

# 東京都医療機能実態調査

## 病院票

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 □□□□□□□
病院名	医療法人社団◆◆会 〇〇〇〇〇〇〇〇記念△△メデ ィカルセンター 御中
管理コード	【100001】

### 《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	( )-( )-( )

### <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、2016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週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、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週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、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

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

## 1 貴院の概要・属性について

Q1. 1 ページ上部の**病院名・所在地に変更がある場合**、下欄に現在の病院名・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。

病院名

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○をお付けください。

01 保険医療機関

02 自由診療のみ

Q3. 貴院の**開設者**に該当する番号**1つ**に○をお付けください。

01 厚生労働省

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)

03 東京都

04 区市町村 (一部事務組合が開設するものを含む)

05 日本赤十字社

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)

07 厚生 (医療) 農業協同組合連合会

08 国民健康保険団体連合会

09 公益法人

10 医療法人

11 学校法人

12 社会福祉法人

13 医療生協

14 会社

15 その他の法人

16 個人

17 その他

## 2 貴院におけるがんの診療について

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 →Q13へ

Q5. 貴院で**対応しているがん医療**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

01 手術

02 化学療法 (入院)

03 化学療法 (外来)

04 放射線療法 (入院)

05 放射線療法 (外来)

06 疼痛コントロール・緩和ケア (入院)

07 疼痛コントロール・緩和ケア (外来)

08 疼痛コントロール・緩和ケア (在宅)

09 訪問診療

10 訪問看護

11 在宅患者の急変時に緩和ケア病棟への受入

12 在宅患者の急変時に一般病棟への受入

13 在宅医、訪問看護ステーションとの連携

14 その他 ( )

Q6. **院内がん登録**の実施や予定状況について、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

01 院内がん登録を実施している

02 院内がん登録を今後、実施する予定がある

03 今のところ院内がん登録を実施する予定はない

04 その他 ( )

### 3 貴院における緩和ケアについて

Q7. 貴院における入院患者に対する緩和ケアの実施状況として、該当する番号1つに○を付け、01、02に該当する場合は緩和ケアの病床数をご記入ください。

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 01 緩和ケア病棟入院料と、<br>緩和ケア診療加算の両方の届出を行っている<br><br>02 緩和ケア病棟入院料の届出を行っているが、<br>緩和ケア診療加算の届出は行っていない                                 | } | 緩和ケア病棟の病床数: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 床 →Q8へ |
| 03 緩和ケア病棟入院料の届出は行っていないが、緩和ケア診療加算の届出を行っている<br><br>04 01～03には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供している<br><br>05 積極的な緩和ケアの提供体制は整備していない | } | →Q9・10へ  |

Q8. 緩和ケア病棟における登録患者の状態や平均在院日数等について、以下の各欄に数字でお答えください。

① 2016年7月1日時点での緩和ケア病棟の登録患者 (緩和ケア病棟に入院する前の待機者)の人数	(       ) 人
② ①の登録患者(7月1日時点での待機者)のうち、 7月1日～9月1日の間に緩和ケア病棟に入院した患者の人数	(       ) 人
③ ②の入院患者について、登録してから緩和ケア病棟に入院するまでの平均日数	(       ) 日
④ 2016年9月1日～9月30日における緩和ケア病棟の平均在院日数	(       ) 日
⑤ 2016年10月1日時点の緩和ケア病棟の病床稼働率(小数点第1位まで)	(   .   ) %

Q9. 【緩和ケア病棟入院料の届出を行っていない病院に対しておうかがいします】  
終末期で緩和ケアの必要な患者への対応として、該当する番号すべてに○を付けてください。

- 01 可能な限り自院で受け入れている  
 02 緊急時のみ自院で受け入れている  
 03 緩和ケア病棟のある病院を主に紹介している  
 04 緩和ケア病棟のある病院に限定することなく、他の医療機関を紹介している

Q10. 【緩和ケア病棟入院料の届出を行っていない病院に対しておうかがいします】  
貴院の緩和ケア医療に関する今後の予定として、該当する番号1つに○を付けてください。

- 01 緩和ケア病棟入院料の届出を行う予定がある  
(緩和ケア病棟入院料と緩和ケア診療加算の両方の届出を予定している場合を含む)  
 02 緩和ケア病棟入院料の届出を行う予定はないが、緩和ケア診療加算の届出を行う予定がある  
 03 01、02には該当しないが、緩和ケアチームによる緩和ケアの提供体制を整備する予定がある  
 04 当面は、現状と変更の予定はない

Q11. 【がん診療を実施しているすべての病院に対しておうかがいします】  
「がん診療に携わる医師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師の有無について、該当する番号1つに○を付けてください。

- 01 研修を受けたことのある医師が1人以上いる                      02 研修を受けたことのある医師はいない

Q12. 【がん診療を実施しているすべての病院に対しておうかがいします】  
「がん診療に携わる医師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」を未受講の医師への対応について、該当する番号1つに○を付けてください。

- 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

#### 4 貴院における脳卒中の診療について

本調査では、「脳卒中患者」とは脳梗塞、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。

Q13. 下記の**脳卒中患者の状態**のうち、貴院で**受入れ可能な番号すべて**に○を付けてください。

- 01 急性期（脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態）
- 02 回復期（脳卒中急性期を脱した患者で、リハビリテーションにより一定の機能回復が可能な状態。発症後 60 日以内を目安に 180 日まで）
- 03 維持期（脳卒中急性期、回復期を経た患者で、機能の維持・向上が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり）
- 04 脳卒中患者の受入れには積極的には対応していない

Q14. **脳卒中ケアユニット（SCU）等の設置状況**について、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- 01 脳卒中ケアユニット（SCU）を設置している →病床数：  床
- 02 脳卒中ケアユニット（SCU）は設置していないが、それに準じた専用病棟を設置している →病床数：  床

➡ 当該病棟の**脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出**について、該当する番号に○を付けてください。

- 02-1 今後届出したい
- 02-2 届出は考えていない

- 03 脳卒中急性期患者専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を受け入れる病棟を決めている
- 04 01～03 には該当しない

Q15. 下記の**脳卒中の治療方法**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。

脳卒中の種類	治療方法	01 自院の設備・常勤スタッフのみで実施している。 02 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している(麻酔医の派遣を含む)。 03 自院では実施していない。		
		01	02	03
① 脳出血	①(1) 脳内血腫摘出術	01	02	03
② くも膜下出血	②(1) 脳血管内手術（コイル塞栓術等）	01	02	03
	②(2) 脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング	01	02	03
③ 脳梗塞	③(1) 開頭手術（バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等）	01	02	03
	③(2) 経皮的脳血管形成術（バルーン、ステント等）	01	02	03
	③(3) 選択的脳血栓・塞栓溶解術（ウロキナーゼ注入等）	01	02	03
	③(4) t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法（発症後 4.5 時間以内）	01	02	03
	③(5) 脳血管内治療（血栓回収療法）	01	02	03

#### 5 貴院における急性心筋梗塞の診療について

Q16. 下記の**急性心筋梗塞の治療方法**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。

治療方法	01 自院の設備・常勤スタッフのみで実施している。 02 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している(麻酔医の派遣を含む)。 03 自院では実施していない。		
	01	02	03
① 冠動脈バイパス手術	01	02	03
② 冠動脈閉塞に対する経皮的治療（カテーテルによる治療）	01	02	03
③ 経静脈的血栓溶解療法	01	02	03





Q29. 精神科、神経内科および心療内科について、貴院の**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、また数字をご記入ください。

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「精神科」の標榜状況について、01(Yes)に○の回答をしたら →Q30へ

標榜診療科目「精神科」の標榜状況について、02(No)に○の回答をしたら →Q31へ

Q30. 【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。

疾患内容	01 専門的対応又は専門外来を設置	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 透析	01	02
⑩ 結核	01	02

Q31. 【精神科を標榜していない医療機関におうかがいします】

**精神症状のある患者への精神科医療機関の紹介**について、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- 01 紹介したことがない (又は紹介しない。)
- 02 連携している精神科医療機関を紹介する
- 03 患者の希望する精神科医療機関を紹介する
- 04 医療機関案内サービス「ひまわり」等で検索して紹介する
- 05 宛先無記名の診療情報提供書にて精神科への受診勧奨をする

Q32. **精神身体合併症への対応**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 自院で精神疾患も身体科の疾患も両方診る
- 02 身体科の疾患に加え、外部の精神科医との連携の範囲で精神疾患も診る
- 03 身体科の疾患のみ診る
- 04 精神疾患のみ診る
- 05 精神身体合併症患者には対応できない (別の医療機関への受診を勧める)

Q33. 【Q32で05（対応できない）と回答した場合のみお答えください。】  
精神身体合併症に対応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 精神疾患に対応できるスタッフがいない                      03 身体科の疾患に対応できるスタッフがいない  
02 精神疾患に対応できるスタッフがいない日がある              04 身体科の疾患に対応できるスタッフがいない日がある

Q34. 貴院の近隣地域では、精神身体合併症を有する患者の診療対応について、課題があると思いますか。該当する番号1つに○を付けてください。

01 課題がある →Q35へ    02 課題はない →Q36へ

Q35. 【Q34で01（課題がある）と回答した場合のみお答えください。】  
現状で不足している機能や取組として、当てはまる該当する選択肢すべてに○を付けてください。

01 個別患者事例について、地域で精神科・身体科が相互に相談できる体制  
02 地域の精神科・身体科の医師が共同で診察できる体制  
03 精神科・身体科間の搬送・転院の円滑さ  
04 研修などを通じた、精神科・身体科の相互の知識の付与

Q36. **入院患者**について、高次脳機能障害者への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

Q37. **外来患者**について、高次脳機能障害者への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

## 7 へき地医療機関に対する協力について

Q38. へき地（伊豆諸島・小笠原諸島・奥多摩町・檜原村）に所在する公立医療機関に対する協力について、貴院の意向として該当するものを、それぞれ選択肢01～04の中から選んで○を付けてください。

	01 現在実施している 02 1～2年以内に行う意向がある。 03 5年以内に行う意向がある。 04 当面のところ行う意向はない。				
① 継続的な長期医師派遣	01	02	03	04	
② 臨時的な専門医の派遣	01	02	03	04	



Q48. 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

Q49. 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

## 10 貴院における在宅医療への取組について

Q50. 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 →Q51へ	02 実施していない →Q52へ
-----------------	------------------

（注）往診とは、患者の求めに応じて患者に赴き診療を行うことを指します。

Q51. 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
----------------	----------------

Q52. 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 実施している	➡	訪問診療の平均的な実施時間：1週間あたり	<input type="text"/>	時間（移動時間含む）	→Q53へ
02 実施していない					→Q56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。

Q53. 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。

Q54. 貴院で**2016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

Q55. 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）

**Q56. 貴院の在宅療養患者への後方支援について、該当する番号各1つに○を付けてください。**

① 病状変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
01 入院のための病床を常に確保している → 確保病床数 <input type="text"/> 床	01 入院のための病床を常に確保している → 確保病床数 <input type="text"/> 床
02 病床が空いていれば受け入れる（応相談）	02 病床が空いていれば受け入れる（応相談）
03 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）	03 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）
04 受け入れ不可	04 受け入れ不可
05 その他	05 その他

**Q57. 貴院における退院前の合同カンファレンス（退院時共同指導）の開催状況について、該当する番号1つに○を付けてください。**

01 開催している → 月平均開催回数 <input type="text"/> 回	02 開催していない
--	------------

**Q58. 貴院では、在宅療養支援病院の届出を行っていますか。該当する番号1つに○を付けてください。**

01 すでに届け出ている	02 届出したいと考えている	03 届出は考えていない
--------------	----------------	--------------

**Q59. 貴院では、小児等在宅医療に対応していますか。該当する番号1つに○を付けてください。**

01 小児等在宅医療に対応している	→Q60へ
02 今後、小児等在宅医療に対応する予定がある	→Q61へ
03 小児等在宅医療への対応は考えていない	→Q61へ

**Q60. 【Q59で「01 小児等在宅医療に対応している」と回答した医療機関にお聞きします。】  
貴院において、小児の患者に対する訪問診療で対応可能な医療行為や、小児の在宅療養患者に対して貴院が対応可能な支援等として、該当する番号すべてに○を付けてください。**

01 レスピレーター（人工呼吸器）の管理	06 酸素療法
02 中心静脈栄養	07 小児がん
03 経鼻経管栄養	08 学習環境の整備に向けた関係機関との連携
04 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	09 その他 <input type="text"/>
05 気管切開部の処置	

**Q61. 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ケア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 <input type="text"/>

## 1 1 貴院の地域における連携状況について

Q62. 貴院における**患者の受入れ**として該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- |   |       |
|---|-------|
| 01 地域医療連携室を設置し、他の医療機関から患者の受入れ等を行っている              | →Q63へ |
| 02 地域医療連携室の名称を用いていないが、他の医療機関から患者の受入れ等を行う体制を整備している | →Q63へ |
| 03 他の医療機関から患者の受入れ等を行うための体制は、特に整備していない             | →Q66へ |

Q63. 貴院において**患者の受入れを担当する専従者の実人数**を職種毎にご記入ください。

職種	専従者数 (実人数)	職種	専従者数 (実人数)
① 医師	( ) 人	④ 事務職員	( ) 人
② 看護職員	( ) 人	⑤ その他	( ) 人
③ 医療社会事業従事者	( ) 人		

Q64. 貴院が、紹介された患者について定期的に報告や連絡を行うなど、**紹介医師との相互連携**を実施しているかについて、該当する番号**1つ**に○を付けてください。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 01 実施している | 02 実施していない |
|-----------|------------|

Q65. 貴院の**診療所との連携体制**について該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 01 病状変化時等に緊急入院を受け入れている | 03 診療に関する相談を受けている   |
| 02 研修会・症例検討会を実施している    | 04 積極的な後方支援は実施していない |

## 1 2 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q66. 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専用病床を有している                      | →Q67へ |
| 02 リハビリテーション専用病床は有していないが、リハビリテーション医療を実施している | →Q68へ |
| 03 リハビリテーション医療を実施していない                      | →Q75へ |

Q67. 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。

① リハビリテーション専用病床	( ) 床
② うち、回復期リハビリテーション病棟	( ) 床
③ うち、回復期リハビリテーション病棟以外の一般病床	( ) 床
④ うち、回復期リハビリテーション病棟以外の療養病床	( ) 床

Q68. 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。

**Q69. 2016年10月1日に入院中である患者のうち、その入院期間中に、下記のリハビリテーション医療を1回以上実施した入院患者の実人数をご記入ください。**

	心大血管疾患 リハビリ テーション料	脳血管疾患等 リハビリ テーション料	運動器 リハビリ テーション料	呼吸器 リハビリ テーション料	がん患者 リハビリ テーション料	障害児(者) リハビリ テーション料	廃用症候群 リハビリ テーション料
リハビリテーション医療 実施入院患者数(実数)	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

**Q70. 2016年10月1日から7日までのうち、貴院がリハビリテーション外来を実施している任意の1日において、下記のリハビリテーション医療を実施した外来患者の実人数をご記入ください。**

	心大血管疾患 リハビリ テーション料	脳血管疾患等 リハビリ テーション料	運動器 リハビリ テーション料	呼吸器 リハビリ テーション料	難病患者 リハビリ テーション料	障害児(者) リハビリ テーション料	廃用症候群 リハビリ テーション料
リハビリテーション医療 実施外来患者数(実数)	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

**Q71. 貴院がリハビリテーション医療を今後充実させたいと考えているかについて、該当する番号1つに○を付けてください。**

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| 01 充実させたいと考えている →Q72へ | 02 当面の間は現状を維持する予定である →Q75へ |
|                       | 03 今のところ未定である →Q75へ        |

**Q72. 貴院がリハビリテーション医療に関して今後充実させたいと考えている内容として、該当する選択肢3つまでの番号に優先順位を数字でご記入ください。**

	優先順位 (数字で3つまで記入)
① リハビリテーション料の施設基準の届出	( )位
② リハビリテーション専門病床の整備	( )位
③ 訓練室の施設改善	( )位
④ リハビリテーション医療機器の整備・更新	( )位
⑤ リハビリテーション関連医療従事者の確保・増員	( )位
⑥ 地域リハビリテーションに対する支援への積極的な取組	( )位
⑦ その他	( )位

**Q73. 貴院で今後届出を行いたいと考えているリハビリテーション料の施設基準の種類について、該当する番号すべてに○を付けてください。**

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 01 心大血管疾患リハビリテーションⅠ | 10 運動器リハビリテーションⅡ   |
| 02 心大血管疾患リハビリテーションⅡ | 11 運動器リハビリテーションⅢ   |
| 03 脳血管疾患等リハビリテーションⅠ | 12 呼吸器リハビリテーションⅠ   |
| 04 脳血管疾患等リハビリテーションⅡ | 13 呼吸器リハビリテーションⅡ   |
| 05 脳血管疾患等リハビリテーションⅢ | 14 難病患者リハビリテーション   |
| 06 廃用症候群リハビリテーションⅠ  | 15 障害児(者)リハビリテーション |
| 07 廃用症候群リハビリテーションⅡ  | 16 がん患者リハビリテーション   |
| 08 廃用症候群リハビリテーションⅢ  | 17 認知症患者リハビリテーション  |
| 09 運動器リハビリテーションⅠ    | 18 集団コミュニケーション療法   |

**Q74. 貴院で今後充実させたいと考えているリハビリテーション専門病床の種類について、該当する番号すべてに○を付けてください。**

- |  |
|--|
| 01 回復期リハビリテーション病棟                          |
| 02 回復期リハビリテーション病棟以外の一般病床を使用したリハビリテーション専門病床 |
| 03 回復期リハビリテーション病棟以外の療養病床を使用したリハビリテーション専門病床 |

### 1 3 貴院における感染症対策について

Q75. 貴院では、**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。

01 対応マニュアルを作成している	04 特になし
02 対応訓練を実施している	05 その他 ( )
03 研修会を開催している	

Q76. **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。

01 内容を知っている	02 名前だけ知っている	03 知らない
-------------	--------------	---------

Q77. 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。

01 策定済み（改訂予定含む）	→Q79へ	03 策定していない	→Q78へ
02 検討中	→Q79へ	04 知らない（わからない）	→Q79へ

Q78. 【Q77で03（策定していない）と回答した病院に対しておうかがいします】  
**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。

01 検討する時間がない	04 必要と思わない
02 検討する場がない	05 その他 ( )
03 方法がわからない	

### 1 4 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。

Q79. **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・常勤スタッフのみで実施している。	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

Q80. 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 アレルギー疾患の診療を行っていないため、標準的治療を行っていない
03 アレルギー疾患の診療を行っており、今後、標準的治療を行う予定がある
04 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
05 その他 ( )

## 15 貴院におけるIT化への対応について

Q81. 貴院では、診療報酬請求に当たり、 <b>レセプト電算処理（電子媒体によるレセプトの提出）</b> を実施していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 実施している	03 現在実施しておらず、実施予定もない
02 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある	
Q82. 貴院では、 <b>オーダーリング・システムを導入</b> していますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 実施している	03 現在実施しておらず、実施予定もない
02 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある	
Q83. 貴院では、 <b>電子カルテシステムを導入</b> していますか。該当する選択肢の番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 導入している	
 <b>電子カルテの活用状況の範囲</b> について、該当する選択肢の番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。	
01-01 自施設内で活用	01-03 他の医療機関との連携に活用
01-02 患者への治療方針の説明などに活用	
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	
Q84. 貴院では、 <b>都の医療機関情報システム（ひまわり）の医療連携支援用メニュー（医療関係者メニュー）</b> を使用したことがありますか。該当する番号 <b>1つ</b> に○を付けてください。	
01 頻繁に使用している（週1回以上）	04 使用したことがない
02 ときどき使用している（月に数回）	05 医療関係者メニューの存在を知らなかった
03 まれだが使用したことがある	
Q85. 貴院が、 <b>医療関係者メニューの項目で重要、または充実させるべきと考える項目</b> として、該当する番号 <b>すべて</b> に○を付けてください。	
01 診療科・対応可能な診療領域	05 リハビリテーション体制
02 設備・保有医療機器	06 患者の費用負担の目安
03 専門医の配置・勤務形態	07 患者紹介時の手続
04 看護職・コメディカルの配置	08 医療連携担当スタッフ

16 その他

Q86. 貴院が実施している**保健事業**として、該当する番号**すべて**に○を付けてください。

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 01 人間ドック               | 03 保険者・企業等の委託等による集団的な保健指導 |
| 02 保険者・企業等の委託等による健診・検診 | 04 いずれも実施していない            |

Q87. 貴院では、**入院診療**において、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

外国人の**入院患者**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。

<b>外国人の入院患者総数</b>		( ) 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		

Q88. 貴院では、**外来診療**において、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

外国人の**外来患者**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。

<b>外国人の外来患者総数</b>		( ) 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		

Q89. 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) | 01-04 外国語ができるスタッフを配置     |
| 01-02 簡易通訳アプリや翻訳ソフトを活用   | 01-05 診療等を補助する外国語会話集等を作成 |
| 01-03 問診票や同意書等の多言語化      | 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。ご協力まことにありがとうございました。  
 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。