

千葉県保健医療計画改定に関する調査

本冊 病院・一般診療所（有床）調査票

千葉県保健医療計画改定に関する調査

病院・一般診療所（有床）調査票

○ 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、5疾病・4事業及び在宅医療に関する各医療機関の医療機能や地域における連携体制の実態について把握し、千葉県の保健医療施策を推進するための検討資料を得ることを目的とするものです。

なお、★印を付した項目の回答内容については、地域の医療連携を推進するため、千葉県ホームページに実施・対応している医療機関名のリストの形で公表することを予定しています。また、その他の回答は、医療機関名を匿名化のうえ、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提供施設の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。

○ 回答方法・回答期限

本調査は、①「本冊 病院・一般診療所（有床）調査票」（この調査票）、②「別冊1 精神疾患・認知症調査票」、③「別冊2 在宅医療調査票」の3種類の調査票により構成されています。すべての調査票に御回答のうえ、平成29年7月20日（木）までに同封の返信用封筒により、御返信願います。

○ 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します。

○ 質問項目、回答方法等に関する問い合わせ先

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 医療政策チーム

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」ヘルプデスク

電話番号：0120-133-181（平日10：00～17：00）

* みずほ情報総研株式会社は、千葉県と守秘義務契約を締結の上、本調査業務の実施を受託しています。

○ 実施主体（千葉県保健医療計画に関する問い合わせ）

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課 政策室（担当：菊地・井上）

電話番号：043-223-2609（平日9：00～17：00）

目 次

項 目	ページ	千葉県ホームページで回答内容が 医療機関名と共に公表される設問
本 冊		
1 貴院の概況について	1	
2 地域連携について	1	Q1
3 病床機能の転換等について	3	
4 がんについて	7	Q2、Q4(一部)
5 脳卒中について	8	Q1、Q2、Q3、Q5、Q6、Q12
6 心筋梗塞等の心血管疾患について	10	Q1、Q2、Q3、Q4、Q7
7 糖尿病について	11	Q3、Q4、Q5、Q6、Q7、Q9
8 救急医療について	13	
9 災害医療について	14	
10 周産期医療、小児医療について	17	Q2
別冊 1 精神疾患・認知症調査票		
1 精神疾患（認知症を除く）について	1	Q1、Q3、Q5、Q6、Q14、Q15、 Q17（一部）
2 認知症について	4	Q3、Q4、Q6、Q7-1
別冊 2 在宅医療調査票		公表項目なし

- 特に指示がある場合以外、平成 29 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・施設等がない場合は「0（ゼロ）」を記入してください。

計画の改定に合わせ、二次保健医療圏ごとに、各疾病・事業に係る医療機能を有する医療機関のリストを作成して公表する予定です。その作成に際しては、本調査の結果のほか、診療報酬上の施設基準等の届出状況や医療情報提供制度により千葉県へ報告いただいた内容（「ちば医療なび」で公表されている情報）等の公表情報を用いる予定です。

なお、「ちば医療なび」での公表内容に変更等がある場合には、**本アンケート調査への回答とは別に、千葉県医療整備課から発行されている ID、パスワードを用いて、7月20日（木）までにホームページから修正報告していただけるよう協力をお願いします。**

- ちば医療なび <http://www.iryu.pref.chiba.lg.jp/>
- 「ちば医療なび」に関する問合せ先（パスワードの再発行等）
 - ① 病 院：千葉県医療整備課 TEL 043-223-3884
 - ② 診療所（千葉市、船橋市、柏市）：千葉県医療整備課 TEL 043-223-3884
 - ③ 診療所（②以外）：管轄の健康福祉センター（保健所）

1 貴院の概況について

※施設名、所在地は、表紙に記載されている内容と異なる場合のみ、ご記入をお願いします。

施設名	
所在地	千葉県
記入者名及び連絡先	(電話)
連絡先メールアドレス	
貴院のホームページ URL	
記入日	平成 年 月 日

2 地域連携について

Q1 地域連携クリティカルパス等（医療機関連携や退院支援のツールを含む。）の使用状況について、それぞれ該当する選択肢のアルファベットに○をお付けください（複数回答可）。★

疾病の種類	A 千葉県共用 地域医療連携パス を使用している	B 千葉県共用パス 以外の地域 共用のパス等 を使用している	C 貴院独自の パス等 を使用している	D 使用 していない
疾病を限定しないパス（退院支援ツール等）		B	C	D
肺がん	A	B	C	D
肝がん	A	B	C	D
胃がん	A	B	C	D
大腸がん	A	B	C	D
乳がん	A	B	C	D
子宮がん	A	B	C	D
前立腺がん	A	B	C	D
脳卒中	A	B	C	D
急性心筋梗塞	A	B	C	D
糖尿病	A	B	C	D
大腿骨骨折		B	C	D
精神疾患（認知症を除く）		B	C	D
認知症		B	C	D
その他の疾患		B	C	D

Q2 平成 28 年度中における千葉県共用脳卒中地域医療連携パス（CAMP-S）の発行・受け取りの経験について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。

- 01 発行した経験・受け取った経験の両方ある 02 発行した経験はあるが、受け取った経験はない
03 発行した経験はないが、受け取った経験はある 04 発行した経験・受け取った経験のいずれもない

Q3 平成 28 年度中における千葉県地域生活連携シートの作成・受け取りの経験について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。

- 01 作成した経験・受け取った経験の両方ある
02 作成した経験はあるが、受け取った経験はない
03 作成した経験はないが、受け取った経験はある
04 地域生活連携シートについて知っているが、作成した経験・受け取った経験のいずれもない
05 地域生活連携シートを知らない

3 病床機能の転換等について

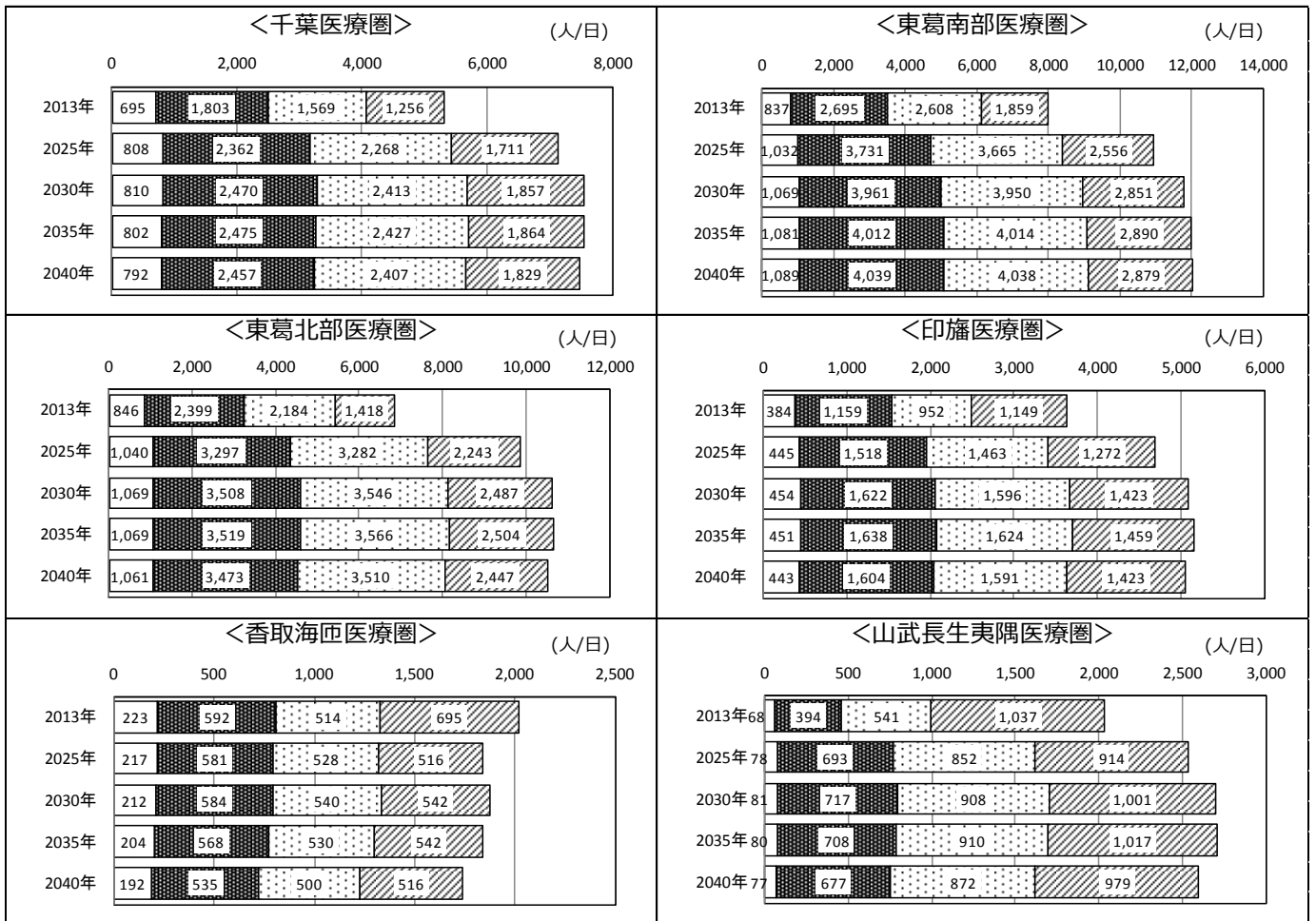
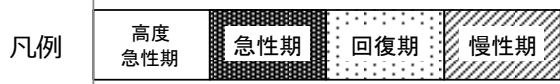
Q1 千葉県の地域医療構想では、将来の入院医療需要（1日当たり患者数）を下图～次頁図のように推計しています。貴院の所在する医療圏の患者数の推計結果について、あなたのお考えに最も近い選択肢の番号1つに○をお付けください。

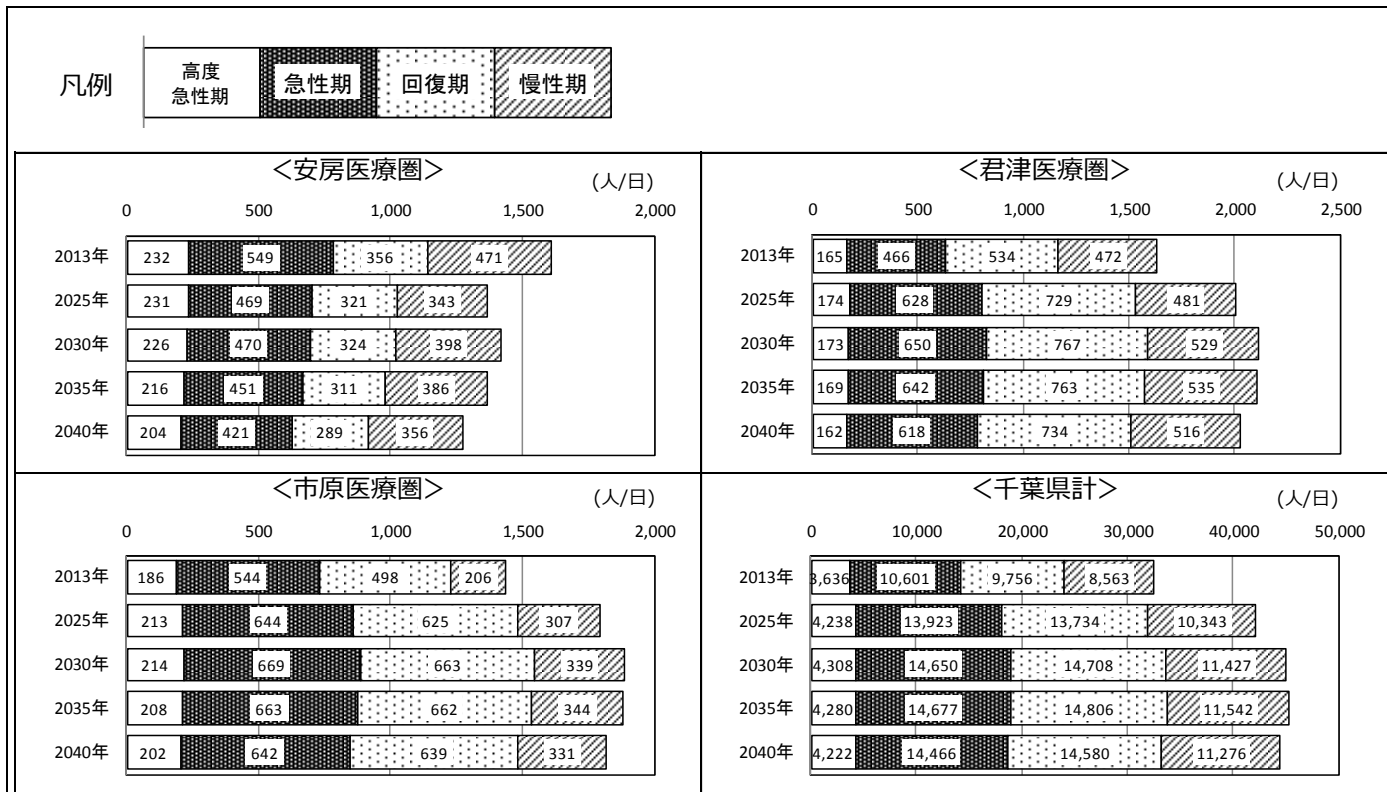
- | | |
|-------------------------|----------------|
| 01 どちらかといえば自分の見通しよりも多い | 02 自分の見通しとほぼ同じ |
| 03 どちらかといえば自分の見通しよりも少ない | 04 わからない |

【図】 地域医療構想における将来の1日当たり推計入院患者数

＜ご留意いただきたい点＞

- ここでの高度急性期/急性期/回復期/慢性期の区分の定義は、地域医療構想における定義によっています。医療機関が毎年県に報告する病床機能報告制度の区分とは、定義が異なります。
○たとえば、高度急性期について、病床機能報告では「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能」と定義づけていますが、下图～次頁図では、「1日の医療資源投入量（入院基本料相当分と一部のリハビリ分の点数を除いた診療報酬点数）が3000点以上である患者」という定義となっています。
- 慢性期については、地域医療構想上、「在宅医療への移行」を想定している「医療区分1の患者の70%相当」等の患者が含まれない患者数となっています。
- 下图～次頁では、当該医療圏に所在する医療機関への受け入れが求められる入院患者数の推計値（医療圏をこえた患者の移動も考慮した推計値）を示しています。





Q2 貴施設の所在する地域（おおむね二次医療圏）において、下記のうち、2025年に向けて特に不足すると見込まれる入院機能や取り組みとして、当てはまる選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。

- 01 回復期リハビリテーション病棟
- 02 回復期リハビリテーション病棟以外の入院患者に対して、十分なリハビリテーションを行う機能
- 03 病院・有床診療所の退院支援機能
- 04 急性期を過ぎて状態が安定化した患者（長期にわたり療養が必要な患者を除く。）を受け入れる病床
- 05 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 06 退院後の患者のうち、通院可能な患者に対応するかかりつけ医療機能
- 07 退院後の患者のうち、通院困難な患者に対応する在宅医療機能
- 08 在宅療養患者の容態急変時等に、患者を受け入れる病床
- 09 上記のいずれにも該当しない、急性期の患者に対して状態の早期安定化に向けた入院医療を提供する機能
- 10 いずれも不足は生じない

Q3 貴施設が、2025 年に向けて下記のような入院医療機能のいずれかを強化すると仮定した場合、課題となると考えられる点について、当てはまる選択肢の番号に○をお付けください（複数選択可）。

<想定する機能>

- ・回復期リハビリテーション機能
- ・回復期リハビリテーション病棟以外の入院患者に対して、十分なリハビリテーションを行う機能
- ・状態が安定しつつある入院患者の退院・在宅復帰を支援する機能
- ・急性期の病床からの患者を受け入れる機能
- ・在宅療養患者の容態急変時等に、患者を入院させる機能

- 01 急性期志向の医療従事者が多く、上記のような機能を強化した場合、医療従事者の確保が難しくなる
- 02 リハビリテーションの専門医の確保・増員が難しい
- 03 リハビリテーションを担う看護職員の確保・増員が難しい
- 04 リハビリ職の確保・増員が難しい
- 05 退院調整を専門的に行う職員の確保が難しい
- 06 退院調整や在宅移行を進めるに当たり、受け入れ先や連携先となる医療機関や介護施設等との関係構築ができていない
- 07 退院調整や在宅移行を進めるに当たり、受け入れ先や連携先となる医療機関や介護施設等が地域にない、または不足している
- 08 自院の現在の機能と大きく異なるため、上記のような機能を強化すること自体が考えづらい
- 09 診療報酬制度が改善されなければ、経営が難しくなる
- 10 「想定する機能」は既存の資源ですでに充足している、または今後充足すると見込まれるため、医療資源が有効に活用されないおそれがある
- 11 「想定する機能」をすでに担っている
- 12 その他（ _____ ）
- 13 わからない

Q4 貴施設が、2025 年に向けて Q3 に示すような入院医療機能のいずれかを強化すると仮定した場合に、行政に求めたい支援内容として、当てはまる選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。

- 01 設備や施設の整備に係る費用の補助
- 02 地域の患者の動きに関するデータや調査結果の提供
- 03 転換後の経営シミュレーションや必要な手続きに対する支援などの個別のコンサルティング（コンサルティングに要する経費への支援を含む。）
- 04 必要な人材確保に係る支援
- 05 退院調整や在宅移行を進めるに当たり、受け入れ先や連携先となる医療機関や介護施設等の整備
- 06 診療報酬制度の改善
- 07 その他（ _____ ）
- 08 わからない

Q5（Q4 において「05」に○を付けた医療機関にお伺いします）退院調整や在宅移行を進めるに当たり、受け入れ先や連携先となる医療機関や介護施設等として、特に整備が必要と考えるものとして、当てはまる選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 01 訪問診療を行う医療機関 | 02 訪問歯科診療を行う歯科診療所 |
| 03 訪問看護ステーション | 04 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局 |
| 05 在宅患者の急変時の受入を行う医療機関 | 06 介護施設（特養等） |
| 07 居宅介護サービスを行う介護事業所 | |

<p>Q6 貴施設は、次のいずれかの病床を持っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付けいただき、()内に病床数を記入してください(複数回答可)。</p>	
01	介護療養病床 (病床数：_____床)
02	医療療養病床25：1 (病床数：_____床)
03	01・02のいずれも有していない
<p>Q7 (Q6において「01」を選択した医療機関にお伺いします) 貴施設は、介護療養病床の今後の方向性について、現在、どのようにお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。また、具体的な時期を想定している場合には、()内に記入してください。</p>	
01	医療療養病床への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
02	いわゆる新型類型(「介護医療院」)への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
03	介護老人保健施設への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
04	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
05	病棟の廃止や施設自体の閉院 (廃止を想定する時期：西暦_____年頃)
06	検討中・わからない
07	その他
<p>Q8 (Q6において「02」を選択した医療機関にお伺いします) 貴施設は、医療療養病床(25：1)の今後の方向性について、現在、どのようにお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。また、具体的な時期を想定している場合には、()内に記入してください。</p>	
01	医療療養病床20：1への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
02	いわゆる新型類型(「介護医療院」)への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
03	介護老人保健施設への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
04	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への転換 (転換を想定する時期：西暦_____年頃)
05	病棟の廃止や施設自体の閉院 (廃止を想定する時期：西暦_____年頃)
06	検討中・わからない
07	その他
<p>Q9 (Q6において「01」または「02」に○を付けた医療機関にお伺いします) 介護療養病床や医療療養病床(25:1)の転換を進めるために行政に求めたい医療機関への支援内容として、当てはまる選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。</p>	
01	設備や施設の整備に係る費用の補助
02	地域の患者の動きに関するデータや調査結果の提供
03	転換後の経営シミュレーションや必要な手続きに対する支援などの個別のコンサルテーション (コンサルテーションに要する経費への支援を含む。)
04	必要な人材確保に係る支援
05	診療報酬制度や介護報酬制度の改善
06	その他(_____)
07	わからない

4 がんについて

① 診療について

Q1 がん患者の診療の対応状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。				
01 がんの確定診断および治療に対応している				
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				
03 診断・治療に積極的には対応していない				
Q2 診断・治療に対応しているがんの種類について、該当する選択肢の番号に○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 子宮がん	07 前立腺がん	08 食道がん	09 膀胱がん	10 血液がん
Q3 がんの周術期口腔機能管理の取組み状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。				
01 院内の歯科で取り組んでいる		02 院外の歯科医療機関と連携して取り組んでいる		
03 取り組んでいない				

② 緩和ケアについて

Q4 がんの緩和ケアの実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。	
緩和ケア実施の有無 ★	01 実施している 02 実施していない
緩和ケア病棟（病床）の設置状況 ★	01 緩和ケア病棟入院料が算定できる病棟を設置している 02 01は設置していないが、緩和ケア病棟・病床を設置している 03 01・02のいずれも設置していない
緩和ケアチームの設置状況	01 設置している 02 設置していない
相談支援センターの設置状況	01 設置している 02 設置していない
Q5 末期がん患者への在宅医療の提供状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。	
01 提供している 02 提供していない	

③ 地域におけるがん医療の課題について

Q6 貴院が所在する地域におけるがんの医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。
〔課題〕
〔取組〕

5 脳卒中について

「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。

Q1 下記の脳卒中による入院患者のうち、受け入れが可能なものについて、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★

- 01 急性期（脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態）の患者の受け入れ
 02 回復期（脳卒中の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）の患者の受け入れ
 03 維持期（機能の維持・向上が必要な状態）の患者のうち、急性期・回復期の病床からの患者の受け入れ
 04 維持期（機能の維持・向上が必要な状態）のうち、在宅からの患者の受け入れ（主に、内科的な症状が発症、増悪した場合を想定）
 05 脳卒中の入院患者の受け入れには積極的に対応していない

Q2 脳卒中が疑われる患者に対する検査・診断について、それぞれ該当する選択肢のアルファベット 1 つに○をお付けください。★

検査・診断	A 24 時間 対応している	B 24 時間ではない が対応している	C 対応して いない
画像検査（X 線検査、MRI、CT、超音波検査等）	A	B	C
臨床検査	A	B	C
脳卒中評価スケールを用いた客観的な神経学的評価	A	B	C

Q3 急性期の脳卒中患者に対する治療について、それぞれ該当する選択肢のアルファベット 1 つに○をお付けください。★

疾病	治療	A 24 時間 対応している	B 24 時間ではない が対応している	C 対応して いない
脳梗塞	t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法（発症後 4.5 時間以内）	A	B	C
	経皮的脳血栓回収術	A	B	C
	開頭手術（バイパス手術、脳血管塞栓摘出術等）	A	B	C
	経皮的脳血管形成術（バルーン、ステント等）	A	B	C
	内頸動脈内膜剥離術（CEA）	A	B	C
脳出血	脳内血腫除去術	A	B	C
くも膜下出血	脳血管内手術（コイル塞栓術等）	A	B	C
	脳動脈瘤クリッピング、脳動脈瘤被包術	A	B	C

Q4 脳梗塞の患者に対する t-PA 治療の実績について、平成 28 年度の実施件数をご記入ください。

（平成 28 年度の実施件数：_____件）

Q5 脳梗塞の患者に対する t-PA 治療の後の対応について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★

- 01 血栓回収療法を行うことを想定して他施設に搬送
 02 自院にて血栓回収療法も行う
 03 血栓回収療法は行わず、継続して自院内で治療
 04 自院では t-PA 治療を実施していない

Q6 脳梗塞の発症後、t-PA 治療を受けた患者であって、次に血栓回収療法を行うこととなっている患者の受け入れ状況について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。★	
01 受け入れている	02 受け入れていない
Q7 脳卒中の周術期口腔機能管理の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。	
01 自院の職員が実施している 02 歯科診療所など、他の医療機関との連携によって実施している 03 周術期の口腔管理を実施していない 04 手術を行うことがない	
Q8 貴院における下記の認定看護師の配置の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。01・02 を選択した場合は、当該看護師の実人数もご記入ください。	
01 脳卒中リハビリテーション看護の認定看護師を配置している（認定看護師数：_____人） 02 摂食・嚥下障害看護の認定看護師を配置している（認定看護師数：_____人） 03 01・02 をいずれも配置していない	
Q9 貴院における脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。	
01 リハビリテーション科専門医の指示によって実施している 02 01 以外で、リハビリテーションに関する研修を受講した医師の指示によって実施している 03 01・02 以外の医師の指示によって実施している 04 実施していない	
Q10 貴院における脳卒中患者の嚥下機能訓練の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。	
01 急性期の患者に対して実施している	02 回復期の患者に対して実施している
03 維持期の患者に対して実施している	04 実施していない
Q11 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に○をお付けください（複数回答可）。01・02 を選択した場合は、病床数もご記入ください。	
01 脳卒中ケアユニット（SCU）を設置している（病床数：_____床） 02 脳卒中ケアユニット（SCU）ではないが、SCU に準じた専用の病棟を設置している（病床数：_____床） 03 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 04 01・02・03 のどれにも該当しない	
Q12 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に○をお付けください（複数回答可）。01・02 を選択した場合は、病床数もご記入ください。★	
01 脳卒中患者のための回復期リハビリテーション病棟がある（病床数：_____床） 02 回復期リハビリテーション病棟ではないが、脳卒中患者の回復期のリハビリテーションに対応可能な病床がある（病床数：_____床） 03 01・02 のいずれもない	
Q13 貴院が所在する地域における脳卒中の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。	
〔課題〕	
〔取組〕	

6 心筋梗塞等の心血管疾患について

Q1 急性心筋梗塞の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★

- 01 外科的治療（冠動脈インターベンション治療を含む）に対応可能である
- 02 内科的治療に対応可能である
- 03 治療への対応は困難である

Q2 急性大動脈解離の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★

- 01 外科的治療に対応可能である
- 02 内科的治療に対応可能である
- 03 治療への対応は困難である

Q3 急性心不全の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★

- 01 外科的治療（冠動脈インターベンション治療を含む）に対応可能である
- 02 内科的治療に対応可能である
- 03 治療への対応は困難である

Q4 慢性心不全の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★

- 01 外科的治療（冠動脈インターベンション治療を含む）に対応可能である
- 02 内科的治療に対応可能である
- 03 治療への対応は困難である

Q5 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

Q6 心血管疾患の患者に対する検査・治療について、それぞれ該当する選択肢のアルファベット1つに○をお付けください。

検査・治療	A 24時間 対応している	B 24時間ではない が対応している	C 対応して いない
放射線等機器検査（心電図、胸部X線写真等）	A	B	C
臨床検査	A	B	C
冠動脈インターベンション治療（上記 Q1,Q3,Q4 の疾患のいずれか1つでも対応していれば「対応している」ものとみなしてください）	A	B	C
外科的治療（上記 Q1～Q4 の疾患のいずれか1つでも対応していれば「対応している」ものとみなしてください）	A	B	C

Q7 貴院では慢性心不全又は急性心筋梗塞等の慢性期の患者に対するリハビリテーション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
- 02 実施していない

Q8 貴院が所在する地域における心筋梗塞等の心血管疾患の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

〔課題〕

〔取組〕

7 糖尿病について

Q1 糖尿病の治療・指導の実施状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
01 実施している	02 実施していない	
Q2 糖尿病診療に関する状況として、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
日本糖尿病学会の認定教育施設または教育関連施設への該当の有無	01 該当する	02 該当しない
糖尿病透析予防指導管理料の算定	01 可能	02 困難
フットケア指導に対する合併症管理料	01 可能	02 困難
Q3 糖尿病の専門外来の状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
糖尿病の専門外来の設置の有無 (01を選択した場合、 下のA、Bにも御回答ください)	01 設置している	02 設置していない
A：診療受付方法	01 診療受付時間内であればいつでも予約なしの受診が可能 02 曜日・時間により予約なしの受診が可能 03 完全予約制	
B：紹介状の必要の有無	01 原則として紹介状が必要 02 紹介状は不要	
Q4 腎臓病の専門外来の状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
腎臓病の専門外来の設置の有無 (01に○を選択した場合、 下のA、Bにも御回答ください)	01 設置している	02 設置していない
A：診療受付方法	01 診療受付時間内であればいつでも予約なしの受診が可能 02 曜日・時間により予約なしの受診が可能 03 完全予約制	
B：紹介状の必要の有無	01 原則として紹介状が必要 02 紹介状は不要	
Q5 糖尿病教育入院の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★		
01 インスリン導入指導	02 服薬指導	
03 栄養（食生活指導）	04 生活指導（禁煙指導を行っている場合も含む。禁煙外来設置の有無は問わない。）	
05 運動指導	06 フットケア指導	
07 糖尿病教育入院を実施していない		
Q6 外来患者に対する糖尿病療養指導の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★		
01 インスリン導入指導	02 服薬指導	
03 栄養（食生活指導）	04 生活指導（禁煙指導を行っている場合も含む。禁煙外来設置の有無は問わない。）	
05 運動指導	06 フットケア指導	
07 外来患者に対する糖尿病療養指導を実施していない		
Q7 糖尿病患者に対する治療の実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
外来でのインスリン導入・療法	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
腎症治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
網膜症治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない

Q7 つづき 糖尿病患者に対する治療の実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
神経障害の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
足病変・壊疽の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
歯周病の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
血液透析	01 夜間も含めて実施可能 03 実施していない	02 実施しているが夜間は不可能
腹膜透析 (CAPD)	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
Q8 糖尿病に係る下記の指導医・専門医・認定看護師等の実人数についてご記入ください。		
日本糖尿病学会 糖尿病研修指導医		()人
日本糖尿病学会 糖尿病専門医		()人
糖尿病の食事指導に携わる管理栄養士		()人
日本糖尿病療養指導士認定機構 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)		()人
千葉県糖尿病対策推進会議 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 (CDE-Chiba)		()人
日本看護協会 認定看護師 糖尿病看護		()人
日本歯周病学会 歯周病認定医又は専門医又は指導医		()人
Q9 貴院以外の医療機関との連携を実施している糖尿病患者の合併症の診療について、該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。★		
01 腎症診療 02 神経障害診療 03 網膜症診療 04 足病変・壊疽診療 05 歯周病診療		
Q10 平成 28 年度中に連携した医療機関等について、該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。		
01 貴院以外の医療機関	例：かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医が、患者の病状を維持・改善するために、必要に応じて紹介・逆紹介を行い、患者の情報共有を図る／入院時の診療計画へのアドバイス、他院入院後のフォロー 等	
02 調剤薬局	例：患者の病状に合わせた、服薬指導を含む療養指導に関する助言等	
03 患者が加入している医療保険者	例：患者の病状に合わせた保健指導 (栄養・運動指導を含む) に関する助言等	
04 患者居住地の自治体	例：患者の病状に合わせた保健指導 (栄養・運動指導を含む) に関する助言、保健指導実施者の支援スキル向上のための勉強会 等	
05 その他 ()		
Q11 貴院が所在する地域における糖尿病の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。		
〔課題〕		
〔取組〕		

8 救急医療について

Q1 救急医療の実施状況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。	
01 第三次救急医療機関	02 第二次救急医療機関
03 初期救急医療機関	04 実施していない
Q2 平成 29 年 5 月における救急患者の受入れ状況についてご記入ください。	
救急の受診患者数	(_____)人
うち診療時間外の救急受診患者数	(_____)人
うち救急車により搬送されてきた患者数	(_____)人
Q3 平成 28 年度中の救急車の受け入れ状況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。	
01 平成 28 年度中に受け入れ実績がある	
02 平成 28 年度中に受け入れ実績はないが、受け入れは可能である	
03 受け入れていない	
Q4 平成 28 年度中において救急車の受け入れに応じられなかったケースの有無と、応じられなかったケースがある場合はその理由について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。	
01 受け入れに応じられなかったケースはない	02 手術中・患者対応中
03 処置困難	04 ベッド満床
05 医療機関として専門外（小児救急の搬送ケース）	06 医療機関として専門外（周産期救急の搬送ケース）
07 医療機関として専門外（精神科救急の搬送ケース）	08 医療機関として専門外（その他の搬送ケース）
09 専門の医師が不在の時間帯	
10 その他 (_____)	
Q5 貴院が所在する地域における救急医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。	
[課題]	
[取組]	

9 災害医療について

① 体制・設備について

Q1 病棟、診療棟等の救急診療に必要な部門の有無について、該当する選択肢の番号 <u>1つに〇</u> をお付けください。	
01 設けている	02 設けていない
Q2 多数の患者を収容可能なスペースの有無について、該当する選択肢の番号 <u>1つに〇</u> をお付けください。また、01 を選択した場合は、おおよその面積をご記入ください。	
01 対応可能なスペースを有している (面積：約 _____ m ²)	
02 対応可能なスペースを有していない	
Q3 医療従事者の居住地についてご記入ください。	
貴院全体の医療従事者数 (実人数)	(_____)人
うち、貴院と同じ市区町村内に住んでいる医療従事者数 (実人数)	(_____)人
Q4 建物の耐震性について、該当する選択肢の番号に〇をお付けください (複数回答可)。	
01 救急医療を行う病棟に、耐震化されていないものがある	
02 救急医療以外の病棟に、耐震化されていないものがある	
03 病棟以外の建物に、耐震化されていないものがある	
04 病棟およびその他の全ての建物が耐震化されている	

② 医療設備・医療資器材

Q5 簡易ベッドの確保について、該当する選択肢の番号 <u>1つに〇</u> をお付けください。また、01 を選択した場合は、ベッド数をご記入ください。	
01 多数の患者発生時用の簡易ベッドを保有している (ベッド数： _____ 個)	
02 簡易ベッドの優先的な確保について、業者等と協定を締結している	
03 有していない	
Q6 重篤救急患者の救命医療に必要な診療設備の有無について、該当する選択肢の番号 <u>1つに〇</u> をお付けください。	
01 有している	02 有していない
Q7 人工透析用のベッドの有無について、該当する選択肢の番号 <u>1つに〇</u> をお付けください。また、01 を選択した場合は、ベッド数をご記入ください。	
01 有している (ベッド数： _____ 個)	02 有していない
Q8 携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、携行式のテントの有無について、該当する選択肢の番号に〇をお付けください (複数回答可)。	
01 携行式の応急用医療資器材を有している	02 応急用医薬品を有している
03 携行式のテントを有している	04 いずれも有していない
Q9 D M A Tや医療チームの派遣に使用できる車輛の有無について、該当する選択肢の番号 <u>1つに〇</u> をお付けください。	
01 有している	02 有していない
Q10 トリアージ・タッグの有無について、該当する選択肢の番号 <u>1つに〇</u> をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有数をご記入ください。	
01 有している (保有数： _____ 人分)	02 有していない

③ 通信設備

Q11 災害時において利用できる通信手段の保有状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。また、01・02 を選択した場合は、その台数をご記入の上、インターネットへの接続の可否について、それぞれ a、b のいずれかに○をお付けください。03 を選択した場合は、その台数をご記入ください。

- 01 固定型衛星電話 (台数：_____台) (インターネットへの接続：a 接続可能 b 接続不可)
- 02 衛星携帯電話 (台数：_____台) (インターネットへの接続：a 接続可能 b 接続不可)
- 03 MCA 無線 (台数：_____台)
- 04 その他 ()
- 05 持っていない

Q12 広域災害救急医療情報システム (EMIS) の入力体制の確保と研修の実施状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 情報を入力する体制があり、入力内容や操作方法などの研修・訓練を行っている
- 02 情報を入力する体制はあるが、入力内容や操作方法などの研修・訓練は行っていない
- 03 情報を入力する体制はない
- 04 災害時に情報を入力するシステムがあることを知らなかった

④ 電源・備蓄

Q13 自家発電機等の保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、契約電力、自家発電容量についてもご記入ください。

自家発電機の有無	01 保有している (契約電力：_____kW、自家発電容量：_____kW)
	02 保有していない

Q14 飲料水を除く水の確保手段について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、受水槽の容量や協定の相手方についてご記入ください。

受水槽の有無	01 ある (容量：_____m ³ 、_____日分)	02 ない
井戸設備の有無	01 ある	02 ない
水の優先供給についての地域の関係団体・業者との協定	01 協定を締結している (協定の相手方：_____)	
	02 協定を締結していない	

Q15 必要物資の備蓄状況や災害時の優先的な供給に関する協定の有無について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、備蓄がある場合には、備蓄量についてもご記入ください。

物資	備蓄状況	優先的な供給についての協定
食料	01 ある (備蓄量：_____食分) (目安：_____人×_____日)	01 協定を締結している
	02 ない	02 協定を締結していない
飲料水	01 ある (備蓄量：_____リットル) (目安：_____リットル×_____日)	01 協定を締結している
	02 ない	02 協定を締結していない
医薬品	01 ある	01 協定を締結している
	02 ない	02 協定を締結していない
生活用品	01 ある	01 協定を締結している
	02 ない	02 協定を締結していない

⑤ 平時における対応

Q16 災害実動訓練の実施について、該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。	
01 実施している	02 実施していない
Q17 地域の防災訓練への参加について、それぞれ該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。	
01 実施している	02 実施していない
Q18 業務継続計画（BCP）の考え方に基づくマニュアルの策定について、該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。	
01 策定しており、定期的に見直しを行っている	
02 策定しているが、定期的な見直しは行っていない	
03 策定していない	
Q19 BCP 以外の災害対応マニュアルの策定について、該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。	
01 策定しており、定期的に見直しを行っている	
02 策定しているが、定期的な見直しは行っていない	
03 策定していない	
Q20 災害時の搬送先病院の確保について、該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。	
01 確保している	02 確保していない
Q21 医療従事者の居住地応援派遣に関する協定について、該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。	
01 締結している	02 締結していない
Q22 診療録のバックアップのための外部保管の実施について、該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。	
01 行っている	02 行っていない
Q23 貴院が所在する地域における災害医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。	
[課題]	
[取組]	

10 周産期医療、小児医療について

Q1 認定看護師や専門看護師の配置の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。01 から 04 に○を選択した場合は、当該看護師の実人数もご記入ください。			
01 新生児集中ケアの認定看護師を配置している（認定看護師数：_____人）			
02 小児救急看護の認定看護師を配置している（認定看護師数：_____人）			
03 母性看護の専門看護師を配置している（専門看護師数：_____人）			
04 小児看護の専門看護師を配置している（専門看護師数：_____人）			
05 配置していない			
Q2 分娩への対応状況について、該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。01 を選択した場合には、平成 28 年度における分娩件数もご記入ください。★			
分娩の取扱いの有無	01 取扱いあり（平成 28 年度の分娩件数：_____件）		02 取扱いなし
Q3 平成 29 年 6 月 1 日時点の新生児集中治療室（NICU）・新生児回復治療室（GCU）・小児集中治療室（PICU）の状況について、ご記入ください。			
	新生児集中治療室（NICU）	新生児回復治療室（GCU）	小児集中治療室（PICU）
病床数	（_____床）	（_____床）	（_____床）
病床の稼働率	（_____％）	（_____％）	（_____％）
1 年以上の長期入院児数	（_____人）	（_____人）	（_____人）
医師数（実人数）	新生児医療を担当する医師数： （_____人）	/	専任の小児科医師数： （_____人）
Q4 周産期の搬送の受け入れ状況について、平成 29 年 5 月の件数をご記入ください。			
母体搬送の受け入れ件数（平成 29 年 5 月）	（_____件）		
新生児搬送の受け入れ件数（平成 29 年 5 月）	（_____件）		
Q5 周産期医療や小児医療に関する、震災等の災害発生後にも診療を継続するための業務継続計画（BCP）の策定状況について、それぞれ該当する選択肢の番号 1 つに○をお付けください。			
周産期医療に係る BCP	01 すでに策定している 03 策定予定なし	02 今後策定予定 04 周産期医療の取扱いなし	
小児医療に係る BCP	01 すでに策定している 03 策定予定なし	02 今後策定予定 04 小児医療の取扱いなし	
Q6 貴院が所在する地域における周産期医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。			
〔課題〕			
〔取組〕			
Q7 貴院が所在する地域における小児医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。			
〔課題〕			
〔取組〕			

※本冊の設問は、以上で終了です。

別冊 1（精神疾患・認知症調査票）・別冊 2（在宅医療調査票）にも御回答の上、同封の封筒にて、7月20日（木）までに御返送ください。