

東京都医療機能実態調査

歯科診療所票

| | |
|-------|---|
| 所在地 | 〒163-8001 東京都西多摩郡奥多摩町大字〇〇〇字〇〇 XXXX 番 YY 号 □□□□□□ビルディング〇階 |
| 診療所名 | 医療法人社団◆◆会 ◎◎◎◎◎◎◎◎デンタルクリ ニック 御中 |
| 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 |

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 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 |

