

全国国民健康保険診療施設協議会
都道府県協議会 各位

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 青 沼 孝 徳
(公印省略)

国診協都道府県協議会における歯科関係者組織の設置状況並びに
国保直診歯科診療施設のデータベース構築について(依頼)

本会の事業運営につきましては、平素から格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、全国の国保直診のデータベースの構築にあたっては、現在、国診協ホームページ「会員専用ページ」の施設プロフィール登録等により順次進められておりますが、歯科診療施設に関しては、病院歯科、診療所歯科、歯科診療所と施設形態が異なり、国保直診という括りでは、その活動実態が把握できにくい状況にあります。

この度、国保直診歯科診療施設の活動 PR、また、今後の活動支援等の体制を検討するため、「国保直診歯科診療施設データベース」を構築したいと存じます。

また、国保直診歯科関係者が多数在籍する都道府県協議会においては「歯科部会」を設置し、積極的に活動を行って頂いております。

つきましては、下記のとおり、国診協都道府県協議会における「歯科部会」の設置・活動状況、並びに、国保直診歯科診療施設における活動実態調査を実施したいと存じますので、ご理解、ご協力の程お願い申し上げます。

記

1. 調査内容

- ①国診協都道府県協議会「国保直診歯科部会（歯科関係者組織）」設置・活動状況調査（様式 1）
 - ②国保直診「歯科」標榜施設状況調査（様式 2）
 - ③「国保直診歯科」活動状況調査（様式 3）
- ※調査時点（平成 26 年 10 月 1 日時点でご回答ください）

2. 調査実施期間

平成 26 年 11 月中旬～12 月中旬

※国診協事務局には、平成 26 年 12 月 19 日（金）までにご報告頂きますようご協力の程お願いいたします。

3. 調査実施手順

- ①国診協都道府県協議会にて、「様式 1」、「様式 2」を作成頂きます。
- ②「様式 2」のリストをもとに、該当施設へ「様式 3」（個票）を配布頂き、記載したものを回収して頂きます。

- ③「様式3」を回収したら、「様式2」の「個票」欄に○印を付して頂きます。
- ④「様式1」、「様式2」、「様式3」が揃いましたら、国診協まで提出願います。
- ※可能な範囲で「電子媒体」を活用頂けると幸いです。

4. 電子媒体による「調査票」の配布について

国診協ホームページ「会員専用ページ」の「掲示板」に掲載しておりますので、ダウンロードしてご活用いただけます。

また、国診協事務局へE-mail (office@kokushinkyō.or.jp) にて（用件に「歯科関係調査票配布希望」と明記）ご連絡頂きましたら、折り返し電子媒体の調査票をお送りさせていただきます。

5. 問合せ・回答先

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（略称：国診協） 担当：事業課

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 4階

TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

E-mail office@kokushinkyō.or.jp

国診協都道府県協議会
「国保直診歯科部会（歯科関係者組織）」
設置・活動状況調査

都道府県名		
1. 歯科部会等・歯科関係者の組織の有無	有 ・ 無	
※「有」の場合次の設問にお答えください。 ※「無」の場合は、設問「6.その他の組織構成」へ		
2. 組織名		
3. 組織の体表者	所属施設名	
	氏名	
4. 組織構成	直診施設数	() 施設 ※ <u>歯科診療科標榜施設の数</u>
	構成人数	歯科医師 () 名 その他 () 名
5. 活動状況	活動回数	年間 () 回 (程度)
	主な活動内容	
【貴国診協都道府県協議会内における歯科関係者の関わりについて】		
6. その他の組織構成 ※いずれかに○印	1. 医科・歯科関係者が共同で関わる組織がある。 2. 医科関係者の組織に歯科関係者を招聘している。 3. 状況に応じて歯科関係者を会議等へ招集している。 4. 歯科関係者の関わりはない。	
7. 今後の活動予定		
備考		

● 記入に関する問合せは、国診協事務局(業務部事業課)までお願い致します。

TEL 03-6809-2466

● 回答・返送先は、国診協事務局までE-mail(office@kokushinkyo.or.jp)にてご返信いただきますようお願い申し上げます。

国保直診「歯科」標榜施設状況調査

様式2

都道府県名【 _____ 】

(1)

	施設名	TEL	FAX	住所	個票
例	〇〇国保歯科診療所 ※歯科診療所	03-6809-XXXX	03-6809-XXXX	〒100-0000 XXX 県 XXX 市 XXX 町 XX1-1-1	○
例	〇〇国保病院（歯科口腔外科） ※病院歯科	03-6809-XXXX	03-6809-XXXX	〒100-0000 XXX 県 XXX 市 XXX 町 XX1-1-1	○
例	〇〇国保診療所（歯科） ※診療所歯科	03-6809-XXXX	03-6809-XXXX	〒100-0000 XXX 県 XXX 市 XXX 町 XX1-1-1	○
1				〒	
2				〒	
3				〒	
4				〒	
5				〒	
6				〒	
7				〒	
8				〒	
9				〒	

(続く)

国保直診「歯科」標榜施設状況調査

都道府県名【 _____ 】

(2)

	施設名	TEL	FAX	住所	
10				〒	
11				〒	
12				〒	
13				〒	
14				〒	
15				〒	
16				〒	
17				〒	
18				〒	
19				〒	
20				〒	

- 記入に関する問合せは、国診協事務局(業務部事業課)までお願い致します。TEL 03-6809-2466
- 歯科標榜する国保直診施設が無い場合は、「様式1」の「備考」欄に「歯科標榜施設なし」とご記入いただき、「様式2」、「様式3」の提出は不要と致します。
- 回答・返送先は、国診協事務局までE-mail(office@kokushinkyu.or.jp)にてご返信いただきますようお願い申し上げます。

「国保直診歯科」活動状況調査

様式3

施設名	記入者氏名	職種
-----	-------	----

(1) 基本情報

	標榜診療科	国保歯科保健センター併設の有無	責任者名（歯科医師）		職 員 数						E-mail アドレス
			勤務年数	歯科医師数	研修歯科医数	歯科衛生士数	歯科技工士数	その他職員数	計		
例)	①. 一般歯科 2. 歯科口腔外科 ③. 小児歯科 4. 矯正歯科	H20年度	国保 太郎	10年	2 (0)	1 (0)	3 (2)	0 (1)	2 (0)	8 (3)	※施設アドレスまたは、責任者個人のアドレスでも可 XXXX-XXX@kokushinkyō.or.jp
問	1. 一般歯科 2. 歯科口腔外科 3. 小児歯科 4. 矯正歯科				()	()	()	()	()	()	

※1) 標榜診療科は、該当する項目の番号に○印を付してください。2) 国保歯科保健センター併設の有無は、設置している場合、「設置年度(活動開始年度)」を記載してください。3) 職員数は、「常勤」の職員数を記載し、非常勤職員数は()内記載してください。また、その他職員数は、歯科に係る関係職員の人数を記載ください。4) 記載頂いた E-mail アドレスは、国保直診歯科関係者のメールアドレスに登録させていただきます。

◎ 歯科医師招聘状況

例)	①. 市町村（施設）直接公募・採用 ②. 大学等からの派遣 3. その他 ()	派遣元施設名 [XXXX 大学] 派遣更新年数 [2年] 派遣人数 [1人]	備考 1名は町採用であるが、1名は大学医局から週5日派遣来て頂いている。
問	1. 市町村（施設）直接公募・採用 2. 大学等からの派遣 3. その他 ()	派遣元施設名 [] 派遣更新年数 [] 派遣人数 []	備考

※1) 該当する項目の番号に○印を付してください。「2. 大学等からの派遣」に該当する場合は、その内容をご記入ください(複数該当する場合は、最長派遣者を主としてご記入いただき、備考の欄に「他に派遣○名あり」と記載ください)。

◎ 国診協・国診協都道府県協議会主催の学会・研修会等への参加状況

例)	国診協主催	①. 全国国保地域医療学会 ②. 地域医療現地研究会 ③. 地域包括医療・ケア研修会 ④. 国保直診・口腔保健研修会	都道府県協議会主催	①. (都道府県)国保地域医療学会 ②. 国保直診関係者の研修会	備考
問	国診協主催	1. 全国国保地域医療学会 2. 地域医療現地研究会 3. 地域包括医療・ケア研修会 4. 国保直診・口腔保健研修会	都道府県協議会主催	1. (都道府県)国保地域医療学会 2. 国保直診関係者の研修会	備考

※1) 該当する項目の番号に○印を付してください。

(続く)

◎歯科医師臨床研修における研修施設の有無・受入人数

例)	1. 単独型臨床研修施設	年間受入人数〔 0人 〕	③. 協力型臨床研修施設	年間受入人数〔 1人 〕	備考 XXX大学の研修プログラムに参画している
	2. 管理型臨床研修施設	年間受入人数〔 0人 〕	④. 研修協力施設	年間受入人数〔 3人 〕	
問	1. 単独型臨床研修施設	年間受入人数〔 〕	3. 協力型臨床研修施設	年間受入人数〔 〕	備考
	2. 管理型臨床研修施設	年間受入人数〔 〕	4. 研修協力施設	年間受入人数〔 〕	

※1) 該当する項目の番号に○印を付し、受入人数(H26年度実績・受入予定数も含む)を記載ください。

◎歯科診療週間スケジュール(診療時間)

		月	火	水	木	金	土	日	備考
例)	AM	○	○ (施設)	○	休診	○	○	休診	診療時間は、9:00~12:00、15:00~19:00 火曜日が特養へ定期訪問、金曜日は在宅患者の訪問診療を実施している。木曜日は、ニーズに応じて、在宅及び施設を訪問している。
	PM	○	○	○	(在宅・施設)	(在宅)	休診	休診	
問	AM								
	PM								

※1) 該当する診療時間帯(外来・病棟)に○印を付してください。また、訪問診療(施設及び在宅)を曜日(時間帯)を決めて行っている場合は、()書きで「在宅」「施設」の種別をご記載ください。訪問診療(施設及び在宅)が不定期実施の場合は、記入いただくなくて結構でございます。

(2)活動状況

問	口腔外科診療	1. 実施	2. 未実施	口腔ケア(居宅)	1. 実施	2. 未実施	糖尿病教室	1. 実施	2. 未実施
	障害者歯科診療	1. 実施	2. 未実施	口腔ケア(施設)	1. 実施	2. 未実施	幼保育園歯科保健活動	1. 実施	2. 未実施
	訪問歯科診療(居宅)	1. 実施	2. 未実施	口腔ケア(病棟)	1. 実施	2. 未実施	学校歯科保健活動	1. 実施	2. 未実施
	訪問歯科診療(施設)	1. 実施	2. 未実施	摂食機能検査(VE)	1. 実施	2. 未実施	産業歯科保健活動	1. 実施	2. 未実施
	入院診療	1. 実施	2. 未実施	摂食機能検査(VF)	1. 実施	2. 未実施	地域歯科保健活動	1. 実施	2. 未実施
	周術期管理	1. 実施	2. 未実施	摂食嚥下リハビリ	1. 実施	2. 未実施	特養の協力歯科医療機関	1. 実施	2. 未実施

※1) 該当する項目の番号に○印を付してください。

◎国保直診歯科活動における実績(活動PR) ※自由記載

●記入に関する問合せは、国診協事務局(業務部事業課)までお願い致します。TEL 03-6809-2466

●回答・返送先は、国診協都道府県協議会(都道府県国保連合会内)までご返信(回答)いただきますようお願いいたします。