

**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. 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. 国立高度専門医療研究センター				
6. その他の国		7. 都道府県		8. 市町村			
9. 地方独立行政法人		10. 日赤		11. 済生会			
12. 北海道社会事業協会		13. 厚生連		14. 国民健康保険団体連合会			
15. 全国社会保険協会連合会		16. 厚生年金事業振興団		17. 船員保険会			
18. 健康保険組合及びその連合会		19. 共済組合及びその連合会		20. 国民健康保険組合			
21. 公益法人		22. 社会医療法人		23. 医療法人(前記22.を除く)			
24. 私立学校法人		25. 社会福祉法人		26. 医療生協			
27. 会社		28. その他の法人		29. 個人			
④病院種別 ※あてはまる番号すべてに○			1. エイズ治療拠点病院		2. 地域がん診療連携拠点病院		
			3. 地域医療支援病院				
⑤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	病院全体	
	床	床	床	床	床	床	
⑥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. 集中治療室		2. 化学、細菌及び病理(すべて)の検査施設		3. 病理解剖室			
4. 研究室		5. 講義室		6. 図書室			
7. 医薬品情報管理室							

⑦救急用又は患者輸送用自動車の有無 ※○は1つだけ	1. あり	2. なし				
⑧諸記録の管理の責任者の有無 ※○は1つだけ	1. あり	2. なし				
⑨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⑨-1 総合診療部門の機能（※あてはまる番号すべてに○）						
<table border="1"> <tr> <td>1. 未診断者の診断</td> <td>2. 複数診療科間の調整</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. その他（具体的に</td> </tr> </table>			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	
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						
⑩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				
2) 歯科医師数		人				
3) 薬剤師数		人				
4) 看護職員（看護師・准看護師のみ）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）						
⑪処方件数 ※平成23年度実績。1日当たり	院内（ ）件/日	院外（ ）件/日				
⑫退院調整部門の有無 ※○は1つだけ	1. ある→専従者数*：（ ）人（常勤換算）					
	2. ない					
⑬地域連携部門の有無 ※○は1つだけ	1. ある					
	2. ない→質問⑭へ					
⑬-1 地域連携部門の職員数（常勤換算）を専従・専任別にご記入ください。						
	医 師	看護師	MSW	その他		
1) 専従*	人	人	人	人		
2) 専任*	人	人	人	人		
*「専従」とは、専ら当該業務に従事していることをいい（兼任不可）、「専任」とは、当該業務を主たる業務としていることをいいます（兼任可）。						
⑭地域連携診療計画（パス）について、以下の質問にお答えください。						
1) 地域連携診療計画（パス）を共有している医療機関はありますか。※○は1つだけ	1. ある					
	2. ない→2. 質問①へ					
2) 地域連携診療計画（パス）を共有している医療機関の数 ※実数	か所					
3) 地域連携診療計画（パス）の対象疾病 ※あてはまる番号すべてに○						
1. 大腿骨頸部骨折						
2. 脳卒中						
3. 急性心筋梗塞						
4. 糖尿病						
5. その他（具体的に						

## 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（初診に限る）	人
3) 緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数（初診に限る）	人
4) 紹介患者数（初診に限る） ※5) +9) +10) =4) となります。	人
5) 上記4)のうち、「病院」から紹介された患者数	人
6) 上記5)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
7) 上記5)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
8) 上記5)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
9) 上記4)のうち、「一般診療所」から紹介された患者数	人
10) 上記4)のうち、「その他」から紹介された患者数	人

②上記①の4)の紹介患者の紹介元医療機関数（「延べ数」ではなく「実数」で）をお答えください。			
1) 同一医療圏内の医療機関数	か所	2) 隣接医療圏の医療機関数	か所

③上記①の4)の紹介患者のうち、「特別の関係にある紹介元医療機関からの紹介」*患者について、医療機関数（実数）、紹介患者数をお答えください。		
	紹介元医療機関数	紹介患者数
1) 病院	か所	人
2) 一般診療所	か所	人

\*「特別の関係」とは、医療機関相互の開設者又は代表者が同一、親族等経営に影響を与える関係にある場合を指します。

④上記①の4)の紹介患者数が最も多い医療機関について、以下の質問にお答えください。	
1) 当該医療機関からの紹介患者数	( ) 人 ※平成23年度実績
2) 当該医療機関との「特別の関係」の有無 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし→質問④-1 当該医療機関と貴院との距離 ※○は1つだけ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-left: 20px;">             1. 隣接している、又は道路向かい              2. 直線距離で500m以内（上記1.を除く）              3. 直線距離で1km以内（上記1.、2.を除く）              4. 直線距離で1km超           </div>
⑤医療機関から紹介の相談があったが、断った経験の有無 ※平成23年度1年間、○は1つだけ	1. ある→( ) 人/年 2. ない→質問⑥へ
⑤-1 断った理由 ※あてはまる番号すべてに○	1. 満床のため 2. 対応できる診療科がないため 3. 対応できる医師がないため 4. その他（具体的に )
⑥逆紹介患者数	( ) 人 ※平成23年度実績

## 3. 共同利用等についてお伺いします（平成23年度末時点、平成23年度1年間）。

①開放病床の有無 ※〇は1つだけ	1. ある→( )床 2. ない→質問②へ
①-1 開放型病院共同指導料(Ⅱ)の算定件数	( )件/年
①-2 利用登録医療機関の数	( )か所
①-3 上記のうち、開放病床を利用した医療機関数	( )か所
①-4 開放病床利用回数(延べ数)	( )回/年
②医療機関から開放病床の共同利用について相談があったが、断った経験の有無 ※平成23年度1年間、〇は1つだけ	1. ある→( )件/年 2. ない→質問③へ
②-1 断った理由 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 開放病床が満床であったため 2. リスクが大きいと考えたため 3. 受入態勢がとれなかったため 4. その他(具体的に )
③共同利用した高額診断機器 ※あてはまる番号すべてに〇	1. ない→4. 質問①へ 2. CT                      3. MRI                      4. PET (PET/CT) 5. RI (SPECT)          6. その他(具体的に )
③-1 貴施設の高額診断機器を他施設が利用した件数	( )件/年
③-2 医療機関から高額診断機器の共同利用について相談があったが、断った経験の有無 ※平成23年度1年間、〇は1つだけ	1. ある→( )件/年 2. ない→4. 質問①へ
③-3 断った理由 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 予約で埋まっていたため 2. リスクが大きいと考えたため 3. 受入態勢がとれなかったため 4. その他(具体的に )

## 4. 救急医療についてお伺いします。

①貴施設は消防法第35条の5第2項第2号に規定する受入医療機関ですか。 ※〇は1つだけ	1. はい 2. いいえ→質問②へ
①-1 上記①の対象としている傷病の種類 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 冠動脈疾患(急性心筋梗塞など)      2. 周産期救急 3. 脳卒中                                      4. 精神科救急      5. 急性腹症 6. その他(具体的に )
②貴施設は消防法第35条の5第2項第6号に規定する受入医療機関ですか。 ※〇は1つだけ	1. はい                      2. いいえ
③24時間の救急医療提供体制の有無 ※〇は1つだけ	1. ある                      2. ない
④救急医療管理加算の算定患者数	( )人/年
⑤乳幼児救急医療管理加算の算定患者数	( )人/年

## 5. 研修についてお伺いします。

① 次の研修について、平成 23 年度に「実施したもの」の該当数字を○で囲んでください（※あてはまる番号すべてに○）。実施した場合、平成 23 年度 1 年間の「実施回数」「研修者・参加者数【院内】」「研修者・参加者数【院外】」をお答えください。

研修内容等	実施したものの数字に○	実施した場合	実施回数 (回/年)	研修者 参加者 延べ人数 【院内】 (人/年)	研修者 参加者 延べ人数 【院外】 (人/年)
1) 地域の医療機関・医療従事者との勉強会・症例検討会	1	→			
2) 地域住民に対する市民講座・会・セミナー	2	→			
3) 医療従事者向けの救命処置に関する研修	3	→			
4) 上記3)のうち救急救命士に対する研修	4	→			
5) 地域住民向けの救命処置に関する研修	5	→			
6) 地域の在宅医療関係者*に対する在宅医療に関する研修	6	→			
7) 医学生に対する実地研修	7	→			
8) 看護学生に対する実地研修	8	→			
9) その他の学生に対する実地研修（上記7)8)以外)	9	→			
10) その他	10	→			

\*介護施設に従事する医療関係者を含みます。

② 臨床研修制度における研修プログラムで位置づけられている「地域医療」の研修として、研修医を受け入れていますか。※○は1つだけ	1. はい→受入の定員数：( )人 2. いいえ
---	-----------------------------

## 6. 在宅医療支援についてお伺いします。

① 在宅患者の受入実績	( ) 件/年 ※平成 23 年度 1 年間
② 上記①のうち、医療機関の紹介を経て受け入れた患者数	( ) 人/年 ※平成 23 年度 1 年間
【上記②で1人以上の場合】 ②-1 上記②における受入理由（患者の状態）※あてはまる番号すべてに○	1. 重症患者で紹介元医療機関等では対応できない 2. 小児患者で紹介元医療機関等では対応できない 3. 紹介元医療機関に入院のための病床がない 4. その他（具体的に )
③ 患者受入に関する他の医療機関との取り決めの有無 ※○は1つだけ	1. ある                      2. ない→質問④へ
③-1 上記③の取り決めに交わしている医療機関の種類 ※あてはまる番号すべてに○	1. 在宅療養支援病院                      2. 病院（前記1.を除く） 3. 在宅療養支援診療所                      4. 一般診療所（前記3.を除く） 5. 訪問看護ステーション                      6. その他（ )

④在宅患者受入のための空床確保の有無 ※○は1つだけ		1. ある→確保している病床数：( ) 床 2. ない
⑤上記①にご回答いただいた、貴施設が受け入れた在宅患者の転帰別人数をご記入ください。 ※平成23年度1年間		
自宅等	他の医療機関	介護保険施設
人/年	人/年	人/年
⑥次の診療報酬項目の算定回数をご記入ください。 ※平成23年度1年間		
1) 退院時共同指導料2の算定回数	( ) 回/年	
2) 介護支援連携指導料の算定回数	( ) 回/年	
3) 在宅患者緊急入院診療加算1の算定回数	( ) 回/年	
4) 在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数	( ) 回/年	

## 7. その他の状況についてお伺いします。

①貴施設には、地域医療支援を検討する学識経験者等からなる委員会がありますか。 ※○は1つだけ	1. ある      2. ない→質問⑤へ																																		
②上記①の委員会における外部有識者の構成割合	( ) %																																		
③上記①の委員会の開催数 ※平成23年度1年間	( ) 回/年																																		
④上記①の委員会での議題は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 施設の共同利用      2. 救急医療の受入 3. 地域の医療従事者の研修      4. 在宅医療支援 5. その他 (具体的に )																																		
⑤患者相談窓口の有無 ※○は1つだけ	1. ない      2. ある→相談実績：( ) 件/年																																		
⑥貴院の機能及び他の医療機関との連携状況に関する情報発信の体制の有無 ※○は1つだけ	1. ある      2. ない→質問⑦へ																																		
⑥-1 情報発信の手段 ※あてはまる番号すべてに○	1. 自院のホームページ      2. 自治体ホームページ 3. 自治体広報 (2を除く。)      4. 住民参加を伴う集会 5. その他 (具体的に )																																		
⑦他の医療機関への医療従事者の支援 (在籍外向) の有無 ※○は1つだけ	1. ある      2. ない→質問⑧へ																																		
⑦-1 上記⑦の支援先の医療機関 ※あてはまる番号すべてに○	1. 同じ二次医療圏内の医療機関 2. 同一都道府県内の他の二次医療圏の医療機関 3. 他都道府県の医療機関																																		
⑦-2 支援を行っている医療従事者の人数 (実人数) をご記入ください。 ※平成24年10月末時点																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">常勤として (長期外向)</th> <th colspan="3">非常勤として</th> </tr> <tr> <th>半年未満</th> <th>半年以上 1年未満</th> <th>1年以上</th> <th>週1~2日</th> <th>週3~4日</th> <th>週5日以上</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>		常勤として (長期外向)			非常勤として			半年未満	半年以上 1年未満	1年以上	週1~2日	週3~4日	週5日以上	医師	人	人	人	人	人	人	看護師	人	人	人	人	人	人	その他	人	人	人	人	人	人
	常勤として (長期外向)			非常勤として																															
	半年未満	半年以上 1年未満	1年以上	週1~2日	週3~4日	週5日以上																													
医師	人	人	人	人	人	人																													
看護師	人	人	人	人	人	人																													
その他	人	人	人	人	人	人																													
⑧感染防止対策加算1の施設基準の届出の有無 ※○は1つだけ	1. ある      2. ない																																		

## 8. 標榜診療科別医師数及び患者数についてお伺いします。

①貴施設の平成24年10月末現在の医師数（常勤換算）と平成23年度における1日当たり患者数をご記入ください。						
	医師数（常勤換算）				1日当たり患者数	
	医師数 （人）	学会専門医 （人）	外来担当 （人）	入院担当 （人）	外来 （人）	入院 （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。 ※〇は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（ ）	

## 10. 地域医療支援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。