

## 提供可能な医療に関するアンケート調査

### I 基本情報

ご自身の年齢、性別、卒業大学名、医師としての勤務年数、現在の勤務医療機関名、専門科等についてお答え下さい。

年齢	歳	性別	1.男 2.女
卒業大学名	医師としての勤務年数		年
現在の勤務医療機関名			
ご専門もしくは主たる標榜科(いずれか1つ)			
1.循環器内科 2.消化器内科 3.呼吸器内科 4.神経内科 5.腎臓内科 6.血液内科 7.内分泌代謝科 8.アレルギー・リウマチ科 9.感染症科 10.一般内科 11.心臓血管外科 12.消化器・一般外科 13.呼吸器外科 14.形成外科 15.脳神経外科 16.腎臓外科 17.放射線科 18.精神科 19.皮膚科 20.整形外科 21.産科・婦人科 22.泌尿器科 23.耳鼻咽喉科 24.眼科 25.麻酔科 26.救命救急科 27.小児科 28.その他			
ご自身について最も当てはまると思われるもの			
1.専門医 2.どちらかといえば、専門医 3.どちらかといえば、総合医 4.総合医			

### II アンケート

次ページ以降、左列に臨床で遭遇する症候・疾患等が列記されています。ご自身の診療レベルに応じてそれぞれ、対応する0～3の□いずれか一つに✓をつけて下さい。訂正する場合は二重線を引いてください。

各レベルの意味は以下の通りです。

レベル0 (不可)：通常、自分の診療範囲ではないなどの理由により診療を控える疾患・症候等

レベル1 (診察)：通常、診察を行うことは出来る疾患・症候等 (救急対応の項については適切な初期対応も可能な場合に選択して下さい)

レベル2 (診断)：通常、ある程度確かな診断をすることが出来、初期治療を行うことが出来る、もしくは、適切な医療機関への紹介を行うことが出来るなど、診断に基づくマネージメントを行うことが出来る疾患・症候等

レベル3 (治療)：通常、適切な診断に基づいた適切な治療をご自身で行うことが出来る疾患・症候等 (痛等、複数の治療方法がある疾患の場合、ご自身が全てではなく、いくつかの治療方法しか出来なくとも、状況に応じて適切に他医に紹介する等、より高度なマネージメントが可能な場合も選択して下さい)

※なお、本来は診察、診断、治療などの診療が出来るが、設備に制約がある、もしくは、より専門とする医師がいるなど現在勤務する医療機関の要因で、現在は診療を行っていない場合でも、ご自身の可能な診療レベルとして対応するものをお選び下さい。

疾患・症状	0	1	2	3
正常妊娠、妊娠期間	□	□	□	□
子宮外妊娠<異所性妊娠>	□	□	□	□
認知症	□	□	□	□
アルコール・薬物依存症	□	□	□	□
うつ病、双極性障害<躁うつ病>	□	□	□	□
統合失調症	□	□	□	□
不安障害<パニック障害、社会不安障害>	□	□	□	□
身体表現性障害<心気症、心身症>、ストレス関連障害 [外傷後ストレス障害<PTSD>、急性ストレス障害]	□	□	□	□
睡眠障害	□	□	□	□
睡眠時無呼吸症候群	□	□	□	□
湿疹・皮膚炎、接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎	□	□	□	□
尋常性乾癬	□	□	□	□
ウィルス性感染症<麻疹、風疹、水痘、ヘルペス>	□	□	□	□
結膜炎、角膜炎	□	□	□	□
白内障	□	□	□	□
緑内障	□	□	□	□
糖尿病・高血圧・動脈硬化による眼底変化	□	□	□	□
急性中耳炎	□	□	□	□
良性発作性頭位眩暈症	□	□	□	□
アレルギー性鼻炎	□	□	□	□
急性・慢性副鼻腔炎	□	□	□	□
上気道炎、扁桃炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	□	□	□	□
気管支喘息<小児喘息を含む>	□	□	□	□
肺炎、胸膜炎	□	□	□	□
慢性閉塞性肺疾患<COPD>	□	□	□	□
肺結核	□	□	□	□
慢性呼吸不全	□	□	□	□
肺腫	□	□	□	□
自覚気胸、緊張性気胸	□	□	□	□
気道閉塞	□	□	□	□
急性呼吸不全、急性呼吸促<窮>迫症候群<ARDS>	□	□	□	□
肺循環障害<肺梗塞、肺塞栓症>	□	□	□	□
肺水腫、うっ血性心不全	□	□	□	□
通換気症候群	□	□	□	□
不整脈	□	□	□	□
先天性心疾患	□	□	□	□
弁膜症<僧帽弁膜症、大動脈弁膜症>	□	□	□	□
急性心筋梗塞、急性冠症候群、狭心症	□	□	□	□
心筋症	□	□	□	□
高血圧症	□	□	□	□
動脈硬化症	□	□	□	□
急性大動脈解離、大動脈瘤破裂	□	□	□	□
閉塞性動脈疾患	□	□	□	□
深部静脈血栓症、下肢静脈瘤	□	□	□	□
胃食道逆流症 [逆流性食道炎<GERD>]	□	□	□	□
胃・食道静脈瘤	□	□	□	□
食道癌	□	□	□	□
胃潰瘍、十二指腸潰瘍<消化性潰瘍>	□	□	□	□
胃癌	□	□	□	□

急性胃腸炎	□	□	□	□
便秘症	□	□	□	□
乳児下痢症	□	□	□	□
急性虫腸炎	□	□	□	□
炎症性腸疾患<潰瘍性大腸炎、Crohn病>	□	□	□	□
機能的消化管障害<機能性ディスペプシア、過敏性腸症候群>	□	□	□	□
大腸癌	□	□	□	□
痔瘻、痔核	□	□	□	□
急性・慢性肝炎、脂肪肝	□	□	□	□
肝硬変、肝不全、肝性脳症	□	□	□	□
肝腫	□	□	□	□
胆石症、胆嚢炎、胆管炎	□	□	□	□
急性・慢性膵炎	□	□	□	□
脾腫	□	□	□	□
腹壁ヘルニア	□	□	□	□
腸閉塞	□	□	□	□
腸重積	□	□	□	□
汎血性腹膜炎	□	□	□	□
鉄欠乏性貧血、二次性貧血	□	□	□	□
急性白血病	□	□	□	□
出血傾向、播種性血管内凝固<DIC>	□	□	□	□
慢性リンパ腫	□	□	□	□
急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群	□	□	□	□
急性腎盂腎炎、尿路感染症	□	□	□	□
慢性腎性腎症	□	□	□	□
急性・慢性腎不全	□	□	□	□
腎腫、膀胱腫	□	□	□	□
尿管結石	□	□	□	□
前立腺肥大症、前立腺腫	□	□	□	□
子宮内膜炎、月経困難症	□	□	□	□
卵巣腫	□	□	□	□
子宮結核	□	□	□	□
子宮頸癌、子宮体癌	□	□	□	□
更年期障害	□	□	□	□
緊張型頭痛、片頭痛	□	□	□	□
脳出血、くも膜下出血、頭蓋内血腫	□	□	□	□
脳梗塞	□	□	□	□
脳卒中後遺症	□	□	□	□
Parkinson病	□	□	□	□
髄膜炎、髄炎、髄症	□	□	□	□
髄性けいれん	□	□	□	□
てんかん	□	□	□	□
脳性麻痺	□	□	□	□
変形性脊椎症、脊髄管狭窄症	□	□	□	□
椎間板ヘルニア	□	□	□	□
肩関節周囲炎	□	□	□	□
変形性関節症	□	□	□	□
関節リウマチ	□	□	□	□
骨折	□	□	□	□
頸部外傷、脊髄損傷	□	□	□	□
甲状腺機能亢進症・低下症	□	□	□	□
糖尿病、メタボリックシンドローム	□	□	□	□
糖尿病性腎症<高血糖症>	□	□	□	□

高原脱血症、貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨髄痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アナフィラキシー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蕁麻疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
敗血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急性食中毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚潰瘍、褥瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
熱中症、寒冷による障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

救急対応

	0	1	2	3
心臓(機能)停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失神、意識障害、痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ショック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん、けいれん重複状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
激しい頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高熱、低体温	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼痛、目の損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
めまい、耳鳴り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
激しい胸痛・背部痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
激しい腰痛・脚痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急性消化管出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿飲、尿痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿閉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
激しい陰嚢内容痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
激しい四肢の疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
創傷、創傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急性中毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重症感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
産科領域の救急<産・早産、正期産>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神科領域の救急	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

一般症状

	0	1	2	3
肥満、やせ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重減少・増加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全身倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顔色不良、顔面蒼白	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
チアノーゼ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ショック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
意識障害、失神	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
視力障害、視野障害、複視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癩癩症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

結膜の発赤<出血、充血>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聴力障害<難聴>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
めまい、耳鳴り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咽喉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳、喘痰、血痰、嘔血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
構音障害、嚥声	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嚥下困難<障害>、誤嚥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喘鳴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸困難、息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸痛、胸郭圧迫感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
動悸、頻脈、徐脈、不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸やけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
悪心、嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐血、下血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘、下痢、(粘)血便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部膨満・膨満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部腫痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乏尿、無尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
多尿、頻尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿閉、尿失禁、排尿困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血尿、蛋白尿、糖尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月経異常、無月経	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性器出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記憶障害、思考障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
幻覚、妄想	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抑うつ、躁状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不安、恐怖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食思<欲>不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛、頭重感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動麻痺、筋力低下、運動失調、不随意運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩行障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰背部痛、筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節痛、関節腫脹、関節変形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房のしこり・左右差、皮膚の陥凹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出血傾向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
掻痒、皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

小児の症状

	0	1	2	3
哺乳力低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重増加不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動性低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
啼泣異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動発達の流れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神発達の流れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性発達の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

産産期の症状

	0	1	2	3
妊娠・分娩・産後の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胎児・新生児の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

調査へのご協力ありがとうございました。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築  
(H22-政策-一般-016)

平成 22 年度研究報告書(平成 23 年 3 月)

発行責任者 主任研究者 印南 一路  
発 行 神奈川県藤沢市遠藤 5322(〒252-8520)  
慶應義塾大学総合政策学部

