

ID

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）  
在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

歯科医療機関調査票

※ 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訪問診療の実施状況や医科医療機関との連携状況等についてお伺いするものです。

※ この調査票は、歯科訪問診療を実施していない場合も、設問に沿ってご回答をお願いいたします。

※ 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、令和4年10月1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』の歯科訪問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4年10月1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歳代    2. 30歳代    3. 40歳代    4. 50歳代    5. 60歳代    6. 70歳代以上		
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 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) 看護師・准看護師	(                      )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
<p>※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。</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>			

⑥ 医療機器等の保有台数	1) 歯科用ユニット	(                    )台
	2) 歯科用ポータブルユニット	(                    )台
	3) 歯科用ポータブルエンジン(携帯用マイクロモーター)	(                    )台
	4) 歯科用ポータブルバキューム	(                    )台
	5) 歯科用ポータブルレントゲン	(                    )台
	6) 咀嚼能率測定用のグルコース分析装置	(                    )台
	7) 歯科用咬合力計	(                    )台
	8) 舌圧測定器	(                    )台
	9) 口腔外バキューム	(                    )台
	10) 口腔細菌定量分析装置	(                    )台
⑦ 施設基準(届出のあるもの) ※あてはまる番号すべてに○	1. 在宅療養支援歯科診療所1 2. 在宅療養支援歯科診療所2 3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 4. 歯科外来診療環境体制加算1 5. 歯科診療特別対応連携加算 6. 歯科疾患管理料の総合医療管理加算(注11に規定する)及び歯科治療時医療管理料 7. 歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算(注4に規定する)及び在宅患者歯科治療時医療管理料 8. 地域医療連携体制加算 9. 在宅歯科医療推進加算 10. 歯科訪問診療料の注13に規定する基準(歯訪問) 11. 上記のいずれもない	

次にご回答いただく設問については、⑦のご回答状況に応じて以下の通りご回答ください。

⑦のご回答状況	次にご回答いただく設問
質問⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」と回答した施設	⑦-1(P3)
質問⑦で「2. 在宅療養支援歯科診療所2」と回答した施設	⑦-1(P3)
質問⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」のいずれも選択していない施設	⑦-3(P4)
質問⑦で「8. 地域医療連携体制加算」を選択していない施設	⑦-4(P5)
質問⑦で「9. 在宅歯科医療推進加算」を選択していない施設	⑦-5(P5)
上記以外の施設	⑧(P5)

【質問⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」又は「2. 在宅療養支援歯科診療所2」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑦-1 貴施設が在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2であることで、貴施設及び患者・地域への利点となっていると考えるものをお答えください。※○はいくつでも。うち、最もあてはまると考えるもの1つには◎

1. 地域における歯科訪問診療を円滑に行う体制が確保される
2. 地域において、高齢者の心身の特性を踏まえた歯科治療や、口腔機能の管理等に対応できる
3. 地域において、診療所や病院との連携が円滑に行える
4. ケアマネジャーとの連携等、医療・介護連携が円滑に行える
5. 貴施設の収益・経営面で有効である
6. その他（ ）

【質問⑦で「2. 在宅療養支援歯科診療所2」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑦-2 貴施設が「在宅療養支援歯科診療所1」の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。  
※あてはまる番号すべてに○。「5」を選択した場合は、その理由を記入してください。

1. 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計18回以上算定していないため
2. 過去1年間に、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議の参加、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力や、歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績がないため
3. 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は2、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、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又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定がないため
4. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
5. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

理由

6. その他（ ）

【質問⑦で「1. 在宅療養支援歯科診療所1」「2. 在宅療養支援歯科診療所2」のいずれも選択していない施設の方にお伺いします。】

⑦-3 貴施設が「在宅療養支援歯科診療所」の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。

※あてはまる番号すべてに○。「6」を選択した場合は、歯科訪問診療料の算定回数としてあてはまるものに○を記入してください。「7」を選択した場合は、該当しない事項としてあてはまるものに○を記入してください。「10」を選択した場合は、その理由を記入してください。

1. 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計4回以上算定していないため
2. 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含むもの)、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていないため
3. 歯科衛生士が配置されていないため
4. 歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医の指定、及び、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等に関する患者又は家族への説明・文書による提供を実施していないため
5. 歯科訪問診療に係る後方支援の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ていないため
6. 過去1年間における、在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定件数の実績が5回以上でないため

「6」に○をつけた場合、過去1年間の当該歯科訪問診療料の算定回数に○をつけてください

1. 0回    2. 1~4回

7. 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の場合、以下の①～⑦のうち、いずれかに該当しないため。

「7」に○をつけた場合、該当しない項目に○をつけてください。

- ①過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けている
- ②直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定している
- ③在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務している
- ④歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有している
- ⑤歯科訪問診療において、過去1年間の抜髄及び感染根管処置の算定実績が合わせて20回以上である
- ⑥歯科訪問診療において、拔牙手術の算定実績が20回以上である
- ⑦歯科訪問診療において、有床義歯を新製した回数、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回以上である(それぞれの算定実績は5回以上である)

8. 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を地方厚生(支)局長に報告できないため
9. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
10. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

理由

11. その他( )

【質問⑦で「8. 地域医療連携体制加算」を選択していない施設の方にお伺いします。】

⑦-4 地域医療連携体制加算を届出していない理由について、あてはまる選択肢をお選びください。  
※あてはまる番号すべてに○。

1. 地域歯科診療支援病院との連携体制を確保していないため
2. 連携先の地域歯科診療支援病院が歯科訪問診療を行っていないため
3. 歯科訪問診療を行う体制が整備されている他の医療機関との連携体制を確保していないため
4. その他（ ）

【質問⑦で「9. 在宅歯科医療推進加算」を選択していない施設の方にお伺いします。】

⑦-5 在宅歯科医療推進加算を届出していない理由について、あてはまる選択肢をお選びください。  
※あてはまる番号すべてに○。

1. 歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人未満であるため
2. 歯科訪問診療1の算定割合が、6割未満であるため
3. その他（ ）

【以降の設問については、個別に指定がある場合を除き、皆様ご回答ください。】

⑧ 医療情報連携ネットワーク※への参加の有無

※地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

1. 参加あり
2. 参加なし

⑨ 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用しているかお選びください。※○は1つだけ  
また、「1. ICTを活用している」を選んだ場合、活用しているICTを全てお選びください。

1. ICTを活用している



活用しているICT  
※あてはまる番号  
すべてに○

- |                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| 11. メール                 | 12. 電子掲示板                   |
| 13. グループチャット            | 14. 汎用ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） |
| 15. 専用アプリ               | 16. 地域医療情報連携ネットワーク          |
| 17. 自院を中心とした専用の情報連携システム |                             |
| 18. その他（具体的に： ）         |                             |

2. ICTを活用していない

※以下の設問についてのみ、令和4年3月31日時点の施設基準の届出について、ご記入ください。

⑩ 貴施設の令和4年3月31日時点の施設基準の届出として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 1. 在宅療養支援歯科診療所1       | 2. 在宅療養支援歯科診療所2 |
| 3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 | 4. いずれもない       |

2. 貴施設における歯科訪問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 貴施設における令和3年10月～令和4年9月の歯科訪問診療等の実施状況について、あてはまる選択肢をお選びください。  
※○は1つだけ

1. 歯科訪問診療等を専門に行っている（外来診療は5%未満）（→質問②以降へ）
2. 歯科訪問診療等を実施している（→質問②以降へ）
3. 直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない（→質問①-1へ）
4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない（→質問①-1へ）
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）（→質問②以降へ）

【質問①で「3. 直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない」又は「4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない」と回答した施設の方にお伺いします。】

①-1 歯科訪問診療等を実施し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。

※あてはまる番号すべてに○。「3」を選択した場合は特に確保が困難なスタッフとしてあてはまるものに○を記入。

1. 歯科訪問診療の依頼がないから（ニーズがあれば対応は可能）
2. 歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから
3. 人員（歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフ）が確保できないから
4. 歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから
5. 歯科訪問診療を実施している他の歯科医療機関に紹介しているから
6. 全身的な疾患を有する患者に対し、歯科治療を行うのが困難だから
7. 歯科訪問診療中に患者の急変等が発生した場合の対応に不安があるから
8. 他機関・多職種との連携を構築することが難しいから
9. 診療報酬上の評価が低いから
10. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

「3」に○をつけた場合、特に確保が困難なスタッフに○をつけてください。※○は1つだけ

1. 歯科医師
2. 歯科衛生士
3. その他のスタッフ

② 貴施設における令和3年10月～令和4年9月の周術期等口腔機能管理の実施状況について、あてはまる選択肢をお選びください。※○は1つだけ

1. 外来診療のみ行っている
2. 訪問診療のみ行っている
3. 外来、訪問診療ともに行っている
4. 外来、訪問診療ともに行っていない

※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。

11. 周術期等口腔機能管理に関する知識が乏しい
12. 周術期等口腔機能管理の依頼がない
13. 算定方法が分からない
14. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

③ 令和3年4月～6月、7月～9月、令和4年4月～6月、7月～9月の各3か月間の1) 歯科外来患者総数（該当する月の初診患者と再診患者の延べ人数）、2) 歯科外来患者の実人数（該当する月のレセプト件数）をご記入ください。  
注）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。

	令和3年 4月～6月	令和3年 7月～9月	令和4年 4月～6月	令和4年 7月～9月
1) 歯科外来患者総数（延べ人数） ※ 歯科訪問診療を実施した患者数は除く	( )人	( )人	( )人	( )人
2) 歯科外来患者数（実人数） ※ 歯科訪問診療を実施した患者数は除く	( )人	( )人	( )人	( )人

⇒ 歯科訪問診療を実施していない場合は、質問は以上です。ご協力有難うございました。

④ 貴施設が歯科訪問診療を開始した時期として、あてはまる選択肢をお選びください。※○は1つだけ

1. 1年以内      2. 3年以内      3. 5年以内      4. それ以前(西暦      年頃)      5. 不明

⑤ 令和3年4月～6月、7月～9月と令和4年4月～6月、7月～9月の各3か月間の 1) 歯科訪問診療を実施した患者総数(該当する月の歯科訪問診療を実施した患者の延べ人数)、3) 歯科訪問診療を実施した患者の実人数(該当する月のレセプト件数)をご記入ください。

注) 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。

	令和3年 4月～6月	令和3年 7月～9月	令和4年 4月～6月	令和4年 7月～9月
1) 歯科訪問診療を実施した患者総数(延べ人数)	(      )人	(      )人	(      )人	(      )人
2) 1)のうち、定期的に歯科訪問診療を実施した患者総数(延べ人数)	(      )人	(      )人	(      )人	(      )人
3) 歯科訪問診療を実施した患者数(実人数)	(      )人	(      )人	(      )人	(      )人
4) 3)のうち、定期的に歯科訪問診療を実施した患者数(実人数)	(      )人	(      )人	(      )人	(      )人

⑥ 令和4年7月～9月の3か月間に貴施設として歯科訪問診療等を行った日数をご記入ください。

注) 歯科医師もしくは歯科衛生士等が複数で実施している場合でも、貴施設として実施した日を1日としてカウントしてください。

1) 貴施設として歯科医師が歯科訪問診療を行った日数	(      )日
2) 貴施設として歯科医師の指示のもとに、歯科衛生士等が訪問歯科衛生指導(居宅療養管理指導を含む)を実施した日数 ※歯科医師に同行した場合は含みません。	(      )日

⑦ 令和4年7月～9月の3か月間に、歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数についてご記入ください。

1) 歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数 ※マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位	(      )か所
2) 1)のうち 自宅 <sup>※1</sup>	(      )か所
3) 1)のうち 病院	(      )か所
4) 1)のうち 介護保険施設 <sup>※2</sup>	(      )か所
5) 1)のうち 居住系高齢者施設 <sup>※3</sup>	(      )か所
6) 1)のうち その他 (具体的に:      )	(      )か所

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て(持家・借家問わず)、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。

※3「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

⑧ 令和4年7月～9月の3か月間に、新規で歯科訪問診療を実施した患者についてご記入ください。			
1) 新規で歯科訪問診療を実施した患者の実人数(人)		( )人	
2) 1)のうち自院に通院歴のある患者		( )人	
3) 1)のうち次の他歯科医療機関からの紹介患者	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	( )人	
	上記以外の病院・診療所	( )人	
4) 1)のうち次の医科医療機関からの紹介患者	在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所	( )人	
	上記以外の病院・診療所	( )人	
5) 1)のうち医療機関以外からの紹介患者	介護保険施設等	( )人	
	居宅介護支援事業所等	( )人	
	その他(地域包括支援センター、在宅医療連携拠点等)	( )人	

⑨ 貴施設において、令和4年4月～令和4年9月の6か月間に歯科のある(歯科を標榜している)病院への歯科訪問診療等の実施はありますか。	
1. あり    2. なし	
【⑨で「1.あり」の場合】	
⑨-1 貴施設において、令和4年4月～令和4年9月の6か月間に歯科のある(歯科を標榜している)病院への歯科訪問診療等の実施内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 周術期等口腔機能管理計画の策定 3. 口腔衛生指導 5. 口腔機能に係る指導管理・訓練 7. う蝕治療 9. 抜歯 11. 義歯調整、有床義歯修理、有床義歯内面適合法 13. その他(具体的に:	2. 周術期等口腔機能管理の実施 4. 摂食機能療法 6. 歯周病検査、歯周基本治療 8. 抜髄、感染根管治療等の歯内療法 10. 義歯製作 12. 栄養サポートチームへの参画 )



3. 貴施設における、歯科訪問在宅療養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令和3年7月～9月と令和4年7月～9月の3か月間に歯科訪問診療等を行った患者の実人数と、歯科訪問診療料等の算定回数 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。（以降の設問も同様）		令和3年 7月～9月	令和4年 7月～9月
1) 歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数（人）（レセプト件数） ※同じ患者に2回診療した場合も「1人」		( ) 人	( ) 人
歯科訪問診療1	2) 患者1人につき診療に要した時間が <u>20分以上</u>	( ) 回	( ) 回
	3) 患者1人につき診療に要した時間が <u>20分未満</u>	( ) 回	( ) 回
	4) 3)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は患者の状態により20分以上の診療が困難な場合	( ) 回	( ) 回
歯科訪問診療2	5) 患者1人につき診療に要した時間が <u>20分以上</u>	( ) 回	( ) 回
	6) 患者1人につき診療に要した時間が <u>20分未満</u>	( ) 回	( ) 回
	7) 6)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合	( ) 回	( ) 回
歯科訪問診療3	8) 患者1人につき診療に要した時間が <u>20分以上</u>	( ) 回	( ) 回
	9) 患者1人につき診療に要した時間が <u>20分未満</u>	( ) 回	( ) 回
10) 【介護保険】居宅療養管理指導費（歯科医師）		( ) 回	( ) 回
11) 【介護保険】歯科医師が居宅療養管理指導を行った患者の実人数（人）		( ) 人	( ) 人
12) 【介護保険】居宅療養管理指導費（歯科衛生士等）		( ) 回	( ) 回
13) 【介護保険】歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、居宅療養管理指導を行った患者の実人数（人）		( ) 人	( ) 人


② 歯科訪問診療料への各種加算（歯科訪問診療補助加算、歯科訪問診療移行加算、通信画像情報活用加算）の算定回数をお答えください。		歯科訪問診療1	歯科訪問診療2	歯科訪問診療3
1) 令和4年7月～9月の3か月間の歯科訪問診療補助加算の算定回数	同一建物居住者以外	( ) 回	( ) 回	( ) 回
	同一建物居住者	( ) 回	( ) 回	( ) 回
2) 令和4年7月～9月の3か月間における歯科訪問診療移行加算の算定回数		( ) 回		
3) 令和4年7月～9月の3か月間における通信画像情報活用加算の算定回数		( ) 回	( ) 回	

②-1 通信画像情報活用加算の算定回数の無い場合、その理由として、あてはまる選択肢をお選びください。  
※該当するもの全てに○

1. 実施予定はないため
2. 実施予定ではあるが、情報通信機器が用意できなかったため
3. 実施予定ではあるが、対象となる患者がいなかったため
4. 実施予定であり、対象となる患者もいたが、患者の状態により口腔内の状態等を撮影できなかったため
5. 実施はしたが、得られた情報を次の歯科訪問診療に活用できず、算定できなかったため
6. その他( )

③ 在宅歯科医療において、ICT(情報通信技術)を用いた診療の実施状況についてご回答ください。※○は1つだけ  
また、「1. 実施あり」を選んだ場合、ICTを用いた診療の内容をすべてお選びください。

1. 実施あり

	診療の内容 ※あてはまる番号 すべてに○	11. 患者家族への助言等 13. 口腔機能管理等の指導管理 15. 緊急時の対応 17. その他(具体的に: )	12. 処方 14. 摂食嚥下障害の評価 16. 専門医との連携

2. 実施なし

④ 令和4年7月～9月の3か月間に訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数と、訪問歯科衛生指導料及び在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数をお答えください。

1) 歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人)		( )人			
2) 訪問歯科衛生指導料の算定回数		単一建物診療患者数			
		1人	2～9人以下	10人以上	
		歯科訪問診療算定日から1か月以内	( )回	( )回	( )回
		歯科訪問診療算定日から2か月以内	( )回	( )回	( )回
3) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数		( )回			

⑤ 令和4年7月～9月の3か月間における訪問歯科衛生指導料の算定について、患者への指導内容別の回数をお答えください。

	単一建物診療患者数		
	1人	2～9人以下	10人以上
1) 口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む)	( )回	( )回	( )回
2) 有床義歯の清掃指導	( )回	( )回	( )回
3) 口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導	( )回	( )回	( )回

⑥ 令和4年7月～9月の3か月間における歯科疾患在宅療養管理料及び在宅総合医療管理加算の算定の有無をお答えください。

1) 歯科疾患在宅療養管理料の算定の有無	1. あり	2. なし
2) 在宅総合医療管理加算の算定の有無	1. あり	2. なし

⑦ 令和4年7月～9月の3か月間の在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数及び患者の実人数についてお答えください。		
1)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数		
	摂食機能障害を有する患者	( )回
	口腔機能低下症を有する患者	( )回
	その他の患者	( )回
2)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を行った患者の実人数		
	摂食機能障害を有する患者	( )人
	口腔機能低下症を有する患者	( )人
	その他の患者	( )人
3)その他の患者としてどのような患者に実施しましたか。		具体的に(自由記載)

【質問⑦の1)で算定回数がいずれも「0(ゼロ)回」の施設の方にお伺いします。】

↓	⑦-1 貴施設が在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定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。※あてはまる番号すべてに○
	1. 対象となる患者がいないから 2. 依頼がないから 3. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから 4. 口腔リハビリテーション指導・管理を行う上で、急変時の対応に不安があるから 5. 患者の特性を踏まえた口腔リハビリテーション指導・管理の知識・技術が十分でないと感じるから 6. 実施に必要な医療機器等を整備していないから 7. 実施に必要な人員体制が不足しているから 8. 算定方法がわからないから 9. 介護保険の(介護予防)居宅療養管理指導費が算定されているから 10. その他(具体的に: )

⑧ 令和4年7月～9月の3か月間における歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定患者に対する栄養サポートチーム等連携加算の算定の有無についてお答えください。		
1)栄養サポートチーム等連携加算1の算定の有無	1. 算定あり	2. 算定なし
2)栄養サポートチーム等連携加算2の算定の有無	1. 算定あり	2. 算定なし
【質問⑧の1)、2)ともに「2. 算定なし」と回答した施設の方にお伺いします。】		
⑧-1 栄養サポートチーム等連携加算1、2を算定していない理由をご記入ください。※○は1つだけ		
1. 依頼がないため実施していない 2. 依頼があったとしても実施しない 3. 実施しているが算定できない		
【質問⑧ 2)で栄養サポートチーム等連携加算2が「1.算定あり」と回答した施設の方にお伺いします。】		
⑧-2 栄養サポートチーム等連携加算2を算定した場合の訪問先をご記入ください。※○はあてはまる番号すべてに○		
1. 介護保険施設 2. 居住系高齢者施設 3. その他(具体的に: )		

⑨ 令和4年7月～9月の3か月間の小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数及び患者の実人数についてお答えください。		
1)小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数		
	15歳未満の患者	( )回
	15歳以上18歳未満の患者	( )回
	18歳以上で継続的な管理が必要な患者	( )回
	その他の患者	( )回
2)小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を行った患者の実人数		
	15歳未満の患者	( )人
	15歳以上18歳未満の患者	( )人
	18歳以上で継続的な管理が必要な患者	( )人
	その他の患者	( )人
3)その他の患者としてどのような患者に実施しましたか。		具体的に(自由記載)

【質問⑨の1)で算定回数がいずれも「0(ゼロ)回」の施設の方にお伺いします。】

↓	⑨-1 貴施設が小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定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。※あてはまる番号すべてに○
	1. 対象となる患者がいらないから 2. 依頼がないから 3. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから 4. 口腔リハビリテーション指導・管理を行う上で、急変時の対応に不安があるから 5. 患者の特性を踏まえた口腔リハビリテーション指導・管理の知識・技術が十分でないと感じるから 6. 実施に必要な医療機器等を整備していないから 7. 実施に必要な人員体制が不足しているから 8. 算定方法がわからないから 9. 介護保険の(介護予防)居宅療養管理指導費が算定されているから 10. その他(具体的に: )

⑩ 令和4年7月～9月の3か月間における小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定患者に対する小児栄養サポートチーム等連携加算の算定の有無についてお答えください。			
1)小児栄養サポートチーム等連携加算1の算定の有無		1. 算定あり	2. 算定なし
【質問⑩ 1)で「1.算定あり」と回答した施設の方にお伺いします。】			
⑩-1 小児栄養サポートチーム等連携加算1を算定した患者に対し、主に実施されたことをお答えください。※○は1つだけ			
1. 栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した 2. 口腔ケアチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した 3. 摂食嚥下チームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加した 4. その他（ ）			
2)小児栄養サポートチーム等連携加算2の算定の有無		1. 算定あり	2. 算定なし
【質問⑩ 2)で「1.算定あり」と回答した施設の方にお伺いします。】			
⑩-2 小児栄養サポートチーム等連携加算2を算定した患者に対し、主に実施されたことをお答えください。※○は1つだけ			
1. 経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加した 2. 施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加した 3. その他（ ）			
【質問⑩1)、2)ともに「2.算定なし」と回答した施設の方にお伺いします。】			
⑩-3 小児栄養サポートチーム等連携加算1、2を算定していない理由をご記入ください。※○は1つだけ			
1. 依頼がないため実施していない 2. 依頼があったが実施できなかった（理由： ） 3. 実施しているが算定できない（理由： ）			
⑪ 令和4年7月～9月の3か月間における口腔機能管理料の算定の有無及び患者の実人数についてお答えください。			
1) 口腔機能管理料の算定の有無	50歳以上65歳未満の患者	1. 算定あり	2. 算定なし
	65歳以上の患者	1. 算定あり	2. 算定なし
2) 口腔機能管理料を行った患者の実人数	50歳以上65歳未満の患者	（ ）人	
	65歳以上の患者	（ ）人	
⑫ 令和4年7月～9月の3か月間における非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定回数をお答えください。		（ ）回	
⑬ 令和4年7月～9月の3か月間における口腔細菌定量検査の算定回数をお答えください。		（ ）回	

4. 貴施設における、他の医療機関等との連携状況についてお伺いします。

①貴施設では、在宅歯科医療の提供にあたり、連携している後方支援機能を有する歯科医療機関※はありますか。

1. あり

2. なし

※ここでいう後方支援機能を有する歯科医療機関は、在宅療養支援歯科診療所の場合、歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関（歯科医療機関）、在宅療養支援歯科診療所以外の場合、在宅療養支援歯科診療所に準ずる、緊急時等に歯科訪問診療等を行っている歯科医療機関をいいます。

【①で「1.あり」の場合】

②連携歯科医療機関の数、および当該歯科医療機関と連携している理由であてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び、記入。

※1～4の種別ごとに施設数を記入。

1施設以上ある場合は、連携理由として多くの施設にあてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び、記入。

病院	1. 地域歯科診療支援病院	( )施設			
	2. 地域歯科診療支援病院以外の歯科に係る診療科を標榜する病院	( )施設			
診療所	3. 在宅療養支援歯科診療所	( )施設			
	4. 上記以外の歯科診療所	( )施設			

選択肢からあてはまる番号を記入

【選択肢】

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. 従来からの知り合いの歯科医療機関・歯科医師であるため  | 2. 貴施設の近隣にあるため               |
| 3. 高度・先進の医療機器・設備を有しているため       | 4. 専門医・認定医を有するなど技術等への信頼があるため |
| 5. 貴施設での対応が困難な疾患・診療科への対応が可能のため |                              |
| 6. 特段の理由はない                    | 7. その他                       |

【①で「1.あり」の場合】

③貴施設が歯科訪問診療において後方支援機能を有する歯科医療機関と連携する際、考えられる連携内容及び連携の実績として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。

※あてはまる番号すべてに○

③-1 考えられる連携内容	③-2 連携の実績（実際に行ったことのある連携内容）
1. 緊急時の対応 2. 歯科治療は自院で継続するが、観血的処置等、全身的な管理が必要となった場合の歯科治療 3. 患者の基礎疾患等の状態が悪化した場合、以降の歯科治療 4. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応（主に小児や医療的ケア児を対象としたもの） 5. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応（主に高齢者を対象としたもの） 6. 摂食機能療法が必要となった場合の対応 7. 栄養サポートチームによる介入が必要となった場合の対応 8. その他（具体的に： ）	1. 緊急時の対応 2. 歯科治療は自院で継続するが、観血的処置等、全身的な管理が必要となった場合の歯科治療 3. 患者の基礎疾患等の状態が悪化した場合、以降の歯科治療 4. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応（主に小児や医療的ケア児を対象としたもの） 5. 口腔機能に係る指導管理が必要となった場合の対応（主に高齢者を対象としたもの） 6. 摂食機能療法が必要となった場合の対応 7. 栄養サポートチームによる介入が必要となった場合の対応 8. その他（具体的に： ）

【①で「2.なし」の場合】

④連携し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。※あてはまる番号すべてに○

1. 近隣に歯科医療機関がないため 2. 近隣に歯科医療機関はあるが、連携したい歯科診療に対応していないため 3. 近隣に歯科医療機関はあるが、歯科訪問診療を行っていないため 4. 連携に強い必要性を感じないため 5. その他（ ）
--

⑤貴施設では、在宅歯科医療の提供にあたり、連携している医科医療機関はありますか。また、ある場合、当該医科医療機関と連携している理由であてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び記入してください。

※1施設以上ある場合は、連携理由として多くの施設にあてはまるものを下記【選択肢】から最大3つ選び、記入。

病院	1. あり	2. なし			
診療所	1. あり	2. なし			

選択肢からあてはまる番号を記入

【選択肢】

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. 従来からの知り合いの医科医療機関・医師であるため    | 2. 貴施設の近隣にあるため               |
| 3. 高度・先進の医療機器・設備を有しているため       | 4. 専門医・認定医を有するなど技術等への信頼があるため |
| 5. 貴施設での対応が困難な疾患・診療科への対応が可能のため |                              |
| 6. 特段の理由はない                    | 7. その他                       |

⑥ 令和4年7月～9月の3か月間について、医科医療機関（病院・診療所）との連携状況をご記入ください。		
	病院	診療所
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	1. あり 2. なし
2) 医科医療機関からの患者（歯科訪問診療）紹介	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
3) 医科医療機関への歯科訪問診療等※1の実施	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
4) 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	1. あり 2. なし
5) 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	1. あり 2. なし
6) 医科医療機関での退院時共同指導の実施（ビデオ通話での参加）	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
7) 医科医療機関での退院時共同指導の実施（ビデオ通話以外での参加）	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
8) 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	1. あり 2. なし
9) 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	1. あり 2. なし
10) 医科医療機関への文書による診療情報の照会（診療情報連携共有料を算定したもの）	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
11) 医科の訪問診療と合同での歯科訪問診療等※1の実施（訪問診療先に一緒に訪問する等）	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

※1 歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。

【⑥ 9)で「1. あり」の場合】

⑥-1 診療内容をお答えください。（自由記載）

--

【⑥ですべて「2. なし」の場合】

⑥-2 連携していない理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○

- |  |   |
|--|---|
| 1. 近隣に医科医療機関がないため<br>2. 近隣に医科医療機関はあるが、連携したい診療内容に対応していないため<br>3. 近隣に医科医療機関はあるが、在宅医療を行っていないため<br>4. 連携に強い必要性を感じないため<br>5. その他（ | ） |
|--|---|

⑦ 医科医療機関からの文書による診療情報提供は、昨年同時期に比べ増えましたか。

- |              |
|--------------|
| 1. はい 2. いいえ |
|--------------|



⑧ 令和4年7月～9月の3か月間について、歯科医療機関（病院・診療所）との連携状況をご記入ください。		
	病院	診療所
1) 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	1. あり 2. なし
2) 歯科医療機関からの患者（外来診療）紹介	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
3) 歯科医療機関からの歯科訪問診療等※1の依頼	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
4) 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	1. あり 2. なし
5) 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	1. あり 2. なし
6) 他の歯科医療機関との合同での歯科訪問診療の実施（自施設での算定がないケースを含め、歯科訪問診療先に一緒に訪問する等）	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

※1 歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。

【⑧ 6)で「1. あり」の場合】
⑧-1 他の歯科医療機関との合同での歯科訪問診療の内容をお答えください（研修等を目的とした同行を除く）。 ※あてはまる番号すべてに○
1. モニター管理下等での歯科治療 2. 口腔機能に係る指導管理（主に小児や医療的ケア児を対象としたもの） 3. 口腔機能に係る指導管理（主に高齢者を対象としたもの） 4. 摂食機能療法 5. 栄養サポートチームによる介入 6. その他（具体的に： _____ ）

⑨ 保険薬局の薬剤師と情報共有・連携を行うことがありますか。 ※○は1つだけ
1. ある      2. ない

⑩ 保険薬局の薬剤師に期待することをご記入ください。	
1) 歯科診療に伴いあらかじめ服用を中止する必要がある薬剤（抗凝固薬、ビスホスホネート等）について情報提供	1. 期待する    2. 期待しない
2) 薬剤による副作用等により口渇が発現し口腔内の衛生状態が悪化する可能性がある場合、口渇等の薬の副作用に関する情報提供	1. 期待する    2. 期待しない
3) 嚥下困難患者の製剤工夫について、主治医及び歯科医師へ処方提案	1. 期待する    2. 期待しない
4) 医科処方薬と歯科処方薬の間の相互作用（血圧降下剤と抗真菌薬等）について、主治医及び歯科医師への情報提供と処方提案	1. 期待する    2. 期待しない
5) 疼痛評価	1. 期待する    2. 期待しない
6) その他（具体的に： _____ ）	1. 期待する    2. 期待しない

⑪ 令和4年7月～9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) 介護保険施設※1への歯科訪問診療等※2	1. あり	2. なし
2) 居住系高齢者施設※3への歯科訪問診療等※2	1. あり	2. なし
3) その他の施設への歯科訪問診療等※2	1. あり	2. なし
4) 上記1)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
5) 上記2)、3)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
6) 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）※4	1. あり	2. なし
7) 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施	1. あり	2. なし
8) 協力歯科医院に指定されている介護保険施設等	1. あり	2. なし
9) 地域包括支援センターからの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供（※受診につながらなかった場合も含む）	1. あり	2. なし
10) 地域包括支援センターへの自院患者の情報共有依頼	1. あり	2. なし
11) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）からの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供（※受診につながらなかった場合も含む）	1. あり	2. なし
12) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）への自院患者の情報共有依頼	1. あり	2. なし

※1 「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。

※2 歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。

※3 「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

※4 施設等で行われる口腔衛生管理への協力：介護保険施設の運営基準に定められる「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことに対し、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生にかかる技術的助言及び指導、さらに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。

⑫ 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。 ※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への情報照会	
2. 個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者への情報照会	
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. 特にを行っている取組はない	

⑬ 貴施設が地域の医療機関、介護施設、居宅介護支援事業所等との連携を行うにあたり、連携を行うきっかけとなったこととしてあてはまる選択肢をすべてお選びください。※あてはまる番号すべてに○	
1. 地域の多職種研修会への参加	2. 先方からの依頼
3. 訪問診療を行った患者を通じた関わり	4. 地域の歯科医師会の事業又は依頼
5. その他（具体的に：_____）	
6. 特にきっかけとなったことはない	

⑭ 貴施設が関わっている保健事業について、あてはまる選択肢をすべてお選びください。※あてはまる番号すべてに○

1. 妊産婦や乳幼児に対する歯科健診・歯科保健指導
2. 学校歯科健診や学校における歯科保健指導
3. 歯周病検診等の地域住民を対象とした歯科健診・歯科保健指導
4. 企業等における歯科健診・歯科保健指導
5. 後期高齢者に対する歯科健診やフレイル対策等の高齢者の保健事業への参画
6. 介護予防の通いの場等における口腔保健指導（歯科衛生士を派遣する場合を含む）
7. 介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診・歯科保健指導
8. 福祉型障害児入所施設又は医療型障害児入所施設における歯科健診・歯科保健指導
9. 上記以外の自治体が実施する保健事業
10. 特に関わっている保健事業はない

4. 歯科訪問診療の場面における、新型コロナウイルス感染拡大の影響についてお伺いします。

①では新型コロナウイルス感染症の患者への歯科訪問診療の有無、②では新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、歯科訪問診療を行う場合に実施した対策について、お伺いします。

① 令和4年4月～6月、7月～9月の各3か月間の新型コロナウイルス感染症患者への歯科訪問診療の訪問先別の実施の有無についてご回答ください。		
	令和4年 4月～6月	令和4年 7月～9月
1) 病院	1. 実施あり 2. 実施なし	1. 実施あり 2. 実施なし
2) 宿泊療養先	1. 実施あり 2. 実施なし	1. 実施あり 2. 実施なし
3) 自宅	1. 実施あり 2. 実施なし	1. 実施あり 2. 実施なし
4) その他 (具体的に: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	1. 実施あり 2. 実施なし	1. 実施あり 2. 実施なし
【①のいずれかで1つでも「1. 実施あり」を選択した場合】		
②令和4年4月～9月の6か月間の新型コロナウイルス感染症患者への歯科訪問診療において、情報通信機器を用いた診療の実績の有無についてご回答ください。		
1. 実施あり    2. 実施なし		
③ 新型コロナウイルス感染拡大の影響を踏まえ、貴施設が歯科訪問診療を行う際に実施した対策としてあてはまる選択肢をすべてお選びください。※あてはまる番号すべてに○		
令和4年4月～6月	令和4年7月～9月	
1. 歯科訪問診療をとりやめた 2. 予約患者数を減らした 3. 継続的に治療が必要な患者に限定した 4. 診療時間を短縮した 5. 診療内容を変更した 6. 新規の患者の受入を制限した 7. 使用する感染防護具を増やした 8. 患者と今後の診療について話し合った 9. その他(具体的に: <input type="text"/> ) 10. 特に実施した対策はない	1. 歯科訪問診療をとりやめた 2. 予約患者数を減らした 3. 継続的に治療が必要な患者に限定した 4. 診療時間を短縮した 5. 診療内容を変更した 6. 新規の患者の受入を制限した 7. 使用する感染防護具を増やした 8. 患者と今後の診療について話し合った 9. その他(具体的に: <input type="text"/> ) 10. 特に実施した対策はない	

5. 令和4年7月1日～9月30日の間に貴施設が歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者(患者A)と、最後に訪問した患者(患者B)の2名についてお書きください。

※上記期間中に歯科訪問診療を実施した患者が1名以下の場合は、当該患者についてご回答ください。

**患者A** についてお答えください。

① 患者の性別	1. 男性                  2. 女性
② 患者の年齢	(                                  )歳
③ 訪問先の建物種別 ※○は1つだけ	1. 自宅※ <sup>1</sup> 2. 病院 3. 介護保険施設※ <sup>2</sup> 4. 居住系高齢者施設※ <sup>3</sup> 5. その他(具体的に
④ 上記③の訪問先建物(同一建物)の中に、調査日に貴施設が歯科訪問診療を行った患者が他に何人いますか(この患者以外の人数)。	(                                  )人
⑤ 同居家族の有無	1. なし 2. あり → 調査日の同居家族に対する歯科訪問診療の有無：(1. あり    2. なし)
⑥ 要介護度	1. 対象外                          2. 未申請                          3. 申請中                          4. 申請したが非該当 5. 要支援1・2                      6. 要介護1                          7. 要介護2                          8. 要介護3 9. 要介護4                          10. 要介護5                          11. 不明
⑦ 認知症高齢者の日常生活自立度(患者が40歳以上の場合)	1. 該当なし                          2. I                                  3. II・II a・II b 4. III・III a・III b                      5. IV                                  6. M                                  7. 自立度不明
⑧ 歯科訪問診療を実施したきっかけ ※○は1つだけ	1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼 2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介 3. 患者が入院している医科の医療機関からの依頼・紹介(入院前又は入院中の紹介) 4. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介(退院後の紹介) 5. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介 6. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 7. 介護支援専門員(ケアマネジャー)からの依頼・紹介 8. 地域包括支援センターからの紹介 9. 口腔保健センター等からの紹介 10. 介護保険施設からの紹介 11. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介 12. 地域医師会等に設置されている在宅医療の連携拠点からの紹介 13. 地区歯科医師会からの紹介 14. ホームページ等を見ての依頼
⑨ 自院の最終の外来受診歴 ※○は1つだけ	1. 3か月以内                          2. 半年以内                          3. 1年以内 4. 3年以上                          5. それより以前                          6. 外来受診歴なし
⑩ 歯科訪問診療の開始時期 ※○は1つだけ	1. 6か月以内                          2. 6か月以上1年以内                          3. 1年以上前(西暦                          年頃)
⑪ 歯科訪問診療の頻度	直近1か月間に(                          )回訪問
⑫ 訪問歯科衛生指導の頻度	直近1か月間に(                          )回訪問

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て(持家・借家問わず)、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。

※3「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

<p>⑬ 患者宅を訪問するのに用いる交通手段と移動時間</p> <p>※移動時間は貴施設から患者までの片道時間をお書きください。</p> <p>※○は1つだけ</p>		<p>1. 徒歩のみ → ( ) 分</p> <p>2. 徒歩＋バス・電車等の公共交通 → ( ) 分</p> <p>3. 自動車 → ( ) 分</p> <p>4. その他(具体的に ( ))</p>	
⑭ 算定した歯科訪問診療料の種類	<p>1. 歯科訪問診療1      2. 歯科訪問診療2      3. 歯科訪問診療3</p>		
⑮ 歯科訪問診療時の体制	<p>1. 歯科医師    2. 歯科衛生士    3. 歯科技工士    4. 歯科助手    5. その他( )</p>		
<p>⑯ 調査日に、この患者に行った診療内容(各項目の一連に係る行為を含む) ※あてはまる番号すべてに○</p>			
<p>1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 口腔機能管理      4. 機械的歯面清掃</p> <p>5. フッ化物歯面塗布      6. 歯周病検査      7. 口腔細菌定量検査      8. 口腔機能に係る検査</p> <p>9. スケーリング      10. スケーリング・ルートプレーニング      11. 咬合調整</p> <p>12. う蝕処置(12～15以外)      13. 歯冠修復(充填)      14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)</p> <p>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)</p> <p>17. 抜髄      18. 感染根管治療      19. 抜歯      20. 欠損補綴(ブリッジ)</p> <p>21. 義歯製作      22. 義歯調整      23. 義歯修理</p> <p>24. 床裏装      25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置</p> <p>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション</p> <p>28. その他(具体的に ( ))</p>			
<p>⑰ 令和4年7月～9月の3か月間に、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容について、あてはまる選択肢をお選びください。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p>			
<p>1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 口腔機能管理      4. その他( )</p>			
<p>⑱ 調査日以外の同一月内に、この患者に行った診療内容(各項目の一連に係る行為を含む) ※あてはまる番号すべてに○</p>			
<p>1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 口腔機能管理      4. 機械的歯面清掃</p> <p>5. フッ化物歯面塗布      6. 歯周病検査      7. 口腔細菌定量検査      8. 口腔機能に係る検査</p> <p>9. スケーリング      10. スケーリング・ルートプレーニング      11. 咬合調整</p> <p>12. う蝕処置(12～15以外)      13. 歯冠修復(充填)      14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)</p> <p>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)</p> <p>17. 抜髄      18. 感染根管治療      19. 抜歯      20. 欠損補綴(ブリッジ)</p> <p>21. 義歯製作      22. 義歯調整      23. 義歯修理</p> <p>24. 床裏装      25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置</p> <p>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション</p> <p>28. その他(具体的に ( ))</p>			
<p>⑲ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化 ※あてはまる番号すべてに○</p>			
<p>1. 歯科疾患の改善      2. 適切な義歯の使用      3. 口腔衛生状態の改善      4. 口腔機能の改善</p> <p>5. 食事量・食形態等の改善      6. その他(具体的に: )</p>			

**患者B** についてお答えください。

① 患者の性別	1. 男性                  2. 女性
② 患者の年齢	(                      )歳
③ 訪問先の建物種別 ※○は1つだけ	1. 自宅※ <sup>1</sup> 2. 病院 3. 介護保険施設※ <sup>2</sup> 4. 居住系高齢者施設※ <sup>3</sup> 5. その他(具体的に)
④ 上記③の訪問先建物(同一建物)の中に、調査日に貴施設が歯科訪問診療を行った患者が他に何人いますか(この患者以外の人数)。	(                      )人
⑤ 同居家族の有無	1. なし 2. あり → 調査日の同居家族に対する歯科訪問診療の有無：(1. あり    2. なし)
⑥ 要介護度	1. 対象外                  2. 未申請                  3. 申請中                  4. 申請したが非該当 5. 要支援1・2              6. 要介護1                 7. 要介護2                 8. 要介護3 9. 要介護4                  10. 要介護5                11. 不明
⑦ 認知症高齢者の日常生活自立度(患者が40歳以上の場合)	1. 該当なし                  2. I                          3. II・IIa・IIb 4. III・IIIa・IIIb            5. IV                        6. M                        7. 自立度不明
⑧ 歯科訪問診療を実施したきっかけ ※○は1つだけ	1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼 2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介 3. 患者が入院している医科の医療機関からの依頼・紹介(入院前又は入院中の紹介) 4. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介(退院後の紹介) 5. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介 6. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介 7. 介護支援専門員(ケアマネジャー)からの依頼・紹介 8. 地域包括支援センターからの紹介 9. 口腔保健センター等からの紹介 10. 介護保険施設からの紹介 11. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介 12. 地域医師会等に設置されている在宅医療の連携拠点からの紹介 13. 地区歯科医師会からの紹介 14. ホームページ等を見ての依頼
⑨ 自院の最終の外来受診歴 ※○は1つだけ	1. 3か月以内                  2. 半年以内                  3. 1年以内 4. 3年以上                    5. それより以前            6. 外来受診歴なし
⑩ 歯科訪問診療の開始時期 ※○は1つだけ	1. 6か月以内                  2. 6か月以上1年以内                  3. 1年以上前(西暦                  年頃)
⑪ 歯科訪問診療の頻度	直近1か月間に(                      )回訪問
⑫ 訪問歯科衛生指導の頻度	直近1か月間に(                      )回訪問

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て(持家・借家問わず)、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「介護保険施設」とは、介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院・介護療養型医療施設を指します。

※3「居住系高齢者施設」とは、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等の施設を指します。

⑬ 患者宅を訪問するのに用いる交通手段と移動時間 ※移動時間は貴施設から患者までの片道時間をお書きください。 ※○は1つだけ		1. 徒歩のみ → ( ) 分 2. 徒歩＋バス・電車等の公共交通 → ( ) 分 3. 自動車 → ( ) 分 4. その他(具体的に ( )	
⑭ 算定した歯科訪問診療料の種類	1. 歯科訪問診療1      2. 歯科訪問診療2      3. 歯科訪問診療3		
⑮ 歯科訪問診療時の体制	1. 歯科医師    2. 歯科衛生士    3. 歯科技工士    4. 歯科助手    5. その他( )		
⑯ 調査日に、この患者に行った診療内容(各項目の一連に係る行為を含む) ※あてはまる番号すべてに○			
1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 口腔機能管理      4. 機械的歯面清掃 5. フッ化物歯面塗布      6. 歯周病検査      7. 口腔細菌定量検査      8. 口腔機能に係る検査 9. スケーリング      10. スケーリング・ルートプレーニング      11. 咬合調整 12. う蝕処置(12～15以外)      13. 歯冠修復(充填)      14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠) 15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      16. 歯冠修復(CAD/CAM冠) 17. 抜髄      18. 感染根管治療      19. 拔牙      20. 欠損補綴(ブリッジ) 21. 義歯製作      22. 義歯調整      23. 義歯修理 24. 床裏装      25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション 28. その他(具体的に ( )			
⑰ 令和4年7月～9月の3か月間に、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容について、あてはまる選択肢をお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 口腔機能管理      4. その他( )			
⑱ 調査日以外の同一月内に、この患者に行った診療内容(各項目の一連に係る行為を含む) ※あてはまる番号すべてに○			
1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 口腔機能管理      4. 機械的歯面清掃 5. フッ化物歯面塗布      6. 歯周病検査      7. 口腔細菌定量検査      8. 口腔機能に係る検査 9. スケーリング      10. スケーリング・ルートプレーニング      11. 咬合調整 12. う蝕処置(12～15以外)      13. 歯冠修復(充填)      14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠) 15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      16. 歯冠修復(CAD/CAM冠) 17. 抜髄      18. 感染根管治療      19. 拔牙      20. 欠損補綴(ブリッジ) 21. 義歯製作      22. 義歯調整      23. 義歯修理 24. 床裏装      25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置 26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション 28. その他(具体的に ( )			
⑲ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 歯科疾患の改善      2. 適切な義歯の使用      3. 口腔衛生状態の改善      4. 口腔機能の改善 5. 食事量・食形態等の改善      6. その他(具体的に: ( )			

質問は以上です。

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。

お手数をおかけいたしますが、令和5年1月10日(火)までに  
 専用の返信用封筒(切手不要)に封入し、お近くのポストに投函してください。