

平成21年度 へき地現況調査 記入要領 (様式1)

<都道府県へき地医療主管課にて記入>

※8月7日(金)までに回答をお願いいたします。

様式1 都道府県におけるへき地医療体制に関する調査票

<はじめに>

様式1では、回答をプルダウン(自由に入力するのではなく、表示さ

予定等	(1)地域枠 の有無	(2)奨 制度の
	<input type="radio"/>	
	<input checked="" type="radio"/>	

れる選択肢から回答を選ぶもの。左図参照)で
入力する設問がいくつかあります。

プルダウンを設定している設問には、【PD】
と記しますので、必ずプルダウンで入力してく
ださい。

1. へき地医療支援機構の設置状況

平成21年7月31日現在の状況を記入してください。

(1) へき地医療支援機構の有無について【PD】

へき地医療支援機構を設置している県: Oを選択してください。

へき地医療支援機構を設置していない県: Xを選択してください。

(2) 無の場合の理由、今後の予定等について【自由記載】

(1) でXを選択した都道府県は、設置していない理由や今後の
見通しなどを記載してください。

2. 地域枠等の実施状況

当該都道府県出身者を医学部入学時に別枠で入学させる「地域枠」
や、奨学金制度等に関する設問です。平成21年7月31日現在の
状況を記入してください。

(1) へき地医療に従事することを条件とした地域枠の有無【PD】

へき地医療に従事することを条件とした地域枠が、貴都道府県内
の大学医学部にある場合: Oを選択してください。

地域枠がない、あるいは地域枠はあるが卒業後のへき地医療勤務
を条件としていない場合: Xを選択してください。

(2) へき地医療に従事することを条件とした奨学金の有無【PD】

(3) へき地医療に対する動機付けを行うようなへき地医療講座等の有
無【PD】

※(1)と同様に記入してください。

※(1)~(3)で「O」と回答いただいた都道府県には、
今後詳細調査をさせていただく予定です。

(了)

都道府県におけるへき地保健医療体制に関する調査票

	都道府県名	1. へき地医療支援機構の設置状況		2. へき地の地域枠等の実施状況		
		(1) 地域医療支援機構の有無	(2) 無の場合の理由、今後の予定等	(1) へき地地域枠の有無	(2) へき地奨学金制度の有無	(3) へき地講座の有無

平成21年度 へき地現況調査 記入要領(様式2)

＜へき地医療支援機構にて記入＞

※記入にあたっては、極力へき地医療支援機構の専任担当官が行っていただくようお願いいたします。

※8月7日(金)までに回答をお願いいたします。

様式2 へき地医療支援機構の活動状況に関する調査票

＜はじめに＞

様式2では、回答をプルダウン(自由に入力するのではなく、表示される選択肢から回答を選ぶもの。左図参照)で入力する設問がいくつかあります。

予定等	(1)地域枠の有無	(2)奨励制度の有無

プルダウンを設定している設問には、【PD】と記しますので、必ずプルダウンで入力してください。

1. 専任担当官活動時間 【PD】

へき地医療支援機構の専任担当官(医師。以下同)が、一週間の中でへき地に関する業務に従事している時間について、以下の選択肢から該当するものを選択してください。(平成21年7月の実績で判断・入力してください。)

- ①0～1日 ②1～2日 ③2～3日 ④3～4日 ⑤4～5日

2. 業務別従事時間 【PD】

- ・上記1の活動時間の中で、従事するへき地医療に関する業務の例
 - ア へき地診療所への代診
 - イ 支援機構としての本来業務(ア以外で、代診医派遣調整や医療計画策定への関与、へき地医療従事者への研修計画立案、へき地医療現場からの意見調整や集約など)
 - ウ へき地医療拠点病院の業務(拠点病院での外来対応等)
 - エ その他(へき地医療関係以外の業務)

ア～エのそれぞれについて、一週間の中で従事している時間を以下の選択肢(①～④)から選択してください。(平成21年7月の実績

で判断・入力してください。)

- ①0～1日 ②1～2日 ③2～3日 ④3～4日 ⑤4～5日

(3) 代診医派遣依頼件数

平成20年度における、へき地医療支援機構に対するへき地診療所からの代診医派遣依頼件数を記入してください。

(4) 代診医派遣件数

平成20年度における、へき地診療所に対する代診医派遣件数(へき地医療支援機構が関与したものに限る)を記入してください。

(了)

へき地医療支援機構の活動状況に関する調査票

	都道府県名	1. 専任担当 官活動時間 (一週間トータル)	2. 業務別従事時間(内訳)				3. 代診 医依頼件 数	4. 代診 医派遣件 数
			ア 代診	イ 機構の本来業務	ウ 拠点病院の業務	エ その他		

平成21年度 へき地現況調査 記入要領(様式3・4)

<へき地医療拠点病院において記入>

※8月14日(金)までに回答をお願いいたします。

様式3 へき地医療拠点病院に関する現況調査

<はじめに>

様式3では、回答をプルダウン(自由に入力するのではなく、表示さ

予定等	(1)地域枠の有無	(2)奨励制度の有無
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

れる選択肢から回答を選ぶもの。左図参照)で入力する設問がいくつかあります。

プルダウンを設定している設問には、【PD】と記しますので、必ずプルダウンで入力してください。

各項目につきましては、各へき地医療拠点病院においてご回答いただき、都道府県において取りまとめて(各施設からの回答を1つファイルに統合)ください。

特に指定のない限り、平成21年7月31日現在の状況を記載してください。

1. 施設名

正式名称を書いてください。

2. 開設者 【PD】

開設者をプルダウンメニューから選択してください。

- ①国立病院機構
- ②国立大学法人
- ③地方公共団体
- ④地方独立行政法人
- ⑤公的団体(日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生連、社会福祉法人北海道社会事業協会)
- ⑥医療法人
- ⑦社会医療法人
- ⑧その他

3. 所在地

所在地を記入してください。(〇〇県××市)

4. 病床数

病床区分ごと(「精神病床」「療養病床」「それ以外の病床」)に病床数を記入してください。

5. 全医師数

全医師数(非常勤は常勤換算して加算)を記入してください。

6. 標準医師数

医療法施行規則第19条第1項に基づく標準医師数を記入してください。

7. 一日平均入院患者数

平成20年度実績における、一日平均入院患者数を記入してください。(「精神病床」「療養病床」「それ以外の病床」ごとに記載願います。)

8. 一日平均外来患者数

平成20年度実績における、一日平均外来患者数を記入してください。

9. 遠隔医療実施の有無 【PD】

遠隔医療の活用によるへき地診療所等の支援を行っている場合:〇を選択してください。

行っていない場合:×を選択してください。

10. 救命救急センターの有無 【PD】

救命救急センターが設置されている場合:〇を選択してください。
されていない場合:×を選択してください。

11. 二次救急輪番への参加の有無 【PD】

病院群輪番制等、二次救急輪番に参加している場合:〇を選択し

てください。

していない場合：×を選択してください。

12. 地域医療研修プログラムの有無

平成21年5月より、臨床研修プログラムの作成において「地域医療」研修が必須となっています。

(1) 有無 【PD】

実際にへき地・離島医療が経験できるプログラムを用意している場合：○を選択してください。

用意していない場合：×を選択してください。

(2) 機構等の関与の有無 【PD】

(1) で○を選択した病院のみお答えください。

当該プログラムの策定に、都道府県やへき地医療支援機構が関与した場合：○を選択してください。

していない場合：×を選択してください。

13. 平成20年度へき地医療活動実績

平成20年度におけるへき地医療活動実績について、

(1) 巡回診療

(2) 医師派遣

(3) 代診

について、記入してください。

14. 運営費補助金の有無 【PD】

平成20年度実績において、へき地医療拠点病院運営費補助金の交付を受けている場合：○を選択してください。

受けていない場合：×を選択してください。

様式4 へき地医療拠点病院に関する自由記載

へき地医療拠点病院についてのご意見等を自由記載で書いていただくものです。

(了)

へき地医療拠点病院に関する現況調査

都道府県名	1. 施設名	2. 開設者	3. 所在地	4. 病床数			5. 全医師数	6. 標準医師数	7. 一日平均入院患者数			8. 一日平均外来患者数	9. 遠隔医療実施の有無	10. 救命救急センターの有無	11. 二次救急輪番参加の有無	12. 地域医療研修プログラムの有無		13. 平成20年度へき地医療活動実績			14. 運営費補助金の有無		
				(1)精神病床	(2)療養病床	(3)その他の病床			(1)精神病床	(2)療養病床	(3)その他の病床					(1)有無	(2)機構等の関与の有無	(1)巡回診療実施回数	受診患者延べ数	(2)医師派遣実施回数		(3)代診医派遣実施回数	

へき地医療拠点病院に関する自由記載

	都道府県名	施設名	へき地医療拠点病院にとって必要な機能は何かについて、自由に記載してください。	へき地診療所へ代診として派遣する医師に必要な基準(能力)についての考えを記載してください。 また、上記基準に照らして、貴病院において、へき地診療所への代診派遣が可能な医師の数と、本来必要な数との間にはどの程度(何人)ほどの乖離があるでしょうか？御記載ください。	今後、へき地医療拠点病院の強化を行うにあたり、国や都道府県に要望したいこと、へき地保健医療対策検討会で議論してほしいこと等を自由に記載してください。

平成21年度 へき地現況調査 記入要領 (様式5)

<へき地診療所にて記入>

※8月7日(金)までに回答をお願いいたします。

様式5 へき地診療所に関する現況調査

<はじめに>

様式5では、回答をプルダウン(自由に入力するのではなく、表示さ

予定等	(1)地域特 の有無	(2)製 制度の
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

れる選択肢から回答を選ぶもの。左図参照)で
入力する設問がいくつかあります。

プルダウンを設定している設問には、【PD】
と記しますので、必ずプルダウンで入力してく
ださい。

<都道府県へのお願い>

へき地診療所(国民健康保険直営診療所を含む)の現況調査ですが、全ての診療所
に調査を行うのではなく、都道府県において10箇所程度を選抜していただき、選抜
された診療所に回答いただくこととします。(都道府県におかれましては、地域特性
等に配慮して、偏りが無いよう選抜いただければ幸いです。)

各項目につきましては、各へき地診療所においてご回答いただき、都道府県におい
て取りまとめて(各施設からの回答を一つファイルに)ください。

特に指定のない限り、平成21年7月31日現在の状況を記載してく
ださい。

1. 施設名

正式名称を書いてください。

2. 開設者 【PD】

開設者をプルダウンメニューから選択してください。

- ①国立病院機構
- ②国立大学法人
- ③地方公共団体
- ④地方独立行政法人

⑤公的団体(日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚

生連、社会福祉法人北海道社会事業協会)

- ⑥医療法人
- ⑦社会医療法人
- ⑧その他

3. 所在地

所在地を記入してください。(〇〇県××市)

4. 医師数

全医師数(非常勤は常勤換算して加算)を記入してください。

5. 一日平均外来患者数

平成20年度実績における、一日平均外来患者数を記入してくださ
い。

6. 病床数

病床数を記入してください。(有床診療所の場合のみ)

7. 一日平均入院患者数

平成20年度実績における、一日平均入院患者数を記入してくださ
い。(有床診療所の場合のみ)

8. 常勤医について

(1) 現勤者の勤務月数

現在貴診療所で勤務している医師(複数いる場合は代表者)
の、貴診療所における勤務月数(〇ヶ月の月数)を記入して
ください。

(2) 前任者の勤務月数

(1)の医師の前任者の勤務月数を記入してください。

(3) 前任者の離任後異動先 【PD】

(2)の医師が、離任後にどこへ異動されたかを以下から選
択してください。

- ①他のへき地診療所

- ②へき地医療拠点病院（開設者を問わず）
- ③国公立病院（拠点病院ではない）
- ③公的団体立病院（日赤、済生会、厚生連、北社協。）拠点病院ではない
- ④民間病院（拠点病院ではない）
- ⑤大学（大学病院を含む。拠点病院ではない）
- ⑥県庁等行政機関
- ⑦開業（へき地診療所ではない）
- ⑧その他

③月に1回は連絡・相談の機会をもつ。

11. 自由記載欄

国、都道府県への要望、へき地保健医療対策検討会で議論してほしいこと等、自由に書いてください。

(了)

9. 医学生や研修医教育への関与

(1) 有無 【PD】

医学生や研修医等に対するへき地・離島医療教育等へ関与・参画している場合：○を選択してください。
関与・参画していない場合：×を選択してください。

(2) 調整窓口 【PD】

(1) で○を選択した診療所のみお答えください。

当該へき地・離島教育等へ貴診療所が関与・参画する際の調整窓口をプルダウンメニューで選択してください。

- ①都道府県
- ②へき地医療支援機構
- ③市町村
- ④大学
- ⑤へき地医療拠点病院
- ⑥その他

10. へき地医療支援機構との関係 【PD】

へき地医療支援機構は、貴診療所へ連絡・相談をどの程度行っているでしょうか。プルダウンメニューの選択肢から回答してください。

- ①全く関わりがない
- ②年に1回～数回は連絡、相談の機会を持つ

へき地診療所に関する現況調査

都道府県名	1. 施設名	2. 開設者	3. 所在地	4. 全医師数	5. 一日平均外来患者数	6. 病床数(有床診療所の場合)	7. 一日平均入院患者数(有床診療所の場合)	8. 常勤医について			9. 医学生や研修医教育への関与		10. へき地医療支援機構との関係	11. 自由記載欄
								(1)現勤者の勤務月数	(2)前任者の勤務月数	(3)前任者の離任後異動先	(1)有無	(2)調整窓口		

		問1. へき地勤務の義務づけのある地域校について		問2. へき地勤務の義務づけのある奨学金について		問3. 都道府県が出資するへき地関係寄付講座の内容について		備考
	都道府県名	地域校で入学した学生には、一般校で入学した学生との間で、在学中に取り扱いの区別はありますか？ある場合は○を、無い場合は×を選んでください。	有りの場合、その内容を書いてください。	奨学金を受けた学生には、その他の学生との間で、在学中に取り扱いの区別はありますか？ある場合は○を、無い場合は×を選んでください。	有りの場合、その内容を書いてください。	へき地や離島実習がカリキュラムに含まれていれば、○を無い場合は×を選んでください。【学部生】	へき地や離島実習が臨床研修プログラムに含まれていれば、○を無い場合は×を選んでください。【後期研修】	

平成21年度 へき地現況調査 記入要領 (9/11 付け追加調査)

<都道府県へき地医療主管課にて記入>

※9月16日(水)までに回答をお願いいたします。

<はじめに>

回答様式では、回答をプルダウン(自由に入力するのではなく、表示

予定等	(1)地域枠の有無	(2)奨励制度の有無
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

される選択肢から回答を選ぶもの。左図参照)で入力する設問がいくつかあります。

プルダウンを設定している設問には、【PD】と記しますので、必ずプルダウンで入力してください。

義務付け奨学金に関する追加調査

「給付の条件として、卒業後に都道府県の指定する地域で勤務することが義務付けられる奨学金(以下、「義務付け奨学金」と言う)に関する追加調査です。

※7月に実施した調査では「へき地医療に従事することを条件とした奨学金」について、調査させていただきましたが、今回の調査におきましては、義務づけされる勤務地域は、へき地のみに限定しないものとします。

(1) 義務付け奨学金の有無について【PD】

義務付け奨学金を設けている県：○を選択してください。

義務付け奨学金を設けていない県：×を選択してください。

<以下は(1)で○と回答した都道府県のみ記入してください>

(2) 義務付け奨学金の給付を受けられる年次について、以下の選択肢から選択してください。【PD】

- ① 医学部入学～1年次まで
- ② 医学部2年次まで
- ③ 医学部3年次まで
- ④ 医学部4年次まで

⑤ 医学部5年次まで

⑥ 医学部6年次まで

⑦ 臨床研修1年目まで

⑧ 臨床研修2年目まで

(3) 義務付け奨学金の給付を受けた場合の、義務年限の計算方法について、記載してください。

(例) 奨学金を受けた年数×1.5

(了)

義務付け奨学金に関する調査

	都道府県名	(1)義務づけ奨学金の有無	(2)義務付け奨学金の給付を受けられる年次について	(3)義務付け奨学金の義務年限の計算方法