

B 一般診療所（無床）

(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

一般診療所（無床）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、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		
2 地域連携について	1	Q1
3 がんについて	2	Q2、Q4 (一部)
4 脳卒中について	3	Q1
5 心筋梗塞等の心血管疾患について	3	Q1、Q2、Q4
6 糖尿病について	4	Q3、Q4、Q5、Q7
7 在宅医療について	6	
別冊 精神疾患・認知症について * 別冊は、精神科、神経科、心療内科を標榜し ている診療所のみ御回答ください。		認知症 Q4、Q6-1 精神疾患 (認知症を除く) Q1、Q3、Q5、Q6、Q14、Q15、 Q17 (一部)

- 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.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 診療所 (千葉市、船橋市、柏市) : 千葉県医療整備課 TEL 043-223-3884
 - ② 診療所 (①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	
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 地域連携パス 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 千葉県共用脳卒中地域医療連携バス（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 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 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、簡潔にご記入ください。

3-1 がんの診療について

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

3-2 がんの緩和ケアについて

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。

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

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

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。

「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。

4 脳卒中について

Q1 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。★

	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

Q2 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 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

Q3 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)。

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

Q4 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。

5 心筋梗塞等の心血管疾患について

Q1 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 02 困難である

Q2 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 02 困難である

Q3 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

Q4 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

Q5 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。

6 糖尿病について

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。			
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。			
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	
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。☆			
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
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。☆			
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
Q5 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。☆			
外来でのインスリン導入・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 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

歯周病の治療	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	
血液透析	01 可能 02 困難	「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。			
		1. 夜間可能	2. 夜間不可能		
腹膜透析 (CAPD)	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	
外来患者に対する糖尿病療養指導	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に○をお付けください。(複数回答可)			
		1. インスリン導入指導	2. 服薬指導	3. 栄養(食事指導)	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		
06 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			
07 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					
08 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 ()					
09 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。					

7 在宅医療について

(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 → Q16 (10 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				
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 回	要支援2 回	要介護1 回	要介護2 回	要介護3 回	要介護4 回	要介護5 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) 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制

Q5 患者・居住者の居宅を訪問して行う業務に従事している職員体制について、職員1人当たり回答欄の1行を用いてご回答ください。なお、職種、勤務体系につきましては、それぞれの人数の合計もご記入ください。

	職種 (1つに○)							勤務形態 (1つに○)		年齢・ 経年数 ※現職種の 経年数を記 し、異種が相 続の場合は通 算		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	経年数	居宅を訪問して行う業務 ※居宅を訪問する業務は訪問 看護・訪問介護・訪問リハ 等の全ての時間が対象で す。			
												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 居宅を訪問し て行う その他の業務	c a、b 以外の業務 (入院、外 来に関わる 業務)	
例1	①	2	3	4	5	6	7	①	2	36歳	10年	(3)	(0)	(7)	10割
例2	1	②	3	4	5	6	7	1	②	25歳	3年	(1)	(0)	(9)	10割
1	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
5	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
6	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
8	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
9	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
10	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
11	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
12	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
13	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
14	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
15	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
16	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
17	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
18	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
19	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	10割
20	1	2	3	4	5	6	7	1	2	歳	年	()	()	()	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

Q7 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

Q8 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	01 千葉市	印旛	19 富里市	山武長生 夷隅	37 陸沢町	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			
印旛	12 柏市	安房	30 山武市	48 南房総市			
	13 成田市		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	市原	54 市原市		

(7) 患者の紹介元等

⑨ 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

(8) ターミナルケア・看取り

⑩ 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

⑪ 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) 在宅療養支援診療所

⑫ 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 _____）

（⑫で01から03までのいずれかを選択した場合に回答）

⑬ 24時間在宅・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（ _____）

（⑫で01から03までのいずれかを選択した場合に回答）

⑭ 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（ _____）

(10) 訪問診療を開始したきっかけ

⑮ 訪問診療を開始したきっかけは何ですか。該当する選択肢の番号に○をお付けください（複数回答可）。

01 かかりつけ医として診ていた患者から要望があり開始した
02 外来患者数が減り、自ら訪問診療を始めた
03 その他（ _____）

以下の設問は、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。

(11) 連携の状況

Q16 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」を選択された場合のみ、設問に回答してください。（下記設問の中で該当しない施設がある場合は「0（ゼロ）」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）

(12) 運営方針

Q17 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：	）

Q18 経営上の課題があればご記入ください。

(13) 在宅医療に対する考え・取組方針

Q19 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）

Q20 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」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： _____)

(14) 在宅医療の課題について

Q21 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 貴診療所における医師の確保
- 02 貴診療所における看護師の確保
- 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医療機関の確保
- 05 緊急時の入院体制（後方支援ベッド）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 在宅医療に関する病院の認識や理解
- 09 在宅歯科医療に関する認識や理解
- 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 患家への「在宅医療計画書兼在宅診療同意書」の交付
- 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（ _____)

Q22 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。

千葉県保健医療計画改定に関する調査

別冊 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る施設のみお答えください。

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

Q1 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○をつけてください。（複数回答可） ☆			
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
Q2 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。			
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		
Q3 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。 ☆			
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 <input checked="" type="radio"/>		
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		
Q4 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。 ☆			
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		
Q5 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。			
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		
Q6 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。			
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		
Q7 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		

Q8 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
--	-------	-------

Q9 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 で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
--	-------	-------

Q11 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 (おしている)	行う予定はない (おする予定は 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

Q12 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

Q13 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

Q14 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。

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
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
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
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		

Q15 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。

3 認知症について

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。				
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	
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。				
01 配置あり	02 今後、研修を受講する予定	03 配置予定なし		
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。★				
	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。	
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	04 薬物療法			
02 訪問診療	05 非薬物療法 ()			
03 認知症リハビリ	06 アウトリーチ (訪問支援)			
	07 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	3. 相談員 _____人			
2. 看護師 _____人	4. その他 () _____人			

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。	
Q7-1 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	
Q7-2 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	
Q7-3 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	
Q7-4 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 ()
Q8 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 その他 ()	
Q9 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。	

