

※可能なものに○をつけ、2010年1月～2010年12月までの実績の件数を記載して下さい。

1. 診断

- 以下の種類の診断を施行しているか
 - 通常内視鏡検査 可 (件)
 - 拡大内視鏡検査 可 (件)
 - NBI 可 (件)

2. 内視鏡療法

- 以下の種類の内視鏡治療を施行しているか
 - ◇ Polypectomy 可 (件)
 - ◇ EMR 可 (件)
 - ◇ ESD 可 (件)

3. 手術療法

- 手術療法は施行しているか Y ・ N
 - 大腸癌治療ガイドラインに則った治療であるか
 - 切除範囲 Y ・ N
 - 郭清範囲 Y ・ N
- 施行術式
 - 開腹
 - ◇ 結腸切除術 可 (件)
 - ◇ 高位前方切除術 可 (件)
 - ◇ 低位前方切除術 可 (件)
 - ◇ 超低位前方切除術 可 (件)
 - ◇ 内括約筋切除術 可 (件)
 - ◇ 腹会陰式直腸切断術 可 (件)
 - ◇ 大腸全摘術 可 (件)
 - ◆ 回腸囊肛門管吻合術 可 (件)
 - ◆ 回腸囊肛門吻合術 可 (件)
 - ◇ 経肛門的直腸腫瘍切除術 可 (件)
 - 内視鏡下手術
 - ◇ 結腸切除術 可 (件)
 - ◆ 上行結腸 可 (件)
 - ◆ 横行結腸 可 (件)
 - ◆ 下行結腸 可 (件)
 - ◆ S状結腸 可 (件)
 - ◇ 高位前方切除術 可 (件)
 - ◇ 低位前方切除術 可 (件)
 - ◇ 超低位前方切除術 可 (件)
 - ◇ 内括約筋切除術 可 (件)
 - ◇ 腹会陰式直腸切断術 可 (件)

- ◇ 大腸全摘術 可 (件)
- ◆ 回腸囊肛門管吻合術 可 (件)
- ◆ 回腸囊肛門吻合術 可 (件)
- 手術成績
- ◇ 5年生存率を算定しているか Y ・ N
- ◇ 5年生存率を公表しているか Y ・ N
- ◇ 地域連携パスを導入しているか Y ・ N

4. 化学療法

- 化学療法を施行しているか。 Y ・ N
- 対応できる化学療法
- 経口化学療法
 - ◇ UFT 可 (件)
 - ◇ UFT/UZEL 可 (件)
 - ◇ XELODA 可 (件)
 - ◇ S1 可 (件)
- 静注化学療法
 - ◇ RPMI 可 (件)
 - ◇ (s)LV5FU2 可 (件)
 - ◇ FOLFOX 可 (件)
 - ◇ FOLFIRI 可 (件)
- 経口＋静注化学療法
 - ◇ IRIS 可 (件)
 - ◇ XELOX 可 (件)
 - ◇ XELIRI 可 (件)
 - ◇ SOX 可 (件)
- 分子標的薬
 - ◇ Bevacizumab 可 (件)
 - ◇ Cetuximab 可 (件)
 - ◇ Panitumumab 可 (件)
- 外来化学療法を施行しているか Y ・ N
- 独立した外来化学療法室はあるか Y ・ N
- 外来化学療法室の専任看護師はいるか Y ・ N
- 化学療法認定看護師はいるか Y ・ N

《放射線療法》

- 放射線療法を施行しているか Y ・ N
- 対応している放射線療法
 - ◇ 通常放射線療法 可 (件)
 - ◇ IMRT 可 (件)
- 放射線化学療法は施行しているか Y ・ N
- 放射線治療に併用しているレジメンに○をつける
 - ☆5FU ☆UFT ☆UFT/UZEL ☆ZELODA ☆S1 ☆IRIS
 - ☆FOLFOX ☆FOLFIRI ☆その他

沖縄県医療機能調査

病院票

沖縄県医療機能調査は、平成18年6月に改正された医療法第30条の4に基づく医療計画の策定（見直し・策定を含む）のために実施するものであります。

本県においては、平成元年に「沖縄県保健医療計画」を策定し、5年ごとに見直し・策定を行ってきたところでありますが、今回の見直し・策定は、医療制度改革を踏まえ、平成20年度に行うこととしており、患者への適切な医療情報の提供と入院から在宅医療に至る切れ目のない医療提供体制を構築することとしております。

同計画の見直し・策定を行うためには、県内の医療機能実態を正確に把握する必要があります。

つきましては、調査の対象となる皆様にはお手数のことと存じますが、本調査の趣旨を御理解頂き、別添調査票に御記入の上、平成19年2月28日（水）までに同封の返信用封筒にて沖縄県医師会あて御返送下さいませようお願い致します。

なお、本調査に対する回答は、医療法第6条の3に基づく医療情報の公表義務化に係る事項については医療計画の中で公表させて頂きたいと考えております。（医療情報の公表事項については、現在、国において検討が進められており、県における公表については、同検討結果を踏まえて対応することとしております。）

各医療施設管理者 殿

沖縄県福祉保健部長

問い合わせ先

沖縄県 福祉保健部 医務・国保課 医療対策班

担当 大神

TEL 098 (866) 2169 FAX 098 (866) 2714

沖縄県医師会 業務課

担当 渡嘉敷

TEL 098 (877) 0666 FAX 098 (877) 0629

目次

1	概要・属性	3
2	がんの診療	9
3	脳卒中の診療	13
4	急性心筋梗塞の診療	16
5	糖尿病の診療	19
6	周産期医療	21
7	小児医療(小児救急を含む)	24
8	救急医療	26
9	在宅医療・訪問看護への取組	29
10	リハビリテーション医療	31
11	緩和ケア	33
12	うつ対策	35
13	その他	36
14	入院患者住所地別人数	38

「がん」とは、本調査では、肉腫も含め悪性腫瘍全般を指します。

2 がんの診療

Q9. 貴院におけるがん患者の診療について該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

- | | |
|--|-------------|
| 01 がんの確定診断および治療に対応している | →Q10へ |
| 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 | →3 脳卒中 Q23へ |
| 03 積極的に診断・治療には対応していない、又は対応していない | →3 脳卒中 Q23へ |

Q10. 貴院におけるがん診療に従事する医師数をご記入下さい。(貴院のがん診療の基本体制としてお答え下さい)

01 専任医師	人	02 他の診療との兼任医師	人
---------	---	---------------	---

Q11. 貴院にはがん専用の病床はありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。病床がある場合は病床数をご記入下さい。

- | |
|-----------------------------------|
| 01 専用の病床がある () 床) |
| 02 専用の病床はないが、病床全体の中で入院患者を受け入れている。 |

Q12. 下記のがんの部位別治療方法すべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A、B、Cの中から選んで○をお付け下さい。また、実施している場合は、実施件数(平成18年1月1日～12月31日の1年間の実績)をご記入下さい。

- A 当院の設備・常勤スタッフで実施している。
 B 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)。
 C 当院では実施していない。

部位別がん	治療方法	実施状況			実施件数
		A	B	C	
01 脳腫瘍	01-01 手術療法	A	B	C	件
	うち経耳的聴神経腫瘍摘出術	A	B	C	件
	うち経鼻的下垂体腫瘍摘出術	A	B	C	件
	01-02 化学療法	A	B	C	件
	01-03 放射線療法	A	B	C	件
02 咽頭がん	02-01 手術療法	A	B	C	件
	02-02 化学療法	A	B	C	件
	02-03 放射線療法	A	B	C	件
03 舌がん	03-01 手術療法	A	B	C	件
	03-02 化学療法	A	B	C	件
	03-03 放射線療法	A	B	C	件
04 喉頭がん	04-01 手術療法	A	B	C	件
	04-02 化学療法	A	B	C	件
	04-03 放射線療法	A	B	C	件
05 甲状腺がん	05-01 手術療法	A	B	C	件
	05-02 化学療法	A	B	C	件
	05-03 放射線療法	A	B	C	件
06 乳がん	06-01 手術療法	A	B	C	件
	うち乳癌冷凍凝固摘出術	A	B	C	件
	06-02 乳房再建術	A	B	C	件
	06-03 化学療法	A	B	C	件
	06-04 放射線療法	A	B	C	件

07 肺がん	07-01 手術療法	A	B	C	件
	うち胸腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	件
	07-02 化学療法	A	B	C	
	07-03 放射線療法	A	B	C	
08 食道がん	08-01 手術療法	A	B	C	件
	うち早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	A	B	C	件
	08-02 表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	A	B	C	
	08-03 化学療法	A	B	C	
	08-04 放射線療法	A	B	C	
09 胃がん	09-01 手術療法	A	B	C	件
	うち内視鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	件
	うち腹腔鏡による胃切除及び全摘術	A	B	C	件
	09-02 表在性早期胃癌光線力学療法	A	B	C	
	09-03 化学療法	A	B	C	
	09-04 放射線療法	A	B	C	
10 胆のうがん 胆管がん	10-01 手術療法	A	B	C	件
	うち腹腔鏡による胆のう摘出術	A	B	C	件
	10-02 化学療法	A	B	C	
	10-03 放射線療法	A	B	C	
11 肝がん	11-01 手術療法	A	B	C	件
	11-02 エタノールの局所注入	A	B	C	
	11-03 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法	A	B	C	
	11-04 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	A	B	C	
	11-05 肝動脈塞栓術	A	B	C	
	11-06 化学療法	A	B	C	
	11-07 放射線療法	A	B	C	
12 膵臓がん	12-01 手術療法	A	B	C	件
	12-02 化学療法	A	B	C	
	12-03 放射線療法	A	B	C	
13 大腸がん	13-01 手術療法	A	B	C	件
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	件
	うち内視鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	件
	13-02 化学療法	A	B	C	
	13-03 放射線療法	A	B	C	
14 腎がん	14-01 手術療法	A	B	C	件
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	件
	14-02 化学療法	A	B	C	
	14-03 放射線療法	A	B	C	
15 膀胱がん	15-01 手術療法	A	B	C	件
	うち経尿道的切除術	A	B	C	件
	15-02 化学療法	A	B	C	
	15-03 放射線療法	A	B	C	
16 前立腺がん	16-01 手術療法	A	B	C	件
	うち腹腔鏡による悪性腫瘍切除術	A	B	C	件
	16-02 化学療法	A	B	C	
	16-03 放射線療法	A	B	C	

Q20. 貴院ではがんに関する**地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）**していますか。該当する選択肢の番号**1つ**に○をお付け下さい。導入済み、導入予定の場合は、その年月をご記入下さい。

- | | |
|-------------------|-------|
| 01 導入済み（平成 年 月から） | →Q21へ |
| 02 導入予定（平成 年 月） | →Q22へ |
| 03 導入を検討中 | →Q22へ |
| 04 導入予定なし | →Q22へ |

※地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。

ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の医療機関の場合も含めます。

Q21. 貴院の**地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数**（平成19年2月15日現在）をご記入下さい。

01 病院	か所	02 診療所	か所
-------	----	--------	----

Q22. がん診療において、地域連携クリティカルパスも含め**貴院と連携を行っている医療機関**はありますか。ある場合は**主な医療機関名**（病院、診療所ともに3か所まで）を記入し、その**連携の内容**について該当する選択肢の記号**1つ**を下記から選んでご記入下さい。

病院名	連携の内容（記号）	診療所名	連携の内容（記号）
01		04	
02		05	
03		06	

連携の内容

ア 主に高度医療を必要とする患者を紹介している

イ 主に症状が回復した患者を紹介している

ウ 空き病床がない場合に相互に連携している

エ その他（)

「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。

3 脳卒中の診療

Q23. 下記の脳卒中患者の状態のうち、貴院で受入れ可能なものの選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。

- 01 急性期（脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態） →Q24～30、Q34～36に回答
- 02 回復期（脳卒中急性期を脱した患者で、リハビリテーションにより一定の機能回復が可能な状態。発症後60日以内を目安に180日まで）
→Q24～26、Q31～32、Q34～36に回答
- 03 維持期（脳卒中急性期、回復期を経た患者で、機能の維持・向上が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり）
→Q24～26、Q33～36に回答
- 04 脳卒中患者の受入れには積極的には対応していない、又は対応していない →4 急性心筋梗塞 Q37へ

Q24. 貴院における脳卒中診療に従事する医師数をご記入下さい。（貴院の脳卒中診療の基本体制としてお答え下さい）

01 専任医師	人	02 他の診療との兼任医師	人
---------	---	---------------	---

Q25. 貴院における脳卒中の患者数（平成18年1月1日～12月31日の1年間の実績）をご記入下さい。

01 延べ入院患者数	人	02 延べ外来患者数	人
------------	---	------------	---

Q26. 貴院には脳卒中専用の病床がありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。病床がある場合は病床数をご記入下さい。

- 01 専用の病床がある（ 床）
- 02 専用の病床はないが、病床全体の中で入院患者を受け入れている。

Q27. 下記の脳卒中の治療方法すべてについて、貴院の実施状況として該当するものを選択肢 A、B、Cの中から選んで○をお付け下さい。また、実施している場合は、実施件数（平成18年1月1日～12月31日の1年間の実績）をご記入下さい。

脳卒中の種類	治療方法	実施状況			実施件数
		A	B	C	
01 脳出血	01-01 脳内血腫摘出術	A	B	C	件
02 くも膜下出血	02-01 脳血管内手術（コイル塞栓術等）	A	B	C	件
	02-02 脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング	A	B	C	件
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）	A	B	C	件
	03-02 経皮的脳血管形成術（バルーン、ステント等）	A	B	C	件
	03-03 選択的脳血栓・塞栓溶解術（ウロキナーゼ注入等）	A	B	C	件
	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)	A	B	C	件

(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。

Q28. 脳卒中急性期患者に対する、01～03の検査・治療について、該当する選択肢に○をお付け下さい（通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれについてお答え下さい）。

	通常診療時間帯	診療時間外
01 放射線等機器検査 (MRI、CT等)	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 (開頭手術、脳血管手術等)	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

Q29. 貴院における脳卒中急性期患者を受入れる専用病棟等の設置状況として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。選択肢01を選ばれた場合は、病床数を記入の上、付間にもお答え下さい。

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）			
<input type="checkbox"/> 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、該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。 <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td>01-01 届出している</td> <td>01-02 今後届出したい</td> <td>01-03 届出は考えていない</td> </tr> </table>	01-01 届出している	01-02 今後届出したい	01-03 届出は考えていない
01-01 届出している	01-02 今後届出したい	01-03 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入れる病棟を決めている			
03 設置していない			

Q30. 脳卒中中の急性期リハビリテーションの実施状況として、該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 急性期リハビリテーションを実施している
02 急性期医療のみ実施しており、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
03 その他

Q31. 貴院における脳卒中回復期患者の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 入院・外来とも受入れている	02 入院のみ受入れている	03 外来のみ受入れている
------------------	---------------	---------------

〈Q31で、01又は02と回答した病院のみお答え下さい〉

Q32. 貴院には脳卒中患者がリハビリテーション目的で入院できる専用病床がありますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。専用病床がある場合は病床数をご記入下さい。

01 専用の病床がある（病床数： 床）	02 専用の病床としてはない
---------------------	----------------

Q33. 貴院における脳卒中維持期患者の受入れ範囲として該当する選択肢の番号1つに○をお付け下さい。

01 入院・外来とも受入れている	02 入院のみ受入れている	03 外来のみ受入れている
------------------	---------------	---------------

Q34. 貴院では脳卒中の**地域連携クリティカルパスを導入（又は参画）**していますか。該当する選択肢の番号**1**つに○をお付け下さい。導入済み、導入予定の場合は、その年月をご記入下さい。

- | | |
|-------------------|-------|
| 01 導入済み（平成 年 月から） | →Q35へ |
| 02 導入予定（平成 年 月） | →Q36へ |
| 03 導入を検討中 | →Q36へ |
| 04 導入予定なし | →Q36へ |

※地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期から回復病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいいます。

ここでは、地域連携クリティカルパスを用いた連携先が同一法人の医療機関の場合も含めます。

Q35. 貴院の**地域連携クリティカルパスに参加している医療機関数**（平成19年2月15日現在）をご記入下さい。

01 病院	か所	02 診療所	か所
-------	----	--------	----

Q36. 脳卒中診療において、地域連携クリティカルパスも含め**貴院と連携を行っている医療機関**はありますか。ある場合は**主な医療機関名**（病院、診療所ともに3か所まで）を記入し、その**連携の内容**について該当する選択肢の記号**1**つを下記から選んでご記入下さい。

病院名	連携の内容（記号）	診療所名	連携の内容（記号）
01		04	
02		05	
03		06	

連携の内容

- ア 主に高度医療を必要とする患者を紹介している
- イ 主に症状が回復した患者を紹介している
- ウ 空き病床がない場合に相互に連携している
- エ その他（)