

(2) 調査票 (診療所版)

医療機能に関する調査

調査票【診療所版】

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。
- ・ ご回答は無記名で結構です。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。個々の回答を公表することはありません。
- ・ 特に指定がなければ2007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、**2007年2月15日(木)までに**投函して下さい。

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7. 貴院の所在地についてお伺いします。

所在二次医療圏名	
所在市町村名	

問8. 貴院の施設区分についてお伺いします。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

種別	1 診療所(有床) 一般____床/医療療養____床/介護療養____床	
	2 診療所(無床)	
開設主体	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

問9. 貴院の診療科についてはあてはまる番号すべてに○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10. 貴院の実施する在宅診療について 2007 年 1 月の算定実績を伺います。

在宅療養支援診療所の届出	1. 有 () 人	2. 無
在宅患者訪問診療料の算定	1. 有 () 人	2. 無
在宅時医学総合管理料の算定	1. 有 () 人	2. 無
在宅末期医療総合診療料の算定	1. 有 () 人	2. 無
在宅自己注射指導管理料の算定	1. 有 () 人	2. 無
在宅血液透析指導管理料の算定	1. 有 () 人	2. 無
在宅自己腹膜還流指導管理料の算定	1. 有 () 人	2. 無
在宅悪性腫瘍患者指導管理料の算定	1. 有 () 人	2. 無
在宅自己疼痛管理指導管理料の算定	1. 有 () 人	2. 無

問11. 2007 年 1 月(1 月 1 日～1 月 31 日)の全患者数および他院へ紹介した患者数(実績値)を伺います。また、糖尿病患者の状況について伺います(該当がない場合は 0 とお書きください)。

	外来 実患者数	入院 実患者数	他院への 紹介実患者数	紹介先の 医療機関数(実数)
総数	() 人	() 人	() 人	() 施設
糖尿病または疑い患者	() 人	() 人	() 人	() 施設
糖尿病性網膜症または疑い患者	() 人	() 人	() 人	() 施設
糖尿病性神経障害または疑い患者	() 人	() 人	() 人	() 施設
糖尿病に起因して透析を要する患者	() 人	() 人	() 人	() 施設

問12. 貴院での地域連携クリティカルパスの状況を伺います。

地域連携パスがある	1. 有 () 個	2. 無
パスの対象疾患名を選択肢から選んでください。	1. 大腿骨頸部骨	2. 大腿骨頸部骨以外の整形外科疾患
	3. がん(部位名:)	
	4. 脳血管疾患	5. 心筋梗塞
	7. その他()	6. 糖尿病
パス適用実患者数	平成 18 年度 1 年間に () 件/年	
	平成 19 年 1 月 1 ヶ月間に () 件/月	

※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。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

(3) 記入要領

「医療機能に関する調査」においてご報告いただきたいデータについて

このたびは標記調査へのご協力を賜りまして誠にありがとうございます。

本調査におきましては、貴院における 1) 患者数（入院、外来）、2) 特定の疾病についての他院からの紹介患者数、3) 特定の疾病についての他院への紹介患者数、等をご報告いただきたく、お願い申し上げます。

ご報告いただくにあたりましては、a) 地域連携担当部門で把握されている紹介・逆紹介に関わるデータ、b) 診療情報管理部門で把握されている病歴データ、c) 医事部門で把握されているレセプトデータ等を基にご回答いただくことになろうかと存じます。以下にデータ収集の方法について例示いたしますが、a～cのいずれのデータを利用するか等具体的なデータ収集の方法につきましては、貴院のご判断にお任せし、例示の方法によらなくても結構です。

何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

調査項目	病院	診療所	データ収集の方法（例）
○ 外来実患者数 ○ 入院実患者数	○	○	<ul style="list-style-type: none"> 貴院の統計等から把握。 または、平成19年1月分レセプトから把握
○ 新規外来患者数 ○ 新規入院患者数	○	—	<ul style="list-style-type: none"> 貴院の統計等から把握。 または、平成19年1月分レセプトから把握（外来は初診料を算定しているもの、入院は平成19年1月が入院日となっているもの）
○ 外来実患者数（疾病別） ○ 入院実患者数（疾病別）	○	○ (糖尿病のみ)	<ul style="list-style-type: none"> 平成19年1月分レセプトのうち、該当する疾病等のものをカウント 診療所は糖尿病及び合併症患者の実人数のみ
○ 新規外来患者数（疾病別） ○ 新規入院患者数（疾病別）	○	—	<ul style="list-style-type: none"> 上記、平成19年1月分レセプトから抽出した外来・入院患者のうち、初診料を算定しているもの、平成19年1月が入院日となっているものをカウント
○ 他院からの紹介患者（疾病別）	○	—	<ul style="list-style-type: none"> 平成19年1月1ヶ月間に初診時に紹介状を持参した患者について、医事課等の事務部門で、1) 調査対象の疾患の該当、2) 紹介元（診療所か病院か）、3) 貴院での入院の有無を記録し、翌月月初に1ヶ月分を集計
○ 退院の状況（疾病別）	○	—	<ul style="list-style-type: none"> 平成19年1月1ヶ月間に退院した患者について、医事課等の事務部門で、1) 調査対象の疾患の該当、2) 転帰を記録し、翌月月初に1ヶ月分を集計
○ 他院への紹介患者（疾病別）	○	○ (糖尿病のみ)	<ul style="list-style-type: none"> 平成19年1月1ヶ月間に他院への紹介状を発行した患者について、医事課等の事務部門で、1) 調査対象の疾患の該当、2) 紹介先（診療所か病院か）を記録し、翌月月初に1ヶ月分を集計 診療所は糖尿病及び合併症患者の実人数および紹介先医療機関数のみ
○ 救急患者の状況	○	—	<ul style="list-style-type: none"> 平成19年1月1ヶ月間に救急（時間外を含む）で受診した患者について、重症度（軽症／中等症／重症／死亡）を記録し、翌月月初に1ヶ月分を集計

※ 疾病別の患者数については、一定の条件を満たす病院様のみにお答えいただきます。患者数の抽出にあたっては、下記の条件を参考にしてください。

疾患名	レセプト主傷病名	ICD10 コード
がん	「癌」を含むもの	「C00\$」～「C97」
脳卒中	「脳梗塞」、「脳出血（脳内出血、脳室内出血等含む）」、「くも膜下出血」、「一過性脳虚血発作」を含むもの	「I60\$」～「I63\$」、 「G45\$」
急性心筋梗塞	「急性心筋梗塞」を含むもの	「I21\$」
糖尿病	「糖尿病」を含むもの	「E10\$」～「E14\$」

注：「\$」は任意の数字を示します。また、疑い病名も含みます。

周産期患者	概ね妊娠 22 週以降の母体・胎児、および出産後 7 日未満の母体・新生児
-------	---------------------------------------

平成 18 年度 厚生労働省医政局委託

医療機能調査事業 報告書

委託先：株式会社三菱総合研究所 ヒューマン・ケア研究グループ

〒100-8141 東京都千代田区大手町 2-3-6

電話 03-3277-0569

F A X 03-3277-3460

禁無断転載