

■セカンドオピニオン外来の詳細についてお伺いします。

問9 セカンドオピニオン外来の件数は何件ありましたか。またそのうち、平成18年4月以降、紹介元医療機関で診療情報提供料(Ⅱ)を算定していた件数は、何件ありましたか。不明の場合は記入欄に「-」をご記入下さい。なお、診療情報提供料(Ⅱ)算定件数は診療情報提供料(Ⅰ)算定件数とは区別し、区別できない場合は不明として下さい。

平成17年			平成18年				平成19年
4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	1~3月
件	件	件	件	件	件	件	件
うち診療情報提供料(Ⅱ)を算定していた件数→				件	件	件	件

問10 セカンドオピニオン外来において、紹介元医療機関が診療情報提供料(Ⅱ)を算定していることをどのように把握できていますか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 01 紹介状等の書類に記載があった場合 | 04 紹介元医療機関に問い合わせた場合 |
| 02 患者(あるいは家族等)から話があった場合 | 05 その他() |
| 03 患者(あるいは家族等)に質問した場合 | 06 算定の有無を把握できることはない |

問11 平成19年1~3月の外来件数の主疾患は何ですか。件数の多かった上位5疾患をご記入下さい。主疾患の種類は、別紙「疾患コード表」を参照して3桁の疾患コードでご記入下さい。

	疾患コード(3桁)	平成19年1~3月の件数
疾患1		件
疾患2		件
疾患3		件
疾患4		件
疾患5		件

問12 セカンドオピニオン外来において、患者(来院者)が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分ですか。最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 01 ほとんどの場合で十分である | 04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い |
| 02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある | 05 ほとんどの場合で不十分である |
| 03 十分な場合も不十分な場合も同程度にある | |

問13 紹介元医療機関が診療情報提供料(Ⅱ)を算定していた場合、患者(来院者)が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分だと考えますか。最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 01 ほとんどの場合で十分である | 04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い |
| 02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある | 05 ほとんどの場合で不十分である |
| 03 十分な場合も不十分な場合も同程度にある | 06 算定の有無を把握できることはない |

問14 平成19年1~3月の外来件数のうち、紹介元医療機関から貴院に転院した件数をご記入下さい。該当するケースがなければ「0」、不明の場合には「-」をご記入下さい。

紹介元医療機関から貴院に転院した件数	件
うち病院から転院した件数	件
うち一般診療所・歯科診療所から転院(転医)した件数	件

問 15 セカンドオピニオン外来に来た患者（あるいはその家族等）の満足度について、最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- 01 ほとんどの場合で満足していただいていると思われる
- 02 どちらかといえば満足していただいている場合が多いと思われる
- 03 満足な場合も不満な場合も同程度にあると思われる
- 04 どちらかといえば不満な場合が多いと思われる
- 05 ほとんどの場合で不満だと思われる
- 06 なんとも言えない

■最後に、貴院の概要についてお伺いします。

問 16 【問1で選択肢05、06を選んだ場合は、本問以下にご回答下さい】
貴院の開設者について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

- 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 社会保険関連団体（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 貴院の標榜診療科目として該当する選択肢すべての番号に○をお付け下さい。

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 01 内科 | 13 整形外科 | 25 気管食道科 |
| 02 呼吸器科 | 14 形成外科 | 26 皮膚科 |
| 03 消化器科（胃腸科） | 15 美容外科 | 27 泌尿器科 |
| 04 循環器科 | 16 脳神経外科 | 28 性病科 |
| 05 小児科 | 17 呼吸器外科 | 29 こう門科 |
| 06 精神科 | 18 心臓血管外科 | 30 リハビリテーション科 |
| 07 神経科 | 19 小児外科 | 31 放射線科 |
| 08 神経内科 | 20 産婦人科 | 32 麻酔科 |
| 09 心療内科 | 21 産科 | 33 歯科 |
| 10 アレルギー科 | 22 婦人科 | 34 矯正歯科 |
| 11 リウマチ科 | 23 眼科 | 35 小児歯科 |
| 12 外科 | 24 耳鼻いんこう科 | 36 歯科口腔外科 |

問 18 貴院の1日当たり平均在院患者数、1日当たり平均外来患者数、紹介率（いずれも平成18年4月～19年3月の実績）を、小数第1位までご記入下さい。

- | | |
|------------------|---------------------------|
| (1) 1日当たり平均在院患者数 | ()人 |
| (2) 1日当たり平均外来患者数 | ()人 |
| (3) 紹介率 | ()% |

問 19 貴院の看護基準として該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 01 7:1 以上 | 03 13:1 以上 | 05 15:1 未満 |
| 02 10:1 以上 | 04 15:1 以上 | |

問 20 貴院の病院属性として該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

- | | | |
|-------------|--------------------|----------------|
| 01 DPC 対象病院 | 03 高度先進医療実施病院 | 05 臨床研修病院（協力型） |
| 02 地域支援病院 | 04 臨床研修病院（単独型・管理型） | |

ご協力ありがとうございました。○月○日までにご投函下さい。

生活習慣病管理料算定保険医療機関

調査票（案）

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年〇月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 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)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご担当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
ご担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の生活習慣病管理料の算定状況についてお伺いします。

問 1 貴院は生活習慣病管理料（平成 18 年 3 月以前は生活習慣病指導管理料）の算定を行っていますか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 現在算定を行っている	→問 2-1 へ
02 以前は算定を行っていたが今は行っていない	→問 3-1 へ
03 今まで一度も算定を行っていない	→問 4 へ

<問 2-1～2-6 は、問 1 で「01 現在算定を行っている」と回答した施設に伺います。>

問 2-1 生活習慣病患者への薬剤の処方の状況について該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 院外処方	02 院内にて処方

問 2-2 平成 17～19 年の各年 5 月 1 か月分の生活習慣病管理料（平成 17 年 5 月は生活習慣病指導管理料）の算定状況をご記入下さい。また、19 年 5 月については、当該疾病で服薬中の方の人数についてもご記入下さい。

主病	平成 17 年 5 月	平成 18 年 5 月	平成 19 年 5 月	
			うち当該疾患で服薬中の人	
高脂血症	人	人	人	人
高血圧症	人	人	人	人
糖尿病	人	人	人	人

問 2-3 療養計画書 1 件あたりの作成に要する平均的な所要時間をご記入下さい。	
初回用 () 分	継続用 () 分

問 2-4 算定をはじめたのはいつですか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 平成 14 年 3 月以前から	→問 2-5 へ
02 平成 14 年 4 月以降平成 18 年 3 月以前	→問 2-5 へ
03 平成 18 年 4 月以降	→問 2-6 へ

問 2-5 【問 2-4 で「01 平成 14 年 3 月以前から」、「02 平成 14 年 4 月以降平成 18 年 3 月以前」と回答した施設に伺います】平成 18 年 3 月以前と比較して、療養計画書についてどのようなお考えですか。下記項目について実際に診療に携わっている方のご意見を該当する選択肢それぞれ 1 つに○をお付け下さい。

療養計画書の記載内容	01 詳細すぎて自由度がない	02 詳細すぎるが概ね良い	03 詳細さは概ね良い	04 より詳細にすべき
記載すべき項目の量	01 十分	02 概ね十分	03 やや不足	04 大変不足
	↳ 具体的には()			
コメディカル等への患者の状況の説明のしやすさ	01 とても説明しやすくなった	02 概ね説明しやすくなった	03 あまり変わらない	04 より難しくなった
目標設定	01 とても有効である	02 概ね有効である	03 あまり有効ではない	04 まったく有効ではない
患者への説明のしやすさ	01 とても説明しやすくなった	02 概ね説明しやすくなった	03 あまり変わらない	04 より難しくなった
記入上の負担感	01 とても負担になった	02 多少負担になった	03 あまり変わらない	04 より簡単になった

→この設問への回答後は問 5 へ

問 2-6 【問 2-4 で「03 平成 18 年 4 月以降」と回答した施設に伺います】算定をはじめたのはなぜですか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

01 患者負担が減ったため	02 療養計画書の記載内容が詳細になり患者に分かりやすくなったため	03 治療・指導の体制が整備されたため	04 その他 ()
---------------	-----------------------------------	---------------------	------------

→この設問への回答後は問 5 へ

<問 3-1~3-2 は、問 1 で「02 以前は算定を行っていたが今は行っていない」と回答した施設に伺います。>

問 3-1 算定をやめたのはいつですか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 平成 18 年 3 月以前	→問 5 へ
02 平成 18 年 4 月以降	→問 3-2 へ

問 3-2 算定をやめたのはなぜですか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

01 点数が下がったため	03 治療・指導の体制が整わないため
02 療養計画書の記載内容が増えたため	04 その他 ()

→この設問への回答後は問 5 へ

<問 4 は、問 1 で「03 今まで一度も算定を行っていない」と回答した施設に伺います。>

問 4 算定していない理由として最も該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 点数の設定が高く、患者の負担増につながるから	04 自施設単独での対応が難しかったから
02 療養計画書を作成することが手間だから	05 その他 ()
03 算定について患者に説明するのが面倒だから	→具体的に ()

＜問5以降は、すべての施設に伺います。＞

問5 今後、生活習慣病管理料の算定意向について該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

01 現在算定していて今後も算定予定	04 現在算定していないが、今後は算定予定
02 現在算定しているが、今後は算定しない予定	05 現在算定していないし、今後も算定しない予定
03 現在算定しているが、今後は未定	06 現在算定していないが、今後は未定

■貴院の生活習慣病治療の状況についてお伺いします。

問6 貴院の平成17～19年の各年5月1か月分の外来患者延数ならびに生活習慣病を主病とする患者延数を可能な範囲でご記入下さい。なお、主病が重複している場合にはそれぞれの項目に計上して下さい。

	平成17年5月	平成18年5月	平成19年5月
外来患者延数	人	人	人
うち高脂血症を主病とする患者	人	人	人
うち高血圧症を主病とする患者	人	人	人
うち糖尿病を主病とする患者	人	人	人

問7 患者1人あたりの生活習慣病の治療に関する1か月あたりの平均診療回数、1回あたりの平均診療時間をご記入下さい。

1か月あたりの平均診療回数	()回	1か月あたりの平均診療時間	()分
---------------	------	---------------	------

問8 貴院では生活習慣病の治療・指導にあたって、患者に対して生活習慣改善のための目標設定を行っていますか。該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

01 行っている	02 行っていない	03 患者によって違う
----------	-----------	-------------

問9 生活習慣病に関する各指導項目については、誰が行っていますか。それぞれについて該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

運動	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
食生活	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
休養	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
喫煙	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
服薬	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
その他	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない

問10 上記の指導（たとえば貴院のコ・メディカルや外部機関が運動実践や食生活に関する指導を実施する場合）のために、保険診療とは別途患者の自己負担を設けていますか。該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

01 自己負担あり	02 自己負担なし
-----------	-----------

問11 生活習慣病の治療・指導に対して患者の満足度はどの程度だとお感じでしょうか。実際に診療に携わっている方のご意見について最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

01 非常に高い	02 おおむね高い	03 あまり高くない	04 低い
----------	-----------	------------	-------

■貴院の概要についてお伺いします。

問12 貴院の開設者について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

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）

生活習慣病の治療・指導に関する患者アンケート（案）

問1 あなたの年齢は？（〇は1つ）

- | | | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. 40歳未満 | 2. 40歳～50歳未満 | 3. 50歳～60歳未満 | 4. 60歳～65歳未満 |
| 5. 65歳～70歳未満 | 6. 70歳～75歳未満 | 7. 75歳以上 | |

問2 あなたの性別は？（〇は1つ）

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問3 お住まいの都道府県は？

	都・道・府・県
--	---------

問4 この調査票を受け取った医療機関の種類は何ですか。（〇は1つ）

- | |
|---|
| 1. 一般診療所（名称に「診療所」、「クリニック」、「医院」がついている医療機関を指します） |
| 2. 病院（名称に「病院」、「医療センター」がついている医療機関で、病床数が20床以上のところを指します） |

問5 現在この調査票を受け取った医療機関では、主にどの疾患の治療を受けていますか。（〇は1つ）

- | | | |
|---------|---------|--------|
| 1. 高血圧症 | 2. 高脂血症 | 3. 糖尿病 |
|---------|---------|--------|

問6 上記の疾患について、薬を服薬していますか。（〇は1つ）

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 服薬している | 2. 服薬していない |
|-----------|------------|

問7 この調査票を受け取った医療機関において、上記の疾患で治療をはじめたのはいつ頃からですか。（〇は1つ）

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 平成14年3月以前（5年以上前から） | 2. 平成14年4月以降平成18年3月以前 |
| 3. 平成18年4月以降 | |

問8 最近の診察において、どのような点についての指導を受けていますか。また、医師以外から、具体的な指導を受けたことがありますか。（〇はあてはまるものすべて）

	医師の診察における指導	医師との診察とは別途の指導 （看護師・管理栄養士・運動スタッフ による指導）
運動に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
食生活に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
休養に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
喫煙に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
服薬に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
その他	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった

問9 この調査票を受け取った医療機関において、生活習慣病の治療に向けた療養計画書（別添資料の見本をご参照ください）を受け取ったことがありますか。（〇は1つ）

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. ある →問10～14へ | 2. ない →問15へ |
|---------------------|------------------|

【問10～14は、療養計画書を受け取ったことがある方がお答えください。】

問10 これまでに何回療養計画書（別添資料の見本をご参照ください）を受け取ったことがありますか。（〇は1つ）

1. 1回のみ	2. 2回	3. 3回以上
---------	-------	---------

問11 療養計画書についての医師等からの説明（医師による説明等についてで、待ち時間や検査の時間は除きます）は何分ぐらいでしたか。（〇は1つ）

1. 5分未満	2. 5～10分	3. 10～15分	4. 15～20分	5. 20分以上
---------	----------	-----------	-----------	----------

問12 療養計画書にご自身の署名（サインもしくは押印）をされていますか。（〇は1つ）

1. 署名した	2. 署名していない	3. わからない
---------	------------	----------

問13 療養計画書に記載されている指導項目は何ですか。また、その内容について実際に実行していますか。（〇はすべて）

	指導項目としての記載		指導内容の実行の有無	
運動に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
食生活に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
休養に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
喫煙に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
服薬に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
その他	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない

問14 療養計画書の分かりやすさはいかがですか。（〇は1つ）

1. とても分かりやすい	2. どちらかというと分かりやすい
3. どちらかというと分かりにくい	4. とても分かりにくい

【問15以降はすべての方がお答えください。】

問15 生活習慣を改善する上での目標を設定しましたか。（〇は1つ）

1. 設定した →問15-1～3へ	2. 設定していない →問16へ
-------------------	------------------

問15-1 目標設定した内容について実行していますか。（〇は1つ）

1. ほとんど実行している	2. ある程度実行している	3. あまり実行していない
4. まったく実行していない	5. わからない	

問15-2 目標を設定したことは生活習慣改善に役立っていますか。（〇は1つ）

1. 大いに役立っている	2. 多少役立っている	3. あまり役立っていない
4. まったく役立っていない	5. わからない	

問15-3 設定した目標は達成できましたか。（〇は1つ）

1. 達成できている	2. ある程度達成できている	3. あまり達成できていない
4. ほとんど達成できていない	5. わからない	

問16 生活習慣病の治療・管理によって身体状況（血圧値、血糖値、コレステロール値等）は改善しましたか。（〇は1つ）

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. とても良くなった | 2. 若干よくなった | 3. かわらない |
| 4. 若干悪くなった | 5. とても悪くなった | 6. わからない |

問17 生活習慣病の治療・指導の内容については満足されていますか。（〇は1つ）

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 大変満足している | 2. ある程度満足している |
| 3. あまり満足していない | 4. まったく満足していない |

最後に、生活習慣病管理料・療養計画書に関するご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

以上で、アンケートは終わりです。
ご協力いただき、まことに有難うございました。

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（案）

【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	
		人		人
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数				
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	
		日		日
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）				
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開催		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

■最後に、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 対応病院 02 DPC 準備病院 03 対応していない

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、〇月〇日(〇)までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

