

医療機能実態調査調査票

〔 北海道・千葉県・東京都・静岡県
大阪府・兵庫県・鹿児島県 〕

北海道

(病院)

1. 基礎項目

※必要事項を記入してください。

記入者名	所属部署名	氏名	電話番号	—	—

※調査票の記載内容に関する確認が必要となった場合に窓口として対応していただける方の所属、氏名、電話番号を記入してください。

医療機関名称	フリガナ	
	正式名称	
	英語（ローマ字）表記	
医療機関所在地	住所	

併設している介護関係施設等

※それぞれの施設類型ごとに併設施設がある場合に「1」を記入願います。

介護関係施設等	併設有の場合「1」を記入	介護関係施設等	併設有の場合「1」を記入
介護老人福祉施設		（介護予防）短期入所生活介護事業所	
介護老人保健施設		（介護予防）短期入所療養介護事業所	
居宅介護支援事業所		（介護予防）特定施設（有料老人ホーム等）	
介護予防支援事業所		（介護予防）認知症対応型通所介護事業所	
老人介護支援センター		（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所	
（介護予防）訪問看護ステーション		（介護予防）認知症対応型グループホーム	
（介護予防）通所介護事業所		地域密着型特定施設（有料老人ホーム等）	
（介護予防）通所リハビリテーション事業所		地域密着型介護老人福祉施設	

※併設～通常一体とみなせる範囲であり、施設がつながっているもの、同一敷地内に所在するものとします。（一体性があれば、道路をはさんでも併設とします。）

2. 標榜科目、病床数

貴院の診療科目（標榜科目）、
科目ごとの医師数・歯科医師数についてお答え下さい。

※標榜科目であるが、外来診療を受け付けていない場合は「外来不可」欄に「1」を記入してください。

※入院患者を受け入れられる科目については、「入院受入」欄に「1」を記入してください。

※科目ごとの医師数・歯科医師数については、一人の医師・歯科医師が複数の診療科を兼任している場合は、主な診療科について左欄に、従たる診療科について右欄に計上してください。

※各科の医師数の合計が医師総数に一致します。

※歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科については、歯科医師数を記入願います。

科目名	標榜有の場合「1」を記入	外来不可	入院受入	医師数		科目名	標榜有の場合「1」を記入	外来不可	入院受入	医師数	
				主な診療科とする医師数（常勤換算）	従たる診療科とする医師数（常勤換算）					主な診療科とする医師数（常勤換算）	従たる診療科とする医師数（常勤換算）
内科						眼科					
消化器科						耳鼻咽喉科					
胃腸科						気管食道科					
循環器科						皮膚科					
呼吸器科						泌尿器科					
心療内科						性病科					
神経科						産科					
神経内科						婦人科					
精神科						肛門科					
小児科						放射線科					
外科						麻酔科					
呼吸器外科						アレルギー科					
心臓血管外科						リウマチ科					
脳神経外科						リハビリテーション科					
整形外科						歯科					
形成外科						歯科口腔外科					
美容外科						小児歯科					
小児外科						矯正歯科					
医師総数						歯科医師総数					

病床種別及び届出・許可病床数	総病床数		床（一般		床 療養		床（うち介護保険適用		床）
	精神		床 結核		床 感染症		床）		

3. 人員体制等

※職種毎に常勤換算後の人数を記入して下さい。

職種		常勤換算 人数	医療従事者の人員配置		常勤換算 人数	医療従事者の人員配置		常勤換算 人数		
看護師			診療放射線技師			はり師				
准看護師			診療エックス線技師			きゅう師				
助産師			歯科衛生士			義肢装具士				
保健師			歯科技工士			管理栄養士				
薬剤師			臨床検査技師			精神保健福祉士				
理学療法士			衛生検査技師			医療ソーシャルワーカー				
作業療法士			臨床工学技士			臨床心理技術者				
視能訓練士			あん摩マッサージ指圧師			保育士				
言語聴覚士			柔道整復師			その他				
看護配置 (入院基本料)	病床別の 看護配置	一般 (: 1)	療養 (: 1)	(うち介護保険適用 (: 1))
		精神 (: 1)	結核 (: 1)	感染症 (: 1)

※看護配置については、算定している入院基本料の区分により記入願います。

医療安全対策加算の届出 (届出有りの場合、右欄に「1」を記入)	
---------------------------------	--

4. 学会認定医・専門医

※広告可能な専門医に関し、常勤医師については人数を、非常勤医師については当該専門医の勤務がある場合「1」を記入して下さい。

学会認定医・専門医	常勤 (人)	非常勤 (有無)	学会認定医・専門医	常勤 (人)	非常勤 (有無)
整形外科専門医（（社）日本整形外科学会）			細胞診専門医（特定非営利活動法人日本臨床細胞学会）		
皮膚科専門医（（社）日本皮膚科学会）			透析専門医（（社）日本透析医学会）		
麻酔科専門医（（社）日本麻酔科学会）			脳神経外科専門医（（社）日本脳神経外科学会）		
放射線科専門医（（社）日本放射線学会）			リハビリテーション科専門医（（社）日本リハビリテーション医学会）		
眼科専門医（（財）日本眼科学会）			老年病専門医（（社）日本老年医学会）		
産婦人科専門医（（社）日本産科婦人科学会）			心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人日本胸部外科学会）		
耳鼻咽喉科専門医（（社）日本耳鼻咽喉科学会）			心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人日本血管外科学会）		
泌尿器科専門医（（社）日本泌尿器科学会）			心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会）		
形成外科専門医（（社）日本形成外科学会）			呼吸器外科専門医（特定非営利活動法人日本胸部外科学会）		
病理専門医（（社）日本病理学会）			呼吸器外科専門医（特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会）		
内科専門医（（社）日本内科学会）			消化器内視鏡専門医（（社）日本消化器内視鏡学会）		
外科専門医（（社）日本外科学会）			小児外科専門医（特定非営利活動法人日本小児外科学会）		
糖尿病専門医（（社）日本糖尿病学会）			神経内科専門医（有限責任中間法人日本神経学会）		
肝臓専門医（（社）日本肝臓学会）			リウマチ専門医（有限責任中間法人日本リウマチ学会）		
感染症専門医（（社）日本感染症学会）			歯周病専門医（特定非営利活動法人日本歯周病学会）		
救急科専門医（有限責任中間法人日本救急医学会）			乳腺専門医（有限責任中間法人日本乳癌学会）		
血液専門医（（社）日本血液学会）			臨床遺伝専門医（有限責任中間法人日本人類遺伝学会）		
循環器専門医（（社）日本循環器学会）			漢方専門医（（社）日本東洋医学会）		
呼吸器専門医（（社）日本呼吸器学会）			レーザー専門医（特定非営利活動法人日本レーザー医学会）		
消化器病専門医（（財）日本消化器病学会）			気管支鏡専門医（特定非営利活動法人日本呼吸器内視鏡学会）		
腎臓専門医（（社）日本腎臓学会）			歯科麻酔専門医（有限責任中間法人日本歯科麻酔学会）		
小児科専門医（（社）日本小児科学会）			小児歯科専門医（有限責任中間法人日本小児歯科学会）		
口腔外科専門医（（社）日本口腔外科学会）			アレルギー専門医（（社）日本アレルギー学会）		
内分泌代謝科専門医（（社）日本内分泌学会）			核医学専門医（有限責任中間法人日本核医学会）		
消化器外科専門医（有限責任中間法人日本消化器外科学会）			気管食道科専門医（特定非営利活動法人日本気管食道科学会）		
超音波専門医（（社）日本超音波医学会）					

5. 保有する施設及び設備機器情報

①施設設備

(ICU、SCU、広範囲熱傷集中治療室については、厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものを記載してください。CCUについては、ICUのうち専ら心疾患患者に対応しているものについて記載してください。)

施設名	有の場合「1」を記入	数量	施設名	有の場合「1」を記入	数量
集中治療室 (ICU) (CCUを除く)		床	無菌治療室		床
冠疾患専用集中治療室 (CCU)		床	機能訓練室		m
脳卒中専用集中治療室 (SCU)		床	精神科保護室		床
呼吸器疾患専用集中治療室 (RCU)		床	病理解剖室		—
新生児用集中治療室 (NICU)		床	高圧酸素治療室		室
母体胎児集中治療室 (MFICU)		床	患者搬送車 (病院救急車)		台
広範囲熱傷集中治療室		床	新生児搬送車		台
手術室		室			

②診断及び治療機器

(保有している場合は「1」を、外部委託しており病院機能として対応可能である場合は「2」を記入してください)

	記入欄		記入欄	記入欄
MRI (核磁気共鳴断層撮影装置) : 1.5テスラ以上		眼底カメラ		血液透析装置
MRI (核磁気共鳴断層撮影装置) : その他		上部消化管内視鏡		重心動揺計
超音波診断装置 (心臓)		心電図計		硝子体手術装置
超音波診断装置 (腹部)		下部消化管内視鏡		ERG測定装置
超音波診断装置 (婦人科)		レーザー光凝固装置		IABP駆動装置
超音波診断装置 (泌尿器科)		脳波計		エルゴメーター運動負荷装置
超音波診断装置 (体表臓器)		アルゴンレーザー光凝固装置		加速度脈波計
超音波内視鏡		ホルター心電図計		気管支内視鏡
腹腔鏡		血圧脈波検査装置 (PWV及びABI)		超音波診断装置 (頸動脈)
耳鼻咽喉科内視鏡		HbA1c測定器 (HPLC法)		経鼻内視鏡
婦人科内視鏡		尿分析装置		その他 ()
泌尿器科内視鏡		脈波測定装置 (指尖脈波)		その他 ()
生体情報監視装置		コルポスコープ		その他 ()
分娩監視装置		トレッドミル		その他 ()
視野計		肺機能測定装置 (スパイロメーター)		その他 ()

③放射線関連機器

(保有している場合は「1」を、外部委託しており病院機能として対応可能である場合は「2」を記入してください)

○X線装置

	記入欄		記入欄		記入欄
一般X線撮影装置		マルチスライスCT (MDCT)		コンピューテッドラジオグラフィ (CR)	
X線間接撮影装置		血管造影撮影装置 (アンギオ)		マンモグラフィー	
X線断層撮影装置		外科用イメージ		DR装置 (デジタルラジオグラフィ)	
X線TV装置		移動用X線装置 (ポータブル)		その他 ()	
X線CT装置		位置決め装置 (シミュレータ)		その他 ()	

○診療用高エネルギー放射線発生装置

	記入欄		記入欄		記入欄
ベータトロン		直線加速装置 (リニアック)		その他 ()	
マイクロトロン		医療用サイクロトロン		その他 ()	

○診療用放射線発生装置

	記入欄		記入欄		記入欄
C ⁶⁰ 照射装置		ガンマナイフ		その他 ()	
マイクロセレクトロン		サイバーナイフ		その他 ()	
ラルストロン		粒子線治療装置		その他 ()	

OR I 機器

	記入欄		記入欄
RI検査装置 (シンチカメラ等)		その他 ()	
PET		その他 ()	
SPECT		その他 ()	

④血清、解毒剤等

※保有している場合、「1」を記入して下さい。

		記入欄		記入欄		記入欄
保有血液血清	輸血用血液		まむし血清		破傷風血清	
	コレラワクチン		ジフテリア血清		ガス壊疽ワクチン	
	狂犬病ワクチン		ウイルス病ワクチン		ボツリヌスワクチン	
解毒剤	シアン解毒剤		ヒ素解毒剤		有機リン解毒剤	
	亜硝酸アミル		BAL		PAM	
	亜硝酸ナトリウム					
	チオ硫酸ナトリウム					
特殊救急薬	ダントリウム					

6. 連携体制等

※貴院における他の医療機関等との連携体制の整備状況等についてお答え下さい。

地域医療連携体制の有無	医療連携に係る窓口（有りの場合「1」を右欄に記入）		
	窓口の名称		
	主な機能（該当するもの全てについて「1」を右欄に記入）	退院計画の作成	
		在宅医療への調整	
		介護保険との調整	
		他の医療機関（歯科を含む）への紹介及び逆紹介	
		その他（ ）	
	開放型病床 （設置有りの場合「1」・5年以内に設置予定の場合「2」を右欄に記入）		
	医療機器等の共同利用 （実施している場合「1」・5年以内に実施予定の場合「2」を右欄に記入）		
	地域連携クリティカルパス （導入済みの場合「1」・5年以内に導入予定の場合「2」を右欄に記入）		
対象疾病			
連携対象医療機関等名称			
地域の保健サービス又は福祉サービスを提供する者との連携体制の有無	地域の保健サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口（有りの場合「1」を右欄に記入）		
クリティカル・パス実施の有無	入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無（導入済みの場合「1」・5年以内に導入予定の場合「2」を右欄に記入）		
セカンド・オピニオンの対応の有無	セカンド・オピニオンのための診療情報提供の可否（情報提供可能な場合「1」を右欄に記入）		
	セカンド・オピニオンのための診療の可否（診療可能な場合「1」を右欄に記入）		

※地域連携クリティカルパスについては、対象疾患ごとに複数の医療機関において共有される診療計画（文書化されたもの）を指し、診療報酬上の「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」算定の有無を問いません。

7. 対応可能な疾患・治療内容

※各疾病・事業の実施状況等について、以下の設問にお答え下さい（貴院で診療等を実施していない場合は記入を要しません）。

I がん（肉腫等を含む悪性腫瘍全般。）

(1) がん診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「II 脳卒中」へ）				
(2) 実施しているがんの部位別治療法	治療方法	実施状況		クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入）
		実施している場合「1」を下欄に記入	件数（平成18年度）	
部位別がん				
1 脳腫瘍	手術療法			
	うち経耳的聴神経腫瘍摘出術			
	うち経鼻的下垂体腫瘍摘出術			
	化学療法			
	放射線療法			
2 咽頭がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
3 口腔がん（舌がん等）	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
4 喉頭がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
5 甲状腺がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
6 乳がん	手術療法			
	うち乳がん冷凍凝固摘出術			
	乳房再建術			
	化学療法			
	放射線療法			
7 肺がん	手術療法			
	うち胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			
	早期肺がん光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			
8 食道がん	手術療法			
	うち早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術			
	表在性食道悪性腫瘍光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			

(2) 実施しているがんの部位別治療法	治療方法	実施状況		クリティカルパス作成の有無(作成している場合「1」を下欄に記入)
		実施している場合「1」を下欄に記入	件数(平成18年度)	
部位別がん				
9 胃がん	手術療法			
	うち内視鏡的悪性腫瘍切除術			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術			
	表在性早期胃がん光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			
10 胆のうがん・胆管がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下胆のう摘出術			
	化学療法			
	放射線療法			
11 肝がん	手術療法			
	エタノールの局所注入			
	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法			
	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法			
	肝動脈塞栓術			
	化学療法			
	放射線療法			
12 膵臓がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
13 大腸がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍切除術			
	うち内視鏡的悪性腫瘍切除術			
	化学療法			
	放射線療法			
14 腎がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術			
	化学療法			
	放射線療法			
15 膀胱がん	手術療法			
	うち経尿道的手術			
	化学療法			
	放射線療法			

(2) 実施しているがんの部位別治療法	治療方法	実施状況		クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入）
		実施している場合「1」を下欄に記入	件数（平成18年度）	
16 前立腺がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術			
	化学療法			
	放射線療法			
	内分泌療法			
17 子宮がん	手術療法			
	レーザー照射治療			
	光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			
18 卵巣がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
19 悪性リンパ腫	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
	骨髄移植等の移植治療			
20 白血病	化学療法			
	放射線療法			
	骨髄移植等の移植治療			

(3) 連携状況		医療機関名
他施設へ 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	
	口腔問題対応のための紹介	
他施設から紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	

II 脳卒中

(1) 脳卒中診療について (実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「III 急性心筋梗塞」へ)			
(2) 受け入れ可能な脳卒中患者の状態 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入)	1 急性期 (脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態)		
	2 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)		
	3 療養期、あるいは維持期 (脳卒中急性期、回復期を経た患者で、身体機能の維持等が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり)		
(3) 脳卒中急性期患者に対する検査・治療 (それぞれについて、いつでも対応可能な場合「1」を、曜日・時間帯により対応可能な場合「2」を、対応不可の場合「3」を右欄に記入)		通常診療 時間帯	診療時間 外
1 放射線等機器検査 (MRI、CT等)			
2 臨床検査			
3 治療 (開頭手術、脳血管手術等)			
(4) 脳卒中急性期患者を受け入れる専用病棟等の設置状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) ※SCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している場合、病床数を記入	1 脳卒中専用集中治療室 (SCU) 又はそれに準じた専用病棟を設置している 病床数(床)		
	診療報酬上の脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出について		
	1 届出している		
	2 今後届出したい		
	3 届出は考えていない		
2 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			
3 設置していない			
(5) 脳卒中の急性期リハビリテーションの実施状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 急性期リハビリテーションを実施している		
	2 急性期医療のみ実施しており、リハビリテーションが必要な患者は他の病院等に紹介している		
	3 その他 ()		
(6) 実施している脳卒中の治療方法		実施状況	
治療方法		実施している場合「1」を下欄に記入	クリティカルパス作成の有無 (作成している場合「1」を下欄に記入)
急性期の全身管理		件数 (平成18年度)	
脳内血腫除去術			
脳血管内手術 (コイル塞栓術等)			
脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング			
開頭手術 (バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等)			
動脈血栓内膜摘出術			
経皮的脳血管形成術 (バルーン・ステント等)			
t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法 (発症後3時間以内)			

(7) 脳卒中回復期患者の受け入れ範囲 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 入院・外来とも受け入れている	
	2 入院のみ受け入れている	
	3 外来のみ受け入れている	
(8) 脳卒中患者がリハビリテーション目的で入院できる病床 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 あり	病床数(床)
	2 なし	
(9) 脳卒中維持期患者の受け入れ範囲 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 入院・外来とも受け入れている	
	2 入院のみ受け入れている	
	3 外来のみ受け入れている	
(10) 脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 実施している	
	2 実施していない	
(11) 脳卒中維持期患者に対する口腔ケアの実施状況(実施している場合、右欄に「1」を記入)		
(12) 連携状況		医療機関名
他施設へ紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	
	口腔問題対応のための紹介	
他施設から紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	

Ⅲ 急性心筋梗塞

(1) 急性心筋梗塞診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「Ⅳ 糖尿病対策」へ）				
(2) 冠疾患専用集中治療室（CCU）等の設置状況 （それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入） ※CCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している場合、病床数を記入	1 CCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している	病床数（床）		
	2 専用ではないが、主として急性心筋梗塞患者を受け入れる病棟を決めている			
	3 設置していない			
(3) 急性心筋梗塞患者に対する検査・治療（それぞれについて、いつでも対応可能な場合「1」を、曜日・時間帯により対応可能な場合「2」を、対応不可の場合「3」を右欄に記入）		通常診療時間帯	診療時間外	
1 放射線等機器検査（心電図、冠血管造影等）				
2 臨床検査（血清マーカー検査等）				
3 治療（開胸手術、経皮的冠動脈形成術等）				
(4) 実施している急性心筋梗塞の治療方法		実施状況		クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入）
治療方法		実施している場合「1」を下欄に記入	件数（平成18年度）	
急性期の全身管理				
抗不整脈治療				
冠動脈バイパス手術				
冠動脈閉塞に対する経皮的治療（カテーテルによる治療）				
経静脈的血栓溶解療法				
(5) 連携状況		医療機関名		
他施設へ紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介			
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介			
他施設から紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介			
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介			

Ⅳ 糖尿病対策について

(1) 糖尿病診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「Ⅴ 周産期医療」へ）		
(2) 糖尿病診療スタッフの配置状況	常勤	非常勤（非常勤スタッフが配置されている場合下欄に「1」を記入）
1 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士	人	
2 糖尿病の患者に対する指導に従事する管理栄養士	人	
(3) 実施している糖尿病の治療方法		実施状況
治療方法		実施している場合「1」を下欄に記入
経口血糖降下薬		
インスリン療法		
強化インスリン療法		
インスリン皮下持続注入療法		
人工膵臓		
(4) 人工透析を必要とする糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性足病変への対応状況 （該当するもの全てについて右欄に「1」を記入）	人工透析を必要とする糖尿病性腎症	
	糖尿病性網膜症	
	糖尿病性神経症	
	糖尿病性足病変（足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽）	
(5) 糖尿病教育入院及び糖尿病教室（日帰り）の実施状況 （それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入）	1 教育入院と日帰り教室の両方を実施している	
	2 教育入院のみを実施している	
	3 日帰り教室のみを実施している	
	4 いずれも実施していない	
(6) 糖尿病指導の実施状況		それぞれの指導方法について、実施している場合「1」を下欄に記入
1 運動指導		
2 栄養（食生活）指導		
3 禁煙指導		
4 生活指導		
(7) 関係機関との連携 （該当するもの全てについて、右欄に「1」を記入）	1 医療機関（歯科を含む）との連携	
	連携内容（ ）	
	2 保健所、市町村保健センターとの連携	
連携内容（ ）		
3 職域、産業保健部門との連携		
連携内容（ ）		

(8) 連携状況		医療機関名
他施設へ 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	口腔問題対応のための紹介	
他施設から 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	

V 周産期医療について

(1) 周産期医療の状況		周産期医療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「V」救急医療」へ）		
項目		対応可能な場合下欄に「1」を記入	件数 (平成18年度)	
分娩				件
うち帝王切開術				件
うち選択的帝王切開術				件
うち緊急帝王切開術				件
うち出生体重1000g未満				件
うち出生体重1,000～1,500g未満				件
ハイリスク妊産婦共同管理				件
母体搬送受け入れ				件
うち緊急搬送受け入れ				件
他の医療機関への母体搬送依頼件数				件
他の医療機関への新生児搬送依頼件数				件
MFIICU入院患者数				人
NICU入院患者数		総数		人
		うち院内出生		人
		うち院外出生（新生児搬送数）		人
妊婦健診（実施している場合右欄に「1」を記入）				
不妊治療（実施している場合右欄に「1」を記入）				
(2) 連携状況		医療機関名		
他施設へ紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介			
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介			
	口腔問題対応のための紹介			
他施設から紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介			
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介			

VI 救急医療について

(1) 時間外救急診療への対応（対応している場合、右欄に「1」を記入。対応していない場合→「7 災害医療」へ）	
(2) 救急告示の有無（救急告示医療機関である場合、右欄に「1」を記入）	
(3) 救急医療体制（以下のそれぞれの項目について該当する場合、それぞれ右欄に「1」を記入）	
1 在宅当番医制への参加	
2 病院群輪番制への参加	
3 救命救急センター	
(4) 時間外救急診療における医師・看護師等の配置状況	
1 常勤の救急専任医師（配置がある場合「1」を、救急科専門医資格保有者の配置がある場合「2」を右欄に記入）	
2 常勤の病棟兼任医師（配置がある場合「1」を、救急科専門医資格保有者の配置がある場合「2」を右欄に記入）	
3 医師オンコール体制の有無（体制がある場合、右欄に「1」を記入）	
4 専任の看護師（配置がある場合、右欄に「1」を記入）	
5 放射線技師（配置がある場合「1」を、必要に応じオンコール体制をとっている場合は「2」を右欄に記入）	
6 臨床検査技師（配置がある場合「1」を、必要に応じオンコール体制をとっている場合は「2」を右欄に記入）	
(5) 患者、家族等からの電話相談体制の有無（体制がある場合、右欄に「1」を記入）	
(6) AEDの整備の有無（整備がある場合、右欄に「1」を記入）	
(7) 除細動器の整備の有無（整備がある場合、右欄に「1」を記入）	

(8) 休日・夜間（深夜を含む）の救急対応

診療科目名	救急当番日	当番日以外
	（それぞれの診療科について、常勤配置により診療可能な場合「1」を、オンコールで診療可能な場合「2」を下欄に記入）	（それぞれの診療科について、常勤配置により診療可能な場合「1」を、オンコールで診療可能な場合「2」を下欄に記入）
1 内科		
2 整形外科		
3 小児科		
4 精神科		
5 産科		
6 耳鼻咽喉科		
7 眼科		
8 脳神経外科（開頭手術が可能）		
9 循環器科（心臓カテーテルが可能）		
10 消化器外科（開腹術が可能）		
11 多発外傷への対応		
12 重度熱傷への対応		
13 口腔・顎・顔面外傷等への対応		

(9) 転院搬送医療機関の有無 (それぞれの診療科について、転院先がある場合は「1」を右欄に記入)	診療科目名	転院先の有無
	1 内科	
	2 整形外科	
	3 小児科	
	4 精神科	
	5 産科	
	6 耳鼻咽喉科	
	7 眼科	
	8 脳神経外科	
	9 循環器科	
	10 消化器外科	
	11 歯科口腔外科	

Ⅶ 災害医療について

(1) 災害対応の状況 (整備済みのものについて、その番号を右欄に記入)

1 自家発電装置 2 貯水設備 3 医薬品の備蓄 4 飲料水の備蓄 5 食料の備蓄 6 毛布の備蓄 7 簡易ベッド 8 非常用通信設備 9 非常用燃料 10 ヘリポート 11 医療救護班の編成 12 テント 13 耐震化 14 災害出勤用車両 15 災害医療派遣チーム(DMAT) 16 防災マニュアル						

Ⅶ 対応可能な在宅医療の内容

※対応可能なものについて、所定の欄に「1」を記入するとともに、平成18年度中の延べ対応件数を記入願います。

在宅医療の内容	該当するものについて、下欄に「1」を記入	件数（平成18年度）	在宅医療の内容	該当するものについて、下欄に「1」を記入	件数（平成18年度）
在宅医療	—	—	在宅自己疼痛管理指導管理		
往診（24時間往診可能）			在宅肺高血圧症患者指導管理		
往診（上記以外）			在宅気管切開患者指導管理		
地域連携退院時共同指導			寝たきり老人訪問指導管理		
在宅患者訪問診療			診療内容	—	—
在宅時医学総合管理			点滴の管理		—
在宅末期医療総合診療			中心静脈栄養		—
救急搬送診療			腹膜透析		—
在宅患者訪問看護・指導			酸素療法		—
在宅患者訪問点滴注射管理指導			経管栄養		—
在宅訪問リハビリテーション指導管理			疼痛の管理		—
訪問看護指示			褥瘡の管理		—
在宅患者訪問薬剤管理指導			人工肛門の管理		—
在宅患者訪問栄養食事指導			人工膀胱の管理		—
在宅療養指導	—	—	レスピレーター（人工呼吸器）		—
退院前在宅療養指導管理			モニター測定（血圧・心拍等）		—
在宅自己注射指導管理			尿カテーテル（留置カテーテル等）		—
在宅自己腹膜灌流指導管理			気管切開部の処置		—
在宅血液透析指導管理			在宅ターミナルケアの対応		—
在宅酸素療法指導管理			歯科治療		—
在宅中心静脈栄養法指導管理			連携の有無	—	—
在宅成分栄養経管栄養法指導管理			病院		—
在宅自己導尿指導管理			診療所		—
在宅人工呼吸指導管理			訪問看護ステーション		—
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理			居宅介護支援事業所		—
在宅悪性腫瘍患者指導管理			訪問介護事業所（ヘルパーステーション）		—
在宅寝たきり患者処置指導管理			薬局		—

IX 緩和ケアについて

(1) 緩和ケアの実施状況 (該当するものについて右欄に「1」を記入。届出を行っている場合、該当する病床数を記入)	緩和ケアについて(実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「Xへき地医療対策」へ)					
	1 緩和ケア病棟入院料の届出を行っている 緩和ケア病棟の病床数(床)					
	2 緩和ケア診療加算の届出を行っている 緩和ケア専用病床数(床)					
	3 上記1, 2には該当しないが、緩和ケアを提供している。					
(2) 緩和ケア病棟又は緩和ケアチームにおける各職種の人数	1 医師		人	6 臨床心理士		人
	2 歯科医師		人	7 薬剤師		人
	3 看護職員		人	8 管理栄養士・栄養士		人
	4 看護補助職員		人	9 ボランティア		人
	5 医療社会事業従事者		人	10 その他		人
	(3) 緩和ケア外来の設置状況及び平成18年度における外来患者数 設置状況(設置している場合、右欄に「1」を記入) 外来患者数(人)					
(4) 在宅療養患者への緩和ケア提供体制 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入)	1 訪問診療を実施している			4 急変時に一般病棟への入院を受け入れている		
	2 訪問看護を実施している			5 診療所又は訪問看護ステーションを支援している		
	3 急変時に緩和ケア病棟への入院を受け入れている			6 積極的な実施体制を整備していない		
(5) 緩和ケア病棟又は緩和ケアチームが連携している診療所や訪問看護ステーションの箇所数	1 診療所(箇所)					
	2 訪問看護ステーション(箇所)					
(6) 緩和ケア実施に関する課題 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入)	1 緩和ケアを必要とする患者が少ない、またはいない					
	2 緩和ケアチームの設置など人員体制を整備するのが難しい					
	3 緩和ケア病棟または病床を整備するのが難しい					
	4 緩和ケアの実施は採算性が悪い					
	5 その他					
(7) 緩和ケアの実施に関する課題について今後の予定 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入)	1 緩和ケア病棟入院料の施設基準の届出を行う予定がある					
	2 緩和ケア加算の施設基準の届出を行う予定がある					
	3 上記1, 2には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供する予定がある					
	4 当面の間は現状を維持する予定である					
	5 今のところ未定である					

X ヘき地医療対策について

※それぞれの項目について実施している場合、実施状況等欄に「1」を記入するとともに、巡回診療、へき地からの紹介・搬送患者の受入、遠隔医療支援については対象地区名、医師派遣、代診医の派遣、へき地からの紹介・搬送患者の受入、遠隔医療支援については対象医療機関名を記入（複数ある場合は列記）願います。

(1) ヘき地医療支援等の実施状況 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入。実施している場合には、対象となる地区、医療機関名等を記入)	ヘき地医療支援について(実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「X」アレルギー疾患対策へ)	
	支援内容等	実施状況等(平成18年度)
	1 無医地区等への巡回診療	
	2 ヘき地診療所等への医師派遣	
	3 代診医の派遣	
	4 ヘき地からの紹介・搬送患者の受け入れ	
5 遠隔医療支援		

※へき地～無医地区、無医地区に準ずる地区及びへき地診療所が所在する地区をいいます。

XI アレルギー疾患対策について

(1) 対応しているアレルギー疾患	アレルギー疾患診療について(実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「8. 対応可能な介護保険サービス」へ)	
	疾患名	実施状況 対応可能な場合下欄に「1」を記入
	喘息(乳児期)	
	喘息(幼小児期)	
	喘息(成人期)	
	アレルギー性鼻炎(通年性)	
	花粉症	
	食物アレルギー	
	アトピー性皮膚炎(乳児期)	
	アトピー性皮膚炎(幼小児期)	
	アトピー性皮膚炎(成人期)	
	シックハウス症候群	
	化学物質過敏症	
歯科金属アレルギー		
(2) 連携状況		医療機関名
他施設へ紹介	専門的な治療等を行うための紹介	
他施設から紹介	専門的な治療等を行うための紹介	

8. 対応可能な介護保険サービス（該当するもの全てについて下欄に「1」を記入して下さい。）

介護保険サービスの内容	対応の有無	介護保険サービスの内容	対応の有無
施設サービス	—	介護予防支援	—
介護老人福祉施設サービス		介護予防支援	
介護老人保健施設サービス		介護予防サービス	—
介護療養型医療施設サービス		介護予防訪問介護	
居宅介護支援	—	介護予防訪問入浴介護	
居宅介護支援		介護予防訪問看護	
居宅サービス	—	介護予防訪問リハビリテーション	
訪問介護		介護予防居宅療養管理指導	
訪問入浴介護		介護予防通所介護	
訪問看護		介護予防通所リハビリテーション	
訪問リハビリテーション		介護予防短期入所生活介護	
居宅療養管理指導		介護予防短期入所療養介護	
通所介護		介護予防特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）	
通所リハビリテーション		介護予防福祉用具貸与	
短期入所生活介護		特定介護予防福祉用具販売	
短期入所療養介護		介護予防地域密着型サービス	—
特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）		介護予防認知症対応型通所介護	
福祉用具貸与		介護予防小規模多機能型居宅介護	
特定福祉用具販売		介護予防認知症対応型共同生活介護	
地域密着型サービス	—		
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			

9. 人間ドック、専門外来等の実施状況について（該当するもの全てについて下欄に「1」を記入して下さい。）

専門外来等	実施の有無	専門外来等	実施の有無	専門外来等	実施の有無
短期滞在手術		膝関節		老人性認知症疾患	
循環器疾患		顎関節		物質依存症（アルコール・薬物等）	
ペースメーカー		スポーツ		てんかん	
高血圧		透析		心身症	
肝疾患		前立腺		睡眠障害	
肥満		代謝異常		神経症性障害（不安障害・強迫性障害・パニック障害等）	
糖尿病		栄養		性同一性障害	
甲状腺		摂食嚥下障害		ペインクリニック	
血液		人間ドック		東洋医学	
膠原病		不妊		女性専門	
禁煙		乳腺		引きこもり	
頭痛		更年期		セカンド・オピニオン	
もの忘れ		喘息		言語障害	
めまい		アレルギー		健康診断	
難聴		遺伝		健康相談	
ストーマ（人工肛門・人工膀胱）		小児神経		助産師外来	
リウマチ		児童・思春期		その他（ ）	
腰痛		発達障害（自閉症、学習障害等）		その他（ ）	
肩関節		パーソナリティ障害		その他（ ）	
股関節		摂食障害		その他（ ）	

北海道

(診療所)

調査票

1. 基礎項目

※必要事項を記入してください。

記入者名	所属部署名	氏名	電話番号	—	—

※調査票の記載内容に関する確認が必要となった場合に窓口として対応していただける方の所属、氏名、電話番号を記入してください。

医療機関名称	フリガナ	
	正式名称	
	英語（ローマ字）表記	
医療機関所在地	住所	

併設している介護関係施設等

※それぞれの施設類型ごとに併設施設がある場合に「1」を記入願います。

介護関係施設等	併設有の場合「1」を記入	介護関係施設等	併設有の場合「1」を記入
介護老人福祉施設		(介護予防) 短期入所生活介護事業所	
介護老人保健施設		(介護予防) 短期入所療養介護事業所	
居宅介護支援事業所		(介護予防) 特定施設(有料老人ホーム等)	
介護予防支援事業所		(介護予防) 認知症対応型通所介護事業所	
老人介護支援センター		(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所	
(介護予防) 訪問看護ステーション		(介護予防) 認知症対応型グループホーム	
(介護予防) 通所介護事業所		地域密着型特定施設(有料老人ホーム等)	
(介護予防) 通所リハビリテーション事業所		地域密着型介護老人福祉施設	

※併設～通常一体とみなせる範囲であり、施設がつながっているもの、同一敷地内に所在するものとします。(一体性があれば、道路をはさんでも併設とします。)

診療所の種類：貴院に該当するものを一つ選択し、その番号を回答欄に記入して下さい。

- 1 一般診療業務を行っている診療所 2 相談・指導業務を専らとする診療所 3 採血及び供血を専らとする診療所
 4 検診業務(集団・個別)を専らとする診療所 5 検査業務を専らとする診療所
 6 主として人工透析を行っている診療所 7 巡回診療を専らとする診療所 8 休日夜間救急センター
 9 介護保険サービス提供を主とする診療所 10 併設施設利用者の診療・健康管理を行っている診療所

回答欄	
-----	--

期間診療所等：貴院に該当するものを一つ選択し、その番号を回答欄に記入して下さい。

- 1 特定の期間(季節)にのみ診療を行っている診療所 2 事業所内の診療所 3 市町村保健センター内の診療所
 4 救急病院等を定める省令に基づき救急診療所として北海道知事より告示されている診療所
 5 福祉施設等に併設されている診療所 6 上記に該当する診療所ではない

回答欄	
-----	--

調査票

2. 標榜科目、病床数

貴院の診療科目（標榜科目）、科目ごとの医師数についてお答え下さい。

※標榜科目であるが、外来診療を受け付けていない場合は「外来不可」欄に「1」を記入してください。

※入院患者を受け入れられる科目については、「入院受入」欄に「1」を記入してください。

※科目ごとの医師数・歯科医師数については、一人の医師・歯科医師が複数の診療科を兼任している場合は、主な診療科について左欄に、従たる診療科について右欄に計上してください。

※各科の医師数の合計が医師総数に一致します。

※歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科については、歯科医師数を記入願います。

科目名	標榜有の場合「1」を記入	外来不可	入院受入	医師数		科目名	標榜有の場合「1」を記入	外来不可	入院受入	医師数	
				主な診療科とする医師数 (常勤換算)	従たる診療科とする医師数 (常勤換算)					主な診療科とする医師数 (常勤換算)	従たる診療科とする医師数 (常勤換算)
内科						眼科					
消化器科						耳鼻咽喉科					
胃腸科						気管食道科					
循環器科						皮膚科					
呼吸器科						泌尿器科					
心療内科						性病科					
神経科						産科					
神経内科						婦人科					
精神科						肛門科					
小児科						放射線科					
外科						麻酔科					
呼吸器外科						アレルギー科					
心臓血管外科						リウマチ科					
脳神経外科						リハビリテーション科					
整形外科						歯科					
形成外科						歯科口腔外科					
美容外科						小児歯科					
小児外科						矯正歯科					
医師総数						歯科医師総数					

病床種別及び届出・許可病床数	総病床数		床（一般		床 療養		床（うち、介護保険適用		床）
----------------	------	--	------	--	------	--	-------------	--	----

3. 人員体制等

※職種毎に常勤換算後の人数を記入して下さい。

医療従事者の人員配置	常勤換算 人数	医療従事者の人員配置	常勤換算 人数	医療従事者の人員配置	常勤換算 人数
看護師		診療放射線技師		きゅう師	
准看護師		診療エックス線技師		義肢装具士	
助産師		歯科衛生士		管理栄養士	
保健師		臨床検査技師		精神保健福祉士	
薬剤師		衛生検査技師		医療ソーシャルワーカー	
理学療法士		臨床工学技士		臨床心理技術者	
作業療法士		あん摩マッサージ指圧師		保育士	
視能訓練士		柔道整復師		その他	
言語聴覚士		はり師			
医療安全対策加算の届出（届出有りの場合、右欄に「1」を記入）					

調査票

4. 学会認定医・専門医

※常勤医師については人数を、非常勤医師については当該専門医の勤務がある場合「1」を記入して下さい。

学会認定医・専門医	常勤 (人)	非常勤 (有無)	学会認定医・専門医	常勤 (人)	非常勤 (有無)
整形外科専門医（（社）日本整形外科学会）			細胞診専門医（特定非営利活動法人日本臨床細胞学会）		
皮膚科専門医（（社）日本皮膚科学会）			透析専門医（（社）日本透析医学会）		
麻酔科専門医（（社）日本麻酔科学会）			脳神経外科専門医（（社）日本脳神経外科学会）		
放射線科専門医（（社）日本放射線学会）			リハビリテーション科専門医（（社）日本リハビリテーション医学会）		
眼科専門医（（財）日本眼科学会）			老年病専門医（（社）日本老年医学会）		
産婦人科専門医（（社）日本産科婦人科学会）			心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人日本胸部外科学会）		
耳鼻咽喉科専門医（（社）日本耳鼻咽喉科学会）			心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人日本血管外科学会）		
泌尿器科専門医（（社）日本泌尿器科学会）			心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会）		
形成外科専門医（（社）日本形成外科学会）			呼吸器外科専門医（特定非営利活動法人日本胸部外科学会）		
病理専門医（（社）日本病理学会）			呼吸器外科専門医（特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会）		
内科専門医（（社）日本内科学会）			消化器内視鏡専門医（（社）日本消化器内視鏡学会）		
外科専門医（（社）日本外科学会）			小児外科専門医（特定非営利活動法人日本小児外科学会）		
糖尿病専門医（（社）日本糖尿病学会）			神経内科専門医（有限責任中間法人日本神経学会）		
肝臓専門医（（社）日本肝臓学会）			リウマチ専門医（有限責任中間法人日本リウマチ学会）		
感染症専門医（（社）日本感染症学会）			歯周病専門医（特定非営利活動法人日本歯周病学会）		
救急科専門医（有限責任中間法人日本救急医学会）			乳腺専門医（有限責任中間法人日本乳癌学会）		
血液専門医（（社）日本血液学会）			臨床遺伝専門医（有限責任中間法人日本人類遺伝学会）		
循環器専門医（（社）日本循環器学会）			漢方専門医（（社）日本東洋医学会）		
呼吸器専門医（（社）日本呼吸器学会）			レーザー専門医（特定非営利活動法人日本レーザー医学会）		
消化器病専門医（（財）日本消化器病学会）			気管支鏡専門医（特定非営利活動法人日本呼吸器内視鏡学会）		
腎臓専門医（（社）日本腎臓学会）			歯科麻酔専門医（有限責任中間法人日本歯科麻酔学会）		
小児科専門医（（社）日本小児科学会）			小児歯科専門医（有限責任中間法人日本小児歯科学会）		
口腔外科専門医（（社）日本口腔外科学会）			アレルギー専門医（（社）日本アレルギー学会）		
内分泌代謝科専門医（（社）日本内分泌学会）			核医学専門医（有限責任中間法人日本核医学会）		
消化器外科専門医（有限責任中間法人日本消化器外科学会）			気管食道科専門医（特定非営利活動法人日本気管食道科学会）		
超音波専門医（（社）日本超音波医学会）					

調査票

5. 連携体制等

※貴院における他の医療機関等との連携体制の整備状況等についてお答え下さい。

地域医療連携体制の有無	医療連携に係る窓口（有りの場合「1」を右欄に記入）			
	窓口の名称			
	主な機能（該当するもの全てについて「1」を右欄に記入）	退院計画の作成		
		在宅医療への調整		
		介護保険との調整		
		他の医療機関（歯科を含む）への紹介及び逆紹介		
		その他（ ）		
	開放型病床 （設置有りの場合「1」・5年以内に設置予定の場合「2」を右欄に記入）			
	医療機器等の共同利用 （実施している場合「1」・5年以内に実施予定の場合「2」を右欄に記入）			
	地域連携クリティカルパス （導入済みの場合「1」・5年以内に導入予定の場合「2」を右欄に記入）			
対象疾病				
連携対象医療機関等名称				
地域の保健サービス又は福祉サービスを提供する者との連携体制の有無	地域の保健サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口 （有りの場合「1」を右欄に記入）			
クリティカル・パス実施の有無	入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無 （導入済みの場合「1」・5年以内に導入予定の場合「2」を右欄に記入）			
セカンド・オピニオンの対応の有無	セカンド・オピニオンのための診療情報提供の可否 （情報提供可能の場合「1」を右欄に記入）			
	セカンド・オピニオンのための診療の可否 （診療可能の場合「1」を右欄に記入）			

調査票

6. 対応可能な疾患・治療内容

※各疾病・事業の実施状況等について、以下の設問にお答え下さい（貴院で診療等を実施していない場合は記入を要しません）。

I がん（肉腫等を含む悪性腫瘍全般。）

(1) がん診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「II 脳卒中」へ）				
(2) 実施しているがんの部位別治療法	治療方法	実施状況		クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入）
		実施している場合「1」を下欄に記入	件数（平成18年度）	
部位別がん				
1 脳腫瘍	手術療法			
	うち経耳的聴神経腫瘍摘出術			
	うち経鼻的下垂体腫瘍摘出術			
	化学療法			
	放射線療法			
2 咽頭がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
3 口腔がん（舌がん等）	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
4 喉頭がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
5 甲状腺がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
6 乳がん	手術療法			
	うち乳がん冷凍凝固摘出術			
	乳房再建術			
	化学療法			
	放射線療法			
7 肺がん	手術療法			
	うち胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			
	早期肺がん光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			

調査票

(2) 実施しているがんの部位別治療法	治療方法	実施状況		クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入）
		実施している場合「1」を下欄に記入	件数（平成18年度）	
部位別がん				
8 食道がん	手術療法			
	うち早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術			
	表在性食道悪性腫瘍光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			
9 胃がん	手術療法			
	うち内視鏡的悪性腫瘍切除術			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術			
	表在性早期胃がん光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			
10 胆のうがん・胆管がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下胆のう摘出術			
	化学療法			
	放射線療法			
11 肝がん	手術療法			
	エタノールの局所注入			
	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法			
	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法			
	肝動脈塞栓術			
	化学療法			
	放射線療法			
12 膵臓がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
13 大腸がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍切除術			
	うち内視鏡的悪性腫瘍切除術			
	化学療法			
	放射線療法			

調査票

14 腎がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術			
	化学療法			
	放射線療法			

調査票

(2) 実施しているがんの部位別治療法	治療方法	実施状況		クリティカルパス作成の有無(作成している場合「1」を下欄に記入)
		実施している場合「1」を下欄に記入	件数(平成18年度)	
部位別がん				
15 膀胱がん	手術療法			
	うち経尿道的手術			
	化学療法			
	放射線療法			
16 前立腺がん	手術療法			
	うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術			
	化学療法			
	放射線療法			
17 子宮がん	手術療法			
	レーザー照射治療			
	光線力学療法			
	化学療法			
	放射線療法			
18 卵巣がん	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
19 悪性リンパ腫	手術療法			
	化学療法			
	放射線療法			
	骨髄移植等の移植治療			
20 白血病	化学療法			
	放射線療法			
	骨髄移植等の移植治療			

調査票

(3) 連携状況		医療機関名
他施設へ 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	
	口腔問題対応のための紹介	
他施設から紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	

調査票

Ⅱ 脳卒中

(1) 脳卒中診療について (実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「Ⅲ 急性心筋梗塞」へ)			
(2) 受け入れ可能な脳卒中患者の状態 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入)	1 急性期 (脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態)		
	2 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)		
	3 療養期、あるいは維持期 (脳卒中急性期、回復期を経た患者で、身体機能の維持等が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり)		
(3) 脳卒中急性期患者に対する検査・治療 (それぞれについて、いつでも対応可能な場合「1」を、曜日・時間帯により対応可能な場合「2」を、対応不可の場合「3」を右欄に記入)		通常診療時間帯	診療時間外
1 放射線等機器検査 (MRI、CT等)			
2 臨床検査			
3 治療 (開頭手術、脳血管手術等)			
(4) 実施している脳卒中の治療方法		実施状況	
治療方法		実施している場合「1」を下欄に記入	件数 (平成18年度) クリティカルパス作成の有無 (作成している場合「1」を下欄に記入)
急性期の全身管理			
脳内血腫除去術			
脳血管内手術 (コイル塞栓術等)			
脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング			
開頭手術 (バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等)			
動脈血栓内膜摘出術			
経皮的脳血管形成術 (バルーン・ステント等)			
t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法 (発症後3時間以内)			
(5) 脳卒中回復期患者の受け入れ範囲 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 入院・外来とも受け入れている		
	2 入院のみ受け入れている		
	3 外来のみ受け入れている		
(6) 脳卒中患者がリハビリテーション目的で入院できる病床 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 あり	病床数 (床)	
	2 なし		
(7) 脳卒中維持期患者の受け入れ範囲 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 入院・外来とも受け入れている		
	2 入院のみ受け入れている		
	3 外来のみ受け入れている		
(8) 脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入)	1 実施している		
	2 実施していない		
(9) 脳卒中維持期患者に対する口腔ケアの実施状況 (実施している場合、右欄に「1」を記入)			

(10) 連携状況		医療機関名
他施設へ 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	
	口腔問題対応のための紹介	
他施設から紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	ターミナルケアのための紹介	

調査票

Ⅲ 急性心筋梗塞

(1) 急性心筋梗塞診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「Ⅳ 糖尿病対策」へ）					
(2) 急性心筋梗塞患者に対する検査・治療 （それぞれについて、いつでも対応可能な場合「1」を、曜日・時間帯により対応可能な場合「2」を、対応不可の場合「3」を右欄に記入）			通常診療 時間帯	診療時間 外	
1 放射線等機器検査（心電図、冠血管造影等）					
2 臨床検査（血清マーカー検査等）					
3 治療（開胸手術、経皮的冠動脈形成術等）					
(3) 実施している急性心筋梗塞の治療方法			実施状況		クリティカルパス 作成の有無（作成 している場合 「1」を下欄に記 入）
治療方法			実施して いる場合 「1」を 下欄に記 入	件数（平 成18年 度）	
急性期の全身管理					
抗不整脈治療					
冠動脈バイパス手術					
冠動脈閉塞に対する経皮的治療（カテーテルによる治療）					
経静脈的血栓溶解療法					
(4) 連携状況			医療機関名		
他施設へ 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介				
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介				
他施設か ら紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介				
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介				

調査票

Ⅳ 糖尿病対策について

(1) 糖尿病診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「V 周産期医療」へ）			
(2) 糖尿病診療スタッフの配置状況	常勤	非常勤（非常勤スタッフが配置されている場合下欄に「1」を記入）	
1 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士	人		
2 糖尿病の患者に対する指導に従事する管理栄養士	人		
(3) 実施している糖尿病の治療方法			実施状況
治療方法			実施している場合「1」を下欄に記入
経口血糖降下薬			
インスリン療法			
強化インスリン療法			
インスリン皮下持続注入療法			
人工膵臓			
(4) 人工透析を必要とする糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性足病変への対応状況 （該当するもの全てについて右欄に「1」を記入）	人工透析を必要とする糖尿病性腎症		
	糖尿病性網膜症		
	糖尿病性神経症		
	糖尿病性足病変（足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽）		
(5) 糖尿病教育入院及び糖尿病教室（日帰り）の実施状況 （それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入）	1 教育入院と日帰り教室の両方を実施している		
	2 教育入院のみを実施している		
	3 日帰り教室のみを実施している		
	4 いずれも実施していない		
(6) 糖尿病指導の実施状況			それぞれの指導方法について、実施している場合「1」を下欄に記入
1 運動指導			
2 栄養（食生活）指導			
3 禁煙指導			
4 生活指導			
(7) 関係機関との連携 （該当するもの全てについて、右欄に「1」を記入）	1 医療機関（歯科を含む）との連携		
	連携内容（ ）		
	2 保健所、市町村保健センターとの連携		
連携内容（ ）			
3 職域、産業保健部門との連携			
連携内容（ ）			

調査票

(8) 連携状況		医療機関名
他施設へ 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	
	口腔問題対応のための紹介	
他施設から 紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介	
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介	

調査票

V 周産期医療について

(1) 周産期医療の状況		周産期医療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「VI 救急医療」へ）		
		項目	対応可能な場合下欄に「1」を記入	平成18年度の件数
		分娩		件
		うち帝王切開術		件
		うち選択的帝王切開術		件
		うち緊急帝王切開術		件
		うち出生体重1000g未満		件
		うち出生体重1,000～1,500g未満		件
		ハイリスク妊産婦共同管理		件
		母体搬送受け入れ		件
		うち緊急搬送受け入れ		件
		他の医療機関への母体搬送依頼件数		件
		他の医療機関への新生児搬送依頼件数		件
		妊婦健診（実施している場合右欄に「1」を記入）		
		不妊治療（実施している場合右欄に「1」を記入）		
(2) 連携状況		医療機関名		
他施設へ紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介			
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介			
	口腔問題対応のための紹介			
他施設から紹介	急性期の積極的治療等を行うための紹介			
	リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介			

調査票

VI 救急医療について

(1) 時間外救急診療への対応（対応している場合、右欄に「1」を記入。対応していない場合→「VII 災害医療」へ）	
(2) 救急告示の有無（救急告示医療機関である場合、右欄に「1」を記入）	
(3) 救急医療体制（以下のそれぞれの項目について該当する場合、それぞれ右欄に「1」を記入）	
1 在宅当番医制への参加（夜間急病センターを含む）	
2 病院群輪番制への参加	
(4) 患者、家族等からの電話相談体制の有無（体制がある場合、右欄に「1」を記入）	
(5) AEDの整備の有無（整備がある場合、右欄に「1」を記入）	
(6) 除細動器の整備の有無（整備がある場合、右欄に「1」を記入）	
(7) 休日・夜間（深夜を含む）の救急対応	

診療科目名	救急当番日
	（それぞれの診療科について、常勤配置により診療可能な場合「1」を下欄に記入）
1 内科	
2 整形外科	
3 小児科	
4 精神科	
5 産科	
6 耳鼻咽喉科	
7 眼科	
8 脳神経外科（開頭手術が可能）	
9 循環器科（心臓カテーテルが可能）	
10 消化器外科（開腹術が可能）	
11 多発外傷への対応	
12 重度熱傷への対応	
13 口腔・顎・顔面外傷等への対応	

(8) 転院搬送医療機関の有無 (それぞれの診療科について、転院先がある場合は「1」を右欄に記入)	診療科目名	転院先の有無
		1 内科
2 整形外科		
3 小児科		
4 精神科		
5 産科		
6 耳鼻咽喉科		
7 眼科		
8 脳神経外科		
9 循環器科		
10 消化器外科		
11 歯科口腔外科		

調査票

Ⅶ 災害医療について

(1) 災害対応の状況(整備済みのものについて、その番号を右欄に記入)

1 自家発電装置	2 貯水設備	3 医薬品の備蓄	4 飲料水の備蓄						
5 食料の備蓄	6 毛布の備蓄	7 簡易ベッド	8 非常用通信設備	9 非常用燃料	10 ハリポート				
11 医療救護班の編成	12 テント	13 耐震化	14 災害出動用車両	15 災害医療派遣チーム(DMAT)	16 防災マニュアル				

調査票

VIII 対応可能な在宅医療の内容

※対応可能なものについて、所定の欄に「1」を記入するとともに、平成18年度中の延べ対応件数を記入願います。

在宅医療の内容	該当するものについて、下欄に「1」を記入	件数（平成18年度）	在宅医療の内容	該当するものについて、下欄に「1」を記入	件数（平成18年度）
在宅医療	—	—	在宅自己疼痛管理指導管理		
往診（24時間往診可能）			在宅肺高血圧症患者指導管理		
往診（上記以外）			在宅気管切開患者指導管理		
地域連携退院時共同指導			寝たきり老人訪問指導管理		
在宅患者訪問診療			診療内容	—	—
在宅時医学総合管理			点滴の管理		—
在宅末期医療総合診療			中心静脈栄養		—
救急搬送診療			腹膜透析		—
在宅患者訪問看護・指導			酸素療法		—
在宅患者訪問点滴注射管理指導			経管栄養		—
在宅訪問リハビリテーション指導管理			疼痛の管理		—
訪問看護指示			褥瘡の管理		—
在宅患者訪問薬剤管理指導			人工肛門の管理		—
在宅患者訪問栄養食事指導			人工膀胱の管理		—
在宅療養指導	—	—	レスピレーター（人工呼吸器）		—
退院前在宅療養指導管理			モニター測定（血圧・心拍等）		—
在宅自己注射指導管理			尿カテーテル（留置カテーテル等）		—
在宅自己腹膜灌流指導管理			気管切開部の処置		—
在宅血液透析指導管理			在宅ターミナルケアの対応		—
在宅酸素療法指導管理			歯科治療		—
在宅中心静脈栄養法指導管理			連携の有無	—	—
在宅成分栄養経管栄養法指導管理			病院		—
在宅自己導尿指導管理			診療所		—
在宅人工呼吸指導管理			訪問看護ステーション		—
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理			居宅介護支援事業所		—
在宅悪性腫瘍患者指導管理			訪問介護事業所（ヘルパーステーション）		—
在宅寝たきり患者処置指導管理			薬局		—
在宅療養支援診療所の届出（届出有りの場合、右欄に「1」を記入）					

IX 緩和ケアについて

(1) 緩和ケアについて (実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「X アレルギー疾患対策」へ)		
(2) 緩和ケア外来の設置状況及び平成18年度における外来患者数	設置状況 (設置している場合、右欄に「1」を記入)	
	外来患者数 (人)	
(3) 在宅療養患者への緩和ケア提供体制 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入)	1 訪問診療を実施している	4 急変時に入院を受け入れてくれる医療機関を確保している
	2 訪問看護を実施している	5 診療所又は訪問看護ステーションを支援している
	3 急変時には自院で入院を受け入れている	6 積極的な実施体制を整備していない
(4) 緩和ケア実施に関する課題 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入)	1 緩和ケアを必要とする患者が少ない、またはいない	
	2 緩和ケアチームの設置など人員体制を整備するのが難しい	
	3 緩和ケア病棟または病床を整備するのが難しい	
	4 緩和ケアの実施は採算性が悪い	
	5 その他	

X アレルギー疾患対策について

(1) 対応しているアレルギー疾患		アレルギー疾患診療について (実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「7. 対応可能な介護保険サービス」へ)	
		疾患名	実施状況 対応可能な場合下欄に「1」を記入
		喘息 (乳児期)	
		喘息 (幼小児期)	
		喘息 (成人期)	
		アレルギー性鼻炎 (通年性)	
		花粉症	
		食物アレルギー	
		アトピー性皮膚炎 (乳児期)	
		アトピー性皮膚炎 (幼小児期)	
		アトピー性皮膚炎 (成人期)	
		シックハウス症候群	
		化学物質過敏症	
		歯科金属アレルギー	
(2) 連携状況		医療機関名	
他施設へ紹介	専門的な治療等を行うための紹介		
他施設から紹介	専門的な治療等を行うための紹介		

7. 対応可能な介護保険サービス（該当するもの全てについて下欄に「1」を記入して下さい。）

介護保険サービスの内容	対応の有無	介護保険サービスの内容	対応の有無
施設サービス	—	介護予防支援	—
介護老人福祉施設サービス		介護予防支援	
介護老人保健施設サービス		介護予防サービス	—
介護療養型医療施設サービス		介護予防訪問介護	
居宅介護支援	—	介護予防訪問入浴介護	
居宅介護支援		介護予防訪問看護	
居宅サービス	—	介護予防訪問リハビリテーション	
訪問介護		介護予防居宅療養管理指導	
訪問入浴介護		介護予防通所介護	
訪問看護		介護予防通所リハビリテーション	
訪問リハビリテーション		介護予防短期入所生活介護	
居宅療養管理指導		介護予防短期入所療養介護	
通所介護		介護予防特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）	
通所リハビリテーション		介護予防福祉用具貸与	
短期入所生活介護		特定介護予防福祉用具販売	
短期入所療養介護		介護予防地域密着型サービス	—
特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）		介護予防認知症対応型通所介護	
福祉用具貸与		介護予防小規模多機能型居宅介護	
特定福祉用具販売		介護予防認知症対応型共同生活介護	
地域密着型サービス	—		
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			

調査票

8. 人間ドック、専門外来等の実施状況について
 (該当するもの全てについて下欄に「1」を記入して下さい。)

専門外来等	実施の有無	専門外来等	実施の有無	専門外来等	実施の有無
短期滞在手術		膝関節		物質依存症(アルコール・薬物等)	
循環器疾患		スポーツ		てんかん	
ペースメーカー		透析		心身症	
高血圧		前立腺		睡眠障害	
肝疾患		代謝異常		神経症性障害(不安障害・強迫性障害・パニック障害等)	
肥満		栄養		性同一性障害	
糖尿病		摂食嚥下障害		ペインクリニック	
甲状腺		人間ドック		東洋医学	
血液		不妊		女性専門	
膠原病		乳腺		引きこもり	
禁煙		更年期		セカンド・オピニオン	
頭痛		喘息		言語障害	
もの忘れ		アレルギー		健康診断	
めまい		遺伝		健康相談	
難聴		小児神経		助産師外来	
ストーマ (人工肛門・人工膀胱)		児童・思春期		その他()	
リウマチ		発達障害 (自閉症、学習障害等)		その他()	
腰痛		パーソナリティ障害		その他()	
肩関節		摂食障害		その他()	
股関節		老人性認知症疾患		その他()	

千葉県

(病院調査票)

循環型地域医療連携システムに関する病院調査票

○趣旨

本調査は、医療法第三十条の五*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、4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に関する各医療機関の医療機能の実態について調査を実施し、別紙「循環型地域医療連携システムのイメージ図（案）」に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

従いまして、Q4, 7, 8, 9, 13, 22, 23, 24, 28 の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、その他のご回答は、病院名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

○対象医療機関

千葉県内に所在する病院（287 ヶ所）

○回答期限

平成 19 年 8 月 20 日（月）まで同封の返信用封筒により、ご返信願います。

○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」は千葉県公式ホームページ等にて公表いたします。

※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。

《貴院の所在地・病院名・医療機関コードについて》

所在地	〒 -		
病院名		医療機関コード	

《本調査票の記入日・記入者について》

調査票記入日	2007年 月 日	記入担当者名	
連絡先電話番号		連絡先 FAX 番号	

●以下の設問には、特に指示がある場合以外、2007年6月30日現在の状況に基づいてお答え下さい。

●数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

1 貴院について

Q1 上記の施設名・所在地に変更がある場合、下欄にご記入下さい。変更ない場合は空欄で結構です。

施設名	
所在地	

Q2 下記の検査および機器に関し、貴院の検査実施件数（2007年6月中）および機器保有台数について、数字をご記入下さい。

検査名・機器名		検査件数、機器保有台数	
診療用エックス線装置	一般撮影装置		
	01 乳房撮影検査	件	台
	02 移動型エックス線撮影装置	件	台
	エックス線CT検査		
	03 ノンヘリカル	件	台
	04 ヘリカル	件	台
	血管撮影検査		
	05 脳血管	件	台
	06 心カテ	件	台
	07 その他	件	台
透視用エックス線装置	08 胃、大腸レントゲン(間接、直接)	件	台
	RI装置		
RI装置	09 γカメラ(SPECTを含む)	件	台
	10 PET	件	台
核磁気共鳴	11 MRI検査	件	台
超音波診断	12 腹部超音波診断	件	台

2 貴院におけるがんの診療について

Q3 貴院におけるがん患者の診療について該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 がんの確定診断および治療に対応している	→Q4へ
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	→Q9へ
03 診断・治療に積極的には対応していない	→Q9へ

Q4 下記の部位別のがんのうち、貴院で診断・治療を対応している選択肢に○をお付け下さい。

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

Q5 Q4 で該当すると回答されたがんについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A、B、C のなかから選んで○を付して、平成 18 年度の実施件数を記載して下さい。また、それぞれについてクリニカルパスの有無についても回答をお願いします。

- A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。()件
 B 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)。()件
 C 当院では実施していない。



部位別がん	治療方法				クリニカルパスの有無	
		A () 件	B () 件	C	有	無
01 肺がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 胸腔・気管支鏡治療	A () 件	B () 件	C	有	無
02 肝がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 経皮的局所療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 動脈化学塞栓療法	A () 件	B () 件	C	有	無
03 胃がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療 (腹腔鏡含む)	A () 件	B () 件	C	有	無
04 大腸がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療 (腹腔鏡含む)	A () 件	B () 件	C	有	無
05 乳がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
06 子宮がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
07 前立腺がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 腹腔鏡治療	A () 件	B () 件	C	有	無
08 食道がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療	A () 件	B () 件	C	有	無
09 膀胱がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療 (経尿道的膀胱腫瘍切除術)	A () 件	B () 件	C	有	無
10 血液がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無

「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。

5 貴院における脳卒中の診療について

Q13 下記の脳卒中患者の状態のうち、貴院で受入れ可能なものの選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

- 01 急性期 (脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態) →Q14~17に回答
- 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) →Q18~19に回答
- 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) →Q20~21に回答
- 04 脳卒中患者の受入れには積極的には対応していない →Q22へ

Q14 脳卒中急性期患者に対する、01~03の検査・治療について、該当する選択肢に○をお付け下さい (通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれについてお答え下さい)。

	通常診療時間帯	診療時間外
01 放射線等機器検査 (MRI、CT等)	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能 C 対応不可
02 臨床検査	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能 C 対応不可
03 治療 (開頭手術、脳血管内手術等)	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能 C 対応不可

Q15 貴院における脳卒中急性期患者を受入れる専用病棟等の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢01を選ばれた場合は、病床数を記入の上、付間にもお答え下さい。

- 01 脳卒中専用集中治療室 (SCU) またはそれに準じた専用病棟を設置している (病床数: _____ 床)

診療報酬上の脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出について、該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。

01 届出している 02 今後届出したい 03 届出は考えていない

- 02 専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を受入れる病棟を決めている
- 03 設置していない

Q16 脳卒中の急性期リハビリテーションの実施状況として、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

- 01 急性期リハビリテーションを実施している
- 02 急性期医療のみ実施しており、リハビリテーションが必要な患者は他病院に紹介している
- 03 その他 (具体的に: _____)

Q17 下記の脳卒中の治療方法すべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A、B、Cの中から選んで○を付して、平成18年度の実施件数を記載して下さい。

脳卒中の種類	治療方法	A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。()件			B 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)。()件			C 当院では実施していない。		クリニカルパスの有無	
		A () 件	B () 件	C	有	無	有	無			
01 脳出血	01-01 脳内血腫除去術	A () 件	B () 件	C	有	無					
02 くも膜下出血	02-01 脳血管内手術 (コイル塞栓術等)	A () 件	B () 件	C	有	無					
	02-02 脳動脈瘤クリッピング脳動脈瘤被包術	A () 件	B () 件	C	有	無					

03 脳梗塞	03-01 開頭手術 (バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等)	A () 件	B () 件	C	有	無
	03-02 経皮的脳血管形成術 (バルーン、ステント等)	A () 件	B () 件	C	有	無
	03-03 選択的脳血栓・塞栓溶解術 (ウロキナーゼ注入等)	A () 件	B () 件	C	有	無
	03-04 t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法 (発症後3時間以内) (注)	A () 件	B () 件	C	有	無

(注) t-PA (tissue plasminogen activator) を用いた経静脈的血栓溶解療法については、実績が未だなくても症例があれば実施できる体制があれば、選択肢 A ないし B をお選び下さい。

Q18 貴院における脳卒中回復期患者の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 入院・外来とも受入れている 02 入院のみ受入れている 03 外来のみ受入れている

Q19 貴院における脳卒中患者が回復期リハビリテーション目的で入院できる病床の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。病床がある場合は病床数を数字でご記入下さい。

01 ある (病床数: 床) 02 ない

Q20 貴院における脳卒中維持期患者の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 入院・外来とも受入れている 02 入院のみ受入れている 03 外来のみ受入れている

Q21 貴院における脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 実施している 02 実施していない

6 貴院における糖尿病の診療について

Q22 貴院における糖尿病の治療・指導の対応状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 実施している →Q23へ 02 実施していない →Q29へ

Q23 貴院における糖尿病専門外来の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 設置している 02 設置していない

Q24 貴院における糖尿病教育入院および日帰り糖尿病教室の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 教育入院と日帰り教室の両方を実施している →Q25へ 03 日帰り教室のみを実施している →Q25へ
02 教育入院のみを実施している →Q25へ 04 いずれも実施していない →Q26へ

Q25 下記の糖尿病指導すべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A~D の中から選んで○をお付け下さい。

	A 自院のスタッフのみで実施	B 自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施	C 外部から招いた職員のみで実施	D 外部機関に委託等して実施
01 運動指導	A	B	C	D
02 栄養(食生活)指導	A	B	C	D
03 禁煙指導	A	B	C	D
04 生活指導	A	B	C	D

Q26 貴院における下記の糖尿病診療スタッフの配置状況について、常勤者の人数を記入し、また非常勤者の有無について該当する選択肢に○をお付け下さい。

	常勤者の人数	非常勤者の有無
01 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士	人	有 無
02 糖尿病の診療に従事する管理栄養士	人	有 無

Q27 貴院における糖尿病クリニカルパスの導入状況について、該当する選択肢に○をお付け下さい。

01 教育入院	有	無
02 インスリン導入	有	無

Q28 貴院における糖尿病の合併症の治療について、該当する選択肢に○をお付け下さい。

01 糖尿病専門医と連携した網膜症治療	可能	困難
02 糖尿病専門医と連携した神経症状の治療	可能	困難
03 糖尿病専門医と連携した腎症の治療	可能	困難
04 糖尿病専門医と連携した壊疽・壊死の治療	可能	困難
05 糖尿病専門医と連携した歯周病の治療	可能	困難

7 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q29 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選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

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

Q30 貴院において、リハビリテーションが必要な患者のために専用で確保している病床数をご記入下さい。

リハビリテーション専用病床	床
---------------	---

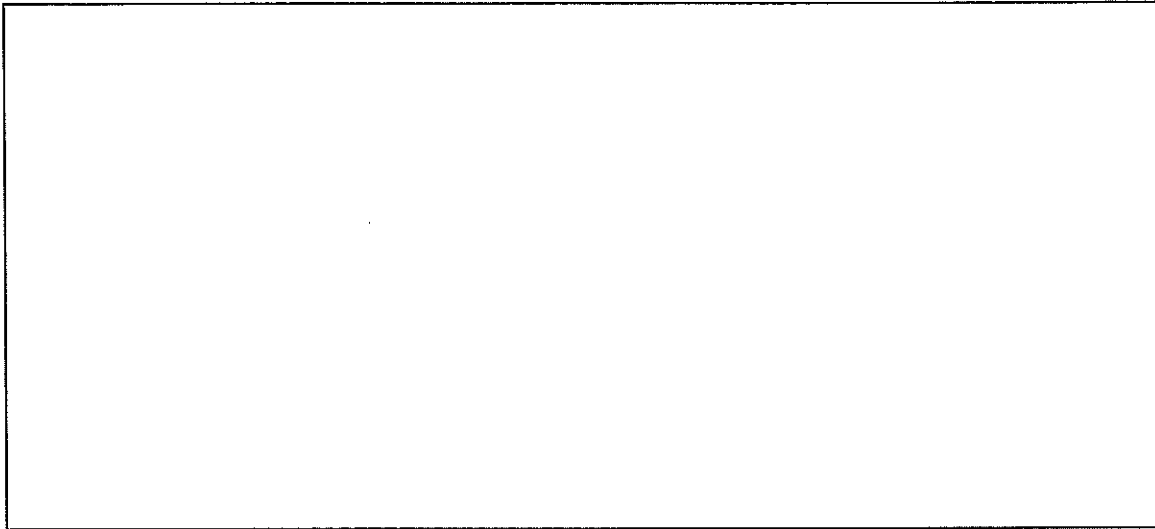
Q31 貴院におけるリハビリテーション部門専任医師数と、そのうちの専門医資格保有者数をご記入下さい。

01 リハビリテーション部門専任医師数	人
02 専門医資格保有者数	人

Q32 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数をご記入下さい。

01 理学療法士	人
02 作業療法士	人
03 言語聴覚士	人
04 あん摩マッサージ指圧師	人
05 医療社会事業従事者	人

本アンケートに対する意見等、「千葉県保健医療計画」に関するご意見をご自由にお書きください。



アンケートは以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。8月20日までに返信用封筒をお使いの上ご投函ください。

また、メールにて回答をご希望の場合は、以下のアドレスに「循環型地域医療連携システムアンケート」の題名でメールをいただければ、磁気データを返信いたします。

千葉県

(在宅療養支援診療所調査票)

在宅療養支援診療所調査票

○趣旨

本調査は、医療法第三十条の五*に基づいて、地域医療の担い手である診療所における「総合診療」「かかりつけ医」等の機能について、「在宅療養支援診療所」を通じて調査を実施し、本県の診療所の現状と課題を把握し、「千葉県保健医療計画」に反映させるものです。

※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。

問1の前半部分(2重枠で示した部分)の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、問1の『医療従事者数・診療時間・患者数』～問4までのご回答は、診療所名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

○対象医療機関

千葉県内に所在する在宅療養支援診療所(180ヶ所)

○回答期限

平成19年8月20日(月)まで同封の返信用封筒により、ご返信願います。

○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」は千葉県公式ホームページ等にて公表いたします。

その他 診療所名を匿名化した調査結果を、厚生労働省から委託事業である厚生労働科学研究事業「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」(九州大学大学院:尾形裕也教授)に提供し、当該研究内容を本県計画の策定等の参考とします。

問1 貴診療所についてお伺いします

※2 重枠の内容については「千葉県保健医療計画」に記載することを予定しています。

診療所名	診療報酬明細書記載の 医療機関コード		
郵便番号 住所	〒 ー 千葉県		
調査時点における病床の 有無	有・無	有りの場合 種類別届出病床数	一般病床：_____床 療養病床：_____床 (うち介護型病床：_____床)
主たる診療科	科	標榜診療科	科
往診・訪問診療 等の状況	○…請求実績あり、△…要望があれば提供できる、×…提供予定なし		
診療報酬の請求実績 のある医療内容等に ついてご記入くださ い。	(1)在宅時医学総合管理 ()		(10)在宅自己疼痛管理指導管理 ()
	(2)在宅末期医療総合診療 ()		(11)在宅気管切開患者指導管理 ()
	(3)在宅自己注射指導管理 ()		(12)地域連携退院時共同指導料 ()
	(4)在宅自己腹膜灌流指導管理 ()		(13)在宅患者訪問栄養食事指導科 ()
	(5)在宅血液透析指導管理 ()		(14)在宅中心静脈栄養法指導管理科 ()
	(6)在宅酸素療法指導管理 ()		(15)在宅成分栄養経管栄養法指導科 ()
	(7)在宅人工呼吸指導管理 ()		(16)在宅自己導尿指導管理科 ()
	(8)在宅悪性腫瘍患者指導管理 ()		(17)寝たきり老人訪問指導科 ()
	(9)在宅寝たきり患者処置指導管理 ()		

※ 以下の内容については診療所名を匿名化の上、実態把握・課題検討に使用させていただきます。

管理者氏名 _____ 管理者年齢 _____ 歳 連絡先電話番号 _____

在宅療養支援診療所届出年月日	平成 年 月 日
----------------	----------

医療従事者数・診療時間・患者数

職種	人数(※1)	訪問診療		一般診療(外来)	
		延べ時間 (※2)	延べ患者数	延べ時間 (※2)	延べ患者数
医師	人	時間	人	時間	人

※1 医師数については、開設者本人も加えた数字を記入してください。非常勤職員は常勤職員の勤務時間に対する比率で常勤換算の上記入してください。

※2 訪問診療/一般診療(外来)

平成19年6月24日(日)～6月30日(土)の7日間に往診・訪問診療もしくは一般診療(外来)で診察した「延べ時間」と対象となる「延べ患者数」を記入してください。なお、往診・訪問診療の「延べ時間」には、診療所内での準備、記録、関係機関との調整、患者宅への移動時間を含めて記入してください。

例)「延べ時間」:当該期間に2名の医師が往診・訪問診療を行った場合には、2名の医師が実施した合計時間となります。
「延べ患者数」:同一患者当たり当該期間に2回往診・訪問診療が行われた場合は2人とカウントします。

問2 貴診療所で訪問診療を行っている患者についてお伺いします

① 平成19年6月(1ヶ月間)に訪問診療を行った実患者数

総数 _____ 人

(1) 患者の主な傷病名を一つだけ記載してください。悪性腫瘍については、原発性の腫瘍を内訳に記載してください。

悪性腫瘍	_____ 人
内訳	
肺癌	_____ 人
大腸癌	_____ 人
肝癌	_____ 人
胃癌	_____ 人
子宮癌	_____ 人
乳癌	_____ 人
その他	_____ 人
脳血管疾患	_____ 人
急性心筋梗塞	_____ 人
糖尿病	_____ 人
神経難病	_____ 人
慢性呼吸器不全	_____ 人
整形外科疾患	_____ 人
小児疾患	_____ 人
その他()	_____ 人

(2) 往診している患者の場所別数

自宅	_____ 人
自宅以外	_____ 人
(グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等)	

② 在宅時医学総合管理のうち重症者加算の状態等にある患者数
(平成19年6月末時点) _____ 人

③ 訪問可能エリア 距離:半径 _____ km 以内
時間:(自動車・バイク・自転車・徒歩) _____ 分以内

④ 在宅看取り療養患者について
(社会保険事務局届出日から平成19年6月末まで)
当該期間の在宅看取り患者数 _____ 件
(うち)在宅末期医療総合診療料算定件数 _____ 件

東京都

(病院票)

東京都医療機能実態調査

病院票

(本調査票の記入日・記入者について)

調査票記入日	2006年 月 日	記入担当者名
連絡先電話番号		連絡先 FAX 番号

●以下の設問には、特に指示がある場合以外、2006年10月2日現在の状況に基づいてお答え下さい。
 ●数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

1 病院の概要・属性について

Q1 上記の施設名、所在地に変更がある場合、下欄にご記入下さい。変更ない場合は空欄で結構です。

施設名	
所在地	

Q2 貴院の社会福祉協議会の状況について該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 病院医療機関
 02: 自立診療のみ
 03: 貴院の医療機関コード(病院医療機関コード)が用いられている7桁のものをご記入下さい。
 医療機関コード

Q3 貴院の類似者(該当する調査票の番号)1つに○をお付け下さい。

01: 東京都庁	
02: その他国(東京都以外の国) (独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構を含む) (該当するもの)	
03: 東京都	
04: 市町村(市町村組合が実施するものを含む)	
05: 日本赤十字社	
06: 社会福祉法人東京附団済生会または社会福祉法人北海道社会事業協会	
07: 厚生(医療)職業協同組合連合会	

08 国民健康保険協同連合会
 09 社会保険協同連合会 (旧法人社会福祉協議会連合会、特別法人厚生年金連合会、特別法人高齢者会、特別法人高齢者会、特別法人高齢者会)
 10 公益法人 (該当する各の施設による法人が実施するもの)
 11 医療法人 (医療法第19条の施設による法人が実施するもの)
 12 学校法人 (学校教育法第3条の施設による法人が実施するもの)
 13 社会福祉法人 (社会福祉法第22条の施設による法人が実施するもの)
 14 医療生協 (特定非営利活動法人の施設による法人が実施するもの)
 15 会社
 16 その他法人
 17 個人

Q5 下記の診療科目について、貴院の対応状況(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、また数字を記入して下さい。

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)	
	Yes	No	可	不可	常勤	非常勤 (注2)
01 内科						
02 呼吸器科						
03 消化器科 (内臓科)						
04 循環器科						
05 小児科						
06 精神科						
07 神経科						
08 神経内科						
09 心療内科						
10 アレルギー科						
11 リウマチ科						
12 外科						
13 整形外科						
14 形成外科						
15 美容外科						
16 脳神経外科						
17 呼吸器外科						
18 心臓血管外科						
19 小児外科						
20 産婦人科						
21 産科						
22 婦人科						
23 眼科						
24 耳鼻いんこう科						
25 気管食道科						
26 皮膚科						
27 泌尿器科						
28 性病科						

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)	
		可	不可	常勤	非常勤 (注2)
29 こう門科	Yes/No	可	不可	人	人
30 リハビリテーション科	Yes/No	可	不可	人	人
31 放射線科	Yes/No	可	不可	人	人
32 麻酔科	Yes/No	可	不可	人	人
33 歯科	Yes/No	可	不可	人	人
34 矯正歯科	Yes/No	可	不可	人	人
35 小児歯科	Yes/No	可	不可	人	人
36 歯科口腔外科	Yes/No	可	不可	人	人

(注1) 医師数は主たる診療科目である診療科目に計上して下さい。
(注2) 非常勤医師数の計算方法を基本として、下記のように常勤換算して下さい。
- 1週間の通常勤務時間が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
8時間×2日 = 0.4人 (小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記)
40時間
- 1週間の通常勤務時間が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3時間)勤務の者が2人いる場合
(3時間×2日×1人) + (5時間×3日×2人) = 0.9人
40時間

Q6 下記の設置 有資格者について、貴院の設置者の状況を記載して下さい(派遣労働者を含む)。設置者の数や有資格者の数又は種別の数に在りしめる場合は、主な業務を下記のとおり、該当する欄に計上してください。

01 医師	職種・有資格者		医師数 (注1)	
	常勤	非常勤 (注2)	常勤	非常勤 (注2)
01-01 日本臨床中医学認定の専門医、日本神経学会認定の神経内科学専門医、日本脳神経外科学会認定の脳神経外科専門医のいずれか、または複数の資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
01-02 日本循環器学会認定の循環器専門医資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
01-03 日本泌尿器学会認定の泌尿器専門医資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
01-04 日本小児科学会認定の小児科専門医資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
01-05 日本小児科外科学会認定の小児科専門医資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
01-06 日本産科婦人科学会認定の産婦人科専門医資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
01-07 日本救急医学学会認定の救急科専門医資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
01-08 日本リハビリテーション医学会認定のリハビリテーション科専門医資格を持っている医師 (再掲)	人	人	人	人
02 歯科医師	人	人	人	人
03 薬剤師	人	人	人	人
04 保健師	人	人	人	人
05 助産師	人	人	人	人
06 看護師	人	人	人	人
07 准看護師	人	人	人	人
08 理学療法士	人	人	人	人
09 作業療法士	人	人	人	人
10 言語聴覚士	人	人	人	人
11 視覚訓練士	人	人	人	人

職種・有資格者	医師数 (注1)		医師数 (注2)	
	常勤	非常勤 (注2)	常勤	非常勤 (注2)
12 歯科衛生士	人	人	人	人
13 歯科技工士	人	人	人	人
14 社会福祉士	人	人	人	人
15 精神保健福祉士	人	人	人	人
16 診療放射線技師・診療エックス線技師	人	人	人	人
17 臨床検査技師・衛生検査技師	人	人	人	人
18 臨床工学技師	人	人	人	人
19 管理栄養士	人	人	人	人
20 栄養士	人	人	人	人
21 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師	人	人	人	人
22 臨床心理士	人	人	人	人
23 健康運動指導士	人	人	人	人
24 医療社会事業従事者 (医療ソーシャルワーカー等)	人	人	人	人
25 事務職員	人	人	人	人
26 その他の職員	人	人	人	人

(注) 非常勤者の数は、Q5の注2に示した方法に従って常勤換算して下さい。
Q7 貴院が平成17年度に採用した医療従事者(常勤及び非常勤)の人数を下記下さい。
実際の採用者数

	当初の採用予定者数 (常勤換算)		実際の採用者数	
	常勤	非常勤 (注)	常勤	非常勤 (注)
01 医師 (小児科医)	人	人	人	人
02 医師 (産科医・産婦人科医)	人	人	人	人
03 医師 (麻酔科医)	人	人	人	人
04 助産師	人	人	人	人
05 看護師	人	人	人	人
06 准看護師	人	人	人	人
07 理学療法士	人	人	人	人
08 作業療法士	人	人	人	人
09 言語聴覚士	人	人	人	人
10 あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人
11 医療社会事業従事者	人	人	人	人

(注) 非常勤者の数は、Q5の注2に示した方法に従って常勤換算して下さい。

Q8 下記の6種類の病床および全病床合計のすべてについて、貴院の運用許可病床数、病床利用率、平均在院日数を算定して記入下さい。

病床の種類	使用許可病床数 (注1)	病床利用率 (2005年1~12月) (注2、4数値1位まで)	平均在院日数 (2005年1~12月) (注3、4数値1位まで)
01 一般病床	床	%	日
02 療養病床 (医療保険適用)	床	%	日
03 療養病床 (介護保険適用)	床	%	日
04 精神病床	床	%	日
05 結核病床	床	%	日
06 感染症病床	床	%	日
07 全病床合計	床	%	日

(注1) 医療法第27条の規定により許可を受けている病床数
(注2) 右式で算出：

$$\frac{\text{年間在院患者延数} \times 100}{(\text{年間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の} 2005 \text{年} 1 \sim 12 \text{月の合計}} \times 100$$

(注3) 右式で算出：

$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

ただし療養病床については下式で算出：

$$\frac{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{年間退院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}{\text{年間在院患者延数}}$$

Q9 下記の検査および機器に関する、貴院の検査実施件数 (2005年9月分) および機器保有台数について、数字を記入下さい。

検査名・機器名	2005年9月1~30日の実施件数	機器保有台数
01 X線CT検査	件	台
02 MRI検査	件	台
03 RI検査 (シンチグラム)	件	台
04 SPECT (single photon emission CT) 検査	件	台
05 PET (陽電子断層撮影) 検査	件	台
06 スパイラル (ヘリカル) CT検査	件	台
07 DSA (digital subtraction angiography) 装置		台
08 CR (computed radiography) 装置		台
09 デジタル造影撮影装置		台

2 貴院におけるがんの診療について

「がん」とは、本調査では、本調査では、肉腫も含め悪性腫瘍全般を指します。

Q11 下記のがんの部位別治療方法をすべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択し、A、B、Cの中から適んで○を付け下さい。

A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。
B 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している(麻酔師の派遣を含む)。
C 当院では実施していない。

部位がん	治療方法	A	B	C
01 脳腫瘍	01-01 手術療法	○	○	○
	うち聴覚中枢神経腫瘍摘出術	○	○	○
	うち聴覚的下垂体腫瘍摘出術	○	○	○
	01-02 化学療法	○	○	○
02 咽頭がん	01-03 放射線療法	○	○	○
	02-01 手術療法	○	○	○
	02-02 化学療法	○	○	○
	02-03 放射線療法	○	○	○
03 舌がん	03-01 手術療法	○	○	○
	03-02 化学療法	○	○	○
	03-03 放射線療法	○	○	○
	04-01 手術療法	○	○	○
04 喉頭がん	04-02 化学療法	○	○	○
	04-03 放射線療法	○	○	○
	05-01 手術療法	○	○	○
	05-02 化学療法	○	○	○
05 甲状腺がん	05-03 放射線療法	○	○	○
	06-01 手術療法	○	○	○
	06-02 乳癌冷凍凝固摘出術	○	○	○
	06-03 化学療法	○	○	○
06 乳がん	06-04 放射線療法	○	○	○
	07-01 手術療法	○	○	○
	07-02 化学療法	○	○	○
	07-03 放射線療法	○	○	○
07 肺がん	08-01 手術療法	○	○	○
	08-02 表在性食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	○	○	○
	08-03 化学療法	○	○	○
	08-04 放射線療法	○	○	○
08 食道がん	09-01 手術療法	○	○	○
	09-02 表在性食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	○	○	○
	09-03 化学療法	○	○	○
	09-04 放射線療法	○	○	○
09 胃がん	10-01 手術療法	○	○	○
	10-02 うち腹腔鏡による胆のう摘出術	○	○	○
	10-02 化学療法	○	○	○
	10-03 放射線療法	○	○	○

部位別がん	治療方法	A	B	C
11 肝がん	11-01 手術療法	A	B	C
	11-02 エタノールの局所注入	A	B	C
	11-03 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法	A	B	C
	11-04 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	A	B	C
	11-05 肝動脈塞栓術	A	B	C
	11-06 化学療法	A	B	C
	11-07 放射線療法	A	B	C
12 膵臓がん	12-01 手術療法	A	B	C
	12-02 化学療法	A	B	C
13 大腸がん	12-03 放射線療法	A	B	C
	13-01 手術療法	A	B	C
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C
	うち内視鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C
	13-02 化学療法	A	B	C
	13-03 放射線療法	A	B	C
	13-04 手術療法	A	B	C
14 腎がん	14-01 手術療法	A	B	C
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C
	14-02 化学療法	A	B	C
	14-03 放射線療法	A	B	C
	15-01 手術療法	A	B	C
	うち経皮的切除術	A	B	C
	15-02 化学療法	A	B	C
15 膀胱がん	15-03 放射線療法	A	B	C
	16-01 手術療法	A	B	C
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C
	16-02 化学療法	A	B	C
	16-03 放射線療法	A	B	C
	17-01 手術療法	A	B	C
	17-02 レーザー照射治療	A	B	C
17 子宮がん	17-03 光線力学療法	A	B	C
	17-04 化学療法	A	B	C
	17-05 放射線療法	A	B	C
	18-01 手術療法	A	B	C
	18-02 化学療法	A	B	C
	18-03 放射線療法	A	B	C
	19-01 化学療法	A	B	C
19 悪性リンパ腫	19-02 放射線療法	A	B	C
	19-03 骨髄移植等の移植治療	A	B	C
	20-01 化学療法	A	B	C
20 白血病	20-02 骨髄移植等の移植治療	A	B	C

A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。
 B 外院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)。
 C 当院では実施していない。

3 貴院における脳卒中の診療について

「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。」

Q12 下記の脳卒中患者の状態のうち、貴院で導入可能なものを選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

Q1 急性期、脳卒中(脳出血・脳梗塞)の必要時 → Q13～16に回答
 Q2 回復期、脳卒中(脳出血・脳梗塞)によりリハビリテーションにより専ら回復期病棟、重症期病棟(回復期病棟)まで → Q17～18に回答
 Q3 維持期、脳卒中(脳出血・脳梗塞)の必要時、回復期病棟(回復期病棟)から必要に応じて重症期病棟、重症期病棟(回復期病棟)へ → Q19～20に回答
 Q4 脳卒中患者の受け入れには積極的には対応していない → Q21へ

Q13 脳卒中急性期患者に対する、01～03の検査・治療について、該当する選択肢に○をお付け下さい。(通常と重症期と診療時間外のそれぞれについてお答え下さい。)

	通常診療時間帯	診療時間外
01 放射線等機器検査 (MRI、CT等)	A: いつでも対応可能 B: 曜日・時間帯により対応可能 C: 対応不可	A: いつでも対応可能 B: 曜日・時間帯により対応可能 C: 対応不可
02 臨床検査	A: いつでも対応可能 B: 曜日・時間帯により対応可能 C: 対応不可	A: いつでも対応可能 B: 曜日・時間帯により対応可能 C: 対応不可
03 治療 (開頭手術、脳血管手術等)	A: いつでも対応可能 B: 曜日・時間帯により対応可能 C: 対応不可	A: いつでも対応可能 B: 曜日・時間帯により対応可能 C: 対応不可

Q14 貴院における脳卒中急性期患者を入院させる専用病棟等の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢の番号は、病棟数を記入の上、付欄にもお答え下さい。

01: 脳卒中専用集中治療室 (SCU) またはそれに準じた専用病棟を設置している。(病棟数:) 床) → 診療報酬上の脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出について、該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。
 01-01: 届出している 01-02: 今後届出したい 01-03: 届出は考えていない
 02: 専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を入院させる病棟を求めている
 03: 設置していない

Q15 脳卒中の急性期リハビリテーションの実施状況として、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 急性期リハビリテーションを実施している
 02: 急性期医療のみ実施しており、リハビリテーションが必要な患者は他病院に紹介している
 03: その他

Q16. 下記の急性心筋梗塞の治療方法をすべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢A、B、Cの中から最適なものを○をお付け下さい。

A 当院の設備・常動スタッフで実施している。
B 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)。
C 当院では実施していない。

病室中の種類	治療方法	A	B	C
01 脳出血	01-01 脳内血腫摘出術	○	○	○
02 くも膜下出血	02-01 脳血管内手術(コイル塞栓術等)	○	○	○
	02-02 脳動脈瘤摘出術、脳動脈瘤クリッピング	○	○	○
03 脳梗塞	03-01 開頭手術(バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等)	○	○	○
	03-02 経皮的脳血管形成術(バルーン、ステント等)	○	○	○
	03-03 選択的脳血栓・塞栓摘出術(ウロキナーゼ注入等)	○	○	○
	03-04 t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法(発症後3時間以内) (注) t-PA (tissue plasminogen activator)を用いた経静脈的血栓溶解療法については、実績が未だなくとも症例があれば実施できる体制があれば、選択肢AないしBをお選び下さい。	○	○	○

Q17 貴院における脳卒中回復期療養の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 入院、外来とも受入れている。 02: 入院のみ受入れている。 03: 外来のみ受入れている

Q18 貴院における脳卒中重症者がリハビリテーション目的で入院できる病棟の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。病棟がある場合は何棟かを数字で記入下さい。

01: あり(病棟数) 02: なし 03: あり(病棟数)

Q19 貴院における脳卒中重症療養の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 入院、外来とも受入れている。 02: 入院のみ受入れている。 03: 外来のみ受入れている

Q20 貴院における脳卒中重症療養者に対する訪問診療の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 実施している。 02: 実施していない

4 貴院における急性心筋梗塞の治療について

Q21 貴院における冠動脈狭窄専用薬中硝酸薬(GOI)等の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: GOIまたはそれに準じた専用治療を設けている(病棟) →Q22へ
02: 専用ではないが、主として急性心筋梗塞患者を受入れる病棟を決めている →Q22へ
03: 設けていない →Q24へ

Q22 急性心筋梗塞患者に対する、01~03の検査・治療について、該当する選択肢に○をお付け下さい。(通病室・療養病室と診療時間外のそれぞれについてお答え下さい。)

01 放射線等機器検査 (心臓図、胸部X線写真等)	通常診療時間中		診療時間外			
	A: いっでも対応可能	B: 曜日・時間帯により対応可能	C: 対応不可	A: いっでも対応可能	B: 曜日・時間帯により対応可能	C: 対応不可
02 臨床検査	A: いっでも対応可能	B: 曜日・時間帯により対応可能	C: 対応不可	A: いっでも対応可能	B: 曜日・時間帯により対応可能	C: 対応不可
03 治療 (開胸手術、 経皮的冠動脈形成手術等)	A: いっでも対応可能	B: 曜日・時間帯により対応可能	C: 対応不可	A: いっでも対応可能	B: 曜日・時間帯により対応可能	C: 対応不可

Q23. 下記の急性心筋梗塞の治療方法をすべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢A、B、Cの中から最適なものを○をお付け下さい。

A 当院の設備・常動スタッフで実施している。
B 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)。
C 当院では実施していない。

治療方法	A	B	C
01 冠動脈バイパス手術	○	○	○
02 冠動脈閉塞に対する経皮的治療(カテーテルによる治療)	○	○	○
03 経静脈的血栓溶解療法	○	○	○

5 貴院における糖尿病の診療について

Q24 貴院における糖尿病の治療・指導の対応状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 実施している。 →Q25へ 02: 実施していない。 →Q30へ

Q25 貴院における糖尿病専門外来の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 設置している。 02: 設置していない

Q26 貴院における糖尿病専門外来および糖尿病教室(日帰り)の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 糖尿病と日帰り教室の両方を実施している。 →Q27へ 02: 日帰り教室のみを実施している。 →Q27へ
02: 糖尿病と日帰り教室の両方を実施している。 →Q27へ 03: 日帰り教室のみを実施している。 →Q27へ
03: 糖尿病と日帰り教室の両方を実施している。 →Q27へ 04: いずれも実施していない。 →Q28へ

Q27 下記の糖尿病指導すべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢A~Dの中から最適なものを○をお付け下さい。

	A: 自院のスタッフのみで実施	B: 自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施	C: 外部から招いた職員のみで実施	D: 外部機関に委託等して実施
01 運動指導	○	○	○	○
02 栄養(食生活)指導	○	○	○	○
03 薬理指導	○	○	○	○
04 生活指導	○	○	○	○

Q28 貴院における下記の糖尿病診療スタッフの配置状況について、常勤者の人数を記入し、また非常勤者の有無について該当する選択肢に○をお付け下さい。

	常勤者の人数		非常勤者の有無	
	人	人	有	無
01 日本糖尿病学会認定総務その他の団体が認定する糖尿病療養指導士	○	○	○	○
02 糖尿病診療に専事する管理栄養士	○	○	○	○

Q29 貴院における人工透析を必要とする糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性足病変への対応可否について、該当する選択肢に○をお付け下さい。

	可	不可
01 人工透析を必要とする糖尿病性腎症	○	○
02 糖尿病性網膜症	○	○
03 糖尿病性足病変(足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽)	○	○

6 貴院における小児医療(小児救急を含む。)について

Q29 貴院における小児医療(小児救急を含む。)について、貴院の実施状況として該当するものを選択肢A、B、Cの中から最適なものを○をお付け下さい。

A 当院の設備・常動スタッフで実施している。
B 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)。
C 当院では実施していない。

治療方法	A	B	C
01 冠動脈バイパス手術	○	○	○
02 冠動脈閉塞に対する経皮的治療(カテーテルによる治療)	○	○	○
03 経静脈的血栓溶解療法	○	○	○

Q33 貴院が在院に於ける時間外救急診療の対応状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。
Q34 貴院における時間外救急診療への対応状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。
Q35 貴院における時間外救急診療における医師・看護師の配置状況および日本救急医学会の救急科専門医資格取得者の有無について、該当する選択肢に○をお付け下さい。

7 貴院における救急医療について

Q34 貴院における時間外救急診療への対応状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	01 対応している。→Q35へ	02 対応していない。→Q36へ
Q35 貴院の時間外救急診療における医師・看護師の配置状況および日本救急医学会の救急科専門医資格取得者の有無について、該当する選択肢に○をお付け下さい。		
	01 常勤の救急専任医師	救急科 専門医資格保有者の有無
	02 常勤の救急専任医師	有 無
	03 非常勤の医師	有 無
	04 専任の看護師	有 無
	05 放射線技師	有 必要に応じオンライン
	06 臨床検査技師	有 必要に応じオンライン

8 貴院におけるへき地医療支援について

Q36 貴院におけるへき地医療機関（福島、奥多摩町、檜原村）に所在する医療機関）に対する支援の状況として、該当するものを選択肢 A、B、Cの中から適当で○をお付け下さい。	A 実施している。	B 現在は実施していないが今後実施していきたい。	C 現在のところ実施の予定はない。
01 医師の長期派遣	A	B	C
02 代診医師の派遣	A	B	C
03 専門診療班の派遣	A	B	C
04 救急患者の受入れ	A	B	C
05 紹介患者の受入れ	A	B	C
06 へき地からの入院患者家族用宿泊施設等の確保	A	B	C

9 貴院における在宅医療への取組について

Q37 貴院における在宅診療（空）の対応、実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	
01 実施している。→Q38へ	02 実施していない。→Q39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。

Q38 貴院が在院に於ける時間外救急診療の対応状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	01 診療時間内での対応可能	02 診療時間外でも対応可能
Q39 貴院における時間外救急診療（空）の対応、実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	01 実施している。→Q40へ	02 実施していない
Q40 貴院における時間外救急診療の平均的な実施時間（時間外時間）を記入して下さい。	01 49歳以下	02 50歳代
	03 60歳代	04 70歳代
	05 80歳以上	06 総数
Q41 貴院における時間外救急診療の対応可能な診療科目として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。	01 救急診療	02 救急救急法
	03 救急救急法	04 救急救急法
	05 救急救急法	06 救急救急法
	07 救急救急法	08 救急救急法
	09 救急救急法	10 救急救急法
	11 救急救急法	12 救急救急法
	13 救急救急法	14 救急救急法
Q42 貴院で時間外救急診療を担当する医師の人数を記入して下さい。	01 医師	非常勤(注)
	02 看護士	人
	03 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	人
	04 その他	人
		人
		人
		人
Q43 貴院での時間外救急診療の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	01 病院からの訪問診療のみ実施している	02 実施していない
	02 同一設置主体の訪問診療システムによる訪問診療のみ実施している	03 実施していない
	03 病院からの訪問診療を実施し、併せて同一設置主体の訪問看護ステーションによる訪問看護も実施している	04 実施していない
Q44 貴院から訪問看護ステーションへの指示書交付の対応として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	01 実施している	02 実施していない
	02 実施していない	03 実施していない
Q45 貴院における介護保険の「主治医直轄」の交付の対応として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	01 実施している	02 実施していない
	02 実施していない	03 実施していない
Q46 貴院が、院内の医師が患者を対象に在宅医療に関する研修を行っているかについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。	01 行っている	02 行っていない

10 貴院の地域における連携状況について

Q47. 貴院における患者の受入れ、紹介依頼として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。
 ①: 地域医療連携室を設置し、医療機関から患者の受入れ等を行っている。 →Q48へ
 ②: 地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関から患者の受入れ等を行う体制を敷いている。 →Q48へ
 ③: 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。 →Q51へ

Q48. 貴院において患者の受入れ、紹介を担当する専任者の人数を職種別に記入して下さい。

職種	専任者数	非常勤者数	
01 医師	人	04 専任職員	人
02 看護職員	人	05 その他	人
03 医療社会事業従事者	人		

Q49. 貴院が紹介患者について定期的に報告や連絡を行うなど紹介医療との相互連携を実施しているかについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。
 ①: 実施している。 ②: 実施していない。 ③: 診療に関する相談を受けている。 ④: 積極的な連携は実施していない。

Q50. 貴院の診療所への後方支援体制について該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。
 ①: 急変時に緊急入院を受け入れる。 ②: 研修会・症例検討会を実施している。

11 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q51. 貴院におけるリハビリテーション医療の実態状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。
 ①: 実施している。 →Q52へ ②: 実施していない。 →Q57へ

Q52. 貴院において、リハビリテーションが必要となる患者のために専用で確保している職員数を記入下さい。

リハビリテーション専用病床	専任者数	非常勤者数
うち一般病床	人	人
うち回復期リハビリテーション病棟 回復期リハビリテーション病棟の増設部	人	人
うち療養病床	人	人

Q53. 貴院におけるリハビリテーション部門専任医師数と、そのうちの専門医資格保有者数を記入下さい。

リハビリテーション部門専任医師数	常勤	非常勤 (実人数)
うち日本リハビリテーション医学会専門医資格保有者数	人	人

Q54. 貴院における医師以外のリハビリテーション業務従事者数を記入下さい。

	免許取得後年数			非常勤 (注)		
	1年未満	3年未満	5年以上	1年未満	3年未満	5年以上
01 理学療法士	人	人	人	人	人	人
02 作業療法士	人	人	人	人	人	人
03 言語聴覚士	人	人	人	人	人	人
04 あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人	人	人
05 医療社会事業従事者	人	人	人	人	人	人

(注) 非常勤者の数は、Q5の注2に示した方法に従って常勤換算して下さい。

Q55. 貴院における看護日(2006年10月2日)の入院患者のうち、看護日を含む入院期間中にリハビリテーション医療を実施している患者の数を(算定したリハビリテーション料の種類別)を記入して下さい。

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	人	人
心大血管疾患	人	人	人	人	人	人	人	人	人
脳血管疾患	人	人	人	人	人	人	人	人	人
運動器リハビリテーション料	人	人	人	人	人	人	人	人	人
呼吸器リハビリテーション料	人	人	人	人	人	人	人	人	人
心大血管疾患等	人	人	人	人	人	人	人	人	人
脳血管疾患等	人	人	人	人	人	人	人	人	人
運動器リハビリテーション料	人	人	人	人	人	人	人	人	人
呼吸器リハビリテーション料	人	人	人	人	人	人	人	人	人

Q56. <2006年10月2日から7日までの間で、貴院においてリハビリテーション外来を実施している任意の1日を選んでお答えください。>
 リハビリテーション医療を実施した外来患者数(算定したリハビリテーション料の種類別)(実数)を記入して下さい。

心大血管疾患	脳血管疾患	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	心大血管疾患等	脳血管疾患等	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	障害児(者)
人	人	人	人	人	人	人	人	人

Q57. 貴院の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、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

①: 充実させたいと考えている。 →Q58へ ②: 今のところ未定である。 →Q61へ
 ③: 当面の間は現状を維持する予定である。 →Q61へ

Q58. 貴院のリハビリテーション医療に因っ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記入ください。選択肢 01 を選ばれた場合は、Q59にもお答え下さい。選択肢 02 を選ばれた場合は、Q60にもお答え下さい。

優先順位(数字で3つまで記入)	選択肢
	01 リハビリテーション科の高級治療の届出 →Q59へ
	02 リハビリテーション専門病棟の整備 →Q60へ
	03 訓練室の施設改善
	04 リハビリテーション医療機器の整備・更新
	05 リハビリテーション関連医療従事者の確保・増員
	06 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
	07 その他

Q59. 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料の施設基準の種類について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 心大血管疾患等リハビリテーションI	06 運動器リハビリテーションII
02 心大血管疾患等リハビリテーションII	07 呼吸器リハビリテーションI
03 脳血管疾患等リハビリテーションI	08 呼吸器リハビリテーションII
04 脳血管疾患等リハビリテーションII	09 障害児(者)リハビリテーション
05 運動器リハビリテーションI	10 障害児(者)リハビリテーション

Q60. 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棟の種類について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 一般病棟を使用したリハビリテーション専門病棟
02 回復期リハビリテーション病棟(回復期リハビリテーション病棟入院料の届出が必要なもの)の整備
03 療養病棟を使用したリハビリテーション専門病棟

12 貴院における緩和ケアについて

Q61. 貴院における緩和ケアの実施状況を下記該当する選択肢の番号1つに○を付け、01、02に該当する場合は病床数を記入下さい。

01 緩和ケア病棟入院科の病棟の届出を行っている。(緩和ケア病棟の病床数) → Q62へ
 02 緩和ケア診療加算の届出を行っている。(緩和ケア専用病床数) → Q63へ
 03 上記01、02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 → Q64へ
 04 積極的な実施体制を整備していない → Q65へ

<Q62は、Q61で01(緩和ケア病棟入院科の届出を行っている)と回答した病院のみお答え下さい>
 Q62 貴院の緩和ケア病棟における入院待機患者数、在宅療養患者の急変時受入れ可能数をご記入下さい。

01 基準日(2006年10月2日)現在の緩和ケア病棟(病棟を除く)における在宅療養患者の急変時受入れ可能数
 02 緩和ケア病棟(病棟を除く)における緩和ケア病棟(病棟を除く)の入院待機患者数

<Q63は、Q61で01(緩和ケア病棟入院科の届出を行っている)と回答した病院のみお答え下さい>
 Q63 貴院の緩和ケア病棟又は緩和ケア病棟における新規入院患者数、平均入院日数をご記入下さい。

01 2005年1月1日～12月31日の緩和ケア病棟又は病棟の新規入院患者数
 02 2005年1月1日～12月31日における緩和ケア病棟又は病棟の平均入院日数

Q64 貴院の緩和ケア病棟又は緩和ケアチームにおける各職種の人数をご記入下さい。

01 医師	人	06 薬剤師	人
02 看護職員	人	07 管理栄養士・栄養士	人
03 看護補助職員	人	08 ボランティア	人
04 医療社会事業従事者	人	09 その他	人
05 臨床心理士	人		

Q65 貴院における緩和ケア外来の設置状況について該当する選択肢の番号1つに○を付け、設置している場合は2005年1月1日～12月31日における外来患者数を記入下さい。

01 設置している(外来患者数) 人 02 設置していない

Q66 貴院における在宅療養患者への緩和ケア提供体制について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 訪問診療を実施している。 04 急変時24時間緩和ケア病棟への入院を受入れている
 02 訪問看護を実施している。 05 診療所又は訪問看護ステーションを支援している
 03 急変時に緩和ケア病棟への入院を受入れている。 06 積極的な実施体制を整備していない

Q67 貴院の緩和ケア病棟又は緩和ケアチームが連携している診療所や訪問看護ステーションの箇所数を下記入下さい。一回答したらQ68へ

01 診療所	箇所	02 訪問看護ステーション	箇所
--------	----	---------------	----

Q68 貴院が緩和ケアを積極的に実施していない理由として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 緩和ケアを必要とする患者が少ない、またはいない。 04 緩和ケアの実施は採算性が悪い
 02 緩和ケアチームの設置など人員体制を整備するのが難しい。 05 その他
 03 緩和ケア病棟または病棟を整備するのが難しい。

Q69 貴院の緩和ケアの実施に関する今後の予定として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 緩和ケア病棟入院科の施設基準の届出を行う予定がある
 02 緩和ケア加算の施設基準の届出を行う予定がある
 03 上記01、02には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供する予定がある
 04 当面の間は現状を維持する予定である
 05 今のところ未定である

13 その他

Q70 貴院が実施している保険請求として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 入院ドック 03 保険者・企業等の委託等による集団的な保険指導
 02 保険者・企業等の委託等による検診・検診 04 いずれも実施していない

Q71 貴院では、オーダーリング・システムを導入していますか、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 導入している
 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

Q72 貴院では、医療機器請求に当たり、レセプト電算処理(電子媒体によるレセプトの提出)を実施していますか、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 実施している
 02 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある
 03 現在実施しておらず、実施予定もない

Q73 貴院では、電子カルテシステムを導入していますか、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢01を選ばない場合は、何項にもお答え下さい。

01 導入している
 02 電子カルテの活用状況の範囲について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付けください。
 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

Q74 貴院では、ホームページを開設していますか、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢01を選ばない場合は、付題にもお答え下さい。

01 開設している
 02 サイトの掲載内容として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。
 01-01 手術・治療の内容や治療費の診療実績
 01-02 第三者機関が実施した病院の評価結果
 01-03 送迎バスや自由診療に係る費用等を含む自己負担額
 01-04 医師の氏名、科歴、専門分野等
 01-05 連携している医療機関名
 01-06 7カ lind オプションを定める患者への対応体制
 02 具体的な開設予定がある
 03 開設していない

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。記入漏れがないかをご確認の上、平成18年10月31日(火)までに、同封の返信用封筒に入れてご返函下さい。

東京都

(一般診療所票)

東京都医療機能実態調査

一般診療所票

《本調査票の記入日・記入者について》

調査票記入日	2006年 月 日	記入担当者名
連絡先電話番号		連絡先 FAX 番号

●以下の設問には、特に指示がある場合以外、2006年10月2日現在の状況に基づいてお答え下さい。
 ●教値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

1 貴院の概要・属性について

① 上記の施設名、所在地に誤りがある場合は、下欄に記入して下さい。

施設名	
所在地	

② 貴院の社会医療機関の属性について、該当する選択肢の番号(1つに○をお付け下さい)。

01 保険医療機関
 02 自由診療のみ

③ 貴院の医療機関コード番号(診療科目を併記する)を記入して下さい。

医療機関コード

④ 貴院の業務内容(診療科目)を記入して下さい。

01 厚生労働省
 02 その他国(厚生労働省以外の国の機関) 独立行政法人国立研究機関 国公立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構 国公立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構を含む)が開設するもの
 03 東京都
 04 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 社会福祉法人 恩賜財団済生会又は社会福祉法人北海道社会事業協会
 07 厚生(医療) 農業協同組合連合会

- 08 国民健康保険協同組合連合会
- 09 社会保険関係団体 (社団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生年金事業振興団、財団法人一般労働者協会、財団法人一般労働者協会、財団法人一般労働者協会及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合が開設するもの)
- 10 公益法人 (民法第34条の規定による法人が開設するもの)
- 11 医療法人 (医療法第39条の規定による法人が開設するもの)
- 12 学校法人 (私立学校法第3条の規定による法人が開設するもの)
- 13 社会福祉法人 (社会福祉法第22条の規定による法人が開設するもの)
- 14 医療生協 (消費生活協同組合法第4条の規定による法人が開設するもの)
- 15 会社
- 16 その他の法人
- 17 個人

診療科目	標榜診療科目か どうか	主たる診療科目 (1つに○)	標榜診療科目か どうか	主たる診療科目 (1つに○)
01 内科	Yes No		Yes No	
02 呼吸器科	Yes No		Yes No	
03 消化器科(胃腸科)	Yes No		Yes No	
04 循環器科	Yes No		Yes No	
05 小児科	Yes No		Yes No	
06 精神科	Yes No		Yes No	
07 神経科	Yes No		Yes No	
08 神経内科	Yes No		Yes No	
09 心臓内科	Yes No		Yes No	
10 アレルギー科	Yes No		Yes No	
11 リウマチ科	Yes No		Yes No	
12 外科	Yes No		Yes No	
13 整形外科	Yes No		Yes No	
14 形成外科	Yes No		Yes No	
15 美容外科	Yes No		Yes No	
16 脳神経外科	Yes No		Yes No	
17 呼吸器外科	Yes No		Yes No	
18 心臓血管外科	Yes No		Yes No	
19 小児外科	Yes No		Yes No	
20 産婦人科	Yes No		Yes No	
21 産科	Yes No		Yes No	
22 婦人科	Yes No		Yes No	
23 眼科	Yes No		Yes No	
24 耳鼻いんこう科	Yes No		Yes No	
25 気管食道科	Yes No		Yes No	
26 皮膚科	Yes No		Yes No	
27 泌尿器科	Yes No		Yes No	
28 性泌尿科	Yes No		Yes No	
29 小児科	Yes No		Yes No	
30 小児科	Yes No		Yes No	
31 放射線科	Yes No		Yes No	
32 麻酔科	Yes No		Yes No	

⑤ 貴院の病床の状況(新卒の増減、病棟数)について、該当する選択肢の番号(1つに○をお付け下さい)。

病床の有無

01 あり → 病床数*1

02 なし

⑥ 貴院の業務内容(診療科目)を記入して下さい。

01 一般診療業務
 02 歯科診療(集団・個別)
 03 人工透析
 04 コンタクトレンズ処方
 05 休日夜間急患センター
 06 その他

- 01 患者に身近な地域での、幅広い疾患に対応した診療、指導、健康相談等の提供
- 02 主に特定の疾患に対応し、日帰り手術等を実施するなど、特定の分野における高度な医療の提供
- 03 訪問診療や訪問看護などの在宅医療・介護の提供
- 04 耳鼻科、皮膚科、眼科等の専門の診療科目に特化した医療の提供
- 01 自宅（自宅に隣接している場合も含む）で開業している診療所
- 02 自宅以外の場所（オフィスビル等）で開業している診療所
- 03 上記のいずれにも当てはまらない（企業が事業所内に設置している診療所など）

- 01 在宅患者の症状が急変した場合など、緊急時の連絡を受ける体制を整備し、診療に対応している
- 02 01のような体制は特に整備していないが、可能な範囲で診療に対応している
- 03 診療時間外は医師が不在等のため、原則として診療には対応していない

職種	常勤	非常勤(注) (常勤換算)	職種	常勤	非常勤(注) (常勤換算)
01 医師	人		05 看護師	人	人
02 歯科医師	人		06 准看護師	人	人
03 薬剤師	人		07 その他	人	人
04 助産師	人				

(注) 非常勤換算の方法
 病院の1週間の通常の勤務時間を基本として、下記のように換算してください
 ・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
 8時間×2日 = 0.4人 (小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記)
 ・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
 (3時間×2日×1人) + (5時間×3日×2人) = 0.9人
 40時間

- 01 実施している
- 02 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある
- 03 現在実施しておらず、実施予定もない

- 01 導入している
- 電子カルテの活用状況の範囲について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。
- | | |
|-------|------------------|
| 01-01 | 自施設内で活用 |
| 01-02 | 患者への治療方針の説明などに活用 |
| 01-03 | 他の医療機関等との連携に活用 |
- 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

- 01 開設している
- サイトの掲載内容として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。
- | | |
|-------|---------------------------|
| 01-01 | 手術・治療の内容や件数等の診療実績 |
| 01-02 | 差額ベッド代や自由診療に係る費用等を含む自己負担額 |
| 01-03 | 医師の氏名、略歴、専門分野等 |
| 01-04 | 連携している医療機関名 |
| 01-05 | セカンドオピニオンを求める患者への対応体制 |
- 02 具体的な開設予定がある
- 03 開設していない

- 2 貴院の地域における連携状況について
- 01 連携病院があり、検査や入院の依頼にあまり苦労しない
- 02 連携病院があるが十分な数でなく、検査や入院先の選定に苦労している
- 03 連携している病院がなく、検査や入院先の選定に苦労している
- 04 特に必要としない

- 01 連携している診療所がある
- 02 連携している診療所がなく、紹介に苦労している
- 03 特に必要としない

- 01 行っている
- 02 行っていない
- 01 行っている
- 02 行っていない

- 01 市民病院の診療・指導
- 02 小児医療（小児救急を含む。）
- 03 往診 (注1)
- 03-01 診療時間内のみ対応可能
- 03-02 診療時間外でも対応可能
- 04 訪問診療 (注2)
- 05 リハビリテーション医療
- (注1) 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。
 (注2) 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た場合に当該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。
- | | |
|-----------------|----|
| Yes → Q20~24に回答 | No |
| Yes → Q25に回答 | No |
| Yes → Q26~29に回答 | No |
| Yes → Q26~37に回答 | No |
| Yes → Q38~39に回答 | No |

【Q19の設問01でYesと回答された医療機関のみお答え下さい】

3 貴院における糖尿病の診療について

Q26 貴院における糖尿病診療の現状(日帰り)の実施状況として、該当する選択肢の番号をすべて記入して下さい。	01 教育入院と日帰り教室の両方を実施している	→Q21に回答				
	02 教育入院のみを実施している	→Q21に回答				
	03 日帰り教室のみを実施している	→Q21に回答				
	04 いずれも実施していない	→Q22に回答				
Q27 貴院の糖尿病指導士(日帰り)の実施状況として、該当する選択肢の番号をすべて記入して下さい。	A 自院のスタッフのみで実施	B 自院のスタッフと外部から招いた職員等のみで実施	C 外部から招いた職員等のみで実施	D 外部機関に委託等して実施		
01 運動指導	A	B	C	D		
02 栄養(食生活)指導	A	B	C	D		
03 薬理指導	A	B	C	D		
04 生活指導	A	B	C	D		
Q28 貴院における以下の糖尿病診療スタッフの配置状況について、該当する人数を記入し、また非常勤者の有無をすべて記入して下さい。	常勤者の人数				非常勤者の有無	
01 日本糖尿病学会指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病指導士	人				有 無	
02 糖尿病の診療に従事する管理栄養士	人				有 無	
Q29 貴院では糖尿病医療機関から糖尿病の紹介患者の受け入れ実績がありますか。該当する医療機関の名称をすべて記入して下さい。	01 受け入れ実績がある					
	02 受け入れ実績はない					
Q30 貴院では糖尿病診療を他の専門医に紹介するなど、他の医療機関と連携して、貴院で糖尿病診療を行う患者の数を把握していますか。その医療機関が所在する区市町村をすべて記入して下さい。	01 あり					
	02 なし					
01 あり	01 千代田区	13 渋谷区	24 八王子市	34 小平市	44 武蔵村山市	54 大島町
	02 中央区	14 中野区	25 立川市	35 日野市	45 多摩市	55 利島村
	03 港区	15 杉並区	26 武蔵野市	36 東村山市	46 稲城市	56 新島村
	04 新宿区	16 豊島区	27 三鷹市	37 国分寺市	47 羽村市	57 神津島村
	05 文京区	17 北区	28 青梅市	38 国立市	48 あきる野市	58 三宅村
	06 台東区	18 荒川区	29 府中市	39 福生市	49 西東京市	59 御殿島村
	07 墨田区	19 板橋区	30 昭島市	40 狛江市	50 瑞穂町	60 八丈町
	08 江東区	20 練馬区	31 調布市	41 東大和市	51 日の出町	61 青ヶ島村
	09 品川区	21 足立区	32 町田市	42 清瀬市	52 檜原村	62 小笠原村
	10 目黒区	22 葛飾区	33 小金井市	43 東久留米市	53 奥多摩町	63 東京都以外
	11 大田区	23 江戸川区				
	12 世田谷区					

【Q19の設問02でYesと回答された医療機関のみお答え下さい】

4 貴院における小児医療(小児救急を含む。)について

Q25 貴院の小児救急診療時間表(休日・夜間)は、該当する時間帯について、以下のとおりです。	9時から12時まで	12時から18時まで	18時から22時まで	22時以降
01 平日	実施	実施	実施	実施
02 土曜日	実施	実施	実施	実施
03 日曜日	実施	実施	実施	実施
04 祝日	実施	実施	実施	実施

【Q19の設問03でYesと回答された医療機関は、Q26~Q29にお答え下さい】

【Q19の設問04でYesと回答された医療機関は、この項すべて(Q26~Q37)にお答え下さい】

5 貴院における在宅医療への取組について

01 している	02 していない					
01 届出を済ませた	02 平成18年度中に届出したい	→Q30へ				
	03 2~3年以内に届出したい	→Q30へ				
	04 届出は考えていない	→Q30へ				
適用開始年月日	平成18年	月	日			
Q31 貴院の在宅医療の取り組み(適用後から基準日(2005年10月2日)までの計)について、数字を記入して下さい。	在宅での看取り数(適用後から基準日までの計)	人	人			
	(うち)がん末期患者	人	人			
Q32 貴院の訪問診療を行っている患者の数(2005年9月中の実績)をご記入下さい。	01 49歳以下	人	03 60歳代	人	05 80歳以上	人
	02 50歳代	人	04 70歳代	人	06 総数	人
Q33 貴院の訪問診療の対比可能な診療行為として、該当する診療行為の番号をすべて記入して下さい。	08 酸素療法					
	09 透析(CAPD)					
	10 レスビレーター(人工呼吸器)の管理					
	11 疼痛の管理					
	12 モニター測定(血圧・心拍等)					
	13 じょくそうの管理					
	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)					

東京都

(リハビリテーション対象患者の入退院状況調査)

退院患者票

急性期用

患者通し番号

1 基本的な情報

性 別	01 男性 02 女性	年 齢	歳	自 宅 住 所	01 都内 02 都外
-----	-------------	-----	---	---------	-------------

2 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

原因疾患	01 くも膜下出血 02 脳内出血 03 脳梗塞 04 その他の脳血管疾患	05 大腿骨の骨折 06 骨盤の骨折 07 脊椎の骨折 08 股関節の骨折 09 膝関節の骨折
→ 01~04 脳血管疾患の場合 → 麻痺の型	01 麻痺なし 02 右片麻痺 03 左片麻痺 04 両側性片麻痺	
発 症 日	西暦 年 月 日	合併症
貴院への入院日	西暦 年 月 日	01 心疾患 02 糖尿病 03 高血圧 04 その他 05 なし
入院経路	発 症 ⇒ ⇒ ⇒ 今回退院した病床 (01 一般病床 (救急含む) 02 その他の病床)	
【入院経路】		
01 貴病院の一般病床 (救急含む) 02 貴病院のその他の病床 03 別病院の一般病床 (救急含む)		
04 別病院のその他の病床 05 その他の施設		

3 入院中のリハビリテーションの状況

理学療法	01 未実施 02 実施	開始日	西暦 年 月 日
作業療法	01 未実施 02 実施	開始日	西暦 年 月 日
言語療法	01 未実施 02 実施	開始日	西暦 年 月 日

4 退院した時の状況

退 院 日	西暦 年 月 日	退 院 後 の 行 き 先	01 一般病床	
自 立 度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		02 亜急性期病棟	
認 知 度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		03 回復期リハビリテーション病棟	
バ ー セ ル 数	食 事		点 移 動	04 医療保険適用の療養病床
	移 乗		点 障 碍 昇 降	05 介護保険適用の療養病床
	整 容		点 更 衣	06 その他の病床
	ト イ レ		点 排 便 コ ン ト ロ ー ル	07 介護老人保健施設
	入 浴		点 排 尿 コ ン ト ロ ー ル	08 介護老人福祉施設
家 族 形 態 ・ 介 護 者 等	01 独居であり、介護者はいない		09 自宅・在宅	
	02 独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため介護できない		10 特定施設 (ケアハウス、有料老人ホーム等)	
	03 独居ではないが、日中は独居に相当する		11 死亡	
	04 常時 (日中・夜間)、介護者 (家族・友人等) が1人いる		12 その他	
	05 常時 (日中・夜間)、介護者 (家族・友人等) が複数いる			
退 院 決 定	01 特に問題なく、予定通りに退院できた		本来の予定日より <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日程度延びた	
	02 入所・入院する施設が見つからず、退院が延びていた			
	03 入所・入院する施設が待機待ちのため、退院が延びていた			
	04 在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ体制が整わず、退院が延びていた			
	05 在宅に戻る予定で家族の受け入れ体制も整っていたが、介護保険サービスの開始待ちのため、退院が延びていた			
医 療 処 置	01 中心静脈栄養	02 経鼻経管栄養	03 胃ろう	04 気管切開
	05 人工透析	06 尿道バルーン	07 ドレーン	
	要 介 護 度			
	01 未認定	02 要支援1	03 要支援2	04 要介護1
	05 要介護2	06 要介護3	07 要介護4	08 要介護5

退院後の行き先が「回復期リハビリテーション病棟」以外の場合

回復期リハ	01 適応無し 02 適応有り ⇒ 回復期リハ病棟に転院等しなかった理由 [01 入院受入基準により断られた 02 空きがなかった 03 その他]
-------	--

退院後の行き先が「自宅・在宅」「特定施設」の場合の医療・介護の継続について

退 院 先	01 自院の外来 02 他院の外来 03 不明
介 護 保 険	01 利用する 02 利用せず 03 不明
→ 01 利用する場合 → サービス内容	01 通所リハビリ 02 通所介護 03 訪問リハビリ 04 その他

退院患者票（急性期用）

《 記入要領 》

この調査票には、下記の条件に該当する退院患者について、1人1票ずつのご記入をお願いします。
なお、調査票右肩部にある「患者通し番号」の記入枠に連番をお付けください。

■退院時期：平成18年11月1日（水）～30日（木）

※本調査では、「退院」には「転床」を含みます。また、救急部門の短期入院患者の退院についても対象といたします。

■原因疾患：①又は②のいずれかに該当する者

- ① 脳血管疾患（くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患）患者
- ② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折患者

1. 基本的な情報

- 性別** 記入する対象となる退院患者の性別をお選びください。
- 年齢** 退院時の年齢を数値でご記入ください。
- 自宅住所** 自宅の住所について、該当するものをお選びください。

2. 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

- 原因疾患** 入院の契機となった原因疾患について、[01]～[09]の中から該当するものを1つお選びください。
- 麻痺の型** 原因疾患が[01]～[04]の脳血管疾患の場合は、該当する麻痺の型（入院時）をお選びください。
- 発症日** 原因疾患の発症日（受傷日）をご記入ください。
- 貴院への入院日** 貴院へ当該患者が入院した年月日をご記入ください。
- 合併症** 今回退院した病床へ当該患者が入院（転床含む）した際の合併症について、該当するものを全てお選びください。
- 入院経路** 原因疾患を発症（受傷）した後、今回退院した病床へ当該患者が入院（転床含む）するまでの経路について、空欄に該当するものを[01]～[05]から選んでご記入ください。最後の欄（今回退院した病床）は、[01]又は[02]のどちらかを選び○を付けてください。
例えば、脳梗塞を発症後に今回退院した病床とは別の「貴病院の一般病床（救急含む）」に入院し、その後、今回退院した病床へ転床し、そのまま退院した場合には、空欄に[01]を記入し、最後の欄（今回退院した病床）は[01]に○を付けてください。

3. 入院中のリハビリテーションの状況

- 理学療法** 理学療法の実施の有無をお選びください。
なお、「02 実施」の場合、リハビリの開始日をご記入ください。
- 作業療法** 作業療法の実施の有無をお選びください。
なお、「02 実施」の場合、リハビリの開始日をご記入ください。
- 言語療法** 言語療法の実施の有無をお選びください。
なお、「02 実施」の場合、リハビリの開始日をご記入ください。

4. 退院した時の状況

- 退院日** 退院した年月日をご記入ください。
- 退院後の行き先** 退院後の当該患者の行き先について、[01]～[12]から該当するものを1つお選びください。
- 生活自立度** 退院時の「障害老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準
J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

	1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

認知症

退院時の「認知症である老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

家族形態・介護者等退院決定

当該患者の退院時の家族形態・介護者の状況について、[01]～[05]から該当するものを1つお選びください。

実際の退院日が決定されるに至る経緯として該当するものを1つお選びください。

なお、[02]～[05]の場合は、本来の退院予定日よりも延期されたおおよその日数を数値でご記入ください。

パーセル指数

退院時のパーセル指数について、下表を参考に点数を数値でそれぞれご記入ください。

項目	点数	記述	基準
食 事	10	自 立	皿やテーブルから自力で食物をとって、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。
	5	部 分 介 助	なんらかの介助・監視が必要（食物を切り刻む等）。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。

移 乗	15	自 立	すべての動作が可能(車いすを安全にベッドに近づける。ブレーキをかける。フットレストを持ち上げる。ベッドへ安全に移る。臥位になる。ベッドの縁に腰かける。車いすの位置を変える。)
	10	最 小 限 介 助	上記動作(1つ以上)最小限の介助または安全のための指示や監視が必要。
	5	部 分 介 助	自力で臥位から起き上がって腰かけられるが、移乗に介助が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
整 容	5	自 力	手と顔を洗う。整髪する。歯を磨く。髭を剃る(道具は何でもよいが、引き出しからの出納も含めて道具の操作・管理が介助なしにできる)。女性は化粧も含む(ただし、髪を編んだり、髪型を整えることは除く)。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
ト イ レ	10	自 立	トイレの出入り(腰かけ、離れを含む)、ボタンやファスナーの着脱と汚れないための準備、トイレット・ペーパーの使用、手すりの使用は可。トイレの代わりに差し込み便器を使う場合には便器の清浄管理ができる。
	5	部 分 介 助	バランス不安定、衣服操作、トイレット・ペーパーの使用に介助が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
入 浴	5	自 立	浴槽に入る、シャワーを使う、スポンジで洗う、このすべてがどんな方法でもよいが、他人の援助なしで可能。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
移 動	15	自 立	介助や監視なしに45m以上歩ける。義肢・装具や杖・歩行器(車つきを除く)を使用してよい。装具使用の場合には立位や坐位でロック操作が可能なこと。装着と取りはずしが可能なこと。
	10	部 分 介 助	上記事項について、わずかな介助や監視があれば45m以上歩ける。
	5	車 い す 使用	歩くことはできないが、自力で車いすの操作ができる。角を曲がる、方向転換、テーブル、ベッド、トイレ等への操作等。45m以上移動できる。患者が歩行可能なときは採点しない。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
階 段 昇 降	10	自 立	介助や監視なしに安全に階段の昇降ができる。手すり、杖、クラッチの使用可。杖をもったままの昇降も可能。
	5	部 分 介 助	上記事項について、介助や監視が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
更 衣	10	自 立	通常着けている衣類、靴、装具の着脱が行える。
	5	部 分 介 助	上記事項について、介助を要するが、作業の半分以上は自力で行え、妥当な時間内に終了する。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
排 便 コントロール	10	自 立	排便のコントロールが可能で失敗がない。脊椎損傷患者等の排便訓練後の座薬や洗腸の使用を含む。
	5	部 分 介 助	座薬や洗腸の使用に介助を要したり、ときどき失敗する。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
排 尿 コントロール	10	自 立	昼夜とも排尿コントロールが可能。脊椎損傷患者の場合、集尿バッグ等の装着・清掃管理が自立している。
	5	部 分 介 助	ときどき失敗がある。トイレに行くことや尿器の準備が間にあわなかったり、集尿バッグの操作に介助が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。

医療処置
要介護度
回復期リハ
通院先
介護保険

[01] ~ [07] の医療処置について、退院時に実施していたものを全てお選びください。

退院時の要介護度について、[01] ~ [08] から該当するものを1つお選びください。

『退院後の行き先』が「03 回復期リハビリテーション」以外の場合、退院時の回復期リハビリテーションの適応の有無について該当するものをお選びください。

「02 適応有り」の場合、回復期リハビリテーション病棟に転院・転床しなかった理由をお選びください。

退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設(ケアハウス、有料老人ホーム等)」の場合、退院後の通院先をお選びください。

退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設(ケアハウス、有料老人ホーム等)」の場合、退院後の介護保険の利用の有無をお選びください。

「01 利用する」の場合、利用するサービス内容について該当するもの全てをお選びください。

退院患者票

回復期用

患者通し番号

1 基本的な情報

性 別	01 男性 02 女性	年 齢	歳	自 宅 住 所	01 都内 02 都外
-----	-------------	-----	---	---------	-------------

2 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

原因疾患	01 くも膜下出血	02 脳内出血	03 脳梗塞	04 その他の脳血管疾患
	05 大腿骨の骨折	06 骨盤の骨折	07 脊椎の骨折	08 股関節の骨折
	09 膝関節の骨折			
	10 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を発生			
	11 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷			
→ 01~04 脳血管疾患の場合	麻痺の型			
	01 麻痺なし	02 右片麻痺	03 左片麻痺	04 両側性片麻痺
発症日	西暦	年	月	日
合併症	01 心疾患 02 糖尿病 03 高血圧 04 その他 05 なし			
入院経路	発症 ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ 貴院の回復期リハビリ病棟へ入院（転床含む）			
【入院経路】				
01 貴病院の一般病床（救急含む）		02 貴病院のその他の病床		03 別病院の一般病床（救急含む）
04 別病院のその他の病床		05 その他の施設		

3 回復期リハビリテーション病棟に入院（転床含む）した時の状況

入院日	西暦	年	月	日
生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
パーセル数	食 事	点	ト イ レ	点
	移 乗	点	入 浴	点
	履 容	点	移 動	点
	階 段 昇 降	点	更 衣	点
			排 便 コ ン ト ロ ー ル	点

4 入院中のリハビリテーションの状況

理学療法	01 未実施	02 実施	1日当たり実施状況	平均	単位
作業療法	01 未実施	02 実施	1日当たり実施状況	平均	単位
言語療法	01 未実施	02 実施	1日当たり実施状況	平均	単位

5 退院した時の状況

退院日	西暦	年	月	日
自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
パーセル数	食 事	点	移 動	点
	移 乗	点	階 段 昇 降	点
	履 容	点	更 衣	点
	ト イ レ	点	排 便 コ ン ト ロ ー ル	点
	入 浴	点	排 尿 コ ン ト ロ ー ル	点
家族形態・介護者等	01 独居であり、介護者はいない 02 独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため介護できない 03 独居ではないが、日中は独居に相当する 04 常時（日中・夜間）、介護者（家族・友人等）が1人いる 05 常時（日中・夜間）、介護者（家族・友人等）が複数いる			
退院決定	01 特に問題なく、予定通りに退院できた 02 入所・入院する施設が見つからず、退院が延びていた 03 入所・入院する施設が待機待ちのため、退院が延びていた 04 在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ体制が整わず、退院が延びていた 05 在宅に戻る予定で家族の受け入れ体制も整っていたが、介護保険サービスの利用の開始待ちのため、退院が延びていた			
医療処置	01 中心静脈栄養 02 経鼻経管栄養 03 胃ろう 04 気管切開 05 人工透析 06 尿道バルーン 07 ドレージン			
要介護度	01 未認定 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5			
退院後の行き先 01 一般病床 02 亜急性期病棟 03 回復期リハビリテーション病棟 04 医療保険適用の療養病床 05 介護保険適用の療養病床 06 その他の病床 07 介護老人保健施設 08 介護老人福祉施設 09 自宅・在宅 10 特定施設（ケアハウス、有料老人ホーム等） 11 死亡 12 その他				

退院後の行き先が「自宅・在宅」「特定施設」の場合の医療・介護の継続について

通院先	01 自院の外來	02 他院の外來	03 不明	
介護保険	01 利用する 02 利用せず 03 不明			
→ 01 利用する場合	サービス内容			
	01 通所リハビリ	02 通所介護	03 訪問リハビリ	04 その他

退院患者票（回復期用）

《 記入要領 》

この調査票には、下記の条件に該当する退院患者について、1人1票ずつのご記入をお願いします。
 なお、調査票右肩部にある「患者通し番号」の記入枠に連番をお付けください。

■退院時期：平成18年11月1日（水）～30日（木）

■退院患者：回復期リハビリテーション病棟からの退院患者

1. 基本的な情報

- 性別** 記入する対象となる退院患者の性別をお選びください。
- 年齢** 退院時の年齢を数値でご記入ください。
- 自宅住所** 自宅の住所について、該当するものをお選びください。

2. 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

- 入院契機** 入院の契機となった原因疾患について、[01]～[11]の中から該当するものを1つお選びください。
- 麻痺の型** 原因疾患が[01]～[04]の脳血管疾患の場合は、該当する麻痺の型（入院時）をお選びください。
- 発症日** 原因疾患の発症日（受傷日）をご記入ください。
- 合併症** 今回退院した病床へ当該患者が入院（転床含む）した際の合併症について、該当するものを全てお選びください。
- 入院経路** 原因疾患を発症（受傷）した後、今回退院した回復期リハビリテーション病棟の病床へ当該患者が入院（転床含む）するまでの経路について、空欄に該当するものを[01]～[05]から選んでご記入ください。
 例えば、脳梗塞を発症後に今回退院した病床とは別の「貴病院の一般病床（救急含む）」に入院し、その後、今回退院した病床へ転床し、そのまま退院した場合には、[01]のみを空欄にご記入ください。

3. 回復期リハビリテーション病棟へ入院（転床含む）した時の状況

- 入院日** 今回退院した回復期リハビリテーション病棟の病床へ当該患者が入院（転床含む）した年月日をご記入ください。
- 障害直度** 入院時の「障害老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準
J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

入院時の「認知症である老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

入院時のバーセル指数について、下表を参考に点数を数値でそれぞれご記入ください。
 なお、全ての項目について、「全介助（すべて介助が必要）」の場合は0点としてください。

項目	点数	記述	基準
食 事	10	自 立	皿やテーブルから自力で食物をとって、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。
	5	部 分 介 助	なんらかの介助・監視が必要（食物を切り刻む等）。
移 乗	15	自 立	すべての動作が可能（車いすを安全にベッドに近づける。ブレーキをかける。フットレストを持ち上げる。ベッドへ安全に移る。臥位になる。ベッドの縁に腰かける。車いすの位置を変える。）
	10	最 小 限 介 助	上記動作（1つ以上）最小限の介助または安全のための指示や監視が必要。
	5	部 分 介 助	自力で臥位から起き上がって腰かけられるが、移乗に介助が必要。
整 容	5	自 力	手と顔を洗う。整髪する。歯を磨く。髭を剃る（道具は何でもよいが、引き出しからの出納も含めて道具の操作・管理が介助なしにできる）。女性は化粧も含む（ただし、髪を編んだり、髪型を整えることは除く）。
	10	自 立	トイレの出入り（腰かけ、離れを含む）、ボタンやファスナーの着脱と汚れないための準備、トイレ・ペーパーの使用、手すりの使用は可。トイレの代わりに差し込み便器を使う場合には便器の清浄管理ができる。
入 浴	5	自 立	浴槽に入る、シャワーを使う、スポンジで洗う、このすべてがどんな方法でもよいが、他人の援助なしで可能。
	15	自 立	介助や監視なしに45m以上歩ける。義肢・装具や杖・歩行器（車つきを除く）を使用してよい。装具使用の場合には立位や坐位でロック操作が可能なこと。装着と取りはずしが可能なこと。
移 動	10	部 分 介 助	上記事項について、わずかな介助や監視があれば45m以上歩ける。
	5	車いす使用	歩くことはできないが、自力で車いすの操作ができる。角を曲がる、方向転換、テーブル、ベッド、トイレ等への操作等。45m以上移動できる。患者が歩行可能なときは採点しない。
	10	自 立	介助や監視なしに安全に階段の昇降ができる。手すり、杖、クラッチの使用可。杖をもったままの昇降も可能。
階 段 昇 降	5	部 分 介 助	上記事項について、介助や監視が必要。
	10	自 立	通常着けている衣類、靴、装具の着脱が行える。
更 衣	5	部 分 介 助	上記事項について、介助を要するが、作業の半分以上は自力で行え、妥当な時間内に終了する。
	10	自 立	排便のコントロールが可能で失敗がない。脊椎損傷患者等の排便訓練後の座薬や洗腸の使用を含む。
排 便 コ ン ト ロ ー ル	5	部 分 介 助	座薬や洗腸の使用に介助を要したり、ときどき失敗する。
	10	自 立	昼夜とも排尿コントロールが可能。脊椎損傷患者の場合、集尿バッグ等の装着・清掃管理が自立している。
排 尿 コ ン ト ロ ー ル	5	部 分 介 助	ときどき失敗がある。トイレに行くことや尿器の準備が間にあわなかったり、集尿バッグの操作に介助が必要。

4. 入院中のリハビリテーションの状況

- 理学療法** 理学療法の実施の有無をお選びください。
なお、「02 実施」の場合、リハビリの1日当たりの平均的な実施単位数をご記入ください。
- 作業療法** 作業療法の実施の有無をお選びください。
なお、「02 実施」の場合、リハビリの1日当たりの平均的な実施単位数をご記入ください。
- 言語療法** 言語療法の実施の有無をお選びください。
なお、「02 実施」の場合、リハビリの1日当たりの平均的な実施単位数をご記入ください。

5. 退院した時の状況

- 退院日** 退院した年月日をご記入ください。
- 退院後の
行き先** 退院後の当該患者の行き先について、[01]～[12]から該当するものを1つお選びください。
- 生活自立度** 退院時の「障害老人の日常生活自立度」について該当するものを前掲の表を参考にお選びください。
- 認知自立度** 退院時の「認知症である老人の日常生活自立度」について該当するものを前掲の表を参考にお選びください。
- パーセル指数** 退院時のパーセル指数について、前掲の表を参考に点数を数値でそれぞれご記入ください。
- 家族形態・
介護者種** 当該患者の退院時の家族形態・介護者の状況について、[01]～[05]から該当するものを1つお選びください。
- 退院決定** 実際の退院日が決定されるに至る経緯として該当するものをお選びください。
なお、[02]～[05]の場合は、本来の退院予定日よりも延期されたおおよその日数を数値でご記入ください。
- 医療処置** [01]～[07]の医療処置について、退院時に実施していたものを全てお選びください。
- 要介護度** 退院時の要介護度について、[01]～[08]から該当するものを1つお選びください。
- 退院先** 退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設（ケアハウス、有料老人ホーム等）」の場合、退院後の通院先をお選びください。
- 介護保険** 退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設（ケアハウス、有料老人ホーム等）」の場合、退院後の介護保険の利用の有無をお選びください。
「01 利用する」の場合、利用するサービス内容について該当するもの全てをお選びください。

入院患者票

番 号	性 别	年 齢	自宅住所	入院前 の場所	発 症 年月日	原 疾 因 患	入 院 年月日
1	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
2	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
3	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
4	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
5	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
6	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
7	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
8	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
9	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
10	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
11	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
12	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
13	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
14	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
15	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
16	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
17	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
18	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
19	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
20	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
21	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
22	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
23	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
24	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
25	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日

入院患者票

《 記入要領 》

この調査票には、平成 18 年 11 月 15 日（水）0：00 時点で、貴院の回復期リハビリテーション病棟に入院している全ての入院患者について、患者 1 人 1 行ずつのご記入をお願いします。

性別 記入する対象となる患者の性別をお選びください。

年齢 平成 18 年 11 月 15 日現在の年齢を数値でご記入ください。

居住住所 自宅の住所について、該当するものをお選びください。

なお、既に自宅が無く、施設の入所者等である場合は、その施設等の住所についてお選びください。

入院前の居場所 入院直前の居場所について該当するものを下枠内から選び、数値をご記入ください。

- | | | |
|-------------------|---------------|-------------------|
| 01 貴病院の一般病床（救急含む） | 02 貴病院のその他の病床 | 03 別病院の一般病床（救急含む） |
| 04 別病院のその他の病床 | 05 その他の施設 | |

発症年月日 原因疾患を発症（受傷）した年月日をご記入ください。

原因疾患 原因疾患について該当するものを下枠内から選び、数値をご記入ください。

- | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| 01 くも膜下出血 | 02 脳内出血 | 03 脳梗塞 |
| 04 その他の脳血管疾患 | 05 大腿骨の骨折 | 06 骨盤の骨折 |
| 07 脊椎の骨折 | 08 股関節の骨折 | 09 膝関節の骨折 |
| 10 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を発症 | | |
| 11 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷 | | |

入院年月日 入院した年月日をご記入ください。

施 設 票

以下の問いについて、平成 18 年 11 月 1 日現在の貴院の状況をご記入ください。

I 基本的な事項

問 1 下記の 01～10 の病床・病棟種類別に、貴院の使用許可病床数、病床利用率を数字でご記入ください。

病床の種類	許可病床数	病床利用率
01 一般病床	床	%
02 療養病床（医療保険適用）	床	%
03 療養病床（介護保険適用）	床	%
04 精神病床	床	%
05 結核病床	床	%
06 感染症病床	床	%
07 合計（01+02+03+04+05+06）	床	%
08 （再掲）回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病棟	床	%
09 （再掲）亜急性期入院医療管理料の届出病棟	床	%
10 （再掲）脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出病棟	床	%

問 2 貴院で届出を出しているリハビリテーション施設基準の種類について、該当するもの全てに○印をお付けください。

01 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	02 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）
03 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	04 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）
05 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	06 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
07 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	08 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）
09 難病患者リハビリテーション料	10 障害者（児）リハビリテーション料

問 3 貴院における患者の受け入れ・紹介を行う院内体制について、該当するもの 1 つに○印をお付けください。

01 地域医療連携室を設置し、他の医療機関と患者の受け入れ・紹介を行っている。
02 地域医療連携室という名称は使っていないが、他の医療機関と患者の受け入れ・紹介を行う院内の組織体制を整備している。
03 医療機関と患者の受け入れ・紹介を行うための院内の組織体制は特に整備していない。

■回復期リハビリテーション病棟を保有している病院は、問 5～問 10 にご回答ください。

■上記以外の病院は、問 10 にご回答ください。

【回復期リハビリテーション病棟を保有している病院のみご回答ください。】

II 回復期リハビリテーション病棟の状況

問5 回復期リハ病棟の従事者数について数字でご記入ください。

(回復期リハ病棟が2病棟以上ある場合は、1病棟分に換算した平均値をご記入ください)

職 種	専 従 [他病棟は担当せず]		非専従(注) [他病棟も担当する]	
		人		人
01 医 師		人		人
[再掲] リハビリテーション医学会専門医資格保有者		人		人
[再掲] リハビリテーション医学会認定医資格保有者		人		人
02 看護職員		人		人
03 理学療法士		人		人
04 作業療法士		人		人
05 言語聴覚士		人		人
06 医療社会事業従事者		人		人
07 健康運動指導士		人		人
08 その他の職員		人		人

注. 非専従職員数の計算方法

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下さい。

- ・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

$$\frac{(3時間 \times 2日 \times 1人) + (5時間 \times 3日 \times 2人)}{40時間} = 0.9人 \text{ (小数点第1位まで表記)}$$

問6 貴院の回復期リハ病棟で受け入れている紹介患者の紹介元の医療機関として多いものを第1位から第3位まで下枠内からお選びください。

第1位 第2位 第3位

- | |
|-----------------------------|
| 01 貴院と同じ区市町村内にある病院 |
| 02 貴院と同じ区市町村内にある一般診療所 |
| 03 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある病院 |
| 04 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある一般診療所 |
| 05 上記03・04よりも遠方にある病院 |
| 06 上記03・04よりも遠方にある一般診療所 |

問7 貴院の回復期リハ病棟で受け入れている紹介患者の紹介先の医療機関として多いものを第1位から第3位まで下枠内からお選びください。

第1位 第2位 第3位

- | |
|-------------------------------|
| 01 貴院と同じ区市町村内にある病院 |
| 02 貴院と同じ区市町村内にある一般診療所 |
| 03 貴院と同じ区市町村内にある介護保険施設等 |
| 04 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある病院 |
| 05 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある一般診療所 |
| 06 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある介護保険施設等 |
| 07 上記03・04よりも遠方にある病院 |
| 08 上記03・04よりも遠方にある一般診療所 |
| 09 上記03・04よりも遠方にある介護保険施設等 |

※二次保健医療圏については、4頁の表をご参照ください。

問8 貴院の回復期リハ病棟の入院受け入れ基準について、該当するもの全てに○印をおつけください。

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 01 発症（受傷）から1カ月以内であること | 02 気管切開をしていないこと |
| 03 中心静脈栄養（IVH）をしていないこと | 04 経鼻経管栄養をしていないこと |
| 05 経皮（胃ろう・腸ろう）経管栄養をしていないこと | |
| 06 褥瘡がないこと | 07 感染症（MRSA、緑膿菌等）がないこと |
| 08 特になし | |

問9 貴院の回復期リハ病棟では、退院前訪問指導を行っていますか。

- | |
|-------------------------|
| 01 原則としてすべての患者に対して行っている |
| 02 一部の患者には行っている |
| 03 行っていない |

【最後に、全ての病院にご回答をお願いいたします。】

Ⅲ 患者の紹介・受け入れの状況

問10 患者の紹介・受け入れに当たり留意している点があれば、ご自由にご記入ください。

例、急性期病院に望むこと、回復期病院に望むこと 等

(参考) 都内の二次保健医療圏の構成

圏 域 名	構 成 区 市 町 村
区 中 央 部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
区 南 部	品川区、大田区
区 西 南 部	目黒区、世田谷区、渋谷区
区 西 部	新宿区、中野区、杉並区
区 西 北 部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
区 東 北 部	荒川区、足立区、葛飾区
区 東 部	墨田区、江東区、江戸川区
西 多 摩	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂市、日の出町、檜原村、奥多摩町
南 多 摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市
北多摩北部	小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市
島 し よ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村

静岡県

(病院)

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票
(病 院)

〇趣旨

静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、喘息、精神疾患)及び事業(周産期医療、小児医療)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」「以下「医療体制図(案)」という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に収載するほか、ホームページ等により一般に公表します。

なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

〇調査対象病院

〇〇保健医療圏に所在する病院

〇回答方法

平成19年10月 日()までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 病院名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

病 院 名	
所 在 地	
調査回答日	平成19年10月 日
担 当 者	所 属 氏 名 連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。

② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
がん	集学的治療	
	ターミナルケア	
脳卒中	救急医療	
	身体機能を回復させるリハビリテーション	
急性心筋梗塞	救急医療	
糖尿病	専門治療・急性増悪時治療	
喘息	専門治療	
精神疾患	身体合併症治療	
周産期医療	正常分娩	
小児医療(小児救急医療を含む)	小児専門医療	

【個別表】

- ① 次のⅠ～Ⅷの疾病又は事業の1. 対応チェック表について
 - ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴院が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
 - ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。
- ② 次のⅥ精神疾患及びⅦ周産期医療の2. 参考事項について
 - ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。
 - 参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。
- ③ クリティカルパス等について
 - ・ 調査票末尾の「その他」について該当がある場合、記入してください。
 - ②同様、基礎資料として使用しますので、御協力願います。

<Ⅰ がん>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
集学的治療	血液検査、画像検査及び病理検査等の専門的な検査の実施とそれに基づく診断が可能	
	がんの種類や病期に応じて、診療ガイドラインに準じた手術や化学療法(外来でも実施可能なこと)、放射線療法を組み合わせた集学的治療が実施可能	
	専門職種による身体及び精神症状に対する緩和ケアが実施可能	
	がん診療連携拠点病院においては、相談支援センターを設置し、患者、家族及び地域の医療機関からの相談等に対応している	
	初期診断や治療後のフォローアップ、退院後の緩和ケアを行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	
ターミナルケア	専門的な緩和ケアが24時間実施可能(緩和ケア病棟を有する) 緩和ケア病棟入院料届出医療機関	
	標準的な診療や集学的治療を行う医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
		連携先

< II 脳卒中 >

※ 「救急医療」については、輪番制による対応も含みます。
 1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の に<O>を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
救急医療 ※	血液検査や画像検査(X線、CT、MRI検査)等の必要な検査が24時間実施可能	
	脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む)	
	適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内(もしくは発症後3時間以内)に組織プラスミノゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能	
	脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内の治療開始が可能	
	呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能	
	リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能	
	回復期(あるいは維持期、在宅医療)の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
連携先		

身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態への対応が可能	
	失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能(次の①又は②に該当)	
	次の①、②の該当するものに<O>を対応欄に記入してください。	
	① 回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関	
	② 脳血管疾患等リハビリテーション料 I 届出医療機関	
急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している		
連携先		

＜Ⅲ 急性心筋梗塞＞

※ 輪番制による対応も含みます。

1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の に＜○＞を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
救急医療	心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環等必要な検査及び処置が24時間実施可能	
	急性心筋梗塞を疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応可能	
	ST上昇型心筋梗塞の場合、来院30分以内に冠動脈造影検査、及びそれに続く経皮的冠動脈形成術や血栓溶解療法が実施可能	
	心臓外科的処置が可能であるか、処置可能な医療機関と連携がとれている	
	次の①、②の該当する方に＜○＞を対応欄に記入してください。	
	① 自院処置可能	
	② 処置可能な医療機関と連携 連携先	
	呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する診療が可能	
	電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全への対応が可能	
	回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携し、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施	
	連携先	

< IV 糖尿病 >

※ 輪番制による対応も含まれます。

1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の に<O>を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
専門治療・急性増悪時治療	血糖コントロール不可例やインシュリン導入時に治療方針の決定が可能	
	糖尿病昏睡等、急性合併症の専門的治療が24時間実施可能	
	専門職種による食事、運動、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的治療や患者指導(心理問題を含む)が可能	
	初期・安定期や慢性合併症の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して連携している	
	連携先	

< V 喘息 >

※ 輪番制による対応も含まれます。

1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の に<O>を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
専門治療	重症発作時における呼吸管理等の治療を24時間実施可能	
	慢性閉塞性肺疾患や気胸、縦隔気腫等の合併症、併発症の専門的治療が可能	
	診療ガイドラインによる管理でもコントロールが難しい患者への対応が可能	
	専門職種による服薬や吸入指導、教育入院等による集中的な患者指導が実施可能	
	心身症的合併症への対応が可能	
	初期・安定期治療機関、救急医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	
次のうち、該当する対応条件に<O>を()内に記入してください。 成人のみ () ・ 小児のみ () ・ 成人、小児問わず ()		

<VI 精神疾患>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
身体合併症治療	身体合併症の入院治療と精神科医療を実施可能	
	精神科入院医療や精神科通院医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携している	
	連携先	

2. 参考事項

項 目	件数等
精神科医療を実施する医師数(平成19年10月1日現在)	
常勤	人
非常勤(実人数)	人
非常勤(常勤換算)	人

<VII 周産期医療>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
正常分娩	産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能	
	正常分娩を実施可能	
	他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術その他の手術に適切に対応可能	
	連携先	
	日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談	

2. 参考事項

項 目	件数等
分娩数(平成18年1月～12月)	件
産科医療を実施する医師数(常勤、平成19年10月1日現在)	人
助産師数(常勤換算、平成19年10月1日現在)	人

<Ⅷ 小児医療(小児救急医療を含む)>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
小児専門医療	一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療の必要な患者等に対する入院診療が実施可能	
	一般の小児医療機関では実施困難な診断・検査・治療を含む専門的な入院医療を行う	
	地域の小児科を標榜する診療所、病院等や、より高度専門的な対応について対応可能な医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携している	
	連携先	

<その他>

(1) 院内のクリティカルパスを導入していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

導入済み ・ 未導入 ・ 検討中

「導入済み」の場合、導入している疾病等名を記入してください。

※欄が不足する場合は、別紙を作成してください。

疾病等名

(2) 地域連携クリティカルパスを導入していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

導入済み ・ 未導入 ・ 検討中

「導入済み」の場合、疾病等ごとに平成18年中の適用患者数を記入してください。

※欄が不足する場合は、別紙を作成してください。

疾病等名	患者数

(3) 退院時カンファレンスを実施していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

実施している ・ 未実施 ・ 検討中

「実施している」場合、次にもお答えください。

① 平成18年中の実施患者数

人

② カンファレンス構成メンバーについて、該当するものを ○ で囲んでください。

院内のみ ・ 院外も含む ・ その他

「院外も含む」場合、職種を記載してください。

{ }

静岡県

(診療所)

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票
(診療所)

〇趣旨

静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の疾病(がん、脳卒中)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」(以下「医療体制図(案)」)という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に収載するほか、ホームページ等により一般に公表します。

なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

〇調査対象診療所

〇〇保健医療圏に所在する在宅末期医療総合診療料、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、在宅療養支援診療所を県社会保険事務局に届出している診療所

〇回答方法

平成19年10月 日()までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 診療所名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

診療所名	
所在地	
調査回答日	平成19年10月 日
担当者	所属
	氏名
	連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。

② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
がん	ターミナルケア	
	身体機能を回復させるリハビリテーション	
脳卒中	生活の場における療養支援	

【個別表】

- ① 次のⅠ～Ⅱの疾病又は事業の1. 対応チェック表について
 - ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴診療所が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
 - ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。
- ② 次のⅠ～Ⅱの2. 参考事項について
 - ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。
 - 参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。
- ③ クリティカルパス等について
 - ・ 調査票末尾の「その他」について該当がある場合、記入してください。
 - ②同様、基礎資料として使用しますので、御協力願います。

<Ⅰ がん>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
ターミナルケア	通院困難な末期悪性腫瘍患者に対して、24時間看取りを含めた終末期ケアを提供可能(在宅末期医療総合診療料届出医療機関)	
	標準的な診療や集学的治療を行う医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	

2. 参考事項

項 目	件数等	
平成18年度中の看取り件数	件	
平成19年10月1日現在の受け持ち患者数及び受け持ち可能患者数	受け持ち	人
	受け持ち可能	人
平成18年度中に医療用麻薬を使用した患者数	人	
そのうち、注射薬を投与した患者数	人	
そのうち、麻薬処方せんを発行した患者数	人	

<Ⅱ 脳卒中>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応が可能	
	失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能(脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ届出医療機関)	
	急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	

生活の場における療養支援	患者家族の要請により、24時間往診又は訪問看護を行う体制を確保していること。(在宅療養支援診療所届出医療機関)	
	希望する患者に看取りを行う	
	急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護保険事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	

2. 参考事項

項	目	件数等
平成18年度中の看取り件数		件
平成19年10月1日現在の受け持ち患者数及び受け持ち可能患者数	受け持ち	人
	受け持ち可能	人

＜その他＞

(1) 病院との連携において、地域連携クリティカルパスを使用していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

使用している ・ 使用していない ・ 検討中

「使用している」の場合、疾病等ごとに平成18年度中の連携先病院名及び適用患者数を記入してください。

※欄が不足する場合は、別紙を作成してください。

疾病等名	連携先病院名	患者数
		人
		人
		人
		人

(2) 紹介元病院の退院時カンファレンスに参加していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

参加している ・ 参加していない ・ 検討中

「参加している」場合、次にもお答えください。

① 平成18年度中の対象患者数 人

② カンファレンスに参加する構成メンバーについて、職種を記載してください。

[]

(3) <Ⅰがん>の区分「ターミナルケア」、<Ⅱ脳卒中>の区分「生活の場における療養支援」を推進する上での『課題』を記載してください。

[]

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票
(診療所)

○趣旨

静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の事業(周産期医療)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」(以下「医療体制図(案)」という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に掲載するほか、ホームページ等により一般に公表します。

なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

○調査対象診療所

〇〇保健医療圏に所在する産科又は産婦人科を標榜する診療所

○回答方法

平成19年10月 日()までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 診療所名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

診療所名	
所在地	
調査回答日	平成19年10月 日
担当者	所属
	氏名
	連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

- ① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。
- ② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
周産期医療	正常分娩	

【個別表】

① 次の周産期医療の1. 対応チェック表について

- ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴院が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
- ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。

② 次の周産期医療の2. 参考事項について

- ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。
参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。

<周産期医療>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
正常分娩	産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能	
	正常分娩を実施可能	
	他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術その他の手術に適切に対応可能	
	連携先	
	日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談	

2. 参考事項

項 目	件数等
分娩数(平成18年1月～12月)	件
医師数(常勤、平成19年10月1日現在)	人
助産師数(常勤換算、平成19年10月1日現在)	人

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票
(助産所)

○趣旨

静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の事業(周産期医療)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」(以下「医療体制図(案)」という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に掲載するほか、ホームページ等により一般に公表します。

なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

○調査対象診療所

〇〇保健医療圏に所在する助産所

○回答方法

平成19年10月 日()までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 助産所名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

助産所名	
所在地	
調査回答日	平成19年10月 日
担当者	所属 氏名 連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。

② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
周産期医療	正常分娩	

【個別表】

- ① 次の周産期医療の1. 対応チェック表について
 - ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴院が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
 - ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。
- ② 次の周産期医療の2. 参考事項について
 - ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。
参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。

<周産期医療>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応	
正常分娩	正常分娩(助産)を実施可能		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">嘱託医の勤務する病院又は診療所名</td> <td></td> </tr> </table>	嘱託医の勤務する病院又は診療所名	
嘱託医の勤務する病院又は診療所名			
	日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談		

2. 参考事項

項 目	件数等
分娩数(平成18年1月～12月)	件
助産師数(平成19年10月1日現在)	人

大阪府

医療機関医療機能アンケート調査票（基礎調査票）

※ 今回の調査した事項については、次期保健医療計画において、一部又は全部を公表することを考えておりますので、ご協力をお願いします。

なお、「10 9で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。」のように、設問文に下線があるものについては、府として把握するもので、公表は考えていません。

【病院基本情報】

1 貴病院の許可病床数を教えてください。（平成18年10月1日現在）

病床別	病床数
一般病床	
療養病床	
うち医療保険適用	
うち介護保険適用	
精神病床	
結核病床	
感染症病床	

2 貴病院の下記の機能を持った病床数を教えてください。（平成18年10月1日現在）

病床別	病床数
ICU	
そのうち小児科が専用で使用している病床（PICU）	
CCU	
SCU	
NICU	
MFICU	

※ 診療報酬の施設基準にかかわらず、機能があれば記入してください。

3 貴病院の産科・小児科の病床数を教えてください。（平成18年10月1日現在）

病床別	病床数
小児科（NICU,PICU を除く）	
そのうち新生児専用	
産科 妊婦の方が分娩時使用する病床、なお、産科と婦人科が混合している場合は産科・婦人科合わせて〇床と記入し、その旨明記してください。	

医療機関医療機能アンケート調査票（がん）

【がん治療基本情報】

- 1 貴病院における下記の「がん」の部位別診療実績について記入してください。
（平成17年実績）

部位名	のべ入院患者数	手術数	放射線治療件数	化学療法件数
①肺				
②胃				
③食道				
④結腸				
⑤直腸				
⑥肝臓				
⑦胆道				
⑧膵臓				
⑨腎臓				
⑩膀胱				
⑪前立腺				
⑫子宮				
⑬卵巣				
⑭乳房				
⑮脳腫瘍				
⑯リンパ組織				
⑰白血病				
⑱甲状腺				
⑲頭頸部がん				
⑳小児がん				

ここでは、自分の病院で実施した件数を記入してください。
ただし、例えば、自分の病院で放射線治療をする設備がないため、貴病院で入院の上、他病院で放射線治療をする場合など、既にクリティカルパス等で連携した診療が明示されているときは、その件数を（ ）で（例：このような件数が5件あれば、（5件））と外数で記入してください。

- 2 がん患者の平均在院日数を記入してください。

日(平成17年実績)

（注） 計算式は、病院報告と同様です。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 0.5}$$

※小数第1位まで記入してください

【相談機能】

- 3 貴病院においては、患者に対しがん治療に関するセカンドオピニオン(※)を行っていますか。

1 行っている

2 行っていない

(※) セカンドオピニオンとは、患者・家族等が、現在かかっている病院等の医師（主治医）の診断や治療方針の他に、主治医以外の専門医師の意見を聞くことによって、納得の上でより良い治療方針を自己決定できるようにするためのもので、診療報酬を請求しないものも含まれます。

4 3で「1 行っている」と答えた病院におうかがいします。貴病院でセカンドオピニオンを実施した件数を教えてください。(平成17年実績)

※ 件数については分かる範囲で記入してください。

件

5 貴病院においては、がん患者やその家族等の相談業務を行うため、相談機能(相談室)を設置していますか。(平成18年10月1日現在)

1 ある	2 ない
------	------

【緩和医療】

6 貴病院において、チーム緩和医療(※)を実施していますか。(平成18年10月1日現在)

1 実施している	2 実施予定(平成 年 月)	3 実施していない
----------	----------------	-----------

(※) チーム緩和医療とは、医師、看護師、医療心理に携る者等を含めたチームにより行う緩和医療で診療報酬を請求しないものも含まれます。一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制を含みます。

7 緩和医療を実施している患者に対して貴病院の外来等においてフォロー(※)していますか。(平成18年10月1日現在)

1 フォローしている	2 フォローする予定(平成 年 月)	3 フォローしていない
------------	--------------------	-------------

(※) 外来等におけるフォローとは、対象患者が退院した後も、必要に応じて外来または往診で対応するなど、在宅における緩和医療が継続され得る環境が整っていること。

8 貴病院は緩和医療を行っている患者の身近な病院や診療所と連携して、緩和医療を実施していますか。(平成18年10月1日現在)

1 実施している	2 実施予定(平成 年 月)	3 実施していない
----------	----------------	-----------

【クリティカルパスの導入について】

9 貴病院では、がんに関してクリティカルパスを導入していますか。(平成18年10月1日現在)

1 導入済み(平成 年 月から)	2 導入予定(平成 年 月)	3 導入予定なし
------------------	----------------	----------

10 9で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院においてがんのクリティカルパスを使用したのべ患者数(平成17年10月1日~18年9月30日まで1年間の実績)について教えてください。

人

【地域連携クリティカルパス（※）の導入について】

11 貴病院では、がんに関して地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）していますか。
（平成 18 年 10 月 1 日現在）

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

（※） 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。
ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

12 11 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院においてがんの地域連携クリティカルパスを使用したのべ患者数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日まで 1 年間の実績）について教えてください。

人

13 11 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

【がん登録】

14 貴病院では院内がん登録を実施していますか。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

1 実施している	2 実施予定(平成 年 月)	3 実施していない
----------	----------------	-----------

【その他】

15 そのほか貴病院においてがん治療に関して、特に進んで取り組んでおられること、特徴的なことなどありましたら、ご記入ください。

（自由記述）

医療機関医療機能アンケート調査票（脳卒中）

【脳卒中関係基本情報】

- 1 貴病院において、脳卒中及び脳梗塞が主たる病名であるのべ入院患者数（平成17年実績）を教えてください。

	平成17年
脳卒中の入院患者数	
うち脳梗塞の入院患者数	

- 2 脳卒中患者の平均在院日数（平成17年実績）を教えてください。

日(平成17年実績)

(注) 計算式は、病院報告と同様です。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 0.5}$$

※小数第1位まで記入してください。

- 3 SCU病床に入院したのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

【tPA（アルテプラゼ）による脳血栓溶解療法実績】

- 4 tPAによる脳血栓溶解療法を実施していますか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

- 5 4で「1 はい」と答えた医療機関におうかがいします。tPAによる脳血栓溶解療法の実施した件数を教えてください。

	平成17年10月1日～平成18年9月30日
tPAによる脳血栓溶解療法の 実施した件数	

- 6 4で「2 いいえ」と答えた医療機関におうかがいします。貴病院は日本脳卒中学会が示すtPAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準に合致し、症例があれば、直ちに実施できる体制を整備済みですか。

1 はい	2 いいえ
------	-------

日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会が提案するrt-PA静注療法の施設基準は下記の条件を満たしたところ です。

- 1 CT又はMRI検査が24時間実施可能であること
- 2 集中治療のため、十分な人員（日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とするストローク・チーム）及び設備（SCUまたはそれに準ずる設備）を有すること
- 3 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること
- 4 実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、その証明を取得すること（ただし、発症24時間以内の急性期脳梗塞をたとえば年間50例程度の多数例を診療している施設の実施担当医については、本薬使用前の講習会の受講を必須とはしないが、できるだけ早期に受講することが望ましい）

【開頭術実施数】

7 開頭術の合計実施件数（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
開頭術の合計		

8 頭蓋内血腫除去術実施数（脳出血に開頭または穿頭で実施した血腫除去件数）（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
頭蓋内血腫除去術実施数		

9 くも膜下出血に対する手術の実施件数（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
脳動脈クリッピング術等 （流入血管クリッピング、 瘤被包術を含む）		
その他（シャント、ドレナ ーシのみを除く）		

10 脳血管内手術実施数（平成17年実績）を教えてください。

件

（注） 脳動脈瘤や脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて実施したもの（平成16年医科診療報酬点数表K178）

11 経皮的脳血管形成術実施数（平成17年実績）を教えてください。

件

（注） 経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて、頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術を実施したもの（平成16年医科診療報酬点数表K178-2）

【回復期リハビリテーション病棟について】

12 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できる病棟の病床数（平成18年10月1日現在）を教えてください。

床

13 回復期リハビリテーション病棟における年間入院のべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

【クリティカルパスの導入について】

14 貴病院では脳卒中のクリティカルパスを導入していますか。

- | |
|------------------|
| 1 導入済み（平成 年 月から） |
| 2 導入予定（平成 年 月） |
| 3 導入予定なし |

15 14で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において脳卒中のクリティカルパスを使用したのべ患者数（平成17年10月1日～18年9月30日まで1年間の実績）について教えてください。

人

【地域連携クリティカルパスの導入について】

16 貴病院では脳卒中の地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。
ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

17 16で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において脳卒中の地域連携クリティカルパスを使用したのべ患者数（平成17年10月1日～18年9月30日まで1年間の実績）について教えてください。

人

18 16で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成18年10月1日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

医療機関医療機能アンケート調査票（急性心筋梗塞）

【急性心筋梗塞関係基本情報】

1 年間の急性心筋梗塞患者のべ入院患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

2 急性心筋梗塞患者の平均在院日数（平成17年実績）を教えてください。

日

(注) 計算式は、病院報告と同様です。
 平均在院日数 = $\frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \times 0.5$

※小数第1位まで記入してください。

【内科的治療の状況】

3 経皮的冠動脈形成術実施数（経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術、および経皮的冠動脈ステント留置術）（平成17年実績）を教えてください。

	全件数	うち時間外件数
経皮的冠動脈形成術実施数		

【外科的治療の状況】

4 開心術等の実施数（平成17年実績）を教えてください。

手術名	全件数	うち時間外件数
心大血管手術等の合計		
うち開心術		
うち冠動脈、大動脈移植バイパス術		
うち大血管手術		

【心臓リハビリテーション機能について】

5 平成16年医科診療報酬点数表で（H000）心疾患リハビリテーションを算定したのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

【クリティカルパスの導入について】

6 貴病院では急性心筋梗塞のクリティカルパスを導入していますか。

- 1 導入済み（平成 年 月から）
- 2 導入予定（平成 年 月）
- 3 導入予定なし

7 6で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において急性心筋梗塞のクリティカルパスを使用したのべ患者数（平成17年10月1日～18年9月30日までの1年間）について教えてください。

人

【地域連携クリティカルパスの導入について】

8 貴病院では急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）していますか。

- | | | | |
|---|---------|---|------|
| 1 | 導入済み（平成 | 年 | 月から） |
| 2 | 導入予定（平成 | 年 | 月） |
| 3 | 導入予定なし | | |

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。

ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

9 8で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスを使用したのべ患者数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間）について教えてください。

人

10 8で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

医療機関医療機能アンケート調査票（糖尿病）

【糖尿基本情報】

- 1 糖尿病が主たる病名であるのべ入院患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人

- 2 貴病院には糖尿病患者の会がありますか。

1 あり

2 なし

【糖尿病専門外来】

- 3 貴病院には糖尿病専門外来がありますか。

1 あり

2 なし

- 4 3で「1 あり」と答えた医療機関におうかがいします。外来診察日(時間)を教えてください。

【他院からの生活指導引き受け実績】

- 5 他の医療機関から依頼を受けて実施した栄養食事指導実施件数（平成 17 年実績）について教えてください。

件

- 6 他の医療機関から依頼を受けて実施したインスリン導入件数（平成 17 年実績）について教えてください。

件

【教育入院機能について】

- 7 貴病院では、医師、看護師、管理栄養士等による栄養、運動、服薬指導などを目的とし、数日間以上の入院期間に応じた教育プログラムを設定した教育入院を実施していますか。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

1 実施している

2 実施していない

- 8 教育入院の標準入院期間を教えてください。複数のコースがある場合、すべてのコースの入院期間を教えてください。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

9 年間教育入院のべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

【糖尿病性腎症の治療実績】

10 貴病院での糖尿病性腎症による年間血液透析患者数(平成17年実績)を教えてください。

人

11 そのうち、新規に血液透析を導入した患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

【糖尿病性網膜症の治療実績】

12 糖尿病性網膜症に対して実施した網膜光凝固術の件数（平成17年実績）を教えてください。（なお、数日間隔で実施した一連のものは一例とします。）

件

13 糖尿病性網膜症に起因する硝子体出血等に対して実施した硝子体手術数(平成17年実績)を教えてください。

件

【クリティカルパスの導入について】

14 貴病院では糖尿病のクリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から） 2 導入予定（平成 年 月） 3 導入予定なし
--

15 14で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において糖尿病のクリティカルパスを使用した患者ののべ人数（平成17年10月1日～18年9月30日までの1年間）について教えてください。

人

【地域連携クリティカルパスの導入について】

16 貴病院では糖尿病の地域連携クリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。
 ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

17 16 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において糖尿病の地域連携クリティカルパスを使用した患者ののべ人数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間）について教えてください。

人

18 16 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

医療機関医療機能アンケート調査票（周産期医療）

産科・産婦人科を標榜している病院のみ記入してください。

【分娩件数】

1 37 週未満の早期産件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

2 出生時の体重が 2,500 g 未満の分娩件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

3 多胎児の分娩件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

【OGCS及びNMCSへの加盟状況】

4 貴病院はOGCSまたはNMCSへ加盟していますか。

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1 OGCS及びNMCS両方に加盟している | 2 OGCSに加盟している |
| 3 NMCSに加盟している | 4 両方とも加盟していない |

5 4で「1 OGCS及びNMCS両方に加盟している」、「2 OGCSに加盟している」、「3 NMCSに加盟している」と答えた病院におうかがいします。

(1) 搬送を受け入れた件数（平成 17 年実績）を教えてください。

	OGCS	NMCS
搬送を受けた母体数		
搬送を受けた新生児数		

(2) 他病院へ搬送した件数（平成 17 年実績）を教えてください。

	OGCS	NMCS
他病院へ搬送した母体数		
他病院へ搬送した新生児数		

(3) 貴病院での周産期死亡数（平成 17 年 1 月～12 月）を教えてください。

人

(4) 貴病院での妊産婦死亡数（平成 17 年 1 月～12 月）を教えてください。

人

【産科オープンシステム（セミオープンシステム）の導入について】

6 産科オープンシステム（セミオープンシステム）を導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

産科オープンシステムとは、病院と診療所の連携により、妊婦健診は診療所で行い、分娩は病院で行うという形態をいいます。
 なお、主治医権は診療所にあり、原則として診療所医師が分娩に立ち会うオープンシステムと主治医権は病院にあり、病院医師が入院後の治療方針を決定し分娩に立ち会うセミオープンシステムがあります。

7 6で「1 導入している」と答えた病院におうかがいします。産科で連携している医療機関数を教えてください。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

8 産科オープンシステムを活用した分娩件数（平成 17 年実績）を教えてください。

オープンシステム（セミオープンシステム）を活用した件数	
-----------------------------	--

医療機関医療機能アンケート調査票（小児救急を含む小児医療）

小児科を標榜している病院のみ回答してください。

【小児科を標榜する病院の基本情報】

1 貴病院の小児科医師数（年齢別常勤、非常勤医師数、常勤換算数、新生児科担当とその他担当）を教えてください。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

年齢	小児科 医師数	常勤・非常勤医数			そのうち 新生児科医師数	常勤・非常勤医数		
		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
20 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
30 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
40 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
50 歳代		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
60 歳代以上		常勤	人・非常勤	人		常勤	人・非常勤	人
合計		常勤	人・非常勤 (常勤換算 人)	人		常勤	人・非常勤 (常勤換算 人)	人

※ 常勤は週 40 時間勤務する医師とします。

非常勤は週 40 時間未満勤務する医師とします。（以下、同じです。）

常勤換算は非常勤を常勤に換算した場合の人数を記入します。

2 貴病院の小児科の年間入院のべ患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人

3 貴病院の小児科入院患者の平均在院日数（平成 17 年実績）を教えてください。

日

（注） 計算式は、病院報告と同様です。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 0.5}$$

※小数第 1 位まで記入してください。

【母子医療給付について】

4 貴病院での育成医療給付の取り扱い件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

5 貴病院での小児慢性特定疾患児の医療給付取り扱い件数(平成 17 年実績)を教えてください。

件

6 貴病院での未熟児養育医療の取り扱い件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

7 貴病院での結核児童療育給付の取り扱い件数（平成 17 年実績）を教えてください。

件

【小児救急患者の受け入れ】

8 小児救急患者の時間外受入のべ患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人

9 時間外に受入れた小児救急患者のうちのべ入院患者数(平成 17 年実績)を教えてください。

人

10 時間外に受け入れた小児救急患者のうち、高次医療機関等に搬送したのべ救急患者数（平成 17 年実績）を教えてください。

人

【クリティカルパスの導入について】

11 貴病院では小児医療に関してクリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

12 貴病院で小児医療におけるクリティカルパスを活用している対象疾患を教えてください。

13 11 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院においてクリティカルパスを使用した患者のべ人数(平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間の実績)について教えてください。

人

【地域連携クリティカルパスの導入について】

14 貴病院では小児医療に関して地域連携クリティカルパスを導入していますか。

1 導入済み（平成 年 月から）
2 導入予定（平成 年 月）
3 導入予定なし

(※) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。

ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の別医療機関の場合も含めます。

15 貴病院で小児医療における地域連携クリティカルパスを活用している対象疾患を教えてください。

16 14 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院において地域連携クリティカルパスを使用した患者ののべ人数（平成 17 年 10 月 1 日～18 年 9 月 30 日までの 1 年間の実績）について教えてください。

	人
--	---

17 14 で「1 導入済み」と答えた病院におうかがいします。貴病院の地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数（平成 18 年 10 月 1 日現在）について教えてください。

医療機関数	
うち病院	
うち診療所	

医療機関医療機能アンケート調査票（救急医療）

【救急告示病院（2次救急）】

救急告示病院（2次救急）のみお答えください。

- 1 貴病院における救急車の受け入れ実績を教えてください。
（平成17年における時間内・外の受入数合計）

時間内	時間外	計
台	台	台

- 2 貴病院における時間外に受け入れたのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

- 3 そのうち、貴病院に入院したのべ入院患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

- 4 そのうち、高次の医療機関（3次の救命救急センター）へ転送したのべ患者数（平成17年実績）を教えてください。

人

【救急医療体制について】

- 5 貴病院では救急医療専門の部門がありますか。

1 ある（部門の名称： ） 2 ない

- 6 5で「1 ある」と答えた病院におうかがいします。貴病院で常勤の救急医療部門の専従医はおられますか。

1 いる（ 人） 2 いない

- 7 救急医療専用病床がありますか。

1 ある（ 床） 2 ない

※ ここでは、救急優先の病床は除きます。

医療機関医療機能アンケート調査票（災害医療）

【病院の耐震化について】

1 貴病院は新耐震基準（※）を満たしていますか。（平成 18 年 10 月 1 日現在）

- 1 満たしている
- 2 満たす予定（平成 年 月）
- 3 満たす予定がたたない

（※）ここでは、新耐震基準を満たす病院数とし、建物の一部が新耐震基準を満たす場合を含みます。新耐震基準とは、現行の建築基準法に定められた基準で、昭和 56 年に改正され導入されたものです。この新耐震基準の考え方は、中規模の地震（震度 5 強程度）に対しては、ほとんど損傷を生じず、極めて稀にしか発生しない大規模の地震（震度 6 強から震度 7 程度）に対しては、人命に危害を及ぼすような倒壊等の被害を生じないことを目標としたものとなっています。

【災害マニュアルについて】

2 貴病院では災害マニュアル（※）を策定していますか。

- 1 策定済み
- 2 策定予定（平成 年 月）
- 3 策定の予定はない

（※）以下の 4 点の内容を盛り込んだものを災害マニュアルとします。

- ①ライフラインの確保方策、医薬品等の備蓄等の方策など防災体制に関する事項
- ②緊急時の職員の確保・連絡網の確立、情報の収集（自病院内と自病院外）及び情報の発信（自病院の状況）など災害時の応急対応策に関する事項
- ③自病院内の既入院患者への対応策に関する事項
- ④病院に患者を受け入れる場合の対応策に関する事項

【災害訓練について】

3 災害拠点病院の災害訓練に参加（見学）したことはありますか。

- 1 2回以上参加したことがある
- 2 1回参加したことがある。
- 3 参加していない

4 基幹災害医療センター（府立急性期・総合医療センター）で行われている災害医療研修に参加したことがありますか。

- 1 2回以上参加したことがある
- 2 1回参加したことがある。
- 3 参加していない

5 貴病院では災害訓練を実施していますか。(消防法第8条の防火訓練は除く)

- | |
|------------------|
| 1 毎年実施している(年 回) |
| 2 2~3年に1回実施している。 |
| 3 実施していない |

6 医療材料・薬剤備蓄はありますか。

- | | |
|-----------|------|
| 1 ある(日分) | 2 ない |
|-----------|------|

7 自家発電装置はありますか。

- | | |
|------------|------|
| 1 ある(時間分) | 2 ない |
|------------|------|

兵庫県

兵庫県医療施設実態調査

調査基準日 平成19年 9月 3日 (月)
 提出期限 平成19年 9月21日 (金)
 記入方法 各設問について貴院の状況に該当する箇所の□にチェック (V) を入れてください。(特に指定のない場合は1つ選択してください。)
 また、必要事項は該当箇所に記入してください。特に設問に注記のないものは、平成19年9月3日現在の状況をご記入ください。

<目次>

A 共通項目票

- 1 基本的事項について・・・・・・・・・・・・・・・・P1～6
- 2 地域における医療連携について・・・・・・・・P7～8
- 3 患者に対する情報提供について・・・・・・・・P8～9

B 疾病・事業別項目票

- 4 4疾病5事業の診療機能について
 - 4-1 がん・・・・・・・・・・・・・・・・P10～14
(がんの診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-2 脳卒中・・・・・・・・・・・・・・・・P15～18
(脳卒中 (リハビリテーションを含む) の診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-3 急性心筋梗塞・・・・・・・・・・・・・・・・P19～21
(心疾患 (リハビリテーションを含む) の診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-4 糖尿病・・・・・・・・・・・・・・・・P22～23
(糖尿病の診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-5 救急医療・・・・・・・・・・・・・・・・P24～25
(救急診療 (精神科救急を含む) を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-6 災害医療・・・・・・・・・・・・・・・・P26
(全病院お答えください。)
 - 4-7 へき地医療・・・・・・・・・・・・・・・・P26
(へき地医療拠点病院のみお答えください。)
 - 4-8 周産期医療・・・・・・・・・・・・・・・・P27～28
(産科又は産婦人科のある病院のみお答えください。)
 - 4-9 小児救急を含む小児医療・・・・・・・・P29
(小児科のある病院のみお答えください。)
 - 4-10 在宅医療・・・・・・・・・・・・・・・・P30
(全病院お答えください。)

<医療従事者について>

(保健医療計画改定にあたり、調査を必要とする医療従事者についてお伺いします。)

Q3 貴院に下の学会認定専門医が従事されている場合、該当するもの全てにチェックを入れ、その常勤医の人数を記入してください。*常勤医で複数資格を有する場合は重複計上してください。

① 広告可能な専門医 (常勤のみ計上)

資格名	常勤人数
(1) 整形外科専門医 (日本整形外科学会)	人
(3) 麻酔科専門医 (日本麻酔科学会)	人
(5) 眼科専門医 (日本眼科学会)	人
(7) 耳鼻咽喉科専門医 (日本耳鼻咽喉科学会)	人
(9) 形成外科専門医 (日本形成外科学会)	人
(11) 内科専門医 (日本内科学会)	人
(13) 糖尿病専門医 (日本糖尿病学会)	人
(15) 感染症専門医 (日本感染症学会)	人
(17) 血液専門医 (日本血液学会)	人
(19) 呼吸器専門医 (日本呼吸器学会)	人
(21) 腎臓専門医 (日本腎臓学会)	人
(23) 口腔外科専門医 (日本口腔外科学会)	人
(25) 消化器外科専門医 (日本消化器外科学会)	人
(27) 細胞診専門医 (日本臨床細胞学会)	人
(29) 脳神経外科専門医 (日本脳神経外科学会)	人
(31) 老年病専門医 (日本老年医学会)	人
(33) 心臓血管外科専門医 (日本血管外科学会)	人
(35) 呼吸器外科専門医 (日本胸部外科学会)	人
(37) 消化器内視鏡専門医 (日本消化器内視鏡学会)	人
(39) 神経内科専門医 (日本神経学会)	人
(41) 歯周病専門医 (日本歯周病学会)	人
(43) 臨床遺伝専門医 (日本人類遺伝学会)	人
(45) レーザー専門医 (日本レーザー医学会)	人
(47) 歯科麻酔専門医 (日本歯科麻酔学会)	人
(49) アレルギー専門医 (日本アレルギー学会)	人
(51) 気管食道科専門医 (日本気管食道科学会)	人

資格名	常勤人数
(2) 皮膚科専門医 (日本皮膚科学会)	人
(4) 放射線科専門医 (日本医学放射線学会)	人
(6) 産婦人科専門医 (日本産科婦人科学会)	人
(8) 泌尿器科専門医 (日本泌尿器科学会)	人
(10) 病理専門医 (日本病理学会)	人
(12) 外科専門医 (日本外科学会)	人
(14) 肝臓専門医 (日本肝臓学会)	人
(16) 救急科専門医 (日本救急医学会)	人
(18) 循環器専門医 (日本循環器学会)	人
(20) 消化器病専門医 (日本消化器病学会)	人
(22) 小児科専門医 (日本小児科学会)	人
(24) 内分泌代謝科専門医 (日本内分泌学会)	人
(26) 超音波専門医 (日本超音波医学会)	人
(28) 透析専門医 (日本透析医学会)	人
(30) リハビリテーション科専門医 (日本リハビリテーション医学会)	人
(32) 心臓血管外科専門医 (日本胸部外科学会)	人
(34) 心臓血管外科専門医 (日本心臓血管外科学会)	人
(36) 呼吸器外科専門医 (日本呼吸器外科学会)	人
(38) 小児外科専門医 (日本小児外科学会)	人
(40) リウマチ専門医 (日本リウマチ学会)	人
(42) 乳腺専門医 (日本乳癌学会)	人
(44) 漢方専門医 (日本東洋医学会)	人
(46) 気管支鏡専門医 (日本呼吸器内視鏡学会)	人
(48) 小児歯科専門医 (日本小児歯科学会)	人
(50) 核医学専門医 (日本核医学会)	人

② ①以外の専門医（常勤のみ計上）

資格名	常勤人数
(1) 日本臨床腫瘍学会専門医	人
(3) 日本婦人科腫瘍学会 暫定指導医	人
(5) 日本放射線腫瘍学会認定医	人
(7) 日本脳神経血管内治療学会 指導医	人
(9) 日本心血管カテーテル治療学会 指導医	人
(11) 日本心血管インターベンション学会 指導医	人

資格名	常勤人数
(2) 日本臨床腫瘍学会暫定 指導医	人
(4) 日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医	人
(6) 日本脳卒中学会専門医	人
(8) 日本脳神経血管内治療学会 専門医	人
(10) 日本心血管カテーテル治療学会 認定医	人
(12) 日本心血管インターベンション学会 認定医	人

Q4 下のコ・メディカルを配置されている場合、該当するもの全てにチェックを入れ、その常勤職員の人数を記入してください。

(1) 専門薬剤師（常勤のみ計上）

資格名	常勤人数
1) 日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師	人
3) 日本病院薬剤師会 感染制御専門薬剤師	人
5) 日本静脈経腸栄養学会 NST専門薬剤師	人
7) 日本医療薬学会 認定薬剤師	人

資格名	常勤人数
2) 日本病院薬剤師会 がん専門薬剤師	人
4) 日本臨床薬理学会 認定薬剤師	人
6) 日本臨床薬理学会 認定薬剤師	人

(2) 日本看護協会専門看護師・認定看護師（常勤のみ計上）

資格名	常勤人数
1) がん看護専門看護師	人
3) 急性・重症患者看護専門看護師	人
5) 精神看護専門看護師	人
7) 母性看護専門看護師	人
9) 老人看護専門看護師	人

資格名	常勤人数
2) 感染症看護専門看護師	人
4) 小児看護専門看護師	人
6) 地域看護専門看護師	人
8) 慢性疾患看護専門看護師	人

10) がん化学療法看護認定看護師	人
12) 感染管理認定看護師	人
14) 救急看護認定看護師	人
16) 手術看護認定看護師	人
18) 新生児集中ケア認定看護師	人
20) 透析看護認定看護師	人
22) 乳がん看護認定看護師	人
24) 皮膚・排泄ケア認定看護師	人
26) 訪問看護認定看護師	人

11) がん性疼痛看護認定看護師	人
13) 緩和ケア認定看護師	人
15) 集中ケア認定看護師	人
17) 小児救急看護認定看護師	人
19) 摂食・嚥下障害看護認定看護師	人
21) 糖尿病看護認定看護師	人
23) 認知症看護認定看護師	人
25) 不妊症看護認定看護師	人

<病床・設備・検査等について>

Q5. 貴院が持つ病床について全てにチェックを入れ、病床数を記入してください。

	(1) 一般病床	床		(2) 療養病床	床
	(3) 精神病床	床		(4) 結核病床	床
	(5) 感染症病床	床			

Q6 次にあげる病棟について、貴院が整備しているもの全てにチェックを入れ、その病床数を記入してください。

(1) 緩和ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟

	1) 緩和ケア病棟	床
	(内訳) 診療報酬上の施設基準内	(内訳)
	診療報酬上の施設基準外	床
	2) 回復期リハビリテーション病棟	床

(2) 医療設備

	1) 集中治療管理室 (ICU)	床
	2) 脳卒中ケアユニット (SCU)	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	3) 冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	4) 広範囲熱傷特定集中治療室	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	5) 無菌治療室	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	6) 放射線治療病室	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	7) 陰圧病床	床 内、結核 () 床、その他 () 床

* 診療報酬上の施設基準に合致するもの (ただし、本調査では実際に届出を行っているかどうかは問いません)

【参考】

※ ICU (Intensive Care Unit) とは…治療効果の期待できる重篤な患者を収容し、強力かつ集中的に24時間治療を行う監視救命設備の整った集中治療管理室をいう。本調査では、保険上の加算承認の有無は問わないが、承認基準に適合していること

ICUの承認基準 ①専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること

②看護師が常時、患者2人に対し1人の割合で特定集中治療室内に勤務していること

③特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床あたり15㎡以上であること

④当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること

ア 救急蘇生装置 (気管内挿管セット、人工呼吸装置等)、イ 除細動器、ウ ペースメーカー

エ 心電計、オ ポータブルエックス線撮影装置、カ 呼吸循環監視装置

⑤自家発電装置を有しており、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること

⑥原則として当該治療室内はバイオクリーンルームであること

⑦当該治療室勤務の医師及び看護師は、治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする

※ CCU (Coronary Care Unit) とは…冠動脈疾患の急性期 (不安定狭心症、急性心筋梗塞等) 患者を主として収容する ICU (集中治療管理室)

※ SCU (Stroke Care Unit) とは…急性期脳卒中患者を主として収容する ICU (集中治療管理室) をいう。SCUの承認要件の他、「血尿、尿量、瞳孔反応などのバイタルチェックに加えて、反射や脳幹反応などの神経学的管理ができる専門看護師が配置されていること」が要件としてあげられる。

Q7 貴院が併設する施設について、該当するもの全てにチェックを入れてください。

(1) 訪問看護ステーション	(2) 訪問介護事業所
(3) 通所介護事業所	(4) 居宅介護支援事業所
(5) 検診センター	(6) 健康増進センター
(7) 介護老人保健施設	(8) その他 ()

Q8 貴院における下の検査の対応状況について、それぞれ該当するものを対応欄に記入してください。

検査内容	対応欄 ※	※それぞれの検査について、下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください
1) 上部消化管内視鏡検査		①24時間可(当直) ②24時間可(オンコール) ③診療時間内のみ可 ④不可
2) 気管支内視鏡検査		
3) 大腸内視鏡検査		
4) 超音波検査		
①腹部		
②心臓・大血管		
③頸部		
④頭部(TCD)		
⑤その他〔部位名: 〕		
5) 血管連続撮影(デジタル対応可能機種)		
①腹部		
②心臓・大血管		
③脳血管		
6) 血管連続撮影(シネフィルム対応可能機種)		
①心臓・大血管		
②脳血管		
7) X線透視検査		
8) 全身用X線CT		
9) ヘリカルCT		
10) MRI		
①DWI(拡散強調画像)		
②PWI(灌流画像)		
11) MRA		
12) SPECT		
13) PET(ポジトロン断層撮影)		
14) 核医学検査(SPECT、PET以外)		
15) マンモグラフィ		

<医薬分業について>

(貴院における医薬分業の状況についてお伺いします。)

Q9 院外処方せんの発行について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 原則として全部発行している
<input type="checkbox"/>	(2) 一部発行している
<input type="checkbox"/>	(3) 発行していないが、今後予定している
<input type="checkbox"/>	(4) 発行していないし、予定もない

<リハビリテーション体制について>

Q10 次にあげるもので、社会保険事務局の承認を受けているもの全てにチェックを入れてください。

(脳血管疾患・心疾患の承認については、疾病・事業別項目票の P16、20 でお聞きします。)

区 分
<input type="checkbox"/> (1) 運動器リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/> (2) 運動器リハビリテーション料 (II)
<input type="checkbox"/> (3) 呼吸器リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/> (4) 呼吸器リハビリテーション料 (II)
<input type="checkbox"/> (5) 難病リハビリテーション料
<input type="checkbox"/> (6) 障害児 (者) リハビリテーション料

Q11 運動器・呼吸器のリハビリテーションを担当するスタッフの体制についてお答えください。

(脳血管疾患・心疾患のリハビリスタッフについては、疾病・事業別項目票の P16、21 でお聞きします。スタッフについて重複する場合はそれぞれに計上してください。)

理学療法士				作業療法士				言語聴覚士				その他 ()			
専従		兼務※		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。
 (非常勤の1週間の勤務時間) ÷ (常勤の1週間の勤務時間) = 常勤換算人数
 例: (4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

※「兼務」欄には、他の施設(介護老人保健施設等)と兼務している職員の人数を記載してください。

2 地域における医療連携について

Q1 病診連携、病病連携に対応の窓口となる「地域医療連携室」を院内に設置していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 地域医療連携室として設置している。
<input type="checkbox"/>	(2) 地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関の紹介等を行う組織がある。
<input type="checkbox"/>	(3) 設置していない → 「Q3」へお進みください

Q2 Q1で(1)もしくは(2)と回答された場合、職員体制について該当するものにチェックを入れて人数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	(1) 専任職員を配置している。	人
	[内訳] ※ 医師()人 ・ 看護師()人 (内、退院調整看護師*()人) 医療ソーシャルワーカー()人 ・ その他()()人	
<input type="checkbox"/>	(2) 兼任職員を配置している。	人
	[内訳] ※ 医師()人 ・ 看護師()人 医療ソーシャルワーカー()人 ・ その他()()人	

*「退院調整看護師」とは、患者の退院調整を専門的に行う看護師をいいます。

※職員の配置人数は、常勤、非常勤（常勤換算※した人数）を合わせた人数を記入してください。

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。
 $(\text{非常勤の1週間の勤務時間}) \div (\text{常勤の1週間の勤務時間}) = \text{常勤換算人数}$
 例：(4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

Q3 貴院では地元開業医等の利用に供するための共同利用機器を設けていますか。該当する機器について全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) MRI	<input type="checkbox"/>	(2) CT	<input type="checkbox"/>	(3) RI診断装置
<input type="checkbox"/>	(4) その他()	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	(5) 設けていない

Q4 貴院では施設・設備等を開放(*)していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。(※開放とは、連携医療機関の医師等が、利用・参加できる状態を言います。)

<input type="checkbox"/>	(1) 検査設備	<input type="checkbox"/>	(2) 外来診療設備	<input type="checkbox"/>	(3) 入院診療設備
<input type="checkbox"/>	(4) 手術設備	<input type="checkbox"/>	(5) その他()		

Q5 地域医療支援病院の指定を受けていますか。

<input type="checkbox"/>	①はい → 「Q8」へお進みください	<input type="checkbox"/>	②いいえ
--------------------------	--------------------	--------------------------	------

Q6 貴院では今後この指定を受ける計画はありますか。

<input type="checkbox"/>	①はい (平成 年頃予定)	<input type="checkbox"/>	②いいえ
--------------------------	---------------	--------------------------	------

Q7 地域医療支援病院の要件のうち、現在、貴院が満たしているもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 200床以上の病床を有する
<input type="checkbox"/>	(2) 他の医療機関からの患者の紹介率が80%以上ある。もしくは現在60%以上の紹介率があり、2年以内に80%以上の紹介率が達成される
<input type="checkbox"/>	(3) 他の医療機関からの患者の紹介率が60%以上あり、かつ、他の医療機関への逆紹介率が30%以上ある
<input type="checkbox"/>	(4) 他の医療機関からの患者の紹介率が40%以上あり、かつ、他の医療機関への逆紹介率が60%以上ある
<input type="checkbox"/>	(5) 病床、高額医療機器等の共同利用を実施する
<input type="checkbox"/>	(6) 救急医療の提供
<input type="checkbox"/>	(7) 地域の医療従事者のための研修を実施する
<input type="checkbox"/>	(8) 集中治療室、病理等の検査室などの設備を有する

Q8 貴院においては、どのような病病連携、病診連携を実施していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。

(1) 病院との連携（貴院が紹介される側の場合、実施する連携内容）

<input type="checkbox"/>	1) 検査	<input type="checkbox"/>	2) 手術	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療		<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療	
<input type="checkbox"/>	6) その他 ()		<input type="checkbox"/>	7) 実施していない	

(2) 病院との連携（貴院が紹介する側の場合、依頼する連携内容）

<input type="checkbox"/>	1) 検査	<input type="checkbox"/>	2) 手術	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療		<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療	
<input type="checkbox"/>	6) その他 ()		<input type="checkbox"/>	7) 実施していない	

(3) 診療所との連携

<input type="checkbox"/>	1) 検査引き受け	<input type="checkbox"/>	2) 手術引き受け	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療引き受け
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療 依頼（逆紹介）		<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療依頼 （逆紹介）	
<input type="checkbox"/>	6) その他 ()		<input type="checkbox"/>	7) 実施していない	

Q9 貴院においては、病診連携について医師会と協定書を締結していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 締結している	<input type="checkbox"/>	(2) 締結していない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------

Q10 貴院においては、退院後も医療・介護の対応が必要な患者に関し、退院時カンファレンスを実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 原則として全て実施している	<input type="checkbox"/>	(2) 一部実施している
<input type="checkbox"/>	(3) 実施していない		

3 患者に対する情報提供について

Q1 ホームページの開設状況について

<input type="checkbox"/>	(1) 開設している (ホームページアドレス:) → ホームページの掲載内容について、該当するもの全てにチェックを入れてください			
<input type="checkbox"/>	1) 治療成績	<input type="checkbox"/>	2) 診療実績	
<input type="checkbox"/>	3) 医療機器、専門医等医療機能		<input type="checkbox"/>	4) 医療事故や院内感染の事例
<input type="checkbox"/>	5) 病病連携、病診連携に関すること（連携病院、診療所の紹介等）			
<input type="checkbox"/>	6) その他			
<input type="checkbox"/>	(2) 開設していない			

Q2 インフォームド・コンセントに関して文書化した規定もしくは、マニュアルはありますか。

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

Q3 インフォームド・コンセントの実施について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 病気・治療について、必要に応じ書類を利用した詳しい説明（原則、「病名・病状」「治療方法」「治療期間」「薬の効能・副作用」「今後の見通し」を含めた説明）を行っている
<input type="checkbox"/>	(2) 病気・治療について、簡単な説明を行っている
<input type="checkbox"/>	(3) 病気・治療についての説明はほとんど行っていない

Q4 セカンド・オピニオンのための診療情報提供を行っていますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 行っている	<input type="checkbox"/>	(2) 行っていない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q5 セカンド・オピニオンの診察依頼があった場合、受け入れていますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 行っている	<input type="checkbox"/>	(2) 行っていない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q6 電子カルテシステムを導入していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入していない → 「Q8」へお進みください
--------------------------	------------	--------------------------	----------------------------

Q7 電子カルテについて、他の医療機関と共有していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 共有している	<input type="checkbox"/>	(2) 共有していない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------

Q8 電子レセプトを導入していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入していない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------

Q9 院内クリティカルパスを導入していますか。該当欄全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 医療者用クリティカルパスを導入している → クリティカルパスの数（種類）はいくつありますか。			
	<input type="checkbox"/>	1) 1～10種類	<input type="checkbox"/>	2) 11～50種類
	<input type="checkbox"/>	3) 51～100種類	<input type="checkbox"/>	4) 101種類以上
	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	(2) 患者用クリティカルパスを導入している → クリティカルパスの数（種類）はいくつありますか。			
	<input type="checkbox"/>	1) 1～10種類	<input type="checkbox"/>	2) 11～50種類
	<input type="checkbox"/>	3) 51～100種類	<input type="checkbox"/>	4) 101種類以上
	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> (3) 導入していない				

*クリティカルパスの数（種類）は、同じ疾病についても複数ある場合は、全て数えてください。

医療施設実態調査 (B 疾病・事業別項目票)

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4. 4疾病5事業の診療機能について

4-1 がん (*がんの診療を実施している病院にお伺いします。)

Q1 貴院のがんに関する専門スタッフの常勤人数を記入してください。
(専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目票 (P2~3) でお聞きしますので、その他の専門スタッフについて記入してください。)

専門スタッフ種類	常勤人数
(1) 日本臨床細胞学会 細胞検査士	人
(2) 医療心理技術者 ((2) 内訳)	人
	人
	人

<その他の専門スタッフ>

名 称	常勤人数
	人
	人

Q2 貴院において、緩和ケアチームによる診療機能を有していますか。該当するものにチェックを入れてください。

(1) 緩和ケアチームを有している	→ 1) 該当するものにチェックを入れてください				
	<input type="checkbox"/>	① 報酬上 (緩和ケア診療加算) 施設基準内			
	<input type="checkbox"/>	② 報酬上 (緩和ケア診療加算) 施設基準外			
	→ 2) 参加する職種にチェックを入れてください				
	<input type="checkbox"/>	① 医師	<input type="checkbox"/>	② 薬剤師	<input type="checkbox"/>
	④ 栄養士	<input type="checkbox"/>	⑤ PT・OT	<input type="checkbox"/>	⑥ 心理職
	⑦ その他 (_____)				
(2) 緩和ケアチームを有していない					

Q3 貴院において、放射線治療室がありますか。

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

Q4 貴院において、院内がん登録を実施していますか、

<input type="checkbox"/>	(1) 実施している
<input type="checkbox"/>	(2) 実施予定である (平成 _____ 年 _____ 月開始予定)
<input type="checkbox"/>	(3) 実施していないし、予定もない

*院内がん登録システムとは…病院全体のがん患者について、部位・治療を問わず、全患者の基本的な情報を登録し、がん医療の実状を把握することを目的としたシステム

Q5 貴院において禁煙外来を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 実施している
<input type="checkbox"/>	(2) 実施予定である (平成 _____ 年 _____ 月開始予定)
<input type="checkbox"/>	(3) 実施していないし、予定もない

Q6 下記の患者数についてお答えください。

(1) 一般病床における1ヵ月新規入院患者数(平成19年6月)

人

うちがん患者数

人

(2) 1日外来患者数(平成19年9月3～7日の任意の1日)

人

うちがん患者数

人

Q7 下記のがん診療について、(1)～(6)は1年間(平成18年1月～12月)の件数、(7)～(10)は1ヶ月間(平成19年6月)の実人数についてお答えください。

種 類	件 数	期 間 (設問で規定した期間以外 の場合記入してください。)
(1) 全身麻酔(静脈麻酔は除く)	件	年間()
(2) 悪性腫瘍手術総数 (下の1)～5)は内数)	件	年間()
1) 胃・大腸悪性腫瘍手術	件	年間()
2) 肺悪性腫瘍手術	件	年間()
3) 乳房悪性腫瘍手術	件	年間()
4) 子宮悪性腫瘍手術	件	年間()
5) 肝臓・胆嚢・膵臓悪性腫瘍手術	件	年間()
(3) 腹腔鏡下手術	件	年間()
(4) 胸腔鏡下手術	件	年間()
(5) 内視鏡下消化管手術	件	年間()
(6) 経皮的動脈塞栓術	件	年間()
(7) 放射線治療(体外照射法)	人(実人数)	月間()
(8) ガンマナイフ・定位多軌道照射	人(実人数)	月間()
(9) 放射線治療(密封小線源治療)	人(実人数)	月間()
(10) 化学療法(抗がん剤治療)総数 (下の1)～5)は内数)	人(実人数)	月間()
1) 胃	人(実人数)	月間()
2) 大腸	人(実人数)	月間()
3) 肺	人(実人数)	月間()
4) 乳房	人(実人数)	月間()
5) 子宮	人(実人数)	月間()
6) 肝臓・胆嚢・膵臓	人(実人数)	月間()

Q8 貴院の放射線治療装置の台数をお答えください。

放射線治療装置 (下の(1)～(4)は内数)	台
(1) リニアック	台
(2) ガンマナイフ	台
(3) 小線源治療装置	台
(4) その他()	台

Q9 貴院のがんに関する専門分野の対応状況についてお答えください。

(※注)「対応状況」欄は下記により記載してください。

◎:院内専門医等による対応

○:院内で対応が可能

△:院外との連携での対応

【診療機能—専門分野（部位別）】

(1) 我が国に多いがん

対象疾患	診療内容	対応状況※
1) 肺がん・縦隔腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
2) 胃がん・胃腫瘍	手術	
	内視鏡的粘膜切除術(EMR)	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
3) 大腸がん・大腸腫瘍	手術	
	内視鏡的粘膜切除術(EMR)	
	化学療法	
	セカンドオピニオンへの対応	
4) 肝がん・肝腫瘍	手術	
	化学療法	
	穿刺療法(PEI/RFA)	
	肝動脈塞栓術(TAE)	
	セカンドオピニオンへの対応	
5) 乳がん・乳腺腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
6) 食道がん	手術	
	内視鏡的粘膜切除術(EMR)	
	化学療法	
	放射線化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

(2) 主ながん

対象疾患	診療内容	対応状況※
1) 膵がん・膵腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
2) 前立腺がん	手術	
	化学療法(ホルモン療法)	
	放射線療法(組織内照射)	
	放射線療法(外照射)	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
3) 膀胱がん	手術(膀胱全摘)	
	経尿道的膀胱腫瘍切除(TUR)	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
4) 腎がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
5) 子宮がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
6) 小児腫瘍	化学療法	
	手術	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
7) 頭頸部腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

(※注)「対応状況」欄は下記により記載してください。

◎:院内専門医等による対応

○:院内で対応が可能

△:院外との連携での対応

【診療機能—専門分野（部位別）】

(3) その他のがん

対象疾患	診療内容	対応状況※
1) 血液腫瘍 (白血病、 リンパ腫など)	化学療法	
	移植	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
	無菌室の設置の有無(病床数)	
2) 脳腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
3) 骨軟部腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
4) 皮膚腫瘍	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
5) 胆嚢がん・胆管がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
6) 尿路がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
7) 精巣がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

対象疾患	診療内容	対応状況※
8) 卵巣がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
9) 原発不明がん	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
10) 性腺外胚細胞腫瘍	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
11) 眼腫瘍	手術	
	眼動注	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

Q10 貴院において、がんに関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

	(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 箇所 医療機関名 _____
	(2) 作成中または作成予定である (平成 年 月使用開始予定)
	(3) 使用していないし、予定もない

Q11 地域医療連携室(※)を通じた、がん患者の他の医療機関への紹介状況(平成19年6月)について、お答えください。

(紹介件数の多い主な5機関)

医療機関名	所在地(市町区名)	主な紹介理由 (下のア～エを選択し記載)

＜主な紹介理由＞

- ア 紹介元に戻すため
- イ 専門性の高い積極的治療を行っている医療機関に紹介するため
- ウ 専門性の高いターミナルケアを行っている医療機関に紹介するため
- エ その他(自由記載)

※地域医療連携室のない医療機関においては、がん患者の紹介状況を把握している(できる)場合はご回答願います。

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-2 脳卒中（*脳卒中の診療（リハビリテーションを含む）を実施している病院にお伺いします。）

Q1 下の医師・コメディカルについてお答えください。
（専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目表票（P2～3）でお聞きします。）

(1) 所属する診療科別医師数

	常勤医師	(内、下記専門医数)	非常勤医師（常勤換算）
1) 神経内科	人	脳神経外科専門医（ 人） 脳卒中学会専門医（ 人）	人
2) 脳神経外科	人	脳血管内治療学会専門医（ 人） 神経内科専門医（ 人）	人
3) リハビリテーション科	人		人

(2) 臨床診療録管理を専門的に行う人員の配置（人）

1) 診療録管理士・診療情報管理士		2) その他（資格等： _____）	
常勤	非常勤（常勤換算）	常勤	非常勤（常勤換算）
人	人	人	人

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。以下同様
 $(\text{非常勤の1週間の勤務時間}) \div (\text{常勤の1週間の勤務時間}) = \text{常勤換算人数}$
 例：(4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

Q2 脳卒中患者に対する専門的治療法について、それぞれ貴院の対応状況で該当するものを選んで対応欄に記入してください。

治療法	対応欄 ※	※それぞれの検査について、下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください
(1) 血栓溶解療法（t-PA）		①24時間可（当直） ②24時間可（オンコール） ③診療時間内のみ可 ④不可
(2) 抗血小板療法（オザグレル）		
(3) 抗凝固療法（ヘパリンまたはアルカトロン）		
(4) 脳保護療法（エタボロン）		
(5) 頸動脈内膜剥離術		
(6) スtentによる血管形成術		
(7) 動脈瘤クリッピング		
(8) コイル塞栓術		
(9) 低体温療法		

Q3 (Q2(1)でt-PAについて実施しているとチェックされた病院のみお答えください。) t-PAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準（日本脳卒中学会によるもの）を満たしていますか。

<input type="checkbox"/> (1) 満たしている	<input type="checkbox"/> (2) 満たしていない
-------------------------------------	--------------------------------------

Q4 脳卒中患者の救急入院患者数は月間何人ですか。（平成19年6月）

人

Q5 脳卒中の外科的治療を実施していますか。該当するものを（実施している場合、来院後2時間以内の治療開始の可否についても該当するものを）○で囲んでください。

	実施	来院後2時間以内の治療の可否
外科的治療	あり・なし	24時間可・診療時間内のみ可・不可

Q6 脳卒中患者に対し、急性期・回復期・維持期のリハビリテーションについて、実施しているもの全てにチェックを入れ、実施している場合訓練室の有無（ある場合は面積）についてお答えください。

	区 分	訓練室の有無
	(1) 急性期リハビリテーション	あり (m ²) ・なし
	(2) 回復期リハビリテーション	
	(3) 維持期リハビリテーション	

Q7 脳卒中患者のリハビリテーションを担当するスタッフの体制についてお答えください。
(単位：人)

理学療法士				作業療法士				言語聴覚士				その他 ()			
専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

※「兼務」欄には、他の施設（介護老人保健施設等）と兼務している職員の人数を記載してください。

Q8 次にあげるもので、社会保険事務局の承認を受けているもの全てにチェックを入れてください。

	区 分
	(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
	(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)

Q9 貴院において、脳卒中に関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 箇所 医療機関名 _____
(2) 作成中または作成予定である (平成 年 月使用開始予定)
(3) 使用していないし、予定もない

Q10 脳卒中の診療についてQ9の地域連携クリティカルパス以外で、他の医療機関と連携のために診療情報もしくは治療計画を共有していますか。

(1) 診療情報と治療計画を共有している	(2) 診療情報を共有している
(3) 治療計画を共有している	(4) 共有していない

Q11 リハビリテーションを行う医療機関等への脳卒中患者の紹介状況についてお答えください。

(1) 貴院の脳卒中患者を、回復期・維持期リハビリテーションを行う医療機関へ紹介されていますか。該当するものにチェックを入れ、紹介している場合、脳卒中の退院患者数、紹介患者数、紹介割合をお答えください。(調査対象期間：平成19年6月)

(※②紹介患者数について、全数が把握できない場合は、地域医療連携室を通じた数、設定期間以外で把握できる期間の数(1ヵ月単位)等把握できる範囲でご回答願います。)

1) 回復期リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している			
①脳卒中総退院患者数 (人) a		人	→左記の数について該当するものに0を入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通じた数 認定期間以外の数(期間：) その他()
②紹介患者数 (人) b	病院へ	人	
	診療所へ	人	
③紹介割合 (%) b/a×100		%	
2) 維持期リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している			
①脳卒中総退院患者数 (人) a		人	→左記の数について該当するものに0を入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通じた数 認定期間以外の数(期間：) その他()
②紹介患者数 (人) c	病院へ	人	
	診療所へ	人	
	その他へ	人	
③紹介割合 (%) c/a×100		%	(注)①と②の対象期間が異なる場合は記入不要
3) 回復期・維持期のリハビリテーションを行う医療機関へ患者の紹介はしていない			

(2) 紹介先の主な医療機関等をそれぞれ5つお答えください。(〇〇市〇〇町まで記入)

	連携医療機関名	所在地(市町区名)
回復期のリハビリテーションを行う医療機関に紹介する場合		

	連携医療機関・施設名	左記機関の有する機能 (いずれかを○で囲んでください)	所在地(市町区名)
維持期のリハビリテーションを行う医療機関・施設に紹介する場合		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	

(3) 貴院の脳卒中患者について、維持期のリハビリテーションを行う医療機関・施設に紹介する場合、困ることがありますか。

	<p>1) 困ることがある</p> <p>→ 具体的に困る内容について、該当するもの<u>全て</u>にチェックを入れてください</p> <table border="1" data-bbox="359 369 1399 761"> <tr> <td data-bbox="359 369 430 414"></td> <td data-bbox="430 369 1399 414">①維持期のリハビリテーションを行う入院医療機関（病院、有床診療所）の情報がない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 414 430 459"></td> <td data-bbox="430 414 1399 459">②維持期のリハビリテーションを行う診療所の情報がない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 459 430 504"></td> <td data-bbox="430 459 1399 504">③維持期のリハビリテーションを行う施設（介護老人保健施設等）の情報がない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 504 430 548"></td> <td data-bbox="430 504 1399 548">④自院の紹介体制（地域医療連携室など）が整っていない</td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 548 430 761"></td> <td data-bbox="430 548 1399 761"> ⑤その他 （具体的に： _____ ） </td> </tr> </table>		①維持期のリハビリテーションを行う入院医療機関（病院、有床診療所）の情報がない		②維持期のリハビリテーションを行う診療所の情報がない		③維持期のリハビリテーションを行う施設（介護老人保健施設等）の情報がない		④自院の紹介体制（地域医療連携室など）が整っていない		⑤その他 （具体的に： _____ ）
	①維持期のリハビリテーションを行う入院医療機関（病院、有床診療所）の情報がない										
	②維持期のリハビリテーションを行う診療所の情報がない										
	③維持期のリハビリテーションを行う施設（介護老人保健施設等）の情報がない										
	④自院の紹介体制（地域医療連携室など）が整っていない										
	⑤その他 （具体的に： _____ ）										
	2) 困ることはない										

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-3 急性心筋梗塞（*心疾患の診療（リハビリテーションを含む）を実施している病院にお伺いします。）

Q1 次の医師・コメディカルについてお答えください。

（専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目票（P2～3）でお聞きします。）

(1) 所属する診療科別医師数 (人)

診療科	常勤医師	非常勤医師（常勤換算）
1) 循環器科	人	人
2) 心臓血管外科	人	人
3) リハビリテーション科	人	人

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。以下同様
 （非常勤の1週間の勤務時間）÷（常勤の1週間の勤務時間）＝常勤換算人数
 例：（4時間）÷（40時間）＝0.1人

(2) 貴院の心臓リハビリテーション指導士※についてお答えください。

	(1) いる (→ 職種別に下の表に人数を記入してください。)								
	職種	医師	看護師	理学療法士	臨床検査技師	管理栄養士	臨床工学士	臨床心理士	健康運動指導士
	常勤								
非常勤									
	(2) いない								

※心臓リハビリテーション指導士とは、包括的心臓リハビリテーション実施に必要な知識と技術を有するものとして日本心臓リハビリテーション学会で認定された者

(3) 臨床診療録管理を専門的に行う人員の配置 (人)

1) 診療録管理士・診療情報管理士		2) その他（資格等： _____）	
常勤	非常勤（常勤換算）	常勤	非常勤（常勤換算）
人	人	人	人

Q2 急性心筋梗塞患者に対する専門的検査及び処置について、それぞれ貴院の対応で該当するものを選んで対応欄に記入してください。

検査・治療法	対応欄 ※
(1) 心電図検査	※それぞれの検査について、下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください ①24時間可（当直） ②24時間可（オンコール） ③診療時間内のみ可 ④不可
(2) 血液生化学検査	
(3) CT検査	
(4) 冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）	
(5) 大動脈内バルーンポンプ（IABP）	
(6) 経皮的な心肺補助装置（PCPS）	
(7) 緊急ペーシング	
(8) ペースメーカー不全への対応	
(9) その他（ _____ ）	

Q3 心臓カテーテル検査について、来院後30分以内に実施できますか。

<input type="checkbox"/> (1) 実施できる	<input type="checkbox"/> (2) 実施できない
------------------------------------	-------------------------------------

Q4 冠動脈バイパス術の実施状況について、実施しているもの全てにチェックを入れ、実施している場合は年間件数（平成18年1月1日～平成18年12月31日）をお答えください。

	区 分	年間件数
	(1) ポンプ症例	件
	(2) 非ポンプ症例	件
	(3) 実施していない	

Q5 インターベンションの実施状況について、実施しているもの全てにチェックを入れ、実施している場合は年間件数（平成18年1月1日～平成18年12月31日）をお答えください。

	区 分	年間件数
	(1) 経皮的血栓溶解療法	件
	(2) 経皮的冠動脈形成術	件
	(3) 経皮的冠動脈ステント留置術	件
	(4) 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル	件
	(5) 実施していない	

Q6 急性心筋梗塞患者の救急入院患者数は月間何人ですか。（平成19年6月）

	人
--	---

Q7 急性心筋梗塞の患者が貴院で対応できない場合の主な紹介先（〇〇市〇〇町まで記入）をお答えください。

連携医療機関名	所在地（市町区名）	紹介先までの搬送時間*

*「紹介先までの搬送時間」は、おおよその時間を可能な範囲で記入してください。

Q8 急性心筋梗塞の患者が抑うつ状態となった場合、精神科医が対応したり、医師・看護師等が声掛けを行うなど、何らかの対応をしていますか。

<input type="checkbox"/> (1) 対応している	<input type="checkbox"/> (2) 対応していない
-------------------------------------	--------------------------------------

Q9 運動耐用能を評価したうえでの心臓リハビリテーション（運動療法、食事療法等）を実施していますか。実施されている場合、訓練室の有無（ある場合は面積）についてお答えください。

	区 分	訓練室の有無
	(1) 実施している	あり（ m ² ）・なし
	(2) 実施していない	

Q10 次にあげるもので、社会保険事務局の承認を受けているもの全てにチェックを入れてください。

	区 分
	(1) 心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）
	(2) 心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）

Q11 心疾患患者のリハビリテーションを担当するスタッフの体制についてお答えください。

理学療法士(人)				作業療法士(人)				言語聴覚士(人)				その他() (人)			
専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

※「兼務」欄には、他の施設（介護老人保健施設等）と兼務している職員の人数を記載してください。

Q12 貴院において、急性心筋梗塞に関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 _____ 箇所 医療機関名 _____
(2) 作成中または作成予定である (平成 ____ 年 ____ 月使用開始予定)
(3) 使用していないし、予定もない

Q13 急性心筋梗塞の診療についてQ12の地域連携クリティカルパス以外で、他の医療機関と連携のために診療情報もしくは治療計画を共有していますか。

(1) 診療情報と治療計画を共有している	(2) 診療情報を共有している
(3) 治療計画を共有している	(4) 共有していない

Q14 リハビリテーションを行う病院等への急性心筋梗塞患者の紹介状況についてお答えください。

(1) 貴院の急性心筋梗塞患者を、リハビリテーションを行う医療機関へ紹介されていますか。該当するものにチェックを入れ、紹介している場合、急性心筋梗塞の退院患者数、紹介患者数、紹介割合をお答えください。(調査対象期間：平成19年6月)

(※紹介患者数については、全数が把握できない場合は、地域医療連携室を通じた数、設定期間以外で把握できる期間の数(1ヵ月単位)等把握できる範囲でご回答願います。)

1) リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している		
①急性心筋梗塞総退院患者数(人) a	人	→左記の数について該当するものに○を入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通じた数 認定期間以外の数(期間: _____) その他(_____) (注)①と②の対象期間が異なる場合は記入不要
②紹介患者数(人) b	人	
③紹介割合(%) $b/a \times 100$	%	
2) リハビリテーションを行う医療機関へ患者の紹介はしていない		

(2) 紹介先の主な医療機関を5つお答えください。(〇〇市〇〇町まで記入)

連携医療機関名	所在地(市町区名)

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-4 糖尿病 (*糖尿病の診療を実施している病院にお伺いします。)

Q1 次の診療科のうち、貴院に常勤医師が従事されているもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 循環器科	<input type="checkbox"/>	(2) 神経内科
<input type="checkbox"/>	(3) 糖尿・代謝科	<input type="checkbox"/>	(4) 心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	(5) 脳神経外科	<input type="checkbox"/>	(6) 眼科
<input type="checkbox"/>	(7) 皮膚科	<input type="checkbox"/>	(8) 形成外科
<input type="checkbox"/>	(9) 整形外科		

Q2 糖尿病療養指導士についてお答えください。

(専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目票(P2~3)でお聞きします。)

<input type="checkbox"/>	(1) いる	常勤職員	人	(職種別内訳)	
		非常勤職員(常勤換算)※	人	看護師()	人
				栄養士()	人
				薬剤師()	人
				その他()	人
<input type="checkbox"/>	(2) いない				

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。以下同様
 (非常勤の1週間の勤務時間) ÷ (常勤の1週間の勤務時間) = 常勤換算人数
 例: (4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

Q3 糖尿病学会認定教育施設ですか。

<input type="checkbox"/>	(1) はい	<input type="checkbox"/>	(2) いいえ
--------------------------	--------	--------------------------	---------

Q4 専門職種のチーム指導による糖尿病教育入院を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) はい	<input type="checkbox"/>	(2) いいえ
--------------------------	--------	--------------------------	---------

Q5 糖尿病の診断や状況評価に必要な検査、専門的治療等の対応の可否についてお答えください。

区 分	対応状況 (該当する方を○で囲んでください)
(1) 75gOGTT検査	可 ・ 否
(2) 糖尿病に関する運動療法の指導	可 ・ 否
(3) 糖尿病に関する食事療法の指導	可 ・ 否
(4) 妊娠糖尿病患者への対応	可 ・ 否
(5) 糖尿病昏睡等、急性合併症の患者の治療	可 ・ 否
(6) 糖尿病の急性合併症の患者を24時間受け入れ	可 ・ 否
(7) 低血糖時及びシックデイ(発熱、下痢、嘔吐をきたし、または食欲不振のために食事ができないとき)の対応	可 ・ 否
(8) I型糖尿病への対応	可 ・ 否

Q6 糖尿病の慢性合併症に対する検査・治療の実施可否についてお答えください。

区 分	実施の可否 (該当する方を○で囲んでください)
(1) 蛍光眼底造影検査	可 ・ 否
(2) 光凝固療法	可 ・ 否
(3) 硝子体出血・網膜剥離の手術	可 ・ 否
(4) 腎生検	可 ・ 否
(5) 腎臓超音波検査	可 ・ 否
(6) 神経伝導速度検査	可 ・ 否
(7) 血管造影（アンギオ）検査	可 ・ 否
(8) 血管バイパスの手術	可 ・ 否
(9) 壊疽・潰瘍の手術	可 ・ 否

Q7 貴院において、糖尿病に関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 _____ 箇所 医療機関名 _____
(2) 作成中または作成予定である（平成 年 月使用開始予定）
(3) 使用していないし、予定もない

Q8 糖尿病の診療についてQ7 の地域連携クリティカルパス以外で、他の医療機関と連携のために診療情報もしくは治療計画を共有していますか。

<input type="checkbox"/> (1) 診療情報と治療計画を共有している	<input type="checkbox"/> (2) 診療情報を共有している
<input type="checkbox"/> (3) 治療計画を共有している	<input type="checkbox"/> (4) 共有していない

Q9 人工透析の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では人工透析を実施していますか。

<input type="checkbox"/> 1) 実施している（実施している透析： <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析）
<input type="checkbox"/> 2) 実施していない

(2) 人工透析装置を何台保有していますか。

	台
--	---

(3) 平常時、血液透析患者の1日最大対応可能人数を記入してください。

	人
--	---

(4) 近隣で大きな災害があった時（貴院の地域は被災地外）に、透析対応協力医療機関として診療に当たっていただけますか。

<input type="checkbox"/> (1) 診療が可能である → 血液透析患者1日最大受入可能人数（ _____ 人）
<input type="checkbox"/> (2) 診療協力は不可能である

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-5 救急医療（*救急診療（精神科救急を含む）を実施している病院にお伺いします。）

Q1 貴院の救急医療への対応についてお聞きます。

(1) 救急医療に関し対応している区分全てにチェックを入れてください。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) 1次救急（軽症）	<input type="checkbox"/> (2) 2次救急（中等症）	<input type="checkbox"/> (3) 3次救急（重症）
---------------------------------------	--	---------------------------------------

(2) いわゆるER型の救急医療機関として対応されていますか。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) はい	<input type="checkbox"/> (2) いいえ
---------------------------------	----------------------------------

※本調査において「ER型」とはER専従医師が基本的に全ての救急患者の初期診療を行う体制をいう。

(3) 救急対応している診療科で該当するもの全てにチェックを入れ、24時間365日対応の可否について該当するものを○印で囲んでください。

診療科	24時間365日対応の可否 (いずれかに○印を入れてください)
(1) 外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(2) 脳神経外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(3) 心臓血管外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(4) 循環器科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(5) 小児科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(6) 産婦人科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(7) 内科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(8) 整形外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(9) 耳鼻咽喉科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(10) 眼科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(11) 放射線科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(12) 精神科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(13) 麻酔科（手術対応）	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(14) その他（ ）	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可

(4) 上記(3)で救急対応している診療科に関し、24時間対応できない場合、その理由は何ですか。スタッフの問題、検査体制等、24時間対応ができない理由を記載してください。

<24時間対応できない理由>

Q2 救急用専用ベッドはありますか。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) ある（ 床）	<input type="checkbox"/> (2) ない
--	---------------------------------

Q3 救急用優先ベッド*はありますか。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) ある	<input type="checkbox"/> (2) ない
---------------------------------	---------------------------------

※本調査において「救急用優先ベッド」とは、「救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床」とします。

Q4 貴院にドクターカー又は病院救急車はありますか。

<input type="checkbox"/> (1) ある 24時間対応 (可・不可)	<input type="checkbox"/> (2) ない
--	---------------------------------

Q5 地域の医療従事者や救急救命士に対する研修を実施していますか。

<input type="checkbox"/> (1) 実施している	<input type="checkbox"/> (2) 実施していない
-------------------------------------	--------------------------------------

Q6 次の疾患の急性期患者に対し必要に応じて早期のリハビリテーションを実施していますか。

<input type="checkbox"/> (1) 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> (2) 循環器疾患	<input type="checkbox"/> (3) 外傷	<input type="checkbox"/> (4) その他 ()
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Q7 兵庫県広域災害救急医療情報システムについてお伺いします。

(1) このシステムに登録していますか。

<input type="checkbox"/> (1) はい	<input type="checkbox"/> (2) いいえ
---------------------------------	----------------------------------

(2) このシステムを活用していますか。

<input type="checkbox"/> (1) はい	<input type="checkbox"/> (2) いいえ
---------------------------------	----------------------------------

兵庫県災害救急医療情報システムの活用に関しご意見があればお書きください。

Q8 二次救急輪番に参加している病院にお伺いします。

当番日の夜間の人員体制をお答えください。

(1) 医師		(2) 看護師	(3) 放射線技師	(4) 臨床検査技師	(5) 事務職員	(6) その他 ()
常勤	非常勤					
人	人	人	人	人	人	人

Q9 精神科病院にお伺いします。

(1) 貴院の診療時間帯をお書きください。

曜日	午前診	午後診	備考
平日	～	～	
土曜日	～	～	
日曜日	～	～	

(2) 診療時間以外の外来診療にはどのように対応していますか。

<input type="checkbox"/> (1) すべて対応する	<input type="checkbox"/> (2) 通院中の患者のみ対応する
<input type="checkbox"/> (3) 紹介状があれば対応する	<input type="checkbox"/> (4) 救急当番日のみ対応する
<input type="checkbox"/> (5) 対応しない	<input type="checkbox"/> (6) その他 ()

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-3 周産期医療 (*産科又は産婦人科のある病院にお伺いします。)

Q1 貴院の次の診療科等に所属する医師数について記入してください。

	常勤医師	非常勤医師
産科	人	人
産婦人科	人	人
新生児の医療に従事	人	人

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。
 (非常勤の1週間の勤務時間) ÷ (常勤の1週間の勤務時間) = 常勤換算人数
 例：(4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

Q2 助産師数について記入してください。

	常勤人数	非常勤人数
助産師	人	人

Q3 分娩件数 (年間：平成18年1月1日～平成18年12月31日) は何件ですか。

件

Q4 産科及び小児科の24時間対応は可能ですか。

(1) 産科

1) 対応できる 2) オフコールにより対応できる 3) 対応できない

(2) 小児科

1) 対応できる 2) オフコールにより対応できる 3) 対応できない

Q5 緊急帝王切開術は貴院で対応されていますか。

1) 対応している 2) 他の医療機関に搬送している

Q6 他の医療機関との連携状況についてあてはまるもの全てにチェックを入れ、月間 (平成19年6月1日～平成19年6月30日) の人数及び連携医療機関名を記入してください。

(1) 他の医療機関からの搬送受入している	人*
[連携医療機関名]	
(2) 他の医療機関へ搬送している	人*
[連携医療機関名]	
(3) 他の医療機関と連携していない	

* (1) 及び (2) の月間の人数については、実績がない場合、「0人」と記入してください。

Q7 新生児集中治療管理室、母体・胎児集中治療管理室・その他産科病床の病床数、利用状況等について、記入してください。

病床数等	新生児集中治療管理室	母体・胎児集中治療管理室	その他の産科病床
(1) 病床数	床	床	床
(2) 診療報酬上の集中治療室管理の届出病床数	床	床	—
(3) 後方病室 (バックアップ)	床	床	—
(4) 年間延べ利用日数 (平成 18 年)	日	日	日
(5) 平均入院期間 (日) (平成 18 年)	日	日	日
(6) 最大入院期間 (日) (平成 18 年)	日	日	日
(7) ※病床利用率 (%) (平成 18 年)	%	%	%
(8) 年間利用実人員 (人) (平成 18 年)	人	人	人
うち不妊治療により出生した者の利用実人員 (貴院で把握している人数)	人	人	人

※病床利用率＝一日平均入院患者数×100÷病床数

Q8 設備・機器等について、貴院にあるもの全てにチェックを入れ、台数等を記入してください。

(1) 分娩監視装置	台
(2) 呼吸循環監視装置	台
(3) 超音波診断装置	台
(4) 微量輸液装置	台
(5) 新生児病床	床
(6) 新生児用呼吸循環監視装置	台
(7) 新生児用人工換気装置	台
(8) 保育器	台

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-10 在宅医療 遠隔医療について (*全病院にお伺いします。)

Q1 貴院において訪問診療を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1)実施している(平成19年6月に訪問診療を実施した対象患者数:実人数 _____ 人)
<input type="checkbox"/>	(2)実施していない → 「Q3」 へお進みください

Q2 訪問診療を行っている場合、次の在宅医療を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1)在宅中心静脈栄養法指導管理	<input type="checkbox"/>	(2)在宅人工呼吸指導管理
<input type="checkbox"/>	(3)在宅気管切開患者指導管理	<input type="checkbox"/>	(4)在宅悪性腫瘍患者指導管理
<input type="checkbox"/>	(5)在宅自己注射指導管理	<input type="checkbox"/>	(6)在宅自己腹膜灌流指導管理

Q3 貴院において訪問看護を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1)実施している(平成19年6月に訪問看護を実施した対象患者数:実人数 _____ 人)
<input type="checkbox"/>	(2)実施していない

Q4 貴院の在宅療養患者へのターミナルケアについて該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1)訪問診療を実施している (→している場合、下に該当すればチェックを入れてください。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問診療で疼痛管理指導を実施している
<input type="checkbox"/>	(2)訪問看護を実施している
<input type="checkbox"/>	(3)可能な限り急変時に入院を受け入れている
<input type="checkbox"/>	(4)診療所医師を支援している
<input type="checkbox"/>	(5)その他 (_____)
<input type="checkbox"/>	(6)実施していない

Q5 貴院において、遠隔在宅医療を実施していますか。実施している場合、1ヶ月間(平成19年6月1日~6月30日)の症例数を記入してください。

(※遠隔在宅医療とは…在宅患者の家庭に双方向性の音声・画像装置を設置し、主治医等が医療情報(心電図・血圧等)の伝送に個別に対応する医療)

<input type="checkbox"/>	(1)実施している(平成19年6月の症例数: _____ 件)
<input type="checkbox"/>	(2)実施していない

Q6 次の遠隔医療について、導入しているかどうか該当する欄にチェックを入れてください。

(1)テレパソロジー *1

<input type="checkbox"/>	(1)導入している	<input type="checkbox"/>	(2)導入していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

(2)テレラジオロジー *2

<input type="checkbox"/>	(1)導入している	<input type="checkbox"/>	(2)導入していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

*1テレパソロジー(遠隔病理診断):顕微鏡撮影の病理画像を遠隔地間で伝送し、診断する。

*2テレラジオロジー(遠隔放射線画像診断):主に放射線科で撮影する医用画像(X線・CT等)を遠隔地間で伝送し、診断する。

鹿児島県

(病院・有床診療所)

平成18年11月
第604号

医療圏区分 ※

※印の欄は記入しないでください

[鹿児島県医療施設機能等調査]

医療施設機能等調査票

(病院・有床診療所用)

病院・診療所名

病院・診療所の
所在地、電話等

〒 □ □ □ - □ □ □ □	
電話番号	
FAX番号	
電子メールアドレス	
ホームページアドレス	http://

開設者名

記入者職・氏名

職名	氏名
----	----

※以下、特に記載がない限り平成18年12月13日現在の状況を記入してください。

なお、期日指定をしている調査項目で、指定された日の状況が貴医療施設の診療形態と異なる場合（診療日の状況を尋ねているのに、当日が休診日であるなどの場合）は、指定日直後の診療日あるいは休診日の状況を記載してください。

1 病院・診療所の区分について

貴医療施設の病院・診療所の区分についてお尋ねします。該当する番号に○印を付けてください。

01	病院	02	有床診療所
----	----	----	-------

2 開設者区分について

貴医療施設の開設者の区分についてお尋ねします。該当する番号に○印を付けてください。

01	厚生労働省所管(独立行政法人・その他)	02	文部科学省所管(国立大学法人)	03	国(事業団)
04	国(その他)	05	県	06	市町村
07	一部事務組合	08	日本赤十字社	09	済生会
10	国民健康保険団体連合会	11	厚生連	12	全国社会保険協会連合会
13	船員保険会	14	厚生年金事業振興団	15	健康保険組合及びその連合会
16	国民健康保険組合	17	共済組合及びその連合会	18	公益法人
19	医療法人	20	学校法人	21	その他の法人
22	株式会社・有限会社	23	個人	24	その他()

3 病床数等について

- (1) 貴医療施設の病床の状況をお尋ねします。
平成18年12月13日現在の許可病床数を記入してください。

	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
許可病床数	床	床	床	床	床

- (2) 特殊な病床等の保有状況についてお尋ねします。

現在保有されている病床の中で、(3)に記載する用途に専用で使用している病床の有無について、該当する番号に○印を付けてください。

01	保有している	02	保有していない	→ 4へ
----	--------	----	---------	------

※(2)で「01 保有している」に○を付けられた医療施設のみ記入してください。

- (3) 特殊な病床等の種類別保有数を記入してください。

	病 床 種 別	病床数		病 床 種 別	病床数
01	救急専用病床	床 13		呼吸器疾患集中治療病床(RCU)	床
02	集中治療管理病床(ICU)	床 14		脳疾患集中治療病床(SCU)	床
03	ハイケアユニット(HCU)	床 15		人間ドック専用病床	床
04	冠状動脈疾患集中管理病床(CCU)	床 16		観察病室病床 (不明熱等)	床
05	新生児特定集中治療管理病床(NICU)	床 17		無菌治療室病床(手術室は除く)	床
06	母体・胎児集中治療管理病床(PICU)	床 18		緩和ケア専用の病床	床
07	未熟児保育室病床	床 19		感染症対応可能病床	床
08	産婦人科専用の病床	床 20		回復期リハビリテーション病床	床
09	上記07欄病床の内、産科専用の病床	床 21		リハビリ専用病床	床
10	超重症児対応病床	床 22		亜急性期入院医療管理病室	床
11	小児科専用の病床	床 23		介護療養病床	床
12	放射線治療病室病床	床 24		老人性認知症疾患療養病床・治療病床	床

(注1) 「リハビリ専用病床」欄には「リハビリによる治療を受ける患者のために確保された病床数」を記入してください。

(注2) 「感染症対応可能病床」欄には、他の患者への感染防止など特別な対応をする病床(上記3の(1)の「感染症病床」を含みます)があれば、その数を記入してください。

4 標榜科目等について

(1) 貴医療施設の標榜科目についてお尋ねします。

現在、標榜されている全ての科目の、該当する番号に○印を付けてください。

01	内 科	02	心 療 内 科	03	精 神 科	04	神 経 科
05	神 経 内 科	06	呼 吸 器 科	07	消 化 器 科	08	胃 腸 科
09	循 環 器 科	10	アレルギ科	11	リウマチ科	12	小 児 科
13	外 科	14	整 形 外 科	15	形 成 外 科	16	美 容 外 科
17	脳神経外科	18	呼吸器外科	19	心臓血管外科	20	小 児 外 科
21	皮膚泌尿器科	22	皮 膚 科	23	泌 尿 器 科	24	性 病 科
25	こ う 門 科	26	産 婦 人 科	27	産 科	28	婦 人 科
29	眼 科	30	耳鼻いんこう科	31	気管食道科	32	リハビリテーション科
33	放 射 線 科	34	歯 科	35	矯 正 歯 科	36	小 児 歯 科
37	歯科口腔外科	38	麻 酔 科				

(2) 標榜科目以外の診療状況について

(1)の標榜科目に記載のない科目名で、院内のみの表示として用いている科目があれば、下表（39欄）に表示科目名を記載してください。

39				
----	--	--	--	--

5 施設・設備の状況について

(1) 現在、保有されている施設等についてお尋ねします。

下表の施設を「保有している」場合は「1」に、「保有していない」場合は「2」に○印を付けてください。

なお、回答欄に「専用・共用」の記載がある欄については、専用の施設がある場合は「専用」に○印を、他の施設と共用となっている場合は「共用」に○印を付けてください。

	施 設 等 名	保有している	保有していない
01	病理検査室	1	2
02	病理解剖室	1	2
03	理学療法室・作業療法室 (運動・水浴療法室を含む)	1 (専用・共用)	2
04	言語療法室	1	2
05	精神科作業療法室	1 (専用・共用)	2
06	通所リハビリテーション室	1	2
07	精神科デイ(ナイト・ショート)ケア室	1 (専用・共用)	2
08	高圧酸素療法室	1	2
09	無菌治療室	1	2
10	小児用プレイルーム	1	2
11	栄養相談室	1 (専用・共用)	2
12	医薬品情報管理室	1	2

(2) 現在、保有している設備等の保有状況及び開放状況についてお尋ねします。

下表の設備を「保有されている」場合は「1」に、「保有されていない」場合は「2」に○印を付けてください。

また、「保有している」に○印を付けた医療施設については、「保有台数」欄に保有台数を記入するとともに、同設備を、他の医療施設の医師や医療従事者に開放している場合は、「開放状況」欄について、区分に従い該当する欄の番号に○印を付けてください。

なお、「研修に限り開放」と「診療についても開放」との区分は、欄外注書きにより判断してください。

	設 備 名	保 有 状 況			開 放 状 況	
		保有している	保有台数	保有していない	研修に限り開放	診療についても開放
01	生化学自動分析装置 (12チャンネル以上)	1	台	2	3	4
02	X線断層撮影装置	1	台	2	3	4
03	全身用X線CT	1	台	2	3	4
04	頭部(頭頸部)用X線CT	1	台	2	3	4
05	マルチスライスCT	1	台	2	3	4
06	PET(PET-CT)	1	台	2	3	4
07	MRI	1	台	2	3	4
08	マンモグラフィ	1	台	2	3	4
09	上部消化管ファイバースコープ	1	台	2	3	4
10	大腸ファイバースコープ	1	台	2	3	4
11	腹腔ファイバースコープ	1	台	2	3	4
12	気管支ファイバースコープ	1	台	2	3	4
13	尿路ファイバースコープ	1	台	2	3	4
14	内視鏡装置の自動洗浄装置	1	台	2	3	4
15	画像診断用超音波装置	1	台	2	3	4
16	心臓カテーテル(心臓血管撮影装置)	1	台	2	3	4
17	血管連続撮影装置	1	台	2	3	4
18	ドップラー	1	台	2	3	4
19	DSA	1	台	2	3	4
20	脳波計	1	台	2	3	4
21	筋電図計	1	台	2	3	4
22	長時間心電図分析装置 (記録装置・監視装置を除く)	1	台	2	3	4
23	血液ガス測定装置	1	台	2	3	4
24	デジタルラジオグラフィ(CR)	1	台	2	3	4
25	RI診断装置(シンチレーションカメラ、 シンチスキャナー等)	1	台	2	3	4
26	心筋シンチスキャナー	1	台	2	3	4
27	ハイパーサーミア装置	1	台	2	3	4
28	人工呼吸器	1	台	2	3	4
29	低体温療法装置	1	台	2	3	4
30	持続血液濾過透析装置	1	台	2	3	4
31	ペースメーカー(記録装置・監視装置 を除く)	1	台	2	3	4
32	人工心肺	1	台	2	3	4
33	心細動除去装置	1	台	2	3	4
34	分娩監視装置	1	台	2	3	4
35	新生児専用呼吸循環監視装置	1	台	2	3	4
36	新生児人工呼吸器	1	台	2	3	4
37	呼吸心拍監視装置	1	台	2	3	4
38	血漿交換装置	1	台	2	3	4

(次項へ続く)

	設 備 名	保 有 状 況			開 放 状 況	
		保有している	保有台数	保有していない	研修に限り開放	診療についても開放
39	新生児聴覚検査機器 (自動ABR又はOAE)	1	台	2	3	4
40	全身用麻酔器	1	台	2	3	4
41	YAGレーザー	1	台	2	3	4
42	炭酸ガスレーザー	1	台	2	3	4
43	光凝固装置	1	台	2	3	4
44	関節鏡	1	台	2	3	4
45	超音波凝固切開装置(ハーモニック)	1	台	2	3	4
46	バイクランプ(リガシュワー)	1	台	2	3	4
47	マイクロサージャリー装置	1	台	2	3	4
48	リニアック	1	台	2	3	4
49	コバルト60遠隔治療装置	1	台	2	3	4
50	ベータトロン	1	台	2	3	4
51	ガンマナイフ	1	台	2	3	4
52	小線源治療機器(ガンマナイフを除く)	1	台	2	3	4
53	高圧酸素タンク	1	台	2	3	4
54	人工腎臓(透析)装置	1	台	2	3	4
55	骨塩量測定装置(椎骨・大腿骨用)	1	台	2	3	4
56	骨塩量測定装置(その他用)	1	台	2	3	4
57	体外衝撃波結石破碎装置 (胆石・腎石を含む)	1	台	2	3	4
58	サーモグラフィー	1	台	2	3	4
59	クリーンベンチ	1	台	2	3	4
60	患者搬送車	1	台	2	3	4
61	その他()	1	台	2	3	4
62	その他()	1	台	2	3	4
63	その他()	1	台	2	3	4
64	その他()	1	台	2	3	4
65	その他()	1	台	2	3	4

(注1) 設備については、基本的な機能を有している場合であれば、価格の高低及び機能の優劣をとわず対象とします。

(注2) 「開放」区分の考え方

「診療についても開放」 = 貴院の設備を使用して、自院以外の患者を自院以外の医師等が診察・治療することを認めている場合。

「研修に限り開放」 = 上記以外で、自院以外の医師等に貴院の設備を使用することを認めている場合。

(「例」 自院以外の医師等が、貴院の患者を貴院の設備を使用して診察・治療をする場合や単に器機の操作方法等の研修に開放している場合等)

(注3) 「自院の医師等」と「他の医療施設の医師等」の区分

「自院の医師等」 = 貴院と雇用関係にあり、貴院から給与を支払う者。(非常勤職員も含まれます)

(参考)

・複数の医療施設を有する法人で、雇用関係及び給与の支払いが法人として一元化されている医療施設にあっては、同一法人内の医療施設の職員は全て「自院の医師等」として考えてください。

「他の医療施設の医師等」 = 上記以外の者

- (3) バリアフリー等についての取組についてお尋ねします。
貴医療施設において取り組まれている、高齢者や障害者に配慮した取組について、該当する番号全てに○印を付けてください。

01	障害者用の駐車場	08	感染症待合室
02	身障者用トイレあり	09	同伴児童の一時預かりサービス
03	車いすでの来院可能	10	重度身体障害者(児)の診療可能
04	手話による対応可能	11	重度知的障害者(児)の診療可能
05	身体障害者補助犬(盲導犬等)の同伴可能	12	発達障害者(児)(LD、ADHD、高機能自閉症等を含む)の診療可能
06	全盲患者等の介助等を行うボランティアあり	13	高次脳機能障害への対応可能
07	施設内点字表示	14	その他()

6 リハビリテーション等に関する事項について

(1) リハビリテーションの実施状況について

(2)の「施設届出の状況」欄に記載された項目の中で、貴医療施設で実施されているものがあれば「ある」、実施されていない場合は「ない」の、該当する番号に○印を付けてください。

01	ある	02	ない
----	----	----	----

※(1)で「1 ある」に○印を付けた医療施設のみ記載してください。

(2) リハビリテーションを実施している施設の届出状況及び従事者数についてお尋ねします。

「施設届出の状況」については該当する番号に○印を付け、「従事者数」については、当該施設の従事者について「専任」「兼任」別の実人数を記入してください。
なお、人数については「常勤・非常勤」とも含めてください。

施設届出の状況	従事者数	
	専任	兼任
01 心大血管疾患リハビリテーション科(I)	医師 人	医師 人
02 心大血管疾患リハビリテーション科(II)		
03 脳血管疾患等リハビリテーション科(I)	PT 人	PT 人
04 脳血管疾患等リハビリテーション科(II)		
05 運動器リハビリテーション科(I)	OT 人	OT 人
06 運動器リハビリテーション科(II)		
07 呼吸器リハビリテーション科(I)	ST 人	ST 人
08 呼吸器リハビリテーション科(II)		
09 01~08のいずれにも該当しない		
	あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師 人	あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師 人
	MSW 人	MSW 人
	その他の従事者 人	その他の従事者 人

(注1)

専任＝当該業務のみに従事する者
兼任＝当該業務及びそれ以外の業務にも従事する者(以下、各調査項目とも同じ扱いとします)

(注2)

「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

※下表の「項目」を実施されている医療施設についてのみお尋ねします。

(3) その他の診療等の実施状況について

「対応状況」については該当する項目の番号に○印を付け、「従事医師数」については実人数を記入してください。

また、人工透析については、各設間の内容を記入してください。

なお、従事医師数については「常勤・非常勤」とも含めてください。

項目	対応状況	従事医師数	
01 ペインクリニック	01 外来のみ対応	人	
	02 入院まで対応		
02 アルコール中毒	01 外来のみ対応	人	
	02 入院まで対応		
03 人間ドック	01 日帰のみ実施	人	
	02 宿泊まで実施		
04 人工透析	01 外来のみ実施	人	
	02 入院まで実施		
	同時に対応可能な最大人数		人
	通常診療時の透析受付時間(昼休みを含む) (平日)		時 分～ 時 分
	(土曜日)		時 分～ 時 分
(日曜日)		時 分～ 時 分	

7 救急診療体制等について

(1) 「届出診療時間以外の時間帯」と「届出診療日以外の日」の外来診療の状況についてお尋ねします。

「届出診療時間以外の時間帯」と「届出診療日以外の日」の外来診療の状況について、該当する番号に○印を付けてください。

「届出診療時間」以外の時間帯		「届出診療日」以外の日	
01	当番日のみ受け付けている	05	当番日のみ受け付けている
02	毎日受け付けている	06	当番日以外についても受け付けている
03	受け付けていない	07	受け付けていない
04	自施設の患者及び退院患者のみ受け付けている	08	自施設の患者及び退院患者のみ受け付けている

(2) 救急医療体制等への参加等状況についてお尋ねします。

救急医療体制等への参加等状況について、該当する番号全てに○印を付けてください。

01	在宅当番医制
02	救急告示
03	病院群輪番制
04	救命救急センター
05	共同利用型病院方式
06	急病センターへの出務
07	参加していない

(3) 救急医療における協力医療機関についてお尋ねします。

急患の転送が必要などとき、積極的に受け入れてくれる協力医療機関について、医療機関名を記入してください。

なお、「急患」とは、緊急に処置の必要がある患者を対象とします。

01	
02	
03	
04	
05	
06	

(4) 急患への対応の状況についてお尋ねします。

下表の項目の急患について、対応可能な項目の番号に○印を付けてください。

なお、急患の症状については、「中等症以上の者」を対象とします。

	項 目	急患の対応及び 根治的治療等も 院内で可能	急患の応急処理 等の対応は可能 であるがその後 転院が必要	対応は困難
01	脳卒中(内科的症状)	1	2	3
02	脳卒中(外科的症状)	1	2	3
03	糖尿病昏睡	1	2	3
04	尿毒症	1	2	3
05	肝性昏睡	1	2	3
06	急性心筋梗塞(内科的症状)	1	2	3
07	急性心筋梗塞(外科的症状)	1	2	3
08	解離性大動脈瘤	1	2	3
09	腎不全	1	2	3
10	狭心症	1	2	3
11	気管支喘息発作	1	2	3
12	心不全	1	2	3
13	自然気胸	1	2	3
14	吐血・下血	1	2	3
15	喀血	1	2	3
16	性器出血	1	2	3
17	流産	1	2	3
18	子宮外妊娠	1	2	3
19	卵巣腫瘍捻転	1	2	3
20	子宮付属器炎	1	2	3
21	血管破損	1	2	3
22	イレウス・腸重積	1	2	3
23	急性膵炎	1	2	3
24	消化管穿孔	1	2	3
25	虫垂炎	1	2	3
26	胆石症	1	2	3
27	尿路結石	1	2	3
28	腸閉塞	1	2	3

(次項へ続く)

	項 目	急患の対応及び 根治的治療等も 院内で可能	急患の応急処理 等の対応は可能 であるがその後 転院が必要	対応は困難
29	食中毒	1	2	3
30	急性アルコール中毒	1	2	3
31	急性薬物中毒	1	2	3
32	ガス中毒	1	2	3
33	多発外傷	1	2	3
34	胸部外傷	1	2	3
35	頭部外傷	1	2	3
36	脊椎損傷	1	2	3
37	四肢外傷	1	2	3
38	骨折・関節脱臼	1	2	3
39	溺水	1	2	3
40	重度熱傷	1	2	3
41	痙攣	1	2	3
42	脱水症	1	2	3
43	小児急性疾患	1	2	3
44	異物誤嚥	1	2	3
45	口腔外科的損傷	1	2	3
46	形成外科的損傷	1	2	3
47	その他()	1	2	3
48	その他()	1	2	3
49	その他()	1	2	3
50	その他()	1	2	3
51	その他()	1	2	3

(5) 精神疾患に係る救急患者への対応について

① 精神科急患の受入体制についてお尋ねします。

下表の項目の患者種類別に対して対応可能な欄の番号に○印を付けてください。

なお、「急患」とは、緊急に処置の必要がある患者を対象とし、表中「入院治療まで対応可」については、体制についてお尋ねするものですので、病床の空き具合は考慮する必要はありません。

項 目	応急処置及び入院 治療まで対応可能		応急処置(外来) のみ対応可能		対応は困難
	昼間帯	24時間	昼間帯	24時間	
01 自院の通院患者	1	2	3	4	5
02 他院の通院患者	1	2	3	4	5
03 新規患者	1	2	3	4	5

(注1)「昼間帯」=届出診療時間帯

(注2) 24時間=応急入院指定医療機関、精神科救急医療システム参加医療機関等に
限らず、当直等をしている医師等が24時間対応できる場合も含みます。

② 精神科急患に対応可能な医療施設にのみお尋ねします。

精神科急患の内、身体的合併症を持つ患者が発生した場合に、連携できる医療施設の
有無について、いずれかの番号に○印を付けてください。

なお、「有」に○印を付けた医療施設については、平成18年12月13日から平成18年12
月19日の1週間の間に連携して対応した患者の延人数を記入してください。

連携できる医療施設	01 有	人	02 無
-----------	------	---	------

(6) 救急体制について

① 救急医療体制に係わるスタッフの状況について

救急医療体制に係わる職員について、下表の区分別に、配置体制別の実人数を、それぞれ記入してください。(人数には「常勤」、「非常勤」とも含めてください)

なお、配置体制は平均的な配置状況を記入してください。

また、「平日昼間」・「平日夜間」・「休日」の区分は、欄外注書きにより判断してください。

	区 分	平日昼間の体制		平日夜間の体制		休日の体制	
		専 任	兼 任	救急医療従事者	待機(オンコール)	救急医療従事者	待機(オンコール)
01	医師数	人	人	人	人	人	人
02	看護師数	人	人	人	人	人	人
03	診療放射線技師数	人	人	人	人	人	人
04	臨床検査技師・衛生検査技師数	人	人	人	人	人	人
05	薬剤師	人	人	人	人	人	人

(注1)

- ・「専任」欄には救急医療体制のみに従事するスタッフ数を記入してください。
- ・「兼任」欄には救急医療体制以外の、通常の診療業務にも従事するスタッフ数を記入してください。
- ・「救急医療従事者」欄には救急医療体制に従事するスタッフ数（「待機（オンコール）」を除く）を記入してください。（輪番及び在宅当番時を除く）
- ・「待機（オンコール）」欄には、救急医療体制としていつでも出務できるよう待機しているスタッフ数を記入してください。（輪番及び在宅当番時を除く）

(注2)

- ・「平日昼間」＝診療時間として届出している時間帯＝届出診療時間
- ・「平日夜間」＝平日の届出診療時間以外の時間帯
- ・「休日」＝休診日

② 麻酔科医の状況について

貴医療施設に勤務する、麻酔を専門とする医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

05	区 分		常 勤	非 常 勤
	麻酔科医の人数	01	麻酔を専門とする医師数	人
02		麻酔科標榜許可を得ている医師数	人	人

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

③ 小児科医・産科医の状況について

貴医療施設に勤務する、小児科、小児外科及び産科（分娩）に対応可能な医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

また、小児科、小児外科及び産科（分娩）に対応可能な医師のうち女性医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

さらに、該当する医師がある場合は、急患があった場合の対応可能な時間帯について、該当する番号に○印を付けてください。

なお、「急患」については、緊急に処置の必要がある患者を対象とします。

	区 分	医師数		左のうち 女性医師数		対応可能な時間帯	
		常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	届出診療 時間のみ	24時間
01	小児医療に対応できる医師数	人	人	人	人	1	2
02	01欄の内、小児科専門の医師数	人	人	人	人	1	2
03	小児外科医療に対応できる医師数	人	人	人	人	1	2
04	産科(分娩)に対応できる医師数	人	人	人	人	1	2

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(注2) 24時間＝救急指定病院等に限らず、当直等をしている医師等が24時間対応できる場合も含まれます。

(7) 学会認定医の状況についてお尋ねします。

貴医療施設における下記の学会認定医師数について、「常勤」「非常勤」別に記入してください。

なお、「常勤」と「非常勤」の区分及び「人数の考え方」については、欄末尾に記載のとおりです。

(単位:人)

	学会認定医師	常 勤	非常勤		学会認定医師	常 勤	非常勤
01	日本内科学会			16	日本循環器学会		
02	日本小児科学会			17	日本呼吸器学会		
03	日本皮膚科学会			18	日本血液学会		
04	日本外科学会			19	日本内分泌学会		
05	日本整形外科学会			20	日本糖尿病学会		
06	日本産科婦人科学会			21	日本腎臓学会		
07	日本眼科学会			22	日本肝臓学会		
08	日本耳鼻咽喉科学会			23	日本アレルギー学会		
09	日本泌尿器科学会			24	日本感染症学会		
10	日本脳神経外科学会			25	日本老年医学会		
11	日本医学放射線学会			26	日本消化器外科学会		
12	日本麻酔科学会			27	日本胸部外科学会		
13	日本病理学会			28	日本呼吸器外科学会		
14	日本臨床検査医学会			29	日本小児外科学会		
15	日本消化器病学会			30	日本神経学会		

(次頁へ続く)

(単位:人)

	学会認定医師	常 勤	非常勤		学会認定医師	常 勤	非常勤
31	日本小児神経学会			49	日本血管外科学会		
32	日本心身医学会			50	日本心臓血管外科学会		
33	日本形成外科学会			51	日本脳卒中学会		
34	日本気管食道科学会			52	歯科基礎医学会(口腔病理)		
35	日本大腸肛門病学会			53	日本歯科保存学会		
36	日本リハビリテーション医学会			54	日本補綴歯科学会		
37	日本輸血学会			55	日本口腔外科学会		
38	日本救急医学会			56	日本矯正歯科学会		
39	日本超音波医学会			57	日本歯科放射線学会		
40	日本核医学会			58	日本小児歯科学会		
41	日本消化器内視鏡学会			59	日本歯周病学会		
42	日本リウマチ学会			60	日本歯科麻酔学会		
43	日本東洋医学会			61	その他()		
44	日本温泉気候物理医学会			62	その他()		
45	日本人類遺伝学会			63	その他()		
46	日本産業衛生学会			64	その他()		
47	日本臨床細胞学会			65	その他()		
48	日本透析医学会						

(注1)「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(8) 急患の受け入れ状況についてお尋ねします。

貴医療施設における平成17年1月1日から平成17年12月31日までの1年間の救急車による患者の受け入れ状況を記入してください。

なお、他の医療機関からの受け入れを除きます。

(単位:人)

	交 通 事 故	一 般 負 傷	急 病 等 (a)					その他	
			脳疾患	心疾患	小児科	産 科	自殺企図		その他
診 療 時 間 内									
診 療 時 間 外									

急病等(a)のうち、軽症(帰宅)者数	人
--------------------	---

(9) 急患の他の医療施設への傷病種別の転送状況についてお尋ねします。

貴医療施設における平成17年1月1日から平成17年12月31日までの1年間に救急車で搬送を受けた患者のうち、他の医療施設への転送状況を傷病の種別ごとに記入してください。
(単位：人)

転送先医療施設名	傷病の種別				
	脳疾患	心疾患	小児科	産科	その他

(10) 急患の他の医療施設への理由別の転送状況についてお尋ねします。

貴医療施設における平成17年1月1日から平成17年12月31日までの1年間に救急車で搬送を受けた患者のうち、他の医療施設への転送状況を依頼の理由ごとに記入してください。
(単位：人)

転送先医療施設名	転送を依頼した理由					
	担当医不在	満床	専門外	手術中	処置困難	その他

8 在宅医療（ターミナルケアを含む）及び訪問看護について

(1) 在宅医療及び訪問看護等の実施状況及び今後の計画についてお尋ねします。

下表の項目について、現在、実施している医療施設については「実施している」の該当する番号に○印を、現在、実施していない医療施設については「実施していない」の該当する番号に○印を付けてください。

区分	実施している			実施していない	
	強化して継続したい	継続したい	廃止したい	今後実施したい	実施希望はない
01 在宅療養支援診療所設置	1	2	3	1	2
02 地域連携退院時共同指導	1	2	3	1	2
03 在宅療養における24時間対応	1	2	3	1	2
04 在宅患者訪問看護・指導	1	2	3	1	2
05 精神科訪問看護・指導	1	2	3	1	2
06 訪問リハビリテーション	1	2	3	1	2
07 寝たきり老人訪問指導	1	2	3	1	2
08 その他の訪問指導	1	2	3	1	2
09 訪問診療	1	2	3	1	2

(2) 在宅でのターミナルケアの実施状況及び今後の計画についてお尋ねします。

在宅でのターミナルケアの実施状況について、現在、実施している医療施設については「実施している」の該当する番号に○印を、現在、実施していない医療施設については「実施していない」の該当する番号に○印を付けてください。

実施している	01	強化して継続したい
	02	継続したい
	03	廃止したい
実施していない	04	条件が整えば実施したい
	05	実施希望はない

(3) 在宅医療及び在宅でのターミナルケアを実施するために重要な条件についてお尋ねします。

在宅医療及び在宅でのターミナルケアを実施するために重要と思われる条件について、該当する番号全てに○印を付けてください。

なお、「7 その他」を選ばれた場合は、下欄に詳しい内容をご記入ください。

		在宅医療	在宅でのターミナルケア
01	メディカルスタッフの確保	1	2
02	後方入院施設	1	2
03	チーム医療の体制整備	1	2
04	介護ケアチームとの協働	1	2
05	訪問看護ステーションの利用	1	2
06	ケアをする家族の存在	1	2
07	その他	1	2
その他の条件について（自由記入）：			

9 地域連携クリティカルパスによる医療機関の連携体制について

(1) 地域連携診療計画管理病院の状況についてお尋ねします。

地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の施設基準に定める「計画管理病院」の届出を行っている場合は「行っている」を、現在は届出をしていないが今後届出する予定がある場合は「予定がある」を、現在は届出をしておらず、今後も届出する予定がない場合は「予定がない」の該当する番号に○印を付けてください。

01	行っている	02	予定がある	03	予定がない
----	-------	----	-------	----	-------

(2) 地域連携クリティカルパスの活用状況についてお尋ねします。

下記の項目について、現在、地域連携クリティカルパスを活用するなどして入院時や退院時に医療機関の間で診療情報が共有される体制を取っている場合は「取っている」を、現在は取っていないが今後取る予定がある場合は「予定がある」を、現在は取っておらず、今後も取る予定がない場合は「予定がない」の、該当する番号に○印を付けてください。

	区 分	取っている	予定がある	予定がない
01	がん	1	2	3
02	脳卒中	1	2	3
03	急性心筋梗塞	1	2	3
04	糖尿病	1	2	3
05	小児医療(小児救急を含む)	1	2	3
06	周産期医療	1	2	3
07	救急医療	1	2	3
08	災害医療	1	2	3
09	離島・へき地医療	1	2	3
10	肝疾患	1	2	3
11	骨折等の筋骨格系疾患	1	2	3
12	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	1	2	3
13	その他()	1	2	3

10 診療内容等について

各種の診療内容等についての実施状況をお尋ねします。

下表の診療内容等の中で、貴医療施設で診療等を「実施している」場合は1に○印を、「実施していない」場合は2に○印を付けてください。

診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
01	糖尿病管理の教育入院	1	2
02	劇症肝炎の治療	1	2
03	肝炎の治療	1	2
04	抗ウイルス剤(インターフェロン)等による肝炎の治療	1	2
05	統合失調症で身体的合併症を持つ患者への治療	1	2
06	造血幹細胞移植	1	2
07	CAPD(持続的携帯型腹膜灌流療法)	1	2
08	腸重積	1	2
09	新生児交換輸血	1	2
10	上部消化管(食道・胃)のがん手術	1	2
11	下部消化管(大腸・直腸)のがん手術	1	2
12	肝・胆・膵のがん手術	1	2
13	呼吸器のがん手術	1	2
14	乳がん手術	1	2
15	子宮がん手術	1	2
16	前立腺がん手術	1	2
17	腎・膀胱のがん手術	1	2
18	ATL(成人T細胞白血病)の治療	1	2
19	強力化学療法によるがん治療	1	2

(次頁へ続く)

診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
20	乳房再建術	1	2
21	内視鏡下手術	1	2
22	胸腔鏡下手術	1	2
23	腹腔鏡下手術	1	2
24	腎臓移植	1	2
25	大血管手術(腹部)	1	2
26	四肢の血行再建術	1	2
27	体外衝撃波破碎術(消化器)	1	2
28	外傷性頭蓋内血腫除去術	1	2
29	脳腫瘍摘出術(良性腫瘍を含む)	1	2
30	脳動脈瘤根治術	1	2
31	30以外の脳血管に係る手術(マイクロサージャリー)	1	2
32	ACバイパス手術	1	2
33	大血管手術(胸部)	1	2
34	開心術	1	2
35	PTCA(経皮経管的冠動脈形成術)	1	2
36	血管内視鏡術	1	2
37	血管形成術(レーザー)	1	2
38	体外衝撃波破碎術(泌尿器)	1	2
39	経尿道的前立腺切除術	1	2
40	切断四肢再接合術	1	2
41	脊椎及び脊髄手術	1	2
42	人工関節置換術	1	2
43	子宮内膜症手術(腹腔鏡下)	1	2
44	体外受精	1	2
45	ハイリスク妊娠の管理と分娩	1	2
46	眼内レンズ挿入術	1	2
47	網膜光凝固術	1	2
48	角膜移植術	1	2
49	人工内耳手術	1	2
50	顔面神経減圧術	1	2
51	上顎がん手術	1	2
52	顎骨離断術	1	2
53	自家皮膚培養とその植皮	1	2
54	後天性免疫不全症候群患者の総合的な診療等	1	2
55	ペースメーカー挿入	1	2
56	心血管造影	1	2
57	その他の血管造影	1	2
58	心臓カテーテル検査	1	2
59	粘膜擦過細胞診	1	2
60	生検及び組織診断(施設内で実施)	1	2
61	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)の治療	1	2
62	胃がん検診(胃がん精密検査)	1	2
63	大腸がん検診(大腸がん精密検査)	1	2
64	肺がん検診(肺がん精密検査)	1	2

(次頁へ続く)

診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
65	乳がん検診(乳がん精密検査)	1	2
66	子宮がん検診(子宮がん精密検査)	1	2
67	肝がん検診(肝がん精密検査)	1	2
68	前立腺がん検診(前立腺がん精密検査)	1	2
69	多発性硬化症	1	2
70	重症筋無力症	1	2
71	筋萎縮性側索硬化症	1	2
72	脊髄小脳変性症	1	2
73	パーキンソン病関連疾患	1	2
74	モヤモヤ病(ウイルス動脈輪閉塞症)	1	2
75	網膜色素変性症	1	2
76	後縦靭帯骨化症	1	2
77	特発性大腿骨頭壊死症	1	2
78	天疱瘡	1	2
79	膿疱性乾癬	1	2
80	ベーチェット病	1	2
81	全身性エリテマトーデス	1	2
82	サルコイドーシス	1	2
83	強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎	1	2
84	潰瘍性大腸炎	1	2
85	クローン病	1	2
86	再生不良性貧血	1	2
87	特発性血小板減少性紫斑病	1	2
88	ビュルガー病	1	2
89	特発性拡張型(うっ血型)心筋症	1	2
90	特発性間質性肺炎	1	2
91	禁煙外来	1	2
92	思春期外来	1	2
93	小児のアレルギー性疾患	1	2
94	小児の悪性新生物	1	2
95	小児の慢性腎疾患	1	2
96	小児の慢性呼吸器疾患	1	2
97	小児の慢性心疾患	1	2
98	小児の内分泌疾患	1	2
99	小児の膠原病	1	2
100	小児の糖尿病	1	2
101	小児の先天性代謝異常	1	2
102	小児の血友病等血液・免疫疾患	1	2
103	小児の神経・筋疾患	1	2
104	小児の慢性消化器疾患	1	2
105	その他()	1	2
106	その他()	1	2
107	その他()	1	2
108	その他()	1	2
109	その他()	1	2

11 医療施設相互の連携等の状況について

(1) 貴医療施設の1週間の初診患者数をお尋ねします。

平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の間の、初診患者数を記入してください。

初診患者数	人
-------	---

(2) 他の医療施設等への患者の紹介状況についてお尋ねします。

平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の間に、下表に記載した医療施設等に患者を紹介した「実績がある」医療施設については「1」に、「実績がない」医療施設については「2」に○印を付けてください。

なお、「1 実績がある」に○印を付けた医療施設については、平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の紹介先別紹介件数を、二次医療圏内・二次医療圏外に分けて記入をお願いします。

紹介患者には、入院だけではなく外来・検査も含まれます。

01	実績がある	02	実績がない
----	-------	----	-------

	大学病院	鹿児島市立病院	紹介先の 所 在	地域医療 支援病院	その他の 病 院	診 療 所	そ の 他
紹 介 件 数	件	件	二次医療 圏 内	件	件	件	件
			二次医療 圏 外	件	件	件	件

(注) 県内の地域医療支援病院＝鹿児島市医師会病院、鹿児島医療センター、南風病院、川内市医師会立市民病院、霧島市立医師会医療センター、出水郡医師会立阿久根病院、曾於郡医師会病院、鹿屋医療センター、肝属郡医師会病院

(3) 他の医療施設等からの患者の紹介状況についてお尋ねします。

平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の間に、下表に記載した医療施設等から患者を紹介された「実績のある」医療施設については「1」に、「実績のない」医療施設については「2」に○印を付けてください。

なお、「1 受入ている」に○印を付けた医療施設については、平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の紹介先別紹介件数を、二次医療圏内・二次医療圏外に分けて記入をお願いします。

紹介患者には、入院だけではなく外来・検査も含まれます。

01	受入ている	02	受入ていない
----	-------	----	--------

	大学病院	鹿児島市立病院	紹介元の 所 在	地域医療 支援病院	その他の 病 院	診 療 所	そ の 他
紹 介 件 数	件	件	二次医療 圏 内	件	件	件	件
			二次医療 圏 外	件	件	件	件

(注) 県内の地域医療支援病院＝鹿児島市医師会病院、鹿児島医療センター、南風病院、川内市医師会立市民病院、霧島市立医師会医療センター、出水郡医師会立阿久根病院、曾於郡医師会病院、鹿屋医療センター、肝属郡医師会病院

12 処方せんの状況について

- (1) 貴医療施設の院外処方せんの発行状況についてお尋ねします。
 下表のうち該当する項目の番号に○印を付けてください。

01	全部の診療科で院外処方せんとしている
02	一部の診療科で院外処方せんとしている
03	院外処方せんは発行していない

※(1)で「2 一部の診療科で院外処方せんとしている」に○を付けられた医療機関のみお答えください。

- (2) 院外処方せんとしている診療科目名に○印をしてください。

01	内 科	02	心 療 内 科	03	精 神 科	04	神 経 科
05	神 経 内 科	06	呼 吸 器 科	07	消 化 器 科	08	胃 腸 科
09	循 環 器 科	10	アレルギ科	11	リウマチ科	12	小 児 科
13	外 科	14	整 形 外 科	15	形 成 外 科	16	美 容 外 科
17	脳神経外科	18	呼吸器外科	19	心臓血管外科	20	小 児 外 科
21	皮膚泌尿器科	22	皮 膚 科	23	泌 尿 器 科	24	性 病 科
25	こ う 門 科	26	産 婦 人 科	27	産 科	28	婦 人 科
29	眼 科	30	耳鼻いんこう科	31	気管食道科	32	リハビリテーション科
33	放 射 線 科	34	歯 科	35	矯 正 歯 科	36	小 児 歯 科
37	歯科口腔外科	38	麻 酔 科	39	そ の 他		

13 医療従事者等の状況について

- (1) 医療従事者等の配置状況等についてお尋ねします。

下表の職種について、「現在の人員」欄については、平成18年12月13日現在で貴医療施設で「常勤」として雇用している者の実人数と、平成18年12月中に「非常勤」として勤務が予定されている者の実人数を記入してください。

また、今後の事業拡張等に伴い、今後5年間に貴医療施設で増員が必要となると思われる医療従事者があれば、その実人数（新たに雇用を必要とする人数）も併せて記入してください。

なお、「常勤」と「非常勤」の区分及び「人数の考え方」については、欄末尾に記載のとおりです。

	職 種	現在の人員		今後増員が必要と思われる人員
		常 勤	非常勤	
01	医師	人	人	人
02	(うち女性医師)	人	人	
03	歯科医師	人	人	人
04	薬剤師	人	人	人
05	保健師	人	人	人
06	助産師	人	人	人
07	看護師	人	人	人
08	准看護師	人	人	人
09	看護業務補助者	人	人	人

(次頁へ続く)

	職 種	現在の人員		今後増員が必要と 思われる人員
		常 勤	非常勤	
10	理学療法士	人	人	人
11	作業療法士	人	人	人
12	言語聴覚士	人	人	人
13	あん摩マッサージ指圧師・はり師	人	人	人
14	柔道整復師	人	人	人
15	診療エックス線技師	人	人	人
16	診療放射線技師	人	人	人
17	臨床検査技師	人	人	人
18	衛生検査技師	人	人	人
19	臨床工学技師	人	人	人
20	視能訓練士	人	人	人
21	管理栄養士	人	人	人
22	栄養士	人	人	人
23	精神保健福祉士	人	人	人
24	臨床心理士	人	人	人
25	歯科衛生士	人	人	人
26	歯科技工士	人	人	人
27	義肢装具士	人	人	人
28	医療ソーシャルワーカー	人	人	人
29	その他の技術職員	人	人	人
30	事務職員	人	人	人
31	その他()	人	人	人
32	その他()	人	人	人
33	その他()	人	人	人
34	その他()	人	人	人
35	その他()	人	人	人
	合 計	人	人	人

(注1)「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(2) 女性医師の勤務環境の整備についてお尋ねします。

貴医療施設において、女性医師の勤務環境の整備のために取り組まれている体制や制度があれば、該当する番号に○印を付けてください。

01	育児休業・休暇(時間休を含む)の制度
02	介護休暇・子供看護休暇等の制度
03	日勤のみの勤務体制
04	フレックスタイムによる勤務体制
05	代診医の確保
06	その他()

(3) 医療従事者等の育児支援状況についてお尋ねします。

① 貴医療施設に勤務する医療従事者等の子供を対象とした保育施設の設置状況についてお尋ねします。

貴医療施設に勤務する医療従事者等の子供を対象とした保育施設を「設置している」場合は「1」に、「設置していない」場合は「2」に○印を付けてください。

保育施設の設置	01	設置有	02	設置無
---------	----	-----	----	-----

② 貴医療施設に勤務する医療従事者等の子供を対象とした保育施設を設置している医療施設にのみお尋ねします。

平成18年10月1日現在の状況について記入してください。

01	保育児童数		人
02	保育時間	01	時から 時まで
		02	24時間
03	病児保育実施の有無	01	実施している
		02	実施していない
04	保育を依頼している 病院従事者	医師	01 人
		看護師・准看護師	02 人
		その他の職員	03 人

14 血清、解毒剤等の保有状況について

現在保有されている血清等についてお尋ねします。

下表の血清等の中で現在保有されているものについて、該当する番号に○印を付けてください。

01	保有血液血清	01	輸血用血液	05	ハブ血清	09	ガス壊疽ワクチン		
		02	コレラワクチン	06	ジフテリア血清	10	ボツリヌスワクチン		
		03	狂犬病ワクチン	07	ワイル病ワクチン	11	生ポリオワクチン		
		04	まむし血清	08	破傷風血清				
02	保有解毒剤	シアン解毒剤		ヒ素解毒剤		有機リン解毒剤	鉛解毒剤		
		01	亜硝酸アルミ	04	BAL	05	PAM	06	EDTA
		02	亜硝酸ナトリウム						
03	チオ硫酸ナトリウム								
03	特殊救急薬	01	ダントリウム						
04	その他								

15 医療機関における安全管理体制等の状況について

(1) 医療機関における安全管理体制の状況についてお尋ねします。

下表の担当者を「配置している」場合は「1」に、「配置していない」場合は「2」に○印を付けてください。

		配置している	配置していない
01	リスクマネージャー	1	2
02	感染症管理担当	1	2
03	診療情報管理士	1	2

(2) 院内の苦情相談体制についてお尋ねします。

患者や患者の家族からの苦情や相談を受けるための窓口の設置状況について、該当する項目の番号に○印を付けてください。

	窓口あり		窓口なし
	院内掲示あり	院内掲示なし	
院内の苦情相談体制	1	2	3

(3) セカンドオピニオンについてお尋ねします。

下表のうち、平成18年12月13日現在対応している項目の番号に○印を付けてください。

01	セカンドオピニオンに関する掲示等
02	カルテ開示等の診療情報提供
03	患者への受入可能医療機関紹介
04	セカンドオピニオン患者の受入
05	セカンドオピニオンを提供する際の費用負担ルールの設定
06	特別な対応はしていない

16 入院患者の状況について

(1) 住所地別の入院患者の状況についてお尋ねします。

特定の日入院患者を、住所地別に把握するための調査です。

貴医療施設の平成18年12月13日午前0時現在の、入院患者の住所地別人数を下表に記入してください。

(単位：人)

番号	市町村名	入院患者数	番号	市町村名	入院患者数
01	鹿 児 島 市		29	垂 水 市	
02	三 島 村		30	東 串 良 町	
03	十 島 村		31	錦 江 町	
04	指 宿 市		32	南 大 隅 町	
05	穎 娃 町		33	肝 付 町	
06	枕 崎 市		34	西 之 表 市	
07	南 さ つ ま 市		35	中 種 子 町	
08	知 覧 町		36	南 種 子 町	
09	川 辺 町		37	上 屋 久 町	
10	日 置 市		38	屋 久 町	
11	いちき串木野市		39	奄 美 市	
12	薩摩川内市(本土)		40	大 和 村	
13	薩摩川内市(甌島)		41	宇 検 村	
14	さ つ ま 町		42	瀬 戸 内 町	
15	阿 久 根 市		43	龍 郷 町	
16	出 水 市		44	喜 界 町	
17	長 島 町		45	徳 之 島 町	
18	大 口 市		46	天 城 町	
19	菱 刈 町		47	伊 仙 町	
20	霧 島 市		48	和 泊 町	
21	加 治 木 町		49	知 名 町	
22	始 良 町		50	与 論 町	
23	蒲 生 町		51	熊 本 県	
24	湧 水 町		52	宮 崎 県	
25	曾 於 市		53	沖 縄 県	
26	志 布 志 市		54	その他の県外	
27	大 崎 町		55	不 明	
28	鹿 屋 市		56	合 計	

※「薩摩川内市(甌島)」＝薩摩川内市里町、上甌町、下甌町、鹿島町

「薩摩川内市(本土)」＝上記以外の住所地

病院・診療所名	
医療圏区分	※

※印の欄は記入しないでください

- (2) 疾病別の入院患者の状況についてお尋ねします。
 特定の日の入院患者を、疾病別に把握するための調査です。
 貴医療施設の平成18年12月13日午前0時現在の、疾病別の入院患者数を下表に記入してください。
 なお、下表に無い疾病については、空欄に記載してください。

(単位：人)

番号	傷病名	入院患者数
01	上部消化器(食道・胃)の悪性新生物	
02	下部消化器(大腸・直腸)の悪性新生物	
03	肝、肝内胆管及び膵の悪性新生物	
04	気管、気管支及び肺の悪性新生物	
05	乳房の悪性新生物	
06	子宮の悪性新生物	
07	前立腺の悪性新生物	
08	腎、膀胱の悪性新生物	
09	その他の悪性新生物	
10	糖尿病(1型糖尿病、2型糖尿病、その他の糖尿病)	
11	糖尿病性神経障害	
12	糖尿病性網膜症	
13	糖尿病性腎症	
14	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
15	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	
16	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
17	脳血管性認知症	
18	アルツハイマー型認知症	
19	高血圧(本態性(原発性)高血圧症、高血圧症性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性高血圧症)	
20	狭心症	
21	急性心筋梗塞	
22	その他の心疾患	
23	くも膜下出血	
24	脳内出血	
25	脳梗塞	
26	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	
27	肝硬変	
28	大腿骨の骨折、その他の四肢の骨折	
29		
30		
31		
32		
33		
34	上記以外の全ての傷病	
35	合計	

- (3) 上記(2)のうち、自殺企図による入院患者数について、下表に記入してください。

01 自殺企図による入院患者数	人
-----------------	---

17 外来患者の状況について

(1) 住所地別の外来患者の状況についてお尋ねします。

特定の日外来患者を、住所地別に把握するための調査です。

貴医療施設の平成18年12月13日の1日（午前0時から24時まで）の、外来患者の住所地別人数を下表に記入してください。

(単位：人)

番号	市町村名	外来患者数	番号	市町村名	外来患者数
01	鹿児島市		29	垂水市	
02	三島村		30	東串良町	
03	十島村		31	錦江町	
04	指宿市		32	南大隅町	
05	穎娃町		33	肝付町	
06	枕崎市		34	西之表市	
07	南さつま市		35	中種子町	
08	知覧町		36	南種子町	
09	川辺町		37	上屋久町	
10	日置市		38	屋久町	
11	いちき串木野市		39	奄美市	
12	薩摩川内市(本土)		40	大和村	
13	薩摩川内市(甑島)		41	宇検村	
14	さつま町		42	瀬戸内町	
15	阿久根市		43	龍郷町	
16	出水市		44	喜界町	
17	長島町		45	徳之島町	
18	大口市		46	天城町	
19	菱刈町		47	伊仙町	
20	霧島市		48	和泊町	
21	加治木町		49	知名町	
22	始良町		50	与論町	
23	蒲生町		51	熊本県	
24	湧水町		52	宮崎県	
25	曾於市		53	沖縄県	
26	志布志市		54	その他の県外	
27	大崎町		55	不明	
28	鹿屋市		56	合計	

※「薩摩川内市(甑島)」＝薩摩川内市里町、上甑町、下甑町、鹿島町

「薩摩川内市(本土)」＝上記以外の住所地

病院・診療所名	
医療圏区分	※

※印の欄は記入しないでください

(2) 疾病別の外来患者の状況についてお尋ねします。

特定の日外来患者を、疾病別に把握するための調査です。

貴医療施設の平成18年12月13日の1日（午前0時から24時まで）の、疾病別の外来患者数を下表に記入してください。

なお、下表に無い疾病については、空欄に記載してください。

(単位：人)

番号	傷病名	外来患者数
01	上部消化器(食道・胃)の悪性新生物	
02	下部消化器(大腸・直腸)の悪性新生物	
03	肝、肝内胆管及び膵の悪性新生物	
04	気管、気管支及び肺の悪性新生物	
05	乳房の悪性新生物	
06	子宮の悪性新生物	
07	前立腺の悪性新生物	
08	腎、膀胱の悪性新生物	
09	その他の悪性新生物	
10	糖尿病(1型糖尿病、2型糖尿病、その他の糖尿病)	
11	糖尿病性神経障害	
12	糖尿病性網膜症	
13	糖尿病性腎症	
14	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
15	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	
16	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
17	脳血管性認知症	
18	アルツハイマー型認知症	
19	高血圧(本態性(原発性)高血圧症、高血圧症性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性高血圧症)	
20	狭心症	
21	急性心筋梗塞	
22	その他の心疾患	
23	くも膜下出血	
24	脳内出血	
25	脳梗塞	
26	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	
27	肝硬変	
28	大腿骨の骨折、その他の四肢の骨折	
29		
30		
31		
32		
33		
34	上記以外の全ての傷病	
35	合計	

(3) 上記(2)のうち、自殺企図による外来患者数について、下表に記入してください。

01 自殺企図による外来患者数	人
-----------------	---

※この調査票に関する問い合わせ先

御協力ありがとうございました。

鹿児島県保健医療福祉課
TEL099-286-2738

鹿児島県

(無床診療所)

医療施設機能等調査票

(無床診療所用)

診療所名			
診療所の所在地、電話等	〒□□□-□□□□		
	電話番号		
	FAX番号		
	電子メールアドレス		
	ホームページアドレス	http://	
開設者名			
記入者職・氏名	職名	氏名	

※以下、特に記載がない限り平成18年12月13日現在の状況を記入してください。
なお、期日指定をしている調査項目で、指定された日の状況が貴医療施設の診療形態と異なる場合（診療日の状況を尋ねているのに、当日が休診日であるなどの場合）は、指定日直後の診療日あるいは休診日の状況を記載してください。

1 開設者区分について

貴医療施設の開設者の区分についてお尋ねします。該当する番号に○印を付けてください。

01 厚生労働省所管(独立行政法人・その他)	02 文部科学省所管(国立大学法人)	03 国(事業団)
04 国(その他)	05 県	06 市町村
07 一部事務組合	08 日本赤十字社	09 済生会
10 国民健康保険団体連合会	11 厚生連	12 全国社会保険協会連合会
13 船員保険会	14 厚生年金事業振興団	15 健康保険組合及びその連合会
16 国民健康保険組合	17 共済組合及びその連合会	18 公益法人
19 医療法人	20 学校法人	21 その他の法人
22 株式会社・有限会社	23 個人	24 その他()

2 標榜科目等について

(1) 貴医療施設の標榜科目についてお尋ねします。

現在、標榜されている全ての科目の、該当する番号に○印を付けてください。

01	内 科	02	心 療 内 科	03	精 神 科	04	神 経 科
05	神 経 内 科	06	呼 吸 器 科	07	消 化 器 科	08	胃 腸 科
09	循 環 器 科	10	アレルギ科	11	リウマチ科	12	小 児 科
13	外 科	14	整 形 外 科	15	形 成 外 科	16	美 容 外 科
17	脳神経外科	18	呼吸器外科	19	心臓血管外科	20	小 児 外 科
21	皮膚泌尿器科	22	皮 膚 科	23	泌 尿 器 科	24	性 病 科
25	こ う 門 科	26	産 婦 人 科	27	産 科	28	婦 人 科
29	眼 科	30	耳鼻いんこう科	31	気管食道科	32	リハビリテーション科
33	放 射 線 科	34	歯 科	35	矯 正 歯 科	36	小 児 歯 科
37	歯科口腔外科	38	麻 酔 科				

(2) 標榜科目以外の診療状況について

(1)の標榜科目に記載のない科目名で、院内のみの表示として用いている科目があれば、下表（39欄）に表示科目名を記載してください。

39				
----	--	--	--	--

3 施設・設備の状況について

(1) 現在、保有されている施設等についてお尋ねします。

下表の施設を「保有している」場合は「1」に、「保有していない」場合は「2」に○印を付けてください。

なお、回答欄に「専用・共用」の記載がある欄については、専用の施設がある場合は「専用」に○印を、他の施設と共用となっている場合は「共用」に○印を付けてください。

	施 設 等 名	保有している	保有していない
01	病理検査室	1	2
02	病理解剖室	1	2
03	理学療法室・作業療法室 (運動・水浴療法室を含む)	1 (専用・共用)	2
04	言語療法室	1	2
05	精神科作業療法室	1 (専用・共用)	2
06	通所リハビリテーション室	1	2
07	精神科デイ(ナイト・ショート)ケア室	1 (専用・共用)	2
08	高圧酸素療法室	1	2
09	無菌治療室	1	2
10	小児用プレイルーム	1	2
11	栄養相談室	1 (専用・共用)	2
12	医薬品情報管理室	1	2

(2) 現在、保有している設備等の保有状況及び開放状況についてお尋ねします。

下表の設備を「保有されている」場合は「1」に、「保有されていない」場合は「2」に○印を付けてください。

また、「保有している」に○印を付けた医療施設については、「保有台数」欄に保有台数を記入するとともに、同設備を、他の医療施設の医師や医療従事者に開放している場合は、「開放状況」欄について、区分に従い該当する欄の番号に○印を付けてください。

なお、「研修に限り開放」と「診療についても開放」との区分は、欄外注書きにより判断してください。

	設備名	保有状況			開放状況	
		保有している	保有台数	保有していない	研修に限り開放	診療についても開放
01	生化学自動分析装置 (12チャンネル以上)	1	台	2	3	4
02	X線断層撮影装置	1	台	2	3	4
03	全身用X線CT	1	台	2	3	4
04	頭部(頭頸部)用X線CT	1	台	2	3	4
05	マルチスライスCT	1	台	2	3	4
06	PET(PET-CT)	1	台	2	3	4
07	MRI	1	台	2	3	4
08	マンモグラフィ	1	台	2	3	4
09	上部消化管ファイバースコープ	1	台	2	3	4
10	大腸ファイバースコープ	1	台	2	3	4
11	腹腔ファイバースコープ	1	台	2	3	4
12	気管支ファイバースコープ	1	台	2	3	4
13	尿路ファイバースコープ	1	台	2	3	4
14	内視鏡装置の自動洗浄装置	1	台	2	3	4
15	画像診断用超音波装置	1	台	2	3	4
16	心臓カテーテル(心臓血管撮影装置)	1	台	2	3	4
17	血管連続撮影装置	1	台	2	3	4
18	ドップラー	1	台	2	3	4
19	DSA	1	台	2	3	4
20	脳波計	1	台	2	3	4
21	筋電図計	1	台	2	3	4
22	長時間心電図分析装置 (記録装置・監視装置を除く)	1	台	2	3	4
23	血液ガス測定装置	1	台	2	3	4
24	デジタルラジオグラフィ(CR)	1	台	2	3	4
25	RI診断装置(シンチレーションカメラ、 シンチスキャナー等)	1	台	2	3	4
26	心筋シンチスキャナー	1	台	2	3	4
27	ハイパーサーミア装置	1	台	2	3	4
28	人工呼吸器	1	台	2	3	4
29	低体温療法装置	1	台	2	3	4
30	持続血液濾過透析装置	1	台	2	3	4
31	ペースメーカー(記録装置・監視装置 を除く)	1	台	2	3	4
32	人工心肺	1	台	2	3	4
33	心細動除去装置	1	台	2	3	4
34	分娩監視装置	1	台	2	3	4
35	新生児専用呼吸循環監視装置	1	台	2	3	4
36	新生児人工呼吸器	1	台	2	3	4
37	呼吸心拍監視装置	1	台	2	3	4
38	血漿交換装置	1	台	2	3	4

(次項へ続く)

	設 備 名	保 有 状 況			開 放 状 況	
		保有している	保有台数	保有していない	研修に限り開放	診療についても開放
39	新生児聴覚検査機器 (自動ABR又はOAE)	1	台	2	3	4
40	全身用麻酔器	1	台	2	3	4
41	YAGレーザー	1	台	2	3	4
42	炭酸ガスレーザー	1	台	2	3	4
43	光凝固装置	1	台	2	3	4
44	関節鏡	1	台	2	3	4
45	超音波凝固切開装置(ハーモニック)	1	台	2	3	4
46	バイクランプ(リガシュワー)	1	台	2	3	4
47	マイクロサージャリー装置	1	台	2	3	4
48	リニアック	1	台	2	3	4
49	コバルト60遠隔治療装置	1	台	2	3	4
50	ベータトロン	1	台	2	3	4
51	ガンマナイフ	1	台	2	3	4
52	小線源治療機器(ガンマナイフを除く)	1	台	2	3	4
53	高圧酸素タンク	1	台	2	3	4
54	人工腎臓(透析)装置	1	台	2	3	4
55	骨塩量測定装置(椎骨・大腿骨用)	1	台	2	3	4
56	骨塩量測定装置(その他用)	1	台	2	3	4
57	体外衝撃波結石破碎装置 (胆石・腎石を含む)	1	台	2	3	4
58	サーモグラフィー	1	台	2	3	4
59	クリーンベンチ	1	台	2	3	4
60	患者搬送車	1	台	2	3	4
61	その他()	1	台	2	3	4
62	その他()	1	台	2	3	4
63	その他()	1	台	2	3	4
64	その他()	1	台	2	3	4
65	その他()	1	台	2	3	4

(注1) 設備については、基本的な機能を有している場合であれば、価格の高低及び機能の優劣をとわず対象とします。

(注2) 「開放」区分の考え方

「診療についても開放」＝貴院の設備を使用して、自院以外の患者を自院以外の医師等が診察・治療することを認めている場合。

「研修に限り開放」＝上記以外で、自院以外の医師等に貴院の設備を使用することを認めている場合。

(「例」 自院以外の医師等が、貴院の患者を貴院の設備を使用して診察・治療をする場合や単に器機の操作方法等の研修に開放している場合等)

(注3) 「自院の医師等」と「他の医療施設の医師等」の区分

「自院の医師等」＝貴院と雇用関係にあり、貴院から給与を支払う者。(非常勤職員も含まれます)

(参考)

・複数の医療施設を有する法人で、雇用関係及び給与の支払いが法人として一元化されている医療施設にあっては、同一法人内の医療施設の職員は全て「自院の医師等」として考えてください。

「他の医療施設の医師等」＝上記以外の者

- (3) バリアフリー等についての取組についてお尋ねします。
貴医療施設において取り組まれている、高齢者や障害者に配慮した取組について、該当する番号全てに○印を付けてください。

01	障害者用の駐車場	08	感染症待合室
02	身障者用トイレあり	09	同伴児童の一時預かりサービス
03	車いすでの来院可能	10	重度身体障害者(児)の診療可能
04	手話による対応可能	11	重度知的障害者(児)の診療可能
05	身体障害者補助犬(盲導犬等)の同伴可能	12	発達障害者(児)(LD, ADHD, 高機能自閉症等を含む)の診療可能
06	全盲患者等の介助等を行うボランティアあり	13	高次脳機能障害への対応可能
07	施設内点字表示	14	その他()

4 リハビリテーション等に関する事項について

(1) リハビリテーションの実施状況について

(2)の「施設届出の状況」欄に記載された項目の中で、貴医療施設で実施されているものがあれば「ある」、実施されていない場合は「ない」の、該当する番号に○印を付けてください。

01	ある	02	ない
----	----	----	----

※(1)で「1 ある」に○印を付けた医療施設のみ記載してください。

(2) リハビリテーションを実施している施設の届出状況及び従事者数についてお尋ねします。

「施設届出の状況」については該当する番号に○印を付け、「従事者数」については、当該施設の従事者について「専任」「兼任」別の実人数を記入してください。

なお、人数については「常勤・非常勤」とも含めてください。

施設届出の状況	従事者数	
	専任	兼任
01 心大血管疾患リハビリテーション科(I)	医師 人	医師 人
02 心大血管疾患リハビリテーション科(II)		
03 脳血管疾患等リハビリテーション科(I)		
04 脳血管疾患等リハビリテーション科(II)	PT 人	PT 人
05 運動器リハビリテーション科(I)		
06 運動器リハビリテーション科(II)		
07 呼吸器リハビリテーション科(I)	OT 人	OT 人
08 呼吸器リハビリテーション科(II)		
09 01~08のいずれにも該当しない	ST 人	ST 人
	あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師 人	あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師 人
	MSW 人	MSW 人
	その他の従事者 人	その他の従事者 人

(注1)

専任＝当該業務のみに従事する者
兼任＝当該業務及びそれ以外の業務にも従事する者(以下、各調査項目とも同じ扱いとします)

(注2)

「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

※下表の「項目」を実施されている医療施設についてのみお尋ねします。

(3) その他の診療等の実施状況について

「対応状況」については該当する項目の番号に○印を付け、「従事医師数」については実人数を記入してください。

また、人工透析については、各設問の内容を記入してください。

なお、従事医師数については「常勤・非常勤」とも含めてください。

項目	対応状況	従事医師数	
01 ペインクリニック	01 外来のみ対応 02 入院まで対応	人	
02 アルコール中毒	01 外来のみ対応 02 入院まで対応	人	
03 人間ドック	01 日帰のみ実施 02 宿泊まで実施	人	
04 人工透析	01 外来のみ実施 02 入院まで実施	人	
	同時に対応可能な最大人数		人
	通常診療時の透析受付時間(昼休みを含む) (平日)		時 分～ 時 分
	(土曜日)		時 分～ 時 分
(日曜日)		時 分～ 時 分	
		時 分～ 時 分	

5 救急診療体制等について

(1) 「届出診療時間以外の時間帯」と「届出診療日以外の日」の外来診療の状況についてお尋ねします。

「届出診療時間以外の時間帯」と「届出診療日以外の日」の外来診療の状況について、該当する番号に○印を付けてください。

「届出診療時間」以外の時間帯		「届出診療日」以外の日	
01	当番日のみ受け付けている	05	当番日のみ受け付けている
02	毎日受け付けている	06	当番日以外についても受け付けている
03	受け付けていない	07	受け付けていない
04	自施設の患者及び退院患者のみ受け付けている	08	自施設の患者及び退院患者のみ受け付けている

(2) 救急医療体制等への参加等状況についてお尋ねします。

救急医療体制等への参加等状況について、該当する番号全てに○印を付けてください。

01	在宅当番医制
02	救急告示
03	病院群輪番制
04	救命救急センター
05	共同利用型病院方式
06	急病センターへの出務
07	参加していない

(3) 救急医療における協力医療機関についてお尋ねします。

急患の転送が必要なとき、積極的に受け入れてくれる協力医療機関について、医療機関名を記入してください。

なお、「急患」とは、緊急に処置の必要がある患者を対象とします。

01	
02	
03	
04	
05	
06	

(4) 急患への対応の状況についてお尋ねします。

下表の項目の急患について、対応可能な項目の番号に○印を付けてください。

なお、急患の症状については、「中等症以上の者」を対象とします。

	項 目	急患の対応及び 根治的治療等も 院内で可能	急患の応急処理 等の対応は可能 であるがその後 転院が必要	対応は困難
01	脳卒中(内科的症状)	1	2	3
02	脳卒中(外科的症状)	1	2	3
03	糖尿病昏睡	1	2	3
04	尿毒症	1	2	3
05	肝性昏睡	1	2	3
06	急性心筋梗塞(内科的症状)	1	2	3
07	急性心筋梗塞(外科的症状)	1	2	3
08	解離性大動脈瘤	1	2	3
09	腎不全	1	2	3
10	狭心症	1	2	3
11	気管支喘息発作	1	2	3
12	心不全	1	2	3
13	自然気胸	1	2	3
14	吐血・下血	1	2	3
15	喀血	1	2	3
16	性器出血	1	2	3
17	流産	1	2	3
18	子宮外妊娠	1	2	3
19	卵巣腫瘍捻転	1	2	3
20	子宮付属器炎	1	2	3
21	血管破損	1	2	3
22	イレウス・腸重積	1	2	3
23	急性膵炎	1	2	3
24	消化管穿孔	1	2	3
25	虫垂炎	1	2	3
26	胆石症	1	2	3
27	尿路結石	1	2	3
28	腸閉塞	1	2	3

(次項へ続く)

	項 目	急患の対応及び 根治的治療等も 院内で可能	急患の応急処理 等の対応は可能 であるがその後 転院が必要	対応は困難
29	食中毒	1	2	3
30	急性アルコール中毒	1	2	3
31	急性薬物中毒	1	2	3
32	ガス中毒	1	2	3
33	多発外傷	1	2	3
34	胸部外傷	1	2	3
35	頭部外傷	1	2	3
36	脊椎損傷	1	2	3
37	四肢外傷	1	2	3
38	骨折・関節脱臼	1	2	3
39	溺水	1	2	3
40	重度熱傷	1	2	3
41	痙攣	1	2	3
42	脱水症	1	2	3
43	小児急性疾患	1	2	3
44	異物誤嚥	1	2	3
45	口腔外科的損傷	1	2	3
46	形成外科的損傷	1	2	3
47	その他()	1	2	3
48	その他()	1	2	3
49	その他()	1	2	3
50	その他()	1	2	3
51	その他()	1	2	3

(5) 精神疾患に係る救急患者への対応について

① 精神科急患の受入体制についてお尋ねします。

下表の項目の患者種類別に対して対応可能な欄の番号に○印を付けてください。

なお、「急患」とは、緊急に処置の必要がある患者を対象とし、表中「入院治療まで対応可」については、体制についてお尋ねするものですので、病床の空き具合は考慮する必要はありません。

項 目	応急処置及び入院 治療まで対応可能		応急処置(外来) のみ対応可能		対応は困難	
	昼間帯	24時間	昼間帯	24時間		
01	自院の通院患者	1	2	3	4	5
02	他院の通院患者	1	2	3	4	5
03	新規患者	1	2	3	4	5

(注1) 「昼間帯」＝届出診療時間帯

(注2) 24時間＝応急入院指定医療機関、精神科救急医療システム参加医療機関等に
限らず、当直等をしている医師等が24時間対応できる場合も含みます。

② 精神科急患に対応可能な医療施設にのみお尋ねします。

精神科急患の内、身体的合併症を持つ患者が発生した場合に、連携できる医療施設の
有無について、いずれかの番号に○印を付けてください。

なお、「有」に○印を付けた医療施設については、平成18年12月13日から平成18年12
月19日の1週間の間に連携して対応した患者の延人数を記入してください。

連携できる医療施設	01 有	人	02 無
-----------	------	---	------

(6) 救急体制について

① 救急医療体制に係わるスタッフの状況について

救急医療体制に携わる職員について、下表の区分別に、配置体制別の実人数を、それぞれ記入してください。(人数には「常勤」、「非常勤」とも含めてください)

なお、配置体制は平均的な配置状況を記入してください。

また、「平日昼間」・「平日夜間」・「休日」の区分は、欄外注書きにより判断してください。

	区 分	平日昼間の体制		平日夜間の体制		休日の体制	
		専 任	兼 任	救急医療 従 事	待機 (オンコール)	救急医療 従 事	待機 (オンコール)
01	医師数	人	人	人	人	人	人
02	看護師数	人	人	人	人	人	人
03	診療放射線技師数	人	人	人	人	人	人
04	臨床検査技師・ 衛生検査技師数	人	人	人	人	人	人
05	薬剤師	人	人	人	人	人	人

(注1)

- ・「専任」欄には救急医療体制のみに従事するスタッフ数を記入してください。
- ・「兼任」欄には救急医療体制以外の、通常の診療業務にも従事するスタッフ数を記入してください。
- ・「救急医療従事」欄には救急医療体制に従事するスタッフ数（「待機（オンコール）」を除く）を記入してください。（輪番及び在宅当番時を除く）
- ・「待機（オンコール）」欄には、救急医療体制としていつでも出務できるよう待機しているスタッフ数を記入してください。（輪番及び在宅当番時を除く）

(注2)

- ・「平日昼間」＝診療時間として届出している時間帯＝届出診療時間
- ・「平日夜間」＝平日の届出診療時間以外の時間帯
- ・「休日」＝休診日

② 麻酔科医の状況について

貴医療施設に勤務する、麻酔を専門とする医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

05	区 分		常 勤	非 常 勤
	麻酔科医の人数	01	麻酔を専門とする医師数	人
02		麻酔科標榜許可を得ている医師数	人	人

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

③ 小児科医・産科医の状況について

貴医療施設に勤務する、小児科、小児外科及び産科（分娩）に対応可能な医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

また、小児科、小児外科及び産科（分娩）に対応可能な医師のうち女性医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

さらに、該当する医師がある場合は、急患があった場合の対応可能な時間帯について、該当する番号に○印を付けてください。

なお、「急患」については、緊急に処置の必要がある患者を対象とします。

	区 分	医師数		左のうち 女性医師数		対応可能な時間帯	
		常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	届出診療 時間のみ	24時間
01	小児医療に対応できる医師数	人	人	人	人	1	2
02	01欄の内、小児科専門の医師数	人	人	人	人	1	2
03	小児外科医療に対応できる医師数	人	人	人	人	1	2
04	産科(分娩)に対応できる医師数	人	人	人	人	1	2

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(注2) 24時間＝救急指定病院等に問わず、当直等をしている医師等が24時間対応できる場合も含まれます。

(7) 学会認定医の状況についてお尋ねします。

貴医療施設における下記の学会認定医師数について、「常勤」「非常勤」別に記入してください。

なお、「常勤」と「非常勤」の区分及び「人数の考え方」については、欄末尾に記載のとおりです。

(単位:人)

	学会認定医師	常 勤	非常勤		学会認定医師	常 勤	非常勤
01	日本内科学会			16	日本循環器学会		
02	日本小児科学会			17	日本呼吸器学会		
03	日本皮膚科学会			18	日本血液学会		
04	日本外科学会			19	日本内分泌学会		
05	日本整形外科学会			20	日本糖尿病学会		
06	日本産科婦人科学会			21	日本腎臓学会		
07	日本眼科学会			22	日本肝臓学会		
08	日本耳鼻咽喉科学会			23	日本アレルギー学会		
09	日本泌尿器科学会			24	日本感染症学会		
10	日本脳神経外科学会			25	日本老年医学会		
11	日本医学放射線学会			26	日本消化器外科学会		
12	日本麻酔科学会			27	日本胸部外科学会		
13	日本病理学会			28	日本呼吸器外科学会		
14	日本臨床検査医学会			29	日本小児外科学会		
15	日本消化器病学会			30	日本神経学会		

(次頁へ続く)

(単位:人)

	学会認定医師	常 勤	非常勤		学会認定医師	常 勤	非常勤
31	日本小児神経学会			49	日本血管外科学会		
32	日本心身医学会			50	日本心臓血管外科学会		
33	日本形成外科学会			51	日本脳卒中学会		
34	日本気管食道科学会			52	歯科基礎医学会(口腔病理)		
35	日本大腸肛門病学会			53	日本歯科保存学会		
36	日本リハビリテーション医学会			54	日本補綴歯科学会		
37	日本輸血学会			55	日本口腔外科学会		
38	日本救急医学会			56	日本矯正歯科学会		
39	日本超音波医学会			57	日本歯科放射線学会		
40	日本核医学会			58	日本小児歯科学会		
41	日本消化器内視鏡学会			59	日本歯周病学会		
42	日本リウマチ学会			60	日本歯科麻酔学会		
43	日本東洋医学会			61	その他()		
44	日本温泉気候物理医学会			62	その他()		
45	日本人類遺伝学会			63	その他()		
46	日本産業衛生学会			64	その他()		
47	日本臨床細胞学会			65	その他()		
48	日本透析医学会						

(注1)「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(8) 急患の受け入れ状況についてお尋ねします。

貴医療施設における平成17年1月1日から平成17年12月31日までの1年間の救急車による患者の受け入れ状況を記入してください。

なお、他の医療機関からの受け入れを除きます。

(単位:人)

	交通 事故	一 般 負 傷	急 病 等(a)					その他	
			脳疾患	心疾患	小児科	産 科	自殺企図		その他
診 療 時間内									
診 療 時間外									

急病等(a)のうち、軽症(帰宅)者数	人
--------------------	---

(9) 急患の他の医療施設への傷病種別の転送状況についてお尋ねします。

貴医療施設における平成17年1月1日から平成17年12月31日までの1年間に救急車で搬送を受けた患者のうち、他の医療施設への転送状況を傷病の種別ごとに記入してください。
(単位：人)

転送先医療施設名	傷病の種別				
	脳疾患	心疾患	小児科	産科	その他

(10) 急患の他の医療施設への理由別の転送状況についてお尋ねします。

貴医療施設における平成17年1月1日から平成17年12月31日までの1年間に救急車で搬送を受けた患者のうち、他の医療施設への転送状況を依頼の理由ごとに記入してください。
(単位：人)

転送先医療施設名	転送を依頼した理由					
	担当医不在	満床	専門外	手術中	処置困難	その他

6 在宅医療（ターミナルケアを含む）及び訪問看護について

(1) 在宅医療及び訪問看護等の実施状況及び今後の計画についてお尋ねします。

下表の項目について、現在、実施している医療施設については「実施している」の該当する番号に○印を、現在、実施していない医療施設については「実施していない」の該当する番号に○印を付けてください。

区分	実施している			実施していない	
	強化して継続したい	継続したい	廃止したい	今後実施したい	実施希望はない
01 在宅療養支援診療所設置	1	2	3	1	2
02 地域連携退院時共同指導	1	2	3	1	2
03 在宅療養における24時間対応	1	2	3	1	2
04 在宅患者訪問看護・指導	1	2	3	1	2
05 精神科訪問看護・指導	1	2	3	1	2
06 訪問リハビリテーション	1	2	3	1	2
07 寝たきり老人訪問指導	1	2	3	1	2
08 その他の訪問指導	1	2	3	1	2
09 訪問診療	1	2	3	1	2

- (2) 在宅でのターミナルケアの実施状況及び今後の計画についてお尋ねします。
 在宅でのターミナルケアの実施状況について、現在、実施している医療施設については「実施している」の該当する番号に○印を、現在、実施していない医療施設については「実施していない」の該当する番号に○印を付けてください。

実施している	01	強化して継続したい
	02	継続したい
	03	廃止したい
実施していない	04	条件が整えば実施したい
	05	実施希望はない

- (3) 在宅医療及び在宅でのターミナルケアを実施するために重要な条件についてお尋ねします。

在宅医療及び在宅でのターミナルケアを実施するために重要と思われる条件について、該当する番号全てに○印を付けてください。

なお、「7 その他」を選ばれた場合は、下欄に詳しい内容をご記入ください。

		在宅医療	在宅でのターミナルケア
01	メディカルスタッフの確保	1	2
02	後方入院施設	1	2
03	チーム医療の体制整備	1	2
04	介護ケアチームとの協働	1	2
05	訪問看護ステーションの利用	1	2
06	ケアをする家族の存在	1	2
07	その他	1	2
その他の条件について（自由記入）：			

7 地域連携クリティカルパスによる医療機関の連携体制について

- (1) 地域連携診療計画管理病院の状況についてお尋ねします。

地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の施設基準に定める「計画管理病院」の届出を行っている場合は「行っている」を、現在は届出をしていないが今後届出する予定がある場合は「予定がある」を、現在は届出をしておらず、今後も届出する予定がない場合は「予定がない」の該当する番号に○印を付けてください。

01	行っている	02	予定がある	03	予定がない
----	-------	----	-------	----	-------

(2) 地域連携クリティカルパスの活用状況についてお尋ねします。

下記の項目について、現在、地域連携クリティカルパスを活用するなどして入院時や退院時に医療機関の間で診療情報が共有される体制を取っている場合は「取っている」を、現在は取っていないが今後取る予定がある場合は「予定がある」を、現在は取っておらず、今後も取る予定がない場合は「予定がない」の、該当する番号に○印を付けてください。

	区 分	取っている	予定がある	予定がない
01	がん	1	2	3
02	脳卒中	1	2	3
03	急性心筋梗塞	1	2	3
04	糖尿病	1	2	3
05	小児医療(小児救急を含む)	1	2	3
06	周産期医療	1	2	3
07	救急医療	1	2	3
08	災害医療	1	2	3
09	離島・へき地医療	1	2	3
10	肝疾患	1	2	3
11	骨折等の筋骨格系疾患	1	2	3
12	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	1	2	3
13	その他()	1	2	3

8 診療内容等について

各種の診療内容等についての実施状況をお尋ねします。

下表の診療内容等の中で、貴医療施設で診療等を「実施されている」場合は1に○印を、「実施されていない」場合は2に○印を付けてください。

診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
01	糖尿病管理の教育入院	1	2
02	劇症肝炎の治療	1	2
03	肝炎の治療	1	2
04	抗ウイルス剤(インターフェロン)等による肝炎の治療	1	2
05	統合失調症で身体的合併症を持つ患者への治療	1	2
06	造血幹細胞移植	1	2
07	CAPD(持続的携帯型腹膜灌流療法)	1	2
08	腸重積	1	2
09	新生児交換輸血	1	2
10	上部消化管(食道・胃)のがん手術	1	2
11	下部消化管(大腸・直腸)のがん手術	1	2
12	肝・胆・膵のがん手術	1	2
13	呼吸器のがん手術	1	2
14	乳がん手術	1	2
15	子宮がん手術	1	2
16	前立腺がん手術	1	2
17	腎・膀胱のがん手術	1	2
18	ATL(成人T細胞白血病)の治療	1	2
19	強力化学療法によるがん治療	1	2

(次頁へ続く)

診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
20	乳房再建術	1	2
21	内視鏡下手術	1	2
22	胸腔鏡下手術	1	2
23	腹腔鏡下手術	1	2
24	腎臓移植	1	2
25	大血管手術(腹部)	1	2
26	四肢の血行再建術	1	2
27	体外衝撃波破砕術(消化器)	1	2
28	外傷性頭蓋内血腫除去術	1	2
29	脳腫瘍摘出術(良性腫瘍を含む)	1	2
30	脳動脈瘤根治術	1	2
31	30以外の脳血管に係る手術(マイクロサージャリー)	1	2
32	ACバイパス手術	1	2
33	大血管手術(胸部)	1	2
34	開心術	1	2
35	PTCA(経皮経管的冠動脈形成術)	1	2
36	血管内視鏡術	1	2
37	血管形成術(レーザー)	1	2
38	体外衝撃波破砕術(泌尿器)	1	2
39	経尿道的前立腺切除術	1	2
40	切断四肢再接合術	1	2
41	脊椎及び脊髄手術	1	2
42	人工関節置換術	1	2
43	子宮内膜症手術(腹腔鏡下)	1	2
44	体外受精	1	2
45	ハイリスク妊娠の管理と分娩	1	2
46	眼内レンズ挿入術	1	2
47	網膜光凝固術	1	2
48	角膜移植術	1	2
49	人工内耳手術	1	2
50	顔面神経減圧術	1	2
51	上顎がん手術	1	2
52	顎骨離断術	1	2
53	自家皮膚培養とその植皮	1	2
54	後天性免疫不全症候群患者の総合的な診療等	1	2
55	ペースメーカー挿入	1	2
56	心血管造影	1	2
57	その他の血管造影	1	2
58	心臓カテーテル検査	1	2
59	粘膜擦過細胞診	1	2
60	生検及び組織診断(施設内で実施)	1	2
61	気分[感情]障害(躁うつ病を含む)の治療	1	2
62	胃がん検診(胃がん精密検査)	1	2
63	大腸がん検診(大腸がん精密検査)	1	2
64	肺がん検診(肺がん精密検査)	1	2

(次頁へ続く)

診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
65	乳がん検診(乳がん精密検査)	1	2
66	子宮がん検診(子宮がん精密検査)	1	2
67	肝がん検診(肝がん精密検査)	1	2
68	前立腺がん検診(前立腺がん精密検査)	1	2
69	多発性硬化症	1	2
70	重症筋無力症	1	2
71	筋萎縮性側索硬化症	1	2
72	脊髄小脳変性症	1	2
73	パーキンソン病関連疾患	1	2
74	モヤモヤ病(ウイリス動脈輪閉塞症)	1	2
75	網膜色素変性症	1	2
76	後縦靭帯骨化症	1	2
77	特発性大腿骨頭壊死症	1	2
78	天疱瘡	1	2
79	膿疱性乾癬	1	2
80	ベーチェット病	1	2
81	全身性エリテマトーデス	1	2
82	サルコイドーシス	1	2
83	強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎	1	2
84	潰瘍性大腸炎	1	2
85	クローン病	1	2
86	再生不良性貧血	1	2
87	特発性血小板減少性紫斑病	1	2
88	ビュルガー病	1	2
89	特発性拡張型(うっ血型)心筋症	1	2
90	特発性間質性肺炎	1	2
91	禁煙外来	1	2
92	思春期外来	1	2
93	小児のアレルギー性疾患	1	2
94	小児の悪性新生物	1	2
95	小児の慢性腎疾患	1	2
96	小児の慢性呼吸器疾患	1	2
97	小児の慢性心疾患	1	2
98	小児の内分泌疾患	1	2
99	小児の膠原病	1	2
100	小児の糖尿病	1	2
101	小児の先天性代謝異常	1	2
102	小児の血友病等血液・免疫疾患	1	2
103	小児の神経・筋疾患	1	2
104	小児の慢性消化器疾患	1	2
105	その他()	1	2
106	その他()	1	2
107	その他()	1	2
108	その他()	1	2
109	その他()	1	2

9 医療施設相互の連携等の状況について

(1) 貴医療施設の1週間の初診患者数をお尋ねします。

平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の間の、初診患者数を記入してください。

初診患者数	人
-------	---

(2) 他の医療施設等への患者の紹介状況についてお尋ねします。

平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の間に、下表に記載した医療施設等に患者を紹介した「実績がある」医療施設については「1」に、「実績がない」医療施設については「2」に○印を付けてください。

なお、「1 実績がある」に○印を付けた医療施設については、平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の紹介先別紹介件数を、二次医療圏内・二次医療圏外に分けて記入をお願いします。

紹介患者には、入院だけではなく外来・検査も含まれます。

01	実績がある	02	実績がない
----	-------	----	-------

	大学病院	鹿児島市立病院	紹介先の 所 在	地域医療	その他の	診 療 所	そ の 他
				支援病院	病 院		
紹介 件 数	件	件	二次医療 圏 内	件	件	件	件
			二次医療 圏 外	件	件	件	件

(注) 県内の地域医療支援病院＝鹿児島市医師会病院、鹿児島医療センター、南風病院、川内市医師会立市民病院、霧島市立医師会医療センター、出水郡医師会立阿久根病院、曾於郡医師会病院、鹿屋医療センター、肝属郡医師会病院

(3) 他の医療施設等からの患者の紹介状況についてお尋ねします。

平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の間に、下表に記載した医療施設等から患者を紹介された「実績がある」医療施設については「1」に、「実績がない」医療施設については「2」に○印を付けてください。

なお、「1 受入ている」に○印を付けた医療施設については、平成18年12月13日から平成18年12月19日の1週間の紹介先別紹介件数を、二次医療圏内・二次医療圏外に分けて記入をお願いします。

紹介患者には、入院だけではなく外来・検査も含まれます。

01	受入ている	02	受入ていない
----	-------	----	--------

	大学病院	鹿児島市立病院	紹介元の 所 在	地域医療	その他の	診 療 所	そ の 他
				支援病院	病 院		
紹介 件 数	件	件	二次医療 圏 内	件	件	件	件
			二次医療 圏 外	件	件	件	件

(注) 県内の地域医療支援病院＝鹿児島市医師会病院、鹿児島医療センター、南風病院、川内市医師会立市民病院、霧島市立医師会医療センター、出水郡医師会立阿久根病院、曾於郡医師会病院、鹿屋医療センター、肝属郡医師会病院

10 処方せん の 状況 について

- (1) 貴医療施設の院外処方せんの発行状況についてお尋ねします。
 下表のうち該当する項目の番号に○印を付けてください。

01	全部の診療科で院外処方せんとしている
02	一部の診療科で院外処方せんとしている
03	院外処方せんは発行していない

※(1)で「2 一部の診療科で院外処方せんとしている」に○を付けられた医療機関のみお答えください。

- (2) 院外処方せんとしている診療科目名に○印をしてください。

01	内 科	02	心 療 内 科	03	精 神 科	04	神 経 科
05	神 経 内 科	06	呼 吸 器 科	07	消 化 器 科	08	胃 腸 科
09	循 環 器 科	10	アレルギー科	11	リウマチ科	12	小 児 科
13	外 科	14	整 形 外 科	15	形 成 外 科	16	美 容 外 科
17	脳神経外科	18	呼 吸 器 外 科	19	心臓血管外科	20	小 児 外 科
21	皮膚泌尿器科	22	皮 膚 科	23	泌 尿 器 科	24	性 病 科
25	こ う 門 科	26	産 婦 人 科	27	産 科	28	婦 人 科
29	眼 科	30	耳鼻いんこう科	31	気管食道科	32	リハビリテーション科
33	放 射 線 科	34	歯 科	35	矯 正 歯 科	36	小 児 歯 科
37	歯科口腔外科	38	麻 酔 科	39	そ の 他		

11 医療従事者等の状況について

- (1) 医療従事者等の配置状況等についてお尋ねします。

下表の職種について、「現在の人員」欄については、平成18年12月13日現在で貴医療施設で「常勤」として雇用している者の実人数と、平成18年12月中に「非常勤」として勤務が予定されている者の実人数を記入してください。

また、今後の事業拡張等に伴い、今後5年間に貴医療施設で増員が必要となると思われる医療従事者があれば、その実人数（新たに雇用を必要とする人数）も併せて記入してください。

なお、「常勤」と「非常勤」の区分及び「人数の考え方」については、欄末尾に記載のとおりです。

	職 種	現在の人員		今後増員が必要と思われる人員
		常 勤	非常勤	
01	医師	人	人	人
02	(うち女性医師)	人	人	
03	歯科医師	人	人	人
04	薬剤師	人	人	人
05	保健師	人	人	人
06	助産師	人	人	人
07	看護師	人	人	人
08	准看護師	人	人	人
09	看護業務補助者	人	人	人

(次頁へ続く)

	職 種	現在の人員		今後増員が必要と思われる人員
		常 勤	非常勤	
10	理学療法士	人	人	人
11	作業療法士	人	人	人
12	言語聴覚士	人	人	人
13	あん摩マッサージ指圧師・はり師	人	人	人
14	柔道整復師	人	人	人
15	診療エックス線技師	人	人	人
16	診療放射線技師	人	人	人
17	臨床検査技師	人	人	人
18	衛生検査技師	人	人	人
19	臨床工学技師	人	人	人
20	視能訓練士	人	人	人
21	管理栄養士	人	人	人
22	栄養士	人	人	人
23	精神保健福祉士	人	人	人
24	臨床心理士	人	人	人
25	歯科衛生士	人	人	人
26	歯科技工士	人	人	人
27	義肢装具士	人	人	人
28	医療ソーシャルワーカー	人	人	人
29	その他の技術職員	人	人	人
30	事務職員	人	人	人
31	その他()	人	人	人
32	その他()	人	人	人
33	その他()	人	人	人
34	その他()	人	人	人
35	その他()	人	人	人
	合 計	人	人	人

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(2) 女性医師の勤務環境の整備についてお尋ねします。

貴医療施設において、女性医師の勤務環境の整備のために取り組まれている体制や制度があれば、該当する番号に○印を付けてください。

01	育児休業・休暇(時間休を含む)の制度
02	介護休暇・子供看護休暇等の制度
03	日勤のみの勤務体制
04	フレックスタイムによる勤務体制
05	代診医の確保
06	その他()

(3) 医療従事者等の育児支援状況についてお尋ねします。

① 貴医療施設に勤務する医療従事者等の子供を対象とした保育施設の設置状況についてお尋ねします。

貴医療施設に勤務する医療従事者等の子供を対象とした保育施設を「設置している」場合は「1」に、「設置していない」場合は「2」に○印を付けてください。

保育施設の設置	01	設置有	02	設置無
---------	----	-----	----	-----

② 貴医療施設に勤務する医療従事者等の子供を対象とした保育施設を設置している医療施設にのみお尋ねします。

平成18年10月1日現在の状況について記入してください。

01	保育児童数		人
02	保育時間	01	時から 時まで
		02	24時間
03	病児保育実施の有無	01	実施している
		02	実施していない
04	保育を依頼している 病院従事者	医師	01 人
		看護師・准看護師	02 人
		その他の職員	03 人

12 血清、解毒剤等の保有状況について

現在保有されている血清等についてお尋ねします。

下表の血清等の中で現在保有されているものについて、該当する番号に○印を付けてください。

01	保有血液血清	01 輸血用血液	05 ハブ血清	09 ガス壊疽ワクチン	
		02 コレラワクチン	06 ジフテリア血清	10 ボツリヌスワクチン	
		03 狂犬病ワクチン	07 ワイル病ワクチン	11 生ポリオワクチン	
		04 まむし血清	08 破傷風血清		
02	保有解毒剤	シアン解毒剤	ヒ素解毒剤	有機リン解毒剤	鉛解毒剤
		01 亜硝酸アルミ	04 BAL	05 PAM	06 EDTA
		02 亜硝酸ナトリウム			
		03 チオ硫酸ナトリウム			
03	特殊救急薬	01 ダントリウム			
04	その他				

13 医療機関における安全管理体制等の状況について

(1) 医療機関における安全管理体制の状況についてお尋ねします。

下表の担当者を「配置している」場合は「1」に、「配置していない」場合は「2」に○印を付けてください。

		配置している	配置していない
01	リスクマネージャー	1	2
02	感染症管理担当	1	2
03	診療情報管理士	1	2

(2) 院内の苦情相談体制についてお尋ねします。

患者や患者の家族からの苦情や相談を受けるための窓口の設置状況について、該当する項目の番号に○印を付けてください。

	窓口あり		窓口なし
	院内掲示あり	院内掲示なし	
院内の苦情相談体制	1	2	3

(3) セカンドオピニオンについてお尋ねします。

下表のうち、平成18年12月13日現在対応している項目の番号に○印を付けてください。

01	セカンドオピニオンに関する掲示等
02	カルテ開示等の診療情報提供
03	患者への受入可能医療機関紹介
04	セカンドオピニオン患者の受入
05	セカンドオピニオンを提供する際の費用負担ルールの設定
06	特別な対応はしていない

14 外来患者の状況について

(1) 住所地別の外来患者の状況についてお尋ねします。

特定の日外来患者を、住所地別に把握するための調査です。

貴医療施設の平成18年12月13日の1日（午前0時から24時まで）の、外来患者の住所地別人数を下表に記入してください。

(単位：人)

番号	市町村名	外来患者数	番号	市町村名	外来患者数
01	鹿児島市		29	垂水市	
02	三島村		30	東串良町	
03	十島村		31	錦江町	
04	指宿市		32	南大隅町	
05	穎娃町		33	肝付町	
06	枕崎市		34	西之表市	
07	南さつま市		35	中種子町	
08	知覧町		36	南種子町	
09	川辺町		37	上屋久町	
10	日置市		38	屋久町	
11	いちき串木野市		39	奄美市	
12	薩摩川内市(本土)		40	大和村	
13	薩摩川内市(甌島)		41	宇検村	
14	さつま町		42	瀬戸内町	
15	阿久根市		43	龍郷町	
16	出水市		44	喜界町	
17	長島町		45	徳之島町	
18	大口市		46	天城町	
19	菱刈町		47	伊仙町	
20	霧島市		48	和泊町	
21	加治木町		49	知名町	
22	始良町		50	与論町	
23	蒲生町		51	熊本県	
24	湧水町		52	宮崎県	
25	曾於市		53	沖縄県	
26	志布志市		54	その他の県外	
27	大崎町		55	不明	
28	鹿屋市		56	合計	

※「薩摩川内市(甌島)」＝薩摩川内市里町，上甌町，下甌町，鹿島町

「薩摩川内市(本土)」＝上記以外の住所地

病院・診療所名	
医療圏区分	※

※印の欄は記入しないでください

(2) 疾病別の外来患者の状況についてお尋ねします。

特定の日外来患者を、疾病別に把握するための調査です。

貴医療施設の平成18年12月13日の1日（午前0時から24時まで）の、疾病別の外来患者数を下表に記入してください。

なお、下表に無い疾病については、空欄に記載してください。

(単位：人)

番号	傷病名	外来患者数
01	上部消化器(食道・胃)の悪性新生物	
02	下部消化器(大腸・直腸)の悪性新生物	
03	肝、肝内胆管及び膵の悪性新生物	
04	気管、気管支及び肺の悪性新生物	
05	乳房の悪性新生物	
06	子宮の悪性新生物	
07	前立腺の悪性新生物	
08	腎、膀胱の悪性新生物	
09	その他の悪性新生物	
10	糖尿病(1型糖尿病、2型糖尿病、その他の糖尿病)	
11	糖尿病性神経障害	
12	糖尿病性網膜症	
13	糖尿病性腎症	
14	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
15	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	
16	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
17	脳血管性認知症	
18	アルツハイマー型認知症	
19	高血圧(本態性(原発性)高血圧症、高血圧症性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性高血圧症)	
20	狭心症	
21	急性心筋梗塞	
22	その他の心疾患	
23	くも膜下出血	
24	脳内出血	
25	脳梗塞	
26	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	
27	肝硬変	
28	大腿骨の骨折、その他の四肢の骨折	
29		
30		
31		
32		
33		
34	上記以外の全ての傷病	
35	合計	

(3) 上記(2)のうち、自殺企図による外来患者数について、下表に記入してください。

01 自殺企図による外来患者数	人
-----------------	---

※この調査票に関する問い合わせ先

御協力ありがとうございました。

鹿児島県保健医療福祉課
TEL099-286-2738

