

## 調査票



# 東京都医療機能実態調査

## 病院票

所在地	〒
病院名	
管理コード	

### 《本調査票の記入日・ご連絡先について》

調査票記入日	2016年      月      日	連絡先電話番号	(      )-(      )-(      )
		連絡先 FAX 番号	(      )-(      )-(      )

### ＜ご注意＞

- ◆このアンケート調査は、「東京都医療機能実態調査」です。「医療機能情報報告」とは異なる調査ですので、ご注意ください。
- ◆設問には、別記がある箇所を除き、2016年10月1日現在の状況についてお答えください。
- ◆数値を記入する設問で、該当する者・施設等がない場合は、「0」(ゼロ)をご記入ください。

### ＜非常勤職員の常勤換算の方法＞

- ◆この調査票のうち、「非常勤職員の人数」を記入する設問については、下記の方法で計算(常勤換算)をして、小数点以下第2位を四捨五入した数字をご記入ください。

◎貴院の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算してください。

【例1】1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日(各日8時間)勤務の者が1人の場合

$$\frac{8 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日}}{40 \text{ 時間}} = 0.4 \text{ 人 (小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記)}$$

【例2】1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日(各日3時間)勤務の者が1人と、週3日(各日5時間)勤務の者が2人いる場合

$$\frac{(3 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \times 1 \text{ 人}) + (5 \text{ 時間} \times 3 \text{ 日} \times 2 \text{ 人})}{40 \text{ 時間}} = 0.9 \text{ 人}$$

## 1 貴院の概要・属性について

Q1. 1 ページ上部の**病院名・所在地に変更がある場合**、下欄に現在の病院名・所在地をご記入ください。変更がない場合は空欄で結構です。

病院名

所在地

東京都

Q2. 貴院の**社会保険診療等の状況**について、該当する番号**1つ**に○をお付けください。

01 保険医療機関

02 自由診療のみ

Q3. 貴院の**開設者**に該当する番号**1つ**に○をお付けください。

01 厚生労働省

02 その他国

(独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人地域医療機能推進機構、独立行政法人労働者健康福祉機構を含む国の機関)

03 東京都

04 区市町村 (一部事務組合が開設するものを含む)

05 日本赤十字社

06 社会保険関係団体

(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)

07 厚生 (医療) 農業協同組合連合会

08 国民健康保険団体連合会

09 公益法人

10 医療法人

11 学校法人

12 社会福祉法人

13 医療生協

14 会社

15 その他の法人

16 個人

17 その他

## 2 貴院におけるがんの診療について

本調査において「がん」とは、肉腫も含め悪性腫瘍全般を指します。

Q4. 貴院では**がん診療**を実施していますか。

01 実施している →Q5へ

02 実施していない →Q13へ

Q5. 貴院で**対応しているがん医療**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 手術

02 化学療法 (入院)

03 化学療法 (外来)

04 放射線療法 (入院)

05 放射線療法 (外来)

06 疼痛コントロール・緩和ケア (入院)

07 疼痛コントロール・緩和ケア (外来)

08 疼痛コントロール・緩和ケア (在宅)

09 訪問診療

10 訪問看護

11 在宅患者の急変時に緩和ケア病棟への受入

12 在宅患者の急変時に一般病棟への受入

13 在宅医、訪問看護ステーションとの連携

14 その他 ( )

Q6. **院内がん登録**の実施や予定状況について、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 院内がん登録を実施している

03 今のところ院内がん登録を実施する予定はない

02 院内がん登録を今後、実施する予定がある

04 その他 ( )

### 3 貴院における緩和ケアについて

Q7. 貴院における入院患者に対する緩和ケアの実施状況として、該当する番号1つに○を付け、01、02に該当する場合は緩和ケアの病床数をご記入ください。

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <p>01 緩和ケア病棟入院料と、<br/>緩和ケア診療加算の両方の届出を行っている</p> <p>02 緩和ケア病棟入院料の届出を行っているが、<br/>緩和ケア診療加算の届出は行っていない</p>                               | } | <p>緩和ケア病棟の病床数: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 床 →Q8へ</p> |
| <p>03 緩和ケア病棟入院料の届出は行っていないが、緩和ケア診療加算の届出を行っている</p> <p>04 01～03には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供している</p> <p>05 積極的な緩和ケアの提供体制は整備していない</p> | } | <p>→Q9・10へ</p>  |

Q8. 緩和ケア病棟における登録患者の状態や平均在院日数等について、以下の各欄に数字でお答えください。

① <u>2016年7月1日時点</u> での緩和ケア病棟の登録患者 (緩和ケア病棟に入院する前の待機者)の人数	(        ) 人
② ①の登録患者(7月1日時点での待機者)のうち、 <u>7月1日～9月1日</u> の間に緩和ケア病棟に入院した患者の人数	(        ) 人
③ ②の入院患者について、登録してから緩和ケア病棟に入院するまでの平均日数	(        ) 日
④ <u>2016年9月1日～9月30日</u> における緩和ケア病棟の平均在院日数	(        ) 日
⑤ <u>2016年10月1日</u> 時点の緩和ケア病棟の病床稼働率(小数点第1位まで)	(     .     ) %

Q9. 【緩和ケア病棟入院料の届出を行っていない病院に対しておうかがいします】  
終末期で緩和ケアの必要な患者への対応として、該当する番号すべてに○を付けてください。

- 01 可能な限り自院で受け入れている
- 02 緊急時のみ自院で受け入れている
- 03 緩和ケア病棟のある病院を主に紹介している
- 04 緩和ケア病棟のある病院に限定することなく、他の医療機関を紹介している

Q10. 【緩和ケア病棟入院料の届出を行っていない病院に対しておうかがいします】  
貴院の緩和ケア医療に関する今後の予定として、該当する番号1つに○を付けてください。

- 01 緩和ケア病棟入院料の届出を行う予定がある  
(緩和ケア病棟入院料と緩和ケア診療加算の両方の届出を予定している場合を含む)
- 02 緩和ケア病棟入院料の届出を行う予定はないが、緩和ケア診療加算の届出を行う予定がある
- 03 01、02には該当しないが、緩和ケアチームによる緩和ケアの提供体制を整備する予定がある
- 04 当面は、現状と変更の予定はない

Q11. 【がん診療を実施しているすべての病院に対しておうかがいします】  
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」を受けたことがある医師の有無について、該当する番号1つに○を付けてください。

- 01 研修を受けたことのある医師が1人以上いる                      02 研修を受けたことのある医師はいない

Q12. 【がん診療を実施しているすべての病院に対しておうかがいします】  
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」を未受講の医師への対応について、該当する番号1つに○を付けてください。

- 01 未受講者を今後、受けさせたい                                      03 未受講者はいない
- 02 未受講者に受講の勧奨を行う予定はない

#### 4 貴院における脳卒中の診療について

本調査では、「脳卒中患者」とは脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかを発症した患者を指します。

Q13. 下記の脳卒中患者の状態のうち、貴院で受入れ可能な番号すべてに○を付けてください。

- 01 急性期（脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態）
- 02 回復期（脳卒中急性期を脱した患者で、リハビリテーションにより一定の機能回復が可能な状態。発症後 60 日以内を目安に 180 日まで）
- 03 維持期（脳卒中急性期、回復期を経た患者で、機能の維持・向上が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり）
- 04 脳卒中患者の受入れには積極的には対応していない

Q14. 脳卒中ケアユニット（SCU）等の設置状況について、該当する番号 1 つに○を付けてください。

- 01 脳卒中ケアユニット（SCU）を設置している →病床数：  床
- 02 脳卒中ケアユニット（SCU）は設置していないが、それに準じた専用病棟を設置している →病床数：  床

➡ 当該病棟の脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出について、該当する番号に○を付けてください。

- 02-1 今後届出したい
- 02-2 届出は考えていない

- 03 脳卒中急性期患者専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を受け入れる病棟を決めている
- 04 01～03 には該当しない

Q15. 下記の脳卒中の治療方法について、貴院の実施状況として該当するものを、それぞれ選択肢 01、02、03 の中から選んで○を付けてください。

脳卒中の種類	治療方法	01 自院の設備・常勤スタッフのみで実施している。 02 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している(麻酔医の派遣を含む)。 03 自院では実施していない。		
① 脳出血	①(1) 脳内血腫摘出術	01	02	03
② くも膜下出血	②(1) 脳血管内手術（コイル塞栓術等）	01	02	03
	②(2) 脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング	01	02	03
③ 脳梗塞	③(1) 開頭手術（バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等）	01	02	03
	③(2) 経皮的脳血管形成術（バルーン、ステント等）	01	02	03
	③(3) 選択的脳血栓・塞栓溶解術（ウロキナーゼ注入等）	01	02	03
	③(4) t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法（発症後 4.5 時間以内）	01	02	03
	③(5) 脳血管内治療（血栓回収療法）	01	02	03

#### 5 貴院における急性心筋梗塞の診療について

Q16. 下記の急性心筋梗塞の治療方法について、貴院の実施状況として該当するものを、それぞれ選択肢 01、02、03 の中から選んで○を付けてください。

治療方法	01 自院の設備・常勤スタッフのみで実施している。 02 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している(麻酔医の派遣を含む)。 03 自院では実施していない。		
① 冠動脈バイパス手術	01	02	03
② 冠動脈閉塞に対する経皮的治療（カテーテルによる治療）	01	02	03
③ 経静脈的血栓溶解療法	01	02	03



**Q24. 【Q21で01（はい）と回答した病院に対しておうかがいします】**  
**糖尿病医療に係る具体的な連携の形態**について、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 医療機関や医師同士の個人的なつながりによるもの      03 研究会など組織化されているもの  
 02 既に連携パスを有しているもの      04 その他（      ）

**Q25. 【Q21で01（はい）と回答した病院に対しておうかがいします】**  
**糖尿病医療に係る連携パスや連携手帳**を使っていますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 はい  
 該当する番号すべてに○を付けてください。  
 01-01 連携パス       01-02 連携手帳

02 いいえ

**Q26. 【Q21で02（いいえ）と回答した病院に対しておうかがいします】**  
**糖尿病医療連携を行っていない理由**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 糖尿病患者に必要な診療は、全て自院でまかなえる  
 02 忙しくて時間がない  
 03 連携の仕方が分からない  
 04 近隣に適切な連携相手がいない  
 05 手間がかかって割にあわない  
 06 過去に企画された連携がうまく機能しなかった  
 07 その他（      ）

## 6 貴院における精神科医療について

**Q27. 貴院の精神病床**について、以下の各欄に数字でお答えください。

① 精神病床の許可病床数（注1）	（      ）床
② 2015年1月1日～12月31日における精神病床の病床利用率（小数点第1位まで）（注2）	（      .      ）%
③ 2015年1月1日～12月31日における精神病床の平均在院日数（小数点第1位まで）（注3）	（      .      ）%

（注1）医療法第27条の規定により許可を受けている病床数  
 （注2）病床利用率の算出式：
$$\frac{\text{月間在院患者のべ数の2015年1～12月の合計}}{\text{（月間日数} \times \text{月末病床数）の2015年1～12月の合計}} \times 100$$
  
 （注3）平均在院日数の算出式：
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times \text{（年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数）}}$$

**Q28. 下記の職種・有資格者**について、**貴院全体の従事者の状況**を、数字でご記入ください。従事者には、派遣労働者を含みます。複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、**主な業務を1つ決め、該当する欄に計上**してください。

職種・有資格者	常勤（実人数）	非常勤（注）
① 精神保健指定医の指定を受けている医師	（      ）人	（      .      ）人
② 日本精神神経学会認定の精神科専門医資格を持っている医師	（      ）人	（      .      ）人
③ 精神保健福祉士（PSW）	（      ）人	（      .      ）人

（注）非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。



Q29. 精神科、神経内科および心療内科について、貴院の**標榜状況**、**入院受入れ可否**、**医師数**として該当する選択肢に○を付け、また数字をご記入ください。

診療科目	標榜診療科目かどうか	入院受入れの可否	医師数 (注1)	
			常勤 (実人数)	非常勤 (注2)
① 精神科	01 Yes 02 No	01 可 02 不可	( ) 人	( . ) 人
② 神経内科	01 Yes 02 No	01 可 02 不可	( ) 人	( . ) 人
③ 心療内科	01 Yes 02 No	01 可 02 不可	( ) 人	( . ) 人

(注1) 医師数は、主たる勤務場所である診療科に計上してください。

(注2) 非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。

標榜診療科目「精神科」の標榜状況について、01(Yes)に○の回答をしたら →Q30へ

標榜診療科目「精神科」の標榜状況について、02(No)に○の回答をしたら →Q31へ

Q30. 【精神科を標榜している医療機関におうかがいします】

貴院における**精神科医療に関する分野別の専門的対応**の状況や、**専門外来の設置の有無**について、該当するものを、それぞれ選択肢 **01、02** の中から選んで○を付けてください。

疾患内容	01 専門的対応又は専門外来を設置	02 専門的な対応はしていない
① 児童・思春期外来	01	02
② 摂食障害	01	02
③ 産業精神保健医療	01	02
④ 睡眠障害	01	02
⑤ アルコール依存症	01	02
⑥ 物忘れ外来	01	02
⑦ てんかん	01	02
⑧ 依存症 (薬物)	01	02
⑨ 透析	01	02
⑩ 結核	01	02

Q31. 【精神科を標榜していない医療機関におうかがいします】

**精神症状のある患者への精神科医療機関の紹介**について、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- 01 紹介したことがない (又は紹介しない。)
- 02 連携している精神科医療機関を紹介する
- 03 患者の希望する精神科医療機関を紹介する
- 04 医療機関案内サービス「ひまわり」等で検索して紹介する
- 05 宛先無記名の診療情報提供書にて精神科への受診勧奨をする

Q32. **精神身体合併症への対応**の状況について、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- 01 自院で精神疾患も身体科の疾患も両方診る
- 02 身体科の疾患に加え、外部の精神科医との連携の範囲で精神疾患も診る
- 03 身体科の疾患のみ診る
- 04 精神疾患のみ診る
- 05 精神身体合併症患者には対応できない (別の医療機関への受診を勧める)

Q33. 【Q32で05（対応できない）と回答した場合のみお答えください。】  
精神身体合併症に対応していない理由として、該当する番号すべてに○を付けてください。

01 精神疾患に対応できるスタッフがいない                      03 身体科の疾患に対応できるスタッフがいない  
02 精神疾患に対応できるスタッフがいない日がある            04 身体科の疾患に対応できるスタッフがいない日がある

Q34. 貴院の近隣地域では、精神身体合併症を有する患者の診療対応について、課題があると思いますか。該当する番号1つに○を付けてください。

01 課題がある →Q35へ    02 課題はない →Q36へ

Q35. 【Q34で01（課題がある）と回答した場合のみお答えください。】  
現状で不足している機能や取組として、当てはまる該当する選択肢すべてに○を付けてください。

01 個別患者事例について、地域で精神科・身体科が相互に相談できる体制  
02 地域の精神科・身体科の医師が共同で診察できる体制  
03 精神科・身体科間の搬送・転院の円滑さ  
04 研修などを通じた、精神科・身体科の相互の知識の付与

Q36. **入院患者**について、高次脳機能障害者へのリハビリテーションを実施していますか。該当する番号1つに○を付けてください。


01 実施している    02 実施していない

Q37. **外来患者**について、高次脳機能障害者へのリハビリテーションを実施していますか。該当する番号1つに○を付けてください。

01 実施している    02 実施していない

## 7 へき地医療機関に対する協力について

Q38. へき地（伊豆諸島・小笠原諸島・奥多摩町・檜原村）に所在する公立医療機関に対する協力について、貴院の意向として該当するものを、それぞれ選択肢01～04の中から選んで○を付けてください。

	01 現在実施している 02 1～2年以内に行う意向がある。 03 5年以内に行う意向がある。 04 当面のところ行う意向はない。				
① 継続的な長期医師派遣	01	02	03	04	
② 臨時的な専門医の派遣	01	02	03	04	

## 8 貴院における周産期医療について

Q39. 貴院では、 <b>周産期医療</b> を実施していますか。		01 Yes →Q40へ	02 No →Q41へ
Q40. 下記の職種・有資格者すべてについて、貴院の <b>従事者の状況</b> を、数字を記入してお答えください（派遣労働者を含む）。なお、設問①～③について、 <b>複数の資格を持っている医師の人数は、それぞれに計上</b> してください。			
	職種・有資格者	常勤（実人数）	非常勤（注）
①	日本産科婦人科学会認定の産婦人科専門医資格を持っている医師	（ ）人	（ . ）人
②	日本周産期・新生児医学会認定の周産期（母体・胎児）専門医資格を持っている医師	（ ）人	（ . ）人
③	日本周産期・新生児医学会認定の周産期（新生児）専門医資格を持っている医師	（ ）人	（ . ）人
（注） 非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。			

## 9 貴院における災害医療について

Q41. 貴院では、 <b>震災時を想定した災害対策（または防災）マニュアル</b> を策定していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 策定済み	02 策定準備中	03 策定する予定はない
Q42. 貴院では、 <b>震災時を想定した事業継続計画（BCP）</b> を策定していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。 ※ <b>事業継続計画（BCP=Business Continuity Plan）</b> ：災害や事故被害を受けた場合に、重要業務の継続・早期復旧を可能とするため、緊急時における事業継続の方法・手段を取り決めておく計画。		
01 策定済み	02 策定準備中	03 策定する予定はない
Q43. 貴院では、 <b>震災時を想定した防災訓練</b> をどのくらいの頻度で行っていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 年4回以上	03 年2回	05 行っていない
02 年3回	04 年1回	
Q44. 貴院では <b>夜間に震災が発生したとき、職員が診療体制を組めるまでにどの程度の時間を要</b> しますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 1時間未満	03 3時間以上5時間未満	05 8時間以上12時間未満
02 1時間以上3時間未満	04 5時間以上8時間未満	06 12時間以上
Q45. 貴院では、震災時に <b>病床の定数よりどの程度多くの傷病者</b> を受入れることが可能ですか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 500人以上	03 100人以上200人未満	05 10人以上50人未満
02 200人以上500人未満	04 50人以上100人未満	06 10人未満
Q46. 貴院では <b>食料を、職員及び患者全員を対象として、何日分備蓄</b> をしていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 なし	03 1日分（2食分）	05 3日分
02 1食分	04 2日分	06 4日分以上
Q47. 貴院では <b>飲料水を、職員及び患者全員を対象として、何日分備蓄</b> をしていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 なし	03 1日分（360ml 2本程度）	05 3日分
02 1回分（360ml 1本程度）	04 2日分	06 4日分以上

Q48. 貴院では、**医薬品を何日分備蓄**していますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 なし	03 1日分	05 3日分
02 半日分	04 2日分	06 4日以上

Q49. 貴院では、**震災時に電気・ガス・水道が3日間断たれた場合、診療機能をどの程度維持**できますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 12時間未満	03 1日以上2日未満	05 3日以上4日未満
02 12時間以上24時間未満	04 2日以上3日未満	06 4日以上

## 10 貴院における在宅医療への取組について

Q50. 貴院における**往診**（注）の**対応・実施状況**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 実施している →Q51へ	02 実施していない →Q52へ
-----------------	------------------

（注）往診とは、患者の求めに応じて患者に赴き診療を行うことを指します。

Q51. 貴院が**往診に対応できる時間帯**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 診療時間内のみ対応可能	02 診療時間外でも対応可能
----------------	----------------

Q52. 貴院における**訪問診療**（注）の**対応・実施状況**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。実施している場合は、その時間数（1週間当たり、緊急時を除く）もご記入ください。

01 実施している	➡	訪問診療の平均的な実施時間：1週間あたり	<input type="text"/>	時間（移動時間含む）	→Q53へ
02 実施していない					→Q56へ

（注）訪問診療とは、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理のもとに定期的に訪問して診療を行うことを指します。

Q53. 貴院で**訪問診療を担当する医療従事者等の人数**をご記入ください。

	常勤（実人数）	非常勤（注1）
① 医師	（ ）人	（ . ）人
② 看護職員	（ ）人	（ . ）人
③ その他（職種名（注2））	（ ）人	（ . ）人

（注1）非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。

（注2）③「その他」欄は、医師・看護職員以外の職員が訪問診療に帯同する場合、かっこ内に該当する職種をすべてご記入ください。常勤・非常勤の人数は、該当する職種の人数をすべて合計した数をご記入ください。

Q54. 貴院で**2016年10月中**に訪問診療を行った患者の**実人数**をご記入ください。

① 0歳	② 1～14歳	③ 15～39歳	④ 40～64歳	⑤ 65～74歳	⑥ 75歳以上
（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人

Q55. 貴院における**訪問診療で対応可能な医療行為**として該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 点滴の管理	08 酸素療法
02 中心静脈栄養	09 透析（CAPD）
03 経鼻経管栄養	10 レスピレーター（人工呼吸器）の管理
04 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	11 疼痛の管理
05 気管切開部の処置	12 モニター測定（血圧・心拍等）
06 人工肛門の管理	13 じょくそうの管理
07 人工膀胱の管理	14 尿カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

Q56. 貴院の <b>在宅療養患者への後方支援</b> について、該当する番号各 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
① 病状変化時等の対応について	② レスパイト入院への対応について	
01 入院のための病床を常に確保している → 確保病床数 <input type="text"/> 床	01 入院のための病床を常に確保している → 確保病床数 <input type="text"/> 床	
02 病床が空いていれば受け入れる（応相談）	02 病床が空いていれば受け入れる（応相談）	
03 病床が空いており、自院の受診歴がある患者であれば、受け入れる（応相談）	03 病床が空いており、自院の受診歴がある患者であれば、受け入れる（応相談）	
04 受け入れ不可	04 受け入れ不可	
05 その他	05 その他	
Q57. 貴院における <b>退院前の合同カンファレンス（退院時共同指導）</b> の開催状況について、該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 開催している →月平均開催回数 <input type="text"/> 回	02 開催していない	
Q58. 貴院では、 <b>在宅療養支援病院の届出</b> を行っていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 すでに届け出ている	02 届出したいと考えている	03 届出は考えていない
Q59. 貴院では、 <b>小児等在宅医療</b> に対応していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。		
01 小児等在宅医療に対応している	→Q60へ	
02 今後、小児等在宅医療に対応する予定がある	→Q61へ	
03 小児等在宅医療への対応は考えていない	→Q61へ	
Q60. 【Q59で「01 小児等在宅医療に対応している」と回答した医療機関にお聞きします。】 貴院において、 <b>小児の患者に対する訪問診療で対応可能な医療行為や、小児の在宅療養患者に対して貴院が対応可能な支援等</b> として、該当する番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。		
01 レスピレーター（人工呼吸器）の管理	06 酸素療法	
02 中心静脈栄養	07 小児がん	
03 経鼻経管栄養	08 学習環境の整備に向けた関係機関との連携	
04 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	09 その他 <input type="text"/>	
05 気管切開部の処置		
Q61. <b>在宅医療を充実させるために、重要</b> だと思うもの（ <u>上位3つまで</u> ）の番号に○を付けてください。		
01 急性期医療機関の在宅療養への理解	05 緊急時受け入れ病床の確保	
02 診療所等在宅スタッフの退院前ケアカンファレンスへの参加	06 在宅医の負担を和らげる支援体制	
03 医療職における介護知識の向上	07 地域における在宅療養をコーディネートする窓口	
04 介護職における医療知識の向上	08 その他 <input type="text"/>	

## 1 1 貴院の地域における連携状況について

Q62. 貴院における**患者の受入れ**として該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- |   |       |
|---|-------|
| 01 地域医療連携室を設置し、他の医療機関から患者の受入れ等を行っている              | →Q63へ |
| 02 地域医療連携室の名称を用いていないが、他の医療機関から患者の受入れ等を行う体制を整備している | →Q63へ |
| 03 他の医療機関から患者の受入れ等を行うための体制は、特に整備していない             | →Q66へ |

Q63. 貴院において**患者の受入れを担当する専従者の実人数**を職種毎にご記入ください。

職種	専従者数 (実人数)	職種	専従者数 (実人数)
① 医師	( ) 人	④ 事務職員	( ) 人
② 看護職員	( ) 人	⑤ その他	( ) 人
③ 医療社会事業従事者	( ) 人		

Q64. 貴院が、紹介された患者について定期的に報告や連絡を行うなど、**紹介医師との相互連携**を実施しているかについて、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 01 実施している | 02 実施していない |
|-----------|------------|

Q65. 貴院の**診療所との連携体制**について該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 01 病状変化時等に緊急入院を受け入れている | 03 診療に関する相談を受けている   |
| 02 研修会・症例検討会を実施している    | 04 積極的な後方支援は実施していない |

## 1 2 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q66. 貴院における**リハビリテーション医療の実施状況**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- |   |       |
|---|-------|
| 01 リハビリテーション専用病床を有している                      | →Q67へ |
| 02 リハビリテーション専用病床は有していないが、リハビリテーション医療を実施している | →Q68へ |
| 03 リハビリテーション医療を実施していない                      | →Q75へ |

Q67. 貴院における**リハビリテーション医療の実施状況**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

① リハビリテーション専用病床	( ) 床
② うち、回復期リハビリテーション病棟	( ) 床
③ うち、回復期リハビリテーション病棟以外の一般病床	( ) 床
④ うち、回復期リハビリテーション病棟以外の療養病床	( ) 床

Q68. 貴院における**医師以外のリハビリテーション医療従事者等の人数**をご記入ください。

	常勤 (実人数)	免許取得後年数				非常勤 (注)
		1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上	
① 理学療法士	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( . ) 人
② 作業療法士	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( . ) 人
③ 言語聴覚士	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( . ) 人
④ あん摩マッサージ指圧師	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( . ) 人
⑤ 医療社会事業従事者	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( . ) 人

(注) 非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。



**Q69. 2016年10月1日に入院中である患者のうち、その入院期間中に、下記のリハビリテーション医療を1回以上実施した入院患者の実人数をご記入ください。**

	心大血管疾患 リハビリ テーション料	脳血管疾患等 リハビリ テーション料	運動器 リハビリ テーション料	呼吸器 リハビリ テーション料	がん患者 リハビリ テーション料	障害児(者) リハビリ テーション料	廃用症候群 リハビリ テーション料
リハビリテーション医療 実施入院患者数(実数)	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

**Q70. 2016年10月1日から7日までのうち、貴院がリハビリテーション外来を実施している任意の1日において、下記のリハビリテーション医療を実施した外来患者の実人数をご記入ください。**

	心大血管疾患 リハビリ テーション料	脳血管疾患等 リハビリ テーション料	運動器 リハビリ テーション料	呼吸器 リハビリ テーション料	難病患者 リハビリ テーション料	障害児(者) リハビリ テーション料	廃用症候群 リハビリ テーション料
リハビリテーション医療 実施外来患者数(実数)	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

**Q71. 貴院がリハビリテーション医療を今後充実させたいと考えているかについて、該当する番号1つに○を付けてください。**

01 充実させたいと考えている →Q72へ	02 当面の間は現状を維持する予定である →Q75へ
	03 今のところ未定である →Q75へ

**Q72. 貴院がリハビリテーション医療に関して今後充実させたいと考えている内容として、該当する選択肢3つまでの番号に優先順位を数字でご記入ください。**

	優先順位 (数字で3つまで記入)
① リハビリテーション料の施設基準の届出	( )位
② リハビリテーション専門病床の整備	( )位
③ 訓練室の施設改善	( )位
④ リハビリテーション医療機器の整備・更新	( )位
⑤ リハビリテーション関連医療従事者の確保・増員	( )位
⑥ 地域リハビリテーションに対する支援への積極的な取組	( )位
⑦ その他	( )位

**Q73. 貴院で今後届出を行いたいと考えているリハビリテーション料の施設基準の種類について、該当する番号すべてに○を付けてください。**

01 心大血管疾患リハビリテーションⅠ	10 運動器リハビリテーションⅡ
02 心大血管疾患リハビリテーションⅡ	11 運動器リハビリテーションⅢ
03 脳血管疾患等リハビリテーションⅠ	12 呼吸器リハビリテーションⅠ
04 脳血管疾患等リハビリテーションⅡ	13 呼吸器リハビリテーションⅡ
05 脳血管疾患等リハビリテーションⅢ	14 難病患者リハビリテーション
06 廃用症候群リハビリテーションⅠ	15 障害児(者)リハビリテーション
07 廃用症候群リハビリテーションⅡ	16 がん患者リハビリテーション
08 廃用症候群リハビリテーションⅢ	17 認知症患者リハビリテーション
09 運動器リハビリテーションⅠ	18 集団コミュニケーション療法

**Q74. 貴院で今後充実させたいと考えているリハビリテーション専門病床の種類について、該当する番号すべてに○を付けてください。**

01 回復期リハビリテーション病棟
02 回復期リハビリテーション病棟以外の一般病床を使用したリハビリテーション専門病床
03 回復期リハビリテーション病棟以外の療養病床を使用したリハビリテーション専門病床

### 1 3 貴院における感染症対策について

Q75. 貴院では、**新型インフルエンザ対策**を行っていますか。該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 対応マニュアルを作成している	04 特になし
02 対応訓練を実施している	05 その他 ( )
03 研修会を開催している	

Q76. **感染症法上の入院勧告が必要な時期に新型インフルエンザを疑った場合の対応（東京感染症アラート）**を知っていますか、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 内容を知っている	02 名前だけ知っている	03 知らない
-------------	--------------	---------

Q77. 貴院では**新型インフルエンザ事業継続計画（BCP）**を策定していますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 策定済み（改訂予定含む）	→Q79へ	03 策定していない	→Q78へ
02 検討中	→Q79へ	04 知らない（わからない）	→Q79へ

Q78. 【Q77で03（策定していない）と回答した病院に対しておうかがいします】  
**新型インフルエンザ事業継続計画を策定しない理由**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 検討する時間がない	04 必要と思わない
02 検討する場がない	05 その他 ( )
03 方法がわからない	

### 1 4 貴院におけるアレルギー疾患の診療について

「アレルギー疾患」とは、本調査では、アレルギー疾患対策基本法で定められている「気管支ぜん息」、「アトピー性皮膚炎」、「アレルギー性鼻炎」、「アレルギー性結膜炎」、「花粉症」、「食物アレルギー」の6疾患を指します。

Q79. **アレルギー疾患に係る下記の検査・治療方法**について、貴院の実施状況として該当するものを、それぞれ選択肢 01、02、03 の中から選んで○を付けてください。


	01 自院の設備・常勤スタッフのみで実施している。	02 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している。	03 自院では実施していない。
① 食物経口負荷試験	01	02	03
② アレルゲン免疫療法（※） ※…アレルギー疾患の病因アレルゲンを投与していくことにより、アレルゲンに曝露された場合に引き起こされる関連症状を緩和する治療法。	01	02	03
③ うちスギ花粉症におけるアレルゲン免疫療法	01	02	03
④ うちダニアレルギーにおけるアレルゲン免疫療法	01	02	03

Q80. 各学会の**アレルギー疾患診療ガイドラインに準ずる標準的治療**を行っていますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 標準的治療を行っている
02 アレルギー疾患の診療を行っていないため、標準的治療を行っていない
03 アレルギー疾患の診療を行っており、今後、標準的治療を行う予定がある
04 アレルギー疾患の診療を行っているが、標準的治療を行っていない
05 その他 ( )



## 15 貴院におけるIT化への対応について

Q81. 貴院では、診療報酬請求に当たり、 <b>レセプト電算処理（電子媒体によるレセプトの提出）</b> を実施していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 実施している	03 現在実施しておらず、実施予定もない
02 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある	
Q82. 貴院では、 <b>オーダーリング・システムを導入</b> していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 実施している	03 現在実施しておらず、実施予定もない
02 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある	
Q83. 貴院では、 <b>電子カルテシステムを導入</b> していますか。該当する選択肢の番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 導入している	
 <b>電子カルテの活用状況の範囲</b> について、該当する選択肢の番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。	
01-01 自施設内で活用	01-03 他の医療機関との連携に活用
01-02 患者への治療方針の説明などに活用	
02 現在は導入していないが、具体的な導入予定がある	
03 現在導入しておらず、導入予定もない	
Q84. 貴院では、 <b>都の医療機関情報システム（ひまわり）の医療連携支援用メニュー（医療関係者メニュー）</b> を使用したことがありますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 頻繁に使用している（週1回以上）	04 使用したことがない
02 ときどき使用している（月に数回）	05 医療関係者メニューの存在を知らなかった
03 まれだが使用したことがある	
Q85. 貴院が、 <b>医療関係者メニューの項目で重要、または充実させるべきと考える項目</b> として、該当する番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。	
01 診療科・対応可能な診療領域	05 リハビリテーション体制
02 設備・保有医療機器	06 患者の費用負担の目安
03 専門医の配置・勤務形態	07 患者紹介時の手続
04 看護職・コメディカルの配置	08 医療連携担当スタッフ

16 その他

Q86. 貴院が実施している**保健事業**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 01 人間ドック               | 03 保険者・企業等の委託等による集団的な保健指導 |
| 02 保険者・企業等の委託等による健診・検診 | 04 いずれも実施していない            |

Q87. 貴院では、**入院診療**において、昨年度**外国人患者の診療実績**はありますか。

- 01 ある                      02 ない                      03 不明

外国人の**入院患者**の昨年度の**診療実績**（実人数）、及び国・地域の内訳について教えてください。

<b>外国人の入院患者総数</b>		( ) 人				
内訳	中国(香港含む)	( ) 人	ネパール	( ) 人	スペイン	( ) 人
	韓国・朝鮮	( ) 人	米国	( ) 人	その他	( ) 人
	台湾	( ) 人	英国	( ) 人	不明	( ) 人
	タイ	( ) 人	フランス	( ) 人		

Q88. 貴院では、**外来診療**において、昨年度**外国人患者の診療実績**はありますか。

- 01 ある                      02 ない                      03 不明

外国人の**外来患者**の昨年度の**診療実績**（実人数）、及び国・地域の内訳について教えてください。

<b>外国人の外来患者総数</b>		( ) 人				
内訳	中国(香港含む)	( ) 人	ネパール	( ) 人	スペイン	( ) 人
	韓国・朝鮮	( ) 人	米国	( ) 人	その他	( ) 人
	台湾	( ) 人	英国	( ) 人	不明	( ) 人
	タイ	( ) 人	フランス	( ) 人		

Q89. 貴院では、**外国人患者の受入体制**を整備していますか。

- 01 整備している                      02 整備していない

整備内容について、該当する番号**すべて**に○を付けて下さい。

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 01-01 医療通訳で対応(配置・派遣・電話等) | 01-04 外国語ができるスタッフを配置     |
| 01-02 簡易通訳アプリや翻訳ソフトを活用   | 01-05 診療等を補助する外国語会話集等を作成 |
| 01-03 問診票や同意書等の多言語化      | 01-06 ホームページの多言語化        |
|                          | 01-07 その他 ( )            |

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、平成28年11月30日(水)までに  
 同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

# 東京都医療機能実態調査

## 一般診療所票

所在地	〒
診療所名	
管理コード	

### 《本調査票の記入日・ご連絡先について》

調査票記入日	2016年      月      日	連絡先電話番号	(      )-(      )-(      )
		連絡先 FAX 番号	(      )-(      )-(      )

### <ご注意>

- ◆このアンケート調査は、「東京都医療機能実態調査」です。「医療機能情報報告」とは異なる調査ですので、ご注意ください。
- ◆設問には、別記がある箇所を除き、2016年10月1日現在の状況についてお答えください。
- ◆数値を記入する設問で、該当する者・施設等がない場合は、「0」(ゼロ)をご記入ください。

### <非常勤職員の常勤換算の方法>

- ◆この調査票のうち、「非常勤職員の人数」を記入する設問については、下記の方法で計算(常勤換算)をして、小数点以下第2位を四捨五入した数字をご記入ください。

◎貴院の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算してください。

【例1】1週間の通常の勤務時間が40時間の診療所で、週2日(各日8時間)勤務の者が1人の場合

$$\frac{8 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日}}{40 \text{ 時間}} = 0.4 \text{ 人 (小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記)}$$

【例2】1週間の通常の勤務時間が40時間の診療所で、週2日(各日3時間)勤務の者が1人と、週3日(各日5時間)勤務の者が2人いる場合

$$\frac{(3 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \times 1 \text{ 人}) + (5 \text{ 時間} \times 3 \text{ 日} \times 2 \text{ 人})}{40 \text{ 時間}} = 0.9 \text{ 人}$$









#### 4 貴院における精神科医療について

Q21. 下記の職種・有資格者について、**貴院全体の従事者の状況**を、数字でご記入ください。従事者には、派遣労働者を含みます。複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、**主な業務を1つ決め、該当する欄に計上**してください。

職種・有資格者	常勤 (実人数)	非常勤 (注)
① 精神保健指定医の指定を受けている医師	( ) 人	( . ) 人
② 日本精神神経学会認定の精神科専門医資格を持っている医師	( ) 人	( . ) 人
③ 精神保健福祉士	( ) 人	( . ) 人

(注) 非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。

Q22. 精神科医療関連について、貴院の対応状況 (**標榜状況、入院受入れ可否、医師数**) として該当する選択肢に○を付け、また数字を記入してお答えください。

診療科目	標榜診療科目かどうか	入院受入れの可否	医師数 (注1)	
			常勤 (実人数)	非常勤 (注2)
① 精神科	01 Yes 02 No	01 可 02 不可	( ) 人	( . ) 人
② 神経内科	01 Yes 02 No	01 可 02 不可	( ) 人	( . ) 人
③ 心療内科	01 Yes 02 No	01 可 02 不可	( ) 人	( . ) 人

(注1) 医師数は、主たる勤務場所である診療科に計上してください。

(注2) 非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。

標榜診療科目「①精神科」の標榜状況について、01. Yes に○の回答をしたら →Q23へ

標榜診療科目「①精神科」の標榜状況について、02. No に○の回答をしたら →Q24へ

Q23. 【精神科を標榜している医療機関におうかがいします】

貴院における**精神科医療に関する分野別の専門的対応**の状況や、**専門外来の設置の有無**について、該当するものを、それぞれ選択肢 01、02 の中から選んで○を付けてください。 →回答したらQ25へ

診療分野	01 専門的対応又は専門外来設置	02 専門的な対応はしていない
① 児童・思春期外来	01	02
② 摂食障害	01	02
③ 産業精神保健医療	01	02
④ 睡眠障害	01	02
⑤ アルコール依存症	01	02
⑥ 物忘れ外来	01	02
⑦ てんかん	01	02
⑧ 依存症 (薬物)	01	02
⑨ 透析	01	02
⑩ 結核	01	02

Q24. 【精神科を標榜していない医療機関におうかがいします】

**精神症状のある患者への精神科医療機関の紹介**について、該当する番号すべてに○を付けてください。

01 紹介したことがない (又は紹介しない。)
02 連携している精神科を紹介する
03 患者の希望する精神科医療機関を紹介する
04 医療機関案内サービス「ひまわり」等で検索して紹介する
05 宛先無記名の診療情報提供書にて精神科への受診勧奨をする





## 7 貴院における災害医療について

Q31. 貴院では、 <b>震災時を想定した災害対策（または防災）マニュアル</b> を策定していますか。該当する番号 <b>1</b> つに○を付けてください。		
01 策定済み	02 策定準備中	03 策定する予定はない
Q32. 貴院では、 <b>震災時を想定した事業継続計画（BCP）</b> を策定していますか。該当する番号 <b>1</b> つに○を付けてください。 ※ <b>事業継続計画（BCP=Business Continuity Plan）</b> ：災害や事故被害を受けた場合に、重要業務の継続・早期復旧を可能とするため、緊急時における事業継続の方法・手段を取り決めておく計画。		
01 策定済み	02 策定準備中	03 策定する予定はない
Q33. 貴院では、 <b>震災時を想定した防災訓練</b> をどのくらいの頻度で行っていますか。該当する番号 <b>1</b> つに○を付けてください。		
01 年4回以上	03 年2回	05 行っていない
02 年3回	04 年1回	
Q34. 貴院では <b>夜間に震災が発生したとき、職員が診療体制を組めるまでにどの程度の時間</b> を要しますか。該当する番号 <b>1</b> つに○を付けてください。		
01 1時間未満	03 3時間以上5時間未満	05 8時間以上12時間未満
02 1時間以上3時間未満	04 5時間以上8時間未満	06 12時間以上
Q35. 貴院では <b>震災時の医療従事者の派遣先</b> はどのように決まっていますか。該当する番号 <b>1</b> つに○を付けてください。		
01 医療救護所（避難所等）	03 地区医師会	05 自院で診療を継続
02 他の医療機関	04 その他の場所	06 特に決まっていない
Q36. 貴院では、 <b>医薬品を何日分備蓄</b> していますか。該当する番号 <b>1</b> つに○を付けてください。		
01 なし	03 1日分	05 3日分
02 半日分	04 2日分	06 4日分以上
Q37. 貴院では、 <b>震災時に電気・ガス・水道が3日間断たれた場合、診療機能をどの程度維持</b> できますか。該当する番号 <b>1</b> つに○を付けてください。		
01 12時間未満	03 1日以上2日未満	05 3日以上4日未満
02 12時間以上24時間未満	04 2日以上3日未満	06 4日以上
Q38. <b>災害時に診療所は、区市町村地域防災計画に基づき医療救護活動等を行います</b> が、 <b>専門的医療を行う診療所については、原則として診療を継続すること</b> になります。貴院が該当する番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。		
01 救急告示医療機関	03 産科	05 該当しない
02 透析医療機関	04 有床診療所	

## 8 貴院における在宅医療への取組について

Q39. 貴院における**往診**（注）の**対応・実施状況**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 実施している →Q40へ

02 実施していない →Q41へ

（注）往診とは、患者の求めに応じて患者に赴き診療を行うことを指します。

Q40. 貴院が**往診に対応できる時間帯**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 診療時間内のみ対応可能

02 診療時間外でも対応可能

Q41. 貴院における**訪問診療**（注）の**対応・実施状況**として、該当する番号**1つ**に○を付けてください。実施している場合は、その時間数（1週間当たり、緊急時を除く）もご記入ください。

01 訪問診療専門の診療所として実施している

02 外来診療とともに、訪問診療を実施している

03 訪問診療を実施していない

訪問診療の平均的な実施時間：

1週間あたり  時間（移動時間含む）

→Q42へ

→Q61へ

（注）訪問診療とは、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理のもとに定期的に訪問して診療を行うことを指します。

Q42. 貴院で**訪問診療を担当する医療従事者等**の人数をご記入ください。

	常勤 (実人数)	非常勤 (注1)
① 医師	( ) 人	( . ) 人
② 看護職員	( ) 人	( . ) 人
③ その他 ( 職種名 (注2) )	( ) 人	( . ) 人

（注1）非常勤者の数は、本調査票の1ページに示した方法に従って常勤換算してください。

（注2）③「その他」欄は、医師・看護職員以外の職員が訪問診療に帯同する場合、かっこ内に該当する職種をすべてご記入ください。常勤・非常勤の人数は、該当する職種の人数をすべて合計した数をご記入ください。

Q43. 貴院で **2016年10月中**に訪問診療を行った患者の実人数をご記入ください。

① 0歳	② 1～14歳	③ 15～39歳	④ 40～64歳	⑤ 65～74歳	⑥ 75歳以上
( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人

Q44. 貴院における**訪問診療で対応可能な医療行為**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 点滴の管理

02 中心静脈栄養

03 経鼻経管栄養

04 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう）

05 気管切開部の処置

06 人工肛門の管理

07 人工膀胱の管理

08 酸素療法

09 透析（CAPD）

10 レスピレーター（人工呼吸器）の管理

11 疼痛の管理

12 モニター測定（血圧・心拍等）

13 じょくそうの管理

14 尿カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）



Q50. 貴院の在宅医療に関して、連携している機関の有無やその箇所数等について、ご回答ください。

① 在宅医療に関して、**病状変化時等の患者の受入れを依頼するなど、連携している機関**として、当てはまる番号すべてに○を付けるとともに、**連携している機関数**を数字でご回答ください。

01 病院	→連携している機関数：	<input type="text"/>	か所 →②へ
02 有床診療所	→連携している機関数：	<input type="text"/>	か所
03 無床診療所	→連携している機関数：	<input type="text"/>	か所
04 02・03のうち在宅療養支援診療所	→連携している機関数：	<input type="text"/>	か所
05 訪問看護ステーション	→連携している機関数：	<input type="text"/>	か所
06 その他（居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）等）	→連携している機関数：	<input type="text"/>	か所
07 在宅医療に関して連携している機関はない			

② 【①で「01 病院」に○を付けた診療所におうかがいします】  
**連携先の病院が所在する区市町村番号すべてに○を付けてください。**

01 千代田区	13 渋谷区	24 八王子市	34 小平市	44 武蔵村山市	54 大島町
02 中央区	14 中野区	25 立川市	35 日野市	45 多摩市	55 利島村
03 港区	15 杉並区	26 武蔵野市	36 東村山市	46 稲城市	56 新島村
04 新宿区	16 豊島区	27 三鷹市	37 国分寺市	47 羽村市	57 神津島村
05 文京区	17 北区	28 青梅市	38 国立市	48 あきる野市	58 三宅村
06 台東区	18 荒川区	29 府中市	39 福生市	49 西東京市	59 御蔵島村
07 墨田区	19 板橋区	30 昭島市	40 狛江市	50 瑞穂町	60 八丈町
08 江東区	20 練馬区	31 調布市	41 東大和市	51 日の出町	61 青ヶ島村
09 品川区	21 足立区	32 町田市	42 清瀬市	52 檜原村	62 小笠原村
10 目黒区	22 葛飾区	33 小金井市	43 東久留米市	53 奥多摩町	
11 大田区	23 江戸川区				63 東京都以外
12 世田谷区					

Q51. 貴院では、**夏休みや年末年始における対応**について、どのように工夫されていますか。該当する番号すべてに○を付けてください。

01 日頃から地域でネットワークを組んで対応している
02 あらかじめ他の在宅医と連携し、代診で対応
03 休みを最小限にし、自分で対応
04 連携病院に緊急入院の受入れを依頼したうえで、家族に入院を指示（電話対応）
05 訪問看護ステーションが対応
06 その他（ <span style="float: right;">）</span>

Q52. 貴院では、**病院での退院前合同カンファレンス（退院時共同指導）**に出席していますか。該当する番号1つに○を付けてください。

01 医師又は看護師等が原則出席する	03 忙しくて出席できない
02 医師又は看護師等の都合がつけば出席する	04 出席しない

Q53. 貴院の**在宅療養支援診療所の届出状況**について、該当する番号1つに○を付けてください。

01 届出を済ませた →Q55へ	02 届出したいと考えている →Q55へ
03 届出は考えていない →Q54へ	

**Q54. 【Q53で「03 届出は考えていない」と回答した医療機関にお聞きします。】**  
**在宅療養支援診療所の届出を行わない理由**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 自院の機能上、あまり関係がない	05 病状変化時等に対応してくれる後方支援病院が確保できない
02 外来多忙なため往診・訪問が困難	06 介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携が難しい
03 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置できない	07 終末期医療まで考えると責任が持てない
04 24時間往診可能な体制を確保できない	08 その他

**Q55. 貴院の過去1年間(2015年1～12月)の在宅での看取り数**について、数字を記入してお答えください。

①在宅での看取り数	( ) 人	②うち、がん末期患者（再掲）	( ) 人
-----------	-------	----------------	-------

**Q56. 【Q55①で在宅での看取り数が0人であった医療機関にお聞きします。】**  
**在宅の看取りがなかった理由**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 自院の機能上、あまり関係がない
02 外来多忙なため対応が困難
03 看取りを行うに当たっては24時間体制が望ましいと考えているが、24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置できない
04 看取りを行うに当たっては24時間体制が望ましいと考えているが、24時間往診可能な体制を確保できない
05 多職種との連携が難しい
06 終末期医療まで考えると責任が持てない
07 体制はあるが実績がなかった
08 その他 ( )

**Q57. 貴院では小児等在宅医療に対応していますか。該当する番号1つに○を付けてください。**

01 小児等在宅医療に対応している	→Q58へ
02 今後、小児等在宅医療に対応する予定がある	→Q60へ
03 小児等在宅医療への対応は考えていない	→Q59へ

**Q58. 【Q57で「01 小児等在宅医療に対応している」と回答した医療機関にお聞きします。】**  
**貴院において、小児の患者に対する訪問診療で対応可能な医療行為や、小児の在宅療養患者に対して貴院が対応可能な支援等**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 レスピレーター（人工呼吸器）の管理	06 酸素療法
02 中心静脈栄養	07 小児がん
03 経鼻経管栄養	08 学習環境の整備に向けた関係機関との連携
04 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	09 その他 [ ]
05 気管切開部の処置	

**Q59. 【Q57で「03 小児等在宅医療への対応は考えていない」と回答した医療機関にお聞きします。】**  
**小児等在宅医療に対応していない理由**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 自院の機能上、あまり関係がない
02 外来多忙なため往診・訪問が困難
03 対応の仕方が分からない。経験・知識がない
04 訪問診療を行うに当たっては24時間体制が望ましいと考えているが、24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置できない
05 訪問診療を行うに当たっては24時間体制が望ましいと考えているが、24時間往診可能な体制を確保できない
06 訪問看護師等、関係機関との連携が難しい
07 終末期医療まで考えると責任が持てない
08 採算性が悪い
09 その他 ( )





## 1 1 貴院における感染症対策について

Q65. <b>新型インフルエンザ対策</b> を行っていますか。該当する番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。			
01 対応マニュアルを作成している	04 特になし		
02 対応訓練を実施している	05 その他 ( )		
03 研修会を開催している			
Q66. <b>感染症法上の入院勧告が必要な時期に新型インフルエンザを疑った場合の対応（東京感染症アラート）</b> を知っていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。			
01 内容を知っている	02 名前だけ知っている	03 知らない	
Q67. 貴院では <b>新型インフルエンザ事業継続計画（BCP）</b> を策定していますか、該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。			
01 策定済み（改訂予定含む）	→Q69へ	03 策定していない	→Q68へ
02 検討中	→Q69へ	04 知らない（わからない）	→Q69へ
Q68. （Q67で「03 策定していない」と回答した医療機関にお聞きします。） <b>新型インフルエンザ事業継続計画を策定しない理由</b> として、該当する番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。			
01 検討する時間がない	04 必要と思わない		
02 検討する場がない	05 その他 ( )		
03 方法がわからない			

## 1 2 貴院におけるアレルギー疾患の診療について

「アレルギー疾患」とは、本調査では、アレルギー疾患対策基本法で定められている「気管支ぜん息」、「アトピー性皮膚炎」、「アレルギー性鼻炎」、「アレルギー性結膜炎」、「花粉症」、「食物アレルギー」の6疾患を指します。

Q69. 貴院における <b>アレルギー疾患の診療の実施状況</b> として、該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。			
01 アレルギー疾患の診療を実施している	→Q70へ		
02 アレルギー疾患の診療を実施していない	→Q72へ		
Q70. <b>アレルギー疾患に係る下記の検査・治療方法</b> について、貴院の実施状況として該当するものを、それぞれ選択肢 01、02、03の中から選んで○を付けてください。			
	01 自院の設備・常勤スタッフで実施している。 02 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している。 03 自院では実施していない。		
① 食物経口負荷試験	01	02	03
② アレルゲン免疫療法（※） ※…アレルギー疾患の病因アレルゲンを投与していくことにより、アレルゲンに曝露された場合に引き起こされる関連症状を緩和する治療法。	01	02	03
③ うちスギ花粉症におけるアレルゲン免疫療法	01	02	03
④ うちダニアレルギーにおけるアレルゲン免疫療法	01	02	03

Q71. 各学会の**アレルギー疾患診療ガイドラインに準ずる標準的治療**を行っていますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- 01 標準的治療を行っている
- 02 今後、標準的治療を行う予定がある
- 03 アレルギー疾患の診療を行っているが、標準的治療を行っていない
- 04 その他 ( )

### 1.3 貴院におけるIT化への対応について

Q72. 貴院では、診療報酬請求に当たり、**レセプト電算処理（電子媒体によるレセプトの提出）**を実施していますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- 01 実施している
- 02 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある
- 03 現在実施しておらず、実施予定もない

Q73. 貴院では、**電子カルテシステムを導入**していますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- 01 導入している

➡ **電子カルテの活用状況の範囲**について、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- 01-01 自施設内で活用
- 01-02 患者への治療方針の説明などに活用
- 01-03 他の医療機関等との連携に活用

- 02 現在は導入していないが、具体的な導入予定がある
- 03 現在導入しておらず、導入予定もない

Q74. 貴院では、都の**医療機関情報システム（ひまわり）の医療連携支援用メニュー（医療関係者メニュー）**を使用したことがありますか。該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- 01 頻繁に使用している（週1回以上）
- 02 ときどき使用している（月に数回）
- 03 まれだが使用したことがある
- 04 使用したことがない
- 05 医療関係者メニューの存在を知らなかった

Q75. 貴院が、**医療関係者メニューの項目で重要、または充実させるべきと考える項目**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- 01 診療科・対応可能な診療領域
- 02 設備・保有医療機器
- 03 専門医の配置・勤務形態
- 04 看護職・コメディカルの配置
- 05 リハビリテーション体制
- 06 患者の費用負担の目安
- 07 患者紹介時の手続
- 08 医療連携担当スタッフ



## 14 外国人患者の診療について

Q76. 貴院では、**入院**診療において、昨年度**外国人患者の診療実績**はありますか。

01 ある                                      02 ない                                      03 不明

➡ **外国人の入院患者の昨年度の診療実績**（実人数）、及び国・地域の内訳について教えてください。

<b>外国人の入院患者総数</b>		( ) 人				
内訳	中国(香港含む)	( ) 人	ネパール	( ) 人	スペイン	( ) 人
	韓国・朝鮮	( ) 人	米国	( ) 人	その他	( ) 人
	台湾	( ) 人	英国	( ) 人	不明	( ) 人
	タイ	( ) 人	フランス	( ) 人		

Q77. 貴院では、**外来**診療において、昨年度**外国人患者の診療実績**はありますか。

01 ある                                      02 ない                                      03 不明

➡ **外国人の外来患者の昨年度の診療実績**（実人数）、及び国・地域の内訳について教えてください。

<b>外国人の外来患者総数</b>		( ) 人				
内訳	中国(香港含む)	( ) 人	ネパール	( ) 人	スペイン	( ) 人
	韓国・朝鮮	( ) 人	米国	( ) 人	その他	( ) 人
	台湾	( ) 人	英国	( ) 人	不明	( ) 人
	タイ	( ) 人	フランス	( ) 人		

Q78. 貴院では、**外国人患者の受入体制**を整備していますか。

01 整備している                                      02 整備していない

➡ **整備内容**について、該当する番号**すべて**に○を付けて下さい。

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 01-01 医療通訳で対応(配置・派遣・電話等) | 01-04 外国語ができるスタッフを配置                               |
| 01-02 簡易通訳アプリや翻訳ソフトを活用   | 01-05 診療等を補助する外国語会話集等を作成                           |
| 01-03 問診票や同意書等の多言語化      | 01-06 ホームページの多言語化                                  |
|                          | 01-07 その他 [                                      ] |

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、平成28年11月30日(水)までに  
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。



# 東京都医療機能実態調査

## 歯科診療所票

所在地	〒
診療所名	
管理コード	

### 《本調査票の記入日・ご連絡先について》

調査票記入日	2016年      月      日	連絡先電話番号	(      )-(      )-(      )
		連絡先 FAX 番号	(      )-(      )-(      )

◆このアンケート調査は、「東京都医療機能**実態調査**」です。東京都保健医療情報センターからお願いしている「医療機能**情報報告**」とは異なる調査ですので、ご注意下さい。

◆設問には、別記がある箇所を除き、2016年10月1日現在の状況についてお答え下さい。

◆数値を記入する設問で、該当する者・施設等がない場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

### 1 貴院の概要・属性について

Q1. 上記の**施設名・所在地に変更がある場合**、下欄にご記入下さい。変更がない場合は空欄で結構です。

施設名	
所在地	東京都

Q2. 貴院の**社会保険診療等の状況**について、該当する番号**1つ**に○を付けて下さい。

01 保険医療機関	02 自由診療のみ
-----------	-----------

Q3. 貴院の**開設者**について、該当する番号**1つ**に○を付けて下さい。

01 厚生労働省	09 公益法人
02 その他国（独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人 地域医療機能推進機構、独立行政法人労働者健康福祉機構を含む国の機関）	10 医療法人
03 東京都	11 学校法人
04 区市町村（一部事務組合が開設するものを含む）	12 社会福祉法人
05 日本赤十字社	13 医療生協
06 社会保険関係団体（健康保険組合及びその連合会、共済組合及び その連合会、国民健康保険組合）	14 会社
07 厚生（医療）農業協同組合連合会	15 その他の法人
08 国民健康保険団体連合会	16 個人
	17 その他

**Q4. 貴院の職員体制について、該当する欄に人数を記入して下さい（該当者がいない場合は0を記入）。**

職種	常勤 (実人数)	非常勤(注) (常勤換算)	職種	常勤 (実人数)	非常勤(注) (常勤換算)
① 歯科医師	( ) 人	( . ) 人	③ 歯科技工士	( ) 人	( . ) 人
② 歯科衛生士	( ) 人	( . ) 人	④ その他	( ) 人	( . ) 人

(注) 非常勤職員の常勤換算の方法

貴院の1週間の通常の勤務時間を基本として、下記のように換算して下さい

- 1週間の通常の勤務時間が40時間の歯科診療所で、週2日(各日8時間)勤務の者が1人の場合

$$\frac{8 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日}}{40 \text{ 時間}} = 0.4 \text{ 人 (小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記)}$$

- 1週間の通常の勤務時間が40時間の歯科診療所で、週2日(各日3時間)勤務の者が1人と、週3日(各日5時間)勤務の者が2人いる場合

$$\frac{(3 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \times 1 \text{ 人}) + (5 \text{ 時間} \times 3 \text{ 日} \times 2 \text{ 人})}{40 \text{ 時間}} = 0.9 \text{ 人}$$

**Q5. 貴院が有する設備の有無について、①～⑮ごとにそれぞれ「1」(あり)または「2」(なし)のいずれか1つをお選び頂き、番号に○を付けて下さい。**

なお、①および⑦で「1」(はい)を選ばれた場合は、その下にある枝間にもご回答下さい。

		あり	なし
① 歯科用診察台		1	2
①(1) うち車椅子対応診察台: <input type="text"/> 台	①(2) うち小児用診察台: <input type="text"/> 台		
② 歯科用X線装置		1	2
③ パノラマX線装置		1	2
④ 歯科用デジタルX線撮影装置		1	2
⑤ 高圧蒸気滅菌装置		1	2
⑥ EOG 滅菌装置		1	2
⑦ 歯科用笑気吸入装置		1	2
⑦(1) リカバリールーム: ( 01 有 ・ 02 無 )			
⑧ 口腔外バキューム装置		1	2
⑨ 逆流防止弁付きタービン		1	2
⑩ 訪問診療用ポータブルユニット		1	2
⑪ 訪問診療用ポータブルX線撮影装置		1	2
⑫ 嚙下内視鏡		1	2
⑬ 口腔内 CCD カメラ		1	2
⑭ 高周波電気メス		1	2
⑮ 歯科レーザー照射装置		1	2



Q12. 日常の診療活動を通じて、貴院の地域に不足していると思われる歯科診療機能について、該当する番号1つに○を付けて下さい。

①歯科診療所等で提供される医療関連サービス(一次医療レベル)

- 01 不足している機能がある                      02 不足している機能は特にない                      03 わからない

➡ 不足している機能について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

- 01-01 休日・夜間などの時間外歯科診療  
 01-02 訪問歯科診療を行う医療施設  
 01-03 障害者歯科を行う医療施設  
 01-04 摂食嚥下機能支援（相談・診断・訓練等）を行う医療施設  
 01-05 その他 ➡ 具体的な診療領域に関して、不足感が強いものから順に3つ、  
 下記◆欄の診療領域より選んで、**その番号**を下欄に記入して下さい。  
 1 番目：( )    2 番目：( )    3 番目：( )

②主に病院等で提供される入院歯科医療などに関するサービス(二次医療レベル)

- 01 不足している機能がある                      02 不足している機能は特にない                      03 わからない

➡ 不足している機能について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

- 01-01 二次レベルの救急歯科医療  
 01-02 口腔外科医療実施施設  
 01-03 障害者歯科を行う施設  
 01-04 在宅療養患者の歯科診療を支援する施設  
 01-05 認知症患者の歯科診療を支援する施設  
 01-06 その他 ➡ 具体的な診療領域に関して、不足感が強いものをから順に3つ、  
 下記◆欄の診療領域より選んで、**その番号**を下欄に記入して下さい。  
 1 番目：( )    2 番目：( )    3 番目：( )


◆ ①の01-05、および②の01-06の診療領域

- |           |                  |              |
|-----------|------------------|--------------|
| 1 う蝕疾患    | 8 歯科口腔外科         | 15 訪問診療      |
| 2 歯髄・根管治療 | 9 障害者            | 16 予防相談      |
| 3 歯周疾患    | 10 高齢者           | 17 摂食・嚥下機能評価 |
| 4 欠損補綴    | 11 インプラント        | 18 摂食・嚥下機能リハ |
| 5 難症例の義歯  | 12 顎関節症          | 19 その他       |
| 6 小児歯科疾患  | 13 歯の漂白（ホワイトニング） |              |
| 7 歯列矯正    | 14 口臭症           |              |

Q13. 貴院では、障害等によりコミュニケーションが取りにくい状況にある患者（例：知的障害等）の治療が可能ですか。該当する番号1つに○を付けて下さい。

- 01 症状・障害の程度を問わず、十分に行える  
 02 症状・障害の程度により治療を行っているが、困難な時は紹介している  
 03 その他 ( )  
 04 診療していない



Q21. 紹介できる医療施設を院内などで表示していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けて下さい。		
01 表示している	02 表示していない	
Q22. 東京都が実施している「糖尿病の医療連携推進事業」のことを知っていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けて下さい。		
01 地域の「糖尿病地域連携の登録医療機関」として登録している	02 知っている（聞いたことがある）	
03 知らない		
Q23. 貴院では、周術期口腔ケアにおける医科歯科連携を行っていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けて下さい。		
01 連携している	02 連携していない	
 <b>連携していない理由</b> について、該当する番号 <b>すべて</b> に○を付けて下さい。		
02-01 病院から紹介を受けたことがない		
02-02 地域に連携している医療施設がない		
02-03 連携をする必要がない		
02-04 連携の進め方がわからない		
Q24. 連携している医療施設の箇所数を記入して下さい。		
① 病院：（                      ）施設（うち、歯科大学附属病院：（                      ）施設）		
② 一般診療所：（                      ）施設		
③ 歯科診療所：（                      ）施設		

## 5 貴院における災害医療について

Q25. 貴院では震災時を想定した災害対策（または防災）マニュアルを策定していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けて下さい。		
01 策定済み	02 策定準備中	03 策定する予定はない
Q26. 貴院では震災時の医療従事者の派遣先はどのように決まっていますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けて下さい。		
01 医療救護所（避難所等）	03 地区歯科医師会	05 自院で診療を継続
02 他の医療機関	04 その他の場所	06 特に決まっていない
Q27. 貴院では震災時に電気・ガス・水道が3日間断たれた場合、診療機能をどの程度維持できますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けて下さい。		
01 12時間未満	03 1日以上2日未満	05 3日以上4日未満
02 12時間以上24時間未満	04 2日以上3日未満	06 4日以上





