|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **滋賀県医療機能調査**  **調査票〔病院〕** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※整理番号 | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 注：※印：記入不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **病院の概要についてお尋ねします。（太枠内にご記入ください）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(1)** | **施設名** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(2)** | **施設の**  **所在地** | | 〒 | | | |  |  |  | - |  |  |  | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | 市・町 | | | | |  | | | | | |
| **(3)** | **記入者** | | **所属** | | |  | | | | | | | | **氏名** | | |  | | | | |
| **(4)** | **連絡先** | | **TEL** | | |  | | | | | | | | **mail** | | |  | | | | |

|  |
| --- |
| 【ご回答いただく際の留意点】 |
| **１．時点について** |
| 設問には、特別な記入がない限り、**令和５年（2023年）４月１日現在**の状況についてお答えください。 |
| **２．非常勤職員の換算について** |
| 従事者数に関しての設問において、非常勤職員の数は、貴院の1週間の通常勤務  時間を基本として、常勤換算してください。  1週間の通常勤務時間数が40時間で、  ①週2日(各日3時間）勤務の者が１人　と  ②週3日(各日5時間）勤務の者が2人　の場合  [①(3時間×2日×1人）＋②(5時間×3日×2人）]÷40時間＝0.9人  (小数点以下第2位を四捨五入） |
| **３．この調査について** |
| この調査は、滋賀県保健医療計画策定の基礎資料とするために実施するものですので、調査で得られた情報は計画や県の公開資料に掲載されることがあります。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１．がん** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **がんに関する診療機能を有していますか。「成人」・「小児」のそれぞれの区分について、該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | |
|  | 「成人」 | 1 | 診療機能を有している | | | | | → | Q2へ | | | | |
| 2 | 診療機能を有していない | | | | | → | Q6へ | | | | |
|  | 「小児」 | 3 | 診療機能を有している | | | | | → | Q2へ | | | | |
| 4 | 診療機能を有していない | | | | | → | Q6へ | | | | |
|  | **貴院が有する診療機能について、「成人」・「小児」のそれぞれの区分で該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | |
|  | 「成人」 | 1 | 検診・（検診ドック） | | | 6 | 手術療法（※2） | | | | | | |
| 2 | 放射線診断 | | | 7 | 放射線治療 | | | | | | |
| 3 | 病理診断 | | | 8 | 薬物療法（化学療法） | | | | | | |
| 4 | 集学的治療(※1) | | | 9 | 免疫療法 | | | | | | |
| 5 | 内視鏡治療 | | | 10 | 緩和ケア | | | | | | |
|  | 「小児」 | 1 | 検診・（検診ドック） | | | 6 | 手術療法（※2） | | | | | | |
| 2 | 放射線診断 | | | 7 | 放射線治療 | | | | | | |
| 3 | 病理診断 | | | 8 | 薬物療法（化学療法） | | | | | | |
| 4 | 集学的治療(※1) | | | 9 | 免疫療法 | | | | | | |
| 5 | 内視鏡治療 | | | 10 | 緩和ケア | | | | | | |
|  | （※１）手術治療、放射線治療、薬物療法などを単独で行うのではなく、がんの種類や進行度に応じてさまざまな治療法を組み合わせて行うもの。  （※２）全身麻酔、局所麻酔は問わない。がん種は問わない。内視鏡手術は含まない。がんに対する直接的な治療に関する手術を対象とする。人工肛門閉鎖、合併症手術（止血、縫合不全など）等は含まない。  　　　　TACE、TAE等のIVR（Interventional Radiology）は含まない。 | | | | | | | | | | | | |
|  | **がんの診療領域に関する次の専門職員の配置状況について、人数を記入してください。［注］がん医療に従事する人数を記入してください。** | | | | | | | | | | | | |
| ※非常勤は常勤換算（計算方法は表紙参照） | | | | | | | | | 常勤 | | 非常勤※ | |
| 医師 | | | 1 | 外科的治療に関する専門知識・技術を有する医師 | | | | |  | 人 |  | 人 |
| 2 | 抗がん剤治療に関する専門的知識を有する医師 | | | | |  | 人 |  | 人 |
| 3 | 病理診断医 | | | | |  | 人 |  | 人 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q3**  続き | ※非常勤は常勤換算（計算方法は表紙参照） | | | | | | 常勤 | | | 非常勤※ | |
| 医師（続き） | | | 4 | 放射線診断に関する専門的知識・技術を有する医師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 5 | 放射線治療に関する専門的知識・技能を  有する医師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 6 | 移植医療に関する専門的知識・技術を有する医師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 7 | 小児がん医療に関する専門的知識・技術を有する医師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 8 | 緩和ケアに専門に携わる医師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 9 | 精神腫瘍医 | |  | | 人 |  | 人 |
| 薬剤師 | | |  | 専門薬剤師、認定薬剤師、がん薬物療法に精通した薬剤師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 看護師 | | |  | 専門看護師、認定看護師、がん化学療法の看護等専門看護に精通した看護師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 臨床心理士 | | |  | 医療心理に携わる担当者 | |  | | 人 |  | 人 |
| 診療情報管理士 | | |  | 診療録管理に携わる担当者 | |  | | 人 |  | 人 |
| 放射線技師 | | |  | 放射線治療に従事する放射線技師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 臨床検査技師 | | |  | 臨床検査技師 | |  | | 人 |  | 人 |
| 医学物理士 | | |  | 医学物理士 | |  | | 人 |  | 人 |
|  | **次の「我が国に多いがん」について、貴院の診療体制について該当する項目すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | |
|  | | ① | | | ② | | ③ | | | |
| 自院で標準治療を行う  体制がある | | | 他の医療機関との連携で標準治療を行う体制がある | | セカンドオピニオンを提示する機能がある | | | |
|  | 1 | 肺がん |  | | |  | |  | | | |
| 2 | 胃がん |  | | |  | |  | | | |
| 3 | 大腸がん |  | | |  | |  | | | |
| 4 | 肝がん |  | | |  | |  | | | |
| 5 | 乳がん |  | | |  | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **貴院の緩和ケアの提供体制について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | |
| 1 | 院内チームによる緩和ケアの提供体制がある |
| 2 | 院内チームによる退院後も継続する緩和ケアの提供体制がある |
| 3 | 地域のかかりつけ医を中心とした緩和ケアの提供体制が確保されている |
| 4 | 院内外での共同診療を行い、早い段階から緩和ケアの導入を行っている |
| 5 | かかりつけ医の協力・連携による退院後の緩和ケア計画を含めた早期退院計画の策定を行っている |
| 6 | 院内チームにより、がん以外の患者（循環器病等）の緩和ケアにも介入している |
| 7 | 院内の緩和ケアに関する会議で、がん以外の疾患の緩和ケアについても検討している |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **２．脳卒中** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **脳卒中に関する診療機能を有していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | 診療機能を有している | | | | | → | | | | Q7へ | | | | | |
| 2 | 診療機能を有していない | | | | | → | | | | Q12へ | | | | | |
|  | **脳卒中に関して対応している治療法等について、該当する番号すべてに○をつけてください。16、17、18に該当がある場合は、病床数も記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | 脳梗塞急性期治療　内科的治療(t-PA静注療法を含まない) | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 脳梗塞急性期治療　内科的治療（t-PA静注療法を含む） | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 脳梗塞急性期治療　血管内治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 脳梗塞急性期治療　外科治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 脳梗塞再発予防治療　内科的治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 脳梗塞再発予防治療　外科治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 脳梗塞再発予防治療　血管内治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 脳出血の治療　内科的治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 脳出血の治療　外科治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | くも膜下出血の治療　開頭術 | | | | | | | | | | | | | | |
| **Q7**  続き | 11 | くも膜下出血の治療　血管内治療 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 急性期　リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 回復期　リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 維持期（慢性期）リハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 高次脳機能障害のリハビリテーション | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 回復期リハビリテーション病床設置（診療報酬届出に基づく）  　→該当する場合　　（　　　　　）床 | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 脳卒中ケアユニット（SCU）設置（診療報酬届出に基づく）  　→該当する場合　　（　　　　　）床 | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | SCU設置はしていないが、準じた専用病棟を設置している  　→該当する場合　　（　　　　　）床 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **脳卒中の診療領域に関する次の専門医の配置状況について、人数を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ※非常勤は常勤換算（計算方法は表紙参照） | | | | | | | | | | | 常勤 | | | 非常勤※ | |
|  | 1 | | | 脳卒中専門医 | | | | | | | |  | 人 | |  | 人 |
|  | 2 | | | 脳神経外科専門医 | | | | | | | |  | 人 | |  | 人 |
|  | 3 | | | 神経内科専門医 | | | | | | | |  | 人 | |  | 人 |
|  | 4 | | | 脳神経血管内治療専門医 | | | | | | | |  | 人 | |  | 人 |
|  | 5 | | | リハビリテーション科専門医 | | | | | | | |  | 人 | |  | 人 |
|  | **脳卒中の治療に関する体制について、該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | 治療を行う体制が原則的に24時間整っている | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | オンコール等により24時間対応可能な体制を確保している | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 診療時間以外は原則として対応できない | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **t-PA静注療法(発症4.5時間以内）の実施実績はありますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 実績あり | | | | | | 2 | 実績なし | | | | | | | |
| ※「1　実績あり」の場合、件数等についても  次のページに記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 令和３年度 | | | | | | | | | 令和４年度 | | |
| 実施件数 | | | | 件 | | | | | | | | | 件 | | |
| 急性期脳梗塞症例に対する割合 ※小数第1位まで（小数第2位を四捨五入） | | | | ％ | | | | | | | | | ％ | | |
|  | **脳血栓回収療法の実施実績はありますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 実績あり | | | 2 | | | | 実績なし | | | | | | |
| ※「１　実績あり」の場合、件数についても記入してください | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 令和３年度 | | | | | | | | | 令和４年度 | | |
| 実施件数 | | | | 件 | | | | | | | | | 件 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **３．心筋梗塞等の心血管疾患** | | | | | | | | | | |
|  | **心筋梗塞等の心血管疾患に関して、貴院が有する診療機能について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | |
|  | 1 | 検査・診断 | | | → | | Q13へ | | | |
| 2 | 治療（内科的治療） | | |
| 3 | 治療（外科的治療） | | |
| 4 | 診療機能を有していない | | | → | | Q17へ | | | |
|  | **心筋梗塞等の心血管疾患に関して貴院で対応可能な治療法等について、該当する**  **番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | |
|  | 1 | 緊急冠動脈インターベンション(PCI) | | 5 | | 大動脈解離に対する緊急手術 | | | | |
|  | 2 | 緊急冠動脈バイパス施術(CABG) | | 6 | | 心臓血管疾患集中治療部（CCU）  または集中治療室（ICU） | | | | |
| 3 | 大動脈バルーンパンピング法(IABP) | | 7 | | 心臓リハビリテーション | | | | |
| 4 | 経皮的心肺補助装置(PCPS) | |  | | | | | | |
|  | **心筋梗塞等の心血管疾患の診療領域に関する次の専門職員の配置状況について、人数を記入してください。** | | | | | | | | | |
|  | ※非常勤は常勤換算（計算方法は表紙参照） | | | | | | 常勤 | | 非常勤※ | |
|  | 1 | | 循環器内科（医師数） | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | うち循環器専門医 | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 2 | | 心臓血管外科（医師数） | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | うち心臓血管外科専門医 | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | うち日本心血管ｲﾝﾀｰﾍﾞﾝｼｮﾝ治療学会専門医・認定医 | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | **心筋梗塞等の心血管疾患の治療に関する体制について、該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | |
|  | 1 | 循環器医が当直しており、24時間対応可能な体制を確保している | | | | | | | | |
|  | 2 | オンコール等により24時間対応可能な体制を確保している | | | | | | | | |
|  | 3 | 診療時間以外は原則として対応できない | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **がん以外の患者(主に心不全等の循環器病)の緩和ケアチームの介入状況について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | |
| 1 | 心不全患者の身体症状に介入している |
| 2 | 心不全患者の精神症状に介入している |
| 3 | 心不全に対する緩和ケア診療加算をとっている |
| 4 | 心不全に対する外来緩和ケア管理料をとっている |
| 5 | 循環器病やがん患者以外の身体症状に介入している |
| 6 | 循環器病やがん患者以外の精神症状に介入している |
| 7 | （5.6に〇をされた場合にお答えください）  5.6の疾患名を記入してください［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 8 | 緩和ケアチームと循環器内科で合同カンファレンスを実施している |
| 9 | 緩和ケア研修会で循環器科と連携している（循環器科の受講勧奨や事例共有等） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **４．糖尿病** | | | | | | | | | | |
|  | **糖尿病に関する診療機能を有していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | |
|  | 1 | 診療機能を有している | → | | Q18へ | | | | | |
|  | 2 | 診療機能を有していない | → | | Q28へ | | | | | |
|  | **糖尿病に関して対応可能な治療法について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | |
|  | 1 | 食事療法（栄養指導） | | 8 | | 糖尿病足病変に関する治療 | | | | |
|  | 2 | 運動療法 | | 9 | | 急性合併症（糖尿病ｹﾄｱｼﾄﾞｰｼｽ等）に関する治療 | | | | |
|  | 3 | 内服薬による治療 | | 10 | | 専門職種のチームによる治療 | | | | |
|  | 4 | インスリン治療 | | 11 | | 糖尿病患者の妊娠管理 | | | | |
|  | 5 | 糖尿病網膜症に関する治療 | | 12 | | １型糖尿病に対する専門的治療 | | | | |
|  | 6 | 糖尿病腎症に関する治療 | | 13 | | その他(　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | 7 | 糖尿病神経障害に関する治療 | |  | |  | | | | |
|  | **糖尿病の診療領域に関する次の専門職員の配置状況について、人数を記入してください。** | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | 常勤 | | 非常勤 （※1） | |
|  | 1 | 糖尿病専門医 | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 2 | 腎臓専門医 | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 3 | 認定看護師（糖尿病療養指導士※2） | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 4 | 看護師（糖尿病療養指導士※2） | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 5 | 栄養士（糖尿病療養指導士※2） | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 6 | 薬剤師（糖尿病療養指導士※2） | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 7 | 臨床検査技師（糖尿病療養指導士※2） | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 8 | 理学療法士（糖尿病療養指導士※2） | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | 9 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  | 人 |  | 人 |
|  | （※1）非常勤は常勤換算（計算方法は表紙参照）  （※2）糖尿病療養指導士は少なくともＣＤＥＪ・ＣＤＥＬのどちらかが認定されていればカウント  してください。 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **糖尿病合併症の他科連携についてお尋ねします。年１回等の定期的な他科受診の状況について、①②のそれぞれで該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | |
| ①歯周病について | | | | | | | | | ②糖尿病網膜症について | | | | | |
|  | 1 | | 院内の歯科で対応している | | | | | | | 1 | | | | 院内の眼科で対応している | |
| 2 | | 他病院の歯科へ紹介している | | | | | | | 2 | | | | 他病院の眼科へ紹介している | |
| 3 | | 歯科診療所へ紹介している | | | | | | | 3 | | | | 眼科診療所へ紹介している | |
| 4 | | 特に何もしていない | | | | | | | 4 | | | | 特に何もしていない | |
|  | | **患者教育に関してお尋ねします。糖尿病教室を実施していますか。**  **該当する番号1つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | 開催している  →最近１年間の開催頻度はどの程度ですか？　（年間　　　　　回程度） | | | | | | | | | | | | |
|  | | 2 | 開催していない | | | | | | | | | | | | |
|  | | **貴院では、どのような患者教育を実施していますか。**  **下記のうち該当する項目すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 個別で実施 | | | | | | | 集団で実施 | | | |  |
|  | | 1 | 運動指導 | 入院　・　外来 | | | | | | | 入院　・　外来 | | | | 教育入院 |
|  | | 2 | 栄養指導 | 入院　・　外来 | | | | | | | 入院　・　外来 | | | | 教育入院 |
|  | | 3 | 服薬指導 | 入院　・　外来 | | | | | | | 入院　・　外来 | | | | 教育入院 |
|  | | 4 | 禁煙指導 | 入院　・　外来 | | | | | | | 入院　・　外来 | | | | 教育入院 |
|  | | 5 | 生活指導 | 入院　・　外来 | | | | | | | 入院　・　外来 | | | | 教育入院 |
|  | | ⇒外来実施の場合は、他院からも受入れ可能ですか。 | | | | | 可　　・　　不可 | | | | | | | | |
|  | | **かかりつけ医となる一般診療所と診療情報や治療計画を共有するなどの連携をしていますか。** | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 連携している　　　　　→Q24へ | | | | | | | | | 2 | 連携していない　　　　　→Q25へ | | |
|  | | **Q23で「１　連携している」と回答された医療機関にお尋ねします。どのような連携ツールを使用していますか。該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | 糖尿病地域連携クリティカルパス | | | | | | | | | | | | |
|  | | 2 | 糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会編） | | | | | | | | | | | | |
|  | | 3 | 紹介状(診療情報提供書) | | | | | | | | | | | | |
|  | | 4 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | **行政（市町）と糖尿病性腎症重症化予防のための連携（市町の規定する対象者が主治医の許可をとって保健指導等を受ける等）をしていますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 連携している | | | | | 2 | | 連携していない | | | | | |
|  | | **治療中断者への対応を行っていますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 対応している　　　　→Q27へ | | | | | 2 | | 特に対応していない　　　　→Q28へ | | | | | |
|  | | **Q26で「1　対応している」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **対応の方法について該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | 電話で勧奨 | | 2 | ハガキで勧奨 | 3 | | その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **５．アレルギー疾患** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | **アレルギー疾患に関する診療機能を有していますか。該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 1 | | | 診療機能を有している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | →　Q29へ | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | 診療機能を有していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | →　Q30へ | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | **アレルギー疾患に関する診療等について、該当する項目すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 標榜している  診療科名 | | | | | | | | 認定専門医（在籍 → ○） 日本アレルギー学会 | | | | 対応している疾患・検査・治療等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 成人 気管支ぜん息 | | | 小児 気管支ぜん息 | | | | 花粉症 | | |  | | アレルギー性結膜炎 | | アレルギー皮膚炎 | | 食物アレルギー |  | | | | その他（　　　　） | その他（　　　　） | | | |
|  | | | | | 舌下免疫療法 | | 食物経口負荷試験 | | エピペン処方 | |
|  | | | | | 1 | | | | アレルギー科 | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | 2 | | | | 呼吸器科 | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | 3 | | | | 耳鼻咽喉科 | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | 4 | | | | 皮膚科 | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | | | |
| **Q29**  続き | | | | | 標榜している  診療科名 | | | | | | | | 認定専門医（在籍 → ○） 日本アレルギー学会 | | | | 対応している疾患・検査・治療等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 成人 気管支ぜん息 | | | 小児 気管支ぜん息 | | | | 花粉症 | | |  | | アレルギー性結膜炎 | | アレルギー皮膚炎 | | 食物アレルギー |  | | | | その他（　　　　） | | その他（　　　　） | | |
| 舌下免疫療法 | | 食物経口負荷試験 | | エピペン処方 | |
| 5 | | | | | | 眼科 | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
| 6 | | | | | | 小児科 | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
| 7 | | | | | | 内科 | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
| 8 | | | | | | その他 （　　　 　） | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **６．災害対策** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | **災害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○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | 策定済み | | | | | 2 | | 策定準備中 | | | | | | | | | | | | | 3 | 策定する予定はない | | | | | | | | | | | | |
| ※「１　作成済」の場合、次に記載してあるリスクのうち  災害対策マニュアルで想定しているリスク全てに○をつけてください。  該当する項目がない場合は、その他に記載ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | | | | | | | 地震 | | | | | | | | | | | ３ | | | | | 感染症 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | | | | | | | 風水害 | | | | | | | | | | | ４ | | | | | その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | **災害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○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | 策定済み | | | | | 2 | | 策定準備中 | | | | | | | | | | | | | 3 | 策定する予定はない | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | **災害時の職員の参集マニュアルを策定していますか。 該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | 策定済み | | | | | 2 | | 策定準備中 | | | | | | | | | | | | | 3 | 策定する予定はない | | | | | | | | | | | | |
|  | | **衛星携帯電話等の非常時の通信手段を確保していますか。 該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | | | | | | 確保している | | | | | | | →具体的にお聞かせください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | 確保の準備中 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | 確保する予定はない | | | | | | |
|  | | | | **災害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○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 1 | | | | | | 年４回以上 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | 年１回 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 2 | | | | | | 年３回 | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | 行っていない | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 3 | | | | | | 年２回 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **休日または夜間に災害が発生した場合、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○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 1 | | | | | | １時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | ５時間以上８時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | １時間以上３時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | ８時間以上12時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | ３時間以上５時間未満 | | | | | | | | | | | | | | | 6 | | | 12時間以上 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **食料を職員および入院患者を対象として、何日分備蓄していますか。 該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 1 | | | | | | なし | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | ２日分 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 2 | | | | | | １食分 | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | ３日分 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 3 | | | | | | １日分(２食分) | | | | | | | | | | | | | | | 6 | | | ４日分以上 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **飲料水を職員および入院患者を対象として、何日分備蓄していますか。 該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 1 | | | | | | なし | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | ２日分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | １回分(500ml　1本程度) | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | ３日分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | １日分(500ml　2本程度) | | | | | | | | | | | | | | | 6 | | | ４日分以上 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **医薬品を何日分備蓄していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | | | | なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | ２日分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | 半日分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | ３日分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | １日分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 | | ４日分以上 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **自家発電装置を設置していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | |
| 1 | 設置している　　　　　　→Q40へ | | | 2 | 設置していない　　　　　→Q41へ | | |
|  | | **Q39で「１　設置している」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **自家発電装置はどの程度の時間、稼動しますか。**  **該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | | 1 | ３時間未満 | | | 5 | １日以上２日未満 | | |
| 2 | ３時間以上６時間未満 | | | 6 | ２日以上３日未満 | | |
| 3 | ６時間以上12時間未満 | | | 7 | ３日日以上４日未満 | | |
| 4 | 12時間以上24時間未満 | | | 8 | ４日以上 | | |
|  | | **自家発電装置以外の対策がありますか。該当する番号すべてに○をつけてください。（自家発電装置の有無にかかわらずお答えください。）** | | | | | | | |
|  | | 1 | なし | | | 5 | 無停電電源装置 | | |
| 2 | ポータブル発電機 | | | 6 | その他(　　　　　　　　　　　　) | | |
| 3 | 医療機器用の予備バッテリー | | | 7 | その他(　　　　　　　　　　　　) | | |
| 4 | 電気を取り出せる電気自動車 | | | 8 | その他(　　　　　　　　　　　　) | | |
|  | | **災害時に電気・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○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | | 1 | 12時間未満 | | | 4 | ２日以上３日未満 | | |
| 2 | 12時間以上24時間未満 | | | 5 | ３日以上４日未満 | | |
| 3 | １日以上２日未満 | | | 6 | ４日以上 | | |
|  | | **災害時に広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を入力できる担当者はいますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | 1 | | いる | | | 2 | いない | | |
|  | | **広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）の操作の研修・訓練に年に何回参加していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | |
| 1 | 参加していない | 2 | 年１回 | | | 3 | 年２回以上 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **７．精神疾患** | | | | |
|  | **診療可能な精神疾患について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | |
|  | 1 | 統合失調症 | 7 | 薬物依存症 |
|  | 2 | うつ・躁うつ病 | 8 | ギャンブル等依存症 |
|  | 3 | 認知症 | 9 | ＰＴＳＤ |
|  | 4 | 児童・思春期精神疾患 | 10 | 高次脳機能障害 |
|  | 5 | 発達障害 | 11 | 摂食障害 |
|  | 6 | アルコール依存症 | 12 | てんかん |
|  | **対応可能な支援や連携について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | |
|  | 1 | 精神科救急患者受入 | 5 | 医療観察法の通院患者受入 |
|  | 2 | 精神疾患・身体疾患合併症患者受入 | 6 | ピアサポーターの受入 |
|  | 3 | 自殺未遂患者搬送時の連携 | 7 | 往診 |
|  | 4 | 災害精神医療の協力 | 8 | 訪問診療 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **８．在宅医療**  ※「在宅医療」とは、自宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など、療養生活を営むことができる場所で提供される医療を指します。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **貴院では往診(※)を実施していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 実施している | | | 2 | | 実施していない | | | | | | |
|  | （※）往診とは、患者の求めに応じて患者宅に赴き診療を行うことを指します。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | **貴院では訪問診療(※) を実施していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 実施している　→Q49へ | | | 2 | | 実施していない　→Q52へ | | | | | | |
|  | （※）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。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q48で「1　実施している」と回答された医療機関にお尋ねします。貴院で訪問診療を担当する医療従事者等の人数を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | 常勤 | | | | 非常勤（※1） | |
|  | 1 | | 医　　師 | | | | | |  | | 人 | |  | 人 |
|  | 2 | | 看護職員 | | | | | |  | | 人 | |  | 人 |
|  | 3 | | 理学療法士 | | | | | |  | | 人 | |  | 人 |
|  | 作業療法士 | | | | | |  | | 人 | |  | 人 |
|  | 言語聴覚士 | | | | | |  | | 人 | |  | 人 |
|  | 4 | | その他　職種名（※2） | | | | | |  | | 人 | |  | 人 |
| (※1) 非常勤は常勤換算（計算方法は表紙参照）  (※2)「４その他」欄は、医師・看護職員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士以外の職員が訪問診療に帯同する場合、(　　　)内に該当する職種をすべて記入してください。人数については、医師・看護職員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士以外の職種の人数を合計した人数を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q48で「1　実施している」と回答された医療機関にお尋ねします。貴院での訪問診療で、以下の１～５の疾患のある方および６～９の医療機器を使用している方に対応できますか。該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 筋萎縮性側索硬化症 | 4 | 心不全 | | | | | 7 | | 在宅酸素 | | |
| 2 | | その他神経難病 | 5 | 認知症 | | | | | 8 | | たん吸引 | | |
| 3 | | がん | 6 | 人工呼吸器 | | | | | 9 | | 胃ろう | | |
| 10 | | その他対応可能な在宅療養者の疾患、状態 | | | | | | | | | | | |
|  | **Q48で「1　実施している」と回答された医療機関にお尋ねします。貴院での訪問診療で、以下の疾患のある方への緩和ケアは対応できますか。該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 筋萎縮性側索硬化症 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | その他神経難病 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | がん | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 心不全 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | その他対応可能な在宅療養者の疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | **貴院での在宅療養支援病院の届出状況について、該当する番号１つに○をつけてください。（往診・訪問診療の実施の有無にかかわらず回答してください。）** | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 既に届け出ている | | | 3 | | 届出は考えていない | | | | | | |
|  | 2 | | 届出したいと考えている | | |  | | | | | | | | |
|  | **貴院の在宅療養患者の後方支援について、①と②でそれぞれ該当する番号1つに○を付けてください。** | | | | | | | | | | | | | |
| ①病状悪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 | | | | | | | |
| 1 | | 入院のための病床を常に確保  している  →　確保病床数　　　　　　床 | | | 1 | | 入院のための病床を常に確保  している  →　確保病床数　　　　　　床 | | | | | | |
| 2 | | 病床が空いていれば受け入れる  （応相談） | | | 2 | | 病床が空いていれば受け入れる  （応相談） | | | | | | |
| 3 | | 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） | | | 3 | | 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） | | | | | | |
|  | 4 | | 受入れ不可 | | | 4 | | 受入れ不可 | | | | | | |
| 5 | | その他  （　　　　　　　　　　　　　　） | | | 5 | | その他  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | **200床以上の病院にお尋ねします。貴院における在宅療養後方支援病院の届出状況について、該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 既に届け出ている | | | 3 | | 届出は考えていない | | | | | | |
| 2 | | 届出したいと考えている | | |  | | | | | | | | |
|  | **貴院では、令和４年度(令和4年4月1日令和５年3月31日）に在宅での**  **看取りを行いましたか。該当する番号1つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 看取った | | | | | | | | | | | |
|  | 2 | | 看取る体制はあるが、実績がなかった | | | | | | | | | | | |
|  | 3 | | 在宅での看取りは行っていない | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **９．小児医療** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **外来診療について、対応経験にかかわらず医療的ケア児（※）の診療は可能ですか。該当する番号1つに○をつけてください。**  **（※人工呼吸器やたん吸引、酸素療法など何らかの医療的ケアが必要な１８歳未満の小児）** | | | | | |
| 1 | | 可能 | | | |
|  | | 2 | | 条件が整えば可能　→下記より可能となる条件を選んでください。（複数回答可） | | | |
|  | |  | スタッフの経験 | | |
|  | 基礎疾患を診療している中核病院との連携 | | |
|  | 滋賀県立小児保健医療センターとの相談や連携 | | |
|  | 訪問看護師との連携 | | |
|  | 地域保健師・相談支援員との連携 | | |
|  | 医療的ケアの内容によって（例：「呼吸器以外なら可」など） | | |
|  | 専門的（処置等）な知識を得る機会があれば | | |
|  | |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | 3 | | 対応は困難　→下記よりその理由を選んでください。（複数回答可） | | | |
|  | |  | |  | ニーズがない | | |
|  | |  | |  | 診療できる科がない | | |
|  | |  | |  | 基礎疾患を診療している中核病院との連携が困難 | | |
|  | |  | |  | 専門的な処置の対応ができない | | |
|  | |  | |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | **入院診療について、対応経験にかかわらず医療的ケア児の診療は可能ですか。該当する番号1つに○をつけてください。** | | | | | |
|  | | 1 | | 可能 | | | |
|  | | 2 | | 条件が整えば可能　→下記より可能となる条件を選んでください。（複数回答可） | | | |
|  | |  | |  | スタッフの経験 | | |
| **Q58**  続き | |  | 基礎疾患を診療している中核病院との連携 | | |
|  | 滋賀県立小児保健医療センターとの相談や連携 | | |
|  | 家族の付添い | | |
|  | 医療的ケアの内容によって（例：「呼吸器以外なら可」など） | | |
|  | 専門的（処置等）な知識を得る機会があれば | | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 3 | | 対応は困難　→下記よりその理由を選んでください。（複数回答可） | | | |
|  | | 1. 1 | ニーズがない | | |
| 1. 3 | 診療できる科がない | | |
| 1. 4 | 基礎疾患を診療している中核病院との連携が困難 | | |
| 1. 5 | 専門的な処置の対応ができない | | |
| 1. 6 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | **医療的ケア児の診療として、貴院で実施可能なものに○をつけてください。** | | | | | |
|  | | 内容 | | | | 対象 | |
| 乳幼児 | 乳幼児以外 |
|  | | 1 | 感冒等軽度な感染症の診療 | | |  |  |
|  | | 2 | 生活習慣病等 | | |  |  |
|  | | 3 | 予防接種 | | |  |  |
|  | | 4 | 在宅療養指導管理料算定のもと、衛生材料・物品の提供 | | |  |  |
|  | | 5 | 定期的な訪問診療 | | |  |  |
|  | | 6 | 必要時の往診 | | |  |  |
|  | | 7 | 褥瘡処置の必要な患者の診察 | | |  |  |
|  | | 8 | 訪問リハビリ実施 | | |  |  |
|  | | 9 | 通院リハビリ実施 | | |  |  |
|  | | 10 | 導尿の必要な患者の診察 | | |  |  |
|  | | 11 | 吸引の必要な患者の診察 | | |  |  |
|  | | 12 | 人工呼吸器装着中の患者の診察 | | |  |  |
|  | | 13 | 気管切開されている患者の診察 | | |  |  |
|  | | 14 | インスリン注射を行っている患者の診察 | | |  |  |
|  | | 15 | 経鼻経管栄養中の患者の診察 | | |  |  |
|  | | 16 | 中心静脈栄養患者の診察 | | |  |  |
| **Q58**  続き | | 17 | 胃ろうが造設されている患者の診察 | | |  |  |
| 18 | ストーマが造設されている患者の診察 | | |  |  |
| 19 | レスパイト入院の実施 | | |  |  |
| 20 | 在宅療養児の病状変化時の受入れ | | |  |  |
|  | | **小児期から成人（18歳以上）への移行時の受入れは可能ですか。該当する番号1つに○をつけてください。** | | | | | |
| 1 | 可能 | | | | |
| 2 | 困難 | | | | |
| 3 | 条件によっては可能（条件：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | | **小児期から成人（18歳以上）への移行時の受け入れが可能な疾患について、該当する番号すべてに〇をつけてください。** | | | | | |
|  | | 1 | 悪性新生物 | | | | |
|  | | 2 | 慢性腎疾患 | | | | |
|  | | 3 | 慢性呼吸器疾患 | | | | |
|  | | 4 | 慢性心疾患 | | | | |
|  | | 5 | 内分泌疾患 | | | | |
|  | | 6 | 膠原病 | | | | |
|  | | 7 | 糖尿病 | | | | |
|  | | 8 | 先天性代謝異常 | | | | |
|  | | 9 | 血液疾患 | | | | |
|  | | 10 | 免疫疾患 | | | | |
|  | | 11 | 神経・筋疾患 | | | | |
|  | | 12 | 慢性消化器疾患 | | | | |
|  | | 13 | 染色体又は遺伝子に変化を伴う疾患群 | | | | |
|  | | 14 | 皮膚疾患群 | | | | |
|  | | 15 | 骨系統疾患 | | | | |
|  | | 16 | 脈管系疾患 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10．発達障害** | | | | | | | | |
|  | **発達障害に関する診療機能を有していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | 1 | 診療機能を有している | → | | Q62へ | | | |
|  | 2 | 診療機能を有していない | → | | Q64へ | | | |
|  | **Q61で「1　診療機能を有している」と回答された医療機関にお尋ねします。貴院に受診している患者が関係機関に相談しているか把握していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | 1 | 把握している | → | | Q63へ | | | |
|  | 2 | 把握していない | → | | Q64へ | | | |
|  | **Q62で「1　把握している」と回答された医療機関にお尋ねします。これまで患者が相談していたことのある関係機関について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | 1 | 教育機関 | | 5 | | ハローワーク | | |
|  | 2 | 各市町発達障害者支援センター・発達支援室（課） | | 6 | | 働き・暮らし応援センター | | |
|  | 3 | 発達障害者ケアマネジメント支援事業所 | | 7 | | 障害福祉サービス事業者 | | |
|  | 4 | 滋賀県発達障害者支援センター | | 8 | | その他(　　　　　　　　　　） | | |
|  | **これまで関係機関と実施したことのある連携について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | 1 | 受診前・受診時における関係機関からの情報提供 | | | | | → | Q65へ |
|  | 2 | 受診時・受診後における関係機関への情報提供 | | | | | → | Q66へ |
|  | 3 | 患者への相談機関の紹介 | | | | | | |
|  | 4 | 受診後の患者に関するケース会議への参加 | | | | | | |
|  | 5 | 受診後の関係機関からの相談対応 | | | | | | |
|  | 6 | 再診時における関係機関からの情報提供 | | | | | | |
|  | 7 | その他(　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | 8 | 特になし | | | | | | |
|  | **Q64で「1　受診前・受診時における関係機関からの情報提供」と回答された医療機関にお尋ねします。関係機関から提供を受けた情報について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | 1 | 受診目的 | | 5 | | 教育機関における個別の指導計画・教育支援計画 | | |
|  | 2 | 児童生徒理解に関するチェック・リスト等（※） | | 6 | | 障害福祉サービス事業所等における個別支援計画 | | |
|  | 3 | 成育歴 | | 7 | | その他(　　　　　　　　　　） | | |
|  | 4 | 各種検査結果 | |  | |  | | |
|  | (※)児童生徒理解に関するチェック・リスト等とは、教育機関で使用している「幼児理解のためのチェックシートⅢ」（幼児用）、「児童生徒理解に関するチェック・リスト」（小・中学生用）、「気づき票」（高校生用）を指します。（滋賀県総合教育センターのＨＰに掲載） | | | | | | | |
|  | **Q64で「２　受診時・受診後における関係機関への情報提供」と回答された医療機関にお尋ねします。これまで関係機関への情報提供として実施したことのある方法について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | |
|  | 1 | 診療情報提供書による情報提供 | | | | | | | |
|  | 2 | 診療情報提供書以外の文書や電話・メール等による情報提供 | | | | | | | |
|  | 3 | 診察時における関係機関の同席許可 | | | | | | |
|  | 4 | その他(　　　　　　　　　　） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11．リハビリテーション** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **貴院のリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の配置状況について、人数を記入してください。**  **※同法人内の介護保険サービス従事者は含まない。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ※非常勤は常勤換算（計算方法は表紙参照） | | | | | | | | | 常勤 | | | | 非常勤※ | | |
|  | 1 | | 理学療法士 | | | | | | |  | | | 人 |  | 人 | |
|  | 2 | | 作業療法士 | | | | | | |  | | | 人 |  | 人 | |
|  | 3 | | 言語聴覚士 | | | | | | |  | | | 人 |  | 人 | |
|  | **リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の人材確保についてそれぞれ該当する番号1つに○を付けてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 理学療法士 | | | 1 | 確保が困難 | 2 | 必要数確保可 | | | | 3 | 求人していない | | | |
|  | 作業療法士 | | | 1 | 確保が困難 | 2 | 必要数確保可 | | | | 3 | 求人していない | | | |
|  | 言語聴覚士 | | | 1 | 確保が困難 | 2 | 必要数確保可 | | | | 3 | 求人していない | | | |
|  | **診療報酬上の算定が可能な対象を前提として、外来リハビリテーションの実施状況について該当する番号1つに○を付けてください。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 実施していない →　Q71へ | | | | | | 2 | 自院退院者に対しては実施　→Q70へ | | | | | | |
| 3 | 他院退院者に対しても実施　→　Q70へ | | | | | | | | | | | | | |
|  | **外来リハビリテーションにおいて、対応を断っている年齢層や障害状況があれば記入ください** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **12．医療情報ICT化** | | | |
|  | **貴院では、びわ湖あさがおネット(※)を導入・活用していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | |
|  | 1 | 導入し、活用している　　→Q72へ | |
|  | 2 | 導入しているが、活用していない　　→Q74へ | |
|  | 3 | 導入していない　　→Q75へ | |
|  | （※）「びわ湖あさがおネット」とは、通信回線を用いて診療情報や療養状況を医療機関や介護サービス事業所等の間でやりとりするシステムのことを指します。 | | |
|  | **Q71で「１　導入し、活用している」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **びわ湖あさがおネットを利用している職種について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | |
|  | 1 | | 医師 |
|  | 2 | | 看護師 |
|  | 3 | | 薬剤師 |
|  | 4 | | リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等） |
|  | 5 | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | **Q71で「１　導入し、活用している」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **びわ湖あさがおネットの機能について、該当する番号１つに○をつけてください。** | | |
|  | 1 | システムの機能に満足している | |
|  | 2 | システムの機能に満足していない  改善が必要と思われる内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
|  | 3 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | **Q71で「２　導入しているが、活用していない」と回答された医療機関にお尋ねします。その理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | |
|  | 1 | システムを活用する事例・場面等がない | |
|  | 2 | システムの通信速度が遅いなど診療業務等に差し障りがある | |
|  | 3 | 診療情報等の漏えいが心配である | |
|  | 4 | 情報の閲覧等に必要な機器等が整備されていない | |
|  | 5 | 情報の閲覧等が必要な職種に利用権限が付与されていない  （職種名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 6 | システムの操作方法等が分からない（操作研修を受けられていない） | |
|  | 7 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | **Q71で「２　導入していない」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **今後の導入への意向について、該当する番号１つに○をつけてください** | | |
|  | 1 | 今後導入してもよい | |
|  | 2 | 条件が整えば導入してもよい  　導入可能となる条件： | |
|  | 3 | 将来にわたって導入するつもりはない  　理由： | |