|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **滋賀県医療機能調査**  **調査票〔診療所〕** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※整理番号 | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 注：※印：記入不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **診療所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．心不全** | | | | |
|  | **心不全に関する治療に対応していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | |
|  | 1 | 対応している | → | Q2へ |
| 2 | 対応していない | → | Q3へ |
|  | **Q1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。**  **心不全の診療に際して、病院と連携していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | |
|  | 1 | 連携している（心不全情報シート等の様式を活用している） | | |
| 2 | 連携している（様式等の活用なし） | | |
| 3 | 連携していない | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **２．糖尿病** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **糖尿病に関して対応している治療法について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | 糖尿病腎症に関する治療 | | | | | | | | | | | 5 | | | 糖尿病足病変に関する治療 | | | | | | | | | | |
| 2 | 内服薬による治療 | | | | | | | | | | | 6 | | | 糖尿病網膜症に関する治療 | | | | | | | | | | |
| 3 | インスリン治療 | | | | | | | | | | | 7 | | | その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 4 | 糖尿病神経障害に関する治療 | | | | | | | | | | | 8 | | | 糖尿病の治療には対応していない  →Q17へ | | | | | | | | | | |
|  | | **糖尿病治療については「糖尿病診療ガイドライン」を基準とした「糖尿病治療ガイド」による最新の標準的な糖尿病の治療指針に沿って行っていますか。**  **該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | 指針に沿っている | | | | | | | | | | | 2 | | | 指針に沿っていない | | | | | | | | | | |
|  | | **糖尿病の診療に際して、他の医療機関と連携をしていますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | 連携している　　　→Q6へ | | | | | | | | | | | 2 | | | 連携していない　　　→Q7へ | | | | | | | | | | |
|  | | **Q5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。**  **連携先の医療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 | 病院との連携　（○の場合、①②についてもご回答ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ①連携先病院の機能・診療科について該当するものすべてに○をつけてください。  糖尿病専門医　・　眼科　・　歯科　・　教育入院　・　その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ②連携先の病院の所在地該当するものに○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 貴院所在の市町内　・　その他（　　　　　市・町） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Q6**  続き | | 2 | 他の診療所との連携　（○の場合、①②についてもご回答ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ①連携先診療所の機能・診療科について、該当するものすべてに○をつけてください。  糖尿病専門医　・　眼科　・　歯科　・　その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ②連携先の診療所の所在地該当するものに○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 貴院所在の市町内　・　その他（　　　　　市・町） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Q5で「2　連携していない」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **連携を行っていない理由として、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | 必要な診療が自院で可能であるため | | | | | | | | | | | 5 | | | 過去に、一方通行になるなど  連携がうまくいかなかったため | | | | | | | | | | |
|  | | 2 | 忙しくて時間がないため | | | | | | | | | | | 6 | | | その他 | | | | | | | | | | |
| 3 | 連携の仕方がわからないため | | | | | | | | | | |
| 4 | 適切な連携相手がいないため | | | | | | | | | | |
|  | **糖尿病指導について、貴院の実施状況として該当する項目すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 自院スタッフ  で実施 | | | | | 外部スタッフ  で実施 | | | | | | | 外部機関に委託  して実施 | | | | | 市町に依頼 | | |
|  | 1 | | 運動指導 | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | 2 | | 栄養指導 | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | 3 | | 禁煙指導 | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | 4 | | 生活指導 | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | **Q8で、「外部スタッフで実施」に○をつけられた医療機関にお尋ねします。**  **栄養指導については、県栄養士会の栄養ケア・ステーションを利用していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 利用している | | | | | | 2 | | 利用していない | | | | | | | | | | 3 | 栄養ケア・ステーションを知らない | | | | |
|  | **貴院におけるスタッフの配置状況について、人数を記入してください。**  （両方の資格を有する方については、両方の欄にカウントして記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | 常勤 | | | | | | | 非常勤 ※1 | |
| 1 | | 糖尿病療養指導士（ＣＤＥＪ・ＣＤＥＬ）※2 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 人 | |  | 人 |
| 2 | | 管理栄養士 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **患者教育に関して、糖尿病教室を開催されていますか。該当する番号１つに○をつけてください。開催している場合、開催頻度についても記載してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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　→Q13へ | | | | | | | | 2 | | 特に対応していない　→Q14へ | | | | | | | | | | | |
|  | **Q12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（　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | **専門治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携をされていますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | | | 連携している　　　　→Q15へ | | | | | | | 2 | | 連携していない　　　　　→Q16へ | | | | | | | | | | | |
|  | **Q14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されていますか。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）をされていますか。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 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **３．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 | | | | | | → | | Q20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 | | 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 |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | 5 | 眼科 |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | 6 | 小児科 |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | 7 | 内科 |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | 8 | その他 （　　　 　） |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **貴院に日本アレルギー学会認定専門医は在籍していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | 在籍している | | | | | | 2 | | | 在籍していない | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **４．災害対策** | | | | | | | | |
|  | **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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **５．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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **６．認知症** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **「かかりつけ医認知症対応力向上研修（認知症相談医養成研修）」を受講したことがありますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 受講したことがある | | | | | 2 | | | | 受講したことがない | | | | |
|  | **「認知症サポート医」をご存知ですか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 知っている | | | → | | | | | Q26へ | | | | | |
| 2 | | 知らない | | | → | | | | | Q27へ | | | | | |
| ※認知症サポート医とは、認知症の人の診療に習熟し、認知症相談医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築等の役割があります。  ※認知症相談医とは、認知症相談医養成研修（かかりつけ医認知症対応力向上研修）を修了後、承諾した医師の認定制度であり、日頃受診している患者等について、認知症の早期の段階で気づき・発見し、必要な場合は、専門医療機関への受診誘導を行なう等の役割があります。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q25で「１　知っている」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **認知症サポート医に相談したことはありますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 相談したことがある | | | | ２ | | | 相談したことがない | | | | | | |
| ※「２　相談したことがない」場合、  理由についても該当する番号  全てに○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 誰に相談すればいいのかわからない | | 2 | どのようなことを相談できるのかわからない | | | | | | | | 3 | | その他（　　　　　　　） | |
|  | **貴院に認知症相談医または、認知症サポート医は在籍していますか。該当する番号全てに○をつけてください** | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | | 認知症相談医 | | | | | | ２ | | | 認知症サポート医 | | | | |
|  | **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）に認知症の人に対する診療実績はありますか。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 実績あり | | | | | | → | | | Q29へ | | | | |
|  | 2 | | 実績なし | | | | | | → | | | Q30へ | | | | |
|  | **Q28で「１　実績あり」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **実施した対応等について該当する番号全てに○をつけ、その件数を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 65歳未満 | | 65歳以上 |
|  | 1 | | 認知症に関する初期相談対応 | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | 2 | | 認知症の診断 | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | 3 | | 認知症疾患医療センターへの紹介 | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | 4 | | 専門医への診断依頼 | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | 5 | | 他の医療機関への検査依頼 | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | 6 | | 治療の開始 | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | 7 | | 経過観察の判断 | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | 8 | | その他（　　　　 　　　　） | | | | | | | | | | | 件 | | 件 |
|  | **Q28で「２　実績なし」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **実績なしと判断した理由について該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 認知症と判断する患者がいない | | | | | | 3 | | | 認知症の人を診察するつもりがない | | | | |
|  | 2 | | 認知症の判断経験がなくわからない | | | | | | 4 | | | その他（　　　　 ） | | | | |
|  | **認知症の診療に際して、専門医療機関と連携していますか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 連携している | | | → | | | | | Q32へ | | | | | |
| 2 | | 連携していない | | | → | | | | | Q34へ | | | | | |
|  | **Q31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。**  **連携先の専門医療機関について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 認知症疾患医療センター | | | | | | 4 | | | 精神科のある病院 | | | | |
|  | 2 | | 認知症専門外来のある病院  （認知症疾患医療センターを除く） | | | | | | 5 | | | 精神科の診療所 | | | | |
|  | 3 | | 認知症専門医が在籍する医療機関 | | | | | | 6 | | | その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | **Q31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。**  **どのような場合に専門医療機関と連携するのかについて、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 原因疾患の診断 | | | | | | 5 | | | 本人・家族への病状説明 | | | | |
|  | 2 | | 治療方針の決定 | | | | | | 6 | | | 本人・家族に対する対応説明 | | | | |
|  | 3 | | ＢＰＳＤへの対応 | | | | | | 7 | | | 成年後見制度、運転免許、障害手帳  などの診断書作成 | | | | |
|  | 4 | | 検査目的 | | | | | | 8 | | | その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | **専門医療機関との連携に係る課題について、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 予約が取りにくく、迅速な診療に繋がらないため | | | | | | 4 | | | 専門医療機関に関する情報が不足しているため。  必要な情報 | | | | |
|  | 2 | | 認知症専門医療機関が分からないため | | | | | | 5 | | | その他 | | | | |
|  | 3 | | かかりつけ医との役割分担が必要であるため | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **７．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　→Q36へ | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | 実施していない　→Q37へ | | | | | | | | | | | | | |
|  | （※）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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q35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。**  **夜間・休日における患者家族からの連絡への対応で、令和４年度(令和４年4月1日～令和５年3月31日）に行った対応等で該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | 往診により対応 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2 | | | 医師間連携により他の医師に対応を依頼 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3 | | | 訪問看護ステーションによる対応 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4 | | | 連絡はなかった | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5 | | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q35で「2　実施していない」と回答された医療機関にお尋ねします。今後の往診の対応への意向について、該当する番号1つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | 依頼があれば往診してもよい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2 | | | 条件が整えば往診をしてもよい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | （可能となる条件：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3 | | | 将来にわたって往診をするつもりはない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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 →Q39へ | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | 実施していない　→Q42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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q38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・看護師・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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|  | **Q38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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q38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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q38で「2　実施していない」と回答された医療機関にお尋ねします。今後の**  **訪問診療の対応への意向について、該当する番号1つに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 条件が整えば訪問診療をしてもよい  (可能となる条件　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2 | | 将来にわたって訪問診療をするつもりはない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **貴院における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　　　　→Q45へ | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | 届出は考えていない　→Q44へ | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2 | | 届出したいと考えている　→Q45へ | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q43で「３　届出は考えていない」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **在宅療養支援診療所の届出を行わない理由として、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 自院の機能上、あまり関係がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2 | | 外来が多忙なため往診・訪問が困難 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3 | | 24時間連絡を受ける医師または看護師を配置できない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4 | | 24時間往診可能な体制を確保できない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5 | | 24時間往診体制や在宅看取りの実績などの義務や基準に拘束されたくない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 6 | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **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　→Q47へ | | | | | | | | | 2 | | | | | | 看取りはなかった　→Q46へ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q45で「2　看取りはなかった」と回答された医療機関にお尋ねします。在宅での看取りがなかった理由として、該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | 体制はあるが、実績がなかった | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2 | | 自院の機能上、あまり関係がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3 | | 外来が多忙なため対応が困難 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4 | | 看取りを行うに当たっては24時間体制が望ましいと考えるが、24時間対応可能な体制を確保できない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5 | | 多職種との連携が難しい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 6 | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **在宅医療を担っていただくために必要な条件整備について、お尋ねします。**  **該当する項目に○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施の有無 | | | | | | | 必要度 | | | | | |
| 実施している | | | | | 実施していない | | 必要だと思う | | どちらともいえない | 必要ではない | | |
|  | 医師間連携 | | | |  | 自院における複数医師体制 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | 必要なときだけ、決まった相手に依頼 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | 主治医－副主治医制 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | 必要なときだけ不特定の相手にその都度依頼 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | 往診可能な医師のグループ対応制 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | 地域医師会単位のネットワーク | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | 専門医からのアドバイスが受けられる体制 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | 1～7を実施していない、または必要でない理由 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | 多職種連携 | | | |  | 歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職、栄養士、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政(多職種）との患者や家族情報の共有 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | ICT（びわ湖あさがおネット）を活用した多職種との情報共有と連携 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
| **Q47**  続き |  | 必要時、在宅療養者に対するカンファレンスの開催 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | 多職種の専門性(役割、可能な行為等）の理解と連携 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | 8～11を実施していない、または必要でない理由 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | 病診連携 | | | |  | 急変時、病状悪化時の入院 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | 患者家族のレスパイト目的の入院 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | 退院時カンファレンスへの参加 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  | ICT(びわ湖あさがおネット）を活用した  情報共有 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | 12～15を実施していない、または必要でない理由 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | **人工呼吸器等の医療機器を使用している方への訪問診療を行っている場合、災害時における対応・支援等についての計画（個別支援計画等）の策定（もしくは策定への協力）を行っていますか。該当する番号すべてに○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | | 自院で策定している　→Q49へ | | | | | | | | | ３ | | | | | | 必要性は感じているが策定（協力）していない　→Q50へ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ２ | | | | 策定に協力している　→Q49へ | | | | | | | | | ４ | | | | | | 策定する（協力する）予定はない  →Q50へ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Q48で「1　自院で策定している」「２　策定に協力している」と回答された医療機関にお尋ねします。策定した（された）個別支援計画について、関係者との共有が行われていますか。該当する項目に○をつけてください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | | 行われている | | | 2 | | 分からない | | | | | | | | | | | | | 3 | | | 行われていない | | | | | | | | |
|  | **災害時を想定した災害対策マニュアルを策定していますか。該当する項目に○をつけてください。**  ※発災後、直ちに何をすればいいのかを定めた、緊急・初期対応マニュアル | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | | 作成済 | | | 2 | | 作成準備中 | | | | | | | | | | | | | 3 | | | 作成する予定はない | | | | | | | | |
|  | ※「１　作成済」の場合、次ページに記載してある  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（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **災害時を想定した業務継続計画（BCP）を作成していますか。該当する項目に○をつけてください。**  ※業務が中断した際に、如何に事業継続をするかという点で検討。災害により損なわれる診療機能を平時からの備えと発災後のタイムラインに乗せた行動計画の遂行により業務の継続や早期復旧を図るための計画。発災時に、災害対策マニュアルに沿って対応しながらBCPを発動するかを検討。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | | 作成済 | | | 2 | | 作成準備中 | | | | | | | | | | | | | 3 | | | 作成する予定はない | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| **８．小児在宅医療** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **外来診療について、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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 専門的な知識（処置等）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 時間的余裕がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 基礎疾患を診療している中核病院との連携が困難 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 緊急時に受け入れる病院がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 専門的な処置の対応ができない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **訪問診療・往診について、対応経験にかかわらず医療的ケア児の対応は可能ですか。該当する番号１つに○をつけてください。** | | | | | | | |
| 1 | 訪問診療が可能　　　　　→Q54へ | | | | | | |
| 2 | 緊急時の往診のみ可能　　→Q55へ | | | | | | |
| 3 | 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） | | | | | | →Q56へ |
|  |  |  | 時間的余裕 | | | | | |
|  |  |  | 診療報酬の改定 | | | | | |
|  |  |  | スタッフの経験 | | | | | |
|  |  |  | 医師または看護師の増員 | | | | | |
|  |  |  | 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 | | | | | |
|  |  |  | 訪問看護ステーションとの連携 | | | | | |
|  |  |  | 医療的ケアの内容によって（例：「呼吸器以外なら可」など） | | | | | |
|  |  |  | 専門的な知識（処置等）を得る機会があれば | | | | | |
|  |  |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|  | 4 | 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） | | | | | →Q56へ | |
|  |  |  | ニーズがない | | | | | |
|  |  |  | 時間的余裕がない | | | | | |
|  |  |  | 基礎疾患を診療している中核病院との連携が困難 | | | | | |
|  |  |  | 緊急時に受け入れる病院がない | | | | | |
|  |  |  | 専門的な処置の対応ができない | | | | | |
|  |  |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|  | **Q53で「１　訪問診療が可能」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **１か月（令和５年4月1日～30日）の医療的ケア児の診療実績を記入してください。すべて実人数でお答えください。** | | | | | | | |
| 訪問診療した対象児 | | | 人 | 左記のうち乳幼児※ | 人 | | |
| ※乳幼児：生後０日～小学校就学までの児（産科等の周産期医療機関からの退院後の児を想定） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Q53で「１　訪問診療が可能」または「２　緊急時の往診のみ可能」と回答された医療機関にお尋ねします。**  **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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | **対象児について、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 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **９．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 | → | | Q59へ | | | |
|  | 2 | 診療機能を有していない | → | | Q61へ | | | |
|  | **Q58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 | → | | Q60へ | | | |
|  | 2 | 把握していない | → | | Q61へ | | | |
|  | **Q59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 | | | | | → | Q62へ |
|  | 2 | 受診時・受診後における関係機関への情報提供 | | | | | → | Q63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 | | | | | | |
|  | **Q61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） | | | | | | | |
|  | **Q61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(　　　　　　　　　　） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10．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　→　Q68へ | | | | | | 2 | 自院退院者に対しては実施　→Q67へ | | | | | | |
| 3 | 他院退院者に対しても実施　→　Q67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** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **11．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　　→Q69へ | |
|  | 2 | 導入しているが、活用していない　　→Q71へ | |
|  | 3 | 導入していない　　→Q72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。 | | |
|  | **Q68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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | **Q68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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | **Q68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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | **Q68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： | |