

X

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査 病棟薬剤師票（案）

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 10 月 31 日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当するものがない場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

1. 当該病棟の状況についてお伺いします。

①病棟薬剤業務実施加算の算定の有無 ※〇は1つだけ	1. 算定している	2. 算定していない
②病棟種別 ※〇は1つだけ	1. 一般病棟 2. 療養病棟 3. 精神病棟 4. 集中治療室等 ^{注1} 5. その他（具体的に _____）	
③診療科 ※混合病棟の場合、あてはまる番号すべてに〇	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・産科 7. 精神科 8. 救急科 9. その他（具体的に _____）	
④当該病棟の病床数	床	⑤当該病棟の平均在院日数^{注2} _____ 日
⑥平成 28 年 10 月**日～平成 28 年 10 月**日の 1 週間の入院延べ患者数	_____ 人	
⑦上記⑥のうち特定入院料^{注3}を算定した入院延べ患者数	_____ 人	
⑧上記⑦で算定した患者数が最も多い特定入院料 ※〇は1つだけ		
0. 該当なし 1. 救命救急入院料 2. 特定集中治療室管理料 3. ハイケアユニット入院医療管理料 4. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 5. 小児特定集中治療室管理料 6. 新生児特定集中治療室管理料 7. 総合周産期特定集中治療室管理料 8. 小児入院医療管理料 9. 回復期リハビリテーション病棟入院料 10. 地域包括ケア病棟入院料 11. 緩和ケア病棟入院料 12. 精神科救急入院料 13. 精神療養病棟入院料 14. 地域包括ケア入院医療管理料 15. その他（具体的に _____）		

注 1. 集中治療室等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室を指します。

注 2. 転棟者の場合、当該病棟への入棟日（初日）を当該病棟への入院日とみなしてください。平均在院日数の計算にあたっては、当該病棟から退院等した患者のみについて集計してください。また、初日不算入としてください。

注 3. 特定入院料：具体的には質問⑧を参考にしてください。

2. 当該病棟における薬剤師の病棟勤務状況についてお伺いします。

①当該病棟における薬剤師の平成 28 年 10 月**日～平成 28 年 10 月**日の 1 週間あたりの病棟薬剤業務実施加算に該当する時間（当該病棟の全ての薬剤師の合計時間） ※病棟薬剤業務実施加算を算定していない病棟であっても、当該業務に該当する時間を記入してください。病棟以外で実施する病棟薬剤業務実施加算の時間も含めてください。 ※常勤・非常勤、専任・兼任の別に関わらずご記入ください。	_____ 分
②上記①の期間中、当該病棟で病棟薬剤業務を実施した薬剤師数（常勤換算数）	_____ 人

③上記①の時間の内訳を該当する業務ごとに記入してください。	1週間あたりの業務時間(分)
1) 医薬品の投薬・注射状況の把握	分
2) 使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知	分
3) 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案	分
4) 2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認	分
5) 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明	分
6) 薬剤の投与における、流量又は投与量の計算等の実施	分
7) 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理	分
8) 患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方案の提案	分
9) 抗がん剤等の無菌調製	分
10) 他の医療スタッフへの助言や相談への応需	分
11) カンファレンスへの参加及び回診への同行	分
12) その他()	分

④上記③の病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者の薬に関する知識とアドヒアランスが向上した	2. 医師の業務負担が軽減した
3. 看護職員の業務負担が軽減した	4. 薬剤関連のインシデントが減少した
5. 薬物治療の質が向上した	6. 患者のQOLが向上した
7. 薬剤種類数が減少した	8. その他(具体的に)

⑤上記④の効果に影響を与える業務は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
1. 医薬品の投薬・注射状況の把握	
2. 使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知	
3. 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案	
4. 2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認	
5. 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明	
6. 薬剤の投与における、流量又は投与量の計算等の実施	
7. 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理	
8. 患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方案の提案	
9. 抗がん剤等の無菌調製	
10. 他の医療スタッフへの助言や相談への応需	
11. カンファレンスへの参加及び回診への同行	

⑤-1 上記⑤の業務のうち、効果に最も影響を与える業務を1つだけ選び、該当の番号を記入してください。	
--	--

⑥貴病棟では、上記【質問③の7)～10)に記載の業務】(平成22年医政局長通知で薬剤師を積極的に活躍することが望ましいとされている業務)を実施していますか。※○は1つだけ

1. 実施している	2. 実施していない(→3ページの質問⑦へ)
-----------	------------------------

【質問⑥で「1. 実施している」と回答した病棟の方にお伺いします】

⑥-1 【質問③の7)～10)に記載の業務】のうち、質問④で○をつけた効果に最も影響を与える業務は何ですか。 ※○は1つだけ
--

1. 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理
2. 患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方案の提案
3. 抗がん剤等の無菌調製
4. 他の医療スタッフへの助言や相談への応需
5. ない・わからない

【2ページの質問⑥で「1.実施している」と回答した病棟の方にお伺いします】

⑥-2 病院薬剤師として、**質問③の7)～10)に記載の業務**をどのように実施すべきと考えますか。
※〇は1つだけ

1. 全ての患者で実施すべき（抗がん剤の無菌調製は対象患者のみ）
2. 患者ごとに必要な業務を実施すべき
3. 医師等から依頼があれば実施すべき
4. 実施すべきだとは思わない

【すべての方にお伺いします】

⑦入院時における持参薬の確認は行っていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. よく行っている | 2. ときどき行っている |
| 3. あまり行っていない | 4. 行っていない |

⑧残薬の状況について、医師への情報提供を行っていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. よく行っている | 2. ときどき行っている |
| 3. あまり行っていない | 4. 行っていない |

⑨多剤投薬の患者の処方調整にあたり、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方について、医師への情報提供を行っていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. よく行っている | 2. ときどき行っている |
| 3. あまり行っていない | 4. 行っていない |

⑩当該病棟でのカンファレンスに薬剤師は参加していますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. ほぼ全てに参加している | 2. 状況に応じて参加している |
| 3. ほとんど参加していない | |

⑪当該病棟での医師の回診に薬剤師は同行していますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. ほぼ全てに同行している | 2. 状況に応じて同行している |
| 3. ほとんど同行していない | |

⑫当該病棟における処方内容の確認や薬剤の交付準備業務はどのように実施していますか。 ※最も多いもの1つだけに〇

1. 主に薬剤師が行う
2. 主に看護職員が行う
3. 主にその他職員が行う
4. 主に薬剤師と看護職員が共同・分担して行う
5. 主に薬剤師とその他職員が共同・分担して行う
6. 主に看護師とその他職員が共同・分担して行う
7. その他（誰がどのように：)

※以下の質問⑬～⑰は病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない患者のみが入院している病棟で病棟薬剤業務を実施している方のみお答えください。それ以外の方はここで終わりです。

⑬算定している入院料（入院基本料、特定入院料等）のうち最も多いものを1つ教えてください。

（例：回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料 等）

⑭病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 患者の薬に関する知識とアドヒアランスが向上した | 2. 医師の業務負担が軽減した |
| 3. 看護職員の業務負担が軽減した | 4. 薬剤関連のインシデントが減少した |
| 5. 薬物治療の質が向上した | 6. 患者のQOLが向上した |
| 7. 薬剤種類数が減少した | |
| 8. その他（具体的に | ） |

⑮当該病棟は、病棟薬剤業務実施加算を算定することができませんが、なぜ実施しているのですか。※○は1つだけ

- | |
|---|
| 1. 病棟薬剤業務実施加算を算定している患者と同様に薬学的管理が必要であるため |
| 2. 病棟薬剤業務実施加算を算定している患者以上に薬学的管理が必要な患者がいるため |
| 3. その他（具体的に |

⑯病棟薬剤業務の実施はどのような点で重要だと思いますか。具体的にお書きください。

--

⑰これらの病棟でも病棟薬剤業務を積極的に実施すべきだと思いますか。※○は1つだけ

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 全ての患者で実施すべき | 2. 患者ごとに必要な業務を実施すべき |
| 3. 医師等から依頼があれば実施すべき | 4. 実施すべきだとは思わない |
| 5. その他（具体的に | ） |

質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

平成 28 年*月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査」へのご協力のお願い(案)

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定においては、医療従事者の負担を軽減する観点から、医師事務作業補助者や看護補助者の配置に係る評価、特定集中治療室等における薬剤業務に対する評価、栄養サポートチームにおける歯科医師との連携に係る評価等について見直しが行われました。また、看護職員の月平均夜勤時間に係る要件等の見直しや夜間の看護体制の評価等が行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、全国の保険医療機関を対象に、医療従事者の勤務状況やチーム医療の実施状況等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、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、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 28 年*月*日（*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-1 1-2

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

E-mail：***@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

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

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの
大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定では、療養上の指導・健康管理等を継続的に実施し、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能に対する評価の充実が図られた。また、医療保険制度改革法を踏まえ、紹介状なしの大病院受診について、定額負担が導入された。

本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、認知症や慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医の対応やかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所における口腔疾患や口腔機能の重症化予防の実施状況、一定規模以上の保険医療機関における定額負担の状況等を把握し、改定の結果検証を行う。

<調査のねらい>

- ・ 診療所及び 200 床未満の病院における地域包括診療料等の届出状況及び診療の状況の把握
- ・ 地域包括診療料や認知症地域包括診療料等を算定する患者が有する疾患や投薬の状況の把握
- ・ 小児かかりつけ診療料の届出医療機関における地域医療・地域保健への取組状況等の把握
- ・ 大病院における紹介状なし受診時の定額負担の徴収状況等の把握及び 200 床以上の病院における紹介状なし受診時の選定療養費の徴収状況等の把握
- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所における歯科訪問診療の実施状況及び地域の医療機関・保健医療サービス・福祉サービスとの連携状況等の把握
- ・ エナメル質初期う蝕管理加算等を算定する患者の状況及び重症化予防に対する取組内容等の把握
- ・ かかりつけ医とかかりつけ歯科医の機能に関する患者の意向等の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<かかりつけ医調査>

- ・ ①全国の在宅療養支援診療所（在支診）の中から無作為抽出した 500 施設、②在支診以外の時間外対応加算 1 又は 2 の届出施設の中から無作為抽出した 600 施設、③在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 400 施設。①～③合わせて 1,500 施設程度。

<小児科調査>

- ・ 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出施設の中から無作為抽出した 500 施設程度。

<大病院調査及び 200 床以上の病院調査>

- ・ 大病院調査については、①特定機能病院（悉皆）、②一般病床が 500 床以上の地域医療支援病院（悉皆）。200 床以上の病院調査については、③一般病床が 200 床以上の病院（①及び②を除く）の中から無作為抽出した病院。①～③合わせて 800 施設程度。

<かかりつけ歯科医機能調査>

- ・ ①かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の届出施設 1,000 施設、②全国の歯科診療所（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を除く）の中から無作為抽出した 500 施設程度。①②合わせて 1,500 施設程度。
- ・ 上記施設において調査期間中にエナメル質初期う蝕管理加算を算定した患者、歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した患者、各 1 名。

○調査方法（案）

- ・ かかりつけ医調査、小児科調査、大病院調査及び 200 床以上の病院調査、かかりつけ歯科医機能調査については、施設宛の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、自記式調査票（患者票）の配布はかかりつけ歯科医機能調査の対象施設（歯科診療所）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行う。

■ 調査項目

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール（案）

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票案の作成	→							
調査客体の抽出・名簿作成		→						
調査票印刷・封入・発送			→					
調査期間			→					
督促状印刷・発送				→				
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					→			
報告(案)の作成						→		
追加分析							→	
補足報告(案)の作成							→	→
調査検討委員会の開催	★						★	

ID

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
かかりつけ医に関する評価等の影響調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、病院・一般診療所の開設者・管理者の方に、地域包括診療料・地域包括診療加算等の算定状況や外来診療の対象患者の状態等についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①医療機関名	()									
②所在地	() 都・道・府・県									
③開設者 ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立・公的	03. 社会保険関係団体							
	04. 医療法人	05. 個人	06. その他の法人							
④標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	01. 内科	02. 外科	03. 整形外科	04. 脳神経外科						
	05. 小児科	06. 呼吸器科	07. 消化器科	08. 循環器科						
	09. 精神科	10. 眼科	11. 皮膚科	12. 耳鼻咽喉科						
	13. 泌尿器科	14. リハビリテーション科								
	15. 歯科（歯科口腔外科等含む）									
	16. その他（具体的に)				
⑤医療機関の種別 ※○は1つだけ	01. 病院		02. 有床診療所		03. 無床診療所					
⑥【病院・有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。										
一般病床	療養病床	(うち) 介護療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	全体				
床	床	床	床	床	床	床				
⑦全職員数（常勤換算*1）をご記入ください。※小数点以下第1位まで										
医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	リハビ リ職 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職*3	社会 福祉士	その他 の職員	計
.
*1 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4) *2 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。 *3 その他の医療職とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。										
⑧常勤の医師数	() 人									
⑨外来を担当する医師の人数	常勤 () 人		非常勤（常勤換算）(.) 人							
⑩慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無 ※○は1つだけ	01. あり		02. なし							
⑪日本医師会の認知症に係る研修*4を修了した医師の有無 ※○は1つだけ	01. あり		02. なし							

*4 都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業で「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」があります。

⑫敷地内禁煙の状況 ※○は1つだけ	01. 敷地内禁煙	02. 敷地内禁煙ではない
⑬在支病・在支診の状況 ※○は1つだけ	01. 機能強化型（単独型）在宅療養支援病院・診療所である	02. 機能強化型（連携型）在宅療養支援病院・診療所である
	03. 機能強化型以外の在宅療養支援病院・診療所である	04. 在宅療養支援病院・診療所ではない
⑭【診療所】時間外対応加算の種類 ※○は1つだけ	01. 時間外対応加算 1	02. 時間外対応加算 2
	03. 時間外対応加算 3	04. 届出なし
⑮外来における院内・院外処方の状況 ※○は1つだけ	01. 主として院内処方	02. 主として院外処方
⑯連携している24時間対応の薬局の有無 ※○は1つだけ	01. あり	02. なし

2. 地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

01. 地域包括診療料の届出をしている（→この後、3ページの質問⑤へお進みください）

02. 地域包括診療加算の届出をしている（→この後、4ページの質問⑦へお進みください）

03. 地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも届出をしていない

【地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも届出をしていない病院・診療所の方】

②地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていないのはなぜですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 施設基準の要件を満たせないから

02. 算定対象の疾患が4疾患に限られているから

03. 外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないから

04. 他の医療機関への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師にとって負担が重いから

05. 患者の自己負担額が重くなることは医師としてできるだけ避けたいから

06. 患者に地域包括診療料・地域包括診療加算の意義を理解してもらうのが大変だと思うから

07. 患者本人や家族の承諾が見込めないから

08. 経営上のメリットが少ないから

09. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから

10. その他（具体的に _____）

②-1 上記②のうち、届出をしなかった理由として**最大の理由**は何ですか。
※上記 01.~10.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない病院・診療所の方】

③貴施設が、地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出を行うとした場合に**厳しい要件**は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

00. 厳しい要件はない→3ページの質問④へ

01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること

02. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること

03. 対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること

04. 敷地内が禁煙であること

05. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること

06. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること

07. 介護保険関係の要件（※）の1つを満たしていること

08. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること

→選択肢は次ページに続きます

<p>09. (病院の場合) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること</p> <p>10. (病院の場合) 在宅療養支援病院であること</p> <p>11. (診療所の場合) 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること</p> <p>12. (診療所の場合) 常勤の医師が 2 名以上配置されていること</p> <p>13. (診療所の場合) 在宅療養支援診療所であること</p> <p>14. その他 (具体的に)</p> <p>15. わからない→質問④へ</p>	
<p>③-1 上記③のうち、最も厳しい施設基準の要件は何ですか。 ※上記 01.~14.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

※介護保険関係の要件：

- ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供、②地域ケア会議に年 1 回以上出席、③居宅介護支援事業所の指定、④介護保険の生活期リハの提供、⑤介護サービス事業所の併設、⑥介護認定審査会に参加、⑦所定の研修を受講、⑧医師がケアマネージャーの資格を有している、⑨(病院の場合) 総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定

<p>【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない病院・診療所】</p> <p>④貴施設では、今後、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向がありますか。 ※〇は1つだけ</p>
<p>01. 届出予定がある→届出予定時期：平成 () 年 () 月頃</p> <p>02. 届出について検討中</p> <p>03. 届出の予定はない</p> <p>04. その他 (具体的に)</p>

→この後は、7ページの質問5. ①へお進みください。

<p>【地域包括診療料の届出をしている病院・診療所】</p> <p>⑤地域包括診療料の届出を行う上で苦労した施設基準の要件は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p>	
<p>00. 特に苦労した施設基準の要件はなかった→質問⑥へ</p> <p>01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること</p> <p>02. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること</p> <p>03. 対象患者に対し院外処方を行う場合は 24 時間対応をしている薬局と連携していること</p> <p>04. 敷地内が禁煙であること</p> <p>05. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること</p> <p>06. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること</p> <p>07. 介護保険関係の要件 (※) の 1 つを満たしていること</p> <p>08. 在宅医療の提供及び対象患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示していること</p> <p>09. (病院の場合) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること</p> <p>10. (病院の場合) 在宅療養支援病院であること</p> <p>11. (診療所の場合) 時間外対応加算 1 の届出を行っていること</p> <p>12. (診療所の場合) 常勤の医師が 2 名以上配置されていること</p> <p>13. (診療所の場合) 在宅療養支援診療所であること</p> <p>14. その他 (具体的に)</p>	
<p>⑤-1 上記⑤のうち、最も苦労した施設基準の要件は何ですか。 ※上記 01.~14.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

※③-1 の下 (※部分) 参照

<p>【地域包括診療料の届出をしている病院・診療所】</p> <p>⑥地域包括診療料の届出時期はいつですか。</p>
<p>平成 () 年 () 月</p>

→この後は、4ページの質問3. ①へお進みください。

【地域包括診療加算の届出をしている診療所】	
⑦地域包括診療加算の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
00. 特に苦勞した施設基準の要件はなかった→質問3. ①へ 01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること 02. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること 03. 対象患者に院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること 04. 敷地内が禁煙であること 05. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること 06. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること 07. 介護保険関係の要件（※）の1つを満たしていること 08. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること 09. 時間外対応加算1又は2の届出を行っているか、または常勤の医師が2名以上配置されているか、あるいは退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であるか、いずれか1つの要件を満たすこと 10. その他（具体的に ）	
⑦-1 上記⑦のうち、最も苦勞した施設基準の要件は何ですか。 ※上記01.~10.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	

※3ページの③-1の下（※部分）参照

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出施設の方にお伺いします。】

3. 地域包括診療料・地域包括診療加算の実施状況等についてお伺いします。

①平成28年9月1か月間の外来患者数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。	
1) 初診患者数	() 人
2) 再診延べ患者数	() 人
3) 初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース） ※月に2回以上の再診があった場合でも「1人」と数えてください。	() 人
4) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者数（診療録ベース）	() 人
5) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した延べ患者数 ※算定回数ではなく実際の診療日数をすべて計上してください。	() 人
6) 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定した患者数 （診療録ベース） ※算定が2回でも「1人」と数えてください。	() 人
7) 上記6)のうち、半年以内に「認知症療養指導料」を算定した患者数 （診療録ベース）	() 人
8) 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定した延べ患者数 ※算定回数ではなく実際の診療日数をすべて計上してください。	() 人
②平成28年4月以降、地域包括診療料・地域包括診療加算の算定要件を満たしている患者のうち、地域包括診療料・地域包括診療加算の説明を行った患者の割合は何割くらいですか。	
対象患者のうち、約 () 割の患者に説明	
③上記②で説明を行った患者のうち、地域包括診療料・地域包括診療加算の同意を得られた患者の割合は何割くらいですか。	
説明を行った患者のうち、約 () 割の患者が同意	

④平成 28 年 4 月以降、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定要件を満たしている患者のうち、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の説明を行った患者の割合は何割くらいですか。

対象患者のうち、約（ ）割の患者に説明

⑤上記④で説明を行った患者のうち、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の同意を得られた患者の割合は何割くらいですか。

説明を行った患者のうち、約（ ）割の患者が同意

⑥平成 28 年 9 月 1 か月間における、以下の診療等を担当した医師についてお答えください。

1) 地域包括診療料または地域包括診療加算の算定が 1 回以上あった医師の人数	常勤（ ）人	非常勤（ ）人
2) 認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定が 1 回以上あった医師の人数	常勤（ ）人	非常勤（ ）人

⑦平成 28 年 9 月 1 か月間に、認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定実績のあった診療科はどこですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 内科 02. 外科 03. 整形外科 04. 脳神経外科 05. 小児科
 06. 呼吸器科 07. 消化器科 08. 循環器科 09. 精神科 10. 眼科
 11. 皮膚科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. リハビリテーション科
 15. その他（具体的に)

⑧平成 28 年 9 月 1 か月間に、地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者のことで、連携した医療機関数等をお答えください。

1) 算定患者の健康相談に対応した結果、紹介した医療機関（病院・診療所）数	（ ）施設
2) 算定患者の認知症診断等を依頼した医療機関（病院・診療所）数	（ ）施設
3) 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	（ ）施設
4) 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数	（ ）施設
5) 算定患者を紹介した歯科の医療機関数	（ ）施設
6) 算定患者についてカンファレンスや情報共有している居宅介護支援事業所数	（ ）事業所

⑨地域包括診療料・地域包括診療加算を算定する上で、お困りになっていることがありましたらお書きください。

【地域包括診療料の届出施設の方にお伺いします。】

※他の施設の方は7ページの質問5. ①へお進みください。

4. 地域包括診療料の取組についてお伺いします。

①地域包括診療料を算定している患者に対して、定期的を実施していることは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 血圧・脈拍の測定	02. 採血・血液検査	03. 尿検査	04. 骨密度測定
05. 認知症の指導・管理	06. 健康相談	07. 栄養指導	08. 運動指導
09. 口腔衛生指導			
10. その他（具体的に _____)			

②地域包括診療料を算定している患者に対して、診療・診断・指導等に携わっている職種は誰ですか。
※あてはまる番号すべてに○

01. 保健師	02. 看護師・准看護師	03. 管理栄養士・栄養士	04. 歯科医師
05. 歯科衛生士	06. 社会福祉士	07. リハビリ職	
08. その他（具体的に _____)			

③地域包括診療料を算定している患者の1回あたりの診療時間等（医師以外の職種による指導や検査、相談対応時間等を含みます）は平均どのくらいですか。

(_____) 分

③-1 上記③のうち、医師が直接携わる診療時間は患者1人あたり平均どのくらいですか。

(_____) 分

④地域包括診療料の影響・効果についてお答えください。

	あてはまる	はまる い え ば あ て	ど ち ら か と	は ま ら な い い え ば あ て	ど ち ら か と	な い あ て は ま ら な い	い な い 算 定 患 者 が	わ か ら な い
1) 算定患者の他院受診状況を把握するようになった	1	2	3	4	5			
2) 算定患者の内服薬の管理がしやすくなった	1	2	3	4	5			
3) 算定患者の疾病管理が適切にできるようになった	1	2	3	4	5			
4) 算定患者の健康相談の時間を十分に確保できるようになった	1	2	3	4	5			
5) 算定患者の重症化予防が適切にできるようになった	1	2	3	4	5			
6) 算定患者の満足度が高まった	1	2	3	4	5			

【すべての施設の方にお伺いします。】

5. 地域包括診療料・地域包括診療加算に関するお考え等についてお伺いします。

①地域包括診療料・地域包括診療加算等を算定していない患者に対しても、必要に応じて行っていることは何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

01. 担当医を決める
02. 患者が受診している全ての医療機関を把握する
03. 患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載している
04. 原則として院内処方を行う
05. 院外処方の場合は24時間開局している薬局のリストを渡している
06. 患者にお薬手帳を持参するように指導している
07. 患者の健康相談や健康状態の管理を行っている
08. 患者・家族等の介護保険に関する相談を行っている
09. 要介護認定に係る主治医意見書を作成している
10. 患者に対し在宅医療を提供したり、24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて患者に対して説明と同意を求めている
11. その他（具体的に _____)

②かかりつけ医としての機能を強化していく上で、どのような取組・患者対応をしていくことが必要とご思いますか。

③地域包括診療料・地域包括診療加算について、ご意見・ご要望等がございましたら、お書きください。

④平成 28 年 9 月に貴施設が診察した外来患者のうち、1) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者 5 名 (a)、2) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾患のうち 2 疾患以上を有する患者 5 名 (b) について、受診日が早い順に下記の項目についてお書きください。

※同月に同じ患者が複数回受診しても 1 人となります。(患者 1 人につき 1 行でお答えください)。

※調査期間中に 5 名に達しない場合は、5 名に満たなくても結構です。(地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない場合は、(b) に該当する 5 名の患者のみご記入ください。)

A. 性別		B. 年齢(歳)	C. 4 疾患の状況				D. C 以外の慢性疾患がある場合に○	E. C 以外の慢性疾患 (C の 4 疾患を除く)											F. 地域包括診療料・地域包括診療加算の算定開始からの経過期間(か月)	G. 550 点以上の検査・画像診断・処置がある場合に○	H. 550 点未満の検査・画像診断・処置がある場合に○	I. 院外処方・院内処方の別		J. 内服薬数(剤)(他院について把握していない場合は「-」と記入)		K. 地域包括診療料等の算定当初と比較した内服薬の数(患者の受診するすべての医療機関から処方された内服薬の総数)			L. K. で「増えた」「減った」と回答した場合、その主な理由に一つだけ○			M. 一か月間の延べ通院回数 ※他の医療機関への通院回数含む	N. 通院している医療機関数(把握していない場合は「-」と記入)

(a) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者 5 名についてお答えください。

1	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
2	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
3	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
4	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
5	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			

(b) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾患のうち 2 疾患以上を有する患者 5 名についてお答えください。

1	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
2	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
3	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
4	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
5	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

かかりつけ医に関する評価等の影響調査 小児科調査票（案）

- ※ この「小児科調査票」は、一般診療所の開設者・管理者の方に、小児外来診療における診療体制や取組、患者の状態等についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①医療機関名	()									
②所在地	() 都・道・府・県									
③開設者 ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立・公的	03. 社会保険関係団体							
	04. 医療法人	05. 個人	06. その他の法人							
④医療機関の種類 ※○は1つだけ	01. 有床診療所		02. 無床診療所							
⑤標榜診療科 ※○はいくつでも	01. 小児科	02. 小児外科	03. 内科	04. 外科						
	05. 呼吸器科	06. アレルギー科	07. 皮膚科	08. 耳鼻科						
	09. その他（具体的に)									
⑥【有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。										
一般病床		療養病床			（うち） 介護療養病床			全体		
床		床			床			床		
⑦全職員数（常勤換算*1）をご記入ください。※小数点以下第1位まで										
医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	リハビ リ職 *2	管理 栄養士	その 他の 医療 職 *3	社会 福祉士	その 他の 職員	計
.
<p>*1 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。</p> <p>■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)</p> <p>■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)</p> <p>*2 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。</p> <p>*3 その他の医療職とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。</p>										
⑧専ら小児科を担当する医師数		常勤 () 人		非常勤 () 人						
⑨専ら小児外科を担当する医師数		常勤 () 人		非常勤 () 人						
⑩時間外対応加算の種類 ※○は1つだけ		01. 時間外対応加算 1			02. 時間外対応加算 2					
		03. 時間外対応加算 3			04. 届出なし					
⑪在支診の状況 ※○は1つだけ		01. 機能強化型（単独型）在宅療養支援診療所である								
		02. 機能強化型（連携型）在宅療養支援診療所である								
		03. 機能強化型以外の在宅療養支援診療所である								
		04. 在宅療養支援診療所ではない								

⑫外来における院内・院外処方状況 ※〇は1つだけ	01. 主として院内処方	02. 主として院外処方
⑬連携している24時間対応の薬局の有無 ※〇は1つだけ	01. あり→()薬局	02. なし
⑭在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況 ※〇は1つだけ	01. 参加あり→休日又は夜間の診療回数()/月 ※平成28年9月1か月間	
⑮市町村の乳幼児健康診査の実施 ※〇は1つだけ	01. あり	02. なし
⑯乳幼児に対する定期予防接種の実施 ※〇は1つだけ	01. あり	02. なし
⑰園医又は保育所の嘱託医の就任の有無 ※〇はいくつでも	01. 園医	02. 保育所の嘱託医
	03. 園医・嘱託医ではない	
⑱平成28年4月～平成28年9月の6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する往診・訪問診療の提供実績	患者数ベース()人/6か月間	
⑲平成28年4月～平成28年9月の6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する訪問看護の提供実績	患者数ベース()人/6か月間	

2. 小児かかりつけ診療料の取組状況等についてお伺いします。

①小児かかりつけ診療料の届出時期	平成28年()月
------------------	-----------

②小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師の人数	()人 このうち小児科の医師→()人
--------------------------	-------------------------

③平成28年9月1か月間の15歳未満の外来患者数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。	
1) 初診患者数（15歳未満に限る）	()人
2) 再診延べ患者数（15歳未満に限る）	()人
3) 初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース） ※月に2回以上の再診があった場合でも「1人」と数えてください。	()人
4) 上記3)のうち、未就学児の患者の実人数（診療録ベース）	()人
5) 上記4)のうち、小児かかりつけ診療料を算定した患者の実人数（診療録ベース）	()人
6) 小児かかりつけ診療料を算定した延べ患者数 ※同一患者に月に2回算定した場合は「2人」と数えてください。	()人

④小児かかりつけ診療料の「かかりつけ医」に同意している患者に関する取組についてお答えください。	
1) 平成28年4月以降、9月30日時点までに「小児かかりつけ診療料」に同意し1回以上「小児かかりつけ診療料」を算定した患者数（診療録ベース）	()人
2) 小児かかりつけ診療料を算定している患者で、専門医療機関を紹介した患者数 ※平成28年9月1か月間	()人
3) 小児かかりつけ診療料を算定している患者の電話による緊急の相談等の対応回数 ※平成28年9月1か月間	()回
4) 小児かかりつけ診療料を算定した患者の夜間緊急受診回数 ※平成28年9月1か月間	()回
5) 小児かかりつけ診療料を算定した患者から連絡があったが対応できなかった回数 ※平成28年9月1か月間	()回
6) 上記5)で、その後、患者にコールバックをした回数 ※平成28年9月1か月間	()回

⑤小児かかりつけ診療料を算定する患者について、貴施設が連携している医療機関数をお答えください。

	平成 27 年 9 月	平成 28 年 9 月
1) 貴施設にはない診療科を有する医療機関で、小児患者を紹介する 医科の医療機関数	() 軒	() 軒
2) 小児患者を紹介する歯科の医療機関数	() 軒	() 軒
3) 高度な専門診療を提供する医療機関で、小児患者を紹介する医療機関数	() 軒	() 軒
4) 小児患者のカルテ等の診療記録を共有している医療機関数	() 軒	() 軒

⑥小児患者を他の医療機関に紹介する際にお困りになっていることがあれば、具体的にお書きください。

⑦平成 28 年 4 月以降、小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの患者の同意を得られないケースは、説明した患者の何割くらいありましたか。

約 () 割

⑧患者が同意しない場合、どのような理由によるものでしょうか。具体的にお書きください。

⑨貴施設では、小児かかりつけ診療料を算定している患者に対して、診療時間外である休日や深夜における緊急時の**最初の連絡**についてどのように案内していますか。 ※〇はいくつでも

01. 自院に連絡するよう案内している
→対応者：(01. 主に看護師等、医師以外が対応) 02. 主に医師が対応)

02. 小児救急電話相談事業（#8000）に連絡するよう案内している

03. 救急（119 番）に連絡するよう案内している

04. 小児科の輪番病院・診療所を受診するよう案内している

05. その他（具体的に)

⑩貴施設では、小児かかりつけ診療料を算定している患者について、貴施設の専門外である診療科の他院受診状況を把握していますか。 ※〇は1つだけ

01. 把握している・概ね把握している 02. 把握していない (→この後は 4 ページの質問⑪へ)

【他院受診状況を把握している場合】

⑩-1 小児かかりつけ診療料を算定している患者が、貴施設の専門外である診療科のある他院を受診した場合、どのように対応していますか。 ※最も多いものに〇は1つだけ

01. 他院に照会し、治療内容や投薬状況を把握するようになっている

02. 患者から治療内容や投薬状況を報告してもらうようになっている

03. その他（具体的に)

⑪「小児かかりつけ診療料」の影響・効果についてお答えください。						
	あてはまる	はまる いえばあて どちらかと	いえばあて はまらない	どちらかと いえばあて はまらない	あてはまら ない	わからな い 算定患者が いない
1) 小児患者について専門医療機関との連携が増えた	1	2	3	4	5	
2) 小児患者の家族からの健康相談が増えた	1	2	3	4	5	
3) 小児患者の他院での受診状況などを把握するようになった	1	2	3	4	5	
4) 小児患者の予防接種履歴を把握し、そのスケジュール管理等に関する助言を行うようになった	1	2	3	4	5	
5) 医師による地域の保健活動への参加が増えた	1	2	3	4	5	
6) 小児患者の継続的な管理がしやすくなった	1	2	3	4	5	

⑫小児かかりつけ診療料の算定が可能な年齢の範囲について、どのようにお考えになりますか。

⑬小児かかりつけ医を推進する上で、どのような課題がありますか。

①-6 上記①-5でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- 00. 特に参考にしたものはない
- 01. 近隣医療機関での初診時選定療養費の金額
- 02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費
- 03. 同一法人内での価格
- 04. 外来患者1人あたりの単価
- 05. 病院団体等のアンケート調査結果
- 06. 過去の経験により、紹介状を持たない初診患者を縮小する上で効果があると考えた金額
- 07. 近隣の診療所を一度受診した場合に要する金額
- 08. 告示上の最低金額
- 09. その他→（具体的に _____ ）

①-7 貴施設における、平成27年10月、平成28年4月、平成28年10月の初診患者数、定額負担徴収患者数、紹介率、逆紹介率等をご記入ください。 ※紹介率、逆紹介率は小数点以下第2位を四捨五入し第1位までを記入

	平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
1) 初診患者数	人	人	人
うち、紹介状なしの患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収の対象患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収患者数	人	人	人
2) 紹介率 ^{注3}	%	%	%
3) 逆紹介率 ^{注3}	%	%	%

注3 紹介率：(紹介患者数+救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100 逆紹介率：逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数 × 100
 ※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については診療報酬上の定義に従ってください。

①-8 紹介状を持たない患者であるものの、初診に係る受診時の定額負担を徴収しない患者として、どのような患者がありますか。
 ※あてはまる番号すべてに○。なお、選択肢14.又は15.に○をした場合は、()に平成28年10月1か月間の該当患者数をご記入してください。

- 01. 救急の患者
- 02. 公費負担医療の対象患者
- 03. 無料低額診療事業の対象患者
- 04. HIV感染者
- 05. 自院の他の診療科を受診中の患者
- 06. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- 07. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- 08. 救急医療事業における休日夜間受診患者
- 09. 周産期事業等における休日夜間受診患者
- 10. 外来受診後そのまま入院となった患者
- 11. 治験協力者である患者
- 12. 災害により被害を受けた患者
- 13. 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- 14. 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者→該当患者数 (_____)
- 15. 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者→該当患者数 (_____)
 →（具体的に _____ ）
- 16. 説明しても同意が得られない患者
- 17. 総合診療科を受診した患者
- 18. その他→（具体的に _____ ）

①-9 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更をする際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的にお書きください。

- 01. ある→内容 [_____]
- 02. ない

①-10 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的に書きください。
01. ある→内容 {
02. ない
①-11 貴施設では、今後、初診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定がありますか。変更する予定がある場合、その予定時期と金額（消費税込み）についてもお答えください。
01. 予定がある→変更予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 金額：（ ）円
02. 予定はない
①-12 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。
01. とても進んだ 02. 一定程度進んだ 03. 変わらない
04. あまり進んでいない 05. 全く進んでいない 06. わからない
①-13 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。
01. とても軽減された 02. 一定程度軽減された 03. 変わらない
04. あまり軽減されていない 05. 全く軽減されていない 06. わからない
①-14 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。
01. 発生した 02. 発生していない 03. わからない

【すべての施設の方】

②貴施設では、他医療機関を紹介したにもかかわらず、貴施設に再診で受診した患者に対して、再診時の定額負担を導入していますか。

01. 導入している
02. 導入していない→（この後は、6 ページの質問 3. へお進みください）

【再診時の定額負担を導入している施設の方】

②-1 貴施設では、いつから、再診に係る受診時の定額負担（平成 28 年 3 月以前の選定療養費の徴収を含む）を導入していますか。

平成（ ）年（ ）月頃

②-2 貴施設は、平成 28 年 4 月以降に、再診に係る受診時の定額負担の金額を変更をしましたか。金額変更をした場合、その時期についてもお答えください。

01. 変更した→変更時期：平成 28 年（ ）月
02. 変更していない

②-3 平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担を導入・変更する際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことはありましたか。あった場合、その内容を具体的に書きください。

01. あった→取り組んだ内容：（ ）
02. なかった

②-4 【公立病院の方のみにお伺いします】平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担を導入・変更する条例改正はありましたか。あった場合、その時期と内容を具体的に書きください。

01. あった→時期：平成 28 年（ ）月 内容：（ ）
02. なかった

②-5 貴施設では、 再診 に係る受診時の定額負担の金額（単価、消費税込み）をいくりに設定していますか。 なお、医科で複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをお書きください。			
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
定額負担の単価（医科、消費税込み）	円	円	円
定額負担の単価（歯科、消費税込み）	円	円	円
②-6 上記②-5 でお答えいただいた 金額を決める際に参考にしたものは何ですか 。※あてはまる番号すべてに○			
00. 特に参考にしたものはない 01. 近隣医療機関での再診時選定療養費の金額 02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費 03. 同一法人内での価格 04. 外来患者 1 人あたりの単価 05. 病院団体等のアンケート調査結果 06. 過去の経験により、他医療機関に紹介した患者の再診を減らす上で効果があると考えた金額 07. 告示上の最低金額 08. その他（具体的に _____ ）			
②-7 貴施設における、平成 27 年 10 月、平成 28 年 4 月、平成 28 年 10 月の 再診患者延べ人数、定額負担徴収患者数等 をご記入ください。			
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
再診患者延べ人数	人	人	人
うち、他医療機関へ紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収の対象患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収患者数	人	人	人
②-8 他医療機関を紹介したものの貴施設に再診で受診した患者で、 再診時に係る定額負担を徴収しない患者 として、どのような患者がありますか。 ※あてはまる番号すべてに○。なお、選択肢 14. 又は 15. に○をした場合は、（ ）に平成 28 年 10 月 1 か月間の該当患者数を記載してください。			
01. 救急の患者 02. 公費負担医療の対象患者 03. 無料低額診療事業の対象患者 04. HIV感染者 05. 自院の他の診療科を受診中の患者 06. 医科と歯科の間で院内紹介した患者 07. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 08. 救急医療事業における休日夜間受診患者 09. 周産期事業等における休日夜間受診患者 10. 外来受診後そのまま入院となった患者 11. 治験協力者である患者 12. 災害により被害を受けた患者 13. 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 14. 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者→該当患者数（ 人） 15. 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者→該当患者数（ 人） →（具体的に _____ ） 16. 説明しても同意が得られない患者 17. 総合診療科を受診した患者 18. その他→（具体的に _____ ）			
②-9 再診に係る受診時の定額負担の 導入または金額変更をする際にお困りになったことはありますか 。ある場合、その内容を具体的にお書きください。			
01. ある→内容 { _____ } 02. ない			
②-10 再診に係る受診時の定額負担を 徴収する際にお困りになったことはありますか 。ある場合、その内容を具体的にお書きください。			
01. ある→内容 { _____ } 02. ない			

②-11 貴施設では、今後、再診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定がありますか。変更する予定がある場合、その予定時期と金額（消費税込み）についてもお答えください。		
01. 予定がある→変更予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 金額：（ ）円		
02. 予定はない		
②-12 再診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	03. 変わらない
04. あまり進んでいない	05. 全く進んでいない	06. わからない
②-13 再診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。		
01. とても軽減された	02. 一定程度軽減された	03. 変わらない
04. あまり軽減されていない	05. 全く軽減されていない	06. わからない
②-14 再診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。		
01. 発生した	02. 発生していない	03. わからない

3. 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等についてご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

アンケートにご協力いただきまして誠にありがとうございました。

⑩貴施設には総合診療部門・総合診療科（名称不問）がありますか。ある場合は、その機能についてもお答えください。

01. ない
 02. ある →質問⑩-1 総合診療部門・総合診療科の機能 ※あてはまる番号すべてに○

01. 特定診療科が決まっていない者の初診や振り分け 02. 複数診療科間の調整
 03. その他→（具体的に _____ ）

2. 貴施設における受診時の特別な料金負担（初診時・再診時選定療養費）の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設では、初診時選定療養費（紹介状を持たない初診患者からの受診時の特別な料金負担、以下同様）を徴収する制度を導入していますか。

01. 導入している
 02. 導入していない（→この後は、4ページの質問①-15へお進みください）

【初診時選定療養費を導入している施設の方】

①-1 貴施設では、いつから、初診時選定療養費を導入していますか。

平成（ ）年（ ）月頃

①-2 貴施設は、平成28年4月以降に、初診時選定療養費の金額を変更しましたか。金額を変更した場合、その時期についてもお答えください。

01. 変更した→変更時期：平成28年（ ）月
 02. 変更していない

①-3 平成28年4月以降、初診時選定療養費を導入・変更する際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことはありましたか。あった場合、その内容を具体的にお書きください。

01. あった→取り組んだ内容：（ ）
 02. なかった

①-4 【公立病院の方にお伺いします】
 平成28年4月以降、初診時選定療養費を導入・変更する条例改正はありましたか。あった場合、その時期と内容を具体的にお書きください。

01. あった→時期：平成28年（ ）月 内容：（ ）
 02. なかった

①-5 貴施設では、初診時選定療養費の金額（単価、消費税込み）をいくりに設定していますか。
 なお、医科で複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをお書きください。

	平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
初診時選定療養費の単価（医科、消費税込み）	円	円	円
初診時選定療養費の単価（歯科、消費税込み）	円	円	円

①-6 上記①-5でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

00. 特に参考にしたものはない
 01. 近隣医療機関での初診時選定療養費の金額
 02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費 03. 同一法人内での価格
 04. 外来患者1人あたりの単価 05. 病院団体等のアンケート調査結果
 06. 過去の経験により、紹介状を持たない初診患者を縮小する上で効果があると考えた金額
 07. 近隣の診療所を一度受診した場合に要する金額 08. 大病院受診時の定額負担の最低金額
 09. その他→（具体的に _____ ）

①-12 初診時選定療養費の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	03. 変わらない
04. あまり進んでいない	05. 全く進んでいない	06. わからない
①-13 初診時選定療養費の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。		
01. とても軽減された	02. 一定程度軽減された	03. 変わらない
04. あまり軽減されていない	05. 全く軽減されていない	06. わからない
①-14 初診時選定療養費の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。		
01. 発生した	02. 発生していない	03. わからない

→この後は、質問②へお進みください。

【初診時選定療養費を導入していない施設の方】

①-15 初診時選定療養費を導入する予定はありますか。	
01. 具体的な予定がある→平成（ ）年（ ）月頃に導入予定	
02. 時期は明確ではないが、導入する予定がある	
03. 検討中	
04. 導入する予定はない	
05. その他→（具体的に ）	
①-16 現在、初診時選定療養費を導入していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 患者が必要な治療を受けられなくなる恐れがあるため	
02. 外来患者数が減ると経営上困るため	03. 徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため
04. 特定の疾患に特化した医療機関であり、周囲に当該疾患を診療する医療機関がないため →（具体的に ）	
05. 体制整備やシステム改修が終了していないため	06. 条例改正が終了していないため
07. その他→（具体的に ）	

【すべての施設の方】

② 貴施設では、再診時選定療養費（他医療機関を紹介したにもかかわらず、貴施設に再診で受診した患者に対する再診時の特別な料金負担、以下同様）を徴収する制度を導入していますか。	
01. 導入している	
02. 導入していない→（この後は、6 ページの質問②-15 へお進みください）	

【再診時選定療養費を導入している施設の方】

②-1 貴施設では、いつから、再診時選定療養費を導入していますか。	
平成（ ）年（ ）月頃	
②-2 貴施設は、平成 28 年 4 月以降に、再診時選定療養費の金額を変更しましたか。金額を変更した場合、その時期についてもお答えください。	
01. 変更した→変更時期：平成 28 年（ ）月	
02. 変更していない	
②-3 平成 28 年 4 月以降、再診時選定療養費を導入・変更する際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことはありましたか。あった場合、その内容を具体的にお書きください。	
01. あった→取り組んだ内容（ ）	
02. なかった	

②-4 【公立病院の方のみにお伺いします】
平成 28 年 4 月以降、再診時選定療養費を導入・変更する条例改正はありましたか。あった場合、その時期と内容を具体的にお書きください。

01. あった→時期：平成 28 年（ ）月 内容：（ ）
02. なかった

②-5 貴施設では、再診時選定療養費の金額（単価、消費税込み）をいくらに設定していますか。
なお、医科で複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをお書きください。

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
再診時選定療養費の単価（医科、消費税込み）	円	円	円
再診時選定療養費の単価（歯科、消費税込み）	円	円	円

②-6 上記②-5 でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

00. 特に参考にしたものはない
01. 近隣医療機関での再診時選定療養費の金額
02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費
03. 同一法人内での価格
04. 外来患者 1 人あたりの単価
05. 病院団体等のアンケート調査結果
06. 過去の経験により、他医療機関に紹介した患者の再診を減らす上で効果があると考えた金額
07. 大病院受診時の定額負担の最低金額
08. その他（具体的に ）

②-7 貴施設における、平成 27 年 10 月、平成 28 年 4 月、平成 28 年 10 月の再診患者延べ人数、再診時選定療養費の徴収患者数等をご記入ください。

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
再診患者延べ人数	人	人	人
うち、他医療機関へ紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数	人	人	人
うち、再診時選定療養費の対象患者数	人	人	人
うち、再診時選定療養費の徴収患者数	人	人	人

②-8 他医療機関を紹介したものの貴施設に再診で受診した患者で、再診時選定療養費を徴収しない患者として、どのような患者がありますか。
※あてはまる番号すべてに○。なお、選択肢 14. 又は 15. に○をした場合は、（ ）に平成 28 年 10 月 1 か月間の該当患者数を記載してください。

01. 救急の患者
02. 公費負担医療の対象患者
03. 無料低額診療事業の対象患者
04. HIV 感染者
05. 自院の他の診療科を受診中の患者
06. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
07. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
08. 救急医療事業における休日夜間受診患者
09. 周産期事業等における休日夜間受診患者
10. 外来受診後そのまま入院となった患者
11. 治験協力者である患者
12. 災害により被害を受けた患者
13. 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
14. 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者→該当患者数（ ）人
15. 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者→該当患者数（ ）人
→（具体的に ）
16. 説明しても同意が得られない患者
17. 総合診療科を受診した患者
18. その他→（具体的に ）

②-9 再診時選定療養費の導入または金額変更をする際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的にお書きください。

01. ある→内容（ ）
02. ない

②-10 再診時選定療養費を徴収する際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的にお書きください。		
01. ある→内容	〔 〕	
02. ない		
②-11 貴施設では、今後、再診時選定療養費の金額を変更する予定がありますか。変更する予定がある場合、その予定時期と金額（消費税込み）についてもお答えください。		
01. 予定がある→変更予定時期：平成（ ）年（ ）月頃	金額：（ ）円	
02. 予定はない		
②-12 再診時選定療養費の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	03. 変わらない
04. あまり進んでいない	05. 全く進んでいない	06. わからない
②-13 再診時選定療養費の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。		
01. とても軽減された	02. 一定程度軽減された	03. 変わらない
04. あまり軽減されていない	05. 全く軽減されていない	06. わからない
②-14 再診時選定療養費の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。		
01. 発生した	02. 発生していない	03. わからない

→この後は、質問 3. へお進みください。

【再診時選定療養費を導入していない施設の方】

②-15 再診時選定療養費を導入する予定はありますか。		
01. 具体的な予定がある→導入時期：平成（ ）年（ ）月		
02. 時期は明確ではないが、導入する予定がある		
03. 検討中		
04. 導入する予定はない		
05. その他（具体的に ）		
②-16 現在、再診時選定療養費を導入しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○		
01. 対象となるケースが少ないため		02. 医師の同意が得られないため
03. 徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため		
04. 体制整備やシステム改修が終了していないため		05. 条例改正が終了していないため
06. その他→（具体的に ）		

3. 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等についてご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

アンケートにご協力いただきまして誠にありがとうございました。

ID

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

かかりつけ歯科医機能に関する評価等の影響調査 **施設票（案）**

- ※ この**施設票**は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における診療体制や各診療の取組状況等についてお伺いするものです。
- ※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。

管理者についてお伺いします。

① 性別	01. 男性 02. 女性	② 年齢	() 歳
------	--------------------	------	----------------------------

1. 貴施設の概要（平成 28 年 9 月 30 日時点）についてお伺いします。

①所在地（都道府県まで）	() 都・道・府・県
②開設主体 ※○は1つだけ	01. 個人 02. 法人 03. その他（具体的に)
③標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	01. 歯科 02. 矯正歯科 03. 小児歯科 04. 歯科口腔外科
④医科の医療機関の併設状況 ※○は1つだけ	01. 併設している 02. 併設していない
⑤貴施設と同一建物内 または同一敷地内の施設・事業所（同一法人かどうかは問わない） ※あてはまるものすべてに○	01. 訪問看護ステーション 02. 介護老人保健施設 03. 介護老人福祉施設 04. 居宅介護支援事業所 05. 通所介護事業所 06. 地域包括支援センター 07. サービス付き高齢者向け住宅 08. 有料老人ホーム 09. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 10. 認知症高齢者グループホーム 11. その他（具体的に) 12. 併設施設・事業所はない
⑥現在の施設基準 （届出のあるもの） ※あてはまるものすべてに○	01. 歯科外来診療環境体制加算 02. 歯科診療特別対応連携加算 03. 在宅療養支援歯科診療所 04. 歯科治療総合医療管理料 05. 地域医療連携体制加算 06. 在宅歯科医療推進加算 07. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 08. 上記のいずれもない
⑦平成 28 年 3 月以前の施設基準 （届出のあったもの） ※あてはまるものすべてに○	01. 歯科外来診療環境体制加算 02. 歯科診療特別対応連携加算 03. 在宅療養支援歯科診療所 04. 歯科治療総合医療管理料 05. 地域医療連携体制加算 06. 在宅かかりつけ歯科診療所加算 07. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 08. 上記のいずれもない

⑧現在の場所に開設してからどのくらい経ちましたか。 ※○は1つだけ		
01. 1年未満	02. 1年以上～5年未満	03. 5年以上～10年未満
04. 10年以上～15年未満	05. 15年以上～20年未満	06. 20年以上

⑨職員数		常勤	非常勤（常勤換算※）
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 看護師・准看護師	() 人	() 人
	3) 歯科衛生士	() 人	() 人
	4) 歯科技工士	() 人	() 人
	5) 管理栄養士・栄養士	() 人	() 人
	6) 言語聴覚士	() 人	() 人
	7) その他	() 人	() 人
	8) 合計	() 人	() 人

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

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

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

⑩上記⑨のうち、歯科訪問診療等*への従事が可能な職員数		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) その他	() 人	() 人
	4) 合計	() 人	() 人

*歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

⑪医療機器等の保有台数		
	1) 歯科ユニット台数	() 台
	2) 自動体外式除細動器（AED）	() 台
	3) 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）	() 台
	4) 酸素供給装置	() 台
	5) 血圧計	() 台
	6) 救急蘇生セット	() 台
	7) 歯科用吸引装置（口腔外バキューム）	() 台
	8) ポータブル歯科ユニット	() 台
	9) ポータブルエンジン（携帯用マイクロモーター）	() 台
10) ポータブルX線装置	() 台	

④平成 28 年 9 月 1 か月間の算定回数をご記入ください。 注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。	
1) 歯科訪問診療 1	() 回
上記 1) のうち、「著しく歯科診療が困難な者」又は「要介護 3 以上」に準じる状態により、20 分以上の診療が困難であった回数	() 回
2) 歯科訪問診療 2	() 回
3) 歯科訪問診療 3 ※ a) + b) - c) となります。	() 回
a) 上記 3) のうち、20 分未満の歯科訪問診療の算定回数 ※10 人以上、10 人未満を問わず 20 分未満の歯科訪問診療についてご記入ください。	() 回
b) 上記 3) のうち、同一建物で 10 人以上の患者の歯科訪問診療の算定回数 ※20 分未満、20 分以上を問わず 10 人以上の歯科訪問診療についてご記入ください。	() 回
c) 上記 3) のうち、20 分未満かつ同一建物で 10 人以上の歯科訪問診療の算定回数	() 回
4) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科医師)	() 回
5) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科衛生士)	() 回

⑤平成 28 年 9 月 1 か月間に 歯科訪問診療等 を行った延べ日数と患者数(実人数)をご記入ください。 ※「延べ日数」: 当月の歯科訪問診療を実施した延べ日数、歯科医師が 1 人で毎日実施の場合は「30 日」、歯科医師が 2 人以上の場合はそれぞれの歯科訪問診療の合計日数となります。歯科衛生士の訪問延べ日数も同様です。		
	延べ日数	患者数(実人数)
1) 歯科医師による歯科訪問診療(歯科訪問診療料を算定した延べ日数及び特別の関係にある施設等での歯科訪問診療による初・再診料を算定した延べ日数の合計)	() 日	() 人
2) 歯科医師の指示のもと、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導(居宅療養管理指導を含む) ※歯科医師に同行した場合は含まない。	() 日	() 人

【上記⑤で患者数がすべて「0」であった施設の方にお伺いします】

⑤-1 貴施設では、平成 28 年 9 月 1 か月間の歯科訪問診療等の実績がなかったのはなぜですか。

※あてはまるものすべてに○

01. 調査対象月に歯科訪問診療等の依頼がなかったため
02. 調査対象月に入っていた歯科訪問診療の予約がキャンセルになったため
03. その他(具体的に)

4. 他施設等との連携状況についてお伺いします。

①平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間について、医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。		
1) 医科医療機関からの患者(外来診療)紹介 ※周術期口腔機能管理を除く	01. あり	02. なし
2) 医科医療機関への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 医科医療機関からの周術期口腔機能管理に関する依頼	01. あり	02. なし
4) 医科医療機関での栄養サポートチームへの参加	01. あり	02. なし
5) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定したもの)	01. あり	02. なし
6) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定していないもの)	01. あり	02. なし

7) 外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼	01. あり	02. なし
8) 歯科医療機関からの患者（外来診療）紹介	01. あり	02. なし
9) 歯科医療機関からの歯科訪問診療の依頼 * 1	01. あり	02. なし
10) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定したもの)	01. あり	02. なし
11) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定していないもの)	01. あり	02. なし

* 1 歯科訪問診療: 歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

【上記①の6) または 11) で「01. あり」と回答した施設の方にお伺いします】

①-1 診療情報提供料を算定していないが文書による情報提供を行っている場合、情報提供の具体的な内容についてご記入ください。

②平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間について、介護保険施設等との連携状況をご記入ください。		
1) 介護療養型医療施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
2) 介護老人保健施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 介護老人福祉施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
4) 居住系高齢者施設等（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、認知症グループホーム等）への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
5) その他の施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
6) 上記 1)～3)の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
7) 上記 4)、5)の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
8) 施設等で行われる口腔衛生管理への協力（歯科訪問診療以外で実施するもの） * 2	01. あり	02. なし
9) 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施	01. あり	02. なし
10) 協力歯科医院に指定されている介護保険施設等	01. あり	02. なし
11) 地域包括支援センターからの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし
12) 居宅介護支援事業所（ケアマネ）からの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし

* 2 施設等で行われる口腔衛生管理への協力: 介護保険による口腔衛生管理への協力や歯科検診など、診療報酬とは関連しない口腔衛生管理などを指します。

③直近の 1 年間で、上記質問①・②以外に、地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所との連携や、地域住民を対象とした活動等を行っていますか。 ※あてはまるものすべてに○		
00. 上記質問①・②以外に行っていない		
01. 地域ケア会議、サービス担当者会議、地域の医療・介護等の関係者との連携のための会議などへの参加		
02. 地域の医療機関や介護サービス事業所等が開催する会議・研修会・勉強会などへの参加（NST、ミールラウンドへの参加を除く）		
03. 自治体や各種団体等が地域で開催する地域住民を対象とした事業への協力		
04. 健康相談の実施、健診事業への協力		
05. 介護保険に係る相談の実施		
06. その他（具体的に		

5. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所についてお伺いします。

①貴施設では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていますか。※○は1つだけ
01. 届出を行っている→届出時期：平成（ ）年（ ）月（→質問④へお進みください）
02. 届出を行っていない（申請中も含む）（→質問②へお進みください）

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていない施設の方】
②貴施設が、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行うとした場合に厳しい要件は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○
00. 厳しい要件はないが、届出を行っていない（→質問③へお進みください）
01. 過去1年間における歯科訪問診療1又は2の算定実績があること
02. 過去1年間における歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料の算定実績があること
03. 常勤の歯科医師が施設基準の要件に係る研修を修了すること
04. 偶発症等緊急時への対応のため、保険医療機関との連携体制を構築すること
05. 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること
06. 担当歯科医師名、連絡先について事前に患者に説明し、文書を提供すること
07. 在宅医療を担う保険医療機関との連携体制を構築すること
08. 他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整担当者と連携すること
09. 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底するなど、十分な感染症対策を講じていること
10. 感染症患者に対するユニット確保などの診療体制を常時確保していること
11. 歯科用吸引装置等により、歯科ユニットごとに歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること
12. 自動体外式除細動器等の装置・器具等を備えていること

②-1 上記②のうち、最も厳しい施設基準の要件は何ですか。 ※上記01.~12.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	
---	--

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていない施設の方】
③貴施設では、今後、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行う意向がありますか。※○は1つだけ
01. 届出予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃
02. 届出について検討中
03. 届出の予定はない
04. その他（具体的に ）
（→届出を行っていない施設の方は以上でアンケートは終わりです）

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】
④かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行うため、新規に受講した研修や、新規に整備した機器（増やした場合も含める）は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
00. 新規に受講した研修や整備した機器はない
【研修】 01. 偶発症に対する緊急性の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修
02. 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修
【機器】 03. 自動体外式除細動器（AED）
04. 経皮的酸素飽和度測定器
05. 酸素供給装置
06. 血圧計
07. 救急蘇生セット
08. 歯科用吸引装置
09. その他（具体的に ）