

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	【3000001】

《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 嚥下内視鏡		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

2 診療形態の基礎的事項について

Q6. 初診患者の受付について、該当する番号**1つ**に○を付けて下さい。

- 01 事前予約制
 ↳ (01-01 当日でも可 01-02 前日までに予約が必要：() 日前まで)
- 02 予約なしでも可
 ↳ (02-1 全ての患者が該当 02-02 急患の場合のみ該当 02-03 それ以外)
- 03 一般の初診患者は受け付けない（紹介患者や特定の患者のみ）

Q7. 貴院が対応できる**診療内容**について、該当する番号**すべて**に○を付けて下さい。

- | | | |
|------------|------------------|---------------------------------|
| 01 う蝕疾患 | 08 歯科口腔外科 | 15 訪問診療 |
| 02 歯髄・根管治療 | 09 障害者 | 16 予防相談 |
| 03 歯周疾患 | 10 高齢者 | 17 摂食・嚥下機能評価 |
| 04 欠損補綴 | 11 インプラント | 18 摂食・嚥下機能リハ |
| 05 難症例の義歯 | 12 顎関節症 | 19 その他 () |
| 06 小児歯科疾患 | 13 歯の漂白（ホワイトニング） | |
| 07 歯列矯正 | 14 口臭症 | |

Q8. Q7 で答えた貴院が対応できる診療内容について、他の歯科診療所や病院、あるいは医科診療所からの紹介患者を受け入れる意向はありますか。該当する番号**1つ**に○を付けて下さい。

- 01 ある →Q9へ 02 受け入れない →Q10へ

Q9. 紹介患者を受け入れる診療領域について、該当する番号**すべて**に○を付けて下さい。

- | | | |
|------------|------------------|---------------------------------|
| 01 う蝕疾患 | 07 歯列矯正 | 13 訪問診療 |
| 02 歯髄・根管治療 | 08 歯科口腔外科 | 14 予防相談 |
| 03 歯周疾患 | 09 インプラント | 15 摂食・嚥下機能評価 |
| 04 欠損補綴 | 10 顎関節症 | 16 摂食・嚥下機能リハ |
| 05 難症例の義歯 | 11 歯の漂白（ホワイトニング） | 17 その他 () |
| 06 小児歯科疾患 | 12 口臭症 | |

Q10. 受入可能な疾患・障害のある患者について、該当する番号**すべて**に○を付けて下さい。

- | | |
|----------|-----------------------------|
| 01 糖尿病 | 06 HIV/AIDS やウイルス肝炎等の患者・感染者 |
| 02 心疾患 | 07 障害者（知的障害） |
| 03 悪性新生物 | 08 障害者（身体障害） |
| 04 高血圧症 | 09 障害者（精神障害） |
| 05 認知症 | 10 要介護高齢者 |

Q11. 貴院の感染症の患者・感染者の歯科診療実績の有無について、①～⑤ごとにそれぞれ「1」（診療実績がある）または「2」（診療実績がない）のいずれか**1つ**をお選び頂き、番号に○を付けて下さい。

	診療実績がある	診療実績がない
① HIV 感染者	1	2
② AIDS 患者	1	2
③ B 型肝炎	1	2
④ C 型肝炎	1	2
⑤ その他	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

3 在宅医療への取り組み状況について

Q14. 貴院では、在宅療養支援歯科診療所の登録をしていますか。該当する番号 1つ に○を付けて下さい。	
01 登録している	02 登録していない
Q15. 貴院では、訪問歯科診療に対応していますか。該当する番号 1つ に○を付けて下さい。	
01 対応している	
 訪問先 について、該当する番号 すべて に○を付けて下さい。	
01-01 居宅	01-02 施設
02 対応していないが、患者が希望すれば行うつもりである	
03 対応しておらず、訪問診療を行うつもりはない	
Q16. 介護保険制度において、病院や診療所は「医療系指定居宅サービス提供事業者」に指定されますが（みなし指定）、貴院では「居宅療養管理指導」を実施していますか。該当する番号 1つ に○を付けて下さい。	
01 実施している → 現在の対応件数（ ）件／年	
02 実施していない → （ 02-01 依頼があれば対応する 02-02 依頼があっても対応困難 ）	
03 指定不要の申出を行った	
04 分からない	

4 医療機能連携について

Q17. 貴院では、病院歯科や歯科医療施設などと連携していますか。該当する番号 1つ に○を付けて下さい。	
01 連携している	
02 連携していない	
 連携していない理由 について、該当する番号 すべて に○を付けて下さい。	
02-01 地域に連携できる病院歯科や歯科医療施設がない	
02-02 連携をする必要がない	
02-03 連携の進め方がわからない	
Q18. 連携している医療施設の箇所数（施設数）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	
Q19. 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 1つ に○を付けて下さい。	
01 表示している	
02 表示していない	
Q20. 貴院では、医科に受診が必要であると思われる患者に対して、医科と連携した対応を行っていますか。該当する番号 1つ に○を付けて下さい。	
01 連携している	
02 連携していない	
 連携していない理由 について、該当する番号 すべて に○を付けて下さい。	
02-01 地域に連携できる医療施設がない	
02-02 連携をする必要がない	
02-03 連携の進め方がわからない	

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 1つ 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 1つ 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 1つ に○を付けて下さい。		
01 連携している	02 連携していない	
 連携していない理由 について、該当する番号 すべて 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 1つ 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 1つ 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 1つ 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

6 その他

Q28. 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○を付けて下さい。

- 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

Q29. 貴院では、**電子カルテを導入**していますか。該当する番号**1つ**に○を付けて下さい。

- 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○を付けて下さい。

- 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

Q30. 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○を付けて下さい。

- 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

Q31. 貴院では、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。

外国人患者総数		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		

Q32. 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)
01-02 簡易通訳アプリや翻訳ソフトを活用
01-03 問診票や同意書等の多言語化
01-04 外国語ができるスタッフを配置
01-05 診療等を補助する外国語会話集等を作成
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。ご協力まことに有り難うございました。
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。

