

平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
(平成25年度調査)の調査票案について

○歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査

- ・ 調査概要 . . . . . 2頁
- ・ 歯科医療機関票 . . . . . 4頁
- ・ 患者票 . . . . . 12頁
- ・ 医科医療機関票 . . . . . 16頁
- ・ 依頼状 . . . . . 21頁

# 「歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査」 調査の概要（案）

## ■ 調査目的

- 歯科医師等による周術期等の口腔機能管理の実施状況の把握
- 歯科医療機関と医科診療科との連携状況の把握
- 歯科医師等による周術期等の口腔機能管理実施の効果の把握

## <調査のねらい>

- ・ 歯科医師等による周術期等の口腔機能管理の実施状況の把握
- ・ 歯科医療機関と医科診療科との連携状況の把握
- ・ チーム医療推進上の効果の把握
- ・ 歯科のない医科医療機関における周術期口腔機能管理料等に関する認知状況の把握
- ・ 歯科のない医科医療機関における周術期口腔機能管理に関する実施状況・意向等の把握
- ・ 歯科のない医科医療機関における周術期口腔機能管理を実施する上での課題等の把握
- ・ 歯科医師等による周術期等の口腔機能管理実施の効果の把握 /等

## ■ 調査対象

- ① 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査

### 【歯科医療機関票】

- I 周術期口腔機能管理料を算定している医療機関（悉皆、約 700 施設）
- II 医科を併設している病院（Iを除く）（抽出、約 500 施設）
- III 歯科治療総合医療管理料の施設基準の届出をしている歯科診療所（Iを除く）  
（抽出、約 1,000 施設）

- ② 手術前後等における歯科に関するアンケート調査（案）<患者調査>

- ・ 上記①-Iの調査対象施設において、調査期間中に当該医療機関に受診し、「周術期口腔機能管理計画策定料」または「周術期口腔機能管理料」を算定した患者。  
1施設当たり2名程度を予定（2名×約700施設＝約1,400名）。

- ③ 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査

### 【医科医療機関票】

- ・ 歯科が併設されていない医科病院（無作為抽出、約 1,000 施設）。

## ■ 調査方法

- ・ 施設調査については、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 患者調査については、調査対象施設を通じて患者に調査票を配布し、事務局宛の専用返

信封筒により患者から直接郵送で回収する。

■ 調査項目（調査票（案）ご参照）

■ 調査スケジュール

	平成25年									
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月～3月	
調査の設計・調査票の作成	→									
調査客体の選定	→		中医協の了承							
調査票等の印刷・封入			→ (1週間程度)							
調査実施			→ (7月下旬×切、督促、督促後の×切 8月中旬頃)							
督促				→						
調査票回収・検票				→						
データ入力 データクリーニング					→					
集計・分析						→				
調査結果作成（速報）						→				
追加分析・調査結果作成						→	報告	→	→	報告
調査検討委員会開催		★					★			



⑥施設基準の届出のあるもの ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料（病院のみ算定可能） 2. 歯科外来診療環境体制加算 3. 歯科診療特別対応連携加算 4. 歯科治療総合医療管理料 5. 在宅療養支援歯科診療所（診療所のみ算定可能）	
⑦歯科診療科の医療関係職種 の職員数(常勤換算)	常 勤	非常勤(常勤換算)
1) 歯科医師	人	人
2) 歯科衛生士	人	人
3) 歯科技工士	人	人
4) その他	人	人
5) 合計	人	人
※常勤換算は以下の方法で算出してください(※小数点以下第2位を四捨五入し小数点以下第1位までの数値)。 ■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)÷(貴施設で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)÷(貴施設で定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)		

## 2. 貴施設における周術期口腔機能管理の実施状況についてお伺いします。

①貴施設では、外来患者や入院患者(他医療機関の入院患者を含む)に対して、周術期口腔機能管理を実施していますか。診療報酬の算定状況にかかわらず、実施の有無をお答えください。※○は1つだけ	
1. 実施している	2. 実施していない→7ページの5.へ
②2013(平成25)年6月1か月間の「1)歯科外来患者総数」、「2)歯科入院患者総数」、医科歯科併設施設にあっては「3)医科入院患者総数」をご記入ください。 ※該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「-」をご記入ください。	
1) 歯科外来患者総数 (初診患者+再診患者延べ人数)	( ) 人
2) 歯科入院患者総数 (当月の新規入院患者数)(※病院のみ回答)	( ) 人
3) 医科入院患者総数 (当月の新規入院患者数)(※医科歯科併設病院のみ回答)	( ) 人
③2013(平成25)年6月1か月間の周術期口腔機能管理計画策定料を算定した患者総数、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定した患者総数、周術期専門的口腔衛生処置を算定した患者総数をご記入ください。 ※該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「-」をご記入ください。	
1) 周術期口腔機能管理計画策定料 を算定した患者総数	( ) 人
2) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ) を算定した患者総数	( ) 人
3) 周術期口腔機能管理料(Ⅱ) を算定した患者総数(※医科歯科併設病院のみ回答)	( ) 人
4) 周術期口腔機能管理料(Ⅲ) を算定した患者総数	( ) 人
5) 周術期専門的口腔衛生処置 を算定した患者総数	( ) 人

【質問③で算定患者総数が「0」人だった項目がある施設の方のみお答えください】

③-1 上記③で 2013(平成 25)年 6 月 1 か月間の算定患者総数が「0 人」だった項目について、その理由をそれぞれお選びください。※あてはまる番号すべてに○ 「0 人」となっていない項目はお答えいただく必要はございません。

	該当するケースがない	診療報酬項目の内容がよくわからない	歯科医師が不足している	歯科衛生士が不足している	実施するための研修等が不足している	歯科衛生士以外の医療関係職種が不足している	実施するための機器等を整備することができない	医科側の要請がない	その他
1)周術期口腔機能管理計画策定料	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2)周術期口腔機能管理料(Ⅰ)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3)周術期口腔機能管理料(Ⅱ)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4)周術期口腔機能管理料(Ⅲ)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5)周術期専門的口腔衛生処置	1	2	—	4	5	—	—	—	9

④周術期口腔機能管理料を算定した患者の原疾患等について、該当する項目をお選びください。

※あてはまる番号すべてに○

- |                    |               |               |
|--------------------|---------------|---------------|
| 1. 頭頸部領域の悪性腫瘍      | 2. 呼吸器領域の悪性腫瘍 | 3. 消化器領域の悪性腫瘍 |
| 4. 臓器移植手術（骨髄移植を含む） | 5. 心臓・脳血管外科手術 |               |
| 6. がん等による放射線治療     | 7. がん等による化学療法 | 8. その他（具体的に   |

⑤上記④の選択肢 1～8 のうち、最も多いものの番号を 1 つだけご記入ください。

【質問③で「周術期口腔機能管理計画策定料」を算定実績のある施設の方のみお答えください。】

⑥周術期口腔機能管理計画書をどのように策定していますか。算定していない医療機関の方は、4 ページの質問⑩へお進みください。 ※あてはまる番号すべてに○

- 紹介元の医科の主治医の意見を聞いて、歯科医師単独で策定
- 紹介元の医科の主治医の意見を聞いて、歯科衛生士と協働で策定
- 紹介元の医科の主治医と歯科医師でカンファレンスを開催し、協働で策定
- その他（具体的に

⑦上記⑥の選択肢 1～4 のうち、最も多いものの番号を 1 つだけご記入ください。

⑧周術期口腔機能管理計画書を策定した時期はいつですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| 1. 入院前（外来） | 2. 入院中（手術前） | 3. 入院中（手術後） |
| 4. 退院後     |             |             |

⑨上記⑧の選択肢 1～4 のうち、最も多いものの番号を 1 つだけご記入ください。

⑩周術期口腔機能管理として管理計画書や管理報告書の作成等に加えてどのようなことを実施していますか。

※あてはまる番号すべてに○

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 1. 歯科医師、歯科衛生士による専門的な口腔清掃 | 2. 検査       |
| 3. レントゲン撮影               | 4. 抜歯等外科処置  |
| 5. むし歯や歯周病などの治療          | 6. 投薬       |
| 7. 義歯の製作や調整              | 8. その他（具体的に |

⑩周術期口腔機能管理を行うことによって、どのような効果がありましたか。						
※「大いにあてはまる」は「1」、「まったくあてはまらない」は「5」として、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。なお、状況を把握していない場合は「6」に○をつけてください。						
	大い にあて は ま る	あ て は ま ら な い	ど ち ら と も い え な い	あ ま り あ て は ま ら な い	あ ま り あ て は ま ら な い	状 況 を 把 握 し て い な い
1) 周術期に必要な口腔機能管理を計画的に行えるようになった	1	2	3	4	5	6
2) 術後の感染予防に寄与できた	1	2	3	4	5	6
3) 平均在院日数の短縮に寄与できた	1	2	3	4	5	6
4) 投薬期間の短縮・投薬量の減量に寄与できた	1	2	3	4	5	6
5) 他の歯科医療機関との連携が以前よりスムーズになった	1	2	3	4	5	6
6) 他の医科医療機関または医科診療科との連携が以前よりスムーズになった	1	2	3	4	5	6
7) 医科に関する患者の情報が来ることで安心して治療ができるようになった	1	2	3	4	5	6
8) 患者が口腔機能管理の重要性を認識するようになった	1	2	3	4	5	6
9) その他(具体的に )	1	2	3	4	5	6

### 3. 貴施設における周術期口腔機能管理を実施するための体制整備等についてお伺いします。

①貴施設において、周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門はありますか。 ※○は1つだけ	
1. ある	2. ない →質問②へ
【質問①で「1.ある」と回答した施設の方のみお答えください。】	
①-1 周術期口腔機能管理を行う専門の体制や部門に参画している職種をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 歯科医師	2. 歯科衛生士
5. 看護師	6. 言語聴覚士
3. 歯科技工士	4. 医師
7. その他 (具体的に )	
②貴施設では、周術期口腔機能管理をいつから始めましたか。診療報酬の評価とは関係なく実際に開始した時期をご記入ください。	
西暦 ( ) 年 ( ) 月頃	
③周術期口腔機能管理を実施するきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 手術を予定している同一の保険医療機関内 (医科診療科) からの依頼・紹介	
2. 手術を予定している別の保険医療機関 (医科医療機関) からの依頼・紹介	
3. 周術期口腔機能管理を実施していない他の歯科医療機関からの依頼・紹介	
4. 地区医師会からの依頼・紹介	
5. 地区歯科医師会からの依頼・紹介	
6. 通院している患者の手術予定を聞き、自施設による周術期口腔機能管理の必要性を判断	
7. 通院している患者・家族等からの依頼	
8. その他 (具体的に )	
④上記③の選択肢 1~8 のうち、最も多いものの番号を1つだけご記入ください。	

⑤貴施設では、どのような理由から周術期口腔機能管理を実施していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 周術期の口腔機能の管理は、術後の感染予防等に役立ち、患者に有益だから
2. 薬剤の投与量の減少に有効だから
3. 平均在院日数の減少に有効だから
4. 医科からの依頼が増えたから
5. 他の歯科医療機関からの依頼が増えたから
6. 歯科医師会からの要請があったから
7. 診療報酬で評価されたから
8. その他（具体的に )

⑥周術期口腔機能管理を開始する際に新たに対応したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない →質問⑦へ

【質問⑥で「1.ある」と回答した施設の方のみお答えください。】

⑥-1 新たに対応したものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 周術期口腔機能管理に関する体制・部門を設置した
2. 歯科医師を採用・増員した
3. 歯科衛生士を採用・増員した
4. 周術期口腔機能管理に関する研修を実施または受講した
5. 周術期口腔機能管理を行うための機器等を整備した  
(整備した機器等を具体的に: )
6. 医科の医療機関（医科診療科）との連携を開始した
7. その他（具体的に )

⑦貴施設では、周術期口腔機能管理を実施していることを、患者にどのように周知していますか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 診療室や待合室、支払窓口などの施設内にポスターを掲示している
2. 患者にリーフレットを配布している
3. ホームページで告知している
4. 患者に口頭で説明している
5. 周知していない
6. その他（具体的に )

⑧貴施設では、周術期口腔機能管理を行う医療従事者に対して、資質向上に向けたどのような取組を行っていますか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 研修を実施（または受講させている）
2. 他職種を含めたカンファレンスを定期的実施している →6ページの質問⑨へ
3. 先進的に取り組んでいる医療機関に派遣 →6ページの質問⑨へ
4. その他（具体的に ) →6ページの質問⑨へ
5. 特に行っていない →6ページの質問⑨へ

【質問⑧で「1.研修を実施(または受講させている)」と回答した施設の方のみお答えください。】

⑧-1 周術期口腔機能管理に関する研修の対象者は誰ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 歯科医師
2. 歯科衛生士
3. 歯科技工士
4. 医師
5. 看護師
6. 言語聴覚士
7. その他（具体的に )



【質問⑧で「1.研修を実施(または受講させている)」と回答した施設の方のみお答えください。】

⑧-2 周術期口腔機能管理に関する研修会はどのくらいの頻度で開催または参加していますか。 ※○は1つだけ

- |             |               |            |
|-------------|---------------|------------|
| 1. 1か月に1回程度 | 2. 2～3か月に1回程度 | 3. 半年に1回程度 |
| 4. 1年に1回程度  | 5. その他 (具体的に  | )          |

【周術期口腔機能管理を実施しているすべての施設の方がお答えください。】

⑨貴施設では、周術期の口腔機能管理に関する研修会を今後開催・受講する予定がありますか。 ※○は1つだけ

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 開催・受講する予定がある | 2. 開催・受講する予定はない |
|-----------------|-----------------|

#### 4. 周術期口腔機能管理を実施する際の連携状況についてお伺いします。

【医科歯科併設病院の方のみお答えください。その他の施設は質問②へお進みください。】

①貴施設では、院内の医科と歯科と連携して周術期口腔機能管理を実施していますか。

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| 1. 実施している | 2. 実施していない→質問②へ |
|-----------|-----------------|

【質問①で「1.実施している」と回答した施設の方のみお答えください。】

①-1 連携している自院の医科の診療科はどこですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |              |          |         |
|--------------|----------|---------|
| 1. 呼吸器外科     | 2. 消化器外科 | 3. 循環器科 |
| 4. その他 (具体的に |          | )       |

②周術期口腔機能管理を実施する上で、以下の医療機関とは連携していますか。連携している医療機関の種類としてあてはまる番号に○をつけてください。また、連携している場合は連携医療機関数を具体的にご記入ください。

※あてはまる番号すべてに○。自院内の医科歯科連携は含みません。

歯科の医療機関	1. 歯科診療所 → (     ) か所
	2. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 → (     ) か所
	3. 医科歯科併設病院 (歯科診療科) → (     ) か所
	4. いずれの歯科医療機関とも連携していない
医科の医療機関	5. 一般診療所 → (     ) か所
	6. 医科歯科併設病院 (医科診療科) → (     ) か所
	7. 歯科のない病院 → (     ) か所
	8. いずれの医科医療機関とも連携していない

※上記質問②で「4.いずれの歯科医療機関とも連携していない」「8.いずれの医科医療機関とも連携していない」の両方に○がついた方は7ページの質問③へお進みください。

【質問②で連携施設のある施設の方のみお答えください。】 ②-1 関係機関との連携内容 ※あてはまる番号すべてに○	連携している 歯科の医療機関 との連携内容	連携している 医科の医療機関 との連携内容										
1) 周術期口腔機能管理が必要な患者の紹介 (口腔機能管理が必要な患者を他医療機関へ紹介)	1											
2) 周術期口腔機能管理が必要な患者の逆紹介(受入れ) (他医療機関からの紹介患者を自院で管理)	2	2										
3) 患者の診療情報の文書でのやりとり	3	3										
4) 電子カルテの閲覧による情報共有	4	4										
5) その他(具体的に )	5	5										
【質問②-1 で「3) 患者の診療情報の文書でのやりとり」「4) 4電子カルテの閲覧による情報共有」に○のある施設の方】 ②-2 共有している情報は何か。 ※あてはまる番号すべてに○												
<table border="0"> <tr> <td>1. 傷病名</td> <td>2. 既往歴及び家族歴</td> </tr> <tr> <td>3. 症状、診療内容及び治療経過</td> <td>4. 検査の結果</td> </tr> <tr> <td>5. 服用している薬</td> <td>6. かかりつけの医師・歯科医師名もしくは医療機関</td> </tr> <tr> <td>7. その他(具体的に )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. 共有している情報はない</td> <td></td> </tr> </table>			1. 傷病名	2. 既往歴及び家族歴	3. 症状、診療内容及び治療経過	4. 検査の結果	5. 服用している薬	6. かかりつけの医師・歯科医師名もしくは医療機関	7. その他(具体的に )		8. 共有している情報はない	
1. 傷病名	2. 既往歴及び家族歴											
3. 症状、診療内容及び治療経過	4. 検査の結果											
5. 服用している薬	6. かかりつけの医師・歯科医師名もしくは医療機関											
7. その他(具体的に )												
8. 共有している情報はない												
【質問②で連携施設のある施設の方のみお答えください。】 ②-3 他医療機関と連携すること、でどのような効果がありますか。 ※あてはまる番号すべてに○												
<table border="0"> <tr> <td>1. 必要な時に患者を受け入れてもらうことができるので安心</td> </tr> <tr> <td>2. 傷病名や既往歴等、患者の状況等が把握できるのでリスクマネジメントがしやすい</td> </tr> <tr> <td>3. 服用薬などの管理を医師や薬剤師にしてもらえるので安心</td> </tr> <tr> <td>4. 周術期口腔機能管理を必要とする患者を紹介してもらえるので職員のスキルが向上</td> </tr> <tr> <td>5. 専門家としてチーム医療の推進に貢献できるので職員の意欲が向上</td> </tr> <tr> <td>6. その他(具体的に )</td> </tr> <tr> <td>7. 連携による効果はない</td> </tr> </table>			1. 必要な時に患者を受け入れてもらうことができるので安心	2. 傷病名や既往歴等、患者の状況等が把握できるのでリスクマネジメントがしやすい	3. 服用薬などの管理を医師や薬剤師にしてもらえるので安心	4. 周術期口腔機能管理を必要とする患者を紹介してもらえるので職員のスキルが向上	5. 専門家としてチーム医療の推進に貢献できるので職員の意欲が向上	6. その他(具体的に )	7. 連携による効果はない			
1. 必要な時に患者を受け入れてもらうことができるので安心												
2. 傷病名や既往歴等、患者の状況等が把握できるのでリスクマネジメントがしやすい												
3. 服用薬などの管理を医師や薬剤師にしてもらえるので安心												
4. 周術期口腔機能管理を必要とする患者を紹介してもらえるので職員のスキルが向上												
5. 専門家としてチーム医療の推進に貢献できるので職員の意欲が向上												
6. その他(具体的に )												
7. 連携による効果はない												
【周術期口腔機能管理を実施しているすべての施設の方がお答えください。】 ③各医療機関と連携する上での課題は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○												
<table border="0"> <tr> <td>1. 近隣に連携する医療機関がない</td> <td>2. 連携できる医療機関の情報がない</td> </tr> <tr> <td>3. どのように連携してよいかわからない</td> <td>4. 個人情報保護の観点から患者情報を共有できない</td> </tr> <tr> <td>5. その他(具体的に )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 課題はない(連携する必要性がない)</td> <td></td> </tr> </table>			1. 近隣に連携する医療機関がない	2. 連携できる医療機関の情報がない	3. どのように連携してよいかわからない	4. 個人情報保護の観点から患者情報を共有できない	5. その他(具体的に )		6. 課題はない(連携する必要性がない)			
1. 近隣に連携する医療機関がない	2. 連携できる医療機関の情報がない											
3. どのように連携してよいかわからない	4. 個人情報保護の観点から患者情報を共有できない											
5. その他(具体的に )												
6. 課題はない(連携する必要性がない)												

→8ページの質問6.へお進みください。

5. 【周術期口腔機能管理を実施していない施設の方(質問2. ①で「2. 実施していない」と回答した施設の方)にお伺いします。】

①貴施設で周術期口腔機能管理を実施していない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
1. 周術期口腔機能管理を行うための体制を確保することが難しい 2. 周術期口腔機能管理を行うために歯科医師を確保することが難しい 3. 周術期口腔機能管理を行うために歯科衛生士を確保することが難しい 4. 周術期口腔機能管理を行うために歯科医師・歯科衛生士以外の医療関係職種を確保することが難しい 5. 周術期口腔機能管理を行うための専門の研修を受ける機会がない 6. 周術期口腔機能管理を行うための専門の研修を受ける時間を確保することが難しい 7. 周術期口腔機能管理の具体的な内容が不明確である 8. 周術期口腔機能管理の効果が十分に医療関係職種（歯科関係職種以外）に理解されない 9. 周術期口腔機能管理の効果が十分に患者に理解されない 10. 医科医療機関からの依頼がない 11. 医科医療機関との連携を構築することが難しい 12. その他（具体的に	
②貴施設が周術期口腔機能管理を実施していない <b>最大の理由</b> は何ですか。質問①の選択肢 1～12の中からあてはまる番号を1つだけご記入ください。	
③貴施設では、今後、周術期口腔機能管理を実施したいと思いますか。 ※○は1つだけ	
1. 実施したい→質問6. へ	2. 実施したいと思わない
【質問③で「2.実施したいと思わない」と回答した施設の方のみお答えください。】	
③-1 今後、周術期口腔機能管理を実施したいと思わない理由について具体的にご記入ください。	

6. 【すべての施設の方】

周術期口腔機能管理を実施する上での問題点・課題等について、具体的にご意見・ご要望などをご記入ください。

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。

## 手術前後等における歯科に関するアンケート調査（案）

◆ この調査票のご記入者についておうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方でしょうか。

- |                      |            |   |
|----------------------|------------|---|
| 1. 患者（本人もしくは家族の方の代筆） | 2. 家族（具体的に | ） |
| 3. その他（具体的に          |            | ） |

1. 患者さん（本日歯科診療を受けた方）のことについて、おたずねします。

①性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	( ) 歳
③お住まい	( ) 都・道・府・県			

2. 本日診療を受けた「手術前後のお口の**管理**や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の**管理**」（専門用語では「周術期口腔機能管理」といいます）について、おたずねします。

※なお、このアンケートで「管理」とは、お口の清掃や治療などの総合的な歯科診療をいいます。

① あなたは、「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」のことを、前からご存知でしたか。 ※○は1つ

- |             |                |
|-------------|----------------|
| 1. 前から知っていた | 2. 知らなかった→質問②へ |
|-------------|----------------|

→ ①-1 【質問①で「1. 前から知っていた」と回答した方におうかがいします。】  
どのようにしてお知りになりましたか。 ※あてはまるものすべてに○

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. 診療室や待合室、支払窓口など医療機関内に掲示してあるポスターを見て |   |
| 2. 医療機関内に置いてあるリーフレットを見て              |   |
| 3. 医療機関のホームページを見て                    |   |
| 4. 歯科医師や歯科衛生士から説明を受けて                |   |
| 5. 手術や放射線治療などを担当する医師から説明を受けて         |   |
| 6. その他（具体的に                          | ） |

→裏（うら）のページにつづきます

- ② 本日あなたが「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」を受けたきっかけは何ですか。 ※○は1つ

1. これまで（以前）、通院していた歯科診療所・病院で歯科医師からすすめられた
2. 他の歯科診療所の歯科医師からすすめられた
3. 同じ病院の医師（歯科医師でない）から説明があった
4. 他の病院の医師（歯科医師でない）から説明があった
5. 自分からお願いした
6. 家族や知り合いからすすめられた
7. その他（具体的に )

- ③ あなたは、現在、歯科以外のご病気でどのような状況でしょうか。 ※○は1つ

1. 手術のための入院前
2. 入院中（手術前）
3. 入院中（手術後）
4. 手術して退院したばかり
5. 放射線治療や化学療法のため外来通院中
6. その他（具体的に )

- ④ あなたは、どのくらいの頻度で「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」を受けていますか。 ※○は1つ

1. 今回がはじめて
2. 1週間に1度くらい
3. 1か月に2～3度くらい
4. 1か月に1度くらい
5. 2～3か月に1度くらい
6. 決まっていない
7. わからない・わすれた
8. その他（具体的に )

- ⑤ 本日、あなたが受けた「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」は、誰が担当しましたか。 ※あてはまるものすべてに○

1. 歯科医師
2. 歯科衛生士
3. 看護師
4. その他（具体的に )

⑥ あなたが歯科診療で受けている「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」について、どのように感じましたか。 ※○は1つ

- |              |             |            |
|--------------|-------------|------------|
| 1. とても満足している | 2. 満足している   | 3. どちらでもない |
| 4. 不満である     | 5. とても不満である |            |

→ ⑥-1 【質問⑥で「4. 不満である」「5. とても不満である」と回答した方におうかがいします。】

どのようなことに不満を感じましたか。具体的にお書きください。

⑦ 「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」を開始してからお口や全身の状態に変化がありましたか。 ※○は1つ

- |        |              |                 |
|--------|--------------|-----------------|
| 1. あった | 2. なかった→質問⑧へ | 3. 何ともいえない→質問⑧へ |
|--------|--------------|-----------------|

→ ⑦-1 【質問⑦で「1. あった」と回答した方におうかがいします。】

具体的にどのような変化がありましたか。 ※あてはまるものすべてに○

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. 口の粘膜の症状（痛みや違和感など）が改善した       |   |
| 2. 歯や歯ぐきの症状（痛みや違和感など）が改善した      |   |
| 3. 食べたいものが食べられる（かめる）ようになった      |   |
| 4. 口のかわきが減った                    |   |
| 5. 薬の量が減った                      |   |
| 6. 手術を受ける（受けた）医科で治療中の疾患への影響があった |   |
| →（具体的に                          | ） |
| 7. 口の中の管理の重要性を認識できた             |   |
| 8. 自分で口の中のケアを行うようになった           |   |
| 9. その他（具体的に                     | ） |
| 10. 特になし                        |   |

→裏（うら）のページにつづきます

⑧ 「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」を行ってもらう時に、治療方針などが書かれた文書がありましたか。 ※○は1つ

- |           |                   |                      |
|-----------|-------------------|----------------------|
| 1. 文書もらった | 2. 文書もらわなかった→質問⑨へ | 3. 覚えていない・わからない→質問⑨へ |
|-----------|-------------------|----------------------|

→ ⑧-1 【質問⑧で「1. 文書もらった」と回答した方におうかがいします。】  
受け取った文書の内容について、どのように感じましたか。 ※○は1つ

- |                |             |
|----------------|-------------|
| 1. とてもわかりやすかった | 2. わかりやすかった |
| 3. どちらでもない     | 4. わかりにくかった |
| 5. とてもわかりにくかった |             |

→ ⑧-2 【質問⑧で「1. 文書もらった」と回答した方におうかがいします。】  
受け取った文書の中で、あなたにとって役に立った情報は何か。  
※あてはまるものすべてに○

- |                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 1. 基礎疾患の状態や生活習慣 | 2. 口腔内（お口の中）の状態      |
| 3. 管理の内容        | 4. 日常的なセルフケアに関する指導方針 |
| 5. その他（具体的に     | ）                    |

⑨ 実際に受けてみて、「手術前後のお口の管理や、放射線治療や化学療法とあわせて行うお口の管理」の重要性をお感じになりましたか。 ※○は1つだけ

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1. とても重要と感じた    | 2. 重要と感じた        |
| 3. あまり重要と感じなかった | 4. まったく重要と感じなかった |
| 5. どちらともいえない    |                  |

お疲れのところ、本調査にご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 25 年度調査)

## 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価 についての影響調査 調査票(案) 医科医療機関票

- ※1 医科と歯科との連携による、がん患者の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等については、術後の誤嚥性肺炎の軽減等が期待される取組として、チーム医療の促進という観点から、平成 24 年度診療報酬改定により新たに歯科点数表で評価されました(周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料等)。
- ※2 本調査は、**歯科のない保険医療機関を対象に**歯科医療機関との連携状況やその効果、課題等を把握するために実施するものです。現在、周術期口腔機能管理に関する連携を実施していない保険医療機関も本調査の対象となっております。
- ※3 なお、本調査票における「**周術期口腔機能管理**」とは、**周術期等(手術の前後の期間、または放射線治療・化学療法の治療中、もしくはそれらによる急性症状が寛解するまでの期間)**における**口腔疾患の治療や口腔管理を含めた総合的な歯科診療**をいいます。

施設名	
所在地	
電話番号	( )
部署・所属	( )
ご回答者名	( )

### ＜ご回答方法＞

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「**0(ゼロ)**」を、**わからない場合は「-」**をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 25 年 6 月末現在の状況についてお答えください。

### 1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 国                      2. 公立                      3. 公的                      4. 社会保険関係団体 5. 医療法人              6. 個人                      7. その他の法人
②貴施設の施設認定等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院              2. 地域医療支援病院              3. 災害拠点病院 4. 小児救急医療拠点病院                                                              5. がん診療連携拠点病院 6. 専門病院・認定病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生(支)局長に届け出たもの) 7. DPC対象病院              8. DPC準備病院 9. 上記のいずれも該当しない
③貴施設の 標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科                      2. 外科                      3. 整形外科                      4. 脳神経外科 5. 小児科                      6. 産婦人科                      7. 呼吸器外科                      8. 消化器外科 9. 循環器科                      10. 精神科                      11. 眼科                      12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科                      14. 皮膚科                      15. 救急科                      16. 麻酔科 17. その他(具体的に )



④貴施設の <b>一般病床</b> における1)許可病床数、2)稼動病床数、3)病床利用率(平成25年4月～6月)、4)平均在院日数(平成25年4月～6月)をご記入ください。 ※3)と4)は小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで			
1)許可病床数	2)稼動病床数	3)病床利用率 <sup>注1</sup>	4)平均在院日数 <sup>注2</sup>
( )床	( )床	( . )%	( . )日

注1. 病床利用率 : (4月～6月の在院患者延べ数) ÷ { (月間日数×月末許可病床数) の4月～6月の合計}

注2. 平均在院日数 : (4月～6月の在院患者延べ数) ÷ { (4～6月の新規入院患者数+4～6月の退院患者数) ×0.5}

⑤職員数(常勤換算) <sup>注3</sup>	常 勤	非常勤(常勤換算)
1)医師	人	人
2)保健師・助産師・看護師・准看護師	人	人
3)その他	人	人
4)合計	人	人

注3. 常勤換算 : 以下の計算により算出してください。 ※小数点以下第1位まで。

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

## 2. 貴施設の患者数等についてお伺いします。

①平成25年6月1か月間における貴施設の外来患者数、 <b>一般病棟</b> の入院患者数、手術件数について、それぞれ該当する人数、件数をご記入ください。	
外来患者数	
1)初診患者数	( )人
2)再診延べ患者数	( )人
一般病棟の入院患者数	
1)一般病棟(特定入院料を除く)における入院延べ患者数	( )人
2)新規入院患者数	( )人
3)退院患者数	( )人
全身麻酔手術件数	( )件

## 3. 貴施設の一般病棟における入院患者の歯科治療(口腔管理)についてお伺いします。

①平成24年度歯科診療報酬改定において、「全身麻酔下で、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等を実施する患者の周術期における口腔機能管理を、手術前・入院中・手術後に歯科医師が実施した場合」の歯科診療報酬上の評価として、「周術期口腔機能管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)」が新たに創設されました。また、放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価するものとして「周術期口腔機能管理料(Ⅲ)」が創設されました。当該管理料の内容等について該当するものをお選びください。 ※○は1つだけ
1. 「周術期口腔機能管理料」について知っており、地域の歯科医師と連携して管理を実施している(歯科医療機関で算定)
2. 「周術期口腔機能管理料」については知っているが、地域の歯科医師と連携して管理を実施してはいない
3. 「周術期口腔機能管理料」について知らない

このあとの質問については、上記3. 質問①の回答内容に従い、以下の質問にお進みください。

1. 周術期口腔機能管理料について知っており、地域の歯科医師と連携して管理を実施している(歯科医療機関で算定) → 3ページの質問②～4ページの質問⑩へ
2. 周術期口腔機能管理料については知っているが、地域の歯科医師と連携して管理を実施してはいない → 5ページの質問⑪～質問⑭へ
3. 周術期口腔機能管理料については知らない → 5ページの質問⑪～質問⑭へ

②平成 25 年 6 月 1 か月間に、貴施設において、歯科医療機関の歯科医師と連携して、「周術期口腔機能管理」を実施した患者数を診療科別にご記入ください。 ※該当患者がない場合は「0」、わからない場合は「-」をご記入ください。						
1)呼吸器外科	人	3)循環器科	人			
2)消化器外科	人	4)その他（具体的に	人			
③貴施設において、歯科医療機関の歯科医師と連携して「周術期口腔機能管理」を実施するようになったきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○						
1. 自院の医師からの要請 2. 地域の歯科医療機関からの紹介 3. 地域医師会からの紹介 4. 地域歯科医師会からの紹介 5. 文献等から周術期の患者に対する口腔機能管理による感染予防等の重要性を認識して 6. 入院患者・家族からの依頼 7. その他（具体的に						
④貴施設の医師(対象患者の紹介元)と、実際に「周術期口腔機能管理」を実施する歯科医療機関(以下、「連携歯科医療機関」とする)とは、どのような連携をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○						
1. 連携歯科医療機関の歯科医師と協働で周術期口腔機能管理が必要な患者を抽出し治療方針等を検討 2. 連携歯科医療機関の歯科医師による入院患者への説明 3. 連携歯科医療機関の歯科医師による研修会の実施 4. 連携歯科医療機関の歯科医師による自院のカンファレンス等への参画 5. 連携歯科医療機関に対する診療情報提供文書の発行・提供 6. 連携歯科医療機関に対する周術期口腔機能管理のための患者情報の提供 7. 退院後に連携歯科医療機関への患者紹介 8. その他（具体的に						
⑤歯科医療機関の歯科医師と連携して周術期口腔機能管理を行うことによって、どのような効果がありましたか。 ※「大いにあてはまる」は「1」、「まったくあてはまらない」は「5」として、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。なお、状況を把握していない場合は「6」に○をつけてください。						
	大いにあてはまる	あてはまる	ない どちらともいえ	あまりあてはまらない	まったくあてはまらない	把握していない
1) 周術期に必要な口腔機能管理を計画的に行えるようになった	1	2	3	4	5	6
2) 術後の感染予防に寄与できた	1	2	3	4	5	6
3) 患者の入院期間の短縮につながった	1	2	3	4	5	6
4) 投薬期間の短縮・投与量の減量につながった	1	2	3	4	5	6
5) 歯科医療機関との連携が以前よりスムーズになった	1	2	3	4	5	6
6) 患者が口腔機能管理の重要性を認識するようになった	1	2	3	4	5	6
7)その他(具体的に	1	2	3	4	5	6

⑥周術期口腔機能管理を行っている歯科医師の対応状況はいかがですか。※〇は1つだけ	
1. 病院（医師）からの依頼に常に対応してくれる→質問⑦へ 2. 病院（医師）からの依頼の内容によっては対応してもらえない時がある 3. 病院（医師）からの依頼にあまり対応してくれない 4. その他（具体的に _____）→質問⑦へ	
【質問⑥で選択肢2. または3. を回答した施設の方がお答えください。】	
⑥-1 上記で特にどのようなケースで対応してもらえないことが多いでしょうか。対応してもらえないケースを具体的に ご記入ください。	
⑦貴施設では、周術期の口腔機能管理に関する研修会に職員を参加させていますか。※〇は1つだけ	
1. 外部講師（歯科医師）を貴施設に招聘して研修会を実施している 2. 貴施設のスタッフを講師として研修会を実施している 3. 外部の研修会にスタッフを参加させている 4. 開催していない（受講させていない）→質問⑧へ 5. その他（具体的に _____）→質問⑧へ	
【質問⑦で選択肢1. ～3. を選択した施設の方がお答えください。】	
⑦-1 周術期の口腔機能管理に関する研修会はどのくらいの頻度で開催・参加していますか。	
1. 1か月に1回程度      2. 2～3か月に1回程度      3. 半年に1回程度 4. 1年に1回程度      5. その他（具体的に _____）	
⑧貴施設では、周術期の口腔機能管理に関する研修会を今後開催する予定がありますか。※〇は1つだけ	
1. 開催する予定がある      2. 開催する予定はない	
⑨今後、「周術期口腔機能管理」を実施していく上でどのようなことが重要と思われますか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 周術期口腔機能管理に関する医科診療報酬上の評価 →（具体的に _____） 2. 周術期口腔機能管理に関する歯科側から医師側への情報提供 3. 周術期口腔機能管理に関する医療関係者への周知と普及啓発 4. 周術期口腔機能管理に関する患者への周知と普及啓発 5. 周術期口腔機能管理に関する医療関係者に対する研修 6. 周術期口腔機能管理に関する効果やエビデンス 7. その他（具体的に _____）	
⑩上記⑨の中で、最も重要なことは何ですか。上記の1～7の中からあてはまる番号を 1つだけご記入ください。	

2ページの3. 質問①で「2.周術期口腔機能管理料については知っているが、地域の歯科医師と連携して管理を実施している」または「3. 周術期口腔機能管理料については知らない」と回答した施設の方にお伺いします。

⑪貴施設で周術期口腔機能管理を実施していない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
1. 周術期口腔機能管理料（歯科診療報酬）についてどのようなものか知らないから 2. 周術期口腔機能管理に関する医科診療報酬上のメリットがないから 3. どの歯科医療機関が周術期口腔機能管理を実施できるのか情報がないから 4. 周術期口腔機能管理で実施する内容がよくわからないから 5. 患者が周術期口腔機能管理の重要性を理解していないから 6. クリニカルパスに口腔機能管理が組み込まれていないから 7. 周術期口腔機能管理の効果が医師などに理解されないから 8. 連携を行う際の歯科医師の受入れ体制が確保できていないから 9. 歯科医療機関との連携を構築することが難しいから 10. その他（具体的に _____ )	
⑫上記⑪の中で、貴施設が周術期口腔機能管理を実施していない最大の理由は何ですか。上記の1～10の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	
⑬貴施設では、今後、周術期口腔機能管理を実施する意向はありますか。※○は1つだけ	
1. 実施する予定がある 2. 具体的な予定はないが、今後、実施したい 3. 実施する予定はない 4. その他（具体的に _____ )	
⑭今後、周術期口腔機能管理を実施する上での課題等があればご記入ください。	

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。

平成 25 年 7 月

開設者様  
管理者様

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 25 年度調査）  
**「歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る  
評価についての影響調査」への  
ご協力をお願い（案）**

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 24 年 4 月の診療報酬改定では、医科と歯科との連携による、周術期等（手術の前後の期間、または放射線治療・化学療法の治療中、もしくはそれらによる急性症状が寛解するまでの期間）における歯科医師による包括的な口腔機能管理等について、術後の誤嚥性肺炎の軽減等が期待される取組として、また、チーム医療の促進という観点から評価され、「周術期口腔機能管理計画策定料」「周術期口腔機能管理料」等が歯科点数表で創設されました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 24 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、①歯科保険医療機関、②医科保険医療機関、③当該診療を受けた患者を対象として、「歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査」を実施することになりました。本調査は、医科と歯科との連携による周術期等の口腔機能管理の実施状況や体制整備の状況、その効果や患者からの評価、周術期等の口腔機能管理未実施の医療機関における実施できていない理由、今後の課題等を把握することを目的に実施するものです。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

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

なお、本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局  
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

平成 25 年●月●日（●）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒\*\*\*-\*\*\*\*

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 担当：\*\*\*、\*\*\*、\*\*\*

E-mail：\*\*\*\*@\*\*\*\*\*

TEL：\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\* FAX：\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*

各位

平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 25 年度調査）

## 「手術前後等における歯科に関するアンケート調査」への ご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、医療提供体制の充実化を図り、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成 24 年 4 月に実施された診療報酬改定では、医師と歯科医師等が連携して、手術前後のお口の管理や放射線治療・化学療法などとあわせて行うお口の管理を行うことで、医療の質や患者の生活の質の向上を図ることを目的とした診療報酬の見直しが行われました。

こうした診療報酬改定の影響や効果、問題点を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「手術前後等における歯科に関するアンケート調査」を行うこととしました。

この調査は、歯科医療の現状や今後の課題等を把握することを目的として、検証結果を今後の医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

### 対象者

- ・ この調査は、歯科保険医療機関を受診した方が対象となっております。

### 回答期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

**平成 25 年 8 月 \* \* 日 ( \* \* ) まで**に、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

お時間のある時に調査票をご記入いただければ幸いです（返信用封筒はのり付きですので、セロテープやのりなどは一切必要ございません）。

### 回答方法

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号 1 つだけ に○をつけてください。
- ・ （    ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

（→裏面へ続きます）

なお、この調査は、平成25年度診療報酬改定結果検証に係る調査事業について厚生労働省が改定の結果を得る上で必要な調査であると判断し、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に委託して実施するものです。ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、歯科医師等に開示されることはありません。

この調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会」において、皆様のご意見やご要望等を踏まえた実りある議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

#### 【調査実施主体・問い合わせ先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒\*\*\*-\*\*\*\*

東京都港区\*\*\*\*\*

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

担当：\*\*、\*\*、\*\*

E-mail：\*\*\*@\*\*\*\*.\*\*

TEL：03-\*\*\*\*-\*\*\*\*

FAX：03-\*\*\*\*-\*\*\*\*