約 ( ) 円                  |

注1: 経時変化や陳旧化した品目等による廃棄損耗金についてもご記入ください。

(3) 令和3年11月から令和4年10月の間で、先発医薬品から後発医薬品への変更が増えたために、先発医薬品の廃棄が増えた薬剤はありましたか。 ※○は1つだけ

|  |
|--|
| 1. 先発医薬品から後発医薬品への変更が増えたために、先発医薬品の廃棄が増えた薬剤がある |
| 2. 先発医薬品から後発医薬品への変更は増えたが、先発医薬品の廃棄は増えていない     |
| 3. 先発医薬品から後発医薬品への変更は増えていない                   |

|  |   |
|--|---|
| <b>(4)①貴薬局における後発医薬品の採用基準は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○</b>   |   |
| 1.   | 後発医薬品メーカーが原薬、添加剤の製造国・製造場所を公開していること          |
| 2.   | 後発医薬品メーカーが共同開発についての情報を公開していること              |
| 3.   | GMP(医薬品の製造管理及び品質管理の基準)上、問題のないメーカーの製品であること   |
| 4.   | メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること                       |
| 5.   | 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること                        |
| 6.   | 大病院で採用されていること                               |
| 7.   | 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること          |
| 8.   | 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること                     |
| 9.   | 納品までの時間が短いこと                                |
| 10.  | 欠品(品切れ) <sup>注1</sup> のない会社の製品であること         |
| 11.  | 出荷調整のない会社の製品であること                           |
| 12.  | 供給停止や回収等の問題事例のない会社の製品であること                  |
| 13.  | 患者からの評判が良いこと                                |
| 14.  | 調剤がしやすい(例:容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい) こと          |
| 15.  | 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること(例:味が良い、かぶれにくいなど) |
| 16.  | 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること                |
| 17.  | 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること                |
| 18.  | オーソライズドジェネリックであること                          |
| 19.  | 本社の方針・指示があった後発医薬品であること                      |
| 20.  | 共同購入先(同一グループの薬局を除く)で採用されていること               |
| 21.  | その他(具体的に: _____ )                           |
| <b>②前記①の選択肢 1. ~21. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</b> |   |

注1:注文日を含めた供給不能期間が、平日は2~3日(遠隔地は4日)、土日 を挟んだ場合は2~5日(遠隔地は5~6日)以上の場合を指す。

4. 貴薬局における後発医薬品（バイオ後続品を除く）への対応状況についてお伺いします。

①後発医薬品の調剤に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

- 1. 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる →質問⑥へ
- 2. 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる →質問②へ
- 3. 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる →質問②へ
- 4. 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない →質問②へ

【前記①で2.～4.を選んだ方にお伺いします。】

②後発医薬品を積極的には調剤しない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
- 2. 後発医薬品メーカーの安定供給に不安があるから
- 3. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから  
→不足している情報（具体的に：\_\_\_\_\_）
- 4. 患者への普及啓発が不足しているから
- 5. 近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的であるから
- 6. 患者が先発医薬品を希望するから
- 7. 在庫管理の負担が大きいため
- 8. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

③前記②の選択肢 1.～8.のうち、最も大きな理由の番号を1つだけお書きください。

【前記①で「4. 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない」と回答した方のみにお伺いします。】

④今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ

- 1. ある →質問⑤へ
- 2. ない →質問⑥へ

【前記④で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

⑤不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した
- 2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した
- 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した
- 4. メーカーによる自主回収等、供給困難な状況を経験した
- 5. 供給困難な状況を直接経験してはいないが、供給不安を感じた
- 6. メーカーから必要な情報が公開されていなかった
- 7. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった
- 8. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた
- 9. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた
- 10. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

【すべての方にお伺いします。】

⑥「変更不可」となっていない処方箋や一般名処方の処方箋があっても、後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい医薬品の種類は何ですか。 ※剤形は質問⑧でお伺いします ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 特になし →質問⑧へ
- 2. 血圧降下剤
- 3. 高脂血症用剤
- 4. 不整脈用剤
- 5. 精神神経用剤
- 6. 催眠鎮静剤
- 7. 抗不安剤
- 8. 抗てんかん剤
- 9. 解熱鎮痛剤
- 10. 糖尿病用剤等
- 11. 消化性潰瘍用剤
- 12. 抗アレルギー剤
- 13. 抗悪性腫瘍剤
- 14. 免疫抑制剤
- 15. 小児用製剤
- 16. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

【前記⑥で2～16.に1つでも○があった薬局の方にお伺いします。】

⑦前記⑥の医薬品について後発医薬品を調剤しにくい理由を具体的にお書きください。

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

【すべての方にお伺いします。】

⑧後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい医薬品の剤形は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |
|---|
| 1. 特になし →質問⑩へ   |
| 2. 内用剤 ( 21. 錠剤      22. カプセル      23. OD錠      24. 粉末      25. シロップ )  |
| 3. 外用剤 ( 31. 点眼薬      32. 貼付薬      33. 軟膏      34. ローション      35. 吸入剤 ) |
| 36. その他 (具体的に: _____ )  |
| 4. 注射剤 (バイオ後続品は除く)  |

【前記⑧で2～4.に1つでも○があった薬局の方にお伺いします。】

⑨前記⑧の医薬品について後発医薬品を調剤しにくい理由として、剤形ごとにあてはまるものに○をつけてください。 ※あてはまる剤形すべてに○

|                     | 1. 内用剤 | 2. 外用剤 | 3. 注射剤 |
|---------------------|--------|--------|--------|
| 1. 使用感(味覚を含む)が違うから  | 1      | 1      | 1      |
| 2. 容器・剤形が違うから       | 2      | 2      | 2      |
| 3. 混合時の安定性を欠くから     | 3      | 3      | 3      |
| 4. 添加物に起因する問題が生じるから | 4      | 4      | 4      |
| 5. 取り扱い数量が少ないから     | 5      | 5      | 5      |
| 6. その他(具体的に: _____) | 6      | 6      | 6      |

【すべての方にお伺いします。】

⑩後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい患者の特徴としてあてはまるものに○をつけてください。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |
|---|
| 1. 初回の受付時に後発医薬品の調剤を希望しなかった患者                  |
| 2. 差額が小さい患者                                   |
| 3. 先発医薬品との違い(味、色、剤形、粘着力等)を気にする患者              |
| 4. 後発医薬品への変更に関する説明に長時間を要すると思われる患者             |
| 5. 複数回にわたり後発医薬品への変更を説明したが、後発医薬品への変更を希望しなかった患者 |
| 6. 後発医薬品を使用していたが先発医薬品への変更を希望した患者              |
| 7. 自己負担がない又は軽減されている患者                         |
| 8. その他(具体的に: _____)                           |
| 9. 特になし →質問⑫へ                                 |

⑪前記⑩の選択肢 1.～8.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

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

⑫同一成分・同一規格の後発医薬品を複数備蓄している場合、後発医薬品の変更調剤において重視する点としてあてはまるものに○をつけてください。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                            |
|----------------------------|
| 1. オーソライズドジェネリックであること      |
| 2. 患者自己負担が適切であること          |
| 3. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること |
| 4. 信頼できるメーカーの製品であること       |
| 5. その他(具体的に: _____)        |

⑬前記⑫の選択肢 1.～5.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

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

## 5. 貴薬局におけるバイオ後続品への対応状況についてお伺いします。

①バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある →質問①-1へ 2. ない →質問②へ

【前記①で「1.ある」を選択した方にお伺いします。】

①-1 バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を変更調剤したことがある医薬品を回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. インスリン製剤         | 2. ヒト成長ホルモン剤 |
| 3. 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤 | 4. エタネルセプト製剤 |
| 5. テリパラチド製剤        | 6. アダリムマブ製剤  |

【すべての方にお伺いします。】

②既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある →質問②-1へ 2. ない →質問③へ

【前記②で「1.ある」を選択した方にお伺いします。】

②-1既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことがある医薬品を回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. インスリン製剤         | 2. ヒト成長ホルモン剤 |
| 3. 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤 | 4. エタネルセプト製剤 |
| 5. テリパラチド製剤        | 6. アダリムマブ製剤  |

## 【すべての方にお伺いします。】

③バイオ後続品の調剤について、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

- |  |
|--|
| 1. 全般的に、積極的にバイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる →質問⑥へ |
| 2. 患者によって、バイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる →質問⑥へ   |
| 3. バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない →質問④へ             |

【前記③で「3.バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」を選択した方にお伺いします。】

④バイオ後続品を積極的には調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |  |
|--|
| 1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから                           |
| 2. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の違いが分からないから                          |
| 3. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等/同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため |
| 4. バイオ後続品の安定供給に不安があるから                                 |
| 5. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報を具体的に( )        |
| 6. 患者への普及啓発が不足しているから                                   |
| 7. バイオ後続品の説明に時間がかかるから                                  |
| 8. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから（自己注射）                            |
| 9. 先行バイオ医薬品とペンの形状が異なるから                                |
| 10. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では適応症が異なり、バイオ後続品を採用できないことがあるから      |
| 11. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なり、バイオ後続品を採用できないことがあるから  |
| 12. 在庫管理の負担が大きいから                                      |
| 13. 経営者（会社）の方針だから                                      |
| 14. 先行バイオ医薬品の薬価差益がバイオ後続品の薬価差益よりも大きいから                  |
| 15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄するのは困難だから                     |
| 16. 患者が先行バイオ医薬品と比較して効果に違いを感じたから                        |
| 17. 患者がバイオ後続品に切り替えた際に有害事象が発生したから                       |
| 18. 処方箋に変更不可のチェックが付いており、バイオ後続品を調剤できないから                |
| 19. バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから                              |
| 20. その他(具体的に )   |

⑤前記④の選択肢 1. ~20. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

## 【すべての方にお伺いします。】

⑥今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |  |
|--|
| 1. 調剤報酬を含む経営的メリットがあること                           |
| 2. 患者負担の軽減がより明確になること                             |
| 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知                   |
| 4. 国からの国民への啓発と患者の理解                              |
| 5. バイオ後続品企業から医師、薬剤師への情報提供                        |
| 6. バイオ後続品の安定供給                                   |
| 7. バイオ後続品の在庫負担の軽減                                |
| 8. バイオ後続品の品目数の増加                                 |
| 9. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備 |
| 10. その他(具体的に )                                   |
| 11. バイオ後続品の普及の必要はない                              |

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| ⑦患者からバイオ後続品に関する相談を受けたことはありますか ※○は1つだけ |             |
| 1. ある →質問⑧へ                           | 2. ない →質問⑨へ |

【⑧は前記⑦で「1.ある」と回答した場合にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ⑧患者からバイオ後続品に関するどのような相談を受けましたか ※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. バイオ後続品そのものに関する相談（患者がバイオ後続品を知らない場合など）     |  |
| 2. バイオ後続品の品質・有効性及び安全性に関する相談                 |  |
| 3. バイオ医薬品全般に関する相談（患者がバイオ医薬品を知らない場合など）       |  |
| 4. 先行バイオ医薬品とデバイスが異なる場合の使用方法に関する相談           |  |
| 5. 患者負担に関する相談                               |  |
| 6. その他(具体的に )                               |  |

【すべての方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| ⑨バイオ後続品について患者へ説明するにあたり、薬剤師の立場で特に必要と考える情報に○をつけてください。<br>※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. バイオ後続品そのものに関する情報（患者がバイオ後続品を知らない場合など）                              |  |
| 2. バイオ後続品の安全性に関する情報  |  |
| 3. バイオ医薬品全般に関する情報（患者がバイオ医薬品を知らない場合など）                                |  |
| 4. 先行バイオ医薬品とデバイスが異なる場合の使用方法に関する情報                                    |  |
| 5. 患者負担に関する情報  |  |
| 6. その他(具体的に )  |  |
| 7. 特にない  |  |
| ⑩前記⑨の選択肢 1. ～6. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。                           |  |



## 6. 後発医薬品の使用にあたっての患者の意向確認や、医療機関への情報提供についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| ①後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する手段として最もあてはまるものは何ですか。 ※○は1つだけ                                  |  |
| 1. 患者への口頭による意向確認   | 2. 患者へのアンケートによる意向確認                      |
| 3. 薬剤服用歴の記録  | 4. お薬手帳                                  |
| 5. ジェネリック医薬品希望カード・シール  | 6. その他(具体的に： )                           |
| ②後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する頻度として最も多いのは何ですか。 ※○は1つだけ                                      |  |
| 1. 受付の都度、毎回、確認している   | 2. 毎回ではないが、時々、確認している                     |
| 3. 処方内容が変更となった時に確認している   | 4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している                |
| 5. 初回の受付時のみ確認している  | 6. 特に確認していない                             |
| 7. その他(具体的に： )   |  |
| ③後発医薬品への変更・選択において、患者の理解を最も得られやすい処方方法は何か。 ※○は1つだけ                                       |  |
| 1. 一般名処方   | 2. 先発医薬品名（準先発品を含む）だが変更不可とされていない処方        |
| 3. 後発医薬品の処方（別銘柄へ変更可能なものも含む）  | 4. 前記 1. と 2. と 3. でいずれも大きな違いはない         |
| 5. その他(具体的に： )   |  |
| ④「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供することが最も望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ       |  |
| 1. 調剤をした都度   | 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しない    |
| 3. 一定期間に行った調剤をまとめて   | 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に                   |
| 5. 副作用等の問題が発生した時だけ   | 6. 必要ない                                  |
| 7. その他(具体的に： )   |  |
| ⑤「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供するかについて、処方医の意向を確認していますか。 ※○は1つだけ |  |
| 1. はい  | 2. いいえ                                   |
| ⑥「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、医療機関と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ                |  |
| 1. 主に合意した方法で行っている →質問⑦へ  | 2. 医療機関によって様々である →質問⑦へ                   |
| 3. 合意した方法はない   | 4. その他(具体的に： )                           |
| 【⑦は前記⑥で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.医療機関によって様々である」と回答した場合にお伺いします。】                          |  |
| ⑦合意方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○  |  |
| 1. 調剤をした都度提供すること   | 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする |
| 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること   | 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること             |
| 5. 副作用等の問題が発生した時だけ提供すること   | 6. その他(具体的に： )                           |

## 7. 最近の医薬品の納入状況等についてお伺いします。

|  |          |         |
|--|----------|---------|
| ①現在(令和4年11月1日)の状況についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○     |          |         |
| 1. 医薬品の納品までに時間がかかる                             |          |         |
| 2. 卸に医薬品の注文を受け付けてもらえない                         |          |         |
| 3. 処方薬が必要量準備できず、不足医薬品を後日患者に届ける業務が頻発している        |          |         |
| 4. 処方薬が必要量準備できず、不足医薬品を近隣の薬局に借りる業務が頻発している       |          |         |
| 5. 特に困難な状況はない                                  |          |         |
| ②医薬品の供給不足の影響を受けて、後発医薬品の調剤割合に変化はありましたか。 ※○は1つだけ |          |         |
| 1. 後発医薬品の調剤割合がかなり減った                           |          |         |
| 2. 後発医薬品の調剤割合がやや減った                            |          |         |
| 3. 後発医薬品の調剤割合の変化はほとんどなかった                      |          |         |
| 4. 後発医薬品の調剤割合が増えた                              |          |         |
| 5. 分からない                                       |          |         |
| ③1年前(令和3年11月1日)と比較して状況をどのように感じますか。 ※○は1つだけ     |          |         |
| 1. 改善した  | 2. 変わらない | 3. 悪化した |

【④⑤は前記②で「1.後発医薬品の調剤割合がかなり減った」、「2.後発医薬品の調剤割合がやや減った」と回答した場合にお伺いします。】

|  |                        |  |
|--|------------------------|--|
| ④後発医薬品の調剤割合が減った理由は何ですか。 ※最も影響が大きい項目を1つ選んで○     |                        |  |
| 1. 後発医薬品の処方が減った                                | 2. 患者(家族含む)が先発医薬品を希望した |  |
| 3. 後発医薬品の在庫が無い、あるいは在庫(入手)できないのでやむをえず先発医薬品に変更した |                        |  |
| 4. その他(具体的に: )                                 |                        |  |
| ⑤薬局業務等に関連してどのようなことを行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに○       |                        |  |
| 1. 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った                    |                        |  |
| 2. 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った                  |                        |  |
| 3. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った      |                        |  |
| 4. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った       |                        |  |
| 5. 後発医薬品に関する患者の意向を把握または確認する頻度を増やした             |                        |  |
| 6. 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った               |                        |  |
| 7. 後発医薬品の品質や安全性に係る情報収集を行った                     |                        |  |
| 8. 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った                |                        |  |
| 9. 医師と後発医薬品の在庫状況や使用に関する情報交換を行った                |                        |  |

## 8. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、要望等についてお伺いします。

|  |                    |             |
|--|--------------------|-------------|
| ①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(旧薬事法)」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ(例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど)が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ |                    |             |
| 1. だいたい知っている   | 2. 少しは知っている        | 3. ほとんど知らない |
| ②厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～<平成27年2月第3版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ                    |                    |             |
| 1. 知っている(内容も見た)  | 2. 知っている(内容は見ていない) | 3. 知らない     |
| ③今後、どのような対応がなされれば、開設者・管理者の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進めることができると思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○   |                    |             |
| 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底  |                    |             |
| 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保   |                    |             |
| 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保  |                    |             |
| 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合  |                    |             |
| 5. 後発医薬品に対する患者の理解の向上   |                    |             |
| 6. 後発医薬品を調剤する際の診療報酬上の評価  |                    |             |
| 7. 医療機関が変更不可とした具体的な理由の明確化  |                    |             |
| 8. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示  |                    |             |
| 9. その他(具体的に: )   |                    |             |
| 10. 特に対応は必要ない →質問⑤へ  |                    |             |
| ④前記③の選択肢 1. ～9. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。   |                    |             |
| ⑤貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○   |                    |             |
| 1. 患者への積極的な働きかけ  |                    |             |
| 2. 後発医薬品への変更調剤に関する薬剤師への信頼感   |                    |             |
| 3. 患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方箋に変更不可の署名を行わないこと   |                    |             |
| 4. 変更不可とする具体的な理由をお薬手帳や処方箋等により示すこと  |                    |             |
| 5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと  |                    |             |
| 6. 一般名処方とすること  |                    |             |
| 7. お薬手帳への記載以外の医療機関(医師)への情報提供を不要とすること   |                    |             |
| 8. 疑義照会への誠実な対応   |                    |             |
| 9. 後発医薬品に対する理解   |                    |             |
| 10. その他(具体的に: )  |                    |             |
| 11. 医師に望むことは特になし →質問⑦へ   |                    |             |
| ⑥前記⑤の選択肢 1. ～10. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。  |                    |             |

⑦有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等(いわゆる「フォーミュラリー」)を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを「地域フォーミュラリー」と呼びますが、貴施設の所属する地域における地域フォーミュラリーの状況について教えてください。 ※〇は1つだけ

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. 地域フォーミュラリーが存在する<br>→質問⑦-1へ   | 2. 地域フォーミュラリーは存在しない<br>→質問⑦-2へ |
| 3. 地域フォーミュラリーを作成中である<br>→質問⑦-1へ | 4. どのような状況であるか分からない<br>→質問⑦-2へ |
| 5. 地域フォーミュラリーがどのようなものかが分からない    |                                |

【⑦-1は前記⑦で「1.地域フォーミュラリーが存在する」または「3.地域フォーミュラリーを作成中である」と回答した場合にお伺いします。】

⑦-1 貴薬局は、地域フォーミュラリーの作成・改訂に関与していますか。 ※〇は1つだけ

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 関与している | 2. 関与していない |
|-----------|------------|

【⑦-2は前記⑦で「2.地域フォーミュラリーは存在しない」または「4.どのような状況であるか分からない」と回答した方にお伺いします。】

⑦-2. 地域フォーミュラリーの必要性や地域で作成する場合の関与について教えてください。 ※〇は1つだけ

- |   |
|---|
| 1. 地域フォーミュラリーの必要性を感じており、地域で作成する場合は積極的に関与したい     |
| 2. 地域フォーミュラリーの必要性を感じているが、地域で作成する場合に積極的には関与したくない |
| 3. 地域フォーミュラリーの必要性を感じていない                        |
| 4. 地域フォーミュラリーが必要であるか分からない                       |

【⑧はすべての方にお伺いします。】

⑧後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

保険薬局票の様式1の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。お手数をおかけいたしますが、様式2も併せてご回答の上、専用の返信用封筒(切手不要)に封入し、令和4年●月●日(●)までにお近くのポストに投函してください

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査** 保険薬局票

- 令和4年12月15日(木)の1日の状況をご記入ください。当該日が休局日または周辺の主な医療機関の休診日だった場合は、12月15日より前で直近の1日(但し、休局日にも周辺の主な医療機関の休診日にも該当しない日)を選び、ご回答ください。詳細は調査実施要領をご覧ください。
- 処方箋1枚につき1行を使ってご記入ください。

調査日：令和4年( )月( )日( )曜日

| 通し<br>番号<br>(NO.) | 先発→後発<br>※1品目でも<br>ある場合は○ | 記載銘柄により調剤した場合<br>の薬剤料(A)<br>※記載方法は調査実施要領ご参照 |   | 実際に調剤し<br>た薬剤料(B) |   | 患者一部負担金<br>の割合(C) |   |
|-------------------|---------------------------|---|---|-------------------|---|-------------------|---|
|                   |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 記入例<br>1          | ○                         | 724   | 点 | 540               | 点 | 3                 | 割 |
| 1                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 2                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 3                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 4                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 5                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 6                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 7                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 8                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 9                 |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 10                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 11                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 12                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 13                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 14                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 15                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 16                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 17                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 18                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 19                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 20                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 21                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 22                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 23                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 24                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |
| 25                |                           |   | 点 |                   | 点 |                   | 割 |

| 通し<br>番号<br>(NO.) | 先発→後発<br>※1品目でも<br>ある場合は○ | 記載銘柄により調剤した場合の<br>薬剤料 (A)<br>※記載方法は調査実施要領ご参照 | 実際に調剤した<br>薬剤料 (B) | 患者一部負担金<br>の割合 (C) |
|-------------------|---------------------------|--|--------------------|--------------------|
| 26                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 27                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 28                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 29                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 30                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 31                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 32                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 33                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 34                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 35                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 36                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 37                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 38                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 39                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 40                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 41                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 42                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 43                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 44                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 45                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 46                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 47                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 48                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 49                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 50                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 51                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 52                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 53                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 54                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 55                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 56                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 57                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 58                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 59                |                           | 点  | 点                  | 割                  |
| 60                |                           | 点  | 点                  | 割                  |

お手数をおかけいたしますが、**様式1**と**様式2**を専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、  
令和4年●月●日（●）までにお近くのポストに投函してください。

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査**  
**診療所票**

※この「診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです  
 が、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です。  
 ※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。  
 ( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。  
 ※数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。  
 記載されていない場合は、整数をご記入下さい。  
 ※特に断りのない場合は、令和4年11月1日現在の状況についてご記入ください。  
 ※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

0. あなたご自身についてお伺いします (令和4年11月1日現在)。

|                       |                       |                     |               |                |          |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------|----------------|----------|
| ①性別 ※○は1つだけ           | 1. 男性                 |                     | 2. 女性         |                |          |
| ②年代 ※○は1つだけ           | 1. ~20代以下             | 2. 30代              | 3. 40代        | 4. 50代         | 5. 60代以上 |
| ③開設者・管理者の別<br>※○は1つだけ | 1. 開設者兼管理者            |                     | 2. 開設者        |                | 3. 管理者   |
|                       | 17. その他 (具体的に: _____) |                     |               |                |          |
| ④主たる担当診療科<br>※○は1つだけ  | 1. 内科 <sup>注1</sup>   | 2. 外科 <sup>注2</sup> | 3. 精神科        | 4. 小児科         |          |
|                       | 5. 皮膚科                | 6. 泌尿器科             | 7. 産婦人科・産科    | 8. 眼科          |          |
|                       | 9. 耳鼻咽喉科              | 10. 放射線科            | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |          |
|                       | 13. 麻酔科               | 14. 救急科             | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |          |
|                       | 17. その他 (具体的に: _____) |                     |               |                |          |

注1: 内科、腎臓内科、血液内科、リウマチ内科、糖尿病内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、感染症内科、アレルギー内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。  
 注2: 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします (令和4年11月1日現在)。

|                         |                       |                     |                             |                |                |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| ①所在地                    | ( _____ ) 都・道・府・県     |                     |                             |                |                |
| ②開設者 ※○は1つだけ            | 1. 個人                 | 2. 法人               | 3. その他                      | ③開設年           | 西暦 ( _____ ) 年 |
| ④種別 ※○は1つだけ             | 1. 無床診療所              |                     | 2. 有床診療所 →許可病床数 ( _____ ) 床 |                |                |
| ⑤標榜診療科<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科 <sup>注1</sup>   | 2. 外科 <sup>注2</sup> | 3. 精神科                      | 4. 小児科         |                |
|                         | 5. 皮膚科                | 6. 泌尿器科             | 7. 産婦人科・産科                  | 8. 眼科          |                |
|                         | 9. 耳鼻咽喉科              | 10. 放射線科            | 11. 脳神経外科                   | 12. 整形外科       |                |
|                         | 13. 麻酔科               | 14. 救急科             | 15. 歯科・歯科口腔外科               | 16. リハビリテーション科 |                |
|                         | 17. その他 (具体的に: _____) |                     |                             |                |                |

【前記⑤で「1.内科」と回答した方にお伺いします。】

|                         |          |           |             |
|-------------------------|----------|-----------|-------------|
| ⑤-1 内科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○ |          |           |             |
| 1. 腎臓内科                 | 2. 血液内科  | 3. リウマチ内科 | 4. 糖尿病内科    |
| 5. 消化器内科                | 6. 呼吸器内科 | 7. 循環器内科  | 8. 1~7に該当なし |

【前記⑤で「2.外科」と回答した方にお伺いします。】

|                         |           |         |             |
|-------------------------|-----------|---------|-------------|
| ⑤-2 外科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○ |           |         |             |
| 1. 呼吸器外科                | 2. 心臓血管外科 | 3. 乳腺外科 | 4. 気管食道外科   |
| 5. 消化器外科                | 6. 肛門外科   | 7. 小児外科 | 8. 1~7に該当なし |

【すべての方にお伺いします。】

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ⑥ オーダリングシステムの導入状況<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 一般名処方に対応できるオーダリングシステムを導入している                 |
|                                    | 2. 後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している                |
|                                    | 3. バイオ後続品 <sup>注1</sup> が表示されるオーダリングシステムを導入している |
|                                    | 4. オーダリングシステムを導入している（上記 1, 2, 3の機能はない）          |
|                                    | 5. オーダリングシステムを導入していない                           |
| ⑦ 外来の院内・院外処方の割合                    | 院内処方（ ）% + 院外処方（ ）% = 100% ※注2                  |
| ⑧ 医師数(常勤のみ)                        | ( ) 人   |
| ⑨ 薬剤師数(常勤のみ)                       | ( ) 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。                       |

注1: バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品(以下「先行バイオ医薬品」という。)と同等/同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品(いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品)を含みます。

注2: 算定回数ベースにて整数でご記入ください。正確な数がわからない場合は概数でご記入ください。

例えば、院内投薬のみの場合は、院内処方に「100」を、院外処方に「0」をご記入ください。また、院外処方のみ場合は、「院内処方」に「0」を、「院外処方」に「100」をご記入ください。

| ⑩ 外来後発医薬品使用体制加算の算定状況<br>※○は1つだけ   | 令和3年11月1日         |                   | 令和4年11月1日         |                   |                   |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|   |                   | 1. 算定していない        | 2. 外来後発医薬品使用体制加算1 | 1. 算定していない        | 2. 外来後発医薬品使用体制加算1 |
|   | 3. 外来後発医薬品使用体制加算2 | 4. 外来後発医薬品使用体制加算3 | 3. 外来後発医薬品使用体制加算2 | 4. 外来後発医薬品使用体制加算3 |                   |
| ⑪ 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用<br>(令和4年11月1日時点)  |                   |                   | 1. あり             | 2. なし             |                   |
|   | 令和3年8月～10月の月平均値   |                   | 令和4年8月～10月の月平均値   |                   |                   |
| ⑫ 外来患者延数  | ( ) 人/月           |                   | ( ) 人/月           |                   |                   |
| ⑬ 在院患者延数  | ( ) 人/月           |                   | ( ) 人/月           |                   |                   |
| ⑭ 生活習慣病治療のための平均的な処方日数をご回答ください。(最多頻度の患者像でご回答ください)<br>※○は1つ ※令和3年10月および令和4年10月の両方に対象患者がいる場合、ご回答ください。<br>※対象患者がいない場合は、「対象患者がいない時点がある」に○をつけて次の設問へお進みください。 |                   |                   |                   |                   |                   |
|   | 対象患者の有無           | 令和3年10月1か月間       |                   | 令和4年10月1か月間       |                   |
| 1) 糖尿病治療薬   | 1. 両時点で対象患者がいる    | 1. ～4週            | 2. 5～8週           | 1. ～4週            | 2. 5～8週           |
|   | 2. 対象患者がいない時点がある  | 3. 9～12週          | 4. 13週～           | 3. 9～12週          | 4. 13週～           |
| 2) 高血圧症治療薬  | 1. 両時点で対象患者がいる    | 1. ～4週            | 2. 5～8週           | 1. ～4週            | 2. 5～8週           |
|   | 2. 対象患者がいない時点がある  | 3. 9～12週          | 4. 13週～           | 3. 9～12週          | 4. 13週～           |
| 3) 脂質異常症治療薬   | 1. 両時点で対象患者がいる    | 1. ～4週            | 2. 5～8週           | 1. ～4週            | 2. 5～8週           |
|   | 2. 対象患者がいない時点がある  | 3. 9～12週          | 4. 13週～           | 3. 9～12週          | 4. 13週～           |

→無床診療所で院外処方が5%以上の施設の方は6ページの質問5に進んでください。



【2. は有床診療所の方、または無床診療所で院外処方<sup>5</sup>が5%未満の施設の方にお伺いします。】

2. 貴施設における後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。

※金額を記入する設問では、千円未満は切り捨て(例:10万4400円⇒104,000円)<sup>注1</sup>

| 医薬品区分            | 備蓄品目数<br>(令和4年11月1日) <sup>※注2</sup> | 購入金額<br>(令和4年8月<br>～10月までの合計額) | 廃棄額 <sup>注3</sup><br>(令和4年8月<br>～10月までの合計額) |
|------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| ① 調剤用医薬品         | 約 ( ) 品目                            | 約 ( ) 円                        | 約 ( ) 円                                     |
| ②1) ①のうち後発医薬品    | 約 ( ) 品目                            | 約 ( ) 円                        | 約 ( ) 円                                     |
| ②2) ①のうち先行バイオ医薬品 | 約 ( ) 品目                            | 約 ( ) 円                        | 約 ( ) 円                                     |
| ②3) ①のうちバイオ後続品   | 約 ( ) 品目                            | 約 ( ) 円                        | 約 ( ) 円                                     |

注1: 正確な金額がわからない場合は、概数でご記入ください。

注2: 令和4年11月1日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している直近月の初日の数値をご記入ください。

注3: 経時変化や陳旧化した品目等による廃棄損耗金についてもご記入ください。

|   |            |         |
|---|------------|---------|
| ③後発医薬品使用割合<新指標、数量ベース><br>※小数点以下第1位まで                  | 令和3年8月～10月 | 約 ( ) % |
|   | 令和4年8月～10月 | 約 ( ) % |
| ④カットオフ値 <sup>注4</sup> の割合 (調剤報酬算定上の数値)<br>※小数点以下第1位まで | 令和3年8月～10月 | 約 ( ) % |
|   | 令和4年8月～10月 | 約 ( ) % |

注4: カットオフ値(%)の算出式 = (後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品) ÷ 全医薬品

|   |                          |
|---|--------------------------|
| ⑤後発医薬品の採用状況について、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ           |                          |
| 1. 後発医薬品を積極的に採用                                 | 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に採用                          | 4. 後発医薬品を積極的には採用していない    |
| ⑥後発医薬品を採用する際に重視することは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○         |                          |
| 1. 後発医薬品メーカーが原薬、添加剤の製造国・製造場所を公開していること           |                          |
| 2. 後発医薬品メーカーが共同開発についての情報を公開していること               |                          |
| 3. GMP(医薬品の製造管理及び品質管理の基準)上、問題のないメーカーの製品であること    |                          |
| 4. メーカー(卸を通じたものも含む)からの情報提供が頻繁にあること              |                          |
| 5. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること                         |                          |
| 6. 大病院で採用されていること                                |                          |
| 7. 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること           |                          |
| 8. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること                      |                          |
| 9. 納品までの時間が短いこと                                 |                          |
| 10. 欠品(品切れ) <sup>注5</sup> のない会社の製品であること         |                          |
| 11. 出荷調整のない会社の製品であること                           |                          |
| 12. 供給停止や回収等の問題事例のない会社の製品であること                  |                          |
| 13. 患者からの評判が良いこと                                |                          |
| 14. 調剤がしやすい(例:容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい)こと           |                          |
| 15. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること(例:味が良い、かぶれにくいなど) |                          |
| 16. メーカーの問い合わせ窓口における対応が充実していること                 |                          |
| 17. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること                |                          |
| 18. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること                |                          |
| 19. オートライズドジェネリックであること                          |                          |
| 20. 包装の仕様としてバラ包装があること                           |                          |
| 21. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること                       |                          |
| 22. その他(具体的に: )                                 |                          |
| ⑦上記⑥の選択肢1～22のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。          |                          |

注5: 注文日を含めた供給不能期間が、平日は2～3日(遠隔地は4日)、土日を含んだ場合は2～5日(遠隔地は5～6日)以上の場合を指す。

→有床診療所の方は質問3に進んでください。

→無床診療所の方は5ページの質問4に進んでください。

【3. は有床診療所の方にお伺いします。】

3. 入院患者に対する後発医薬品（バイオ後続品を除く）の使用に関するお考えについてお伺いします。

※ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

|   | 令和3年11月1日       | 令和4年11月1日       |
|---|-----------------|-----------------|
| ①後発医薬品使用体制加算の算定状況<br>※〇は1つだけ  | 1. 算定していない      | 1. 算定していない      |
|   | 2. 後発医薬品使用体制加算1 | 2. 後発医薬品使用体制加算1 |
|   | 3. 後発医薬品使用体制加算2 | 3. 後発医薬品使用体制加算2 |
|   | 4. 後発医薬品使用体制加算3 | 4. 後発医薬品使用体制加算3 |
| ②後発医薬品の使用割合を新指標で算出するに当たって問題はありますか。 ※〇は1つだけ<br>※算出方法：後発医薬品の規格単位数量/後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 |                 |                 |
| 1. ある   |                 |                 |
| 2. ない   |                 |                 |

【前記②で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

|                                       |
|---------------------------------------|
| ②-1 具体的な問題点はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに〇 |
| 1. 薬剤情報の抽出、集計等の処理に手間がかかる              |
| 2. 算出用コードの変更が多く、修正作業が負担である            |
| 3. オーダリングシステムを導入していない                 |
| 4. その他（具体的に： _____）                   |

【質問3の対象となるすべての方にお伺いします。】

|  |                          |
|--|--------------------------|
| ③入院患者に対する後発医薬品の使用状況について、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ                              |                          |
| 1. 後発医薬品を積極的に使用  | 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用 |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に使用   | 4. 後発医薬品を積極的には使用してしない    |
| ④今後、どのような対応が進めば、診療所として、入院患者への投薬・注射における後発医薬品の使用を進めてもよいと思えますか。 ※あてはまる番号すべてに〇 |                          |
| 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底                              |                          |
| 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保   |                          |
| 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保  |                          |
| 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合  |                          |
| 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入                                       |                          |
| 6. 後発医薬品に対する患者の理解  |                          |
| 7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価  |                          |
| 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価   |                          |
| 9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示                                |                          |
| 10. 患者負担が軽減されること   |                          |
| 11. 患者からの希望が増えること  |                          |
| 12. その他（具体的に： _____）   |                          |
| 13. 特に対応は必要ない  |                          |
| ⑤上記④の選択肢1.～12.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。                                   |                          |

→外来の院外処方が5%未満の施設の方は、5ページの質問4にご回答ください。

→外来の院外処方が5%以上の施設の方は、6ページの質問5にご回答ください。

【4. は「有床診療所で外来の院外処方が5%未満の施設の方」または「無床診療所で外来の院外処方が5%未満の施設の方」にお伺いします。】

4. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品（バイオ後続品を除く）の使用に関するお考えについてお伺いします。

①外来診療時の院内投薬における後発医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。

※〇は1つだけ

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 後発医薬品を積極的に使用        | 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用 |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に使用 | 4. 後発医薬品を積極的には使用していない    |

【前記①で選択肢 1.~3.(後発医薬品を積極的に使用する)と回答した方にお伺いします。】

①-1 後発医薬品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから   | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから  | 4. 診療報酬上の評価があるから    |
| 5. 経営上のメリットがあるから        | 6. 医療費削減につながるから     |
| 7. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから | 8. その他（具体的に： _____） |

【前記①で「4.後発医薬品を積極的には使用していない」と回答した方にお伺いします。】

①-2 後発医薬品を積極的には使用していない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- |   |
|---|
| 1. 後発医薬品の品質や有効性、安全性に疑問があるから                     |
| 2. 適応症が異なるから                                    |
| 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから                           |
| 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報（ _____ ） |
| 5. 先発医薬品の薬価差益が後発医薬品の薬価差益よりも大きいから                |
| 6. 先発医薬品と後発医薬品の両方を備蓄するのは困難だから                   |
| 7. 患者が先発医薬品を希望するから                              |
| 8. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから                      |
| 9. 先発医薬品では、調剤がしやすいよう製剤上の工夫がされているから              |
| 10. その他（具体的に： _____）                            |

【質問4の対象となるすべての方にお伺いします。】

②令和4年4月以降、患者から後発医薬品の処方求められたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- |       |                  |
|-------|------------------|
| 1. ある | 2. ない →7ページの質問6へ |
|-------|------------------|

【前記②で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

②-1 前記②で後発医薬品の処方を求められた場合、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 後発医薬品を処方・調剤した                |
| 2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を処方・調剤した   |
| 3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を処方・調剤した |
| 4. 対応しなかった（理由： _____）           |
| 5. その他（具体的に： _____）             |

→7ページの質問6へ進んでください。

【5. は「有床診療所で外来の院外処方が5%以上の施設の方」または「無床診療所で院外処方が5%以上の施設の方」にお伺いします。】

5. 外来診療における処方箋発行時の状況や後発医薬品（バイオ後続品を除く）の処方に関するお考えをお伺いします。

|  |          |           |           |
|--|----------|-----------|-----------|
| ①処方箋料の算定回数 ※令和4年10月1か月間                              |          | ( ) 回     |           |
|  |          | 令和3年11月1日 | 令和4年11月1日 |
| ②一般名処方加算の算定回数  | 一般名処方加算1 | ( ) 回     | ( ) 回     |
|  | 一般名処方加算2 | ( ) 回     | ( ) 回     |
| ③施設としての後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ      |          |           |           |
| 1. 後発医薬品を積極的に処方 ※一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。 |          |           |           |
| 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方                             |          |           |           |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方                               |          |           |           |
| 4. 後発医薬品を積極的には処方していない →質問③-2へ                        |          |           |           |

【前記③で選択肢 1～3.(後発医薬品を積極的に処方する)と回答した方にお伺いします。】

③-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから   | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから  | 4. 診療報酬上の評価があるから    |
| 5. 経営上のメリットがあるから        | 6. 医療費削減につながるから     |
| 7. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから | 8. 保険薬局が信頼できるから     |
| 9. その他（具体的に： )          |                     |

【前記③で「4.後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方にお伺いします。】

③-2 後発医薬品を積極的には処方しない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

|  |
|--|
| 1. 後発医薬品の品質や有効性、安全性に疑問があるから                |
| 2. 適応症が異なるから                               |
| 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから                      |
| 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報 ( ) |
| 5. 先発医薬品の薬価差益が後発医薬品の薬価差益よりも大きいから           |
| 6. 先発医薬品と後発医薬品の両方を備蓄するのは困難だから              |
| 7. 一般名の記入がしにくいから                           |
| 8. 患者が先発医薬品を希望するから                         |
| 9. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから                 |
| 10. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから         |
| 11. その他（具体的に： )                            |

【設問5の対象となるすべての方にお伺いします。】

|   |             |           |
|---|-------------|-----------|
| ④1年前と比較して、後発医薬品の処方数(一般名処方や後発医薬品への「変更不可」としない処方箋も含みます)は、どのように変化しましたか。 ※○は1つだけ |             |           |
| 1. 多くなった  | 2. 変わらない    | 3. 少なくなった |
| ⑤令和4年4月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋を発行したことはありますか。 ※○は1つだけ                     |             |           |
| 1. ある   | 2. ない →質問⑥へ |           |



【設問5の対象となるすべての方にお伺いします。】

|                                   |                    |
|-----------------------------------|--------------------|
| ⑥現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。 ※○は1つだけ |                    |
| 1. 発行している                         | 2. 発行していない →質問⑥-3へ |

【前記⑥で「1. 発行している」と回答した方にお伺いします。】

|   |                |                 |
|---|----------------|-----------------|
| ⑥-1 2年前と比較して、一般名で記載された医薬品の処方数はどのように変化しましたか。 ※○は1つだけ |                |                 |
| 1. 多くなった  | 2. 変わらない →質問⑦へ | 3. 少なくなった →質問⑦へ |

【前記⑥-1で「1. 多くなった」と回答した方にお伺いします。】

|   |                       |
|---|-----------------------|
| ⑥-2 一般名で記載された医薬品の処方数が多くなった理由はどのようなものですか。<br>※あてはまる番号すべてに○ |                       |
| 1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから                                   | 2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから |
| 3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから                                   | 4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから |
| 5. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから                 |                       |
| 6. その他（具体的に： _____）                                       |                       |

【前記⑥で「2. 発行していない」と回答した方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ⑥-3 一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため                  |  |
| 2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため                    |  |
| 3. 処方箋が手書きのため                                 |  |
| 4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため                   |  |
| 5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため                      |  |
| 6. 手間が増えるため                                   |  |
| 7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため               |  |
| 8. その他（具体的に： _____）                           |  |
| 9. 特に理由はない                                    |  |

【設問5の対象となるすべての方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ⑦「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように保管していますか。 ※○は1つだけ |  |
| 1. カルテと共に保管している   |  |
| 2. カルテとは別に保管している  |  |
| 3. 確認はするが保管はしていない   |  |
| 4. 情報提供はあるが確認や保管を行っていない →質問⑧へ   |  |
| 5. 保険薬局から実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報を受け取ったことがない →質問⑧へ  |  |
| 6. その他（具体的に： _____） →質問⑧へ   |  |

【前記⑦で「1. カルテと共に保管している」「2. カルテとは別に保管している」「3. 確認はするが保管はしていない」と回答した方にお伺いします。】

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ⑦-1 「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように活用していますか。 ※あてはまる番号すべてに○ |                         |
| 1. 診察の際に前回の処方を確認するため   | 2. 有害事象等があった場合の原因を調べるため |
| 3. 処方薬について、患者から相談があった際に参照する  |                         |
| 4. 患者の後発医薬品に対する趣向を知るため   | 5. 薬局の調剤の傾向を知るため        |
| 6. 活用目的はなくても、情報提供があれば目を通す  |                         |
| 7. その他（具体的に： _____）  |                         |

## 【設問5の対象となるすべての方にお伺いします。】

|   |             |
|---|-------------|
| ⑧一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に、必要ですか。 ※○は1つだけ |             |
| 1. 必要である →理由( )   |             |
| 2. 必要な場合がある<br>→必要な場合の具体的な理由( )                                     |             |
| 3. 必要ではない   |             |
| 4. その他 (具体的に: )   |             |
| ⑨令和4年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は1つだけ                       |             |
| 1. ある   | 2. ない →質問⑩へ |

## 【前記⑨で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ⑨-1患者から後発医薬品の処方を求められた際、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった                         |  |
| 2. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった                         |  |
| 3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した                            |  |
| 4. 一般名で処方した   |  |
| 5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった                      |  |
| 6. 対応しなかった  |  |
| 7. その他 (具体的に: )                                     |  |

## 【設問5の対象となるすべての方にお伺いします。】

|   |                           |
|---|---------------------------|
| ⑩一般名処方による処方箋を発行した際、薬局でどのような医薬品が調剤されたかについて知りたいですか。 ※○は1つだけ                         |                           |
| 1. 全ての処方箋について知りたい   | 2. 特定の条件に該当する処方箋については知りたい |
| 3. 知りたいとは思わない   |                           |
| ⑪「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが最も望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ |                           |
| 1. 薬局から、調剤をした都度   | 2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて   |
| 3. 薬局から、特定の場合にのみ (前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等)                                   |                           |
| 4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に  | 5. 必要ない                   |
| 6. その他 (具体的に: )   |                           |
| ⑫「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ           |                           |
| 1. 主に合意した方法で行っている →質問⑫-1へ   |                           |
| 2. 保険薬局によって様々である →質問⑫-1へ  |                           |
| 3. 合意した方法はない →質問⑬へ  |                           |
| 4. その他 (具体的に: )   | →質問⑬へ                     |

## 【前記⑫で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.保険薬局によって様々である」と回答した方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| ⑫-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○       |  |
| 1. 調剤をした都度提供すること                         |  |
| 2. 原則、調剤をした都度行すが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする |  |
| 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること                 |  |
| 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること             |  |
| 5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること                  |  |
| 9. その他 (具体的に: )                          |  |

## 【設問5の対象となるすべての方にお伺いします。】

|   |                           |
|---|---------------------------|
| ⑬後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する頻度として最も多いのは何ですか。 ※○は1つだけ |                           |
| 1. 処方都度、毎回、確認している                                 | 2. 毎回ではないが、時々、確認している      |
| 3. 治療方針を変更する際に確認している                              | 4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している |
| 5. 特に確認していない                                      | 6. その他（具体的に： _____）       |

## 【6. はすべての診療所の方にお伺いします。】

## 6. 後発医薬品（バイオ後続品を除く）の使用に関するお考えについてお伺いします。

|  |                    |             |
|--|--------------------|-------------|
| ①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ |                    |             |
| 1. だいたい知っている   | 2. 少しは知っている        | 3. ほとんど知らない |
| ②厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～<平成27年2月第3版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ                    |                    |             |
| 1. 知っている（内容も見た）  | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない     |
| ③今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ   |                    |             |
| 1. ある  | 2. ない →質問④へ        |             |

## 【前記③で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| ③-1不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した           |  |
| 2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した |  |
| 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した           |  |
| 4. 使用していた後発医薬品が品切れ・製造中止となった        |  |
| 5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった          |  |
| 6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった      |  |
| 7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた          |  |
| 8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた |  |
| 9. その他（具体的に： _____）                |  |

## 【すべての方にお伺いします。】

|  |           |
|--|-----------|
| ④今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○ |           |
| 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底                  |           |
| 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保                                     |           |
| 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保  |           |
| 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合                                      |           |
| 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入                          |           |
| 6. 後発医薬品に対する患者の理解  |           |
| 7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価  |           |
| 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価                                     |           |
| 9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示                    |           |
| 10. 患者負担が軽減されること   |           |
| 11. 患者からの希望が増えること  |           |
| 12. その他（具体的に： _____）   |           |
| 13. 特に対応は必要ない  |           |
| ⑤前記④の選択肢1.～12.のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。                    |           |
| ⑥医薬品を安く調達するために、他の医療機関等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。 ※○は1つだけ          |           |
| 1. 行っている   | 2. 行っていない |



⑦貴施設の所属する地域における地域フォーミュラーの状況について教えてください。 ※〇は1つだけ  
 ※有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等(いわゆる「フォーミュラー」)を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを「地域フォーミュラー」と呼びます。

- |                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. 地域フォーミュラーが存在する           | 2. 地域フォーミュラーは存在しない  |
| 3. 地域フォーミュラーを作成中である         | 4. どのような状況であるか分からない |
| 5. 地域フォーミュラーがどのようなものかが分からない |                     |

【前記⑦で「1.地域フォーミュラーが存在する」、「3.地域フォーミュラーを作成中である」と回答した方にお伺いします。】

⑦-1. 貴施設は、地域フォーミュラーの作成・改訂に関与していますか。 ※〇は1つだけ

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 関与している | 2. 関与していない |
|-----------|------------|

【前記⑦で「2.地域フォーミュラーは存在しない」、「4.どのような状況であるか分からない」と回答した方にお伺いします。】

⑦-2. 地域フォーミュラーの必要性や地域で作成する場合の関与について教えてください。 ※〇は1つだけ

- |  |
|--|
| 1. 地域フォーミュラーの必要性を感じており、地域で作成する場合は積極的に関与したい     |
| 2. 地域フォーミュラーの必要性を感じているが、地域で作成する場合に積極的には関与したくない |
| 3. 地域フォーミュラーの必要性を感じていない                        |
| 4. 地域フォーミュラーが必要であるか分からない                       |

【すべての方にお伺いします。】

⑧後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

【7. はすべての診療所の方にお伺いします。】

7. バイオ後続品の使用に関するお考えについてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

| 先行バイオ医薬品の一般的名称 <sup>注1</sup> | 先行バイオ医薬品 販売名 |
|------------------------------|--------------|
| ソマトロピン                       | ジェノトロピン      |
| エポエチン アルファ                   | エスポー         |
| フィルグラスチム                     | グラン          |
| インフリキシマブ                     | レミケード        |
| インスリン グラルギン                  | ランタス         |
| リツキシマブ                       | リツキサソ        |
| トラスツズマブ                      | ハーセプチン       |
| エタネルセプト                      | エンブレル        |
| アガルシダーゼ ベータ                  | ファブラザイム      |
| ペバシズマブ                       | アバステン        |
| ダルベポエチン アルファ <sup>注2</sup>   | ネスプ          |
| テリバラチド                       | フォルテオ        |
| インスリン リスプロ                   | ヒューマログ       |
| アダリムマブ                       | ヒュミラ         |
| インスリン アスパルト                  | ノボラピッド       |
| ラニズマブ                        | ルセンティス       |

注1：（遺伝子組換え）を省略して記載

注2：バイオ後続品と後発バイオ医薬品のそれぞれが承認されている

①貴施設の院内(入院または院内の外来)におけるバイオ後続品の使用に関する考え方について最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

|  |
|--|
| 1. バイオ後続品が発売されているものは、積極的に使用する                |
| 2. 品質や有効性、安全性に疑問がないバイオ後続品は積極的に使用する           |
| 3. 安定供給に疑問がないバイオ後続品は積極的に使用する                 |
| 4. 品目によってはバイオ後続品を積極的に使用する                    |
| 5. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が同じ場合は積極的に使用する         |
| 6. バイオ後続品を積極的には使用していない →質問④へ                 |
| 7. バイオ医薬品(先行バイオ医薬品、バイオ後続品)の対象となる患者がいない →質問⑤へ |
| 8. その他(具体的に: _____) →質問⑤へ                    |

【②、③は前記①で選択肢 1.~5.(バイオ後続品を積極的に使用する)と回答した方にお伺いします。】

②バイオ後続品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから                  | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから      |
| 3. 診療報酬上の評価があるから                        | 4. 経営上のメリットがあるから         |
| 5. 医療費削減につながるから                         | 6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから |
| 7. いわゆるバイオAG <sup>注3</sup> であれば積極的に使用する |                          |
| 8. その他(具体的に: _____)                     |                          |

注3: 後発医薬品として承認されたバイオ医薬品(先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品)を指します。

③既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更を考慮する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから   | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから      |
| 3. 診療報酬上の評価があるから         | 4. 経営上のメリットがあるから         |
| 5. 医療費削減につながるから          | 6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから |
| 7. いわゆるバイオAGであれば積極的に使用する |                          |
| 8. その他(具体的に: _____)      |                          |

【前記①で「6.バイオ後続品を積極的には使用していない」と回答した方にお伺いします。】

④バイオ後続品を積極的には使用していない理由としてあてはまるものをお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

|  |
|--|
| 1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから                           |
| 2. バイオ後続品は、先発品(先行バイオ医薬品)と同等/同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため |
| 3. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報(_____)         |
| 4. バイオ後続品の品目が少ないから                                     |
| 5. バイオ後続品の安定供給に不安があるから                                 |
| 6. 患者への普及啓発が不足しているから                                   |
| 7. 患者の経済的メリットが小さいから                                    |
| 8. 高額療養費や公費医療費制度を利用している患者だから                           |
| 9. 院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから                            |
| 10. 在庫管理等の負担が大きいから                                     |
| 11. 先行バイオ医薬品の薬価差益がバイオ後続品の薬価差益よりも大きいから                  |
| 12. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄するのは困難だから                     |
| 13. 製造販売後調査(PMS)の手間が大きいから                              |
| 14. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから                          |
| 15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから                     |
| 16. その他(具体的に: _____)                                   |

## 【すべての方にお伺いします。】

- ⑤ 貴施設では、外来患者に対して、バイオ後続品の院外処方箋を発行していますか。 ※〇は1つだけ  
 ※バイオ後続品の院外処方箋とは、バイオ後続品の製品名又は一般的名称で処方箋を発行する場合があります。  
 なお、バイオ後続品の院外処方箋発行の対象となるバイオ製品は在宅自己注射が可能な製品であり、現在使用できるバイオ後続品は、インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤です。
1. 発行している →質問⑥へ      2. 発行していない →14ページの質問⑩へ

## 【前記⑤で「1.発行している」と回答した方にお伺いします。】

- ⑥ 発行する際、処方箋にどのように表記していますか。 ※〇は1つだけ
1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● B S 注射液 含量 会社名」）
  2. バイオ後続品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え） [●●●後続1]」）
  3. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○ [●●●後続1]」）
  4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の販売名で処方
  5. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の一般的名称で処方（「○○○（遺伝子組換え）」）
  6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
- ⑦ バイオ後続品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに〇
1. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、予め合意した方法で情報提供を受けること
  2. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、合意方法や頻度によらず情報提供を受けること
  3. 患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと
  4. 患者に対して、バイオ後続品の普及啓発を行うこと
  5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

## 【⑧、⑨は前記⑥で選択肢 2.3.5.(一般的名称で処方)を選んだ方にお伺いします。】

- ⑧ バイオ医薬品を一般名処方で処方する理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇
1. 一般名処方加算のため
  2. バイオ後続品導入初期加算のため
  3. 電子カルテで一般名が選択できるシステムになっているから
  4. 薬局薬剤師もデバイスについて患者の好みを確認し、医師に情報提供すべきだから
  5. 薬局薬剤師がバイオ後続品と先行バイオ医薬品のどちらを選択するかは患者の意向を確認し、医師に情報提供すべきだから
  6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
- ⑨ バイオ後続品の一般名処方として望ましい表記はどれですか。 ※あてはまる番号すべてに〇
1. バイオ後続品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え） [●●●後続1]」）
  2. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○ [●●●後続1]」）
  3. 先行品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）」）
  4. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

## 【前記⑤で「1.発行している」と回答した方にお伺いします。】

- ⑩ 令和4年診療報酬改定で外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、貴施設におけるバイオ後続品の使用件数が増えましたか。 ※〇は1つだけ
1. はい      2. いいえ      3. わからない

【前記⑤で「2.発行していない」と回答した方にお伺いします。】

| ⑪一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |
|--|--|
| 1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため               |  |
| 2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため                 |  |
| 3. 処方箋が手書きのため                              |  |
| 4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため                |  |
| 5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため                   |  |
| 6. 手間が増えるため                                |  |
| 7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため            |  |
| 8. その他（具体的に： _____）                        |  |
| 9. 特に理由はない                                 |  |

【すべての方にお伺いします。】

| ⑫令和4年8月～10月のバイオ医薬品の処方件数について対象医薬品ごとにそれぞれご回答ください。<br>※先行バイオ医薬品とバイオ後続品に分けてご回答ください |            |          |
|--|------------|----------|
|  | A.先行バイオ医薬品 | B.バイオ後続品 |
| A. インスリン製剤   | ( ) 件      | ( ) 件    |
| B. ヒト成長ホルモン剤   | ( ) 件      | ( ) 件    |
| C. 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤   | ( ) 件      | ( ) 件    |
| D. エタネルセプト製剤   | ( ) 件      | ( ) 件    |
| E. テリパラチド製剤  | ( ) 件      | ( ) 件    |
| F. アダリムマブ製剤  | ( ) 件      | ( ) 件    |

| ⑬令和4年8月～10月における以下の診療報酬の算定の有無・件数についてご回答ください。 |                     |         |        |
|---|---------------------|---------|--------|
|   | 1)算定の有無 ※それぞれ○は1つだけ |         | 2)算定件数 |
| A. 在宅自己注射指導管理料における<br>バイオ後続品導入初期加算          | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| B. 外来化学療法加算1における<br>バイオ後続品導入初期加算            | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| C. 外来化学療法加算2における<br>バイオ後続品導入初期加算            | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| D. 外来腫瘍化学療法診療料1における<br>バイオ後続品導入初期加算         | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| E. 外来腫瘍化学療法診療料2における<br>バイオ後続品導入初期加算         | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |

**⑭ バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○**

|                                      |              |                   |               |
|--------------------------------------|--------------|-------------------|---------------|
| 1. インスリン製剤                           | 2. ヒト成長ホルモン剤 | 3. エタネルセプト製剤      | 4. テリパラチド製剤   |
| 5. リツキシマブ製剤                          | 6. トラスツズマブ製剤 | 7. ベバシズマブ製剤       | 8. インフリキシマブ製剤 |
| 9. アダリムマブ製剤                          | 10. ラニビズマブ製剤 | 11. アガルシダーゼ ベータ製剤 |               |
| 12. バイオ後続品の採用状況の差は、医薬品ごとにあまりない →質問⑰へ |              |                   |               |
| 13. バイオ後続品を採用していない →質問⑰へ             |              |                   |               |

**【前記⑭で選択肢 1.から11を選んだ方にお伺いします。】**

**⑮ バイオ後続品への置換が進んでいない理由は何ですか。**  
 前記⑭で選択した医薬品のうち特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ選び、それぞれ理由をA～Hから選択してください。 ※選択した各医薬品について、それぞれあてはまる番号(A～H)すべてに○

|   | 1つ目 | 2つ目 | 3つ目 |
|---|-----|-----|-----|
| 特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ記載→<br>(前記⑭の選択肢1.～11.から選択して記入) |     |     |     |
| A 診療報酬上の評価が十分ではないから                               | A   | A   | A   |
| B 対象の注射薬が対象となる患者が少ないから                            | B   | B   | B   |
| C 患者負担があまり軽減されないから                                | C   | C   | C   |
| D バイオ後続品の品目数が少ないから                                | D   | D   | D   |
| E バイオ後続品の安定供給に不安があるから                             | E   | E   | E   |
| F バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから                           | F   | F   | F   |
| G 先行バイオ医薬品との適応症の差があるから                            | G   | G   | G   |
| H その他(具体的に: )                                     | H   | H   | H   |

**【前記⑮で選択肢A「診療報酬上の評価が十分ではないから」を選んだ方にお伺いします。】**

**⑯ 前記⑮の選択肢A「診療報酬上の評価が十分ではないから」の中であてはまる理由は何ですか。**  
 ※あてはまる番号すべてに○

|                                   | 1つ目 | 2つ目 | 3つ目 |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|
| 前記⑮において選択した医薬品について回答ください→         |     |     |     |
| A-1 加算点数が少ないから                    | A-1 | A-1 | A-1 |
| A-2 算定要件がわからないから                  | A-2 | A-2 | A-2 |
| A-3 算定要件が厳しいから                    | A-3 | A-3 | A-3 |
| A-4 初回処方日の属する月から逆算して3カ月しか算定できないから | A-4 | A-4 | A-4 |
| A-5 月1回しか算定できないから                 | A-5 | A-5 | A-5 |

**【すべての方にお伺いします。】**

**⑰ 今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1. 診療報酬上の評価                    | 2. より患者負担が軽減されること                                |
| 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知 | 5. バイオ後続品企業からの情報提供                               |
| 4. 国からの国民への啓発と患者の理解            | 6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備 |
| 7. バイオ後続品の品目数が増えること            | 8. バイオ後続品の供給がより安定すること                            |
| 9. バイオ後続品の在庫の負担軽減              | 10. 医療機関に対する経営的メリットがあること                         |
| 11. その他(具体的に: )                |  |
| 12. バイオ後続品を使用する必要はない           |  |

## 【8. はすべての診療所の方にお伺いします。】

## 8. 後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

|  |          |         |
|--|----------|---------|
| ①1年前と比較して後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。 ※○は1つだけ       |          |         |
| 1. 改善した  | 2. 変わらない | 3. 悪化した |
| ②現在(令和4年11月1日)において、後発医薬品の処方割合に変化はありましたか。 ※○は1つだけ |          |         |
| 1. 後発医薬品の処方割合がかなり減った                             |          |         |
| 2. 後発医薬品の処方割合がやや減った                              |          |         |
| 3. 後発医薬品の処方割合の変化はほとんどなかった                        |          |         |
| 4. 後発医薬品の処方割合が増えた                                |          |         |
| 5. わからない   |          |         |

【前記②で「1. 後発医薬品の処方割合がかなり減った」「2. 後発医薬品の処方割合がやや減った」と回答した方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ③後発医薬品の処方割合が減った理由は何ですか。 ※最も影響の大きい項目を選んで○  |  |
| 1. 患者（家族含む）が先発医薬品を希望した                    |  |
| 2. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるので処方を減らした |  |
| 3. 後発医薬品メーカーや卸による安定供給体制が整わないので処方を減らした     |  |
| 4. 後発医薬品の在庫が無い、あるいは入庫（入手）できないので先発医薬品に変更した |  |
| 5. その他（具体的に： _____ )                      |  |

【すべての方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| ④後発医薬品の供給不安に関する対応として、どのようなことを行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った                        |  |
| 2. 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った                      |  |
| 3. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った          |  |
| 4. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った           |  |
| 5. 後発医薬品使用に関する患者の意向を把握または確認する頻度を増やした               |  |
| 6. 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った                   |  |
| 7. 後発医薬品の品質や安全性に関する情報収集を行った                        |  |
| 8. 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った                    |  |
| 9. 保険薬局と在庫状況や使用に関する情報交換を行った                        |  |
| 10. その他（具体的に： _____ )                              |  |

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。  
 お手数をおかけいたしますが、令和●年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、  
 お近くのポストに投函してください。

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査**  
**病院票**

※この**病院票**は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の採用状況やお考えについてお伺いするものですが、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、令和4年11月1日現在の状況についてご記入ください。

※数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい。

※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。

## 0. ご回答者についてお伺いします。

|             |            |            |                |        |          |
|-------------|------------|------------|----------------|--------|----------|
| ①性別 ※○は1つだけ | 1. 男性      | 2. 女性      |                |        |          |
| ②年代 ※○は1つだけ | 1. 20代以下   | 2. 30代     | 3. 40代         | 4. 50代 | 5. 60代以上 |
| ③職種 ※○は1つだけ | 1. 開設者・管理者 | 2. 薬剤部門責任者 | 3. その他(具体的に: ) |        |          |

## 1. 貴施設の状況についてお伺いします(令和4年11月1日現在)。

|                            |            |           |       |             |
|----------------------------|------------|-----------|-------|-------------|
| ①所在地                       | ( )都・道・府・県 |           |       |             |
| ②開設者 <sup>注1</sup> ※○は1つだけ | 1. 国       | 2. 公立     | 3. 公的 | 4. 社会保険関係団体 |
|                            | 5. 医療法人    | 6. その他の法人 | 7. 個人 |             |

注1: 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)

公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)

公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)

社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)

医療法人(社会医療法人は含まない)

その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人)

|                      |                     |                     |               |                |
|----------------------|---------------------|---------------------|---------------|----------------|
| ③開設年                 | 西暦( )年              |                     |               |                |
| ④標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科 <sup>注2</sup> | 2. 外科 <sup>注3</sup> | 3. 精神科        | 4. 小児科         |
|                      | 5. 皮膚科              | 6. 泌尿器科             | 7. 産婦人科・産科    | 8. 眼科          |
|                      | 9. 耳鼻咽喉科            | 10. 放射線科            | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |
|                      | 13. 麻酔科             | 14. 救急科             | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |
|                      | 17. その他(具体的に: )     |                     |               |                |

注2 内科、腎臓内科、血液内科、リウマチ内科、糖尿病内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、感染症内科、アレルギー内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

注3 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

## 【前記④で「1.内科」と回答した方にお伺いします。】

|                         |          |           |             |
|-------------------------|----------|-----------|-------------|
| ④-1 内科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○ |          |           |             |
| 1. 腎臓内科                 | 2. 血液内科  | 3. リウマチ内科 | 4. 糖尿病内科    |
| 5. 消化器内科                | 6. 呼吸器内科 | 7. 循環器内科  | 8. 1~7に該当なし |

## 【前記④で「2.外科」と回答した方にお伺いします。】

|                         |           |         |             |
|-------------------------|-----------|---------|-------------|
| ④-2 外科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○ |           |         |             |
| 1. 呼吸器外科                | 2. 心臓血管外科 | 3. 乳腺外科 | 4. 気管食道外科   |
| 5. 消化器外科                | 6. 肛門外科   | 7. 小児外科 | 8. 1~7に該当なし |

## 【すべての方にお伺いします。】

|                                    |  |             |                   |
|------------------------------------|--|-------------|-------------------|
| ⑤DPC対応 ※○は1つだけ                     | 1. DPC 対象病院                                      | 2. DPC 準備病院 | 3. DPC対象病院・準備病院以外 |
| ⑥オーダーリングシステムの導入状況<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 一般名処方に対応できるオーダーリングシステムを導入している                 |             |                   |
|                                    | 2. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している                |             |                   |
|                                    | 3. バイオ後続品 <sup>注4</sup> が表示されるオーダーリングシステムを導入している |             |                   |
|                                    | 4. オーダーリングシステムを導入している（上記 1, 2, 3の機能はない）          |             |                   |
|                                    | 5. オーダーリングシステムを導入していない                           |             |                   |
| ⑦外来の院内・院外処方の割合                     | 院内処方（ ）%+院外処方（ ）%=100% <sup>注5</sup>             |             |                   |
| ⑧特定入院料の状況<br>※貴施設で算定しているものすべてに○    | 1. 回復期リハビリテーション病棟入院料                             |             | 2. 地域包括ケア病棟入院料    |
|                                    | 3. 救命救急入院料                                       |             | 4. 特定集中治療室管理料     |
|                                    | 5. 小児入院医療管理料                                     |             |                   |
|                                    | 6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料（精神科救急入院料等）       |             |                   |
|                                    | 7. いずれも算定していない                                   |             |                   |
|                                    | 1) 一般病床（ ）床                                      |             | 2) 療養病床（ ）床       |
|                                    | 3) 精神病床（ ）床                                      |             | 4) 結核病床（ ）床       |
| 5) 感染症病床（ ）床                       |  | 6) 合計（ ）床   |                   |
| ⑨許可病床数 <sup>注6</sup>               |  |             |                   |
| ⑩医師数(常勤換算) ※注7 ※小数点第一位まで           | ( ) 人  |             |                   |
| ⑪薬剤師数(常勤換算) ※注7 ※小数点第一位まで          | ( ) 人  |             |                   |
| ⑪-1薬剤師のうち、病棟専任の薬剤師数                | ( ) 人  |             |                   |

注4：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

注5：算定回数ベースにて整数でご記入ください。正確な数がわからない場合は概数でご記入ください。

例えば、院内投薬のみの場合は、院内処方に「100」を、院外処方に「0」をご記入ください。また、院外処方のみ場合は、「院内処方」に「0」を、「院外処方」に「100」をご記入ください。

注6：回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等の病床数は、医療法上の一般病床・療養病床の該当区分欄にその病床数も含めてご記入ください。

療養病床には介護療養病床も含めてください。

注7：貴施設の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点以下第2位を四捨五入）でご記入ください。

（例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の非常勤職員が1人いる場合  
非常勤職員数(常勤換算) = (5時間 × 4日 × 1人) ÷ 40時間(週所定労働時間) = 0.5人

|                         | 令和3年8月～10月の月平均値 | 令和4年8月～10月の月平均値 |       |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| ⑫外来患者延数                 | ( ) 人/月         | ( ) 人/月         |       |
| ⑬在院患者延数                 | ( ) 人/月         | ( ) 人/月         |       |
| ⑭処方箋料の算定回数 ※令和4年10月1か月間 | ( ) 回           |                 |       |
|                         | 令和3年10月1か月間     | 令和4年10月1か月間     |       |
| ⑮一般名処方加算の算定回数           | 一般名処方加算1        | ( ) 回           | ( ) 回 |
|                         | 一般名処方加算2        | ( ) 回           | ( ) 回 |

## 【前記⑮で令和3年と比べ、令和4年の一般名処方加算の算定回数が増えた方にお伺いします。】

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
| ⑮-1一般名処方加算の算定回数が増えた理由はどのようなものですか。<br>※あてはまる番号すべてに○ |                       |  |
| 1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから                            | 2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから |  |
| 3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから                            | 4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから |  |
| 5. オーダーリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから         |                       |  |
| 6. その他（具体的に： )                                     |                       |  |



【すべての方にお伺いします。】

|   | 令和3年11月1日       | 令和4年11月1日       |
|---|-----------------|-----------------|
| ⑯後発医薬品使用体制加算の算定状況<br>※〇は1つだけ  | 1. 算定していない      | 1. 算定していない      |
|   | 2. 後発医薬品使用体制加算1 | 2. 後発医薬品使用体制加算1 |
|   | 3. 後発医薬品使用体制加算2 | 3. 後発医薬品使用体制加算2 |
|   | 4. 後発医薬品使用体制加算3 | 4. 後発医薬品使用体制加算3 |
| ⑰後発医薬品調剤割合（診療報酬算定上の数値）  | 令和3年8月～10月      | 約（ ）%           |
|   | 令和4年8月～10月      | 約（ ）%           |
| ⑱カットオフ値の割合（診療報酬算定上の数値）<br>※（後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品）÷ 全医薬品                                    | 令和3年8月～10月      | 約（ ）%           |
|   | 令和4年8月～10月      | 約（ ）%           |
| ⑲供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用（令和4年11月1日時点）   | 1. あり           | 2. なし           |
| ⑳後発医薬品の使用割合を新指標で算出するに当たって問題はありますか。 ※〇は1つだけ<br>※算出方法：後発医薬品の規格単位数量/後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 | 1. ある           | 2. ない           |

【前記⑳で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

|                                       |
|---------------------------------------|
| ⑳-1 具体的な問題点はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに〇 |
| 1. 薬剤情報の抽出、集計等の処理に手間がかかる              |
| 2. 算出用コードの変更が多く、修正作業が負担である            |
| 3. オーダリングシステムを導入していない                 |
| 4. その他（具体的に： _____）                   |

2. 貴施設における後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。

|   |                          |
|---|--------------------------|
| ①後発医薬品の採用状況について、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ           |                          |
| 1. 後発医薬品を積極的に採用                                 | 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に採用                          | 4. 後発医薬品を積極的には採用していない    |
| ②後発医薬品を採用する際に重視することは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇         |                          |
| 1. 後発医薬品メーカーが原薬、添加剤の製造国・製造場所を公開していること           |                          |
| 2. 後発医薬品メーカーが共同開発についての情報を公開していること               |                          |
| 3. GMP（医薬品の製造管理及び品質管理の基準）上、問題のないメーカーの製品であること    |                          |
| 4. メーカー（卸を通じたものも含む）からの情報提供が頻繁にあること              |                          |
| 5. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること                         |                          |
| 6. 大病院で採用されていること                                |                          |
| 7. 近隣の保険医療機関（病院・診療所）で採用されている処方銘柄であること           |                          |
| 8. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること                      |                          |
| 9. 納品までの時間が短いこと                                 |                          |
| 10. 欠品（品切れ） <sup>注1</sup> のない会社の製品であること         |                          |
| 11. 出荷調整のない会社の製品であること                           |                          |
| 12. 供給停止や回収等の問題事例のない会社の製品であること                  |                          |
| 13. 患者からの評判が良いこと                                |                          |
| 14. 調剤がしやすい（例：容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい）こと           |                          |
| 15. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること（例：味が良い、かぶれにくいなど） |                          |
| 16. メーカーの問い合わせ窓口における対応が充実していること                 |                          |
| 17. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること                |                          |
| 18. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること                |                          |
| 19. オートライズドジェネリックであること                          |                          |
| 20. 包装の仕様としてバラ包装があること                           |                          |
| 21. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること                       |                          |
| 22. その他（具体的に： _____）                            |                          |
| ③上記②の選択肢1～22のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。          |                          |

注1：注文日を含めた供給不能期間が、平日は2～3日（遠隔地は4日）、土日を含んだ場合は2～5日（遠隔地は5～6日）以上の場合を指す。

【すべての方にお伺いします。】

④貴施設における後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。  
 ※金額を記入する設問では、1000円未満は切り捨て（例：10万4552円 ⇒ 104,000円）  
 ※正確な金額がわからない場合は、概数でご記入ください。

| 医薬品区分             | 備蓄品目数<br>(令和4年11月1日)※注2 | 購入金額<br>(令和4年8月～10月までの合計額) | 廃棄額 <sup>注3</sup><br>(令和4年8月～10月までの合計額) |
|-------------------|-------------------------|----------------------------|---|
| 1)調剤用医薬品          | 約 ( ) 品目                | 約 ( ) 円                    | 約 ( ) 円                                 |
| 2)上記1)のうち後発医薬品    | 約 ( ) 品目                | 約 ( ) 円                    | 約 ( ) 円                                 |
| 3)上記1)のうち先行バイオ医薬品 | 約 ( ) 品目                | 約 ( ) 円                    | 約 ( ) 円                                 |
| 4)上記1)のうちバイオ後続品   | 約 ( ) 品目                | 約 ( ) 円                    | 約 ( ) 円                                 |

注2：令和4年11月1日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している直近月の初日の数値をご記入ください。

注3：経時変化や陳旧化した品目等による廃棄損耗金についてもご記入ください。

⑤前記④1)調剤用医薬品および④2)後発医薬品の備蓄品目数の内訳についてお伺いします。  
 ※令和4年11月1日時点 ※正確な品目数がわからない場合は、概数でご記入ください。

|       | 全医薬品     | うち、後発医薬品 |
|-------|----------|----------|
| 1)内服薬 | 約 ( ) 品目 | 約 ( ) 品目 |
| 2)外用薬 | 約 ( ) 品目 | 約 ( ) 品目 |
| 3)注射薬 | 約 ( ) 品目 | 約 ( ) 品目 |
| 4)合計  | 約 ( ) 品目 | 約 ( ) 品目 |

⑥後発医薬品使用割合 <新指標、数量ベース> についてお伺いします。  
 ※令和3年8月～10月、令和4年8月～10月 ※小数点以下第1位まで  
 ※(1か月間に調剤した後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量) ÷ (1か月間に調剤した後発医薬品ありの先発医薬品と後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量) × 100 (%)

|      |      | 8月      | 9月      | 10月     |
|------|------|---------|---------|---------|
| 1)外来 | 令和3年 | ( . ) % | ( . ) % | ( . ) % |
|      | 令和4年 | ( . ) % | ( . ) % | ( . ) % |
| 2)入院 | 令和3年 | ( . ) % | ( . ) % | ( . ) % |
|      | 令和4年 | ( . ) % | ( . ) % | ( . ) % |

【3. は院外処方箋を発行している施設の方にお伺いします。】

※院外処方箋を発行していない施設の方は6ページの質問4. ①へお進みください。

3. 外来診療における処方箋発行時の状況や後発医薬品の採用（バイオ後続品を除く）に関するお考えをお伺いします。

【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

①外来患者に院外処方する場合の後発医薬品の採用状況について、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 後発医薬品を積極的に採用        | 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に採用 | 4. 後発医薬品を積極的に採用していない     |

【前記①で選択肢1～3(積極的に採用することがある)を選択した方にお伺いします。】

①-1 施設として後発医薬品を積極的に採用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから   | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから  | 4. 診療報酬上の評価があるから    |
| 5. 経営上のメリットがあるから        | 6. 医療費削減につながるから     |
| 7. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから | 8. 保険薬局が信頼できるから     |
| 9. その他(具体的に: )          |                     |

【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ②現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。 ※〇は1つだけ |            |
| 1. 発行している →質問③へ                   | 2. 発行していない |

【前記②で「2. 発行していない」と回答した方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ②-1 一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇 |  |
| 1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため                  |  |
| 2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため                    |  |
| 3. 処方箋が手書きのため                                 |  |
| 4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため                   |  |
| 5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため                      |  |
| 6. 手間が増えるため                                   |  |
| 7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため               |  |
| 8. その他（具体的に： _____）                           |  |
| 9. 特に理由はない                                    |  |

【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| ③「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが最も望ましいと思いますか。 ※〇は1つだけ |                             |
| 1. 薬局から、調剤をした都度   | 2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて     |
| 3. 薬局から、特定の場合にのみ（前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等）                                    |                             |
| 4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に  | 5. 必要ない                     |
| 6. その他（具体的に： _____）   |                             |
| ④「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。 ※〇は1つだけ           |                             |
| 1. 主に合意した方法で行っている   | 2. 保険薬局によって様々である            |
| 3. 合意した方法はない →質問5.①へ  | 4. その他（具体的に： _____） →質問5.①へ |

【前記④で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.保険薬局によって様々である」と回答した方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| ④-1 その方法はどのようなものですか ※あてはまる番号すべてに〇      |  |
| 1. 調剤をした都度提供すること                       |  |
| 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と内容であった場合には連絡しないとする |  |
| 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること               |  |
| 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること           |  |
| 5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること                |  |
| 9. その他（具体的に： _____）                    |  |

→6ページの質問5. ①にお進みください。

## 【4. は院外処方箋を発行していない施設の方にお伺いします。】

## 4. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品（バイオ後続品を除く）の採用に関するお考えについてお伺いします。

【院外処方箋を発行していないすべての方にお伺いします。】

| ①外来診療時の院内投薬における後発医薬品の採用状況について、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ |                          |
|---|--------------------------|
| 1. 後発医薬品を積極的に採用                                     | 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に採用                              | 4. 後発医薬品を積極的には採用していない    |

【前記①で選択肢1～3(積極的に採用)を選択した方にお伺いします。】

| ①-1 施設として後発医薬品を積極的に採用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |                     |
|--|---------------------|
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから                              | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから                             | 4. 診療報酬上の評価があるから    |
| 5. 経営上のメリットがあるから                                   | 6. 医療費削減につながるから     |
| 7. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから                            | 8. その他（具体的に： )      |

→質問5. ①にお進みください。

## 【5. はすべての施設の方にお伺いします。】

## 5. 入院患者に対する後発医薬品（バイオ後続品を除く）の採用に関するお考えについてお伺いします。

※ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

| ①入院患者に対する後発医薬品の採用状況として、最も近いものをお選びください。 ※○は1つだけ                           |                          |
|--|--------------------------|
| 1. 後発医薬品を積極的に採用  | 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に採用   | 4. 後発医薬品を積極的には採用していない    |
| ②今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射における後発医薬品の採用を進めてもよいと思いますか ※あてはまる番号すべてに○ |                          |
| 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底                            |                          |
| 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保   |                          |
| 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保  |                          |
| 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合  |                          |
| 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入                                    |                          |
| 6. 後発医薬品に対する患者の理解  |                          |
| 7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価  |                          |
| 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価   |                          |
| 9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示                              |                          |
| 10. 患者負担が軽減されること   |                          |
| 11. 患者からの希望が増えること  |                          |
| 12. その他（具体的に： )  |                          |
| 13. 特に対応は必要ない  |                          |
| ③前記②の選択肢1～12のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。                                |                          |

## 6. バイオ後続品の採用に関するお考えについてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

| 先行バイオ医薬品の一般的名称 <sup>注1</sup> | 先行バイオ医薬品 販売名 |
|------------------------------|--------------|
| ソマトロピン                       | ジェノトロピン      |
| エポエチン アルファ                   | エスポー         |
| フィルグラスチム                     | グラン          |
| インフリキシマブ                     | レミケード        |
| インスリン グラルギン                  | ランタス         |
| リツキシマブ                       | リツキサン        |
| トラスツズマブ                      | ハーセプチン       |
| エタネルセプト                      | エンブレル        |
| アガルシダーゼ ベータ                  | ファブラザイム      |
| ベバシズマブ                       | アバスチン        |
| ダルベポエチン アルファ <sup>注2</sup>   | ネスプ          |
| テリバラチド                       | フォルテオ        |
| インスリン リスプロ                   | ヒューマログ       |
| アダリムマブ                       | ヒュミラ         |
| インスリン アスパルト                  | ノボラピッド       |
| ラニズマブ                        | ルセンティス       |

注1：（遺伝子組換え）を省略して記載

注2： バイオ後続品と、いわゆるバイオAGのそれぞれが承認されている

### 【すべての方にお伺いします。】

①貴施設でのバイオ後続品の採用に関する考え方について最も近いものをお選びください。 ※○は1つだけ

1. バイオ後続品が発売されているものは、積極的に採用する
2. 品質や有効性、安全性に疑問がないバイオ後続品は積極的に採用する
3. 安定供給に疑問がないバイオ後続品は積極的に採用する
4. 品目によってはバイオ後続品を積極的に採用する
5. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が同じ場合は積極的に採用する
6. バイオ後続品を積極的には採用していない →質問③へ
7. バイオ医薬品（先行バイオ医薬品、バイオ後続品）の対象となる患者がいらない →質問④へ
8. その他（具体的に： \_\_\_\_\_） →質問④へ

### 【前記①で選択肢 1.～5.(バイオ後続品を積極的に採用する)と回答した方にお伺いします。】

②バイオ後続品を積極的に採用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1. 医師がバイオ後続品の採用を希望するから   | 2. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから                  |
| 3. 患者の経済的負担が軽減できるから      | 4. 診療報酬上の評価があるから                        |
| 5. 経営上のメリットがあるから         | 6. 医療費削減につながるから                         |
| 7. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから | 8. いわゆるバイオAG <sup>注3</sup> であれば積極的に採用する |
| 9. その他（具体的に： _____）      |   |

注3：後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を指します。



## 【⑦、⑧は前記⑤で選択肢 2.3.5.(一般的名称で処方)を選んだ方にお伺いします。】

⑦バイオ医薬品を一般名処方で処方する理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 一般名処方加算のため
2. バイオ後続品導入初期加算のため
3. 電子カルテで一般名が選択できるシステムになっているから
4. 薬局薬剤師もデバイスについて患者の好みを確認し、医師に情報提供すべきだから
5. 薬局薬剤師がバイオ後続品と先行バイオ医薬品のどちらを選択するかは患者の意向を確認し、医師に情報提供すべきだから
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

⑧バイオ後続品の一般名処方として望ましい表記はどれですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. バイオ後続品の一般的名称（「〇〇〇（遺伝子組換え）【●●●後続1】」）
2. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「〇〇〇【●●●後続1】」）
3. 先行品の一般的名称（「〇〇〇（遺伝子組換え）」）
4. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

## 【前記④で「1.発行している」と回答した方にお伺いします。】

⑨令和4年度診療報酬改定で外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、貴施設におけるバイオ後続品の使用件数が増えましたか。 ※※○は1つだけ

1. はい
2. いいえ
3. わからない

## 【前記④で「2.発行していない」と回答した方にお伺いします。】

⑩一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
8. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
9. 特に理由はない

## 【すべての方にお伺いします。】

⑪令和4年8月～10月のバイオ医薬品の処方件数について対象医薬品ごとにそれぞれご回答ください。

※先行バイオ医薬品とバイオ後続品に分けてご回答ください

|                    | A.先行バイオ医薬品 | B.バイオ後続品 |
|--------------------|------------|----------|
| A. インスリン製剤         | ( ) 件      | ( ) 件    |
| B. ヒト成長ホルモン剤       | ( ) 件      | ( ) 件    |
| C. 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤 | ( ) 件      | ( ) 件    |
| D. エタネルセプト製剤       | ( ) 件      | ( ) 件    |
| E. テリパラチド製剤        | ( ) 件      | ( ) 件    |
| F. アダリムマブ製剤        | ( ) 件      | ( ) 件    |

⑫令和4年8月～10月における以下の診療報酬の算定の有無・件数についてご回答ください。

|                                     | 1)算定の有無 ※それぞれ○は1つだけ |         | 2)算定件数 |
|-------------------------------------|---------------------|---------|--------|
| A. 在宅自己注射指導管理料における<br>バイオ後続品導入初期加算  | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| B. 外来化学療法加算1における<br>バイオ後続品導入初期加算    | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| C. 外来化学療法加算2における<br>バイオ後続品導入初期加算    | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| D. 外来腫瘍化学療法診療料1における<br>バイオ後続品導入初期加算 | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |
| E. 外来腫瘍化学療法診療料2における<br>バイオ後続品導入初期加算 | 1. 算定あり             | 2. 算定なし | ( ) 件  |

⑬バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品についてご回答ください。  
※置換が進んでいない医薬品としてあてはまる番号すべてに○

|                                |              |                   |               |
|--------------------------------|--------------|-------------------|---------------|
| 1. インスリン製剤                     | 2. ヒト成長ホルモン剤 | 3. エタネルセプト製剤      | 4. テリパラチド製剤   |
| 5. リツキシマブ製剤                    | 6. トラスツズマブ製剤 | 7. ベバシズマブ製剤       | 8. インフリキシマブ製剤 |
| 9. アダリムマブ製剤                    | 10. ラニビズマブ製剤 | 11. アガルシダーゼ ベータ製剤 |               |
| 12. バイオ後続品の採用状況の差は、医薬品ごとにあまりない |              |                   |               |
| 13. バイオ後続品を採用していない             |              |                   |               |

【前記⑬で選択肢 1.から11を選んだ方にお伺いします。】

⑭バイオ後続品への置換が進んでいない理由は何ですか。

前記⑬で選択した医薬品のうち特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ選び、それぞれ理由をA～Hから選択してください。 ※選択した各医薬品について、それぞれあてはまる番号(A～H)すべてに○

|   | 1つ目 | 2つ目 | 3つ目 |
|---|-----|-----|-----|
| 特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ記載→<br>(前記⑬の選択肢1.～11.から選択して記入) |     |     |     |
| A 診療報酬上の評価が十分ではないから                               | A   | A   | A   |
| B 対象の注射薬が対象となる患者がいらないから                           | B   | B   | B   |
| C 患者負担があまり軽減されないから                                | C   | C   | C   |
| D バイオ後続品の品目数が少ないから                                | D   | D   | D   |
| E バイオ後続品の安定供給に不安があるから                             | E   | E   | E   |
| F バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから                           | F   | F   | F   |
| G 先行バイオ医薬品との適応症の差があるから                            | G   | G   | G   |
| H その他(具体的に: )                                     | H   | H   | H   |





【すべての方にお伺いします。】

|  |  |  |
|--|--|--|
| ④後発医薬品の供給不安に関する対応として、どのようなことを行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |  |
| 1.   | 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った               |  |
| 2.   | 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った             |  |
| 3.   | 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った |  |
| 4.   | 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った  |  |
| 5.   | 後発医薬品使用に関する患者の意向を把握または確認する頻度を増やした      |  |
| 6.   | 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った          |  |
| 7.   | 後発医薬品の品質や安全性に関する情報収集を行った               |  |
| 8.   | 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った           |  |
| 9.   | 保険薬局と在庫状況や使用に関する情報交換を行った               |  |
| 10.  | その他（具体的に： _____ )                      |  |

## 8. 後発医薬品の採用に関するお考えについてお伺いします。

【すべての方にお伺いします。】

|  |           |             |             |
|--|-----------|-------------|-------------|
| ①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(旧薬事法)」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ(例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど)が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ |           |             |             |
| 1.   | だいたい知っている | 2. 少しは知っている | 3. ほとんど知らない |
| ②今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ   |           |             |             |
| 1.   | ある        | 2. ない →質問③へ |             |

【前記②で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

|                                    |                                 |  |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| ②-1不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |                                 |  |
| 1.                                 | 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した           |  |
| 2.                                 | 先発医薬品との使用感(味、色、剤形、粘着力等)の違いを経験した |  |
| 3.                                 | 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した           |  |
| 4.                                 | 使用していた後発医薬品が品切れ・製造中止となった        |  |
| 5.                                 | メーカーから必要な情報が公開されていなかった          |  |
| 6.                                 | メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった      |  |
| 7.                                 | 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた          |  |
| 8.                                 | 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた |  |
| 9.                                 | その他（具体的に： _____ )               |  |

【すべての方にお伺いします。】

|   |                           |                       |  |
|---|---------------------------|-----------------------|--|
| ③医薬品を安く調達するために、他の医療機関等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。 ※○は1つだけ   |                           |                       |  |
| 1.  | 行っている                     | 2. 行っていない             |  |
| ④貴施設では、医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等(いわゆる「フォーミュラリー」)を定めていますか。 ※○は1つだけ                                |                           |                       |  |
| 1.  | 定めている                     | 2. 今は定めていないが、定める予定がある |  |
| 3.  | 定めていない(定める予定もない)          | 4. その他(具体的に： _____ )  |  |
| ⑤貴施設の所属する地域における地域フォーミュラリーの状況について教えてください。 ※○は1つだけ<br>※「フォーミュラリー」を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを「地域フォーミュラリー」と呼びます。 |                           |                       |  |
| 1.  | 地域フォーミュラリーが存在する           | 2. 地域フォーミュラリーは存在しない   |  |
| 3.  | 地域フォーミュラリーを作成中である         | 4. どのような状況であるか分からない   |  |
| 5.  | 地域フォーミュラリーがどのようなものかが分からない |                       |  |

|  |              |                |             |           |
|--|--------------|----------------|-------------|-----------|
| ⑥定めている(予定含む)フォーミュラーまたは地域フォーミュラーは、バイオシミラーを含んでいますか。<br>※○は1つだけ |              |                |             |           |
|  | 1. はい(含んでいる) | 2. いいえ(含んでいない) | 3. わからない・未定 | 4. 定めていない |
| A フォーミュラー  | 1            | 2              | 3           | 4         |
| B 地域フォーミュラー  | 1            | 2              | 3           | 4         |

【フォーミュラーまたは地域フォーミュラーを定めている(定める予定がある)方にお伺いします。】

|  |                    |         |         |          |       |           |         |          |       |
|--|--------------------|---------|---------|----------|-------|-----------|---------|----------|-------|
| ⑦貴施設における薬効群ごとのフォーミュラーまたは地域フォーミュラーの設定(予定含む)状況で、あてはまるものに○をつけてください。 ※薬効群ごとに○は1つだけ |                    |         |         |          |       |           |         |          |       |
| 薬効群  |                    | フォーミュラー |         |          |       | 地域フォーミュラー |         |          |       |
|  |                    | 1.定めている | 2.定める予定 | 3.定めていない | 4.その他 | 1.定めている   | 2.定める予定 | 3.定めていない | 4.その他 |
| 1  | プロトンポンプ阻害薬(PPI)注射薬 | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 2  | プロトンポンプ阻害薬(PPI)経口薬 | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 3  | H2遮断薬(内服薬)         | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 4  | α-グルコシダーゼ阻害薬       | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 5  | グリニド系薬             | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 6  | HMG-CoA還元酵素阻害薬     | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 7  | RAS系薬(ACE阻害薬、ARB等) | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 8  | ビスフォスホネート剤         | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 9  | G-CSF製剤            | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |
| 10   | その他(具体的に)          | 1       | 2       | 3        | 4     | 1         | 2       | 3        | 4     |

【前記④で「1. 定めている」または「2. 今は定めていないが、定める予定がある」と回答した方にお伺いします。】

|                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ⑧フォーミュラーを定めた目的を具体的にお書きください。 ※○は1つだけ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【前記⑧を回答した方にお伺いします。】

|  |  |  |        |  |  |          |  |  |  |
|--|--|--|--------|--|--|----------|--|--|--|
| ⑧-1 フォーミュラーの設定により目的は達成できましたか。 ※○は1つだけ    |  |  |        |  |  |          |  |  |  |
| 1. はい                                    |  |  | 2. いいえ |  |  | 3. わからない |  |  |  |
| ⑧-2 フォーミュラーを定めたことにより、メリットを感じますか。 ※○は1つだけ |  |  |        |  |  |          |  |  |  |
| 1. はい                                    |  |  | 2. いいえ |  |  |          |  |  |  |

【前記⑧-2で「1. はい」と回答した方にお伺いします。】

|  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|
| ⑧-3 フォーミュラーを定めたことによるメリットは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |
| 1. 薬物治療が標準化し、安全性が向上した                        |  |  |  |  | 2. 医師の処方にかかる負担が軽減した    |  |  |  |  |
| 3. 患者の経済的負担が軽減された                            |  |  |  |  | 4. 後発医薬品の使用促進につながった    |  |  |  |  |
| 5. 医薬品管理の在庫管理が容易になった                         |  |  |  |  | 6. 医薬品の購入費削減、経営が合理化された |  |  |  |  |
| 7. その他(具体的に： )                               |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |

【前記⑤で「1. 地域フォーミュラーが存在する」、「3. 地域フォーミュラーを作成中である」と回答した方にお伺いします。】

|   |  |        |                     |        |  |
|---|--|--------|---------------------|--------|--|
| ⑨-1. 貴施設は、地域フォーミュラーの作成・改訂に関与していますか。 ※○は1つだけ |  |        |                     |        |  |
| 1. 関与している                                   |  |        | 2. 関与していない          |        |  |
| ⑨-2. どのような方法で公開・共有していますか。 ※あてはまる番号すべてに○     |  |        |                     |        |  |
| 1. ホームページで公開している                            |  |        | 2. 地域の勉強会等の際に共有している |        |  |
| 3. 地域の薬剤調達に係る会議体で共有している                     |  |        |                     |        |  |
| 4. その他（具体的に： _____）                         |  |        |                     |        |  |
| ⑨-3. 共有する対象は誰ですか。 ※あてはまる番号すべてに○             |  |        |                     |        |  |
| 1. 病院                                       |  | 2. 診療所 |                     | 3. 薬局  |  |
| 4. 医薬品卸業者                                   |  | 5. 保険者 |                     | 6. 自治体 |  |
| 7. その他（具体的に： _____）                         |  |        |                     |        |  |

【前記④で「3. 定めていない（定める予定もない）」と回答した方にお伺いします。】

|                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| ⑩貴院でフォーミュラーを設定しない理由はなんですか。 ※○は1つだけ |                        |
| 1. メリットが感じられない →質問⑩へ               | 2. メリットは感じているが設定が困難である |
| 3. その他（具体的に： _____） →質問⑩へ          |                        |

【前記⑩で「2. メリットは感じているが設定が困難である」と回答した方にお伺いします。】

|                                    |                  |
|------------------------------------|------------------|
| ⑪設定が困難と思われる理由はなんですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |                  |
| 1. マンパワーが不足                        | 2. 作成のための根拠情報の不足 |
| 3. 院内ルールの合意形成が困難                   | 4. 診療報酬上評価されていない |
| 5. その他（具体的に： _____）                |                  |

【すべての方にお伺いします。】

|   |
|---|
| ⑫後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。 |
|   |

病院票の質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。  
 お手数をおかけいたしますが、令和4年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

ID:

|   |                   |
|---|-------------------|
| <p><b>令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)</b></p> <p><b>後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査</b></p> | <p><b>医師票</b></p> |
|---|-------------------|

※この医師票は、貴施設において、外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。  
 ※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。  
 ※数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい。  
 ※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒(切手不要)にて、直接事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。  
 ※特に断りのない場合は、令和4年11月1日現在の状況についてご記入ください。

1. 回答者ご自身についてお伺いします。

|                   |                       |                     |               |                |          |
|-------------------|-----------------------|---------------------|---------------|----------------|----------|
| ①性別 ※○は1つだけ       | 1. 男性                 |                     | 2. 女性         |                |          |
| ②年代 ※○は1つだけ       | 1. 20代以下              | 2. 30代              | 3. 40代        | 4. 50代         | 5. 60代以上 |
| ③主たる担当診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科 <sup>注1</sup>   | 2. 外科 <sup>注2</sup> | 3. 精神科        | 4. 小児科         |          |
|                   | 5. 皮膚科                | 6. 泌尿器科             | 7. 産婦人科・産科    | 8. 眼科          |          |
|                   | 9. 耳鼻咽喉科              | 10. 放射線科            | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |          |
|                   | 13. 麻酔科               | 14. 救急科             | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |          |
|                   | 17. その他 (具体的に: _____) |                     |               |                |          |

注1: 内科、腎臓内科、血液内科、リウマチ内科、糖尿病内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、感染症内科、アレルギー内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。  
 注2: 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

【前記③で「1.内科」と回答した方にお伺いします。】

|                         |          |           |             |
|-------------------------|----------|-----------|-------------|
| ③-1 内科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○ |          |           |             |
| 1. 腎臓内科                 | 2. 血液内科  | 3. リウマチ内科 | 4. 糖尿病内科    |
| 5. 消化器内科                | 6. 呼吸器内科 | 7. 循環器内科  | 8. 1～7に該当なし |

【前記③で「2.外科」と回答した方にお伺いします。】

|                         |           |         |             |
|-------------------------|-----------|---------|-------------|
| ③-2 外科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○ |           |         |             |
| 1. 呼吸器外科                | 2. 心臓血管外科 | 3. 乳腺外科 | 4. 気管食道外科   |
| 5. 消化器外科                | 6. 肛門外科   | 7. 小児外科 | 8. 1～7に該当なし |

【すべての方にお伺いします。】

|  |                  |             |         |             |         |
|--|------------------|-------------|---------|-------------|---------|
| ④1日当たりの担当している平均外来診察患者数 ※令和4年10月1か月間の平均   |                  | ( ) 人       |         |             |         |
| ⑤生活習慣病治療のための平均的な処方日数をご回答ください。(最多頻度の患者像でご回答ください)<br>※○は1つ ※令和3年10月および令和4年10月の両方に対象患者がいる場合、ご回答ください。<br>※対象患者がいない場合は、「2.対象患者がいない時点がある」に○をつけて次の設問へお進みください。 |                  |             |         |             |         |
|  | 対象患者の有無          | 令和3年10月1か月間 |         | 令和4年10月1か月間 |         |
| 1)糖尿病治療薬   | 1. 両時点で対象患者がいる   | 1. ~4週      | 2. 5~8週 | 1. ~4週      | 2. 5~8週 |
|  | 2. 対象患者がいない時点がある | 3. 9~12週    | 4. 13週~ | 3. 9~12週    | 4. 13週~ |
| 2)高血圧症治療薬  | 1. 両時点で対象患者がいる   | 1. ~4週      | 2. 5~8週 | 1. ~4週      | 2. 5~8週 |
|  | 2. 対象患者がいない時点がある | 3. 9~12週    | 4. 13週~ | 3. 9~12週    | 4. 13週~ |
| 3)脂質異常症治療薬   | 1. 両時点で対象患者がいる   | 1. ~4週      | 2. 5~8週 | 1. ~4週      | 2. 5~8週 |
|  | 2. 対象患者がいない時点がある | 3. 9~12週    | 4. 13週~ | 3. 9~12週    | 4. 13週~ |

## 【2.は院外処方箋を発行している施設の方にお伺いします。】

※院外処方箋を発行していない施設の方は6ページの質問3. ①へお進みください

## 2. 外来診療における院外処方箋発行時の状況や後発医薬品の処方(バイオ後続品を除く)に関するお考えについてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

## 【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

- |  |
|--|
| 1. 後発医薬品を積極的に処方する ※一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含む。 |
| 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する                           |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する                             |
| 4. 後発医薬品を積極的には処方しない →質問①-2へ                          |

## 【前記①で選択肢 1～3(後発医薬品を積極的に処方する)を回答した方にお伺いします。】

①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから  | 2. 患者の経済的負担を軽減できるから     |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから | 4. 診療報酬上の評価があるから        |
| 5. 医療費削減につながるから        | 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから |
| 7. 施設の方針だから            | 8. 保険薬局が信頼できるから         |
| 9. その他（具体的に： _____）    |                         |

## 【前記①で「4.後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方にお伺いします。】

①-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1. 後発医薬品の品質や有効性、安全性に疑問があるから                         | 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから |
| 2. 適応症が異なるから  |                       |
| 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報（具体的に： _____） |                       |
| 5. 一般名の記入がしにくいから                                    | 6. 患者が先発医薬品を希望するから    |
| 7. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから                          |                       |
| 8. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから                   |                       |
| 9. 施設の方針だから   |                       |
| 10. その他（具体的に： _____）                                |                       |

## 【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

②2年前と比較して、後発医薬品の処方数(一般名処方や後発医薬品への「変更不可」としない処方箋も含みます)は、どのように変化しましたか。 ※○は1つだけ

- |          |          |           |
|----------|----------|-----------|
| 1. 多くなった | 2. 変わらない | 3. 少なくなった |
|----------|----------|-----------|

③令和4年4月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋を発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

- |       |             |
|-------|-------------|
| 1. ある | 2. ない →質問④へ |
|-------|-------------|

【前記③で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

|   |       |
|---|-------|
| ③-1 あなたが発行した院外処方箋枚数全体に占める、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した医薬品が1品目でもある処方箋枚数の割合は、どの程度ありますか。<br>※令和4年10月1か月間 | 約（ ）割 |
|---|-------|

③-2 一部の医薬品について「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。 ※○は1つだけ

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更を不可とすることが多い
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更を不可とすることが多い
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更を不可とすることが多い
4. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

③-3 先発医薬品を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから  
→不足している情報（具体的に： \_\_\_\_\_）
5. 患者が先発医薬品を希望するから
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
7. 先発医薬品を指定することはない →質問④へ

【前記③-3で1.～6.を選択した方にお伺いします。】

③-4 先発医薬品を指定する場合、特に指定している先発医薬品の種類は何ですか。  
※あてはまる番号すべてに○

- |                     |   |         |           |         |           |          |                      |  |  |
|---------------------|---|---------|-----------|---------|-----------|----------|----------------------|--|--|
| 1. 内容剤→具体的な剤形       | <table border="0"> <tr> <td>11. 錠剤</td> <td>12. カプセル</td> <td>13. OD錠</td> <td>14. 粉末</td> </tr> <tr> <td>15. シロップ</td> <td>16. その他（具体的に： _____）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>  | 11. 錠剤  | 12. カプセル  | 13. OD錠 | 14. 粉末    | 15. シロップ | 16. その他（具体的に： _____） |  |  |
| 11. 錠剤              | 12. カプセル  | 13. OD錠 | 14. 粉末    |         |           |          |                      |  |  |
| 15. シロップ            | 16. その他（具体的に： _____）  |         |           |         |           |          |                      |  |  |
| 2. 外用剤→具体的な剤形       | <table border="0"> <tr> <td>21. 点眼薬</td> <td>22. 貼付薬</td> <td>23. 軟膏</td> <td>24. ローション</td> </tr> <tr> <td>25. 吸入剤</td> <td>26. その他（具体的に： _____）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 21. 点眼薬 | 22. 貼付薬   | 23. 軟膏  | 24. ローション | 25. 吸入剤  | 26. その他（具体的に： _____） |  |  |
| 21. 点眼薬             | 22. 貼付薬   | 23. 軟膏  | 24. ローション |         |           |          |                      |  |  |
| 25. 吸入剤             | 26. その他（具体的に： _____）  |         |           |         |           |          |                      |  |  |
| 3. その他（具体的に： _____） |   |         |           |         |           |          |                      |  |  |

【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

④ 後発医薬品の銘柄を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の中でより信頼できるものを選択して処方すべきと考えているから
2. 特定の銘柄以外の後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
3. 特定の銘柄以外の後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 特定の銘柄以外の後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
5. 先発医薬品と主成分や添加物等が同一の製剤である後発医薬品を処方したいから
6. 先発医薬品の会社が製造した後発医薬品を処方したいから
7. 施設の方針であるため
8. 患者から希望があったから
9. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
10. 後発医薬品の銘柄を指定することはない →質問⑤へ

【前記④で1.～9.を選択した方にお伺いします。】

④-1 後発医薬品の銘柄を指定する場合、特に銘柄指定している後発医薬品の種類は何ですか。  
※あてはまる番号すべてに○

- |                     |   |         |           |         |           |          |                      |  |  |
|---------------------|---|---------|-----------|---------|-----------|----------|----------------------|--|--|
| 1. 内容剤→具体的な剤形       | <table border="0"> <tr> <td>11. 錠剤</td> <td>12. カプセル</td> <td>13. OD錠</td> <td>14. 粉末</td> </tr> <tr> <td>15. シロップ</td> <td>16. その他（具体的に： _____）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>  | 11. 錠剤  | 12. カプセル  | 13. OD錠 | 14. 粉末    | 15. シロップ | 16. その他（具体的に： _____） |  |  |
| 11. 錠剤              | 12. カプセル  | 13. OD錠 | 14. 粉末    |         |           |          |                      |  |  |
| 15. シロップ            | 16. その他（具体的に： _____）  |         |           |         |           |          |                      |  |  |
| 2. 外用剤→具体的な剤形       | <table border="0"> <tr> <td>21. 点眼薬</td> <td>22. 貼付薬</td> <td>23. 軟膏</td> <td>24. ローション</td> </tr> <tr> <td>25. 吸入剤</td> <td>26. その他（具体的に： _____）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 21. 点眼薬 | 22. 貼付薬   | 23. 軟膏  | 24. ローション | 25. 吸入剤  | 26. その他（具体的に： _____） |  |  |
| 21. 点眼薬             | 22. 貼付薬   | 23. 軟膏  | 24. ローション |         |           |          |                      |  |  |
| 25. 吸入剤             | 26. その他（具体的に： _____）  |         |           |         |           |          |                      |  |  |
| 3. その他（具体的に： _____） |   |         |           |         |           |          |                      |  |  |

## 【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

⑤現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。 ※○は1つだけ

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| 1. 発行している | 2. 発行していない →質問⑤-3へ |
|-----------|--------------------|

## 【前記⑤で「1. 発行している」と回答した方にお伺いします。】

⑤-1 2年前と比較して、一般名で記載された医薬品の処方数はどのように変化しましたか。 ※○は1つだけ

- |          |                |                 |
|----------|----------------|-----------------|
| 1. 多くなった | 2. 変わらない →質問⑥へ | 3. 少なくなった →質問⑥へ |
|----------|----------------|-----------------|

## 【前記⑤-1で「1. 多くなった」と回答した方にお伺いします。】

⑤-2 一般名で記載された医薬品の処方数が増えた理由はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |
|---|
| 1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから                   |
| 2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから                     |
| 3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから                   |
| 4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから                     |
| 5. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから |
| 6. その他（具体的に： _____）                       |

## 【前記⑤で「2. 発行していない」と回答した方にお伺いします。】

⑤-3 一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため    |
| 2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため      |
| 3. 処方箋が手書きのため                   |
| 4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため     |
| 5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため        |
| 6. 手間が増えるため                     |
| 7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため |
| 8. 施設の方針のため                     |
| 9. その他（具体的に： _____）             |
| 10. 特に理由はない                     |

## 【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

⑥「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように保管していますか。 ※○は1つだけ

- |  |
|--|
| 1. カルテと共に保管している                                  |
| 2. カルテとは別に保管している                                 |
| 3. 確認はするが保管はしていない                                |
| 4. 情報提供はあるが確認や保管を行っていない →質問⑦へ                    |
| 5. 保険薬局から実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報を受け取ったことがない →質問⑦へ |
| 6. その他（具体的に： _____） →質問⑦へ                        |

## 【前記⑥で「1.カルテと共に保管している」「2.カルテとは別に保管している」「3.確認はするが保管はしていない」と回答した方にお伺いします。】

⑥-1 「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように活用していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 診察の際に前回の処方を確認するため        |
| 2. 有害事象等があった場合の原因を調べるため     |
| 3. 処方薬について、患者から相談があった際に参照する |
| 4. 患者の後発医薬品に対する趣向を知るため      |
| 5. 薬局の調剤の傾向を知るため            |
| 6. 活用目的はなくても、情報提供があれば目を通す   |
| 7. その他（具体的に： _____）         |



## 【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

|   |             |           |
|---|-------------|-----------|
| ⑦一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、調剤した保険薬局からの情報提供(調剤した銘柄等)は「お薬手帳」以外に必要ですか。 ※○は1つだけ |             |           |
| 1. 必要である  | 2. 必要な場合がある | 3. 必要ではない |
| ⑧令和4年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は1つだけ                             |             |           |
| 1. ある   | 2. ない →質問⑨へ |           |

## 【前記⑧で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ⑧-1患者から後発医薬品の処方を求められた際、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった                         |  |
| 2. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった                         |  |
| 3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した                            |  |
| 4. 一般名で処方した   |  |
| 5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった                      |  |
| 6. 対応しなかった  |  |
| 7. その他(具体的に： )                                      |  |

## 【院外処方箋を発行しているすべての方にお伺いします。】

|   |                           |
|---|---------------------------|
| ⑨一般名処方による処方箋を発行した際、薬局でどのような医薬品が調剤されたかについて知りたいですか。 ※○は1つだけ                         |                           |
| 1. 全ての処方箋について知りたい   | 2. 特定の条件に該当する処方箋については知りたい |
| 3. 知りたいとは思わない   |                           |
| ⑩「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが最も望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ |                           |
| 1. 薬局から、調剤をした都度   | 2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて   |
| 3. 薬局から、特定の場合にのみ(前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等)                                    |                           |
| 4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に  | 5. 必要ない                   |
| 6. その他(具体的に： )  |                           |

→7ページ質問4. ①へお進みください。

## 【3. は院外処方箋を発行していない施設の方にお伺いします】

## 3. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品（バイオ後続品を除く）の使用に関するお考えについてお伺いします。

## 【院外処方箋を発行していないすべての方にお伺いします。】

①外来診療時の院内投薬における後発医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。  
※〇は1つだけ

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 後発医薬品を積極的に使用する           |
| 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する  |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に使用する    |
| 4. 後発医薬品を積極的には使用しない →質問①-2へ |

## 【前記①で選択肢 1～3.(後発医薬品を積極的に使用する)を選択した方にお伺いします。】

①-1 後発医薬品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから  | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから     |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから | 4. 診療報酬上の評価があるから        |
| 5. 医療費削減につながるから        | 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから |
| 7. 施設の方針だから            |                         |
| 8. その他（具体的に： _____）    |                         |

## 【前記①で「4.後発医薬品を積極的には使用しない」と回答した方にお伺いします。】

①-2後発医薬品を積極的には使用しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- |   |
|---|
| 1. 後発医薬品の品質や有効性、安全性に疑問があるから                     |
| 2. 適応症が異なるから                                    |
| 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから                           |
| 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報( _____ ) |
| 5. 患者が先発医薬品を希望するから                              |
| 6. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから                      |
| 7. 先発医薬品では、調剤がしやすいよう製剤上の工夫がされているから              |
| 8. 施設の方針だから                                     |
| 9. その他（具体的に： _____）                             |

## 【院外処方箋を発行していないすべての方にお伺いします。】

②令和4年4月以降、患者から後発医薬品の使用を求められたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- |       |                     |
|-------|---------------------|
| 1. ある | 2. ない →次ページの質問4. ①へ |
|-------|---------------------|

## 【前記②で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

②-1患者から後発医薬品の使用を求められた際に、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 後発医薬品を使用した                |
| 2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を使用した   |
| 3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を使用した |
| 4. 対応しなかった                   |
| 5. その他（具体的に： _____）          |

## 【4.はすべての方にお伺いします。】

## 4. 後発医薬品(バイオ後続品を除く)の使用に関するお考えについてお伺いします。

## 【すべての方にお伺いします。】

|  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| ①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(旧薬事法)」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ(例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど)が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ |             |             |
| 1. だいたい知っている   | 2. 少しは知っている | 3. ほとんど知らない |
| ②今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ   |             |             |
| 1. ある  | 2. ない →質問③へ |             |

## 【前記②で「1.ある」と回答した方にお伺いします。】

## ②-1不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

|                                    |
|------------------------------------|
| 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した           |
| 2. 先発医薬品との使用感(味、色、剤形、粘着力等)の違いを経験した |
| 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した           |
| 4. 使用していた後発医薬品が品切れ・製造中止となった        |
| 5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった          |
| 6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった      |
| 7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた          |
| 8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた |
| 9. その他(具体的に： )                     |

## 【すべての方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ③今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。<br>※あてはまる番号すべてに○ |  |
| 1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底                     |  |
| 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保  |  |
| 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保   |  |
| 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合   |  |
| 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入                              |  |
| 6. 後発医薬品に対する患者の理解   |  |
| 7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価   |  |
| 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価  |  |
| 9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示                       |  |
| 10. その他(具体的に： )   |  |
| 11. 特に対応は必要ない   |  |
| ④前記③の選択肢1.～10.のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。                       |  |

## 5. 後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

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

## 6. バイオ後続品の使用に関するお考えについてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

| 先行バイオ医薬品の一般的名称 <sup>注1</sup> | 先行バイオ医薬品 販売名 |
|------------------------------|--------------|
| ソマトロピン                       | ジェノトロピン      |
| エポエチン アルファ                   | エスポー         |
| フィルグラスチム                     | グラン          |
| インフリキシマブ                     | レミケード        |
| インスリン グラルギン                  | ランタス         |
| リツキシマブ                       | リツキサン        |
| トラスツズマブ                      | ハーセプチン       |
| エタネルセプト                      | エンブレル        |
| アガルシダーゼ ベータ                  | ファブラザイム      |
| ペバシズマブ                       | アバステン        |
| ダルベポエチン アルファ <sup>注2</sup>   | ネスブ          |
| テリパラチド                       | フォルテオ        |
| インスリン リスプロ                   | ヒューマログ       |
| アダリムマブ                       | ヒュミラ         |
| インスリン アスパルト                  | ノボラピッド       |
| ラニズマブ                        | ルセンティス       |

注1：（遺伝子組換え）を省略して記載

注2：バイオ後続品と、いわゆるバイオAGのそれぞれが承認されている

|   |                                    |                |
|---|------------------------------------|----------------|
| ①貴施設では、バイオ後続品を採用していますか。 ※○は1つだけ                                     |                                    |                |
| 1. 採用している   | 2. 採用していない                         | 3. わからない       |
| ②ご担当の患者の中でバイオ後続品・先行バイオ医薬品の対象となる患者はいますか。 ※○は1つだけ                     |                                    |                |
| 1. いる →質問③へ   | 2. いない →質問⑩へ                       | 3. わからない →質問⑩へ |
| 【前記②で「1.いる」と回答した方にお伺いします。】  |                                    |                |
| ③バイオ後続品・先行バイオ医薬品を使用する患者は、院内での使用と院外処方箋の発行のどちらでしょうか。<br>※あてはまる番号すべてに○ |                                    |                |
| 1. 院内（入院または院内の外来）で使用する患者がいる →質問④へ                                   | 2. 院外処方箋を発行する患者がいる →質問⑧へ           |                |
| 【前記③で「1. 院内（入院または院内の外来）で使用する患者がいる」と回答した方にお伺いします。】                   |                                    |                |
| ④院内でバイオ後続品・先行バイオ医薬品の対象となる患者がいる場合、使用方針はいかがでしょうか。<br>※○は1つだけ          |                                    |                |
| 1. バイオ後続品が発売されているものは、積極的に使用する                                       | 2. 品質や有効性、安全性に疑問がないバイオ後続品は積極的に使用する |                |
| 3. 安定供給に疑問がないバイオ後続品は積極的に使用する  | 4. 品目によってはバイオ後続品を積極的に使用する          |                |
| 5. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が同じ場合は積極的に使用する                                | 6. バイオ後続品を積極的には使用していない →質問⑦へ       |                |
| 7. その他（具体的に： _____） →質問⑧へ   |                                    |                |

【⑤、⑥は、前記④で選択肢 1～5.(積極的に使用する)を選んだ方にお伺いします。】

⑤バイオ後続品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから                  | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから |
| 3. 診療報酬上の評価があるから                        | 4. 医療費削減につながるから     |
| 5. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから                |                     |
| 6. いわゆるバイオAG <sup>註3</sup> であれば積極的に使用する |                     |
| 7. その他(具体的に：<br>)                       |                     |

注3：後発医薬品として承認されたバイオ医薬品(先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品)を指します。

⑥既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更を考慮する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから   | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから      |
| 3. 診療報酬上の評価があるから         | 4. 経営上のメリットがあるから         |
| 5. 医療費削減につながるから          | 6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから |
| 7. いわゆるバイオAGであれば積極的に使用する |                          |
| 8. その他(具体的に：<br>)        |                          |

【前記④で「6. バイオ後続品は積極的には使用していない」と回答した方にお伺いします。】

⑦バイオ後続品を積極的には使用しない理由をお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

- |  |
|--|
| 1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから                           |
| 2. バイオ後続品は、先発品(先行バイオ医薬品)と同等/同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため |
| 3. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報( )             |
| 4. バイオ後続品の品目が少ないから                                     |
| 5. バイオ後続品の安定供給に不安があるから                                 |
| 6. 患者への普及啓発が不足しているから                                   |
| 7. バイオ後続品を希望する患者がいないから                                 |
| 8. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから                                  |
| 9. 患者への説明に時間がかかるから                                     |
| 10. 患者の経済的メリットが小さいから                                   |
| 11. 高額療養費や公費医療費制度を利用している患者だから                          |
| 12. 院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから                           |
| 13. 在庫管理の負担が大きいから                                      |
| 14. 製造販売後調査(PMS)の手間が大きいから                              |
| 15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では適応症が異なるから                         |
| 16. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから                     |
| 17. 施設の方針だから   |
| 18. その他(具体的に：<br>)                                     |

【前記③で「2. 院外処方箋を発行する患者がいる」と回答した方にお伺いします。】

※院外処方箋を発行していない場合は質問⑩へ

⑧現在、貴施設では、一般名処方による処方箋を発行していますか。 ※○は1つだけ

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| 1. 発行している | 2. 発行していない →質問⑬へ |
|-----------|------------------|

【⑨⑩は、前記⑧で「1.発行している」と回答した方にお伺いします。】

⑨発行する際、処方箋にどのように表記していますか。 ※○は1つだけ

- |   |
|---|
| 1. バイオ後続品の販売名(例：「●●● BS注射液 含量 会社名」)             |
| 2. バイオ後続品の一般的名称(「○○○(遺伝子組換え) [●●●後続1]」)         |
| 3. バイオ後続品の一般的名称だが(遺伝子組換え)と記載しない(「○○○ [●●●後続1]」) |
| 4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の販売名で処方                    |
| 5. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の一般的名称で処方(「○○○(遺伝子組換え)」)   |
| 6. その他(具体的に：<br>)                               |

|  |
|--|
| ⑩バイオ後続品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むことはありますか。<br>※あてはまる番号すべてに○   |
| 1. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、予め合意した方法で情報提供を受けること   |
| 2. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、合意方法や頻度によらず情報提供を受けること |
| 3. 患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと                   |
| 4. 患者に対して、バイオ後続品の普及啓発を行うこと                               |
| 5. その他（具体的に：_____）                                       |

【⑪、⑫は、前記⑨で選択肢 2.3.5.（一般的名称で処方）を選んだ方にお伺いします。】

|  |
|--|
| ⑪バイオ医薬品を一般名処方で処方する理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○                   |
| 1. 一般名処方加算のため  |
| 2. バイオ後続品導入初期加算のため   |
| 3. 電子カルテで一般名が選択できるシステムになっているから                             |
| 4. 薬局薬剤師もデバイスについて患者の好みを確認し、医師に情報提供すべきだから                   |
| 5. 薬局薬剤師がバイオ後続品と先行バイオ医薬品のどちらを選択するかを患者の意向を確認し、医師に情報提供すべきだから |
| 6. その他（具体的に：_____）   |
| ⑫バイオ後続品の一般名処方として望ましい表記はどれですか。 ※○は1つだけ                      |
| 1. バイオ後続品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）【●●●後続1】」）                     |
| 2. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○【●●●後続1】」）             |
| 3. 先行品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）」）                                |
| 4. その他（具体的に：_____）   |

【前記⑧で「2.発行していない」と回答した方にお伺いします。】

|  |
|--|
| ⑬一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○ |
| 1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため               |
| 2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため                 |
| 3. 処方箋が手書きのため                              |
| 4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため                |
| 5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため                   |
| 6. 手間が増えるため                                |
| 7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため            |
| 8. 施設の方針のため                                |
| 9. その他（具体的に：_____）                         |
| 10. 特に理由はない                                |

【前記②で「1.いる」(バイオ後続品・先行バイオ医薬品の対象となる患者がいる)と回答した方にお伺いします。】

|  |              |                |
|--|--------------|----------------|
| ⑭令和4年度診療報酬改定で外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、バイオ後続品の使用が増えましたか。 ※○は1つだけ |              |                |
| 1. はい →質問⑩へ  | 2. いいえ →質問⑩へ | 3. わからない →質問⑩へ |

【前記⑭で「2. いいえ」と回答した方にお伺いします。】

|   |  |
|---|--|
| ⑮使用が増えない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○                                      |  |
| 1. 加算点数が少ないから   |  |
| 2. 算定要件がわからないから   |  |
| 3. 算定要件が厳しいから   |  |
| 4. 初回処方日の属する月から逆算して3か月しか算定できないから                                    |  |
| 5. 月1回しか算定できないから  |  |
| 6. 対象の注射薬が対象となる患者がいらないから<br>※リツキシマブ製剤、トラスツズマブ製剤、ベバシズマブ製剤、インフリキシマブ製剤 |  |
| 7. バイオ後続品の安定供給に不安があるから  |  |
| 8. バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから  |  |
| 9. その他（具体的に： _____ )  |  |

【すべての方にお伺いします。】

|  |                          |
|--|--------------------------|
| ⑯今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか(院内、院外処方とも)。<br>※あてはまる番号すべてに○ |                          |
| 1. 診療報酬上の評価  | 2. より患者負担が軽減されること        |
| 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知                                     |                          |
| 4. 国からの国民への啓発と患者の理解  | 5. バイオ後続品企業からの情報提供       |
| 6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品への切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備                  |                          |
| 7. バイオ後続品の品目数が増えること  | 8. バイオ後続品の供給がより安定すること    |
| 9. バイオ後続品の在庫負担の軽減  | 10. 医療機関に対する経営的メリットがあること |
| 11. その他（具体的に： _____ )  |                          |
| 12. バイオ後続品を使用する必要はない   |                          |

## 7. 後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

①現在(令和4年11月1日)において、後発医薬品の処方割合に変化はありましたか。 ※〇は1つだけ

1. 後発医薬品の処方割合がかなり減った
2. 後発医薬品の処方割合がやや減った
3. 後発医薬品の処方割合の変化はほとんどなかった
4. 後発医薬品の処方割合が増えた
5. わからない

【前記①で「1. 後発医薬品の処方割合がかなり減った」「2. 後発医薬品の処方割合がやや減った」と回答した方にお伺いします。】

②後発医薬品の処方割合が減った理由は何ですか。 ※最も影響の大きい項目を選んで〇

1. 患者（家族含む）が先発医薬品を希望した
2. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるので処方を減らした
3. 後発医薬品メーカーや卸による安定供給体制が整わないので処方を減らした
4. 後発医薬品の在庫が無い、あるいは入庫（入手）できないので先発医薬品に変更した
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

【すべての方にお伺いします。】

③後発医薬品に関する対応として、どのようなことを行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った
2. 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った
3. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った
4. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った
5. 後発医薬品使用に関する患者の意向を把握または確認する頻度を増やした
6. 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った
7. 後発医薬品の品質や安全性に関する情報収集を行った
8. 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った
9. 保険薬局と在庫状況や使用に関する情報交換を行った
10. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、令和4年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。



ID:

**令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)**  
**後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査 患者票**

※この患者票は、患者さんに、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用状況やお考え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、( )内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

**後発医薬品(ジェネリック医薬品)とは**

先発医薬品(新薬)の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同様の効能・効果を持つ医薬品のことです。ジェネリック医薬品は先発医薬品より安価で、経済的です。

**0. 最初に、この調査票のご記入者について、お伺いします。**

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1. 患者本人(代筆の場合も含む) | 2. 本人以外のご家族(具体的に: ) |
| 3. その他(具体的に: )    |                     |

**1. 患者さんご自身のことについてお伺いします。**

|  |             |                 |        |        |            |
|--|-------------|-----------------|--------|--------|------------|
| ①性別 ※○は1つだけ  | 1. 男性       | 2. 女性           |        |        |            |
| ②年代 ※○は1つだけ  | 1. 9歳以下     | 2. 10代          | 3. 20代 | 4. 30代 | 5. 40代     |
|  | 6. 50代      | 7. 60代          | 8. 70代 | 9. 80代 | 10. 100歳以上 |
| ③お住まい  | ( ) 都・道・府・県 |                 |        |        |            |
| ④お手持ちの健康保険証の種類 ※○は1つだけ ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。                                      |             |                 |        |        |            |
| 1. 国民健康保険(国保)  |             | 2. 健康保険組合(健保組合) |        |        |            |
| 3. 全国健康保険協会(協会けんぽ)   |             | 4. 共済組合(共済)     |        |        |            |
| 5. 後期高齢者医療広域連合(広域連合)   |             | 6. その他(具体的に: )  |        |        |            |
| 7. わからない   |             |                 |        |        |            |
| ⑤医療費の自己負担額(医療機関や薬局の窓口で支払う金額)がありますか。 ※○は1つだけ  |             |                 |        |        |            |
| 1. ある  |             | 2. ない           |        |        |            |
| ⑥かかりつけ医がいますか。 ※○は1つだけ<br>※かかりつけ医とは、「なんでも相談でき、必要な時には専門医や専門の医療機関に紹介してくれる、身近で頼りになる医師」のことです。 |             |                 |        |        |            |
| 1. いる  |             | 2. いない          |        |        |            |
| ⑦薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師がいますか。 ※○は1つだけ   |             |                 |        |        |            |
| 1. いる  |             | 2. いない          |        |        |            |
| ⑧病気の治療や管理のため、注射剤(抗リウマチ薬やインスリン製剤、成長ホルモン剤、骨粗鬆症治療薬など)を、あなたご自身で注射していますか。 ※○は1つだけ             |             |                 |        |        |            |
| 1. している  |             | 2. していない        |        |        |            |

## 2. 本日の状況等についてお伺いします。

|   |               |          |
|---|---------------|----------|
| ①本日、医薬品を受け取った保険薬局で、あなたはこれまでに「かかりつけ薬剤師指導料」の同意書にサインしたことがありますか。 ※〇は1つだけ                        |               |          |
| 1. サインしたことがある   | 2. サインしたことは無い | 3. わからない |
| ②本日、薬局の窓口で支払った自己負担額(一部負担金)は、いくらでしたか。 ※ない場合は「0」とお書きください。                                     |               | ( ) 円    |
| ③本日、薬局の窓口で支払った自己負担額(前記②の額)がどのくらい安くなれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思いませんか。 ※〇は1つだけ ※自己負担額が0円の方は回答不要です。 |               |          |
| 1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい   |               |          |
| 2. 少しでも安くなるのであれば使用したい   |               |          |
| 3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい<br>→ (安くなる金額の目安: ) 円程度)                                     |               |          |
| 4. いくら安くなっても使用したくない   |               |          |
| 5. わからない  |               |          |
| 6. その他 (具体的に: )   |               |          |

## 【③-1と③-2は、前記③で「4.いくら安くなっても使用したくない」と回答した方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| ③-1いくら安くなっても使用したくない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇                      |  |
| 1. ジェネリック医薬品の効き目(効果)や副作用に不安があるから                               |  |
| 2. 安く売れる理由が不可解だから  |  |
| 3. 高いものはよいものだと考えるから  |  |
| 4. 聞き慣れないメーカーだから   |  |
| 5. 報道等でジェネリック医薬品の品質、効果等に関してよい情報を聞かないから                         |  |
| 6. 医師がすすめないから  |  |
| 7. 薬剤師がすすめないから   |  |
| 8. 家族や知人がすすめないから   |  |
| 9. 使いなれたものがよいから  |  |
| 10. 理由は特にない  |  |
| 11. その他 (具体的に: )   |  |
| ③-2ジェネリック医薬品を使用したくないと思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。<br>※あてはまる番号すべてに〇 |  |
| 1. 具体的なきっかけはない   |  |
| 2. ジェネリック医薬品に切り替えて、副作用が出たことがあるから<br>→ (具体的に: )                 |  |
| 3. ジェネリック医薬品に切り替えて、効き目が悪くなったことがあるから<br>→ (具体的に: )              |  |
| 4. ジェネリック医薬品に切り替えて、使用感が悪くなったことがあるから<br>→ (具体的に: )              |  |
| 5. その他 (具体的に: )  |  |

## 【すべての方にお伺いします。】

|  |  |
|--|--|
| ④今まで処方されていた先発医薬品から、本日、薬局でジェネリック医薬品へ変更しましたか。<br>※〇は1つだけ |  |
| 1. 今まで処方されていた先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更した                     |  |
| 2. 既にジェネリック医薬品であったため変更しなかった                            |  |
| 3. ジェネリック医薬品へ変更しなかった                                   |  |
| 4. 新規の処方なのでこれまでの処方と比較できない、または、わからない                    |  |

【前記④で「1. 今まで処方されていた先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更した」と回答した方にお伺いします。】

|  |                 |
|--|-----------------|
| ④-1ジェネリック医薬品に変更した時の薬局の窓口での薬代は、安くなったと感じられましたか。<br>※〇は1つだけ |                 |
| 1. とても安くなった  | 2. それなりに安くなった   |
| 3.それほど変わらなかった  | 4. わからない・覚えていない |

3. ジェネリック医薬品の使用に関するご経験などについてお伺いします。ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。

|  |                 |              |
|--|-----------------|--------------|
| ①ジェネリック医薬品に関心がありますか。 ※〇は1つだけ               |                 |              |
| 1. 関心がある                                   | 2. 関心はない        | 3. どちらともいえない |
| ②ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※〇は1つだけ               |                 |              |
| 1. 知っていた                                   | 2. 名前は聞いたことがあった | 3. 知らなかった    |
| ③今までにジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ       |                 |              |
| 1. ある                                      | 2. ない           | 3. わからない     |
| ④医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※〇は1つだけ |                 |              |
| 1. ある                                      | 2. ない           | 3. わからない     |
| ⑤医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ    |                 |              |
| 1. ある                                      | 2. ない           |              |
| ⑥薬剤師にジェネリック医薬品の調剤をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ   |                 |              |
| 1. ある                                      | 2. ない           |              |

【前記⑥で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

|   |              |
|---|--------------|
| ⑥-1薬局で薬剤師に、ジェネリック医薬品の調剤は頼みやすかったですか。 ※〇は1つだけ |              |
| 1. 頼みやすかった                                  | 2. どちらともいえない |
| 3. 頼みにくかった →(その理由： )                        |              |

【すべての方にお伺いします。】

|  |       |          |
|--|-------|----------|
| ⑦今までに、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※〇は1つだけ |       |          |
| 1. ある  | 2. ない | 3. わからない |

【前記⑦で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| ⑦-1ジェネリック医薬品に変更したきっかけは何ですか。 ※〇は1つだけ           |                                  |
| 1. かかりつけ医からの説明                                | 2. かかりつけ医以外の医師からの説明              |
| 3. かかりつけ薬剤師からの説明                              | 4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師からの説明           |
| 5. 家族・知人等からのすすめ                               | 6. 薬剤情報提供文書 <sup>注1</sup> を受け取って |
| 7. ジェネリック医薬品希望カードを受け取って                       |                                  |
| 8. ジェネリック医薬品軽減額通知(差額通知等) <sup>注2</sup> を受け取って |                                  |
| 9. 健保組合・市町村国保等の保険者からのお知らせを受け取って               |                                  |
| 10. テレビ CM 等の広告を見て                            | 11. その他(具体的に： )                  |

注1: 薬剤情報提供文書とは

保険薬局から調剤したお薬と一緒に渡される文書で、薬の名前や写真、効能・効果、用法、副作用、注意事項などが書かれています。平成24年4月以降、ジェネリック医薬品についての説明(ジェネリック医薬品の有無や価格など)もこの文書に記載し、患者に情報提供することとなりました。

注2: ジェネリック医薬品軽減額通知(差額通知等)とは

処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより、どのくらい薬代(薬剤料)の自己負担額が軽減されるかを健康保険組合や市町村国保などの保険者が具体的に試算して、例えば「ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ」のような名前で通知してくれるサービスです。

【すべての方にお伺いします。】

⑧今までに、ジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。

※〇は1つだけ

1. ある

2. ない

3. わからない

【前記⑧で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

⑧-1ジェネリック医薬品からどのようなお薬に変更しましたか。 ※〇は1つだけ

1. 先発医薬品

2. 他のジェネリック医薬品

3. わからない

【前記⑧-1で「1. 先発医薬品」、「2. 他のジェネリック医薬品」と回答した方にお伺いします。】

⑧-2 ジェネリック医薬品から先発医薬品に変更した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 使用していたジェネリック医薬品の効き目（効果）が悪かったから

2. 使用していたジェネリック医薬品で副作用が出たから

3. 使用していたジェネリック医薬品の使用感が悪かったから

4. 医師が先発医薬品または他のジェネリック医薬品をすすめたから

5. 薬剤師が先発医薬品または他のジェネリック医薬品をすすめたから

6. 家族や知人が先発医薬品または他のジェネリック医薬品をすすめたから

7. 窓口で支払う薬代があまり安くない、または他のジェネリック医薬品の方が安いから

8. 報道等でジェネリック医薬品の品質、効果等に関してよい情報を聞かないから

9. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

10. 特になし

⑨あなたは「バイオ後続品（バイオシミラー）」<sup>注3</sup>という名称を知っていますか。 ※〇は1つだけ

1. 知っている

2. 知らない

注3：バイオ後続品（バイオシミラー）とは国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

【前記⑨で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。】

⑨-1「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある

2. ない

3. わからない

【前記⑨-1で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

⑨-2「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. かかりつけ医から十分な説明を受けたから

2. かかりつけ医以外の医師からの十分な説明を受けたから

3. かかりつけ薬剤師からの十分な説明を受けたから

4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師から十分な説明を受けたから

5. バイオ後続品でも効果（効き目）が同じであるから

6. 使用感（注入器の使い勝手など）がよさそうだから

7. 副作用の不安が少ないから

8. 窓口で支払う薬代が安くなるから

9. 少しでも医療財政の節約に貢献できるから

10. その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

【すべての方にお伺いします。】

⑩「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したいと思いませんか。 ※〇は1つだけ

1. できればバイオ後続品を使用したい

2. とりあえずバイオ後続品を試してみたい

3. バイオ後続品かどうかにはこだわらない

4. できればバイオ後続品を使いたくない

5. わからない

【前記⑩で1.～3.を選択した方（バイオ後続品を使用してもよい）と回答した方にお伺いします。】

⑩-1「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したい、使用してもよいと考える理由は何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

- |   |
|---|
| 1. かかりつけ医から十分な説明を受けたことがあるから             |
| 2. かかりつけ医以外の医師からの十分な説明を受けたことがあるから       |
| 3. かかりつけ薬剤師からの十分な説明を受けたことがあるから          |
| 4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師から十分な説明を受けたことがあるから     |
| 5. バイオ後続品でも効果（効き目）が同じであるから              |
| 6. 使用感（注入器の使い勝手など）がよかった、使用経験はないが使いやすいから |
| 7. 副作用の不安が少ないから                         |
| 8. 窓口で支払う薬代が安くなるから                      |
| 9. 少しでも医療財政の節約に貢献できるから                  |
| 10. その他（具体的に： _____）                    |

【すべての方にお伺いします。】

⑪本日、薬局の窓口で支払った自己負担額がどのくらい安くなれば、今後「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したいと思いますか。※○は1つだけ ※本日の自己負担額が0円の方は回答不要です。

- |  |
|--|
| 1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい                                    |
| 2. 少しでも安くなるのであれば使用したい                                      |
| 3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい<br>→（安くなる金額の目安： _____ 円程度） |
| 4. いくら安くなっても使用したくない  |
| 5. わからない   |
| 6. その他（具体的に： _____）  |

#### 4. ジェネリック医薬品の使用に関するお考えや、使用促進の取組についてお伺いします。

①ジェネリック医薬品使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

- |                            |
|----------------------------|
| 1. できればジェネリック医薬品を使いたい      |
| 2. とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい   |
| 3. できればジェネリック医薬品を使いたくない    |
| 4. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない |
| 5. わからない                   |

②あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重要なことは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |
|---|
| 1. 効果（効き目）が先発医薬品と同じであること                  |
| 2. 使用感（味を含む）がよいこと                         |
| 3. 副作用の不安が少ないこと                           |
| 4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること           |
| 5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること |
| 6. 医師のすすめがあること                            |
| 7. 薬剤師のすすめがあること                           |
| 8. 窓口で支払う薬代が安くなること                        |
| 9. 少しでも医療財政の節約に貢献できること                    |
| 10. その他（具体的に： _____）                      |
| 11. 特にない                                  |

③前記②の選択肢 1.～10.のうち、最も重要なことは何ですか。  
あてはまる番号を1つだけお書きください。

④今までに受け取ったことがあるものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |
|---|
| 1. ジェネリック医薬品希望カード                             |
| 2. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）                      |
| 3. 薬剤情報提供文書 ※薬局で受け取る、薬の名前や用法、効能、副作用等が記載された書類。 |
| 4. 受け取ったことがない                                 |

【④-1と④-2は、前記④で1.～3.を選択した方（いずれかを受け取ったことがある方）にお伺いします。】

④-1これらを受け取ったことをきっかけに、医師や薬剤師にジェネリック医薬品の相談・質問をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

④-2これらを受け取ったことをきっかけに、ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。  
※○は1つだけ

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

【すべての方にお伺いします。】

5. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をお伺いします。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。  
お手数をおかけいたしますが、**令和4年●月●日（●）**までに専用の返信用封筒（切手不要）  
に封入し、お近くのポストに投函してください。

(保険薬局票)

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」  
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4年4月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算における要件・評価の見直し、後発医薬品使用体制加算における要件の見直し、バイオ後続品を導入した場合の評価の新設など、後発医薬品使用促進を目的とした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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 ~~~~~

【電子調査票の送付先】 ~~~~~ (受信専用)

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

(医療機関票)

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
**「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」**  
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4年4月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算における要件・評価の見直し、後発医薬品使用体制加算における要件の見直し、バイオ後続品を導入した場合の評価の新設など、後発医薬品使用促進を目的とした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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本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、PwC コンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記アドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局**

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー

PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~

【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）



令和4年12月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」へのご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和4年4月の診療報酬改定では、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的として診療報酬改定が行われました。こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」を行うこととしました。

本調査は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

### 対象者

- この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

### 回答期限・返送方法

- お手数ではございますが、**令和4年●月●日(●)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

### 回答方法

- ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号 1 だけに○をつけてください。
- （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

(→裏面へ続きます)

M

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

#### 【連絡先】

##### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : ~~~~~

※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 : XXX (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
 明細書の無料発行の実施状況調査

調査の概要

1. 調査目的

明細書の無償発行については、平成20年度以降順次、義務対象が拡大されているところであるが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由があるものについては無償発行の義務対象外とする経過措置が設けられている。また、現在は電子レセプト請求を行っていないことから努力義務とされている訪問看護事業者について、令和6年度からは電子レセプト請求が開始されることとなっている。

これらを踏まえ、今後の明細書の無償発行の義務対象の範囲について検討するため、本調査では、明細書の無償発行の現状や課題等について調査・検証を行う。

2. アンケート調査の構成及び調査手順

<アンケート調査の構成>

本調査は以下の構成とする。

| 調査の種類    | 調査対象                             |               |                 | 調査方法           |
|----------|----------------------------------|---------------|-----------------|----------------|
|          | 条件                               | 調査件数          | 抽出方法            |                |
| 医療機関調査   | 「正当な理由」の届出を行っている診療所              | 450 施設        | 悉皆              | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
| 訪問看護調査   | 機能強化型訪問看護ステーションの全施設              | 700 施設        | 悉皆              | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
|          | 機能強化型以外の訪問看護ステーション               | 1,000 施設      | 無作為             | 自記式調査票の郵送配布・回収 |
| 患者・利用者調査 | 上記の医療機関調査及び訪問看護調査対象となった施設の患者・利用者 | 最大<br>2,800 名 | 各施設につき最大<br>4 名 | 自記式調査票の郵送配布・回収 |

※訪問看護調査及び訪問看護ステーションの利用者を対象とした患者調査については、本調査のテーマ1である「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」に盛り込む

※患者票については、病院を対象とした調査の実施（他の調査の調査対象に協力を依頼する等）についても検討する

<アンケート調査の手順>

本調査は、医療機関 450 施設（「正当な理由」の届出を行っている診療所）、訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護ステーション全施設、機能強化型以外の訪問看護ステーション 1,000 施設の計 1,700 施設）を対象として実施する。

調査票は、上記の施設を対象とする「医療機関調査」、「訪問看護調査」の2種類の施設票、及び調査対象となった医療機関及び訪問看護の患者を対象とする「患者調査」か

ら構成される。

施設票は、下表に示す医療機関、訪問看護ステーションを無作為に抽出して調査対象とする（ただし機能強化型訪問看護ステーションについては全数）。なお、抽出にあたっては、都道府県別に整理された母集団のリストから等間隔で対象となる施設を無作為に抽出する方法で実施する。

患者・利用者票は、医療機関調査の調査対象となった医療機関及び訪問看護ステーションにおいて、1施設あたり最大患者・利用者4名を無作為抽出し、対象患者に調査票を手渡し、直接記入を求める形式とする。

なお訪問看護調査及び訪問看護ステーションの利用者を対象とした患者・利用者調査については、本調査のテーマ1である「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」に盛り込むこととする。

アンケート調査は、施設調査（医療機関・訪問看護ステーション）、患者・利用者調査の調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

患者・利用者調査は、施設調査の調査対象となった医療機関・訪問看護ステーションの職員が、条件に沿って1施設あたり患者4名を無作為抽出（調査期間における最初の患者・利用者2名と、最後の患者・利用者2名）し、患者・利用者から直接回収する。

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

### 3. 主な調査事項

<新型コロナウイルスの影響に関する項目>

※特になし

<主な調査項目>（今回新設の項目はなし）

[医療機関調査]（一般診療所・歯科診療所）

- 該当する「正当な理由」と明細書を無料発行するための体制整備の予定
- 現在の明細書の発行状況・発行体制・患者の反応
- 明細書の無料発行を行う際の課題（想定される年数とその理由） 等

[訪問看護調査]

- 現在のレセプト請求の方法
- 現在の明細の発行状況（費用徴収の有無・タイミング等）・発行体制・利用者の反応
- （希望者にのみ明細書を発行している等の事業所について）全利用者に明細書を無料発行していない理由
- 明細書の無料発行を行う際の課題（想定される年数とその理由） 等

[患者調査]（一般診療所・歯科診療所）

- 明細書の受取状況
- （明細書を受け取った方）費用徴収の有無・内容確認の有無・明細書を受け取ることのメリット
- 明細書発行の希望の有無 等

[利用者調査]

- 明細書の受取状況
- （明細書を受け取った方）費用徴収の有無・内容確認の有無・明細書を受け取ることのメリット
- 明細書発行の希望の有無 等

[患者調査]（病院）

- 明細書の受取状況
- 内容確認の有無・明細書を受け取ることのメリット
- 明細書を受け取ることの必要性
- （必要としない方）必要としない理由 等

#### 4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

##### <実査開始までのスケジュール>

| 作業項目                      | 2022年 |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  | 2023年 |    |    |  |  |
|---------------------------|-------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-------|----|----|--|--|
|                           | 9月    |  |  | 10月 |  |  | 11月 |  |  | 12月 |  |  | 1月    | 2月 | 3月 |  |  |
| 1 調査票等の作成・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ① 調査の全体設計                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ② 調査票等発送物の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ④ 調査票等送付物・宛名シールの印刷        |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ⑤ 調査票等送付物の封入・発送           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| 2 照会への対応                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ② 照会対応・再発送要望対応            |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ③ 照会及び回答内容の一覧の作成          |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| 3 調査票の電子化(Webサイト対応)       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ① Webサイトの開設準備・電子調査票作成     |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ② Webサイトの運営               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| 4 調査の協力依頼                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ① 電話協力依頼（兼調査票等到着確認）       |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ② 督促ハガキ印刷・発送              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| 5 調査票受付・データ化              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ① 回収票の受付・登録               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ② 協力依頼状・督促ハガキ発送名簿の作成      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ③ 電話督促名簿の作成               |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ④ 受付票の検索（返戻・修正依頼）         |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ⑤ データ入力                   |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| 6 集計及び報告書の作成              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ① 集計方針・報告書構成の検討           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ② 集計                      |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ③ 中間報告書の作成                |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ④ 報告書の作成                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ⑤ 報告書の納品                  |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ⑥ 省内検討／中医協議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| 7 調査検討委員会の設置・運営           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ① 委員選定・委嘱                 |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ② 調査検討委員会の開催              |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |
| ③ 調査検討委員会審議への対応           |       |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |    |    |  |  |

以上

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)  
**明細書無料発行に関する実施状況調査**  
**施設票【一般診療所・歯科診療所】 (案)**

- ※ この「一般診療所・歯科診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における診療の内容がわかる明細書（以下、「明細書」）の発行状況やお考えについてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、令和4年6月末時点の状況についてご記入ください。

**貴施設の基本情報についてお伺いします。**

|  |  |      |       |       |            |      |        |       |  |
|--|--|------|-------|-------|------------|------|--------|-------|--|
| ①施設名   | ( )  |      |       |       |            |      |        |       |  |
| ②所在地   | ( ) 都・道・府・県  |      |       |       |            |      |        |       |  |
| ③開設者<br>※○は1つだけ  | 1. 個人  |      | 2. 法人 |       | 3. その他 ( ) |      |        |       |  |
| ④施設種別<br>※○は1つだけ   | 1. 有床診療所 →許可病床数：( ) 床<br>2. 無床診療所  |      |       |       |            |      |        |       |  |
| ⑤標榜診療科<br>※○はいくつでも   | 1. 内科 <sup>注1</sup> 2. 外科 <sup>注2</sup> 3. 整形外科                      4. 脳神経外科<br>5. 小児科                      6. 産婦人科・産科                      7. 呼吸器科                      8. 消化器科<br>9. 循環器科                      10. 精神科                      11. 眼科                      12. 耳鼻咽喉科<br>13. 泌尿器科                      14. 皮膚科                      15. 歯科                      16. 矯正歯科<br>17. 小児歯科                      18. 歯科口腔外科                      19. リハビリテーション科<br>20. その他 ( ) |      |       |       |            |      |        |       |  |
| ⑥全職員数<br>(非常勤職員は常勤換算*)<br>※令和4年6月末時点<br>※小数点以下第1位まで  | 医師   | 歯科医師 | 看護職員  | 歯科衛生士 | 薬剤師        | 事務職員 | その他の職員 | 計     |  |
|  | . 人  | . 人  | . 人   | . 人   | . 人        | . 人  | . 人    | . 人   |  |
| * 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。<br>■ 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)<br>■ 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) |  |      |       |       |            |      |        |       |  |
| ⑦1か月間の延べ患者数<br>※令和4年6月1か月間   | 1) 外来  | 初診   | ( ) 人 |       |            |      | 2) 入院  | ( ) 人 |  |
|  |  | 再診   | ( ) 人 |       |            |      |        |       |  |

注1：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。  
 注2：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

**「正当な理由」の届出についてお伺いします。**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| ① 貴施設が該当する「正当な理由」は何ですか。 ※○は1つだけ                     | 1. レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため<br>2. 明細書発行のためには自動入金機の改修が必要であるため                                    |  |  |
| ② 貴施設では、今後、原則として全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定ですか。 ※○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：令和( )年( )月頃<br>2. 具体的な予定は決まっていないが次期更新で導入する予定<br>3. 予定はない<br>4. その他 (具体的に ) |  |  |

|  |
|--|
| ③ 貴施設では、全患者に明細書を無料で発行する場合にどのような課題がありますか。 ※〇はいくつでも  |
| 1. 設備投資のための初期費用<br>2. 明細書発行のための人員体制整備<br>3. 明細書発行に伴う業務負担の増加<br>4. その他（具体的に _____）<br>5. 特に負担に感じることはない  |
| ④ 貴施設では、院内に「正当な理由」に該当する旨等の表示はしていますか。 ※〇はいくつでも  |
| 1. 「正当な理由」に該当する旨を表示している<br>2. 患者が希望する場合は明細書を発行する際の手続きを表示している<br>3. 患者が希望する場合は明細書を発行する際の手続きの費用徴収の有無と金額を表示している<br>4. その他（具体的に _____）           |
| ⑤ 診療所においては平成28年度に明細書無料発行が義務化され、経過措置として、「正当な理由」がある場合は当面の間、明細書を交付することを要せず、有償で行うことができるとされましたが、現在までに明細書発行の無償化に向けてお取り組みになった事項等がございましたらご自由にご記入下さい。 |
|  |

**患者への明細書の発行状況、発行体制、患者の反応等についてお伺いします。**

**【明細書の発行状況】**

|  |
|--|
| ① 貴施設における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。 ※〇は1つだけ  |
| 1. 希望する患者にのみ無料で発行している<br>→令和4年6月1か月間の無料での発行件数（ _____ ）件<br>2. 希望する患者にのみ有料で発行している<br>→令和4年6月1か月間の有料での発行件数（ _____ ）件<br>→1件当たりの徴収金額：（ _____ ）円<br>→その金額の算出根拠：（ _____ ） |

**【明細書の発行体制・体制整備等】**

|   |
|---|
| ② 貴施設では、どのような方法で明細書の作成・発行を行っていますか。 ※〇はいくつでも   |
| 1. パソコン等で作成している<br>2. 手書きで作成している<br>3. その他（具体的に _____）  |
| ③ 貴施設では、患者からの明細書の内容等の問合せに、どのような体制で対応していますか。 ※〇はいくつでも  |
| 1. 会計窓口の職員が対応している<br>2. 医師又は歯科医師が対応している<br>3. 照会の内容によって対応する人を変えている<br>4. その他（具体的に _____）<br>5. 特に対応する体制をとっていない    |
| ④ 貴施設におけるレセプトコンピュータの改修時期と自動入金機の有無についてお答えください。   |
| ④—1 レセプトコンピュータの直近の改修時期（平成・令和 _____ 年）<br>④—2 レセプトコンピュータの次の改修予定時期（令和 _____ 年頃）<br>④—3 自動入金機の有無      1. 有      2. 無 |



**【患者の反応等】**

⑤ 貴施設において、令和4年6月1か月間で、患者から明細書の内容について問合せはありましたか。※〇は1つだけ

1. あった →質問⑥-1・質問⑥-2へ 2. なかった

**▶【内容について問合せがあった施設の方】**

⑥-1 明細書についての患者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。 ※〇はいくつでも

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 診療月日                   | 2. 入院期間             |
| 3. 診療報酬点数の個別項目名（処置・検査名含む） | 4. 診療報酬点数の個別点数や価格   |
| 5. 診療報酬点数の算定回数            | 6. 使用医薬品の名称・投与回数・日数 |
| 7. その他（具体的に _____ )       |                     |

⑥-2 上記⑥-1で最も多いものの番号1つをお答えください。

**▶【内容について問合せがあった施設の方】**

⑥-3 上記⑥-1以外に患者からどのような意見・感想を聞きましたか。 ※〇はいくつでも

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. 個人情報患者本人以外に知られる      | 2. 会計での待ち時間が長くなった     |
| 3. 明細書に記載されている情報量が多い    | 4. 明細書に記載されている情報量が少ない |
| 5. 明細書の記載内容が分かりにくい      | 6. 専門的で理解することが難しい     |
| 7. 領収書と明細書のどちらかに統合して欲しい |                       |
| 8. その他（具体的に _____ )     |                       |
| 9. 特に意見・感想は聞いていない       |                       |

**明細書の無料発行に当たっての課題等についてお伺いします。**

① 仮に明細書の無料発行が義務化された場合において、貴施設では明細書の無料発行が可能となるために必要な期間は何年でしょうか。具体的な年数をお答えください。

1. ( \_\_\_\_\_ )年 2. 対応不可

② 上記の年数が必要な理由について、具体的にご記入下さい。（対応不可の場合は、その理由）  
 (例:レセプトコンピュータを窓口にも増設するための費用の確保が必要なため 等)

**明細書の無料発行の推進に関する影響・効果等について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。**

施設表の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
 令和4年●月●日(●)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。



<ここから先の質問は、**医療保険**の利用者への対応等についてのみお答えください>

- 2** 貴事業所における明細書(訪問看護療養費の内容がわかる明細書)の発行状況、発行体制、利用者の反応等についてお伺いします。

**【明細書の発行状況】**

|  |   |
|--|---|
| ①貴事業所における、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。 ※○は1つだけ   |   |
| 1. 全利用者に発行している<br>→令和4年6月1か月間の発行件数 ( ) 件   |   |
| 2. 発行を希望しない利用者等を除き利用者に発行している<br>→令和4年6月1か月間の発行件数 ( ) 件                                       |   |
| 3. 発行を希望する利用者にも発行している<br>→令和4年6月1か月間の発行件数 ( ) 件  |   |
| 4. 明細書の発行は行っていない   | →4ページの質問 <b>3</b> へ                     |
| ②現在、明細書発行について、利用者から費用を徴収していますか。費用を徴収している場合、1件当たりの金額はいくらですか。また、その金額の算出根拠を具体的にお書きください。 ※○は1つだけ |   |
| 1. 徴収していない   |   |
| 2. 徴収している  | → { 1件当たりの徴収金額：( ) 円<br>上記徴収金額の算出根拠：( ) |
| ③貴事業所では、どのようなタイミング(頻度)で利用者に対して明細書を発行していますか。 ※○はいくつでも   |   |
| 1. 会計の都度発行   | 2. 次回訪問時に発行                             |
| 3. 月に1回まとめて発行  | 4. 利用者・家族の要望に応じて発行                      |
| 5. その他 (具体的に   | )                                       |

**【明細書の発行体制等】**

|  |                    |
|--|--------------------|
| ④貴事業所では、明細書の作成・発行について、どのような体制で対応していますか。 ※○はいくつでも |                    |
| 1. 事務職員が対応している                                   | 2. 管理者が対応している      |
| 3. 看護職員が対応している                                   | 4. その他 (具体的に       |
| 5. 特に対応する体制をとっていない                               | )                  |
| ⑤貴事業所では、明細書をどのような方法で作成・発行していますか。 ※○は1つだけ         |                    |
| 1. レセプトコンピュータで作成・出力している                          | 2. パソコン等で作成・出力している |
| 3. 手書きで作成・発行している                                 | 4. その他 (具体的に       |
|  | )                  |
| ⑥明細書発行体制の整備にあたって、負担となることは何ですか。 ※○はいくつでも          |                    |
| 1. 設備投資のための初期費用                                  |                    |
| 2. 明細書発行のための人員体制整備                               |                    |
| 3. 明細書発行のための運用経費 (インク・紙などの消耗品代)                  |                    |
| 4. 明細書発行に伴う業務負担の増加                               |                    |
| 5. その他 (具体的に                                     | )                  |
| 6. 特に負担に感じることはない                                 |                    |



**5** <全事業所の方>

明細書の無料発行について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
令和4年●月●日(●)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)

明細書の発行に関する意識調査(案)

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

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。  
この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者さんご本人(代筆の場合も含む)      2. 本人以外のご家族等(具体的に )

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

|   |  |
|---|--|
| ① 性別 ※○は1つだけ  | 1. 男性                      2. 女性   |
| ② 年代 ※○は1つだけ  | 1. 9歳以下                  2. 10歳代                  3. 20歳代                  4. 30歳代<br>5. 40歳代                  6. 50歳代                  7. 60歳代                  8. 70歳代<br>9. 80歳代                  10. 90歳以上 |
| ③ 医療費の自己負担額(診療所の窓口で支払う金額)がありましたか。 <u>ただし、領収証で「保険外負担」となっているものは自己負担額に含めないでください。</u> ※○は1つだけ | 1. あった<br>2. なかった  |
| ④ この1か月間で、本日受診した(この調査票を受け取った)診療所に行った回数  | 約( )回  |

2. ここからは、本日の「明細書」の受け取り状況等についておうかがいします。

※「明細書」とは、「個別の診療の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。

※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」の裏面に、診療の内容がわかる「明細書」の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

|   |
|---|
| ① 本日受診した診療所ではどのように会計を行いましたか。 ※○は1つだけ  |
| 1. 会計窓口で会計を行った                      2. 自動入金機で会計を行った<br>3. 支払いがなかった                              4. その他(具体的に ) |
| ② 診療所での会計の際に「明細書」を受け取れることを知っていましたか(本日の受付や会計時に知った場合も含みます)。また、知っていた場合は「明細書」の受け取りを希望しましたか。 ※○は1つだけ               |
| 1. 知っていた<br>→【a. 受け取りを希望した    b. 受け取りを希望しなかった    c. 特に意思表示はしなかった】<br>2. 知らなかった                                |
| ③ 本日受診した診療所で「明細書」を受け取りましたか。 ※○は1つだけ   |
| 1. 受け取った                                      2. 受け取らなかった   |

→「明細書」を受け取らなかった方は裏面の⑧へ進んでください

|   |
|---|
| ④ 「明細書」を受け取るための手数料(治療費ではありません)をお支払いになりましたか。<br>お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※○は1つだけ                             |
| 1. 支払った(お支払い金額:                      円)      2. 支払っていない                      3. わからない                       |
| ⑤ 「明細書」の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ   |
| 1. きちんと確認した                              2. おおまかに確認した<br>3. ほとんど確認しなかった                      4. まったく確認しなかった |

⑥ 「明細書」を受け取って良かったことは何ですか。※〇はいつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった
2. 医療費の内訳がわかりやすくなった
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなった
4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなった
5. 医療機関を選択する際の参考となった
6. 診療所への安心感・信頼感が高まった
7. 診療の記録として保管できる
8. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）
9. 特にない

⑦ 今まで受け取った「明細書」を保管していますか。

1. 保管している                      2. 保管していない                      3. その他（ \_\_\_\_\_ ）

（「明細書」を受け取らなかった方にお伺いします。）

⑧ 「明細書」を受け取れるのであれば、受け取っておいた方が良かったと思いますか。

1. 受け取っておいた方が良かったと思う
2. 特に何も思わない →質問3の①へ

⑧-1 「明細書」を受け取っておいた方が良かったと思う理由は何ですか。※〇はいつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる
2. 医療費の内訳がわかりやすくなる
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる
4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなる
5. 医療機関を選択する際の参考となる
6. 診療所への安心感・信頼感が高まる
7. 診療の記録として保管したい
8. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

3. <みなさんにおうかがいします>

これからの「明細書」の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 今後、あなたは、診療所での「明細書」の発行を希望しますか。※〇は1つだけ

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. 会計の都度、「明細書」の発行を希望する                 | →質問②へ         |
| 2. 治療内容に変更があったときなど、場合により、「明細書」の発行を希望する | →質問②へ         |
| 3. 希望しない                               | →質問①—1・質問①—2へ |
| 4. わからない                               |               |
| 5. その他（具体的に                            | ）             |

①—1 希望しない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
2. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため
3. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 「明細書」の発行に時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担額がないため
9. その他（具体的に

①—2 上記①—1の選択肢1～9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。**あてはまる番号を1つだけ**お書きください。

② 診療所を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。※〇は1つだけ

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1. 必要だと思う         | 2. どちらかという必要だと思う |
| 3. どちらかという必要ないと思う | 4. 必要ないと思う       |
| 5. わからない          | 6. その他（具体的に      |

4. 「明細書」の無料発行についてご意見がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
 令和4年●月●日（●）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。



令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)

明細書の発行に関する意識調査(案)

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

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、利用者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. ご本人(代筆の場合も含む)      2. 本人以外のご家族等(具体的に )

1. 利用者さんご本人のことについておうかがいします。

|  |  |
|--|--|
| ① 性別 ※○は1つだけ   | 1. 男性                      2. 女性   |
| ② 年代 ※○は1つだけ   | 1. 9歳以下                  2. 10歳代                  3. 20歳代                  4. 30歳代<br>5. 40歳代                  6. 50歳代                  7. 60歳代                  8. 70歳代<br>9. 80歳代                  10. 90歳以上 |
| ③ 医療費の自己負担額がありますか。 <u>ただし、領収証で「保険外負担」となっているものは自己負担額に含めないでください。</u> ※○は1つだけ | 1. ある<br>2. ない   |
| ④ この1か月間で、本日利用した(この調査票を受け取った)訪問看護ステーションを利用した回数                             | 約 (                  ) 回   |

2. 本日の「明細書」の受け取り状況等についておうかがいします。

※「明細書」とは、「療養費の詳細な内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。

※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力をお願い」の裏面に、訪問看護の内容がわかる「明細書」の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

|   |                            |
|---|----------------------------|
| ① 本日利用した訪問看護ステーションから、最近1か月くらいの間に「明細書」を受け取ったことがありますか。 ※○は1つだけ                      |                            |
| 1. 受け取ったことがある   | → 質問①—1・質問①—2・質問①—3・質問①—4へ |
| 2. 自らの希望で受け取らなかった   | → 質問3の①へ                   |
| 3. 訪問看護ステーションが発行しなかったので受け取っていない   | } 裏面の質問②へ                  |
| 4. わからない  |                            |
| ①—1 「明細書」を受け取るための手数料(訪問看護療養費ではありません)をお支払いになりましたか。お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※○は1つだけ |                            |
| 1. 支払った → (お支払い金額:                  円)  |                            |
| 2. 支払っていない  |                            |
| 3. わからない  |                            |
| ①—2 「明細書」の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ   |                            |
| 1. きちんと確認した   | 2. おおまかに確認した               |
| 3. ほとんど確認しなかった  | 4. まったく確認しなかった             |

## ①—3 「明細書」を受け取って良かったことは何ですか。 ※〇はいつでも

1. 訪問看護の提供内容・具体名がわかりやすくなった
2. 費用の内訳がわかりやすくなった
3. 看護師等に訪問看護の内容や費用について質問・相談がしやすくなった
4. 訪問看護ステーションを選択する際の参考となった
5. 訪問看護ステーションへの安心感・信頼感が高まった
6. 訪問看護の記録として保管できる
7. その他（具体的に \_\_\_\_\_）
8. 特になし

## ①—4 今まで受け取った「明細書」を保管していますか。

1. 保管している
2. 保管していない
3. その他（ \_\_\_\_\_）

（「明細書」が発行されなかった方、受け取ったかわからなかった方にお伺いします。）

## ②「明細書」を受け取れるのであれば、受け取っていただいた方が良かったと思いますか。

1. 受け取っていただいた方が良かったと思う
2. 特に何も思わない →質問3の①へ

## ②—1「明細書」を受け取っていただいた方が良かったと思う理由は何ですか。 ※〇はいつでも

1. 療養費の内訳がわかりやすくなる
2. 看護師等に訪問看護療養費について質問・相談がしやすくなる
3. 訪問看護ステーションを選択する際の参考となる
4. 訪問看護ステーションへの安心感・信頼感が高まる
5. 訪問看護の記録として保管したい
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

## 3. &lt;みなさんにおうかがいします&gt;

これからの「明細書」の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

## ① 今後、あなたは、訪問看護ステーションでの「明細書」の発行を希望しますか。 ※〇は1つだけ

1. 会計の都度、発行を希望する →質問②へ
2. 訪問看護の内容に変更があったときなど、場合により、発行を希望する →質問②へ
3. 希望しない →質問①—1・質問①—2へ
4. わからない
5. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

## ①—1 希望しない理由は何ですか。 ※〇はいつでも

1. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
2. 「明細書」をもらっても内容について看護師等に質問・相談がしづらいため
3. 家族などに傷病名や受けているサービスの内容を知られるのがいやなため
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 「明細書」の発行に時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担額がないため
9. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

①-2 上記①-1の選択肢1～9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 訪問看護ステーションを利用した際に、「明細書」を無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。 ※○は1つだけ

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1. 必要だと思う         | 2. どちらかという必要だと思う |
| 3. どちらかという必要ないと思う | 4. 必要ないと思う       |
| 5. わからない          | 6. その他（具体的に )    |

4. 「明細書」の無料発行についてご意見がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
 令和4年●月●日（●）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)

明細書の発行に関する意識調査(案)

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

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。  
この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者さんご本人(代筆の場合も含む)      2. 本人以外のご家族等(具体的に )

1. 患者さんご本人のことについておうかがいします。

|  |  |
|--|--|
| ① 性別 ※○は1つだけ   | 1. 男性                      2. 女性   |
| ② 年代 ※○は1つだけ   | 1. 9歳以下                  2. 10歳代                  3. 20歳代                  4. 30歳代<br>5. 40歳代                  6. 50歳代                  7. 60歳代                  8. 70歳代<br>9. 80歳代                  10. 90歳以上 |
| ③ 医療費の自己負担額(病院の窓口で支払う金額)がありましたか。 <u>ただし、領収証で「保険外負担」となっているものは自己負担額に含めないでください。</u> ※○は1つだけ | 1. あった<br>2. なかった  |
| ④ この1か月間で、本日受診した(この調査票を受け取った)病院に行った回数  | 約( )回  |

2. ここからは、本日の「明細書」の受け取り状況等についておうかがいします。

※「明細書」とは、「個別の診療の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。

※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」の裏面に、診療の内容がわかる「明細書」の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

|  |
|--|
| ① 本日受診した病院ではどのように会計を行いましたか。 ※○は1つだけ  |
| 1. 会計窓口で会計を行った                      2. 自動入金機で会計を行った<br>3. 支払いがなかった                              4. その他(具体的に )  |
| ② 「明細書」の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ  |
| 1. きちんと確認した                              2. おおまかに確認した<br>3. ほとんど確認しなかった                      4. まったく確認しなかった  |
| ③ 「明細書」を受け取って良かったことは何ですか。 ※○はいくつでも   |
| 1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった<br>2. 医療費の内訳がわかりやすくなった<br>3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなった<br>4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなった<br>5. 医療機関を選択する際の参考となった<br>6. 病院への安心感・信頼感が高まった<br>7. 診療の記録として保管できる<br>8. その他(具体的に )<br>9. 特にない |

|                           |            |            |
|---------------------------|------------|------------|
| ④ 今まで受け取った「明細書」を保管していますか。 |            |            |
| 1. 保管している                 | 2. 保管していない | 3. その他 ( ) |

3. 「明細書」の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

|   |                    |
|---|--------------------|
| ① 医療機関を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。 ※○は1つだけ |                    |
| 1. 必要だと思う   | 2. どちらかというとも必要だと思う |
| 3. どちらかというとも必要ないと思う   | 4. 必要ないと思う         |
| 5. わからない  | 6. その他 (具体的に )     |

【「どちらかというとも必要ないと思う」「必要ないと思う」を選択した方】

①-1 必要ないと思う理由は何ですか。 ※○はいくつでも

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため</li> <li>2. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため</li> <li>3. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため</li> <li>4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため</li> <li>5. 領収証の内容で十分なため</li> <li>6. 「明細書」の発行に時間がかかるため</li> <li>7. 毎回ほぼ同じ内容であるため</li> <li>8. 自己負担額がないため</li> <li>9. その他 (具体的に )</li> </ul> |
|---|

①-2 上記①-1の選択肢1～9のうち、必要としない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

4. 「明細書」の発行についてご意見がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
 令和4年●月●日 (●) までに返信用封筒 (切手不要) に封入の上ご投函ください。

令和4年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 「明細書の無料発行の実施状況調査」 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、明細書の無償発行については、平成20年度以降順次、義務対象が拡大されているところですが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由がある場合については無償発行の義務対象外とする経過措置が設けられています。また、現在は電子レセプト請求を行っていないことから努力義務とされている訪問看護事業者について、令和6年度からは電子レセプト請求が開始されることとなっています。

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4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関や訪問介護ステーション、患者・利用者の方を対象に、明細書の無料発行の実施状況や意識等の変化を把握することを目的に、本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、PwCコンサルティング合同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

**令和4年●月●日(●)まで**に「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail： 【調査へのお問合せ先】~~~~~

【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元：~~~~~

※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：XXX（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

(患者・利用者票)

令和4年12月

患者様  
ご利用者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 「明細書の無料発行の実施状況調査」 調査へのご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

さて、明細書の無償発行については、平成20年度以降順次、義務対象が拡大されているところですが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由がある場合については無償発行の義務対象外とする経過措置が設けられています。

本調査は、明細書の無料発行について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

### 対象者

- ・ この調査は、医療機関を受診なさった方及び訪問介護ステーションをご利用された方が対象となっております。

### 回答期限・返送方法

- ・ 調査票を受け取った方は、返信用封筒にて下記調査事務局まで直接ご返信ください。切手の貼付は不要です。

### 回答方法

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号1つだけに○をつけてください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

(→裏面へ続きます)

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けたPwCコンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、受診なさった医療機関やご利用になった訪問看護ステーションの職員に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

#### 【連絡先】

##### 「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー  
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】~~~~~

【電子調査票の送付先】~~~~~（受信専用）

電子調査票の入手元 : ~~~~~

※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 : XXX（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）



令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）における  
電子レセプトデータの活用について（案）

- 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、調査票への記入等に係る調査対象者の負担を軽減し調査の回答率を保つ観点、また、より幅広い対象について状況を把握する観点から、各種診療報酬項目の算定医療機関件数や算定件数等について、平成27年度調査以降、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化に努めている。
- 引き続き、令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）においても、NDBにある電子レセプト情報の分析をもって調査の一部として報告を行うこととしてはどうか。

|   | 主な調査内容<br>(新型コロナウイルスによる影響は共通)   | NDB を用いて実施するもの<br>(※)  |
|---|---|--|
| (1) 在宅医療、在宅<br>歯科医療、在宅訪<br>問薬剤管理及び<br>訪問看護の実施<br>状況調査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療、訪問看護の実施状況、対象患者の状態、居住形態、診療・看護の所要時間等</li> <li>・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅療養移行加算及び外来在宅共同指導料の算定状況等</li> <li>・機能強化型在支診・在支病の地域における連携状況等</li> <li>・歯科訪問診療料及びその加算、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料及びその加算、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、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状況等</li> <li>・歯科訪問診療の対象患者の状態、居住形態、診療時間、診療内容、関係機関との連携状況等</li> <li>・在宅患者訪問薬剤管理指導料等の在宅薬学管理の算定状況等</li> <li>・在宅患者訪問看護・指導料、在宅ターミナルケア加算、訪問看護・指導体制充実加算の算定状況</li> <li>・機能強化型訪問看護管理療養費、専門管理加算、訪問看護ターミナルケア療養費の算定状況等</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅療養移行加算及び外来在宅共同指導料等の算定状況</li> <li>・在宅患者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料、複数名訪問看護・指導加算、専門管理加算等の算定状況</li> <li>・歯科訪問診療料及び歯科診療特別対応加算・通信画像情報活用加算、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料及び栄養サポートチーム等連携加算、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び栄養サポートチーム等連携加算、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児栄養サポートチーム等連携加</li> </ul> |

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
|                            |  | <p>算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料等の算定状況</li> </ul> <p>等</p>  |
| (2) 精神医療等の実施状況調査           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟、精神科救急・合併症入院料、精神科医師配置加算、精神科急性期医療体制加算の算定状況</li> <li>・こころの連携指導料、療養生活継続支援加算の算定状況</li> <li>・精神病棟におけるクロザピン、持続性抗精神病注射薬剤の使用状況等</li> <li>・精神病棟からの地域移行・地域定着の実施状況等</li> </ul> <p>等</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科退院時共同指導料、療養生活環境整備指導料、依存症集団療法、こころの連携指導料等の算定状況等</li> <li>・精神科訪問看護・指導料等の算定状況</li> <li>・通院精神療法、療養生活継続支援加算等の算定状況等</li> </ul>             |
| (3) リフィル処方箋の実施状況調査         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リフィル処方箋の実施状況等</li> <li>・リフィル処方箋導入による患者への影響等</li> <li>・薬局におけるリフィル処方箋の対応状況等</li> </ul> <p>等</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リフィル処方箋に係る処方箋料等の算定状況</li> <li>・リフィル処方箋の受付回数</li> </ul> <p>等</p>  |
| (4) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険薬局で受け付けた処方箋について、「一般名処方」の記載された処方箋の受付状況、「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名の状況</li> <li>・保険薬局における後発医薬品への変更調剤の状況</li> <li>・後発医薬品の使用促進に係る加算及び減算の届出、算定状況</li> <li>・医薬品の備蓄及び廃棄の状況</li> <li>・後発医薬品についての患者への説明状況</li> <li>・後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化</li> <li>・保険医療機関（入院・外来）における後発医薬品の使用状況</li> <li>・後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識</li> <li>・バイオ後続品の使用に関する状況</li> <li>・地域や病院における医学的妥当性や経済性の視点を踏まえた処方の取組の状況</li> <li>・後発医薬品の供給不安に関する対応等の状況</li> </ul> <p>等</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、バイオ後続品導入初期加算（在宅自己注射指導管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算）等の算定状況</li> <li>・後発医薬品調剤体制加算、後発医薬品減算等の算定状況</li> </ul> <p>等</p> |

|                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| <p>(5) 明細書無償発行に関する実施状況調査</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経過措置により義務対象外とされている診療所における届出理由・解消時期の見通し</li> <li>・ 明細書無償発行を実施している保険医療機関における実施状況</li> <li>・ 訪問看護事業者における明細書無償発行の実施状況</li> <li>・ 明細書無償発行を実施していない訪問看護事業者の課題・解消時期の見通し</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p> | <p>無し</p> <p>(調査内容に関して電子レセプト情報から取得できる内容がないため)</p> |
|------------------------------|---|---|

※ 原則として、検証調査に回答した医療機関以外を含む全数調査とし、改定前を含む適切な時点を選択して調査する。