

厚生労働省 医政局総務課 委託事業

**病院機能に関する実態調査(特定機能病院及び地域医療支援病院の
承認要件見直しに向けて) 調査票**

※ 以下のラベルに、電話番号とご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号とお名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成24年10月31日現在の状況についてご記入ください。また、1年間の実績を記載する項目については平成23年度（平成23年4月1日～平成24年3月31日）実績をご記入ください。

1. 貴施設の体制等についてお伺いします。

①保険医療 機関コード			②医療施設整理番号		
③開設者 ※○は1つだけ	1. 国 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人				
④許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
	床	床	床	床	床
⑤貴施設内にあるものに○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○					
1. NICU 2. NICU以外の集中治療室 3. 化学、細菌及び病理（すべて）の検査施設 4. 病理解剖室 5. 陰圧室 6. 無菌病室 7. 放射線治療病室 8. 研究室 9. 講義室 10. 図書室 11. 医薬品情報管理室					
⑥手術室の数 ※医療法の届出数			() 室		
⑦諸記録の管理の責任者の有無 ※○は1つだけ			1. あり 2. なし		
⑧患者個人情報保護の規定の有無 ※○は1つだけ			1. あり 2. なし		
⑨患者個人情報保護推進のための組織体制の有無 ※○は1つだけ			1. あり 2. なし		
⑩貴施設には総合診療部門（名称は問いません）がありますか（※○は1つだけ）。ある場合は、その機能についてもお答えください（※あてはまる番号すべてに○）。					
1. ない 2. ある →質問⑩-1 総合診療部門の機能（※あてはまる番号すべてに○）					
1. 未診断者の診断 2. 複数診療科間の調整 3. その他（具体的に)					

⑪ 貴施設の職種別の職員数（常勤換算）をご記入ください。※外部委託の場合、その人数は含めないでください。	
職 種	常勤換算数
1) 医師数（※内訳を7ページにご記入ください）	人
【大学病院本院の場合】	
2) 医学生教育（臨床実習を含む）に携わっている医師数 （教授、准教授、講師、助教（いずれも臨床系））※常勤換算は不要。	人
3) 歯科医師数	人
4) 専門医（歯科）数 ※医療法で広告可能としているもの。	人
5) 薬剤師数	人
6) 専門薬剤師数 ※医療法で広告可能としているもの。	人
7) 病棟において薬剤業務に携わる専任薬剤師数	人
8) 手術室において薬剤業務に携わる専任薬剤師数	人
9) ICU等のケアユニットにおいて薬剤業務に携わる専任薬剤師数	人
10) 看護職員数 ※11) + 16) + 17) = 10) となります。	人
11) 看護師・保健師数（下記 16) を除く）	人
12) 卒後5年以上の看護師数	人
13) 専門・認定看護師数 ※医療法で広告可能としているもの。	人
14) 手術室に配置されている看護師数	人
15) 手術看護分野通算3年以上の看護師数	人
16) 助産師数	人
17) 准看護師数	人
18) 臨床工学技士数	人

* 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

■ 1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）

■ 1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

2. 貴施設の患者数等についてお伺いします。

① 平成23年度 1年間 の患者数等をご記入ください。※平成23年度実績	
1) 初診患者数	人
2) 救急搬送患者数（初診患者に限る）	人
3) 紹介患者数（初診患者に限る） ※4) + 8) + 9) = 3) となります。	人
4) 上記3)のうち、「病院」から紹介された患者数	人
5) 上記4)のうち、許可病床数400床以上の病院から紹介された患者数	人
6) 上記4)のうち、許可病床数200床以上400床未満の病院から紹介された患者数	人
7) 上記4)のうち、許可病床数200床未満の病院から紹介された患者数	人
8) 上記3)のうち、「一般診療所」から紹介された患者数	人
9) 上記3)のうち、「その他」から紹介された患者数	人
10) 逆紹介患者数	人

②退院調整加算*の算定回数 ※平成23年度実績	回
-------------------------	---

* 「慢性期病棟等退院調整加算」「急性期病棟等退院調整加算」の合計回数をご記入ください。

③1日当たり平均患者数等をご記入ください。※平成23年度実績			
	医科（歯科以外）	歯 科	合 計
1) 1日当たり平均在院患者数	人	人	人
2) 1日当たり平均外来延べ患者数	人	人	人
3) 上記2)のうち、同一日に複数診療科を受診した1日当たり外来延べ患者数	人	人	人
4) 1日当たり平均調剤数			剤

④平成23年度末における専門外来の設置数と、平成21年度・22年度・23年度の各年度における1日当たり患者数等をご記入ください。							
標榜診療科 （医療法に基づく）	専門外来 の設置数	平成21年度		平成22年度		平成23年度	
		外来 （人）	入院 （人）	外来 （人）	入院 （人）	外来 （人）	入院 （人）
1) 全体							
2) 内科*1							
3) 外科*2							
4) 精神科							
5) 小児科							
6) 皮膚科							
7) 泌尿器科							
8) 産婦人科*3							
9) 眼科							
10) 耳鼻いんこう科							
11) 放射線科							
12) 脳神経外科							
13) 整形外科							
14) 歯科							
15) 麻酔科							
16) 救急科・部門							

*1 「内科」には、各種内科部門を含めてください。

*2 「外科」には、各種外科部門を含めてください。

*3 「産婦人科」には、産科、婦人科を含めてください。

3. 高度の医療等についてお伺いします。

①先進医療（2項）及び先進医療（3項）の承認件数をご記入ください。			
	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
1) 先進医療（2項）の承認件数	件	件	件
2) 先進医療（3項）の承認件数	件	件	件
②特定疾患治療研究事業の対象者数	() 人／年 ※平成 23 年度 1 年間		
③剖検数	() 件／年 ※平成 23 年度 1 年間		
④臨床病理検討会（CPC）の開催件数	() 回／年 ※平成 23 年度 1 年間		
⑤入院基本料の看護配置（一般病棟、特定機能病院、専門病院）※○は1つだけ	1. 7 対 1 2. 10 対 1 3. その他 ()		
⑤-1 上記⑤の入院基本料の種類 ※○は1つだけ	1. 一般病棟 2. 特定機能病院 3. 専門病院		
⑥一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合	() % ※平成 23 年度 1 年間		
⑦平成 23 年度 1 年間の手術件数をご記入ください。※平成 23 年度実績			
1) 手術件数	() 件／年 ※平成 23 年度 1 年間		
2) 上記 1) のうち、日帰り手術の件数	() 件／年 ※平成 23 年度 1 年間		
3) 上記 1) のうち、外保連（Dランク）手術件数	() 件／年 ※平成 23 年度 1 年間		
4) 上記 1) のうち、外保連（Eランク）手術件数	() 件／年 ※平成 23 年度 1 年間		
⑧麻酔管理料算定回数	() 回／年 ※平成 23 年度 1 年間		

4. 医療安全管理体制についてお伺いします。

(1) 一般

①医療安全管理部門の有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない→質問②へ				
①-1 医療安全管理部門の責任者の状況 ※○は1つだけ	1. 専従の責任者がいる 2. 専任の責任者がいる 3. 責任者はいない→質問①-3 へ				
①-2 医療安全管理部門の責任者の職種 ※○は1つだけ	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. その他（具体的に				
①-3 医療安全管理部門の専従の職員数（常勤換算）をご記入ください。					
医師	歯科医師	薬剤師	看護師	その他	合計
人	人	人	人	人	人
②患者相談窓口の有無 ※○は1つだけ			1. ある 2. ない		
③医療安全管理指針の定期的な見直しの有無 ※○は1つだけ			1. ある 2. ない		
④医療安全管理委員会の開催数	回／年		⑤医療安全管理職員研修の実施回数	回／年	

⑥事故後の改善方針の有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない
⑦「医療事故情報報告システム」への登録の有無 ※○は1つだけ	
1. ある →報告数：() 件／年 2. ない →同様の事故分析のレポート数：() 件／年	
⑧院内事故調査委員会の有無 ※○は1つだけ	1. ある（常設） 2. 常設ではないが、いつでも設置可能 3. ない

(2) 院内感染対策

①院内感染対策部門の責任者の状況 ※○は1つだけ	1. 専従の責任者がいる 2. 医療安全管理部門と兼任の責任者がいる 3. 上記2.以外の専任の責任者がいる 4. 責任者はいない→質問②へ		
①-1 院内感染対策部門の責任者の職種 ※○は1つだけ	1. 医師 4. 看護師	2. 歯科医師 5. その他 ()	3. 薬剤師
②院内感染対策指針の定期的な見直しの有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない		
③院内感染対策委員会の開催数	回／年	④院内感染対策職員研修の実施回数	回／年
⑤院内感染発生後の改善方針の有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない		

(3) 医薬品

①医薬品の安全使用の責任者の状況 ※○は1つだけ	1. 専従である 2. 専従ではない		
②医薬品の安全使用の責任者の職種 ※○は1つだけ	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. その他 ()		
③医薬品安全使用業務手順書の定期的な見直しの有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない		
④医薬品安全使用職員研修の実施回数	回／年	⑤医薬品安全使用の改善方針の有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない

(4) 医療機器

①医療機器の安全使用の責任者の状況 ※○は1つだけ	1. 専従である 2. 専従ではない		
②医療機器の安全使用の責任者の職種 ※○は1つだけ			
1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. 診療放射線技師 6. 臨床検査技師 7. 臨床工学技士 8. その他 ()			
③医療機器安全使用職員研修の実施回数	回／年	④1人の臨床工学技士が点検する医療機器の件数	件／日
⑤医療機器安全使用の改善方針の有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない		

5. 高度の医療技術の開発及び評価についてお伺いします。

①平成 23 年度 1 年間の発表論文数をご記入ください。※平成 23 年度実績			
1) 発表論文数（和文） ※貴施設に所属する常勤の医師等が発表した論文数		() 件／年	
2) 上記 1) のうち、貴施設に所属する常勤の医師等が筆頭者である論文数		() 件／年	
3) 発表論文数（英文） ※貴施設に所属する常勤の医師等が発表した論文数		() 件／年	
4) 上記 3) のうち、貴施設に所属する常勤の医師等が筆頭者である論文数		() 件／年	
5) 掲載先雑誌のインパクトファクターの年間合計値		()	
②臨床研究・治験の支援部門の有無 ※○は1つだけ		1. ある 2. ない	
③CRC（治験コーディネーター）数（常勤換算）	人	④ローカルデータマネジャー数（常勤換算）	人
⑤現在実施している治験課題数	件	⑥前記⑤の治験参加患者総数	人
⑦治験審査委員会で承認された新規治験課題数		() 件 ※平成 23 年度 1 年間	
⑧倫理審査委員会で承認された新規臨床研究課題数		() 件 ※平成 23 年度 1 年間	

6. 高度の医療に関する研修についてお伺いします。

①各年度における研修医数をご記入ください。			
	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
1) 研修医数*	人	人	人

* 医師法の規定による（初期）臨床研修を修了した医師に対する専門的な研修を受けた研修医数。

②看護職員の臨床実践能力強化のためのプログラム（新人看護職員研修は除く）の有無 ※○は1つだけ	1. ある 2. ない
---	----------------------

7. その他

①後発医薬品の使用割合（数量ベース）※小数点以下第1位まで	() % ※平成 24 年 10 月
②後発医薬品の使用割合（品目ベース）※小数点以下第1位まで	() % ※平成 24 年 10 月末
③オーファンドラッグ（希少疾病用医薬品）の処方件数	() 件／年 ※平成 23 年度 1 年間

8. 標榜診療科別医師数についてお伺いします。

①貴施設の医師数を常勤換算数でご記入ください。					
	医師数 (人)	内訳			
		学会専門医 (人)	学会指導医 (人)	外来担当 (人)	入院担当 (人)
1) 内科 * 1					
2) 外科 * 2					
3) 精神科					
4) 小児科					
5) 皮膚科					
6) 泌尿器科					
7) 産婦人科 * 3					
8) 眼科					
9) 耳鼻いんこう科					
10) 放射線科					
11) 脳神経外科					
12) 整形外科					
13) 歯科					
14) 麻酔科					
15) 救急科・部門					

*1 「内科」には、各種内科部門を含めてください。

*2 「外科」には、各種外科部門を含めてください。

*3 「産婦人科」には、産科、婦人科を含めてください。

9. 本調査内容についての都道府県への情報提供の可否

①本調査の内容（下記 10. は含みません）を貴院の所在する都道府県に情報提供することの可否をお答えください。 ※○は1つだけ	
1. 可（情報提供してよい）	2. 否（情報提供することはだめ）
3. その他（具体的に	）

10. 特定機能病院の承認要件等についてご意見等がございましたら、お書きください。

--

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。