

(記載例)

第15号様式（第12条関係）（第1面）（用紙 日本産業規格A4縦長型）

地域医療支援病院の業務に関する報告書

毎年10月5日までに報告する義務があります

令和〇年〇月〇日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所 〇〇市△△ 〇丁目□□□□

氏 名 医療法人 ●●●●●

理事長 〇〇 〇〇

住所に関して神奈川県以外の場合は、都道府県名から記載してください

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

医療法第12条の2第1項の規定により、令和〇〇年度の業務に関して報告します。

名 称	医療法人●●●● △△病院					
所在の場所	〇〇市△△ 〇丁目〇〇 電話 XXX (XXX) XXXX					
病 床 数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	合計
	〇〇床	〇〇床	〇〇床	〇〇床	〇〇床	〇〇〇床
施設 の 構 造 設 備	施設名	設備概要				
	集中治療室	(主な設備) 除細動器X台、人工呼吸器X台、心電図モニターX台、□□□□□X台、□□□□□X台、□□□□□X台、・・・ 病床数 XX床				
	化学検査室	(主な設備) 生化学自動分析装置X台、血液ガス測定装置X台、自動免疫測定装置X台、採血管準備システムX台・・・				
	細菌検査室	(主な設備) 全自動血液培養装置X台、遠心分離機X台・・・				
	病理検査室	(主な設備) 自動包埋装置X台、自動封入装置X台、自動染色装置X台、凍結切片作成装置X台、ミクロトームX台、・・・				
	病理解剖室	(主な設備) 解剖台、無影灯、臓器撮影装置・・・				
	研究室	(主な設備) 電子カルテ端末、医療向けデータ解析用端末・・・				
	講義室	室数 X 室	収容定員 XXX 人			
	図書室	室数 X 室	蔵書数 XX, XXX 冊程度			
	救急用又は患者搬送用自動車	(主な設備) 救急用自動車：保有台数 X台 患者搬送用自動車：保有台数 X台				
医薬品情報管理室	[専用室の場合] 床面積 X.XX㎡ [共用室の場合] 室と共用					

許可・届出済みの正式名称を記載してください

備考 主な設備は、主たる医療機器、研究用機器、教育用機器等を記載してください。
添付書類 地域医療従事者による診療、研究又は研修のための利用（以下「共同利用」という。）に関する規定の写し

(第2面)

紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績

地域医療支援病院紹介率及び地域医療支援病院逆紹介率

地域医療支援病院 紹介率		XX.X%	算定 期間	令和○年4月1日～令和○年3月31日
地域医療支援病院 逆紹介率		XX.X%		
算出 根拠	A：紹介患者の数			XX, XXX人
	B：初診患者の数			XX, XXX人
	C：逆紹介患者の数			XX, XXX人

- 備考 1 「地域医療支援病院紹介率」欄は、AをBで除した数に100を乗じて、小数点以下第1位まで記載してください。
- 2 「地域医療支援病院逆紹介率」欄は、CをBで除した数に100を乗じて、小数点以下第1位まで記載してください。

※表計算ソフト等で小数点以下第1位として計算すると四捨五入される場合がありますので注意願います。
切り捨てです。

(第3面)

救急医療の提供の実績

1 重症救急患者の受入れに対応できる医療従事者の確保状況

番号	職種	氏 名	勤務の態様		勤務時間	備考
1	医師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	XX時間XX分	
2	医師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	XX時間XX分	
		～	常勤 非常勤	専従 非専従		
X	医師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	X時間XX分	
		～	常勤 非常勤	専従 非専従		
X	看護師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	XX時間XX分	
		～	常勤 非常勤	専従 非専従		
X	看護師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	XX時間XX分	
		～	常勤 非常勤	専従 非専従		
X	看護師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	XX時間XX分	
		～	常勤 非常勤	専従 非専従		
X	臨床検査技師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	XX時間XX分	
		～	常勤 非常勤	専従 非専従		
X	薬剤師	〇〇 〇〇	常勤 非常勤	専従 非専従	XX時間XX分	

2 重症救急患者のための病床の確保状況

優先的に使用できる病床		XX床	
専用病床		XX床	

備考 一般病床以外の病床を含む場合は、病床の種別ごとに記載してください。

(第4面)

3 重症救急患者に必要な検査、治療を行うために必要な診療施設の概要

施設名	床面積	設備概要	24時間使用の可否
救急部門	XXX. XXm ²	(主な設備) X床。人工呼吸器X台、心電図モニターX台、心電計X台	可
MR I 室	XX. XXm ²	(主な設備) MR I 装置(**** : X台)	可
CT室	XX. XXm ²	(主な設備) CT装置(**** *) X台	可
血管撮影室	XXX. XXm ²	(主な設備) 血管X線撮影装置X台	可
X-TV室	XX. XXm ²	(主な設備) X線TVシステム○台	可

申請年度を含んでいること

4 重症救急患者の受入体制の確保

救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）第1条の規定により認定された救急病院（現在の認定期間令和○年○月○日～令和△年△月△日（令和□年□月□日付医第XXX号））

備考 特定の診療科において、重症救急患者の受入体制を確保する場合には、その旨を記載してください。

既に、救急病院等を定める省令に基づき知事の救急病院の認定を受けている病院、救急医療対策事業実施要綱に基づき救急医療を実施している病院にあつては、その旨を記載してください。

5 救急医療の提供の実績

救急用又は患者搬送自動車により搬入した救急患者の数	X, XXX人 (X, XXX人)
上記以外の救急患者の数	X, XXX人 (X, XXX人)
合 計	X, XXX人 (X, XXX人)

備考 括弧内には、それぞれの患者数のうち入院を要した患者数を記載してください。

6 救急用又は患者搬送用自動車

救急用又は患者搬送用自動車	X 台
---------------	-----

(第5面)
共同利用の実績

1 共同利用の実績

1. 共同利用を行った医療機関延べ数 XXX件
 [内訳] ○○○○○○○○ XX件 ○○○○○○○○ XX件
2. 共同利用に係る病床利用 実績無し or XX件

備考 共同利用を行った医療機関の延べ数、これらの医療機関のうち開設者と直接関係のない医療機関の延べ数、共同利用に係る病床の病床利用率を記載してください。

2 共同利用の範囲等

- ・共同利用のための専用病床
- ・高額医療機器等
(CT、MRI、脳波計、DEXA、マンモグラフィー、・・・)
- ・図書室、講習室、研究室、会議室 etc

常時共同利用可能な病床数

X 床

備考 当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具のうち、共同利用の対象とするものを記載してください。

3 共同利用の体制

- (1) 共同利用に関する規定の有無 ☒ 有 ☐ 無
- (2) 利用医師等登録制度の担当者 氏名: ○○ ○○
職 種: 事務職・看護師

共同利用の規定を添付する

4 登録医療機関の名簿

医療機関名	開設者名	住 所	主たる診療科名	地域医療支援病院開設者との経営上の関係
		(例) 別紙のとおり		

既存のリストを使用する場合、項目名に注意。
『開設者名』なので個人・法人がある。

経営上の関係
『ある』or『ない』がわかるように

備考 当該病院と同一の2次医療圏に所在する医療機関のみ記載してください。

(第6面)

地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績

1 研修の内容

(例) 別紙のとおり

- ① 開催日
② 研修内容・講師氏名
③ 二次医療圏を対象として、「地域のクリニックの医療従事者」と「その他」の参加者数
がわかること。
紙面配布の場合も開催時期、おおよその配布先を記載願います。

2 研修の実績

年間 12 回以上

(1) 地域の医療従事者への実施回数	XX 回
(2) (1) の合計研修者数	XXX 人

備考 1 研修には、当該病院以外の地域の医療従事者が含まれるものを記載してください。
2 (2) には、研修者の実数を記載してください。

3 研修の体制

- (1) 研修プログラムの有無 有・無
(2) 研修委員会設置の有無 有・無
(3) 研修指導者

研修プログラム要綱や研修委員会設置要綱を添付する

「地域のクリニックの医療従事者数」の参加人数

研修指導者氏名	職種	診療科	役職等	臨床経験年数	特記事項
〇〇 〇〇	医師	〇科	副院長	XX 年	教育責任者
〇〇 〇〇	医師	〇科	院長補佐	XX 年	
〇〇 〇〇	医師	〇科	部長	XX 年	
〇〇 〇〇	医師	〇科	部長	XX 年	
〇〇 〇〇	医師	〇科	部長	XX 年	
〇〇 〇〇	看護師	〇科	看護師長	XX 年	
〇〇 〇〇	看護師	〇科	看護師長	XX 年	
〇〇 〇〇	技師	〇科	技師長	XX 年	

備考 教育責任者については、特記事項欄にその旨を記載してください。

(第7面)

4 研修実施のための施設及び設備の概要

施設名	床面積	設備概要
講習室	X X X . X X m ²	(主な設備) プロジェクター・スクリーン
大会議室	X X . X X m ²	(主な設備) 机・椅子
中会議室	X X . X X m ²	(主な設備) 机・椅子
	m ²	(主な設備)
	m ²	(主な設備)

(第8面)

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の体系的な管理方法

管理責任者氏名	<役職> ○○ ○○
管理担当者氏名	<役職> ○○ ○○

諸 記 録		保管場所	分 類 方 法
診療に関する諸記録 病院日誌、各科診療日誌、処方箋、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約		○○情報課	[△△△]表計算ソフト等で管理 [□□□]患者ID毎に分類し電子カルテで管理
病院の管理及び運営に関する諸記録	共同利用の実績	地域連携課	○○
	救急医療の提供の実績	医事課	○○で管理
	地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績	○○課	○○で管理
	閲覧実績	地域連携課	○○で管理
	紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績の数を明らかにする帳簿	地域連携課	○○で管理

備考 「診療に関する諸記録」欄には、個々の記録について記入する必要はなく、全体としての管理方法の概略を記載してください。

(第9面)

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法及び閲覧の実績

閲覧責任者氏名	<役職> ○○ ○○
閲覧担当者氏名	<役職> ○○ ○○ <役職> ○○ ○○
閲覧の求めに応じる場所	○○○○課
閲覧の手続の概要	
どのような組織を通り、申請から認可、 実際の閲覧等がどのような手順で進むか を具体的に記述願います。 ・連携医療機関登録制度により連携登録されている医療機関の医師および歯科医師が閲覧の請求をする場合は、所定の「閲覧申請書」により申請する ・・・・・・・・ etc	

総閲覧件数		XX 件
閲覧者別	医師	XX 件
	歯科医師	XX 件
	地方公共団体	XX 件
	その他	XX 件

(第10面)

医療法施行規則第9条の19第1項第1号に規定する委員会の開催の実績

四半期ごとに
4回以上

委員会の開催回数	4 回	
委員会における議論の概要		
◆令和〇年〇月〇日開催 議題（1）委員の交代について （2）・・・・・・・・について （3）令和〇年度地域医療研修会開催予定について ◆令和△年△月△日開催 議題（1）・・・・・・・・ （2）・・・・・・・・ ◆令和□年□月□日 郵送報告・意見回収□月□日 議題（1）・・・・・・・・ （2）・・・・・・・・ （3）回答・展開 ◆令和×年×月×日開催 議題（1）・・・・・・・・ （2）・・・・・・・・ （3）・・・・・・・・ （4）地域医療研修会実績報告		

(第11面)
患者相談の実績

患者相談を行う場所	相談窓口・相談室・その他（病棟等）
主として患者相談を行つた者 (複数記載可)	入退院支援看護師〇名・社会福祉士〇名・ 医療ソーシャルワーカー〇名・ 事務員〇名・臨床心理士〇名
患者相談件数	XX, XXX 件
患者相談の概要	
【相談内容】 (1) ○○○○○○○○○○○○○○○○○ 件数内訳 ×件 (2) ○○○○○○○○○○○○○○○○○ 件数内訳 ×件 (3) ○○○○○○○○○○○○○○○○○ 件数内訳 ×件 【分類】 【対策等】	

備考 患者相談の概要については、相談内容を適切に分類し記載するとともに、相談に基づき講じた対策等があれば併せて記載してください。また、個人が特定されないよう配慮してください。