

# 千葉県保健医療計画策定に関する調査

## 病院調査票

### ～循環型地域医療連携システムに関する調査～

#### 趣旨

本調査は、医療法第30条の5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」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。

Q3、Q7、Q8、Q9、Q18、Q22、Q23、Q24、Q26の回答内容（二重枠で囲んだ部分）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。

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。

#### 対象医療機関

千葉県内に所在する病院（284ヶ所）

#### 回答期限

平成22年8月31日（火）までに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、千葉県ホームページ等にて公表いたします。

#### 実施主体・問い合わせ

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課政策室

電話番号：043（223）2609

FAX番号：043（222）9023

担当：杉戸・石出

《貴院の所在地・病院名・医療機関コードについて》

所在地	(〒 - )千葉県		
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	平成22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、平成22年6月1日現在の状況に基づいてお答えください。

数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入ください。

1 貴院の概況について

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

2 貴院におけるがんの診療について

Q2 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 <u>1つ</u> に をお付けください。	
01 がんの確定診断および治療に対応している	Q3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

Q3 下記の部位別のがんのうち、貴院で診断・治療に対応している <u>選択肢に</u> をお付けください(複数回答可)。				
01 肺がん	02 肝がん	03 胃がん	04 大腸がん	05 乳がん
06 子宮頸がん・子宮体がん	07 前立腺がん	08 食道がん	09 膀胱がん	10 血液がん

Q4 Q3で該当すると回答されたがんの治療方法について、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 を付してください。また、A、Bに該当する場合は、平成21年度(年間)の実施件数を記載してください。

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いる(麻酔医の派遣を含む) C 当院では実施していない		
01 肺がん	01-01 手術療法	A ( )件	B ( )件	C
	01-02 化学療法	A ( )件	B ( )件	C
	01-03 放射線療法	A ( )件	B ( )件	C
	01-04 胸腔・気管支鏡治療	A ( )件	B ( )件	C
02 肝がん	02-01 手術療法	A ( )件	B ( )件	C
	02-02 経皮的局所療法	A ( )件	B ( )件	C
	02-03 動脈化学塞栓療法	A ( )件	B ( )件	C
03 胃がん	03-01 手術療法	A ( )件	B ( )件	C
	03-02 化学療法	A ( )件	B ( )件	C
	03-03 放射線療法	A ( )件	B ( )件	C
	03-04 内視鏡治療(腹腔鏡含む)	A ( )件	B ( )件	C

04 大腸がん	04-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	04-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	04-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	04-04 内視鏡治療 ( 腹腔鏡含む )	A ( ) 件	B ( ) 件	C
05 乳がん	05-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	05-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	05-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	05-04 内視鏡治療	A ( ) 件	B ( ) 件	C
06 子宮頸がん	06-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	06-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	06-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	06-04 内視鏡治療 ( 腹腔鏡含む )	A ( ) 件	B ( ) 件	C
07 子宮体がん	07-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	07-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	07-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	07-04 内視鏡治療 ( 腹腔鏡含む )	A ( ) 件	B ( ) 件	C
08 前立腺がん	08-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	08-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	08-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	08-04 腹腔鏡治療	A ( ) 件	B ( ) 件	C
09 食道がん	09-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	09-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	09-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	09-04 内視鏡治療	A ( ) 件	B ( ) 件	C
10 膀胱がん	10-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	10-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	10-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	10-04 内視鏡治療 ( 経尿道的膀胱腫瘍切除術 )	A ( ) 件	B ( ) 件	C
11 血液がん	11-01 手術療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	11-02 化学療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
	11-03 放射線療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C

**Q5** 貴院では地域がん登録を実施していますか。

- 01 実施している
- 02 実施していない
- 03 今後、実施する予定である

**Q6** 貴院におけるがん医療の推進状況として、該当する選択肢の番号1つに を付けてください。また、施設基準を満たしている場合は、平成22年6月(1ヶ月間)の算定件数もご記入ください。

01 外来化学療法加算(1または2)の施設基準について	01 <b>加算1</b> の施設基準を届け出ている (算定数: ) 件)
	02 <b>加算2</b> の施設基準を届け出ている (算定数: ) 件)
	03 いずれの施設基準も届け出していない
02 放射線治療専任加算の施設基準について	01 施設基準を届け出ている (算定数: ) 件)
	02 施設基準を届け出していない
03 外来放射線治療加算の施設基準について	01 施設基準を届け出ている (算定数: ) 件)
	02 施設基準を届け出していない



**Q12** 下記の脳卒中の対応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 を付してください。また、A、B に該当する場合は、平成 21 年度（年間）の実施件数を記載してください。

脳卒中の種類	対応方法	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 ( ) 件	B ( ) 件	C
01 脳出血	01-01 脳内血腫除去術	A ( ) 件	B ( ) 件	C
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
	02-02 脳動脈瘤クリッピング、脳動脈瘤被包術	A ( ) 件	B ( ) 件	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 ( ) 件	B ( ) 件	C
	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
	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
	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
	03-05 内頸動脈内膜剥離術（CEA）	A ( ) 件	B ( ) 件	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 をお選びください。

**Q13** 貴院における脳卒中回復期患者の受け入れ範囲として、該当する選択肢の番号 1 つに をお付けください。

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

**Q14** 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 をお付けください。病床がある場合は病床数を数字でご記入ください。

01 ある（病床数：      床）      02 ない

**Q15** 貴院における脳卒中維持期患者の受け入れ範囲として、該当する選択肢の番号 1 つに をお付けください。

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

**Q16** 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 をお付けください。

01 実施している      02 実施していない

## 5 脳卒中の診療にかかる地域連携診療計画について

**Q17** 貴院における地域連携診療計画について、該当する選択肢の番号 1 つに をお付けください。また、01、02の施設基準を満たす場合は、平成 22 年 6 月（1 ヶ月間）の算定件数もご記入ください。

01 地域連携診療計画管理料の施設基準について	01 施設基準を届け出ている 02 施設基準を届け出していない
02 地域連携診療計画退院時指導料( )の施設基準について	01 施設基準を届け出ている 02 施設基準を届け出していない
03 地域連携診療計画退院計画加算の施設基準について	01 施設基準を届け出ている 02 施設基準を届け出していない
04 地域連携診療計画退院時指導料( )の施設基準について	01 施設基準を届け出ている 02 施設基準を届け出っていない

6 貴院における急性心筋梗塞の診療について

**Q18** 貴院では急性心筋梗塞の治療が可能ですか。該当する選択肢の番号1つに をお付けください。また、「可能である」場合、その内容として該当する選択肢の記号1つに をお付けください。

01 可能である  
その内容は： < a. 外科的治療 b. 内科的治療 c. a・b両方 > Q19へ

02 困難である Q22へ

**Q19** 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 お付けください。

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）

02 専用ではないが、主として急性心筋梗塞患者を受け入れる病棟を決めている

03 設置していない

**Q20** 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 をお付けください（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ください）。

	通常診療時間帯	診療時間外
01 放射線等機器検査 (心電図、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、緊急心カテ、 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

**Q21** 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 を付けてください。また、A、Bに該当する場合は、平成21年度（年間）の実施件数を記載してください。

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 ( ) 件	B ( ) 件	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 ( ) 件	B ( ) 件	C
03 経静脈的血栓溶解療法	A ( ) 件	B ( ) 件	C
04 心大血管疾患リハビリテーション	A ( ) 件	B ( ) 件	C

7 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 をお付けください。

01 実施している Q23へ

02 実施していない Q27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 をお付けください。

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 をお付けください。

01 教育入院と日帰り教室の両方を実施している

02 教育入院のみを実施している

03 日帰り教室のみを実施している

04 いずれも実施していない

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 の中から選んでお付けください。					
	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	E 実施していない
01 運動指導	A	B	C	D	E
02 栄養(食生活)指導	A	B	C	D	E
03 服薬指導	A	B	C	D	E
04 インシュリン導入指導	A	B	C	D	E
05 生活(禁煙)指導	A	B	C	D	E
06 フットケア	A	B	C	D	E
07 糖尿病看護外来	A	B	C	D	E

Q26 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 お付けください。			
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	

8 貴院におけるリハビリテーション医療について

Q27 貴院ではリハビリテーション医療を実施していますか。該当する選択肢の番号 <u>1つ</u> に お付けください。	
01 実施している	02 実施していない
Q28 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ください。	
リハビリテーション専用病床	床
Q29 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ください。	
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
Q30 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ください。	
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

9 貴院における訪問診療の状況について

Q31 貴院では、在宅療養支援病院の届出をしていますか。選択肢の番号1つに をお付けください。

01 届け出ている 02 届け出していない

Q32 貴院では、現在訪問診療を実施していますか。該当する選択肢の番号1つに をお付けください。

01 実施している Q33へ 02 実施していない Q34へ

Q33 貴院で訪問診療を行っている患者についてお伺いします。

平成22年6月(1ヶ月間)に訪問診療を行った**実患者数**

総数 \_\_\_\_\_ 人

(1) 患者の主たる傷病名を**1つだけ記載してください**。がんについては、**原発性のがん**を内訳に記載してください。

a.がん	_____ 人
(内訳)	
肺がん	_____ 人
大腸がん	_____ 人
肝がん	_____ 人
胃がん	_____ 人
子宮頸がん	_____ 人
子宮体がん	_____ 人
乳がん	_____ 人
その他のがん	_____ 人
b.脳血管疾患	_____ 人
c.急性心筋梗塞	_____ 人
d.糖尿病	_____ 人
e.神経難病	_____ 人
f.慢性呼吸器疾患	_____ 人
g.整形外科疾患	_____ 人
h.小児疾患	_____ 人
i.その他( )	_____ 人

aから iの合計が、**総数**と一致するように記入してください。

(2) 訪問診療を行った患者の居場所別 実人数

j.自宅	_____ 人
k.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)

**jと kの合計が、総数と一致するように記入してください。**

訪問可能エリア

距離：半径 \_\_\_\_\_ km以内

時間：( 自動車またはバイク ・ 自転車 ・ 徒歩 )で片道 \_\_\_\_\_ 分以内

移動手段のいずれか1つに をつけてください

1 0 貴院の認知症が疑われる患者に対する対応状況について

<p><b>Q34</b> 貴院では、認知症が疑われる患者に対して、どのような対応をとっていますか。 該当する番号に をお付けください(複数回答可)。</p>	
01	認知症の専門医療機関の紹介
02	認知機能テストの実施
03	検査機器を使用した鑑別診断 ? 使用する検査機器について、該当する選択肢に をお付けください。(複数回答可) a. CT b. MRI c. SPECT d. PET e. その他( )
04	認知症治療薬、向精神薬の処方
05	入院治療
06	その他( )
<p><b>Q35</b> 認知症が疑われる患者を診療した際に、どのような状況で対応に苦慮しましたか(複数回答可)。</p>	
01	本人の様子や家族からの訴えの原因が認知症によるものなのかが分からない
02	どこの医療機関を紹介していいか分からない
03	診療を行なう時点で、患者・家族等から既往歴(認知症を含む)についての情報をとりにくい
04	症状説明や検査説明、服薬指導について患者本人の理解が得られず、治療(検査や服薬)が困難である
05	認知症があることで転院先等が見つからず入院が長期化してしまう
06	入院中、他の患者等とトラブルが生じたことがある
07	入院が必要な状況でも、受け入れ体制の確保が困難である
08	その他( )

1 1 貴院における病院勤務医の負担軽減状況について

<p><b>Q36</b> 貴院における医師事務作業補助体制加算の届出状況に関して、該当する選択肢の番号1つに をお付けください。</p>							
01	15対1	02	20対1	03	25対1	04	50対1
05	75対1	06	100対1	07	届けていない		
<p><b>Q37</b> 貴院における急性期看護補助体制加算の届出状況として該当する選択肢の番号1つに をお付けください。</p>							
01	急性期看護補助体制加算1(50対1配置)	02	急性期看護補助体制加算2(75対1配置)				
03	届けていない						
<p><b>Q38</b> 貴院における栄養サポートチーム加算の届出状況として該当する選択肢の番号1つに をお付けください。</p>							
01	届けている	02	届出に向けて準備している	03	届けていない		
<p><b>Q39</b> 貴院における呼吸ケアチーム加算の届出状況として該当する選択肢の番号1つに をお付けください。</p>							
01	届けている	02	届出に向けて準備している	03	届けていない		

1 2 千葉県共用地域医療連携パスの使用状況について

<p><b>Q40</b> 貴院での、千葉県共用地域医療連携パスの使用状況についてお伺いします。 千葉県共用地域医療連携パスをご存知ですか。該当する選択肢の番号1つに をお付けください。</p>		
01 知っている Q41へ	02 知らない Q42へ	
<p><b>Q41</b> 貴院での使用実績があるパスについて“ ”、使いたいと思うパスについて“ ”を、それぞれ該当する 選択肢にお付けください(複数回答可)。 <u>いずれの使用実績もない場合は10に</u> をお付けください。</p>		
01 肺がん	02 肝がん	03 胃がん
04 大腸がん	05 乳がん	06 子宮頸がん
07 脳卒中	08 急性心筋梗塞	09 糖尿病
10 いずれの使用実績もない		

1 3 軽症患者の時間外救急外来における受け入れ状況について

<p><b>Q42</b> 貴院では、外来診療をしていない休日や夜間に、通常診療時間帯を待って受診しても差し支えないと考 えられる患者を、救急外来においてどの程度受け入れていますか。該当する選択肢の番号1つに をお 付けください。</p>	
01 該当患者を頻繁に受け入れている	Q43へ
02 該当患者をたまに受け入れている	Q43へ
03 該当患者を受け入れることはほとんどない	Q45へ
04 不明 Q45へ	
05 救急外来は実施していない	Q45へ
<p><b>Q43</b> 貴院では、Q42 のような患者に対して、どのような対応をとっていますか。該当する選択肢に をお付 けください(複数回答可)。 <u>特に対応をとっていない場合は05に</u> をお付けください。</p>	
01 救急医療に関する住民への広報・啓発	(具体的な媒体・内容等： ) 「具体的な媒体・内容等」の例：ポスター、パンフレット など
02 緊急性のない患者からの別途費用負担の徴収	(時間外診察料(保険適用外)： )円
03 患者ニーズに合わせて診療時間を変更した	
04 その他(具体的には：	)
05 特に対応はとっていない	
<p><b>Q44</b> Q42 のような患者への対策として、行政に期待する役割についてご自由にお書きください。</p>	

1 4 理不尽な要求や暴言・暴力行為を繰り返す患者等について

**Q45** 貴院では、患者やその保護者等により、理不尽な要求や、暴言・暴力等を繰り返し受けたことはありますか。該当する選択肢の番号1つに をお付けください。

- 01 ある（頻度：月・年あたり 回程度）（頻度がわかれば、お書きください） Q 4 6 へ
- 02 ない 次項目 15へ
- 03 不明 次項目 15へ

**Q46** 貴院では、Q45 のような患者やその保護者等に対して、具体的にどのような対応をとっていますか。該当する選択肢に をお付けください（複数回答可）。特に対応をとっていない場合は05に をお付けください。

- 01 苦情処理マニュアル等の作成
- 02 医療従事者に対する苦情処理対応研修の実施
- 03 苦情処理を担当する担当者や専門部署の設置
- 04 その他（具体的には： \_\_\_\_\_ )
- 05 特に対応はとっていない

**Q47** Q45 のような患者やその保護者等への対策として、行政に期待する役割についてご自由にお書きください。

1 5 貴院からみた地域医療連携の課題について、感じることをご自由にご記入ください。

1 6 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31日（火）までに返信用封筒をお使いの上ご投函ください。