

ID

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

**かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの
影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査**

施設票

- ※ この調査票は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における歯科医療の実施状況や医療機関との連携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「ー」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、令和元年6月末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。
- ※ 特に断りのない場合は、『医療保険』の歯科診療に関してお答えください。介護保険など、医療保険以外に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。
- ※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の概要（令和元年6月末日時点）についてお伺いします。

① 開設主体 ※○は1つだけ	1. 個人 2. 法人 3. その他（具体的に ）
② 標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 歯科 2. 矯正歯科 3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科
③ 管理者の年齢 ※○は1つだけ	1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代以上
④ 医科の医療機関の併設状況 ※○は1つだけ	1. 併設している 2. 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） ※あてはまる番号すべてに○	1. 訪問看護ステーション 2. 介護医療院 3. 介護老人保健施設 4. 介護老人福祉施設 5. 居宅介護支援事業所 6. 通所介護事業所 7. 地域包括支援センター 8. サービス付き高齢者向け住宅 9. 有料老人ホーム 10. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 11. 認知症高齢者グループホーム 12. その他（具体的に： ） 13. 併設施設・事業所はない
⑥ 貴施設の歯科医師が所属している日本歯科医学会の専門分科会 （法人格名は省略） ※あてはまる番号すべてに○ ※歯科医師が複数の場合は、 1人以上所属している すべての項目に○	1. 歯科基礎医学会 2. 日本歯科保存学会 3. 日本補綴歯科学会 4. 日本口腔外科学会 5. 日本矯正歯科学会 6. 日本口腔衛生学会 7. 日本歯科理工学会 8. 日本歯科放射線学会 9. 日本小児歯科学会 10. 日本歯周病学会 11. 日本歯科麻酔学会 12. 日本歯科医史学会 13. 日本歯科医療管理学会 14. 日本歯科薬物療法学会 15. 日本障害者歯科学会 16. 日本老年歯科医学会 17. 日本歯科医学教育学会 18. 日本口腔インプラント学会 19. 日本顎関節学会 20. 日本臨床口腔病理学会 21. 日本接着歯学会 22. 日本歯内療法学会 23. 日本レーザー歯学会 24. 日本スポーツ歯科医学会 25. 日本有病者歯科医療学会 26. その他（ ）

⑦ 施設基準(届出のあるもの) ※あてはまる番号すべてに○	1. 歯科外来診療環境体制加算 1	2. 歯科診療特別対応連携加算
	3. 初診料の注1に規定する施設基準	4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
	5. 在宅療養支援歯科診療所 1	6. 在宅療養支援歯科診療所 2
	7. 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に関する施設基準(注11に規定)	
	8. 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に関する施設基準(注4に規定)	
	9. 地域医療連携体制加算	
	10. 在宅歯科医療推進加算	
	11. 上記のいずれもない	

【以下の質問(⑦-1から⑦-6)のご回答について】

- 上記⑦で「4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選んだ方 …質問⑦-1から⑦-4にご回答ください。
 ■ 上記⑦で「4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選ばなかった方 …質問⑦-5から⑦-6にご回答ください。

【質問⑦-1から⑦-4は、⑦で「4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選んだ方にお伺いします。】

⑦-1 貴施設が「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」であることを、どのように掲示・周知していますか。
 ※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1. 院内のほか、院外にも見えるように掲示している | 2. ホームページで公表している |
| 3. その他() | 4. 院内掲示以外は行っていない |

⑦-2 貴施設は、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準の経過措置が終了する令和2年3月31日以降、平成30年度診療報酬改定により定められた新たな「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準を満たし届出を行うことが可能ですか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|--------------|--------------|----------|
| 1. 可能な見込みである | 2. 困難な見込みである | 3. わからない |
|--------------|--------------|----------|

(質問⑦-2で「2.困難な見込みである」「3.わからない」と回答した方にお伺いします)

⑦-3 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準について、現時点で該当せず、また施設基準の経過措置が終了する令和2年3月31日以降も対応が困難と考える項目をお答えください。
 ※あてはまる番号すべてに○

- | |
|---|
| 1. 過去1年間の歯周病安定期治療(Ⅰ)(Ⅱ)の算定回数が計30回以上 |
| 2. 過去1年間のフッ化物歯面塗布処置、エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数が計10回以上 |
| 3. クラウン・ブリッジ維持管理料の届出を行っている |
| 4. 初診料の注1に規定する施設基準の届出を行っている |
| 5. 過去1年間に歯科訪問診療1・2の算定回数、連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数が計5回以上 |
| 6. 過去1年間の診療情報提供料、診療情報連携共有料の算定回数が計5回以上 |
| 7. 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が在籍している |
| 8. 「7」の歯科医師が、地域連携に関する会議等への参加実績*を満たしている |
| 9. 上記以外の要件 |

※平成30.3.5保医発0305第3号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」第13の2

「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(8)に定めるア～サの項目のうち、3つ以上に該当するもの

⑦-4 貴施設における、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師について該当する項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績がある
2. 地域ケア会議に年1回以上出席している
3. 介護認定審査会の委員の経験を有する
4. 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席している
5. 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1または2を算定した実績がある
6. 在宅医療・介護等に関する研修を受講している
7. 過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料または在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定がある
8. 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講している
9. 自治体が実施する事業に協力している
10. 学校歯科医等に就任している
11. 過去1年間に、歯科診療特別対応加算または初診時歯科診療導入加算を算定した実績がある

【質問⑦-5 から⑦-6 は、⑦で「4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選ばなかった方にお伺いします。】

⑦-5 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出に関する貴施設の今後の意向として、あてはまる選択肢をお選びください。 ※○は1つだけ。また、「3」、「4」を選択した場合はその理由をご記入ください。

1. 今後、施設基準を満たすことができれば、届出を行う意向がある
2. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
3. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

理由:

4. 施設基準にかかわらず、届出を行う意向はない

理由:

5. その他 ()

(質問⑦-5で「1.今後、施設基準を満たすことができれば、届出を行う意向がある」と回答した方にお伺いします)

⑦-6 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準について、現時点で不足している要件としてあてはまる項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 過去1年間の歯周病安定期治療 (Ⅰ) (Ⅱ) の算定回数が計30回以上
2. 過去1年間のフッ化物歯面塗布処置、エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数が計10回以上
3. クラウン・ブリッジ維持管理料の届出を行っている
4. 初診料の注1に規定する施設基準の届出を行っている
5. 過去1年間に歯科訪問診療1・2の算定回数、連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数が計5回以上
6. 過去1年間の診療情報提供料、診療情報連携共有料の算定回数が計5回以上
7. 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が在籍している
8. 「7」の歯科医師が、地域連携に関する会議等への参加実績*を満たしている
9. 歯科医師等が複数配置されている、また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
10. 上記以外の要件

※平成 30.3.5 保医発 0305 第 3 号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」第 13 の 2
「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(8)に定めるア～サの項目のうち、3 つ以上に該当するもの

2. 貴施設における歯科診療の実施体制および診療患者等についてお伺いします。

① 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) 歯科技工士	() 人	() 人
	4) 専門職種(看護師、言語聴覚士、管理栄養士等)	() 人	() 人
	↳ 右欄に職種をご記入ください。	(具体的に:)	
	5) その他 (歯科助手を含む事務職)	() 人	() 人
	↳ 右欄に職種をご記入ください。	(具体的に:)	

※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 医療機器等の保有台数	1) 歯科用ユニット	() 台	10) 歯科用咬合力計	() 台
	2) 歯科用ハンドピース※	() 本	11) オートクレーブ	() 台
	3) レーザー機器	() 台	12) 自動体外式除細動器(AED)	() 台
	4) 手術用顕微鏡 (マイクロスコープ)	() 台	13) 経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)	() 台
	5) ポータブルユニット	() 台	14) 酸素供給装置	() 台
	6) ポータブルエンジン (携帯用マイクロモーター)	() 台	15) 血圧計	() 台
	7) ポータブルエックス線撮影装置	() 台	16) 救急蘇生キット	() 台
	8) 咀嚼能率測定用の グルコース分析装置	() 台	17) 歯科用吸引装置 (口腔外バキューム)	() 台
	9) 舌圧測定器	() 台		

※初診料の注1の様式2の7(歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書)に示す歯科用ハンドピースを指す

③ 平成30年6月と令和元年6月の各1か月間における、患者延べ総数と患者実人数をご記入ください。

※該当患者がいない場合は「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

	平成30年6月	令和元年6月
1) 患者延べ総数(該当する月の初診患者と再診患者の延べ人数)	() 人	() 人
2) 患者実人数	() 人	() 人

④ 令和元年6月の1か月間における、以下に該当する患者実人数をご記入ください。

※該当患者がいない場合は「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

1) 他の医科医療機関から紹介を受けた患者数(実人数)	() 人
2) 他の歯科医療機関から紹介を受けた患者数(実人数)	() 人
3) 妊婦の患者数(実人数)	() 人
4) 初診料を算定した患者数(実人数)	() 人
5) 4)のうち、初診料算定以前に受診歴のある(再初診の)患者数(実人数)	() 人

<p>⑤ 令和元年 6 月の 1 か月間における、<u>患者実人数の年齢別の割合</u>をご記入ください。 ※下記 1)～4)の数値の合計が計 100(%)となるようにご記入ください。 ※ご記入いただく数値は、おおよその割合で結構です。</p>	
1) 15歳未満の患者の割合	約 () %
2) 15歳～65歳未満の患者の割合	約 () %
3) 65歳～75歳未満の患者の割合	約 () %
4) 75歳以上の患者の割合	約 () %

<p>⑥ 貴院における、<u>週あたりの延べ診療時間</u>をご記入ください。 ※貴院の標榜診療時間に基づきご記入ください。(30分は0.5時間など、時間単位に換算)</p>	() 時間
--	-------------------

3. 貴施設における、歯科診療に関する診療料及び加算の算定状況等についてお伺いします。

① 貴施設では、歯科初診料及び歯科再診料の算定にあたり、院内感染防止対策として別に厚生労働大臣が定める施設基準（歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準）に適合しているものとして届出を行っていますか。
 →行っている場合は「①-1」、行っていない場合は「①-2」をご回答ください。

①-1(届出を行っている場合) 院内感染防止対策を実施している旨の掲示・周知の方法について、あてはまる選択肢をすべてお選びください。	1. 院内のほか、院外にも見えるように掲示している 2. ホームページで公表している 3. その他（具体的に： 4. 院内掲示以外は行っていない
①-2(届出を行っていない場合) 届出を行っていない理由としてあてはまる選択肢をすべてお選びください。	1. 施設基準を満たす医療機器を保有していない 2. 院内感染防止対策に係る研修を受講している常勤の歯科医師がいない 3. 当該施設基準があることを知らなかった 4. 要件は満たしているものの特に理由はないが届出はしていない 5. その他（具体的に：

② 貴施設では、機器等の滅菌をどのような体制で行っていますか。 ※○は1つだけ			
1. 施設内の滅菌器（オートクレーブ等）で行っている		2. 外部業者等に依頼して行っている	
「1. 施設内の滅菌器（オートクレーブ等）で行っている」場合は、滅菌の実施回数および実施する主な時間帯についてお答えください。	実施回数	1 日（ ）回	
	実施する主な時間帯 ※あてはまるもの 全てに○	1. 1 日の診療開始前 3. 1 日の診療終了後	2. 午前と午後の診療の間 4. 特に決めておらず随時行う

③ 令和元年 6 月の 1 か月間における、歯科疾患管理料の以下の算定状況等をお答えください。	
1) 歯科疾患管理料の算定患者数	() 人
2) 歯科疾患管理料 文書提供加算の算定回数	() 回
3) 歯科疾患管理料の算定にあたり、患者への文書提供を行わないことがある場合はその理由 ※全ての患者に文書提供を行っている場合は回答不要です。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 患者が希望しないため 2. 特に文書が必要な際のみ提供しているため 3. 手間と診療報酬が見合わないため 4. 患者の窓口負担が増えてしまうため 5. 特に理由はない

4) 1) (歯科疾患管理料の算定患者数)のうち、初診の患者数		() 人						
5) 4)のうち、本調査票記入日時点で再診を行っていない患者数		() 人						
6) 再診を行わなかった理由別人数	初診時の処置等に対する経過観察中であり、明確な予約日時を決めていなかったため	() 人						
	予定している次回再診日が本調査票記入日以降であるため	() 人						
	予約日時を決めたが患者が来院しなかったため	() 人						
	翌月以降に初診に該当する行為があり、再診料ではなく初診料を算定したため	() 人						
7) 歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数		() 回						
8) 歯科疾患管理料 総合医療管理加算の算定回数		() 回						
9) 歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算の算定回数		() 回						
10) (小児口腔機能管理加算の算定回数が1回以上の場合) 小児口腔機能管理加算を算定した患者が、算定時に該当していた症状 ※令和元年6月の当加算算定患者をランダムに5名(Aさん～Eさん)選び、その各患者について、該当する症状の欄すべてに○をつけてください。 ※5名に満たない場合は、算定患者全員についてご記入ください。			Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん	
	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある						
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある						
		咀嚼に影響するう蝕がある						
		強く咬みしめられない						
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる						
		偏咀嚼がある						
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)						
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等						
	構音機能	構音に障害がある						
		口唇の閉鎖不全がある						
		口腔習癖がある						
		舌小帯に異常がある						
	栄養(体格)	やせ、または肥満である						
	その他	口呼吸がある						
		口蓋扁桃等に肥大がある						
睡眠時のいびきがある								
上記以外の問題点								
11) (小児口腔機能管理加算の算定回数が0回の場合) 算定していない理由 ※あてはまる番号すべてに○		1. 該当する患者がいらない 2. 指導・管理の方法がわからない 3. 算定要件がよくわからない 4. 検査・診察等に時間がかかる 5. 診療報酬が低い 6. 特段の理由はないが算定していない 7. その他 (具体的に：)						

12) 歯科疾患管理料 口腔機能管理加算の算定回数		() 回				
13) (口腔機能管理加算の算定回数が1回以上の場合) 口腔機能管理加算を算定した患者が、算定時に該当していた症状 ※令和元年6月の当加算算定患者をランダムに5名(Aさん～Eさん)選び、その各患者について、該当する症状の欄すべてに○をつけてください。 ※5名に満たない場合は、算定患者全員についてご記入ください。	口腔衛生状態不良	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
	口腔乾燥					
	咬合力低下					
	舌口唇運動機能低下					
	低舌圧					
	咀嚼機能低下					
	嚥下機能低下					
	14) (口腔機能管理加算の算定回数が0回の場合) 算定していない理由 ※あてはまる番号すべてに○		1. 該当する患者がいない 2. 診断に必要な機器を持っていない 3. 指導・管理の方法がわからない 4. 算定要件がよくわからない 5. 検査・診察等に時間がかかる 6. 診療報酬が低い 7. 特段の理由はないが算定していない 8. その他 (具体的に :)			

④ 令和元年6月の1か月間における歯科治療時医療管理料の算定回数等をお答えください。	
1) 歯科治療時医療管理料の算定回数	() 回
2) 歯科治療時医療管理料を算定した患者に該当する疾患として多いものを3つまでお答えください。 ※○は3つまで	
1. 高血圧性疾患 2. 虚血性心疾患 3. 不整脈 4. 心不全 5. 脳血管障害 6. 喘息 7. 慢性気管支炎 8. 糖尿病 9. 甲状腺機能低下症 10. 甲状腺機能亢進症 11. 副腎皮質機能不全 12. てんかん 13. 慢性腎不全 14. その他 ()	

⑤ 令和元年6月の1か月間における以下の算定回数等をお答えください。				
1) 歯科訪問診療		歯科訪問診療1	歯科訪問診療2	歯科訪問診療3
		() 回	() 回	() 回
2) 歯周病安定期治療		1歯以上 10歯未満	10歯以上 20歯未満	20歯以上
	歯周病安定期治療(Ⅰ)	() 回	() 回	() 回
	歯周病安定期治療(Ⅱ)	() 回	() 回	() 回
3) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料		1歯以上 10歯未満	10歯以上 20歯未満	20歯以上
		() 回	() 回	() 回
4) 歯科口腔リハビリテーション料1				() 回
5) 歯科疾患在宅療養管理料 在宅総合医療管理加算				() 回
6) フッ化物歯面塗布処置(う蝕多発傾向者の場合)				() 回
7) フッ化物歯面塗布処置(在宅等療養患者の場合)				() 回

8)フッ化物歯面塗布処置(エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合)		() 回	
9)連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数		() 回	
10)診療情報提供料(Ⅰ)・(Ⅱ)(※合計)		() 回	
11)診療情報連携共有料	() 回	12)抜髄(3根管以上に限る)	() 回
13)抜歯手術(乳歯を除く)	() 回	14)新製有床義歯管理料1・2(※合計)	() 回
15)クラウン・ブリッジ維持管理料 (歯冠補填物に限る)	() 回	16)感染根管処置(3根管以上に限る)	() 回
17)う蝕歯即時充填形成	() 回	18)歯周基本検査(20歯以上に限る)	() 回
19)歯周精密検査 (20歯以上に限る)	() 回	20)咀嚼能力検査	() 回
21)咬合圧検査	() 回	22)舌圧検査	() 回

4. 貴施設における、歯科診療に関する取組全般およびお考え等についてお伺いします。

① 令和元年6月の1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 ※周術期等口腔機能管理を除く	1. あり	2. なし
2) 医科医療機関からの周術期等口腔機能管理に関する依頼	1. あり	2. なし
3) 医科医療機関での栄養サポートチーム等への参加	1. あり	2. なし
4) 退院時共同指導の実施	1. あり	2. 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)	1. あり	2. 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)	1. あり	2. 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	1. あり	2. なし
8) 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)	1. あり	2. なし
9) 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)	1. あり	2. なし

② 令和元年6月の1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) 介護医療院・介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加	1. あり	2. なし
2) 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)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加	1. あり	2. なし
3) 口腔衛生管理加算を算定している施設等との連携	1. あり	2. なし
4) 口腔衛生管理体制加算を算定している施設等との連携	1. あり	2. なし
5) 協力歯科医療機関となっている介護保険施設等	1. あり	2. なし
6) 地域包括支援センターとの患者情報共有	1. あり	2. なし

③ 貴施設が、他の歯科診療所よりも優れていると考える点をご記入ください。

※あてはまる番号すべてに○

1. 患者の全身状態を把握し、その状態に基づいた適切な歯科診療を行っている
2. 歯科診療を行う中で、必要に応じ他の医療機関を紹介し、必要な診療につなげている
3. 高度な画像診断、治療設備を有している
4. セルフケアの技術、知識について具体的に指導している
5. 患者の生活習慣改善に関わる指導を積極的に行っている
6. 患者のライフステージに応じた歯科診療、歯科疾患の継続管理を行っている
7. 新しい技術、歯科材料等を積極的に導入している
8. スタッフへの研修が充実している
9. 歯科衛生士による患者指導が徹底している
10. 複数の歯科医師が勤務しており、十分な症例検討を行える
11. 認定医・専門医資格の積極的な取得を推進している
12. 機器の適切な滅菌・洗浄に加えラッピングを行うなど、感染対策を徹底している
13. 学会への参加等、積極的な自己研鑽を推進している
14. その他（具体的に： _____）

④ 貴施設は、どのような歯科診療所が地域包括ケアシステムに貢献している歯科診療所であると考えますか。以下の観点であてはまると考える番号をお選びください。また、その内容を具体的に記入してください。

※あてはまる番号すべてに○

1. 地域保健活動（具体的に： _____）
2. 多職種連携（具体的に： _____）
3. 外来診療（具体的に： _____）
4. 訪問診療（具体的に： _____）
5. その他（具体的に： _____）

⑤ 貴施設において、口腔内の状態説明、治療法の選択等において、患者の理解が深まるよう、紙面やモニターを用いて行っているものをご記入ください。

※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 口腔内の状況の説明 | 2. 治療回数、期間等の説明 |
| 3. 治療内容の説明 | 4. 治療の概算費用の説明 |
| 5. 治療法別のメリット、デメリットの説明 | 6. 抜歯等の手術への同意書の取得 |
| 7. その他（具体的に： _____） | |

⑥ 地域における在宅医療・介護を推進するために、貴施設が取り組んでいる内容をご記入ください。
※「1」から「7」は、あてはまる番号すべてに○

1. 個別の患者に関する他の医療機関との情報共有
2. 個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者との情報共有
3. ネットワークを有する他の医療機関・介護関係者等との定期的な情報交換
4. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、研修会等）への参加
5. 地域歯科保健活動への参加
6. お薬手帳を用いた患者情報の共有
7. その他（具体的に： _____）
8. 特に行っている取組はない

5. 明細書（公費負担医療を含む。）の無料発行についてお伺いします。

① 貴施設における明細書の発行状況として、自己負担のある患者、ない患者それぞれについて、最もあてはまるものを選んでください。なお、明細書発行体制加算を算定し、それ以外の費用を徴収していない場合は「無料で発行している」とお答えください。

※太枠内のうち、「自己負担のある患者」の列、「自己負担のない患者」の列のそれぞれについて、○を1つずつご記入ください。

自己負担のある患者	自己負担のない患者	
		1. 原則として全患者に無料で発行している
		2. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、無料で発行している
		3. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、有料で発行している
		4. 「正当な理由」の届出をし、明細書の発行は行っていない
		5. 明細書の無料発行が義務付けられていないため、明細書の発行は行っていない

→【②～④には、①で「2」「3」「4」のいずれかに○を記入した診療所の方のみ、ご回答ください。】

② 貴施設が該当する「正当な理由」はなんですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため
2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、改修が必要であるため

③ 貴施設では、今後、全患者に対する明細書の無料発行についていつまでに対応する予定ですか。
※○は1つだけ。「1」を選んだ場合は、（ ）内に具体的な年月をご記入ください

1. 令和（ ）年（ ）月頃までに対応する予定
2. 未定

④ 貴施設では、全患者に明細書を無料で発行する場合に何かお困りになることがありますか。
※○は1つだけ

1. ある → 質問④-1へ
2. ない

④-1 お困りになることの内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 初期費用がかかる
2. 運用経費がかかる
3. 明細書発行に伴って業務負担が増加する
4. 会計等の患者の待ち時間が長くなる
5. その他（具体的に： _____）

質問は以上です。ご協力有難うございました。