

千葉県保健医療計画策定に関する調査

在宅療養支援歯科診療所調査票

～ 循環型地域医療連携システムに関する調査 ～

趣 旨

本調査は、医療法第30条の5に基づいて、地域医療の担い手である歯科診療所の体制や医療提供状況、連携先等について実態を調査することを通じて、本県の在宅医療に対する歯科診療所の現状と課題を把握し、「千葉県保健医療計画」に反映させるものです。

医療法第30条の5 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

問1の前半部分（2重枠で示した部分）の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、その他のご回答については、診療所名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

対象医療機関

千葉県内に所在する在宅療養支援歯科診療所（84ヶ所）

回答期限

平成22年8月31日（火）までに、同封の返信用封筒によりご返信願います。

調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は、千葉県ホームページ等にて公表いたします。

実施主体・問い合わせ

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課政策室

電話番号：043（223）2609

FAX番号：043（222）9023

担 当：針谷・石出

以下の設問には、特に指示がある場合以外平成22年6月1日現在の状況に基づいてお答えください。
 数値を記入する設問で、該当する者 施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入ください。

問1 貴診療所についてお伺いします。

2重枠の内容については「千葉県保健医療計画」に記載することを予定しています。

診療所名		診療報酬明細書記載の 医療機関コード	
郵便番号 住所	(〒 -) 千葉県		
往診・訪問診療 等の状況	(1)から(8)全てについて、 (...請求実績あり、...要望があれば提供できる、x...提供予定なし)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 診療報酬の請求実績のある医療内容等についてご記入ください。 </div>	(1)歯科訪問診療料()		
	(2)在宅患者等急性歯科疾患対応加算()		
	(3)訪問歯科衛生指導料()		
	(4)歯科疾患在宅療養管理料()		
	(5)在宅患者歯科治療総合医療管理料()		
	(6)歯科治療総合医療管理料()		
	(7)在宅患者連携指導料()		
	(8)在宅患者緊急時等カンファレンス料()		

以下の内容については診療所名を匿名化の上、実態把握・課題検討に使用させていただきます。

管理者氏名 _____ 管理者年齢 _____ 歳 連絡先電話番号 _____

在宅療養支援歯科診療所 届出年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
----------------------	----------------------------

医療従事者数・診療時間・患者数

職種	人数 (1)	往診・訪問診療		一般診療	
		延べ時間 (2)	延べ 患者数	延べ時間 (2)	延べ患者数
歯科医師	人	時間	人	時間	人
歯科衛生士	人	時間	人	時間	人

- 「人数」欄： 歯科医師数は、開設者本人も加えた数字をご記入ください。非常勤職員は常勤職員の勤務時間に対する比率で常勤換算の上ご記入ください。
- 「延べ時間」欄：平成22年6月1日(火)～6月30日(水)の30日間に往診・訪問診療もしくは一般診療(外来)で診察した「延べ時間」と対象となる「延べ患者数」をご記入ください。なお、往診・訪問診療の「延べ時間」には、歯科診療所内での準備、記録、関係機関との調整、患者宅への移動時間を含めてご記入ください。

例)「延べ時間」:当該期間に2名の医師が往診・訪問診療を行った場合には、2名の医師が実施した合計時間となります。「延べ患者数」:同一患者当たり当該期間に2回往診・訪問診療が行われた場合は2人とカウントします。

問2 貴診療所で訪問診療を行っている患者についてお伺いします。

平成22年6月(1ヶ月間)に訪問診療を行った**実患者数**

総数 _____ 人

(1) 患者の主たる傷病名を1つだけ記載してください。がんについては、原発性のがんを内訳に記載してください。

a.がん	_____ 人
(内訳)	
肺がん	_____ 人
大腸がん	_____ 人
肝がん	_____ 人
胃がん	_____ 人
子宮頸がん	_____ 人
子宮体がん	_____ 人
乳がん	_____ 人
その他のがん	_____ 人
b.脳血管疾患	_____ 人
c.急性心筋梗塞	_____ 人
d.糖尿病	_____ 人
e.神経難病	_____ 人
f.慢性呼吸器疾患	_____ 人
g.整形外科疾患	_____ 人
h.小児疾患	_____ 人
i.その他()	_____ 人

aからiの合計が、総数と一致するように記入してください。

(2) 訪問診療を行った患者の居場所別 実人数

j.自宅	_____ 人
k.自宅以外	_____ 人

(グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等)

jとkの合計が、総数と一致するように記入してください。

訪問可能エリア 距離：半径 _____ km以内

時間：(自動車またはバイク ・ 自転車 ・ 徒歩) で
片道 _____ 分以内

初診患者の状況

貴診療所が、患者を往診、診察することに至ったルートについてお伺いします。以下の項目につき、大体の割合をご記入ください。

(1) 患者(家族)が直接来院・連絡	_____ 割
(2) 病院からの紹介	_____ 割
(3) 診療所からの紹介	_____ 割
(4) 訪問看護ステーションからの紹介	_____ 割
(5) 居宅介護支援事業所からの紹介	_____ 割
(6) 居宅サービス提供事業所からの紹介	_____ 割
(7) 行政(福祉事務所、保健センター等)からの紹介	_____ 割
(8) その他	_____ 割

(1)から(8)の合計が、10割になるように記入してください。

その他の事例を具体的にご記入ください。 _____

介護保険給付の状況

平成22年6月(1ヶ月間)に訪問診療を行った患者を対象に、貴診療所が提供した介護保険サービスの内訳についてご記入ください(介護保険サービスを提供していない場合には、全て0割と記入してください)。

- | | | | |
|----------------|-------|---|---------------------------------|
| (1) 居宅療養管理指導 | _____ | 割 | (1)から(4)の合計が、10割になるように記入してください。 |
| (2) 居宅介護支援 | _____ | 割 | |
| (3) 口腔機能維持管理加算 | _____ | 割 | |
| (4) その他() | _____ | 割 | |

問3 在宅医療に関わる連携状況についてお伺いします。

連携実績のある医療機関の実数をご記入ください。

	連携実績のある医療機関の実数		
	総数	うち 貴施設と同一の二次保健医療圏に立地	うち 貴施設と異なる二次保健医療圏に立地
病院	施設	施設	施設
一般診療所	施設	施設	施設
他の歯科診療所	施設	施設	施設
訪問看護ステーション	施設	施設	施設
保険調剤薬局	施設	施設	施設

問4 在宅医療の課題についてお伺いします。

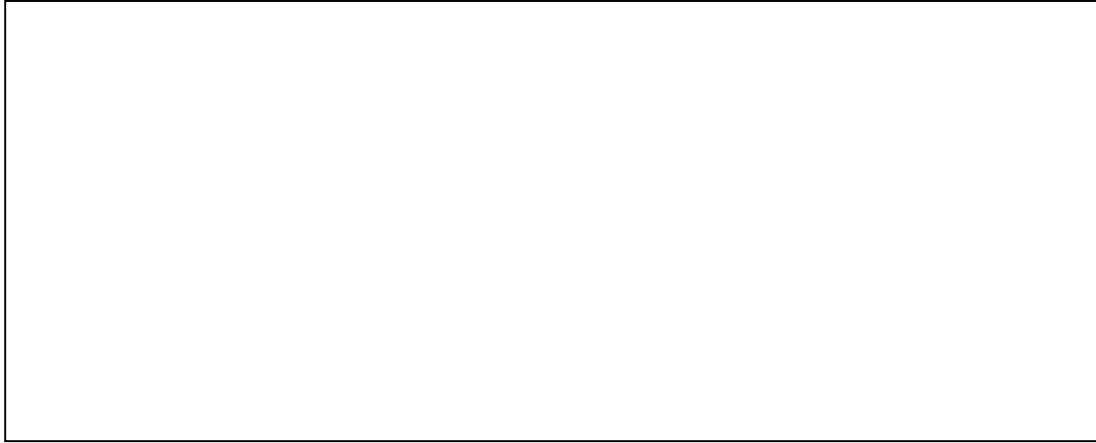
在宅医療の課題として、重要であると考えられるものの記号を で囲んでください(3つまで選択してください)。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. 貴診療所における歯科医師の確保 b. 貴診療所における歯科衛生士の確保 c. 在宅医療に関する研修機会の確保 d. 緊急時に入院が必要な患者への対応 e. 連携する訪問看護ステーションの確保 f. 在宅医療に関する病院の認識や理解 g. 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有 h. 在宅療養患者に関する居宅介護サービス事業所との情報共有 i. 在宅療養患者に関する居宅介護支援事業所との情報共有 j. 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報提供 k. 診療報酬の引き上げ l. 患者の経済的負担の軽減 m. その他() |
|---|

今後、貴診療所が、現在の体制を維持した場合、1ヶ月あたりの訪問患者数を何人程度増やすことが可能ですか(あてはまるもの1つに)。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. 患者数を増やすことが可能(人程度) b. " 増やすことはできるが現状を維持するつもり c. " 増やすことはできない d. わからない e. その他() |
|--|

問5 本アンケートに対する意見等、在宅診療に関するご意見をご自由にお書きください。



アンケートは以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

8月31日（火）までに返信用封筒をお使いの上ご投函ください。