

千葉県保健医療計画改定に関する調査

本冊 一般診療所（無床）調査票

千葉県保健医療計画改定に関する調査

一般診療所（無床）調査票

○ 趣旨

本調査は、医療法第30条の5*に基づいて、千葉県保健医療計画に位置づける循環型地域医療連携システムの構築にあたり、5疾病・4事業及び在宅医療に関する各医療機関の医療機能や地域における連携体制の実態について把握し、千葉県の保健医療施策を推進するための検討資料を得ることを目的とするものです。

なお、★印を付した項目の回答内容については、地域の医療連携を推進するため、千葉県ホームページに実施・対応している医療機関名のリストの形で公表することを予定しています。また、その他の回答は、医療機関名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

※ 医療法第30条の5 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療提供施設の機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

○ 回答方法・回答期限

本調査は、①「本冊 一般診療所（無床）調査票」（この調査票）、②「別冊 精神疾患・認知症調査票（一般診療所（無床））」の2つの調査票により構成されています。各調査票に御回答のうえ*、平成29年7月20日（木）までに同封の返信用封筒により、御返信願います。

※別冊は、精神科・神経科・心療内科を標榜している施設のみお答えください。

○ 調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は、千葉県ホームページ等にて公表します。

○ 質問項目、回答方法等に関する問い合わせ先

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 医療政策チーム

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」ヘルプデスク

電話番号：0120-133-181（平日10：00～17：00）

* みずほ情報総研株式会社は、千葉県と守秘義務契約を締結の上、本調査業務の実施を受託しています。

○ 実施主体（千葉県保健医療計画に関する問い合わせ）

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課 政策室（担当：菊地・井上）

電話番号：043-223-2609（平日9：00～17：00）

目 次

	項 目	ページ	千葉県ホームページで回答内容が 医療機関名と共に公表される設問
本 冊			
1	貴院の概況について	1	
2	地域連携について	1	Q1
3	がんについて	2	Q2、Q4(一部)
4	脳卒中について	3	Q1
5	心筋梗塞等の心血管疾患について	4	Q1、Q2、Q4
6	糖尿病について	5	Q3、Q4、Q5、Q6、Q8
7	在宅医療について	7	
別 冊	精神疾患・認知症調査票（一般診療所（無床））		
	* 別冊は、精神科、神経科、心療内科を標榜している診療所のみ御回答ください		
1	精神疾患（認知症を除く）について	1	Q1、Q3、Q4、Q12、Q13
2	認知症について	3	Q2、Q3、Q5、Q6-1（一部）

○ 特に指示がある場合以外、平成 29 年 6 月 1 日現在の状況に基づ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）」を記入してください。

計画の改定に合わせ、二次保健医療圏ごとに、各疾病・事業に係る医療機能を有する医療機関のリストを作成して公表する予定です。その作成に際しては、本調査の結果のほか、診療報酬上の施設基準等の届出状況や医療情報提供制度により千葉県へ報告いただいた内容（「ちば医療なび」で公表されている情報）等の公表情報を用いる予定です。

なお、「ちば医療なび」での公表内容に変更等がある場合には、**本アンケート調査の回答とは別に**、千葉県医療整備課から発行されている ID、パスワードを用いて **7月20日（木）までにホームページから修正報告**していただけるよう協力をお願いします。

- ちば医療なび <http://www.iryu.pref.chiba.lg.jp/>
- 「ちば医療なび」に関する問合せ先（パスワードの再発行等）
 - ① 千葉市、船橋市、柏市：千葉県医療整備課 TEL 043-223-3884
 - ② その他の地域：管轄の健康福祉センター（保健所）

1 貴院の概況について

※施設名、所在地は、表紙に記載されている内容と異なる場合のみ、ご記入をお願いします。

施設名	
所在地	千葉県
記入者名及び連絡先	(電話)
連絡先メールアドレス	
貴院のホームページ URL	
記入日	平成 年 月 日

2 地域連携について

Q1 地域連携クリティカルパス等（医療機関連携や退院支援のツールを含む。）の使用状況について、それぞれ該当する選択肢のアルファベットに○をお付けください（複数回答可）。★

疾病の種類	A 千葉県共用 地域医療連携パス を使用している	B 千葉県共用バス 以外の地域 共用のパス等 を使用している	C 貴院独自の パス等 を使用している	D 使用 していない
疾病を限定しないパス（退院支援ツール等）		B	C	D
肺がん	A	B	C	D
肝がん	A	B	C	D
胃がん	A	B	C	D
大腸がん	A	B	C	D
乳がん	A	B	C	D
子宮がん	A	B	C	D
前立腺がん	A	B	C	D
脳卒中	A	B	C	D
急性心筋梗塞	A	B	C	D
糖尿病	A	B	C	D
大腿骨骨折		B	C	D
精神疾患（認知症を除く）		B	C	D
認知症		B	C	D
その他の疾患		B	C	D

Q2 平成 28 年度中における千葉県共用脳卒中地域医療連携パス（CAMP-S）の発行・受け取りの経験について、該当する選択肢の番号 1 つ に○をお付けください。

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 01 発行した経験・受け取った経験の両方ある | 02 発行した経験はあるが、受け取った経験はない |
| 03 発行した経験はないが、受け取った経験はある | 04 発行した経験・受け取った経験のいずれもない |

Q3 平成 28 年度中における千葉県地域生活連携シートの作成・受け取りの経験について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。	
01 作成した経験・受け取った経験の両方ある	
02 作成した経験はあるが、受け取った経験はない	
03 作成した経験はないが、受け取った経験はある	
04 地域生活連携シートについて知っているが、作成した経験・受け取った経験のいずれもない	
05 地域生活連携シートを知らない	
Q4 糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会編）の使用状況について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。	
01 使用している	02 使用していない
Q5 貴院が所在する地域における、地域連携に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。	
〔課題〕	
〔取組〕	

3 がんについて

① 診療について

Q1 がん患者の診療の対応状況について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。				
01 がんの確定診断および治療に対応している				
02 可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している				
03 診断・治療に積極的には対応していない				
Q2 診断・治療に対応しているがんの種類について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★				
01 肺がん	02 肝がん	03 胃がん	04 大腸がん	05 乳がん
06 子宮がん	07 前立腺がん	08 食道がん	09 膀胱がん	10 血液がん
Q3 がんの周術期口腔機能管理の取組み状況について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。				
01 院内の歯科で取り組んでいる	02 院外の歯科医療機関と連携して取り組んでいる			
03 取り組んでいない				

② 緩和ケアについて

Q4 がんの緩和ケアの実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。	
緩和ケア実施の有無 ★	01 実施している 02 実施していない
緩和ケアチームの設置状況	01 設置している 02 設置していない
相談支援センターの設置状況	01 設置している 02 設置していない
Q5 末期がん患者への在宅医療の提供状況について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。	
01 提供している	02 提供していない

③ 地域におけるがん医療の課題について

Q6 貴院が所在する地域におけるがんの医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

〔課題〕

〔取組〕

4 脳卒中について

「脳卒中患者」とは、本調査では、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。

Q1 脳卒中が疑われる患者に対する検査・診断について、それぞれ該当する選択肢のアルファベット 1 つに ○をお付けください。★

検査・診断	A 24 時間 対応している	B 24 時間ではない が対応している	C 対応して いない
画像検査 (X 線検査、MRI、CT、超音波検査等)	A	B	C
臨床検査	A	B	C
脳卒中評価スケールを用いた客観的な神経学的評価	A	B	C

Q2 貴院における下記の認定看護師の配置の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。01・02 を選択した場合は、当該看護師の実人数もご記入ください。

- 01 脳卒中リハビリテーション看護の認定看護師を配置している (認定看護師数：_____人)
- 02 摂食・嚥下障害看護の認定看護師を配置している (認定看護師数：_____人)
- 03 01・02 をいずれも配置していない

Q3 貴院における脳卒中患者の嚥下機能訓練の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。

- 01 急性期の患者に対して実施している
- 02 回復期の患者に対して実施している
- 03 維持期の患者に対して実施している
- 04 実施していない

Q4 貴院が所在する地域における脳卒中の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

〔課題〕

〔取組〕

5 心筋梗塞等の心血管疾患について

Q1 急性心不全の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★			
01 可能である		02 困難である	
Q2 慢性心不全の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★			
01 可能である		02 困難である	
Q3 心血管疾患の患者に対する検査・治療について、それぞれ該当する選択肢のアルファベット1つに○をお付けください。			
検査・治療	A 24時間 対応している	B 24時間ではない が対応している	C 対応して いない
放射線等機器検査（心電図、胸部X線写真等）	A	B	C
臨床検査	A	B	C
Q4 貴院では慢性心不全又は急性心筋梗塞等の慢性期の患者に対するリハビリテーションを実施していますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★			
01 実施している		02 実施していない	
Q5 貴院が所在する地域における心筋梗塞等の心血管疾患の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。			
〔課題〕			
〔取組〕			

6 糖尿病について

Q1 糖尿病の治療・指導の実施状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
01 実施している	02 実施していない	
Q2 糖尿病診療に関する状況として、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
日本糖尿病学会の認定教育施設または教育関連施設への該当の有無	01 該当する	02 該当しない
糖尿病透析予防指導管理料の算定	01 可能	02 困難
フットケア指導に対する合併症管理料	01 可能	02 困難
Q3 糖尿病の専門外来の状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
糖尿病の専門外来の設置の有無 (01に○を選択した場合、 下のA、Bにも御回答ください)	01 設置している	02 設置していない
A：診療受付方法	01 診療受付時間内であればいつでも予約なしの受診が可能 02 曜日・時間により予約なしの受診が可能 03 完全予約制	
B：紹介状の必要の有無	01 原則として紹介状が必要	02 紹介状は不要
Q4 腎臓病の専門外来の状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
腎臓病の専門外来の設置の有無 (01に○を選択した場合、 下のA、Bにも御回答ください)	01 設置している	02 設置していない
A：診療受付方法	01 診療受付時間内であればいつでも予約なしの受診が可能 02 曜日・時間により予約なしの受診が可能 03 完全予約制	
B：紹介状の必要の有無	01 原則として紹介状が必要	02 紹介状は不要
Q5 外来患者に対する糖尿病療養指導の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★		
01 インスリン導入指導	02 服薬指導	
03 栄養（食生活指導）		
04 生活指導（禁煙指導を行っている場合も含む。禁煙外来設置の有無は問わない。）		
05 運動指導	06 フットケア指導	
07 外来患者に対する糖尿病療養指導を実施していない		
Q6 糖尿病患者に対する治療の実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
外来でのインスリン導入・療法	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
腎症治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
網膜症治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
神経障害の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
足病変・壊疽の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない

Q6 つづき 糖尿病患者に対する治療の実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★

歯周病の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
血液透析	01 夜間も含めて実施可能 03 実施していない	02 実施しているが夜間は不可能
腹膜透析 (CAPD)	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない

Q7 糖尿病に係る下記の指導医・専門医・認定看護師等の実人数についてご記入ください。

日本糖尿病学会 糖尿病研修指導医	()人
日本糖尿病学会 糖尿病専門医	()人
糖尿病の食事指導に携わる管理栄養士	()人
日本糖尿病療養指導士認定機構 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)	()人
千葉県糖尿病対策推進会議 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 (CDE-Chiba)	()人
日本看護協会 認定看護師 糖尿病看護	()人
日本歯周病学会 歯周病認定医又は専門医又は指導医	()人

Q8 貴院以外の医療機関との連携を実施している糖尿病患者の合併症の診療について、該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。★

- 01 腎症診療 02 神経障害診療 03 網膜症診療 04 足病変・壊疽診療 05 歯周病診療

Q9 平成 28 年度中に連携した医療機関等について、該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。

01 貴院以外の医療機関	例：かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医が、患者の病状を維持・改善するために、必要に応じて紹介・逆紹介を行い、患者の情報共有を図る／入院時の診療計画へのアドバイス、他院入院後のフォロー 等
02 調剤薬局	例：患者の病状に合わせた、服薬指導を含む療養指導に関する助言等
03 患者が加入している医療保険者	例：患者の病状に合わせた保健指導 (栄養・運動指導を含む) に関する助言等
04 患者居住地の自治体	例：患者の病状に合わせた保健指導 (栄養・運動指導を含む) に関する助言、保健指導実施者の支援スキル向上のための勉強会 等
05 その他 ()	

Q10 貴院が所在する地域における糖尿病の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

[課題]

[取組]

7 在宅医療について

(1) 居宅を訪問して行う業務について

Q1 貴診療所は、患者・居住者の居宅を訪問して行う業務（往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導（介護保険）等）を提供していますか。該当する選択肢の番号 1つ に○をお付けください。

- 01 提供している ⇒Q2 以下の質問に御回答ください。
 02 提供していない ⇒Q18 以下の質問に回答ください。

**Q2 介護保険における居宅療養管理指導（介護予防給付含む）の実施状況についてご記入ください。
 （平成 29 年 3 月から 5 月）**

○介護保険における居宅療養管理指導の実施状況（○は1つ）。

- 01 提供している ⇒以下の利用者の実人数、延べ回数をそれぞれ記入してください。
 02 提供していない ⇒Q3 へお進みください。

医師（平成 29 年 3 月から 5 月）	実人数（ ）人	延べ（ ）回
看護職員（平成 29 年 3 月から 5 月）	実人数（ ）人	延べ（ ）回

(2) 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制

Q3 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制について、職員1人当たり回答欄の1行を用いてご回答ください。

番号	職種 (それぞれ該当する職種 1つに○)						勤務形態 (1つに○)			1ヶ月の勤務時間に占める従事時間の割合			
	1 医師	2 看護職員	3 理学療法士 (PT)	4 作業療法士 (OT)	5 言語聴覚士 (ST)	6 事務職員	A 常勤職員	B 非常勤職員	Bを選択した場合、 常勤換算人数をご 記入ください (注参照)	a	b	c	合計
										居宅を訪問する サービスに関わる業務	aに付随する 業務 (準備、移動、 後片付け・ 記録等)	a、b以外の 業務 (外来等に関 わる業務)	a+b+c の合計
例1	①	2	3	4	5	6	Ⓐ	B	() 人	(3) 割	(0) 割	(7) 割	10割
例2	1	2	3	④	5	6	A	Ⓑ	(0.5) 人	(1) 割	(0) 割	(9) 割	10割
1	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
2	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
3	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
4	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
5	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
6	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
7	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
8	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
9	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
10	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
11	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
12	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
13	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
14	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
15	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
16	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
17	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
18	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
19	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割
20	1	2	3	4	5	6	A	B	() 人	() 割	() 割	() 割	10割

注：非常勤職員数を常勤換算数でご回答頂く設問は、貴診療所の1週間の通常勤務時間を基本として、下記の方法で算出し、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。

【例】 1週間の通常の勤務時間が40時間の医療機関で、週3日、各日5時間勤務の非常勤職員の場合

$$\frac{5\text{時間} \times 3\text{日}}{40\text{時間}} = 0.375\text{人} \rightarrow 0.4\text{人}$$

(3) 在宅療養支援診療所の届出状況

Q4 届出の有無について該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。

- 01 強化型（単独）
- 02 強化型（連携）（連携先医療機関名 _____）
- 03 一般
- 04 届出なし（その理由 _____）

(4) 在宅療養支援診療所の状況（Q4 で 01～03 を選択した場合のみお答えください。）

Q5 24 時間往診・訪問診療ができる体制確保の方法についてご記入ください。

- 01 自院内での連携
- 02 他の医療機関との連携
- 03 その他（ _____）

Q6 緊急入院時の受け入れ先の確保方法についてご記入ください。

- 01 他院との連携で対応（病院と契約等）
- 02 その他（ _____）

(5) 訪問可能エリア

Q7 対応可能なエリアについて、下記のリストより、全域を対象とする市町村には○、一部のみを対象としている市町村は△をつけてください。県外対応が可能な場合には、都県名・市町村名をご記入ください。

圏域名	対応可能市町村			圏域名	対応可能市町村			圏域名	対応可能市町村			県外	
	番号	○or△	構成市町村		番号	○or△	構成市町村		番号	○or△	構成市町村	都県名	市区町村名
千葉	01		千葉市	印旛	19		富里市	山武長生夷隅	37		睦沢町		
	02		市川市		20		酒々井町		38		長生村		
	03		浦安市		21		栄町		39		白子町		
東葛南部	04		習志野市	香取海匝	22		香取市	山武長生夷隅	40		長柄町		
	05		八千代市		23		神崎町		41		長南町		
	06		鎌ヶ谷市		24		多古町		42		勝浦市		
	07		船橋市		25		東庄町		43		いすみ市		
	08		野田市		26		銚子市		44		大多喜町		
東葛北部	09		松戸市	山武長生夷隅	27		旭市	安房	45		御宿町		
	10		流山市		28		匝瑳市		46		館山市		
	11		我孫子市		29		東金市		47		鴨川市		
	12		柏市		30		山武市		48		南房総市		
印旛	13		成田市	山武長生夷隅	31		大網白里市	君津	49		鋸南町		
	14		佐倉市		32		九十九里町		50		木更津市		
	15		四街道市		33		芝山町		51		君津市		
	16		八街市		34		横芝光町		52		富津市		
	17		印西市		35		茂原市		53		袖ヶ浦市		
	18		白井市		36		一宮町		54		市原市		

(6) 患者の紹介元等

Q8 利用者へ訪問（診療等・看護）を開始するに至ったルートについて割合をご記入ください。			
患者（家族）が 直接来院・連絡	病院からの紹介	診療所からの紹介	訪問看護ステーション からの紹介
(_____ 割)	(_____ 割)	(_____ 割)	(_____ 割)
居宅介護支援事業所 からの紹介	行政からの紹介	その他	計
(_____ 割)	(_____ 割)	(_____ 割)	10割

(7) 貴診療所における在宅医療の実施状況

Q9 在宅医療の実施状況についてご記入ください。（平成29年3月から5月）			
①往診	同一建物居住者以外	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
	同一建物居住者	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
②訪問診療	同一建物居住者以外	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
	同一建物居住者	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
③訪問看護 (医療保険)	同一建物居住者以外	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
	同一建物居住者	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
④訪問看護 (介護保険・介護予防給付含む)	同一建物居住者以外	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
	同一建物居住者	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
⑤訪問リハビリテーション (医療保険)	同一建物居住者以外	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
	同一建物居住者	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
⑥訪問リハビリテーション (介護保険・介護予防給付含む)	同一建物居住者以外	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
	同一建物居住者	(実人数： _____ 人)	(延べ回数： _____ 回)
⑦小児への訪問診療等の可否		01 対応している	02 対応していない

(8) 訪問診療を行っている患者の居住形態の種類

Q10 訪問診療を行っている患者の居住形態について割合*をご記入ください。 *Q9②の訪問診療の実人数に対する割合						
自宅	サービス付き 高齢者向け住宅	有料老人 ホーム	認知症対応型 生活介護	介護老人 福祉施設	その他	合計
(_____ 割)	(_____ 割)	(_____ 割)	(_____ 割)	(_____ 割)	(_____ 割)	10割

(9) 訪問診療を開始したきっかけ

Q11 訪問診療を開始したきっかけは何ですか。該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。
01 かかりつけ医として診ていた患者から要望があり開始した
02 外来患者数が減り、自ら訪問診療を始めた
03 その他 (_____)

(10) 連携の状況

Q12 貴診療所が実施している在宅医療に関して、日ごろから連携している施設はありますか。
 該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。（*文書等による契約以外の連携も含みます）

- 01 連携している施設がある ⇒下記の連携先、連携機関数についても回答してください
 02 連携している施設はない（その理由 _____）

※ 上記で「01 連携している施設がある」を選択した場合は、「連携の内容」のうち該当する項目の番号全てに○をつけてください。
 また、該当する番号については、連携先の施設について、以下のA～Cから、連携機関数を選択してください。
【選択肢】 A：1～4箇所 B：5～9箇所 C：10箇所以上

連携先	連携の内容	同一市町村内の連携機関数	同一市町村外の連携機関数
病院・有床診療所	01 24時間体制の確保（輪番制、主治医副主治医制等）	A B C	A B C
	02 緊急時の受け入れ先の確保	A B C	A B C
	03 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	04 その他（ _____ ）	A B C	A B C
他の無床診療所	01 24時間体制の確保（輪番制、主治医副主治医制等）	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ _____ ）	A B C	A B C
歯科診療所	01 訪問歯科、口腔ケアの依頼等	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ _____ ）	A B C	A B C
保険薬局	01 在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導の依頼等	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ _____ ）	A B C	A B C
訪問看護ステーション	01 24時間体制の確保等	A B C	A B C
	02 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	03 その他（ _____ ）	A B C	A B C
地域包括支援センター	01 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	02 会議・研修会等への参加、協力		
	03 その他（ _____ ）		
居宅介護支援事業所 （ケアプランの作成等）	01 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	02 その他（ _____ ）		
訪問介護事業所 （ヘルパー派遣等）	01 患者情報の共有（ICT、退院支援ルールなど）	A B C	A B C
	02 その他（ _____ ）		

(11) ターミナルケアの実施状況

Q13 過去1年間で訪問診療を提供されていた方で亡くなられた方の状況をご記入ください(該当しない場合は0をご記入ください)。(平成28年6月から平成29年5月)	
①看取り件数(過去1年間)	_____件/年
自宅	_____件/年
施設等	_____件/年
②入院して、入院先で亡くなった	_____件/年
③不明(状況が把握できていない等)	_____件/年
Q14 ターミナルケアや看取りをする上での課題についてご記入ください。	

(12) 保険薬局との連携

Q15 在宅医療を実施するにあたり、保険薬局との連携状況として、あてはまるもの1つの選択肢番号に○をつけてください。また、該当する選択肢については、実施件数(依頼した件数)を記入して下さい。	
01 在宅患者訪問薬剤管理指導等の薬の調剤は診療所内で行っている (____件/平成29年3月から5月)	
02 一部(麻薬の処方箋)を除いて、保険薬局に依頼している (____件/平成29年3月から5月)	
03 全て保険薬局に依頼している (____件/平成29年3月から5月)	

(13) 現状の外来診療等の体制を維持した状態に対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数

Q16 現体制で対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数についてご記入ください。		
訪問診療	1ヶ月当たり最大の訪問人数	_____人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	延べ _____回
訪問看護 (医療保険及び介護保険・介護予防給付含む)	1ヶ月当たり最大の訪問人数	_____人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	延べ _____回
訪問リハビリテーション (医療保険及び介護保険・介護予防給付含む)	1ヶ月当たり最大の訪問人数	_____人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	延べ _____回

(14) 往診、訪問診療等を断った経験

Q17 往診、訪問診療、訪問看護等の新規の依頼を断ったことがありますか。(平成28年6月から平成29年5月)	
往診	01 ある (理由 _____)
	02 ない
訪問診療	01 ある (理由 _____)
	02 ない
訪問看護 (医療保険及び介護保険) ・介護予防給付含む)	01 ある (理由 _____)
	02 ない

*以下の設問は在宅医療を実施されていない診療所もご回答ください

(15) 在宅医療に対する考え

Q18 在宅医療についてのお考えを回答してください。	
かかりつけ医として診ている患者からの訪問診療の依頼についてどう考えますか	01 対応したい 02 できるだけ対応したい 03 対応は難しい(理由)
訪問診療を行っている(もしくは行っていると仮定した場合)患者の看取りについてどう考えますか	01 対応したい 02 できる範囲で対応したい 03 対応は難しい(理由)
初診で、訪問診療を依頼された場合どう考えますか	01 対応したい 02 できるだけ対応したい 03 対応は難しい(理由)

(16) 今後の在宅医療の取組予定

Q19 今後の在宅医療への取組方針について、該当する選択肢の番号 <u>1つ</u> に○をお付けください。	
01 拡充を予定している	
02 拡充は予定していない(その理由:)	
03 今後取組みを開始する予定でいる	
04 要望があれば検討する	
05 取り組む予定はない(その理由:)	

(17) 在宅医療の課題について

Q20 在宅医療を提供する上での課題について該当する選択肢の番号を <u>3つ</u> まで選んでください。	
01 貴診療所における医師の確保	
02 貴診療所における看護師の確保	
03 在宅医療に関する研修機会の確保	
04 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保	
05 緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保	
06 連携する訪問看護ステーションの確保	
07 在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導を実施している保険薬局との連携の確保	
08 在宅医療に関する病院の認識や理解	
09 在宅歯科医療に関する医療機関の認識や理解	
10 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有	
11 在宅療養患者に関する歯科診療所との情報共有	
12 在宅療養患者に関する居宅介護サービス事業所との情報共有	
13 在宅療養患者に関する居宅介護支援事業所との情報共有	
14 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報提供	
15 診療報酬の引き上げ	
16 患者の経済的負担の軽減	
17 その他()	

(18) 行政への要望

Q21 地域における在宅医療について、県で行っている事業に関するご意見、その他要望等を簡潔にご記入ください。

(19) 運営方針

Q22 今後の診療所の運営方針について、該当する選択肢の番号 1つに○をお付けください。

- | | | |
|---------|--------|---|
| 01 拡大 | (|) |
| 02 現状維持 | (その理由： |) |
| 03 縮小 | (その理由： |) |

Q23 運営上の課題についてご記入ください。

※本冊の設問は、以上で終了です。

精神科、神経科、心療内科を標榜する医療機関にあっては
別冊（精神疾患・認知症調査票）にも御回答の上、
同封の封筒にて、7月20日（木）までに御返送ください。

（精神科、神経科、心療内科を標榜していない医療機関にあっては
本冊のみの御回答で結構です）。