

兵庫県

兵庫県医療施設実態調査

調査基準日 平成19年 9月 3日 (月)
 提出期限 平成19年 9月21日 (金)
 記入方法 各設問について貴院の状況に該当する箇所の□にチェック (V) を入れてください。(特に指定のない場合は1つ選択してください。)
 また、必要事項は該当箇所に記入してください。特に設問に注記のないものは、平成19年9月3日現在の状況をご記入ください。

<目次>

A 共通項目票

- 1 基本的事項について・・・・・・・・・・・・・・・・P1～6
- 2 地域における医療連携について・・・・・・・・P7～8
- 3 患者に対する情報提供について・・・・・・・・P8～9

B 疾病・事業別項目票

- 4 4疾病5事業の診療機能について
 - 4-1 がん・・・・・・・・・・・・・・・・P10～14
(がんの診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-2 脳卒中・・・・・・・・・・・・・・・・P15～18
(脳卒中 (リハビリテーションを含む) の診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-3 急性心筋梗塞・・・・・・・・・・・・・・・・P19～21
(心疾患 (リハビリテーションを含む) の診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-4 糖尿病・・・・・・・・・・・・・・・・P22～23
(糖尿病の診療を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-5 救急医療・・・・・・・・・・・・・・・・P24～25
(救急診療 (精神科救急を含む) を実施している病院のみお答えください。)
 - 4-6 災害医療・・・・・・・・・・・・・・・・P26
(全病院お答えください。)
 - 4-7 へき地医療・・・・・・・・・・・・・・・・P26
(へき地医療拠点病院のみお答えください。)
 - 4-8 周産期医療・・・・・・・・・・・・・・・・P27～28
(産科又は産婦人科のある病院のみお答えください。)
 - 4-9 小児救急を含む小児医療・・・・・・・・P29
(小児科のある病院のみお答えください。)
 - 4-10 在宅医療・・・・・・・・・・・・・・・・P30
(全病院お答えください。)

医療施設実態調査 (A 共通項目票)

医療機関名	
所在地	〒 兵庫県
電話 / FAX	(電話) - - (FAX) - -
調査票記入者	(所属・役職) (氏名)

該当する箇所に を入れてください。

1. 基本的事項について

<診療科目・特殊専門外来について>

Q1 貴院が院内表示で診療科としている診療科目について、全てにチェックを入れてください。

(※科目の標榜は問いません。)

<input type="checkbox"/> (1) 内科	<input type="checkbox"/> (2) 呼吸器科	<input type="checkbox"/> (3) 消化器科 (胃腸科)
<input type="checkbox"/> (4) 循環器科	<input type="checkbox"/> (5) 小児科	<input type="checkbox"/> (6) 精神科
<input type="checkbox"/> (7) 神経科	<input type="checkbox"/> (8) 神経内科	<input type="checkbox"/> (9) 心療内科
<input type="checkbox"/> (10) アレルギー科	<input type="checkbox"/> (11) リウマチ科	<input type="checkbox"/> (12) 外科
<input type="checkbox"/> (13) 整形外科	<input type="checkbox"/> (14) 形成外科	<input type="checkbox"/> (15) 美容外科
<input type="checkbox"/> (16) 脳神経外科	<input type="checkbox"/> (17) 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> (18) 心臓血管外科
<input type="checkbox"/> (19) 小児外科	<input type="checkbox"/> (20) 産婦人科	<input type="checkbox"/> (21) 産科
<input type="checkbox"/> (22) 婦人科	<input type="checkbox"/> (23) 眼科	<input type="checkbox"/> (24) 耳鼻いんこう科
<input type="checkbox"/> (25) 気管食道科	<input type="checkbox"/> (26) 皮膚泌尿器科	<input type="checkbox"/> (27) 皮膚科
<input type="checkbox"/> (28) 泌尿器科	<input type="checkbox"/> (29) 性病科	<input type="checkbox"/> (30) こう門科
<input type="checkbox"/> (31) リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> (32) 放射線科	<input type="checkbox"/> (33) 麻酔科
<input type="checkbox"/> (34) 歯科	<input type="checkbox"/> (35) 矯正歯科	<input type="checkbox"/> (36) 小児歯科
<input type="checkbox"/> (37) 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> (38) その他 ()	

Q2 貴院における特殊・専門外来* の設置状況について、全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> (1) 高血圧	<input type="checkbox"/> (2) 甲状腺	<input type="checkbox"/> (3) 糖尿病
<input type="checkbox"/> (4) アレルギー	<input type="checkbox"/> (5) 喘息	<input type="checkbox"/> (6) 花粉症
<input type="checkbox"/> (7) リウマチ	<input type="checkbox"/> (8) 膠原病	<input type="checkbox"/> (9) 血液
<input type="checkbox"/> (10) 代謝異常	<input type="checkbox"/> (11) 言語障害	<input type="checkbox"/> (12) アルコール依存
<input type="checkbox"/> (13) 不妊	<input type="checkbox"/> (14) 東洋医学	<input type="checkbox"/> (15) ペインクリニック
<input type="checkbox"/> (16) 心身症	<input type="checkbox"/> (17) スポーツ	<input type="checkbox"/> (18) 乳腺
<input type="checkbox"/> (19) ペースメーカー	<input type="checkbox"/> (20) 栄養	<input type="checkbox"/> (21) 人間ドック
<input type="checkbox"/> (22) 人工透析	<input type="checkbox"/> (23) 思春期 (精神面)	<input type="checkbox"/> (24) 思春期 (身体面)
<input type="checkbox"/> (25) 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> (26) 矯正歯科	<input type="checkbox"/> (27) 顎関節
<input type="checkbox"/> (28) 歯科インプラント	<input type="checkbox"/> (29) その他 ()	

*本調査での「特殊・専門外来」とは、特定の医師が専門とする領域の患者を集中して診察を行う外来のことで、貴院において診療科をより細分化して一般向けに表示したもの。(上記(1)~(28)以外にも各病院独自に設置されている場合は、「(29)その他」の欄に記入してください。)

<医療従事者について>

(保健医療計画改定にあたり、調査を必要とする医療従事者についてお伺いします。)

Q3 貴院に下の学会認定専門医が従事されている場合、該当するもの全てにチェックを入れ、その常勤医の人数を記入してください。*常勤医で複数資格を有する場合は重複計上してください。

① 広告可能な専門医 (常勤のみ計上)

資格名	常勤人数
(1) 整形外科専門医 (日本整形外科学会)	人
(3) 麻酔科専門医 (日本麻酔科学会)	人
(5) 眼科専門医 (日本眼科学会)	人
(7) 耳鼻咽喉科専門医 (日本耳鼻咽喉科学会)	人
(9) 形成外科専門医 (日本形成外科学会)	人
(11) 内科専門医 (日本内科学会)	人
(13) 糖尿病専門医 (日本糖尿病学会)	人
(15) 感染症専門医 (日本感染症学会)	人
(17) 血液専門医 (日本血液学会)	人
(19) 呼吸器専門医 (日本呼吸器学会)	人
(21) 腎臓専門医 (日本腎臓学会)	人
(23) 口腔外科専門医 (日本口腔外科学会)	人
(25) 消化器外科専門医 (日本消化器外科学会)	人
(27) 細胞診専門医 (日本臨床細胞学会)	人
(29) 脳神経外科専門医 (日本脳神経外科学会)	人
(31) 老年病専門医 (日本老年医学会)	人
(33) 心臓血管外科専門医 (日本血管外科学会)	人
(35) 呼吸器外科専門医 (日本胸部外科学会)	人
(37) 消化器内視鏡専門医 (日本消化器内視鏡学会)	人
(39) 神経内科専門医 (日本神経学会)	人
(41) 歯周病専門医 (日本歯周病学会)	人
(43) 臨床遺伝専門医 (日本人類遺伝学会)	人
(45) レーザー専門医 (日本レーザー医学会)	人
(47) 歯科麻酔専門医 (日本歯科麻酔学会)	人
(49) アレルギー専門医 (日本アレルギー学会)	人
(51) 気管食道科専門医 (日本気管食道科学会)	人

資格名	常勤人数
(2) 皮膚科専門医 (日本皮膚科学会)	人
(4) 放射線科専門医 (日本医学放射線学会)	人
(6) 産婦人科専門医 (日本産科婦人科学会)	人
(8) 泌尿器科専門医 (日本泌尿器科学会)	人
(10) 病理専門医 (日本病理学会)	人
(12) 外科専門医 (日本外科学会)	人
(14) 肝臓専門医 (日本肝臓学会)	人
(16) 救急科専門医 (日本救急医学会)	人
(18) 循環器専門医 (日本循環器学会)	人
(20) 消化器病専門医 (日本消化器病学会)	人
(22) 小児科専門医 (日本小児科学会)	人
(24) 内分泌代謝科専門医 (日本内分泌学会)	人
(26) 超音波専門医 (日本超音波医学会)	人
(28) 透析専門医 (日本透析医学会)	人
(30) リハビリテーション科専門医 (日本リハビリテーション医学会)	人
(32) 心臓血管外科専門医 (日本胸部外科学会)	人
(34) 心臓血管外科専門医 (日本心臓血管外科学会)	人
(36) 呼吸器外科専門医 (日本呼吸器外科学会)	人
(38) 小児外科専門医 (日本小児外科学会)	人
(40) リウマチ専門医 (日本リウマチ学会)	人
(42) 乳腺専門医 (日本乳癌学会)	人
(44) 漢方専門医 (日本東洋医学会)	人
(46) 気管支鏡専門医 (日本呼吸器内視鏡学会)	人
(48) 小児歯科専門医 (日本小児歯科学会)	人
(50) 核医学専門医 (日本核医学会)	人

② ①以外の専門医（常勤のみ計上）

資格名	常勤人数
(1) 日本臨床腫瘍学会専門医	人
(3) 日本婦人科腫瘍学会 暫定指導医	人
(5) 日本放射線腫瘍学会認定医	人
(7) 日本脳神経血管内治療学会 指導医	人
(9) 日本心血管介入治療学会 指導医	人
(11) 日本心血管インターベンション学会 指導医	人

資格名	常勤人数
(2) 日本臨床腫瘍学会暫定 指導医	人
(4) 日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医	人
(6) 日本脳卒中学会専門医	人
(8) 日本脳神経血管内治療学会 専門医	
(10) 日本心血管介入治療学会 認定医	
(12) 日本心血管インターベンション学会 認定医	人

Q4 下のコ・メディカルを配置されている場合、該当するもの全てにチェックを入れ、その常勤職員の人数を記入してください。

(1) 専門薬剤師（常勤のみ計上）

資格名	常勤人数
1) 日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師	人
3) 日本病院薬剤師会 感染制御専門薬剤師	人
5) 日本静脈経腸栄養学会 NST専門薬剤師	人
7) 日本医療薬学会 認定薬剤師	人

資格名	常勤人数
2) 日本病院薬剤師会 がん専門薬剤師	人
4) 日本臨床薬理学会 認定薬剤師	人
6) 日本臨床薬理学会 認定薬剤師	人

(2) 日本看護協会専門看護師・認定看護師（常勤のみ計上）

資格名	常勤人数
1) がん看護専門看護師	人
3) 急性・重症患者看護専門看護師	人
5) 精神看護専門看護師	人
7) 母性看護専門看護師	人
9) 老人看護専門看護師	人

資格名	常勤人数
2) 感染症看護専門看護師	人
4) 小児看護専門看護師	人
6) 地域看護専門看護師	人
8) 慢性疾患看護専門看護師	人

10) がん化学療法看護認定看護師	人
12) 感染管理認定看護師	人
14) 救急看護認定看護師	人
16) 手術看護認定看護師	人
18) 新生児集中ケア認定看護師	人
20) 透析看護認定看護師	人
22) 乳がん看護認定看護師	人
24) 皮膚・排泄ケア認定看護師	人
26) 訪問看護認定看護師	人

11) がん性疼痛看護認定看護師	人
13) 緩和ケア認定看護師	人
15) 集中ケア認定看護師	人
17) 小児救急看護認定看護師	人
19) 摂食・嚥下障害看護認定看護師	人
21) 糖尿病看護認定看護師	人
23) 認知症看護認定看護師	人
25) 不妊症看護認定看護師	人

<病床・設備・検査等について>

Q5. 貴院が持つ病床について全てにチェックを入れ、病床数を記入してください。

	(1) 一般病床	床		(2) 療養病床	床
	(3) 精神病床	床		(4) 結核病床	床
	(5) 感染症病床	床			

Q6 次にあげる病棟について、貴院が整備しているもの全てにチェックを入れ、その病床数を記入してください。

(1) 緩和ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟

	1) 緩和ケア病棟	床
	(内訳) 診療報酬上の施設基準内 診療報酬上の施設基準外	(内訳) 床 床
	2) 回復期リハビリテーション病棟	床

(2) 医療設備

	1) 集中治療管理室 (ICU)	床
	2) 脳卒中ケアユニット (SCU)	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	3) 冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	4) 広範囲熱傷特定集中治療室	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	5) 無菌治療室	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	6) 放射線治療病室	床 内、専用 () 床、ICUと共用 () 床
	7) 陰圧病床	床 内、結核 () 床、その他 () 床

* 診療報酬上の施設基準に合致するもの (ただし、本調査では実際に届出を行っているかどうかは問いません)

【参考】

※ ICU (Intensive Care Unit) とは…治療効果の期待できる重篤な患者を収容し、強力かつ集中的に24時間治療を行う監視救命設備の整った集中治療管理室をいう。本調査では、保険上の加算承認の有無は問わないが、承認基準に適合していること

ICUの承認基準 ①専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること

②看護師が常時、患者2人に対し1人の割合で特定集中治療室内に勤務していること

③特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床あたり15㎡以上であること

④当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること

ア 救急蘇生装置 (気管内挿管セット、人工呼吸装置等)、イ 除細動器、ウ ペースメーカー

エ 心電計、オ ポータブルエックス線撮影装置、カ 呼吸循環監視装置

⑤自家発電装置を有しており、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること

⑥原則として当該治療室内はバイオクリーンルームであること

⑦当該治療室勤務の医師及び看護師は、治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする

※ CCU (Coronary Care Unit) とは…冠動脈疾患の急性期 (不安定狭心症、急性心筋梗塞等) 患者を主として収容する ICU (集中治療管理室)

※ SCU (Stroke Care Unit) とは…急性期脳卒中患者を主として収容する ICU (集中治療管理室) をいう。SCUの承認要件の他、「血尿、尿量、瞳孔反応などのバイタルチェックに加えて、反射や脳幹反応などの神経学的管理ができる専門看護師が配置されていること」が要件としてあげられる。

Q7 貴院が併設する施設について、該当するもの全てにチェックを入れてください。

(1) 訪問看護ステーション	(2) 訪問介護事業所
(3) 通所介護事業所	(4) 居宅介護支援事業所
(5) 検診センター	(6) 健康増進センター
(7) 介護老人保健施設	(8) その他 ()

Q8 貴院における下の検査の対応状況について、それぞれ該当するものを対応欄に記入してください。

検査内容	対応欄 ※	※それぞれの検査について、下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください
1) 上部消化管内視鏡検査		①24時間可(当直) ②24時間可(オンコール) ③診療時間内のみ可 ④不可
2) 気管支内視鏡検査		
3) 大腸内視鏡検査		
4) 超音波検査		
①腹部		
②心臓・大血管		
③頸部		
④頭部(TCD)		
⑤その他〔部位名: 〕		
5) 血管連続撮影(デジタル対応可能機種)		
①腹部		
②心臓・大血管		
③脳血管		
6) 血管連続撮影(シネフィルム対応可能機種)		
①心臓・大血管		
②脳血管		
7) X線透視検査		
8) 全身用X線CT		
9) ヘリカルCT		
10) MRI		
①DWI(拡散強調画像)		
②PWI(灌流画像)		
11) MRA		
12) SPECT		
13) PET(ポジトロン断層撮影)		
14) 核医学検査(SPECT、PET以外)		
15) マンモグラフィ		

<医薬分業について>

(貴院における医薬分業の状況についてお伺いします。)

Q9 院外処方せんの発行について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 原則として全部発行している
<input type="checkbox"/>	(2) 一部発行している
<input type="checkbox"/>	(3) 発行していないが、今後予定している
<input type="checkbox"/>	(4) 発行していないし、予定もない

<リハビリテーション体制について>

Q10 次にあげるもので、社会保険事務局の承認を受けているもの全てにチェックを入れてください。

(脳血管疾患・心疾患の承認については、疾病・事業別項目票の P16、20 でお聞きします。)

区 分
<input type="checkbox"/> (1) 運動器リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/> (2) 運動器リハビリテーション料 (II)
<input type="checkbox"/> (3) 呼吸器リハビリテーション料 (I)
<input type="checkbox"/> (4) 呼吸器リハビリテーション料 (II)
<input type="checkbox"/> (5) 難病リハビリテーション料
<input type="checkbox"/> (6) 障害児 (者) リハビリテーション料

Q11 運動器・呼吸器のリハビリテーションを担当するスタッフの体制についてお答えください。

(脳血管疾患・心疾患のリハビリスタッフについては、疾病・事業別項目票の P16、21 でお聞きします。スタッフについて重複する場合はそれぞれに計上してください。)

理学療法士				作業療法士				言語聴覚士				その他 ()			
専従		兼務※		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。
 $(\text{非常勤の1週間の勤務時間}) \div (\text{常勤の1週間の勤務時間}) = \text{常勤換算人数}$
 例：(4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

※「兼務」欄には、他の施設(介護老人保健施設等)と兼務している職員の人数を記載してください。

2. 地域における医療連携について

Q1 病診連携、病病連携に対応の窓口となる「地域医療連携室」を院内に設置していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 地域医療連携室として設置している。
<input type="checkbox"/>	(2) 地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関の紹介等を行う組織がある。
<input type="checkbox"/>	(3) 設置していない → 「Q3」へお進みください

Q2 Q1で(1)もしくは(2)と回答された場合、職員体制について該当するものにチェックを入れて人数を記入してください。

<input type="checkbox"/>	(1) 専任職員を配置している。	人
	[内訳] ※ 医師(人) ・ 看護師(人(内、退院調整看護師*(人)) 医療ソーシャルワーカー(人) ・ その他()(人)	
<input type="checkbox"/>	(2) 兼任職員を配置している。	人
	[内訳] ※ 医師(人) ・ 看護師(人) 医療ソーシャルワーカー(人) ・ その他()(人)	

*「退院調整看護師」とは、患者の退院調整を専門的に行う看護師をいいます。

※職員の配置人数は、常勤、非常勤（常勤換算※した人数）を合わせた人数を記入してください。

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。
 $(\text{非常勤の1週間の勤務時間}) \div (\text{常勤の1週間の勤務時間}) = \text{常勤換算人数}$
 例：(4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

Q3 貴院では地元開業医等の利用に供するための共同利用機器を設けていますか。該当する機器について全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) MRI	<input type="checkbox"/>	(2) CT	<input type="checkbox"/>	(3) RI診断装置
<input type="checkbox"/>	(4) その他()	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	(5) 設けていない

Q4 貴院では施設・設備等を開放(*)していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。(※開放とは、連携医療機関の医師等が、利用・参加できる状態を言います。)

<input type="checkbox"/>	(1) 検査設備	<input type="checkbox"/>	(2) 外来診療設備	<input type="checkbox"/>	(3) 入院診療設備
<input type="checkbox"/>	(4) 手術設備	<input type="checkbox"/>	(5) その他()	<input type="checkbox"/>	

Q5 地域医療支援病院の指定を受けていますか。

<input type="checkbox"/>	①はい → 「Q8」へお進みください	<input type="checkbox"/>	②いいえ
--------------------------	--------------------	--------------------------	------

Q6 貴院では今後この指定を受ける計画はありますか。

<input type="checkbox"/>	①はい (平成 年頃予定)	<input type="checkbox"/>	②いいえ
--------------------------	----------------------	--------------------------	------

Q7 地域医療支援病院の要件のうち、現在、貴院が満たしているもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 200床以上の病床を有する
<input type="checkbox"/>	(2) 他の医療機関からの患者の紹介率が80%以上ある。もしくは現在60%以上の紹介率があり、2年以内に80%以上の紹介率が達成される
<input type="checkbox"/>	(3) 他の医療機関からの患者の紹介率が60%以上あり、かつ、他の医療機関への逆紹介率が30%以上ある
<input type="checkbox"/>	(4) 他の医療機関からの患者の紹介率が40%以上あり、かつ、他の医療機関への逆紹介率が60%以上ある
<input type="checkbox"/>	(5) 病床、高額医療機器等の共同利用を実施する
<input type="checkbox"/>	(6) 救急医療の提供
<input type="checkbox"/>	(7) 地域の医療従事者のための研修を実施する
<input type="checkbox"/>	(8) 集中治療室、病理等の検査室などの設備を有する

Q8 貴院においては、どのような病病連携、病診連携を実施していますか。該当するもの全てにチェックを入れてください。

(1) 病院との連携（貴院が紹介される側の場合、実施する連携内容）

<input type="checkbox"/>	1) 検査	<input type="checkbox"/>	2) 手術	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療		<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療	
<input type="checkbox"/>	6) その他 ()		<input type="checkbox"/>	7) 実施していない	

(2) 病院との連携（貴院が紹介する側の場合、依頼する連携内容）

<input type="checkbox"/>	1) 検査	<input type="checkbox"/>	2) 手術	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療		<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療	
<input type="checkbox"/>	6) その他 ()		<input type="checkbox"/>	7) 実施していない	

(3) 診療所との連携

<input type="checkbox"/>	1) 検査引き受け	<input type="checkbox"/>	2) 手術引き受け	<input type="checkbox"/>	3) 専門診療引き受け
<input type="checkbox"/>	4) 手術・専門診療後等の外来治療 依頼（逆紹介）		<input type="checkbox"/>	5) 手術・専門診療後等の在宅医療依頼 （逆紹介）	
<input type="checkbox"/>	6) その他 ()		<input type="checkbox"/>	7) 実施していない	

Q9 貴院においては、病診連携について医師会と協定書を締結していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 締結している	<input type="checkbox"/>	(2) 締結していない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------

Q10 貴院においては、退院後も医療・介護の対応が必要な患者に関し、退院時カンファレンスを実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 原則として全て実施している	<input type="checkbox"/>	(2) 一部実施している
<input type="checkbox"/>	(3) 実施していない		

3 患者に対する情報提供について

Q1 ホームページの開設状況について

<input type="checkbox"/>	(1) 開設している (ホームページアドレス:) → ホームページの掲載内容について、該当するもの全てにチェックを入れてください			
	<input type="checkbox"/>	1) 治療成績	<input type="checkbox"/>	2) 診療実績
	<input type="checkbox"/>	3) 医療機器、専門医等医療機能	<input type="checkbox"/>	4) 医療事故や院内感染の事例
	5) 病病連携、病診連携に関すること（連携病院、診療所の紹介等）			
	6) その他			
	<input type="checkbox"/>	(2) 開設していない		

Q2 インフォームド・コンセントに関して文書化した規定もしくは、マニュアルはありますか。

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

Q3 インフォームド・コンセントの実施について、該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 病気・治療について、必要に応じ書類を利用した詳しい説明（原則、「病名・病状」「治療方法」「治療期間」「薬の効能・副作用」「今後の見通し」を含めた説明）を行っている
<input type="checkbox"/>	(2) 病気・治療について、簡単な説明を行っている
<input type="checkbox"/>	(3) 病気・治療についての説明はほとんど行っていない

Q4 セカンド・オピニオンのための診療情報提供を行っていますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 行っている	<input type="checkbox"/>	(2) 行っていない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q5 セカンド・オピニオンの診察依頼があった場合、受け入れていますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 行っている	<input type="checkbox"/>	(2) 行っていない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

Q6 電子カルテシステムを導入していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入していない → 「Q8」へお進みください
--------------------------	------------	--------------------------	----------------------------

Q7 電子カルテについて、他の医療機関と共有していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 共有している	<input type="checkbox"/>	(2) 共有していない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------

Q8 電子レセプトを導入していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 導入している	<input type="checkbox"/>	(2) 導入していない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------

Q9 院内クリティカルパスを導入していますか。該当欄全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 医療者用クリティカルパスを導入している → クリティカルパスの数（種類）はいくつありますか。			
	<input type="checkbox"/>	1) 1～10 種類	<input type="checkbox"/>	2) 11～50 種類
	<input type="checkbox"/>	3) 51～100 種類	<input type="checkbox"/>	4) 101 種類以上
	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	(2) 患者用クリティカルパスを導入している → クリティカルパスの数（種類）はいくつありますか。			
	<input type="checkbox"/>	1) 1～10 種類	<input type="checkbox"/>	2) 11～50 種類
	<input type="checkbox"/>	3) 51～100 種類	<input type="checkbox"/>	4) 101 種類以上
	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> (3) 導入していない				

*クリティカルパスの数（種類）は、同じ疾病についても複数ある場合は、全て数えてください。

医療施設実態調査 (B 疾病・事業別項目票)

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4. 4疾病5事業の診療機能について

4-1 がん (*がんの診療を実施している病院にお伺いします。)

Q1 貴院のがんに関する専門スタッフの常勤人数を記入してください。
(専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目票 (P2~3) でお聞きしますので、その他の専門スタッフについて記入してください。)

専門スタッフ種類	常勤人数
(1) 日本臨床細胞学会 細胞検査士	人
(2) 医療心理技術者 ((2) 内訳)	人
	人
	人

<その他の専門スタッフ>

名 称	常勤人数
	人
	人

Q2 貴院において、緩和ケアチームによる診療機能を有していますか。該当するものにチェックを入れてください。

(1) 緩和ケアチームを有している	→ 1) 該当するものにチェックを入れてください				
	<input type="checkbox"/>	① 報酬上 (緩和ケア診療加算) 施設基準内			
	<input type="checkbox"/>	② 報酬上 (緩和ケア診療加算) 施設基準外			
	→ 2) 参加する職種にチェックを入れてください				
	<input type="checkbox"/>	① 医師	<input type="checkbox"/>	② 薬剤師	<input type="checkbox"/>
	④ 栄養士	<input type="checkbox"/>	⑤ PT・OT	<input type="checkbox"/>	⑥ 心理職
	⑦ その他 (_____)				
(2) 緩和ケアチームを有していない					

Q3 貴院において、放射線治療室がありますか。

<input type="checkbox"/> (1) ある	<input type="checkbox"/> (2) ない
---------------------------------	---------------------------------

Q4 貴院において、院内がん登録を実施していますか、

<input type="checkbox"/>	(1) 実施している
<input type="checkbox"/>	(2) 実施予定である (平成 _____ 年 _____ 月開始予定)
<input type="checkbox"/>	(3) 実施していないし、予定もない

* 院内がん登録システムとは…病院全体のがん患者について、部位・治療を問わず、全患者の基本的な情報を登録し、がん医療の実状を把握することを目的としたシステム

Q5 貴院において禁煙外来を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 実施している
<input type="checkbox"/>	(2) 実施予定である (平成 _____ 年 _____ 月開始予定)
<input type="checkbox"/>	(3) 実施していないし、予定もない

Q6 下記の患者数についてお答えください。

(1) 一般病床における1ヵ月新規入院患者数(平成19年6月)

人

うちがん患者数

人

(2) 1日外来患者数(平成19年9月3～7日の任意の1日)

人

うちがん患者数

人

Q7 下記のがん診療について、(1)～(6)は1年間(平成18年1月～12月)の件数、(7)～(10)は1ヶ月間(平成19年6月)の実人数についてお答えください。

種 類	件 数	期 間 (設問で規定した期間以外 の場合記入してください。)
(1) 全身麻酔(静脈麻酔は除く)	件	年間()
(2) 悪性腫瘍手術総数 (下の1)～5)は内数)	件	年間()
1) 胃・大腸悪性腫瘍手術	件	年間()
2) 肺悪性腫瘍手術	件	年間()
3) 乳房悪性腫瘍手術	件	年間()
4) 子宮悪性腫瘍手術	件	年間()
5) 肝臓・胆嚢・膵臓悪性腫瘍手術	件	年間()
(3) 腹腔鏡下手術	件	年間()
(4) 胸腔鏡下手術	件	年間()
(5) 内視鏡下消化管手術	件	年間()
(6) 経皮的動脈塞栓術	件	年間()
(7) 放射線治療(体外照射法)	人(実人数)	月間()
(8) ガンマナイフ・定位多軌道照射	人(実人数)	月間()
(9) 放射線治療(密封小線源治療)	人(実人数)	月間()
(10) 化学療法(抗がん剤治療)総数 (下の1)～5)は内数)	人(実人数)	月間()
1) 胃	人(実人数)	月間()
2) 大腸	人(実人数)	月間()
3) 肺	人(実人数)	月間()
4) 乳房	人(実人数)	月間()
5) 子宮	人(実人数)	月間()
6) 肝臓・胆嚢・膵臓	人(実人数)	月間()

Q8 貴院の放射線治療装置の台数をお答えください。

放射線治療装置 (下の(1)～(4)は内数)	台
(1) リニアック	台
(2) ガンマナイフ	台
(3) 小線源治療装置	台
(4) その他()	台

Q9 貴院のがんに関する専門分野の対応状況についてお答えください。

(※注)「対応状況」欄は下記により記載してください。

◎:院内専門医等による対応

○:院内で対応が可能

△:院外との連携での対応

【診療機能—専門分野（部位別）】

(1) 我が国に多いがん

対象疾患	診療内容	対応状況※
1) 肺がん・縦隔腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
2) 胃がん・胃腫瘍	手術	
	内視鏡的粘膜切除術(EMR)	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
3) 大腸がん・大腸腫瘍	手術	
	内視鏡的粘膜切除術(EMR)	
	化学療法	
	セカンドオピニオンへの対応	
4) 肝がん・肝腫瘍	手術	
	化学療法	
	穿刺療法(PEI/RFA)	
	肝動脈塞栓術(TAE)	
	セカンドオピニオンへの対応	
5) 乳がん・乳腺腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
6) 食道がん	手術	
	内視鏡的粘膜切除術(EMR)	
	化学療法	
	放射線化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

(2) 主ながん

対象疾患	診療内容	対応状況※
1) 膵がん・膵腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
2) 前立腺がん	手術	
	化学療法(ホルモン療法)	
	放射線療法(組織内照射)	
	放射線療法(外照射)	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
3) 膀胱がん	手術(膀胱全摘)	
	経尿道的膀胱腫瘍切除(TUR)	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
4) 腎がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
5) 子宮がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
6) 小児腫瘍	化学療法	
	手術	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
7) 頭頸部腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

(※注)「対応状況」欄は下記により記載してください。

◎:院内専門医等による対応

○:院内で対応が可能

△:院外との連携での対応

【診療機能—専門分野（部位別）】

(3) その他のがん

対象疾患	診療内容	対応状況※
1) 血液腫瘍 (白血病、 リンパ腫など)	化学療法	
	移植	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
	無菌室の設置の有無(病床数)	
2) 脳腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
3) 骨軟部腫瘍	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
4) 皮膚腫瘍	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
5) 胆嚢がん・胆管がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
6) 尿路がん	手術	
	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
7) 精巣がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

対象疾患	診療内容	対応状況※
8) 卵巣がん	手術	
	化学療法	
	放射線療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
9) 原発不明がん	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
10) 性腺外胚細胞腫瘍	化学療法	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	
11) 眼腫瘍	手術	
	眼動注	
	集学的治療	
	セカンドオピニオンへの対応	

Q10 貴院において、がんに関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

	(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 箇所 医療機関名 _____
	(2) 作成中または作成予定である (平成 年 月使用開始予定)
	(3) 使用していないし、予定もない

Q11 地域医療連携室(※)を通じた、がん患者の他の医療機関への紹介状況(平成19年6月)について、お答えください。

(紹介件数の多い主な5機関)

医療機関名	所在地(市町区名)	主な紹介理由 (下のア～エを選択し記載)

＜主な紹介理由＞

- ア 紹介元に戻すため
- イ 専門性の高い積極的治療を行っている医療機関に紹介するため
- ウ 専門性の高いターミナルケアを行っている医療機関に紹介するため
- エ その他(自由記載)

※地域医療連携室のない医療機関においては、がん患者の紹介状況を把握している(できる)場合はご回答願います。

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-2 脳卒中（*脳卒中の診療（リハビリテーションを含む）を実施している病院にお伺いします。）

Q1 下の医師・コメディカルについてお答えください。
（専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目表票（P2～3）でお聞きします。）

(1) 所属する診療科別医師数

	常勤医師	(内、下記専門医数)	非常勤医師（常勤換算）
1) 神経内科	人	脳神経外科専門医（ 人） 脳卒中学会専門医（ 人）	人
2) 脳神経外科	人	脳血管内治療学会専門医（ 人） 神経内科専門医（ 人）	人
3) リハビリテーション科	人		人

(2) 臨床診療録管理を専門的に行う人員の配置（人）

1) 診療録管理士・診療情報管理士		2) その他（資格等： _____）	
常勤	非常勤（常勤換算）	常勤	非常勤（常勤換算）
人	人	人	人

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。以下同様
 （非常勤の1週間の勤務時間）÷（常勤の1週間の勤務時間）＝常勤換算人数
 例：（4時間）÷（40時間）＝0.1人

Q2 脳卒中患者に対する専門的治療法について、それぞれ貴院の対応状況で該当するものを選んで対応欄に記入してください。

治療法	対応欄 ※	※それぞれの検査について、下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください
(1) 血栓溶解療法（t-PA）		①24時間可（当直） ②24時間可（オンコール） ③診療時間内のみ可 ④不可
(2) 抗血小板療法（オザグレル）		
(3) 抗凝固療法（ワリンまたはアサトロン）		
(4) 脳保護療法（エタボロン）		
(5) 頸動脈内膜剥離術		
(6) スtentによる血管形成術		
(7) 動脈瘤クリッピング		
(8) コイル塞栓術		
(9) 低体温療法		

Q3 （Q2(1)でt-PAについて実施しているとチェックされた病院のみお答えください。）
t-PAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準（日本脳卒中学会によるもの）を満たしていますか。

<input type="checkbox"/> (1) 満たしている	<input type="checkbox"/> (2) 満たしていない
-------------------------------------	--------------------------------------

Q4 脳卒中患者の救急入院患者数は月間何人ですか。（平成19年6月）

人

Q5 脳卒中の外科的治療を実施していますか。該当するものを（実施している場合、来院後2時間以内の治療開始の可否についても該当するものを）○で囲んでください。

	実施	来院後2時間以内の治療の可否
外科的治療	あり・なし	24時間可・診療時間内のみ可・不可

Q6 脳卒中患者に対し、急性期・回復期・維持期のリハビリテーションについて、実施しているもの全てにチェックを入れ、実施している場合訓練室の有無（ある場合は面積）についてお答えください。

	区 分	訓練室の有無
	(1) 急性期リハビリテーション	あり (m ²) ・なし
	(2) 回復期リハビリテーション	
	(3) 維持期リハビリテーション	

Q7 脳卒中患者のリハビリテーションを担当するスタッフの体制についてお答えください。
(単位：人)

理学療法士				作業療法士				言語聴覚士				その他 ()			
専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

※「兼務」欄には、他の施設（介護老人保健施設等）と兼務している職員の人数を記載してください。

Q8 次にあげるもので、社会保険事務局の承認を受けているもの全てにチェックを入れてください。

	区 分
	(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
	(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)

Q9 貴院において、脳卒中に関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 箇所 医療機関名 _____
(2) 作成中または作成予定である (平成 年 月使用開始予定)
(3) 使用していないし、予定もない

Q10 脳卒中の診療についてQ9の地域連携クリティカルパス以外で、他の医療機関と連携のために診療情報もしくは治療計画を共有していますか。

(1) 診療情報と治療計画を共有している	(2) 診療情報を共有している
(3) 治療計画を共有している	(4) 共有していない

Q11 リハビリテーションを行う医療機関等への脳卒中患者の紹介状況についてお答えください。

(1) 貴院の脳卒中患者を、回復期・維持期リハビリテーションを行う医療機関へ紹介されていますか。該当するものにチェックを入れ、紹介している場合、脳卒中の退院患者数、紹介患者数、紹介割合をお答えください。(調査対象期間：平成19年6月)

(※②紹介患者数について、全数が把握できない場合は、地域医療連携室を通じた数、設定期間以外で把握できる期間の数(1ヵ月単位)等把握できる範囲でご回答願います。)

1) 回復期リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している			
①脳卒中総退院患者数 (人) a		人	→左記の数について該当するものに〇を入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通じた数 認定期間以外の数(期間：) その他()
②紹介患者数 (人) b	病院へ	人	
	診療所へ	人	
③紹介割合 (%) $b/a \times 100$		%	
2) 維持期リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している			
①脳卒中総退院患者数 (人) a		人	→左記の数について該当するものに〇を入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通じた数 認定期間以外の数(期間：) その他()
②紹介患者数 (人) c	病院へ	人	
	診療所へ	人	
	その他へ	人	
③紹介割合 (%) $c/a \times 100$		%	(注)①と②の対象期間が異なる場合は記入不要
3) 回復期・維持期のリハビリテーションを行う医療機関へ患者の紹介はしていない			

(2) 紹介先の主な医療機関等をそれぞれ5つお答えください。(〇〇市〇〇町まで記入)

	連携医療機関名	所在地(市町区名)
回復期のリハビリテーションを行う医療機関に紹介する場合		

	連携医療機関・施設名	左記機関の有する機能 (いずれかを〇で囲んでください)	所在地(市町区名)
維持期のリハビリテーションを行う医療機関・施設に紹介する場合		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	
		①通所リハ ・ ②訪問リハ ③通所介護 ・ ④訪問看護 ⑤把握していない	

(3) 貴院の脳卒中患者について、維持期のリハビリテーションを行う医療機関・施設に紹介する場合、困ることがありますか。

	1) 困ることがある	
	→ 具体的に困る内容について、該当するもの <u>全てにチェック</u> を入れてください	
		①維持期のリハビリテーションを行う入院医療機関（病院、有床診療所）の情報がない
		②維持期のリハビリテーションを行う診療所の情報がない
		③維持期のリハビリテーションを行う施設（介護老人保健施設等）の情報がない
		④自院の紹介体制（地域医療連携室など）が整っていない
	⑤その他 (具体的に：)	
	2) 困ることはない	

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-3 急性心筋梗塞（*心疾患の診療（リハビリテーションを含む）を実施している病院にお伺いします。）

Q1 次の医師・コメディカルについてお答えください。

（専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目票（P2～3）でお聞きします。）

(1) 所属する診療科別医師数 (人)

診療科	常勤医師	非常勤医師（常勤換算）
1) 循環器科	人	人
2) 心臓血管外科	人	人
3) リハビリテーション科	人	人

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。以下同様
 （非常勤の1週間の勤務時間）÷（常勤の1週間の勤務時間）＝常勤換算人数
 例：（4時間）÷（40時間）＝0.1人

(2) 貴院の心臓リハビリテーション指導士※についてお答えください。

	(1) いる (→ 職種別に下の表に人数を記入してください。)								
	職種	医師	看護師	理学療法士	臨床検査技師	管理栄養士	臨床工学士	臨床心理士	健康運動指導士
	常勤								
	非常勤								
	(2) いない								

※心臓リハビリテーション指導士とは、包括的心臓リハビリテーション実施に必要な知識と技術を有するものとして日本心臓リハビリテーション学会で認定された者

(3) 臨床診療録管理を専門的に行う人員の配置 (人)

1) 診療録管理士・診療情報管理士		2) その他（資格等： _____）	
常勤	非常勤（常勤換算）	常勤	非常勤（常勤換算）
人	人	人	人

Q2 急性心筋梗塞患者に対する専門的検査及び処置について、それぞれ貴院の対応で該当するものを選んで対応欄に記入してください。

検査・治療法	対応欄※
(1) 心電図検査	※それぞれの検査について、下の①～④のいずれかを「対応欄」に記入してください ①24時間可（当直） ②24時間可（オンコール） ③診療時間内のみ可 ④不可
(2) 血液生化学検査	
(3) CT検査	
(4) 冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）	
(5) 大動脈内バルーンポンプ（IABP）	
(6) 経皮的な心肺補助装置（PCPS）	
(7) 緊急ペーシング	
(8) ペースメーカー不全への対応	
(9) その他（ _____ ）	

Q3 心臓カテーテル検査について、来院後30分以内に実施できますか。

<input type="checkbox"/> (1) 実施できる	<input type="checkbox"/> (2) 実施できない
------------------------------------	-------------------------------------

Q4 冠動脈バイパス術の実施状況について、実施しているもの全てにチェックを入れ、実施している場合は年間件数（平成18年1月1日～平成18年12月31日）をお答えください。

	区 分	年間件数
	(1) ポンプ症例	件
	(2) 非ポンプ症例	件
	(3) 実施していない	

Q5 インターベンションの実施状況について、実施しているもの全てにチェックを入れ、実施している場合は年間件数（平成18年1月1日～平成18年12月31日）をお答えください。

	区 分	年間件数
	(1) 経皮的血栓溶解療法	件
	(2) 経皮的冠動脈形成術	件
	(3) 経皮的冠動脈ステント留置術	件
	(4) 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル	件
	(5) 実施していない	

Q6 急性心筋梗塞患者の救急入院患者数は月間何人ですか。（平成19年6月）

	人
--	---

Q7 急性心筋梗塞の患者が貴院で対応できない場合の主な紹介先（〇〇市〇〇町まで記入）をお答えください。

連携医療機関名	所在地（市町区名）	紹介先までの搬送時間*

*「紹介先までの搬送時間」は、おおよその時間を可能な範囲で記入してください。

Q8 急性心筋梗塞の患者が抑うつ状態となった場合、精神科医が対応したり、医師・看護師等が声掛けを行うなど、何らかの対応をしていますか。

<input type="checkbox"/> (1) 対応している	<input type="checkbox"/> (2) 対応していない
-------------------------------------	--------------------------------------

Q9 運動耐用能を評価したうえでの心臓リハビリテーション（運動療法、食事療法等）を実施していますか。実施されている場合、訓練室の有無（ある場合は面積）についてお答えください。

	区 分	訓練室の有無
	(1) 実施している	あり（ m ² ）・なし
	(2) 実施していない	

Q10 次にあげるもので、社会保険事務局の承認を受けているもの全てにチェックを入れてください。

	区 分
	(1) 心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）
	(2) 心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）

Q11 心疾患患者のリハビリテーションを担当するスタッフの体制についてお答えください。

理学療法士(人)				作業療法士(人)				言語聴覚士(人)				その他() (人)			
専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

※「兼務」欄には、他の施設（介護老人保健施設等）と兼務している職員の人数を記載してください。

Q12 貴院において、急性心筋梗塞に関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 _____ 箇所 医療機関名 _____
(2) 作成中または作成予定である (平成 ____ 年 ____ 月使用開始予定)
(3) 使用していないし、予定もない

Q13 急性心筋梗塞の診療についてQ12の地域連携クリティカルパス以外で、他の医療機関と連携のために診療情報もしくは治療計画を共有していますか。

(1) 診療情報と治療計画を共有している	(2) 診療情報を共有している
(3) 治療計画を共有している	(4) 共有していない

Q14 リハビリテーションを行う病院等への急性心筋梗塞患者の紹介状況についてお答えください。

(1) 貴院の急性心筋梗塞患者を、リハビリテーションを行う医療機関へ紹介されていますか。該当するものにチェックを入れ、紹介している場合、急性心筋梗塞の退院患者数、紹介患者数、紹介割合をお答えください。(調査対象期間：平成19年6月)

(※紹介患者数については、全数が把握できない場合は、地域医療連携室を通じた数、設定期間以外で把握できる期間の数(1ヵ月単位)等把握できる範囲でご回答願います。)

1) リハビリテーションを行う医療機関へ患者を紹介している		
①急性心筋梗塞総退院患者数(人) a	人	→左記の数について該当するものに○を入れてください 全数(設問どおり)・地域医療連携室を通じた数 認定期間以外の数(期間: _____) その他(_____) (注)①と②の対象期間が異なる場合は記入不要
②紹介患者数(人) b	人	
③紹介割合(%) $b/a \times 100$	%	
2) リハビリテーションを行う医療機関へ患者の紹介はしていない		

(2) 紹介先の主な医療機関を5つお答えください。(〇〇市〇〇町まで記入)

連携医療機関名	所在地(市町区名)

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-4 糖尿病 (*糖尿病の診療を実施している病院にお伺いします。)

Q1 次の診療科のうち、貴院に常勤医師が従事されているもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 循環器科	<input type="checkbox"/>	(2) 神経内科
<input type="checkbox"/>	(3) 糖尿・代謝科	<input type="checkbox"/>	(4) 心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	(5) 脳神経外科	<input type="checkbox"/>	(6) 眼科
<input type="checkbox"/>	(7) 皮膚科	<input type="checkbox"/>	(8) 形成外科
<input type="checkbox"/>	(9) 整形外科		

Q2 糖尿病療養指導士についてお答えください。

(専門医・専門薬剤師・専門看護師は共通項目票(P2~3)でお聞きします。)

<input type="checkbox"/>	(1) いる	常勤職員	人	(職種別内訳)	
		非常勤職員(常勤換算)※	人	看護師()	人
				栄養士()	人
				薬剤師()	人
				その他()	人
<input type="checkbox"/>	(2) いない				

非常勤職員は以下のように常勤換算してください。以下同様
 $(\text{非常勤の1週間の勤務時間}) \div (\text{常勤の1週間の勤務時間}) = \text{常勤換算人数}$
 例：(4時間) ÷ (40時間) = 0.1人

Q3 糖尿病学会認定教育施設ですか。

<input type="checkbox"/>	(1) はい	<input type="checkbox"/>	(2) いいえ
--------------------------	--------	--------------------------	---------

Q4 専門職種のチーム指導による糖尿病教育入院を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1) はい	<input type="checkbox"/>	(2) いいえ
--------------------------	--------	--------------------------	---------

Q5 糖尿病の診断や状況評価に必要な検査、専門的治療等の対応の可否についてお答えください。

区 分	対応状況 (該当する方を○で囲んでください)
(1) 75gOGTT検査	可 ・ 否
(2) 糖尿病に関する運動療法の指導	可 ・ 否
(3) 糖尿病に関する食事療法の指導	可 ・ 否
(4) 妊娠糖尿病患者への対応	可 ・ 否
(5) 糖尿病昏睡等、急性合併症の患者の治療	可 ・ 否
(6) 糖尿病の急性合併症の患者を24時間受け入れ	可 ・ 否
(7) 低血糖時及びシックデイ(発熱、下痢、嘔吐をきたし、または食欲不振のために食事ができないとき)の対応	可 ・ 否
(8) I型糖尿病への対応	可 ・ 否

Q6 糖尿病の慢性合併症に対する検査・治療の実施可否についてお答えください。

区 分	実施の可否 (該当する方を○で囲んでください)
(1) 蛍光眼底造影検査	可 ・ 否
(2) 光凝固療法	可 ・ 否
(3) 硝子体出血・網膜剥離の手術	可 ・ 否
(4) 腎生検	可 ・ 否
(5) 腎臓超音波検査	可 ・ 否
(6) 神経伝導速度検査	可 ・ 否
(7) 血管造影（アンギオ）検査	可 ・ 否
(8) 血管バイパスの手術	可 ・ 否
(9) 壊疽・潰瘍の手術	可 ・ 否

Q7 貴院において、糖尿病に関する地域連携クリティカルパスを使用していますか。

(1) 使用している → 使用している場合、パスを共有している医療機関数と医療機関名 医療機関数 _____ 箇所 医療機関名 _____
(2) 作成中または作成予定である（平成 年 月使用開始予定）
(3) 使用していないし、予定もない

Q8 糖尿病の診療についてQ7 の地域連携クリティカルパス以外で、他の医療機関と連携のために診療情報もしくは治療計画を共有していますか。

<input type="checkbox"/> (1) 診療情報と治療計画を共有している	<input type="checkbox"/> (2) 診療情報を共有している
<input type="checkbox"/> (3) 治療計画を共有している	<input type="checkbox"/> (4) 共有していない

Q9 人工透析の実施状況についてお答えください。

(1) 貴院では人工透析を実施していますか。

<input type="checkbox"/> 1) 実施している（実施している透析： <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析）
<input type="checkbox"/> 2) 実施していない

(2) 人工透析装置を何台保有していますか。

	台
--	---

(3) 平常時、血液透析患者の1日最大対応可能人数を記入してください。

	人
--	---

(4) 近隣で大きな災害があった時（貴院の地域は被災地外）に、透析対応協力医療機関として診療に当たっていただけますか。

<input type="checkbox"/> (1) 診療が可能である → 血液透析患者1日最大受入可能人数（ _____ 人）
<input type="checkbox"/> (2) 診療協力は不可能である

医療機関名： _____

該当する箇所に を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-5 救急医療（*救急診療（精神科救急を含む）を実施している病院にお伺いします。）

Q1 貴院の救急医療への対応についてお聞きます。

(1) 救急医療に関し対応している区分全てにチェックを入れてください。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) 1次救急（軽症）	<input type="checkbox"/> (2) 2次救急（中等症）	<input type="checkbox"/> (3) 3次救急（重症）
---------------------------------------	--	---------------------------------------

(2) いわゆるER型の救急医療機関として対応されていますか。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) はい	<input type="checkbox"/> (2) いいえ
---------------------------------	----------------------------------

※本調査において「ER型」とはER専従医師が基本的に全ての救急患者の初期診療を行う体制をいう。

(3) 救急対応している診療科で該当するもの全てにチェックを入れ、24時間365日対応の可否について該当するものを○印で囲んでください。

診療科	24時間365日対応の可否 (いずれかに○印を入れてください)
(1) 外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(2) 脳神経外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(3) 心臓血管外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(4) 循環器科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(5) 小児科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(6) 産婦人科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(7) 内科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(8) 整形外科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(9) 耳鼻咽喉科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(10) 眼科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(11) 放射線科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(12) 精神科	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(13) 麻酔科（手術対応）	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可
(14) その他（ ）	可 ・ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可

(4) 上記(3)で救急対応している診療科に関し、24時間対応できない場合、その理由は何ですか。スタッフの問題、検査体制等、24時間対応ができない理由を記載してください。

<24時間対応できない理由>

Q2 救急用専用ベッドはありますか。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) ある（ 床）	<input type="checkbox"/> (2) ない
--	---------------------------------

Q3 救急用優先ベッド*はありますか。（精神科救急以外）

<input type="checkbox"/> (1) ある	<input type="checkbox"/> (2) ない
---------------------------------	---------------------------------

※本調査において「救急用優先ベッド」とは、「救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床」とします。

Q4 貴院にドクターカー又は病院救急車はありますか。

<input type="checkbox"/> (1) ある 24時間対応 (可・不可)	<input type="checkbox"/> (2) ない
--	---------------------------------

Q5 地域の医療従事者や救急救命士に対する研修を実施していますか。

<input type="checkbox"/> (1) 実施している	<input type="checkbox"/> (2) 実施していない
-------------------------------------	--------------------------------------

Q6 次の疾患の急性期患者に対し必要に応じて早期のリハビリテーションを実施していますか。

<input type="checkbox"/> (1) 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> (2) 循環器疾患	<input type="checkbox"/> (3) 外傷	<input type="checkbox"/> (4) その他 ()
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Q7 兵庫県広域災害救急医療情報システムについてお伺いします。

(1) このシステムに登録していますか。

<input type="checkbox"/> (1) はい	<input type="checkbox"/> (2) いいえ
---------------------------------	----------------------------------

(2) このシステムを活用していますか。

<input type="checkbox"/> (1) はい	<input type="checkbox"/> (2) いいえ
---------------------------------	----------------------------------

兵庫県災害救急医療情報システムの活用に関しご意見があればお書きください。

Q8 二次救急輪番に参加している病院にお伺いします。

当番日の夜間の人員体制をお答えください。

(1) 医師		(2) 看護師	(3) 放射線技師	(4) 臨床検査技師	(5) 事務職員	(6) その他 ()
常勤	非常勤					
人	人	人	人	人	人	人

Q9 精神科病院にお伺いします。

(1) 貴院の診療時間帯をお書きください。

曜日	午前診	午後診	備考
平日	～	～	
土曜日	～	～	
日曜日	～	～	

(2) 診療時間以外の外来診療にはどのように対応していますか。

<input type="checkbox"/> (1) すべて対応する	<input type="checkbox"/> (2) 通院中の患者のみ対応する
<input type="checkbox"/> (3) 紹介状があれば対応する	<input type="checkbox"/> (4) 救急当番日のみ対応する
<input type="checkbox"/> (5) 対応しない	<input type="checkbox"/> (6) その他 ()

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-6 災害医療 (*全病院にお伺いします。)

Q1 貴院は防災マニュアルを策定されていますか。

<input type="checkbox"/>	(1) 策定している	<input type="checkbox"/>	(2) 策定していない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------

Q2 県が策定している兵庫県地域防災計画の中で、3日分の災害用医薬品等の備蓄をお願いしていますが、現在の備蓄状況はどうか。

(1) 医薬品

<input type="checkbox"/>	(1) 備蓄している (日分)	<input type="checkbox"/>	(2) 備蓄していない
--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------

(2) 医療材料

<input type="checkbox"/>	(1) 備蓄している (日分)	<input type="checkbox"/>	(2) 備蓄していない
--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------

Q3 災害発生時の救護班の派遣体制についてお伺いします。

(1) 貴院では、災害発生時に救護班を派遣することは可能ですか。

<input type="checkbox"/>	(1) できる	<input type="checkbox"/>	(2) できない
--------------------------	---------	--------------------------	----------

(2) 貴院のマニュアルに救護班派遣等に係る規定はありますか。

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

(3) 災害時の救護班派遣に使用できる車両はありますか。

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

(4) DMATへの参画の意志はありますか。

<input type="checkbox"/>	(1) ある	<input type="checkbox"/>	(2) ない
--------------------------	--------	--------------------------	--------

4-7 へき地医療 (*へき地医療拠点病院にお伺いします。)

Q1 へき地診療所からの1年間(平成18年1月1日~平成18年12月31日)の紹介患者数を記入してください。

	人
--	---

Q2 へき地診療の支援として行う代診医派遣について、1年間(平成18年1月1日~平成18年12月31日)の派遣延べ人数を記入してください。

	人
--	---

Q7 新生児集中治療管理室、母体・胎児集中治療管理室・その他産科病床の病床数、利用状況等について、記入してください。

病床数等	新生児集中治療管理室	母体・胎児集中治療管理室	その他の産科病床
(1) 病床数	床	床	床
(2) 診療報酬上の集中治療室管理の届出病床数	床	床	—
(3) 後方病室 (バックアップ)	床	床	—
(4) 年間延べ利用日数 (平成 18 年)	日	日	日
(5) 平均入院期間 (日) (平成 18 年)	日	日	日
(6) 最大入院期間 (日) (平成 18 年)	日	日	日
(7) ※病床利用率 (%) (平成 18 年)	%	%	%
(8) 年間利用実人員 (人) (平成 18 年)	人	人	人
うち不妊治療により出生した者の利用実人員 (貴院で把握している人数)	人	人	人

※病床利用率＝一日平均入院患者数×100÷病床数

Q8 設備・機器等について、貴院にあるもの全てにチェックを入れ、台数等を記入してください。

(1) 分娩監視装置	台
(2) 呼吸循環監視装置	台
(3) 超音波診断装置	台
(4) 微量輸液装置	台
(5) 新生児病床	床
(6) 新生児用呼吸循環監視装置	台
(7) 新生児用人工換気装置	台
(8) 保育器	台

医療機関名： _____

該当する箇所に V を入れ、必要事項は該当箇所に記入してください。

4-10 在宅医療 遠隔医療について (*全病院にお伺いします。)

Q1 貴院において訪問診療を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1)実施している(平成19年6月に訪問診療を実施した対象患者数:実人数 _____ 人)
<input type="checkbox"/>	(2)実施していない →「Q3」へお進みください

Q2 訪問診療を行っている場合、次の在宅医療を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1)在宅中心静脈栄養法指導管理	<input type="checkbox"/>	(2)在宅人工呼吸指導管理
<input type="checkbox"/>	(3)在宅気管切開患者指導管理	<input type="checkbox"/>	(4)在宅悪性腫瘍患者指導管理
<input type="checkbox"/>	(5)在宅自己注射指導管理	<input type="checkbox"/>	(6)在宅自己腹膜灌流指導管理

Q3 貴院において訪問看護を実施していますか。

<input type="checkbox"/>	(1)実施している(平成19年6月に訪問看護を実施した対象患者数:実人数 _____ 人)
<input type="checkbox"/>	(2)実施していない

Q4 貴院の在宅療養患者へのターミナルケアについて該当するもの全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	(1)訪問診療を実施している (→している場合、下に該当すればチェックを入れてください。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問診療で疼痛管理指導を実施している
<input type="checkbox"/>	(2)訪問看護を実施している
<input type="checkbox"/>	(3)可能な限り急変時に入院を受け入れている
<input type="checkbox"/>	(4)診療所医師を支援している
<input type="checkbox"/>	(5)その他 (_____)
<input type="checkbox"/>	(6)実施していない

Q5 貴院において、遠隔在宅医療を実施していますか。実施している場合、1ヶ月間(平成19年6月1日~6月30日)の症例数を記入してください。

(※遠隔在宅医療とは…在宅患者の家庭に双方向性の音声・画像装置を設置し、主治医等が医療情報(心電図・血圧等)の伝送に個別に対応する医療)

<input type="checkbox"/>	(1)実施している(平成19年6月の症例数: _____ 件)
<input type="checkbox"/>	(2)実施していない

Q6 次の遠隔医療について、導入しているかどうか該当する欄にチェックを入れてください。

(1)テレパソロジー *1

<input type="checkbox"/>	(1)導入している	<input type="checkbox"/>	(2)導入していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

(2)テレラジオロジー *2

<input type="checkbox"/>	(1)導入している	<input type="checkbox"/>	(2)導入していない
--------------------------	-----------	--------------------------	------------

*1テレパソロジー(遠隔病理診断):顕微鏡撮影の病理画像を遠隔地間で伝送し、診断する。

*2テレラジオロジー(遠隔放射線画像診断):主に放射線科で撮影する医用画像(X線・CT等)を遠隔地間で伝送し、診断する。