

## 平成 24 年岩手県医療機能調査実施要領（案）

## （目的）

第 1 この要領は、岩手県内の病院、一般診療所（特定の者を対象とする医務室（自衛隊、企業、特別養護老人ホーム等に設置された医務室）及び保健所を除く。）、歯科診療所及び薬局（以下「医療機関等」という。）における医療提供に関する機能の実態等を明らかにするため、平成 24 年度岩手県医療機能調査（以下「調査」という。）を実施し、県内の保健医療に関する基礎資料を得ることを目的とする。

## （実施主体）

第 2 調査の実施主体は、岩手県とする。

## （調査の対象）

第 3 調査の対象は、平成 24 年 4 月 1 日現在において、岩手県内に開設するすべての医療機関等とする。

## （調査の基準日）

第 4 調査の基準日は、各設問に特に指定がない限り平成 24 年 6 月 1 日現在とする。

## （調査項目）

第 5 調査の項目は、医療機関等の設備及び施設、診療科目、従事者、病床、患者数、提供可能な医療の内容、連携の状況等とする。

## （調査方法）

第 6 調査の方法は、医療機関等の管理者等が調査票に記入する方式とし、調査票等の配布は、郵送によるものとする。

## （調査票の回収）

第 7 調査票の回収は、岩手県が平成 24 年 6 月 30 日までに行うこととし、その方法は、医療機関等からの郵送によるものとする。なお、医療機関が希望する場合は、電子メールによる提出も可とする。

医療機関 記入不要	
保健所符号	
市町村コード	

## 平成24年岩手県医療機能調査 病院票

以下の設問には、特に指定がない場合平成24年6月1日現在の状況についてお答えください。  
また、人数等の記載については、該当しない欄は空欄にしてください。

### 《本調査票記入担当者連絡先》

調査票記入者名	
所属部署	
記入日	2012年 月 日
連絡先電話番号	- -
連絡先FAX番号	- -
連絡先Eメールアドレス	

### I 総括事項

整理番号					「〇〇〇」に記載の整理番号を記入してください。
施設名					
所在地	〒				
休止・休診の状況	01 休止中	02 1年以上休診中	03 1年未満休診中		
(該当する番号を一つを○で囲んでください)	<small>※「休止」とは、医療法上の休止届を既に出してある状態。          ※「休診」とは、H24.6.1 現在、休診の状態（年末年始の休診を除く）。          ※「01」又は「02」の施設は、「問1」～「問3」を記入し、それ以外は記入する必要はありません。「03」の施設は、すべての項目に可能な限り記入してください。</small>				

<b>問1 社会保険診療等の状況</b> <small>(該当する番号を一つ○で囲んでください)</small>	01 保険医療機関	02 自由診療のみ
---	-----------	-----------

<b>問2 開設者</b> (該当する番号一つを○で囲み、「08」「10」を選択した場合は法人名も記入してください。)	
01 独立行政法人国立病院機構 02 独立行政法人労働者健康福祉機構 03 都道府県 04 市町村 05 日本赤十字社 06 恩賜財団済生会	07 学校法人 08 医療法人 (法人名: ) 09 医療生活協同組合 10 その他の法人 (法人名: ) 11 個人

**問3 標榜状況、医師数について（平成24年6月1日現在）**

**【注意事項】**

1. 平成24年6月1日0時現在に在籍する医師数を計上してください。
2. 平成24年6月1日の欠勤者であっても在籍している限り計上してください。
3. パート、嘱託及び平成24年6月1日の採用者は計上しますが、委託、他の会社、医療機関からの派遣者及び平成24年6月1日の退職者は計上しないでください。
4. 他の会社、医療機関からの派遣者であっても、**※紹介予定派遣**として派遣される医師については、計上してください。

**（※）紹介予定派遣**

派遣就業が終了した後（又は終了する前）に派遣先に職業を紹介することを予定している労働者派遣のことで、一定の派遣期間が終了した後（又は終了する前）、派遣労働者と派遣先企業双方の合意があれば、派遣元が職業紹介を行い、当該派遣労働者を派遣先企業が社員として直接雇用する制度をいう。

5. 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。
6. **初期研修医は常勤、非常勤医師に計上しないでください。（後期研修医は計上してください。）**

**【常勤・非常勤の定義】**

「常勤」欄には、**病院で定めた1週間の通常勤務時間のすべてを勤務しているものの人数**を計上してください。「非常勤」欄には、**上で定める常勤以外のものの人数**を計上してください。

**【非常勤医師数の計算方法】**

貴院の1週間（通常は**平成24年6月2日から平成24年6月8日**までの期間）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。

勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所用の調整をしてください。（例えば、月1回のみの勤務サイクルである場合には1/4を乗じる等）

**（記入例）**

- ① 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週3日（各日8時間）勤務の者が2人の場合  
 $8時間 \times 3日 \times 2人 / 40時間 = 1.2人$ （小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記）
- ② 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4日（各日2時間）勤務の者が2人いる場合  
 $(3時間 \times 2日 \times 1人) + (2時間 \times 4日 \times 2人) / 40時間 = 0.55人 = 0.6人$ （小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記）

診療科目	標榜状況（「01 標榜」か「02 非標榜」のどちらかを○で囲んでください。）		医師数	
			常勤	非常勤
01 内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
02 呼吸器内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
03 循環器内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
04 消化器内科（胃腸内科）	01 標榜	02 非標榜	人	人
05 腎臓内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
06 神経内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
07 糖尿病内科（代謝内科）	01 標榜	02 非標榜	人	人
08 血液内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
09 皮膚科	01 標榜	02 非標榜	人	人
10 アレルギー科	01 標榜	02 非標榜	人	人
11 リウマチ科	01 標榜	02 非標榜	人	人
12 感染症内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
13 小児科	01 標榜	02 非標榜	人	人
14 精神科	01 標榜	02 非標榜	人	人
15 美容外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
16 脳神経外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
17 呼吸器外科	01 標榜	02 非標榜	人	人

診療科目	標榜状況（「01 標榜」か「02 非標榜」のどちらかを○で囲んでください。）		医師数	
			常勤	非常勤
18 心臓血管外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
19 乳腺外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
20 気管食道外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
21 消化器外科(胃腸外科)	01 標榜	02 非標榜	人	人
22 泌尿器科	01 標榜	02 非標榜	人	人
23 こう門外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
24 脳神経外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
25 整形外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
26 形成外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
27 美容外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
28 眼科	01 標榜	02 非標榜	人	人
29 耳鼻いんこう科	01 標榜	02 非標榜	人	人
30 小児外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
31 産婦人科	01 標榜	02 非標榜	人	人
32 産科	01 標榜	02 非標榜	人	人
33 婦人科	01 標榜	02 非標榜	人	人
34 リハビリテーション科	01 標榜	02 非標榜	人	人
35 放射線科	01 標榜	02 非標榜	人	人
36 麻酔科	01 標榜	02 非標榜	人	人
37 病理診断科	01 標榜	02 非標榜	人	人
38 臨床検査科	01 標榜	02 非標榜	人	人
39 救急科	01 標榜	02 非標榜	人	人
			歯科医師数	
40 歯科	01 標榜	02 非標榜	人	人
41 矯正歯科	01 標榜	02 非標榜	人	人
42 小児歯科	01 標榜	02 非標榜	人	人
43 歯科口腔外科	01 標榜	02 非標榜	人	人

**問4 実診療日・外来・入院患者数**（診療科目ごとの**実診療日・外来患者延数、入院患者数**について記入してください。）

- 「平成24年4月1日～4月30日の外来実診療日について」  
午前・午後のどちらか一方に診療を行った場合については1日と換算し、1日単位で記入してください。
- 「平成24年4月1日～4月30日の外来患者延数について」
  - ①外来患者には救急患者も含まれます。
  - ②初診・再診・往診・巡回診察を行なった患者の延数を記入してください。
  - ③同日に2つ以上の診療科で診療を受けた場合にはそれぞれの診療科に記入してください。
  - ④保険適用外の患者等（妊婦健診、分娩）も記入してください。
- 「平成24年4月1日～4月30日の入院患者延数について」  
入院患者が外泊した場合も入院患者に計上してください。

診療科目	外来実診療日 (4月1日～4月30日)	外来患者延数 (4月1日～4月30日)	入院患者延数 (4月1日～4月30日)
01 内科	日	人	人
02 呼吸器内科	日	人	人

診療科目	外来実診療日 (4月1日～4月30日)	外来患者延数 (4月1日～4月30日)	入院患者延数 (4月1日～4月30日)
03 循環器内科	日	人	人
04 消化器内科(胃腸内科)	日	人	人
05 腎臓内科	日	人	人
06 神経内科	日	人	人
07 糖尿病内科(代謝内科)	日	人	人
08 血液内科	日	人	人
09 皮膚科	日	人	人
10 アレルギー科	日	人	人
11 リウマチ科	日	人	人
12 感染症内科	日	人	人
13 小児科	日	人	人
14 精神科	日	人	人
15 美容外科	日	人	人
16 脳神経外科	日	人	人
17 呼吸器外科	日	人	人
18 心臓血管外科	日	人	人
19 乳腺外科	日	人	人
20 気管食道外科	日	人	人
21 消化器外科(胃腸外科)	日	人	人
22 泌尿器科	日	人	人
23 こう門外科	日	人	人
24 脳神経外科	日	人	人
25 整形外科	日	人	人
26 形成外科	日	人	人
27 美容外科	日	人	人
28 眼科	日	人	人
29 耳鼻いんこう科	日	人	人
30 小児外科	日	人	人
31 産婦人科	日	人	人
32 産科	日	人	人
33 婦人科	日	人	人
34 リハビリテーション科	日	人	人
35 放射線科	日	人	人
36 麻酔科	日	人	人
37 病理診断科	日	人	人
38 臨床検査科	日	人	人
39 救急科	日	人	人
40 歯科	日	人	人
41 矯正歯科	日	人	人
42 小児歯科	日	人	人
43 歯科口腔外科	日	人	人

**問5 従事者数**（従事者の状況について、平成24年6月1日時点の常勤・非常勤者数を記入してください。）

複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、**主な業務を一つ**決め該当する欄に記入してください。

【注意事項】非常勤者の数は、前に示した方法（問3注意事項）に従って常勤換算して下さい。

職種・有資格者	常勤	非常勤 <sup>②</sup>
01 薬剤師	人	人
02 保健師	人	人
03 助産師	人	人
04 看護師	人	人
05 准看護師	人	人
06 理学療法士	人	人
07 作業療法士	人	人
08 言語聴覚士	人	人
09 視能訓練士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
11 歯科技工士	人	人
12 歯科助手	人	人
13 社会福祉士	人	人
14 精神保健福祉士	人	人
15 診療放射線技師・診療エックス線技師	人	人
16 臨床検査技師・衛生検査技師	人	人
17 臨床工学技師	人	人
18 管理栄養士	人	人
19 栄養士	人	人
20 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
21 臨床心理士	人	人
22 健康運動指導士	人	人
23 医療社会事業従事者（医療ソーシャルワーカー等）	人	人
24 診療情報管理士	人	人

**問6 検査等実施件数**（実施の有無について該当する番号を○で囲み、実施している場合は**実施件数**（平成23年11月1日～平成24年4月30日）を記入してください。）

診療報酬点数表区分	検査等項目	実施の有無	実施件数
D231	01 人工臓器	01 有    02 無	件
D295	02 関節鏡検査	01 有    02 無	件
D301	03 気管支鏡検査、気管支カメラ	01 有    02 無	件
D302	04 気管支ファイバースコープ	01 有    02 無	件
D305	05 食道鏡検査、食道カメラ	01 有    02 無	件
D306	06 食道ファイバースコープ	01 有    02 無	件

診療報酬点数表区分	検査等項目	実施の有無		実施件数
D307	07 胃鏡検査、ガストロカメラ	01 有	02 無	件
D308	08 胃・十二指腸ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D309	09 胆道ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D310	10 小腸ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D311	11 直腸鏡検査	01 有	02 無	件
D312	12 直腸ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D313	13 大腸ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D314	14 腹腔鏡検査	01 有	02 無	件
D315	15 腹腔ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D317	16 膀胱尿道ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D308注1	17 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)	01 有	02 無	件
	18 超音波内視鏡検査	01 有	02 無	件
D410	19 臓器の生検 (乳腺)	01 有	02 無	件
D411	20 臓器の生検 (甲状腺)	01 有	02 無	件
D412	21 臓器の生検 (D409、D410、D411、D413以外の臓器に係るもの)	01 有	02 無	件
D413	22 臓器の生検 (前立腺)	01 有	02 無	件
D414	23 臓器の生検 (大腸・直腸)	01 有	02 無	件
	24 血管連続撮影	01 有	02 無	件
	25 CTガイド下生検	01 有	02 無	件
	26 MRI検査	01 有	02 無	件
	27 RI検査 (シンチグラム)	01 有	02 無	件
	28 シングルフォトンエミッションCT (SPECT)検査	01 有	02 無	件
	29 陽電子断層撮影 (PET)検査	01 有	02 無	件
	30 スパイラルCT検査 (マルチスライスCTを含む)	01 有	02 無	件
	31 DSA	01 有	02 無	件
	32 コンピューテッドラジオグラフィー	01 有	02 無	
	33 超音波検査 (頭部)	01 有	02 無	
	34 超音波検査 (頸部)	01 有	02 無	
	35 超音波検査 (心臓)	01 有	02 無	
	36 超音波検査 (腹部)	01 有	02 無	
	37 デジタル透視撮影	01 有	02 無	
	38 マンモグラフィー	01 有	02 無	
	49 骨塩量測定装置	01 有	02 無	
	40 未熟児専用呼吸循環監視装置	01 有	02 無	

<b>問7 病院機能評価の状況について</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）		
01 認定を受けている	02 認定を受けていない	
⇒「01」を選択した場合、以下についてもそれぞれ該当する番号一つを○で囲んでください。		
01-02 救急医療機能の付加機能評価	01 認定を受けている	02 認定を受けていない
01-03 リハビリテーション機能の付加機能評価	01 認定を受けている	02 認定を受けていない
01-04 緩和ケア機能の付加機能評価	01 認定を受けている	02 認定を受けていない

## II-1 がん

<b>問8 がん患者の診療</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）
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 精神科医療専門病院または療養型病院等であるため、積極的に診断・治療には対応していない
⇒「03」を選択した場合、問9～問11に対する回答は不要です。

<b>問9 がんの部位別治療の実施状況</b> （部位別がんの治療方法について、該当する番号一つを○で囲んでください。）				
部位別がん	治療方法	01 当院の設備・常勤スタッフで実施している	02 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）	03 当院では実施していない
01 脳腫瘍	01-01 手術療法	01	02	03
	うち経耳的聴神経腫瘍摘出術	01	02	03
	うち経鼻的下垂体腫瘍摘出術	01	02	03
	01-02 化学療法	01	02	03
	01-03 放射線療法	01	02	03
02 咽頭がん	02-01 手術療法	01	02	03
	02-02 化学療法	01	02	03
	02-03 放射線療法	01	02	03
03 上顎洞がん	03-01 手術療法	01	02	03
	03-02 化学療法	01	02	03
	03-03 放射線療法	01	02	03
04 舌がん	04-01 手術療法	01	02	03
	04-02 化学療法	01	02	03
	04-03 放射線療法	01	02	03
05 喉頭がん	05-01 手術療法	01	02	03
	05-02 化学療法	01	02	03
	05-03 放射線療法	01	02	03
06 甲状腺がん	06-01 手術療法	01	02	03
	06-02 化学療法	01	02	03
	06-03 放射線療法	01	02	03



部位別がん	治療方法	01 当院の設備・常勤スタッフで実施している	02 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)	03 当院では実施していない
07 乳がん	07-01 手術療法	01	02	03
	うち乳癌冷凍凝固摘出術	01	02	03
	07-02 乳房再建術	01	02	03
	07-03 化学療法	01	02	03
	07-04 放射線療法	01	02	03
08 肺がん	08-01 手術療法	01	02	03
	うち胸腔鏡による悪性腫瘍切除術	01	02	03
	08-02 化学療法	01	02	03
	08-03 放射線療法	01	02	03
09 食道がん	09-01 手術療法	01	02	03
	うち早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	01	02	03
	09-02 表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	01	02	03
	09-03 化学療法	01	02	03
	09-04 放射線療法	01	02	03
10 胃がん	10-01 手術療法	01	02	03
	うち内視鏡による悪性腫瘍切除術	01	02	03
	うち腹腔鏡による胃切除及び全摘術	01	02	03
	10-02 表在性早期胃癌光線力学療法	01	02	03
	10-03 化学療法	01	02	03
	10-04 放射線療法	01	02	03
	10-04 放射線療法	01	02	03
11 胆のうがん 胆管がん	11-01 手術療法	01	02	03
	うち腹腔鏡による胆のう摘出術	01	02	03
	11-02 化学療法	01	02	03
	11-03 放射線療法	01	02	03
12 肝がん	12-01 手術療法	01	02	03
	12-02 エタノールの局所注入	01	02	03
	12-03 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法	01	02	03
	12-04 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	01	02	03
	12-05 肝動脈塞栓術	01	02	03
	12-06 化学療法	01	02	03
	12-07 放射線療法	01	02	03
13 膵臓がん	13-01 手術療法	01	02	03
	13-02 化学療法	01	02	03
	13-03 放射線療法	01	02	03
14 大腸がん	14-01 手術療法	01	02	03
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	01	02	03
	うち内視鏡による悪性腫瘍切除術	01	02	03
	14-02 化学療法	01	02	03
	14-03 放射線療法	01	02	03

部位別がん	治療方法	01 当院の設備・常勤スタッフで実施している	02 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）	03 当院では実施していない
15 腎がん	15-01 手術療法	01	02	03
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	01	02	03
	15-02 化学療法	01	02	03
	15-03 放射線療法	01	02	03
16 膀胱がん	16-01 手術療法	01	02	03
	うち経尿道的切除術	01	02	03
	16-02 化学療法	01	02	03
	16-03 放射線療法	01	02	03
17 前立腺がん	17-01 手術療法	01	02	03
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	01	02	03
	17-02 化学療法	01	02	03
	17-03 放射線療法	01	02	03
18 子宮がん	18-01 手術療法	01	02	03
	18-02 レーザー照射治療	01	02	03
	18-03 光線力学療法	01	02	03
	18-04 化学療法	01	02	03
	18-05 放射線療法	01	02	03
19 卵巣がん	19-01 手術療法	01	02	03
	19-02 化学療法	01	02	03
	19-03 放射線療法	01	02	03
20 皮膚がん	20-01 手術療法	01	02	03
	20-02 化学療法	01	02	03
	20-03 放射線療法	01	02	03
21 悪性リンパ腫	20-01 化学療法	01	02	03
	20-02 放射線療法	01	02	03
	20-03 骨髄移植等の移植治療	01	02	03
22 白血病	21-01 化学療法	01	02	03
	21-02 骨髄移植等の移植治療	01	02	03

**問 10 がん登録の実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

- 01 院内がん登録及び地域がん登録を実施している。      02 院内がん登録のみ実施している。  
03 地域がん登録のみ実施している。      04 がん登録を実施していない。

**問 11 キャンサーボード設置の有無**（該当する番号一つを○で囲み「03」を選択した場合は実施予定日も記入してください。）

「キャンサーボード」とは外科医、内科医、放射線科医など各専門医が一同に集まり、1つの症例に対する治療法を包括的に議論する場のことをいいます。（病院内に組織として明確に位置付けられているものに限る）

- 01 有      02 無

## Ⅱ-2 脳卒中

### 問 12 脳卒中患者の診療（該当する番号一つを○で囲んでください。）

【注意事項】「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いいます。

01 脳卒中の診断・治療に対応している。

02 積極的には脳卒中の診断・治療に対応していない。

⇒「02」を選択した場合、問 13～問 22 に対する回答は不要です。

### 問 13 脳卒中患者の受け入れ状況（該当する番号すべてを○で囲んでください。）

【注意事項】

「急性期」とは、発症後 21 日までの状態のことをいいます。

「回復期」とは、発症後 22 日から 180 日までの状態のことをいいます。

「維持期」とは、発症後 181 日以降のことをいいます。

病態	受け入れ範囲（複数選択可）		
急性期	01 入院	02 外来	03 不可
回復期	01 入院	02 外来	03 不可
維持期	01 入院	02 外来	03 不可

### 問 14 脳卒中急性期患者に対する検査・治療（該当する番号一つを○で囲んでください。）

	通常診療時間帯	診療時間外
01 放射線等機器検査 (MRI、CT 等)	01 いつでも対応可能 02 曜日・時間帯により対応可能	01 いつでも対応可能 02 曜日・時間帯により対応可能 03 対応不可
02 臨床検査	01 いつでも対応可能 02 曜日・時間帯により対応可能	01 いつでも対応可能 02 曜日・時間帯により対応可能 03 対応不可
03 治療 (開頭手術、脳血管手術等)	01 いつでも対応可能 02 曜日・時間帯により対応可能	01 いつでも対応可能 02 曜日・時間帯により対応可能 03 対応不可

### 問 15 脳卒中急性期患者を受け入れる専用病棟等の設置状況（該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合は病床数も記入してください。）

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、該当する番号一つを○で囲んでください。

01-02 届出している

01-03 今後届出したい

01-04 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

問 16 脳卒中のリハビリテーションの実施状況	
(1) 脳卒中のリハビリテーションの実施状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	01 急性期のみ実施しており、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 02 急性期から回復期まで実施している 03 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)を実施している 04 01～03 以外のリハビリテーションを実施している 05 実施していない
(以下の(2)～(6)の設問については、(1)において、「01」～「04」を選択した場合のみ記入してください。)	
(2) リハビリテーション専門職員の配置 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	01 リハビリテーション専門医・理学療法士、作業療法士・言語聴覚士のいずれかを配置している 02 リハビリテーション専門職員の配置していない
(3) 療養病床の有無(該当する番号一つを○で囲んでください。)	01 有            02 無
(4) 他の医療機関との情報共有(該当する番号一つを○で囲んでください。)	01 診療情報、治療計画のいずれかを共有している 02 共有していない
(5) ケアマネジャー、地域包括支援センター等介護関係者との連携(該当する番号一つを○で囲んでください。)	01 地域ケア会議の開催等により実施している 02 実施していない 03 その他

問 17 脳卒中の治療方法の実施状況(該当する番号一つを○で囲んでください。)					
脳卒中の種類	治療方法	01 当院の設備・常勤スタッフで実施している。 02 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)。 03 当院では実施していない。			
01 脳出血	01-01 脳内血腫摘出術(K164)	01	02	03	↓
02 くも膜下出血	02-01 脳血管内手術(コイル塞栓術等)(K178)	01	02	03	
	02-02 脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング(K175、K176、K177)	01	02	03	
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)(K164-3)	01	02	03	
	03-02 経皮的脳血管形成術(バルーン、ステント等)(K178-2)	01	02	03	
	03-03 選択的脳血栓・塞栓溶解術(ウロキナーゼ注入等)(K178-3)	01	02	03	
	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)	01	02	03	
(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。					

**問 18 脳卒中治療の実施件数**(平成 24 年 4 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの**実施件数**を記入してください。)

診療報酬点数票区分	治療方法	治療件数
K164	脳内血腫摘出術	件
K178	脳血管内手術（コイル塞栓術等）	件
K175、K176、K177	脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング	件
K164-3	開頭手術（バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等）	(合計) 件
K178-2	経皮的脳血管形成術（バルーン、ステント等）	件
K178-3	選択的脳血栓・塞栓溶解術（ウロキナーゼ注入等）	件
	t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法(発症後 3 時間以内)	件

**問 19 リハビリテーション目的で入院できる病床**（該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合は病床数も記入してください。）

01 ある（病床数：                  床）    02 ない

**問 20 脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 実施している    02 実施していない

**問 21 脳卒中登録（地域）の実施状況について**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 実施している    02 実施していない

**問 22 脳卒中患者の主な転院（所）先**（主な医療施設名及び医療施設の所在市町村について**5 つまで**記入してください。）

	市町村	主な紹介先医療施設	市町村	主な紹介先介護施設
01 急性期患者				
02 回復期患者				
03 維持期患者				

## Ⅱ－３ 急性心筋梗塞

**問 23 急性心筋梗塞の診療**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

- 01 急性心筋梗塞の診断・治療に対応している      02 積極的には急性心筋梗塞の診断・治療に対応していない  
 ⇒「02」を選択した場合、問 24～問 28 に対する回答は不要です。

**問 24 冠状動脈疾患専用集中治療室（CCU）等の設置状況**（該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合は病床数も記入してください。）

- 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入れる病棟を決めている  
 03 設置していない

**問 25 急性心筋梗塞患者に対する検査・治療**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

	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、 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

**問 26 急性心筋梗塞の治療方法**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

診療報酬コード	治療方法			
	01	02	03	
	01 当院の設備・常勤スタッフで実施している。 02 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）。 03 当院では実施していない。			
K552	01 冠動脈バイパス手術	01	02	03
K546、K547、K548、K549	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）	01	02	03
K550	03 経静脈的血栓溶解療法	01	02	03

**問 27 心疾患に関連した治療実施件数**（平成 23 年 10 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの**実施件数**を記入してください。）

診療報酬コード	治療方法	実施件数
K546	01 経皮的冠動脈形成術	件
K547	02 経皮的冠動脈粥腫切除術	件
K548	03 経皮的冠動脈形成術（アレクトミーカテーテルによるもの）	件
K549	04 経皮的冠動脈ステント留置術	件
K550	05 冠動脈内血栓溶解療法	件
K552	06 冠動脈、大動脈バイパス移植術	件
K555	07 弁置換術	件

診療報酬コード	治療方法	実施件数
K560	08 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む）	件
K574	09 心房中隔欠損閉鎖術	件
K574-2	10 経皮的心室中隔欠損閉鎖術	件
K595	11 経皮的カテーテル心筋焼灼術	件
K597	12 ペースメーカー移植術	件
K599	13 埋込型除細動器移植術	件
K610	14 動脈形成術、吻合術	件
K614	15 血管移植術、バイパス移植術	件
K616	16 四肢の血管拡張術・血栓除去術	件

## Ⅱ－４ 糖尿病

**問 28 糖尿病の治療・指導の対応状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

(1) 実施状況	01 実施している ↓	02 実施していない
⇒「02」を選択した場合、問 29～問 34 に対する回答は不要です。		
(2) 実施している糖尿病の治療方法 （平成 23 年 5 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日の間に治療の実績があるものについて、該当するすべての番号を○で囲んでください。）	01 強化インスリン療法	02 インスリン皮下持続注入療法
	03 糖尿病昏睡等急性合併症の治療	

**問 29 糖尿病教室（日帰り）の実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 実施している	02 実施していない
-----------	------------

**問 30 糖尿病教育入院の実施状況**（該当する番号一つを○で囲み、(1)で「01」を選択した場合は、(2)～(4)も記入してください。）

(1) 実施状況	01 実施している	02 実施していない		
(2) 入院期間	01 1 週間未満	02 1～2 週間未満	03 2～4 週間未満	04 4 週間以上
(3) 教育入院時のプログラム対象者 （教育プログラムについて該当するすべての番号を○で囲んでください。）	01 糖尿病と診断されたばかりの対象患者	02 外来にて管理中の血糖コントロール不良の糖尿病患者	03 合併症を発症した糖尿病患者	04 インスリン自己注射導入患者
(4) 入院患者数 （平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日までの間に入院した患者数（実人員数）を記入してください。）	人			

問 31 糖尿病指導の実施状況 ((1)から(4)について該当する番号一つを○で囲んでください。)				
	01 自院のスタッフのみで実施	02 自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施	03 外部から招いた職員のみで実施	04 外部機関に委託等して実施
(1) 運動指導	01	02	03	04
(2) 栄養（食生活）指導	01	02	03	04
(3) 禁煙指導	01	02	03	04
(4) 生活指導	01	02	03	04

問 32 糖尿病診療スタッフの配置状況 (常勤者については人数を記入し、非常勤者については該当する番号一つを○で囲んでください。)		
	常勤者の人数	非常勤者の有無
(1) 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	01 有 02 無
(2) いわて糖尿病療養指導士及びその他の団体が認定する糖尿病療養指導士	人	01 有 02 無
(3) 糖尿病の診療に従事する管理栄養士・栄養士	人	01 有 02 無

問 33 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、糖尿病患者の妊娠への対応状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)		
(1) 人工透析を必要とする糖尿病性腎症	01 可	02 不可
(2) 糖尿病性網膜症	01 可	02 不可
(3) 糖尿病性足病変（足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽）	01 可	02 不可
(4) 糖尿病患者の妊娠への対応	01 可	02 不可

問 34 関係機関との連携 (関係機関との連携状況について、該当する番号すべてを○で囲んでください。なお、「01 有」を選択した場合には、付問にもお答えください。)			
(1) 医療機関との連携	01 有 <input checked="" type="checkbox"/>	1 症例検討	2 その他
	02 無 <input type="checkbox"/>		
(2) 保健所、市町村保健センターとの連携	01 有 <input checked="" type="checkbox"/>	1 糖尿病関連会議等の参画	3 検診の協力
	02 無 <input type="checkbox"/>	2 講演、健康教育の協力	4 その他
(3) 職域、産業保健部門との連携	01 有 <input checked="" type="checkbox"/>	1 糖尿病関連会議等の参画	3 検診の協力
	02 無 <input type="checkbox"/>	2 講演、健康教育の協力	4 その他





## Ⅱ-5 精神疾患

### 問 35 精神医療の対応状況（該当する番号一つを○で囲んでください。）

(1) うつ病の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(2) 統合失調症の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(3) 神経症性障害の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(4) てんかんの診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(5) アルツハイマー病の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(6) その他精神疾患の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(7) かかりつけの医師等の精神疾患への対応力向上のための研修等への参加（「01」を選択した場合、平成 23 年度中の参加者数を記入してください。）	01 有 (参加者数 人)	02 無
(8) 精神疾患患者の他の医療機関への紹介実績	01 有	02 無
(9) 精神科救急医療	01 有	02 無
(10) アルコール依存症の専門的診療	01 有	02 無
(11) 薬物依存症の専門的診療	01 有	02 無
(12) 思春期の専門的診療	01 有	02 無
(13) ストレス障害の専門的診療	01 有	02 無
(14) 老年期精神疾患の専門的診療	01 有	02 無

### 問 36 関係機関との連携（関係機関との連携状況について、該当する番号すべてを○で囲んでください。

なお、「01」を選択した場合には、付問にもお答えください。）

(1) 医療機関（内科等身体疾患を担当する科と精神科）との連携	01 有 	01 症例検討	
	02 無	02 精神科医への紹介システムの導入	
(2) 保健所、精神保健福祉センター及び産業保健の関係機関との連携	01 有 	01 精神疾患関連会議等の参画	03 検診の協力
	02 無	02 講演、健康教育の協力	04 その他

問 37 認知症医療の対応状況（該当する番号一つを○で囲んでください。）	
(1) 認知症の診療 （「01」を選択した場合は平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 可（実患者数                    人）                    02 否 ⇒「02」を選択した場合、以下の(2)～(5)は記入不要です。
(2) 鑑別診断の実施 （画像検査による治療可能な認知症を除く。）	01 可                    02 否
(3) 認知症治療薬による薬物治療	01 可                    02 否
(4) 周辺症状への薬物治療	01 可                    02 否
(5) 認知症患者の他の医療機関等への紹介実績 （「01」を選択した場合は、「01-01」～「01-03」の該当する番号すべてを○で囲んでください。）	01 有                    02 無 ↳ 01-01 鑑別診断目的の医療機関への紹介 01-02 周辺症状の治療目的の医療機関への紹介 01-03 環境調整のため地域包括支援センター等への情報提供

## Ⅱ－6 小児医療（小児救急を含む）

※問 38～問 40 については、小児科を標榜し、小児科患者の入院受入れが可能な病院のみお答え下さい

問 38 小児科専用病床の設置状況（該当する番号一つを○で囲み、設置している場合は病床数を記入してください。）	
01 設置している（病床数：                    床）	02 設置していない

問 39 時間外（夜間・休日）の小児救急患者の受入れ体制及び受け入れ患者数（該当する番号一つを○で囲み、「01」または「02」を選択した場合は、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日における受け入れ患者数を記入してください。）	
01 いつでも受け入れている	03 受け入れていない
02 一部の曜日・時間帯に限り受け入れている	
受け入れ患者数（01、02 を選択した場合に記入）	人

問 40 時間外（夜間・休日）小児救急患者受入時の人員体制（該当する番号一つを○で囲んでください。）	
01 病棟兼任の（当直）医師である小児科医師が診療する	
02 病棟勤務の医師以外に、救急患者対応として配置している小児科医師が診療する	
03 当日の勤務体制によるため、必ずしも小児科医師が診療するとは限らない	

## Ⅱ-7 周産期医療

**問 41 周産期医療の対応状況**（該当する番号を一つ○で囲んでください。）

01 実施している

02 実施していない

⇒「02」を選択した場合、問 42～問 50 に対する回答は不要です。

**問 42 母体・胎児治療における設備設置状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

(1) 分娩監視装置	01 有	02 無
(2) 呼吸器循環器装置	01 有	02 無
(3) 超音波診断装置	01 有	02 無

**問 43 新生児治療における設備設置状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

(1) 新生児用呼吸循環監視装置	01 有	02 無
(2) 新生児用人工換気装置	01 有	02 無
(3) 保育器	01 有	02 無
(4) 微量輸液装置	01 有	02 無
(5) ドクターカーの整備（母体胎児、新生児搬送 に必要となるもの）	01 有	02 無

**問 44 専門病床の設置状況**（該当する番号一つを○で囲み、専門病床を設置している場合は**病床数**を記入してください。）

専門病床の種類	設置の有無	病床数
新生児病床（小児科等に設置しているもの）	01 有 02 無	床

**問 45 専門病床の入院患者数**（平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日までの**延入院患者数**を記入してください。）

(1) 母体・胎児集中治療室入院患者数（MFICU）	人
(2) 新生児特定集中治療室入院患者総数（NICU）	人
(2)-02 (2)のうち院内出生入院患者数	人
(2)-03 (2)のうち院外出生入院患者数（新生児搬送数）	人

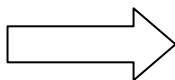
**問 46 分娩件数**（平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日までの**分娩件数**を記入してください。）

(1) 分娩件数	件
(1)-02 (1)のうち（K898）帝王切開術による分娩件数	件

**問 47 ハイリスク分娩管理加算を行った延件数**（平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日までのハイリスク分娩管理加算を行った**延件数**を記入してください。）


(A237) ハイリスク分娩管理加算を行った延件数	件
---------------------------	---

<b>問 48 母体搬送受入数</b> (平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日までの <b>受け入れ件数</b> を記入してください。)	
(1) 母体搬送受け入れ件数	件
(1)-02 (1)のうち緊急時搬送受け入れ件数	件

<b>問 49 助産師外来の実施状況及び今後の予定</b> (該当する番号を一つ○で囲み、「02 実施していない」を選択した場合、今後の実施予定についても○で囲んでください。)	
01 実施している	<b>今 後 の 実 施 予 定</b>
02 実施していない 	02-02 今後実施を予定 02-03 当面実施予定無し

<b>問 50 妊婦健診の実施</b> (該当する番号を一つ○で囲んでください。)	
01 実施している	02 実施していない

## II-8 救急医療

<b>問 51 時間外救急診療への対応状況</b> (該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合は「01-02」・「01-03」・「01-04」についても、それぞれ該当する番号一つを○で囲んでください。)		
<p>「一次(初期)救急医療」とは、外来診療によって救急患者の医療を提供するもののことを言います。(在宅当番医、休日・夜間救急センター等が対応)</p> <p>「二次救急医療」とは、入院を必要とする重症救急患者の医療を提供するもののことを言います。(精神科救急を含む24時間体制の救急病院、病院群輪番制病院及び有床診療所等が対応)</p> <p>「三次救急医療」とは、二次救急医療では対応できない複数の診療領域に渡る重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供するもののことを言います。(救急救命センター等が対応)</p>		
01 対応している	02 対応していない	<b>⇒「02」を選択した場合、問 52～問 54 に対する回答は不要です。</b>
 01-02 一次救急医療	01 対応している      02 対応していない	
01-03 二次救急医療	01 対応している      02 対応していない	
01-04 三次救急医療	01 対応している      02 対応していない	

<b>問 52 救急診療の状況</b> (平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの <b>実患者数</b> を記入してください)	
01 時間外救急患者数	人
02 救急車による搬送患者数	人
02-02 うち、他の病院等への転送患者数	人

<b>問 53 時間外救急への対応内容</b> (該当する番号すべてを○で囲んでください。)	
01 輪番対応	03 夜間対応
02 24時間対応	04 休日対応

**問 54 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** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

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

**II-9 災害医療**

**問 55 災害への備えの状況** (該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合は、右欄の該当する番号すべてを○で囲むか、質問に回答願います。)

(1) 建物の耐震状況 (昭和 56 年の耐震基準による)	01 耐震又は免震構造になっている 03 なっていない	02 一部になっている 04 不明
(2) 自家発電装置	01 有    02 無	
(3) 自家発電用燃料の備蓄	01 有    02 無	種類    01 重油                      02 軽油 備蓄量 (                      ) 日分
(4) 貯水設備・井戸設備	01 有    02 無	01 貯水設備 (                      ) 日分 02 井戸設備
(5) 医薬品の備蓄	01 有    02 無	備蓄量 (                      ) 日分
(6) 医療用資器材の備蓄	01 有    02 無	備蓄量 (                      ) 日分
(7) 飲料水・食料の備蓄	01 有    02 無	01 患者用 (                      ) 日分    02 職員用 (                      ) 日分
(8) 毛布の備蓄	01 有    02 無	保有枚数 (                      ) 枚
(9) 簡易ベッド	01 有    02 無	保有台数 (                      ) 台
(10)非常用通信設備	01 有    02 無	01 衛星携帯電話 (音声のみ) 02 衛星携帯電話 (音声・データ通信) 03 災害時優先電話 04 その他 (                      )
(11) エアテント (災害時の応急手当・診療用テント)	01 有    02 無	
(12) 敷地内又は隣接地におけるヘリポートの有無	01 有    02 無	
(13) 医療救護班 (DMATを含む。) の編成	01 有    02 無	
(14) 災害対応マニュアル	01 有    02 無	定期的に災害対応マニュアルを 01 見直している                      02 見直していない
		診療が困難な場合の患者の搬送先をあらかじめ 01 確保している                      02 決めていない

(15) 災害時における業務継続計画（BCP）	01 有 02 無	定期的に災害時における業務継続計画を 01 見直している 02 見直していない
(16) 関係団体との災害時の優先的な物資供給協定等の締結	01 有 02 無	締結をしている物資 01 燃料 03 医療用資器材 02 医薬品 04 食料・飲料水
(17) 病院内における災害時対応訓練の実施 又は 地域の防災訓練への参加	01 有 02 無	
(18) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録	01 登録済み 02 未登録	定期的にEMISの操作研修、訓練を 01 実施している 02 実施していない

## II-10 へき地医療支援

問 56 へき地医療支援の現在の状況について（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 医師の長期派遣	01 実施している	02 実施予定	03 実施予定無
02 代診医師の派遣	01 実施している	02 実施予定	03 実施予定無
03 遠隔診断支援（画像・病理等）	01 実施している	02 実施予定	03 実施予定無
04 へき地からの入院患者家族用宿泊施設等の確保	01 実施している	02 実施予定	03 実施予定無

### 【参考】へき地診療所

二次医療圏名	診療所名	
盛岡	岩手県立中央病院附属南山形診療所 八幡平市国民健康保険田山診療所	八幡平市国民健康保険安代診療所
岩手中部	遠野市国民健康保険小友診療所	遠野市国民健康保険附馬牛診療所
胆江	奥州市国民健康保険大田代診療所 奥州市国民健康保険米里診療所 奥州市国民健康保険伊手診療所	奥州市国民健康保険衣川診療所 奥州市国民健康保険梁川診療所 奥州市国民健康保険歯科診療所
両磐	一関市国民健康保険千厩歯科診療所 一関市国民健康保険猿沢診療所	一関市国民健康保険室根診療所 一関市国民健康保険室根歯科診療所
気仙	大船渡市国民健康保険綾里診療所 大船渡市国民健康保険歯科診療所	陸前高田市国民健康保険二又診療所
宮古	済生会岩泉病院附属有芸診療所 岩泉町大川診療所 岩泉町釜津田診療所 岩泉町安家診療所	宮古市国民健康新里保険診療所 宮古市国民健康保険川井中央診療所 国民健康保険田野畑村診療所 国民健康保険田野畑村歯科診療所
久慈	普代村国民健康保険診療所 普代村国民健康保険歯科診療所 久慈市国民健康保険山形診療所	洋野町国民健康保険大野診療所 洋野町国民健康保険歯科診療所

## Ⅱ－１１ 在宅医療

**問 57 往診（注）の対応・実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

（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。）

01 実施している（診療時間外も対応）    02 実施している（診療時間内のみ）    03 実施していない

⇒「03」を選択した場合、問 58～問 64 に対する回答は不要です。

**問 58 訪問診療（注）の対応・実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。また、実施している場合は、その時間数（1週間当たり、緊急時を除く）を記入してください。）

（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。

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）

02 実施していない

**問 59 訪問診療実患者の数**（平成 24 年 4 月 1 日から 4 月 30 日までの**実患者数**を記入してください。）

(1) 49 歳以下	<input type="text"/> 人	(3) 60 歳代	<input type="text"/> 人	(5) 80 歳以上	<input type="text"/> 人
(2) 50 歳代	<input type="text"/> 人	(4) 70 歳代	<input type="text"/> 人	(6) 総数	<input type="text"/> 人

**問 60 連携病院等の状況**（貴院の在宅医療に関して、連携している医療機関等について、箇所数を記入してください。）

(1) 病院	<input type="text"/> 箇所	(5) 訪問看護ステーション	<input type="text"/> 箇所
(2) 一般診療所	<input type="text"/> 箇所	(6) 介護保険施設	<input type="text"/> 箇所
(3) 歯科診療所	<input type="text"/> 箇所	(7) 指定居宅介護支援事業所	<input type="text"/> 箇所
(4) 保険薬局	<input type="text"/> 箇所	(8) その他（ <input type="text"/> ）	<input type="text"/> 箇所

**問 61 在宅療養支援病院の届出**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 届出済                      02 今後届出予定あり                      03 していない

**問 62 訪問診療で対応可能な医療行為**（該当する番号すべてを○で囲んでください。）

- |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| 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 レスピレーター（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 尿カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） |

<b>問 63 訪問診療を担当する医療従事者数</b> （医療従事者数を記入してください。）		
【注意事項】非常勤者の数は、前に示した方法（問3注意事項）に従って常勤換算して下さい。		
	常勤	非常勤
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

<b>問 64 訪問看護の実施状況</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）
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

## Ⅱ－１２ 歯科医療

※問 65～問 70 については、**歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科**を標榜している病院のみお答え下さい

<b>問 65 保健事業</b> （対応可能な保健事業について、該当する全ての番号を○で囲んでください。）	
01 歯科健康診査	06 予防填塞（シーラント）
02 歯科保健相談・指導	07 自治体の委託健診
03 フッ化物歯面塗布	08 事業所の委託健診
04 フッ化物洗口の指導（個人）	09 歯周病予防を目的とした禁煙指導
05 フッ化物洗口の指導（集団）	

<b>問 66 手術等の状況</b> （対応可能な手術等について、該当する全ての番号を○で囲んでください。）	
01 歯牙破折・脱臼の整復	06 歯牙移植手術
02 歯周外科手術	07 顎骨骨折手術
03 歯根端切除手術	08 顎骨腫瘍手術
04 埋伏歯抜歯手術	09 悪性腫瘍手術
05 インプラント治療	

<b>問 67 歯科設備等</b> （歯科診療台の台数を記入し、各設備の有無について該当する番号を○で囲んでください。）		
項目	設備の有無	台数
01 歯科診療台		台
02 パノラマX線装置	01 有 02 無	
03 デジタルX線装置	01 有 02 無	
04 下顎運動解析装置	01 有 02 無	
05 マイオモニター・筋電図等治療設備	01 有 02 無	
06 レーザー治療設備	01 有 02 無	



項目	設備の有無	台数
07 往診用タービン等設備	01 有 02 無	/
08 吸入鎮静法に係る設備	01 有 02 無	
09 静脈鎮静法に係る設備	01 有 02 無	
10 全身麻酔に係る設備	01 有 02 無	

**問 68 技工物の外注の状況** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

01 全部外注      02 一部外注      03 していない

**問 69 訪問診療の実患者数**

平成 24 年 4 月 1 日～同年 4 月 30 日の間に訪問診療を行った患者の実人数 人

**問 70 在宅医療サービスの種類と実施状況** (該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合、平成 24 年 4 月中に実施した延べ人数を記入してください。)

サービスの種類	実施の有無	平成 24 年 4 月中の延人数
(1) 訪問診療 (患者)	01 有 02 無	人
(2) 訪問診療 (老人福祉施設等)	01 有 02 無	人
(3) 訪問歯科衛生指導	01 有 02 無	人
(4) 居宅療養管理指導 (歯科医師によるもの)	01 有 02 無	人
(5) 居宅療養管理指導 (歯科衛生士によるもの)	01 有 02 無	人
(6) 介護予防居宅療養管理指導 (歯科医師によるもの)	01 有 02 無	人
(7) 介護予防居宅療養管理指導 (歯科衛生士によるもの)	01 有 02 無	人
(8) その他の在宅医療サービス		人

**Ⅱ-13 介護保険との連携について**

**問 71 訪問看護ステーションへの指示書交付の対応** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

01 実施している      02 実施していない

**問 72 介護保険の「主治医意見書」の交付の対応** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

01 実施している      02 実施していない

**問 73 退院時における在宅介護サービスとの連絡調整** (それぞれの項目について該当する番号一つを○で囲んでください。)

(1) 訪問看護ステーション	01 行っている	02 行っていない
(2) ホームヘルパー	01 行っている	02 行っていない
(3) デイサービス	01 行っている	02 行っていない
(4) 認知症高齢者グループホーム	01 行っている	02 行っていない
(5) ケアマネジャー	01 行っている	02 行っていない

<b>問 74 介護施設の協力病院について</b> （それぞれの項目について該当する番号一つを○で囲んでください。）		
(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	01 協力病院になっている	02 なっていない
(2) 介護老人保健施設（老人保健施設）	01 協力病院になっている	02 なっていない
(3) 介護療養型医療施設（療養病床群等）	01 協力病院になっている	02 なっていない

<b>問 75 介護サービス関係者を含めたカンファレンスの実施</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）	
01 行っている	02 行っていない

## Ⅱ－14 医療連携クリティカルパスの状況

<b>問 76 医療連携クリティカルパスの状況</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）		
※ 「クリティカルパス」とは適切な医療を計画的に実行、評価、見直しをすることにより医療の質を向上させ、良質の医療を提供することに貢献するもののことをいいます。		
01 院外・院内ともに有	02 院内のみ有	03 どちらも無
⇒「03」を選択した場合、問 82、問 83 に対する回答は不要です。		

<b>問 77 医療連携クリティカルパスの分野</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）		
	院内におけるクリティカルパス	医療連携クリティカルパス (他の医療機関との共有)
(1) がん	01 有 02 無	01 有 02 無
(2) 脳卒中	01 有 02 無	01 有 02 無
(3) 急性心筋梗塞	01 有 02 無	01 有 02 無
(4) 糖尿病	01 有 02 無	01 有 02 無
(5) 外傷・骨折	01 有 02 無	01 有 02 無
(6) 認知症	01 有 02 無	01 有 02 無
(7) その他（ ）	01 有 02 無	01 有 02 無

<b>問 78 施設基準の届出</b> （問 81 で「01」を選択した場合に、該当する番号一つを○で囲んでください。）			
(1) がん	01 届出済	02 届出予定あり	03 していない
(2) 脳卒中	01 届出済	02 届出予定あり	03 していない
(3) 外傷・骨折	01 届出済	02 届出予定あり	03 していない

## Ⅱ－15 その他連携

<b>問 79 医療機関・介護施設等からの患者の受け入れ・紹介体制</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）	
01	医療社会専門従事者（MSW）を配置し、患者の受け入れや紹介を行っている
02	医療社会専門従事者以外の職員（医師、看護職員、事務職員等）を配置し、患者の受け入れや紹介を行っている
03	患者の受け入れや紹介を行うための体制は特に整備していない

**問 80 診療所への後方支援体制** (該当する番号**全て**を○で囲んでください。)

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

**問 81 他医療機関に勤務する医師による設備の利用** (該当する番号**一つ**を○で囲んでください。)

【注意事項】  
他医療機関に検査依頼等を行い、実際には医師が他の医療機関に行かない場合を除きます。

01 有	02 無
------	------

**問 82 開放病床の設置の状況** (該当する番号**一つ**を○で囲み、設置している場合は**平成 24 年 6 月 1 日時点**の病床数も記入してください。)

※「開放病床」とは、ここでは開放型病院共同使用料（I）を算定しているものをいいます。

01 設置している ( ) 床	02 設置していない
-----------------	------------

**問 83 情報通信機器（IT）活用の状況** (該当する番号**一つ**または**全て**を○で囲んでください。)

(1) 電子カルテの導入	電子カルテの導入	01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
	電子カルテの活用状況 (該当する全ての番号を○で囲んでください。)	01 自施設内で活用    02 患者への治療方針の説明などに活用 03 他の医療機関との連携に活用 04 その他 ( )			
(2) レセプト電算システムの導入		01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
(3) オーダリングシステムの導入		01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
(4) 遠隔医療システム	遠隔画像システム	01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
	遠隔病理診断	01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
	在宅療養支援	01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
	その他 ( )	01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
(5) 地域関係機関との情報共有システム	地域医療情報共有システム	01 有	02 無	03 導入予定	04 検討中
	共有する情報 (該当する全ての番号を○で囲んでください。)	01 診療情報    02 検診等情報    03 介護関連情報 04 その他 ( )			

**Ⅲ リハビリテーション医療**

**問 84 リハビリテーション医療の実施状況** (該当する番号**一つ**を○で囲んでください。)

01 実施している	02 実施していない
-----------	------------

⇒「02」を選択した場合、問 89～問 92 のみ回答してください。

**問 85 リハビリテーション必要患者専門病床の設置状況**（設置病床数を記入してください。）

※「リハビリテーション専用病床」とは、ここでは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のことをいいます。

※「回復期リハビリテーション病棟」とは、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をいいます。

(1) リハビリテーション専用病床		床
(1)-02 (1)のうち一般病床		床
(1)-03 (1)のうち回復期リハビリテーション病棟		床
(1)-04 (1)のうち療養病床		床

**問 86 医師以外のリハビリテーション医療従事者**（医療従事者数について記入してください。）

	常勤	非常勤
(1) 理学療法士	人	人
(2) 作業療法士	人	人
(3) 言語聴覚士	人	人
(4) あん摩マッサージ指圧師	人	人

**問 87 リハビリテーション施設基準の届出状況**（それぞれ該当する番号一つを○で囲んでください。）

診療報酬コード	診療報酬分類	リハビリテーション医療実施外来患者延数	
H000	(1) 心大血管疾患リハビリテーション料	01 有	02 無
H001	(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料	01 有	02 無
H002	(3) 運動器リハビリテーション料	01 有	02 無
H003	(4) 呼吸器リハビリテーション料	01 有	02 無
H006	(5) 難病患者リハビリテーション料	01 有	02 無
H007	(6) 障害児（者）リハビリテーション料	01 有	02 無

**問 88 リハビリテーション実施患者における来院時及び退院時 ADL 評価の実施**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 来院時及び退院時に行っている	03 退院時のみ行っている
02 来院時のみ行っている	04 行っていない

**問 89 リハビリテーション医療の今後の充実**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 充実させる予定	02 当面の間現状維持予定	03 未定
------------	---------------	-------

**問 90 今後充実させたいと考えている内容**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

(1) リハビリテーション料の施設基準の届出	01 充実させる予定	02 予定なし
(2) リハビリテーション専用病床の整備	01 充実させる予定	02 予定なし
(3) 訓練室の施設改善	01 充実させる予定	02 予定なし
(4) リハビリテーション医療機器の整備・更新	01 充実させる予定	02 予定なし
(5) リハビリテーション関連医療従事者の確保・増員	01 充実させる予定	02 予定なし

(6) 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	01 充実させる予定	02 予定なし
(7) 訪問リハビリテーションの充実	01 充実させる予定	02 予定なし

**問 91 今後充実させたいリハビリテーション料の施設基準の種類**（該当する番号全てを○で囲んでください。）

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

**問 92 今後充実させたいリハビリテーション専門病床の種類**（該当する番号全てを○で囲んでください。）

- |   |
|---|
| 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                             |
| 04 脳卒中専用集中治療室（SCU）またはそれに準じた専用病床                       |

#### IV 緩和ケア

**問 93 緩和ケアの実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

- |  |
|--|
| 01 緩和ケア病棟入院料の届出を行っている                          |
| 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、緩和ケアを提供している |
| 04 積極的な実施体制を整備していない                            |

⇒「04」を選択した場合、問 106、問 107 のみ回答してください。

**問 94 緩和ケア関連病床数**（問 98 で「01」、「02」を選択した場合のみ病床数を記入してください。）

(1) 緩和ケア病棟の病床数		床
(2) 緩和ケア専用病床数		床

**問 95 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け入れ可能数**（人数を記入してください。）

(1) 基準日（平成 24 年 6 月 1 日）現在の緩和ケア病棟（病床は除く）の入院待機患者数		人
(2) 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け入れ可能数		人

**問 96 緩和ケア病棟又は緩和ケア病床における新規入院患者数**  
（問 98 で「04」以外を選択した場合のみ記入してください。）

(1) 平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日の緩和ケア病棟又は病床の新規入院患者数		人
(2) 平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 4 月 30 日における緩和ケア病棟又は病床の平均在院日数		日

**問 97 緩和ケア病棟又は緩和ケアチームにおける各職種の数**（各職種の数を記入してください。）

認定看護師とは 社団法人認定看護師協会認定看護師認定審査（ホスピスケア）に合格したもの。

(1) 医師	人	(5) 臨床心理士	人
(2) 看護職員	人	(6) 薬剤師	人
(2)-02 (2)のうち認定看護師	人	(7) 管理栄養士・栄養士	人
(3) 看護補助職員	人	(8) ボランティア	人
(4) 医療社会事業従事者	人	(9) その他	人

**問 98 緩和ケア外来の設置状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 設置している	02 設置していない
01-02 外来患者数（01を選択した場合、平成23年11月1日～平成24年4月30日における外来患者延数を記入してください。）	人

**問 99 在宅療養患者への緩和ケア提供体制**（該当する番号全てを○で囲んでください。）

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| 01 訪問診療を実施している           | 05 診療所又は訪問看護ステーションを支援している |
| 02 訪問看護を実施している           | 06 デイホスピスを実施している          |
| 03 急変時に緩和ケア病棟への入院を受入れている | 07 院内委員会を実施している           |
| 04 急変時に一般病棟への入院を受入れている   | 08 積極的な実施体制を整備していない       |

**問 100 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**（箇所数を記入してください。）

(1) 診療所	箇所	(2) 訪問看護ステーション	箇所
---------	----	----------------	----

**問 101 緩和ケアを積極的に実施していない理由**（該当する番号全てを○で囲んでください。）

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

**問 102 緩和ケア実施に関する今後の予定**（該当する番号全てを○で囲んでください。）

- |   |
|---|
| 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                                   |

設問は以上です。

御協力、誠にありがとうございました。

**【調査票送付先】**

所在地：〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10番1号

宛 先：岩手県保健福祉部保健福祉企画室 企画担当 宛

電 話：019-629-5406

<b>医療機関 記入不要</b>	
保健所符号	
市町村コード	

## 平成24年岩手県医療機能調査 診療所票

以下の設問には、特に指定がない場合平成24年6月1日現在の状況についてお答えください。  
また、人数等の記載については、該当しない欄は空欄にしてください。

### 《本調査票記入担当者連絡先》

調査票記入者名	
記入日	2012年 月 日
連絡先電話番号	- -
連絡先FAX番号	- -
連絡先Eメールアドレス	

### I 総括事項

整理番号		「〇〇〇」に記載の整理番号を記入してください。
施設名		
所在地	〒	
休止・休診の状況	01 休止中      02 1年以上休診中      03 1年未満休診中	
(該当する番号を一つを○で囲んでください)	<small>※「休止」とは、医療法上の休止届を既に出してある状態。          ※「休診」とは、H24.6.1 現在、休診の状態（年末年始の休診を除く）。          ※「01」又は「02」の施設は、「問1」～「問3」を記入し、それ以外は記入する必要はありません。「03」の施設は、すべての項目に可能な限り記入してください。</small>	

<b>問1 社会保険診療等の状況</b> (該当する番号を一つ○で囲んでください)	01 保険医療機関	02 自由診療のみ
--	-----------	-----------

<b>問2 開設者</b> (該当する番号一つを○で囲み、「08」「10」を選択した場合は法人名も記入してください。)	
01 独立行政法人国立病院機構	07 学校法人
02 独立行政法人労働者健康福祉機構	08 医療法人 (法人名: )
03 都道府県	09 医療生活協同組合
04 市町村	10 その他の法人 (法人名: )
05 日本赤十字社	11 個人
06 恩賜財団済生会	

**問3 標榜状況、医師数について（平成24年6月1日現在）**

**【注意事項】**

- 平成24年6月1日0時現在に在籍する医師数を計上してください。
- 平成24年6月1日の欠勤者であっても在籍している限り計上してください。
- パート、嘱託及び平成24年6月1日の採用者は計上しますが、委託、他の会社、医療機関からの派遣者及び平成24年6月1日の退職者は計上しないでください。
- 他の会社、医療機関からの派遣者であっても、**※紹介予定派遣**として派遣される医師については、計上してください。

**（※）紹介予定派遣**

派遣就業が終了した後（又は終了する前）に派遣先に職業を紹介することを予定している労働者派遣のことで、一定の派遣期間が終了した後（又は終了する前）、派遣労働者と派遣先企業双方の合意があれば、派遣元が職業紹介を行い、当該派遣労働者を派遣先企業が社員として直接雇用する制度をいう。

- 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。
- 初期研修医は常勤、非常勤医師に計上しないでください。（後期研修医は計上してください。）**

**【常勤・非常勤の定義】**

「常勤」欄には、**病院で定めた1週間の通常勤務時間のすべてを勤務しているものの人数**を計上してください。「非常勤」欄には、**上で定める常勤以外のものの人数**を計上してください。

**【非常勤医師数の計算方法】**

貴院の1週間（通常は**平成24年6月2日から平成24年6月8日**までの期間）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。

勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所用の調整をしてください。（例えば、月1回のみ勤務サイクルである場合には1/4を乗じる等）

**（記入例）**

- 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週3日（各日8時間）勤務の者が2人の場合  
 $8時間 \times 3日 \times 2人 / 40時間 = 1.2人$ （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4日（各日2時間）勤務の者が2人いる場合  
 $(3時間 \times 2日 \times 1人) + (2時間 \times 4日 \times 2人) / 40時間 = 0.55人 = 0.6人$ （小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記）

診療科目	標榜状況（「01 標榜」か「02 非標榜」のどちらかを○で囲んでください。）		医師数	
			常勤	非常勤
01 内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
02 呼吸器内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
03 循環器内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
04 消化器内科（胃腸内科）	01 標榜	02 非標榜	人	人
05 腎臓内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
06 神経内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
07 糖尿病内科（代謝内科）	01 標榜	02 非標榜	人	人
08 血液内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
09 皮膚科	01 標榜	02 非標榜	人	人
10 アレルギー科	01 標榜	02 非標榜	人	人
11 リウマチ科	01 標榜	02 非標榜	人	人
12 感染症内科	01 標榜	02 非標榜	人	人
13 小児科	01 標榜	02 非標榜	人	人
14 精神科	01 標榜	02 非標榜	人	人
15 美容外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
16 脳神経外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
17 呼吸器外科	01 標榜	02 非標榜	人	人



診療科目	標榜状況（「01 標榜」か「02 非標榜」のどちらかを○で囲んでください。）		医師数	
			常勤	非常勤
18 心臓血管外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
19 乳腺外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
20 気管食道外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
21 消化器外科(胃腸外科)	01 標榜	02 非標榜	人	人
22 泌尿器科	01 標榜	02 非標榜	人	人
23 こう門外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
24 脳神経外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
25 整形外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
26 形成外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
27 美容外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
28 眼科	01 標榜	02 非標榜	人	人
29 耳鼻いんこう科	01 標榜	02 非標榜	人	人
30 小児外科	01 標榜	02 非標榜	人	人
31 産婦人科	01 標榜	02 非標榜	人	人
32 産科	01 標榜	02 非標榜	人	人
33 婦人科	01 標榜	02 非標榜	人	人
34 リハビリテーション科	01 標榜	02 非標榜	人	人
35 放射線科	01 標榜	02 非標榜	人	人
36 麻酔科	01 標榜	02 非標榜	人	人
37 病理診断科	01 標榜	02 非標榜	人	人
38 臨床検査科	01 標榜	02 非標榜	人	人
39 救急科	01 標榜	02 非標榜	人	人
			歯科医師数	
40 歯科	01 標榜	02 非標榜	人	人
41 矯正歯科	01 標榜	02 非標榜	人	人
42 小児歯科	01 標榜	02 非標榜	人	人
43 歯科口腔外科	01 標榜	02 非標榜	人	人

**問4 実診療日・外来・入院患者数**（診療科目ごとの**実診療日・外来患者延数、入院患者数**について記入してください。）

1. 「平成24年4月1日～4月30日の外来実診療日について」  
午前・午後のどちらか一方に診療を行った場合については1日と換算し、1日単位で記入してください。
2. 「平成24年4月1日～4月30日の外来患者延数について」  
①外来患者には救急患者も含まれます。  
②初診・再診・往診・巡回診察を行なった患者の延数を記入してください。  
③同日に2つ以上の診療科で診療を受けた場合にはそれぞれの診療科に記入してください。  
④保険適用外の患者等（妊婦健診、分娩）も記入してください。
3. 「平成24年4月1日～4月30日の入院患者延数について」  
入院患者が外泊した場合も入院患者に計上してください。

診療科目	外来実診療日 (4月1日～4月30日)	外来患者延数 (4月1日～4月30日)	入院患者延数 (4月1日～4月30日)
01 内科	日	人	人
02 呼吸器内科	日	人	人

診療科目	外来実診療日 (4月1日～4月30日)	外来患者延数 (4月1日～4月30日)	入院患者延数 (4月1日～4月30日)
03 循環器内科	日	人	人
04 消化器内科(胃腸内科)	日	人	人
05 腎臓内科	日	人	人
06 神経内科	日	人	人
07 糖尿病内科(代謝内科)	日	人	人
08 血液内科	日	人	人
09 皮膚科	日	人	人
10 アレルギー科	日	人	人
11 リウマチ科	日	人	人
12 感染症内科	日	人	人
13 小児科	日	人	人
14 精神科	日	人	人
15 美容外科	日	人	人
16 脳神経外科	日	人	人
17 呼吸器外科	日	人	人
18 心臓血管外科	日	人	人
19 乳腺外科	日	人	人
20 気管食道外科	日	人	人
21 消化器外科(胃腸外科)	日	人	人
22 泌尿器科	日	人	人
23 こう門外科	日	人	人
24 脳神経外科	日	人	人
25 整形外科	日	人	人
26 形成外科	日	人	人
27 美容外科	日	人	人
28 眼科	日	人	人
29 耳鼻いんこう科	日	人	人
30 小児外科	日	人	人
31 産婦人科	日	人	人
32 産科	日	人	人
33 婦人科	日	人	人
34 リハビリテーション科	日	人	人
35 放射線科	日	人	人
36 麻酔科	日	人	人
37 病理診断科	日	人	人
38 臨床検査科	日	人	人
39 救急科	日	人	人
40 歯科	日	人	人
41 矯正歯科	日	人	人
42 小児歯科	日	人	人
43 歯科口腔外科	日	人	人

**問5 従事者数**（従事者の状況について、平成24年6月1日時点の常勤・非常勤者数を記入してください。）

複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、**主な業務を一つ**決め該当する欄に記入してください。

【注意事項】非常勤者の数は、前に示した方法（問3注意事項）に従って常勤換算して下さい。

職種・有資格者	常勤	非常勤 <sup>②</sup>
01 薬剤師	人	人
02 保健師	人	人
03 助産師	人	人
04 看護師	人	人
05 准看護師	人	人
06 理学療法士	人	人
07 作業療法士	人	人
08 言語聴覚士	人	人
09 視能訓練士	人	人
10 歯科衛生士	人	人
11 歯科技工士	人	人
12 歯科助手	人	人
13 社会福祉士	人	人
14 精神保健福祉士	人	人
15 診療放射線技師・診療エックス線技師	人	人
16 臨床検査技師・衛生検査技師	人	人
17 臨床工学技師	人	人
18 管理栄養士	人	人
19 栄養士	人	人
20 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
21 臨床心理士	人	人
22 健康運動指導士	人	人
23 医療社会事業従事者（医療ソーシャルワーカー等）	人	人
24 診療情報管理士	人	人

**問6 使用許可病床数、病床利用率、平均在院日数**（医療法第27条の規定により許可を受けている病床数について記入してください。）

※在院患者延数、新入院患者延数、新入院患者延数、退院患者延数とは（平成23年11月1日～平成24年4月30日）までの期間の在院患者延数、新入院患者延数、新入院患者、退院患者延数のことをいいます。

1.使用許可病床数の算出方法

医療法上で許可されている病床数を記入してください。

2.病床利用率の算出方法（平成23年11月1日～平成24年4月30日）

在院患者延数 /  $\frac{[(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の平成23年11月1日} \sim \text{平成24年4月30日の合計}]}{\text{}} \times 100$

3.平均在院日数の算出方法（平成23年11月1日～平成24年4月30日）

【療養病床以外】

在院患者延数 /  $\frac{[1/2 \times (\text{新入院患者延数} + \text{退院患者延数})]}{\text{}}$

【療養病床】

在院患者延数 /  $\frac{[1/2 \times (\text{新入院患者延数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者延数} + \text{退院患者延数} + \text{退院患者延数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者延数})]}{\text{}}$

病床の種類	1.使用許可病床数	2.病床利用率 (平成23年11月1日～平成24年4月30日)	3.平均在院日数 (平成23年11月1日～平成24年4月30日)
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

**問6 検査等実施件数**（実施の有無について該当する番号を○で囲み、実施している場合は**実施件数**（平成23年11月1日～平成24年4月30日）を記入してください。）

診療報酬点数表区分	検査等項目	実施の有無	実施件数
D231	01 人工臓器	01 有 02 無	件
D295	02 関節鏡検査	01 有 02 無	件
D301	03 気管支鏡検査、気管支カメラ	01 有 02 無	件
D302	04 気管支ファイバースコープ	01 有 02 無	件
D305	05 食道鏡検査、食道カメラ	01 有 02 無	件
D306	06 食道ファイバースコープ	01 有 02 無	件
D307	07 胃鏡検査、胃カメラ	01 有 02 無	件
D308	08 胃・十二指腸ファイバースコープ	01 有 02 無	件
D309	09 胆道ファイバースコープ	01 有 02 無	件
D310	10 小腸ファイバースコープ	01 有 02 無	件
D311	11 直腸鏡検査	01 有 02 無	件
D312	12 直腸ファイバースコープ	01 有 02 無	件
D313	13 大腸ファイバースコープ	01 有 02 無	件
D314	14 腹腔鏡検査	01 有 02 無	件

診療報酬点数表区分	検査等項目	実施の有無		実施件数
D315	15 腹腔ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D317	16 膀胱尿道ファイバースコープ	01 有	02 無	件
D308注1	17 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)	01 有	02 無	件
	18 超音波内視鏡検査	01 有	02 無	件
D410	19 臓器の生検 (乳腺)	01 有	02 無	件
D411	20 臓器の生検 (甲状腺)	01 有	02 無	件
D412	21 臓器の生検 (D409、D410、D411、D413以外の臓器に係るもの)	01 有	02 無	件
D413	22 臓器の生検 (前立腺)	01 有	02 無	件
D414	23 臓器の生検 (大腸・直腸)	01 有	02 無	件
	24 血管連続撮影	01 有	02 無	件
	25 CTガイド下生検	01 有	02 無	件
	26 MRI検査	01 有	02 無	件
	27 RI検査 (シンチグラム)	01 有	02 無	件
	28 シングルフォトンエミッションCT (SPECT)検査	01 有	02 無	件
	29 陽電子断層撮影 (PET)検査	01 有	02 無	件
	30 スパイラルCT検査 (マルチスライスCTを含む)	01 有	02 無	件
	31 DSA	01 有	02 無	件
	32 コンピューテッドラジオグラフィ	01 有	02 無	
	33 超音波検査 (頭部)	01 有	02 無	
	34 超音波検査 (頸部)	01 有	02 無	
	35 超音波検査 (心臓)	01 有	02 無	
	36 超音波検査 (腹部)	01 有	02 無	
	37 デジタル透視撮影	01 有	02 無	
	38 マンモグラフィー	01 有	02 無	
	49 骨塩量測定装置	01 有	02 無	
	40 未熟児専用呼吸循環監視装置	01 有	02 無	

**問8 病院機能評価の状況について** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

01 認定を受けている

02 認定を受けていない

⇒「01」を選択した場合、以下についてもそれぞれ該当する番号一つを○で囲んでください。

01-02 救急医療機能の付加機能評価

01 認定を受けている

02 認定を受けていない

01-03 リハビリテーション機能の付加機能評価

01 認定を受けている

02 認定を受けていない

01-04 緩和ケア機能の付加機能評価

01 認定を受けている

02 認定を受けていない

## Ⅱ-1 がん治療

**問9 がん患者の診療**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 実施している

02 実施していない

⇒「02」を選択した場合、問10に対する回答は不要です。

**問10 がん種別の診療**（確定診断・治療への対応の有無について該当する番号一つを○で囲んでください。）

	確定診断・治療への対応の有無	
01 脳腫瘍	01 有	02 無
02 咽頭がん	01 有	02 無
03 上顎洞がん	01 有	02 無
04 舌がん	01 有	02 無
05 喉頭がん	01 有	02 無
06 甲状腺がん	01 有	02 無
07 乳がん	01 有	02 無
08 肺がん	01 有	02 無
09 食道がん	01 有	02 無
10 胃がん	01 有	02 無
11 胆のうがん、胆管がん	01 有	02 無
12 肝がん	01 有	02 無
13 膵臓がん	01 有	02 無
14 大腸がん	01 有	02 無
15 腎がん	01 有	02 無
16 膀胱がん	01 有	02 無
17 前立腺がん	01 有	02 無
18 子宮がん	01 有	02 無
19 卵巣がん	01 有	02 無
20 皮膚がん	01 有	02 無
21 悪性リンパ腫	01 有	02 無
22 白血病	01 有	02 無

## Ⅱ-2 脳卒中

**問 1 1 脳卒中患者の診療**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

【注意事項】「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いいます。

01 脳卒中の診断・治療に対応している。                      02 積極的には脳卒中の診断・治療に対応していない。

⇒「02」を選択した場合、問 12～問 13 に対する回答は不要です。

**問 1 2 脳卒中患者の受け入れ状況**（該当する番号すべてを○で囲んでください。）

【注意事項】

「急性期」とは、発症後 21 日までの状態のことをいいます。

「回復期」とは、発症後 22 日から 180 日までの状態のことをいいます。

「維持期」とは、発症後 181 日以降のことをいいます。

病態	受け入れ範囲（複数選択可）		
急性期	01 入院	02 外来	03 不可
回復期	01 入院	02 外来	03 不可
維持期	01 入院	02 外来	03 不可

**問 1 3 脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 実施している

02 実施していない

**問 1 4 脳卒中患者の主な転院（所）先**（主な医療施設名及び医療施設の所在市町村について**5つまで**記入してください。）

	市町村	主な紹介先医療施設名	市町村	主な紹介先介護施設
01 急性期患者				
02 回復期患者				
03 維持期患者				

## Ⅱ-3 糖尿病

### 問15 糖尿病の治療・指導の対応状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)

(1) 実施状況	01 実施している ↓	02 実施していない	⇒「02」を選択した場合、問32～問37に対する回答は不要です。
(2) 実施している糖尿病の治療方法 (平成23年5月1日～平成24年4月30日の間に治療の実績があるものについて、該当するすべての番号を○で囲んでください。)	01 強化インスリン療法 02 インスリン皮下持続注入療法 03 糖尿病昏睡等急性合併症の治療		

### 問16 糖尿病教室(日帰り)の実施状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)

01 実施している	02 実施していない
-----------	------------

### 問17 糖尿病教育入院の実施状況 (該当する番号一つを○で囲み、(1)で「01」を選択した場合は、(2)～(4)も記入してください。)

(1) 実施状況	01 実施している	02 実施していない		
(2) 入院期間	01 1週間未満	02 1～2週間未満	03 2～4週間未満	04 4週間以上
(3) 教育入院時のプログラム対象者 (教育プログラムについて該当するすべての番号を○で囲んでください。)	01 糖尿病と診断されたばかりの対象患者 02 外来にて管理中の血糖コントロール不良の糖尿病患者 03 合併症を発症した糖尿病患者 04 インスリン自己注射導入患者			
(4) 入院患者数 (平成23年11月1日～平成24年4月30日までの間に入院した患者数(実人員数)を記入してください。)	人			

### 問18 糖尿病指導の実施状況 ((1)から(4)について該当する番号一つを○で囲んでください。)

	01 自院のスタッフのみで実施	02 自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施	03 外部から招いた職員のみで実施	04 外部機関に委託等して実施
(1) 運動指導	01	02	03	04
(2) 栄養(食生活)指導	01	02	03	04
(3) 禁煙指導	01	02	03	04
(4) 生活指導	01	02	03	04

### 問19 糖尿病診療スタッフの配置状況 (常勤者については人数を記入し、非常勤者については該当する番号一つを○で囲んでください。)

	常勤者の人数	非常勤者の有無
(1) 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	01 有 02 無
(2) いわて糖尿病療養指導士及びその他の団体が認定する糖尿病療養指導士	人	01 有 02 無
(3) 糖尿病の診療に従事する管理栄養士・栄養士	人	01 有 02 無



**問 2 0 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、糖尿病患者の妊娠への対応状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

(1) 人工透析を必要とする糖尿病性腎症	01 可	02 不可
(2) 糖尿病性網膜症	01 可	02 不可
(3) 糖尿病性足病変（足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽）	01 可	02 不可
(4) 糖尿病患者の妊娠への対応	01 可	02 不可

**問 2 1 関係機関との連携**（関係機関との連携状況について、該当する番号すべてを○で囲んでください。なお、「01 有」を選択した場合には、付問にもお答えください。）

(1) 医療機関との連携	01 有 <input checked="" type="checkbox"/>	1 症例検討	2 その他
	02 無 <input type="checkbox"/>		
(2) 保健所、市町村保健センターとの連携	01 有 <input checked="" type="checkbox"/>	1 糖尿病関連会議等の参画	3 検診の協力
	02 無 <input type="checkbox"/>	2 講演、健康教育の協力	4 その他
(3) 職域、産業保健部門との連携	01 有 <input checked="" type="checkbox"/>	1 糖尿病関連会議等の参画	3 検診の協力
	02 無 <input type="checkbox"/>	2 講演、健康教育の協力	4 その他



**Ⅱ-4 精神疾患**

**問 2 2 精神医療の対応状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）


(1) うつ病の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(2) 統合失調症の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(3) 神経症性障害の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(4) てんかんの診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(5) アルツハイマー病の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無
(6) その他精神疾患の診療実績 （「01」を選択した場合、平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 有 (実患者数 人)	02 無

(7) かかりつけの医師等の精神疾患への対応力向上のための研修等への参加（「01」を選択した場合、平成 23 年度中の参加者数を記入してください。）	01 有 (参加者数 人)	02 無
(8) 精神疾患患者の他の医療機関への紹介実績	01 有	02 無
(9) 精神科救急医療	01 有	02 無
(10) アルコール依存症の専門的診療	01 有	02 無
(11) 薬物依存症の専門的診療	01 有	02 無
(12) 思春期の専門的診療	01 有	02 無
(13) ストレス障害の専門的診療	01 有	02 無
(14) 老年期精神疾患の専門的診療	01 有	02 無

**問 2 3 関係機関との連携**（関係機関との連携状況について、該当する番号すべてを○で囲んでください。  
なお、「01」を選択した場合には、付問にもお答えください。）

(1) 医療機関（内科等身体疾患を担当する科と精神科）との連携	01 有 	01 症例検討	
	02 無	02 精神科医への紹介システムの導入	
(2) 保健所、精神保健福祉センター及び産業保健の関係機関との連携	01 有 	01 精神疾患関連会議等の参画	03 検診の協力
	02 無	02 講演、健康教育の協力	04 その他

**問 2 4 認知症医療の対応状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

(1) 認知症の診療 （「01」を選択した場合は平成 23 年 11 月 1 日から平成 24 年 4 月 30 日までの実患者数を記入してください。）	01 可（実患者数 人）	02 否
	⇒「02」を選択した場合、以下の(2)～(5)は記入不要です。	
(2) 鑑別診断の実施 （画像検査による治療可能な認知症を除く。）	01 可	02 否
(3) 認知症治療薬による薬物治療	01 可	02 否
(4) 周辺症状への薬物治療	01 可	02 否
(5) 認知症患者の他の医療機関等への紹介実績 （「01」を選択した場合は、「01-01」～「01-03」の該当する番号すべてを○で囲んでください。）	01 有	02 無
	 01-01 鑑別診断目的の医療機関への紹介 01-02 周辺症状の治療目的の医療機関への紹介 01-03 環境調整のため地域包括支援センター等への情報提供	

## Ⅱ-5 小児医療(小児救急を含む)

**問25 時間外(夜間・休日)の小児救急患者の受入れ体制及び受け入れ患者数** (該当する番号一つを○で囲み、「01」または「02」を選択した場合は、平成23年11月1日から平成24年4月30日における受け入れ患者数を記入してください。)

- 01 いつでも受け入れている  
02 一部の曜日・時間帯に限って受け入れている
- 03 受け入れていない

受け入れ患者数 (01、02 を選択した場合に記入)

人

## Ⅱ-6 周産期医療

**問26 周産期医療の対応状況** (該当する番号を一つ○で囲んでください。)

- 01 実施している  
02 実施していない

⇒「02」を選択した場合、問27～問30に対する回答は不要です。

**問27 分娩件数** (平成23年11月1日～平成24年4月30日までの**分娩件数**を記入してください。)

(1) 分娩件数		件
(1)-02 (1)のうち (K898) 帝王切開術による分娩件数		件

**問28 ハイリスク分娩管理加算を行った延件数** (平成23年11月1日～平成24年4月30日までのハイリスク分娩管理加算を行った**延件数**を記入してください。)

(A237) ハイリスク分娩管理加算を行った延件数		件
---------------------------	--	---

**問29 母体搬送受入数** (平成23年11月1日～平成24年4月30日までの**受け入れ件数**を記入してください。)

(1) 母体搬送受け入れ件数		件
(1)-02 (1)のうち緊急時搬送受け入れ件数		件

**問30 妊婦健診の実施** (該当する番号を一つ○で囲んでください。)

- 01 実施している  
02 実施していない

## Ⅱ-7 在宅医療

**問31 往診(注)の対応・実施状況** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

(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。

- 01 実施している (診療時間外も対応)    02 実施している (診療時間内のみ)    03 実施していない

⇒「03」を選択した場合、問32～問37に対する回答は不要です。

**問3 2 訪問診療（注）の対応・実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。「01」を選択した場合は、その時間数（1週間当たり、緊急時を除く）も記入してください。）

（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。

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）  
 02 実施していない

**問3 3 訪問診療実患者の数**（平成24年4月1日から4月30日までの**実患者数**を記入してください。）

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

**問3 4 在宅療養支援診療所の届出**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

01 届出済      02 今後届出予定あり      03 していない

**問3 5 訪問診療で対応可能な医療行為**（該当する番号**全て**を○で囲んでください。）

- |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| 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 レスピレーター（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 尿カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等） |

**問3 6 訪問診療を担当する医療従事者数**（**医療従事者数**を記入してください。）

【注意事項】非常勤者の数は、前に示した方法（問3注意事項）に従って常勤換算して下さい。

	常勤	非常勤
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

**問3 7 訪問看護の実施状況**（該当する番号一つを○で囲んでください。）

- 01 医療機関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 医療機関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

## Ⅱ-12 歯科医療

※問 38～問 43 については、**歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科**を標榜している診療所のみお答え下さい。

### 問 38 保健事業 (対応可能な保健事業について、該当する全ての番号を○で囲んでください。)

01 歯科健康診査	06 予防填塞 (シーラント)
02 歯科保健相談・指導	07 自治体の委託健診
03 フッ化物歯面塗布	08 事業所の委託健診
04 フッ化物洗口の指導 (個人)	09 歯周病予防を目的とした禁煙指導
05 フッ化物洗口の指導 (集団)	

### 問 39 手術等の状況 (対応可能な手術等について、該当する全ての番号を○で囲んでください。)

01 歯牙破折・脱臼の整復	06 歯牙移植手術
02 歯周外科手術	07 顎骨骨折手術
03 歯根端切除手術	08 顎骨腫瘍手術
04 埋伏歯抜歯手術	09 悪性腫瘍手術
05 インプラント治療	

### 問 40 歯科設備等 (歯科診療台の台数を記入し、各設備の有無について該当する番号を○で囲んでください。)

項目	設備の有無	台数
01 歯科診療台		台
02 パノラマX線装置	01 有 02 無	
03 デジタルX線装置	01 有 02 無	
04 下顎運動解析装置	01 有 02 無	
05 マイオモニター・筋電図等治療設備	01 有 02 無	
06 レーザー治療設備	01 有 02 無	
07 往診用タービン等設備	01 有 02 無	
08 吸入鎮静法に係る設備	01 有 02 無	
09 静脈鎮静法に係る設備	01 有 02 無	
10 全身麻酔に係る設備	01 有 02 無	

### 問 41 技工物の外注の状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)

01 全部外注	02 一部外注	03 していない
---------	---------	----------

### 問 42 訪問診療の実患者数

平成 24 年 4 月 1 日～同年 4 月 30 日の間に訪問診療を行った患者の実人数	人
--	---

問 4 3 在宅医療サービスの種類と実施状況（該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合、平成24年4月中に実施した延べ人数を記入してください。）		
サービスの種類	実施の有無	平成24年4月中の延人数
(1) 訪問診療（患家）	01 有    02 無	人
(2) 訪問診療（老人福祉施設等）	01 有    02 無	人
(3) 訪問歯科衛生指導	01 有    02 無	人
(4) 居宅療養管理指導（歯科医師によるもの）	01 有    02 無	人
(5) 居宅療養管理指導（歯科衛生士によるもの）	01 有    02 無	人
(6) 介護予防居宅療養管理指導（歯科医師によるもの）	01 有    02 無	人
(7) 介護予防居宅療養管理指導（歯科衛生士によるもの）	01 有    02 無	人
(8) その他の在宅医療サービス		人

## Ⅱ-8 介護保険との連携について

問 4 4 訪問看護ステーションへの指示書交付の対応（該当する番号一つを○で囲んでください。）	
01 実施している	02 実施していない

問 4 5 介護保険の「主治医意見書」の交付の対応（該当する番号一つを○で囲んでください。）	
01 実施している	02 実施していない

問 4 6 退院時における在宅介護サービスとの連絡調整（それぞれの項目について該当する番号一つを○で囲んでください。）		
(1) 訪問看護ステーション	01 行っている	02 行っていない
(2) ホームヘルパー	01 行っている	02 行っていない
(3) デイサービス	01 行っている	02 行っていない
(4) 認知症高齢者グループホーム	01 行っている	02 行っていない
(5) ケアマネジャー	01 行っている	02 行っていない

問 4 7 介護施設の協力病院について（それぞれの項目について該当する番号一つを○で囲んでください。）		
(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	01 協力病院になっている	02 なっていない
(2) 介護老人保健施設（老人保健施設）	01 協力病院になっている	02 なっていない
(3) 介護療養型医療施設（療養病床群等）	01 協力病院になっている	02 なっていない

問 4 8 介護サービス関係者を含めたカンファレンスの実施（該当する番号一つを○で囲んでください。）	
01 行っている	02 行っていない



**問 5 4 リハビリテーション実施患者における来院時及び退院時 ADL 評価の実施** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| 01 来院時及び退院時に行っている | 03 退院時のみ行っている |
| 02 来院時のみ行っている     | 04 行っていない     |

**問 5 5 リハビリテーション医療の今後の充実** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

- |            |               |       |
|------------|---------------|-------|
| 01 充実させる予定 | 02 当面の間現状維持予定 | 03 未定 |
|------------|---------------|-------|

**問 5 6 今後充実させたいと考えている内容** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

(1) リハビリテーション料の施設基準の届出	01 充実させる予定	02 予定なし
(2) リハビリテーション専門病床の整備	01 充実させる予定	02 予定なし
(3) 訓練室の施設改善	01 充実させる予定	02 予定なし
(4) リハビリテーション医療機器の整備・更新	01 充実させる予定	02 予定なし
(5) リハビリテーション関連医療従事者の確保・増員	01 充実させる予定	02 予定なし
(6) 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	01 充実させる予定	02 予定なし
(7) 訪問リハビリテーションの充実	01 充実させる予定	02 予定なし

#### IV 緩和ケア

**問 5 7 緩和ケアの実施状況** (該当する番号一つを○で囲んでください。)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 01 実施している | 02 実施していない |
|-----------|------------|

⇒「02」を選択した場合、問49に対する回答は不要です。

**問 5 8 在宅療養患者への緩和ケア提供体制** (該当する番号全てを○で囲んでください。)

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| 01 訪問診療を実施している   | 04 訪問看護ステーションを支援している |
| 02 訪問看護を実施している   | 05 デイホスピスを実施している     |
| 03 急変時に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  |

設問は以上です。

御協力、誠にありがとうございました。

**【調査票送付先】**

所在地：〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10番1号  
宛先：岩手県保健福祉部保健福祉企画室 企画担当 宛  
電話：019-629-5406



<b>医療機関 記入不要</b>	
保健所符号	
市町村コード	

## 平成24年岩手県医療機能調査 歯科診療所票

以下の設問には、特に指定がない場合平成24年6月1日現在の状況についてお答えください。  
また、人数等の記載については、該当しない欄は空欄にしてください。

### 《本調査票記入担当者及び連絡先》

調査票記入者名	
記入日	2012年 月 日
連絡先電話番号	- -
連絡先FAX番号	- -
連絡先Eメールアドレス	

### 1 総括事項

整理番号		「〇〇〇」に記載の整理番号を記入してください。
施設名		
所在地	〒	

<b>問1 社会保険診療等の状況</b> (該当する番号を一つ〇で囲んでください)	01 保険医療機関	02 自由診療のみ
--	-----------	-----------

<b>問2 開設者</b> (該当する番号一つを〇で囲み、「08」「10」を選択した場合は法人名も記入してください。)	
01 独立行政法人国立病院機構 02 独立行政法人労働者健康福祉機構 03 都道府県 04 市町村 05 日本赤十字社 06 恩賜財団済生会	07 学校法人 08 医療法人 (法人名: ) 09 医療生活協同組合 10 その他の法人 (法人名: ) 11 個人

**問3 標榜状況、歯科医師数について（平成24年6月1日現在）**

**【注意事項】**

- 平成24年6月1日0時現在に在籍する歯科医師数を計上してください。
- 平成24年6月1日の欠勤者であっても在籍している限り計上してください。
- パート、嘱託及び平成24年6月1日の採用者は計上しますが、委託、他の会社、医療機関からの派遣者及び平成24年6月1日の退職者は計上しないでください。
- 他の会社、医療機関からの派遣者であっても、**※紹介予定派遣**として派遣される歯科医師については、計上してください。

**（※）紹介予定派遣**

派遣就業が終了した後（又は終了する前）に派遣先に職業を紹介することを予定している労働者派遣のことで、一定の派遣期間が終了した後（又は終了する前）、派遣労働者と派遣先企業双方の合意があれば、派遣元が職業紹介を行い、当該派遣労働者を派遣先企業が社員として直接雇用する制度をいう。

- 初期研修医は常勤、非常勤歯科医師に計上しないでください。（後期研修医は計上してください。）**

**【常勤・非常勤の定義】**

「常勤」欄には、**病院で定めた1週間の通常勤務時間の全てを勤務しているものの人数**を計上してください。

「非常勤」欄には、**上で定める常勤以外のものの人数**を計上してください。

**【非常勤歯科医師数の計算方法】**

貴院の1週間（通常は平成24年6月2日から平成24年6月8日までの期間）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。

勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所用の調整をしてください。（例えば、月1回のみの勤務サイクルである場合には1/4を乗じる等）

**（記入例）**

- 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週3日（各日8時間）勤務の者が2人の場合  
 $8時間 \times 3日 \times 2人 / 40時間 = 1.2人$ （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4日（各日2時間）勤務の者が2人いる場合  
 $(3時間 \times 2日 \times 1人) + (2時間 \times 4日 \times 2人) / 40時間 = 0.55人 = 0.6人$ （小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記）

(1) 診療科目 (標榜している番号全てを○で囲んでください。)	01 歯科	02 矯正歯科	03 小児歯科	03 歯科口腔外科
(2) 歯科医師数	①常勤	人	②非常勤	人

**問4 従事者数（従事者の状況について、平成24年6月1日時点の常勤・非常勤者数を記入してください。）**

複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、**主な業務を一つ決め該当する欄に記入してください。**

**【注意事項】**非常勤者の数は、前に示した方法（問3注意事項）に従って常勤換算して下さい。

職種・有資格者	常勤	非常勤 <sup>②</sup>
(1) 歯科衛生士	人	人
(2) 歯科技工士	人	人
(3) 看護師	人	人
(4) 准看護師	人	人
(5) 歯科助手	人	人
(6) 事務職員	人	人
(7) その他の職員	人	人

<b>問5 保健事業</b> (対応可能な保健事業について、該当する全ての番号を○で囲んでください。)	
01 歯科健康診査	06 予防填塞 (シーラント)
02 歯科保健相談・指導	07 自治体の委託健診
03 フッ化物歯面塗布	08 事業所の委託健診
04 フッ化物洗口の指導 (個人)	09 歯周病予防を目的とした禁煙指導
05 フッ化物洗口の指導 (集団)	

<b>問6 手術等の状況</b> (対応可能な手術等について、該当する全ての番号を○で囲んでください。)	
01 歯牙破折・脱臼の整復	06 歯牙移植手術
02 歯周外科手術	07 顎骨骨折手術
03 歯根端切除手術	08 顎骨腫瘍手術
04 埋伏歯抜歯手術	09 悪性腫瘍手術
05 インプラント治療	

<b>問7 歯科設備等</b> (歯科診療台の台数を記入し、各設備の有無について該当する番号を○で囲んでください。)		
項目	設備の有無	台数
(1) 歯科診療台		台
(2) パノラマX線装置	01 有 02 無	/
(3) デジタルX線装置	01 有 02 無	
(4) 下顎運動解析装置	01 有 02 無	
(5) マイオモニター・筋電図等治療設備	01 有 02 無	
(6) レーザー治療設備	01 有 02 無	
(7) 往診用タービン等設備	01 有 02 無	
(8) 吸入鎮静法に係る設備	01 有 02 無	
(9) 静脈鎮静法に係る設備	01 有 02 無	
(10) 全身麻酔に係る設備	01 有 02 無	

<b>問8 技工物の外注の状況</b> (該当する番号一つを○で囲んでください。)		
01 全部外注	02 一部外注	03 していない

<b>問9 電子カルテの導入の状況</b> (該当する番号一つまたは全てを○で囲んでください。)	
(1) 電子カルテの導入	01 有 02 無 03 導入予定 04 検討中
(2) 電子カルテの活用状況 (該当する番号すべてを○で囲んでください。)	01 自施設内で活用 02 患者への治療方針の説明などに活用 03 他の医療機関との連携に活用 04 その他 ( )

<b>問10 受動喫煙防止対策の状況</b> (該当する番号一つを○で囲んでください。)	
01 敷地内を全面禁煙としている	03 喫煙場所を設置し、分煙を図っている
02 施設内を全面禁煙としている	04 何も措置を講じていない

## 2 在宅医療サービスの実施状況等

<b>問 11 在宅療養支援歯科診療所の届出等</b> （該当する番号一つを○で囲んでください。）		
(1) 在宅療養支援歯科診療所の届出	01 届出済み ⇒「01」を選択した場合、(2)も記入してください。）	02 届出予定有り
(2) 平成 24 年 4 月 1 日～同年 4 月 30 日の間に訪問診療を行った患者の実人数		03 していない 人

<b>問 12 在宅医療サービスの種類と実施状況</b> （該当する番号一つを○で囲み、「01」を選択した場合、平成 24 年 4 月中に実施した延べ人数を記入してください。）		
サービスの種類	実施の有無	平成 24 年 4 月中の延人数
(1) 訪問診療（患者）	01 有    02 無	人
(2) 訪問診療（老人福祉施設等）	01 有    02 無	人
(3) 訪問歯科衛生指導	01 有    02 無	人
(4) 居宅療養管理指導（歯科医師によるもの）	01 有    02 無	人
(5) 居宅療養管理指導（歯科衛生士によるもの）	01 有    02 無	人
(6) 介護予防居宅療養管理指導（歯科医師によるもの）	01 有    02 無	人
(7) 介護予防居宅療養管理指導（歯科衛生士によるもの）	01 有    02 無	人
(8) その他の在宅医療サービス		人

設問は以上です。

御協力、誠にありがとうございました。

**【調査票送付先】**

所在地：〒020-8570 岩手県盛岡市内丸 10 番 1 号

宛 先：岩手県保健福祉部保健福祉企画室 企画担当 宛

電 話：0 1 9 - 6 2 9 - 5 4 0 6

医療機関 記入不要	
保健所符号	
市町村コード	

## 平成24年岩手県医療機能調査 薬局票

以下の設問には、特に指定がない場合平成24年6月1日現在の状況についてお答えください。  
また、人数等の記入については、該当しない欄は空欄にしてください。

### 《本調査票記入担当者及び連絡先》

調査票記入者名	
記入日	2012年 月 日
連絡先電話番号	- -
連絡先FAX番号	- -
連絡先Eメールアドレス	

### 1 総括事項

整理番号					「〇〇〇」に記載の整理番号を記入してください。
施設名					
所在地	〒				

### 問1 従事者数（平成24年4月1日時点の常勤・非常勤者について実人数を記入してください。）

職種	常勤	非常勤
(1) 薬剤師	人	人
(2) その他の職員	人	人

### 問2 薬局での禁煙指導（該当する番号一つを○で囲んでください。「03」を選択した場合は該当する理由の番号も○で囲み、「06」を選択した場合は理由も記入してください。）

01 実績有り          02 要望があれば対応可          03 対応不可
⇒ 「03」を選択した場合の理由
04 専門知識のある者がいない      05 対応する人員が確保できない      06 その他（          ）

### 2 在宅医療

### 問3 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出等（該当する番号すべてを○で囲んでください。）

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出	01 有	02 無
(2) 居宅療養管理指導事業者指定	01 有	02 無



**問 10 在宅患者に対する衛生材料（ガーゼ、ディスポグローブ、カテーテル等）等の供給**（該当する番号一つを○で囲み、「03」を選択した場合は理由も記入してください。）

01 実績あり

02 要望があれば対応可

03 対応不可（理由： \_\_\_\_\_）

**問 11 在宅医療（訪問指導）の課題**（課題として重要であると思うものを 01～12 のうち 3 つまで選び、該当する番号を○で囲んでください。）

01 貴薬局における薬剤師の確保

02 在宅療法に関する研修の機会の確保

03 連携する訪問看護ステーションの確保

04 在宅医療に関する病院の認識や理解

05 在宅療養患者に関する医療機関との情報共有

06 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

07 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

08 患家への「訪問薬剤管理指導同意書」の交付

09 医療機関からの「訪問薬剤管理指導頼書・情報提供書」の交付

10 薬学的管理指導計画書の作成

11 診療報酬の引き上げ

12 患者の経済的負担の軽減

上記の他、在宅医療（訪問指導）の課題として重要であると思われるものがありましたら、以下に記入してください。

（ \_\_\_\_\_ ）

設問は以上です。

御協力、誠にありがとうございました。

**【調査票送付先】**

所在地：〒020-8570 岩手県盛岡市内丸 10 番 1 号

宛 先：岩手県保健福祉部保健福祉企画室 企画担当 宛

電 話：019-629-5406