

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5年度調査)  
**歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する  
 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、貴施設における院内感染防止対策や歯科医療の実施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、令和5年7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。
- ※ 診療報酬明細書(レセプト)を手書きで記入している場合等、患者数や診療報酬明細書の枚数等の回答が困難な場合は、それ以外の設問のみを回答して頂く形でも構いません。
- ※ 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5年7月1日時点)についてお伺いします。**

① 開設主体 ※○は1つ	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	1. 20代    2. 30代    3. 40代    4. 50代    5. 60代    6. 70代以上		
④ 開設時期	西暦( )年( )月		
⑤ 医科の医療機関の併設状況 ※○は1つ	1. 併設している    2. 併設していない		
⑥ 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) その他 (勤務の有無のみ回答ください) ※○は各1つ	看護師・准看護師	勤務している・勤務していない
		管理栄養士・栄養士	勤務している・勤務していない
		言語聴覚士	勤務している・勤務していない
		その他(歯科業務補助者等)	勤務している・勤務していない
※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)			

⑦ 医療機器等の保有台数、保有の有無についてご記入ください。			
1) 歯科用ユニット	( ) 台	12) 歯科用3次元エックス線断層撮影装置	有・無
2) 歯科用ハンドピース※	( ) 本	13) 咀嚼能率測定用のグルコース分析装置	有・無
3) 滅菌器(オートクレーブ等)	( ) 台	14) 舌圧測定器	有・無
4) 手術用顕微鏡(マイクロスコープ)	( ) 台	15) 歯科用咬合力計	有・無
5) ポータブルユニット	( ) 台	16) 口腔細菌定量分析装置	有・無
6) ポータブルエンジン(携帯用マイクロモーター)	( ) 台	17) 光学式う蝕検出装置	有・無
7) ポータブルエックス線撮影装置	( ) 台	18) 自動体外式除細動器(AED)	有・無
8) 歯科用吸引装置(口腔外バキューム)	( ) 台	19) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)	有・無
9) レーザー機器	有・無	20) 酸素供給装置	有・無
10) 歯科パノラマ断層撮影装置(アナログ)	有・無	21) 血圧計	有・無
11) 歯科パノラマ断層撮影装置(デジタル)	有・無	22) 救急蘇生キット	有・無

※ 歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピースを指す。

⑧ 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 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	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;"> <p>活用しているICT ※あてはまる番号すべてに○</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>11. メール</p> <p>13. グループチャット</p> <p>15. 専用アプリ</p> <p>17. 自院を中心とした専用の情報連携システム</p> <p>18. その他(具体的に: )</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>12. 電子掲示板</p> <p>14. 汎用ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)</p> <p>16. 地域医療情報連携ネットワーク</p> </div> </div> </div> </div>
2. ICTを活用していない	

<p>⑨ 施設基準(届出のあるもの)として該当するものをお選びください。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p>	<p>1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所</p> <p>2. 初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>3. 歯科外来診療環境体制加算1</p> <p>4. 在宅療養支援歯科診療所1</p> <p>5. 在宅療養支援歯科診療所2</p> <p>6. 歯科診療特別対応連携加算</p> <p>7. 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</p> <p>8. 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</p> <p>9. 地域医療連携体制加算</p> <p>10. 在宅歯科医療推進加算</p> <p>11. 歯科訪問診療料の注13に規定する基準</p> <p>12. 上記のいずれもない</p>
---	--

## ⑩すべての施設にお伺いします。

## ⑩-1 「かかりつけ歯科医」はどのような役割を担うべきと考えていますか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 既往歴、現病歴や家族背景等を把握する
2. 必要に応じ、他の歯科医療機関を紹介する
3. 患者が通院困難となった場合等に、歯科訪問診療に対応している
4. 夜間や休日等の診療時間外であっても、痛みが出た場合等に対応できる（診療の他、休日夜間診療所を紹介する、電話相談に応じる等も含む）
5. 患者の全身の状態（基礎疾患や生活習慣）を踏まえた歯科診療を行う
6. 医科の医療機関と連携している
7. 受診している医療機関で処方された薬を把握する
8. ライフステージに応じた歯科診療や歯科疾患の継続管理を行う
9. 患者の全身の状態（基礎疾患や生活習慣）、口腔衛生状態、口腔機能状態を踏まえ、セルフケアの方法などの歯科保健指導を行う
10. 学校歯科健診や歯周病検診等の地域保健に携わっている
11. 地域の介護施設や障害者福祉施設等と連携している
12. 学会への参加や各種研修の受講等、積極的な自己研鑽を積んでいる
13. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
14. 分からない

## ⑩-2 貴施設が関わっている保健事業や地域連携に関する会議への参加実績等があるものはどれですか。

※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、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に年1回以上出席している
5. ケアマネジャーへの情報提供（メールやファックス等を含む）をしている
6. 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は2を算定した実績がある
7. 在宅医療・介護等に関する研修を受講している
8. 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又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定がある
9. 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
10. 過去1年間に、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力している
11. 自治体等が実施する事業に協力している
12. 学校歯科医等に就任している
13. 妊産婦や乳幼児に対する歯科健診・歯科保健指導に協力している
14. 歯周病検診等の地域住民を対象とした歯科健診・歯科保健指導に協力している
15. 企業等における歯科健診・歯科保健指導に協力している
16. 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に協力している
17. 介護予防の通いの場等における口腔保健指導に協力している（歯科衛生士を派遣する場合を含む）
18. 特に関わっている保健事業はない
19. 過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績がある

## 【質問⑩-3は、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を届出していない診療所の方にお伺いします。】

⑩-3 「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、現時点で満たしていない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. 歯科医師が複数配置されている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
2. 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定している
3. 過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定している
4. クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届け出ている
5. 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を届け出ている
6. 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上である
7. 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績がある
8. 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ものであること。)、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1名以上在籍している
9. 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関(医科歯科併設の診療所の場合は、医科診療科)との事前の連携体制が確保されている
10. 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歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供している
11. 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整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
12. 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等(AED、パルスオキシメーター、酸素、血圧計、救急蘇生セット)を有している
13. 「8」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

※ 令和4.3.4 保医発 0304 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～シの項目のうち、3つ以上に該当するもの。

## 【質問⑪は、「初診料の注1に規定する施設基準」を届出していない診療所の方にお伺いします。】

⑪ 「初診料の注1に規定する施設基準」について、現時点で満たしていない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. 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等十分な院内感染防止対策を講じている
2. 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保している
3. 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されている
4. 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施している
5. 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っている

## 【質問⑫は、「歯科外来診療環境体制加算1」を届出していない診療所の方にお伺いします。】

⑫ 「歯科外来診療環境体制加算1」の施設基準について、現時点で満たしていない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. 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っている
2. 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る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る
3. 歯科医師が複数名配置、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
4. 患者にとって安心で安全な歯科医療を行うための装置・器具等(AED、パルスオキシメーター、酸素、血圧計、救急蘇生セット)を有している
5. 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関(医科歯科併設の診療所の場合は、医科診療科)との事前の連携体制が確保されている
6. 歯科用吸引装置等により、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
7. 緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っている

## 2. 貴施設における歯科診療の実施体制および院内感染防止対策の実施状況等についてお伺いします。

① 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。 ※あてはまる番号すべてに○			
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	
前問で「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。	滅菌の実施回数	1日( )回	
	実施する主な時間帯 ※あてはまる番号すべてに○	1. 1日の診療開始前    2. お昼休み 3. 1日の診療終了後    4. 特に決めておらず随時行う	
② 貴施設では、職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修の実施方法、内容及び頻度についてお答えください。			
②-1 研修の実施方法 ※あてはまる番号すべてに○	1. 院内研修を実施                      2. 院外研修を受講		
②-2 研修の内容 ※あてはまる番号すべてに○	1. 標準予防策                      2. 新興感染症に対する対策 3. 環境整備                      4. 医療機器の洗浄・消毒・滅菌 5. 手指衛生                      6. 職業感染防止 7. 感染性廃棄物の処理            8. PPEの適切な着脱・使用法 9. その他(具体的に: )		
②-3 研修の頻度 ※○は1つ	1. 1年に1回程度            2. 6か月に1回程度            3. 3か月に1回程度 4. 1か月に1回程度            5. その他( )		
③ 院内感染防止対策として、新型コロナウイルス感染症が流行する以前から取り組んでいた対策をA欄に、新型コロナウイルス感染症が流行している期間に取り組んでいた対策をB欄に、新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行後(令和5年5月8日以降)も取り組んでいる対策をC欄にお答えください。 ※それぞれ、あてはまる番号すべてに○			
A、B、Cのすべての間にお答えください。 →		A. 新型コロナウイルス感染症が流行する以前から取り組んでいた対策	B. 新型コロナウイルス感染症が流行している期間に取り組んでいた対策
1) 職員が、サージカルマスクの着用や手指消毒を適切に実施している			
2) 職員が、毎日の検温等の健康管理を適切に実施している			
3) 職員が、身体の不調を訴えた場合に適切な対応を講じている			
4) 待合室で一定の距離が保てるよう、予約調整等必要な措置を講じている			
5) 玄関入口に手指消毒剤を設置する等、患者来院時の手指消毒等の対策を講じている			
6) 受付における感染予防策(遮蔽物の設置等)を講じている			
7) 患者ごとのチェアの消毒や口腔内で使用する歯科医療機器等の滅菌処理等の感染防止策を講じている			
8) 職員に対して、感染防止対策に係る院内研修等を実施している			
9) 診察室において、飛沫感染予防策を講じている			
9)-1 口腔外バキュームを活用している			
9)-2 窓を開ける等により、換気を適時、適切に実施している			
9)-3 必要に応じて N-95 マスクを使用している			
9)-4 その他(具体的に: )			
10) 診療時にマスク、手袋、ゴーグル等の着用等適切な対策を講じている			

④ 新型コロナウイルス感染症患者への歯科診療に関して伺います。	
④-1 これまで、新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行いましたか。※○は1つ	1. 外来診療のみ行った      2. 訪問診療のみ行った 3. 外来、訪問診療ともに行った      4. 行っていない
【④-1で「1. 外来診療のみ行った」、「2. 訪問診療のみ行った」、「3. 外来、訪問診療ともに行った」と回答した方にお伺いします。】 ④-2 患者が初診か再診についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 初診の患者に対して行った 2. 再診(初再診も含む。)の患者に対して行った
【④-1で「1. 外来診療のみ行った」、「2. 訪問診療のみ行った」、「3. 外来、訪問診療ともに行った」と回答した方にお伺いします。】 ④-3 どのような治療を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 急性症状への対応      2. う蝕治療 3. 歯周治療      4. 補綴治療 5. 口腔外科処置      6. 定期的な口腔管理 7. 呼吸管理を行っている患者に対する口腔管理 8. 新型コロナウイルス感染症の症状による口腔乾燥患者への指導管理 9. その他(具体的に:      )
⑤ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療について伺います。	
⑤-1 令和2年4月以降、電話や情報通信機器を用いた歯科診療を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 初診の患者に対して行った 2. 再診(初再診も含む。)の患者に対して行った 3. 行っていない
【⑤-1で「1. 初診の患者に対して行った」、「2. 再診(初再診も含む。)の患者に対して行った」と回答した方にお伺いします。】 ⑤-2 どのような治療を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 痛みに対する鎮痛剤や抗菌薬等の処方 2. 定期的な管理として含嗽剤等の処方 3. 疾患の説明及び経過観察 4. 対面診療の受診勧奨 5. 口腔衛生指導・管理 6. 患者家族への助言指導 7. 小児に対する口腔機能に関する指導管理 8. 高齢者に対する口腔機能に関する指導管理 9. 顎顔面痛等の疼痛管理 10. その他(具体的に:      )
【⑤-1で「3. 行っていない」と回答した方にお伺いします。】 ⑤-3 電話や情報通信機器を用いた歯科診療について、今後行う予定はありますか。※○は1つ	1. 行う予定がある 2. 行う予定はないが、機会があれば行いたい 3. 行う予定はない
【すべての施設の方にお伺いします。】 ⑤-4 電話や情報通信機器を用いた診療について、どのような場面で活用したいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. へき地等で患者の通院が困難な場合 2. 歯科専門医との連携(対診) 3. 歯科医師と、患者および患者側に同席している歯科医師をオンラインで結ぶ形態(D to P with D) 4. 歯科医師と、患者および同席している医療従事者(歯科医師・医師を除く)をオンラインで結ぶ形態 5. その他(具体的に:      )	

## 3. 貴施設における、歯科診療の内容及び管理料の算定状況等についてお伺いします。

① 令和5年6月の1か月間における、以下に該当する患者数(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) 初診料を算定した患者数(実人数)		( )人		
2) 上記1)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		
3) 再診料を算定した患者数(実人数)		( )人		
4) 訪問歯科診療を実施した患者数(実人数)		( )人		
② 令和5年6月の1か月間における、患者実人数の年齢別の割合をご記入ください。 ※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。				
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( )%		
③ 令和5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
	20分以上	( )回	( )回	( )回
	20分未満	( )回	( )回	( )回
2) 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		
3) 診療情報提供料(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)(※合計)		( )回		
4) 診療情報連携共有料		( )回		
5) 歯科衛生実地指導料1		( )回		
6) 歯科衛生実地指導料2		( )回		
7) 訪問歯科衛生指導料	単一建物患者が1人	単一建物患者が2人以上9人以下		単一建物患者が10人以上
	( )回	( )回		( )回
		算定回数	主に実施している者 ※○は1つ	
8) フッ化物歯面塗布処置	う蝕多発傾向者の場合	( )回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施	
	初期の根面う蝕に罹患している患者の場合	( )回		
	エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	( )回		
9) フッ化物洗口指導加算		( )回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施	
10) 機械的歯面清掃処置		( )回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施	
11) 非経口摂取患者口腔粘膜処置		( )回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施	
12) 周術期等専門的口腔衛生処置		( )回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施	
④ 定期的な管理の実施状況について、全体の患者に占める割合をお答えください。 ※○は1つ			1. 0～25%未満    2. 25～50%未満 3. 50～75%未満    4. 75～100%	

※ ここでいう定期的な管理とは、継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者に対し、歯科疾患の再発防止及び重症化予防を目的として行う、口腔の定期的な管理です。

⑤ 令和5年6月の1か月間における、 <b>歯科疾患管理料</b> 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(実人数)		( )人	
2) フッ化物洗口指導加算の算定回数	2)-1 13歳未満	( )回	
	2)-2 13歳以上15歳未満	( )回	
3) エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数		( )回	
4) 総合医療管理加算の算定回数		( )回	
5) 総合医療管理加算を算定した患者のうち、対象患者の疾患をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 糖尿病の患者		2. 骨吸収抑制剤投与中の患者	
3. 感染性心内膜炎のハイリスク患者		4. 関節リウマチの患者	
5. 血液凝固阻止剤投与中の患者		6. HIV感染症の患者	
6) 歯科疾患管理料 長期管理加算の算定回数		( )回	
⑥ 令和5年6月の1か月間における、 <b>歯周病安定期治療</b> の以下の算定状況等をお答えください。			
1) 歯周病安定期治療の算定患者数(実人数)	1歯以上10歯未満	10歯以上20歯未満	20歯以上
	( )人	( )人	( )人
2) 歯周病重症化予防治療から歯周病安定期治療に移行した患者がいましたか。 ※○は1つ		1. いる 2. いない	
3) 3か月以内の歯周病安定期治療を算定した場合、算定した患者であてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であるため、重症化予防のための定期管理をしている			
2. 歯周外科手術を実施した場合			
3. 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合			
4. 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合			
5. 侵襲性歯周炎の場合			
6. それ以外の場合(具体的に: )			
4) 歯周病安定期治療の対象になる可能性があるが、歯周病安定期治療を算定しなかった患者はいますか。 ※○は1つ		1. はい 2. いいえ	
【4)で「1. はい」と回答した方にお伺いします。】			
5) 算定しなかった理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○			
1. 歯周基本治療を継続する方が適切であると考えられたため			
2. 歯周病安定期治療の実施頻度が算定要件と合わないため			
3. 歯周病安定期治療における管理の方法が分からないため			
4. 対象となる患者の要件が分からないため			
5. 歯周病安定期治療の算定要件が複雑であるため			
6. その他(具体的に: )			
⑦ 令和5年6月の1か月間における、 <b>歯周病重症化予防治療</b> の以下の算定状況等をお答えください。			
1) 歯周病重症化予防治療の算定患者数(実人数)	1歯以上 10 歯未満	10 歯以上 20 歯未満	20 歯以上
	( )人	( )人	( )人
2) 歯周病安定期治療から歯周病重症化予防治療に移行した患者がいましたか。 ※○は1つ		1. いる 2. いない	
3) 歯周病重症化予防治療の対象になる可能性があるが、歯周病重症化予防治療を算定しなかった患者はいますか。 ※○は1つ		1. はい 2. いいえ	
【3)で「1. はい」と回答した方にお伺いします。】			
4) 算定しなかった理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○			
1. 歯周基本治療を継続する方が適切であると考えられたため			
2. 歯周病重症化予防治療の実施頻度が算定要件と合わないため			
3. 歯周病重症化予防における管理の方法がわからないため			
4. 対象となる患者の要件が分からないため			
5. 歯周病重症化予防治療の算定要件が複雑であるため			
6. その他(具体的に: )			



【⑧については、歯科疾患管理料を算定した患者のうち、「歯周病安定期治療(SPT)」又は「歯周病重症化予防治療(P 重防)」を算定した患者についてお伺いします。算定日の早い順に2名の患者をお選びください。歯周基本治療後、SPTのみ又はP 重防のみを実施している患者についてご回答ください。】

⑧ 令和5年6月1日～7月 31 日に「歯科疾患管理料」を算定し、「歯周病安定期治療(SPT)」又は「歯周病重症化予防治療(P 重防)」を算定した歯周病の患者についてお伺いします。														
	1 人目の患者	2 人目の患者												
1) 算定している項目をお答えください。 ※○は1つ	1. 歯周病安定期治療(SPT) 2. 歯周病重症化予防治療(P 重防)	1. 歯周病安定期治療(SPT) 2. 歯周病重症化予防治療(P 重防)												
2) 直近の 1) の項目の算定月をお答えください。 ※○は1つ	令和5年 6月 ・ 7月	令和5年 6月 ・ 7月												
3) 患者の年齢をお答えください。	( ) 歳	( ) 歳												
4) 患者の初診月をお答えください。	西暦( ) 年( ) 月	西暦( ) 年( ) 月												
5) SPT 又は P 重防の初回の算定月をお答えください。	西暦( ) 年( ) 月	西暦( ) 年( ) 月												
6) 直近の半年間の SPT 又は P 重防の実施頻度であてはまるものをお答えください。 ※○は1つ	1. 1 か月に 1 回 2. 2 か月に 1 回 3. 3 か月に 1 回 4. 6 か月に 1 回程度 5. その他( )	1. 1 か月に 1 回 2. 2 か月に 1 回 3. 3 か月に 1 回 4. 6 か月に 1 回程度 5. その他( )												
7) 5) で回答した SPT 又は P 重防の初回の算定月時点の歯の本数をお答えください。	( ) 本	( ) 本												
8) 5) で回答した SPT 又は P 重防の初回の算定月の前又は後に、歯周病により拔牙したことがありますか。ある場合、拔牙の時期と、その本数をお答えください。	<table border="1"> <tr> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>拔牙の時期 ※あてはまる番号すべてに○</td> <td>           1. SPT 又は P 重防の初回の算定月より前            2. SPT 又は P 重防の初回の算定月より後         </td> </tr> <tr> <td>拔牙の本数</td> <td>           前( ) 本            後( ) 本         </td> </tr> </table>	1. あり	2. なし	拔牙の時期 ※あてはまる番号すべてに○	1. SPT 又は P 重防の初回の算定月より前 2. SPT 又は P 重防の初回の算定月より後	拔牙の本数	前( ) 本 後( ) 本	<table border="1"> <tr> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>拔牙の時期 ※あてはまる番号すべてに○</td> <td>           1. SPT 又は P 重防の初回の算定月より前            2. SPT 又は P 重防の初回の算定月より後         </td> </tr> <tr> <td>拔牙の本数</td> <td>           前( ) 本            後( ) 本         </td> </tr> </table>	1. あり	2. なし	拔牙の時期 ※あてはまる番号すべてに○	1. SPT 又は P 重防の初回の算定月より前 2. SPT 又は P 重防の初回の算定月より後	拔牙の本数	前( ) 本 後( ) 本
1. あり	2. なし													
拔牙の時期 ※あてはまる番号すべてに○	1. SPT 又は P 重防の初回の算定月より前 2. SPT 又は P 重防の初回の算定月より後													
拔牙の本数	前( ) 本 後( ) 本													
1. あり	2. なし													
拔牙の時期 ※あてはまる番号すべてに○	1. SPT 又は P 重防の初回の算定月より前 2. SPT 又は P 重防の初回の算定月より後													
拔牙の本数	前( ) 本 後( ) 本													
9) 5) で回答した SPT 又は P 重防の初回の算定月時点の 4mm 以上の歯周ポケットを有する歯の本数をお答えください。	( ) 本	( ) 本												
10) 1) の項目の算定日に行った、診療内容についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 歯周病検査 2. 口腔内カラー写真撮影 3. 口腔清掃に係る指導 4. スケーリング 5. SRP 6. 機械的歯面清掃 7. 咬合調整 8. 暫間固定 9. 歯周治療用装置 10. 拔牙 11. 急性歯周炎への消炎処置 12. 義歯等の調整 13. その他( )	1. 歯周病検査 2. 口腔内カラー写真撮影 3. 口腔清掃に係る指導 4. スケーリング 5. SRP 6. 機械的歯面清掃 7. 咬合調整 8. 暫間固定 9. 歯周治療用装置 10. 拔牙 11. 急性歯周炎への消炎処置 12. 義歯等の調整 13. その他( )												
11) 1) で「1. SPT」を選んだ方にお伺いします。この患者に対し、SPTを開始して以降、前回の算定から3月以内のSPTを算定したことはありますか。 ※○は1つ	1. ある 2. ない	1. ある 2. ない												
12) 11) で「1. ある」を回答した場合、その理由であてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であるため 2. 歯周外科手術を実施したため 3. 全身的な疾患の状態による歯周病の病状への影響が考えられるため 4. 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できないため 5. 侵襲性歯周炎であるため 6. その他( )	1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であるため 2. 歯周外科手術を実施したため 3. 全身的な疾患の状態による歯周病の病状への影響が考えられるため 4. 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できないため 5. 侵襲性歯周炎であるため 6. その他( )												

【⑨については、歯科疾患管理料を算定した患者のうち「エナメル質初期う蝕管理加算」又は「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」を算定した患者についてお伺いします。条件にあてはまる患者で、算定日の早い順に2名の患者をお選びください。】

⑨ 令和5年6月1日～7月31日に「歯科疾患管理料」を算定し、「エナメル質初期う蝕管理加算」または「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」を算定した患者についてお伺いします。		
	1人目の患者	2人目の患者
1) エナメル質初期う蝕の指導管理に際し、算定している項目をお答えください。 ※○は1つ	1. 歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算 2. 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	1. 歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算 2. 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
2) 直近の1)の項目の算定月をお答えください。 ※○は1つ	令和5年 6月 ・ 7月	令和5年 6月 ・ 7月
3) 患者の年齢をお答えください。	( ) 歳	( ) 歳
4) 患者の初診月をお答えください。	西暦( ) 年( ) 月	西暦( ) 年( ) 月
5) 初診から現在まで、どのくらいの期間継続してエナメル質初期う蝕の指導管理を行っているかお答えください。 ※○は1つ	1. 1か月以内(開始したばかり) 2. 3か月未満 3. 3か月以上6か月未満 4. 6か月以上1年未満 5. 1年以上	1. 1か月以内(開始したばかり) 2. 3か月未満 3. 3か月以上6か月未満 4. 6か月以上1年未満 5. 1年以上
6) 初診から現在までのエナメル質初期う蝕の指導管理の実施回数をお答えください。 ※○は1つ	1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 10 回未満 6. 10 回以上 15 回未満 7. 15 回以上	1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 10 回未満 6. 10 回以上 15 回未満 7. 15 回以上
7) エナメル質初期う蝕の指導管理に係る治療の実施頻度をお答えください。 ※○は1つ	1. 1か月に1回程度 2. 2か月に1回程度 3. 3か月に1回程度 4. 6か月に1回程度 5. その他( )	1. 1か月に1回程度 2. 2か月に1回程度 3. 3か月に1回程度 4. 6か月に1回程度 5. その他( )
8) 1)の項目の算定日に行った、う蝕の指導管理に係る診療内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 口腔内カラー写真撮影 2. 口腔清掃に係る指導 3. 機械的歯面清掃 4. フッ化物洗口指導 5. フッ化物歯面塗布 6. その他( )	1. 口腔内カラー写真撮影 2. 口腔清掃に係る指導 3. 機械的歯面清掃 4. フッ化物洗口指導 5. フッ化物歯面塗布 6. その他( )

⑩ 令和5年6月の1か月間における小児口腔機能管理料の算定回数等をお答えください。		
1) 小児口腔機能管理料の算定回数	1)-1 15歳未満の患者	( ) 回
	1)-2 15歳以上18歳未満の患者	( ) 回
2) (小児口腔機能管理料の算定回数が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. 該当する患者はいるが、歯科疾患の管理のなかで口腔機能の管理も行っている 3. 診断に必要な機器を持っていない 4. 診断基準がわからない 5. 指導・管理の方法がわからない 6. 検査・診察等に時間がかかる 7. 指導のための人員が不足している 8. 算定要件が複雑である 9. 診療報酬が低い 10. その他(具体的に: )	
⑪ 令和5年6月の1か月間における口腔機能管理料の算定回数等をお答えください。		
1) 口腔機能管理料の算定回数	1)-1 50歳以上65歳未満の患者	( ) 回
	1)-2 65歳以上の患者	( ) 回
2) (口腔機能管理料の算定回数が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. 該当する患者はいるが、歯科疾患の管理のなかで口腔機能の管理も行っている 3. 診断に必要な機器を持っていない 4. 診断基準がわからない 5. 指導・管理の方法がわからない 6. 検査・診察等に時間がかかる 7. 指導のための人員が不足している 8. 算定要件が複雑である 9. 診療報酬が低い 10. その他(具体的に: )	
⑫ 令和5年6月の1か月間における周術期等口腔機能管理の実施状況等をお答えください。		
1) 周術期等口腔機能管理の実施状況 ※○は1つ	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. 行っていない	
2) 周術期等口腔機能管理に関する診療報酬を算定しましたか。※○は1つ ※ 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期等専門的口腔衛生処置	1. 算定した 2. 算定していない	
【2)で「2. 算定していない」を選んだ方にお伺いします。】 3) 周術期等口腔機能管理を算定していない理由であてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 該当する患者がいないため 2. 該当する患者はいるが、従前から継続した口腔の管理を行っており周術期のための口腔管理を必要としないため 3. 周術期等口腔機能管理に関する知識が乏しいため 4. 周術期等口腔機能管理の依頼がないため 5. 手術直前や手術後の依頼のため 6. 算定要件が複雑であるため 7. その他(具体的に: )	
【2)で「2. 算定していない」を選んだ方にお伺いします。】 4) 周術期口腔機能管理の対象となる患者に対し、周術期口腔機能管理料以外の点数を算定している場合、算定している項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 歯科疾患管理料 2. 口腔機能管理料 3. 小児口腔機能管理料 4. 歯科特定疾患療養管理料 5. 歯科治療時医療管理料 6. がん治療連携指導料 7. 歯科疾患在宅療養管理料 8. 在宅患者歯科治療時医療管理料 9. 歯科矯正管理料	

⑬ 令和5年6月の1か月間における障害児者や医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況等をお答えください。											
1) 歯科診療特別対応加算の算定回数			( ) 回								
2)-1 特別対応加算を算定した患者の状態 ※あてはまる番号すべてに○ ※これらに準ずる場合も含む			1. 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態 2. 知的発達障害により開口保持ができない状態や、治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態 3. 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態 4. 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態								
2)-2 特別対応加算を算定した患者ので、対応に苦慮した場合、その状態をお答えください。※自由記載											
3) 障害児者に対する歯科診療の実施状況 ※○は1つ			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. 行っていない								
4) 医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況 ※○は1つ			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. 行っていない								
【3)又は4)で「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」を選んだ方にお伺いします。】											
5) 障害児者又は医療的ケア児を診療する場合の体制についてお答えください。 ※患者等によって異なる場合、よく行う体制についてご回答ください。 ※それぞれ○は1つ											
			障害児者の診療体制				医療的ケア児の診療体制				
外来診療	歯科医師		1名	2名	3名以上		1名	2名	3名以上		
	歯科衛生士		0名	1名	2名	3名以上		0名	1名	2名	3名以上
	その他		0名	1名	2名	3名以上		0名	1名	2名	3名以上
訪問診療	歯科医師		1名	2名	3名以上		1名	2名	3名以上		
	歯科衛生士		0名	1名	2名	3名以上		0名	1名	2名	3名以上
	その他		0名	1名	2名	3名以上		0名	1名	2名	3名以上
【4)で「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」を選んだ方にお伺いします。】											
6) 診療したことのある医療的ケア児の患者像についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○											
1. レスプレーター管理下にある      2. 気管内挿管または気管切開している 3. SpO <sub>2</sub> が低い等、呼吸状態が不安定      4. 経管栄養している      5. 嘔吐反射を有する 6. 過敏がある      7. その他(具体的に: )											
7) 保育所等又は幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校若しくは専修学校への文書による診療情報提供を行ったことがありますか。 ※○は1つ								1. はい      2. いいえ			
【3)または4)で「4. 行っていない」と回答した方(障害児者や医療的ケア児への歯科診療を行っていない方)のみお答えください。】											
8) 障害児者や医療的ケア児への歯科診療を実施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. 障害児者歯科診療に関する知識が乏しい 2. 依頼がない 3. 急変時の対応に不安がある 4. 人員の確保が困難 5. 時間の確保が困難 6. 口腔保健センターに依頼しているため 7. その他(具体的に: )						

歯科衛生士による歯科衛生実地指導及び訪問歯科衛生指導についてお伺いします。		
【院内に歯科衛生士がいる場合に、その歯科衛生士が回答をご記入ください。複数の歯科衛生士が勤務している場合、主として歯科衛生実地指導又は訪問歯科衛生指導を行っている歯科衛生士をご記入ください。院内に歯科衛生士がいない場合のご回答は不要です。】		
⑭ あなたの勤務状況についてについてお伺いします。		
1) 勤務形態を教えてください。 ※○は1つ	1. 常勤                      2. 非常勤	
2) 一週間あたりの勤務時間はどの程度ですか。	(                      )時間	
⑮ 歯科衛生実地指導の実施状況についてお伺いします。		
1) 令和5年6月の1か月間における歯科衛生実地指導の患者数(実人数)	(                      )人	
2) 令和5年6月1か月間における、平均的な1日あたりの歯科衛生実地指導の患者数 ※○は1つ	1. 1～5 人              2. 6～10 人              3. 11～15 人 4. 16～20 人              5. 21 人以上	
3) 1回の歯科衛生実地指導にかかるおおよその時間をお答えください。	(                      )分	
4) 令和5年6月の1か月間に実施した歯科衛生実地指導の内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導 2. う蝕や歯周病の予防・重症化予防に関する内容                      3. 口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導 4. 有床義歯や有床義歯の鉤歯に関する清掃指導                      5. 間食習慣等を含めた生活習慣の助言 6. 患者の状況を踏まえた動機付け 7. その他(                      )		
5) 3)で答えた時間内に、十分な指導ができているとお考えですか。 ※○は1つ	1. はい                      2. いいえ	
【5)で「2. いいえ」を選んだ方にお伺いします。】	1. プラークチャートの作成やブラッシング観察等の時間が足りない 2. 患者の生活習慣等を十分把握できていない 3. 口腔機能等の指導ができていない 4. その他(具体的に:                      )	
6) 5)で「2. いいえ」を選んだ理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○		
【訪問歯科衛生指導を行っている場合のみご回答ください。訪問歯科衛生指導を行っていない場合は、ご回答は不要です。】		
⑯ 訪問歯科衛生指導の実施状況についてお伺いします。		
1) 令和5年6月の1か月間における訪問歯科衛生指導の患者数(実人数)	(                      )人	
2) 令和5年6月1か月間における、平均的な1日あたりの訪問歯科衛生指導の患者数 ※○は1つ ※令和5年6月に訪問歯科衛生指導を実施していない場合、実施した直近の月の平均的な1日あたりの訪問歯科衛生指導の患者数をお答えください。	1. 1～5 人                      2. 6～10 人 3. 11～15 人                      4. 16 人以上	
3) 1回の訪問歯科衛生指導にかかるおおよその時間をお答えください。	(                      )分	
4) 令和5年6月の1か月間に実施した訪問歯科衛生指導の内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む)                      2. 有床義歯や有床義歯の鉤歯に関する清掃指導 3. 口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導                      4. 口腔衛生管理に関する実地指導 5. 摂食嚥下に関する助言指導 6. その他(                      )		
5) 3)で答えた時間内に、十分な指導ができているとお考えですか。 ※○は1つ	1. はい                      2. いいえ	
【5)で「2. いいえ」を選んだ方にお伺いします。】	1. 指導前の患者の状態確認を十分できていない 2. 患者の全身の状態を確認しながら指導するため時間が足りない 3. 患者や家族による口腔清掃の方法等を十分把握できていない 4. 口腔機能等の指導ができていない 5. 患者の食事等の観察を十分行えていない 6. その他(具体的に:                      )	
6) 5)で「2. いいえ」を選んだ理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○		

## 4. 貴施設における、多職種連携に関する取組等についてお伺いします。

① 令和5年6月の1か月間について、医科医療機関・歯科医療機関等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、診療情報提供や共有の依頼はありましたか。 ※○は1つ	1. あり 2. なし
【1)で「1. あり」を選択した方にお伺いします。】 2) 依頼内容についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 糖尿病患者に対する指導や管理に必要な歯周病の状態に関する情報提供や共有の依頼 2. 薬剤性顎骨壊死等の原因となる薬剤の投薬にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼 3. 手術や化学療法、放射線療法にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼 4. 周術期等口腔機能管理の実施依頼 5. 在宅療養患者（施設入所者含む。）に対する指導や管理にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼 6. 歯科訪問診療の依頼 7. その他、疾患の治療や管理を行う上で必要な歯科治療の依頼
3) 歯科医療機関からの文書による診療情報提供はありましたか。 ※○は1つ ※保険外診療の依頼は除く	1. あり 2. なし
【3)で「1. あり」を選択した方にお伺いします。】 4) 診療情報提供の内容についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 全身疾患を有する者への歯科診療 2. 障害児者や医療的ケア児に対する歯科診療 3. 歯科訪問診療等、在宅歯科医療の依頼 4. 周術期等口腔機能管理の依頼 5. その他（具体的に： _____）
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）はありましたか。 ※○は1つ	1. あり 2. なし
【5)で「1. あり」を選択した方にお伺いします。】 6) 診療情報提供の内容についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 全身疾患を有する者への歯科診療 2. 障害児者や医療的ケア児に対する歯科診療 3. 歯科訪問診療等、在宅歯科医療の対応 4. 周術期口腔機能管理への対応 5. その他（具体的に： _____）
② 令和5年6月の1か月間について、入院患者や施設入所者などに対する、リハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携の状況についてお伺いします。	
1) 多職種連携の取組をどのように行っているか、あてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. カンファレンスや情報共有はオンライン会議や専用アプリを活用して実施 2. 紹介された場合に貴施設（外来）で実施 3. 病院又は介護保険施設や在宅等を訪問して実施 4. 実施していない
【1)で「1. カンファレンスや情報共有はオンライン会議や専用アプリを活用して実施」を選択した方にお伺いします。】 2) 当該期間に実施した内容と、連携した職種をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	
内容	1. NST等の専門チームでのカンファレンス 2. 病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む） 3. リハビリテーション職種との情報共有や相談 4. 管理栄養士との情報共有や相談 5. 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価 6. 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価 7. 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価 8. 口腔管理に関する計画の作成 9. ミールラウンド 10. 食事形態の検討・調整 11. 退院前の居宅への訪問指導 12. 退院時のカンファレンス 13. その他（具体的に： _____）
職種	1. 医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 言語聴覚士 7. 管理栄養士 8. その他（具体的に： _____）
【1)で「4. 実施していない」を選んだ方にお伺いします。】 3) 実施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. 患者や患者家族、医療介護関係者からの依頼がない 2. 体制を整備していない 3. 当該月（令和5年6月）に該当する患者がいなかった 4. どのようなことを行ったらよいかわからない 5. その他（具体的に： _____）

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

令和5年8月31日(木)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。