・・・・・・28頁

平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成23年度調査) 調査票(案)

\circ		在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査
		調査概要・・・・・・・・・・・・・・・・1頁
		在宅歯科医療(施設票)・・・・・・・・・・・・・4頁
		在宅歯科医療(施設票・訪問診療未実施)・・・・・・・11頁
		在宅歯科医療(患者票)・・・・・・・・・・・13頁
	•	障害者歯科医療(施設票)・・・・・・・・・・・17頁
	•	障害者歯科医療(患者票)・・・・・・・・・・・24頁

依頼票・・・・・・

「在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査」調査の概要(案)

■ 調査目的

- ・ 在宅歯科医療・障害者歯科医療の実施状況等の把握
- ・ 歯科と医科、歯科と介護関連職種との連携状況等の把握
- ・ 在宅歯科医療・障害者歯科医療をより一層推進していく上での課題等の把握
- ・ 在宅歯科医療・障害者歯科医療に対する患者の意識等の把握

<調査のねらい>

- 在宅歯科医療・障害者歯科医療の実施状況等
- 在宅歯科医療・障害者歯科医療の体制整備の状況等
- 歯科と医科、歯科と介護関連職種、診療所と病院の連携状況等
- 在宅歯科医療・障害者歯科医療を推進する上での課題
- 在宅歯科医療・障害者歯科医療の患者の受診状況等
- 在宅歯科医療・障害者歯科医療に関する患者の意識等

■ 調査対象及び調査方法

(1) 在宅歯科医療調査

<施設調査>

・ ①全国の「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っている保険医療機関(4,028 施設) の中から無作為抽出した歯科診療所 1,000 施設、及び②「在宅療養支援歯科診療所」の 届出を行っていないが「歯科訪問診療料」の算定実績がある歯科保険医療機関(病院、 診療所)の中から無作為抽出した施設 1,000 施設を調査対象とする。

<患者調査>

・ 調査期間中に、上記施設調査の対象施設の歯科訪問診療を受けた患者(・家族など)を 調査対象とする。1 施設当たり 2 名の患者を予定している。

(2) 障害者歯科医療調査

<施設調査>

・ ①全国の「障害者歯科医療連携加算」の届出を行っている保険医療機関(326 施設:平成22年7月現在) <悉皆調査>、及び②「障害者歯科医療連携加算」の届出を行っていないが「障害者加算」の一定以上の算定実績がある歯科保険医療機関(病院、診療所)の中から無作為抽出した施設1,000 施設を調査対象とする。

<患者調査>

・ 調査期間中に、上記施設調査の対象施設で診療を受けた、障害者加算等の算定対象となった患者(・家族など)を調査対象とする。1 施設当たり 2 名の患者を予定している。

<調査方法>

- ・ 施設調査は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 患者調査は、自記式調査票で施設調査対象施設を通しての配布、郵送による直接回収と する。

■ 調査項目 (調査票案 参照)

■ 東日本大震災の影響による実施上の対応について

- 1. 調査票配布時の配慮
- (1) 抽出された保険医療機関等のうち、下記の区域等に所在する保険医療機関等に対しては、調査票の発送は行わない。
 - ① (社) 日本損害保険協会が津波や火災によって甚大な被害(流失や焼失)のあった街区として認定した全損地域
 - ② 郵便事業(株)によって郵便物等の配達困難地域となっている区域
 - ③ 原子力災害対策特別措置法(平成11年法律第156号)第15条第3項の規定による避難のための立退き又は屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域となった区域
 - ④ 同法第20条第3項の規定による計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に 係る原子力災害対策本部長の指示の対象となっている区域
- (2) 抽出された保険医療機関等のうち、東日本大震災に対処するための特別の財政援助 及び助成に関する法律(平成23年法律第40号)第2条第3項に規定する特定被災区域に 所在する保険医療機関等に対しては、事前に個別連絡を行い、調査協力の了承を得た 上で、調査票の発送を行う。

2. 震災の影響を把握するための措置(全国)

東日本大震災の影響により、保険医療機関等に与えている実態を把握するため、調 査票の施設情報記入欄に、震災影響について調査する項目を設け、ご協力をいただく。

- 3. 集計・分析時の配慮
- (1) 有効回答の集計・分析の際に、被災区域に所在する保険医療機関等のデータを除いた集計を別途行うなどの措置を講ずる。
- (2) 保険医療機関等(調査票の配布に当たり配慮を行った区域に所在)の回収できなかったデータの補完については、他省、他部局等の手法等を参考に、別途推計、補完した全国集計を行う。
 - (例) 家計調査:調査票が回収できなかった地域については、東北地方で回収できた調査票を基に推計し、全国の結果として公表

毎月勤労統計調査:全国集計については従前同様の方法で実施しつつも、欠 落した調査データによる影響の可能性を付記 (3) その他、東日本大震災の影響の把握を可能な限り行うため、状況の把握を進めつつ、必要な措置を講ずる。

(参考) 昨年度検証調査における岩手県、宮城県、福島県の調査客対数

	岩手県	宮城県	福島県	合計	全調査客対数
救急医療等の充実・強化の	10	0.0	0.0	00 (0, 00/)	0.701
ための見直しの影響調査	18	38	32	88 (3. 2%)	2, 761
外来管理加算の要件見直					
し及び地域医療貢献加算	31	58	53	142 (3.9%)	3,600
創設の影響調査					
歯科技工加算創設の影響	49	34	46	123 (6. 2%)	2 000
調査	43	54	40	123 (0. 2%)	2, 000
後発医薬品の使用状況調	44	82	79	205 (4. 1%)	5,000
查	44	02	19	203 (4. 1%)	5, 000
明細書発行原則義務化後	53	81	60	223 (4. 1%)	5 500
の実施状況調査	აა	01	00	4.1%)	5, 500

■ 調査スケジュール

	平成23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									
調査票等の印刷・封入				の了承 間程度)					
調査実施									
督促			(8月上旬発送	9月上旬〆切]、督促、督促	後の〆切:9月	下旬頃)	
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)							±0.4t		
追加分析・調査結果作成							報告		Ħ
調査検討委員会開催		*				*			

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

在宅歯科医療の実施状況調査 調査票(案)

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名		
施設の所在地		
電話番号	()
ご回答者名	()

- ※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅歯科診療の実施状況やお考えについてお伺いする ものです。
- ※ご回答の際は、 \underline{b} ない。()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。 また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「O(ゼロ)」を、わからない場合は「 \underline{b} るここのでで記入ください。 ※特に断りのない場合は、 \underline{b} 不成 \underline{b} 23 年 6 月末現在の状況についてご記入ください。
- 1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※0は1つだけ	1. 診療所 2. 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) 3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院								
②開設主体 ※0は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他()								
③施設開設時期	西暦()年()月頃								
④標榜診療科 ※あてはまるものすべてにO	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科								
⑤医科の医療機関との併設 状況 ※Oは1つだけ	1. 併設している 2. 併設していない								
⑥施設基準(届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに〇	 1. 歯科外来診療環境体制加算 2. 地域医療連携体制加算 3. 歯科治療総合医療管理料 4. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 5. 障害者歯科医療連携加算 6. 地域歯科診療支援病院歯科初診料 								
⑦行っている診療内容 ※あてはまるものすべてに〇	 一般外来歯科診療 在宅歯科診療 障害者歯科診療 基本診療料に係る「障害者加算」の算定対象となるもの) 入院歯科診療 								
⑧歯科ユニット台数	() 台								

					20022
		ri r	常勤	非	常勤
⑨職員数 (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
			、常勤換算後の職員数は小 ÷(貴施設が定めている?		

- ■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×4)
- 2. 貴施設における歯科訪問診療の体制整備についてお伺いします。

①貴施設が歯科訪問診療を開始	合したのはいつですか。	西暦()年()月
②歯科訪問診療で訪問する先はどこですか。 ※あてはまるものすべてに〇	 自宅(患者宅):戸建 自宅(患者宅):集合(有料老人ホーム、グル 介護保険施設(指定介老人福祉施設) 歯科の標榜がない病院 その他(具体的に 	主宅 /一プホーム等の居: 護療養型医療施設		面設、指定介護))
③歯科訪問診療を始めるにある ありますか。 ※Oは1つだけ		1. ある	2. ない→∫	質問④へ
③-1 整えたものは何ですか ※あてはまるものすべてにC	2. スタッフを増負し	機器・機材	生士 :	名]
④歯科訪問診療を行う際、誰と同行していますか。 ※あてはまるものすべてに〇	 他の人は同行しない 医師1人が同行 看護師1人が同行 その他(具体的に 		医師 1 人が同行 衛生士 1 人が同行	τ̄)
④-1 上記④の選択肢 1~6 の お書きください。	のうち、最も多い組み合わせ	であるものの番号	を1つだけ	
④-1-1 上記の組み合わせで 訪問する理由をお書 きください。				

	⑤歯科訪問診療を実施するきっかけとしてあてはまるものは何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇											
	1. (貴施設に)通院していた患者・家族等からの依頼 2. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介											
	3. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介											
		4. 地区歯科医師会からの依頼・紹介 5. 口腔保健センター等からの依頼・紹介										
		6. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介7. 介護保険施設からの紹介9. 今港末採事業まからの休頼・紹介9. 4世紀 15年 15日 15日 15日 15日 15日 15日 15日 15日 15日 15日										
	8. 介護支援事業所からの依頼・紹介 9. 地域包括支援センターからの依頼・紹介 10. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設のからの依頼・紹介											
	11. その他(具体的に	于427日,6277日1周12日	地域 ◇ クロ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	マールログ1)							
	⑤-1 上記⑤の選択肢 1~11 のうち、最も多	いものの番号を	1 つだけお書きく	ださい。	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>							
	 ⑥訪問歯科診療の調整は誰と行っています	ナか。 ※あてはま	るものすべてに〇									
	1. 患者本人と	2.	患者の家族と									
	3. 在宅医療を行っている医療機関と	4.	訪問看護師と									
	5. 介護職と	6.	介護支援専門員	(ケアマネジャー) と							
	7. 入院している病院の関係者と	8.	その他(具体的に)							
	⑦貴施設が歯科訪問診療を実施しているこ	ことを患者にどの	ように周知してい	いますか。								
	※あてはまるものすべてに〇											
	1. 診察室や待合室、支払窓口などの旅	直設内にポスター	を掲示している									
	2. ホームページで告知している											
	3. 介護関係機関にリーフレットをおい	いている										
	4. その他(具体的に)							
3.	貴施設における歯科訪問診療の実施状況	についてお伺いし	します。									
	①2009年(平成21年)【診療報酬改定前】											
	│ 患者総数(当月の初診患者と再診患者の │ 者延べ人数)をご記入ください。	り総致)、圏科訪問	可診療忠有総致()	当月の圏科訪问診	激を美 肔した忠							
	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。									
		6	月	7	月							
		2009年	2011年	2009年	2011年							
		(平成 21 年)	(平成 23 年)	(平成 21 年)	(平成 23 年)							
	1) 歯科外来患者総数	()人	()人	()人	()人							
	2) 歯科訪問診療患者総数	()人	()人	()人	()人							

※歯科訪問診療を算定できない場合を含む	(, , , ,	\	, , , ,	(, , , ,	(, , , ,	
②2009 年(平成 21 年)【診療報酬改定前】 の 算定患者延べ数 をご記入ください。		と 2011 年(平成 23 年)【改定後】の 6 月、7 月の各月のそれぞれ 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。							
		6	月			7	月		
		009 年 成 21 年)		011 年 成 23 年)		009 年 成 21 年)	2011 年 (平成 23 年)		
1) 歯科訪問診療料 1	()人	()人	()人	()人	
2) 歯科訪問診療料 2	()人	()人	()人	()人	
3) 在宅患者等急性歯科疾患対応加算			()人			()人	
4) 歯科疾患在宅療養管理料			()人			()人	

	6 月				7 月							
					009 年 或 21 4			2011年 成 23年)		2009 年 ·成 21 年)		2011年 成 23年)
5) 口腔機能管理加算							()人			()人
6) 訪問歯科衛生指導料	4			() ,	人	()人	()人	()人
7) 在宅患者歯科治療総	8合医	療管理	料				()人			()人
8) 退院時共同指導料 1	ĺ			() ,	人	()人	()人	()人
9) 退院時共同指導料2	2			() ,	人	()人	()人	()人
10) 在宅患者連携指導料	4			() ,	人	()人	()人	()人
11) 在宅患者緊急時等力	ンフ	ァレン	ス料	() ,	人	()人	()人	()人
12) 診療情報提供料 (I	.)			() ,	人	()人	()人	()人
13) 介護支援連携指導料	4						()人			()人
②-1 上記②で 2011 年 (その理由をそれぞれ	平成 2 1お選	3 年) (びくだ	。 う月と さい。	7月の ※あて	間の第	算定: もの:	患者延· すべてに	べ数がいず ○○	れも「	0人」だっ	た項目	について、
COMME							, (()		い。作	林 て 回	満 _	<u> </u>
	該当するケースがなかった	い 項目の内容がよく分からな	人手が不足している	たすことができない施設基準や算定要件等を満				由をお書きください。した場合、その具体的な理	『また、「その他」と回答	本りこり寄むで書きてごれていることは何ですか。具回答した場合、負担に感じ	満たすことはできない」と「施設基準や算定要件等を	
1) 歯科訪問診療料1	1	2	3	4	5	\rightarrow						
2) 歯科訪問診療料2	1	2	3	4	5	→						
3) 在宅患者等急性 歯科疾患対応加算	1	2	3	4	5	->						
4) 歯科疾患在宅療養管理料	1	2	3	4	5	→						
5) 口腔機能管理加算	1	2	3	4	5	→						
6) 訪問歯科衛生指導 料	1	2	3	4	5	→						
7)在宅患者歯科治療総合医療管理料	1	2	3	4	5	→						
8) 退院時共同指導料	1	2	3	4	5							
9) 退院時共同指導料	1	2	3	4	5	<u>.</u>						
10)在宅患者連携指導料	1	2	3	4	5	→						
11) 在宅患者緊急時等 カンファレンス料	1	2	3	4	5	→						
12) 診療情報提供料	1	2	3	4	5	→						
13) 介護支援連携指導料	1	2	3	4	5							

③歯科訪問診療で行っている主な治療内 容は何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇	1. 歯冠修復2. 歯内療法3. 歯周治療4. 抜歯5. 欠損補綴(ブリッジ)6. 欠損補綴(義歯)7. 口腔機能管8. 口腔粘膜疾患治療9. その他(具体的に
④2011 (平成23) 年3月11日の東日本大 患者数などに影響がありますか。 ※○は1つだけ	震災によって歯科訪問診療に関して、貴施設では、現在において
 当初から影響はない 現在も、歯科訪問診療に関して大き 現在も、歯科訪問診療に関して多り 現在は、歯科訪問診療に関して影響 その他(具体的に 	>影響が残っている
④-1 影響があった場合、具体的にどのよ	うな影響がありますか。具体的にお書きください。

4. 歯科訪問診療における連携状況についておうかがいします。

数を具体的にお書きください。 連携の有無 連携施設数 他の歯科診療所 1. あり 2. なし か所 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 1. あり 2. なし か所 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病 1. あり 2. なし 1) 歯科の医療機関 か所 院を除く) 口腔保健センター 1. あり 2. なし か所 その他() 1. あり 2. なし か所 一般診療所 1. あり 2. なし か所 1. あり 2. なし 病院(救急医療機関を除く) か所 2) 医科の医療機関 1. あり 2. なし 病院(救急医療機関) か所 1. あり 2. なし その他(具体的に か所 ②医療機関以外の施設で、連携している 1. 訪問看護ステーション 2. 保険薬局 その他の機関があれば○をつけてくだ 3. 介護保険施設 4. 介護支援事業所 さい。 5. 地域包括支援センター 6. その他() ※あてはまるものすべてにO 1. 患者急変時の受け入れ 2. 夜間・休日等の往診の連携 ③関係機関との連携内容 ※あてはまるものすべてにO 3. 患者の照会や診療情報の提供や依頼 4. その他(具体的に)

①歯科訪問診療を実施する上で、以下の医療機関とは連携していますか。また、連携している場合、連携施設

)

④各機関との連携を推進する上での課題 ※あてはまるものすべてにO

- 1. 家族のサポートがない(独居である)
- 2. 訪問歯科診療があることが知られていない
- 3. 介護保険の口腔関連サービスが知られていない
- 4. 相談窓口や治療に関する情報が不足している
- 5. 介護サービス提供者からの指導・助言が不足している
- 6. 連携する機関が普段の診療に同行してもらえない
- 7. 連携する医療機関の間で情報が共有化されていない
- 8. 緊急時に連絡することができる医療機関がない
- 9. 連携する機関間での役割(責任・権限など)が明確でない
- 10. その他(具体的に)
- 5. 歯科訪問診療による影響についてお伺いします。
 - ①歯科訪問診療を行うことによって、歯科医療機関や歯科訪問診療が必要な患者にとってどのような効果があったと考えられますか。
 - %「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけ0をつけてください。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 定期的な口腔ケアを行えるようになった	5	4	3	2	1
2) 地域の二一ズを把握しやすくなった	5	4	3	2	1
3) 他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 患者のQOLが向上したように感じる	5	4	3	2	1
5) 患者の家族の安心感が増したように感じる	5	4	3	2	1
6) その他 ()	5	4	3	2	1

②貴施設が歯科訪問診療を行っていく際の課題はなんですか。※あてはまるものすべてに〇

- 1. 歯科訪問診療を行うためのスタッフを確保することが難しい
- 2. 歯科訪問診療を行う際にスタッフが同行することが難しい
- 3. 歯科訪問診療用の器材の確保が難しい
- 4. 歯科訪問診療の評価が低い
- 5. 歯科訪問診療に当たっての器材の準備と後片付けに時間がかかる
- 6. 保険請求、介護保険の確認等事務処理に困難がある
- 7. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい
- 8. その他 (具体的に

6.	貴施設における「在宅療養支援歯科診療所」の届出状況等についてお伺いします。 										
	①2011 (平成 23) 年 6 月現在「在宅療養支援歯科診療所」 の施設基準の届出をしていますか。 ※Oは1つだけ	 1. 届出をしている→質問①-1 へ 2. 届出をしていない→質問②へ 									
	①-1「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準の届出はいつですか。	西暦 () 年 () 月 (→7. 質問①へ)									
	②今後「在宅療養支援歯科診療所」の届出をする予定はありますか ※Oは1つだけ	1. ある→7. 質問①へ 2. ない→③へ									
	③「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行わない理由は何ですか。 ※あてはまるものすべてにO										
	1. 研修を受けることができない										
	2. 歯科衛生士がいない										
	3. 情報提供を行う体制が整えられない										
	4. 後方支援機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保できない										
	5. 他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者との連携が確保できない										
	5. その他(具体的に										
7.	- o										
①今後の歯科訪問診療の実施についてどのように考えていますか。 ※最もあてはまるもの 1 つに											
	1. 在宅歯科診療の実施を拡大したい	2. 在宅歯科診療を現状のまま実施したい									
	3. 在宅歯科診療の実施を縮小したいまたはやめたい	4. わからない									

▶①-1 上記①で「3.」を選んだ理由を具体的にお書きください。

8. 歯科訪問診療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。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

在宅歯科医療の実施意向調査 調査票(案)

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名		
施設の所在地		
電話番号	(
ご回答者名	(

- ※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅歯科診療の実施状況やお考えについてお伺いする ものです。
- ※ご回答の際は、 \underline{b} ではまる番号を \underline{O} (マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「 \underline{O} (ゼロ)」を、わからない場合は「 \underline{O} 」をご記入ください。 ※特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてご記入ください。
- 1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

		1. 診療所							
①種別 ※Oは	1 つだけ	2. 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)							
		3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院							
②開設主体 ※	Oは1つだけ	1. 個人	2. 法人		3. その他 ()				
③施設開設時期	期	西暦()年()月頃					
④標榜診療科 ※あてはまる=	ものすべてに〇	1. 歯科	2. 矯正歯科	3. 小児歯科	4. 歯科口腔外科				
⑤医科の医療 状況 ※Oは	幾関との併設 :1 つだけ	1. 併設している 2. 併設していない							
		1. 歯科外来診療環境体制加算 2. 地域医療連携体制加算							
	⑥施設基準(届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに〇		聚総合医療管理料	4. 在宅患者雄	科治療総合医療管理料				
X0 C1440 t	3009110	5. 障害者雄	函科医療連携加算	6. 地域歯科診	療支援病院歯科初診料				
⑦歯科ユニッ	ト台数	() 台						
		常勤		非常勤					
⑧職員数 (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)

(---- ▶ 裏面に続きます)

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施状況についてお伺いします。

①2011 (平成 23) 年 6 月現在、貴施設では歯科	お問診療を実施していますか。 ※Oは1つだけ							
1. 実施している→質問3. へお進みください	2. 今後、実施したいと考えている							
3. 実施していたが、今はしていない	4. 全く実施していない							
②貴施設が歯科訪問診療を実施していないのは	なぜですか。※あてはまるものすべてにO							
1. 自院の人手が不足している	2. 歯科訪問診療の要請がない							
3. 歯科訪問診療の評価が低い	4. 保険請求の手続きが煩雑である							
5. 歯科訪問診療を行うことに対して不安感か	5. 歯科訪問診療を行うことに対して不安感がある							
6. 他機関・他職種との連携を構築することか	6. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい							
7. 歯科訪問診療を積極的に行っている医療機	7. 歯科訪問診療を積極的に行っている医療機関が地域にある							
8. 歯科訪問診療に必要な機器・機材を揃える	うことが出来ない							
9. その他(具体的に)							
③どのような支援があれば歯科訪問診療をはじ	めてもよいとお考えになりますか。※あてはまるものすべてにO							
1. 研修受講に関する支援	2. 診療報酬上のより一層の評価							
3. 歯科衛生士の紹介	4. 訪問診療に適した器具・器械を揃えるための支援							
5. 他機関・他職種との連携するための支援								
6. その他(具体的に)							

3. 歯科訪問診療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。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査 (平成 23 年度調査) 在宅歯科医療に関する意識調査 (案)

	、この調査票のご記 査票のご記入者は、			もご家族の方でしょうか。					
	l. ご本人 3. 医療・介護関係	者(具体的に	2. 家族など(具(体的に)					
1. <u>患者さ</u>	ん(本日受診され	<u>た方)</u> 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 介護保	険を利用していま ⁻	すか。※Oは1つ							
1. 利	用している		2. 利用していな	V N					
「2 ③-1要·	. 利用している」 . 利用していない 介護度はどのよう!	」とご回答いた7 こなっています <i>7</i>	だいた方は④へお か。※Oは1つ	すすみください。】					
1. 要	支援 1	2 . 要支援 2		3. 要介護 1					
4. 要	介護 2	5. 要介護3		6. 要介護 4					
7. 要	介護 5	8. 申請中		9. 対象ではない					
)方がお答えくださ 手帳をお持ちです;			1					
1. 持·	っている	2. 持っていな		3. 申請中					
【④で「1. 持っている」もしくは「3. 申請中」のいずれかご回答いただいた方のみお答えください。 「2. 持っていない」とご回答いただいた方は2ページの2. へおすすみください。】 ④-1 お持ちの手帳(申請中の手帳)の種類は何ですか。※Oは1つ									
1. 身	体障害者手帳()級							
2. 療	育手帳()度							
3. 精	神障害者保健福祉	手帳()級						

)

)

- 2. 本日診療を受けた「歯科訪問診療」について、おたずねします。
- ① 本日あなたが診療を受けた歯科医師をどのように知りましたか。※Oは1つ
 - 1. 以前、通院していた歯科診療所・病院
 - 2. 他の歯科診療所・病院からの紹介
 - 3. 診療で自宅に来てくれる医師からの紹介
 - 4. 訪問看護に来てくれる看護師からの紹介
 - 5. ケアマネジャーからの紹介
 - 6. 地域包括支援センターからの紹介
 - 7. インターネット等で調べて
 - 8. 知り合いの方からの情報
 - 9. 県や市町村等の情報
 - 10. 歯科医師会からの情報
 - 11. その他 (具体的に

② 歯科医師からどのくらいの頻度で診療を受けていますか。※Oは1つ

- 1. 今回がはじめて
- 3. 1週間に1度
- 5. 1か月に1度
- 7. わからない・わすれた

- 2. 1週間に2~3度
- 4. 1か月に2~3度
- 6. 決まっていない
- 8. その他(具体的に

③ 今日は誰が診療に来ましたか。※あてはまるものすべてに〇

- 1. 歯科医師 → (1. 1人
- 2. 2人)

2. 医科の医師

3. 歯科衛生士

- 4. 看護師
- 5. その他(具体的に

④ 本日はどのような治療を受けましたか。※あてはまるものすべてに〇

- 1. 診察のみ
- 2. 入れ歯の製作や調整
- 3. 冠を被せる治療やブリッジの治療
- 4. むし歯の治療や歯の根の治療
- 5. 歯周病(歯槽のうろう)の治療
- 6. 歯を抜いた
- 7. 歯や口の中、入れ歯の清掃の方法の指導
- 8. 食べ方・飲み方の訓練(お口のリハビリ)・指導
- 9. その他(具体的に

⑤ 治療を受けてどのように感じまし	したか。※あてはまるもの1つにO
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 今後も歯科治療が必要な際には、ī	歯科医師が自宅等に訪問して行う治療を受けたいで
か。※あてはまるもの1つにO	
1. とてもそう思う	 そう思う どちらでもない
4. あまりそう思わない	5. 全くそう思わない
⑦ 歯科医師が自宅等に訪問して行う	う治療について、気になる点はありますか。または 、
科医師が訪問して行う治療を受け	ナたくないのはなぜですか。※あてはまるものすべてに
1. 家での診察に不安があるから	
2. 部屋が狭く治療器具を置く場	易所がないから
3. 日程の調整や準備など家族へ	への負担が大きいから
4. 金銭的な負担が大きいから	
5. その他(具体的に)
【すべての方がお答えください。】 3. 歯科医療全般について、おたずね	ねします。
① 歯科医師が 在空医療に関する研	研修を受けていることで安心感は高まりますか。※a
はまるもの1つに〇	がある人になることで、大心心心は向みがありが。 べん
1. 大いに高まる	2. やや高まる 3. わからない
4. あまり高まらない	5. まったく高まらない
② 歯科医師が他の医療機関の医師や	や介護関係者との間で情報が共有されていると安心
は高まりますか。※あてはまるもの	か1つに0
1 . 大いに高まる	 やや高まる わからない
4. あまり高まらない	5. まったく高まらない

5. まったく高まらない

2. やや高まる
 3. わからない

③ 歯科医師が 緊急時に適切な対応ができるよう、他の病院などと連携していることで安

心感は高まりますか。※あてはまるもの1つにO

大いに高まる

4. あまり高まらない

4.	歯科訪問診療について、	お困りのことやご要望などがございましたらお書きください。

ご協力いただき、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒(切手は不要です)に アンケートを入れて、お近くのポストに<u>●月●日(●)まで</u>に投函してください。

平成 22 年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成 23 年度調査)

障害者歯科医療の実施状況調査 調査票(案)

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と所在地をご確認の上、記載内容に間違いや不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名		
施設の所在地		
電話番号	()
ご回答者名	()

- ※この「施設票」は、施設の開設者・管理者の方に、貴施設における障害者歯科診療の実施状況やお考えについてお伺いするものです。
- ※ご回答の際は、 \underline{b} ではまる番号を \underline{O} (マル)で囲んでください。また、() 内には<u>具体的な数値、用語等</u>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「 \underline{O} (ゼロ)」を、わからない場合は「 \underline{O} 」をご記入ください。 ※特に断りのない場合は、平成 23 年 6 月末現在の状況についてご記入ください。
- ※本調査での「障害者」とは、診療報酬の基本診療料(初診料)の「障害者加算」の対象者となりうる患者を指します。実際に、障害者加算を算定していない場合でも、本調査票にご回答いただけますよう、お願い申し上げます。
- 1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※Oは1つだけ	 診療所 (口腔保健センター(障害センター)、障害者施設内歯科診療所を限 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く) 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院 口腔保健センター(障害センター) 障害者施設内歯科診療所 								
②開設主体 ※Oは1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. 公的機関 4.その他								
③施設開設時期	西暦()年()月頃								
④標榜診療科 ※あてはまるものすべてにO	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科								
⑤医科の医療機関との併設 状況※Oは1つだけ	1. 併設している 2. 併設していない								
⑥施設基準 (届出のあるもの) ※あてはまるものすべてに〇	 1. 歯科外来診療環境体制加算 2. 地域医療連携体制加算 3. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 4. 在宅療養支援歯科診療所 5. 障害者歯科医療連携加算 6. 地域歯科診療支援病院歯科初診料 								
⑦行って いる診療内容 ※あてはまるものすべてに〇	 一般外来歯科診療 在宅歯科診療 障害者歯科診療 (基本診療料に係る「障害者加算」の算定対象となるもの) 入院歯科診療 								

⑧歯科ユニット	卜台数	() 台						
9障害者のため	かの歯科ユニットを	を別に設けていま ^っ	すか 。 ※Oは1つだけ	1. ある	2. ない			
		常	5 勤	非?	非常勤			
⑩職員数 (常勤換算)	1) 歯科医師	()人	()人			
	2) 歯科衛生士	()人	()人			
	3) 看護職員	()人	()人			
	4) 歯科技工士	()人	()人			
	5) その他	()人	()人			
	6) 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)
- 2. 貴施設における障害者歯科医療の状況についてお伺いします

貝他設における陧告有圏科医療の状況についてお何いします。									
1)	章害者歯科医療を開始した <i>0</i>	Oはいつですか。	西暦	() 年()月				
②障害者歯科医療の開始時または開始後に新たに対応を したものはありますか。 ※Oは1つだけ				2. ない					
	②-1 新たに対応をした ものは何ですか。 ※あてはまるものすべ てにO	 看護補助者な 障害者歯科医 適切にコミニ 緊急事態に対 AED やパスノ 静脈内鎮静治 吸入鎮静法を 	と採用・増員した などを採用・増員した を療に関する研修にする ユニケーションを取る 対応するため、医科の レオキシメーターない と実施するための機器 で実施するための機器	参加した るための道具の用意の の医療機関との連携が どの医療機器を整備 機器等を整備した	を開始したした				
32	③2009年(平成21年)【診療報酬改定前】、2011(平成23)年【改定後】の6月、7月における各月の歯科外来患者総数(当月の初診患者と再診患者の総数)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「一」をご記入ください。								
		6	月	7	月				
		2009 年 (平成 21 年)	2011 年 (平成 23 年)	2009 年 (平成 21 年)	2011 年 (平成 23 年)				
		()人	()人						

④2009 年(平成 21 年)【診療報酬改定前】、2011(平成 23)年【改定後】の6月、7月における各月のそれぞれの算定患者延べ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。											
		6 月				7 月					
		2009 年 (平成 21 年)			2011 年 (平成 23 年)		2009 年 (平成 21 年)		(:	2011 年 (平成 23 年)	
1)障害者加算		()	人	()人	()人	()人
2) 障害者歯科医療連携	加算				()人			()人
3) 歯科衛生実地指導料	1	()	人	()人	()人	()人
4) 歯科衛生実地指導料	2				()人			()人
5) 診療情報提供料 (I)				()人			()人
④-1 上記④で 2011 (平 理由をそれぞれお返	成 23) 選びく:	年 6 月 ださい。	、7月 ※あて	の 算! はまる	定患者な ものすべ	正べ数 てに(效がいず∤ ⊃			目に	こついて、その
	該当するケースがなかった	項目の内容がよく分からな	人手が不足している	たすことができない施設基準や算定要件等を満	その他			由をお書きください	い。また、「その他」と回答的に内容をお書きくださいることは何ですか。 具体	たすことはできない」と回	施設基準や算定要件等を満
1)障害者加算	1	2	3	4	5	-					
2) 障害者歯科医療連携加算	1	2	3	4	5	-					
3) 歯科衛生実地指導料 1	1	2	3	4	5	-					
4) 歯科衛生実地指導料2	1	2	3	4	5	-					
5)診療情報提供料(I)	1	2	3	4	5	-					
⑤2011 (平成23) 年6月	の1 :	か月間の	の患者	延べ数	をご記	入く	ださい。				
		6 歳	未満		6 歳以. 20 歳未		20 歳 65 歳		65 歳以上 75 歳未満		75 歳以上
1)障害者加算			,	人		人		人		人	人
2) 障害者歯科医療連携加算			/	人		人		人		人	人
3) 歯科衛生実地指導料 1			/	人		人		人		人	人
4) 歯科衛生実地指導料	2		/	人		人		人		人	人
5) 診療情報提供料(I)				人		人		人		人	人

⑥来院する患者に対する最も多い治療状況 ※Oは1つだけ						
1. 鎮静法等を用いない治療						
2. 鎮静法等を用いない複数のスタッフで対応	した治療					
3. 静脈内鎮静法や吸入鎮静法等を利用した治療	寮					
4. 全身麻酔を用いた歯科治療						
5. その他(具体的に)			
⑦1 人の患者を治療する際に必要となる職員数	1. 1人	2 . 2人	3. 3人			
は何人ですか。※最もあてはまるも 1 つにO	4. 4人	5. 5人	6. 6人以上			
	⑧2011 (平成23)年3月11日の東日本大震災によって障害者歯科医療に関して、多かれ少なかれ影響があったと思いますが、貴施設では、現在においても障害者歯科医療に関して、患者数などに影響がありますか。 ※○は1つだけ					
1. 当初から影響はない。						
2. 現在も、障害者歯科医療に関して大きな影響	2. 現在も、障害者歯科医療に関して大きな影響が残っている					
3. 現在も、障害者歯科医療に関して多少影響が残っている						
4. 現在は、障害者歯科医療に関して影響はなくなっている						
5. その他 (具体的に)						
⑧−1 影響があった場合、具体的にどのような影響	がありますか。	具体的にお書きくだ	さい。			

3. 障害者歯科医療における連携状況についてお伺いします。

	1. 他の歯科診療所
	2. 病院(歯科大学病院もしくは歯学部附属病院を除く)
①連携している医療機関 ※あてはまるものすべてに〇	3. 歯科大学病院もしくは歯学部附属病院
	4. 医科の診療所
	5. 病院の医科の診療科(救急医療機関を除く)
	6. 病院(救急医療機関)
	7. 地域の口腔保健センター
	8. 障害者歯科医療センター
	9. その他(具体的に)
	1. 貴施設の電話番号を通知
②緊急時の連絡方法	2. 貴施設の医師の電話番号を通知
※あてはまるものすべてにO	3. 連携医療機関の電話番号を通知
	4. その他(具体的に)
	1. 夜間、緊急時のいずれも対応している
③緊急時の対応状況	2. 夜間(時間外)は対応していないが、時間内の緊急時は対応している
※Oは1つだけ	3. 夜間(時間外)は対応しているが、時間外の緊急時は対応していない
	4. その他(具体的に)

④貴施設では他の医療機関から紹介があった患者の受け入れ態勢が整っていますか。※あてはまるもの1つにO							
 障害の程度にかかわらずすべての患者の受け入れ態勢が整っている →質問④-1 へ 							
2. 障害の度合いにより、-	2. 障害の度合いにより、一部の患者の受け入れ態勢が整っている →質問④-1 へ						
3. 整っていない →質問⑤	3. 整っていない →質問⑤へ						
④-1 貴施設が患者を受け入れる	ることになった理由は何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇						
1. 紹介元が人手が不足して	- ていたため						
2. 紹介元が治療を行うのに	こ必要な機器がなかった						
3. 患者からの要望							
4. 設備が充実した専門施設	役に通っていた患者が、地域の歯科診療所に通院が可能となったため						
5. 患者が普段通院している	る最寄りの歯科診療所では技術的に困難な治療だったため						
6. その他(具体的に)						
	1. 障害者歯科医療が知られていない						
	2. 相談窓口や治療に関する情報が不足している						
⑤各機関との連携を推進する	3. 障害者が入ることができる設備が整っている施設が少ない						
上での課題	4. 連携する医療機関の間で情報が共有化されていない						
※あてはまるものすべてに〇	5. 緊急時に連絡することができる医療機関がない						
	6. 連携する機関間での役割(責任・権限など)が明確でない						

4. 貴施設における障害者歯科医療連携加算の届出状況等についてお伺いします。

7. その他(具体的に

①2011 (平成 23) 年 6 月現在「障害者歯科医療連携加算」		1. 届出をしている-	→質問①-1 へ			
(の施設基準の届出をしていますか。 ※Oは1つだけ		2. 届出をしていない →質問②へ			
	①-1 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準の届出 はいつですか。		西暦()年()月	
	①-2 「障害者歯科医療連携加算」の施設基準を満た		1. 周知している			
	していることを患者に	周知していますか。	2. 周知していない-	→質問②へ		
		1. 診察室や待合室、	支払窓口などの施設内は	こポスターを掲示し	ている	
	①-3 どのように患者に周	2. ホームページで告	知している			
	知していますか。 ※あてはまるものすべてに	関係施設にリーフ	レットを置いている			
	O	4. その他(具体的に)	
				(→6ページの5. 質	間①へ	
_	 	1	ある→ 5. 質問①へ	(→6ページの5. 質 2. ない→③へ	質問①へ	
	予定はありますか ※Oは1つだけ ②療所の方のみお答えください】	1.		2. tsv→3^		
	P定はありますか ※Oは1つだけ	1.		2. tsv→3^		
3 3	予定はありますか ※Oは1つだけ ②療所の方のみお答えください】	1. L a出をしない理由又は出	来ない理由は何ですか。	2. tsv→3^		
3 3	予定はありますか ※Oは1つだけ シ療所の方のみお答えください】 「障害者歯科医療連携加算」の原	1. 国出をしない理由又は出 患者が月平均 20 人未満で	来ない理由は何ですか。 である	 ない→③へ ※あてはまるもの 	すべてに〇	
3 3	予定はありますか ※Oは1つだけ ②療所の方のみお答えください】 「障害者歯科医療連携加算」の原 1. 障害者加算を算定した外来原	1. 	来ない理由は何ですか。 である 素飽和度測定器 (パルス	 ない→③へ ※あてはまるもので オキシメーター)、 	すべてに〇	
3	予定はありますか ※Oは1つだけ 参療所の方のみお答えください】 「障害者歯科医療連携加算」の原 1. 障害者加算を算定した外来原 2. 必要な機器(自動体外式除網	a出をしない理由又は出 患者が月平均 20 人未満で 動器 (AED)、経皮的酸 、救急蘇生セット(薬剤	来ない理由は何ですか。 である 素飽和度測定器 (パルス 別を含む)) を準備できた	 ない→③へ ※あてはまるもの オキシメーター)、 	すべてに〇	
3	予定はありますか ※Oは1つだけ ②療所の方のみお答えください 「障害者歯科医療連携加算」の 1. 障害者加算を算定した外来 2. 必要な機器(自動体外式除料 工呼吸・酸素吸入用のもの)	a出をしない理由又は出 患者が月平均 20 人未満で 動器 (AED)、経皮的酸 、救急蘇生セット(薬剤	来ない理由は何ですか。 である 素飽和度測定器 (パルス 別を含む)) を準備できた	 ない→③へ ※あてはまるもの オキシメーター)、 	すべてに〇	

【地域歯科診療支援病院の方のみお答えください】 ④「障害者歯科医療連携加算」の届出をしない理由をお書きください。				

- 5. 障害者歯科医療連携加算による効果についてお伺いします。
 - ①障害者歯科医療連携加算によって、歯科医療機関や障害者への歯科医療を行う上でどのような効果があると考えられますか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として 5 段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ 1 つだけOをつけてください。

0 00260.					
	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 患者のう蝕や歯周疾患が重症化しなくなった	5	4	3	2	1
2) 障害者歯科医療に係る体制を整備しやすくなった	5	4	3	2	1
3) 他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 患者のQOLが向上したように感じる	5	4	3	2	1
5) 患者の家族の安心感が増したように感じる	5	4	3	2	1
6) その他 ()	5	4	3	2	1

【すべての施設の方にお伺いします】

6. 貴施設における今後の障害者歯科医療についてお伺いします。

①障害者を受け入れる上でどのような課題がありる	ますヵ	か。 ※あてはまるものすべてに〇
1. 全身状態の管理が必要になる		2. 診療への協力が得られにくい
3. 診療に時間がかかる		4. 特殊な設備が必要になる
5. 職員の負担が大きい		6. 職員の数が足りない
7. 予約の調整が難しい		8. 採算が合いにくい
9. その他()	10. 特にない

	②今後、障害者歯科医療の実施についてどのように考えていますか。 ※あてはまるものすべてに〇							
	1. 障害者歯科医療の実施の拡充を行いたい 2. 障害者歯科医療の実施を現在のまま継続したい	,						
	│							
	↓ ②-1 上記②で「3.」を選んだ理由を具体的にお書きください。							
7.	診療報酬の基本診療料(初診料)の「障害者加算」の対象とならない患者の治療についてお伺いしま							
	す。 							
	①貴施設では、平成 22 年 4 月以降、診療報酬の基本診療料(初診料)の「障害者加算」の対象とならないが障害のある患者の治 1. 行っている 2. 行っていない							
	特)の「障害有加昇」の対象とならないが障害のめる患者の治 1. 1] うくいる							
	②診療報酬の基本診療料(初診料)の「障害者加算」の対象とならないが障害のある患者の治療を行う上で	· •						
	お困りになっている点があればご記入ください。							
8.	障害者歯科医療の問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。 							

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成22年度診療報酬改定結果検証に係る調査(平成23年度調査) 歯科医療に関する意識調査(案)

Ο.	最初に、	この調査票のご記	己入者についておうかがい	\します。	
	この調査	語のご記入者は、	患者さんご自身でしょう	うか。それともご家族の方でしょうか	۱°

1. 患者ご本人	2.	家族など(具体的に:患	者の())
3. 医療・介護関係者(具体的に)	

1. 患者さん(本日受診した方)について、おたずねします。

① 性別 1. 男	性 2. 女性	② 年齢	()歳
-----------	---------	------	---	----

- 2. 本日受診した歯科医療機関について、おたずねします。
- ① 本日受診した歯科医療機関を、いつ頃から利用していますか。※Oは1つ
 - 1. 今回が初めて2. 利用し始めてから1か月以内
 - **3**. 利用し始めてから3か月以内 **4**. 利用し始めてから6か月以内
 - 5. 利用し始めてから1年以内
 - 6. 利用し始めてから() 年くらい
 - 7. 覚えていない 8. その他(具体的に
- ② 本日受診した歯科医療機関は次のうちどれですか。※○は1つ
 - 診療所(「~診療所」「~クリニック」「~医院」などとなっています)
 - 2. 病院(「~病院」となっています。ただし、大学歯学部附属病院や歯科大学病院は除きます)
 - 3. 大学歯学部附属病院や歯科大学病院
- ③ 本日受診した歯科医療機関をどのように知りましたか。※Oは1つ
 - 1. 他の歯科医療機関からの紹介
 - 2. 歯科でない病院・診療所からの紹介
 - 3. 地区の口腔保健センターなどからの紹介
 - 4. 市役所・町村役場からの紹介
 - 5. 家族や友人・知人などからの口コミ
 - 6. ホームページなど、自分自身で探した
 - 7. その他(具体的に

- 3. 本日受けた歯科診療について、おたずねします。
- ① 本日はどのような治療を受けましたか。※あてはまるものすべてに〇
 - 1. 診察のみ (治療を受けるための練習も含みます)
 - 2. 入れ歯の製作や調整
 - 3. 冠を被せる治療やブリッジの治療
 - 4. むし歯の治療や歯の根の治療
 - 5. 歯周病(歯槽のうろう)の治療
 - 6. 歯を抜いた
 - 7. 口腔衛生指導(歯みがきの方法、口の中の病気などの対応方法の指導)
 - 8. 食べ方・飲み方の訓練(お口のリハビリ)・指導
 - 9. その他(具体的に
- ② 治療を受けてどのように感じましたか。※あてはまるもの1つに〇
 - 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
- ②-1 ②の理由を具体的にご記載ください。
- 4. 歯科診療全般について、おたずねします。
- ① 治療を受ける医療機関が、緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED(自動体 外式除細動器)、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していることで安心 感は高まりますか。※あてはまるもの1つに〇
 - 1. 大いに高まる
- 2. やや高まる
- 3. あまり高まらない
- **4.** まったく高まらない **5.** よくわからない
- ② 治療を受ける医療機関が、緊急時に適切な対応ができるよう、他の病院などと連携して いることで安心感は高まりますか。※あてはまるもの1つに〇
 - 1. 大いに高まる
- 2. やや高まる
- 3. あまり高まらない

- 4. まったく高まらない
- 5. よくわからない
- ③ 障がい者のための歯科医療を積極的に行っている歯科医師がいる歯科診療所で治療や 指導・支援を受けることによって、歯や口の健康の向上につながっていると思いますか。 ※あてはまるもの1つに〇
 - **1.** とてもそう思う
- 2. そう思う

3. どちらでもない

- 4. あまりそう思わない 5. 全くそう思わない ④ 病院や障がい者のための歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関を紹介
- してもらうことについて、評価しますか。※あてはまるもの1つに〇
 - 1. とても評価する
- 2. 評価する

3. どちらでもない

- 4. あまり評価しない 5. まったく評価しない
- ⑤ 今後、歯科医療を受けるにあたり、どのようなことを望みますか。

※あてはまるものすべてにO

- 1. どこの歯科保険医療機関でも安心して治療が受けられる環境
- 2. 専門性の高い歯科保険医療機関で安心して治療が受けられる環境
- 3. 治療器具や設備等が充実した環境
- 4. 治療に要する人員が充実した環境
- 5. 患者の全身状況や周囲の状況をよりよく理解する環境
- 6. その他(具体的に

5. 歯科医療を受ける上で、お困りになっていることやご要望などがございましたら、お 書きください。

ご協力いただき、ありがとうございました。調査専用の返信用封筒(切手は不要です)に

アンケートを入れて、お近くのポストに<u>●月●日(●)まで</u>に投函してください。

開設者様 管理者様

> 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成 23 年度調査) 「在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査」へのご協力のお願い

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22年4月の診療報酬改定により、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価の見直 しや在宅歯科医療が必要な患者に対する歯科疾患等の管理の評価の新設等を行ったほか、在宅歯 科医療に係る連携を促進するための評価の新設等及び、病院が歯科診療所と連携し、歯科診療所 において対応が困難な患者を受入れた場合の評価の新設等、在宅歯科医療及び障害者歯科医療の 推進を目的とした診療報酬の改定が行われました。

今般、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)における診療報酬改定結果検証部会のもと、 平成22年度の診療報酬改定による影響を検証するために、歯科医療機関、患者を対象に、在宅歯 科医療及び障害者歯科医療の実施や体制整備の状況等への影響や患者の意識等の把握を主な目的 として、「在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査」を実施することになりました。本調 査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となり ます。

つきましては、ご多用の折、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、平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 事業について厚生労働省から委託を受けた******株式会社が、この事業を実施し、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施することを申し添えます。

謹白

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局 **********株式会社

平成 23 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☆★☆

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

E-mail: *******

※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:*********(受付時間:10:00 ~ 17:00) %ただし、土日・祝日は除きます。

FAX: *******

各位

平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 23 年度調査) 「在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査(患者調査)」への ご協力のお願い

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

厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年毎に診療報酬(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。

直近の平成22年4月改定においては、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価の見直しや在宅歯科医療が必要な患者さんに対する歯科疾患等の管理の評価の新設等を行ったほか、在宅歯科医療に係る連携を促進するための評価の新設等及び、病院が歯科診療所と連携し、歯科診療所において対応が困難な患者さんを受入れた場合の評価の新設等、在宅歯科医療及び障害者歯科医療の推進を目的とした診療報酬の改定が行われました。この改定の影響・効果を検証するため、この度、厚生労働省では、「在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査」を行うこととしました。

本調査は、在宅歯科医療及び障害者歯科医療について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的として、検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領によりご協力をお願いすることとしております。

対象の方

・ この調査は、歯科病院・歯科診療所を受診した患者さん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 23 年**月**日(*) までに、

直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

回答期限・返送方法

- ・ ご回答の際には、当てはまる番号を○ (マル) で囲んで下さい。特に記載がない場合は、最も よく当てはまる番号1つだけに○をつけて下さい。
- ・ ()内には、具体的な数値や理由などを記入して下さい。

なお、本調査は、平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)事業について厚生労働省から委託を受けた********株式会社が、この事業を実施し、改定の結果を得る上で必要な調査であるとの判断により実施いたします。ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険 医療協議会において、患者さん(及びその家族の方)のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行 われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役 立つものとなりますので、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】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

E-mail: * * * TEL: * * * FAX: * * *