

東京都医療機能実態調査

一般診療所票

《本調査票の記入日・ご連絡先について》

| | | | |
|--------|-----------|------------|-------------|
| 調査票記入日 | 2022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、2022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

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

別添の回答マニュアルをご参照の上、令和4年12月5日(月)までにオンラインでご回答ください。オンライン回答が難しい場合は、本調査票にご記入のうえ、同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

1 貴院の概要・属性について

◆ 1 ページ上部の診療所名・所在地に変更がある場合、下欄に現在の診療所名・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。

| | |
|------|-----|
| 診療所名 | |
| 所在地 | 東京都 |

Q1. 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○を付けてください。

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

Q2. 貴院の**開設期間、場所等**について、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

| |
|--------------------------|
| 01 特定の期間（季節）にのみ診療を行う診療所 |
| 02 老人ホーム内の医務室 |
| 03 老人ホーム以外の事業所（企業等）内の診療所 |
| 04 区市町村保健センター内の診療所 |
| 05 該当なし |

Q3. 貴院の**開設者**に該当する番号**1つ**に○を付けてください。

| | |
|---|----------------|
| 01 厚生労働省 | 09 国民健康保険団体連合会 |
| 02 その他 （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 公益法人 |
| 03 東京都 | 11 医療法人 |
| 04 地方独立行政法人 | 12 学校法人 |
| 05 区市町村（一部事務組合が開設するものを含む） | 13 社会福祉法人 |
| 06 日本赤十字社 | 14 医療生協 |
| 07 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） | 15 会社 |
| 08 厚生（医療）農業協同組合連合会 | 16 その他の法人 |
| | 17 個人 |
| | 18 その他 |

2 貴院におけるがん診療について

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 →Q10へ |

Q5. 貴院で**対応しているがん診療**について、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

| | | |
|-------------|----------------------|---------|
| 01 化学療法（投薬） | 08 輸液（外来） | 15 訪問診療 |
| 02 化学療法（点滴） | 09 輸液（在宅） | 16 訪問看護 |
| 03 化学療法（注射） | 10 輸液（入院） | 17 その他 |
| 04 化学療法（入院） | 11 疼痛コントロール・緩和ケア（外来） | 〔 〕 |
| 05 輸血（外来） | 12 疼痛コントロール・緩和ケア（在宅） | |
| 06 輸血（在宅） | 13 疼痛コントロール・緩和ケア（入院） | |
| 07 輸血（入院） | 14 往診 | |

| | |
|--|--|
| Q6. 【がん診療を実施しているすべての医療機関に対しておうかがいします】 「がん診療に携わる医師等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 がある医療従事者の有無 について、該当する番号1つに○を付けてください。 | |
| ① 医師 | 01 研修を受けたことのある者が1人以上いる 02 研修を受けたことのある者はいない |
| ② 看護師 | 01 研修を受けたことのある者が1人以上いる 02 研修を受けたことのある者はいない |
| ③ 薬剤師 | 01 研修を受けたことのある者が1人以上いる 03 この職種はいない 02 研修を受けたことのある者はいない |
| ④ リハビリ職 | 01 研修を受けたことのある者が1人以上いる 03 この職種はいない 02 研修を受けたことのある者はいない |
| ⑤ MSW | 01 研修を受けたことのある者が1人以上いる 03 この職種はいない 02 研修を受けたことのある者はいない |
| ⑥ 栄養士 | 01 研修を受けたことのある者が1人以上いる 03 この職種はいない 02 研修を受けたことのある者はいない |
| Q7. 【がん診療を実施しているすべての医療機関に対しておうかがいします】 「がん診療に携わる医師等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 医療従事者への対応 について、該当する番号1つに○を付けてください。 | |
| ① 医師 | 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 |
| ② 看護師 | 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 |
| ③ 薬剤師 | 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 04 この職種はいない |
| ④ リハビリ職 | 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 04 この職種はいない |
| ⑤ MSW | 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 04 この職種はいない |
| ⑥ 栄養士 | 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 04 この職種はいない |
| Q8. 【Q5で、「12 疼痛コントロール・緩和ケア（在宅）」に○を付けなかった医療機関にお聞きします。】 貴院では、 今後在宅緩和ケアを実施する予定 がありますか。該当する番号すべてに○を付けてください。 | |
| 01 実施する予定がある 04 採算性が見込めれば実施したい 02 緩和ケア研修会が受講できれば実施したい 05 実施の予定はない 03 自分の他に人材が確保できれば実施したい | |
| Q9. 【Q5で、「15 訪問診療」に○を付けた医療機関にお聞きします。】 がん患者の訪問診療を行う にあたり、該当する番号すべてに○を付けてください。 | |
| 01 緊急時には患者家族からの電話相談に応じている 02 緊急時には、夜間・休日も対応している 03 急変時の入院受け入れ先を確保している 04 訪問看護ステーション等、地域で在宅支援のネットワークを構築している | |

3 貴院における心血管疾患の外来リハビリテーションについて

Q10. 貴院では、**心血管疾患の外来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

Q11. 貴院では、**心血管疾患患者に対する緩和ケア**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

Q12. 貴院において、**独立行政法人労働者健康安全機構の実施する両立支援コーディネーター研修を受講された方の人数**をご記入ください。

①基礎研修 () 人

②応用研修 () 人

Q13. 貴院における下記の**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。

| | 常勤 (実人数) | 非常勤 (常勤換算) |
|-----------------------|----------|------------|
| ① 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 | () 人 | () 人 |
| ② 慢性心不全看護認定看護師 | () 人 | () 人 |
| ③ 心不全療養指導士 | () 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。

4 貴院における糖尿病の診療について

Q14. 貴院では、**継続的な糖尿病の診療**を実施していますか。 01 Yes →Q15へ 02 No →Q25へ

Q15. **1日の平均糖尿病患者数**は、およそ何人ですか。該当する番号各1つに○を付けてください。

① 外来患者数 01 0人 02 1~9人 03 10~19人 04 20~49人 05 50人以上

② 入院患者数 01 0人 02 1~9人 03 10~19人

Q16. 下記の**糖尿病指導**について、**貴院の実施状況**として該当するものを選択肢 01、02、03、04 の中から1つ選んで○を付けてください。

| | 01 自院のスタッフのみで実施 | 02 自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施 | 03 外部から招いた職員のみで実施 | 04 外部機関に委託等して実施 |
|-------------|-----------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
| ① 運動指導 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| ② 栄養(食生活)指導 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| ③ 禁煙指導 | 01 | 02 | 03 | 04 |
| ④ 生活指導 | 01 | 02 | 03 | 04 |

Q17. 貴院における下記の**糖尿病診療スタッフの配置状況**について、常勤者の人数を実人数で記入し、また非常勤者の有無について該当する選択肢に○を付けてください。

| | 常勤者の人数 (実人数) | 非常勤者の有無 |
|-------------------------------------|--------------|-----------|
| ① 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士 | () 人 | 01 有 02 無 |
| ② 糖尿病の診療に従事する管理栄養士 | () 人 | 01 有 02 無 |

Q18. 糖尿病の診療に際して、他の医療機関との連携を行っていますか。該当する番号1つに○を付けてください。

01 はい →Q19へ

02 いいえ →Q24へ

Q19. 【Q18で「01 はい」と回答した医療機関にお聞きします。】

貴院は糖尿病の医療連携において、どちらの立場とお考えですか。該当する番号1つに○を付けてください。

01 かかりつけ医

03 かかりつけ医・糖尿病専門医療機関を兼ねる医療機関

02 糖尿病専門医療機関

(注) 糖尿病専門医療機関とは、医師会や学会で認定する専門医に限らず、糖尿病を専門に診療している医師(医療機関)を指しています。

Q20. 連携先の医療機関の形態について、該当する番号すべてに○を付けてください。

01 病院

03 かかりつけ医

05 その他の医療機関

02 糖尿病専門の診療所

04 他の異なる診療科の診療所

➡ (「04 他の異なる診療科の診療所」と答えた場合)

診療科について、該当する番号すべてに○を付けてください。

04-01 眼科

04-02 皮膚科

04-03 歯科

04-04 その他

Q21. 糖尿病の診療に際して、貴院と連携をとっている医療機関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 | 12 世田谷区 | 23 江戸川区 | 34 小平市 | 45 多摩市 | 54 大島町 |
| 02 中央区 | 13 渋谷区 | 24 八王子市 | 35 日野市 | 46 稲城市 | 55 利島村 |
| 03 港区 | 14 中野区 | 25 立川市 | 36 東村山市 | 47 羽村市 | 56 新島村 |
| 04 新宿区 | 15 杉並区 | 26 武蔵野市 | 37 国分寺市 | 48 あきる野市 | 57 神津島村 |
| 05 文京区 | 16 豊島区 | 27 三鷹市 | 38 国立市 | 49 西東京市 | 58 三宅村 |
| 06 台東区 | 17 北区 | 28 青梅市 | 39 福生市 | 50 瑞穂町 | 59 御蔵島村 |
| 07 墨田区 | 18 荒川区 | 29 府中市 | 40 狛江市 | 51 日の出町 | 60 八丈町 |
| 08 江東区 | 19 板橋区 | 30 昭島市 | 41 東大和市 | 52 檜原村 | 61 青ヶ島村 |
| 09 品川区 | 20 練馬区 | 31 調布市 | 42 清瀬市 | 53 奥多摩町 | 62 小笠原村 |
| 10 目黒区 | 21 足立区 | 32 町田市 | 43 東久留米市 | | |
| 11 大田区 | 22 葛飾区 | 33 小金井市 | 44 武蔵村山市 | | 63 東京都以外 |

Q22. 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 ()

Q23. 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

02 いいえ

➡ 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

Q24. 【Q18で「02 いいえ（連携を行っていない）」と回答した診療所にお尋ねします。
糖尿病医療連携を行っていない理由は何ですか。該当する番号**1つ**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 | 05 手間がかかって割にあわない |
| 02 忙しくて時間がない | 06 過去に企画された連携がうまく機能しなかった |
| 03 連携の仕方が分からない | 07 その他 |
| 04 近隣に適切な連携相手がいない | |

5 貴院における精神科医療について

Q25. 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。

Q26. 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 →Q27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 →Q28へ

Q27. 【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Q29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 依存症（ギャンブル等） | 01 | 02 |
| ⑩ 透析 | 01 | 02 |
| ⑪ 結核 | 01 | 02 |

8 貴院における災害医療について

| | | |
|--|---------------|----------------|
| Q35. 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 |
| Q36. 貴院では、 震災時を想定した事業継続計画（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。 ※事業継続計画（BCP=Business Continuity Plan）：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 |
| Q37. 貴院では、 震災時を想定した防災訓練 をどのくらいの頻度で行っていますか。該当する番号 1つ に○を付けてください。 | | |
| 01 年4回以上 | 03 年2回 | 05 行っていない |
| 02 年3回 | 04 年1回 | |
| Q38. 貴院では 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 を要しますか。該当する番号 1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 |
| Q39. 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 全て 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 |
| Q40. 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 |
| Q41. 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 |
| Q42. 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。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になります。 貴院が該当する番号 すべて 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 | |

9 貴院における在宅医療への取組について

Q43. 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 →Q44へ

02 実施していない →Q45へ

（注）往診とは、患者の求めに応じて患者の家に赴き診療を行うことを指します。

Q44. 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

Q45. 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）

→Q46へ

→Q65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。

Q46. 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。

Q47. 貴院で **2022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 |

Q48. 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）

Q54. 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 | | | | | |

Q55. 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（ ） |

Q56. 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 |

Q57. 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 →Q59へ | 02 届出は考えていない →Q58へ |
| 02 届出したいと考えている →Q59へ | |

Q64. 在宅医療を充実させるために、重要だと思うもの（上位3つまで）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合同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 |

Q65. 【Q45 の設問で「03 訪問診療を実施していない」と回答した医療機関にお聞きします。】
訪問診療を実施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 対応の仕方が分からない。知識・ノウハウがない
- 03 地域における在宅医療資源が充足している（新規参入のニーズが感じられない）
- 04 24時間対応できる体制が整っていない
- 05 訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、薬剤師等の多職種や、関係機関との連携が難しい
- 06 看取りまで考えると負担が重い
- 07 訪問診療のための機材や移動手段がない
- 08 採算性が悪い
- 09 その他（)

Q66. 【Q45 の設問で「03 訪問診療を実施していない」と回答した医療機関にお聞きします。】
どのような支援があれば訪問診療が実施できると思いますか。該当する番号すべてに○を付けてください。

- 01 在宅医療に関する知識やノウハウを得るための研修等
- 02 訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、薬剤師等の多職種や、関係機関との連携の充実
- 03 在宅療養に関して相談できる環境
- 04 診療報酬制度の充実
- 05 24時間診療体制構築などの医師会・行政のバックアップ
- 06 その他（)

10 貴院の地域における連携状況について

Q67. 貴院では他の医療機関への紹介患者について、定期的に報告や連絡を受けるなど相互連携は行っていますか。該当する番号1つに○を付けてください。

- | | |
|----------|-----------|
| 01 行っている | 02 行っていない |
|----------|-----------|

1 1 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q68. 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医療を実施している →Q69へ
 02 リハビリテーション医療を実施していない →Q70へ

Q69. 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。

1 2 貴院における感染症対策について

Q70. 新興感染症等の発生時に、疑い患者の診療実施を念頭に、疑い患者と一般患者の動線を分ける体制の有無について、該当する番号1つに○をつけてください。

- 01 建物の構造やゾーニング等により、疑い患者と一般患者の動線を分けることができる
 02 疑い患者と一般患者の動線を分けることができない

Q71. 陰圧室の整備状況について、数字でご記入ください。

| | |
|--------------|-----------|
| ① 病室 | ()室 ()床 |
| ② 診察室 | ()室 |
| ③ その他 ((注)) | ()室 |

(注) ③「その他」欄は、かっこ内に病室・診察室以外の陰圧室をすべてご記入ください。

Q72. 感染管理の専門性を有する医療従事者の人数を数字でご記入ください。

| 職種・有資格者 | 常勤 (実人数) | 非常勤 (注) |
|-------------------|----------|---------|
| ① 感染症専門医 | ()人 | (.)人 |
| ② 感染管理認定看護師 | ()人 | (.)人 |
| ③ 感染症看護専門看護師 | ()人 | (.)人 |
| ④ 感染制御実践看護師 | ()人 | (.)人 |
| ⑤ 感染制御認定薬剤師 | ()人 | (.)人 |
| ⑥ 感染制御専門薬剤師 | ()人 | (.)人 |
| ⑦ 認定臨床微生物検査技師 | ()人 | (.)人 |
| ⑧ 感染制御認定臨床微生物検査技師 | ()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。

| | |
|--|--|
| <p>Q73. 院内アウトブレイク発生時等の有事の際の体制について、該当する番号すべてに○を付けてください。</p> | |
| 01 | 地域の医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る体制を整備している |
| 02 | 自施設の実情に合わせた対応マニュアル、手順書等を整備している |
| 03 | 自施設で研修、訓練を実施している |
| 04 | 地域の研修、訓練に参加している |
| 05 | 特になし |
| 06 | その他 () |
| <p>Q74. 貴院では、新型コロナウイルス感染症疑い患者又は陽性患者の診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。</p> | |
| 01 | 行っている →Q76へ |
| 02 | 行っていない →Q75へ |
| <p>Q75. 【Q74で「02（行っていない）」と回答した病院にお聞きします。】 疑い患者又は陽性患者の診療を行っていない理由について、該当する番号すべてに○を付けてください。</p> | |
| 01 | 感染症医療に従事する（対応できる）医療従事者がいない（又は、不足している。） |
| 02 | 疑い患者又は陽性患者を診療するための施設・設備が整っていない |
| 03 | 感染症医療以外の専門診療科に特化している |
| 04 | その他 () |
| <p>Q76. 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。</p> | |
| 01 | 対応マニュアルを作成している |
| 02 | 対応訓練を実施している |
| 03 | 研修会を開催している |
| 04 | 特になし |
| 05 | その他 () |
| <p>Q77. 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。</p> | |
| 01 | 内容を知っている |
| 02 | 名前だけ知っている |
| 03 | 知らない |
| <p>Q78. 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。</p> | |
| 01 | 策定済み（改訂予定含む） →Q80へ |
| 02 | 検討中 →Q80へ |
| 03 | 策定していない →Q79へ |
| 04 | 知らない（わからない） →Q80へ |
| <p>Q79. （Q78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。） 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。</p> | |
| 01 | 検討する時間がない |
| 02 | 検討する場がない |
| 03 | 方法がわからない |
| 04 | 必要と思わない |
| 05 | その他 () |

1 3 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。

Q80. 貴院におけるアレルギー疾患の診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 アレルギー疾患の診療を実施している →Q81へ
 02 アレルギー疾患の診療を実施していない →Q83へ

Q81. 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 |

Q82. 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 ()

