

群馬県医療施設機能調査(歯科診療所用)

太枠の中へ記入してください。

| 設問区分 | | 回答欄 | |
|---------------------------------|--------------|-----|----------------------------|
| 1 施設名 | | | |
| 2 施設の所在地 | 郵便番号 | | |
| | 市町村名 | | |
| | 町字名 | | |
| | 番地等 | | |
| 3 院長名 | 氏名 | | |
| 4 記入担当者 | 氏名 | | |
| | 役職 | | |
| | 電話番号 | | |
| | E-mail | | |
| 5 開設者 | | | ←左欄のリストから、該当する番号を記入してください。 |
| 1 厚生労働省 | 9 国民健康保険組合 | | |
| 2 その他の国(独立行政法人国立病院機構、国立大学法人を含む) | 10 公益法人 | | |
| 3 群馬県 | 11 医療法人 | | |
| 4 市町村(一部事務組合を含む) | 12 社会医療法人 | | |
| 5 日本赤十字社 | 13 社会福祉法人 | | |
| 6 恩賜財団済生会 | 14 医療生活協同組合 | | |
| 7 全国社会保険協会連合会 | 15 個人 | | |
| 8 健康保険組合及びその連合会 | 16 その他 | | |
| 6 休止・休診の状況 | | | ←左欄のリストから、該当する番号を記入してください。 |
| 1 診療を行っている | 3 休診中 (1年以上) | | |
| 2 休止中 | 4 休診中 (1年未満) | | |

次のページへお進みください

※特に指定がない限り、平成28年10月1日現在でお答えください。
 ※「回答区分」から該当する番号を選択する場合は、該当する番号をひとつだけ記入してください。
 なお、複数の区分に該当する場合は、該当するケースが最も多い区分を記入してください。
 ※回答結果は公開の対象とされ、医療計画に医療機関名を掲載するための基本データとなりますので、誤りのないようご回答ください。
 ※平成28年11月18日(金)までに、同封の返信用封筒で郵送してください。

I 標榜科目及び医療従事者に関する設問

(1) 標榜科目

標榜している診療科目について、回答欄に「1」を記入してください。

| | 項目 | 回答欄 |
|---|--------|-----|
| 1 | 歯科 | |
| 2 | 矯正歯科 | |
| 3 | 小児歯科 | |
| 4 | 歯科口腔外科 | |

(2) 医療従事者数－常勤、非常勤

平成28年10月1日現在の医療従事者数(常勤、非常勤)を記入してください。

※非常勤は常勤換算をして記入してください。

※従事者数は小数点以下第1位まで記入(小数点以下第2位を四捨五入)してください。

| | 項目 | 回答欄 | | |
|---|--------|-----|------|---|
| | | 常勤 | 非常勤※ | |
| 1 | 歯科医師 | | | 人 |
| 2 | 医師 | | | 人 |
| 3 | 薬剤師 | | | 人 |
| 4 | 歯科衛生士 | | | 人 |
| 5 | 歯科技工士 | | | 人 |
| 6 | 看護師 | | | 人 |
| 7 | 准看護師 | | | 人 |
| 8 | 事務職員 | | | 人 |
| 9 | その他の職員 | | | 人 |

※非常勤職員の数＝[非常勤職員の1週間当たりの勤務時間の合計]÷

[常勤職員の1週間の勤務時間(32時間未満の場合は、32時間で計算)]

(3) 専門医等認定を受けた歯科医師数－常勤

以下の項目について、平成28年10月1日現在の専門医等の人数を記入してください。

| | 項目 | 備考 | 回答欄 |
|---|----------------|-----------|-----|
| 1 | 口腔外科専門医 | 日本口腔外科学会 | |
| 2 | 歯周病専門医 | 日本歯周病学会 | |
| 3 | 歯科麻酔科専門医 | 日本歯科麻酔学会 | |
| 4 | 小児歯科専門医 | 日本小児歯科学会 | |
| 5 | 歯科放射線専門医 | 日本歯科放射線学会 | |
| 6 | 日本糖尿病協会歯科医師登録医 | 日本糖尿病協会 | |

Ⅱ 歯科治療に関する設問

(1) 貴院における専門治療等の実施状況について、該当する回答区分の番号を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|----------------------------------|--|-----|
| 1 歯周外科手術 | ① 実施している ② 実施していないが、実施できる ③ 実施できない | |
| 2 入院を必要とする口腔外科手術 | | |
| 3 インプラント手術 | | |
| 4 摂食・嚥下障害に対するリハビリ治療 | | |
| 5 病院の入院患者に対する専門的な口腔ケア等の実施※ | | |
| (設問⑤の内訳/疾病別) | | |
| 5-1 がん | ① 実施している ② 実施していないが、実施できる ③ 実施できない | |
| 5-2 脳卒中 | | |
| 5-3 急性心筋梗塞 | | |
| 5-4 糖尿病 | | |
| 6 後天性免疫不全症候群患者の歯科治療 | ① 実施している ② 実施していないが、実施できる ③ 実施できない | |
| 7 へき地への巡回診療 | ③ 実施できない | |
| 8 「全国共通がん医科歯科連携講習会」の修了について | ① 修了している ② 修了していないが、受講予定ではある ③ 受講予定はない | |
| 9 外来の糖尿病患者に対する専門的な口腔ケア | ① 実施している ② 実施していないが、実施できる ③ 実施できない | |
| 10 糖尿病療養指導士の在籍数(平成28年10月1日現在) | 日本糖尿病療養指導士認定機構 | |
| 11 群馬県糖尿病療養指導士の在籍数(平成28年10月1日現在) | 群馬県糖尿病療養指導認定機構 | |

※各疾病の患者に対して、術前術後等の治療効果を高めるため、病院と連携して実施する口腔機能の維持向上のこと

(2) 貴院における「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」(か強診)の状況について、該当する回答区分の番号を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|--------------------------|---|-----|
| 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」について | ① 認定されている ② 未認定だが、申請中(あるいは申請予定) ③ 未認定、申請予定なし。 | |

(3) 歯科医療を受けにくい人に対する治療の実施状況について、該当する回答区分の番号を記入してください。あわせて、「①」に該当する場合は、平成27年度に治療を実施した延べ患者数を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 | 延べ患者数 |
|-------------------------|--|-----|-------|
| 1 身体障害など体の不自由な人に対する歯科治療 | ① 実施している ② 実施していないが、実施できる ③ 実施できない | | |
| 2 知的障害や発達障害のある人に対する歯科治療 | | | |

(4) 車いす利用者に対するサービス内容について、該当する回答区分の番号を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|---|-----------------------|-----|
| 1 バリアフリー構造(高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律に基づく基礎的基準に適合しているもの) | ① 対応している ② 対応していない | |
| 2 スロープ | ① 設置している ② 設置していない | |
| 3 手すり | | |
| 4 身体障害者用トイレ | | |
| 5 車椅子利用者用駐車場 | | |
| 6 点字ブロック | | |
| 7 昇降装置 | | |

Ⅲ 在宅での歯科治療に関する設問

(1) 貴院の在宅医療の実施状況について、該当する回答区分の番号を記入してください。あわせて、「①」に該当する場合は、平成28年4月～6月に治療を実施した患者数、訪問診療の回数を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|---|---|-----|
| 1 訪問診療(患者宅等) | ① 実施している ② 実施していないが、実施を予定している ③ 実施していない(予定もしていない) | |
| 2 訪問歯科衛生指導 | | |
| 3 介護施設の口腔機能維持管理に係る連携 | | |
| 4 関東信越厚生局群馬事務所に届け出た在宅療養支援歯科診療所である | ① 届け出ている ② 届け出していないが、届け出る予定である ③ 届け出していない(予定もしていない) | |
| 5 貴院で訪問診療を行った患者数(平成28年4月～6月) | | |
| 6 貴院で訪問診療を行った回数(平成28年4月～6月) | | |
| 7 貴院で歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者数(平成28年4月～6月) | | |
| 8 貴院で歯科疾患在宅療養管理料を算定した回数(平成28年4月～6月) | | |
| 9 貴院が口腔機能管理加算(介護保険)を管理した施設数(平成28年4月～6月) | | |
| 10 貴院が口腔機能管理加算(介護保険)を算定した実施人数(平成28年4月～6月) | | |

(2) 患者に対する次の処置等の実施について、該当する回答区分の番号を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|------------------------|---|-----|
| 1 口腔ケア | ① 当該患者に対する処置等を行っている ② 行っていないが、必要なときには実施可能である ③ 連携する他の歯科医師を紹介する ④ 対応していない | |
| 2 摂食・嚥下障害に対するリハビリテーション | | |
| 3 簡易な外科手術 | | |

- (3) 貴院における在宅医療に関する他医療機関等との連携状況について、該当する回答区分の番号を記入してください
ア 医療機関等との連携について、該当する数字を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|-----------------|---|-----|
| 1 病院(歯科を除く)との連携 | ① 複数の医療機関と連携している ② ひとつの医療機関と連携している ③ 連携している医療機関はない | |
| 2 病院歯科との連携 | | |
| 3 医科診療所との連携 | | |
| 4 訪問看護事業所との連携 | ① 複数の訪問看護事業所と連携している ② ひとつの訪問看護事業所と連携している ③ 連携している訪問看護事業所はない | |
| 5 居宅介護支援事業所との連携 | | |
| | | |

イ 連携する医療機関等が行う多職種のカンファレンスへの参加回数

| 項目 | 回答欄 |
|--------------------------|-----|
| 多職種カンファレンスへの参加回数（平成27年度） | |

IV 医療の情報化や連携に関する設問

- (1) 貴院のレセプトコンピュータやホームページの導入状況について、該当する回答区分の番号を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|--------------|--|-----|
| 1 レセプトコンピュータ | ① 導入している ② 導入していないが、今後予定がある ③ 導入の予定はない | |
| 2 ホームページ | | |

V 医療機器の保有状況に関する設問

- (1) 貴院の医療機器の保有状況について、該当する回答区分の番号を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|------------------|-----------------------|-----|
| 1 パノラマX線装置 | ① 保有している ② 保有していない | |
| 2 デジタルX線装置 | | |
| 3 吸入麻酔装置 | | |
| 4 電気メス | | |
| 5 (歯科用)レーザー | | |
| 6 パルスオキシメーター | | |
| 7 自動体外式除細動器(AED) | | |
| 8 ポータブルユニット | | |
| 9 超音波洗浄器 | | |
| 10 オートクレーブ | | |
| 11 口腔外パキューム | | |
| 12 酸素ボンベ及び酸素マスク | | |
| 13 救急蘇生セット | | |

詳細な調査表に対するご協力ありがとうございます。

最後に必ず責任者の方(管理者又は院長)の確認をお願いします。

I 最終確認を行った責任者(管理者又は院長)について、記入してください。

| 項目 | | 回答区分 | 回答欄 |
|----|-----|------------------------|-----|
| 1 | 役職名 | ① 管理者 ② 院長 ③ 副院長 | |
| 2 | 氏名 | | |

II 群馬県保健医療計画への医療機関名の掲載について、該当する回答区分の番号を記入してください。

| 項目 | 回答区分 | 回答欄 |
|--------------|-------------------------|-----|
| 医療機関名の掲載について | ① 掲載に同意する ② 掲載に同意しない | |

※群馬県保健医療計画の改定において、各掲載項目ごとの基準等に該当した場合、医療機関名を掲載することについて、掲載の意思を確認するものです。

「② 掲載に同意しない」を記入した場合には、以下にその理由を記入してください。

本調査に対するご協力ありがとうございました。

※回答結果は公開の対象とされ、医療計画策定の基本データとなります。
誤りのないよう、もう一度、ご確認をお願いします。

※平成28年11月18日(金)までに、同封の返信用封筒で郵送してください。