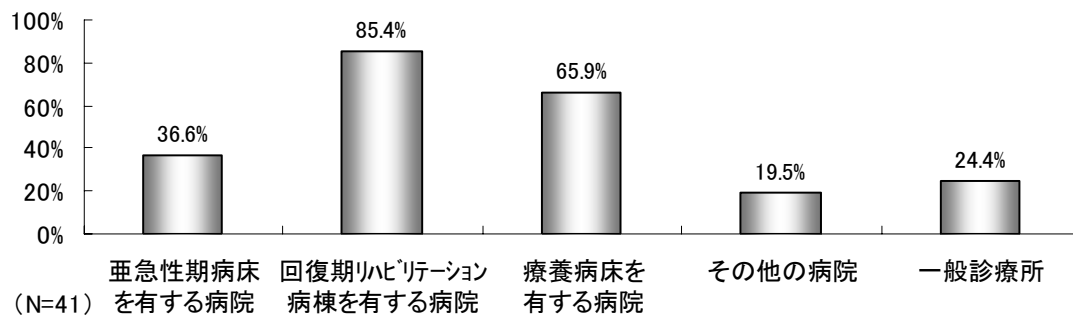


連携する医療機関数を増やしたいという意向を持つ計画管理病院では、今後増やしたい医療機関の種類として、「回復期リハビリテーション病棟を有する病院」(85.4%)が最も多く、次いで「療養病床を有する病院」(65.9%)、「亜急性期病床を有する病院」(36.6%)であった。

図表 51 今後増やしたい医療機関の種類：複数回答



6. まとめ

- ・計画管理病院の施設属性は、計画管理病院の 49.0%は公的医療機関で、平均病床数は 467.2 床であった。また、94.1%が DPC 対象病院、もしくは DPC 準備病院であった（図表 3～5）。
- ・連携医療機関の施設属性は、連携医療機関の 94.5%は医療法人もしくは個人等が開設主体となっており、有床診療所が 25.5%であった。また、病院の平均病床数は 151.2 床であった。療養病床を 6 割以上有している施設が 52.4%を超えていた（図表 6～9）。
- ・計画管理病院では、大腿骨頸部骨折による入院患者が平成 17 年度に比べて平成 18 年度で増加した施設は 43.1%であった。また、平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者のうち 37.5%の患者について地域連携診療計画管理料を算定していた（図表 12～13）。
- ・連携医療機関では、大腿骨頸部骨折による入院患者が平成 17 年度に比べて平成 18 年度で増加した施設は 39.1%であった。また、平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者のうち 22.3%の患者について地域連携診療計画退院時指導料を算定していた（図表 14～15）。
- ・計画管理病院における地域連携クリティカルパス上の入院期間の設定状況については、連携先の医療機関での在院日数も含めた「総入院期間」を設定している施設は 49.0%で、総入院期間の平均は 71.4 日であった。また、41.2%の計画管理病院が自院の入院期間のみ設定しており、その入院期間の平均は 18.3 日であった（図表 16～18）。
- ・退院基準の作成状況については、計画管理病院の 82.4%が退院基準が「ある」と回答しているのに対して、連携医療機関では退院基準が「ない」と回答した施設が 41.8%であった（図表 21）。
- ・計画管理病院における大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数は平成 17 年度が 38.2 日、平成 18 年度が 33.0 日であった。また、54.9%の施設で平均在院日数が減少しており、減少した施設の平均的な減少期間は 6.6 日であった（図表 22～23）。
- ・連携医療機関では、連携医療機関における大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数は平成 17 年度が 64.1 日、平成 18 年度が 62.7 日であった。28.2%の施設で平均在院日数が減少しており、減少した施設の平均的な減少期間は 10.7 日であった（図表 26～27）。
- ・地域連携クリティカルパスの対象疾患については、「骨折」以外で地域連携クリティカルパスの対象疾患となっているものは、「脳血管疾患」「糖尿病」などの回答が多くみられた（図表 32～33）。
- ・地域連携クリティカルパスに係る書式の有無については、計画管理病院では、医療者用パス、患者用パスともにほとんど全ての施設で統一制定書式を作成されていた（図表 34～35）。なお、連携医療機関では、退院時の患者用説明資料を作成している施設は 35.5%であった（図表 37）。
- ・計画管理病院と連携医療機関の会合の開催状況については、計画管理病院では平均的な会合の開催回数は年間 4.1 回、また、連携医療機関では年間 3.5 回であった。なお、

計画管理病院 1 施設当たりの連携医療機関数は、病院が 7.4 施設、診療所が 3.9 施設であった（図表 38～40）。

- ・地域連携クリティカルパスの運用上の課題については、転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性について、計画管理病院の 74.5%がその必要性が「ある」との回答であった（図表 41）。
- ・連携医療機関への地域連携クリティカルパスによる情報提供のあり方の改善の必要性については、計画管理病院の 76.5%、連携医療機関の 59.1%が改善の余地が「ある」との回答であった（図表 42）。
- ・連携医療機関からの地域連携クリティカルパスのフィードバックのあり方の改善の必要性については、計画管理病院の 78.4%、連携医療機関の 50.0%が改善の余地が「ある」との回答であった（図表 43）。

平成18年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）

地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票

【計画管理病院】

--

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成19年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■地域連携診療計画管理料の算定状況等についてお伺いします。

問1 貴院における地域連携診療計画管理料に係る施設基準の届出時期をご記入ください。

施設基準の届出年月日	平成（ ）年（ ）月
------------	------------

問2 地域連携クリティカルパスとして、具体的な入院期間を設定していますか。

(1) 設定状況（○は1つ）	01 連携先の医療機関を退院・転院するまでの総入院期間を設定している 02 計画管理病院である貴院での入院期間のみを設定している 03 設定していない
(2) 【(1)で「01 総入院期間を設定」している場合のみ】設定期間	概ね（ ）日
(3) 【(1)で「02 貴院での入院期間のみを設定」している場合のみ】設定期間	概ね（ ）日

問3 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の退院基準を作成していますか。

退院基準	01 ある 02 ない（現在作成中） 03 ない（作成予定なし）
------	--

【03～05 については医師のご記入をお願いします】

問4 貴院における**地域連携診療計画管理料の算定患者数**等についてご回答ください。

	平成17年度		平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数		人		人
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
03 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院できた患者数				人
04 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関を退院できた患者数				人
05 [再掲] 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人

問5 貴院における**大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数**についてご記入ください。

	平成17年度		平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）		日		日
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）				日

問6 地域連携クリティカルパスについて、**貴院制定の統一書式**がありますか。

(1) 医療者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(2) 患者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(3) 【(2) で「01 ある」場合のみ】患者用パスを患者にいつ説明をしていますか。（○は1つ）				
01 入院時	02 手術前	03 手術後	04 退院時	05 その他

【医師のご記入をお願いします】

問7 入院期間が大きく延びた患者（**バリエンス**）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。

【自由回答】

■地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。

問8 （対象疾患を問わず）**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問9 大腿骨頸部骨折の**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問10 現在運用中の**地域連携パスの対象疾患**について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つずつご記入ください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■連携医療機関との状況等についてお伺いします。

問 11 地域連携診療計画管理料の算定にあたり 連携している保険医療機関数 をご記入ください。		
01 病院		施設
02 [再掲] 亜急性期病床を有する病院		施設
03 [再掲] 回復期リハビリテーション病棟を有する病院		施設
04 [再掲] 療養病床を有する病院		施設
05 一般診療所		施設

問 12 地域連携診療計画に係る情報交換のための 連携医療機関との会合の状況 をご記入ください。		
01 平成 18 年度における連携医療機関との会合の開催回数		回
02 [再掲] 開催回数の最も多い医療機関との会合の開催回数		回

【医師のご記入をお願いします】		
問 13 連携医療機関との課題 について、それぞれ該当する選択肢番号 1 つに○をお付け下さい。		
(1) 転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(2) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(3) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい

問 14 地域連携パスの運用にあたり、診療情報の共有化のために ITシステム を導入していますか。				
(1) 導入状況 (○は 1 つ)	01 運用中	02 構築中	03 検討中	04 計画なし
(2) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】運用開始時期	平成 () 年 () 月			
(3) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】ITシステムの概要についてご記入ください。				
【自由回答】				

■地域連携診療計画管理料に係る今後の方針についてお伺いします

問 15 貴院の地域連携診療計画管理料に係る 今後の方針 について該当する選択肢 1 つをお選びください。		
(1) 地域連携診療計画管理料の算定患者数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
(2) 連携する保険医療機関数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
(3) 【(2) で「01 増やしたい」場合のみ】 今後連携先として増やしたい保険医療機関はどちらですか。(該当するもの全てに○)		
01 亜急性期病床を有する病院		
02 回復期リハビリテーション病棟を有する病院		
03 療養病床を有する病院		
04 01～03 以外の病院		
05 一般診療所		

■貴院の概要についてお伺いします。

問 16 貴院の**開設者**について該当する選択肢番号1つに○をお付けください。

01 国（厚生労働省,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,その他）
 02 公的医療機関（都道府県,市町村,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）
 03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）
 04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）

問 17 貴院の**許可病床数**について病床種類別にご記入ください。

病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 18 貴院の**病院種別**についてご記入ください。（該当するもの全てに○）

01 特定機能病院 02 地域医療支援病院 03 がん診療連携拠点病院 04 臨床研修指定病院

問 19 貴院の**DPCへの対応**について、あてはまるものをお選びください。

01 DPC 対象病院 02 DPC 準備病院 03 対応していない

■最後に、地域連携パスを推進する上での課題等がございましたらご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
 記入漏れがないかをご確認の上、7月31日（火）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

平成18年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）

地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票

【連携医療機関】

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成19年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■地域連携診療計画退院時指導料の算定状況等についてお伺いします。

問1 地域連携クリティカルパスとして、具体的な総入院期間（急性期～回復期）を設定していますか。		
(1) 設定状況（○は1つ）	01 設定している	02 設定していない
(2) 【(1)で「01 設定している」場合のみ】設定期間	概ね（ ）日	

問2 貴院における地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数等についてご回答ください。				
	平成17年度		平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数		人		人
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				人
03 [再掲] 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				人
04 [再掲] 退院先が自宅・在宅であった者				人
05 [再掲] 転院先が一般病床であった者				人
06 [再掲] 転院先が療養病床であった者				人
07 [再掲] 転院先が老人保健施設であった者				人
08 [再掲] 転院先が特別養護老人ホームであった者				人
09 [再掲] その他				人

問3 貴院における 大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数 についてご記入ください。			
	平成17年度		平成18年度
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>		日

問4 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の 退院基準 を作成していますか。			
退院基準	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問5 貴院では、退院時の 患者への説明資料 として貴院制定の書式がありますか。			
患者への説明資料	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問6 計画管理病院への 地域連携パスのフィードバック をどのようにしていますか。（該当する全てに○）			
01 手交	02 郵送	03 FAX	04 インターネット
05 その他			

【医師のご記入をお願いします】			
問7 入院期間が大きく延びた患者（ バリアンス ）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。			
【自由回答】			

■**地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。**

問8 （対象疾患を問わず） 地域連携パスの運用を開始した時期 をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問9 大腿骨頸部骨折の 地域連携パスの運用を開始した時期 をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問10 現在運用中の 地域連携パスの対象疾患 について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つずつご記入ください。			

問11 地域連携診療計画に係る情報交換のための 計画管理病院との会合の状況 をご記入ください。	
平成18年度における計画管理病院との会合の開催回数	<input type="text"/> 回

【医師のご記入をお願いします】			
問12 地域連携パスの運用上の課題 について、それぞれ該当する選択肢番号1つに○をお付け下さい。			
(1) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性			
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい	
(2) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性			
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい	

■地域連携診療計画退院時指導料に係る貴院の今後の方針についてお伺いします

問 13 地域連携診療計画退院時指導料に係る**今後の方針**について該当する選択肢1つをお選びください。

(1) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

(2) 連携する保険医療機関（計画管理病院）数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

■貴院の概要についてお伺いします。

問 14 貴院の**開設者**について該当する選択肢番号1つに○をお付けください。

01 国（厚生労働省,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,その他）

02 公的医療機関（都道府県,市町村,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）

03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）

04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）

問 15 貴院の**許可病床数**について病床種類別にご記入ください。

病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 16 貴院の**病院種別**についてご記入ください。（該当するもの全てに○）

01 特定機能病院 02 地域医療支援病院 03 がん診療連携拠点病院 04 臨床研修指定病院

問 17 貴院の**DPCへの対応**について、あてはまるものをお選びください。

01 DPC 対象病院 02 DPC 準備病院 03 対応していない

■最後に、地域連携パスを推進する上での課題等がございましたらご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、7月31日（火）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。