

静岡県

(病院)

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票  
(病院)

〇趣旨  
静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、喘息、精神疾患)及び事業(周産期医療、小児医療)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」(以下「医療体制図(案)」という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。  
ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に収載するほか、ホームページ等により一般に公表します。  
なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

〇調査対象病院  
〇〇保健医療圏に所在する病院

〇回答方法  
平成19年10月 日( )までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 病院名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

病院名	
所在地	
調査回答日	平成19年10月 日
担当者	所属 氏名 連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

- ① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。
- ② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
がん	集学的治療	
	ターミナルケア	
脳卒中	救急医療	
	身体機能を回復させるリハビリテーション	
急性心筋梗塞	救急医療	
糖尿病	専門治療・急性増悪時治療	
喘息	専門治療	
精神疾患	身体合併症治療	
周産期医療	正常分娩	
小児医療(小児救急医療を含む)	小児専門医療	

【個別表】

- ① 次のⅠ～Ⅷの疾病又は事業の1. 対応チェック表について
  - ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴院が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
  - ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。
- ② 次のⅥ精神疾患及びⅦ周産期医療の2. 参考事項について
  - ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。
  - 参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。
- ③ クリティカルパス等について
  - ・ 調査票末尾の「その他」について該当がある場合、記入してください。
  - ②同様、基礎資料として使用しますので、御協力願います。

<Ⅰ がん>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
集学的治療	血液検査、画像検査及び病理検査等の専門的な検査の実施とそれに基づく診断が可能	
	がんの種類や病期に応じて、診療ガイドラインに準じた手術や化学療法(外来でも実施可能なこと)、放射線療法を組み合わせた集学的治療が実施可能	
	専門職種による身体及び精神症状に対する緩和ケアが実施可能	
	がん診療連携拠点病院においては、相談支援センターを設置し、患者、家族及び地域の医療機関からの相談等に対応している	
	初期診断や治療後のフォローアップ、退院後の緩和ケアを行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	
ターミナルケア	専門的な緩和ケアが24時間実施可能(緩和ケア病棟を有する) 緩和ケア病棟入院料届出医療機関	
	標準的な診療や集学的治療を行う医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
		連携先

< II 脳卒中 >

※ 「救急医療」については、輪番制による対応も含みます。  
 1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の  に<O>を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
救急医療 ※	血液検査や画像検査(X線、CT、MRI検査)等の必要な検査が24時間実施可能	
	脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む)	
	適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内(もしくは発症後3時間以内)に組織プラスミノゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能	
	脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内の治療開始が可能	
	呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能	
	リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能	
	回復期(あるいは維持期、在宅医療)の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
連携先		

身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態への対応が可能	
	失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能(次の①又は②に該当)	
	次の①、②の該当するものに<O>を対応欄に記入してください。	
	① 回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関	
	② 脳血管疾患等リハビリテーション料 I 届出医療機関	
急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している		
連携先		

＜Ⅲ 急性心筋梗塞＞

※ 輪番制による対応も含みます。

1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の  に＜○＞を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
救急医療	心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環等必要な検査及び処置が24時間実施可能	
	急性心筋梗塞を疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応可能	
	ST上昇型心筋梗塞の場合、来院30分以内に冠動脈造影検査、及びそれに続く経皮的冠動脈形成術や血栓溶解療法が実施可能	
	心臓外科的処置が可能であるか、処置可能な医療機関と連携がとれている	
	次の①、②の該当する方に＜○＞を対応欄に記入してください。	
	① 自院処置可能	
	② 処置可能な医療機関と連携 連携先	
	呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する診療が可能	
	電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全への対応が可能	
	回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携し、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施	
連携先		

< IV 糖尿病 >

※ 輪番制による対応も含まれます。

1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の  に<O>を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
専門治療・急性増悪時治療	血糖コントロール不可例やインシュリン導入時に治療方針の決定が可能	
	糖尿病昏睡等、急性合併症の専門的治療が24時間実施可能	
	専門職種による食事、運動、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的治療や患者指導(心理問題を含む)が可能	
	初期・安定期や慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	

< V 喘息 >

※ 輪番制による対応も含まれます。

1. 対応チェック表 輪番制による対応の場合、右の  に<O>を記入してください。

区分	医療機関に求められる事項	対応
専門治療	重症発作時における呼吸管理等の治療を24時間実施可能	
	慢性閉塞性肺疾患や気胸、縦隔気腫等の合併症、併発症の専門的治療が可能	
	診療ガイドラインによる管理でもコントロールが難しい患者への対応が可能	
	専門職種による服薬や吸入指導、教育入院等による集中的な患者指導が実施可能	
	心身症的合併症への対応が可能	
	初期・安定期治療機関、救急医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	
次のうち、該当する対応条件に<O>を( )内に記入してください。 成人のみ ( ) ・ 小児のみ ( ) ・ 成人、小児問わず ( )		

<VI 精神疾患>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
身体合併症治療	身体合併症の入院治療と精神科医療を実施可能	
	精神科入院医療や精神科通院医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携している	
	連携先	

2. 参考事項

項 目	件数等
精神科医療を実施する医師数(平成19年10月1日現在)	
常勤	人
非常勤(実人数)	人
非常勤(常勤換算)	人

<VII 周産期医療>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
正常分娩	産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能	
	正常分娩を実施可能	
	他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術その他の手術に適切に対応可能	
	連携先	
	日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談	

2. 参考事項

項 目	件数等
分娩数(平成18年1月～12月)	件
産科医療を実施する医師数(常勤、平成19年10月1日現在)	人
助産師数(常勤換算、平成19年10月1日現在)	人

＜Ⅷ 小児医療(小児救急医療を含む)＞

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
小児専門医療	一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療の必要な患者等に対する入院診療が実施可能	
	一般の小児医療機関では実施困難な診断・検査・治療を含む専門的な入院医療を行う	
	地域の小児科を標榜する診療所、病院等や、より高度専門的な対応について対応可能な医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携している	
	連携先	

＜その他＞

(1) 院内のクリティカルパスを導入していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

導入済み ・ 未導入 ・ 検討中

「導入済み」の場合、導入している疾病等名を記入してください。

※欄が不足する場合は、別紙を作成してください。

疾病等名

(2) 地域連携クリティカルパスを導入していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

導入済み ・ 未導入 ・ 検討中

「導入済み」の場合、疾病等ごとに平成18年中の適用患者数を記入してください。

※欄が不足する場合は、別紙を作成してください。

疾病等名	患者数

(3) 退院時カンファレンスを実施していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

実施している ・ 未実施 ・ 検討中

「実施している」場合、次にもお答えください。

① 平成18年中の実施患者数

人

② カンファレンス構成メンバーについて、該当するものを ○ で囲んでください。

院内のみ ・ 院外も含む ・ その他

「院外も含む」場合、職種を記載してください。

{ }



静岡県

(診療所)

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票  
(診療所)

〇趣旨

静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の疾病(がん、脳卒中)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」(以下「医療体制図(案)」)という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に収載するほか、ホームページ等により一般に公表します。

なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

〇調査対象診療所

〇〇保健医療圏に所在する在宅末期医療総合診療料、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、在宅療養支援診療所を県社会保険事務局に届出している診療所

〇回答方法

平成19年10月 日( )までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 診療所名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

診療所名	
所在地	
調査回答日	平成19年10月 日
担当者	所属
	氏名
	連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。

② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
がん	ターミナルケア	
	身体機能を回復させるリハビリテーション	
脳卒中	生活の場における療養支援	

【個別表】

- ① 次のⅠ～Ⅱの疾病又は事業の1. 対応チェック表について
  - ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴診療所が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
  - ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。
- ② 次のⅠ～Ⅱの2. 参考事項について
  - ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。
  - 参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。
- ③ クリティカルパス等について
  - ・ 調査票末尾の「その他」について該当がある場合、記入してください。
  - ②同様、基礎資料として使用しますので、御協力願います。

<Ⅰ がん>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
ターミナルケア	通院困難な末期悪性腫瘍患者に対して、24時間看取りを含めた終末期ケアを提供可能(在宅末期医療総合診療料届出医療機関)	
	標準的な診療や集学的治療を行う医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	

2. 参考事項

項 目	件数等	
平成18年度中の看取り件数	件	
平成19年10月1日現在の受け持ち患者数及び受け持ち可能患者数	受け持ち	人
	受け持ち可能	人
平成18年度中に医療用麻薬を使用した患者数	人	
そのうち、注射薬を投与した患者数	人	
そのうち、麻薬処方せんを発行した患者数	人	

<Ⅱ 脳卒中>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応が可能	
	失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能(脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ届出医療機関)	
	急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	

生活の場における療養支援	患者家族の要請により、24時間往診又は訪問看護を行う体制を確保していること。(在宅療養支援診療所届出医療機関)	
	希望する患者に看取りを行う	
	急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護保険事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携している	
	連携先	

2. 参考事項

項	目	件数等
平成18年度中の看取り件数		件
平成19年10月1日現在の受け持ち患者数及び受け持ち可能患者数	受け持ち	人
	受け持ち可能	人

＜その他＞

(1) 病院との連携において、地域連携クリティカルパスを使用していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

使用している ・ 使用していない ・ 検討中

「使用している」の場合、疾病等ごとに平成18年度中の連携先病院名及び適用患者数を記入してください。

※欄が不足する場合は、別紙を作成してください。

疾病等名	連携先病院名	患者数
		人
		人
		人
		人

(2) 紹介元病院の退院時カンファレンスに参加していますか？該当するものを ○ で囲んでください。

参加している ・ 参加していない ・ 検討中

「参加している」場合、次にもお答えください。

① 平成18年度中の対象患者数 人

② カンファレンスに参加する構成メンバーについて、職種を記載してください。

[ ]

(3) <Ⅰがん>の区分「ターミナルケア」、<Ⅱ脳卒中>の区分「生活の場における療養支援」を推進する上での『課題』を記載してください。

[ ]

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票  
( 診療所 )

○趣旨

静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の事業(周産期医療)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」(以下「医療体制図(案)」という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に掲載するほか、ホームページ等により一般に公表します。

なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

○調査対象診療所

〇〇保健医療圏に所在する産科又は産婦人科を標榜する診療所

○回答方法

平成19年10月 日( )までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 診療所名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

診療所名	
所在地	
調査回答日	平成19年10月 日
担当者	所属
	氏名
	連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

- ① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。
- ② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
周産期医療	正常分娩	

【個別表】

① 次の周産期医療の1. 対応チェック表について

- ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴院が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
- ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。

② 次の周産期医療の2. 参考事項について

- ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。  
参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。

<周産期医療>

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応
正常分娩	産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能	
	正常分娩を実施可能	
	他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術その他の手術に適切に対応可能	
	連携先	
	日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談	

2. 参考事項

項 目	件数等
分娩数(平成18年1月～12月)	件
医師数(常勤、平成19年10月1日現在)	人
助産師数(常勤換算、平成19年10月1日現在)	人

〇〇保健医療圏における疾病又は事業ごとの医療体制に関する調査票  
( 助産所 )

○趣旨

静岡県保健医療計画に位置づける、疾病又は事業ごとの医療体制の構築にあたり、下記【総括表】2の事業(周産期医療)に関し、各医療機関における求められる事項(医療機能等)の現状について調査を実施し、別添「〇〇圏域における疾病又は事業ごとの医療体制(案)」(以下「医療体制図(案)」という。)に対応する医療機関名を把握することを目的とするものです。

ご回答いただいた内容に基づき、△△地域医療協議会において協議の上、医療体制図(案)の該当箇所に医療機関名を記載します。医療体制図(案)は、「静岡県保健医療計画」に掲載するほか、ホームページ等により一般に公表します。

なお、本調査は、医療法第30条の5※に基づいて実施するものです。

※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。

○調査対象診療所

〇〇保健医療圏に所在する助産所

○回答方法

平成19年10月 日( )までに、本調査票及び疾病事業ごとの医療体制調査確認書を、同封の返信用封筒により、返信願います。

【総括表】

1. 助産所名・所在地等 : 下記事項を御記入願います。

助産所名	
所在地	
調査回答日	平成19年10月 日
担当者	所属 氏名 連絡先電話番号

2. 疾病又は事業ごとの対応状況 : 次の①②の手順にしたがって御記入願います。

① 次ページ以降の【個別表】の疾病又は事業ごとの「対応チェック表」に必要事項を記入してください。

② 【個別表】の疾病又は事業ごとの各区分について、対応欄の全てに<○>が記入され、かつ、下表の区分ごと、求められる事項を担う医療機関として『医療体制図』に医療機関名を記載することに同意する場合は「対応」欄に<○>を記入してください。

疾病又は事業名	区 分	対応
周産期医療	正常分娩	

【個別表】

- ① 次の周産期医療の1. 対応チェック表について
  - ・ 各区分の「医療機関に求められる事項」を貴院が現在担っている場合は<○>、担っていない場合は<×>を全ての対応欄に記入してください。
  - ・ 連携先には、代表的な連携先の具体的な名称を記載してください。
- ② 次の周産期医療の2. 参考事項について
  - ・ 該当がある場合、件数等を記入してください。  
参考事項は、個々の医療機関の件数等を公表するものではなく、現状を把握するための基礎資料として使用しますので、御協力願います。

＜周産期医療＞

1. 対応チェック表

区分	医療機関に求められる事項	対応	
正常分娩	正常分娩(助産)を実施可能		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">嘱託医の勤務する病院又は診療所名</td> <td></td> </tr> </table>	嘱託医の勤務する病院又は診療所名	
嘱託医の勤務する病院又は診療所名			
	日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談		

2. 参考事項

項 目	件数等
分娩数(平成18年1月～12月)	件
助産師数(平成19年10月1日現在)	人