

令和6年度徳島県医療施設機能調査票 (基本事項)

(令和6年6月1日現在)

フリガナ		フリガナ	
施設名		住所	
施設区分	(1 病院 2 有床診療所 3 無床診療所)		
電話番号		E-mail	

1 「がん」の診療について

※該当する番号を回答欄に記入してください。

- 1 がんの診療を行っている。 → 調査票（がん）の間にお答えください。
- 2 がんの診療を行っていない。

回答

2 「脳卒中」の診療について

※該当する番号を回答欄に記入してください。

- 1 脳卒中の診療を行っている。 → 調査票（脳卒中）の間にお答えください。
- 2 脳卒中の診療を行っていない。

回答

3 「心筋梗塞等の心血管疾患」の診療について

※該当する番号を回答欄に記入してください。

- 1 心筋梗塞等の心血管疾患の診療を行っている。
- 調査票（心筋梗塞等の心血管疾患）の間にお答えください。
- 2 心筋梗塞等の心血管疾患の診療を行っていない。

回答

4 「糖尿病」の診療について

※該当する番号を回答欄に記入してください。

- 1 糖尿病(合併症を含む)の診療を行っている。 → 調査票（糖尿病）の間にお答えください。
- 2 糖尿病の診療を行っていない。

回答

5 「精神疾患」の診療について

※該当する番号を回答欄に記入してください。

- 1 精神疾患の診療を行っている。 → 調査票（精神疾患）の間にお答えください。
- ★精神科以外でも、うつ病・認知症等の治療をおこなっている場合は、御回答ください。
- 2 精神疾患の診療を行っていない。

回答

6 「在宅医療」について

※該当する番号を回答欄に記入してください。

- 1 訪問診療を実施している。 → 調査票（在宅医療）の間にお答えください。
- 2 往診のみ実施している。
- 3 訪問診療も往診も実施していない。

回答

【定義】この調査票でいう「在宅医療」とは、医療従事者が通院困難な患者の居宅もしくは居住系施設を訪問して行う医療行為（訪問診療、往診、看取りなど）を意味します。

- ・訪問診療：日頃から医師が定期的に患者の自宅等へ訪問し、計画的に診療（診察、薬の処方を含めた治療など）、療養上の相談や指導等を行うこと。
- ・往診：突発的な病状の変化に対して緊急的に自宅等に訪問し、診療すること。

※診療を行っている疾病の「調査票」をすべて、この用紙に添付して回答してください。

メール又はファクシミリ・郵送をお願いします。

※5疾病及び在宅医療のいずれの診療も行っていない場合は、1ページ目及び2ページ目を御記入の上、返送してください。

※今後の参考とするため、調査項目等について御意見等ありましたら、御連絡ください。

《送付先》

〒770-8570 徳島市万代町1丁目1番地
 徳島県保健福祉部医療政策課
 地域医療・医師確保担当 藤見 宛
 電話：088-621-2151 ファクシミリ：088-621-2898
 メール：iryo@mail.pref.tokushima.lg.jp

全医療機関提出

【設問1】全ての医療機関がお答えください。

Q 1-1	アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を行っていますか。	1 はい	2 いいえ	
Q 1-2	ICTによる他機関との患者情報の共有を行っていますか。該当するものに○を付してください。（複数回答可）			
01 阿波あいネット	02 バイタルリンク	03 その他（名称：_____）	04 行っていない	

【設問2】今後訪問診療を行う予定の医療機関はお答えください。

Q 2-1	今後訪問診療を実施する理由について、該当するものに○を記入してください。（複数回答可）			
01 訪問診療が必要な患者の増大が見込まれる		05 在宅医療に関する研修等で必要な知識を得た		
02 現在の患者から訪問診療の希望があった		06 他の医療機関との連携体制が整った		
03 訪問診療を実施できる人員を確保できた		07 訪問診療のノウハウがない		
04 訪問診療が経営にプラスになると判断した		08 その他（_____）		

Q 2-2	訪問診療の開始時期（予定）はいつですか。			
令和		年		月頃

Q 2-3	訪問診療に併せて、訪問看護も実施しますか。該当する番号を回答欄に記入してください。 また、実施する場合は、開始時期（予定）もお答えください。			
1 自院として実施する（予定）		2 訪問看護ステーションへの依頼で実施する（予定）	回答	
3 実施しない（予定）				
【訪問看護の開始時期（予定）】 令和 年 月頃				

【設問3】今後訪問診療を行う予定なしの医療機関はお答えください。

Q 3-1	今後も訪問診療を実施しない理由について、該当するものに○を記入してください。（複数回答可）			
01 訪問診療の必要性を感じない		06 訪問診療のノウハウがない		
02 対象となる患者がいない		07 他の医療機関と連携できていない		
03 訪問診療を実施したいが、人手不足		08 訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師等と連携できていない		
04 24時間対応が負担となる		09 訪問診療用の医療機器がない		
05 得られる診療報酬に比べ負担の方が大きい		10 その他（_____）		

Q 3-2	今後、在宅医療の普及が進むために必要と思われることは何ですか。（自由記入）			

【設問4】病院及び有床診療所はお答えください。

Q 4-1	退院時カンファレンスについて、該当する番号を回答欄に記入してください。				
1 実施している	→下表から参加者全てを選び該当欄に○を記入してください。			回答	
2 ときどき実施している	→下表から参加者全てを選び該当欄に○を記入してください。				
3 実施していない					
退院時カンファレンス参加者の内訳	自院	医師	看護職員	医療ソーシャルワーカー（MSW）	その他（_____）
	在宅医療機関	医師	看護職員	医療ソーシャルワーカー（MSW）	その他（_____）
	訪問看護	看護職員	その他（_____）		
	その他の関係者	薬剤師	ケアマネジャー	その他（_____）	
	患者	患者本人	患者家族	その他（_____）	

Q 4-2	入院患者の在宅療養移行時に入院医療機関が実施する退院時カンファレンスに参加していますか。			
1 参加している	→下表から参加者全てを選び該当欄に○を記入してください。			回答
2 参加していない				
3 退院時カンファレンスが実施されていない。参加の要請が無い。				
参加者内訳	医師	看護職員	医療ソーシャルワーカー（MSW）	その他（_____）

Q 4－3		令和6年6月1日時点における入院患者数について、病床区分ごとに入力ください。 以下に記載する「医療資源投入量」や「病棟区分」「入院料」等を参考にしてください。					
合計			人				
	(内訳) 入院患者数の内訳を入力ください。(合計数と一致するようにしてください。)	高度急性期		人	(参考：医療資源投入量)	3000点以上	
		急性期		人		3000点未満～600点以上	
		回復期		人		600点未満～175点以上	
		慢性期		人		175点未満	

(以下参考)

高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提示する機能 【医療資源投入量：3,000点以上】 ※ 以下の入院基本料の算定病棟を含め、特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに高度急性期機能であることを示すものではない。医療資源投入量など実際に提供されている医療内容の観点から、高度急性期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～3）、特定機能入院入院基本料（一般7対1入院基本料）、専門入院入院基本料（一般7対1入院基本料） ※ 高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提示する病棟 ※ 算示する特定入院料の例 救命救急入院料（救命救急入院料1～4）、特定集中治療室管理料（特定集中治療室管理料1～4） ハイケアユニット入院医療管理料（ハイケアユニット入院医療管理料1～2）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料 小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料（新生児特定集中治療室管理料1～2） 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料） 新生児治療回復室入院医療管理料
急性期	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提示する機能 【医療資源投入量：600点以上～3,000点未満】 ※ 以下の入院基本料の算定病棟を含め、特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに急性期機能であることを示すものではない。医療資源投入量など、実際に提供されている医療内容の観点から急性期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6）、特定機能入院入院基本料（一般7対1入院基本料、一般10対1入院基本料）、専門入院入院基本料（一般7対1入院基本料、一般10対1入院基本料） 一般病棟入院基本料（地域一般入院料1～2）、専門入院入院基本料（一般13対1入院基本料） ※ 算示する特定入院料の例 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料1～4、地域包括ケア入院医療管理料1～4）
回復期	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療リハビリテーションを提示する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） 【医療資源投入量：175点以上～600点未満】 ※ 以下の入院基本料の算定病棟を含め、医療資源投入量など、実際に提供されている医療内容の観点から回復期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料4～6、地域一般入院料1～3）、特定機能入院入院基本料（一般10対1入院基本料）、専門入院入院基本料（一般10対1入院基本料、一般13対1入院基本料） ※ 算示する特定入院料の例 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料1～4、地域包括ケア入院医療管理料1～4） 回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション病棟入院料1～6）
慢性期	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 【医療資源投入量：175点未満】 ※ 以下の入院基本料の算定病棟を含め、医療資源投入量など、実際に提供されている医療内容の観点から慢性期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 一般病棟入院基本料（地域一般入院料1～3）、専門病院入院基本料（一般13対1入院基本料） 療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1～2）障害者施設等入院基本料（障害者施設等7対1入院基本料、障害者施設等10対1入院基本料、障害者施設等13対1入院基本料、障害者施設15対1入院基本料） ※ 算示する特定入院料の例 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料（特殊疾患病棟入院料1～2）、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料1～4、地域包括ケア入院医療管理料1～4）

徳島県医療施設機能調査票（がん）

（令和6年6月1日現在）

施設名	住所
-----	----

※調査の目的について

この医療施設機能調査は、徳島県保健医療計画における医療連携体制を決定するために、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）及び在宅医療について、毎年、調査を行うものです。

※調査票記載に当たって

貴院において、次の1から4のすべてが未実施の場合は、施設名の記載及び必須項目（Q1～Q3）についてご回答くださいますようよろしくお願いします。

- 1 がん治療の実施（Q4）
- 2 がん検診の実施（Q5）
- 3 がんに係る検査項目（Q6）
- 4 がん精密検査の実施（Q7）

上記の内、いずれか1つ又は複数の項目について実施している場合は、各該当項目及び共通項目（Q8～Q19）について、ご回答下さいますようお願いいたします。

なお、御回答いただいた内容について、後日、がん部会等への報告の関係から照会させて頂くこともありますので、医師など内容の説明ができる方が御記入いただくか、若しくは内容確認を頂きますとともに、確認者欄にお名前を御記載いただけますようお願いいたします。

【必須項目】

1 がんに係る在宅医療

Q1	在宅医療の取り組み状況について (該当する番号を記入してください。)	回答	確認者
01	がんの患者に対して実施している	02	がんの患者に対して実施していない

Q2	在宅医療サービスの実施状況について (貴院における在宅医療サービスの実施状況について該当する番号を記入してください。)	回答	確認者
01	在宅患者訪問診療 (うち24時間在宅患者訪問診療)	01 実施している	02 実施していない
02	在宅がん医療総合診療	01 実施している	02 実施していない
03	在宅患者訪問看護・指導	01 実施している	02 実施していない
04	在宅悪性腫瘍等患者指導管理	01 実施している	02 実施していない
05	がん性疼痛緩和指導管理	01 実施している	02 実施していない

Q3	在宅ターミナルケアの取り組み状況について (該当する番号を記入してください。)	回答	確認者
01	がんの患者に対して実施している	02	がんの患者に対して実施していない

【選択項目】

2 がん治療

Q4	5大がん（乳がん、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん）と子宮がんの治療方法の実施状況について (貴院の実施状況として該当する項目の番号を記入してください。 また、実施件数（令和5年4月1日～令和6年3月31日）を記入してください。)	回答	確認者				
※実施状況欄 1 当院の設備・常勤スタッフで対応している。 2 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）。 3 他施設を利用して当院のスタッフで実施している。 4 当院では実施していない。 ⇒ Q8へ		※ 延件数欄 ○ 薬物療法を1人の患者に3回点滴した場合は3件 ○ 放射線療法を1人の患者に5回照射した場合は5件と記載すること。					
※ 実施件数欄 ○ 実人数で記入すること。 ○ 化学療法（薬物療法）の実施件数に内服療法を含めない。 (ただし、乳がん、肝がんでは内服療法も含める。) ○ 放射線療法の実施件数には、原発巣に対する治療に加えて、転移したがんに対する治療も含めること。 ○ 集学的治療は、がんの進行度や状態に応じて手術療法・薬物療法・放射線療法などを組み合わせて行う治療であり、件数は、手術療法・薬物療法・放射線療法の再掲とすること。 <集学的治療の実施件数の記入例> 薬物療法を行った後に手術療法を行った場合、手術療法1件、薬物療法1件、集学的治療1件となる。		※ 確認欄 ○ 記載いただく方が、内容の説明ができない場合は、医師など内容の説明ができる方に十分確認を取り、確認者欄に説明できる方の名前を記入すること。 ○ 記載いただく方が、医師など内容の説明ができる場合は、確認者欄に記載者の名前を記入すること。					
部位別	治療方法	実施状況	回答	実施件数	延件数	確認者	
01 乳がん	01 手術療法	1 2 3 4					
	02 薬物療法	入院 1 2 3 4					
		外来 1 2 3 4					
	化学療法室等における1日当たりの治療人数（平均）		人/日				
	03 放射線療法	入院 1 2 3 4					
	外来 1 2 3 4						
02 肺がん	04 集学的治療（手術療法・薬物療法・放射線療法を組み合わせた治療であり、上記01～03の再掲とすること。)	1 2 3 4					
	01 手術療法	1 2 3 4					
		入院 1 2 3 4					
	02 化学療法	外来 1 2 3 4					
		化学療法室等における1日当たりの治療人数（平均）		人/日			
03 放射線療法	入院 1 2 3 4						
	外来 1 2 3 4						
04 集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療であり、上記01～03の再掲とすること。)	1 2 3 4						

Q 4 続き	5 大がん（乳がん、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん）と子宮がんの治療方法の実施状況について （貴院の実施状況として該当する項目の番号を記入してください。） また、実施件数（令和5年4月1日～令和6年3月31日）を記入してください。）											
部位別	治療方法				実施状況				回答	実施件数	延件数	確認者
03 胃がん	01 手術療法				1	2	3	4				
	うち 腹腔鏡手術				1	2	3	4				
	02 内視鏡的治療				1	2	3	4				
	うち EMR・ポリペクトミー				1	2	3	4				
	うち ESD				1	2	3	4				
	03 化学療法				入院	1	2	3	4			
					外来	1	2	3	4			
	化学療法室等における1日当たりの治療人数（平均）									人/日		
	04 放射線療法				入院	1	2	3	4			
					外来	1	2	3	4			
05 集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療であり、上記01～03の再掲とすること。）				1	2	3	4					
04 肝がん	01 手術療法				1	2	3	4				
					入院	1	2	3	4			
	02 化学療法				外来	1	2	3	4			
	化学療法室等における1日当たりの治療人数（平均）									人/日		
	03 経動脈的治療				1	2	3	4				
	04 放射線療法				入院	1	2	3	4			
					外来	1	2	3	4			
05 集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療であり、上記01、02、04の再掲とすること。）				1	2	3	4					
06 肝がん焼灼療法				1	2	3	4					
05 大腸がん	01 手術療法				1	2	3	4				
	うち 腹腔鏡手術				1	2	3	4				
	02 内視鏡的治療				1	2	3	4				
	うち ポリペクトミー				1	2	3	4				
	うち EMR				1	2	3	4				
	うち ESD				1	2	3	4				
	03 化学療法				入院	1	2	3	4			
					外来	1	2	3	4			
	化学療法室等における1日当たりの治療人数（平均）									人/日		
	04 放射線療法				入院	1	2	3	4			
					外来	1	2	3	4			
05 集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療であり、上記01～04の再掲とすること。）				1	2	3	4					
06 子宮がん	01 手術療法				1	2	3	4				
					入院	1	2	3	4			
	02 化学療法				外来	1	2	3	4			
	化学療法室等における1日当たりの治療人数（平均）									人/日		
	03 放射線療法				入院	1	2	3	4			
					外来	1	2	3	4			
04 集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療であり、上記01～03の再掲とすること。）				1	2	3	4					

3 がん検診

Q 5	がん検診の実施状況について （貴院におけるがん検診の実施状況について該当する番号を記入してください。）				回答	確認者
01 乳がん	乳がん検診の実施状況について		01 検診機関として実施	02 実施していない		
	検診機関として実施している場合	視触診	01 実施	02 実施していない		
		超音波	01 実施	02 実施していない		
02 肺がん	肺がん検診の実施状況について		01 検診機関として実施	02 実施していない		
03 胃がん	胃がん検診の実施状況について		01 検診機関として実施	02 実施していない		
04 肝がん	肝がん検診の実施状況について		01 検診機関として実施	02 実施していない		
05 大腸がん	大腸がん検診の実施状況について		01 検診機関として実施	02 実施していない		
06 子宮がん	子宮がん検診の実施状況について		01 検診機関として実施	02 実施していない		

4 がんに係る検査項目

Q 6	がんに係る検査項目について （貴院におけるがんに係る検査項目について該当する番号を記入してください。）				回答	確認者
01 乳がん	01 マンモグラフィ検査	01 実施している	02 実施していない			
	02 マンモトーム生検	01 実施している	02 実施していない			
	03 超音波検査	01 実施している	02 実施していない			
02 肺がん	01 胸部エックス線検査	01 実施している	02 実施していない			
	02 喀痰細胞診	01 実施している	02 実施していない			
	03 CT検査	01 実施している	02 実施していない			
	04 気管支鏡検査	01 実施している	02 実施していない			
03 胃がん	01 胃エックス線検査	01 実施している	02 実施していない			
	02 胃内視鏡検査	01 実施している	02 実施していない			
	03 ペプシノゲン検査	01 実施している	02 実施していない			
	04 CT検査	01 実施している	02 実施していない			
	05 ヘリコバクターピロリ検査	01 実施している	02 実施していない			
04 肝がん	01 超音波検査	01 実施している	02 実施していない			
	02 CT検査	01 実施している	02 実施していない			
	03 MRI検査	01 実施している	02 実施していない			

Q 6	がんに係る検査項目について					
続き	(貴院におけるがんに係る検査項目について該当する番号を記入してください。)				回答	確認者
05 大腸がん	01 便潜血検査	01 実施している		02 実施していない		
	02 大腸内視鏡検査	01 実施している		02 実施していない		
	03 S状結腸内視鏡検査	01 実施している		02 実施していない		
	04 腹部CT検査	01 実施している		02 実施していない		
	05 注腸エックス線検査	01 実施している		02 実施していない		
06 子宮がん	01 細胞診検査	01 実施している		02 実施していない		
	02 超音波検査	01 実施している		02 実施していない		
	03 コルポスコピー下での組織診	01 実施している		02 実施していない		
	04 HPV検査	01 実施している		02 実施していない		

5 がん精密検査

Q 7 各がんの精密検査について				回答	確認者
(乳がん、肺がん、肝がん、大腸がんについては、徳島県生活習慣病管理指導協議会各部会で定める精密検診実施医療機関の条件を備える施設に該当するかどうか番号を記入してください。その他については、精密検診の実施の有無についてご回答下さい。)					
病理診断	01 自院で実施	02 外注で実施	03 実施していない		
乳がん	※乳がん精密検診実施医療機関とは次の項目をすべて備える施設 → 1 乳がん診断に習熟した医師が診察 2 マンモグラフィを保有 3 乳がん診断用超音波装置を保有 4 細胞診、生検の病理診断医が勤務又は契約が出来ており、診断が可能				
	1 精密検診実施医療機関			回答	確認者
	01 該当する	02 該当しない			
	↓				
	2 精密検診実施機関として県のホームページ等で公表				
	01 公表可	02 公表不可			
	3 乳がん精密検診施設の状況について該当するものに○を付けてください。				
肺がん	01 日本乳癌学会の認定施設	02 その他の学会の認定施設 ()	03 なし		
	※肺がん精密検診実施医療機関とは次の項目をすべて備える施設 → 1 胸部エックス線撮影 2 CT 3 気管支内視鏡 4 細胞診、組織診（外注可）				
	1 精密検診実施医療機関				
	01 該当する	02 該当しない			
	↓				
	2 精密検診実施機関として県のホームページ等で公表				
	01 公表可	02 公表不可			
胃がん	1 精密検診ができますか。				
	01 できる	02 できない			
	↓				
	2 精密検診実施機関として県のホームページ等で公表				
肝がん	01 公表可	02 公表不可			
	※肝がん精密検診実施医療機関とは次の項目をすべて備える施設 → 1 超音波診断（造影超音波を含む） 2 CT（血管造影CT検査を含む） 3 MRI検査（SPIO、EOBを含む） 4 組織診				
	1 精密検診実施医療機関				
	01 該当する	02 該当しない			
大腸がん	↓				
	2 精密検診実施機関として県のホームページ等で公表				
	01 公表可	02 公表不可			
	※大腸がん精密検診実施医療機関とは次のどちらか（又は両方）の検査が実施できる施設 → 1 大腸内視鏡検査 2 S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）				
	1 精密検診実施医療機関				
	01 該当する	02 該当しない			
	↓				
子宮がん	2 実施方法				
	01 大腸内視鏡検査	02 S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）			
	3 精密検診実施機関として県のホームページ等で公表				
	01 公表可	02 公表不可			
	1 精密検診実施医療機関				
	01 該当する	02 該当しない			
	↓				
	2 精密検診実施機関として県のホームページ等で公表				
	01 公表可	02 公表不可			

【共通項目】

Q 8 放射線治療機器の設置状況について				確認者
(令和6年6月1日現在の機器保有台数について記入してください。)				
01 リニアアクセラレータ			台	
02 その他 ()			台	

Q 9	がん診療に従事する医師について (貴院におけるがん診療に従事する医師数を記入してください。)						
		常勤		非常勤(実人数)		確認者	
01	がん手術療法従事医師	人		人			
02	がん放射線療法従事医師	人		人			
03	がん化学療法従事医師	人		人			

Q 1 0	外来化学療法について (貴院における外来化学療法の実施状況について記入してください。)						
01	治療用ベッド(チェア)数	台				確認者	
02	化学療法室における1日あたりの治療人数(上限)	人/日					

Q 1 1	がん診療の専門医等について (貴院におけるがん診療専門医の配置状況について記入してください。)						
01	指導医・暫定指導医(日本臨床腫瘍学会)	人		人		確認者	
02	がん薬物療法専門医(日本臨床腫瘍学会)	人		人			
03	がん治療認定医(日本がん治療認定医機構)	人		人			
04	放射線診断専門医(日本医学放射線学会)	人		人			
05	放射線治療専門医(日本放射線腫瘍学会・日本医学放射線学会)	人		人			
06	呼吸器専門医(日本呼吸器学会)	人		人			
07	呼吸器外科専門医(日本呼吸器外科学会・日本胸部外科学会)	人		人			
08	気管支鏡専門医(日本呼吸器内視鏡学会)	人		人			
09	消化器病専門医(日本消化器病学会)	人		人			
10	消化器外科専門医(日本消化器外科学会)	人		人			
11	技術認定医(消化器・一般外科領域)(日本内視鏡外科学会)	人		人			
12	認定医(日本内視鏡外科学会)	人		人			
13	消化器内視鏡専門医(日本消化器内視鏡学会)	人		人			
14	大腸肛門病専門医(日本大腸肛門病学会)	人		人			
15	肝臓専門医(日本肝臓学会)	人		人			
16	乳腺専門医(日本乳癌学会)	人		人			
17	認定医(日本乳癌学会)	人		人			
18	認定医(日本消化器がん検診学会)	人		人			
19	検診マンモグラフィ読影認定医(日本乳がん検診精度管理中央機構)	人		人			
20	検診マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師 (日本乳がん検診精度管理中央機構)	人		人			
21	乳がん超音波検診実施者 (日本乳がん検診精度管理中央機構、日本乳腺甲状腺超音波会議)	人		人			
22	婦人科腫瘍専門医(日本婦人科腫瘍学会)	人		人			
23	精神科専門医(日本精神神経学会)	人		人			
24	専門医(日本緩和医療学会)	人		人			
25	細胞診指導医(日本臨床細胞学会)	人		人			
26	細胞診検査士(日本臨床細胞学会)	人		人			
27	がん性疼痛認定看護師(日本看護協会)	人		人			
28	乳がん看護認定看護師(日本看護協会)	人		人			
29	がん専門薬剤師(日本医療薬学会)	人		人			
30	臨床遺伝専門医(臨床遺伝専門医制度委員会)	人		人			
31	がん専門看護師(日本看護協会)	人		人			

Q 1 2	院内がん登録(項目数99)の実施について (貴院における実施状況について該当する番号を記入してください。)					回答	確認者		
01	実施している	02	実施していない	03	実施予定(年 月)	04	検討中		

Q 1 3	がん患者及びその家族に対する相談支援の体制について (貴院における相談支援の状況について該当する番号を記入し、 スタッフ及び相談件数(令和5年4月1日から令和6年3月31日までの1年間)を記入してください。)							
01	相談支援体制					回答	確認者	
01 実施している		相談支援の体制			相談件数(年間)			
		医師	看護師	MSW	その他()			件
		人	人	人	人			
02 実施していない								
02	がんサロンなどの患者が集う場所があるか。				01 ある	02 ない		
03	がん患者指導管理の実施の有無				01 実施している	02 実施していない		

Q 1 4	緩和ケアの実施状況について (貴院の状況について該当する番号に○を付してください。)						
01	緩和ケアチームの設置			01 設置している	02 設置していない	回答	確認者
チームの職種		身体症状を担当する医師	精神症状を担当する医師	看護師	薬剤師	その他(栄養士)	
		人	人	人	人	人	
緩和ケア診療加算				01 認可されている	02 認可されていない		
02 入院患者の緩和ケア(身体的症状、精神心理的な対応)				01 実施している	(実施件数 件)		
				02 実施していない			
03 専門的な外来緩和ケア				01 実施している	(実施件数 件)		
				02 実施していない			

徳島県医療施設機能調査票（脳卒中）

（令和6年6月1日現在）

施設名		住所	
-----	--	----	--

脳卒中の診療について

Q1	脳卒中センターの認定状況について（（社）日本脳卒中学会） （令和6年6月1日現在の認定状況について該当する番号を記入してください。）		
		認定の有無	
01 一次脳卒中センター	01 認定されている	02 認定されていない	回答

Q2	学会認定医・専門医等の従事状況について （令和6年6月1日現在の従事者数を記入してください（派遣を含む）。） ※重複回答可		
資格名及び団体名		常勤	非常勤 （実人数）
01 救急科専門医（（社）日本救急医学会）			人
02 脳神経外科医師			人
02-1うち、脳神経外科専門医（（社）日本脳神経外科学会）			人
03 神経内科医			人
03-1うち、神経内科専門医（（社）日本神経学会）			人
04 脳卒中専門医（（社）日本脳卒中学会）			人
05 脳血管内治療専門医（（社）日本脳神経血管内治療学会）			人
複数の資格を有する場合には、それぞれに記入してください。			

Q3	専用病床等の状況について （令和6年6月1日現在のそれぞれの病床数または保有の有無等について記入してください。）		
01 集中治療室（ICU）		床	（ ）床
02 脳卒中ユニット（SU）		床	（ ）床
03 脳卒中専用集中治療病床（SCU）		床	（ ）床
診療報酬の施設基準に関わらず記入し、そのうち施設基準の届出をされているものについては（ ）内に併記してください。			

Q4	脳卒中患者の診療について （貴院における脳卒中医療機能*について該当する番号に○を付してください。） ※複数回答可		
	01 急性期 →Q5へ		
	02 回復期 →Q5へ		
	03 維持期 →Q5へ		
	04 脳卒中患者の受入には積極的には対応していない、又は対応していない。 →終了です。ありがとうございました。		
* 急性期・回復期・維持期の医療機能は資料「脳卒中の医療体制（徳島県）」を参照して下さい			
※「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。			

Q5	脳卒中治療の実施状況について (貴院の実施状況として該当する番号を記載してください。 また、実施件数(令和5年4月～令和6年3月)を記入してください。)				
※実施状況欄には→ 1 当院の設備・常勤スタッフで対応している。 該当する番号を 2 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)。 記載してください。 3 当院では実施していない。					
治療方法				実施状況	実施件数
01 脳出血	01-01 脳内血腫除去術				件
02 くも膜下出血	02-01 開頭クリッピング術				件
	02-02 脳動脈瘤コイル塞栓術				件
03 脳梗塞	03-01 開頭手術				件
	03-02 脳血管内治療				件
	03-03 機械的血栓回収療法				件
	03-04 t-PAを用いた脳血栓溶解療法(発症後4.5時間以内)				件
Q6 脳卒中急性期患者に対する検査・治療について (貴院における実施状況について該当する番号に○を付してください。)					
		通常診療時間帯		診療時間外	
01 MRI検査		01 いつでも対応可能		01 いつでも対応可能	
		02 曜日・時間帯により対応可能		02 曜日・時間帯により対応可能	
		03 対応不可		03 対応不可	
02 CT検査		01 いつでも対応可能		01 いつでも対応可能	
		02 曜日・時間帯により対応可能		02 曜日・時間帯により対応可能	
		03 対応不可		03 対応不可	
03 臨床検査 (血液検査等)		01 いつでも対応可能		01 いつでも対応可能	
		02 曜日・時間帯により対応可能		02 曜日・時間帯により対応可能	
		03 対応不可		03 対応不可	
04 治療		01 いつでも対応可能		01 いつでも対応可能	
		02 曜日・時間帯により対応可能		02 曜日・時間帯により対応可能	
		03 対応不可		03 対応不可	
05 診療放射線技師		01 いつでも対応可能		01 いつでも対応可能	
		02 曜日・時間帯により対応可能		02 曜日・時間帯により対応可能	
		03 対応不可		03 対応不可	
Q7 脳卒中の急性期リハビリテーションの実施状況について (貴院における実施状況について該当する番号に○を付してください。)					
	01 急性期リハビリテーションを実施している				
	01-1 実施件数		件	(令和5年4月～令和6年3月)	
	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の医療機関に紹介している				
	03 その他				
リハビリテーション医療について					
Q8 リハビリテーション医療の実施状況について (貴院におけるリハビリテーション医療の実施状況について該当する番号を記入してください。)					
01 実施している			02 実施していない		回答
Q9 リハビリテーションが必要な患者のための専用病床について (貴院におけるリハビリテーション必要患者のための専用病床の設置状況について記入してください。)					
リハビリテーション専用病床					床
うち 一般病床					床
うち 療養病床					床
うち 回復期リハビリテーション病棟 (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の届出を行っているもの)					床

Q10		リハビリテーション医療スタッフについて (貴院におけるリハビリテーション医療に係わるスタッフについて記入してください。)					
職種		常勤		職種		常勤	
01 医師				03 理学療法士			
うち 専門医資格保有者数				04 作業療法士			
02 看護師				05 言語聴覚士			
うち 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数				06 あん摩マッサージ指圧師			
うち 摂食・嚥下障害認定看護師数				07 その他()			
※専門医は、日本リハビリテーション医学会のリハビリテーション科専門医のことをいう。							

Q11		リハビリテーション医療の施設基準について (令和6年6月1日現在について記入してください。)					
		施設基準の認可の有無					
01 脳血管疾患等リハビリテーションⅠ		01 認可されている		02 認可されていない		回答	
02 脳血管疾患等リハビリテーションⅡ		01 認可されている		02 認可されていない		回答	
03 脳血管疾患等リハビリテーションⅢ		01 認可されている		02 認可されていない		回答	

Q12		栄養サポートチーム加算（歯科医師連携加算）について (貴院における加算の状況について記入してください。)			
01 加算可能		02 加算不可能		回答	

地域における連携状況について

※Q13については、「心筋梗塞等の心血管疾患」の調査で既にご回答いただいている場合は記入不要です。

Q13		患者の受入・紹介体制について (患者の受入れ・紹介体制として該当する選択肢の番号の1つに○を付してください。)			
	01 地域医療連携室を設置し、医療機関から患者の受入れ等を行っている				
	02 地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関から患者の受入れを行う体制を整備している				
	03 医療機関から患者の受入れ等を行うための体制は、特に整備していない				

Q14		脳卒中における地域連携クリニカルパスの導入状況について (貴院における地域連携クリニカルパスの導入状況について該当する番号に○を付してください。)					
	01 導入(参画)済み	(	平成・令和		年		月から)
	02 導入(参画)予定	(	令和		年		月から)
	03 導入(参画)を検討中						
	04 導入予定なし						

徳島県医療施設機能調査票（心筋梗塞等の心血管疾患）

（令和6年6月1日現在）

施設名		住所	
-----	--	----	--

急性心筋梗塞の診療について

Q 1	学会認定医・専門医等の従事状況について （令和6年6月1日現在の従事者数を記入してください(派遣を含む)。） ※重複回答可			
		常勤	非常勤 (実人数)	
01	循環器内科医		人	人
01-1	うち、循環器専門医（（社）日本循環器学会）		人	人
01-2	うち、カテーテル治療専門医（（社）日本心血管インターベンション治療学会）		人	人
02	心臓血管外科医		人	人
02-1	うち、心臓血管外科専門医（3学会構成 心臓血管外科専門医認定機構）		人	人
03	慢性心不全認定看護師（（公社）日本看護協会）		人	人
04	高血圧・循環器病予防療養指導士（4学会共催）		人	人
05	心不全療養指導士（（社）日本循環器学会）		人	人
06	心臓リハビリテーション指導士（（特非）日本心臓リハビリテーション学会）		人	人
※複数の資格を有する場合には、それぞれに記入してください。				

Q 2	専用病床等の状況について （令和6年6月1日現在のそれぞれの病床数または保有の有無等について記入してください。）			
01	集中治療室（ICU）		床（	床）
	うち小児科が専用で使用している病床（PICU）		床（	床）
02	冠疾患専用集中管理病床（CCU）		床（	床）
※診療報酬の施設基準に関わらず記入し、そのうち施設基準の届出をされているものについては（ ）内に併記してください。				

Q 3	急性心筋梗塞患者の診療について （貴院における急性心筋梗塞患者医療機能*について該当する場合に○を付けてください。） ※複数回答可			
	01	急性期	※救急告示医療機関が対象	
	02	回復期		
	03	再発予防		
	04	急性心筋梗塞患者の治療には積極的には対応していない、又は対応していない		
* 急性期・回復期・再発予防の内容については、資料「心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制（徳島県）」を参照してください。				

Q 4	急性心筋梗塞治療の実施状況について （貴院の実施状況として該当する番号を記載してください。 また、実施件数（令和5年4月～令和6年3月）を記入してください。）			
患者総数			人	
※実施状況欄には → 1 当院の設備・常勤スタッフで対応している。 該当する番号を 2 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）。 記載してください。 3 当院では実施していない。				
治療方法		実施状況	実施件数	
01 急性心筋梗塞に対する心臓血管外科手術数				件
02 急性心筋梗塞に対する緊急経皮的カテーテルインターベンション*				件
02-1 うち 経皮的冠動脈血栓吸引術				件
02-2 うち 経皮的冠動脈ステント留置術				件
02-3 うち バルーン治療（POBA）				件
03 急性心筋梗塞に対する体外ペーシング				件
04 急性心筋梗塞に対する大動脈内バルーンポンピング（IABP）				件
05 急性心筋梗塞に対する経皮的心肺補助装置（PCPS）				件

（*02-1～02-3は複数回答可）

Q 5	急性心筋梗塞患者に対する検査・治療について (貴院における実施状況について該当する選択肢の番号(1～3いずれか)を記載してください。)	
※選択肢→	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。	↓
	通常診療時間帯	診療時間外
01	放射線等機器検査(血管造影等)	
02	臨床検査(血液検査、心電図等)	
03	治療(開胸手術、経皮的冠動脈形成手術等)	

リハビリテーション医療について

Q 6	リハビリテーション医療の実施状況について (令和5年4月～令和6年3月におけるリハビリテーションの実績について記入してください。)			
	入 院		外 来	
01	心大血管疾患リハビリテーションⅠ	件	回	件 回
02	心大血管疾患リハビリテーションⅡ	件	回	件 回
03	実施していない	←実施していない場合はこちらに○をつけてください。		

地域における連携状況について

※Q7については、「脳卒中」の調査で既にご回答いただいている場合は記入不要です。

Q 7	患者の受入・紹介体制について (患者の受入れ・紹介体制として該当する選択肢の番号の1つに○を付けてください。)
01	地域医療連携室を設置し、医療機関から患者の受入れ等を行っている
02	地域医療連携室の名称を用いていないが、医療機関から患者の受入れを行う体制を整備している
03	医療機関から患者の受入れ等を行うための体制は、特に整備していない

Q 8	急性心筋梗塞における地域連携クリニカルパスの導入状況について (貴院における地域連携クリニカルパスの導入状況について該当する番号に○を付けてください。)
01	導入(参画)済み (年 月から)
01-1	地域連携クリニカルパスの実施率(令和5年4月～令和6年3月) % (患者数 人 実施数 人)
02	導入(参画)予定 (令和 年 月から)
03	導入(参画)を検討中
04	導入予定なし

Q 9	「徳島県心不全地域連携パス」について (該当する選択肢の番号の1つに○を付けてください。) ※様式は県ホームページをご参照ください。
01	知っており、使用している
02	知っているが、使用していない
03	知らない

徳島県医療施設機能調査票（糖尿病）

（令和6年6月1日現在）

施設名	住所
-----	----

糖尿病の診療について

Q 1	学会認定医・専門医等の従事状況について (令和6年6月1日現在の従事者数を記入してください(派遣を含む)。) ※重複回答可			
資格名及び団体名			常勤	非常勤 (実人数) (勤務日数)
医師	01 糖尿病専門医	((社) 日本糖尿病学会)	人	人 週 日
	02 日本糖尿病協会 糖尿病認定医	((社) 日本糖尿病協会)	人	人 週 日
	03 登録医	((社) 日本糖尿病協会)	人	人 週 日
	04 徳島県医師会 糖尿病認定医	((社) 徳島県医師会)	人	人 週 日
	05 透析専門医	((社) 日本透析医学会)	人	人 週 日
	06 腎臓専門医	((社) 日本腎臓学会)	人	人 週 日
※複数の資格を有する場合には、それぞれに記入してください。 ※02「日本糖尿病協会 糖尿病認定医」とは、「療養指導医」のことです。				

Q 2	糖尿病診療スタッフについて (貴院における糖尿病診療スタッフの配置状況について記入してください。)	
	常勤	非常勤(実人数)
01	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 人
02	徳島県医師会が認定する徳島県糖尿病療養指導士(01と重複計上可)	人 人
03	糖尿病の診療に従事する管理栄養士(01・02の糖尿病療養指導士と重複計上可)	人 人
04	(社)日本看護協会が認定する糖尿病看護認定看護師(01・02の糖尿病療養指導士と重複計上可)	人 人

Q 3	糖尿病関連の検査について (貴院における糖尿病検査項目について該当する番号(外注も含む)を記入して下さい。)		回答
	検査項目	実施状況	
01	経口ブドウ糖負荷試験	01 実施している 02 実施していない	
	01-1 うちインスリン(IRI)の測定	01 実施している 02 実施していない	
02	HOMA 指数による評価	01 実施している 02 実施していない	
03	尿中微量アルブミン	01 実施している 02 実施していない	
04	血中・尿中Cペプチド	01 実施している 02 実施していない	
05	体脂肪率	01 実施している 02 実施していない	
06	内臓脂肪面積(腹部CT/Dual Scanによる)	01 実施している 02 実施していない	
07	持続血糖モニタリング	01 実施している 02 実施していない	

Q 4	糖尿病教育入院・糖尿病教室等の実施状況について (貴院における実施状況について該当する番号を記入してください。)		回答
		実施状況	
01	糖尿病教育入院	01 実施している 02 実施していない	
	教育入院の期間 (日間)		
02	糖尿病教室	01 実施している 02 実施していない	
03	通院患者に対する指導		
	03-1 栄養指導	01 実施している 02 実施していない	
	03-2 運動指導	01 実施している 02 実施していない	
	03-3 服薬指導	01 実施している 02 実施していない	
	03-4 自己血糖測定	01 実施している 02 実施していない	
	03-5 禁煙指導	01 実施している 02 実施していない	

Q 5	糖尿病治療方法の実施状況について (貴院における実施状況について該当する番号を記入してください。)					
※実施状況欄→ 1 当院の設備・常勤スタッフで対応している。 2 外部より非常勤医師等の応援を求めて実施している。 3 当院では実施していない。						
治療方法			実施状況		回答	
01	インスリン療法		1	2	3	
	01-1	うちインスリン治療の導入	1	2	3	
		01-1-1 うち外来でのインスリン治療の導入	1	2	3	
	01-2	うち糖尿病増悪時のコントロール	1	2	3	
	01-3	うち強化インスリン療法	1	2	3	
	01-4	うちインスリンポンプ治療	1	2	3	

Q 6	糖尿病合併症の検査の実施状況について (貴院における実施状況について該当する番号を記入してください。)				
検査項目			実施状況		回答
網膜症	01	眼底検査	01 実施している	02 実施していない	
	02	蛍光眼底撮影	01 実施している	02 実施していない	
腎症	03	クレアチニン クリアランス	01 実施している	02 実施していない	
	04	腎生検	01 実施している	02 実施していない	
神経障害	05	心電図 R-R 間隔変動係数 (CVR-R)	01 実施している	02 実施していない	
	06	タッチテスト	01 実施している	02 実施していない	
	07	神経伝導速度	01 実施している	02 実施していない	
血管合併症	08	足関節上腕血圧比 (ABI)	01 実施している	02 実施していない	
	09	脈波伝播速度 (PWV) または CAVI	01 実施している	02 実施していない	
	10	頸動脈エコー	01 実施している	02 実施していない	
	11	トレッドミル (またはエルゴメーター) 負荷試験	01 実施している	02 実施していない	

Q 7	糖尿病合併症治療の実施状況について (貴院の対応可否について該当する番号を記入してください。)				
項目			実施状況		回答
01	糖尿病網膜症の治療		01 実施している	02 実施していない	
	01-1	うち眼底光凝固	01 実施している	02 実施していない	
	01-2	うち硝子体手術	01 実施している	02 実施していない	
02	糖尿病腎症		01 実施している	02 実施していない	
	02-1	うち糖尿病透析予防指導管理料の届出	01 実施している	02 実施していない	
	02-2	うち人工透析 (維持透析) の実施	01 実施している	02 実施していない	
	02-3	うち人工透析の導入	01 実施している	02 実施していない	
03	糖尿病神経障害		01 実施している	02 実施していない	
04	糖尿病足病変		01 実施している	02 実施していない	
	04-1	フットケア (糖尿病足病変の治療) の実施	01 実施している	02 実施していない	
	04-2	経皮経管動脈形成術 (PTA)	01 実施している	02 実施していない	
	04-3	足指切断	01 実施している	02 実施していない	
	04-4	足指より大きい切断	01 実施している	02 実施していない	
05	妊娠糖尿病		01 実施している	02 実施していない	
06	糖尿病合併妊娠		01 実施している	02 実施していない	
07	ケトアシドーシスなど急性合併症		01 実施している	02 実施していない	

Q 8	地域連携クリニカルパスの導入及び糖尿病連携手帳の使用状況について (貴院の糖尿病に関する地域連携クリニカルパスの導入 (参画) 状況及び連携手帳の活用状況について該当する番号を記入してください。)				回答
01	連携パス導入 (参画) 済み (平成・令和 年 月から)		02 導入 (参画) を検討中	03 導入予定なし	
※地域連携クリニ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てください。					
02	糖尿病連携手帳の使用		01 使用している	02 使用していない	
	02-1 連携手帳を使用している場合、貴院の糖尿病患者の何割の方に使用していますか。 (約 割)				

Q 9	医療連携の状況 (貴院の糖尿病に関する他の医療機関との連携状況について該当する番号を記入してください。)		回答
01	糖尿病の専門的検査、治療、教育入院、教室を行うための他院からの紹介	01 対応している 02 対応していない	
02	糖尿病の合併症の検査や治療のための他院からの紹介	01 対応している 02 対応していない	
03	糖尿病の急性増悪時の他院からの紹介	01 対応している 02 対応していない	

Q 1 0	オンライン診療等の状況 (貴院の対応可否について該当する番号を記入してください。)		回答
01	糖尿病におけるオンライン診療※	01 対応できる 02 対応できない	
02	糖尿病におけるオンラインでの栄養指導	01 対応できる 02 対応できない	
※「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成30年医政発0330第46号厚生労働省医政局長通知)に沿って行うものです。			

Q 1 1	次のそれぞれの医療機関に該当する場合、県のHPで県民に向け公表してもいいですか。 (貴院の状況について該当する番号を記入してください。)		回答
01	糖尿病の「専門治療機関」として公表してよろしいか。	01 公表してよい 02 公表したくない	
※「専門治療機関」とは、糖尿病専門医が週3日以上勤務している医療機関です。			
02	糖尿病の「教育入院実施機関」として公表してよろしいか。	01 公表してよい 02 公表したくない	
03	糖尿病の「急性増悪時治療機関」として公表してよろしいか。	01 公表してよい 02 公表したくない	
※「急性増悪時治療機関」とは、常勤の専門医が24時間対応できる医療機関か、または救急対応医療機関です。			
04	糖尿病の「慢性合併症治療機関(人工透析)」として公表してよろしいか。	01 公表してよい 02 公表したくない	
※「慢性合併症治療機関(人工透析)」とは、人工透析を必要とする糖尿病腎症が治療できる医療機関です。			
05	糖尿病の「慢性合併症治療機関(眼科)」として公表してよろしいか。	01 公表してよい 02 公表したくない	
※「慢性合併症治療機関(眼科)」とは、糖尿病網膜症が治療できる医療機関です。			
06	糖尿病の「慢性合併症治療機関(フットケア)」として公表してよろしいか。		
※「慢性合併症治療機関(フットケア)」とは、フットケアを実施する医療機関です。			
07	糖尿病の「初期・安定期治療機関」として公表してよろしいか。	01 公表してよい 02 公表したくない	
※今回公表する「初期・安定期治療機関」とは、「徳島県医師会糖尿病認定医」あるいは「糖尿病専門医」が週3日以上勤務している医療機関です。			

(令和6年6月1日現在)

医療機能の定義

01 地域精神科医療提供とは
患者の状況に応じて、精神疾患に対する適切な医療を提供する。
【認知症、うつ病、児童・思春期精神疾患、発達障害、高次脳機能障害、てんかんについては、精神科医以外の
かかりつけ医による医療も含む。】

02 地域連携拠点とは（01地域精神科医療提供に加えて）
かかりつけ医からの相談等に応じ、精神疾患に対する専門的な医療について地域の拠点となる。

03 都道府県連携拠点とは（01地域精神科医療提供に加えて）
県内医療機関の精神疾患に対する専門的な医療についての相談等に応じ、県下の拠点となる。

Q 6	統合失調症治療について (貴院の対応可否について該当する番号、必要事項を記入してください。)				
項目		実施状況		回答	
01 統合失調症の治療について					
01-1 薬物治療を実施		01 実施している	02 実施していない		
01-2 治療抵抗性統合失調症治療薬を使用		01 実施している	02 実施していない		
01-3 修正型電気けいれん療法を実施		01 実施している	02 実施していない		
01-4 心理社会的治療を実施					
01-4-1 心理教育		01 実施している	02 実施していない		
01-4-2 集団心理療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-3 S S T (ソーシャルスキルトレーニング) 療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-4 家族療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-5 認知行動療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-6 作業療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-7 その他 ()					
Q 7	うつ病治療について (貴院の対応可否について該当する番号、必要事項を記入してください。)				
01 うつ病の治療について					
01-1 薬物治療を実施		01 実施している	02 実施していない		
01-2 修正型電気けいれん療法を実施		01 実施している	02 実施していない		
01-3 経頭蓋磁気刺激療法を実施		01 実施している	02 実施していない		
01-4 心理社会的治療を実施					
01-4-1 心理教育		01 実施している	02 実施していない		
01-4-2 集団心理療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-3 対人関係－社会リズム療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-4 家族療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-5 認知行動療法		01 実施している	02 実施していない		
01-4-6 その他 ()					
02 産業医を通じた患者の職場（復職等の支援提供等）との連携		01 実施している	02 実施していない		
Q 8	認知症治療について (貴院の対応可否について該当する番号、必要事項を記入してください。)				
項目		実施状況		回答	
01 認知症患者の診断・治療について		01 診断・治療を実施 02 実施していない			
02 認知症に関する専門外来の設置について		01 設置している（名称） 02 設置していない			
03 認知症の画像検査による鑑別診断について					
01 院内で実施		01-1 C T	01-2 M R I	01-3 S P E C T	01-4 その他 ()
02 院外の提携医療機関等により実施					
		02-1 C T	02-2 M R I	02-3 S P E C T	02-4 その他 ()
04 認知症の治療について					
04-1 薬物治療を実施		01 実施している	02 実施していない		
04-2 リハビリテーションを実施		01 実施している	02 実施していない		
04-3 重度認知症患者デイ・ケアを実施		01 実施している	02 実施していない		
04-4 介護者の教育等の支援を実施		01 実施している	02 実施していない		
04-5 その他 ()					
05 在宅認知症患者の支援について					
05-1 訪問診療を実施		01 実施している	02 実施していない		
05-2 住診を実施		01 実施している	02 実施していない		
05-3 自院の患者について夜間救急対応を実施		01 実施している	02 実施していない		
05-4 在宅関係者への助言・支援を実施		01 実施している	02 実施していない		
05-5 レスバイトを実施		01 実施している	02 実施していない		
05-6 その他 ()					
06 若年性認知症について					
06-1 診断を実施		01 実施している	02 実施していない		
06-2 薬物療法を実施		01 実施している	02 実施していない		
06-3 非薬物療法を実施 ()		01 実施している	02 実施していない		
06-4 就労等の支援を実施		01 実施している	02 実施していない		
06-5 その他 ()					
07 地域のかかりつけ医との連携について					
07-1 治療について助言・協力		01 実施している	02 実施していない		
07-2 研修会開催に協力		01 実施している	02 実施していない		
07-3 事例検討会に協力		01 実施している	02 実施していない		
07-4 その他 ()					
08 病院や介護保険施設・事業所との連携について					
08-1 診療相談		01 実施している	02 実施していない		
08-2 住診		01 実施している	02 実施していない		
09 周辺症状患者の入院受入れについて		01 実施している	02 実施していない		
10 かかりつけ医や地域包括支援センターからの、認知症が疑われる患者の診断や治療のための紹介について（令和4年度中）					
01 あり（かかりつけ医（名）： 地域包括支援センター（名））		02 なし			
Q 9	地域連携クリニカルパスの導入の状況について (貴院における実施状況について該当する番号、必要事項を記入してください。)				
01 地域連携クリニカルパスの導入					
01 独自に導入している		02 導入していない			
→01の場合の疾患		01 統合失調症	02 うつ病	03 認知症	04 その他 ()
02 県内で統一できたものができれば導入したい		01 したい	02 したくない		
★ 精神科病院・診療所用の質問はこれで終わりです。御協力ありがとうございました。					

Ⅲ. 一般医療機関用			(心療内科・精神科・脳神経外科・神経内科のいずれの科も標榜していない医療機関)			
Q 1 0	精神疾患の医療提供について (複数回答可) (貴院における実施状況について該当する番号、必要事項を記入してください。)					
項目						
01	自院で治療可能な精神疾患について				回答	
	01 統合失調症 02 児童・思春期精神疾患 03 発達障害 04 アルコール依存症 05 薬物依存症 06 ギャンブル等依存症 07 PTSD 08 高次脳機能障害 09 摂食障害 10 てんかん 11 その他 ()					
Q 1 1	精神疾患の入院について (貴院における実施状況について該当する番号、必要事項を記入してください。)					
項目						
01	精神疾患で治療中の患者が、身体疾患の治療を必要とする場合の入院の受入について				回答	
	01 精神疾患で治療中の患者が、身体疾患の治療を必要とする場合の受入について 01 自院で対応可能な場合は入院を受け入れている 02 原則として受け入れていない 03 その他 ()					
	02 状態によっては受入が可能な精神疾患について (複数回答可) 01 統合失調症 02 うつ病 03 認知症 04 その他 ()					
02	入院患者に対する精神科リエゾンチーム等 ※精神科リエゾンチームとは、精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等からなるチームで、一般病棟に入院する精神疾患を有する患者等に対して、精神症状の評価を行い、精神療法や薬物治療等の診療計画の作成、退院後の調整等を行うチームのこと					
	01 精神科リエゾンチーム加算している 02 加算はしていないが精神科の協力を得ている 03 自院以外の精神科医療機関の協力を受けている					
Q 1 2	うつ病・躁うつ病について (貴院における実施状況について該当する番号を記入してください。)					
項目						
01	うつ病の診断について		01 自院で実施している 02 自院では診断せず、精神科へ紹介している			回答
02	うつ病の治療について					
	01 すべて自院で治療している (治療内容:) 02 症状に応じて、自院での治療か、精神科への紹介を選択している 03 自院では治療せず、精神科へ紹介している					
03	精神科への紹介を行う場合の患者の症状について (前問にて「02」を回答した方のみ)					
	01 自院での薬物療法が無効な場合 02 躁症状が出現した場合 03 希死念慮、自殺企図が出現した場合 04 その他 ()					
Q 1 3	産後うつ病について (貴院における実施状況について該当する番号、必要事項を記入してください。)					
項目						
01	産後うつ病の診断について		01 自院で実施している 02 自院では診断せず、精神科へ紹介している			回答
02	産後うつ病の治療について					
	01 すべて自院で治療している 02 軽症であれば自院で治療し、重症化したときに精神科へ紹介している 03 自院では治療せず、精神科へ紹介している 04 その他 ()					
Q 1 4	認知症について (貴院における実施状況について該当する番号、必要事項を記入してください。)					
項目						
01	認知症の診断について					回答
	01 自院で診断している (標榜科名) 02 自院では診断せず、他院へ紹介している					
02	認知症の治療について					
	01 認知症の治療について 01 すべて自院で治療している (治療内容:) 02 軽症であれば自院で治療し、重症化したときに精神科へ紹介している 03 自院では治療せず、精神科へ紹介している					
	02 認知症の入院受入について		01 行っている 02 行っていない			
	03 どのような症状に対応した治療をしているか (複数回答可)					
	01 中核症状 02 行動・心理症状 03 その他 ()					
	04 重度認知症患者デイ・ケアを実施		01 実施している 02 実施していない			
03	病院や介護保険施設・事業所との連携について					
	01 診療相談		01 実施している 02 実施していない			
	02 住診		01 実施している 02 実施していない			
04	かかりつけ医認知症対応力向上研修をうけている医師		01 いる 02 いない			
05	かかりつけ医や地域包括支援センターからの、認知症が疑われる患者の紹介について (令和5年度中)					
	01 いる (かかりつけ医 () 人) : 地域包括支援センター () 人 02 いない					
06	認知症患者の身体疾患治療のための入院受入れについて					
	01 中核症状		01 入院受入可能 02 入院受入れしていない			
	02 行動・心理症状		01 入院受入可能 02 入院受入れしていない			
Q 1 5	高次脳機能障害について (貴院における実施状況について該当する番号を記入してください。)					
項目						
01	高次脳機能障害の診断について		01 自院で実施している 02 自院では診断せず、支援拠点機関へ紹介している			回答
02	高次脳機能障害の治療について					
	01 すべて自院で治療している 02 軽症であれば自院で治療し、重症の場合は他院へ紹介している 03 自院では治療せず、他院へ紹介している					
Q 1 6	てんかんについて (貴院における実施状況について該当する番号、必要事項を記入してください。)					
項目						
01	てんかんの診断について		01 自院で実施している 02 自院では診断せず、他院へ紹介している			回答
02	てんかんの治療について					
	01 すべて自院で治療している 02 軽症であれば自院で治療し、重症の場合は他院へ紹介している 03 自院では治療せず、他院へ紹介している 04 その他 ()					
★一般医療機関用の質問はこれで終わりです。御協力ありがとうございました。						

徳島県医療施設機能調査票（在宅医療）

(令和6年6月1日現在)

施設名	住所
-----	----

貴医療機関で実施している「訪問診療」についてお伺いします。
●「患者数」などについて、はっきりと分からない場合は、おおよその数をお答えください。

Q 1	在宅療養支援診療所・病院等に係る四国厚生支局への施設基準の届出について、該当するものに○を記入してください。（複数回答可）	回答
01	機能を強化した在宅療養支援診療所・病院（単独型）に該当（特掲診療料の施設基準（１）に該当）	
02	機能を強化した在宅療養支援診療所・病院（連携型）に該当（特掲診療料の施設基準（２）に該当）	
03	上記（１）、（２）以外の在宅療養支援診療所・病院に該当（特掲診療料の施設基準（３）に該当）	
04	在宅医療は実施しているが、 <u>上記（１）～（３）</u> の届出はしていない	
05	在宅療養後方支援病院に該当	
※在宅療養支援病院は特掲診療料の施設基準「第１４の２の１」、在宅療養支援診療所は同「第９の１」、在宅療養後方支援病院は同「第１６の３」の施設基準の届出分類を意味しています。		

Q 2	在宅医療において積極的役割を担う医療機関※への指定の可否についてお答えください。 （上記１で、01～03と回答した医療機関（在宅療養支援診療所・病院）のみ回答してください）	回答
01	指定してほしい	
02	指定しないでほしい	
※「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」とは 第８次保健医療計画に基づき県が指定するもので、在宅療養支援診療所・病院のうち、在宅医療を行う他の医療機関に対し「24時間対応体制」や「急変時の受入体制の構築」等の支援を行う医療機関です。指定された医療機関については、下記の役割を担うとともに、県のホームページにより名称を公表します。 ・他の医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が対応しきれない夜間や医師不在時における診療の支援、又は病状急変時における一時受入れができる体制を構築すること ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障がい福祉サービスの資源が十分確保できるよう、関係機関に働きかけること ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病床が急変した際の受入れを行うこと		

Q 3	貴医療機関において専従にかかわらず「訪問診療」及び「訪問看護」に従事している人数を記入してください。 （貴医療機関における令和6年6月1日現在の状況について記入してください。）				
職種	常勤	非常勤 (実人数)	職種	常勤	非常勤 (実人数)
01 医師	人	人	05 理学療法士（PT）	人	人
02 看護職員	人	人	06 作業療法士（OT）	人	人
03 薬剤師	人	人	07 言語聴覚士（ST）	人	人
04 医療ソーシャルワーカー（MSW）※	人	人	08 その他（ ）	人	人
※医療ソーシャルワーカー（MSW）については、国家資格は問いません。					

Q 4	貴医療機関において行っている訪問診療の対応可能時間について、お答えください。					
回答欄	曜日	開始時間	終了時間	曜日	開始時間	終了時間
	月曜日	: ~	:	金曜日	: ~	:
	火曜日	: ~	:	土曜日	: ~	:
	水曜日	: ~	:	日曜日	: ~	:
	木曜日	: ~	:			

Q 5	貴医療機関が訪問診療可能な地域についてお答えください。		
訪問診療可能な地域（市町村名）			
診療所・病院からの距離及び移動時間の目安（※直線距離ではなく実際の距離）	片道	km程度まで	分程度まで

Q 6	令和5年4月～令和6年3月末の1年間で、看取りを行った実患者数を記入してください。		
居宅での看取り数	人	左のうち 悪性新生物の患者数	人
居住系施設での看取り数	人	左のうち 悪性新生物の患者数	人

Q 7	(A) 直近 1 か月(令和 6 年5月)に訪問診療を実施した「患者数」について、お答えください。 ※重症の者：寝たきりや深刻な病状など、かかりつけ医から見て、総合的に重症と判断される者									
年齢階級別	患者数	うち重症の者	要介護度別（内数）							
			非該当	要支援	1	2	3	4	5	
75歳以上	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
65歳～75歳未満	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
40歳～65歳未満	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
20歳～40歳未満	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
20歳未満	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(A) 合計	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(B) 「在宅対応可能な疾患」について○を付し、直近 1 か月の疾患別患者数を記入してください。 ※主たる疾患で回答してください。重複カウントはしないでください。 ※各合計欄の人数は (A) = (B) となります。										
在宅の主たる疾患		在宅対応可能な疾患	居宅実患者数				居住系施設実患者数			
01 循環器疾患（心不全含む）			人				人			
02 脳血管疾患			人				人			
03 認知症			人				人			
04 悪性新生物			人				人			
05 骨折・筋骨格系疾患			人				人			
06 糖尿病			人				人			
07 呼吸器系疾患（COPD以外）			人				人			
08 COPD			人				人			
09 神経系疾患（指定難病以外）			人				人			
10 精神系疾患（統合失調症、うつ病など）			人				人			
11 脊髄損傷			人				人			
12 指定難病（神経系）			人				人			
13 指定難病（神経系以外）			人				人			
14 膠原病（関節リウマチ、自己免疫疾患など）（指定難病以外）			人				人			
15 老衰			人				人			
16 小児			人				人			
17 その他			人				人			
(B) 合計			人				人			

Q 8	貴医療機関では、「訪問診療」と併せて「訪問看護」を実施していますか。 該当するものに○を記入してください。（複数回答可）										回答
01 自院にて実施している	→ Q 6、Q 7 の設問に御回答ください。										
02 訪問看護ステーションに依頼して実施している	→ Q 8 の設問に御回答ください。										
03 今後、自院にて実施する予定	→ 下欄に開始時期（予定）を記入し、Q 9へお進みください。										
04 今後、訪問看護ステーションに依頼して実施する予定	→ 下欄に開始時期（予定）を記入し、Q 9へお進みください。										
05 実施していない	→ Q 9へお進みください。										
【訪問看護の開始時期（予定）】		令和		年		月	頃				

Q 9	在宅患者の診療に関して貴医療機関が連携している機関の数を記入してください。 (四国厚生支局への届出内容や届出の有無に関係なく実態を記入してください。)									
区分	連携機関数		区分	連携機関数						
病院		箇所	訪問看護ステーション		箇所					
診療所		箇所	介護保険施設		箇所					
歯科診療所		箇所	居宅介護サービス事業所		箇所					
薬局		箇所	地域密着型サービス事業所		箇所					

Q 10	在宅医療を提供する上での主たる課題と考えられることは何ですか。（自由記入）									

在宅医療に関する調査は以上です。いただいた回答は、在宅医療の推進に資する取組等に利用させていただきます。
御協力ありがとうございました。
※回答の公表等について、不都合がある医療機関の方は提出時にその旨をお伝えくださるようお願いいたします。