

平成30年度厚生労働科学研究 地域医療支援病院の実態に関する調査

地域医療支援病院の実態調査

病院票

● 特に指定がある場合を除いて、平成31年1月1日現在の状況についてお答え下さい。

■本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

|       |  |        |  |
|-------|--|--------|--|
| 施設名   |  | 医療機関番号 |  |
| 記入者氏名 |  |        |  |

問1 貴院の開設者についてお伺いいたします。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1-1 開設者（該当する番号1つを選択）                                                                                                                                                                                                                                                                    | 《該当番号》 |
| 1 国（独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構等）<br>2 公立（都道府県、市区町村、地方独立行政法人）<br>3 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）<br>4 社会保険関係団体（健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合等）<br>5 医療法人（医療法第39条の規定にもとづく医療法人）<br>6 個人（法人立でない病院）<br>7 その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人） |        |

問2 貴院の許可病床数についてお伺いいたします。

|           |  |   |         |  |   |
|-----------|--|---|---------|--|---|
| 2-1 許可病床数 |  |   |         |  |   |
| ① 一般病床    |  | 床 | ④ 結核病床  |  | 床 |
| ② 療養病床    |  | 床 | ⑤ 感染症病床 |  | 床 |
| ③ 精神病床    |  | 床 | ⑥ 合計    |  | 床 |

問3 貴院の紹介率及び逆紹介率についてお伺いいたします。

|                 |                      |  |   |        |   |   |         |   |   |
|-----------------|----------------------|--|---|--------|---|---|---------|---|---|
| 3-1 紹介率及び逆紹介率   |                      |  |   |        |   |   |         |   |   |
| ① 地域医療支援病院 紹介率  |                      |  |   |        |   |   | %       |   |   |
| ② 地域医療支援病院 逆紹介率 |                      |  |   |        |   |   | %       |   |   |
| ※ 算定期間          |                      |  | 年 | 月      | 日 | ～ | 年 月 日   |   |   |
| ③ 算定根拠          | 紹介患者の数               |  | 人 | 初診患者の数 |   | 人 | 逆紹介患者の数 |   | 人 |
| ④ 紹介患者          | 紹介患者のうち、病院から紹介された患者  |  |   |        |   |   |         | 人 |   |
|                 | 紹介患者のうち、診療所から紹介された患者 |  |   |        |   |   |         | 人 |   |
| ⑤ 逆紹介患者         | 逆紹介患者のうち、病院に逆紹介した患者  |  |   |        |   |   |         | 人 |   |
|                 | 逆紹介患者のうち、診療所に逆紹介した患者 |  |   |        |   |   |         | 人 |   |

※ ①～③については平成30年度の業務報告書と同様の算定期間、算定方法で記載ください。  
 ※ ④及び⑤について、紹介患者及び逆紹介患者のうち数については、可能な限り記載ください。

問4 救急医療の実施状況についてお伺いいたします。

|                                         |   |
|-----------------------------------------|---|
| 4-1 救急車の受入件数 (期間: 平成30年6月1日～平成30年6月30日) |   |
| ① 救急要請件数                                | 件 |
| ② 救急車により搬入された患者延べ数                      | 人 |
| (うち)休日または夜間に、救急車により搬入された患者延べ数           | 人 |
| (うち)診察後直ちに入院となった患者延べ数                   | 人 |
| ③ 救急車を断った件数                             | 件 |

|                                                        |  |                |
|--------------------------------------------------------|--|----------------|
| 4-2 救急車を断った理由 (期間: 平成30年6月1日～平成30年6月30日) (該当する番号すべてに○) |  | 《該当箇所<br>全てに○》 |
| ① 忙しく体制面での受入が困難であったため                                  |  |                |
| ② 専門科の医師が不在であったため                                      |  |                |
| ③ かかりつけの医療機関が他にあったため                                   |  |                |
| ④ 輪番制で他病院が担当する日程であったため                                 |  |                |
| ⑤ その他 ( )                                              |  |                |

|                                         |   |
|-----------------------------------------|---|
| 4-3 救急外来受診者数 (期間: 平成30年6月1日～平成30年6月30日) |   |
| ① 休日または夜間に、救急車以外の手段で受診した救急患者数           | 人 |
| (うち)診察後直ちに入院となった患者延べ数                   | 人 |

|                                                     |   |           |   |
|-----------------------------------------------------|---|-----------|---|
| 4-4 診療科別救急車により搬入された患者延べ数 (期間: 平成30年6月1日～平成30年6月30日) |   |           |   |
| ① 内科                                                | 人 | ④ 精神科     | 人 |
| ② 外科 (整形外科等を含む)                                     | 人 | ⑤ 産婦人科    | 人 |
| ③ 小児科                                               | 人 | ⑥ その他の診療科 | 人 |

※ 該当する診療科がない場合は、①～⑤のうち、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。

①～⑤に読み替えが可能な診療科がない場合は、「⑥ その他」をご選択ください。

|                                                                |   |           |   |
|----------------------------------------------------------------|---|-----------|---|
| 4-5 診療科別休日または夜間に、救急車以外の手段で受診した救急患者数 (期間: 平成30年6月1日～平成30年6月30日) |   |           |   |
| ① 内科                                                           | 人 | ④ 精神科     | 人 |
| ② 外科 (整形外科等を含む)                                                | 人 | ⑤ 産婦人科    | 人 |
| ③ 小児科                                                          | 人 | ⑥ その他の診療科 | 人 |

※ 該当する診療科がない場合は、①～⑤のうち、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。

①～⑤に読み替えが可能な診療科がない場合は、「⑥ その他」をご選択ください。

#### 4-6 診療科別夜間の救急医療の対応可否（該当する番号1つを選択）

##### 診療科別夜間の救急医療の対応可否 ＜選択肢＞

- 1 ほぼ毎日当直の医師がおり対応可能
- 2 ほぼ毎日オンコール当番の医師がおり対応可能
- 3 輪番日のみ当直の医師がおり対応可能
- 4 輪番日のみオンコール当番の医師がおり対応可能
- 5 診療科はあるがほとんど対応不可能
- 6 診療科がないため対応不可能

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| ① 内科                       | 選択してください             |
| ② 外科(整形外科等を含む)             | 選択してください             |
| ③ 小児科                      | 選択してください             |
| ④ 精神科                      | 選択してください             |
| ⑤ 産婦人科                     | 選択してください             |
| ⑥ その他ほぼ毎日当直の医師がおり対応可能な診療科（ | <input type="text"/> |

※ 該当する診療科がない場合は、①～⑤のうち、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。

①～⑤に読み替えが可能な診療科以外で、「ほぼ毎日当直の医師がおり対応可能」な診療科がある場合は、  
「⑥ その他ほぼ毎日当直の医師がおり対応可能な診療科」にご記載ください。

※ 「当直」と「オンコール当番」の定義は、以下の通りとします。

「当直」:

外来診療を行っていない時間帯に、医師等が入院患者の病状の急変に対処するため、医療機関内に拘束され待機している状態

「オンコール当番」:

外来診療を行っていない時間帯に、医師等が医療機関に拘束されていないが、入院患者の病状の急変時等に

連絡があればいつでも対応できるよう待機している状態

#### 4-7 診療科別休日の救急医療の対応可否（該当する番号1つを選択）

##### 診療科別休日の救急医療の対応可否 ＜選択肢＞

- 1 24時間対応可能
- 2 日中のみ対応可能
- 3 診療科はあるがほとんど対応不可能
- 4 診療科がないため対応不可能

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| ① 内科               | 選択してください             |
| ② 外科(整形外科等を含む)     | 選択してください             |
| ③ 小児科              | 選択してください             |
| ④ 精神科              | 選択してください             |
| ⑤ 産婦人科             | 選択してください             |
| ⑥ その他24時間対応可能な診療科（ | <input type="text"/> |

※ 該当する診療科がない場合は、①～⑤のうち、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。

①～⑤に読み替えが可能な診療科以外で、「24時間対応可能」な診療科がある場合は、

「⑥ その他24時間対応可能な診療科」にご記載ください。

問5 夜間休日診療の人員体制についてご回答ください。

| 5-1 夜間休日診療に従事する実人数 | 平日準夜帯 | 平日深夜帯 | 休日日勤帯 |
|--------------------|-------|-------|-------|
| ① 医師(初期研修医を除く)     | 人     | 人     | 人     |
| ② 初期研修医            | 人     | 人     | 人     |
| ③ 看護師(准看護師を含む)     | 人     | 人     | 人     |
| ④ 放射線技師            | 人     | 人     | 人     |
| ⑤ 臨床検査技師           | 人     | 人     | 人     |
| ⑥ 薬剤師              | 人     | 人     | 人     |

5-2 夜間の検査実施の対応可否 (該当する番号1つを選択)

夜間の検査実施の対応可否 <選択肢>

- 1 ほぼ毎日当直の医師もしくは検査技師がおり対応可能
- 2 ほぼ毎日オンコール当番の医師もしくは検査技師がおり対応可能
- 3 輪番日のみ当直の医師もしくは検査技師がおり対応可能
- 4 輪番日のみオンコール当番の医師もしくは検査技師がおり対応可能
- 5 検査設備はあるがほとんど対応不可能
- 6 検査設備がないため対応不可能

|        |          |
|--------|----------|
| ① 血液検査 | 選択してください |
| ② 単純X線 | 選択してください |
| ③ CT   | 選択してください |
| ④ MRI  | 選択してください |

5-3 休日の検査実施の対応可否 (該当する番号1つを選択)

休日の検査実施の対応可否 <選択肢>

- 1 24時間対応可能
- 2 日中のみ対応可能
- 3 検査設備はあるがほとんど対応不可能
- 4 検査設備がないため対応不可能

|        |          |
|--------|----------|
| ① 血液検査 | 選択してください |
| ② 単純X線 | 選択してください |
| ③ CT   | 選択してください |
| ④ MRI  | 選択してください |

問6 在宅医療に関する取組についてお伺いいたします。

|                                 |        |        |
|---------------------------------|--------|--------|
| 6-1 在宅療養支援病院の届出の有無（該当する番号1つを選択） |        | 《該当番号》 |
| 1 届出有り                          | 2 届出無し |        |

■ 上記6-1で「1 届出有り」を選択した場合、以下の設問についてご回答ください。

|                                              |  |   |
|----------------------------------------------|--|---|
| 6-1-1 往診又は訪問診療の実施状況（期間：厚生局7月報告の届出内容と同様の期間で可） |  |   |
| ① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数（直近1月間）              |  | 人 |
| ② 往診又は訪問診療を実施した患者数（直近1月間）                    |  | 人 |
| ③ 訪問診療を実施した回数（直近1年間）                         |  | 回 |
| ④ 往診を実施した回数（直近1年間）                           |  | 回 |
| ⑤ 訪問看護（緊急を含む）を実施した回数（直近1年間）                  |  | 回 |

|                                   |        |        |
|-----------------------------------|--------|--------|
| 6-2 在宅療養後方支援病院の届出の有無（該当する番号1つを選択） |        | 《該当番号》 |
| 1 届出有り                            | 2 届出無し |        |

■ 上記6-2で「1 届出有り」を選択した場合、以下の設問についてご回答ください。

|                          |  |    |
|--------------------------|--|----|
| 6-2-1 後方支援の提携をしている医療機関の数 |  |    |
| ① 在宅医療を提供する連携医療機関の数      |  | 施設 |
| （うち）在宅医療を提供する在宅療養支援診療所の数 |  | 施設 |

|                                                |  |   |
|------------------------------------------------|--|---|
| 6-3 在宅療養患者の入院受入状況（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間） |  |   |
| ① 在宅療養患者の受入回数                                  |  | 回 |
| （うち）自院で在宅医療を提供していた患者の受入                        |  | 回 |
| （うち）他院（連携医療機関）で在宅医療を提供していた患者の受入                |  | 回 |
| （うち）その他                                        |  | 回 |
| ② 自院で在宅医療を提供していたが入院の受入ができず、他医療機関へ紹介した回数        |  | 回 |

|                                                 |  |   |
|-------------------------------------------------|--|---|
| 6-4 訪問診療、往診の状況について（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間） |  |   |
| ① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）1の算定回数                            |  | 回 |
| ② 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2の算定回数                            |  | 回 |
| ③ 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定回数                             |  | 回 |
| ④ 往診料の算定回数                                      |  | 回 |

|                                              |  |   |
|----------------------------------------------|--|---|
| 6-5 訪問看護の状況について（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間） |  |   |
| ① 在宅患者訪問看護・指導料等※（1または2）の算定回数                 |  | 回 |
| ② 在宅患者訪問看護・指導料等※（3）の算定回数                     |  | 回 |
| ③ 退院前訪問指導料の算定回数                              |  | 回 |
| ④ 退院後訪問指導料の算定回数                              |  | 回 |
| ⑤ 同一法人で併設の訪問看護ステーションの有無                      |  |   |

※ ①②の等には同一建物居住者であるものを含む

問7 貴院の医師派遣の実施状況、専門医の養成状況等についてお伺いいたします。

|                                  |        |                      |
|----------------------------------|--------|----------------------|
| 7-1 へき地医療拠点病院の指定の有無（該当する番号1つを選択） |        | 《該当番号》               |
| 1 指定有り                           | 2 指定無し | <input type="text"/> |

|                                                                         |        |                      |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|
| 7-2 巡回診療 <sup>※2</sup> の実施の有無（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間）（該当する番号1つを選択） |        | 《該当番号》               |
| 1 実施有り                                                                  | 2 実施無し | <input type="text"/> |

■ 上記7-2で「1 実施有り」を選択した場合、以下の設問についてご回答ください。

| 7-2-1 巡回診療の実施状況<br>（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日） | 巡回診療を<br>実施している<br>無医地区等 <sup>※1</sup><br>の数 | 実施回数                   | 延べ診療日数                 | 延べ患者数                  |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 巡回診療の実施状況                                    | <input type="text"/> 地区                      | <input type="text"/> 回 | <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> 人 |

|                                                      |        |                      |
|------------------------------------------------------|--------|----------------------|
| 7-3 医師派遣の実施の有無（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日）（該当する番号1つを選択） |        | 《該当番号》               |
| 1 実施有り                                               | 2 実施無し | <input type="text"/> |

■ 上記7-3で「1 実施有り」を選択した場合、以下の設問についてご回答ください。

| 7-3-1 医師派遣 <sup>※3</sup> の実施状況<br>（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日） | 支援病院数                   | 支援診療所数                  | 実施回数                   | 延べ派遣日数                 |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 医師派遣の実施状況                                                   | <input type="text"/> 施設 | <input type="text"/> 施設 | <input type="text"/> 回 | <input type="text"/> 日 |

|                                                       |        |                      |
|-------------------------------------------------------|--------|----------------------|
| 7-4 代診医派遣の実施の有無（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日）（該当する番号1つを選択） |        | 《該当番号》               |
| 1 実施有り                                                | 2 実施無し | <input type="text"/> |

■ 上記7-4で「1 実施有り」を選択した場合、以下の設問についてご回答ください。

| 7-4-1 代診医派遣 <sup>※4</sup> の実施状況<br>（期間：平成29年7月1日～平成30年6月30日） | 支援病院数                   | 支援診療所数                  | 実施回数                   | 延べ派遣日数                 |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 代診医派遣の実施状況                                                   | <input type="text"/> 施設 | <input type="text"/> 施設 | <input type="text"/> 回 | <input type="text"/> 日 |

※1 無医地区等：無医地区及び準無医地区

無医地区：原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの範囲区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区

準無医地区：無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区

※2 巡回診療：無医地区等の診療所がない地域の住民に対し、巡回診療を実施し、医療の提供を行うもの

※3 医師派遣：派遣先の医療機関等に、継続して（例えば数ヶ月間や一年間、等）又は断続的に（例えば週に一回等）医師を派遣すること。

※4 代診医派遣：派遣先の医療機関等に勤務している医師が、休暇・研修等により不在となる際、当該医師の代わりに診療を行う医師を派遣するもの

|                                         |        |                      |
|-----------------------------------------|--------|----------------------|
| 7-5 地域の医師からの技術的相談に応じる体制の有無（該当する番号1つを選択） |        | 《該当番号》               |
| 1 体制有り                                  | 2 体制無し | <input type="text"/> |

■ 上記7-5で「1 体制有り」を選択した場合、以下の設問についてご回答ください。

7-5-1 上記の具体的な体制についてご記入ください。

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

7-6 専門医の養成状況(平成29年度)

基幹施設／連携施設 <選択肢>

1 基幹施設

2 連携施設

3 いずれでもない

|                | 基幹施設／連携施設 | 採用人数 | 初期研修医数                |
|----------------|-----------|------|-----------------------|
| ① 内科           | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ② 外科(整形外科等を含む) | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ③ 小児科          | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ④ 産婦人科         | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑤ 精神科          | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑥ 皮膚科          | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑦ 眼科           | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑧ 耳鼻咽喉科        | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑨ 泌尿器科         | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑩ 整形外科         | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑪ 脳神経外科        | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑫ 形成外科         | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑬ 救急科          | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑭ 麻酔科          | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑮ 放射線科         | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑯ リハビリテーション科   | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑰ 病理科          | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑱ 臨床検査科        | 選択してください  | 人    | 人                     |
| ⑲ 総合診療         | 選択してください  | 人    | 人                     |
| 総合診療の指導医の人数    |           |      | 人                     |
| 総合診療を行う部門の有無   |           |      | 《該当番号》<br><div></div> |
| 1 有 2 無        |           |      |                       |

※ 採用人数については、貴院が基幹施設の場合のみ、ご回答ください。

問8 地域との連携についてお伺いいたします。

|                                                     |  |  |   |
|-----------------------------------------------------|--|--|---|
| 8-1 退院時共同指導や合同カンファレンスの実施状況(期間:平成30年6月1日～平成30年6月30日) |  |  |   |
| ① 退院時共同指導料2の算定回数                                    |  |  | 回 |
| ② 退院前合同カンファレンスの実施回数                                 |  |  | 回 |
| ③ 退院前合同カンファレンスの対象患者数                                |  |  | 人 |

  

|                |  |  |    |
|----------------|--|--|----|
| 8-2 連携先の施設数    |  |  |    |
| ① 病院           |  |  | 施設 |
| ② 診療所          |  |  | 施設 |
| (うち)歯科診療所      |  |  | 施設 |
| ③ 居宅サービス事業者    |  |  | 施設 |
| ④ 地域密着型サービス事業者 |  |  | 施設 |
| ⑤ 居宅介護支援事業者    |  |  | 施設 |
| ⑥ 施設サービス事業者    |  |  | 施設 |
| ⑦ 障害福祉サービス事業者  |  |  | 施設 |
| ⑧ その他の施設       |  |  | 施設 |

  

|                                            |  |  |   |
|--------------------------------------------|--|--|---|
| 8-3 勉強会や講座の開催回数(実施件数は直近一年間、または業務報告と同じ期間で可) |  |  |   |
| ① 医療従事者向け                                  |  |  | 回 |
| (うち)自病院の職員以外にも開かれていた勉強会や講座                 |  |  | 回 |
| 自病院の職員以外の医療従事者ののべ参加人数                      |  |  | 人 |
| ② 住民向け                                     |  |  | 回 |

問9 共同利用についてお伺いいたします。

|                                                                                                                                        |             |                        |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|------|------|
| 9-1 CTやMRIなどの共同利用の実施状況(実施件数は直近一年間、厚生局の届け出または業務報告と同じ期間で可)                                                                               |             |                        |      |      |
| 共同利用に開放している <選択肢>                                                                                                                      |             |                        |      |      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 開放している</span> <span>2 開放していない</span> <span>3 保有していない</span> </div> |             |                        |      |      |
| ホームページに共同利用の方法が明記されている <選択肢>                                                                                                           |             |                        |      |      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1 明記している</span> <span>2 明記していない</span> <span>3 保有していない</span> </div> |             |                        |      |      |
|                                                                                                                                        | 共同利用に開放している | ホームページに共同利用の方法が明記されている | 保有台数 | 実施件数 |
| ① CT                                                                                                                                   | 選択してください    | 選択してください               | 台    | 回    |
| ② MRI                                                                                                                                  | 選択してください    | 選択してください               | 台    | 回    |

  

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 9-2 共同利用の登録医療機関数(平成29年度) |    |
| ① 共同利用に登録している医療機関数       | 施設 |

問10 地域医療支援病院の認識についてお伺いいたします。

※ 問10については病院の管理者(院長)のご認識をお答えください。

|                                                                                |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 10-1 地域医療支援病院は、制度としてかかりつけ医等を支援するとの趣旨で創設された制度ですが、この趣旨についてはご存知でしたか？（該当する番号1つを選択） |                  |
| 1 知っていた                                                                        | 2 知らなかった         |
| 10-2 一般論として、地域医療支援病院は、現状、地域のかかりつけ医等を支援できていますか？（該当する番号1つを選択）                    |                  |
| 1 十分支援できている                                                                    | 4 全く支援できていない     |
| 2 概ね支援できている                                                                    | 5 分からない（どちらでもない） |
| 3 あまり支援できていない                                                                  |                  |
| 10-3 貴院が位置する二次医療圏において、今後も地域医療支援病院は重要だと考えられますか？（該当する番号1つを選択）                    |                  |
| 1 非常に重要                                                                        | 4 全く重要ではない       |
| 2 どちらかといえば重要                                                                   | 5 分からない（どちらでもない） |
| 3 あまり重要でない                                                                     |                  |

《該当番号》

《該当番号》

《該当番号》

問11 医療機能の過不足の状況についての認識度調査

二次医療圏内の医療機能の過不足の状況についてお伺いいたします。

※ 問11については病院の管理者(院長)のご認識をお答えください。

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11-1 貴院が提供する医療機能のうち、二次医療圏内において過剰な医療機能はありますか？（該当する番号1つを選択）                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1 ある                                                                                                                                                                              | 2 ない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 11-2 貴院が属する二次医療圏における医療機能について（該当する番号1つを選択）                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>① 貴院が属する二次医療圏における医療機能の提供の有無 &lt;選択肢&gt;</p> <p>1 貴院のみ提供している</p> <p>2 貴院以外の医療機関が提供している提供している</p> <p>3 貴院と貴院以外の医療機関の両方が提供している</p> <p>4 貴院が属する二次医療圏において、いずれの医療機関も提供していないと思われる</p> | <p>a 紹介患者への診療</p> <p>b 医療機器の共同利用</p> <p>c 地域の医療従事者に対する研修</p> <p>d 医師確保に資する体制整備</p> <p>e 総合診療</p> <p>f 救急医療</p> <p>g がんに対する医療</p> <p>h 脳卒中に対する医療</p> <p>i 急性心筋梗塞に対する医療</p> <p>j 糖尿病に対する医療</p> <p>k 精神疾患に対する医療</p> <p>l 災害時における医療</p> <p>m へき地の医療</p> <p>n 周産期医療</p> <p>o 小児医療</p> <p>p 在宅診療</p> <p>q 歯科診療</p> <p>r その他 ( <input type="text"/> )</p> |
| <p>② 貴院が属する二次医療圏における医療機能の過不足 &lt;選択肢&gt;</p> <p>1 過剰</p> <p>2 不足している</p> <p>3 分からない(どちらでもない)</p>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

《該当番号》

①【医療機能の提供の有無】 ②【医療機能の過不足】

|   |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
| a | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| f | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| g | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| h | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| i | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| j | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| k | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| l | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| m | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| n | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| o | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| p | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| q | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| r | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

11-3 次の医療機能のうち、どの医療機能を地域医療支援病院が担うべきだと思いますか？

※ また、この設問は「不足している医療機能」ではなく、「地域医療支援病院が担うべき医療機能」についてお答えください。例えば、二次医療圏において不足している医療機能であっても、地域医療支援病院以外の医療機関が担えると考えられるものについては、選択しないでください。

地域医療支援病院が担うべき医療機能 <選択肢>

- |                  |              |
|------------------|--------------|
| a 紹介患者への診療       | j 糖尿病に対する医療  |
| b 医療機器の共同利用      | k 精神疾患に対する医療 |
| c 地域の医療従事者に対する研修 | l 災害時における医療  |
| d 医師確保に資する体制整備   | m へき地の医療     |
| e 総合診療           | n 周産期医療      |
| f 救急医療           | o 小児医療       |
| g がんに対する医療       | p 在宅診療       |
| h 脳卒中に対する医療      | q 歯科診療       |
| i 急性心筋梗塞に対する医療   | r その他        |

1位 2位 3位 4位 5位

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

■ 選択肢で「r その他」を選択した場合、その内容

|  |
|--|
|  |
|--|

11-4 地域医療支援病院が果たすべき役割について、地域医療構想調整会議において協議ができていますか？（該当する番号1つを選択）

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1 十分協議できている | 3 あまり協議できていない |
| 2 概ね協議できている | 4 全く協議できていない  |

《該当番号》

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 上記11-4で「3」または「4」を選択した場合、以下の設問についてご回答ください。

11-4-1 地域医療構想調整会議において、どのような改善策を講じる必要があるとお考えでしょうか？

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 地域医療を支えるために行っている取組等（独自のものを含む）があれば下欄にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 地域医療支援病院が目指すべき病院像について下欄にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 地域医療支援病院の承認等、制度運用上の課題や要望等について下欄にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

設問は以上です。本調査にご協力いただきまして誠にありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、**平成31年2月12日(火)**までに、  
本調査票のEXCELファイルをご提出ください。

平成30年度厚生労働科学研究 地域医療支援病院の実態に関する調査

③ 都市区医師会の地域医療支援病院に関する意識調査

都市区医師会票

● 特段の記載のない場合、平成31年1月1日時点の状況についてお答え下さい。

■本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

|       |  |      |     |
|-------|--|------|-----|
| 都道府県名 |  | 医師会名 | 医師会 |
| 記入者氏名 |  | 電話番号 |     |

問1 地域医療支援病院についての認識度調査

※地域医療支援病院の認識についてお伺いいたします。

|                                                                              |                  |               |  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|--|
| 1-1 地域医療支援病院は、制度としてかかりつけ医等を支援するとの趣旨で創設された制度ですが、この趣旨についてはご存知でしたか？（該当する番号1つに○） |                  |               |  |
| 1 知っていた                                                                      | 2 知らなかった         |               |  |
| 1-2 一般論として、地域医療支援病院は、現状、地域のかかりつけ医等を支援できていますか？（該当する番号1つに○）                    |                  |               |  |
| 1 十分支援できている                                                                  | 2 概ね支援できている      | 3 あまり支援できていない |  |
| 4 全く支援できていない                                                                 | 5 分からない（どちらでもない） |               |  |
| 1-3 貴医師会が位置する二次医療圏において、今後も地域医療支援病院は重要だと考えられますか？（該当する番号1つに○）                  |                  |               |  |
| 1 非常に重要                                                                      | 2 どちらかといえば重要     | 3 あまり重要でない    |  |
| 4 全く重要ではない                                                                   | 5 分からない（どちらでもない） |               |  |

問2 医療機能の過不足の状況についての認識度調査

※二次医療圏内の医療機能の過不足の状況についてお伺いいたします。

|                                                           |         |          |              |         |          |
|-----------------------------------------------------------|---------|----------|--------------|---------|----------|
| 2-1 貴医師会が位置する二次医療圏に地域医療支援病院はありますか？（該当する番号1つに○）            |         |          |              |         |          |
| 1 有り                                                      |         |          | 2 無し         |         |          |
| 2-2 貴医師会が位置する二次医療圏における医療機能について（「a」から「r」それぞれについて該当する番号1つ○） |         |          |              |         |          |
|                                                           | 【提供の有無】 | 【提供の過不足】 |              | 【提供の有無】 | 【提供の過不足】 |
| a 紹介患者への診療                                                | 1 2 3 4 | 1 2 3    | j 糖尿病に対する医療  | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| b 医療機器の共同利用                                               | 1 2 3 4 | 1 2 3    | k 精神疾患に対する医療 | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| c 地域の医療従事者に対する研修                                          | 1 2 3 4 | 1 2 3    | l 災害時における医療  | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| d 医師確保に資する体制整備                                            | 1 2 3 4 | 1 2 3    | m へき地の医療     | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| e 総合診療                                                    | 1 2 3 4 | 1 2 3    | n 周産期医療      | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| f 救急医療                                                    | 1 2 3 4 | 1 2 3    | o 小児医療       | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| g がんに対する医療                                                | 1 2 3 4 | 1 2 3    | p 在宅診療       | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| h 脳卒中に対する医療                                               | 1 2 3 4 | 1 2 3    | q 歯科診療       | 1 2 3 4 | 1 2 3    |
| i 急性心筋梗塞に対する医療                                            | 1 2 3 4 | 1 2 3    | r その他（ ）     | 1 2 3 4 | 1 2 3    |

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| 【医療機能の提供の有無】に関する選択肢                  | 【医療機能の過不足】に関する選択肢 |
| 1 地域医療支援病院のみ提供している                   | 1 過剰              |
| 2 地域医療支援病院以外の医療機関が提供している             | 2 不足している          |
| 3 地域医療支援病院と地域医療支援病院以外の医療機関の両方が提供している | 3 分からない（どちらでもない）  |
| 4 当医師会が位置する二次医療圏において提供していないと思われる     |                   |

2-3 次の医療機能のうち、どの医療機能を地域医療支援病院が担うべきだと思いますか？

- ※ 貴医師会が位置する二次医療圏内に地域医療支援病院がある場合、その（それらの）地域医療支援病院が担うべき医療機能を優先順位の高いものから順に、5位までご選択ください。
- ※ 貴医師会管内に地域医療支援病院がない場合、仮に地域医療支援病院があった場合にその地域医療支援病院が担うべき医療機能優先順位の高いものから順に、5位までご選択ください。
- ※ また、この設問は「不足している医療機能」ではなく、「地域医療支援病院が担うべき医療機能」についてお答えください。  
例えば、二次医療圏において不足している医療機能であっても、地域医療支援病院以外の医療機関が担えると考えられるものについては、選択しないでください。

【選択肢】

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| <b>a</b> 紹介患者への診療       | <b>j</b> 糖尿病に対する医療  |
| <b>b</b> 医療機器の共同利用      | <b>k</b> 精神疾患に対する医療 |
| <b>c</b> 地域の医療従事者に対する研修 | <b>l</b> 災害時における医療  |
| <b>d</b> 医師確保に資する体制整備   | <b>m</b> へき地の医療     |
| <b>e</b> 総合診療           | <b>n</b> 周産期医療      |
| <b>f</b> 救急医療           | <b>o</b> 小児医療       |
| <b>g</b> がんに対する医療       | <b>p</b> 在宅診療       |
| <b>h</b> 脳卒中に対する医療      | <b>q</b> 歯科診療       |
| <b>i</b> 急性心筋梗塞に対する医療   | <b>r</b> その他        |

1位 2位 3位 4位 5位

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

■ 選択肢で「r その他」を選択した場合、その内容

|  |
|--|
|  |
|--|

2-4 地域医療支援病院が果たすべき役割について、地域医療構想調整会議において協議ができていますか。  
(該当する番号1つに○)

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| <b>1</b> 十分協議できている      | <b>2</b> 概ね協議できている  |
| <b>3</b> あまり協議できていない    | <b>4</b> 全く協議できていない |
| <b>5</b> 対象となる地域支援病院がない |                     |

■ 上記2-4で「3」または「4」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。

2-4-1 地域医療構想調整会議において、どのような改善策を講じる必要があるとお考えでしょうか？

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 地域医療支援病院に期待する病院像について下欄にご記入ください。

■ 地域医療支援病院の承認等、制度運用上の課題や要望等について下欄にご記入ください。

設問は以上です。本調査にご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、**平成31年2月12日(火)**までに、  
本調査票を返信用封筒に記載の住所宛てにまでご提出ください。  
調査事務局のメールアドレス： [iryosien@mizuho-ir.co.jp](mailto:iryosien@mizuho-ir.co.jp)

平成30年度厚生労働科学研究 地域医療支援病院の実態に関する調査

① 都道府県の地域医療支援病院に関する意識調査

都道府県票

● 特段の記載のない場合、平成31年1月1日時点の状況についてお答え下さい。

■本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| 都道府県名 |  | 所属部署 |  |
| 記入者氏名 |  | 電話番号 |  |

問1 承認された地域医療支援病院のフォローアップについてお伺いいたします。

1-1 業務報告書以外の確認の実施状況（該当する番号1つを選択）

1 確認している 2 確認していない

(1)

1-2 承認要件を満たさなくなった地域医療支援病院の有無（該当する番号1つを選択）

※平成28年の業務報告書提出時点の状況をお答えください。

1 有り 2 無し

(2)

■ 上記1-2で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。

1-2-1 地域医療支援病院の施設数（数値を記入）

※平成28年の業務報告書提出時点の状況をお答えください。

① 地域医療支援病院

(3)  施設

（うち）承認要件を満たしていない病院

(4)  施設

1-2-2 二年以内の改善計画の提出の有無（該当する番号1つを選択）

※ 平成28年の業務報告書提出時点から、平成31年1月1日までの状況をお答えください。

1 該当する全ての地域医療支援病院から改善計画の提出があった  
2 該当する一部の地域医療支援病院から改善計画の提出があった  
3 該当するいずれの地域医療支援病院からも改善計画の提出はなかった

(5)

1-2-3 ヒアリングや立入検査の実施状況（該当する番号1つを選択）

※ 平成28年の業務報告書提出時点から、平成31年1月1日までの状況をお答えください。

1 該当する全ての地域医療支援病院に対してヒアリング又は立入検査を実施している  
2 該当する一部の地域医療支援病院に対してヒアリング又は立入検査を実施している  
3 ヒアリングや立入検査に関しては実施していない

(6)

|                                                                                                                                    |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| ■ 上記1-2-3で「1」または「2」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。                                                                                        |                                  |
| 1-2-3-1    ヒアリングにおいて確認した具体的内容                                                                                                      |                                  |
| (7)                                                                                                                                |                                  |
| 1-2-3-2    立入検査において確認した具体的内容                                                                                                       |                                  |
| (8)                                                                                                                                |                                  |
| 1-2-3-3    改善計画の実施状況（該当する番号1つを選択）                                                                                                  |                                  |
| ※ 平成28年の業務報告書以降に提出された改善計画について、平成31年1月1日までの状況をお答えください。<br>※ 課題の改善については、満たさなかった承認要件を満たした場合に加え、承認要件が未達であっても承認要件に係る実績が改善した場合も含むこととします。 |                                  |
| 1                                                                                                                                  | 該当する全ての地域医療支援病院に対して課題の改善がみられた    |
| 2                                                                                                                                  | 該当する一部の地域医療支援病院に対して課題の改善がみられた    |
| 3                                                                                                                                  | 該当するいずれの地域医療支援病院からも課題の改善がみられなかった |

(9)

|                                                                                    |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ■ 全ての都道府県にお伺いします。                                                                  |                     |
| 1-3 地域医療支援病院の承認取消の実施状況（該当する番号1つを選択）<br>※ 平成28年の業務報告書提出時点から、平成31年1月1日までの状況をお答えください。 |                     |
| 1 承認取消の実績がある                                                                       | 2 承認取消の実績はない        |
| ■ 上記1-3で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。                                                |                     |
| 1-3-1 地域医療支援病院取り消しの経緯                                                              |                     |
| (11)                                                                               |                     |
| 1-3-2 取消該当病院の再承認の有無                                                                |                     |
| 1 取消該当病院を再承認した実績がある                                                                | 2 取消該当病院を再承認した実績はない |
| 1-3-3 再承認の経緯                                                                       |                     |
| (13)                                                                               |                     |

(10)

(12)

**問2 地域医療支援病院の認識についてお伺いいたします。** ※記載する担当者の所感をお答えください。

|                                                                               |              |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|
| 2-1 地域医療支援病院は、制度としてかかりつけ医等を支援するとの趣旨で創設された制度ですが、この趣旨についてはご存知でしたか？（該当する番号1つを選択） |              | (14)                 |
| 1 知っていた                                                                       | 2 知らなかった     | <input type="text"/> |
| 2-2 一般論として、地域医療支援病院は、現状、地域のかかりつけ医等を支援できていますか？（該当する番号1つを選択）                    |              | (15)                 |
| 1 十分支援できている                                                                   | 2 概ね支援できている  | <input type="text"/> |
| 3 あまり支援できていない                                                                 | 4 全く支援できていない |                      |
| 5 分からない（どちらでもない）                                                              |              |                      |
| 2-3 二次医療圏において、今後も地域医療支援病院は重要だと考えられますか？（該当する番号1つを選択）                           |              | (16)                 |
| 1 非常に重要                                                                       | 2 どちらかといえば重要 | <input type="text"/> |
| 3 あまり重要でない                                                                    | 4 全く重要ではない   |                      |
| 5 分からない（どちらでもない）                                                              |              |                      |

**問3 地域医療支援病院に県の医療行政として期待する役割についてお伺いいたします。**

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3-1 地域医療支援病院に県の医療行政として期待する役割                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |
| <p>※ 優先順位の高いものから順に、5位までご選択ください。</p> <p>※ また、この設問は「不足している医療機能」ではなく、「地域医療支援病院が担うべき医療機能」についてお答えください。</p> <p>※ 例えば、二次医療圏において不足している医療機能であっても、地域医療支援病院以外の医療機関が担えると考えられるものについては、選択しないでください。</p> |                                                                                                                                                 |
| 【選択肢】                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 |
| <p>a 紹介患者への診療</p> <p>b 医療機器の共同利用</p> <p>c 地域の医療従事者に対する研修</p> <p>d 医師確保に資する体制整備</p> <p>e 総合診療</p> <p>f 救急医療</p> <p>g がんに対する医療</p> <p>h 脳卒中に対する医療</p> <p>i 急性心筋梗塞に対する医療</p>                | <p>j 糖尿病に対する医療</p> <p>k 精神疾患に対する医療</p> <p>l 災害時における医療</p> <p>m へき地の医療</p> <p>n 周産期医療</p> <p>o 小児医療</p> <p>p 在宅診療</p> <p>q 歯科診療</p> <p>r その他</p> |
| <p>1位 2位 3位 4位 5位</p> <p>(17) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>                                               |                                                                                                                                                 |
| <p>■ 選択肢で「r その他」を選択した場合、その内容</p> <p>(18) <input type="text"/></p>                                                                                                                        |                                                                                                                                                 |

**■ 地域医療支援病院に期待する病院像について下欄にご記入ください。**

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

**■ 地域医療支援病院の承認等、制度運用上の課題（本省との役割分担等）や要望等について下欄にご記入ください。**

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

設問は以上です。本調査にご協力いただきまして誠にありがとうございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、**平成31年2月12日（火）**までに、  
 本調査票のEXCELファイルを下記のメールアドレス宛てにまでご提出ください。  
 調査事務局のメールアドレス： iryosien@mizuho-ir.co.jp