

「循環器病のデジタルヘルスの推進に関する施設調査」ご協力のお願い

私どもは、令和5年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「循環器病のデジタルヘルスの推進に関する研究」（主任研究者 国立循環器研究センター 病院長 飯原弘二）をもとに、脳卒中及び循環器病のデジタルヘルスの導入の現状と課題、施設間連携、医療の均てん化と集約化のメリットとデメリットに関する提言をまとめるための研究を行っております。是非参加をご検討頂けますと幸いです。今回の調査では、脳卒中・心不全の患者さんを診療している病院を対象として、施設ごとの診療体制の現況を把握することを目的としております。皆さまにぜひ施設調査へのご協力をいただきたくお願い申し上げます。

※ 施設ごとの回答内容や個人情報が外部に漏れることはございません。今回の調査結果は、本研究班の研究目的として大切に使用させて頂きます。

【回答サイトに関する技術的なお問い合わせ先】

J-ASPECT Study事務局

E-mail : j-aspect@ml.ncvc.go.jp

【調査実施機関・設問内容に関するお問い合わせ先】

国立研究開発法人国立循環器病研究センター・脳卒中次世代医療研究部

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町6 番1 号

電話 : 06-6170-1070 (内線 : 31243) FAX : 06-6170-2016

E-mail : next.g.r@ncvc.go.jp

※ お問い合わせは原則メールにてお願いいたします。

※ 以下のアンケートには、脳卒中診療を担当する診療科の代表の先生が、貴施設全体の状況をご回答下さい。

「個人情報の取扱いに関する事項」をお読みいただき、同意いただける場合は、下記の「同意する」にチェックを入れてアンケートにご回答ください。

同意する

施設情報・連絡先

Q01. 施設名等の基本情報、およびご連絡先についてご記入ください。

1.施設名 *

2.都道府県 *

 選択してください

3.施設コード *

 都道府県コード（2桁）+地方厚生局に届出されている医療機関番号（7桁）です。ご不明な場合は000000000を記入ください。

4.施設代表電話番号 *

ホームページ等に記載された貴施設の代表電話番号を括弧、ハイフンなしでご記入ください。

5. 関連学会を選択してください。 *

 選択してください

6. ご連絡先

※ 記載内容について確認させて頂きたい場合に、ご連絡させていただくことがあります。

ご部署 *

お名前 *

メールアドレス *

Q02. 貴施設全体の病床数は何床ですか。あてはまるものを1つ選択してください。*

選択してください



Q03. 貴施設の学会施設認定等について有無をご回答ください。

1. 日本脳卒中学会教育研修施設 *

1. はい 0. いいえ

2. 日本脳卒中学会 一次脳卒中センター（PSC） *

1. はい 0. いいえ

3. 日本脳卒中学会 一次脳卒中センター（PSC）コア施設 *

1. はい 0. いいえ

4. 日本脳神経外科学会 基幹施設 *

1. はい 0. いいえ

5. 日本脳神経外科学会 連携施設 *

1. はい 0. いいえ

6. 日本脳神経外科学会 関連施設 *

1. はい 0. いいえ

7. 日本神経学会 教育施設 *

1. はい 0. いいえ

8. 日本リハビリテーション医学会 研修施設 *

1. はい 0. いいえ

Q04. 貴施設の対象疾患による2022年度の年間入院患者数の概数をご回答ください。

1. 脳梗塞 *

選択してください



2. rt-PA静注療法（件） *

3. 血栓回収療法（件） *

4. 脳出血 *

選択してください



5. くも膜下出血 *

選択してください



デジタルヘルスの導入に関して

1. D to D(Doctor to Doctor)のデジタルヘルス

Q05. デジタルシステムによる病診連携を導入していますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q05_01 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステム名を具体的にご記入ください。*

Q05_02 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの費用について選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的にご記入ください。*

Q05_03 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

1. 脳卒中領域

2. その他の疾患領域

Q05_04 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q05_05 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの運営主体を選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q05_06 「1. はい」を選択された場合、対象とする地域・支援範囲を選択してください（複数選択可）。*

1. 全国

2. 全県域

3. 複数の県を跨ぐ圏域

4. 複数の二次医療圏を跨ぐ圏域

5. 単一の二次医療圏

6. （北海道の場合のみ選択）複数の三次医療圏を跨ぐ圏域

7. （北海道の場合のみ選択）単一の三次医療圏域

8. その他

Q05_07 「1. はい」を選択された場合、システムの構築費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q05_08 「1. はい」を選択された場合、システムの運用費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q05_09 「1. はい」を選択された場合、利用状況（相談状況）についてあてはまるものを選択してください。*

選択してください



Q05_10 「1. はい」を選択された場合、利用状況（頻度）についてあてはまるものを選択してください。*

選択してください



Q05_11 「1. はい」を選択された場合、利用できる端末についてあてはまるものを選択してください（複数選択可）。*

1. 病院が指定した特定のデバイスによるアクセスが可能

2. 個人の使用するデバイスからアクセスが可能

3. 不明

Q05_12 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください（複数選択可）。*

1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない

2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない

- 3. 費用負担が高い・維持困難
- 4. 保険収載・償還されていない
- 5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない
- 6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある
- 7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
- 8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

Q06. 地域医療情報ネットワークに参加していますか？*

1. はい（参加予定）

0. いいえ（参加していたが離脱）

Q06_01 「1. はい」を選択された場合、利用状況（相談状況）についてあてはまるものを選択してください。*

選択してください

Q06_02 「1. はい」を選択された場合、利用状況（頻度）についてあてはまるものを選択してください。*

選択してください

Q06_03 「1. はい」を選択された場合、利用できる端末についてあてはまるものを選択してください（複数選択可）。*

- 1. 病院が指定した特定のデバイスによるアクセスが可能
- 2. 個人の使用するデバイスからアクセスが可能
- 3. 不明

Q07. 入退院の支援にクラウドサービスなどのデジタルシステムを導入していますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q07_01 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステム名を具体的にご記入ください。*

選択してください

Q07_02 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの費用について選択してください。*

選択してください

「その他」を選択された場合は具体的にご記入ください。*

Q07_03 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

- 1. 脳卒中領域
- 2. その他の疾患領域

Q07_04 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q07_05 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの運営主体を選択してください。*

選択してください

「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q07_06 「1. はい」を選択された場合、対象とする地域・支援範囲を選択してください（複数選択可）。*

- 1. 全国
- 2. 全県域
- 3. 複数の県を跨ぐ圏域
- 4. 複数の二次医療圏を跨ぐ圏域
- 5. 単一の二次医療圏
- 6. （北海道の場合のみ選択）複数の三次医療圏を跨ぐ圏域
- 7. （北海道の場合のみ選択）単一の三次医療圏
- 8. その他

Q07_07 「1. はい」を選択された場合、システムの構築費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担
2. サービス利用側の負担
3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担
4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担
5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担
6. その他

Q07_08 「1. はい」を選択された場合、システムの運用費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担
2. サービス利用側の負担
3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担
4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担
5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担
6. その他

Q07_09 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください（複数選択可）。*

1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない
2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない
3. 費用負担が高い・維持困難
4. 保険収載・償還されていない
5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない
6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある
7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

2. D to P (Doctor to Patient) のデジタルヘルス

Q08. 遠隔医療・診療を導入していますか？*

1. はい（導入予定）
0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q08_01 「1. はい」を選択された場合、導入しているサービス名を具体的にご記入ください。*

Q08_02 「1. はい」を選択された場合、サービスの費用について選択してください。*

選択してください

「その他」を選択された場合は具体的にご記入ください。*

Q08_03 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

1. 脳卒中領域
2. その他の疾患領域

Q08_04 「1. はい」を選択された場合、サービスの導入時期をご記入ください（yyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q08_05 「1. はい」を選択された場合、導入しているサービスの運営主体を選択してください。*

選択してください

「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q08_06 「1. はい」を選択された場合、システムの構築費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担
4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担
5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担
6. その他

Q08_07 「1. はい」を選択された場合、システムの運用費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担
2. サービス利用側の負担
3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担
4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担
5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担
6. その他

Q08_08 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください（複数選択可）。*

1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない
2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない
3. 費用負担が高い・維持困難
4. 保険収載・償還されていない
5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない
6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある
7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

Q09. 遠隔リハビリテーションを導入していますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q09_01 「1. はい」を選択された場合、導入しているサービスの具体的な名称をご記入ください。*

Q09_02 「1. はい」を選択された場合、サービスの費用について選択してください。*

選択してください

▼

「その他」を選択された場合は具体的にご記入ください。*

Q09_03 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

1. 脳卒中領域

2. その他の疾患領域

Q09_04 「1. はい」を選択された場合、サービスの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q09_05 「1. はい」を選択された場合、導入しているサービスの運営主体を選択してください。*

選択してください

▼

「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q09_06 「1. はい」を選択された場合、システムの構築費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担
2. サービス利用側の負担
3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担
4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q09_07 「1. はい」を選択された場合、システムの運用費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q09_08 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください（複数選択可）。*

1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない

2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない

3. 費用負担が高い・維持困難

4. 保険収載・償還されていない

5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない

6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある

7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）

8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

3. D·M to P (Doctor·Machine to Patient) のデジタルヘルス

Q10. 遠隔モニタリングを導入していますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q10_01 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

1. 脳卒中領域

2. その他の疾患領域

Q10_02 「1. はい」を選択された場合、導入している遠隔モニタリングの内容を選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的な内容をご記入ください。*

Q10_03 「1. はい」を選択された場合、導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q10_04 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの運営主体を選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q10_05 「1. はい」を選択された場合、遠隔モニタリングシステムの構築費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q10_06 「1. はい」を選択された場合、遠隔モニタリングシステムの運用費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q10_07 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください(複数選択可)。*

1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない

2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない

3. 費用負担が高い・維持困難

4. 保険収載・償還されていない

5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない

6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある

7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）

8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

Q11_01 一次・二次予防を目的とした循環器病の危険因子（血圧、禁煙、糖尿病）のアプリを導入していますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q11_01 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

1. 脳卒中領域

2. その他の疾患領域

Q11_02 「1. はい」を選択された場合、アプリの内容を具体的にご記入ください。*

Q11_03 「1. はい」を選択された場合、アプリの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q11_04 「1. はい」を選択された場合、アプリの費用について選択してください。*

1. 有料

0. 無料

Q11_05 「1. はい」を選択された場合、導入しているアプリの運営主体を選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q11_06 「1. はい」を選択された場合、アプリの構築費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q11_07 「1. はい」を選択された場合、アプリの運用費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q11_08 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください（複数選択可）。*

- 1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない
- 2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない
- 3. 費用負担が高い・維持困難
- 4. 保険収載・償還されていない
- 5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない
- 6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある
- 7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
- 8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください（自由記載）。*

Q12. 薬管理アプリを病院主導で導入していますか？を導入していますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q12_01 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

1. 脳卒中領域

2. その他の疾患領域

Q12_02 「1. はい」を選択された場合、アプリの内容を具体的にご記入ください。*

Q12_03 「1. はい」を選択された場合、アプリの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q12_04 「1. はい」を選択された場合、アプリの費用について選択してください。*

1. 有料

0. 無料

Q12_05 「1. はい」を選択された場合、導入しているアプリの運営主体を選択してください。*

選択してください

「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q12_06 「1. はい」を選択された場合、アプリの構築費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q12_07 「1. はい」を選択された場合、アプリの運用費用の分担を選択してください（複数選択可）。*

1. サービスの提供側の負担

2. サービス利用側の負担

3. 地域の医療関係参加団体（医師会、その他）の負担

4. 国（厚生労働省、経済産業省、総務省、その他の省庁）の負担

5. 地域医療介護総合確保基金、保険者の負担

6. その他

Q12_08 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください（複数選択可）。*

1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない

2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない

3. 費用負担が高い・維持困難

4. 保険収載・償還されていない

5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない

- 6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある
 - 7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
 - 8. その他
- 「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

4. M to D (Machine to Doctor) のデジタルヘルス

Q13. 診療支援システムを導入していますか？*

- 1. はい（導入予定）
- 0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q13_01 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

- 1. 脳卒中領域
- 2. その他の疾患領域

Q13_02 「1. はい」を選択された場合、システムの内容を具体的にご記入ください。*

Q13_03 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q14. 画像診断支援システムを導入していますか？*

- 1. はい（導入予定）
- 0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q14_01 「1. はい」を選択された場合、システムの内容を具体的にご記入ください。*

Q14_02 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q15. 脳卒中診療における診断支援システム（Ischemia View RAPIDやBrain Segmentationなど）を導入されていますか？*

- 1. はい（導入予定）
- 0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q15_01 「1. はい」を選択された場合、システムの内容を具体的にご記入ください。*

Q15_02 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

5. 救急隊との連携

Q16. 救急隊と病院との連携において、デジタルデバイスが導入されていますか？（患者のトリアージや空床状況などの共有）*

- 1. はい（導入予定）
- 0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q16_01 「1. はい」を選択された場合、活用している疾患領域を選択してください（複数選択可）。*

- 1. 脳卒中領域
- 2. その他の疾患領域

Q16_02 「1. はい」を選択された場合、システムの内容を具体的にご記入ください。*

Q16_03 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q16_04 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの運営主体を選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q16_05 「1. はい」を選択された場合、救急隊への情報のフィードバックはありますか？*

選択してください



Q16_06 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください(複数選択可)。*

- 1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない
- 2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない
- 3. 費用負担が高い・維持困難
- 4. 保険収載・償還されていない
- 5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない
- 6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある
- 7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
- 8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

Q17. 救急隊と病院との連携において、心電図の共有デジタルデバイスが導入されていますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q17_01 「1. はい」を選択された場合、システムの内容を具体的にご記入ください。*

Q17_02 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q17_03 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの運営主体を選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q17_04 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください(複数選択可)。*

- 1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない
- 2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない
- 3. 費用負担が高い・維持困難
- 4. 保険収載・償還されていない
- 5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない
- 6. サービス及びシステムのセキュリティーやプライバシーに懸念がある
- 7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
- 8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

Q18. デジタルデバイスによる脳卒中病院前スケールや脳卒中主幹動脈閉塞スコアなどによる救急隊と病院との共有が導入されていますか？*

1. はい（導入予定）

0. いいえ（導入していたが運用を終了）

Q18_01 「1. はい」を選択された場合、システムの内容を具体的にご記入ください。*

Q18_02 「1. はい」を選択された場合、システムの導入時期をご記入ください（yyyyymmdd形式）。*

mmやddがご不明な場合は00で代用してください。

Q18_03 「1. はい」を選択された場合、導入しているシステムの運営主体を選択してください。*

選択してください



「その他」を選択された場合は具体的な運営主体をご記入ください。*

Q18_04 「0. いいえ」を選択された場合、導入をしない/していない理由を選択してください(複数選択可)。*

- 1. サービス提供（医療提供者）側の利用頻度が低い、必要性を感じていない
- 2. サービス利用者（患者）側の希望・要望がない
- 3. 費用負担が高い・維持困難
- 4. 保険収載・償還されていない
- 5. サービスを提供する人的資源が不足・サポート体制が整っていない
- 6. サービス及びシステムのセキュリティやプライバシーに懸念がある
- 7. サービス及びシステムが病院ないし自治体等の規則に抵触する（法的制限）
- 8. その他

「その他」を選択された場合は具体的な理由をご記入ください。*

✓ 確認

■ 一時保存