

IV 参考

青森県医療機能調査票（病院）

令和5年2月1日現在

（※未記入のこと）

※施設番号	A			
-------	---	--	--	--

1 調査票記入者

(1) 部署			
(2) 職名		(3) 氏名	
(4) 連絡先 TEL		(5) 連絡先 FAX	
(6) メールアドレス			

2 基本事項

(1) 施設名			
(2) 施設の住所	〒		
(3) 許可病床数及び病床利用率 利用率 （「医療法」第7条第2項の規定に基づき届け出をした病床種別毎の病床数を記入してください。 なお、療養病床にあつては保険区分ごとに分けてください。 また、令和4年中における病床利用率を小数点以下第一位まで記入してください。）	病床の種類	許可病床数	病床利用率 (小数点以下第一位)
	1 一般病床	床	%
	2 療養病床(医療保険適用)	床	%
	3 療養病床(介護保険適用)	床	%
	4 精神病床	床	%
	5 結核病床	床	%
	6 感染症病床	床	%
	7 全病床合計	床	%
(4) 専門医等の状況 （各学会又は日本専門医機構認定の専門医等について、該当するものがある場合にはその人数を記載してください。） ※ 一人の方が複数の資格を持つ場合、それぞれに計上してください。	資格の区分	常 勤	
	1 認定内科医・内科専門医（日本内科学会）	人	
	2 総合内科専門医（日本内科学会）	人	
	3 循環器専門医（日本循環器学会）	人	
	4 心臓血管外科専門医（「日本胸部外科学会」「日本血管外科学会」「日本心臓血管外科学会」3学会構成「心臓血管外科専門医認定機構」）	人	
	5 呼吸器専門医（日本呼吸器学会）	人	
	6 消化器病専門医（日本消化器病学会）	人	
	7 消化器外科専門医（日本消化器外科学会）	人	
	8 乳腺専門医（日本乳癌学会）	人	
	9 産婦人科専門医（日本産科婦人科学会）	人	
	10 小児科専門医（日本小児科学会）	人	
	11 小児外科専門医（日本小児外科学会）	人	

(4) 専門医等の状況	資格の区分				常 勤	
<p>(各学会又は日本専門医機構認定の専門医等について、該当するものがある場合にはその人数を記載してください。)</p> <p>※1 一人の方が複数の資格を持つ場合、それぞれに計上してください。</p> <p>※2 専門医について、その他の欄が足りない場合はお手数ですが余白に御記入くださるようお願いいたします。</p>	12 整形外科専門医 (日本整形外科学会)				人	
	13 肝臓専門医 (日本肝臓学会)				人	
	14 糖尿病専門医 (日本糖尿病学会)				人	
	15 外科専門医 (日本外科学会)				人	
	16 皮膚科専門医 (日本皮膚科学会)				人	
	17 脳神経外科専門医 (日本脳神経外科学会)				人	
	18 脳卒中専門医 (日本脳卒中学会)				人	
	19 神経内科専門医 (日本神経学会)				人	
	20 病理専門医 (日本病理学会)				人	
	21 放射線科専門医 (日本放射線学会)				人	
	22 麻酔科専門医 (日本麻酔科学会)				人	
	23 リハビリテーション科専門医 (日本リハビリテーション医学会)				人	
	24 救急科専門医 (日本救急医学会)				人	
	25 感染症専門医 (日本感染症学会)				人	
	26 集中治療専門医 (日本集中治療医学会)				人	
	27 その他 ()				人	
	28 その他 ()				人	
	(5) 平均在院日数	<p>【平均在院日数の算出方法】</p> <p>※療養病床以外の平均在院日数は、 $\text{年間在院患者延数} \div ((\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 1/2)$ で算出。</p> <p>※療養病床の平均在院日数は、 $\text{年間在院患者延数} \div ((\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{年間退院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数}) \times 1/2)$ で算出。</p>				
<p>(病床の種別毎の年間 (R4.1.1～12.31) 在院患者延数、年間新入院患者数、平均在院日数等について記入してください。なお、療養病床については、年間同一医療機関内の他の病床から移された患者及び他の病床へ移された患者数も記入してください。)</p>	年間在院患者延数 (A)	年間新入院患者数 (B)	年間退院患者数 (C)	年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数 (D)	年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数 (E)	平均在院日数 (小数点第2位を四捨五入) (F)
1 一般病床	人	人	人			. 日
2 療養病床 (医療保険適用)	人	人	人	人	人	. 日
3 療養病床 (介護保険適用)	人	人	人	人	人	. 日
4 精神病床	人	人	人			. 日
5 結核病床	人	人	人			. 日
6 感染症病床	人	人	人			. 日
7 全病床合計	人	人	人			. 日

<p>(6) 併設施設の状況 (該当するすべての番号に○をつけてください。)</p> <p>※併設とは、同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含みます。）が同一敷地内又は隣接の敷地内で「1」～「14」の施設を運営する場合があります。 「法人が異なっても実質的に同一経営」とは、例えば医療法人の病院と社会福祉法人の介護老人福祉施設を運営している者が同じ場合等をいいます。</p>	1 介護老人保健施設 2 介護老人福祉施設 3 介護医療院 4 訪問看護ステーション 5 訪問介護事業所 6 通所介護事業所 7 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム） 8 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス） 9 サービス付き高齢者向け住宅（サ高住） 10 居宅介護支援事業所 11 地域包括支援センター 12 健診センター 13 医療関係者の養成施設 14 健康増進施設 15 その他（ ）
<p>(7) 受動喫煙防止対策の有無 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	1 敷地内禁煙 2 特定屋外喫煙場所設置 3 その他（ ）

3 がん

<p>(1) がん診療等の実施状況 (該当するすべての番号に○をつけてください。)</p>	1 がんの検診、診断、治療、在宅療養支援のいずれも行っていない。 (→ 3「がん」の質問はこれで終了です。) 2 がん検診（ドック及び精密検査を含む）を行っている。(→ (2)へ進んでください。) 3 がんの診断を行っている。(→ (3)(6)へ進んで下さい。) 4 がんの治療を行っている。(→ (4)(5)へ進んで下さい。) 5 がん患者の在宅診療を行っている。(→ (7)へ進んで下さい。)						
<p>(2) がん検診（ドック及び精密検査を含む） 貴医療施設が実施しているがん検診すべてに○をつけて下さい。</p>							
1	胸部レントゲン	2	喀痰検査	3	腹部超音波検査	4	上部内視鏡検査
5	大腸内視鏡検査	6	便潜血検査	7	乳房視・触診	8	マンモグラフィ
9	乳房超音波検査	10	コルポスコピー	11	細胞診・生検（組織診）	12	CT検査
13	MRI検査	14	PET検査	15	食道・胃透視	16	腫瘍マーカー（部位：肺・胃・大腸・肝・乳・子宮）
17	その他（内容： ）						

(3) がんの診断

貴医療施設のがん診断機能について、該当するものに○をつけて下さい。また、診断機能「有」の場合は、「診断の種類」のうち、実施可能なもの全てに○をつけて下さい。なお、「画像診断」の「その他」に該当する場合は、() 内にその内容を記載して下さい。

	1 肺がんの診断機能	2 胃がんの診断機能	3 大腸がんの診断機能	4 肝がんの診断機能	5 乳がんの診断機能	6 子宮がんの診断機能	
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	
	1 内視鏡 2 生検 3 細胞診 4 腫瘍マーカー 5 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 6 病理診断	1 内視鏡 2 生検 3 腫瘍マーカー 4 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 5 病理診断	1 内視鏡 2 生検 3 腫瘍マーカー 4 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 5 病理診断	1 生検 2 腫瘍マーカー 3 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ 血管造影 カ その他 () 4 病理診断	1 生検 2 細胞診 3 腫瘍マーカー 4 マンモグラフィ 5 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ マンモトーム キ その他 () 6 病理診断	1 内視鏡 2 生検 3 腫瘍マーカー 4 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 5 病理診断	

(4) がんの標準的治療

貴医療施設でのがんの部位・種別ごとの治療機能について、診療ガイドラインに即した治療が実施可能な場合は「有」に、そうでない場合は「無」に○をつけてください。

また、治療機能「有」とした場合は、令和4年1月1日～12月31日までの新患者数を記載し、「機能内容」の該当するもの全てに○をつけてください。

1 肺がんの治療機能	有 (4年中的新患者名) ・ 無
機能内容 (右欄の該当する番号に○をつけてください。)	1 手術(開胸)が実施可能 2 手術(胸腔鏡)が実施可能 3 化学療法が実施可能 4 分子標的治療が実施可能 5 放射線療法(体幹部定位放射線治療)が実施可能 6 放射線療法(その他)が実施可能
2 胃がんの治療機能	有 (4年中的新患者名) ・ 無
機能内容 (右欄の該当する番号に○をつけてください。)	1 内視鏡的粘膜切除術(EMR)が実施可能 2 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が実施可能 3 手術(開腹)が実施可能 4 手術(腹腔鏡)が実施可能 5 化学療法が実施可能 6 分子標的治療が実施可能 7 放射線療法が実施可能

3 大腸がんの治療機能		有	(4年中の新患	名)	・	無
機能内容 (右欄の該当する番号に○をつけてください。)	1	内視鏡的粘膜切除術 (EMR) が実施可能				
	2	内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) が実施可能				
	3	手術 (開腹) が実施可能				
	4	手術 (腹腔鏡) が実施可能				
	5	化学療法が実施可能				
	6	分子標的治療が実施可能				
	7	放射線療法が実施可能				
	8	肝・肺転移に対する手術が実施可能				
4 肝がんの治療機能		有	(4年中の新患	名)	・	無
機能内容 (右欄の該当する番号に○をつけてください。)	1	手術 (肝切除) が実施可能				
	2	経皮的エタノール注入療法 (PEIT) が実施可能				
	3	ラジオ波焼灼療法 (RFA) が実施可能				
	4	肝動脈栓塞術 (TAE) が実施可能				
	5	肝動注化学療法 (TAI) が実施可能				
	6	放射線療法が実施可能				
	7	化学療法が実施可能				
	8	肝移植が実施可能				
	9	分子標的治療が実施可能				
5 乳がんの治療機能		有	(4年中の新患	名)	・	無
機能内容 (右欄の該当する番号に○をつけてください。)	1	手術 (切除術) が実施可能				
	2	手術 (乳房再建術) が実施可能				
	3	放射線療法が実施可能				
	4	ホルモン療法が実施可能				
	5	化学療法が実施可能				
	6	分子標的療法が実施可能				
6 子宮がんの治療機能		有	(4年中の新患	名)	・	無
機能内容 (右欄の該当する番号に○をつけてください。)	1	手術が実施可能				
	2	放射線療法 (外照射) が実施可能				
	3	放射線療法 (小線源腔内照射) が実施可能				
	4	ホルモン療法が実施可能				
	5	化学療法が実施可能				
(5) がんの集学的治療						
貴医療施設のがんの集学的治療 (がんに対する手術、化学療法、放射線療法等の様々な治療法を個々の患者さんの病態等に応じて適切に組み合わせることを) 機能についてお答えください。						
がんの集学的治療が実施可能ですか。		答:	はい	・	いいえ	
①次のうち、貴医療施設単独で集学的治療を実施しているものに○をつけてください。	1	肺がん	2	胃がん	3	大腸がん
	6	子宮がん	4	肝がん	5	乳がん
②次のうち、他医療施設との連携により集学的治療を実施しているものに○をつけてください。	1	肺がん	2	胃がん	3	大腸がん
	6	子宮がん	4	肝がん	5	乳がん

(6) 緩和ケア院内体制	
次のうち、貴医療施設に該当する番号一つに○をつけてください。 なお、「1」と「2」を選択した場合、病床数も記入してください。	1 緩和ケア病棟入院料の届出を行っている（緩和ケア病棟の病床数： 床） 2 緩和ケア診療加算の届出を行っている（緩和ケア専用病床数： 床） 3 上記 1、2 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 4 積極的な実施体制を整備していない
※「緩和ケア」とは、終末期だけではなく、治療の初期段階から治療と並行して行われる身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などを言います。緩和ケアは、治療時期や療養場所を問わず、患者の状態に応じて適切に提供されることが大切で、がん患者と同様にその家族も様々な苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対する心のケアも含まれます。	
(7) がんの在宅診療	
次のうち、貴医療施設に該当する番号すべてに○をつけてください。	1 訪問診療を実施している 2 訪問看護を実施している 3 急変時に入院を受入れている 4 診療所又は訪問看護ステーションを支援している 5 積極的な実施体制を整備していない

4 脳卒中

※「脳卒中患者」とは、本調査では、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかを発症した患者を指します。

(1) 受け入れ可能な脳卒中患者の状態 (該当するすべての番号に○をつけてください。)	1 急性期 (→ (2), (3)へ進んで下さい。) 2 回復期 3 維持期 (→ (4)へ進んで下さい。) 4 脳卒中患者の受け入れには積極的には対応していない (→ 4「脳卒中」の質問はこれで終わります。)		
(2) 脳卒中急性期患者に対する検査・治療 (検査・治療の対応可否について、通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれに該当する番号に○をつけてください。)			
区分	通常診療時間帯 (A)	診療時間外 (B)	
①放射線等機器検査 (MRI または CT 等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
②臨床検査 (血液・尿検査等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
③治療 (開頭手術または脳血管手術等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
(3) 実施している脳卒中の治療方法 (令和4年中の治療実績について、実施の有無の番号に○をつけてください。) (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)	脳卒中の種類	治療方法	実施の有無
	(A)くも膜下出血	① 脳血管内手術（コイル塞栓術等）	1 有 2 無
		② 脳動脈瘤被包術，脳動脈瘤クリッピング等	1 有 2 無
	(B)脳出血	③ 脳内血腫除去術	1 有 2 無
	(C)脳梗塞	④ t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法（発症後 4.5 時間以内）	1 有 2 無
		⑤ 血栓回収療法	1 有 2 無
⑥ 開頭手術（減圧術）		1 有 2 無	
(4) 脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況	1 実施している 2 実施していない		

5 急性心筋梗塞

(1) 急性心筋梗塞患者 (積極的な治療が必要な 状態)の受入	1 受け入れる (→ (2), (3)へ進んで下さい。) 2 受け入れない (→ 5「急性心筋梗塞」の質問はこれで終わります。)		
(2) 急性心筋梗塞患者に対 する検査・治療	(検査・治療の対応可否について、通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれに該当する番号に○をつけてください。)		
区分	通常診療時間帯 (A)	診療時間外 (B)	
①放射線等機器検査(心電 図, 胸部X線写真等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
②臨床検査 (血液・尿検査等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
③経皮的冠動脈カテーテル 治療	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
④開胸手術	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
(3) 実施している急性心筋 梗塞の治療方法 (令和4年中の治療の実績につ いて、該当する番号に○をつけ、 ①、②について実績がある場合 には、その年間件数を記入して ください。) (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)	治療方法	実施の有無	年間件数
	① 冠動脈バイパス手術	1 有 2 無	件
	② 冠動脈閉塞に対する経皮的治療 (カテーテルによる治療)	1 有 2 無	件
③ 経静脈的血栓溶解療法	1 有 2 無		

6 糖尿病

(1) 糖尿病診療スタッフの 配置状況 (診療スタッフの常勤者の人数 及び非常勤の有無について記入 してください。 ①と②の双方の資格を有する 者については、①に計上してく ださい。) (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)	区 分	常 勤(A)	非常勤(B)
	①日本糖尿病療養指導士認定機構が認 定する糖尿病療養指導士	人	1 有 2 無
	②特定非営利活動法人青森糖尿病療養 指導研究会及びその他の団体が認定 する糖尿病療養指導士	人	1 有 2 無
	③糖尿病の治療に従事する管理栄養 士・栄養士 (①、②との重複可)	人	1 有 2 無
(2) 実施している糖尿病の 治療方法 (令和4年中に治療の実績があ るものについて、該当するすべ ての番号に○をつけてくださ い。) (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)	1 食事療法・運動療法・生活習慣含む糖尿病教育 2 薬物療法 ① 経口血糖降下薬 ② GLP-1 受容体作動薬 ③ インスリン 3 糖尿病昏睡等急性合併症の治療		
(3) 人工透析を必要とする 糖尿病性腎症、糖尿病性 網膜症等への対応 (令和4年中に治療の実績が あるものについて、該当するす べての番号に○をつけてくださ い。) (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)	1 人工透析を必要とする糖尿病性腎症 2 糖尿病性網膜症 3 糖尿病性足病変 (足の血流の悪化, 皮膚の潰瘍・壊疽)		

(4) 糖尿病教育入院及び糖尿病教室（日帰り）の実施状況 <small>（該当する番号一つに○をつけてください。）</small>	1 教育入院と日帰り教室の両方を実施している 2 教育入院のみを実施している 3 日帰り教室のみを実施している 4 いずれも実施していない					
(5) 教育入院の状況	①教育入院を実施している場合の入院期間 <small>（最も多いものの一つの番号に○をつけてください）</small>	<table border="0"> <tr> <td>1 1週間未満</td> <td>3 2～4週間未満</td> </tr> <tr> <td>2 1～2週間未満</td> <td>4 4週間以上</td> </tr> </table>	1 1週間未満	3 2～4週間未満	2 1～2週間未満	4 4週間以上
1 1週間未満	3 2～4週間未満					
2 1～2週間未満	4 4週間以上					
	②教育入院時の教育プログラム対象者 <small>（教育プログラムについて該当する番号に○をつけてください。）</small>	1 糖尿病と診断されたばかりの対象患者 2 外来にて管理中の血糖コントロール不良の糖尿病患者 3 合併症を発症した糖尿病患者 4 インスリン自己注射導入患者				

7 災害対応

次の各設問について、設備の保有等、該当する番号に○をつけてください。

ライフラインなどの状況	(1)非常用自家発電設備の有無 ※（ ）内は、発電容量（通常診療の何割程度） → 「1,2有」を選択した場合は、次の①,②についても回答してください。	1. 有（6割未満） 2. 有（6割以上） 3. 無
	①燃料の備蓄容量 ※（ ）内は、診療機能を維持するため確保している燃料の容量	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上）
	②浸水想定深以上の場所に設置しているか	1. はい 2. いいえ（浸水対策実施） 3. いいえ（浸水対策未実施）
	(2)受水槽の有無 ※（ ）内は、診療機能を維持するための確保水量	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無
	(3)停電時にも使用可能な地下水利用のための設備の有無（井戸設備を含む）	1. 有（地下水・井戸水の浄化設備有） 2. 有（地下水・井戸水の浄化設備無） 3. 無
	(4)患者用の食料の備蓄の有無	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無
	(5)患者用の飲料水の備蓄の有無	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無
	(6)職員用の食料の備蓄の有無	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無
	(7)職員用の飲料水の備蓄の有無	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無
	(8)医薬品の備蓄の有無	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無
(9)医療用ガスの備蓄の有無	1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無	
BCPの整備状況	(10)BCPの策定 → 「1. 有（BCPを策定している）」を選択した場合は、次の①～③についても回答してください。	1. 有 2. 無
	①BCPの想定災害について、該当する番号に○をつけてください。（複数回答可）	1. 地震 2. 風水害
	②BCPに基づき被災状況を想定した研修の実施	1. 有 2. 無
	③BCPに基づき被災状況を想定した訓練の実施	1. 有 2. 無

整備状況など	(11)衛星電話の有無	1. 有 2. 無
	(12)災害時にも使用できるインターネットの有無	1. 有 2. 無
	(13)県で毎年実施しているEMIS入力訓練への参加	1. 有 2. 無
	(14)EMISの医療機関情報の定期的な更新	1. 有 2. 無
	(15)複数のEMIS操作担当者を指定している	1. 有 2. 無
その他	(16)簡易ベッドの有無	1. 有 2. 無
	(17)毛布の備蓄	1. 有 2. 無
	(18)敷地内にヘリコプターの離発着場の有無	1. 有 2. 無
医療機関の立地状況（浸水対策等の整備状況）	(19)浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）への立地	1. 立地している 2. 立地していない 3. 該当区域が公表されていない
	(20)津波災害警戒区域への立地	1. 立地している 2. 立地していない 3. 該当区域が公表されていない
	→ (19), (20)で「1. 立地している」を選択した場合は、次の①～⑤についても回答してください。	
	①浸水想定深より低い位置に所在する病室	1. 有 2. 無
	②建物への浸水対策	1. 有 2. 無
	③医療用設備への浸水対策	1. 有 2. 無
	④電気設備への浸水対策	1. 有 2. 無
	⑤実施している浸水対策（複数回答可）	a 嵩上げや盛土など b 止水板等の設置 c 土のうの設置 d 医療用設備の高所への移設 e 電気設備の高所へ移設 f 排水ポンプの設置 g 雨水貯留槽の設置 h その他浸水対策（自由記載） ()
	(21)土砂災害警戒区域への立地	1. 立地している 2. 立地していない 3. 該当区域が公表されていない
	→ 「1. 立地している」を選択した場合は、次の①～③についても回答してください。	
	①外壁の補強の有無	1. 有 2. 無
②防護壁設置の有無	1. 有 2. 無	
③その他土砂災害の防止に必要な施設整備	自由記載 ()	

8 在宅医療

※「施設等」とは、本調査では、病院・診療所以外の場所であり、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、その他医療を受ける者が療養生活を営むる場所を指します。

<p>(1) 在宅療養支援病院の届出状況 (届出の状況にあてはまる番号に○をつけるとともに、届出済みの場合はその時期を記入してください。)</p>	<p>1. 届出済み (平成・令和 [] 年 [] 月)</p> <p>2. 届出予定あり</p> <p>3. 届出予定なし</p>			
<p>(2) 往診(注)の対応・実施状況 (該当する番号に一つ○をつけてください。) (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 (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)</p>	<p>1. 実施している (24時間対応) } (3)からの設問に順次回答してください。</p> <p>2. 実施している (診療時間内のみ) }</p> <p>3. 実施していない</p> <p>→(4)からの設問に順次回答してください。</p>			
<p>(3) 往診を行った患者の数 (右欄①～⑥について、令和4年中に往診を行った患者数を記入してください。 (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)</p>	<p>患者数 (①)</p>	<p>人 (うち、看取り人)</p>	<p>③のうち 有料老人ホーム 入居患者数(④)</p>	<p>人</p>
	<p>①のうち 居宅の患者数 (②)</p>	<p>人 (うち、看取り人)</p>	<p>③のうち サ高住入居 患者数 (⑤)</p>	<p>人</p>
	<p>①のうち 施設等 入居の患者数 (③)</p>	<p>人 (うち、看取り人)</p>	<p>③のうち 特別養護老人ホーム 入居患者数(⑥)</p>	<p>人</p>
<p>(4) 訪問診療(注)の対応・実施状況 (該当する番号一つに○をつけてください。) (注) 訪問診療とは、居宅及び施設等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、医学的管理のもとに定期的に訪問して診療を行うこと (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)</p>	<p>1. 実施している →(5)からの設問に順次回答してください。</p> <p>2. 実施していない →(9)からの設問に順次回答してください。</p>			
<p>(5) 訪問診療における医療行為の実施状況 (実績) (訪問診療における医療行為の令和4年中における実施状況について、該当するすべての番号に○をつけてください。) (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)</p>	<p>1 点滴の管理</p> <p>2 中心静脈栄養</p> <p>3 経鼻経管栄養</p> <p>4 経皮経管栄養(胃ろう又は腸ろう)</p> <p>5 気管切開部の処置</p> <p>6 人工肛門の管理</p> <p>7 人工膀胱の管理</p> <p>8 酸素療法</p> <p>9 CAPD (腹膜透析)</p> <p>10 レスピレーター (人工呼吸器) の管理</p> <p>11 疼痛の管理</p> <p>12 モニター測定 (血圧・心拍等)</p> <p>13 じょくそうの管理</p> <p>14 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)</p>			
<p>(6) 訪問診療を行った患者の数 (右欄①～⑥について、R4. 10. 1時点における定期的に訪問診療を行っている患者数(※)を記入してください。)</p>	<p>患者数 (①)</p>	<p>人 (うち、看取り人)</p>	<p>③のうち 有料老人ホーム 入居患者数 (④)</p>	<p>人</p>

(※)R4.10.1 に訪問診療を実施していませんが、定期的に訪問診療を実施している患者であれば対象となります。	①のうち 居宅の患者数 (②)	人 (うち、看取り 人)	③のうち サ高住入居 患者数 (⑤)	人
	①のうち 施設等 入居の患者数 (③)	人 (うち、看取り 人)	③のうち 特別養護老人ホーム 入居患者数 (⑥)	人
(7) 自院から訪問診療先までの距離 ((6)で御回答いただいた居宅及び施設等の患者について、それぞれ最も遠い訪問先までのおおよその道路距離を記入してください。)	居宅・施設等の区分		距離数	
	① 居宅		km	
	② 施設等		km	
(8) 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。)	職 種・有資格者		従事者数	
	1 医師		人	
	2 看護職員		人	
	3 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		人	
	4 薬剤師		人	
(9) 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、その箇所数を記入してください。)	①病院	か所	④保険薬局	か所
	②一般診療所	か所	⑤訪問看護ステーション	か所
	③歯科診療所	か所	⑥施設等(その他)	か所
(10) 訪問看護ステーションへの指示書の交付の状況 (該当する番号一つに○をつけてください。実施している場合は年間の件数をご記入ください。) (対象期間：R4.1.1～12.31)	1 実施している 2 実施していない (件/年間)			
(11) ケアマネジャーとの入退院調整ルールの共有の状況 (例)患者の入院時にケアマネから情報提供書の提供を受ける、患者の退院時にサマリー等の文書により情報提供等	1 実施している 2 実施していない			
(12) 退院時共同指導におけるケアマネジャーの参加(指導)状況 (該当する番号一つに○をつけてください。)	1 すべてのケースに参加 2 ケースによって参加 3 参加なし			
(13) オンライン診療の実施状況 (該当する番号一つに○をつけてください。実施している場合は、年間の件数及び右欄の使用しているシステム等についても記載してください。) (対象期間：R4.1.1～12.31) ※一次医療圏内とは：医療機関が所在する市町村内	1 実施している	件	使用しているシステム等について 1 汎用システム (Line、Skype、Face time 等) 2 オンライン診療システム 3 その他(電話等)	
	うち、 一次医療圏内	件		
	一次医療圏外	件		
	2 実施していない			
(14) 在宅医療に係る業務継続計画(BCP)の策定状況 (該当する番号一つに○をつけてください。策定済み(予定)の場合は、年月についても記載してください。) ※BCP について、詳しくは次の URL を参照 https://healthcare-bcp.com/support-hospital.html	1 策定済み (年 月策定)			
	2 策定予定 (年 月予定)			
	3 策定していない			

9 地域連携パスの運用を行った患者数

(設問ごとに、実施状況についていずれか一つに○をつけるとともに、実施している場合はその延べ患者数を記入してください。)
(対象期間：R4.1.1～12.31)

パスの種類	実施状況	延べ患者数
(1) 脳卒中	1. 実施している 2. 実施していない	人
(2) 大腿骨頸部骨折	1. 実施している 2. 実施していない	人
(3) がん	1. 実施している 2. 実施していない	人
(4) その他	1. 実施している 2. 実施していない	人

10 電子システム関係 (設問ごとに、いずれか一つに○をつけてください。)

(1) 病院のホームページ (SNSを含む) の開設	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中	
(2) 電子カルテの導入	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中	
(3) レセプト電算システムの導入	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中	
(4) オーダリングシステムの導入	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中	
(5) 遠隔医療システム	①遠隔画像診断	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中
	②遠隔病理診断	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中
	③在宅療養支援	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中

11 認知症

(1) 認知症に係る検査・治療の実施状況 (該当する番号一つに○をつけてください。) (①で実施している場合は認知症と診断した件数をご記入ください。) (対象期間：R4.1.1～12.31)	①検査・診断	1. 実施している 2. 実施していない	
	②薬物治療	1. 実施している 2. 実施していない	
	③リハビリテーション	1. 実施している 2. 実施していない	
	④その他	1. 実施している 2. 実施していない	
(2) 認知症患者に関する家族等からの相談対応 (電話による問い合わせも含みます。)		1. 実施している 2. 実施していない	

12 新興感染症発生・まん延時における医療

(1) 院内感染対策マニュアルの策定状況 (該当する番号に○をつけてください。)	1 策定している 2 策定していない
(2) 院内感染対策担当部署 (又は担当者) の設置状況 (該当する番号に○をつけてください。)	1 設置している 2 設置していない

<p>(3) 感染管理看護師の配置状況 (該当する番号に○をつけてください。配置している場合は、人数を御記入ください。)</p>	<p>1 配置している (人) 2 配置していない</p>														
<p>(4) 診療継続計画の策定状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 策定している 2 策定していない</p>														
<p>(5) 院内でクラスターが発生した場合を想定しての訓練実施状況 (該当する番号に○をつけてください。実施している場合は、回数を御記入ください。)</p>	<p>1 実施している (回/年) 2 実施していない</p>														
<p>(6) 医療連携体制の整備状況 (貴院の感染症対策に関して、連携している医療機関等について、その箇所数を御記入ください。)</p>	<table border="1"> <tr> <td>①感染症指定医療機関</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>②帰国者・接触者外来(発熱外来)</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>③上記①②以外の医療機関</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>④保険薬局</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>⑤訪問看護ステーション</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>⑥施設等</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>⑦学校</td> <td>か所</td> </tr> </table>	①感染症指定医療機関	か所	②帰国者・接触者外来(発熱外来)	か所	③上記①②以外の医療機関	か所	④保険薬局	か所	⑤訪問看護ステーション	か所	⑥施設等	か所	⑦学校	か所
①感染症指定医療機関	か所														
②帰国者・接触者外来(発熱外来)	か所														
③上記①②以外の医療機関	か所														
④保険薬局	か所														
⑤訪問看護ステーション	か所														
⑥施設等	か所														
⑦学校	か所														
<p>(7) 今後、新興感染症等が県内で拡大した場合に備え、改正感染症法に基づき、県と医療提供に関する協定を締結する意向 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 意向あり →問(8)へ 2 意向なし →問(9)へ 3 検討中 →問(9)へ</p>														
<p>(8) 改正感染症法に基づく協定により提供できる医療体制 (今後、新興感染症等が県内で拡大し、通常診療を制限してでも病床を確保する必要が生じた場合を想定し、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)なお、病床を御提供いただける場合には、内訳も御記入ください。)</p>	<p>1 入院病床 最大 床 内訳 { ICU・HCU 病床 床 重症者・中等症者病床 床 その他病床 床</p> <p>2 有症状者や濃厚接触者の診療・検査 3 自宅療養者(宿泊療養施設や入所施設での療養者を含む。)の健康観察 4 新興感染症等以外の患者への医療提供 5 新興感染症等患者に対応する医療機関や、施設内療養を行っている社会福祉施設等への医療従事者の応援派遣 6 症状の軽快・回復による転院受入れ 7 その他 ()</p>														
<p>(9) 対応可能な病床隔離の手段 (該当する番号に○をつけ、病床数を御記入ください。)</p>	<p>1 陰圧隔離 (床) 2 個室隔離 (床) 3 コホート隔離 (床)</p>														
<p>(10) 自宅療養となった感染症患者に対するオンライン診療の実施状況 (該当する番号に○をつけてください。実施している場合は、オンライン診療を実施する際に使用しているツールに○をつけてください。)</p>	<p>1 実施している → ①電話 ②Web ツール 2 実施していない</p>														

<p>(11) 自宅療養となった感染症患者に対する往診の実施状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 実施している 2 実施していない</p>
<p>(12) 自宅療養となった感染症患者に対する訪問看護の実施状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 実施している 2 実施していない</p>
<p>(13) 感染症の発生届出の状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 NESID (またはHER-SYS) で入力している 2 紙でFAXしている</p>
<p>(14) 个人防护具等の備蓄状況 (該当する番号に○をつけてください。備蓄がある場合は、保有する品目に○をつけてください。)</p>	<p>1 備蓄あり →備蓄品目に○をつけてください。 ①キャップ ②ゴーグル・フェイスマスク ③医療用マスク ④N95マスク ⑤不織布マスク ⑥ガウン・エプロン ⑦手袋 ⑧シューズカバー ⑨アルコール消毒液 ⑩その他() 2 備蓄なし</p>
<p>(15) 医薬品・医療機器の備蓄(保有)状況 (該当する番号に○をつけてください。備蓄がある場合は、保有する品目に○をつけてください。)</p>	<p>1 備蓄あり →備蓄(保有)品目に○をつけてください。 ①抗原定性検査キット ②人工呼吸器 ③ECMO ④パルスオキシメーター ⑤その他() 2 備蓄なし</p>

青森県医療機能調査票（診療所）

令和5年2月1日現在

（※未記入のこと）

※施設番号	B				
-------	---	--	--	--	--

1 調査票記入者

(1)職名		(2)氏名	
(3)連絡先 TEL		(4)連絡先 FAX	
(5)メールアドレス			

2 基本事項

(1)施設名			
(2)施設の住所	〒		
(3)許可病床数及び病床利用率 <small>（「医療法」第7条第2項の規定に基づき届け出をした病床種別毎の病床数を記入してください。 なお、療養病床にあつては保険区分ごとに分けてください。 また、令和4年中における病床利用率を小数点以下第一位までで記入してください。）</small>	病床の種類	許可病床数	病床利用率 <small>（小数点以下第一位）</small>
	1 一般病床	床	%
	2 療養病床(医療保険適用)	床	%
	3 療養病床(介護保険適用)	床	%
(4)認定医、専門医の状況 <small>（各学会又は日本専門医機構の認定医、専門医の資格がある場合にはその資格名及び認定する学会等と人数を記載してください。）</small> ※ 一人の方が複数の資格を持つ場合、それぞれに1人として計上してください。	資格名及び認定する学会等		常 勤
	①		人
	②		人
	③		人
	④		人
	⑤		人
	⑥		人

<p>(5) 併設施設の状況 (該当するすべての番号に○をつけてください。) ※併設とは、同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含みます。）が同一敷地内又は隣接の敷地内で「1」～「11」の施設を運営する場合をいいます。「法人が異なっても実質的に同一経営」とは、例えば医療法人の診療所と社会福祉法人の介護老人福祉施設を運営している者が同じ場合等をいいます。</p>	<p>1 介護老人保健施設 2 介護老人福祉施設 3 介護医療院 4 訪問看護ステーション 5 訪問介護事業所 6 通所介護事業所 7 認知症対応型共同生活介護事業所 (グループホーム)</p>	<p>8 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス) 9 サービス付き高齢者住宅 (サ高住) 10 居宅介護支援事業所 11 地域包括支援センター 12 その他 ()</p>
<p>(6) 受動喫煙防止対策の有無 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 敷地内禁煙 2 特定屋外喫煙場所設置 3 その他 ()</p>	

3 がん

<p>(1) がん診療等の実施状況 (該当するすべての番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 がんの検診、診断、治療、在宅療養支援のいずれも行っていない。 (→ 3「がん」の質問はこれで終了です。) 2 がん検診（ドック及び精密検査を含む）を含むを行っている。 (→ (2)へ進んでください。) 3 がんの診断を行っている。 (→ (3)へ進んで下さい。) 4 がんの治療を行っている。 (→ (4)(5)へ進んで下さい。) 5 がん患者の在宅診療を行っている。 (→ (6)へ進んで下さい。)</p>				
<p>(2) がん検診（ドック及び精密検査を含む） 貴医療施設が実施しているがん検診すべてに○をつけて下さい。</p>					
1	胸部レントゲン	2	喀痰検査	3	腹部超音波検査
4	上部内視鏡検査	5	大腸内視鏡検査	6	便潜血検査
7	乳房視・触診	8	マンモグラフィ	9	乳房超音波検査
10	乳腺超音波検査	11	細胞診・生検（組織診）	12	C T検査
13	MRI検査	14	PET検査	15	食道・胃透視
16	腫瘍マーカー（部位：肺・胃・大腸・肝・乳・子宮）	17	その他（内容：)		

(3) がんの診断

貴医療施設のがん診断機能について、該当するものに○をつけて下さい。また、診断機能「有」の場合は、「診断の種類」のうち、実施可能なもの全てに○をつけて下さい。なお、「画像診断」の「その他」に該当する場合は、()内にその内容を記載して下さい。

	1 肺がんの診断機能	2 胃がんの診断機能	3 大腸がんの診断機能	4 肝がんの診断機能	5 乳がんの診断機能	6 子宮がんの診断機能
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類	(有の場合) 診断の種類
	1 内視鏡 2 生検 3 細胞診 4 腫瘍マーカー 5 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 6 病理診断	1 内視鏡 2 生検 3 腫瘍マーカー 4 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 5 病理診断	1 内視鏡 2 生検 3 腫瘍マーカー 4 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 5 病理診断	1 生検 2 腫瘍マーカー 3 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ 血管造影 カ その他 () 4 病理診断	1 生検 2 細胞診 3 腫瘍マーカー 4 マンモグラフィ 5 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ マンモトム キ その他 () 6 病理診断	1 内視鏡 2 生検 3 腫瘍マーカー 4 画像診断 ア X線 イ 超音波 ウ CT エ MRI オ PET カ その他 () 5 病理診断

(4) がんの標準的治療

貴医療施設でのがんの部位・種別ごとの治療機能について、診療ガイドラインに即した治療が実施可能な場合は「有」に、そうでない場合は「無」に○をつけてください。

また、治療機能「有」とした場合は、令和4年1月1日～12月31日までの新患者数を記載し、「機能内容」の該当するもの全てに○をつけてください。

1 肺がんの治療機能	有 (令和4年中の新患者数) 名	・	無
機能内容 (右欄の該当する番号に○を付けてください。)	1 手術(開胸)が実施可能		
	2 手術(胸腔鏡)が実施可能		
	3 化学療法が実施可能		
	4 分子標的治療が実施可能		
	5 放射線療法(体幹部定位放射線治療)が実施可能		
	6 放射線療法(その他)が実施可能		
2 胃がんの治療機能	有 (令和4年中の新患者数) 名	・	無
機能内容 (右欄の該当する番号に○を付けてください。)	1 内視鏡的粘膜切除術(EMR)が実施可能		
	2 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が実施可能		
	3 手術(開腹)が実施可能		
	4 手術(腹腔鏡)が実施可能		
	5 化学療法が実施可能		
	6 分子標的治療が実施可能		
	7 放射線療法が実施可能		

3 大腸がんの治療機能		有	(令和4年中の新患	名)	・	無				
機能内容 (右欄の該当する番号に○を付けてください。)	1	内視鏡的粘膜切除術 (EMR) が実施可能								
	2	内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) が実施可能								
	3	手術 (開腹) が実施可能								
	4	手術 (腹腔鏡) が実施可能								
	5	化学療法が実施可能								
	6	分子標的治療が実施可能								
	7	放射線療法が実施可能								
	8	肝・肺転移に対する手術が実施可能								
4 肝がんの治療機能		有	(令和4年中の新患	名)	・	無				
機能内容 (右欄の該当する番号に○を付けてください。)	1	手術 (肝切除) が実施可能								
	2	経皮的エタノール注入療法 (PEIT) が実施可能								
	3	ラジオ波焼灼療法 (RFA) が実施可能								
	4	肝動脈栓塞術 (TAE) が実施可能								
	5	肝動注化学療法 (TAI) が実施可能								
	6	放射線療法が実施可能								
	7	化学療法が実施可能								
	8	肝移植が実施可能								
	9	分子標的治療が実施可能								
5 乳がんの治療機能		有	(令和4年中の新患	名)	・	無				
機能内容 (右欄の該当する番号に○を付けてください。)	1	手術 (切除術) が実施可能								
	2	手術 (乳房再建術) が実施可能								
	3	放射線療法が実施可能								
	4	ホルモン療法が実施可能								
	5	化学療法が実施可能								
	6	分子標的療法が実施可能								
6 子宮がんの治療機能		有	(令和4年中の新患	名)	・	無				
機能内容 (右欄の該当する番号に○を付けてください。)	1	手術が実施可能								
	2	放射線療法 (外照射) が実施可能								
	3	放射線療法 (小線源腔内照射) が実施可能								
	4	ホルモン療法が実施可能								
	5	化学療法が実施可能								
(5) がんの集学的治療										
貴医療施設のがんの集学的治療 (がんに対する手術、化学療法、放射線療法等の様々な治療法を個々の患者さんの病態等に応じて適切に組み合わせで行うこと) 機能についてお答えください。										
がんの集学的治療が実施可能ですか。		答:	はい	・	いいえ					
①次のうち、貴医療施設単独で集学的治療を実施しているものに○をつけてください。	1	肺がん	2	胃がん	3	大腸がん	4	肝がん	5	乳がん
	6	子宮がん								
②次のうち、他医療施設との連携により集学的治療を実施しているものに○をつけてください。	1	肺がん	2	胃がん	3	大腸がん	4	肝がん	5	乳がん
	6	子宮がん								
(6) がんの在宅診療										
次のうち、貴医療施設に該当する番号すべてに○をつけてください。	1	訪問診療を実施している								
	2	訪問看護を実施している								
	3	急変時に入院を受入れている								
	4	診療所又は訪問看護ステーションを支援している								
	5	積極的な実施体制を整備していない								

4 脳卒中

※「脳卒中患者」とは、本調査では、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかを発症した患者を指します。

(1) 受け入れ可能な脳卒中患者の状態 (該当するすべての番号を○で囲んでください。)			
1 急性期 (→ (2), (3)へ進んで下さい。)		2 回復期	
3 維持期 (→ (4)へ進んで下さい。)		4 脳卒中患者の受入れには積極的には対応していない (→ 4「脳卒中」の質問はこれで終わります。)	
(2) 脳卒中急性期患者に対する検査・治療 (検査・治療の対応可否について、通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれに該当する番号に○をつけてください。)			
区分	通常診療時間帯 (A)	診療時間外 (B)	
①放射線等機器検査 (MRI または CT 等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
②臨床検査 (血液・尿検査等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
③治療 (開頭手術または脳血管手術等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
(3) 実施している脳卒中の治療方法 (令和4年中の治療実績について、実施の有無の番号に○をつけてください。) (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)	脳卒中の種類	治療方法	実施の有無
	(A) くも膜下出血	① 脳血管内手術 (コイル塞栓術等)	1 有 2 無
		② 脳動脈瘤被包術, 脳動脈瘤クリッピング等	1 有 2 無
	(B) 脳出血	③ 脳内血腫除去術	1 有 2 無
	(C) 脳梗塞	④ t-PA を用いた経静脈的血栓溶解療法 (発症後 4.5 時間以内)	1 有 2 無
		⑤ 血栓回収療法	1 有 2 無
⑥ 開頭手術 (減圧術)		1 有 2 無	
(4) 脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況			
1 実施している			
2 実施していない			

5 糖尿病

(1) 糖尿病診療スタッフの配置状況 (診療スタッフの常勤者の人数及び非常勤の有無について記入してください。 ①と②の双方の資格を有する者については、①に計上してください。)	区 分	常 勤(A)	非常勤(B)
	①日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士	人	1 有 2 無
	②特定非営利活動法人青森糖尿病療養指導研究会及びその他の団体が認定する糖尿病療養指導士	人	1 有 2 無
③糖尿病の診療に従事する管理栄養士・栄養士 (①、②との重複可)		人	1 有 2 無
(2) 連携医療機関から糖尿病の紹介患者の受入れ実績の状況 (対象期間：R4. 1. 1～12. 31)			
1 受入れ実績がある			
2 受入れ実績はない			

<p>(3)実施している糖尿病の治療方法 <small>(令和4年中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に○をつけてください。)</small> <small>(対象期間：R4.1.1～12.31)</small></p>	<p>1 食事療法・運動療法・生活習慣含む糖尿病教育</p> <p>2 薬物療法</p> <p>① 経口血糖降下薬</p> <p>② GLP-1受容体作動薬</p> <p>③ インスリン</p> <p>3 糖尿病昏睡等急性合併症の治療</p>	
<p>(4)人工透析を必要とする糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等への対応 <small>(令和4年中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に○をつけてください。)</small> <small>(対象期間：R4.1.1～12.31)</small></p>	<p>1 人工透析を必要とする糖尿病性腎症</p> <p>2 糖尿病性網膜症</p> <p>3 糖尿病性足病変（足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽）</p>	
<p>(5)糖尿病教育入院及び糖尿病教室（日帰り）の実施状況 <small>(該当する番号一つに○をつけてください。)</small></p>	<p>1 教育入院と日帰り教室の両方を実施している</p> <p>2 教育入院のみを実施している</p> <p>3 日帰り教室のみを実施している</p> <p>4 いずれも実施していない</p>	
<p>(6)教育入院の状況</p>	<p>①教育入院を実施している場合の入院期間 <small>(最も多いものを○で囲んでください。)</small></p>	<p>1 1週間未満 3 2～4週間未満</p> <p>2 1～2週間未満 4 4週間以上</p>
	<p>②教育入院時の教育プログラム対象者 <small>(教育プログラムについて該当する対象者の番号をすべて○で囲んでください。)</small></p>	<p>1 糖尿病と診断されたばかりの対象患者</p> <p>2 外来にて管理中の血糖コントロール不良の糖尿病患者</p> <p>3 合併症を発症した糖尿病患者</p> <p>4 インスリン自己注射導入患者</p>

6 災害医療

次の各設問について、設備の保有等、該当する番号に○をつけてください。

ライフラインなどの状況	<p>(1)非常用自家発電設備の有無 <small>※（ ）内は、発電容量（通常診療の何割程度）</small> → 「1,2有」を選択した場合は、次の①,②についても回答してください。</p>	<p>1. 有（6割未満） 2. 有（6割以上） 3. 無</p>
	<p>①燃料の備蓄容量 <small>※（ ）内は、診療機能を維持するため確保している燃料の容量</small></p>	<p>1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上）</p>
	<p>②浸水想定深以上の場所に設置しているか</p>	<p>1. はい</p> <p>2. いいえ（浸水対策実施）</p> <p>3. いいえ（浸水対策未実施）</p>
	<p>(2)受水槽の有無 <small>※（ ）内は、診療機能を維持するための確保水量</small></p>	<p>1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無</p>
	<p>(3)停電時にも使用可能な地下水利用のための設備の有無（井戸設備を含む）</p>	<p>1. 有（地下水・井戸水の浄化設備有）</p> <p>2. 有（地下水・井戸水の浄化設備無）</p> <p>3. 無</p>
	<p>(4)患者用の食料の備蓄の有無</p>	<p>1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無</p>
<p>(5)患者用の飲料水の備蓄の有無</p>	<p>1. 有（3日未満） 2. 有（3日以上） 3. 無</p>	

	(6)職員用の食料の備蓄の有無	1. 有 (3日未満) 2. 有 (3日以上) 3. 無
	(7)職員用の飲料水の備蓄の有無	1. 有 (3日未満) 2. 有 (3日以上) 3. 無
	(8)医薬品の備蓄の有無	1. 有 (3日未満) 2. 有 (3日以上) 3. 無
	(9)医療用ガスの備蓄の有無	1. 有 (3日未満) 2. 有 (3日以上) 3. 無
B C P の 整 備 状 況	(10)BCPの策定 → 「1. 有 (BCPを策定している)」を選択した場合は、次の①～③についても回答してください。	1. 有 2. 無
	①BCPの想定災害について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)	1. 地震 2. 風水害
	②BCPに基づき被災状況を想定した研修の実施	1. 有 2. 無
	③BCPに基づき被災状況を想定した訓練の実施	1. 有 2. 無
整 備 状 況 な ど 非 常 用 通 信 設 備 の	(11)衛星電話の有無	1. 有 2. 無
	(12)災害時にも使用できるインターネットの有無	1. 有 2. 無
	(13)県で毎年実施しているEMIS入力訓練への参加	1. 有 2. 無
	(14)EMISの医療機関情報の定期的な更新	1. 有 2. 無
	(15)複数のEMIS操作担当者を指定している	1. 有 2. 無
そ の 他	(16)簡易ベッドの有無	1. 有 2. 無
	(17)毛布の備蓄	1. 有 2. 無
	(18)敷地内にヘリコプターの離発着場の有無	1. 有 2. 無
医 療 機 関 の 立 地 状 況 (浸 水 対 策 等 の 整 備 状 況)	(19)浸水想定区域(洪水・雨水出水・高潮)への立地	1. 立地している 2. 立地していない 3. 該当区域が公表されていない
	(20)津波災害警戒区域への立地 → (19), (20)で「1. 立地している」を選択した場合は、次の①～⑤についても回答してください。	1. 立地している 2. 立地していない 3. 該当区域が公表されていない
	①浸水想定深より低い位置に所在する病室	1. 有 2. 無
	②建物への浸水対策	1. 有 2. 無
	③医療用設備への浸水対策	1. 有 2. 無
	④電気設備への浸水対策	1. 有 2. 無
	⑤実施している浸水対策(複数回答可)	a 嵩上げや盛土など b 止水板等の設置 c 土のうの設置 d 医療用設備の高所への移設 e 電気設備の高所へ移設 f 排水ポンプの設置 g 雨水貯留槽の設置 h その他浸水対策(自由記載) ()
	(21)土砂災害警戒区域への立地	1. 立地している 2. 立地していない 3. 該当区域が公表されていない

(14) 在宅医療に係る業務継続計画（BCP）の策定状況 （該当する番号一つに○をつけてください。 策定済み（予定）の場合は、年月についても記載してください。） ※BCP について詳しくは次の URL を参照 https://healthcare-bcp.com/support-clinic.html	1 策定済み（ 年 月策定） 2 策定予定（ 年 月予定） 3 策定していない
--	---

8 地域連携パスの運用を行った患者数

（設問ごとに、実施状況についていずれか一つに○をつけるとともに、実施している場合はその延べ患者数を記入してください。）
 （対象期間：R4.1.1～12.31）

パスの種類	実施状況	延べ患者数
(1) 脳卒中	1. 実施している 2. 実施していない	人
(2) 大腿骨頸部骨折	1. 実施している 2. 実施していない	人
(3) がん	1. 実施している 2. 実施していない	人
(4) その他	1. 実施している 2. 実施していない	人

9 電子システム等（設問ごとに、いずれか一つを○で囲んでください。）

(1) 診療所のホームページの開設（SNSを含む）	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中
(2) 電子カルテの導入	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中
(3) レセプト電算システムの導入	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中
(4) 電子メールの利用	1. 有	2. 無	3. 導入予定	4. 検討中

10 認知症

(1) 認知症に係る検査・治療の実施状況 （該当する番号一つに○をつけてください。） （①で実施している場合は認知症と診断した件数をご記入ください。） （対象期間：R4.1.1～12.31）	①検査・診断	1. 実施している 2. 実施していない	
	②薬物治療	1. 実施している 2. 実施していない	
	③リハビリテーション	1. 実施している 2. 実施していない	
	④その他	1. 実施している 2. 実施していない	
(2) 認知症患者に関する家族等からの相談対応 （電話による問い合わせも含まれます。）		1. 実施している 2. 実施していない	

1 1 新興感染症発生・まん延時における医療

<p>(1) 院内感染対策マニュアルの策定状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 策定している 2 策定していない</p>														
<p>(2) 院内感染対策担当部署（又は担当者）の設置状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 設置している 2 設置していない</p>														
<p>(3) 感染管理看護師の配置状況 (該当する番号に○をつけてください。配置している場合は、人数を御記入ください。)</p>	<p>1 配置している（ 人） 2 配置していない</p>														
<p>(4) 診療継続計画の策定状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 策定している 2 策定していない</p>														
<p>(5) 院内でクラスターが発生した場合を想定しての訓練実施状況 (該当する番号に○をつけてください。実施している場合は、回数を御記入ください。)</p>	<p>1 実施している（ 回/年） 2 実施していない</p>														
<p>(6) 医療連携体制の整備状況 (貴院の感染症対策に関して、連携している医療機関等について、その箇所数を記入してください。)</p>	<table border="1"> <tr> <td>①感染症指定医療機関</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>②帰国者・接触者外来（発熱外来）</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>③上記①②以外の医療機関</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>④保険薬局</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>⑤訪問看護ステーション</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>⑥施設等</td> <td>か所</td> </tr> <tr> <td>⑦学校</td> <td>か所</td> </tr> </table>	①感染症指定医療機関	か所	②帰国者・接触者外来（発熱外来）	か所	③上記①②以外の医療機関	か所	④保険薬局	か所	⑤訪問看護ステーション	か所	⑥施設等	か所	⑦学校	か所
①感染症指定医療機関	か所														
②帰国者・接触者外来（発熱外来）	か所														
③上記①②以外の医療機関	か所														
④保険薬局	か所														
⑤訪問看護ステーション	か所														
⑥施設等	か所														
⑦学校	か所														
<p>(7) 今後、新興感染症等が県内で拡大した場合に備え、改正感染症法に基づき、県と医療提供に関する協定を締結する意向 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 意向あり →問(8)へ 2 意向なし →問(9)へ 3 検討中 →問(9)へ</p>														
<p>(8) 改正感染症法に基づく協定により提供できる医療体制 (今後、新興感染症等が県内で拡大し、通常医療を制限してでも病床を確保する必要が生じた場合を想定し、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)なお、病床を御提供いただける場合には、内訳も御記入ください。)</p>	<p>1 入院病床 最大 床 内訳 { ICU・HCU 病床 床 重症者・中等症者病床 床 その他病床 床</p> <p>2 有症状者や濃厚接触者の診療・検査 3 自宅療養者（宿泊療養施設や入所施設での療養者を含む。）の健康観察 4 新興感染症等以外の患者への医療提供 5 新興感染症等患者に対応する医療機関や、施設内療養を行っている社会福祉施設等への医療従事者の応援派遣 6 症状の軽快・回復による転院受入れ 7 その他（ ）</p>														

<p>(9) 対応可能な病床隔離の手段 (該当する番号に○をつけ、病床数を御記入ください。)</p>	<p>1 陰圧隔離 (床) 2 個室隔離 (床) 3 コホート隔離 (床)</p>
<p>(10) 自宅療養となった感染症患者に対するオンライン診療の実施状況 (該当する番号に○をつけてください。実施している場合は、オンライン診療を実施する際に使用しているツールに○をつけてください。)</p>	<p>1 実施している →①電話 ②Web ツール 2 実施していない</p>
<p>(11) 自宅療養となった感染症患者に対する往診の実施状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 実施している 2 実施していない</p>
<p>(12) 自宅療養となった感染症患者に対する訪問看護の実施状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 実施している 2 実施していない</p>
<p>(13) 感染症の発生届出の状況 (該当する番号に○をつけてください。)</p>	<p>1 NESID (またはHER-SYS) で入力している 2 紙でFAXしている</p>
<p>(14) 個人防護具等の備蓄状況 (該当する番号に○をつけてください。備蓄がある場合は、保有する品目に○をつけてください。)</p>	<p>1 備蓄あり →備蓄品目に○をつけてください。 ①キャップ ②ゴーグル・フェイスマスク ③医療用マスク ④N95マスク ⑤不織布マスク ⑥ガウン・エプロン ⑦手袋 ⑧シューズカバー ⑨アルコール消毒液 ⑩その他() 2 備蓄なし</p>
<p>(15) 医薬品・医療機器の備蓄(保有)状況 (該当する番号に○をつけてください。備蓄がある場合は、保有する品目に○をつけてください。)</p>	<p>1 備蓄あり →備蓄(保有)品目に○をつけてください。 ①抗原定性検査キット ②人工呼吸器 ③ECMO ④パルスオキシメーター ⑤その他() 2 備蓄なし</p>

青森県医療機能調査票（歯科診療所）

令和5年2月1日現在

（※未記入のこと）

※施設番号	C			
-------	---	--	--	--

1 調査票記入者

(1) 職名		(2) 氏名	
(3) 連絡先 TEL		(4) 連絡先 FAX	
(5) メールアドレス			

2 基本事項

(1) 施設名			
(2) 施設の住所	〒		
(3) 診療取扱い状況 <small>（実施の有無について、該当する番号に○をつけてください）</small>	項 目	実施の有無	
	①一般歯科診療	1 有	2 無
	②矯正歯科診療	1 有	2 無
	③小児歯科診療	1 有	2 無
	④歯科口腔外科診療	1 有	2 無
(4) 専門医の状況 <small>（各学会の専門医等について、該当するものがある場合にはその人数を記載してください。一人の方が複数の資格を持つ場合、それぞれに計上してください。）</small>	資格の区分		常勤
	① 小児歯科専門医（日本小児歯科学会）		人
	② 口腔外科専門医（日本口腔外科学会）		人
	③ 歯周病専門医（日本歯周病学会）		人
	④ 歯科麻酔専門医（日本歯科麻酔学会）		人
	⑤ 歯科放射線専門医（日本歯科放射線学会）		人

3 手術等実施状況

（令和4年中の治療実績について、実施の有無について該当する番号に○をつけてください。） （対象期間：R4.1.1～R4.12.31）	項 目	実施の有無	
	①インプラント治療	1 有	2 無
	②歯周外科手術	1 有	2 無
	③骨折・顎骨手術	1 有	2 無
	④埋伏歯抜歯手術	1 有	2 無
	⑤歯根端切除手術	1 有	2 無
	⑥歯牙移植手術	1 有	2 無

4 夜間・休日の救急患者の受入状況 (夜間、休日の救急患者の受入状況について、「平日(夜間)」、「休日(日中)」、「休日(夜間)」の区分ごとに、その有無について該当する番号に○をつけてください。	「休日」は、土曜日、日曜日及び祝日を指しますが、土曜日など休日のいずれかが通常の診療日に当たっている場合は、その診療日(時間) 以外の状況でお答え下さい。 なお、受入「有」については、患者さんから電話をもらった場合に対応する場合も含めます。			
	区 分		受入の有無	
	①平 日 (夜 間)		1 有 2 無	
	②休 日 (日 中)		1 有 2 無	
③休 日 (夜 間)		1 有 2 無		
5 保健事業実施の状況 (令和4年中の保健事業の実績について、「実施の有無」についてあてはまる番号に○をつけてください。) (対象期間：R4.1.1～R4.12.31)	項 目		実施の有無	
	①歯科健康診査		1 有 2 無	
	②フッ化物歯面塗布		1 有 2 無	
	③フッ化物洗口の指導		1 有 2 無	
④予防填塞(シーラント)		1 有 2 無		
6 在宅歯科診療及び障害児者歯科診療の実施状況 (令和4年中の在宅歯科診療等の「実施の有無」について、あてはまる番号に○をつけてください。 また、実施「有」とした場合は、R4.1.1～R4.12.31までの間に診療した患者数を記入してください。) (対象期間：R4.1.1～R4.12.31)	項 目		実施の有無	患者数
	①在宅歯科診療	①-1 患者宅へ訪問	1 有 2 無	人
		①-2 施設へ訪問	1 有 2 無	人
	②障害児者歯科診療	②-1 自院で診療	1 有 2 無	人
		②-2 患者宅へ訪問	1 有 2 無	人
		②-3 施設へ訪問	1 有 2 無	人
障害児者とは、身体障害、知的障害、精神障害、自閉症等、長期にわたり日常生活または社会生活に制限を受ける者に対する診療です。把握している範囲内で結構です				
7 糖尿病にかかる医科歯科連携の状況	歯周病の治療経過から糖尿病が疑われる患者に対し、医科医療機関の受診を勧めたことがありますか。			
	1 有 2 無			
8 がん等の手術前後の患者に対する口腔ケアにかかる医科歯科連携の状況	病院(医師)と連携して、がん等の手術前後の患者に対する口腔ケアを実施していますか。			
	1 有 2 無			
9 歯科設備等 (項目ごとに、該当する設備についてあてはまる番号に○をつけてください)	項 目		設備の有無	
	① パノラマX線装置		1 有 2 無	
	② デジタルX線装置		1 有 2 無	
	③ 下顎運動解析装置		1 有 2 無	
	④ マイオモニター・筋電図等治療設備		1 有 2 無	
	⑤ レーザー治療設備		1 有 2 無	
	⑥ 往診用タービン等設備		1 有 2 無	
	⑦ 吸入鎮静法に係る設備		1 有 2 無	
	⑧ 静脈鎮静法に係る設備		1 有 2 無	
	⑨ 全身麻酔に係る設備		1 有 2 無	
⑩ CT装置		1 有 2 無		
10 電子システムの整備状況	項 目		整備状況	
	① ホームページ(SNSを含む)の開設		1 有 2 無 3 検討中	
	② レセプト電算システムの導入		1 有 2 無 3 検討中	