

東京都

(病院票)

# 東京都医療機能実態調査

## 病院票

（本調査票の記入日・記入者について）

調査票記入日	2006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、2006年10月2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 貴院の概要・属性について

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. 貴院の社会保険診療等の状況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: 保険医療機関      02: 自由診療のみ

Q3. 貴院の医療機関コード（診療報酬請求に使用している7桁のもの）を下欄にご記入下さい。

医療機関コード						
---------	--	--	--	--	--	--

Q4. 貴院の開設者に該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01: 厚生労働省  
 02: その他（厚生労働省以外の国の機関（独立行政法人国立研究機関、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構を含む）が開設するもの）  
 03: 東京都  
 04: 市町村（一般事務組合が開設するものを含む）  
 05: 日本赤十字社  
 06: 社会福祉法人、財団法人、労働会または社会福祉法人北海道社会事業協会  
 07: 厚生（医療）農業協同組合連合会

08. 国民健康保険団体連合会  
 09. 社会保険関係団体（財団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生年金事業振興会、財団法人社会保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合が開設するもの）  
 10. 公益法人（民法第34条の規定による法人が開設するもの）  
 11. 医療法人（医療法第39条の規定による法人が開設するもの）  
 12. 学校法人（私立学校教育法第3条の規定による法人が開設するもの）  
 13. 社会福祉法人（社会福祉法第22条の規定による法人が開設するもの）  
 14. 医療生協（消費生活協同組合法第4条の規定による法人が開設するもの）  
 15. 会社  
 16. その他の法人  
 17. 個人

Q5. 下記の診療科目すべてについて、貴院の対応状況（標榜状況、入院受入れ可否、医師数）として該当する選択肢に○を付け、また数値を記入してお答え下さい。

診療科目	標榜診療科目かどうか	入院受入れの可否	医師数 (注1)	
			常勤	非常勤 (注2)
01 内科	Yes No	可 不可	人	人
02 呼吸器科	Yes No	可 不可	人	人
03 消化器科 (内臓科)	Yes No	可 不可	人	人
04 循環器科	Yes No	可 不可	人	人
05 小児科	Yes No	可 不可	人	人
06 精神科	Yes No	可 不可	人	人
07 神経科	Yes No	可 不可	人	人
08 神経内科	Yes No	可 不可	人	人
09 心療内科	Yes No	可 不可	人	人
10 アレルギー科	Yes No	可 不可	人	人
11 リウマチ科	Yes No	可 不可	人	人
12 外科	Yes No	可 不可	人	人
13 整形外科	Yes No	可 不可	人	人
14 形成外科	Yes No	可 不可	人	人
15 美容外科	Yes No	可 不可	人	人
16 脳神経外科	Yes No	可 不可	人	人
17 呼吸器外科	Yes No	可 不可	人	人
18 心臓血管外科	Yes No	可 不可	人	人
19 小児外科	Yes No	可 不可	人	人
20 産婦人科	Yes No	可 不可	人	人
21 産科	Yes No	可 不可	人	人
22 婦人科	Yes No	可 不可	人	人
23 眼科	Yes No	可 不可	人	人
24 耳鼻いんこう科	Yes No	可 不可	人	人
25 気管食道科	Yes No	可 不可	人	人
26 皮膚科	Yes No	可 不可	人	人
27 泌尿器科	Yes No	可 不可	人	人
28 性病科	Yes No	可 不可	人	人

診療科目	標榜診療科目かどうか		入院受入れの可否		医師数(注1)	
	Yes	No	可	不可	常勤	非常勤(注2)
29 こう門科	Yes	No	可	不可	人	人
30 リハビリテーション科	Yes	No	可	不可	人	人
31 放射線科	Yes	No	可	不可	人	人
32 麻酔科	Yes	No	可	不可	人	人
33 歯科	Yes	No	可	不可	人	人
34 矯正歯科	Yes	No	可	不可	人	人
35 小児歯科	Yes	No	可	不可	人	人
36 歯科口腔外科	Yes	No	可	不可	人	人

(注1) 医師数は主たる勤務場所である診療科に計上して下さい。  
(注2) 非常勤医師数の計算方法  
貴院の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して下さい。  
・1週間の通常勤務時間が40時間の病院で、週2日(各日8時間)勤務の者が1人の場合  
 $\frac{8時間 \times 2日}{40時間} = 0.4人$  (小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記)  
・1週間の通常勤務時間が40時間の病院で、週2日(各日3時間)勤務の者が1人と、週3日(各日5時間)勤務の者が1人いる場合  
 $\frac{(3時間 \times 2日 \times 1人) + (5時間 \times 3日 \times 2人)}{40時間} = 0.9人$

Q6 下記の職種・有資格者について、貴院の従事者の状況を、数字を記入して下さい。(派遣労働者を含む) 複数の免許を有する場合は複数の業務に就いている場合は、主な業務を1つ決め、該当する欄に計上してください。

職種・有資格者	常勤	非常勤(注)
01 医師	人	人
01-01 日本脳卒中学会認定の専門医、日本神経学会認定の神経内科専門医、日本脳神経外科学会認定の脳神経外科専門医のいずれか、または複数の資格を持っている医師(再掲)	人	人
01-02 日本循環器学会認定の循環器専門医資格を持っている医師(再掲)	人	人
01-03 日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医資格を持っている医師(再掲)	人	人
01-04 日本小児科学会認定の小児科専門医資格を持っている医師(再掲)	人	人
01-05 日本小児科外科学会認定の小児外科専門医資格を持っている医師(再掲)	人	人
01-06 日本産科婦人科学会認定の産婦人科専門医資格を持っている医師(再掲)	人	人
01-07 日本救急医学会認定の救急科専門医資格を持っている医師(再掲)	人	人
01-08 日本リハビリテーション医学会認定のリハビリテーション科専門医資格を持っている医師(再掲)	人	人
02 歯科医師	人	人
03 薬剤師	人	人
04 保健師	人	人
05 助産師	人	人
06 看護師	人	人
07 准看護師	人	人
08 理学療法士	人	人
09 作業療法士	人	人
10 言語聴覚士	人	人
11 視能訓練士	人	人

職種・有資格者	実際の採用者数	
	常勤	非常勤(注)
12 歯科衛生士	人	人
13 歯科技工士	人	人
14 社会福祉士	人	人
15 精神保健福祉士	人	人
16 診療放射線技師・診療エックス線技師	人	人
17 臨床検査技師・衛生検査技師	人	人
18 臨床工学技師	人	人
19 管理栄養士	人	人
20 栄養士	人	人
21 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師	人	人
22 臨床心理士	人	人
23 健康運動指導士	人	人
24 医療社会事業従事者(医療ソーシャルワーカー等)	人	人
25 事務職員	人	人
26 その他の職員	人	人

(注) 非常勤者の数は、Q5の注2に示した方法に従って常勤換算して下さい。

Q7 貴院が平成17年度に採用した医療従事者(常勤及び非常勤)の人数を記入下さい。

	当初の採用予定者数(常勤換算)	実際の採用者数	
		常勤	非常勤(注)
01 医師(小児科医)	人	人	人
02 医師(産科医・産婦人科医)	人	人	人
03 医師(麻酔科医)	人	人	人
04 助産師	人	人	人
05 看護師	人	人	人
06 准看護師	人	人	人
07 理学療法士	人	人	人
08 作業療法士	人	人	人
09 言語聴覚士	人	人	人
10 あん摩マッサージ指圧師	人	人	人
11 医療社会事業従事者	人	人	人

(注) 非常勤者の数は、Q5の注2に示した方法に従って常勤換算して下さい。

Q8 下記の6種類の病床および全病床合計のすべてについて、貴院の使用許可病床数、病床利用率、平均在院日数を数字でご記入下さい。

病床の種類	使用許可病床数 (注1)	病床利用率 (2005年1~12月) (注2、小数第1位まで)	平均在院日数 (2005年1~12月) (注3、小数第1位まで)
01 一般病床	床	%	日
02 療養病床 (医療保険適用)	床	%	日
03 療養病床 (介護保険適用)	床	%	日
04 精神病床	床	%	日
05 結核病床	床	%	日
06 感染症病床	床	%	日
07 全病床合計	床	%	日

(注1) 医療法第27条の規定により許可を受けている病床数  
 (注2) 右式で算出：
$$\frac{\text{月間在院患者延数の2005年1~12月の合計}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の2005年1~12月の合計}} \times 100$$
  
 (注3) 右式で算出：
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$
  
 ただし療養病床については下式で算出：
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{年間退院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$$

Q9 下記の検査および機器に関し、貴院の検査実施件数 (2005年9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	2005年9月1~30日の実施件数	機器保有台数
01 X線CT検査	件	台
02 MRI検査	件	台
03 RI検査 (シンチグラム)	件	台
04 SPECT (single photon emission CT) 検査	件	台
05 PET (陽電子断層撮影) 検査	件	台
06 スパイラル (ヘリカル) CT検査	件	台
07 DSA (digital subtraction angiography) 装置		台
08 CR (computed radiography) 装置		台
09 デジタル透視撮影装置		台

2 貴院におけるがんの診療について

「がん」とは、本調査では、肉腫も含め悪性腫瘍全般を指します。

1. がん診療の概要	
2. がん診療の体制	
3. がん診療の現状	
4. がん診療の課題	
5. がん診療の展望	

Q11 下記のがんの部位別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○をお付け下さい。

A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。  
 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)。  
 C 当院では実施していない。

部位別がん	治療方法	実施状況		
		A	B	C
01 脳腫瘍	01-01 手術療法 うち経耳的聴神経腫瘍摘出術 うち経鼻的下垂体腫瘍摘出術	A	B	C
	01-02 化学療法	A	B	C
	01-03 放射線療法	A	B	C
02 咽頭がん	02-01 手術療法	A	B	C
	02-02 化学療法	A	B	C
	02-03 放射線療法	A	B	C
03 舌がん	03-01 手術療法	A	B	C
	03-02 化学療法	A	B	C
	03-03 放射線療法	A	B	C
04 喉頭がん	04-01 手術療法	A	B	C
	04-02 化学療法	A	B	C
	04-03 放射線療法	A	B	C
05 甲状腺がん	05-01 手術療法	A	B	C
	05-02 化学療法	A	B	C
	05-03 放射線療法	A	B	C
06 乳がん	06-01 手術療法 うち乳癌冷凍凝固摘出術	A	B	C
	06-02 乳房再建術	A	B	C
	06-03 化学療法	A	B	C
	06-04 放射線療法	A	B	C
07 肺がん	07-01 手術療法 うち胸腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C
	07-02 化学療法	A	B	C
	07-03 放射線療法	A	B	C
08 食道がん	08-01 手術療法 うち早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	A	B	C
	08-02 表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	A	B	C
	08-03 化学療法	A	B	C
	08-04 放射線療法	A	B	C
09 胃がん	09-01 手術療法 うち内視鏡による悪性腫瘍切除術 うち腹腔鏡による胃切除及び全摘術	A	B	C
	09-02 表在性早期胃癌光線力学療法	A	B	C
	09-03 化学療法	A	B	C
	09-04 放射線療法	A	B	C
10 胆のうがん 胆管がん	10-01 手術療法 うち腹腔鏡による胆のう摘出術	A	B	C
	10-02 化学療法	A	B	C
	10-03 放射線療法	A	B	C

部位別がん	治療方法	A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。 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)。 C 当院では実施していない。			
		A	B	C	
11 肝がん	11-01 手術療法	A	B	C	
	11-02 エタノールの局所注入	A	B	C	
	11-03 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法	A	B	C	
	11-04 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	A	B	C	
	11-05 肝動脈塞栓術	A	B	C	
	11-06 化学療法	A	B	C	
	11-07 放射線療法	A	B	C	
12 膵臓がん	12-01 手術療法	A	B	C	
	12-02 化学療法	A	B	C	
	12-03 放射線療法	A	B	C	
13 大腸がん	13-01 手術療法	A	B	C	
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	
	うち内視鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	
	13-02 化学療法	A	B	C	
	13-03 放射線療法	A	B	C	
14 腎がん	14-01 手術療法	A	B	C	
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	
	14-02 化学療法	A	B	C	
14-03 放射線療法	A	B	C		
	15 膀胱がん	15-01 手術療法	A	B	C
	うち経尿道的切除術	A	B	C	
15-02 化学療法	A	B	C		
	15-03 放射線療法	A	B	C	
	16 前立腺がん	16-01 手術療法	A	B	C
うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術		A	B	C	
16-02 化学療法		A	B	C	
16-03 放射線療法	A	B	C		
	17 子宮がん	17-01 手術療法	A	B	C
		17-02 レーザー照射治療	A	B	C
17-03 光線力学療法		A	B	C	
17-04 化学療法		A	B	C	
17-05 放射線療法		A	B	C	
18 卵巣がん	18-01 手術療法	A	B	C	
	18-02 化学療法	A	B	C	
	18-03 放射線療法	A	B	C	
19 悪性リンパ腫	19-01 化学療法	A	B	C	
	19-02 放射線療法	A	B	C	
	19-03 骨髄移植等の移植治療	A	B	C	
20 白血病	20-01 化学療法	A	B	C	
	20-02 骨髄移植等の移植治療	A	B	C	

「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。

3 貴院における脳卒中中の診療について

Q12 下記の脳卒中患者の状態のうち、貴院で受け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 (脳卒中発症後2週間以内) → Q13~16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日以内を目処に180日まで) → Q17~18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・向上が必要だが、急性期から回復時期に移行する場合もあり) → Q19~20に回答  
 04: 脳卒中患者の受け入れには積極的には対応していない → Q21へ

Q13 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

Q14 貴院における脳卒中急性期患者を受け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、併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。  
 01-01: 届出している      01-02: 今後届出したい      01-03: 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け入れる病棟を決めている。  
 03: 設置していない。

Q15 脳卒中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

Q16. 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○をお付け下さい。

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。		
		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)。		
		C 当院では実施していない。		
01 脳出血	01-01 脳内血腫摘出術	A	B	C
02 くも膜下出血	02-01 脳血管内手術(コイル塞栓術等)	A	B	C
	02-02 脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング	A	B	C
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	B	C
	03-02 経皮的脳血管形成術(バルーン、ステント等)	A	B	C
	03-03 選択的脳血栓・塞栓溶解術(ウロキナーゼ注入等)	A	B	C
	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	B	C

(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にあれば、選択肢 A ないし B をお選び下さい。

Q17. 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。

Q18. 貴院における脳卒中患者が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。

01. ある(病床数: 床) 02. ない

Q19. 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。

Q20. 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

#### 4 貴院における急性心筋梗塞の診療について

Q21. 貴院における冠状動脈疾患専用集中治療室(CCU)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。

01. CCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している。(病床数: 床) →Q22へ

02. 専用ではないが、主として急性心筋梗塞患者を受入れる病棟を決めている。 →Q22へ

03. 設置していない。 →Q24へ

Q22. 急性心筋梗塞患者に対する、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 (心臓図、胸部X線写真等)	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 (開胸手術、 経皮的冠動脈形成手術等)	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

Q23. 下記の急性心筋梗塞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○をお付け下さい。

治療方法	A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。		
	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)。		
C 当院では実施していない。			
01 冠動脈バイパス手術	A	B	C
02 冠動脈閉塞に対する経皮的治療(カテーテルによる治療)	A	B	C
03 経静脈的血栓溶解療法	A	B	C

#### 5 貴院における糖尿病の診療について

Q24. 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。 →Q25へ 02. 実施していない。 →Q30へ

Q25. 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。

Q26. 貴院における糖尿病教育入院および糖尿病教室(日帰り)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。 →Q27へ 03. 日帰り教室のみを実施している。 →Q27へ

02. 教育入院のみを実施している。 →Q27へ 04. いずれも実施していない。 →Q28へ

Q27. 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

Q28. 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

Q29. 貴院における人工透析を必要とする糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性足病変への対応可否について、該当する選択肢に○をお付け下さい。

	可	不可
01 人工透析を必要とする糖尿病性腎症	可	不可
02 糖尿病性網膜症	可	不可
03 糖尿病性足病変(足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽)	可	不可

#### 6 貴院における小児医療(小児救急を含む)について

Q30. 貴院における小児救急の対応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○をお付け下さい。

01. 24時間対応している。 02. 24時間対応していない。

Q31. 貴院における小児救急の対応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○をお付け下さい。

01. 対応している。 02. 対応していない。



Q32 貴院における救急搬送患者の受け入れ体制について、以下のうち最も適切なものを1つだけ選択してください。

01 救急搬送患者を受け入れる体制を整えている。 02 救急搬送患者を受け入れない体制を整えている。

Q33 貴院における救急搬送患者の受け入れ体制について、以下のうち最も適切なものを1つだけ選択してください。

01 救急搬送患者を受け入れる体制を整えている。 02 救急搬送患者を受け入れない体制を整えている。

Q34 貴院における救急搬送患者の受け入れ体制について、以下のうち最も適切なものを1つだけ選択してください。

01 救急搬送患者を受け入れる体制を整えている。 02 救急搬送患者を受け入れない体制を整えている。

Q35 貴院における救急搬送患者の受け入れ体制について、以下のうち最も適切なものを1つだけ選択してください。

01 救急搬送患者を受け入れる体制を整えている。 02 救急搬送患者を受け入れない体制を整えている。

7 貴院における救急医療について

Q34 貴院における時間外救急診療へ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 対応している。 →Q35へ 02 対応していない。 →Q36へ

Q35 貴院の時間外救急診療における医師・看護師の配置状況および日本救急医学会の救急科専門医資格保有者の有無について、該当する選択肢に○をお付け下さい。

	配置の有無		救急科専門医資格保有者の有無	
	有	無	有	無
01 常勤の救急専任医師				
02 常勤の病棟兼任医師				
03 非常勤の医師				
04 専任の看護士				
05 放射線技師	有	必要に応じオンコール	無	
06 臨床検査技師	有	必要に応じオンコール	無	

8 貴院におけるへき地医療支援について

Q36 貴院におけるへき地医療機関（離島・奥多摩郡・檜原村に所在する医療機関）に対する支援の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○をお付け下さい。

A 実施している。  
B 現在は実施していないが今後実施していきたい。  
C 現在のところ実施の予定はない。

	A	B	C
01 医師の長期派遣			
02 代診医師の派遣			
03 専門診療班の派遣			
04 救急患者の受入れ			
05 紹介患者の受入れ			
06 へき地からの入院患者家族用宿泊施設等の確保			

9 貴院における在宅医療への取組について

Q37 貴院における往診（注）の対応・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。 →Q38へ 02 実施していない。 →Q39へ

（注）往診とは、患者の求めに応じて患者に赴き診療を行うこと。

Q38 貴院が往診に対応できる時間帯として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 診療時間内のみ対応可能 02 診療時間外でも対応可能

Q39 貴院における訪問診療（注）の対応・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。実施している場合は、その時間帯（1週間当たり、緊急時を除く）もご記入下さい。

01 実施している。 →訪問診療の平均的な実施時間：1週間あたり [ ] 時間（移動時間も含む） →Q40へ  
02 実施していない。 →Q43へ

（注）訪問診療とは、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理のもとに定期的に訪問して診療を行うこと。

Q40 貴院で訪問診療を行っている患者の数（2006年9月中の実績）をご記入下さい。

01 49歳以下	人	03 60歳代	人	05 80歳以上	人
02 50歳代	人	04 70歳代	人	06 総数	人

Q41 貴院における訪問診療で対応可能な医療行為として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 点滴の管理	08 投薬療法
02 中心静脈栄養	09 透析（CAPD）
03 経鼻経管栄養	10 レスビレーター（人工呼吸器）の管理
04 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	11 疼痛の管理
05 気管切開部の処置	12 モニター測定（血圧・心拍等）
06 人工肛門の管理	13 じよくそうの管理
07 人工膀胱の管理	14 長カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

Q42 貴院で訪問診療を担当する医療従事者の人数をご記入下さい。

	常勤	非常勤（注）
01 医師	人	人
02 看護職員	人	人
03 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	人	人
04 その他	人	人

（注）非常勤者の数は、Q5の注2に示した方法に従って常勤換算して下さい。

Q43 貴院での訪問看護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 病院からの訪問看護のみ実施している  
02 同一設置主体の訪問看護ステーションによる訪問看護のみ実施している  
03 病院からの訪問看護を実施し、併せて同一設置主体の訪問看護ステーションによる訪問看護も実施している  
04 実施していない

Q44 貴院から訪問看護ステーションへの指示書交付の対応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

Q45 貴院における介護保険の「主治医意見書」の交付の対応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

Q46 貴院が、院内の医療従事者を対象に在宅医療に関する研修を行っているかについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 行っている 02 行っていない

10 貴院の地域における連携状況について

Q47 貴院における患者の受入れ・紹介体制として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 地域医療連携室を設置し、医療機関から患者の受入れ等を行っている →Q48へ

02 地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関から患者の受入れ等を行う体制を整備している →Q48へ

03 医療機関から患者の受入れ等を行うための体制は、特に整備していない →Q51へ

Q48 貴院において患者の受入れ・紹介を担当する専従者の人数を職種毎にご記入下さい。

職種	専従者数	職種	専従者数
01 医師	人	04 事務職員	人
02 看護職員	人	05 その他	人
03 医療社会事業従事者	人		

Q49 貴院が 紹介患者について定期的に報告や連絡を行うなど紹介医師との相互連携を実施しているかについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 実施している 02 実施していない

Q50 貴院の診療所への後方支援体制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 急変時に緊急入院を受入れている 03 診療に関する相談を受けている

02 研修会・症例検討会を実施している 04 積極的な後方支援は実施していない

11 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q51 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 →Q52へ 02 実施していない →Q57へ

Q52 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に確保している病床数を記入下さい。

リハビリテーション専用病床	床
うち一般病床	床
うち回復期リハビリテーション病棟 (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の届出を行っているもの)	床
うち療養病床	床

Q53 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記入下さい。

リハビリテーション部門専任医師数	常 勤	人
	非常勤 (実人数)	人
うち日本リハビリテーション医学会専門医資格保有者数		人

Q54 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記入下さい。

	常 勤	免許取得後年数				非常勤 (注)
		1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上	
01 理学療法士	人	人	人	人	人	人
02 作業療法士	人	人	人	人	人	人
03 言語聴覚士	人	人	人	人	人	人
04 あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人	人	人
05 医療社会事業従事者	人	人	人	人	人	人

(注) 非常勤者の数は、Q5の注2に示した方法に従って常勤換算して下さい。

Q55 貴院における基準日(2006年10月2日)の入院患者のうち、基準日を含む入院期間中にリハビリテーション医療を実施している患者の数(算定したリハビリテーション料の種類別)(実数)を記入下さい。

	心大血管疾患 リハビリテ ーション料	脳血管疾患等 リハビリテ ーション料	運動器リハ ビリテーシ ョン料	呼吸器リハ ビリテーシ ョン料	難病患者リハ ビリテーシ ョン料	障害児(者) リハビリテ ーション料
リハビリテーション医療 実施入院患者数(実数)	人	人	人	人	人	人

Q56 <2006年10月2日から7日までの間で、貴院においてリハビリテーション外来を実施している任意の1日を選んでお答えください。>  
リハビリテーション医療を実施した外来患者数(算定したリハビリテーション料の種類別)(実数)を記入下さい。

	心大血管疾患 リハビリテ ーション料	脳血管疾患等 リハビリテ ーション料	運動器リハ ビリテーシ ョン料	呼吸器リハ ビリテーシ ョン料	難病患者リハ ビリテーシ ョン料	障害児(者) リハビリテ ーション料
リハビリテーション医療 実施外来患者数(実数)	人	人	人	人	人	人

Q57 貴院がリハビリテーション医療を今後充実させたいと考えているかについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 充実させたいと考えている →Q58へ 03 今のところ未定である →Q61へ

02 当面の間は現状を維持する予定である →Q61へ

Q58 貴院がリハビリテーション医療に関して今後充実させたいと考えている内容として、該当する選択肢3つまでの番号に優先順位を数字で記入ください。選択肢 01 を選ばれた場合は、Q59にもお答え下さい。選択肢 02 を選ばれた場合は、Q60にもお答え下さい。

	優先順位 (数字で3つまで記入)	
01 リハビリテーション料の施設基準の届出		→Q59へ
02 リハビリテーション専門病床の整備		→Q60へ
03 訓練室の施設改善		
04 リハビリテーション医療機器の整備・更新		
05 リハビリテーション関連医療従事者の確保・増員		
06 地域リハビリテーションに対する支援への積極的な取組		
07 その他		

Q59 貴院で今後充実させたいと考えているリハビリテーション料の施設基準の種類について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 心大血管疾患リハビリテーションI	06 運動器リハビリテーションII
02 心大血管疾患リハビリテーションII	07 呼吸器リハビリテーションI
03 脳血管疾患等リハビリテーションI	08 呼吸器リハビリテーションII
04 脳血管疾患等リハビリテーションII	09 難病患者リハビリテーション
05 運動器リハビリテーションI	10 障害児(者)リハビリテーション

Q60 貴院で今後充実させたいと考えているリハビリテーション専門病床の種類について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 一般病床を使用したリハビリテーション専門病床
02 回復期リハビリテーション病棟(回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の届出が必要なもの)の整備
03 療養病床を使用したリハビリテーション専門病床



12 貴院における緩和ケアについて

Q61 貴院における緩和ケアの実施状況として該当する選択肢の番号1つに○を付け、01、02に該当する場合は病床数をご記入下さい。

01 緩和ケア病棟入院料の届出を行っている（緩和ケア病棟の病床数：.....床） →Q62へ  
 02 緩和ケア診療加算の届出を行っている（緩和ケア専用病床数：.....床） →Q63へ  
 03 上記01、02には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供している →Q63へ  
 04 積極的な実施体制を整備していない →Q68へ

<Q62は、Q61で01（緩和ケア病棟入院料の届出を行っている）と回答した病院のみお答え下さい>  
 Q62 貴院の緩和ケア病棟における入院待機患者数、在宅療養患者の急変時受入れ可能数をご記入下さい。

01 基準日（2006年10月2日）現在の緩和ケア病棟（病床は除く）の入院待機患者数 .....人  
 02 緩和ケア病棟（病床は除く）における在宅療養患者の急変時受入れ可能数 .....人

<Q63、Q64は、Q61で01（緩和ケア病棟入院料の届出を行っている）、02（緩和ケア診療加算の届出を行っている）もしくは03（院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供している）と回答した病院のみお答え下さい>  
 Q63 貴院の緩和ケア病棟又は緩和ケア病室における新規入院患者数、平均在院日数をご記入下さい。

01 2005年1月1日～12月31日の緩和ケア病棟又は病床の新規入院患者数 .....人  
 02 2005年1月1日～12月31日における緩和ケア病棟又は病床の平均在院日数 .....日

Q64 貴院の緩和ケア病棟又は緩和ケアチームにおける各職種の入数をご記入下さい。

01 医師	.....人	06 薬剤師	.....人
02 看護職員	.....人	07 管理栄養士・栄養士	.....人
03 看護補助職員	.....人	08 ボランティア	.....人
04 医療社会事業従事者	.....人	09 その他	.....人
05 臨床心理士	.....人		

Q65 貴院における緩和ケア外来の設置状況について該当する選択肢の番号1つに○を付け、設置している場合は2005年1月1日～12月31日における外来患者数をご記入下さい。

01 設置している（外来患者数：.....人） 02 設置していない

Q66 貴院における在宅療養患者への緩和ケア提供体制について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 訪問診療を実施している 04 急変時に一般病棟への入院を受入れている  
 02 訪問看護を実施している 05 診療所又は訪問看護ステーションを支援している  
 03 急変時に緩和ケア病棟への入院を受入れている 06 積極的な実施体制を整備していない

Q67 貴院の緩和ケア病棟又は緩和ケアチームが連携している診療所や訪問看護ステーションの箇所数をご記入下さい。一回答したらQ69へ

01 診療所	.....箇所	02 訪問看護ステーション	.....箇所
--------	---------	---------------	---------

Q68 貴院が緩和ケアを積極的に実施していない理由として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 緩和ケアを必要とする患者が少ない、またはいない 04 緩和ケアの実施は採算性が悪い  
 02 緩和ケアチームの設置など人員体制を整備するのが難しい 05 その他  
 03 緩和ケア病棟または病床を整備するのが難しい

Q69 貴院の緩和ケアの実施に関する今後の予定として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 緩和ケア病棟入院料の施設基準の届出を行う予定がある  
 02 緩和ケア加算の施設基準の届出を行う予定がある  
 03 上記01、02には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供する予定がある  
 04 当面の間は現状を維持する予定である  
 05 今のところ未定である

13 その他

Q70 貴院が実施している保健事業として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 人間ドック 03 保険者・企業等の委託等による集団的な保健指導  
 02 保険者・企業等の委託等による健診・検診 04 いずれも実施していない

Q71 貴院では、オーダーリング・システムを導入していますが、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 導入している  
 02 現在は導入していないが、具体的な導入予定がある  
 03 現在導入しておらず、導入予定もない

Q72 貴院では、診療報酬請求に当たり、レセプト電算処理（電子媒体によるレセプトの提出）を実施していますか。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 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある  
 03 現在実施しておらず、実施予定もない

Q73 貴院では、電子カルテシステムを導入していますが、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、付問にもお答え下さい。

01 導入している

➡ 電子カルテの活用状況の範囲について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付けください。

01-01 施設内で活用	01-03 他の医療機関との連携に活用
01-02 患者への治療方針の説明などに活用	

02 現在は導入していないが、具体的な導入予定がある  
 03 現在導入しておらず、導入予定もない

Q74 貴院では、ホームページを開設していますが、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、付問にもお答え下さい。

01 開設している

➡ サイトの掲載内容として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01-01 手術・治療の内容や件数等の診療実績
01-02 第三者機関が実施した病院の評価結果
01-03 差額ベッド代や自由診療に係る費用等を含む自己負担額
01-04 医師の氏名、略歴、専門分野等
01-05 連携している医療機関名
01-06 セカンドオピニオンを求める患者への対応体制

02 具体的な開設予定がある  
 03 開設していない

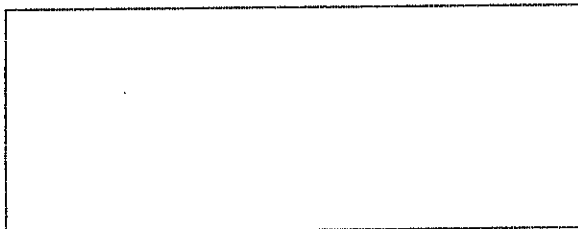
設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。記入漏れがないかをご確認の上、平成18年10月31日(火)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

東京都

(一般診療所票)

# 東京都医療機能実態調査

## 一般診療所票



《本調査票の記入日・記入者について》

調査票記入日	2006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、2006年10月2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 貴院の概要・属性について

Q1 上記の施設名・所在地に誤りがある場合、(下線)で記入して下さい。変更なしの場合は空欄又は横線です。

施設名	
所在地	

Q2 貴院の社会保険診療等の状況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 保険医療機関	02 自由診療のみ
-----------	-----------

Q3 貴院の医療機関コード(診療科目別)は使用しているかどうかを下記に記入して下さい。

医療機関コード																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q4 貴院の開設者が該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 厚生労働省	02 その他国(厚生労働省以外の国の機関(独立行政法人国立研究機関、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構を含む)が開設するもの)
03 東京都	04 市町村(一部事務組合が開設するものを含む)
05 日本赤十字社	06 社会福祉法人恩賜財団済生会又は社会福祉法人北海道社会事業協会
07 厚生(医療)農業協同組合連合会	

- 08 国民健康保険団体連合会
- 09 社会保険関係団体(社団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生年金事業振興団、財団法人船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合が開設するもの)
- 10 公益法人(民法第34条の規定による法人が開設するもの)
- 11 医療法人(医療法第39条の規定による法人が開設するもの)
- 12 学校法人(私立学校法第3条の規定による法人が開設するもの)
- 13 社会福祉法人(社会福祉法第22条の規定による法人が開設するもの)
- 14 医療生協(消費生活協同組合法第4条の規定による法人が開設するもの)
- 15 会社
- 16 その他の法人
- 17 個人

Q5 下記の診療科目について、貴院の現状状況として該当する選択肢の番号1つに○を付け、また、主たる診療科目の番号を複数記入出来る場合は、複数記入して下さい。

	標榜診療科目かどうか	主たる診療科目(1つに○)		標榜診療科目かどうか	主たる診療科目(1つに○)
01 内科	Yes No		17 呼吸器外科	Yes No	
02 呼吸器科	Yes No		18 心臓血管外科	Yes No	
03 消化器科(胃腸科)	Yes No		19 小児外科	Yes No	
04 循環器科	Yes No		20 産婦人科	Yes No	
05 小児科	Yes No		21 産科	Yes No	
06 精神科	Yes No		22 婦人科	Yes No	
07 神経科	Yes No		23 眼科	Yes No	
08 神経内科	Yes No		24 耳鼻いんこう科	Yes No	
09 心療内科	Yes No		25 気管食道科	Yes No	
10 アレルギー科	Yes No		26 皮膚科	Yes No	
11 リウマチ科	Yes No		27 泌尿器科	Yes No	
12 外科	Yes No		28 性済科	Yes No	
13 整形外科	Yes No		29 小児科	Yes No	
14 形成外科	Yes No		30 リハビリテーション科	Yes No	
15 美容外科	Yes No		31 放射線科	Yes No	
16 脳神経外科	Yes No		32 麻酔科	Yes No	

Q6 貴院の病床の状況(病床の有無・病床数)について、該当する選択肢の番号1つに○を付け、また数字を記入出来る場合は、数字を記入して下さい。

病床の有無	01 あり → 病床数*1			床	02 なし
-------	---------------	--	--	---	-------

Q7 貴院の業務の主たる業務について該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。兼営の場合は、G.S.にもお答え下さい。

01 一般診療業務	03 人工透析	05 休日夜間急患センター
02 健診業務(集団・個別)	04 コンタクトレンズ処方	06 その他

Q8 下記のうち貴院が最も力を入れている診療業務について該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 患者に身近な地域での、幅広い疾患に対応した診療、指導、健康相談等の提供  
 02 主に特定の疾患に対応し、日帰り手術等を実施するなど、特定の分野における高度な医療の提供  
 03 訪問診療や訪問看護などの在宅医療・介護の提供  
 04 耳鼻科、皮膚科、眼科等の専門の診療科目に特化した医療の提供

Q9 貴院は下記のいずれの診療形態で、特定の選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 自宅（自宅に隣接している場合も含む）で開業している診療所  
 02 自宅以外の場所（オフィスビル等）で開業している診療所  
 03 上記のいずれにも当てはまらない（企業が事業所内に設置している診療所など）

Q10 貴院では診療時間外の緊急患者等に対する、どの形に対応していますか。

01 在宅患者の症状が急変した場合など、緊急時の連絡を受ける体制を整備し、診療に対応している  
 02 01のような体制は特に整備していないが、可能な範囲で診療に対応している  
 03 診療時間外は医師が不在等のため、原則として診療には対応していない

Q11 貴院の職員体制について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

職種	常勤		非常勤(注) (常勤換算)		職種	常勤		非常勤(注) (常勤換算)	
	人		人			人		人	
01 医師		人		人	05 看護師		人		人
02 歯科医師		人		人	06 准看護師		人		人
03 薬剤師		人		人	07 その他		人		人
04 助産師		人		人					

(注) 非常勤職員の常勤換算の方法  
 貴院の1週間の通常の勤務時間を基本として、下記のように換算してください  
 ・1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日（各日8時間）勤務の者が1人の場合  
 $\frac{8時間 \times 2日}{40時間} = 0.4人$ （小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記）  
 ・1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日（各日3時間）勤務の者が1人と、週3日（各日5時間）勤務の者が2人いる場合  
 $\frac{(3時間 \times 2日 \times 1人) + (5時間 \times 3日 \times 2人)}{40時間} = 0.9人$

Q12 貴院では、医療報酬請求に当たり、レセプト電子請求（電子媒体によるレセプトの提出）を実施していますか。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 現在は実施していないが、具体的な実施予定がある  
 03 現在実施しておらず、実施予定もない

Q13 貴院では、電子カルテを導入していますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 導入している

電子カルテの活用状況の範囲について、該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01-01 自施設内で活用  
 01-02 患者への治療方針の説明などに活用  
 01-03 他の医療機関等との連携に活用

02 現在は導入していないが、具体的な導入予定がある  
 03 現在導入しておらず、導入予定もない

Q14 貴院では、ホームページを開設していますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢01が選択された場合は、併せてお答え下さい。

01 開設している

サイトの掲載内容として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01-01 手術・治療の内容や件数等の診療実績  
 01-02 差額ベッド代や自由診療に係る費用等を含む自己負担額  
 01-03 医師の氏名、略歴、専門分野等  
 01-04 連携している医療機関名  
 01-05 セカンドオピニオンを求める患者への対応体制

02 具体的な開設予定がある  
 03 開設していない

2 貴院の地域における連携状況について

Q15 貴院は、検査や入院等に関して紹介できる病院がありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 連携病院があり、検査や入院の依頼にあまり苦労しない  
 02 連携病院があるが十分な数でなく、検査や入院先の選定に苦労している  
 03 連携している病院がなく、検査や入院先の選定に苦労している  
 04 特に必要としていない

Q16 貴院は、専門外の診療に関して連携している診療所がありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 連携している診療所がある  
 02 連携している診療所がなく、紹介に苦労している  
 03 特に必要としていない

Q17 貴院は、複数の医療機関との紹介患者に対して、定期的に報告や連絡を受けるなど相互連携を行っていますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 行っている  
 02 行っていない

Q18 貴院は、連携している管理医療支援事業者（ケアマネジメントを行う事業者）や訪問看護事業者と、患者に関するケアマネジメント等の打ち合わせや会議を行っていますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 行っている  
 02 行っていない

Q19 貴院は、特定の診療を実施していますが、そのうちの範囲01～05について、YesかNoをお答え下さい。01～05のうち1つにYesを選択した場合、この質問にもお答え下さい。01～05のうち2つ以上をYesと選択した場合は、本アンケートで回答いただく項目は限りなく増えます。ご回答の範囲が広がりますので、記入欄が足りない場合は、別紙の回答用紙欄に入れてご回答下さい。

01 糖尿病の治療・指導	Yes → Q20～24に回答	No
02 小児医療（小児救急を含む。）	Yes → Q25に回答	No
03 往診 <sup>(注1)</sup>	Yes → Q26～29に回答	No
	03-01 診療時間内のみ対応可能	03-02 診療時間外でも対応可能
04 訪問診療 <sup>(注2)</sup>	Yes → Q26～37に回答	No
05 リハビリテーション医療	Yes → Q38～39に回答	No

(注1) 往診とは、患者の求めに応じて患者に赴き診療を行うこと。  
 (注2) 訪問診療とは、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理のもとに定期的に訪問して診療を行うこと。

【Q19の設問 01 で Yes と回答された医療機関のみお答え下さい】

3 貴院における糖尿病の診療について

Q20 貴院における糖尿病教育入院室及び糖尿病教室（日帰り）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	→Q21に回答
02 教育入院のみを実施している	→Q21に回答
03 日帰り教室のみを実施している	→Q21に回答
04 いずれも実施していない	→Q22に回答

Q21 下記の糖尿病指導士について、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等のみで実施	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

Q22 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も該当する選択肢に○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

Q23 貴院では連携医療機関から糖尿病の紹介患者の受け入れ実績がありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 受け入れ実績がある	02 受け入れ実績はない
--------------	--------------

Q24 貴院では糖尿病患者を他の専門医に紹介するなど、他の医療機関と連携を取っておりますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢 01 を選択した場合は、その医療機関が存在する区市町村番号すべてに○をお付け下さい。

01 あり	02 なし				
01 千代田区	13 渋谷区	24 八王子市	34 小平市	44 武蔵村山市	54 大島町
02 中央区	14 中野区	25 立川市	35 日野市	45 多摩市	55 利島村
03 港区	15 杉並区	26 武蔵野市	36 東村山市	46 稲城市	56 新島村
04 新宿区	16 豊島区	27 三鷹市	37 国分寺市	47 羽村市	57 神津島村
05 文京区	17 北区	28 青梅市	38 国立市	48 あきる野市	58 三宅村
06 台東区	18 荒川区	29 府中市	39 福生市	49 西東京市	59 御蔵島村
07 墨田区	19 板橋区	30 昭島市	40 狛江市	50 瑞穂町	60 八丈町
08 江東区	20 練馬区	31 調布市	41 東大和市	51 日の出町	61 青ヶ島村
09 品川区	21 足立区	32 町田市	42 清瀬市	52 檜原村	62 小笠原村
10 目黒区	22 葛飾区	33 小金井市	43 東久留米市	53 奥多摩町	
11 大田区	23 江戸川区				63 東京都以外
12 世田谷区					

【Q19の設問 02 で Yes と回答された医療機関のみお答え下さい】

4 貴院における小児医療（小児救急を含む。）について

Q25 貴院の小児医療に関する診療時間帯について、区分ごとに該当する選択肢1つに○をお付け下さい。（通常の診療時間帯で一部でも該当する場合は、該当の箇所○をお付け下さい。）

	9時から12時まで	12時から18時まで	18時から22時まで	22時以降
01 平日	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施
02 土曜日	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施
03 日曜日	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施
04 祝日	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施	実施 未実施

【Q19の設問 03 で Yes と回答された医療機関は、Q26～Q29にお答え下さい】

【Q19の設問 04 で Yes と回答された医療機関は、この項すべて（Q26～Q37）にお答え下さい】

5 貴院における在宅医療への取組について

Q26 貴院では在宅医療を主たる診療業務にしていますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 している	02 していない
---------	----------

Q27 貴院では診療報酬上の在宅療養支援診療所の届出を行っていますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 届出を済ませた	02 平成18年度中に届出したい →Q30へ
	03 2～3年以内に届出したい →Q30へ
	04 届出は考えていない →Q30へ

Q28 Q27の01、02で01（届出を済ませた）と回答した医療機関のみお答え下さい。

Q29 貴院の在宅療養支援診療所の適用開始年月日について数字を記入して下さい。

適用開始年月日 平成18年 月 日

Q30 貴院の在宅での看取り数（適用後から基準日（2006年10月2日）までの計）について数字を記入して下さい。

在宅での看取り数（適用後から基準日までの計）	人
（うち）がん末期患者	人

Q31 貴院で訪問診療を行っている最患者の数（2005年9月中の実績）をご記入下さい。

01 49歳以下	人	03 60歳代	人	05 80歳以上	人
02 50歳代	人	04 70歳代	人	06 総数	人

Q32 貴院における訪問診療で対応可能な診療行為として該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

01 点滴の管理	08 酸素療法
02 中心静脈栄養	09 透析（CAPD）
03 経鼻経管栄養	10 レスビレーター（人工呼吸器）の管理
04 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう）	11 疼痛の管理
05 気管切開部の処置	12 モニター測定（血圧・心拍等）
06 人工肛門の管理	13 じょくそうの管理
07 人工膀胱の管理	14 尿管カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）



Q32. 貴院で訪問診療を担当する医療従事者の人数をご記入下さい。

職種	常勤		非常勤(常勤換算)(注)	
	人	人	人	人
01 医師				
02 看護職員				
03 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士				
04 その他				

(注) 非常勤者の数は、Q11の注書を参考に、常勤に換算してご記入下さい。

Q33. 貴院の訪問診療の実施時間(1週間当たり、緊急時を除く)について数字を記入して下さい。

訪問診療の平均的な実施時間(移動時間を含む) 1週間当たり 時間

Q34. 貴院の在宅医療に関して、急病時の患者の受け入れ体制など、連携している病院等について、その種別数をご記入下さい。選択肢(1)～(12)は、その病院が所在する区市町村番号を記入して下さい。

01 病院													か所
01 千代田区	13 渋谷区	24 八王子市	34 小平市	44 武蔵村山市	54 大島町								
02 中央区	14 中野区	25 立川市	35 日野市	45 多摩市	55 利島村								
03 港区	15 杉並区	26 武蔵野市	36 東村山市	46 稲城市	56 新島村								
04 新宿区	16 豊島区	27 三鷹市	37 国分寺市	47 羽村市	57 神津島村								
05 文京区	17 北区	28 青梅市	38 国立市	48 あきる野市	58 三宅村								
06 台東区	18 荒川区	29 府中市	39 福生市	49 西東京市	59 御蔵島村								
07 墨田区	19 板橋区	30 昭島市	40 狛江市	50 瑞穂町	60 八丈町								
08 江東区	20 練馬区	31 調布市	41 東大和市	51 日の出町	61 青ヶ島村								
09 品川区	21 足立区	32 町田市	42 清瀬市	52 檜原村	62 小笠原村								
10 目黒区	22 葛飾区	33 小金井市	43 東久留米市	53 奥多摩町									
11 大田区	23 江戸川区				63 東京都以外								
12 世田谷区													

02 有床診療所 03 その他の一般診療所 04 訪問看護ステーション 05 その他(指定居宅介護支援事業者(ケアマネジメントを行う事業者)等) 06 訪問診療の対応可能範囲についてご記入下さい(区市町村番号すべてを記入して下さい)

01 千代田区	13 渋谷区	24 八王子市	34 小平市	44 武蔵村山市	54 大島町						
02 中央区	14 中野区	25 立川市	35 日野市	45 多摩市	55 利島村						
03 港区	15 杉並区	26 武蔵野市	36 東村山市	46 稲城市	56 新島村						
04 新宿区	16 豊島区	27 三鷹市	37 国分寺市	47 羽村市	57 神津島村						
05 文京区	17 北区	28 青梅市	38 国立市	48 あきる野市	58 三宅村						
06 台東区	18 荒川区	29 府中市	39 福生市	49 西東京市	59 御蔵島村						
07 墨田区	19 板橋区	30 昭島市	40 狛江市	50 瑞穂町	60 八丈町						
08 江東区	20 練馬区	31 調布市	41 東大和市	51 日の出町	61 青ヶ島村						
09 品川区	21 足立区	32 町田市	42 清瀬市	52 檜原村	62 小笠原村						
10 目黒区	22 葛飾区	33 小金井市	43 東久留米市	53 奥多摩町							
11 大田区	23 江戸川区				63 東京都以外						
12 世田谷区											

Q35. 貴院が訪問診療を実施するに当たっての地理的対応基準について該当する選択肢の番号1つに○を印付して下さい。(1)～(4)を記入の場合は、対応する距離について数字を記入して下さい。

01 徒歩	→ <input type="text"/> km 以内
02 自転車	
03 車	
04 依頼があれば診療所からの距離にかかわらず対応する	

※(注)は、有床診療所のみです。

Q37. 在宅患者について、急病時の緊急入院を受け入れていますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 受け入れている	02 受け入れていない
------------	-------------

【Q19の設問 05 で Yes と回答された医療機関のみお答え下さい】

6 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q38. 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記入下さい。

リハビリテーション部門専任医師数	常 勤		人
	人	人	
うち日本リハビリテーション医学会専門医資格保有者数			人

Q39. 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記入下さい。

	常勤	免許取得後年数				非常勤(注)
		1年未満	1年以上		5年以上	
			3年未満	3年以上 5年未満		
01 理学療法士	人	人	人	人	人	人
02 作業療法士	人	人	人	人	人	人
03 言語聴覚士	人	人	人	人	人	人
04 あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人	人	人
05 医療社会事業従事者	人	人	人	人	人	人

(注) 非常勤者の数は、Q11の注書を参考に、常勤に換算してご記入下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、平成18年10月31日(火)までに

同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

# 東京都

(リハビリテーション対象患者の入退院状況調査)

# 退院患者票

急性期用

患者通し番号

## 1 基本的な情報

性 別	01 男性 02 女性	年 齢	歳	自 宅 住 所	01 都内 02 都外
-----	-------------	-----	---	---------	-------------

## 2 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

原因疾患	01 くも膜下出血 02 脳内出血 03 脳梗塞 04 その他の脳血管疾患	05 大腿骨の骨折 06 骨盤の骨折 07 脊椎の骨折 08 股関節の骨折 09 膝関節の骨折	
→ 01~04 脳血管疾患の場合 → 麻痺の型	01 麻痺なし 02 右片麻痺 03 左片麻痺 04 両側性片麻痺		
発 症 日	西暦 年 月 日	合併症	01 心疾患 02 糖尿病 03 高血圧 04 その他 05 なし
貴院への入院日	西暦 年 月 日		
入院経路	発 症 ⇒ ⇒ ⇒ 今回退院した病床 ( 01 一般病床 (救急含む) 02 その他の病床)		
【入院経路】			
01 貴病院の一般病床 (救急含む)		02 貴病院のその他の病床	
04 別病院のその他の病床		03 別病院の一般病床 (救急含む)	
05 その他の施設			

## 3 入院中のリハビリテーションの状況

理学療法	01 未実施 02 実施	開始日	西暦 年 月 日
作業療法	01 未実施 02 実施	開始日	西暦 年 月 日
言語療法	01 未実施 02 実施	開始日	西暦 年 月 日

## 4 退院した時の状況

退 院 日	西暦 年 月 日	退 院 後 の 行 き 先	01 一般病床	
自 立 度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		02 亜急性期病棟	
認 知 度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		03 回復期リハビリテーション病棟	
バ ー セ ル 数	食 事		点 移 動	04 医療保険適用の療養病床
	移 乗		点 障 段 昇 降	05 介護保険適用の療養病床
	整 容		点 更 衣	06 その他の病床
	ト イ レ		点 排 便 コ ン ト ロ ー ル	07 介護老人保健施設
	入 浴		点 排 尿 コ ン ト ロ ー ル	08 介護老人福祉施設
家 族 形 態 ・ 介 護 者 等	01 独居であり、介護者はいない		09 自宅・在宅	
	02 独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため介護できない		10 特定施設 (ケアハウス、有料老人ホーム等)	
	03 独居ではないが、日中は独居に相当する		11 死亡	
	04 常時 (日中・夜間)、介護者 (家族・友人等) が1人いる		12 その他	
	05 常時 (日中・夜間)、介護者 (家族・友人等) が複数いる			
退 院 決 定	01 特に問題なく、予定通りに退院できた		本来の予定日より <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 日程度延びた	
	02 入所・入院する施設が見つからず、退院が延びていた			
	03 入所・入院する施設が待機待ちのため、退院が延びていた			
	04 在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ体制が整わず、退院が延びていた			
	05 在宅に戻る予定で家族の受け入れ体制も整っていたが、介護保険サービスの開始待ちのため、退院が延びていた			
医 療 処 置	01 中心静脈栄養 02 経鼻経管栄養 03 胃ろう 04 気管切開			
	05 人工透析 06 尿道バルーン 07 ドレーン			
要 介 護 度	01 未認定 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5			

### 退院後の行き先が「回復期リハビリテーション病棟」以外の場合

回復期リハ	01 適応無し
	02 適応有り ⇒ 回復期リハ病棟に転院等しなかった理由 [ 01 入院受入基準により断られた 02 空きがなかった 03 その他 ]

### 退院後の行き先が「自宅・在宅」「特定施設」の場合の医療・介護の継続について

退 院 先	01 自院の外来 02 他院の外来 03 不明
介 護 保 険	01 利用する 02 利用せず 03 不明
→ 01 利用する場合 → サービス内容	01 通所リハビリ 02 通所介護 03 訪問リハビリ 04 その他

# 退院患者票（急性期用）

## 《 記入要領 》

この調査票には、下記の条件に該当する退院患者について、1人1票ずつのご記入をお願いします。  
なお、調査票右肩部にある「患者通し番号」の記入枠に連番をお付けください。

■退院時期：平成18年11月1日（水）～30日（木）

※本調査では、「退院」には「転床」を含みます。また、救急部門の短期入院患者の退院についても対象といたします。

■原因疾患：①又は②のいずれかに該当する者

- ① 脳血管疾患（くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患）患者
- ② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折患者

### 1. 基本的な情報

- 性別** 記入する対象となる退院患者の性別をお選びください。
- 年齢** 退院時の年齢を数値でご記入ください。
- 自宅住所** 自宅の住所について、該当するものをお選びください。

### 2. 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

- 原因疾患** 入院の契機となった原因疾患について、[01]～[09]の中から該当するものを1つお選びください。
- 麻痺の型** 原因疾患が[01]～[04]の脳血管疾患の場合は、該当する麻痺の型（入院時）をお選びください。
- 発症日** 原因疾患の発症日（受傷日）をご記入ください。
- 貴院への入院日** 貴院へ当該患者が入院した年月日をご記入ください。
- 合併症** 今回退院した病床へ当該患者が入院（転床含む）した際の合併症について、該当するものを全てお選びください。
- 入院経路** 原因疾患を発症（受傷）した後、今回退院した病床へ当該患者が入院（転床含む）するまでの経路について、空欄に該当するものを[01]～[05]から選んでご記入ください。最後の欄（今回退院した病床）は、[01]又は[02]のどちらかを選び○を付けてください。  
例えば、脳梗塞を発症後に今回退院した病床とは別の「貴病院の一般病床（救急含む）」に入院し、その後、今回退院した病床へ転床し、そのまま退院した場合には、空欄に[01]を記入し、最後の欄（今回退院した病床）は[01]に○を付けてください。

### 3. 入院中のリハビリテーションの状況

- 理学療法** 理学療法の実施の有無をお選びください。  
なお、「02 実施」の場合、リハビリの開始日をご記入ください。
- 作業療法** 作業療法の実施の有無をお選びください。  
なお、「02 実施」の場合、リハビリの開始日をご記入ください。
- 言語療法** 言語療法の実施の有無をお選びください。  
なお、「02 実施」の場合、リハビリの開始日をご記入ください。

### 4. 退院した時の状況

- 退院日** 退院した年月日をご記入ください。
- 退院後の行き先** 退院後の当該患者の行き先について、[01]～[12]から該当するものを1つお選びください。
- 生活自立度** 退院時の「障害老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準
J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

	1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

認知症

退院時の「認知症である老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

家族形態・介護者等退院決定

当該患者の退院時の家族形態・介護者の状況について、[01]～[05]から該当するものを1つお選びください。

実際の退院日が決定されるに至る経緯として該当するものを1つお選びください。

なお、[02]～[05]の場合は、本来の退院予定日よりも延期されたおおよその日数を数値でご記入ください。

パーセル指数

退院時のパーセル指数について、下表を参考に点数を数値でそれぞれご記入ください。

項目	点数	記述	基準
食 事	10	自 立	皿やテーブルから自力で食物をとって、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。
	5	部 分 介 助	なんらかの介助・監視が必要（食物を切り刻む等）。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。



移 乗	15	自 立	すべての動作が可能(車いすを安全にベッドに近づける。ブレーキをかける。フットレストを持ち上げる。ベッドへ安全に移る。臥位になる。ベッドの縁に腰かける。車いすの位置を変える。)
	10	最 小 限 介 助	上記動作(1つ以上)最小限の介助または安全のための指示や監視が必要。
	5	部 分 介 助	自力で臥位から起き上がって腰かけられるが、移乗に介助が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
整 容	5	自 力	手と顔を洗う。整髪する。歯を磨く。髭を剃る(道具は何でもよいが、引き出しからの出納も含めて道具の操作・管理が介助なしにできる)。女性は化粧も含む(ただし、髪を編んだり、髪型を整えることは除く)。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
ト イ レ	10	自 立	トイレの出入り(腰かけ、離れを含む)、ボタンやファスナーの着脱と汚れないための準備、トイレット・ペーパーの使用、手すりの使用は可。トイレの代わりに差し込み便器を使う場合には便器の清浄管理ができる。
	5	部 分 介 助	バランス不安定、衣服操作、トイレット・ペーパーの使用に介助が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
入 浴	5	自 立	浴槽に入る、シャワーを使う、スポンジで洗う、このすべてがどんな方法でもよいが、他人の援助なしで可能。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
移 動	15	自 立	介助や監視なしに45m以上歩ける。義肢・装具や杖・歩行器(車つきを除く)を使用してよい。装具使用の場合には立位や坐位でロック操作が可能なこと。装着と取りはずしが可能なこと。
	10	部 分 介 助	上記事項について、わずかな介助や監視があれば45m以上歩ける。
	5	車 い す 使用	歩くことはできないが、自力で車いすの操作ができる。角を曲がる、方向転換、テーブル、ベッド、トイレ等への操作等。45m以上移動できる。患者が歩行可能なときは採点しない。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
階 段 昇 降	10	自 立	介助や監視なしに安全に階段の昇降ができる。手すり、杖、クラッチの使用可。杖をもったままの昇降も可能。
	5	部 分 介 助	上記事項について、介助や監視が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
更 衣	10	自 立	通常着けている衣類、靴、装具の着脱が行える。
	5	部 分 介 助	上記事項について、介助を要するが、作業の半分以上は自力で行え、妥当な時間内に終了する。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
排 便 コントロール	10	自 立	排便のコントロールが可能で失敗がない。脊椎損傷患者等の排便訓練後の座薬や洗腸の使用を含む。
	5	部 分 介 助	座薬や洗腸の使用に介助を要したり、ときどき失敗する。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。
排 尿 コントロール	10	自 立	昼夜とも排尿コントロールが可能。脊椎損傷患者の場合、集尿バッグ等の装着・清掃管理が自立している。
	5	部 分 介 助	ときどき失敗がある。トイレに行くことや尿器の準備が間にあわなかったり、集尿バッグの操作に介助が必要。
	0	全 介 助	すべて介助が必要。

医療処置  
要介護度  
回復期リハ  
通院先  
介護保険

[01] ~ [07] の医療処置について、退院時に実施していたものを全てお選びください。

退院時の要介護度について、[01] ~ [08] から該当するものを1つお選びください。

『退院後の行き先』が「03 回復期リハビリテーション」以外の場合、退院時の回復期リハビリテーションの適応の有無について該当するものをお選びください。

「02 適応有り」の場合、回復期リハビリテーション病棟に転院・転床しなかった理由をお選びください。

退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設(ケアハウス、有料老人ホーム等)」の場合、退院後の通院先をお選びください。

退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設(ケアハウス、有料老人ホーム等)」の場合、退院後の介護保険の利用の有無をお選びください。

「01 利用する」の場合、利用するサービス内容について該当するもの全てをお選びください。

# 退院患者票

回復期用

患者通し番号

## 1 基本的な情報

性 別	01 男性 02 女性	年 齢	歳	自 宅 住 所	01 都内 02 都外
-----	-------------	-----	---	---------	-------------

## 2 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

原因疾患	01 くも膜下出血 02 脳内出血 03 脳梗塞 04 その他の脳血管疾患 05 大腿骨の骨折 06 骨盤の骨折 07 脊椎の骨折 08 股関節の骨折 09 膝関節の骨折 10 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を発生 11 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷								
	01 01~04 脳血管疾患の場合 麻痺の型			01 麻痺なし 02 右片麻痺 03 左片麻痺 04 両側性片麻痺					
発症日	西暦	年	月	日	合併症	01 心疾患 02 糖尿病 03 高血圧 04 その他 05 なし			
入院経路	発症 ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ 貴院の回復期リハビリ病棟へ入院（転床含む）								
【入院経路】 01 貴病院の一般病床（救急含む） 02 貴病院のその他の病床 03 別病院の一般病床（救急含む） 04 別病院のその他の病床 05 その他の施設									

## 3 回復期リハビリテーション病棟に入院（転床含む）した時の状況

入院日	西暦	年	月	日					
生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2								
認知自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M								
パーセル数	食 事	点	ト イ レ	点	階 段 昇 降	点	排 尿 コ ン ト ロ ー ル	点	
	移 乗	点	入 浴	点	更 衣	点			
	雑 音	点	移 動	点	排 便 コ ン ト ロ ー ル	点			

## 4 入院中のリハビリテーションの状況

理学療法	01 未実施 02 実施	1日当たり実施状況	平均	単位
作業療法	01 未実施 02 実施	1日当たり実施状況	平均	単位
言語療法	01 未実施 02 実施	1日当たり実施状況	平均	単位

## 5 退院した時の状況

退院日	西暦	年	月	日						
自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2									
認知度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M									
パーセル数	食 事	点	移 動	点	階 段 昇 降	点	排 尿 コ ン ト ロ ー ル	点		
	移 乗	点	入 浴	点	更 衣	点				
	雑 音	点	移 動	点	排 便 コ ン ト ロ ー ル	点				
	ト イ レ	点	移 動	点	排 便 コ ン ト ロ ー ル	点				
	入 浴	点	移 動	点	排 便 コ ン ト ロ ー ル	点				
	入 浴	点	移 動	点	排 便 コ ン ト ロ ー ル	点				
家族形態・介護者等	01 独居であり、介護者はいない 02 独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため介護できない 03 独居ではないが、日中は独居に相当する 04 常時（日中・夜間）、介護者（家族・友人等）が1人いる 05 常時（日中・夜間）、介護者（家族・友人等）が複数いる									
	退院決定	01 特に問題なく、予定通りに退院できた								
		02 入所・入院する施設が見つからず、退院が延びていた								
		03 入所・入院する施設が待機待ちのため、退院が延びていた								
		04 在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ体制が整わず、退院が延びていた								
05 在宅に戻る予定で家族の受け入れ体制も整っていたが、介護保険サービス利用の開始待ちのため、退院が延びていた										
医療処置	01 中心静脈栄養 02 経鼻経管栄養		03 胃ろう 04 気管切開							
要介護度	01 未認定 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5									

本来の予定日より   日程度延びた

### 退院後の行き先が「自宅・在宅」「特定施設」の場合の医療・介護の継続について

通院先	01 自院の外來 02 他院の外來 03 不明		
介護保険	01 利用する 02 利用せず 03 不明		
サービス内容	01 通所リハビリ	02 通所介護	03 訪問リハビリ 04 その他

# 退院患者票（回復期用）

## 《 記入要領 》

この調査票には、下記の条件に該当する退院患者について、1人1票ずつのご記入をお願いします。  
 なお、調査票右肩部にある「患者通し番号」の記入枠に連番をお付けください。

■退院時期：平成18年11月1日（水）～30日（木）

■退院患者：回復期リハビリテーション病棟からの退院患者

### 1. 基本的な情報

性別	記入する対象となる退院患者の性別をお選びください。
年齢	退院時の年齢を数値でご記入ください。
自宅住所	自宅の住所について、該当するものをお選びください。

### 2. 発症直後から入院（転床含む）するまでの経路

発症原因	入院の契機となった原因疾患について、[01]～[11]の中から該当するものを1つお選びください。
麻痺の型	原因疾患が[01]～[04]の脳血管疾患の場合は、該当する麻痺の型（入院時）をお選びください。
発症日	原因疾患の発症日（受傷日）をご記入ください。
合併症	今回退院した病床へ当該患者が入院（転床含む）した際の合併症について、該当するものを全てお選びください。
入院経路	原因疾患を発症（受傷）した後、今回退院した回復期リハビリテーション病棟の病床へ当該患者が入院（転床含む）するまでの経路について、空欄に該当するものを[01]～[05]から選んでご記入ください。 例えば、脳梗塞を発症後に今回退院した病床とは別の「貴病院の一般病床（救急含む）」に入院し、その後、今回退院した病床へ転床し、そのまま退院した場合には、[01]のみを空欄にご記入ください。

### 3. 回復期リハビリテーション病棟へ入院（転床含む）した時の状況

入院日	今回退院した回復期リハビリテーション病棟の病床へ当該患者が入院（転床含む）した年月日をご記入ください。
障害直度	入院時の「障害老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準
J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

入院時の「認知症である老人の日常生活自立度」について該当するものを下表を参考にお選びください。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

入院時のバーセル指数について、下表を参考に点数を数値でそれぞれご記入ください。  
 なお、全ての項目について、「全介助（すべて介助が必要）」の場合は0点としてください。

項目	点数	記述	基準
食 事	10	自 立	皿やテーブルから自力で食物をとって、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。
	5	部 分 介 助	なんらかの介助・監視が必要（食物を切り刻む等）。
移 乗	15	自 立	すべての動作が可能（車いすを安全にベッドに近づける。ブレーキをかける。フットレストを持ち上げる。ベッドへ安全に移る。臥位になる。ベッドの縁に腰かける。車いすの位置を変える。）
	10	最 小 限 介 助	上記動作（1つ以上）最小限の介助または安全のための指示や監視が必要。
	5	部 分 介 助	自力で臥位から起き上がって腰かけられるが、移乗に介助が必要。
整 容	5	自 力	手と顔を洗う。整髪する。歯を磨く。髭を剃る（道具は何でもよいが、引き出しからの出納も含めて道具の操作・管理が介助なしにできる）。女性は化粧も含む（ただし、髪を編んだり、髪型を整えることは除く）。
	10	自 立	トイレの出入り（腰かけ、離れを含む）、ボタンやファスナーの着脱と汚れないための準備、トイレ・ペーパーの使用、手すりの使用は可。トイレの代わりに差し込み便器を使う場合には便器の清浄管理ができる。
ト イ レ	5	部 分 介 助	バランス不安定、衣服操作、トイレ・ペーパーの使用に介助が必要。
	5	自 立	浴槽に入る、シャワーを使う、スポンジで洗う、このすべてがどんな方法でもよいが、他人の援助なしで可能。
入 浴	5	自 立	浴槽に入る、シャワーを使う、スポンジで洗う、このすべてがどんな方法でもよいが、他人の援助なしで可能。
	15	自 立	介助や監視なしに45m以上歩ける。義肢・装具や杖・歩行器（車つきを除く）を使用してよい。装具使用の場合には立位や坐位でロック操作が可能なこと。装着と取りはずしが可能なこと。
	10	部 分 介 助	上記事項について、わずかな介助や監視があれば45m以上歩ける。
移 動	5	車いす使用	歩くことはできないが、自力で車いすの操作ができる。角を曲がる、方向転換、テーブル、ベッド、トイレ等への操作等。45m以上移動できる。患者が歩行可能なときは採点しない。
	10	自 立	介助や監視なしに安全に階段の昇降ができる。手すり、杖、クラッチの使用可。杖をもったままの昇降も可能。
階 段 昇 降	5	部 分 介 助	上記事項について、介助や監視が必要。
	10	自 立	通常着けている衣類、靴、装具の着脱が行える。
更 衣	5	部 分 介 助	上記事項について、介助を要するが、作業の半分以上は自力で行え、妥当な時間内に終了する。
	10	自 立	排便のコントロールが可能で失敗がない。脊椎損傷患者等の排便訓練後の座薬や洗腸の使用を含む。
排 便 コ ン ト ロ ー ル	5	部 分 介 助	座薬や洗腸の使用に介助を要したり、ときどき失敗する。
	10	自 立	昼夜とも排尿コントロールが可能。脊椎損傷患者の場合、集尿バッグ等の装着・清掃管理が自立している。
排 尿 コ ン ト ロ ー ル	5	部 分 介 助	ときどき失敗がある。トイレに行くことや尿器の準備が間にあわなかったり、集尿バッグの操作に介助が必要。

#### 4. 入院中のリハビリテーションの状況

- 理学療法** 理学療法の実施の有無をお選びください。  
なお、「02 実施」の場合、リハビリの1日当たりの平均的な実施単位数をご記入ください。
- 作業療法** 作業療法の実施の有無をお選びください。  
なお、「02 実施」の場合、リハビリの1日当たりの平均的な実施単位数をご記入ください。
- 言語療法** 言語療法の実施の有無をお選びください。  
なお、「02 実施」の場合、リハビリの1日当たりの平均的な実施単位数をご記入ください。

#### 5. 退院した時の状況

- 退院日** 退院した年月日をご記入ください。
- 退院後の行き先** 退院後の当該患者の行き先について、[01]～[12]から該当するものを1つお選びください。
- 生活自立度** 退院時の「障害老人の日常生活自立度」について該当するものを前掲の表を参考にお選びください。
- 認知自立度** 退院時の「認知症である老人の日常生活自立度」について該当するものを前掲の表を参考にお選びください。
- パーセル指数** 退院時のパーセル指数について、前掲の表を参考に点数を数値でそれぞれご記入ください。
- 家族形態・介護者種別** 当該患者の退院時の家族形態・介護者の状況について、[01]～[05]から該当するものを1つお選びください。
- 退院決定** 実際の退院日が決定されるに至る経緯として該当するものをお選びください。  
なお、[02]～[05]の場合は、本来の退院予定日よりも延期されたおおよその日数を数値でご記入ください。
- 医療処置** [01]～[07]の医療処置について、退院時に実施していたものを全てお選びください。
- 要介護度** 退院時の要介護度について、[01]～[08]から該当するものを1つお選びください。
- 退院先** 退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設（ケアハウス、有料老人ホーム等）」の場合、退院後の通院先をお選びください。
- 介護保険** 退院後の行き先が「09 自宅・在宅」又は「10 特定施設（ケアハウス、有料老人ホーム等）」の場合、退院後の介護保険の利用の有無をお選びください。  
「01 利用する」の場合、利用するサービス内容について該当するもの全てをお選びください。



# 入院患者票

番 号	性 别	年 齢	自宅住所	入院前 の場所	発 症 年月日	原 疾 因 患	入 院 年月日
1	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
2	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
3	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
4	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
5	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
6	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
7	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
8	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
9	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
10	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
11	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
12	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
13	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
14	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
15	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
16	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
17	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
18	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
19	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
20	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
21	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
22	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
23	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
24	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
25	男・女		都内・都外		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日

# 入院患者票

## 《 記入要領 》

この調査票には、平成 18 年 11 月 15 日（水）0：00 時点で、貴院の回復期リハビリテーション病棟に入院している全ての入院患者について、患者 1 人 1 行ずつのご記入をお願いします。

<b>性別</b>	記入する対象となる患者の性別をお選びください。															
<b>年齢</b>	平成 18 年 11 月 15 日現在の年齢を数値でご記入ください。															
<b>居住住所</b>	自宅の住所について、該当するものをお選びください。 なお、既に自宅が無く、施設の入所者等である場合は、その施設等の住所についてお選びください。															
<b>入院前の居場所</b>	入院直前の居場所について該当するものを下枠内から選び、数値をご記入ください。															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">01 貴病院の一般病床（救急含む）</td> <td style="width: 33%;">02 貴病院のその他の病床</td> <td style="width: 33%;">03 別病院の一般病床（救急含む）</td> </tr> <tr> <td>04 別病院のその他の病床</td> <td>05 その他の施設</td> <td></td> </tr> </table>		01 貴病院の一般病床（救急含む）	02 貴病院のその他の病床	03 別病院の一般病床（救急含む）	04 別病院のその他の病床	05 その他の施設										
01 貴病院の一般病床（救急含む）	02 貴病院のその他の病床	03 別病院の一般病床（救急含む）														
04 別病院のその他の病床	05 その他の施設															
<b>発症年月日</b>	原因疾患を発症（受傷）した年月日をご記入ください。															
<b>原因疾患</b>	原因疾患について該当するものを下枠内から選び、数値をご記入ください。															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">01 くも膜下出血</td> <td style="width: 33%;">02 脳内出血</td> <td style="width: 33%;">03 脳梗塞</td> </tr> <tr> <td>04 その他の脳血管疾患</td> <td>05 大腿骨の骨折</td> <td>06 骨盤の骨折</td> </tr> <tr> <td>07 脊椎の骨折</td> <td>08 股関節の骨折</td> <td>09 膝関節の骨折</td> </tr> <tr> <td colspan="3">10 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を発症</td> </tr> <tr> <td colspan="3">11 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷</td> </tr> </table>		01 くも膜下出血	02 脳内出血	03 脳梗塞	04 その他の脳血管疾患	05 大腿骨の骨折	06 骨盤の骨折	07 脊椎の骨折	08 股関節の骨折	09 膝関節の骨折	10 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を発症			11 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷		
01 くも膜下出血	02 脳内出血	03 脳梗塞														
04 その他の脳血管疾患	05 大腿骨の骨折	06 骨盤の骨折														
07 脊椎の骨折	08 股関節の骨折	09 膝関節の骨折														
10 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を発症																
11 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷																
<b>入院年月日</b>	入院した年月日をご記入ください。															

# 施設票

以下の問いについて、平成 18 年 11 月 1 日現在の貴院の状況をご記入ください。

## I 基本的な事項

問 1 下記の 01～10 の病床・病棟種類別に、貴院の使用許可病床数、病床利用率を数字でご記入ください。

病床の種類	許可病床数	病床利用率
01 一般病床	床	%
02 療養病床（医療保険適用）	床	%
03 療養病床（介護保険適用）	床	%
04 精神病床	床	%
05 結核病床	床	%
06 感染症病床	床	%
07 合計（01+02+03+04+05+06）	床	%
08 （再掲）回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病棟	床	%
09 （再掲）亜急性期入院医療管理料の届出病棟	床	%
10 （再掲）脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出病棟	床	%

問 2 貴院で届出を出しているリハビリテーション施設基準の種類について、該当するもの全てに○印をお付けください。

01 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	02 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）
03 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	04 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）
05 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	06 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
07 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	08 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）
09 難病患者リハビリテーション料	10 障害者（児）リハビリテーション料

問 3 貴院における患者の受け入れ・紹介を行う院内体制について、該当するもの 1 つに○印をお付けください。

01 地域医療連携室を設置し、他の医療機関と患者の受け入れ・紹介を行っている。
02 地域医療連携室という名称は使っていないが、他の医療機関と患者の受け入れ・紹介を行う院内の組織体制を整備している。
03 医療機関と患者の受け入れ・紹介を行うための院内の組織体制は特に整備していない。

■回復期リハビリテーション病棟を保有している病院は、問 5～問 10 にご回答ください。

■上記以外の病院は、問 10 にご回答ください。

【回復期リハビリテーション病棟を保有している病院のみご回答ください。】

## II 回復期リハビリテーション病棟の状況

問5 回復期リハ病棟の従事者数について数字でご記入ください。

(回復期リハ病棟が2病棟以上ある場合は、1病棟分に換算した平均値をご記入ください)

職 種	専 従 [他病棟は担当せず]		非専従(注) [他病棟も担当する]	
		人		人
01 医 師		人		人
[再掲] リハビリテーション医学会専門医資格保有者		人		人
[再掲] リハビリテーション医学会認定医資格保有者		人		人
02 看護職員		人		人
03 理学療法士		人		人
04 作業療法士		人		人
05 言語聴覚士		人		人
06 医療社会事業従事者		人		人
07 健康運動指導士		人		人
08 その他の職員		人		人

注. 非専従職員数の計算方法

貴院の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して下さい。

- ・1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日(各日3時間)勤務の者が1人と、週3日(各日5時間)勤務の者が2人いる場合

$$\frac{(3時間 \times 2日 \times 1人) + (5時間 \times 3日 \times 2人)}{40時間} = 0.9人 \text{ (小数点第1位まで表記)}$$

問6 貴院の回復期リハ病棟で受け入れている紹介患者の紹介元の医療機関として多いものを第1位から第3位まで下枠内からお選びください。

第1位  第2位  第3位

- |                             |
|-----------------------------|
| 01 貴院と同じ区市町村内にある病院          |
| 02 貴院と同じ区市町村内にある一般診療所       |
| 03 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある病院    |
| 04 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある一般診療所 |
| 05 上記03・04よりも遠方にある病院        |
| 06 上記03・04よりも遠方にある一般診療所     |

問7 貴院の回復期リハ病棟で受け入れている紹介患者の紹介先の医療機関として多いものを第1位から第3位まで下枠内からお選びください。

第1位  第2位  第3位

- |                               |
|-------------------------------|
| 01 貴院と同じ区市町村内にある病院            |
| 02 貴院と同じ区市町村内にある一般診療所         |
| 03 貴院と同じ区市町村内にある介護保険施設等       |
| 04 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある病院      |
| 05 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある一般診療所   |
| 06 貴院の所在する二次保健医療圏内※にある介護保険施設等 |
| 07 上記03・04よりも遠方にある病院          |
| 08 上記03・04よりも遠方にある一般診療所       |
| 09 上記03・04よりも遠方にある介護保険施設等     |

※二次保健医療圏については、4頁の表をご参照ください。

問8 貴院の回復期リハ病棟の入院受け入れ基準について、該当するもの全てに○印をおつけください。

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 01 発症（受傷）から1カ月以内であること      | 02 気管切開をしていないこと        |
| 03 中心静脈栄養（IVH）をしていないこと     | 04 経鼻経管栄養をしていないこと      |
| 05 経皮（胃ろう・腸ろう）経管栄養をしていないこと |                        |
| 06 褥瘡がないこと                 | 07 感染症（MRSA、緑膿菌等）がないこと |
| 08 特になし                    |                        |

問9 貴院の回復期リハ病棟では、退院前訪問指導を行っていますか。

- |                         |
|-------------------------|
| 01 原則としてすべての患者に対して行っている |
| 02 一部の患者には行っている         |
| 03 行っていない               |

【最後に、全ての病院にご回答をお願いいたします。】

### Ⅲ 患者の紹介・受け入れの状況

問10 患者の紹介・受け入れに当たり留意している点があれば、ご自由にご記入ください。

例、急性期病院に望むこと、回復期病院に望むこと 等



(参考) 都内の二次保健医療圏の構成

圏 域 名	構 成 区 市 町 村
区 中 央 部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
区 南 部	品川区、大田区
区 西 南 部	目黒区、世田谷区、渋谷区
区 西 部	新宿区、中野区、杉並区
区 西 北 部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
区 東 北 部	荒川区、足立区、葛飾区
区 東 部	墨田区、江東区、江戸川区
西 多 摩	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂市、日の出町、檜原村、奥多摩町
南 多 摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市
北多摩北部	小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市
島 し よ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村