

千葉県保健医療計画改定に関する調査

本冊 病院・一般診療所(有床)調査票

(案)

千葉県保健医療計画改定に関する調査

病院・一般診療所(有床)調査票

○ 趣旨

本調査は、医療法第30条の5*に基づいて、千葉県保健医療計画に位置づける循環型地域医療連携システムの構築にあたり、5疾病・4事業及び在宅医療に関する各医療機関の医療機能や地域における連携体制の実態について把握し、千葉県の保健医療施策を推進するための検討資料を得ることを目的とするものです。

なお、★/☆印を付した項目の回答内容については、地域の医療連携を推進するため、当該項目の医療提供等を実施・対応している医療機関の実名を掲載したリストを、千葉県ホームページにおいて公表することを予定しています。

その他の回答は、医療機関名を匿名化の上で集計し、実態把握や課題検討に使用いたします。

※ 医療法第30条の5

都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療提供施設の機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

○ 回答方法・回答期限

本調査は、①「本冊 病院・一般診療所(有床)調査票」(この調査票)、②「別冊1 精神疾患・認知症調査票」、③「別冊2 在宅医療調査票」の3種類の調査票により構成されています。すべての調査票にご回答のうえ、令和5年〇月〇日(〇)までに同封の返信用封筒により、ご返信願います。

○ 調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は、千葉県ホームページ等にて公表します。

○ 質問項目、回答方法等に関する問い合わせ先

みずほりサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部

医療・福祉政策チーム「千葉県保健医療計画改定に関する調査」ヘルプデスク

電話番号:0120-133-181 (平日 10:00~17:00)

* みずほりサーチ&テクノロジーズ株式会社は、千葉県と守秘義務契約を締結の上、本調査業務の実施を受託しています。

○ 実施主体(千葉県保健医療計画に関する問い合わせ)

千葉県健康福祉部 健康福祉政策課 政策室(担当:木平・實川)

電話番号:043-223-4307 (平日 9:00~17:00)

目 次

項 目	ページ	千葉県ホームページで回答内容が 医療機関名と共に公表される設問
本 冊		
1 貴院の概況について		
2 地域連携について	Q1	
3 地域における病床の充足状況について		
4 がんについて	Q4、Q6(一部)	
5 脳卒中について	Q1、Q2、Q3、Q5、Q6、Q12、Q13	
6 心筋梗塞等の心血管疾患について	Q1、Q2、Q3、Q4、Q7	
7 糖尿病について	Q3、Q4、Q5、Q6、Q7、Q8、Q9、Q10、 Q11、Q12、Q13、Q14、Q15、Q17	
8 救急医療について		
9 災害時医療について		
10 周産期医療、小児医療について	Q3	
11 かかりつけ医機能・公衆衛生分野への対応状況について		
12 医療機器の状況について		
13 医療に関する情報化とセキュリティ対策について		
<hr/>		
別冊1 精神疾患・認知症調査票		
1 精神疾患(認知症を除く)について	1	Q1、Q3、Q5、Q6、Q14、Q15、 Q17(一部)
2 認知症について	4	Q3、Q4、Q6、Q7-1

- 特に指示がある場合以外、令和5年6月1日現在の状況に基づいてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等がない場合は「0(ゼロ)」を記入してください。

1 貴院の概況について

※施設名、所在地は、表紙に記載されている内容と異なる場合のみ、ご記入をお願いします。

施設名	
所在地	千葉県
記入者名及び連絡先	(電話)
連絡先メールアドレス	
貴院のホームページ URL	
記入日	令和 年 月 日

2 地域連携について

Q1 地域連携クリティカルパス等(医療機関連携や退院支援のツールを含む。)の使用状況について、それぞれ該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

傷病の種類	01 地域共用のパス等 を使用している	02 貴院独自のパス等 を使用している	03 使用していない
肺がん	01	02	03
肝がん	01	02	03
胃がん	01	02	03
大腸がん	01	02	03
乳がん	01	02	03
子宮がん	01	02	03
前立腺がん	01	02	03
脳卒中	01	02	03
急性心筋梗塞	01	02	03
糖尿病	01	02	03
大腿骨骨折	01	02	03
精神疾患(認知症を除く)	01	02	03
認知症	01	02	03
上記以外の特定の傷病に関するパス	01	02	03
傷病を限定しないパス(退院支援ツール等)	01	02	03

Q2 令和4年度中における千葉県共用脳卒中地域医療連携パス(CAMP-S)の発行・受け取りの経験について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 01 発行した経験・受け取った経験の両方ある | 02 発行した経験はあるが、受け取った経験はない |
| 03 発行した経験はないが、受け取った経験はある | 04 発行した経験・受け取った経験のいずれもない |

Q3 令和4年度中における千葉県地域生活連携シートの作成・受け取りの経験について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 作成した経験・受け取った経験の両方ある
- 02 作成した経験はあるが、受け取った経験はない
- 03 作成した経験はないが、受け取った経験はある
- 04 地域生活連携シートについて知っているが、作成した経験・受け取った経験のいずれもない
- 05 地域生活連携シートを知らない

Q4 糖尿病連携手帳(日本糖尿病協会編)の使用状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 使用している

02 使用していない

Q5 介護サービスを利用中の患者が入院する際、ケアマネージャーから、患者・利用者の在宅療養状況の情報提供を受けていますか。また、退院を見据えて、それを入院診療計画書の策定に反映していますか。各項目について該当する選択肢の番号1つに○をつけてください。

【情報提供について】

01 おおむね8割以上のケースで受けている

02 おおむね半数以上について受けている

03 半数以下であるが、受けている

04 受けていない(理由:)

【入院診療計画書への反映】

01 おおむね8割以上のケースで情報提供を受けた内容を策定に反映している

02 おおむね半数以上のケースで、反映している

03 半数以下であるが、反映しているケースがある

04 反映していない(理由:)

Q6 要介護・要支援認定を受けている(申請中または申請する可能性がある場合等も含む)入院患者の退院にあたり、退院日が決まり次第、速やかにケアマネージャーや地域包括支援センターに事前連絡を行っていますか。該当する選択肢の番号1つに○をつけてください。

01 おおむね8割以上のケースに実施している

02 おおむね半数以上について、実施している

03 半数以下であるが、実施している

04 実施していない(理由:)

Q7 貴院が所在する地域における、地域連携に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

〔課題〕

〔取組〕

3 地域における病床の充足状況について

※本設問では、入院・入棟の打診があっても、受入れ医療機関の事情によって受入れができないことが多い状態を、「ニーズに対応できていない」と見なしてください(空床なし/受入れ病床側の人員の逼迫等、理由は問いません)。

※本設問では、軽症急性期(肺炎や軽度の外傷等の比較的症状が軽い患者の受入れ)や、ポストアキュート(急性期後の在宅復帰に向けた患者の受入れ)については、「急性期」ではなく「回復期」に含めてご回答ください。

Q1 貴施設の所在する地域(おおむね二次医療圏)では、高度急性期・急性期に係る入院医療の提供体制は住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- | | | |
|-----------|--------------------|----------|
| 01 全く足りない | 02 やや足りない | 03 十分である |
| 04 過剰である | 05 どちらともいえない／わからない | |

Q2 貴施設の所在する地域(おおむね二次医療圏)では、回復期に係る入院医療の提供体制は住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- | | | |
|-----------|--------------------|----------|
| 01 全く足りない | 02 やや足りない | 03 十分である |
| 04 過剰である | 05 どちらともいえない／わからない | |

**Q3 (Q2において「1」「2」に○を付けた医療機関にお伺いします)
回復期に係る入院医療の提供体制において、特に不足すると見込まれる入院機能や取り組みとして、当てはまる選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。**

- 01 病院・有床診療所の退院支援機能
- 02 在宅療養患者の容態急変時等に、患者を受け入れる病床
- 03 回復期リハビリテーション病棟
- 04 回復期リハビリテーション病棟以外の入院患者に対して、十分なりハビリテーションを行う機能
- 05 急性期を過ぎて状態が安定化した患者(長期にわたり療養が必要な患者を除く。)を受け入れる病床
- 06 その他(_____)

Q4 (Q2において「1」「2」に○を付けた医療機関にお伺いします)回復期に係る入院医療の提供体制を強化する上で、課題となると考えられる点は何ですか。当てはまる選択肢の番号に○をお付けください(複数選択可)。

- 01 急性期志向の医療従事者が多く、上記のような機能を強化した場合、医療従事者の確保が難しくなる
- 02 退院調整を専門的に行う職員の確保が難しい
- 03 退院調整や在宅移行を進めるに当たり、受入れ先や連携先となる医療機関や介護施設等との関係構築ができていない
- 04 退院調整や在宅移行を進めるに当たり、受入れ先や連携先となる医療機関や介護施設等が地域にない、または不足している
- 05 リハビリテーションの専門医の確保・増員が難しい
- 06 リハビリテーションを担う看護職員の確保・増員が難しい
- 07 リハビリ職の確保・増員が難しい
- 08 自院の現在の機能と大きく異なるため、回復期機能を強化すること自体が考えづらい
- 09 診療報酬制度が改善されなければ、経営が難しくなる
- 10 その他(_____)
- 11 わからない

Q5 貴施設の所在する地域(おおむね二次医療圏)では、慢性期に係る入院医療の提供体制は住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 全く足りない 02 やや足りない 03 十分である
- 04 過剰である 05 どちらともいえない/わからない

4 がんについて

Q1 がん患者の確定診断・治療に関する対応方針について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 がんの確定診断および治療に対応している
- 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
- 03 診断・治療に積極的には対応していない

Q2 がんに係る診療の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。
※検査診断・経過観察・緩和ケアなど、診療内容は問いません。

- 01 入院診療を行っている 02 外来診療を行っている
- 03 入院診療・外来診療ともに行っていない

Q3 がんに関する医療の提供として、実施しているものの選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 がん検診(精密検査以外) 02 がんが疑われる患者の診察
- 03 がんの精密検査・確定診断 04 がんに関するセカンドオピニオン
- 05 入院を伴うがんの手術 06 外来によるがんの手術
- 07 入院を伴うがんの放射線治療 08 外来によるがんの放射線治療
- 09 入院を伴うがんの薬物療法 10 外来によるがんの薬物療法
- 11 がん患者の緩和ケア 12 がん患者の経過観察
- 13 がんに関するその他の医療提供

Q4 診断・治療に対応しているがんの種類について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

- 01 肺がん 02 肝がん 03 胃がん 04 大腸がん 05 乳がん
- 06 子宮がん 07 前立腺がん 08 食道がん 09 膀胱がん 10 血液がん

Q5 がんの周術期口腔機能管理の取組み状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 院内の歯科で取り組んでいる	02 院外の歯科医療機関と連携して取り組んでいる	
03 取り組んでいない		
Q6 がんの緩和ケアの実施状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
緩和ケア実施の有無 ★	01 実施している 02 実施していない	
緩和ケア病棟(病床)の設置状況 ★	01 緩和ケア病棟入院料が算定できる病棟を設置している 02 01は設置していないが、緩和ケア病棟・病床を設置している 03 01・02のいずれも設置していない	
緩和ケア外来の設置状況	01 設置している 02 設置していない	
緩和ケアチームの設置状況	01 設置している 02 設置していない	
相談支援センターの設置状況	01 設置している 02 設置していない	
Q7 (Q4 緩和のケア病棟(病床)の設置状況で 01 又は 02 に○をつけた医療機関にお伺いします)緩和ケア病棟は小児・AYA 世代にも対応していますか。		
01 対応している	02 対応していない	
Q8 末期がん患者への在宅医療の提供状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
01 提供している	02 提供していない	
Q9 貴施設の近隣地域(おおむね市区町村内)では、がんに係る外来診療の提供体制は、住民のニーズに十分に 対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
01 全く足りない	02 やや足りない	03 十分である
04 過剰である	05 どちらもいえない／わからない	
Q10 貴院が所在する地域におけるがんの医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。		
〔課題〕		
〔取組〕		

5 脳卒中について

※本調査では、「脳卒中患者」とは、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。

Q1 下記の脳卒中による入院患者のうち、受入れが可能なものについて、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★			
01 急性期(脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態)の患者の受入れ			
02 回復期(脳卒中の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)の患者の受入れ			
03 生活期(維持期)(機能の維持・向上が必要な状態)の患者のうち、急性期・回復期の病床からの患者の受入れ			
04 生活期(維持期)(機能の維持・向上が必要な状態)のうち、在宅からの患者の受入れ(主に、内科的な症状が発症、増悪した場合を想定)			
05 脳卒中の入院患者の受入れには積極的には対応していない			
Q2 脳卒中が疑われる患者に対する検査・診断について、それぞれ該当する選択肢の番号各1つに○をお付けください。★			
検査・診断	01 24時間	02 24時間ではない	03 対応

	対応している	が対応している	していない
画像検査(X線検査、MRI、CT、超音波検査等)	01	02	03
臨床検査	01	02	03
脳卒中評価スケールを用いた客観的な神経学的評価	01	02	03

Q3 急性期の脳卒中患者に対する治療について、それぞれ該当する選択肢の番号各1つに○をお付けください。★

疾病	治療	01 24時間 対応している	02 24時間ではない が対応している	03 対応 していない
脳梗塞	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)	01	02	03
	経皮的脳血栓回収術	01	02	03
	開頭手術(バイパス手術等)	01	02	03
	経皮的脳血管形成術(バルーン、ステント等)	01	02	03
	内頸動脈内膜剥離術(CEA)	01	02	03
脳出血	脳内血腫除去術	01	02	03
くも膜 下出血	脳血管内手術(コイル塞栓術等)	01	02	03
	脳動脈瘤クリッピング、脳動脈瘤被包術	01	02	03

Q4 脳梗塞の患者に対する t-PA 治療の実績について、令和4年度の実施件数をご記入ください。

(令和4年度の実施件数: _____ 件)

Q5 脳梗塞の患者に対する経皮的脳血栓回収術の実績について、令和4年度の実施件数をご記入ください。

(令和4年度の実施件数: _____ 件)

Q6 脳梗塞の患者に対する t-PA 治療の後の対応について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 01 血栓回収療法を行うことを想定して他施設に搬送 | 02 自院にて血栓回収療法も行う |
| 03 血栓回収療法は行わず、継続して自院内で治療 | 04 自院では t-PA 治療を実施していない |

7 脳梗塞の発症後、t-PA 治療を受けた患者であって、次に血栓回収療法を行うこととなっている患者の受け入れ状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★

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

Q8 脳卒中の周術期口腔機能管理の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 自院の職員が実施している
- 02 歯科診療所など、他の医療機関との連携によって実施している
- 03 周術期の口腔管理を実施していない
- 04 手術を行うことがない

Q9 貴院における脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 リハビリテーション科専門医の指示によって実施している
- 02 01以外で、リハビリテーションに関する研修を受講した医師の指示によって実施している
- 03 01・02以外の医師の指示によって実施している
- 04 実施していない

Q10 貴院における脳卒中患者の嚥下機能訓練の実施状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けくだ

さい(複数回答可)。

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 01 急性期の患者に対して実施してい | 02 回復期の患者に対して実施している |
| 03 生活期(維持期)の患者に対して実施している | 04 実施していない |

Q11 貴院における下記の認定看護師の配置の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。01・02 を選択した場合は、当該看護師の実人数もご記入ください。

- 01 脳卒中リハビリテーション看護の認定看護師を配置している(認定看護師数: _____人)
 02 摂食・嚥下障害看護の認定看護師を配置している(認定看護師数: _____人)
 03 01・02 をいずれも配置していない

Q12 SU(脳卒中ユニット)などの、医師・看護師・リハビリ専門職・MSW・栄養士・薬剤師など多職種の脳卒中チームによる医療の提供の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください。01 を選択した場合は、チームの構成員について、職員数をご記入ください。

- | | |
|-------------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
| 医師 () 人 | |
| 看護師 () 人 | |
| 理学療法士 () 人 | |
| 作業療法士 () 人 | |
| 言語聴覚士 () 人 | |
| MSW () 人 | |
| 薬剤師 () 人 | |
| 管理栄養士 () 人 | |
| 歯科衛生士 () 人 | |

Q13 脳卒中急性期患者を受け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に○をお付けください(複数回答可)。01・02 を選択した場合は、病床数もご記入ください。

- 01 脳卒中ケアユニット(SCU)を設置している(病床数: ____床)
 02 脳卒中ケアユニット(SCU)ではないが、SCUに準じた病棟を設置している(病床数: ____床)
 03 専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を受け入れる病棟を決めている
 04 01・02・03 のどれにも該当しない

Q14 脳卒中患者が回復期リハビリテーション目的で入院できる病床の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。01・02 を選択した場合は、病床数もご記入ください。★

- 01 脳卒中患者のための回復期リハビリテーション病棟がある(病床数: _____床)
 02 回復期リハビリテーション病棟ではないが、脳卒中患者の回復期のリハビリテーションに対応可能な病床がある(病床数: _____床)
 03 01・02 のいずれもない

Q15 脳卒中患者の療養に対する相談窓口の設置の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください。(複数回答可)★

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 01 貴院に入院中・通院中の患者向けに設置している | 02 01 以外の地域住民向けに設置している |
| 03 設置していない | |

**Q16 【回復期リハビリテーション病棟がある施設はご回答ください】
 退院後の外来診療の中で、多職種による復職支援・就労支援等の実施状況について、該当する選択肢の番号一つに○をつけてください。**

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 01 支援を希望する全ての患者を対象に実施している | 02 患者の必要性に応じて実施している |
| 03 現在実施していないが、今後実施する予定である | 04 実施していない |
| 05 その他 () | |

Q17 脳卒中に係る外来診療の実施状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

※検査診断・術後の経過観察・再発予防・リハビリテーションなど、診療内容は問いません。

01 外来診療を行っている

02 外来診療は行っていない

Q18 貴施設の近隣地域(おおむね市区町村内)では、脳卒中に係る外来診療の提供体制は、住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 全く足りない

02 やや足りない

03 十分である

04 過剰である

05 どちらともいえない/わからない

Q19 貴院が所在する地域における脳卒中の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

〔課題〕

〔取組〕

6 心筋梗塞等の心血管疾患について

Q1 急性心筋梗塞の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

★

01 冠動脈インターベンション治療に対応可能である

02 治療への対応は困難である

Q2 急性心筋梗塞の急性期治療終了後の慢性期の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

01 治療への対応は可能である

02 治療への対応は困難である

Q3 急性大動脈解離の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

01 外科的治療に対応可能である

02 内科的治療に対応可能である

03 治療への対応は困難である

Q4 急性大動脈解離の急性期治療終了後の慢性期の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

01 治療への対応は可能である

02 治療への対応は困難である

Q5 急性心不全の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

01 外科的治療に対応可能である

02 内科的治療に対応可能である

03 治療への対応は困難である

Q6 慢性心不全の治療への対応状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。★

01 治療に対応可能である

02 治療への対応は困難である

Q7 冠状動脈疾患専用集中治療室(CCU)等の設置状況として、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 CCU またはそれに準じた専用病棟を設置している(病床数: ___床)
- 02 専用ではないが、主として急性心筋梗塞患者を受け入れる病棟を決めている
- 03 設置していない

Q8 心血管疾患の患者に対する検査・治療について、それぞれ該当する選択肢の番号各1つに○をお付けください。

検査・治療	01 24時間 対応している	02 24時間ではないが 対応している	03 対応 していない
放射線等機器検査(心電図、胸部 X 線写真等)	01	02	03
臨床検査	01	02	03
冠動脈インターベンション治療(上記 Q1, Q5, Q6 の疾患のいずれか1つでも対応していれば「対応している」ものとみなしてください)	01	02	03
外科的治療(上記 Q1~Q6 の疾患のいずれか1つでも対応していれば「対応している」ものとみなしてください)	01	02	03

Q9 貴院では慢性心不全又は急性心筋梗塞等の慢性期の患者に対するリハビリテーションを実施していますか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★

- 01 実施している
- 02 実施していない

Q10 貴院における下記の専門職員の配置の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。01~03 を選択した場合は、当該専門職員の実人数もご記入ください。

- 01 心臓リハビリテーション認定医を配置している(____人)
- 02 心臓リハビリテーション指導士を配置している(____人)
- 03 心臓リハビリテーション上級指導士を配置している(____人)
- 04 01~03 をいずれも配置していない

Q11 当該専門職員について、貴院においては何名程度配置することが必要と考えていますか。必要と考える人数をご記入ください。

- (心臓リハビリテーション認定医: _____人)
- (心臓リハビリテーション指導士: _____人)
- (心臓リハビリテーション上級指導士数: _____人)

**Q12 心血管疾患に係る外来診療の実施状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。
※術後管理・再発予防・高血圧等の危険因子のコントロールなど、診療内容は問いません。**

- 01 外来診療を行っている
- 02 外来診療は行っていない

Q13 貴施設の近隣地域(おおむね市区町村内)では、心血管疾患に係る外来診療の提供体制は、住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 全く足りない
- 02 やや足りない
- 03 十分である
- 04 過剰である
- 05 どちらともいえない/わからない

Q14 貴院が所在する地域における心血管疾患の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

[課題]

外来でのインスリン導入・療法	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
腎症治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
網膜症治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
(網膜症治療を実施している場合)	01 硝子体出血の手術	02 網膜剥離の手術
神経障害の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
足病変・壊疽の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
歯周病の治療	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
血液透析	01 夜間も含めて実施可能 03 実施していない	02 実施しているが夜間は不可能
腹膜透析(CAPD)	01 診療受付時間内であればいつでも対応可能 03 予約制	02 曜日・時間により対応可能 04 実施していない
低血糖時及びシックデ イの対応 ※複数回答可	01 医師による治療・指導を実施している 02 日本糖尿病療養指導士(CDEJ)または千葉県糖尿病療養指導士/支援士(CDE- Chiba)による指導を実施している。 03 上記以外の医療従事者による指導を実施している。 04 実施していない。	
1型糖尿病に対する専 門的な治療の提供 ※複数回答可	01 インスリン自己注射による治療 02 持続皮下注入ポンプによるインスリン療法 03 24時間持続血糖モニター(CGM) 04 血糖自己測定 05 1型糖尿病は対応不可	
糖尿病昏睡等の急性合 併症	01 24時間対応可能	02 診療受付時間内であれば対応可能 03 対応不可
各専門職のチームによ る集中的な治療(心理 問題を含む。多職種カ ンファレンスなど)	01 実施している	02 実施していない
Q8 糖尿病患者に対する検査の実施状況について、それぞれ該当する選択肢に○をお付けください。★		
腎症検査	01 尿一般検査	02 尿中アルブミン排泄量検査 03 腎生検
網膜症検査	01 蛍光眼底造影検査	02 光凝固療法
がんのスクリーニング 検査	01 自院で実施している 02 他院へ紹介若しくは至近のがん検診結果等の検査結果を確認している 03 上記どちらも行っていない	
Q9 他の診療科や医療機関等との連携について、それぞれ該当する選択肢に○をお付けください。★		
専門的治療を行う医療	01 主治医から受診勧奨や診療情報提供を行っている	

機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関(眼科、歯科等)等との診療情報や治療計画の共有・連携	02 CDEJ 若しくは CDE-Chiba による受診勧奨を行っている
高齢者糖尿病の管理に関し在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携	01 実施している 02 実施していない
妊娠の対応	01 自院で診療可能 02 近隣の産婦人科と連携して診療可能 03 診療不可
Q10 糖尿病に係る下記の指導医・専門医・認定看護師等の実人数についてご記入ください。	
日本糖尿病学会 糖尿病研修指導医	()人
日本糖尿病学会 糖尿病専門医	()人
糖尿病の食事指導に携わる管理栄養士	()人
日本糖尿病療養指導士認定機構 日本糖尿病療養指導士(CDEJ)	()人
千葉県糖尿病対策推進会議 千葉県糖尿病療養指導士/支援士(CDE-Chiba)	()人
日本看護協会 認定看護師 糖尿病看護	()人
日本歯周病学会 歯周病認定医又は専門医又は指導医	()人
Q11 受診勧奨を受けた、糖尿病の家族歴のある者や妊娠糖尿病患者に対して、発症予防の取組と連携した医療の提供及び適切なフォローアップを行っていること。★	
01 実施している	02 実施していない
Q12 貴院以外の医療機関との連携を実施している糖尿病患者の合併症の診療について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。	
01 腎症診療 02 神経障害診療 03 網膜症診療 04 足病変・壊疽診療 05 歯周病診療 06 産科診療	
Q13 令和4年度中に連携した医療機関等について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。	
01 貴院以外の医療機関	例:かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医が、患者の病状を維持・改善するために、必要に応じて紹介・逆紹介を行い、患者の情報共有を図る/入院時の診療計画へのアドバイス、他院入院後のフォロー 等
02 薬局	例:患者の病状に合わせた、服薬指導を含む療養指導に関する助言等
03 患者が加入している医療保険者	例:患者の病状に合わせた保健指導(栄養・運動指導を含む)に関する助言等
04 患者居住地の自治体	例:患者の病状に合わせた保健指導(栄養・運動指導を含む)に関する助言、保健指導実施者の支援スキル向上のための勉強会 等
05 その他()	
Q14 貴施設の近隣地域(おおむね市区町村内)では、糖尿病に係る外来診療の提供体制は、住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。	
01 全く足りない 02 やや足りない 03 十分である	
04 過剰である 05 どちらともいえない/わからない	
Q15 貴院が所在する地域における糖尿病の医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。	

〔課題〕

〔取組〕

8 救急医療について

Q1 小児科以外の初期救急医療のうち貴院が実施・対応しているものについて、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 01 夜間における在宅当番医制への参画 | 02 休日における在宅当番医制への参画 |
| 03 夜間における夜間休日診療所への医師の派遣 | 04 休日における夜間休日診療所への医師の派遣 |
| 05 01・03 以外の形態による夜間の急患への対応 | 06 02・04 以外の形態による休日の急患への対応 |
| 07 初期救急医療には対応していない | |

Q2 二次・三次救急医療機関としての該当状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 第二次救急医療機関 02 第三次救急医療機関 03 第二次・三次救急医療機関には該当しない

Q3 令和5年5月における救急患者の受入れ状況についてご記入ください。

救急の受診患者数	(____)人
うち診療時間外の救急受診患者数	(____)人
うち救急車により搬送されてきた患者数	(____)人

Q4 令和4年度中の救急車の受け入れ状況について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 令和4年度中に受け入れ実績がある
 02 令和4年度中に受け入れ実績はないが、受け入れは可能である
 03 受け入れていない

Q5 令和4年度中において救急車の受け入れに応じられなかったケースの有無と、応じられなかったケースがある場合はその理由について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 01 受け入れに応じられなかったケースはない | 02 手術中・患者対応中 |
| 03 処置困難 | 04 ベッド満床 |
| 05 医療機関として専門外(小児救急の搬送ケース) | 06 医療機関として専門外(周産期救急の搬送ケース) |
| 07 医療機関として専門外(精神科救急の搬送ケース) | 08 医療機関として専門外(その他の搬送ケース) |
| 09 専門の医師が不在の時間帯 | |
| 10 その他(_____) | |

Q6 貴施設の近隣地域(おおむね市区町村内)では、初期救急医療の提供体制は、住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 全く足りない 02 やや足りない 03 十分である
 04 過剰である 05 どちらともいえない／わからない

Q7 貴院が所在する地域における救急医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。

〔課題〕

〔取組〕

9 災害時医療について

① 体制・設備について

Q1 病棟、診療棟等の救急診療に必要な部門の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 設けている

02 設けていない

Q2 多数の患者を収容可能なスペースの有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、おおよその面積をご記入ください。

01 対応可能なスペースを有している (面積:約_____㎡)

02 対応可能なスペースを有していない

Q3 医療従事者の居住地についてご記入ください。

貴院全体の医療従事者数(実人数)

(_____人)

うち、貴院と同じ市区町村内に住んでいる医療従事者数(実人数)

(_____人)

Q4 建物の耐震性について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

01 救急医療を行う病棟に、耐震化されていないものがある

02 救急医療以外の病棟に、耐震化されていないものがある

03 病棟以外の建物に、耐震化されていないものがある

04 病棟およびその他の全ての建物が耐震化されている

② 医療設備・医療資器材

Q5 簡易ベッドの確保について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、ベッド数をご記入ください。

01 多数の患者発生時用の簡易ベッドを保有している (ベッド数:_____個)

02 簡易ベッドの優先的な確保について、業者等と協定を締結している

03 有していない

Q6 重篤救急患者の救命医療に必要な診療設備の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 有している

02 有していない

Q7 人工透析用のベッドの有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、ベッド数をご記入ください。

01 有している (ベッド数:_____個)

02 有していない

Q8 携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、携行式のテントの有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 01 携行式の応急用医療資器材を有している | 02 応急用医薬品を有している |
| 03 携行式のテントを有している | 04 いずれも有していない |

Q9 DMAT や医療チームの派遣に使用できる車輛の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- | | |
|----------|-----------|
| 01 有している | 02 有していない |
|----------|-----------|

Q10 トリアー・タッグの有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有数をご記入ください。

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 01 有している (保有数: _____人分) | 02 有していない |
|-------------------------|-----------|

③ 通信設備

Q11 災害時において利用できる通信手段の保有状況について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

また、01・02 を選択した場合は、その台数をご記入の上、インターネットへの接続の可否について、それぞれ a、b のいずれかに○をお付けください。03 を選択した場合は、その台数をご記入ください。

- | |
|--|
| 01 固定型衛星電話 (台数: _____台)(インターネットへの接続:a 接続可能 b 接続不可) |
| 02 衛星携帯電話 (台数: _____台)(インターネットへの接続:a 接続可能 b 接続不可) |
| 03 MCA 無線 (台数: _____台) |
| 04 その他() |
| 05 持っていない |

Q12 広域災害救急医療情報システム(EMIS)の入力体制の確保と研修の実施状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- | |
|---|
| 01 情報を入力する体制があり、入力内容や操作方法などの研修・訓練を行っている |
| 02 情報を入力する体制はあるが、入力内容や操作方法などの研修・訓練は行っていない |
| 03 情報を入力する体制はない |
| 04 災害時に情報を入力するシステムがあることを知らなかった |

④ 電源・備蓄

Q13 自家発電機等の保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、契約電力、自家発電容量についてもご記入ください。

- | | |
|----------|---|
| 自家発電機の有無 | 01 保有している (契約電力: _____kW、自家発電容量: _____kW) |
| | 02 保有していない |

Q14 飲料水を除く水の確保手段について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、受水槽の容量や協定の相手方についてご記入ください。

- | | | |
|---------------------------|---|-------|
| 受水槽の有無 | 01 ある(容量: _____m ³ 、_____日分) | 02 ない |
| 井戸設備の有無 | 01 ある | 02 ない |
| 水の優先供給についての地域の関係団体・業者との協定 | 01 協定を締結している (協定の相手方: _____) | |
| | 02 協定を締結していない | |

Q15 必要物資の備蓄状況や災害時の優先的な供給に関する協定の有無について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、備蓄がある場合には、備蓄量についてもご記入ください。

物資	備蓄状況	優先的な供給についての協定
----	------	---------------

〔課題〕

〔取組〕

10 周産期医療、小児医療について

Q1 認定看護師や専門看護師の配置の有無について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。01 から 04 に○を選択した場合は、当該看護師の実人数もご記入ください。

- 01 新生児集中ケアの認定看護師を配置している(認定看護師数: _____人)
- 02 小児救急看護の認定看護師を配置している(認定看護師数: _____人)
- 03 母性看護の専門看護師を配置している(専門看護師数: _____人)
- 04 小児看護の専門看護師を配置している(専門看護師数: _____人)
- 05 配置していない

Q2 分娩以外の周産期医療のうち貴院が実施・対応しているものについて、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 妊婦健診
- 02 妊産婦に対する一般的内科診療
- 03 オープンシステム・セミオープンシステムによる分娩取扱医療機関との連携
- 04 分娩取扱医療機関を退院後の産婦健診・産後ケア
- 05 分娩取扱医療機関を退院後の新生児健診・1ヶ月児健診
- 06 周産期医療には対応していない

Q3 分娩への対応状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。01 を選択した場合には、令和4年度における分娩件数もご記入ください。★

- | | | | |
|-----------|------------------------------|----------|--------|
| 分娩の取扱いの有無 | 01 取扱いあり(令和4年度の分娩件数: _____件) | 02 取扱いなし | |
| 分娩業務の継続 | 01 今後も継続する | 02 継続が困難 | 03 検討中 |

Q4 小児医療のうち貴院が実施・対応しているものについて、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 小児に対する一般的内科診療
- 02 小児疾患に対する専門的治療
- 03 小児医療には対応していない

Q5 小児科の初期救急医療のうち貴院が実施・対応しているものについて、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 夜間における在宅当番医制への参画
- 02 休日における在宅当番医制への参画
- 03 夜間における夜間休日診療所への医師派遣
- 04 休日における夜間休日診療所への医師派遣
- 05 01・03 以外の形態による夜間の急患への対応
- 06 02・04 以外の形態による休日の急患への対応
- 07 小児科の初期救急医療には対応していない

Q6 令和5年6月1日時点の新生児集中治療室(NICU)・新生児回復治療室(GCU)・小児集中治療室(PICU)の状況について、ご記入ください。

	新生児集中治療室(NICU)	新生児回復治療室(GCU)	小児集中治療室(PICU)
病床数	(_____ 床)	(_____ 床)	(_____ 床)
病床の稼働率(5月1か月間)	(_____ %)	(_____ %)	(_____ %)
1年以上の長期入院児数	(_____ 人)	(_____ 人)	(_____ 人)
医師数(実人数)	新生児医療を担当する医師数: (_____ 人)		専任の小児科医師数: (_____ 人)
令和5年6月1日時点の産科医師及び小児科医師数についてご記入ください。			
産科医師数(実人数)	(_____ 人)		
小児科医師数(実人数)	(_____ 人)		
Q7 周産期の搬送の受け入れ状況について、令和5年5月の件数をご記入ください。			
母体搬送の受け入れ件数(令和5年5月)		(_____ 件)	
新生児搬送の受け入れ件数(令和5年5月)		(_____ 件)	
Q8 周産期医療や小児医療に関する、震災等の災害発生後にも診療を継続するための業務継続計画(BCP)の策定状況について、それぞれ該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
周産期医療に係る BCP	01 すでに策定している 03 策定予定なし	02 今後策定予定 04 周産期医療の取扱いなし	
小児医療に係る BCP	01 すでに策定している 03 策定予定なし	02 今後策定予定 04 小児医療の取扱いなし	
Q9 貴施設の近隣地域(おおむね市区町村内)では、周産期医療の提供体制は、住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 全く足りない 04 過剰である	02 やや足りない 05 どちらともいえない/わからない	03 十分である	
Q10 貴施設の近隣地域(おおむね市区町村内)では、小児医療の提供体制は、住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
01 全く足りない 04 過剰である	02 やや足りない 05 どちらともいえない/わからない	03 十分である	
Q11 貴院が所在する地域における周産期医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。			
〔課題〕			
〔取組〕			
Q12 貴院が所在する地域における小児医療に関する課題に対して、さらに必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。			
〔課題〕			

〔取組〕

11 かかりつけ医機能・公衆衛生分野への対応状況について

① かかりつけ医機能への対応状況

Q1 貴院は、地域の「かかりつけ医」としての役割を担っている、或いは、住民から地域の「かかりつけ医」として認識されていると感じるか、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 全く思わない 02 やや思う 03 どちらともいえない 04 思う 05 強く思う

② 予防接種への対応状況

Q1 市町村等の自治体から予防接種の委託を受けているか、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 委託を受けている 02 委託を受けていない

Q2 自治体以外の者(企業や個人など)からの委託や希望により、予防接種を行っているか、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 行っている 02 行っていない

Q3 貴院の周辺地域(おおむね市区町村内)では、予防接種の提供体制が住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 全く足りない 02 やや足りない 03 十分である
04 過剰である 05 どちらともいえない/わからない

③ 健康診断・検診への対応状況

Q1 市町村等の自治体から健康診断・検診の委託を受けているか、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 委託を受けている 02 委託を受けていない

Q2 自治体以外の者(企業や個人など)からの委託や希望により、健康診断・検診を行っているか、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 行っている 02 行っていない

Q3 貴院の周辺地域(おおむね市区町村内)では、健康診断・検診の提供体制が住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 全く足りない 02 やや足りない 03 十分である
04 過剰である 05 どちらともいえない/わからない

④ 学校保健への対応状況

Q1 学校医や園医の任命・委嘱等を受けているか、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 委託を受けている 02 委託を受けていない

Q2 貴院の周辺地域(おおむね市区町村内)では、学校保健の提供体制が住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 全く足りない	02 やや足りない	03 十分である
04 過剰である	05 どちらともいえない／わからない	

⑤ 産業保健への対応状況

Q1 企業等から産業医の任命・委嘱等を受けているか、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 委託を受けている 02 委託を受けていない

Q2 貴院の周辺地域(おおむね市区町村内)では、産業保健の提供体制が住民のニーズに十分に対応できている(充足している)とお考えですか。該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 全く足りない 02 やや足りない 03 十分である
04 過剰である 05 どちらともいえない／わからない

12 医療機器の状況について

① 医療機器の保有及び稼働の状況

Q1 全身用 MRI(磁気共鳴画像診断装置)の保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有機器の情報をご記入ください。

01 保有している

台数	導入年(西暦)	静磁場強度
1 台目	年	1.5T(テスラ)未満/1.5T 以上 3T 未満/3T 以上
2 台目	年	1.5T(テスラ)未満/1.5T 以上 3T 未満/3T 以上
3 台目	年	1.5T(テスラ)未満/1.5T 以上 3T 未満/3T 以上
4 台目	年	1.5T(テスラ)未満/1.5T 以上 3T 未満/3T 以上
5 台目	年	1.5T(テスラ)未満/1.5T 以上 3T 未満/3T 以上

02 保有していない

Q2 全身用 CT(コンピュータ断層撮影装置)の保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有機器の情報をご記入ください。

01 保有している

台数	導入年(西暦)	検出器の列数
1 台目	年	64 列未満/128 列未満/320 列未満/320 列以上
2 台目	年	64 列未満/128 列未満/320 列未満/320 列以上
3 台目	年	64 列未満/128 列未満/320 列未満/320 列以上
4 台目	年	64 列未満/128 列未満/320 列未満/320 列以上
5 台目	年	64 列未満/128 列未満/320 列未満/320 列以上

02 保有していない

Q3 PET(ポジトロン断層法撮影装置)又は PET-CT(ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影装置)の保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有機器の情報をご記入ください。

01 保有している

台数	導入年(西暦)	種類
1 台目	年	PET / PET-CT
2 台目	年	PET / PET-CT
3 台目	年	PET / PET-CT
4 台目	年	PET / PET-CT
5 台目	年	PET / PET-CT

02 保有していない

Q4 リニアック(サイバーナイフを含む)の保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有機器の導入年をご記入ください。

01 保有している

台数	導入年(西暦)
1 台目	年
2 台目	年
3 台目	年
4 台目	年
5 台目	年

02 保有していない

Q5 ガンナイフの保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有機器の導入年をご記入ください。

01 保有している

台数	導入年(西暦)
1 台目	年
2 台目	年
3 台目	年
4 台目	年
5 台目	年

02 保有していない

Q6 マンモグラフィ(乳房 X 線撮影装置)の保有状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。また、01 を選択した場合は、保有機器の導入年をご記入ください。

01 保有している

台数	導入年(西暦)
1 台目	年
2 台目	年
3 台目	年
4 台目	年
5 台目	年

02 保有していない

② 医療機器の共同利用の状況

Q1 医療機器の共同利用に関する状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

01 他医療機関からの共同利用を受け入れている(他医療機関の機器の利用はしていない)

02 他医療機関の医療機器を利用している(他医療機関からの共同利用は受け入っていない)

- 03 他医療機関からの受入れも他医療機関の機器の利用もしている
04 いずれもしていない

Q2 (Q1 において「01」を選択した医療機関にお伺いします)他医療機関の医療機器を共同利用していない理由について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 既に必要な医療機器を保有しているため
02 共同利用の具体的な手法や手順が分からないため
03 利用したい医療機器を保有している医療機関が分からないため
04 利用したい医療機器を保有している医療機関が近隣にないため
05 検査が必要な場合には専門的医療機関の外来へ紹介するため
06 共同利用をしても収益への貢献が見込めないため
07 その他(ご記入ください:)

Q3 (Q1 において「02」を選択した医療機関にお伺いします)他医療機関からの共同利用を受け入れていない理由について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 CT や MRI 等の医療機器を保有していないため
02 保有機器のキャパシティ(台数・検査枠等)に限界があるため
03 スタッフに他医療機関からの検査を受け入れる余裕がないため
04 近隣医療機関から共同利用の希望がないため
05 共同利用を受け入れる具体的な手法や手順が分からないため
06 共同利用を受け入れても収益への貢献が見込めないため
07 その他(ご記入ください:)

Q4-1(Q1 において「01」「03」を選択した医療機関にお伺いします)令和5年6月の1か月間における共同利用受入れ医療機関数及び共同利用件数※についてお答えください。

	医療機器	受入れ 医療機関数	共同利用された件数 (該当する選択肢の1つに○をお付けください。)			
			a	b	c	d
1	CT(64 列未満)		0	1~9	10~20	21 以上
2	CT(64 列以上)		0	1~9	10~20	21 以上
3	MRI(1.5T 未満)		0	1~9	10~20	21 以上
4	MRI(1.5T 以上 3T 未満)		0	1~9	10~20	21 以上
5	MRI(3T 以上)		0	1~9	10~20	21 以上
6	PET 及び PET-CT		0	1~9	10~20	21 以上
7	リニアック 及び ガンマナイフ		0	1~9	10~20	21 以上
8	マンモグラフィ		0	1~9	10~20	21 以上

同一分類の機器を複数所有して共同利用を受け入れている場合は、分類ごとに合算してください。

Q4-2(Q1 において「01」「03」を選択した医療機関にお伺いします)実施している共同利用の形態について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 他院の医師が患者と共に来院して機器を使用
02 患者のみ来院して検査・読影も貴院で実施
03 患者のみ来院して検査・読影は行わず検査データのみ提供
04 検査外来(貴院の外来患者として受入れ)

Q5-1(Q1 において「02」「03」を選択した医療機関にお伺いします)令和5年6月の1か月間における共同利用の件数及び利用先医療機関についてお答えください。

	共同利用された件数	主な利用先

	医療機器	(該当する選択肢の1つに○をお付けください。)				(医療機関名)
		a	b	c	d	
1	CT(64 列未満)	0	1~9	10~20	21 以上	
2	CT(64 列以上)	0	1~9	10~20	21 以上	
3	MRI(1.5T 未満)	0	1~9	10~20	21 以上	
4	MRI(1.5T 以上 3T 未満)	0	1~9	10~20	21 以上	
5	MRI(3T 以上)	0	1~9	10~20	21 以上	
6	PET 及び PET-CT	0	1~9	10~20	21 以上	
7	リニアック 及び ガンナイフ	0	1~9	10~20	21 以上	
8	マンモグラフィ	0	1~9	10~20	21 以上	

Q5-2(Q1 において「02」「03」を選択した医療機関にお伺いします)実施している共同利用の形態について、該当する選択肢の番号に○をお付けください(複数回答可)。

- 01 患者と共に受入れ先医療機関を訪問して機器を借用
- 02 患者のみ受入れ先医療機関を受診して検査・読影も受け入先で実施
- 03 患者のみ受入れ先医療機関を受診して検査・読影は貴院で実施
- 04 検査外来(受入れ先へ外来患者として紹介)

13 医療に関する情報化とセキュリティ対策について

Q1 貴院におけるオンライン診療の実施状況について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。

- 01 実施している
- 02 実施していない

Q2 ICT を活用した医療機関相互の情報共有ツール(※)の導入の有無について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。01 を選択した場合には、差し支えなければツールの名称をご記入ください。
(※)地域医療情報連携ネットワーク、入退院支援システム など

- 01 導入している (ツール名称: _____)
- 02 導入していない

Q3 貴院におけるオーダリングシステムや電子カルテシステムの導入状況について、ご回答ください。

①オーダリングシステム ※②のシステムの中に、オーダリング機能が備わっている場合も含まれます。	01 導入している	02 導入していない
②電子カルテシステム ※ここでは、オーダリング機能に加え、画像管理等の部門システムや診療録を電子的に記録する機能を備えた、統合的な医療情報システムを指します。	01 導入している	02 導入していない

Q4 近年、医療機関に対するランサムウェア(不正プログラムによって、パソコン等に保存されたデータを使用できない状態にし、それを元に戻す対価として金銭等を要求する)等のサイバー攻撃が増加し、長期にわたり診療が停止した事例等が確認されております。
貴院におけるセキュリティ対策の状況等について、以下の設問にご回答ください。

①厚生労働省が定めている、 ・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」 ・「医療機関のサイバーセキュリティ対策チェックリスト」 ・「医療情報システム等の障害発生時の対応フローチャート」の活用	01 活用している	02 活用していない
②システム障害発生時等における詳細な緊急対応手順の整備、及び定期的な訓練	01 実施している	02 実施していない
③オーダリングシステムや電子カルテシス	01 オフラインのバックアップデータを作成している	

テムのバックアップデータの作成	02 オンラインでのみバックアップデータを作成している 03 バックアップデータを作成していない
④オーダリングシステムや電子カルテシステムのバックアップデータの漏洩対策	01 対策を講じている 02 対策を講じていない
⑤オーダリングシステムや電子カルテシステムのバックアップデータの頻度	01 1日に1回以上 02 1日に1回未満、1週間に2回以上 03 1週間に2回未満、1週間に1回以上 04 1週間に1回未満 05 不定期に実施
⑥オーダリングシステムや電子カルテシステムのインターネット接続の有無	01 インターネットに接続している 02 インターネットから分離している
⑦リモートゲートウェイ装置(以下、「VPN装置」)の存在 ※オーダリングシステムや電子カルテシステムには、オンライン資格確認やオンライン請求のための外部との接続や、保守点検等のためのベンダー等との接続を確保するために、院内のサーバ室等にVPN機器を設置している場合があります。 ※システム設置業者や保守業者などに、VPN機器が設置されているかを照会の上で、ご回答ください。	01 存在している ⇒⑥～⑧にもご回答ください 02 存在していない ⇒Q4へお進みください
⑧内閣サイバーセキュリティセンター(NISC)や厚生労働省の注意喚起を基にしたVPN装置のアップデート	01 実施している 02 実施していない
⑨VPN装置へのアクセス元のIPアドレスを保守業者等のみに限ることの有無	01 実施している 02 実施していない
⑩VPN装置へのアクセス記録の定期的な分析・監視	01 実施している 02 実施していない
Q5 医療機関へのICT導入に係る課題など、医療分野におけるICT化に係るご意見をご自由にご記入ください。	
〔自由記載〕	

12 自由記載欄

※本冊の設問は、以上で終了です。
別冊1(精神疾患・認知症調査票)にもご回答の上、
同封の封筒にて、○月○日(○)までにご返送ください。