

岩手県アレルギー疾患医療に関する基礎調査実施要領

1 調査の目的

平成 27 年度に施行された「アレルギー疾患対策基本法」に基づき、岩手県では、平成 30 年度に「アレルギー疾患医療連絡協議会」を設置し、本県におけるアレルギー疾患医療の現状把握に基づく医療機関における連携強化の重要性等について検討を行っている。

このため、本調査により、本県におけるアレルギー疾患医療提供体制の現状を把握し、アレルギー疾患医療提供体制の更なる整備及び医療機関間のネットワークづくり（アレルギー疾患相談者に対する情報提供を含む）に資することを目的とする。

2 実施主体

岩手県

3 調査対象

岩手県内における全医療機関 780 施設

（一般診療所 689 施設及び病院 91 施設、R1.8.1 時点、東北厚生局公表保健医療機関）

4 調査の時期

令和元年度内

5 調査項目

アレルギー疾患医療連絡協議会で検討した別添「岩手県アレルギー疾患医療に関する基礎調査票」により調査を行う。主な項目は以下のとおり。

- 日本アレルギー学会が作成したガイドラインの把握・活用状況
- アレルギー疾患診療実施状況
- アレルギー専門医等勤務状況
- アレルギー診断・治療の状況等

6 調査方法

- 岩手県保健福祉部健康国保課では、「岩手県アレルギー疾患医療に関する基礎調査票」を各医療機関に送付する。
- 各医療機関では、調査票に必要事項を記入し、FAX で健康国保課あて提出する。
※電子媒体を希望する医療機関は、下記メールアドレスで様式を請求又は下記 H P からダウンロードすること

<提出先>

岩手県保健福祉部健康国保課 〒020-8570 盛岡市内丸 10-1 FAX019-629-5474

電子媒体希望の際の E-mail アドレス AD0003@pref.iwate.jp

(<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/kenkou/kenkozukuri/1003009.html>)

7 調査票の提出期限

令和元年 11 月 20 日（水）

8 結果の集計及び公表

- (1) 健康国保課では、回収したアンケート調査のデータ入力、集計、解析及び作表等を行い、結果をとりまとめる。
- (2) 結果は、岩手県アレルギー疾患医療連絡協議会に報告・協議し、承認後、個別医療機関名等の個別情報を削除したうえで、健康国保課が公表を行う。

なお、個別医療機関名等を含む情報については、必要に応じて医療機関間のネットワークづくりのために活用するものとする。

岩手県アレルギー疾患医療に関する基礎調査

- ◆ 本調査は、本県におけるアレルギー疾患医療提供体制の現状を把握するために、岩手県保健福祉部健康国保課が、全医療機関を対象に実施するものです。
- ◆ 結果により、アレルギー疾患医療提供体制の更なる整備及び医療機関間のネットワークづくり（アレルギー疾患相談者に対する情報提供を含む）を進めます。
- ◆ 「記入上の注意」をご参照の上、各設問にお答えください。
- ◆ アレルギー疾患治療を行う診療科が複数ある場合は、複数診療科分を取りまとめの上、ご回答いただくか、回答診療科分をコピーいただき、個別にご回答お願いいたします。
- ◆ 調査票は、令和元年 11 月 20 日（水）までに、下記宛にお送りください
- ◆ 回答期限までに間に合わない設問がある場合は、後日 FAX 等でご回答いただければ幸いです。

— ご面倒をおかけいたしますが、何卒の御協力をお願いいたします —

ご不明な点は、下記担当までお問い合わせください

＜照会・提出先＞

〒020-8570 盛岡市内丸 10-1 岩手県保健福祉部健康国保課

担当：吉田（よしだ）、高橋（たかはし）

TEL：019-629-5468

FAX：019-629-5474

Email：AD0003@pref.iwate.jp

＜本調査結果の取扱について＞

- ・ 本調査において収集した情報は、岩手県保健福祉部健康国保課において厳重に管理し、本県におけるアレルギー疾患医療提供体制の更なる整備及び医療機関間のネットワークづくりの目的以外には使用しません。
- ・ 本調査結果は、とりまとめの上、医療機関名がわからない形で公表し、貴医療機関の承諾なく、個別の内容が公表されることはありません。

岩手県アレルギー疾患医療に関する基礎調査票

＜記入上の注意点＞

- 以下の設問に対し該当する選択肢番号・記号に○をつけ、() には字句を記載してください。
- 該当するものが複数ある場合は、該当するものすべてに○をつけてください
(該当する内容をすべて記載してください)。
- 選択肢から選ぶことが困難な場合は、欄外に文章で記載してください。
- 取組は、平成 30 年度の状況を記載してください。
- 本調査における「アレルギー疾患」とは、「気管支ぜん息」、「アトピー性皮膚炎」、「アレルギー性鼻炎」、「花粉症」、「アレルギー性結膜炎」、「食物アレルギー」を指します。

調査票記入日： 令和元年 月 日

貴医療機関の概要と調査ご回答者様・ご連絡先等を教えてください。

医療機関概要	医療機関名		
	所在地	〒 -	
	管理コード	(事務局使用欄)	
ご回答者の状況	ふりがな		
	氏名 (漢字)		
	所属		
	電話番号	TEL :	- -
	FAX 番号	FAX :	- -
	メールアドレス		

★診療科の取りまとめについて該当するものに☑を記載してください

☐ 全診療科分を取りまとめで回答

☐ 個別診療科で回答

※下記に回答診療科を記
(科)

● 以下の各設問にご回答をお願いいたします

A 貴医療機関の概要について

問 1	日本アレルギー学会で作成しているガイドラインをご存知ですか。
(1)	種類・内容を把握している (2) 知っているが読んでいない (3) 知らない
問 2	貴医療機関では、アレルギー疾患（「気管支ぜん息」、「アトピー性皮膚炎」、「アレルギー性鼻炎」、「花粉症」、「アレルギー性結膜炎」、「食物アレルギー」）のいずれかの治療を行っていますか
(1)	行っている (2) 行っていない

※ アレルギー疾患治療を行っていない場合は、ここで終了です。
このページのみを FAX してください。御協力ありがとうございました。

※ アレルギー疾患治療を行っている医療機関は、次ページ以降のご回答も
お願いいたします。

<p>問3 貴医療機関では、アレルギー疾患（上記6疾患）の治療をどの診療科で行っていますか。 該当する番号全てに○をつけてください。</p> <p>※ 診療科毎の個別回答である場合には、自診療科で治療しているアレルギー疾患をお選びください。</p>				
(1) 気管支ぜん息	① 内科	② 呼吸器科	③ アレルギー科	④ リウマチ科
	⑤ 小児科	⑥ 皮膚科	⑦ 耳鼻咽喉科	⑧ 眼科
	⑨ その他（ ）			
(2) アトピー性皮膚炎	① 内科	② 呼吸器科	③ アレルギー科	④ リウマチ科
	⑤ 小児科	⑥ 皮膚科	⑦ 耳鼻咽喉科	⑧ 眼科
	⑨ その他（ ）			
(3) アレルギー性鼻炎	① 内科	② 呼吸器科	③ アレルギー科	④ リウマチ科
	⑤ 小児科	⑥ 皮膚科	⑦ 耳鼻咽喉科	⑧ 眼科
	⑨ その他（ ）			
(4) 花粉症	① 内科	② 呼吸器科	③ アレルギー科	④ リウマチ科
	⑤ 小児科	⑥ 皮膚科	⑦ 耳鼻咽喉科	⑧ 眼科
	⑨ その他（ ）			
(5) アレルギー性結膜炎	① 内科	② 呼吸器科	③ アレルギー科	④ リウマチ科
	⑤ 小児科	⑥ 皮膚科	⑦ 耳鼻咽喉科	⑧ 眼科
	⑨ その他（ ）			
(6) 食物アレルギー	① 内科	② 呼吸器科	③ アレルギー科	④ リウマチ科
	⑤ 小児科	⑥ 皮膚科	⑦ 耳鼻咽喉科	⑧ 眼科
	⑨ その他（ ）			
<p>問4 岩手県アレルギー医療機関ネットワーク整備にかかる公表資料及びアレルギー疾患相談者に対する情報提供に貴医療機関の診療体制状況等を使用することに御同意いただけますか。</p>				
<p>(1) 同意する (2) 同意しない</p>				

B アレルギー疾患治療患者数について

<p>問5 貴医療機関（科）における以下のアレルギー疾患治療実患者数（※）を教えてください。</p> <p>※ 以下のアレルギー疾患病名（疑いを含む）がある患者で、平成30年度に診察・検査・診断・治療した実患者数を指します。 （例）年度中に2回以上受診した場合でも1人と数えます。</p>	
(1) 気管支ぜん息	実患者数（ ）人／年
(2) アトピー性皮膚炎	実患者数（ ）人／年
(3) 食物アレルギー	実患者数（ ）人／年
(4) アレルギー性鼻炎	実患者数（ ）人／年

(5) 花粉症	実患者数（ ）人／年
(6) アレルギー性結膜炎	実患者数（ ）人／年

C アレルギー専門医教育研修施設認定・指導医等勤務状況等について

問6 貴科における「日本アレルギー学会のアレルギー専門医教育研修施設」認定の有無について教えてください。		
(1) 認定されている (2) 認定されていない (問8にお進みください)		
問7 問6の施設に認定されている診療科名に○をつけ、回答日時点での認定有効期間をご記入ください。		
(1) 内科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
(2) 小児科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
(3) 皮膚科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
(4) 耳鼻咽喉科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
(5) 眼科系	認定期間（令和 年 月 日まで）	
問8 各診療科に在籍する日本アレルギー学会専門医（指導医含む）数をご記入ください。 ※ 常勤とは、勤務先医療機関の就業規則等で定められた勤務時間の全てを勤務する者を指し、非常勤とはそれ以外の者であり、「嘱託医」は非常勤に含みます。		
(1) 内科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
(2) 小児科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
(3) 皮膚科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
(4) 耳鼻咽喉科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人
(5) 眼科系	常勤専門医（ ）人	非常勤専門医（ ）人

D アレルギー診断・治療の状況等について

問9 貴医療機関（科）における可能な検査項目について教えてください（実施しているものすべてに○をつけてください）。		
(1) 血液検査（RAST）	(2) 肺機能検査	(3) 呼気 NO 検査
(4) 呼吸抵抗検査	(5) 気道過敏性試験	(6) プリックテスト
(7) パッチテスト		
(8) その他（ ）		
問10 貴医療機関（科）における「食物経口負荷試験（外来・入医療機関）の実施の有無と、「実施」している場合の平成30年度における実施件数についてご記入ください。		
(1) 外来食物経口負荷試験	実施（ ）件	・ 未実施
(2) 入院食物経口負荷試験	実施（ ）件	・ 未実施
問11 貴医療機関（科）における「アレルギー免疫療法（舌下・皮下）」の実施の有無と、「実施」している場合の平成30年度における症例数についてご記入ください。		

(1) 舌下免疫療法	実施 () 件 ・ 未実施	
(2) 皮下免疫療法	実施 () 件 ・ 未実施	
問 12 貴医療機関（科）におけるアナフィラキシーに関する対応（以下の(1)～(4)）を行っていますか。		
(1) エピペンの処方	実施 ・ 未実施	
(2) 「貴医療機関の受診歴が <u>ある</u> 」場合	① いつでも対応可 ② 診療時間内であれば対応可 ③ 曜日によっては可 ④ 不可 ⑤ その他 ()	
(3) 「貴医療機関の受診歴が <u>ない</u> 」場合	① いつでも対応可 ② 診療時間内であれば対応可 ③ 曜日によっては可 ④ 不可 ⑤ その他 ()	
(4) 「アレルギー疾患患者」に対する <u>エピペン自己注射の指導管理</u> の実施	① <u>実施</u> ➡	実施者の職種（複数選択可）
	② 未実施	医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士 その他 ()
問 13 貴医療機関（科）では <u>診療報酬算定の有無に関わらず、医師以外の医療スタッフによるアレルギー疾患患者に対する指導</u> （以下の(1)～(3)）を行っていますか。実施している場合は、実施者の職種全てに○をつけ、() 内に平均指導時間を記入してください（直近 1 年間の状況について教えてください）。 ※また、実施者の内、 <u>小児アレルギーエデュケーターの資格を有する人数</u> を () 内にご記入ください。		
(1) スキンケア指導	① <u>実施</u> ➡	実施者の職種（複数選択可）
	② 未実施	看護師 (分) 薬剤師 (分) 管理栄養士 (分) その他 () ※内、小児アレルギーエデュケーター数 () 人
(2) アレルギー疾患治療薬の服薬指導	① <u>実施</u> ➡	実施者の職種（複数選択可）
	② 未実施	薬剤師 (分) 看護師 (分) 管理栄養士 (分) その他 () ※内、小児アレルギーエデュケーター数 () 人
(3) 食物アレルギーに関する栄養指導	① <u>実施</u> ➡	実施者の職種（複数選択可）
	② 未実施	管理栄養士 (分) 看護師 (分) 薬剤師 (分) その他 () ※内、小児アレルギーエデュケーター数 () 人
問 14 貴医療機関（科）での診療にアレルギーに関する学会で作成しているガイドラインを活用していますか。活用している場合は、ガイドライン全てについてご記入ください。		

(1) <u>活用している</u> →	＜ガイドライン名＞
(2) 活用していない	
問 15 貴医療機関（科）では、地域住民等を対象としたアレルギー疾患に関する研修会または講演会を行っていますか。実施している場合は、平成 30 年度の実施回数についてご記入ください。 ※貴下職員が個別に依頼を受けて実施している場合も、把握できる範囲でご記入ください。	
(1) 未実施 ・ (2) <u>実施している</u> →	実施回数（ ）回／年
問 16 貴医療機関（科）では、地域住民等を対象としたアレルギー疾患に関する電話相談を行っていますか。実施している場合は、平成 30 年度の相談件数についてご記入ください。 ※貴下職員が個別に依頼を受けて実施している場合も、把握できる範囲でご記入ください。	
(1) 未実施 ・ (2) <u>実施している</u> →	相談件数（ ）回／年
問 17 貴医療機関では、 <u>学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）</u> を記載していますか。記載しているもの全てに○をつけてください。 ※学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）とは、アレルギー疾患をもつ児童生徒等の学校等における集団生活をより安心して安全なものとするため、アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切な対応を行うことを目的として、学校等に依頼を受けた保護者等から医療機関に提出され、特に配慮や健康管理が必要な内容について主治医が記載し、学校等に提出する様式のことを指します。	
(1) 記載していない ・ (2) <u>記載している</u> →	① 保育所・幼稚園等施設用 ② 学校（小・中・高）用 ③ その他（ ）

質問は以上です。御協力いただき、誠にありがとうございました。

※ご意見等ございましたら、ご記入をお願いいたします。