

令和4年12月8日

都道府県歯科医師会 社会保険担当理事 各位

公益社団法人 日本歯科医師会
社会保険担当常務理事 林 正純

診療報酬改定結果検証調査
「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」・
「明細書の無料発行の実施状況調査」
の実施に係る会員各位への周知について

平素より本会会務運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、中医協におきましては診療報酬改定の後、その影響・結果の検証作業を行います。令和4年度歯科診療報酬改定に関する調査の一環として、令和4年度は、「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」・「明細書の無料発行の実施状況調査」について、調査対象施設の歯科保険医療機関に12月12日より順次調査票が発送されます。

お手数お掛けいたしますが、貴職より会員の皆様にその旨ご周知いただき、調査にご協力いただくようご依頼頂ければ幸いです。

いずれも診療報酬改定議論には必要不可欠な調査でありますので、会員の皆様のご理解をいただけるよう、宜しくご周知の程お願い致します。

後日改めて公文書にて貴会宛にご依頼することを申し添えます。

(別添)

- 令和4年度調査概要
- 「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一式
- 「明細書の無料発行の実施状況調査」 調査票一式

令和4年度に実施する令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の概要

1. 件名

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）

2. 調査目的

中央社会保険医療協議会における診療報酬改定結果検証部会のもと、令和4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために特別調査を実施し、診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

3. 調査の概要

（1）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

①調査の概要

令和4年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅医療については外来在宅共同指導料の新設等、在宅歯科医療については、歯科訪問診療料の評価の見直し等、在宅訪問薬剤管理については、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の新設等、訪問看護については、専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や、在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を実施している保険医療機関等の訪問の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【医療機関調査】

- ・在宅療養支援診療所 1,000 施設
- ・在宅療養支援病院 600 施設
- ・在宅医療を提供している在宅療養後方支援病院又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院 500 施設
- ・在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている一般診療所 400 施設
- ・訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関 悉皆・約 150 施設

【医療機関患者調査】

- ・上記の施設において訪問診療を行った患者 2 名、訪問看護を行った患者 2 名

【歯科医療機関調査】

- ・在宅療養支援歯科診療所 2,000施設
 - ・その他の歯科診療所 1,000施設
- 上記合計約3,000施設

【歯科医療機関患者調査】

- ・上記の施設において訪問診療を行った患者 2 名

【保険薬局調査】

- ・在宅患者調剤加算の届出を行っている薬局 3,000 施設

【保険薬局患者調査】

- ・上記の訪問薬剤管理指導を行った患者2名

【訪問看護調査】

- ・訪問看護ステーション 1,000 事業所
(機能強化型訪問看護ステーションは悉皆・約 860 事業所とする。)

【訪問看護患者調査】

- ・上記の施設において訪問看護を行った利用者4名

③スケジュール

12月12日以降順次 調査票発送

(2) 精神医療等の実施状況調査

①調査の概要

令和4年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実、アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設、摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し、精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設、継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実、児童思春期精神科専門管理加算の見直し、通院・在宅精神療法の見直し、精神科救急医療体制の整備の推進、クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し、かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設、救急患者精神科継続支援料の見直し、救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や、関連した取組の実施状況等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【病院調査】

- ・精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科急性期医師配置加算、精神科急性期医療体制加算、こころの連携指導料、療養生活継続支援加算、精神科在宅患者支援管理料の届出病院
 - ・精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する病院から無作為抽出（上記に該当しない医療施設より抽出）
- 上記合計約1,200施設

【病棟調査】

- ・病院調査の対象施設に、以下の入院基本料等を届け出ている病棟についてそれぞれ回答を求める。

a. 精神科救急入院料 b. 精神科急性期治療病棟入院料 c. 精神科救急・合併症入院料	・ a、b、cの届出を行っている全病棟について記入
d. 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1） e. 精神療養病棟入院料	・ d、eの届出を行っている病棟より1棟を選択の上記入

【診療所調査】

- ・こころの連携指導料、療養生活継続支援加算、精神科在宅患者支援管理料等の届出診療所のうち、無作為抽出した診療所 500 施設

【入院患者調査】

- ・病院調査の対象施設に、精神科救急急性期入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者、こころの連携指導料、療養生活継続支援加算等の算定患者、精神科訪問看護・指導料の算定患者を最大6名選定

【外来患者調査】

- ・診療所調査の対象施設に、こころの連携指導料の算定患者2名、療養生活継続支援加算等の算定患者2名、精神科訪問看護・指導料の算定患者2名、最大6名を選定

③スケジュール

12月12日以降順次 調査票発送

(3) リフィル処方箋の実施状況調査

①調査の概要

令和4年度診療報酬改定において、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を変更した。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【保険薬局調査】

- ・令和4年4～6月にリフィル処方箋の応需実績がある薬局
 - ・リフィル処方箋の応需実績がない薬局
- 上記合計 500 施設

【病院・診療所調査】

- ・令和4年4～6月にリフィル処方箋の発行実績がある病院・診療所
 - ・リフィル処方箋の発行実績がない病院・診療所
- 上記合計 1,000 施設

【患者調査】

- ・保険薬局調査の対象施設に調査期間中に来局した患者のうち、1施設につき2名
- ・病院調査の対象施設に調査期間中に受診した外来患者2名
- ・診療所調査の対象施設に調査期間中に受診した外来患者2名
- ・直近6か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者のうち、無作為抽出した1,000名

③スケジュール

12月12日以降順次 調査票発送

(4) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

①調査の概要

令和4年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方の記載された処方箋の受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査・検証するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【保険薬局調査】

- ・全国の保険薬局のうち、無作為抽出した 1,500 施設

【診療所調査】

- ・ 保険医療機関のうち、無作為抽出した診療所 1,500 施設

【病院調査】

- ・ 保険医療機関のうち、無作為抽出した病院 1,000 施設

【医師調査】

- ・ 病院調査の対象施設で外来診療を担当する医師のうち、1 施設につき診療科の異なる医師 2 名

【患者調査】

- ・ 保険薬局調査の対象施設に調査日に来局した患者のうち、1 施設につき 2 名
- ・ 直近 1 か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者のうち、無作為抽出した 1,000 名

③スケジュール

12月12日以降順次 調査票発送

(5) 明細書の無料発行の実施状況調査

①調査の概要

明細書の無償発行については、平成20 年度以降順次、義務対象が拡大されているところであるが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由があるものについては無償発行の義務対象外とする経過措置が設けられている。また、現在は電子レセプト請求を行っていないことから努力義務とされている訪問看護事業者について、令和6年度からは電子レセプト請求が開始されることとなっている。

これらを踏まえ、今後の明細書の無償発行の義務対象の範囲について検討するため、本調査では、明細書の無償発行の現状や課題等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【医療機関調査】

- ・ 「正当な理由」の届出を行っている診療所 450 施設（悉皆）

【訪問看護調査】

- ・ 訪問看護ステーション 1,000事業所
（機能強化型訪問看護ステーションは700事業所（悉皆）とする。）

【患者・利用者調査】

- ・ 上記の医療機関調査及び訪問看護調査対象となった施設の患者・利用者、1 施設につき 4 名

③スケジュール

12月12日以降順次 調査票発送

4. 調査委託業者

PwCコンサルティング合同会社

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
調査の概要(案)

1. 調査目的

令和4年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅医療については外来在宅共同指導料の新設等、在宅歯科医療については、歯科訪問診療料の評価の見直し等、在宅訪問薬剤管理については、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の新設等、訪問看護については、専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や、在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を実施している保険医療機関等の訪問の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等について調査・検証を行う。

2. アンケート調査の構成及び調査手順

<アンケート調査の構成>

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
医療機関調査	a.在宅療養支援診療所 b.在宅療養支援病院 c.在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院 d.在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている一般診療所 e.訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関	a.1000件 b.600件 c.500件 d.400件 e.150件程度	a.無作為抽出 b.無作為抽出 c.無作為抽出 d.無作為抽出 e.悉皆	自記式調査票の郵送配布・回収
医療機関患者調査	・訪問診療を行った患者2名/施設 ・訪問看護を行った患者2名/施設	合計 10,600件	上記施設から 4名	施設調査の職員が記入
歯科医療機関調査	a.在宅療養支援歯科診療所 b.在宅療養支援歯科診療所以外の歯科医療機関	a.2,000件 b.1,000件	a.無作為 b.無作為	自記式調査票の郵送配布・回収
歯科医療機関患者調査	・訪問診療を行った患者2名/施設	合計 6,000件	上記施設から 2名	施設調査の職員が記入
保険薬局調査	・在宅患者調剤加算の届出を行っている薬局	3,000件	無作為抽出	自記式調査票の郵送配布・回収
保険薬局患者調査	・訪問薬剤管理指導を行った患者	6,000件	上記薬局から 2名	施設調査の職員が記入
訪問看護調査	a.機能強化型訪問看護ステーション b.機能強化型以外の訪問看護ステーション	a.860件程度 b.1000件	a.悉皆 b.無作為抽出	自記式調査票の郵送配布・回収
訪問看護利用者調査	・訪問看護を行った利用者4名/施設	6,800件	上記施設から 4名	施設調査の職員が記入

※ 患者調査・利用者調査は、調査対象となった医療機関等の職員が、指定の条件に沿って指定人数を抽出し、対象患者の同意を得た上で調査票を記載する。

<アンケート調査の手順>

アンケート調査は、医療機関調査・歯科医療機関調査・保険薬局調査・訪問看護ステーション調査の全てにおいて、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

患者調査・利用者調査は、医療機関調査・歯科医療機関調査・保険薬局調査・訪問看護ステーション調査の調査対象となった各施設の職員が、指定の条件に沿って医療機関調査及び訪問看護ステーションの場合は1施設あたり患者等4名、歯科医療機関及び保険薬局の場合は患者2名を無作為抽出し、ご本人の同意が得られた方を対象とする。対象患者について各施設の職員が記入を行い、施設単位で調査票を返送いただく。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある）、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

3. 主な調査事項

<新型コロナウイルスの影響に関する項目>

[医療機関調査]

- 新型コロナウイルス感染症患者または感染疑い患者への訪問人数

[歯科医療機関調査]

- 新型コロナウイルス感染症患者への歯科訪問診療の実施状況
- 歯科訪問診療を行う際に実施した対策

[保険薬局調査]

- 「0410 対応」と記載された処方箋の応需状況

[訪問看護ステーション調査]

- 新型コロナウイルス感染症患者または感染疑い患者への訪問人数

<今回新設した項目>

[医療機関調査]

- 情報通信機器を用いた診療の状況
- 歯科訪問診療との連携の状況
- 在宅薬剤管理指導の状況
- 令和4年度診療報酬で新設された評価の実施状況
- 末期の悪性腫瘍患者の訪問診療の実施状況
- 訪問診療で容態が急変した患者への対応状況
- 訪問リハビリテーションの実施状況
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応 等

[医療機関：患者調査]

- 訪問リハビリテーションの実施状況
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応 等

[歯科医療機関調査]

- 地域医療連携体制加算の届出をしていない理由
- 在宅歯科医療推進加算の届出をしていない理由
- 病院への歯科訪問診療の実施状況
- 通信画像情報活用加算の実施状況
- 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の実施状況
- 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実施状況
- 口腔細菌定量検査の実施状況
- 他の医療機関等との連携状況
- 関わっている地域保健事業の内容 等

[歯科医療機関：患者調査]

- 自院の最終の外来受診歴
- 訪問歯科衛生指導の頻度
- 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の内容 等

[保険薬局調査]

- 在宅患者訪問薬剤管理指導等の状況
- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導の状況
- 麻薬調剤、無菌製剤処理の体制
- 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算・在宅中心静脈栄養法加算の状況
- 退院時共同指導への薬剤師の参画状況
- オンラインで行う服薬管理指導の状況
- 他職種を同伴した訪問の状況 等

[保険薬局：患者調査]

- 訪問薬剤管理を行ったきっかけ
- 当該患者の退院時共同指導への薬剤師の参加状況
- 医療材料の提供状況、逆ザヤの有無
- 服薬コンプライアンス、アドヒアランス向上の取組
- 提供した薬学的管理の詳細 等

[訪問看護ステーション調査]

- 訪問看護の体制（介護保険の指定状況、24時間対応体制）
- 機能強化型訪問看護管理療養費の状況
- 精神科訪問看護の届出状況
- 訪問看護のターミナルケア療養費（小児患者）の状況
- 医療機関・地域の医療・介護・障害福祉関係者との連携状況 等

[訪問看護ステーション：利用者調査]

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた対応
- 各回の訪問看護の内容
- リハビリ職との連携、提供している内容
- 医療機関・介護・障害福祉等関係者との連携状況 等

4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

<実査開始までのスケジュール>

作業項目	2022年												2023年					
	9月			10月			11月			12月			1月		2月		3月	
1 調査票等の作成・発送																		
① 調査の全体設計																		
② 調査票等発送物の作成																		
③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）																		
④ 調査票等送付物・宛名シールの印刷																		
⑤ 調査票等送付物の封入・発送																		
2 照会への対応																		
① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成																		
② 照会対応・再発送要望対応																		
③ 照会及び回答内容の一覧の作成																		
3 調査票の電子化(Webサイト対応)																		
① Webサイトの開設準備・電子調査票作成																		
② Webサイトの運営																		
4 調査の協力依頼																		
① 電話協力依頼（兼調査票等到着確認）																		
② 督促ハガキ印刷・発送																		
5 調査票受付・データ化																		
① 回収票の受付・登録																		
② 協力依頼状・督促ハガキ発送名簿の作成																		
③ 電話督促名簿の作成																		
④ 受付票の検索（返戻・修正依頼）																		
⑤ データ入力																		
6 集計及び報告書の作成																		
① 集計方針・報告書構成の検討																		
② 集計																		
③ 中間報告書の作成																		
④ 報告書の作成																		
⑤ 報告書の納品																		
⑥ 省内検討／中医協議への対応																		
7 調査検討委員会の設置・運営																		
① 委員選定・委嘱																		
② 調査検討委員会の開催																		
③ 調査検討委員会審議への対応																		

以上

令和4年12月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

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」
へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和4年4月の診療報酬改定においては、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅歯科医療については、歯科訪問診療料の評価の見直し等を行いました。

今般、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（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、改定に係る影響や、在宅歯科医療を実施している保険医療機関等の実施状況、患者に行われている医療内容、介護関係者との連携状況等について調査・検証を行うことになりました。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、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年1月10日(火)までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー

PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2022-01-mbx@pwc.com

【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2022-mbx@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 : [https:// kensho2022.jp](https://kensho2022.jp)

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-060-173（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和4年12月

開設者様・管理者様

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」
調査実施要領

本調査では、令和4年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「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」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、本要領に基づき、**歯科医療機関票**、**患者票**（貴機関にてご記入をお願いします。）（両票で1冊綴じ）へのご回答の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、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。

記

I. 封入物一覧

- ① 調査へのご協力のお願い（貴機関向け） 1部
- ② 調査実施要領（本状） 1部
- ③ 歯科医療機関票・患者票（両票で1冊綴じ） 1部
- ④ 返信用封筒..... 1部

II. 対象者及び回答方法

1. 歯科医療機関票（歯科医療機関票・患者票の両票で1冊綴じ）

<対象者>

- ・ 本調査は、貴機関の開設者・管理者の方にご記入をお願いしております。可能な限り、貴機関の状況を把握し意思決定に関わる方がご回答ください。

<ご用意いただく書類>

- ・ ①調査へのご協力のお願い（貴機関向け） 1部
- ・ ②調査実施要領（本状） 1部
- ・ ③歯科医療機関票・患者票（両票で1冊綴じ） .1部
- ・ ④返信用封筒 1部

<回答方法>

- 紙の調査票をお送りしていますが、電子調査票で回答することも可能です。いずれか回答しやすい方法でご回答ください。

【紙の調査票で回答する場合】

- 紙の調査票にご記入の上、専用の返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、お近くのポストに投函してください。
- なお、封筒の受付先は、PwC コンサルティング合同会社から委託した株式会社シーズとなっております。

【電子調査票で回答する場合】

- 下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトアクセスし、画面上で紙の調査票の左上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、必ず電子調査票1頁目の左上に ID 番号を記入の上、ご回答ください。回答後は、電子メールに添付し、必ずメールの件名(タイトル)に、ID 番号と“調査票の送付”を記入の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	https://kensho2022.jp
電子調査票の送付先	jp_cons_kensho2022-mbx@pwc.com

- 紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

<回答期限>

令和5年1月10日(火)までにポストに投函するか上記メールアドレスにご送信ください。

Ⅲ. お問い合わせ先

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2022-01-mbx@pwc.com
【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2022-mbx@pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2022.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-060-173 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

以上

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(歯訪診) 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、抜歯手術の算定実績が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
- 「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
- 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: _____)

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 ^{※1}	()か所
3) 1)のうち 病院	()か所
4) 1)のうち 介護保険施設 ^{※2}	()か所
5) 1)のうち 居住系高齢者施設 ^{※3}	()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	2. 周術期等口腔機能管理の実施
3. 口腔衛生指導	4. 摂食機能療法
5. 口腔機能に係る指導管理・訓練	6. 歯周病検査、歯周基本治療
7. う蝕治療	8. 抜髄、感染根管治療等の歯内療法
9. 抜歯	10. 義歯製作
11. 義歯調整、有床義歯修理、有床義歯内面適合法	12. 栄養サポートチームへの参画
13. その他(具体的に:)	

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、得られた情報を次回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 12. 処方 13. 口腔機能管理等の指導管理 14. 摂食嚥下障害の評価 15. 緊急時の対応 16. 専門医との連携 17. その他(具体的に:)
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
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○

- 対象となる患者がいらないから
- 依頼がないから
- 患者・家族等の同意を得ることが難しいから
- 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
- 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
- 実施に必要な医療機器等を整備していないから
- 実施に必要な人員体制が不足しているから
- 算定方法がわからないから
- 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
- 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

- 依頼がないため実施していない
- 依頼があったとしても実施しない
- 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○

- 介護保険施設
- 居住系高齢者施設
- 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にお答えください。※〇は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にお答えください。※〇は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。※〇は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
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
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
4. 連携に強い必要性を感じないため
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. 特にや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. 上記以外の自治体を実施する保健事業
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: _____)	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: _____) 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: _____) 10. 特に実施した対策はない	

<p>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。 ※〇は1つだけ</p>	<p>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)</p>																																								
<p>⑭ 算定した歯科訪問診療料の種類</p>	<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>																																								
<p>⑮ 歯科訪問診療時の体制</p>	<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>																																									
<table border="0"> <tr> <td>1. 口腔内診査・症状確認</td> <td>2. 口腔衛生指導</td> <td>3. 口腔機能管理</td> <td>4. 機械的歯面清掃</td> </tr> <tr> <td>5. フッ化物歯面塗布</td> <td>6. 歯周病検査</td> <td>7. 口腔細菌定量検査</td> <td>8. 口腔機能に係る検査</td> </tr> <tr> <td>9. スケーリング</td> <td>10. スケーリング・ルートプレーニング</td> <td>11. 咬合調整</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. う蝕処置(12~15以外)</td> <td>13. 歯冠修復(充填)</td> <td>14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)</td> <td>16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17. 抜髄</td> <td>18. 感染根管治療</td> <td>19. 抜歯</td> <td>20. 欠損補綴(ブリッジ)</td> </tr> <tr> <td>21. 義歯製作</td> <td>22. 義歯調整</td> <td>23. 義歯修理</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24. 床裏装</td> <td>25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション</td> <td>27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28. その他(具体的に)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		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. 抜歯	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)			
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. 抜歯	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)																																									
<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。 ※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>																																									
<table border="0"> <tr> <td>1. 口腔内診査・症状確認</td> <td>2. 口腔衛生指導</td> <td>3. 口腔機能管理</td> <td>4. 機械的歯面清掃</td> </tr> <tr> <td>5. フッ化物歯面塗布</td> <td>6. 歯周病検査</td> <td>7. 口腔細菌定量検査</td> <td>8. 口腔機能に係る検査</td> </tr> <tr> <td>9. スケーリング</td> <td>10. スケーリング・ルートプレーニング</td> <td>11. 咬合調整</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. う蝕処置(12~15以外)</td> <td>13. 歯冠修復(充填)</td> <td>14. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)</td> <td>16. 歯冠修復(CAD/CAM冠)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17. 抜髄</td> <td>18. 感染根管治療</td> <td>19. 抜歯</td> <td>20. 欠損補綴(ブリッジ)</td> </tr> <tr> <td>21. 義歯製作</td> <td>22. 義歯調整</td> <td>23. 義歯修理</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24. 床裏装</td> <td>25. 非経口摂取患者口腔粘膜処置</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26. 摂食機能障害に対するリハビリテーション</td> <td>27. 口腔機能低下症に対するリハビリテーション</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28. その他(具体的に)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		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. 抜歯	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)			
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. 抜歯	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)																																									
<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 5. 食事量・食形態等の改善 6. その他(具体的に:)</p>																																									

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. 抜歯 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. 抜歯 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。

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)
 明細書の無料発行の実施状況調査

調査の概要

1. 調査目的

明細書の無償発行については、平成20年度以降順次、義務対象が拡大されているところであるが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由があるものについては無償発行の義務対象外とする経過措置が設けられている。また、現在は電子レセプト請求を行っていないことから努力義務とされている訪問看護事業者について、令和6年度からは電子レセプト請求が開始されることとなっている。

これらを踏まえ、今後の明細書の無償発行の義務対象の範囲について検討するため、本調査では、明細書の無償発行の現状や課題等について調査・検証を行う。

2. アンケート調査の構成及び調査手順

<アンケート調査の構成>

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
医療機関調査	「正当な理由」の届出を行っている診療所	450 施設	悉皆	自記式調査票の郵送配布・回収
訪問看護調査	機能強化型訪問看護ステーションの全施設	700 施設	悉皆	自記式調査票の郵送配布・回収
	機能強化型以外の訪問看護ステーション	1,000 施設	無作為	自記式調査票の郵送配布・回収
患者・利用者調査	上記の医療機関調査及び訪問看護調査対象となった施設の患者・利用者	最大 2,800 名	各施設につき最大 4 名	自記式調査票の郵送配布・回収

※訪問看護調査及び訪問看護ステーションの利用者を対象とした患者調査については、本調査のテーマ1である「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」に盛り込む

※患者票については、病院を対象とした調査の実施（他の調査の調査対象に協力を依頼する等）についても検討する

<アンケート調査の手順>

本調査は、医療機関 450 施設（「正当な理由」の届出を行っている診療所）、訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護ステーション全施設、機能強化型以外の訪問看護ステーション 1,000 施設の計 1,700 施設）を対象として実施する。

調査票は、上記の施設を対象とする「医療機関調査」、「訪問看護調査」の2種類の施設票、及び調査対象となった医療機関及び訪問看護の患者を対象とする「患者調査」か

ら構成される。

施設票は、下表に示す医療機関、訪問看護ステーションを無作為に抽出して調査対象とする（ただし機能強化型訪問看護ステーションについては全数）。なお、抽出にあたっては、都道府県別に整理された母集団のリストから等間隔で対象となる施設を無作為に抽出する方法で実施する。

患者・利用者票は、医療機関調査の調査対象となった医療機関及び訪問看護ステーションにおいて、1施設あたり最大患者・利用者4名を無作為抽出し、対象患者に調査票を手渡し、直接記入を求める形式とする。

なお訪問看護調査及び訪問看護ステーションの利用者を対象とした患者・利用者調査については、本調査のテーマ1である「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」に盛り込むこととする。

アンケート調査は、施設調査（医療機関・訪問看護ステーション）、患者・利用者調査の調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

患者・利用者調査は、施設調査の調査対象となった医療機関・訪問看護ステーションの職員が、条件に沿って1施設あたり患者4名を無作為抽出（調査期間における最初の患者・利用者2名と、最後の患者・利用者2名）し、患者・利用者から直接回収する。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある）、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

3. 主な調査事項

<新型コロナウイルスの影響に関する項目>

※特になし

<主な調査項目>（今回新設の項目はなし）

[医療機関調査]（一般診療所・歯科診療所）

- 該当する「正当な理由」と明細書を無料発行するための体制整備の予定
- 現在の明細書の発行状況・発行体制・患者の反応
- 明細書の無料発行を行う際の課題（想定される年数とその理由） 等

[訪問看護調査]

- 現在のレセプト請求の方法
- 現在の明細の発行状況（費用徴収の有無・タイミング等）・発行体制・利用者の反応
- （希望者にのみ明細書を発行している等の事業所について）全利用者に明細書を無料発行していない理由
- 明細書の無料発行を行う際の課題（想定される年数とその理由） 等

[患者調査]（一般診療所・歯科診療所）

- 明細書の受取状況
- （明細書を受け取った方）費用徴収の有無・内容確認の有無・明細書を受け取ることのメリット
- 明細書発行の希望の有無 等

[利用者調査]

- 明細書の受取状況
- （明細書を受け取った方）費用徴収の有無・内容確認の有無・明細書を受け取ることのメリット
- 明細書発行の希望の有無 等

[患者調査]（病院）

- 明細書の受取状況
- 内容確認の有無・明細書を受け取ることのメリット
- 明細書を受け取ることの必要性
- （必要としない方）必要としない理由 等

4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

<実査開始までのスケジュール>

作業項目	2022年												2023年				
	9月			10月			11月			12月			1月	2月	3月		
1 調査票等の作成・発送																	
① 調査の全体設計																	
② 調査票等発送物の作成																	
③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）																	
④ 調査票等送付物・宛名シールの印刷																	
⑤ 調査票等送付物の封入・発送																	
2 照会への対応																	
① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成																	
② 照会対応・再発送要望対応																	
③ 照会及び回答内容の一覧の作成																	
3 調査票の電子化(Webサイト対応)																	
① Webサイトの開設準備・電子調査票作成																	
② Webサイトの運営																	
4 調査の協力依頼																	
① 電話協力依頼（兼調査票等到着確認）																	
② 督促ハガキ印刷・発送																	
5 調査票受付・データ化																	
① 回収票の受付・登録																	
② 協力依頼状・督促ハガキ発送名簿の作成																	
③ 電話督促名簿の作成																	
④ 受付票の検索（返戻・修正依頼）																	
⑤ データ入力																	
6 集計及び報告書の作成																	
① 集計方針・報告書構成の検討																	
② 集計																	
③ 中間報告書の作成																	
④ 報告書の作成																	
⑤ 報告書の納品																	
⑥ 省内検討／中医協議への対応																	
7 調査検討委員会の設置・運営																	
① 委員選定・委嘱																	
② 調査検討委員会の開催																	
③ 調査検討委員会審議への対応																	

以上

(施設票)

令和4年12月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

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）

「明細書の無料発行の実施状況調査」

調査へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、明細書の無料発行については、平成20年度以降順次、義務対象が拡大されているところですが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由がある場合については無料発行の義務対象外とする経過措置が設けられています。また、現在は電子レセプト請求を行っていないことから努力義務とされている訪問看護事業者について、令和6年度からは電子レセプト請求が開始されることとなっています。

今般、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（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関や訪問看護ステーション、患者・利用者の方を対象に、明細書の無料発行の実施状況や意識等の変化を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwCコンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年1月10日(火)までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー

PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2022-05-mbx@pwc.com

【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2022-mbx@pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2022.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-551-313 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

(病院・患者票)

令和4年12月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

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）

「明細書の無料発行の実施状況調査」 調査へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、明細書の無料発行については、平成20年度以降順次、義務対象が拡大されているところですが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由がある場合については無料発行の義務対象外とする経過措置が設けられています。また、現在は電子レセプト請求を行っていないことから努力義務とされている訪問看護事業者について、令和6年度からは電子レセプト請求が開始されることとなっています。

今般、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（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関や訪問看護ステーション、患者・利用者の方を対象に、明細書の無料発行の実施状況や意識等の変化を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwCコンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2022-05-mbx@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-551-313 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

(患者・利用者票)

令和4年12月

患者様
ご利用者様

厚生労働省 保険局 医療課

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）

「明細書の無料発行の実施状況調査」 調査へのご協力をお願い

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年ごとに診療報酬（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。

さて、明細書の無料発行については、平成20年度以降順次、義務対象が拡大されているところですが、現在、医科・歯科診療所のうち正当な理由がある場合については無料発行の義務対象外とする経過措置が設けられています。

本調査は、明細書の無料発行について、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、改定の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、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

- この調査は、医療機関を受診なさった方及び訪問看護ステーションをご利用された方が対象となっております。

回答期限・返送方法

- 調査票を受け取った方は、**令和5年1月10日(火)まで**に返信用封筒にて下記調査事務局まで直接ご返信ください。切手の貼付は不要です。

回答方法

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

(→裏面へ続きます)

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けたPwCコンサルティング合同会社が実施します。

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、受診なさった医療機関やご利用になった訪問看護ステーションの職員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（中医協）」において、患者の方（及びその家族）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。

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。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】jp_cons_kensho2022-05-mbx@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、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：0120-551-313（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

診療明細書(記載例)

	入院外	保険		
患者番号		氏名	〇〇 〇〇	様
受診科		受診日	YYYY/MM/DD~ YYYY/MM/DD	

部	項目名	点数	回数
基本料	* 外来診療料	〇〇	〇
在宅	* 在宅自己注射指導管理料(月28回以上)	〇〇〇	〇
	* 血糖自己測定器加算(月120回以上)(1型糖尿病の患者に限る)	〇〇〇〇	〇
処方	* 処方箋料(その他)	〇〇	〇
検査	* 生化学的検査(1)判断料	〇〇〇	〇
	* 血液学的検査判断料	〇〇〇	〇
	* B-V	〇〇	〇
	* 検体検査管理加算(1)	〇〇	〇
	* 血中微生物	〇〇	〇
	* 生化学的検査(1)(10項目以上)	〇〇〇	〇
	ALP		
	LAP		
	γ-GTP		
	CK		
ChE			
Amy			
TP			
Alb			
BIL/総			
BIL/直			
画像診断	* 胸部 単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	〇〇〇	〇

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

開設者様・管理者様

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)
「明細書の無料発行の実施状況調査<施設票><患者票>」
調査実施要領

本調査では、令和4年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「明細書の無料発行の実施状況調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、本要領に基づき、**施設票**（貴診療所でご回答頂く調査票）のご回答、**患者票**（該当する患者に貴診療所より配付頂き、**患者・家族等にご回答頂く調査票**）の対象者への配布をいただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願ひ申し上げます。

なお、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。

記

I. 封入物一覧

① 調査へのご協力のお願ひ（貴診療所向け）	1部	}	貴診療所調査分
② 調査実施要領（本状）	1部		
③ 施設票（白色）	1部		
④ 返信用封筒（茶色）	1部		
⑤ 調査へのご協力のお願ひ（患者向け・クリーム色）	4部	}	患者調査分
⑥ 患者票（クリーム色）	4部		
⑦ 返信用封筒（クリーム色）	4部		

II. 対象者及び回答方法

1. 施設票(白色の調査票)

<対象者>

- ・ 本調査は、貴診療所の開設者・管理者の方にご記入をお願いしております。可能な限り、貴診療所の状況を把握し意思決定に関わる方がご回答ください。

<ご用意いただく書類>

- ・ ①調査へのご協力のお願ひ（貴診療所向け） 1部
- ・ ②調査実施要領（本状）
- ・ ③施設票（白色）
- ・ ④返信用封筒（茶色）

<回答方法>

- 紙の調査票をお送りしていますが、電子調査票で回答することも可能です。いずれか回答しやすい方法でご回答ください。

【紙の調査票で回答する場合】

- 紙の調査票にご記入の上、専用の返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、お近くのポストに投函してください。
- なお、封筒の受付先は、PwC コンサルティング合同会社から委託した株式会社シーズとなっております。

【電子調査票で回答する場合】

- 下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトへアクセスし、画面上で紙の調査票の左上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、必ず電子調査票1頁目の左上に ID 番号を記入の上、ご回答ください。回答後は、電子メールに添付し、必ずメールの件名(タイトル)に、ID 番号と“調査票の送付”を記入の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	https://kensho2022.jp/
電子調査票の送付先	jp_cons_kensho2022-mbx@pwc.com

- 紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

<回答期限>

令和5年1月10日(火)までにポストに投函するか上記メールアドレスにご送信ください。

2. 患者票(クリーム色の調査票)

<対象者>

調査期間に貴診療所で受診なさった患者の方 最大4名

<配布していただく書類>

- ⑤調査へのご協力をお願い(患者向け・クリーム色) 1部
- ⑥患者票(クリーム色) 1部
- ⑦返信用封筒(クリーム色) 1部

<配布方法>

- 患者調査票は、令和4年12月12日(月)から令和4年12月31日(土)までの特定の1日を調査日とし、当該日において患者の来院順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しください。
- 調査票をお渡しいただく対象につきましては、調査日の午前・午後それぞれに最初に来院された方2名ずつとしてください。午前・午後それぞれの時間帯に来院者がなかった場合は、調査日を翌日に変更し、同様に患者にお渡しください。
- 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「調査へのご協力をお願い(患者向け依頼状)」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただきますよう、ご案内ください。
- 患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。
- ご記入いただいた患者票は、返信用封筒にて、患者が各自で投函していただくよう、依頼してください。

Ⅲ. お問い合わせ先

本調査で、ご不明な点等ございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2022-05-mbx@pwc.com

【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2022-mbx@pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2022.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-551-313 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

以上

開設者様・管理者様

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)

「明細書の無料発行の実施状況調査〈患者票〉」 調査実施要領

本調査では、令和4年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「明細書の無料発行の実施状況調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、本要領に基づき、**患者票(該当する患者に貴院より配付頂き、患者・家族等にご回答頂く調査票)**の対象者への配布をいただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、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。

記

I. 封入物一覧

- ① 調査へのご協力のお願い(貴院向け) 1部
- ② 調査実施要領(本状) 1部
- ③ 調査へのご協力のお願い(患者向け・クリーム色) 4部
- ④ 患者票(クリーム色) 4部
- ⑤ 返信用封筒(クリーム色) 4部

II. 対象者及び回答方法

1. 患者票(クリーム色の調査票)

<対象者>

調査期間に貴院で受診なさった患者の方 最大4名

<配布していただく書類>

- ・ ③調査ご協力のお願い(患者向け・クリーム色) 1部
- ・ ④患者票(クリーム色) 1部
- ・ ⑤返信用封筒(クリーム色) 1部

<配布方法>

- ・ 患者調査票は、令和4年12月12日(月)から令和4年12月31日(土)までの特定の1日を調査日とし、当該日において患者の来院順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しください。
- ・ 調査票をお渡しいただく対象につきましては、調査日の午前・午後それぞれに最初に来院された方2名ずつとしてください。午前・午後それぞれの時間帯に来院者がなかった場合は、調査日を翌日に変更し、同様に患者にお渡しください。

- ・ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「調査へのご協力のお願い(患者向け依頼状)」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただきますよう、ご案内ください。
- ・ 患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。
- ・ ご記入いただいた患者票は、返信用封筒にて、患者が各自で投函していただくよう、依頼してください。

Ⅲ. お問い合わせ先

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2022-05-mbx@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-551-313 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

以上

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)

明細書の無料発行の実施状況調査

施設票【一般診療所・歯科診療所】

- ※ この「一般診療所・歯科診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における診療の内容がわかる明細書（以下、「明細書」）の発行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、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、用語等をご記入ください。()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「-」をご記入ください。
- ※ 特に断りのない場合は、令和4年6月末時点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施設名	()							
②所在地	()都・道・府・県							
③開設者 ※○は1つだけ	1. 個人		2. 法人		3. その他 ()			
④施設種別 ※○は1つだけ	1. 有床診療所 →許可病床数：()床 2. 無床診療所							
⑤標榜診療科 ※○はいくつでも	1. 内科 ^{注1} 2. 外科 ^{注2} 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 小児科 6. 産婦人科・産科 7. 精神科 8. 眼科 9. 耳鼻咽喉科 10. 泌尿器科 11. 皮膚科 12. 歯科 13. 矯正歯科 14. 小児歯科 15. 歯科口腔外科 16. リハビリテーション科 17. その他							
⑥全職員数 (非常勤職員は常勤換算*) ※令和4年6月末時点 ※小数点以下第1位まで	医師	歯科医師	看護職員	歯科衛生士	薬剤師	事務職員	その他の職員	計
	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人
* 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)								
⑦1か月間の延べ患者数 ※令和4年6月1か月間	1) 外来	初診	() 人				2) 入院	() 人
		再診	() 人					

注1：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

注2：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

2 「正当な理由」の届出についてお伺いします。

① 貴施設が該当する「正当な理由」は何ですか。 ※○は1つだけ	1. レセプトコンピュータに明細書発行機能が付与されていないため 2. 明細書発行のためには自動入金機の改修が必要であるため		
② 貴施設では、今後、原則として全患者に明細書を無料で発行する体制を整える予定ですか。 ※○は1つだけ	1. 具体的な予定がある →明細書無料発行予定時期：令和()年()月頃 2. 具体的な予定は決まっていないが次期更新で導入する予定 3. 予定はない 4. その他(具体的に)		

③ 貴施設では、全患者に明細書を無料で発行する場合にどのような課題がありますか。 ※○はいくつでも
1. 設備投資のための初期費用 2. 明細書発行のための人員体制整備 3. 明細書発行に伴う業務負担の増加 4. その他（具体的に _____） 5. 特に負担に感じることはない
④ 貴施設では、院内に「正当な理由」に該当する旨等の表示はしていますか。 ※○はいくつでも
1. 「正当な理由」に該当する旨を表示している 2. 患者が希望する場合は明細書を発行する際の手続きを表示している 3. 患者が希望する場合は明細書を発行する際の手続きの費用徴収の有無と金額を表示している 4. その他（具体的に _____）
⑤ 診療所においては平成28年度に明細書無料発行が義務化され、経過措置として、「正当な理由」がある場合は当面の間、明細書を交付することを要せず、有償で行うことができるとされましたが、現在までに明細書発行の無償化に向けてお取り組みになった事項等がございましたらご自由にご記入下さい。

3 患者への明細書の発行状況、発行体制、患者の反応等についてお伺いします。

【明細書の発行状況】

① 貴施設における明細書の発行状況として、最もあてはまるものを選んでください。 ※○は1つだけ
1. 希望する患者にのみ無料で発行している →令和4年6月1か月間の無料での発行件数（ _____ ）件 2. 希望する患者にのみ有料で発行している →令和4年6月1か月間の有料での発行件数（ _____ ）件 →1件当たりの徴収金額：（ _____ ）円 →その金額の算出根拠：（ _____ ）

【明細書の発行体制・体制整備等】

② 貴施設では、どのような方法で明細書の作成・発行を行っていますか。 ※○はいくつでも
1. パソコン等で作成している 2. 手書きで作成している 3. その他（具体的に _____）
③ 貴施設では、患者からの明細書の内容等の問合せに、どのような体制で対応していますか。 ※○はいくつでも
1. 会計窓口の職員が対応している 2. 医師又は歯科医師が対応している 3. 照会の内容によって対応する人を変えている 4. その他（具体的に _____） 5. 特に対応する体制をとっていない
④ 貴施設におけるレセプトコンピュータの改修時期と自動入金機の有無についてお答えください。
④—1 レセプトコンピュータの直近の改修時期（平成・令和 _____ 年） ④—2 レセプトコンピュータの次の改修予定時期（令和 _____ 年頃） ④—3 自動入金機の有無 1. 有 2. 無

【患者の反応等】

⑤ 貴施設において、令和4年6月1か月間で、患者から明細書の内容について問合せはありましたか。※〇は1つだけ

1. あった →質問⑥-1・質問⑥-2・質問⑥-3へ 2. なかった

▶【内容について問合せがあった施設の方】

⑥-1 明細書についての患者からの問合せ項目はどのようなものがありましたか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 診療月日 | 2. 入院期間 |
| 3. 診療報酬点数の個別項目名（処置・検査名含む） | 4. 診療報酬点数の個別点数や価格 |
| 5. 診療報酬点数の算定回数 | 6. 使用医薬品の名称・投与回数・日数 |
| 7. その他（具体的に _____) | |

⑥-2 上記⑥-1で最も多いものの番号1つをお答えください。

▶【内容について問合せがあった施設の方】

⑥-3 上記⑥-1以外に患者からどのような意見・感想を聞きましたか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. 個人情報患者本人以外に知られる | 2. 会計での待ち時間が長くなった |
| 3. 明細書に記載されている情報量が多い | 4. 明細書に記載されている情報量が少ない |
| 5. 明細書の記載内容が分かりにくい | 6. 専門的で理解することが難しい |
| 7. 領収書と明細書のどちらかに統合して欲しい | |
| 8. その他（具体的に _____) | |
| 9. 特に意見・感想は聞いていない | |

4 明細書の無料発行に当たっての課題等についてお伺いします。

① 仮に明細書の無料発行が義務化された場合において、貴施設では明細書の無料発行が可能となるために必要な期間は何年でしょうか。具体的な年数をお答えください。

1. (_____) 年 2. 対応不可

② 上記の年数が必要な理由について、具体的にご記入下さい。（対応不可の場合は、その理由）
（例：レセプトコンピュータを窓口にも増設するための費用の確保が必要なため 等）

5 明細書の無料発行の推進に関する影響・効果等について、ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

施設票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和5年1月10日（火）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

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)

明細書の無料発行の実施状況調査

※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、()内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者さんご本人(代筆の場合も含む)	2. 本人以外のご家族等(具体的に)
----------------------	---------------------

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性		
② 年代 ※○は1つだけ	1. 9歳以下	2. 10歳代	3. 20歳代	4. 30歳代
	5. 40歳代	6. 50歳代	7. 60歳代	8. 70歳代
	9. 80歳代	10. 90歳以上		
③ 医療費の自己負担額(診療所の窓口で支払う金額)がありましたか。 <u>ただし、領収証で「保険外負担」となっているものは自己負担額に含めないでください。</u> ※○は1つだけ				1. あった 2. なかった
④ この1か月間で、本日受診した(この調査票を受け取った)診療所に行った回数				約()回

2. ここからは、本日の「明細書」の受け取り状況等についておうかがいします。

※「明細書」とは、「個別の診療の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。

※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」に、診療の内容がわかる「明細書」の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

① 本日受診した診療所ではどのように会計を行いましたか。 ※○は1つだけ			
1. 会計窓口で会計を行った	2. 自動入金機で会計を行った		
3. 支払いがなかった	4. その他(具体的に)		
② 診療所での会計の際に「明細書」を受け取れることを知っていましたか(本日の受付や会計時に知った場合も含みます)。また、知っていた場合は「明細書」の受け取りを希望しましたか。 ※○は1つだけ			
1. 知っていた →【a. 受け取りを希望した b. 受け取りを希望しなかった c. 特に意思表示はしなかった】			
2. 知らなかった			
③ 本日受診した診療所で「明細書」を受け取りましたか。 ※○は1つだけ			
1. 受け取った	2. 受け取らなかった		

→「明細書」を受け取らなかった方は裏面の⑧へ進んでください

④ 「明細書」を受け取るための手数料(治療費ではありません)をお支払いになりましたか。 お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※○は1つだけ			
1. 支払った(お支払い金額: 円)	2. 支払っていない	3. わからない	
⑤ 「明細書」の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ			
1. きちんと確認した	2. おおまかに確認した		
3. ほとんど確認しなかった	4. まったく確認しなかった		

⑥ 「明細書」を受け取って良かったことは何ですか。※〇はいつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった
2. 医療費の内訳がわかりやすくなった
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなった
4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなった
5. 医療機関を選択する際の参考となった
6. 診療所への安心感・信頼感が高まった
7. 診療の記録として保管できる
8. その他（具体的に _____ ）
9. 特にない

⑦ 今まで受け取った「明細書」を保管していますか。

1. 保管している 2. 保管していない 3. その他（ _____ ）

（「明細書」を受け取らなかった方にお伺いします。）

⑧ 「明細書」を受け取れるのであれば、受け取っておいた方が良かったと思いますか。

1. 受け取っておいた方が良かったと思う
2. 特に何も思わない →質問3の①へ

⑧-1 「明細書」を受け取っておいた方が良かったと思う理由は何ですか。※〇はいつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる
2. 医療費の内訳がわかりやすくなる
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる
4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなる
5. 医療機関を選択する際の参考となる
6. 診療所への安心感・信頼感が高まる
7. 診療の記録として保管したい
8. その他（具体的に _____ ）

3. <みなさんにおうかがいします>

これからの「明細書」の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 今後、あなたは、診療所での「明細書」の発行を希望しますか。※〇は1つだけ

- | | |
|--|---------------|
| 1. 会計の都度、「明細書」の発行を希望する | →質問②へ |
| 2. 治療内容に変更があったときなど、場合により、「明細書」の発行を希望する | →質問②へ |
| 3. 希望しない | →質問①—1・質問①—2へ |
| 4. わからない | |
| 5. その他（具体的に | ） |

①-1 希望しない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
2. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため
3. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 「明細書」の発行に時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担額がないため
9. その他（具体的に

①-2 上記①-1の選択肢1～9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 診療所を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。※〇は1つだけ

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 必要だと思う | 2. どちらかというとも必要だと思う |
| 3. どちらかというとも必要ないと思う | 4. 必要ないと思う |
| 5. わからない | 6. その他（具体的に |

4. 「明細書」の無料発行についてご意見がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
 令和5年1月10日（火）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。

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)

明細書の無料発行の実施状況調査

※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、()内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。
この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者さんご本人(代筆の場合も含む)	2. 本人以外のご家族等(具体的に)
----------------------	---------------------

1. 患者さんご本人のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性								
② 年代 ※○は1つだけ	1. 9歳以下	2. 10歳代	3. 20歳代	4. 30歳代	5. 40歳代	6. 50歳代	7. 60歳代	8. 70歳代	9. 80歳代	10. 90歳以上
③ 医療費の自己負担額(病院の窓口で支払う金額)がありましたか。ただし、領収証で「保険外負担」となっているものは自己負担額に含めないでください。 ※○は1つだけ	1. あった									2. なかった
④ この1か月間で、本日受診した(この調査票を受け取った)病院に行った回数	約()回									

2. ここからは、本日の「明細書」の受け取り状況等についておうかがいします。

※「明細書」とは、「個別の診療の内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。

※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力のお願い」に、診療の内容がわかる「明細書」の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

- ① 本日受診した病院ではどのように会計を行いましたか。 ※○は1つだけ

1. 会計窓口で会計を行った	2. 自動入金機で会計を行った
3. 支払いがなかった	4. その他(具体的に)

- ② 「明細書」の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ

1. きちんと確認した	2. おおまかに確認した
3. ほとんど確認しなかった	4. まったく確認しなかった

- ③ 「明細書」を受け取って良かったことは何ですか。 ※○はいくつでも

1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなった
2. 医療費の内訳がわかりやすくなった
3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなった
4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなった
5. 医療機関を選択する際の参考となった
6. 病院への安心感・信頼感が高まった
7. 診療の記録として保管できる
8. その他(具体的に)
9. 特にない

④ 今まで受け取った「明細書」を保管していますか。		
1. 保管している	2. 保管していない	3. その他 ()

3. 「明細書」の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 医療機関を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。 ※○は1つだけ		
1. 必要だと思う	2. どちらかというとも必要だと思う	
3. どちらかというとも必要ないと思う	4. 必要ないと思う	
5. わからない	6. その他 (具体的に)	

【「どちらかというとも必要ないと思う」「必要ないと思う」を選択した方】

①-1 必要ないと思う理由は何ですか。 ※○はいくつでも

<ul style="list-style-type: none"> 1. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため 2. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため 3. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため 4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため 5. 領収証の内容で十分なため 6. 「明細書」の発行に時間がかかるため 7. 毎回ほぼ同じ内容であるため 8. 自己負担額がないため 9. その他 (具体的に)

①-2 上記①-1の選択肢1～9のうち、必要としない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

4. 「明細書」の発行についてご意見がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
 令和5年1月10日(火)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。

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)
明細書の無料発行の実施状況調査

※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、()内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。
 この調査票のご記入者は、利用者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. ご本人(代筆の場合も含む) 2. 本人以外のご家族等(具体的に)

1. 利用者さんご本人のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性 2. 女性
② 年代 ※○は1つだけ	1. 9歳以下 2. 10歳代 3. 20歳代 4. 30歳代
	5. 40歳代 6. 50歳代 7. 60歳代 8. 70歳代
	9. 80歳代 10. 90歳以上
③ 医療費の自己負担額がありますか。 <u>ただし、領収証で「保険外負担」となっているものは自己負担額に含めないでください。</u> ※○は1つだけ	1. ある 2. ない
④ この1か月間で、本日利用した(この調査票を受け取った)訪問看護ステーションを利用した回数	約 () 回

2. 本日の「明細書」の受け取り状況等についておうかがいします。

※「明細書」とは、「療養費の詳細な内容がわかるもの」として発行されるもので、「領収証」とは異なります。
 ※この調査票と一緒にお渡しした「調査ご協力をお願い」に、訪問看護の内容がわかる「明細書」の見本をおつけしましたので、参考にしてください。

① 本日利用した訪問看護ステーションから、最近1か月くらいの間に「明細書」を受け取ったことがありますか。 ※○は1つだけ

1. 受け取ったことがある	→質問①—1・質問①—2・質問①—3・質問①—4へ
2. 自らの希望で受け取らなかった	→質問3の①へ
3. 訪問看護ステーションが発行しなかったので受け取っていない	} 裏面の質問②へ
4. わからない	

①—1 「明細書」を受け取るための手数料(訪問看護療養費ではありません)をお支払いになりましたか。お支払いになった場合はその金額もご記入ください。 ※○は1つだけ

1. 支払った → (お支払い金額: 円)
2. 支払っていない
3. わからない

①—2 「明細書」の内容を確認しましたか。 ※○は1つだけ

1. きちんと確認した	2. おおまかに確認した
3. ほとんど確認しなかった	4. まったく確認しなかった

①—3 「明細書」を受け取って良かったことは何ですか。 ※〇はいつでも

1. 訪問看護の提供内容・具体名がわかりやすくなった
2. 費用の内訳がわかりやすくなった
3. 看護師等に訪問看護の内容や費用について質問・相談がしやすくなった
4. 訪問看護ステーションを選択する際の参考となった
5. 訪問看護ステーションへの安心感・信頼感が高まった
6. 訪問看護の記録として保管できる
7. その他（具体的に _____ ）
8. 特になし

①—4 今まで受け取った「明細書」を保管していますか。

1. 保管している
2. 保管していない
3. その他（ _____ ）

（「明細書」が発行されなかった方、受け取ったかわからなかった方にお伺いします。）

②「明細書」を受け取れるのであれば、受け取っていただいた方が良かったと思いますか。

1. 受け取っていただいた方が良かったと思う
2. 特に何も思わない →質問3の①へ

②—1「明細書」を受け取っていただいた方が良かったと思う理由は何ですか。 ※〇はいつでも

1. 療養費の内訳がわかりやすくなる
2. 看護師等に訪問看護療養費について質問・相談がしやすくなる
3. 訪問看護ステーションを選択する際の参考となる
4. 訪問看護ステーションへの安心感・信頼感が高まる
5. 訪問看護の記録として保管したい
6. その他（具体的に _____ ）

3. <みなさんにおうかがいします>

これからの「明細書」の受け取りに対するお考えについておうかがいします。

① 今後、あなたは、訪問看護ステーションでの「明細書」の発行を希望しますか。 ※〇は1つだけ

1. 会計の都度、発行を希望する →質問②へ
2. 訪問看護の内容に変更があったときなど、場合により、発行を希望する →質問②へ
3. 希望しない →質問①—1・質問①—2へ
4. わからない
5. その他（具体的に _____ ）

①—1 希望しない理由は何ですか。 ※〇はいつでも

1. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
2. 「明細書」をもらっても内容について看護師等に質問・相談がしづらいため
3. 家族などに傷病名や受けているサービスの内容を知られるのがいやなため
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 「明細書」の発行に時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担額がないため
9. その他（具体的に _____ ）

①-2 上記①-1の選択肢1～9のうち、希望しない最大の理由は何ですか。あてはまる番号を1つだけお書きください。

② 訪問看護ステーションを利用した際に、「明細書」を無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. 必要だと思う | 2. どちらかという必要だと思う |
| 3. どちらかという必要ないと思う | 4. 必要ないと思う |
| 5. わからない | 6. その他（具体的に) |

4. 「明細書」の無料発行についてご意見がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和5年1月10日（火）までに返信用封筒（切手不要）に封入の上ご投函ください。