

## 医療機関等に対する調査票

## (1) 調査票の内容

対 象 内 容	A 病院、 一般診療所 (有床)	B 一般診療所 (無床)	C 在宅療養支援 歯科診療所	D 訪問薬剤管理 指導対応薬局	E 訪問看護ステーション
疾病・事業 (精神除く)	<input type="radio"/>	一部			
精神 (認知症含む)	<input type="radio"/>	精神科等標榜 の診療所のみ			
在宅医療	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## (2) 調査票の形式

対 象	内 容	ページ
A 病院、一般診療所 (有床) 【3分冊】	疾病・事業 (精神除く)	3~26
	精神疾患、認知症	27~32
	在宅医療	33~42
B 一般診療所 (無床) 【2分冊】	疾病・事業 (精神除く) ・在宅医療	43~60
	精神疾患、認知症	61~66
C 在宅療養支援歯科診療所	在宅医療	67~78
D 訪問薬剤管理指導対応薬局	在宅医療	79~90
E 訪問看護ステーション	在宅医療	91~106



## A 病院、一般診療所（有床）



(案)

健福第 号  
平成29年6月 日

各医療機関等の長 様

千葉県健康福祉部長  
(公印省略)

「千葉県保健医療計画改定に関する調査」について (依頼)

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、本県の医療提供体制について定めた「千葉県保健医療計画」の改定に向けて検討を行うため、医療法第30条の5の規定に基づき、県内の病院、一般診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導対応薬局及び訪問看護ステーションを対象に「千葉県保健医療計画改定に関する調査」を実施することといたしました。

本調査は、各医療機関等の医療機能や地域との連携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施策を検討するための資料とすることを目的としています。

つきましては、御多忙のところを大変恐縮ですが、本調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力くださるようお願い申し上げます。

回答にあたっては、平成29年7月〇日(〇)までに御提出くださるようお願い申し上げます。

なお、調査の実施・分析業務については、みずほ情報総研株式会社に委託していることを申し添えます。

**【留意事項】**

- ・本調査は、同時期に実施される「病床機能報告制度」や、「平成26年患者調査」とは別の調査です。
- ・各医療機関には御負担をお掛け致しますが、各調査はいずれも今後の医療提供体制のあり方を検討する上で重要な調査ですので、御協力くださるよう重ねてお願い申し上げます。

■回答先・回答方法等に関する問い合わせ【調査業務委託先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

TEL:

e-mail:

■調査実施主体

千葉県健康福祉部健康福祉政策課政策室 菊地・井上

TEL 043-223-2609



# 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<sup>\*</sup>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、施設名を匿名化のうえ、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。

### ○ 回答期限

平成29年○月○日（○）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：XXX-XXX-XXXX

\* 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

## 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
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、Q8
8 救急医療について	13	
9 災害医療について	14	
10 周産期・小児医療について	17	Q2
別冊1 精神疾患・認知症について		精神疾患（認知症を除く） Q1、Q3、Q5、Q6、Q14、Q15、 Q17（一部） 認知症 Q4、Q6-1
別冊2 在宅医療について		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疾病・事業別医療機能別の医療機関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、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、本調査の回答期限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.iryō.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	
記入者及び連絡先	(電話 )
連絡先メールアドレス	
病院等のホームページ 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バス等（医療機関連携や退院支援のツールを含む。）の使用実績について、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 地域連携バス の使用実績が ある	B 千葉県共用バス 以外の地域 共用のバス等 の使用実績が ある	C 貴院独自のバス 等の使用実績 がある	D 使用実績は ない
疾病を限定しないバス（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 千葉県共用脳卒中地域医療連携バス（CAMP<sup>®</sup>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 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 作成した経験・受け取った経験のいずれもない

Q4 糖尿病連携手帳の使用実績について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 使用実績がある	02 使用実績はない
------------	------------

Q5 退院支援加算の届出の状況について、それぞれ該当する選択肢のアルファベット1つに○をつけてください。

	A 届け出ている	B 現在は届け出ているが 今後1年以内に 届け出る予定である	C 現在は届け出ておらず 今後1年以内に 届け出る予定もない
退院支援加算Ⅰ	A	B	C
退院支援加算Ⅱ	A	B	C
退院支援加算Ⅲ	A	B	C

Q6 要介護、要支援認定を受けている（申請中または申請する可能性がある場合等も含む）入院患者の退院にあたり、退院日が決まり次第、速やかにケアマネジャーや地域包括支援センターに事前連絡を行っていますか。該当する選択肢の番号1つに○をつけてください。

- 01 ほぼ全員について事前連絡をするようにしている
- 02 全員ではないが、おおむね半数以上について事前連絡をしている
- 03 あまり事前連絡をしていない（理由：\_\_\_\_\_）

Q7 貴院の地域における地域連携に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔に記入ください。

### 3 病床機能の転換等について

Q1 千葉県の地域医療構想は、将来の入院医療需要（1日当たり患者数）を下図～次頁図のように推計しています。貴施設のあ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の方が多い      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の方が少ない      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

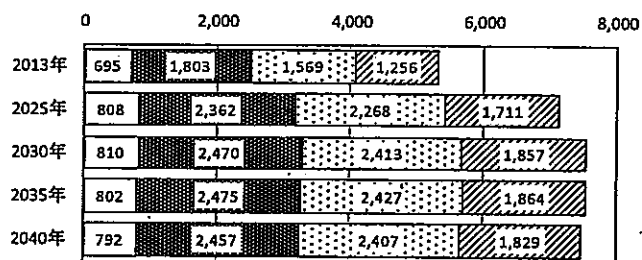
＜＜留意いただきたい点＞＞

- 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」と定義つけていますが、下図～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。
- 下図～次頁では、当該医療圏に所在する医療機関に受け入れが求められる入院患者数の推計値（医療圏を超えた患者の移動も考慮した推計値）を示しています。

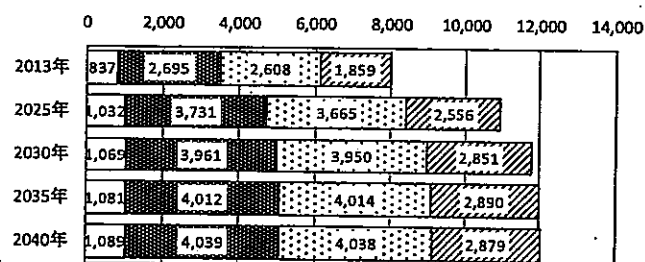
凡例



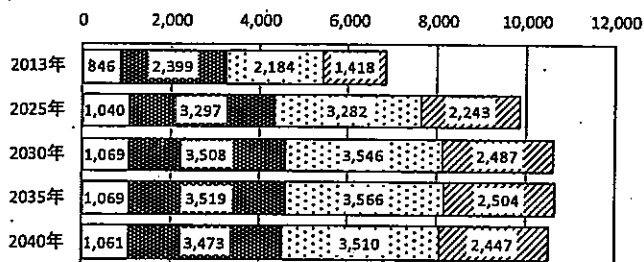
＜千葉医療圏＞



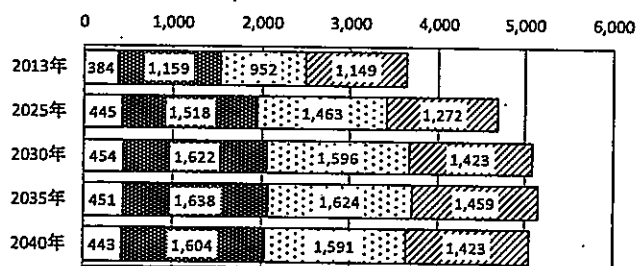
＜東葛南部医療圏＞



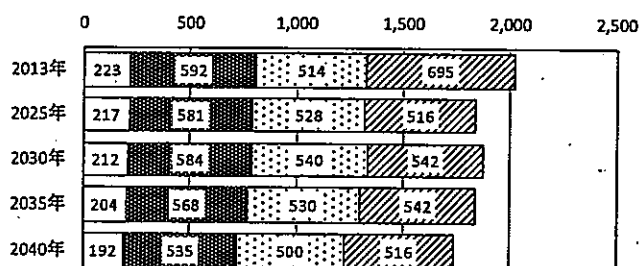
＜東葛北部医療圏＞



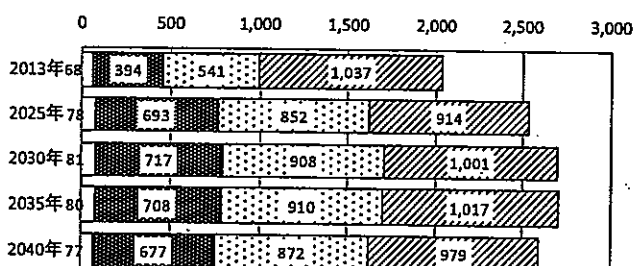
＜印旛医療圏＞



＜香取海匝医療圏＞



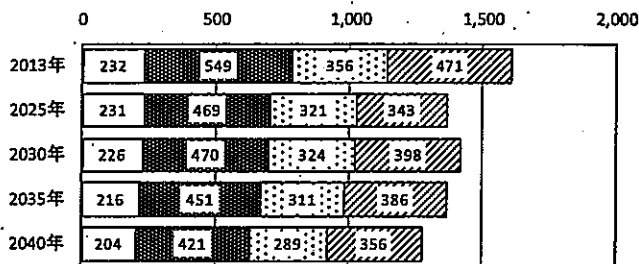
＜山武長生夷隅医療圏＞



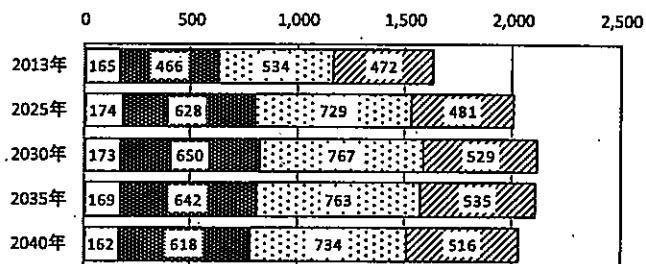
凡例



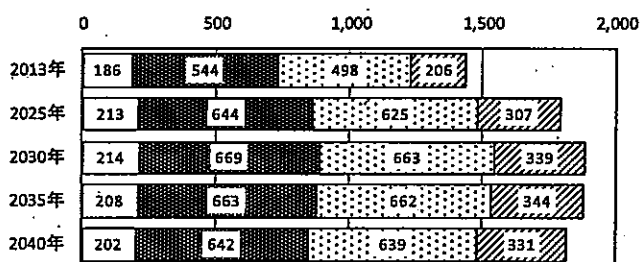
<安房医療圏>



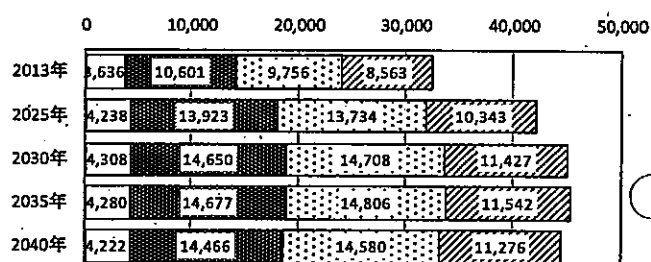
<君津医療圏>



<市原医療圏>



<千葉県計>



Q2 貴施設の所在する地域（おおむね三次医療圏）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、当で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、行政に求めたい支援内容として、当で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 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、当ではまる選択肢の番号に○をお付けください。(複数回答可)**

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 01 訪問診療を行う診療所         | 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 訪問薬剤管理を行う薬局    |
| 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   |                   |

**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)**

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 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       |                                |

Q7 (Q6において「01」に○を付け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。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。

- 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

Q8 (Q6において「02」に○を付け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。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。

- 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

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へ求められる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)

- 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 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



#### 4-1 がんの診療について

<b>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。</b>				
11 がんの確定診断および治療に対応している				
12 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				
13 診断・治療に積極的には対応していない				
<b>Q2 診断・治療に対応しているがんの種類に該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。★</b>				
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
<b>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。</b>				
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				

#### 4-2 がんの緩和ケアについて

<b>Q4 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。</b>	
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 設置している（緩和ケア病棟入院料が算定できる病棟） 02 設置している（その他の病棟、病床） 03 設置していない
緩和ケアチームの設置状況	01 実施している      02 実施していない
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
<b>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。</b>	
01 提供している	02 提供していない

<b>Q6 貴院の地域におけるがんの医療に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。</b>

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は対応していない

Q2 脳卒中が行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。☆

	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。☆

	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 受け入っていない

Q7 脳卒中の周術期の口腔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



<p><b>Q8 貴院における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もしくは02に○を付けた場合は、当該看護師の実人数もご記入ください。</b></p>	
01	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を配置している（認定看護師数：_____人）
02	摂食・嚥下障害看護認定看護師を配置している（認定看護師数：_____人）
03	配置していない
<p><b>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）。</b></p>	
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
<p><b>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、該当する選択肢に○をお付けください（複数回答可）。</b></p>	
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
<p><b>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、該当する選択肢に○をお付けください（複数回答可）。01もしくは02に○を付けた場合は、病床数もご記入ください。</b></p>	
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
<p><b>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もしくは02に○を付けた場合は、病床数もご記入ください。★</b></p>	
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
<p><b>Q13 貴院の地域における脳卒中の医療に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。</b></p>	

6 心筋梗塞等の心血管疾患について

Q1 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○をつけてください。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（冠動脈インターベンション治療を含む） b. 内科的治療 c. a・b両方 >  
02 困難である

Q2 貴院では急性大動脈解離の治療が可能ですか。該当する選択肢の番号1つに○をつけてください。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○をつけてください。☆

- 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 >  
02 困難である

Q3 貴院では急性心不全の治療が可能ですか。該当する選択肢の番号1つに○をつけてください。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○をつけてください。☆

- 01 可能である  
その内容は：→< a. 外科的治療（冠動脈インターベンション治療を含む） b. 内科的治療 c. a・b両方 >  
02 困難である

Q4 貴院では慢性心不全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（冠動脈インターベンション治療を含む） b. 内科的治療 c. a・b両方 >  
02 困難である

Q5 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○をつけてください。

- 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 貴院における急性の心血管疾患の患者に対する検査・治療について、該当する選択肢に○をつけてください。

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

01 放射線等機器検査（心電図、胸部X線写真等）	A	B	C
02 臨床検査	A	B	C
03 冠動脈インターベンション治療 (Q2~Q4の疾患のいずれか1つでもに対応していれば「対応している」を選択)	A	B	C
04 外科的治療 (Q2~Q4の疾患のいずれか1つでもに対応していれば「対応している」を選択)	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○をつけてください。☆

- 01 実施している 02 実施していない

Q8 貴院の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、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

7 糖尿病について

<b>Q1 糖尿病の治療・指導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。</b>						
01 実施している		02 実施していない				
<b>Q2 糖尿病診療に関する貴院の状況として該当するものをそれぞれ選択肢の番号1つに○をお付けください。</b>						
日本糖尿病学会の認定教育施設または教育関連施設に該当していますか。	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			
<b>Q3 糖尿病の専門外来の設置状況について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、「設置している」場合、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。★</b>						
01 設置している ⇒ a. 原則として紹介状必要 b. 紹介状不要 02 設置していない	対応状況 ※「01 設置している」の場合のみ記入					
	1. 診療受付時間内であればいつでも対応可能	2. 曜日・時間により対応可能		3. 予約制		
<b>Q4 腎臓病専門外来の設置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、「設置している」場合、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。★</b>						
01 設置している ⇒ a. 原則として紹介状必要 b. 紹介状不要 02 設置していない	対応状況 ※「01 設置している」の場合のみ記入					
	1. 診療受付時間内であればいつでも対応可能	2. 曜日・時間により対応可能		3. 予約制		
<b>Q5 糖尿病教育入院の実施状況について対応している選択肢に○をお付けください。また、指導内容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) ★</b>						
01 実施している 02 実施していない	指導内容					
	1.インサリ導入指導	2.服薬指導	3.栄養(食生活指導)	4.生活指導(禁煙含) ※禁煙外来の有無は問わない	5.運動指導	6.フットケア
<b>Q6 糖尿病患者に対する治療について該当するものをそれぞれ選択肢の番号1つに○をお付けください。★</b>						
外来でのインサリ導入・療法	01 実施している 02 実施していない	「01 実施している」の場合、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。				
		1. 診療受付時間内であればいつでも対応可能	2. 曜日・時間により対応可能		3. 予約制	
腎症治療	01 実施している 02 実施していない	「01 実施している」の場合、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。				
		1. 診療受付時間内であればいつでも対応可能	2. 曜日・時間により対応可能		3. 予約制	
網膜症治療	01 実施している 02 実施していない	「01 実施している」の場合、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。				
		1. 診療受付時間内であればいつでも対応可能	2. 曜日・時間により対応可能		3. 予約制	
神経障害の治療	01 実施している 02 実施していない	「01 実施している」の場合、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。				
		1. 診療受付時間内であればいつでも対応可能	2. 曜日・時間により対応可能		3. 予約制	

足病変・壊疽の治療	01 実施している	【01 実施している】の場合、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。			
	02 実施していない	1.診療受付時間内であればいつでも対応可能	2.曜日・時間により対応可能	3.予約制	
歯周病の治療	01 実施している	【01 実施している】の場合、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。			
	02 実施していない	1.診療受付時間内であればいつでも対応可能	2.曜日・時間により対応可能	3.予約制	
血液透析	01 可能	【01 可能】の場合、夜間の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。			
	02 困難	1. 夜間可能	2. 夜間不可能		
腹膜透析 (CAPD)	01 実施している	【01 実施している】の場合、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。			
	02 実施していない	1.診療受付時間内であればいつでも対応可能	2.曜日・時間により対応可能	3.予約制	
外来患者に対する糖尿病療養指導	01 実施している	【01 実施している】の場合、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)			
	02 実施していない	1. インスリン導入指導	2. 服薬指導	3. 栄養(食餌)指導	4. 生活指導(禁煙含) ※禁煙外来の有無は問わない
		5. 運動指導	6. フットケア指導		

**Q7 糖尿病専門医師数等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/支授士 (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

**Q8 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

**Q9 過去1年間に連携した医療機関等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 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
- B 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
- C 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
- D 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
- E その他 ( )

Q10 貴院の地域における糖尿病の医療に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

--

## 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 2017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。

救急患者数	_____人
そのうち時間外	_____人
そのうち救急車での受入れ	_____人

Q3 救急車の受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 受入れ実績がある      02 受入れ実績はないが可能である      03 受入れていない

Q4 搬送に応じられない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 手術中・患者対応中      02 処置困難      03 ベッド満床  
04 専門外（小児救急、周産期救急、精神科救急、その他）      05 医師不在

Q5 貴院の地域における救急医療に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

--

## 9 災害医療について

### ①体制・設備について

<b>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1つに○をお付けください。</b>	
01 設けている	02 設けていない
<b>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1つに○をお付けください。また、01を選ばれた場合は、おおよその面積をご記入ください。</b>	
01 対応可能なスペースを有している (面積：約 _____ m <sup>2</sup> )	
02 対応可能なスペースを有していない	
<b>Q3 医療従事者の居住地についてご記入ください。</b>	
病院全体の医療従事者数 ( _____ 人) →うち、病院と同一の市区町村内居住者数 ( _____ 人)	
<b>Q4 建物の耐震性について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。</b>	
01 救急医療を行う病棟のみ耐震化されている	
02 全ての病棟が耐震化されているが、病棟以外は耐震化されていない	
03 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・医療器材

<b>Q5 簡易ベッドの確保について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01を選ばれた場合は、ベッド数をご記入ください。</b>	
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	
<b>Q6 重傷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1つに○をお付けください。</b>	
01 有している	02 有していない
<b>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1つに○をお付けください。また、01を選ばれた場合は、ベッド数をご記入ください。</b>	
01 有している (ベッド数： _____ 個)	02 有していない
<b>Q8 携帯式の応急用医療資器材、応急用医薬品、携帯式のテント、生活用品の備蓄の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください (複数回答可)。</b>	
01 携帯式の応急用医療器材を有している	02 応急用医薬品を有している
03 携帯式のテントを有している	04 いずれも有していない
<b>Q9 DMATや医療チームの派遣に使用できる車両の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。</b>	
01 有している	02 有していない
<b>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1つに○をお付けください。また、01を選ばれた場合は、保有数をご記入ください。</b>	
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を選ばれた場合は、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、いずれかに○をお付けください。03を選ばれた場合は、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を選ばれた場合は、通常時の電気量、自家発電容量、燃料の備蓄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 (通常時の電気量 _____ 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、01をご記入ください。

- |                           |   |                |
|---------------------------|---|----------------|
| 受水槽の有無                    | 01. ある (容量：_____ m <sup>3</sup> 、_____ 日分)    | 02 ない          |
| 井戸設備の確保状況                 | 井戸設備の有無                                       | 01 ある<br>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：_____ )<br>02 協定を締結していない |                |

Q15 必要物資の備蓄について、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、01をご記入ください。

	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)) 02 ない	01 協定を終結している 02 協定を終結していない
飲料水	01 ある (備蓄量 _____ リットル (目安：_____ リットル×_____ 日)) 02 ない	01 協定を終結している 02 協定を終結していない
医薬品	01 ある 02 ない	01 協定を終結している 02 協定を終結していない
生活用品	01 ある 02 ない	01 協定を終結している 02 協定を終結していない

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1つに○をお付けください。また、01を選ばれた場合は、実施回数、参加人数をご記入ください。

- 01 実施している
- 02 実施していない



<p><b>Q17</b> 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1つに○をお付けください。また、01を選ばれた場合は、実施回数、参加人数をご記入ください。</p>	
<p>01 実施している 02 実施していない</p>	
<p><b>Q18</b> 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1つに○をお付けください。</p>	
<p>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</p>	
<p><b>Q19</b> 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1つに○をお付けください。</p>	
<p>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</p>	
<p><b>Q20</b> 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1つに○をお付けください。</p>	
<p>01 確保している 02 確保していない</p>	
<p><b>Q21</b> 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1つに○をお付けください。</p>	
<p>01 締結している 02 締結していない</p>	
<p><b>Q22</b> 診療録のバックアップのための外部保管について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。</p>	
外部保管実施の有無	<p>01 行っている 02 行っていない</p>
<p><b>Q23</b> 貴院の地域における災害医療に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、備考にご記入ください。</p>	
<p> </p>	



10 周産期医療、小児医療について

Q1 貴院における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もしくは02に○を付けた場合は、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 小児救急看護認定看護師を配置している（認定看護師数：\_\_\_\_\_人）
- 03 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。☆

- |           |                              |
|-----------|------------------------------|
| 分娩の取扱いの有無 | 01 取扱いあり（平成28年度 分娩件数 _____件） |
|           | 02 取扱いなし                     |

Q3 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（6月1日時点）	_____％	_____％	_____％
1年以上の長期入院児数	_____人	_____人	_____人
専任の医師数（実人数）	_____人	_____人	_____人

Q4 周産期の搬送の受け入れ状況についてご記入ください。

- |                   |        |
|-------------------|--------|
| 母体搬送の件数（2017年5月）  | _____件 |
| 新生児搬送の件数（2017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、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 | 02 今後策定予定 | 03 策定予定なし |
| 小児医療に係る BCP  | 01 すでに策定している | 02 今後策定予定 | 03 策定予定なし |

Q6 貴院の地域における周産期医療に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

Q7 貴院の地域における小児医療に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。



# 千葉県保健医療計画改定に関する調査

## 別冊1 精神疾患、認知症について

※ この調査票は、精神科・神経科・心療内科を標榜していない施設にあっても、必ずご回答ください。

### 1 貴院の概況について

施設名	
所在地	
記入者及び連絡先	(電話 )
連絡先メールアドレス	
病院等のホームページ URL	
記入日	平成 年 月 日

## 2 精神疾患（認知症を除く）について

<b>Q1 下記の精神疾患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○を付けてください。（複数回答可）☆</b>			
01 統合失調症	02 気分障害	03 児童・思春期精神疾患	04 発達障害
05 アルコール依存症	06 薬物依存症	07 ギャンブル等依存症	08 外傷性ストレス障害
09 高次脳機能障害	10 摂食障害	11 てんかん	12 自殺企図の患者
13 無床診療所			
<b>Q2 下記の精神疾患による入院患者数（平成28年4月から平成29年3月までの実人員）を記入してください。該当がない場合には「0」（ゼロ）を記入してください。</b>			
①ギャンブル等依存症	_____人	②高次脳機能障害	_____人
③てんかん	_____人		
<b>Q3 下記の精神疾患による外来患者のうち、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○を付けてください。（複数回答可）☆</b>			
01 統合失調症	02 気分障害	03 児童・思春期精神疾患	04 発達障害
05 アルコール依存症	06 薬物依存症	07 ギャンブル等依存症	08 外傷性ストレス障害
09 高次脳機能障害	10 摂食障害	11 てんかん	12 自殺企図の患者
<b>Q4 下記の精神疾患による外来患者数（平成28年4月から平成29年3月までの実人員）を記入してください。該当がない場合には「0」（ゼロ）を記入してください。</b>			
①ギャンブル等依存症	_____人	②高次脳機能障害	_____人 ○
③てんかん	_____人		
<b>Q5 統合失調症の診療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。☆</b>			
①クロザピン使用の登録医療機関	01 登録医療機関である 02 登録医療機関ではない		
②電気療法 (無けいれん電気けいれん療法)	01 あり	02 なし	
③リハビリテーションプログラム (デイ・ケア等)	01 あり	02 なし	
④家族教室、家族会の開催	01 あり	02 なし	
⑤診療ネットワーク*等への参画 (治療に関する連携機関がある) ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有 (書面による紹介・診療情報提供) 等	01 あり	02 なし	
<b>Q6 気分障害の診療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。☆</b>			
①電気療法 (無けいれん電気けいれん療法)	01 あり	02 なし ○	
②認知療法・認知行動療法	01 あり	02 なし	
③リハビリテーションプログラム (デイ・ケア等)	01 あり	02 なし	
④家族教室、家族会の開催	01 あり	02 なし	
⑤リワークプログラムの実施	01 あり	02 なし	
⑥診療ネットワーク*等への参画 (治療に関する連携機関がある) ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有 (書面による紹介・診療情報提供) 等	01 あり	02 なし	
<b>Q7 発達障害の診療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。</b>			
①診療ネットワーク*等への参画 (治療に関する連携機関がある) ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有 (書面による紹介・診療情報提供) 等	01 あり	02 なし	
<b>Q8 アルコール依存症の診療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。</b>			
①重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出	01 あり	02 なし	03 病床なし
②診療ネットワーク*等への参画 (治療に関する連携機関がある) ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有 (書面による紹介・診療情報提供) 等	01 あり	02 なし	

**Q9 薬物依存症の診療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。**

①依存症集団療法の届出	01 あり	02 なし
②診療ネットワーク*等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり	02 なし

**Q10 高次脳機能障害の診療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。**

①診療ネットワーク*等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり	02 なし
--	-------	-------

**Q11 摂食障害の診療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。**

①摂食障害入院医療管理加算の届出	01 あり	02 なし	03 病床なし
②診療ネットワーク*等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり	02 なし	

**Q12 てんかんの診療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。**

①診療ネットワーク*等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり	02 なし
--	-------	-------

**Q13 精神科救急に関わる取組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。**

患者の受入や情報提供	行なっている (応じている)	行う予定はない (応じる予定はない)	検討中
①外来診療をしていない休診日や夜間に 自院の患者の診療を行うか	1	2	3
②外来診療をしていない休診日や夜間に 自院以外の患者の診療を行うか	1	2	3
③休日や夜間に貴院患者が、精神科救急システム等 により他の精神科病院等に受診した際に 患者に関する情報提供にに応じているか	1	2	3

**Q14 精神科系疾患（認知症を除く）の患者に対する訪問診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 実施している      02 実施予定あり      03 検討中      04 予定なし

**Q15 精神科系疾患（認知症を除く）の患者に対する訪問看護の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。★**

	実施している	実施予定あり	検討中	予定なし
①貴院での実施状況	1	2	3	4
②他機関（訪問看護ステーションなど）への 依頼実施状況	1	2	3	4

**Q16 この設問は、精神科（神経科、心療内科）を標榜していない医療機関にだけお聞きします。  
精神症状が出現した身体疾患患者への対応について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。**

Q16-1 入院中の身体疾患患者に精神症状が出現した場合、貴院で対応していますか。	01 はい    02 いいえ
Q16-2 外来の身体疾患患者に精神症状が出現した場合、貴院で対応していますか。	01 はい    02 いいえ
Q16-3 精神科病院等から精神疾患患者の身体治療の依頼を受けていますか。	01 はい    02 いいえ

**Q17 この設問は、精神科（神経科、心療内科）を標榜する医療機関にだけお聞きします。  
地域移行支援の取組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。**

精神科地域移行実施加算の届出 ★	01 あり	02 なし
地域移行支援協議会への参画 ★	01 している	02 していない

入院患者の退院を促進するために、相談支援事業所等の機関や行政機関との連携を図っていますか。	01 図っている	<b>※「01 図っている」の場合、連携している機関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。</b> 1. 指定（一般・特定）相談事業所 2. グループホーム、 3. 訪問看護ステーション 4. ヘルパーステーション 5. 市町村 6. 福祉事務所 7. 保健所 8. 精神保健福祉センター 9. その他（ ）		
	02 図っていない			
<b>Q18 自殺企図の患者対応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。</b>				
自院通院患者が自殺を企図して身体救急病院に搬送された場合、「情報提供に応じて」いますか。	01 24時間応じている	02 診療時間内に応じている	03 ケースにより応じている	04 原則として応じていない
<b>（精神科等を標榜する医療機関のみ回答）</b> 自院通院患者が自殺を企図して身体救急病院に搬送された場合、身体的処置後の診察依頼に応じていますか。	01 24時間応じている	02 診療時間内に応じている	03 ケースにより応じている	04 原則として応じていない
<b>（精神科等を標榜する医療機関のみ回答）</b> 身体救急病院から自院と治療関係がない自殺企図患者の診察依頼があった場合にしていますか。	01 24時間応じている	02 診療時間内に応じている	03 ケースにより応じている	04 原則として応じていない <input checked="" type="radio"/>
<b>（精神科等以外で自殺企図患者に対応した場合のみ回答）</b> 自殺企図患者に精神疾患の疑いがある場合に、精神科医の協力を求めていますか。	01 求めている	02 求めていない		
<b>（精神科等以外で自殺企図患者に対応した場合のみ回答）</b> 自殺企図患者の身体救急対応をした際の心理的ケアを実施していますか。	01 実施している	02 実施していない		
自殺企図患者に対する再発防止に係る対応を行っていますか。	01 行っている	02 行っていない		
<b>Q19 貴院の地域における精神科医療（認知症を除く。）に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。</b>				

### 3 認知症について

<b>Q1 認知症に関する届出状況等について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。</b>			
精神科リエゾンチーム加算の届出	01 請求実績あり	02 請求実績はないが要望があれば提供できる	03 届出なし
認知症ケア加算の届出	01 請求実績あり	02 請求実績はないが要望があれば提供できる	03 届出なし
<b>Q2 認知症看護認定看護師の配置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。</b>			
01 配置あり	02 今後、研修を受講する予定	03 配置予定なし	
<b>Q3 認知症が疑われる患者の診療体制に関して、貴院の対応として最も多いものについて、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。★</b>			
	自院で対応している	専門医療機関等へ紹介している	実施していない、または対応していない
認知症患者の確定診断	1. ⇒Q4の設問についてご回答ください。	2 ⇒Q5の設問についてご回答ください。	3 ⇒Q4,5はご回答しないで結構です。

★：千葉県ホームページで医療機関名と共に公表することを予定している項目

認知症患者の治療	1 ⇒Q6の設問について ご回答ください。	2 ⇒Q6の設問について ご回答ください。	3 ⇒Q6はご回答 しないで結構です。
Q4 認知症患者の確定診断について「1 自院で対応している」を選択された場合、確定診断の方法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 問診	02 心理テスト	03 知能テスト	04 脳機能検査 05 画像診断
Q5 認知症患者の確定診断について「2 専門医療機関等へ紹介している」を選択された場合、主な医療機関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 おおよそ紹介する医療機関が決まっている		⇒医療機関名 ( )	
02 特に紹介する医療機関はきまっていない			
Q6-1 認知症患者の治療について「1 自院で対応している」を選択された場合、対応している治療等について該当する選択肢の番号全てに○をお付けください。★			
01 日常的な診療	02 訪問診療	03 認知症リハビリ	04 身体症状のある認知症患者の入院治療
05 周辺症状の激しい患者の入院治療	06 薬物療法	07 非薬物療法 ( )	08 退院支援
		09 アウトリーチ (訪問支援)	10 その他 ( )
Q6-2 「02 訪問診療」の場合、チームメンバーについて該当する選択肢の番号に○を付け、実人数をご記入ください。(複数回答可)			
1. 医師 _____人	2. 看護師 _____人	3. 相談員 _____人	4. その他 ( ) _____人
Q6-3 「04 身体症状のある認知症患者の入院治療」「05 周辺症状の激しい患者の入院治療」の場合、退院患者の退院後の行先のうち、最も多いものをご記入ください。(○はひとつ)			
1. 在宅復帰	2. 回復期リハビリテーション病院	3. 施設入所	4. その他 ( )
この設問は、精神科(神経科、心療内科)を標榜していない医療機関にお聞きします。 認知症が疑われる方への貴院での対応についてお聞きします。			
Q7-1 身体疾患で入院中の患者に認知症の症状が出現し、貴院で対応したことがありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 あり 02 なし		03 常勤、外部スタッフ両方で対応	
「01 あり」の場合⇒ 01 常勤スタッフのみで対応		02 院内で外部スタッフのみにより対応	
Q7-2 身体疾患で入院中の患者に認知症の症状が出現し、精神科病院等へ、貴院外での対応を依頼したことがありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 あり 02 なし			
Q7-3 精神科病院等から認知症患者の身体治療の依頼を受けたことがありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 あり 02 なし			
この設問は、精神科(神経科、心療内科)を標榜する医療機関にお聞きします。 認知症患者の治療について「1 自院で対応している」を選択した方にお聞きします。			
Q8-1 身体合併症に対応できる常勤医はいますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 いる 02 いない			
Q8-2 身体疾患の治療が必要となった入院患者について、すぐに入院依頼ができる一般科医療機関がありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 ある 02 ない			
Q8-3 身体疾患の治療が必要となった入院患者について、すぐに(外来)診察依頼ができる一般科医療機関がありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 いる 02 いない			
Q8-4 身体疾患治療が必要となった認知症患者について、すぐに受診依頼ができる貴施設内の一般科への依頼体制は整っていますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			



01 整っている 02 整っていない

Q8-5 貴施設内の一般科の医師から認知症状等についての助言及び支援の要請を受けたことがありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 ある 02 ない

Q8-6 一般科医療機関から認知症状等についての助言及び支援の要請を受けたことがありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 ある 02 ない	※「01：あり」の場合、貴院の対応として最も多いものについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。
	1. 要請に応じる 2. 要請を断る 3. その他 ( )

Q9 認知症患者の治療について「1：自院で対応している」を選択された場合、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。該当する選択肢の番号全てに○をお付けください。

- 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 どの医療機関を紹介していいか分からない
- 03 診療を行う時点で、患者・家族等から既往症（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 ( )

Q10 認知症患者の治療について「2：専門医療機関等へ紹介している」を選択された場合、主な医療機関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 おおよそ紹介する医療機関が決まっている ⇒医療機関名 ( )  
02 特に紹介する医療機関はきまっていない

Q10 認知症患者と家族支援のための関係者間の連携における連絡の場や手段の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 持っている 02 持っていない	※「01：持っている」の場合、①～③の設問に回答してください。
	① 関係者の構成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)
	1. 認知症疾患医療センター      2. 医療機関      3. 診療所 4. 介護サービス事業所      5. 健康福祉センター      6. 地域包括支援センター 7. 認知症初期集中支援チーム      8. 市町村 9. その他 ( )
	② 連絡の方法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)
1. 連絡会議の開催      2. オレンジ連携シートの活用 3. 地域生活連携シートの活用      4. その他連絡票等の活用 ( ) 5. 電話      6. その他 ( )	
③ 具体的な手段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)	
1. 家族研修会や患者家族交流会を実施している 2. 介護老人保健施設や介護老人福祉施設等の介護保険福祉施設と連携を持っている 3. その他 ( )	

Q11 貴院の地域における認知症に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。



# 千葉県保健医療計画改定に関する調査

## 別冊2 在宅医療について

○ 貴院の概況について

施設名	
所在地	
記入者及び連絡先	(電話 )
連絡先メールアドレス	
記入日	平成 年 月 日



# 1 在宅医療の実施状況

Q1 在宅医療を実施していますか。							
01 実施している → Q2 へ				02 実施していない → Q15 (5ページ) へ			
Q2 在宅医療の実施状況についてご記入ください。(平成29年3月から5月)							
往診延べ回数 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
訪問診療延べ回数 (平成29年3月から5月) (訪問歯科含む)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
在宅患者訪問薬剤管理指導 延べ回数 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
訪問看護延べ回数 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数医療分 ( ) 人 実人数介護分 ( ) 人	延べ医療分 ( ) 人 延べ介護分 ( ) 人				
	同一建物居住者	実人数医療分 ( ) 人 実人数介護分 ( ) 人	延べ医療分 ( ) 人 延べ介護分 ( ) 人				
訪問リハビリ延べ回数 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
歯科衛生指導延べ回数 (平成29年3月から5月)			実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回			
小児への訪問診療等の可否	01 対応可			02 対応不可			
Q3 介護保険における居宅療養管理指導の実施状況についてご記入ください。(平成29年3月から5月)							
医師 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
歯科医師 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
薬剤師 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
管理栄養士 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
歯科衛生士 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
看護師 (平成29年3月から5月)	同一建物居住者以外	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
	同一建物居住者	実人数 ( ) 人	延べ ( ) 回				
居宅療養管理指導の算定回数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	回	回	回	回	回	回	回

# 2 訪問診療を行っている患者の居住形態の種類

Q4 訪問診療を行っている患者の居住形態についておおよその割合をご記入ください。 *Q2の訪問診療の実人数に対して割合を記入してください。						
自宅	サービス付き 高齢者向け住宅	有料老人 ホーム	認知症対応型 生活介護	介護老人福祉 施設	その他	合計
割	割	割	割	割	割	10割

3 在宅医療に従事している職員の体制

Q5 Q2及びQ3の業務に従事している職員の体制について、職員1人当たり回答欄の1行を用いてご回答ください。

	職種 (1つに○)							勤務形態 (1つに○)		年齢・ 経験年数 現職種の 経験年数を 記入。職場 が複数の場合も通し		1ヶ月の勤務時間に占める おおよその従事時間の割合			合計 (abcの 合計)
	1 医師	2 看護職員	3 PT	4 OT	5 ST	6 事務職員	7 その他の職種	1 常勤職員	2 非常勤職員	年齢	経験年数	※自宅を訪問して行う業務 ※自宅を訪問する業務に関 わる、準備・移動・実施 後片付け・記録等の全て の時間が対象です。		c a、b 以外の業務 (入院、外 来に関する 業務)	
												a 訪問診療 および 訪問看護 (医療保 険・介護保 険含む)	b a以外の 自宅を訪問し て行う その他の業務		
例1	①	2	3	4	5	6	7	①	2	36歳	10年	(3)割	(0)割	(7)割	10割
例2	1	②	3	4	5	6	7	1	②	25歳	3年	(1)割	(0)割	(9)割	10割
1	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
8	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
9	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
10	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
11	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
12	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
13	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
14	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
15	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
16	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
17	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
18	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
19	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割
20	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	( )割	( )割	( )割	10割

4 往診、訪問診療を断った経験

Q6 往診、訪問診療、訪問看護を断ったことがありますか。(平成28年12月から平成29年5月)

往診	01 ある ( )人/6ヶ月) (理由 )	02 ない	03 往診を実施していない
訪問診療	01 ある ( )人/6ヶ月) (理由 )	02 ない	03 往診を実施していない
訪問看護	01 ある ( )人/6ヶ月) (理由 )	02 ない	03 往診を実施していない

5 対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数

07 現体制を維持したままで対応可能な1ヶ月当たり最大の訪問人数・回数について、その見込みをご記入ください。

訪問診療	1ヶ月当たり最大の訪問人数	人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	回
訪問看護（医療保険）	1ヶ月当たり最大の訪問人数	人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	回
訪問看護（介護保険）	1ヶ月当たり最大の訪問人数	人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	回
訪問薬剤管理指導	1ヶ月当たり最大の訪問人数	人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	回
居宅療養管理指導	1ヶ月当たり最大の訪問人数	人
	1ヶ月当たり最大の訪問回数	回

6 訪問可能エリア

08 対応可能なエリアはどこですか。下記のリストから該当する市町村の番号に○をつけてください。県外への対応も可能な場合には、県名・市町村名をご記入ください。  
 ※当該市町村の一部が訪問範囲に含まれる場合には、○を付けてください。

圏域名	構成市町村	圏域名	構成市町村	圏域名	構成市町村	県外	
千葉県	01 千葉市	印旛	19 富里市	山武長生 夷隅	37 睦沢町	県名	市町村名
	02 市川市		20 酒々井町		38 長生村		
	03 浦安市		21 栄町		39 白子町		
	東葛南部		04 習志野市		香取海浜	22 香取市	40 長柄町
			05 八千代市			23 神崎町	41 長南町
			06 鎌ヶ谷市			24 多古町	42 勝浦市
			07 船橋市			25 東庄町	43 いすみ市
東葛北部	08 野田市	山武長生 夷隅	26 銚子市	44 大多喜町			
	09 松戸市		27 旭市	45 御宿町			
	10 流山市		28 匝瑳市	46 館山市			
	11 我孫子市		29 東金市	47 鴨川市			
	12 柏市		30 山武市	48 南房総市			
印旛	13 成田市	山武長生 夷隅	31 大網白里市	49 鋸南町			
	14 佐倉市		32 九十九里町	50 木更津市			
	15 四街道市		33 芝山町	51 君津市			
	16 八街市		34 横芝光町	52 富津市			
	17 印西市		35 茂原市	53 袖ヶ浦市			
	18 白井市		36 一宮町	54 市原市			

7 患者の紹介元等

09 利用者へ訪問診療を開始するに至ったルートについて、概ねの割合をご記入ください。

患者（家族）が 直接来院・連絡	病院から紹介	診療所から紹介	訪問看護ステーション からの紹介
割	割	割	割
居宅介護事業所からの 紹介	行政からの紹介	その他	計
割	割	割	10割

本ページの設問には、訪問診療を実施している施設の方のみお答えください。

8 ターミナルケア・看取り

Q10 過去1年間で訪問診療を提供されていた方で亡くなられた方の状況をご記入ください（該当しない場合は0をご記入ください）。（平成28年6月から平成29年5月）

①看取り件数	_____件/年
自宅	_____件/年
施設等	_____件/年
②入院して亡くなった	_____件/年
③不明（把握できていない等）	_____件/年

Q11 ターミナルケアや看取りをする上での課題があればご記入ください。

9 在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所

Q12 在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所の届出の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 強化型（単独）
- 02 強化型（連携）（連携先医療機関名 \_\_\_\_\_）
- 03 一般
- 04 届出なし（その理由 \_\_\_\_\_） →Q16へ

（Q12で01から03までのいずれかを選択した場合に回答）

Q13 24時間在宅診療・訪問看護ができる体制確保の方法についてご記入ください。

- 01 自院内での連携
- 02 他の医療機関との連携
- 03 その他（ \_\_\_\_\_ ）

（Q12で01から03までのいずれかを選択した場合に回答）

Q14 緊急入院時の受け入れ先の確保方法についてご記入ください。

- 01 自院内での連携
- 02 他院との連携で対応（病院と契約等）
- 03 その他 \_\_\_\_\_

本ページの設問は、在宅医療実施の有無にかかわらず、すべての施設の方がお答えください。

1 0 退院時共同指導の実施状況

Q15 貴院では入院中の患者に対して、退院時共同指導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 している	02 していない
---------	----------

1 1 在宅医療に係る後方支援

Q16 貴院では後方支援病院としての機能を提供していますか。(在宅療養患者が緊急時に入院できる体制を提供していますか。) 該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 している	02 していない →Q21へ
---------	----------------

Q17 在宅療養後方支援病院の届出の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 あり	02 なし
-------	-------

Q18 貴院を緊急時の受け入れ希望医療機関としている、在宅医療を提供している連携医療機関について、その箇所数と名称をご記入ください。(該当しない場合は0をご記入ください。)

\_\_\_\_\_箇所(名称) )

Q19 後方支援病院としての運営上の課題があれば教えてください

\_\_\_\_\_

1 2 連携の状況

Q20 連携機関についてお伺いします。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、「01 連携している」を選ばれた場合は、連携施設数、連携内容についてご記入ください。  
※この設問で「連携」とは、主治医・副主治医制、退院後の同行訪問、緊急時等の一時入院受け入れ、患者情報の共有、相談窓口の共有などを指します。

連携している機関はありますか	01 連携している機関がある	02 連携していない(その理由)
----------------	----------------	------------------

※ 上記で「01 連携している機関がある」を選択された場合には、連携している機関の箇所数と具体的な連携の内容をご回答ください。(下記設問の中で該当しない施設がある場合は0をご記入ください。)

他の病院・診療所	同一市町村内	箇所(連携の内容)
	同一市町村外	箇所(連携の内容)
歯科診療所	同一市町村内	箇所(連携の内容)
	同一市町村外	箇所(連携の内容)
保険薬局	同一市町村内	箇所(連携の内容)
	同一市町村外	箇所(連携の内容)
訪問看護ステーション	同一市町村内	箇所(連携の内容)
	同一市町村外	箇所(連携の内容)
地域包括支援センター	同一市町村内	箇所(連携の内容)
	同一市町村外	箇所(連携の内容)
介護事業所(居宅)	同一市町村内	箇所(連携の内容)
	同一市町村外	箇所(連携の内容)
介護事業所(施設)	同一市町村内	箇所(連携の内容)
	同一市町村外	箇所(連携の内容)

本ページの設問は、在宅医療実施の有無にかかわらず、すべての施設の方がお答えください。

### 1 3 今後の在宅医療への取組予定

Q21 今後の在宅医療への取組予定について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 拡充を予定している
- 02 拡充は予定していない。(その理由: )
- 03 今後取組みを開始する予定でいる
- 04 要望があれば検討する
- 05 取り組む予定はない (その理由: )

### 1 4 在宅医療についての課題等

Q22 貴施設において在宅医療を提供する上での課題について該当するもの3つまで選んでください。

- 01 医師の確保
- 02 看護師の確保
- 03 在宅医療に関する研修機会の確保
- 04 24時間対応体制を維持するための連携機関の確保
- 05 緊急時の入院体制の確保
- 06 連携する訪問看護ステーションの確保
- 07 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局との連携の確保
- 08 在宅医療に関する医療機関の認識や理解
- 09 在宅歯科診療所との連携の確保
- 10 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有
- 11 在宅療養患者に関する歯科診療所との情報共有
- 12 在宅療養患者に関する居宅介護サービス事業所との情報共有
- 13 在宅療養患者に関する居宅介護支援事業所との情報共有
- 14 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報提供
- 15 多職種が関与する退院時共同指導の実施
- 16 診療報酬の引き上げ
- 17 患者の経済的負担の軽減
- 18 その他 ( )

Q23 地域における在宅医療について、県で行っている事業に関するご意見、その他要望等を簡潔にご記入ください。



本ページの設問には、在宅医療実施の有無にかかわらず、すべての**有床診療所**の方が  
お答えください。

1.5 運営方針

**Q24 今後の診療所の運営方針について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。**

01 拡大 ( )
02 現状維持 (その理由: )
03 縮小 (その理由: )

**Q25 経営上の課題があればご記入ください。**

1.6 在宅医療に対する考え

**Q26 在宅医療についてのお考えをお聞かせください。**

かかりつけ医として診ている患者からの訪問診療の依頼についてどう考えますか。	01 対応したい
	02 できるだけ対応したい
	03 対応は難しい (理由 )
訪問診療を行っている (もしくは行っていると仮定した場合の) 患者の看取りについてどう考えますか。	01 対応したい
	02 できる範囲で対応したい
	03 対応は難しい (理由 )
初診で、訪問診療を依頼された場合どう考えますか。	01 対応したい
	02 できるだけ対応したい
	03 対応は難しい (理由 )

