

参考資料2 医療機能に関する調査 調査票及び記入要領

(1) 調査票 (病院版)

## 医療機能に関する調査

### 調査票【病院版】

#### 記入にあたってのご注意

- ・ この調査は、**県内の医療施設**を対象に実施いたします。
- ・ ご回答いただいた結果は統計的に処理した上で活用させていただきます。個々の病院の回答を公表することはありません。
- ・ 特に指定がなければ平成19年1月の実績あるいは1月1日時点の状況をご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り選択肢があるものはその番号に○印をお付け下さい。「複数回答」と指定がなければひとつだけ選択してください。
- ・ 疾病別の患者数は、a) レセプトデータ、b) 紹介患者データ、c) 電子カルテなどその他の患者データ、のいずれを基にお答えいただいても構いません（詳細は別添資料をご参照ください）。回答できない場合は空欄としてください。また、当該患者がいない場合は、空欄のままではなく必ず「0」とご記入下さい。
- ・ ( ) または \_\_\_\_\_ の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 回答は黒または青のボールペンでご記入下さい。
- ・ 記入後の調査票は同封の返信用封筒を使い、

**平成19年2月15日(木)まで**

にポストへ投函して下さい。切手は不要です。

#### お問い合わせ先：

〒100-8141 東京都千代田区大手町2-3-6

三菱総合研究所 社会システム研究本部 ヒューマン・ケア研究グループ内

「医療機能に関する調査」事務局

電話：03-3277-0765 (平日9:30~17:30)

FAX：03-3277-3460 (24時間受付)

担当：宮下、川邊、古場

問1. 貴院の所在地および名称についてお伺いします。

二次医療圏名	
病院名	
記入日	平成 19 年 月 日

問2. 貴院の施設区分についてお伺いします。

開設主体 (1つに○)	国等	1 厚生労働省 2 独立行政法人国立病院機構 3 国立大学法人 4 独立行政法人労働者健康福祉機構 5 その他
	公的 医療機関	6 都道府県 7 市町村 8 日赤 9 済生会 10 北海道社会事業協会 11 厚生連 12 国民健康保険団体連合会
	社会保険 関係団体	13 全国社会保険協会連合会 14 厚生年金事業振興団 15 船員保険会 16 健康保険組合及びその連合会 17 共済組合及びその連合会 18 国民健康保険組合
	医療法人・ 個人・その他	19 公益法人 20 医療法人 21 学校法人 22 社会福祉法人 23 医療生協 24 会社 25 その他の法人 26 個人
救急		1 救命救急センター 2 救急告示病院 3 病院群輪番制 4 いずれでもない

問3. 貴院の許可病床数についてお伺いします。(該当する病床がない場合は 0 とご記入ください)

総病床数	一般病床数	療養病床数		精神科病床数	結核病床数	感染病床数
		医療	介護			
床	床	床	床	床	床	床

問4. 貴院の診療科についてはあてはまる番号すべてを○で囲んでください。

1. 内科	2. 呼吸器科	3. 消化器科(胃腸科)	4. 循環器科
5. 小児科	6. 精神科	7. 神経科	8. 神経内科
9. 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
29. こう門科	30. リハビリテーション科	31. 放射線科	32. 麻酔科
33. 歯科	34. 矯正歯科	35. 小児歯科	36. 歯科口腔外科

問5. 貴院の地域連携や診療情報管理等の体制についてお伺いします。

臨床研修指定病院である	1. はい	2. いいえ
地域医療支援病院である	1. はい	2. いいえ
地域連携室を設置している	1. はい	2. いいえ
医療ソーシャルワーカー(MSW)を配置している	1. はい	2. いいえ
診療情報管理士を配置している	1. はい	2. いいえ
電子カルテを導入している	1. はい	2. いいえ
診療報酬のオンライン請求システムを導入している	1. はい	2. いいえ
DPCに参加している	1. はい	2. いいえ

問6. 貴院の診療実績・体制についてお伺いします。

(1) 平成19年1月(1月1日~1月31日)の患者数について

外来・入院患者数 <sup>注1,2</sup>	外来実患者数	新規外来実患者数	入院実患者数	新規入院実患者数	退院実患者数
	人	人	人	人	人
紹介患者数 <sup>注3,4</sup> (外来/入院の別を問いません)	他医療機関から紹介された実患者数	救急車により搬送された患者数	紹介元医療機関実数	他医療機関への紹介実患者数	紹介先医療機関実数
	人	人	施設	人	施設

注1 新規外来患者とは、1月に初診料を算定した患者を言います。ただし、同一日に複数診療科を受診した場合は1人とカウントします。新規入院患者とは入院日が1月中である患者を指します。

注2 入院実患者数とは1月1ヶ月間に1日でも入院したことがある患者の総数(=1月の入院レセプト枚数)を指します。

注3 他医療機関から紹介された患者とは文書により紹介された患者を指し、救急患者は含みません。

注4 地域医療支援病院の場合、救急搬送患者数は「緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数」と読み替えてください。

(2) がん診療体制について

① がん診療拠点病院である	1. はい	2. いいえ
② 緩和ケア病棟を設置している	1. 有 ( ) 病棟	2. 無
③ 緩和ケア病床を設置している	1. 有 ( ) 床	2. 無
④ 外来化学療法の実績がある (H18 <sup>注5</sup> )	1. 有 ( ) 件/年	2. 無
⑤ 病理診断医がいる	1. いる	2. いない
	↳ 外部の病理診断の実績がある 1. 有 H18 <sup>注5</sup> 延件数 _____ 件 2. 無	
⑥ 放射線治療医がいる	1. いる	2. いない
⑦ がんの訪問診療を実施している	1. 有 H18 <sup>注5</sup> 延件数 _____ 件	2. 無
⑧ がんの地域連携パス <sup>注6</sup> がある	1. 有 ( ) 個	2. 無
	↳ パスの対象疾患名をご記入ください	

【①~⑧のいずれか1つ以上に該当した方にお伺いします】以下の問いにご回答ください。

平成19年1月1ヶ月間のがん患者 <sup>注7</sup> の状況	外来実患者数	新規外来実患者数	入院実患者数	新規入院実患者数	
	人	人	人	人	
平成19年1月1ヶ月間に紹介を受けたがん患者の状況	他院からの紹介実患者数	うち診療所からの紹介実患者数	うち病院からの紹介実患者数	紹介患者のうち入院した実患者数 <sup>注8</sup>	
	人	人	人	人	
平成19年1月1ヶ月間のがん退院患者の転帰の状況	退院実患者数	転帰			
		他病院	診療所	自宅	施設
	人	人	人	人	人
平成19年1月1ヶ月間に紹介したがん患者の状況 (外来/入院の別を問いません)	総数	診療所への紹介実患者数	病院への紹介実患者数		
	人	人	人		

注5 平成18年1月1日~12月31日の実績

注6 地域連携パスとは、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)を指します。

注7 がん患者の定義については別添資料をご参照ください。

注8 紹介患者のうち入院した患者は1月中に紹介により外来を受診しその後月末までに貴院に入院した患者を含みます。