

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30年10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）	
2	公立（都道府県、市区町村、地方独立行政法人）	
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）	
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）	
5	医療法人（医療法第39 条の規定にもとづく医療法人）	
6	個人（法人立でない病院）	
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	

※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。

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9月1日～平成30年9月30日）		
① 救急要請件数		件
② 救急自動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、救急自動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9月1日～平成30年9月30日)(該当する番号すべてに○)

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 ()

《該当箇所
全てに○》

4-3 救急外来受診者数(期間:平成30年9月1日～平成30年9月30日)

① 休日または夜間に、救急自動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 診療科別救急自動車により搬入された患者延べ数(期間:平成30年9月1日～平成30年9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、救急自動車以外の手段で受診した救急患者数(期間:平成30年9月1日～平成30年9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ー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)

<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 (	

※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ー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)

<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 (	

※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	人	人	人
② 研修医	人	人	人
③ 看護師	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）	
<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	

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）	
<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	

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		人
② 訪問診療を実施した回数(直近1年間、患者数×日数)		回
③ 往診を実施した回数(直近1年間、患者数×日数)		回
④ 訪問診療を実施した患者数(直近1ヶ月)		人
⑤ 往診を実施した患者数(直近1ヶ月)		人

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10月1日～平成30年9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

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	

7-2 巡回診療の実施の有無(該当する番号1つを選択)(期間:平成29年10月1日～平成30年9月30日)		《該当番号》
1 実施有り	2 実施無し	

■ 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 (期間:平成29年10月1日～平成30年9月30日)	巡回診療を 実施している 無医地区等の数	実施回数	延べ診療日数	延べ患者数
巡回診療の実施状況	地区	回	日	人

7-3 医師派遣の実施の有無(該当する番号1つを選択)(期間:平成29年10月1日～平成30年9月30日)		《該当番号》
1 実施有り	2 実施無し	

■ 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 医師派遣の実施状況 (期間:平成29年10月1日～平成30年9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	施設	施設	回	日

7-4 代診医派遣の実施の有無(該当する番号1つを選択)(期間:平成29年10月1日～平成30年9月30日)		《該当番号》
1 実施有り	2 実施無し	

■ 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 代診医派遣の実施状況 (期間:平成29年10月1日～平成30年9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	施設	施設	回	日

※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
※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
※医師派遣:派遣先の医療機関等に一定期間(数ヶ月から1年程度)医師を派遣し、期間終了後の当該医師の人事について、派遣元が責任を負うもの
※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	

■ 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。

7－6 専門医の養成状況(平成29年度)			
	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		選択してください	

※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9月1日～平成30年9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
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(期間:平成29年10月1日～平成30年9月30日)	
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	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

■ 地域医療を支えるために行っている独自の取組等があれば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30年●月●日(●)までに、
本調査票のEXCELファイルを貴院が所在する都道府県にご提出ください。

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
① 自治体の地域医療支援病院の承認に関する意識調査
自治体票

● 平成30年10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 二次医療圏ごとの地域医療支援病院の承認状況についてお伺いいたします。

1-1 地域医療支援病院の承認数に関する目安や取り決めの有無（該当する番号1つを選択）		
1 有り	2 無し	

1-2 承認の際に、二次医療圏について考慮する条件（該当する番号すべてに○）		
a 二次医療圏の人口		a
b 二次医療圏の年齢階級別人口分布		b
c 二次医療圏の人口密度		c
d 二次医療圏の人口動態		d
e 二次医療圏の地理的条件（交通事情や生活の利便性等）		e
f その他（		f

1-3 現在の承認要件以外に重要な機能として考慮している項目の有無（該当する番号1つを選択）		
1 有り	2 無し	
■ 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 具体的な項目		
1-3-2 「1-3-1」で回答された項目を考慮している理由		

1-4 二次医療圏単位での地域医療支援病院の分布状況（該当する番号1つを選択）		
1 全ての圏域において地域医療支援病院が存在する		
2 一部の圏域において地域医療支援病院が存在しない		
3 全ての圏域において地域医療支援病院が存在しない		
■ 上記1-4で「2」または「3」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。		
1-4-1 地域医療支援病院が存在しない圏域に候補となる病院の有無（該当する番号1つを選択）		
1 一部の圏域では候補となる病院が存在する		
2 いずれの圏域においても候補となる病院は存在しない		
■ 上記1-4-1で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。		
1-4-1-1 候補となる病院に対する働きかけの実施状況（該当する番号1つを選択）		
1 申請の可能性のある病院に対する「情報提供」		
2 申請の可能性のある病院に対する「情報提供以外の働きかけ」		
3 申請の可能性のある病院に対する「情報提供」と「情報提供以外の働きかけ」の両方		
4 特に何も行っていない		

■ 上記1-4-1-1で「2」または「3」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。	
1-4-1-1-1 候補となる病院に対する情報提供以外の働きかけの具体的内容	
■ 上記1-4-1-1で「1」または「3」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。	
1-4-1-1-2 候補となる病院に対して情報提供した内容（該当する番号すべてに○）	
a	地域医療支援病院になることの利点と期待される役割
b	申請に必要な書類（実施要領を含む）
c	地域医療支援病院になるための課題と対応策
d	その他（
1-4-1-1-3 候補となる病院からの申請状況（該当する番号1つを選択）	
1	地域医療支援病院が存在しない圏域全てにおいて候補となる病院からの申請があった
2	地域医療支援病院が存在しない圏域の一部において候補となる病院からの申請があった
3	地域医療支援病院が存在しない圏域のいずれからでも候補となる病院からの申請はなかった
■ 上記1-4-1-1で「1」または「2」または「3」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。	
1-4-1-1-4 候補となる病院が申請を出さない理由の把握状況（該当する番号1つを選択）	
1	把握している
2	把握していない
■ 上記1-4-1-1-4で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。	
1-4-1-1-4-1 候補となる病院が申請を出さない理由（該当する番号すべてに○）	
a	申請手続き方法が不明
b	申請に向けた体制の構築ができない
c	承認後、維持管理するための人材が不足しているため
d	その他（
■ 上記1-4-1-1-4で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。	
1-4-1-1-4-2 候補となる病院に対する働きかけたものの、申請には至らなかった理由（該当する番号すべてに○）	
a	紹介患者に対する医療を提供する体制の整備が困難
b	共同利用のための体制の整備が困難
c	救急医療の提供能力を有することが困難
d	地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有することが困難
e	200床以上の病床を有することが困難
f	医療法に規定する施設を有し、構造設備が要件に適合することが困難
g	諸記録を備えて置くこと及び体系的に管理することが困難
h	諸記録を閲覧させることが困難
i	地域医療支援病院が設置すべき委員会を設置することが困難
j	病院内に患者からの相談に適切に応じる体制を確保することが困難
k	居宅等における医療の提供の推進に関する支援を実施することが困難
l	その他（

a	
b	
c	
d	

a	
b	
c	
d	

a	
b	
c	
d	
e	
f	
g	
h	
i	
j	
k	
l	

問2 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。

2-1 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
2-2 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）	
1	有り
2	無し

■ 上記2-2で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。		
2-2-1 承認要件を満たさなくなった地域医療支援病院の割合（数値を記入）		
1	地域医療支援病院	施設
2	うち承認要件を満たしていない病院	施設
■ 上記2-2で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。		
2-2-2 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）		
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	
■ 上記2-2で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。		
2-2-3 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）		
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	
■ 上記2-2-3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。		
2-2-3-1 ヒアリングの実施方法（該当する番号すべてに○）		
a	地域医療支援病院の事務担当者に対して電話でのヒアリング	
b	地域医療支援病院の事務担当者の元を訪問して対面でのヒアリング	
c	地域医療支援病院の事務担当者に来庁してもらい対面でのヒアリング	
d	その他（ ）	
2-2-3-2 ヒアリングを実施した背景（該当する番号すべてに○）		
a	承認翌年度や承認3年後等のタイミングを設定している	
b	業務報告書の内容を確認して対象となる病院を選択している	
c	その他（ ）	
2-2-3-3 立入検査において確認した具体的内容		
2-2-3-4 改善計画の実施状況（該当する番号すべてに○）		
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	
2-3 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）		
1	承認取消の実績がある	2 承認取消の実績はない
■ 上記2-3で「1」を選択した場合、以下の設問についてお伺いします。		
2-3-1 地域医療支援病院取り消しの経緯		
2-3-2 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
2-3-3 再承認の経緯		

a

b

c

d

a

b

c

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 ※ 優先順位の高いものから順に、5位までご選択ください。

1位2位3位4位5位

■ その他を選択した場合、その内容

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

■ 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に係る制度運用上の課題(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。

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30年●月●日(●)**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: '*****@mizuho-co.jp