

千葉県

(病院調査票)

循環型地域医療連携システムに関する病院調査票

○趣旨

本調査は、医療法第三十条の五*に基づいて、千葉県保健医療計画に位置づける循環型地域医療連携システムの構築にあたり、4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に関する各医療機関の医療機能の実態について調査を実施し、別紙「循環型地域医療連携システムのイメージ図（案）」に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

従いまして、Q4, 7, 8, 9, 13, 22, 23, 24, 28 の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、その他のご回答は、病院名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

○対象医療機関

千葉県内に所在する病院（287 ヶ所）

○回答期限

平成 19 年 8 月 20 日（月）まで同封の返信用封筒により、ご返信願います。

○調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は千葉県公式ホームページ等にて公表いたします。

※医療法第 30 条の 5 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第 7 条第 7 項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

《貴院の所在地・病院名・医療機関コードについて》

所在地	〒 -		
病院名		医療機関コード	

《本調査票の記入日・記入者について》

調査票記入日	2007年 月 日	記入担当者名	
連絡先電話番号		連絡先 FAX 番号	

●以下の設問には、特に指示がある場合以外、2007年6月30日現在の状況に基づいてお答え下さい。

●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。

1 貴院について

Q1 上記の施設名・所在地に変更がある場合、下欄にご記入下さい。変更ない場合は空欄で結構です。

施設名	
所在地	

Q2 下記の検査および機器に関し、貴院の検査実施件数（2007年6月中）および機器保有台数について、数字をご記入下さい。

検査名・機器名		検査件数、機器保有台数	
診療用エックス線装置	一般撮影装置		
	01 乳房撮影検査	件	台
	02 移動型エックス線撮影装置	件	台
	エックス線CT検査		
	03 ノンヘリカル	件	台
	04 ヘリカル	件	台
	血管撮影検査		
	05 脳血管	件	台
	06 心カテ	件	台
	07 その他	件	台
透視用エックス線装置	08 胃、大腸レントゲン(間接、直接)	件	台
	RI装置		
RI装置	09 γカメラ(SPECTを含む)	件	台
	10 PET	件	台
核磁気共鳴	11 MRI検査	件	台
超音波診断	12 腹部超音波診断	件	台

2 貴院におけるがんの診療について

Q3 貴院におけるがん患者の診療について該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 がんの確定診断および治療に対応している	→Q4へ
02 可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している	→Q9へ
03 診断・治療に積極的には対応していない	→Q9へ

Q4 下記の部位別のがんのうち、貴院で診断・治療を対応している選択肢に○をお付け下さい。

01 肺がん	02 肝がん	03 胃がん	04 大腸がん	05 乳がん
06 子宮がん	07 前立腺がん	08 食道がん	09 膀胱がん	10 血液がん

Q5 Q4 で該当すると回答されたがんについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A、B、C のなかから選んで○を付して、平成 18 年度の実施件数を記載して下さい。また、それぞれについてクリニカルパスの有無についても回答をお願いします。

- A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。()件
 B 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している(麻酔医の派遣を含む)。()件
 C 当院では実施していない。



部位別がん	治療方法				クリニカルパスの有無	
		A () 件	B () 件	C	有	無
01 肺がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 胸腔・気管支鏡治療	A () 件	B () 件	C	有	無
02 肝がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 経皮的局所療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 動脈化学塞栓療法	A () 件	B () 件	C	有	無
03 胃がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療 (腹腔鏡含む)	A () 件	B () 件	C	有	無
04 大腸がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療 (腹腔鏡含む)	A () 件	B () 件	C	有	無
05 乳がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
06 子宮がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
07 前立腺がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 腹腔鏡治療	A () 件	B () 件	C	有	無
08 食道がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療	A () 件	B () 件	C	有	無
09 膀胱がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	04 内視鏡治療 (経尿道的膀胱腫瘍切除術)	A () 件	B () 件	C	有	無
10 血液がん	01 手術療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	02 化学療法	A () 件	B () 件	C	有	無
	03 放射線療法	A () 件	B () 件	C	有	無

「脳卒中患者」とは、本調査では、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかを発症した患者を指します。

5 貴院における脳卒中の診療について

Q13 下記の脳卒中患者の状態のうち、貴院で受入れ可能なものの選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

- 01 急性期 (脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態) →Q14~17に回答
- 02 回復期 (脳卒中急性期を脱した患者で、リハビリテーションにより一定の機能回復が可能な状態。発症後60日以内を目安に180日まで) →Q18~19に回答
- 03 維持期 (脳卒中急性期、回復期を経た患者で、機能の維持・向上が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり) →Q20~21に回答
- 04 脳卒中患者の受入れには積極的には対応していない →Q22へ

Q14 脳卒中急性期患者に対する、01~03の検査・治療について、該当する選択肢に○をお付け下さい (通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれについてお答え下さい)。

	通常診療時間帯	診療時間外
01 放射線等機器検査 (MRI、CT等)	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能 C 対応不可
02 臨床検査	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能 C 対応不可
03 治療 (開頭手術、脳血管内手術等)	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能	A いつでも対応可能 B 曜日・時間帯により対応可能 C 対応不可

Q15 貴院における脳卒中急性期患者を受入れる専用病棟等の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢01を選ばれた場合は、病床数を記入の上、付間にもお答え下さい。

- 01 脳卒中専用集中治療室 (SCU) またはそれに準じた専用病棟を設置している (病床数: _____ 床)
 ↳ 診療報酬上の脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出について、該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。 01 届出している 02 今後届出したい 03 届出は考えていない
- 02 専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を受入れる病棟を決めている
- 03 設置していない

Q16 脳卒中の急性期リハビリテーションの実施状況として、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

- 01 急性期リハビリテーションを実施している
- 02 急性期医療のみ実施しており、リハビリテーションが必要な患者は他病院に紹介している
- 03 その他 (具体的に: _____)

Q17 下記の脳卒中の治療方法すべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A、B、Cの中から選んで○を付して、平成18年度の実施件数を記載して下さい。

脳卒中の種類	治療方法	A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。()件 B 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している(麻酔医の派遣を含む)。()件 C 当院では実施していない。			クリニカルパスの有無	
		A () 件	B () 件	C	有	無
01 脳出血	01-01 脳内血腫除去術	A () 件	B () 件	C	有	無
02 くも膜下出血	02-01 脳血管内手術 (コイル塞栓術等)	A () 件	B () 件	C	有	無
	02-02 脳動脈瘤クリッピング脳動脈瘤被包術	A () 件	B () 件	C	有	無

03 脳梗塞	03-01 開頭手術 (バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等)	A () 件	B () 件	C	有	無
	03-02 経皮的脳血管形成術 (バルーン、ステント等)	A () 件	B () 件	C	有	無
	03-03 選択的脳血栓・塞栓溶解術 (ウロキナーゼ注入等)	A () 件	B () 件	C	有	無
	03-04 t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法 (発症後3時間以内) (注)	A () 件	B () 件	C	有	無

(注) t-PA (tissue plasminogen activator) を用いた経静脈的血栓溶解療法については、実績が未だなくても症例があれば実施できる体制があれば、選択肢 A ないし B をお選び下さい。

Q18 貴院における脳卒中回復期患者の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 入院・外来とも受入れている 02 入院のみ受入れている 03 外来のみ受入れている

Q19 貴院における脳卒中患者が回復期リハビリテーション目的で入院できる病床の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。病床がある場合は病床数を数字でご記入下さい。

01 ある (病床数: 床) 02 ない

Q20 貴院における脳卒中維持期患者の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 入院・外来とも受入れている 02 入院のみ受入れている 03 外来のみ受入れている

Q21 貴院における脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 実施している 02 実施していない

6 貴院における糖尿病の診療について

Q22 貴院における糖尿病の治療・指導の対応状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 実施している →Q23へ 02 実施していない →Q29へ

Q23 貴院における糖尿病専門外来の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 設置している 02 設置していない

Q24 貴院における糖尿病教育入院および日帰り糖尿病教室の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 教育入院と日帰り教室の両方を実施している →Q25へ 03 日帰り教室のみを実施している →Q25へ
02 教育入院のみを実施している →Q25へ 04 いずれも実施していない →Q26へ

Q25 下記の糖尿病指導すべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A~D の中から選んで○をお付け下さい。

	A 自院のスタッフのみで実施	B 自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施	C 外部から招いた職員のみで実施	D 外部機関に委託等して実施
01 運動指導	A	B	C	D
02 栄養(食生活)指導	A	B	C	D
03 禁煙指導	A	B	C	D
04 生活指導	A	B	C	D

Q26 貴院における下記の糖尿病診療スタッフの配置状況について、常勤者の人数を記入し、また非常勤者の有無について該当する選択肢に○をお付け下さい。

	常勤者の人数	非常勤者の有無
01 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士	人	有 無
02 糖尿病の診療に従事する管理栄養士	人	有 無

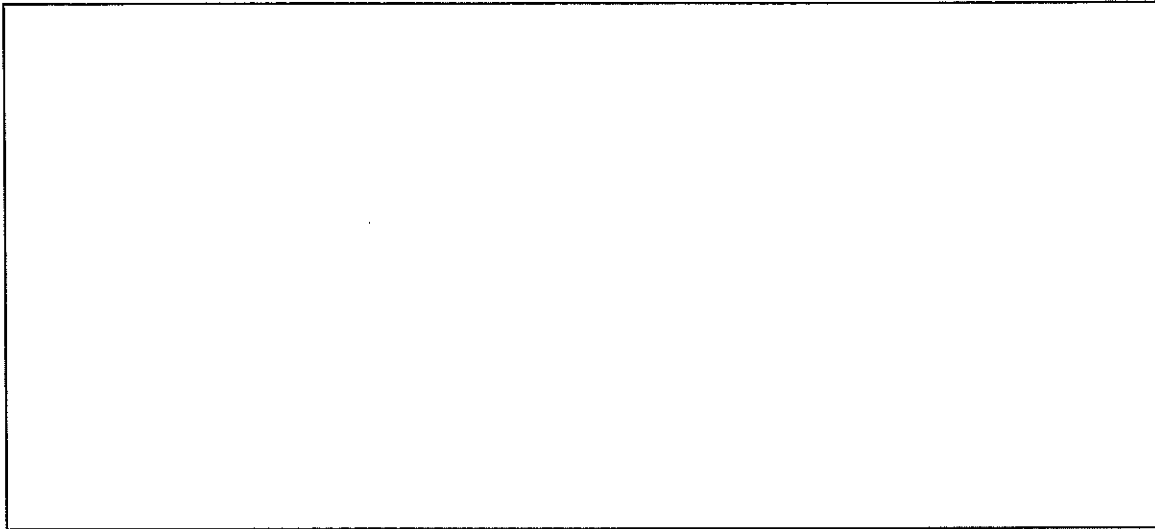
Q27 貴院における糖尿病クリニカルパスの導入状況について、該当する選択肢に○をお付け下さい。		
01 教育入院	有	無
02 インスリン導入	有	無

Q28 貴院における糖尿病の合併症の治療について、該当する選択肢に○をお付け下さい。		
01 糖尿病専門医と連携した網膜症治療	可能	困難
02 糖尿病専門医と連携した神経症状の治療	可能	困難
03 糖尿病専門医と連携した腎症の治療	可能	困難
04 糖尿病専門医と連携した壊疽・壊死の治療	可能	困難
05 糖尿病専門医と連携した歯周病の治療	可能	困難

7 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q29 貴院におけるリハビリテーション医療の実施状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。		
01 実施している	02 実施していない	
Q30 貴院において、リハビリテーションが必要な患者のために専用で確保している病床数をご記入下さい。		
リハビリテーション専用病床		床
Q31 貴院におけるリハビリテーション部門専任医師数と、そのうちの専門医資格保有者数をご記入下さい。		
01 リハビリテーション部門専任医師数		人
02 専門医資格保有者数		人
Q32 貴院における医師以外のリハビリテーション医療従事者数をご記入下さい。		
01 理学療法士		人
02 作業療法士		人
03 言語聴覚士		人
04 あん摩マッサージ指圧師		人
05 医療社会事業従事者		人

本アンケートに対する意見等、「千葉県保健医療計画」に関するご意見をご自由にお書きください。



アンケートは以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。8月20日までに返信用封筒をお使いの上ご投函ください。

また、メールにて回答をご希望の場合は、以下のアドレスに「循環型地域医療連携システムアンケート」の題名でメールをいただければ、磁気データを返信いたします。

千葉県

(在宅療養支援診療所調査票)

在宅療養支援診療所調査票

○趣旨

本調査は、医療法第三十条の五*に基づいて、地域医療の担い手である診療所における「総合診療」「かかりつけ医」等の機能について、「在宅療養支援診療所」を通じて調査を実施し、本県の診療所の現状と課題を把握し、「千葉県保健医療計画」に反映させるものです。

※医療法第30条の5 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

問1の前半部分(2重枠で示した部分)の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、問1の『医療従事者数・診療時間・患者数』～問4までのご回答は、診療所名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

○対象医療機関

千葉県内に所在する在宅療養支援診療所(180ヶ所)

○回答期限

平成19年8月20日(月)まで同封の返信用封筒により、ご返信願います。

○調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は千葉県公式ホームページ等にて公表いたします。

その他 診療所名を匿名化した調査結果を、厚生労働省から委託事業である厚生労働科学研究事業「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」(九州大学大学院:尾形裕也教授)に提供し、当該研究内容を本県計画の策定等の参考とします。

問1 貴診療所についてお伺いします

※2 重枠の内容については「千葉県保健医療計画」に記載することを予定しています。

診療所名	診療報酬明細書記載の医療機関コード		
郵便番号 住所	〒 ー 千葉県		
調査時点における病床の有無	有・無	有りの場合 種類別届出病床数	一般病床：_____床 療養病床：_____床 (うち介護型病床：_____床)
主たる診療科	科	標榜診療科	科
往診・訪問診療等の状況	○…請求実績あり、△…要望があれば提供できる、×…提供予定なし		
診療報酬の請求実績のある医療内容等についてご記入ください。	(1)在宅時医学総合管理 ()		
	(10)在宅自己疼痛管理指導管理 ()		
	(2)在宅末期医療総合診療 ()		
	(11)在宅気管切開患者指導管理 ()		
	(3)在宅自己注射指導管理 ()		
	(12)地域連携退院時共同指導料 ()		
	(4)在宅自己腹膜灌流指導管理 ()		
	(13)在宅患者訪問栄養食事指導科 ()		
	(5)在宅血液透析指導管理 ()		
	(14)在宅中心静脈栄養法指導管理科 ()		
	(6)在宅酸素療法指導管理 ()		
	(15)在宅成分栄養経管栄養法指導科 ()		
	(7)在宅人工呼吸指導管理 ()		
	(16)在宅自己導尿指導管理科 ()		
	(8)在宅悪性腫瘍患者指導管理 ()		
	(17)寝たきり老人訪問指導科 ()		
	(9)在宅寝たきり患者処置指導管理 ()		

※ 以下の内容については診療所名を匿名化の上、実態把握・課題検討に使用させていただきます。

管理者氏名 _____ 管理者年齢 _____ 歳 連絡先電話番号 _____

在宅療養支援診療所届出年月日	平成 年 月 日
----------------	----------

医療従事者数・診療時間・患者数

職種	人数(※1)	訪問診療		一般診療(外来)	
		延べ時間(※2)	延べ患者数	延べ時間(※2)	延べ患者数
医師	人	時間	人	時間	人

※1 医師数については、開設者本人も加えた数字を記入してください。非常勤職員は常勤職員の勤務時間に対する比率で常勤換算の上記入してください。

※2 訪問診療/一般診療(外来)

平成19年6月24日(日)～6月30日(土)の7日間に往診・訪問診療もしくは一般診療(外来)で診察した「延べ時間」と対象となる「延べ患者数」を記入してください。なお、往診・訪問診療の「延べ時間」には、診療所内での準備、記録、関係機関との調整、患者宅への移動時間を含めて記入してください。

例)「延べ時間」:当該期間に2名の医師が往診・訪問診療を行った場合には、2名の医師が実施した合計時間となります。
「延べ患者数」:同一患者当たり当該期間に2回往診・訪問診療が行われた場合は2人とカウントします。

問2 貴診療所で訪問診療を行っている患者についてお伺いします

① 平成19年6月(1ヶ月間)に訪問診療を行った実患者数

総数 _____ 人

(1) 患者の主な傷病名を一つだけ記載してください。悪性腫瘍については、原発性の腫瘍を内訳に記載してください。

悪性腫瘍	_____ 人
内訳	
肺癌	_____ 人
大腸癌	_____ 人
肝癌	_____ 人
胃癌	_____ 人
子宮癌	_____ 人
乳癌	_____ 人
その他	_____ 人
脳血管疾患	_____ 人
急性心筋梗塞	_____ 人
糖尿病	_____ 人
神経難病	_____ 人
慢性呼吸器不全	_____ 人
整形外科疾患	_____ 人
小児疾患	_____ 人
その他()	_____ 人

(2) 往診している患者の場所別数

自宅	_____ 人
自宅以外	_____ 人
(グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等)	

② 在宅時医学総合管理のうち重症者加算の状態等にある患者数
(平成19年6月末時点) _____ 人

③ 訪問可能エリア 距離:半径 _____ km 以内
時間:(自動車・バイク・自転車・徒歩) _____ 分以内

④ 在宅看取り療養患者について
(社会保険事務局届出日から平成19年6月末まで)
当該期間の在宅看取り患者数 _____ 件
(うち)在宅末期医療総合診療料算定件数 _____ 件

