

徳島県医療施設機能調査①（基礎調査）

医療機関コード	※記入不要		(令和5年6月1日現在)
施設名	(フリガナ)		
住所	〒	代表電話番号	
調査票記入担当者	担当部署		
	記入者	役職名	氏名
	電話番号		フガヅリ
	メールアドレス		

1 施設設備等の状況

Q 1	専用病床等の状況について (令和5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)
03 脳卒中専用集中治療病床 (SCU)		床	(床)
04 呼吸器疾患専用集中治療室 (RCU)		床	(床)
05 新生児用集中治療室 (NICU)		床	(床)
06 母体胎児集中治療室 (MFICU)		床	(床)
07 NICU併設の回復期治療室 (GCU)		床	(床)
08 広範囲熱傷特定集中治療室		床	(床)
09 無菌治療室 (手術室は除く。)				床
10 放射線治療病室				床
11 手術室				室
12 理学療法室	1 専用	2 共用	3 無	回答
13 作業療法室	1 専用	2 共用	3 無	回答
14 病理解剖室	1 専用	2 共用	3 無	回答
15 高圧酸素治療室	1 専用	2 共用	3 無	回答
16 精神科作業療法室	1 専用	2 共用	3 無	回答
17 精神科デイ・ケア室又は精神科ナイト・ケア室	1 専用	2 共用	3 無	回答
18 重度認知症患者デイ・ケア室	1 専用	2 共用	3 無	回答
「01～07」については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 () 内に再掲してください。				

Q 2	医療設備の状況について (令和5年6月1日現在のそれぞれの機器保有台数及び、令和4年4月1日～令和5年3月31日における撮影件数について記入してください。)			
01 上部消化管内視鏡				台
02 下部消化管内視鏡				台
03 気管支内視鏡				台
04 画像診断用超音波装置				台
	対応可能なものの番号を記入してください。	1 心エコー 2 腹部エコー 3 乳腺・甲状腺エコー 4 頸動脈エコー 5 その他 (具体的に:)		回答
05 X線透視装置				台
06 マンモグラフィー (乳房X線撮影装置)				台
	マンモグラフィーによる撮影件数			件
07 CR (コンピューテッドラジオグラフィ) 装置				台
08 骨塩量測定装置				台

Q2 医療設備の状況について		
続き (令和5年6月1日現在のそれぞれの機器保有台数及び、令和4年4月1日～令和5年3月31日における撮影件数について記入してください。)		
09	X線CT装置	台
	うちマルチスライスCT	(列) 台
	マルチスライスCTによる撮影件数	件
	うち高速ラセン(ヘリカル/スパイラル)CT	台
	高速ラセンCTによる撮影件数	件
10	SPECT(シングルフォトンエミッションCT)	台
11	PET(陽電子断層撮影)装置(PET-CT含む)	台
12	MRI(NMR-CT)	(床) 台
	MRIによる撮影件数	件
13	RI診断装置(シンチレーションカメラ、シンチスキャナー等)	台
14	血管連続撮影装置	台
	うちDSA(デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィ)装置	台
15	放射線治療装置	台
16	体外衝撃波結石破碎装置	台
17	IABP駆動装置	台
18	人工透析装置	台
19	人工呼吸器(レスピレーター)	台
20	全身麻酔器	台
21	リニアアクセラレータ、ベータトロン、マイクロトロン	台
22	体外式除細動器	台
	うちAED(自動体外式除細動器)	台
23	患者搬送車	台
24	新生児搬送車	台
(歯科)		
01	歯科診療台	台
02	パノラマX線検査	台
03	下顎運動解析診断装置	台
04	高周波電気メス	台
05	吸入麻酔装置	台
06	マイオモニター	台
1 設備については、基本的な機能を有している場合であれば、価格の高低及び機能の優劣等は問いません。 2 一つの機器で複数の機能を持っている場合には、それぞれの欄に重複して記入してください。 3 レンタル・リースのものも含みます。		

Q3 併設施設の状況について	
(該当する番号に○を付してください。)	
01 介護老人保健施設	08 居宅介護支援事業所
02 介護老人福祉施設	09 地域包括支援センター
03 訪問看護ステーション	10 健診センター
04 訪問介護事業所	11 医療関係者の養成施設
05 通所介護事業所	12 サービス付き高齢者向け住宅
06 認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)	13 その他()
07 有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)	
1 併設とは、同一法人が同一敷地内又は隣接の敷地内で、上記「01」から「12」までの施設を運営する場合をいいます。 2 同一法人とは、法人が異なっても実質的に同一の経営を行っている場合を含みます。	

2 各種事業への取組み

①小児医療(小児救急を含む)

【小児科を標榜している医療機関のみお答えください。標榜されていない場合は「②周産期医療」へ】

Q4 小児医療に従事する医師について			
(貴院における小児医療に従事する医師数を記入してください。)			
01 専任医師	人	02 他の診療との兼任医師	人

Q5 小児患者数について			
(貴院における小児患者数(令和5年6月の1ヶ月間)の実績を記入してください。)			
01 外来小児患者数	人	02 入院小児患者数	人
	うち時間外の患者数	人	
	うち貴院に入院した患者数	人	

Q 6	小児医療専用の病床について (貴院における小児医療専用の病床について該当する番号に○を付けてください。ある場合は病床数を記入してください。)
01 専用の病床がある	02 専用の病床はないが、病床全体の中で受け入れている

Q 7	時間外（夜間・休日）の小児救急患者の受入状況について (貴院における受入状況について該当する番号に○を付けてください。)
01 いつでも受け入れている	03 受け入れていない
02 一部の曜日・時間帯に限り受け入れている	

Q 8	時間外（夜間・休日）の小児救急患者の受入体制について (貴院における受入体制について該当する番号に○を付けてください。)
01 病棟兼任の（当直）医師である小児科医師が診療する	
02 病棟勤務の医師以外に、救急患者対応として配置している小児科医師が診療する	
03 当日の勤務体制によるため、必ずしも小児科医師が診療するとは限らない	

Q 9	医療連携の状況 (小児医療において、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の有無について該当する番号に○を付けてください。連携している場合は、主な医療機関名と連携内容について記入してください。)			
01 連携している	医療機関名	連携内容	医療機関名	連携内容
	・		・	
	・		・	
	・		・	
	・		・	
「連携内容」 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 ()				
02 連携していない				

②周産期医療 【産婦人科又は産科を標榜している病院のみお答えください。】

Q 10	分娩について (取り扱っていない場合は、「02 取り扱っていない」を選択し、「Q12妊産婦検診の実施状況について」に回答の上、「③救急医療」へお進みください。)	
01 取り扱っている	02 取り扱っていない	回答

Q 11	妊婦検診の実施状況について (貴院における妊婦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。)	
実施している (01 共通診療ノートを使用している 02 共通診療ノートを使用していない)		回答
03 実施していない		

Q 12	周産期医療に従事する医師等について (貴院における周産期医療に従事する医師について主たる診療科目別に医師数等を記入してください。)				
ハイリスク分娩管理加算の届出状況		01 届出している	02 届出していない	回答	
従事医師の主たる診療科目	専任	他の診療との兼任	従事医師の主たる診療科目	専任	他の診療との兼任
01 産婦人科	人	人	03 外科	人	人
うち分娩取扱医師数	人	人	04 小児外科	人	人
うち新生児診療担当医師数	人	人	うち新生児診療担当医師数	人	人
02 小児科	人	人	05 助産師	人	人
うち新生児診療担当医師数	人	人	06 その他 (科)	人	人

Q 13	時間外（夜間・休日）の周産期患者の受入状況について (貴院における受入状況について該当する番号に○を付けてください。)
01 いつでも受け入れている	03 受け入れていない
02 一部の曜日・時間帯に限り受け入れている	

Q14 周産期医療に関する実績等について (貴院における患者数(令和4年4月1日～令和5年3月31日までの1年間)の実績を記入してください。)	
01 分娩数	年間 件
	県内 所在する医療圏内(※1)の住民 年間 件
	うち所在する市町村内の住民 年間 件
	所在する医療圏外の住民 年間 件
	県外の住民 年間 件
02 母体搬送(※2)受入数	年間 件
	うち緊急搬送受入数 年間 件
	うち県外からの搬送受入数 年間 件
03 他の医療機関への母体搬送(※2)依頼件数	年間 件
	うち緊急搬送依頼件数 年間 件
	うち県外への搬送依頼件数 年間 件
04 新生児搬送受入数	年間 件
	うち県外からの搬送受入数 年間 件
05 他の医療機関への新生児搬送依頼件数	年間 件
	うち県外への搬送依頼件数 年間 件
06 M F I C U (母体胎児集中治療室)入院患者数	年間 人
07 N I C U (新生児用集中治療室)入院患者数	年間 人
	N I C U長期入院患者数(※3) 年間 人
08 G C U (N I C U併設の回復期治療室)入院患者数	年間 人
	G C U長期入院患者数(※3) 年間 人
09 出生体重別分娩数	出生体重1000g未満の分娩数 年間 件
	" 1000g～1500g未満の分娩数 年間 件
	" 1500g～2000g未満の分娩数 年間 件
	" 2000g～2500g未満の分娩数 年間 件
	" 2500g以上の分娩数 年間 件
10 出生体重別平均入院日数 (少数第1位まで記載)	出生体重1000g未満の平均入院日数 日
	" 1000g～1500g未満の平均入院日数 日
	" 1500g～2000g未満の平均入院日数 日
	" 2000g～2500g未満の平均入院日数 日
	" 2500g以上の平均入院日数 日
11 レスピレーター(人工呼吸器)取扱件数	年間 件
	出生体重1000g未満の取扱件数 年間 件
	" 1000g～1500g未満の取扱件数 年間 件
	" 1500g～2000g未満の取扱件数 年間 件
	" 2000g～2500g未満の取扱件数 年間 件
	" 2500g以上の取扱件数 年間 件
12 複産数	年間 件
	うち双子 年間 件
	うち三つ子 年間 件
	うち四つ子以上 年間 件
13 帝王切開実施数	年間 件
	内訳 予定の帝王切開 年間 件
	緊急の帝王切開 年間 件
14 ドクターカー保有状況	1 母胎搬送用を保有 2 新生児搬送用を保有 3 いずれも保有していない
※1 ここでの医療圏とは、次のとおりです。 東部医療圏(徳島市、鳴門市、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町、石井町、神山町、佐那河内村、吉野川市、阿波市) 南部医療圏(小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、美波町、牟岐町、海陽町) 西部医療圏(美馬市、三好市、つるぎ町、東みよし町) ※2 母体搬送とは、母児の救命を目的に、必要な人員・設備を持つ医療機関への妊産婦(母体・胎児)の搬送を意味し、緊急時のみでなく非緊急時の搬送・紹介も含むものです。 ※3 長期入院とは、1年以上の期間を意味します。	

Q 15 医療連携の状況				
(周産期医療において、セミオープンシステムも含め貴院と連携を行っている医療機関の有無について該当する番号に○を付してください。連携している場合は、主な医療機関名と連携内容について記入してください。)				
01 連携している	医療機関名	連携内容	医療機関名	連携内容
「連携内容」		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 セミオープンシステムにより相互に連携している。	
		オ 産後うつ病等、精神疾患の治療を必要とする患者を紹介している。	カ その他 ()	
02 連携していない				

③救急医療

Q 16 救急診療の対応状況について	
(貴院における救急診療の対応状況について該当する番号に○を付してください。)	
01	いつでも受け入れている
02	一部の曜日、時間帯に限って受け入れている
03	受け入れている (→「④災害医療」へ)

Q 17 救急診療に対応する医師・看護師等の配置状況について			
(貴院における救急診療の基本的な体制について記入してください。)			
	日勤	準夜	深夜
01 常勤の救急専任医師	人	人	人
01-1 うち専門医資格保有者	人	人	人
02 常勤の病棟兼任医師	人	人	人
02-1 うち専門医資格保有者	人	人	人
03 非常勤の医師	人	人	人
04 専任看護師	人	人	人
05 時間外薬剤師		人	人
06 時間外放射線技師		人	人
07 時間外検査技師		人	人

※「専門医」とは、日本救急医学会の救急科専門医のこと。

Q 18 時間外における救急診療対応できる診療科について							
(該当する番号に○を付してください。また、オンコールでの対応も含めてください。)							
診療科目名	平日 (月～金曜日)			休日 (土曜・日曜・祝日)			
	毎日対応	特定の日のみ対応	対応していない	土曜日可能	日曜日可能	祝日可能	対応していない
01 内科	1	2	3	1	2	3	4
02 小児科	1	2	3	1	2	3	4
03 外科	1	2	3	1	2	3	4
04 整形外科	1	2	3	1	2	3	4
05 脳神経外科	1	2	3	1	2	3	4
06 循環器科	1	2	3	1	2	3	4
07 消化器外科	1	2	3	1	2	3	4
08 産婦人科	1	2	3	1	2	3	4
09 眼科	1	2	3	1	2	3	4
10 耳鼻咽喉科	1	2	3	1	2	3	4
11 精神科	1	2	3	1	2	3	4
12 多発外傷への対応	1	2	3	1	2	3	4
13 その他 ()	1	2	3	1	2	3	4

Q 1 9 対応可能な検査について (貴院において対応可能な検査について時間内・時間外毎に該当する項目に○を付してください。)					
検査項目	時間内	時間外	検査項目	時間内	時間外
01 血液・生化学・検尿			08 消化管造影		
02 妊娠反応			09 尿道・膀胱造影		
03 腹部超音波			10 C T 検査		
04 心臓超音波			11 M R I 検査		
05 気管支鏡			12 肺血流シンチ		
06 消化管内視鏡			13 脳波		
07 血管造影			14 血液ガス		

Q 2 0 対応可能な手術について (貴院において対応可能な手術について時間内・時間外毎に該当する項目に○を付してください。)					
	時間内	時間外		時間内	時間外
01 緊急開頭			04 緊急開腹		
02 C A B G			05 脱臼・骨折の観血的整復		
03 緊急開胸			06 緊急帝王切開		

Q 2 1 医療連携の状況 (救急医療において、貴院と連携を行っている医療機関の有無について該当する番号に○を付してください。連携している場合は、主な医療機関名と連携内容について記入してください。)					
01 連携している	医療機関名	連携内容	医療機関名	連携内容	
	・		・		
	・		・		
	・		・		
	・		・		
「連携内容」 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 ()					
02 連携していない					

④災害医療

Q 2 2 災害医療に必要な医療機器等の保有状況について (保有している機器、整備済みのもについて該当する番号に○を付し、保有数を記入してください。)						
	項目	保有数	項目	保有数		
医療機器	01 携帯用人工蘇生器		06 移動用 X 線装置			
	02 集団災害用酸素吸入器		07 人工呼吸器			
	03 ショックパンツ		08 患者監視装置			
	04 C T		09 人工透析装置			
	05 熱傷用ベッド		10 手術室			
備品	01 応急用医薬品	日分	05 簡易トイレ			
	02 簡易ベッド		06 投光器			
	03 テント		07 患者搬送車			
	04 担架		08 毛布			
その他	01 自家発電装置		08 備蓄倉庫			
	02 蓄電池		09 ヘリポート			
	03 貯水設備	03-1 受水槽	t	10 医療救護班		
		03-2 高架水槽	t			
		03-3 井戸設備				
	04 飲料水の備蓄	日分	11 多数傷病者に対応可能なスペース			
	05 食料の備蓄	日分				
	06 非常用燃料	06-1 燃料種類				
		06-2 燃料量	L			
	07 非常用通信設備	うち衛星携帯電話	台			

Q 2 3	医療施設の耐震の状況について (該当する番号等に○を付してください。)			
01 新耐震基準を満たしている	01-01 全ての施設	ア 免震構造	イ 耐震構造	
	01-02 一部の施設	ア 免震構造	イ 耐震構造	
02 新耐震基準を満たしていない				
03 不明				
新耐震基準とは、建築基準法（昭和56年6月1日施行令改正）に基づく耐震基準。昭和56年6月1日以降に建築確認を受けた建物は耐震基準を満たしていることになります。				

Q 2 4	医療関係団体と連携した災害医療訓練について (該当する番号等に○を付し、実施している場合は貴院で実施した災害医療訓練(令和4年4月1日～令和5年3月31日までの1年間)の開催実績を記入してください。)			
01 実施している		回		
		うち机上訓練のみ	回	
02 実施していない				

3 その他

Q 2 5	患者紹介・逆患者紹介の実績について (令和5年6月の1か月間の人数を記入してください。)				
紹介	01 病院 → 貴院	人	逆紹介	05 貴院 → 病院	人
	02 診療所 → 貴院	人		06 貴院 → 診療所	人
	03 介護保険施設 → 貴院	人		07 貴院 → 介護保険施設	人
	04 その他 → 貴院	人		08 貴院 → その他	人

Q 2 6	電子カルテシステムの導入状況について (貴院における電子カルテシステム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 導入済み (年 月～)	1 自施設内で活用		2 患者への治療方針の説明などに活用	
	3 他の医療機関との連携に活用			
02 導入予定 (年 月～)	1 自施設内で活用		2 患者への治療方針の説明などに活用	
	3 他の医療機関との連携に活用			
03 導入を検討中			04 導入予定なし	

Q 2 7	レセプト電算処理システムの導入状況について (貴院におけるレセプト電算処理システム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 導入済み (平成 年 月から)			03 導入を検討中	
02 導入予定 (平成 年 月から)			04 導入予定なし	

Q 2 8	オーダーリングシステムの導入状況について (貴院におけるオーダーリングシステム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 導入済み (平成 年 月から)		1 検査	2 処方	3 予約
02 導入予定 (平成 年 月から)		1 検査	2 処方	3 予約
03 導入を検討中		04 導入予定なし		

Q 2 9	遠隔医療システムの導入状況について (貴院における遠隔医療システム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 導入済み (平成 年 月から)		1 遠隔画像システム	2 遠隔病理診断	3 在宅療養支援
02 導入予定 (平成 年 月から)		1 遠隔画像システム	2 遠隔病理診断	3 在宅療養支援
03 導入を検討中		04 導入予定なし		

Q 3 0	ホームページの開設状況について (貴院のホームページ開設状況について該当する番号に○を付してください。)			
01 開設している。		→ ホームページアドレス ()		
02 開設していない。				

Q 3 1	受動喫煙防止対策の状況について (貴院の受動喫煙防止対策の状況について該当する番号に○を付してください。)			
01 敷地内全面禁煙		03 施設内分煙		
02 施設内全面禁煙		04 受動喫煙防止対策なし		

Q32	貴院が今後力を入れて取り組みたい、充実させていきたいと考えている分野があれば記入してください。

徳島県の医療に関する御意見等ございましたら、御自由にお書き下さい。

調査①（基礎調査）については以上です。
続いて、調査②（5疾病関係）の御回答をお願いします。

《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 沼田 宛
電話：088-621-2151 ファクシミリ：088-621-2898
E-Mail：iryō@mail.pref.tokushima.jp