

【調査票2】

肝疾患診療体制等に関する調査  
(都道府県のみ回答願います。)

※ 平成24年4月1日時点における状況について回答願います。

質問事項	
① 肝疾患に関する専門医療機関の指定にあたって、「肝疾患都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドライン」(以下「ガイドライン」)を考慮しているか。	考慮の有無
② ①で考慮している場合、専門医療機関を2次医療圏に1カ所以上指定しているか。	指定の有無
③ ①で考慮している場合、専門医療機関は以下の要件を満たしているか。	※①でガイドラインを考慮していない場合でも、以下の要件を満たしている(一部満たしている)場合には、その旨ご回答ください。
(1) 専門的な知識を持つ医師による診断(活動度及び病期を含む)と治療方針の決定が可能	a 満たしている b 一部の専門医療機関で満たしている c 満たしていない
(2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法が可能	a 満たしている b 一部の専門医療機関で満たしている c 満たしていない
(3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断が可能	a 満たしている b 一部の専門医療機関で満たしている c 満たしていない
(4) 学会等の診療ガイドラインに準ずる標準的治療を行っていること	a 満たしている b 一部の専門医療機関で満たしている c 満たしていない
(5) 肝疾患についてセカンドオピニオンを提示する機能を持つか施設間連携によって対応できる体制を有すること	a 満たしている b 一部の専門医療機関で満たしている c 満たしていない
(6) かかりつけ医等地域の医療機関への診療支援等の体制を有すること	a 満たしている b 一部の専門医療機関で満たしている c 満たしていない
(7) 可能な限り要診療者の追跡調査に協力すること	a 満たしている b 一部の専門医療機関で満たしている c 満たしていない
④ 就業地など隣接都道府県での医療機関受診となることを考慮した診療ネットワークを構築しているか。	構築の有無 診療ネットワークの概要を記載(資料があればご提供ください)
⑤ 肝炎の要診療者の追跡調査を行っているか。 ※「追跡調査」は、調査票1の「フォローアップ」(検査後、陽性(疑いが高い)者に対して実施される治療に結びつくような働きかけ)とは異なります。	実施の有無 追跡調査の概要を記載(資料があればご提供ください)
⑥ 肝炎対策に関する目標等の設定を行っているか。	実施の有無 目標等の概要を記載(資料があればご提供ください)