

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

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

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※ ¹ 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※ ² で訪問した患者数	人	人	人

※¹「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。

※² 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 助産師 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 社会福祉士	うち 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。 ※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。 例)1週間の勤務時間40時間のうち、在宅医療に携わった時間が16時間であれば16÷40=0.4→「0.4人」と換算							
医師	歯科医師	薬剤師	保健師 助産師 看護師	准看護師	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 社会福祉士	うち 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 訪問診療を行う医師の 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。 ※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) 2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている 4. 特定の曜日に訪問診療を行っている(その日は、原則、訪問診療のみを実施) 5. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている(医師が複数名体制) 8. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない 9. その他(具体的に)</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 5月～10月	令和4年 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 ^{※1} での死亡者数	人	人
5) 上記3)のうち、居住系施設 ^{※2} での死亡者数	人	人
6) 上記3)のうち、介護老人福祉施設での死亡者数	人	人
7) 上記3)のうち、介護老人保健施設および介護医療院での死亡者数	人	人
8) 上記3)のうち、4)から7)に該当しない場所 ^{※3} での死亡者数	人	人
9) 上記2)のうち、医療機関で死亡した患者数・・・10)+11)+12)+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 ^{※4} で死亡した患者数	人	人
12) 上記9)のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数	人	人
13) 上記9)のうち、患者や家族の意向に基づき貴施設または連携医療機関に入院し、7日以内に死亡した患者数	人	人

※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) ⑤1) 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 ※14)の患者数 =a)+b)+c)+d)の患者数	b) 在宅療養を行っている患者の急性疾患対応のため入院した	人	人
		c) 検査入院や教育入院、化学療法等の予定入院であった	人	人
d) その他(主な内容)		人	人	

※5 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床を指します。

【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 ※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 2. 貴施設自身 3. 連携医療機関以外の医療機関 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 ※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 2. 貴施設自身 3. 連携医療機関以外の医療機関 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 ※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 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 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 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 5. 退院後に新規に在宅医療を受けることになった 6. 入院前の状況を把握しておらず、判断できない 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 ※○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 2. 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が多い 3. 在宅医療を含む医療・介護サービスの提供量が少ない 4. 急性増悪時などの緊急対応がスムーズに行える 5. 特に差はない 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か月以下	人	b) 1か月超～3か月以下		人
c) 3か月超～6か月以下	人	d) 6か月超～12か月以下		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） ※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2」の対象となる患者としてお考え下さい。			人	
2) 上記1)のうち、他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由別の患者数 ※1) = a) + b) + c) + d)				
a) 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため			人	
b) 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため			人	
c) 患者・家族の意向のため			人	
d) その他（主な理由を具体的に： _____ ）			人	
3) 上記1)の患者について、依頼先の医療機関が実施した患者ごとの訪問診療の回数 各患者に実施した訪問診療の回数が最も多いものと2番目に多いものを、a)～c)の期間ごとに 下の【選択肢】の1～5の中から選び、該当する番号をお書きください。 ※複数の医療機関に依頼した場合は、医療機関ごとの回数を別々に考慮してください。				
【選択肢】 1. 月1回 4. 回数を把握していない			2. 月2回 5. 当該期間は行われていない	
			3. 月3回以上 } (それぞれ該当する番号を記入)	
			最も多いもの	2番目に多いもの
a) 初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数※ ¹			()	()
b) 初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数※ ²			()	()
c) 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数※ ³			()	()

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

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

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

4)p.12 ⑩1)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か月以下	人	b) 1か月超～3か月以下	人
c) 3か月超～6か月以下	人	d) 6か月超～12か月以下	人
e) 12か月超	人		
【4)のd)またはe)に該当患者がいる場合】 5)期間が6か月超である理由として、最も多いもの ※○は1つだけ	1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有し、相応の期間の診療が必要なため 2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有し、相応の期間の診療が必要なため 3. 患者・家族の意向のため 4. その他()		
6)p.12 ⑩1)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)p.12 ⑩1)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)p.12 ⑩1)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)p.12 ⑩1)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	
⑩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

1. 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
2. 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
3. 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。

1. 困難事例はない
2. 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○

1. 歯科訪問診療に対応している歯科医療機関がないため
2. 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
3. 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
4. その他(具体的に)

⑮ 令和4年5月～10月の6か月間における貴施設の歯科医療機関連携加算1の実績をお答えください。	算定実人数	算定回数
	人	回

【⑮の算定回数が1回以上の場合】

⑮-1 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。
※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◎

1. 訪問診療において摂食機能障害を有する患者
2. 訪問診療において栄養障害を有する患者
3. 周術期等口腔機能管理が必要な患者
4. 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

【⑮の算定回数が0回の場合】

⑮-2 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

1. 当該加算の算定対象となる患者(口腔機能の管理が必要な患者)がない
2. 紹介する歯科医療機関が見つからなかった
3. 患者の紹介は行ったが算定を行っていなかった
4. その他(具体的に)

⑯ 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 令和3年5月～10月の数値、 「R4:5～10月」は 令和4年5月～10月の数値 をそれぞれご記入ください ↓						
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
【緊急往診加算の算定回数が1回以上ある場合】			
③算定患者の算定要件として該当する状態像別人数(実人数)			
急性心筋梗塞	人	医学的に終末期と考えられる患者	人
脳血管障害	人	その他	人
急性腹症	人	↳「その他」の主な状態像()	
④貴施設における在宅でのターミナルケアに関してお答えください。			
1) 令和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。 ※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
【⑤の算定人数が1人以上の場合】 ⑥算定患者の該当人数(実人数) ※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
【⑦の算定回数が0人の場合】	
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 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	人
【⑨の算定回数が0人の場合】			
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
【⑫の算定回数が0回の場合】			
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6か月間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
【⑮で在宅療養移行加算1の算定がある場合】			1.はい 2.いいえ
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
【「2.いいえ」と回答した場合】 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 ※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.いいえ」と回答した場合】 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 ※〇はいくつでも	1. 在宅療養支援病院 3. 在宅療養支援診療所	2. 在宅療養支援病院以外の病院 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所	
【⑮で在宅療養移行加算2の算定がある場合】			
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 ※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 ※〇はいくつでも	1. 在宅療養支援病院 3. 在宅療養支援診療所	2. 在宅療養支援病院以外の病院 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所	
【⑮で在宅療養移行加算1、2の算定がない場合】			
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 (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 12. 周囲の在宅医療機関とは専門が異なり、連携が困難 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らない	
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 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 ため 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行っていない理由 ※○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※1について	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研修を修了した医師がいる 2. 研修を修了した医師がいない
2) 看護師の緩和ケア病棟等における研修※2について	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研修を修了した看護師がいる 2. 研修を修了した看護師がいない

※1医師の緩和ケアに係る研修とは「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会や緩和ケアの基本教育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 p.21 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。 ※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 2. 自院の緩和ケア以外の病棟に入院する。 3. 他院の緩和ケア病棟に入院する 4. 他院の緩和ケア病棟以外に入院する 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 6. 患者・家族が希望されるため在宅療養を継続する 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、往診等に対応して在宅療養を継続した患者	人	人
3) 1)のうち、往診等に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(「p.26 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。 ※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 (上限週12単位)	退院の日から起算して3月以降の患者 (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 (上限1日4単位)
		単位	単位
1) 医療保険によるリハビリテーション	単位	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 人

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 <input type="text"/>)

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	<input type="text"/> 人
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	<input type="text"/> か月

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 (※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 (②-1で○を記入した項目について最も当てはまる数字に○) 1:達成 2:概ね達成 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。		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。		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。		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。		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。		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。		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。		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。		1-2-3
9. 医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、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。		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。		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。		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。		1-2-3

【p.26 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。

※○はいくつでも、最も利用している選択肢に◎

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

【p.26 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。※○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。

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

【患者票A・Bについて】

- 令和4年10月1日～10月16日の間に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、氏名が五十音順で早い患者2名（→患者票A、Bに記入。順不同）

【患者票C・Dについて】

- 令和4年10月1日～10月16日の間に貴施設が訪問看護・指導を実施した患者のうち、氏名が五十音順で早い患者2名（→患者票C、Dに記入。順不同）
- ※ 貴施設が訪問看護指示書を交付し、訪問看護ステーションが訪問看護を実施した患者（貴施設が直接訪問看護・指導を実施していない患者）は、患者票C・Dの対象外です。
- ※ いずれも新型コロナウイルス感染症と診断された患者や、新型コロナウイルス感染の疑いのある患者（訪問時点では診断されていないが、濃厚接触者で発熱や倦怠感の症状がある場合等、感染の可能性があると考えられたケース）は除いてください。

患者票A

1) 性別	1. 男性 2. 女性
2) 年齢	() 歳
3) 訪問先	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅 3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症対応型共同生活介護 7. その他(具体的に)
4) 連携機関先	1. 歯科診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 薬局 4. 居宅介護支援事業所 5. 訪問介護事業所 6. 通所介護事業所 7. 地域包括支援センター 8. その他(具体的に:)
5) 上記3)の訪問先建物(単一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※この患者を含めた人数)	人
6) 調査日の診察状況	1. 単一の建物内で複数の患者を診察 2. 単一の建物内で当該患者のみ診察
7) 要介護度	1. 対象外 2. 非該当 3. 未申請 4. 要支援1・2 5. 要介護1 6. 要介護2 7. 要介護3 8. 要介護4 9. 要介護5 10. 不明
8) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 該当なし 2. I 3. II a 4. II b 5. III a 6. III b 7. IV 8. M 9. 不明
9) 貴施設における訪問リハビリテーション*の実施の有無 ※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. 実施している 2. 実施していない
【9)で訪問リハビリテーションを実施している場合】	か月
10) 貴施設が当該患者に訪問リハビリテーションを実施している期間	
【9)で訪問リハビリテーションを実施している場合】	
11) BI及びFIM(機能的自立度評価法)の点数 (算出している場合)	訪問リハビリテーション開始時
※訪問リハビリテーション開始時、令和4年4月中、令和4年10月中の点数をお答えください。	R4年度4月中 R4年度10月中
	BI
	FIM

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 ※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 ※○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。 ※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】	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. 家族等はあるが、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()			
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. 家族等はあるが、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()			
【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】	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. 家族等はあるが、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()			
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. 家族等はあるが、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貴施設から情報を提供している施設	②貴施設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			
2. 一般診療所			
3. 歯科診療所			
4. 訪問看護ステーション			
5. 薬局			
6. 特別養護老人ホーム			
7. 居宅介護支援事業所			
8. 訪問介護事業所			
9. 通所介護事業所			
10. 地域包括支援センター			
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)			
12. 認知症対応型共同生活介護			
13. その他 (具体的に)			

<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。 ※該当するものすべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6. 本人との医療・ケアの方針の共有 7. (8以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有 8. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10. 本人・家族等への相談体制の充実 11. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12 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（※令和4年10月1か月間に実施したもの） ※○はいくつでも			
1.健康相談	2.視聴打診・触診	3.バイタル測定	4.患者・家族等への問診
5.心電図検査	6.簡易血糖測定	7.採血・検体採取	8.検査結果説明
9.抗がん剤の点滴・注射	10.モルヒネの持続皮下注射	11.鎮静薬の持続皮下注射	
12.皮下輸液	13.中心静脈栄養・ポート管理	14.輸血	15.胸水穿刺・腹水穿刺
16.経口麻薬の投与	17.末梢静脈点滴	18.上記以外の点滴・注射	
19.気管切開・カニューレ交換	20.カテーテル交換(カテーテルの部位) 21.エコー検査	
22.薬剤の処方	23.特定保険医療材料の処方	24.ネブライザー	25.たんの吸引の指示
26.栄養指導	27.患者・家族等への病状説明	28.診療上の継続的な意思決定支援	
29. 訪問看護ステーションに関する指示・連携(具体的に)		
30. 保険薬局に関する指示・連携(具体的に)		
31. 歯科医療機関との連携(具体的に)		
32. 居宅介護支援事業所との連携(具体的に)		
33. その他(具体的に)		
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（※令和4年10月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・腹膜灌流	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	

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

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

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

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

※4「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与え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 (令和4年10月1か月間)	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2のイ 15.精神科在宅患者支援管理料2のロ 16.精神科在宅患者支援管理料3のイ 17.精神科在宅患者支援管理料3のロ 18.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) ※移動時間は含まない	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) ※医療保険、介護保険の両方を含みます。	回

患者票B

1) 性別	1. 男性 2. 女性
2) 年齢	() 歳
3) 訪問先	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅 3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症対応型共同生活介護 7. その他(具体的に)
4) 連携機関先	1. 歯科診療所 2. 訪問看護ステーション 3. 薬局 4. 居宅介護支援事業所 5. 訪問介護事業所 6. 通所介護事業所 7. 地域包括支援センター 8. その他(具体的に:)
5) 上記3)の訪問先建物(単一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数 (※この患者を含めた人数)	人
6) 調査日の診察状況	1. 単一の建物内で複数の患者を診察 2. 単一の建物内で当該患者のみ診察
7) 要介護度	1. 対象外 2. 非該当 3. 未申請 4. 要支援1・2 5. 要介護1 6. 要介護2 7. 要介護3 8. 要介護4 9. 要介護5 10. 不明
8) 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 該当なし 2. I 3. II a 4. II b 5. III a 6. III b 7. IV 8. M 9. 不明
9) 貴施設における訪問リハビリテーション*の実施の有無 ※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. 実施している 2. 実施していない
【9)で訪問リハビリテーションを実施している場合】	か月
10) 貴施設が当該患者に訪問リハビリテーションを実施している期間	
【9)で訪問リハビリテーションを実施している場合】	
11) BI及びFIM(機能的自立度評価法)の点数 (算出している場合) ※訪問リハビリテーション開始時、令和4年4月中、令和4年10月中の点数をお答えください。	訪問リハビリテーション開始時 R4年度4月中 R4年度10月中
	BI
	FIM
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ている交通手段と移動時間 ※移動時間は貴施設から患家までの片道時間をお書きください。	1. 徒歩のみ →()分 2. 徒歩+バス・電車等の公共交通 →()分 3. 自動車 →()分 4. その他(具体的に) →()分
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 ※○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。 ※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】 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. 家族等はあるが、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】 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. 家族等はあるが、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貴施設から情報を提供している施設	②貴施設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			
2. 一般診療所			
3. 歯科診療所			
4. 訪問看護ステーション			
5. 薬局			
6. 特別養護老人ホーム			
7. 居宅介護支援事業所			
8. 訪問介護事業所			
9. 通所介護事業所			
10. 地域包括支援センター			
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）			
12. 認知症対応型共同生活介護			
13. その他 （具体的に			

<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。 ※該当するものすべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6. 本人との医療・ケアの方針の共有 7. (8以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有 8. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10. 本人・家族等への相談体制の充実 11. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12. 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（※令和4年10月1か月間に実施したもの） ※○はいくつでも			
1.健康相談	2.視聴打診・触診	3.バイタル測定	4.患者・家族等への問診
5.心電図検査	6.簡易血糖測定	7.採血・検体採取	8.検査結果説明
9.抗がん剤の点滴・注射	10.モルヒネの持続皮下注射	11.鎮静薬の持続皮下注射	
12.皮下輸液	13.中心静脈栄養・ポート管理	14.輸血	15.胸水穿刺・腹水穿刺
16.経口麻薬の投与	17.末梢静脈点滴	18.上記以外の点滴・注射	
19.気管切開・カニューレ交換	20.カテーテル交換(カテーテルの部位) 21.エコー検査	
22.薬剤の処方	23.特定保険医療材料の処方	24.ネブライザー	25.たんの吸引の指示
26.栄養指導	27.患者・家族等への病状説明	28.診療上の継続的な意思決定支援	
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（※令和4年10月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・腹膜灌流	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	

<p>【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】</p> <p>30) 複数疾患への対応等のため、<u>他の医療機関</u>に訪問診療を依頼・実施している 又は依頼・実施していた患者であるか ※「1. はい」の場合は、何か所の医療機関に依頼したか、数もあわせて回答 ※他の医療機関で「在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2」の対象となる患者としてお考え下さい。</p>		<p>1. はい (依頼した医療機関数: _____か所)</p> <p>2. いいえ</p>
<p>【30)で「1.はい」とお答え頂いた施設のみ】</p> <p>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。 ※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</p>		
a) 他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由	<p>1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため 2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため 3. 患者・家族の意向のため 4. その他(具体的に _____)</p>	
b) 依頼先の診療科	<p>1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 小児科 6. 精神科 7. 眼科 8. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科 10. 泌尿器科 11. リハビリテーション科 12. 婦人科 13. その他(具体的に _____)</p>	
<p>c) 依頼先の医療機関が当該患者に実施した訪問診療の回数 i)～iii)の期間ごとに下の【選択肢】の1.～5.の中から選び、該当する番号をお書きください。</p>		
<p>【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</p>		
i) 初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数 ^{※1}	()	
ii) 初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数 ^{※2}	()	
iii) 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数 ^{※3}	()	
d) 依頼先の医療機関による訪問診療の期間(見込みを含む)	<p>1. 1か月 2. 1か月超～3か月 3. 3か月超～6か月 4. 6か月超～12か月 5. 12か月超</p>	
e) 訪問診療を依頼した病名	<p>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 _____)</p>	
f) 依頼先の医療機関の種類	<p>1. 在宅療養支援病院 2. 在宅療養支援病院以外の病院 3. 在宅療養支援診療所 4. 在宅療養支援診療所以外の診療所</p>	
g) 依頼先の医療機関の許可病床数	<p>1. 0床(無床診療所) 2. 1～19床(有床診療所) 3. 20～199床 4. 200～399床 5. 400床以上</p>	
h) 依頼先の医療機関は、貴施設と特別の関係であるか ^{※4}	<p>1. はい 2. いいえ</p>	

※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 (令和4年10月1か月間)	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2のイ 15.精神科在宅患者支援管理料2のロ 16.精神科在宅患者支援管理料3のイ 17.精神科在宅患者支援管理料3のロ 18.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) ※移動時間は含まない	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) ※医療保険、介護保険の両方を含みます。	回

患者票C

1)性別	1.男性 2.女性	
2)年齢	()歳	
3)要介護度(直近)	1. 非該当 2. 未申請 3. 申請中 4. 要支援1・2 5. 要介護1 6. 要介護2 7. 要介護3 8. 要介護4 9. 要介護5 10. 不明	
4) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)(直近)	1. 自立 2. J 3. A 4. B 5. C 6. 不明	
5) 認知症高齢者の日常生活自立度(直近)	1. 自立 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. M 7. 不明	
6) 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	
7) 利用している介護保険サービス、障害福祉サービス ※あてはまるもの全てに○	【介護保険サービス】 1. 訪問介護 2. 訪問リハビリテーション 3. 通所介護 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 7. 福祉用具貸与 8. 住宅改修 9. その他(具体的に:) 【障害福祉サービス】 10. 居宅介護 11. 重度訪問介護 12. 同行援護 13. 行動援護 14. 療養介護 15. 生活介護 16. 短期入所 17. 重度障害者等包括支援 18. 施設入所支援 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 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 25. 自立生活援助 26. 共同生活援助(グループホーム) 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 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(主傷病を1つ選択)	1. 脳血管疾患 2. 循環器疾患 3. 悪性新生物 4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患 6. 消化器疾患 7. 筋骨格・運動器疾患 8. 精神疾患 9. 神経難病 10. その他の神経疾患 11. その他(具体的に:)	
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 4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患 6. 消化器疾患 7. 筋骨格・運動器疾患 8. 精神疾患 9. 神経難病 10. その他の神経疾患 11. その他(具体的に:)	
11) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※あてはまるもの全てに○	1. なし 3. 多発性硬化症 4. 重症筋無力症 2. 末期の悪性腫瘍 6. 筋萎縮性側索硬化症 7. 脊髄小脳変性症 5. スモン 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 8. ハンチントン病 12. プリオン病 13. 亜急性硬化性全脳炎 11. 多系統萎縮症 15. 副腎白質ジストロフィー 16. 脊髄性筋萎縮症 14. ライソゾーム病 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 17. 球脊髄性筋萎縮症 21. 人工呼吸器を使用している状態 20. 頸髄損傷	

12) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○	1. なし 2. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 4. 気管カニューレ 6. 在宅自己腹膜灌流指導管理 8. 在宅酸素療法指導管理 10. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 12. 在宅人工呼吸指導管理 14. 在宅自己疼痛管理指導管理 16. 人工肛門・人工膀胱 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 5. 留置カテーテル 7. 在宅血液透析指導管理 9. 在宅中心静脈栄養法指導管理 11. 在宅自己導尿指導管理 13. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 15. 在宅肺高血圧症患者指導管理 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。 ※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. 本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5. 複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6. 本人との医療・ケアの方針の共有 7. (8以外の) 家族等との医療・ケアの方針の共有 8. 遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9. 医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10. 本人・家族等への相談体制の充実 11. 本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12. 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. あり	2. なし
---	-------	-------

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	※令和3年11月から令和4年10月における在宅療養移行前の貯金近の居場所について1つ選択。また、「2. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○。 1. 特に入院・入所はしていない 2. 病院 → 病床(a.一般 b.療養 c.回復期リハ d.地域包括ケア e.精神 f.その他()) 3. 有床診療所 4. 介護老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 介護医療院 7. その他
-------------------	--

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(令和4年5月から10月)	1. 退院実績あり → ()月	2. なし	3. 不明
-------------------------	------------------	-------	-------

19) 訪問看護の種別 (令和4年10月分)	1. 在宅患者訪問看護・指導料 2. 同一建物居住者訪問看護・指導料 3. 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 4. 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)																																								
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、主なもの3つまで記入した番号に○をつけてください。 ※【選択肢】よりあてはまる番号全て記入																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																									
【選択肢】 1. ターミナル期のケア 2. 服薬援助(点眼薬等を含む) 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養 5. 吸入・吸引 6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便 8. 褥瘡の処置 9. 皮膚潰瘍等の処置 10. 褥瘡等の壊死組織除去・陰圧閉鎖療法 11. 採血 12. 検体採取(11.以外) 13. 血糖自己測定 of 管理 14. インスリン注射 15. 点滴・中心静脈栄養・注射(14.以外) 16. 栄養・水分管理に係る薬剤投与量の調整 17. 膀胱(留置)カテーテルの管理 18. 導尿 19. 人工肛門・人工膀胱の管理 20. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうカテーテルの交換 21. 人工呼吸器の管理 22. 陽圧換気機器の管理 23. 気管切開の処置 24. 気管カニューレの交換 25. 酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入) 26. 腹膜透析 27. がん末期の疼痛管理 28. 慢性疼痛の管理(27.以外) 29. 精神症状の観察 30. 心理的支援 31. 口腔ケア 32. 洗髪・清拭・入浴介助 33. リハビリテーション 34. 合併症予防ケア(肺炎予防等) 35. 頻回の観察・アセスメント 36. 家族への指導・支援 37. サービスの連絡調整 38. その他																																									
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」の場合は日数もあわせて回答	1. あり(日) → 19)-3へ 2. なし → 19)-4へ																																								
19)-3 19)-2で「1.あり」と回答した場合 複数回の訪問で提供した訪問看護の内容(直近の1日の複数回の訪問)(令和4年10月) ※ 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: ※19)-1と同じであれば以下に“同じ”と記入ください。																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																									
2回目の訪問時:																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																									
3回目の訪問時:																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></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」の場合は日数もあわせて回答	1. あり(日) → 19)-5へ 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 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 ※「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 (理由:) (訪問時間:)分 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 ※「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 2. なし	
22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月) ※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(令和4年10月) ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください。 ※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎。	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 作業療法士 4. 精神保健福祉士	
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
	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) ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択	1. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) → 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし	
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 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他()	

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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
9. その他()		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合

12)別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※あてはまるもの全てに○	1.なし 2.在宅悪性腫瘍患者指導管理 4.気管カニューレ 6.在宅自己腹膜灌流指導管理 8.在宅酸素療法指導管理 10.在宅成分栄養経管栄養法指導管理 12.在宅人工呼吸指導管理 14.在宅自己疼痛管理指導管理 16.人工肛門・人工膀胱 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 5.留置カテーテル 7.在宅血液透析指導管理 9.在宅中心静脈栄養法指導管理 11.在宅自己導尿指導管理 13.在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 15.在宅肺高血圧症患者指導管理 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。 ※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.本人・家族等及び医療・介護従事者等が一堂に会する話し合いの場の設定 5.複数の専門家からなる話し合いの場の設定 6.本人との医療・ケアの方針の共有 7.(8以外の)家族等との医療・ケアの方針の共有 8.遠方にいる家族等との医療・ケアの方針の共有 9.医療・介護従事者等との医療・ケアの方針の共有 10.本人・家族等への相談体制の充実 11.本人の変化に伴う、本人・家族等の不安への対応 12.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.あり	2.なし
--	------	------

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	※令和3年11月から令和4年10月における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。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(令和4年5月から10月)	1.退院実績あり → ()月	2.なし	3.不明
-------------------------	-----------------	------	------

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 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 ※「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 (理由:) (訪問時間:)分 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 ※「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 2. なし	
22) 直近1回の訪問時間(分)(令和4年10月) ※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(令和4年10月) ※複数名で訪問した場合は、主となる訪問者のみ選択してください。 ※あてはまるもの全てに○。直近の訪問者は◎。	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 作業療法士 4. 精神保健福祉士	
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
	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) ※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択	1. あり → 種別(a. 病院・診療所 b. 訪問看護ステーション) → 主な訪問者の職種(a. 看護職員 b. リハビリ職 c. その他) 2. なし	
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 2. 医療機関へ通院するための介助を確保することが可能 3. その他()	

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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に1回程度 6. 必要な場合
9. その他()		1. 訪問看護の実施ごと 3. 1か月に1回程度 5. 1年に1回程度	2. 1週間に1回程度 4. 6か月に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5年1月10日(火)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。