

医療圏区分	※
-------	---

※印の欄は記入しないでください

[鹿児島県医療施設機能等調査]

## 医療施設機能等調査票

病院・診療所名

病院・診療所の所在地、電話等

〒    -

電話番号	—	—
FAX番号	—	—
電子メールアドレス		
ホームページアドレス		

開設者名

記入者職・氏名 

職名	氏名
----	----

※以下、特に記載がない限り令和4年10月1日現在の状況を記入してください。

なお、期日指定をしている調査項目で、指定された日の状況が貴医療施設の診療形態と異なる場合（診療日の状況を尋ねているのに、当日が休診日であるなどの場合）は、指定日直後の診療日あるいは休診日の状況を記載してください。

### 1 病院・診療所の区分について

貴医療施設の病院・診療所の区分についてお尋ねします。該当する番号に○印を付けてください。

01	病院	02	有床診療所	03	無床診療所
----	----	----	-------	----	-------

### 2 開設者区分について

貴医療施設の開設者の区分についてお尋ねします。該当する番号に○印を付けてください。

01	厚生労働省所管(独立行政法人・その他)	02	文部科学省所管(国立大学法人)	03	国(事業団)
04	国(その他)	05	県	06	市町村
07	一部事務組合	08	日本赤十字社	09	済生会
10	国民健康保険団体連合会	11	厚生連	12	全国社会保険協会連合会
13	船員保険会	14	厚生年金事業振興団	15	健康保険組合及びその連合会
16	国民健康保険組合	17	共済組合及びその連合会	18	公益法人
19	医療法人	20	学校法人	21	その他の法人
22	株式会社・有限会社	23	個人	24	その他( )

**※3から13までは全ての医療施設にお尋ねします。**

**3 標榜科目等について**

**(1) 貴医療施設の標榜科目についてお尋ねします。**

現在、標榜されている全ての科目の、該当する番号に○印を付けてください。

01	内 科	02	心 療 内 科	03	精 神 科	04	神 経 内 科
05	呼 吸 器 内 科	06	消 化 器 内 科	07	胃 腸 内 科	08	循 環 器 内 科
09	アレルギ科	10	リウマチ科	11	小 児 科	12	外 科
13	整 形 外 科	14	形 成 外 科	15	美 容 外 科	16	脳神経外科
17	呼 吸 器 外 科	18	消 化 器 外 科	19	心臓血管外科	20	小 児 外 科
21	皮 膚 科	22	泌 尿 器 科	23	性感染症内科	24	肛 門 外 科
25	産 婦 人 科	26	産 科	27	婦 人 科	28	眼 科
29	耳鼻いんこう科	30	食 道 外 科	31	リハビリテーション科	32	放 射 線 科
33	歯 科	34	矯 正 歯 科	35	小 児 歯 科	36	歯科口腔外科
37	麻 酔 科	38	その他 ( )	39	その他 ( )	40	その他 ( )

**(2) 標榜科目以外の診療状況について**

(1)の標榜科目以外に、院内のみの表示として用いている科目があれば、下表(41欄)に表示科目名を記載してください。

41				
----	--	--	--	--

**4 施設・設備の状況について**

**(1) 現在、保有されている施設等についてお尋ねします。**

下表の施設を「保有している」場合は「1」に、「保有していない」場合は「2」に○印を付けてください。

なお、回答欄に「専用・共用」の記載がある欄については、専用の施設がある場合は「専用」に○印を、他の施設と共用となっている場合は「共用」に○印を付けてください。

	施設等名	保有している	保有していない
01	病理検査室	1	2
02	病理解剖室	1	2
03	理学療法室・作業療法室 (運動・水浴療法室を含む)	1 (専用・共用)	2
04	言語療法室	1	2
05	精神科作業療法室	1 (専用・共用)	2
06	通所リハビリテーション室	1	2
07	精神科デイ(ナイト・ショート)ケア室	1 (専用・共用)	2
08	高圧酸素療法室	1	2
09	無菌治療室	1	2
10	小児用プレイルーム	1	2
11	栄養相談室	1 (専用・共用)	2
12	医薬品情報管理室	1	2

(2) 現在、保有している設備等の保有状況及び開放状況についてお尋ねします。

下表の設備を「保有されている」場合は「1」に、「保有されていない」場合は「2」に○印を付けてください。

また、「保有している」に○印を付けた医療施設については、「保有台数」欄に保有台数を記入するとともに、同設備を、他の医療施設の医師や医療従事者に開放している場合は、「開放状況」欄について、区分に従い該当する欄の番号に○印を付けてください。

なお、「研修に限り開放」と「診療についても開放」との区分は、欄外注書きにより判断してください。

	設 備 名	保 有 状 況			開 放 状 況	
		保 有 し ている	保 有 台 数	保有して いない	研 修 に 限り開放	診 療 に ついても開放
01	生化学自動分析装置 (12チャンネル以上)	1	台	2	3	4
02	X線断層撮影装置	1	台	2	3	4
03	全身用X線CT	1	台	2	3	4
04	頭部(頭頸部)用X線CT	1	台	2	3	4
05	マルチスライスCT	1	台	2	3	4
06	PET(PET-CT)	1	台	2	3	4
07	MRI	1	台	2	3	4
08	マンモグラフィ	1	台	2	3	4
09	上部消化管ファイバースコープ	1	台	2	3	4
10	大腸ファイバースコープ	1	台	2	3	4
11	腹腔ファイバースコープ	1	台	2	3	4
12	気管支ファイバースコープ	1	台	2	3	4
13	尿路ファイバースコープ	1	台	2	3	4
14	内視鏡装置の自動洗浄装置	1	台	2	3	4
15	画像診断用超音波装置	1	台	2	3	4
16	心臓カテーテル(心臓血管撮影装置)	1	台	2	3	4
17	血管連続撮影装置	1	台	2	3	4
18	ドップラー	1	台	2	3	4
19	DSA	1	台	2	3	4
20	SPECT	1	台	2	3	4
21	脳波計	1	台	2	3	4
22	筋電図計	1	台	2	3	4
23	長時間心電図分析装置 (記録装置・監視装置を除く)	1	台	2	3	4
24	血液ガス測定装置	1	台	2	3	4
25	デジタルラジオグラフィ(CR)	1	台	2	3	4
26	RI診断装置(シンチレーションカメラ、シンチスキャナー等)	1	台	2	3	4
27	心筋シンチスキャナー	1	台	2	3	4
28	ハイパーサーミア装置	1	台	2	3	4
29	人工呼吸器	1	台	2	3	4
30	低体温療法装置	1	台	2	3	4
31	持続血液濾過透析装置	1	台	2	3	4
32	ペースメーカー (記録装置・監視装置を除く)	1	台	2	3	4
33	人工心臓	1	台	2	3	4
34	心細動除去装置	1	台	2	3	4
35	分娩監視装置	1	台	2	3	4
36	新生児専用呼吸循環監視装置	1	台	2	3	4
37	新生児人工呼吸器	1	台	2	3	4
38	呼吸心拍監視装置	1	台	2	3	4
39	血漿交換装置	1	台	2	3	4

(次頁へ続く)

	設 備 名	保 有 状 況			開 放 状 況	
		保 有 し っ て い る	保 有 台 数	保 有 し て い な い	研 修 に 限 り 開 放	診 療 に つ い て も 開 放
40	新生児聴覚検査機器 (自動ABR又はOAE)	1	台	2	3	4
41	全身用麻酔器	1	台	2	3	4
42	YAGレーザー	1	台	2	3	4
43	炭酸ガスレーザー	1	台	2	3	4
44	光凝固装置	1	台	2	3	4
45	関節鏡	1	台	2	3	4
46	超音波凝固切開装置(ハーモニック)	1	台	2	3	4
47	バイクランプ(リガシュワー)	1	台	2	3	4
48	マイクロサージャリー装置	1	台	2	3	4
49	リニアック	1	台	2	3	4
50	コバルト60遠隔治療装置	1	台	2	3	4
51	ベータトロン	1	台	2	3	4
52	ガンマナイフ	1	台	2	3	4
53	小線源治療機器(ガンマナイフを除く)	1	台	2	3	4
54	高圧酸素タンク	1	台	2	3	4
55	人工腎臓(透析)装置	1	台	2	3	4
56	骨塩量測定装置(椎骨・大腿骨用)	1	台	2	3	4
57	骨塩量測定装置(その他用)	1	台	2	3	4
58	体外衝撃波結石破砕装置 (胆石・腎石を含む)	1	台	2	3	4
59	サーモグラフィー	1	台	2	3	4
60	クリーンベンチ	1	台	2	3	4
61	患者搬送車	1	台	2	3	4
62	自家発電装置	1	台	2		
63	その他( )	1	台	2	3	4
64	その他( )	1	台	2	3	4
65	その他( )	1	台	2	3	4
66	その他( )	1	台	2	3	4

(注1) 設備については、基本的な機能を有している場合であれば、価格の高低及び機能の優劣を問わず対象とします。

(注2) 「開放」区分の考え方

「診療についても開放」＝貴院の設備を使用して、自院以外の患者を自院以外の医師等が診察・治療することを認めている場合。

「研修に限り開放」＝上記以外で、自院以外の医師等に貴院の設備を使用することを認めている場合。

(「例」 自院以外の医師等が、貴院の患者を貴院の設備を使用して診察・治療をする場合や単に機器の操作方法等の研修に開放している場合等)

(注3) 「自院の医師等」と「他の医療施設の医師等」の区分

「自院の医師等」＝貴院と雇用関係にあり、貴院から給与を支払う者。(非常勤職員も含まれます)

(参考)

・複数の医療施設を有する法人で、雇用関係及び給与の支払いが法人として一元化されている医療施設にあっては、同一法人内の医療施設の職員は全て「自院の医師等」として考えてください。

「他の医療施設の医師等」＝上記以外の者

(3) バリアフリー等についての取組についてお尋ねします。

貴医療施設において取り組まれている、高齢者や障害者に配慮した取組について、該当する番号全てに○印を付けてください。

01	障害者用の駐車場	08	感染症待合室
02	身障者用トイレあり	09	同伴児童の一時預かりサービス
03	車いすでの来院可能	10	重度身体障害者(児)の診療可能
04	手話による対応可能	11	重度知的障害者(児)の診療可能
05	身体障害者補助犬(盲導犬等)の同伴可能	12	発達障害者(児)(LD、ADHD、高機能自閉症等を含む)の診療可能
06	全盲患者等の介助等を行うボランティアあり	13	高次脳機能障害への対応可能
07	施設内点字表示	14	その他( )

5 リハビリテーション等に関する事項について

(1) リハビリテーションの実施状況について

(2)の「施設届出の状況」欄に記載された項目の中で、貴医療施設で実施されているものがあれば「ある」、実施されていない場合は「ない」の、該当する番号に○印を付けてください。

01	あ	る	02	な	い
----	---	---	----	---	---

※(1)で「1 ある」に○印を付けた医療施設のみ記載してください。

(2) リハビリテーションを実施している施設の届出状況及び従事者数についてお尋ねします。

「施設届出の状況」については該当する番号に○印を付け、「従事者数」については、当該施設の従事者について「専任」「兼任」別の実人数を記入してください。

なお、人数については「常勤・非常勤」とも含めてください。

施設届出の状況		従事者数	
		専任	兼任
01	心大血管疾患リハビリテーション科(Ⅰ)	医師	医師
02	心大血管疾患リハビリテーション科(Ⅱ)	人	人
03	脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)	PT	PT
04	脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅱ)	人	人
05	運動器リハビリテーション科(Ⅰ)	OT	OT
06	運動器リハビリテーション科(Ⅱ)	人	人
07	呼吸器リハビリテーション科(Ⅰ)	ST	ST
08	呼吸器リハビリテーション科(Ⅱ)	人	人
09	01～08のいずれにも該当しない	あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師	あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師
		人	人
		MSW	MSW
		人	人
		その他の従事者	その他の従事者
		人	人

(注1)

専任＝当該業務のみに従事する者  
 兼任＝当該業務及びそれ以外の業務にも従事する者(以下、各調査項目とも同じ扱いとします)

(注2)

「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

**※下表の「項目」を実施されている医療施設についてのみお尋ねします。**

(3) その他の診療等の実施状況について

「対応状況」については該当する項目の番号に○印を付けてください。  
また、人工透析については、各設問の内容を記入してください。

項目	項目	対応状況				
		01 外来のみ対応	02 入院まで対応	03 対応しない		
01	ペインクリニック	01 外来のみ対応	02 入院まで対応	03 対応しない		
02	人間ドック	01 外来のみ対応	02 入院まで対応	03 対応しない		
03	人工透析	01 外来のみ実施	02 入院まで対応	03 対応しない		
		同時に対応可能な最大人数				人
		通常診療時の透析受付時間(昼休みを含む) (平日)				時 分～ 時 分
		(土曜日)				時 分～ 時 分
		(日曜日)				時 分～ 時 分
災害による停電・断水時に非常用電源・貯水などを利用して 対応可能な最大人数				人		
04	認知症への対応	01 外来のみ 対応	02 入院まで 対応	03 訪問まで 対応	04 対応しない	

6 救急診療体制等について

(1) 「届出診療時間以外の時間帯」と「届出診療日以外の日」の外来診療の状況についてお尋ねします。

「届出診療時間以外の時間帯」と「届出診療日以外の日」の外来診療の状況について、該当する番号に○印を付けてください。

「届出診療時間」以外の時間帯		「届出診療日」以外の日	
01	当番日のみ受け付けている	05	当番日のみ受け付けている
02	毎日受け付けている	06	当番日以外についても受け付けている
03	受け付けていない	07	受け付けていない
04	自施設の患者及び退院患者のみ受け付けている	08	自施設の患者及び退院患者のみ受け付けている

(2) 救急医療体制等への参加等状況についてお尋ねします。

救急医療体制等への参加等状況について、該当する番号全てに○印を付けてください。

01	在宅当番医制
02	救急告示
03	病院群輪番制
04	救命救急センター
05	共同利用型病院方式
06	急病センターへの出務
07	参加していない

(3) 救急医療における協力医療機関についてお尋ねします。

急患の転送が必要なとき、積極的に受け入れてくれる協力医療機関について、医療機関名を記入してください。

なお、「急患」とは、緊急に処置の必要がある患者を対象とします。

01	
02	
03	
04	
05	
06	

(4) 急患への対応の状況についてお尋ねします。

下表の項目の急患について、対応可能な項目の番号に○印を付けてください。

なお、急患の症状については、「中等症以上の者」を対象とします。

	項 目	急患の対応及び 根治的治療等も 院内で可能	急患の応急処理 等の対応は可能 であるがその後 転院が必要	対応は困難
01	脳卒中(内科的症状)	1	2	3
02	脳卒中(外科的症状)	1	2	3
03	糖尿病昏睡	1	2	3
04	尿毒症	1	2	3
05	肝性昏睡	1	2	3
06	急性心筋梗塞(内科的症状)	1	2	3
07	急性心筋梗塞(外科的症状)	1	2	3
08	解離性大動脈瘤	1	2	3
09	腎不全	1	2	3
10	狭心症	1	2	3
11	気管支喘息発作	1	2	3
12	心不全	1	2	3
13	自然気胸	1	2	3
14	吐血・下血	1	2	3
15	喀血	1	2	3
16	性器出血	1	2	3
17	流産・早産(破水を含む)	1	2	3
18	子宮外妊娠	1	2	3
19	卵巣腫瘍茎捻転	1	2	3
20	子宮付属器炎	1	2	3
21	血管破損	1	2	3
22	イレウス・腸重積	1	2	3
23	急性膵炎	1	2	3
24	消化管穿孔	1	2	3
25	虫垂炎	1	2	3
26	胆石症	1	2	3
27	尿路結石	1	2	3
28	腸閉塞	1	2	3

(次頁へ続く)

	項 目	急患の対応及び 根治的治療等も 院内で可能	急患の応急処理 等の対応は可能 であるがその後 転院が必要	対応は困難
29	食中毒	1	2	3
30	急性アルコール中毒	1	2	3
31	急性薬物中毒	1	2	3
32	ガス中毒	1	2	3
33	多発外傷	1	2	3
34	胸部外傷	1	2	3
35	頭部外傷	1	2	3
36	脊椎損傷	1	2	3
37	四肢外傷	1	2	3
38	骨折・関節脱臼	1	2	3
39	溺水	1	2	3
40	重度熱傷	1	2	3
41	痙攣	1	2	3
42	脱水症	1	2	3
43	小児急性疾患	1	2	3
44	異物誤嚥	1	2	3
45	口腔外科的損傷	1	2	3
46	形成外科的損傷	1	2	3
47	その他( )	1	2	3
48	その他( )	1	2	3
49	その他( )	1	2	3
50	その他( )	1	2	3
51	その他( )	1	2	3

(5) 精神疾患に係る救急患者への対応について

① 精神科急患の受入体制についてお尋ねします。

下表の項目の患者種類別に対して対応可能な欄の番号に○印を付けてください。

なお、「急患」とは、緊急に処置の必要がある患者を対象とし、表中「入院治療まで対応可」については、体制についてお尋ねするものですので、病床の空き具合は考慮する必要はありません。 **※選択肢 1～3は病院・有床診療所のみ選択可。**

項 目	応急処置及び入院 治療まで対応可能※			応急処置(外来) のみ対応可能			対応は困難
	昼間帯	24時間	輪番制 当番日	昼間帯	24時間	輪番制 当番日	
01 自院の通院患者	1	2	3	4	5	6	7
02 他院の通院患者	1	2	3	4	5	6	7
03 新規患者	1	2	3	4	5	6	7

(注1) 「昼間帯」＝届出診療時間帯

(注2) 24時間＝応急入院指定医療機関、精神科救急医療システム参加医療機関等に  
限らず、当直等をしている医師等が24時間対応できる場合も含みます。

② 精神科急患に対応可能な医療施設にのみお尋ねします。

精神科急患の内、身体的合併症を持つ患者が発生した場合に、連携できる医療施設の  
有無について、いずれかの番号に○印を付けてください。

なお、「有」に○印を付けた医療施設については、令和4年10月1日から令和4年  
10月7日の1週間の間に連携して対応した患者の延人数を記入してください。

連携できる医療施設	01 有	人	02 無
-----------	------	---	------



(6) 救急体制について

① 救急医療体制に係わるスタッフの状況について

救急医療体制に係わる職員について、下表の区分別に、配置体制別の実人数を、それぞれ記入してください（人数には「常勤」、「非常勤」とも含めてください）。

なお、配置体制は平均的な配置状況を記入してください。

また、「平日昼間」・「平日夜間」・「休日」の区分は、欄外注書きにより判断してください。

	区 分	平日昼間の体制		平日夜間の体制		休日の体制	
		専 任	兼 任	救急医療従事者	待機(オンコール)	救急医療従事者	待機(オンコール)
01	医師数	人	人	人	人	人	人
02	看護師数	人	人	人	人	人	人
03	診療放射線技師数	人	人	人	人	人	人
04	臨床検査技師・衛生検査技師数	人	人	人	人	人	人
05	薬剤師	人	人	人	人	人	人

(注1)

- ・「専任」欄には救急医療体制のみに従事するスタッフ数を記入してください。
- ・「兼任」欄には救急医療体制以外の、通常の診療業務にも従事するスタッフ数を記入してください。
- ・「救急医療従事者」欄には救急医療体制に従事するスタッフ数（「待機（オンコール）」を除く）を記入してください。（輪番及び在宅当番時を除く）
- ・「待機（オンコール）」欄には、救急医療体制としていつでも出務できるよう待機しているスタッフ数を記入してください。（輪番及び在宅当番時を除く）

(注2)

- ・「平日昼間」＝診療時間として届出している時間帯＝届出診療時間
- ・「平日夜間」＝平日の届出診療時間以外の時間帯
- ・「休日」＝休診日

② 麻酔科医の状況について

貴医療施設に勤務する、麻酔を専門とする医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

区 分		常 勤	非常勤
麻酔科医の人数	01 麻酔を専門とする医師数	人	人
	02 麻酔科標榜許可を得ている医師数	人	人

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

③ 小児科医・産科医の状況について

貴医療施設に勤務する、小児科、小児外科及び産科（分娩）に対応可能な医師数を「常勤」、「非常勤」別に記入してください。

また、該当する医師がある場合は、急患があった場合の対応可能な時間帯について、該当する番号に○印を付けてください。

なお、「急患」については、緊急に処置の必要がある患者を対象とします。

	区 分	医師数		対応可能な時間帯	
		常勤	非常勤	届出診療時間のみ	24時間
01	小児医療に対応できる医師数	人	人	1	2
02	01 欄の内、小児科専門の医師数	人	人	1	2
03	小児外科医療に対応できる医師数	人	人	1	2
04	産科(分娩)に対応できる医師数	人	人	1	2

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(注2) 24時間＝救急指定病院等に限らず、当直等をしている医師等が24時間対応できる場合も含まれます。

(7) 学会認定医の状況についてお尋ねします。

貴医療施設における下記の学会認定の専門医師数について、「常勤」「非常勤」別に記入してください。

なお、「常勤」と「非常勤」の区分及び「人数の考え方」については、欄末尾に記載のとおりです。

(単位：人)

	資格名	常 勤	非常勤		資格名	常 勤	非常勤
01	整形外科専門医			16	救急科専門医		
02	皮膚科専門医			17	血液専門医		
03	麻酔科専門医			18	循環器専門医		
04	放射線科専門医			19	呼吸器専門医		
05	眼科専門医			20	消化器病専門医		
06	産婦人科専門医			21	腎臓専門医		
07	耳鼻咽喉科専門医			22	小児科専門医		
08	泌尿器科専門医			23	口腔外科専門医		
09	形成外科専門医			24	内分泌代謝科専門医		
10	病理専門医			25	消化器外科専門医		
11	総合内科専門医			26	超音波専門医		
12	外科専門医			27	細胞診専門医		
13	糖尿病専門医			28	透析専門医		
14	肝臓専門医			29	脳神経外科専門医		
15	感染症専門医			30	リハビリテーション科専門医		

(次頁へ続く)

(単位:人)

	資格名	常 勤	非常勤		資格名	常 勤	非常勤
31	老年病専門医			46	アレルギー専門医		
32	心臓血管外科専門医			47	核医学専門医		
33	呼吸器外科専門医			48	気管食道科専門医		
34	消化器内視鏡専門医			49	大腸肛門病専門医		
35	小児外科専門医			50	婦人科腫瘍専門医		
36	神経内科専門医			51	ペインクリニック専門医		
37	リウマチ専門医			52	熱傷専門医		
38	歯周病専門医			53	脳血管内治療専門医		
39	乳腺専門医			54	がん薬物療法専門医		
40	臨床遺伝専門医			55	周産期(新生児)専門医		
41	漢方専門医			56	生殖医療専門医		
42	レーザー専門医			57	小児神経専門医		
43	気管支鏡専門医			58	心療内科専門医		
44	歯科麻酔専門医			59	一般病院連携精神医学専門医		
45	小児歯科専門医			60	その他( )		

(注1) 「常勤」とは、就業規則等で定める時間の全てを勤務する者をいい、「非常勤」は「常勤」以外の者をいいます。なお、人数は、換算員数ではなく実人数を記入してください。

(8) 急患の受け入れ状況についてお尋ねします。

貴医療施設における令和3年1月1日から令和3年12月31日までの1年間の救急車による患者の受け入れ状況を記入してください。

なお、他の医療機関からの受け入れを除きます。

(単位:人)

	交 通 事 故	一 般 負 傷	急 病 等(a)					その他	
			脳疾患	心疾患	小児科	産 科	自殺企図		その他
診 療 時 間 内									
診 療 時 間 外									

急病等(a)のうち、軽症(帰宅)者数	人
--------------------	---

(9) 急患の他の医療施設への傷病種別の転送状況についてお尋ねします。

貴医療施設における令和3年1月1日から令和3年12月31日までの1年間に救急車で搬送を受けた患者のうち、他の医療施設への転送状況を傷病の種別ごとに記入してください。

(単位：人)

転送先医療施設名	傷病の種別				
	脳疾患	心疾患	小児科	産科	その他

(10) 急患の他の医療施設への理由別の転送状況についてお尋ねします。

貴医療施設における令和3年1月1日から令和3年12月31日までの1年間に救急車で搬送を受けた患者のうち、他の医療施設への転送状況を依頼の理由ごとに記入してください。

(単位：人)

転送先医療施設名	転送を依頼した理由					
	担当医不在	満床	専門外	手術中	処置困難	その他

7 地域における医療施設等との連携について

(1) 「地域医療連携室」についてお尋ねします。

他の医療施設や地域との連携の窓口となる「地域医療連携室」を院内に設置していますか。下表のうち該当する項目の番号に○印を付けてください。

01	地域医療連携室として設置している
02	地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関の紹介等を行う組織がある
03	設置していない

→ 病院・有床診療所は(3)及び(6)へ  
無床診療所は(6)へ

※(1)で「01 地域医療連携室として設置している」又は「02 地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関の紹介等を行う組織がある」に○を付けられた病院及び有床診療所は、次の(2)～(7)の該当項目について、無床診療所は(2)及び(6)について記入してください。

(2) 配置されている職員に○印を付けてください。(複数回答可)

01	医師
02	看護師
03	02 欄の内、退院調整看護師
04	医療ソーシャルワーカー
05	保健師
06	その他 ( )

(注1) 「退院調整看護師」とは、患者の退院調整を専門に行う看護師をいいます。

(3) 退院時カンファレンスの実施についてお尋ねします。

退院後の医療・介護の対応が必要な患者について、退院時カンファレンスを実施していますか。該当する番号に○印を付けてください。

01	原則として全て実施している	→	(4)へ
02	一部実施している	→	(4)へ
03	実施していない	→	(5)へ

**※(3)で「01 原則として全て実施している」又は「02 一部実施している」に○を付けられた医療施設のみ記入してください。**

(4) 退院時カンファレンスへ通常参加されている方に○印を付けてください。(複数回答可)

01	医師	09	本人
02	看護師	10	家族
03	02 欄の内、退院調整看護師	11	ケアマネージャー
04	医療ソーシャルワーカー	12	訪問看護師
05	保健師(貴施設職員)	13	ホームヘルパー
06	歯科医師	14	保健師(県・市町村等職員)
07	病院薬剤師	15	薬局薬剤師
08	管理栄養士	16	その他( )

(注1) 「退院調整看護師」とは、患者の退院調整を専門に行う看護師をいいます。

(5) 退院後にケアマネジャーや介護サービス事業所等との連携をされている患者の疾病についてお尋ねします。

患者の疾病について該当するものに○印を付けてください。(複数回答可)

01	がん	06	慢性呼吸器疾患
02	脳血管疾患	07	整形外科疾患
03	急性心筋梗塞	08	認知症
04	糖尿病	09	その他( )
05	神経難病	10	該当なし

(6) 介護保険との関わりについてお尋ねします。

貴医療施設は、どのような形で介護保険と関わっていますか。以下の項目で該当するものに○印を付けてください。(複数回答可)

01	介護療養病床を保有している
02	開設者を同じくする介護保険施設等がある
03	上記のほか、何らかの介護保険事業を実施している
04	その他( )
05	関わっていない

(7) 貴医療施設において、患者の退院困難な事例がありますか。該当する項目に○印を付けてください。（複数回答可）

01	家庭での受け入れ条件が整っていない
02	特別養護老人ホームに空きがない
03	老人保健施設に空きがない
04	転院先が見つからない
05	その他（ ）
06	事例なし

8 在宅医療（ターミナルケアを含む）及び訪問看護について

(1) 在宅医療（ターミナルケアを含む）及び訪問看護を実施している対象者について、該当する番号に○印を付けてください。（診療報酬の算定を行わずに、在宅医療及び訪問看護を実施している場合であっても、その対象者についてお答えください。）（複数回答可）

01	乳児	04	成人
02	幼児	05	高齢者（65歳以上）
03	18歳未満	06	実施していない

(2) 在宅医療及び訪問看護等の算定状況及び今後の計画についてお尋ねします。

下表の項目について、現在、診療報酬の算定等を実施している医療施設については「実施している」の該当する番号に○印を、現在、診療報酬の算定等を実施していない医療施設については「実施していない」の該当する番号に○印を付けてください。

	区 分	実施している			実施していない		
		強化して継続したい	継続したい	廃止したい	今後実施したい	実施希望はない	
在宅医療に係る診療報酬	01	1 在宅患者診療・指導料	1	2	3	4	5
	02	(1) 往診料	1	2	3	4	5
	03	(2) 在宅患者訪問診療料	1	2	3	4	5
	04	ア 在宅ターミナルケア加算	1	2	3	4	5
	05	イ 看取り加算	1	2	3	4	5
	06	ウ 死亡診断加算	1	2	3	4	5
	07	エ 乳幼児加算	1	2	3	4	5
	08	(3) 在宅時医学総合管理料	1	2	3	4	5
	09	(4) 施設入居時等医学総合管理料	1	2	3	4	5
	10	(5) 在宅がん医療総合診療科	1	2	3	4	5
	11	(6) 在宅患者訪問看護・指導料	1	2	3	4	5
	12	ア 難病等複数回訪問加算	1	2	3	4	5
	13	イ 緊急訪問看護加算	1	2	3	4	5
	14	ウ 長時間訪問看護・指導加算	1	2	3	4	5
	15	エ 乳幼児加算	1	2	3	4	5
	16	オ 在宅ターミナルケア加算	1	2	3	4	5
	17	カ 在宅移行管理加算	1	2	3	4	5
	18	(7) 同一建物居住者訪問看護・指導料	1	2	3	4	5
	19	(8) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	1	2	3	4	5
	20	(9) 在宅患者訪問栄養食事指導料	1	2	3	4	5
	21	(10) 在宅患者緊急時等カンファレンス料	1	2	3	4	5
	22	2 在宅療養指導管理料	1	2	3	4	5
	23	(1) 退院前在宅療養指導管理料	1	2	3	4	5
	24	(2) 在宅人工呼吸指導管理料	1	2	3	4	5
	25	(3) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1	2	3	4	5
	26	3 在宅療養指導管理材料加算	1	2	3	4	5
	27	4 薬剤料	1	2	3	4	5
	28	5 特定保健医療材料料	1	2	3	4	5
	29	6 精神科訪問看護指導料	1	2	3	4	5
	30	居宅療養管理指導（介護保険）	1	2	3	4	5

- (3) 在宅医療及び在宅でのターミナルケアを実施するために重要な条件についてお尋ねします。  
 在宅医療及び在宅でのターミナルケアを実施するために重要と思われる条件について、該当する番号全てに○印を付けてください。  
 なお、「10 その他」を選ばれた場合は、下欄に詳しい内容をご記入ください。

		在宅医療	在宅でのターミナルケア
01	メディカルスタッフの確保	1	2
02	後方入院施設	1	2
03	地域の医師の協力体制	1	2
04	チーム医療の体制整備や専門知識・技術の向上	1	2
05	介護ケアチームとの協働	1	2
06	訪問看護ステーションの利用	1	2
07	口腔管理・食支援の体制整備	1	2
08	ケアをする家族の存在	1	2
09	診療報酬上の評価	1	2
10	その他	1	2
	その他の条件について（自由記入）：		

- (4) 貴医療施設における在宅看取りの状況についてお尋ねします。  
 令和3年度（R3.4.1～R4.3.31）の貴医療施設における在宅看取りの状況について、該当する番号に○印を付けてください。

01	実施あり	02	実施なし	→ (6)へ
----	------	----	------	--------

↓  
**※(4)で「01 実施あり」に○を付けられた医療施設のみ記入してください。**

- (5) 令和3年度（R3.4.1～R4.3.31）に自宅で看取った件数を記入してください。

件数	件

- (6) 在宅医療を進める上での関係機関等との連携実績についてお尋ねします。  
 関係機関等との連携実績がある場合は「ある」、ない場合は「ない」の、該当する番号に○印を付けてください。

01	ある	02	ない	→ 9へ
----	----	----	----	------

↓  
**※(6)で「1 ある」に○印を付けた医療施設のみ記載してください。**

- (7) 在宅医療を進める上での関係機関等との連携状況についてお尋ねします。  
 下表の関係機関等との連携は全般にうまくいっていると思いますか。該当する項目に○印を付けてください。

	項目	連携の状況				
		そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	わからない
01	病院との連携	1	2	3	4	5
02	診療所との連携	1	2	3	4	5
03	歯科診療所との連携	1	2	3	4	5
04	保険薬局との連携	1	2	3	4	5
05	訪問看護ステーションとの連携	1	2	3	4	5
06	訪問介護事業所等の訪問介護サービスを行う事業所との連携	1	2	3	4	5
07	訪問リハビリテーションや福祉用具貸与等の居宅サービスを行う事業所との連携	1	2	3	4	5
08	小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護等の地域密着型サービスを行う事業所との連携	1	2	3	4	5
09	介護老人福祉施設や介護老人保健施設、介護医療院等の介護保険適用の施設との連携	1	2	3	4	5
10	有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の介護保険適用外の施設との連携	1	2	3	4	5
11	地域包括支援センターとの連携	1	2	3	4	5
12	消防機関（救急）との連携	1	2	3	4	5

9 地域連携クリティカルパスによる医療機関の連携体制について

(1) 地域連携診療計画管理病院の状況についてお尋ねします。

地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の施設基準に定める「計画管理病院」の届出を行っている場合は「行っている」を、現在は届出をしていないが今後届出する予定がある場合は「予定がある」を、現在は届出をしておらず、今後も届出する予定がない場合は「予定がない」の該当する番号に○印を付けてください。

01	行っている	02	予定がある	03	予定がない
----	-------	----	-------	----	-------

(2) 地域連携クリティカルパスの活用状況についてお尋ねします。

下記の項目について、現在、地域連携クリティカルパスを活用するなどして入院時や退院時に医療機関の間で診療情報が共有される体制を取っている場合は「取っている」を、現在は取っていないが今後取る予定がある場合は「予定がある」を、現在は取っておらず、今後も取る予定がない場合は「予定がない」の、該当する番号に○印を付けてください。

	区 分	取っている	予定がある	予定がない
01	がん	1	2	3
02	脳卒中	1	2	3
03	急性心筋梗塞	1	2	3
04	糖尿病	1	2	3
05	小児医療(小児救急を含む)	1	2	3
06	周産期医療	1	2	3
07	救急医療	1	2	3
08	災害医療	1	2	3
09	離島・へき地医療	1	2	3
10	肝疾患	1	2	3
11	骨折等の筋骨格系疾患	1	2	3
12	11 欄の内、大腿骨頸部骨折	1	2	3
13	精神疾患	1	2	3
14	認知症	1	2	3
15	その他( )	1	2	3

(3) 今後、クリティカルパスを活用するために重要と思われる項目について、該当する番号全てに○印を付けてください。

01	医療関係者間において、医療機能の役割分担と連携体制を構築すること (クリティカルパスを活用する体制の構築)
02	在宅での受入体制が整うこと
03	医療関係者へ、クリティカルパスの普及に向けた意識啓発を行うこと
04	使用・普及しやすい簡便な様式によるクリティカルパスを作成すること
05	診療報酬上の評価
06	その他( )



## 10 診療内容等について

各種の診療内容等についての実施状況をお尋ねします。

下表の診療内容等の中で、貴医療施設で診療等を「実施している」場合は1に○印を、「実施していない」場合は2に○印を付けてください。

領域	診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
皮膚・形成外科	01 自家皮膚培養とその植皮		1	2
	02 天疱瘡		1	2
	03 膿疱性乾癬		1	2
	04 強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎		1	2
神経・脳血管	05 外傷性頭蓋内血腫除去術		1	2
	06 脳腫瘍摘出術（良性腫瘍を含む）		1	2
	07 脳動脈瘤根治術		1	2
	08 07以外の脳血管に係る手術（マイクロサージャリー）		1	2
	09 顔面神経減圧術		1	2
	10 多発性硬化症		1	2
	11 重症筋無力症		1	2
	12 筋萎縮性側索硬化症		1	2
	13 脊髄小脳変性症		1	2
	14 パーキンソン病関連疾患		1	2
精神科・心療内科	15 モヤモヤ病（ウイルス動脈輪閉塞症）		1	2
	16 t-P A（血栓溶解療法）		1	2
	17 統合失調症		1	2
	18 身体合併症を持つ精神疾患（統合失調症等）の患者への治療		1	2
	19 感染症疾患を持つ精神疾患（統合失調症等）の患者への治療		1	2
	20 気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）の治療		1	2
	21 アルコール依存症		1	2
	22 認知症（BPSDを含む）		1	2
	23 若年性認知症		1	2
	24 思春期外来		1	2
眼	25 子どもの心の診療		1	2
	26 ASD（急性ストレス障害）		1	2
	27 PTSD（心的外傷後ストレス障害）		1	2
	28 眼内レンズ挿入術		1	2
耳鼻咽喉	29 網膜光凝固術		1	2
	30 角膜移植術		1	2
呼吸器	31 網膜色素変性症		1	2
	32 人工内耳手術		1	2
	33 上顎がん手術		1	2
	34 呼吸器のがん手術		1	2
呼吸器	35 胸腔鏡下手術		1	2
	36 サルコイドーシス		1	2
	37 特発性間質性肺炎		1	2

（次頁へ続く）

領域	診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
消化器系	38	腸重積	1	2
	39	上部消化管（食道・胃）のがん手術	1	2
	40	下部消化管（大腸・直腸）のがん手術	1	2
	41	内視鏡下手術	1	2
	42	体外衝撃波破砕術（消化器）	1	2
	43	粘膜擦過細胞診	1	2
	44	潰瘍性大腸炎	1	2
	45	クローン病	1	2
肝・胆道・膵臓	46	劇症肝炎の治療	1	2
	47	肝炎の治療	1	2
	48	抗ウイルス剤（インターフェロン）等による肝炎の治療	1	2
	49	肝・胆・膵のがん手術	1	2
循環器系	50	AC バイパス手術	1	2
	51	大血管手術（胸部）	1	2
	52	開心術	1	2
	53	PTCA（経皮経管的冠動脈形成術）	1	2
	54	ペースメーカー挿入	1	2
	55	心血管造影	1	2
	56	その他の血管造影	1	2
	57	心臓カテーテル検査	1	2
	58	特発性拡張型（うっ血型）心筋症	1	2
腎・泌尿器系	59	CAPD（持続的携帯型腹膜灌流療法）	1	2
	60	前立腺がん手術	1	2
	61	腎・膀胱のがん手術	1	2
	62	腎臓移植	1	2
	63	体外衝撃波破砕術（泌尿器）	1	2
	64	経尿道的前立腺切除術	1	2
産科	65	体外受精	1	2
	66	ハイリスク妊娠の管理と分娩	1	2
婦人科	67	子宮がん手術	1	2
	68	子宮内膜症手術（腹腔鏡下）	1	2
乳腺	69	乳がん手術	1	2
	70	乳房再建術	1	2
内分泌代謝等	71	糖尿病管理の教育入院	1	2

（次頁へ続く）

領域	診療内容等	実施状況	診療を実施している	診療を実施していない
血液・免疫系	72	造血幹細胞移植	1	2
	73	新生児交換輸血	1	2
	74	A T L (成人T細胞白血病) の治療	1	2
	75	強力化学療法によるがん治療	1	2
	76	大血管手術 (腹部)	1	2
	77	四肢の血行再建術	1	2
	78	血管内視鏡術	1	2
	79	血管形成術 (レーザー)	1	2
	80	後天性免疫不全症候群患者の総合的な診療等	1	2
	81	ベーチェット病	1	2
	82	全身性エリテマトーデス	1	2
	83	再生不良性貧血	1	2
	筋・骨格系及び外傷	84	切断四肢再接合術	1
85		脊椎及び脊髄手術	1	2
86		人工関節置換術	1	2
87		後縦靭帯骨化症	1	2
88		特発性大腿骨頭壊死症	1	2
小児	89	小児のアレルギー性疾患	1	2
	90	小児の悪性新生物	1	2
	91	小児の慢性腎疾患	1	2
	92	小児の慢性呼吸器疾患	1	2
	93	小児の慢性心疾患	1	2
	94	小児の内分泌疾患	1	2
	95	小児の膠原病	1	2
	96	小児の糖尿病	1	2
	97	小児の先天性代謝異常	1	2
	98	小児の血友病等血液・免疫疾患	1	2
	99	小児の神経・筋疾患	1	2
	100	小児の慢性消化器疾患	1	2
口腔外科	101	顎骨離断術	1	2
検診関係	102	生検及び組織診断 (施設内で実施)	1	2
	103	胃がん検診 (胃がん精密検査)	1	2
	104	大腸がん検診 (大腸がん精密検査)	1	2
	105	肺がん検診 (肺がん精密検査)	1	2
	106	乳がん検診 (乳がん精密検査)	1	2
	107	子宮がん検診 (子宮がん精密検査)	1	2
	108	肝がん検診 (肝がん精密検査)	1	2
	109	前立腺がん検診 (前立腺がん精密検査)	1	2
その他	110	禁煙外来	1	2
	111	その他 ( )	1	2
	112	その他 ( )	1	2

11 医療施設相互の連携等の状況について

(1) 貴医療施設の1週間の初診患者数をお尋ねします。

令和4年10月1日から令和4年10月7日の1週間の、初診患者数を記入してください。

初診患者数	人
-------	---

(2) 他の医療施設等への患者の紹介状況についてお尋ねします。

令和4年10月1日から令和4年10月7日の1週間に、下表に記載した医療施設等に患者を紹介した「実績がある」医療施設については「1」に、「実績がない」医療施設については「2」に○印を付けてください。

なお、「1 実績がある」に○印を付けた医療施設については、令和4年10月1日から令和4年10月7日の1週間の紹介先別紹介件数を、二次医療圏内・二次医療圏外に分けて記入をお願いします。

紹介患者には、入院だけではなく外来・検査も含まれます。

01	実績がある	02	実績がない
----	-------	----	-------

	大学病院	鹿児島市立病院	紹介先の所在地	地域医療支援病院	その他の病院	診療所	その他
紹介件数	件	件	二次医療圏内	件	件	件	件
			二次医療圏外	件	件	件	件

(注) 県内の地域医療支援病院＝鹿児島市医師会病院、国立病院機構鹿児島医療センター、南風病院、いまきいれ総合病院、県立薩南病院、国立病院機構指宿医療センター、川内市医師会立市民病院、出水郡医師会広域医療センター、出水総合医療センター、霧島市立医師会医療センター、曾於医師会立病院、県民健康プラザ鹿屋医療センター、肝属郡医師会立病院、県立大島病院  
 ※鹿児島市立病院への紹介件数は、左欄に計上してください。

(3) 他の医療施設等からの患者の紹介状況についてお尋ねします。

令和4年10月1日から令和4年10月7日の1週間に、下表に記載した医療施設等から患者を紹介された「実績のある」医療施設については「1」に、「実績のない」医療施設については「2」に○印を付けてください。

なお、「1 受け入れている」に○印を付けた医療施設については、令和4年10月1日から令和4年10月7日の1週間の紹介先別紹介件数を、二次医療圏内・二次医療圏外に分けて記入をお願いします。

紹介患者には、入院だけではなく外来・検査も含まれます。

01	受け入れている	02	受け入っていない
----	---------	----	----------

	大学病院	鹿児島市立病院	紹介元の 所在地	地域医療 支援病院	その他の 病院	診療所	その他
紹介 件数	件	件	二次医療 圏内	件	件	件	件
			二次医療 圏外	件	件	件	件

(注) 県内の地域医療支援病院＝鹿児島市医師会病院、国立病院機構鹿児島医療センター、南風病院、いまきいれ総合病院、県立薩南病院、国立病院機構指宿医療センター、川内市医師会立市民病院、出水郡医師会広域医療センター、出水総合医療センター、霧島市立医師会医療センター、曾於医師会立病院、県民健康プラザ鹿屋医療センター、肝属郡医師会立病院、県立大島病院  
※鹿児島市立病院からの紹介件数は、左欄に計上してください。

12 医薬品の使用状況についてお尋ねします。

(1) 後発医薬品について、該当するものに○印を付けてください。

01	後発医薬品があるものは積極的に使用している	→	(2)へ
02	後発医薬品のあるものの一部を使用している	→	(2)及び(3)へ
03	後発医薬品をほとんど使用していない	→	(3)へ

**※(1)で「01 後発医薬品があるものは積極的に使用している」又は「02 後発医薬品のあるものの一部を使用している」に○印を付けられた医療施設のみお答えください。**

(2) 後発医薬品使用体制加算（DPC対象病院の場合は係数）の算定有無について、該当するものに○印を付けてください。

01	算定している	02	算定していない
----	--------	----	---------

**※(1)で「02 後発医薬品のあるものの一部を使用している」又は「03 後発医薬品をほとんど使用していない」に○印を付けられた医療施設のみお答えください。**

(3) 「02 後発医薬品のあるものの一部を使用している」または「03 後発医薬品をほとんど使用していない」ことの理由について、該当するものに○印を付けてください。

01	品質に信頼がおけないから
02	医薬品情報が少ないから
03	安定供給について危惧されるから
04	不良在庫が危惧されるから
05	今後、採用を検討予定
06	その他 ( )

13 新興感染症等対策について

(1) 新興感染症発生時、感染拡大時の診療体制等についてお尋ねします。

① 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、下記の体制を有していますか。「ある」場合は「1」に、「ない」場合は「2」に○印を付けてください。

		ある	なし
01	発熱患者の動線を分けることができる体制	1	2
02	汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制	1	2

② 感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペース等を確保していますか。該当する番号に○印を付けてください。

01	確保している	→	③へ
02	確保していない	→	(2)へ

**※②で「01 確保している」と回答した医療機関のみ記入してください。**

③ 確保している内容について記入してください。

01	病床( )床
02	転用可能スペース ( )
03	その他 ( )

(2) 感染管理の専門人材等についてお尋ねします。

① 感染管理の専門性を有する職員について記入してください。

01	感染制御医師 (ICD)	人
02	感染管理認定看護師 (ICN)	人
03	感染制御専門薬剤師	人
04	感染制御専門認定臨床微生物検査技師 (ICMT)	人
05	感染症看護専門看護師 (CNS)	人
06	その他 ( )	人

② 重症者に対する専門性が高い医療機器の配備について記入してください。  
「保有している」場合は「1」に、「保有していない」場合は「2」に○印を付けてください。

	設備名	保有している	保有していない
01	人工呼吸器	1	2
02	体外式膜型人工肺 (ECMO)	1	2

③ 院内感染管理者を配置していますか。該当する番号に○印を付けるとともに、「配置している」場合は、該当職種に○印を付けてください。

※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること

01	配置している
	01 医師
	02 看護師
	03 薬剤師
	04 その他 ( )
02	配置していない

④ 感染制御チームを設置していますか。該当する番号に○印を付けるとともに、「設置している」場合は、職種ごとの人数を記入してください。

01	設置している	専任	専従
	01 常勤医師	人	人
	02 非常勤医師	人	人
	03 看護師	人	人
	04 薬剤師	人	人
	05 臨床検査技師	人	人
	06 その他 ( )	人	人
02	設置していない		

(3) 院内感染対策についてお尋ねします。

- ① 院内でクラスターが発生した場合の対応方針を整備、共有していますか。  
該当する番号に○印を付けてください。

01	整備、共有している
02	整備しているが、共有できていない
03	整備していない

- ② 院内でクラスターが発生した場合、対応等についての相談等はどこにしますか。  
該当する番号に○印を付けてください。（複数選択可）

01	保健所
02	第一種感染症指定医療機関（鹿児島大学病院）
03	第二種感染症指定医療機関（鹿児島市立病院等）
04	感染症対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関
05	02～04以外の医療機関
06	自院で対応可能
07	特に相談はしない
08	その他（ ）

- ③ 院内感染対策のための研修を実施していますか。該当する番号に○印を付けるとともに、「実施している」場合は、該当する研修内容に○印を付けてください。

01	実施している
	01 標準予防策を基本とした研修
	02 新興感染症を視野に入れた研修
	03 その他（ ）
02	実施していない

- ④ 院外で実施される感染対策に関するカンファレンス、研修会に参加していますか。  
該当する番号に○印を付けるとともに、「参加している」場合は、該当する参加対象者に○印を付けてください。

01	参加している
	01 職員全員
	02 感染制御チーム
	03 その他（ ）
02	参加していない



**※14は病院・有床診療所のみにお尋ねします。**

**14 入院患者の状況について**

**(1) 住所地別の入院患者の状況についてお尋ねします。**

特定の日入院患者を、住所地別に把握するための調査です。

貴医療施設の令和4年10月1日午前0時現在の、入院患者の住所地別人数を下表に記入してください。

(単位：人)

番号	市町村名	入院患者数	番号	市町村名	入院患者数
01	鹿 児 島 市		29	西 之 表 市	
02	三 島 村		30	中 種 子 町	
03	十 島 村		31	南 種 子 町	
04	指 宿 市		32	屋 久 島 町	
05	南 九 州 市		33	奄 美 市	
06	枕 崎 市		34	大 和 村	
07	南 さ つ ま 市		35	宇 検 村	
08	日 置 市		36	瀬 戸 内 町	
09	いちき串木野市		37	龍 郷 町	
10	薩摩川内市(本土)		38	喜 界 町	
11	薩摩川内市(甑島)		39	徳 之 島 町	
12	さ つ ま 町		40	天 城 町	
13	阿 久 根 市		41	伊 仙 町	
14	出 水 市		42	和 泊 町	
15	長 島 町		43	知 名 町	
16	伊 佐 市		44	与 論 町	
17	霧 島 市		45	熊 本 県	
18	始 良 市		46	宮 崎 県	
19	湧 水 町		47	沖 縄 県	
20	曾 於 市		48	そ の 他 の 県 外	
21	志 布 志 市		49	不 明	
22	大 崎 町		50	合 計	
23	鹿 屋 市				
24	垂 水 市				
25	東 串 良 町				
26	錦 江 町				
27	南 大 隅 町				
28	肝 付 町				

※「薩摩川内市(甑島)」＝薩摩川内市里町、上甑町、下甑町、鹿島町

「薩摩川内市(本土)」＝上記以外の住所地

病院・診療所名	
医療圏区分	※

※印の欄は記入しないでください

(2) 疾病別の入院患者の状況についてお尋ねします。

特定の日入院患者を、疾病別に把握するための調査です。

貴医療施設の令和4年10月1日午前0時現在の、疾病別の入院患者数を下表に記入してください。

なお、下表に無い疾病については、空欄に記載してください。

(単位：人)

番号	傷病名	入院患者数
01	上部消化器(食道・胃)の悪性新生物	
02	下部消化器(大腸・直腸)の悪性新生物	
03	肝、肝内胆管及び膵の悪性新生物	
04	気管、気管支及び肺の悪性新生物	
05	乳房の悪性新生物	
06	子宮の悪性新生物	
07	前立腺の悪性新生物	
08	腎、膀胱の悪性新生物	
09	その他の悪性新生物	
10	糖尿病(1型糖尿病、2型糖尿病、その他の糖尿病)	
11	糖尿病性神経障害	
12	糖尿病性網膜症	
13	糖尿病性腎症	
14	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
15	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	
16	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
17	脳血管性認知症	
18	アルツハイマー型認知症	
19	高血圧(本態性(原発性)高血圧症、高血圧症性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性高血圧症)	
20	狭心症	
21	急性心筋梗塞	
22	その他の心疾患	
23	くも膜下出血	
24	脳内出血	
25	脳梗塞	
26	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	
27	肝硬変	
28	大腿骨の骨折、その他の四肢の骨折	
29	B型慢性肝炎	
30	C型慢性肝炎	
31		
32		
33		
34	上記以外の全ての傷病	
35	合計	

(注1) 上記傷病が主傷病である入院患者についてのみ記入してください。

(3) 上記(2)のうち、自殺企図による入院患者数について、下表に記入してください。

01	自殺企図による入院患者数	人
----	--------------	---

**※15 は全ての医療施設にお尋ねします。**

15 外来患者の状況について

(1) 住所地別の外来患者の状況についてお尋ねします。

特定の日外来患者を、住所地別に把握するための調査です。

貴医療施設の令和4年10月1日の1日（午前0時から24時まで）の、外来患者の住所地別人数を下表に記入してください。

なお、令和4年10月1日が休診等のため、外来患者数が著しく少ない場合には、10月2日以降の最初の診療日の外来患者数を記入してください。

(単位：人)

番号	市町村名	外来患者数	番号	市町村名	外来患者数
01	鹿 児 島 市		29	西 之 表 市	
02	三 島 村		30	中 種 子 町	
03	十 島 村		31	南 種 子 町	
04	指 宿 市		32	屋 久 島 町	
05	南 九 州 市		33	奄 美 市	
06	枕 崎 市		34	大 和 村	
07	南 さ つ ま 市		35	宇 検 村	
08	日 置 市		36	瀬 戸 内 町	
09	いちき串木野市		37	龍 郷 町	
10	薩摩川内市(本土)		38	喜 界 町	
11	薩摩川内市(甑島)		39	徳 之 島 町	
12	さ つ ま 町		40	天 城 町	
13	阿 久 根 市		41	伊 仙 町	
14	出 水 市		42	和 泊 町	
15	長 島 町		43	知 名 町	
16	伊 佐 市		44	与 論 町	
17	霧 島 市		45	熊 本 県	
18	始 良 市		46	宮 崎 県	
19	湧 水 町		47	沖 縄 県	
20	曾 於 市		48	そ の 他 の 県 外	
21	志 布 志 市		49	不 明	
22	大 崎 町		50	合 計	
23	鹿 屋 市				
24	垂 水 市				
25	東 串 良 町				
26	錦 江 町				
27	南 大 隅 町				
28	肝 付 町				

※「薩摩川内市(甑島)」  
: 薩摩川内市里町、上甑町、下甑町、鹿島町  
  
「薩摩川内市(本土)」  
: 上記以外の住所地

病院・診療所名	
医療圏区分	※

※印の欄は記入しないでください

(2) 疾病別の外来患者の状況についてお尋ねします。

特定の日外来患者を、疾病別に把握するための調査です。

貴医療施設の令和4年10月1日の1日(午前0時から24時まで)の、疾病別の外来患者数を下表に記入してください。下表に無い疾病については、空欄に記載してください。

なお、令和4年10月1日が休診等のため、外来患者数が著しく少ない場合には、10月2日以降の最初の診療日の外来患者数を記入してください。

(単位：人)

番号	傷病名	外来患者数
01	上部消化器(食道・胃)の悪性新生物	
02	下部消化器(大腸・直腸)の悪性新生物	
03	肝、肝内胆管及び膵の悪性新生物	
04	気管、気管支及び肺の悪性新生物	
05	乳房の悪性新生物	
06	子宮の悪性新生物	
07	前立腺の悪性新生物	
08	腎、膀胱の悪性新生物	
09	その他の悪性新生物	
10	糖尿病(1型糖尿病、2型糖尿病、その他の糖尿病)	
11	糖尿病性神経障害	
12	糖尿病性網膜症	
13	糖尿病性腎症	
14	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
15	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	
16	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
17	脳血管性認知症	
18	アルツハイマー型認知症	
19	高血圧(本態性(原発性)高血圧症、高血圧症性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性高血圧症)	
20	狭心症	
21	急性心筋梗塞	
22	その他の心疾患	
23	くも膜下出血	
24	脳内出血	
25	脳梗塞	
26	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	
27	肝硬変	
28	大腿骨の骨折、その他の四肢の骨折	
29	B型慢性肝炎	
30	C型慢性肝炎	
31		
32		
33		
34	上記以外の全ての傷病	
35	合計	

(注1) 上記傷病が主傷病である外来患者についてのみ記入してください。

(3) 上記(2)のうち、自殺企図による外来患者数について、下表に記入してください。

01	自殺企図による外来患者数	人
----	--------------	---

※この調査票に関する問い合わせ先

ご協力ありがとうございました。

鹿児島県保健医療福祉課  
TEL099-286-2660