

令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業  
「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業」  
**「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査」**

ご回答方法

- ・貴院の管理者または管理者から委任された方にご回答をお願いいたします。
- ・「2.」以降は貴院に勤務する医師の状況についてお答えください。
- ・( ) 内には具体的な数字、用語等をご記入ください。「0人」などの場合、空欄とせず「0」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年12月1日現在の状況についてお答えください。
- ・本調査では、居宅療養管理指導には介護予防居宅療養管理指導も含むものとして、お考えください。

**1. 貴院の基本属性についてお伺いします**

問1-1 基本情報・体制等についてお答えください。

1) 開設主体* (○は1つ)	1. 国立	2. 公立
	3. 公的	4. 社会保険関係
	5. 医療法人	6. その他の法人
	7. 個人	

※ 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)

2) 開設年 (西暦で数字記入)	年
3) 許可病床数 (数字記入)	床
4) 1日平均訪問診療実施件数 ※令和4年12月1か月間の実績	人/日

5) 貴院に勤務している医師数 ※常勤換算数の算出:「職員の1週間の契約上の労働時間÷貴院の1週間の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第2位を四捨五入してください。	常勤		非常勤	
	実人数	実人数	常勤換算数	
	人	人	人	
5)-1 うち、居宅療養管理指導を実施することがある人数	人	人	人	

6) 標榜診療科 (あてはまるもの全てに○)

1. 内科 2. 呼吸器内科 3. 循環器内科 4. 消化器内科(胃腸内科) 5. 腎臓内科 6. 脳神経内科  
 7. 糖尿病内科(代謝内科) 8. 血液内科 9. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科  
 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科 15. 心療内科 16. 外科 17. 呼吸器外科  
 18. 心臓血管外科(循環器外科を含む) 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科(胃腸外科)  
 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科  
 28. 眼科 29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科  
 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科  
 39. 救急科 40. 歯科 41. 矯正歯科 42. 小児歯科 43. 歯科口腔外科 44. その他( )

7) 貴院の他に同一法人（同一の経営方針や提携している法人を含む）が実施している事業所・施設（あてはまるもの全てに○）	
1. 病院 2. 診療所 3. 歯科診療所 4. 薬局 5. 介護老人保健施設 6. 介護老人福祉施設 7. 介護医療院 8. 介護療養型医療施設 9. 訪問介護事業所 10. 訪問看護ステーション 11. 訪問リハビリテーション事業所 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 13. 通所介護事業所 14. 通所リハビリテーション事業所	15. 短期入所生活介護事業所 16. 短期入所療養介護事業所 17. 認知症対応型共同生活介護事業所 18. 小規模多機能型居宅介護事業所 19. 看護小規模多機能型居宅介護事業所 20. 居宅介護支援事業所 21. 有料老人ホーム 22. サービス付き高齢者向け住宅 23. 軽費老人ホーム・ケアハウス 24. 養護老人ホーム 25. その他 26. 当てはまるものはない
8) 貴院はいずれの施設基準で届出をおこなっていますか（あてはまるもの全てに○）	1. 在宅療養支援診療所（1）機能強化型（単独型） 2. 在宅療養支援診療所（2）機能強化型（連携型） 3. 在宅療養支援診療所（3） 4. 在宅療養支援病院（1）機能強化型（単独型） 5. 在宅療養支援病院（2）機能強化型（連携型） 6. 在宅療養支援病院（3）

問1-2 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬の算定状況についてお答えください。		
1) 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬として、令和4年12月に算定した人数と、居宅療養管理指導費と併せて算定した人数を、お答えください（数字記入）		
	①算定した人数	② ①のうち居宅療養管理指導費を算定した際に併せて算定した人数
<b>(診療報酬)</b>		
① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	人	人
② 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	人	人
③ 在宅がん医療総合診療料	人	人
④ 在宅時医学総合管理料	人	人
⑤ ④のうち情報通信機器を用いた場合の点数を算定している者	人	
⑥ 施設入居時等医学総合管理料	人	人
⑦ ⑥のうち情報通信機器を用いた場合の点数を算定している者	人	
⑧ 訪問看護指示料	人	人
⑨ 在宅患者連携指導料	人	人
<b>(介護報酬)</b>		
⑩ 医師による居宅療養管理指導費	人	

問1-3 医師による居宅療養管理指導費の算定状況についてお答えください。（数字記入）		
1) 医師による居宅療養管理指導費の算定状況を、介護報酬の項目ごとにお答えください（令和4年12月実績）	算定回数	実利用者数
① 居宅療養管理指導費Ⅰ・単一建物居住者が1人	回	人
② 居宅療養管理指導費Ⅰ・単一建物居住者が2～9人	回	人

③ 居宅療養管理指導費Ⅰ・単一建物居住者が10人以上	回	人
④ 居宅療養管理指導費Ⅱ・単一建物居住者が1人	回	人
⑤ 居宅療養管理指導費Ⅱ・単一建物居住者が2～9人	回	人
⑥ 居宅療養管理指導費Ⅱ・単一建物居住者が10人以上	回	人
2) 医師による居宅療養管理指導費の算定状況を、同一利用者への訪問回数別にお答えください（令和4年12月実績）（数字記入）		
① 1回		人
② 2回		人

## 2. 医師による居宅療養管理指導の状況についてお伺いします

問2-1 居宅療養管理指導の具体的な助言・指導の内容として、実施しているもの、また利用者の状態を表す上での必要性の高さについてのお考えをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

※以下の「様式」を本ファイルの別のシート「居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）（様式）」に掲載いたしましたので、ご参考になさってください。

	実施有無	必要性の高さ ○：必要性は高い と思う
<b>&lt;様式に記載されている事項&gt;</b>		
1. 生活機能低下の原因となっている傷病等の経過の評価		
2. 投薬内容を含む治療		
3. 日常生活の自立度等の評価		
4. 現在または今後低下の可能性が高い生活機能の評価		
5. 現在または今後低下の可能性が高い生活機能への対処方針の検討		
6. サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しの評価		
7. 医療系サービスの必要性の評価		
8. 医学的観点からの留意事項の評価		
9. 利用者の日常生活上の留意事項の評価		
10. 社会生活面の課題の評価		
11. 社会生活面の課題に対する必要な支援の評価		
<b>&lt;様式に記載されていない事項&gt;</b>		
12. 今後の居宅サービス（医師の指示を要するもの、例えば訪問看護、訪問リハビリテーション等）利用の維持・中止・頻度変更の提案		
13. 今後の居宅サービス（医師の指示を要しないもの、例えば訪問介護、通所介護等）利用の維持・中止・頻度変更の提案		
14. 精神状態の評価		
15. 利用者の身体状況の評価		
16. 体調変化等への対応指示		
17. 他の職種間の連携の指示・提案（例えば、リハビリテーション・機能訓練と栄養管理の連携、リハビリテーション・機能訓練と口腔管理の連携等）		
18. その他（ ）		

問2-2 居宅療養管理指導における、ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法をお答えください。 (○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対面</li> <li>2. 電話（通話）</li> <li>3. 郵送</li> <li>4. FAX</li> <li>5. メール</li> <li>6. オンライン会議</li> <li>7. 地域における情報連携ネットワーク</li> <li>8. その他（                      ）</li> </ol>
---	--

<上記で3～7と回答した場合に、お答えください>

問2-3 対面・電話ではない方法でケアマネジャーに情報提供している場合、国が示す様式を用いて情報提供していますか。(○は1つ) ※以下の「様式」を本ファイルの別のシート「居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）（様式）」に掲載いたしましたので、ご参考になさってください。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大部分の利用者について国が示す様式を使用している</li> <li>2. 一部の利用者について国が示す様式を使用している</li> <li>3. 国が示す様式を使用していない</li> </ol>
問2-4 居宅療養管理指導としての利用者・家族等に対する指導・助言の方法をお答えください。(○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主に対面</li> <li>2. 主に文書の交付</li> </ol>

問2-5 令和4年12月に訪問診療に行った利用者のうち、薬剤師と管理栄養士に居宅療養管理指導を指示した利用者数を①の欄にお答えください。把握していない場合には②の欄に○をつけてください。		
	①利用者数	②把握していない場合は以下に○をつけてください。
1)薬剤師	人	
2)管理栄養士	人	

問2-6 薬剤師が居宅療養管理指導を行った際の記録について、情報提供を受けた後、どの程度確認していますか。(○は1つ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基本的に全て確認する</li> <li>2. 必要があれば確認する</li> </ol>
---	--

### 3. 多職種連携の状況についてお伺いします

問3-1 個々の利用者の療養上の管理及び指導を行っていく際の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として、実際に一度でも実施したことがあるものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療機関でのカンファレンス（入院時・入院中・退院時）</li> <li>2. 医療機関でのカンファレンス（選択肢1以外のケース）</li> <li>3. 利用者の自宅での会議</li> <li>4. サービス担当者会議</li> <li>5. ICTを使用した利用者情報の共有</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. 電話による情報共有</li> <li>7. FAXによる情報共有</li> <li>8. その他（                      ）</li> <li>9. 共有する機会はない</li> </ol>

問3-2 貴院以外の他職種のうち、一度でも同行訪問を行ったことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)
--



1. 歯科医師
2. 歯科衛生士
3. 訪問看護師
4. 管理栄養士
5. 理学療法士
6. 作業療法士
7. 言語聴覚士
8. 薬剤師
9. ケアマネジャー
10. 訪問介護員
11. 上記の職種と同行訪問を行ったことはない

**問3-3 貴院以外の他職種のうち、一度でも同行訪問を行う必要性を感じたことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)**

1. 歯科医師
2. 歯科衛生士
3. 訪問看護師
4. 管理栄養士
5. 理学療法士
6. 作業療法士
7. 言語聴覚士
8. 薬剤師
9. ケアマネジャー
10. 訪問介護員
11. 上記の職種と同行訪問を行う必要性を感じたことはない

**問3-4 他職種と連携（情報提供や情報受領）する上で、一度でも利用したことがある手段や利用したことはないが必要だと思う手段をお答えください。(あてはまるもの全てに○)**

	①利用したことがある手段	②利用したことはないが、必要だと思う手段
1. 同行訪問		
2. 対面		
3. 電話（通話）		
4. 郵送		
5. FAX		
6. メール		
7. オンライン会議		
8. 地域における情報連携ネットワーク		
9. その他（ ）		
10. あてはまるものはない		

問3-5 管理栄養士に対し、具体的にどのような助言・指導を行うことを期待して居宅療養管理指導を指示しましたか。該当する利用者が1人以上いたものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

	助言・指導を期待した事項
1. 食事をする時間・タイミング	
2. 食事の形態	
3. 食事のテクスチャー	
4. 栄養素摂取量	
5. 食品群別摂取量	
6. 一般的な調理の方法	
7. 市販の介護食品の紹介・利用方法	
8. 栄養補助食品の紹介・利用方法	
9. 食事介助	
10. とろみ剤の使用法	
11. 食欲不振への対応	
12. 食料の調達方法	
13. 配食サービスの紹介・利用方法	
14. 口腔機能向上	
15. 食事姿勢や食環境	
16. 栄養状態の評価	
17. その他 ( )	
18. 管理栄養士に居宅療養管理指導を指示したことはない	

問3-6 管理栄養士に対し、居宅療養管理指導において医師へ報告することを期待したことがある事項をお答えください。該当する利用者が1人以上いたものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

	医師への報告を期待した事項
1. 生活環境・身体機能	
2. 主観的健康観	
3. 食事に対する満足感	
4. 体重・BMI	
5. 体重変化率	
6. 食事状況	
7. 経腸・静脈栄養補給の状況	
8. 主たる介護者の状況	
9. 買い物の手段や内容	
10. 調理担当者	
11. その他 ( )	
12. 管理栄養士に居宅療養管理指導を指示したことはない	

問3-7 薬剤師に対し、具体的にどのような助言・指導を行うことを期待して居宅療養管理指導を指示しましたか。また医師へ報告することを期待したことがある事項をお答えください。いずれも該当する利用者が1人以上いたものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

	①助言・指導を期待した事項	②医師への報告を期待した事項
1. 服薬指導		
2. 服薬状況・服薬アドヒアランスの確認		
3. 薬剤保管状況の確認		
4. 服薬支援ツール等を用いた薬の整理・セット		
5. 残薬の状況の確認		
6. 副作用の確認		
7. 相互作用の確認		
8. 一般用医薬品や健康食品の服用状況の確認		
9. 食事状況の確認		
10. 排泄状況の確認		
11. 睡眠状況の確認		
12. 運動状況の確認		
13. 服薬への立ち会い・促し・支援		
14. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援の確認		
15. 助言・指導内容への理解度の確認		
16. 病態や生活状況に応じた製剤工夫の提案		
17. 処方医への照会や必要に応じた処方提案		
18. 上記の他、他職種との情報連携		
19. 服薬以外の日常生活での困りごとの聞き取りや支援		
20. その他 ( )		
21. 薬剤師に居宅療養管理指導を指示したことはない		

問3-8 居宅療養管理指導の実施にあたり、居宅療養管理指導において指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)

1. 歯科医師
2. 歯科衛生士
3. 訪問看護師
4. 理学療法士
5. 作業療法士
6. 言語聴覚士
7. 訪問介護職員
8. その他 ( )
9. 連携した実績はない

<問3-8で、「1.」～「8.」のいずれかをお答えの場合、お答えください>

<b>問3-9 多職種連携においてどのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えたか、うまく連携につながった1例についてご回答ください。(自由記述)</b> <b>※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)</b>	
<b>課題</b>	例：貴職との情報連携が困難であるとの意見が他職種より聞かれた。
<b>工夫</b>	例：顔の見える関係作りを行うため、定期的な多職種での勉強会を企画・運用した。

**4. 社会生活面の課題への対応にかかる取組状況についてお伺いします**

<b>問4-1 令和4年12月に居宅療養管理指導を行った利用者のうち、社会生活面の課題が有ると貴院の医師が判断している実利用者の割合を、%単位でお答えください。</b> ※課題が有ると判断した時期が11月以前の利用者も含むものとしてお考えください。 ※なお通常、様式を使用されている場合には、様式の「利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等」欄の「(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援」の「社会生活面の課題」の「あり」にチェックを入れている利用者数の割合をお答えください。 様式(抜粋)	
(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( ) → 必要な支援 ( )	
<b>社会生活面の課題が有ると判断した実利用者数の割合(数字記入)</b>	%

<b>問4-2 社会資源につなげる必要がある利用者がいた場合、初めにどの職種につなげることが多いですか。(あてはまるもの全てに○)</b>	
1. 医師自身が調整する 2. 院内のソーシャルワーカー 3. 院内の看護師 4. 院内のその他の職種 5. ケアマネジャー 6. その他 ( ) 7. 社会資源につなげた実績はない	

<b>問4-3 社会生活面の課題がある利用者について、貴院からつなげる必要性を感じたことがあるケアマネジャー以外の関係主体をお答えください。(あてはまるもの全てに○)</b>	
1. 地域包括支援センター 2. 自治体 3. 地域医師会 4. 社会福祉協議会 5. 民生委員 6. NPO法人、ボランティア団体 7. その他 ( ) 8. 上記へつなげる必要性を感じたことはない	

問4-4 訪問診療などで次のことについて、①情報を収集することがありますか。②情報収集することがある場合、居宅療養管理指導の利用者のうち情報収集の対象とする者をお答えください。また③情報収集する対象者を定めるプロトコルはありますか。(それぞれ選択肢を選択)

※②③は、①が「1：ある」の場合にお答えください。

(選択肢)

①情報収集の有無

1：ある 2：ない

②情報収集対象

1：全員に聞いている 2：必要に応じて聞いている

③情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無

1：プロトコルがある 2：プロトコルはないが、あったら使いたい 3：プロトコルはなく、特に必要性を感じていない

	①情報収集の有無	②情報収集対象	③ ①で選択した情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無
1. 経済状況			
2. 就労状況			
3. 教育歴			
4. 家族・親族との関係			
5. 地域や職場との関係			
6. 仕事以外の地域活動や趣味の会等への参加状況			
7. 幼少期の困難な経験(虐待、親の離婚、いじめ、経済的困窮、その他)			
8. その他 ( )			

問4-5 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例は過去1年間で何件程度ありますか。(数字記入)

件

<問4-5で、「1件」以上とお答えの場合、お答えください。>

問4-6 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例において、どのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えましたか。主な1つの事例についてお答えください。(自由記述)

※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)

課題	例：パーキンソン病の進行により、歩行困難となり、引きこもりがちで、抑うつ気分も見られるようになった患者。
工夫	例：地域で行われる患者会に紹介し、同じ病で苦労している仲間と話すことで抑うつ気分の改善が見られた。



## 5. 居宅療養管理指導を行った利用者についてお伺いします

問5-1 貴院の医師のうち、令和4年12月の1か月間（これを当該期間と表します）において、訪問診療を行った日数が最も多い医師1人を対象として、当該医師が当該期間に居宅療養管理指導を行った利用者の氏名の最初の文字の五十音が早い順に3名を調査対象利用者とした上で、貴院の医師が当該期間に各調査対象利用者に対し訪問を行った際の状況についてお答えください。

※ 氏名の最初の文字の五十音順の早さの考え方の例：「あべさん」、「わたなべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」の中から3名を選ぶ場合には、この4名から3名を選ぶ場合には、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」、「わたなべさん」の順に早いと考え、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」を調査対象利用者として選定する。ただし例えば、当該期間中に同居する夫婦（例：「あべさん」夫婦）のそれぞれに対して訪問診療を行った場合には、なるべく療養環境が異なるケースを調査対象利用者とする観点から、夫婦のうちいずれかお一人のみを調査対象利用者としてご選定ください。

<利用者1人目>

1) 年齢（数字記入） 歳 2) 性別（○は1つ） 1. 男性 2. 女性 3. その他

3) 貴院の医師が訪問した際の利用者の居場所（○は1つ）

- |                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| 1. 戸建て住宅         | 6. 住宅型有料老人ホーム               |
| 2. 一般集合住宅        | 7. 軽費老人ホーム（ケアハウス含む）・養護老人ホーム |
| 3. 認知症グループホーム    | 8. 小規模多機能型居宅介護事業所           |
| 4. サービス付き高齢者向け住宅 | 9. 看護小規模多機能型居宅介護事業所         |
| 5. 介護付き有料老人ホーム   |                             |

4) 貴院から利用者の居場所（利用サービス）までの主な移動手段と片道の移動時間

※移動時間は、貴院から利用者の居住場所（利用サービス）へ移動する際に使用する主な移動手段（徒歩や自動車等交通手段）を利用した際にかかる平均的な移動時間を想定してください。詳細な時間が分からない場合にはおおよその移動時間をお答えください。

①主な移動手段（1つに○） 1.自動車 2.バイク 3.自転車 4.徒歩 5.公共交通機関 6.その他（ ）

②移動時間 分

<5)は、3)の利用者の居場所が「1. 戸建て住宅」か「2. 一般集合住宅」をご回答の場合、お答えください>

5) 介護力の状況（○は1つ）	1. 独居であり近居の親類等にも介護者がいない 2. 独居であるが近居の親類等に介護者がいる 3. 同居しているが、同居・近居の親類等に介護力がある者がいない 4. 同居していて、同居・近居の親類等に介護力がある者がいる 5. その他（ ）
-----------------	--

6) 要介護度（○は1つ）

- |         |         |           |
|---------|---------|-----------|
| 1. 要支援1 | 4. 要介護2 | 7. 要介護5   |
| 2. 要支援2 | 5. 要介護3 | 8. 申請中    |
| 3. 要介護1 | 6. 要介護4 | 9. その他（ ） |

7) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（○は1つ）

1. J1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する（交通機関等を利用して外出する）
2. J2 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する（隣近所へなら外出する）
3. A1 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない（介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する）

4. A2 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない（外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている）
5. B1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ（車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く）
6. B2 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ（介助により車いすに移乗する）
7. C1 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する（自力で寝返りをうつ）
8. C2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する（自力では寝返りもうてない）
9. 不明

**8) 認知症高齢者の日常生活自立度（○は1つ）**

1. 自立
2. I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
3. II a 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭外で左記の状態がみられる）
4. II b 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭内でも左記の状態がみられる）
5. III a 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする（日中を中心として左記の状態が見られる）
6. III b 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする（夜間を中心として左記の状態が見られる）
7. IV 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
8. M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする
9. 不明

- 9) 人生の最終段階（終末期）にあるか**
1. はい
  2. いいえ

**10) 利用者の疾患等についてお答えください（あてはまるもの全てに○）**

- |               |               |                                |
|---------------|---------------|--------------------------------|
| 1. 脳血管疾患（脳卒中） | 9. 視覚・聴覚障害    | 17. 脊髄小脳変性症                    |
| 2. 心疾患（心臓病）   | 10. 骨折・転倒     | 18. 脊柱管狭窄症                     |
| 3. 悪性新生物（がん）  | 11. 脊髄損傷      | 19. 早老症                        |
| 4. 呼吸器疾患      | 12. 高齢による衰弱   | 20. 多系統萎縮症                     |
| 5. 関節疾患       | 13. 関節リウマチ    | 21. 閉塞性動脈硬化症                   |
| 6. 認知症        | 14. 筋萎縮性側索硬化症 | 22. 慢性閉塞性肺疾患                   |
| 7. パーキンソン病    | 15. 後縦靭帯骨化症   | 23. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 8. 糖尿病        | 16. 骨折を伴う骨粗鬆症 | 24. その他（ ）                     |

- 11) 本利用者に訪問診療を導入した理由をお答えください。（あてはまるもの全てに○）**
1. 移動困難
  2. 持病・障害等により長時間の外出が困難
  3. 同居・近隣の家族等はいるが外出の介助が困難
  4. 交通手段の確保が困難
  5. その他（ ）

**12) 貴職による、居宅療養管理指導の開始年月・実施頻度（数字記入）**

① 訪問診療の開始年月（西暦）	年	月
② 令和4年12月1か月間の訪問回数	回	

<b>13) 本利用者について居宅療養管理指導を指示した職種</b> （あてはまるもの全てに○）	
1. 管理栄養士 2. 薬剤師	
<b>14) 訪問した際に助言・指導した事項</b> （あてはまるもの全てに○）	
1. 今後の居宅サービス（医師の指示を要するもの）利用の維持・中止・頻度変更の提案 2. 今後の居宅サービス（医師の指示を要しないもの）利用の維持・中止・頻度変更の提案 3. 発生頻度の高い病態 4. 病態への対処方法 5. 必要な医学管理の種類 6. 精神状態 7. 生活自立度 8. 利用者の身体状況 9. 体調変化等の対応指示 10. 処方内容と食生活の食い違い 11. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 12. その他（            ）	
<b>15) 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等についてお答えください</b> （自由記述）	
<b>① 利用者の日常生活上の留意事項</b>	
<b>② 社会生活面の課題</b>	
<b>③ 地域社会において必要な支援</b>	
<b>16) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法についてお答えください</b> （あてはまるもの全てに○）	1. 対面 2. 電話（通話） 3. 郵送 4. FAX 5. メール 6. オンライン会議 7. 地域における情報連携ネットワーク 8. その他（            ）
<b>17) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、利用者・家族等に対する指導・助言の方法についてお答えください</b> （○は1つ）	1. 主に対面 2. 主に文書の交付

## 6. インタビュー調査への協力可否についてお伺いします

問6-1 本調査研究事業では、本アンケート調査とは別に、多職種連携の状況や利用者の社会生活面の課題への対応内容（取組内容、工夫、課題）やその効果を把握・分析し、他施設において参考にしてもらうことを目的としたインタビュー調査の実施を予定しております。インタビュー調査は、現下の状況を踏まえ、電話かWEB会議形式で1時間程度を想定いたします。つきましては、インタビュー調査へご協力いただけるか否かについてお教えいただけますでしょうか。ぜひよろしくお願いたします。

1) インタビュー調査への協力可否（多職種連携への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる      2. 協力できない 3. その他（            ）
2) インタビュー調査への協力可否（社会生活面の課題への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる      2. 協力できない 3. その他（            ）
3) インタビュー調査にあたってのご要望（実施時間帯、実施方法等）（自由記述）	

### ご回答者様のご連絡先をご記入ください

※ご記載いただいた内容は、インタビュー調査のお願いのご連絡をさせていただく場合や、本調査の回答内容に対するお問い合わせをさせていただく場合にのみ活用いたします。

4) 氏名	
5) 施設名	
6) 電話番号	
7) メールアドレス	

質問は以上です。ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。

(ご参考)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所  
担当 殿

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号  
FAX 番号  
医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先	( )

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)	頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)	頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)	頃)
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
(3) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針	
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊	
<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
→ 対処方針 ( )	
(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明	
(3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( )	
(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( )・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( )	
・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( )・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( )	
・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( )・その他 ( )	

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項	
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援	
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	
( )	
→ 必要な支援 ( )	
(2) 特記事項	



令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業  
「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業」  
「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査」

ご回答方法

- ・貴院の管理者または管理者から委任された方にご回答をお願いいたします。
- ・「2.」以降は貴院に勤務する歯科医師の状況についてお答えください。
- ・( ) 内には具体的な数字、用語等をご記入ください。「0人」などの場合、空欄とせず「0」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年12月1日現在の状況についてお答えください。
- ・本調査では、居宅療養管理指導には介護予防居宅療養管理指導も含むものとして、お考えください。

1. 貴院の基本属性についてお伺いします

問1-1 貴院の基本情報・体制等についてお答えください。

1) 開設主体* (○は1つ)	1. 国立	2. 公立
	3. 公的	4. 社会保険関係
	5. 医療法人	6. その他の法人
	7. 個人	

※ 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)

2) 開設年 (西暦で数字記入)				年
3) 1日平均訪問歯科診療実施件数 ※令和4年12月1か月間の実績				人/日
4) 1日平均外来患者数				人
5) 貴院に勤務している歯科医師数 ※常勤換算数の算出:「職員の1週間の契約上の労働時間÷貴院の1週間の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第2位を四捨五入してください。	常勤	非常勤		
	実人数	実人数	常勤換算数	
5) - 1 うち、居宅療養管理指導を実施することがある人数	人	人		人
6) 貴院に勤務している歯科衛生士数	人	人		人
7) 標榜診療科 (あてはまるもの全てに○)				
1. 歯科    2. 矯正歯科    3. 小児歯科    4. 歯科口腔外科				

8) 貴院の他に同一法人（同一の経営方針や提携している法人を含む）が実施している事業所・施設（あてはまるもの全てに○）

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 病院                   | 15. 短期入所生活介護事業所      |
| 2. 診療所                  | 16. 短期入所療養介護事業所      |
| 3. 歯科診療所                | 17. 認知症対応型共同生活介護事業所  |
| 4. 薬局                   | 18. 小規模多機能型居宅介護事業所   |
| 5. 介護老人保健施設             | 19. 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 6. 介護老人福祉施設             | 20. 居宅介護支援事業所        |
| 7. 介護医療院                | 21. 有料老人ホーム          |
| 8. 介護療養型医療施設            | 22. サービス付き高齢者向け住宅    |
| 9. 訪問介護事業所              | 23. 軽費老人ホーム・ケアハウス    |
| 10. 訪問看護ステーション          | 24. 養護老人ホーム          |
| 11. 訪問リハビリテーション事業所      | 25. その他              |
| 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 26. 当てはまるものはない       |
| 13. 通所介護事業所             |                      |
| 14. 通所リハビリテーション事業所      |                      |

9) 歯科訪問診療に関して連携している薬局数（回答される方の主観で差し支えありません）

件

10) 貴院は診療報酬で定められた算定要件のうち、以下に示すいずれの施設基準で届出をおこなっていますか（あてはまるもの全てに○）

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. 歯科外来診療環境体制加算 1
5. 歯科診療特別対応連携加算
6. 歯科疾患管理料の総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
7. 歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料
8. 地域医療連携体制加算
9. 在宅歯科医療推進加算
10. 歯科訪問診療料に規定する基準（歯診）
11. 上記のいずれもない

問1-2 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬の算定状況についてお答えください。

1) 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬として、令和4年12月1か月に算定した回数をお答えください（数字記入）

<b>(診療報酬)</b>	
① 歯科訪問診療料	回
② 歯科疾患在宅療養管理料	回
③ 在宅患者連携指導料	回
④ 訪問歯科衛生指導料	回
<b>(介護報酬)</b>	
⑤ 歯科医師による居宅療養管理指導費	回
⑥ 歯科衛生士による居宅療養管理指導費	回

問1-3 歯科医師による居宅療養管理指導費の算定状況についてお答えください。(数字記入)		
1) 歯科医師による居宅療養管理指導費の算定状況を、介護報酬の項目ごとにお答えください(令和4年12月実績)	算定回数	実利用者数
① 居宅療養管理指導費・単一建物居住者が1人	回	人
② 居宅療養管理指導費・単一建物居住者が2~9人	回	人
③ 居宅療養管理指導費・単一建物居住者が10人以上	回	人
2) 歯科医師による居宅療養管理指導費の算定状況を、同一利用者への訪問回数別にお答えください(令和4年12月実績)(数字記入)		
① 1回		人
② 2回		人

## 2. 歯科医師による居宅療養管理指導の状況についてお伺いします

問2-1 居宅療養管理指導を実施している利用者について、居宅療養管理指導を実施するに至った理由として、主に当てはまるものをお答えください(あてはまるもの全てに○)

- ケアマネジャーからの依頼・情報提供による
- 他職種(訪問看護師、薬剤師、訪問介護員等)からの依頼があったため
- 利用者・利用者の家族からの依頼・相談による
- 要介護認定されたため
- ケアマネジャー等への情報提供の必要性を感じたため
- その他( )

問2-2 居宅療養管理指導の具体的な助言・指導の内容として、実施しているもの、また利用者の状態を表す上での必要性の高さについてのお考えをお答えください。

(あてはまるもの全てに○、最も必要性が高いと思うものに◎)

※以下に関連する「様式」を本ファイルの別のシート「居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(歯科医師)(様式)」に掲載いたしましたので、ご参考になさってください。

	実施有無	必要性の高さ ○:必要性は高いと思う ◎:最も必要性が高いと思う
1. 利用者の病状、経過等		
口腔衛生状態不良		
う蝕		
歯周病		
口腔粘膜疾患(潰瘍等)		
義歯の問題(義歯新製が必要な欠損、義歯破損・不適合等)		
摂食・嚥下機能の低下		
口腔乾燥		
配慮すべき基礎疾患		
2. 必要な歯科治療		
う蝕治療		

冠・ブリッジ治療		
義歯の新製や修理等		
歯周病の治療		
口腔機能の維持・向上		
3. 利用すべきサービス		
歯科医師による居宅療養管理指導		
歯科衛生士による居宅療養管理指導		
4. その他留意点の評価		
摂食・嚥下機能		
誤嚥性肺炎		
低栄養		
食事姿勢・食べ方の指導		
5. 連携すべきサービスの評価		
リハビリテーション・機能訓練と栄養管理との連携等		
6. 利用者の日常生活上の留意事項		
7. 社会生活面の課題		
8. 社会生活面の課題に対する必要な支援		
9. 今後の居宅サービス利用の維持・中止・頻度変更の提案		
10. その他（            ）		

<p>問2-3 居宅療養管理指導における、ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法をお答えください。（○は1つ）</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対面</li> <li>2. 電話（通話）</li> <li>3. 郵送</li> <li>4. FAX</li> <li>5. メール</li> <li>6. オンライン会議</li> <li>7. 地域における情報連携ネットワーク</li> <li>8. その他（            ）</li> </ol>
--	--

<上記で3～7と回答した場合に、お答えください>

<p>問2-4 対面・電話ではない方法でケアマネジャーに情報提供している場合、国が示す様式を用いて情報提供していますか。（○は1つ）</p> <p>※「様式」を本ファイルの別のシート「居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）（様式）」に掲載いたしましたので、ご参考になさってください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大部分の利用者について国が示す様式を使用している</li> <li>2. 一部の利用者について国が示す様式を使用している</li> <li>3. 国が示す様式を使用していない</li> </ol>
--	--

<p>問2-5 居宅療養管理指導としての利用者・家族等に対する指導・助言の方法をお答えください。（○は1つ）</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主に対面</li> <li>2. 主に文書の交付</li> </ol>
--	---

問2-6 令和4年12月に訪問診療に行った利用者のうち、歯科衛生士と薬剤師に居宅療養管理指導を指示した利用者数を①の欄にお答えください。把握していない場合には②の欄に○をつけてください。

	①利用者数	②把握していない場合は以下に○をつけてください。
1) 歯科衛生士	人	
2) 薬剤師	人	

問2-7 薬剤師が居宅療養管理指導を行った際の記録について、情報提供を受けた後、どの程度確認していますか。(○は1つ)

1. 基本的に全て確認する
2. 必要があれば確認する

### 3. 在宅療養における多職種連携の状況についてお伺いします

問3-1 個々の利用者の療養上の管理及び指導を行っていく際の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として、実際に一度でも実施したことがあるものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. 医療機関でのカンファレンス（入院時・入院中・退院時）
2. 医療機関でのカンファレンス（選択肢1以外のケース）
3. 利用者の自宅での会議
4. サービス担当者会議
5. ICTを使用した利用者情報の共有
6. 電話による情報共有
7. FAXによる情報共有
8. その他（ ）
9. 共有する機会はない

問3-2 貴院以外の他職種のうち、一度でも同行訪問を行ったことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. 医師
2. 歯科衛生士
3. 訪問看護師
4. 管理栄養士
5. 理学療法士
6. 作業療法士
7. 言語聴覚士
8. 薬剤師
9. ケアマネジャー
10. 訪問介護員
11. 上記の職種と同行訪問を行ったことはない

問3-3 貴院以外の他職種のうち、同行訪問を行う必要性を感じたことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. 医師
2. 歯科衛生士
3. 訪問看護師
4. 管理栄養士



5. 理学療法士
6. 作業療法士
7. 言語聴覚士
8. 薬剤師
9. ケアマネジャー
10. 訪問介護員
11. 上記の職種と同行訪問を行う必要性を感じたことはない

問3-4 他職種と連携（情報提供や情報受領）する上で、一度でも利用したことがある手段や利用したことはないが、必要だと思う手段をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

	①利用したことがある手段	②利用したことはないが、必要だと思う手段
1. 同行訪問		
2. 対面		
3. 電話（通話）		
4. 郵送		
5. FAX		
6. メール		
7. オンライン会議		
8. 地域における情報連携ネットワーク		
9. その他（ ）		
10. あてはまるものはない		

問3-5 歯科衛生士に対し、具体的にどのような助言・指導を行うことを期待して居宅療養管理指導を指示しましたか。また歯科医師へ報告することを期待したことがある事項をお答えください。いずれも該当する利用者が1人以上いたものをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

	①歯科衛生士に期待した事項	②歯科医師への報告を期待した事項
1. 口腔の清掃		
2. 口腔の清掃に関する指導		
3. 義歯の清掃		
4. 義歯の清掃に関する指導		
5. 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導		
6. 誤嚥性肺炎の予防に関する指導		
7. 食事の姿勢・食べ方		
8. 他の職種間の連携の指示・提案（例えば、リハビリテーション・機能訓練と栄養管理との連携等）		
9. その他（ ）		
10. 特になし		
11. 歯科衛生士に居宅療養管理指導を指示したことはない		

問3-6 薬剤師に対し、具体的にどのような助言・指導を行うことを期待して居宅療養管理指導を指示しましたか。また歯科医師へ報告することを期待したことがある事項をお答えください。いずれも該当する利用者が1人以上いたものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)		
	①助言・指導を期待した事項	②歯科医師への報告を期待した事項
1. 歯科診療に伴いあらかじめ服用を中止する必要のある薬剤について情報提供		
2. 薬剤による副作用等により口渇が発言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		
3. 嚥下困難者の製剤工夫について、主治医及び歯科医師へ処方提案		
4. 医科処方薬と歯科処方薬の間の相互作用について、主治医及び歯科医師への情報提供と処方提案		
5. 疼痛評価		
6. その他 ( )		
7. 特にない		
8. 薬剤師に居宅療養管理指導を指示したことはない		

問3-7 居宅療養管理指導の実施にあたり、居宅療養管理指導において指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)
1. 医師 2. 管理栄養士 3. 訪問看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. 訪問介護職員 8. その他 ( ) 9. 連携した実績はない

<問3-7で、「1.」～「8.」のいずれかをお答えの場合、お答えください>

問3-8 多職種連携においてどのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えたか、うまく連携につながった1例についてご回答ください。(自由記述) ※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)	
課題	例：貴職との情報連携が困難であるとの意見が他職種より聞かれた。
工夫	例：顔の見える関係作りを行うため、定期的な多職種での勉強会を企画・運用した。

#### 4. 社会生活面の課題への対応にかかる取組状況についてお伺いします

問4-1 令和4年12月に居宅療養管理指導を行った利用者のうち、社会生活面の課題が有ると貴院の歯科医師が判断している実利用者の割合を、%単位でお答えください。

※課題が有ると判断した時期が11月以前の利用者も含むものとしてお考えください。

※なお通常、様式を使用されている場合には、様式の「利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等」欄の「(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援」の「社会生活面の課題」の「あり」にチェックを入れている利用者数の割合をお答えください。

様式(抜粋)

(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援	
社会生活面の課題	<input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり
( )	( )
→ 必要な支援	( )

社会生活面の課題が有ると判断した実利用者数の割合(数字記入)

%

問4-2 居宅療養管理指導の結果、社会資源につなげる必要があると評価された場合、初めにどの職種につなげることが多いですか。(あてはまるもの全てに○)

1. 歯科医師自身が調整
2. 医師
3. 歯科衛生士
4. ソーシャルワーカー
5. 看護師
6. 院内のその他の職種
7. ケアマネジャー
8. その他( )
9. 社会資源につなげた実績はない

問4-3 これまで居宅療養管理指導を行った後に、貴院からつなげる必要性を感じたことがあるケアマネジャー以外の関係主体をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. 地域包括支援センター
2. 自治体
3. 地域医師会
4. 社会福祉協議会
5. 民生委員
6. NPO法人、ボランティア団体
7. その他( )
8. 上記へつながった実績はない

問4-4 訪問診療などで次のことについて、①情報を収集することがありますか。②情報収集することがある場合、居宅療養管理指導の利用者のうち情報収集の対象とする者をお答えください。また③情報収集する対象者を定めるプロトコルはありますか。(それぞれ選択肢を選択)

※②③は、①が「1:ある」の場合にお答えください。

(選択肢)

①情報収集の有無

1:ある 2:ない

②情報収集対象

1:全員に聞いている 2:必要に応じて聞いている

③情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無

1：プロトコルがある 2：プロトコルはないが、あったら使いたい 3：プロトコルはなく、特に必要性を感じていない			
	①情報収集の有無	②情報収集対象	③ ①で選択した情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無
1. 経済状況			
2. 就労状況			
3. 教育歴			
4. 家族・親族との関係			
5. 地域や職場との関係			
6. 仕事以外の地域活動や趣味の会等への参加状況			
7. 幼少期の困難な経験(虐待、親の離婚、いじめ、経済的困窮、その他)			
8. その他 ( )			

問4-5 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例は過去1年間で何件程度ありますか。(数字記入)

件

<問4-5で、「1件」以上とお答えの場合、お答えください。>

問4-6 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例において、どのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えましたか。主な1つの事例についてお答えください。(自由記述)  
 ※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)

課題	例：パーキンソン病の進行により、歩行困難となり、引きこもりがちで、抑うつ気分も見られるようになった患者。
工夫	例：地域で行われる患者会に紹介し、同じ病で苦労している仲間と話すことで抑うつ気分の改善が見られた。

## 5. 居宅療養管理指導を行った利用者についてお伺いします

問5-1 貴院の歯科医師のうち、令和4年12月の1か月間（これを当該期間と表します）において、訪問診療を行った日数が最も多い歯科医師1人を対象として、当該歯科医師が当該期間に居宅療養管理指導を行った利用者の氏名の最初の文字の五十音が早い順に3名を調査対象利用者とした上で、貴院の歯科医師が当該期間に各調査対象利用者に対し12月の1か月間に訪問を行った際の状況についてお答えください。

※ 氏名の最初の文字の五十音順の早さの考え方の例：「あべさん」、「わたなべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」の中から3名を選ぶ場合には、この4名から3名を選ぶ場合には、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」、「わたなべさん」の順に早いと考え、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」を調査対象利用者として選定する。ただし例えば、当該期間中に同居する夫婦（例：「あべさん」夫婦）のそれぞれに対して訪問診療を行った場合には、なるべく療養環境が異なるケースを調査対象利用者とする観点から、夫婦のうちいずれかお一人のみを調査対象利用者としてご選定ください。

<利用者1人目>

1) 年齢（数字記入）	歳
2) 性別（○は1つ）	1. 男性 2. 女性 3. その他
3) 貴職が訪問した際の利用者の居場所（○は1つ）	1. 戸建て住宅 2. 一般集合住宅 3. 認知症グループホーム 4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 介護付き有料老人ホーム 6. 住宅型有料老人ホーム 7. 軽費老人ホーム（ケアハウス含む）・養護老人ホーム 8. 小規模多機能型居宅介護事業所 9. 看護小規模多機能型居宅介護事業所
4) 貴院から利用者の居場所（利用サービス）までの主な移動手段と片道の移動時間	※移動時間は、貴院から利用者の居住場所（利用サービス）へ移動する際に使用する主な移動手段（徒歩や自動車等交通手段）を利用した際にかかる平均的な移動時間を想定してください。詳細な時間が分からない場合にはおおよその移動時間をお答えください。
①主な移動手段（1つに○）	1.自動車 2.バイク 3.自転車 4.徒歩 5.公共交通機関 6.その他（ ）
②移動時間	分

<5)は、3)の利用者の居場所が「1. 戸建て住宅」か「2. 一般集合住宅」をご回答の場合、お答えください>

5) 介護力の状況（○は1つ）	1. 独居であり近居の親類等にも介護者がいない 2. 独居であるが近居の親類等に介護者がいる 3. 同居しているが、同居・近居の親類等に介護力がある者がいない 4. 同居していて、同居・近居の親類等に介護力がある者がいる 5. その他（ ）
-----------------	--



<b>6) 要介護度 (○は1つ)</b>		
1. 要支援 1	4. 要介護 2	7. 要介護 5
2. 要支援 2	5. 要介護 3	8. 申請中
3. 要介護 1	6. 要介護 4	9. その他 ( )
<b>7) 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) (○は1つ)</b>		
1. J1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する (交通機関等を利用して外出する)		
2. J2 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する (隣近所へなら外出する)		
3. A1 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない (介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する)		
4. A2 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない (外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている)		
5. B1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ (車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く)		
6. B2 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ (介助により車いすに移乗する)		
7. C1 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する (自力で寝返りをうつ)		
8. C2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する (自力では寝返りもうてない)		
9. 不明		
<b>8) 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)</b>		
1. 自立		
2. I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		
3. II a 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる (家庭外で左記の状態がみられる)		
4. II b 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる (家庭内でも左記の状態がみられる)		
5. III a 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする (日中を中心として左記の状態が見られる)		
6. III b 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする (夜間を中心として左記の状態が見られる)		
7. IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする		
8. M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする		
9. 不明		
<b>9) 人生の最終段階 (終末期) にあるか</b>		1. はい
		2. いいえ

10) 利用者の疾患等についてお答えください（あてはまるもの全てに○）		
1. う蝕	14. 視覚・聴覚障害	22. 脊髄小脳変性症
2. 歯周病	15. 骨折・転倒	23. 脊柱管狭窄症
3. 口腔粘膜疾患（潰瘍等）	16. 脊髄損傷	24. 早老症
4. 義歯の問題（義歯新製が必要な欠損、義歯破損・不適合等）	17. 高齢による衰弱	25. 多系統萎縮症
5. 口腔の機能低下	18. 関節リウマチ	26. 閉塞性動脈硬化症
6. 脳血管疾患（脳卒中）	19. 筋萎縮性側索硬化症	27. 慢性閉塞性肺疾患
7. 心疾患（心臓病）	20. 後縦靭帯骨化症	28. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
8. 悪性新生物（がん）	21. 骨折を伴う骨粗鬆症	29. その他（ ）
9. 呼吸器疾患		
10. 関節疾患		
11. 認知症		
12. パーキンソン病		
13. 糖尿病		
11) 本利用者に訪問診療を導入した理由について、あてはまるもの全てをお答えください。（あてはまるもの全てに○）		1. 移動困難 2. 持病・障害等により長時間の外出が困難 3. 同居・近隣の家族等はあるが通院の介助が困難 4. 交通手段の確保が困難 5. その他（ ）
12) 貴職による、居宅療養管理指導の実施頻度（数字記入）		
① 訪問診療の開始年月（西暦）	年	月
② 令和4年12月1か月間の訪問回数	回	
13) 本利用者について居宅療養管理指導を指示した職種（あてはまるもの全てに○）		
1. 歯科衛生士		
2. 薬剤師		
14) 訪問した際に助言・指導した事項（あてはまるもの全てに○）		
1. 今後の居宅サービス（医師又は歯科医師の指示を要するもの）利用の維持・中止・頻度変更の提案		
2. 今後の居宅サービス（医師又は歯科医師の指示を要しないもの）利用の維持・中止・頻度変更の提案		
3. 発生頻度の高い病態		
4. 病態への対処方法		
5. 必要な医学管理の種類		
6. 精神状態		
7. 生活自立度		
8. 利用者の身体状況		
9. 体調変化等の対応指示		
10. 処方内容と食生活の食い違い		
11. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援		
12. その他（ ）		

15) 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等についてお答えください（自由記述）	
① 利用者の日常生活上の留意事項	
② 社会生活面の課題	
③ 地域社会において必要な支援	
16) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法についてお答えください（あてはまるもの全てに○）	1. 対面 2. 電話（通話） 3. 郵送 4. FAX 5. メール 6. オンライン会議 7. 地域における情報連携ネットワーク 8. その他（ ）
17) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、利用者・家族等に対する指導・助言の方法についてお答えください（○は1つ）	1. 主に対面 2. 主に文書の交付

## 6. インタビュー調査への協力可否についてお伺いします

問6-1 本調査研究事業では、本アンケート調査とは別に、多職種連携の状況や利用者の社会生活面の課題への対応内容（取組内容、工夫、課題）やその効果を把握・分析し、他施設において参考にしてもらうことを目的としたインタビュー調査の実施を予定しております。インタビュー調査は、現下の状況を踏まえ、電話かWEB会議形式で1時間程度を想定いたします。つきましては、インタビュー調査へご協力いただけるか否かについてお教えいただけますでしょうか。ぜひよろしくお願いたします。

1) インタビュー調査への協力可否（多職種連携への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる    2. 協力できない 3. その他（ ）
2) インタビュー調査への協力可否（社会生活面の課題への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる    2. 協力できない 3. その他（ ）
3) インタビュー調査にあたってのご要望（実施時間帯、実施方法等）（自由記述）	

### ご回答者様のご連絡先をご記入ください

※ご記載いただいた内容は、インタビュー調査のお願いのご連絡をさせていただく場合や、本調査の回答内容に対するお問い合わせをさせていただく場合にのみ活用いたします。

4) 氏名	
5) 施設名	
6) 電話番号	
7) メールアドレス	

質問は以上です。ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。

(ご参考)

## 都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所  
担当 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_  
医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_  
歯科医師氏名 \_\_\_\_\_

### 基本情報

利用者氏名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )

### 利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）  <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ _____ ）

### 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療 <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
(2) 利用すべきサービス <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
(3) その他留意点 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
(4) 連携すべきサービス <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） →必要な支援（ _____ ）

### 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) → 必要な支援 ( _____ )
(3) 特記事項

令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業  
「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業」  
**「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査」**

ご回答方法

- ・貴院の管理者または管理者から委任された方にご回答をお願いいたします。
- ・「2.」以降は貴院に勤務する歯科衛生士の状況についてお答えください。
- ・( ) 内には具体的な数字、用語等をご記入ください。「0人」などの場合、空欄とせず「0」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年12月1日現在の状況についてお答えください。
- ・本調査では、居宅療養管理指導には介護予防居宅療養管理指導も含むものとして、お考えください。

**1. 貴院の基本属性についてお伺いします**

問1-1 貴院の基本情報・体制等についてお答えください。

1) 開設主体* (○は1つ)	1. 国立	2. 公立
	3. 公的	4. 社会保険関係
	5. 医療法人	6. その他の法人
	7. 個人	

※ 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)

2) 開設年 (西暦で数字記入)	年
3) 1日平均訪問歯科診療実施件数 ※令和4年12月1か月間の実績	人/日
4) 1日平均外来患者数	人

5) 貴院に勤務している歯科衛生士数 ※常勤換算数の算出:「職員の1週間の契約上の労働時間÷貴院の1週間の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第2位を四捨五入してください。	常勤		非常勤	
	実人数		実人数	常勤換算数
	人		人	人
5) - 1 うち、居宅療養管理指導を実施することがある人数	人		人	人

6) 標榜診療科 (あてはまるもの全てに○)
1. 歯科    2. 矯正歯科    3. 小児歯科    4. 歯科口腔外科

7) 貴院の他に同一法人（同一の経営方針や提携している法人を含む）が実施している事業所・施設（あてはまるもの全てに○）

1. 病院	15. 短期入所生活介護事業所
2. 診療所	16. 短期入所療養介護事業所
3. 歯科診療所	17. 認知症対応型共同生活介護事業所
4. 薬局	18. 小規模多機能型居宅介護事業所
5. 介護老人保健施設	19. 看護小規模多機能型居宅介護事業所
6. 介護老人福祉施設	20. 居宅介護支援事業所
7. 介護医療院	21. 有料老人ホーム
8. 介護療養型医療施設	22. サービス付き高齢者向け住宅
9. 訪問介護事業所	23. 軽費老人ホーム・ケアハウス
10. 訪問看護ステーション	24. 養護老人ホーム
11. 訪問リハビリテーション事業所	25. その他
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	26. 当てはまるものはない
13. 通所介護事業所	
14. 通所リハビリテーション事業所	

8) 歯科訪問診療に関して連携している薬局数（回答される方の主観で差し支えありません）

件

9) 貴院は診療報酬で定められた算定要件のうち、以下に示すいずれの施設基準で届出をおこなっていますか（あてはまるもの全てに○）

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. 歯科外来診療環境体制加算 1
5. 歯科診療特別対応連携加算
6. 歯科疾患管理料の総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
7. 歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料
8. 地域医療連携体制加算
9. 在宅歯科医療推進加算
10. 歯科訪問診療料に規定する基準（歯診）
11. 上記のいずれもない

問 1 - 2 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬の算定状況についてお答えください。

1) 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬として、令和 4 年 12 月 1 か月に算定した回数をお答えください（数字記入）

<b>(診療報酬)</b>	
① 歯科訪問診療料	回
② 歯科疾患在宅療養管理料	回
③ 在宅患者連携指導料	回
④ 訪問歯科衛生指導料	回
<b>(介護報酬)</b>	
⑤ 歯科医師による居宅療養管理指導費	回
⑥ 歯科衛生士による居宅療養管理指導費	回

問 1 - 3 歯科衛生士による居宅療養管理指導費の算定状況についてお答えください。（数字記入）

1) 歯科衛生士による居宅療養管理指導費の算定状況を、介護報酬の項目ごとにお答えください（令和 4 年 12 月実績）	算定回数	実利用者数
① 居宅療養管理指導費・単一建物居住者が 1 人	回	人
② 居宅療養管理指導費・単一建物居住者が 2~9 人	回	人
③ 居宅療養管理指導費・単一建物居住者が 10 人以上	回	人



2) 歯科衛生士による居宅療養管理指導費の算定状況を、同一利用者への訪問回数別にお答えください（令和4年12月実績）（数字記入）		
① 1回		人
② 2回		人
③ 3回		人
④ 4回		人

## 2. 歯科衛生士による居宅療養管理指導の状況についてお伺いします

問2-1 居宅療養管理指導を実施している利用者について、居宅療養管理指導を実施するに至った理由として、主に当てはまるものをお答えください（あてはまるもの全てに○）

1. ケアマネジャーからの依頼・情報提供による
2. 他職種（訪問看護師、薬剤師、訪問介護員等）からの依頼があったため
3. 利用者・利用者の家族からの依頼・相談による
4. 要介護認定されたため
5. ケアマネジャー等への情報提供の必要性を感じたため
6. その他（ ）

問2-2 居宅療養管理指導の具体的な助言・指導の内容として、実施しているもの、また利用者の状態を表す上での必要性の高さについてのお考えをお答えください。（あてはまるもの全てに○、最も必要性が高いと思うものに◎）

	実施有無	必要性の高さ ○：必要性は高いと思う ◎：最も必要性が高いと思う
1. 口腔の清掃		
2. 口腔の清掃に関する指導		
3. 義歯の清掃		
4. 義歯の清掃に関する指導		
5. 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導		
6. 誤嚥性肺炎の予防に関する指導		
7. 食事姿勢・食べ方		
8. 他の職種間の連携の指示・提案（例えば、リハビリテーション・機能訓練と栄養管理との連携等）		
9. その他（ ）		

<p>問2-3 居宅療養管理指導における、ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法をお答えください。（○は1つ）</p> <p>※「様式」を本ファイルの別のシート「歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画」に掲載いたしましたので、ご参考になさってください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対面</li> <li>2. 電話（通話）</li> <li>3. 郵送</li> <li>4. FAX</li> <li>5. メール</li> <li>6. オンライン会議</li> <li>7. 地域における情報連携ネットワーク</li> <li>8. その他（ ）</li> </ol>
--	---

問2-4 居宅療養管理指導としての利用者・家族等に対する指導・助言の方法をお答えください。(○は1つ)

- 1 主に対面
- 2 主に文書の交付

### 3. 在宅療養における多職種連携の状況についてお伺いします

問3-1 個々の利用者の療養上の管理及び指導を行っていく際の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として、実際に一度でも実施したことがあるものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- |                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| 1. 医療機関でのカンファレンス(入院時・入院中・退院時) | 6. 電話による情報共有  |
| 2. 医療機関でのカンファレンス(選択肢1以外のケース)  | 7. FAXによる情報共有 |
| 3. 利用者の自宅での会議                 | 8. その他( )     |
| 4. サービス担当者会議                  | 9. 共有する機会はない  |
| 5. ICTを使用した利用者情報の共有           |               |

問3-2 貴院以外の他職種のうち、一度でも同行訪問を行ったことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. 医師
2. 歯科医師
3. 訪問看護師
4. 管理栄養士
5. 理学療法士
6. 作業療法士
7. 言語聴覚士
8. 薬剤師
9. ケアマネジャー
10. 訪問介護員
11. 上記の職種と同行訪問を行ったことはない

問3-3 貴院以外の他職種のうち、同行訪問を行う必要性を感じたことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. 医師
2. 歯科医師
3. 訪問看護師
4. 管理栄養士
5. 理学療法士
6. 作業療法士
7. 言語聴覚士
8. 薬剤師
9. ケアマネジャー
10. 訪問介護員
11. 上記の職種と同行訪問を行う必要性を感じたことはない

問3-4 他職種と連携（情報提供や情報受領）する上で、一度でも利用したことがある手段や利用したことはないが必要だと思う手段をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

	①利用したことがある手段	②利用したことはないが、必要だと思う手段
1. 同行訪問		
2. 対面		
3. 電話（通話）		
4. 郵送		
5. FAX		
6. メール		
7. オンライン会議		
8. 地域における情報連携ネットワーク		
9. その他（ ）		
10. あてはまるものはない		

問3-5 居宅療養管理指導を行う歯科医師に貴職が期待することについてお伺いします。以下の事項のうち、利用者への助言・指導を期待したことがある事項をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

	助言・指導を期待した事項
1. 利用者の病状、経過等	
口腔衛生状態不良	
う蝕	
歯周病	
口腔粘膜疾患（潰瘍等）	
義歯の問題（義歯新製が必要な欠損、義歯破損・不適合等）	
摂食・嚥下機能の低下	
口腔乾燥	
配慮すべき基礎疾患	
2. 必要な歯科治療	
う蝕治療	
冠・ブリッジ治療	
義歯の新製や修理等	
歯周病の治療	
口腔機能の維持・向上	
3. 利用すべきサービス	
歯科医師による居宅療養管理指導	
歯科衛生士による居宅療養管理指導	
4. その他留意点の評価	
摂食・嚥下機能	
誤嚥性肺炎	
低栄養	
食事姿勢・食べ方の指導	
5. 連携すべきサービスの評価	

リハビリテーション・機能訓練と栄養管理との連携等	
6. 利用者の日常生活上の留意事項	
7. 社会生活面の課題	
8. 社会生活面の課題に対する必要な支援	
9. 今後の居宅サービス利用の維持・中止・頻度変更の提案	
10. その他 ( )	
11. 特に無い	

問3-6 居宅療養管理指導の実施にあたり、居宅療養管理指導において指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)

1. 医師
2. 薬剤師
3. 管理栄養士
4. 訪問看護師
5. 理学療法士
6. 作業療法士
7. 言語聴覚士
8. 訪問介護職員
9. その他 ( )
10. 連携した実績はない

<問3-6で、「1.」～「9.」のいずれかをお答えの場合、お答えください>

問3-7 多職種連携においてどのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えたか、うまく連携につながった1例についてご回答ください。(自由記述)

※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)

課題	例：貴職との情報連携が困難であるとの意見が他職種より聞かれた。
工夫	例：顔の見える関係作りを行うため、定期的な多職種での勉強会を企画・運用した。

#### 4. 社会生活面の課題への対応にかかる取組状況についてお伺いします

問4-1 令和4年12月に居宅療養管理指導を行った利用者のうち、社会生活面の課題が有ると貴院の歯科衛生士が判断している実利用者の割合を、%単位でお答えください。

※課題が有ると判断した時期が11月以前の利用者も含むものとしてお考えください。

社会生活面の課題が有ると判断した実利用者数の割合(数字記入)	%
--------------------------------	---

問4-2 居宅療養管理指導の結果、社会資源につなげる必要があると評価された場合、初めにどの職種につなげることが多いですか。(あてはまるもの全てに○)

1. 歯科衛生士自身が調整
2. 歯科医師
3. ソーシャルワーカー
4. 看護師
5. その他の職種
6. ケアマネジャー
7. その他 ( )

8. 社会資源につなげた実績はない

問4-3 これまで居宅療養管理指導を行った後に、貴院からつなげる必要性を感じたことがあるケアマネジャー以外の関係主体をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. 地域包括支援センター
2. 自治体
3. 地域医師会
4. 社会福祉協議会
5. 民生委員
6. NPO法人、ボランティア団体
7. その他 ( )
8. 上記へつながった実績はない

問4-4 訪問診療などで次のことについて、①情報を収集することがありますか。②情報収集することができる場合、居宅療養管理指導の利用者のうち情報収集の対象とする者をお答えください。また③情報収集する対象者を決めるプロトコルはありますか。(それぞれ選択肢を選択)

※②③は、①が「1:ある」の場合にお答えください。

(選択肢)

①情報収集の有無

1:ある 2:ない

②情報収集対象

1:全員に聞いている 2:必要に応じて聞いている

③情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無

1:プロトコルがある 2:プロトコルはないが、あったら使いたい 3:プロトコルはなく、特に必要性を感じていない

	①情報収集の有無	②情報収集対象	③ ①で選択した情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無
1. 経済状況			
2. 就労状況			
3. 教育歴			
4. 家族・親族との関係			
5. 地域や職場との関係			
6. 仕事以外の地域活動や趣味の会等への参加状況			
7. 幼少期の困難な経験(虐待、親の離婚、いじめ、経済的困窮、その他)			
8. その他 ( )			

問4-5 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例は過去1年間で何件程度ありますか。(数字記入)

件

<問4-5で、「1件」以上とお答えの場合、お答えください。>

<b>問4-6 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例において、どのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えましたか。主な1つの事例についてお答えください。(自由記述)</b> ※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)	
<b>課題</b>	例：パーキンソン病の進行により、歩行困難となり、引きこもりがちで、抑うつ気分も見られるようになった患者。
<b>工夫</b>	例：地域で行われる患者会に紹介し、同じ病で苦労している仲間と話すことで抑うつ気分の改善が見られた。

## 5. 居宅療養管理指導を行った利用者についてお伺いします

**問5-1 貴院の歯科衛生士のうち、令和4年12月の1か月間(これを当該期間と表します)において、居宅療養管理指導を行った日数が最も多い歯科衛生士1人を対象として、当該歯科衛生士が当該期間に居宅療養管理指導を行った利用者の氏名の最初の文字の五十音が早い順に3名を調査対象利用者とした上で、貴院の歯科衛生士が当該期間に各調査対象利用者に対し最初に訪問を行った際の状況についてお答えください。**

※ 氏名の最初の文字の五十音順の早さの考え方の例：「あべさん」、「わたなべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」の中から3名を選ぶ場合には、この4名から3名を選ぶ場合には、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」、「わたなべさん」の順に早いと考え、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」を調査対象利用者として選定する。ただし例えば、当該期間中に同居する夫婦(例：「あべさん」夫婦)のそれぞれに対して訪問診療を行った場合には、なるべく療養環境が異なるケースを調査対象利用者とする観点から、夫婦のうちいずれかお一人のみを調査対象利用者としてご選定ください。

<利用者1人目>

<b>1) 年齢</b> (数字記入)	歳
<b>2) 性別</b> (○は1つ)	1. 男性 2. 女性 3. その他
<b>3) 貴院の歯科衛生士が訪問した際の利用者の居場所</b> (○は1つ)	1. 戸建て住宅 2. 一般集合住宅 3. 認知症グループホーム 4. サービス付き高齢者向け住宅 5. 介護付き有料老人ホーム 6. 住宅型有料老人ホーム 7. 軽費老人ホーム(ケアハウス含む)・養護老人ホーム 8. 小規模多機能型居宅介護事業所 9. 看護小規模多機能型居宅介護事業所
<b>4) 貴院から利用者の居場所(利用サービス)までの主な移動手段と片道の移動時間</b>	
※移動時間は、貴院から利用者の居住場所(利用サービス)へ移動する際に使用する主な移動手段(徒歩や自動車等交通手段)を利用した際にかかる平均的な移動時間を想定してください。詳細な時間が分からない場合にはおおよその移動時間をお答えください。	



①主な移動手段（1つに○）	1.自動車 2.バイク 3.自転車 4.徒歩 5.公共交通機関 6.その他（ ）
②移動時間	分

<5)は、3)の利用者の居場所が「1. 戸建て住宅」か「2. 一般集合住宅」をご回答の場合、お答えください>

5) 介護力の状況（○は1つ）	1. 独居であり近居の親類等にも介護者がいない 2. 独居であるが近居の親類等に介護者がいる 3. 同居しているが、同居・近居の親類等に介護力がある者がいない 4. 同居していて、同居・近居の親類等に介護力がある者がいる 5. その他（ ）
-----------------	--

6) 要介護度（○は1つ）	1. 要支援1                                      4. 要介護2                                      7. 要介護5 2. 要支援2                                      5. 要介護3                                      8. 申請中 3. 要介護1                                      6. 要介護4                                      9. その他（ ）
---------------	--

7) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（○は1つ）	1. J1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する（交通機関等を利用して外出する） 2. J2 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する（隣近所へなら外出する） 3. A1 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない（介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する） 4. A2 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない（外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている） 5. B1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ（車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く） 6. B2 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ（介助により車いすに移乗する） 7. C1 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する（自力で寝返りをうつ） 8. C2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する（自力では寝返りもうてない） 9. 不明
-------------------------------	---

8) 認知症高齢者の日常生活自立度（○は1つ）	1. 自立 2. I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 3. II a 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭外で左記の状態がみられる） 4. II b 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭内でも左記の状態がみられる） 5. III a 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする（日中を中心として左記の状態が見られる） 6. III b 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする（夜間を中心として左記の状態が見られる） 7. IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする 8. M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする 9. 不明
-------------------------	---

9) 人生の最終段階（終末期）にあるか	1. はい 2. いいえ
---------------------	-----------------

**10) 利用者の疾患等についてお答えください（あてはまるもの全てに○）**

- |                                |               |                                |
|--------------------------------|---------------|--------------------------------|
| 1. う蝕                          | 14. 視覚・聴覚障害   | 22. 脊髄小脳変性症                    |
| 2. 歯周病                         | 15. 骨折・転倒     | 23. 脊柱管狭窄症                     |
| 3. 口腔粘膜疾患（潰瘍等）                 | 16. 脊髄損傷      | 24. 早老症                        |
| 4. 義歯の問題（義歯新製が必要な欠損、義歯破損・不適合等） | 17. 高齢による衰弱   | 25. 多系統萎縮症                     |
| 5. 口腔の機能低下                     | 18. 関節リウマチ    | 26. 閉塞性動脈硬化症                   |
| 6. 脳血管疾患（脳卒中）                  | 19. 筋萎縮性側索硬化症 | 27. 慢性閉塞性肺疾患                   |
| 7. 心疾患（心臓病）                    | 20. 後縦靭帯骨化症   | 28. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 8. 悪性新生物（がん）                   | 21. 骨折を伴う骨粗鬆症 | 29. その他（ ）                     |
| 9. 呼吸器疾患                       |               |                                |
| 10. 関節疾患                       |               |                                |
| 11. 認知症                        |               |                                |
| 12. パーキンソン病                    |               |                                |
| 13. 糖尿病                        |               |                                |

- |   |  |
|---|--|
| <b>11) 本利用者に訪問診療を導入した理由について、あてはまるもの全てをお答えください。（あてはまるもの全てに○）</b> | 1. 移動困難<br>2. 持病・障害等により長時間の外出が困難<br>3. 同居・近隣の家族等はいるが通院の介助が困難<br>4. 交通手段の確保が困難<br>5. その他（ ） |
|---|--|

**12) 貴職による、居宅療養管理指導の実施頻度（数字記入）**

① 居宅療養管理指導の開始年月（西暦）	年	月
② 令和4年12月1か月間の訪問回数	回	

**13) 貴職の他に、居宅療養管理指導を受けている職種（あてはまるもの全てに○）**

1. 医師
2. 歯科医師
3. 管理栄養士
4. 薬剤師

**14) 訪問した際に助言・指導した事項（あてはまるもの全てに○）**

1. 今後の居宅サービス（医師又は歯科医師の指示を要するもの）利用の維持・中止・頻度変更の提案
2. 今後の居宅サービス（医師又は歯科医師の指示を要しないもの）利用の維持・中止・頻度変更の提案
3. 発生頻度の高い病態
4. 病態への対処方法
5. 必要な医学管理の種類
6. 精神状態
7. 生活自立度
8. 利用者の身体状況
9. 体調変化等の対応指示
10. 処方内容と食生活の食い違い
11. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
12. その他（ ）

15) 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等についてお答えください（自由記述）	
① 利用者の日常生活上の留意事項	
② 社会生活面の課題	
③ 地域社会において必要な支援	
16) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法についてお答えください（あてはまるもの全てに○）	1. 対面 2. 電話（通話） 3. 郵送 4. FAX 5. メール 6. オンライン会議 7. 地域における情報連携ネットワーク 8. その他（ ）
17) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、利用者・家族等に対する指導・助言の方法についてお答えください（○は1つ）	1. 主に対面 2. 主に文書の交付

## 6. インタビュー調査への協力可否についてお伺いします

問6-1 本調査研究事業では、本アンケート調査とは別に、多職種連携の状況や利用者の社会生活面の課題への対応内容（取組内容、工夫、課題）やその効果を把握・分析し、他施設において参考にしてもらうことを目的としたインタビュー調査の実施を予定しております。インタビュー調査は、現下の状況を踏まえ、電話かWEB会議形式で1時間程度を想定いたします。つきましては、インタビュー調査へご協力いただけるか否かについてお教えいただけますでしょうか。ぜひよろしくお願いたします。

1) インタビュー調査への協力可否（多職種連携への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる    2. 協力できない 3. その他（ ）
2) インタビュー調査への協力可否（社会生活面の課題への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる    2. 協力できない 3. その他（ ）
3) インタビュー調査にあたってのご要望（実施時間帯、実施方法等）（自由記述）	

### ご回答者様のご連絡先をご記入ください

※ご記載いただいた内容は、インタビュー調査のお願いのご連絡をさせていただく場合や、本調査の回答内容に対するお問い合わせをさせていただく場合にのみ活用いたします。

4) 氏名	
5) 施設名	
6) 電話番号	
7) メールアドレス	

質問は以上です。ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。

# 歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

## 1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	男 ・ 女
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食( <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

## 2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	口臭 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 歯の汚れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 舌苔 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
口腔機能の状態	食べこぼし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない むせ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 痰がらみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
〔以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施〕		
歯科疾患等	歯数 ( ) 歯 歯の問題(う蝕、破折、脱離等) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 歯周病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 粘膜の問題(潰瘍等) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 義歯の問題(不適合、破折) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	
特記事項		

## 3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師:	歯科衛生士:	
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患( <input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 口腔衛生( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善)	<input type="checkbox"/> 食形態( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他( )	
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他( )	
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他( )		
関連職種との連携			

## 4 実施記録

訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	実施者
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム )	
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他( )
解決すべき課題		
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導( ) <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示( )	

令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業  
「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業」

「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査」

ご回答方法

- ・貴局の管理者または管理者から委任された方にご回答をお願いいたします。
- ・「2.」以降は貴局に勤務する薬剤師の状況についてお答えください。
- ・（ ）内には具体的な数字、用語等をご記入ください。「0人」などの場合、空欄とせず「0」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和4年12月1日現在の状況についてお答えください。
- ・特に断りのない限り（「居宅療養管理指導」などと記載していない限り）、本調査における「訪問薬剤管理指導」には、介護保険の「居宅療養管理指導費」と医療保険の「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の両方を含むものとしてお考えください。
- ・本調査では、居宅療養管理指導には介護予防居宅療養管理指導も含むものとして、お考えください。

1. 貴局の基本属性についてお伺いします

問1-1 基本情報・体制等についてお答えください。

1) 開設主体（○は1つ）	1. 株式会社      2. 有限会社      3. 個人      4. その他		
2) 開設年（西暦で数字記入）	年		
3) 同一グループ内の薬局店舗数（数字記入）	店舗		
4) 応需処方箋枚数（令和4年12月実績）（数字記入）	枚		
5) 訪問薬剤管理指導の利用者に係る処方箋を応需した医療機関数（令和4年12月実績）（数字記入）	施設		
6) 1日当たりの訪問薬剤管理指導の延べ件数 ※令和4年12月1か月間の開局日における平均値（数字記入）	件/日		
7) 令和4年12月において薬剤師1人が1日に訪問薬剤管理指導を行った件数のうち最も多い件数をお答えください。（数字記入）	件/日		
8) 貴局に勤務している薬剤師数（数字記入） ※常勤換算数の算出：「職員の1週間の契約上の労働時間÷貴局の1週間の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第2位を四捨五入する	常勤	非常勤	
	実人数	実人数	常勤換算数
	人	人	人
9) 訪問薬剤管理指導に対応する薬剤師数 ※通常対応する薬剤師に代わり臨時で対応する者は除く	人	人	人
10) 営業形態（○は1つ）	1. 薬局のみ      2. 薬局と店舗販売業の併設		



11) 貴局の他に同一法人（同一の方針で経営する他の法人を含む）が実施している事業所・施設（あてはまるもの全てに○）		
1. 病院	15. 短期入所生活介護事業所	
2. 診療所	16. 短期入所療養介護事業所	
3. 歯科診療所	17. 認知症対応型共同生活介護事業所	
4. 薬局	18. 小規模多機能型居宅介護事業所	
5. 介護老人保健施設	19. 看護小規模多機能型居宅介護事業所	
6. 介護老人福祉施設	20. 居宅介護支援事業所	
7. 介護医療院	21. 有料老人ホーム	
8. 介護療養型医療施設	22. サービス付き高齢者向け住宅	
9. 訪問介護事業所	23. 軽費老人ホーム・ケアハウス	
10. 訪問看護ステーション	24. 養護老人ホーム	
11. 訪問リハビリテーション事業所	25. その他	
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	26. 当てはまるものはない	
13. 通所介護事業所		
14. 通所リハビリテーション事業所		
12) 認定・届出の有無（あてはまるもの全てに○）	1. 地域連携薬局	3. 健康サポート薬局
	2. 専門医療機関連携薬局	4. 無し

問1-2 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬の算定状況についてお答えください。		
1) 在宅療養に関する診療報酬及び介護報酬として、令和4年12月に算定した人数をお答えください（数字記入）		
<b>（診療報酬）</b>		
① 在宅患者訪問薬剤管理指導料		人
② 上記①の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した利用者のうち、特別養護老人ホームの入所者数をお答えください。		人
③ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 ※新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い分は除く		人
④ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2 ※新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い分は除く		人
⑤ 在宅患者緊急時等共同指導料		人
⑥ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		人
⑦ 服薬管理指導料3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合		人
<b>（介護報酬）</b>		
⑧ 薬剤師による居宅療養管理指導費（医師からの指示分）		人
⑨ 薬剤師による居宅療養管理指導費（歯科医師からの指示分）		人

問1-3 令和4年12月1か月間における居宅療養管理指導費の算定状況について、単一の建物において訪問した利用者数別にご記入ください。 ※数字は全て整数でご記入ください。 ※以下の「平均指導時間」には、訪問にかかる移動時間は除き、説明・指導を行った時間のみを対象としてご計上ください。				
		単一の建物において訪問した利用者数		
		①1人	②2～9人	③10人以上
1)居宅療養管理指導費の算定件数		件	件	件
2)主な説明対象別の利用者数と	1. 主に利用者に説明・指導を行っている利用者の数	人	人	人



平均指導時間	2. 1の利用者における平均指導時間	分/件	分/件	分/件
	3. 主に家族に説明・指導を行っている利用者の数	人	人	人
	4. 3の利用者における平均指導時間	分/件	分/件	分/件
	5. 主に施設の職員に説明・指導を行っている利用者の数	人	人	人
	6. 5の利用者における平均指導時間	分/件	分/件	分/件
3)訪問頻度	1. 4週に1回未満	人	人	人
	2. 4週に1回	人	人	人
	3. 3週に1回	人	人	人
	4. 2週に1回	人	人	人
	5. 週に1回	人	人	人
	6. 週に2回以上	人	人	人
4)主なフォローアップの手段 (あてはまるもの全てに○)	1. 電話			
	2. メール			
	3. ビデオ			
	4. チャット			
	5. 対面			
	6. その他 ( )			

問1-4 週に2回以上訪問した場合には、その理由をお答えください。(自由記述)

--

## 2. 薬剤師による居宅療養管理指導の状況についてお伺いします

問2-1 居宅療養管理指導にかかる業務として、①薬剤師として利用者に対して実施している事項、②医師、③ケアマネジャー、④その他職種(訪問看護師等)に対して報告している事項をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

	①利用者に対して実施している事項	②医師に対する報告事項	③ケアマネジャーに対する報告事項	④その他職種(訪問看護師等)に対する報告事項
1. 服薬指導				
2. 服薬状況・服薬アドヒアランスの確認				
3. 薬剤保管状況の確認				
4. 服薬支援ツール等を用いた薬の整理・セット				
5. 残薬の状況の確認				
6. 副作用の確認				
7. 相互作用の確認				
8. 一般用医薬品や健康食品の服用状況の確認				
9. 食事状況の確認				
10. 排泄状況の確認				
11. 睡眠状況の確認				

12. 運動状況の確認				
13. 服薬への立ち会い・促し・支援				
14. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援の確認				
15. 助言・指導内容への理解度の確認				
16. 病態や生活状況に応じた製剤工夫の提案				
17. 処方医への照会や必要に応じた処方提案				
18. 上記の他、他職種との情報連携				
19. 服薬以外の日常生活での困りごとの聞き取りや支援				
20. その他（ ）				
21. 報告していない				

問2-2 居宅療養管理指導にかかる業務として、①薬剤師として利用者に対して実施している事項、②歯科医師に対して報告している事項をお答えください。なお、通常、歯科医師からの指示がなく報告を行っていない場合には、「通常、歯科医師からの指示はない」のみをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

	①利用者に対して実施している事項	②歯科医師に対する報告事項
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について情報提供		
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		
3. 嚥下困難者の製剤工夫について、主治医及び歯科医師へ処方提案		
4. 医科処方薬と歯科処方薬の間の相互作用について、主治医及び歯科医師への情報提供と処方提案		
5. 疼痛評価		
6. その他（ ）		
7. 通常、歯科医師からの指示はない		

問2-3 居宅療養管理指導における、ケアマネジャーに対する情報提供の方法は主にどのような手段で行っていますか。（○は1つ）	1. 対面 2. 電話（通話） 3. 郵送 4. FAX 5. メール 6. オンライン会議 7. 地域における情報連携ネットワーク 8. その他（ ）
---	---

問2-4 居宅療養管理指導における利用者・家族等に対する指導・助言の方法をお答えください。（○は1つ）	1 主に対面 2 主に文書の交付
---	---------------------

問2-5 令和4年12月に、居宅療養管理指導を行った利用者のうち医療用麻薬持続注射療法と中心静脈栄養法を行った利用者についてお答えください。（数字記入）

1) 令和4年12月の1か月に、医療用麻薬持続注射療法を行った利用者数（数字記入）	人
2) 1)の利用者に対し、訪問時に医療用麻薬持続注射療法に関する薬学的管理指導を行った回数（令和4年12月1か月間の総数）（数字記入）	回
3) 令和4年12月の1か月に、中心静脈栄養法を行った利用者数（数字記入）	人
4) 3)の利用者に対し、訪問時に中心静脈栄養法に関する薬学的管理指導を行った回数（令和4年12月1か月間の総数）（数字記入）	回

問2-6 令和4年7月から12月までの半年間において、貴局の薬剤師が居宅療養管理指導を行っている利用者のうち、ショートステイ（短期入所生活介護又は短期入所療養介護）に入所した者はいますか。（○は1つ）

1. いる                                  2. いない                                  3. わからない

問2-7 ショートステイ（短期入所生活介護又は短期入所療養介護）に入所中の者については居宅療養管理指導費を算定できませんが、貴局の薬剤師が居宅療養管理指導を行っている利用者がショートステイに入所した際の薬学的管理指導の実施状況等についてお答えください（あてはまるもの全てに○）

1. ショートステイ入所中にも、訪問による薬学的管理指導を実施したことがある
2. 医師やショートステイ事業所、利用者等から、ショートステイ入所中に、訪問による薬学的管理指導を実施するよう求められたことがある
3. ショートステイ事業所への薬剤に関する情報共有や指導等（訪問によるものを除く）を実施したことがある
4. 医師やショートステイ事業所、利用者等から、ショートステイ事業所への薬剤に関する情報共有や指導等（訪問によるものを除く）を求められたことがある
5. その他（                                  ）
6. 上記のいずれにもあてはまらない

### 3. 薬剤師による多職種連携の状況についてお伺いします

問3-1 個々の利用者の療養上の管理及び指導を行っていく際の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として、実際に一度でも実施したことがあるものをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. 医療機関でのカンファレンス（入院時・入院中・退院時） | 5. ICTを使用した利用者情報の共有                        |
| 2. 医療機関でのカンファレンス（選択肢1以外のケース）  | 6. 電話による情報共有                               |
| 3. 利用者の自宅での会議                 | 7. FAXによる情報共有                              |
| 4. サービス担当者会議                  | 8. その他（                                  ） |
|                               | 9. 共有する機会はない                               |

問3-2 居宅療養管理指導を行うにあたり、貴局以外の他職種のうち、一度でも時間調整をして一緒に訪問を行ったことがある職種をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- |          |          |                          |
|----------|----------|--------------------------|
| 1. 医師    | 4. 訪問看護師 | 7. 作業療法士                 |
| 2. 歯科医師  | 5. 管理栄養士 | 8. 言語聴覚士                 |
| 3. 歯科衛生士 | 6. 理学療法士 | 9. ケアマネジャー               |
|          |          | 10. 訪問介護員                |
|          |          | 11. 上記の職種と一緒に訪問を行ったことはない |

<問3-3～問3-5は、問3-2で「1. 医師」または「2. 歯科医師」とお答えの場合、お答えください>

**問3-3 医師または歯科医師と時間調整をして一緒に訪問を行った際の業務内容についてお答え下さい。(あてはまるもの全てに○)**

1. 利用者の状態に応じた処方提案
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. 外用剤の調整に関する支援
6. その他（ ）

**問3-4 医師または歯科医師と時間調整をして一緒に訪問を行ったことにより得たメリットをお答えください。(あてはまるもの全てに○)**

1. 医師または歯科医師の処方意図をより詳細に把握しやすくなった
2. 利用者の状態をより詳細に把握しやすくなった
3. 医師または歯科医師とコミュニケーションを取りやすくなった
4. 医師または歯科医師以外の他職種とのコミュニケーションが取りやすくなった
5. 医師または歯科医師への処方提案がしやすくなった
6. 処方変更につながった

**問3-5 医師または歯科医師と時間調整をして一緒に行った訪問について、居宅療養管理指導費または在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定状況についてお答えください。(○は1つ)**

1. 全ての訪問で算定していない
2. 一部の訪問で算定していない
3. 全ての訪問で算定している

<問3-6は、問3-5で「1. 全ての訪問で算定していない」または「2.一部の訪問で算定していない」とお答えの場合、お答えください>

**問3-6 医師または歯科医師と時間調整をして一緒に行った訪問について、居宅療養管理指導費または在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定を行わない場合がある理由についてお答えください。(あてはまるもの全てに○)**

1. 医師・歯科医師と一緒に訪問は処方前であり、別途処方後に利用者への訪問指導を行ったため
2. 医師・歯科医師と一緒に訪問と利用者への計画的な訪問との間隔が、6日以上空かなかったため
3. 医師・歯科医師と一緒に訪問は、利用者への計画的な訪問とは別に行ったため
4. その他（ ）

**問3-7 居宅療養管理指導を行うにあたり、貴局以外の他職種のうち、時間調整をして一緒に訪問を行う必要性を感じたことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)**

- |          |          |                                |
|----------|----------|--------------------------------|
| 1. 医師    | 4. 訪問看護師 | 7. 作業療法士                       |
| 2. 歯科医師  | 5. 管理栄養士 | 8. 言語聴覚士                       |
| 3. 歯科衛生士 | 6. 理学療法士 | 9. ケアマネジャー                     |
|          |          | 10. 訪問介護員                      |
|          |          | 11. 上記の職種と一緒に訪問を行う必要性を感じたことはない |

**問 3 - 8 居宅療養管理指導を行う医師に貴職が期待することについてお伺いします。以下の事項のうち、利用者への助言・指導を期待したことがある事項をお答えください。(あてはまるもの全てに○)**

- |   |  |
|---|--|
| 1. 生活機能低下の原因となっている傷病等の経過の評価                                     | 13. 今後の居宅サービス（医師の指示を要しないもの、例えば訪問介護、通所介護等）利用の維持・中止・頻度変更の提案              |
| 2. 投薬内容を含む治療  | 14. 精神状態の評価  |
| 3. 日常生活の自立度等の評価   | 15. 利用者の身体状況の評価  |
| 4. 現在または今後低下の可能性が高い生活機能の評価                                      | 16. 体調変化等への対応指示  |
| 5. 現在または今後低下の可能性が高い生活機能への対処方針の検討                                | 17. 他の職種間の連携の指示・提案（例えば、リハビリテーション・機能訓練と栄養管理の連携、リハビリテーション・機能訓練と口腔管理の連携等） |
| 6. サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しの評価                                   | 18. その他（                      ）  |
| 7. 医療系サービスの必要性の評価   | 19. 特にない   |
| 8. 医学的観点からの留意事項の評価  |  |
| 9. 利用者の日常生活上の留意事項の評価  |  |
| 10. 社会生活面の課題の評価   |  |
| 11. 社会生活面の課題に対する必要な支援の評価  |  |
| 12. 今後の居宅サービス（医師の指示を要するもの、例えば訪問看護、訪問リハビリテーション等）利用の維持・中止・頻度変更の提案 |  |

**問 3 - 9 居宅療養管理指導を行う歯科医師に貴職が期待することについてお伺いします。以下の事項のうち、利用者への助言・指導を期待したことがある事項をお答えください。(あてはまるもの全てに○)**

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1. 利用者の病状、経過等の評価                                | 9. 今後の居宅サービス利用の維持・中止・頻度変更の提案    |
| 2. 必要な歯科診療の評価                                   | 10. 口腔機能向上に関する情報                |
| 3. 利用すべきサービスの評価                                 | 11. 口腔機能訓練                      |
| 4. 介護サービスを利用する上でのその他（必要な歯科治療、利用すべきサービス以外）留意点の評価 | 12. 口腔ケア                        |
| 5. 連携すべきサービスの評価                                 | 13. 食事姿勢・食形態                    |
| 6. 利用者の日常生活上の留意事項の評価                            | 14. その他（                      ） |
| 7. 社会生活面の課題の評価                                  | 15. 特にない                        |
| 8. 社会生活面の課題に対する必要な支援の評価                         |                                 |

**問 3 - 1 0 居宅療養管理指導の実施にあたり、居宅療養管理指導において指示報告を行うよう定められた職種を越えて連携した実績がある職種をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)**

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 歯科衛生士                       |
| 2. 管理栄養士                       |
| 3. 訪問看護師                       |
| 4. 理学療法士                       |
| 5. 作業療法士                       |
| 6. 言語聴覚士                       |
| 7. 訪問介護職員                      |
| 8. その他（                      ） |
| 9. 連携した実績はない                   |

<問3-10で、「1.」～「8.」のいずれかをお答えの場合、お答えください>

<b>問3-11 多職種連携においてどのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えたか、うまく連携につながった1例についてご回答ください。(自由記述)</b> ※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)	
課題	例：貴職との情報連携が困難であるとの意見が他職種より聞かれた。
工夫	例：顔の見える関係作りを行うため、定期的な多職種での勉強会を企画・運用した。

**4. 社会生活面の課題への対応にかかる取組状況についてお伺いします**

<b>問4-1</b> 令和4年12月に居宅療養管理指導を行った利用者のうち、社会生活面の課題が有ると貴局の薬剤師が判断している実利用者の割合※を、%単位で整数でお答えください。 ※課題が有ると判断した時期が11月以前の利用者も含むものとしてお考えください。	%
<b>問4-2</b> 令和4年7月から12月までの半年間で、居宅療養管理指導を行っている利用者のうち社会生活面の課題が有ると貴局の薬剤師が判断された方について、情報提供したことがある職種をお答えください。(あてはまるもの全てに○)	
1. 医師    2. 歯科医師    3. ケアマネジャー    4. その他の職種 5. 他職種に情報提供したことはない	

**問4-3** 居宅療養管理指導などで次のことについて、①情報を収集することがありますか。②情報収集することがある場合、居宅療養管理指導の利用者のうち情報収集の対象とする者をお答えください。また③情報収集する対象者を決めるプロトコルはありますか。(それぞれ選択肢を選択)  
 ※②③は、①が「1：ある」の場合にお答えください。  
 (選択肢)

- ①情報収集の有無  
1：ある    2：ない
- ②情報収集対象  
1：全員に聞いている    2：必要に応じて聞いている
- ③情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無  
1：プロトコルがある    2：プロトコルはないが、あったら使いたい    3：プロトコルはなく、特に必要性を感じていない

	①情報収集の有無	②情報収集対象	③ ①で選択した情報を収集する対象を決めるプロトコルの有無
1. 経済状況			
2. 就労状況			
3. 教育歴			
4. 家族・親族との関係			
5. 地域や職場との関係			
6. 仕事以外の地域活動や趣味の会等への参加状況			



7. 幼少期の困難な経験(虐待、親の離婚、いじめ、経済的困窮、その他)			
8. その他 ( )			

**問4-4 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例は過去1年間で何件程度ありますか。(数字記入)**

件

<問4-4で、「1件」以上とお答えの場合、お答えください。>

**問4-5 社会的課題を感じ、他職種または他機関につなげた事例において、どのような課題があり、それをどのような工夫で乗り越えましたか。主な1つの事例についてお答えください。(自由記述)**  
 ※本設問は、ご紹介いただける事例がある場合にお答えください(任意回答)

<b>課題</b>	例：パーキンソン病の進行により、歩行困難となり、引きこもりがちで、抑うつ気分も見られるようになった患者。
<b>工夫</b>	例：地域で行われる患者会に紹介し、同じ病で苦労している仲間と話すことで抑うつ気分の改善が見られた。

**5. 居宅療養管理指導を行った利用者についてお伺いします**

**問5-1 貴局の薬剤師のうち、令和4年12月の1か月間(これを当該期間と表します)において、居宅療養管理指導を行った日数が最も多い薬剤師1人を対象として、当該薬剤師が当該期間に居宅療養管理指導を行った利用者の氏名の最初の文字の五十音が早い順に3名を調査対象利用者とした上で、貴局の薬剤師が当該期間に各調査対象利用者に対し訪問を行った際の状況についてお答えください。**

※ 氏名の最初の文字の五十音順の早さの考え方の例：「あべさん」、「わたなべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」の中から3名を選ぶ場合には、この4名から3名を選ぶ場合には、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」、「わ」たなべさん」の順に早いと考え、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」を調査対象利用者として選定する。ただし例えば、当該期間中に同居する夫婦(例：「あべさん」夫婦)のそれぞれに対して訪問診療を行った場合には、なるべく療養環境が異なるケースを調査対象利用者とする観点から、夫婦のうちいずれかお一人のみを調査対象利用者としてご選定ください。

<利用者1人目>

<b>1) 年齢</b> (数字記入)	歳	<b>2) 性別</b> (○は1つ)	1. 男性 2. 女性 3. その他
---------------------	---	---------------------	--------------------

**3) 貴局の薬剤師が訪問した際の利用者の居場所**(○は1つ)

1. 戸建て住宅	6. 住宅型有料老人ホーム
2. 一般集合住宅	7. 軽費老人ホーム(ケアハウス含む)・養護老人ホーム
3. 認知症グループホーム	8. 小規模多機能型居宅介護事業所
4. サービス付き高齢者向け住宅	9. 看護小規模多機能型居宅介護事業所
5. 介護付き有料老人ホーム	

**4) 貴局から利用者の居場所(利用サービス)までの主な移動手段と片道の移動時間**

※移動時間は、貴局から利用者の居住場所(利用サービス)へ移動する際に使用する主な移動手段(徒歩や自動車等交通手段)を利用した際にかかる平均的な移動時間を記入してください。詳細な時間が分からない場合にはおおよその移動時間をお答えください。

<b>①主な移動手段</b> (1つに○)	1.自動車 2.バイク 3.自転車 4.徒歩 5.公共交通機関 6.その他( )
<b>②移動時間</b>	分

<5)は、3)の利用者の居場所が「1. 戸建て住宅」か「2. 一般集合住宅」をご回答の場合、お答えください>

<b>5) 介護力の状況 (○は1つ)</b>		
1. 独居であり近居の親類等にも介護者がいない	3. 同居しているが、同居・近居の親類等に介護力がある者がいない	
2. 独居であるが近居の親類等に介護者がいる	4. 同居していて、同居・近居の親類等に介護力がある者がいる	
	5. その他 ( )	
<b>6) 要介護度 (○は1つ)</b>		
1. 要支援 1	4. 要介護 2	7. 要介護 5
2. 要支援 2	5. 要介護 3	8. 申請中
3. 要介護 1	6. 要介護 4	9. その他 ( )
<b>7) 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) (○は1つ)</b>		
1. J1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する (交通機関等を利用して外出する)		
2. J2 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する (隣近所へなら外出する)		
3. A1 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない (介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する)		
4. A2 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない (外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている)		
5. B1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ (車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う)		
6. B2 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ (介助により車いすに移乗する)		
7. C1 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する (自力で寝返りをうつ)		
8. C2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する (自力では寝返りもうてない)		
9. 不明		
<b>8) 認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)</b>		
1. 自立		
2. I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		
3. II a 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる (家庭外で左記の状態がみられる)		
4. II b 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる (家庭内でも左記の状態がみられる)		
5. III a 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする (日中を中心として左記の状態が見られる)		
6. III b 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする (夜間を中心として左記の状態が見られる)		
7. IV 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする		
8. M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする		
9. 不明		
<b>9) 人生の最終段階 (終末期) にあるか</b>	1. はい	2. いいえ
<b>10) 医療用麻薬を使用しているか</b>	1. はい	2. いいえ
<b>11) 居宅療養管理指導を月8回まで算定可能な者 (末期の悪性腫瘍の者又は中心静脈栄養を受けている者) に該当しますか</b>	1. はい	2. いいえ

12) 利用者の疾患等についてお答えください。(あてはまるもの全てに○)		
1. 脳血管疾患 (脳卒中)	9. 視覚・聴覚障害	17. 脊髄小脳変性症
2. 心疾患 (心臓病)	10. 骨折・転倒	18. 脊柱管狭窄症
3. 悪性新生物 (がん)	11. 脊髄損傷	19. 早老症
4. 呼吸器疾患	12. 高齢による衰弱	20. 多系統萎縮症
5. 関節疾患	13. 関節リウマチ	21. 閉塞性動脈硬化症
6. 認知症	14. 筋萎縮性側索硬化症	22. 慢性閉塞性肺疾患
7. パーキンソン病	15. 後縦靭帯骨化症	23. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
8. 糖尿病	16. 骨折を伴う骨粗鬆症	24. その他 ( )
13) 貴職による、本利用者への居宅療養管理指導にかかる以下の事項についてお答えください。(数字記入)		
① 令和4年12月に計画していた1月あたりの訪問回数		回
② 令和4年12月の訪問回数の実績 (居宅療養管理指導費を算定したもの)		回
③ 令和4年12月の訪問回数の実績 (在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定したもの)		回
④ 令和4年12月の訪問回数の実績 (居宅療養管理指導費・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料のいずれも算定しなかったもの)		回
⑤ 医師または歯科医師との同行訪問の回数		回
⑥ 直接指導を行った主な対象者 (○は1つ)	1. 本人 2. 家族	3. 施設職員 4. その他の介護者・看護者
⑦ 訪問1回当たりの利用者や家族、施設職員への指導に要する時間 (平均)		分
⑧ 複数回訪問している理由 (あてはまるもの全てに○)		
1. 飲み忘れ、飲み残しが発生しないようにするため	4. 複数回の処方があるため	
2. 重篤な副作用、相互作用が懸念される薬剤を服用しているため	5. 他職種から要望があるため	
3. 重篤な疾患を患っているため	6. その他 ( )	
⑨ 令和4年12月のフォローアップの回数 ※1: フォローアップとは、訪問と訪問の間に、電話やメール等による利用者や家族、施設職員への連絡・指導のこととお考えください。 ※2: 正確な回数分からない場合には、概数をお答えください。		回
⑩ フォローアップにおける業務内容		
1. 服薬指導	11. 睡眠状況の確認	
2. 服薬状況・服薬アドヒアランスの確認	12. 運動状況の確認	
3. 薬剤保管状況の確認	13. 服薬への立ち会い・促し・支援	
4. 服薬支援ツール等を用いた薬の整理・セット	14. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援の確認	
5. 残薬の状況の確認	15. 助言・指導内容への理解度の確認	
6. 副作用の確認	16. 病態や生活状況に応じた製剤工夫の提案	
7. 相互作用の確認	17. 処方医への照会や必要に応じた処方提案	
8. 一般用医薬品や健康食品の服用状況の確認	18. 上記の他、他職種との情報連携	
9. 食事状況の確認	19. 服薬以外の日常生活での困りごとの聞き取りや支援	
10. 排泄状況の確認	20. その他 ( )	
14) 貴職の他に、居宅療養管理指導を受けている職種 (あてはまるもの全てに○)		
1. 医師	2. 歯科医師	3. 管理栄養士
		4. 歯科衛生士

15) 訪問した際に実施した事項 (あてはまるもの全てに○)	
1. 服薬指導	11. 睡眠状況の確認
2. 服薬状況・服薬アドヒアランスの確認	12. 運動状況の確認
3. 薬剤保管状況の確認	13. 服薬への立ち会い・促し・支援
4. 服薬支援ツール等を用いた薬の整理・セット	14. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援の確認
5. 残薬の状況の確認	15. 助言・指導内容への理解度の確認
6. 副作用の確認	16. 病態や生活状況に応じた製剤工夫の提案
7. 相互作用の確認	17. 処方医への照会や必要に応じた処方提案
8. 一般用医薬品や健康食品の服用状況の確認	18. 上記の他、他職種との情報連携
9. 食事状況の確認	19. 服薬以外の日常生活での困りごとの聞き取りや支援
10. 排泄状況の確認	20. その他 ( )

16) 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等についてお答えください (自由記述)	
① 利用者の日常生活上の留意事項	
② 社会生活面の課題	
③ 地域社会において必要な支援	

17) 本利用者について、令和4年12月における、①情報提供した他の職種、②情報提供の回数、③情報提供にかかる1回あたりの所要時間を、お答えください。(あてはまるもの全てに○)	
①令和4年12月における情報提供した他の職種	
1. 医師	4. 訪問看護師
2. 歯科医師	5. 管理栄養士
3. 歯科衛生士	6. 理学療法士
	7. 作業療法士
	8. 言語聴覚士
	9. ケアマネジャー
	10. 訪問介護員
②令和4年12月における情報提供の回数 (全職種の総数) (数字記入) ※正確な回数が分からない場合には、概数でお答えください。	回
③令和4年12月における情報提供1回あたりの所要時間 (※1) (平均) (数字記入) ※1: 情報提供の書類作成にかかる時間も含めてお考えください。 ※2: 正確な時間が分からない場合には、概数でお答えください。	時間
18) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、ケアマネジャーに対する主な情報提供の方法についてお答えください (あてはまるもの全てに○)	1. 対面 2. 電話 (通話) 3. 郵送 4. FAX 5. メール 6. オンライン会議 7. 地域における情報連携ネットワーク 8. その他 ( )
19) 本利用者に対する居宅療養管理指導について、利用者・家族等に対する指導・助言の方法についてお答えください (○は1つ)	1. 主に対面 2. 主に文書の交付

## 6. インタビュー調査への協力可否についてお伺いします

問6-1 本調査研究事業では、本アンケート調査とは別に、多職種連携の状況や利用者の社会生活面の課題への対応内容（取組内容、工夫、課題）やその効果を把握・分析し、他施設において参考にしてもらうことを目的としたインタビュー調査の実施を予定しております。インタビュー調査は、現下の状況を踏まえ、電話かWEB会議形式で1時間程度を想定いたします。つきましては、インタビュー調査へご協力いただけるか否かについてお教えいただけますでしょうか。ぜひよろしくお願いたします。

1) インタビュー調査への協力可否（多職種連携への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる    2. 協力できない 3. その他（                      ）
2) インタビュー調査への協力可否（社会生活面の課題への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる    2. 協力できない 3. その他（                      ）
3) インタビュー調査にあたってのご要望（実施時間帯、実施方法等）（自由記述）	

### ご回答者様のご連絡先をご記入ください

※ご記載いただいた内容は、インタビュー調査のお願いのご連絡をさせていただく場合や、本調査の回答内容に対するお問い合わせをさせていただく場合にのみ活用いたします。

4) 氏名	
5) 施設名	
6) 電話番号	
7) メールアドレス	

質問は以上です。ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。

令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業  
「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業」

「在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査」

ご回答方法

- ・ 貴事業所の管理者または管理者から委任された方にご回答をお願いいたします。
- ・ ( ) 内には具体的な数字、用語等をご記入ください。「0人」などの場合、空欄とせず「0」をご記入ください。
- ・ 特に断りのない限り、令和4年12月1日現在の状況についてお答えください。
- ・ 本調査では、居宅療養管理指導には介護予防居宅療養管理指導も含むものとして、お考えください。

1. 貴事業所の基本属性についてお伺いします

問1-1 基本情報・体制等についてお答えください。

1) 開設主体 (○は1つ)	1. 株式会社 2. 株式会社以外の営利法人 3. 社会福祉法人 (社会福祉協議会) 4. 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外) 5. 医療法人 6. 特定非営利活動法人 7. 協同組合 (農業協同組合・生活協同組合) 8. 社団法人・財団法人 9. 地方公共団体 (市区町村・広域連合を含む) 10. その他 ( )		
	2) 開設年 (西暦で数字記入) _____ 年		
3) 貴事業所に勤務している介護支援専門員の人数 (数字記入) ※常勤換算数の算出: 「職員の1週間の契約上の労働時間 ÷ 貴事業所の1週間の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第2位を四捨五入してください。	常勤	非常勤	
	実人数	実人数	常勤換算数
	人	人	人
4) 令和4年12月時点での利用者数			人



5) 同一法人（同一の経営方針や提携している法人を含む）が実施している事業所・施設（あてはまるもの全てに○）

1. 病院
2. 診療所
3. 歯科診療所
4. 薬局
5. 介護老人保健施設
6. 介護老人福祉施設
7. 介護医療院
8. 介護療養型医療施設
9. 訪問介護事業所
10. 訪問看護ステーション
11. 訪問リハビリテーション事業所
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
13. 通所介護事業所
14. 通所リハビリテーション事業所
15. 短期入所生活介護事業所
16. 短期入所療養介護事業所
17. 認知症対応型共同生活介護事業所
18. 小規模多機能型居宅介護事業所
19. 看護小規模多機能型居宅介護事業所
20. 居宅介護支援事業所
21. 有料老人ホーム
22. サービス付き高齢者向け住宅
23. 軽費老人ホーム・ケアハウス
24. 養護老人ホーム
25. その他
26. 当てはまるものはない

## 2. 居宅療養管理指導にかかる多職種連携の状況についてお伺いします

問2-1 直近1年間の状況についてお答えください。他職種による居宅療養管理指導の結果について情報提供を受ける際の「①他職種からの情報提供方法」、「②情報提供方法に対する負担感」、「③提供された情報の理解のしやすさ」について、医師・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士の職種別に、以下の1)~7)の事項ごとに、以下の選択肢からあてはまるものをお答えください。なお1)~7)ごとに、②③は①で「1：よくある」～「3：ほとんどない」と回答した場合にご回答ください。

「①他職種からの情報提供の頻度」の選択肢

- 1：よくある
- 2：時々ある
- 3：ほとんどない
- 4：全くない

「②情報提供方法に対する負担感」の選択肢

- 1：負担を感じない
- 2：やや負担を感じる

3：かなり負担を感じる

「③提供された情報の理解のしやすさ」の選択肢

- 1：よく理解できる
- 2：やや理解できる
- 3：あまり理解できない
- 4：ほとんど理解できない

1. 医師からの報告について

情報提供手段	①医師からの情報提供の頻度	②情報提供方法に対する負担感	③提供された情報の理解のしやすさ
1) 対面			
2) 電話（通話）			
3) 郵送			
4) FAX			
5) メール			
6) オンライン会議			
7) 地域における情報連携ネットワーク			
8) その他（ ）			

2. 歯科医師からの報告について

情報提供手段	①歯科医師からの情報提供の頻度	②情報提供方法に対する負担感	③提供された情報の理解のしやすさ
1) 対面			
2) 電話（通話）			
3) 郵送			
4) FAX			
5) メール			
6) オンライン会議			
7) 地域における情報連携ネットワーク			
8) その他（ ）			

3. 薬剤師からの報告について

情報提供手段	①薬剤師からの情報提供の頻度	②情報提供方法に対する負担感	③提供された情報の理解のしやすさ
1) 対面			
2) 電話（通話）			
3) 郵送			
4) FAX			
5) メール			
6) オンライン会議			
7) 地域における情報連携ネットワーク			
8) その他（ ）			

4. 歯科衛生士からの報告について

情報提供手段	①歯科衛生士からの情報提供の頻度	②情報提供方法に対する負担感	③提供された情報の理解のしやすさ
1) 対面			

2) 電話（通話）			
3) 郵送			
4) FAX			
5) メール			
6) オンライン会議			
7) 地域における情報連携ネットワーク			
8) その他（ ）			

問2-2 個々の利用者の療養上の管理及び指導を行っていく際の共通目標を、多職種間で決定・共有する機会の必要性を感じていますか。現時点での地域におけるそのような機会の有無に関わらず、お答えください。（○は1つ）

1. はい                    2. いいえ

問2-3 個々の利用者の療養上の管理及び指導を行っていく際の共通目標を多職種間で決定・共有する機会として、実際に一度でも実施したことがあるものをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

- |                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| 1. 医療機関でのカンファレンス（入院時・入院中・退院時） | 5. ICTを使用した利用者情報の共有 |
| 2. 医療機関でのカンファレンス（選択肢1以外のケース）  | 6. 電話による情報共有        |
| 3. 利用者の自宅での会議                 | 7. FAXによる情報共有       |
| 4. サービス担当者会議                  | 8. その他（ ）           |
|                               | 9. 共有する機会はない        |

問2-4 以下に示す1～17の事項について、①医師に対し居宅療養管理指導として利用者に向けて助言・指導することを期待したことがある事項、②ケアプランに反映する上で医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項を、それぞれお答えください。（それぞれあてはまるもの全てに○）

	①利用者に対して助言・指導を期待した事項	②ケアマネジャーとして特に情報提供を期待した事項
1. 生活機能低下の原因となっている傷病等の経過に関すること		
2. 投薬内容を含む治療に関すること		
3. 日常生活の自立度等の評価		
4. 現在または今後低下の可能性が高い生活機能の評価		
5. 現在または今後低下の可能性が高い生活機能への対応方法		
6. サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しの評価		
7. 医療系サービスの必要性の評価		
8. 医学的観点からの留意事項		
9. 利用者の日常生活上の留意事項		
10. 社会生活面の課題の評価		
11. 社会生活面の課題に対する対応方法（必要な支援）		
12. 今後の居宅サービス（医師の指示を要するもの、例えば訪問看護、訪問リハビリテーション等）利用の維持・中止・頻度変更の提案		
13. 今後の居宅サービス（医師の指示を要しないもの、例えば訪問介護、通所介護等）利用の維持・中止・頻度変更の提案		
14. 精神状態の評価		

15. 利用者の身体状況の評価		
16. 体調変化等への対応方法		
17. 他の職種間の連携の指示・提案（例えば、リハビリテーション・機能訓練と栄養管理の連携、リハビリテーション・機能訓練と口腔管理の連携等）		
18. その他（ ）		
19. 特になし		

問2-5 以下に示す1~9の事項について、①歯科医師に対し居宅療養管理指導として利用者に向けて助言・指導することを期待したことがある事項、②ケアプランに反映する上で歯科医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項を、それぞれお答えください。（それぞれあてはまるもの全てに○）

	①利用者に対して助言・指導を期待した事項	②ケアマネジャーとして特に情報提供を期待した事項
1. 利用者の病状、経過等の評価		
口腔衛生状態不良		
う蝕		
歯周病		
口腔粘膜疾患（潰瘍等）		
義歯の問題（義歯新製が必要な欠損、義歯破損・不適合等）		
摂食・嚥下機能の低下		
口腔乾燥		
配慮すべき基礎疾患		
2. 必要な歯科治療の評価		
う蝕治療		
冠・ブリッジ治療		
義歯の新製や修理等		
歯周病の治療		
口腔機能の維持・向上		
3. 利用すべきサービスの評価		
歯科医師による居宅療養管理指導		
歯科衛生士による居宅療養管理指導		
4. その他留意点の評価		
摂食・嚥下機能		
誤嚥性肺炎		
低栄養		
食事姿勢・食べ方の指導		
5. 連携すべきサービスの評価		
リハビリテーション・機能訓練と栄養管理との連携等		
6. 利用者の日常生活上の留意事項の評価		
7. 社会生活面の課題の評価		
8. 社会生活面の課題に対する必要な支援の評価		
9. 今後の居宅サービス利用の維持・中止・頻度変更の提案		

10. その他 ( )		
11. 特に無い		

問2-6 以下に示す1~6の事項について、①歯科衛生士に対し居宅療養管理指導として利用者に向けて助言・指導することを期待したことがある事項、②ケアプランに反映する上で歯科衛生士に詳細な情報提供を期待したことがある事項を、それぞれお答えください。(それぞれあてはまるもの全てに○)

	①利用者に対して助言・指導を期待した事項	②ケアマネジャーとして特に情報提供を期待した事項
1. 口腔の清掃に関する指導		
2. 義歯の清掃に関する指導		
3. 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導		
4. 誤嚥性肺炎の予防に関する指導		
5. 食事姿勢・食べ方		
6. 他の職種間の連携の指示・提案(例えば、リハビリテーション・機能訓練と栄養管理との連携等)		
7. その他 ( )		
8. 特にない		

問2-7 以下に示す1~5の事項について、居宅療養管理指導を行う歯科医師、歯科衛生士、歯科医療機関に今後さらに期待する事項についてお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. ケアマネジャーとの日頃からの相談・連携の充実
2. 他職種との情報共有の充実
3. 利用者や家族とのコミュニケーションの充実
4. 夜間・休日対応の充実
5. より多くの利用者への居宅療養管理指導の実施
6. その他 ( )

問2-8 以下に示す1~19の事項について、①薬剤師に対し居宅療養管理指導として利用者に向けて助言・指導することを一度でも期待したことがある事項、②ケアプランに反映する上で薬剤師に詳細に情報提供を一度でも期待したことがある事項を、それぞれお答えください。(それぞれあてはまるもの全てに○)

	①利用者に対して助言・指導を期待した事項	②ケアマネジャーとして特に情報提供を期待した事項
1. 服薬指導		
2. 服薬状況・服薬アドヒアランスの確認		
3. 薬剤保管状況の確認		
4. 服薬支援ツール等を用いた薬の整理・セット		
5. 残薬の状況の確認		
6. 副作用の確認		
7. 相互作用の確認		
8. 一般用医薬品や健康食品の服用状況の確認		

9. 食事状況の確認		
10. 排泄状況の確認		
11. 睡眠状況の確認		
12. 運動状況の確認		
13. 服薬への立ち会い・促し・支援		
14. 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援の確認		
15. 助言・指導内容への理解度の確認		
16. 病態や生活状況に応じた製剤工夫の提案		
17. 処方医への照会や必要に応じた処方提案		
18. 上記の他、他職種との連携状況		
19. 服薬以外の日常生活での困りごとの聞き取りや支援		
20. その他（ ）		
21. 特になし		

**問2-9 居宅療養管理指導を行う薬剤師や薬局に今後さらに期待することについてお答えください。（あてはまるもの全てに○）**

1. ケアマネジャーとの日頃からの相談・連携の充実
2. 他職種との情報共有の充実
3. 利用者や家族とのコミュニケーションの充実
4. 麻薬等の共有体制の充実
5. 夜間・休日対応の充実
6. より多くの利用者への居宅療養管理指導の実施
7. その他（ ）

**問2-10 ケアマネジャーが中心となって、居宅療養管理指導において指示報告を行うよう定められた職種を越えた連携を実現したケースはありますか（○は1つ）**  
 例：医師と歯科医師の連携、歯科医師と管理栄養士の連携など

1. ある
2. ない

**3. 社会生活面の課題への対応にかかる取組状況についてお伺いします**

**問3-1 令和4年12月における利用者全体のうち、社会生活面の課題がある利用者の割合をお答えください。**

社会生活面の課題が有ると判断した実利用者数の割合（数字記入）  %

**問3-2 社会生活面の課題が有ると判断した利用者について、介護保険制度外の社会資源につなげた実績の有無をお答えください。**

1. 実績がある
2. 実績がない





#### 4. インタビュー調査への協力可否についてお伺いします

問4-1 本調査研究事業では、本アンケート調査とは別に、多職種連携の状況や利用者の社会生活面の課題への対応内容（取組内容、工夫、課題）やその効果を把握・分析し、他施設において参考にさせていただくことを目的としたインタビュー調査の実施を予定しております。インタビュー調査は、現下の状況を踏まえ、電話かWEB会議形式で1時間程度を想定いたします。つきましては、インタビュー調査へご協力いただけるか否かについてお教えいただけますでしょうか。ぜひよろしくお願いいたします。

1) インタビュー調査への協力可否（多職種連携への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる      2. 協力できない 3. その他（            ）
2) インタビュー調査への協力可否（社会生活面の課題への対応について）（○は1つ）	1. 協力できる      2. 協力できない 3. その他（            ）
3) インタビュー調査にあたってのご要望（実施時間帯、実施方法等）（自由記述）	

#### ご回答者様のご連絡先をご記入ください

※ご記載いただいた内容は、インタビュー調査のお願いのご連絡をさせていただく場合や、本調査の回答内容に対するお問い合わせをさせていただく場合にのみ活用いたします。

4) 氏名	
5) 施設名	
6) 電話番号	
7) メールアドレス	

質問は以上です。ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。