

第9次へき地保健医療検討会

アンケート調査票

目次

- | | | |
|---|-----------------------------|------|
| 1 | アンケート調査実施要領 | P 1 |
| 2 | へき地診療所へのアンケート（様式1：診療所長用） | P 2 |
| 3 | へき地診療所へのアンケート（様式2：医師・歯科医師用） | P 17 |
| 4 | へき地中核病院等へのアンケート（様式3） | P 24 |

アンケート調査実施要領

1 調査の目的

このアンケート調査は、へき地医療の現状や支援の状況、要望等を把握し、今後のへき地保健医療対策を検討する上での参考資料とするものです。

2 調査の対象

全国のへき地診療所、へき地中核病院及びへき地医療支援病院に対するアンケート調査です。

3 調査事項

へき地医療体制、へき地医療支援体制等の状況、要望等についてアンケート方式で調査します。

4 調査機関

このアンケート調査は、無医地区等実態調査に併せて厚生省健康政策局指導課が各都道府県医務主管課の協力を得て行うものとします。

また、各都道府県医務主管課は必要に応じて市町村等の協力を得て行うものとします。

5 回答シートの作成者

このアンケート調査は、全国のへき地診療所の所長及び勤務する医師、へき地中核病院及びへき地医療支援病院のへき地医療に携わる責任者等に回答していただくものです。

6 調査日及び調査票等の提出期限

- (1) アンケート調査の調査日は、平成11年10月中（現時点）とします。
- (2) 各都道府県医務主管課は、別紙「配布数及び回収数集計表」を作成のうえ、無医地区等実態調査と併せて、平成11年11月19日までに厚生省健康政策局指導課あて提出願います。

7 回答シート記入要領

- (1) この調査は、アンケート調査ですので、実績数や該当件数などの数値については、おおよその数値でもかまいません。
- (2) その他の欄やご意見の欄について、回答シート欄に書ききれない場合は、欄外又は別紙に設問の記号を付してご記入願います。

へき地診療所へのアンケート

診療所長用（様式1）

- ・ へき地診療所の所長に回答をお願いします。
- ・ 問いについて必要な記述、または該当する項目をどれか1つ 選び記号を回答シートにご記入下さい。設問によっては複数回答もあります。

厚生省健康政策局指導課

へき地診療所へのアンケート（様式1）回答シート

都道府県名： _____ 二次医療圏名： _____ 診療所名： _____
 記入者名： _____ 役職： _____ 年齢： _____ 歳
 へき地医療の経験年数： _____ 年 _____ 月 現在の施設での勤続年数： _____ 年 _____ 月
 出身大学名： _____ 卒後： _____ 年

1. 1) _____ 人	2) _____	その他: _____
3) _____	その他: _____	4) _____ 日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
5) _____	その他: _____	(オ)の理由: _____
6) _____	その他: _____	(オ)の理由: _____
7)常勤医師: _____ 名 / 非常勤医師: _____ 名	常勤歯科医: _____ 名 / 非常勤歯科医: _____ 名	
8)看護職員: 常勤 _____ 名、非常勤: _____ 名 / 事務職員: _____ 名 / その他職種: _____		
9)1日平均患者数: _____ 名 / 時間外患者数 _____ 月: _____ 名		
10) _____	その他: _____	11) _____

2. _____ ((イ)病院名: _____)			3. (1) _____ (2) _____ (3) _____		
その他: _____					
4. (1) _____ (2) _____ (3) _____			その他: _____		
5. _____			6. (1) _____ (2) _____ (3) _____		
その他: _____					
7. _____	8. _____	その他: _____			
9. _____	10. _____	11. _____	その他: _____		
12. _____	13. _____	その他: _____			
14. _____					
15-(1) 時間等 _____ / 実績 _____ 件			15-(2) 時間等 _____ / 実績 _____ 件		
15-(3) 時間等 _____ / 実績 _____ 件			15-(4) 時間等 _____ / 実績 _____ 件		
15-(5) 時間等 _____ / 実績 _____ 件			15-(6) 時間等 _____ / 実績 _____ 件		
16. 活用: _____ 回 / 同乗 _____ 回			17. 早い場合 _____ 分 / 遅い場合 _____ 分		
18. _____	19. _____	20. _____			
その他: _____					
21. _____	22. _____	23. (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____			
(5) _____	(6) _____	(7) _____	(8) _____	(9) _____	(10) _____ (11) _____
(12) _____	(13) _____	(14) _____	(15) _____	24. _____	25. _____
26. _____	27. _____	28. _____	その他: _____		
29. _____					
その他: _____					

へき地診療所へのアンケート（様式 1）

- ・（様式1）は診療所長にアンケートの記載をお願い致します。
- ・以下の問いについて必要な記述と、または該当する項目をどれか1つ選び記号を回答シートにご記入下さい。設問によっては複数回答もあります。

都道府県名： _____ 二次医療圏名： _____ 診療所名： _____ ；
記入者名： _____ 役職： _____ 年齢： _____ 歳
へき地医療の経験年数： _____ 年 月 現在の施設での勤続年数： _____ 年 月
出身大学名： _____ 卒後： _____ 年

1 診療所に関する基本情報（判る範囲で記入してください。）

1) 診療所の診療圏の対象人口 推定 _____ 人

2) 貴診療所の設置主体は下記のどれですか。

- (ア) 都道府県立
- (イ) 市町村立
- (ウ) 公的（日赤、済生会、厚生連、北社協）団体
- (エ) 国民健康保険直営診療所（Ⅰ種）
- (オ) 国民健康保険直営診療所（Ⅱ種）
- (カ) その他（ _____ ）

3) 実施している診療科は下記のどれですか（複数回答可）。

- (ア) 内科、(イ) 外科、(ウ) 小児科、(エ) 産婦人科、(オ) 眼科、
- (カ) 耳鼻咽喉科、(キ) 歯科、(ク) その他（ _____ ）

4) 実診療日（外来診療日）は1週間のうち何日ですか。 _____ 日
診療時間帯をご記入ください。 _____ 時 分 ~ _____ 時 分

5) 休日の診療体制はどうなっていますか。

- (ア) 自宅に直接電話等で連絡をしてもらう
- (イ) 診療所の転送電話で自宅や携帯電話に連絡してもらい対応
- (ウ) 休日の輪番制があり、輪番制の中で対応をしている
- (エ) その他（ _____ ）
- (オ) 特に診療体制はない

・診療体制がない理由：① 休日は地域から離れたところにいる

- ② あまり必要がない
- ③ 休日は休日として過ごしたい
- ④ その他

6) 平日の時間外の診療体制はどうなっていますか。

- (ア) 自宅に直接電話等で連絡をしてもらう
- (イ) 診療所の転送電話で自宅や携帯電話に連絡してもらい対応
- (ウ) 時間外の輪番制があり、輪番制の中で対応をしている
- (エ) その他 ()
- (オ) 特に診療体制はない

- ・診療体制がない理由：① 診療時間外は地域から離れたところにいる
- ② あまり必要がない
- ③ 診療時間外は休憩として過ごしたい
- ④ その他

7) 診療所の勤務医師数及び歯科医師数

常勤医師： _____ 名 非常勤医師： _____ 名
 常勤歯科医師： _____ 名 非常勤歯科医師： _____ 名

8) 診療所の医師、歯科医師以外のスタッフの構成を記入して下さい。

看護職員 常勤 _____ 名、 非常勤 _____ 名
 事務職員 _____ 名、その他医療関係職種 ()

9) 診療所の平均的な外来患者数（1日当たり）及びの時間外患者数（1月当たり）は何名ですか。

平均患者数 1日： _____ 名 時間外患者数 1月： _____ 名

10) 最寄の診療所の診療科は下記のどれですか（複数回答可）。

- (ア) 内科、(イ) 外科、(ウ) 小児科、(エ) 産婦人科、(オ) 眼科、
- (カ) 耳鼻咽喉科、(キ) 歯科、(ク) その他 ()

11) 最寄の病院の診療科は下記のどれですか（複数回答可）。

- (ア) 内科、(イ) 外科、(ウ) 小児科、(エ) 産婦人科、(オ) 眼科、
- (カ) 耳鼻咽喉科、(キ) 歯科、(ク) その他 ()

2 貴診療所を支援しているへき地中核病院又はへき地医療支援病院はありますか。

(ア) ない

(イ) ある (病院名:)

(ウ) 計画がある

(エ) 上記以外の支援してくれる病院がある

3 2で「(イ) ある」に回答された方にお尋ねします。これらの病院はどのような支援機能を有していますか (有用と考える機能の優先順位をつけて上位3つまで)。

(1) _____ (2) _____ (3) _____

(ア) 非常勤医師の定期派遣

(イ) 非常勤医師の随時派遣

(ウ) 代診医の派遣

(エ) コメディカルスタッフの派遣

(オ) へき地巡回診療

(カ) 研修受け入れ

(キ) 画像伝送やテレビ会議などの遠隔医療

(ク) 定期的な症例検討会・研修会

(ケ) 紹介患者の受入調整

(コ) 総合的な臨床医の養成指導

(サ) その他 ()

4 診療所にとってへき地中核病院・へき地医療支援病院が有すべき機能は何ですか。

(有用と考える機能の優先順位をつけて上位3つまで)。

(1) _____ (2) _____ (3) _____

(ア) 非常勤医師の定期派遣

(イ) 非常勤医師の随時派遣

(ウ) 代診医の派遣

(エ) コメディカルスタッフの派遣

(オ) へき地巡回診療

(カ) 研修受け入れ

(キ) 画像伝送やテレビ会議などの遠隔医療

(ク) 定期的な症例検討会・研修会

(ケ) 紹介患者の受入調整

(コ) 総合的な臨床医の養成指導

(サ) その他 ()

5 2で「(イ) ある」に回答された方にお尋ねします。その病院はあなたの診療所の必要をどの程度満たしていますか。

- (ア) 十分満たしている
- (イ) 満たしている
- (ウ) あまり満たしていない
- (エ) まったく満たしていない

6 5で(エ)と回答された方にお尋ねします。あなたの診療所の必要を満たしていない要因は何ですか(優先順位をつけて上位3つまで)。

(1) _____ (2) _____ (3) _____

- (ア) 相談する窓口としての責任者が決まっていない
- (イ) へき地医療支援に対する院内の体制が十分でない
- (ウ) 必要とされる専門的診療科の支援、相談を受けられない
- (エ) 代替医師の派遣が十分できない
- (オ) 距離が遠いため実際の支援を受けられない
- (カ) 患者の受け入れをしてもらえない
- (キ) 研修を受けることができない
- (ク) その他 (_____)

7 都道府県において現在のへき地医療対策を強化するため、へき地医療を支援する事業の実際的な企画・立案・調整を行う機構が必要ですか。

- (ア) 必要である
- (イ) 必要でない
- (ウ) わからない
- (エ) 現在、上記のような体制がある

8 7で「(ア) 必要である」に回答された方にお尋ねします。その必要とする理由は何ですか(複数回答可)。

- (ア) 相談する窓口の責任者が明確になる
- (イ) 代替医師派遣が容易になる
- (ウ) 必要とされる専門的診療科の支援、相談を受けられる
- (エ) 研修場所の確保が期待できる
- (オ) その他 (_____)

- 9 へき地中核病院がへき地診療所等を対象として行う、定期的な研修、研究事業を活用（参加）していますか。
- (ア) 有効に活用（参加）している
 - (イ) 活用（参加）はしているが、活用（参加）しづらい
 - (ウ) 活用（参加）していない
 - (エ) 活用できない（支援してくれる病院がない）
 - (オ) わからない
- 10 へき地中核病院、へき地医療支援病院がへき地診療所等を対象として行う、研修、研究日の代替医師派遣事業を活用していますか。
- (ア) 全ての研修、研究日に活用している
 - (イ) 一部の研修、研究日に活用している
 - (ウ) 活用したいが代替医師を確保できない
 - (エ) 代替医師は確保できているが、活用しづらい
 - (オ) 活用していない（活用する機会がない）
 - (カ) 活用できない（支援してくれる病院がない）
 - (キ) わからない
- 11 研修、研究のための代替医師派遣事業を活用していない場合、活用しづらい場合の理由はどれですか。
- (ア) 代替医師の確保が少なく、断られる場合がある
 - (イ) 急な申し出に対する臨機応変の対応が確保されていない
 - (ウ) 申請書類が複雑で活用しづらい
 - (エ) わからない
 - (オ) その他（)
- 12 学会出張、傷病、冠婚葬祭等の理由で休診を余儀なくされる場合、代診医の派遣体制はありますか。
- (ア) ある
 - (イ) ない
 - (ウ) その都度相談する
- 13 12で「(ア) ある」と答えた方にお尋ねします。主にどこから派遣がなされますか。
- (ア) へき地中核病院、へき地医療支援病院
 - (イ) 関連のある大学
 - (ウ) その他（具体的に：)

1 4 1 2で「(ウ) その都度相談する」と答えた方にお尋ねします。主にどこに相談されますか。

(ア) へき地中核病院、へき地医療支援病院

(イ) 関連のある大学

(ウ) その他(具体的に: _____)

1 5 以下の救急事例について搬送に要する時間について(ア)～(カ)の記号でご記入ください。また、おおよその年間搬送実績件数についてもご記入ください。

(1)脳卒中等の脳血管疾患が疑われる場合	時間: _____	実績: _____	件
(2)急性心筋梗塞等の心不全が疑われる場合	時間: _____	実績: _____	件
(3)交通事故等で緊急手術が必要な外傷の場合	時間: _____	実績: _____	件
(4)その他の緊急手術が必要と判断される場合	時間: _____	実績: _____	件
(5)専門的な判断が必要な小児科救急の場合	時間: _____	実績: _____	件
(6)専門的な判断が必要な産科救急の場合	時間: _____	実績: _____	件

(ア) 殆どについて自分の診療所で対応可能

(イ) 30分以内で専門医療機関に搬送可能

(ウ) 30分～1時間以内で専門医療機関に搬送可能

(エ) 1時間～1時間30分で専門医療機関に搬送可能

(オ) 1時間30分～2時間で専門医療機関に搬送可能

(カ) 2時間以上専門医療機関まで搬送に要する

1 6 ヘリコプター搬送を活用したことがありますか。活用したことがあれば、おおよその年間活用回数をご記入ください。また、診療所医師が患者に付き添いヘリコプターに同乗したことがあれば、その年間回数をご記入ください。

活用:年間 _____ 回程度 ヘリコプター同乗:年間 _____ 回程度

1 7 ヘリコプター搬送を活用したことがある場合、ヘリコプター搬送を依頼してからヘリコプターが到着するまでどのぐらいの時間を要しますか。

最も早い場合 _____ 分 最も遅い場合 _____ 分

1 8 貴診療所は1週間に何回程度往診を行っていますか(平均的な往診回数、同一患者さんへの往診も含む)。

(ア) 5件未満

(イ) 5～10件未満

(ウ) 10～20件未満

- (エ) 20件以上
- (オ) 往診はしない

19 往診で最も時間がかかる場所は、診療所からどれくらいの時間を要しますか。

- (ア) 15分未満
- (イ) 15分～30分未満
- (ウ) 30分～1時間未満
- (エ) 1時間以上

20 医師不在時の在宅患者急変への対応についてお答え下さい。

- (ア) 近隣の医師に依頼する
- (イ) 急いで戻る
- (ウ) 医師が不在にならないように他の医師を確保している
- (エ) 不在にならないようにしている
- (オ) 在宅診療はしない
- (カ) その他 ()

21 貴診療所の診療圏に無医地区に該当する地区（無医地区に準ずる地区を含む）はありますか。

- (ア) ある
- (イ) ない
- (ウ) わからない

22 貴診療所の診療圏に無歯科医地区に該当する地区（無歯科医地区に準ずる地区を含む）はありますか。

- (ア) ある
- (イ) ない
- (ウ) わからない

23 あなたの勤務する地域で以下の老人サービスはどうなっていますか。以下の

(ア)～(オ)のいずれかをご記入ください。

- (ア) 十分：供給が有り容易に利用できる
- (イ) 不足：供給があるが不足している
- (ウ) 困難：供給はあるが利用場所まで遠いため(30分以上)利用が困難
- (エ) ない：地域内では利用できない
- (オ) 不知：わからない

- | | |
|------------------|--------------------------------|
| (1) 老人ホームヘルプサービス | <u>(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)</u> |
| (2) 訪問入浴 | <u>(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)</u> |
| (3) 老人訪問看護 | <u>(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)</u> |

(4) 老人訪問リハビリ指導管理	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(5) 老人デイサービス	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(6) 老人デイケア	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(7) ショートステイ	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(8) ナイトケア	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(9) 日常生活用具給付	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(10) 痴呆性老人グループホーム	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(11) ケアハウス	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(12) 特別養護老人ホーム	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(13) 老人保健施設	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(14) 療養型病床群	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)
(15) 有料老人ホーム	(ア), (イ), (ウ), (エ), (オ)

2 4 貴診療所では寝たきり等の在宅介護を要する患者を何人診察していますか。

_____人

2 5 貴診療所は、プライマリ・ケアについて地域のニーズに応じていますか。

- (ア) 十分満たしている
- (イ) 満たしている
- (ウ) あまり満たしていない
- (エ) まったく満たしていない

2 6 貴診療所は、初期救急医療にどの程度対応していますか。

- (ア) 十分対応できている
- (イ) 対応できている
- (ウ) あまり対応できていない
- (エ) まったく対応できていない

2 7 貴診療所は、専門的な診療科領域の患者さんにどの程度対応していますか。

- (ア) 十分対応できている
- (イ) 対応できている
- (ウ) あまり対応できていない
- (エ) まったく対応できていない

28 貴診療所の運営等（医師確保も含む）について、市町村長、議会や行政の協力・支援はどうか。

（ア）十分な協力・支援がある

（イ）一応の協力・支援がある

（ウ）あまり協力・支援がない

（エ）協力・支援はない

（オ）その他（

）

29 28で（ウ）または（エ）に回答された方のみ、その理由をお答え下さい。

（ア）市町村長、議会や行政の理解がないため

（イ）市町村長、議会や行政の理解はあるが、市町村単独では困難なため

（ウ）その他（

）

*多数の質問にお答えくださりありがとうございました。アンケート結果を今後の行政施策に反映し、へき地医療対策の充実に努めてまいります。

へき地診療所へのアンケート

医師・歯科医師用（様式2）

- ・ へき地診療所に勤務する全ての医師・歯科医師に回答をお願いします。
- ・ 問いについて、必要な記述または該当する項目をどれか1つ選び記号を回答シートにご記入下さい。設問によっては複数回答もあります。

厚生省健康政策局指導課

へき地診療所へのアンケート（様式2）回答シート

都道府県名： _____ 二次医療圏名： _____
 診療所役職名： _____ 年齢： _____ 歳
 現在の施設での勤続年数： _____ 年 _____ 月 _____ へき地医療の経験年数： _____ 年 _____ 月
 出身大学名： _____ 卒後： _____ 年目 専門診療科： _____ 科

1.		その他：			
2. (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
(13) (_____ 科)		(14) (_____ 科)		(15)	
(16) その他： (_____ 科)					
3.		その他：			
4.		その他：			
5.		その他：			
6.		その他：			
7.					
8.		9.		その他：	
10.		11.		その他：	
12.		その他：			
13.	14.	15.	その他：		
16. [診療面]			その他：		
[生活面]			その他：		
17. (1)		(2)	(3)子ども _____ 人、その他 _____ 人		(再掲)1歳未満 _____ 人
1歳～就学前 _____ 人		小学生 _____ 人	中学生 _____ 人	高校生 _____ 人	大学生 _____ 人
(4) _____		(5)子ども _____ 人、その他 _____ 人		(再掲)1歳未満 _____ 人	1歳～就学前 _____ 人
小学生 _____ 人		中学生 _____ 人	高校生 _____ 人	大学生 _____ 人	(6)
18.		(オ) 通勤時間 _____ 分/通勤手段：車、電卓、船、その他 (_____)			
19. (1)		(2)	(3)	その他：	
20. (1)		(2)	(3)	その他：	
21.		その他：			
22.		その他：			
23. (1)		(2)	(3)	その他：	
24.		(イ) 年 _____	(エ)理由 _____	その他：	
25.					
(7)			(イ)		
(7)			(エ)		
26.					

へき地診療所へのアンケート（様式 2）

- ・ へき地診療所に勤務する全ての医師・歯科医師が記入してください
- ・ 以下の問いについて必要な記述と、または該当する項目をどれか1つ選び記号を回答シートにご記入下さい。設問によっては複数回答もあります。

都道府県名： _____ 二次医療圏名： _____
 診療所役職名： _____ 年齢： _____ 歳
 現在の施設での勤続年数： _____ 年 _____ 月 _____ へき地医療の経験年数： _____ 年 _____ 月
 出身大学名： _____ 卒後： _____ 年 _____ 月 専門診療科： _____ 科

- 1 専門医（自分の専門診療科以外：例えば整形外科や眼科など）の診療支援についてお答え下さい。

- (ア) 診療所で定期的に専門診療して欲しい診療科がある
- (イ) 各専門科ごとに相談できる体制が欲しい
- (ウ) 自分の専門外は病院に紹介しているので特に支援は必要ない
- (エ) 総合医として対応しているので専門医の派遣は必要ない
- (オ) その他 (_____)

- 2 貴診療所で定期的な診療を希望する診療科と頻度はどの程度ですか。希望する診療科の記号（(1)～(16)）欄に（ア）～（エ）の記号を記入して下さい（希望しない診療科欄には記入しないで下さい）。

- (1) リハビリテーション科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (2) 整形外科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (3) 耳鼻咽喉科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (4) 眼科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (5) 小児科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (6) 皮膚科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (7) 放射線科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (8) 泌尿器科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (9) 精神科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (10) 産婦人科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (11) 麻酔科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (12) 内科 (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (13) 内科系(科) (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回
- (14) 内科系(科) (ア)週1回、(イ)月2～3回、(ウ)月1回、(エ)年数回